

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 47.

Warszawa d. 23 Listopada 1907 r.

T. XXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Aires Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Nowa metoda rozpoznawania gruźlicy. Podał Stefan Kramsztyk.—O wie-
logniskowych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Podali E. Flatau, J. Koelichen i J. Skłodowski.—Odcinek. Wydział lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817—1831). Zarys historyczny
przez Józefa Bielińskiego. (Ciąg dalszy).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Stefan Kram-
sztyk.—Une nouvelle méthode du diagnostic de la tuber-
culose. 2) E. Flatau, J. Koelichen et J. Skłodowski.—
Sur les maladies inflammatoires multiloculaires dans le
système nerveux central.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Stefan Kramsztyk.
—Eine neue Methode der Diagnose der Tuberkulose. 2)
E. Flatau, J. Koelichen und J. Skłodowski.—Ueber multiple
Entzündungserkrankungen im Centralnervensystem.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki pediatrycznej prof. Heubner'a w Berlinie.

NOWA METODA ROZPOZNAWANIA GRUŻLICY.

Podał

Stefan Kramsztyk.

Wśród wielu praktycznych i teoretycznych
zdobyczy, jakie dała nam w ciągu lat ostatnich
nauka o odporności, badania młodego uczone-
go wiedeńskiego von PIRQUET'a odrębne zu-

pełnie zajmują miejsce. Zwrócił on mianowi-
cie spostrzeżenia swe i doświadczenia w kierun-
ku najstarszej i wciąż jeszcze najlepszej, lecz
w ostatnich czasach zaniedbanej zupełnie me-
tody uodparniania, w kierunku szczepienia.
Niezmierne szczegółowe i dokładne badania
klinicznego przebiegu szczepienia ospy ochron-
nej ¹⁾ doprowadziły go do stworzenia nowej

¹⁾ „Klinische Studien ueber Vakzination und vak-
zinale Allergie“ von Dr C. v. Pirquet. Lipsk-Wiedeń. 1907.

teorii powstawania wysypki ospowej, z którą po raz pierwszy wystąpił w Towarzystwie lekarskim wiedeńskim w dniu 22 lutego 1907 ²⁾, oraz w dalszym ciągu pozwoliły mu zastosować metodę szczepienia i w innych chorobach zakaźnych, a przede wszystkim w gruźlicy.

Najważniejszą zasługą PIRQUET'a jest odkrycie nanowo zapomnianego już, choć dawnym lekarzom znanego objawu — „wczesnej reakcji“ (Frühreaktion). Ta ostatnia jest sprawą specyficzną, występującą przy powtórnym zakażeniu limfą krowiankową. Kiedy dziecku po raz pierwszy zaszczipioną została krowianka ³⁾, to skutki ukazują się dopiero po 2 — 3 dniach w postaci grudki, która przechodzi w pryszczyk i ku początkowi drugiego tygodnia otoczona zostaje czerwoną obwódką czyli „areolą“. Jeżeli jednak wykonywamy rewakcynację, czyli stosujemy szczepienie u człowieka, który już raz je przebył, to już po upływie 24 godzin spostrzegamy małe wzniesienie i zaczerwienienie, które zwykle stanowią jedyny objaw nowego zakażenia. Gdybyśmy z pozostałych blizn nie wiedzieli o przebytem już raz szczepieniu, to moglibyśmy wnioskować o tem z wczesnego wystąpienia objawów zapalnych, z owej właśnie „wczesnej reakcji“.

Z podobnem zjawiskiem spotykamy się też i w innej sprawie patologicznej — przy zastrzykiwaniu surowicy. I tutaj w 8—12 dni po zastrzyknięciu występuje szereg objawów, jak pokrzywka, gorączka, bóle i obrzęki stawów, które przez PIRQUET'a i SCHICK'a nazwane zostały mianem „choroby surowiczej“ ⁴⁾. Lecz u ludzi, którzy już raz otrzymali zastrzyknięcie surowicy, często już w ciągu pierwszych 24 godzin po iniekcji powtórnej znajdujemy obrzęk

w miejscu wstrzyknięcia lub pokrzywkę na ciele.

Tę to charakterystyczną zmianę w oddziaływaniu organizmu, ten stan odmienny ciała po przebytem zakażeniu, który wyraża się w różnem co do stopnia i czasu reagowaniu jego na następne zakażenia, oznażył PIRQUET nazwą „allergii“.

Podobny przykład owej „allergiczej wczesnej reakcji“ daje właśnie gruźlica.

Tuberkulik wykazuje w miejscu zaszczipienia w ciągu 24 godzin podobne wczesne objawy zapalne, jak osobnik, powtórnie poddany szczepieniu krowianki lub wstrzyknięciu surowicy. „Wczesną reakcję“ w gruźlicy zużytkowują już od lat kilkunastu w celach dyagnostycznych — pod postacią zastrzyknięć tuberkuliny, tak, że nową przy reakcji szczepienia jest jedynie sama metoda stosowania tejże tuberkuliny.

Przy zastrzyknięciu tuberkuliny spostrzegamy trojake jej oddziaływanie na organizm: a) reakcję ogniskową czyli zaostrenie sprawy miejscowej, b) reakcję gorączkową i c) t. zw. reakcję ukłucia (Stichreaktion Escherich'a) czyli objawy w miejscu zastrzyknięcia. Jeżeli jednak zamiast wstrzykiwać tuberkulinę pod skórę, umieszczamy ją tylko w powierzchownych warstwach tej ostatniej za pomocą szczepienia, to, jak się zdaje, jad prawie zupełnie nie dostaje się do obiegu krwi. W tym razie nie otrzymujemy już ani ogniskowej, ani gorączkowej reakcji, pozostaje tylko miejscowe zaczerwienienie i nabrzmienie, które odpowiadają reakcji ukłucia. Na 700 przypadków w trzech tylko stwierdził PIRQUET podniesienie się temperatury, wywołane przez zaszczipioną tuberkulinę. Głównie przeto jest działanie miejscowe. Najbliższa okolica miejsca zastrzyknięcia obrzmiewa i ulega zaczerwienieniu — powstaje grudka. PIRQUET przy szczegółowem badaniu reakcji bierze pod uwagę wielkość, postać

²⁾ Carl v. Pirquet. „Eine Theorie des Blatternexanthems“. Medizinische Blätter. N. 11. 1907.

³⁾ Por. „Die Allergieprobe zur Diagnose der Tuberculose im Kindesalter“ von dr C. v. Pirquet. Wiener medizinische Wochenschrift N. 28 z dnia 6 lipca 1907 r.

⁴⁾ v. Pirquet i Schick. „Die Serumkrankheit“. Wiedeń 1905.

i barwę. Wielkość grudki mierzy w milimetrach (przeciętnie 10 mm.). Większą, niż 10 mm. bywa grudka w zółtach, gruźlicy kości i stawów. Barwa jest zwykle jasno-czerwona, przechodzi powoli w pigmentację i pozostawia ślady na kilka tygodni, tylko u niemowląt znika szybko. U dzieci nader słabych przekrwienie bywa niewielkie, często przybiera zabarwienie sinicze. Tworzenie się grudki zaczyna się zwykle w ciągu pierwszego dnia po zaszczepieniu, maximum osiąga po 48 godzinach. Tę „reakcję wczesną” odróżnia PIRQUET od „niedomóżnej” (*torpide Reaktion*), która występuje dopiero po 48 godzinach lub później. Tę ostatnią spotykał on głównie u starszych dzieci, które nie przedstawiały żadnych oznak gruźlicy. PIRQUET przypuszcza, że idzie tu o sprawy wyleczone. Tak oto w zarysach ogólnych wygląda przebieg nowej reakcji.

Najpierwszem pytaniem, jakie się wobec niej nasuwa, jest kwestya, czy w istocie jest ona swoista dla gruźlicy? Rozstrzygają tutaj przede wszystkim dane statystyczne, zwłaszcza sekcją stwierdzone. Sam PIRQUET poddał szczepieniu znacznie szerszą liczbę dzieci (w klinice wiedeńskiej prof. ESCHERICH'a) i rzeczywiście we wszystkich prawie przypadkach klinicznie pewnej gruźlicy otrzymywał reakcję dodatnią; nie otrzymywał jej w ostatnich okresach gruźlicy prosówkowej i zapalenia gruźliczego opon mózgowych (podobnie rzecz się ma i przy wstrzyknięciach tuberkuliny). „W zasadzie — powiada PIRQUET — nie możemy od szczepienia oczekiwać więcej, aniżeli od zastrzyknięcia; przedstawia ono jedynie istotnie dogodniejszą i mniej niebezpieczną metodę”.

Odpowiedzieć na pytanie, czy szczepienie będzie w stanie wykrywać niewielkie ogniska gruźlicze w płucach oraz zserowaciałe gruczoły oskrzelowe, będzie mógł jedynie długi szereg dokonanych sekcji. U dorosłych reakcja tak często wypada dodatnio, że tutaj PIRQUET uważa za możliwe posługiwać się nią jedynie w

celu wyłączenia gruźlicy. Inaczej jednak rzecz się ma u dzieci. P. poddał szczepieniu 360 dzieci; przyczem 88% dzieci, u których gruźlica była stwierdzona klinicznie, wykazało reakcję dodatnią, z tych, które co do gruźlicy podejrzenia nie budziły, reagowało dodatnio 16%. Te przypadki jawnej gruźlicy, co do których reakcja wypadła ujemnie, były to wszystko dzieci w stanie charłaczym lub w okresie prosówki. Ze 113 ssawców tylko 5 wykazało reakcję dodatnią; u trojga z tych dokonana później sekcya zmiany gruźlicze stwierdziła.

Ogółem na 23 dzieciach z poddanych przez P. szczepieniu dokonaną została sekcya, przyczem okazało się, że 15, które na szczepionkę nie reagowały, były wszystkie gruźlicą niedotkniętą; z 8 gruźliczych — 5 dało reakcję dodatnią, a u 3 szczepienie zostało przedsięwzięte w ciągu ostatnich dni przed śmiercią. P. twierdzi, że stosunki u dzieci przedstawiają się na ogół jaśniej, aniżeli u dorosłych.

Wiemy wszak, że u dzieci w pierwszych latach życia prawie nigdy nie spotykamy ukrytej gruźlicy, którą możnaby rozpoznać makroskopowo.

Szczególne znaczenie swojej metody widzi P. w możności rozpoznawania dzięki niej początkowego okresu gruźlicy, przez co powinna ona odegrywać wielką rolę w profilaktyce tej ostatniej. Jako środek dyagnostyczny indywidualny posiada ona dodatnią wartość w rokowaniu jedynie w pierwszych latach dzieciństwa.

Co się tyczy samego sposobu dokonywania szczepienia, to P. używa w tym celu zewnętrznej powierzchni przedramienia, gdzie, wytarłszy skórę eterem, umieszcza za pomocą pipety dwie niewielkie krople roztworu tuberkuliny, w pewnej odległości jedna od drugiej. Rozczyn, jakiego używa, składa się z 1 części Altutuberkuliny Koch'a, 1 części gliceryny karbolowej oraz 2 części roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Następnie za pomocą specjal-

nego dość ciężkiego okrągłego lancetu, zaopatrzonego na końcu w cienkie ostrze platynowe, zeszkrobuje naskórek w miejscach, gdzie znajdują się krople oraz dla kontroli pomiędzy nimi, tak że otrzymuje trzy ślady. Po kilku minutach można już krople tuberkuliny watą usunąć, opatrunek jest zbyteczny.

Ciekawe jest teoretyczne objaśnienie,—jakie podaje P. dla opisanej przez siebie reakcji.

Widzi on zasadniczą analogię pomiędzy szczepieniem, chorobą surowiczą i zastrzyknięciem tuberkuliny. Wszystkie te trzy sprawy polegają według niego na „żywotnem oddziaływaniu niweczników“ (*vitale Antikörperreaktion*); swrawę zapalną wywołują tu substancje trujące, które powstają przy zetknięciu się jadu (tuberkuliny, krowianki czy surowicy) z produktami oddziaływania organizmu o charakterze niweczników. Reakcję swą nazywa PIRQUET „próbą alergii“ (*Allergieprobe*) czyli stanu, w jakim znajduje się organizm po przebytem raz zakażeniu. Wprowadził zaś on to nowe pojęcie dlatego⁵⁾, iż, zdaniem jego, nie chodzi tu bynajmniej o właściwy stan odporności, lecz raczej nadezłości, wyrażającej się w tem, że po przebytej raz chorobie surowiczej czy też zaszczepieniu krowianki osobnik dany nie jest, jak należałoby oczekiwać, uodporniony, lecz przeciwnie, reaguje na następne zakażenia jeszcze silniej przez „reakcję wczesną“. Alergia nie jest jednak identyczna z nadwrażliwością (*Ueberempfindlichkeit*), lecz powinna obejmować w sobie cały ten zbiór objawów, jaki dziś rozumiemy pod „reakcjami odporności“. Sama zaś „odporność“ powinna być pojęciem częściowym względem ogólnego pojęcia „alergii“ i odnosić się do stanu organizmu, gdy ten ostatni posiadał rzeczywistą, zupełną nieczułość. Niweczники, które w organizmie powstają, nie są

właściwie substancjami ochronnymi, przeciwnie, czynią one nawet następne zakażenia bardziej niebezpiecznymi, mają działanie raczej uspasabiające. PIRQUET przypuszcza, że niweczники owe są wytworami organizmu, powstającymi drogą wydzielania, a otrzymującymi specyficzną swoją dopiero pod wpływem właściwego jadu. Nie trzyma się on ani teorii BUCHNER'a, MIECZNIKOWA i GRUBER'a, którzy twierdzą, że antytoksyna pochodzi od toksyny, lub, mówiąc ogólnie, niwecznik od swego antygenu (*Antigen*), ani też Ehrlichowskiej teorii łańcuchów bocznych, ponieważ nie uznaje on, aby niweczники, przy szczepieniu w grę wchodzące, były fizjologicznymi wytworami organizmu, które już przed szczepieniem istniały.

Ze swoją „próbą alergii“ w zastosowaniu do rozpoznawania gruźlicy wystąpił PIRQUET po raz pierwszy w Towarzystwie lekarskiem berlińskim d. 8 maja 1907 r., w początkach czerwca zaś przedstawił szczegółowo wyniki swoje w sekcji pediatrycznej wiedeńskiego Towarzystwa medycyny wewnętrznej.

W dyskusyi, jaka się wywiązała, uznał BAGINSKY⁶⁾, że, aczkolwiek na zasadzie nielicznych danych dotychczasowych wstrzyknięcia tuberkuliny wydają mu się środkiem dyagnostycznym pewniejszym, aniżeli metoda szczepienia, mimo to należy uważać tę ostatnią jako niezmiernie pod względem klinicznym interesującą i przy jej łatwości i nieszkodliwości nader odpowiednią dla lekarza-praktyka.

WOLFF-EISNER na podstawie kilkuset doświadczeń doszedł do wniosku, iż rzeczywiście u dzieci rzecz się ma inaczej, aniżeli u dorosłych, gdyż u tych ostatnich reakcja prawie zawsze wypada dodatnio. Być może, zdaniem jego, iż metoda może mieć znaczenie prognostyczne w ten sposób, że pacjenci, którzy na tuberkulinę nie reagują, dają rokowanie nie-

⁵⁾ Por. Klinische Studien ueber Vakzination und vakzinale Allergie.

⁶⁾ Berliner klinische Wochenschrift N. 22. 1907.

pomyślne. Zaleta metody bez wątpienia polega na tem, że pozwala ona uniknąć silniejszej reakcyi ogólnej.

Komunikaty PIRQUET'a dały pobudkę do czynienia dalszych doświadczeń z nową metodą. Na posiedzeniu Monachijskiego towarzystwa pedyatrycznego w d. 14 czerwca r. b. przedstawił PFAUNDLER⁷⁾ osiągnięte przez siebie wyniki. Skonstatował on mianowicie dodatni rezultat reakcyi w zółkach oraz w różnych postaciach gruźlicy; w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych oraz w prosówce wynik był ujemny. U dziecka chorego na *lupus* pozostał po szczepieniu infiltrat skóry, który przyjął charakter skrofulodermy. U innego dziecka z gruźlicą poodrową wystąpiły pryszczyki na oczach (*phlyctaena*) i trądzikowa wysypka na skórze. PFAUNDLER znajduje, że podobne spostrzeżenia mają znaczenie dla objaśnienia istoty zółzów, którą można uważać, jako stan prawdziwej nadezłości w stosunku do endotoksyn lasieczników gruźliczych. Ow stan nadezłości, który PFAUNDLER objaśnia za pomocą teorii EHRLICH'a, jest okresem przejściowym na drodze do czynnej odporności humoralnej. Szereg objawów zółzowych byłby w ten sposób wynikiem samozarażenia wydzielaną toksyną gruźliczą, którą na gruncie istniejącej alergii wytwarza dokonana reakcja.

Duże potwierdzenie znalazła metoda PIRQUET'a w doświadczeniach VALLÉE, który zastosował ją na zwierzętach⁸⁾. Na zdrowych zwierzętach V. reakcyi nie otrzymywał, gdy tymczasem na 20 gruźliczych krowach i koniach oraz na szeregu zakażonych świnek morskich ujawniła się po 24 godzinach nader wyraźna reakcja na skórze.

Już w dyskusyi nad odczytem PIRQUET'a

w berlińskim Towarzystwie lekarskiem proponował WOLFF-EISNER wprowadzanie tuberkuliny (w roztworze 1:10) do łącznicy oka, przyczem reakcja swoista wyraża się w zapaleniu i obrzmieniu spojówki. Wkrótce potem z tą samą myślą wystąpił w Paryżu CALMETTE⁹⁾. Mianowicie, za pomocą wpuszczanej do łącznicy kropli 1% roztworu tuberkuliny otrzymywał on już po 5, a nawet po 3 godzinach reakcję, wyrażającą się w przekrwieniu łącznicy powiekowej, które przechodzi w obrzmienie; mięsko łzowe obrzmiewa, ulega zaczerwienieniu i pokrywa się lekkim wysiękiem włóknikowym. Reakcja dosięga swego maximum po 6—10 godzinach i po 18—36 godzinach znika zupełnie.

Dodatkio, w wyżej opisanej postaci, reakcję otrzymywał CALMETTE wyłącznie u tuberkulików, dzieci i dorosłych; zdrowi lub chorzy na inne choroby zupełnie nie reagowali. Objaw swój nazwał CALMETTE „*ophthalmo-réaction à la tuberculine*“ i wobec szybkości występowania jej objawów przypisuje jej wyższość nad metodą PIRQUET'a.

Spostrzeżenie CALMETTE'a w zupełności potwierdzili LETULLE na dorosłych¹⁰⁾, a DUFOUR¹¹⁾ i COMBY¹²⁾—na dzieciach.

⁹⁾ Posiedzenie Academie des sciences w d. 17 czerwca 1907. Ref. Semaine Médicale N. 26. str. 309.

¹⁰⁾ Posiedzenie „Société de Biologie“ w Paryżu w d. 29 czerwca 1907. Ref. Semaine Médicale N. 27. str. 324.

¹¹⁾ Posiedzenie „Société medicale des Hopitaux“ w Paryżu z d. 19 lipca 1907. Ref. Semaine medicale nr. 30. str. 358.

¹²⁾ Posiedzenie „Société medicale des Hopitaux“ z d. 26 lipca 1907. Ref. Semaine medicale N. 31 str. 371

(D. n.)

⁷⁾ Münchener Medizinische Wochenschrift N. 26. 1907.

⁸⁾ Posiedzenie paryskiej Academie des sciences w d. 27 maja r. b. Ref. Semaine Médicale N. 24. 1907. str. 285.

Z oddziału dla chorych nerwowych (E. Flatau) w szpitalu Żydowskim na Czystem i z oddziału dla chorych wewnętrznych (J. Skłodowskiego) w szpitalu Dzieciątka Jezus.

O WIELOOGNISKOWYCH SPRAWACH ZAPALNYCH W OŚRODKOWYM UKŁADZIE NERWOWYM.

Podali

E. Flatau, J. Koelichen i J. Skłodowski.

(Ciąg dalszy. Zob.—Nr 46).

Co do naczyń, to zmiany w nich polegały na zgrubieniu *mediae et adventitiae* i często bardzo znacznem rozszerzeniu przestrzeni naokolonaczyniowych, natomiast nacieczenie drobnokomórkowe występowało zrzadka i dotyczyło prawie wyłącznie ścian naczyń, podczas gdy w tkance, otaczającej te naczynia, nacieczenie nie było wyraźne. Włókna nerwowe występowały wyraźniej w ogniskach drugiego typu, aniżeli w ogniskach typu pierwszego. W tych ostatnich mogliśmy stwierdzić wyrostki osiowe w nieznaczej tylko liczbie, pozeważnie w postaci bardzo bladych krążków.

Opony miękkie wykazywały we wszystkich okolicach rdzenia nieznaczące zgrubienie i miejscami dość wybitne nacieczenie drobnokomórkowe. Nigdzie nie spostrzegano silniejszych zrostów pomiędzy *pia mater* i rdzeniem. Nie było też widać owych charakterystycznych dla *myelitis* zgrubiałych przegród lub klinów, wdrażających się od obwodu włąb istoty rdzenia. Spostrzegano natomiast, szczególnie w najbardziej zmienionych częściach rdzenia, jakby skurczony i zarazem zrazikowaty wygląd obwodu rdzenia. Na skutek tego powstawały pomiędzy rdzeniem i oponami zatoki wypełnione niekiedy resztkami mało zabarwionej i dość jednolitej substancji z lekką sitowatą budową (masy wysiękowe?)

Podkreślamy ten fakt, że zmiany, określające charakter histopatologiczny ognisk, dotyczyły nie tylko rdzenia, lecz i pnia mózgowego i mózgowia (mózdzku i mózgu). Dodać należy, że w niektórych miejscach pnia mózgowego (okolica *pedunculi cerebri*) ogniska czyniły wrażenie świeższych, aniżeli w rdzeniu (większe zmiany infiltracyjne w naczyniach i w ich okolicy). Różnica polegała tylko na rozległości ognisk. Specjalnie w mózgu i w mózdzku ogniska drugiego typu wykazują wyraźny związek z naczyniami (w ogniskach pierwszego typu naczynia nie odgrywają już roli dominującej).

Poza właściwymi ogniskami, nawiasem mówiąc, bardzo drobnymi, spotykamy, jakśmy to już wyżej zaznaczyli, w mózgu mnóstwo drobnutkich okrągłych lub podłużnych luk. Luki te stanowią rozszerzone, zlekka zgrubiałe naczynia z bardzo dużymi przestrzeniami naokolonaczyniowymi. Występują one przeważnie w istocie białej, nadając jej miejscami wygląd dziurkowany. W istocie szarej widać je na pograniczu z istotą białą, prócz tego stwierdzono zmienione w ten sposób naczynia również i w bardziej powierzchownych warstwach kory. Nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe wraz ze zmianami w naczyniach znajdowano również w oponach miękkich, otaczających półkule mózgowe.

Na skrawkach, barwionych metodą Nissl'a, spostrzegano przeważnie dobrze zachowane komórki. W okolicy najbardziej rozległych ognisk w rdzeniu grzbietowym stwierdzono, oprócz normalnych komórek, niektóre bardzo blade egzemplarze. Liczba komórek na tej wysokości wydawała nam się nieco zmniejszoną. Następnie w zgrubieniu lędźwiowem spostrzegliśmy w niektórych komórkach tylnobocznej grupy przednich rogów zmiany charakterystyczne dla komórek po amputacji kończyn lub po przecięciu nerwów ruchowych, a miano-

wicie: chromatolizę, ekscentryczne położenie jądra i zaokrąglenie konturów.

W przypadku tym zwróciliśmy szczególną uwagę na metodę elektywną dla wyrostków osiowych. W tym celu wycięto z rdzenia cały szereg kawałków, zarówno poprzecznych, jak i podłużnych i barwiono skrawki (otrzymywane zarówno za pomocą zamrażania, jak i z bloków, zatapianych w parafinie). Doszliśmy do tego przekonania, że najlepsze rezultaty daje metoda BIELSCHOWSKY'ego zastosowana do skrawków, otrzymywanych za pomocą zamrażania zgęszczonym kwasem węglowym, lub też chlorkiem etylu. Za najważniejszy czynnik, wpływający na dobry rezultat barwienia, uważamy otrzymywanie możliwie cienkich skrawków (10 μ lub mniej). Najodpowiedniejszymi do badania obchodzącej nas sprawy okazały się skrawki podłużne i to z dłuższych kawałków rdzenia. Badając te skrawki przy powiększeniach imersyjnych, doszliśmy do następujących wniosków podstawowych:

W tych miejscach, w których natężenie sprawy patologicznej nie osiągało znacznych rozmiarów (zwiększona liczba naczyń bez destrukcji tkanki) widać było zachowane w normalnej liczbie wyrostki osiowe, w których nie stwierdzono jakichś wybitniejszych zmian. Natomiast w tych miejscach, które już przy słabszym powiększeniu przedstawiały się w postaci jaśniejszych ognisk, spostrzegano już przy tem powiększeniu znacznie zmniejszoną liczbę wyrostków osiowych, a nawet w niektórych miejscach zupełny ich brak. Przy rozpatrywaniu tych ognisk za pomocą imersyi można było stwierdzić w wyrostkach osiowych nie tylko zmiany ilościowe, lecz i jakościowe. Wyrostki te przedstawiały się częstokroć w postaci nadzwyczaj cienkich czarnych niteczek, które miejscami rozszerzały się wrzecionowato. Struktura tych niteczek różniła się od normalnych wyrostków osiowych. Te ostatnie przedstawiają się w postaci czarnych, prawie jednolitych ni-

tek z ostrymi konturami; owe zaś zmienione ścięnczałe wyrostki wykazywały budowę sitowatą lub czasami występowały w postaci szeregu przerywanych bryłek. Za najważniejszą jednak uważamy zmianę następującą: ścięnczałe wyrostki osiowe wykazywały w niektórych miejscach, przeważnie w miarę zagłębiania się w ognisko, zabarwienie szarawe, czasami zaśtak blade, że można było je odróżnić od otaczającej tkanki sklerotycznej jedynie dzięki używaniu diafragmy i śruby mikrometrycznej. Podkreślamy jednak ten fakt, że mogliśmy z pewnością stwierdzić, że owe blade włókna stanowiły dalszy ciąg zmienionych wyrostków osiowych. Ostatecznie blade te odcinki zmienionych wyrostków ginęły zupełnie w ognisku sklerotycznym.

Następnie pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na to, że nawet w tych ogniskach sklerotycznych, w których wydawałoby się mogło (przy używaniu słabszych powiększeń), że brak jest miejscami zupełnie wyrostków osiowych, można było stwierdzić za pomocą imersyi rozrzucone krótkie, jakby ostro odcięte wyrostki osiowe. W niektórych znowu miejscach spostrzegaliśmy pomiędzy bujnie fałisto rozrosłą neurogleją również rozrzucone i krótkie odcinki wyrostków osiowych.

Badanie nerwu wzrokowego w jego części intraorbitalnej wykazało następujące zmiany. Na skrawkach poprzecznych, barwionych metodą WEIGERT'a stwierdzono prawie zupełny zanik całego przekroju; tylko gdzie nigdzie zachowały się na obwodzie małe kępki włókien. Również na skrawkach podłużnych poprzez gałkę oczną wraz z przylegającą częścią nerwu wzrokowego widać w częściach obwodowych

większą lub mniejszą liczbę zachowanych pęczków myelinowych, podczas gdy części środkowe wykazują zupełny zanik; lecz i te zachowane pęczki są częstokroć blado zabarwione i wykazują w przebiegu swym przerwy.

Na skrawkach poprzecznych, barwionych metodą VAN GIESON'a i hematoksyliną alunową, stwierdziliśmy bardzo wybitną proliferację jąder, głównie w oponach miękkich otoczki nerwu wzrokowego (*pia i arachnoidea*) i mniejsze, jakkolwiek wyraźne rozmnożenie jąder w zgrubiałych przegrodach nerwu, leżących pomiędzy temi przegrodami. Poszczególne zaznaczyć jeszcze należy, że również i w *dura mater* widać było w niektórych miejscach wybitną proliferację jąder, ściśle związaną z naczyniami. Zwiększoną liczbę jąder widać było również w najbardziej wewnętrznych warstwach opony twardej. Największe rozmnożenie jąder napotykalismy w *arachnoidea*, w której tworzyły one częstokroć gniazda. W samym nerwie dotyczyła ona zupełnie równomiernie, bez śladu jakiegokolwiek koncentracji ogniskowej, zarówno septa jak i pęczki nerwu wzrokowego. Same jądra wykazywały najrozmaitszą postać i wielkość, zaczynając od drobnych, okrągłych, a kończąc na dużych, obficie ziarnistych, wielokątnych i eliptycznych. Zaznaczyć jednak należy, że ani w oponach miękkich, ani też w głębi nerwu wzrokowego nie udało się nam stwierdzić tak wyraźnego związku tej proliferacji z naczyniami, jak to miało miejsce w *dura mater*. Nie stwierdziliśmy również zmian wyraźnych w naczyniach. Co do wyrostków osiowych, to nie podejmujemy się wypowiedzieć w danym przypadku swego zdania, ponieważ, z jednej strony, nie stosowaliśmy elektywnej metody BIELSCHOWSKY'ego, z drugiej zaś na skrawkach, barwionych metodą VAN GIESON'a, nie zdołaliśmy ich wykryć wyraźnie.

Reasumując rezultat naszego badania, możemy powiedzieć, że zmiany, stwierdzone w naszym przypadku w nerwie wzrokowym, przypo-

minają najbardziej obraz *neuritis interstitialis chronica*.

Zmiany w nerwach czaszkowych i w korzeniach rdzeniowych były następujące:

N. trochlearis. Widać ognisko sklerotyczne w miejscu skrzyżowania nerwów w *velum medullare anterius*, przyczem w miejscu tem widać tylko kilka zachowanych włókien myelinowych, blado zabarwionych w jednej połowie przekroju, w drugiej zaś połowie zabarwionych włókien zupełnie nie widać. Po tejże stronie wychodzący korzonek nerwowy jest również zupełnie pozbawiony włókien myelinowych, podczas gdy po stronie przeciwnej w wychodzącym korzonku *n. trochlearis* włókna myelinowe są na ogół dobrze zachowane, widać tylko miejscami rozrzedzenie myeliny oraz dużą liczbę włókien spęczniałych.

N. acusticus. W wychodzących z mózgu korzeniach obu nerwów słuchowych widać wyraźne i znaczne rozrzedzenie myeliny, zwłaszcza najbliżej mózgu wiele włókien myelinowych jest spęczniałych.

W zewnątrzmoźgowych korzeniach *n. vagi* i *glossopharyngei* widać również znaczne rozrzedzenie myeliny i mniej znaczne w zewnątrzmoźgowych korzeniach *n. vagi*.

We wszystkich korzeniach nerwów rdzeniowych, zarówno w przednich, jak i w tylnych widać mniej lub więcej wybitne rozrzedzenie myeliny. Występuje ono zwłaszcza wyraźnie w dolnym odcinku rdzenia, w korzeniach nerwów lędźwiowych i krzyżowych.

Na preparatach MARCHI'ego trafione zostały okolice *n. trig.* oraz *n. facialis* i *abducentis*. Zarówno w wewnątrzmoźgowym przebiegu tych nerwów, jak i w wychodzących korzeniach, widać sporą liczbę czarnych bryłek rozpadłej myeliny, rozsianych na przebiegu tych korzeni w większej ilości, aniżeli w otaczającej tkance mózgowej.

Przypadek II. (Gyja)

Chora Gyja Aniela l. 28, panna, sklepowa, przybyła do szpitala 18 czerwca 1906 r.

O przebiegu swego cierpienia chora podaje następujące szczegóły. 3 lata temu u chorej zjawilo się silne rozdrażnienie nerwowe, szczególnie łatwo chora doznawała uczucia gniewu, gniewała się, jak sama mówi, o byle co i z trudnością mogła napady gniewu powstrzymywać.

Wkrótce potem nie ze swojej winy straciła posadę w sklepie, martwiła się tem i gryzła bardzo, często płakała i wówczas zauważyła, że gorzej widzi, wszystkie przedmioty migały jej się przed oczami. 2 lata temu w lipcu umarli krewni chorej, i wtedy chora zaczęła dostawiać napadów płaczu, którego powstrzymać nie mogła, często napad płaczu przechodził następnie w napad śmiechu, którego również nie mogła pohamować. Następnie zaczęło się zjawiać uczucie drętwienia w kończynach dolnych, kończyny te stawały się sztywne i osłabły tak, że chora chodzić długo nie mogła. Jednakże jeszcze w czerwcu ubiegłego roku przyjęła posadę ekspedientki w sklepie, lecz z powodu osłabienia nie mogła spełniać swoich zajęć i wkrótce była zmuszona posadę porzucić. Otoczenie chorej zwróciło wówczas uwagę na to, że prawa powieka jej opadała. W owym czasie, t. j. w czerwcu ubiegłego roku, chora znalazła się raz w bliskości miejsca wybuchu bomby i wtedy poraz pierwszy zjawilo się u niej pod wpływem przestachu drżenie całego ciała, które trwało przez dłuższy czas. W sierpniu tegoż roku chora zapisała się do szpitala Dz. Jezus. W szpitalu nie czuła się lepiej, miewała często przypiływy krwi do głowy i zaczęła gorzej mówić; w czasie pobytu w szpitalu zjawilo się również wykrzywienie twarzy w lewą stronę, lecz po miesiącu objaw ten ustąpił. 2 razy w jednym dniu, przy silnem

uczuciu żalu, miała ataki bicia serca, uczucia zimna w całym ciele i zupełnej bezwładności, po godzinie ataki te przechodziły, zjawiało się uczucie gorąca, i władza w członkach powracała stopniowo, często natomiast zjawiały się napady skurczów w kończynach dolnych bez bólów, a jedynie z mimowolnym efektem ruchowym.

Opowiadanie chorej o przebiegu cierpienia jest wogóle bardzo bezładne i niedokładne, szczególnie z trudnością i niedokładnie umiejscawia zdarzenia w czasie, przyczem sama zaznacza, że pamięć jej znacznie osłabła, i że odczuwa zamęt w głowie. Dziedzina uczuciowa jest u niej stale pobudzona, o wszystkim opowiada z wielkiem przejęciem, skarży się na ciągłe obawy i urojenia na tle wydarzeń rewolucyjnych, chwilami zdaje się jej, że całą Warszawę zburzono, że ludzi rzną i biją na ulicach, że słyszy odgłosy tej walki. Wogóle przez całą anamnezę przewija się nić silnych wpływów psychicznych na przebieg choroby, z drugiej jednak strony stwierdzić się daje nadzwyczaj wielka wrażliwość chorej.

Obecnie chora żadnych bólów nie doznaje, skarży się na znaczne osłabienie i utrzymuje, że osłabienie to zwiększa się stale bezpośrednio po zjedzeniu posiłku, zwłaszcza po obiedzie.

St. praes. Chora, osoba wzrostu średniego, budowy prawidłowej, w stanie odżywiania dobrym. Czaszka nie bolesna przy opukiwaniu, punkty *n. trig.* nieco wrażliwe na ucisk. Smak, węch i słuch zachowane. Wzrok osłabiony. W obu oczach skroniowe części brodawek *n. wzrokowych* blade, zwłaszcza wybitnie w lewym oku.

Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane, ruchom tym towarzyszą wyraźne, lecz niezbyt obszerne drgania rotacyjne gałek ocznych (*nystagmus rotatorius*). Żrenice równe, reagują na światło bardzo słabo. Mimiczne ruchy mięśni twarzy prawidłowo-

we, symetryczne. Żucie odbywa się normalnie. Zaburzeń czucia na twarzy i skórze głowy nie stwierdzono. Język wysuwa chora w linii prostej, podniebienie unosi się dobrze przy fonacyi. W łykaniu zaburzeń niema. Mowa powolna, skandowana. Tętno 96.

W górnych kończynach zdolność ruchowa zachowana, siła mięśniowa niezła. Przy próbie palco-nosowej z otwartymi oczami chora dobrze trafia do celu, z oczami zamkniętymi próbę wykonywa niepewnie, gdyż ręka zaczyna drżeć, przyczem drżenie to wzmacnia się w miarę zbliżania się do celu. Wszystkie rodzaje czucia, nie wyłączając czucia położenia i ruchów w górnych kończynach, zachowane.

Odruchy ze ścięgna *m. tricipitis* średnio żywe z obu stron, jak również z okostny promienia. Przy wywoływaniu tych odruchów chora odczuwa przykry wstrząs w całym ciele.

Ruchy tułowi: podnoszenie się z pozycji leżącej chora wykonywa nieco niezręcznie, powoli i chwiejnie; podczas siedzenia na łóżku często chwieje się to w tę, to w ową stronę. Wszystkie rodzaje czucia na tułowie zachowane. Odruchów brzusznych wywołać nie można.

Chora podnosi się z pozycjisiedzącej i staje, chwiejąc się całym ciałem. Chodzi jedynie, trzymając się krawędzi łóżka lub otaczających przedmiotów, chód jej jest nader chwiejny, nogi rozstawia szeroko, stawia je przytem sztywno, wogóle chodzi, jak na sprężynach, przytem przy chodzeniu i staniu doznaje zawrotu głowy.

W pozycji leżącej podnosi wyprostowaną kończynę dolną *en masse* tylko na nieznaczną wysokość, lewą podnosi nieco lepiej; inne ruchy kończynami dolnymi wykonywa w dostatecznych rozmiarach. W lewej kończynie dolnej siła mięśniowa niezła, w prawej znaczuie mniejsza, przyczem podnoszenie kończyny jest słabsze od opuszczania, zginanie w kolanie słabsze od rozginania, dorsalne zgięcie stopy słabsze

od plantarnego. Wszystkie ruchy kończynami są nieco gwałtowne i chwiejne. Wszystkie rodzaje czucia, nie wyłączając czucia położenia i ruchów, są na dolnych kończynach zachowane. Odruchy kolanowe z obu stron bardzo żywe. *Clonus patellae*. Ze ścięgna ACHILLES'a z obu stron żywe odruchy. *Clonus pedis*. Odruch BABIŃSKIEGO z obu stron.

Czynność pęcherza i odbytnicy wogóle prawidłowa, czasem bywa nietrzymanie moczu, raz jeden przy przestachu wystąpiło zatrzymanie moczu. Organy wewnętrzne bez zmian widocznych.

27. VI. 1906 r. Chora czuje się bardzo osłabioną, nie może wstać, ani podnieść wyprostowanych kończyn dolnych, ani też poruszać nimi swobodnie, zgina je w kolanie zaledwie do kąta prostego z wielką trudnością. Osłabienie to według słów chorej wystąpiło wskutek wzruszenia. W kilka chwil później osłabienie mija, chora podnosi jedną i drugą kończynę *en masse* na kilkanaście ctm. i zgina je w kolanach zupełnie dobrze, ruchy te jednak wyczerpują się nadzwyczaj szybko, tak, że np. unoszenie całej kończyny dolnej wykonywa tylko 2—3 razy na coraz mniejszą wysokość i wreszcie zupełnie jej podnieść nie może. Po krótkim wypoczynku zdolność ruchowa wraca. Podobne objawy szybkiego wyczerpania w górnych kończynach nie występują zupełnie.

10. VII. Od wczorajszego wieczora u chorej zjawilo się zatrzymanie moczu.

24. VII. Przy każdym wzruszeniu chore na przemian miewa nietrzymanie lub zatrzymanie moczu. Chodzić może jedynie, trzymając się krawędzi łóżka, doznaje przytem silnego zawrotu głowy. Często miewa uderzenia krwi do głowy i uczucie gorąca w całym ciele.

24. IX. Chora skarży się na ciągle uczucie lęku i żalu. Obawia się, że w mieście biją ludzie, że i ją przyjdą bić, w pamięci stają jej smutne wydarzenia życia, ciągle płacze. Pod

wpływem wstrząśnięć psychicznych stan jej znacznie się pogarsza, zjawia się osłabienie, zaburzenia w czynności pęcherza, drżenie rąk.

29. X. Od wczorajszego wieczora chora ma silną gorączkę, jest nadzwyczaj osłabiona, tak, że usiąść na łóżku nie może. Dzisiaj rano miała obfite wymioty. Bólu głowy niema. Tętno 126. T. $39,3^{\circ}$ — $39,6^{\circ}$. Osłabienie chorej jest tak znaczne, że posadzona na łóżku pada, jak bezwładna masa. Prawej kończyny dolnej zupełnie poruszyć nie może, lewą zaledwie cokolwiek zgina w kolanie. PR i AR żywe z obu stron. Plantarne: z obu stron objaw BABIŃSKIEGO. Wszystkie rodzaje czucia zachowane.

31. X. Chora wymiotuje stale, jak tylko coś zje lub wypije; wypróżnienia pomimo laważywy nie miała. Nogi leżą bezwładne, jak kłody, może tylko cokolwiek poruszać stopami i palcami. PR i AR żywe z obu stron, objaw BABIŃSKIEGO z obu stron. Wszystkie rodzaje czucia zachowane. Urynę wczoraj oddawała z trudnością, dzisiaj wcale nie mogła jej oddać. Łykanie utrudnione, chora często się krztusi. Siedzieć na łóżku o własnych siłach nie może. W gardle i w organach wewnętrznych żadnych zmian nie stwierdzono. T $39,3^{\circ}$ — $39,8^{\circ}$.

1. XI. Po kalomelu chora miała niezbyt obfite wypróżnienie. Wymiotów niema. Chora nie jest zupełnie przytomna, wymawia zdania bez związku, czasem odpowiada prawidłowo na pytania. T. $38,4^{\circ}$ — $40,0^{\circ}$.

2. XI. Chora jest prawie stale nieprzytomna, rzadko tylko odpowiada na pytania. Tętno bardzo małe, miękkie, trudne do zliczenia. W nocy miała rozwolnienie. Uryna, wypuszczona za pomocą kateteru, ciemna, nasycona, mętna, zawiera dużą ilość białka, w osadzie dużo ciałek ropnych. T $37,6^{\circ}$ — $40,0^{\circ}$.

O g. 1-ej w nocy chora zmarła.

Sekeya zwłok, dokonana w d. 3. XI. 1901 r. o g. $11\frac{1}{2}$ przed poł. wykazała co następuje. Rdzeń i opony rdzeniowe zewnętrznie bez zmian, po przez opony nie przeświecały nigdzie plamy

sklerotyczne. Na przekrojach rdzenia widać szarawe galaretowate ogniska, przeważnie niedaleko obwodu, często w postaci klina. Opony mózgowe i mózg zewnętrznie bez zmian.

Płuca przekrwione, w obydwóch wierzchołkach blizny po sprawie gruźliczej (zlane gruzetki, pigmentacje, w jednym miejscu ognisko kazeoidne, wielkości ziarnka prosa). Serce wiotkie, zwyrodnienie białkowe (zmętnienie) mięśnia, zastawki wolne. Śledziona nieco powiększona, miękka.

Budowa wątroby zatarta, na przecięciu mętna.

Prawa nerka: miedniczka znacznie rozszerzona z zawartością ropy, błona śluzowa miedniczki przekrwiona, mętnawa, w nerce zmętnienie białkowe, innych zmian w substancji korowej niema. W lewej nerce zmiany takie same, jak w prawej, miedniczka nieco rozszerzona, bez ropy, błona śluzowa nieco przekrwiona, błyszcząca.

Prawy ureter: błona śluzowa przekrwiona, nieco mętnawa.

Pęcherz moczowy: błona śluzowa znacznie zgrubiała, chropowata (*état criblé*) mętna, silnie iniekowana, zawiera nieco moczu z ropą.

Macica: otrzewna naokoło macicy oraz tkanka łączna zgrubiała, skurczone, pigmentowane (stary *peri* i *parametritis*). *In cavo uteri* krwawa gęstawa masa, śluzówka zgrubiała (*endometritis*). Żołądek: wybroczyny krwawe w błonie śluzowej (po wymiotach). Kiszki: błona śluzowa nieco przekrwiona; 7 pestek winogronowych w *appendix*, zmian zapalnych niema.

W przypadku tym badanie histopatologiczne stwierdziło jaknajbardziej typowe obrazy sklerozy rozsianej. Na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a, występują owe typowe ogniska — wyspy i wysepki, rozrzucone po całym rdzeniu i mózgu, ogarniające w sposób nieregularny i, można powiedzieć, dziwaczny zarówno istotę białą, jak i szarą. Widać to wyraźnie na

szeregu załączonych zdjęć mikrofotograficznych z rozmaitych okolic ośrodkowego układu nerwowego (p. tablicę w Nrze 46). Zaznaczamy specjalnie, że nerwy wzrokowe uległy prawie absolutnej sklerozie.

Największe zmiany w rdzeniu stwierdziliśmy na wysokości VI-o segmentu szyjowego. Ogniska sklerotyczne zajmują tutaj cały przekrój poprzeczny rdzenia: zarówno powyżej, jak i poniżej tego odcinka napotykamy przekroje bardzo mało zmienione, nawet zupełnie bez ognisk znaczniejszych. Lecz tuż obok leży odcinek rdzenia z wybitnymi, wielkimi ogniskami sklerotycznymi. Zwyródnień wtórnych nie stwierdzono. Nie widać oszczędzania poszczególnych słupów. Nie stwierdzono również symetrii ognisk.

I w tym przypadku stwierdziliśmy 2 typy sklerozy, o jakich mówiliśmy poprzednio. Z jednej strony występowały na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a, ostro odcinające się, zupełnie odbarwione ogniska, z drugiej zaś strony mieliśmy do czynienia z rozrzedzoną, jakby wyświetloną tkanką nerwową, tworzącą ogniska II typu. Te ostatnie nie miały już konturów ostrych, natomiast zlewały się stopniowo z tkanką zabarwioną normalnie. Zastrzedz się jednak musimy, że nawet ogniska I typu, które na pierwszy rzut oka odcinały się od tkanki normalnej jakby ostrą linią, w rzeczy samej wykazywały pod drobnowidzem w wielu miejscach pogranicznych rozrzedzenia tkanki nerwowej.

I w tych więc ogniskach proces nie odciął częstokroć jedną linią demarkacyjną miejsc zdrowych od chorych (sklerotycznych). Rozpa-

trując zaś skrawki pod obiektywem silniejszym, łatwo się przekonać, że ta linia demarkacyjna jest nieomal fikcyjną.

Pozostając tymczasowo przy szkicowaniu zmian zgruba, widzianych golem okiem lub przy powiększeniu lupowem, podkreślamy ten fakt, że zarówno rdzeń, jak i mózg zachował prawie że normalne kontury zewnętrzne.

Specjalnie nie widać w rdzeniu nigdzie owych wybitnych zwężeń lub kurczenia się obwodu, jaki napotykamy np. w zapaleniu rdzenia. Dopiero przy posilkowaniu się obiektywami silniejszymi można spostrzedz w niektórych okolicach obwodu rdzenia pewną zrazikowatość. Okolice te odpowiadają zazwyczaj ogniskom I-go typu, t. j. intensywnie sklerotycznym.

Przechodząc do omówienia zmian strukturalnych, trzymać się będziemy planu, narysowanego dla przypadków poprzednich.

Zamierzamy rozpatrzyć zmiany te według metod barwienia.

Skrawki, barwione metodą WEIGERT'a, wykazują najjaskrawiej owe 2 typy ognisk zupełnie sklerotycznych, jasnych i tylko rozrzedzonych, wyświetlonych (lub też ich kombinacji). W ogniskach I typu widać jednak resztki otoczek myelinowych w postaci rozrzuconych nieregularnie drobnych lub nieco większych ciemnych lub czarnych ziarenek. Poza tem występują niekiedy w tych jasnych, prawie że przezroczystych ogniskach bardzo liczne naczynia, tworzące w pewnych okolicach układu nerwowego, zarówno w pniu mózgowym, jak i w rdzeniu, gęste sieci.

(C. d. n.)

O D C I N E K.

WYDZIAŁ LEKARSKI
Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego
(1817 — 1831).

ZARYS HISTORYCZNY

przez
Józefa Bielińskiego.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr 46).

Preparat trzeci suchy stanowi głowa z szyją 30-letniego mężczyzny, na której tętna czerwona, żyły zaś żółtą masą zostały nastrzykane. W tym preparacie miał autor na celu, nie tylko odkryć i wyrobić żyły na głowie i szyi położone, lecz chciał uczynić preparat ten interesowniejszym przez nastrzykanie i wyrobienie tętn, jak te względem żył są położone. Cały ten preparat bardzo dobrze wyrobiony, aż do jego zupełnego ukończenia, przez długi czas mozolnej wymagał pracy, osobliwie przy nastrzykaniu żył, gdzie z wielką trudnością masa w każdą prawie małą gałązkę, wgłęzie większe i w pnie żyłaste wpędzoną, a stąd wielokrotnie uciążliwe dla autora nastrzykanie żył, powtarzanem być musiało; niezmordowaniem usiłowaniem i pilnością przezwyciężył tu autor wszelkie trudności i złożył preparat szczególnie co do żył wzorowo wypracowany, którego ważny w swoim rodzaju, równie pierwszemu preparatowi, w każdym gabinecie anatomicznym, w pierwszym rzędzie preparatów angiologicznych mieścić się może.

Preparat czwarty mokry, w wysoku zachowany—głowa z szyją 36-letniego mężczyzny, wypreparowane we względzie neurologicznym, gdzie wypreparowane są nerwy na tych częściach ciała powierzchownie położone, tudzież

ich między sobą związek; a z tego powstające w wielu miejscach spłoty nerwowe, jako to: spłot skroniowy (*plexus temporalis*), spłot gruczołu podusznego (*pl. parotideus v. anserinus*), policzkowy (*pl. buccalis*) i brodowy (*pl. mentalis*). Wyrobił tu autor gałązki nerwowe na twarzy, czaszce i szyi, pochodzące z 1-ej, 2-ej i 3-ej gałęzi pary piątej; z pary 7-ej, 10, 11 i 12 nerwów mózgowych; tudzież 2 i 3 nerwu karkowego; także część szyjową nerwu sympatycznego wielkiego.

Przy wyrabianiu tego preparatu doświadczał autor nowych trudności, całe różnych od tych, jakie miał przy wyrabianiu preparatów naczyńiowych;—miał tu do czynienia już nie z organami odznaczającymi się od części przyległych kolorem i wielkością — lecz z organami koloru białego, stanowiącymi po większej części tylko nitki nerwowe, które nie wiele różnią się od tkanki komórkowej, także białego koloru, do których wyrabiania nie tylko potrzebną jest dokładna nauka o nerwach, lecz do tego wprawa i zręczność, których z czasem tylko każdy anatom z powołania zwykł nabywać.

I tu autor dał dowód swej usilności i pilności, osobliwie przy wyrabianiu większych nerwów i spłotów („upłotów“ jak raport mówi) nerwowych, z grubszych ułożonych nitek, które dobrze wprowadzić wyrobił, zostały jednak w wielu miejscach ślady nie dość jeszcze wprawnej i doświadczonej ręki w sztuce anatomicznej; jak to postrzegać się daje na nerwach nadoczodołowym, nadbłoczkowym, podskórnym lica i gałązce nosowej 1-ej gałęzi 5-ej pary. Wytknięte tu błędy niechaj nie zrażają autora od dalszych prac w tym samym przedmiocie; wszakże same godło na rozprawie jego zamieszczone mówi że: „doskonałość nie łatwa, trzeba przeciwieć pracy“.

Różne twory na suchych preparatach wyrobione oznaczone są literami i liczbami, nazwiska zaś ich zamieszczonemi pod temi same-

mi znakami na końcu rozprawy. Złożona przy preparatach rozprawa na 38 arkuszach, na cztery części podzielona: zawiera w pierwszej części od str. 1—67, opisanie tętn i żył wyrobionych na głowie i szyi; w drugiej części od str. 68—123, opisanie nerwów powierzchownie na tych częściach ciała położonych i rozgałęziających się. W części trzeciej od str. 124—133, opisany jest sposób postępowania autora, jaki zachował przy wyrabianiu złożonych czterech preparatów. W części zaś czwartej od str. 134—150 umieszczone jest objaśnienie znaków liczbowych i alfabetycznych, znajdujących się na suchych preparatach.

W pierwszej i drugiej części opisane są dostatecznie, dość obszernie i jasno-powierzchownie i głębiej położone na głowie i szyi naczynia krwionośne i nerwy; zmniejszyłby autor o oznaczoną część rozprawę swoją, gdyby ściśle stosował się do zadanego tematu i opisał tylko te naczynia i nerwy, które wyrobił; tak, mógł zupełnie opuścić ogólne opisanie naczyń i nerwów, tudzież dość obszerne opisanie naczyń głębiej położonych i nerwów, których wyrabiać, a tem samom i opisywać nie był obowiązany, jak: tętna karotycznego wewnętrznego, tętna kręgowego, poprzecznego szyi, poprzecznego łopatki i t. p.

Z nerwów: nerw językowo gardzieliowy, niektóre gałęzie pary piątej nerwów i niektóre nerwy karkowe mogły być opuszczone“.

Prosektorami anatomicznymi w Uniwersytecie Warszawskim byli: profesor Nowicki, po ustąpieniu Weissa, aż do przybycia Rutscha, który pozostawał do 24 września 1821 roku. Następcą jego był Orkisz Józef od 24 września 1821 do 11 lipca 1822; Hildebrandt Stanisław od 1 sierpnia 1822 do 31 lipca 1823; Hankowski Jan od 31 lipca 1823 do 16 lipca 1824; Karwowski Adam od 16 lipca 1824 do 1 stycznia 1829; ostatni prosektor zmarły w czasie rewolucyi Zagrodzki Antoni, po wyjeździe Karwowskiego za granicę, objął obowiązki 15 stycznia 1829 roku.

* * *

Prace anatomiczne, dokonane w Warszawie lub po za Warszawą przez wychowanców

warszawskich, rozdzielają się na preparaty i rozprawy naukowe.

O pierwszych mówiliśmy już w rozdziale poświęconym gabinetowi anatomicznemu; o drugich powiemy na tem miejscu słów kilka. Podajemy autorów w porządku alfabetycznym.

Brandt Jan Fryderyk Alfons: *Nonnulla de anatomia membranarum mucosarum. Dissertatio inauguralis, quam consensu i t. d. Berolini, typis Nietackianis. 1835. 8-o str. 34.*

Hegel Konstanty, wychowanec uniwersytetu Warszawskiego, rzeźbiarz. Jakkolwiek prof. Blank wykładał anatomię na oddziale sztuk pięknych i nawet dzieło specjalne przygotował do druku, — niektórzy uczniowie jak Hegel, pilnie uczęszczali na wykłady Rolińskiego. Bez wątpienia owocem tych właśnie studyów jest następująca praca:

„Katalog muskulów zewnętrznych ciała ludzkiego, dla użytku sposobiających się na artystów, którym znajomość anatomii jest potrzebną, przez... i t. d. Warszawa, 1845. 8-o str. 13.

Helbich Adam: Brak przyrodzony części płciowych — Pamiętn. Towarz. lek Warsz. V. 141.

Raciborski Adam: *Histoires de découvertes relatives au système veineux envisagé sous le rapport anatomique, physiologique, pathologique et thérapeutique, depuis Morgagni jusqu'à nos jours (Mem.—couronné par l'acad royale de Médecine dans la Seance publique annuelle 17 Decembre 1840). Paris 1841 4-o str. 214.*

Roliński Marcin: W Bibliotece Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego znajduje się 6 tomów autografowanych Anatomii, oprawnych in 4-o. Pięć z nich poświęconych Anatomii opisowej, a jeden Anatomii porównawczej. Rękopis pisany jest przez profesora Rolińskiego na wielkich arkuszach, przełamanych, lecz w ciągu wykładów, corocznie, czyste połowy przez warianty całkowicie wypełnione zostały.

Tom I. Anatomia. Wstęp kart 3; Osteologia kart 29, Anatomia ogólna kart 16+48; Neurologia k. 15; Systemat naczyńiowy k. 39; Systemata błoniaste k. 24; dodatek do systematów k. 18; systemat tkanki komórkowej k. 19; systemat węzłowy, czyli nerw sympatyczny k. 2.

Wiadomości o życiu Marcina Rolińskiego k. 4. autograf Janikowskiego.

Tom II. Kości w stanie świeżym, więzała kart 54+111+76+26.

Wszędzie poznaczane zostały liczba wykładów i czas ich.

Tom III. Myologia kart. 124. Prelekcyje układane w r. 1821. 1823. Waryanty w r. 1825 i 1829.

Tom IV. Splachnologia kart 150, ukończona 1 marca 1822. *Adnotationes ad splachnologiam* 24 karty, z różnych lat. Kiszki grube 37 kart. Organ słuchu, powonienia, dotykania 33 karty. Pisane w różnych latach 1822—1825.

Tom V. Angiologia k. 23+64. Newrologia kart 111. Rozpoczęcie kursu anatomii praktycznej kart 26.

Tom VI. Anatomia porównawcza ogólna kart 6+12+12+204. Waryanty dochodzą do 13 lipca 1826. Ułożona podług Cuviera w tłumaczeniu niemieckiem. Anatomia ludzka uło-

żona podług Rosenmüllera i Meckela. Z literatury polskiej wspomina profesor nawiasowo o pracach anatomicznych Brandta i o Myologii Pelikana.

Rękopis, jak on się nam przedstawia, nie jest przygotowany do druku; lecz że profesor bardzo sumiennie spełniał swój obowiązek nauczyciela, znajdujemy na to dowody w licznych wariantach, już to na oddzielnych kartkach notowanych i wklejanych, już też na wolnych polach—które, jak już wzmiankowaliśmy, zupełnie zapisane zostały. Waryanty te, jak to w wielu miejscach ołówkiem zaznaczono, rok rocznie były wciągane. Ostatnie notatki pisane były przed samą rewolucją.

Studentek i Mateusz: *De quadam linguae infantis neonati abnormitate adhuc nondum observata. Berolini typis Nietarkianis 1834-4-o. str. IV. 18. 2 tablice. Dissertatio inauguralis.*

D. n.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 18 b. m. odbyło się pierwsze posiedzenie Komisji, utworzonej w sprawie powiększenia liczby łóżek w szpitalach Warszawskich. Komisji przewodniczy prof. Kosiński, biorą zaś udział członkowie z wyboru wydziału Dobroczynności publicznej, p. inspektor szpitali p. o. naczelnika wydziału oraz lekarze naczelnicy szpitali. Wszyscy członkowie komisji przyznali, że liczba łóżek w szpitalach Warszawskich jest za małą; w celu zaradzenia złemu na razie, jak również w celu obmyślenia środków dla polepszenia stosunków w tym kierunku postanowiono pracę komisji rozdzielić na 5 podkomisji. Pierwsza z nich ma się zająć sprawą pomieszczenia i usunięcia ze szpitali ogólnych chorych nieuleczalnych i starców, druga ma się zająć sprawą budowy nowych pawilonów w już istniejących szpitalach ogólnych,

o ile nato pozwolą warunki miejscowe, oraz sprawą nowych szpitali ogólnych; trzecia ma za zadanie podobną sprawę dla chorych zakaźnych i ocznych; czwarta—sprawę wynalezienia miejsc dla chorych nieuleczalnych umysłowych i powiększenie liczby łóżek dla chorych umysłowych; piąta nareszcie sprawę sanatoryjów dla suchotników.

Dla każdej podkomisji wybrano przewodniczącego i kilku członków lekarzy oraz jednego członka budowniczego lub inżyniera. Wniosek podkomisji mają być przedstawione przewodniczącemu komisji najdalej do dnia 1 lutego 1908 r.

Równocześnie rozpocząć ma swoją pracę Komisja finansowa, mająca na celu obmyślenie środków materialnych dla Magistratu, aby

choć w części poprawić oplakane położenie szpitalnictwa Warszawskiego.

Co prawda, to pamiętamy już wiele komisy i podkomisy, utworzonych już to z polecenia władz wyższych, już to z polecenia bylelej Rady miejskiej i znane nam są te wyniki tych prac, w czyn jednak prawie nie zostało przez b. Radę miejską wprowadzone dla braku środków. Miejmy nadzieję, że nowa administracja szpitali Warszawskich, t. j. magistrat, mając do czynienia z dużym budżetem dochodów i rozchodów miasta, blisko z milionową ludnością, znajdzie środki dla zadosyćczynienia słusznym i koniecznym potrzebom szpitalnictwa Warszawskiego.

Miasto zaprzestanie chyba traktować szpitale jako tylko instytut dobroczynne, przeciwnie powinno uznać stanowczo szpitale jako instytucje społeczne. Z drugiej strony, ulepszona gospodarka szpitali Warszawskich, jak również tak niezbędne powiększenie liczby łóżek wogóle w Warszawie, a w przyszłości, być może, ułatwienie społeczeństwu bliższego zetknięcia się ze szpitalnictwem, pobudzi ofiarność publiczną na cele szpitalnictwa miejscowego, jak to bywało dawniej, a zmieniło się z chwilą skasowania Rad szczegółowych szpitalnych, a zaprowadzenie Rady Miejskiej Dobroczynności publicznej.

— W dniu 14 b. m. w sali Magistratu m. Warszawy odbyło się pierwsze posiedzenie wydziału dobroczynności publicznej. Wydział ten, jak wiadomo, został utworzony wzamian istniejącej dotąd Rady miejskiej dobroczynności publicznej, po przejściu zakładów dobroczynnych pod zarząd Magistratu. Pierwsze to posiedzenie odbyło się pod przewodnictwem p. o. prezydenta Warszawy p. Litwińskiego, przy udziale członków wydziału, którymi są: z wyboru p. prezydenta prof. Kosiński, budownicz Marconi, inżynierowie Stępiński i Natanson, p. inspektor szpitali, panowie kuratorzy szpitali oraz zapraszani naczelnicy lekarze poszczególnych szpitali, których sprawy na danej sesji mają być rozpatrywane. Tym razem na to

pierwsze posiedzenie zaproszeni byli wszyscy lekarze naczelnicy i po jednym z ordynatorów każdego szpitala. Oprócz tych osób, byli obecni naczelnicy poszczególnych wydziałów Magistratu. Po odczytaniu odpowiedniego aktu o przejściu zakładów dobroczynnych i szpitali pod zarząd Magistratu i aktu o przyjęciu przez Magistrat tychże zakładów od Rady Miejskiej Dobroczynności publicznej wraz z całym majątkiem i długami tych instytucji, obeznano obecnych z urządzeniem nowego biura wydziału przy Magistracie. Naczelnikiem tego biura został p. Kazimierz Koralewski, jego pomocnikiem p. A. Szymański, pp. W. Ryfiński i W. Ługowski referentami. Część urzędników b. Rady miejskiej przyjęta została do nowoutworzonego biura wydziału Dobroczynności publicznej. Po zaznajomieniu się ze stroną formalną obecni wysłuchali referatu p. Inspektora szpitali o konieczności powiększenia liczby łóżek w szpitalach warszawskich. P. Inspektor wobec braku funduszy na razie w kasie Magistratu, radzi paliatywy w rodzaju wynalezienia miejsca dla chorych, zalegających czas dłuższy łóżka w szpitalach, tworzenia sanatoryjów dla suchotników oraz wynalezienia sposobu usunięcia części chorych umysłowych, przepełniających szpital Św. Jana Bożego. W wywiązanej po tem przemówieniu dyskusji podniesiono jednak, zdaniem naszym, rzecz najważniejszą, mianowicie budowę nowych szpitali zarówno dla chorych ogólnych, jak i dla chorych zakaźnych. Paliatywy, wspomniane przez p. Inspektora, nie wiele pomogą przy stałym braku łóżek w szpitalach, a kwestya sanatoryjów dla suchotników to przecież również kwestya budowy nowych pomieszczeń dla chorych piersiowych.

Po ukończonej dyskusji, na wniosek prof. Kosińskiego, wybrana została komisya do bliższego zbadania i rozpatrzenia omówionych na tem posiedzeniu spraw. Przewodniczącym tej komisji został prof. Kosiński, członkami zaś członkowie wydziału z wyboru, p. Inspektor szpitali, kuratorzy oraz naczelnicy lekarze szpitali warszawskich. Na tem pierwsze posiedzenie zostało zakończone.