

O wpływie alkoholu na funkcyę nerek.

(Praca nagrodzona na konkursie im. Koczorowskiego).

PODAŁ

Dr. Aleksander Januskiewicz (Kijów).

Wyskok, stosowany oddawna w medycynie jako środek leczniczy i odżywczy, rozpowszechniony na całej kuli ziemskiej pod postacią rozmaitych napojów, konsumowany w olbrzymiej ilości, stanowiący dla wielu konieczny dodatek do codziennego pożywienia, łatwo prowadzący wskutek właściwości swego działania do nadużycia i wszelkich jego następstw, był też oddawna przedmiotem badania lekarzy i socjologów, budził często gorące spory i stworzył olbrzymią literaturę ¹⁾ ²⁾.

Z pewnością żadne inne z tego rodzaju zagadnień nie wniosło do nauki tyle sprzecznych poglądów, co sprawa użyteczności i szkodliwości wyskoku. Wynikały one z jednej strony z niedostatecznej metodyki badania doświadczalnego i klinicznego i niezbyt ściślej i głębokiej obserwacji życiowej, z drugiej strony w dużym stopniu z subiektywizmu autorów, który tu dla zrozumiałych powodów ze szczególną występuje siłą.

Pomimo żywotności kwestyi, pomimo że literatura alkoholu jest olbrzymia, niektóre jej działy dziwnie mało zostały opracowane, jak np. sprawa wpływu alkoholu na funkcyę nerek, mająca wielką doniosłość i teoretyczną, i kliniczną *).

Między odnośnemi nielicznemi pracami naczelne miejsce w dostępnej mi literaturze zajmuje praca, wykonana w monachijskim instytucie higienicznym przez japońskiego lekarza RINTARO MORI ³⁾ w 1886—7-ym roku i mająca na celu zbadanie moczopędnego działania piwa. Doświadczenia przeprowadzał MORI na sobie, na koledze swoim i na trzech służących.

Wypijając rano naczczo po litrze wody, piwa, lub wina czerwonego i zbierając w ciągu 5-ciu godzin mocz, MORI uzyskał następujące cyfry (przeciętne):

wypito	litr wody	litr piwa	litr wina
moczu ccm.	385	1012	1614

Chcąc się przekonać, która to składowa część wina i piwa działa moczopędnie, MORI do następnych doświadczeń używa 4% wysokoku w wodzie, wody nasyconej kwasem węglowym, wyciągu słodowego i odwaru chmielu i otrzymuje następujący rezultat:

wypito	litr wody	litr piwa	litr CO ₂ wody	litr 4% wysokoku	l. wyciągu słodowego	l. odwaru chmielowego
moczu ccm.	385	1012	629	961	452	397

*) Co do polskiej literatury, to, o ile wiem, nikt się tą kwestyą nie zajmował. Francya w ciągu ostatnich 20 lat nie wydała ani jednej pracy na ten temat.

skąd oczywiście wynika, że piwo zawdzięcza swe moczopędne działanie głównie wyskokowi, a że wino czerwone, którego MORI używał do swych doświadczeń zawierało 11% wyskoku — znacznie więcej od piwa (4%), tem więc MORI tłumaczy i silniejsze moczopędne działanie wina.

Chcąc określić bliżej sposób moczopędnego działania wyskoku, MORI stawia najpierw pytanie:

1) czy nie jest ono zależne od znacznie przyspieszonego dzięki wyskokowi wchłaniania wody, więc przepętnienia systemu krwionośnego większą naraz jej ilością.

Niewielka różnica w ilości moczu po zadaniu naczeczko wyskoku w skoncentrowanej formie w porównaniu z diurezą od takiejże ilości wody przemawia za podobnem przypuszczeniem:

wypito	100 ccm wody	100 ccm. 40% wyskoku
moczu ccm.	191	330

Gdy jednak MORI po wypiciu naczeczko 900 ccm. wody i oddaniu w ciągu $2\frac{3}{4}$ godz. 3800 ccm. moczu, wypił 100 ccm. 40% wyskoku, to w ciągu następnych $2\frac{1}{4}$ godz. oddał jeszcze 809 ccm. czyli razem 1189 ccm., skąd wniosek, że odegrał tę rolę inny czynnik, a nie przyspieszenie wessania wody.

Dalej MORI stawia następujące przypuszczenia co do sposobu działania wyskoku:

2) Umiarkowane dozy wyskoku mogą wzmacniać czynność serca, więc zwiększać parcie krwi i ilość moczu.

3) Wyskok może działać bezpośrednio na naczynia nerki — rozszerzać je, a obfitszy obieg krwi powoduje zwiększenie ilości moczu.

Na obadwa te przypuszczenia MORI nie może dać jednak decydującej odpowiedzi, zresztą wymienionym czynnikom przypisuje pośledniejszą rolę, a za najprawdopodobniejsze uważa, że:

4) Wyskok działa bezpośrednio na nabłonek nerkowy, drażniąc go, t. j. działa analogicznie z kofeiną (SCHROEDER), z tą różnicą, że moczopędne działanie wyskoku zaznacza się tylko w organizmie, przedtem obficie zaopatrzonym w wodę.

Uzupełniając swą pracę badaniem wpływu wyskoku na ilość wydalanych z uryną ciał stałych, MORI użył do tych doświadczeń jodku potasowego i ze zdziwieniem przekonał się, że gdy wprowadzony do żołądka z wodą KJ daje się wykryć w moczu już po upływie 13 minut (przeciętnie), to wprowadzony z wyskokiem wykrywa się zaledwie po upływie 24 minut (przeciętnie).

Co do czasu trwania wydalania KJ z organizmu, to takowe trwało przeciętnie 32 godziny bez wyraźnych różnic w jednym i drugim doświadczeniu, absolutna zaś ilość wydalonego KJ była naogół wyrażnie większa przy wprowadzeniu go do organizmu z wyskokiem, przyczem nieproporcjonalna do ilości wydalanej uryny.

Wyniki pracy MORI przedstawiają się w streszczeniu w następujący sposób:

1) Wyskok wprowadzony do żołądka w skoncentrowanej formie wyraźniejszego moczopędnego wpływu nie wywiera.

2) Wprowadzony do żołądka z dużą ilością wody działa silnie moczopędnie.

3) Moczopędne działanie wyskoku nie zależy od przyspieszonego wessania wody; prawdopodobnie ma tu miejsce silniejsza czynność serca i rozszerzenie naczyń, a najpewniej swoiste działanie drażniące na nabłonek nerkowy.

4) Przy wprowadzeniu KJ do żołądka wraz z wyskokiem, przejście pierwszych porcyi KJ do moczu jest znacznie opóźnione.

Jeśli się teraz zwrócimy do innych źródeł, to spotkamy się ze zgodnem powszechnie zdaniem, że piwo działa moczopędnie. Działanie to tłumaczą rozmaicie: C. FALK *)

i H. RUDOLPH ⁵⁾ przypisują piwu specyficzne w tym kierunku własności, gdy J. RANKE ⁶⁾ widzi w niem tylko wynik wprowadzenia do ustroju dużej ilości wody. J. HOFFMANN ⁷⁾ mówi o specjalnym drażniącym wpływie piwa *).

Inaczej rzecz się ma z wyskokiem.

HAMMOND ⁸⁾, SMITH ⁹⁾ obserwowali zmniejszenie ilości uryny pod wpływem wyskoku.

A. GURWICZ ¹⁰⁾, badając wpływ wyskoku na białkomocz przy zapaleniu nerek, przy zadawaniu swoim chorym dziennie od 100 do 200 gr. 40% wyskoku (wódki) nie otrzymał „ani zmniejszenia, ani zwiększenia ilości moczu“.

W. MURAWSKI ¹¹⁾ przeprowadzając swoje doświadczenia na kotach i królikach, otrzymywał stale zmniejszoną dobową ilość moczu pod wpływem wyskoku.

H. WEIKART ¹²⁾, RABUTEAU ¹³⁾, MARVAND ¹⁴⁾, L. RIESS ¹⁵⁾, JAILLET ¹⁶⁾, JOHN ¹⁷⁾ obserwowali mniejsze lub większe moczopędne jego działanie.

Jeśli się teraz zwrócimy do podręczników farmakologii, to albo nie znajdziemy w nich wcale odpowiedzi na interesującą nas kwestyę, albo tylko luźną o niej wzmiankę.

NOTHNAGEL i ROSSBACH ¹⁸⁾ zaznaczają, że pod wpływem wyskoku „ilość moczu powiększa się, nawet jeżeli ilość wody, wprowadzonej do ustroju, pozostaje jednakową“.

*) Całkiem wyodrębnia się tu, co do ilości moczu, wydzielanego pod wpływem piwa, praca N. SIMANOWSKIEGO ¹⁸⁾, wykonana także w monachijskim instytucie higienicznym pod kierunkiem PETTENKOFERA w 1883—4 roku i wydrukowana w Arch. g. Hygiene. 4 Bd. 1886 pod tytułem „Ueber die Gesundheitsschädlichkeit hefetrüber Biere, und ueber den Ablauf der Künstlichen Verdauung bei Bierzusatz“ w której podaje, jak widać z przytoczonych tablic, że osobiście doświadczał od wody bodaj że większej diurezy niż od piwa, gdy służący instytutu, na którym przeprowadzał doświadczenia wydzielał wyraźnie więcej moczu pod wpływem piwa, niż wody. SIMANOWSKI tłumaczy te różnice indywidualnymi właściwościami organizmu: słabe reagowanie na składowe części piwa i rozszerzenie silne naczyń skóry z wydzieliną potu.

H. TAPPEINER ²⁰⁾ powiada, że wyskok „zdaje się pobudzać wydzielniczą funkcję nerek (działanie moczoepędne)“.

N. KRAWKOW ²¹⁾ pisze, że „wyskok drażni wydzielniczy nabłonek nerkowy i tem wywołuje diurezę, szczególnie gdy jest wprowadzony do ustroju z większą ilością wody“.

C. BINZ ²²⁾ w artykule, pomieszczonym w ostatnim wydaniu encyklopedyi EULENBURGA powiada na podstawie „starego doświadczenia“, a głównie na podstawie pracy R. MORI, że „umiarkowane dawki wyskoku pobudzają nerki do silniejszego działania“.

W rezultacie, przejrawszy piśmiennictwo dowiemy się o dwóch pewnikach: 1) wyskok wprowadzony do żołądka w skoncentrowanej formie diurezy nie wywołuje, 2) rozcieńczony zaś duża ilością wody wyraźnie wpływa na zwiększone wydalenie moczu. Jaką się to jednak drogą odbywa, za sprawą jakich czynników, tego nam nikt nie wyjaśnia faktami ściśle przeprowadzonych doświadczeń naukowych.

Jakśmy już wyżej wspomnieli, MORI przy swych badaniach otrzymał moczoepędne działanie od 4% wyskoku tak silne, że wypity naczczo litr tego płynu dał w ciągu 5 godz. o 250% moczu więcej niż litr wody.

O ile wiem — żaden z autorów nie obserwował tak silnego działania wyskoku:

ROSENFELD ¹⁾ powiada ^{*)}, że MIURA, SCHMIDT, SCHÖNESEIFFEN, DONOGANY i TIBALD, OFFER, CHOTZEN, i inni badacze wpływu wyskoku na przemianę materyi otrzymali zwiększenie diurezy najwyżej do 30% tam gdzie były stosowane równie obfite ilości wody.

RIESS ^{**)} badając przemianę materyi pod wpływem wyskoku u dwóch pacjentów, którzy w ciągu dnia otrzymywali, pod rozmaitemi postaciami, oprócz pokarmów sta-

*) str. 45.

***) l. c.

łych, 2400 ccm. płynu i zbierając mocz w ciągu doby, otrzymał następujące przeciętne jego ilości: *)

pożywienie:	bez wysoko- ku	z 80 ccm. wysoko- ku	ze 120 ccm. wysoko- ku	ze 160 ccm. wysoko- ku
moczu ccm.:	2450	2655	2370	2565

t. j. przy zamianie 120 ccm. płynnego pokarmu na wysok (w kilku porcjach) otrzymano moczu o 3% mniej niż bez wysoko, a przy 80 ccm. wysoko otrzymano diurezę chociaż najsilniejszą, ale zwiększoną tylko o 8%.

Wyniki takiegoż badania na drugim chorym, który otrzymywał znacznie większe ilości wysoko przy takimże samem żywieniu się były następujące:

pożywienie:	bez wysoko- ku	ze 160 ccm. wysoko- ku	z 240 ccm. wysoko- ku	z 320 ccm. wysoko- ku
moczu ccm.:	2330	2260	2435	2780

t. j. przy 160 ccm. wysoko ilość moczu zmniejszyła się o 3%, a największa była przy 320 ccm. wysoko — przenosiła zwykłą o 19%.

JOHN **) pracując nad zmianami w ciśnieniu krwi pod wpływem wysoko, zadawał swym chorym rano naczczo po 1½ litra wody, 3% i 6% wysoko i określał ilość moczu, wydzielanego w ciągu pierwszych 5 godzin.

Wyniki podają w następujących tablicach: ***)

- *) Tablice mego układu.
 **) 1. c.
 ***) Tablice mego układu.

ALBERT l. 42 (*potator*).

wypił 1½ litra	wody	3‰ wysokoku	6‰ wysokoku
moczu	1950	1850	1975 *)
różnica	0	-5‰	+1.3‰

HEINRICH l. 23 (*Epilepsia*).

wypił 1½ litra	wody	3‰ wysokoku
moczu	1600	1800
różnica	0	+12‰

FRANZ l. 63 (*Arterioscler.*).

wypił 1½ litra	wody	3‰ wysokoku	6‰ wysokoku
moczu	1700	2000	2150
różnica	0	+16‰	+25‰

GUSTAW l. 24 (*post Erisypel*).

wypił 1½ litra	wody	6‰ wysokoku
moczu	1850	1800
różnica	0	-2.7‰

*) Przeciętą dwóch określeń.

Wybrałem tylko kilka przykładów najlepiej ilustrujących przeciętny wynik tej części badań JOHN'a.

Nie może być kwestyi co do tego, że sprawa wydalenia tej lub owej ilości moczu czy pod wpływem tylko wody, czy rozmaitych środków pokarmowych, lub preparatów farmaceutycznych podlega indywidualnym wahaniom. Nie ulega kwestyi także, że wpływy psychicznej i fizycznej natury, na które stale jesteśmy narażeni, sprawiają, że ten sam osobnik, pozostający na jednakowej dyecie, może wydzielać, zależnie od okoliczności, różnitą ilość moczu. Wahania te, naturalnie, tylko w wyjątkowych wypadkach mogą być bardzo duże, zwykle bywają niewielkie. Mając to na względzie, nie będziemy zdziwieni niektórymi liczbami, otrzymanymi przez RIESS'a i JOHN'a, które wskazują jakgdyby na zmniejszanie się ilości moczu pod wpływem pewnych doz wyskoku. Nie przeczą one ogólnemu prawu zwiększania się ilości moczu pod wpływem wprowadzonego do żołądka wyskoku z dużą ilością wody.

Wielkość diurezy, jak widzimy z tablic różniła się od normalnej (bez wyskoku) od -3% do 25% , przyczem wyjątkowo były i znaczniejsze wahania (patrz u JOHN'a).

Cyfry otrzymane przez RIESS'a i JOHN'a bardzo się różnią od podanych w pracy MORI'ego.

Chcąc zdobyć własne doświadczenie co do moczo-pędnego wpływu wyskoku, stosowanego w rozmaitych ilościach, czego poprzednicy moi nie uwzględniali, przeprowadziłem badania na samym sobie, wybierając dni, kiedy mogłem ranne godziny poświęcić pracy laboratoryjnej, nie odwiedzając chorych na mieście.

Zaznaczam tu, że jak do tych, tak i do następnych doświadczeń używałem wyskoku 95% , jaki się sprzedaje w sklepach monopolowych.

W dni poprzedzające doświadczenie starałem się zachować jednakową dyetę, wieczorem między 9 a $9\frac{1}{2}$ godz. wypijałem herbatę w ilości 2 szklanek, spać szedłem o $11\frac{1}{2}$ —12 godz., wstawałem o 8 ej rano, a o 10-ej godz.

oddawszy mocz ostatni raz przed początkiem doświadczenia, spożywałem śniadanie, złożone z 200 ccm. herbaty z 2 kawałkami curku, befsztyka z $\frac{1}{2}$ f. polędwicy i 1 kop. bułeczki, poczem wypijałem 700 ccm. wody z początku bez, a potem z dodatkiem wysokoku, Ostatnią porcyę wody wypijałem o 10 $\frac{1}{2}$ godz. rano. Mocz zbierałem w ciągu 6 godzin, t. j. ostatnią porcyę oddawałem o 4 godz. Zbierając mocz, oddawałem go przy pierwszym odczuciu potrzeby. Otrzymaną przy każdym doświadczeniu porcyę badałem na ciężar gatunkowy, punkt zamarzania, a także chemicznie na białko i drobnowidzowe.

Dodaję, że jestem zupełnie zdrow, ważę 80 kilo. Napojów wysokokowych nie używam i jestem na nie bardzo wrażliwy.

Rezultat zestawilem w następującej tablicy:

Śniadanie	Bez wysokoku	Z 10 ccm. wysk. po $\frac{1}{8}$ ccm. na kilo	Z 20 ccm. wysk. po $\frac{1}{4}$ ccm. na kilo	Z 40 ccm. wysk. po $\frac{1}{2}$ ccm. na kilo	Z 80 ccm. wysk. po 1 ccm. na kilo
Ilość moczu ccm.	720	1000	1060	910	1020
Ciężar ga- tunkowy	1.015	1.010	1.011	1.009	1.008
Δ	-1,180	-0 780	-0,755	-0,720	-0,705
Różnica w ilości	0	+39%	+47%	+25%	+42%

Każda wymieniona tu cyfra jest przeciętną z dwóch doświadczeń.

Jak widać, ilość moczu pod wpływem wysokoku przenosiła normalną o 25%—47%, przytem bez wyraźnej zależności od ilości wypitego wysokoku.

Pod wpływem mniejszych ilości wysokoku pierwsze porcyę moczu wydzielaly się znacznie wcześniej niż normalnie (po śniadaniu bez wysokoku) i w ciągu $3\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ godzin odchodziło $\frac{3}{4}$ — $\frac{5}{6}$ całej ilości. Przy większej ilości wysokoku, szczególnie przy 80 ccm. wrażliwość pęcherza na przepelnienie znacznie się zmniejszyła i potrzeba oddania pierwszej porcyi była odczuta nie wcześniej, a może później niż po śniadaniu bez wysokoku, zato odeszła naraz znaczniejsza ilość moczu.

Co do ciężaru gatunkowego komentarze są zbyteczne.

Co do punktu zamarzania moczu, to należy zwrócić uwagę na to, że z wzrastającą ilością wypitego wysokoku, pomimo że ilość wydzielanego moczu nie zwiększała się proporcjonalnie, Δ stale zbliżał się do 0 — ciśnienie osmotyczne moczu zmniejszało się.

Poszukiwanie białka nie wykryło ani razu najmniejszych jego śladów, a badanie drobnowidzowe osadu także nic patologicznego nie wykazało.

Chcąc się przekonać, jak wpływa na diurezę wyskok zadany w jakiś czas po śniadaniu, kiedy się takowe jeśli nie całkowicie, to w znacznej części już wessało, wypilem we 3 godziny po skończonem śniadaniu (o wyżej wymienionym składzie) t. j. o pół drugiej, raz 10 ccm., drugi raz 20 ccm, wysokoku z taką domieszką wody, że cała ilość płynu wynosiła 50 ccm., i otrzymałem w pierwszym wypadku 765 ccm., a w drugim 800 ccm. moczu, t. j. ilości tak mało się różniące od normalnej po mojem śniadaniu bez wysokoku (720 ccm.), że na podstawie ich mówić o zwiększonem czy przyspieszonem wydalaniu z ustroju pod wpływem wyskoku wessanej już z dróg pokarmowych, chociażby przed chwilą, wody — nie można (zważywszy, naturalnie, że naogół wprowadzałem teraz o 50 ccm. płynu więcej, niż poprzednio).

Rezultat ten moich doświadczeń bardzo się różni od reltatu, otrzywanego przez Mori'ego przy analogicznem doświadczeniu, które wyżej przytoczyłem.

Nie mogąc przeprowadzać nad sobą badań z większymi jeszcze ilościami wyskoku, postanowiłem użyć do tego psów. Wybrałem 2 młode suki z najpospolitszej rasy psa podwórzowego, a przekonawszy się, że są zupełnie zdrowe, że mocz ich nie zawiera składników patologicznych, zamknąłem je w obszernych klatkach, przystosowanych do zbierania moczu.

Miałem na celu wyjaśnić: 1) Jak się waha ilość moczu pod wpływem rozmaitych dawek wyskoku. 2) Jak przebiega to wydzielanie w ciągu dłuższego czasu po zadaniu wyskoku. 3) Jak się waha ciężar gatunkowy moczu. 4) Czy wpłynie wyskok drażniąco na nerki o tyle, że uda mi się wykazać patologiczne składniki w moczu *).

Dla ścisłego przeprowadzenia tych doświadczeń należało ustalić sposób żywienia psów. Obrabiałem następująco: psy dostawały codziennie o godz. 10-ej gotowaną koninę (bez kości), a o 10^{1/2} godz., co drugi dzień, przez zgłębnik żołądkowy, wodę wodociągową z domieszką rozmaitych ilości wyskoku. Ilość wody i mięsa zastosowana była do wagi psów:

Raba, ważąca 10 kilo, dostawała po 320 gr. mięsa i 400 ccm. wody.

Żółta, ważąca 12,5 kilo — 400 gr. mięsa i 500 ccm. wody

Większych ilości wody nie mogłem stosować, bojąc się, że gdy zbyt wiele przepelnienie żołądka samą wodą może wywoływać u psów wymioty, to tembardziej mogłyby takowe nastąpić przy domieszce większych ilości wyskoku, na który psie żołądki są wrażliwe do tego stopnia, że wielu badaczy wyrzekło się używania psów do swych doświad-

*) Z początku stosowałem także metodę kryoskopijną, ale przekonawszy się o trudności otrzymania u psów idealnie wolnego od wszelkich domieszek moczu za dobę, i otrzymawszy po kilkunastu określeniach punktu zamarzania chaotyczny rezultat, z którego najmniejszych wniosków nie można było wyprowadzać — zaprzestałem.

czeń z wyskokiem. Po tygodniu, gdy się psy obyły już z klatką, z nowym trybem życia, zacząłem zbierać i odmierzając mocz o godz. 3-ej po południu, 8-ej wiecz. i 10-ej rano.

Po ustaleniu w ciągu tygodnia diurezy pod wpływem wody, zacząłem pić psy wyskokiem, dodając go do wprowadzanej co drugi dzień wody (ogólna ilość płynu pozostawała, naturalnie, bez zmiany).

Dawkowałem zależnie od wagi psów stosując na kilo po $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$, 2, 3, 4 i 5 ccm. wyskoku *).

Przeprowadziłem na tych samych psach trzy serye doświadczeń z wlewaniem oznaczonych ilości wyskoku.

W pierwszej seryi głównem zadaniem mojem było wykrycie patologicznych zmian w moczu, mogących, przypuszczalnie występować przy przekroczeniu pewnej granicy w ilości zadanego wyskoku. Mając to przeważnie na względzie, nie cewnikowałem psów, jak to później robiłem codziennie o 10-ej rano, dla ścisłego oddzielenia doby od doby, i dlatego nie podaję ilości moczu otrzymanego w tej seryi doświadczeń.

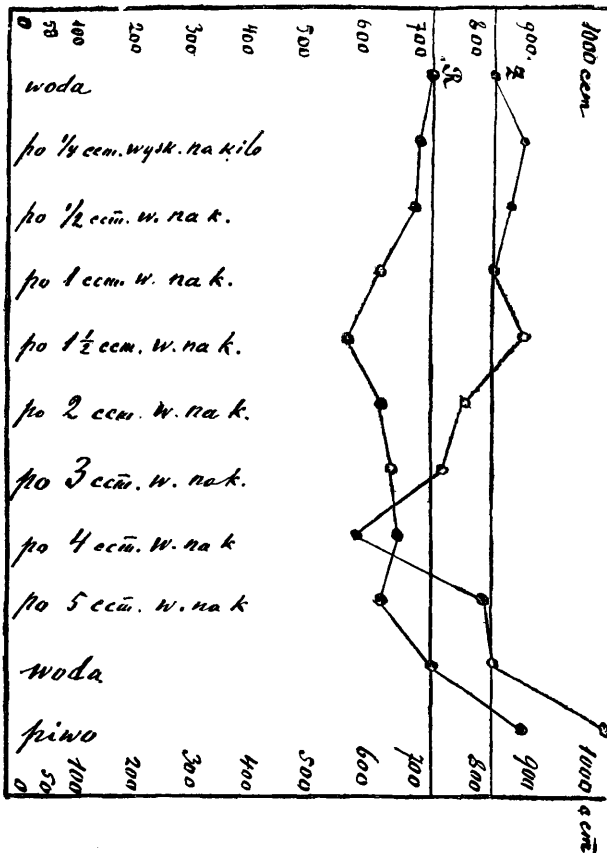
Co się tyczy wyniku badania chemicznego i drobnowidzowego otrzymanego moczu, to nie udało mi się wykryć nawet po zadaniu tak dużych ilości wyskoku jak 4—5 ccm. na kilo, jakichkolwiek zmian: ani śladu białka, ani krwinek czerwonych, nabłonka nerkowego, lub wałeczków w osadzie.

Następne dwie serye doświadczeń, przy których ilość moczu za każdą dobę ściśle się oddzielała cewnikowaniem,

*) Większych ilości nie stosowałem, gdy po za 5 ccm. na kilo zaczynają się już doży niebezpieczne dla życia psa. Gdy od $\frac{1}{2}$ —1 ccm. na kilo psy zdradzały bardzo wyraźnie całym swym zachowaniem działanie wyskoku na sferę psychiczną, od $1\frac{1}{2}$ —2 ccm. występowały wyraźne objawy ataktyczne, a przy 5 ccm. po 10—15 minutach psy już leżały bez ruchu i czucia z pulsem dochodzącym do 124—126 na minutę, t^o obniżoną do 36,5—37,0 in recto (norm. 37,9—38,1) i oddechem zwolnionym do 12—14 na minutę.

były przeprowadzone z niewielką przerwą jedna po drugiej dla otrzymania pewniejszych przeciętnych cyfr z dwóch doświadczeń.

Otrzymany rezultat podaję w postaci następującej krzywej:



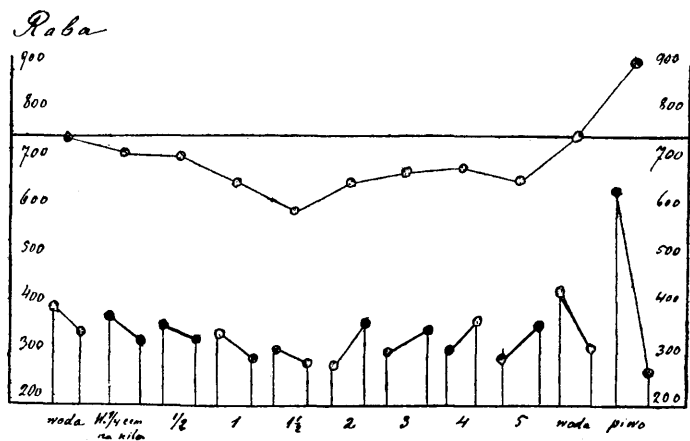
Krzywe wykazują wahania ilości moczu, wydzielonego przez każdą sukę w ciągu 2 dób następujących po zadaniu wody i wody z wyskokiem w rozmaitej dozie. Widzimy, że gdy u Rabej ilość moczu pod wpływem wyskoku nie

przenosiła takowej, wydzielonej po czystej wodzie — żółta od słabych doz wysokoku wydzielala więcej moczu niż od wody i dopiero przy zadaniu po 2 ccm. wysokoku na kilo wagi diureza zmniejszyła się i już nie dosięgła wysokości normalnej. Przy przejściu od większych dawek wysokoku znowu do wody, ilość moczu się zwiększa, a szczególnie wzrasta od piwa, które tu przygodnie zastosowałem kilka razy dla wykazania różnic, zachodzących w moczopędnym działaniu piwa i wody w porównaniu z wyskokiem i wodą.

Nie obserwowałem ani razu przyśpieszonego pod wpływem wysokoku wydzielania moczu w ciągu kilku pierwszych godzin — naczynie, do którego ściekał mocz z klatki było o 3-ej godz. po południu, kiedy się odbywała pierwsza kontrola, zawsze puste.

Co do ilości moczu wydzielonego w ciągu pierwszej i drugiej doby po zadaniu wysokoku, to takowe zawsze się różniły, przytem diureza bywała większą to w ciągu pierwszej, to w ciągu drugiej doby.

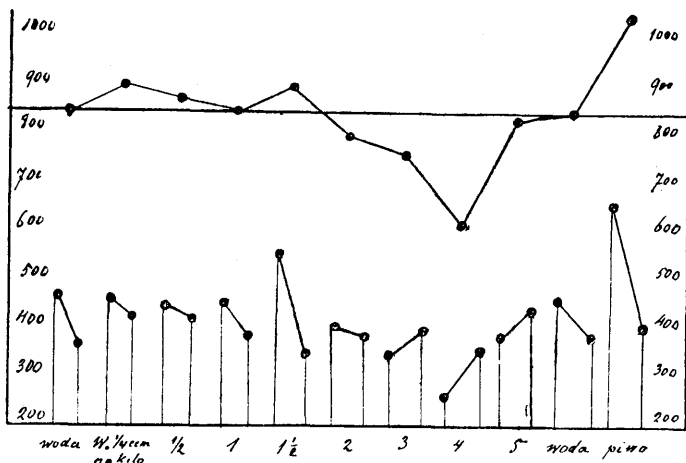
Dla zilustrowania zachodzącego tu stosunku, przedstawiam otrzymane cyfry graficznie.



Widzimy tu, że gdy od wody i wody z niewielką do mieszka wysokoku ilość moczu pierwszego dnia jest większa

niż drugiego, przy silniejszych porcyach wyskoku (2—3 ccm. na kilo) zachodzi odwrotny stosunek, chociażby ogólna ilość moczu (za dwie doby) była większa niż przy małych dozach. Gdy przechodzimy od wyskoku do wody, odrązu się znowuż zmienia stosunek — pierwszej doby mamy wyraźnie więcej moczu, niż drugiej, a najbardziej zaznacza się ta różnica w doświadczeniu z piwem.

Żółta



Ciężar gatunkowy moczu zebranego za pierwszą dobę zawsze był niższy niż za drugą, chociażby w ciągu drugiej doby odeszło znacznie więcej moczu. Bez wyraźnej zależności od ilości zadawanego wyskoku, wahał się ciężar gatunkowy u Rabej za pierwszą dobę między 1,039 i 1,049 (przy wodzie 1,038—1,041) za drugą między 1,047—1,059 (przy wodzie 1,044—1,061).

U żółtej wahania te były pa pierwszą dobę od 1,031 do 1,043 (przy wodzie 1,037—1,050) za drugą dobę 1,040—1,053 (przy wodzie 1,050—1,056).

W czasie tych doświadczeń, pomimo ścisłej kontroli, ani razu nie obserwowałem u psów wymiotów, najpewniej dlatego, że się wyskok wprowadzał nie na czczy żołądek,

a po zjedzeniu mięsa, że się wprowadzał co drugi dzień, że stopniowanie ilości wyskoku odbywało się powoli i że ilość wprowadzanego naraz płynu była niezbyt wielka i zawsze jednakowej ciepłoty (12°R.).

Streszczając rezultaty, otrzymane w tej seryi doświadczeń, widzimy, że:

1) Wyskok, wprowadzony w umiarkowanej ilości do żołądka z dodatkiem znaczniejszej ilości wody, działa na psy moczopędnie.

2) Takie działanie wyskoku podlega i tu indywidualnym wahaniom (Raba nie reagowała tak, jak Żółta).

3) Większe ilości wyskoku (2—3 ccm. na kilo) wywierają wyraźny hamujący wpływ na wydzielanie moczu w najbliższym czasie po zadaniu.

4) Wyskok, wprowadzony do żołądka w granicach do 5 ccm. na kilo wagi, nie drażni nerek, przynajmniej nie w takim stopniu, żeby się to zaznaczało patologicznymi zmianami w moczu.

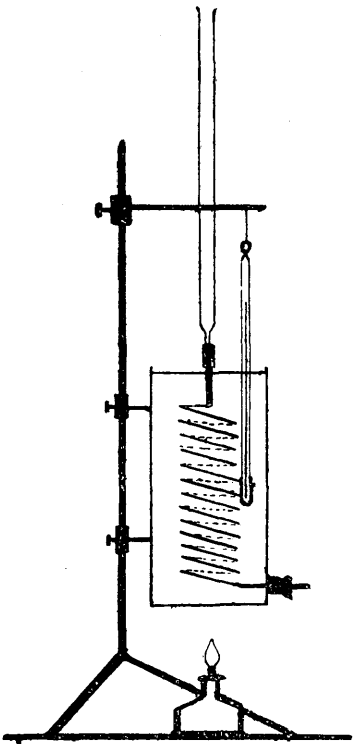
Dowiedziawszy się, jak wpływa wyskok na wydzielanie moczu, gdy jest wprowadzony do ustroju przez żołądek, należało, wobec przypuszczenia, że to przyśpieszone pod wpływem wyskoku wchłanianie wody sprawia pędzenie moczu, przeprowadzić badania, pomijając przy wprowadzeniu wyskoku do organizmu — drogi pokarmowe. W tym celu wybrałem drogę przez żyłę udową wiedząc z literatury, że wyskok, wprowadzony do krwi w niezbyt skoncentrowanej formie, poważniejszych zmian w takowej nie wywołuje.

Należało zatem przekonać się na psach mało różniących się wagą i zupełnie zdrowych, jakie zachodzą różnice w wydzielaniu moczu pod wpływem wprowadzonego, bezpośrednio do obiegu krwi, wyskoku rozcieńczonego fizjologicznym (0,9%) roztworem soli kuchennej w porównaniu z wydzielaniem moczu pod wpływem tylko fizjologicznego roztworu soli.

Dla najlepszego wykonania doświadczenia ze strony technicznej, skonstruowałem przyrząd, pozwalający utrzy-

mać stałą ciepłotę płynu, wprowadzanego do żyły, i ściśle go odmierzać.

Podaję tu rysunek przyrządu, z którego widać, że gdy węzownica i miarówka są napełnione płynem, uprze-



dnio już ogrzany do t° mniej więcej zbliżonej do potrzebnej, to pozostając, chociażby, parę minut tylko w węzownicy, otoczonej wodą 39°C ., płyn ten ogrzewał się do potrzebnej miary, tembardziej, że węzownica zawierała 50 ccm. płynu, a naraz używało się zwykle od 20 do 25 ccm. Odprowadzająca rurka gumowa, możliwie krótka, zakończona była podwójnym szklanym kranem, którego jedno ramię wyciągnięte w cieką cewkę, zastosowane było do wprowadzania bezpośrednio do żyły, a drugie służyło do odprowadzania przed każdym wlewaniem płynu, który już trochę ostygł w gumowej rurce. Psy, przeznaczone do doświadczenia, ważyły od 12 do 15 kilo. Całą dobę poprzedzającą chwilę doświadczenia, pozostawały zamknięte w klatce bez jada i napoju, W celu uspienia była stosowaną tylko morfina po 0.01 na kilo wagi. Operacja polegała na rozcięciu brzucha nad samem spojeniem łonowem i wprowadzeniu do każdego moczowodu po jednej długiej metalowej cewce. Gumowe rurki, nałożone na zewnętrzne końce cewek, odprowadzały mocz do wspólnego naczynia.

czzone do doświadczenia, ważyły od 12 do 15 kilo. Całą dobę poprzedzającą chwilę doświadczenia, pozostawały zamknięte w klatce bez jada i napoju, W celu uspienia była stosowaną tylko morfina po 0.01 na kilo wagi. Operacja polegała na rozcięciu brzucha nad samem spojeniem łonowem i wprowadzeniu do każdego moczowodu po jednej długiej metalowej cewce. Gumowe rurki, nałożone na zewnętrzne końce cewek, odprowadzały mocz do wspólnego naczynia.

Po tej operacyi dokonywała się druga, polegająca na połączeniu za pomocą krana przyrządu do wlewania z żyłą biodrową. Po tych zabiegach zaczynałem odmierzać co 10 minut spływający do cylindra z podziałką mocz i przekonawszy się (zwykle w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny), że wydzielanie odbywa się równomiernie, przystępowałem do wlewania ogrzanego płynu. Ogólną ilość płynu brałem w tyłu ccm., ile gramów zawierała połowa wagi krwi danego zwierzęcia, więc $\frac{1}{26}$ wagi ogólnej. Całą tę ilość płynu wprowadzałem w ciągu 1 godziny w 30 porcyach co 2 minuty; mocz odmierzałem stale co 10 minut. Doświadczenie trwało po skończeniu wlewaniu jeszcze $2\frac{1}{2}$ godziny.

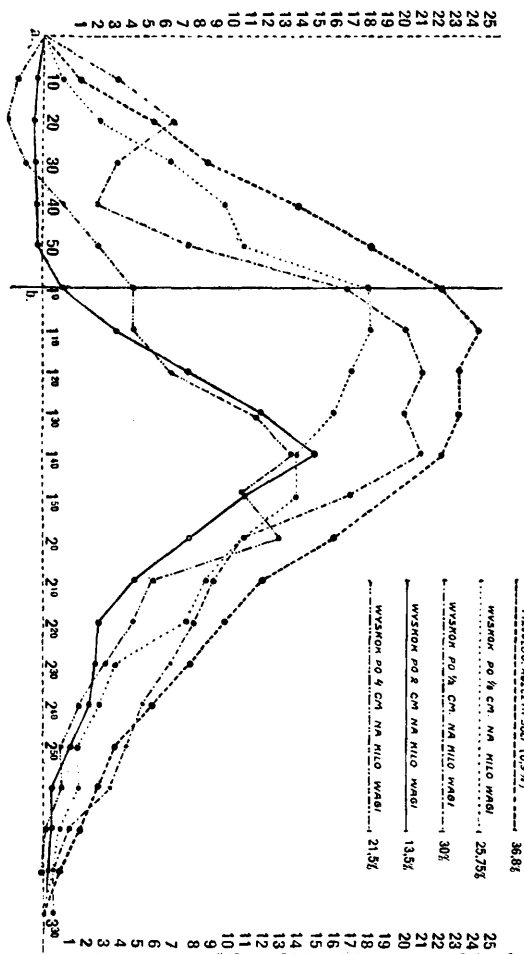
Dla porównywania diurezy, wywołanej przez wyskok w tych warunkach, należało mieć jakąś normalną miarę, więc dla zdobycia takowej przerobiłem najpierw na 5 psach pięć identycznych doświadczeń z fizyologicznym roztworem soli kuchennej, (0,9%), a wyprowadziwszy z nich średnią krzywą diurezy, przystąpiłem do doświadczeń z wyskokiem, dodając go w rozmaitych ilościach do wprowadzanego roztworu fizyologicznego.

Dla osiągnięcia pewniejszych rezultatów przerobiłem z płynem tej samej koncentracji po 2 doświadczenia, z których wprowadziłem średnią krzywą.

Otrzymany rezultat podaję w formie krzywych, z których każda przedstawia diurezę od innej dozy wyskoku, więc ----- — normalną diurezę od fizyologicznego roztworu soli, krzywa — otrzymaną przy wlewaniu wyskoku w dozie po $\frac{1}{8}$ ccm. na kilo wagi psa, - - - - - przy $\frac{1}{2}$ ccm. na kilo, ————— — przy 2 ccm. na kilo i — przy 4 ccm. na kilo

Przed rozpoczęciem wlewania, diureza każdego psa była inną, chociaż różnice były niewielkie, wahając się między $1\frac{1}{2}$ i 4 ccm. w ciągu 10 minut. Na podanych krzywych różnice te nie są zaznaczone, gdyż dla wyraźnego zilustrowania zachodzących między krzywymi różnic, dla możności najlepszego ich porównywania, należało wprowadzić wszystkie z jednego poziomu t. j. z jednego punktu

linii 0. W tym celu każda krzywa została obniżona na wysokość, oznaczającą przeciętną diurezę danego psa w ciągu 10 minut przed rozpoczęciem doświadczenia.



Na rzędnej (ordinata) przedziałki odpowiadają 1 ccm. wydzielonego moczu, na odciętej (linia 0) — oznaczają 10 minutowe, przestrzenie czasu. Część odciętej — *ab* oznacza czas trwania wlewania = 1 godz.

Jak widzimy, diureza od fizyologicznego rozczyynu soli była największą, w jej ramach mieszczą się inne krzywe, najmniejszą zaś była wydzielina moczu przy silniejszych dozach wysokoku — 2 i 4 ccm. na kilo (krzywa ——— i - - - - -). Co do ostatnich krzywych, to zaznaczyć należy, że się one na początku wlewania obniżają, - - - - - silniej niż ———, t. j. pod wpływem silniejszych porcyi wysokoku wydzielanie moczu staje się mniejszem niż było przed wlewaniem (u psa, który całą dobę przedtem nie jadł i nie pił) i takie działanie więcej skoncentrowanych rozczyznów wysokoku (w danym razie 600 ccm. 5% i 600 ccm. 10%) zaznacza się już po pierwszych porcyach, kiedy na ogół zostało wprowadzone do organizmu jeszcze zbyt mało wysokoku, aby można było mówić o wyraźnem osłabiającem działaniu jego na serce. Gdy w miarę wlewania płynu ciśnienie w systemie krwionośnym zaczyna wzrastać, diureza eo ipso musi się zwiększyć i, pomimo hamującego wpływu wysokoku, krzywa przecina odciętą i przechodzi ponad nią, ale do wysokości krzywej normalnej diurezy nie dochodzi. Dla wyraźniejszego zilustrowania w jakim stosunku do ilości wlanego płynu znajduje się ilość wydzielonego w czasie trwania doświadczenia (3½ godz.) moczu, podaję takową w odsetkach (przy krzywej), z których widzimy, naturalnie, toż samo, co nam dały krzywe.

Na zakończenie dodaję, że gdy mocz, otrzymany po wlewaniu fizyologicznego rozczyynu soli, zawierał zawsze ślady białka, przy wysokoku takowe występowało wyraźnie, szczególnie przy większych dozach, a w osadzie znajdowały się nawet krwinki czerwone.

Otrzymane w tej seryi doświadczeń wyniki przekontrolowałem i dopełniłem doświadczeniami przeprowadzonymi w odmiennych warunkach, mianowicie na psach nieuspionych, u których mocz się zbierał przez cewnik wstawiony do pęcherza, zaś płyn wlewany wprowadzał się, jak i poprzednio do żyły udowej. Zamiast fizyologicznego rozczyynu soli kuchennej (0,9%) stosowałem tu 2% jej rozwór dla wywołania silniejszego pędzenia moczu. Doświad-

czenie przeprowadzałem naraz na dwóch psach, które do- bierałem tak, żeby ważyły jednakowo, odpowiadały sobie możliwie rasą i wiekiem. Psy całą dobę pozostawały bez pokarmu i picia. Jednemu z nich wlewałem 2% NaCl, drugiemu 2% NaCl z dodatkiem wyskoku.

Doświadczeń takich przerobiłem 3, w pierwszym uży- łem wyskoku po $\frac{1}{2}$ ccm. na kilo wagi, w drugim po 1 ccm., w trzecim po $2\frac{1}{2}$ ccm.

waga psów	7 kilo N. 1	7 kilo N. 2	9 kilo N. 1	9 kilo N. 2	11 kilo N. 2	11 kilo N. 2
wlano w ciągu 10 minut	wyskoku 2 ccm. 2% NaCl 598 ccm.	2% NaCl 600 ccm.	wyskoku 9 ccm. 2% NaCl 741	2% NaCl 750 ccm.	wyskoku 27 ccm. 2% NaCl 873 ccm.	2% NaCl 900 ccm.
Otrzyma- no moczu w ciągu 15 minut po skończ. wlew. ccm.	67	76	105	135	215	285

Jak widzimy z przytoczonej tablicy, w każdym z tych doświadczeń zaznaczył się wyraźnie wpływ wysokoku, jako czynnika, hamującego wydzielanie moczu.

Podsumowując rezultaty, otrzymane przy wprowadzaniu wysokoku bezpośrednio do krwi widzimy: że:

1) wyskok, wprowadzony do obiegu krwi w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, wpływa na wydzielanie moczu w ten sposób, że się jego wydziela mniej niż od takiejże ilości fizyologicznego roztworu soli bez wysokoku.

2) W takich że warunkach wprowadzane większe ilości wysokoku mogą w pierwszej chwili zmniejszyć poprzednią diurezę, a nawet całkowicie na krótki czas ją zatrzymać.

Stoimy obecnie wobec dwóch faktów, do których doprowadziły nas dotychczasowe badania; mianowicie:

1) Badając diurezę, wywołaną przez wprowadzenie do żołądka większych ilości płynu, widzimy, że jeżeli do tego płynu dodać wysokoku, to ilość moczu *caeteris paribus* wyraźnie wzrasta.

2) Badając diurezę, wywołaną przez wprowadzenie bezpośrednio do krwi fizyologicznego roztworu soli kuchennej, widzimy, że jeżeli do tego roztworu dodać wysokoku, to ilość moczu *caeteris paribus* wyraźnie się zmniejsza.

Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę wpływ wysokoku na czynniki, grające tak ważną rolę w wydzielniczej funkcyi nerki, mianowicie na ciśnienie krwi, stan naczyń krwionośnych nerki i stan specyficznych komórek nerkowych, to wobec tego, że wyskok z dróg pokarmowych wsysa się niezmienny i jako taki cyrkuluje we krwi, szczególniejszych różnic w jakościowym jego działaniu, przy tym i owym sposobie wprowadzenia do ustroju być nie może, może zachodzić tylko różnica w sile działania. Gdy pomimo to jednak wyskok wpływa tak rozmaicie na wydzielanie moczu przy różnych sposobach wprowadzania go do ustroju, to w tem właśnie wprowadzaniu rozmaitemi drogami należy szukać wyjaśnienia interesującego nas faktu. I jeżeli dodanie wysokoku do wypitego płynu zwiększa wydzie-

lanie moczu, to dlatego, że ten płyn dzięki wysokowi znacznie prędzej się wsysa (co jest faktem ustalonym).

Wypowiedziane przypuszczenie potwierdza się także tem, że wyskok, wprowadzony w skoncentrowanej formie (40%—50%) do pozbawionego płynnej zawartości żołądka, wyraźnego wpływu na zwiększenie wydzielania moczu nie wywiera.

Jaki jest jednak wpływ wysokoku na ciśnienie krwi, działanie serca, na naczynia krwionośne nerki i na nabłonek nerkowy? Czy ten wpływ naprawdę jest tego rodzaju, że wydzielnicza funkcja nerki się zmniejsza, czy rzeczywiście zwiększone wydzielanie moczu od wysokoku, wypitego z dużą ilością płynu zależne jest tylko od szybszego wchłaniania tego płynu dzięki wysokowi?

Dzięki wielkiemu rozwojowi doświadczalnych sposobów badania, dzięki możności rozczłonkowania przy badaniu złożonych procesów fizyologicznych na drobniejsze składowe ich części i obserwowanie każdej z osobna, możemy się pokusić o odpowiedzenie na zadane pytania.

Przedewszystkiem wyłączam z programu badanie wpływu wysokoku na serce i ciśnienie krwi. Jestto kwestya już dzisiaj przez wielu autorów sumiennie opracowana. Między innymi zajmowali się tą sprawą MAKI ²³⁾, KOBERT ²⁴⁾, J. BOCK ²⁵⁾, L. HASKOVEC ²⁶⁾, LOEB ²⁷⁾, L. KOCHMANN ²⁸⁾, C. BACHEM ²⁹⁾, M. JOHN ^{*}), SIEWERT ^{**)} i wielu innych.

Używano do tych badań człowieka, zwierząt, uciekano się także do doświadczeń na wyciętem sercu. Do zupełnej jednomyslności jeszcze nie doszło, ale naogół przeważa zdanie, że niewielkie dozy wysokoku wzmacniają działanie serca i zwiększają ciśnienie krwi, że taki stan po wprowadzeniu wysokoku może trwać nawet koło paru go-

^{*}) l. c.

^{**)} Odczyt w fizyko-medyczn. Tow. w Kijowie. W grudniu 1908 r.

dzin (JOHN) poczem następuje zmniejszenie ciśnienia, czasem nawet poniżej normy.

Większe dozy wyskoku wywołują krótkotrwałe zwiększenie ciśnienia i następujące po niem wyraźne poniżej normy zmniejszenie. Serce naogół, jak tego dowiodły badania wyciętego organu, jest bardzo odpornem na wyskok i zaledwie większa doza takowego działa na serce osłabiająco, np. według KOCHMANNA dopiero przy obecności we krwi 0,8% wyskoku można zauważyć szkodliwy jego wpływ, zabija zaś serce dopiero 4%.

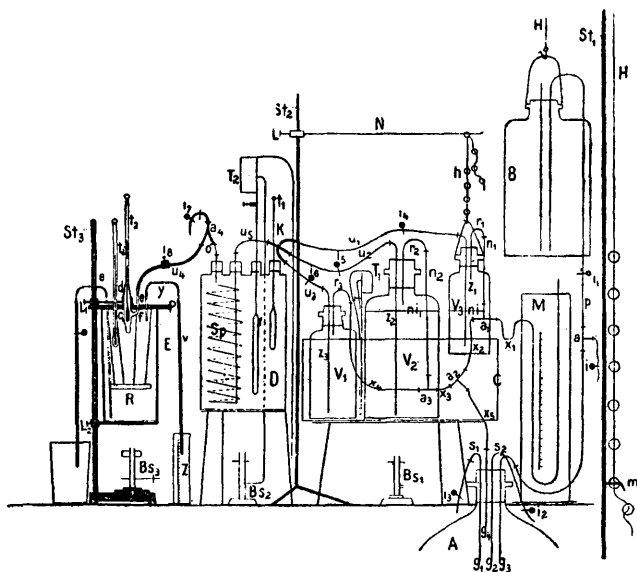
Z prac N. GRÉHANT ³⁰⁾ wiemy, że po wprowadzeniu psu do żołądka po 5 ccm. wyskoku na kilo wagi znajduje się we krwi w ciągu pierwszych 5 godzin od 0,5% do 0,6% wyskoku. Zgodnie z tem, gdybym w stosunku do swej wagi wypił naraz 5 szklanek zwykłej 40% wódki, tobym miał we krwi 0,5%, co jeszcze według KOCHMANNA nie wywiera osłabiającego wpływu na mięsień sercowy.

Wobec tej odporności serca na wyskok, wahania w ciśnieniu krwi zależą w przeważnej części od stanu naczyń krwionośnych i gdy w pierwszym stadyum działania umiarkowanych i nawet większych ilości wyskoku ciśnienie krwi się nie zmniejsza, a nawet wzrasta, pomimo to, że następuje wyraźnie dające się obserwować rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry, to zjawisko to niektórzy tłumaczą przypuszczalnym skurczem naczyń jamy brzusznej, wyrównującym ciśnienie nawet z naddatkiem. Bezpośrednich dowodów na to nie było dotąd.

Dla zbadania jaki wpływ wywiera wyskok na naczynia krwionośne nerki uciekłem się do dwóch sposobów, do doświadczeń z wyciętą psią nerką i do doświadczeń na żywym psie z onkografem.

Dla doświadczeń z wyciętą nerką używałem przyrządu, zbudowanego według idei LANGENDORFF'a, ulepszonego przez SIEVERT'a ³¹⁾, (badał serce) i przystosowanego do badań nad wyciętą nerką przez SKUTUL'a ³²⁾. Nie chcąc obciążać tej pracy długim opisem skomplikowanego przyrządu i metodyki badania, odsyłam interesujących się

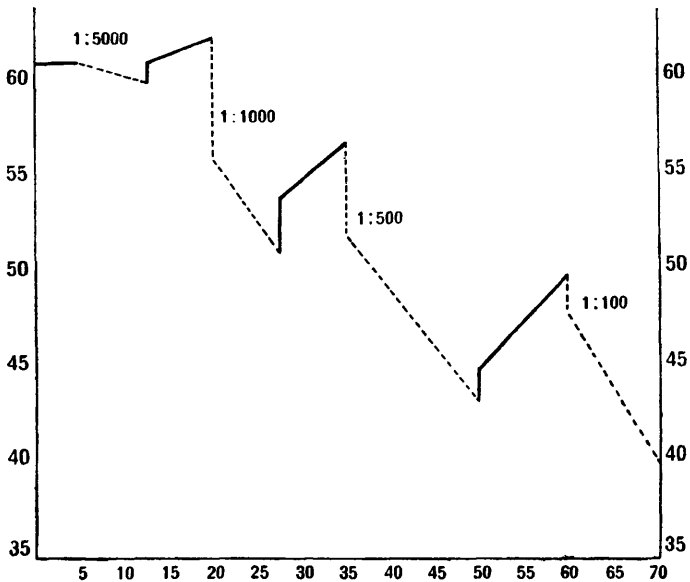
tą kwestyą do pracy SKUTULA, tu zaś podaję tylko rysunek przyrządu, wzięty z tej pracy, tembardziej, żeśmy razem na nim pracowali, i żeśmy wspólnie wprowadzili jedno jeszcze ulepszenie butli $V_1—V_2—V_3$ w miarę ubywania w nich płynu (pomimo stałego ciśnienia w zamkniętym systemie naczyń i rurek przez cały czas doświadczenia), co dotychczas nie było uwzględnionem.



Jako odżywczego płynu używałem kombinacji LOCKE'go ($\text{NaCl}—8.5$, $\text{NaHCO}_3—0.2$, $\text{KCl}—0.42$, $\text{CaCl}_2—0.24$ i cukru gronowego 1.0 na litr wody). Oprócz niej miałem w 4 butlach dodany do płynu LOCKE'go wyskok w rozmaitych ilościach, tak że miałem koncentracje $0,02\%$ — $0,1\%$ — $0,2\%$ — 1% , stosując się z tem do danych GRÉHANT *), że przy wypiciu olbrzymich porcyi wyskoku można ilość jego we krwi (przynajmniej u psa) doprowadzić do 1% i nawet więcej.

*) l. c.

Ustaliwszy ilość płynu LOCKE'go, przepływającego przez naczynia nerki w ciągu 1 minuty, przekonawszy się, że w ciągu całego szeregu minut ilość ta jest najściślej jednakową, zaczynałem przepuszczać przez nerkę rozczyń wysokoku tej lub owej koncentracji, przyczem stale obserwowałem powolniejsze lub szybsze, zależnie od koncentracji wysokoku, zmniejszanie się ilości, przepływającego przez nerkę płynu, t. j. przepuszczalność naczyń nerki



zmniejszała się, czyli, innymi słowy, naczynia zwężały się, gdy jednak wtedy zamiast rozczyń wysokoku, wprowadzałem płyn LOCKE'go — naczynia rozszerzały się, ilość przepływającego płynu zwiększała się, by znów się zmniejszyć przy ponownym wprowadzeniu wysokoku. Czasami przy zamianie silniejszego rozczyń wysokoku na płyn LOCKE'go naczynia rozszerzały się nawet poza swoje pierwotne granice.

Na wszystkie nerki w jednakowym stopniu (ale

zawsze w kierunku zwężania się) reagowały na wyskok, prawdopodobnie wskutek pewnych zmian w naczyniach, co zauważywszy, zacząłem kontrolować po każdym doświadczeniu wrażliwość naczyń na tak silne czynniki jak Collargol (zwęża) w roztworze 1 : 1.000,000 i Chloral (rozszerza) w roztworze 2 : 1,000 i protokółowałem tylko doświadczenia, przeprowadzone na nerkach normalnie reagujących na Collargol i na Chloral. W ten sposób z ośmiu doświadczeń odpadło trzy. W pozostałych pięciu otrzymałem tak identyczne wyniki co do zwężającego naczynia działania wyskoku, że ograniczę się tu podaniem tylko jednej krzywej, ilustrującej to działanie (str. 457).

Na rzędnej podziałki odpowiadają ilości, przepływającego przez nerkę płynu w ccm., na odciętej podziałki odpowiadają 1 minucie. Czarne części krzywej ilustrują przepuszczalność nerki przy płynie LOCKE'go, przerywane — przy domieszce do tego płynu rozmaitych ilości wyskoku. Pod koniec doświadczenia, przepuszczalność naczyń nerki, jak widać z krzywej, naogół się zmniejsza wskutek następującego powoli obrzęku, co jest nieuniknionem, chociaż stosowałem ciśnienie = 110 młm. rtęci, więc mniejsze od normalnego w tętnicy nerkowej u psa.

Dla zbadania wpływu wyskoku na naczynia nie oddzielonej od organizmu nerki, użyłem onkografu W. LINDEMANN'a³³), którego konstrukcyi, ani sposobu zastosowania tu nie opisuję; znajduje się to we wskazanej jego pracy.

Zmiany objętości nerki, t. j. wszelkie ruchy w jej naczyniach, zapisywały się przy pomocy połączonego z onkografem bębena MAREY'a na zakopconej taśmie kimografu HERING'a, a pod tą krzywą pióro połączonego z tętnicą szyjną manometru rtęciowego, zapisywało krzywą ciśnienia krwi.

Przebieg doświadczenia był następujący: Pies, który przez dobę, poprzedzającą doświadczenie, pozostawał zamknięty w klatce bez jedła i napoju, dostawał odpo-
wie lnią dozę morfiny, (po 0.01 na kilo) i uśpiony podlegał

operacji wydobycia lewej nerki przez cięcie lędźwiowe w ten sposób, że nerka, wcale nieuszkodzona, była tylko zruszoną ze swego miejsca. Na tę wydobytą na zewnątrz nerkę nakładałem onkograf i łączyłem z bębenkiem MAREY'a. Następnie łączyłem tętnicę szyjną z manometrem kimografu i wprowadzałem do żyły udowej kaniulkę od przyrządu, służącego do wewnętrzzżylnych wlewań płynów o stałej ciepłocie (opisany wyżej).

Dla uniknięcia możliwych ubocznych wpływów na ciśnienie krwi ze strony układu mięśniowego, stosowałem przy tych doświadczeniach curare, przyczem musiałem łączyć tchawicę zwierzęcia z mieszkim do sztucznego oddychania, co miało tę dobrą stronę, że usuwało niemiarowość oddechu, występującą wyraźnie od większych ilości wysoko-ku, — czynnik bardzo niepożądany gdy chodzi o otrzymanie łatwej do odczytania krzywej.

Wyskok stosowałem w fizyologicznym roztworze soli kuchennej (0.9%) w koncentracji dość znacznej, bo 25% (na co pozwala GRÉHANT) dla uniknięcia wprowadzania większych ilości płynu naraz, coby się mogło znacznie odbić na ciśnieniu krwi.

Ograniczyłem się dwoma doświadczeniami, gdyż dały najzupełniej identyczny rezultat.

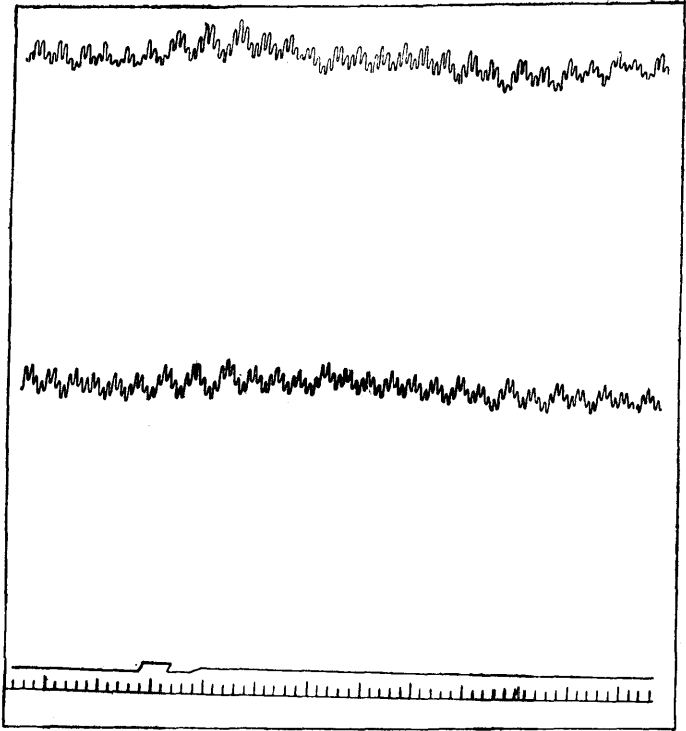
Podaję wyniki jednego z nich, załączając zdjęcia fotograficzne krzywych, zmniejszone o $1\frac{1}{2}$ raza, na których, jak wyżej już mówiłem, górna przedstawia krzywą wahań objętości nerki, dolna — krzywą ciśnienia krwi.

Suka ważyła 15 kilo (1,75 ccm. 2% curare).

Wprowadzono do żyły w ciągu 3 sekund 10 ccm. płynu, (t, j. po $\frac{1}{6}$ wysokoju na kilo).

Na odnośnej krzywej (Nr. 1) widzimy nieznaczne ciśnienie krwi i objętości nerki bezpośrednio po wlaniu.

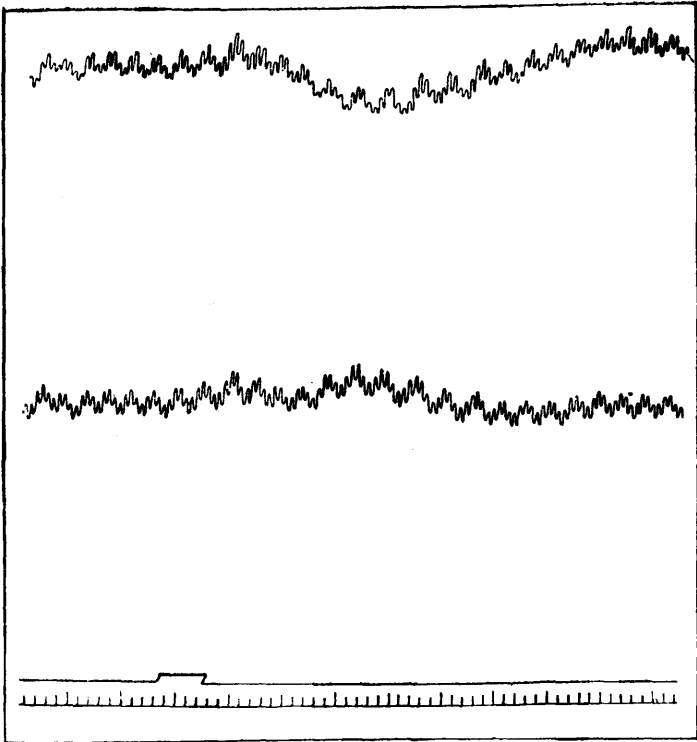
K r z y w a N r . 1 .



Wprowadzono w ciągu 4 sekund 15 ccm. płynu (t. j. po $\frac{1}{4}$ wyskoku na kilo wagi).

Na odnośnej krzywej (Nr. 2) widzimy, że bezpośrednio po wlewaniu nastąpiło zwiększenie ciśnienia krwi i objętości nerki, ale po upływie kilku sekund objętość nerki zaczęła się zmniejszać bardzo wyraźnie, gdy ciśnienie krwi, które po pierwszym podniesieniu zaczęło się zmniejszać bardzo wyraźnie, znów się podniosło już na dłużej.

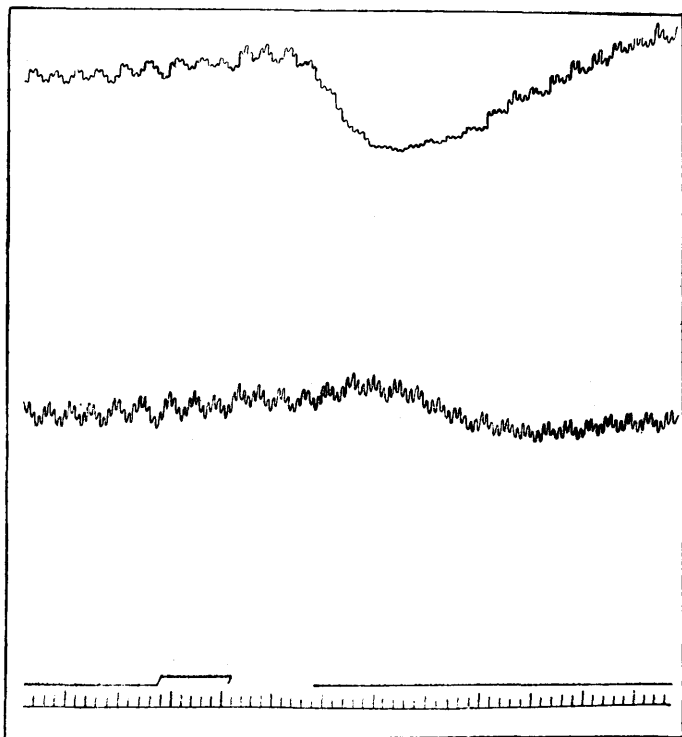
K r z y w a N r. 2.



Wprowadzono w ciągu 7 sekund 30 ccm. płynu (t. j. po $\frac{1}{2}$ ccm. wyskoku na kilo wagi)

Widzimy z krzywej (Nr. 3), że zwiększenie ciśnienia krwi, które nastąpiło już pod koniec wlewania prawie bez wahania przechodzi w jeszcze większe, odpowiadające znacznemu zmniejszeniu objętości nerki przy bardzo słabych falach pulsowych.

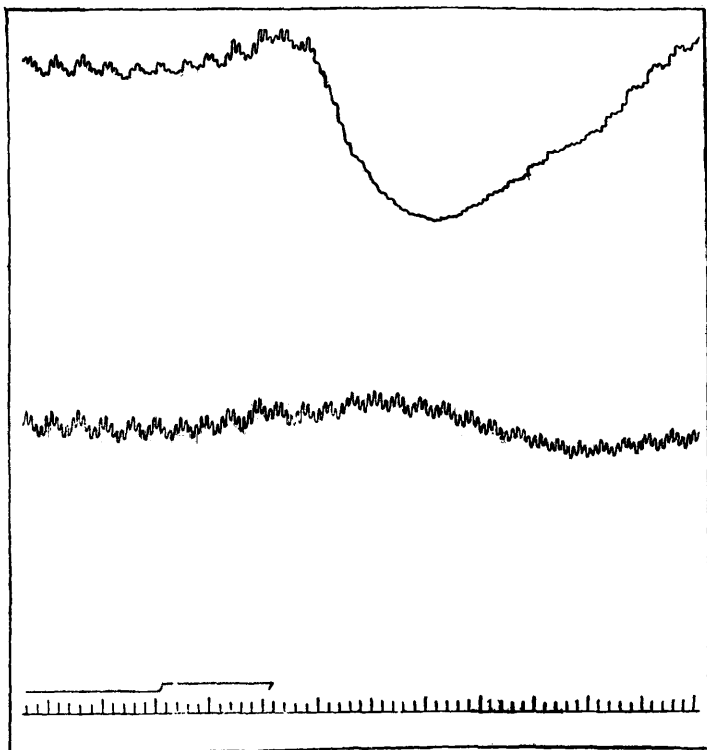
K r z y w a N r . 3 .



Wprowadzono w ciągu 11 sekund 60 ccm. płynu (t. j. po 1 ccm. wyskoku na kilo).

Krzywa (Nr. 4) daje nam też samo, co poprzednia, tylko w znacznie silniejszym stopniu.

K r z y w a N r . 4 .



Sądzę, że krzywe tak wyraźnie przedstawiają, zachodzące pod wpływem wyskoku zmiany w naczyniach nerki i ciśnieniu krwi, że niema potrzeby uciekać się do zmużnego obliczania tych wahań i podawania ich w cyfrach.

Otóż widzimy bardzo wyraźnie na wszystkich krzywych, że wprowadzenie do żyły płynu w ilości 10—60 cm. (wyskoku?) bezzwłocznie już zwiększa ciśnienie krwi, zwiększa objętość nerek i jej fale pulsowe, ale gdy po upływie kilku sekund dostaje się wyskok z obiegiem krwi do naczyń nerki, to takowe się kurczą, objętość nerki się zmniejsza. zmniejszają się jej fale pulsowe i jednocześnie

Pam. Tow. Lek. T. 106. Z. IV.

wzrasta ciśnienie krwi, jako wynik skurczu drobnych naczyń (przypuszczalnie nie tylko w nerce), a może i wpływu wysokości na serce.

Doświadczenia te, wspólnie z przeprowadzonymi na wyciętej nerce, dowodzą, że naczynia nerki przy bezpośrednim działaniu wysokości zwężają się. Ten skurcz naczyń po pewnym czasie ustępuje, gdy nowe tak nadpływającej krwi przynoszą coraz to mniejszą domieszkę wysokości, a może się stopniowo rozwija przyzwyczajenie i naczynia na ten bodziec zaczynają reagować już słabiej.

Przechodzę do ostatniej części tej pracy, do kwestyi wpływu wysokości na wydzielniczą funkcję specyficznych komórek nerkowych, stanowiących nabłonek kanalików krętych.

Dla wyjaśnienia tej kwestyi skorzystałem ze zbadanej już dość ściśle sprawy wydzielania przez nerki barwików. Należało wyjaśnić jak się ten proces odbywa przy wprowadzeniu do ustroju wysokości.

Wiemy z prac licznych autorów, między którymi nazwę A. SCHMIDTA³¹⁾, A. GURWITSCH'a³²⁾, RIBBERT'a SCHLECHT'a³³⁾, że w sprawie wydzielania karminu z ustroju ciała MALPIGHI'ego udziału nie biorą, że funkcja ta spoczywa całkowicie na komórkach kanalików krętych. Gdy badamy nerkę, wziętą przez pewien czas po wprowadzeniu do ustroju zwierzęcia karminu (najczęściej używano do tego królików i myszy, którym roztwór karminu wprowadzano do żyły lub do jamy brzusznej), to znajdujemy w komórkach kanalików krętych ziarenka karminu, czasami obficie takowe wypełniające. Najwięcej tych ziarenek karminu znajduje się w wewnętrznej (zwróconej do światła kanalika) warstwie rąbka szczotkowatego, mniej w zewnętrznej (gdzie się takowa styka z ciałem komórki) i bardzo mało w protoplazmie komórki. Przytem kanalik bywa obficie wypełniony takimiż ziarnkami karminu. W warunkach patologicznych, gdy w ten lub ów sposób zostaje uszkodzony nabłonek, nie znajdujemy już w jego komórkach opisanych ziarenek — funkcja komórki ustaje.

To wydzielanie barwników w kanalikach krętych jest jednym z zasadniczych dowodów, na którym, jak dawniej HEIDENHAIN³⁸⁾, tak teraz najnowszy badacze oparli swe poglądy na mechanizm powstawania moczu.

Zwracam tu uwagę na najnowszą teorię powstawania moczu W. LINDEMANN'a³⁹⁾.

Otóż, jeżeli wydzielanie karminu, jak i innych substancji odbywa się dzięki specyficznej funkcji nabłonka kanalików krętych, to o drażniącym, czy paraliżującym wpływie wysokoku na tę funkcję nabłonka będziemy sądzili na podstawie więcej lub mniej energicznego wydzielania karminu pod wpływem zadanego wysokoku. Odnośne doświadczenia były dalszym ciągiem doświadczeń, mających na celu wyjaśnienie wpływu wysokoku, wprowadzonego do obiegu krwi u psów nieuśpionych (patrz str. 452).

Posługiwałem się nasyconym roztworem lithowego karminu przyrządzonym według ogólnych zasad. Brałem go po 5 ccm. na kilo wagi psa, rozcieńczałem podwójną ilością wody (więc otrzymywałem 33 $\frac{1}{2}$ % roztwór nasyconego karminu), filtrowałem, podgrzewałem w wodzie do t° 38C i wprowadzałem do żyły udowej małemi, częstemi porcyami w ciągu 5 minut. Z opróżnionego przedtem pęcherza zaczynałem jednocześnie zbierać przez cewnik mocz. Zbieranie moczu trwało 15 minut. Po paru minutach zaczynało się wydzielanie zabarwionego karminem moczu. Aby mieć więcej moczu należało poprzednio wywołać diurezę, do czego używałem 2% NaCl. Najprościej było by wprowadzać psu karmin z domieszką wysokoku i bez takowego i notować zachodzące w wydzielaniu moczu różnice, ale że wyskok strąca karmiu nawet, gdy jest dodany w małych ilościach, musiałem zadawać psu wyskok przed wlewaniem karminu.

Doświadczenie odbywało się w następującym porządku: Dwa psy zupełnie zdrowe, tej samej wagi i możliwie zbliżonej rasy pozostawały przez dobę w klatce bez jada i napoju. Uwiązany na stole operacyjnym wypuszczałem mocz przez cewnik, poczem cewnik przez cały czas do-

swiadczenia pozostawał w pęcherzu, zmieniały się tylko naczynia do zbierania moczu. Przez wstawioną do żyły udowej kaniulkę wlewałem za pomocą przyrządu do wlewania (patrz str. 438) 2% roztwór NaCl jednemu bez, drugiemu z dodaniem wysokku. Wlewanie trwało 10 minut. Przeczekawszy po skończonem wlewaniu 15 minut (i zebrawszy przez ten czas mocz), wprowadzałem tą samą drogą karmin w ciągu 5 minut, śledząc uważnie, kiedy się zjawią pierwsze krople zabarwionego moczu. Mocz zbierałem także w ciągu 15 minut, odmierzałem jego ilość, a potem za pomocą kolorymetru WOLF'a porównywałem między sobą mocz od jednego i drugiego psa, wyprowadzając z tego ilościowy stosunek wydzielonego w jednym i drugim karminu. Podaję otrzymany rezultat w postaci tablicy:

waga psów	7 kilo Nr. 1	7 kilo Nr. 2	9 kilo Nr. 1	9 kilo Nr. 2	11 kilo Nr. 1	11 kilo Nr. 2
wlano w ciągu 10 min. ccm.	wysokku 2 2% NaCl 598	2% NaCl 600	wysokku 9 2% NaCl 741	2% NaCl 750	wysokku 27 2% NaCl 813	2% NaCl 900
Otrzymano moczu w ciągu 15 minut po skończonem wlewaniu ccm.	67	76	105	135	215	285
Wlano w ciągu 5 minut 33 $\frac{1}{2}$ % rasyconego kar- minu ccm.	105	105	135	135	165	165
Otrzymano za- barwionego mo- czu w ciągu 15 minut ccm.	22	26	50	52	53	115
Wzajemny stosu- nek ilości wydzie- lonego karminu	11	13	5	: 6,5	1	: 2

Jak widzimy, ilość karminu wydzielonego przez psa, który otrzymał wyskok była w każdym z trzech doświadczeń *caeteris paribus* mniejszą. Dodam tu jeszcze, że pierwsze ślady karminu w moczu psów, które otrzymały wyskok, wydzielają się o $\frac{1}{8}$ – $\frac{1}{4}$ minuty później, niż w moczu psów, które wyskoku nie otrzymały. Przypominam tu doświadczenie MORI'ego z wydzielaniem KI, które się pod wpływem wyskoku znacznie spóźniało. Po upływie 15 minut od skończenia wlewania karminu psy były uśmiercane, nerki pośpiesznie wyjęte i niewielkie ich kawałeczki wrzucone dla utrwalenia do 80% wyskoku z którego na drugi dzień przenosiłem je do 95% wyskoku. Postępując zwykłą drogą, zatapiałem kawałeczki w mieszaninie ALTMANN'a. Skrawki otrzymywałem na mikrotomie zawsze jednakowej grubości = 6 μ .

Najpierw przygotowałem szereg preparatów nie zabarwionych. Przy rozpatrywaniu ich nieuzbrojonym okiem już się dawała wyraźnie spostrzedz znaczniejsza zawarość karminu w preparatach, pochodzących od psów, które otrzymały wyskok.

Przy badaniu drobnowidzowym tych preparatów, jako też i zabarwionych hämalaun potwierdzało się pierwsze wrażenie, przyczem wyraźnie zaznaczała się różnica między jedną a drugą seryą preparatów, polegająca na tem, że gdy w preparatach od psów Nr. 2 (bez wyskoku) ziarenka karminu leżały tworząc wązkie pasemko w zwróconej ku światłu kanalika wewnętrznej warstwie komórki,— w preparatach od psów Nr. 1 (wyskok) — ziarenek karminu było więcej, tworzyły one szerszą warstwę. Otrzymuje się to wrażenie, że wyskok przeszkadza wydzielaniu z komórki nagromadzającego się w niej (dzięki funkcji tonoplastów) karminu. Ponieważ wydzielanie substancyj nagromadzających się w komórkach kanalików krętych odbywa się (patrz u W. LINDEMANN'a) w kierunku światła kanalika przez rąbek szczotkowaty (Bürstenbesatz) dzięki wypychającej sile kurczących się w podstawowej części komórek pręcików (Myonema)—należy przypuścić, że wy-

skok osłabia (paraliżuje) tę zdolność kurczenia się, co jest wyrazem zasadniczej cechy działania wyskoku nie przez podniecanie, lecz przez paraliżowanie.

Na podstawie wyników powyższych doświadczeń, przychodzę do następujących wniosków:

1) Wyskok ani w małych, ani w średnich, ani w dużych dozach nie wpływa podniecająco na funkcję nerki, a działa wprost odwrotnie, zwężając naczynia nerki (więc zmniejszając jej hematyzację) i wpływając paraliżująco na wydzielniczą funkcję jej nabłonka.

2) Zwiększone wydzielanie moczu, pod wpływem małych i średnich ilości wyskoku wprowadzonych do żołądka z dużą ilością płynu, zależy nie od podniecającego wpływu na nerkę, a od przyspieszonego wsysania tego płynu.

3) Wyskok, nawet w bardzo dużych ilościach, przy jednorazowym użyciu nie wywołuje w zdrowych nerkach zmian, któreby się dały wykazać drogą zwykłego klinicznego badania moczu.

Szanownemu Panu prof. W. LINDEMANNOWI, pod którego kierunkiem pracę powyższą wykonałem, za cenne wskazówki jego, wyrażam głęboką wdzięczność.

Kijów w marcu 1909 r.

L I T E R A T U R A .

- 1) G. Rosenfeld. Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus. Wiesbaden, 1901.
- 2) E. Abderhalden. Bibliographie der gesamten wissenschaftl. Liter. über den Alkohol und Alkoholismus. Berlin und Wien, 1904.
- 3) Rintaro Mori Ueber die diuretische Wirkung des Biers. Archiv f. Hygiene VII Bd. 1887 s. 354.
- 4) C. Falk. Harn-Untersuchungen zur Lösung physiologischer und klinischer Probleme. Deutsche Klinik, 1854, Nr. 33, 34, 35.
- 5) H. Rudolph. De urina sanguinis, potus et chyli Diss. Marburg, 1854.
- 6) J. Ranké. Physiologie des Menschen. Leipzig, 1868, s. 412.
- 7) I. Hoffmann. Beiträge zur Semiologie des Harnes. Berlin, 1884, s. 40.
- 8) 9) Według pracy R. Mori'ego (l. c.), str. 371).
- 10) A. Gurwicz. O wpływie wyskoku na wydzielanie białka przy zapaleniu nerek (ross.) Rozprawa na stopień d. med. Petersburg, 1890.
- 11) Murawski. Wpływ chronicznego zatrucia wyskokiem na nerki zwierząt (ross.). Petersburg, 1895.
- 12) H. Weikart. Archiv der Heilkunde, 1861, Bd. 2.

- 13) R a b u t e a u. Union méd., 1870.
- 14) M a r v a u d. Recneit des mém. de méd. milit., 1872.
- 15) L. R i e s s. Ueber den Einfluss d. Alkohols auf den Stoffwechsel des Menschen. Zeitschr. f. Klin. Med., 1881. Bd., s. 1.
- 16) J a i l l e t. Thèse de Paris, 1883.
- 17) M. J o h n. Zeitschr. f. experimentelle Pathologie und Therapie. 5 Bd., H. 3, 1909. Ueber Beeinflussung des systolischen und diastolischen Blutdrucks durch Genuss alkoholischer Getränke verschiedener Concentration.
- 18) N. S i m a n o w s k i. Ueber die Gesundheitsschädlichkeit hefetrüber Biere und ueber den Ablauf der Künstlichen Verdanung bei Bierzusatz. Archiv. f. Hygiene, 1886. Bd. 4, s. 1.
- 19) N o t h n a g e l i R o s s b a c h. Farmakologia. Wydanie Gazety Lek., 1883, str. 351.
- 20) H. T a p p e i n e r. Lehrbuch d. Arzneimittellehre, 1904, s. 160.
- 21) N. K r a w k o w. Farmakologia (ross.). Perersburg, 1907. T. I, str. 115.
- 22) C. B i n z. Real-Encyclopädie d. gesamen. Heilk. IV Aufl. I Bd., 1907.
- 23) M a k i. Ueber den Einflus etc. Diss. Strassburg, 1884.
- 24) K o b e r t. Lehrbuch der Pharmakotherapie, 1897.
- 25) I. B o c k. Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Giffe auf das isolirte Säugethierheiz. Archiv. f. Experimentelle Pathologie und Pharmakologie. 41 Bd., 1898.
- 26) L. H a s k o v e c. Études expérimentales, concernant l'action de l'alcool sur l'innervation du coeur. Refer. w Archives de Médecine expérim et d'anatomie pathologique. Paris, 1901. T. 13, p. 125.
„ Nouvelles contributions à la question de l'action de de l'alcool sur le coeur et sur la circulation du sang. Archives de Méd. expérim. et d'anatomie pathologique. T. 13, 1901, p. 539.

- 27) O. L o e b. Arch. exper. p. Bd. 52, 1904.
- 28) M. K o c h m a n n. Die Einwirkung d. Alkohols auf. das Warmbluterherz. Archiv. internat. de Pharm. et de Thérapie. Vol. XIII. Fasc. V und VI.
- 29) C. B a c h e m. Ueber die Blutdruckwirkung kleiner Alkoholgaben bei intravenöser Injection. Archiv. intern. de Pharmac et de Therap. Vol. XIV Fasc. V und VI.
- 30) N. G r é h a n t. Recherches sur l'alcoolisme aigue, dosage de l'alcool dans le sang et dans les tissus. Comptes rendus de l'Acad de sc. T. 129, 1899, p. 746—748.
- 31) S i e w e r t. Pflüger's Arch. Bd. 102. s. 364, 1904.
- 32) S k u t u l. Ueber Durchströmungsapparate Archiv. f. die ges. Physiologie. Bd. 123.
- 33) H. L i n d e m a n n. Ueber die Wirkung der Gegendruckerhöhung auf die Harnsecretion. Ziegler's Beiträge. 21 Bd., 1897.
- 34) A. S c h m i d t. I. D. Bonn 1889. Pflügers Arch. Bd. 48, p. 33.
- 35) A. G u r w i t s c h. Zur Physiologie und Morphologie der Nierenthätigkeit. Arch. f. die Gesamte Physiol. 91 Bd., 1902.
- 36) H. R i b b e r t. Die Abscheidung intravenös injizierten gelösten Karmins in den Geweben Zeitschr. f. Allgemeine Physiologie. 4 Bd., 1904, s. 201.
- 37) H. S c h l e c h t. Experimentelle Untersuch. über die Resorption und die Ausscheidung des Lithionkarmins unter physiologischen und pathologischen Bedingungen. Beiträge zur pathol. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Bd. 40, 1907, s. 312.
- 38) H e i d e u h a i n. Virchow's Arch. Bd. 9.
- 39) W. L i n d e m a n n. Beiträge zur Theorie der Harnabsonderung Arch. f. exper pathologie u. Pharmakologie. Bd. 59, 1908.

O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu.

(Praca nagrodzona na konkursie imienia Płaskowskiego).

podał

Władysław Sterling.

(Dokończenie).

DOŚWIADCZENIE I.

1	Lampa	na naftę—lampa chyba.	3"
2	drzewo	jakie drzewo? jest drzewo co rośnie wlesie, jest takie, co się rąbie do palenia.	5"
3	czytać	czytać—to jeszcze nie mogę.	7"
4	długi	długi, czytać.	5"
5	łóżko	łóżko—to także się nazywa łóżko.	10"
6	chodzić	czy ja mogę chodzić?	

7	szpital	do szpitala—z tego mówienia widać, że ja jestem idjotka.	6"
8	korona	korona—pan się pyta, jaka korona?	9"
9	głowa	głowa teraz, jak zawsze nie gorsza, nie lepsza.	6"
10	dom	z domu to mi szwagierka ukra- dła mleko.	7"
11	biały	biały dom?	5"
12	obok	nie rozumiem.	6"
13	świeca	oni mnie chcą podpalić.	3"
14	spać	jak człowiek nie może spać?	10"
15	lekarstwo	nie wezmę lekarstwa, to trucizna.	4"
16	chustka	są rozmaite chustki.	11"
17	szyć	s z y ć.	20"
18	daleko	proszę pana—a daleko?	4"
19	serce	nie gorzej, nie lepiej.	10"
20	gwiazda	to także w sercu.	10"
21	obraz	to wisi.	5"
22	miasto	miasto—to są takie miasteczka.	7"
23	płakać	je ciągle płaczę.	6"
24	wysoki	na wielkość.	10"

25	25	czy 25 rubli, czy 25 minut	7"
26	rubel	rubel ma 20 dziesiątek.	5"
27	koszyk	rozmaite koszyki są duże i maleńkie.	7"
28	doktór	doktory—to tylko żeby męczyć.	8"
29	jeść	nie będę jeść.	7"
30	okno	w chałupie okno jest.	6"
31	sadzawka	co woda jest.	5"
32	cesarz	to największy.	5"
33	mały	w jaki sposób cesarz może być mały?	6"
34	robak	to dużo robaków.	4"
35	zegar	zegar jest ten, co pan ma.	8"
36	latać	teraz—to lato—; zima—nie lato.	6"
37	kot	to już najgorszy.	5"
38	więzienie	to mnie tu związali.	6"
39	włosy	włosy są głowie.	4"
40	talerz	to się je na tem.	5"
41	brudny	są rozmaite brudy.	8"
42	ach!	ja nie wiem.	10"
43	lustro	tu nie ma.	4"
44	mydło	do prania.	8"

45	krzyczeńć	ja krzyczę, bo mnie biją.	5"
46	fortepian	tu stoi fortepian, ja nie umiem grać.	5"
47	ucho	duże albo małe.	4"
48	gotować	gotowy.	5"
49	igła	co się szyje.	3"
50	fartuch	kobieta chodzi w furtuchu.	5"

DOŚWIADCZENIE II.

1	noga	noga.	3'
2	liść	od drzewa liść, co upada.	4"
3	mysz	to ja nie wiem.	2"
4	jasny	to tak samo.	4"
5	rąbać	można drzewo rąbać, można i mięso.	8"
6	Wielkanoc	teraz to jeszcze jest miesiąc do Wielkanocy.	5"
7	bieda	choć bieda, to Pan Bóg musi dać dobrze.	3"
8	światło	komu dobrze na świecie, a nie wie nic dobrze.	6"
9	pusty	a to pusty.	4"
10	miękki	nie wiem.	5"

11	jechać	ja chcę jechać do domu	8"
12	mężczyzna	mężczyzna, to nie kobieta.	5"
13	choroba	to mnie otruli, to jest moja choroba.	4"
14	palec	od ręki.	3"
15	długi	palec długi.	5"
16	brzydki	moja choroba to brzydka.	4"
17	pfe!	to jest brzydki, to wiadomo.	3"
18	rozum	jak bym miała rozum, toby dobrze było, lecz bieda że Pan Bóg zabrał rozum.	4"
19	atrament	to co się pisze.	3"
20	pałac	to się nazywa pałac.	3"
21	srebrny	pieniądze to srebrne.	2"
22	gorący	jak kto ma gorączkę—ja nie mam gorączki.	3"
23	pod spodem	co człowiek na sobie ma.	6"
24	100	czy na ruble czy na złoto?	3"
25	krzesło	to. na czym się siedzi.	2"
26	dziecko	dzieciak.	6"
27	małpa	małpa—to już nie dziecko.	4"
28	zdrowie	kto, chciał mnie otruć, to mi zabrał zdrowie.	3"

29	śmierdzący	jest taki, co broń Boże śmierdzący jest.	4"
30	głęboki	kto kopie, ten wie, co głębokie.	4,5"
31	żyć	ja chciałabym żyć.	5"
32	szczęście	jak Pan Bóg da.	4,5"
33	rabin	rabin to ze zdrowiem niema nic wspólnego.	5"
34	słońce	czasem jest dobre słońce, czasem nie.	3"
35	głodny	choć głodny, ale tu niebędzie jeść.	5"
36	wąchać	trzeba wszystko wąchać, bo tu mnie struli.	6"
37	słone	czasem się je bardziej słone, czasem mniej.	4"
38	noc	teraz to są długie noce..	2,5"
39	rodzina	oni się ze mnie śmieją.	2,5"
40	pies	ma 4 nogi.	3"
41	gruby	są i grube psy, są i cienkie psy.	2,5"
42	żółty	rozmaite maści są na psach.	2,5"
43	kąpać się	ja się kąpię co tydzień.	3,5"
44	żołnierz	żołnierzy to tu nie widać.	2,5"
45	kapota	mężczyzna nosi kapotę.	2,5"
46	strach	o! strach duży jest.	2"

47	prędko	są tacy, co robią prędko, są tacy, co nie.	5"
48	cienki	są i cienkie.	6,5"
49	gryść	proszę Pana, co to może być cienkie?	4"
50	jutro	jutro będzie źle.	4"

DOŚWIADCZENIE III.

1	suknia	suknia — to suknia.	5"
2	pogrzeb	jak kogo otruć, to ma pogrzeb.	3"
3	zapalki	podpalić dom.	2"
4	dwunasta	może jest teraz jest dwunasta.	5"
5	cicho	cicho.	3"
6	wstać	ja nie wstaję.	4,5"
7	herbaty	nie będę pić.	8"
8	suft	wysoki.	7"
9	dziewczyna	dziewczynka.	3"
10	wesoły	kto wesoły, temu dobrze, a mnie smutno.	4"
11	mały	w mniejszych latach to mniejszy.	2,5"
12	śmiać się	jak się ze mnie wszyscy śmieją.	2"
13	drzwi	drzwi są tutaj.	2,5"

14	szyba	szyba to w oknie.	2"
15	kolej	pociąg.	2"
16	okrągły	okrągły, duży pociąg.	6"
17	okropny	to już inaczej.	3"
18	zabić	kto chce zabić, to zły.	3"
19	brzuch	mnie chcieli brzuch porozcinać.	4"
20	szklanka	szkło.	3"
21	prawda	prawdziwość.	3"
22	szeroki	szerokość.	5"
23	wysoki	na drzwi?	3"
24	grać	to nie umiem.	6"
25	ulica	ulica—to taka droga.	4"
26	nagroda	kto dobrze robi, to nagrodzony.	8"
27	myśleć	ja nic nie myślę.	2"
28	3	trzy to trzy.	4"
29	ach!	komu nie dobrze.	4"
30	wróbel	to jest w dworze.	5"
31	kapelusz	kapelusz to się nosi na głowie.	2,5"
32	lód	z lodu.	2"
33	sprawiedli- wy	sprawiedliwość.	3,5"

34	krótko	krótki.	4"
35	mówić	są tacy, co dużo mówią i są tacy, co mniej.	2"
36	oczy	w człowieku.	3"
37	miesiąc	4 tygodnie.	3"
38	kara	to trzeba płacić.	2"
39	papieros	tak jak pan.	2"
40	broda	w człowieku.	2"
41	podeszew	od buta.	5"
42	wąski	jest szeroki i wąski.	3"
43	brzydki	jest i brzydki.	3"
44	tańczyć	tańczą ludzie, ja nie tańczę.	2"
45	25	25 tygodni czy miesięcy?	2"
46	robotnik	rozmaici ludzie liczą się do roboty.	2"
47	bloto	czysta woda.	5"
48	tydzień	7 dni.	3"
49	głupi	ja sama głupia jestem.	2"
50	nos	długi albo krótki.	2,5"

DOŚWIADCZENIE IV.

1	palto	co się nosi na sobie.	5,5"
2	góra	góra to na wierzchu.	2,5"
3	ochota	to wesołość taka.	10"
4	zielony	to trawa jest taka zielona.	3,5"
7	pytanie	to pan się pyta.	4,5"
8	grzech	grzechy.	2,5"
9	żelazo	to krzyż.	3"
10	chudy	są czasem ludzie chudzi.	3"
11	1	jeden człowiek.	4"
12	kupić	kupić trzeba co rano.	5"
13	ogień	ogień—to od drzewa czy od węgla?	5"
14	katarynka	to się gra na tem.	2"
15	dusza	duże i małe katarynki—także pra- suje się tem.	2"
16	ostrożnie	to pomału.	2"
17	siwy	to taka maść.	2"
18	boleć	co człowieka boli.	4"
19	kopiejka	można kupić i za kopiejkę, można i drożej.	4"

20	trawa	to rośnie.	3"
21	maszyna	co się szyje.	1"
22	złoty	po 30 groszy.	2"
23	kwaśne	to kwaśne rzeczy.	2"
24	skończyć	co to jest?	5"
25	piec	palić w piecu.	2"
26	wnuk	to człowiek jest.	6"
27	wiatrak	to jest i na wodzie i na wietrze.	5"
28	głuchy	to nie słyszy.	2"
29	świeży	świeża rzecz.	1"
30	strzelać	są tacy ludzie, co strzelają	3"
31	siostry	ja już nie mam siostry.	3"
32	wojna	słyszałam o wojnie, ale niewidziałam nigdy.	7"
33	szkło	szkło jest w szybach.	2,5"
34	ciężko	komu ciężko na sercu.	3"
35	źle	źle to jest mnie.	3"
36	schować	ja nie schowałam nic.	3"
37	gazeta	co ludzie czytają.	2,5"
38	trąba	wojsko trąbi.	3,5"

39	język	to u człowieka w gębie.	3"
40	siekiera	to się rąbie drzewo.	2"
41	deszcz	to się leje czasem, teraz to więcej śnieg	3"
42	widno	w dzień to widno.	2"
43	pełny	pełny na miarę?	5"
44	włożyć	włożyć—to taki ciężar.	6"
45	ściana	to z cegieł, desek czy z badyłów?	3"
46	djabeł	djabeł to nie człowiek.	2"
47	schody	to idą do góry.	5"
48	$\frac{1}{2}$	pół spodni, czy pół godziny.	2"
49	ślizgo	to na dworze.	3"
50	szczekać	co się gada.	3"

DOŚWIADCZENIE V.

1	futro	teraz za ciepło na futro.	3"
2	jedwab	jedwabny.	1,5"
3	las	drzewo—z lasu.	2"
4	wcześnie	wcześnie—to zaraz.	3"
5	dobry	czasem dobry, a czasem gorszy.	2"

6	sprzedawać	kto ma co sprzedawać.	3"
7	trumna	to mnie chcieli pochować.	1,5"
8	felczer	to stawia bańki.	3,5"
9	pan	są więksi panowie i mniejsi panowie.	2"
10	jabłko	jabłka są zimowe albo letnie.	2"
11	tani	to tanie jabłka.	3"
12	zwyczajny	zwyczajne jabłka.	3,5"
5	różowy	to taki kolor.	4"
6	słuchać	co się mówi.	3"
13	pijany	jak człowiek się upije, to pijany.	4"
14	zwlekać	kto zwleka?	1½"
15	kufer	są rozmaite kufry.	1,5"
16	ogród	to pole.	1"
17	ptak	ptaki są na dworze.	4"
18	darmo	tutaj zadarmo się leczy.	3,5"
19	ciepły	tu nie zimno.	2,5"
20	pisać	pan doktor teraz pisze.	2,5"
21	klucz	to krzyż—mnie chcieli ochrzcić.	3"
22	bóżnica	żydowska.	1"
23	krawat	są trzy majstry, co robią krawaty.	3,5"

24	gorzko	mnie to teraz nie słodko.	4"
25	cztery	cztery to cztery.	2"
26	siła	ja nie mam siły.	3,5"
27	siano	trawa taka.	1,5"
28	minuta	kilka minut.	1,5"
29	bronzowy	to taki kolorowy.	1,5"
30	trudno	to trudny.	5"
31	mieszać	jak jest co mieszać, to się miesza.	2"
32	gniew	na mnie się oni gniewają.	1"
33	wąsy	wąski.	2'
34	ciasto	to się piecze.	3"
35	srebrny	pieniądz.	1,5"
36	pachnący	kwiaty.	2"
37	całować	ludzie się całują.	2"
38	muzyka	to, co gra.	4"
39	katar	są rozmaite katary.	1,5"
40	gorączka	ja nie mam gorączki.	2"
41	żywy	to człowiek żywy jest.	2,5"
42	drewniany	drewniany człowiek nieżyje.	3"
43	żart	żartować.	3"

44	wisieć	kto się powiesi.	6"
45	chrzestny	ja się nie będę chrzcić.	2,5"
46	studnia	to głęboko.	2,5"
47	skrzypce	na skrzypcach to się gra.	3"
48	często	są tacy ludzie, co często grają.	2,5"
49	1000	1000 rubli czy złotych?	3"
50	wiatr	na dworze.	2"

DOŚWIADCZENIE VI.

1	wiek	to taki zajęc.	2"
2	rok	to rok.	2"
3	ojciec	ojca nie ma.	5"
4	szary	taka maść.	2,5"
5	skórzany	to taki kurz.	4"
6	wymyślać	to mnie ciągle wymyślają.	1,5"
7	staruszek	stary człowiek.	1,5"
8	tramwaj	co się jedzie na tem.	1,5"
9	zarobek	zarobić.	3"
10	6	to taki numer	2"
11	cudzy	znajomy.	3"

12	uczyć się	kto się uczy, temu dobrze.	4"
13	handel	co się handluje.	1"
14	szwagier	ona mi kradła pieniądze.	2"
15	cukiernia	cukier się robi.	1,5"
16	12	to 10 i 2.	3"
17	czekolado- wy	z czekolady taki.	4"
18	czesać	włosy.	1"
19	narzeczony	nie ma.	1"
20	buda	dla psa.	1"
21	karty	to się gra.	1"
22	zimowy	w zimie.	2"
23	damski	dla kobiet.	3"
24	wylewać	wodę czy co.	2"
25	kufer	pełny.	1,5"
26	ręka	palec.	1,5"
27	kosa	co się nosi w ręku.	2"
28	papuga	w lesie.	2"
29	mokry	ziemia mokra.	1,5"
30	kochany	mnie nikt nie kocha.	2,5"

31	malować	malarz.	2"
32	nauczyciel	uczy dzieci.	1"
33	sklep	z kramikiem.	2"
34	jasny	to słońce.	3"
35	ostrzy	nóż—to chcieli brzuch krajać.	3"
36	psuć	kto nie dobrze robi, to trzeba psuć.	2"
37	twarz	- to człowiek.	1"
38	obiad	ja nie jem.	1,5"
39	nazwisko	czy moje?	2"
40	uczony	człowiek.	1,5"
41	$\frac{1}{4}$	ćwierć—to 8 garncy.	2,5"
42	darować	jeden drugiemu daruje.	1,5"
43	gaz	to się pali.	1"
44	dach	dachówka.	0,5"
45	zajęcie	jeden drugiemu zajęcie robi.	1,5"
46	osoba	to człowiek.	2"
47	ciemny	pokój.	2"
48	złamać	jak się jaka rzecz złamie.	1,5"
49	wczoraj	dziś.	1,5"
50	50	25 kopiejek.	2,5"

Przy zbieraniu skojarzeń posługiwałem się wymawianiem głośnem w y r a z u s y g n a ł o w e g o („Reizwort“), na który miała nastąpić odpowiedź; interwał pomiędzy wymówionym sygnałem a otrzymaną odpowiedzią mierzony był w sekundach za pomocą chronometru. Ogółem otrzymano trzysta asocjacji w przebiegu 6 doświadczeń w rozmaitych dniach — po 50 — przy każdym doświadczeniu. Zbierałem jednorazowo tylko po 50 skojarzeń dla uniknięcia wpływu zmęczenia. Oczywiście pierwsze badania, dopóki chora nie pojęła dobrze, o co chodzi—nie były brane w rachubę. Na 300 spotykanych „wyrazów sygnałowych“ („Reizwort“) żaden nie powtarzał się po 2 razy. Składały się one przeważnie z rzeczowników, przymiotników i czasowników (pomiędzy którymi stosunek wyrażał się mniej więcej, jak 4 : 2 : 1), zdarzały się jednak pojedyncze liczebniki, przysłówki, wykrzykniki. Na ilość sylab w wyrazach sygnałowych nie zwracano uwagi; również nie dzielono ich na rozmaite kategorie, jak to czyni np. SOMMER. Starano się tylko o to, ażeby nie następowały po sobie bodźce zbliżone brzmieniem lub treścią, ażeby uniknąć nastawienia się reakcji w pewnym określonym kierunku. Przedewszystkiem zaś starano się o to, ażeby wykluczyć z repertuaru wyrazy rzadsze i trudniejsze, niedostępne dla poziomu umysłowego chorej—tak więc brane były wyrazy zwykle z życia potocznego.

Co się tyczy rozsegregowania otrzymanego materiału, to podział, wprowadzony w warunkach patologicznych przez ASCHAFFENBURG'a, a następnie zmodyfikowany przez JUNG'a i RIKLIN'a okazał się absolutnie nie do przeprowadzenia, bowiem występują tutaj takie kategorie asocjacji, która w podanych przez badaczy tych szematach zupełnie się nie mieszczą. Powstało to z tego powodu, że chora, jakkolwiek dobrze rozumiała, o co chodzi, jednakże, jak to się zwykle przy badaniu skojarzeń praktykuje, nigdy prawie nie reagowała jednym wyrazem, lecz zazwyczaj całym zdaniem. Stosunek zaś i układ zdań tych, które niewątpliwie należało traktować jako

materyał bądź co bądź asocjacyjny — był tego rodzaju, że dawnym podziałom zupełnie nie odpowiadał.

Rozdzieliłem tedy cały otrzymany materyał na 15 kategorii, dla których przytoczę najbardziej charakterystyczne przykłady.

1). **P e r s e w e r a c j e** — czyli powtarzanie odpowiedzi lub też części odpowiedzi, danych na jeden z poprzedzających sygnałów.

2). **U w i d o c z n i e n i e t a u t o l o g i c z n e** (handel: co się handluje, jedwab: jedwabny, prawda: prawdziwość, miasto: to takie miasteczka, dziecko: dzieciak, noc: długa noc).

3). **W y j a ś n i e n i e**: (skrzypce: na skrzypcach to się gra, rubel: rubel ma 20 dziesiątek, pies: pies ma 4 nogi, złodziejstwo: jak kto kradnie).

4). **P o d p o r z ą d k o w a n i e**: (okno: w chałupie jest, liść: z drzewa, palec: od ręki, szyba: w oknie, dachówka: z dachu).

5). **O k r e ś l e n i e c z a s u, c e l u i t. d.** (Wielka-noc: to niedługo będzie, książka: do czytania, mydło: do prania).

6). **P o d a n i e g ł ó w n e j c e c h y l u b c z y n n o ś c i**: (drzewo: rośnie w lesie, talerz: to się na tem je).

7). **P o d a n i e s u b j e k t u c e c h y l u b c z y n n o ś c i**: (biały: biały dom, szczekać: to pies szczeka).

8). **P o d a n i e p r z y k ł a d u** (fartuch: kobieta nosi fartuch, całować: ludzie się całują).

9). **P o w t ó r z e n i e** (szyć: szyć, suknia: suknia to suknia, rok: rok to rok).

10). **P o w t ó r z e n i e z z a p y t a n i e m** (korona korona? pan się pyta jaka korona? dom: czy w tym domu czy w innym?).

11). **P o w t ó r z e n i e z z a p y t a n i e m e g o c e n t r y c z n e m** (chodzić: czy ja mogę chodzić?).

12). **C z y s t o e g o c e n t r y c z n e** — bardzo liczne—(jeść: mnie tu chcieli otruć—i wiele innych).

13. **Egocentryczne z negacją** (spać: a jak człowiek nie może spać, rodzina: ja nie mam rodziny, myśleć: ja nie myślę).

14. **Branie wyrazu sygnałowego za pytanie** (głowa: głowa tak, jak zawsze—ani gorzej ani lepiej, serce: nie gorzej ani lepiej).

15. **Odpowiadanie w formie sentencji**—bardzo częste: (głęboki: kto kopie, ten wie że głęboki, — wachać: jak nie ma czego wachać, to się nie wacha — pan: są więksi panowie i mniejsi panowie — psuć: kto nie dobrze robi, temu trzeba psuć).

Ważne i charakterystyczne jest, że na 300 zebranych odpowiedzi nie spotykamy wcale skojarzeń dźwiękowych (*Klangassoziationen*). Dwa razy spotkane skojarzenia, któreby je mogły przypominać: (skórzany: to taki kurz na dworze, latać: jak lato to ciepło) należy prędzej położyć na karb niedokładnego zrozumienia na razie przez chorą wyrazu sygnałowego.

Załączone protokoły doświadczeń uwidaczniają prócz tego z jasnością, nie wymagającą bliższych omówień dwie negatywne cechy kliniczne naszego przypadku, a mianowicie brak *g o n i t w y m y ś l i* i brak inkohereencji. Obie te niezmiernie ważne cechy negatywne podkreślam, gdyż wróć do nich przy rozpoznaniu różniczkowym.

Po za tem odzwierciadla się w przytoczonych asocjacjach niewątpliwe zahamowanie intrapsychiczne (*WERNICKE*), — długie interwale, — ubóstwo materiału asocjacyjnego oraz ślady urojeń (prześladowczych). Noszą one tedy cechy dość głębokiego (jakkolwiek przemijającego) upośledzenia funkcji psychicznej i pod względem jakościowym przypominają nieco dane, jakie otrzymał *WEHRLIN* przy doświadczalnym badaniu skojarzeń u osobników niedorozwiniętych i epileptyków.

Zanim przyjdę do omówienia *r o z p o z n a n i a* w niniejszym przypadku, dodam co do dalszego przebiegu choroby, że objawy zaburzeń psychicznych, doszedłszy do punktu kulminacyjnego ku końcowi 10-go tygodnia choro-

by, zaczęły następnie blaknąć bardzo szybko — tak, że w przebiegu jednego tygodnia pozostały z nich zaledwie ślady (lekki odcień bezradnej trwożliwości, ślady urojeń prześladowczych, pewne defekty pamięciowe w stosunku do okresów podniecenia; ku końcowi 12-go tygodnia choroby wszelkie zaburzenia psychiczne znikły doszczętnie, a następnie 1½ miesięczna obserwacja chorej potwierdziła zupełne jej wyleczenie. Zaznaczyć trzeba, że przebyta choroba umysłowa nie pozostawiła w umyśle chorej żadnych absolutnie defektów (zachowywanie się chorej na oddziale).

Jeżeli teraz zechcemy, opierając się li tylko na psychjatrycznej fizjonomji niniejszego przypadku—przeprowadzić jego rozpoznanie różniczkowe z określonymi postaciami klinicznymi, to zadanie nasze o tyle jest ograniczone, że wykluczyć musimy *a limine* wszystkie formy kliniczne, nie mogące dać z u p e ł n e j r e s t y t u c j i władz umysłowych. Jeżeli tedy chodzi o zakwalifikowanie n o z o l o g i c z n e o s t r e j choroby umysłowej, zakończonej w przebiegu 12 tygodni z u p e ł n e m wyleczeniem—to mamy wybór tylko pomiędzy psychozami powstałymi po zatruciach egzogennych (łącznie z zakażeniami infekcyjnymi) z jednej strony, z drugiej zaś strony pomiędzy psychozami na tle wyczerpania organizmu („Erschöpfungspsychosen“ KRAEPELIN'a, a głównie z nich najważniejszą przedstawicielką: *amentia Meynert'i*) oraz z wielką grupą „psychozy manjakałno - depresyjnej“ („*manisch - depressives Irresein*“).

Dla przypuszczenia zatrucia egzogennego nie mamy w ścisłych wywiadach u chorej naszej absolutnie żadnego punktu oparcia, żadnej infekcji chora przed wybuchem niniejszej choroby bezwzględnie nie przechodziła, pozostaje więc nam do rozstrząsań różniczkowo-rozpoznawczych tylko *amentia* i psychoza manjakałno-depresyjna.

Co się tyczy *amentia Meynert'i*, to istotnie spostrzegamy przy tej postaci pewne zewnętrzne podobieństwo obrazów klinicznych pomiędzy nią a naszym przypadkiem:

ostrzy początek, obfitość halucynacji, odwracalność uwagi zahamowanie intrapsychiczne, silne pobudzenie ruchowe, które w punktach kulminacyjnych doprowadziło do dezorientacji, wreszcie prędkiego przebiegu i pomyślnego zejścia. Istniały jednak przytem różnice tak zasadnicze, że rozpoznanie to należało odrzucić. Przedewszystkiem w etjologii brak było bezpośrednio przed wybuchem choroby jakiegokolwiek momentu, wyczerpującego organizm (perodu, ciężkiej choroby fizycznej, utraty krwi, przeciążenia fizycznego i t. p.), który to postulat uważa KRAEPELIN, za nieodzowny. Następnie przy najsilniejszym pobudzeniu ruchowym nie spostrzegaliśmy nigdy splątania (*Verwirrtheit*), które dla tej postaci jest tak charakterystyczne, dalej spostrzeganie zachowane było zupełnie dobrze, podczas gdy przy *amentia* cierpi ono przedewszystkiem, a wreszcie — co najważniejsza — i co demonstracyjnie widoczne jest z protokółów badań doświadczalnych nad kojarzeniem u naszej chorej, nie mieliśmy nigdy do czynienia z *pięrowotną inkoherecją*, która według najnowszych badań (STROHMAYER, STRANSKY) jest najbardziej kardynalną i najbardziej istotną cechą zaburzeń psychicznych przy *amentia Meynerti*.

Daleko trudniejsze jest odgraniczenie spostrzeganej w przypadku niniejszym psychozy od grupy „psychozy manjakałno-depresyjnej“ („*manisch-depressives Irresein*“). Jak wiadomo, doniosłością genialnej koncepcji klinicznej KRAEPELIN'a jest nie tylko wykazanie *jedności* klinicznej pomiędzy temi stanami, które dawniej określano z jednej strony jako „manję“, a z drugiej jako „melancholję“, lecz stwierdzenie, że pomiędzy kardynalnemi cechami tych stanów czyli pomiędzy pobudzeniem manjakałnem i depresją istnieją bardzo liczne stany przejściowe. Owe stany przejściowe, które KRAEPELIN ochrzcił nazwą „stanów mieszanych“ („*Mischzustände*“), zostały zbadane na bardzo dużym materiale przez WEYGANDT'a, który z rozmaitych możliwości, powstających z kombinacji trzech par naprzewiwległych sobie objawów manji i melancholji

(nastrój wesoły — depresyjny; pobudzenie — zahamowanie psychomotoryczne; gonitwa myśli — zahamowanie myślowe) poza czystą manją i czystą melancholią spostrzegał częściej od innych i opracował praktycznie następujące kombinacje kliniczne:

1). T. zw. *Zornige Manie*, (KRAEPELIN): pobudzenie manjakałne, złość i drażliwość, gonitwa myśli.

2). S t u p o r m a n j a k a ł n y: nastrój manjakałny, zahamowanie psychomotoryczne, zahamowanie intrapsychiczne.

3). M a n j a n i e p r o d u k c y j n a („unproductive (gedankenarme) Manie“): nastrój manjakałny, pobudzenie psychomotoryczne, zahamowanie myślowe.

4). D e p r e s j a, g o n i t w a m y ś l i.

5). Z a h a m o w a n i e m a n j a k a ł n e (nieśluszenie w najnowszej pracy GOLDSTEINA—1907 r. uważane za nową kombinację, gdyż znajduje się ono już w podręczniku KRAEPELIN'a z 1904 r.): zahamowanie myślowe, gonitwa myśli.

Wreszcie ostatnia z spostrzeganych do dzisiejszego dnia kombinacji i opisanych przez WEYGANDT'a która nas w stosunku do naszego przypadku najbardziej interesuje — jest t. zw. „agitirte Depression“ czyli depresja z pobudzeniem. Posłuchajmy jak postać tę charakteryzuje badacz ten niemal dosłownie: „Chodzi tu o chorych, którzy z jednej strony są niezmiernie ubodzy pod względem myślowym, z drugiej zaś strony wykazują żywy niepokój, który nie jest w ścisłym związku z natężeniem ich depresyjnego nastroju. Chorzy tacy mówią nieustannie, lecz prawie ciągle to samo..., wypowiadają ciągle i ciągle temi samymi słowami urojenia — zazwyczaj treści hypochondrycznej..., skarżą się, że ich zgubiono, że chcą ich otruć, przytem są przygnębieni, lecz niezbyt silnie, często można ich fiksować i otrzymać od nich odpowiedź...“

Jak widzimy z powyższej cytaty, stan chorej naszej przypominał bardzo ową „postać mieszaną.“ I istotnie wykazywał on najkardynalniejsze komponenty owego „stanu

mieszanego," a mianowicie: przygnębienie w dziedzinie afektu, pobudzenie w sferze psychomotorycznej na tle wyraźnego z a h a m o w a n i a intrapsychicznego, którego niewątpliwym dowodem klinicznym, (nie mówiąc już o wynikach badania doświadczalnego skojarzenia) był przy znacznem pobudzeniu ruchowem i ciągłem mówieniu brak gonitwy myśli, brak inkoherencji myślowej i wybitna monotonność i ubóstwo urojeń (poczęści halucynacji).

Zachodzi teraz pytanie, czy przy tak bliskiem pokrewieństwie cech zasadniczych możemy w przypadku niniejszym rozpoznać ów „stan mieszany“ („pobudzenie depresyjne“) psychozy manjakałno-depresyjnej. Sądzę, że mimo wszystko nie pozwalają na to następujące fakty. Przede wszystkim dość niezwykłą dla psychozy manjakałno-depresyjnej a specjalnie dla postaci, określanej nazwą „pobudzenia depresyjnego“ jest taka obfitość halucynacji, jaką spostrzegaliśmy u naszej chorej; następnie, po za monotonnością i ubóstwem treści urojeń miały one często-kroć charakter najzupełniej bezmyślny i często przeczący sobie wzajemnie, które wskazują na pewne głębsze defekty w psychice, co wpływa również z zupełną jasnością z otrzymanych drogą doświadczalną skojarzeń: pomijając już treść asocjacyjną, sam charakter reagowania na „wyrazy sygnałowe“ („Reizwort“) zupełnie nie odpowiada temu, co przy badaniach nad skojarzeniem przy tem cierpieniu otrzymywali inni badacze (ASCHAFFENBURG, SOMMER JUNG, ISSERLIN). Następnie w przeszłości chorej nie mamy absolutnie nic, coby wskazywało na jakiegokolwiek przebyte cierpienie umysłowe natury c y k l o t y m i c z n e j. Wreszcie — i co najważniejsze — mieliśmy u chorej naszej do czynienia z wybitnemi zaburzeniami p a m i ę c i, które wystąpiły zupełnie ostro, w sposób, przypominający zaburzenia pamięci w opisanym poprzednio przypadku nowotworu *corporis callosi*. Wprawdzie i w psychozie manjakałno-depresyjnej możliwe jest zamroczenie pamięci na wysokości pobudzenia ruchowego, a nawet po wydzieleniu w stosunku do przebytych okresów pobudzenia,

natomiast niepodobna sobie wyobrazić takiej postaci psychozy manjakałno-depresyjnej, któraby na dwa miesiące przed wystąpieniem depresji i podniecenia dała tak wybitne zaburzenia pamięci wrażeń dawnych i zdolności zapamiętywania, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

Przychodzimy tedy do ostatecznego wniosku, że—jakkolwiek obraz psychiczny w niniejszym przypadku wykazywał jeszcze najbliższe podobieństwo z pewną postacią psychozy manjakałno-depresyjnej („pobudzenie depresyjne“), jednakże analiza kliniczna niniejszego przypadku nie pozwala nam utożsamić go ani z tą postacią, ani z żadnem ze znanych ostrych cierpień umysłowych.

Musimy tedy uzależnić psychozę w niniejszym przypadku od spostrzeganego w nim równoległe organicznego cierpienia mózgowia. Ażeby jednak wyjaśnić sprawę tego ewentualnego związku—musimy z kolei omówić neurologiczną stronę naszego przypadku.

I tutaj wkraczamy w najbardziej zawiłą dziedzinę naszych rozstrząsań rozpoznawczych, gdyż — zaznaczamy to z góry—rozpoznanie neurologiczne tego przypadku należy do najtrudniejszych zadań, jakie nastęrczać może klinika.

Zreasumujmy tedy wyniki badania somatycznego naszej chorej w świetle rozwoju i przebiegu objawów.

U 50-letniej zamężnej kobiety, która po za anemią żadnych cięższych cierpień nie przechodziła (*lues*, jakiegokolwiek zatrucie, uraz neguje) rozwijać się zaczyna cierpienie mózgowe przy objawach zawrotu głowy, wymiotów, oraz zaburzeń psychicznych, które zostały już omówione. Badanie obiektywne chorej, dokonane po przybyciu jej do szpitala w 2 miesiące, licząc od początku choroby wykazało obok osłabienia siły wzrokowej i bólów głowy — obustronną typową wybitnie wyrażoną tarczę zastoinową, zwolnione tętno oraz brak odruchów ze ścięgiem Achillesa przy braku jakiegokolwiek objawów ogniskowych ze strony mózgowia oraz, co specjalnie podkreślam — przy braku bolesności mięśni i nerwów na ucisk, jakiegokolwiek za-

ników i porażen. Jeżeli dodam do tego, że objawy mogliśmy potwierdzić wielokrotnie w przebiegu 1½ miesiąca, to przypuszczenie, które powzięliśmy wtenczas, że mamy do czynienia ze sprawą ograniczającą przestrzeń w jamie czaszkowej — należy uznać za więcej niż prawdopodobne. I istotnie wobec braku jakichkolwiek innych danych anamnestycznych (*lues*, uraz) przypuszczaliśmy wtenczas nowotwór mózgu, którego lokalizacji wobec braku jakichkolwiek danych lokalnych nie byliśmy w stanie określić.

Jednakże przebieg kliniczny przyniósł nam poważną niespodziankę: mianowicie po 11-tygodniowym trwaniu choroby, a po 3-tygodniowym pobycie chorej w szpitalu wraz ze zmniejszaniem się nasilenia i blaknięciem zaburzeń psychicznych — stwierdziliśmy pewne zmiany w obrazie oftalmoskopowym, a mianowicie tarczę zastoinową w fazie regresji (tarcze bledsze, mniej uwypuklone, naczynia mniej rozszerzone i pokręcone) oraz powrót odruchów ze ścięgien Achillesa, które wtedy były bardzo słabe i nierówne (lewy żywszy). W przeciągu następnego miesiąca mogliśmy stwierdzić przy wielokrotnem badaniu obok powrotu funkcji psychicznej do normy stałą regresję obustronnej tarczy zastoinowej, wzniesienie się ilości tętna, zniknięcie bólów głowy. Wreszcie przy wypisaniu się chorej ze szpitala po 2½-miesięcznym pobycie w szpitalu a 4½-miesięcznem trwaniu choroby — zmuszeni byliśmy uznać ją za zupełnie zdrową tak po względem psychicznym, jak i somatycznym (powrót odruchów, zanik bólów głowy, zupełnie normalne tarcze).

Rzecz prosta, że przebieg i zejście musiały poważnie zachwiać nasze pierwotne rozpoznanie (o jakimś zwapnieniu, skostnieniu, zserowaceniu, cystowatym zwyrodnieniu ewentualnego guza, co wogóle należy do wielkich rzadkości — w tak krótkim okresie czasu nie mogło być mowy). Zachodzi tedy pytanie, z czem właściwie mieliśmy tutaj do czynienia?

Jak wiadomo, wszystkie spotykane przy nowotworach mózgu objawy ogólnomózgowe, jak również i lokalne objawy podrażnienia oraz wypadnięcia funkcji — poszczególne wzięte — nie są bynajmniej patognomoniczne dla nowotworu mózgu, lecz zdarzać się mogą mniej lub więcej często i przy innych organicznych cierpieniach mózgu. Natomiast rozstrzygającym i umożliwiającym rozpoznanie nowotworu mózgu jest zbiór objawów ogólnych i lokalnych a zwłaszcza przebieg oraz brak określonej etiologii, to jednak rozumowanie nasze nie zawsze doprowadza do celu, na co pierwszy zwrócił uwagę NONNE. Wykazał on, że „istnieją obrazy chorobowe, które zgodnie ze stanem dzisiejszej wiedzy i doświadczenia klinicznego upoważniają do rozpoznania nowotworu mózgu, w których jednakże dalszy przebieg poucza nas, że rozpoznanie nasze nie było słuszne i w których retrospektywnie rozstrząsanie krytyczne nie daje nam wyjaśnienia, dlaczego rozpoznanie nasze było błędne.“ Są to zarówno przypadki, które dają wyleczenie, jak i takie, które kończą się śmiertelnie i na sekcji wykazują zupełnie negatywny wynik badania.

Ponieważ w stwierdzeniu tarczy zastoinowej leży w przypadku naszym *punctum saliens* rozpoznania — należy przedewszystkiem ustalić, czy istotnie tarcze zastoinowe spotkać można wyłącznie przy nowotworach mózgowych i analogicznych sprawach, ograniczających przestrzeń w jamie czaszkowej, przy których jest ona tak częstym zjawiskiem (GOWERS mówi o 60%, OPPENHEIM o 80—90%, ANNUSKE i REICH o 95%, ELSCHNIG o 90,5%). Jednakże przegląd literatury daje nam na to pytanie odpowiedź przeczącą.

I istotnie notowano przedewszystkiem tarczę zastoinową przy patologicznym składzie krwi: blednicy, niedokrwistości, białaczce. GOWERS opisuje tarczę zastoinową w 3 przypadkach u dziewcząt chlorotycznych bez śladu cierpienia wewnątrzmoźgowego: w jednym z tych przypadków rozwinął się idjopatycznie obraz „przypominający do złudzenia tarczę zastoinową przy nowotworze mózgu.“

Również WILLIAMS opisuje przy błędnicy wybitny obraz tarczki zastoinowej z wybroczynami na siatkówce.

Toż samo HIRSCHBERG i ENGELMAN.

Przy konstytucjonalnej anemii stwierdzili HIRSCHBERG i LITTEN, później zaś GOWERS obustronną tarczę zastoinową. Przy anemiach, które powstały w sposób ostry po krwotokach spostrzegali ją SCHMIDT-RIMPLER, LANDESBURG, GOWERS, przytem SCHMIDT-RIMPLER bezpośrednio po operacji polipa nosa u anemicznej dziewczynki, zaś LANDESBURG po krwotoku nosowym.

HEINZEL u dziecka, cierpiącego na białaczkę limfatyczno-śledzionową opisał ogromne uwypuklenie obu tarcz z wybroczynami i pokręconemi żyłami.

Również przy cukrzycy (CULBERTSON) oraz przy *diabetes insipidus* (von der HEYDEN, DRESCHFELD) opisywano obustronną tarczę zastoinową, jako komplikację;—dalej przy marskości nerek oraz przy uremji (GOWERS, DOBROWOLSKI). Przypadek GOWERS'a doszedł do autopsyi wykazał normalne stosunki w mózgu.

Dalej spostrzegano tarczę zastoinową przy gorączkowych cierpieniach zakaźnych—tak PFLÜGER (przy szkarlatynie), NAGEL (przy odrze), PINCES (przy malarii), BOUCHUT (przy błonicy), SAERNISCH (przy influency), BITTENCOURT (przy *béri-béri*). We wszystkich tych przypadkach wykluczona była jakakolwiek sprawa mózgowa (*meningitis meningo-encephalitis, hydrocephalus* i t. d.

HERMANN, LEBER, MOOREN, ABELSDORF opisywali zmiany na tarczach w postaci obrzmienia, uwypuklenia, zatarcia granic, zastoju żylnego przy *amenorrhoea* i *dysmenorrhoea*.

HARTMANN i ALEXANDER spostrzegali tarczę zastoinową, jako komplikację przy *lues constitutionalis* bez sprawy centralnej z nagłym przejściem po kuracyi specyficznej. HAAB opisywał je po ostrych zatruciach WERNICKE, RUMPF, GOWERS przy przewlekłych zatruciach, ołowiem i rtęcią.

MENACHO u dziewczynki w jakieś 2 tygodnie po niezbytowem zapaleniu migdałów spostrzegał obustronną tarczę zastoinową, która zupełnie przeszła po usunięciu przerosłych migdałów.

GASPERO spostrzegał obustronną tarczę zastoinową w przypadku rozsianego zapalenia nerwów w połączeniu z psychozą KORSAKOW'a, GOWERS u dziewczynki z *chorea minor* w okresie dojrzewania.

NIEDEN spostrzegał jednostronną tarczę zastoinową u górala, którego kończyny wykazały zaburzenia naczynioruchowe. Wreszcie HANDWERCK opisał przypadek choroby QUINCKE'go z tarczą zastoinową, która zupełnie przeszła wraz z przejściem pereferycznych objawów naczynioruchowych.

Sądzę, że mogę zaoszczędzić sobie różniczkowania niniejszego przypadku z wszystkimi wymienionymi powyżej możliwościami klinicznymi. Pragnąłbym tylko wykluczyć zależność obrazu chorobowego od anemii, którą chora nasza przechodziła, a przy której możliwe jest i tarcza zastoinowa i zanik odruchów z Achillesa (przypadki NONNE'go)—przypuszczenie to jednak wyklucza cały szereg objawów, jak wymioty, zaburzenie psychiczne i t. d. oraz fakt, iż cierpienie mózgowe rozwinęło się już wtedy kiedy anemia była wyleczona.

Również brak nam jest jakiegokolwiek punktu oparcia dla przyjęcia sprawy intoksykacyjnej—bądź to egzogennej, bądź samozatrucia. Przypuszczenie rozsianego zapalenia nerwów, z którym pogodzić by można i wymioty—i zmiany tętna, i zmiany psychiczne i do pewnego stopnia zmiany oftalmoskopowe, na karb którego kładzie zastoinową tarczę w przypadku swoim (pod względem neurologicznym bardzo analogicznym do naszego) di GASPERO—uważam za nieusprawiedliwione wobec istnienia uporczywych bólów głowy i braku jakichkolwiek objawów [zajęcia nerwów obwodowych.

Pozostaje mi do omówienia jeszcze jedyna postać kliniczna, z którą liczyć się tu należy—to jest *hydrocephalus*

acquisitus czyli *meningitis serosa*. Pojęcia nasze kliniczne o tej chorobie uległy w ostatnich czasach zasadniczej zmianie—i dzisiaj niema już żadnej wątpliwości, że może istnieć w sensie anatomicznym idiopatyczny *hydrocephalus acquisitus* (QUINCKE, ANNUSKE, OPPENHEIM, EICHHORST, FR. SCHULTZE, LENHARTZ, FINKELNBURG i inni). Postać tę, której klinicznie często absolutnie niepodobna jest odróżnić od nowotworu mózgu—wykluczamy na zasadzie dwóch kardynalnych faktów: w tych przypadkach, gdzie *hydrocephalus acquisitus* przebiega pod postacią nowotworu mózgowia—wykazuje on zawsze znaczne wahania w przebiegu, podczas gdy w naszym przypadku przebieg był stale postępujący, a potem nieprzerwanie regresyjny. Powtórę dla rozpoznania tej postaci niezbędny jest prawie zawsze jakiś moment etiologiczny (alkoholizm, uraz psychiczny lub fizyczny, insolacja, jakiegokolwiek zatrucie), czego w naszym przypadku nie było.

Jeżeli tedy z żadną z istniejących kategorii klinicznych niepodobna jest przypadku naszego utożsamić, musimy go zaliczyć do tego typu, o którym cytowaliśmy powyżej słowa NONNE'go, a którą określa on nazwą „pseudotumor“. Jest to wprawdzie pod względem patogenetycznym wielkie X, lecz klinicznie ma ono niezaprzeczenie swoją odrębną fizjonomię: powstający bez konkretnej etiologii zespół objawów nowotworu mózgu—z zejściem albo pomyślnem—albo przy zejściu śmiertelnem z negatywnym wynikiem sekcyjnym.

Przypadków takich w pierwszej swej pracy, poświęconej temu przedmiotowi z r. 1904—opisał NONNE 12, obecnie zaś (1907 r.) opisał nowych 8, przytem kilka z tych dwudziestu przypadków przebiegało z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.

Że zaburzenia psychiczne w naszym przypadku były w bezpośredniej zależności od cierpienia mózgowego, tego z czystością eksperymentu dowiódł przebieg i zejście, gdy wraz z zniknięciem objawów mózgowych znikły i zaburzenia psychiczne.

P r z y p a d e k III.

Chory A. Z. lat 46, pisarz u adwokata z Piotrkowa

Anamneza subiektywna.

17 V. 06. Chory twierdzi, że rok temu zapadł na silny ból głowy w okolicy czołowej i prawej ciemieniowej. Ból ten był gwałtowny do tego stopnia, że chory zmuszony był przerwać swoje zajęcie. Po kilku tygodniach leczenia ból głowy zmniejszył się—i chory mógł znowu powrócić do zajęcia (jest pisarzem u adwokata).

Przez kilka następnych miesięcy czuł się zupełnie dobrze. Dopiero 4 miesiące temu zmuszony był porzucić pracę u adwokata, która łącznie z przepisywaniem w domu zanadto go wyczerpywała i przez 2 miesiące przeszło zajmował się u siebie w domu wyłącznie.

6 tygodni temu bóle głowy powróciły—i chory poczuł się tak wyczerpany, że zmuszony był zupełnie porzucić pracę. 3 tygodnie temu przyjechał do Warszawy, gdzie zamieszkał u swego teścia, a od kilku dni znajduje się w szpitalu.

Bóle głowy w ostatnich czasach są bardzo gwałtowne, zwłaszcza w nocy—tak, że chory bardzo źle sypia.

Zawrotów głowy ani wymiotów przez cały czas choroby nie miał, lecz, jak twierdzi, w ostatnich czasach często „zbiera mu się na wymioty“ i to podobno tylko po jedzeniu.

Twierdzi, że widzi i słyszy dobrze. Wzrok podobno pogorszył mu się 2 lata temu; wtedy był u okulisty, który przepisał mu szkła. W ostatnich czasach wyraźne pogorszenie wzroku nie nastąpiło—chory mógł pisać oraz czytać nawet drobny druk. Od pewnego czasu brak apetytu. Innych skarg z dziedziny somatycznej nie ma.

W ostatnich czasach osłabienie pamięci, na które sam chory zwraca uwagę. Opowiada np., że w zeszłym tygo-

dniu ciągle zapominał, gdzie położył rozmaite przedmioty np. portmonetkę, chustkę od nosa i t. d. Często oddawał mocz pod siebie, o czym dowiadywał się od otoczenia.

Chory jest wdowcem, ma 3 zdrowe córki. Przedtem żadnych poważniejszych cierpień nie przechodził. *Laes alcoholismus, trauma, negantur.*

Wywiady obiektywne, zebrane od siostrzenicy chorego przyniosły nam kilka nowych szczegółów. Mianowicie podobno na bóle głowy chory nasz cierpi już drugi rok. Podobno rok temu zupełnie nagle dostał silnego napadu: upadł z krzesła, stracił przytomność na 5 minut; gdy wstał, nie wiedział nic o tem, co zaszło. Potem podobno co 2—3 tygodnie miewał napady: padał na ziemię, leżał 5—6 minut bez przytomności, błąd jak trup, czasem uderzał się w czoło, piany na ustach, drgawek nie było nigdy. Po takim napadzie skarżył się na zimno i dreszcze. Czasem zamiast takiego napadu dostawał mdłości i zawrotu głowy. Ostatni napad taki miał 2 tygodnie temu, również stracił przytomność, nie wiedział, co się do niego mówi, lecz wtedy nie upadł. Chory sam wypytywany, co do szczegółów takiego napadu (ewentualnie parestezyi, osłabień i t. d.) nie może dać żadnych wyjaśnień, gdyż absolutnie o nich nie pamięta.

Podobno w ostatnich tygodniach miewał godziny, kiedy mówił od rzeczy, bredził o sprawach sądowych, prośbach, apelacjach i t. d. Puls wtedy upadał do 56. Pewnej nocy (2 tygodnie temu) podobno mówił bezustannie. Po tej nocy podobno przez 2 dni był zupełnie nieprzytomny.

St. praesens.

Chory średniego wzrostu, umiarkowanej budowy i odżywiania.

W narządach wewnętrznych nic szczególnego.

Oddech—16.

Tętno—74.

Ichtyosis (głównie na górnych kończynach): na zewnętrznej powierzchni ramion i przedramion, na tułowiu

(z przodu i z tyłu), na przedniej powierzchni goleni i w mniejszym stopniu na przedniej powierzchni ud.

Czaszka normalnej budowy. Przy opukiwaniu wyraźnie bolesna jest prawa ciemieniowa okolica.

Żrenice nierówne: prawa znacznie szersza—lewa reaguje na światło dość dobrze, prawa powolnie.

Oftalmoskopowo: obustronnie tarcza zastoinowa.

Siła wzroku nie odchyła się wyraźnie od normy. Ruchy powiek i gałek ocznych najzupełniej dobrze zachowane.

Marszczy czoło, nadyma policzki z obu stron jednakowo. Przy pokazywaniu zębów prawa fałda nosowargowa zarysowuje się głębiej aniżeli lewa.

Język wysuwa z linii prostej.

Wszystkie rodzaje czucia łącznie z mięśniowem zachowane.

Siła mięśniowa w górnych i dolnych kończynach, jak się zdaje, jest zachowana—badanie dokładne poszczególnych grup mięśniowych na skutek psychicznego stanu chorego jest niemożliwe.

Odruchy z *triceps* i okostnowe z promienia z lewej strony nieco żywsze.

PR oba żywe, lewy żywszy: można otrzymać t. zw. „górny odruch kolanowy” (*Oberer Patellarreflex*). Znaczony *clonus patellae* — z prawej strony w słabszym stopniu.

AR lewy nieco żywszy, brak *clonus pedis*.

Z obu stron wyraźne *flexio plantaris*.

Oba brzuszne—0

Oba mosznowe — żywe.

Status psychicus.

Chory orientuje się w przestrzeni najzupełniej dobrze, wie, że przyjechał z Piotrkowa leczyć się, że

znajduje się w szpitalu, wymienia ulicę, na której mieszkał w Warszawie. Jakkolwiek bawi w Warszawie dopiero krótki czas, potrafi nieźle opowiedzieć, jakimi ulicami trafiłby ze szpitala na ulicę O g r o d o w ą, gdzie mieszka jego teść. Wymienia jaknajdokładniej wszystkie niemal stacje na drodze od Warszawy do Piotrkowa, wie, że do Łodzi trzeba się przesiadać w Koluszkach, do Piotrkowa zaś nie.

Postawiony na korytarzu szpitalnym i zapytany, gdzie znajduje się sala, na której leży, odpowiada, że zdaje mu się, że to sala na lewo (istotnie dobrze). Jeżeli jednakże powiedzie mu, że tak nie jest i wprowadzić go do sali na prawo (obcej), to twierdzi, że przedtem się omylił i że to jest jego sala—w sali tej odnajduje łóżko, odpowiadające umiejscowieniem jego łóżku i chce się na niem położyć, jakkolwiek leży na niem inny chory.

Na zapytanie, czy zna chorych, znajdujących się w tej sali, odpowiada, że zna ich i że widział ich już kilka razy, jakkolwiek w istocie widzi ich poraz pierwszy. Wprowadzony potem do sali, na której istotnie leży, poznaje swój poprzedni błąd i twierdzi z całą pewnością, że to jest jego sala.

Lekarzy oddziałowych poznaje dobrze i zna ich z nazwiska, pamięta również lekarza, który go leczył rok temu.

Natomiast orientowanie się w c z a s i e jest znacznie więcej upośledzone. Chory, jakkolwiek zgruba orientuje się co do trwania swojej choroby, jednakże nie może określić, kiedy zaczęły się bóle głowy i kiedy wzrok mu się pogorszył. Również nie pamięta absolutnie, ażeby kiedykolwiek miał jakie napady.

Na zapytanie, który mamy rok obecnie, odpowiadał kilkakrotnie: 1909 i dopiero na oświadczenie, że źle poprawiał się, dając potem trafną odpowiedź.

Datę przybycia swego do szpitala zna, lecz nie z własnej pamięci, tylko z karty szpitalnej.

Może określić dzień tygodnia, w którym zapisał się na oddział (Wtorek) i trafnie wymienia ilość dni, jaką już tu przebywa (5 dni). Lecz nie może określić dnia miesiąca, twierdzi raz, że być może 8-y, a być może 20-ty.

(W którym roku urodził się?) 1860 (dobrze)! (napisane wyżej, że ma lat 46).

(Ile lat ma najstarsza córka?) 16 albo 17 — dokładnie powiedzieć nie może).

(Ile lat ma najmłodsze dziecko?) Może $1\frac{1}{2}$ roku.

(Kiedy umarła pierwsza żona?) Około 2 lat temu.

Poczucie choroby jest, jednakże chory nie zdaje sobie dokładnie sprawy z tego, jaką rolę choroba ta odgrywa w jego życiu. Jest przekonany, że to prędko przejdzie i że zabierze się wkrótce do pracy.

Wogóle po za napadami silnych bólów głowy, które występują kilka razy dziennie, zachowuje się dość indyferentnie względem swego cierpienia, nie zapytuje lekarzy o jego istotę, nie interesuje się leczeniem.

$$(2 \times 8) = 16.$$

$$(2 \times 9) = 18.$$

(9×9) namyśla się bardzo długo, z początku powiada 89, potem = 81.

$$(8 \times 8) = 64.$$

$$(12 \times 7) = 82.$$

(14×9) = po bardzo długim namyśle powtarza kilkakrotnie: 90 i 36, 90 i 36... to będzie... wreszcie odpowiada 126.

(12×12) = po 2 minutach nie może dać odpowiedzi. Twierdzi, że na papierze mógłby obliczyć: „człowiek zdrowy to może przeliczyć“. Po chwili dodaje z uśmiechem: „W kaszaczestwie, to oni mogą przeliczyć, jak biorą pieniądze, to umieją liczyć“.

$$(19 \times 11) = 209 \text{ (dość prędko).}$$

$$(28 + 16) = 44 \text{ (odrazu).}$$

$$(99 + 47) = 137.$$

(77—28) nie może obliczyć.

(25—30) nie orientuje się, że to niemożliwe.

Na zapytanie, czy można od 25 odjąć 30—odpowiada przecząco.

Badania doświadczalne funkcji *s p o s t r z e g a n i a* („*Auffassung*“ *KRAEPELINA*, *apercepcya WUNDT'a*) wykryło niewątpliwe, jakkolwiek niezbyt wybitne defekty: Choremu demonstrowano w przeciągu 10 sekund 4 rozmaite przedmioty (klucz, zegarek, ołówek, kałamarz), które następnie usunięto z pola widzenia. Bezpośrednio po tej ekspozycji dokładnie wymienił te przedmioty i opisał je słowami. Przy ekspozycji 6 rozmaitych przedmiotów w przeciągu 10 sekund (flaszka, książka, pióro, portmonetka, chustka do nosa, pudełko od zapalek) chory bezpośrednio po ekspozycji mógł wymienić i opisać tylko 4 ostatnie przedmioty—i to opisuje je niedokładnie (twierdzi np. że kolor pudełka od zapalek jest czarny, podczas gdy w rzeczywistości był żółty).

Zaznaczyć należy, że przy eksponowaniu powtórnem owych 4-ch, a potem 6-ciu przedmiotów wtrącone interwale 15—20 i 30-sekundowe nie wywarły wyraźnego niepomyślnego wpływu, czyli że zdolność optycznego zajętywania na krótki dystans, o ile nie wchodzi tu w grę niedostateczne spostrzeganie, nie wykazuje wyraźnego upośledzenia.

Narysowano na tablicy kilka figur geometrycznych (kwadrat, koło, trójkąt, sześciokąt i trapez), eksponowano je choremu w przeciągu 10 sekund i następnie kazano odrysować wszystkie z pamięci (metoda *BINET'a*): chory bezpośrednio po ekspozycji odrysował tylko trzy — i to najprostsze (koło, kwadrat i trójkąt).

Następnie zrobiono inną próbę: zdemonstrowano choremu w przeciągu 10 sekund te same 5 figur, a następnie bezpośrednio po tej ekspozycji, kazano mu rozpoznać je na karcie zawierającej 12 figur geometrycznych—między innymi i te, które choremu eksponowano (zmodyfikowana metoda *BERNSTEIN'a*): chory wtedy rozpoznał 4 figury t. j. wszystkie prócz sześciokąta. I tutaj wtrącenie inter-

wali 15, 20 i 30 sekundowych nie wywierało wyraźnego wpływu na otrzymane rezultaty.

Choremu dano trzy rozkazy bezpośrednio jeden po drugim: kazano mu wstać z łóżka i otworzyć drzwi od sali, nalać lekarstwo do kieliszka i przystawić krzesło do stołu. Pomiędzy wydaniem tych rozkazów a ich wypełnieniem upłynęło 5 minut: chory wszystkie trzy wypełnił dokładnie.

Choremu kazano zapamiętać liczby:

348 — po 2 minutach — dobrze.

215 — po 3 minutach — dobrze.

4823 — po 4 minutach z wtrąconą w międzyczasie rozmową (t. zw. „Ablenkung“) — dobrze.

Chory opowiada dokładnie, co robił poprzedniego dnia, co jadł na obiad, gdzie był przed tygodniem, kto był u niego z wizytą. Wymienia dokładnie nazwiska lekarzy, u których się leczył, adwokata, u którego pracował, znajomych i kolegów z Piotrkowa.

Następuje z kolei analiza najprostszych sądów i zdolności porównywania. Dano choremu kolekcję włóczki HOLMGRENA i kazano ułożyć mu włóczki koloru zielonego w kolejnym stopniowaniu natężenia, poczynając od najjaśniejszych do najciemniejszych odcieni. Próbę tę wykonywa chory zupełnie dobrze.

Podano choremu próżną szklanę i małe kubeczek, w którym dostaje chory lekarstwo (zawartości mniej więcej jednej łyżki stołowej) i zapytano do jakiej wysokości dojdzie woda w szklance, jeżeli zlać do niej zawartość kubeczka: chory wskazuje palcem mniej więcej na wysokość ćwierci szklanki.

Podano choremu kilka przedmiotów (ołówkę, rubla srebrnego, szklanę i książkę) i kazano mu ułożyć je na stole według cię ż a r u, co chory wykonał dobrze.

Kazano choremu zamknąć oczy i trzymać je zamknięte dopóty, dopóki według jego mniemania nie upłynie minuta. Przy kilkakrotnie powtórzonej próbie chory otwierał oczy po 10 – 15 sekundach.

Położono przed chorym na stole cały szereg przedmiotów (ołówkę, igłę, szpilkę, książkę, kartę szpitalną, pudełko, szklanek, kieliszek i t. d. i kazano ułożyć osobno przedmioty z drzewa, z metalu i z papieru: chory z drobną niedokładnością wykonywa to dość dobrze.

Pojęcia chorego o wielkości i czasie zachowane są tylko zgruba. Długość łokcia pokazuje dobrze. Wie ile łokieć ma cali, tunt łutów i t. d.

Wie ile dni ma miesiąc, lecz na zapytanie ile rok ma dni—odpowiada: 360.

Różnicę pomiędzy rokiem zwykłym a przestępnym wyjaśnia dobrze: „w przestępnym luty ma 29 dni“.

(Wyliczyć miesiące): styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj, czerwiec, lipiec, sierpień... namyśla się długo... październik... znów namyśla się długo... grudzień.

Następnie starano się wyrobić sobie pojęcie o rozwoju obrazów przedmiotów konkretnych u naszego chorego. Przy pokazaniu rysunków zwierząt, roślin, przedmiotów życia codziennego chory rozpoznaje natychmiast i dobrze opisuje ich wielkość realną, cechy, użytek i t. d.

Daleko gorsze wyniki dało badanie metodą HEILBRONNER'a, która bada z jednej strony elementarną funkcję kojarzenia, z drugiej zaś ostrość apercepcyi wzrokowej. Metoda polega na tem, że demonstruje się choremu w porządku kolejnym seryę rysunków rozmaitych przedmiotów, poczynając od najbardziej rudymenarnych zarysów (konturów) przez dodawanie kolejne i systematyczne szczegółów charakterystycznych danego przedmiotu aż do dokładnego jego wizerunku. Przy stosowaniu seryi: lampy, armaty, kościoła, ryby (patrz pracę HEILBRONNER'a: „Zur klinisch. - psychologischen Untersuchungstechnik“, Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie 1905 r., t. XVII, s. 115—132) — okazało się, że chory rozpoznaje tylko najbardziej dokładne szeregi z seryi. Jeżeli zaś co do dwóch rozpoznanych sąsiadujących z sobą przedmiotów

w szeregu zadać mu pytanie, czem się różnią, to nie zauważa dodanego szczegółu w wizerunku drugim z kolei.

Elementarną funkcję kojarzenia badaliśmy u chorego naszego metodą stałego dodawania *l. fortlaufen des Addiren* KRAEPELIN'a, przytem nie piśmiennie, jak to czyni KRAEPELIN, lecz ustnie.

Kazaliśmy mu tedy dodawać na głos po 5, po 6, po 12 do stu, co chory z małemi pomyłkami wykonywał niezłe, jakkolwiek dość powolnie.

Daleko gorzej wypadło badanie t. zw. „skojarzeń wstecznych“ (*rückläufige Associationen* — metoda LIEBMAN'a) np.: odejmowanie od 100, po 7, 8 i t. d.: chory wykonywał to niezmiernie powoli i robił wiele pomyłek. Te same defekty występowały również przy wstecznem wyliczaniu np. miesięcy (od grudnia ku styczniowi).

W sytuacji dzisiejszej politycznej chory orientuje się tylko zgruba. Wogóle twierdzi, że mało go to interesuje. Dawniej jeszcze, kiedy był zdrow, to czytywał gazety—obecnie zupełnie nie wie, co się na świecie dzieje. Wie o „dumie“ i wyborach, ale tylko w najogólniejszych zarysach. Jakkolwiek był człowiekiem inteligentnym, zupełnie nie wie, jakie są partye w kraju i jakie znaczenie ma zebranie się parlamentu—natomiast wymienia dokładnie nazwiska kandydatów wyborczych z Piotrkowa.

(Czego chcą socjaliści?) Dyabli ich wiedzą, czego oni chcą, oni sami nie wiedzą, czego chcą.

(O co chodzi syonistom?) Żeby było swobodnie.

(Co to jest narodowa demokracja?) Nie wiem, ale słyszałem o nich).

(Nad jaką rzeką leży Warszawa?) To już nie mogę wiedzieć.

(Czy Piotrków leży nad rzeką?) Tak, ale nie pamiętam, jak się ta rzeka nazywa.

(Wielkie miasta w Europie?) Berlin... Jeszcze są inne... Odessa... Moskwa.

(Stolica Francji?) Nie może sobie przypomnieć.

(Rzeki w Europie?) Nie wiem, dawniej wiedziałem.

Nie ma żadnych śladów halucynacji ani urojeń—zaprzecza im spokojnie, lecz stanowczo.

Nie ma również sugestyjności ani objawów konfabulacyjnych. Nie podobna mu zasugestyonować żadnego wrzekomego zajścia z dnia ubiegłego. Zaprzecza, jakoby był wczoraj w mieście—i powołuje się na świadków—chorych i posługaczy oddziałowych.

Nastrój chorego wybitnie pogodny—i w wyrażonym kontraście do jego stanu i do silnych bólów głowy, które go męczą. O bólu głowy opowiada z uśmiechem. Ma najlepsze nadzieje na wyzdrowienie, bo to, „zależy od Boga“, który się nim opiekuje.

O dzieciach, które pozostały w domu, opowiada tonem dość obojętnym—i niepodobna go wprowadzić w stan depresji malowaniem opłakanej przyszłości tych dzieci w razie, gdyby choroba jego była nieuleczalna. Natomiast rozmową o wyzdrowieniu bardzo łatwo wprowadzić go w stan wesołego usposobienia.

29. V. Lewy *facialis* nieco osłabiony: występuje to przeważnie podczas ruchów emocjonalnych (śmiech).

Wydaje się, jakoby ruchy gałek ocznych w stronę lewą były niedostateczne (?).

Zmysł mięśniowy w palcach lewej ręki i w stawie napiętkowym osłabiony (myli się dość często, podczas gdy po stronie prawej nie myli się nigdy).

Lewy brzuszny = 0.

Prawy—żywy.

Lewy m o s z n o w y słabszy od prawego.

PR z obu stron żywe, lewy nieco żywszy.

AR: z obu stron *clonus pedis*, z lewej strony silniejszy, odruch podszwowy: z prawej strony—fleksja plantarna, z lewej słabo wyrażony odruch Babinskigo.

31. V. Od 3 dni bardzo silne bóle głowy - zwłaszcza w nocy. Chory nocami prawie zupełnie nie sypia. Wczoraj w nocy mówił przez długi czas zupełnie bez związku

Dzisiaj ma córkę, która przyszła go odwiedzić wołał zupełnie błędnem imieniem.

Dzisiaj silny ból głowy. Prawa źrenica od *maximum* rozszerzona, lewa wąska—przynajmniej 4 razy węższa od prawej.

Chory twierdzi, jakoby wczoraj posyłał na miasto po papierosy i po papier prósbowy, co w rzeczywistości nie miało miejsca.

Zabiera się do napisania próby na imię lekarza oddziałowego i deklamuje ją na głos:

„Do Wielmożnego d-ra w Warszawskiej Izbie sądowej (po chwili poprawia się) — w Warszawskim szpitalu nerwowym: ponieważ mam w domu 3 sierot, upraszam o uwolnienie mnie stąd“.

Podczas badania często dowcipkuje: przy badaniu czucia szpilką—robi uwagę: ta szpilka byłaby dobra dla kozaków“.

Przy pokazaniu pieniędzy do zliczenia mówi: „gdyby to były moje pieniądze, tobym umiał zliczyć“.

2. VI. Chory czuje się znacznie gorzej. Bardzo gwałtowne nocne bóle głowy.

Chwilami jest nieprzytomny, mówi od rzeczy, woła dzieci po imieniu, recytuje na głos próby sądowe. Mocz oddaje pod siebie. Zupełnie prawie nie je. Do lekarzy przemawia stylem prósbowo-urzędowym.

Nie domyka prawego oka (*lagophthalmus*) — jest również osłabienie dolnej gałazki prawego nerwu twarzowego.

W dalszym ciągu chce pisać próbę do zarządu szpitala, żeby go wypuszczono. Na uwagę, że próba nie będzie przyjęta — mówi po rosyjsku: „ja podam list rekomendowany—prawa jeszcze nie są zniesione“.

Na noc iniekcje morfiny.

6. VI. Apatja. Senność. Chory niezupełnie przytomny. *St. pejor.* P.= 70. Nie może połykać.

Ptoxis dextra

Prawa źrenica *ad maximum* rozszerzona, lewa—bardzo wąska—obie na światło nie reagują.

Odruchy bardzo żywe.

Obustronnie *clonus pedis*.

B a b i ń s k i — z lewej strony wyraźny,
z prawej — *flexio plantaris*.

Odruchⁿ brzuszny prawy — zachowany, lewego nie można wywołać.

M o s z n o w e obustronnie zachowane.

Wymiary ruchów w górnych i dolnych kończynach są zachowane. Wyraźnej hemiparezy nie widać — badanie funkcyi ruchowej jest bardzo utrudnione ze względu na stan psychiczny chorego.

7. VI. Chory czuje się nieco lepiej, lecz apatja i senność trwają w dalszym ciągu. Oddaje mocz pod siebie.

P t o z a prawostronna w nieco mniejszym stopniu.

Obie źrenice zupełnie nie oddziałują na światło.

Ruchy prawej gałki ocznej są upośledzone — najlepiej porusza nazewnątrz, nawewnątrz mało, ku górze i ku dołowi wcale (badanie utrudnione ze względu na stan psychiczny).

Babiński lewostronny dzisiaj mniej wyraźny.

Chory wypisany na usilne żądanie rodziny.

Rozpoznanie neurologiczne niniejszego przypadku nie nastrocza trudności. U 45-letniego mężczyzny choroba rozpoczyna się od gwałtownych bólów głowy (bez zawrotów i wymiotów), bez zaburzeń wzrokowych, przy braku w anamnezie jakiegokolwiek momentu etyologicznego (alkoholizm, przymiot, uraz). Prócz tego mamy w anamnezie cały szereg napadów (co jakieś 2—3 tygodnie) utraty przytomności z upadaniem na ziemię—bez piany na ustach, przygryzania języka — i, co specjalnie podkreślam, bez drgawek. Jako ekwiwalent takiego napadu występowały czasem mdłości i zawrót głowy.

Badanie obiektywne stwierdziło przedewszystkiem obustronną wybitnie wyrażoną tarczę zastoinową oraz bolesność prawej ciemieniowej okolicy przy opukiwaniu, dalej wybitne rozszerzenie prawej źrenicy z niezmiernie osłabieniem oddziaływaniem na światło — przy zaznaczonym

hemiplegicznym typie lewostronnym: nie było wprawdzie wyraźnego osłabienia lewych kończyn, lecz niewątpliwie patologiczne wzmoczenie odruchów ścięgnistych po tej stronie z drżeniem stopy, z wyraźnym objawem B a b i ń s k i e g o, ze zniesieniem odruchu brzuszno-ego oraz z centralnym osłabieniem lewego nerwu twarzowego (wyłącznie dolnej gałązki).

Zaznaczyć należy, że w przeciągu 3-tygodniowej obserwacji szpitalnej objawy kliniczne zwiększyły się co do ilości i wzmogły co do natężenia. Przedewszystkiem wystąpiły zaburzenia zmysłu mięśniowego w lewym stawie napiętkowym i w palcach lewej ręki, dalej osłabienie lewego odruchu mosznowego, rozszerzenie prawej źrenicy *ad maximum* z zupełnym zniesieniem reakcji na światło, dalej wystąpiły zaburzenia urynowania w postaci nietrzymania moczu oraz upadek tętna do 70. Największe jednak zmiany zaszły w obrębie prawego oka: pierwotnie mieliśmy umiarkowane rozszerzenie prawej źrenicy z osłabioną reakcją na światło, potem maksymalne rozszerzenie z zniesioną reakcją, później jeszcze wystąpił prawostronny *lagophthalmus* oraz osłabienie dolnej gałązki p r a w e g o nerwu twarzowego—a więc peryferyczne porażenie tego nerwu; osłabienie dolnej gałązki już pozostało, zaś *lagophthalmus* przeszedł wkrótce w ptozę, do której dołączyły się zaburzenia w ruchach prawej gałki ocznej ze zniesieniem ruchów ku górze i ku dołowi, z wybitnym ograniczeniem ruchów nawewnątrz i z nieznacznym ograniczeniem ruchów nazewnątrz (prawostronna *ophthalmoplegia interna et externa*).

Specjalnie podkreślam brak jakichkolwiek mózdkowych objawów w przebiegu niniejszego przypadku (zawrotów, mózdkowego chodu, adiadokokinezyi) oraz brak zjawisk hemianoptycznych.

Sądzę, że rozpoznanie nowotworu mózgowia w niniejszym przypadku nie wymaga szczegółowego umotywwania: objawy wzmoczonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego (tarcza zastoinowa, bóle głowy, mdłości, zwolnienie tętna)

w połączeniu z objawami lokalnymi (objawy oczne, umiejscowiona bolesność czaszki przy opukiwaniu, lewostronny typ hemiparetyczny) usprawiedliwiają przypuszczenie to dostatecznie. Sądzę też, że jest to jedyne rozpoznanie, które w przypadku tym może być brane pod uwagę (*meningitis serosa* wyklucza przebieg stale postępujący i brak jakiegokolwiek etyologii).

Co się tyczy charakteru przypuszczalnego nowotworu ze względu na przebieg i długie trwanie najprawdopodobniejszy wydaje się *glioma* (guma lub *tuberculum solitare* wyklucza brak jakichkolwiek danych klinicznych na przymiot i gruźlicę).

Inna rzecz z umiejscowieniem przypuszczalnego nowotworu, które nastęrcza pewne trudności. Pomimo wyraźnej bolesności prawej skroniowej i ciemieniowej okolicy przy opukiwaniu, korowe ani podkorowe umiejscowienie nowotworu nie da się pogodzić z okazem klinicznym: wiemy zresztą dzisiaj, że lokalna bolesność czaszki na opuk ma znaczenie raczej proekcyjne aniżeli ściśle lokalizacyjne. Ważne jest dalej bardzo, że wielokrotnym atakom chorego naszego (utrąty przytomności) nigdy nie towarzyszyły drgawki, co trudno byłoby wyobrazić sobie przy korowej lub podkorowej lokalizacji guza (toż samo brak parestezyi), wreszcie nie dałoby się ono pogodzić z objawami ocznymi.

Umiejscowienie *móźdżkowe* nowotworu, przy którym obok typu hemiplegicznego możliwe byłyby począści objawy oczne—wyklucza brak jakichkolwiek objawów móźdżkowych w przebiegu choroby (chód móźdżkowy, ataksya móźdżkowa, zawroty, adiadokokinezya i t. p.)

Miarodajną i rozstrzygającą wskazówką lokalizacyjną w niniejszym przypadku powinny być dla nas objawy zaburzeń ze strony *prawego nerwu okoruchowego*. Już sam charakter rozwoju tych zaburzeń (początkowo tylko *mydriasis*, potem maksymalne rozszerzenie źrenicy z zniesioną reakcją na światło, wreszcie zaburzenia w ruchach gałki ocznej ku górze, ku dołowi i ku wewnątrz

posiada dla nas duże znaczenie: taka subtelna dysocjacja funkcji oraz jej defektów możliwa jest tylko przy zajęciu pierwszego neuronu, a specjalnie samych jąder.

Należy tedy przypuścić punkt wyjścia nowotworu w dziedzinie albo, mówiąc ostrożnie, w okolicy jąder prawego nerwu okoruchowego, przyczem trudno jest przewidzieć, czy nowotwór rósł od wewnątrz półkuli mózgowej, czy też od strony *pedunculus cerebri*. Z umiejscowieniem tem kwadruje zupełnie zaznaczony hemoplegiczny typ w lewych kończynach z centralnem zajęciem lewego *n-i facialis* (dolna gałązka), gdyż znane są dobrze w literaturze alternujące porażenia *cum nervo oculomotorio* (typ WEBER'a).

Bliskość *thalami optici* oraz *capsulae internae* tłumaczyłoby nam lewostronne zaburzenie czucia mięśniowego, zaś pośredni tylko udział tych części (ucisk, obrzęk)—nieznaczne natężenie tych objawów czuciowych. Bliskość bocznej komory (prawej) oraz jej ewentualny ucisk — tłumaczyłaby nam nie tylko wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, lecz i wahania w tem ciśnieniu (wahania w ciśnieniu płynu mózgodzeniowego), a jako wyraz tych wahań utraty przytomności, zaś jako wyraz stale wzmożonego ciśnienia—prócz objawów ogólnomózgowych i zaburzenia psychiczne.

Pozostawałby niewytłomaczonym jeszcze fakt niewątpliwie o b w o d o w e g o zajęcia prawego nerwu twarzowego, co należałoby zaliczyć do objawów bazalnych również na tle wzmożonego ciśnienia.

Umyślnie zatrzymałem się dłużej nad rozpoznaniem neurologicznem, a specjalnie nad lokalizacją przypuszczalnego nowotworu, gdy posiada ona pewne znaczenie, w stosunku do spostrzeganych u naszego chorego zmian psychicznych. Chodzi mi mianowicie o to, że objawy somatyczne zmuszają nas do wykluczenia lokalizacji guza w zrazie czołowym, dla którego to zrazu spostrzegane w naszym przypadku zaburzenia psychiczne uchodziły dotychczas za patognomoniczne.

Zaburzenia owe w krótkim streszczeniu przedstawiają się jak następuje. Chory który przy powierzchownem zetknięciu się z nim, nie wykazuje wybitnych defektów psychicznych—przy dokładniejszej analizie wykazywał upośledzenie we wszystkich dziedzinach psychiki. Oryentacya w przestrzeni, która zgruba była zachowana, zawodziła chorego przy czulszej próbie (wyprowadzenie na korytarz). Oryentowanie się w czasie również zachowane było tylko zgruba, pozatem chory nie znał liczby porządkowej bieżącego roku, daty miesiąca i t. d.

Poczucie choroby miał tylko, ile można tak powiedzieć, formalne, pozatem nie oryentował się zupełnie co do doniosłości i roli, jaką choroba ta w życiu jego odgrywa. Przy rachowaniu rozwiązywał tylko najprostsze zadania, przy trudniejszych robił grube błędy lub też nie mógł rozwiązać ich zupełnie. Nie oryentował się narazie co do niemożliwości np. wydania 30 rubli, gdy się ma 25, nie pojmował pointy opowiedzianej anekdoty.

Jakkolwiek anamneza wskazuje na upadek pamięci, jako na jeden z najpierwszych i najwybitniejszych objawów choroby, jednakże dokonane przez nas doświadczalnie porównawcze badania spostrzegania i pamięci (metodą FINZI'ego, BINET'a, BERNSTEIN'a i t. d.), nie zdołały wykryć w tej ostatniej defektów wybitniejszych, podczas gdy w pierwszym stwierdziliśmy poważne zmiany—tak więc przy badaniu spostrzegania następcze wtrącanie interwali nie wywierało prawie żadnego wpływu na otrzymywane przy badaniu wyniki; również zapamiętywanie liczb — 4-cyfrowych nawet z wtrącanem podczas interwalu odwracaniem uwagi—dawało dość dobre wyniki. Przychodzimy tedy do wniosku, że u chorego naszego cierpi nie tyle utrwała nie apercypowanych już wrażeń, o ile przedstawianie się ich do świadomości i że defekty są tutaj natury przeważnie wtórnej—w zależności od pierwotnych zmian w apercypcyi. Również wybitne defekty wykazywała zdolność spostrzegania przy czulej bardzo próbie HEILBRONNER'a.

Co się tyczy zdolności sądów i porównań, to i tutaj wykryto luki niewątpliwe, jakkolwiek uieznaczne.

Najmniejsze stosunkowo zmiany wykryło badanie funkcyi kojarzenia (metoda dodawania KRAEPELIN'a, metoda EBBINGHAUS'a zapełniania luk tekstu), jakkolwiek i tutaj spotkaliśmy pewne defekty (głównie tworzenie t. zw. „skojarzeń wstecznych“ — „Rückläufige Associationen ZIEHEN'a). Badanie doświadczalne jakościowej strony kojarzenia (reagowanie na wyrazy sygnałowe) naskutek zbyt krótkiego pobytu chorego w szpitalu wbrew zamiarom naszym niestety nie mogło być przeprowadzone.

Stosunek chorego do chwili obecnej, do życia publicznego i rodzinnego wykazywał naogół niewątpliwy upadek inteligencji oraz brak zainteresowania się (typowa nowotworowa t. zw. „Interesslosigkeit“).

Podkreślić trzeba także brak jakichkolwiek halucynacyi, urojeń, objawów konfabulacyjnych, sugestyjności.

Jeżeli teraz zsumujemy te defekty we wszystkich niemal dziedzinach psychiki, to dojdziemy do wniosku, że mieliśmy do czynienia z niewątpliwem otępieniem umysłowem. Na tle tego otępienia występowały od czasu do czasu zupełne utraty przytomności, prócz tego stany deliryjne, kiedy chory mówił od rzeczy i wyrażał się stylem sądowo-prośbowym. Na tle tego otępienia spostrzegaliśmy także wybitnie pogodny nastrój chorego, wyraźnie kontrastujący z gwałtownymi bólami głowy, które go męczyły w połączeniu z skłonnością do d o w c i p k o w a n i a jednym słowem typowy obraz psychiczny określany przez JASTROWITZ'a nazwą „moria“, zaś przez OPPENHEIM'a nazwą „Witzelsucht“.

Jak wiadomo, już przed JASTROWITZ'em WESTPHAL i GOWERS zwracali uwagę na pewien szczególny nieumotywowanie wesoły nastrój w niektórych przypadkach nowotworów mózgowia, a WERNICKE podkreślał właściwość psychiczną pewnej kategorii chorych na guz móz-

gu, polegającą na szczególnie naiwnym i humorystycznym biegu myśli, który czasem tworzy zadziwiający kontrast z ich subiektywnymi dolegliwościami i smutnymi widokami na przyszłość. BERNHARDT sądził, że dla nowotworów, rozwijających się w przedniej jamie czaszkowej symptomatycznie charakterystyczną jest pewien rodzaj mówienia i zachowywania dzieciennego. JASTROWITZ próbował nawet ustanowić specjalną postać choroby umysłowej—otępienia z wesołym pobudzeniem, którą określił nazwą „moria”, a która jego zdaniem miała rozwijać się wyłącznie przy nowotworach zrazów czołowych. Po JASTROWITZ’u zjawiskom tym poświęcił specjalną uwagę OPPENHEIM i stwierdził u chorych tych szczególną skłonność do robienia dowcipnych uwag, - które sprawiały wrażenie tem dziwniejsze, że stanowiły wybitny kontrast z rozpaczliwym stanem chorych. Znajdował on, zarówno, jak i inni badacze (ANTON, BRUNS) stan ten przy cierpieniach zrazów czołowych i uważa go narówni z nimi za cechę charakterystyczną dla guzów tej okolicy.

Pomijając na razie wartość lokalizacyjną tego objawu, rozpatrzmy tylko jego kliniczną istotę. Autentyczność obrazu naszkicowanego przez JASTROWITZ’a nie ulega najmniejszej wątpliwości— został on potwierdzony przez następne liczne spostrzeżenia, a w naszych przypadkach spotykamy go aż 3 razy. W statystyce SCHUSTER’a na 775 zebranych z literatury przypadków nowotworu mózgu spotykamy go 23 razy, przyczem SCHUSTER jaknajnieśluszej rozpatruje go w jednej kategorii z stanami hypomaniakalnemi, bowiem zasadniczą i nieodzowną cechą stanów naszkicowanych przez JASTROWITZ’a, jako „moria”— jest pierwotne otępienie umysłowe, co przy zastosowaniu nowoczesnych metod badania psychologicznego — starałem się udowodnić przy analizie ostatniego przypadku.

Euforyę uważam za stan psychiczny niewątpliwie wtórnygo pochodzenia naszkicowany jako porażenie ośrodków hamujących, a nie pierwotnego emocjonalnego pochodzenia, jak to bywa przy stanach hypomaniakalnych.

Inaczej rzecz się ma t. zw. „Witzelsucht“, która osłoniętą powagą nazwisk OPPENHEIM'a i BRUNS'a przedostała się do neurologii i pokryła pierwotną koncepcję JASTROWITZ'a. Jak wiadomo pod nazwą „Witzelsucht“ pojmuje OPPENHEIM zaburzenia psychiczne, odpowiadające mniej więcej „moria“ JASTROWITZ'a w połączeniu z charakterystyczną jakoby skłonnością do dowcipkowania.

Przedewszystkiem, co się tyczy samej nazwy — to, o ile stany t. zw. „Witzelsucht“ odpowiadać mają klinicznie t. zw. *moria* JASTROWITZ'a, to sam termin „Witzelsucht“ przesądza bynajmniej nie to, czemu rzeczywistość odpowiada: jest on daleko ciaśniejszy, pasuje tylko do pewnej nieznaczonej liczby przypadków i zupełnie nie wyczerpuje treści owych stanów klinicznych. Klinicznie zaś bynajmniej nie zawsze humorystycznie euforyczny nastrój chorego łączy się z dowcipkowaniem, jak to widoczne jest zupełnie wyraźnie choćby w pierwszym z opisanych przezemnie przypadków i odwrotnie przeczy sobie nawet sam OPPENHEIM, opisując przypadek dowcipkowania przy ponurym i podrażnionym nastroju chorego.

Po zatem w samym określeniu „dowcipkowania“ tkwi pewna dowolność, która prowadzić może do nieporozumień. Że tak jest istotnie, niechaj przykładem będą niektóre przypadki OPPENHEIMA (*Archiv für Psychiatrie* 1890 r.).

Przypadek X z kazuistyki. 30-letni mężczyzna — ból głowy, wymioty i osłabienie wzroku, zawroty głowy, napady nieprzytomności, zez, tarcze zastoinowe, *monoparesis facio-brachialis sinistra*, psychicznie: senność, „Witzelsucht“ — np. zapytany o zdrowie („wie gehts“) chory odpowiada „zawsze głowa do góry, idzie się na 2 nogach“.

Przypadek XII „Witzelsucht“ przy nowotworze prawego zrazu czołowego, Chory ma się podnieść: „nie, tej przyjemności panu nie zrobię“. Chory ma pokazać język: „co pan chce zobaczyć z mojego języka?“

Przypadek XIII. Splątanie, senność „Witzelsucht“. Na zapytanie lekarza: „czy jestem lekarzem?“ — odpowiedź chorego: „dla mnie może pan być sobie lekarzem“.

Wyznaję, że przytoczone przykłady nie przekonywają mnie zupełnie, ażeby u chorych tych istniała jakaś szczególna skłonność do dowcipkowania. Tego rodzaju, co przytoczone powyżej, zwroty zatraciły zupełnie w życiu potocznym przydźwięk dowcipu, są utartymi wyrażeniami i nie posiadają zupełnie charakteru owego niespodziewanego zwrotu skojarzeń w kierunku krańcowo-kontrastowych wyobrażeń, który jest charakterystyczną cechą psychologiczną dowcipu.

Ale nawet i w bardziej szczęśliwie dobranych przykładach „dowcipkowania“ przy guzach mózgu np. u JASTROWITZ'a (chory, który oddał pod siebie mocz, oznajmił lekarzowi, że się spocił) lub w moim przypadku („kozacka szpilka“) brak nam tego zasadniczego kryterium, że chory przed wystąpieniem choroby nie był skłonny do robienia dowcipnych uwag. W naszym przypadku anamneza nie dostarczyła nam danych miarodajnych, w innych nie znajdujemy o tem ż a d n e j w z m i a n k i, a przecież to tylko mogłoby rozstrzygnąć o wartości objawu.

Należy tedy rozstrzygnąć zasadniczo pytanie, czy dowcip u chorych tych jest następstwem samego cierpienia, jako patologicznego zakłócenia funkcji psychicznych, czy też może stanowi resztki tych zdolności, które posiadał umysł jeszcze przed chorobą, które ocalały przed demencyjnym spustoszeniem.

Istniejące dotychczas objaśnienia uwzględniają tylko pierwszą ewentualność: Tak np. HÖNIGER próbował wprowadzić „Witzelsucht“ do podrażnienia ośrodka mowy, sądząc, że objaśnienie to czyni zrozumiałem dlaczego objaw ten prócz guzów mózgu może zdarzać się i przy innych cierpieniach. Pomijając jednak, że teoria ta nie uwzględnia zupełnie defektów psychiki, przeczy jej choćby ten fakt, że objaw ten spotykano daleko częściej przy guzach prawego zrazu czołowego. Próbowano także objaśnić powstawanie dowcipu mechanicznym przerywaniem dróg asocjacyjnych, powstawaniem skojarzeń drogą uboczną, a więc nieoczekiwanych, co w otoczeniu wzbudzać ma

śmiej lub gniew (Biro)—pomijając jednak szematyzm takiego tłumaczenia, powinniśmy się najprędzej spodziewać „Witzelsucht“ przy nowotworach *corporis callosi*, gdzie najwięcej dróg asocjacyjnych ulega przerwaniu, czemu bynajmniej nie odpowiada rzeczywistość, a co neguje choćby mój pierwszy przypadek.

Po zatem tłumaczenie to opiera się na nieuzasadnionem i zupełnie błędnem pojęciu, jakoby asocjacje myślowe (w sensie psychologicznym) związane były i przebiegały po tych drogach anatomicznych, które FLECHSIG nazwał *assocjacyjnymi*. Zbieżność przypadkowa nazw nie stanowi w istocie rzeczy, a czynność kojarzenia nie zależy od żadnych dróg asocjacyjnych, lecz jest właściwością całego mózgu.

Co się tyczy pierwszej ewentualności, to nie ulega żadnej wątpliwości, że istnieje cała kategoria chorych umysłowych dowcipkujących dla tego, że dowcipnemi byli i przed chorobą—uległszy zaś chorobie, zdolności tej nie stracili lub też stracili ją tylko w części. Nawijając uogólnienie to do nowotworów mózgu z „Witzelsucht“—podkreślam fakt, że otępienie umysłowe, które zawsze tym stanom towarzyszy, nie powinno być zbyt głębokie, ażeby ocalały resztki właściwej danym osobnikom skłonności do dowcipkowania. Że zaś pewien stopień otępienia dopuszcza istnienie współrzędne dowcipu, tego dowodzi sama psychologiczna kwalifikacja dowcipu, który bynajmniej nie jest procesem złożonym, nie jest „głęboką operacją logiczną“ (SPENCER) nie wymaga natężonej pracy umysłowej, lecz jest niejako automatycznym rzutem asocjacyjnym w kierunku krańcowo kontrastujących wyobrażeń: dowodzą tego choćby dowcipkujący paralitycy, demenci lub chorzy z otępieniem starczem.

Mam tedy wrażenie, że w znacznej kategorii przypadków, choćby w opisanych przez OPPENHEIMA — dowcipkowanie jest tylko wyrazem naturalnego, dochorobowego sposobu wyrażania się chorych. Cała zaś jaskrawość tego objawu polega tylko na żywym kontraście po-

między zwykłą a patyą takich chorych i ich ciężkim stanem a nagłymi przebłyskami dawnej świadomości.

Twierdząc to, nie wykluczam bynajmniej tej możliwości, że w pewnej kategorii przypadków pewien błogostan w połączeniu z dowcipkowaniem jest specyficznym wytworem nienormalnego stanu psychicznego na tle nowotworu mózgu. Wiadomo, co zresztą, że zjawisko to spotykamy w najrozmaitszych psychozach. Najwybitniej występuje ono w stanach maniakalnych, lecz analogia ta nie jest miarodajna, gdyż tam mamy do czynienia z zaburzeniami w sferze afektu oraz specyjalnym typem kojarzenia, sprzyjający powstawaniu dowcipu. Daleko ważniejszą analogię dla nas stanowią stany demencyjne, w których występuje dowcipkowanie, jak to w *dementia senilis*, syfilityczne zmian naczyń mózgowych, a specyjalnie, jak to opisał KRAEPELIN przy k a t a t o n i i. Przemawiałaby za tem także i obserwacya OPPENHEIM'a (co prawda jedyna w tym rodzaju), w której jakoby istniejąca w stanie choroby mania dowcipkowania przeszła po operacyjnem usunięciu guza. W każdym razie niezbędnym zdaniem mojem — postulatem dla przyjęcia tej możliwości jest stwierdzenie, że dany osobnik przed rozpoczęciem się choroby nie dowcipkował, czego dotychczas w literaturze nie odnajdujemy.

Co się tyczy obecnie lokalizacyjnej wartości t. zw. „moria“ i t. zw. „Witzelsucht“—to, jak wiadomo, uważano je za charakterystyczne cechy guzów zrazu czołowego. Teorya ta jednakże od ogłoszenia przypadku UHLENHUTT'a („Witzelsucht“ przy guzie zrazu ciemieniowego)—została poważnie zachwiana. Nasze 2 przypadki („moria“ przy guzie *corporis callosi* i „Witzelsucht“ przy przypuszczalnym guzie *pedunculi cerebri*) nie przyczynia się do jej wzmocnienia. Specyjalna częstość tych zaburzeń przy nowotworach zrazu czołowego tłumaczy się tem, że guzy tej okolicy mają skłonność do względnie długiego trwania choroby i dużej objętości (brak ważnych ośrodków życiowych) i do intensywnego uszkodzenia tkanki (E. MÜLLER).

P r z y p a d e k IV ¹⁾.

Chora Ol. 17 lat zapisała się do szpitala dnia 25. XI. 1903 roku. Od miesiąca cierpi na silne bóle głowy i zawroty. Przed tygodniem zauważyła osłabienie wzroku. Czasami wzrok się zupełnie zaciemnia, stale widzi jak przez mgłę. Od 3 dni wymioty. Obecnie skarży się na bóle w części czołowej, głównie w okolicy lewego oka, po zatem na zawroty, niepewność przy chodzeniu i na osłabienie wzroku) *Status praesens*. Chora wzrostu niskiego, dość silnej i prawidłowej budowy ciała. Stan odżywiania dobry. Chodzi jak pijana. Od czasu do czasu mocno się przechyliła to w jedną to w drugą stronę, głównie, gdy chce zawrócić. Objaw ROMBERG'a zarówno przy staniu, jak i przy siedzeniu. Czaszka bolesna przy opukiwaniu. W części potylicowej po stronie lewej, poniżej *protuber occipitalis* i niedaleko linii środkowej. Wyczuwamy miękką masę nowotworową podobną przy palpacji do torbieli. Naciskając silniej ową masę, wyczuwamy zagłębienie w kości potylicowej. Nowotwór wykazuje zupełnie rytmiczne pulsowanie. Przy auskultacji słyszymy wyraźny szmer rytmiczny, charakter tego szmeru przypomina szmery przy wadach serca. Punkty nerwu trójdzielnego (górnego jego gałązki) są bolesne przy uciskaniu. Wzrok osłabiony. Badanie wziernikowe wykazało obustronną zastoinę tarczy wzrokowej. Źrenice równomierne, oddziaływają prawidłowo na światło i na akomodację. Ruchy gałek ocznych niezmienione. Ruchy mimiczne zachowane. Żucie normalne. Czucie na twarzy i głowie bez zmian. Słuch, smak i węch normalne. To samo dotyczy zdolności połykania, fonacji i artykulacji. Język chora wysuwa w linii środkowej.

W kończynach górnych siła mięśniowa niezmieniona. Wszelkie ruchy są wykonywane właściwie. Odruchy

¹⁾ Przypadek ten obszerniej został opisany przez Flatau'a i Koelichena. Niniejszy opis uwzględnia groźne zaburzenia psychiczne.

z *m. triceps* słabe z obu stron. Odruchów z okostnej brak. Czucie w kończynach górnych (bólowe, dotykowe, mięśniowe) normalne.

Czucie i ruchy tułowia niezmienione. Odruchy brzuszne (górne, środkowe i dolne) bardzo żywe.

W kończynach dolnych siła mięśniowa i ruchy normalne. Niema ataksyi.

Odruchy kolanowe można wywołać tylko z pomocą sposobu JENDRASSIK'a. Odruchów ze ścięgien Achilles'a nie mogliśmy wywołać. Odruch podeszwy normalny (*flexio plantaris*). Czucie w kończynach dolnych zachowane.

W narządach wewnętrznych zmian nie wykryliśmy. Tętno nie zwolnione.

1. XII. 03. Chora skarży się na ból głowy, przeważnie w okolicy lewego oka. Czasami nie widzi zupełnie. Zawroty głowy przy chodzeniu. Wczoraj i dzisiaj silne wymioty. Wysłuchiwanie nowotworu daje wynik następujący: jeżeli przystawić rurkę do zewnętrznej i dolnej części nowotworu, to słycać wtedy szmer rytmiczny i dmący, synchroniczny z tętnem. Zmieniając nieznacznie położenie rurki, usłyszemy oprócz tego szmeru najrozmaitsze piski, trzeszczenia i t. d. Jeżeli słycać uważnie przez rurkę i nacisnąć jednocześnie palcem na część górną i wewnętrzną nowotworu (znajdującą się prawie na *linea medialis*), to szmer natychmiast ustaje i zjawia się ponownie, gdy odejmiemy palec. Można się również przekonać z łatwością, że uciskając wzmiaukowaną tylko część palcem, wywołujemy zapadanie się nowotworu. Odsuwając zaś palec, spostrzegamy natychmiastowe pęcznienie masy nowotworowej. Osłuchiwanie czaszki we wszystkich i innych okolicach daje wynik ujemny, nawet na odległości 1—2 mm. od nowotworu. Uciskanie *art. carotis comm. sin.* nie wpływa na szmer w nowotworze. Ucisk na *art. occipit sin.* nie wywołuje również zmian widocznych w charakterze szmeru (czasami szmer ten stawał się jakby cichszy). Zauważyć prócz tego należy, że, uciskając palcem wzmiaukowaną powyżej część nowotworu, wywołujemy bardzo dotkliwy rozlany ból głowy, umiejscow-

wiony jednak głównie w lewej okolicy czołowej. Ból ten znika, gdy przestajemy naciskać na nowotwór.

4. XII. Dzisiaj zauważyliśmy powstanie masy nowotworowej z tyłu od prawej muszli usznej w okolicy *squama ossis temporalis i ossis occipitalis*. Nowotwór nie wykazuje ani pulsowania, ani też fluktuacji. Silny ból głowy głównie w części czołowej.

5. XII. Dzisiaj słychać szmer na wierzchołku nowotworu prawego (t. j. z tyłu od prawej muszli usznej). Zarazem wyczuwamy fluktuację również w okolicy wierzchołka nowotworu. Nowotwór ten jest bolesny przy uciskaniu. Gruczoły chłonne po stronie prawej szyi są powiększone i bolesne przy uciskaniu.

6. XII. Nowotwór po stronie prawej znacznie się powiększył. Górna jego granica wystaje ponad wierzchołkiem ucha. Dolna zaś odpowiada prawie dolnemu odcinkowi ucha. Nowotwór po stronie lewej nie wykazał w ostatnich dniach żadnych zmian odnośnie do rozmiarów.

Bóle w części czołowej. Stan psychiczny bez zmian widocznych.

7. XII. Dzisiaj zjawily się bardzo uparte mdłości i wymioty, chora wymiotowała co 10 minut, zaczynając od godziny 8 rano aż do do godziny 11. Skarży się na dokuczliwy ból głowy. Przy siedzeniu ból ten jest mniejszy, niż przy leżeniu.

Przy siedzeniu ból ten jest umiejscowiony głównie w części czołowej. Przy leżeniu na prawym, lub lewym boku ból ten ogarnia całą głowę i jednocześnie zjawia się uczucie ściągania w szyi i ból u nasady nosa. Na karku chorą nie może uleżeć (bardzo silne bóle z tyłu). Stan psychiczny zmieniony. Chora jest przygnębiona. Przytomność zupełna. Brak apetytu. Tętno rytmiczne=64. Respiratio=36. Żadnych porażień nie zauważono. Odruchy kolanowe bardzo słabe. Odruchów ze ścięgien Achilles'a nie ma. Tego samego dnia chora skarżyła się na bardzo dokuczliwe uczucie dreszczów, zimna i gorąca.

9. XII. (Ciepłota 35,5°—35,8°. Stan ogólny lepszy. Ból gło-

wy mniejszy. Wymioty ustąpiły. W prawym nowotworze szmerów nie słycać. Chora nie czyni wrażenia ciężko chorej. Dowcipkuje z innymi chorem.

11. XII. T° 36,0°. Odrza do jedzenia. Potrawy wydają się śmierdzące. Bóle głowy i szyi. Od czasu do czasu do czasu zupełne zaćmienie wzroku. Od kilku dni szum w prawym uchu, podobny do szumu wiatru. Przytomność zupełna. Nastroj smutny przygnębiony. (Tętno w te dni = 76—84).

17. XII. W nocy silny ból głowy. Dzisiaj nie dręczy nic chorej. Czuje się lepiej, jest wesoła, rozmowna. Chód mózdkowy. Zatacza się bez widocznej skłonności upadania w jednym tylko kierunku. Stwierdzono dzisiaj, że przy uciskaniu palcem w linii środkowej tuż powyżej pierwszego kręgu szyjowego ginie szmer w lewym nowotworze. Jest więc już drugi punkt, za którego uciśnięciem znika szmer w lewym nowotworze. Wzrok osłabiony; chora nie odróżnia liter, gdy się ściemnia. W nocy słyszy wciąż rozmaite dźwięki (świsty, szmery dmące) w uchu prawem.

19. XII. Bóle głowy. Wymioty. Ruchy gałek ocznych niezmienione. Oczopląsu niema. Tętno w pozycji siedzącej—88, w leżącej—72—73. Przygnębienie.

22. XII. Gdy chora wstała dzisiaj z łóżka poczuła silny zawrót głowy i upadła na podłogę. Podniosła się i upadła po raz drugi. Przytomności nie traciła. Tętno 84. Rozmiary nowotworów nie zmieniły się. *Pro-i supinatio* rąk chora wykonywa bardzo szybko. Odruchy z m. *triceps* osłabione. Odruchy z okostnej—0. Odruchy kolonowe bardzo słabe. Odruchy ze ścięgna Achilles'a—0. Odruch podeszwowy—*flexio plantaris*. Siła w kończynach dolnych znaczna. Napięcie mięśni niezmienione. Obfite łzawienie głównie oka prawego w nocy.

29. XII. Lewem okiem nic nie widzi, w prawem—wzrok osłabiony. Oczopląsu nie stwierdzono. Silny zawrót głowy podczas chodzenia. W kończynach górnych i dolnych sfera ruchowa i czuciowa bez zmian widocznych.

Odruchy ścięgniste jak wyżej. Odruchy brzuszne żywe. Rozmiary i zjawiska wysłuchowe w obu nowotworach te same. Bóle głowy wyłącznie w okolicy czołowej, głównie w lewym oku. Lewe oko bolesne przy uciskaniu, prawe nie wykazuje tego objawu. Wyraz twarzy smutny. Przytomność zupełna. Nastrój przygnębiony. Tętno 76.

30. XII. Tętno 60. Silny ból głowy. Chora leży zgnębiona, wciąż stęka głucho.

31. XII. Odruchów kolanowych nie można wywołać.

3. 1 1904. Bóle głowy. Od czasu do czasu wymioty. *Amauris oculi sinistri*. Prawem okiem nie odróżnia zarysów twarzy, ani liczby palców, nawet na odległości 4—5 ctm.

4. 1. Osłabiony ruch gałek ocznych na prawo. Chód mózdkowy. Smak zachowany. Nie odróżnia zapachu waleryany.

6. I. *Status gravis*. Chora wciąż stęka i skarży się na uczucie gorąca i ból w okolicy czołowej. Tętno—52. Odruch kolanowy po stronie prawej zaledwie dostrzegalny, po stronie lewej—0.

7. I. Tętno 92. Bóle w okolicy czołowej, przeważnie w lewym oku. Ślepotą obu-stronna. Z obu stron nie odróżnia światła lampki elektrycznej. Wyraz oczów błędny (jak u ślepych).

9. I. Tętno 64. Ból głowy znów silniejszy. Wymioty wczoraj. Żrenice bardzo szerokie, na światło nie oddziałują.

12. I. Chora skarży się na bóle głowy w okolicy potylicowej (bóle w okolicy przedniej mniejsze).

13. 1. Bólu głowy nie ma. Chora nie może skierować oczów w prawą stronę.

15. I. Chora może poruszać oczami we wszystkich kierunkach, nie jest jednak w stanie doprowadzić gałek ocznych aż do samego kąta zewnętrznego (ani w oku prawem, ani w lewym). Odruchy kolanowe — 0 (nawet przy użyciu sposobu JENDRASSIK'a).

19. I. Tętno 80. Ból w lewym oku i w części potylicowej z tyłu od ucha lewego. Chora może siedzieć, trzy-

mając się rękami łóżka. Przy podniesieniu rąk do góry tułów zaczyna się chwiać. Ruchy gałek ocznych na prawo i na lewo trochę ograniczone, do góry i na dół normalne.

21. I. Tętno 98. Wymioty były nocą. Przygnębienie.

27. I. Bardzo silny ból głowy w okolicy czołowej, z tyłu w okolicy nowotworów. W lewym nowotworze sły-chać szmer. Żrenice rozszerzone, nie oddziałują na światło; na zbieżność oddziałują słabo. Prawy nowotwór powiększył się, lewy nie zmienił się.

28. I. Wczoraj po południu chora bredziła, krzy-czała, mówiła bez związku, prosiła, ażeby jej przynieść dziecko, wymyślała. Wieczorem wymiotowała i uspo-koła się. Dzisiaj przytomność zachowana, przypomina sobie niejasno wczorajsze bredzenie. Ból głowy niezbyt dotkliwy (przeważnie w okolicy potylicowej). Tętno 88.

30. I. Wczoraj wieczorem i dzisiaj zrana chora by-ła bardzo podniecona. Śpiewała, komponowała, śpiewa-jąc opowieści o swej ślepcie i t. d. Przytomność była zupełnie zachowana i chora dokładnie oryentowała się we wszystkim co zachodziło na sali. Siedzi dobrze, bez po-mocy. Chód chwiejny. Stoi dość pewnie. Tętno 108.

31. I. Ból głowy mniejszy. Tętno 104, chora wciąż wesola. Śpiewa pieśni o charakterze erotycznym.

1. II. Wymioty. Ból głowy przeważnie w okolicy czołowej i mniejszy — w części potylicowej. Tętno 88. Cho-ra bardzo przygnębiona.

5. II. Nieznaczny ból głowy w okolicy czołowej. W części potylicowej bólu nie odczuwa. Tętno—100. Na prawe ucho nie słyszy zegarka, na lewe—słyszy na odle-głość kilku ctm. Przez całą noc skarżyła się na bardzo silny szum w lewym uchu. Dzisiaj odczuwa ból dotkliwy wgłębi lewego ucha. Podczas badania—ziewanie, odbija-nie, wymioty.

7. II. Silny ból głowy i bardzo silny szum w pra-wem uchu.

12. II. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achilles'a—0. *Flexio plantaris*. Żywe odruchy brzuszne. Czucie zacho-

wane. Ataksyi nie stwierdzono ani w kończynach górnych, ani też w dolnych. Ból głowy. Wymioty.

13. II. W okolicy lewego ucha, oka i lewej skroni zauważyć można trójkąt, utworzony przez rozszerzone żyły, Od tego trójkąta biegnie jedna żyła w kierunku do policzka. Ruchy gałek ocznych do góry i na dół zachowane, w lewą stronę upośledzone, w prawą prawie nie możliwe. Podczas badania chora traci przytomność, krzyczy, aby wszyscy opuścili salę, porusza rękami w powietrzu i jest w przeciągu całej godziny niespokojna.

14. II. Dzisiaj dotkliwy ból głowy, który chora określiła w ten sposób „jak gdyby głowa była napelniona szpilkami“. Wymioty w nocy i dzisiaj zrana.

19. II. Wczoraj przez cały dzień wymioty i silny ból głowy. Dzisiaj czuje się lepiej.

20. II. Wymiotów nie miała. Tętno 100. Bardzo wesoła. Śpiewa pieśni (melodya: „la donna e mobile“), układając zdania o treści erotycznej (o narzeczonym, który do niej przyjdzie i t. d.)

22. II. Ból głowy mniejszy. Zez zbieżny. Ruchy gałek ocznych bardzo ograniczone w obie strony (do góry i na dół zachowane).

23. II. Tętno 57. Bardzo silny ból głowy. Wymioty.

25. II. Tętno 84.

26. II. Ból głowy mniejszy. Tętno 116.

Z mięśni poruszających gałki oczne tylko mięśnie podnoszące do góry i opuszczające funkcjonują prawidłowo. Przy ruchach bocznych stwierdzić można, że *m. rectus int.* jednego oka funkcjonuje dobrze, podczas gdy *m. rectus ext.* drugiego oka wykazuje tylko ruch minimalny. Zauważyć prócz tego należy, że przy przesuwaniu gałek ocznych w stronę prawą lewy *m. rectus int.* kurczy się silniej, aniżeli prawy *m. rectus int.* przy patrzeniu na lewo. Chora siedzi w łóżku bez pomocy, i nie spostrzegamy dzisiaj owego kiwania się w strony. Sama może stanąć, lecz nie może stać, przysunąwszy obie stopy do siebie. Po krótkim czasie zjawiają się powolne ruchy wahadłowe cia-

ła. Jeżeli rozstawi nogi, to stać może lepiej, lecz i w tej pozycji zjawiają się ruchy wahadłowe. Chodzić bez pomocy nie jest w stanie. Jeżeli ją ująć za ręce i prowadzić wolno po sali, to chodzi bardzo powoli, lękliwie, zataczając się to w prawą, to w lewą stronę. Nie udało się nam stwierdzić asynergii tułowia. Czucie wszędzie zachowane. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achilles'a—0. Odruchy brzuszne bardzo żywe. Odruch podeszwowy normalny. Odruchu z *m triceps* nie mogliśmy wywołać. Z okostnej = 0.

28. II. Tętno 60. Bardzo silny ból głowy.

29. II. Tętno 80. Ból głowy mniejszy.

1. III. Tętno 112. Ból głowy nieznaczny.

2. III. Tętno 60. Silny ból głowy.

4. III. Tętno 104. Bólu głowy niema. *Euphoria*. (Śpiewa pieśni).

6. III. Tętno 68 słabe. Silny ból głowy. Wymioty. Wciąż stęka, twarz blada.

7. III. Czuje się lepiej. Prawy nowotwór powiększył się. Lewy bardzo się zmniejszył, i nie wysłuchujemy na jego okolicy żadnych szmerów.

13. III. Tętno 64. Silny ból głowy. Wymioty.

15. III. Tętno 84. Bólu głowy nie ma.

17. III. Przy ruchach głową głównie w kierunku ku tyłowi chora odczuwa silny ból w kręgach szyjowych. Ból ten zjawia się również przy ruchach biernych głową. Boczne ruchy gałek ocznych bardzo ograniczone. Jednocześnie z podnoszeniem i opuszczaniem gałek spostrzegamy ich konwergencyę. Zupełna ślepotą. Żrenice nieruchome. Inne nerwy czaszkowe funkcjonują prawidłowo. Czucie i ruchy w kończynach, ich odruchy bez zmian w porównaniu ze stanem z d. 26 II.

22. III. Nakłucie lędźwiowe. Wypuszczono około 7 c. ctm. płynu. Tętno po dokonaniu punkcji—64. Ból głowy się zmniejszył.

23. III. Ból głowy się zmniejszył. Tętno 100.

24. III. Silny ból głowy. Tętno 72.

NB. Badanie płynu mózgodzeniowego z wydobytego przed 2 dniami, wykazało $\frac{1}{4}$ pro mille białka.

27. III. Ból głowy się zmniejszył. W nocy i dzisiaj nad ranem bardzo dotkliwy ból głowy.

1. IV. Szum w prawym uchu. Nakłucie lędźwiowe.

2. IV. Od czasu, kiedy dokonano wczoraj punkcji aż do dnia dzisiejszego, chora nie przestawała krzyczeć wskutek bardzo silnego bólu głowy. Ból głowy nie znikł po użyciu morfiny. Tętno 60. Zmarła o godzinie 12 $\frac{1}{2}$ w południe.

Protokół sekcji.

Poniżej *protuberantia occipitalis externa* wyczuwa się poprzez mięśnie miękki guzik i przy starannem wymacywaniu kości okrągły otvorek w niej, średnicy mniej więcej małego palca. Za i nad prawym uchem w części, odpowiadającej tylnej połowie *squamae ossis temporalis* i przedniej części *ossis occipitalis*, widoczny jest guz, uwypuklający skórę na przestrzeni średnicy około 10 ctm. Po zdjęciu kości czaszkowej i *durae matris* stwierdzić można spłaszczenie zawojów mózgowych, a po przecięciu *infundibuli* wylewa się w obfitej ilości płyn przezroczysty, bezbarwny. Zewnętrzny brzeg prawej półkuli mózdkowej jest zrosnięty z masą nowotworową, w której znajduje się również *dura* i która przeżarła kość i wyszła na zewnątrz. Od masy nowotworowej, przeżerającej kość oddziela się część, idąca na kości ku tyłowi i dołowi. Część ta wżera się pomiędzy *protuber occipit. ext.* i *foramen occipit. magnum* w kość, w której skutkiem tego powstał brak substancji kostnej, wyczuwalny przez skórę.

Na wewnętrznej powierzchni czaszki *dura mater* okazuje się w miejscu tem nie przedziurawiona, lecz zrosnięte z guzem. Ze skórą guz nigdzie nie był zrosnięty, wszędzie był pokryty *f a s c y a*.

Na szyi z prawej strony znaleziono miękki pakiet powiększonych gruczołów limfatycznych *Glandula thyroidea* znacznie powiększona, szczególnie prawy jej płat, w którego wewnątrzno-tylnej części stwierdzono otoczony tkanką łączną guzik, nieco twardszy od reszty tkanki. Na

przekroju wygląda on tak samo jak tkanka gruczołu, jest tylko od niej nieco bledszy. Torbieli nigdzie nie było. Rozpoznanie anatomiczne:

Metastasis strumae thyreoideae in parte squamosa ossis temporalis dextri et in parte anteriore dextra ossis occipitalis; perforatio ossium, adhaesio ad cerebellum.

Przechodzimy obecnie do omówienia klinicznego spostrzeżanego przez nas przypadku.

Co się tyczy stanu psychicznego, to widzimy z historii choroby, że pacjentka najczęściej bywała w nastroju przygnębionym. Nastrój ten był zależny od silnych bólów głowy, lub też od pożałowania godnego stanu ogólnego chorej. Było to jednym słowem zupełnie uzasadnione przygnębienie, w którym nie można było odnaleźć cech charakterystycznych dla melancholji. Chora oryentowała się przytem zupełnie dobrze w swoim położeniu i jej zdolności umysłowe nie uległy aż do ostatnich dni widocznemu osłabieniu. Jedynie od czasu do czasu występowały u chorej stany niepokoju i podniecenia, podczas których mówiła wiele, śpiewała piosenki treści erotycznej. W stanach tych nie występowały po największej części objawy splątania (bezładu myślowego) psychicznego (Verwirrtheit), i chora zdawała sobie dobrze ze wszystkiego sprawę. Jeżeli lekarz wchodził do sali podczas jej śpiewu, wtedy wstydziła się i nie chciała dalej śpiewać, dopóki lekarz nie opuścił sali. Czasami jednak występowało wyraźne splątanie umysłowe i chora nie poznawała otoczenia. Pamięć o tych stanach bywała w większości przypadków niejasna (przeważnie w niezbyt wielkim stopniu. W czasie tych stanów nie udało się nigdy stwierdzić hallucynacji, stany te zbliżone były najbardziej do hypomanicznego podniecenia, czasami zaś gdy chora przestawała się zupełnie oryentować—do stanów splątania (Verwirrheitszustände).

Najliczniejsze badania w stosunku guzów mózgowia do zaburzeń umysłowych znajdujemy w dziele SCHUSTER'a.

W rozdziale XII, w którym omawiany jest mózdzek, autor ten zebrał 82 przypadki, w których jednocześnie z guzami mózdzku występowały zaburzenia umysłowe. SCHUSTER podaje tablicę, w której owe zaburzenia umysłowe są w następujący sposób rozmieszczone w 13 grup klinicznych.

I. Przypadki podobne do paraliżu postępującego	1
II. Przypadki podobne do paranoi	3
III. Typowa melancholia	1
IV. Stany przygnębienia	5
V. Stany przygnębienia z wybuchami (<i>raptus</i>) psychoza histeryczna	1
VI. Postacie cykliczne	2
VII. Stany podobne do manii i hypomanii	2
VIII. Drażliwość, popędliwość, napady maniakalne	9
IX. Stany bredzenia i splątania	6
X. Pustota, zachowanie się dziecinne (<i>moria</i>)	1
Stany osłabienia władz umysłowych.	
XI. Osłabienie pamięci	7
XII. Ogólne osłabienie władz umysłowych	15
XIII. Zamglenie przytomności, apatya, sopor.	29

Według tej tablicy zaburzenia umysłowe, które występowały u naszej chorej, odpowiadały po części VIII grupie, po części zaś grupie IX.

SCHUSTER rozpatruje omawiane przypadki również z punktu widzenia ewentualnego znaczenia mózdzku dla czynności umysłowych i przychodzi do wniosku, że na podstawie powyższego materiału kazuistycznego niepodobna przypisywać mózdzkowi jakiegokolwiek szczególnego znaczenia dla czynności umysłowych.

Na pogląd ten piszemy się w zupełności, pomimo bowiem znacznej objętości (niezaznaczone wyżej, lecz guz zajmował i mózdzek!) guza mózdzku władze umysłowe naszej chorej nie uległy żadnemu osłabieniu. Erotycznemu zabarwieniu jej stanów podniecenia nie możemy przypisywać znaczenia objawu miejscowego (porównać z cytowanymi przez SCHUSTER'a przypadkami STEINER'a i MIGNOT'a).

Co się wreszcie tyczy związku przyczynowego pomiędzy guzem mózdzku i zaburzeniami umysłowemi, to w tym względzie wypowiedane są przez rozmaitych badaczy zdania rozbieżne. (Guz, jako czynnik, wywołujący psychozę, psychoza, jako objaw ogólny guza, powodowany przez wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, przez obrzęk mózgu, przez przekrwienie, zwyrodnienie włókien tangentialnych, wpływy toksyczne, podrażnienie lub zahamowanie dróg wewnątrzmoźgowych i t. p.). SCHUSTER jest zdania, że, chociażbyśmy się w zasadzie zgodzili na wpływ „podrażnienia i zahamowania“ na objawy umysłowe przy guzach, to jednak byłoby niemożliwem podciągnąć pod owe pojęcia ogólne wszystkich zaburzeń umysłowych obserwowanych w odpowiednich przypadkach, tak jak to czynimy z objawami somatycznymi.

SCHUSTER sądzi wprawdzie, że umiejscowienie guza nie pozostaje bez wpływu na rodzaj zaburzeń umysłowych powstających przy guzach mózgowia, nie przeczy on jednak przypuszczeniu, że w niektórych przypadkach wchodzi w grę inne czynniki, bądź to w postaci wydobywania się na jaw ukrytej w organizmie skłonności do cierpienia umysłowego, bądź też w tem znaczeniu, że zaburzenia umysłowe stanowią objaw ogólny guza.

W naszym przypadku można było stwierdzić wyraźny związek pomiędzy stanem ogólnym chorej (a zwłaszcza bólami głowy, wymiotami) i jej usposobieniem.

W tych mianowicie okresach czasu, w których męczyły ją bardzo silne bóle głowy, chora bywała w najwyższym stopniu przygnębiona, zupełnie apatyczna. Natomiast stany hypomaniacznego podniecenia występowały w tych okresach, w których chora nie cierpiała na ból głowy i nie miała wymiotów. Nie chcemy z powyższego wyciągać zbyt daleko sięgających wniosków, pragnęlibyśmy jedynie zaznaczyć, że powyżej wymienione zaburzenia umysłowe znajdowały się bez wątpienia w pewnym związku ze stanem ogólnym chorej. Nie będziemy również rozstrzygali,

czy odgrywało tu rolę ciśnienie wewnątrzczaszkowe, czy wpływy toksyczne, lub też inne jakieś czynniki.

P r z y p a d e k V.

Diagnosis tumor - cerebri.

P. N. lat 21. Chora od 2 tygodni, bóle głowy, zaparcie stolca i moczu, prócz tego zawrót głowy oraz osłabienie wzroku od kilku dni. Objektywnie: z przodu od lewej muszli usznej guz wielkości połowy kurzego jaja, twardy, bolesny, nieruchomy. Oftalmoskopowo: obu stronnie silnie rozwinięta *neuroretinitis*. Wybitne osłabienie siły wzroku na obu oczach. Ograniczenia ruchów prawej gałki ocznej na prawo i na lewo. *Exophthalmus* prawostronny. Rozszerzenie obu źrenic prawej. Ograniczenie reakcyi na światło. Osłabienie dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego. Siła mięśniowa w kończynach zachowana, toż samo czucie, brak ataksyi. Osłabienie prawego odruchu brzuszego. Tętno—68.

P s y c h i c z n i e: wybitna a p a t y a.

P r z y p a d e k VI.

Diagnosis: tumor baseos cranii.

P. J., 35 lat.

2. X. 07. Początek choroby 6 miesięcy temu: szum w głowie, pasma świetlne przed oczami i niezbyt silne bóle głowy, wkrótce potem stracił na krótki czas przytomność, b r e d z i ł, jednocześnie biegunka i silne wymioty żółcią, potem wielokrotne wymioty. Od 2 miesięcy silne bóle głowy, niezdolność do pracy, osłabienie wzroku (zauważył wtedy, że widzi lewą połowę talerza). Niedawno oddawał ogromną ilość uryny (4500 ctm.) na dobę, *polydypsia*.

St. praes. Prawie kompletna obustronna amauroza. Tarcza zastoinowa obustronna z wybroczynami krwawymi na siatkówce. Reakcyja na światło prawej źrenicy=0, lewej minimalna. Chód bez zataczania się.

PR prawy, AR oba słabe.

Badanie promieniami ROENTGEN'a wykazało: *neoplasma baseos cranii*.

P s y c h i c z n i e: Orientacyja dobra. Nastrój stale przygnębiony (umotywowany troską o zdrowie). Od czasu do czasu wyraźne zaburzenia psychiczne; chory wyskakiwał z łóżka, chciał dokąś biedz, mówił o jakichś pożariach, po pewnym czasie chory uspokajał się. Czasami stany te powracały z postaci pobudzeń psychomotorycznych bez wyraźnych halucynacyi. Chory wyrывał się z łóżka, mówił lub bełkotał bez związku, trzeba go było siłą trzymać w łóżku.

Chorego potem straciliśmy z oczu— i o dalszych losach jego nic nie wiemy.

P r z y p a d e k VII.

Z. Ch., lat 32.

7 lat temu utrata słuchu na prawem uchu, 2¹/₂ roku temu pogorszenie wzroku, jednocześnie bóle głowy bez wymiotów, po kilku miesiącach zupełna amauroza, w ostatnich czasach ogólne osłabienie. osłabienie prawych kończyn, mowa nosowa. Zachłystywanie się przy twardych pokarmach i powracanie płynów przez nos, przekrzywienie ust w lewo, prócz tego od czasu do czasu napady utraty przytomności z silnem wyprężaniem kończyu.

O b j e k t y w n i e: nieznaczna deformacyja czaszki i bolesność jej przy opukiwaniu, bolesność punktów *nervi trigemini* na ucisk, rozszerzenie źrenic wraz z zupełnem zniesieniem oddziaływania na światło, *amaurosis completa*, porażenie skojarzonych ruchów gałek ocznych w obie strony oraz osłabienie ruchów ku gorze, porażenie prawego

nerwu twarzowego, *atrophia nervi optici utriusque* po tarczy zastoinowej, zniesienie słuchu i przewodnictwa kostnego z prawej strony, nosowa, niewyraźna mowa, zbaczanie języka wlewo oraz drganie włókienkowe, osłabienie prawych kończyn wraz z wzmożeniem odruchów ścięgnistych, obustronnie słabo wyrażony objaw BABINSKIEGO.

P s y c h i c z n i e: Chory bardzo podrażniony, z niczego nie jest zadowolony, skłonny do ciągłych kłótni, wymyśla na służbę najordynarniejszemi wyrazami, skarży się ciągle, że służba źle się z nim obchodzi, że nie ma na to prawa, że on nie jest ich lokajem, tylko rzemieślnikiem cechowym.

Nieznaczone osłabienie pamięci: od czasu do czasu przy badaniu zjawia się dość długotrwały śmiech przymusowy przy najdrobniejszych impulsach np. jeżeli powiedzieć choremu, ażeby robił palcami ruchy, jak przy grze na fortepianie.

P r z y p a d e k VIII.

M. Zb., lat 47.

9 lat temu uderzenie w głowę, od roku osłabienie prawej kończyny górnej oraz napady drętwienia w tej kończynie, od 10 tygodni znaczne osłabienie tej kończyny, od 3 miesięcy osłabienie prawej nogi, zaś od 2 utrudniona mowa, od 9 miesięcy bóle głowy (kłucie) wraz z zawrotami i szumem w głowie, od miesiąca mdłości i wymioty, od 6 tygodni pogorszenie wzroku.

O b j e k t y w n i e: bolesność czaszki przy opukiwaniu, toż samo kręgi szyjowe. Nieprawidłowa postać prawej źrenicy, osłabienie siły wzroku na obu oczach (na prawem), oftalmoskopowo: zatarte granice tarcz. Osłabienie dolnej gałązki prawego *n-i facialis*. Osłabienie węchu z prawej strony, osłabienie smaku. Mowa monotonna i niewyraźna, podczas napadu bólu głowy wyraźne objawy afazy ruchowej i amnestycznej, aleksya. Hemihypeste-

zya i hemihypalgezya prawostronna. Osłabienie siły mięśniowej w prawych kończynach (głównie w górnej). Prawostronny *clonus pedis*. Tętno—72.

P s y c h i c z n i e: wybitna apatya, potęgująca się z każdym dniem. Chory sam zauważył, że przedtem był rozmowny, obecnie zaś nie mówi z nikim, nie interesuje się niczem, nie myśli nawet zupełnie o żonie i o dzieciach. Jest mu dzisiaj znacznie trudniej rachować niż dawniej, przedtem mógł robić na pamięć duże obliczenia, obecnie nie jest w stanie wykonać najłatwiejszego mnożenia, a nawet dodawania.

Wybitne upośledzenie pamięci: pozapominał wszystkie modlitwy, które dawniej umiał na pamięć, nie jest w stanie nawet wyliczyć imion swych dzieci.

P r z y p a d e k IX.

C. L., lat 35.

Rok temu drgawki w lewej kończynie górnej i do dolnej (typ JACKSON'a), po pół roku zupełna utrata władzy w lewej kończynie górnej, od 5 miesięcy osłabienie lewej kończyny dolnej. Od początku gwałtowne bóle zwłaszcza w prawej połowie głowy, wymioty, senność (c z a s e m s p a ł a p o 8 d o b y b e z p r z e r w y).

O b j e k t y w n i e: bolesność czaszki przy opukiwaniu — zwłaszcza prawej ciemieniowej okolicy. Dość szerokie, równe, dobrze reagujące źrenice. Obustronnie *neuritis optica* z obrzękiem siatkówki. Osłabienie lewego *n-i facialis*; osłabienie czucia dotykowego na lewej połowie twarzy. Absolutne porażenie lewej kończyny górnej i osłabienie lewej dolnej. Zaburzenia czucia mięśniowego w lewych kończynach. Wzmoczenie odruchów ścięgnistych po lewej stronie (*clonus pedis*). *Herpes Zoster* na lewym boku.

P s y c h i c z n i e: chora orientuje się dobrze co do czasu i przestrzeni, osoby i przedmioty poznaje dobrze. Na pytania odpowiada powoli, często trzeba jej powtarzać te same pytania, na które odpowiada po długim namyśle.

Wyraźne zaburzenia pamięci, wspomnienia mgliste i bezładne.

Chora ma skłonność do powtarzania ciągle jednych i tych samych wyrażen, również istnieje skłonność do echo-praktyki. Nastrój chorej dość humorystyczny, często śmieje się. Mowa gd czasu do czasu ekspansyjna. Wybitna senność!

Dokonana operacja wykryła obecność guza wielkości mandarynki, wychodzącego z *gyr. parietalis dexter*, guz usunięto. W tydzień po operacji *exitus* przy gorączce 40,8°.

P r z y p a d e k X.

S. R., lat 45.

Pół roku temu nagły zawrót głowy oraz drgawki w lewej kończynie dolnej, potem drętwienie w lewej kończynie dolnej, potem drętwienie w lewych kończynach, gwałtowne wymioty, bóle głowy w prawej skroniowej i potylicowej okolicy. Chwilami mówił od rzeczy. W ostatnich czasach codziennie napady utraty przytomności bez drgawek, 4 tygodnie temu utrata wzroku (nagle) oraz osłabienie lewych kończyn,

O b j e k t y w n i e: bolesność prawej skroniowej i potylicowej okolicy na dotyk, rozszerzenie źrenic *ad maximum* (reakcyja na światło—0) ptoza lewostronna, ograniczenie ruchów gałek ocznych na lewo, *amaurosis completa*, tarcza zastoinowa obustronna z przejściem w zanik, hemipareza lewostronna, hemihypestezja i hemihyalgezja wraz zniśnieniem czucia mięśniowego i osłabieniem dolnej gałki lewego *n-i facialis*, lewostronne wzmożenie odruchów ścięgniętych, lewy brzuszny—0.

P s y c h i c z n i e: chory wykazuje wybitną indolencyę i apatyę; trzeba go zapytywać kilkakrotnie, żeby otrzymać odpowiedź. Nie ma senuości. Daje ze sobą robić wszystko, co się podoba, zupełnie prawie nie reagując nato. Przytomność zachowana zupełnie.

Exitus przy objawach ogólnej prostracji po 3 miesiącach.

P r z y p a d e k XI.

B. R., lat 42.

Od 2 lat napady nagłej utraty przytomności wraz z drgawkami, przed 3 tygodniami także napad z następującą lewostronną hemiparezą.

O b j e k t y w n i e. Bolesność czaszki przy opukiwaniu, obustronna tarcza zastoinowa. Zupełne porażenie prawej kończyny górnej i osłabienie prawej dolnej, wraz prawostronną hemihypestezją i hemihypalgerją *Incontinentia urinae*.

P s y c h i c z n i e: Chora leży w łóżku apatycznie, enna, na pytania odpowiada powoli i z trudnością. Odpowiedzi po większej części są prawidłowe, czasem jednakże zupełnie bezsensowne.

Chora orientuje się dobrze co do miejsca i osób otaczających, orientacja w czasie bardzo upośledzona. Daje częstokroć zupełnie błędne odpowiedzi co do szczegółów swej choroby i okoliczności domowych.

Wybitna senność.

Exitus po 2 miesiącach pobytu w szpitalu.

P r o t o k ó ł s e k c y j n y: W prawej półkuli mózgowej w górnym zrazie ciemieniowym można stwierdzić lekkie uwypuklenie; przy obmacywaniu przeczuwa się masę nowotworową o dość miękkiej konsystencji, zajmującą nie tylko zewnętrzną powierzchnię *lobi parietalis superioris*, lecz i wewnętrzną powierzchnię. Zabarwienie nowotworu jest w wielu miejscach zlekka szare, w części zaś zwróconej ku tyłowi widać kilka małych zupełnie szarych miejsc, przez które prześwieca płyn. Zewnętrzna konfiguracja i cały wygląd mózgu jest w okolicy nowotworu tak mało zmieniony, że gdyby nie szarawy odcień, szare plamki i widocznie miękka konsystencja tej okolicy—trudno byłoby dyagnozować nowotwór w tej okolicy. Przy palpacji okolicy masy nowotworowej zauważono na pogra-

nietu pomiędzy nią i dolnym płatem ciemieniowym bardzo twardej guzik wielkości jaja gołębiego. Po zatem granica pomiędzy masą nowotworową i częścią potylicową mózgu przeczuwa się również w postaci tkanki o twardej konsystencji.

P r z y p a d e k XII.

B. P., lat 54.

7 tygodni temu utrata władzy w prawych kończynach wraz z opadnięciem prawej powieki, *diplopia*.

O b j e k t y w n i e: nieznaczny obrzęk obu goleni, *insufficiēti valvulae mitralis*. *Diplopia* przy patrzeniu na lewo (porażenie *n-i abducentis sinistri*).

Obustronna tarcza zastoinowa.

Zupełne porażenie prawej kończyny górnej, osłabienie prawej dolnej, wzmożenie odruchów ścięgnistych z prawej strony, objaw BABIŃSKIEGO prawostrońny.

Prawy brzuszny = 0.

P s y c h i c z n i e: 35 lat temu przeszła okres melancholii, który trwał rok, po 10 latach także okres (trwał 1½ roku), po 7 latach—trzeci raz.

P r z y p a d e k XIII.

Przed 11 miesiącami chora zaczęła doznawać bólów głowy, szumu w uszach, nudności, wymiotów i osłabienia wzroku (iskry przed oczami). potem wystąpiło uwypuklenie na czaszce za lewym uchem, guz rósł szybko, jednocześnie potęgowała się ślepotą.

O b j e k t y w n i e: olbrzymi guz, wyrastający z tyłu głowy, mający postać główki dziecięcej. Obwód całej czaszki potwornie dolichocefalicznej wynosi 76 cm. Guz na dotyk ciepły, ciastowaty.

Niedowład lewego nerwu twarzowego. Głuchota w lewym uchu. Źrenice bardzo szerokie, nie reagują na światło.

Zanik nerwów wzrokowych w następstwie tarcz zastoinowych. Wybitny zanik lewej połowy języka. Lekki niedowład lewej kończyny górnej.

Zdjęcie ROENTGEN'a wykazuje brak konturów w części, odpowiadającej kości potylicowej.

P s y c h i c z n i e: wybitna apatya.

Dokonana operacya wykazała olbrzymi guz, wychodzący z kości potylicowej i uciskający na mózdzek i pień mózgowy: *Exitus* w dzień po operacyi.

Pozostaje mi teraz jeszcze kilka uwag ogólnych, dotyczących zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu. Rozpatrzmy przedewszystkiem częstość tych zaburzeń SCHUSTER sądzi, że *minimum* w 50—60%, przypadkach nowotworów mózgu w jakimkolwiek okresie przebiegu występują zaburzenia psychiczne. Jest to jednakże sąd raczej intuicyjny aniżeli oparty na doświadczeniu, ponieważ statystyka ta nie zawiera zupełnie przypadków bez zaburzeń psychicznych, lecz wyłącznie z psychicznymi objawami.

Różnaity stosunek procentowy znajdujemy w statystykach neurologicznych: NASSE stwierdził objawy psychiczne w 16 przypadkach na 50, FRIEDREICH w 19 na 44, LEBERT w 29 na 90, LADAME w 112 na 331, CALMEIL w przeszło połowie przypadków, toż samo BERNHARDT, GIANELLI w 323 na 588, KNAPP w 75%, wreszcie BRUNS i BRAMWELL sądzą, że większość nowotworów mózgu przebiega z zaburzeniami psychicznymi, co jasne jest zwłaszcza wtedy, jeżeli chorego znało się przed wystąpieniem u niego objawów nowotworu mózgu. W moim materyale stwierdzono na 48 przypadków nowotworów mózgowia w y r a ż n e zaburzenia psychiczne 13 razy, czyli w circa 30%.

Ta różnorodność wyników statystycznych jest zupełnie zrozumiała wobec różnorodności materyału, z jakiego statystyki te powstały. Zachodzi bowiem zasadnicze pytanie, co należy pojmować pod zaburzeniami psychicznymi przy guzach mózgu? Jeżeli brać pod uwagę z u p e ł n i e k o Ń c o w e okresy choroby, to istotnie niema ta-

kiego przypadku guza mózgu, któryby nie przebiegał z głębokim zaćmieniem świadomości — i to by nam tłumaczyło poglądy tych badaczy, którzy uważają zaburzenia psychiczne za właściwe wszystkim przypadkom guzów mózgu.

Gdybyśmy chcieli jednakże trzymać się tego stanowiska, to we wszystkich prowadzących *ad exitum* chorobach mózgowych oraz w większości somatycznych — upatrywaćbyśmy musieli zaburzenia psychiczne.

Jeżeli zaś z drugiej strony uwzględniać tylko przypadki z wybitnie rozwiniętymi psychozami, to łatwo pojąć niskie cyfry niektórych autorów, kierujących się tego rodzaju koncepcją.

Dowolność pojmowania tematu niechaj zailustruje fakt, że GIANELLI w swej olbrzymiej statystyce do zaburzeń psychicznych zaliczał i zjawiska czysto afatyczne.

Sądzę też, że pod tym względem należałoby dotychczasowe statystyki poddać dokładnej rewizji, zaś dla przyszłych proponuję przyjęcie pewnego określonego schematu, któryby orzekał, że 1) zmiany afatyczne w najszerszym znaczeniu, a więc motoryczne, sensoryalne, amnestyczne, apraktyczne, agnostyczne oraz wszelkie postaci porażenia duchowego, jak ślepotą, głuchotą psychiczną i t. d., jako objawy *par excellence* ogniskowe nie powinny być rubrykowane, jako zaburzenia psychiczne przy nowotworach mózgu, że 2) ze statystyk tych wykluczyć należy terminalne zaburzenia świadomości pod koniec życia, że 3) uwzględniać należy prócz przypadków, przebiegających pod postacią zdeklarowanych psychoz i takie mniej wyraźne defekty psychiczne jak apatja, upadek pamięci, należące do objawów najbardziej częstych.

Jeżeli teraz zrekapitulujemy nasze 14 przypadków nowotworów mózgu z zaburzeniami psychicznymi, to okaże się, że wnioski, które przyjdzie nam z nich wyciągnąć, nie zupełnie zgodne są z wynikami innych badaczy. Dotyczy to specjalnie owych zaburzeń psychicznych lżejszego stopnia, które we wszystkich statystykach a więc

i w mojej — stanowiły znaczną większość. Utarło się mianowicie wprowadzone przez OPPENHEIM'a, BRUNS'a a propagowane między innymi i przez SCHUSTER'a przekonanie, jakoby z a m r o c z e n i e ś w i a d o m o ś c i („Benommenheit”) było najbardziej ogólnym, najbardziej częstym i najbardziej charakterystycznym objawem psychicznym nowotworów mózgu.

Zdaje mi się jednakże, że pogląd taki nie odpowiada rzeczywistości i że wpływa on w braku dokładnego psychiatrycznego badania odpowiednich przypadków. Zdaniem mojem znuroczenie świadomości (choćby niezupełne) jest cechą tylko końcowych okresów nowotworów mózgu, natomiast najczęstszą, najogólniejszą, najcharakterystyczniejszą i n a j b a r d z i e j w c z e s n ą cechą psychiczną nowotworów mózgu, jest stan, który w potocznej nosi nazwę a p a t y i, które to jednakże określenie należałoby wykreślić z terminologii naukowej, jako przesądające zmiany w sferze emocjonalnej, co bardzo często nie odpowiada rzeczywistości.

W istocie zaś najkardynalniejszą cechą tych stanów jest b r a k z a i n t e r e s o w a n i a się wrażeniami nie tylko exo- lecz i endogeneumami, a więc nie tylko światem otaczającym, najbliższem otoczeniem, wypadkami domowymi, lecz i wrażeniami somatopsychicznymi, a przede wszystkim własną chorobą, (abstrahując od ataków gwałtownych bólów głowy), co najstosowniej byłoby określić nazwą p s y c h i c z n e j b i e r n o ś c i. Stan ten spostrzegalem w 9 przypadkach na 14, w 6, jako jedyne tło psychiczne, w 3-ch zaś, jako objaw towarzyszący innym objawom psychicznym.

Co się tyczy patogenezy owego specyficznego tumorowego „braku zainteresowania się”, to omawiałem tę kwestyę przy analizie pierwszego przypadku. Zdaniem mojem jest ono zjawiskiem wtórnem, zależnem od pierwotnych zaburzeń zdolności zapamiętywania, a głównie apercepcyi. Niestety nie we wszystkich przypadkach mojej kazuistyki miałem możności związek ten stwierdzić

przy pomocy bezpośredniego badania psychologicznego, lecz tam, gdzie na to zwrócono uwagę specjalną, tam zjawisko to występowało w sposób wybitny.

Należy tedy zaburzenia apercypcyi w pamięci i zapamiętywania, oraz wynikający z nich „brak zainteresowania się“ uważać za objawy niejako „ogólno-psychiczne“ guzów mózgu—w odróżnieniu od „s p e c y a l n y c h“ zaburzeń psychicznych, kształtujących się w tę lub ową mniej lub więcej wybitną postać psychozy i występujących niezależnie od tej lub owej lokalizacyi nowotworu.

SCHUSTER klasyfikuje zaburzenia psychiczne przy guzach mózgu na 1) „czynne zaburzenia psychiczne“ (aktive psychische Störungen), 2) oraz na wyłączne porażenie psychiczne“ (psychische Lähmung), pojmując pod temi ostatniemi stany demencyjne. Podziałowi temu przeciwstawiam podział na „ogólno-psychiczne zaburzenia“ (zaburzenia apercypcyi, pamięci i apatya) oraz na specjalne zaburzenia psychiczne w postaci mniej lub więcej zdeklarowanej psychozy, gdyż przedewszystkiem trudno jest zrozumieć, co ma oznaczać kategorye „zaburzeń aktywnych“ (SCHUSTER zalicza tu między innymi i przypadki np. melancholii!), z drugiej zaś te przypadki, które SCHUSTER określa nazwą „zwykłego porażenia duchowego“ (innemi słowy otępienie) bynajmniej nie dadzą utożsamić się z stanami demencyjnemi, gdyż po za apatya, wynikającą z zaburzeń spostrzegania, częstokroć, w takich przypadkach nie udaje się wykryć żadnych defektów inteligencyi.

Co się owej drugiej kategoryi s p e c y a l n y c h zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu, to kliniczną klasyfikacyą ich uważam jeszcze za przedwczesną. SCHUSTER podzielił te zaburzenia aż na 19 kategoryi—podział ten jest jednak najzupełniej dowolny, ułatwiający tylko statystyczne opracowanie materiału, oparty na czysto zewnętrznych objawowych cechach, nie ma on też pretensyi do naukowej syntetycznej klasyfikacyi.

Zdaniem mojem w chwili obecnej wyodrębnić możemy z chaosu nowotworowych zaburzeń psychicznych za ledwie dwie grupy, posiadające mniej lub więcej zdeklarowaną fizyonomję kliniczną: są to przypadki o typie psychozy KORSAKOW'a oraz przypadki t. zw. *moriae* JASTROWITZ'a. Dopiero statystyka zebrana nie na ilościowo bogatym (GIANELLI, SCHUSTER, KNAPP), lecz na jakościowo wszechstronnie pod względem psychiatrycznym zbadanym materiale pozwoli nam na wyprowadzenie wniosków pozytywnych co do ewentualnych innych postaci klinicznych.

Największą zasługą owych wielkich statystyk, o których mowa, jest rozwianie dotychczasowego złudzenia, jakoby specjalnym postaciom zaburzeń psychicznych odpowiadały lokalizacje nowotworów w określonych terytorjach mózgowych. Złudzenia te ciążyły, jak wiadomo, najuporczywiej ku zrazowi czołowemu, a to dzięki pierwotnej koncepcji zrazu czołowego, jako siedliska wyższych funkcji psychicznych (między innymi WUNDT). Dużo rozgłosu zyskały sobie następnie przypadki Eleonory WELT, stwierdzające jakoby swoiste „zmiany charakteru” przy obrażeniach zrazu czołowego. Później, jak wiadomo JASTROWITZ i inni stany t. zw. „moria” ściśle wiąźali z guzami zrazów czołowych, Między innymi GIANELLI przypisywał zrazom czołowym znaczną rolę przy powstawaniu urojeń wielkości, zmian charakteru i wogóle przy wczesnem występowaniu zaburzeń psychicznych. Lecz już doświadczalne badania MUNK'a odarły zrazy czołowe z aureoli roli dominującej przy powstawaniu funkcji psychicznych. Później E. MÜLLER oświecił krytycznie przypadki Eleonory WELT, odmawiając im wszelkiego znaczenia, statystyka zaś SCHUSTER'a wskazuje, że i t. zw. „moria” nie podobno przypisać wartości lokalizacyjnej. Charakterystyczne jest, że pomiędzy przypadkami mojemu znajduje się 3 razy „moria” za każdym razem w innym umiejscowieniu niż zraz czołowy (2 sekcyjne, jedno umiejscowienie przypuszczalne), Owe dwie sekcyje potwier-

dzają także opinie SCHUSTER'a i MÜLLER'a, że przy powstawaniu t. zw. „moria” pewną rolę odgrywa wielkość nowotworu (guz wielkości mandarynki *lobi parietalis dextri*, olbrzymi guz *corporis callosi*). W kazuistyce mojej zasługuje na uwagę jeszcze przypadek VI (tło paranoiczne), co wogóle przy guzach mózgu należy do rzadkości.

Negatywna, że lokalizacyjna wartość poszczególnych postaci zaburzeń psychicznych w stosunku do terytoryów, zajmowanych przez nowotwór — zrozumiała jest dopiero w świetle patogenezy zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu. Patogeneza ta w świetle ostatnich badań przedstawia się jak następuje.

Przedewszystkiem zachodzi pytanie, jaki związek istnieć może pomiędzy nowotworem mózgu a psychozą?

Pomijając tę rzadką ewentualność, że psychoza sprzyjać może powstaniu nowotworu (np. przy zarażeniu się cystycerką wskutek zamroczenia psychicznego), przedewszystkiem zdarzyć się może, że nowotwór przyłącza się do już istniejącej choroby umysłowej, albo nie powodując żadnych zmian psychicznych, albo modyfikując w sposób swoisty daną psychozę (na możliwość takich kombinacji zwrócił niedawno uwagę STRANSKY).

Następnie zdarzyć się może, że nowotwór potęguje tylko tkwiącą w organizmie predyspozycją do choroby umysłowej i że daje tylko impuls zewnętrzny do wybuchu drzemającej w zarodku psychozy, że więc guz jest tylko *agent provocateur* psychozy. Ustosunkowanie takie pomiędzy guzem a psychozą może zachodzić tylko w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z istotnie wyraźnie obciążeniami pod względem dziedzicznym osobnikami, gdzie np. inni członkowie rodziny zapadają na tę samą psychozę, co i dotknięty guzem osobnik lub tenże dotknięty guzem osobnik już przedtem podobną psychozę przechodził, jak to np. opisał KERN w jednym przypadku. Przykładem takiego naprawdę rzadkiego związku może być przypadek MOŃKOW'a, dotyczący kobiety, obciążonej dziedzicznie, która przedtem wykazywała cechy histeryczne i przechodziła

działa długoletnie okresy depresyjne—u kobiety tej wraz z oznakami nowotworu mózgowia rozwinęły się powtórnie objawy melancholii. Ostatnio przypadek podobnego związku pomiędzy guzem a psychozą opisał dla *dementia praecox* KAISER w sposób przekonujący.

Istnieje dalej trzecia kategoria przypadków, której wyodrębnienie jest zasługą E. MÜLLER'a, a w której mianowicie nowotwór i psychoza rozwijają na wspólnym podłożu dziedzicznego lub nawet nabytego usposobienia, gdzie tedy nowotwór według określenia MÜLLER'a jest tylko stygmatem degeneracyjnym (spóstrzeżenia LAEHR'a, ROSSOLIMO, SCHÖNTHAL'a, OTTO, ILLENAU'a, STEINBERG'a, ENGELHAROT'a, BATTHORST'a, KNÖRLEIN'a, FRAHM'a a ostatnio BOEGE'go 1907 r.). W przypadkach tego rodzaju mamy zazwyczaj do czynienia z pewną wrodzoną anomalją psychiczną (idyotyzm, niedorozwój umysłowy), objawy zaś nowotworu mózgu uwidaczniają się dopiero w późniejszym wieku lub też przez całe życie nie ma żadnych objawów, a dopiero sekcyja przypadkowo wykrywa nowotwór. Wszystkie jednakże wyżej wymienione ewentualności mogą mieć znaczenie zaledwie dla drobnej cząstki przypadków, dla większości natomiast narzuca się przypuszczenie, że zaburzenia psychiczne są bezpośrednio zależne od nowotworu, że są one jednym z objawów oddziaływania bądź to guza *per se*, bądź to jego wytworów toksycznych na tkankę mózgową, jak objawem tego oddziaływania są bóle głowy, tarcza zastoinowa i t. p.

Najbardziej miarodajnym potwierdzeniem bezpośredniej zależności psychozy od nowotworu są zoperowane przypadki nowotworów mózgu, w których po pomyślnem usunięciu operacyjnem guza przeszło poprzednio istniejące zaburzenie psychiczne. W literaturze naszej posiadamy tego rodzaju przypadek GAJKIEWICZA, w którym po operacyjnem wyluszczeniu gumatu mózgu przeszły objawy depresji psychicznej. SCHUSTER zebrał z literatury 27 takich przypadków, do tego dochodzą jeszcze z nowszych

przypadków: OPPENHEIM'a (zniknięcie t. z. „Witzelsucht” po operacji usunięcia nowotworu zrazu czołowego, dalej przypadek FRIEDREICH'a (mięsak opony twardej wielkości jabłka ponad prawym zrazem czołowym), w którym ciężkie objawy psychiczne przeszły po operacji i wyleczenie obserwowane było przez 4 $\frac{1}{2}$ roku, wreszcie jeden z przypadków FÜRSTNER'a.

O ile tedy możliwość zależności bezpośredniej zaburzeń psychicznych od nowotworów mózgu nie ulega żadnej wątpliwości, o tyle sam mechanizm powstawania tych zaburzeń na tle nowotworowym nie został jeszcze jednoznacznie wyjaśniony. Sprawa ta zasadniczo sprowadza się do 2 punktów: czy zaburzenia psychiczne należą do ogólnych objawów nowotworu mózgu, czy też są pod pewnym przynajmniej względem objawami lokalnymi? Pierwsze z tych przypuszczeń ma dzisiaj w nauce najwięcej zwolenników. Najważniejszym argumentem, przemawiającym za tem przypuszczeniem jest fakt, że zaburzenia psychiczne spotkać możemy nawet przy lokalizacji nowotworu zdaleka od półkul mózgowych np. w pniu, w mózdzku (patrz dwa odpowiednie moje przypadki). Lecz i w dziedzinie tej koncepcji różniczkują się momenty patogenetyczne: sprowadzamy je wszystkie do pojęcia: a) wzmożonego ciśnienia, b) zatrucia produktami rozpadu guza, oraz 3) podrażnienia mózgu. Całą tę ewolucję rozstrząsań patogenetycznych przechodziła, jak wiadomo tarcza zastoinowa, której losy pod tym względem zbliżone są do zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu.

Co się tyczy przedewszystkiem wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, jako wyłącznej przyczyny zaburzeń psychicznych przy guzach mózgu, to teoria ta ma licznych i poważnych przedstawicieli, że wymienienie tylko BERNHARDT'a, BRUNS'a, KRAEPELIN'a, OPPENHEIM'a, MONAKOW'a, KERNA, BUNGE'go, DEVIE'a, COURMONT'a. Teorii tej jednakże, która jest najbardziej może pociągająca ze wszystkich, przeczą niektóre fakty kliniczne: przedewszystkiem spotykamy często-

króć zaburzenia psychiczne przy tak drobnych nowotworach mózgu, że o wzmożonym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym nie może być mowy, I istotnie w wielu przypadkach zaburzeń psychicznych przy guzach mózgu nie znajdujemy żadnych cech innych objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Interesujące jest pod tym względem zestawienie MARTIN'a, z którego widoczne jest np. że przy guzach *corporis callosi*, w których zaburzeń psychicznych nie brak prawie nigdy, brak tarczy zastoinowej więcej niż w $\frac{2}{3}$ przypadków. Z drugiej strony spotykamy i odwrotny stosunek—mianowicie przy guzach dużych, dających niewątpliwe zwiększenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego—nie znajdujemy częstokroć zaburzeń psychicznych.

Ponieważ tedy samem wzmożeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego nie zawsze można objaśnić zaburzenia psychiczne przy guzach mózgu, powstała w ostatnich czasach teoria t o k s y c z n a, uzależniająca je od działania toksyn, wytwarzanych przez nowotwór. Teorię tę wyznają SIEFFERT, KAPLAN i MOENKEMÖLLER, zaś głównie badacze francuscy, jak DUPRÉ, KLIPPEL, MARIE, CORNU, MAILLARD i inni. Teoria ta klinicznie znajduje uzasadnienie swoje tylko w przypadkach guzów mózgu, przebiegających pod postacią psychozy KORSAKOW'a—opiera zaś się ona na tej przesłance, że, ponieważ choroba KORSAKOW'a jest cierpieniem pochodzenia *par excellence* toksycznego, a więc i tego typu zaburzenia psychiczne przy guzach mózgu muszą być natury toksycznej. Pomijając jednak fakt, że pochodzenie toksyczne bynajmniej dowiedzione nie jest dla wszystkich przypadków psychozy KORSAKOW'a (np. przy miażdżycy mózgu)—cała ta analogia upada dla wszystkich innych kategorii zaburzeń psychicznych przy guzach mózgu. Niektórzy zwolennicy tej teorii, jak DUPRÉ i DRVAUX próbowali upatrywać potwierdzenie tej teorii w histopatologicznych zmianach przy guzach mózgu, które jakoby miały odpowiadać, tym które spotykamy przy intoksykacjach. Najslabszą stroną teorii tej jest niemożność rozciągnięcia jej na

nowotwoy dobrotliwe, co do toksyczności których istotnie niemamy żadnych danych oraz fakt jednakowo częstych zaburzeń psychicznych przy rozmaitych rodzajach guzów.

Dużo światła na stosunek nowotworu do wywołanych przezeń zaburzeń ogólnych—a specjalnie psychicznych rzuciły w ostatnich czasach badanie REICHARDT'a („Zur Entstehung des Hirndruckes bei Hirngeschwülsten und anderen Krankheiten und über eine bei diesen zu beobachtende besondere Art von Hirnschwellung”. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. T. 28. s. 306—1905 r.). Według REICHARDT'a ani wielkość ani umiejscowienie ani charakter nowotworu nie są miarodajne dla wyjaśnienia jego oddziaływania—również nie wystarcza ku temu przyjęcie oddziaływania toksycznego, natomiast rozstrzygająca ma być patologiczna reakcja mózgu na nowotwór, jako na żyjące ciało obce oraz stosunek pomiędzy pojemnością czaszki a wagą mózgu czyli t. zw. w z g l ę d n a w a g a m ó z g u. REICHARDT dowiódł za pomocą własnej metody, że czasem nawet przy stosunkowo małym guzie zachodzi naruszenie stosunku pomiędzy wagą mózgu a pojemnością czaszki — naskutek czego wystąpić mogą objawy uciskowe jak ma to miejsce u osobników młodych z mózgiem odpornym, u których zdaniem REICHARDT'a psychoza jest zazwyczaj skutkiem ucisku. Autor ten wykazał jednakże, że czasem w sposób zupełnie ostry wystąpić może obrzmienie mózgu — szczególnie stan patologiczny, który dzisiaj nie daje się jeszcze ściśle zdefiniować, który jednakże niewątpliwie różni się od obrzęku, ponieważ zazwyczaj towarzyszy mu wybitna suchość mózgu. Obrzmienie takie występować może i przy innych cierpieniach mózgu i w sposób ostry prowadzi *ad exitum*. Naskutek tej szczególnej reakcji mózgu na nowotwór dojść może — co zdarza się zwłaszcza u osobników starszych—do zaniku mózgu i w ten sposób do wystąpienia zaburzeń psychicznych.

Poza temi badaniami jednakże najważniejszą podstawę patogenetyczną zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu stanowią pewne rozlane zmiany histopatologiczne całego mózgu, które w ostatnich czasach stwierdzać zaczynają rozmaici badacze.

I tak RAYMOND w jednym przypadku gliomatu mózgu opisuje w bliskości guza skupienie komórek trabantowych dookoła komórek nerwowych oraz zanik włókien tangencyalnych. Takież zanik włókien tangencyalnych opisywał przy guzach mózgu już GIANELLI, uważając je za pierwotne zwyrodnienie włókien nerwowych. Również ZIKHEN stwierdził przy guzach mózgu zmiany komórek i włókien nerwowych na znacznej odległości od guza.

Zwłaszcza dokładne są badania DUPRÉ i DEVAUX, którzy stwierdzili na odległej od guza przestrzeni zmiany w komórkach nerwowych — zanik substancji chromatycznej, tworzenie się wakuol, zmiany w konfiguracji komórek, zanik jądra, rozpad bryłek NISSL'a oraz neurofagję, a więc zmiany, odpowiadające zmianom toksycznym.

WEBER i PAPADAKI stwierdzili zubożenia mózgu w krótkie włókna asocyacyjne, rozszerzenie naczyń przedewszystkiem zaś przestrzeni chłonnych, tworzenie się małych lakun—zwłaszcza w bliskości guza. W przeciwieństwie do czysto toksycznej teorii. DUPRÉ'go i DEVAUX przypisują ostatni badacze główne znaczenie zaburzeniom w cyrkulacji limfy, zaś w późniejszych okresach ucisku—anatomicznym zmianom mózgu z silniejszym zajęciem włókien asocyacyjnych niż proekcyjnych.

W późniejszej pracy stwierdził WEBER przy mięsaku lewej półkuli mózgowej zanik włókien asocyacyjnych, zmniejszenie się ilości komórek nerwowych kory. FISCHER w przypadku licznych przerzutów rakowatych w mózgu stwierdził skupienie komórek rakowatych w przestrzeniach dookołanaczyniowych, kurczenie się komórek nerwowych i silną ich pigmentację. REICHARDT stwierdził dookoła mięsaka mózgu reakcyjną gliozę z porażeni nor-

malnemi, poczęści zaś patologicznie zmienionemi komórkami nerwowemi, zaś ze zmian rozlanych — rozmnożenie się glei w warstwie molekularnej, w półkulach i w mózdku małeńkie rozsiane ogniska gliomatyczne oraz małeńkie krwotoczki, w innych zaś przypadkach — skupienie limfocytów w rozszerzonych przestrzeniach chłonnych, zwiększenie się ilości trabantów, ciężkie przewlekłe zmiany komórek nerwowych z neuronofagią, zanik włókien tangencyalnych, zgrubienia *piae matris* z bujaniem jąder *endoneurium*. REICHARDT owym zmianom histopatologicznym kory mózgowej nie przypisuje znaczenia w patogenezie zaburzeń psychicznych przy guzach mózgu, ponieważ w całym szeregu innych psychoz brak nam odpowiednich obrazów — natomiast zasadnicze znaczenie w powstawaniu przewlekłego ucisku mózgu upatruje w bujaniu glei, jako reakcyi na podrażnienie przez guz. Dalej DUPRÉ i CAMUS w przypadku *tuberculum lobi frontalis* stwierdzili rozpad ciałek NISSL'a, sprowadzając zupełnie bez motywów do zmian tych euforyę nowotworową?

Wreszcie REDLICH w 4 przypadkach nowotworów mózgu znalazł głębokie zmiany w komórkach kory mózgowej ze zwiększeniem się ilości trabantów, jąder glei dookoła naczyń włoskowatych, dalej zmiany we włóknach tangencyalnych, natomiast nie mógł stwierdzić tak bardzo podkreślanych przez REICHARDT'a reakcyjnych zmian glei.

Zachodzi teraz pytanie, o ile owe zmiany histopatologiczne specyficzne są dla guzów mózgu? Badania REDLICH'a, MYAKE, LÉRI'ego, BRIDIER'a, CERTELLI'ego, BRUNS'a zmuszają nas do dania negatywnej odpowiedzi na to pytanie — wykazują one duże podobieństwo zmian tych do zmian histopatologicznych, jakie spostrzegamy w mózgu przy procesach starczych, których objawy psychiczne zupełnie nie przypominają zaburzeń psychicznych, spostrzeganych przy guzach mózgu.

Bądź co bądź pwe rozlane zmiany histopatologiczne przy guzach mózgu nie ulegają już dzisiaj wątpliwości

i nie pozwalają nam przeceniać znaczenia lokalizacji nowotworu dla wywołanych przezeń zaburzeń psychicznych. Najprawdopodobniej w patogenezie tych zaburzeń objawy ogólne kojarzą się z lokalnym oddziaływaniem nowotworu, którego bynajmniej pojmować nie należy w sensie jakichkolwiek ogniskowych psychicznych zaburzeń, lecz pewnych specyficznych oddziaływań guza na odległość. (REICHARDT, SCHUSTER).

LITERATURA.

Całkowita literatura do 1901 r. została zebrana w monografii Schustr'a p. t. „Psychische Störungen bei Hirntumoren“ Stuttgart. F. Enke 1902 — dla tego też podaję tylko prace, które ukazały się po 1901 r.

1. Buzzard. „A Clinical Lecture on two Cases Illustrating Points in the Diagnosis of Tumour or other Lesion of the Uncinate Region of the Temporo—Sphenoidal Lobe“. The Lancet I p. s. 1807. 1906 r.
2. Knapp. „The Mental Symptoms of cerebral Tumour“. Brain. P. CXIII s. 35. 1906 r.
3. Mills. „The Focal Diagnosis of operable Tumours of the Cerebrum“. Univ. of Pennsylv. Med. Bul. T. XIX. 1906 r.
4. Stewart. „The Diagnosis and Localisation of Tumours of the Frontal Regions of the Brain“. The Lancet. II. s. 1209. 1906 r.
5. Von Valkenburg. „Tumor in der Marksubstanz der motorischen Zone (Armregion). Zur Differentialdiagnose zwischen kortikalem und subkortikalem Sitz des Herdes“. Neurol. Centralblatt. № 13 s. 594. 1906 r.
6. Blackburn i Hvugh. „Endotelial spindecellen sarkome of the dura mater penetrating the brain“
7. Brun s. „Neuropathologische Demonstrationen“: Cysticercus im IV Ventrikel“. Neur. Centralbl. s. 540. Spraw. z posiedzenia. 1906 r.
8. Liebscher. „Zur Kenntniss der Cysticerken des Gehirns mit Geistesstörung nebst einem Beitrage zur Symptomatologie der Affectionen des rechten Schläfenlappens“. Prager Med. Woch. Nr. 26, 1906 r.
9. Laignel i Halbron. „Ladrerie cérébrale“. Revue de Médecine Nr. 10 s. 832. 1906 r.
10. Henneberg. „Ueber den Rautengruben-Cysticercus“. Monatschr. f. Psychiatrie. T. XX. 1906 r. Suppl.
11. Henneberg. „Ueber die Gehirncysticerken insbesondere über die basale Cysticerkenmeningitis“. Charité Annalen XXX p. 202—250. 1906 r.
12. Barrett. „Spinal Cord Degenerations in a Case of Acromegaly with of the Pituitars Region“.

- The American Journ. of the Medic. Sciences. T. CXXXI
Nr. 2. 1906 r.
13. Nierler. „Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der Hirntumoren“.
Medizin. Klinik Nr 35. 1906 r.
 14. Mouisset i Beutler. „Sur un cas de tumeur cérébrale a forme psychique; asthénie générale sans paralysie“.
Lyon Medical. T. CIII. Nr. 20. 1906 r.
 15. Maillard i Milhit. „Un cas de tumeur cérébrale avec sommeil“.
L'Encéphale. Nr. 3. 1906 r.
 16. Aubry i Luciens. „Imbécillité et épilepsie consécutives à un Kyste hydatique de la dure-mère à parois ossifiées“.
Archiv. de Neurologie. T. XXI s. 90 1906 r.
 17. Gordinier i Carey. „A study of two Unusual Brain Tumours“.
The Journ of Nerv. and Ment. Dis. T. 33. Nr. 1. 1906 r.
 18. Bartels. „Ueber Plattenepittelgeschwülste der Hypophysengegend“.
Zeitschr. f. Augenheilk. B. XVI Z. 5—6. 1906 r.
 19. Bregman i Steinhaus. „O nowotworach przysadki“.
Gaz. Lekarska. 1906 r.
 20. Mingazzini. „Klinischer Beitrag zur Kenntniss der Hirntumoren“.
Monatschr f Psych. und Neurol. T. XIX. Z. 5. 1906 r.
 21. Raymond. „I. Un cas simple de tumeur de l'encéphale. Localisation cérébelleuse. II. Un cas complexe avec troubles mentaux accentués et primitifs. Localisation sur le corps calleux“.
Arch. génér. de Med. T. II. Nr. 4. 1906 r.
 22. Marchandi Petit. „Epilepsie et stupeur symptomatiques d'un glio-sarcome du lobule sphénoïdal chez un chien.“
Nouv-Iconogr. de la Salp. Nr. 5 1906 r.
 23. Götzli Erdheim. „Zur Kasuistik der trophischen Störungen bei Hirntumoren“.
Zeitsch. f. Heilk. T. XXVI. 1905 r.
 24. Vallette. „Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales a forme psychique“.
Rev. Medic. de le Suisse Romanie. Nr. 8. 1905 r.
 25. Raymond. „Le sommeil dans tumeurs cérébrales“.
Arch. génér. de Med. T. I. Nr. 25. 1905 r.

26. **Micquin.** „Pseudo-tumeur cérébrale par empyème ventriculaire“.
Nouv. Icon. de la Salp. Nr. 6. 1905 r.
27. **Nonne.** Zwei neue Fälle vom Symptombild des Pseudotumor cerebri“.
Neur. Centr. 1905 r. 1077. (Spraw. z pos.).
28. **Bregman.** „Zur Klinik der Balkengeschwülste“.
Deut. Zeitschr. f. Nerwhk. T. 29. 1905 r.
29. **McCay i Thurston.** „Tumour of the Right Caudale Nucleus and Frontal Lobe“.
The Lancet. I s. 1906 r.
30. **Blum.** „Ueber einen Fall von Schlafsucht bedingt durch Carcinometastase im Gehirn.“
Berl. Klin. Woch. Nr. 43. 1905 r.
31. **Alessandri.** „Solitär tuberkel der Rolandoschen Gegend. Kraniektomie, Exstirpation. Heilung“.
Monatschr. f. Psych. u. Neur. T. XVIII. 1905 r.
32. **Redlich.** „Zur Kasuistik und Diagnostik der diffusen Geschwulstbildungen der Pia mater des Zentralnervensystems“.
Jahrb. f. Psych. u. Neur. T. 26. 1905.
33. **Wollenberg.** „Ueber Cysticerken, insbesondere den Cysticercus racemosus des Gehirns“.
Arch. f. Psych. u. Neur. T. 40. 1905.
34. **Boege.** „Ein Fall von Cysticercus racemosus des Gehirns und Rückenmarks“.
Psychiatrisch. neurol. Wochen. Nr. 52. 1905 r.
35. **Преображенски.** „Однѣй случай цистицерка центральной нервной системы и мышц“.
Журн. Корс. Nr. 6. 1905.
36. **Bruno.** „Fälle von Hirntumoren“.
Neurol. Centr. s. 536 (Spraw. z pos.) 1905 r.
37. **Niessl v. Mayendorf.** „Ein Beitrag zur Symptomatologie der Tumoren des rechten vorderen Schläfenlappens“.
Jahrb. f. Psych. T. 26 s. 13, 1905 r..
38. **Gutbier.** „Ueber einen Fall von Gliom in der linken Grosshirnhälfte.“
Deut. Militärärztliche Zeitschr. Nr. 5. 1905 r.
39. **Knapp.** „Die Geschwülste des rechten und linken Schläfenlappens“.
Eine Klínische Studie. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
40. **Pick.** „Ueber anfallsweise auftretende euphorische Stimmung bei Hirntumoren“.
Wien. Klin. Woch. Nr. 2. 1905 r.

41. Foerster. Demonstration eines solitären Pons - Tuberkels, der anfänglich unter dem Bilde der functionellen Psychose verlief".
Allg. Zeitschr. f. Psych. T. 62. 1906 (Spraw. z pos.).
42. Hercourt. „Le sommeil dans les tumeurs cérébrales“.
Thèse de Paris.
43. Medea. Un caso di cisticerco del cervello accompagnato dei gravi esingolari manifestazioni psichiche“.
Rivist. sperim di Freniatria. T. 31. 1905.
44. Mills. „The Differentialdiagnosis of Single de Multiple Brain Tumors and diffuse encephalic Syphilis“.
Univ. of. Pensylv. Med. Bull. T. XVIII. 1904 r.
45. Götzli Erdheim. „Zur Casuistik der trophischen Störungen bei Hirntumoren“.
Wien und Leipzig. W. Braumüller. 1904 r.
46. Liefmann. „Ein Fall von Hirntumor nach Operation“.
Berl. Klin. Woch. Nr. 36. 1904 r.
47. Parrhon. „Un cas de tumeur cérébrale coexistant avec un tumeur craniun“.
Soc. d'anatomie de Bucarest. Séance. 21, dec. 1904 r.
48. Cornu. „Un cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique etc“.
Nouv-Icou. de la Salp. Nr. 2. 1904.
49. Ramsay Hunt. „Case of Tumour of the Right Frontal Lobe with Mental Symptoms. Autopsie“.
Publications of the Cornett Univers. Med. Collg. T. I. 1904 r.
50. Ascherson. „On a case of Tumour of the Centrum ovale with Cerebellar Symptoms“.
The Lancet. II. 1904 r.
51. Wahler. „Ueber Balkentumoren“.
Inaug Dissert. Leipzig. 1904 r.
52. Lyers. „A case of sarcoma of the Pleura and Lung witt consecutive Pericarditis and Growth in Brain and Pancreas“.
The Lancet. I. s. 1904 r.
53. Rufs. „Ueber einen Fall von sekndärem Carcinom der Brücke und des rechten Schläfenlappens beim primären Uteruscarcinom“.
Arch. f. Psych. T. 38. 1904.
54. Mc. Kennan. „Two of the Brain“.
The Journ of. Nerv. and Nerv. Dis. T. 31. Nr. 5. 1904 r.

55. Alexander i Frankl-Hochwarth. Ein Fall von Akustikustumor".
Arbeit, aus dem neurol. Institut.-Pr. Obersteiners. T. XI. 1904 r.
56. Natt. Inwieweit können durch Hirntumoren funktionelle Geisteskrankheiten vorgetäuscht werden".
Inaug. Dissert. Freiburg. T. 13.
57. Müller Ed. „Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Geschwülste des Stirnhirns".
Deut. Zeit. f. Nervkh. T. 23. 1903 r.
58. Müller Ed. Polemika z Auerbachem. D. Z. f. Nervkh. T. 24. 1909 r.
59. Auerbach. Polemika z Müllerem. D. Z. f. Nervkh. T. 24. 1909 r.
60. Taylor i Ballame. „A case of Large Blood Cyst in the Arachnoid Space Simulating Brain Tumor".
The Lancet. II. 1903 r.
61. Henneberg. „Ueber Ventrikel und Ponstumoren".
Charité Annalen. XXVII 1903 r.
62. Cestan i Halberstadt. „Epithelioma kystique de l'hypophyse sans hypertrophie du squelette".
Revue Neurol. Nr. 24. 1903 r.
63. Ridewood i Jones. „A case of Cerebral Tumor Complicated with Alcoholic Confusional Insanity".
The Journ. of Ment. Scienc. XLIX. 1903 r.
64. Vigouroux. „Etat mental dans les tumeurs cérébrales".
Revue de Psych. VII. 1903 r.
60. Meyer-Westfeld. „Ein Beitrag zur Casuistik des Cysticercus racemosus des Gehirns".
Inaug. Dissert. Kiel. 1903 r.
66. Black. „A case of Cysticercus Cellulosae Causing Insanity".
The Journal of Ment. Science XLIX 1903 r.
67. Bayerthal. „Zur Diagnose der Thalamus und Stirntumoren".
Münch. Med. Woch. Nr. 12. 1903 r.
68. Bickel. „Beitrag zur Symptomatologie der Neubildungen des Gehirns". Orths Festschrift. 1903 r.
69. Francke. Ueber einen Echinococcus des Stirnhirns von aussergewöhnlicher Grösse nebst Bemerkungen über die Operation der Hirnechinococcen".
Deut Zeitschr. f. Chirurg. T. 67 1903 r.

70. Böss. „Zur Kenntniss der Stirnhirntumoren mit psychischen Störungen“.
Inaug. Dissert. Tübing. 1903 r.
71. Levasort. „Étude sur les troubles psychiques dans les tumeurs cerebrales, étude clinique et pathogénique“.
Thèse de Paris. 1903.
72. Ferranini i Paoli. „Sindrome paralitice generale per cisticercosi del cervello“.
Giornale di psych. clin. XXX. 1903 r.
73. Duret. „Les manifestations des tumeurs du cervelet“.
Revue Neurol. Nr. 19. 1903 r.
74. Finkelnburg. „Beitrag zur Symptomatologie und Diagnostik der Gehirntumoren und des chronischen Hydrocephalus“.
Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhk. T. 21. 1902 r.
75. Müller Ed. „Zur Symptomatologie und Diagnostik der Geschwülste des Stirnhirns“.
Deutsch. Zeit. f. Nervhk. T. 22. 1902 r.
76. Würth. „Ein Beitrag zur Histologie und Symptomatologie der Balkentumoren“.
Arch. f. Psych. T. 36. 1902 r.
77. Ballet i Armand-Delille. „Trois cas de néoplasies cérébrales“.
Nouv. Journ. da la Salp. Nr. 3. 1902 r.
78. Collins. „Tumours of the Central nervous system“.
Medical. Record. T. 1902 r.
79. Mallet i Buvat. „Tumeur cérébrale et paralysie générale“.
Bull. de Soc. anat. de Paris. 1902.
80. Köster. „Hypophysistumor utan symptom of akromegali“.
Hygiea. 2 T. 1902 r.
81. Auerbach. „Beitrag zur Diagnostik der Geschwülste des Stirnhirns“.
Deut. Zeitschr. f. Nervhk. T. 22. 1902 r.
82. Cowen. „A case of tumour of the frontal lobes of the cerebrum in which sleep was a marked symptom“.
The Journ. of Ment. Scenc. XLVIII. 1902 r.
83. Launois i Paviot. „Un cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalitique“.
Lyon médic. XCIX. 1902 r.
84. Steiger. Zwei Fälle von Hirntumoren bei Geisteskranken“.
Allg. Zeitschr. f. Psych. 1902 r.

85. Erbslöh. „Ueber einen Fall von Occipitaltumór—ein Beitrag zur Frage der Desorientirtheit, so wie zur Frage der Localisation psychischer Störungen“.
Arch. f. Psych. 1901 r.
86. Williamson. „A case of cerebral tumour; glioma of centrum ovale“.
The Edingbourg. Med. Journ. XII. 1902 r.
87. Aubertin i Labbé. „Tumeur de la protubérance, hemiplégie croisée“.
Gaz. hebdom. de Med. Nr. 65. 1902 r.
88. Vigouroux i Laignèl-Lavastine. „Epithélioma primitif du lobe antérieur du corps pituitaire“.
Bull. Soc. anat. de Paris. IV. 1902 r.
89. Loyd i Gerson. „A case of cerebellar tumor“.
Philadel. Med. Journ. T. 9. 1902 r.
90. Rychliński. „*Osteoma durae matris* w przypadku taboparalysis“.
Pam. Tow. Lekars. 1902 r.
91. Henneberg i Koch. „Ueber centrale Neurofibromatose und die Geschwülste des Kleinhirnbrückenkinwels“.
Arch. f. Psych. 1902 r. T. 31.
92. Henneberg. „Hirntumor und Taboparalysis“.
Neur. Centr. S. 518. 1902 (Spraw. z pos.).
93. Hartmann. „Cysticercosis cerebri mit vorwiegender Beteiligung der Parietalhirnrinde“.
Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 21, 1902 r.
94. Boege. Tumor und Psychose. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. 1907.
95. Fürstner. „Ueber die chirurgische Behandlung der Hirntumoren“.
Arch. für Psychiatrie. 1906.
96. Pfeifer. „Zur Diagnose von Hirntumoren durch Hirnpunction“.
97. Nonne. „Ueber Fälle von benignen Hirnhautumoren; über atypisch verlaufende Fälle von Hirnabscess sowie weitere klinische und anatomische Beiträge zur Frage vom „Pseudotumor cerebri““.
Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk. 1907. 33 T. 5—6 S.
98. Vleuten. „Ueber Balkentumoren“.
Allg. Zeitschr. für Psych. 1907.
99. A. Lippm'an. „Ein Fall von Balkentumor“.
Arch. für Psych. 1908.
100. Biro. „O nowotworach mózgu“.
Medycyna 1908.

ŹRÓDŁA
biograficzno-bibliograficzne
DO DZIEJÓW MEDYCyny

W DAWNEJ POLSCE.

zebrał

Fr. Giedroyć.

(Dalszy ciąg).

Vechner Mateusz [u Kościńskiego: Fechner i Vechner].

dr. med., *patricius Vschovensis*¹, w r. 1626 zaliczony w poczet lekarzy królewskich [*archiater et medicus familiaris*] z pensją dożywotnią 1000 flor. rocznie, zabezpieczonych na dochodach portowych w Gdańsku.

N. 366. Mathaeus Vechner Vschovensis in numerum Medicorum S. R. M. recipitur et pensio Mille florenorum eidem assignatur. 2).

[Varsaviae, die 31 m. Martii,, An. Dn. 1626].

Sigismundus etc. Significamus etc. Diffusa licet in omnes Regiae munificentiae manus nullis circumscribatur terminis quae viros eximiae virtutis atque doctrinae eminentia conspicuos magnorum cumulo beneficiorum augere atque illustrare possit. Illud tamen vel maxime spectandum ducit, ne unquam alios cuiquam destinet honori vel gratia adornet, praeterquam eos, quorum natura ipsa magnis mentibus digna corporum domicilia metari consuevit. Eam porro naturam quoniam Excellens Matthaeus Vechner Wschovensius Philosophiae et Medicinae Doctor, suo fato auspicato sortitus est, exercitae ipsius virtuti nobis comprobatae pariter atque singulari in arte medendi peritiae tot annorum experientia expolitae nequaquam possumus id suffragii denegare quin iuxta magnitudinem operis atque gravitatem cuiusvis morbi summa ipsius dexteritas ad omnem medendam viam omnibus probandam erigatur. Quam nuperrime nos quoque in imbecilla valetudine nostra apprime experti sumus, famaue constanti accepimus plurima multis in locis potissimum vero in maiori Polonia et Silesia extare eius in medendo prudentiae ac fortunae vestigia. Annuentes itaque libenter et benigne viro perquam celebri tum usum rerum maximarum in arte Medica Excellenti eundem in Archiatrum et Medicum nostrum familiarem recipiendum decrevimus uti quidem praesenti speciali Privilegio nostro recipimus atque eum omnibus libertatibus, immunitatibus, praerogativis et privilegiis, quae Servitoribus nostris privilegiatis competunt, donamus illisque ubique locorum gaudere permittimus, ac ex singulari gratia nostra concedimus. Quo vero munificentiae nostrae in eum maiora exteant argumenta, pensionem illi annuam mille florenorum Polonicalium in proventibus portorii nostrae partis Gedanensis assignandam duximus, prout quidem exnunc assignamus eamque illi conferimus praesentibus literis nostris. Ita ut eam pensionem memoratus Excellens Archiater et Medicus noster Matthaeus Vechner Wschovensius quottannis ex proventibus nostrae partis Portorii Gedanensis pro festo S. Michaelis Archangeli integre ad extrema vitae suae tempora levet et percipiat; in suosque usus beneplacitos convertat. Quod ad notitiam omnium quorum interest praesertim vero Praefectorum Portorii Gedanensis deduci volumus eisdemque iniungimus, ut dicto Mathaeo Vechner Wschovensi Archiatro et Medico nostro, vel eius mandatorio praefatam summam Mille florenorum Polonicalium singulis annis prout

specificatum est, integre et realiter sine tergiversatione ulla vel diminutione aliqua numerent et exolvant, non expectatis novis super ea re mandati nostri literis. Quietationem quotannis ab eo accipientes quam nos in rationibus eorundem grātam ratamque habituri sumus. In quorum fidem praesentes manu nostra etc. Datum Varsoviae die XXXI Mensis Martii Anno Domini MDCXXXVI. Regnorum nostrorum Poloniae XXXIX, Sueciae vero XXXIII Anno. Sigismundus Rex.

Zmarł w r. 1630, jak świadczy napis na grobowcu: ³⁾ Monumentum Varmiae:

A. I. O. Archiatrii Regii, et in Patria Physici Ordinarij, D. Matthaei Vechneri Fraustod: Corpus, peccatis mortuum syb hoc glebae manipulo vocem iucunditatis Dominicae, ad sanctissimam vitam expectat. Animus in coelis triumphat, Tu qui transis Viator, huius exemplo et Symbolico Aphorismo mundana despice, inque patientia et spe sursum. Q. D. E. N. Natus Anno Christi, 1587. 1. April. Denatus Anno Christi, 1630. 22. Nouemb.

Źr. drk. 3) Starowolski: Monument. Sarmat. pg. 379.

Źr. rękp. 1) Metr. Reg. Lb. 165, fl. 113, An. 1620. [Confirmatio literarum super fundum certum in suburbio Wschouen. pro parte Mathei Wechner Medicinae Doctoris. Dat. Varsaviae, die 23 m. Decembris]. — 2) Ibid. Lb. 174, fl. 100 v.

VERGINIUS *vid.* Gallus Aleksander.

VENTURELLI PAWEŁ

dr. medycyny, w r. 1780 zaszczycony godnością radcy (*consiliarius*) dworu królewskiego, w roku zaś 1792 w poczet szlachty zaliczony:

*N. 367. Munus Consiliarij Aulici Paulo Venturelli Medicinae Doctori et Fisico confertur*¹⁾.

[Varsaviae, d. 2. m. Decembris, An. Dn. 1780].

Stanislaus Augustus etc. Significamus etc. Quia nos commendatam habentes egregiam indolem ac in rebus agendis dexteritatem Nobilis Pauli Venturelli, Medicinae Doctoris et Fisici, faciendum esse duximus, ut ipsum in numerum Aulae Nostrae Consiliariorum assumeremus et adscriberemus, prout quidem adscribimus et assumimus praesentibus Literis Nostris dantes et concedentes eidem Paulo Venturelli plenam et omnimodam potestatem facultatemque omnibus iuribus, praerogativis, muniis, immunitatibus, quibus caeteri Aulae Nostrae Consilarii de legnum praescripto et usu antiquo gaudent et fruuntur, pleno iure gaudendi et uti fruendi. Quod omnibus, quorum interest, praesertim vero Magnificis Regni et Magni Ducatus Lithuaniae Marschalcis, cunctisque Generosis Aulae Nostrae Officialibus, notam esse volentes mandamus, quatenus praefatum Nobilem Paulum Venturelli ab hinc pro veró, legitimo et actuali Aulae Nostrae Consiliario habeant, nominent et agnoscant, eique de loco iuribus, praerogativis hocce munus concernentibus et ipsi respondeant et ab aliis responderi curent. Pro gratia Nostra. In quorum fidem etc. Datum Varsaviae die II Mensis Decembris, Anno Domini MDCCLXXX. Regni vero Nostri XVI Anno. Stanislaus Augustus Rex.

Nr. 368. Diploma Nobilitacyi y nadanie Herbu urodzonemu Pawłowi Wenturellemu podług Konstytucyi w roku 1790 zaszłey y Successorom iego oboiey płci dane. ²⁾

[Warszawa, dn. 12 marca, 1792].

Źr. rękp. 1) Ks. Kancler. Lb. 67, pars. I, fl. 7.—Sigill. Lb. 36, fl. 1v.—2) Sigill. Lb. 37, fl. 140 v.

VIPHA FABIUS

jako lekarz dworu [*medicus curiae*] dostaje za rok 1578 pensji 600 florenów.

Źr. rękp. Akta d. wojskowe. Oddz. 86, pik. 28

de VISSER WILHELM

dr. med., pochodził ze Szkocji, był lekarzem Jana Kazimierza.

Źr. rękp. Akt. Starej Warszawy: Lb. 553, fl. 172 v, An. 1651.

VITALIS CHAIM FELIX

lekarz lubelski, biegły praktyk, w roku 1671 przyjęty przez króla Michała w poczet służby dworskiej [*servitoratus*] z prawem zajmowania się praktyką lekarską lub innym jakim bądź uczciwym procederem w całej Rzeczypospolitej tudzież egzaminowania osób, podających się za lekarzy; nadto zwolniony od podatków i wyjęty z pod wszelkiej władzy sądowej, krom marszałkowskiej. Podług Bersohna ¹⁾ pochodził Vitalis ze znakomitej rodziny włoskiej, studia lekarskie odbył w Padwie; w roku 1676 wrócił do Włoch i w późnym wieku umarł w Liwornie.

N. 369. Servitoratus erudito Chaim Vitali Felici doctori primo Lublinensi iudaeo. ²⁾

[Lublina, d. 23 Augusti, An. 1671].

Michael, Dei gratia, rex Poloniae etc. Significamus etc. Oblatas esse ad acta metricae regni litteras pergameueas infrascriptas, manu nostra subscriptas et sigillo regni cancellariae minoris pensili obsignatas, sanas, salvas, illaesas omnique suspicionis nota carentes, quarum litterarum tonor sequitur estque talis: Michael, Dei gratia rex Poloniae, magnus dux Lithuaniae, Russiae, Prussiae, Masoviae, Samogitiae, Livoniae, Kiioviae, Volhyniae, Podoliae, Podlachiae, Severiae, Smolensciae, Czerniechoviaeque. Significamus praesentibus litteris nostris, quorum interest, universis et singulis. Inter primas praecipuasque regnantium curas, ea non minor existimatur, ut in adsiscendis ad sua obsequia hominibus singularem habeant delectum et nonnisi eos suis admoveant ministeriis, quorum eximiam

doctrinam, singularem experientiam promptumque et alacrem ad sua obsequia et servitia animum bene perspectum habent. Hinc et nos commendatam multum habentes eruditi Chaim Vitalis Felicis Doctoris Lublinensis iudaei in facultate medicinae scientiam multoque rerum et experientiarum usu et praxi acquisitam peritiam, qua eo pervenit, ut etiam in numerum laureatorum doctorum Pataviensium adscriberetur, in defessum denique de nobis benemerendi studium faciendum esse duximus, ut ipsum in patrocinium et protectionem nostram regiam assumeremus et acciperemus, prout quidem assumimus et accipimus eundemque in numerum servitorum nostrorum cooptamus, referimus, adscribimus et connumeramus praesentibus litteris nostris, dantes et concedentes eidem plenariam et omnimodam facultatem in regno dominiisque et civitatibus regni nostri omnibus atque circa curiam nostram commorandi, medicinae artem exercendi, inter omnes iudaeos locum primum obtinendi eosque, qui subreptitio titulo doctorum utuntur nomine, examinandi et utrum in aliqua universitate promoti exquirendi aliaque quaevis negotia honesta et licita tractandi et peragendi, omnibus denique iuribus et libertatibus quibus alii servitores nostri de lege et consuetudine gaudent utunturque, gaudendi utendique. Eximimus praeterea ipsum ab omnibus iudiciis et officiis regni nostri quibusvis, soli tantummodo nostro marschalcorumque nostrorum iudicio in omnibus causis et actionibus iudicialiis (fundi nihilominus et contractus exceptis) comparere, stare respondereque teneatur. Concedimus insuper ipsi ex benignitate nostra regia tam Lublini, Cracoviae, quam ubivis locorum in lapideis, domibus stemma nostrum regium affigere, ab omnibus denique oneribus, contributionibus, quoquo nomine laudatis, vocatis, eum liberum in perpetuum facimus. Quod ad notitiam omnium, quorum interest, praesertim vero regni et MD. Lithuaniae marschalcorum aliorumque curiae nostrae officialium, tum et magistratum, civitatum et locorum quorumvis deducentes habere volumus mandamusque, quatenus dictum eruditum Chaim Vitalem Felicem, doctorem Lublinensem, pro vero et legitimo servitore nostro habeant et agnoscant reputentque circa omnes libertates, servitores nostros de lege et consuetudine concernentes, ita et munia ipsi a nobis clementissime impertita plene et inviolabiliter conservent et ab aliis conservari curent pro gratia nostra. In cuius rei fidem praesentes manu nostra subscriptas, sigillo regni communiri iussimus. Datum Lu-

blini, die XXVIII mensis augusti, anno Dni M. DC. LXXI regni vero nostri anno secundo. Michael rex. Locus sigilli pensilis minoris cancellariae regni in pixide laminea contenti, in cera vero rubra expressi. Stanislaus Bużeński, Gnesnensis, Varmiensis canonicus, regens cancellariae regni. Quas quidem praeinsertas litteras nos suscipi, actis inscribi et ex iisdem fideliter deprompta sauthentice parti postulanti extradi permisimus. In cuius rei fidem etc. Actum et datum etc ut supra (Lublino, 31 augusti, 1671). Michal rex.

Zr. drk. 1) Mathias Bersohn: Słownik biograficzny Żydów Polskich. Warszawa 1906, str. 74.

Zr. rękp. 2) Metr. Reg. Lb. 209, fl. 493.

VITIBERGK *vid.* Wedelicki.

VOBISTIGWASZD JAKUB z KAZIMIERZA

„Proventus altaris tituli Sanctae Crucis in ecclesia Sancti Stanislai in Rupella... Altare autem praefatum magister **Jacobus de Casimiri**a medicinae doctor insignis, cognominatus **Wobistigwaszd**, loquutionibus enim suis frequenter verbum istud *vobiscigwaszd* apponebat, de facultatibus suis ex medicina quesitis censibus, in oppido Kazimjrz in domibus de consensu consulum et oppidanornm coemptis, sub pontificatu Zbignei cardinalis et episcopi Cracoviensis, ex singulari devotione fundavit, anno Domini 14..” (sic).

VOLCHMER JAN.

dr. medycyny, w roku 1775 zaszczycony godnością radcy (*consiliarius*) dworu królewskiego:

N. 370. Munus Consilarii Aulae Regiae Nobili Joanni Volchmer Medicinae Doctori datur.

[Varsaviae, d. 8 m. Maii, An. Dn. 1775].

Stanislaus Augustus etc. Significamus etc. Quia Nos plurimorum testimonio commendatam habentes Nobilis Joannis Volchmer Medicinae Doctoris egregiam indolem praesertim vero singularem in arte medica peritiam faciendum esse duximus ut Ipsum in Numerum Consiliarium Aulae Nostrae adscriberemus ut assumeremus, uti de facto hisce Literis Nostris adscribimus et assumimus dantes et concedentes plenam facultatem et omnimodam potestatem omnibus iuribus, praerogativis et libertatibus quibus caeteri Aulae Nostrae Consiliarij gaudent et fruuntur gaudendi et fruendi. Quod omnibus quorum interest praesertim vero Mgcis. Regni et MDL Mareschalcis caeterisque Gnosis. Aulae Nostrae Officialibus notum esse volentes, mandamus, ut praefatum Nobilem Joannem Volchmer ab hinc pro vero, legitimo Aulae Nostrae Consiliario habeant, nominent et agnoscant Eundemque omnibus iuribus, praerogativis, immunitatibus gaudere et frui permittant. Pro gratia Nostra. In quorum fidem etc. Datum Varsaviae die VIII Mensis Maii, Anno Dni. MDCCLXXV. Regni vero Nostri XI Anno. Stanislaus Augustus Rex.

Źr. rękp. Ks. Kanclerskie: -Lb. 55, pars I, fl. -101.—
Sigill. Lb. 32, fl. 346.

VOLKELIUS WAWRZYNIEC

dr. medycyny, lekarz lubelski; w r. 1579 uzyskał od króla Stefana przywilej, który go zwalniał od obowiązku brania na siebie urzędów miejskich, aby mógł swobodnie oddawać się zawodowi lekarskiemu:

N. 371. Praerogatiua Laurentij Volkelij Medici.

[Varschouiae, d. 2. m. Februarij, An. Dn. 1579.]

Stephanus Dei gratia etc. Significamus etc. Quia nos intercessionibus nonnullorum Regni nri. Consiliariorum apud nos pro Egregio Laurentio Volkelio Medicinae Doctore Ciue Lublinen. factis, benigne annuen. orandum eum hac praerogatiua esse existimauimus. Vti qui-

dem per praesentes lras. nostras ornamus, ne vero illo inuito munera, officia et magistratus ciuiles in ciuitate Lublinen. a quouis sibi demandari possint, quo... libere artem suam medicam exercere possit. Mandamus itaque omnibus quoru. interest maxime vero penes quos est Magistratum quorumuis ciuiliu in Ciuitate nra. Lublinen. demandandoru. potestas, vt memoratum Egregium Laurentium Volkeliu in praerogatiua hac, a nobis sibi concessa, ad vitae illius tempora extrema conseruent et manuteneant, nullosque magistratus et functiones publicas, illo inuito, committere quauis ex causa audeant, neque etiam moléstias et difficultates aliquas ob non susceptas ab ipso sibi delatos magistratus quouis eidem exhibeant, aut a quoque exhibere patiantur. Pro gra. nra. Porro in eius rei fidem praesentes manu nra. subscripsimus et sigillo Regni nri. muniri mandauimus. Datum Varschouiae die secunda Mensis Februarij Anno Dni: Millesimo quingentesimo septuagesimo nono. Regni nri. anno tertio. Stephanus Rex.

Źr. rękp. Metr. Reg. Lb 119, fl, 74 v.

WACŁAW

I. W roku 1410 występuje Wacław, lekarz krakowski (*Wenczeslaus medicus de Cracouia*), jako biegły w sprawie rozwodowej ¹⁾.

II. W księgach sekretnych kolegium lekarskiego uniwersytetu Bolońskiego (*Libri Segreti del Collegio Medico*) pod 9. I. 1490 zapisano ²⁾: „*Approbatio in medicina Mgri Vincislai de Polonia artium doctoris.*”

III. Artur Benis podaje inwentarz biblioteki, spisany w Krakowie w roku 1546 po śmierci doktora Wacława.

IV. Wacław był długoletnim lekarzem Andrzeja Noskowskiego, biskupa plockiego, zmarłego w roku 1567 ³⁾.

Źr. drk. 1) Fr. Giedroyć: Ekspertyza lekarska w dawnych sądach polskich, str. 82, sprawa LXI. — 2) Windakiewicz: Informacja o aktach uniwersytetu Bolońskiego. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII. — 3) Materiały do historii drukarstwa i księgarstwa w Polsce. Archiw. do dziejów lit. i ośw. w Polsce, T. VII. — 4) Łętowski: Katalog biskupów, prałatów i kanoników krakowskich, III. 374.

WAGNER BARTŁOMIEJ

Monumentum Gedani, in templo parochiale B. V. Mariae:

Heu quam praesentis sunt lubrica nomina vitae!

Quam cunctis rapido mors venit atra pede.

Bartholomeus vbi praecidunt stamina Parcae,
Vitae Wagnerus, clauditur hoc tumulo.
Nobile, cui nomen pietas, et mascula virtus
Dat non auriferi gaza superba Tagi.
Hunc Pallas fama lauro ditauit Apollo,
Archiatrus Gedani Nobilis ille fuit.
Ossa tamen bustum: Gestit mens Enthea Olympo,
Posteritas laudem, coetera mundus habet,
Disce mori, vt viuas, pia mors tibi ianua vitae est,
Aeternum vt possis viuere, disce mori.

Obijt Anno Domini 1571. 15 Majj.

Źr. drk. Starowolski: Monumenta Sarmat. 355.

WAJS IGNACY

lekarz wrocławski z końca XVIII w.

Źr. drk. Ks. S. Cb. Medycy kapituły wrocławskiej.
Kwartalnik Teologiczny. I, 1902, str. XLVII.

WALENTY

W księgach sekretnych kolegium lekarskiego uniwersyte-
tu Bolońskiego (*Libri Segreti del Collegio Medico*) pod datą
5. I. 1530 zapisano: „Graduatio in med. Valentini
Poloni.”

Źr. drk. St. Windakiewicz: Informacja o aktach uniw.
Bolońskiego. Archiw. do dziejów literatury i oświaty w Pol-
sce. T. VII.

Warnatius Henricus

Fraustadiensis Polonus Studens Medi-
cinae. Tak wpisany do ksiąg nacyi polskiej w Pad-
wie pod r. 1671.

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

z Warszawy Wincenty = Oczko Wincenty

z Warszawy Wojciech = Oczko Wojciech

Waśniewicz Wojciech

„Plebeia condicione natus”, kanonik gnieźnieński i poznański, proboszcz kolegiaty św. Maryi Magdaleny w Poznaniu, fizyk, matematyk, obojga prawa, filozofii i medycyny doktor, urodził się w roku 1673. Zdobywszy w Krakowie w 1695 stopień bakałarza, a w roku 1698 magistra filozofii i nauk wyzwolonych, wyższe stopnie naukowe uzyskał za granicą. W r. 1706 instalowany na kanonią doktoralną fundi Sieradz przy kapitule gnieźnieńskiej, będąc wtedy jeszcze klerykiem czterech mniejszych święceń. W r. 1714 objął doktorat medycyny przy kapitule poznańskiej. Sprawował w różnych czasach poselstwa do Rzymu, do Jakuba Sobieskiego królewicza upomnieć się o 20,000 zł. należne kościołowi gnieźnieńskiemu, na sejm warszawski w roku 1730, wreszcie do elektora brandenburskiego, o czym świadczy napis nagrobkowy, nie wspominając kiedy i w czyim imieniu poselstwo to odbyło się.—Umarł w Poznaniu 8 września 1738 r., pochowany w tamtejszej katedrze, gdzie do roku 1835 [restauracyi katedry] miał nagrobek z napisem: „Adalbertus Waśniewicz, Gnes. Posn. Can. Colleg. S. Magdalenaе Praeptus. Physicus, Mathematicus., Geometra U. J. et Medicinae Doctor, ingenio subtilis, affectu apud Reges, Principes et Magnates magnus, eloquio apud Clementem XI et Electorem Brandeburgicum Legatus celebris. Paeonia arte suo saeculo nulli secundus. Obiisse totum ne crede virtute, eruditione et fama immortalis, etiam corpus a mortalitate vindicasset, si contra fata medela esset. Cessit e vivis die 8 Septembris A. Dni 1738, aetatis suae 65.”

Źr. drk. Korytkowski: Prałaci i kanonicy katedry gnieźnieńskiej. IV, 237. — A. Theiner: Monumenta historica Poloniae. T. IV, Cz. I, str. 37.

Wasserbrot Hieronim

W wydatkach m. Krakowa za r. 1517 i 1518 znajduje się pozycja: „medico ciuitatis d. Jeronimo Wasserbroth de Leopoli 20 mr.”, z czego widać, że był lekarzem miejskim.

Źr. drk. Akta histor. do objaśnienia rzeczy polskich służące. T. VIII, Zesz. II, str. 954. 960.

WAYER KAROL

W roku 1777 mianowany radcą (*consiliarius*) dworu i lekarzem królewskim:

N. 372. Munus Consiliarii et Medici Regii Nobili Carolo Wayer Med. Dri. confertur.

[5. Februar. An. 1777].

Źr. rękp. Sigillata, Lb. 34, fl. 4.

WAŻYŃSKI

Lekarz w Brześciu Litewskim w początkach XVII w. Miał za żonę Agnieszkę, córkę Stanisława, aptekarza i burmistrza brzeskiego.

Źr. drk. Akty wydawajemyje wileńskiej archeol. komiss. T. VI, str. 317.

WEBER

Lekarz w Berdyczowie w drugiej połowie XVIII w.

Źr. drk. Pamiętniki Jana Duklana Ochockiego. [Wybór pism Kraszewskiego, 1882]. T. II, str. 149.

Wedelicki Piotr

właściwie Obornicki: *Obornicius Petrus de Oborniki*, przez późniejszych zwany *Wedelickim*; „Quittemberg aut Vitirbek dictus” ¹⁾ [w akcie nobilitacji—*Vitibergk*]. — W latach 1512 i 1513 wykładał w Krakowie na wydziale

Pam. Tow. Lek. T. V. z. IV 09

filozoficznym: „Aristotelis Oeconomica; Hispani P. Septem tractatus seu summulas logica.” W latach 1534, 1535 i 1537 wykładał nauki lekarskie.

Widzimy go w Krakowie w 1521 r. już jako doktora medycyny, a więc stopień doktora osiągnął w Padwie przed tym rokiem ²⁾.—W roku 1530 występuje w pewnej sprawie sądowej w imieniu żony swojej Katarzyny jako rajca krakowski ³⁾. W roku 1532 dostaje nominację na lekarza Zygmunta I i jego dzieci z pensją dożywotnią 20 marek rocznie, zabezpieczoną na dochodach z żup solnych Bochni i Wieliczki; w tymże roku ma przyznaną godność szlachecką:

N. 373. Salarium annuum constitutum doctori Petro Vedelicio de Oborniki in zuppis Cracoviensibus. ⁴⁾

[Cracoviae, die Inventionis sanctae Crucis, An. Dni 1532].

Sigismundus etc. Significamus etc. Quia nos commendatam habentes virtutem, doctrinam, fidem et in arte medica non vulgarem exercitationem et peritiam nobilis et egregii Petri Vedelicii de Oborniki, artium et medicinae doctoris, consulis Cracoviensis, illum in phisicum nostrum et serenissimorum liberorum nostrorum suscepimus eique pro servitio suo et opera, quam in tuenda et conservanda bona valetudine nostra et ipsorum serenissimorum liberorum nostrorum impensurus est, salarium annuum viginti marcarum pecuniae monetae et numeri in regno nostro currentis, quadraginta octo grossos in quamlibet marcam computando, constituimus, quod illi de zuppis nostris Cracoviensibus Bochnensibus et Vyeliciensibus solvendum, quamdiu aura vitali fruatur per quinque marcas singulis quattuor anni temporibus demonstravimus et harum serie litterarum demonstramus. Id quod tibi generoso Severino Boner, castellano Zarnoviensi ac zuppario et magno procuratori Cracoviensi et alteri cuicumque zuppario zupparum praedictarum, pro tempore existenti, notificamus tenore praesentium mediante, ut praefato doctori Petro ipsas viginti marcas ad quattuor anni tempora per quinque marcas, ut praemissum est, distributas seu partitas, quoad vixerit, des et extradadas, de quibus ipse te ex singulis

rathis quietabit, nos vero eius quittantias perinde atque nostras proprias tibi in rationem suscipiemus successoresque nostri suscipient. Harum testimonio litterarum, quibus sigillum nostrum est appensum. Datum Cracoviae, die Inventionis sanctae Crucis, auno Dni 1532, regni vero nostri anno 26. Sigismundus rex.

N. 374. Documentum nobilitatis venerabilis et egregii Jacobi et Petri doctorum ac Felicis Vitbergk fratrum germanorum de Obornyki ⁵⁾.

Dr. teologii Jakub, proboszcz u św. Maryi Magdaleny w Poznaniu oraz dr. medycyny Piotr wystąpili w imieniu własnem tudzież brata swojego Feliksa, burmistrza w Obornikach, prosząc o przyznanie im szlachectwa na zasadzie załączonych dowodów, że są braćmi rodzonymi Błażeja, obywatela poznańskiego, szlachcica. Żądaniu ich stało się zadość.

N. 375. Litterae pro Doctore Petro de Oborniki vt ipse et vxor eius possint ducere aquam de fluuio Prandniki ad eorum piscinas ⁶⁾.

[Cracoviae, in vigilia omn. Sanctorum, An. Dn. 1532].

Doktorowi Piotrowi, jego żonie i spadkobiercom pozwolono przeprowadzić kanał z rzeki Rudawy i Prądnika do sadzawek własnych we wsi Prądnikach i używać wody.

Źr. drk. 1) Lib. Diligent. — 2) Wisłocki: Acta rector. T. I, № 2505.

Źr. rękp. 3) Metr. Reg. Lb. 45, fl. 227/456.—4) Ibid. Lb. 47A, fl. 432 v. — 5) Ibid. Lb. 46, fl. 216. 6) Ibid. Lb. 48, fl. 268.

WEGNER FERDYNAND

z Mitawy, kandydat medycyny [stopnia doktora medycyny nie mógł uzyskać dla braku środków materyalnych],

w roku 1745 zaszczycony przez Augusta III godnością lekarza królewskiego.

N. 376. Officium Medici Regii Aulici Nobili Ferdinando de Wegner Curlando Mittaviensi confertur.

[Varsaviae, d. 9 m. Januarii, An. Dn. 1745.]

Augustus Tertius Dei gratia Rex Poloniae. Significamus praesentibus Literis Nostris quorum interest universis et singulis. Singulari prudentia Regum principumque illud incumbere arbitramur, viros gnaros, variis artibus et scientiis praeditos animique dotibus ornatos suis admovere obsequiis ac speciali favore prosequi qua propter, cum Nobilis Ferdinandi Wegner natione Curlandi Mittaviensis Medicinae Candidati praeclaram in arte medica scientiam, studiis ac applicatione sua acquisitam, tum probitatem, industriam aliasque bono viro dignas virtutes per certos Consiliarios Nostros Lateri Nostro commendatas habemus, licet quidem propter necessarios sumptus Doctoratus Medicinae gradum consequi non valeat, faciendum esse tamen duximus, ut eundem titulo Medici Nostri Regii Aulici insigniremus et condecoraremus ac in numerum Medicorum Nostrorum Aulicorum cooptaremus et ascisceremus, uti quidem insignimus et condecoramus, cooptamus et assumimus praesentibus Literis Nostris, dantes eidem plenariam facultatem artem suam medicam ubique libere exercendi omnibusque libertatibus, iuribus, praerogativis et immunitatibus, quibus alii Aulae Nostrae Medici gaudent et fruuntur, gaudendi et fruendi, quod ad notitiam omnium quorum interest deducentes, volumus, ut praefatum Nobilem Ferdinandum Wegner pro vero et legitimo Medico Nostro Regio Aulico habeant et agnoscant et circa omnes libertates, iura, praerogativas et immunitates id munus concernentes conservent et ab aliis conservari curent pro gratia Nostra. In quorum fidem praesentes Mauu Nostra subscripta, Sigillo Regni communiri iussimus. Datum Varsaviae die IX mensis Januarii Anno Domini MDCCXLV, Regni vero Nostri XII Anno. Augustus Rex.

Źr. rękp. Ks. kancler. Lb. 6, fl. 257. — Metr. Kor. [z ksiąg z Moskwy zwróconych] Lb. 6, fl. 257. — Sigill. Lb. 25, fl. 188.

Wejchardt Teodor Tomasz

— Rada dla matek względem zapobieżenia różnym słabościom i chorobom, którym dzieci od urodzenia swego podlegać mogą; przez T. T. Weichardta, J. K. Mci Konsyliarza Akademii Rzymsko Cesarskiej Towarzysza etc. Za Przywileiem, w Warszawie 1782. Nakładem i Drukiem Michała Grölla, Księgarza Nadwornego J. K. Mci

Dedykacya ks. Adamowi Czartoryskiemu. Przedmowy str. 24. — R o z d z i a ł I. *O obowiązkach rodziców przed urodzeniem dziecka.* Zdrowe dzieci rodzą się ze zdrowych rodziców: dziedziczność cech zewnętrznych i chorób jest rzeczą nie ulegającą wątpliwości; utrzymanie zatem własnego dobrego zdrowia jest pierwszym obowiązkiem przyszłych rodziców. — Małżonkowie powinni się kochać, gdyż owoce gorącej miłości są zdrowsze [np. bękarci], niż dzieci oziębłych małżonków. — Najzdrowsze bywają dzieci przychodzące na świat w styczniu, lutym i marcu; stąd można wyciągnąć wskazówkę, który czas należy uważać za najsposobniejszy do poczęcia. — Ciężarne powinny szanować swoje zdrowie, wstrzymywać się od wszelkich wzruszeń gwałtownych, nie używać sznurówek. — R o z d z i a ł II. *O związaniu i opatrzeniu pępka zaraz po narodzeniu dziecięcia.* „...Niektóre osoby mniemają, że zaraz po wyjściu dziecięcia z macicy pępek związać trzeba, nie oczekując zupełnego uwolnienia matki od miejsca i innych części pozostałych. Moja zaś rada jest zawsze ta, aby się z tym zatrzymać, ponieważ macica po urodzeniu dziecięcia tak jest otwarta, że łatwo się zaziębić i potem przyczyną niebezpiecznego zatrzymania miejsca i krwi być może... Muszę tu wspomnieć o jednej okoliczności, która wcale niewiadomie dziecięciu śmierć przynieść może. Jest to zły zwyczaj niektórych kobiet, które przed zawiązaniem pępka wszystką w żyłach jego znajdującą się krew do brzucha dziecięcia wciskają, rozumiejąc, iż ta krew wchodząc w brzuch ożywia dziecie, jeżeli jest słabe. Lecz przeciwnie się dzieje. Krew, która się

w tych żyłach znajduje zaraz po urodzeniu dziecięcia na powietrze wychodzącego, gęstnieje i ostyga, wpędzona tedy w środek brzucha dziecięcia, zatrzymuje się, gnije i przynosi słabości różne. . Zwierzęta czyszczą swój płód po urodzeniu swoją własną śliną, i jeżeli ten zwierzęcy instynkt od ludzi ma być naśladowany, to kąpiel z letniej wody [do której, jeżeli dziecię jest słabe, trochę wina w mieszać można] najrozumiejszym do oczyszczenia onego od brudu, który na świat z sobą przynosi, będzie sposobem. Można i zimnej wody ku temu samemu używać końcowi, ponieważ onę dzieci nie tylko łatwo znoszą, lecz i przez to od różnych chorób, mianowicie od angielskiej choroby ubezpiecza się... Zazwyczaj powijają dziecię tak mocno, jak gdyby pocztą o sto mil miało być odesłane." [Autor powstaje przeciw temu zwyczajowi]. — R o z d z i a ł

III. *O pierwszej żywności dziecięcia:* „Prawda, że matki czasem w samym karmieniu zaczynają chorować; jeżeli to jest choroba, która przez karmienie do dziecięcia przejść może, słusznie takim matkom karmienie zabronić należy i w takim razie trzeba się udać do cudzej pomocy, to jest do mamki.” Sama natura przeznaczyła, aby dziecię karmiła matka, dając jej piersi i zabezpieczając od chorób, które występują u matek, o ile nie karmią, np. od gorączki mlecznej, zapalenia macicy, nabrzmiałościom w pachwinie, białym upławom i t. p. — R o z d z i a ł IV.

O mamkach. „Jeżeli matce pokarmu nie staje, albo jeżeli przywielkie, przykrótkie, przytwarde, zranione, albo na końcu wążkie ma u piersi pypki, tak że dziecię one w ustach trzymać i z nich pokarmu ssać nie może; jeżeli matka jest słaba, albo słabowitej konstytucyi, jeżeli ma suchoty, kamień, albo inszą chorobę, którąby dziecięciu komunikować mogła, jeżeli do zbytnej radości albo smutku jest skłonna; jeżeli okazyi do umartwienia i zgryzienia się uniknąć nie może, na ten czas niech matka sama nie karmi, ale się o dobrą dla dziecięcia stara mamkę”. Mamka ma być zdrowa, usposobienia wesołego, w wieku

lat 20—30, nie więcej; trzeba, aby nieco wcześniej była zległa, niż matka; lepiej nieco tłusta, niż przychuda. Pokarm mamki powinien posiadać następujące własności: „1) Co do koloru, powinien być biało-błękitny. 2) Co do zapachu, nie powinien mieć żadnego. 3) Co do smaku, powinien być słodki, nie słony, albo gorzki... Najlepszy jest taki, który ma smak mleka ordynaryjnego wodą rozpuszczonego i cukrem osłodzonego 4) Co do miąższości rzadki pokarm jest lepszy od gęstego, dlatego kropla pokarmu, położywszy onę na pazur, powinna z niego prędko spłynąć, a strząsnąwszy ręką białego znaku nawet nie zostawić. 5) Co do wewnętrznej własności, nie powinna się najmniejsza ostrość w pokarmie znajdować, co przez własne czucie wpuściwszy kroplę w oko poznać można. 6) Co do odmiany w gotowaniu, nie powinien dobry pokarm wiele syra wydawać, ani też gdy przez kilka godzin w szklance spokojnie postoi wiele śmietany na wierzchu mieć. Można też dobry pokarm przez ważenie poznać, bo pokarm tym lżejszy jest, czym więcej w sobie zawiera śmietany. 7) Co do wieku, czym starszy jest pokarm, tym jest gęstszy i niesposobniejszy.” Jeżeli matka sama karmić nie może, a mamki dobrej niema, trzeba karmić dziecię mlekiem kozim albo krowiem, przedtem wody dodawszy i cukru. Dobrawszy odpowiednią mamkę, należy też w odpowiedni sposób jej życie urządzić: pokój dla niej ma być obszerny, z powietrzem czystym; na zimno nie powinna bez potrzeby wychodzić, piersi ciepło ma trzymać; powinna używać ruchu i zajmować się robotą. Dawać jej jeść, ile chce, ale w pewnych odstępach regularnych; z trunków może pić cienkiego piwa, ile pragnienie wymaga; pokarmy ma dostawać pożywne, takie, do jakich jest przyzwyczajona, byleby były nie kwaśne i bez cebuli. Codziennie powinna mieć wypróżnienia, wystrzegać się stosunków płciowych, sypiać od 7-u do 8-u go łzin na dobę. Powinna przyzwyczaić dziecko do pewnych godzin karmienia, a nie za każdym razem, kiedy tylko dzie-

cko krzyczy i płacze. „Aby dziecię krzywe nie było, trzeba, aby jemu tak często jedną pierś dawała jak drugą i one zawsze na jednym ramieniu nie nosiła.” Przy powijaniu nie powinna zbyt ściągać dziecku piersi i brzucha, „najrostopniejby mamki czyniły, gdyby dzieci wcale nie powijały. W dalszym ciągu jeszcze raz gorąco powstaje przeciw zwyczajowi powijania niemowląt. Trzeba zakazać mamkom sypiania w łóżku z dzieckiem. „Gdy się dziecię w wieczór powija, trzeba aby świeca zawsze w nogach stała, ponieważ jeżeli świeca na boku stoi, dziecię za światłem patrzy i w czasie zyzowatym staje się... W początkach dzieci mają bardzo ciężki słuch, nie trzeba tedy w pokoju cicho mówić, ale one do głośnego gadania i wrzasku przyzwyczajają... Bardzobym życzył, aby nasze matki zwyczaj kołysania dzieci zarzuciły. Kołysanie albowiem do smacznego spania nic nie pomaga; bo jeżeli dziecię w kołysaniu zasypia, nie dlatego zasypia, że go kołyszą, ale dlatego, że się jemu głowa zakręca. Przez kołysanie psuje się także pokarm w żołądku, a sen przez to staje się niezdrowym; spokojnie zawsze dziecię będzie spało, gdy jemu żadnej do płakania nie damy przyczyny” — R o z d z i a ł V. *O kąpaniu dzieci.* Przez kilka pierwszych dni kąpiel letnia z winem, a potem myć gąbką „wodą zimną prosto ze źródła wziętą podczas lata” codziennie bez względu na porę roku, „a podczas pogodnej pory nurzać je można w wanienkach napełnionych wodą, w strumykach, w rzekach lub jeziorze.” Autor gorąco zaleca wodę zimną, jako środek dający zdrowie i siły niemowlętom. Nie trzymać dzieci w zbyt ciepłych pokojach, nie ubierać na dzień i nie okrywać na noc zbyt ciepło. — R o z d z i a ł VI. *O konstypacyi czyli obstrukcyi żołądka u dzieci.* Rozdział zaczyna się od zdania: „Nowo narodzone dziecię w pierwszych dwudziestu czterech godzinach nie potrzebuje inszego pokarmu, jak cukier z mianą zmieszany, albo syrop z mianny robiony, który w muślin zawiązawszy, jemu ssać dawać trzeba. I później tenże

syrop przy obstrukcyi jest dobry, a gdyby nie skutkował — „czopek zrobiony z łożu w oleju umoczony, albo z rozynka, z którego ziarnka wyjąć trzeba, w oleju umoczonego”. Jeżeli dziecko cierpi na zaparcie skutkiem zbyt gęstego mleka, należy mamce dawać zrana kawałek śledzia celem wywołania pragnienia: zwiększona ilość wypitej przez nią wody rozrzedzi pokarm. — R o z d z i a ł VII. *O wypadnieniu kiszki z stolca.* Powstaje ono skutkiem osłabienia żył, ściągających kiszkę u wyjścia stolcowego. „Nie znalazłem na to lepszego lekarstwa, jak gąbkę w ciepłym winie umoczoną i na to miejsce przyłożoną.” — W R o z d z i a ł a c h VIII — XXIX opisuje różne choroby niemowląt, wyliczając pokrótce objawy i środki lecznicze. W rozdziale o ospie gorąco zaleca szczepienie: „Między pierwszym i drugim palcem ręki najlepsze jest do szczepienia ospy miejsce. Ponieważ ręce zawsze wolnemu powietrzu są exponowane. Ponieważ na tym miejscu skóra jest wolna, wisząca i nie podlega przy zapaleniu i zaczerwienieniu się uczynionej rany, wielkiemu zdęciu i bólowi. Ponieważ na tym miejscu wierzchnia skóreczka jest grubsza i nie łatwo się przerywa.” — R o z d z i a ł XXX. *O znakach, które dzieci z sobą na świat przynoszą.* Mówi o zapatrzeniu, którego mocy tak chętnie ludzie wierzą, „rzadko tedy idzie dama przy nadziei będąca przez ulicę, żeby ręce swoje na krzyż złożone na brzuchu nie trzymała, rozumiejąc, iż przez to wszystkie od siebie i płodn swojego oddali wzruszenia.” Autor w moc zapatrzenia nie wierzy. — R o z d z i a ł XXXI. *Ogólne przestrogi o wychowaniu dzieci.* Nie dawać dzieciom zbyt dużo do jedzenia; kąpać je w zimnej wodzie, „najwięcej ile można pozwalać im agitacyi;” nie więzić w pieluchach; trzymać jak najwięcej na świeżem powietrzu; nie goić wysypek skórnych. —

Znajdował się w sprzedaży „J. P. Weichardta Konsyliarza JKMcI Proszek od bolu zębów, [który iak tabaczka z tey strony się zażywa, z której ząb boli...” (Gazeta Warsz. 1783, Nr 14).

WEIGANT JERZY

Okulista, w roku 1676 przyjęty do służby dworskiej:

N. 377. Servitoratus Nobili Georgio Weigant Oculistae.

[Cracoviae, die 15 Aprilis, An. Dn. 1676]

Źr. rękp. Sigill. Lb. 13, fl. 122.

Weis, Weys Szymon

już w roku 1699 występuje z tytułem „lekarza królewskiego.”

Źr. rękp. Akta Starej Warszawy, Lb. 567, fl. 911 v.

WEISKOPF STANISŁAW

W księgach sekretnych kolegium lekarskiego uniwersytetu Bolońskiego (*Libri Segreti del Collegio Medico*) pod datą 6. XI. 1548 zapisano: „Graduatio in utraque facultate [t. j. artium et medicinae] Stanislai Weiskopf Niseni.”

Źr. drk. St. Windakiewicz: Informacja o aktach uniwersytetu Bolońskiego. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII.

Wels Jan

Zapisał się na uniwersytet krakowski w r. 1453, bakałarzem nauk wyzwolonych został w r. 1458, magistrem zaś w 1462; następnie wyjechał do Włoch i w roku 1465 osiągnął w Padwie stopień licencyata medycyny. Czy sięgnął kiedy po stopień doktora nauk lekarskich, rzecz wątpliwa, gdyż Miechowita w kronice pod r. 1498, wspominając zgon Welsa, nazywa go jeszcze licencyatem medycyny: „Anno domini 1498 Magister Joannes Vels de Posnania Licenciatus medicinae, olim praeceptor et informator filiorum regis Kazimiri tertii ecclesiae parochialis sancti Stephani Graccoviae rector, diem clausit extremum, die

Martis, decima septima Aprilis, quae fuit feria tertia paschae. Hic coemptis aliquot areis extra urbem Graccoviam ad occidentem, amplum et spaciosum construxit cimiterium ad sepulturam parrochianorum sancti Stephani et aliorum quorumcunque illic sepeliri volentium, Ecclesiam quoque in eodem cimiterio intra robora muratam in titulum et venerationem Petri et Pauli apostolorum erexit et lectorem missarum in eodem ordinavit. Et ut in nocte tempore necessitatis ingruentis confessiones in lingua almanica et polonica audiret instituit. Ante fores ecclesiae praefatae ad partem meridionalem, prout vivens mundaverat, sepultus est.”

==== Antidotarium simplicium cum Pandectis multum conveniens.

Ponieważ na okładce napisano: „Liber Magistri Johannis Welsz”, a dalej tą samą ręką przytoczony wyżej tytuł (*Antidotarium...*), prof. J. Rostafiński przypuszcza, że cała zapiska jest utworem Welsa.—W zapisce mamy wyliczone: „Radices colligende in Mayo Luna existente in signo terreo, cum bonis aspectibus. Radices feria quinta et sexta ante Philipi millesimo quadringentesimo nonagesimo.” Autor daje spis 59 roślin; nazwy łacińskie, bez żadnych uwag.

Źr. drk. K. Morawski: *Historia uniwersytetu Jagiellońskiego*, II, 111. — J. Rostafiński: *Medycyna na uniwersytecie Jagiellońskim w w. XV*, str. 12. 18. 78. — J. Rostafiński: *Jana Welsa zapiska treści lekarskiej. Rozprawy wydziału matematyczno-przyrodniczego Akad. Umiejęt. T. XIV, 1866.* — *Scriptores rerum polonicarum. T. II, pg. 269–270* [„Variantes primae editionis Matthiae de Miechow Chronicae Polonorum”].

WENGRINIUS GALLUS

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* ¹⁾ uniwersytetu padeńskiego zapisano pod datą 21. VI. 1580: „Gallus Wengrinus Polonus fuit severe examinatus in med.” — Tomkowicz ²⁾ nazywa go Węgrzynie, zalicza do lekarzy krakowskich pierwszej połowy XVII stulecia

i wspomina o jego nagrobku pod arkadami zewnątrz presbiterium kościoła Maryackiego. U Tomkowicza, jak również w aktach radzieckich Starej Warszawy ³⁾ zlatynizowane nazwisko jego brzmi *W e g r i n i u s*.

Źr. drk. 1) St. Windakiewicz: *Materyały do historii Polaków w Padwie*. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII. — Dr. St. Tomkowicz: *Z dziejów obyczajów mieszczaństwa krakowskiego na początkach XVII w.* Ateneum, 1898, maj, str. 261.

Źr. rękp. Akta Starej Warszawy: Lb. 10, fl. 377. An 1589.

WERNER HEINZELMANN GEBHARD

dokt. medycyny, w r. 1774 zaszczycony godnością radcy (*consiliarius*) dworu królewskiego:

N. 378. Munus Consiliarij Aulici Nobili Gebhardo Werner Heinzelmänn Medicinæ Doctori confertur.

[Varsaviae, d. 8 m. Septembris, An. Dn. 1774].

Stanislaus Augustus etc. Significamus etc. Quod cum commendatas habeamus Nobilis Gebhardi Werner Heinzelmänn Medicinæ Doctoris eximias animi dotes, literarum peritiam ac perfectam in re medica scientiam, visum Nobis est, ut Ipsum in Numerum Aulae Nostrae Consiliariorum assumeremus et adscriberemus, prout quidem assumimus et adscribimus praesentibus Literis Nostris, dantes et concedentes Eidem Nbli Gebhardo Verner Heinzelmänn plenam et omnimodam potestatem omnibus iuribus, praerogativis, munijs, immunitatibus, quibus caeteri Arulae Nostrae Consiliarij gaudent et fruuntur pleno jure gaudendi et utifruendi. Quod omnibus, quorum interest, praesertim vero Mgcis. Supremis Regni et MDL. Curiaeque Mareschalcis et caeteris Gnosis. Aulae Nostrae Officialibus notum esse volentes, mandamus, quateuus praefatum Nobilem Gebhardum Werner Heinzelmänn ab hinc pro vero, legitimo et indubitato Aulae Nostrae Consiliario habeant, nominent et agnoscant Eique de loco iuribus, praerogativis, ad hocce manus pertinentibus et Ipsi respondeant et ab alijs responderi curent, pro gratia Nostra. In quorum fidem etc. Datum Varsaviae, die VIII Mensis Septembris

Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny. 587

Anno Dni MDCCLXXIV Regni vero Nostri XI Anno.
Stanislaus Augustus Rex.⁷

Źr. rękp. Ks. kancl. Lb. 52, Pars I, fl. 156. — Sigill. Lb. 32, fl. 295 [z pisownią He in Zellmann].

WESTER BENJAMIN DEODAT

W roku 1791 zaszczycony godnością radcy dworu (*consiliarius*) królewskiego.

N. 379. Munus Consiliarij SRMtis Aulici Nobili Beniamino Deodato Wester Medicinæ Doctori confertur.

Źr. rękp. Sigillata, Lb. 39, fl. 17 v.

z Wieliczki Mikołaj

„paterno nomine appellatus etiam Mleczko”, syn Wojciecha, był początkowo posługaczem i uczniem u Macieja z Miechowa. *Lib. promot.* ¹⁾ zwie go kanonikiem pultuskim. — W roku 1513 i 1514 wykładał na wydziale filozoficznym ²⁾: „Alcabitii Astrologiam; Aristotelis de anima”; w r. 1522 i 1523 wykładał nauki lekarskie. [Inny Mikołaj z Wieliczki, nie lekarz, wykładał na wydziale filozoficznym w Krakowie w latach 1501—1509]. — Czytamy o nim w księgach sekretnych uniwersytetu bolońskiego ³⁾ (*Libri Segreti del Collegio Medico*) pod datą 13. VIII. 1516. „Promotio in med. Mgri Nicolai Poloni [d. Wieliczka]. W roku 1523 występuje jako dziekan wydziału lekarskiego w Krakowie, w roku zaś 1533/34 jako rektor uniwersytetu ⁴⁾. — Biskup Tomicki ⁵⁾ mówi o nim: „...Doctor Vieliczka, qui Cracoviae est, qui est vir bonus, diligens, fidus et in medendis humanis aegritudinibus bene peritus, fuit enim discipulus olim doctoris Miechovitae, qui nostra aetate erat peritissimus medicus...”

Źr. drk. 1) Muczkowski: *Lib. promot.* 147. 156 [cytu Kościńskiego *Lib. promot.*, pg. 130 dotyczy innego Mikołaja z Wieliczki] — 2) Wisłocki: *Lib. diligent.* — 3) St. Winda-kiewicz: Informacya o aktach uniwersytetu Bolońskiego. Archiw.

do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII.—4) Wisłocki: *Acta rector.* T. I. N. 2679. 2682. 2689. 2695. 2702. 2710. 2716. 2717. 2784. 2785. 3192—3225. 3226—3257. 3265. 3270. 3271. — 5) *Acta Tomiciana*, T. X, str. 204, N. 214.

WIESENER, WISENER DANIEL

dokt. filozofii i medycyny, fizyk Elbląga (*phiscus ordinarius civitatis Elbingensis*) w roku 1647 dostaje nominację na lekarza królewskiego:

N. 380. Doctoratus excellenti Daniel Visnero.

[Varsaviae, die 14 m. Junii, An. Dn. 1647].

Vladislaus etc. Significamus etc. Clementia et munificentia nostra regia facile ad eos servitores devolvitur et singulari adumbratur delectu, qui pronis voluntati nostrae auscultant nutibus, maior quorum admirando genio et artificio regius exhilaratur animus, maximus ex utroque, quorum vel medico temperamento, seu doctoratus lenimine nostra curatus imbecillitas tantae praxis quisquis pressam Galeni aut Hippocratis textit orbitam movitque adversanti sanitati praeficio malagmate et salubribus mederi remediis, quorum doctrina ex herbarum virtute longa serie patientum natura, extorsis affectionibus, ipso denique quotidiano opere praetio didicerat dignus, quem regia nostra maiestas in servitorum curialium spectet foveatque consortia. Talem esse accepimus clarum et excellentem Danielem Visnerum philosophiae et medicinae doctorem, phiscum ordinarium civitatis Elbingensis, in doctrina sua omnibus primum, nulli secundum, Cui tametsi continua domi et foris acquisita et parta artis medicinae pragmata satis ad propagandum genus suum dederant nominis, gemina tamen virtus et prona sua obsequia, quae nobis dum statuit devovenda. tum demum verum sui cultorem et amplificatorem fore illum auspicatur cum illum aula nostra videret servitorem. Ut itaque uberius in dies sub nostro patrocinio laudata praefati Danielis Wisneri ad utilitatem curandae valetudinis crescat industria assumendum eum et cooptandum in numerum servitorum nostrorum proque archiatro nostro declarandum esse duximus declaramusque praesentibus litteris nostris. Quod ad omnium et singulorum, quorum interest, praesertim vero regni curiaeque

nostrae marschalcorum atque officialium universorumque regni nostri magistratum notitiam deducimus eisdemque mandamus, ut praenominatum Danielem Wisnerum pro archiatro nostro habeant et agnoscant circa omnes immunitates et praerogativas libertatesque, quibus caeteri doctores, ad latus nostrum existentes, gaudent, ipsum quoque gaudere et uti frui permittant eumque circa easdem conservent et ab aliis conservari curent. Pro gratia nostra. In quorum etc. Datum Varsaviae die XIV, mensis Junii, anno 1647. Wladislaus rex.

Źr. rkp. Metr. Reg. Lb. 189, fl. 663.

Wisener Krzysztofor

w roku 1647 przyjęty do służby dworskiej z prawem założenia apteki w miejscu, gdzie sam będzie chciał, tudzież przyjmowania do niej uczniów i kształcenia ich w sztuce farmaceutycznej:

N. 381. Servitoratus nobili et excellenti Christophoro Wisenero philosophiae et medicinae doctori.

[Varsaviae, die VIII m. Martii, An. Dn. 1647].

Wladislaus etc. Significamus etc. Regum principumque non tantum maiestati dignitatisque verum et clementiae consentaneum ac honorificum esse patrocínio et favore excipere eos, qui a teneris annis bonis litteris dediti non solum ornamenta sed etiam commoda generis humani lucubratione atque opera sua quaerunt et tuentur, quae laus vel maxime propria et velut haereditaria ipsis quoque antiquitatis iudicio medicae facultatis professorum. E quorum numero cum nobilis et excellens Christophorus Wisener philosophiae et medicinae doctor non magis artis peritia, quam sedulo curationis usu in variis Christiani orbis regionibus famam sibi comparasset non mediocre eundem in patrocínium et protectionem nostram regiam suscipiendum atque in numerum camerae nostrae medicorum adscribendum et cooptandum esse duximus, prout quidem adscribimus, suscipimus et cooptamus praesentibus litteris nostris, dantes et concedentes eidem plenam et omnimodam facultatem omnibus et singulis iuribus et prae-

rogativis et libertatibus, quibus camerae nostrae servitores et medici de iure et more recepto gaudent et fruuntur, ubivis locorum in regno et dominiis nostris gaudendi et fruendi, artem suam in et extra aulam nostram regiam exercendi, domicilium, ubi ipsi commodum visum fuerit, figendi et ibidem officinam pharmaceuticam privatam constituendi, socios seu discipulos eiusdem artis pharmaceuticae alendi et fovendi citra quorumvis magistratuum pharmacopolarum et aliarum personarum praepeditionem ac contradictionem, liberum quoque praedictum Christopherum Wisenerum ab oneribus quibusvis castrensibus et civilibus, quocumque nomine dictis, facimus tum et ab iurisdictione quorumvis magistratuum palatinalium, castrensiū et civilium eximimus ita, ut in omnibus causis iudiciariis exceptis fundi et contractus nulli alteri iurisdictioni praeterquam nostrae et marschalcorum nostrorum, regni, magni ducatus Lithuaniae et curiae subsit et pareat. Quod ad notitiam, quorum interest, praecipue vero praedictorum magistratuum, in regno et dominiis nostris existentium, personarumque quarumcunque deducimus eisdemque mandamus, ut memoratum Christopherum Wisenerum non solum pro vero et legitimo camerae nostrae medico habeant et agnoscant, verum etiam omnibus iuribus, praerogativis et immunitatibus, superius expressis et a nobis ipsi benigne concessi, frui et gaudere permittant, nec aliquo praetextu ipsum in usu privilegii nostri impediunt impediri ab aliis patiantur pro gratia nostra. In cuius rei fidem etc. Datum Varsaviae, die VIII mensis Martii, anno 1647. Vladislaus rex.

Źr. rkp. Metr. Reg. Lb. 189, fl. 578.

WIKISSATY SŁAWAŁA WACŁAW

dr. medycyny akademji Wiedeńskiej, konsyljarz JK. Mości, w roku 1785 mianowany lekarzem województwa wołyńskiego z prawem rewidowania aptek, w roku zaś 1790 zaliczony w poczet szlachty polskiej:

N. 382. Przywilej na Doktora Województwa Wołyńskiego Szlachetnemu Wacławowi Wikissatemu Akademii Wiedeńskiej Medycyny Doktorowi i Konsylia-

rzowi Jego Królewskiej Mości z mocą rewidowania aptek tegoż Województwa do lat trzech dany. ¹⁾

[w Warszawie, d. 14 m. czerwca, RP. 1785.]

Stanisław August etc. Oznajmujemy etc. Iż mając sobie zaleconą Szlachetnego Waclawa Wikissatego Medycyny Doktora Akademii Wiedeńskiej i Konsyliarza Naszego w sztuce Lekarskiej i Doktorskiej biegłość i do usług Naszych zdatność, umyśliliśmy Go za Doktora Woiewództwa Wołyńskiego postanowić i Onemuż rewidowanie Aptek w całym Woiewództwie Wołyńskim i nad niemi dozór polecić. Jakoż zważając rekomendacye za tymże Szlachetnym Waclawem Wikissatym przez Obywatelów rzeczzonego Woiewództwa Wołyńskiego do Nas zanesione i zapobiegając szkodliwym skutkom przez nieporządne utrzymywanie Aptek i starych lekarstw przedawanie w tym Woiewództwie praktykować się mianym, za takowego Doktora Woiewództwa Wołyńskiego postanawiamy, rzeczoną rewizyą i dozór nad Aptekami do lat trzech polecamy niniejszym Listem Przywileiem Naszym. Dając moc i władzę pomienionemu Szlachetnemu Waclawowi Wikissatemu Apteki wszystkie w Woiewództwie Wołyńskim będące rewidować, Czeladź przy Aptekach zostającą o zdatności examinować, Aptekarzom corocznie cenę lekarstw postanawiać i wszelką nad rzeczonymi Aptekami w porządnym utrzymywaniu i świeżych lekarstw konserwowaniu mieć pilność, baczną i staranność. Co do wiadomości wszystkich, osobliwie iednak Wielmożnych Senatorow Urodzonych Dygnitarzow, Urzędnikow Ziemskich i Grodzkich tudzież wszystkich Obywatelow Woiewództwa Wołyńskiego donosząc mieć chcemy i rozkazujemy, aby rzeczonego Szlachetnego Waclawa Wikissatego odtąd za aktualnego i prawdziwego Doktora Woiewództwa Wołyńskiego od Nas uprzywileiowanego mieli i znali. A zaś wszyscy tegoż Woiewództwa Aptekarze i inni nad Aptekami dozór mający rewizyi Aptek i dozoru nad niemi nie bronili i nie przeszkadzali i aby od innych zabraniano Mu nie było starali się. Dla Łaski Naszey Krolewskiej i pod karami w którymkolwiek najbliższym Sądzie na instancyą Instygatora z doniesienia słusznego tegoż Szlachetnego Waclawa Wikissatego na sprzeciwiającego się i rewizyi niedopuszczającego wściągnąć mianemi wolnym oraz przez

tenże Sąd Ziemi lub Grodzki Apteki zapieczętowaniem. Na co dla lepszej wiary etc. Dan w Warszawie dnia XIV miesiąca Czerwca Roku Pańskiego MDCCLXXXV. Panowania Naszego XX Roku. Stanisław August Król.

N 383 Dyploma Nobilitacyi i nadanie Herbu Urodzonemu Wacławowi Wykissatemu i Jego Potomstwu oboiey płci podług Konstytucyi Roku 1796 zaszczyt dane ²).

[w Warszawie, d. 6 m. Lipca, R. P. 1791.]

W Imię Pańskie Amen. Na wieczną rzecz pamiętkę. My Stanisław August z Bożej Łaski Król Polski, Wielki Xiążę etc. Wiadomo czyniemy wszystkim terażniejszego i przyszłego wieku ludziom, uniejszy Przywilej Nasz Dyplomatyczny widzącym, czytającym, lub o nim słyszającym. Między innemi Królów dobroci i sprawiedliwości własnościami ta jest niepoślednia, że iako Najwyższy Nieba i całego Świata Jedynowładzca cnoty i dobre uczynki ludzkie doczesnym szczęściem i wiecznym nadgrada błogosławieństwem, tak i Królowie ziemscy powierzona z nieokreślonej tego Pana Panujących dobroci mając sobie władzę i do tego Naywyższego stosując się Rządu, zasłużonym w Królestwie Osobom różne cnotom ich z miłościwej łaskowości swoiey czynią nadgrody, zkad i sprawiedliwości dogodzenie i wszystkim do publicznego zasługiwania się wynika ochota. Gdy więc na seymie terażniejszym w R. 1788 pod Generalną Konfederacją zaczętym, a dotąd trwającym w Konstytucyi pod tytułem = Nobilitacya Osób niżej wyrażonych = w Grodzie Warszawskim dnia 11 Listopada R 1790 oblatowanej między Innemi zasłużonymi Obywatelami mieliśmy i mamy przez Senatorów Ministrów i Posłów Obojga Narodow na terażniejszy Sejm zgromadzonych zalecone zasługi Ur Wacława Wikissatego, przeto za zgodą wszystkich Stanów za rzecz słuszną łaskawie uznaliśmy pomienionego Ur. Wacława Wikissatego z potomstwem Jego de lumbis w Małżeństwie spłodzonym i spłodzić się mającym Klejnotem Szlachectwa Polskiego przyozdobić i udarować, iakoż niniejszym Listem Przywilejem Naszym Dyplomatycznym in virtute seymowych Ustaw przyozdabiamy i Onego

z Potomstwem Jego oboiey płci za prawdziwą i niewątpliwą Szlachtę Królestwa Polskiego i W. X. Litt. tudzież Prowincyi należących ogłaszamy i stanowimy i wszystkim Wolnościami, Prawami, Uczestnictwem, Przywilejami i Prerogatywami z Prawa pozwolonemi oraz na wszystkich Nobilitatis Zjazdach voce activa gaudere pomienionemu Ur. Waclawowi Wykissatemu i potomstwu Jego utriusque Sexus z Niego pochodzącemu zaszczycać się i onych używać wiecznemi czasy pozwalamy. Aby zaś dobroczynności Naszey i Rzeczypospolitey trwała i wieczna pamięć była wspomnionemu Ur. Waclawowi Wykissatemu i potomstwu Jego z zachowaniem przydomku iego dawnego Sławała zowiącego się Herb Slepowron zwany, to jest Podkowa na dół koncami spuszczone, na której szrednim brzegu stoi Slepowron, kółko w dziobie trzymający, na Hełmie zaś Rycerz w pancerzu, lewy Bok Puklerzem zasłaniający, tak iak tu iest w Polu czerwonym wyrażony i odmalowany, nadaiemy i naznaczamy i między Herby Polskie policzamy, którego to Herbu tenże Ur. Waclaw Sławała Wykissaty z potomstwem swoim directe od siebie pochodzącym iako znaku Szlachectwa swego we wszystkich sprawowaniach i odprawowaniach na Tarczach, Malowaniach, Chorągwiach, Namiotach, Domach, Grobach, Pierścieniach i w każdym czasie Pokoju i Woyny równie iak i inna Szlachta Korony Polskiej i W. X. Litt. używa, wiecznie używać ma i mocen będzie, przykazuiemy zaś wszystkim i każdemu zosobna tak Duchownym iako i Świeckim Królestwa Naszego Stanom, do których to należy, aby pomienionego Ur. Waclawa Sławała Wykissatego cum prole Jego utriusque Sexus, nata et nascitura, wiecznemi czasy za prawdziwą Szlachtę Korony Polskiej i W. X. Litt. oraz Prowincyi przyłączonych mieli, uznawali, mianowali i szanowali oraz wszystkich Praw, Przywileiow, Wolności i Prerogatyw rodowitey Szlachcie służących onemu dopuszczali i przeszkód nie czynili dla łaski naszey Królewskiej i pod karami w Prawie przeciwko urągającym się i zelżywości iakie czyniącym albo Stanowi Szlacheckiemu ubliżającym postanowionemi, a dla Większey Wiary i Świadectwa niuiejszy List Przywiley Nasz Dyplomatyczny [po wykonaney iuż Prawem przepisanej przysiędze przed Aktami i kompletem Kommissyi Cywilno-Woyskowej Woiewództwa Wołyńskiego Powiatu Łuckiego dnia 2-go Miesiąca Maia, Roku bieżącego 1791 z zlecenia w tey mierze z Kancellaryi Naszey W. Kor. do wspomnioney

Kommissyi z przyczyny urzędowego o niemożności wielu pacyentów chorych i w schyłku życia będących odstąpienia, a ztąd niesposobności osobistego wykonania przed Kanclerzami przysięgi doniesienia, którey wykonaney przysięgi, urzędowe zaświadczenie iest złożone w Aktach Kancellaryi W ey Kor-ey] Ręką Naszą podpisany, Pieczęciami Dyplomatyczną i oboiga Narodów stwierdzić rozkazaliśmy, w przytomności Przewielebnych w Bogu Felixa Turskiego Krakowskiego Xiążęcia Siewierskiego. Józefa Rybińskiego Kujawskiego, Antoniego Okęckiego Poznańskiego i Warszawskiego, Adama Naruszewicza Łuckiego, Woiciecha Skarszewskiego Chełmsko-Lubelskiego, Kaspra Cieciszowskiego Kijowskiego Biskupów, JW. Antoniego Xięcia Jabłonowskiego Kasztelana Krakowskiego, Wielmożnych Antoniego Xięcia Sułkowskiego Kaliskiego, Kajetana Hryniewieckiego Lubelskiego, Antoniego Małachowskiego Mazowieckiego, Tomasza Alexandrowicza Podlaskiego Woiewodów, Michała Mniszcha Koronnego, Ignacego Potockiego Litt. Marszałków Wielkich, Hyacyntha Małachowskiego Kanclerza W. Kor., Rocha Kossowskiego W-o Tomasza Ostrowskiego Nadwornego Kor., Antoniego Dziekońskiego Nadwornego Litt. Podskarbach, Tadeusza Lipskiego Łęczyckiego, Józefa Komorowskiego Bełzkiego, Walentego Sobolewskiego Czerskiego, Tomasza Prusaka Gdańskiego, Ludwika Karśnickiego Wieluńskiego, Macieja Sobolewskiego Warszawskiego, Jacka Jezierskiego Łukowskiego Kasztellanów, Wielebnego Kajetana Sołtyka Koronnego Duchownego, Ur. Fryderyka Moszyńskiego Litt. Świeckiego Sekretarzów Wielkich, Stanisława Małachowskiego Referendarza Koronnego Seymowego i Konfederacyi Prowincyi Koronnych Marszałka, Józefa Xięcia Czartoryjskiego Stolnika Litewskiego, Kazimierza Rzewuskiego Pisarza Koronnego, Kazimierza Xięcia Sapiechy Generała Artyleryi Litewskiej i Marszałka Konfederacyi teyże Prowincyi, Stanisława Kraiewskiego, Ignacego Gomolińskiego Instygatorów Koronnych, Franciszka Szymanowskiego Większey, Stanisława Badeniego Kancellaryi Koronnych Reientów i innych wielu Urzędników, Dworzan, Offycjalistów i Sekretarzów Dworu Naszego. Dan w Warszawie w czasie Seymu pod Generalną Konfederacją odprawuiącego się. Dnia VI miesiąca Lipca Roku Pańskiego MDCCXCI. Panowania Naszego XXVII Roku. Stanisław August Król.

Dla złożenia przysięgi przed kanclerzami nie mógł przybyć z Łucka [gdzie mieszkał] do Warszawy, gdyż nie chciał opuścić wielu swoich ciężko chorych pacjentów, o czym zaświadczyła komisya cywilno-wojskowa województwa wołyńskiego; złożył więc przysięgę w dn. 2 maja przed pomienioną komisją³⁾.

Źr. rękp. Ks. kancler. Lb. 79, pars I, fl. 98.—Sigil. Lb. 35, fl. 215 v. — 2) Ks. kancl. Lb. 100, fl. 140.—Ibid. Lb. 87, fl. 41. 42. 44. 45.

Wilczek Benedykt

stopnie filozoficzne uzyskał w Krakowie w r. 1673 i 1674; praktyką lekarską zajmował się we Lwowie.

Wilkowski Kacper

W roku 1589 nabył wójtostwo i młyn, nadane w dożywocie przez Stefana Batorego Andrzejowi Zuconellowi (Zuconello) w Zemborzycach, w województwie Lubelskiem¹⁾; w tymże roku i od tegoż Andrzeja Z. nabył za 5000 flor. „duo praedia Gawnorowski et Kilowski dicta“ pod Lublinem²⁾. — Oprócz wymienionych u Kościńskiego wydał:³⁾

— Desiderosus Abo scieszka do milosci bozey y doskonałości zywota chrześcianskiego. Dialog dziwnie nabożny y ucieszny: z Hiszpanskiego na Włoski, Frauczki Niemiecki, Niderlandski y Łaciński ięzyk; a teraz na Polski nowo przełożony. Przez Gaspra Wilkowskiego, medika J. K. M. Pana Mikołaja Chrystofa Radziwiła etc. w Krakowie w druk. Andr. Piotrkowczyka 1589. [Wydania następne z lat: 1599, 1625, 1734 i 1743].

Źr. drk. 3) Maciejowski: Piśmiennictwo polskie, T. III, str. 333. — Wierzbowski: Bibliographia polon. III. Wiszniewski: Historia literat. pol. IX. 78. 82. 213.

Źr. rękp. 2) Metr. Reg. Lb. 135, fl. 484 v. — Ibid. fl. 508.

CZYNNOŚCI
Towarzystwa Lekarskiego
WARSZAWSKIEGO.
—
PROTOKÓŁY.

Rok 1909.

Posiedzenie kliniczne dnia 4 maja 1909 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 65 oraz gość jeden.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

- T r e ś ć: 1) KĘPIŃSKI: Demonstracja chorych, operowanych z powodu krótkowzroczności.
2) KARWACKI: O zarazku zapalenia ślinianek nagminnego.
3) BR. BARTKIEWICZ: Sprawozdanie z doświadczeń nad szczepieniem nowotworów złośliwych ludzkich zwierzętom.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa, kolegę BUJAKOWSKIEGO z Druskiem.

KĘPIŃSKI przedstawił 3 chorych, którym za pomocą operacji usunął soczewkę, celem wyleczenia ich z bardzo wysokiej krótkowzroczności i dał następujące objaśnienia:

Leczenie operacyjne krótkowzroczności należy do ostatnich zdobyczy naukowych w okulistyce, datuje od r. 1892, gdy na kongresie oftalmologów w Heidelbergu poruszono tę kwestję. W tymże samym roku pierwszy FUKALA, lekarz czeski, wykonał i ogłosił drukiem kilka takich operacji. Od tej pory rozmaici okuliści wykonywali te operacje i ogłaszali ich rezultaty; jak każda ważniejsza operacja ma i ta swych zwolenników i przeciwników, jedni i drudzy przytaczają argumenty za i przeciw. Autor jest zwolennikiem operacji, radzi ją wykonywać u wszelkich osobników niżej lat 20, mających krótkowzroczność wyższą niż 13.0 dyoptrji ($\frac{1}{3}$ "), u których niema dużych znamion na tylnym biegunie oka, zwłaszcza zaś krwotoków w naczyniówce.

Przedstawieni chorzy byli to: 1) 17-letnia panna, u której była krótkowzroczność = 15.0 D., operowana na oku prawem w zimie 1907 r. a na lewem w marcu 1908. Obecnie ma dalekowzroczność w słabym stopniu, przy pomocy szkieł + 3.0 ma siłę wzroku $V = \frac{5.0}{15.0}$ a przy pomocy szkieł + 10.0 czyta najdrobniejsze druki Snellena w zwyczajnej odległości. Pracuje jako szwaczka wygodnie i bez zmęczenia. 2) 8-letnia dziewczynka, u której również była z obu stron krótkowzroczność wyżej 15.0 D. operowana na oku prawem w październiku 1908 i obecnie zupełnie już wyleczona. Na lewem oku operację pierwszą wykonano 3 dni przed demonstracją chorej i można było dokładnie obserwować proces pęcznienia mas korowych przeciętej soczewki. 3) 24-letnia panna, ogrodniczka z Lubelskiego, u której na oku prawem usunięto w styczniu tego roku soczewkę. Obecnie używa oka zupełnie swobodnie, do patrzenia w dal nie potrzebuje żadnych szkieł i ma siłę wzroku $\frac{5.0}{10.0}$ do czytania jednak potrzebne są cylindrycznie szlifowane szkła + 6.0^s \subset + 4.0 cyl. o osi cylindra prostopadłej i wówczas czyta najdokładniej Snellena najdrobniejsze litery. Przyjechała z prośbą, by jej na drugim roku również wykonać operację. Kol. KĘPIŃSKI operuje zwykle każde oko 3-krotnie, a mianowicie: najprzód ostrą igłą rozcina nietylko przednią ścianę torebki soczewkowej, ale i całą soczewkę w całej jej grubości szerokimi cięciami na krzyż, tak, aby w otworze źrenicznym pod kątem 90° cięcia się schodziły resp. krzyżowały, gdyż przez to kurcząca się torebka soczewkowa wolną zupełnie zostawia źrenicę. Gdy masy korowe pod wpływem wód z przedniej komory nabrzmiewają dobrze i w przedniej komorze wystają, to wypuszcza je przez otwarcie przedniej komory, tak, jak to robi się operacja GRAEFE'go przy miękkiej zaćmie, tylko, że cięcie rogówkowe kładzie na zewnętrznej części rogówki w odległości mniej więcej 2 mm. ku

środkowi od jej brzegu. Uciskając lancą wypuszcza po niej masy korowe tak długo, póki czarne dno źrenicy się nie pokaże. Poraz trzeci operuje również autor wówczas, gdy niema już najmniejszych śladów podrażnienia oka i tylko w źrenicy widać zamęt wtórną, składającą się z resztek granulującej torebki soczewkowej, z endothelu, pokrywającego tylną ścianę torebki soczewkowej a równocześnie przednią ciała szklistego. Zaćma ta wygląda jak szara zasłona rozpięta w obszarze źrenicznym. Tę zasłonę trzeba w samym środku przeciąć — autor zwraca szczególną uwagę na to, by do tej drobnej operacji używać możliwie ostrego narzędzia, by przecięcie było łatwo wykonane bez ciągnięcia żadnego, gdyż to jest jedną z przyczyn krwotoków w okolicy ciała rzęskowatego i następczych oddzieleń siatkówki. Na tę okoliczność uie zwracają dotychczas dostatecznej uwagi. Zdaniem autora tępe względnie narzędzie przy tym akcie, jest przyczyną w dużej ilości wypadków, następczych złych rezultatów. Autor używa cienkich noży GRAEFFE'go do przecinania tej zasłony, gdyż to jest narzędzie pewne, gdy tymczasem igły zwykle są ostre na końcu, ale tylko do klócia, przy ciągnięciu zaś, jako narzędzia, mające coś przeciąć, są tępe i targają, a przez to wywierają pewien rodzaj ciągnięcia na błonę, którą lekko przeciąć powinny. Jak najskrupulatniejsza aseptyka jest naturalnie podczas całej kuracji wskazaną.

[Autoreferat].

KARWACKI pokazał hodowlę i preparat ziarnikowca czworaczego, wyhodowanego z przypadku zapalenia przyusznic, powikłanego zapaleniem jądra. W przemówieniu prelegent opisał jego własności hodowlane i chorobotwórcze, różne nieco od typowego tetragenesa. Aglutynacja z surowicą chorego wypadła przy rozcieńczeniu 1 : 50, w innym przypadku cierpienia przyusznic—drzy 1 : 100.

Z badań LAVERAN'a i CATRIN'a, dalej TEISSIER'a i ESMEIN'a, wynika, że tetragenos, osłabiony w swej zjadliwości i odpowiednio przystosowany, jest zarazkiem swoistym w zapaleniu śliniaka nagminnem.

[Autoreferat].

Br. BARTKIEWICZ wygłosił sprawozdanie z doświadczeń swych nad szczepieniem nowotworów złośliwych ludzkich zwierzętom. B. stwierdza, że szczepienie takie może być udatnem li tylko z punktu widzenia teoryi pasorzytniczej guzów złośliwych, bardzo zresztą problematycznej i mającej wielu przeciwników. Hypoteza o genezie komórkowej nowotworów złośliwych wyłącza zupełnie możliwość przeniesienia komórek takich do obcego ustroju. Granicą fizjologiczną są tu organizmy, które mogą da-

wać ze sobą potomstwo, np. koń i osieł, zając i królik etc. O ile więc przeszczepianie nowotworów złośliwych udaje się w sferze jednego gatunku, o tyle jest nieziszczalnem przy szczepieniu z człowieka na jakiegokolwiek zwierzę.

Następnie B. poddaje krytyce wyniki dotychczas ogłoszone w literaturze. W znacznej większości stwierdzono wynik zupełnie ujemny, w wielu zaś wypadkach powstawały guzy, mylnie uważane za złośliwe, posiadające wszystkie cechy tworów zapalnych, t. zw. *granulom*. Dotychczas nie ogłoszono ani jednego wypadku bez zarzutu przeszczepienia nowotworu złośliwego z człowieka na zwierzę.

Doświadczenia B. wypadły również wszystkie ujemnie. Materiałem do szczepień służyły guzy sutki (*carc. simplex*, *scirrhoticum*, *medullare*, *sarcome fusocellulare* i *cystocarcinoma*) miejscem szczepienia był nadcięty głęboko brzeg wątroby królika. W jednym wypadku B. wstrzyknął do żyły jarmowej płyn z otrzewnej przy mięsaku jajnika raz zaszczepił mięsak barku podskórnie. Zaszczepione do wątroby kawałki nowotworu powiększyły się, tworząc torbiele wypełnione mlecznym płynem wielkości jabłka, w jednym wypadku otrzewna była usiana guzikami wielkości grochu. Niekiedy zaś powiększenia nie zauważono.

We wszystkich wypadkach badania histologiczne stwierdziło wyłącznie zmiany wsteczne. Powiększenie się guzów zależało od wtórnej infiltracji i t. zw. króliczego zapalenia serowatego. Guziki na otrzewnej odnosiły się do kategorii produktów zapalnych. Sąsiednia tkanka wątroby wykazywała zmiany zanikowe z wybitnem bujaniem przewodów żółciowych rozrastających się w skupienie komórek podobne do gruczolaków.

[Autoreferat].

W dyskusji: Prof. KRYŃSKI. Sprawa przeszczepialności raka i związana z nią ściśle sprawa etyologii nowotworów złośliwych od lat piętnastu bardzo żywo zajmuje umysły badaczy. Powstały specjalne instytuty do badań, wydawane są czasopisma tej tylko poświęcone kwestyi. Odnośną literaturę liczyć możemy już na tysiące prac. Dziś dzięki badaniom tym kwestya przeszczepialności raka została rozstrzygnięta twierdząco. Otrzymywane początkowo wyniki ujemne zależały tylko od wadliwej techniki doświadczeń; obecnie przy ulepszonem postępowaniu przeszczepianie cząsteczek raka z jednego ustroju na drugi udaje się w zupełności; przeniesione cząstki nowotworu przyjmują się w nowem miejscu i mogą czas pewien tam się rozwijać. To jednakże samo przez się nie rozstrzyga jeszcze kwestyi możności wywoływania drogą przeszczepiania — raka, jako postaci

chorobowej,—a więc nowotworu rozrastającego się, zajmującego tkanki sąsiednie i tworzącego przerzuty. Dodatni wynik przeszczepienia jest zrozumiałą a priori wobec tak często stosowanych obecnie w chirurgii z powodzeniem przenoszeń kawałków różnych tkanek, jak naskórka, skóry, ścięgien, kości, nerwów, a nawet całych narządów (nadnercza, jajniki) w tym samym ustroju lub z jednego na drugi; samo więc to nie wystarcza jeszcze tembardziej, że przeszczepione cząsteczki nowotworu po dłuższym czasie, pomimo początkowego rozwoju w nowym miejscu, ulegają przemianie wstecznej i wessaniu. Niezbędne jest przeto otrzymanie w nowym ustroju takiego obrazu nowotworu złośliwego, jaki istniał w ustroju macierzystym — i to stanowi obecnie punkt ciężkości całej sprawy.

Kol. Prelegent przedstawił wyniki swych w tym kierunku doświadczeń na królikach. Wyniki te wypadły wszystkie ujemnie, winą zaś tego jest przedewszystkiem błędne postawienie badań wśród warunków najmniej rokujących nadziei powodzenia. A więc pierwszym błędem był wybór rodzaju zwierząt do doświadczeń.

Jak już wiadomo dziś na podstawie tych setek i tysięcy dokonanych przez różnych autorów badań, wynik przeszczepienia jest tem pewniejszy, im bliżej siebie w szeregu zoologicznym stoją obadwa ustroje, użyte do doświadczenia — ten, z którego się bierze nowotwór i ten, na który się go przenosi. Najlepiej więc jest robić przeszczepianie pomiędzy zwierzętami tego samego gatunku, naprz. z myszy na mysz, z psa na psa; przeszczepianie zaś z człowieka udawało się najprędzej na małpach — wreszcie na bydle, nawet na psach. Przenoszenie, jak to czynił kol. B. z człowieka na królika, przedstawia szanse powodzenia bardzo małe tembardziej, że organizm królików stanowi grunt mało podatny wogóle do rozwoju raka. Drugi błąd polega na wyborze wątroby za teren do wsczepiania cząsteczek nowotworu; o wiele odpowiedniejsze byłyby tkanki innych narządów, jak naprz. gruczoł mleczny, tkanka podskórna, macica i t. d. Nadto jeszcze wątroba królików bywa bardzo często siedzibą rozmaitych procesów chorobowych, zaciemniających przy badaniu obraz otrzymanych zmian w tkance. Potwierdzeniem tego są obrazy preparatów mikroskopowych, przedstawione przez Prelegenta. Uderza w nich przedewszystkiem obfity miejscami wzrost tkanki łącznej międzyzrakowej o mniejszem lub większem nacieczeniu drobnokomórkowem; gdzieniegdzie znów widać ułożone nieprawidłowo, jakby poskręcane szeregi komórek nakładowych, stanowiące zmienione wśród tkanki łącznej przewody żółciowe,

może nadmiernie rozwinięte. Przedstawia to obraz, jaki spotykamy dość często i u ludzi, zmian występujących w wątrobie w przebiegu zapalenia śródmiąższowego (hepatitis interstitialis), obraz, który prawdopodobnie niewiele wspólnego tu miał ze wszczepianiem do wątroby owych cząsteczek tkanki rakowej.

Pomimo ujemnych wyników tej pierwszej seryi doświadczeń należy tylko zachęcać kol. B. do dalszych badań w tej tak ważnej a tak wiele stron ciemnych, wymagających rozjaśnienia, przedstawiającej kwestyi patogenezy raka.

[Autoreferat].

Kol. JANOWSKI zwraca uwagę, że bujanie przewodów żółciowych przy różnych procesach patologicznych w wątrobie zdarza się często i u człowieka. Dla raka nie jest to niczem swoistem.

Kol. REJCHMAN wyraża życzenie, że należałoby wykonać doświadczenie podobne i na innych zwierzętach.

RZĘTKOWSKI uważa zmiany, stwierdzone w wątrobie przez prelegenta, za zmiany zapalne wokoło ciała obcego. Wobec znanego faktu, że w wątrobie królików normalnych znajdowano nieraz zmiany cyrrotyczne, Rz. zapytuje prelegenta: 1) czy często stwierdzał zmiany podobne u królików normalnych; 2) czy podobnych zmian nie udawało mu się wywołać przez zwykłe nacięcie miąższu wątroby i utrudnienie następnego gojenia się rany wątrobowej per primam.

[Autoreferat].

MUTERMILCH Stanisław zaznacza, że doświadczenia prelegenta powiększyły szereg ujemnych wyników, jakie otrzymali również inni autorowie w badaniach swych nad przeszczepianiem raka ludzkiego na zwierzęta. Opisywano wprawdzie pojedyncze pomyślnym jakoby uwieńczone wyniki próby podobnych szczepień, nie są one jednakże naogół dostatecznie przekonujące i nie przyczyniły się do wyświeetlenia patogenezy raka. Zjawisko nieprzeszczepialności raka ludzkiego na zwierzęta tłumaczy się tą okolicznością, że jak wykazały na szeroką skalę prowadzone badania EHRlich'a, BASHFORD'a, BORREL'a i w. innych, rak daje się przeszczepiać jedynie na zwierzęta tego samego gatunku.

Nie udaje się naprz. przeszczepić raka z myszy na szczura. Co więcej nawet tożsamość szczepu danego gatunku stanowi niezmiernie ważny czynnik pomyślności podobnych szczepień. Stwierdzono to naprz. dla raka myszy; na myszach, pochodzących z innej miejscowości odsetka dodatnich szczepień jest znacznie mniejsza. Badania z ostatnich lat, zmierzające do wyświeetlenia niezmiernie ciekawej kwestyi istoty raka i wogóle nowotworów złośliwych, przeprowadzone są obecnie niemal wy

łącznie na materyale zwierzęcym, przeważnie myszach, u których przeszczepianie raka udaje się względnie najczęściej.

Na tej mianowicie drodze zdobyto w ostatnich latach liczne ciekawe fakty, aczkolwiek nie udało się dotychczas niestety stwierdzić, czy rak wywołany zostaje przez swoisty czynnik zakaźny. Cząsteczki nowotworu, pomyślnie np. przeszczepione z jednej myszy na drugą, rosną wyłącznie na koszt własnych komórek, komórki samego ustroju udziału czynnego w procesie tym nie biorą. Dopiero ostatnio opisano kilka przypadków (BORREL, LEWIN), gdzie i komórki macierzyste, t.j. pochodzące z samego ustroju, uległy jak gdyby zakażeniu i wzięły udział w rozroście nowotworu. Fakt powyższy przemawia z dużym prawdopodobieństwem za istnieniem swoistego czynnika zakaźnego, przenoszouego wraz z komórkami nowotworu. Nie ulega wątpliwości, że badania w tym kierunku prowadzone przyczynią się w niedalekiej przyszłości do wyświeetlenia licznych ciemnych dotychczas stron nauki o nowotworach złośliwych.

[Autoreferat].

W odpowiedzi B. oponuje raz jeszcze przeciw możliwości przeszczepiania guzów na organizmy różnego gatunku, uzasadniając tezę tę zestawieniem najnowszych poglądów na etyologję guzów złośliwych z teorią pasorzytniczą. Króliki zostały wybrane, jako najwygodniejszy materiał do szczepień, uznanych już zresztą a priori za niemożliwość.

Zmian w wątrobie B. za swoiste zupełnie nie uważa, takie same bujanie przewodów można otrzymać przy zaszczepianiu obcego ciała, widywał je również B. i przy coccidiasis u zająca i królika. U człowieka sprawa taka powstaje rzeczywiście przy zaniku wątroby, atrophie plane et cirrhosis hepatis.

O literaturze przeszczepiań w sferze jednego gatunku nie wspominał, bo nie odnosi się to do tematu pracy.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Gabszewicz*.

Pom. sekretarza *T. Wilczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dn. 18 maja 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 7.

- T r e ś ć:
- 1) SOKOŁOWSKI i A. TUCHENDLER: Przypadek pozornej lymphadenitis cervicalis (pokaz).
 - 2) STARKIEWICZ i EIGER: Przypadek tętniaka aorty z zamknięciem światła tętnicy bezimiennej i z zarośnięciem górnej żyły głównej (pokaz).
 - 3) MUTERMILCH Stanisław: Pokaz preparatu laseczników gruźliczych barwionych metodą GASIS'a.
 - 4) ŁAPIŃSKI W. i KOZERSKI A.: Gruźlica żuchwy i gruczołów—przypadek wyleczony promieniami ROENTGEN'a (pokaz).
 - 5) Wiceprezes O. HEWELKE: Metoda genealogiczna w medycynie.
 - 6) KONWERSKI: Emanacya radu w lecznictwie.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki Towarzystwa kol. Wł. JANOWSKI nadesłał „Teodor Dunin“, wspomnienie pośmiertne wypowiedziane w dn. 1 kwietnia r. b. na posiedzeniu Wydziału Matematyczno-Przyrodniczego Towarzystwa Naukowego Warszawskiego.

Sekretarz stały, dr med. SOKOŁOWSKI i Antoni TUCHENDLER, przedstawiają chorego 22-letniego młodzieńca dotkniętego gruźlicą płuc i kiszek, u którego przy badaniu ubocznie zauważyli na karku twór, imitujący do złudzenia i pod względem umiejscowienia i konsystencji—zapalenie gruczołów chłonnych karkowych. Trudno było w danym przypadku orzec, że sprawa ta jest pochodzenia sztucznego—wywołana w celu uwolnienia się od wojska. Przypadek powyższy poucza: na jakie pomysły wpadają symulanci i jaki kłopot nastęrcza się lekarzom np. wojskowym lub sądowym dla prawdziwego rozpoznawania spraw chorobowych, sztucznie wywołanych.

STARKIEWICZ i EIGER przedstawili preparat anatomiczny tętniaka aorty, który doprowadził do zamknięcia światła pnia tętnicy bezimiennej oraz do zupełnego zarośnięcia górnej żyły głównej.

Przypadek dotyczył chorego 59-letniego, alkoholika, od lat 4-ch doznającego duszności i bólów w karku i piersiach. Przy badaniu w oddziale K. CHEŁCHOWSKIEGO stwierdzono w dniu 10/V b. r. co następuje:

Stan bezgorączkowy. Uderzająca sinica twarzy i kończyn. Twarz i szyja nabrzmiała; szyja niemal tej objętości, co głowa. Nabrzmienie żył szyjnych. Na klatce piersiowej i brzuchu węzłowe rozszerzenia żył, wikłających się pomiędzy sobą. Dwa główne pnie przebiegają wężykowato, równoległe do siebie, wzdłuż brzucha i klatki piersiowej, odpowiednio do przebiegu żyły nabrzusznej powierzchownej i żyły sutkowej. Pomiędzy nimi, ponad pępkiem i wyżej na klatce piersiowej, bocznicę poprzeczną.

Z tyłu na plecach dwie drobniejsze żyły obok i równoległe z górnymi kręgami grzbietowymi, uwidoczniające się wyraźniej, wraz z ogólną marmoryzacją skóry, po kaszlu i wogóle po wydłużonym wydechu.

Prąd krwi w rozszerzonych żyłach trudny do określenia; wydaje się, że i z góry na dół i w kierunku odwrotnym.

Tętno w prawej tętnicy promieniowej, tętnicy ramieniowej, a również w skroniowej, żuchwowej i szyjnej — niewyczuwalne; ślad tętnienia w tętnicy pachowej. Z lewej strony tętno małe, miękkie, 96 na minutę. Hydrothorax dextr. Serce opuszczone, tony czyste. Na mostku i z obu stron poza nim tępość opukowa, szerokości 4—5 palców. W 2-em i 3-em międzyżebżu lewem słabe tętnienie. Z tyłu między łopatkami, obok kręgosłupa i na kręgosłupie tępości opukowej brak. Drobne objawy zastoinowe. Zaburzeń źrenicowych, również porażenia nerwu zwrotnego brak.

Mocz zastoinowy, bez białka i bez cukru. Rentgenoskopia okazała w miejscu aorty cień tętnicy okrągłej postaci, zajmujący niemal całą przestrzeń klatki piersiowej. Przy badaniu ciśnienia krwi za pomocą tonometru GÖRTNERA stwierdzono w palcach prawej ręki (bez tętna) ciśnienie pomiędzy 10 a 15-tu mm. rtęci, w lewej 60 do 65-iu. Chory zmarł dn. 12/V b. r. Badanie pośmiertne okazało olbrzymi worek tętniczy w miejscu aorty wstępującej, silne rozszerzenie jej łuku i części zstępującej. Wejście do tętnicy bezimiennej wybitnie zwężone; brzeg zewnętrzny wejścia, przyciągnięty do wewnętrznego, tworzy fałdę, zamykającą doszczętnie światło naczynia. Po przecięciu pnia tętnicy światło jej na przestrzeni 4 ctm. znaleziono zwężone

i wypełnione skrzepem krwi przyżyciowym w okresie organizacyi. Ściana aorty usiana owrzodzeniami, wśród nich liczne blizny. U szczytu worka tętniczego wielki skrzep przyżyciowy, zamykający do t. bezimiennej. Z zewnętrzną powierzchnią worka tętniczego na przestrzeni 10 ctm. zrasta się silnie żyła główna gorna. Poczynając od zastawki żyły podobojczykowej aż do miejsca przejścia listka ściennego osierdzia w trzewny żyła główna stopniowo się zwęża i w miejscu przegięcia osierdzia, na przestrzeni 2—3 mm., zarasta całkowicie. Ściana żylna zgrubiała i pokryta blaszkami ateromatycznymi. Wejście do żyły od strony przedsionka rozszerzone. Górna jej ściana ponad miejscem zarośnięcia wypukłona w postaci woreczka głębokości 2 ctm.

Wejście do żyły głównej dolnej rozszerzone.

W innych narządach zmiany zastoinowe.

S. podkreśla niesłychaną rzadkość powyższych powikłań tętniaka aorty. Wobec zupełnego zarośnięcia żyły głównej górnej krew z górnej części ciała sphywać mogła do serca jedynie za pośrednictwem żyły głównej dolnej. Ku niej też niezawodnie kierowały się wspomniane rozszerzenia żyłne, stanowiące kompensacyjne krążenie oboczne.

Przyypuszczaćby można, że kombinacya powyższych powikłań (zarośnięcie żyły głównej i zamknięcie światła tętnicy bezimiennej) była może pomyślniejsza dla ustroju, niż gdyby istniało samo tylko zarośnięcie żyły głównej: ustrój bowiem łatwiej mógł pokonać przeszkodę w krążeniu żylnem w warunkach, jak powyższa, przy których głowa, główna część tułowia i kończyny górne otrzymywały mniejszą ilość krwi, niż bywa prawidłowo.

[Autoreferat].

MUTERMILCH Stanisław demonstruje preparat laseczników gruczołowych, barwionych metodą Demetriusa Gasis'a (z laboratorjum polikliniki Senatora). Jak wiadomo, odróżnianie laseczników gruczołowych od innych kwasoodpornych, jak nprz. laseczników smegmy i in., przedstawia niekiedy duże trudności. Trudności te zachodzą nietylko przy badaniu moczu, lecz również i przy badaniu płwociny, w której znajdowano rozmaite kwasoodporne nieswoiste laseczki. Znane są w literaturze dość liczne przypadki mylnego rozpoznania gruczołicy zarówno narządów moczowych, jak płuc na zasadzie znalezionych laseczników kwasoodpornych nie gruczołowych jednakże, jak wykazało dokładniejsze badanie. Kolega **MUTERMILCH** miał sposobność przedstawiania w Tow. Lek. przed dwoma laty płwociny, w której znajdowały się bardzo liczne laseczki kwasoodporne niegruczołowe. W przypadku tym, dotyczącym chorego z ozaeną w płucach żadnych zmian nie było.

Przy zwykłym badaniu płwociny tego samego chorego metodą ZIEHL-NIELSEN'a poprzednio kilkakrotnie mylnie stwierdzano obecność laseczników gruźliczych.

Ogłoszono liczne sposoby odróżniania laseczników gruźliczych od innych kwasoodpornych. Wszystkie te metody polegają na odbarwianiu w kwasach i w alkoholu absolutnym. Do najprostszych metod należy sposób odbarwiania 3% HCl w alkoholu absolutnym (sposób HONSELL'a). Wszystkie te metody jednakże niekiedy zawodzą; zdarzają się bowiem laseczники smegmy i t. p. nieodbarwiający się dotąd żadną z opisanych dotychczas metod. Z drugiej strony wiadomo, że same laseczники gruźlicze niekiedy nie wykazują cech odporności na kwasy.

Metoda podana przez D. GASIS'a zasadza się na innej zgoła własności laseczników gruźliczych, odkrytej przez tego autora, mianowicie na odporności na alkalia. Cecha ta ma być swoistą wyłącznie dla laseczników gruźliczych. Sposób barwienia jest następujący: Preparat barwi się eozyną; odbarwia się ługiem sodowym i podbarwia roztworem błękitu metylenowego. (Sposób przygotowania barwników oraz metodykę barwienia p. Berl. Klin. Woch. 1909, Nr 18).

Sposób ten jest, zdaniem autora, niezawodny: nietylko pozwala on odróżniać napewno laseczники gruźlicze od laseczników smegmy i innych, lecz nadto udaje się niekiedy zapomocą tej metody wykryć laseczники gruźlicze wówczas, gdy zwykle metody zawodzą, zwłaszcza w przypadkach gruźlicy dróg moczowych oraz w początkowych okresach gruźlicy płuc. O ile przyszłe badania potwierdzą słuszność tych poglądów, metoda ta okaże się bezwątpienia bardzo pożyteczną i być może pozwoli w niejednym przypadku uniknąć potwierdzenia rozpoznania gruźlicy za pomocą szczepień na świnkach morskich, jak dotychczas się praktykowało.

[Autoreferat].

W. ŁAPIŃSKI i A. KOZERSKI przedstawili 15-letniego ucznia, wyleczonego z gruźlicy żuchwy i gruczołów szyjnych promieniami ROENTGEN'a.

J. S. w dzieciństwie—zołzowaty; ojciec umarł przed paru laty na gruźlicę kręgosłupa, starszy brat umarł przed laty kilku na wieloogniskową gruźlicę kości i gruźlicę otrzewny, starsza siostra cierpi na gruczoły szyjne. W połowie marca 1907 r. z powodu bólu zęba miał wyjęty ząb trzonowy dolny ze strony lewej (obrzmienia w okolicy szczęki nie było); po upływie 3-ch tygodni zaczęła zwolna obrzmiewać lewa połowa żuchwy i policzka, otwieranie ust było utrudnione, podwyższenia ciepłoty nie było.

W takim stanie chory w połowie kwietnia 1907 r. po raz pierwszy zwrócił się do ŁAPIŃSKIEGO.

Wspomniane wyżej objawy zaczęły się stopniowo wzmacniać, obrzmieniu uległy zwłaszcza lewy kąt żuchwy, jej gałąź pozioma do okolicy kła, oraz gałąź wstępująca aż do stawu, szczękocisk zwiększył się znacznie: choremu pomiędzy siekaczami można było wprowadzić zaledwie trzonek łyżeczki na płask; ciepłota wciąż nie podwyższona.

W połowie maja 1907 r. nieco niżej stawu żuchwowego utworzyło się ognisko chełbocące, wielkości czterogroszniaka. Ł. trzykrotnie w odstępach kilkudniowych robił nakłucia ogniska (otrzymano dość rzadką ropę ze strzępkami) i zastrzykiwał zawiesinę jodoformową; gdy zaś skóra w okolicy ogniska stawała się coraz cieńszą i siną i groziła pęknięciem Ł. W końcu maja 1907 w uspieniu chloroformem otworzył i oczyścił rozmiękła ognisko kostne w górnej części gałęzi wstępującej żuchwy. Przebieg pooperacyjny-bezgorączkowy, chłopiec z niezgojoną raną w początkach lipca wyjechał na wieś. We wrześniu 1907 stan chorego był następujący: w miejscu nacięcia—mała przetoka, ropiejąca skąpo, obrzmienie w okolicy kąta żuchwy — bez zmiany: zniekształcenie twarzy—wielkie, otwieranie ust — swobodniejsze, wprowadzić się dawał trzonek łyżeczki w poprzek. Na jesieni tegoż roku zaczęły obrzmiewać gruczoły z lewej strony szyi, jeden gruczoł rozmiękł i pękł: pozostała przetoka. W takim stanie chory przetrwał zimę.

27/II 1908 r. Łapiński, nie decydując się jeszcze na zabieg radykalny, zwrócił chorego do zakładu A. KOZERSKIEGO w celu rentgenowania zajętych okolic. Większa część lewego policzka była wówczas zajęta przez twarde nacieczenie, z kością zrosłe, przechodzące na szyję aż poniżej kąta żuchwy. Wśród nacieczenia sączyła się rzadka ropa z dwóch przetok. Jedna z nich znajdowała się poniżej stawu żuchwowego, druga na szyi poniżej kąta żuchwy. Cztery gruczoły wielkości fasoli i większe można było wyczuć poniżej przetoki szyjnej.

20 i 21/III 1908 naświetlono (po 4H) naciek i gruczoły. Już po 18 dniach bo 9/IV nacieczenie zmniejszyło się znakomicie, a przetoka na szyi zablizniła się.

11 i 13/IV znów naświetlono (po 5H) przez filtr. 2/V, czyli po 2 tygodniach gruczoły już były niewyczuwalne. 4 i 6/V dano znowu po 5H.

16/VI infiltrat na szyi znikł zupełnie. Na policzku stopniał do nieznacznego krążka naokoło przetoki. 16/VI naświetlono tylko policzek, stosując 5H z filtrem, poczem chory wyjechał na wakacje, podczas których przetoka zagoiła się.

2/X 1908 naświetlono ostatni raz, już tylko zapobiegawczo, gdyż ani nacieku, ani przetoki policzka nie było. Naświetlań dokonywał kol. GÓRKIEWICZ.

Obecnie zniekształcenie i asymetria twarzy znikła, otwieranie ust normalne. Stau taki normalny trwa już prawie 11 miesięcy.

KARWACKI. *Coccobacillus fusiformis*. We wstępie do swego pokazu kol. KARWACKI zaznaczył, że badania przyczynowe w przypadkach posocznicy nie cieszą się rozpowszechnieniem wśród ogółu lekarzy warszawskich, natomiast zupełnie niezastępowana jest surowica przeciwpacjorkowca bez sprzedanego badania krwi.

Następnie prelegent przeszedł do omówienia 4 przypadków posocznicy, z których wyhodował nieopisaną dotąd postać pasorzytniczą.

Cechą wspólną owych przypadków było zaburzenie kiszki, jako początek sprawy, oraz nieregularna przepuszczająca postać gorączki.

Pasorzyty rosną dobrze na podłożach surowicznych zarówno tlenowych, jak beztlenowych. Przedstawiają się w początkach w postaci grubych, pękatych lasek i owalnych ziarn.

Z biegiem czasu większość form na pożywce przedstawia się w postaci ziarn, w mniejszości okazują się długie, grube, wygięte nitki, zastrzone na końcach. Nitki z czasem rozpadają się na oddzielne ziarniste segmenty. Kształt postaci nitkowych, przypominających powiększone laseczniki VINCENT'a, spowodował nazwę tej odmiany *Coccobacillus fusiformis*, jaką ochrzcił ją prelegent.

W dyskusji, toczącej się wyłącznie na temat wstępu, kol. KARWACKI odpowiada MUTERMILCHOWI, że zanieczyszczenia gronkowcowe w czasie posiewów krwi przy należytej technice nie powinny mieć miejsca, i wskazuje metodę odróżniania owych zanieczyszczeń przypadkowych od pasorzytów swoistych.

W dyskusji MUTERMILCH Stanisław zgadza się z twierdzeniem prelegenta o zbyt małym rozpowszechnieniu bakteriologicznych badań krwi. Badania podobne w licznych przypadkach bezwątpienia mogą wyświecić sprawę chorobową; do badań podobnych jednakże krew brana być winna w y ł ą c z n i e z ż y ł y (wenepunkcja). Na usprawiedliwienie pewnej niechęci, jaką wykazuje ogół lekarzy względem bakterjologicznych badań krwi, powiedzieć można to, że bardzo często pomimo niewątpliwiej sprawy septycznej - badanie krwi daje wynik ujemny. Z drugiej strony nie można w razie otrzymania wyniku dodat-

niego z absolutną pewnością wyłączyć możliwości przypadkowego zanieczyszczenia. Dotyczy to zwłaszcza przypadków znalezienia przy badaniu krwi stafilokoków. To też nie należy ograniczać się do jednorazowego badania krwi, lecz konieczne powtarzać je kilkakrotnie, co, rozumie się, jest możliwe niemal wyłącznie na oddziałach szpitalnych.

Mówca zapytuje prelegenta, w ciągu jakiego okresu czasu spostrzegł on opisane cztery przypadki zapalenia opon mózgowodzeniowych, wywołanego przez nowy drobnoustrój chorobotwórczy oraz na ile wogóle zbadanych przez prelegenta przypadków zapalenia opon mózgowodzeniowych przypadają omawiane cztery przypadki.

Prelegent odpowiada, że omawiane cztery przypadki spostrzegł w okresie 1 $\frac{1}{2}$ rocznym.

[Autoreferat].

O. HEWELKE. Metoda genealogiczna w medycynie.

Zwrot w badaniach genealogicznych, jaki nastąpił w tej nauce dzięki ożywieniu jej przez wprowadzenie do niej myśli przyrodniczej, nie powinien ujść uwagi świata lekarskiego i medycyny, który korzysta z usług genealogii przy badaniu spraw dziedziczności. Na zaproponowaną przez LORENZ'a zmianę metody badania genealogicznego zwraca szczególną uwagę MARTIUS. Jest to badanie według tablicy przodków (Abnentafel) która obejmuje całość masy dziedziczenia, jaka dotyczy badanego osobnika, podczas gdy dotychczasowe badanie obejmowało zaledwie część odnośnych wpływów. Ztąd to wszystkie dotychczasowe prace lekarskie o dziedziczeniu—wymagają całkowitej rewizji.

Już samo rozpatrzenie się w szematycznej tablicy przodków pozwala na pewne ważne wnioski; a mianowicie, że rodzina społeczno-prawna nie może być uważana za jednostkę biologiczną, gdyż jest tylko punktem węzłowym krzyżowania się wpływów różnych rodów i rodzin. Następnie dotychczasowe badanie według rodowodu i drzewa genealogicznego okazuje się bardzo ułamkowym, podobnie, jak i badanie według tablicy zstępnych.

W dalszym ciągu prelegent zwraca uwagę na fakt t. zw. u t r a t y p r z o d k ó w, przyczem dotyka kwestyi t. zw. kazirodztwa, która biologicznie sprowadza się właśnie do największej utraty przodków, oraz na pojęcie w y g a s a n i a r o d ó w, które, według LORENZA, nie znajduje uzasadnienia biologicznego, a opiera się tylko na genealogji rodzaju męskiego. Przy omawianiu t. zw. rysów i cech rodowych prelegent, polemizując z LORENZEM, nie widzi, aby kwestya ta była tak stanowczo rozstrzygnięta na korzyść pierwiastku męskiego, jak to

się powszechnie utrzymuje. Dzieje się to zapewne pod wpływem patryarchalnego ustroju naszych społeczeństw i myśli apriorystycznej odnośnych badaczy.

Według tablicy przodków taką samą ciągłość rysów można by wykazać i w linii macierzystej, tylko, że brak odnośnego materiału.

Uznając, że praktyczne korzyści z nowej metody badania genealogicznego mogą być osiągnięte tylko przy obecności odpowiedniego materiału, zebranego przez szereg pokoleń, prelegent proponuje zapoczątkowanie takiej pracy już dziś, aby mogły z niej korzystać przyszłe pokolenia.

W końcu prelegent stawia pytanie: czy dziedziczność może być uważana — w ścisłym pojmowaniu według teorii poznania — za moment etjologiczny, jak to ma miejsce w pojęciach współczesnej patologii i przychodzi do wniosku ujemnego.

W każdym razie badanie genealogii ludzkiej nie może uważać za swoje zadanie — ostatecznego rozwiązania zagadnienia dziedziczności, które wkroczą w dziedzinę biologii i stanowi przedmiot genealogii filogenetycznej.

[Autoreferat].

ŻURAKOWSKI Aleksander, stojąc na gruncie czysto biologicznym, nie zgadza się z prelegentem, by w stuleciu ubiegłym nie dokonywano badań nad dziedzicznością; owszem, dokonywano ich, lecz w kierunku odwrotnym, t. j. w kierunku descendentów, co sprawia, że wyniki tych badań są niezmiernie ścisłe, o wiele ściślejsze, niż wyniki badania przodków. W sensie biologicznym oba kierunki badania mają jednakowe, oczywiście, znaczenie.

Co do znaczenia kazirodu, to w tej sprawie należy być bardzo ostrożnym. W świecie roślinnym — u roślin jawnokwiatowych — jest ono niemożliwe. W świecie zwierzęcym, jeśli weźmiemy dwie najwyższe grupy, t. j. owady i kręgowce, spostrzegamy, że u najwyższych owadów np. u pszczoł kazirodu jest zjawiskiem stałym. Natomiast u kręgowców nie przejawia za jego pożytkiem. Przeciwnie t. zw. rasy szlachetne zwierząt domowych mogą uchodzić za bardzo dobry przykład szkodliwości kazirodu dla gatunku, rasy bowiem szlachetne są to zawsze rasy zwyrodniałe, mało odporne, pozbawione możliwości prowadzenia normalnej walki o byt zarówno gatunku, jak osobnika.

Ż. nie sądzi wreszcie, by coś stało na przeszkodzie t. zw. dziedziczeniu usposobienia do chorób. Że się „choroby“ nie dziedziczą, a co najwyżej zarazki, to nie ulega wątpliwości, ale

usposobienie do pewnych chorób, które jest przecież pewną cechą somatyczną może się dziedziczyć tak samo, jak wszelka inna cecha somatyczna.

MUTERMILCH Stanisław zaznacza, że dziedziczenie pewnych cech bądź fizycznych, bądź duchowych odgrywa niewątpliwie bardzo dużą rolę w patologii ludzkiej. Dziedziczy się usposobienie nie tylko do chorób nerwowych i umysłowych, lecz również do cierpień pewnych narządów, do chorób przemiany materii i t. d. Posiłkowanie się w podobnych przypadkach dokładnymi danymi genealogicznymi jest rzeczą dalekiej jeszcze przyszłości, bo nie tylko dokładnych drzew genealogicznych dotychczas prawie że nie posiadamy, ale i krytyczna ocena podobnego drzewa jest rzeczą wcale nie łatwą i niezmiernie skomplikowaną. To też w praktyce codziennej musimy na razie zadowolnić się metodą pośrednią, zwracając uwagę przede wszystkim na rodzeństwo chorego, t. j. braci i siostry, oraz kuzynów i, o ile to możliwe, na rodzeństwo ojca i matki.

[Autoreferat].

HIGIER zwraca uwagę, że idee historyka LORENZ'a o znaczeniu badań genealogicznych propagował najbardziej wśród lekarzy MARTINO w swoich artykułach i w dziele o patogenezie chorób wewnętrznych. Aczkolwiek upłynęło dopiero 10 lat od ukazania się w druku podstawowej pracy LORENZ'a, Niemcy posiadają swoje specjalne pismo, poświęcone tej sprawie (Archiv für Rassen — und Gesellschaftsbiologie) oraz specjalną instytucję (Zentralstelle für Personen—und Familien Geschichte). Badań dokładnych posiadamy niewiele: BRACHER'a = dom panujący Valois, LORENZ'a = rodzinę Wilhelma II, STROHMAYER'a = tablicę rodowodową Leopolda I i Karola II do VI, tegoż autora = badanie rodziny prywatnej za okres 180 lat i JÖRGER'a — także badanie rodziny prywatnej. Zdaniem HIGIER'a prelegent nie uwydatnił należycie różnicy między tablicą przodków (Ahnentafel) i drzewem rodowodowym (Stammbaum). Przyszłość genealogii racjonalnej zdaje się leżeć w studyach jedynie tablicy przodków. Podstawą każdej kwestyi dziedziczenia musi być ściśle dowiedziona przyczynowość genealogiczna tablicy przodków. Obecne pojęcie „rodziny“ o cechach patryarchalnych jest również fikcyjne, jak „rodzina“ o cechach wyłącznie matryarchalnych. Jurysdykcya daje sobie radę z tem pojęciem, biologja zaś nie.

Również paradoksem jest pojęcie rodziny „bogatej w przodków“. Rodziny arystokratyczne, bogate w przodków, są w rzeczywistości najbiedniejsze pod tym względem, gdyż w nich najczęściej małżeństwa się odbywają między blisko spokrewnionymi członkami rodziwy (t. zw. utrata przodków, A h n e n v e r

l u s t). Kwestya kazirodztwa wśród zwierząt lub w dynastyi Ptolomeuszów nie rozstrzygnęła ostatecznie sprawy małżeństw pokrewieńczych. Dwa bieguny przeciwległe, reprezentowane w genealogji, stanowią: A m p h i m i k ó w WEISSMAN'a i A h n e n - v e r l u s t LORENZ'a. Pierwsza, dzięki najróżnorodniejszym konstellacyom w układzie chromosom komórek rozrodczych rodzicielskich gwarantuje nieskończoność odmian i typów, druga dzięki utracie ciągłej przodków i różnym postaciom kazirodztwa gwarantuje stałość pewnych typów rodzinnych. Wymieranie rodów jest absurdem. Rozróżnianie chorób rodzinnych obok dziedzicznych jest w samej rzeczy również nielogicznym. Z załączonej tablicy widać, że na 10,000 małżeństw potomek w 2 zaledwie wypadkach dziedziczy własności wyłącznie jednego rodzica, natomiast w 2,200 wypadkach—obu rodziców w równej mierze. Dotychczasowe badania genealogiczne nie mają żadnej wartości naukowej ze stanowiska biologicznego, nie mówiąc już o tem, że często nie rozróżniano samej choroby od usposobienia do niej, nie uwzględniano różnicy między czynnikami wewnątrz — i z z e - w n ą t r z z p o c h o d n y m i (*exo — i endogen*), korzystano jedynie z metody statystycznej, prowadzącej często na manowce. Błąd logiczny w tego rodzaju dociekaniach statystycznych nie zmniejsza się dzięki wielkiej liczbie obserwacyj, lecz przeciwnie potęguje się. Tem się tłumaczy, że niektórzy poważni psychjatrzy notują 30%, drudzy wyżej 70% dziedziczności w swoim materyale klinicznym. Dziedziczność boczna z linii kollateralnej jest również paradoksem. W badaniach ścisłych SOMMER'a, JÖRGER'a, STROHMAYER'a brali udział kronikarz, historyk, nauczyciel, lekarz domowy i zakładowy, dzięki czemu zdobywano dokładny materyał dotyczący 5 do 7 pokoleń. Działanie dziedziczności nie zależy wyłącznie od ciężkości obarczenia przodków, czasem wchodzi w grę czynnik rodziny, neutralizujący zupełnie wpływ niepomysłny obarczenia (*dispositio, immunitas*). Ważniejszą rolę odgrywają dla potomstwa szanse tablicy rodowodowej wogóle, niż mniejsza lub większa odległość i mniejsza lub większa wybitność i natężenie cech patologicznych bezpośredniego spadkodawcy. Sprawa atawizmu przedstawia się zupełnie jasno, gdy się studjuje np. rodowód dynastyi Ptolomeuszów lub dynastyi Valois. Na przykładzie wargi habsburskiej u obecnego króla hiszpańskiego Alfonsa XIII, pochodzącego z linii Habsburgów i Wittelsbachów, HIGIER dowodzi słuszności swoich twierdzeń.

[Autoreferat].

L. LUBLINER zaznacza, że już w roku 1888/9 lekarz polski z Podola, dr Antoni ROLLE opisał cały szereg spostrzeżeń wła-

snych dotyczących rodzin szlachty podolskiej i wykazał genealogicznie wpływ dziedziczny w cierpieniach umysłowych. Jestto przeto praca w języku polskim napisana na wiele lat przed pracami cytowanymi przez prelegenta w poruszonej przezeń kwestyi. W kwestyi zaś dziedziczności mamy dane, odnoszące się do gruźlicy płuc w statystyce dra A. SOKOŁOWSKIEGO, który wykazał (na materyale 8 tysięcy przypadków), że dziedzicznie obarczonych suchotami jest 25⁰/_o.

[Autoreferat).

KOWERSKI odczytał rzecz p. t. „Emanacja radu w lecznictwie”.

Emanacją radu nazywa się jeden z produktów przemiany atomów radu, który składa się z cząsteczek nietrwałych, a przemiany tych ostatnich, następując po sobie, są czasami na drodze ku formom stałszym materyi. Emanacja jest gazem bezwładnym chemicznie, o wysokim ciężarze cząsteczkowym i temperaturze zgęszczenia około -150°C . Własnościami swemi zbliża się do gazów grupy argonu (jednoatomowych) posiada powinowactwo do ciał naelektryzowanych ujemnie na podobieństwo promieni x , wydzielanych przez radjum. Gaz ten ulatnia się, osiada na ciałach stałych na ich powierzchni, miesza się z ciałami płynnymi i gazowymi w stosunkach rozmaitych. Rozpowszechniony bardzo, znajduje się w powietrzu zagłębień i szczelin skorupy ziemskiej, skąd dyfunduje do atmosfery i przesącza się do wód globu ziemskiego.

Badania uad działaniem fizjologicznem emanacji radu stwierdzają wpływ jego utleniający i wzmagający przemianę materyi.

Prelegent opisał przyrząd do określania ilości emanacji w wodach mineralnych, przedstawił sposób mierzenia t. zw. jednostek emanacji; za jednostkę przyjmuje się ilość emanacji, wywołująca spadek listków elektroskopu, odpowiadający wyładowaniu 1 volty na godzinę i na liter wody. Jest to jednostka МАН'а. Dalej mówca podał liczbę takich jednostek przy stosowaniu emanacji radowej a postaci wdechanego powietrza, kąpieli do wewnątrz; wreszcie — wspomniał o wskazaniach do podawania ego produktu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Gabszewicz*.

Sekretarz *Antoni Majewski*.

Posiedzenie kliniczne z dn. 25 maja 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 59 i gości 4-ch.

- T r e ś ć :**
- 1) **EIGER:** Trypanosoma NAGANA (pokaz).
 - 2) **STARKIEWICZ:** Pokaz rysunku krążenia obocznego żylnego w przypadku zarosnięcia żyły głównej górnej (p. protokół posiedzenia z dn. 18 maja 1909 r.).
 - 3) **KARWACKI:** Ciekawy przypadek zapalenia opon mózgowych (pokaz).
 - 4) **KON:** Gangrena płuc po odrze (pokaz).
 - 5) **JASTRZĘBSKI:** Pokaz w sprawie rozpoznawania grzybnicy włosów (pokaz).
 - 6) **KOZERSKI:** Pokaz obrazów, jako dopełnienie odczytu o dawkowaniu promieni ROENTGEN'a.
 - 6) **LUBLINER:** Wpływ ciąży na przebieg suchot krtani i płuc.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: GRYGLEWICZA, JASTRZĘBSKIEGO, MESZA i Leona ZAMENHOFA.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali: 1) Komitet budowy Szpitala Starożakonych — egzemplarz swej „Księgi pamiątkowej”. 2) Kol. NEUGEBAUER—tom IX. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. Dra M. HIRSCHFELD'a. 3) Kol. Cz. OTTO pracę swą p. t. „Arterioskleroza u zwierząt i jej stosunek do arteriosklerozy u ludzi.

Kol. **EIGER:** Pokaz żywych i barwionych świdorców NAGAN'a (Trypanosoma NAGANA).

Świdrowce należą do pierwotniaków, ściślej do wiciowców. Mają kształt ryby, przednia część ciała jest spiczasta, tylna zaokrąglona, są one 2—3 razy dłuższe niż czerwone ciałka krwi.

Od przedniej części ciała odchodzi biczyk, w tylnej części znajduje się ciałko biegunowe, pośrodku zaś ciała—jądro.

Przyпускаć należy, że świdorce przenoszone są z osobników chorych na zdrowe przez muchy — *Glossina morsitans*

i *Glossina palpalis*. Sprawa ta jednakże wymaga jeszcze badań dokładnych.

Świdrowce znaleziono dotychczas u szczurów, cieląt, koni, psów, wielbłądów, antylop, małp i ludzi. Aczkolwiek choroba, wywołana przez świdrowce, znaną była wśród murzynów afrykańskich od lat 200 przeszło, jednakże dopiero badania CASTELLANI'ego, DUTTON'a i BRUCE'go rzuciły nieco światła na tę sprawę.

STARKIEWICZ, w uzupełnieniu pokazu swego w dn. 18 r. b., przedstawił rysunek krążenia obocznego żylnego, jakie wytworzyło się u chorego na skutek zarośnięcia żyły głównej górnej.

KARWACKI. Ciekawy przypadek zapalenia opon mózgowych:

K. pokazał dwa preparaty osadu z płynu mózgowego: zabarwiony Ziehl-Neelsen-Gabettem i barwiony Giemszą, oba pochodzące od jednej chorej. Pierwszy preparat zawierał wkluczenia w leukocytach w postaci ziarn i bezkształtnych laseczek, zabarwionych na czerwono, drugi zawierał drobnoustroje w postaci laseczek długości $1\frac{1}{2}$ — 2 mm., leżące poza leukocytami. Co do pierwszych postaci, prelegent uważa je za laseczniki gruźlicze fagocytowane, drobnoustroje zaś zabarwione Giemszą — albo za zmodyfikowane laseczniki gruźlicze (postaci MUCH'a, HERMANN'a), albo za zakażenie wtórne.

Tło, przebieg kliniczny, chemiczne i cytologiczne własności płynu nasuwają rozpoznanie gruźlicy opon mózgowych. Preparaty z drugiego nakłucia rdzenia zawierały wyłącznie limfocyty bez domieszki drobnoustrojów.

Dr. Tadeusz KON: Gangrena płuc po odrze (z demonstracją preparatu drobnowidzowego).

Gangrena płuc, spowodowana przez symbiozę krążków i laseczników wrzecionowatych, należy do przypadków rzadkich albo zgoła nie spotykanych. W danym przypadku symbioza ta wywołana gangreną płuc po odrze u dziecka 8 letniego.

W przebiegu klinicznym na 7-y dzień odry wystąpił, poza objawami odrowemi, faector ex ore, wydzielina śluzowo-ropna na tylnej ścianie gardzieli, obrzęk górnych i dolnych strun głosowych. Na 12 dzień mors. Sekcja wykazała gangrenę lewego płuca.

Skrawek płuca barwiony metodą GIEMZY w roztworze 1 : 10 przez 24 godziny, przedstawiał pod drobnowidzem martwicę płuc, aż do zupełnej zatury tkanki płucnej, obecność laseczników wrzecionowatych i krętków, które w wielu

miejscach dosięgały olbrzymiej ilości; w ogniskach zapalnych przeważały zbiorowiska krętków, lub masy laseczników wrzecionowatych.

Piśmiennictwo, dotyczące danej sprawy wspomina o symbiozie krętków i laseczników wrzecionowatych w zgorzeli szpitalnej (VINCENT, CORONT) i w swoistem cierpieniu gardła (angina VINCENT). Monografię tego cierpienia podał KARWACKI po polsku.

W biegu badań swych nad połączeniami bakteryjnymi, w przebiegu odry tegorocznej, mówca spotkał symbiozę wrzecionowato-krętkową i w drugim przypadku, w którym dała ona zgorzel prostnicy po odrze, również u dziecka.

Badania, przeprowadzone przez VINCENT'a na zwierzętach, wykazały, że symbioza wrzecionowato-krętkowa sama przez się zmian chorobowych nie wywołuje. Ażeby zmiany chorobowe wywołała, należało przedtem zwierzęta poddać głodzeniu, lub tuberkulinizacji. Podciągając i dany przypadek pod ten szczegół, zaznaczyć można, że tutaj czynnikiem depresyjnym była odra.

Barwienie odpowiednim rozcieńczeniem GEMZY może w zupełności zastąpić impregnację srebrem.

[Autoreferat].

JASRTZĘBSKI w sprawie rozpoznawania grzybnicy włosów omówił szczegółowo technikę badania mikroskopowego, przy czem podał skład odbarwiacza własnego pomysłu (jest to mieszanina równych ilości wysoko, gliceryny, olejku anilinowego i eteru). Odbarwiacza tego używać należy celem uwydatnienia obrazów drobnowidzowych. Mówca podaje też technikę posiewu materiału podejrzanego, wreszcie przedstawia hodowle: trichophyton tonsurans (eudotrix, exotrix i mieszany) microsporon (Audoini i lanosum), dalej - Favus, okazy eczematu marginati i trichorrhaxis nodosae, poczem zakończył mówca wskazówkami praktycznymi co do czasu i częstotliwości przesiewania hodowli.

KOZERSKI przedstawił rysunki na epidiaskopie przyrządów i tablic, mających na celu dokładne wymierzenie dawki promieni RENTGEN'a w leczeniu chorób skórnych (epilacja przy favus np.) i powierzchownych nowotworów złośliwych. Pokaz ten był uzupełnieniem odczytu styczniowego prelegenta.

L. LUBLINER. Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani

Zestawiwszy poglądy różnych klinicystów do ostatnich dni w tej ważnej sprawie, prelegent podał 19 spostrzeżeń klinicznych własnych, z których 12-ie chorych zmarło podczas pobytu w szpitalu, 6 wypisało się w stanie nie budzącym żadnej nadziei na poprawę i tylko w jednym przypadku stwierdzić można było poprawę. W dostępnym dla mówcy piśmiennictwie podano 81 pewnych przypadków gruźlicy krtani i płuc podczas ciąży, z których 60 zakończyło się śmiertelnie, w 18 przypadkach dalsze losy chorych nie są wiadome, a w 9 przypadkach znaleziono poprawę.

Tak smutne wyniki badań i spostrzeżeń klinicznych zniewalają przeważną część klinicystów do stawiania kwestyi sztucznego poronienia w takich razach, jako środka, zmierzającego do ratowania życia kobiety. Mówca zestawia w tej sprawie poglądy terapeutów i akuszerów za i przeciw temu zabiegowi i zastanawia się nad możliwością osiągnięcia poprawy w tej ciężkiej dla kobiety sprawie chorobowej. Dalej—rozpatruje objawy kliniczne suchot krtaniowych i nadzwyczaj szybki rozwój tychże podczas ciąży, przyczyny wywołujące pogorszenie, sprawę tracheotomii w przebiegu sprawy gruźliczej w krtani. Z własnych spostrzeżeń wnioskuje mówca, że im wcześniej podczas ciąży rozpoczyna się sprawa gruźlicza w krtani—tym gorsze rokowanie. W dalszym ciągu mówca zastanawia się nad tem, czy słusznie twierdzą niektórzy badacze, radząc u kobiety ciężarnej, dotkniętej gruźlicą krtani i płuc wykonać sztuczne poronienie, czy też rację mają inni, twierdząc, że należy raczej spokojnie wyczekiwać rozwiązania. Mówca jest zdania, że zawsze należy mieć za obowiązek ratować życie kobiety, poświęcając dziecko, boć, gdy chodzi o uratowanie jednego życia — dziecka lub matki — pierwszeństwo należy bezwarunkowo oddać matce. Z własnych spostrzeżeń L. dochodzi do przekonania, że należy wykonać abortum artificialem u kobiet dotkniętych gruźlicą płuc i krtani po stwierdzeniu pierwszych objawów gruźlicy krtani, gdyż (literalnie) każdy dzień stanowi o życiu matki. W krótkich słowach przytacza L. zdania akuszerów i internistów o sztucznym poronieniu w przebiegu chorób serca, nerek, raka macicy, nerwowych i psychicznych, oraz cytuje poglądy prawodawców różnych państw w tej sprawie. W końcu prelegent omawia kwestyę w jaki sposób należy przerwać ciążę u kobiet, dotkniętych gruźlicą płuc i krtani i wyprowadza następujące wnioski ze swej pracy:

- 1) Obowiązkiem lekarza jest wtajemniczać każdą kobietę, o ile dotknięta jest gruźlicą, aby unikała zachodzenia w ciążę.
- 2) Jeżeli kobieta, dotknięta gruźlicą płuc, zajdzie w ciążę, to należy zostawić swobodę działania dowolnego, lecz jeżeli występują pierwsze objawy gruźlicy krtani, ciążę należy przerwać.
- 3) W każdym przypadku gruźlicy płuc i krtani podczas ciąży, lekarze (internista, laryngolog, akuszer) powinni zejść się na radę i rozstrzygnąć sprawę.
- 4) W przypadkach ciężkich i rozpaczliwych lekarz nie powinien stosować żadnych zabiegów i środków, skierowanych ku przerwaniu ciąży, ponieważ to ostatnie nie prowadzi do żadnego rezultatu, przyspieszając tylko i tak blizki koniec chorej.
- 5) Przerwanie ciąży w ostatnich okresach może mieć miejsce tylko jako *indicatio vitalis*, chociażby bez tego miało się pewność, że chora ulegnie cierpieniu swemu.
- 6) Prawo decyzji w powyższych sprawach należy zostawić chorej i lekarzom.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Gabszewicz.*

Sekretarz *Antoni Majewski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 1 czerwca 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 49.

- T r e ś ć:**
- 1) **TUCHENDLER Antoni:** Przedstawienie chorych z proctitis ulcerosa i z polipem odbytnicy.
 - 2) **KOPCZYŃSKI Stanisław:** Przedstawienie chorego z apoplexia medullae spinalis (haematomyelia centralis).
 - 3) **Dyskusya nad odczytem LUBLINER'a, p. t. „Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani“.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił obecnych o śmierci członka Towarzystwa, kolegi Henryka LANDAUA. Obecni na wniosek prezesa uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

III. Sekretarz stały wygłosił krótkie wspomnienie pośmiertne, oceniając w niem zasługi zmarłego kol. LANDAUA dla nauki i Towarzystwa oraz podając dokładny spis prac zmarłego (patrz str. 638).

TUCHENDLER Antoni przedstawia 2-ch chorych z cierpieniem odbytnicy, gdzie rozpoznanie postawił drogą wziernikowania odbytnicy. Chory 1-szy osobnik młody ze sprawą wrzodziejącą w odbytnicy (*Proctitis ulcerosa*). W oświetlonej odbytnicy widać powierzchnię błony śluzowej wrzodziejącą płasko nacieczoną; sprawa ta obejmuje prawie całą odbytnicę, głównie jednak bańkę (ampulla) i w kiszce esowatej powyżej „plica Recto-romana“ na całej przestrzeni dostępnej dla oświetlenia wygląd błony śluzowej wszędzie prawidłowy. U chorego tego T. stosuje leczenie miejscowe z bardzo dobrym rezultatem.

Chory drugi osobnik również młody skarży się na obfite krwawienia z kiszki, skierowany został przez kol. PACANOWSKIEGO do T dla rektoskopji. Badanie wykazuje obecność w odbytnicy polipa, umiejscowionego na ścianie przedniej odbytnicy w odległości 6 ctm. od otworu stolcowego.

Kopezyński Stanisław przedstawił przypadek *haematomyelie centralis, s. apoplexiae medullae spinalis*.

P. M. lat 32, włościanin, przybył do szpitala Ś-go Ducha na oddział chorób nerwowych, skarżąc się na nieustanny ból w dolnej połowie brzucha, w okolicy krzyża zwłaszcza przy wstawaniu i przy nagięciu nawet lekkim, na niemożność swobodnego oddawania stolca (musi się nadymać), na brak sił w całym ciele, a najwięcej na brak sił w prawej ręce i w prawej stopie.

Choroba rozpoczęła się w ostatnich dniach listopada r. z. nagle, kiedy chcąc schwycić za uzdę niespokojnego konia, wpadł pod wóz, został uderzony, w jakie miejsce, nie wie, gdyż stracił na kilka chwil przytomność. Skoro sąsiedzi wywieśli go z pod wozu, chory zauważył, że nie może ruszać ręką ani nogą, położyli go przeto na wóz i zawieźli do domu. Tam leżał nieruchomie, jak kłoda, przez kilka tygodni, mocz natychmiast po wypadku wstrzymał mu się tak, że musiano mu wypuszczać cewnikiem. Stolec od tej pory oddawał raz na kilka dni wyłącznie za pomocą lawatywy. Czerwieniło mu się na pośladkach. Do odleżyn nie doszło. Dopiero w kilka tygodni po wypadku zaczął poruszać palcami rąk i nóg. Na łóżku mógł siadać dopiero w połowie stycznia, t. j. w 10 tygodni po wypadku, a wtedy robiło mu się z początku często „mdło“, i ciemno przed oczami. Sam zaczął jadać lewą ręką dopiero w połowie lutego, prawą dopiero w marcu. Wstawać z łóżka zaczął dopiero w marcu i chodził z początku z wielką trudnością. Erekcje i chęć do stosunków płciowych zniknęły niemal zupełnie. Polucyi nie miewał. Do nas na oddział przybył 15 maja r. b. Nie pił prawie wcale wódki. Nie palił. W młodości często miewał krwotoki nosowe. Do krwawień nadmiernych skłonności nie miał. Żonaty od lat 10. Ma troje dzieci. Na lues nie daje wskazówek.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e wykazało, co następuje: Osobnik słusznego wzrostu, umiarkowanego odżywiania. Puls 68. T. 37 normalna. Psychika prawidłowa. Mowa również. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna, bez zniekształceń, blizn nie widać. Kręgosłup przy naciskaniu na ramiona i przy opukiwaniu wykazuje bolesność w dolnych kręgach grzbietowych i w górnych lędźwiowych.

Zniekształcenia kręgów nie widać. Chodzi chory z pewną trudnością, zlekka powłócząc zwłaszcza prawą nogą, która przytem mu drży (chód zlekka paretyczno-spastyczny). Chory łatwo się męczy. Siła ruchowa: Ruchy głową swobodne silne, aczkolwiek

prawy mięsień mostko-sutko-obojczykowy nieco ścieńczały i bardziej wiotki w porównaniu z lewym. Prawy mięsień kapturowy ścieńczały nieco, dół nad i podgrzebieniowy nieco bardziej pogłębony po stronie prawej. Unoszenie ramion ku górze po obu stronach silne. Przyrowadzanie łopatek ku tyłowi również silne, aczkolwiek prawy mięsień równoległoboczny przy obmacywaniu, wydaje się nieco cieńszym, niż lewy. Obrót ramienia ku wewnątrz i ku zewnątrz silny po obu stronach. Mięsień pierśowy duży, po stronie prawej działa słabiej, niż po stronie lewej. Obwód przez ramię pod pachą przez akromion po stronie prawej wynosi 42 cm., po stronie lewej 46. Podnoszenie rąk ku górze, ku przodowi i ku tyłowi słabsze po stronie prawej, prawy mięsień naramienny jest nieco zwiotczały w porównaniu z lewym. Zginanie i rozginanie przedramienia po obu stronach osłabione, zwłaszcza po stronie prawej. Prawy mięsień dwugłowy przy dotykaniu wyraźnie zwiotczały. Pronatio et supinatio po stronie prawej słabsze, niż po stronie lewej. Odnośne mięśnie zwiotczały. Rozginanie kości prawej bardzo, po stronie lewej w mniejszym stopniu osłabione. Powierzchnia wyprostna kiści po obu stronach, zwłaszcza po stronie prawej wygładzona. Dokładne zginanie i rozginanie palców prawej kiści niemożliwe, po stronie lewej osłabione. Przestrzenie międzykostne na prawej kiści pogłębione w stopniu wybitnym, po stronie lewej w stopniu nieznacznym. Przebieranie palcami, przeciwstawianie ich wzajemne po stronie prawej wybitnie, po stronie lewej nieznacznie utrudnione. Typ oddychania mieszany: piersiowo-brzuszny. Podnoszenie tułowia z pozycji poziomej, przewracanie się z boku na bok dość silne. Przy nadymaniu się mięśnie brzuszne napinają się silnie, aczkolwiek na wygląd i na dotyk są po obu stronach zwiotczały. Kończyny dolne. Obie nogi podnosi w pozycji poziomej najwyżej na 15 sekund, za drugim razem na 8 sekund, prawa noga prędzej mu mdleje. Unoszenie, odprowadzanie i przeprowadzanie nóg, zginanie i rozginanie goleni po stronie prawej słabsze, niż po stronie lewej. Obwód uda w odległości 25 cm. od kolana po stronie prawej wynosi 49 cm., po stronie lewej 47 cm. Zginanie, rozginanie i odprowadzanie ku zewnątrz prawej stopy, poruszanie palcami osłabione, po stronie lewej zwłaszcza odprowadzanie ku zewnątrz jest słabsze. W mięśniach obu kończyn po stronie prawej widać niekiedy drgania włóknkowe zwłaszcza w mięśniu dwugłowym i czterogłowym. Badanie elektrycznością wykazało w mięśniach, podległych zanikowi, obniżenie pobudliwości na oba prądy bez zmiany w formule i w charakterze kurczu. Tylko w mięśniu naramiennym prawym można było otrzymywać KSz-ASz.

O d r u c h y. Z trójgłowego po stronie prawej bardzo słaby, po stronie lewej żywy; z dwugłowego i z okostnej przedramienia po stronie prawej umiarkowane, po stronie lewej nieco żywsze. Brzuszne i z mięśni, unoszących jądra, po obu stronach zniesione. Oba kolanowe mocno żywe, również i ze ścięgien Achillesa zwłaszcza po stronie prawej, gdzie można wywołać łatwo drżenie kloniczne stopy. Odruchy podeszwowe oba żywe, żywszy po stronie lewej, objaw BABIŃSKIEGO obustronny wyraźny.

C z u c i e. Subiektywnie odczuwa klucie i palenie w skórze w dolnej części tułowia i w prawej ręce. Obiektywnie stwierdzić można zachowanie dotyku w całym ciele, pobudliwość na ból osłabiona, a pobudliwość na ciepło i zimno zniesioną na obu połowach ciała od stóp do linii sutkowej z przodu i do wysokości ostatniego wyrostka ościstego szyjnego z tyłu i coraz wyżej stopniowo staje się normalną. Takie same zaburzenia czucia na całej prawej ręce do stawu napiętkowego.

Nerwy czaszkowe zaburzeń nie przedstawiają.

Szparę oczną obie nieco zwężone. Prawa źrenica węższa. Oddziaływanie prawidłowe. Stała obstrukcja. Urynuje z pewną trudnością.

Biorąc pod uwagę cały przebieg cierpienia i stan obecny, w którym na pierwszy plan występuje rozległe rozszczepienie czucia (zachowanie czucia dotyku i zniesienia czucia bólu, ciepła i zimna), na drugi niedowład spastyczny z pewnymi zanikami mięśniowymi, mówca rozpoznaje w danym przypadku wylew krwi do rdzenia, rurkowaty, w obu rogach tylnych, częścią zachodzący w rogi przednie, zlekka uciskający piramidy boczne. Wylew ten ciągnie się od stożka rdzeniowego (znieczulenia na *penis*, *scrotum*) do dolnych odcinków szyjnych, nieco wyżej i rozległej po stronie prawej (zanik mięśni i znieczulenia na prawej ręce, zwężenie prawej szpary ocznej i źrenicy wskutek zajęcia ośrodkowego).

Mówca objaśnił rozległość zmian anatomicznych na rysunku i uzupełnił je danymi, z dziedziny anatomii, fizjologii rdzenia. Obszernie omówił sprawę ukrwienia rdzenia, wyjaśniającą, czemu podobne krwotoki drążą ku górze lub ku dołowi wyłącznie w obrębie szarej istoty rdzenia.

(Sprawozdanie własne).

W dyskusji nad odczytem LUBLINERA p. t. „Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani“, A. SOKOŁOWSKI, powiedział: Sprawa poruszona przez kol. L. zasługuje ze względu na swą ważność, aby i w naszym Tow. uległa dyskusji, tembardziej, że w ciągu kilku lat ostatnich była ona wielokrotnie i wszechstron-

nie omawiana na wielu zjazdach i licznych posiedzeniach towarzystw zagranicznych. W odczycie swym L. poruszył kilka odnoszących się do tej sprawy punktów; S. zaczyna swoje uwagi osobiste od punktu, na który autor największy położył nacisk, t. j. od gruźlicy krtani, wikłającej ciążę. Zestawił niezwykle smutne pod tym względem swoje osobiste doświadczenia, z liczby bowiem 20 kobiet podległych temu powikłaniu 19 nadto w przebiegu ciąży lub wkrótce po niej uległo zejściu śmiertelnemu, a zaledwie jedna osoba poprawiła się nieznacznie po przebytych porodzie. Zaiste niezwykle fatalna statystyka, zgodna ona jest jednakże z doświadczeniem klinicznym większości autorów, zajmujących się tą sprawą. Rzeczywiście—trudno sobie przedstawić położenie bardziej dramatyczne, jakie, niestety, widzujemy u tej kategorii chorych. Do ciąży najczęściej już samej przez się ciężko przebiegającej (wymioty, brak apetytu) dołącza się suchy, męczący kaszel, a dalej stopniowo wzmagająca się trudność połykania. Już nietylko sam mocny ból, strzelający do ucha i potęgujący się nadmierną wrażliwością systematu nerwowego, właściwego ciężarnym, wpływa na ich osłabienie i wyczerpanie, upośledzone zaś odżywianie niemożnością jedzenia, wywołuje niezwykle niemal z dnia na dzień postępujące szybkie wyniszczenie chorej. Zazwyczaj zejście fatalne w tej sprawie przyspiesza gorączka, nadmierny upadek stanu psychicznego, rozpacz bezskuteczności najrozsądniejszej terapii, a najczęściej jeszcze przedwczesny poród wśród powyższych fatalnych warunków organizmu. Niemniej dramatycznie przedstawiają się przypadki, w których zamiast dysphagii występują objawy zwężenia krtani, pociągające za sobą wielką i stałą duszność, wreszcie ataki zaduszania z ciągłą bezsennością i upadkiem szybkim stanu ogólnego, któremu bynajmniej nie pomoże robiona w tych razach z konieczności tracheotomia.

Nie rozwodząc się bliżej nad losem, istotnie tragicznym, tych chorych, mówca zaznacza, że jednakże istnieją przypadki, gdzie gruźlica krtani, wikłająca ciążę, przebiega łagodnie a nawet kończy się może pomyślnie. Posiadam w mojej pamięci szereg podobnych przypadków, spostrzeganych w praktyce prywatnej, o 2-ch nawet z nich spostrzeganych w ostatnich latach znalazłem dokładne notatki w moich książkach i pozwalam sobie pokrótce je przytoczyć.

Przed 4-ma laty na wiosnę zasięgała mojej porady dwudziestokilkoletnia mężatka, będąca w piątym miesiącu ciąży, a dotknięta upartą chrypką od paru tygodni trwającą, którą kładziono na karb ciąży i wymiotów jej towarzyszących. Przy badaniu bardzo wynędzniałej pacjentki znalazłem przy badaniu

krtani dość rozległe owrządzenia na obu strunach prawdziwych, zmiany wyraźne w szczycie płucnym, co razem wzięte nie dawało najmniejszej wątpliwości o istocie sprawy gruźliczej. Chorej zaleciłem wyjazd do Otwocka i przebycie tam porodu. Widziałem ją następnie wielokrotnie. Poród przeszedł szczęśliwie, a sprawa w krtani nie rozszerzyła się, przeciwnie owrządzenia po porodzie i dalszem leczeniu klimatycznym zaczęły przyjmować tendencje ku zablźnieniu. Stan ogólny chorej poprawiał się stale. Widuję ją odtąd od czasu do czasu, i skonstatowałem ostatnim razem zablźnienie się owrządzeń krtaniowych i zatrzymanie się w biegu sprawy gruźliczej. W grudniu 1907 r. zasięgała mojej porady 30-letnia mężatka z Radomskiego z powodu kaszlu i lekkiej chrypki — opowiedziała mi przytem, że będąc w ostatnich miesiącach ciąży, ukończonej pomyślnie przed miesiącem była mocno ochrypnięta i miała wiele tygodni trwający mocny ból przy łykaniu, który obecnie jeszcze nieco się odzywa. Przy badaniu chorej obok zmian wyraźnych natury gruźliczej, umiejscowionych w prawym szczycie płucnym, znalazłem przy badaniu wziernikiem krtaniowym nacieczenie wielce typowe dla gruźlicy tylnej ścianki krtani, nieco już pokurczone jak to widzujemy przy poczynającym się zablźnieniu tej okolicy. Stan chorej był niezły, pluła dużo. Zaleciłem długotrwałą kurację klimatyczną w Otwocku. Widziałem ją następnie w pół roku, t. j. w maju 1908. Stan jej uległ znakomitej poprawie, kaszlała mało, łykanie było zupełnie swobodnem. Tylne ścianka przedstawiała się zgrubiałą, przedstawiając wszystkie cechy sprawy bliznowatej. A więc należy mieć na widoku zejście nie stale tylko fatalne, jak to pouczają powyższe przypadki, z których drugi przyjął pomyślnie zejście pomimo umiejscowienia sprawy na tylnej ściance, dającej, jak wiadomo, rokowanie o wiele gorsze, aniżeli sprawy gruźlicze krtani, umiejscowione na strunach głosowych.

Skoro fakty kliniczne dowodzą, że aczkolwiek rzadko, jednakże pomimo ciąży powikłanie to może mieć przebieg pomyślny, rodzi się kwestya, jakie winno być nasze postępowanie terapeutyczne w tych razach. Otóż Sz. Panowie przedewszystkiem winna być o ile można najwcześniej należycie rozpoznana sprawa krtaniowa, a za zasadę winni przyjąć lekarze, a przedewszystkiem lekarze akuszerowie, aby nie lekceważyć najmniejszego kaszlu i chrypki, a szczególnie dłużej niż kilka dni trwającego, utrudnionego połykania u ciężarnych i u takowych nie ograniczać się do badania gardzieli, lecz nalegać koniecznie na zbadanie dokładne krtani przez biegłego laryngologa, gdyż u tej kategorii chorych, szczególnie wyczerpanych wymiotami i wogó-

le przeczulonych (szczególniej w późnej ciąży) badanie jest nieraz bardzo trudne, wymaga dużej wprawy i cierpliwości ze strony lekarza. To zaniedbanie badania krtani pociąga za sobą nieraz najfatalniejsze następstwa, sprawa bowiem gruźlica krtani rozwija się niejednokrotnie u ciężarnych w sposób zupełnie skryty, bez kaszlu nieraz, a jedynie towarzyszy jej mniej więcej często chrypka, kładziona na karb ciąży, lub też utrudnione łykanie, które bywa tłomaczone (nieraz nawet przez lekarza) sforsowaniem gardła przez uparte wymioty—co wszystko ma dopiero ustąpić w zupełności po odbytych porodzie. Niestety jednakże najczęściej po krótszym lub dłuższym przebiegu sprawa utajonej, o łagodnym charakterze—występuje ona w sposób ostry—z mocną dysfagią i gorączką, powstaje wielki alarm ze strony rodziny, a badanie krtani wówczas dokonane, wykazuje daleko posuniętą sprawę gruźliczą krtani i pomimo wysiłków i zabiegów leczniczych, kończy się wkrótce fatalnie. Widziałem, niestety, cały szereg i to dość znaczny tej ostatniej kategorii, stąd też nawołuję na wczesne badanie należyte chorych. W okresie bowiem poczynającej się sprawy, jeśli jednocześnie i ciąża istnieje w pierwszych miesiącach, najbardziej wskazanem będzie u nich wczesne przerwanie ciąży, a następnie długotrwała kuracja klimatyczna, którą to drogą może jedynie nastąpić poprawa. W daleko posuniętej ciąży, przerwanie jej zazwyczaj nie przynosi pożytku, a może nawet, jak to zaznaczył kol. L., nastąpić przyspieszenie zejścia fatalnego. W okresie więc tym ograniczyć się musimy do leczenia symptomatycznego, w którym alfą i omegą będą narkotyczne środki, stosowane zewnętrznie i wewnętrznie. W każdym razie jednakże pamiętać należy, aby takim chorym usilnie odmawiać wyjazdu do miejsc kuracyjnych, a szczególnie zimą na południe, nie chcąc narażać chorej na fatalne następstwa, wielki zawód i znaczne koszta rodziny, a stąd wpływające niezadowolenie z lekarza, który powinien kategorycznie zaprotestować przeciw dalekiemu wyjazdowi, a zalecić latem wyjazd w okolicę podmiejską lub do sanatorium pobliskiego.

Co się tyczy drugiego punktu, poruszonego przez kol. L., t. j. wogóle wpływu ciąży na przebieg gruźlicy płuc, to muszę zaznaczyć, że od trzech lat, kiedy szczegółowo opisałem tę kwestję w moim podręczniku chorób dróg oddechowych, zestawilem dowodzenia innych autorów i moje osobiste w tej kwestyi zapatrywanie, sprawa ta mimo wielu i licznych dyskusji w tej kwestyi pozostaje stale jeszcze sporną na punkcie dwóch powyższych rodzaj zapatrywań, t. j. jedne-

go szeregu autorów z MARAGLIANO na czele, którzy absolutnie radzą, u każdej bezwarunkowo chorej, dotkniętej gruźlicą robić poronienie; inni, przeciwnie, zabieg ten ograniczają jedynie do spraw dalej posuniętych, twierdzą, że same poronienie kobietę dotkniętą gruźlicą może narazić pod względem zdrowia, a nieraz nawet wpływa ono na przebieg ostrzejszy sprawy gruźliczej. Moje osobiste pod tym względem doświadczenie zreasumowałbym w następujący sposób: Kwestya sporna dotyczy przedewszystkiem poczynających się okresów gruźlicy, spraw przewlekłych o typie włóknistym, gdyż kobiety dotknięte dalej posuniętymi sprawami gruźlicy płucnej, a bardziej jeszcze gorączkujące, zazwyczaj nie zachodzą wcale w ciążę—jeżeli zaś wyjątkowo to ma miejsce, to albo samowolnie ronią, lub rodzą przedwcześnie, w drugiej połowie ciąży, lepiej więc wyczekać tego normalnego zejścia, chociaż jak wogóle w patologji, tak i pod tym względem nie da się sformułować ścisłej reguły. Widziałem bowiem przypadki, w których chore, z dość daleko posuniętą sprawą gruźliczą płuc nie tylko zachodziły w ciążę, ale przebywały ją szczęśliwie, a ciąża bynajmniej nie wpłynęła na pogorszenie ich stanu płucnego. Są to jednakże wyjątkowe, rzadkie przypadki. Sądziłbym, że należałoby zawsze w daleko posuniętej sprawie gruźliczej płuc, jeśli chore zajdą w ciążę i jeśli takowa napewno jest skonstatowana, robić poronienie sztuczne o ile można we wczesnych okresach ciąży.

W przypadkach ciąży w okresach początkowej choroby, a szczególnie w okresach bezgorączkowych, należy zdaniem mojem kierować się nie ogólną jakąś maksymą lub teorią, lecz jedynie indywidualizować każdy pojedynczy przypadek, doświadczenie bowiem kliniczne wykazuje z jednej strony, że ta kategoria kobiet i to na szczęście niezbyt rzadko znosi ciążę bardzo dobrze, rodzi szczęśliwie zdrowe dzieci, a sprawa gruźlicza nie ulega pogorszeniu. Z drugiej zaś strony toż samo doświadczenie poucza wielokrotnie, że poronienie dokonane nawet w poczynających się okresach, bynajmniej nie chroni kobiety od dalszego rozwoju sprawy gruźliczej, a nieraz nawet sam zabieg wywołuje długotrwałe cierpienia i ciężkie następstwa, nieraz nawet kończąc się śmiercią. Ja osobiście trzymam się następujących zasad, jeżeli mamy do czynienia z ciążą ze sprawą gruźliczą płuc, poczynającą się u osoby niegorączkującej, przy dobrym stanie ogólnym, znoszącej dobrze pierwsze miesiące ciąży—jeżeli przytem ciąża poprzednio była dobrze znoszona nie przerywać takowej, poddawać jedynie cborą ścisłej obserwacji (szczególniej przekonać się, czy

nie zacznie gorączkować), a przede wszystkim umieścić ją w dobrych warunkach higieniczno-dyetycznych, wysyłając na wieś nawet na odbycie porodu, zamożne chore tej kategorii posyłać możemy na południe. W klasie biedniejszej zadanie to o wiele jest trudniejsze, nieraz niemożliwe do urzeczywistnienia i u nich kto wie, czy nie słuszniej robić wczesne poronienie, gdyż zazwyczaj ciąża i poród w warunkach ciężkiego pauperyzmu odbyty, rozwija i przyspiesza sprawę gruźliczą. Kwestya ta niezmiernie ważna z punktu ogólnospołecznego, dotycząca najistotniejszych kwestyi społecznych może być jedynie usunięta i mieć normalny przebieg przy poprawie ogólnych złych warunków naszej biednej ludności, jak to częściowo zrobione już zostało na zachodzie przez odpowiednią filantropijnospołeczną opieką nad kobietami biednymi w ciąży zostającymi. Kwestya bardzo szeroka i ważna przekracza ramy właściwej dyskusyi i nie może być obecnie bliżej poruszona.

U chorych gruźliczych, nawet w początkowych okresach cho oby będących, gorączkujących choćby nie wysoko lecz stale, których stan ogólny jest lichey, które źle znoszą ciążę, a przede wszystkim u tych, u których istnieje usposobienie rodzinne do spraw gruźliczych, widziałym nawet w poczynającym się okresie choroby wskazanie do przedwczesnego o ile można jej przzerwania. Toż samo wskazanie widziałym przy tak zwanej włóknistej postaci suchot—kobiety dotknięte tą kategorią suchot zazwyczaj znoszą ciążę źle, występuje bowiem w jej przebiegu stała duszność i objawy stale wzmagającej się niedomogi sercowej.

Na zakończenie i tak może przydługiej dyskusyi chciałem uwagę kolegów zwrócić jeszcze na jedną okoliczność. Z popularyzowaniem się wśród lekarzy poglądów Maragliano często bardzo widzimy już same chore, domagające się od akuszera zrobienia im poronienia, a od internisty potwierdzenia tego, motywując tem, że kaszlą, krwią plują a będąc usposobione do suchot boją się, aby ciążę nie wywołała rozwoju sprawy gruźliczej. Wielokrotnie w tych razach, jak to nieraz przekonać się mogłem, mamy do czynienia jedynie tylko ze zręczną chęcią wyzysku, t. j. dokonania, że się tak wyrazić można, legalnego poronienia na podstawie kłamliwej anamnezy. Przekonałem się bowiem nieraz, że ta kategoria kobiet była zupełnie zdrową, a badanie nie wykazywało najmniejszych zmian w płucach. Nie zawsze jednak możemy tę kwestyę wielce ważną rozstrzygnąć doraźnie, gdyż często kobiety tej kategorii wyglądają nędznie, są zmęczone ciążą, wymiotami i t. p

A przez co z wielką łatwością mogą wprowadzić w błąd lekarza, a nadużywając jego dobrej wiary mogą go nawet w swych kolegów przedstawić w niekorzystnym świetle. Otóż w tych razach nietylko już lekarz-akuszer, a przede wszystkim internista, do którego ten ostatni zwrócił się o opinię, powinien postąpić niesłychanie ostrożnie i rozważnie, a rozpoznawanie gruźlicy poczynającej nie opierać (szczególniej u nieznanym mu osobników) jedynie na ich skargach, lecz na szczegółowym zbadaniu obiektywnem chorych, wśród których to badań przede wszystkim uwzględnione być winno ściśle badanie termometryczne (zrobione przez samego lekarza lub wiarogodną osobę) oraz metoda CALMETT'a obok dokładnego badania fizykalnego klatki piersiowej. Za dewizę w tych razach należy przyjąć nie spieszyć się (chore nalegają bardzo), gdyż jedynie obserwacja w świetle sprawy należycie, chroniąc lekarza od zrcznego podejścia, a z drugiej strony w istotnych przypadkach poczynającej się gruźlicy, dając rzetelną odpowiedź pytającemu się lekarzowi-akuszerowi w kwestyi pierwszorzędnej doniosłości dla przyszłości chorej.

[Autoreferat].

HEWELKE. Po obszernem przemówieniu Sekret. st. dotknę tylko ściśle zakresu właściwego tematu.

Możnaby spodziewać się, że prelegent, jako specjalista chorób krtani, poda jakiś przyczynek specjalny, dotyczący wpływu ciąży na przebieg gruźlicy krtani—jej trwanie, szczególne przejawy. Ale tego wrażenia nie otrzymuje się. Podane zostały przypadki daleko posuniętej gruźlicy u ciężarnych — powikłane przez gruźlicę krtani.

To też prelegent odchodzi właściwie od tematu wymienionego w nagłówku i zajmuje się raczej wpływem suchot na ciążę, a właściwie tylko na suchotnicę ciężarną, sprowadzając rzecz do tematu już wiele omawianego.

W tych warunkach ciężkie powikłanie, czy to przez chorobę krtani (choćby na gruźlicze, czy innego narządu (kiszki, nerki) wpływa fatalnie na stan chorej. Z długiego szeregu nazwisk autorów, zajmujących się tą sprawą, prelegent zatrzymuje się na tych, którzy zapatrują się pesymistycznie. Ale i ci nie poruszają stosunku ciąży i gruźlicy krtani, a suchot płucnych wogóle. Dawniejsi autorzy, jak ROBITOWSKI, BRECHNER, H. WEBER, byli innego zdania i stawiali nawet hipotezy, objaśniające, dla czego podczas ciąży, przebieg suchot na razie łagodnieje. Nie można tej kwestyi rozstrzygać ogólnie, a trzeba indywidualizować przypadki.

Wszak i ciąża u zdrowych nie jednakowo przebiega. Suchotnice rodzą po kilkoro dzieci. Nie należy brać pod uwagę tylko bardzo posuniętych przypadków w których też najczęściej zdarza się powikłanie gruźlicy krtani.

To też i wskazanie do wywołania poronienia, nie może być postawione ogólnie i należy uwzględnić też i wpływ zabiegu na stan chorej.

Nie można też ogólnie rozstrzygać kwestyi, że na takiej premissie płód należy poświęcać z lekkim sercem, jako niezdolny do życia.

Przypomnienie przez prelegenta § 5 kodeksu prawnego, o karach grożących wywołującym poronienie przestępne nie ma zastosowania w przypadkach, o których się tu mówiło, gdzie poronienie wykonywa się e consilio i według wymagań nauki.

ENDELMAN twierdzi, iż wszyscy zgadzają się z tem, że ciąża jest bardzo niepożądaną dla osób, dotkniętych gruźlicą, tak samo jak niepożądaną jest dla kobiet z wadą serca lub zapaleniem nerek. Tem niemniej mówca sądzi, że kol. Lubliner w nadto czarnych barwach odmalował wpływ ciąży na przebieg suchot płucnych. Tłumaczę to sobie tem, że sądząc z podanych przez niego historyi chorób spostrzegał wyjątkowo ciężkie przypadki z rozległemi zmianami w płucach i krtani. Na z górą 2,500 porodów z praktyki szpitalnej, przytułkowej i prywatnej zanotowałem 11 przypadków tuberkulozy, powikłanej ciążą. Mała ta cyfra tłumaczy się tem, że w przytułkach i oddziałach akuszeryjnych zwraca się uwagę przede wszystkim na serce i nerki, na płuca zaś jedynie wtedy, gdy rodząca skarży się na objawy ze strony płuc. Przypuszczam więc, że na wspomnianą ilość rodzących było daleko więcej przypadków tuberkulozy ukrytej lub nierozpoznanej. Otóż z tych 11 przypadków—6 było porodów czasowych, 3 przypadki zakończyły się samoistnym porodem przedwczesnym, w jednym wykonałem abortum artificialem w 8-ym tyg. ciąży i w jednym wywołałem poród przedwczesny w 7 mies. graviditatis. Z 6 porodów czasowych 5 zakończyły się urodzeniem żywych dzieci, a w jednym dziecko urodziło się w stanie pozornej śmierci, z której nie można go było docucić. Wszystkie kobiety przeszły normalny okres połogowy i opuściły łóżko pomiędzy 10—14 dniem okresu połogowego. Wszystkie przypadki tuberkulozy, zakończone porodem czasowym należały do postaci lżejszych. Przypadki zakończone samoistnym porodem przedwczesnym należały do ciężkich, wszystkim towarzyszyła wysoka gorączka, wyniszczenie, krwotoki płucne i powikłania

ze strony krtani. Jaki był dalszy los tych trzech pacjentek powiedzieć nie mogę, gdyż osoby takie po kilku dniach okresu połogowego przechodzą do rąk internistów. Przypadek, w którym zmuszony byłem wywołać poronienie dotyczył kobiety 25-letniej, dziedzicznie obciążonej, u której interniści skonstatowali zmiany gruźlicze w jednym z wierzchołków płucnych. Pod wpływem ciąży wystąpiło znaczne pogorszenie stanu ogólnego z powodu prawie bezustannych wymiotów, co zniewoliło mnie do wywołania sztucznego poronienia. Chora po zabiegu tym wyjechała do Otwocka i obecnie czuje się nieźle. Poród przedwczesny w 7-ym mies. ciąży wywołałem u kobiety z bardzo dużymi zmianami w płucach i krtani z powodu stanu asfiktycznego, spowodowanego zwężeniem krtani. Pomimo względnie lekkiego przebiegu porodu i chwilowej ulgi stan chorej z każdym dniem się pogarszał i w 4-ym tygodniu po zabiegu zmarła.

Opierając się na tym materiale i na danych, zaczerpniętych z literatury akuszerskiej, wypowiedziałbym swój sąd w omawianej przez Sz. prelegenta sprawie w sposób następujący: ciąża w ciężkich przypadkach suchot płucnych wywiera zawsze wpływ ujemny na ich przebieg i dlatego powinna być jaknajwcześniej przerwana. W pewnej ilości przypadków łżejszych spostrzegamy niekiedy względnie pomyślny przebieg ciąży, porodu i okresu połogowego, to też u kobiet z niezbyt posuniętą sprawą chorobową, zwłaszcza u tych, które gorąco pragną potomstwa, można śmiało w pierwszych tygodniach ciąży zachowywać się wyczekująco, poddając pacjentkę ścisłej obserwacji internisty. W tych jednak razach, kiedy choroba przyjmuje przebieg niepomyślny, należy wywołać sztuczne poronienie, lecz tylko w pierwszych 4-ch mies. ciąży. Co się dotyczy wywoływania porodu przedwczesnego, to zabieg ten, jak wszyscy akuszerowie zgodnie stwierdzają, nie poprawia stanu pacjentki, bo poród przedwczesny niczem właściwie się nie różni od porodu czasowego. Jeżeli jednak, w pewnych wypadkach stosujemy go, to tylko wtedy, gdy jest periculum in mora, gdy chorej grozi śmierć od asfiksyi, czy to wskutek rozległych zmian w płucach, czy też wskutek tuberkulicznego zwężenia krtani. Ma to tylko znaczenie symptomatyczne, sprawia na krótki czas ulgę chorej, opóźnia, lecz nie usuwa grożącej katastrofy.

Na zakończenie kilka słów o technice wykonania sztucznego poronienia. Już kol. L. zaznaczył, że najodpowiedniejszym miejscem dla takiej pacjentki jest zakład leczniczy, bo zabieg ten powinien być wykonany w dobrych warunkach aseptycznych i przy dobrej asystencji. FREUND radzi stosować metody, które

jaknajprędzej prowadzą do opróżnienia macicy, a więc w pierwszych 3 mies. ciąży na jednym posiedzeniu rozszerza szyję maciczną i natychmiast opróżnia ją za pomocą palca lub łyżki. Otóż, pomimo całej powagi, jaką się cieszy w kołach akuszeryjnych FREUND, muszę przeciwko takiemu postępowaniu gorąco zaprotestować. Szybkie opróżnienie macicy w większości przypadków połączone jest ze znacznymi krwawieniami, które nie są wcale obojętne dla chorej, dotkniętej suchotami, i dlatego daleko lepiej trzymać się zasady FRITSCH'a, a mianowicie pierwszego dnia wprowadzać laminarja w celu powolnego rozszerzenia szyi macicznej, następnego wytamponować macicę i szyję szczelnie gazą jodoformową, co powoduje skurcze macicy i oddzielenie się jaja płodowego, w trzecim zaś dniu udaje się już usunąć jajo za pomocą palca albo łyżeczki bez znaczniejszego krwawienia.

[Autoreferat].

SREBRNY podziela zdanie wiceprezesa, że treść odczytu kol. LUBLINERA, a przedewszystkiem jego kazuistyka nie daje dostatecznego pojęcia o wpływie ciąży na przebieg gruźlicy.

Prelegent przytoczył kilkanaście przypadków ciężkiej gruźlicy płuc i krtani, spostrzeganych w szpitalu względnie krótko, które skończyły się śmiercią. Przypadki te jednak i bez ciąży również fatalnieby się skończyły, nie mogą więc stanowić dowodu niepomyślnego wpływu ciąży na przebieg gruźlicy. Dla wyrobienia sobie sądu w tej sprawie należałoby obserwować chore przez cały czas ciąży i z takiego dopiero materiału wyciągnąć wnioski.

Materiału takiego jednak w szpitalu mieć nie można z dwóch względów: 1) ciężarne suchotnicze przybywają do szpitala dopiero w późniejszych okresach cierpienia; 2) szpital nie jest w stanie trzymać chorych przez 9 miesięcy. Dlatego też większą wartość w danym razie miałyby obserwacje z praktyki prywatnej, prowadzone przez lekarza domowego przez cały czas ciąży. Obserwacje takie przekonywają, że ciąża ma istotnie często fatalny wpływ na przebieg gruźlicy, i że czasem, jak to już zauważyli dawniejsi lekarze, gruźlica w ciąży wprawdzie przycicha, lecz po rozwiązaniu wybucha z tem większą siłą. Dla wytłomaczenia tego wybuchu ostrej gruźlicy przytacza pewien autor niemiecki, w jednym z ostatnich zeszytów Arch. f. Gynaek. następujące spostrzeżenie:

Suchotnicy, będącej w 3-im miesiącu ciąży, wycięto macicę wraz z przydatkami. W narządach płciowych gruźlicy nie znaleziono, jedynie w *decidua* wykryto ogniska nekrotyczne,

Pam. Tow. Lek. t. CV. z. IV 09.

które uznano za gruźlicze. Ogniska te tłómaczą owe wybuchy gruźlicy ostrej po porodzie, z nich bowiem przy odklejanu się łożyska wtargnąć mogą do krwiobiegu zarazki swoiste.

W sprawie wywoływania poronień sztucznych u suchotnic zauważył kol. sekretarz stały, że należy tu indywidualizować; przed jak trudnem jednak badaniem tu stoimy, dowodzą dwa następujące spostrzeżenia: przed 22 laty S. miał w leczeniu 50-letnią suchotnicę z rozległemi zmianami na strunach prawdziwych, która już 7 lat przedtem leczyła się u innego specjalisty z powodu suchot gardlanych. Przed kilku laty S. został wezwany do jej syna, umierającego na suchoty. Przy tej sposobności stwierdził zupełne wyleczenie sprawy gruźliczej i dobry stan ogólny u matki. W przypadku tym zatem suchotnica uboga, żyjąca w warunkach pod każdym względem niepomyślnych, rodziła wielokrotnie i dożyła we względnem zdrowiu późnego wieku. Drugie spostrzeżenie dotyczy kobiety młodej, poraz pierwszy będącej w ciąży, obarczonej dziedzicznie—bez zmian wyraźnych w narządach oddechowych, otoczonej dostatkiem i wszelkimi wygodami. Po porodzie—owrzodzenie gruźlicze migdałka, gruźlica ostra i śmierć.

Zdawałoby się, że w pierwszym przypadku należałoby ciążę przerywać, a w drugim, wobec dobrego stanu zdrowia ciężarnej czekać spokojnie rozwiązania, tymczasem okazało się, że racjonalne byłoby postępowanie wprost odwrotne.

W odczycie kol. LUBLINERA uderza bardzo wysoka, bo sięgająca prawie 70, odsetka poronień u suchotnic. Ze swoich spostrzeżeń S., przeciwnie, nabrał przekonania, że suchotnice nawet z bardzo ciężką postacią gruźlicy krtani zwykle doprowadzają ciążę do końca.

Kol. sekretarz stały słusznie zauważył, że nie należy lekceważyć chrypki u ciężarnych i w razie jej stwierdzenia poddawać chore badaniu laryngoskopowemu. Należy jednak zauważyć, że ciężarne są bardzo skłonne do t. zw. suchego zapalenia krtani, nie mających nic wspólnego z gruźlicą, tembardziej, że mniej wprawno lekarza, może ono w błąd wprowadzić.

Wreszcie zaznacza S. zgodnie z wice-prezesem, że kol. LUBLINER zupełnie niepotrzebnie przytoczył prawodawstwo, dotyczące spędzania płodu, prawodawca miał tu na myśli tylko poronienie w celu pozbycia się dziecka. Kol. LUBLINER zaś mówił o poronieniach, naukowo uzasadnionych, za które ani lekarz, który wywołał poronienie, ani kobieta, której płód spędzono, odpowiadać nie mogą.

J. JAWORSKI, z powodu odczytu LUBLINERA, między innemi powiedział, co następuje: Prelegent, w treściwym odczycie swo-

im, poruszył prawie wszystko, co dotyczy danej kwestyi, a na podstawie zestawień zarówno z literatury, jak i własnych spostrzeżeń pouczających, wyprowadził pewne wnioski ogólne i zasady postępowania leczniczego. Wobec powyższego, a także z tego powodu, że już przed ośmiu laty JAWORSKI w rozprawie swojej p. n. „Gruźlica i małżeństwo”, zebrał cały materiał z literatury, dotyczący przedmiotu tego i oświetlił go ze stanowiska, zarówno prawodawczo-socjalnego i etycznego, jak i higieniczno-lekarskiego, z tych względów, mówca oświadcza, że w dyskusji poruszy tylko te strony omawianej sprawy, które w odczycie odbiegają, lub różnią się od jego poglądów. Przedewszystkiem twierdzi J., byłoby rzeczą więcej słuszną mówić nie wyłącznie o wpływie ciąży na gruźlicę krtani i płuc, lecz wogóle o wpływie spraw porodowych na gruźlicę, mając głównie przez to na myśli okres porodowy, czyli połóg. W tym bowiem właśnie okresie—in puerperio—większość ciężkich przypadków gruźlicy krtani i płuc kończy się śmiercią.

Kazuistyka LUBLINERA jest również pod tym względem dobrą ilustracją zjawiska takiego. Z drugiej strony JAWORSKI uważa, iż sprawę tę i z odmiennego punktu widzenia wypada rozpatrywać, mianowicie, wpływu gruźlicy krtani i płuc na sam przebieg ciąży i zdolność do życia noworodków matek suchotnic.

Prawie w każdym przypadku gruźlicy krtani i płuc u ciężarnych, z zakończonych śmiercią, następuje rozwiązanie samoistne, najczęściej przedwczesne, przed śmiercią matki i suchotnicy. Wyjątki pod tym względem bywają bardzo rzadkie.

JAWORSKI osobiście na 30 i kilka przypadków, w ciągu ostatniego 20-lecia, znał tylko dwa, gdzie matka suchotnica, będąca w ciąży, zmarła wskutek gruźlicy przed urodzeniem dziecka, czyli nie rozwiązana. W jednym z tych przypadków, przed laty 11-tu, dokonał na zmarłej, wspólnie z koł. KURTZEM, cięcia cesarskiego.

Wydobytego dziecka w śmierci pozornej, nie udało się docucić. Okres więc poporodowy — puerperium — u suchotnic, bywa okresem największego zaostrzenia się sprawy w krtani i płucach, i stanowi niejako acme procesu całego, sprowadzając najczęściej śmierć.

Przebieg taki jest dla bardzo ciężkich przypadków prawie typowym i bardzo wyraźnie ilustruje wpływ gruźlicy i płuc na przebieg ciąży.

Innymi słowy formy gruźlicy krtani rozlanej z owrzodzeniami, przy jednoczesnej postępującej gruźlicy płuc, okazują na

przebieg ciąży wpływ jaknajgorszy, wprost fatalny, bo ją skracają, a bardzo często, in puerperio, prowadzą do śmierci.

Przypadki spostrzegane i podane przez LUBLINERA, są jasnym dowodem wpływu takiego.

Kazuistyka autorów innych toż samo stwierdza. Przy formach ciężkich gruźlicy krtani i płuc u ciężarnych, w 30% następuje samoistne, przedwczesne przerwanie ciąży, a 60% dzieci w takich warunkach urodzonych, żyje zaledwie kilka dni. Takie są wyniki wpływu ciężkiej gruźlicy krtani i płuc na przebieg ciąży i zdolność do życia dzieci z suchotnic, przedwcześnie urodzonych.

Co do wpływu ciąży na gruźlicę krtani i płuc, to ogólnie rzeczy biorąc, mówca podziela zdanie prelegenta i przedmówców. Jednocześnie zwraca jednak uwagę i ustala fakt, znany zresztą lekarzom praktykom, że zdarzają się przypadki, gdzie życie małżeńskie, ciąża, a nawet powtórna, tylko bez następnego karmienia dziecka piersią, a przy dobrobycie, nie wpływają ujemnie na kobietę, mającą zmiany gruźlicze w płucach, lecz przeciwnie sprowadzają pewną poprawę w jej stanie zdrowia. Parę przypadków takich spostrzegał mówca.

W tem miejscu J. pragnie podnieść ważny fakt, najczęściej zapoznawany przez lekarzy internistów, a mający znaczenie, ze względu na rokowanie, a także wskazania lecznicze.

Faktem tym jest podwyższenie ciepłoty u ciężarnych, warunkowane bynajmniej nie stanem chorobowym, lecz najprawdopodobniej wzmożoną przemianą materii. Już dawniejsze badania klinik akuszeryjnych w Niemczech (np. WINCKEL'a) stwierdzają, że ciepłota ciała ciężarnych przeciętnie bywa wyższa o 0,2—0,3 od ciepłoty nieciężarnych.

Przechodzę do rokowania. Zależnem ono bywa: od postaci i rozległości sprawy chorobowej w krtani i płucach, od czasu występowania samego procesu i obostrzeń; od stanu wagi ciała ciężarnej.

Co do 1-go, to formy gruźlicy krtani rozlane z owrzodzeniami, jak widać i z przypadków LUBLINERA, dają szczególnie złe rokowanie, formy zaś ograniczone, np. tylko nacieki, przy pomyślnym stanie płuc — rokowanie lepsze, nawet względnie dobre.

Co do 2-go, to obostrzenia w krtani, pod koniec ciąży, przy pomyślnym stanie płuc, oraz odpowiednim przyroście wagi ciała, uważane są, co do rokowania za względnie pomyślne.

Co do 3-go, to, tak zwane prawo VEITA, które głosi, że rokowanie u suchotnic ciężarnych się poprawia, w razie zwiększenia

się całej ich wagi ciała, ma istotne i słuszne — zdaniem mojem — znaczenie.

Istota zjawiska tego polega na tem, że zwiększenie wagi wynosi, dla każdego z 3-ch ostatnich miesięcy ciąży, od 1,500 — 2,500 grm. Powiększenie to, według badań głównie klinik akuszeryjnych niemieckich, warunkowane jest nie tylko samym wzrostem jaja płodowego, lecz także powiększeniem całej masy ciała kobiety ciężarnej. W ostatnim miesiącu ciąży waga ciała przeciętnie powiększa się o 1777 grm.; z tego na płód przypada około 1,000 grm.; na części płciowe matki około 150 grm.; a około 620 grm. na resztę ustroju. Jednakże przy ocenianiu przypadku nigdy nie można się kierować wyłącznie wagą ciała, lecz stawiając prognozę, potrzeba wziąć pod uwagę, proces miejscowy, stan płuc i stan podmiotowy chorych.

Co do postępowania leczniczego, to jestem zdania: 1-o że gruźlica krtani i płuc, jako taka, nie jest wskazaniem do przerywania ciąży. Wypada działać, ściśle indywidualizując chorych. Po ścisłym zbadaniu chorej, wypada, aby specjalista-laryngolog śledził, o ile ciąża istotnie wpływa ujemnie na przebieg, ewentualnie postęp, gruźlicy. 2-o Przy rozszerzaniu się sprawy tła w krtani i istnieniu zmian w płucach, bywa wskazaniem przerwania ciąży tylko w pierwszych miesiącach. 3-o Przy ostrym, szybko postępującym procesie w krtani i płucach, przerwaniu ciąży prowadzi do celu, ponieważ nie może ono w żaden sposób powstrzymać postępu sprawy chorobowej. 4-o Formy gruźlicy krtani ograniczone, przy pomyślnym stanie płuc, i odpowiednim przyroście wagi ciała ciężarnej, występujące, lub obostrzające się, p o d k o n i e c c i ą ż y, nie są wskazaniem do przerwania ciąży.

W końcu, odnośnie profilaktyki, którą prelegent poruszył, to pogląd i rada MARAGLIANO, aby przerywać każdą ciążę u każdej kobiety, chorej wogóle na suchoty, w celu zapobieżenia przyjsciu na świat dzieci suchotniczych, cofają nas właściwie do czasów s k a ł y T a r p e j s k i e j i prawodawstwa L i k u r g a, które nakazywało zdrowostan obywateli państwa regulować drogą doboru płciowego przez życie stadowej

Taki rodzaj profilaktyki obcym być musi epoce naszej, współczesnym pojęciom humanitarnym i etycznym. Również prawa i przepisy, wprowadzone tu i owdzie, w Ameryce ograniczające związki małżeńskie ze względu na zdrowie małżonków przyszłych, nie licują z duchem czasu i mogą stać się źródłem samowoli. Takie prawa powstać mogą tylko drogą przygotowania i pozyskania opinii publicznej. W tym razie więcej dobrego zrobić może, pod względem profilaktyki szerzenia się gruźlicy

przez małżeństwa nieodpowiednie, jakaś ulotna książka, w rodzaju utworu prof. MONTAGAZZY, p. n. „Niezdrowa miłość“, niż najsurowsze zakazy.

Natomiast zupełnie słusznem i uzasadnionem jest zdanie GERHARDT'a, aby osoby chore na gruźlicę, wstępowały w związki małżeńskie, lub nawet lepiej zaręczały się, nie wcześniej, jak po upływie roku od zupełnego wygaśnięcia sprawy chorobowej.

[Autoreferat].

J. JAWORSKI z powodu podniesienia przez SREBRNEGO sprawy patogenezy gruźlicy w stosunku do ciąży i porodu, czyni uwagę, że przy tuberculosis miliaris znajdowano pałeczki Koch'a w łożysku; że doświadczenia na królikach świadczą o możliwości przechodzenia pałeczek tych przez łożysko z matki na płód. Zresztą, u cieląt stwierdzono wrodzoną gruźlicę. Są także dane, że pneumokokki i pałeczki duru, przechodzą z matki na płód.

W replice, JAWORSKI mówi, że autor, na którego powołuje się SREBRNY, niema słuszności, gdy uzależnia od porodu i położu sprawę przejścia gruźlicy, ponieważ już przed porodem, i niezależnie od niego, w czasie życia wewnątrzmacicznego, płód może i zdolen bywa przyjąć zarazek od matki. Świadczą o tem, oprócz wyżej podanych, przypadki przejścia np. ospy naturalnej na płód od matki, dalej przypadek przejścia ospy od chorej matki tylko na jeden z dwóch płodów — bliźniąt.

Mówca widział przed laty i zbadał bakteryologicznie wspólnie z BUJWIDEM przypadek, który został ogłoszony drukiem, przejścia róży z ciężarnej kobiety na płód. Hodowle i szczepienia wykazały zarówno u matki, jak i płodu paciorkowce FEHLEISEN.

ZABOROWSKI, przypisując kol. LUBLINEROWI wielką zasługę za poruszenie tematu i obudzenie dyskusyi w sprawie, która ani wyjaśnioną tymczasem dostatecznie, ani rozstrzygniętą nie jest, zaznacza, jak bardzo pożądanem byłoby ustalenie pewnych danych, które obowiązywać by mogły odnośnie postępowania w przypadkach gruźlicy powikłanej ciążą. Wskazówek tych jednak, które zebrać możnaby tylko na zasadzie obszernych statystyk tymczasem brak jeszcze, bo zestawienie kilku a nawet kilkunastu przypadków, jakimi rozporządzamy są zbyt szczupłe, ażeby uchodzić mogły za miarodajne. Tem więcej pewne porozumienie internistów i laryngologów z jednej, a akuszerów z drugiej strony uważać należy za potrzebne i bardzo pożyteczne, tak co do wskazań, jak co do sposobów przerywania ciąży i okresu z jakim go dokonywać należy w przypadkach, w których ciąża uznana zostaje za szkodliwą. Główny jednak i decy-

dujący głos w tej sprawie należy zdaniem Z. do internistów i laryngologów, którzy chore do tej kategorii należące widzą zazwyczaj pierwsi, orjentują się nierównie lepiej w ich dzieziczości, w zmianach, jakie sprowadziła ciąża w stanie ogólnym lub miejscowym i w każdym razie, badać chore tego rodzaju umieją dokładniej. Samą siłą faktów akuszer, który chore te widuje zazwyczaj dopiero na przypadek ciąży, który nie jest w możności tem samem określać, jakie mianowicie zmiany zaszły pod wpływem zapłodnienia o stanie chorej przypisać sobie musi rolę drugorzędną, niejako rolę narzędzia w ręku kolegów, którzy stan chorej poznali dokładniej. Teoretycznie Z. nie może przypuszczać, ażeby istnienie ciąży obojętnem być mogło dla przebiegu cierpienia, w którego leczeniu za podstawę uważamy zachowanie równowagi fizjologicznej ustroju i możliwie najlepsze odżywianie. Ciąża zaś, zwłaszcza w początkowych okresach, tak na jednej, jak na drugim, odbijać się zwykła niepomyślnie.

Co się tyczy zbyt długiego wyczekiwania i wahania się o powzięciu postanowienia, czy ciąża przerwana ma być, czy utrzymana, bez zbytej szkody dla chorej, wyczekiwanie, które sprzyja niezawodnie lepszemu indywidualizowaniu o poszczególnych przypadkach, Z. jest zdecydowanym przeciwnikiem usuwania ciąży w późniejszych jej okresach. Przedewszystkiem wydać się musi nielogicznem dokonywać zabieg wówczas, kiedy chora przebyła najkrytyczniejszy pierwszy okres, kiedy ustępować już zaczynają niepożądane objawy, jak osłabienie, wymioty, podupadłe odżywianie i t. p. początkowi ciąży właściwe i kiedy wszystko przemawia za tem, że stan ogólny poprawiać się raczej zacznie. Dalej tylko poronienie w pierwszych dwóch miesiącach, kiedy jajo płodowe usunąć można na jednem posiedzeniu, uważać można za zabieg względnie obojętny, nie wywierający zbyt ujemnego wpływu na stan chorej. Usuwając ciążę w późniejszych okresach, narażamy się na bardzo obfitą utratę krwi, jeżeli probujemy usuwać elementy jaja płodowego przy pomocy jednorazowego zabiegu albo na zakażenie, jeżeli przerwawszy ciążę, zachowywać się będziemy wyczekująco, rozszerzając ujścia i tamponując jamę macicy.

Tak jednego powikłania, jak drugiego u chorych dotkniętych gruźlicą unikać trzeba za wszelką cenę. ZABOROWSKI jest zdania, że pytanie, czy ciąża utrzymana ma być, czy przerwana w danym przypadku gruźlicy, rozstrzygniętem być powinno w przeciągu pierwszych dwóch miesięcy, zabieg bowiem, dokonywany później okazać się może bardzo niepomyślnym dla chorej.

J. JAWORSKI, z powodu przemówienia ZABOROWSKIEGO oświadcza, że próżnem jest odsądzanie akuszerów od prawa głosu w sprawach wpływu ciąży na gruźlicę krtani i płuc, szczególnie zaś, odnośnie wskazań leczniczych w tych razach. Na to akuszerzy nigdzie i nigdy się nie zgodzą. Właśnie wybitni akuszerzy wszystkich krajów, zarówno dawniej, jak i teraz, zajmowali się i zajmują badaniem sprawy stosunku ciąży do gruźlicy krtani i płuc, oraz postępowania leczniczego w tych przypadkach.

Dość wspomnieć profesorów akuszerzy: genueńskiego — MARAGLIANO, francuskiego — PINARD'a, niemieckich — RUNGE'go i VEIT'a. A niedawniej, jak przed paru miesiącami, prof. v. ROSTHORN napisał pracę o ciąży i gruźlicy.

Akuszerzy zawsze i wszędzie dążą do tego, aby mieć głos, i rzeczywiście mają go, w dodatku decydujący, w sprawie wskazań leczniczych przy gruźlicy, wikłanej ciąży.

Na to, aby im wyznaczano rolę tylko wykonawców, tylko techników przerywania ciąży, nigdy się nie zgodzą.

[Autoreferat].

LUBLINER odpowiada: HEWELKE, przytaczając prace, względnie uwagi Brehmera i innych, nie spostrzegł, że poglądy tych autorów, jako należące po największej części do historii omawianej sprawy, były podane w odczycie. Co do przytoczenia różnych kodeksów, mówca miał jedynie na celu wykazanie, jak zmieniały się poglądy na sprawę wywoływania poronienia.

W sprawie ratowania tylko matki—HEWELKE stoi na stanowisku, zajętem przez akuszerza francuskiego, PINARD'a. Już Napoleon na pytanie, zadane w chwili krytycznej odpowiedział: *avant tout Mr—sauvez la vie de la mère.*

SREBRNEMU odpowiada, iż z kliniki BURMAN'a niedawno wyszła praca, zawierająca kilkadziesiąt przypadków kastracyi u gruźliczych. Mówca podnosi wartość spostrzeżeń SOKOŁOWSKIEGO i JAWORSKIEGO, jako badaczy sprawy omawianej.

Sekretarz stały Henryk LANDAU, urodzony w r. 1870, w roku 1888 ukończył gimnazjum V-te w Warszawie, a w 1895 wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Od tegoż czasu zaczął pracować na oddziale ś. p. dra DUNINA, gdzie pozostawał aż do lutego 1907, kiedy został powołany na Daleki Wschód.

Wojna podkopywała Jego zdrowie, które po powrocie do kraju w r. 1906, niestety, do równowagi nie doszło. Pomimo to, dalej pracował wzorowo, czego najlepszym dowodem jest otrzymana w r. 1907 nagroda na konkursie im. KOCZOROWSKIEGO. Zmarł wskutek mózgowego wylewu krwi.

Napisał prace następujące:

- 1) Poszukiwania doświadczalne nad zachowaniem się żelaza w ustroju ludzkim i zwierząt,
 - 2) O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich.
 - 3) O połowicznym zaniku języka w przebiegu władu rdzenia,
 - 4) O stosunku nadnerczy do powstawania miażdżycy tętnic (praca nagrodzona na konk. im. KOCZOROWSKIEGO) i
 - 5) O bazofilnej ziarnistości w czerwonych krążkach krwi.
- Spolszczył wydane nakładem dra DUNINA dzieło MORITZ'a „O żywieniu chorych“.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Gabszewicz*.

Sekretarz *Antoni Majewski*.

Posiedzenie kliniczne dnia 15 czerwca 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 40 i gości 4.

- T r e ś ć:
- 1) WIŚNIEWSKI: Przedstawienie chorej, dotkniętej wrzodem twardym sutki.
 - 2) HIGIER: Niektóre zagadnienia dziedziczności w świetle badań ginekologicznych.
 - 3) JANOWSKI: Krzywa przelykowo-przedSIONKOWA, jej tłumaczenie i znaczenie rozpoznawcze (z pokazami epidioskopowemi).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów. JARECKIEGO, LICHTENSTEINA, OCZESALSKIEGO i GRYGLEWICZA.

III. Sekretarz stały zawiadomił obecnych o otrzymaniu przez Towarzystwo zapisu ś. p. CZERNICHOWSKIEGO. Zapis ten To-

warzystwo przyjmuje i upoważnia Zarząd do przeprowadzenia odpowiednich kroków, mających na celu zatwierdzenie wspomnianego zapisu przez władze.

IV. Do biblioteki Towarzystwa kol. BORZĘCKI ofiarował pracę swą p. t. *Klimatoterapia i balneoterapia*, dzieło przetłumaczone z WEBERA-MAYERA i uzupełnione przez tłumacza.

V. Kol. AD. CIĄGLIŃSKI odczytał sprawozdanie komitetu rewizyjnego o rewizji kasy Towarzystwa i kasy wsparć.

Sprawozdanie przyjęto.

WIŚNIEWSKI przedstawił chorą dwudziestoparoletnią, mężatkę, która w siódmym miesiącu (po szczęśliwym odbytym porożu), karmiąc własne zupełnie zdrowe dziecko i sama będąc zupełnie zdrową, przyjęła na karmienie dziecko obce. Na brodawce sutki lewej zjawilo się owrządzenie twarde, obejmujące całą górną powierzchnię brodawki u jej nasady o cechach wyraźnych pierwotnego wrzodu twardego; na ciele całym wysypka różyczkowata kiłowa.

Jest to przypadek zarażenia się od dziecka dotkniętego kiłką wrodzoną. Uderza tu bardzo wczesne zjawienie się wysypki.

HENRYK HIGIFR. Niektóre zagadnienia dziedziczności w świetle badań genealogicznych.

Prelegent porusza sprawę dziedziczności, omawiając bliżej błędne poglądy, powtarzających się stale od pierwszych podstawowych prac DARWINA. Dłużej zatrzymuje się przy teorii WEISSMANN'a o ciągłości plazmy zarodkowej, zmienności zarodka i determinantach. Powszechnie panujące określenia wrodzoności (congenitalitas) i usposobienia (dispositio) są nieściśle, to samo dotyczy pojęć wady rozwojowej i potworności wrodzonych lub nabytych. Przedewszystkiem powinien obowiązywać podział chorób na wewnątrz i zewnątrzpochodne (endo- i exogen), należy też brać w rachubę przy omawianiu sprawy zwyrodnienia (degeneratio) i obarczenia dziedzicznego, kwestyę wzajemnego oddziaływania na siebie tkanek, zwłaszcza wydzielin gruczołów o sekrecyi wewnętrznej: t. zw. korrelacye histoplastyczne i histochemiczne. Nie uwzględniano również należycie, że obok cierpień rodzinnych, dziedzicznych, wrodzonych, wewnątrzpochodnych istnieje cała grupa rzekomo-rodzinnych, rzekomo-wrodzonych i t. d., które wprowadzają zamęt do klasyfikacyi racjonalnej.

HIGIER poddaje następnie szczegółowej krytyce t. zw. prawo dziedziczności, obowiązujące w fizjologii, a zwłaszcza w patologii ludzkiej, zatrzymując się nieco dłużej przy niektórych o grzeszących zbytnią problematycznością.

Wielorakie rodzaje dziedziczenia (pośrednie, kumulacyjne, postępujące, cofające się, homochroniczne, antycypacyjne, homologiczne, heterologiczne etc.), ujęte w pewien system, dzielić się dają na 2 zasadnicze grupy, dziedziczenia bezpośredniego oraz bocznego. W pierwszej grupie są klinicznie ważne postacie: ciągle i przerwane czyli atawistyczne, w drugiej grupie: postacie czyste i mieszane. Jako pododdział bliżej omawianą zostaje hereditas matriarcbalis masculina, typ dziedziczenia nader ciekawy, w nozologii ludzkiej bardzo często spotykany (haemophilia, daltonizm, paralysis spinalis spastica, atrophia optica **LEBERA**), przy którym choroba przenosi się dziedzicznie wyłącznie na mężczyzn przez kobietę, które same zostają nietknięte. Przechodząc do rozpatrzenia krytycznego panujących obecnie metod statystycznych i genealogicznych, prelegent przytacza poglądy historyka **LORENSA** i lekarza **MARTIUSA** na wartość porównawczą t. zw. tablicy przodków (Ahnentafel) i drzewa rodowodowego, (Stammbaum), demonstrując drzewo genealogiczne 4-ch pokoleń, dotkniętych zezem wrodzonym. Sprawę małżeństw krewieńczych rozstrzyga prelegent na niekorzyść antykonsangwinistów, rozpatrując porównawczo wyniki otrzymane przy pomocy różnych metod badania: 1) badania rozmnażeń wśród najniższych jestestw, 2) badania analogii w świecie roślin i zwierząt rasowych, kazidoreczo skojarzonych, 3) badania gromad ludzkich, ściśle odosobnionych, 4) badania historii poszczególnych ras (np. żydowskiej), 5) badania metodą statystyczną, 6) badania poszczególniej częstości chorób, 7) badania cech fizjologicznych obok patologicznych i 8) wreszcie badania metodą ściśle genealogiczną. Kilkoma przykładami z tablic genealogicznych starożytnej dynastji Ptolomeuszów, średniowiecznego domu panującego de Valois potomstwa Joanny Obląkanej z linii hiszpańskiej i austriackiej Habsburgów i Wittelsbachów (z 16 i 17 stulecia) oraz z antenatów, obecnego króla hiszpańskiego uzasadnia **HIGIERA** niektóre, wypowiedziane przezeń prawo dziedziczenia w patologii.

Kol. **PRĘGOWSKI** sądzi, że nie miałby racji ten, ktoby odmawiał podobnym krytycznym referatom zbiorowym, jak obecny, prawa pojawiania się na naukowych posiedzeniach Towarzystwa: dowiadujemy się tu bowiem wielu interesujących szczegółów, pobudza to niejednego do samodzielnej pracy myślowej, daje zebranym sposobność do wypowiedzenia własnych spostrzeżeń i myśli o poruszonych zagadnieniach, co zaś dotyczy specjalnie referatu kol. **HIGIERA**, w zakończeniu tegoż znajduje się ponadto i jeden własny pomysł prelegenta, — dotyczący bardziej obrazowego układania tablic genealogicznych.

Kol. **Pr.** wypowiada dalej kilka następujących uwag o nie-

których stronach zagadnienia dziedziczności, powołując się przytem na jedną z swych prac, dotyczących tego przedmiotu: 1-o. Fakt, że na powstanie własności potomka wpływają nie tylko własności któregośkolwiek z jego rodziców, ale nadto cały szereg innych a zmiennych czynników, powoduje, że stwierdzenie jakiegoś przypadku przeniesienia cechy nabytej z rodzica na potomka posiada całkowicie różną siłę dowodową w porównaniu ze stwierdzeniem, że podobne przeniesienie cech nabytych w jakichś przypadkach nie odbyło się. Stwierdzenie jednego wypadku niewątpliwego odziedziczenia cechy nabytej posiada dla zagadnienia dziedziczności większe znaczenie, aniżeli liczne dziesiątki wypadków, w których niema przeniesienia cechy nabytej. Pamiętać przytem należy, że przy ścisłym formułowaniu zagadnienia dziedziczenia cech nabytych — chodzi w pierwszym rzędzie o to, czy komórka zarodkowa (Keimzelle) i pierwszocze zarodkowe (Keimplasma), mające dać początek nowemu osobnikowi, zostają już wytworzone z odpowiednią zmianą, czy też zmiany odnośne pojawiają się w komórce zarodkowej i pierwszoczu zarodkowym już po powstaniu tych ostatnich bądź też w dalszych okresach rozwoju młodego osobnika — na skutek różnorodnych wpływów, pochodzących zewnątrz danego młodego ustroju. 2-o Kol. Pr. utrzymuje, że nie-da się pogodzić z przyrodniczym sposobem myślenia, gdy ktoś, jak to się bardzo często zdarza, uznaje dziedziczenie (w wspomnianem ścisłym sformułowaniu tego terminu) nabytych usposobień np. do chorób, a mimo to zaprzecza dziedziczenia nabytych cech. Umysł myślący przyrodniczo i zdający sobie sprawę z podstaw naszego poglądu na ustroje biologiczne, nie może pojąć ani przyjąć jakichkolwiek usposobień w ustroju biologicznym, którymby nie odpowiadały żadne zmiany w budowie czy składzie chemicznym odnośnych części tego ustroju. Gdzie jest jakieś usposobienie np. do jakiejś choroby, tam muszą być i zmiany materialne w budowie lub składzie chemicznym, choćby trudno lub wcale nie dostępne naszemu bezpośredniemu badaniu. Przyznawanie dziedziczenia usposobień nabytych jest tem samem już rozstrzygnięciem w duchu pozytywnym wspomnianego zagadnienia dziedziczenia cech nabytych. 3-o. W badaniach genealogicznych powszechnie nie dość bywa zwracana uwaga na drażliwy wprawdzie, ale tem niemniej dla tych badań doniosły fakt, że instytucya rodziny i małżeństwo w społeczeństwach europejskich tak teraźniejszości jak i przeszłości okazuje się w praktyce życiowej tak daleką od ideału, że dane o przodkach męzkich musimy uważać za daleko mniej prawdopodobne, aniżeli dane, dotyczące przodków żeńskich. To też, dy chodzi o przodków męzkich, należy zwracać szczególniejszą

uwagę na to, czy są to przodkowie de facto, a nie tylko de nomine. 4-o. Kol. Pr. przechyla się na stronę tych autorów, którzy uznają przenoszenie cech nabytych z rodziców na dzieci w nadmienionem ścisłem sformułowaniu tego terminu. W wspomnianej na wstępie pracy kol. Pr. przedstawił przypadek dziecka kilkumiesięcznego z kurczową naczynioruchową nerwicą — ataxia vasomotoria niektórych autorów, posiadaną także — przez oboje rodziców tego dziecka. Nerwicę swą dziecko to mogło tylko odziedziczyć od rodziców, — wobec tego, że cierpienie dane rozwija się w ciągu długiego szeregu lat i lat dziesiątków, że rodzice dziecka, nie wiedząc zresztą o istocie swego cierpienia, przeszło na rok przed urodzeniem się dziecka, a matka także i w okresie karmienia dziecka — unikali wszystkich tych wpływów, jakie, według spostrzeżeń kol. Pr. oraz mniej więcej także według badań innych autorów, przy wieloletniem działaniu prowadzą do danego cierpienia. [Autoreferat]

WŁ. JANOWSKI w obszernem przemówieniu, popartem pokazem 22 krzywych, szczegółowo objaśnianych, omawiał sposób otrzymania i znaczenie poszczególnych części krzywych przelykowo-przedsionkowych. Wynika stąd, że JANOWSKI uważa za początek skurczu przedsionka ten sam punkt krzywej, co i MINKOWSKI, oraz — że stanowczo zaprzecza, jakoby punkt *D* RAUTENBERG'a miał to znaczenie, które mu ten autor przypisuje: odpowiada on poprostu punktowi *AS*. [Autoreferat]

Na tem posiedzenie zakończouo.

Prezes *Gabszewicz*.

Sekretarz *Antoni Majewski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 22 Czerwca 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 34 i gości 3.

- T r e ś ć:** 1) **ŻENCZYKOWSKI:** Pokaz chorych, a) z omentitis tuberculosa, b) z neuroretinitis duplex po otruciu alkoholem metylowym.
2) **BRUNNER JERZY:** O antygenie cholerycznym.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów **JARECKIEGO**, **BIEHLEROWĄ** i **SKATOWSKIFGO**.

III. Prezes zawiadomił obecnych o zatwierdzeniu przez Generala Gubernatora darowizny **MECENASA OSUCHOWSKIEGO** i bar. **LESSERA**.

IV. Sekretarz stały udziela objaśnień co do treści i charakteru tej darowizny.

V. Sekretarz stały zawiadamia, iż suma Towarzystwa Przeworność, pozostająca na hipotece doum Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego może być zastąpioną przez pożyczkę prywatną na łatwiejszych i lepszych dla Towarzystwa warunkach Towarzystwo propozycję Zarządu przyjmuje i upoważnia do przeprowadzenia kroków odpowiednich.

Wł. **ŻENCZYKOWSKI** przedstawił chorego ze zgrubieniem sieci (omentitis tuberc. , naśladującym dolny brzeg wątroby.

Chory 15-tni, przed 6 miesiącami leżał przez 4 miesiące w szpitalu więziennym z powodu przypuszczalnej „wody“ w jamie brzusznej.

Przed 2-ma miesiącami przybył na oddział D-ra **K. CHEŁCZOWSKIEGO** z skargami na ogólne osłabienie i ból w lewym boku. Stan podgorączkowy. Tętno 76, chory bledy. Powiększenie prawego gruczołu podżuchwowego. W lewym płucu na 3 palce poniżej kąta łopatki nieznaczne przytłumienie z osłabieniem oddechu i drżenia piersiowego — co prawdopodobnie zależnem jest od podniesionej ku górze śledziony — próbne przekłócie płynu nie wykazało. Brzuch wzdęty, twardy; in epigastrio wyczuwa się pas zgrubienia szerokości 4 palców, idący poprzecznie; guz ten przy ruchach oddechowych jest nieco ruchomy; dolny jego brzeg doskonale się wyczuwa na 2 palce powyżej linii pępkowej; na miejscu guza przy perkussji otrzymujemy tępy odgłos opukowy, powyżej — tympaniczny. Przy rentgenoskopii, dokonanej przez

kol. DROZDOWICZA w pracowni szpita. Ś-go Ducha, otrzymujemy przy lekkich cieniach od wątroby i śledziony, ruchomych zależnie od ruchów przepony, mocny cień w formie fartucha między liniami sutkowymi — górną granicę którego stanowi wyczuwalny guz, dolna granica zaś opuszcza się ku dołowi poniżej pępka na 4 palce poprzeczne (omentitis tubercul.).

Próba oczna CALMETT'a dała wynik dodatni. Badanie krwi pod względem ilościowym ani jakościowym zmian nie wykazało. Mocz o cięż. wł. 1018 białka i cukru nie zawiera.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względów:

1) Zgrubienie omenti (omentitis) może naśladować dolny brzeg wątroby.

2) Kilkakrotnie zdarzały się omyłki rozpoznawcze stwierdzone autopsyjnie, w których zgrubienie omenti (omentitis) przyjmowano za dolny brzeg wątroby i odwrotnie rozpoznawany omentitis okazywał się dolnym brzegiem wątroby.

3) W rentgenoskopii otrzymujemy nowy czynnik dyagnostyczny, który może się przyczynić do usunięcia tego rodzaju omyłek rozpoznawczych. [Autoreferat]

Wł. ŻENCZYKOWSKI przedstawił przypadek zupełnej ślepoty wskutek ostrego zatrucia niewielką ilością czystego alkoholu metylowego.

Chory St. Kw. 1., 32 robotnik z fabryki cukierków i czekolady napił się 50 gramów alkoholu metylowego używanego do celów technicznych. Zaraz tego samego dnia czuł się niedobrze, dostał zawrotu i bólu głowy i zaczął jakby gorzej widzieć; następnego dnia wzrok był jeszcze gorszy, a już czwartego dnia od wypadku wystąpiła zupełna ślepota i tego samego dnia 12/IV chory przybył na oddział D-ra K. CHEŁCHOWSKIEGO. Przy badaniu prócz braku oddziaływania źrenic na światło przy zachowaniu reakcyi na przystosowanie innych zmian w układzie nerwowym niema: nerwy na ucisk nie bolesne, odruchy ścięgniste, z błon śluzowych oka, ucha, nosa i gardzieli jak również odruchy skórne zachowane. Zaburzeń czucia niema. W narządach wewnętrznych zmian niema. Mocz o cięż. wł. 1015 zawiera nikłe ślady białka bez wałeczków.

Badanie dna oka, dokonane łaskawie przez kol. W. KAMOCKIEGO wykazało: Zmiany na dnie oka są bardzo niewielkie i polegają na wysięku, przykrywającym naczynia siatkówkowe przy przejściu z tarczy na siatkówkę. Siatkówka wogóle jest doskonale przezroczysta, tylko w tych miejscach szarobiaława: okazuje lekkie promieniste prążkowanie jak przy neuroretinitis. Sprawa jednak, jak sądzi kol. KAMOCKI, polega prawdopodobnie jak i przy innych zatruciach na neuritis retrobulbaris.

Alkohol badany przez dra St. WELA, kierownika pracowni chemicznej przy Towarzystwie Farmaceutycznym okazał się absolutnie czystym alkoholem metylowym.

Chory po kilku dniach przy obojętnej kuracyi zaczyna coraz lepiej widzieć — obecnie rozpoznaje i liczy palce u rąk w odległości 2—3 łokci; białkomocz ustąpił.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę 1) że choć znane są powszechnie przypadki zatrucia alkoholem metylowym przy spożyciu większej jego ilości, to jednak przypadek ostrego zatrucia tym alkoholem przy spożyciu tak niewielkiej ilości (50 gr.) należy zaliczyć do rzadkich, 2) że jako jedyny objaw zatrucia, prócz przejściowego białkomoczu, wystąpił neuritis retrobulbaris.

[Autoreferat]

Jerzy BRUNNER wygłosił rzecz o antygenie cholerycznym. Przytoczywszy dane, stwierdzające braki współczesnej seroterapii, autor wyraził mniemanie, że metoda uodporniania swoistego z czasem zyskać winna jaknajszersze zastosowanie. Należy jednak dążyć do tego, aby antygeny były pozbawione zupełnie własności trujących lub przynajmniej, aby były jaknajmniej szkodliwe dla ustroju ludzkiego.

Prac skierowanych ku wydobyciu z komórki bakteryjnej pierwiastków ochronnie szczepnych było dotąd bardzo niewiele, przeważnie zaś, jako antygeny, stosowane bywają całkowite zarazki. Posiłkując się metodą frakcyonowania za pomocą siarczanu sodu, autor przekonał się, że substancja uodporniająca zarazków cholery przechodzi do roztworu po strąceniu całej zawartości komórki bakteryjnej 2% siarczanu sodu.

Do 30% roztworu antygen nie przechodzi, tak że substancja uodporniająca ma wyraźne granice strącalności.

Odporność — badana u królików i świnek — dosięga wysokich granic po jednorazowym zastrzyknięciu.

Antygen nie przechodzi przez glinę, znosi ogrzewanie w 84°, słabnie po gotowaniu, częściowo rozpuszcza się w alkoholu 80°.

Metoda autora prawdopodobnie będzie mogła być zastosowaną i do otrzymywania innych antygenów.

[Autoreferat]

Na tem posiedzenie zakończoneo.

Prezes *A. Gabszewicz*.

Sekretarz *Antoni Majewski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 30 Czerwca 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 69 i gości 4-ch.

- T r e ś ć:**
- 1) **BREGMAN:** Pokaz preparatu guza z okolicy foramen occipitale magnum.
 - 2) **MUTTERMILCH** Stanisław: Pokaz płynu otrzymanego z torbieli trzustki.
 - 3) **KOPCZYŃSKI** Stanisław: Pokaz chorego z nowotworem przysadki mózgowej.
 - 4) **SOLMAN** i **KIJEWSKI** Franciszek: Fulguracja (przedstawienie przyrządów i stosowanie).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: **JAROCKIEGO, KIZLERA, DOLECKIEGO, FELDHOUSENA** i **KACZYŃSKIEGO**.

III. Do biblioteki Towarzystwa kol. **STANKIEWICZ** ofiarował zeszyt pierwszy tomu pierwszego Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego. Sekretarz Stały dr. **SOKOŁOWSKI** w im. prof. **SIEBEROWEJ** ofiarował Marcelego **NENCKIEGO** Opera Omnia — dwa tomy, przyczem podał ocenę tego wydawnictwa i wniósł o podziękowanie ofiarodawcy.

IV. Wiceprezes odczytał sprawozdanie z wyników konkursu im. **CHALUBIŃSKIEGO** i **KOCZOROWSKIEGO**: z pierwszego — nagrodzoną została praca p. t. „Cierpienia układu nerwowego” przez kol. **ORŁOWSKIEGO** Stanisława; z konkursu drugiego praca p. t. „O wpływie alkoholu na funkcyje nerek” przez kol. **A. JANUSZKIEWICZA** z **Kijowa**.

BREGMAN przedstawił preparat guza z okolicy foramen occipitale magnum, podał historię choroby osobnika, z którego guz ten (natury złośliwej) otrzymano, oraz omówił trudności rozpoznawcze danego przypadku

MUTTERMILCH Stanisław demonstruje płyn, pochodzący z torbieli trzustki. Przypadek ten dotyczy chorego l. 62, u którego kol. **ŚLAWIŃSKI** rozpoznał torbiel trzustki i u którego wykonał operację, podczas której wypuszczono około 10-iu litrów płynu barwy krwistej, czerwono-brunatnej, odczynu wyraźnie alkalicznego. Cięż. g. = 1006; zawartość białka 2,5⁰/₁₀₀; płyn z kwasem octowym daje wyraźne zmętnienie (mucyna). W celu stwierdzenia pochodzenia trzustkowego tego płynu, przeprowadzono badanie na obecność zacyzynów tryptycznego, lipolitycznego i diastazy.

Pam. Tow. Lek. t. CV. z. IV 09.

Badanie na obecność zączynu tryptycznego wykonano w sposób dwojaki, mianowicie: metodą METTA oraz za pomocą próby z mlekiem; ta ostatnia, jak wiadomo, polega na tem, że do płynu w kółbce dodajemy nieco mleka i pozostawiamy kilkanaście godzin w ciepłarce; po strąceniu kazeiny za pomocą kwasu octowego i strąceniu białka, wykonywamy próbę biurętową na obecność albumoz. W badanym płynie otrzymano wynik ujemny. Mówca próbował aktywować ten płyn przez badanie nieznaczej ilości zawartości z cienkich kiszek świnki morskiej w mniemaniu, że być może płyn zawiera trypsynogen, który pod wpływem dodanej enterokinazy nabierze własności trawiących. Wynik jednakże otrzymano ujemny. Jak wiadomo, w większości zbalanych przez innych autorów płynów z torbieli trzustkowych trypsyny nie znajduwano. W naszej literaturze w przypadku ogłoszonym przez kol. ZAWADZKIEGO płyn zawierał trypsynę; w przypadku zaś kol. MALINIAKA płyn zawierał trypsynogen. Co się tyczy pozostałych zączynów, to stwierdzenie zączynu lipolitycznego posiada o wiele większe znaczenie rozpoznawcze, niż zączynu diastatycznego. Ten ostatni bowiem często wykrywamy w rozmaitych cieczech ustrojowych (płynach wysiękowych i innych).

W badanym płynie mówca znalazł zarówno zączyn diastatyczny, jak i lipolityczny. Obecność zączynu diastatycznego stwierdzamy w sposób bardzo prosty, mianowicie: dodajemy w próbówce do pewnej ilości płynu nieco rozcieńczonego krochmalu i wstawiamy m. w. na pół godziny do termostatu. Po upływie tego czasu odczyn na obecność krochmalu za pomocą jodu wypadł ujemnie; próba zaś redukcyjna z siarczanem miedzi dała wynik dodatni (maltoza).

Co się tyczy steapsyny, t. j. zączynu lipolitycznego, to udało się wykryć go za pomocą próby GRÜTZNER-GAMGEE. Polega ona na tem, że do szeregu probówek nalewamy po 10 ccm. nalewki lakumsowej obojętnej, dodajemy do każdej probówki po 5 kropli zawiesiny z oliwy (10 cz. oliwy + 5 cz. gumy + 35 cz. wody) oraz wzrastającą ilość kropli badanego płynu (od 5 do 30 kr.). Probówki po zamieszaniu wstawiamy do termostatu i obserwujemy m. w. po upływie godziny wynik badania. Dodatni wynik polega na zmianie barwy fioletowej nalewki lakmusowej na czerwoną pod wpływem kwasów tłuszczowych, powstałych przez rozszczepienie tłuszczu. W badanym płynie otrzymano wyraźny wynik w próbówce, do której dodano 10 kropli tego płynu.

Co się tyczy ciężaru gatunkowego, to wahał się on w przypadkach ogłoszonych przez innych autorów w dużych granicach — mianowicie — od 1007 do 1028. Zawartość białka różni autorowie podają od 0,5 do 10%.

Po zcentryfugowaniu płynu otrzymano dość obfity osad, w którym znaleziono: 1-o liczne kryształy cholesteryny, 2-o dość liczne czerwone krążki, częściowo rozpadłe, 3-o pojedyncze białe ciała oraz 4-o liczne, t. zw. „Fettkörnchenzellen“, t. j. owalne komórki wypełnione kuleczkami tłuszczu i powstałe prawdopodobnie stłuszczenie komórek nabłonkowych. Obecność kryształów cholesteryny oraz wspomnianych komórek stłuszczonych uważają niektórzy autorowie za cechę charakterystyczną dla płynów z torbieli trzustkowych.

Kryształów leucyny i tyrozyny w badanym płynie nie znaleziono.

Mocz chorego, od którego badany płyn pochodził nie zawierał ani białka ani cukru.

Odczyn CAMMIDGE'a wykonany z tym moczem w pracowni mówcy przez koleż. KARASIOWNEJ dał wynik wyraźnie dodatni; otrzymano b. liczne charakterystyczne kryształy.

[Autoreferat]

KOPCZYŃSKI Stan. przestawił przypadek nowotworu przysadki mózgu z objawami akromegalii i zaburzeniami odżywczemi.

Chory A. R., lat 37, wyrobnik, przybył do szpitala Ś-go Ducha ze skargami na osłabienie wzroku, bole głowy, nudności, wymioty i na ogólne osłabienie. Jak się okazało z wywiadów, które można było zebrać dopiero w kilka dni potem, gdyż początkowo chory znajdował się w stanie przyćmienia świadomości, choroba właściwa rozpoczęła się od roku, napadami bólów głowy i osłabieniem wzroku. Przed 2 miesiącami nawet przez 2 tygodnie nie widział. Od 8 lat stracił owłosienie w okolicy części rodnych. Od tego czasu również chęć do stosunków płciowych i zdolności spółkowania zagięły. Od okresu młodzieńczości posiada bardzo słabe owłosienie w okolicy wąsów i prawie niema żadnego na brodzie. Niegdyś dużo pijał. Lues negatur. Żonaty. Dwoje dzieci. Urazowi nie podlegał.

Obj. Chory znajduje się w stanie jakgdyby lekkiego duszenia. Odpowiada bardzo niechętnie. Często poziewa. Nakrywa się wciąż kołdrą, mówiąc, że mu zimno. Tętno 44 po ruchach 52 na minutę (bradycardia). Ciepłota prawidłowa. Przy oględzinach uderza: nadmierny rozwój dolnych szczęk, zwłaszcza kątów zuchwowych, pewien progatyzm, lekki rozrost kości palców rąk, minimalny zarost na wargach i na brodzie, brak owłosienia pod pachami i w okolicy części rodnych, wybitne zmniejszenie, niemal zanik jąder. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Czaszka przy opukiwaniu bolesna, bez ścisłego umiejscowienia bólu. Kregosłup niebolesny. Siła ruchowa wszędzie zachowana, Chuć wogóle en masse nieco osłabiona. Odruchy kolanowe zachowane.

wane, za ścięciem Achillesa osłabione, zwł. po stronie lewej, podszwowe żywe, brak objawu BABIŃSKIEGO, z łącznicy i z gardzieli zachowane; pewna nadczułość ogólna na ból, na ciepło i na zimno. Mowa prawidłowa. Prawa żrenica mocno rozszerzona. Na światło i na przystosowanie wcale nie reaguje. Lewa znacznie mniej. Oddziaływa bardzo leniwie. Niezbyt wyraźna w tym oku reakcja hemiopiczna. Wzrok osłabiony. Widzi jak przez mgłę. Palce liczy z odległości 10 kroków dość swobodnie na oba oczy. Brak zewnętrznych połów pola widzenia: hemianopsia bitemporalis s. heteronyma. Granica hemianopsyi przechodzi przez środek pola widzenia. Na dnie oka tarcze błyszczące sinawe: zanik prosty. Inne nerwy czaszkowe działają prawidłowo. Prześwietlanie (JUDT) wykazało rozszerzenie nieznaczne zagłębienia, odpowiadającego siodłu tureckiemu. Chory w pierwszych dniach pod siebie oddawał bezwiednie mocz. Wobec objawów ogólnie mózgowych (bole głowy, nudności, wymioty, zwolnienie tętna, wobec zaniku nerwów ocznych, hemianopsyi dwuskroniowej, wobec zaburzeń odżywczych (rozrost szczęk, palców kiści, brak owłosienia na twarzy, pod pachami, na częściach rodnych, zanik jąder). K. rozpoznaje u chorego nowotwór przysadki mózgu, i zamierza poddać operacji metodą EJSSELBERGA (cięcie przez nos).
[Autoreferat]

Fr. KIJEWSKI i SOLMAN mówili o fulguracyi nowotworów złośliwych podług metody de KEATING-HART'a, przedstawili odpowiednie przyrządy, omówili technikę samej operacyi, wreszcie dokonał Kijewski na posiedzeniu samem fulguracyi u chorego dotkniętego rakiem prącia. Odnośnie do samej metody — prelegenci wypowiedzieli następujące uwagi na podstawie doświadczeń własnych: Metoda fulguracyi nie jest sposobem dającym możność doszczętnego wyleczenia miejscowego i ogólnego w przypadkach nowotworów złośliwych, lecz jedynie sposobem, dzięki któremu w wielu przypadkach pierwotnych lub nawrotowych raka można, po usunięciu nowotworu za pomocą wycięcia lub wylżeczkowania, działaniem na siedlisko guza snopem iskier prądu elektrycznego zmiennego o nader mocnem napięciu i częstoci, wytworzyć w tkance łącznej siedliska guza silny odczyn ożywczy, który sprowadza szybkie zabliznienie się rany pozabiegowej i w wielu przypadkach zapobiega prędkiemu nawrotowi miejscowemu nowotworu, znosząc przy tem lub znacznie łagodząc bole, tak straszne nieraz w przebiegu raka.

Na komórki rakowe fulguracya nie działa niszcząco w ścisłym znaczeniu, lub jeżeli niszczy to tylko w warstwach powierzchniowych, iskry bowiem przyrządów stosowanych obecnie nie przenikają głębiej nad 2—3 mm., dla tego też należy przed

„piorunowaniem” nowotwór najdoszczętniej usunąć i dopiero ranę fulgurować.

Objawy wywołane przez piorunowanie są bezpośrednie, następcze i oddalone. Do pierwszych należy zmniejszenie krwawienia z naczyń włosowatych oraz zniesienie bólów. Znaczenia tych dwóch ostatnich wyników tłumaczyć nie trzeba.

Z objawów następczych należy zaznaczyć chłonetok (lymphorrhoea), wytworzenie strupa, a następnie w krótkim czasie doskonałej ziarniny oraz szybkie zagojenie się rany pozabiegowej. Do zmian oddalonych po fulguracji należy niejednokrotnie występujące zmniejszenie się gruczołów w najbliższej okolicy rany; zmniejszenie to jednak nie jest długotrwałem.

Wrazie nawrotu po dokonanej fulguracji nawroty nowotworu mają charakter inny, niż zwykle — są to nie rozległe nasieki nowotworowe, lecz guziczki oddzielne wśród nowej tkanki bliznowatej. Ta mocna tkanka bliznowata stanowi poważną zaporę do miejscowego nawrotu.

Mówcy prócz leczenia raka i mięsaka sposobem fulguracji w przypadku lupus vulgaris i tbc. cutis z zadziwiająco szybkim i kosmetycznym zabliznieniem.

W dyskusji Jan ŚWIĄTECKI zaznacza, iż przy fulguracji główne role grają trzy czynniki: iskra elektryczna wywołuje pewne mechaniczne działanie na tkanki (rozrywanie), działanie termiczne i chemiczne, zależne od odpowiednich promieni znajdujących się na obu krańcach widma świetlnego. Mechaniczne rozrywanie tkanek nowotworowych czy zapalnych znaczenia leczniczego mieć nie może, jeżeli chodzi o przyżeganie, to silniej działa tu żegadło PAQUELIN'a, choćby zastosowane z odległości, jeżeli zaś o chemiczne, to daleko skuteczniej — promienie Roentgena i radowe, tak, — iż zdaniem mówcy, fulguracja przyszłości przed sobą niema.

[Autoreferat].

KOZERSKI posiada przyrząd do piorunowania od Stycznia 1905 roku i używał go porzątkowo bez kwasu węglowego w przypadkach lupus erythematosus, lupus vulgaris, epitheliosus etc. Pierwszej fulguracji wspólnie z kol. LEWENSTERNEM K. dokonał przed 1^{1/2} rokiem w przypadku bujającego raka policzka. Na zasadzie powyższego doświadczenia K. nie może podzielić zdania, wypowiedzianego przez kol. SOLMANA, że piorunowanie należy do zabiegów nie bardzo bolesnych. Przeciwnie K. przyznaje rację tym, którzy twierdzą, że piorunowanie sprawia ból, który jest w stanie umarłego wskrzesić. Odwrotnie, K. pyta, czy fulguracja słaba, nie sprawiająca bólu, odpowiada wskazaniom nicjatorów metody.

KRYŃSKI. Do szeregu środków leczniczych na raka, jakie przesunęły się przed naszymi oczyma w ciągu ostatnich lat dwudziestu, przybył nowy w postaci działania iskier elektrycznych prądów o wysokim napięciu i wielkiej częstości, zwany fulguracją, której stosowanie przedstawili tu koledzy prelegenci. Czy metoda ta będzie mogła utrzymać się dłużej w lecznictwie, czy też śladem tylu innych rychło zostanie złożoną do archiwum terapii raka — dziś jeszcze wyrokować ostatecznie nie można. Jednakże badania ściślejsze, odmawiające iskrom tym jakiegokolwiek, jak twierdzono poprzednio, działania elektywnego, swoistego na komórki rakowe — z jednej strony, z drugiej zaś wyniki doświadczeń klinicznych, że przytoczę tu choćby tylko rozprawy na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich, — zdają się nie rokować niestety fulguracji długiej przyszłości. Pomimo to, wobec bezsilności naszego lecznictwa w walce z rakiem, wypróbowanie każdej nowej metody w tym zakresie, a więc i dzisiejszej fulguracji, jest bardzo słuszne i pożądane.

Nie zgodziłbym się tylko z kol. KLJEWSKIM na ową modyfikację, którą, jak twierdzi, wprowadził on w stosowaniu tej metody u chorych. Nie wchodzę bynajmniej w jej wartość istotną, albowiem o niej on sam nic pewnego jeszcze powiedzieć by nie mógł; idzie mi tu o względy zasadnicze. Stosując jakikolwiek nowy sposób leczniczy, musimy, aby mózdz wydać sąd o rzeczywistej jego wartości, postępować najzupełniej ściśle według wskazówek autora, gdyż inaczej pozbawiamy się prawa wyrokowania lub też dochodzimy do wniosków całkiem błędnych. Jeżeli zasada ta winna być uwzględnioną zawsze, to tembardziej dotyczy to stosowania metody KEATING-HARTA, już samej przez się dość złożonej, a której wyniki, według słów samego autora, są w ściślejszej zależności od jaknajdokładniejszego trzymania się postępowania przezeń przyjętego. Sądzę więc, iż słuszniej będzie, gdy kol. K., pozostawiając na uboczu wszelkie zmiany czy poprawki, zechce stosować fulgurację w postaci, praktykowanej przez autora.

STANKIEWICZ Czesław zaznacza, iż iskry, wydobywane z aparatów francuskich, są znacznie dłuższe i silniejsze, niż te, które demonstrował prelegent. Poza tem metoda KEATING - HARTA polega na bezpośredniem stosowaniu fulguracji po zabiegu chirurgicznym. Jeśli prelegent stosuje fulgurację w kilka godzin po zabiegu, jest to już modyfikacja metody klasycznej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Gabszewicz*.

Sekretarz *Antoni Majewski*.

Posiedzenie kliniczne d. 7 Września 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 36 i gość jeden.

- T r e ś ć:**
- 1) **HEJMAN A:** Pokaz chorej z obustronną wrodzoną fistułą uszu.
 - 2) **Prezes GABSZEWICZ:** Pokaz chorego po operacyi torakoplastycznej SCHEDE'go.
 - 3) **SZTEYNER:** Pokaz ciała obcego dobytego z pęcherza moczowego.
 - 4) **ŚWIĄTECKI Jan:** Pokaz 12 chorych leczonych paszą bizmutową BECK'a.
 - 5) **Prezes GABSZEWICZ:** Rzadkie powikłania cierpienia ucha środkowego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił obecnych o śmierci członka Towarzystwa kol. **BUCELSKIEGO**. Obecni na wniosek prezesa uczcili pamięć zmarłego przez powstanie. Sekretarz stały **SOKOŁOWSKI** dołączył nekrolog ś. p. **BUCELSKIEGO**. **Stanisław BUCELSKI** ur. r. 1862 w Pinczowie. Uniwersytet Warszawski ukończył 1885 r. Gimnazjum w Płocku 1880. W r. 1888 p. o. Ordynatora Kliniki Psychjatrycznej Warsz. Uniwersytetu; w 1891 mianowany ordynatorem w Tworkach, w którym to miejscu pozostawał do śmierci. 1892 wybrany został w War. Tow. Lek. Ogłosił prace: 1) O zmianach w komórkach nerwowych przy bezwładzie postępowym. 2) Czynniki wywołujące bezwład postępowy (Gaz. Lek. 1901 — 1902). 3) Cierpienia układu mózgodzeniowego poprzedzające bezwład postępowy (G. L. 1903). 4) Dzieje budowy Zakładu dla obłąkanych w Tworkach i 5) Zakład dla Obłąkanych w Tworkach. Obie Prace drukowane w Pamiętniku Towarzystwa Lek. (1903— 1905/7). Praca ostatnia obszerna oparta na licznych dokumentach stanowi b. cenny materiał do do dziejów naszych Szpitali. B. jako człowiek zacnego charakteru, dobry i troskliwy lekarz zamiłowany w swoim fachu—pozostawił wśród chorych i kolegów serdeczny żal po sobie.

III. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu kol. **SMUŻYŃSKIE GO**.

HEJMAN Andrzej Alfred. Demonstracya przypadku obustronnej przetoki usznej wrodzonej. (Fistula auris congenita).

Dziewczyna lat 15 mająca, przybyła przed miesiącem do mówcy z powodu obrzmienia górnej części prawego policzka, prawej powieki, całej okolicy ciemieniowej z prawej strony i okolicy ponad przyczepem prawej muszli usznej. W temże miejscu wyczuwała się fluktuacya. W odległości 1 mm. nad skrawkiem (fragus), a na 2 mm. przed obrębkim (helix) ucha dała się zauważyć przetoka uszna, datująca od dnia urodzenia chorej, jak objaśnił jej ojciec. Zazwyczaj wydzielala się przez te przetoki ropa, od dni zaś kilku wstrzymała się i z tego powodu wystąpiły bóle oraz opuchnięcie twarzy.

Pod okładami z płynu Burow'a ropa w ogromnej ilości wydzielila się przez przetokę, i obrzmienie po kilku dniach ustąpiło bez śladu.

Takaż sama przetoka daje się widzieć i po stronie lewego ucha, też w tem samym miejscu, co i prawa.

Przetoki tego rodzaju są zjawiskiem nader rzadkiem i o ile nie następuje wstrzymanie wydzielania się ropy, nie przyczyniają one chorym prawie żadnych dolegliwości. Przedstawiają one sobą kanał, idący z zewnątrz na wewnątrz w kierunku prawie równoległym do przew. słuch. zewnętrznego i znajdują się stale w tem samym miejscu, co i dane przetoki.

[Autoreferat]

GABSZEWICZ przedstawia 10-letniego chłopca po operacji torakoplastyki SCHEDE'go. Przypadek ten o tyle jeszcze zasługuje na uwagę, że otok ropny opłucnej istniał u tego chłopca przez szereg lat. Przed 6 laty G. wypuścił przyrzędem POTAIN'a prawie litr ropy z lewej opłucnej, jednocześnie zalecając rodzicom zgłosu się do szpitala dla wykonania radykalnej operacji, jeżeli nie nastąpi poprawa widoczna; po upływie dopiero 4-ch lat G. został wezwany do tego chłopca, którego znalazł w stanie rozpaczliwym; błydy jak papier, wychudzony do maximum, gorączkujący; badanie wykazało stępienie z przodu do 2 żebra, z tyłu na całej lewej połowie klatki piersiowej. Serce przesunięte nieomal całe na prawą stronę. W ciągu tych 4-ch lat, jak opowiadają rodzice, po dokonanej pierwszej operacji, stan dziecka bywał rozmaity; czasami czuł się lepiej, ale wogóle był nadzwyczaj osłabiony. W końcu Lutego 1908 r. G. przy znieczuleniu miejscowem dokonał rezekcyi 9 i 10-go żebra z lewej strony i wypuścił przeszło 2 litry ropy. Stan operowanego zwolna się poprawiał; jama opłucnej zmniejszała się, stale jednak zatrzymywało się dość dużo ropy tak, że opatrunki trzeba było zmieniać codziennie. W Grudniu tegoż roku G. wykonał torakoplastykę

podług SCHEDE'go, usuwając wszystkie żebra, poczynając od 3 do 10-gó włącznie z pozostawieniem tylko chrząstek naturalnie; wyciętą była zgrubiała opłucna żebrowa i usunięto stwardnienie na płucu. Stan po tej operacyi przez kilka dni był bardzo ciężki, powoli jednak chory poprawiał się, w Czerwcu opuścił szpital. Przychodzi sam na opatrunki, gdyż od czasu do czasu wydzielają się małe martwiaki. Pozostały jeszcze tylko powierzchowne owrzodzenia; zgłębnikiem nie wykazuje się obecności najmniejszej jamy.

SZTEYNER pokazał c i a ł o o b e e wydobyte z pęcherza moczowego przez cięcie nadłonowe u mężczyzny 49-letniego, była to kostka toczona długości 7 ctm. naokoło której utworzył się w postaci wrzeciona kamień moczowy, mający w obwodzie porzecznym 7 ctm. Kostka wprowadzona przez cewkę pozostawała w pęcherzu 4 miesiące.

Jan ŚWIĄTECKI. W Kwietniu 1907 r. E. БЕЦК, chirurg z Chicago zauważył, że kilku chorym, którym zastrzyknięto do przetok bizmut w postaci pasty bizmutowej (Bismuthi subnitri. 1 gr. Vaselini 2 gr.) w celach rozpoznawczych, dla uwydatnienia przebiegu przetok na rentgenogramie—przetoki pogoiły się doraźnie — od tego też czasu zaczął wstrzykiwać bizmut w celach leczniczych i w Kwietniu r. b. ogłosił pracę, gdzie zebrał 192 przyp. przetok leczonych jego sposobem, a mianowicie 26 przyp. spondylitis tbc. z przetokami 43 przyp. Coxitis; 9 przyp. zap. innych stawów, 35 zap. rozmaitych kości, 3 gruźlicy mięśni, 19 przetok przy zapal. ropnych opłucnej, 16 po laparotomiach, 13 po operacyach na nerkach, 18 przetok кишки stolcowej i 6 jam dodatkowych nosa z 64⁰/₀ zupełnych wyzdowień i 28.5⁰/₀ polepszeń.

W połowie Maja r. b. ŚWIĄTECKI zaczął stosować bizmut w wojskowym szpitalu Ujazdowskim i przedstawił 12 chorych leczonych sposobem Бецк'a.

1) Rana postrzałowa przedramienia, ropówka międzymięśniowa; nacięcia, drenowanie; 31 Sierpnia w kanał drenowy zastrzyknięto pastę bizmutową. Zagojenie pod peirwszym opatrunkiem. 2) Caries costae 10-ae, resectio costae. Szew, zagojenie do rurki drenowej: przed 5 dniami wstrzyknięta pasta do kanału rdzeniowego, dziś zagojony zupełnie. 3) Osteomyelitis ac. sterni z zatokami pod mięśniami piersiowemi do obu jam pachowych; 5 Czerwca rezekeya mostka i przedrenowanie ropówek, 2 Lipca zastrzyknięto pastę do kanałów drenówki, w tydzień potem zagojenie. 4) Pyaemia otogenes, phlegmone crucis et femoris sin., phlegmone periarticularis humeri dextri.

Cięcia i drenowanie 22 kwietnia. Pasta do kilku kanałów drenowych 25 czerwca, zagojenie doraźne.

5) Empyema thoracis. 26 maja rezekcja żebra. Duże ropienie. Od d. 12 lipca do d. 4 sierpnia wstrzyknięto do jamy opłucnej w 5 dawkach 150 sz. c. pasty bismutowej (dużo!). Zagojenie. Objawy zatrucia Bi w postaci czarnego zabarwienia i obrzęku dziąseł. 6) Osteomyelitis ac. femoris, 23 maja sequestromia, 10 lipca wypełniono jamę 50 sz. c. pasty bismutowej; od tego czasu żadnych opatrunków, pozostaje w chwili pokazu mała przetoka sącząca po kilka kropel surowiczego płynu.

7) Caries oss. pelvis. Zachorował nagle w nocy z d. 23 na 24 marca, silna gorączka (39—40°) aż do 21 kwietnia, kiedy przecięto nacieczenie nad lewym więzem Pouparta i wypuszczono nieco gruzliczego surowiczo włóknistego wysięku; w następstwie ogromne ropienie. Po wstrzyknięciu 40 ctm. pasty 2 czerwca ropienie ustaje, pozostaje przetoka, w którą 2 lipca i 2 sierpnia wstrzyknięto po 10 c. pasty bismutowej. Przetoka jeszcze widnieje, wstrzykiwać jednak zaprzestano z powodu gingivitis bismutosae.

8) Caries oss. pelvis. Gorączka do 40°. Nacięcie nacieczenia nad lewym więzem Pouparta d. 14 kwietnia, w następstwie ogromne ropienie. Pasta 18 maja (15 c.), 2 czerwca (20 c.) i 1 lipca (5 c.). Zagojenie zupełne.

9) Caries oss. pelvis, z przetokami nad lewym więzem Pouparta, na pośladku i biodrze; ropienie duże; przetoki trwają 7 miesięcy. 20 maja wstrzyknięto 50 ctm. pasty. Zagojenie doraźne w ciągu dni 10.

10) Caries oss. pelvis. Abscessus frigidus in reg. spinae ilei post. sup. Wstrzykiwania z początku mieszanek jodoformowej. (21 i 28,01 i 17,011), 4 sierpnia w nocy przez miejsce nakłucia wyciekło bardzo dużo ropy, 6 sierpnia wstrzyknięto do jamy ropnia zimnego 50 ctm. pasty bismutowej. Chory czuje się zdrowym. Ropień nie zbiera się więcej.

11) Coxitis tbc. dextra. abscessus congestivus perinaei. Rozcięcie ropnia międzykrocza 11/I, zagojenie rany 8/II, Resectiocoxae 26 lutego, opatrunki zwykle gazą jodoformową. W maju rana przedstawiała się w kształcie przetoki w okolicy krętarza wielkiego, prowadzącej do jamy na wewnętrznej powi kości biodrowej, z kąd wyciskać się dawało około $\frac{1}{2}$ szklank. ropy. Po wstrzyknięciu 65 ctm. pasty bismutowej między 16 i 31 maja zagojenie zupełne.

12) Caries pedis c. fistula. 15 maja Resectio pedis partialis: excochleatio oss. cuneiformium et calcanei partialis. 19 maja plomba jodoformowa wg. Moosetig - Moorhofs, po jej

wypłynięciu 2 czerwca wypełniono jamę 50 ctm. pasty bismutowej; po 2 miesiącach zupełna organizacja pasty i wygojenie. ŚWIĄTECKI sądzi, że pasta bismutowa nadaje się lepiej do leczenia wszelkich braków kostnych, niż plomba jodoformowa gdyż jest plastyczniejszą i nie wymaga jałowego stanu rany: bismut właśnie sterylizuje ranę i odrazu usuwa ropienie, poczem pasta zapęlnia się tkanką bliznową, wzgl. kostną, jak każda plomba chirurgiczna. Ponieważ zasadowy azotan bismutu jest w większych ilościach związkami trującym, przyczem grają tu rolę dwa jądra chemiczne NO i Bi, Św. używa zamiast związku azotowego, węglan bismutu i do jam dużych, gdzie wypada zastrzyknąć więcej niż 100 gr. pasty, np. przy empyematach, używa pasty 10-o procentowej.

GĄBSZEWICZ opisał 2 przypadki rzadkich powikłań przy cierpieniu ucha środkowego. Jeden dotyczył 17-letniego chłopca, któremu z powodu ropienia z prawego ucha i mocnych bólów głowy G. w 1907 r. w Grudniu wykonał trepanację wyrostka sutkowego. Po za nie wielką ilością zawiesiny i ropy w jamie sutkowej, G. zauważył na zewnątrz od jamy sutkowej ścianę guza torbielowatego, i sądził, że ma do czynienia z perlakiem. Po wytrepanowaniu całej części sutkowej kości skroniowej i kawałka potylicowej G. przekonał się, że ma do czynienia z guzem miękkim elastycznym, wielkości żołądki, wypełnionym krwią, i znajdującym się w związku ze ścianą zatoki żyłnej poprzecznej za pomocą krótkiej, grubej szypuły. Kiedy próby nałożenia podwiązki spęzły na niczem, G. zdecydował się na przecięcie tego guza na całej jego długości; w pierwszej chwili miał miejsce duży krwotok, opanować go się zaraz jednak udało przez założenie gazy do jamy guza i przez wciśnięcie otworu w zatoce poprzecznej, z którą wyżej wspomniany guz komunikował. Przebieg pooperacyjny dobry: pierwszy opatrunek z zupełnem usunięciem gazy zrobiono 14 dnia po operacji; wtedy jeszcze można było zauważyć szarawe ściany rozciętego żyłaka: po 4 tygodniach cała rana pokryta dobrą ziarniną, a po 7 tygodniach chory opuścił szpital zdrowy i wyleczony.

Drugi przypadek dotyczył 27 letniego mężczyzny, który przed 12 laty zaczął doznawać bólów w lewym uchu bez poprzedzającego wypływu z ucha, a od 2-ch lat bole te umiejscowiły się w całej lewej połowie głowy. Badanie obiektywne oprócz obrzmienia zewnętrznego przewodu słuchowego, nic pozytywnego nie dało. Głuchota zupełna w lewym uchu. Podczas 4 dniowego pobytu w szpitalu ciepłota u chorego podniosła się zwolna do 38,6. W Maju r. b. G. wykonał trepanację wyrostka sutkowego: wyrostek był zgrubiały twardy. W jamie sutkowej trochę ziar-

niny. Po dość rozległym wytrepanowaniu kości dla obnażenia zatoki poprzecznej, wylało się z parę łyżek ropy, a zamiast zatoki żyłnej, dno jamy ropnia przedstawiało masę strzępków łatwo się rozrywających, ludzko podobnych do zniszczonej istoty mózgowej. Wypełniono ranę gazą. Wynik był po operacji dodatni. Bole głowy zmniejszyły się znacznie, po paru dniach stan bezgorączkowy. W końcu Czerwca znowuż uskarżał się na bole głowy, chociaż w mniejszym stopniu, niż przed operacją. W Lipcu na tylnym obwodzie rany dobrze ziarninującej, zauważono miejsce, z którego sączyła się ropa, dość obficie. 10 Lipca G. przystąpił do otworzenia zacieku: podczas operacji okazało się, że zatrzymywanie się ropy miało miejsce pod kością potylicową. Dla obnażenia ropnia G. wytrepanował w kości potylicowej kanał szerokości koło 3 cmt. i dochodzący w kierunku zatoki poprzecznej prawie do guzowatości potylicowej zewnętrznej. Po tej operacji stan chorego znakomicie się poprawił, bole głowy zupełnie ustały, rana goiła się prawidłowo tak, że w końcu Sierpnia opuścił szpital. Słuch na tyle odzyskał, że słyszał szept w lewym uchu na odległości 2 metrów.

Pierwszy opisany przypadek, t. j. żylak zatoki poprzecznej G. po raz pierwszy spostrzegął i nie spotkał się z opisem podobnego przypadku. Drugi przypadek jest ciekawy ze względu na swój przebieg; przy braku prawie obiektywnych zmian w uchu przed operacją bez poprzedzającego wypływu z ucha, powstał kolosalnych rozmiarów ropień nadoponowy, który był istotną przyczyną tych mocnych bólów głowy, jakie chory doznawał w ciągu 2-ch lat ostatnich.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Gabszewicz*.

Pom. Sekretarza *Tadeusz Wilczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 Września 1909 r.

Przewodniczący Prezes *Gabszewicz*.

Członków obecnych na posiedzeniu 39 oraz gość jeden.

- T r e ś ć: 1) ŚWIĄTECKI Jan: Pokaz chorego, wyleczonego z przetoki za pomocą pasty BECKA.
- 3) Prezes GABSZEWICZ: Pokaz preparatów makroskopowych: a) Zwichnięcie w części szyjowej kręgów; b) Ropienie trzustki; c) Skręcenie sznurka nasiennego przy mięsaku jądra; d) Torbiel w przepuchlinie zaciśniętej; e) Żylak sznurka nasiennego; f) Guzy zapalne sieci.

I) Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II) Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kolegę

WIEŁOBYCKIEGO.

ŚWIĄTECKI Jan pokazał 22-go chorego, któremu otworzył ropień wielkości głowy dziecka, umiejscowiony w jamie DOUGLASA, pochodzenia wyrostkowego. Przez cięcie długości 2 cm. w dolnym końcu lewego mięśnia prostego brzucha wprowadził rurkę drenową długości 20 cm.; po czterech tygodniach, gdy kanał drenowy nie zablizniał się, wypełniał go prostą bismutową BECKA. Zagojenie po dniach sześciu.

GABSZEWICZ demonstrował następujące preparaty: 1) preparat trzustki uległej ropieniu; preparat ten pochodzi od 50-letniej kobiety, która przybyła do szpitala Ś-go Rocha na oddział wewnętrzny kol. HEWELKEGO 2 Maja 1909 r. Na 6 miesięcy przedtem zaczęła doznawać bólów niewielkich w nadbrzuszu; zwolna traciła siły, pracowała jednak, a na miesiąc przed przybyciem do szpitala na tyle czuła się osłabioną, że położyła się do łóżka, już nie wstawała z niego. Chorej głównie dokuczalo opuszczenie macicy, z racyi czego zwróciła się do kol. RYŁKO; kol. RYŁKO znalazłszy guz w brzuchu, którego chora wcale nie zauważyła przed tem, skierował ją do szpitala. Do czasu ostatniej choroby, cieszyła się dobrem zdrowiem, w chwili przybycia do szpitala chora przedstawia się bardzo wychudzoną, uskarża się na bole w pasie, które zjawiają się napadowo kilka razy dziennie i trwają od 10 do 15 minut.

W lewym nadbrzuszu wyczuwa się guz mało ruchomy,

twardy, dolna granica guza sięga prawie linii pępkowej i ma kształt półksiężycowaty; z lewej strony granica guza odpowiada przebiegiem linii sutkowej, a z prawej guz nieco przechodzi po za smugą białą. Naciskanie guza wywołuje stosunkowo niewielki ból. W płucach zmian nie wykrywa się; przy zastawce dwudzielnej ton systoliczny połączony ze szmerem. Śledziony nie wyczuwa się. Granica dolna lewego płata wątroby bezpośrednio łączy się z wyczuwanym guzem. Stłumiony ton wątroby przechodzi na okolicę guza. Wymiotów chora nie miewa; łaknienie upośledzone; wypróżnienia wolne 1—2 razy dziennie. Pierwszego dnia pobytu jej w szpitalu T° zrana 37,4, a wiecz. 38,4. Tętno 80. Żółtaczki nie ma. Przez kilka dni, w których ciepłota wahała się pomiędzy 37,5 a 38,4 stała bez zmiany. Badanie krwi dokonane przez kol. KNAPPEGO 8 Marca wykazało 60% Hemoglobiny, czerwonych ciałek $3\frac{1}{2}$ miliona, a białych 13,700, czerwone ciała prawidłowego kształtu i jednakowej wielkości. Co się tyczy leukocytów, to jednojądrowych małych i dużych naliczono do 20%, a wielojądrowych 79%, z których na neutrofilowe wypada 77%, eozynofilowe 2%.

Ilość dobową moczu koło 1000 cm.; w moczu białka nie stwierdzono. Reakcje CAMMIDGE'a dała wynik ujemny

10 Maja chora się zaczęła uskarżać na stały mocny ból w okolicy samego guza. Badanie zawartości żołądka przed i po próbnym śniadaniu nie wykazało nic nieprawidłowego, ani co do chemizmu, ani co do mechanizmu żołądka. Guz się powiększa, i jakby przybliża się do ściany brzusznej. Gwałtowne bóle wymagają nieraz zastosowania morfiny.

Od 15 Maja ciepłota się podwyższa, dosięga wieczorem do 39; bóle się wzmagają; w moczu znaleziono ślady białka; 17 Maja w moczu badanym przez kol. KNAPPEGO występuje wyraźnie reakcji CAMMIDGE'a. Guz się powiększa; dolna jego granica teraz wyczuwa się na parę cm. poniżej linii pępkowej, na lewo chowa się pod łukiem żebrowym, z prawej strony czuje się go na brzegu zewnętrznym mięśnia prostego brzucha. Z lewej strony na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha guz ten nie posiada pierwotnej twardości i wydaje się, jakgdyby był połączony ze ścianą brzuszną. Z powodu wielkich bólów chora zgadza się na proponowaną operację. Przypuszczano ze względu na gorączkę, na umiejscowienie guza, na zmianę konsystencji w pewnej części guza, na wynik badania krwi, na bóle, że się ma do czynienia ze sprawą zapalną, ewentualnie ropieniem w lewym płacie wątroby, lub w trzusce.

Do operacji przystąpiono 24 Maja, na 4 dni przed operacją T° wieczorem dochodziło do 39,8, zrana zaś 37,8, tętno 100

Cięcie poprowadzono na miejscu największej bolesności t. j. na zewnętrznym brzegu mięśnia lewego prostego brzucha, rozpoczynając tuż poniżej łuku żebrowego i ku dołowi przechodząc po za linię pępkową; w powłokach brzusznych należało podwiązać masę naczyń — po rozcięciu otrzewnej ściennej uwydatnia się ściana guza o powierzchni gładkiej i sklejona lekko z otrzewną ścienną; przy próbnym nakłuciu przez ścianę guza, wydobyto pełną strzykawkę ropy; po przecięciu ściany guza mającej grubość z $\frac{1}{2}$ cmt., wylało się z $1\frac{1}{2}$ szklanki ropy; dno jamy ropnia szaroczerwone, krwawiące, przy dotyku palcem miękkie i dość łatwo się rozrywające; po przez otrzewną ścianą wyczuwa się wyraźnie dolny brzeg guza na kilka cmt. poniżej jamy ropnia; brzeg ten jest twardawy i robi wrażenie, jak gdyby się miało do czynienia z brzegiem lewego płata wątroby. W celu ustalenia rozpoznania, z jakim narządem miało się do czynienia z wątrobą, czy też trzustką, łyżeczką usunięto na dnie jamy ropnia trochę cząstek z tkanki samego guza. Jamę ropnia wypełniono paskami gazy. Stan chorej po operacji poprawił się: ciepłota wieczorem 36,8. Tętno 72. W ciągu 22 dni po operacji ciepłota wieczorem nie przechodziła po za 37,2; chora czuła się rańniejszą, bólów nie miała, lub tylko bardzo nieznaczne w porównaniu z poprzednimi. Po 10 dniach od chwili operacji dno jamy ropnia oczyściło się i pokryte jest dobrą ziarniną, łatwo jednak krwawiącą. Wypróżnienia tylko po lewatywie bywają.

Zrobione przez kolegę MALINOWSKIEGO z usuniętej tkanki z dna jamy ropnia preparaty drobnowidzowe, przejrane przez prof. PRZEWOSKIEGO wykazały w tkance tej obok nacieczenia drobnokomórkowego, zniszczonych ciałek ropnych, miejscami zachowaną prawidłową budowę trzustki; badanie to rozstrzygnęło, z czem miano do czynienia.

W 3 tygodnie po operacji, chora, która się nieco już poprawiła, zaczęła ponownie słabnąć, mizernieć, 14 Czerwca w moczu stwierdza się obecność białka w ilości $1^{00}/_{00}$ i cukru ślady. Reakcja CAMMIDGE'a dokonywana przez kol. KNAPPEGO teraz dała wynik ujemny. Koło 20 Czerwca u chorej, u której od chwili operacji notowano stale stan bezgorączkowy, nastąpiło podwyższenie ciepłoty do 38,6; podwyższenie to trzymało się przez parę dni, 24 czerwca t. j. w 4 tygodnie przeszło po operacji podczas zmiany opatrunku zauważono na dnie rany ziarninującej maleńki otwór, przez który zgłębnik wchodził w kierunku ku górze do samej jamy; przy ruchach chorej, szczególnie przy nadymaniu się, wychodził przez ten otwór przezroczysty płyn. Na drugi dzień opatrunek cały przesiąkł; zauważono w wydzielającym się płynie niestrawione części pokarmów. Założono sącdek,

przez który na dobę do flaszeczki wypłynęło ze 150 cmt.; płyn ten jest przezroczysty, ma mały zapach, i odczyn słabokwaśny; wykazuje się w nim obecność wolnego kwasu solnego. Następnym dni prawie płyn wydzielany jest między, brudny, zawiera dużo kłaczków, a po spożyciu przez chorą mleka, wyraźne cząstki sernika. Jasnym było, że nastąpiło połączenie pomiędzy dawną jamą ropnia, a żołądkiem. W pierwszej chwili sądzono, że się ma do czynienia z wydzielającym się sokiem trzustkowym i przygotowywano się do czynienia prób z działaniem tego płynu na włóknik (kol. KNAPPE); wobec domieszki wydzieliny żołądkowej prób tych zaniechano. Chora od tej chwili zaczęła szybko chudnąć; guz co do swej wielkości pozostał w tej samej mierze, co i po operacji. W lipcu dołączyły się wymioty; ciepłota czasami dosięga wieczorem 38,2; tętno nie przyspieszone, ale coraz słabsze. Chora zmarła 11 lipca.

Na sekcji znajdujemy potwierdzenie przebiegu klinicznego; preparat wycięty przedstawia znacznie powiększoną twardą trzustkę, razem z żołądkiem; i colon transversum, pomiędzy którymi znajduje się trzustka; ściana żołądka (krzywizna duża) ściana poprzecznicy mocno są połączone z trzustką; z dna ropnia utworzonego, zgłębnik po przez trzustkę i ścianę żołądka wchodzi do światła żołądka. Na pierwszy rzut oka zdawało się, że się ma do czynienia z nowotworem złośliwym trzustki, preparaty jednak drobnowidzowe przygotowane przez kol. KNAPPEGO z różnych wycinków trzustki i ściany żołądka i przejrane przez prof. PRZEWOSKIEGO wykazały, że na wszystkich tych preparatach widzi się stan zapalny trzustki; w wielu miejscach przeważał rozwój tkanki łącznej, ale wszędzie napotykało się nacieczenie drobnokomórkowe i dużo ciałek ropnych, obok zachowania śladów prawidłowej budowy trzustki.

Na przecięciach trzustki makroskopowo nie spotyka się ani mniejszych ani większych ognisk ropnych, tak że w danym przypadku po za rozlanem zapaleniem całego narządu trzustki miało się do czynienia z wytworzeniem się jednego dużego ropnia w mięszu trzustki; takie ropnie podług KÖRBE'go spotykają się o wiele rzadziej, najczęściej ma się do czynienia z ropniami pozatrzustkowemi.

Dodać należy, że na sekcji nie znaleziono żadnych zmian w gruczołach krezkowych.

Dany przypadek jest ciekawy ze względu na zachowanie się reakcji CAMMIDGE'a; na 3-krotne dokonanie tej próby przez kol. KNAPPEGO, 2 razy osiągnięto wynik ujemny, raz zaś tylko dodatni, pomimo tak znacznego schorzenia trzustki.

Preparat kręgosłupa ze zwichnięciem całkowitem w części szyjowej. Preparat ten pochodzi od 22-letniego mężczyzny, który został przywieziony do szpitala św. Rocha 22-go Marca 1908 r. o godzinie 6-ej wieczorem. Koło 5 i pół po południu podczas dokonywania ćwiczenia gimnastycznego (tak zwany podwójny Nelson), przeciwnik chorego przygiął mu głowę do klatki piersiowej; momentalnie chory upadł, i nie mógł już więcej powstać. G. widział chorego tego samego dnia o 8-ej wieczorem. Stwierdzono zupełny bezwład obu dolnych kończyn. Znieczulenie całkowite na skórze klatki piersiowej rozpoczyna się od 4-go żebra z przodu; górnymi kończynami włada; chory wykazuje nadzwyczajną nadczułość skóry na obu górnych kończynach przy najlżejszym dotyku; na wązkim pasie zaś w okolicy nerwu łokciowego stwierdza się zupełne znieczulenie. Chory przytomny, ciepłota 37,6; tętno 84. W dolnej części szyjowej kręgosłupa przy lekkim unoszeniu głowy, stwierdzić można mniej więcej w okolicy 6—7 kręgu powyżej znaczne zagłębienie, a poniżej mocno wystający ku tyłowi wyrostek ciernisty; jednocześnie należy podtrzymywać głowę, gdyż otrzymuje się wrażenie, jak gdyby głowa z częścią szyjową kręgosłupa znajdowały się tylko w luźnym związku z częścią grzbietową. Wobec ciężkiego stanu chorego, ułożono go na łóżku wyciągowym i nałożono przyrząd GLISSONA, aby choć w pewnym stopniu unieruchomić choremu głowę, która bez tego przechyla się to na prawo, to na lewo, sprawiając dokuczliwe bole. Na drugi dzień T. zrana 39,8; oddech i połykanie bardzo utrudnione; tętno 100. Zatrzymanie moczu. Chory sam czuje się dobrze, jest podniecony, mówi dużo, powiada, że już ma czucie w dolnych kończynach i że wykonywa pewne ruchy. Wieczorem ciepłota 40,6; tętno 120. Na pół przytomny. W nocy zejście śmiertelne.

Wyjęty po śmierci preparat składa się z części szyjowej i znacznej części grzbietowej kręgosłupa, aby lepiej uwidoczniły się następstwa urazu; nie wypuszczano także rdzenia, ze względu na to, aby pozostawić bez zmiany uszkodzenia, jakie zaszły w aparacie kręgowym.

Po oddzieleniu mięśni okazuje się, że ma się do czynienia ze zupełnem zwichnięciem 6-go kręgu szyjowego, tak jak się przypuszczało za życia, ze-względu na wyniki miejscowego badania, wykazujące znaczne zagłębienie na karku w tej okolicy, i na wyniki badania nerwowego, wykazujące nadzwyczaj ciężkie uszkodzenie rdzenia, manifestujące się przez całkowity bezwład dolnych kończyn, znieczulenie skóry od 4-go żebra i znie-

czulenie wężkiego pasa na łokciowym brzegu ramienia i przedramienia, co tem więcej zwraca na siebie uwagę wobec nadzwyczaj podniesionej wrażliwości skóry na górnych kończynach. Oprócz tego na preparacie widzi się zamiast zwichnienia nadłamanie wyrostków stawowych; to powikłanie jednak nie wielkie ma znaczenie wobec zasadniczego ciężkiego uszkodzenia; podług KOCHER'a, tak wielkie mającego doświadczenie w tych sprawach chorobowych, nie wpływa ono wcale pogarszając na tak już ciężkie i prawie beznadziejne przypadki, jakimi są całkowite zwichnienia w części szyjowej kręgosłupa. Po rozchyleniu kręgów przekonano się, że opona twarda jest nieuszkodzona, t. j. nie zauważono nigdzie przerwania jej ciągłości: po nacięciu opony twardej z tyłu na miejscu zwichnienia w kierunku podłużnym przekonano się, że w tem miejscu rdzeń zupełnie jest zmiażdżony.

Preparat mięsaka jądra ze skręceniem sznurka nasiennego. Preparat ten pochodzi od 40-letniego mężczyzny, który przybył do Szpitala św. Rocha 15 Kwietnia 1908 r. z powodu powiększonego prawego jądra; powiększenie się jądra zauważył po raz pierwszy przed 4-ma miesiącami. Przy badaniu w lewej mosznie nie znaleziono jądra: w prawej mosznie wyczuwa się guz twardej wielkości jaja gęsiego; poniżej guza czuje się jądro złączone ściśle z guzem, a powyżej guza wyczuwa się zgrubiały sznurek nasienny. Otwór pachwinowy jest wolny, przepuszcza swobodnie palec. Powiększenia gruczołów nie można zauważyć. Na drugi dzień wystąpił znaczny obrzęk na skórze moszny. T. zrana 38,4, wieczorem 39,2. 17 kwietnia t. j. na 3-i dzień pobytu chorego w szpitalu, obrzęk moszny jeszcze się zwiększył, skóra koloru sino-fioletowego; sznurek nasienny bardzo zgrubiał; skóra w okolicy pachwinowej także przedstawia się nieco obrzękłą. T. zrana 38,8.

Tego dnia przystąpiono do operacji. Cięcie od obrączki pachwinowej po przez całą długość moszny. Sznurek nasienny niezwykle zgrubiał, obrzękły. Po przecięciu mocno obrzękłej otoczki jądra wspólnej i otoczki właściwej jądra wylało się z pół szklanki jasnoróżowego płynu; teraz dopiero uwydatnił się guz wielkości pomarańczy. Konsystencyi miękkiej, obok którego znajdowało się miękkie, małe, koloru siniego jądro, przykryte przez mięsisty twór, podobny do zraza wątroby; po wyjęciu całej zawartości moszny na zewnątrz okazało się, że twór przypominający zraz wątroby, był dwukrotnie skręconym sznurkiem nasiennym; po odkręceniu sznurka nasiennego nacięto guz, i okazało się, że makroskopowo składa

się on z tkanki miękkiej, zawierającej miejscami małe ogniska ropne; guz ten ściśle się łączy z jądrem, na przekroju którego widać masę galaretowato krwistą, skrzepniętą. Wobec tego po nałożeniu podwiązek na sznurek nasienny tuż przy obrączce pachwinowej, usunięto guz z jądrem i z częścią sznurka nasiennego, uległej skręceniu.

Badanie drobnowidzowe guza i jądra wykazało obecność nowotworu-mięsaka. Po 4 ch tygodniach wyszedł operowany ze szpitala zdrów; w roku bieżącym w Maju zjawił się z powodu guza w brzuchu; stwierdzono olbrzymich rozmiarów guz, nieruchomy, twardy, wypełniający całe śródbrzusze. Miejscowo na mosznie nie zauważono nic nieprawidłowego.

Preparat rozszerzonych żył sznurka nasiennego, wikłających przepuklinę pachwinową prawostronną. Preparat ten pochodzi od 29 letniego mężczyzny, który przybył do Szpitala św. Rocha dla wyleczenia go z przepukliny pachwinowej, zauważonej przez niego już przed 15-tu laty, przepuklina stopniowo się powiększała; paska nie nosił. W okolicy pachwinowej prawej znajduje się przepuklina wielkości kurzego jaja, łatwo wprowadzalna; do moszny jeszcze nie wchodzi. Otwór pachwinowy swobodnie przepuszcza palec, ze strony sznurka nasiennego nic nieprawidłowego nie spostrzega się.

9 Kwietnia 1909 r. dokonano radykalnej operacji, metodą Bassini'ego; po rozcięciu mięśnia skośnego zewnętrznego i rozszczepieniu m. cremasteris okazało się, że szyja worka przepuklinowego znajduje się od tyłu, a z przodu jest pokryta przez miękki guz, który przy bliższem rozpatrzeniu okazał się rozszerzeniem żył sznurka nasiennego; rozszerzenie to ogranicza się tylko do części sznurka nasiennego, znajdującego się już w kanale pachwinowym i ma długości od 4—5 ctm. Po oddzieleniu worka przepuklinowego i usunięciu go zwykłym sposobem, można się było przekonać, że na części sznurka nasiennego odśrodkowej t. j. w kierunku jądra, i na części dośrodkowej, przenikającej do jamy brzusznej nie można było zauważyć żadnych zmian w żyłach. Na miejscu rozszerzonych żył sznurka wyczuwają się pod palcem ruchome twarde ciała, wielkości małego grochu; po nacięciu wydobyto kilka kamieni z woreczków żylnych; po wydobyciu kamieni żylnych nałożono szwy na miejsca nacięć, co nie zatamowało jednak krwawienia, które miało charakter krwawienia z ciała gąbczastego. Wobec tego, po odseparowaniu przewodu nasiennego i tętnicy nasiennej, nałożono podwiązkę na jedną gałąź żyły nasiennej poniżej rozszerzenia, a powyżej na 2 gałęzie, które przy prze-

ściu na wewnętrzną ścianę brzuszną łączyły się już w jedną żyłę, i usunięto w całości guz, składający się z rozszerzonych żyłaków, zawierających jeszcze w głębi kilka żylnych kamieni.

Przypadek ten jest ciekawy ze względu na umiejscowienie się i powstanie żyłaków w ośrodkowej części sznurka nasiennego, gdy tymczasem, na całym przebiegu sznurka nasiennego, od jądra do otworu pachwinowego t. j. tam, gdzie zazwyczaj spotyka się rozszerzenie żył, nic nieprawidłowego nie można było zauważyć.

Przebieg gojenia prawidłowy. 9-go dnia usunięto szwy. W jednym szwie skórny powstało ropienie. Po 3-cb tygodniach od chwili operacji, chory opuścił szpital zagojony zupełnie.

Preparat sieci uwięzłej w przepuklinię udowej prawej, zawierającej torbiel, której ściana ludoząco podobna była do ściany jelita; preparat ten pochodzi od 42-letniej kobiety, która 18-go kwietnia 1909 r. przybyła do Szpitala św. Rocha z powodu objawów zaciśnięcia przepukliny. Przepuklinę tę ma już od lat 15; czasami jej sprawiała ona dolegliwości, to zmniejszała, ale ostatnio przed 3-ma dniami znacznie się powiększyła i sprawia znaczne bóle. Poniżej więzu Pouparta prawego znajduje się przepuklina wielkości kurzego jaja, twardawa, napięta; odgłos opukowy przytłumiony; bóle umiarkowane same przez się. Zwiększają się podczas naciskania guza przepuklinowego. Brzuch umiarkowanie wzdęty; stolec miała przed 3 dniami; wymiotów dotychczas nie miała; sprawiają jej przykrości nudności; T. 38, tętno 84. Mocz oddaje prawidłowo.

Tego samego dnia przystąpiono do operacji: po rozcięciu worka przepuklinowego w kierunku podłużnym, okazuje się, że cały worek jest wypełniony przez guz twardawy, podobny do sieci, znajdującej się w stanie przewlekłego zapalenia; po nacięciu tego guza bliżej wierzchołka, a dalej od obrączki przepuklinowej, wylało się z głębi parę łyżeczek płynu surowiczego różowego; w głębi, tuż przy obrączce przepuklinowej, uwidatnia się na małej przestrzeni błona szarosinego koloru, przypominająca swym wyglądem ścianę jelita zaciśniętego, otoczona ze wszystkich stron siecią. Wobec tego, po nacięciu obrączki udowej, starano się uwolnić sieć ostrożnie, co przedstawiało duże trudności ze względu na mocne sklejenie sieci z obrączką przepuklinową, po wprowadzeniu palca do jamy brzusznej okazało się, że i po za obrączką w jamie brzusznej sieć przedstawia się pod postacią twardego guza; jelit nie wyczuwano: wobec tego rozcięto całą przednią i tylną ścianę sieci aż do sa-

mej obrączki, i wtedy ze zdziwieniem zauważono, że twór, który się przedstawiał, jako ściana jelita zaciśniętego, oddzielił się łatwo od sieci pod postacią torbieli, wypełnionej krwawym płynem, wielkości wiśni. Po wyciągnięciu sieci stwardniała jej z jamy brzusznej i po nałożeniu powyżej podwiązki na sieć niezmienną, usunięto całą część sieci uległej przerostowi zapalnemu. Przebieg gojenia prawidłowy.

Na zakończenie G. przedstawił dwa preparaty g u z ó w z a p a l n y c h s i e c i.

Pierwszy pochodził od 17-letniej panny, która będąc zupełnie zdrową, zachorowała nagle 10 Lipca 1904 r., dostawszy gwałtownych bólów w całym brzuchu; tego dnia również kilkakrotnie powtarzały się wymioty; po paru dniach bóle ześrodkowały się w prawej połowie brzucha. Przez parę dni nie miała wypróżnienia. Regularność pierwszy raz pokazała się w 15-ym roku życia, i do ostatnich czasów odbywała się zawsze prawidłowo. Bóle stopniowo się zmniejszały, ale nie ustąpiły w zupełności; wskutek tego chora udała się do Szpitala św. Rocha na oddział kol. HEWELKEGO w dniu 17 Lipca. Przez pierwsze dni jej pobytu stan podgorączkowy i ciepłota wahała się między 37,6 a 38,4; w prawym dole biodrowym wyczuwa się guz twardy, nieruchomy, wielkości pięści, na ucisk umiarkowanie bolesny. Wzdęcia brzucha nie zauważono; w narządach płciowych żadnych zmian chorobowych nie wykryto. Stolec miewa co drugi dzień, bez przerwy. Po tygodniu guz się zmniejszył, dosięga wielkości jaja gęsiego, twardy, i mało ruchomy; na ucisk mniej bolesny. Od 28 Lipca stan bezgorączkowy; chora czuje się ogólnie dobrze; czynność przewodu pokarmowego prawidłowa; guz w dole biodrowym zwolna, ale stale się zmniejszał; niewielka wrażliwość w guzie powstaje tylko podczas ucisku. Cały przebieg kliniczny wskazywał na to, że ma się do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego, a wyczuwany guz jest zapalnie zmienioną siecią, wtórnnie wciągniętą w sprawę chorobową wyrostka. W tym celu zdecydowano operację na zimno i chora została przeniesiona na oddział chirurgiczny 14-go Sierpnia. 18-go Sierpnia wykonano laparotomię, cięcie JALAGUIER'a; po otwarciu jamy otrzewnej, od razu natrafiono na guz, który z łatwością można było wydobyć na zewnątrz; okazało się, że guz ten jest jakby cały zawinięty w sieć; ta ostatnia nigdzie nie była przyklejona, ani do otrzewny ściennej, ani do jelit; po nałożeniu wielu podwiązek na sieć, wyłuszczone z niej powyższy guz, który postacią zewnętrzną przypominał nerkę, a wielkością równał się jaju kurzemu.

Po usunięciu guza obejrzano dopiero jelita ślepe i wyrostek robaczkowy; ten ostatni leżał swobodnie na przedniej powierzchni jelita ślepego i zwrócony był końcem swym na zewnątrz, t. j. w kierunku odwrotnym od miejsca usuniętego guza sieci; na otrzewnie jelita ślepego i wyrostka robaczkowego żadnych zmian chorobowych nie można zauważyć. Pomimo to, usunąłem u chorej wyrostek robaczkowy, mający 6 cm. długości; drożność jego zupełna; na błonie śluzowej żadnych zmian makroskopowych nie dostrzega się; badanie późniejsze drobnowidzowe wyrostka nie nieprawidłowego nie wykazało. Rana zaszyta zupełnie; przebieg pooperacyjny prawidłowy; chora po 3 tygodniach opuściła szpital, czując się zupełnie zdrową, aż do przeszłego roku, w którym przybyła do szpitala z powodu ciężkiej choroby nerki.

Badanie drobnowidzowe, wykonane przez prof. PRZEWOSKIEGO pokazało, że guz składa się z tkanki łącznej włóknistej, która w wielu miejscach zawiera rozrzucone zraziki tkanki tłuszczowej; włóknista tkanka łączna miejscami tylko podobna jest do bliznowatej; przeważnie pomiędzy nią a tkanką granulacyjną widoczne są wszelkie możliwe przejścia; komórki w tej tkance łącznej są rozmaite; obok zupełnie wykształconych stałych komórek tkanki łącznej widać komórki plazmatyczne, limfocyty, a także miejscami leukocyty neutrofilowe wielojądrowe. Komórki tłuszczowe w zrazikach tłuszczowych przeważnie mają wygląd zwykły. Naczynia w całej tkance łącznej są mocno przepelnione krwią i śródbłonek ich jest zgrubiały; wobec powyższych zmian prof. PRZEWOSKI uważa guz jako rozrost zapalny sieci, gruzelków nie znaleziono.

D r u g i p r e p a r a t pochodzi od 21-letniej panny, która 24-go Lipca 1908 r. przybyła do Szpitala św. Rocha na oddział kol. HEWELKIEGO. Na 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala, po raz pierwszy dostała gwałtownych bólów w brzuchu i wymiotów; bóle te trwały parę dni; potem robiło się jej to lepiej, to znów gorzej i ostatecznie w dość ciężkim stanie przybyła do szpitala przy objawach mocnych bólów i wzdęciu brzucha; po lewatywie nastąpiły wypróżnienia i bóle znacznie się zmniejszyły. Na drugi dzień jednak pogorszenie i znowuż gwałtowne bóle i wzdęcie brzucha, pomimo wypróżnień po lewatywach. Tak, że stosowano często morfinę. Stan bezgorączkowy podczas pobytu w szpitalu. Chorą po raz pierwszy widziałem 30 Lipca t. j. 6-go dnia jej pobytu w szpitalu; brzuch bardzo wzdęty; wszędzie odgłos bębniący; widoczna jest wzmożona peristaltyka; wymiotów nie ma.

Tętno 100—dosyć pełne. W narządach wewnętrznych i płciowych żadnych zmian nie znaleziono.

Chora przepisana została tego dnia na oddział chirurgiczny dla dokonania operacji. Wieczorem ciepłota dosięgła 38,2; na drugi dzień zrana 37,8. Tętno 100, wieczorem i zrana kilkakrotne wymioty. Brzuch na dotyk bardzo bolesny. 31-go Lipca przystąpiono do operacji. Po przecięciu otrzewnej wylało się z jamy brzusznej trochę jasnożółtego płynu: jelita cienkie mocno są rozdęte, i w wielu miejscach lekko pozlepiane ze sobą przez pasma sieci, która rozszczepiając się na wieloliczne odnogi, przyklejona była do otrzewnej ściennej w dolnej części jamy brzusznej; po usunięciu sklejeń i po uprzednim nałożeniu podwiązek i przecięciu pasm sieci można było zauważyć w wielu miejscach między jelitami małe torbiele, wielkości mniej więcej laskowego orzecha wypełnione jasnym płynem; usunięcie tych torbieli nie przedstawiało żadnej trudności. Niektóre odnogi sieci drażyły jednak wgląd miednicy; po odchyleniu ku górze i na zewnątrz jamy brzusznej jelit okazało się, że pasma te ostatecznie przechodzą w guz znacznych rozmiarów, znajdujący się w ścisłym połączeniu z pęcherzem moczowym i przykrywający sobą narządy rodne; z wielkim trudem i stopniowo udało się oddzielić ten guz od pęcherza; duże trudności przedstawiało oddzielenie guza od moczowodów, na które przechodził on pod postacią jakby rogów; po oddzieleniu guza od pęcherza i moczowodów, łatwo go było już odsunąć od macicy, którą właściwie przykrywał tylko, siedząc na niej jakby na koniu; z jajnikami guz ten miał już ściślejsze połączenie, ale i to udało się na tępej drodze usunąć. Wyrostek robaczkowy i jelita ślepe normalne. Założono worek MIKULICZA do jamy DUGLASA. Po operacji bóle się zmniejszyły. T^o. przez pierwsze dwa dni dosięga 37,6. Od 3-go dnia stan bezgorączkowy. 4-go dnia odchodzą wiatry; 5-go dnia obfite stolce bez pomocy; brzuch miękki, na dotyk niebolesny. 12-go dnia po operacji usunięto worek MIKULICZA. Gojenie odbywa się prawidłowo; opuściła szpital zdrowa 10-go Września 1908 r., t. j. w 6 tygodni po operacji. Próba PIRQUET'a, wykonana przez kol. KNAPPEGO dała ujemny wynik. Badanie mikroskopowe dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO usuniętego guza sieci, wykazało, że i w tym przypadku ma się do czynienia z rozrostem zapalnym sieci; i tutaj anatomicznych gruzelków prof. PRZEWOSKI nie znalazł.

Jeden i drugi przypadek o tyle są ciekawe, że w obu powstałe guzy zapalne sieci stanowiły główną treść sprawy chorobowej; w pierwszym przebiegało to zapalenie pod postacią

łudząco podobną do zapalenia wyrostka robaczkowego, w drugim do podostrawo przebiegającej niedrożności jądra. Powstawanie takich guzów zapalnych sieci, jeżeli wykluczemy nacieczenia natury gruźliczej, należą do rzadkości.

Zazwyczaj guzy zapalne sieci powstają albo w worku przepuklinowym, albo w następstwie po operacji przepuklin, w których trzeba było podwiązywać sieć, albo po laparotomiach, lub nawet po zapaleniach w jamie brzusznej, szczególnie wyrostka robaczkowego i jelita ślepego; z tego rodzaju powikłaniami chociaż rzadko, ale GĄBSZEWICZ spotykał się jednak: w jednym nawet przypadku w 2 lata po operacji przepukliny pępkowej, podczas której trzeba było usunąć dużo sieci, powstało stwardnienie i zgrubienie bolesne sieci, która przykleiła się do otrzewnej ściennej; po paru tygodniach doszło nawet do wytworzenia się ropnia.

W jednym i drugim przypadku przez GĄBSZEWICZA przytoczonych, nie było tych przyczyn ani w pierwszym ani w drugim nie znaleziono żadnych zmian w wyrostkach robaczkowych ani na otrzewnie jelita ślepego. Chociaż obraz kliniczny nie był podobny do tego, jaki zazwyczaj spostrzega się przy gruźlicy otrzewnej, jednak podejrzewano po usunięciu tych guzów możliwość w nich gruźliczego cierpienia sieci, badanie jednak drobnowidzowe i dalszy przebieg pooperacyjny zaprzeczyły temu przypuszczeniu.

W dyskusyi: prof. KRYŃSKI zapytuje, czy w demonstrowanym przypadku zwichnięcia kręgów, można było diagnozować zwichnięcie jeszcze za życia. Jeżeli tak, to można było tentować repozycję.

Co do przypadku demonstrowanych guzów sieci zwraca uwagę, że po laparotomiach dość często powstają guzy w sieci. Etiologia guzów w danym przypadku jest ciemna ze względu na to, że chora poraz pierwszy była operowaną, oraz że wykluczoną została gruźlica. Co do żylaka sznurka nasiennego zapytuje dlaczego prelegent odrazu nie rezekował, nie obawiając się zranienia tętnicy nasiennej, gdyż jak doświadczenia ostatnich lat, między innymi kol. SŁAWIŃSKIEGO wykazują, podwiązanie tętnicy nasiennej nie wpływa ujemnie na zachowanie się jądra.

KIELKIEWICZ uważa, że w demonstrowanym przypadku mięsaka jądra, należało operować więcej radykalnie i należało usunąć wszystkie gruczoly, aż do kręgosłupa.

ŚWIĄTECKI sądzi, że guzy sieci w przypadkach demonstrowanych przez prelegenta zawdzięczają swe pochodzenie zakażeniu od uległego zapalenia wyrostka robaczkowego. To że w wyciętym wyrostku nie znaleziono żadnych zmian niczego dowodzi,

gdyż zapalenia wyrostka przechodzić mogą nie pozostawiając żadnych śladów.

W odpowiedzi kol. KRYŃSKIEMU, GĄBSZEWICZ uznaje za zupełnie słuszną uwagę, że należałoby próbować w przypadku zupełnego zwichnienia kręgu szyjowego 6-go zastosować po nastawieniu opatrunek ustalający. W danym jednak przypadku o ile zbyt łatwe było nastawienie, o tyle trudniejsze utrzymanie tego nastawienia, a nawet prawie niemożliwe. Z drugiej strony stan chorego, prawie beznadziejny, nie zachęcał do usiłowania prób w tym kierunku.

Co się tyczy żyłaka sznurka nasiennego, to GĄBSZEWICZ w pierwszej chwili chciał oddzielić przewód nasienny z tętnicą nasienną, ale to przedstawiało duże trudności; następnie jednak, kiedy wystąpiło krwawienie z naciętych żyłaków w celu usunięcia kamieni żylnych, które nie dało się opanować za pomocą szwów, G. z trudem oddzielił przewód nasienny i tętnicę nasienną, i wtedy dopiero rezekował rozszerzenie żyły nasienne. G. dodaje, że zawsze stara się oszczędzić tętnicę nasienną, pomimo wielokrotnych doświadczeń wskazujących na to, że nie jest ona konieczną dla zachowania jądra, mając na uwadze jedno własne spostrzeżenie, w którym po podwiązaniu tętnicy nasiennej nastąpił zanik jądra.

Kol. ŚWIĄTECKIEMU odpowiada, że właśnie dla tego przedstawił preparaty guzów zapalnych sieci, że w tych przypadkach nie można było wykazać przyczyn, zazwyczaj wywołujących powstawanie guzów zapalnych sieci.

Kol. KIELKIEWICZOWI odpowiada, że w przypadku mięsaka ze skręceniem sznurka nasiennego, ze względu na stan ciężki chorego nie przedsiębrał zbyt poważnego zabiegu, a ograniczył się na usunięciu guza z jądrem i zujawnionym sznurkiem nasieniowym. Powstaniu przerzutu w gruczołach krezkowych po upływie roku, nie zapobiegłaby i tak radykalna operacja, jaką proponuje kol. KIELKIEWICZ.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Gabszewicz.*

Sekretarz *Antoni Majewski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 28 Września 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 57 oraz gość jeden.

- T r e ś ć: 1) GĘBARSKI: Demonstracya przypadku choroby ADDISON'a.
 2) KARWACKI: Przypadek posocznicy szkarlatynowej.
 3). RZĘTKOWSKI: O leczeniu suchot płucnych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kolegę JARECKIEGO.

III. Prezes zawiadomił obecnych o śmierci członka Towarzystwa Maksymiljana WARSZAWSKIEGO, którego pamięć obecni uczcili przez powstanie, a Sekretarz stały odczytał nekrolog.

Maksymilian WARSZAWSKI urodził się w 1863 r. Uniwersytet Warszawski ukończył w 1888, następnie studyował w Berlinie, początkowo pracował w Szpitalu Żydowskim, później w Szpitalu Ewangelickim. Napisał szereg prac i spostrzeżeń:

1) Obecnie panujące poglądy na powstawanie torbieli w pochwie. Kron. Lek. 1895.

2) Przypadek 16-o miesięcznej ciąży zamacicznej śródwiązadłowej. Kron. Lek. 1898.

3) Czternaście nader rzadkich przetok macicznych. G. L. 1898.

4) Przypadek ciąży zamacicznej śródmiąszkowej prawej. Kron. L. 1897.

5) Haematoma vulvae et vaginae. Gaz. Lek. 1892.

6) Przypadki ciąży jajowodowej. Przegląd Chir. 1893.

Członkiem Towarzystwa Lekarskiego został w roku 1899.

Stanisław GĘBARSKI demonstruje przypadek choroby ADDISONA.

Chory, 30-letni kawaler, przybył przed 5 tygodniami na oddział d-ra CHEŁCHOWSKIEGO z powodu tak dużego wyczerpania sił, że chodzić nie mógł i kilka razy mdlał przy próbie wstawania lub chodzenia. Skarżył się przytem na znaczne wychudnienie (dawniej ważył przeszło 60, obecnie 48 kilo), pobudliwość do wymiotów, uporczywe zaparcie stolca. Początek choroby ustalić trudno; gastryczne objawy i osłabienie zjawily się przed 2 miesiącami.

Chory nadmieniał także, że ostatnimi laty zwróciło jego uwagę brudne zabarwienie skóry na rękach, które próbował nawet rozmaitymi sposobami usunąć, lecz mu się nie udawało. Przy badaniu uderzało przede wszystkim w oczy ciemnocisawej barwy (atramentowa) plamy na błonie śluzowej warg, dziąseł i policzków i w daleko mniejszym stopniu wyrażone brązowe zabarwienie reszty ciała; wyraźniejsze jednak zabarwienia widać na grzbietowej powierzchni rąk, twarzy, szyi; dolna zaś powierzchnia dłoni i paznokcia — białe.

Stan chorego podgorączkowy. Tętno było z górą 120, zaledwie wyczuwalne. Przygnębienie wielkie. Bezsensowność. Ze strony narządów wewnętrznych, w moczu zmian żadnych.

Badanie żołądka wykazało: brak wolnego HCl naczczo i po próbnym śniadaniu; sprawność mechaniczna zachowana.

Chory od 5 tygodni przebywa na oddziale dra CHEŁCHOWSKIEGO. W ciągu pierwszych 2 tygodni, pomimo subiektywnej poprawy, stracił jeszcze 1½ kilo na wadze. Od 2 tygodni otrzymuje Suprarenalinę POEHLA (3 razy dziennie po 0,1 po jedzeniu) do wewnątrz w pastylkach: subiektywnie czuje się znacznie lepiej (humor dobry, apetyt, sen znakomity), siły większe, przyrost na wadze 1½ kilo, tętno od 80 do 90 silniejsze. Ciśnienie krwi obecnie wynosi średnio 75 (według GÄRTNERA); sądząc po tętnie, ciśnienie krwi przed użyciem Suprarenaliny musiało być daleko niższe

[Autoreferat]

Kol. KARWACKI pokazał preparaty drobnoustrojów, wyhodowanych ze krwi z przypadku ciężkiej płonicy, krew zawierała spiryle, ziarniki o typie micrococcus catarrhalis i laseczki niedające się zidentyfikować, które prelegent nazwał bac. ciliatus fragilis.

Przypadek płonicy był powikłany obustronnym zapaleniem ropnym ucha środkowego i głęboką zropiałą dymienicą na szyi. Pomimo zabiegu chirurgicznego chory zmarł.

Zaznaczając, że przeważną część powikłań płonicy jest natury paciorkowcowej, prelegent cytuje spostrzeżenie z literatury, gdzie były wykryte inne drobnoustroje. Seroterapię przeciwpaciorkowcową kol. KARWACKI radzi stosować po stwierdzeniu bakteryologicznym, że w danym przypadku paciorkowce istotnie sprawę wikłają.

RZĘTKOWSKI. O leczeniu gruźlicy płuc.

Rz. rozważa sprawę kryteriów wyleczenia gruźlicy płuc z punktu widzenia anatomo-patologa, socjologa, higienisty i klinicysty; stwierdza, że zupełne pod względem klinicznym wyleczenie chorego na gruźlicę płuc jest możliwe, choć w praktyce rzadko i trudno osiągnąć się daje, zastanawia się nad tem, w jakich przypadkach leczenie ma tu szanse najlepsze. Wreszcie

omawia rozmaite sposoby i metody leczenia gruźlicy płuc, jako to: 1) farmakoterapię, 2) leczenie sanatoryjne, 3) leczenie specyficzne (zwłaszcza leczenie tuberkuliną), 4) leczenie chirurgiczne; pod względem ilości wyników dodatnich z powyższych metod na miejscu najpierwszem stawia Rz. metodę leczenia sanatoryjnego.

[Autoreferat]

Kol. PRĘGOWSKI najpierw usprawiedliwia się, że, będąc psychiatrą, zabiera głos w sprawie leczenia gruźlicy: od wielu lat bowiem ma do czynienia z tem cierpieniem w swem najbliższem otoczeniu, miał przeto sposobność poczynić spostrzeżenie i wytworzył sobie szereg poglądów na tę sprawę.

Kto przez dłuższy czas zajmował się tuberkulozą, niezawodnie przyzna, że uleczenie zmian gruźliczych, w jakichbądź miejscach się one gnieźdzą, jest procesem przede wszystkim ogólnym, nie zaś wyłącznie miejscowym; miejscowe, w jakiejś tkance, zlokalizowane zmiany gruźlicze, leczy nie sama tylko ta tkanka, lecz cały ustrój; cały ustrój bierze udział w zaleczeniu miejscowych zmian tuberkulicznych. Ta myśl jest podstawową dla terapii nieoperacyjnej wszelkich postaci gruźlicy, a więc i gruźlicy płuc. I nawet wtedy, gdy działamy miejscowo na tkankę, zajęta przez sprawę chorobową, i działanie to jest skuteczne, dzieje się to zwykle głównie na skutek tego, że wtedy następuje pobudzenie całego organizmu. Mniejsza, czy dzieje się tak samo i przy leczeniu innych spraw chorobowych, w każdym razie jasno musimy sobie uprzytomnić, że tak jest przy gruźlicy. Ma to wielkie dla nas znaczenie, ułatwiając orientowanie się w terapii gruźlicy.

Przechodząc do uwag szczegółowych, dotyczących wpływu na cały ustrój chorych na gruźlicę płuc, kol. PR. nie zamierza wspominać bliżej ani o leczeniu klimatycznym, z którem zapewne nie wielu, bliżej i z własnego doświadczenia obeznanych ze sprawą, tak, jak to uczynił w swoim referacie kol. Rzętkowski, ani o leczeniu surowicowym ani też o stosowaniu lekarstw, zwłaszcza pobudzających wymianę materii,—lecz mówić pragnie o zabiegach, które, jak sądzi, nie całkowicie jeszcze i nie powszechnie są przyjęte, a które znacznie wzmagają działanie wymienionych czynników, a wranie konieczności mogą w pewnej przynajmniej mierze nawet je zastąpić. — Jeżeli zastanowimy się nad tem, co jest czynnikiem, działającym dodatnio w leczeniu t. zw. powietrznem (Luft-Kur), wydać się musi prawdopodobnem — wyjaśnienia pewnego tej sprawy nie ma, że oprócz tego, że mamy tu do czynienia z czystością powietrza, brakiem w niem pyłu, który to czynnik kol. Rzętkowski nie wiezieć na jakiej zasadzie zdaje się uważać za jedynie dodatni w tem leczeniu, — działa tu dodatnio także łatwe uchodzenie wydechanego po-

wietrza oraz ułatwiony dostęp tlenu. Jeżeli przyjmujemy dodatni wpływ tych ostatnich dwóch czynników, wtedy zjawić się może myśl, że jeszcze większą korzyść niż powietrze, będące w spokoju, o które zwykle chodzi przy wymienionem leczeniu powietrzem (Luft Kur), przynieść musi powietrze w ruchu, — przewiew, wiatr. To prowadzi do idei leczenia przewiewowego, wietrznego, jak niemiec by powiedział „Wind-Kur“. Rozumie się, że przewiew ten musi być bez kurzu, a, jak mnie poucza doświadczenie, wiatr ten nie powinien również być zbyt suchym. Na myśl wymienionego tu leczenia przewiewowego zwrócono uwagę, jednakże myśl ta nie jest jeszcze ani należycie rozpozszesniona, ani też w całej jej rozciągłości pojęta, jak na to wskazuje fakt, że nie wyprowadzono z niej wszystkich konsekwencji. Z pośród tych konsekwencji, do których idea terapii przewiewowej doprowadzić może, wymienia Pr. kilka, jak: urządzenie werand bez ścian, zdała od wszelkich zabudowań, w miejscach wysuniętych na przewiew np. na skraju lasu, w okolicach, gdzie powietrze jest pozbawione kurzu i niezbyt suche, — bądź zwykle umieszczanie w takich miejscach hamaków lub łóżek składanych, — bądź sztuczne urządzenia przewiewów np. zapomocą przyrządów wiatrakowatych i t. p. Na jedną z tych konsekwencji, jako mającą doniosłe znaczenie dla praktyki prywatnej zwłaszcza w sferach ubogich, gdzie o leczeniu zakładowem nie może być mowy, Pr. zwraca szczególną uwagę, — a mianowicie na urządzenie przewiewów w mieszkaniu przez otwieranie okien, bądź okien i drzwi — jak mówią — „na przestrzał“. Do tego celu Pr. poleca mieszkania na wyższych piętrach, gdzie powietrze jest czystsze. — Przewiewy stosuje mówca zwykle w czasie snu i ma wyniki tego rodzaju, że pozwala sobie polecić innym te zabiegi. Należy tylko mieć na uwadze, że niektóre osoby, obawiające się przewiewów, muszą się zwolna przyzwyczaić do ich znoszenia.

Czyniąc w swoim czasie doświadczenia nad usypiającem działaniem ogrzanych łóżek, Pr. zauważył, że sen dzienny wpływa dodatnio na rekonwalescentów i osobniki osłabione. Z tem spostrzeżeniem zgadza się wywód, że dla chorych na gruźlicę, jako ludzi osłabionych a często i nerwowych, funkcyonowanie całodzienne bez przerwy jest zbyt uciążliwe, przeto jest dla nich wskazany taki wypoczynek zupełny, jaki daje sen w ciągu dnia. To też Pr. zaleca tuberkulikom drzemkiienne po obiednie bądź, gdy kto się czuje po drzemce poobiedniej nieswojo, przedobiadowe. Jak pokrzepiająco działają podobne drzemki zwłaszcza na wietrze czy przewiewie, o tem może każdy nawet zdrowy przekonać się na sobie. Dodać należy, że, kto w dzień nie sypia, musi zwolna przyzwyczajać się do tych drzemek.

Dodatnie wyniki Pr. miewa z odpowiedniego stosowania insolacji całego ciała, którą stosuje zwykle na nagie ciało chorożo umieszczonego w miejscu, zabezpieczonem od wiatru. Pr. miał sposobność się przekonać, że w świetle słonecznem mamy do czynienia z czynnikiem nie obojętnym, dla ustroju silnie pobudzającym, a przy nieumiejętnem stosowaniu choćby tylko na tułów i kończyny, nawet mogącym szkodzić. Pr. poleca stosować insolację, rozpoczynając od 5—10 minut, i podnosząc czas ten codziennie o kilka, a później o kilkanaście minut, dochodząc choćby do całodziennych naświetlań. Wystąpienie potów lub bólów głowy wskazuje, że zabieg był stosowany zadługo i należy go przerwać. Na głowę w czasie insolacji Pr. stosuje bądź okłady zimne, bądź, gdzie nie ma skłonności do bólów głowy, poleca owinąć głowę zwykłą białą chusteczką. U osób, skłonnych do krwotoków należy szczególniej zważać, aby insolacja nie trwała zadługo.

Pr. stosuje z dobrym wynikiem zwłaszcza w wypadkach niezbyt daleko posuniętych — krótkotrwałe kąpiele zimne rzeczne bądź wannowe; rozpoczyna kąpiele rzeczne w dnie gorące, wannowe od temperatury pokojowej wody; zwolna przechodzić można do temperatur niższych. Również od $\frac{1}{2}$ min. na początku zwolna przejść można do 10—15 min. trwania kąpieli. Po kąpieli chory powinien być należycie wytarty; w kąpieli zaś powinien się wiele poruszać, rozcierać rękami i t. d. dla ułatwienia oddawania ciepła. Na tej utracie w kąpieli zimnej pewnej ilości ciepła zdaje się głównie polegać pobudzający wymianę materii wpływ tego zabiegu, nie zaś na pobudzeniu układu nerwowego, które, jeśli ma miejsce, to jest raczej ujemne, dlatego też Pr. oświadcza się kategorycznie przeciwko stosowaniu natrysków zwłaszcza silnych, jako bardzo wycieńczających organizm pomimo objawów doraźnego podniecenia nerwowego. Dalsza uwaga kol. Pr. dotyczy działania na samą schorzałą tkankę płucną. Kto się wmyśli w przebieg cierpienia gruźliczego, ten, jak Pr. sądzi, zgodzi się z nim, że główną przyczyną, dlaczego tuberkuloza jest tak strasznem cierpieniem i tyle ofiar za sobą pociąga, jest to, że rozwija się ona miejscowo nieznacznie, powoli, nie pobudzając ustroju do należytego wysiłku obronnego, niejako nie budząc czujności tego ustroju. Przecież, gdy energiczniej zaatakuje ona ustrój, ten jest w stanie często jej najenergiczniejszy atak odeprzeć, jak to widzimy przy nierzadkiem uleczeniu tbc. miliaris. Wymieniona cecha procesu gruźliczego nasuwa na myśl porównanie tego procesu chorobowego do wroga, który nie występuje do walki z całą naszą potęgą, lecz, nie budząc zbytnio naszej czujności, niepostrzeżenie a stale po eząstce nas niszczy. Te uwagi prowa-

dążą do myśli, aby między innymi usiłować odpowiednio pobudzać miejscowe zmiany, zachodzące w dotyczących tkankach. Myśl ta zgadza się ze spostrzeżeniami, jakie PR. poczynił w ciągu wielomiesięcznego stosowania zabiegu termoforowego przy gruźlicy chirurgicznej, o czym PR. zdawał w swoim czasie sprawę, a przy którym to zabiegu następuje zalecanie się [sprawy gruźliczej miejscowej przy początkowym jej podostrzaniu, wzroście produkcji ropy i oddziaływania całego ustroju na daną sprawę miejscową. Zastosowanie termoforów na klatkę piersiową na okolice miejsc schorzałych w tkance płucnej nie dało tych wyników, jakie są przy stosowaniu ogrzewaczy na proces gruźliczy w innych tkankach, i tem potwierdziło tylko wątpliwości aprioryczne, że obecność w tkance płucnej powietrza, źle, jak wiadomo, przewodzącego ciepło, uniemożliwia podniesienie ciepłoty zwłaszcza w bardziej oddalonych od powierzchni miejscach tkanki płucnej, że po minąć należy zbyt wielkie rozmiary tej tkanki. Podniesienie przy najmniej w pewnym stopniu temperatury w oddzielnych częściach tkanki płucnej osiąga się, gdy podniesimy stopień ciepłoty wewnątrz całej klatki piersiowej. Ten efekt mieć się zdają stosowane w gruźlicy płuc okłady ogrzewające t. zw. krzyżowe na kl. piersiową, o ile oczywiście są należycie zrobione, co jest zadaniem bardzo trudnem wobec nierówności powierzchni kl. piersiowej. Okłady takie PR. stosuje nie tylko przy wypadkach gorączkujących, ale i to tembardziej w pierwszych początkach tuberkulozy i tam, gdzie jest zatajenie się, ukrycie się procesu chorobowego. Przy skłonności do krwotoków należy być ostrożnym w stosowaniu tych okładów, zaś obecność w krwiobiegu toksyn, pochodzących z spraw ostrych, przy influenzy, anginach i t. p. stanowi przeciwwskazanie dla danego zabiegu i czyni koniecznem przerwanie jego stosowania.

Na zakończenie kol. PR. wypowiada kilka luźnych uwag krytycznych:

1) Nie jest słusznem trzymanie chorych całymi latami w Zakopanem, czy w innych miejscach klimatycznych, wiadomo bowiem, że ustrój przyzwyczaja się po pewnym czasie do nowych warunków, do nowych bodźców, do lekarstw i zabiegów leczniczych, które w miarę stosowania mniej lub pręcej szybko tracą na sile działania. Ten fakt biologiczny prowadzi do konieczności stosowania w przebiegu leczenia gruźlicy zmian ilościowych bądź jakościowych w sposobach leczenia.

2) Zakład BREHMERA w Görbersdorfie niesłusznie cieszy się wielkiem uznaniem lekarzy, zwłaszcza polskich i rosyjskich, chorzy w nim bowiem za mało mają światła i zakład ten cały jest zwrócony na stronę północną.

3) Jak to Pr. ilustruje na przykładach, liczni i nawet wybitni lekarze warszawscy, zwłaszcza młodzi, nie całkowicie zdają się być świadomi tego, jak bardzo niebezpiecznym i jak trudnym do uleczenia jest cierpienie gruźlicze.

[Autoreferat].

Sekretarz stały Sokółowski zaznacza, że prelegentowi chodziło o zestawienie całokształtu, jak stoi obecnie sprawa leczenia suchotników, czy usprawiedliwiony jest entuzjazm lat ostatnich w tej kwestyi, nie należy więc dyskutować nad poszczególnymi środkami i metodami.

Wywody prelegenta zgadzają się w głównych zarysach z poglądami Sokółowskiego, zestawionymi w jego podręczniku. W odczycie swoim prelegent metodę sanatoryjną uważa za alfę i omegę i uważa ją za jedyną metodę skuteczną leczenia gruźlicy. Pesymizm prelegenta, według Sokółowskiego, należy posunąć jeszcze dalej i do metody sanatoryjnej. Przedewszystkiem jest to metoda długa i kosztowna. Nie daje jednak tak znowu wspaniałych rezultatów. Zwraca uwagę na to, że do sanatoryjów dostają się przeważnie chorzy, gdzie proces chorobowy nie jest tak zjadliwy, gdyż gorsze przypadki giną prędko i nie dostają się do sanatoryjów.

Przytacza statystykę ze szwajcarskiego sanatorium dla suchotników Heiligenschwendi, ogłoszoną w jednym z ostatnich numerów *Zeitschrift für Tuberkulose*. Statystyka ta obejmuje informacje co do losu 4,000 chorych w 12 lat od chwili otwarcia sanatorium. Wiadomości o losie leczonych nie dostano zaledwie od 13,70%.

Przeciętna długość życia dla chorych w pierwszym stadium wynosiła lat 10, w drugim stadium lat 5, w trzecim stadium lat 2.

Okazało się, że wpływ zawodu był prawie żaden. Śmiertelność tak samo dotyczy tych, którzy byli robotnikami fabrycznymi, pracowali w kopalniach, rękodzielników, jak i ogrodników i pracujących w polu.

Co się tyczy jednak zdolności do zarobkowania, to z chorych z I-go okresu, dopiero po 10 latach, liczba niezdolnych do pracy przewyższa połowę, gdy z okresu III-go już po roku zaledwie $\frac{1}{5}$ mężczyzn zdolnych była do pracy.

Porównywając jednak dane statystyczne w kwestyi zdolności zarobkowania chorych gruźliczych leczonych ambulatoryjnie w poliklinice Marburgskiej, i leczonych w sanatorium Heiligenschwendi to uzyskano w tem ostatniem o 3 lata dłuższą zdolność do zarobkowania.

Podstawą niepowodzenia wyników leczenia sanatoryjnego SOKOŁOWSKI uważa to, że ludzie wracają do niepomyślnych warunków życiowych i do ciężkiej pracy i przebywają stosunkowo niedługo w sanatorium (2—3 miesiące), gdyż jedynie bardzo zamożni ludzie mogą się leczyć w sanatoriach długo i powtarzać tę kurację w sanatoriach. Okazuje się, że nawet robota w polu nie jest tak łatwą.

Wobec tych względnie mizernych czynników leczenia SOKOŁOWSKI zachęca do wytrwałej pracy kliniczno-laboratoryjnej, należy wypróbować preparaty zarówno ze świata mineralnego, jak i organicznego, a być może że tą drogą wynajdzie się odpowiedni środek, leczenie tuberkuliną daje pewne zachęcające wyniki. Być może, że ulepszone preparaty okażą się jeszcze więcej skuteczne. Muszą być zbadane przypadki kliniczne, dla czego widzimy zamożnych, znajdujących się w najpomyślniejszych, zdawałoby się warunkach, u których sprawa chorobowa postępuje bardzo szybko i niepomyślnie, a czasami naodwrot u biednego robotnika samoistnie przechodzi w postać włóknistą, dobrotliwą. Wogóle należało by bliżej zbadać warunki powstawania tak zwanej włóknistej postaci.

KARWACKI robi parę uwag co do poglądu prelegenta na tuberkulinę. Tuberkulina jest pojęciem zbiorowem, można przeto omawiać działanie tuberkulin, a nie tuberkuliny. Wbrew temu co twierdzi prelegent, tuberkulina daje odchylenie dopełniacza z surowicą gruźliczych (BORDET, BECK, WASSERMANN, HOTINEANU, GAUCHER i ARRAMI i wielu innych).

Nie zgadza się też KARWACKI na zapatrywanie prelegenta, że zastrzykiwanie tuberkuliny suchotnikowi jest tuberkulinizacją a nie uodpornianiem przeciw gruźlicy. Cytuje przytem skład różnych tuberkulin, zawierających w przewodzie te lub inne jady gruźlicze. Nawet stara tuberkulina KOCH'a, pomimo całej brutalności przyrzadzania, może zawierać swoiste jady gruźlicze, gdyż, jak wynika z badań KARWACKIEGO i BENNI'ego, antygeny gruźlicze są daleko bardziej wytrzymałe na podniesioną ciepłotę, niż wszystkie inne.

Z powodu teoretycznego rozumowania prelegenta, że cho-remu, u którego i tak w ustroju jest dużo jadów gruźliczych, nie należy wprowadzać nowych jądów. KARWACKI przytacza dwa przypadki posocznicy gonokokkowej z zajęciem wśierdzia, wyleczone zapomocą zastrzykiwań endotoksyn gonokokowych. W końcu KARWACKI zaznacza, że ry-czałtowe i pesymistyczne traktowanie sprawy tuberkulin znie-

chęca do doskonalenia samej metody, aby zaś wykryć metodę doskonałą, trzeba jej szukać i trzeba robić próby.

[Autoreferat].

DĘBIŃSKI zgadza się z ogólnymi zasadami i wnioskami w odczycie kol. RZĘTKOWSKIEGO. Porusza tylko jeden punkt, tyżący się stosowania tuberkuliny: kol. RZĘT. mówi, że gorączka jest absolutnem przeciwwskazaniem do stosowania tuberkuliny. Otóż zasada ta była słuszną, kiedy stosowano duże dawki, t. j. zaczynano np. od jednego miligrama i wywoływano przez to silne reakcyje gorączkowe, dochodzące do 39°. Obecnie jednak od czasu badań GOETSCHA (1901) stosuje się dawka tuberkuliny t. mała, zaczyna się np. od $\frac{1}{10000}$ miligrama i dąży się do tego, by reakcyi termicznych zupełnie unikać. Na tej zasadzie oparte są wszystkie nowe tuberkuliny: DENIDA, BÉRANECKA, JACOBI'a. Tuberkuliny te według ogólnego zdania dają lepsze wyniki i nie wywołują ciężkich powikłań, jak to miało miejsce z dawną tuberkuliną KOCH'a.

W odpowiedzi d-rowi SOKOŁOWSKIEMU DĘB. zaznacza, że statystyka sanatoryjna wykazująca, iż gruźliczy w I-ym okresie, leczenia w sanatorium, żyją przeciętnie tylko lat 10, nie zgadza się z tym powszechnie znanym faktem, iż przynajmniej u 60% ludzi zmarłych na inną chorobę, uż gruźlica, spotyka się blizny gruźlicze. Te dane anatomiczne dowodzą, że gruźlica w wielkiej ilości przypadków leczy się sama przez się, przez przekształcenie sprawy serowatej na łączno-tkankową.

Jakie warunki są potrzebne do tego samowyleczenia, czy zależne jest ono od małej zjadliwości zarazków gruźliczych, czy też od specjalnej odporności organizmu, dotychczas niewiadomo. W zbadaniu tych warunków samowyleczenia leży przyszłość terapii gruźlicy.

KNAPPE. Przedmówcy z ubolewaniem zaznaczali, że dobre skutki kuracyi sanatoryjnej nader często podlegają szybkiemu zniweczeniu z chwilą powrotu chorego do dawniejszego typu życia, uwarunkowanego ciężką walką o byt. Raptowne przejście do beczynnego życia sanatoryjnego w dostatku, nawet komforcie, do ciężkiej wytężonej pracy fizycznej powoduje to, że już w roku następnym ledwie połowa t. zw. uzdrowionych, wraca do poprzedniego stanu zdrowia. Wynika stąd wskazówka, że należy stopniowo rekonwalescenta wdrażać do zwykłej jego pracy fachowej. Pomyślano już o tem w Niemczech i stworzono t. zw. sanatoria przejściowe („Uebergangstationen“), gdzie pacyenci stopniowo, poczynając od paru godzin dziennie,

zajmują się pracą fizyczną, przeważnie na sali, a resztę dnia spędzają, jako pacjenci sanatoryjni. Liczbę godzin w miarę możliwości się powiększa; pacjent uznany zostaje za wyleczonego, skoro bez krzywdy dla stanu ogólnego pracować może 8 godzin na dobę. Takie d a w k o w a n i e p r a c y daje oczywiście dobre rezultaty („Stübeckshorn“ w Lünchunger Haide). Jeżeli zawód chorego jest tego rodzaju, że wywierać będzie ujemny wpływ na jego zdrowie (praca w kurzu), to w Sanatorjum przejściowem ma okazję nauczania się innego, bardziej higienicznego fachu.

Prelegent, mówiąc w swym odczycie o chirurgicznym leczeniu gruźlicy płucnej wymienił operację uruchomienia pierwszych żeber, oraz rezekcyę dotkniętego procesem wierzchołka. Należy wspomnieć również o sztucznej odmie płucnej, stosowanej w Warszawie od roku na niektórych oddziałach. Na oddziale D ra HEWELKEGO mówca wykonywał w przypadkach jednostronnej gruźlicy płucnej, sztuczną odmę (pneumothorax) z powodzeniem o tyle, że ogólny stan zaczął się szybko poprawiać, gorączka i wydzielina płucna zmniejszała się szybko. Poprawa jednak jest krótkotrwała.

Zabieg jest bardzo prosty i może być powtarzany. Do mierzenia wtłaczanego powietrza używał przyrządu własnego pomysłu, zaś troakar pomysłu D-ra Aleksandra ZAWADZKIEGO. Z powikłań miał tylko krótkotrwałą odmę skórną (emphysema cutaneum). Zabieg ten oddaje znakomite usługi w przypadkach krwawienia płucnego.

Kol. Prelegent wyliczając środki hemostatyczne nadmienił, że spodziewa się dobrych rezultatów po zastrzykiwaniach podskórnych żelatyny. Mówca na oddziale D-ra HEWELKEGO przekonał się, że środek ten żadnego hemostatycznego działania nie wywiera. Zastrykiwano podskórnie po 200 gr. 2% rozczyuu żelatyny zupełnie bez efektu. Jedna z chorych zmarła skutkiem krwotoku płucnego po szóstym zastrzyknięciu. Nie otrzymano szczęśliwie teżca, ogłaszanego przy tym zabiegu, natomiast stale obserwowano podniesienie temperatury (do 40° nawet) w parę godzin po każdym zastrzyknięciu żelatyny.

Kol. Wł. JANOWSKI twierdzi, że leczenie gruźlicy płuc daje niewątpliwie pomyślne i trwałe wyniki, ale pod warunkiem rozpoznawania tak zwanych najpierwszych okresów tego cierpienia, wyprzedzających znacznie, bo lata całe, ten okres gruźlicy płuc który oznaczany jest za pierwszy w wykazach statystycznych różnych uzdrowisk, a więc zapewne i tego, na którego liczbach opierał swoje smutne wnioski p. Sekretarz Stały w swoim przemówieniu. O ile się nie goni za nadzwyczajnymi metodami

rozpoznawania gruźlicy płucnej, do jakich zaliczam śmiało metody PIRQUET'a, CALMETTE'a, MORO i inne, o których na ogół powiedzieć mogę, że, nosząc pozory naukowości, przedstawiają jej parodyę już aprioristycznie oraz faktycznie, czego dowodem dane, wynikające z olbrzymich zestawień statystycznych a wykazujące, że nprz. próba CALMETT'a nie wykrywa gruźlicy w 20% jej istnienia klinicznego i odwrotnie, stwierdza ją w 20% takich przypadków, w których rozbiór pośmiertny zwłok istnieniu jej zaprzeczył; lecz opiera się rozpoznanie na prastarych a!e pewnych sposobach, jak: dokładne zebranie wywiadów ze szczególnem zwróceniem, uwagi na zaburzenia żołądkowe, kiszkowe i pseudoneurasteniczne; zdarzające się bardzo często w najpierwszych okresach gruźlicy o ile pamięta się o pedagogicznym mierzeniu ciepłoty w przypadkach, symulujących blednicę, niedokrwistość, rozedmę płuc i t. d : o ile wreszcie każdemu choremu wysłuchuje i wypukuje się uważnie obadwa szczyty, — dojść można wtedy do rozpoznawania tych najpierwszych okresów gruźlicy, poddających się znakomicie leczeniu, które nazwałbym, co do treści swej, pseudo-sanatoryjnym. Polega ono na wszczępieniu w chorego zasad pedantycznego przewietrzania mieszkania, do najmniej 9-cio-godzinnego snu, 2-ugodzinne go leżenia po obiedzie, odżywiania się pokarmami tłustymi i słodkimi, na pilnowaniu możliwie zręcznem i konsekwentnem jego spokoju duchowego, oraz na takim uregulowaniu jego pracy, by ta ostatnia umożliwiła choremu zarobkowanie, względnie pożyteczne pozycie w rodzinie. Unika się przez to zupełnego odcięcia od społeczeństwa podobnych chorych, jakiem niewątpliwie jest leczenie ich sanatoryjne i podnosi się ich na duchu, co do pomyślnego przebiegu leczenia ich się przyczynia. Rzecz prosta, że obok powyższego postępowania, stosowanego przez lata całe, chorzy tacy zażywają też nie stale, ale nawrotowo i pod kontrolą lekarza, powszechnie znane leki (arszenik, kreozot i t. d.), o których daremnie głoszą uzdrowiska, że ich chorym nie podają, gdyż każdy, kto sanatoria zwiedzał, wie, iż i tam chorzy lekarstwa zażywają. Podobne leczenie w przypadkach wcześniej rozpoznanej gruźlicy daje, jak powiedziałem, wyniki trwałe, polegające na przytyciu chorych o kilkanaście do kilkudziesięciu funtów, na zupełnem ustąpieniu objawów żołądkowych, kiszkowych, wahań ciepłoty oraz na znakomitem zredukowaniu się objawów wysłuchowych, dochodzącem czasem do zupełnej niemożliwości ich stwierdzenia. Wyćwiczenie tego rodzaju chorych w zwracaniu uwagi na najpierwsze objawy nawrotu sprawy płucnej prowadzi często do tego, iż są oni długie lata pożytecznymi członkami społeczeństwa, powtarzając tylko w miarę potrzeby powyższe leczenie, oparte, jak widzimy, na zasadach

leczenia sanatoryjnego, a jednak nie przygnębiające chorego przez to, że się go „posyła do zakładu dla suchotników“. Rzecz prosta, że o ile podobne postępowanie w ciągu paru, najdalej kilku miesięcy do poprawy nie prowadzi, lub warunki uboczne składają się na szybkie występowanie nawrotów, choremu zalecam leczenie sanatoryjne lub sanatoryjno klimatyczne, zawsze zastrzegając wyraźnie, iż jest to kuracja na lat parę do kilku. Oszczędzam mu przez to rozczarowań i wdrażam odrazu w ułożenie systematycznego planu leczenia. Dlatego też o sobie powiedzieć mogę, iż kieruję do uzdrowisk chorych niewiele, ale o ile to robię, są to chorzy w okresie t. zw. pierwszym, a z cierpiących na objawy najpierwsze, najwcześniejsze, kieruję do uzdrowisk tylko takich, o których przekonywam się po kilku tygodniach, iż w domu nie umieją, albo nie mogą stworzyć sobie powyższych warunków leczenia. Ponieważ na ogół biorąc, całe leczenie gruźlicy polega na sztucznem stworzeniu warunków zwiększających odporność ustroju względem zarazka gruźliczego, a teoretycznie biorąc, natura czyni to niewątpliwie i przez wprowadzanie do krążenia najminimalniejszych ilości wyciągów jadu gruźliczego, czy to w pierwotnej jego formie, czy przerobionego przez czerwone lub białe krążki krwi na t. zw. przez SZPRENGLER'a, ciała uodporniające, nie ulega więc dla mnie wątpliwości, że przyszłość leczenia gruźlicy płucnej, ale koniecznie rozpoznanej tylko w okresach najpierwszych lub, co najwyżej, w okresie pierwszym przedstawia się zupełnie pomyślnie i będzie niewątpliwie polegać na stosowaniu powyższych metod ogólnych obok działania lekiem swoistym, otrzymanym z laseczników gruźliczych w ten lub inny prosty lub zawyły sposób. Od chwili ustalenia przyczyny gruźlicy wątpić o tem nie można a nawet twierdzić należy, iż podobne rozwiązanie kwestyi należy do przyszłości niedalekiej, o ile, oczywiście, nie będziemy jej mierzyć na życie ludzkie, lecz spojrzymy na nią z punktu widzenia trwania życia na ziemi. JANOWSKI zaznacza, że nie słyszał odczytu prelegenta z dyskusyi jednak jest poinformowany co do poglądów prelegenta.

[Autoreferat]

RZĘTKOWSKI w statystyce szwajcarskiej, zakomunikowanej przez SOKOŁOWSKIEGO znajduje potwierdzenie poglądu, że sanatoryjna metoda daje wyniki znacznie lepsze, niż wszystkie inne metody fizyoterapeutyczne doby dzisiejszej. Z powodu uwag KARWACKIEGO Rz. z naciskiem zaznacza, że przemawiał głównie przeciw bezkrytycznemu stosowaniu tuberkuliny w sanatoryjach prywatnych, w których lekarze przetrzymują nieraz chorych po kilka miesięcy. W tym celu Rz. nie mniej niż KARWACKI nalega na konieczność badań ściśle naukowych nad tuberkulinami w

klinikach. Ztąd też uwagę K. jakoby swemi zastrzeżeniami co do tuberkuliny, tamował drogę do postępu w tej dziedzinie, Rz. uważa za bezzasadną.

Z JANOWSKIM Rz. nie zgadza się, jakoby przypadki gruźlicy przebiegające pod postacią bezkrwistości, łatwiej leczyły się. Przeciwnie objawy ogólne zatrucia gruźliczego (anemia) przy żadnych lub b. małych lokalnych, dowodzą ciężkości zakażenia. Rz. jest zdania, że wielką odpowiedzialność bierze na siebie lekarz, który wie, że sanatoryjne leczenie daje największą odsetkę popraw, a mimo to nie kieruje chorego niezwłocznie do sanatorium, lecz usiłuje leczyć go środkami farmakologicznymi.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono

Prezes *A. Gabszewicz.*

Sekretarz *Antoni Majewski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 5 Października 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz.*

Członków obecnych na posiedzeniu 45 oraz gości 2.

T r e ś ć: 1) LEON KARWACKI. Przypadek wysiękowego zapalenia płucnej w durze.
2) RZĘTKOWSKI Kazimierz. O sprawności emigracyjnej leukocytów w różnych stanach zakaźnych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego przeczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów ZAHORSKIEGO i ERLICHÓWNĘ.

III. Delegatem na Zjazd neuropatologów i psychiatrów wybrany został od Towarzystwa Lekarskiego kolega WINIARSKI.

IV. Prezes odczytał sprawozdanie komitetu opieki funduszu stypendyalnego z zapisu D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO.

Komitet opieki funduszu stypendyalnego z zapisu D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO na posiedzeniu w dniu 2 Września r. 1909 przyznał stypendya na rok 1909/10 następującym studentom medycyny:

A. p o R b. 300 (f u n d. KOCZOROWSKIEGO).

1. BRYKNEROWI Władysławowi—z Uniw.	
w M o s k w i e	Kurs V
2. PRZETAKIEWICZOWI Henrykowi—z Uniw.	
w M o s k w i e	„
3. MARYNOWSKIEMU Stanisł. z D o r p a t u	„
4. MIAZIO Władysławowi z D o r p a t u	„
5. SAROSIEKOWI Stanisław. z D o r p a t u	„
6. ŚWIDERSKIEMU Mieczysł. z D o r p a t u	„

B. s t y p e n d y u m R b. 250 (f u n d. GOŁĘBIOWSKIEGO).

ŻURKOWI Walentemu. stud. med. kurs. II Warszaw. Uniwers.

Kol. KARWACKI przedstawił preparat cytologiczny, pochodzący z przypadku dwoinkowego zapalenia opłucny w przebiegu duru. Płyn był krwotoczny. Wzór cytologiczny:

75% krwinek czerwonych,

25% innych pierwiastków komórkowych,

w tem więcej, niż połowa śródbłonek, reszta wielojądrowe i nie-liczne limfocyty. Posiew płynu na płytki PETRI'ego dał hodowle dwoinek Talamon—FRÄNKEL'a. Płyn aglutynował laseczniki durowe do rozcieńczenia 1 : 500 dwoinki do 1 : 10.

W reszcie przemówienia prelegent przedstawił dane z piśmiennictwa, dotyczące częstości zapaleń opłucny w durze, etyologii tej sprawy, oraz zejść. [Autoreferat].

RZĘTKOWSKI odczytał rzecz p. t. O s p r a w n o ś c i e m i g r a c y j n e j l e u k o c y t ó w w r ó ż n y c h s t a n a c h z a k a ż n y c h. R. podaje sposób oceniania sprawności emigracyjnej neutrofilów przy pomocy wskaźnika emigracyjnego (I. E.), który oznacza odsetkę neutrofilów, jaka ubyła ze krwi naczyń kończyny mocno przewiązanej w porównaniu z krwią kończyny wolnej u tego samego osobnika. Ów I E u osób zdrowych wynosi średnio 2,5 (maximum 6, minimum 0) W stanach ropnych pospolitych I. E. wynosi znacznie więcej, bo od 33 do 47, po przejściu ropienia I. E. znowu spada do normy. Równie wysoki bywa I. E. u ludzi zdrowych w okresie t. zw. leukocytozy trawiennej (naczezo 6, 4, w 1½ godz. po śniadaniu 17, 34), Świad-

czy to, że pomiędzy zjawiskami odżywiania komórek a zjawiskami odporności komórkowej przeciwzakaźnej — w myśl teorii EHRLICHA — niema różnicy zasadniczej. W innych stanach zakaźnych (gruźlica gangraena pulmonum, febris recurrens i t. p.) oraz chorobach krwi I. E. bywa też powiększoną, choć nie tak znacznie i nie stale. Pomiedzy ilością leukocytów (leukocytoza) i napięciem sprawności emigracyjnej t. j. wysokością I. E. nie ma żadnego stosunku równoległości. Ztąd wniosek, że wzmożenie I. E. nie jest atrybutem każdej leukocytozy. Wprowadzenie pojęcia I. E. do nauki w celu oznaczania napięcia w poszczególnych przypadkach działań chemotaktycznych, może stanowić duży postęp. Większa bowiem lub mniejsza mobilizacya fagocytów, której sprawdzianem jest wielkość I. E. jest ważnym objawem odpornościowym czynnym ze strony ustroju. Praca niobawem ukaże się w „Medycynie“.

[Autoreferat].

MUTERMILCH Stanisław w przemówieniu swem rozważa przedewszystkiem zasadnicze pytanie, na czem polega istota zjawiska, przedstawionego w odczycie przez prelegenta. Faktem niedającym się zaprzeczyć, jest zmniejszanie się ilości neutrofilów we krwi, otrzymanej przez nakłucie palca po kilkuminutowem przewiązaniu kończyny. To zmniejszenie się ilości neutrofilów jest nadto silniej znacznie wyrażone w rozmaitych sprawach chorobowych, zwłaszcza zakaźnych oraz w okresie leukocytozy trawiennej. Rzecz inna, w jaki sposób ten ubytek leukocytów tłumaczyć należy. Czy, jak to sądzi prelegent, mamy do czynienia ze skutkami więcej lub mniej silnie wyrażonej emigracyi neutrofilów z naczyń krwionośnych, mówca uważa za rzecz niedowiedzoną. Jak wiadomo, białe ciała krwi, jako gatunkowo lżejsze od czerwonych krążków, znajdują się w naczyniach krwionośnych w wolniejszym obwodowym prądzie krwi, przylegając poniekąd do intima naczyń i wzdłuż niej się posuwając. Po kilkuminutowem przewiązaniu kończyny występuje wybitny zastój obiegu krwi; czynnik ten, być może, powołuje znaczniejsze skupianie się, osiadanie białych ciałek na warstwie śródbłonkowej naczyń krwionośnych, tak że, po nakłuciu palca mniejsza ich ilość ulega wydaleniu z krwią nazewnętrż. Mogą tu zresztą wchodzić w grę i inne czynniki. Z badań, przeprowadzonych na zwierzętach przez GOLDSCHIEDERA i JACOBA wiemy, że w rozmaitych odcinkach układu krwionośnego ilość białych ciałek może być niejednakowa. Być przeto może, że na skutek wywołanego zaburzenia w obiegu krwi powstaje nierównomierne rozmieszczenie leukocytów w rozmaitych okolicach przewiązanej kończyny, inne np. w żyłach, niż w naczyniach włosowatych. Czy uda się kiedykolwiek stwierdzić z zupełną

pewnością w badaniach na ludziach, że w omawianym zjawisku zachodzi istotnie emigracja białych ciałek, jest rzeczą wątpliwą. Być, może, że kwestyę tę rozstrzygnąć zdołają raczej odpowiednio przeprowadzone doświadczenia na zwierzętach. Bądź jak bądź wobec faktu, że po przewiązaniu kończyny zmniejszeniu ulega wyłącznie ilość neutrofilów, jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że istotnie mamy tu do czynienia z emigracją białych ciałek, oraz że t. zw. wskaźnik emigracyjny daje pojęcie o energii emigracyjnej fagocytów. Zyskalibyśmy w ten sposób dzięki badaniom kol. RZĘTKOWSKIEGO nową, niezmiernie cenną metodę kliniczną mierzenia sprawności układu fagocytowego. T. zw. fagocyty MIECZNIKOWA, w danym przypadku mikrofagi t. j. leukocyty wielojądrowe pomimo nowych zdobyczy w nauce o odporności i przeniesienia punktu ciężkości na wytwarzanie swoistych amboceptorów czyli niweczników nie przestały odgrywać wybitnej roli w walce ustroju z czynnikami zakaźnymi. Przede wszystkim podług Miecznikowa rozpad białych ciałek, t. zw. fagoliza powoduje wytwarzanie komplementu, t. j. tego ciała nieszwoistego, które w obecności odpowiedniego amboceptora niszczy, trawi lub rozpuszcza bakterye czy inne szkodliwe dla ustroju ciała, jak jady i t. p. Powtórę wiadomo, że po zmieszaniu białych ciałek i bakteryj fagocytoza ulega wyraźnemu wzmożeniu po dodaniu surowicy zwierząt uodpornionych (Immunserum). Wreszcie wspomnieć tu należy i o własnościach opsonicznych surowicy krwi, wpływających na stopień fagocytozy. Zresztą już sam fakt występowania leukocytozy świadczy o roli fagocytów w sprawach zakaźnych. Emigracja białych ciałek wywołaną zostaje, według współczesnych teoryi, przez t. zw. działanie chemotaktyczne dodatnie; wskaźnik zatem emigracyjny Rzętkowskiego dawał by nam przeto na drodze pośredniej pojęcie o rodzaju i natężeniu czynników chemotaktycznych. Wobec tego jednakże, że w sprawach zakaźnych w zależności od czynnika zakaźnego oraz od stopnia odporności ustroju mamy do czynienia z chemotaksą bądź dodatnią, bądź ujemną, jest rzeczą mało prawdopodobną, aby w chorobach zakaźnych t. zw. wskaźnik emigracyjny zawsze i stale ulegał wzmożeniu. Tylko liczniejsze badania, przeprowadzone na większym materiale klinicznym, przytem kilkakrotnie powtarzane w każdym przypadku zdołają sprawę tę wyświecić. Mimowoli nasuwa się przytem przypuszczenie, że zwiększony wskaźnik emigracyjny powinien by iść w parze ze wzmożoną zdolnością opsoniczną surowicy krwi. Jeżeli ustrój skutecznie walczy z czynnikiem zakaźnym, to nie tylko emigracja białych ciałek dzięki wpływom chemotaktycznym będzie energiczniejszą, lecz w myśl poglądów Wrighta i wskaźnik

opsoniczny surowicy krwi powinien by uleż wzmożeniu, dzięki czemu i sama fagocytoza sprawniejszą się okaże. Jeżeli przypuszczenie to się sprawdzi, to okoliczność ta będzie stanowić po-niekąd pośredni dowód słuszności poglądów prelegenta na istotę t. zw. wskaźnika emigracyjnego.

Prelegent w badaniach swych stwierdził jednocześnie ze zmniejszeniem ilości neutrofilów we krwi po przewiązaniu kończyny z większą ilości limfocytów. Od czego zależy to zwiększenie ilości limfocytów, jest rzeczą zgoła niezrozumiałą. O jakimś wędrowaniu limfocytów z przestworów międzykankowych do naczyń krwionośnych nie może być mowy. Wchodzą tu w grę prawdopodobnie zaburzenia w obiegu krwi, wywołujące nieprawidłowe rozmieszczenie białych ciałek.

Mówca nie zgadza się ze zdaniem prelegenta, że wskaźnik emigracyjny świadczy o ilości zdolnych do emigrowania białych ciałek wielojądrowych. Wszystkie neutrofile obdarzone są zdolnością emigrowania. Wskaźnik emigracyjny RZĘKOWSKIEGO wskazuje nam tylko, ile w jednostce czasu emigruje białych ciałek, innemi słowy świadczy o energii, z jaką fagocyty z naczyń wywędrowują.

Co się tyczy wreszcie techniki samego badania, to mówca z powodu uwagi kol. KOPCZYŃSKIEGO, że tak długotrwały ucisk kończyny może wyrzucić szkodliwy wpływ na pnie nerwowe, sądzi, że zamiast przewiązywania kończyny powyżej łokcia wystarczyłoby chyba zahamowanie obiegu krwi na jednym palcu za pomocą nałożenia odpowiedniej obrączki gumowej.

[Autoreferat].

KARWACKI podnosi oryginalność metody, nie zgadza się jednak, aby wyniki prelegenta zależały wyłącznie od właściwości emigracyjnych leukocytów, gdyż wynik dyapedezy zależy w znacznej mierze i od ścianek naczyń.

Wobec nierównomiernego rozmieszczenia pierwiastków krwi w układzie krwionośnym, należałoby brać krew z żył.

[Autoreferat].

KNAPPE wyraża wątpliwość, czy wogóle można przywiązywać wagę do drobnych różnic cyfrowych, otrzymanych przy porównaniu liczby neutrofilów w kończynie przewiązanej i nieprzewiązanej. Wiadomo, że przy obliczaniu ciałek krwi, zawartych w 1 mm., należy rezultat pewnego obliczania pomnożyć przez 100,000 dla otrzymania liczby erytrocytów, i przez 10,000 dla liczby leukocytów. Przy takiej manipulacji brać można w rachubę jedynie miliony i najwyżej setki tysięcy w erytrocytach

i tysiące w leukocytach. Setek i dziesiątek, które już leżą w granicach omyłki technicznej, w rachubę brać nie można, chyba że prelegent wysubtelnił swą metodę badania krwi do tego stopnia, że i drobne cyfry dla niego mają wartość. Stała zgodna różnica cyfr, którą otrzymywał prelegent, przemawia jednak na korzyść jego metody.

[Autoreferat].

ŻURAKOWSKI zwraca uwagę, że nie można robić zarzutów prelegentowi co do metody, nie wypróbowałszy jej samemu, można tylko nie zgadzać się z prelegentem z wnioskami, które są za śmiałe ze względu na małą stosunkowo różnicę w ilości leukocytów.

Niezmiernie interesującą jest okoliczność, że może być identyczny odczyn organizmu przy różnych zakażeniach.

Mówca uważa, że badania bakteryologiczne przyczyniłyby się bardzo dodatnio do wyjaśnienia sprawy.

KOPCZYŃSKI Stanisław ostrzega przed neurytami, które widywał po przewiązaniu naczyń w następstwie anemii nerwów.

KNAPPE zaznacza, że swoje przemówienie opierał na przykładzie prelegenta, w którym I—E—6 wypływał z różnicy 276 leukocytów, popierając uwagi kol. A. ŻURAKOWSKIEGO, utrzymuje, że w sprawie, która obchodzi prelegenta, należy brać na uwagę jedynie dyagnozy etyologiczne jak gruźlica, tyfus etc., a nie lokalizacyjne jak appendicitis, pleuritis. W tych ostatnich wypadkach dla wyjaśnienia istoty sprawy należy przeprowadzić badanie etyologiczne, t. j. bakteryologiczne.

RZĘTKOWSKI, wbrew zdaniu KNAPPEGO, wyklucza tu możliwość omyłek ze względu na niedokładność metod obliczania krążków, ponieważ różnice, na jakich opierał swe wyniki, są tu bardzo znaczne (np. 7334 i 4433; 11931 i 6726 i t. d. neutrofilów w 1 mm. sz. krwi). Jeżeli zresztą chodziło by tu o wnioski, oparte na błędnych danych, to Rz. nie rozumie, dla czego wyniki dla stanów zakaźnych, a zwłaszcza dla leukocytozy trawienia tak stale i tak znacznie różniłyby się od danych dla ludzi zdrowych. Ten sam argument pozwala nam stauowczo odrzucić przypuszczenie KARWACKIEGO, jakoby chodziło tu o zmienioną przepuszczalność naczyń dla leukocytów. Temu ostatniemu przypuszczeniu przeczy też podana przez Rz. tablica dla czerwonych krążków krwi kończyny wolnej i przewiązanej, z której widać, że w warunkach badania niema mowy o jakimś zgęszczeniu lub rozrzedzeniu krwi. Przeczą też temu przypuszczeniu względnie wielkie liczby dla limfocytów krwi kończyny przewiązanej w stanach zakaźnych. Rz. zgadza się z ŻURAKOWSKIM, że pożądanem

uzupełnieniem badań K_N. byłoby badanie bakteryologiczne w celu wyświeetlenia etjologii danych przypadków.

[Autoreferat]

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Gabszewicz*.

Sekretarz *Antoni Majewski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 19 Października 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 47 i gość 1.

T r e ś ć: **ERLICHÓWNA Marta:** Wartość metody barwnikowej GASISA w rozpoznawaniu gruźlicy.
HEJMAN Teodor: Otoskleroza.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes HEWELKE odczytał protokół posiedzenia w sprawie konkursu im. HELBICHA: nagrodę przyznano koledze MALINOWSKIEMU za pracę p. t. „Choroby weneryczne i syfilis“.

III. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kolegę KLIMASZEWSKIEGO.

IV. Prezes zawiadomił obecnych o nadesłaniu do Zarządu odezwy członków proszącej o wybranie na członka honorowego Towarzystwa dr. Bolesława GEPNERA (ojca)

V. Prezes zaproponował ponowne wybranie na redaktora Pamiętnika Towarzystwa kolegi Kazimierza RZĘTKOWSKIEGO. Wybór ten jednogłośnie przyjęto.

ERLICHÓWNA Marta wygłosiła rzecz o wartości metody barwników GASISA w rozpoznawaniu gruźlicy.

RZĘTKOWSKI zapytuje, czy laseczniki typu bydłęcego różnią się przy barwieniu metodą GASIS'a od laseczników ludzkich.

KARWACKI odpowiada, iż na mocy odczynu GASIS'a odróżnić jednych od drugich nie można.

Teodor HEIMAN wypowiedział odczyt „o otosklerozie“. Przedstawiając część historyczną tego przedmiotu pod względem anatomicznym, począwszy od MERCHEL'a w 18 wieku a skończywszy na TOGUBEE'm, TRÖLTSC'H'u i SCHWARTZ'u, zwrócił uwagę na kierunki obecnie panujące co do istoty otosklerozy. Podług jednych (KATZ, HABERMANN i SCHLING), sprawa chorobowa jest natury zapalnej i bierze początek w śluzówce jamy bębenkowej, skąd przechodzi na okienka błędnikowe i na sam kościec błędnika; podług innych (POLIZER, MÖLLER, BRÜHL i w części SIEBENMANN) jest to pierwotne cierpienie torebki kostnej błędnika, które w miarę rozwoju przechodzi na okienko owalne. Nareszcie ALEKSANDER i po części SIEBENMANN uważają tę sprawę za wrodzoną, powstałą w okresie intraembryonalnym. SIEBENMANN kładzie główny nacisk na zamianę kości twardej na gębczastą (spongiozycę) uważając tę sprawę za czysto fizyologiczną i za istotę otosklerozy. H. opierając się na zebranych przez siebie materiale anatomiczno-patologicznym i drobnowidzowym dotąd istniejącym (45 przypadków) skłania się do poglądu tych badaczy, którzy otosklerozę uważają za zapalenie, które bierze swój początek z jamy bębenkowej, i w dłuższym przemówieniu przedstawia dowody, przemawiające za takim pojmowaniem anatomii otosklerozy, oraz słabe strony zwolenników teorii o pierwotnym cierpieniu kości błędnika, oraz tych, którzy sprawę tę uważają za wrodzoną. Bez względu atoli na patogenezę choroby, główną i jedyną jej podstawą anatomiczną stanowi zrost kostny strzemięcia z okienkiem owalnym oraz zamurowanie okienka okrągłego. Następnie H. przedstawił objawy otosklerozy, rozpoznanie różnicowe między otosklerozą czystą, pierwotną niepowikłaną cierpieniem błędnika, a otosklerozą powikłaną zajęciem błędnika; między otosklerozą a pierwotnym cierpieniem błędnika i jego zakończeń nerwowych i wreszcie między otosklerozą a sprawami zrostowymi w jamie bębenkowej. Przy niemożności rozpoznania, z którą z dwóch spraw ma się do czynienia, t. j. czy o otosklerozą, czy też ze sprawą zrostową, radzi H. stosować przez kilka dni dusz powietrzowy i otrzymany stąd wynik dodatni lub ujemny rozstrzygnie o istniejącej formie chorobowej. Opisując objawy, H. kładzie główny nacisk na wyniki otrzymane z prób słuchowych i na brak zmian przedmiotowych na błonie i w trąbce

Eustacjusz. Zwraca też uwagę na wyraźne uwydatnienie się fałdy przedniej na błonie bębenkowej, oraz na nieprawidłowe położenie trzonka młotka; zmiany jakie zauważył w pewnej liczbie przypadków otosklerozy, i które dozwoliły mu rozpoznać chorobę już w najwcześniejszych jej okresach. Obszernie zastanowił się H. nad etiologią otosklerozy a głównie nad dziedzicznością jej, oraz nad rolą, jaką w powstawaniu jej gra syfilis. Co do tej ostatniej H. zbija pogląd HABERMANN, który uważa syfilis za najczęstszą przyczynę otosklerozy, lubo zupełnie nie można odmówić związku przyczynowego między temi dwoma cierpieniami. W swojej statystyce, która obejmuje 223 przypadki otosklerozy, H. stwierdził, że najczęstszą jej przyczyną jest małokrwistość; drugie miejsce zajmuje dziedziczność, następnie syfilis, dalej idzie ciąża i poród. Co do przyczynowości otosklerozy wogóle, H. wypowiada pogląd, że choroba ta rozwija się tam, gdzie istnieje zmienione odżywianie ogólne, gdzie naruszony jest normalny skład krwi bez względu na jego pochodzenie. Opierając się na etiologii, na bezskuteczności leczenia miejscowego i na bezwarunkowej korzyści jaką się otrzymuje z leczenia ogólnego H. uważa otosklerozę za umiejscowienie w narządzie słuchowym cierpienia ogólnego. Potrzebne są staranne i długotrwałe badania, czy otoskleroza nie powstaje także skutkiem cierpień miejscowych t. j. chorób jamy noso-gardzielowej. Co do rokowania to H. nie uważa je za tak bezwzględnie złe, wobec tego, że chorzy przez dziesiątki lat mogą zachować słuch znośny; zaś z drugiej strony przypadki złośliwe, prowadzące szybko do znacznej utraty słuchu są względnie rzadkie. Niemożność zastosowania się do przepisów lekarskich, niewłaściwe lub szablonowe leczenie, stanowczo źle wpływają na przebieg choroby. H. jest zdania, że wszelkie leczenie miejscowe jest bezpożyteczne, i często jest nawet szkodliwe. Wyniki dodatnie można mieć jedynie z leczenia ogólnego. Ze środków farmaceutycznych radzi H. stosować jod, brom, nux vomica, żelazo, arsenik a przede wszystkim, fosfor w postaci phytiny i protyliny. Od środków tych, przez czas dłuższy stosowanych przy zachowaniu przepisów ogólnych H. otrzymywał względnie bardzo dobre wyniki. W końcu radzi H., ażeby nazwą otosklerozy podobnie jak wyrażenie katar suchy zarzucić i zamiast tego, opierając się na zmianach anatomicznych, wprowadzić nazwę periositis ossificans - event. otitis stapedio - vestibularis.

[Autoreferat].

HEWELKE przypomina, iż przy wywiadach co do dziedziczności należało by trzymać się metody według tablic genealogicznych LORENZ'a.

GURANOWSKI przypomina, że w r. 1906 w odczycie swym wygłoszonym w Tow. Lekarskiem Warszawskiem zdał sprawę „o stanie wiedzy” o tak zwanej otosklerozie i jest zdania, że od owego czasu, sprawa otosklerozy nie posunęła się ani o krok naprzód i pozostaje nadal ciemną. Zdaje się, że i na ostatnim zjeździe międzynarodowym (w Budapeszcie) referaty w sprawie otosklerozy nie wiele przyczyniły do wyjaśnienia tej odrębnej postaci chorobowej, jeżeli prof. COZZOLINO ofiarował 1000 lirów nagrody za najlepszą pracę o otosklerozie. G. omawiając następnie zmiany anatomiczne, patologiczne, stwierdzone przy otosklerozie, sądzi, że niezależnie od tego czy skłaniać się będziemy do poglądów KATZ'a i HABERMANN'a czy też uważać będziemy pierwotne ogniska w kośćcu błędnikowym, zgodnie z SIEBENMANEM, POLITZER'em i innymi, za istotę sprawy chorobowej, zawsze unieruchomienie strzemiączka w okienku owalnym będzie ostatecznym produktem patologicznym, charakterystycznym dla otosklerozy. Ważną będzie zawsze etiologia w danej sprawie chorobowej i tu nie można jeszcze dziś ostatecznie rozstrzygnąć co w danym przypadku wywołało otosklerozę czy cierpienie reumatyczne, czy artryczne, czy wreszcie syfilis. Co do syfilisu, to należałoby wykonać w każdym przypadku próbę WASSERMAN'a dla ustalenia rozpoznania. Pogląd GRADENIGO o przyczynowym związku otosklerozy z lues hereditaria tarda, również zasługuje na uwagę. Leczenie otosklerozy wobec bezskuteczności wszystkich metod miejscowo stosowanych, może być tylko ogólne, wkracza więc obecnie w dziedzinę lekarza internisty. Dziedziczność otosklerozy jest niewątpliwą. G. stwierdził ją w 33% swoich przypadków, dziedziczy się jednak nie choroba lecz usposobienie do choroby. W końcu G. zwraca uwagę na pogląd MALHERB'a, który objawy otosklerozy tłumaczy arteriosklerozą i wzmożeniem ciśnieniem krwi i radzi stosować t. zwaną przez niego surowicę „serum antiscleureux“ t. j. serum TRUNECK z dodaniem 0,5—1% pilocarpiny. Wobec bezsilności terapii w otosklerozie, należałoby pomimo nieświeżych wyników A. MÜLLER'a z kliniki KÜMEL'a, surowicę tę, jako zupełnie nieszkodliwą, próbować. O zależności otosklerozy od arteriosklerozy wspominają również ALEXANDER i MANASSE, STEIN i inni. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Gabszewicz.*

Sekretarz *Antoni Majewski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 26 Października 1909 r.

Przewodniczący Prezes *Gabszewicz*.

Członków obecnych na posiedzeniu 75 oraz gości 4.

T r e ś ć: 1) **MISZEWSKI:** Demonstracya guza u noworodka.
2) **KOPCZYŃSKI Stanisław:** Demonstracya chorego z porażeniem mięśnia zębatego przedniego.
3) **SZAWIŃSKI:** Przyczynki do chirurgii naczyń krwionośnych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów **SMOLEŃSKIEGO, TURKIEWICZA, MISZEWSKIEGO** i **ŁYSKAWIŃSKIEGO**.

MISZEWSKI demonstruje duży guz u noworodka ośmiiodniowego. Guz prawdopodobnie lymphangioma multiloculare zachodzi do jamy ustnej. Dziecko ssać nie może, ale pokarmy przyjmuje.

KOPCZYŃSKI Stan. przedstawił przypadek odosobnionego porażenia nerwu piersiowego długiego (n. thoracicus longus) czyli przedniego większego (m. serratus anterior) po uśpieniu chloroformem.

B. lat 20, kotlarz, skierowany do K. przez kolegów **LEWENSTERNA** i **HINCZA**. Skarży się na niemożność swobodnego poruszania prawą ręką. Ostatnie 5 lat pracował jako kotlarz, najczęściej uderzając prawą ręką młotem i forsując nadmiernie tę rękę. Pił umiarkowanie. 3 Października został operowany z powodu przepukliny pachwinowej (**Hincz**). Znajdował się podczas operacyi w uśpieniu chloroformem. Ręce miał wówczas ułożone wzdłuż ciała. W 3 dni po operacyi zauważył, iż nie jest w stanie swobodnie poruszać prawą ręką, jednocześnie począł odczuwać ból nad prawym obojczykiem, w prawej połowie karku i w prawym ramieniu. W mniejszym stopniu odczuwał ból w lewym ramieniu, w mięśniach lewego pasa barkowego. Badanie przedmiotowe wykryło, co następuje. Chory dobrej budowy, doskonałego odżywiania. Wogóle jest zdrów.

Stwierdzić można tylko pewną bolesność na ucisk okolicy obu splotów ramieniowych, zwł. prawego. Głównie zaś uderza zachowanie się łopatki, tak w spokoju, jak przy ruchach, a mianowicie: przy opuszczonej kończynie widać, jak dolny wewnętrzny kąt łopatki zbliżony jest nieco do kręgosłupa i unie-

siony, gdyż cała łopatka stoi nieco wyżej. Przy odprowadzaniu ręki prawej w stronę do linii poziomej łopatka jeszcze bardziej zbliża się do kręgosłupa, jednocześnie odstając od niego. Chory nie jest w stanie podnieść ręki ponad linię poziomą, gdyż łopatka nie może wykonać niezbędnego w tym celu obrotu około osi poziomej. Skoro jednak naciskając nieco łopatkę do klatki piersiowej ułatwimy choremu wykonanie łopatką tego obrotu, wówczas chory podnosi rękę prawą do linii pionowej. Przy unoszeniu ręki naprzód, łopatka jak skrzydło odstaje od kręgosłupa, tak iż można swobodnie rękę pod nią ułożyć. Pobudliwość mięśnia zębatego przedniego prawego na prąd elektryczny obniżona. Mięsień równoległoboczny prawy wydaje się zcieńczałym.

Mówca podnosi, iż mamy tu do czynienia z izolowanym porażeniem nerwu piersiowego długiego czyli z porażeniem mięśnia zębatego przedniego, podkreśla, jako możliwą etiologię: przymocowanie prawej kończyny górnej, i działanie jadu chloroformowego. Mówca zaznacza, iż najczęstszym następstwem działania jadu chloroformowego po operacjach bywa porażenie spłotni barkowych, zwł. przy niewłaściwym ułożeniu kończyn górnych (założenie rąk za głowę), lub gdy chodzi o organizm, dotknięty charłactwem, usposabiającem do cierpienia nerwów obwodowych. Poza tem mamy tu też do czynienia pewną idyosynkrazją jadu chloroformego do substancji nerwowej.

Rokowanie w podobnych przypadkach porażeń obwodowych pooperacyjnych bywa naogół biorąc pomyślne, choć restitutia ad integrum następuje często dopiero po wielu miesiącach.

SLAWIŃSKI wygłosił rzecz pod tytułem: Przyczynki do chirurgii naczyń krwionośnych. Po krótkim zarysie rozwoju szwu naczyń krwionośnych i przedstawieniu obecnie używanych sposobów łączenia tych naczyń SLAWIŃSKI opisuje szew CARELLA, cieszący się największem uznaniem, przedstawione zostają również używane w tym celu najcieńsze igły i jedwab wyjąłowany w wazelinie.

Próby wszczepiania naczyń tegoż samego osobnika (implantatio autoplastica) wypadły pomyślnie i powstała blizna nie rozciągała się następczo, jakkolwiek składa się przeważnie z tkanki łącznej włóknistej. Udatne były również pod względem czynnościowym wyniki wszczepiania naczyń, pochodzących od innego osobnika tego samego rodzaju (np. z psa na psa — implantatio homeoplastica), lecz tkanka obca ulega powolnemu zanikowi i zastąpieniu przez tkankę macierzystą. Ten sam los lecz znacznie wcześniej, spotyka tkanki obce nawet rodzajowo (np. z kota na psa — implantatio heteroplastica) lub też martwe.

Przeszczepianie obcych narządów a nawet całych kończyn należy do zabiegów udatnych w rękach CARRELA, który nie wątpi nawet, że będą one możliwe do zastosowania również u ludzi. Inni badacze nie zdołali osiągnąć równie pomyślnych wyników.

Szew naczyń (tętnic i żył) u ludzi nie zawodzi co stwierdza ją coraz liczniejsze spostrzeżenia, o ile jednak bywał wykonywany na naczyniach zdrowych, na tętnicach schorzałych, natomiast nie dawał się nieraz wcale wykonać.

Niepomyślnie wypadła dwukrotnie wykonana przez S. próba powstrzymania zgorzeli starczej kończyn dolnych, a to za pomocą zespolenia dośrodkowego odcinka tętnicy udowej, przeciętej w kanale HUNTERA, z obwodowym odcinkiem tejże żyły; zabieg powyższy miał skierować krew ze zwężonej tętnicy do obwodu przez drożne żyły. Oba przypadki dotyczyły osobników starych i wyniszczonych, po zabiegu bóle ginęły, stopy stawały się ciepłe, lecz na krótko, gdyż zgorzel posuwała się dalej; pomimo to rozszerzanie się zgorzeli bóle wznawiały się dopiero po pewnym czasie (około 2 tygodni). — Przypadki z literatury również miały niepomyślny wynik czynnościowy, oprócz jednego spostrzeżenia prof. WIETINGA, gdzie w 3 tygodnie po zespoleniu chory zaczął chodzić, cała obserwacja trwała 3 miesiące po zabiegu. Wobec tego wyniku trudno się wyrzekać dalszych prób podobnych zespoleni w odnośnych przypadkach, lecz należałoby je stosować, za radą WIETINGA, we wczesnych okresach zgorzeli starczej, zwłaszcza zaś w przypadkach nie zakażonych. Doświadczenia na zwierzętach świadczą w każdym razie o nieszkodliwości tego zabiegu.

Nieskutecznem pozostało również zespolenie żyły odpiszczelowej podskórnej z otrzewną w przypadku puchliny wodnej zależnej od marskości wątroby. Sposób powyższy, podany przez RUORTE, opisany był dotychczas w trzech niepewnych próbach.

Usuwanie skrzeplin i czopów z przeciętego naczynia z następczem tegoż zeszyciem uważać należy za zabieg bez przyszłości.

W konkluzji S. sądzi, że zeszywanie naczyń krwionośnych zdrowych powinno być uznane za zabieg typowy i stosowane częściej niż się to dotychczas dzieje, tudzież że odpowiednie narzędzia należy mieć zawsze pod ręką, gdyż ich użycie stanowi często o wyniku szwu.

[Autoreferat]

W dyskusji prof. KRYŃSKI uważa, że kwestya leczenia zgorzeli na tle arteriosklerozy przez zastępowanie tętnicy przez żyłę jest fizjologicznie błędnie postawiona. Największą przyszłość ma łatanie żył. Obecnie cała chirurgia naczyń redukuje się do więcej ochronnego leczenia uszkodzonych naczyń.

ŚWIĄTECKI Jan nadmieniając że CARRELOWI udało się przeszczepić psu pod skórę szyi serce drugiego psa, tak że zwierzę miało 2 jednocześnie bijące serca zwraca uwagę, na świeżo zaproponowany sposób zeszywania przeciętych naczyń bez protezy, polegający na podłużnym nacięciu obu końców zeszywanego naczynia, po odgięciu otrzymanych czterech płatów pod kątem prostym, wiązaniu ze sobą każdej pary płatów dolnej i górnej nitką, przez co osiąga się zespolenie naczynia i na koniec nałożenia 2 krótkich szwów na pozostałe 2 szpary po obu stronach naczynia, między podstawami podwiązanych płatów, w taki sposób zamiast trudnego szwu okrężnego robi się 2 podwiązania i 2 małe szwy boczne. [Autoreferat]

CZARKOWSKI Józef zwraca uwagę, że CARREL radził nie przeszczepianie, ale zdjęcie tunica vaginalis naczynia przy leczeniu zgorzeli, powstałej na tle arteriosklerozy. Tam gdzie mamy do czynienia z gangraena spasmatica, to, usuwając torebkę, usuwamy również i spłoty nerwów sympatycznych, przez co możemy wywołać pożądaną efekt.

Na tem posiedzenie zakończoneo.

Prezes *Gabszewicz*.

Pom. Sekretarza *Tadeusz Wilczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2 Listopada 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 68 i gości 5.

- T r e ś ć:**
- 1) **Kazimierz ORZEŁ:** Pokaz dziecka z niezwykle wielką przepukliną mózgową wrodzoną.
 - 2) **GLIŃSKI:** Przypadek rozległych zmian żeber z obu stron klatki piersiowej wskutek syfilisu.

- 3) GLIŃSKI: Przypadek zimnych ropni gruźliczych, pozostałych wskutek wielokrotnych przekłuć opłucnej.
- 4) KOZERSKI: O miejscowym działaniu radu na tkankę zwierzęcą i ludzką.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: kolegów CEGŁOWSKIEGO, GLIŃSKIEGO, BONDEGO, CHOJKĘ i SASKIEGO.

III. Prezes zawiadomił, że Sekretarz Stały SOKOŁOWSKI złożył dla biblioteki ostatnią swoją pracę: Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej. Złożyli podania na członków czynnych Towarzystwa koledzy ZAPASIEWICZ i WERTENSTEIN.

Kazimierz ORZEŁ pokazał dziecko z niezwykle wielką przepukliną mózgową wrodzoną.

Przed kilku dniami zwróciła się do mnie włościanka z ziemi Siedleckiej z jedenastotygodniowym chłopcem, u którego skonstatowałem wrodzony guz w okolicy potylicowej, niezwykle wielkich rozmiarów, gdyż znacznie większy od główki tegoż dziecka. Guz ten, pokryty gładką, ścieńczoną skórą, posiada szeroką szypułę, jest przesuwany i daje wyraźne chębotanie. Prócz tego wykazuje on następujące objawy, które dowodzą jego łączności z wrębem czaszki: 1) możność zmniejszania się przez ucisk; 2) lekkie tętnienie równoczesne z tętnieniem mózgu; 3) większe naprężenie pokrywającej skóry podczas krzyku; 4) występowanie znacznego niespokoju dziecka w razie ucisku na guz; 5) u podstawy szypuły wyczuwa się wyraźnie b zeg otworu kostnego. Wszystkie te dane dowodzą, że mamy tu do czynienia z przepukliną mózgową wrodzoną (Hydroencephalocoele).

Dziecko jest niedorozwinięte, główka b. małych rozmiarów, ciemieniówka przednia rozwinięta. Badanie dna oka dokonane krzez kol. DOBRZAŃSKIEGO wykazało wyraźne objawy zaniku nerwu ocznego. Matka dziecka ma jeszcze 3 zdrowych dzieci, w anamnezie odnośnie do zdrowia rodziców i do przebiegu ciąży żadnych zбочeń nie podaje. Godna uwagi jest jeszcze i ta okoliczność, że dziecko pomimo tak wielkich rozmiarów przepukliny żyje już 11 tygodni. O leczeniu chirurgicznym mowy być nie może. [Autoreferat].

M. GLIŃSKI przedstawił: 1) przypadek rozległych zmian żeber z obu stron klatki piersiowej wskutek syfilisu; 2) przypadek zimnych ropni gruźliczych, powstałych na plecach chorego wskutek przedostawania się wysięku gruźliczego surowiczego z opłucnej do tkanek powierzchowniej leżących podczas wielokrotnych przekłuć opłucnej.

U pierwszego chorego, który przebywał, przymiot przed 20 laty i nie leczył go wcale, obok zmian charakterystycznych w nosie, gardzeli, podniebieniu, w kościach czołowej i mostkowej; zwyrodnienia mączkowego wątroby i nerek, zwracając uwagę rozległe zniekształcenia żeber z obu stron klatki piersiowej. Obejmują one na prawej stronie przestrzeń wielkości dłoni, na lewej przestrzeń ograniczoną górnym brzegiem 6-go żebra i dolnym 8 go. Widzimy tu mostki skórne i kostne, głębokie wyżarcia w żebrach, obok wyrostków kostnych i zgrubień; w niektórych miejscach żebra tracą swą ciągłość, zlepiając się z sąsiednimi i tworząc jednolitą kostną powierzchnię.

U drugiego chorego po wielokrotnych obustronnych przekłuciach opłucnej w celu wypuszczenia wysięku surowiczego gruźliczego powstało na plecach w miejscach ukłuć kilka mniejszych, twardych niebolesnych guzków podskórnych, wielkości ziarna grochu lub orzecha laskowego, oraz dwa większe zimne ropnie. Małe twarde z łatwością przesuwające się pod skórą guziki, jako następstwo wypuszczania wysięków gruźliczych, niejednokrotnie widywaliśmy już na oddziale. Nigdy jednak nie przechodziły one w ropienia. Gęsta, krwawożółta zawartość ropni pod mikroskopem i w hodowlach agarowych okazała się jałową. Zastrzyknięta śwince morskiej do jamy otrzewnej po trzech tygodniach wywołała u niej gruźlicę prosówkową. I twarde guziki i ropnie gruźlicze trzeba tłumaczyć sobie jako następstwo przedostania się z opłucnej do tkanek powierzchniowej leżących, płynu gruźliczego podczas przekłuć opłucnej. Fakt ten może mieć pewne nawet praktyczne znaczenie wobec stosowania autoseroterapii wysięków opłucnowych.

[Autoreferat].

KOZERSKI wygłosił rzecz pod tytułem: O miejscowym działaniu radu na tkankę zwierzęcą i ludzką. KOZERSKI, przypomniawszy naturę i własności trojakich promieni radu, przebiegł sposoby mierzenia ilości promieni, ich przenikliwości przez rozmaite ciała, ich stopnia wchłaniania przez rozmaite warstwy ciała, wreszcie odczynu, jaki w żywej tkance wywołują.

Pierwsze zauważone działanie na skórę ludzką błędnie utożsamiono z działaniem środków żrących, wywołujących martwicę. Pierwszy szereg prac doświadczalnych anatomo-patologicznych zajmował się też wynikami bardzo silnych napromieniowań, prowadzących do nekrozy. Stąd powstało i rozpowszechniło się błędne mniemanie, że radium jest tylko środkiem żrącym, różniącym się od innych tylko wysoką ceną. Dalsze dopiero

prace, zajmujące się słabymi napromienianiami, wykazały, że radium działa na każdą tkankę pobudzająco w kierunku jej rozmnażania się, (mięśnia) i szybszego przejścia każdej komórki przez wszystkie stadia jej normalnego rozwoju. Dopiero gdy pewna granica napromienienia zostaje przekroczoną, wysiłek komórki prowadzi do jej obumarcia, do nekrozy tkanki. Każda tkanka ma różną wrażliwość na promienie radu. Należy określić dla każdej normalnej i patologicznej komórki 2 dawki promieni radu: jedną, która powoduje rozrost tkanki i drugą, która powoduje jej obumarcie.

To są dwa cele, do których zmierzać może radiumterapia. Do zniszczenia tkanki i do podniecenia tkanki. K. przedstawił sposoby mierzenia dwóch promieni, wyniki badań nad rozmaitym stopniem wrażliwości i zdolności wchłaniania promieni różnych tkanek normalnych i patologicznych; teorye mechanizmu działania promieni na poszczególne tkanki.

Różną wrażliwość różnych tkanek na tę samą dawkę promieni sprawia, że jednym napromienieniem możemy wywołać zniszczenie tkanki chorej i rozrost zastępczy tkanki zdrowej. Prowadzi to do szeregu udanych, niezastąpionych wyników leczniczych.

K. omówił szczegóły techniki napromieniania, przedstawił 5 przyrządów, których używa, przystosowanych do rozmaitych celów. Przedstawił rezultat szeregu pomiarów dawek, otrzymanych przy naświetlaniu przez rozmaite filtry, t. j. ciała w różnym stopniu zatrzymujące rozmaite promienie.

Wreszcie streścił wyniki terapeutyczne innych i swoje z 5-letniego okresu, podczas którego rad stosuje, ilustrując wykład fotografjami z natury.

[Autoreferat].

Jan ŚWIĄTECKI jest zdania, że biologiczne działanie promieni X nie jest jeszcze dostatecznie stwierdzone, bo i promienie bardzo miękkie β zatrzymują się na nieprzepuszczających promienie α filtrach; rozdzielić te promienie można tylko przy pomocy magnezu. Św. przypomina o swoich doświadczeniach przeprowadzanych przed laty w pracowni fizycznej Warsz. Instytutu politechnicznego: dotyczyły one biologicznego działania promieni β i γ . Bromek radu w naczyniu ołowianem, przykrytem blaszką z miki umieszczono w polu elektromagnetycznym: w takich warunkach promienie α i największe promienie β zostają zatrzymane w naczyniu, promienie β twardsze odchylają się ku biegunowi dodatniemu i opadają ku dołowi, promienie γ nie odchylają się wcale i idą ku górze. Z uszu królika, poddanych działaniu

tych promieni, wyłysiało naświetlone promieniami β ; tak więc dowiedzionem zostało, że promienie β są biologicznie czynne (w rok później to samo stwierdzono względem promieni katodalnych); że promienie γ działają w ten sam sposób, wiemy zkadinaąd (promienie Roentgena). Analogiczne działanie promieni γ i β objaśnić można tem tylko, że promienie β przechodzą w promienie γ w głębi tkanek tak samo jak promienie katodalne przemieniają się w rentgenowskie na ścianie rurki CROOKES'a. Za ostateczną fazę przemiany promieni radowych i Roentgenowskich należy przypuścić promienie ultrafioletowe (FINSEN'a)

[Autoreferat].

KARWACKI zwraca uwagę na ostatnią pracę DOMINICEGO, traktującą o tem, że pod wpływem promieni Radium komórki nowotworowe ulegają szybszemu dojrzewaniu i ulegają zrogowaceniu.

KOZERSKI w odpowiedzi KARWACKIEMU zaznacza, że niewątpliwie promienie radowe działają najprzód pobudzająco, ale że niewątpliwie wywołać mogą nekrozę.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Gabszewicz*.

Sekretarz *Tadeusz Wilczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16 Listopada 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 50 oraz gość jeden.

T r e ś ć: 1) MUTERMILCH Stanisław: Demonstracya preparatów krwi, pochodzących z przypadku ciężkiej niedokrwistości, wywołanej obecnością włosogłówki (trichocephalus dispar).

- 2) KARWACKI LEON. Pokaz. Ropnie wieloliczne, wywołane przez laseczkę zgorzelinową.
3. LUXENBURG. Pokaz przypadku żebra nadliczbowego (szyjowego).
- 4) Kazimierz RZĘTKOWSKI: O zmianach chemicznych w mięśniu sercowym w stanie niedomogi.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kolegę SASKIEGO.

III. Prezes zawiadomił, że złożyli podania na członków czynnych Towarzystwa koledzy: Stanisław KLEIN, SMUZYŃSKI, Henryk ALTKAUFER i BONDY, oraz na członka korespondenta kolega Tadeusz KOŹNIEWSKI z Krakowa. Prezes zawiadomił obecnych o śmierci członka Towarzystwa Ś. P. KORNIŁOWICZA. Obecni na wniosek prezesa uczcili pamięć zmarłego przez powstanie. Pomocnik sekretarza w zastępstwie sekretarza stałego odczytał nadesłany nekrolog Ś. P. KORNIŁOWICZA.

Po wieloletnim borykaniu się z ciężką nieuleczalną chorobą sercową zasnął na wieki 15 listopada r. b jeden z najzacieńszych i najszlachetniejszych naszych kolegów. Wysoko wykształcony i odpowiednio przygotowany w swoim wielce trudnym i odpowiedzialnym zawodzie psychiatrycznym był ś. p. Edward KORNIŁOWICZ niezwykle humanitarnym, posiadał bezgraniczne współczucie, powiedziałbym miłość, dla swoich chorych, obok wysokiej sumienności i ogromnego poczucia obowiązków. Do końca prawie życia, mimo stale go nurtującej choroby, nie zatracił owego poczucia obowiązkowości względem społeczeństwa, zajmując się czynnie, po opuszczeniu szpitala w różnych instytucjach społecznych, nie przestając do ostatniej chwili interesować się nauką. Postępy naszej wiedzy pilnie i wytrwale śledził, czego dał dowód, przyjmując czynny udział w niedawno odbytym zjeździe neuropatologów polskich, mimo ciężkiej choroby usilnych odradzań kolegów, słusznie przewidujących, że ten udział może być dla niego fatalnym. Ś. p. Edward KORNIŁOWICZ będący od roku 1881 czynnym członkiem naszego Towarzystwa, urodził się 13 października 1848 roku w Twerze z ojca polaka oficera armii rosyjskiej, pierwotnie kształcił się w gimnazjum w Kownie a skończył 5 warszawskie gimnazjum w roku 1868 i w tymże roku wstąpił do Szkoły Głównej na wydział medyczny, który ukończył już w uniwersytecie w roku 1873. Od roku 1874 do 1879 był ordynatorem kliniki psychiatrycznej uniwersytetu warszawskiego, a następnie przez prawie dwadzieścia lat pozostawał

stawał stale, aż do wysłużenia emerytury na stanowisku młodszego ordynatora oddziału psychiatrycznego przy szpitalu Ujazdowskim w Warszawie. Po opuszczeniu szpitala był przewodniczącym Towarzystwa Opieki nad nerwowo i umysłowo choremi miasta Warszawy.

Już w czasie studyów uniwersyteckich odznaczał się niezwykłym zamiłowaniem do badań ścisłych, laboratoryjnych, pracując wiele lat z rządu w pracowni prof HOYERA nad badaniami histologicznymi, doszedł do wielkiej wprawy technicznej, pracując usilnie nad regeneracją kości. Wyników jednakże tej pracy nie ogłosił, będąc na razie przy swoim krytycznym umyśle niezupełnie z niej zadowolonym, a nie mając potem możności przy zajęciach praktycznych dalej opracowywać tego tematu.

O wiele później, bo w czasie swej bytności w Paryżu w roku 1883 pracował znowu laboratoryjnie, ogłosiwszy tym razem wyniki swej pracy pod tytułem „O barwieniu ciał ziarnistych“, w księdze pamiątkowej HOYERA w roku 1884. Resztę prac ogłoszonych stanowi bardzo sumiennie spostrzegana kazuistyka psychiatryczna a mianowicie:

- 1) Kilka przypadków obłądu pijackiego (Medycyna ;880).
- 2) Przyczynek do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe (Gazeta Lekarska 1881).
- 3) Psychozy powstałe pod wpływem zatrucia jadem tyfusu brzuszego (Rzecz czytana w Warsz. Tow. Lek. 1883).
4. Przypadek paralyseos agitans (Pam. Tow. Lek. Warsz. 1883).

MUTERMICHL Stanisław d e m o n s t r u j e preparaty krwi, pochodzące z przypadku ciężkiej niedokrwistości, wywołanej obecnością włosogłówki (*trichocephalus dispar*) u 14-letniego chłopca. Chory skierowany został do prelegenta przez kol. KOŃA i KRAMSZYKA. Choroba trwa od kilku miesięcy; chorego przywieziono do Warszawy z objawami ciężkiej niedokrwistości. Stan bezgorączkowy. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej nic nieprawidłowego nie znaleziono. Ani śledziona, ani wątroba, ani gruczoły limfatyczne nie powiększone. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru, w osadzie żadnych nieprawidłowych składników. Żadnych krwotoków chory nigdy nie miał. Badania kału na obecność krwi dało wynik ujemny. W kale znaleziono w olbrzymiej ilości charakterystyczne jajka *trichocephalus dispar* (włosogłówki). W jakiegokolwiek cząstce kału, wprost (t. j. bez rozcieńczenia wodą i centrifugowania) pod mikroskopem rozpatrywanę znajdowano kilkadziesiąt i setki jajek na preparacie. Stan krwi następujący: Ilość hemoglobiny = 10⁰%. Ilość czerwonych krążków = 700,000 w mm sześć.

Ilość białych ciałek = 2,500 w mm sześć.; z tych 88% limfocytów i tylko 12% wielojądrowych neutrofilów, co odpowiada 300 neutrofilom w mm. sześć. Badanie mikroskopowe preparatów świeżych oraz barwionych (MAC GRÜNWAJDEM, GIEMSA i in.) wykazało anisocytozę; mianowicie mikro- i poikilocyty w ilości b. skąpej oraz nieliczne makrocyty. Ani normo- ani megaloblastów nie znaleziono. Polichromatophilia słabo wyrażona. Nieprawidłowych form białych ciałek (myeloblastów, myelocytów) nie znaleziono. Zachodzi pytanie, czy niedokrwistość tę można zaliczyć do typu anemii złośliwej (anemia pernicioza BIERMERA). Brak jądrowych krwinek czerwonych, zwłaszcza megaloblastów oraz n. charakterystyczny wskaźnik hemoglobinowy (0,8 podczas gdy w anemii złośliwej jest on zawsze większy od 1) przemawiałyby przeciwko postaci anemii złośliwej. Z drugiej strony opisany obraz krwi, zwłaszcza nadzwyczaj mała ilość neutrofilów świadczą o zniesionej funkcji szpiku kostnego. Można by tu myśleć o t. zw. aplastycznej postaci niedokrwistości; rozpoznanie takie wszakże wolno stawiać wyłącznie post mortem przez oględziny i badanie szpiku kostnego. Wiadomo, że w przebiegu anemii złośliwej zachodzić mogą znaczne wahania w obrazie krwi: tak w okresie pogorszenia jądrowe ciała czerwone mogą zupełnie zniknąć, a ilość neutrofilów może ulegać znacznemu zmniejszeniu; przeciwnie zaś w razie następującej poprawy zjawiają się megaloblasty, a ilość neutrofilów ulega zwiększeniu. To też pożądanem jest kilkakrotne badanie krwi, zwłaszcza jeżeli pierwsze badanie nie wykazuje megaloblastów, uważanych za cechę swoistą dla anemii złośliwej. Chory o którym mowa zmarł w 2 dni po dokonaniu badania krwi, tak że nie można było powtórzyć badania krwi.

Prelegent uważa za rzecz b. prawdopodobną, że w danym przypadku ciężka niedokrwistość wywołaną została przez włosogłówkę, za czem przemawia znalezienie olbrzymiej ilości jajek tego pasorzyta w stolcach oraz brak innej przyczyny, któraby tak ciężką postać anemii wywołać mogła. Włosogłówka jak wiadomo, należy do rzędu pasorzytów najbardziej rozpowszechnionych i pospolitych. W kale osobników zupełnie zdrowych niezmiernie często znajdujemy jajka tego pasorzyta, aczkolwiek tylko w niewielkiej ilości. To też wnętrzaka tego znajdujemy zazwyczaj w kiszkiach, jak wykazują dane sekcyjne, tylko w małej ilości — kilka do kilkunastu włosogłówek. W niektórych wszakże przypadkach znajdowano w kiszkiach setki, a nawet przeszło tysiąc włosogłówek (VIX, RUDOLPH). Że obecność tak dużej ilości włosogłówek w jelitach może być powodem mniejszej lub większej niedokrwistości, jest jasnym wobec stwierdzonych przez licznych

autorów własności biologicznych tego pasorzyta. Zdaniem GOEZA, WEISBERG'a, MOSLERA, VIX'a i in. pasorzyt ten przyczepia się do kiszek w ten sposób, że cienkim swym przednim końcem, wynoszącym często $\frac{2}{3}$ długości ciała (długość włosogłówki = 40—50 mm.) drąży on wgłąb błony śluzowej. Z drugiej strony ASKANAZY znalazł w przewodzie pokarmowym włosogłówki barwnik, zawierający żelazo i będący pochodnym hemoglobiny. Wobec tego słusznie ASKANAZY i inni autorowie zaliczają włosogłówkę do rzędu pasorzytów, ssących krew (BLUTSAUGER). O anemii złośliwej, wywołanej przez włosogłówkę, podają THEODOR, MOOSBRUGGER, BECKER i inni.

W przypadku opisanym przez prelegenta, nie można było przeprowadzić leczenia, polegającego na wypędzeniu pasorzytów, ponieważ chory ten w 2 dni po badaniu krwi zmarł. Jest zresztą rzeczą mało prawdopodobną, aby w tak ciężkim stanie chorego udało się istotnie wypędzić tego pasorzyta; wiadomo że zadanie to wogóle do łatwych nie należy, nie posiadamy bowiem swoistego środka przeciwko włosogłówce.

[Autoreferat].

KARWACKI przedstawił preparat mikroskopowy ropy z przypadku ropni wielolicznych u młodego chłopca, które powstały na gruncie gruźlicy (cierpienie opłucny, płuc i żeber). Ropa zawiera cienkie miękkie nitki różnej długości, ułożone w spletach. Giemśa nitki barwią się na kolor blade niebieski, a treść ich jądrowa na kolor różowo fioletowy.

Omawiając klasyfikację pasorzytów, prelegent przechyliła się do rozpoznania bacillus necroseos, a to na mocy wyglądu, stosunku do podłoża sztucznych i wyników szczepienia ropy zwierzętom.

Wiceprezes HEWELKE w dyskusji wyraża wątpliwość, czy jednorazowe badanie w danym wypadku wystarcza na wyodrębnienie laseczki zgorzelinowej. Opisana forma chorobowa nie nosi charakteru zgorzeli, a ropienia. Zgorzel przedstawia się klinicznie inaczej.

Kol. HEWELKEMU odpowiada KARWACKI, że nazwa bac. necroseos została nadana nitkom przez kogo innego. Jak każda nazwa, tak i ta jest pewną etykietą, bynajmniej nie wyczerpującą wszystkich własności patologicznych pasorzyta. Symbioza krętków, z lasecznikami wrzecionowatymi wywołuje również oprócz zgorzeli i banalne sprawy ropne. Wyliczone w przemówieniu właściwości pasorzyta wystarczają najzupełniej do identyfikowania go z laseczką LÖFFLER'a—BANG'a, aczkolwiek identyfikacje nie oparte na odczynie surowicy swoistej matematycznej pewności nie posiadają.

LUXENBURG. P o k a z p r z y p a d k u ż e b r a n a d l i c z b o w e g o (s z y j o w e g o).

Chora Ch. Faj. lat 25, żydówka, przybyła na oddział szpitalny ze skargami na bóle głowy, ból w piersiach, dołku, bokach, bóle i drętwienie kończyn, pleców. Stan taki trwa od 5 miesięcy; wcześniej jednak znacznie, bo już 5 lat temu zaczęła odczuwać ból w okolicy dolnego kąta prawej łopatki w kierunku kręgosłupa, a jednocześnie „zaczęła się unosić prawa łopatka i prawe ramie“ nieco ku górze, tak że z czasem wytworzyło się skrzywienie kręgosłupa. Ból od owego czasu już nie znikł, zmienia się czasem w uczucie „palenia, pieczenia“. Pozatem nie chorowała. Brat ma jakoby od urodzenia lewe kończyny nieco krótsze; ma również skrzywienie kręgosłupa. Badanie obiektywne wykazuje nieznaczne powiększenie stłumienia opukowego serca ku górze; pozatem—brak zmian w narządach wewnętrznych, jakoteż w nerwach i mięśniach. W obu dołach obojczykowych wyczuwają się twory twarde — lewy niewielki, prawy dość długi— idące od boków kręgosłupa nazewnątrz i wgląb'. Uciskanie prawego jest bolesne. Rozpoznane zostało, oprócz histeryi, żebro nadliczbowe—szyjowe.

Na rentgenogramie (okazane zostały 2 klisze i 2 skiagramy) istotnie widać po stronie prawej żebro z poprzeczną przerwą, czyli z 2 części złożone, oraz wybitnie długi wyrostek poprzeczny VII kręgu szyjowego. Po stronie lewej żebro jest bardzo krótkie, wyrostek zaś taki, jak i po stronie prawej. Tętno tętnicy podobojczykowej prawej oraz promieniowej prawej wydaje się pełniejszym, aniżeli po stronie lewej. Skolioza umiarkowana w górnej części grzbietowej wypukłością ku stronie prawej, co jest zjawiskiem bardzo częstym u chorych z żebrem szyjowym, i co L. stawia w związku części z bólem w okolicy łopatki (n. dorsalis scapulae), jako objawem uciskowym ze strony żebra, widząc analogię ze skoliozą przy rwie kulszowej. Przypadki żebra nadliczbowego spostrzegane są częściej od czasu stosowania rentgenografii. Spostrzeżeń klinicznych jest już około 150; u nas spostrzegaliśmy 4 podobne przypadki kol. Sawicki.

Główne i najczęstsze objawy, zależne od ucisku na splot nerwowy, stanowią: bóle i parestezye oraz zaniki mięśniowe w obrębie kończyn górnych. Stąd są wskazania do usunięcia żebra nadliczbowego. Należy jednak być ostrożnym w ocenie objawów, gdyż istnieją już spostrzeżenia, w których operacja nie wydała oczekiwanego wyniku, ponieważ dominujący objaw (np. ból, czkawka i t. p.) może nie być pochodzenia uciskowego, a zależeć od histeryi, która często towarzyszy omawianym przy-

padkom, jak to i w danym razie u demonstrowanej chorej ma miejsce.

RZĘTKOWSKI z powodu pokazu LUXENBURGA komunikuje, że w sierpniu r. b. zgłosił się doń młodzieniec lat 21 ze skargami neurastenicznymi, u którego przy badaniu zauważył Rz. z obu stron szyi twarde zgrubienia, idące równolegle z brzegami m. cucullaris od góry z tyłu, ku dołowi i do przodu. Szyja miała wygląd „krótkiej“ i Rz. na pierwszy rzut oka sądził, że chodzi tu o nadmierny rozwój brzegu mięśnia kapturowego. Przy obmacywaniu okazało się, że nie są to zgrubienia mięśniowe, lecz wyrosty kostne, z obu stron jednakowe, od VII kręgu szyjowego na wzór żeber odchodzące. RZĘTKOWSKI wyraził przypuszczenie, że są to żebra nadliczbowe szyjowe i skierował młodzieńca do D-ra JUDTA dla prześwietlenia, które w zupełności potwierdziło rozpoznanie. RZĘTK. pokazuje obecnym zdjęcie rentgenogramowe, przez D-ra JUDTA dokonane, na którym doskonale widać parę żeber szyjowych, opierających się o trzon ostatniego kręgu szyjowego zaginającego się ku przodowi.

U chorego Rz. nie skonstatował żadnych objawów, z tych o jakich to wspominał kolega LUXEMBURG. Młodzieniec był doskonale zbudowany i po za objawami lekkiej neurastenii, żadnych objawów choroby nie zdradzał. O swem żebrze nadliczbowem dowiedział się dopiero od RZĘTKOWSKIEGO.

[Autoreferat].

PUŁAWSKI zwraca uwagę, że w ostatnim numerze amerykańskiego pisma American Journal of Medical sciences opisane są 2 przypadki żebra dodatkowego. Jeden z nich identyczny z opisem kolegi LUXEMBURGA. I tu chora od 8 roku życia skarży się na ból w lewej łopatce. Później zauważyła, że niektórych ruchów lewą ręką nie może wykonać. W 21 roku życia zjawily się zaniki tenar i hypotenar. Okazało się, że jest żebro nadliczbowe, Osoba ta poddała się operacyi. Jako nieprzyjemna komplikacya było porażenie plexus brachialis, które trwało dość długi czas, w końcu jednak przeszło. Autor zwraca uwagę, że kobiety zapadają częściej, niż mężczyźni i zwykle noszą cechy degeneracyi.

ZEMBRZUSKI Ludwik podkreśla, że objawy zjawiają się późno, najczęściej dopiero po dojściu do dojrzałości płciowej. W przypadku, obserwowanym przez SAWICKIEGO, również dopiero po 20-tym roku życia zjawily się bóle. Sprawa do tej pory jest nierozstrzygniętą.

RZĘTKOWSKI zdał sprawę ze swych badań nad składem chemicznym mięśnia sercowego w sta-

nach za burzeń kompensacyi. Rz. oznaczał w mięśniu lewej i prawej komory azot (białko), NaCl i suchą substancję. W stanach przebiegających z rozszerzeniem komory prawej w mięśniu tejże znalazł Rz. zmniejszenie odsetkowe w niej białka (substancji kurczliwej), powiększenie ilości H_2O i bardzo wyraźne powiększenie w niej ilości NaCl, przy zwiększeniu frakcyi sucha substancja — białko — NaCl, którą Rz. uważa za malującą do pewnego stopnia ilość materiału energetycznego, energii potencyalnej, jaką mięsień rozporządza. Rz. wypowiada przypuszczenie, czy dykompensacja nie polega na tem na utraceniu przez mięsień zdolności przerabiania materiału energetycznego nad pracę pożyteczną po wpływie zatrucia np. NaCl. Dane kliniczne (dyeta lecznicza np. KARET'a i wpływ jej dodatni w stanach niedomogowych) przemawiają na korzyść takiego przypuszczenia. [Autoreferat].

W dyskusyi PAWIŃSKI podkreśla, że myśl poruszona przez RZĘTKOWSKIEGO jest bardzo ważna. Oddawna wiadomo, że przy niedomogach serca na stole sekeyjnym żadnych zmian anatomo-patologicznych wynaleść nie można. Należy więc przypuścić, że w sercu zachodzą muszą zmiany chemiczne. Zmiany te należy porównywać ze zmianami, otrzymywanymi przez histologów w mięśniach serca zwierząt przemęczonych. Pole jest bardzo obszerne, ale trudności bardzo duże. Przyczynia się do tego i ta okoliczność, że mięsień sercowy badany najwcześniej po 24 godzinach. Rezultaty otrzymane przez RZĘTKOWSKIEGO są bardzo ciekawe.

MUTERMILCH Stanisław zaznacza, że badania nad chemizmem mięśni wogóle, a mięśnia sercowego w szczególności w rozmaitych sprawach chorobowych należą do dziedziny, w nauce dotychczas b. mało opracowanej. Co się tyczy zawartości suchej substancyi, to wiadomo z badań HÖSSLIN'a, że podczas gdy mięśnie osobników zdrowych zawierają 72—76% wody, to w stanach chorobowych z upadkiem odżywiania, zwłaszcza charłacznych mięśni staje się bardziej wodnistym (78—79% wody) czyli bardziej ubogim w ciała białkowe. Przyglądając się cyfrom, podanym przez prelegenta dla mięśnia sercowego zdrowego, oraz w przypadkach dykompensacyi, widzimy, że w tym drugim szeregu ilość suchej substancyi i ciał białkowych jest mniejsza, zawartość zaś wody większa, co zdaniem mówcy świadczyłoby o podupadłym stanie odżywiania mięśnia sercowego, o jego zwyrodnieniu i przedstawiałaby poniekąd analogię do tego, co znajdował HÖSSLIN dla mięśni u osobników charłacznych. Co się zaś tyczy soli kuchennej, to tylko dokładne obliczenia mogłyby do pewnego stopnia wykazać, czy zwiększenie

NaCl zależne jest wyłącznie od wzmożonej zawartości wody lub też, jak przyjmuje prelegent, zachodzi tu pierwotne zatrzymanie NaCl przez samą tkankę mięśnia sercowego. Co się tyczy hipotezy, postawionej przez prelegenta, że pierwotne zatrzymanie NaCl wywołuje dyskompensację, po wyrównaniu zaś tej ostatniej ilości NaCl powraca do normy, to aczkolwiek hipoteza ta jest niezmiernie pomysłowa i oparta na znalezionych danych cyfrowych, to jednakże, zdaniem mówcy, wymaga ona bliższego uzasadnienia. Należy tu mieć na uwadze przede wszystkim tę okoliczność, że mięsień sercowy taki, jaki brano do analizy chemicznej z materiału sekcyjnego, nie odpowiada tym stanom, jakie spostrzegamy przy łóżku chorego, kiedy dyskompensacja może uleść wyrównaniu pod wpływem, dajmy na to, naparstnicy lub innych czynników. Na sekcji mamy do czynienia z mięśniem sercowym, który okazał się już nieczułym na stosowane środki i niezdolnym do wyrównania, a to wskutek zwyrodnienia, wyraz którego stanowi właśnie, zdaniem mówcy, zwiększona zawartość wody i soli kuchennej. Słowem, nie można odrzucić przypuszczenia, że zwiększenie ilości NaCl jest nie przyczyną dyskompensacji, lecz skutkiem długotrwałej dyskompensacji, prowadzącej do zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Co się tyczy cyfr, podanych przez prelegenta w ostatniej rubryce na przedstawionej tablicy i otrzymanych przez odjęcie od suchej substancji ilości białka i soli kuchennej, to zdaniem mówcy kol Rzętkowski za mało uzasadnił twierdzenie swe, że cyfry te reprezentują materiał odżywczy, energetyczny, który służy mięśniowi sercowemu do zamiany energii potencjalnej na kinetyczną, mówca zwraca się do prelegenta z prośbą o bliższe wyjaśnienie w tej kwestyi. [Autoreferat].

LANDAU Anastazy sądzi, iż zmniejszona ilość suchej substancji serca nie dowodzi bynajmniej ułożenia jego w istotę kurczliwą. W 100 grm. mięśnia sercowego ilość tej istoty zmniejsza się, natomiast ogólna jej zawartość w całym sercu może powstać normalną, a zwłaszcza jeżeli wziąć pod uwagę zwiększoną jego objętość. Kwestyę powyższą rozstrzygnąć mogą dokładne pomiary i ważenie serca. Względne zmniejszanie się suchej pozostałości mięśnia sercowego L. przypisuje większemu nagromadzeniu się w niem limfy, obrzękowi serca: w stanach zaburzonej kompensacji utrudniony odpływ krwi żyłnej powoduje zbieranie się nadmierne limfy; gromadzi się ona w tkance podskórnej, w jamach surowiczych, brzękną również narządy wewnętrzne, a serce pod tym względem nie stanowi wyjątku. Za obrzękiem serca wskutek jego niedomogi przemawiają dane co do zawartości chlorków: limfa jest bogatszą w chlorki od

tkanki mięśniowej i dlatego obrzęk jej powoduje znacznie wyższe od normalnych cyfry NaCl. Pozostałość suchej substancji po odjęciu białka i chlorków, którą prelegent nazwał saszobem substancji odżywczych, jest, zdaniem LANDAUA, wielkością tak nieokreśloną, że cyfry odnośne nawet z pewnem prawdopodobieństwem trudno jest uważać za wskaźnik energii potencjalnej. W skład tej pozostałości wchodzi między innymi różne sole (wapień, Mg, P₂ O₅ i t. d.), i zresztą z cyfr prelegenta wynika, iż w stanach przerostu lewego serca, kiedy pracuje ono ze zdwojoną energią, zasób materiału odżywczego w lewym sercu powstaje niezmienny (1,7^o/_o). [Autoreferat].

Rzętkowski zaznacza, że niepodobna powyższych badań dokonywać na zwierzętach, bowiem jest niemożliwem sztuczne wywoływanie u zwierząt przewlekłej niedomogi serca zupełnie podobnej do dyskompensacji ludzkiej. Oznaczanie całkowitej ilości N, NaCl i t. d. w całym sercu było tu zgoła zbyt ciężkie, tembardziej, że chodziło tu głównie o skład komór. Zresztą w tym celu należało by stwierdzać wagę obu komór serca oddzielnie, czego ściśle dokonać jest niepodobieństwem. Już w swem przemówieniu Rz. zaznaczył, że chodzi tu o historencję NaCl, nie zaś o seroretencję soli, bowiem mamy tu wyraźnie — o 42^o/_o — wzmożoną ilość NaCl przy tej samej ilości H₂O. Rubryka „materiał energetyczny“ jest naturalnie tylko bardzo przybliżoną, co Rz. kilkakrotnie w swem przemówieniu podkreślił; obejmuje ona te substancje, z których mięsień czerpie materiał do pracy (pozostałość po glikogenie mięśniowym, tłuszcz, sole i t. p.). [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Gabszewicz*.

Pom. Sekretarza *Tadeusz Wilczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 23 Listopada 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 46 i gości 4-ch.

- T r e ś ć: 1) Andrzej Alfred HEJMAN: Demonstracja: 2 przypadki przetoki wrodzonej.
2) TUCHENDLER Antoni: Przypadek rozszerzenia przełyku.
3) Wiceprezes HEWELKE. Pokaz zastawki czterolistnej.
4) BONDY: Próba tuberkulinowa wśródskórna (Mantoux).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił, że złożyli podania na członków czynnych Towarzystwa koledzy: ZIELIŃSKI, SMOLEŃSKI, KRUKOWSKI i HUZARSKI.

III. Prezes zawiadomił obecnych o śmierci długoletniego członka czynnego, a ostatnio członka korespondenta Tadeusza ŻŁOBIKOWSKIEGO. Obecni na wniosek prezesa uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

IV. Sekretarz stały odczytał nekrolog:

ŻŁOBIKOWSKI Tadeusz. Członek czynny Tow. Lek. urodził się w r. 1840. Po ukończeniu gimnazjum w Suwałkach wstąpił w roku 1859 do Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie, następnie do Szkoły Głównej, którą ukończył ze stopniem lekarza w roku 1864. W latach 1867 i 1868 był pomocnikiem pro-sektora Anatomii opisowej w warszawskiej Szkole Głównej, gdzie nie tylko wykonywał wielce pracowite a doskonałe preparaty do demonstracyj na lekcjach prof. HIRSZFELDA, lecz pracował jednocześnie i naukowo nad anatomią opisową. Owocem czego była praca ogłoszona w roku 1870 „Poszukiwania nad nerwem języko-zębowym“. Po zamknięciu Szkoły Głównej zajął się praktyką, zyskawszy ordynaturę w oddziale chorób umysłowych przy szpitalu Dzieciątka Jezus, następnie został na taką samą posadę przeniesiony do Tworek, gdzie pozostawał do końca życia, t. j. do dnia 20 listopada r. b. S p. Tadeusz Żł. przez długie lata oddawał się bardzo gorliwie praktyce lekarskiej w Warszawie, zyskawszy szeroki rozgłos jako sumienny i biegły lekarz.

Pam. Tow. Lek. t. CV. Z. IV 909.

W stosunkach z kolegami odznaczał się niezwykle poprawnością. Był cichym filantropem i zacnym obywatelem kraju, czego dowodem jest pośmiertna jego wola, rozporządzająca znaczną częścią jego ciężko zdobytego mienia na cele społeczne:

ŻŁOBIKOWSKI ogłosił następujące prace:

1) Nowe poszukiwania nad nerwem; a) zębo-językowym prof. SAPPEYA, G. L., 1870; b) Toż samo w Robina Journal de l'Anatomie et Physiologie, 1870.

2) O działaniu wodoru chloralu na zdrowy organizm i zastosowanie jego przy leczeniu chorób umysłowych, G. L., 1870.

3) Dwukrotne wystąpienie płonicy w przeciągu 6 tygodni u jednego i tego samego indywiduum, G. L., 1873.

4) Płasawica, napady epileptyczne, śmierć, zmiany w mózgu. G. L., 1870.

5) Zdanie sądowo-lekarskie w sprawie Jadwigi K. o zabójstwo obwinionej. G. L. 1873.

6) Wągry wśród opony naczyniowej substancji szarej mózgowia. Pam. Tow. Lek., 1870.

Andrzej Alfred HEJMAN demonstruje 2 przypadki przetoki wrodzonej szyi. Chłopczyk, lat 4, ma w dolnej części szyi z prawej strony tuż u przyczepu m. sternocleid. przetokę wrodzoną, przez którą stale sączy się płyn gęsty, zmieszany jakby z ropą. Co pewier czas wydzielina ustaje, i cała okolica naokoło przetoki puchnie, co sprawia dziecku ból nieznośny. Trwa to niedługo, i po kilku dniach, kiedy pojawia się znowu wydzielina, objawy zapalenia mijają.

Tegoż rodzaju przypadek H. obserwował u mężatki 20-letniej, która obarczona jest aż 2 podobnymi przetokami. Umiejscowione są one z prawej i lewej strony szyi w dolnej części, mniej więcej u samego prawie przyczepu m. sternocleidomastoid. Przetoki te dają się wyczuwać pod palcami w formie kanałów, przechodzących m. sternocleidom. jakby w kierunku migdałów. Wydziela się z nich także płyn gęsty, i co pewien czas, gdy wydzielina ustaje, następuje obrzmienie całej okolicy naokoło przetoki. Po kilku dniach, z pojawieniem się wydzieliny, stan zapalny przechodzi.

Przetoki te bywają boczne i środkowe (Schlange) i o ile wogóle nie zaliczają się dzisiaj do rzadkości, to o tyle boczne są zjawiskiem nader rzadkiem. Miejscem pochodzenia ich jest zazwyczaj glandul. sublingual. lub duct. thyreoglossus. Badanie mikroskopowe ustala w zupełności dyagnozę w tym kierunku: przetoki, pochodzące z głąn. sublingual., składają się na swej stronie wewnętrznej z komórek o formie okrągłej—w stanie rozpadu, z duct. thyreoglos.—mają zawsze nabłonek cy-

lindryczny (v. Hippel). MARCHAND opisał przypadek, w którym przeciwna strona przetoki pokryta była nabłonkiem płaskim. Tutaj przypuszczać należy, że nabłonek cylindryczny przeszedł także samą metamorfozę, co błona śluzowa jamy ustnej.

Co się tyczy zabiegów lekarskich, to jedynie doszczętne wyluszczenie przetoki daje szansę wyzdrowienia zupełnego. Dodać jednakowoż należy, że w ten sposób udaje się usunąć przetoki boczne, pośrodkowe natomiast, nawet uleczone w ten sposób, ponawiają się po pewnym czasie (Schlange).

[Autoreferat].

TUCHENDLER Antoni przedstawia chorego, u którego rozpoznał samoistne rozszerzenie przełyku; w przypadku tym T. wyklucza wszelkie organiczne sprawy, zwężające wpust, a mogące mieć w następstwie takie rozszerzenie ścian przełyku, i jako przyczynę uważa skurczowe przewlekłe zamknięcie wpustu.

Chory ma lat 33; od 5 lat skarży się na trudności łykania. Dolegliwości swoje opisuje chory w ten sposób, że jedzenie zatrzymuje mu się wewnątrz w przełyku i nie może przedostać się do żołądka. To co przyjmuje może z łatwością wydostać z powrotem jeśli się trochę nachyli. Przy pewnym wysiłku może też pokarmy przepchnąć przez przeszkodę; musi do tego pewien manewr wykonać: mocno oddychać i wydychać, a przytem łykać. Stałe pokarmy łatwiej przechodzą, jeśli popije trochę wody. Bólów większych nigdy nie miał; krwi w wymiotach nie widział. Czasem zdarza mu się, że zupełnie dobrze może zjeść i wypić, przytem zauważył, że w pozycji stojącej wogóle lepiej łyka, aniżeli w siedzącej.

Badanie sondą wykazuje: sonda elastyczna, twarda, zatrzymuje się w przełyku w odległości 40 ctm. od zębów; pomimo ucisku nie chce przejść do żołądka. Po wprowadzeniu sondy miękkiej do 36 ctm. obok i przez sondę wylewa się płyn śluzowy, przedstawiający resztki pokarmów niestrawionych, płyn ten nie daje reakcyi na wolny kwas solny. Ta sama sonda miękka, wprowadzona dalej, dochodzi w przełyku niżej, jak elastyczna, bo do 44 ctm., ale tu natrafia na przeszkodę nie do zwalczenia. Przy sondowaniu ma się wrażenie, że się manipuluje w dużej przestrzeni; ściany przełyku żadnego oporu nie przedstawiają. Po takich kilkakrotnych usiłowaniach nieoczekiwanie udało się T. za pomocą grubej sondy żołądkowej przedostać się do żołądka i wydobyć zawartość, która dawała reakcyę na wolny kwas solny. Na zasadzie powyższych danych badania obiektywnego nie trudno już było o rozpoznanie. Ba-

danie sondą wykazuje przeszkodę w przełyku w okolicy wpustu, przez którą miękka sonda przejść nie może, ale za to gruba czasem przechodzi. Z tego wnosimy, że mamy skurczowe zamknięcie w dolnym końcu przełyku, które uważać musimy jako powstałe na drodze funkcjonalnej, a nie przez sprawę organiczną. A to dlatego, że: 1) długotrwały czas choroby— a dobry stan odżywiania; 2) najgrubsze sondy nieraz przechodzą do żołądka; 3) brak wszelkich danych w wywiadach, pozwalających na przyjęcie organicznej przeszkody w okolicy wpustu. W rozpoznaniu różniczkowym bliżej nieco zastanowić się jedynie należało, czy nie mamy do czynienia z uchyłkiem. Ale uchyłki dolnego końca przełyku są niezmiernie rzadkie. Uchyłek mogliśmy wykluczyć i dlatego, że wprowadzaliśmy sondę do żołądka nawet przy wypełnionym worku przełykowym; wypełniony uchyłek, uciskając przełyk nie pozwoliłby na wprowadzenie sondy. Wreszcie i badanie za pomocą Roentgen'a, dokonane przez kol. JUDT'a wykazało rozszerzenie przełyku w dolnej jego części duże cylindryczne. Przechodząc z kolei do etyologii omawianej sprawy, T. przytacza poglądy na tę rzecz ZENKERA i ZIEMSSENA, upatrujących przyczynę powyższego cierpienia w zmniejszonej kurczliwości ścian przełyku. STRÜMPELL, MIKULICZ, ROSENHEIM i inni widzą znów przyczynę rozszerzenia przełyku w skurczowym zamknięciu wpustu. I zagięcie przełyku wywołane nadmierną jego długością tworzyć może na dolnym końcu przeszkodę, a w następstwie wywołać rozszerzenie przełyku. Wrodzone małe wypuklenia, jakie się w ścianie przełyku nieraz znajdują na przestrzeni od wpustu do foramen oesophageum dawać mogą także impuls do powstawania większych rozszerzeń. Są to jednak wszystko hipotezy, tak że sprawę samoistnych rozszerzeń przełyku pod względem etyologicznym uważać musimy za jedną z najciemniejszych ze wszystkich spraw chorobowych przełyku. Przypadek swój T. uważa także za zupełnie ciemny pod względem etyologicznym. U chorego tego udało się T. potwierdzić rozpoznanie i za pomocą badania wziernikowego przełyku.

[Autoreferat].

JUDT, jako uzupełnienie demonstracji TUCHEDLERA zaznacza, że chory poddany został rentgenoskopii. Zdjęć rentgenograficznych, niestety, dokonać tu nie można było, gdyż ruchy klatki piersiowej in toto, serca przepony, samego przełyku nie pozwalają na otrzymanie dobrej kliszy. Zdjęcia tego rodzaju możliwe są tylko przy pomocy aparatu momentalnego.

Pierwszy akt badania polegał w danym przypadku na zastosowaniu walcowatego opłatka, zawierającego 2,0 bismuti carbonici. Opłatek stawał w dolnym odcinku przełyku na wyso-

kości X-go kręgu, wskazując istnienie przeszkody tuż ponad wpustem. Podczas gdy pacjent pił wodę, widać było na ekranie podnoszenie się opłątka aż do VIII kręgu, oczywiście, na powierzchni wody, zapelniającej dolny odcinek przełyku.

Drugi akt badania polegał na zastosowaniu 200,0 kaszy + 10,0 bismutu. Otrzymany został w ten sposób bizmutowy odlew dolnej połowy przełyku, o kształcie owalnym, lekko zwężającym się ponad wpustem. Szerokość smugi bizmutowej przewyższała normalny wymiar przełyku.

Rozszerzenie to nosiło cechy symetrii, bez jakichkolwiek uwypukleń bocznych, mogących nasuwać myśl o uchyłku.

Aby wykluczyć wszelki domysł o uchyłku, pacjent ustawiany był w najrozmaitszych kierunkach, między innymi w 4 ch ukośnych pozycjach. Najlepszą jednak jest pozycja t. zw. pojedynkowa, gdy promienie skierowane są od przedniej prawej strony pacjenta ku tylnej lewej, a więc poprzez tylną dzielnicę śródpiersia, po za przestrzeń, dzielącą duże naczynia od kręgosłupa.

Badania tego rodzaju dają wyraźny obraz kształtu przełyku, jego ruchów mięśniowych, jego stosunku do kręgosłupa, płuc, serca i przepony. Wnioskowanie rozpoznawcze wymaga starannego stosowania rozmaitych zabiegów, a przedewszystkiem nie pozwala na jednostronne urywanie opłatków bizmutowych i zgłębników metalowych. O ile poniżej dzielnicy chorej stworzoną została przeszkoda (skurecz, zamknięcie wskutek guza i t. p.), to bezwarunkowo należy wypełnić przełyk obficie kaszą bizmutową i wykonać to, co porównać się da do odlewu. Wtedy rozpoznanie staje się najzupełniej jasnym.

[Autoreferat].

Wiceprezes HEWELKE demonstruje czterolistną zastawkę aortalną od chorej zmarłej w lipcu r. b. na jego oddziale. Sprawa jest rozwojowa, anomalia ta jest wrodzoną. Obwód aorty wynosi 8 cm. Mówca podkreśla rzadkość zjawiska nadliczbowości zastawek.

BONDY wygłosił rzecz pod tytułem: „Próba tuberkulinowa wśródskórna” (MANTOUX).

Próba MANTOUX polega na wstrzyknięciu w skórę jednej kropli roztworu $\frac{1}{500}$ tuberkuliny z dodatkiem — w celu znieczulenia — małej dawki stowainy (0,5‰); ilość zastrzykniętej tuberkuliny wynosi zawsze ściśle $\frac{1}{100}$ miligr. tuberkuliny. Gdy reakcja jest dodatnia, po upływie kilku godzin na miejscu zastrzyknięcia powstaje bardzo charakterystyczne nacieczenie

w postaci guziczka, które po 24 godzinach rozszerza się; otacza się obwódka różowej barwy; acne odczynu następuje po 48 godz., poczem odczyn zwolna wstępuje, guziczek środkowy się wysysa; po tygodniu — dwóch jeszcze można stwierdzić na miejscu odczynu stwardnienie skóry i zmianę jej zabarwienia; skóra często w tym miejscu łuszczy się. To jest typowy obraz, odpowiadający średniemu natężeniu reakcji. Pozatem spotykamy odczyny mocniejsze, wyrażające się powstawaniem nacieczenia z pęcherzykiem na nim z żółtawej płynnej zawartości, — i słabsze, przy których spostrzegamy na skórze wykwit, podobne do erythema nodosum lub zwykłej pokrzywki. Stale spostrzeganym faktem jest to, że im gruźlica jest więcej zaawansowana, tem odczyn MANTOUX jest słabszy i później występuje — i naodwrot. W przypadkach gruźlicy bardzo daleko posuniętej, i u kachektyków zdarza się, iż odczyn nie występuje wcale.

Ogólnych objawów próba MANTOUX zazwyczaj nie wywołuje żadnych; na 725 znanych autorowi spostrzeżeń w dwóch przypadkach było notowane podwyższenie ciepłoty.

Próbę MANTOUX cechuje symetryczność i stałość odczynu, dokonana w dwóch punktach symetrycznych wywołuje odczyn całkiem identyczny; powtórzona kilkakrotnie — daje odczyn zawsze jednakowy. Objaw uczulenia nabytego, spostrzegany w próbach CALMETTE'a i PIRQUET'a, obserwuje się i w próbie MANTOUX.

Co do doświadczeń klinicznych, dotyczących próby wśródskórnej, największy materiał przedstawił sam MANTOUX, potem APHERMANT i LEREBoullet; własnych spostrzeżeń autor opisał 37.

Rozpatrzywszy szczegółowo 725 znanych z literatury przypadków, w których stosowaną była próba MANTOUX, autor na podstawie porównania wyników, osiągniętych za pomocą badań klinicznych, badań pośmiertnych i stosowania jednocześnie innych metod rozpoznawczych za pomocą tuberkuliny (PIRQUET'a, CALMETTE'a i podskórnych zastrzyknięć), przychodzi do wniosku, że sposób MANTOUX odznacza się wysoką swoistością i czułością, odkrywając gruźlicę nie tylko czynną, lecz i nieczynną, ukrytą. Do takiego również wniosku doprowadzają doświadczenia, dokonane przez MANTOUX i MONSSU nad zwierzętami (krowami, kozami, świniami i t. d.).

Następnie autor przechodzi do porównania próby MANTOUX z odczynami PIRQUETA, CALMETTE'a, MORO i BAUMGARTEN'a (podskórnym) i przychodzi do wniosku, że ta próba jest najniezgodliwszą, najczulszą i najwięcej swoistą ze wszystkich znanych obecnie prób tuberkulicznych, gdyż nie wywołuje żadnej reakcji

ogólnej, jest bezbolesną, prostą w wykonaniu, posługuje się zawsze jedną i tą samą ilością tuberkuliny ($\frac{1}{100}$ miligr.), może być przeprowadzona u osoby gorączkującej i jest stałą.

Dalej autor omawia kliniczną interpretację wyników reakcyi wśródskórnej i kolejno rozpatruje dwa szeregi przypadków: I te, w których próba MANTOUX jest dodatnią i II te, w których jest ona ujemną.

I. W pierwszym szeregu przypadków należy zaznaczyć, że wobec niezmiernie częstszego występowania odczynu dodatniego u dorosłych (55%) i starszych dzieci (przeszło 70%)—zgodnie zresztą z częstością napotykanym w ustroju osobników tej kategorii ognisk gruźliczych czynnych lub nieczynnych—znaczenie tu dodatniego odczynu MANTOUX jest podrzędne, albowiem stwierdza on tylko obecność w danym ustroju czynnych lub nieczynnych ognisk gruźliczych, nie dostarczając żadnych danych ani co do świeżości sprawy, ani co do rokowania. Inne zgoła ma znaczenie dodatni odczyn u osesków, u których napotyka się rzadko (od 0,5% do 10%) i u małych dzieci, gdzie występuje względnie rzadko (od 10 do 20—25%) i tu gruźlica w stanie ukrytym lub nieczynna jest wielką rzadkością, przebiega ona prędko swoją ewolucyę,—wobec czego tu odczyn MANTOUX mo niesłychanie doniosło znaczenie.

II. O wiele większe jeszcze znaczenie posiada ujemny odczyn MANTOUX wobec wielkiej czułości i swoistości, próby wśródskórnej, wobec jej wielkiej stałości, ujemny odczyn jej jest argumentem pierwszorzędym, przemawiającym za nieobecnością gruźlicy.

W zakończeniu autor zaznacza, iż próba MANTOUX bywa stale ujemną w charłactwie gruźliczym i w ostatnim okresie gruźliczego zapalenia opon mózgowych, zarówno jak i w przebiegu odry. [Autoreferat].

W dyskusyi GANTZ sądzi, że jest to chyba ostatnia już modyfikacya stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych. Z góry więc przewidywać można, że posiada wspólne z tamtymi zalety i wady. Jeśli wewnątrzskórny odczyn ma być o wiele jeszcze czulszym od czynu PIRQUET'a, który, jak wiadomo, daje olbrzymią niemal odsetkę wyników dodatnich, to jest to, zdaniem G., właśnie jedna z głównych wad nowego sposobu z punktu widzenia klinicznego. Dla celów praktycznych, a więc dla klinicysty, ważnem jest, by metoda wykrywała ogniska czynne, a nie wszelkie ukryte i już zagojone zupełnie (np. gruczoly zwapniałe w przypadkach, przytaczanych w ostatniej pracy przez MORO). Jeśli przeszło 85% dzieci w wieku powyżej lat 10 ma dawać odczyn dodatni to trudno jeszcze uznawać je wszystkie za chore na gruźlicę, choć może

tkwi gdzieś w ich ustroju zarazek gruźliczy. Tam natomiast gdzie najbardziej idzie może o rozpoznanie—w przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych lub prosówki—i ta metoda, jak wszystkie pozostałe, nie daje również nic pewnego. Wreszcie nie sądzi G., iżby sposób ten był istotnie zupełnie dla dzieci obojętny. Najprawdopodobniej i on w przypadkach, powikłanych gruźlicą skóry, powoduje (jak nawet odżyzn Moro) obostrzenie procesu.

G. mało się więc spodziewa od tego nowego sposobu stosowania tuberkuliny. [Autoreferat].

Anastazy LANDAU zaznacza, iż 0,01 mlgr. tuberkuliny, używany dla próby śródskórnej nie jest zawsze wbrew twierdzeniom prelegenta dawką bezwzględnie obojętną. L., zachęcony pomyslnymi statystykami sanatoryjnymi, zaczął stosować leczenie małymi dawkami starej tuberkuliny na chorych szpitalnych. Pomimo, iż zaczął on od bardzo małych ilości, bo od 0,001 mlgr., to jednak okazało się, iż z 6 chorych dwaj reagowali wyraźnymi podskokami temperatury (do 39°) na 0,002—0,005 mlgr.

Co się tyczy wartości klinicznej próby śródskórnej, to L. jest zdania, iż wobec znacznego odsetka wyników dodatnich mało różni się od próby PIRQUET'a i że prawdopodobnie, jak ta ostatnia wykazuje ona gruźlicę anatomiczną, lecz nie kliniczną. Wogóle o wartości wszystkich prób tuberkulinowych nie należy sądzić z zestawienia ich z danymi sekcijnymi, lecz wyłącznie z punktu widzenia klinicznego. W przypadkach gruźlicy o niedwuznacznym obrazie klinicznym próby tuberkulinowe są zbyt cenne; zaś w przypadkach wątpliwych niepodobna na nich bezwzględnie się opierać.

Wreszcie L. wspomniał o metodzie odchyłania komplementu, pominiętej przez prelegenta, i dodał, iż należy ona do najmniej pewnych, z 6 przypadków L., w których próba ta wykonana została przez kol. St. MUTERMILCHA, w jednym tylko surowica zawierała antytuberkulinę i hamowała hemolizę systemu hemolitycznego.

DĘBIŃSKI uważa że reakcja MANTOUX jest najbardziej podobna do starej metody KOCHA, to też ma te same wady i dodatnie strony co i tamta. Wykrywa ona nie tylko świeże, ale i stare ogniska, wobec czego ma ona mniejsze znaczenie dla dorosłych, niż dla dzieci.

Sekretarz Stały SOKOŁOWSKI zaznacza, iż zebrał i zestawił najnowsze metody rozpoznawcze gruźliczy i doszedł do wniosku, że metody te nie mogą być uważane za ścisłe. Czasami zawiodą, a czasami występują tam, gdzie niema gruźlicy. Stanowią one jednak pewien postęp w dyagnostyce, jako metody

uzupełniające inne badania kliniczne. Podkreśla wartość tych metod u dzieci.

BoNDY w odpowiedzi zaznacza, że co do zarzutu wartość próby tuberkulinowej, to jak zaznaczył już Sekretarz stały, nie jest ona próbą nieomylną, pewne jednak zastosowanie ma, szczególnie u dzieci. Porównywać jej z metodą KOCHA nie można, gdyż organizm reaguje na nią zupełnie inaczej, np. nie wywołuje ona podniesienia ciepłoty.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Gabszewicz*.

Pom. Sekretarza *Tadeusz Wilczyński*.

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 (Cholechoenterostomia) i z miąższem samej wątroby (Hepatocholechoenterostomia).

8) Związek anatomiczny i fizjologiczny pomiędzy przysadką mózgową, gruczołem tarczowym, nadnerczem i grasicą. Zbadać, o ile stau 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 stale.

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 włóknikowym 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 zabezpieczonych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Sekretarz Stały Dr. Med. *A. Sokolowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza, iż z funduszu imienia Józefa Wszebora przyznana 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 możli-

III

wem, 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, opatrzonych stosownymi dewizami.

Sekretarz Stały Dr. Med. *A. Sokółowski.*

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 zapieczętowanych 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. Sokółowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z zapisu ś. p. D-ra Romualda Płaskowskiego udzieloną będzie w miesiącu Czerwcu roku 1910 za pomoga 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 Lekar-

skiemu 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 oznaczeniem zjazdu, na który kandydat pragnie wyjechać, z podaniem dokładnego swego adresu i z wymienieniem zajęć lub prac swoich w dziedzinie psychiatrii.

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 akuszerii 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 wzmiarkowanej 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 zapieczętowaną, 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*.

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

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

Warszawa d. 15 Stycznia 1910 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia.

Dr. M. Jakowski.