

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY 'NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCYĄ

Stanisława Kamińskiego,

Ordyn. Szp. Dzieciątka Jezus.

ROK 1903

Ogólnego zbioru Tom XCIX.

Pamiętnik wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących najmniej 10 ark. druku z drzeworytami i tablicami.

Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów zarówno w Warszawie jak i na prowincyi, z odnośzeniem i przesyłką wynosi rocznie rb. 3.

Prenumerować można w Kancelaryi Towarzystwa, Niecała 7, we wszystkich redakcyach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach.

WARSZAWA.

DRUK K. KOWALEWSKIEGO, MAZOWIECKA 8.

1903

**Biblioteka Główna
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl

SPIS RZECZY

zawartych w tomie 99 „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ za rok 1903.

Część literacka:

1. **Bucelski Sł.** Zakład dla obłąkanych w Tworkach . 221
2. **Gantz M.** Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteryologicznego 749
3. **Giedroyc Fr.** Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce . 79, 271, 645, 905
4. **Kijowski Fr.** O wycinaniu płuc. 41, 312
5. **Kucharzewski H.** O wpływie jądów na krew. . 475, 801
6. **Landau H.** O odporności względem chorób zakaźnych : 581, 867
7. **Polański W.** Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą 1
8. **Popiel W.** Miednica polek i jej stosunek do typu za normalny uważanego 169
9. **Rzętkowski K.** Studya nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej 543
Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1903 [w zeszycie II] 1—391

Część urzędowa:

Rocznik Zarządu Tow. lek. Warsz. 345—421
Protokóły posiedzeń od 7-go Stycznia do 19 Marca . 124—168

T r e ś ć:

Lebensbaum. Przedstawienie rozszerzaczy systemu Bossi'ego i FROMMER'a. 125
Kopytowski. Przedstawienie chorego z owrzodzeniem syfilitycznem pierwotnem na wardze 125

Malinowski F. Przedstawienie dwojga dzieci dotkniętych gruźlicą po obrzezaniu	128
Pałmirski. Przedstawienie chorego wyleczonego z wścieklizny	128
Neugebauer. Przedstawienie kobiety z enterocele vaginalis w wysokim stopniu; przedstawienie termometru z ukrytą skalą pomysłu FORSZTETER'a	130
Piltz J. Luxatio atlantis, meningomyelitis cervicalis superior e compressione ze znaczną poprawą	131
Dyskusya nad powyższym odczytem (LANDAU H., KOPCZYŃSKI St., BRUNNER M. SAWICKI Br., JANOWSKI W. PILTZ)	132
Ciągliński A. Przedstawienie chorego dotkniętego zanikami nerwu wzrokowego w następstwie urazu	139
Dobrowolski Z. Przedstawienie chłopca z nacieczeniem w gardzieli w następstwie dziedzicznego syfilisu	139
Steinhaus J. „Nabłoniaki, powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn“ z demonstracją preparatów drobnowidzowych	140
Dyskusya (KRYŃSKI, STEINHAUS)	140
Kopczyński. „W sprawie anatomii patologicznej i patogenyzy płasawicy (chorea minor), z demonstracją preparatów drobnowidzowych	141
Dyskusya (BREGMAN, KOPCZYŃSKI)	141
Sterling Wacław. Przedstawienie 4-ch przypadków ichthyosis congenita w tej samej rodzinie	143
Dunin T. Przedstawienie chorej z porażeniem mięśni barokowych	143
Dyskusya (FLATAU)	143
Steinhaus. Przedstawienie wątroby z ogniskowemi przerostami	144
Dyskusya (JANOWSKI Wł., STEINHAUS)	144
Gałęcki St. „Przewlekłe zatrucie tytuniem“	145
Dyskusya (RZĘTKOWSKI, JANOWSKI Wł. TRZCIŃSKI, GRUDZIŃSKI, DUNIN)	147—150
Brudziński. Przedstawienie chłopca z nerką wędrującą	151
Dyskusya (KRYŃSKI)	152
Karwacki. „O aglutynacji“ (Część I-a)	153
Ciągliński A. Przedstawienie przypadku porażenia nerwu okoruchowego prawego i obustronnego zapalenia nerwów wzrokowych pochodzenia urazowego	155
Neugebauer F. a) Przedstawienie chorej z wypadniętą macicą i jelitami leczonej parafiną. b) Przedstawienie preparatu gruczołu płciowego lewego	157
Dunin. Przedstawienie chłopca z tężyczką	158

Luxenburg. Przedstawienie chorego z t. z. chromaniem przestankowem	159
Karwacki. O aglutynacji (Dokończenie)	161
Sawicki Br. a) Przedstawienie chorej po dokonaniu przeszczepienia ściągnień. b) Przedstawienie chorej z licznymi kostniakami	163
Malinowski F. Przedstawienia chorej z t. z. jododerma .	163
Rzętkowski. „Ciśnienie tętnicze w stanie zdrowia i choroby“	164
Dyskusya (MIKŁASZEWSKI, PAWIŃSKI, CIĄGLIŃSKI, RZĘTKOWSKI)	164—167
Maliniak J. O obecności wiciowców w zawartości żołądka.	167
Dyskusya (GRUNDZACH)	168
Protokoły posiedzeń od 31 Marca do 25 Maja	422—474

T r e ś ć.

Stankiewicz Wł. Przedstawienie chorego po dwukrotnej trepanacji. b) Przedstawienie nowotworu wyciętego z szyi mężczyzny (Carcinoma bronchiogenes) c) przedstawienie nabłoniaka pęcherza moczowego	423
Kozerski. Przedstawienie dziecka z ichtyosis congenita .	425
Brudziński Przedstawienie chłopca z Chorea electrica .	425
Janowski i prof. Kryński. „O nerce wędrującej“	427
Dyskusya nad odczytem powyższym (DUNIN, J. ŚWIĄTECKI, Ed. ZIELIŃSKI, PERKOWSKI, WINIARSKI, GRUNDZACH, KRYŃSKI)	427 i 428—438
Kopczyński St. Przedstawienie chorej z hemiatrophia facialis progressiva	427
Lebensbaum. Przedstawienie preparatu macicy wyjętej przez pochwę z powodu chorionepithelioma malignum	438
Łeśniowski A. Przyczynek do chirurgii kiszek	439
Dyskusya (CIECHOMSKI, KRYŃSKI)	442
B. K. Daszkiewicz. Przedstawienie przypadku erythema nodosum z następczym zanikiem mięśni	443
Rzętkowski K. „Studia nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej“	445
Szteyner. a) Przedstawienie chorej po wycięciu nerki dotkniętej roponerczem i kamieniem miedniczki nerkowej	445
b)—Przedstawienie chrzęstniaka kostniejącego wielkich rozmiarów	446
Groszlik. Przedstawienie kamieni pęcherzowych (nierozpoznawalnych)	446

Karczewski A. Przedstawienie nerki z przypadku pyelonephritis calculosa.	447
Brudziński J. Przedstawienie mózgu chłopca dotkniętego chorobą LITTLE'a	449
Klein. O rozpoznawaniu białaczki (cz. I)	450
Brudziński J. Przedstawienie chłopca z naczyniakiem (angioma)	451
Fryszman A. Przedstawienie preparatu nerki z przypadku wodonercza otwartego krwawiącego	452
Gawroński J. Przedstawienie przyrządu do oświetlenia gardzieli	453
Jaworski J. Przedstawienie przypadku enterocele et epiplocele vaginalis posterior	454
Klein St. O rozpoznawaniu białaczki (cz. II)	454
Diskusya (DUNIN, WINIARSKI, PIOTROWSKI J., JANOWSKI W., KLEIN)	455—457
Brudziński J. Przedstawienie preparatu gruczołów krekowych za życia rozpoznanych jako nerka wędrująca	458
Karczewski A. Przedstawienie preparatu anatomicznego raka żołądka po rezekcyi	459
Krause. Przedstawienie preparatu nerki dotkniętej nowotworem	461
Fryszman. Przedstawienie ciała obcego wyjętego z pęcherza	462
Sterling. O ośrodkach mózgowych nerwów okoruchowych	464
Diskusya (PILTZ)	463
Korybut-Daszkiewicz B. Kilka słów w sprawie wyboru mamek	465
Diskusya (KAMIENSKI, BRUDZIŃSKI, DUNIN, KORYBUT-DASZKIEWICZ)	466—474
Protokoły posiedzeń od 2 Czerwca do 1-go Września	714—747
Piltz Jan. Przyczynek do badań nad rozszczepieniem czucia termicznego i bólowego w przypadkach uszkodzenia lub zajęcia rdzenia (z demonstracją chorego)	714
Diskusya (CIAĞLIŃSKI, SKŁODOWSKI, KOPCZYŃSKI, ŻURAKOWSKI A., PILTZ, DUNIN)	718—720
Neugebauer. Demonstracja przypadku wrzekomego obojnactwa	721
Piltz J. Demonstracja 1) przypadku krwawiczki z zajęciem stawów i zanikiem mięśni. 2) przypadku rozszczepienia czucia termicznego po urazie rdzenia	721
Diskusya (DUNIN)	724
Heiman T. „Przyczynek do leczenia spraw ostrych zapalnych ucha środkowego”	724

Dyskusya (GURANOWSKI, SZUMLAŃSKI, Z. DOBROWOLSKI, HEIMAN, BĄCZKIEWICZ, BRUDZIŃSKI)	727—731
Stankiewicz Wł. Przedstawienie dziecka z pes valgus i preparatów anatomicznych (2 struma parenchymotosa, 3. cystica, osteo-enchondroma palca. nowotworu łagodnego pęcherza)	732
Krajewski. Przedstawienie guzów kanału pokarmowego: a) preparat wrzodu żołądka wycięty u 60 l. chorego z pomyślnem zejściem; b) część odźwiernikowa żołądka z wrzodem okrągłym wielkości miedzianej dziesiątki; c) preparat pierwotnego raka cienkiej кишки usuniętego u chorego lat 71. d) preparat raka кишки ślepej i кишки grubej	734
Bregman. Przedstawienie przypadku dermatoneurozy	735
Miklaszewski. Przedstawienie przypadku słoniowatości (Elephantiasis)	735
Sawicki. Przedstawienie a) chorego po operacji nosa siodełkowatego metoda Izraela, b) pęcherzyka żółciowego po cholecystotomii	736
Karwacki. O kreoalbuminie, jako nowym preparacie kreo-zotu	737
Dyskusya (DUNIN, WINIARSKI)	737—8
Miklaszewski. O porażeniach połowicznych przestankowych, nieczynnościowych	738
Dyskusya (WINIARSKI, KOPCZYŃSKI, BIRO, DUNIN)	740—741
Prof. Hoyer i J. Jaworski. Uwagi nad ciążą zaśniadową ze stanowiska embryologicznego oraz przyczynek kliniczny do tej ciąży (z przedstawieniem preparatów	742
Dyskusya (SOKOŁOWSKI, STEJNHAUS, JAWORSKI).	744—747
Hoyer. Przedstawienie nowego krioskopu.	747
Protokoły posiedzeń od 15 Września do 29 Grudnia 1903 r.	916—1052
Kozerski. Przedstawienie przypadku Sclerodermae	916
Lubelski. Przedstawienie chorego z hemoroidami po operacji guzów krwawnicowych metodą VERRESCO	967
Rzętkowski. Przedstawienie wątroby z bąblowcami po operacji TALMA'Y	967
Neugebauer. Przedstawienie przyrządów elektrycznych do oświetlenia gardła i nosa	968
Borzymowski. a) Przedstawienie przyrządu do podawania ligatur i zamykadła do irygatora	968
b) Przedstawienie dwóch chorych po uranoplastyce i po zeszyciu rany serca	968
c) 3 przypadki zeszycia ran serca i teoria zeszywania ran serca	968

Diskusya (SZTEYNER, ODERFELD, PRZYBOROWSKI, SŁAWIŃSKI, BORZYMOWSKI)	969—972
Borzymowski. Przedstawienie chorego po wyjęciu z oczodołu ciała obcego	974
Kopczyński St. Przedstawienie chorej z zupełnem porażeniem nerwów promieniowego, pośrodkowego i łokciowego w następstwie ucisku	974
Rzętkowski. Działania katalityczne i zaczynowe	975
Diskusya (PRUSZYŃSKI)	975—6
Szteyner. Przedstawienie chorego po zeszytciu rany serca	977
Neugebauer. Przedstawienie przypadku wrzekomego obojnactwa	977
Dunin. O ciśnieniu krwi w arteriosklerozie	977
Diskusya (PAWIŃSKI, STEINHAUS, DUNIN)	979—983
Piltz. Przedstawienie chorego z wybitnymi objawami spastycznymi	985
Świątecki J. Modyfikacja sposobu wprowadzania cewników miękkich	985
Świątecki J. Przedstawienie chorego, któremu z powodu raka usunięto $\frac{3}{4}$ pęcherza	985
Neugebauer. Przedstawienie preparatu z przypadku wrzekomego obojnactwa	986
Miklaszewski. O wpływie łaźni suchej na ustrój	986
Diskusya (RZĘTKOWSKI, PIOTROWSKI, TRZCIŃSKI, A. LANDAU, LUXENBURG, MIKLASZEWSKI)	992—6
Bornstein. Przedstawienie chorego z niezwykle kombinacją objawów podrażnienia ruchowego	998
Kozerski. Przedstawienie przypadku choroby RAYNAUD'a w połączeniu ze świeżym przymiotem	999
Bregman. Przedstawienie chorej z haematomyelią	1001
Stankiewicz W. Przedstawienie preparatów mięśniaków macicy	1002
Sterling W. Przedstawienie dziecka z nowotworem mózgowia	1003
Diskusya (DUNIN, CIĄGLIŃSKI, BRUDZIŃSKI, STERLING, FLATAU)	1004—1006
Flatau i Koelichen. Przedstawienie nowotworu śródpierśia	1006
Palmirski i Żebrowski O płonicy pod względem bakteriologicznym i o leczeniu jej za pomocą surowicy swoistej	1007
Diskusya (RZĘTKOWSKI, DĄBROWSKI, DUNIN, BRUDZIŃSKI, PALMIRSKI)	1009—1011
Malinowski A. O działaniu surowicy swoistej w szkarlatynie	1012

Dyskusya (BĄCZKIEWICZ, DYTEL, KORAL, KRAMSZTYK J. ZURAKOWSKI, PALMIRSKI, BRUDZIŃSKI, KAMIŃSKI, DASZKIEWICZ, NEUGEBAUER, BRUDZIŃSKI, POLIKIER, PALMIRSKI, CIĄGLIŃSKI, KOSSOBUDZKI, MALINOWSKI	1015—1022 i 1027—1038
Flatau E. Przedstawienie preparatów, barwionych metodą d-ra BIELSZOWSKIEGO	1023
Oderfeld. Przedstawienie preparatów wgłobionych jelit	1024
Bornstein. Przedstawienie chorego z wylewem krwawym w rdzeniu	1025
Steinhaus. Przedstawienie preparatów t. zw. lymphosarcomatosi KUNDRATH'a regionalis.	1026
Kozerski Przedstawienie przypadku (Lupus serpiginosus gummosus multiformis)	1039
Stankiewicz. Przedstawienie dwóch chorych, operowanych radykalnie z powodu przepuklin pachwinowych	1041
Gantz. „Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteriologicznego“	1041
Dyskusya (WINIARSKI, JANOWSKI, WINIARSKI, MUTERMILCH, BIRO, MIKŁASZEWSKI, GANTZ)	1042—1044
Dzierżawski. Przedstawienie chorego ze sztucznym nosem	1045
Kopczyński St. Przedstawienie chorej, wyleczonej po porażeniu nerwów promieniowego, pośrodkowego i łokciowego	1046
Bregman. Przedstawienie preparatów anatomicznych z 3 przypadków nowotworów mózgu i rdzenia	1046
Bornstein. Histopatologia i patogenеза Sclerosis disseminatae	1050
Posiedzeuie administracyjne	1051

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 przedewszystkiem. Sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a bardzo być może, że z czasem, w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszków, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 1 Października 1903 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.

Do nabycia w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem

(Niecała Nr. 7)

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

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

Cena kop. 75 (za każdy rok oddzielnie.)

Z ODDZIAŁU D-RA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

FIZYCZNA CHARAKTERYSTYKA OSÓB dotkniętych gruźlicą, specyalnie gruźlicą płuc.¹⁾

PODAŁ

D-r W. Polański [asystent oddziału].

W nauce o powstawaniu gruźlicy rozróżnić należy dwie zasadnicze teorie. Wyznawcy jednej z nich, stojąc na gruncie wyłącznie parazytarnym, uważają, iż wtargnięcie zarazka gruźliczego do organizmu jest jedynym warunkiem powstawania gruźlicy. Każdy osobnik, o ile będzie wystawiony na działanie zarazka przez dostateczny czas i w warunkach korzystnych dla zarażenia się, może ulec gruźlicy i jakieś specjalne usposobienie nie odgrywa tu żadnej roli. Do obrońców tego poglądu należą przede wszystkim VILLEMIN, COHNHEIM, KOCH i CORNET. CORNET powiada: na zarazek gruźliczy wrażliwi są wszyscy, albo prawie wszyscy ludzie, tak jak na syfilis lub ospę. Wed-

¹⁾ Rozprawa nagrodzona przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie nagrodą ś. p. D-ra Koczorowskiego w r. 1902.

ług tej teorii cała nauka o powstawaniu gruźlicy redukuje się do badania warunków, w jakich następuje zarażenie się.

Druga teoria, której hołdują wszyscy niemal autorowie, piszący o gruźlicy przyznaje także, iż wtargnięcie zarazka jest niezbędnym warunkiem do powstawania choroby, jednak sam zarazek według tej teorii nie wystarcza bynajmniej do wywołania choroby. Lasecznik gruźlicy znajduje się wszędzie¹⁾ wszyscy ludzie wystawieni są na jego działanie, a jednak tylko pewna ilość indywiduów ulega gruźlicy. Potrzebnem więc jest tu nadto pewne usposobienie organizmu. Niektórzy autorowie (np. HUMPEL) wysuwają nawet usposobienie na pierwszy plan, a rolę lasecznika uważają za podrzędną²⁾. Można powiedzieć, że jeżeli pominiemy powyżej przytoczonych autorów, to teoria o podwójnem źródle gruźlicy jest obecnie powszechnie przyjętą. Jednakże, jak to zupełnie słusznie zauważył RIBBERT, teoria powyższa w takiej formie przyjętą być nie może. Wogóle wiadomem jest, na co w swoim czasie BAUMGARTEN tak ważny kładł nacisk, a co najnowsze poszukiwania, że tylko wymienimy NAEGELE'go, jeszcze bardziej uwidoczniły, że częstość gruźlicy o wiele jest większą, aniżeli to z objawów za życia spostrzeganych sądzić było można. Badania bowiem pośmiertne wykazują, że przynajmniej u 90% wszystkich zmarłych znaleźć można mniej lub więcej obszerne ogniska gruźlicze (latente Tuberculose BAUMGARTEN'a). I tak NAEGELI znajdował zmiany gruźlicze w następującym stosunku:

1) Temu twierdzeniu wszakże stanowczo zaprzecza CORNET, według którego lasecznik gruźliczy znajduje się jedynie w przestrzeniach zamkniętych i to w najbliższem otoczeniu chorych dotkniętych gruźlicą [szczegóły znaleźć można w dziele CORNET'a — Die Tuberculose, w NOTHNAGEL'a — Specielle Pathologie und Therapie).

2) W tym względzie CORNET powiada co następuje: musimy stanowczo odeprzeć twierdzenie, jakoby usposobienie odgrywało w zarażeniu lub zachorowaniu równie ważną lub nawet ważniejszą rolę, niż lasecznik gruźliczy.

u noworodków i dzieci do 1 roku życia				%
między 1—5 rokiem życia				17%
"	14—18	"	"	50%
"	18—30	"	"	96%
"	30—40	"	"	97%
"	40—50	"	"	} prawie 100%
"	60—60	"	"	
"	60—70	"	"	
"	70—80	"	"	

Pewne światło na tę rzecz rzucają także najnowsze prace nad rozpoznawczem znaczeniem Kochiny, jak również nad aglutynacją lasecznika gruźliczego.

I tak BECK wykrył za pomocą tuberkuliny u 47% chorych, którzy klinicznie nie zdradzali żadnych objawów gruźlicy, reakcyę, pozwalającą przypuszczać u nich gruźlicę utajoną. Do podobnych rezultatów doszli ARLOING i COURMONT w swych badaniach nad aglutynacją. Znaleźli oni aglutynacyę u 43% wszystkich badanych chorych, cierpiących na inne choroby niż gruźlica. Z pomiędzy 20 osób pod każdym względem zupełnie zdrowych znaleziono aglutynacyę 6 razy [co stanowi 30%].

ROMBERG stwierdził, że krew brana z pępowiny noworodków nie przedstawia własności aglutynacyjnych. Z pomiędzy zaś 39 osób dorosłych, nie zdradzających żadnych podejrzeń co do gruźlicy aglutynacyę znaleziono u 22 [56,4%]. A więc zdaniem ROMBERG'a przeszło połowa osób uważanych za zdrowe cierpi na utajoną gruźlicę. Wszystkie powyższe badania zmuszają nas do zmodyfikowania teoryi co do usposobienia względem gruźlicy. Jeżeli około 90% wszystkich ludzi zaraża się gruźlicą, to rzeczywiście nie można twierdzić, aby usposobienie było nieodzownym warunkiem zarażenia się. Ale u jednych z pomiędzy tych, którzy ulegają zarażeniu się, choroba rozwija się do tego stopnia, że prowadzi do śmierci lub wywołuje przynajmniej mniej lub więcej wybitne objawy, gdy tymczasem u innych ogranicza się i nie wpływa wcale na ogół-

ne zdrowie osobnika, czyli pozostaje w stanie utajonym. Pierwszą kategorię ludzi uznać możemy jako „usposobionych”, gdy o drugiej powiedzieć należy, że zarazek mimo, iż wtargnął do organizmu, nie znalazł dla siebie jednakże warunków dogodnych dla rozwoju. Wyznać jednak musimy iż nieznajdujemy w odpowiedniej literaturze nic ponad ogólniki w odpowiedzi na pytanie, na czym polega usposobienie do gruźlicy. Wszyscy używają i nawet często wyrazu „usposobienie”, lecz nikt nie kusi się o wyjaśnienie, na czym ono polega, ani nawet jakie są cechy, po którychby je rozpoznać można było. Jedni mówią o ogólnem usposobieniu tkanek, inni o t. zw. locus minoris resistentiae itp. ogólnikach, bliższych jednak określeń, co pod powyższymi wyrazami rozumieć należy, nigdzie znaleźć nie można.

Do powyższych określeń słusznie zastosować można zdanie G. SÉE: *La prédisposition est un mot pour masquer notre ignorance*. Tu można powiedzieć: *Doch eben wo Begriffe fehlen da stellt ein Wort zu rechter Zeit sich ein*. Pominiemy tu zupełnie t. zw. usposobienie nabyte (spowodowane przez wyniszczające choroby, katary dróg oddechowych itp.), te czynniki bowiem, jeśli odgrywają jaką rolę, to tylko do pewnej, względnie nieznacznej części przypadków zastosowane być mogą. Wprawdzie od dawien dawna autorowie opisują wygląd zewnętrzny osób usposobionych do gruźlicy, a właściwie do suchot płucnych. Już w odległej starożytności, bo jeszcze Hipokrates uczył, że ludzie z płaską i wydłużoną klatką piersiową których łopatki odstają w postaci skrzydeł są skłonni do suchot płucnych.—Kto chce być wolnym od suchot płucnych powinien być jak najmniej chudym, posiadać czworokątną klatkę piersiową, należycie owłosioną z małym wyrostkiem mieczykowatym. ARETEUS opisuje w sposób następujący klatkę piersiową suchotników: zmniejszenie pojemności, szerokie przestrzenie międzyżebrowe, wystawanie żeber i łopatek (*scapulae alatae*). Toż samo mówi GALEN.

Z nowszych autorów VAN-SWIETEN uważa spłaszczenie klatki piersiowej jako podejrzanę. LAENNEC w swem

dziele — „*Traité de l'auscultation mediate*¹⁾“ zastanawia się w krótkości nad formą klatki piersiowej u suchotników. Przyznaje i on, że u wielu z nich klatka piersiowa posiada charakterystyczną formę, a mianowicie ma kształt cylindryczny, mostek zaś jest wypukły (*bombé*) i ku przodowi wysadzony. Z właściwym jednak sobie krytycyzmem zwraca uwagę na dwa fakty, a mianowicie, że tylko pewna część suchotników posiada klatkę piersiową powyżej opisanej formy, podczas gdy inna część ma klatkę piersiową zupełnie normalną, a po drugie, że ową charakterystyczną formę klatki piersiowej spotykamy u osobników, obarczonych dziedzicznie, czyli, że u nich zmieniona forma klatki piersiowej nie jest przyczyną, lecz następstwem choroby. Późniejsi autorowie opisują usposobionych do gruźlicy jako osobników o wiotkich mięśniach, długich kościach prędko ulegających kostnieniu, zębach nieregularnych, grubych stawach odbijających od cienkich członków. Inni zwracają uwagę na dziecinny wygląd takich osób i mówią wprost o infantilizmie, *ANDRAL* zaś nazywa ich zwyrodniałymi. Nadto zwracają też uwagę na wewnętrzne braki rozwoju, a mianowicie *BREHMER* i *BENEKE* wspominają o niedorozwoju całego układu naczyniowego, a *HANOT* wspomina o wątrobie zrazikowej. Spotkał on ją wogóle tylko 7 razy i tylko zawsze u osób dotkniętych suchotami, sądzi więc, że stoi ona w pewnym związku z gruźlicą. Już wszakże twórca parazytarnej teorii gruźlicy *VILLEMIN*, wyraża się w sposób następujący: bardzo często w medycynie popełnia się błąd, przyjmując skutek za przyczynę, co najlepiej się uwidocznia przy omawianiu zewnętrznych zmian na klatce piersiowej osób usposobionych do suchot płucnych. Zdaniem *VILLEMIN*'a przytaczane przez wielu autorów zmiany klatki piersiowej nie są oznaką usposobienia lecz skutkiem już istniejącej choroby. Na potwierdzenie swego poglądu przytacza między innymi to, że z jednej strony osoby dotknięte krzywicą (*rachitis*) nie

¹⁾ Wydanie z r. 1879.

częściej zapadają na suchoty niż inni, z drugiej strony, że i ludzie bardzo dobrze zbudowani nie są zawsze odporni względem gruźlicy.

Widzimy z tego, że VILLEMIN idzie jeszcze dalej niż LAENNEC, gdy bowiem ten ostatni uważa ludzi z powyżej opisaną klatką piersiową jako „tuberculeux hereditaire“ nie podając bliżej jak to rozumieć należy, VILLEMIN wprost powiada, że są oni chorzy, bez względu czy są dziedzicznie obarczeni, czy nie. COHNHEIM który ze wszystkich autorów najlepiej ocenił ważność odkrycia VILLEMIN'a i jeszcze przed odkryciem KOCH'a stanowczo przemawiał za infekcyjnym pochodzeniem gruźlicy tak powiada: „Jeżeli kto w tem niejednakowem oddziaływaniu na zarazek gruźliczy chce widzieć skutek konstytucyi indywiduum, to nie mam nic przeciw temu, ale muszę oponować przeciw braniu za jedno tej konstytucyi z tem, co powszechnie nazywają „habitus phtisicus“. T. zw. habitus phtisicus niema nic wspólnego z usposobieniem do gruźlicy; on sam już jest następstwem choroby. Ludzie z „habitus phtisicus“ nie są tylko usposobieni do gruźlicy, oni już cierpią na gruźlicę. To zdanie mniej lub więcej kategorycznie podzielają nowsi klinicyści jak HERARD, CORNIL i HANOT, de RENZI, CORNET, tego też poglądu trzyma się i D-r DUNIN.

W istocie ci, których uważamy jako usposobionych do suchot na tej zasadzie, że nie znajdujemy u nich żadnych widocznych zmian, po większej części są chorzy i mają ogniska gruźlicze czy to w płucach czy w gruczołach oskrzelowych. Te zaś ogniska, choć nieznaczne, już mogą wpływać na rozwój organizmu i wywoływać wiele tych zmian, które opisywano jako cechy usposobienia do gruźlicy. Nadto jeszcze jedna strona tej kwestyi, na którą autorowie piszący o usposobieniu do suchot nie zwracają należytej uwagi. Kto mówi o usposobieniu, ten powinien mieć na względzie nie tylko suchoty płucne, jak to się powszechnie działo; było to do pewnego stopnia wytłomaczonem dawniej, gdy jedność wszystkich spraw gruźliczych nie była tak dokładnie znaną. Dziś można mówić jedynie o usposobieniu do gruźlicy wogólności. Wiemy przecież z do

świadczenia, że osoby zapadające na suchoty płucne również często zapadają, albo cierpiały na gruźlicę innych organów. Wobec najnowszych prac o powstawaniu suchot płucnych tembardziej jest to koniecznem. W ostatnich czasach AUFRECHT i RIBBERT powracają do dawniej wypowiedzianego zdania przez BAUMGARTEN'a i twierdzą, że suchoty płuc nie powstają, albo przynajmniej nie zawsze powstają jako pierwotne cierpienia płuc.

Przeciwnie o wiele częściej pierwotne ognisko rozwija się w gruczołach oskrzelowych, a ztąd dopiero drogą naczyń lasecznik przenosi się do płuc. Wobec tych badań tembardziej nie możemy usposobienia do suchot płucnych oddzielić od usposobienia do gruźlicy w ogólności. Tymczasem opisywane zazwyczaj cechy klatki piersiowej mogłyby co najwyżej objaśnić dla czego osobniki tego typu zapadają częściej na gruźlicę płuc, a nie mogą tłumaczyć nam ich usposobienia do gruźlicy w ogólności. Z tego wszystkiego wynika, że opisanym cechom klatki piersiowej nie możemy przyznać ważniejszego znaczenia, jako oznakom usposobienia, albowiem nie tłumaczą nam całego usposobienia do gruźlicy, a prawdopodobnie są następstwem niedokładnego rozwoju wskutek już istniejącej choroby. To ostatnie stosuje się i do innych przytaczanych cech, jak wiotkość skóry, mięśni, nieregularność zębów itp. Niektóre z podanych cech niewątpliwie nie mają nic wspólnego z gruźlicą, lecz są następstwem krzywicy (rachitis).

Jest niemal rzeczą powszechnie przyjętą, że w rozwoju gruźlicy dziedziczność dużą odgrywa rolę. Z wyjątkiem na wstępie wymienionych autorów, prawie wszyscy autorowie przypisują dziedziczności bardzo duże znaczenie. Są nawet tacy, którzy uważają, że przenoszenie się zarazka z rodziców na potomstwo jest jedynym sposobem rozprzestrzeniania się gruźlicy. Do nich należy przede wszystkim BAUMGARTEN. Przypuszcza on, że znaczna większość zdarzających się wypadków gruźlicy należy do gruźlicy wrodzonej nawet z pośród uważanych często za nabyte i twierdzi, że rola, jaką ogólnie przypisują w powstawaniu suchot lasecznikowi KOCH'a, dostającemu się do płuca za

pomocą wdychania wyschniętej płwociny, jest znacznie przesadzoną. Jeżeli zaś choroba najczęściej umiejscawia się w płucach, to z tego nie wynika, aby płuca stanowiły wrota wejścia dla zarazka, lecz wskazuje tylko, że płuco jest organem najwięcej podatnym do rozwoju laseczników Koch'a. Ogólnie wiadomo, że zmiany gruźlicze rozwijają się przede wszystkim w tem miejscu, które służy za punkt wejścia dla zarazka gruźliczego lecz bywają wyjątki i u zwierząt np. przy szczepieniu zarazka podskórnem lub do otrzewnej znajdowano najczęściej zmiany gruźlicze w płucach. Z tych i innych doświadczeń wynika więc w myśl dowodzeń BAUMGARTEN'a, że płuca są jedynie organem najwięcej podatnym do rozwoju gruźlicy, niezależnie nawet od tego, jaką drogą laseczники dostały się do organizmu i obecność u danego osobnika suchot płucnych nie obowiązują nas jeszcze do przypuszczenia, że laseczники dostały się do organizmu drogą oddechową¹⁾. Twierdzenie swoje, że suchoty bywają najczęściej chorobą wrodzoną, BAUMGARTEN opiera między innymi na następujących danych: 1) na możliwości przedostawania się bakterii do zarodka za pośrednictwem łożyska, co stwierdziły doświadczenia na zwierzętach, wykonane z lasecznikami karbunkułu.

W roku 1882 ARLOING, CORNEVIN i THOMAS, znaleźli we krwi płodu bakterie karbunkułu. Te same doświadczenia powtórzyli później STRAUS, PERONCITO, BIRCH-HIRSCHFELD i inni przysli także do wniosku, że przez łożysko mogą przechodzić zarazki karbunkułu, lecz tylko w niewielkiej ilości, a niekiedy nawet zupełnie nie przechodzą, co się zdarza już znacznie rzadziej. Podobne badania były przeprowadzone także i z wielu innymi bakteriami, jak laseczники EBERTH'a, pneumokoki, bakterie ropne, bacterium coli i potwierdziły te same wyniki, mianowicie, że wszystkie one mogą przedostawać się od chorej matki do płodu, umiejscawiając się następnie w różnych jego tkankach.

¹⁾ W ostatnich czasach, jak to już wyżej mówiliśmy, RIBBERT i AUFRECHT przysli do wniosku, że zakażenie nawet wierzchołków płuca odbywa się za pośrednictwem krwi i limfy.

Lecz gruźlica zasadniczo różni się od chorób, wywołanych przez wyżej przytoczone bakterie, gdyż we wszystkich tych chorobach bakterie bardzo prędko dostają się do krwi, a następnie i do zarazka; przy gruźlicy zaś tylko w wyjątkowych wypadkach dostają się do ogólnego krwioobiegu. Powtórne na potwierdzenie swej teorii o dziedziczności gruźlicy, BAUMGARTEN przytacza wypadki gruźlicy wrodzonej u ludzi i zwierząt.

Przypadki takie wprowadzić są znane w literaturze, lecz są bardzo nieliczne (nawet nie dochodzą do 10) i są opisane przez CHARVIN'a, BERTI'ego, MERKEL'a, JACOBI'ego i innych. A tego rodzaju fakt, że gruźlica u noworodków i we wczesnem dzieciństwie (do 6-go miesiąca życia) zdarza się tak rzadko, że można ją uważać nawet za nieistniejącą, BAUMGARTEN tłumaczy tem, że młode, zasobne w dużą ilość energii życiowej tkanki noworodków obdarzone są wskutek tego specyjalną odpornością na działanie zarazka gruźliczego, znajdującego się w embryonie zazwyczaj w bardzo małej ilości; w tych więc warunkach laseczniki w przeciągu całych miesięcy a nawet wielu lat mogą przebywać w młodocianym organizmie znajdując się w stanie pewnego uśpienia i bezczynności, lokując się najczęściej w gruczołach limfatycznych i dopiero pod wpływem różnych bodźców zewnętrznych, jak zranienia, chorób gorączkowych (influenza, odra, koklusz itp.) zaczynają się rozwijać i rozmnażać. Gruźlicę gruczołów limfatycznych, kości, stawów, opon mózgowych itp. formy gruźlicy, spotykane tak często u dzieci, trudno wytłumaczyć sobie zapomocą infekcyi z zewnątrz i dla tego BAUMGARTEN w tem przypuszczeniu uważa je wszystkie jako dowód na potwierdzenie prawdziwości swej teorii. Stare ogniska gruźlicze zupełnie zagojone, lub będące na drodze do wyleczenia czyli przypadki tak zwanej tuberkulozy ukrytej (latente) opisane jeszcze przez LAENNEC'a i często spotykane na sekcjach zupełnie przypadkowo przez wszystkich późniejszych anatomo-patologów BAUMGARTEN uważa również za wrodzone. Podobny pogląd podziela i KELSCH. Podług nich ogniska gruźlicy „ukrytej“ mogą istnieć w ciągu całego

życia danego osobnika, niekiedy zupełnie nie dając znać o sobie, częściej zaś są punktem wyjścia dla dysseminacji laseczników, sprowadzając gruźlicę płuc lub prosówkę. Te są dowody, na których BAUMGARTEN opiera swoją teorię o dziedziczności gruźlicy, twierdząc, że dziedziczność jest najczęstszą przyczyną suchot, zaraźliwość zaś w rozpowszechnianiu suchot odgrywa rolę drugorzędną. Do stronników teorii BAUMGARTEN'a należą WILIAMS, FRASER, HAUPT i niektórzy inni autorowie. Teorię BAUMGARTEN'a mógłby pozornie popierać fakt, obserwowany przez JANI'ego, że w jądrach suchotników, nawet jeżeli te (jądra) były zdrowe znajdował on laseczniki. Jednakże pogląd BAUMGARTEN'a dziś nie znajduje wcale zwolenników. Nie mogę tu wchodzić w szczegóły tej kwestyi. Powołam się tylko na nadzwyczaj drobiazgową krytykę przedewszystkiem STRAUS'a, a potem SCHEIMPFLUG'a i CORNER'a z których wynika, że, jeżeli niekiedy lasecznik może się przenosić na potomstwo, to nigdy drogą zapłodnienia (przez ojca), lecz wyłącznie od matki i to tylko wtedy, kiedy łożysko dotknięte jest gruźlicą; to zdarza się nadzwyczaj rzadko, płody zaś dotknięte gruźlicą umierają w pierwszych dniach życia, a więc ten sposób przenoszenia się tak dobrze, jakby nie istniał. Jeżeli więc dziedziczność istotnie tak ważną odgrywa rolę, to muszą tu wchodzić w grę zupełnie inne czynniki; CORNER, który dziedziczności w ogóle przyznaje małą rolę, zgadza się na to, że jeżeli matka dotknięta jest gruźlicą w wysokim stopniu, wtedy toksyny z ognisk gruźliczych, za pomocą krążenia łożyskowego, mogą się dostawać do płodu, zatruwać go i upośledzać jego rozwój. Innego wpływu dziedziczności CORNER nie przyznaje. Takie jednak zapatrywanie nie zgadza się z tem, co powszechnie pod wyrazem dziedziczność suchot autorowie rozumieją. Wpływ bowiem na rozwój gruźlicy u potomstwa może wywierać choroba ojca równie dobrze jak matki, nadto nie tylko te dzieci łatwiej ulegają gruźlicy, których matki w czasie ciąży dotknięte były chorobą w wysokim stopniu, toż samo stosuje się i do potomstwa, których matka miała gruźlicę jedynie w stanie utajonym. I tu więc znowu wychodzi na jaw „usposobienie“. Jak widzimy

dziedziczność tylko odsunęła zagadkę, ale jej bliżej nie rozwiązała. W ostatnich czasach D-r E. ZIELIŃSKI starał się zrobić jeden krok naprzód w tej kwestyi. Zarówno w paru krótkich artykułach ogłoszonych w *Gazecie Lekarskiej* (Nr. 45 z 1900 r.) jak i na IX Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie, zwrócił on uwagę na cały szereg zboczeń somatycznych w budowie zarówno zewnętrznych części ciała, jak i wewnętrznych narządów, które można obserwować u suchotników. Z wymienionych przez siebie zboczeń, nie wszystkie E. ZIELIŃSKI uważa za jednakowo ważne. Do najstalszych, nawet patognomicznych zalicza on następujące: zarost kobiecy wzgórka łonowego u mężczyzn, biacanthia na wyrostkach ciernistych w dolnej grzbietowej i górnej lędźwiowej części kręgosłupa, oraz niedorozwój układu naczyniowego. Wyliczone przez siebie anomalie uważa ZIELIŃSKI poprostu jako oznaki zwyrodnienia (*degeneratio*) podobne do tych, jakie można spotkać u *neuro* i *psychopatów*.

Nie można powiedzieć, aby myśl, że osobniki zwyrodniałe łatwiej ulegają gruźlicy, poraz pierwszy ukazała się w pracach ZIELIŃSKIEGO. Już ANDRAL, jak to wyżej mówiliśmy nazywał osobniki usposobione do gruźlicy „zwyrodniałymi“, następnie to samo mówi STRAUS w swem znakomitem dziele o gruźlicy a FÉRÉ w pracy p. t. *La famille néuropatique* zaznacza wspólność wielu chorób powstających na tle zwyrodnienia, a do chorób tych między innymi zalicza i gruźlicę. Podobne myśli wypowiada i KEODEW w broszurze p. t. *Die Entartung des Menschengeschlechtes*, 1902. Były to jednak tylko wzmianki uboczne, dopiero E. ZIELIŃSKI położył na te objawy nacisk i przyznawszy im pierwszorzędne znaczenie w rozwoju gruźlicy, stworzył nową teorię usposobienia do gruźlicy. Teoria ta już na pierwszy rzut oka posiada wiele pociągającego. Przedewszystkiem nie może ona ulegać zarzutom, że zmiany o których mowa są następstwem choroby, są to bowiem zmiany wrodzone, które rozwinąć się mogą jedynie w łonie matki. Po drugie odnoszą się do całej gruźlicy, a nie wyłącznie do su-

chot płuc, wreszcie łączą kwestyę usposobienia z dziedzicznością

W celu sprawdzenia teorii E. ZIELIŃSKIEGO, a zarazem wykazania o ile częściej oznaki zwyrodnienia zdarzają się u suchotników w porównaniu z ludźmi wolnymi od tej choroby (przynajmniej o ile badanie to ustalić mogło) rozpocząłem, na propozycyę D-ra DUNINA w początku roku 1901 swoje badania podług szematu niżej przytoczonego, który w znacznej swej większości bardzo starannie został ułożony przez kol. RZĘTKOWSKIEGO a przezemnie uzupełniony.

Przytem starałem się uwzględnić nie tylko anomalie wyliczone przez E. ZIELIŃSKIEGO, lecz i inne cechy zwyrodnienia znane neurologom i kryminalistom. Kierowałem się przytem poglądem, że jeżeli do suchot usposabia stan „zwyrodnienia” to wszystkie jego cechy są równie ważne, albowiem nie może być przecież bezpośredniego związku między zrazikowatością wątroby lub nerek z gruźlicą; anomalia ta ma znaczenie tylko jako dowód zwyrodnienia, nie ona wszakże usposabia do gruźlicy, lecz stan zwyrodnienia tkanek, którego istota i nadal pozostaje nam niewiadomą,

*Szemat badania ludzi na obecność fizycznych znamion
zwyrodnienia.*

Nazwisko	Wiek	Wyznanie	Miejsce
urodzenia i zamieszkania		Pochodzenie	
Dziedziczność (wiek rodziców	ilość i wiek rodzeństwa.		
Stan zdrowia rodziców (z uwzględnieniem konwulsyi, lues, tuberc., diabetes, arthritis, alkoholizmu, chorób nerwowych i umysłowych. Poronienia. Pokrewieństwo rodziców lub dalszych przodków. Choroby rodzinne. Samobójstwa itp.)			

Szczegółowe dane co do stanu zdrowia badanego.

Sfera duchowa badanego.

Fizyczne znamiona zwyrodnienia:

O g ó l n e: (arteriosclerosis, emphysema pulmonum, debilitas cordis, obesitas juven., impotentia sexualis, drżenie, łysienie, niepłodność, mały wzrost).

S z c z e g ó ł o w e:

G ł o w a: 2 główne wymiary czaszki (największy wymiar podłużny i n. wymiar poprzeczny), mikro-makroplagio-skafo-dolichocephalia; ślady ciemiaczek; p o t y l i c a (wystająca); f o r m a c z o ł a (niskie, w tył podane; wyddatne zatoki czołowe; wystające łuki nadbrowne, nierówne położenie orbit); b r w i (zrośnięte na glabella, kątownate); n o s (brak nosa, głęboko osadzony korzeń nosa, szeroki grzbiet, nadmierny rozwój kości nosowych, brak przegrody, niedrożność przewodów, trójdzielnosć); o c z y (kolor, exophtalmus, głębokie osadzenie gałek, strabismus, nystagmus, mikrophtalmia, bi-unilateralis, objaw STELLWAG'a, GRAEFE'go, ptosis congenita, błona oczna ptasia, ectropion, entropion, trichiasis, districhiasis, aniridia, coloboma irid., heterochromia irid., nierówność źrenic, anomalie w zabarwieniu tęczówki, fizyologiczne anomalie wzroku: daltonizm, hemeralopia, astygmatyzm) p o d n i e b i e n i e t w a r d e (wysokość pomiędzy dwoma d. d. bicuspidales, dachowate, bruzda przy połączeniu się obu kości, bruzda naprzodzie dziąsła górnego pomiędzy dwoma wewnętrznymi zębami siecznymi); j ę z y k (przerost, aplasia, asymetrya obu połów bocznych, dwudzielnosć koniuszka, strzępkowate brzegi, hypertrophia, papill. fungif.); u v u l a (bifida przedłużona); szczęka dolna (apophyse lémour. d'ALBRECHT, wielkie rozmiary, pro-retrognatyzm); u s t a i w a r g i (szerokość szpary ustnej, przerost i nadmierny rozwój warg); z ę b y (słabszy rozwój zewnętrznych siecznych i pochylenie ich ku tyłowi, brak kłów, nieproporcjonalny rozwój kłów, zęby nadliczbowe, brak zęba mądrości, das offene Gebiss, znaczny stopień caries dentium, zęby HUTCHINSON'a; m o w a (powolna, nosowa, niewyraźna, jąkanie, niemota); w ł o s y (kolor, ubogie uwłosienie, le double tourbillon des cheveux, canities vitilligo, częściowe odbarwienie) włosy wełniste, brak zarostu lub przedwczesny jego rozwój, broda u kobiet.

Brak włosów na piersiach u mężczyzn. Hypotrichoses localisae (hypertrichia lumbaris). Zupełny brak lub słabe uwłosienie w z g ó r k a ł o n o w e

g o; trójkątne (kobiece uwłosienie w z g ó r k a ł o n o w e g o (u mężczyzn). U s z y (wielkie, nierówne, odstające, nierówno osadzone, verlaufende ohren, przedłużenie spinae helic. i dwudzielność conchae, ucho MOREL'a, Satyrohr, różne wyrostki na tragus, brak lobuli, wydatny wyrostek DARWIN'a. Osłabienie słuchu. Dane co do symetrii twarzy. S z y j a (struma congenit., brak gland. thyreoid). K ł a t k a p i e r s i o w a (płaska, beczkowata, lejkowata, rynienkowata, angul. Ludovic., brak jednego z m. m. pectorales, anomalie rozwoju żeber, uiejednakowa odległość z obu stron sutek od odpowiedniego obojczyka, 2 wymiary klatki piersiowej: przednio-tylny i poprzeczny. Ł o p a t k i (nierówne, odstające). O b o j c z y k i (niejednakowa ich forma, kierunek, położenie, grubość). Ś c i a n k i b r z u s z n e (hern inguin. diastas m. m. rec-torum (u nierodzących). K r ę g o s ł u p (deviationes: scolios; kyphos. coccyx eminens).

K o ń c z y n y g ó r n e: (długie, długie dłonie, poly-syn-ectro-macrò-brachydactylia) rozwartość rąk, ich długość i stosunek do wzrostu, nienormalny stosunek pomiędzy długością poszczególnych palców urąk; mały wielki palec, mały palec en crochet); d o l n e (szczudłowate, krótkie i grube, pes var, plan, grube i krótkie stopy, niejednakowa długość obu kończyn; II-gi palec na stopie dłuższy od I-go); s t a w y (luxat. congenit, ankyl. congen., laxit articul.); z a b u r z e n i a r u c h o w e (w chodzeniu: skakanie, pełzanie, chód gęsi, chwiejny, brak niektórych ruchów).

O r g a n y p ł c i o w e m ę s k i e (niedostateczny ich rozwój lub przeciwnie, macrorchidia uni-bilateralis, micro-mono-cryptorchydia, skrzywienie penis, hypospadia, phimosis congenita, połączenie scroti z dolną pow. penis przez fałdę skórną, fissura mediana scroti); k o b i e c e (hyperplasia labior (zwłaszcza minorum) clitoridis, atresia vulvae, dziecięce genitalia, amenorrhoea, niedost. rozwój mammar.) gynecomastia, polymastia, masculisme, fémininisme, androgynisme, infantilisme.

S k ó r a: (zabarwienia wrodzone, melanizm. albinizm, obfitość znamion, ichthyosis, les taches angiomateuses (érectiles), hypertrophia, (łatwość fałdowania cutis).

Na zasadzie pomiarów antropologicznych, dokonanych niejednokrotnie na ludności naszej, między innemi przez D-ra OLECHNOWICZA na ludności gubernii Lubelskiej i przez prof. MAJERA i D-ra KOPERNICKIEGO na mieszkańcach Galicyi, wiadomo, że główny wskaźnik czaszkowy dla naszej ludności wypada średnio 83—84, że ludność ta należy pod względem budowy czaszki w przeważnej większości do kategorii krótkogłowców (brachycephalia), a raczej (krótkogłowych (subbrachycephalia), według powszechnie dziś przyjętej klasyfikacji szkoły francuskiej ¹⁾).

Po określeniu głównego wskaźnika czaszkowego u badanych przezemnie mężczyzn suchotników i 90 nie suchotników, oraz 45 kobiet chorych na gruźlicę i 45 „zdrowych” (resp. wolnych od gruźlicy) na każdy z niżej wyliczonych wskaźników czaszkowych przypadła następująca ilość osób:

2)

	Mtbc.	M.	Ktbc.	K.
Ze wskaźnikiem czaszkowym — 75 było osób	2	0	1	0
75,5 —	1	0	2	0
76,0 —	2	2	1	0
76,5 —	1	3	0	1
77,0 —	5	4	2	1
77,5 —	7	3	1	0
78,0 —	10	7	2	2
79,0 —	8	10	4	2
80,0 —	13	11	4	4
81,0 —	12	10	6	6
82,0 —	9	15	9	7
83,0 —	6	8	4	5

¹⁾ Przy wskaźniku—75 i niżej czaszki są długogłowe (dolichocephalia); od 75,01—77,77—czaszki podługogłowe (subdolichocephalia); od 77,88—80,0—pośredniogłowe (mesaticephalia), od 80,01—83,33—krótkogłowe (subbrachycephalia); i od 83,34—i wyżej—krótkogłowe (brachycephalia).

²⁾ Mtbc oznacza mężczyzn chorych na gruźlicę; M—wolnych od tej choroby; Ktbc oznacza kobiety chore na gruźlicę (płuc) K—wolne od niej.

	Mtbc.	M.	Ktbc.	K.
84,0 —	7	9	5	6
85,0 —	4	5	3	6
86,0 —	2	2	1	2
87,0 —	1	0	0	1
88,0 —	—	1	0	1
89,0 —	—	—	0	1

Dla bliższego określenia formy czaszek podzielimy je na odpowiednie grupy i określimy poszczególne ilości każdej grupy w stosunku odsetnym.

	Mtbc.	M	Ktbc.		
Wyraźnie długogłowe (delichocephalia)	2 = 2%	0 = 0%	2 = 4,5%	0 = 0%	
Podłużnogłowe (subdolichocephalia)	16 17,1%	10 = 11%	4 = 9%	2 = 4,5%	
Pośredniogłowe (mesaticephalia)	31 33%	28 = 31%	10 = 22,2%	8 = 17,7%	
Krótkawogłowe (subdolichocephalia)	29 30,8%	34 = 38%	19 = 42%	18 = 40%	
Krótkogłowe (brachycephalia)	16 17,1%	18 = 20%	10 = 22%	17 = 37,7%	
Ilość badanych osób	94 osób	90	45	45	

Widzimy więc, że pośród mężczyzn (19%) jak i pośród kobiet (13,5%) chorych na gruźlicę, odsetka czaszek długogłowych czyli względnie wąskich jest nieco większą w porównaniu z ludźmi „zdrowymi“ (t. j. wolnymi od gruźlicy 11% i 4,5%); czaszek wyraźnie długogłowych pośród osób „zdrowych“ zupełnie niema. Liczba czaszek pośredniogłowych także jest nieco zwiększoną pośród chorych; natomiast ilość czaszek krótkogłowych jest nieco zmniejszoną. Przytem należy zauważyć, że czaszki z bardzo niskim wskaźnikiem należały wyłącznie do suchotników, posiadających i wiele innych „anomalii“ w swej fizycznej organizacyi.

Mierzenie obwodu czaszek dało następujące wyniki:

	Mtbe	Odsetka mikro i makro- ceph.	M	Odsetka mikro i ma- kro ceph.	Ktbc	Mikro i ma- kro ceph	K	Mikro i ma- kro ceph.
Obwód czaszki wynosił								
od 50, —51,0 ctm.	0	2% mikro- ceph.	0		3	6,8%	0	
51,1—51,9 „	2		0		9		7	
52,0—53,0 „	12		9		16			
53,5—54,5 „	27		28		11		24	
55,0—56,0 „	43		46		4		11	
56,5—57,0 „	8		6		1	2%	3	
57,1—58,0 „	2	2% makro- ceph.	1	1%				
58,1—59,0 „	—							

55 ctm. dla mężczyzn i 53 dla kobiet uważane są za normalne cyfry dla obwodu czaszki; wymiary zaś poniżej 52 ctm. dla mężczyzn i 51 dla kobiet uważane są za zboczenia od normy i znane są pod nazwą mikrocephalia; zarówno jak powyżej 57 ctm. dla mężczyzn i 56 ctm. dla kobiet uważa się za makrocephalia (LAUBI, FÉRÉ). Z naszej tablicy wynika, że pośród chorych na gruźlicę miałem możność wykryć tylko u 2 mężczyzn (2%) czaszki mikrocephaliczne i u 3 kobiet (6,8%). Ilość czaszek z obwodem mniejszym od normalnego (55 i 53 ctm.) także była nieco zwiększoną pośród chorych. Makrocephalia zdarzała się nader rzadko (2%). Innych anomalii w budowie czaszki jak wyraźnej plagiocephalii (crâne oblique, ovulaire, FÉRÉ) lub skaphocephalii (crâne en carène, en toit) nie spotykałem u badanych przez siebie osób.

Na klatce piersiowej uwzględniłem tylko następujące wymiary:

1) największy wymiar przednio-tylny,

2) największy wymiar poprzeczny,

3) odległość obu sutek od środka odpowiedniego obojczyka. W początkach swych badań mierzyłem także i obwód klatki piersiowej w 3 miejscach, mianowicie, na 4 ctm. nad sutką, na wysokości sutek i na 4 ctm. pod sutką), lecz przekonałem się, że wymiary te są bardzo niestale, zależne od wielu okoliczności (między innymi i od obwodu jamy brzusznej), i dla tego nie mogły by mieć ważniejszego znaczenia. Mając największy wymiar przednio-tylny i poprzeczny, określałem następnie ich wzajemny stosunek (przednio-tylny poprzeczny) i analogicznie do głównego wskaźnika czaszkowego wyprowadzałem „wskaźnik klatki piersiowej“ u każdego badanego osobnika, wyrażając go także w setnych częściach (wymiaru szerokości klatki piersiowej).

Wymiary klatki piersiowej.

		Mtbc	M	Ktbc	K
Wskaźnik klatki piersiowej					
62	—	1	—	—	—
63	—	1	—	—	—
64	—	0	—	—	—
65	—	2	—	1	—
66	—	2	—	—	—
67	—	4	—	1	—
68	—	3	—	2	—
69	—	1	1	1	—
70	—	4	2	3	1
71	—	6	3	3	1
72	—	5	2	4	2
73	—	9	2	6	1

		Mtbc	M	Ktbc	K
Wskaźnik klatki piersiowej					
74	—	7	4	2	3
75	—	8	8	1	4
76	—	6	10	3	7
77	—	5	9	3	8
78	—	6	11	2	5
79	—	4	10	4	4
80	—	3	8	2	3
81	—	3	5	2	1
82	—	3	3	2	2
83	—	2	2	1	—
84	—	5	5	—	—
85	—	—	3	—	1
86	—	—	—	1	—
87	—	—	—	—	—
89	—	1	—	—	1
90	—	—	1	—	—
92	—	—	—	—	—
95	—	—	—	1	—
96	—	—	1	—	—

Klatki piersiowe ze wskaźnikiem poniżej 71 należały do kategorii t. zw. „paralitycznych”; ze wskaźnikiem 71, 72, 73 miały charakter „płaskich” i dopiero od 74 do 80 (włącznie) były normalne; przy wskaźniku zaś wyższym po nad 80 możnaby zaliczyć je do kategorii klatek piersiowych „beczkowatych” czyli „emphysematycznych”. Stosownie do tego wszystkie klatki piersiowe można podzielić na 4 grupy: grupy I i II obejmują klatki piersiowe „płaskie” (więcej lub mniej), III—grupa obejmuje „normalne” klatki piersiowe, i IV—„beczkowate” (emphysematyczne).

	Mtbc (na 64 osób)		M (na 90 os.)		Ktbc (na 45)		K (na 40. os)	
Wskaźnik klatki piersiowej								
I) od 61—70	18	} 40,0%	3	} 9%	8	} 44%	1	} 9%
II) 71—73	20		5		12		3	
III) 74—80	39	41,4%	62	70,0%	18	40,0%	34	75,5%
IV) 81 i wyżej	17	18,2%	20	20,2%	7	16%	6	13,3%

Z powyższej tablicy można wyprowadzić wniosek, że „płaskie“ klatki piersiowe tworzą pośród suchotników zarówno mężczyzn (40%), jak i kobiet (44%) bardzo znaczną odsetkę w porównaniu z ludźmi „zdrowymi“; przytem z ogólnej ilości 38 klatek piersiowych więcej lub mniej płaskich, obserwowanych u mężczyzn chorych na gruźlicę aż 33 „płaskie“ klatki piersiowe były u mężczyzn młodych (przed 40 rokiem życia)—(55%) pośród zaś kobiet chorych, cała ilość „płaskich“ klatek piersiowych (20) wypadła na osoby młode (58%). Z tego więc względu należałoby przypuszczać, że większa lub mniejsza „płaskość“ w formie klatki piersiowej należy do cech bardzo charakterystycznych dla suchot płucnych, i ponieważ owe klatki piersiowe prawie wyłącznie zdarzały się u osób młodych (w większości przypadków nawet przed 30 rokiem życia), niekiedy nawet już w początkowym okresie choroby, więc przypuszczam na tej zasadzie, że możnaby je zaliczyć do oznak cechujących wrodzone usposobienie do suchot płucnych.

Co się tyczy odległości sutek od obojczyków, to różnice u poszczególnych osób były wogóle bardzo nieznaczne (najmniejsza odległość, zarówno u „zdrowych“ jak i u chorych wynosiła 14 ctm., a największa—18 ctm.) i mało wogóle różniła się między sobą; dla tego więc uważam za rzecz zbyteczną podawać szczegółowy ich wykaz O zdarzających się, dosyć wogóle nielicznych wypadkach

niejednakowej z obu stron odległości sutek od odpowiedniego obojczyka mowa będzie poniżej.

Dane, dotyczące wzrostu i rozwartości rąk u mężczyzn „chorych” i zdrowych.

	Mtbc	M
	ctm.	ctm.
1) Najniższy wzrost pośród badanych mężczyzn wynosił	152	153,5
2) najwyższy wzrost pośród badanych mężczyzn wynosił	184,5	183
3) najmniejsza rozwartość rąk wynosiła	159,5	158
4) największa „ „ „	192,4	190,5
5) najmniejsza różnica pomiędzy rozwartością rąk i wzrostu u jednego i tego samego osobnika	3,4	3,8
6) największa różnica pomiędzy rozwartością rąk i wzrostu u jednego i tego samego osobnika	11,6	9,0
7) najmniejszy stosunek rozwartości rąk do wzrostu u jednego i tego samego osobnika	102,7	102,5
8) największy stosunek rozwartości rąk do wzrostu u jednego i tego samego osobnika	107,1	105,6
9) Średnia wzrostu wynosiła	167,5	166,7
10) Średnia rozwartości rąk	177,2	173,6
11) wzajemny ich stosunek (Nr. 9 i 10)	105,7	104,1

Na szczególniejszą uwagę zasługują 3 ostatnie pozycje (9, 10, 11). Z nich widzimy: 1) że średnia wzrostu u suchotników jest nieco większą (różnica wynosi 0,8 ctm.), niż u osób „zdrowych”; 2) średnia rozwartość rąk u suchotników jest znacznie większą (różnica = 4,6 ctm.), co wyraźnie się już odbija na 3) wzajemnym stosunku tych dwóch pozycji, który u suchotników jest większy (o 1,6 ctm.) czyli, że suchotnicy mają ręce stosunkowo dłuższe, niż ludzie „zdrowi”. Cyfra 101,4 (określająca wzajemny stosunek rozwartości rąk u ludzi „zdrowych”) jest bliską średniej dla Europejczyków wogóle (104—105 ½ ctm.). Określanie stosunkowej długości rąk t. j. stosunku długości rąk do

wzrostu ma w antropologii duże znaczenie, ponieważ względna długość rąk należy do ważniejszych cech rasowych. TOPINARD podaje następujący stosunek długości rąk do wzrostu pośród rozmaitych ras:

amerykanie—104, 3.

anglicy—104,4

niemcy—105,2

murzyni—108,1

indyanie—108,9.

Buszmani, najbardziej upośledzona rasa ludzka mają najdłuższe ręce; pośród nich nierzadko trafiają się jednostki, mające tak długie ręce, że średni palec dochodzi do górnego brzegu rzepki kolanowej, czyli znajdujemy tu taki stosunek, jaki normalnie bywa u goryla. Antropologia uczy nas, że im rasa jest wyższą i więcej skłoną do doskonalenia się, tem różnica pomiędzy długością rąk i wzrostem jest mniejszą, czyli ręce są stosunkowo krótkie (powyższy stosunek znajdujemy u rasy aryjskiej); plemiona zaś dzikie, niezdolne przyjmować udziału w ewolucyi rodzaju ludzkiego, skazane na zagładę mają ręce znacznie dłuższe (np. Indyanie). Na zasadzie więc naszych obserwacji nad suchotnikami należałoby wnioskować, że ci ostatni resp. przynajmniej znaczna ich część, należą do kategorii ludzi w pewnym stopniu upośledzonych fizycznie, czyli zwyrodniałych.

W pracy D-ra OLECHNOWICZA pod tytułem „Przyczynki do charakterystyki antropologicznej ludności gub. Lubelskiej“ jest jeden bardzo ciekawy i znamieny w tym względzie szczegół, mianowicie, że u przestępców odsiadujących karę w więzieniu lubelskiem za wykroczenia kryminalne obserwował on że stosunek rozwartości rąk do wzrostu wynosił aż 106 (!).

Dane dotyczące wzrostu i rozwartości rąk
kobiet chorych na gruźlicę i „zdrowych“.

	Ktbc	K
1) Najniższy wzrost pośród badanych kobiet wynosi	145,0	144,0
2) najwyższy " " " "	163,0	167,0
3) najmniejsza rozwartości rąk wynosiła . . .	154,0	152,5
4) największa " " " "	173,5	176,0
5) najmniejsza różnica pomiędzy rozwartością rąk i wzrostem u jednej i tej samej osoby . .	4,0	3,5
6) największa różnica pomiędzy rozwartością rąk i wzrostem u jednej i tej samej osoby . .	10,4	9,6
7) największy stosunek rozwartości rąk do wzrostu wynosił	106,8	106,0
8) najmniejszy stosunek rozwartości rąk do wzrostu wynosił	102,6	102,3
9) średnia wzrostu wynosiła	152,8	153,5
10) średnia rozwartość rąk wynosiła	160,5	159,6
11) ich wzajemny stosunek (Nr. 9 i 10).	105,0	103,9

Dane powyższe wykazują nam: 1) że średnia wzrostu kobiet chorych na gruźlicę jest niższą, niż „zdrowych“ (przeciwnie było u mężczyzn) i 2) że średnia rozwartość rąk kobiet chorych jest nieco większą (różnica wynosi 0,6), a zatem i 3) wzajemny stosunek rozwartości rąk do wzrostu wypada u kobiet „chorych“ wyższym (różnica wynosi 1,1); wskazuje to nam, że kobiety chore na gruźlicę, podobnie jak mężczyźni mają ręce stosunkowo dłuższe w porównaniu ze „zdrowymi“ (oznaka degeneracji). O ile zaś częściej ręce stosunkowo dłuższe zdarzają się pośród osób „chorych“ w porównaniu z ludźmi „zdrowymi“ można powiedzieć z następującej tabelki, w której za normę, określającą stosunek rozwartości rąk do wzrostu przyjąłem cyfrę poniżej 105 (ponieważ średnia dla Europejczyków waha się poniżej 104—105).

Stosunek rozwartości rąk do wzrostu wynosił:

	Mtbc		M		Ktbc		K	
1) 102—103	6	80%	10	92%	4	84,5%	3	95%
2) 103—104	23		34		13		19	
3) 104—105	46		31		21		20	
4) 105—106	11	20%	5	78%	5	15,5%	2	4,5%
5) 106—107	7		2		2		—	
6) 107—108	1		—		—		—	

Obecnie przystąpię do rozpatrzenia danych dotyczących fizycznych oznak zwyrodnienia, notowanych podług wyżej przytoczonego szematu.

Ponieważ zauważyłem, że pośród osób, będących stosunkowo w młodym wieku, oznaki zwyrodnienia zdarzają się znacznie częściej, więc wszystkich badanych podzieliłem na 2 grupy co do wieku: I—grupa obejmuje osoby mające mniej niż 40 lat; II—osoby starsze od nich.

Do pierwszej grupy z mężczyzn należy 60 osób chorych i 55 zdrowych,—z kobiet—34 chore i 32 zdrowe; do drugiej grupy—z mężczyzn—34 chorych i 35 zdrowych, z kobiet—11 chorych i 13 „zdrowych“.

Najmłodszy z badanych mężczyzn miał lat 20, z kobiet—19; najstarszy z mężczyzn miał lat 80 (chory na gruźlicę), z kobiet—71 lat.

Szczegółowy wykaz obserwowanych oznak „zwyrodnienia“ z oznaczeniem ich ilości.

	Mtbc		M		Ktbc		K	
	740 l.	40 l.	740 l.	40 l.	740 l.	40 l.	740 l.	40 l.
Wybitne arterio sclerosis (w młodym wieku u 25 letniego)	—	—	1	—	—	—	—	—
Dolichocephalia i subdolichocephalia	14	4	9	3	5	1	2	—
Mikrocephalia	2	—	—	—	3	—	—	—
Makrocephalia	1	1	1	—	—	—	—	—
Potylica bardzo wystająca	2	1	1	—	1	—	—	—
Ślady ciemniaczek	1	—	1	—	—	—	—	—
Anomalie w formie czoła	2	2	—	1	1	1	2	—
Nieprawidłowy nos	7	2	2	1	2	1	1	1
Anomalie w oczach	2	1	2	—	1	—	1	—
Anomalie w formie podniebienia twardego	4	1	1	—	3	—	1	—
(Nadzwyczajnie) Wązki język	1	—	—	—	—	—	—	—
Anomalie w budowie zębów	4	2	3	1	1	—	1	—
Wczesne caries dentium	2	3	2	1	2	2	3	2
Le double tourbillon des cheveux	3	—	1	—	—	—	—	—
Brak zarostu na twarzy	4	—	1	—	—	—	—	—
Nieprawidłowe uwłosienie sromu męskiego	19	8	6	4	2	—	—	—
Hypertrichia lumbaris	2	—	1	—	—	—	1	—
Anomalie w budowie uszu	6	1	2	—	2	—	1	—
Znaczna asymetria twarzy	1	—	—	—	1	—	—	—
„P ł a s k i e” klatki piersiowe	33	5	5	3	20	—	4	—
„Beczkwate” klatki piersiowe	2	15	4	16	—	7	1	6
Nieprawidłowa budowa lub położenie obojczyk	7	2	2	1	3	1	—	—
Asymetria w położeniu lub budowie łopatek	6	3	2	—	3	2	2	1
Niejednakowa odległość obu sutek od obojcz.	5	2	1	1	2	—	—	—
Obecność przepuklin (herniae) w młodym wieku	2	—	—	—	—	—	—	—
Skrzywienia kręgosłupa (w znacznym stopniu)	4	1	2	—	3	1	1	1
Biacantia na proces. spinos górnej grzbietowej i dolnej lędź. części kręgosłupa	23	12	9	5	10	4	3	1
Nienormalny stosunek rozwartości rąk do wzrostu (czyli ręce stosunkowo za długie	16	3	5	1	6	1	2	—
Kopułowość paznokci	10	4	2	1	6	1	2	—
Nienormalny stosunek długości poszczegół. palcy rąk	6	3	3	2	2	1	2	1
II-gi palec na stopie znacznie dłuższy od I-go	5	2	3	1	3	1	1	—
Nienormalny (duży) rozwój sutek u mężczyzn	2	—	—	—	—	—	—	—
Razem	198	80	70	51	69	25	31	13
	278	—	121	—	94	—	44	—
	Mtbc	—	M	—	Ktbc	—	K	—

Na jedną osobę w każdej z wyżej oznaczonych ośmiu grup przypada następująca ilość „oznak“.

w I-ej (mężczyźni—suchotnicy, młodszy od 40 roku)	3,3 ¹⁾
II-ej (mężczyźni—suchotnicy, starszy od 40 roku)	2,4
III-ej (mężczyźni—zdrowi, młodszy od 40 roku)	1,2
IV (mężczyźni—zdrowi, starszy od 40 roku)	1,4
V (kobiety—suchotnice, młodsze od 40 roku)	2,0
VI kobiety—suchotnice, starsze od 40 roku)	2,2
VII (kobiety—„zdrowe“, młodsze od 40 roku)	1,0
VII (kobiety zdrowe starsze, od 40 roku)	1,0

Z powyższej tablicy można wyprowadzić następujące wnioski: 1) że pośród mężczyzn oznaki zwyrodnienia zdarzają się wogóle częściej, niż pośród kobiet (zarówno chorych, jak i „zdrowych“), 2) że u mężczyzn chorych na gruźlicę „anomalie“ spotykamy częściej niż pośród kobiet—suchotnic; 3) że ilość owych „anomalii“ w budowie ciała pośród mężczyzn—suchotników zależną jest widocznie od wieku danego osobnika (u osób „starszych“ znajdujemy ich mniej, niż u osób „młodszych“), u kobiet—suchotnic ta różnica nie jest tak widoczną; 4) że fizyczne „anomalie“ w budowie ciała, jakie miałem możność w największej ilości spotykać u osób chorych na gruźlicę zdarzają się także w większej ilości, niż inne „oznaki“ i u osób „zdrowych“ (dotyczy to zarówno mężczyzn, jak i kobiet), czyli że z oznak pojedynczo wziętych, żadna nie jest na tyle charakterystyczną, aby sama przez się mogła świadczyć o wrodzonym usposobieniu danego osobnika do suchoty; 5) ponieważ zaś ilość „oznak“ notowanych u osób chorych, szczególnie u mężczyzn suchotników jest znacznie wyższą, niż ilość ich u „zdrowych“ (stosunek dla suchotników mło-

¹⁾ Liczba ta u mężczyzn—suchotników jest znacznie wyższą, niż u kobiet—suchotniczek, dla tego, że u tych ostatnich nie zdarza się tak często jak u mężczyzn—nieprawidłowe uwłosienie sromu, u kobiet tylko 2 razy obserwowałem b. słabe uwłosienie sromu, jako anomalię.

dych wypadł jak 3,3 : 1,3; dla suchotników młodych 2 : 1), więc ważniejsze znaczenie w kierunku usposobienia wrodzonego do gruźlicy, może mieć tylko ilość „oznak“, spotykanych u jednego i tego samego osobnika chorego na gruźlicę.

Do najczęściej spotykanych „oznak“ u suchotników obojej płci należą następujące:

	Mtbc na 94 osób	Ktbc na 45 osób
1) „Płaska“ klatka piersiowa	38	20
2) biacantia na proces. spin. dolnych grzbietow. i górnych łędźwiowych	35	14
3) nieprawidłowe uwłosienie sromu (kobięce) . . .	27	?)
4) nienormalny stosunek rozwartości rąk do wzro- stu (ręce za długie)	19	7
5) dolichocephalia	18	6
6) kopułowatość paznogi	14	7
7) nieprawidłowa budowa lub położenie obojczyków		
8) nienormalny stosunek długości poszczególnych palcu u rąk	9	4
	9	3
9) asymetria w położeniu lub budowie łopatki . .	9	5
10) nieprawidłowa budowa uosa	9	3

U osób „chorych“ najmniejsza ilość wypadła na następujące „znaki“:

	M na 90 osób	K na 45 osób
1) Biacantia na proces. spin. dolnych grzbiet. i gór- nych łędź.	14	4
2) dolichocephalia	12	2
3) kobiece uwłosienie sromu męskiego	10	?
4) nienormalny stosunek rozwartości rąk do wzrostu	6	2

Jaka zaś jest najwyższa ilość „oznak“ notowanych u jednej i tej samej osoby w stosunku do stanu zdrowia, płci i wieku wykazuje poniższa tablica:

	Mtbc		M		Ktbc		K	
	740 l.	40 l.	740 l.	40 l.	740 l.	40 l.	740 l.	40 l.
po 7 oznak było u osób	3	—	—	—	—	—	—	—
„ 6 „ „	3	—	—	—	—	—	—	—
„ 5 „ „	7	—	—	—	—	—	—	—
„ 4 „ „	16	3	2	—	5	—	—	—
„ 3 „ „	13	14	6	4	8	4	—	—
„ 2 „ „	8	12	10	12	10	6	7	3
„ 1 „ „	4	3	23	15	7	1	17	7
„ 0 „ „	5	3	13	4	5	—	8	3

Rozpatrując ostatnią tablicę widzimy, że większe ilości „oznak“ (po 7, 6, 5), zdarzały się tylko pośród suchotników, u 13 osób i przytem wyłącznie u mężczyzn młodych, co upoważnia nas poniekąd do wniosku, w myśl zasadniczej idei kierującej niniejszą pracą, że owe 13 osób, (co stanowi około 14% ogólnej ilości suchotników) mogą być uważane, jako mające na sobie oznaki specjalnego (wrodzonego) usposobienia do gruźlicy; dalej, przyjmując jako „minimum“ dla określenia owego wrodzonego usposobienia cyfrę (oznaczającą ilość oznak u jednej osoby) na 4, liczba osób tej kategorii podniesie się do 32, co wyniesie 34% (ogólnej liczby) dla mężczyzn suchotników i 11% dla kobiet. W stosunku zaś do wieku odsetka ta znów się powiększy i wypadnie dla mężczyzn (suchotników) młodszych od lat 40—na 48%, dla kobiet 44%. Taką więc może być pośród suchotników liczba osób mających na sobie „oznaki“ świadczące o ich wadliwej organizacyi fizycznej resp. wrodzonym usposobieniu do gruźlicy.

Ponieważ, jak wyżej można było zauważyć, większa lub mniejsza „płaskość“ w formie klatki piersiowej należy

do cech najczęściej spotykanych, a więc i najwięcej charakterystycznych dla gruźlicy płuc, szczególnie pośród osób w młodym wieku, więc należałoby przy badaniu zwracać przede wszystkim uwagę na budowę klatki piersiowej, określając na niej wspomniane 2 wymiary (przednio-tylny i poprzeczny) stosunek ich wzajemny czyli t. zw. wskaźnik klatki piersiowej.

Dla uwidocznienia, jakie, mogą zachodzić różnice w budowie klatki piersiowej u suchotników załączam fotogramy kilku najbardziej odrożniających się tych typów klatek. Zdjęcia fotograficzne były wykonane na oddziale szpitalnym przy łaskawej pomocy kol. J. ŚWIĘTOCHOWSKIEGO. Sekcyjny mój materiał obejmował ogółem 114 osób, w tej liczbie było 60 osób ze zmianami gruźliczymi w płucach i 54 osób—bez tych zmian. Podobnie jak wyżej, podzieliłem go także na 2 grupy: I grupa—obejmuje 40 osób (młodszych od 40 roku) „gruźliczych“ i 26 „nie-gruźliczych“; II zaś grupa—20 osób „gruźliczych“ (starszych od 40 roku) i 28 „zdrowych“.

Wykaz „anomalii“ spotykanych na sekcji z oznaczeniem ilości każdej z nich

	Suchotnicy		nie suchotn.	
	740 l.	440 l.	740 i.	440 l.
1) Rozdwojenie końca żebra VI-go lub VII-go.	3	—	1	—
2) Wystawanie IV kręgu lędźwiowego do miednicy (dodatkowe promentorum)	4	1	1	—
3) Żebra X wolne, nie przyrosłe do chrząstki żebra IX				
4) Nieprawidłowa forma wyrostka mieczykowatego (przeziurawienie jego)	7	1	2	—
5) Dwa płaty na prawem płucu (zamiast 3)	3	—	1	—
6) Hypoplasia serca, aorty i wogóle naczyń krwion.	2	—	—	—
7) Anomalie w formie wątroby	3	—	1	—
8) Anomalie w formie śledziony (zęby w ilości 3—4—5 na jej brzegu)	2	—	—	—
9) Anomalie w formie nerek (wyrażna zrazików.)	17	4	4	3
10) Nienormalnie pionowe położenie żołądka	8	2	3	1
11) Wydłużenie wyrostka robaczkowego (proc. vermicularis) i stożkowata forma	1	—	—	—
	12	3	4	2
	62	11	17	6

Średnia zaś ilości „anomalii“, jaka wypada na jedną osobę w każdej z powyższych grup będzie następująca:

w I (suchotnicy „młodzi“	1,5
„ II (suchotnicy „starsi“)	0,6
„ III (nie-suchotnicy młodzi)	0,6
„ IV (nie-suchotnicy starsi)	0,2

Widzimy więc z powyższych danych, że podobnie jak zewnętrzne „oznaki“ zwyrodnienia tak też i „anomalie“ w budowie wewnętrznych organów można spotkać u suchotników, szczególnie „młodych“ w daleko znaczniejszej ilości (stosunek wypada jak 1,5 : 0,6) niż u osób „zdrowych“. Powtóre, że ilość „anomalii“ w budowie wewnętrznych organów spotykanych zarówno u suchotników, jak i nie suchotników jest wogóle znacznie mniejszą, niż ilość „oznak“ zwyrodnienia na zewnętrznych częściach ciała (stosunek obu liczb u suchotników młodych przedstawia się jak 1,5 : 3,3), co ma dla nas ważne znaczenie gdyż pozwala nam za życia, niekiedy jeszcze na długi czas przed wybuchem samej „choroby“¹⁾ traktować pewnych osobników, jako ludzi z wrodzonym usposobieniem do suchot. Następnie należy zwrócić uwagę, że niektóre ważniejsze „anomalie“, jak hypoplasia serca, aorty i wogóle systemu krwionośnego, obecność 2 płatów na prawem płucu, które jak by się zdawało mogłyby mieć pewne znaczenie w kierunku usposobienia do suchot zdarzają się u suchotników niezmiernie rzadko. W końcu muszę nadmienić, że niektóre z powyżej przytoczonych „anomalii“, jak anomalie w formie śledziony, nerek, wyrostka robaczkowego itp. (patrz tablicę) zdarzają się stosunkowo nie tak rzadko i u osób wolnych od gruźlicy.

Reasumując wszystko co dotychczas było powiedziane widzimy, że tak jak to już ongi twierdził LAENNEC, należy podzielić wszystkich chorych na dwie kategorie:

¹⁾ U jednego suchotnika obserwowałem zamiast 3 nawet 4 płaty na prawem płucu, lecz i u jednego nie-suchotnika także było 4 płaty.

młodych i starych. U pierwszych oznaki zwyrodnienia są bardzo częste, tak że blisko u połowy wszystkich chorych przytrafiają się w znacznej ilości. Nieda się przytem zaprzeczyć, że z pomiędzy tych młodych osobników, których musieliśmy uznać za zdrowych dla braku jakichbądź objawów, a którzy przedstawiali cechy zwyrodnienia, nie jeden w przyszłości, być może niedalekiej, mógł się okazać jako dotknięty gruźlicą. Musimy więc przyznać rację E. ZIELIŃSKIEMU, że pomiędzy gruźlicą a zwyrodnieniem istnieje rzeczywiście pewien bliski stosunek. Ale z drugiej strony nie możemy się zgodzić na zbyt ogólne uogólnienie tej teorii. Zwyrodnienie jest prawdopodobnie tym dziedzicznym czynnikiem, który usposabia do gruźlicy. Poza-tem wszakże i istnieje gruźlica nabyta, która ani ze zwyrodnieniem ani z dziedzicznością nie ma nic wspólnego, rozwija się ona przeważnie w późniejszym wieku. Zwyrodnienie to, które usposabia do gruźlicy jest tem samem, jakie jest podstawą wielu chorób nerwowych i umysłowych. Ztąd pomiędzy temi dwoma grupami chorób powinien zachodzić bliższy stosunek. Rzec ta zasługuje na bliższe badanie. Dotychczasowe prace nad stanem umysłowym suchotników ¹⁾ pytania tego wcale jeszcze nie dotknęły. Zasługuje tylko na uwagę zdanie CHEŁMOŃSKIEGO, który twierdzi, że prawie wszyscy suchotnicy dotknięci są neurastenią, hysteryą, lub hystero-neurastenią.

Już w trakcie kiedy praca moja dobiegała do końca, a mianowicie w początkach 1902 r. na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego w Berlinie, FREUND wygłosił odczyt o pewnych zmianach w budowie klatki piersiowej, które jego zdaniem są przyczyną jeżeli nie wszystkich, to przynajmniej większej części przypadków gruźlicy płuc

¹⁾ HEINZELMANN. Die Psyche der Tuberculosen, cyt. u CORNET'a, oraz CHEŁMOŃSKIEGO. Stan układu nerwowego u suchotników, oraz wpływ jego na przebieg gruźlicy. Gazeta lekarska, oraz Revue de Médecine Nr. 3, 1902.

szczególniej też wrodzonej. Badania swe FREUND wykonał już przeszło 30 lat temu i ogłosił je w osobnym dziele; praca jego nie zwróciła wtedy na siebie większej uwagi, a że dzieło to już w handlu księgarskim nie istnieje, przypomniał on więc znowu swą teorię uczonemu światu. Skłoniły go do tego niektóre nowe prace, mianowicie BIRCH-HIRSCHFELD'a i SCHMORL'a. Pierwszy z nich miał możność stwierdzić, że gruźlica płuc zaczyna się prawie zawsze w oskrzelach 3—5 kategorii, przebiegających w górnym odcinku płuc; ponieważ jednocześnie znajdował on często anomalie we wspomnianych oskrzelach, przypuszcza więc, że przeszkoda w oddychaniu w znacznej mierze sprzyja rozwojowi łaseczników we wspomnianym odcinku. SCHMORL w roku 1901 zajmował się badaniem tych samych odcinków płuc i przyszedł do przekonania, że przyczyną, nienormalnego przebiegu oskrzelików w danej okolicy płuc jest bruzda znajdująca się na 1—2 ctm., od górnej granicy wierzchołka płuca, idąca od tyłu i od góry ku przodowi i do dołu. Bruzda ta zależy od ucisku I żebra na wspomniany odcinek płuca, wskutek niedostatecznego rozwoju resp. skrócenia owego żebra, co powoduje niedostateczną wentylację danej okolicy, katar zastoinowy, zbieranie się wydzieliny, jednym słowem cały szereg warunków, sprzyjających rozwojowi łaseczników gruźliczych. Teoria FREUND'a według tego jak ją ogłosił na wspomnianym posiedzeniu oraz w Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 1 i 2—1902 r., jest następująca: mechaniczna funkcja klatki piersiowej znajduje się w ścisłym związku z jej budową, a badanie fizyologiczne ruchów oddechowych wskazuje, że chrząstki żebrowe odgrywają najważniejszą rolę w tej funkcji. Przy wdechu klatka piersiowa, rozszerzając się musi przezwyciężyć pewien opór, który powiększa się w kierunku od dolnego otworu klatki piersiowej (apertura inferior) do górnego (apertura superior) i dla tego przy wydechu, który, jako akt czysto bierny zależy jedynie od siły elastycznej tkanki płucnej, maximum zaś owej siły elastycznej przypada na wysokości I żebra resp. jego chrząstki. Chrząstka I żebra pod wielu względami zasadniczo się różni od chrząstek wszystkich innych żeber; podczas gdy te ostatnie połączone są z mostkiem za pośrednictwem sta-

stawów i mają formę spiralną, chrząstka I żebra jest zupełnie prostą, nie ma połączenia stawowego z mostkiem, i znajdując się pomiędzy 2 kośćmi jest podobną do naciągniętej struny. Przy wdechu chrząstka I żebra ze swego prostego położenia, w którym bywa normalnie, przechodzi w położenie t. zw. spiralne, zupełnie zaś przeciwnie bywa ze wszystkimi pozostałymi żebrami, które właśnie przy wdechu prostują się. Stosownie do tych własności I żebrana niem są umieszczone znacznie rozwinięte mięśnie oddechowe, a staw, za pośrednictwem którego łączy się ono z kręgosłupem jest bardzo ruchomy. Wskutek tego I żebro odgrywa szczególnie ważną rolę w fizyologii i patologii oddychania, którą można określić jako *primum motum* i *primum movers* przy wdechu. Chrząstki pozostałych żeber są połączone między sobą i dla normalnego stanu funkcji oddechowej powinny mieć pewną określoną długość, formę i napięcie elastyczne; jeżeli jedna z nich nie odpowiada powyższym warunkom, to się niezwłocznie odbija i na działaniu innych żeber, a zatem i na całej funkcji oddechowej. Nienormalny stan I żebra stanowi podług FREUND'a pierwszą przyczynę, jeżeli nie wszystkich, to przynajmniej większości przypadków suchot płucnych. FREUND miał możność wielokrotnie stwierdzić, że I żebro bywa często mało rozwinięte, a chrząstka jego znacznie skrócona niekiedy może przyjąć położenie spiralnie-ekspiracyjne, a nawet może być odłamaną na swym górnym brzegu. Manubrium sterni bywa zazwyczaj więcej pochylone ku dołowi. Przy obustronnem skróceniu obu I żeber resp. ich chrząstek następuje symetryczne zwężenie górnego otworu klatki piersiowej, wskutek czego przy normalnym rozwoju pozostałych części klatki piersiowej może nastąpić odłamanie się corpus sterni od manubrium i tworzy się znany *angulus Ludovici*. Skrócona chrząstka I żebra traci swoją należytą formę, staje się grubsza i mniej elastyczną, co bywa przyczyną, że górna część klatki piersiowej znajduje nienormalną przeszkodę przy funkcji odde-

chowej, następuje zatem przerost mięśni oddechowych, ich zwiększona czynność, która powoduje perichondritis, periostitis na I chrząstce żebrowej. Skostnienie to zaczyna się na jej przednim i górnym brzegu w postaci otoczki. FREUND nazywa ten rodzaj skostnienia „obwodowym“ i wskazuje, że należy go odróżniać od skostnienia, które rozpoczyna się w środku chrząstki i bywa częstym zjawiskiem w późniejszym wieku i dla tego jest pozbawione wszelkiego patologicznego znaczenia. Skostnienie w postaci otoczki można obserwować tylko na chrząstce I żebra; powoduje ono unieruchomienia górnego otworu klatki piersiowej, utrudniając tem samem w znacznym stopniu ruchy oddechowe górnego odcinka płuc; zaburzenia, zaś w oddechaniu pociągają za sobą zaburzenia w krążeniu, a następnie w odżywianiu tkanki płucnej, wskutek czego wytwarza się locus minoris resistentiae dla rozwoju laseczników gruźliczych. Z przyczyny znacznego odchylenia się manubrium sterni ku tyłowi, obojczyki występują więcej ku przodowi, wychodzą do pewnego stopnia nawet ze swoich stawów i dla tego wydaje się, jakby one leżały na manubrium sterni, cała zaś szyja wydaje się wydłużoną i płaską, jamy nad i podobojczykowe zapadnięte; ramiona występują więcej ku przodowi, łopatki podnoszą się w postaci skrzydeł—są to wszystko cechy, które tworzą znany habitus phtisicus. Anomalie w rozwoju I żebra FREUND mógł obserwować już u dzieci. Przy niedorozwoju I żebra i następczem skostnieniu jego chrząstek wytwarza się przerost mięśni oddechowych, przyczepionych do I chrząstki żebrowej, wskutek czego może niekiedy nastąpić odłamanie się chrząstki od mostka i wytworzenie się sztucznego stawu, co FREUND uważa za zjawisko nadzwyczaj pomyślne dla dalszego przebiegu suchot; mianowicie, obserwował on 18 wypadków wyleczonej gruźlicy płuc za pośrednictwem wytworzenia się takiego stawu (pseudo arthrosis) pomiędzy I żebrem i mostkiem. Przy pomocy tego stawu mechanizm oddechowy ma możność wrócić do normy i dla tego FREUND zaleca leczenie suchot przy pomocy wytwarzania owego stawu drogą operacji, polegającej na przecięciu połą-

czenia I żebra z mostkiem. Roentgenoskopia ma właśnie ułatwić w każdym poszczególnym wypadku rozpoznanie anomalii w rozwoju I żebra i skierować leczenie suchot na drogę operacyi. Ponieważ anomalii w rozwoju I żebra FREUND był w stanie dopatrzyć się już na klatkach piersiowych noworodków; więc uważa on je za cechę przekazywaną potomstwu drogą dziedziczności przez rodziców—suchotników, podobnie jak można przekazać formę nosa. Aczkolwiek badania FREUND'a ściśle biorąc nie odnoszą się do przedmiotu mej pracy, jednakże nie chciałem pominąć tej ważnej teoryi usposobienia do suchot płucnych. Ztąd też przedsięwziąłem badania na trupach w celu przekonania się, czy moje poszukiwania stwierdzą słuszność teoryi FREUND'a. Wyniki do jakich doszedłem są następujące:

Samoistne „skrócenie” chrząstki obu I żeber bez jednoczesnego jej skostnienia miałem możność obserwować tylko u ludzi młodych (do 30—35 roku życia) po za tym zaś wiekiem zazwyczaj już można spotkać t. zw. fizyologiczne czyli „starcze” skostnienie obu I żeber. Wprawdzie FREUND zaleca bacznie odróżniać tego rodzaju skostnienie (które rozpoczyna się w „centrum” chrząstki) od t. zw. obwodowego czyli patologicznego, lecz w praktyce czyli na trupie, granica pomiędzy jednym i drugim rodzajem skostnienia u ludzi „starszych” nie łatwo daje się odróżniać, szczególnie zaś, jeżeli oba rodzaje skostnienia będą się znajdować jednocześnie, w ostatnim wypadku nawet odróżnianie obu skostnień nie może jak sądzę mieć należytego znaczenia, gdyż każde skostnienie chrząstki I żebra powinno sprowadzać jeden i ten sam skutek, mianowicie ograniczenie czynności górnego odcinka klatki piersiowej¹⁾. Dla tego więc czyste obwodowe skostnienie można obser-

¹⁾ Ponieważ skostnienie chrząstki I żebra u osób starszych od 40 roku, zarówno u suchotników jak i nie—suchotników zdarza się często w tablicy porównawczej, odpowiedniej rubryki nie wypełniłem, aby nie wpływać na ogólną ilość obserwowanych „anomalii”.

wować tylko u „młodych“ ludzi. Oprócz skostnienia chrząstki obu I żeber obserwowałem także i całkowite zrośnięcie I żebra z obojczykiem (o czym FREUND nie wspomina), co prawdopodobnie także wpływa na ograniczenie górnego odcinka klatki piersiowej. Wytworzenia się sztucznego stawu pomiędzy I żebrzem i mostkiem, które podług FREUND'a jest uważany za zjawisko nadzwyczaj pomyślne i równa się wyleczeniu gruźlicy, nie obserwowałem ani razu, może z przyczyny niewielkiej ilości stosownego materiału sekcyjnego, gdyż tylko kilka razy miałem możność obserwować zagojone ogniska gruźlicze w płucach i właśnie w tych wypadkach starannie szukałem owego sztucznego „stawu“.

We wszystkich badanych wypadkach staw I żebra, resp. jego chrząstki z obu stron, był prawie jednakowy; zdarzające się niekiedy różnice były bardzo nieznaczne i dla tego nie będę mówił o każdej z obu chrząstek oddzielnie.

Stan I żebra:

- 1) znaczne skrócenie chrząstki bez jej skostnienia (2,0—2,5 ctm. długości
 - 2) nieznaczne skrócenie chrząstki (2,5—3,0 ctm.) bez skostnienia
 - 3) skrócenie chrząstki, jako skutek (obwodowego) jej skostnienia
 - 4) zrośnięcie chrząstki z obojczykiem przy jednoczesnem jej skostnieniu
- (na 40 osób)

Suchotnicy		nie-suchotnicy	
40 l.	40 l.	40 l.	40 l.
7	7	7	7
5	—	1	—
6	—	3	—
3	u wielu osób	—	u wielu osób
2	3	—	1
16		4	(na 26 osób)

Powyższa tablica wskazuje nam jak często wyliczone (w liczbie 4) „anomalie“ chrząstek obu I żeber zdarzają się u suchotników i nie-suchotników, zależnie od ich wieku. Przytem, stosownie do tego co powiedziano już wyżej o kostnieniu fizyologicznem chrząstki I żebra u ludzi „starszych“ nie wypełniłem rubryk, przeznaczonych dla osób „starszych“, uważałem bowiem że owo kostnienie stoi tutaj w związku nie tyle z procesem chorobowym w płucach (gruźlica, rozedma) ile zależne jest od wieku danego osobnika. Na 40 suchotników „młodych“ anomalie na chrząstce obu I żeber spotkałem ogółem 16 razy, co stanowi 40%, lecz pewna część (6, czyli 15%) wypadła „na nieznaczne skrócenie chrząstki I żebra“, które zamiast normalnej długości 3,6—4 ctm. wynosiła 2,5—3 ctm., a tylko u 5 osób zmarłych na gruźlicę płuc (10%) było znaczne skrócenie chrząstki, której długość wynosiła zaledwie 2—2,5 ctm. Skrócenie chrząstki jako skutek jej skostnienia (obwodowego) przy jednoczesnem zrośnięciu jej z obojczykiem i bez tego ostatniego było razem u 5 osób (10%).

Na 26 osób nie-gruźliczych tylko 4 osoby (15%) miały „anomalie“ na I chrząstce żebrowej i przytem tylko u jednej z nich było znaczne skrócenie tej chrząstki, której długość wynosiła zaledwie 2,4 ctm. Porównawszy więc wyniki badań u obu kategorii osób, widzimy, że u suchotników „anomalie“ chrząstki obu I żeber stanowią (40%), u nie-suchotników 15%, czyli zdarzają się prawie 3 razy rzadziej, lecz przytem należy zwrócić uwagę, że nawet i znaczne skrócenie chrząstki nie jest absolutnym dowodem wrodzonego usposobienia do gruźlicy, na co zgadza się i sam FREUND, gdyż w swojej statystyce, obejmującej 96 osób badanych na sekeyach, u 5 osób było znaczne skrócenie I chrząstki bez gruźlicy w płucach (w naszych badaniach zdarzyło się to tylko 1 raz).

Teoria FREUND'a, przyjmując „anomalie“ w rozwoju górnej części klatki piersiowej resp. chrząstki I żebra, ja-

ko czynnik usposabiający do rozwoju suchot płucnych, który ma jednocześnie świadczyć o wrodzonym usposobieniu danego osobnika do tej choroby, dotyczy jedynie gruźlicy płuc i zupełnie nie obejmuje wszystkich innych form gruźlicy, jak gruczołów, kości, opon mózgowych itp. które zdarzają się tak często i w powstawaniu których dziedziczność czyli usposobienie wrodzone odgrywa tak ważną rolę.

Oprócz tego stwierdzenie samych „anomalii“ na I chrząstce żebrowej za pomocą promieni ROENTGEN'a za życia danego osobnika należy w praktyce do rzeczy dosyć kłopotliwych, poniekąd nawet trudnych i dla ogółu lekarskiego niedostępnych i, o ile mi się zdarzyło zauważyć, niekiedy bywa wprost niemożliwą, mianowicie, gdy obojczyk (co kilkakrotnie już widziałem) bywa tak położony, że zupełnie pokrywa sobą przedni koniec I żebra.

Mając to wszystko na względzie należy znacznie wyżej postawić „teoryę“ E. ZIELIŃSKIEGO, która jest wolna od wielu z powyższych zarzutów.

Teorya E. ZIELIŃSKIEGO może mieć dla nas dwojakie znaczenie: 1) teoretyczne (czyli czysto naukowe), mające na celu rozwiązać, niezupełnie dotychczas jasną, a nader ważną kwestyę, o ile często i w jaki mianowicie sposób dziedziczność w gruźlicy może być przekazywaną potomstwu; 2) praktyczne znaczenie może polegać na tem, że po stosownem zbadaniu fizycznej budowy pewnej grupy osób „zdrowych“ mamy możność wskazać, które z nich, na zasadzie swej wadliwej organizacyi fizycznej (objawów degeneracyi) jako obdarzone specyjalnem (wrodzonym) usposobieniem do gruźlicy, mogą łatwo w przyszłości uleść tej chorobie. Profilaktyka, nakazuje nam osoby tej ostatniej kategorii postawić, o ile możności, w takie warunki życiowe, któreby nie mogły sprzyjać rozwojowi gruźlicy.

W końcu uważam za swój obowiązek wyrazić podziękowanie Szanownemu Doktorowi DUNINOWI za zachętę do wykonania tej pracy, koledze RZĘTKOWSKIEMU za podjęte trudy przy układaniu „szematu“ i koledze ŚWIĘTOCHOWSKIEMU za pomoc przy wykonywaniu zdjęć fotograficznych.

LITERATURA.

1. ZIELIŃSKI E. O zboczeniach w budowie ciała suchotników. *Gazeta Lekarska* Nr. 45. r. 1900.
 2. DUNIN. Walka z gruźlicą. *Odczyty kliniczne*. 1900.
 3. OLECHNOWICZ W. Przyczynek do charakterystyki antropologicznej ludności gub. Lubelskiej. *Wiśła* T. VI, 1892; T. VII, 1893.
 4. KRZYWICKI L. Ludy. *Zarys antropologii*.
 5. TYLOR E. *Antropologia*.
 6. LOMBROSO. Człowiek-zbrodniarz.
 7. LAUBI O. Die körperlichen Degenerationszeichen bei Geisteskranken.
 8. FÉRÉ Ch. La famille névropathique. Théorie teratologique de l'hérédité et de la prédisposition morbide et de la dégénérescence.
 9. LUBARSCH und OSTERTAG. *Ergebnisse der allgemeinen Aetiologie der Menschen und Tierkrankheiten*,
 10. CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. *Traité de médecine*.
 11. HÉRARD, CORNIL, HANOT. *La phtisie pulmonaire*.
 12. SCHMORL. *Deuts. medicin. Wochensch.* Nr. 49, 1901.
 13. ARLOING et COURMONT. De l'agglutination du bacille de Koch. *Zeitschr. f. Tuberculose*. T. I, 1902.
 14. BECK. Ueber die diagnostische Bedeutung des Kochischen Tuberculin. *Deuts. med. Woch.* 1899.
 15. ROMBERG. Zur serum diagnost. der Tuberc. *Deuts. med. Woch.* Nr. 18 i 19. 1901.
 16. STRAUS. *La tuberculose et son bacille*.
 17. CORNET. *Die Tuberculose*.
 18. FREUND. Thorax. Anomalien als Praedisposition zu Lungen—Phtisie und Emphysema. *Berl. klin. Woch. N.* 1, 2, 1902.
 19. RIBBERT. *Deuts. med. Woch. N.* 17, 1902.
 20. LAENNEC. *Traité de l'auscultation médicale*.
 21. SCHROETTER. *Die Tuberculose*. 1898.
 22. COHNHEIM. *Die Tuberculose als Infektionskrankheit*, przekład rosyjski z roku 1880.
-

O W Y C I N A N I U P Ł U C

(„*de pneumectomia*“)

Skreślił

Fr. Kijewski

Ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

(Dalszy ciąg).

Przytoczone powyżej badania przedstawiają nam szereg zmian, zachodzących w płucach po wycięciu ich częściowem i nałożeniu szwu, w razie gdy nastąpiło zagojenie przez rychłozrost, po podwiązaniu zraza za pomocą ligatury jedwabnej, a także po obcięciu części płuca za pomocą żegadła PAQUELIN'a.

Po wszystkich tego rodzaju zabiegach badanie drobnowidzowe uszkodzonego płuca w pierwszych okresach pooperacyjnych jest utrudnione skutkiem znacznego wynaczynienia tak do pęcherzyków jak i do beleczek.

Przy sprzyjających warunkach, a głównie przy zachowaniu wszelkich praw aseptyki, rychłozrost ran płuc w zupełności się udaje; następuje on na tych samych prawach, co i w innych tkankach. Przecięte powierzchnie, zeszyte szwem jedwabnym, połączone są za pomocą wysięku włóknikowego, pośród którego znajdujemy leukocyty i krążki krwi. Już po upływie 7 dni w masie tej spostrzegamy

młode komórki tkanki łącznej, włókienka których przechodzą na stronę przeciwną i tworzą rodzaj sieci.

Część nabłonków pomiędzy brzegami rany ginie, ulegając nekrozie. W najbliższym sąsiedztwie rany do pęcherzyków następuje płynny wysięk ze znacznem złuszczeniem nabłonków, a także i wynaczynienia.

Naokoło szwów miejscami spotykamy drobne okrągłe komórki, które niekiedy przenikają w głąb pomiędzy oddzielne włókienka ligatury.

W miejscach więcej oddalonych od rany pęcherzyki ulegają rozciągnięciu, przegródki wtedy są cienkie, nabłonki płaskie.

W ciągu pierwszych dni cała powierzchnia szwu pokryta jest przeświecającym włóknikowym nalotem.

Podwiązanie części zraza płuca za pomocą ligatury jedwabnej wywiera dosyć ujemny wpływ na samą tkankę płucną. Poniżej przewiązki w pozostałej części płuca na znacznej przestrzeni następuje wysięk do pęcherzyków i wynaczynienia. W ciągu pierwszych dni, jak to niejednokrotnie stwierdziłem, zwierzę zupełnie nie oddycha tym zrazem; zwolna wysięk ulega wessaniu i część ta płuca ponownie służy do wymiany gazów. Utrata jednak tkanki płucnej jest dosyć znaczna. Cała przestrzeń pomiędzy przewiązkami już po upływie kilkunastu dni przedstawia się pod postacią tkanki łącznej, która niekiedy w postaci języków wciska się w samą tkankę płucną.

Ligatura otoczona jest przez tkankę łączną. Ponad ligaturą część przewiązana płuca ulega zmartwieniu, i w większości przypadków znajdujemy bliźnę łączno-tkanową. W bliźnie naokoło ligatury i w bliźnowatych smugach w płucu spotykamy ogniska zwapniałe, a niekiedy ropnie. Naokoło samej ligatury i owych ognisk znaleźć można komórki olbrzymie.

Znacznie mniejsza utrata tkanki płucnej następowała po zastosowaniu żegadła PAQUELIN'a i te ostatnie doświadczenia głównie posłużyły mi do wyświeetlenia zmian, powstających w płucu uszkodzonym.

Wszystkie zachodzące tu zmiany można rozdzielić na dwie części. Do pierwszej należą zmiany, spowodowane bezpośrednio przez uraz — przypalenie lub przewiązanie, a zatem: zgorzel części płuca, wynaczynienia obfite, złuszczenie nabłonka i znaczny wysięk do pęcherzyków; do drugiego zaś działu zaliczyć należy zmiany, powstające dla wyrównania strat poniesionych przez uraz; należą tu rozrastanie się młodej tkanki łącznej i komórek nabłonkowych, powstawanie i funkcyja komórek olbrzymich, słowem wszystko, odnoszące się do spraw regeneracyjnych.

W pierwszych okresach po uszkodzeniu płuca przeważają naturalnie zmiany, zależne od samego uszkodzenia. Jeżeli rzucimy okiem na szereg preparatów otrzymanych z tych zwierząt, u których po obcięciu płuca całą powierzchnię krwawiącą przypalałem żegadłem PAQUELIN'a, to z łatwością spostrzeżemy, że powierzchowne warstwy najwięcej ucierpiały; przedstawiają się one pod postacią mas gruboziarnistych, bezkształtnych,—dalej idzie pas, gdzie budowa płuca jako-tako zachowana, przedstawia rodzaj sieci, utworzonej przez pozostałe resztki beleczek w postaci włóknistych pasemek;—za tym pasem idzie tkanka płucna mniej zmieniona, lecz pęcherzyki której wypełnione są nabłonkiem złuszczonym, lub też wysiękiem płynnym,—najwięcej zaś oddalone warstwy przedstawiają najmniejsze zmiany, ograniczające się albo do niewielkiej ilości wysięku lub też do rozszerzenia oddzielnych pęcherzyków.

Przy rozpatrywaniu szczegółowem rzucają się w oczy oprócz strupa zgorzeliowego z n a c z n e w y n a c z y n i e n i a, do pęcherzyków i pomiędzy beleczki, które to wynaczynienia głównie powstają w najbliższem sąsiedztwie miejsca przypalonego. Pęcherzyki są literalnie wypełnione krążkami krwi. Posuwając się w głąb tkanki od miejsca uszkodzenia, spotykamy wynaczynienia rzadziej, a na miejscu ich występują na pierwszy plan z m i a n y w y b i t n e w n a b ł o n k u, wyściełającym pęcherzyki i przewody oddechowe; komórki nabłonkowe nabrzmiewają, mętnieją i z wielką łatwością złuszcza się. Niekiedy z ł u s z c z e n i e n a b ł o n k a

jest tak obfite, że wypełnia on niemal całkowicie pęcherzyki, lecz to tylko w pobliżu miejsca przypalenia. Oprócz tego w tychże komórkach złuszczonych spotykamy figury kariokinetyczne, co dowodzi, że złuszczenie nabłonka, jak i proces kariokinetyczny odbywają się nader szybko.

Równocześnie ze złuszczeniem nabłonków spotykamy się z obfitym płynnym wysiękiem do pęcherzyków. Jeżeli w najbliższym sąsiedztwie miejsca przypalonego biorą przewagę złuszczenia nabłonka, to w tkance płucnej więcej zbliżonej do normalnej następuje wysięk płynny do pęcherzyków, a komórki nabłonkowe złuszczone swobodnie w nim pływają. Wysięk ten obfituje wę włóknik, który przedstawia się pod postacią cienkowłóknistej delikatnej siatki.

Na baczniejszą uwagę zasługuje szybkie mnożenie się nabłonka, o czym świadczy obecność licznych figur kariomitozy. W tkance zatem pod wpływem jej zniszczenia powstaje impuls do wyrównania utraconych elementów, i pierwszym tego objawem jest nadmiernie wzmożone rozrzedzenie się komórek, wyściełających najbliższe drogi oddechowe.

Taki stan, jak wyżej opisany, jednak długo nie trwa; już po upływie 4 dni cały strup po przypaleniu okryty jest włóknikiem, wysięk płynny i krew w pęcherzykach ulegają stopniowemu wessaniu; na powierzchni przypalonej w warstwie włóknika spotykamy tu i owdzie młode komórki tkanki łącznej, również z licznymi kariokinezami; komórki te rozwijają się stopniowo naokoło całego strupa,—jest to reakcja ze strony organizmu, skierowana ku oswobodzeniu ustroju od zmartwiałej części.

Po 4 dniach znajdujemy wysięku płynnego znacznie mniej, komórki zaś złuszczone mają protoplazmę ziarnistą—jądra ich tracą wyraźne swoje granice i źle się barwią, a po 6 dniach już w głębszych warstwach płuca operowanego zupełnie nie spotykamy się z wysiękiem płynnym, miejscami tylko znajdujemy złuszczone nabłonki,

a bliżej powierzchni przypalonej oprócz tego krążki krwi i rozpad drobnoziarnisty.

Strup powstały skutkiem przypalenia wtedy nie przedstawia jednolitej masy, rozbity on jest na części i otoczony ze wszech stron przez komórki młodej tkanki łącznej. Komórki te już to owalne, już okrągłe, lub wrzecionowate, a nawet gwiazdkowate bezpośrednio przylegają do miejsc zgorzeliowych i dosłownie oblepiają je; posiadają one protoplazmę słabo ziarnistą, jądra o wyraźnych konturach z dobrze oznaczoną siatką chromatyny. Wzrost tej młodej tkanki idzie szybko na drodze kariomitozy. Pośród tych przylegających komórek spotykamy niektóre o protoplazmie więcej ziarnistej, mocniej się barwiącej, z jądrem silniej zabarwionem, z większą ilością chromatyny, a równocześnie obok tak zmienionych komórek tkanki łącznej spotykamy także komórki, znacznie większych rozmiarów o 2—3 lub więcej jądrach. Komórki te wszystkie leżą przy nekrotycznej części, i ze względu tak na swoje rozmiary, jak i ilość jąder zasługują na miano komórek olbrzymich.

Po upływie zatem 6 dni już naokoło części uległych największym zmianom skutkiem przypalenia, części obumarłych spotykamy stale komórki olbrzymie, nieliczne jeszcze wprawdzie, ale wyraźnie się zaznaczające. Komórki te zjawiają się pośród młodych komórek ziarninowych; nigdzie żadnej łączności ich z śródbłonkiem naczyń nie wykryłem, zjawiają się one pośród młodej tkanki łącznej, część komórek której, jak to wyżej widzieliśmy, zmienia swoje cechy, a obok takich zmienionych komórek o jednym jądrze, spotykamy komórki z takąż protoplazmą i takimiż mocno zabarwionymi jądrami, znacznie większych rozmiarów o kilku jądрах.

Jeżeli po upływie 6 dni zaczynają się tylko pokazywać komórki olbrzymie i to tak nieliczne, że możnaby je przyjąć za przypadkowe zjawisko, to po 8 lub 9 dniach to przypuszczenie upada, gdyż komórek tych zjawia się nader wielka ilość naokoło strzępów nekrotycznych. Młoda tkan-

ka łączna rozбивa strup na części, które są otoczone przez komórki o ciemniejszej protoplazmie z jednym, lub kilkomajądrami. Komórki te niekiedy nader szczelnie przylegają do siebie i na pierwszy rzut oka możnaby je przyjąć za jedno ciało, lecz staranniejsze badanie zawsze wykrywa granice takich oddzielnych komórek. Na zasadzie tych obrazów może powstać przypuszczenie, czy olbrzymie komórki w całym znaczeniu tego wyrazu, nie powstają przez zlewanie się sąsiednich mniejszych komórek. We wcześniejszym okresie widzieliśmy, że protoplazma komórek olbrzymich i jądra barwią się ciemniej, aniżeli w otaczających komórkach tkauki łącznej, po upływie zaś 9 dni granice i budowa jąder komórek olbrzymich występują wyraźnie, a protoplazma jest jaśniejszą.

Jądra komórek olbrzymich są już to owalne, już okrągłe lub jajowate, spotkać można niekiedy jądro z jednym końcem nader wydłużonym, niekiedy zaś dwa jądra przylegają do siebie tak szczelnie, że robią wrażenie jednego rozdzielonego za pomocą podziałki na 2 części. Wogóle zaznaczyć należy, że w tym okresie jądra komórek olbrzymich niczem się nie różnią od jąder komórek młodej tkanki łącznej. Komórki wielkie z protoplazmą gruboziarnistą, mocno barwiącą się, o jednym jądrze, zjawiają się całymi grupami, pośród tych komórek jednojądrowych spotykamy figury kariokinetyczne. Niekiedy komórki, przylegające do ciała obcego, otaczają je zupełnie i powstaje wtedy jedna olbrzymia masa protoplazmatyczna, a pośród niej części tkanki nekrotycznej; w masie tej jednak granice oddzielnych komórek dają się rozróżnić.

Tworzenie się takich monstrualnych ciał znacznie wybitniej występuje po upływie 15 dni; spotykamy wtedy prawdziwe komórki olbrzymie, które pochłonięły ciała obce, oraz konglomeraty komórek olbrzymich, otaczające nekrotyczne części tkanki; w tych konglomeratach niekiedy można rozróżnić granice pomiędzy oddzielnymi komórkami, niekiedy zaś zupełnie się one zacierają i w jednej połowie na przykład komórki wykryć się dają rysa, świadcząca o ist-

nieniu rozdziału, a następnie ginie ona i mamy jednolitą protoplazmę w pozostałej części komórki.

Na preparatach tych widać doskonale, że komórki olbrzymie powstają wszędzie naokoło tkanek zniszczonych, które obecnością swoją przeszkadzają prawidłowemu biegowi sprawy gojenia się; a zatem spotykamy je nie tylko naokoło części nekrotycznych zupełnie zmienionych, ale nawet naokoło beleczek, a właściwie resztek tych beleczek pęcherzyków, w których zupełnie nie rozróżniamy budowy, a które przedstawiają się pod postacią sieci o wielkich okach.

Komórki olbrzymie mają w tym okresie wielkość rozmaitą, niekiedy spotykamy je stosunkowo małe, 3—4 razy większe od zwykłych otaczających je komórek tkanki łącznej, niekiedy zaś ciało komórki olbrzymiej jest tak wielkie, że dziesiątki razy lub więcej przenosi wielkość komórek granulacyjnych. Liczba jąder bynajmniej nie odpowiada wielkości tworów, niekiedy w mniejszych komórkach znajdujemy mnóstwo jąder, niekiedy zaś w olbrzymiej może być ich niezbyt wiele.

Rys. 6 przedstawia nam taką komórkę olbrzymią, przylegającą do zmienionych beleczek pęcherzyków i wypełniającą sobą całkowicie mocno rozdęty pęcherzyk. Wybornie widać budowę komórki,—rusztowanie jej stanowi delikatna siatka, oka której są wypełnione masą ziarnistą. Jądra tej komórki olbrzymiej są niezbyt wielkie, wyraźne, z budową dobrze oznaczoną, lecz liczba ich niewielka, nie leżą one też równomiernie w całym ciełe, lecz zbierają się w jednym lub kilku miejscach kępami; w miejscu tem, gdzie znajdują się jądra, protoplazma jest więcej zbita, i tu siatki rozróżnić nie można. Podziałek na ciełe komórki niema; jest to jednolita masa z budową siatkowatą, więcej wyraźną w miejscach pozbawionych jąder.

W okresie tym 15 dniowym od czasu obcięcia i przypalenia płuca znajdujemy w ogóle ciekawe zjawiska dotyczące samych komórek olbrzymich. Występują one, jak już zaznaczyłem, przeważnie gromadnie, rzadziej zaś poje-

dynczo, a zawsze bezpośrednio naokoło nekrotycznej tkanki, albo też w pobliżu niej. W jednym z jąder takich komórek olbrzymich udało mi się wykryć figurę kariokinetyczną (rys. 4), w innej znów (po 9 dniach rys. 3) widziałem odsznurowanie części jądra. Fakty teniezmernie ważne, gdyż pozwalają nam one wnioskować, że wzrost komórek olbrzymich odbywać się może za pomocą prostego podziału jąder lub też na drodze mitozy.

Na tychże samych preparatach spotkałem twór, który mi daje wiele do myślenia i który jest dla mnie zagadkowy. Jest to konglomerat komórek zupełnie podobnych do granulacyjnych o jednym, lub 2 jądrach; komórki te tak ściśle przylegają do siebie, że tylko bardzo szczegółowe badanie może wykazać przedziały pomiędzy oddzielnymi komórkami; konglomerat ten na pierwszy rzut oka może robić wrażenie komórki olbrzymiej i za taką może być przyjmowany. Naokoło tego konglomeratu rozróżnić też można coś w rodzaju oddzielnej osłonki i to go wyosabnia (rys. 3 i 4).

Może to być regenerujący się gruczoł śluzowy, przylegający do oskrzela; w takim razie musielibyśmy spotkać gdzieś w pobliżu oskrzele, lecz ani na tym, ani też na całym szeregu innych preparatów ani oskrzeli większych, ani też takich gruczołów regenerujących się nie spotykałem.

Dałem w komórkach olbrzymich znajdowałem *vacuolae* o równych gładkich ścianach; *vacuolae* te występują nierównomiernie, spotykamy je 2–3, a niekiedy więcej w jednej komórce, są one rozmaitej wielkości. Wakuolizacja taka zależy od nieprawidłowego stwardnienia preparatu od nienormalnego ścinania się protoplazmy, albo też jest, wyrazem zmian wstecznych, zachodzących w samym ciele komórki, zmian świadczących o pewnych sprawach patologicznych które mogą być zapowiedzią rychłej śmierci komórki. Jeżeliby *vacuolae* powstawały skutkiem nieprawidłowej kondensacji protoplazmy pod wpływem odczynników ścinających protoplazmę, to nie widzielibyśmy, takiej gładkości ścian, takiej prawidłowości w figurach

które robią wrażenie, że przestrzenie te były wypełnione płynem, na szeregu preparatów spotykałibyśmy szczeliny lub gwiazdowate figury. Skłonniejszy raczej jestem do przyjęcia tych wakuol za wyraz zmian wstecznych. Do tego przypuszczenia upoważniają mnie dalsze badania, a mianowicie ta okoliczność, że dotąd nie spotykałem wakuolizacji w młodych komórkach olbrzymich, w końcowych zaś okresach jej życia występowała ona niemal stale.

Po upływie 20 dni od czasu przypalenia PAQUELIN'em nie znajdujemy już strupa zgorzelinowego, jak to widzieliśmy we wcześniejszych okresach, na miejscu rany jest już wytworzona blizna, w głębi której spotykamy resztki tylko zniszczonej tkanki. Resztki te są pochłonięte przez komórki olbrzymie, w większości w ten sposób, że w ciele komórki znajduje się ciało obce, mieszające się z protoplazmą komórki, jednak różniące się żółtawem zabarwieniem i odsuwające jądra ku obwodowi; rzadziej daleko nekrotyczny strzępek jest otoczony przez konglomeraty komórek olbrzymich. Komórki z pochłoniętymi ciałami obcymi w tym okresie są rozmaitej wielkości, znajdujemy wielkie o licznych jądrach, ale też i zupełnie małe o jednym jądrze, a zawsze tak wielkie jak i małe zawierają resztki ciała obcego.

Po 24 dniach cechy komórek olbrzymich spotykanych w świeżo wytworzonej bliznie znacznie się zmieniają. Komórki te w większości już nie przedstawiają owych olbrzymich cielsk, jak to widzieliśmy w okresach wcześniejszych, kiedy komórki usiłowały otoczyć ciało obce, części nekrotyczne po 24 dniach zostały już pochłonięte przez komórki olbrzymie, protoplazma których wciska się pomiędzy ziarniste części ciała obcego, miesza się z niem, a skutkiem tego cała komórka nabiera żółtawego zabarwienia. Obok tych tworów, zasługujących jeszcze tak ze względu na swoją wielkość jak i charakter na miano komórek olbrzymich, spotykamy coraz częściej kępy komórek małych o jednym

lub 2 jądrach, rzadko więcej, w których to komórkach zawsze jest resztką ciała obcego. Jeżeli będziemy uważnie rozpatrywali takie preparaty, to spostrzeżemy miejsca, w których drobne komórki z ciałami obcymi trzymają się razem za pomocą mostków lub też oddzielają się od większych, z którymi połączone są za pomocą nici lub odprysków [rys. 7]. Obok tych komórek, zachowujących jeszcze cechy komórek olbrzymich, spotykamy komórki z małą ilością protoplazmy i jednym jądrem, odsuniętem ku obwodowi przez pochłonięte ciało obce, na pierwszy plan w tych razach występuje ciało obce.

Na tychże preparatach znajdujemy miejsca w bliznie, gdzie niema już zupełnie komórek olbrzymich, a tylko komórki łączno-tkankowe, pomiędzy którymi spotykamy resztki nieznaczne części nekrotycznych w postaci bezkształtnych drobnych ziarnistych osadów.

Po upływie 28 dni znajdujemy w bliznie naokoło resztek ciał obcych komórki olbrzymie, ale te przedstawiają jeszcze wybitniejsze różnice. W pozornie jednolitej protoplazmie komórki olbrzymiej spostrzegamy rysy dzielące całą komórkę na części, w których ciała obce zupełnie się mieszają z protoplazmą. Części te odrywają się od macierzystego ciała komórki olbrzymiej i pozostają z tem w łączności za pomocą nici lub mostków, stąd też granica takich komórek nie przedstawia linii równej, gładkiej, lecz jest ząbiona z wypustkami, a komórki same robią wrażenie strzępów. Komórki te odrywające się, a nawet oderwane mało mają cech, świadczących o ich pochodzeniu, obecność tylko w nich ciała obcego i łączność jeszcze zachowana z komórką olbrzymią wskazują na ich genezę i funkcję. Na tychże preparatach podobnie jak poprzednio znajdujemy bliznę o budowie jednolitej bez śladu komórek olbrzymich, pomiędzy więc komórkami łącznotkankowymi odróżnić można żółte lub ciemnobronzowe ziarenka, są to resztki tkanki zmortyfikowanej, resztki te nie mogły być już przetrawione przez komórki olbrzymie i jako zupełnie nieszkodliwe pozostają pomiędzy komórkami tkanki łącznej.

W późniejszych okresach jeszcze mniej spotykamy komórek olbrzymich w bliźnie, ale też jednocześnie bardzo mało nekrotycznych części. W rzadkich przypadkach komórki te wtedy przedstawiają się jako jednolite masy protoplazmatyczne, a są to raczej poodrywane części ich, w których pod postacią brunatnych lub żółtawych gruboziarnistych mas rozróżniamy ciała obce.

Jeżeli będziemy rozpatrywali preparaty z płuc, które były przewiązane ligaturą, to z łatwością zauważymy, że w okresach późniejszych, np. po upływie 35 dni, w bliźnie powstają komórki olbrzymie nie tylko naokoło ligatury, ale także naokoło ognisk zropiałych, lub zwapniałych. Na tych preparatach komórki olbrzymie przedstawiają się w 3 formach—pod postacią wielkich mas protoplazmatycznych jednolitych, pod postacią konglomeratów komórek olbrzymich, w których można wykazać jeszcze podziały, i nakoniec jako rozpadające się wielkie twory protoplazmatyczne na mniejsze, w każdej jednak z tych małych części, o 1 lub 2 jądrach, pozostaje jeszcze resztką ciała obcego.

Komórki olbrzymie naokoło ligatury jedwabnej spotykałem stosunkowo rzadziej i w niewielkiej ilości; znacznie więcej występują one naokoło złogów wapiennych lub ognisk zropiałych. Weiskają się one pomiędzy oddzielne włókienka ligatury i otaczają je, skutkiem czego włókienko niekiedy leży jakby w pochwie.

Obrazy takie spotykałem na preparatach po upływie nawet 9 miesięcy. W tych tak różnych okresach komórki olbrzymie, otaczające ligatury, mają wygląd zupełnie zdrowych komórek, z ziarnistą protoplazmą. Trudno jednak określić, jak dawno one powstały.

Po upływie roku w płucach zwierząt w bliźnie, w moich doświadczeniach nie spotykałem komórek olbrzymich.

Badania zatem moje stwierdzają ten fakt, że w płucach w pobliżu nekrotycznych części, ligatur, złogów wapiennych, ognisk ropnych występują komórki olbrzymie, najjaskrawiej jednak naokoło obumarłych tkanek i w miarę

ustępowania tych części, obcych dla tkanek otaczających, i komórki olbrzymie giną.

Ciała obce, zjawiające się już to przypadkowo w ustroju, już to jako następstwo spraw patologicznych, albo są przetrawione przez sam organizm i ulegają wessaniu, albo też przy znacznej odporności zostają otoczone przez tkankę łączną i otorbiają się. Nim jednak nastąpi otorbienie takiego ciała obcego, organizm zawsze robi wysiłki do usunięcia go, gdyż przeszkadza ono prawidłowemu przebiegowi gojenia, i w tym też celu powstają komórki olbrzymie.

Pod wpływem nekrotycznych części w uszkodzonym płucu wytwarzają się w nadmiernej ilości komórki olbrzymie naokoło tych martwych tkanek, otaczają je, same szybko się wzmagają, wchłaniają w siebie te ciała obce i przetrawiają je. Sprawa cała, jak widzieliśmy, odbywa się szybko. Ciała obce pod wpływem trawiennym protoplazmy komórek olbrzymich znacznie się zmieniają, wielkie ciała rozpadają się na małe części, już w zupełności niepodobne do tych, jakie spotykaliśmy bezpośrednio po przypaleniu rany. Małe te cząstki brunatne lub żółtawe pozostają nadal w komórkach olbrzymich, równomiernie niemal po całej ich protoplazmie.

Jednocześnie w samej komórce olbrzymiej, spostrzegamy zmiany świadczące o jej chorobowym stanie, powstają *vacuolae*. W takich komórkach nie spotykałem już ani podziału jąder, ani kariomitozy, komórki te więcej się nie wzmagają, przeciwnie zauważyć można było oderwanie się pewnych części ciała komórek, które jednak utrzymywały się jeszcze w łączności za pomocą wypustek.

Oderwanie się oddzielnych części może być uważane jako rozpadanie się konglomeratów komórek ściśle przylegających do siebie, albo też oderwane części stanowią fragmenty wielkich jednolitych ciał protoplazmatycznych. To ostatnie przypuszczenie znajduje potwierdzenie w tej

okoliczności, że fragmenty owe znajdują się tuż przy olbrzymich masach protoplazmatycznych, że łączą się z niemi za pomocą wypustek i nitek, że brzegi ich niekiedy są nierówne, postrzępione, oraz że spotkać można formy wcześniejsze, kiedy jeszcze oddzielający się fragment znajduje się w ściślejszem połączeniu z macierzystą komórką. Rozpadanie się zatem komórek olbrzymich stanowi końcowy okres ich bytu, z jednej komórki otrzymujemy szereg, przeważnie o 1 jądrze. Każdy z fragmentów zawiera część ciała obcego, które następnie jako resztki nieulegające już dalej strawieniu, zostają wyrzucone po za obręb komórki. Ztąd też pomiędzy komórkami o jednym jądrze, niczem nie różniącemi się od otaczających komórek tkanki łącznej, spotykamy drobne żółte lub ciemno-brązowe ziarenka, jako nieszkodliwe resztki obcych ciał.

Komórki olbrzymie w tych przypadkach są to zatem *g r a b a r z e*, a raczej *n e k r o f a g i*, gdyż same przetrabiają w sobie to, co w danej chwili nie może być wchłonięte przez ustrój. Jest to armia pomocnicza, odgrywająca niepoślednią rolę, zjawia się ona szybko, gdyż jak w naszych doświadczeniach już 6 dnia widzimy pierwsze jej szeregi.

Komórka olbrzymia oddawna była przedmiotem dociekań licznych badaczy. Już w pierwszej połowie XIX stulecia widzieli ją w guzach Joh. MUELLER [1838]¹⁾ i LEBERTH [1845]²⁾. W roku 1849 opisał je w szpiku kostnym Ch. ROBIN, który też w następstwie nadał im nazwę *myeloplaxes*³⁾; w dalszym ciągu zaś prace BILLROTH'a, NÉLATON'a, WAGNER'a wykazały, że twory te spotkać można nie tylko w szpiku kostnym, ale i w innych tkankach. Odczasu pierwszych doniesień o komórce olbrzymiej aż do obecnej chwili nagromadziło się w literaturze odnośnej setki

1) MUELLER Joh. Ueber den feineren Bau der Geschwulste. Berlin 1838.

2) LEBERTH. Physiologie pathologique. T. II, p. 125. Paris, 1845.

3) ROBIN Ch. Journal de l'anatomie. 1864, N. 1.

prac, mających za zadanie wyświeetlenie istoty tych tworów, określenie ich genezy, życia, przeznaczenia itp.

Kwestya ta aż dotąd nie jest jeszcze wyczerpaną, ka-
żdemu z badaczy zdaje się, że już wypowiedział ostatnie
słowo, naraz zjawiają się nowe badania, i rzucają odmienne
światło na komórki olbrzymie. Najnowsze nawet prace
podejmowane w tym kierunku, jak na przykład DROBY¹⁾,
COHN'a²⁾, oparte bądź to na poszukiwaniach czysto histo-
logicznych, bądź też na doświadczeniach, wykazują różno-
rodne źródło powstawania tworów olbrzymich.

Początkowo zapatrywano się na komórki olbrzymie
jako na twory przypadkowe, dopiero, zawdzięczając pra-
com LANGHANS'a, a następnie SCHUEPPEL'a i innych, komór-
kę olbrzymią uznano jako niedłączną część sprawy gruz-
liczej. Badania te miały znaczenie, gdyż wpoily to przeko-
nanie, że gdzie występowały komórki olbrzymie, tam po-
dejrzowano lub widziano gruzlicę. W dalszym jednak cią-
gu szereg badań wykazał błędność tego poglądu.

Nazwę komórki olbrzymiej do literatury lekarskiej
wprowadził VIRCHOW³⁾, zapatrywania którego na te twory
aż do chwili obecnej nie straciły na swojej ważności.
Szegółowe badania wskazały, że komórki olbrzymie spot-
kać można nie tylko w tkankach patologicznych, ale także
i w fizyologicznych. Tak PEREMIEŻKO widział je w śle-
dzone zarodków byka i świni, SCHENK—w wątrobie za-
rodków psa i świni, KOŁACZEWSKI w szpiku kostnym u pło-
du⁴⁾, znajdowano je też w szpiku kostnym przy resorbacyi
kości, w łożysku i zatokach macicznych na miejscu łoży-
ska⁵⁾.

¹⁾ DROBY S. O tworach olbrzymich w tkankach gruzli-
czych. Kraków 1901.

²⁾ COHN St. Morfologia, genesis i znaczenie gigantycznych klie-
tok w tuberkuloznych bugorkach. Warszawa 1901.

³⁾ Virchow's Archiv.—Bd. 14, s. 46. Cellular. Path. 1871.
Geschwulste T. II.

⁴⁾ PAWŁOWSKIJ. Kostnomozgowyja opucholi i gigantyskija
klietki. St.-Petersburg, 1884, p. 17.

⁵⁾ KRAUSS. Beiträge zur Riesenzellenbildung im epithelia-
len Gewebe. Virchow's Archiv Bd. 95, p. 249, 1884.

Posiadamy bardzo liczne spostrzeżenia, świadczące o obecności komórek olbrzymich w różnorodnych sprawach patologicznych. Spotykano je w tkankach zajętych sprawą gruźliczą, wilkiem, leprą, słońowacizną, w nowotworach — rakach, mięsakach, — przy próchnieniu kości, przy sprawach syfilitycznych [BRODOWSKI ¹⁾], NEUMANN, UNNA, LANG, BERNHARDT ²⁾], przy *variola* [WEIGERT], przy *varicella* [UNNA], w kaszakach [RUGE, KRUECKMANN], w przyszczu wakcynalnym [Julian STEINHAUS ³⁾], w torbielach dermoidalnych [GOLDMANN ⁴⁾] w guzach endotelialnych [GLOCKNER ⁵⁾], w polipach usznych [C. MANASSE], w *challazion* [DEUTSCHMANN]. JANOWSKI Wł. ⁶⁾ widział je w pobliżu ognisk nekrotycznych w wątrobie, V. CORNIL i P. CARNOT ⁷⁾ zaś przy gojeniu się i wypełnianiu braków wątroby, FUERST ⁸⁾ badał powstawanie komórek olbrzymich w skórze pod wpływem ciepła i zimna; znajdujemy również szereg badań, wykazujących obecność tych tworów po wprowadzeniu ciała obcego do ustroju zwierzęcego. Jak

¹⁾ BRODOWSKI. Przyczynek do wyjaśnienia powstawania t. zw. komórek olbrzymich w wytworach chorobowych wogóle, oraz kilka słów z tego powodu o gruczołach. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1874, T. II, str. 63 — 93.

²⁾ BERNHARDT. Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o różnym syfilisie skóry. Gaz. Lek. 1901, N. 10, 11, 12.

³⁾ STEINHAUS Jul. Przyczynek do znajomości rozwoju przyszczu wakcynalnego. Gaz. Lek. 1898, N. 11, str. 274 — 281.

⁴⁾ GOLDMANN. Eine öelhaltige Dermoidcyste mit Riesenzellen. Ziegler's Beiträge zur pathol. Anatomie etc. 1890. Bd. 7. Hf. 4, p. 553.

⁵⁾ GLOCKNER Adolf. Ueber das Vorkommen von ein- und mehrkernigen Riesenzellen und Riesenzellen mit Riesenkernen in endothelialen Geschwulsten. Beiträge zur pathol. Anatomie etc. Ziegler's. 1899. Bd. 26. Hf. 1. p. 73 — 104.

⁶⁾ JANOWSKI. K uczeniu o patol. anatomii żołącznego cirroza pieczeni. 1893. Warszawa, str. 35.

⁷⁾ CORNIL V. i CARNOT P. De la cicatrization des plaies du foie. Semaine Médicale. N. 55. 1898, p. 441 — 444.

⁸⁾ FUERST Ernst. Ueber die Veränderung des Epithels durch leichte Wärme- und Kälteeinwirkungen beim Menschen und Säugethier. Zugleich ein Beitrag zur Theorie der Riesenzellen. Ziegler's Beiträge. Bd. 24. H. 3. 1898.

widzimy, szereg spraw patologicznych, przy których spotkać można komórki olbrzymie, jest nader rozległy i niezmiernie różnorodny. Nie będę zatrzymywał się nad kwestią, czy we wszystkich tych tak odmiennych procesach komórki olbrzymie są jednego i tego samego charakteru, czy rola ich jednakowa, czy źródło ich powstawania jest jedno i toż samo. Najwięcej nas interesują komórki olbrzymie, powstające naokoło ciał obcych, i na nich też cokolwiek dłużej zatrzymać się wypada.

Powstawanie komórek olbrzymich naokoło ciał obcych w żywym organizmie zwierzęcym znane jest od czasu doświadczeń HEIDENHAIN'a ¹⁾, który wprowadzał do jamy brzusznej świnkom morskim kawałki bzu i po upływie 3—4 tygodni, badając powstałe tą drogą guziki, znajdował stale w nich wielkie masy protoplazmatyczne, zawierające niekiedy po kilkadziesiąt jąder.

W tymże roku 1872 wyszła praca WALB'a ²⁾, który zastrzykiwał do rogówki karmin w płynie, po pewnym czasie badał zmiany w rogówce i znajdował komórki olbrzymie z ziarenkami karminu. ZIELONKO ³⁾ wprowadzał do worka limfatycznego żaby kawałki rozmaitych tkanek—wątroby, płuc, mięśni, osierdza, ścięgien, wygotowane kawałki jaja kurzego lub też świeżej pępowiny ludzkiej i stale widział naokoło tych tkanek powstawanie komórek olbrzymich.

ZIEGLER ⁴⁾ w ciągu 1874, 1875 i 1876 r ogłosił szereg kapitalnych prac poruszających kwestję owych mas proto-

¹⁾ HEIDENHAIN. Ueber die Verfettung Fremdkörper in der Peritonealhöhle lebender Thiere. Breslau. 1872.

²⁾ WALB. Ueber die traumatische Hornhautentzündung. Virchow's Archiv. Bd 56. 1872.

³⁾ ZIELONKO. Ueber die Entstehung und Proliferation von Epithelien und Endothelien. Centrbl. f. die medicin. Wissensch. 1873, N. 56.

⁴⁾ ZIEGLER. Experimentelle Erzeugng von Riesenzellen aus farblosen Blutkörperchen. Centrbl. f. m. Wissensch. 1874 N. 51 i N. 58.

plazmatycznych; umieszczał on psom w tkance łącznej podskórnej komorya szklane i zawsze w nich i naokoło nich znajdował komórki olbrzymie.

EWETZKI¹⁾ wprowadzał do przedniej komory oka szkiełka przykrywkowe i kawałeczki miki, przy badaniu mikroskopowem znajdował na nich komórki olbrzymie.

WEISS²⁾ naokoło bawełny i włosów umieszczonych pod skórą psów i gołębi, spostrzegał komórki olbrzymie.

SENFLEBEN³⁾ wstrzykiwał do rogówki karmin, a także wprowadzał do jamy brzusznej kawałki martwej rogówki, kawałki naczynia podwiązanego, podwiązywał naczynia, i zawsze we wszystkich przypadkach otrzymywał komórki olbrzymie.

BAUMGARTEN⁴⁾ znajdował komórki olbrzymie naokoło ligatur po podwiązaniu tętnic, a także naokoło ciał obcych, które przypadkowo podczas operacji dostały się do rany, jak włosy królików, włókienka waty itp.

TILMANNS⁵⁾ umieszczał w jamie brzusznej zwierząt kawałki tkanek rozmaitych narządów, stwardniałe w spirytusie; naokoło nich widział tworzenie się komórek olbrzymich.

Ueber die Herkunft der Tuberkel Elemente. Würzburg 1875. Untersuchungen ueber pathologische Bindegewebe—und Gefäss—neubildung. Würzburg 1876.

1) EWETZKI. Ueber. d. Endothel der Membrana Descemeti. Untersuch. aus d. path. Inst. zu Zürich 1875. H. III.

2) WEISS Ueber die Bildung und Bedeutung der Riesenzellen und ueber epithelartige Zellen, welche um Fremdkörper herum im Organismus sich bilden. Virchow's Archiv. Bd. 68. 1876.

3) SENFLEBEN. Ueber die Lehre von der Entzündung und den dabei auftretenden corpusculären Elementen. Virchow's Archiv. Bd. 72. 1878.

4) BAUMGARTEN. Ueber den Verschluss der Blutgefässe nach der Unterbindung. Virchow's Archiv. Bd. 77. 1879.

5) TILMANNS. Experimentelle und anatomische Untersuchungen ueber Wunden der Leber und Niere. Virchow's Archiv. Bd 78. 1879.

RUSTIZKY ¹⁾ otrzymywał komórki olbrzymie po wprowadzeniu kawałków szkła i kości do worka limfatycznego u żaby.

HAMILTON ²⁾ spostrzegał powstawanie tych tworów naokoło kawałków gąbki.

MARTIN ³⁾ wprowadzał do jamy brzusznej *lycopodium* i otrzymywał guziki, badanie których wykazało obecność komórek olbrzymich naokoło ziarenek *lycopodii*. Powstawanie komórek można było zauważyć po upływie 2–4 dni.

Em. MARCHAND ⁴⁾ robił doświadczenia na królikach, wprowadzał im pod skórę ligatury karbolizowane, kawałki gąbek, a także nakładał przewiązkę na *art. cariotis*; badanie mikroskopowe już rozpoczynał po upływie jednej doby i doprowadził je aż do 50 dni. Zawsze znajdował naokoło ciał obcych komórki olbrzymie.

F. MARCHAND ⁵⁾ po wprowadzeniu do organizmu zwierząt kawałków gąbek, płuc i bzu, naokoło tych ciał widział bardzo szybkie powstawanie komórek olbrzymich. Już po 4 dniach spotykał liczne te twory.

KAUFMANN ⁶⁾ wycinał kogutom kawałki z grzebieni i wszczepiał w skórę; po pewnym czasie w miejscach tych powstawał rodzaj torbieli, badanie mikroskopowe zaś wy-

¹⁾ RUSTIZKY. Untersuchungen über Knochenresorption und Riesenzellen. Virchow's Archiv. Bd. 59. 1879.

²⁾ HAMILTON. On sponge—grafting. Edinburgh Medical Journal. 1861, cyt. u MARCHANDA. Virch. Arch. 93, p. 520.

³⁾ MARTIN. Nouvelles recherches sur la tuberculose spontanée et expérimentale des sereuses. Archive de phis. normale et pathol. Paris vol. 8, ser. 2, p. 49—1881.

⁴⁾ MARCHAND Emil. Ueber die Bildungsweise der Riesenzellen um Fremdkörper und den Einfluss des Jodoforms hierauf. Virchow's Archiv. Bd. 93. 1883.

⁵⁾ MARCHAND F. Untersuchungen über die Einheilung von Fremdkörpern. Ziegler's Beiträge Bd. 4—1884.

⁶⁾ KAUFMANN. Ueber Enkatarrhaphie von Epitel. Virchow's Archiv. Bd. 97. 1884. p. 236.

kazywało obecność komórek olbrzymich naokoło wszczepionych tkanek.

LITTEN ¹⁾ zaś wprowadzał kawałki amyloidnej śledziony lub nerek do jamy brzusznej zwierząt i widział tworzenie się komórek olbrzymich naokoło tych tkanek.

PAWŁOWSKIJ ²⁾ powtarzał doświadczenia ZIEGLER'a, umieszczał królikom pod skórą, pod powięzią, a nawet i pośród mięśni kamerę szklaną, pomiędzy warstwami której była nitka jedwabna. Kamerę wyjmował z rany po upływie 18 godzin do 40 dni i badał zawartość na stoliku nagrzanym w 0,75% soli kuchennej. Zawsze w zawartości znajdował komórki olbrzymie.

OBRZUT ³⁾ wprowadzał do jamy brzusznej zdrowych królików kawałki płuca; po pewnym czasie badanie wykazało naokoło tych ciał obecność komórek olbrzymich, najwięcej 13 dnia.

RIBBERT ⁴⁾ wycinał kawałki gruczołów limfatycznych i na miejsce ich wkładał cząstki gąbek lub płuca stwardniałego; badanie mikroskopowe gruczołów po pewnym czasie wykazało obecność komórek olbrzymich naokoło wprowadzonych ciał.

ARNOLD ⁵⁾ wprowadzał kawałki bzu i sitowia do worka limfatycznego żaby i spostrzegał naokoło tych ciał powstawanie komórek olbrzymich.

¹⁾ LITTEN. Berliner klin. Wochenschr. 1885. 812—813.

²⁾ PAWŁOWSKIJ. Kostno-mozgowija opucholi i gigantskija klietki. 1884.

³⁾ OBRZUT O komórkach olbrzymich w naciekach zapalnych i niektórych nowotworach. Przegl. Lek. 1887. N. 26.

⁴⁾ RIBBERT. Ueber Regeneration und Entzündung der Lymphdrüsen. Ziegler's Beiträge Bd. VI. 1889.

⁵⁾ ARNOLD. Altes u. Neues über Wanderzellen, insbesondere deren Herkunft und Umwandlungen Virchow's Arch. Bd. 132. 1893.

Ueber die Geschieke der Leukocyten bei der Fremdkörperembolie. Virchow's Arch. Bd. 133. 1893.

MANASSE ¹⁾ robił doświadczenia na psach, wszczepiał kawałki skóry w ścięgna i badał po upływie pewnego czasu; naokoło zmartwiałego naskórka tworzyły się komórki olbrzymie.

HAMMERL ²⁾ po wprowadzeniu kawałków gąbek do worka limfatycznego i do jamy brzusznej żaby oraz trytonów spostrzegał powstawanie komórek olbrzymich.

Rudolf MEYER ³⁾ robił poszukiwania nad wpływem jodoformu na powstawanie komórek olbrzymich naokoło ciał obcych. Po wprowadzeniu pod skórę kawałków wyjąłowej gąbki 10 dnia spostrzegał wytworzone komórki olbrzymie.

Arth. BIRCH-HIRSCHFELD i S. GARTEN ⁴⁾ robili doświadczenia z przeszczepianiem tkanek embryonalnych królikom, kurom, salamandrze, żabie i kozie; w wielu przypadkach naokoło nekrotycznych ognisk na miejscu zaszczepienia powstawały komórki olbrzymie. Godną uwagi jest ta okoliczność, że, dopóki wzrost embryonalnych ognisk postępował naprzód, nigdy olbrzymich komórek nie było; zjawiały się one w niewielkiej liczbie w tych razach, jeżeli tkanka embryonalna ulegała nekrozie.

Oprócz tych danych, zdobytych na drodze doświadczalnej i wykazujących możliwość powstawania komórek olbrzymich naokoło rozmaitych ciał obcych [płuc, nerek, kości, kawałków szkła, gąbek, przewiązek itp.], umyślnie wprowadzonych do organizmu zwierzęcia, posiadamy liczne

¹⁾ MANASSE. Ueber Granulationsgeschwulste mit Fremdkörperriesenzellen. Virchow's Arch. Bd. 136. 1894.

²⁾ HAMMERL. Ueber die beim Kaltbluter in Fremdkörper einwandernden Zellformen und deren weitere Schicksale. Ziegler's Beiträge. Bd. XIX. 1896.

³⁾ MEYER Rudolf. Beiträge zur Frage der Riesenzellenbildung um Fremdkörper unter dem Einflusse des Jodoform. Archiv f. klin. Chirurgie 1897. p. 676—693.

⁴⁾ Arth. BIRCH-HIRSCHFELD u. S. GARTEN. Ueber das Verhalten implantirter embryonaler Zellen im erwachsenen Thierkörper. Ziegler's Beiträge. Bd. 26. 1899.

badania, świadczące o powstawaniu komórek olbrzymich w ustroju ludzkim wobec ciał obcych, wprowadzonych przypadkowo do ustroju lub też wytworzonych w samym ustroju, które zatem znajdują się w środowisku nieodpowiedniem, są obce dla otaczających je tkanek.

HANAU ¹⁾ spostrzegał przypadek, gdzie po przedziurawieniu żołądka przy guzie tegoż, części roślinne pokarmów dostawały się wraz z pozostałą zawartością żołądka do jamy otrzewnej, co spowodowało wytworzenie się guzików; badanie tych guzików wykazało, że naokoło resztek roślinnych znajdują się komórki olbrzymie.

BOHM ²⁾ znalazł komórki olbrzymie naokoło cząstek żelaza w skórze u chłopca, który przed 5 laty skaleczył się gwoździem w prawą rękę; w miejscu tem powstał guzik torbielowaty, badanie którego właśnie wykazało obecność cząstek żelaza i naokoło nich komórek olbrzymich.

Widziano również guziki powstałe na otrzewnej po operacyach wewnątrz jamy brzusznej,—przy oczyszczaniu jamy brzusznej wacikami lub gąbkami cząstki tychże odrywały się i powodowały tworzenie się guzików wraz z komórkami olbrzymiemi [v. RECKLINGHAUSEN ³⁾]. Znane jest również powstawanie komórek olbrzymich naokoło ligatur, używanych przy operacyach do podwiązki naczyń.

KRUECKMANN ⁴⁾ widział komórki olbrzymie naokoło katgutów po upływie 6 miesięcy. Spostrzegano również komórki olbrzymie naokoło pasorzytów zwierzęcych, a szczególnie ich produktów. Tak SCHROEDER i WESTPHALEN,

¹⁾ HANAU. Correspondenzbl. f. schweizer Aertze. Jahrg. 21.

²⁾ BOHM. Traumatiscbe Epithelcyste und Fremdkörper-Riesenzellen in der Haut. Virchow's Arch. Bd. 144. 1896.

³⁾ Cyt. u MANASSE. Ueber Granulationsgeschwulste mit Fremdkörperriesenzellen. Virchow's Arch. Bd. 136. 1894.

⁴⁾ KRUECKMANN. Ueber Fremdkörpertuberculose und Fremdkörperriesenzellen. Virchow's Arch. 1895. Supplementhefte zum 138 Bd.

WAGEMANN, DOLINA, FLEISCHBERG opisują powstawanie olbrzymich komórek wokół bąblowców oka.

STIEDA ¹⁾ podał przypadek bąblowca 4 komory, w którym przy badaniu tkanki otaczającej znalazł komórki olbrzymie.

ORTH ²⁾ wspomina o komórkach olbrzymich w wątrobie przy bąblowcu.

Skrzepy krwi i złogi barwnika mogą być bodźcem do tworzenia się komórek olbrzymich. KRUECKMANN podaje przypadek *pseudovaginitis chronica*, gdzie znajdował komórki olbrzymie naokoło pigmentu. Również w przypadku *sarcoma* gruczołu tarczowego tenże badacz widział komórki olbrzymie w pobliżu znacznych wynaczyń, a w niektórych z tych komórek znajdował złogi barwnika krwi.

Podobną rolę odgrywają kryształy cholestearyny. CRAMER i SCHULTZE ³⁾ opisali przypadek *pseudoglioma retinae*, gdzie w pobliżu *n. optici* w licznych guziczkach znaleźli komórki olbrzymie, zawierające cholestearynę.

Carl MEYER ⁴⁾ przy torbieli jajnika, w zawartości której była znaczna ilość cholestearyny, znalazł na *peritoneum* guziki; drobnowidzowe badanie ich wykazało obecność komórek olbrzymich naokoło kryształów cholestearyny.

MANASSE przy badaniu polipów usznych znalazł w komórkach olbrzymich kryształy cholestearyny.

KRUECKMANN i RUGE ⁵⁾ w ścianie kaszaków spotykali naokoło rozpadłych lub zrogowaciałych mas komórki ol-

¹⁾ Cyt. u KRUECKMANNA str. 175.

²⁾ ORTH. Lehrbuch der pathol. Anatomie — cyt. u BOHMA str. 284.

³⁾ CRAMER und SCHULTZE. Archiv f. Augenheilkunde. 1895 p. 293.

⁴⁾ MEYER Carl. Ueber einen Fall von Fremdkörperperitonitis. Ziegler's Beiträge. Bd. 13. 1893. p. 153.

⁵⁾ RUGE. Papilliformes Atherom des Rückens mit zahlreichen Riesenzellen. Virchow's Archiv. 1894. Bd. 136. p. 536

brzynie, w niektórych z nich widzieli kryształy cholestearyny.

BOHM ¹⁾ podaje, że RECKLINGHAUSEN widział komórki olbrzymie w guzach podagrycznych naokoło kryształów moczowych.

REINHOLD ²⁾, badając torbiel z zawartością olejastą znalazł w jej ścianie komórki olbrzymie naokoło włosów.

KOENIG ³⁾ widział, jak komórki olbrzymie otaczają włosy i zrogowaciały nabłonek; w protoplazmie samych komórek znajdował krople tłuszczu, kryształy tłuszczowe, złoگی wapienne i barwnik w postaci ziarenek brązowych.

GOLDMANN ⁴⁾ w ścianie torbieli o zawartości oleistej, usuniętej z okolicy lewego ucha, znalazł olbrzymie komórki, już to leżące swobodnie pośród tkanki łącznej, już to naokoło włosów.

KRUECKMANN ⁵⁾ spostrzegł komórki olbrzymie naokoło *corpora amylacea* w płucu gruźliczem, a także naokoło hyalino-amyloidnych mas w —*angiosarcoma*.

Obserwowano je również naokoło zwapnień w gruczołach limfatycznych, przy chronicznych sprawach zapalnych w kościach.

PODWYSOCKI ⁶⁾ widział komórki olbrzymie na granicy koagulacyjnej nekrozy, spowodowanej przez alkohol, a WEIGERT w tychże warunkach przez kwas karbolowy.

JANOWSKI ⁷⁾ przy zmianach zapalnych w wątrobie spostrzegł komórki olbrzymie naokoło mas nekrotycznych.

¹⁾ BOHM l. c. p. 284.

²⁾ REINHOLD. Fall von Oelcyste auf d. linken Schläfenbeinschuppe. Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. XI. Heft I. 1894.

³⁾ KOENIG. Beitrag zur Anatomie der Dermoid—und Atheromcysten der Haut. Archiv f. klin. Chir. 1894. str. 164—180.

⁴⁾ GOLDMANN. Eine ölhaltige Dermoidcyste mit Riesenzellen. Ziegler's Beiträge. 1890. Bd. 7. H. 4. p. 533.

⁵⁾ KRUECKMANN l. c.

⁶⁾ Cyt. u GOLDMANN'a.

⁷⁾ JANOWSKI. l. c.

SUDAKIEWICZ ¹⁾, badając guzy przy chorobie Sartów, widział naokoło włókien elastycznych komórki olbrzymie; w tych samych warunkach spotykał je przy *lupus*. SUDAKIEWICZ jest zdania, że twory te pochłaniają i przetrawiają włókna elastyczne.

M. NIKIFOROW ²⁾ spostrzegał komórki olbrzymie przy różnorodnych sprawach chorobowych. Znalazł je przy *fistula ani* w wyskrobanej ziarninie naokoło resztek roślinnych,—przy *lupus conjunctivae* jak się grupowały naokoło włosów,—w ścianie torbieli dermoidalnej naokoło zrogowaciałego nabłonka,—przy chorobie PAGER'a w przewodach mlecznych, oraz przy wilku skóry komplikowanym przez raka również naokoło zrogowaciałych komórek nabłonkowych,—nakoniec przy sprawie ateromatycznej w aorcie naokoło kryształów tłuszczowych i ognisk zwapniałych.

Jak widzimy z tego przeglądu literatury, badania rozmaitych spraw patologicznych wykazały obecność komórek olbrzymich naokoło tych tkanek lub ciał, które są w samym organizmie, lecz które bądź to są produktem chorobowym ustroju, bądź też obumierając stają się obcemi.

БОМ ³⁾ rozdziela ciała obce, naokoło których tworzą się w ustroju zwierzęcym komórki olbrzymie, na dwie grupy. Do pierwszej zalicza te ciała, które zostały wprowadzone do ustroju zewnątrz przypadkowo lub też podczas operacyi, do tych należą: nici jedwabne, katgut, wata, kawałki gąbki etc. Druga grupa obejmuje ciała, już znajdujące się uprzednio w ustroju, lecz w zmienionej formie, jako-to: krew, osady barwników, zropienia, nekro-

¹⁾ SUDAKIEWICZ. Gigantskija klietki i elasticzeskija wołokna. Medicinskoje Obozrienje. 1888. str. 856—869.

²⁾ NIKIFOROW. Matierjały k woprosu o tak nazywajemom łożnóm tuberkulozie i gigantskich klietkach, razwiwajuszecychsia wokróg inorodnych tieł. Medicinskoje Obozrienje. 1897. str. 120—132.

³⁾ БОМ l. c. Virchow's Archiv. 1896.

tyczne tkanki, kryształły choleostearyny kryształły tłuszczowe, moczowe itp.

Opierając się na danych z literatury i moich doświadczeniach, zdawałoby się, że naokoło każdego ciała obcego w ustroju zwierzęcym powinny powstawać komórki olbrzymie, często jednak nie spotykano tych tworów tam właśnie, gdzie ciała obce w ustroju dosyć długo przebywały, tak np. nie spostrzegano ich w licznych przypadkach przy wynaczynieniach, znajdowano zaś często twarde ciała otoczone zbitą tkanką łączną, bez komórek olbrzymich. W badaniach swoich nad rezekcją nerek WOLFF¹⁾ nie wspomina o komórkach olbrzymich, nie bacząc na to, że wprowadzał do nerek ciała obce pod postacią ligatur. Przypuszczać tedy można, że twory te powstają w każdym przypadku wobec ciała obcego, ale niekiedy w tak małej ilości, że badacze nie zwracali na nie uwagi, albo też skutkiem jakich bądź przyczyn komórki te nie rozwijają się zupełnie w pewnych warunkach. Jeżeli ciało obce jest miękkie, łatwo się rozpuszcza, to może być wessane przez sam organizm bez żadnych pomocniczych narządów; ustrój ucieka się do nich tylko w tych wypadkach, gdy wessanie ciała obcego jest utrudnione, a ono wywiera wpływ drażniący na środowisko, w którym się znajduje. Zaznaczyć jednak należy, że spoistość ciała obcego nie odgrywa zbyt wybitnej roli przy powstawaniu komórek olbrzymich. RIBBERT²⁾ widział je w znacznej ilości po wprowadzeniu pod skórę lub do przedniej komory oka agar-agar, BOHM zaś spostrzegał naokoło resztek żelaza, inni znów przy ligaturach jedwabnych, kawałkach szkła, miki i tym podobnych twardych substancjach. Dowodzi to, że zarówno miękkie ciała, jak i twarde mogą niekiedy być przyczyną rozwoju komórek olbrzymich, na co przy-

1) WOLFF M. Die Nierenresection und ihre Folgen. Berlin. 1900.

2) RIBBERT Hugo. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie, und allgem. pathol. Anatomie. 1901. p. 360.

Pam. Tow. Lek. T. 99, Z. I.

puszczać należy wywierać muszą wpływ nie tylko własności fizyczne, lecz i chemiczne ciała obcego. Okoliczność tę właśnie podnosi F. MARCHAND ¹⁾ i PODWYSOCKI ²⁾, a także stwierdzają doświadczenia Em. MARCHAND'a i Rud. MEYER'a, którzy zauważyli hamujący wpływ jodoformu na rozwój komórek olbrzymich. Ernst FEUERST ³⁾ w swoich doświadczeniach na królikach i świnkach morskich i na samym sobie widział tworzenie się komórek olbrzymich pod wpływem ciepła i zimna. CHABRY ⁴⁾ wywoływał powstanie tych tworów przez drażnienie igłą jajek *ascidia aspera* i *strongylocentratus lividus*. RIBBERT jest zdania, jeżeli ciało obce stanowi substancję możliwie mało obcą dla zdrowej tkanki, to wytwarzanie się komórek olbrzymich nie następuje, przeciwnie powstają one, jeżeli skutkiem rozpadu zmartwiałych części wydzielają się produkty, drażniące tkankę otaczającą. Ztąd też należy mieć na uwadze samą tkankę, w której się sprawa odbywa, jeżeli ona jest wrażliwa na własności ciała obcego, to łatwiej dojść może do wytworzenia się komórek olbrzymich. Szybki rozwój naokoło ciał obcych nacieczenia zapalnego z następczym wzrostem zbitej tkanki łącznej może hamować rozwój komórek olbrzymich. W moich doświadczeniach komórki olbrzymie powstawały naokoło starych skrzepów krwi, resztek tkanki obumarłej, ognisk zwapniałych i zserowaciałych, a także naokoło ligatur, czyli miałem do czynienia z obiema grupami ciał obcych, podanemi przez BOHM'a. Najszybciej i w największej ilości występowały

¹⁾ MARCHAND F. Der Process der Wundheilung. Stuttgart. 1901. p. 356.

²⁾ Cyt. u FEUERST'a.

³⁾ FEUERST Ernst. Ueber die Veränderuegen des Epithels durch leichte Wärme—und Kälteeinwirkungen beim Menschen und Säugethier.

Zugleich ein Beitrag zur Theorie der Riesenzellen. Ziegler's Beiträge. Bd. 24, Heft 3. 1898.

⁴⁾ CHABRY. Société de Biologie. 7 Juli 1888. Cyt. u GOLDMANN'a.—Ziegler's Beiträge. 1890.

komórki olbrzymie naokoło resztek tkanki obumarłej, najmniej zaś i najpóźniej około ligatur, przy tych ostatnich natomiast w większości zauważyć można było obfite nagromadzenie drobnych okrągłych komórek, oraz znaczny rozrost tkanki łącznej.

Komórki olbrzymie, zbierające się naokoło ciał obcych, według moich spostrzeżeń znacznie się różnią co do swojego wyglądu od tego typu, jaki najczęściej spotykamy przy gruźlicy, a szczegółowy opis którego podał już w 1868 r. LANGHANS. Typ ten przedstawia się pod postacią owalnych lub okrągłych ciał znacznych rozmiarów, na obwodzie których znajduje się szereg jąder, ułożonych niekiedy w dwie lub trzy warstwy. Komórki zaś, które nas zajmują bliżej, mają kształt i wielkość nader rozmaite, jak to już wyżej wspomniałem, jądra zaś leżą zupełnie nieprawidłowo, bądź to rozsiane po całym ciełe, bądź też zebrane w gromadkę w jednym końcu komórki; typu podanego przez LANGHANS'a w moich doświadczeniach nie spotykałem. Inni badacze jednak jak F. MARCHAND, FUERST, RIBBERT widzieli wobec ciał obcych komórki olbrzymie o typie LANGHANS'a.

Zastanowić się obecnie wypada, jakie jest źródło omawianych przez nas tworów. Pod tym względem posiadamy bardzo liczne i odmienne poglądy, oparte jednak na szeregu ścisłych poszukiwań. VIRCHOW upatrywał początek komórek olbrzymich w tkance łącznej. WALB, E. MARCHAND, BAUMGARTEN, WEIGERT, STRAUSS, WELCKER już to na drodze doświadczałnej, już to opierając się tylko na poszukiwaniach drobnowidzowych, przeprowadzają pogląd VIRCHOW'a na łączno-tkankowy początek komórek olbrzymich. Młode komórki granulacyjne stopniowo przechodzą w tak zwane komórki „epiteloidne“, a te ostatnie służą do wytworzenia komórek olbrzymich w całym znaczeniu tego wyrazu.

St. COHN w swoich poszukiwaniach nad powstawaniem komórek olbrzymich widział, że komórki tłuszczowe mogą je wytwarzać; toż samo spostrzegali i LETULLE ¹⁾.

¹⁾ LETULLE. Anatomie pathologique générale des lesions inflammatoires. Traité de pathol. générale. BOUCHARDT. T. III. p. 555. 1900.

Tkanka łączna nie przedstawia jednak wyłącznego źródła komórek olbrzymich. Już VIRCHOW wypowiedział zdanie, że oprócz tkanki łącznej i inne tkanki, jak naprzykład nabłonek, śródbłonek naczyń włosowatych, mięśnie, nerwy, mogą dawać przy odpowiednich warunkach początek komórkom olbrzymim.

RINDFLEISCH, ZIELONKO, RIBBERT, KRUECKMANN, GLOCKNER i inni wyprowadzają komórki olbrzymie z śródbłonka.

HEIDENHAIN, ZIEGLER, PAWŁOWSKIJ, MARTIN, ARNOLD widzą w leukocytach, źródło tych tworów.

WEIGERT zaś, KRAUSS, GOLDMANN, FURST, STEINHAUS stwierdzili, że nabłonek może wytwarzać komórki olbrzymie.

BRODOWSKI ¹⁾ na zasadzie swoich poszukiwań histologicznych przychodzi do przekonania, że za główne źródło wzmiankowanych tworów poczytywać należy ściany naczyń krwionośnych. „Lecz z komórek wchodzących w skład „ich, mówi B. tylko endotelialne uważam za zdolne „do wydania t. zw. komórek olbrzymich i niemal wyłącznie „endotelium naczyń włosowatych. Nadto komórki olbrzymie, zdaniem mojem, powstają przedewszystkiem z naczyń „nowopowstających i najczęściej z protoplazmatycznych „zawiązków tych naczyń“. BRODOWSKI proponuje nazwę dla komórek olbrzymich *angioplasty* lub *angioblasty*.

MALASSEZ i MONOD ²⁾ w kilka lat później, potwierdzili pogląd BRODOWSKIEGO na powstawanie komórek olbrzymich. Pogląd ten znalazł potwierdzenie w poszukiwaniach ORTHMANN'a, STROEBE'go, BIRCH-HIRSCHFELD'a i GARTEN'a.

Powstawanie komórek olbrzymich z endotelium naczyń limfatycznych popieranem było przez KOESTER'a, BAUMGARTEN'a, ZIELONKĘ, RUSTIZKI'ego.

¹⁾ BRODOWSKI. Przyczynek do wyjaśnienia powstawania t. zw. komórek olbrzymich. P. T. L. W. 1874. T. II, str. 73.

²⁾ MALASSEZ i MONOD. Sur les tumeurs à myéloplaxes. Arch. de physiol. norm. et pathol. 1878. p. 375.

Należy tu również wspomnieć o poglądach tych badaczy, którzy nie patrzą na komórkę olbrzymią jako na twór żywy, pochodzący z jednej lub kilku jednorodnych komórek, lecz upatrują w niej twory powstałe z różnorodnych elementów ustroju.

SCHUEPPEL starał się wyprowadzić komórkę olbrzymią z naczyń krwionośnych, przyjmując część periferyczną z jądrami za zmieniony endotelium naczyń, środkową zaś część drobnoziarnistą—za skrzepniętą *plasma sanguinis* oraz rozpadłe ciała krwi.

THAON uważa komórki olbrzymie za przecięcie pozatykanych małych tętniczek skutkiem krzepnięcia krwi i *endoarteritis*.

T. HERYNG ¹⁾ jest zdania, że tak zwane komórki olbrzymie podług wszelkiego prawdopodobieństwa odpowiadają przecięciu naczyń limfatycznych. Drobnoziarnistą zawartość uważam więc, mówi HERYNG, za limfę, skrzepłą pod działaniem płynów używanych do stwardnienia, komórki—za pierwiastki nabłonkowe (endotelialne) zmienione bujaniem.

BROSCH ²⁾ twierdzi że komórki olbrzymie i przecięcia naczyń nowowytworzonych układają się tak prawidłowo, że pozwalają na wyprowadzenie wniosku o ich wspólnem pochodzeniu. Według jego badań, komórki olbrzymie mogą powstawać przez zatkanie naczyń skutkiem rozrostu scho-rzałych komórek *intimae*.

S. DROBA ³⁾ w poszukiwaniach swoich nad tworami olbrzymimi w tkankach gruzliczych dochodzi do przekonania, że przekroje swoiscie zmienionych naczyń dają obrazy tworów uważanych za komórki olbrzymie. Rzekoma plazma to wynik obumierającej plazmy komórek śródbł-

¹⁾ HERYNG T. O stosunku gruzlicy i suchot płucnych do zapalenia. Warszawa 1873. str. 163.

²⁾ DROBA S. O tworach olbrzymich w tkankach gruzliczych. Kraków. 1901.

³⁾ Dr. BROSCH. Die Frage der Entstehung der Riesenzellen aus Endothelien. Virchow's Archiv Bd. 144—p. 289.

kowych i skrzepłej krwi,—wieniec jąder—to utrzymane jądra komórek śródbłonkowych.

Podług moich poszukiwań ani nabłonek, ani śródbłonek naczyń, ani leukocyty przy powstawaniu komórek olbrzymich żadnej roli nie odgrywały. W miejscach, gdzie najpierw zjawiają się komórki olbrzymie, w wyżej wymienionych tkankach nie spotykałem zmian,—któreby mogły mnie upoważnić do przypuszczenia, że właśnie one mogą przyjmować udział w tworzeniu się komórek olbrzymich. Jedynie pośród młodych komórek tkanki łącznej otaczających nekrotyczne części, w niektórych z tych komórek protoplazma staje się więcej ziarnistą, jądra pęcznieją, cała komórka zwolna się powiększa i to jest pierwszy okres powstawania komórek olbrzymich, w którym tylko komórki tkanki łącznej odgrywają rolę. Jądra już zupełnie sformowanych komórek olbrzymich mają ten sam charakter i wygląd, co w komórkach granulacyjnych. Na potwierdzenie ich powstawania z tkanki łącznej służyć może i ta okoliczność, że po strawieniu ciała obcego t. j. po skończeniu swojej roli, stają się one zupełnie podobne do otaczających je komórek tkanki łącznej.

Na zasadzie znanego nam materiału, nie bacząc na to, jaka tkanka daje początek komórkom olbrzymim, wiemy, że twory te powstawać mogą bądźto z jednej komórki na drodze kariomitozy lub bezpośredniego podziału jądra bez jednak następczego podziału protoplazmy, bądź też skutkiem zlania się sąsiednich przylegających do siebie komórek.

Wszystkie te sposoby mnożenia się i wzrostu komórek olbrzymich już oddawna były spostrzegane, mają swoich licznych zwolenników, niewiele zatem moje badania nowego tu dodać mogą.

Mnożenie się za pomocą kariokinezy znajduje potwierdzenie w moich poszukiwaniach. Już 6 dnia widziałem obok wytworzonych prawdziwych komórek olbrzymich kępy komórek większych, z protoplazmą gruboziarnistą, w jądrach których spotykałem figury kariokinetyczne; jądra te jednak były tylko pojedyncze. Według wszelkiego

prawdopodobieństwa, z komórek tych powstały olbrzymie, gdyż sąsiednie kępy komórek już mają jądra liczniejsze przy zachowaniu tych samych cech protoplazmy. Stanowi to jednak tylko przypuszczenie, niezbity zaś dowód dała mi obecność figury kariokinetycznej w komórce, którą uważać można już za olbrzymią. W preparatach moich po upływie 15 dni w jednym z jąder olbrzymiej komórki spotkałem mitozę. Sprawę tę na licznym szeregu preparatów spostrzegałem bardzo rzadko, kilka razy można było przypuszczać, że jądro komórki olbrzymiej przedstawia zmiany właściwie mitozie, jednak tylko raz zupełnie wyraźnie wystąpiła figura kariokinetyczna. Jeden ten fakt dodatni wystarcza jednak do potwierdzenia wyników innych badań, co do wzrostu komórki olbrzymiej na drodze mitozy.

Za prostym podziałem jąder bez następczego podziału protoplazmy przemawia różnaitość form jąder w samych komórkach olbrzymich; spotykamy tu formy jajowate z wydłużonym jednym końcem, z przewężeniem pośrodku, rozdzielone na 2 części wyraźną przedziałką, co robi wrażenie jakby 2 jądra bezpośrednio przylegały do siebie. Widziałem nawet zupełnie wyraźne odsznurowanie się od jądra części tegoż, łączącej się jeszcze za pomocą nitki.

Obydwa te sposoby powstawania komórek olbrzymich, bezsprzecznie jednak wykazane w moich badaniach, muszą odbywać się stosunkowo rzadko i nader szybko, ztąd też powstaje trudność z wykazaniem odpowiednich faz rozwoju.

Wobec trudności wykazania figur kariokinetycznych, jako też prostego podziału jąder, nasuwa się myśl, czy komórki olbrzymie nie mogą powstawać na innej drodze, czy nie następuje zlanie się sąsiadujących oddzielnych komórek w jedną wielką protoplazmatyczną masę. Przypuszczenie to ma za sobą wiele danych, ale dowody, przemawiające na korzyść tego sposobu powstawania komórek olbrzymich, dla wielu badaczy nie są wystarczające. Pomińmy to Fel. MARCHAND, Ed. KRAUSS, P. MANASSE, Em. KRUECKMANN, RIBBERT, WEISS, HAMMERL, BIRCH-

HIRSCHFELD i GARTEN; BRUENGNER i inni ideę tę przeprowadzają.

Początkowo w moich doświadczeniach, gdy nie mogłem znaleźć w jądrach cech świadczących o prostym podziale lub mitozie, powziąłem podejrzenie, że komórki olbrzymie powstają drogą zlania się sąsiednich, ale gdy więcej szczegółowe poszukiwania wykazały mi istnienie innych dróg powstawania tych tworów, podejrzenie moje straciło swoją wyłączność, jednak pozostała pewna ilość faktów, na zasadzie których można i ten sposób powstawania komórek olbrzymich przyjąć.

Poszukiwania moje wykazały, że komórki olbrzymie naokoło ciał obcych nie zjawiają się odrazu pod postacią wielojądrowych mas protoplazmatycznych, lecz że najpierw pośród młodej tkanki łącznej powstają kępami komórki, każda o 1—2 jądrach, ściśle przylegające do siebie. W dalszym ciągu w miejscach tych zamiast oddzielnych kęp komórek widzimy jak wielkie masy protoplazmatyczne otaczają ciała obce. Na niektórych z tych mas można zauważyć przedziałki, świadczące o tem, że to nie jest jednolita komórka, lecz zlepek komórek. Przedziałki te, miejscami przedstawiają się pód postacią równej linii, miejscami zaś połączenia te są nierówne, zębate. Niekiedy przedziałki są tak delikatne, że tylko zawiązując bardzo starannemu badaniu można je wykryć, niekiedy zaś giną one i nie jesteśmy w możności wypowiedzieć, czy mamy do czynienia ze zlepkiem komórek, czy też z jedną masą protoplazmatyczną. W niektórych konglomeratach spotkać można miejsca, gdzie w pobliżu powierzchni komórki przedziałka istnieje, w głębi zaś ciała ginie i granica pomiędzy dwiema oddzielnymi komórkami zaciera się zupełnie.

Obrazy podobne widzieli i inni badacze, którym zupełnie nie chodziło o wykazanie możności powstawania tą drogą komórek olbrzymich. Tak np. JANOWSKI, badając zmiany przy *cirrhosis* wątroby, spostrzegał wobec nekrotycznych ognisk w wątrobie komórki olbrzymie, jedno z nich zupełnie po-

dobne do typowych komórek olbrzymich z mnóstwem jąder u obwodu i ziarnistą protoplazmą, inne zaś jakby składały się z oddzielnych części, a jeszcze w innych w żółciowych przewodach komórki leżą tak blisko siebie, protoplazma tak łączy się, że nieraz trudno określić, z czym mamy do czynienia, czy z nabłonkiem przewodów, czy też już z gotową komórką olbrzymią ¹⁾). JANOWSKI nie stara się bynajmniej o wyjaśnienie tego zjawiska, jednak zwraca nań uwagę, a dla lepszego zrozumienia sprawy podaje nawet rysunek.

PODWYSOCKI ²⁾ również widział w wątrobie, że oddzielne nabłonki zlewając się tworzą komórki olbrzymie.

E. WEBER ³⁾, badając znaczenie leukocytów przy gojeniu się ran, przerobił doświadczenia ZIEGLER'a z kamerami szklannymi, przyczem już 4 dnia widział komórki olbrzymie. Powstawanie tych komórek WEBER objaśnia na drodze amytotycznej, a także i przez zlanie się sąsiednich komórek. Autor załącza rysunek, na którym przedstawia zlanie się jednojądrowej komórki z ciałem olbrzymiej.

Fel. MARCHAND, który pracował nad wyświetleniem powstawania komórek olbrzymich, i po wprowadzeniu kawałków gąbki widział je już 4 dnia, zaznacza, że oprócz nich naokoło ciała obcego powstaje szereg komórek ściśle przylegających do siebie, z tak słabo wyrażonemi granicami, że otrzymujemy wrażenie zlewania się tych komórek. Zauważyć można także komórki olbrzymie, przylegające do komórek tkanki łącznej tak szczelnie, że również robią wrażenie zlewania się z niemi ⁴⁾).

MARCHAND twierdzi, że na początku powstawania komórek olbrzymich przychodzi do zlania się pojedynczych,

¹⁾ JANOWSKI l. c. str. 35.

²⁾ PODWYSOCKI. Experimentelle Untersuchungen ueber die Regeneration der Drüsengewebe. Beitr. z pathol Anat. u. Phys. 1886. Bd. 1. p. 338.

³⁾ WEBER. Znaczenie leukocytow pri zaziwlenii rany i obrazowanii rubca. Lietopiś russkoj chirurgii 1898, p. 379—410.

⁴⁾ MARCHAND l. c. str. 36.

jak to ustalone jest przy powstawaniu innych wielojądrowych mas albo *Synctium* (np. w nabłonku macicy u królików, a także i u ludzi, przy tworzeniu się ektodermalnej syncytyi przy powstawaniu łożyska etc.). Początkowo często można zauważyć, że naokoło ciała obcego grupują się pojedyncze komórki, obok zaś jednocześnie tworzą się wielojądrowe masy, wtedy jeszcze można rozróżnić granice komórek. Przed zlaniem się komórek występuje bardzo szybko mnożenie się jąder oddzielnych komórek. Na zasadzie swoich badań MARCHAND utrzymuje, że podział jąder, drogą mitozy spotykał wyjątkowo i tylko w komórkach, które jeszcze się nie zlały, a przygotowywały się do utworzenia komórek olbrzymich. Zdaje się, że w utworzonej komórce olbrzymiej nie następuje kariomitoza pomimo znacznego zwiększenia liczby jąder w takkrótkim czasie ¹⁾).

Jeżeli weźmiemy pod uwagę wyżej wzmiankowane grupowanie się komórek naokoło ciał obcych, ich ścisłe przyleganie do siebie, zacieranie się granic, powstawanie wielkich mas protoplazmatycznych, pośród których niekiedy jeszcze można wykryć przedziałki, — nierówność i różnorodność zewnętrznych form tych tworów, brak prawidłowego układu jąder, to możemy wyprowadzić z pewnem prawdopodobieństwem wnioszek, że tak zwane komórki olbrzymie wobec ciał obcych mogą powstawać przez zlewanie się sąsiednich komórek.

Jeżeli komórki olbrzymie powstają tą drogą, to zlanie ich nie następuje odrazu całkowicie, lecz istnieją pewne przejściowe okresy, gdzie linia połączeń jest mniej lub więcej widoczną, i takie, gdzie tylko bardzo drobiazgowe badanie może te połączenia wykazać. Aby się przekonać o tem, czy w komórkach olbrzymich o protoplazmie jednolitej istnieją ślady owych połączeń zastosowałem takie me-

¹⁾ MARCHAND Fel. Der Process der Wundheilung. 1901—str. 358.

tody badania, przy których protoplazma, ścinając się, kurczyłaby się, przez co linia połączeń mogłaby się zaznaczyć jaśniej. Za radą profesora PRZEWOSKIEGO zwróciłem uwagę na pracę prof. KOŁOSOWA ¹⁾ który wykazał, że połączenia pomiędzy komórkami nabłonkowymi nie stanowią linii prostej, lecz zębatą, i ząbki dotykają końcami do siebie.

Metodę badania KOŁOSOWA zastosowałem do moich doświadczeń. Brałem do badań króliki po rezeceji płuca i przypaleniu powierzchni rany żegadłem PAQUELIN'a po upływie 11, 12 oraz 14 dni t. j. w takim okresie, w którym komórki olbrzymie naokoło zniszczonych resztek w całej okazałości występowały. Po uśpieniu zwierząt morfiną otwierałem naczynia krwionośne na szyi i w brzuchu dla wypuszczenia całkowicie krwi. Następnie przemywałem płuco fizyologicznym roztworem soli kuchennej, a potem wstrzykiwałem przez *art. pulmonalis* 2% roztwór kwasu osmowego. Kiedy iniekcja już była dostateczną, płuco nabrało całkowicie barwy szarej, wycinałem kawałki z młodą blizną, przenosiłem je do 2% tanniny i, zmieniając tanninę, dotąd w niej pozostawiałem płuco, aż płyn przestał ciemnieć. Następnie ubezwodniałem preparat za pomocą alkoholu, przenosiłem do olejku anilinowego i ksylolu, oraz zatapiałem w parafinie. Preparaty robiłem niezmiernie cienkie za pomocą oddzielnego przyrządu i rozpatrywałem je seryami z rozmaitych miejsc.

Muszę tu zaznaczyć, że wszędzie, gdzie tylko kwas osmowy działał energiczniej, protoplazma komórek nadmiernie się zmieniała, kurczyła się, powstawały w niej figury gwiazdkowate, a cały obraz mikroskopowy tak był odmienny, że trzeba się było przyzwyczaić, aby odróżnić owe delikatne szczegóły, o które nam chodziło.

¹⁾ A. KOŁOSOW. Ueber eine neue Methode der Bearbeitung der Gewebe mit Osmiumsäure. Zeit. Wiss. Mikroskopie Bd. 9, p. 38—43.

A. KOŁOSOW. Ueber die Struktur des pleuro peritoneal und Gefäßepithels (Endothels). Arch. mikr. Anat. Bd. 42, pag. 318—383, T. 22.

Tak na powierzchni jak i w głębi uszkodzonej części płuca w pobliżu miejsc nekrotycznych spotykałem pośród młodych komórek tkanki łącznej komórki większe owalne, niekiedy mocno wydłużone, o protoplazmie gęściejszej, z 1, 2 lub więcej jądrami; komórki te leżą oddzielnie kępami, lub też ściśle przylegając do siebie, otaczają całkowicie ciało obce. Zawsze jednak niemal można wykazać granicę oddzielnych komórek, która przedstawia niekiedy linię gładką, niekiedy zaś w kształcie ząbków. Oprócz tych komórek spotykałem wielkie masy protoplazmatyczne, o gładkich lub nierównych granicach, z licznymi jądrami już to rozsianymi po całej komórce, już to zgrupowanymi w pobliżu jednego końca lub na obwodzie.

Na tych masach protoplazmatycznych spostrzedz można było rysy zębate, rozdzielające komórkę na części; uważam je za sztuczne produkty, zależne od pęknięcia komórki. Niekiedy protoplazma komórki przedstawiała nie, jednakową konsystencję, jedna część komórki znacznie jaśniejsza, druga ciemniejsza, gruboziarnista, jakby całość składała się z niejednorodnych części. Spotykałem pewne odcinki u obwodu komórki o protoplazmie drobnoziarnistej, z widoczną siatkowatą budową, wtedy gdy pozostała część była nieprzezroczysta i nie wykazywała budowy siatkowatej; granica pomiędzy temi częściami równa, lecz niema pomiędzy nimi przedziału, jedna część bezpośrednio przechodzi w drugą i stanowi z nią całość.

Można ztąd wniosek wyprowadzić, że olbrzymie komórki mają protoplazmę niejednorodną, że pod wpływem odczynników chemicznych część jej ścina się mocniej, a druga słabiej. Dlaczego jednak tak równo są oznaczone te dwie niejednakowej spistości części, trudno objaśnić. Jeżeli przyjąć zlewanie się obok siebie leżących komórek, gdzie połączenie dwóch ciał protoplazmatycznych nastąpiło zupełnie i linia pograniczna zginęła, to właśnie ta różna konsystencja wskazywać by mogła, że odbyła się ta sprawa. Przy pomocy tej metody badania niekiedy w komórkach olbrzymich spostrzegałem znaczną liczbę jąder rozsianych równomiernie po całej protoplazmie, obrazy takie robią wrażenie posadzek składanych z odmiennych

tafelek. Fakt ten można również spożytkować na korzyść zlewania się, jeżeli połączenie nastąpiło licznych komórek z licznymi jądrami.

Pomimo mozolnych poszukiwań nie udało mi się przy zastosowaniu metody KOŁOSOWA wykryć przedziałek w olbrzymich komórkach, stanowiących jednolitą protoplazmatyczną masę; w konglomeratach komórek, gdzie połączenia były widoczne przy innych metodach badania, granice występowały i przy metodzie KOŁOSOWA.

Jeżeli w owych wielkich protoplazmatycznych masach połączenie komórek nastąpiło, to jest ono całkowite, granice oddzielnych komórek zupełnie zginęły, a komórka przedstawia jednolite ciało.

Oto są wszystkie dane, dotyczące powstawania komórek olbrzymich skutkiem zlania się sąsiednich komórek.

Współczesna histologia przyjmuje taki sposób połączenia komórek, t. j. że one mogą się zlewać ze sobą, na większej przestrzeni wówczas nie widać granic komórek, a tylko jądra oznaczają terytorya komórkowe. Taki pokład zlanych ze sobą komórek nosi nazwę „*syncytium*”¹⁾. Komórki olbrzymie zatem w niektórych wypadkach można by uważać za podobne syncytia.

Pod wpływem drażniących własności ciała obcego komórki olbrzymie powstają dość szybko. W moich doświadczeniach pierwsze okresy tych tworów zauważyć można było już 4 dnia, uformowane zaś masy protoplazmatyczne wielojądrowe widziałem, po upływie 6 dni, największy jednak rozwój następował pomiędzy 10 a 14 dniem. Mniej więcej i inni badacze podają tenże sam okres powstawania tych tworów.

FUERST spostrzegał tworzenie się komórek olbrzymich po jednorazowym zamrożeniu skóry po upływie 48 godzin, po kilkakrotnych krótkotrwałych zamrożeniach już po 10—12 godzinach. FUERST zaznacza przytem, że króliki reagują mniej i powolniej, aniżeli świnki morskie.

¹⁾ •Podręcznik histologii ciała ludzkiego—pod redakcją H. HOYER. Warszawa 1901. str. 53.

KOSTANECKI—„Komórka“.

Fel. MARCHAND początek powstawania komórek olbrzymich stwierdził już po 30 godzinach od czasu wprowadzenia ciała obcego.

Trwałość komórek tych, ich życiowa energia nie jest zbyt wielka; nie stanowią one stałej części tkanki, jak to zaznacza RIBBERT, są tylko zjawiskiem przejściowym i po upływie pewnego czasu—tygodni lub miesięcy same giną. Wpływ ciała obcego na ich protoplazmę jest ujemny. 15 dnia widziałem w komórkach olbrzymich wakuolizację, którą uważam za wyraz zmian wstecznych, zachodzących w protoplazmie pod wpływem działania tejże na ciało obce, a po 24 dniach stwierdzić mogłem rozpadanie się komórek olbrzymich. W okresie czasu 24—30 dni w bliźnie prze-ważnie zamiast komórek olbrzymich występowały komórki jednojądrowe zupełnie podobne do otaczających komórek tkanki łącznej. Doświadczenia zatem moje wykazały, że twory te w ciągu 4 tygodni powstały, wzmogły się, przetrawiły ciała obce i zakończywszy swoją rolę zginęły lub też wróciły do pierwotnej swej formy.

Nie idzie zatem, aby po upływie tego czasu już nie można było znaleźć tych tworów. Przeciwnie spotykałem je po upływie kilku miesięcy naokoło włókien ligatury jedwabnej, protoplazma tych komórek olbrzymich była ziarnista, bez wakuol, jądra dobrze oznaczone. Przypuszczać można, że albo komórki te już trwają kilka miesięcy, albo też część ich ginie, nie zdolawszy przetrawić ciała obcego, a nowe obok nich powstają.

Tak przedstawia się komórka olbrzymia w świetle moich badań.

[Dok. nastąpi].

Objaśnienia rysunków.

TĄBLICA I.

Rys. I. Komórki olbrzymie, spotykane po obcięciu płuca i przypaleniu powierzchni rany po upływie 9 dni.

- a) Młode komórki olbrzymie.
- b) Zmieniona komórka łączno-tkankowa z figurą kariokinetyczną.
- c) Ciała obce w komórkach olbrzymich.

Rys. II. Zmiany po przypaleniu płuca królika aparatem PAQUELIN'a po 9 dniach.

Dwa strzępy tkanki zniszczonej, otoczone przez komórki młodej tkanki łącznej.

- a) Komórki olbrzymie.
- b) Młode komórki łączno-tkankowe.
- c) Ciało obce.

Rys. III. Tkanka nekrotyczna, otoczona przez komórki tkanki łącznej oraz olbrzymie.

Zmiany po upływie 9 dni.

- a) Komórka olbrzymia,— odsznurowanie części jednego z jąder.
- b) Młode komórki granulacyjne.
- c) Strzęp nekrotyczny — ciało obce.

Rys. IV. Zmiany w bliznie po rezeceji i przypaleniu płuc po upływie 15 dni.

- a) Komórka olbrzymia, w jednym z jąder figura kariokinetyczna.
- b) Ciało obce— resztki beleczek pęcherzyków płucnych.

TABLICA II.

Rys. V. Komórki olbrzymie spotykane w bliźnie po przypaleniu płuca królika po upływie 15 dni.

Zdjęcie za pomocą aparatu fotograficznego, następnie zrobiony rysunek.

- a) Komórki olbrzymie.
- b) Komórka olbrzymia z wakuolami.
- c) Ciała obce — strzępy tkanki zniszczonej.

Rys. VI. Komórka olbrzymia wypełniająca niemal cały pęcherzyk płucny (po 15 dniach).

- a) Komórka olbrzymia — szczegóły budowy, vacuolae.
- b) Obumarłe belecзки płucne.

Rys. VII. Komórki olbrzymie w bliźnie po przypaleniu płuca kota, — zmiany po upływie 24 dni. Rozpad komórek olbrzymich.

- a) Komórki olbrzymie z resztkami ciał obcych.
- b) Rozpadające się komórki olbrzymie.
- c) Części komórek olbrzymich z resztkami ciał obcych.

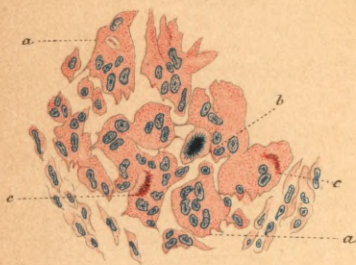
TABLICA III.

Rys. VIII. Płuco królika po przypaleniu aparatem PAQUELIN'a. Zmiany po 28 dniach.

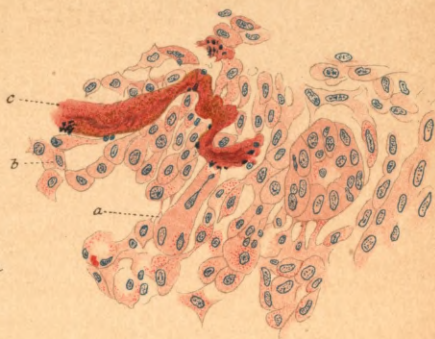
Część płuca wraz z blizną.

- a) Komórki olbrzymie wraz z ciałami obcymi; rozpad komórek.
- b) Małe komórki o jednym jądrze z resztkami ciał obcych.
- c) Włóknista tkanka łączna.
- d) Pęcherzyki płucne.

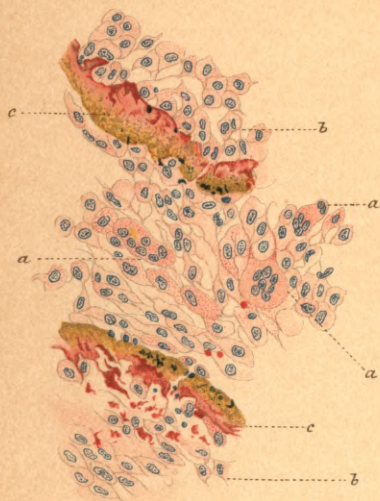
1.



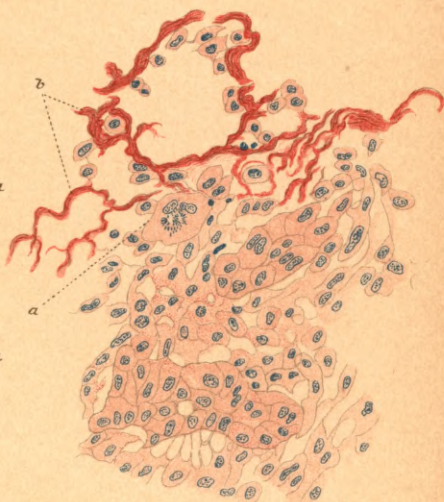
3.



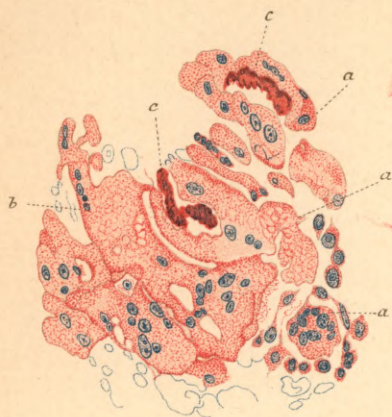
2.



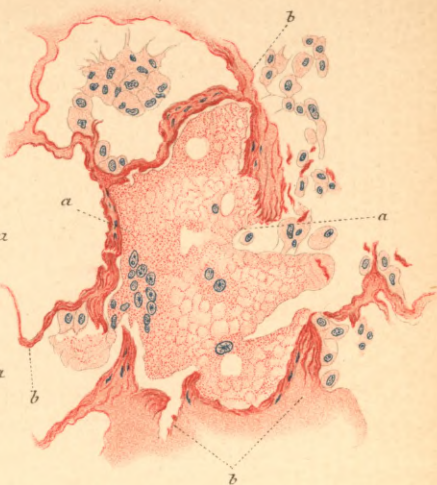
4.



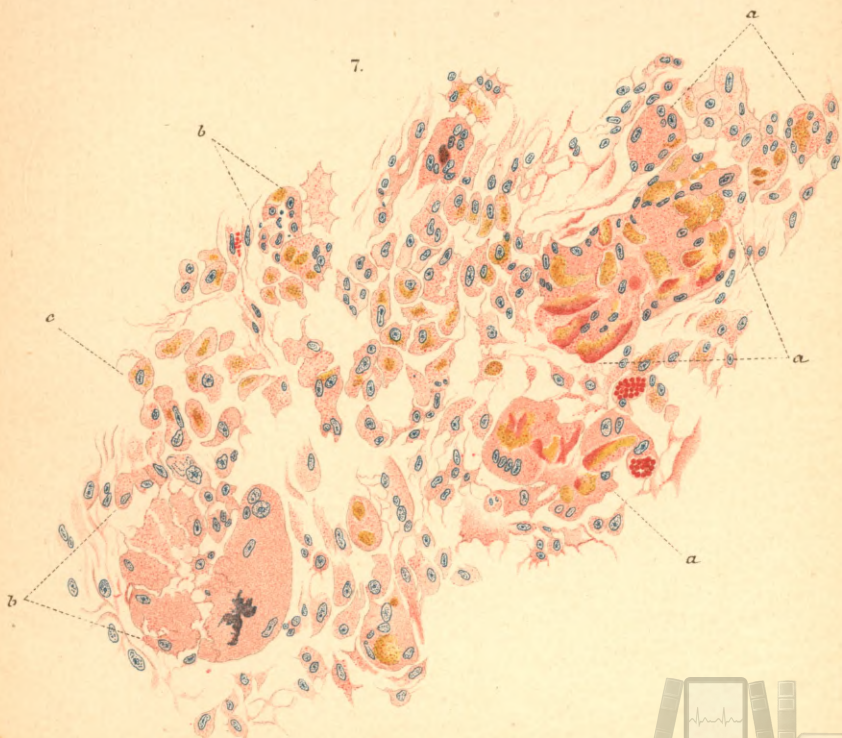
5.



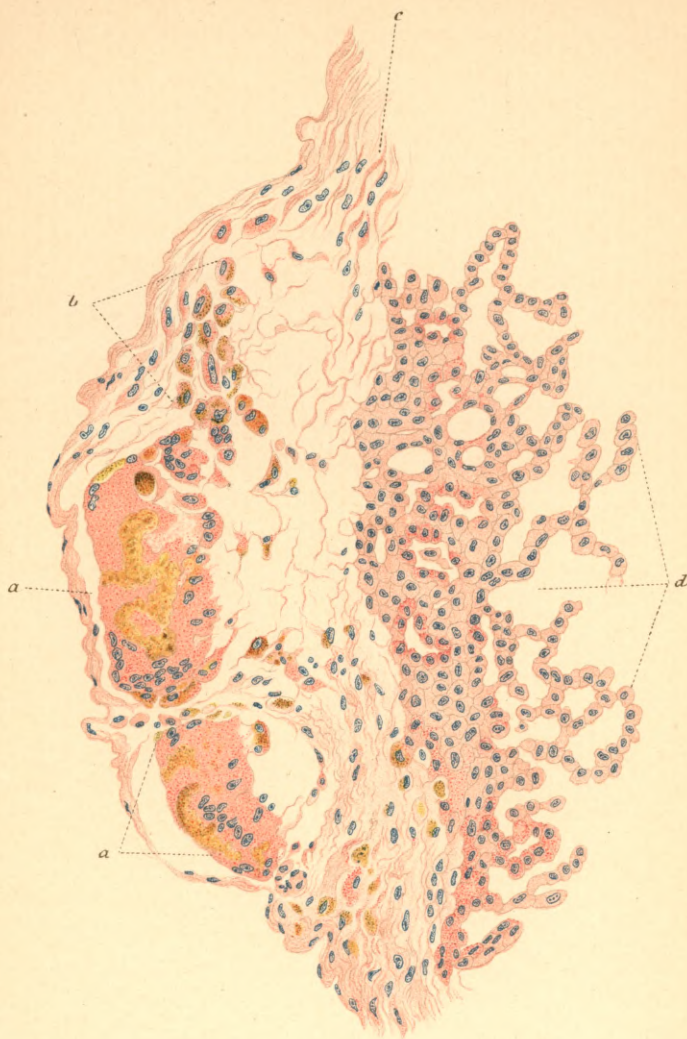
6.



7.



8.



ŹRÓDŁA
biograficzno-bibliograficzne
DO DZIEJÓW MEDYCyny
W DAWNEJ POLSCE.

zebrał
Fr. Giedroyć.

CALLACHORA SALOMON

N. 63. Salomon Calachora Medicus in
seruitorem Regium suscipitur.¹⁾

[Leopoli, die vltima Julij, An. Dm. 1578.]

Z przedstawionych dowodów król Stefan przekonał się, że poprzednik jego, Zygmunt August, mając na względzie zalety charakteru tudzież biegłość w sztuce lekarskiej Salomona Kalachory, żyda krakowskiego, zaszczycił go godnością sługi swojego [*servitor*] i nadał prerogatywy wyjątkowe nie tylko samemu doktorowi, lecz jego żonie i dzieciom. To samo czyni obecnie król Stefan: mianuje doktora Salomona serwitem swoim, zwalnia go od podatków specjalnych [żydowskich], pozwala mu osiąść i zajmować się *handlem* w każdym miejscu, gdzie tylko będzie sam chciał, korzystając z praw, przysługujących ludności miejscowej.

„Stephanus Dei gratia Rex Poloniae etc. Vniuersis et singulis quorum interest significamus tenore praesentium. Qvia quemadmodum Duius Sigismundus Augustus

Rex Poloniae antecessor noster ex diligenti persuasione consilioque Procerum et Consiliariorum Regni habens commendatam virtutem, probitatem, ac in arte medica singularem experientiam Salomonis Callachorae Medicinae Doctoris Hebrei et Ciuis Cracouiensis. eundem in seruitorem suum et Reipublicae suae cooptauerat, ac praerogatiuis immunitatibus et libertatibus seruitorum suorum una cum vxore, liberis vniuersaque familia sua ornauerat; vti ea ex his literis autenticis satis abunde intelleximus. Nobis etiam Consiliarij nri. supplicassent, vt nos quoque memoratum Salomonem Callachora Doctorem Medicinae propter eas dotes, quibus praeditus est, iu seruitorem nostrum susciperemus, ac immunitatibus quibusdam praerogatiuis et libertatibus ex clementia et gratia nostra Regia ornaremus. Nos itaque considerantes eum ab omnibus ferme hoc nomine commendari, ac volentes et hoc quoque modo nobis Proceribus Consiliariis ac vniuersae Reipublicae nostrae comendare, ipsum in seruitorem nostrum et Reipublicae cooptamus et ad seruitia nostra suscipimus, libertatibusque ac praerogatiuis omnibus aliorum Medicinae Doctorum seruitorum nostrorum munimus et decoramus. Insuper ab omni iure et iurisdictione omnium Palatinorum, Capitaneorum nunc et pro tempore existentium, ac singulorum dignitariorum officialiumque Regni nri. quum militarium tum et Ciuilium, tam Christianae quam Hebraicae conditionis exemimus et iuri ac iurisdictioni nrae. Regiae tanquam seruitorem nostrum, uxoremque suam, liberos, familiam ac vniuersa bona sua vbiuis locorum in Regno et dominijs nostris existen subiecimus. Ab oneribus praeterea et contributionibus nris. et Hebraicis omnibus, exceptis. publicis, exhiberi et pendi solitis, vel etiam exhiben. et penden. quocunque censeantur nomine liberauimus absoluimusque, Facultatem sibi vbique per Regnum et Dominia nra., cum vxore sua, liberis, vniuersaque familia sua ac mercibus et rebus suis, commoran., negociationemque in Ciuitatibus oppidisque nris exercen. facien., ac iisdem libertatibus gauden., quibus alij Mercatores et incolae, tam Christiani quam Haebrei in eisdem Ciuitatibus et oppidis gaudent, concedentes et admittentes, quemadmodum quidem cooptamus, suscipimus, munimus et decoramus, eximimusque ac subijcimus, liberamus, absoluimus, admittimus, concedimusque praesentibus lris. nris. Ita quod seruitor noster existens, iuribus, immunitatibus ac praerogatiuis omnibus, seruitorum nrorum. Medicinae Doctorum gaudens, nonnisi coram nobis et iudicio nro. proprio omnibus tam Christianis quam Haebreis de se querentibus, una cum coniuge sua, liberis, vniuersaque

familia sua, stare, parere, respondere et iudicio satisfacere tenebitur. Nec praedicti Iudaei et Haebrei causa nostrorum et Haebraicorum onerum et tributorum, non vero publicorum quae excipimus, audeant neque tentent illi quicquam incommodare aperte vel occulte, directe vel indirecte, tam prohiben. circumcisionem, scholam, synagogam, sepulturam, quam etiam uenditionem carniū et aliarum ceremoniarum et rerum omnium, secundum consuetudinem, ritum et obseruantiam sub poena duorum millium aureorum, media parte fisco nro. et altera Palatino, irremissibiliter persoluen. Nec in exercenda negociatione pro iure et libertate ac praerogatiua seruitorum nostrorum Medicinae Doctorum, in mercibus ac rebus et bonis ipsius omnibus turbari a quoquam hominum status et conditionis vtriusque poterit. Imo quaecumque ciuitatem et oppidum in Regno nro. et dominijs nris. ipse Doctor cum vxore et liberis suis et familia sua ac mercibus, bonis et rebus suis inhabitauerit, vt huiusmodi libertates habeat, quas Ciues et incolae tam Christiani quam Haebrei illius Ciuitatis et oppidi habent. Quod ad vniuersorum et singulorum Palatinorum, Castellanorum, Capitaneorum, Vicecapitaneorum, eorumque loca tenentium, Proconsulum, Consulum, Aduocatorum, Scabinorum aliorumque omnium tam Christianeae quam Haebraicae conditionis officialium et quaecumque iurisdictionem exercen., praesen. requirendorum, notitiam deducen. mandamus vt ipsum Salomonem Callachoram Doctorem pro seruitore nro. agnoscen., eundem cum vxore, liberis ac familia sua, iuxta praesentes immunitates, libertates ac praerogatiuas a nobis, gratia nostri et subditorum nrorum. commodi, concessas conseruent, manuteneant, ac defendant, conseruarique manuteneri ac defendi curent, pro gratia nra., Officiales autem ciuiles tam Haebraicae quam Christianae conditionis existen. faciant id omnino sub graui animaduersione nra. et poena duorum millium aureorum Hungaricalium fisco nro. et Palatino ipsius loci per dimidiam partem per nos adiudican. irremissibiliter persoluen. nulla praescriptione et taciturnitate ratione praemissorum obstante. In cuius rei etc. Dat. Leopoli die vltima Julij Anno. Domini M.DL.XX. octauo. Regni vero nostri Anno tertio. Stephanus Rex.“

Przywilej króla Stefana nie tyle mówi o zawodzie lekarskim doktora Salomona, ile o kupieckim. Inne źródła dowodzą, że dr. K. istotnie zajmował się handlem. Kiedy w roku 1580 odkryto na Rusi, w ziemi Halickiej, we wsi Telatynie obfite źródła surowicy [solnej], wnet zawiązała

się spółka z trzech żydów—między nimi dr. Salomon K.,—która, wzięwszy przedsiębiorstwo w dzierżawę, sztolnie przeprowadziła, pokopała studnie, zbudowała warzelnie ²⁾. W roku 1582 [i w następnym.] tenże dr. Kalachora występuje jako dzierżawca czopowego z win węgierskich i płaci 15000 złp. dzierżawy ³⁾).

W księgach *Metryki Koronnej* [Lb. 109, fl. 526] znajdujemy przywilej, wpisany pod rokiem 1571 p. t. „*D o c t o r S a l o m o n J u d a e u s L e o p o l i e n s i s j u d e x c o n s t i t u i t u r*“. Mathias Bersohn ⁴⁾ przypuszcza, że ten Salomon był lekarzem. Wątpię, czy słusznie. Przede wszystkim przywilejów takich, w których jest mowa o doktorach żydach, spotykamy nie mało, nigdzie atoli nie zaznaczono w nich, że *doctor* ma tam oznaczać *doctor medicinae*, z treści zaś samych przywilejów wynika, że dotyczą one raczej duchownych żydowskich, czy też nauczycieli. W przytoczonym tu z tytułu przywileju również brak najmniejszej chociażby wzmianki o tem, że Salomon był lekarzem, dozwolono mu natomiast: „sądzić Żydy w rzeczach ich podług zakonu Żydowskiego, i karać występne klątwami albo innym karaniem według prawa Żydowskiego, któremu też będzie wolno wszędzie w Królestwie szkołę trzymać i żaki bawić przy sobie a ćwiczyć je w naukach“.

Źr. druk. 2) Źródła dziejowe, T. VIII, str. 84.—3) Ibid. T. IX, Cz. II., str. 238,—4) Mathias Bersohn. Tobiasz Kohn lekarz polski w XVII wieku. Kraków, 1872.

Źr. rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 117, fl. 263.

CALBIS BONAVENTURA

dokt. medycyny i filozofii, lekarz królewski [w. XVIII].

Źr. rękop. Plenipotencye Grodu Warszawskiego, R. 1754, str. 118.

Camelin Jan

Kośmiński podaje, że Camelin uzyskał stopień magistra filozofii i doktora medycyny w akademii krakowskiej w roku 1744, tymczasem u Muczkowskiego ¹⁾ czytam: „Anno 1744. die 11 Martii, promotus est privatim ad gradum secundum in AA. LL. et Philosophia, per M. Antonium

Krzyszowski, protunc Facultatis philosophicae Decanum, V. D. Joan. Camellin, Philosophiae Baccalaureus“.

W roku 1745 mianowany konsyljarzem i lekarzem dworu królewskiego:

N. 64. Officium Oonsiliarij et Medici Aulici SRMtis Nobili Joanni Camellin ofertur²⁾

[An. 1745, d. 16 Januar.]

Źr. druk. Liber promot. 404.

Źr. rękop. Sigillata, Lb. 26, fl. 192.

CAMPEN JAN

chirurg i „anatomista“, przyjęty w roku 1785 do kolegium fizycznego w Krakowie jako prosektor anatomii z płacą 1200 złp.

Źr. druk. Wład. Seredyński. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce. T. III.

Campianus Marcin

N. 65. Confirmatio vendicionis uillae Sknilowek alias Ryczyrzow per prouisores Xenodochij Sancti Spiritus intra menia Ciuitatis Leopoliens. sit. Spectabili Martino Campiano Medicinae Doctori Consuli Leopoliensi.¹⁾

[Varsaviae, die 23, mens. Februarij, An. 1623.]

Od roku 1607 wieś Skniłówek należała do szpitala lwowskiego św. Ducha; obecnie, zniszczoną przez najście tatarskie, nabył dr. Campianus [w akcie nazwany Noui-Campianus] za 2500 zł. Król potwierdził akt kupna i sprzedaży.

N. 66. Confirmatio certorum Priuilegiorum seu transactionum supervilla Krzniów predijsque ac curijs etc. pro parte Excellentis Martini Campiani Medicinae Doctoris, Consulis Leopoliensis seruien. simulque granitierum ibidem se extenden. approbatio.²⁾

[Varsaviae, d. VI mens. Martij, An. 1624].

Wieś Krzniłów, inaczej zwana Skniłówek Mały, pod Lwowem, należała do szpitala św. Ducha; zniszczoną doszczętnie przez tatarów nabył obecnie dr. Marcin. Król potwierdził akt kupna i sprzedaży.—Jest to oczywiście ciąg dalszy tranzakcyi, zawartej w roku poprzednim przez szpital z jednej, a doktora Marcina z drugiej strony.

Zubrzycki³⁾ pisze, że Campianus Marcin obrany był rajcą miejskim Lwowa w roku 1627, tudzież, że za wykupienie miasta z długu [20000], który zaciągnęło ono u Towarzystwa Jezusowego na wysoki procent, żądał, oprócz Skniłówka, jeszcze innych wiosek. Wiadomości, jak widzimy, niedokładne: dr. C. był rajcą miejskim jeszcze przed rokiem 1627, a Skniłówkę nabył.

N. 67. Confirmatio Foundationis Capellae Leopoli per Campanum Doctorem.⁴⁾

[Varsaviae in Comitijs Regni Generalibus die 10 mens. Martij, An. 1626.]

Na utrzymanie fundacyi własnej, mianowicie kaplicy przy kościele metropolitalnym we Lwowie, oddaje dr C. dochód ze wski Skniłówka Małego.

N. 68. Martinus Campianus in numerum Medicorum SRMtis recipitur.⁵⁾

[Varsaviae, die 2 mensis Aprilis, An. 1626.]

„Sigismundus etc. Significamus etc. Eo nos semper animo in viros eruditione literarum pollentes, ut ipsorum et virtutes et conditionem singulari favore nostro Regio prosequamur eosque ad obsequia et negotia nostra obeunda et tractanda gratia nostra Regia alliciamus Cum itaque Excellentis Martini Campiani Medicinae Doctoris spectata virtus et excellens scientia ac eruditio praeclara nobis commendarentur faciendum esse duximus ut eundem Martinum Campianum vestigiis maiorum suorum quorum numero Patruus Serenissimi olim Joannis Regis Ungariae Theologus et Praeceptor a Serenissimo olim Rege Sigismundo Augusto Avunculo nostro desideratissimo missus Parens vero Serenissimi olim Regis Stephani Praedecessoris nostri Medicus extitit insistentes ac Physices scientia clarum in numerum Medicorum nostrorum assumeremus quemadmodum praesentibus literis nostris assumimus ac eum pro Medico nostro Regio semper habere ac omnibus iuribus, praerogativis et libertatibus,

quibus Medici et Servitores nostri de more et consuetudine gaudent frui et gaudere volumus. Quod quidem universis et singulis Curiae nostrae officialibus ac Marschalcis necnon aliis omnibus Praefectis Officialibus, Magistratibus ubivis locorum ad notitiam deducimus mandantes eisdem ut praeinominatum Excellentem Martinum Campianum Medicinæ Doctorem pro nostro Regio Medico habeant et agnoscant ipsique de omnibus immunitatibus et praerogativis Medicorum et servitorum nostrorum dignitatem conservandam provideant illisque eum integre et pacifice gaudere et frui faciant, Pro gratia nostra officiorumque suorum debito aliter non facturi. In cuius rei fidem etc. Datum Varsaviae die secunda Mensis Aprilis Anno quo supra [MDCXXVI Regnorum nostrorum Poloniae XXXIX]. Sigismundus Rex. Joannes Lipsky“.

N. 69. Datur facultas aedificandae domus in Ciuitate Leopoliensi pro Fraternitate Misericordiae Excellenti Martino Campiano Med. Doct. Consuli Leopoliensi datur.⁶⁾

[Varsaviae, die 25 mens. Martij, A. 1628.]

Król Zygmunt III daje przywilej doktorowi Marcinowi C. pozwalający mu wystawić kosztem własnym kamienicę dla lombardu [*Mons Pietatis*] Bractwa Miłosierdzia, założonego we Lwowie przez Pawła C., ojca doktora Marcina. Grunt pod budawę domu ofiarowali zarząd miasta oraz Andrzej Próchnicki, arcybiskup lwowski [Lombard istniał do roku 1782]³⁾

N. 70. Confirmatio testamenti Spectabilis Martini Campiani Medic. Doct. Consulis Leopoliensis.⁷⁾

[Varsaviae, d. 14 Junij, An. 1629.]

Testament nosi datę d. 19 kwietnia; treść nie podana.

Źr. druk. 3) Zubrzycki. Kronika miasta Lwowa, str. 266.

Źr. rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 170, fl. 97 v. 2) Ibid. Lb. 169, fl. 366 v. — 4) Ibid. Lb. 173, fl. 291 v. — 5) Ibid. Lb. 174, fl. 116. — 6) Ibid. Lb. 176, fl. 236. — 7) Ibid. Lb. 177, fl. 402.

Camuset Jakób Emiljan

francuz, z Sedanu rodem; w roku 1721 przyjęty do grona mieszczan Starej Warszawy ¹⁾ i w tymże już roku piastuje godność ławnika ²⁾, od roku zaś 1727 do 1736—rajcy Starej Warszawy; w roku 1736 był ponownie wybrany, zrzekł się atoli zaszczytu dobrowolnie (23 stycznia) ³⁾. W roku 1720 mianowany sekretarzem, w 1743 zaś konsyljarzem i lekarzem królewskim.—Miał za żonę Annę, wdowę po Marcynie Orzechowskim, ławniku Starej Warszawy ⁴⁾, córkę zaś Annę Barbarę wydał za Wilhelma Duchain, mieszczanina warszawskiego. ⁵⁾

N. 71. Secretariatus Nbli Jacobo Amiliano Camuset Med. Dri. ⁶⁾

[d. 7 Decemb., An. 1720].

N. 72. Munus Consiliarii et Medici Regii Nbli Guoso Jacobo Emiliano Camuset Consuli Civitatis Antiquae Varsav. ⁷⁾

[d. 13 Februar., An. 1734.]

— *Traité des Fievres Malignes...*

— Krótka informacya o zągęszczonej Gorączce... [tytuły całkowite podaje Koómiński.]

Wydanie polskie tem się różni, że jest właściwie streszczeniem francuskiego, gdyż zawiera to samo, tylko w skróceniu, z opuszczeniem niektórych, mniej ważnych, działów. Gdyby jednak wierzyć w ścisłość tego, co znajdujemy w tytułach, należałoby przypuszczać, że najpierw wyszło wydanie polskie [w roku 1737], a dopiero w roku następnym francuskie.—Gąsiorowski, a za nim Koómiński przytaczają również łaciński tytuł tej rozprawy; otóż Estreicher zapewnia, że po łacinie wcale ona nie wyszła.

Treść zawarta w rozdziałach: *Avertissement au Lecteur. — Domination de la Fievre maligne. — Definition. — Difference. — Signes de la Fievre maligne. — Explication des symptomes. — Du froid et du chaud. — La douleur de tête. — Le vomissement. — Du Pouls. — De la secheresse de la langue. — De l'assoupissement. — De la douleur des reins. —*

Du delire.—De la surdité.—Du relachement du Ventre.—De la difficulté d'Uriner.—De l'oppression du Coeur — De l'Angoisse et de l'inquietude.—De l'Hemorrhagie.—De la Lethargie.—Des Convulsions et agitation des tendons du poignet.—De la sueur de la teté et de la poitrine.—Des taches rouges et du pourpre.—De la sueur froide.—Des parties attaquées de cette maladie.—De la cause de cette maladie.—Objection. — Prognostique.— De la Diete.—De l'air pour se preserver.— De l'air pour les malades. — Du manger et du Boire.—De la nourriture des malades.—De la Boisson.—Du sommeil et des veilles.—De mouvement et du repos.—Des evacuations et des retentions.—De Passions de l'ame.—De la Cure.—Des Medicaments.—Pour tirer la malignité en dehors.—Histoire premiere... douzieme.—Observations.

Przepisy dyetetyczne i leki znajdujemy tu takie, jakie u innych współczesnych Camuset'owi autorów, piszących o morze.

Źr. rękop. 1) Akta Starej Warszawy, Lb. 518 [*Album Civile*].—2) Ibid. Lb. 62, fl. 311. — 3) Ibid. Lb. 75, fl. 1229.—4) Ibid. Lb. 77, fl. 226 v.—Lb. 576, fl. 18.—Lb. 577, fl. 233 v.—5) Ibid. Lb. 571, fl. 160, 160 v.—6) Sigillata, Lb. 19, fl. 175 v./342.—7) Ibid. Lb. 24, fl. 3.

CANEVEZI TOMASZ

stopnie naukowe na wydziale filozoficznym w Krakowie osiągnął w latach 1635 i 1636. W *Lib. promot.* ¹⁾ czytamy taką o nim uwagę: „Caneuesius Thomas Samoscensis M. D. vir bonus, candidus et doctus”. Podług Przeździeckiego ²⁾ Tomasz C. był doktorem filozofii, medycyny i obojga praw. W roku 1643 piastował godność asystenta, później konsyljarza nacyi polskiej w Padwie. ³⁾ Umarł w roku 1660.—Autor licznych panegiryków: ⁴⁾

— Epithimia egregiis adolescentibus, dum in Alma Studiorum Altrice Academia Cracoviensi... primam in artibus liberalibus et philosophia lauream sumerent... a Thoma Canevesi in eadem Academia Philosophiae Auditore. Anno 1634. Cracoviae. w 4ce, k. 4. [Przypis. ojcu swojemu Andrzejowi Canevesi, wójtowi m. Tarnogrodu.]

— Oalcar virtutis et omen honoris, optimae spei iuvenibus Martino et Andreae Wolphoviciis clarissimi et doctissimi viri D. Andreae Wolphovii, Philosophiae et Medicin. Doctoris filijs, Almae Academiae Cracovien. studio-sis. A Thoma Canevesi., Cracoviae. [1635] w 4ce, k. 6.

— Lvctvs Lechia ad lugubre tumulum Sereniss. Joannis, Alberti, Poloniae et Sveciae principis... A Thoma Canevesi... Crae. [1635] w 4ce, k. 8. [wiersz].

— Phlegma plavdentis Parnassi Ingenuis adolescentibus primam in artibus liberalibus et philosophia lavream... capessentibvs... a Thoma Canevesi. [Cracoviae. 1635] w 4ce, krt. nbl. 10.

— Prothymia Generoso Domino, Joanni Francisko Wolski... dvm in aula. D. Jagellonis, propositas ex philosophia naturali dispytationes... pvblice defenderet. A Thoma Canevesi. [Prozą i wierszem.] Cracoviae. 1635. w 4ce, krt. 8.

— Syncharma perillustri Domino D. Theodato Ogiński: Assertiones ex Vniuersa rationali philosophia, cvrsvs philosophici... a Thoma Canevesi. An. D. 1635. w 4ce, krt. nbl. 4. [wiersz].

— Votvam excellentiss. D. Jacobo Soszyc... dum questionem philosophicam de Materia Prima: In Alma Academia Cracou. publice proponeret Disputationi: a Thoma Canevesi... Cracoviae. 1635. w 4ce, krt. nbl. 4. [wiersz].

— Hercvles triumphans. In venerab. XXI Candidatis, dvm... artium et philosophiae licentiati, ritu solleni, renvnciarentvr. A Thoma Canevesi. [1636]. Cracoviae. w 4ce, krt. 17.

— Hymen Duchowny. Gdy Wielebny w Chrystusie Waleryan Sierpotowski, pierwszą mszą... odprawował. Od Tomasza Kanewezego.. R. 1636. W Krakowie. w 4ce krt. 12.

— Paris Academicvs. In Nobili ac Ingenvo adolescente Martino Stanislao Wolfowicz: Clarissimi et Doctissimi Viri D. Andreae Wolfowicz, Philosophiae et Medicinae Doctoris filio: dum primam lauream Artium et Philosophiae... snmeret. A Thoma Canevesi... Cracoviae. A. D. 1636. w 4-ce, krt. nbl. 10.

— Synodus Lyminarivm: cym Nobilem et Pvdicam Virginem Magdalenam clarissimi ac doctissimi Viri, D. Andreae Wolfowicz, Philos. et Medicin. Doctoris filiam. Clarissimus ac doctissimus D. Mathias Bonikowski Philosoph. et Medicin. Doctor, ritu solenni, in sponsam sumeret, A Thoma Canevesi Profess. Astron. Obseruata et expressa. Anno Domini 1637. 15. Calen. Mar. Cracoviae, typis Matthiae Andreouien. [1637], w 4ce, k. 12. [wiersz].

— In funere perillustis et admodum Reverendiss. D. Danielis Sigonii S. Theologiae Doctoris et Professoris... Ode. A M. Thoma Canevesi... Cracoviae [1638] w 4ce, krt. 10.

— Illvstrissimo et Reverendissimo Domino D. Andreae Gembicki... feliciter Episcopatum Lyceoriensem ingredienti: Ode a Thoma Canevesi... Cracoviae [1638], w 4ce, krt. 8 [wiersz].

— Nybes Hippocratis. Clarissimo et doctissimo Viro D. Andreae Wolfowicz Philosoph. et Medic. Doct. dignis. Dvm Venerabilis et Eximius Vir, filius eius, Martinvs Stanislavs Wolfowicz: Secundae Laureae licentiatu in Avla D. Jagellonis renunciaretur. A M. Thoma Canevesi.. Anno Dni 1638. Bez m. dr. i roku, w 4ce, ark. 3¹/₂.

— Ode nobilissimo et optima Spei adolescenti Andreae Hyacintho Wolfowicz, clarissimi ac doctissimi viri, D Andreae Wolfowicz, Philosophiae et Medicinae doctoris filio. Dum primam in artibus et Philosophia lauream... sumeret. A M. Thoma Canevesi. Anno D. 1638. Cracoviae. w 4ce, k. nlb. 6.

— Cathedra Tyliciana: in Alma Acad. Cracouien. gymnasio Regni generali collocata. Dum fidei, labori et eruditioni, Excell. Viri Joannis Cynerski Rachtamovii Collegae Maioris, in peraugusti Capiti Cracouien. et amplissimi Senatus Acad: praesentia, concrederetur. A M. Thoma Canevesio, Philos. Doct. et Profess. Senio: Scho: Beatae Virginis... Cracoviae [1640]. w 4ce, krt. 10. [wiersz].

— Qvaestio astronomica, publicae velitationi exposita In Alma Academia Cracoviensi. A M. Thoma Canevesio in eadem Academ. Professore. Anno Dni 1640. Cracoviae.

w 4ce, krt. 8. [Dedykacya profesorom. Potem: Quaestio de harmonia motus lunae ad solem.]

===== Bvstvm Joannis Innocenti Petricij, in alma academia cracouiensi medic. doct. profess. et historiogra. consulis cracouiens. viri sapientissimi et eloquentissimi. Sive oratio in eius funere a M. Thoma Canevesio... Cracoviae [1641], w 4ce, krt. nbl. 13.

===== Minerva Christiana sive Oratio Dei festo Divae Catharinae ad aedem ejusdem Virginis et Martyris... A Thoma Canevesio Polono habita Patavii Anno 1641, Mense Novembr. die 25. [Patavii] 1641. w 4ce, krt. 14.

===== Admodum Reverendo Domino, D. M. Sigismvndo Gregorovic... dum... Theolog. Cathedram capesseret. M. Thomas Canevesi. Bez m. dr. fol. 1 str. [wiersz.]

Źr. druk. 1) str. 302. 304. — 2) O Polakach w Bononii i Padwie.—3) St. Windakiewicz. Księgi nacyi polsk. w Padwie. Prot. zgromadzeń nacyi polskiej w Padwie. Arch. do dziejów literat. i oświaty w Polsce. T. VI. — 4) Estreicher. Bibliogr. polska, T. XIV, str. 38—41.

CAPEL

Pisze o nim Stanisław August w pamiętnikach swoich te słowa: „doktor C a p e l, dawniejszy lekarz mojego ojca...“ Leczył on późniejszego króla w Akwizgranie w roku 1748.

Źr. druk. Biblioteka pamiętników i podróży po dawnej Polsce wyd. przez J. I. Kraszewskiego. Drezno. 1870. T. III.

CARA MACIEJ

„Illustris et. admod. reuerendus Mathias C a r a Philosophiae et Medicinae dr. in Ecclesia Cathedrali Culmensi beneficiatus“—taką, jedyną o nim wzmiankę napotkałem w Aktach Starej Warszawy pod rokiem 1740.

Źr. rękop. Lb. 78, fl. 138.

CARION JAN

matematyk i doktor medycyny z XVI w. Pisze o nim w roku 1535 w liście z Krakowa do Melanchtona Jan Łaski. [Czy był lekarzem w Krakowie?]

Źr. druk. T. Wierzbowski. Materiały do dziejów piśmiennictwa polskiego. Warsz. 1900, str. 50.

de CASE

lekarz z drugiej połowy XVIII w.; w roku 1770 był wydelegowany przez Stanisława Augusta do miejsc, dotkniętych powietrzem morowem w wojew: ruskiem, wołyńskim, podolskiem i bractawskim.

Źr. druk. Fr. Giedroyć. *Mór w Polsce w wiekach ubiegłych*, str. 98.

CASSATA JAN CHRZCICIEL

W roku 1776 ma nadane: godność dentysty dworu królewskiego i prawo zajmowania się praktyką dentystyczną, wykazał bowiem *singularem in arte dentistica peritiam*.

N. 73. Privilegium Servitoratus cum titulo Dentistae Aulae SR Mtis Joanni Baptistae Cassata datur. 1)

Cassata nie poprzestawał na specjalności swojej i podejmował się leczenia wielu innych chorób, o czym głosił publicznie 2): „Pan de Cassata, Uprz. JKMc i innych w Europie Dworów Dentysta, ma lekarstwa, co się tycze ustnych chorób, bólenia zębów iakiegokolwiek rodzaju, które kurować przyrzeka. Do chędożenia zębów ma sławny koronowy proszek, y do tych chorób łatwerzę, opiat od skorbutu, tynkturę ustową, spirytus od zębów bolenia. Zdeymuie też powierzchynie błonki z oczu, y oczy kuruie, Ma spiritus od bolenia głowy y oczu, lekarstwo na wszelkie febry. Kuruie też, ktorzy mają defekt na słuchu. Ma Angielskie Bandage na ruptury, item plastry na odciski y brodawki, tynkturę na piegi y inne krosty. Kuruie chorobę Gonorrhea zwaną, kiedy kto uryny puszczać niemoże, lub na kamień choruie. Ma ów sławny Angielski Plaster, nazwany czarny; Kuruie y inne choroby wszelkie tu niewyrażone, y wielką chorobę“.

Źr. druk. 2) *Gazeta Warszawska* z dn. 27 września 1786.

Źr. rękop. 1) Ks. kancelerskie, Lb. 56, pars I, fl. 58.—
Sigill. Lb. 32, fl. 377.

CASSIUS JAN

N. 74. Servitoratus Nobili Joanni Cassio Med. Dri.

[Toruń, d. 10 stycznia 1701].

Źr. rękop. Sigill. Lb. 16, fl. 7.

CATIGNANUS NICOLAUS de BRUNDUSIO

był przez czas niejakiś lekarzem Bony, o czym dowiadujemy się z listu Zygmunta I-ego, donoszącego o przyjeździe na świat Zygmunta Augusta [babce nowonarodzonego, matce Bony.]

Źr. druk. Acta Tomicianæ, T. V, pg. 296, N. CCCXVI.

CATTI VINCENTINUS WINCENTY

lekarz królowej polskiej [zapewne Anny Jagiell.]

—— Vincentii Catti Vincentini Serenissimæ Poloniae Reginae Physici in Stephanum Bathorem Regem Carmen [1582].—W krótkim wierszu opiewa zwycięstwa Stefana Batorego.

Źr. druk. Rykaczewski. Relacye nuncyuszów o Polsce, T. I, str 338.—K. Estreicher. Bibliogr. polska, T. XIV, str. 100.

CAVALLI

lekarz bataljonowy legjonów polskich.

Źr. druk. K. Wł. Wójcicki. Cmentarz Powąz. T. III. Dodatki i przypisy, str. XVIII.

CHIOCOA

lekarz bataljonowy legjonów polskich.

Źr. druk. K. Wł. Wójcicki. Cmentarz Powązk. T. III. Dodatki i przypisy, str. XVIII.

CHIVEAUX

lekarz bataljonowy legjonów polskich.

Źr. druk. K. Wł. Wójcicki. Cmentarz Powązk. T. III. Dodatki i przypisy, str. XVIII.

z Chmielnik Marcin

—— Dvce Christo et Avspice Christo ad theses hasce inavgurales de Plevritide Amplissimo et Clarissimo collegio

medico inclytæ Acad. Basiliensis consentiente et approbante Martinvs Chmieleciivs Territorii Lvblinensis Polonus. XX Maii, hora locoque cons. pro virili respondere conabitvr.

Na odwrocie karty tytułowej:

Cl. V. D. D. Casparo Bavhino Asclepiadei Ordinis apvd Basiliens. Decvrioni dignissimo Medico et Anatomico elegantissimo et acvtissimo Praeceptorì svo colendissimo hasce conclvsiones gratitvdinis et observantiae erga dedicat respondens.

Na końcu: Basileae, typis Opornianis, Anno MDLXXXVII. Tez ogółem 36: Treść: Pochodzenie nazwy.—Określenie choroby: „Pleuritis nihil est aliud, nisi membranae costas succingentis inflammatio”.—Podział: pleuritis superior et inferior.—Przyczyny: Causae morbificae et morbosa.—Objawy.—Rokowanie: [dobrze, jeżeli zaraz w początkach choroby jest sporo płwociny, zwłaszcza krwawej].—Leczenie zawiera 20 tez: diaeta, medicamentis [resoluentia, purgantia, alterantia], et chirurgia [phlebotomia, cucurbitae, sectio].

CHMIELSKI JAN

— De scorbuto. Wilno, 1767.

— Mowa miana przy pogrzebie W. J. P. Jana Chmieleckiego Doktora filozofii i Medycyny. Roku 1786. dnia 9 Października. Wilno [1786]. w 4ce, 1 ark. [Mówca żegna w imieniu zmarłego: Rektora Akademii Wileńskiej, samą Akademię, żonę Agatę z Mickiewiczów i szwagrów: Piotra Dubińskiego, burmistrza wileńskiego i Mierzejewskiego, rotmistrza słonimskiego.]

Źr. druk. K. Estreicher. Bibliogr. Polska, T. XIV, str. 175.

CHODOWICZ [Chodowic] MIKOŁAJ

rodem z Krakowa, stopnie naukowe na wydziale filozoficznym osiągnął w Krakowie w latach 1625 i 1629, ¹⁾—Biblioteka Nar. im. Ossolińskich posiada rękopis: ²⁾

— Prognostyk, który wydał na swych minucyach 1646 Mikołaj Chodowicz, medyki doktor, na merydyan

Krakowski na r. 1647; które minucye przypisał panom ray-com Krakowskim.

Źr. druk. 1) Muczkowski. Lib. promot. pg. 290, 295.
2) Dr. W. Kętrzyński, Katalog rękopisów Bibl. Ossolin. T. I, str. 440, N. 189—1.

z Chotkowa Piotr

Petrus de Chotkow, Petrus Chotkowita. Kościński pisze: „Pozostawił w rękopisie *dwa dzieła*“; otóż należy zauważyć, że *Medicinalia secreta* jest zbiorem wypisów z różnych autorów, drugie zaś dzieło: *Mathaei Sylvatici pandectae*... nie jest tworem samodzielnym Piotra z Chotkowa.—Podług *Lib. diligentiarum*: „An. 1494 et 1495 legit: Aristotelis Meteorologica, Parva naturalia.“

Źr. druk. Wiszniewski. Historia lit. IV. 192.—Muczkowski. Lib. promot. 48.

Chraplewski

[u Kośm: Chrapłowski]. W roku 1600 występuje już jako lekarz królewski z pensją 200 flór. rocznie i *dioriorum* 4 flor. tygodniowo;¹⁾, w roku 1609 pobiera pensyi rocznej 400 flor. Od roku 1600 dzierżawi wójtostwo w Klecku, w województwie Kaliskiem²⁾, od roku 1607 w Glinisku³⁾ [*in villa Glinisko*, w akcie zaś: *villa Glusko*], od roku 1612 w Osiecku⁴⁾, [z młyna, do wójtostwa należącego, płaci 300 złp. rocznie do skarbu królewskiego]; w roku 1619 kupuje „folwarczek“ na Lesznie za 700 złp.⁵⁾, w roku następnym—zagrodę [*praedium*] pod Osieckiem⁶⁾ Wi-
dzimy stąd, że dbał nie mało o przysporzenie sobie majątku, występując częściej w roli finansisty, niż lekarza.—Ożeniony z Katarzyną Płaczkówną⁷⁾, wziął za nią 2000 złotych posagu⁸⁾.—Umarł w roku 1622, pochowany w kaplicy św. Stanisława przy farze Warszawskiej. Zapisał na rzecz jej 1000 złp. z warunkiem, aby procent od tego kapitału pobierał altarysta kaplicy za dwie msze tygodniowo. W roku 1624 wdowa wypłaciła ten legat na ręce Jana Gیزی, wójta Starej Warszawy, oraz Wojciecha Baryczki, którzy przyrzekli, w imieniu magistratu, pochować ją po śmierci w tejże kaplicy.⁹⁾

N. 75. Pensio annua Excellentissimi Gallo Chraplewski.¹⁹⁾

[Varsaviae, die 26 m. Januarii, An. Do. 1609.]

Pensyę 420 flor. [połowę pobieranej uprzednio przez zmarłego Jana Chrzciciela Gemmę] wypłacaną w ratach kwartalnych król zabezpiecza na dochodach z żup w Wieliczce.

„Sigismundus etc. Significamus etc. Eam esse erga excellentem Gallum Chraplewski, medicum nostrum animi et voluntatis nostrae propensionem, ut commoda et rationes ipsius liberalitate nostra promovendo nobis arbitremur. Is enim postquam commendatione singularis in arte medica peritia in medicum nostrum esset ascitus. Ita iam inde a plurimis annis in servitiis nostris versatus est, ut cum peritia, prudentia, industria et assiduitate praestantis medici, tum aliarum virtutum ornamentis probi viri officia et partes abunde expleat. Quo circa merita industriamque ipsius evidentiori benignitatis nostrae testimonio prosequi volentes, facile id dedimus petitioni ipsius, ut eius pensionis, quam excellens olim Joannes Baptista Gemma, medicus noster, in Salinis seu Zuppis nostris Wieliciensibus assignatam a nobis habuerat, partem mediam quadringentos nimirum et viginti florenos polonicales illi conferremus, uti quidem conferimus praesentibus litteris nostris ad placitum nostrum. Ita ut idem excellens Gallus Chraplewski, medicus noster, commemoratos quadringentos et viginti florenos polonicales singulis trimestribus seu quartalibus initio sumpto ab ipso die obitus Joannis Baptistae Gemmae ex proventibus Salinarum nostrarum Wieliciensium levet ac percipiat, quod ad omnium et singulorum, quorum id interest, in primis vero generosi Andreae Olesnicki salinarum nostrarum Wieliciensium administratoris moderni et pro tempore futuri notitiam hisce deducimus mandantes, ut quoad de diversa hac in parte voluntate nostra iis non constiterit, eundem excellentem Gallum Chraplewski, medicum nostrum praedicta pensione frui et gaudere sinat, eamque ipsi sine quavis mora et difficultate statis temporibus extra arendam integre et realiter persolvant ac repraesentent, persolvique ac repraesentari ab iis quorum id interest procurent, non expectatis eo nomine ulterioribus mandatis nostris. Pro gratia nostra quod in rationibus ipsorum visa quietatione eiusdem excellentis medici nostri recipietur, ratumque habebitur. In cuius rei etc. Datum Varsaviae in comitiis Regni generalibus die XXVI mensis Januarii anno domini

MDCIX. Regnorum nostrorum Poloniae XXII Sueciae vero XV. Sigismundus Rex. Guil. Kochanski“.

Źr. druk. 1) Swieżawski i Wenda. Spis lekarzy polskich. Medycyna T. XIX. [Sw. i Wenda wymieniają Chraplewskiego Karola, kładąc przy nazwisku znak zapytania, z czego wnosić można, że przypuszczali raczej błąd w akcie, niż istnienie lekarza przez siebie wymienionego. Istotnie, w miejscu wskazanem przez autorów, t. j. w 170 księdze Metryki Koronnej na str. 255, wymieniony *Gallus*, nie zaś *Carolus*—jak błędnie odczytano—Chraplewski.]

Źr. rękop. 2) Metr. Reg. Lb. 145, fl. 3.—3) Ibid. Lb. 151, fl. 239 v.—4) Ibid. Lb. 154, fl. 193 v. 284 v. 285.—6) Akt. Starej Warsz. Lb. 21. fl. 447 v.—6) Ibid. Lb. 20, fl. 58 v.—7) Metr. Reg. Lb. 169, fl. 429 v.; Akt. Star. Warsz. Lb. 22, fl. 50.—8) Metr. Reg. Lb. 154, fl. 286 v.—9) Akt. Star. Warsz. Lb. 546, fl. 205 v.; Lb. 23, fl. 282 v.; Metr. Reg. Lb. 346, fl. 84.—10) Metr. Reg. Lb. 154, fl. 4 v.

CHREMELSKI [?] JAN

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* uniwersytetu Padewskiego zapisano: „25. V. 1575. Johannes Chremelius Polonus, f. Matthiae, fuit conventuatus in med.“

Źr. druk. St. Windakiewicz. Materiały do historii Polaków w Padwie. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII.

Chrościewski Jan Hieronim

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* uniwersytetu Padewskiego zapisano: „3. VII. 1582. Johannes Chrosccevius Polonus, f. Stanislai, fuit examinatus in artibus et med.“

Źr. druk. St. Windakiewicz. Materiały do historii Polaków w Padwie. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII.

Chrościewski Stanisław

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* ¹⁾ uniwersytetu Padewskiego zapisano: „5. IV. 1544. Examen in artib. et med. Stanisla i Chroscsesii Nigri Ciechanoviensis Poloni.“

N. 76. *Approbacio exemptionis ab oneribus ciuilibus et iurisdictione Posna: Stanislai Chroscesij. 2)*

[Cracoviae, die 24 m. Nouembris, An. Dni 1578.]

Zygmunt August wydał w roku 1549 przywilej, wyłączający doktora Ch. i żonę jego [gdyby ją w przyszłości pojął] od jurysdykcji miejskiej poznańskiej, oraz dom [gdyby wystawił lub kupił] od wszelkich podatków. Obecnie Stefan Batory przywilej ten potwierdza:

„Stephanus Dei gratia Rex Poloniae etc. Significamus his litteris nostris quorum interest vniuersis et singulis earum notitiam habituris. Exhibitas nobis esse litteras pargameneas Serenissimi Sigismundi Augusti Regis praedecessoris nostri, sigillo eiusdem Mtat. munitas, manuque Nicolai Grabia, Regni protunc vicecancellarij subscriptas, integras, saluas et nulla suspicione carentes, continentes in se exemptionem ab omnibus oneribus ciuilibus, tum etiam Exactionibus Regni et ab omni iurisdictione Ciuili Ciuitatis nostrae Posnaniensis. Eximii viri Stanislai Chroscesii Nigri, Philosophiae ac Medicinae Doctoris, tum et vxoris et domus ipsius quamcunque in Ciuitate nostra Posnaniensis habuerit et possederit, Supplicatumque nobis est per certos Consiliarios nostros, vt easdem litteras autoritate nostra approbaremus et ratificaremus. Quarum quidem litterarum tenor de verbo ad verbum sequitur et est talis. Sigismundus Augustus Dei gratia etc. Significamus etc. Quia nos habentes rationem virtutis qua se se nobis commendabilem exhibuit, commendata. etiam habentes morum illius ac doctrinae integritatem ac in medendo felicitatem et dexteritatem Eximii viri Domini Stanislai Nigri, Philosophiae et Medicinae Doctoris, respectu etiam sumptuum, quos dum nobis seruire studuit impendit, ipsum et domum eius quamcunque ipse postea aut emerit aut aedificauerit Posnaniae, siue illa in foro siue in aliqua alia platea fuerit sita, ab omnibus et singulis exactionibus nostris Regiis et Ciuilibus Posnaniensibus, institutis aut instituendis, tum ab omni iurisdictione Ciuili, de certa scientia et speciali gratia nostra Regia, absoluendum, eliberandum, emittendumque duximus, prout absoluimus, eliberamus et commitimus hisce praesentibus litteris nostris, Ita videlicet, vt ipse vna cum uxore illius si quam aliquando duxerit, ac domum eius quamcunque ille et vbicumque eam extruxerit, aut mercatus fuerit, quorum omnium nomina hic et cognomina pro expsis. atque proprio

Pam. Tow. Lek. T. 99, Z. I.

7

vocabulo appellatis et cognominatis, haberi et intelligi volumus; sit immunis ab omnibus et singulis exactionibus nostris et oneribus Ciuilibus more aliarum personarum et domorum, quibusi mmunitas atque libertas nostra Regia est concessa; ad vitae suae et vxoris extrema tempora. Ac vt non teneatur ille iam ex nunc et neque vxor postea ipsius, de se conquerentibus coram vlllo alio Iudice respondere, quam aut coram Maiestate nostra Regia et successoribus nostris pro tempore existentibus tantum, aut coram loci Capitaneo solo. Quocirca vobis, Magnifico Andreae Comiti a Gorka Castellano Posuaniensi et Maioris Poloniae Generali ac Buscensi Capitaneo, ac etiam Senatui Magistratuique Posnanien. moderno et pro tempore existentibus, tum et aliis exactoribus quibuscunque Regni nostri, putanris. Regiis, terrestribus, Castrensibus et Ciuilibus Posnanien. innotescimus id praesentibus mandantes, atque ita omnino habere volentes, quatenus ipsum eximium Stanislaum Nigrum Philosophiae et Medicinae Doctorem, de nobis bene meritum, in ea ipsa libertate praerogatiuaeque absolutoria ac immunitate nostra Regia, quam ipsi iam ex nunc et domui vxorique ipsius concessimus, conseruetis et tueamini, conseruarique ac tueri omnino ab aliis faciatis, Pro gratia nostra atque seuera animadversione Regia aliter facere non ausuri. Harum testimonio litterarum quibus sigillum nostrum est subappensum. Datum Cracouiae die quindecima Martij Anno Domini Millesimo Quingentesimo Quadragesimo Nono. Nicolaus Grabia Regni Vicecancell. Relatio Magnifici Domini Nicolai Grabia Castellani Chelmensis et Capitanei Lubomlien. Regni Poloniae Vicecancellarij. Nos itaque Stephanus Rex supplicationi praedictae Consiliariorum nostrorum benigne annuentes, praeinsertas litteras in omnibus earum clausulis, punctis, articulis et conditionibus approbamus, confirmamus, ratificamusque, perpetuumque robur debitae firmitatis semper obtinere debere affirmamus, inquantum in vsu possessioneque earum libertatum praerogatiuarumque antea fuerit, eundemque eximium virum Stanislaum Chroscesium Nigrum Philosophiae ac Medicinae Doctorem, iuxta tenorem et continentiam earum, domumque eius in Ciuitate nostra Posnaniensi existentem, in libertatibus iumunitatibusque ijs ex liberali gratia nostra qua eiusmodi viros doctrina eruditioneque praeditos prosequi solemus, libenter conseruamus. In quorum omnium fidem praesentes manu nostra subscripsimus, sigilloque communiri iussimus. Datum Cracouiae

die vigesima quarta Mensis Nouembris, Anno Domini MDLXXVIII. Regni Nostri Tertio. Stephanus Rex."

Źr. druk. 1) St. Windakiewicz. Materyały do historyi Polaków w Padwie. Archiw. do dziejów literat. i ośw. w Polsce, T. VII.

Źr. rękop. 2) Metr. Reg. Lb. 117, fl. 358.

Chrzęszczowicz Tomasz

W *Lib. promot.* nazwany Chrzęszczewiczem albo Chrzęszczewiczem, [n Kościński. Chrzęszczowicz.]. Stopniem naukowym na wydziale filozoficznym w Krakowie osiągnął w latach 1658 i 1661.

Źr. druk. Muczkowski. *Lib. promot.* 328. 331.

Ciachowski [Cziachowski] Piotr SŁOMAN

Sześć rozpraw, które Kościński przytacza oddzielnie: [1) Wieczny kalendarz krwi puszczania, 2) Wieczna nauka w częściach człowieczych krwi puszczania, 3) Nauka o członkowym środku stawów bólu, 4) Nauka o robakach ielitnych, 5) Nauka o św. Walentego chorobie, 6) De Gangrena et sphacelo], Maciejowski ¹⁾ opisuje jako jedną książkę z sześciu części składającą się, z których każda ma osobny tytuł i osobne liczbowanie stron z rokiem wydania 1620 wspólnym, i tak kończy: „Dziełko to tłomaczone z niemieckiego [Kościński przytacza jako oryginalne] polecił do czytania sławny nasz lekarz „Piotr Ciachowski z Brzeznice” chirurgom wileńskim „dawnym przyjaciółom swym“, do których się w te słowa przy piątej części odezwał:

Acz dawno po niemiecku Hildena czytacie

Jednak Polski odemnie Polacy już macie.

Do was mówię Matysow, Jachyow, Dawidow,

Janow, Gerzych, kto was zna, choć chor, musi
[być zdrow.

Ztąd wyprowadzamy ten wniosek, że dzieło chirurgiczne Wilb. Fabr. Hildena [umrł r. 1634] na polski język przełożywszy, czyli raczej przerobiwszy, Ciachowski podał je pod odmiennym tytułem do publicznej wiadomości."

O przydomku Ciachowskich Słoman dowiadujemy się z plenipotencyi, danej w roku 1633 synowi Janowi przez

Elżbietę Żejzenecką, córkę Jerzego Ciachowskiego, a siostrę doktora Piotra, do windykacyi spadku po doktorze [„dr. med. Sloman dicto“] ²⁾. Akt ten dowodzi, że doktor Piotr C. w roku 1633 już nie żył, że przeto rozrępała jego „O Dysenteriey“, przytoczona u Kościńskiego w wydaniu z roku 1639, wyszła już po śmierci autora, albo że wydanie z roku 1639 nie było pierwsze.

Źr. druk. 1) Maciejowski. Piśmiennictwo... II. 652; III. 106. 700.

Źr. rękop. 2) Acta Sandomirien. C. Inscriptionum Inductarum Lb. 15, fl. 396.

CIANCHINI ANTONI MARIA

N. 77. Diploma super munus Medicinae Doctoris Regii Nobili Antonio Maria Cianchini.

[d. 4 Mart. An. 1739].

Źr. rękop. Sigill. Lb. 25, fl. 96.

CLARETTI de CANCELLIERI CONSTANZO

rodem z Pistoii, został doktorem medycyny w Bolonii w r. 1505, a był „*litteris et graecis et latinis eruditissimus*“. Zraz potem zjawia się on w Polsce, zapisuje się do metryki uniwersytetu i rozwija w Krakowie propagandę światła odrodzenia. Mianowicie 19 Kwietnia roku 1505 zapisał się do metryki jako Constancius Clariti de Cancellaris Bononiensis. Uprawiał w Krakowie „*litteras politiores*“ i greczyznę. Ponieważ jednak o wykładach jego niema mowy w spisie prelekcyj, należy przypuszczać, że nauka ta odbywała się po za uniwersytetem. Był jednym z pierwszych, który zaszczerpił na gruncie polskim znajomość literatury i języka greckiego.

Źr. druk. K. Morawski. Hist. Uniw. Jagiell. II. 125. 232. 246. 249.

CLEOPHAS MICHAŁ

dr. medycyny, pochodził z Torunia [*Thorunensis*], żył w XVII wieku.

== De suppressione mensium. Wittenberg. 1664. w 4ce, ark 5.

Źr. druk. K. Estreicher. Bibliogr. polska, T. XIV, str. 299.

COBRYKA

W „Spisie lekarzy polskich” Swieżawskiego i Wendy [Medycyna, T. XIX], wymieniony z Rostkowa Andrzeja Cobryka, doktor medycyny, kanonik płocki. Jest to błąd zecerski, albo pomyłka, powstała skutkiem niedokładnego odczytania rękopisu, we wskazanem bowiem przez autorów miejscu [Metryka Koronna, ks. 34, str. 323], w akcie pod tyt. „Debitum Doctoris Kostka a Rostkowo apud Radzieiowski” występuje *Andreas Costhka* [nie zaś *Cobryka*] de Rosthko w o...

CODICIUS MARCIN

z przydomkiem *Pniewski* [„Pniowski nuncupatus“], miał za żonę Zuzannę Naborowską; w roku 1608 bawił w Piotrkowie [może mieszkał tu stale?]. ¹⁾

== Rada i instrukcja przeciw powietrzu morowemu od Marcina Kodyciusa Pniewskiego med. Doktora. Thorun. Fr. Schnellboltz. 1626. w 4 ce, ark. C. 4. druk gocki. [Przypis. Maximil. Przerębskiemu kastell. Sieradz. referendarzowi kor. Ochmistrzowi Królowey JM.—dat. w Wieluniu 27 września 1626.]

== Theses de catarrho in Academia Basilensium publice defensae per Martinum Codicium Pniewitanum Polonum Basileae, typ. Conradi Waldrichii, 1593. w 4 ce, k. 25.

Źr. druk. K. Estreicher. Bibliogr. polska. T. XIV. str. 315.

Źr. rękop. 1) Akta miejskie piotrkowskie. Ks. 17.

COGNIARD

francuz, dentysta warszawski, mieszkał w roku 1789 na Podwalu pod Nr. 513, wstawiał zęby sztuczne, sprzedawał „liquor” na ból zębów własnej kompozycji.

Źr. druk. Gazeta Warszawska z dn. 16 grudnia 1789.

COLE

W rachunkach płacy służącym u dworu królewskiego [w r. 1518], w rubryce wydatków na utrzymanie dworu włoskiego

[*Curiae Italicae*] zapisana pensya kwartalna: Cole Medico 50 flor.

Źr. rękop. Księgi skarbowe z r. 1518.

COMBALUSIER JAN

dr. medycyny, lekarz lwowski z końca XVIII w.

Źr. rękop. Akta b. komis. wojsk. ks. 17, str. 68.

Conradt Hieronim

stopnie naukowe na wydziale filozoficznym osiągnął w Krakowie w latach 1645 i 1646.

Źr. druk. Muczkowski, Lib. promot. pg. 316. 319.

CONRADI KAROL LUDWIK

medicus primarius królowej Ludwiki Maryi,¹⁾ pobierał 4500 złp. półrocznie, t. j. sumę o wiele przewyższającą pensye innych dworzan²⁾; siostrę Marjannę miał za doktorem Antonim Latiosi'm¹⁾, córkę zaś Ludwikę za Stefanem Janem Dużuk'em. W roku 1695 już nie żył.³⁾ W akcie podziału spadku nazwany *Corradi*, córka jego stale się zwie *de Corrade* lub z polska — *Koradowna*, własnoręczny zaś podpis doktora z roku 1688 brzmi: *Carolus Ludouicus de Conrady*.

Źr. druk. 2) D-r Witold Czermak. Stud. historyczne. Kraków 1901. str. 86—87.—Stefana Franciszka z Prószeza Medekszy Księga pamiętnicza, str. 12.

Źr. rękop. 1) Akt. Star. Warszawy Lb. 46, fl. 736 v.—3) Ibid. Lb. 50, fl. 456.

CORCHIUS KORNEL

W księgach sekretnych koleg. lekarskiego uniwersytetu Bolońskiego [*Libri Segreti del Collegio Medico*] pod datą 23. VIII. 1590. zapisano: „Promotio in utraque facultate [t. j. artium et medicinae] Cornelia Corchii Poloni.“

Źr. druk. St. Windakiewicz. Informacya o aktach uniwersytetu Bolońskiego. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII.

CORENIONIUS

Dr. St. Wosiński [† 1694] w szeregu „Viri Insignes ex Academia Cracouiensi qui prodierunt ante meam aetatem” wymienia Corenionius’a, lekarza lwowskiego. [Niewątpliwie ma być Coreniouius, t. j. Korzeniowski; w takim razie Marcin.]

Źr. druk. St. Wosiński... podał Br. Wojciechowski. Pam. Tow. Lek., T. XCII, R. 1896, Zesz. IV, str. 1017.

CORNUTUS, CORNUTI JERZY

W aktach Starej Warszawy występuje trzykrotnie [w lat. 1662, 1685 i 1686] Joanna [Anna] Thurin [Thurint], pokojowa Ludwiki Maryi, wdowa po lekarzu paryskim, doktorze medycyny Jerzym Cornuti’m. [Czy mąż jej bawił z nią razem w Polsce, czy też przybyła do Polski już jako wdowa?]

Źr. rękop. Akta Starej Warszawy, Lb. 45, fl. 173. 414 v. – Lb. 556, fl. 101 v.

CORRAOE AUGUSTYN

w roku 1662 występuje w pewnej sprawie majątkowej ¹⁾ Augustinus Corrade SR M. Consiliarius et Archiater; z pism Marcina Bernarda Bernitz’a ²⁾ dowiadujemy się, że C. był lekarzem Ludwiki Maryi.

Źr. druk. 2) Miscellanea curiosa medico-physica Academiae naturae curiosorum. Anni MDCLXXIII et MDCLXXIV. Appendix, pg. 284.

Źr. rękop. 1) Akta Star. Warsz. Lb. 38, fl 752.

CORRADUS JÓZEF

N. 78. Munus Medici atque Doctoris Regii Nobiliac Erudito Josepho Corrado conf.

[d. 15 Januar. An. 1739].

Źr. rękop. Sigill. Lb. 25, fl. 81.

Cosmider Jan *vid.* z Ostrzeszowa Jan.

COSSIUS [może Kos?] JAN

W księgach sekretnych koleg. lekarskiego uniwersytetu Bolońskiego [*Libri Segreti del Collegio Medico*] pod datą 13.

IV. 1553. zapisano: „Promotio in medicina Johannis Cossii Poloni.“

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

de la Courvée Jan Klaudyusz

===== De nutritione foetus in utero paradoxa. Authore Joanne Claudio de la Courvée Vesulano Reginae Poloniae et Sueciae Medico. Dantisci. Anno 1655.—Dedyk. królowi Janowi Kazimierzowi.

Rozprawa w trzech częściach: *Partis primae argumenta. Cap. I.* Novae vel renovatae sententiae expositio totiusque operis divisio. [Exposita opinione communi meam propono, quam nec Hippocrates novit, nec autor libelli, an animal sit id, quod in utero est, nec e neotericis praestantissimus vir D. Harveus; An autem Democriti eadem fuerit mens incertum, cum ad nos usque non venerint sapientissimi Principis opera.].—*Cap. II.* Tria fundamenta, quibus innititur communis opinio. [Primum est in utero foetum ali sanguine, ergo maternum attrahere, nec enim potis est ullam mutare materiam, nec ulla est, quae mutari possit in sanguinem. Secundum est: totum innatare foetum sudori ac urinae, ergo nunquam os ipsum aperire, tantum abest ut alimentum sumat ore. Tertium est: Foetum umbilicalibus vasis adhaerescere utero, ut radicibus arbores adhaerescunt terrae, ergo ut hae radicibus vivunt, sic et ipsum vivere umbilico.].—*Cap. III.* Primum fundamentum convellitur. [Ab actu ad posse valet consequentia, probatur ratione et autopsia, foetum in utero propria virtute et innata vi sanguinem conficere, adeo ut non habeat opus maternum attrahere, quo alatur.].—*Cap. IV.* Contradictorium est, a foetu sanguinem generari, et ab eodem maternum sanguinem attrahi. [Ex his duobus alterutrum falsum sit necesse est, simile non mutatur in simile, sed in quid aliud, Generatio est mutatio totius in totum, nullo sensibili remanente.].—*Cap. V.* Foetus in utero ut extra uterum eandem eodemque modo Haematosin peragit. [In hoc

capite exploditur triplex opinio diversa: Fabricii, Riolani et Harvei.].— *Cap. VI.* Secundum fundamentum concutitur. [Negant in utero foetum per os alimentum sumere, quia sudori innatat et urinae, sed Argumentum retorquendo, dicimus, probamusque, illum liquorem, cui innatat infans, non esse sudorem, vel urinam, sed alimentum, quod ore sumitur a foetu.].— *Cap. VII.* Puer in utero nulla emittit excrementa praeter mukum. [Nam alia paucissima gignit, nec plura quam possint continere partes, quas natura fecit eorum receptacula, quae proinde eo magis dilatantur, quo magis illa crescunt, sic enim quo magis abundat lotium, eo magis extenditur vesica et eo magis extenduntur intestina quo plus meconii gignitur. Foetum in utero sudare unquam cave dicas, nisi praeter accidens et praeter naturam.].— *Cap. VIII.* Praecedentis Capituli sequela et ratio. [Redditur ratio, quare mukum egerit in utero puer et detegitur mirabilis illa Naturae industria in continendis aliis excrementis, ne quicquam eorum effluat, donec exiverit infans ab utero.].— *Cap. IX.* Quam multa dixerint antiqui circa reiectionem urinae et Meconii naturam, falsa est omnino absona. [Mirabere legendo tot Galeni et Riolani commenta, subterfugia, contradictoria.].— *Cap. X.* Quamvis D. Harveus hoc secundum fundamentum luculenter destruxerit, totam tamen difficultatem reliquit. [Ex ipsius verbis hic et inde sparsis colliges, ubi simul collecta videris, ipsum non sibi constitisse, sed in errorem communem, quem tamen ita belle iugulaverat, iterum atque iterum recidisse]. — *Cap. XI.* Tertium fundamentum evellitur. [Eo audacius, quod hoc tenus nemo ab eo deflexerit, nec Hippocrates ipse, nec Aristoteles, Galenus, nec mortalium ullus, quem noverim, comparisonem ab Hippocrate factam, oviparorum cum viviparis, ex aliqua parte, ut consonam retinemus, sed eam, quam fecit Plantarum, reiecimus, ut alienam, ut omnimodo dissonam.].— *Cap. XII.* Neque maternus sanguis, nec aliud quodvis alimentum attrahitur per vasa umbilicalia. [Non quidem per arterias; nam arteriosus, qui prosilit sanguis per umbilicum, ex ipsius corde foetus prosilit, ut convincitur ratione et sensu, quod idem de venosq probatur, nullam autem acuitatem attractricem inesse vasis umbilicalibus nullam

in iecore, nullam in corde pueri, aut in toto ipsius corpore, quam maternus sanguis aut aliud quodvis alimentum attrahatur, tibi facile suadebis, si me audias.]. *Cap. XIII.* Quantum et quomodo in eo fundamento peccaverit D. Harveus [Maxime quidem, nec enim tantum erronea dixit, sed etiam repugnantia et contradictoria, non ex illo principio deducuntur ea, quae voluis inde deduci, sive haec habeantur vera sive falsa].

Secundae Partis Argumenta. Cap. I. Secundae partis argumentum. [Cum nutritio sit generatio continua et generatio sit nutritio prima, nobis de nutritione dicturis dicendum quoque de generatione. Manifestum est et patet omnibus ex matre foetum et generari et nutriri, sed quanam sit illa materies, quam dat foetui mater, et quomodo recipiatur a foetu, latet adhuc inquirendum.].—*Cap. II.* De Conceptu. [Viviparorum primordia dicuntur conceptus, hi quomodo generentur aliter ab Hippocrate et aliter ab Aristotele conceptum legimus, tantamque quaestionem movere laboriosius esset et extra rem. Juvat tamen ad maiorem intelligentiam edoceatur membranarum generatio, quae Hippocrati, Aristoteli, Galeno, ipsique Harveo fuit ignota, sicut et earum usus; non igitur inquiremus, quomodo fiat conceptus, sed iam factus considerabitur ut agens, ut materia, ut instrumentum, ut foetus et ut alia, si quae concurrunt.].—*Cap. III.* Quid primo accidat in Conceptu ad formationem foetus? sive de colliquamento humoris intra amnion. [Prima mutatio, quae sit in conceptu ad Generationem animalium, est humoris intra amnion contenti colliquatio, a causa externa, ab extrinseco calore, coecutiit in generatione animalium cognoscenda Aristoteles, dum eam vult fieri per coagulationem].—*Cap. IV.* Principium efficiens, ut liberum operatur illico simul et semel omnes partes delineans. [Colliquata materies erumpit in actum principium efficiens et ut liberum omnes partes spermaticas simul et semel et in instanti delineat, contra Aristotelem, Galenum et Harveum, qui volunt Animalium partes per Epigenesin generari unam post aliam: Veritatem propositam edocuit Hippocrates, sed aliis forte ansam dedit errandi, quod dixerit, omnes artes ab ipsa natura didicisse et ipsam fuisse imita-

tas, sic enim putarunt et ita naturam agere, sicut agunt artifices, quod Hippocratis effatum explicatur, erravit autem Harveus, quod sensui plus dederit quam rationi, uec ratione quaesiverit, quae non patebant sensui.].—*Cap. V.* Partes ut delineatae, nec dum formatae iam agunt pro necessitate et usu. [Hanc veritatem novit Galenus, sed videtur Harveum latuisse, multa enim proponit, ut Paradoxa, quae facili negotio possunt per illam dissolvi.].—*Cap. VI.* Non est pars principalis et primogenita, a qua caeterae dependeant, contra Aristotelem et Harveum. [Nec enim cor talem habuit praerogativam, ut voluit Aristoteles, nec sanguis, ut sibi finxit Harveus, sed in partium spermaticarum generatione, nulla est prioritas, nulla posterioritas, nulla dependentia.].—*Cap. VII.* Quo alimento nutriantur primum et quomodo crescant ab initio partes spermaticae. [Per iuxtappositionem, quae non minus vera est nutritio, imo nobilior ea, quae sit per intus susceptionem alimenti, eadem materie nutriuntur initio, quae generantur, hae partes, quamvis, inquam, variae et heterogeneae, generantur ex eadem materie, similari, contra Hippocratem.].—*Cap. VIII.* Sangvinis et sanguinearum partium generatio. [Causa prior est effectui et sanguineis partibus spermaticae partes; hae ad actionem, ille ad usum videntur esse comparatae. Sanguis non generatur primapars et immediate ab anima, ut voluit Harveus, sed a corde primario animae organo, quippe quod vix delineatum est in suis partibus spermaticis, cum iam sanguinem generat, a quo partes sanguineae. Est enim cor vera sanguinis Officina, non iecur, ut suasit Galenus eloquio summorum Virorum, Hippocr. et Aristotelis doctrina, probatur non solum autopsia sed etiam potissimum ratiociniū, uno concretionis modo ex uno sanguine anima generat omne parenchima, omnemque carnem, quantumvis varia, in sanguinearum partium generatione datur prioritas et posterioritas, sed nulla inter se dependentia.].—*Cap. IX.* Ut ab ignoto funiculi usu error omnis emanavit, sic ab eodem cognito elucescet iutegre veritas. [Ex Hippocratis doctrina et ex rei veritate ostenditur

animata quaeque ut primum exsunt, illico et continenter spirare, ut sibi pabulum praeparent, vegetativa per radices, animalia per umbilicum: unde hae partes videntur existere, priores, ut maxime necessariae; explicatur modus, quo vivunt nutriunturque animata.]—*Cap. X.* Nutritio est quae pertinet ad nutritionem sunt aliter in Embryone atque aliter in foetu perfecto. [Novis argumentis demonstratur iterum, nihil per umbilicum attrahi; imo in Embryone. Exploditur Harvei opinio, damnatur Fabricii error. Diverso alimento frui et diversimode Embryonem ac foetum, ut in uno, ac in altero diversa fieri, convincit ratio monstratque autopsia in generatione pulli.]—*Cap. XI.* Nulla datur repugnantia, quin perfectus in utero foetus cibum sumat ore. [Ostenditur in quo conveniat et in quo differat viviparorum et oviparorum generatio, duplex est differentia considerationis maximae, nam ovo innatum est utrumque alimentum, proximum et remotum, albumen nimirum et vitellus; at conceptui innatum est tantummodo proximum, quo consumpto necessum est remotum adveniat ab utero. Altera differentia haec est. Pullus totum vitellum seu remotum alimentum includit in abdomine, at foetus viviparus non idem facit, sed ut alimentum remotum, ab utero paulatim decedit, sic illud paulatim assumit (quod veremur addere per os), certe nulla est repugnantia, neque ex parte agentis, nec ex parte alimenti, respondetur objectionibus adversariorum.]—*Cap. XII.* Perfectus in utero foetus cibum sumit ore necessario. [Cum viviparorum foetus necessario utatur alimento remoto, nec illud attrahat per umbilicalia vasa, nec per habitum, nec recondat in abdomine, restat ut illud necessario sumat ore, quod probatur autopsia. Confirmantur Hippocratis argumenta, examinatur Harvei doctrina, eaque reicitur ut erronea, falsa, contradictoria.]—*Cap. XIII.* Quem cibum in utero sumat ore puer. [Cum duplex sit alimentum in ovo, albumen, quod est proximum et vitellus, qui est remotum alimentum, dicimus humorem conceptui innatum quid esse analogon albumini, advenire autem ex utero remotum alimentum, vitello analogon,

hoc non esse sanguinem, demonstratur ratione et autopsia, sed quid delicatius et lacti simile.]

Tertiae Partis Argumenta. Cap. I. Tertiae partis argumentum. [Ex hac nova vel renovata sententia, quam multa detegatur veritas, et quod inde lumina, declaratur in genere.].—*Cap. II.* An duo sint generationum principia, semen et sanguis menstruus. [Praestantissimus vir D. Harveus negat, semen esse principium tale contra Hippocr. Aristotelem et Galenum, quod ille de semine, idem constanter nego de materno sanguine.].—*Cap. III.* Quam vitam vivat Embryo. [Non consuluerat autopsiam in generatione pulli Galenus, dum vult Embryonem vegetativam vivere vitam, quam opinionem dum reponit Harveus, contraria dicit et suis observationibus omnino dissona.].—*Cap. IV.* Quomodo generetur mola. [Neque ut docuerunt Hippocrates et Galenus, neque ut voluit Aristoteles, sed eo plane modo, eademque causa, qua foecunda ova sunt irrita, conceptus alioquin legitimi facessunt in molam.].—*Cap. V.* An dentur Cotyledones in muliere? an anastomoses vasorum umbilicalium cum vasis uteri? [Multiplex est Cotyledonum acceptio, sed non tales inveniuntur in muliere, quales depingit Galenus. Erravit vir eximius in autopsia et ab illo errore, tauquam ex principio uberrimo emanavit longa errorum series et catenatio.].—*Cap. VI.* De placenta. [An placenta et cotyledones referantur ad idem genus? quo sanguine nutriatur placenta? cur cotyledones habeant animalia quaedam, et quaedam non habeant? cur alia habeant placentam et alia non habeant? cur ea destituantur ovipara et pisces, tam ovipari quam vivipari? qui usus Cotyledonum et placentae, horum omnium redditur ratio hactenus incognita.].—*Cap. VII.* De funiculo. [Ex vero funiculi usu plurima deteguntur abstrusa, quare duplex sit arteria et una tantum veua umbilicalis, quare venae umbilicalis rami subiaceant arteriis et hae habeant valvulas, quibus alibi caret arteriosum genus, quae sit ratio, cur tot vasa per placentam et chorion sint disseminata, ut si iungerentur simul, quindecuplo et amplius trunco essent maiora, quare arteriae

umbilicales non ex corde, sed ex Iliacis prodeunt, quare funiculus non habeat nervum, datur hactenus inextricata horum omnium solutio.].—*Cap. VIII.* De membranis foetum involventibus chorio et amnio, ac de liquoribus in utraque contentis. [Vetus membranarum usus hactenus incognitus detegitur et liquorum in his contentorum praeparatio et natura.].—*Cap. IX.* Respiratio foetus in utero. [Qui sentiunt in utero foetum moveri voluntque mingere et sudare ac interim negant ipsum respirare aëris defectu, hi parum consona dicunt. Necessitatem spirandi in omnibus edocuit Hippocrates, redditurque ratio in animalibus, potissimum calidioribus et humidis, quibus proinde pulmones dati sunt. At cum hos moveri in foetibus incommodum esset, fecit natura mirabili arte ut spirarent per funiculum; inde redditur ratio, cur prior appareat funiculus, cur ad tantam crescat longitudinem, quare vasa umbilicalia trium aut quatuor digitorum inter capedine ab umbilico conglobantur ita et intorquentur; quare funiculo involuto moritur infans in utero, aut etiam extra uterum, si praescindatur praecise iuxta cutem, quare salutare umbilico exciso sanguinem liberalius effluere? Haec omnia elucidantur nova doctrina.].—*Cap. X.* Utrum cor foetus moveatur in utero? [Probat Galenus autopsia cor foetus in utero moveri suaeque experimenta addit Riolanus certissima; nihilominus tamen posito hoc principio quod omnes admittunt, foetum in utero per vasa umbilicalia maternum sanguinem attrahere, arteriosum per arterias, venosum per venas, impossibile est respondere objectionibus adversariorum, corruat igitur hoc principium, vel non admittatur autopsia.].—*Cap. XI.* Communio vasorum quatuor cordis in foetu. [Ostenditur illa communio, de qua fuit olim magna disputatio inter eximios Medicos, Laurentium et Petraeum, falsa sunt utriusque argumenta, unus Harveus reddidit huiusce communionis rationem et haec per nostram doctrinam elucescit omnimode.].—*Cap. XII.* De partu. [Probat foetum ab utero exire potius, a plenitudine sanguinis et excrementorum abundantia, quam ab alimenti defectu quomodo placenta avellatur ab utero? An humor intra membranas contentus facilius partum an diducantur in

partu pubis ossa.].—*Cap. XIII.* De praeservatione et curatione foetus in utero. [Veris observationibus atque experientia multiplici rationibusque validis indicatur, quomodo regendae sint gravidae, quidquid mater sumit ore, idem quoque sumit ore foetus in qualitate.].—

CRASTIUS KACPER

Rzeczyński w *Historia naturalis curiosa Regni Poloniae* na str. 451 przytacza następujący opis: „Adolescens rusticanus in Borussia vicina Regiomonto, diu stomachi languore laborabat, atque ideo vomitionibus assvetus, cum aliquando pro more suo, arrepto cultello manubrium ejus in fauces immitteret gulae ad vomitum stimulandum, cultellus forte e manibus elapsus profundius guttur ingreditur, ac demum etsi aegre in stomachum ipsum descendit. Certe non erat officina haec, quae ferrum concoqueret, neque naturam idoneam, qua se novus hospes ejiceret, praeparaverat. Igitur ancipiti malo consilium Medicorum Regiomontauum adhibetur ejusmodi. Aegro firmis assensibus fortissime alligato constrictoque, ne versando se curam Magistri turbaret [cum jam ante ad eliciendam ferri aciem medicamentum magneticum affectis partibus per dies aliquot applicuisset] Chirurgus paulo infra costas sinistri lateris apta ad id novacula aperire corpus ad ipsum usque ventriculum coepit, tum pertentato eo apertoque, e vulnere levi cultellum extrahit. Aeger dein adhibitis fomentis et debita curatione, brevi plane convaluit, cultellum testem prodigii *Rex Poloniae* per idem forsitan tempus Regiomontum intrans ad se recepit, misso Medico suo Gasparo Crastio, qui infirmum et qualitatem vulneris diligenter inspiceret, atque ad se refferet.“—Kiedy się to działo, a więc którego króla polskiego C. był lekarzem, autor nie przytoczył.

CRISCONI

oddawał się praktyce lekarskiej w Zamościu w połowie XVIII w.; w roku 1747 był powołany do objęcia katedry medycyny w akademji, nie mógł atoli okazać żądanego dyplomu na stopień doktora medycyny.

Źr. druk. Ks. J. A. Wadowski. Wiadomość o profesorach. Akad. Zam., str. 239.—J. Kochanowski. Dzieje Akad. Zamojskiej, str. 274.

CRURANTIUS ADAM

dr. medycyny, dziekan i kononik; mieszkał w Kaliszu. W roku 1565 nabył dom na ul. Wrocławskiej od Andrzeja Witkowskiego; w roku 1567 już nie żył. W aktach miejskich kaliskich zapisany pod r. 1565 jako „artium et medicinae doctor, Canonicus et Officialis Callissiensis et praepositus Thuliscoviensis“, pod rokiem zaś 1567: „Decanus Canonicus et Officialis Ecclesiae Beatae Mariae Virginis” — Można przypuścić, że *Crurantius* — to zlatynizowane nazwisko *Goleński* [ród Goleńskich istnieje].

Źr. rękop. Akta miejskie kaliskie, Ks. 7, str. 40 v. 303 v.

CUNASIUS

W diaryuszu z obozu pod Pawłowczą pod dn. 20 sierpnia zapisane choroba i śmierć wojewody ruskiego Jeremiego Wiśniowieckiego: „Nazajutrz w Poniedziałek (14 sierp.) z pragnienia zjadł ogórków, potym się miodu napił, z czego żołądek zepsował i w gorączkę wpadł, któremu X. *Cunasius Doktor JP. Starosty Kałuskiego* nie mógł rady dać do dnia dzisiejszego“. Z tego widać, że *Cunasius* był lekarzem.

Źr. druk. Ambr. Grabowski. Starożytności historyczne polskie. T. I, str. 286.

CURTUS ANDRZEJ ANTONI

W *Księgach Szarbowych* [Lib. 341] pod r. 1559 czytamy: „Andreae Antonio Curto doctori Italo. Die eadem [t. j. 25, X.] eidem dedi iussu Mtis Regiae pro expeditione in iter Piotrc. per gr. 30 comput. fl. 30.“ Powyżej przytoczonej tu notatki znajduje się druga, identyczna, dotycząca doktora Jana Palumbo, którego Swieżawski i Wenda zapisują pomiędzy lekarzy. Tytuł *doctor*, umieszczony przy nazwiskach tych dwóch włochoów, nie może starczyć za dowód, że byli doktorami medycyny.

Cyboni Krzysztof Jan

— Inferiae Conivgali vero amori parentales; Coronata tot Laureis Vieniavii Vri Victima, ad triumphale e Ligno Olesniciae Crucis pyram, Immortalitati Magnorum Nominum Sacrae. Et ad lugubrem iustorum funebrium pompam lectissimorum Coniugum, Illustrissimi Domini D. Ludovici in Zbąszyn Ciswicki Capitanei Staviszynensis, Castellanidae Medirecensis etc. Illustrissimaeq., consortis Annae Sophiae de Olesnica, per Christophorum Joannem Cyboni, Phil: Bac: Collegij Lubransciani, Almae Academiae Posnaniensis Poeseos Prof: Elegio funebri deducta. Anno nati ad Crucis victimam Immaculati Agni 1678. die 12 Decembris. Posnaniae. Typis Alberti Reguli Młodniewicz. fol. kart 9. [prozą.]

— Messis factorum luctuosa, ex gentilitio auitae Krzyciorum Domus Campo, cum dolentissimo funere, Perillustri olim et Reuerendissimi Domini, D. Matthiae Krzycki, Canonici Posnaniensis etc. ad feralem tumultum deportata, eiusdemq., immortalis memoriae, aeternumq; victuro nomini, maesto parentalis luctus obsequio, ac debita erga Munificentissimum Lubransciana Palladis Mecaenatem gratitudine, immortalibus insignium virtutum manipulis, intertexta, per Christophorum Joannem Cyboni, Phil: Baccal: Collegij Lubransciani Academ: Posnan: Grammatices Professore. Anno vitae per victam Dei, inter homines, mortis MDCLXXVIII die 18 Julij. Posnaniae, in officina typographica Alberti Reguli Młodniewicz. fol. k. 7. nlb. [wierszem].

— Zawod płynący pod żaglem serdecznych affektów, łodzi, przy szczęśliwym szukaney miłości porcie, ściągniętą na dożywotney zakład przyjaźni ręką, udatney tryumfalnego Rawicza heroiny zastanowiony, przy weselnym akcie Jaśnie Wielmożnych oblubieńców Imci Pana Piotra na Bninie Opaleńskiego Starosty Międzyrzeckiego itd. i Imci Panny Katarzyny na Przyjmie Przyjemskiej Chorążanki Kaliskiey nad przyległym aktowi temu poznańskiej Warty brzegiem, przez Krzysztofa Jana Cyboniego filoz. bak. sła. Pam. Tow. Lek. T, 99, Z. I.

wney akademii poznańskiey grammatyki professora, wesołym oyczystego rytmu applauzem, uwieńczony roku pańskiego 1678. dnia 18 listopada. W Poznaniu w drukarni Wojciecha Regulusa Młodniewicza. folio, 11 kart. [Dziękował w 72 ośmiowierszach,]

===== Vestigium gloriae immortalis quod gentilitia Illustrissimae Domus Solea per Illustrissimum et Reuerendissimum Dominum D. Stephanum a Magna Chrzastow Wierzbowski Dei et Aplicae Sedis gratia episcopum Posnaniensem, Heliconi Lubransciano impressum dum auitas inter praesulum patronorumq; Collegij Academici imagines Augusta in Imagine sua Sacro Solenni; literariae pompae cultu deduceretur secuturae Perennitatis legendum Christophorus Joannes Cyboni, Ph. B. Collegij Lubran: Poeseos Professor, Contubernij Szoldrsciani Senior, subitaneo calore panegyrico adnotavit. Anno introducti inter homines Dei 1679. die 6 Julij. Posnaniae in officina typographica Alberti Reguli Młodniewicz, fol., kart. 2. [wierszem.]

===== Panegyricus Serenissimo et Invictissimo Joanni III. Dei Gratia Regi Poloniae Magno Duci Lithuaniae, Russiae, Prussiae, Masouiae, Samogitiae, Vołhyniae, Podoliae, Smolensciae, Liunia, Seueriae, Czerniechouiae etc. etc. Post liberatam obsidione Viennam et incomparabiles ex Turcis Victorias a Christophoro Joanne Cyboni Philosophiae Doct: Consecratus. Anno Domini MDCLXXXIV. Zamoscii. Tyis Academicis. folio, kart 21. [Na odw. tytułu wiersz do Jana III. p. t. *Scazon.*]

===== Proloquium ad Ill. Regni Tribunaletc. Lublini. 1691. fol.

===== Mowa do JW. Imci Pana P. Alexandra Ciołka na Drzewicy Drzewickiego Kasztelana Lubelskiego przy powinszowaniu szczęśliwego na tą Kasztelaniją Ingressu od Miasta J. K. M. Lublina. Przez Krzysztofa Jana Cyboniego Filozofii i Medycyny Doctora, Burmistrza na ten czas tego miasta Roku Pańskiego 1695. Dnia 26 Maja, w Lublinie, w drukarni Colleg. Soc. Jesu. 1695. fol. k. 2.

===== Mowa do JW. Pana Michała z Potoka na Podhaycach Potockiego Starosty Krasnostawskiego, Marszałka

Trybunału Koron. przy powitaniu od miasta J. K. M. Lublina. Przez Krzysztofa Jana Cyboniego, Filozofii y Medycyny Doktora B. L. w Lublinie w drukarni Kollegium Soc. Jesu. R. Pańsk. 1698. fol. k. 2.

Źr. druk. K. Estreicher. Bibliogr. polska. T. XIV, str. 479, 480.

CYMERMAN

lekarz z pierwszej połowy XVIII w. [W roku 1751 występuje Magdalena Santen, wdowa po pierwszym mężu doktorze medycyny Cymermanie, po drugim—Klemensie de Fleure.]

Źr. rękop. Akta Starej Warszawy. Lb. 579, fl. 187.

Cyrus Stanisław

primarius frater Bractwa Miłosierdzia w Krakowie, miał za żonę Zuzannę Pipanównę, córkę Jana, ławnika krakowskiego, siostrę zaś doktora Jerzego ¹⁾.—W roku 1612 kupił kamienicę w Kaliszu na ul. św. Stanisława od Jakuba Głęba ²⁾, być może więc, że w tym czasie przeniósł się z Krakowa do Kalisza.

Źr. rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 149, fl. 336.—Ibid. Lb. 152, fl. 503 v.—2) Akta miejskie kaliskie, Ks. 19.

CZARNECKI ANDRZEJ

Na wydziale filozoficzno-lekarskim w Bolonii zapisany w r. 1595 *Andreas Czarniecki Polonus*.

Źr. druk. St. Windakiewicz. Informacya o aktach uniw. Bolońskiego. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce. T. VII.

z Czarnkowa Fr. Jan Paweł

— *Consilium medicum de cavenda et curanda peste nunc Polonis infesta etc.*

Pisze Estreicher: „Książka wyszła bezimiennie i nic nie nasuwa przypuszczenia, aby ją ksiądz J. P. z Czarnkowa pisał. [Dzięki Bandtkiemu] *Consilium* figuruje jako praca J. P. z Czarnkowa. Bandtkie nadto „przezwał go Czarnkowskim, a Kościński, lubo tytuł ten [jak wiele innych] wy-

pisał z rękopisu mej bibliografii, nie tylko nie zaznaczył wątpliwości, lecz jeszcze mniemanego autora przeistoczył na Czarnowskiego..." Gąsiorowski [II. 169] nie zna autora dziełka, o którym mowa.

Zr. druk. K. Estreicher. Bibliogr. polska, T. XIV. str. 525.

CZEDLICZ PAWEŁ

We Lwowie d. 29 lutego 1448 r. Na akcie ekskomunikacji, rzuconej przez arcybiskupa lwowskiego na pewne osoby, podpisany jako świadek dr. C.: „...praesente... magistro Baulo Czedlicz de Gubyn Mysnensis diocesis Doctore medicinis et iuris canonici Baccalario.”

Zr. druk. Akta grodzkie i ziemskie... T. V, str. 159.

CZELNER BAZYLI

„Bazilius Czolnerus, phil. magister et medicinae baccalarius, gymnasii Thorunensis phil. professor, conrector, tandem director“ w pierwszej połowie XVII w.

Zr. druk. Miscellanea curiosa medico-physica Academiae naturae curiosorum An. 1673. 1674. Obs. CXXIV, pg. 126.

CZEMPIŃSKI PAWEŁ

w roku 1742 zapisany jako student medycyny w Padwie. [Tak podaje Windakiewicz. Być może, że błąd tu w imieniu i że mowa tu o Cz. Janie Chrzycielu. Znamy wprowadzie Czenpińskiego Pawła, lekarza, ale ten nie mógł być w roku 1742 studentem medycyny, ukończył bowiem nauki lekarskie dopiero w roku 1778].

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

Czenpiński Jan Chrzyciel (ojciec)

W roku 1754 sprzedał w Poznaniu dom, który mu się dostał w spadku po ojcu Michale, starszym rajcy poznańskim¹⁾. Drobną wiadomością wskazuje nam na miejsce urodzenia Czenpińskiego.—W roku 1744 wydał:²⁾

— Ad nobiles D. Ambrosium * Czenpinski Patricium Posnaniensem Sacrae Regiae Majestatis Poloniae Secre-

tarium, et notarium, et D. Teresiam Czenpinska conjuges cum ab Illustrissimis et Sapientissimis Sacri Patavini Collegii Patribus philosophiae et medicinae laurea condecoraretur Joannes Baptista Czenpinski Epigramma. Patavii. 1744, folio;

ta znowu wiadomość wskazuje, gdzie i kiedy osiągnął stopień doktora medycyny i filozofii. Ukończywszy studia wrócił niezwłocznie do kraju, gdyż w tymże jeszcze 1744 roku zaszczycony był godnością sekretarza królewskiego, o wiele później — szlacheństwem. Trzykrotnie wchodził w związki małżeńskie: z pierwszej żony, Magdaleny Millerówny, miał jedynego syna Pawła ³⁾, następnie pojął za żonę Wiktoryę Wymienkównę [W. de Wymienko] ⁴⁾ z którą żył nie dłużej nad trzy do czterech lat, w roku bowiem 1760 był wdowcem po pierwszej żonie, a w 1765 miał już trzecią: Prowidencję Fontannównę ⁵⁾. Z drugiego lub też trzeciego małżeństwa miał syna Jana. Synowie Paweł i Jan byli lekarzami. Jedna z córek wyszła za mąż za Tańskiego, którego córka, a więc wnuczka doktora, była znaną autorką „Pamiętki po dobrej matce”. — Jako lekarz cieszył się wielką wziętością, a cały niemal majątekłożył na kupno i budowę domów w Warszawie ⁶⁾; na tem majątek stracił.

N 79. Secretariatus Regius Nobili Joanni Baptistae Czenpiński Philos. et Med. Dri datur. ⁷⁾

[Grodnae, d. 12 Novembr. An. 1744.]

N. 80. Diploma Nobilitacyi y nadanie Herbu Urodzonemu Janowi Baptiscie Czenpińskiemu y iego Successorom oboiej płci dane. ⁸⁾

„W Imie Pańskie Amen. Na wieczną rzeczy pamiętkę. My Stanisław August etc. Wiadomo czyniemy wszystkim terażniejszego y przyszłego wieku ludziom niniejszy List Przywilej Nasz Dyplomatyczny widzącym, czytającym, lub o nim słyszącym. Zwyczajną jest rządzących Narodami Monarchow Maxymą sławić Panowanie swoje nietyl-

ko sprawiedliwością, ale też łaskami y dobrodziejstw y Ludziom Rządowi swoim od Boga powierzonemu. Podobnym sposobem y My sobie postępując: sławę y ukontentowanie Nasze w tym zakładamy, sprawiedliwie podług praw, porządkow i Ustaw tey Rzeczypospolitey panować y każdemu stanowi skutki dobroci y łaskowości Naszey okazywać. Między innemi tego dowodami miło Nam było też dobroć iawnie oświadczyć na Sejmie Extraordynaryjnym w Roku 1773 zaczęty, a w Roku 1775 pod Konfederacyą zakończonym, na którym gdy między innemi Osobami mieliśmy i mamy przez WW. Senatorow y Ministrow, tudzież UUr. Posłów Wojewodztw, Ziem i Powiatow zaleconego Urodzonego Jana Baptystę Czenpińskiego Człowieka w Nauce Lekarskiej biegłego, y też naukę od lat czterdziestu w tym tu Rezydencyonalnym Mieście Naszym chwalebnie y pożytecznie sprawującego, a przeto nam y Rzeczypospolitey zasługującego się; zważając więc tak proźby za Nim wniesione, iako mając wzgląd na przełożoną jego zdadność do usług publicznych, za zgodą wszystkich Stanow na tenże seym Extraordynaryjny zgromadzonych, za rzecz słuszną uznaliśmy pomienionego Jana Baptystę Czenpińskiego z Potomstwem Jego w Małżeństwie spółdzonym i które jeszcze spółdzić może, prerogatywą Szlachectwa Polskiego przyozdobić i udarować, iakoż niniejszym Listem Przywilejem Naszym Dyplomatycznym, in virtute Sejmowej uchwały przyozdobiamy i tegoż Urodzonego Jana Baptystę Czenpińskiego z Potomstwem Jego obojej płci za prawdziwego y niewątpliwego Szlachcica Królestwa tego y Wielkiego Xięstwa Litewskiego, tudzież Prowincyi do nich należących ogłaszamy, kreujemy i stanowimy, wszystkiemi wolnościami, ucześnieństwem Przywilejami, prerogatywami, ktorými się Stan Szlachecki Królestwa tego zaszczyca i zaszczycać powinien, pomienionemu Urodzonemu Janowi Baptyscie Czenpińskiemu i Potomstwu Jego zaszczycać się i onych używać podług przepisu Konstytucyi pozwalamy. Żeby zaś dobroczynności Naszey i Rzeczypospolitey trwała i wieczna pamięć była, onemu i Potomstwu jego Herb to iest: Lwa w posrzedku Tarczy na dwóch nogach zadnich stojącego, a w przednich Laur trzymającego, nad Tarczą Korona z której trzy piora Strusie do gory wychodzą: iaki tu iest odmalowany [rysunek] dla zaszczytu i używania wiecznemi czasy nietylko nadaemy, ale i między Herby Polskiej Szlachty y Wielkiego Xięstwa Litewskiego policzamy. Ktorego to herbu iako

zaszczytu Szlachectwa Swoiego we wszystkich sprawowaniach i odprawowaniach, w czasie pokoju i wojny na Tarczach, Chorągwiach, Malowaniach, Domach, Proparcach, Grobach, Pierscieniach i wszelkiej ruchomości Domowej, tak jako inna Szlachta Korony Polskiej i Wielkiego Xięstwa Litewskiego używają i zaszczycają się, używać i zaszczycać się wiecznemi czasy pozwalamy Jemu i Jego Potomstwu oboiej płci. Przykazuiemy wszystkim i każdemu z osobna tak Duchownym jako i Świeckim Krolestwa Naszego Stanom i Osobom do których to należy, aby pomienionego Urodzonego Jana Baptystę Czenpińskiego z Potomstwem Jego oboiej płci wieczyscie za prawdziwego Szlachcica Korony Polskiej y W. X. Litt. tudzież Prowincyi do nich należących niewątpliwie mieli, uznawali y szanowali oraz wszystkich Praw wolności, przywilejow, prerogatyw, Szlachcie rodowitej służących zażywać dopuscili i nie przeszkadzali dla łaski Naszej Krolewskiej i pod karami w prawie przeciwko urągającym się i zelżywie czyniącym, albo Stanowi Szlacheckiemu ubliżającym postanowionemi. A dla większej wiary i świadectwa niniejszy List Przywilyi Nasz Dyplomatyczny, po wykonanej przysiędze na wierność Nam Królowi i Rzeczypospolitej przed Przewielebnym w Bogu Kanclerzem Wielkim Koronnym przez wyżej wyrażonego Jana Baptystę Czenpińskiego, Ręką Naszą podpisany, Pieczęciami Dyplomatyczną i Obojga Narodow stwierdzić i on z Kancellaryi wydać rozkazaliśmy. W przytomności przewielebnych w Bogu Michała Xięcia Poniatowskiego Płockiego, Felixa Turskiego Łuckiego, Stefana Giedroycza Żmudzkiego, Franciszka Ossolińskiego Kijowskiego, Gabryela Wodzińskiego Smoleńskiego, Biskupów: Jaśnie Wielmożnego Antoniego Xięcia Lubomirskiego Kasztelana Krakowskiego, Wielmożnych Szymona Dzierzbickiego, Łęczyckiego, Stanisława Xięcia Lubomirskiego Kijowskiego, Andrzeja Moszczeńskiego Inowrocławskiego, Augusta Xięcia Czartoryskiego Ruskiego, Józefa Solłohuba Witebskiego, Bazylego Walickiego Rawskiego, Józefa Hylzena Mścisławskiego, Kaspra Rogalińskiego Infłantskiego Antoniego Xięcia Sułkowskiego Gnieźnieńskiego Wojewodow: Stanisława Xięcia Lubomirskiego Marszałka Wielkiego Koronnego, Przewielebnego w Bogu Antoniego Onufrego Okęckiego Biskupa Poznańskiego i Warszawskiego Koronnego, Wielmożnych Alexandra Xięcia Sapiehy Litewskiego Kanclerzow Wielkich, Hyacinta Małachowskiego Koronnego, Joachima Chreptowicza Litewskiego Podkanclerzych, Franciszka Rzewuskiego Koronnego, Władysława Gurowskiego Litewskiego Marszałkow Na-

dwornych, Rocha Kossowskiego Koronnego, Antoniego Tyzenhauza Litt. Podskarbieh Nadwornych, Tadeusza Lipskiego Łęczyckiego, Tomasza Ostrowskiego Czernieckiego, Tomasz Alexandrowicza Podlaskiego, Tomasza Prusaka Gdańskiego, Franciszka Podolskiego Mazowieckiego, Simeona Szydłowskiego Żarnowskiego, Macieja Sobolewskiego Warszawskiego, Józefa Oborskiego Ciechanowskiego, Jacka Jezierskiego Łukowskiego Kasztelanow: Urodzonych Michała Mniszcha Sekretarza Wielkiego X. Litt., Stanisława Małachowskiego Referendarza Koronnego, Wielebnych Antoniego Alexandrowicza Koronnego, Józefa Kossakowskiego Litt. Duchownych, Adama Cieciszowskiego Koronnego, Ignacego Potockiego Litt. Pisarzów Wielkich, Jana Kickiego Koniuszego Wielkiego Koronnego, Stanisława Bielińskiego Cześnika, Celestyna Czaplica Łowczego, Kazimierza Rzewuskiego Pisarza Polnego Koronnych, Fryderyka Brühla Koronnego, Kazimierza Xięcia Sapiehy Litt. Generałow Artyleryi, Stanisława Krajewskiego, Ignacego Gomułkińskiego Instigatorow Koronnych, Józefa Mierzejewskiego Koronnego, Antoniego Dziekońskiego Litt. Strażników Polnych, Ignacego Witosławskiego Koronnego, Aleksandra Gedroyca Litt. Oboźnych Polnych, y innych wielu Urzędników, Dworzan y Oficjalistow Dworu Naszego. Dan w Warszawie dnia XI Miesiąca Maja Roku Pańskiego MDCCLXXI. Panowania Naszego XVII Roku. Stanisław August Król.“

Zr. druk. 2) K. Estreicher. Bibliogr. polska, T. XIV, str. 561.

Zr. rękop. 1) Akta Starej Warszawy, Lb. 85, fl. 570.—3) Ibid. Lb. 88, fl. 198 v.—4) Ibid. Lb. 88, fl. 222.—5) Ibid. Lb. 91, pars I, fl. 218 v.—6) Ibid. Lb. 88, fl. 222; Lb. 103, fl. 45; Lb. 109, fl. 19 v. 24 v.; Lb. 586 fl. 16; Metr. Reg. Lb. 236, fl. 287; Lb. 280, fl. 306.; Antoni Magier: Estetyka miasta stołecznego Warszawy.—7) Sigill. Lb. 28, fl. 174 v.—8) Ks. Kancler. Lb. 42A, fl. 215; Lb. 106, fl. 17.

* Ambroży—brat starszy doktora:

CZERNISZOWSKI STANISŁAW

Stanislaus Czerniszowski de Rozdol Polonus zapisany w roku 1600 na wydziale filozoficzno-lekarskim w Bolonii.

Zr. druk. St. Windakiewicz. Informacya o aktach uniwersyteckiego Arch. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII.

Czerwiakowski Rafał Józef

Żona, Maryanna z Małoszyńskich położyła mu nagrobek: ¹⁾ „D. O. M. Raphaeli Josepho Czerwiakowski Patricio Lithuano In Palatinatu Brestiensis Pinski nato Philosophiae et Medicinae Romano Doctori Regis Stanislai Augusti Archiatro Et Consiliario Aulico Numismate bene merentium decorato In Universitate Studiorum Jagellonica Anatomiae Chirurgiae et Artis Obstetricae Primo Institutore scientia, praxibus, scriptis et liberalitate claro, per annos 36 Docenti Emeritoque Professori Civi Cracoviensi Dulcissimo Die 5 Julii Anno Salutis MDCCCXVI Aetatis 73. Dolentibus Probis, aegris et Pauperibus In hac Urbe Denato Maesta Conjux Maria de Małoszyńskie Duoque Filii Josephus et Ignatius Pietatis Monumentum Posuere.“

——— Magnifico Domino Raphaeli Czerwiakowski Medicinae Doctori atque in Universitate Cracoviensi publico Professori, Benefactori singularissimo, suo fratrumque germanorum nomine gratulatur Carolus Grygowicz. Die 25 Octobris Anno Domini 1796. [Cracoviae], w 8ce, k. 1. ²⁾

Źr. druk. 1) Rocz. Tow. Nauk. Krak. T. III, R. 1818.—
2) K. Estreicher. Bibliograf. pol. T. XVII, str. 433.

CZESZER

Pisze o nim Anna Jagiellonka do siostry Zofii, z Warszawy pod dn. 6 stycznia 1568: „W. K. M. oznajmuję o swem zdrowiu: prawie w adwent Pan Bóg raczył nawiedzić niedobrem zdrowiem, a tak bardzo, iż już byłam zwątpiła o zdrowiu swem.... A tak ciężki ból oka lewego, iż nie było znać przed opuchliną oka... A takbych była wolała śmierć, niżeli przez oka być. Panie daj panu Doktorowi Czeszerowi wszystko dobre; bardzo strzegę tego, iżby się na oku nie uczynił wrzód, kładł na czoło wiele: a tak Pan Bóg a on mi pomógł...”

Źr. druk. Al. Przeddziecki. Jagiellonki Polskie w XVI wieku, T. III, str. 122.

Częczkiewicz (Częckowic) Józef Antoni

studya lekarskie odbył w Padwie, tam również osiągnął stopień doktora medycyny. Wpisany do nacyi polskiej

w Padwie w roku 1688 z imieniem Józef [radca nacyi], w roku zaś 1689—z imieniem Antoni. ¹⁾

—— Terminalia perfectione et scientia Clarissimi et Excellentissimi Domini, D. M. Josephi Częczkiewicz, Philosophiae et Medicinae Doctoris, Consulis Cracoviensis, in Die sua a Romanis constituta instaurata, et in Actu Responsionis pro loco inter Clarissimos viros inclytæ facultatis medicæ in Alma Universitate Cracoviensi Doctores ac Professores obtinendo a M. Casimiro Fabiano Dobrow(s)ki in eadem Alma Vniversitate Cracoviensi Philosophiæ Doctore et Professore. Publicata Anno Dni M. DCC. II. Die XXI Mensis Febr. Cracoviæ, typis Universitatis [1702]. fol. kart nlb. 5. ²⁾

Źr. druk. 1) St. Windakiewicz. Księgi nacyi polsk. w Padwie. Protok. zgromadzeń nacyi polsk. w Padwie [zapisano: Częczkiewicz Józef i Czeczkiwicz Antoni]. Archiw. do dziejów liter. i oświaty w Polsce, T. VI.—2) K. Estreicher. Bibl. pol. T. XV, str. 260.

CZYNNOŚCI
Towarzystwa Lekarskiego
WARSZAWSKIEGO

—
PROTOKÓŁY

Rok 1903.

Posiedzenie wyborcze w d. 7 Stycznia 1903 r.

Prezes **T. Dunin.**

Obecnych członków 114.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. SEKRETARZ doroczny St. KOPCZYŃSKI odczytał sprawozdanie z działalności naukowej Towarzystwa za rok ubiegły. Sprawozdanie to Towarzystwo przyjęło.

III. PREZES zarządził głosowanie tajne nad obiorem PREZESA, WICE-PREZESA, SEKRETARZA DOROCZNEGO, Pomocnika sekretarza Dorocznego, BIBLIOTEKARZA, członka zarządu oraz członków różnych Komitetów, a nadto nad obiorem nowych członków czynnych i członka honorowego.

Wynik głosowania był następujący:

- 1) Na PREZESA wybrany został ponownie Teodor DUNIN (gł. 95).
- 2) Na WICE-PREZESA — Walenty KAMOCKI (gł. 70).
- 3) Na SEKRETARZA DOROCZNEGO — Stanisław KOPCZYŃSKI (gł. 70).
- 4) Na jego pomocnika Józef BRUDZIŃSKI (gł. 70).

5) Na BIBLIOTEKARZA—BIELIŃSKI (gł. 99).

6) Na członka Zarządu, Komitetu bibliotecznego i rewizyjnego nikt wymaganej większości głosów nie otrzymał.

7) Na członków komitetu nagród konkursowych imienia Koczorowskiego wybrani zostali: DUNIN, JAKOWSKI, PRZEWOSKI, NENCKI, JANOWSKI i SZTEYNER.

8) Na członków komitetu Kasy Wsparcia wybrani zostali: SAWICKI, prof. KOŚCIŃSKI, SZUMLAŃSKI (z grona członków Towarzystwa). Z pośród lekarzy, zamieszkałych w Warszawie i nie będących członkami Towarzystwa, wybrani zostali ponownie ŻERA i HEINRICH.

9) Członkiem honorowym wybrany został A. ESTREICHER.

10) W poczet członków czynnych przyjęci zostali: Czesław BARSZCZEWSKI, 2) Robert BERNHARDT, 3) Tadeusz BORZĘCKI, 4) Aleksander FRYSZMAN, 5) Tadeusz KORZON, 6) A. LANDAU, 7) Czesław OTTO, 8) Wacław POLAŃSKI, Każ. ROGOZIŃSKI, 10) Henryk SADKOWSKI, 11) Bronisław SZYMAŃSKI, 12) Wacław WESOŁOŃSKI.

Na ogłoszeniu wyniku wyborów posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin*.

Sekretarz *St. Kopczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 20 Stycznia 1903 r.

Prezes **T. Dunin**.

Obecnych członków 68 i 1 gość.

T r e ś ć: LEBENSBAUM. — Przedstawienie rozszerzaczy systemu Rossi'ego i FROMER'a.

KOPYTOWSKI. — Przedstawienie chorego z owrzodzeniem syfilitycznem pierwotnem na wardze

GABSZEWICZ. — Przedstawienie chorego z porażeniem nerwu pachowego.

NEUGEBAUER Fr. — „Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o obojnactwie“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES wręczył dyplomy nowow wybranym członkom, zapraszając ich do pracy czynnej w Towarzystwie.

III. PREZES powitał obecnego na posiedzeniu gościa kol. Feliksa MALINOWSKIEGO.

IV. LEBENSBAUM przedstawił rozszerzacz systemu Bossi'ego i FROMER'a

Przyrząd Bossi'ego, demonstrowany na jednym z poprzednich posiedzeń przez ENDELMANA, odzuacza się głównie dwiema nie dogodnościami, posiadając aż 4 ramiona, rozszerza ujście maciczne w kwadrat, a powtórnie, jako trudno rozbierający się, nie dawał zupełnej gwarancji aseptyki. W krótkim czasie po ogłoszeniu pracy LEOPOLDA w Archiwie pojawił się cały szereg rozszerzaczy (KNAPP'a, KAISER'a) starających się niedogodności powyższe usunąć. Pomiędzy innemi wypłynął na widownię przyrząd FROMMER'a wynaleziony niezależnie od Bossi'ego), który wprawdzie składa się z 8-u ramion, rozbiera się jednak tylko w jednej połowie. Wady przyrządu F. ramiona za cienkie (łatwość wywoływania skaleczeń), możność użycia przyrządu tylko przy pewnem otwarciu ujścia macicznego, łatwość wyslizgnięcia się z ujścia etc. W rywalizacji pomiędzy B. i F. zwyciężył jednak pierwszy, zwłaszcza gdy udało się go zmodyfikować nieco w ten sposób, że w przeciągu 24 niespełna godzin niemal cały przyrząd rozbiera się na najdrobniejsze części.

Mówca ową modyfikację systemu B. zebrany przedstawił.
[Autoreferat]

V. KOPYTOWSKI W. przedstawił chłopca dziesięcioletniego wątłej budowy i miernie odżywionego, który na dolnej wardze ma owrządzenie wielkości szablastego grochu, w części już zabliźnione. Owrządzenie słabo ropicie, ma duo płaskie, lekko stwardniałe. Gruczoły podszczękowe wielkości laskowych orzechów i jeden w środku na szyi pod szczęką wielkości gołębiego jaja. Gruczoły na szyi nieznacznie powiększone, inne gruczoły ciała bez zmian widocznych. Skórą, błony śluzowe bez zmian widocznych.

Chłopca tego K. widział po raz pierwszy przed 4 tygodniami. Owrządzenie na dolnej wardze dosięgało wtedy wielkości bobu, było zupełnie płaskie, mało ropiało, prawie że było niebolesne. Dolna warga, na której leżało owrządzenie była silnie obrzmiała; dno owrządzenia było lekko stwardniałe. Gruczoły podszczękowe dosięgały wielkości jaj kurzych, niebolesne. Chłopiec był bardzo mizerny.

Matka chłopca mówiła, że dostał on jakąś harmonijkę do grania przed 6 tygodniami i przypisuje powstanie owrządzenia zarażeniu od tej harmonijki; chłopiec ten miał mieć wtedy na dolnej wardze małe skaleczenie, z którego stopniowo rozwinęło się

opisane wyżej owrzodzenie. Inne dzieci, a ma ich ta kobieta pięcioro, pomimo użycia tejże zabawy nie uległy zarażeniu.

Początkowo używane były przez matkę na owrzodzenie okłady z kwasu bornego, karbolowego lub maści obojętne; owrzodzenie jednak i gruczoły wciąż się powiększały. Po trzech tygodniach matka zjawiła się u K. z chorym chłopcem. Wygląd owrzodzenia, zmiany w gruczołach podszczękowych wskazywały na pierwotne owrzodzenie syfilityczne. Zapewne leczenie było miejscowe—maść z kalomelem na owrzodzenie, plaster rtęciowy na gruczoły podszczękowe, tran do wewnętrz. Owrzodzenie zaczęło się szybko zabiżniać, a stan ogólny chłopca poprawiać. Gruczoły szybko ulegały częściowemu wessaniu. Od początku choroby minęło około 10 tygodni, a pomimo to objawy przymiotu nie wystąpiły, przypisać to prawdopodobnie należy działaniu ogólnemu rtęci, która wreszcie uległa wessaniu, maści kalomelowej i plastra. K. sądzi, że dłużej nie należy zwlekać z leczeniem, ponieważ inne objawy przymiotu mogą prędko nie wystąpić z powodu częściowego wessania rtęci, którą jednak należy uważać za niedostateczną dla ogólnego leczenia, dostateczną jednak do odwleczenia innych objawów przymiotu na czas nieokreślony.

Choremu chłopcu K. polecił robić wcierania szaruchy po 1,2 grm. na dawkę, liczbę zaś wcierań będzie można określić dopiero później, stosownie do dalszego przebiegu choroby.

[Autoreferat].

VI. GABSZEWICZ przedstawił 17-letniego chłopca z bezwładem mięśnia naramiennego prawego; chłopiec ten przed 3 miesiącami podczas konnej jazdy uległ silnemu stłuczeniu prawego boku o słup, znajdujący się na torze wyścigowym. Po przywiezieniu go do szpitala, stwierdzono znaczne wynacznienie w okolicy stawu barkowego prawego, obok niemożności podniesienia górnej kończyny w górę. Inne ruchy w stawie barkowym, chociaż z pewnem ograniczeniem, chory czynnie wykonywał. Bierne ruchy wszystkie można było wykonać, z wywołaniem względnie niewielkiego bólu u chorego. Ruchy w stawie łokciowym i palcach wykonywa chory zupełnie prawidłowo. Nałożono na kilka dni opaskę unieruchamiającą i po zdjęciu jej G. przekonał się, że staw barkowy przedstawia się prawidłowo, ruchy bierne wszystkie bez bólu można wykonywać. Ruchy czynne nawrotowe, chory wykonywa wybornie w stanie całkowitym, ale nie może unieść kończyny górnej. Żadnej bolesności stawu, o złamaniu lub zwolnieniu nie można było myśleć nawet. Jedno stało się widocznem, że podczas uderzenia barku o słup nastąpiło uszkodzenie dotyczące wyłącznie nerwu pachowego (n. axillaris s. circumplexus humeri)

respective bezład mięśnia naramiennego. Badanie prądem elektrycznym wykazało, że wszystkie mięśnie kończyny górnej i łopatkki oddziaływają na prąd prawidłowo, mięsień zaś naramienny wcale nie oddziaływał. Stosowanie prądu elektrycznego, masażu w ciągu 2 miesięcy nie wpłynęło na polepszenie stanu; mięsień naramienny ulega zanikowi i chory wszystkie ruchy wykonywa wybornie, ręki jednak do góry unieść nie może.

[Autoreferat].

VII. NEUGEBAUER wygłosił odczyt p. t.: „Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o obojnactwie”. Odczyt ten oparty na ogólnej kazuistyce 872 przypadków wrzekomego obojnactwa z piśmiennictwa zebranych oraz na 33 własnych spostrzeżeniach, ilustrowany był przez demonstracje licznych fotografii, rysunków, modeli z plastycyny przez autora według natury wykonanych oraz szeregu preparatów anatomicznych.

Mówca rozpatrzył bogaty materiat kazuistyki tak własny, jak i autorów obcych dotyczący obojnactwa. Mówca opowiedział różne sposoby odkrycia tej anomalii, podczas poboru; przy herniotomii przy zamażpójściu. W końcu mówca radzi oględność w wydawaniu wyroku co do płci.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin*.

Sekretarz *St. Kopczyński*.

Posiedzenie z dnia 27 Stycznia 1903 r.

Przewodniczący **T. Dunin**.

Obecných członków 36 i gości 2.

T r e ś ć: MALINOWSKI F. — Przedstawienie dwojga dzieci, dotkniętych gruźlicą członka po obrzezaniu.
PALMIRSKI. — Przedstawienie chorego, wyleczonego z wścieklizny.
NEUGEBAUER. — Przedstawienie kobiety z enterociele vaginalis w wysokim stopniu, przedstawienie termometru z ukrytą skalą pomysłu FORSZTERA.

PILTZ J.— „Luxatio atlantis et meningo myelitis cervicalis superior e compressione ze znaczną poprawą.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. MALINOWSKIEGO i KOZICKIEGO.

III. PREZES odczytał zawiadomienie Ludwika WOLBERGA o ofiarowaniu na rzecz Towarzystwa 135 książek po jego ojcu i w imieniu Towarzystwa podziękował ofiarodawcy.

IV. MALINOWSKI F. przedstawił dwa identyczne przypadki, dotyczące dzieci, dotkniętych gruźlicą członka po obrzezaniu. Na resztkach napletka pod wędzidełkiem widzimy dużą bliznę błyszczącą ciemno-czerwonego koloru, twardą; w środku i po jej bokach znajdują się głębokie, kieszonkowate owrzodzenia, których dno pokryte wiotką bładą ziarniną i skąpym bladożółtym nalotem. Skóra na okół owrzodzenia opuchnięta, nacieczona, czerwona, twardawa, w niej prześwieca mnóstwo żółtawych gruzełków wielkości ziarna prosa i większych. Gruczoły pachwinowe są bardzo powiększone i twarde, inne niewymacalne. Po za tem wszystko zupełnie jest normalne. Owrzodzenie to powstało, po rytualnym obrzędzie przeszło 3 miesiące temu. Przeciw zanieczyszczeniu rany jedynie ropnemi bakteriami przemawia po części wygląd owrzodzenia: wiotkość ziarniny, mała ilość ropy, a głównie gruczoły, które są twarde, trwają 3 miesiące, nie ropieją. Więcej danych przemawia za charakterem przymiotowym owrzodzenia: twarde dno i obrzęk, czerwona błyszcząca blizna, trudne zagajanie się, a przytem gruczoły duże, twarde, nieropiejące. Po zatem jednak nie widzimy żadnych oznak syfilisu i kieszonkowate rozpadliste zagłębienia więcej przemawiają za gruźlicą, aczkolwiek brzegi nie posiadają tego sinawoczerwonego odcienia, jaki zazwyczaj oglądamy przy owrzodzeniach gruźliczych. Dyagnozę zdecydowało badanie mikroskopowe — nader rzadkie łaseczniki gruźlicze w nalocie owrzodzenia. Te wypadki są jeszcze o tyle ciekawsze, że przy spehnianiu rytualnego obrzędu przez jednego rzeźnika, zarażono znaczną liczbę dzieci. Do M. zwróciło się już z tej seryi pięć matek, a te opowiadają o wielu innych chorych dzieciach, a nawet o dwóch przypadkach śmiertelnego zejścia.

[Autoreferat].

V. PALMIRSKI przedstawił chorego wyleczonego z wścieklizny.

P. przedstawił chorego p. K. lat 34 z Grodna. który będąc pokąsanym przez psa niewiadomego w połowie Października r. p. przybył na kurację według metody PASTEUR'a 12 Grudnia r. p.

z objawami wodowstrętu. K. był ukąszony w dłoń lewej ręki i w prawą stopę przez buty i skarpetkę. Ranki były niewielkie, wkrótce zagoiły się. Choroba rozpoczęła się raptownie 10 Grudnia r. z. K. po wstaniu z łóżka nie mógł się umyć, coś go odrzucało od wody, jeść nie mógł, moczu nie oddawał, w czasie urynowania zjawiały się bóle dokuczliwe, bezsenność. K. zwrócił się do lekarza po poradę i ten jako pokąsanego skierował go do Warszawy. 12 Grudnia r. z. po przybyciu do Warszawy K. uskarża się na bóle w miejscach ukąszenia na rękę i na nodze. Miejsca ukąszenia obrzmiałe, zaczerwienione, ściśle ograniczone, ból na nodze dosięga już kolana, na rękę ogranicza się ściśle miejscem ukąszenia. Na dotyk miejsca te są bardzo bolesne. Oprócz tego chory uskarża się na niemożność łykania i pieczenie w okolicy żołądka. Wyraźnej hydrophobii niema, lecz wodę z bojaźnią odsuwa i pić, ani zbliżyć jej do ust nie chce. Na przeciągi wrażliwy, z takich miejsc usuwa się, podczas jazdy koleją wyjść z wagonu na balkon nie mógł podczas biegu. Odruchy kolanowe wzmożone, źrenice nie reagują. Oprócz tego daje się zauważyć ogólne osłabienie w rękach i nogach, tak że K. z wysiłkiem stoi, siła mięśniowa w rękach i nogach bardzo słaba pomimo dobrej tuszy. Moczu od 3 dni nie oddaje i nie uskarża się na jakiegokolwiek dolegliwości ze strony pęcherza pomimo znacznych jego rozmiarów. Również od 3 dni jeść nie może. Ciepłota ciała 37°, tętno 96. Na podstawie tych danych kol. P. postawił rozpoznanie wodowstrętu i odwiózł K. do szpitala Jana Bożego. Naczelnym lekarzem tego szpitala Dr. SABASZNIKOW po porozumieniu się z innymi lekarzami zastosował podskórnie sublimat w ilości $\frac{1}{4}$ grm. 13 Grudnia wieczorem stan chorego ten sam, oddał trochę moczu. Zwykle wodowstręt u ludzi rozpoczyna się bólem w miejscu ukąszenia, w danym zaś przypadku miejsca te szczególnie były wydatne i zaznaczały się swoim ograniczeniem i zaczerwienieniem oraz bardzo dokuczliwymi bólami, co skłoniło kol. P. zaproponować Dr. S. wycięcie tych miejsc. Po uzyskaniu zezwolenia zawezwany kol. Kosicki przy pomocy kol. P. i ŻEBROWSKIEGO niezwłocznie dokonał operacji pod chloroformem. Operacja polegała na wycięciu skóry wraz z tkanką podskórną na rękę i nodze.

13 Grudnia K. czuje się lepiej, trochę spał, trochę jadł, na nodze bóle rozchodzą, się z miejsca ukąszenia znikły, również nie uskarża się na pieczenie w żołądku. Siła rąk i nóg jakby lepsza, nie gorączkuje, tętno 96. Tegoż dnia K. dostał wcieranie po raz drugi, sublimat w ilości $\frac{1}{4}$ grm.

14 Grudnia stan chorego znacznie lepszy, cokolwiek więcej jadł, chociaż miał wymioty po jedzeniu, w nocy spał mniej. 15 Grudnia siła w rękach i nogach powróciła. K. czuje się prawie zdrowym.

K. był w szpitalu Jana Bożego do 24 Grudnia przez ten czas był leczony według metody P., a opatrunki były zmieniane co kilka dni. Następnie K. był przeniesiony do szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie 3 Stycznia kol. Kozicki dokonał operacyi plastycznej.

Na rękę kol. K. nałożył płat Wolf'a i tym sposobem ruchy ręki są zupełnie swobodne, na nodze zaś nałożony był Thiersch. Obecnie K. jako zupełnie zdrow zostaje wypisany. Kol. P. żadnych wniosków nie wyprowadza, zaznacza tylko, że w danym przypadku wodowstrętu był stosowany zabieg chirurgiczny, zastrzykiwanie sublimatu podskórnie. [Autoreferat].

VI. NEUGEBAUER demonstrował termometr własnego wynalazku kol. VORSTÄDTER'a z Białegostoku. Jest to ciepłomierz niemy, albowiem pacjent nie może na nim wyczytać stopni ciepłoty ciała, pionowa skala nie jest umiejscowiona na samym ciepłomierzu a na oddzielnej metalowej pochewce. Celem tej konstrukcyi jest zapobieżenie zaniepokojenia chorego lub rodziny przez podniesienie się ciepłoty. Jedynie lekarz, wsuwając ciepłomierz do metalowej pochewki, na której znajduje się skala, wyczyta wtedy stopień ciepłoty. Wynalazek ten, chociaż prosty w naturze rzeczy, może mieć wielkie znaczenie w praktyce—o ile podniesienie się ciepłoty zaniepokoi czy chorego czy rodzinę czy też wywoła natychmiastowe częstokroć niepotrzebne wezwanie lekarza wśród odpoczynku nocnego, który mu się należy po całodzienniej pracy. W wyjątkowych przypadkach nowy ten ciepłomierz może się okazać bardzo pożytecznym.

2) Dalej kol. N. demonstrował męzatkę dietną lat 59 o kolosalnych wymiarów enterocele vaginalis. W przepuklinie pochwowej nadzwyczajnie wielkiej znajduje się zanikła już wobec wieku pacjentki macica wraz z jajowodami i jajnikami, nieomal cały pęcherz moczowy, odbytnica oraz znaczna część pętli kiszek. Ponieważ od Września przepuklina ta—enterocele vaginalis nie była odprowadzona, wystąpił silny obrzęk. Co do leczenia w tym przypadku kol. N. opierając się na doświadczeniach 24-letniej praktyki odradza od interwencyi operacyjnej, radzi po redukcji herniae zastosować pessaryum PAPIN'a, tak zwany, kołczykowaty krążek, który pacjentka na noc sama wyjmuje a z rana sama sobie zakłada.

Prolapsus uteri w danym przypadku nie ma żadnego znaczenia wobec wieku lat 59, a chodzi głównie o enterocele vaginalis. Sama ta przepuklina chorej nie dokucza, zgłosiła się do lekarza głównie z przyczyny obawy, czy rany, owrzodzenia, które spostrzegła sama w pochwie wywróconej na zewnątrz, nie mogą przejść w zwyrodnienie rakowate.

Chora więc zgłosiła się do szpitala nie wskutek dolegliwości a ze względów profilaktycznych, pomimo że apriori sądząc, można by przypuszczać, że stan ten powinien wywołać rozmaite dolegliwości. [Autoreferat].

VII. Pultz Jan wypowiedział rzecz p. t.: „Luxatio pathologica atlantis unilateralis rotatoria et meningo-myelitis cervicalis superior e compressione ze znaczną poprawą”.

16-letni młodzieniec w 4 tygodnie po zapaleniu rozsianem stawów uczuł ból na karku i sztywność, która pozostała. W 6 miesięcy potem zaczęły występować pierwsze objawy ucisku rdzenia, które znów w ciągu 2 miesięcy doprowadziły do zupełnego porażenia wszystkich części kończyn tułowia. W takim stanie chory przybył do szpitala na Pyrade Głowę miał wtedy zwróconą w prawo i pochyloną w lewo. Po za spastycznym porażeniem wszystkich kończyn stwierdzono u tego chorego wtedy jeszcze następujące objawy: znaczne zaburzenia czucia dotykowego i bólowego rozsiane na całym ciele, sztywność karku przy ruchach biernych, od czasu do czasu mimowolne bolesne skurcze w mięśniach (wykręcanie nóg i rąk), znaczne wzmoczenie odruchów ścięgowych i skórnych, obecność odruchu BABIŃSKIEGO, drżenie kloniczne rąk i stóp, incontinentia urinae i retentio alvi.

Pod wpływem leczenia, polegającego na stosowaniu kalii jodatu do wewnątrz i kąpieeli obojętnych, masażu i biernej gimnastyki kończyn, chory dopiero w 4 miesiące od chwili rozwinięcia się zupełnego porażenia całego ciała, zaczął się stopniowo powoli poprawiać tak, że dziś w rok po zjawieniu się pierwszych oznak polepszenia, chory przyszedł do Towarzystwa sam na własnych nogach. Dzisiaj wszystkie ruchy dowolne są zupełnie możliwe, z wyjątkiem bardzo nieznacznego osłabienia prawej ręki i cokolwiek też i prawej nogi. Chory jednak chodzi a prawą ręką nożyczkami wycina z papieru blankiety recept dla szpitalnej apteki. Odwracanie głowy w lewo i pochylanie głowy w prawo jest ograniczone i bolesne. Prawe odruchy ścięgnowe są silniej wzmoczone niż lewe. Odruch B. widzimy tylko po prawej stronie. Lewe odruchy skórne są silniej wzmoczone niż prawe. Dotykowe i bólowe czucie jest dzisiaj mocno zachowane na całym ciele. Jedynie z lewej strony z przodu od dołu do wysokości sutki a z tyłu od dołu do grzebienia łopatki czucie zimna jest zupełnie zniesione. Zaburzeń ze strony pęcherza i rectum niema dziś żadnych.

Biorąc pod uwagę dane wywiadowe i cały przebieg choroby u tego pacjenta P. przypuszcza, że mieliśmy w tym przypadku do czynienia z zapaleniem stawu międzykręgowego w górnej szyjowej części kręgosłupa, najprawdopodobniej stawu między atlas

i epistropheus po lewej stronie. W związku z polyarthrititis, którą chory przechodził w 1900 r. rozwinęło się zapalenie tego stawu z wysiękiem i z materyalnemi zmianami w samym stawie, które doprowadziło widocznie do jednostronnego rotacyjnego zwinięcia atlasu, widzialnego na fotografii rentgenowskiej, wykonanej przez kol. BARSZCZEWSKIEGO. Wszystko to razem było przyczyną, rozwinęcia się tych wszystkich wyżej opisanych objawów ucisku rdzenia w jego górnej szyjowej części.

Pod wpływem jodu a może i pod wpływem zapalenia wysięku opłucnej, które chory przechodził w przebiegu choroby, wysięk został wessany i objawy ucisku na rdzeń stopniowo ustępują. Przemieszczenie zaś górnej części szyjowej kręgosłupa pozostało i jest przy prześwietlaniu promieniami ROENTGEN'a bardzo widoczne.

W dyskusyi zabiera głos Henryk LANDAU. Nie wchodząc w to, o ile patogenеза podana tu przez mówcę dla opisanego przypadku jest słuszną, chciałbym tylko zwrócić uwagę na fakt, mojem zdaniem, dość dziwny, jakim jest brak wszelkiego udziału w cierpieniu ze strony nerwów czaszkowych.

Dwa mianowicie z tych ostatnich: n. hypoglossus oraz accessorius W. przylegają dość ściśle do przedniej powierzchni trzonu atlantis a po części i epistrophei. To też zajęcie tych nerwów, objawiające się porażeniem z zanikiem odnośnej połowy języka, porażenie mm. sternocleidomastoidei i cucullaris oraz porażeniem podniebienia, gardzieli i krtani po stronie odpowiedniej było spostrzegane w opisanych dotychczas przypadkach luxatio atlantis, jak w przypadku opisanym przez UEDÉ'go, HAGEMANN'a, i BOETHGER'a, w przypadku SAUER'a i ni. O istnieniu tych objawów (z wyjątkiem porażenia mięśni unerwianych przez t. zw. gałąź zewnętrzną accessorii) w przypadku przez niego spostrzeganym mówca wszakże nic nie wspomina.

Korczyński St. zgadza się na rozpoznanie lekkiego przemieszczenia kręgów. Przy większej dyslokacji, a tembardziej przy zwinięciu mieliśmy między innymi objawami zupełne zniesienie wszystkich odruchów głębokich, a nie wzmoczenie ich, jak to ma miejsce w rozbieganym przypadku. K. zapytuje mówcę o stan pollucyi i erekcyi, które w podobnych przypadkach nieraz dniami trwały: dalej K. wspomina, że sam wielokrotnie notował u chorych z uciskiem rdzenia mniej lub więcej peryodyczne podrzucania kończynami, objaw, o którym wspomina mówca. Przyczyna tego zjawiska być może leży w sumowaniu się podnieć, działających na przednie korzenie ew. na komórki ruchowe w rdzeniu. K. zwraca uwagę na dziwny objaw u demonstrowanego chorego, mianowicie, rodzaj częściowego symptomu BROWN-SEQUARDA, (znieczu-

lenie cieplne po jednej stronie, porażenie ruchowe po drugiej), i zapytuje mówcę, jaki podkład anatomiczny przyjmuje dla jego wytłomaczenia. Wobec jednostronności zaburzeń czucia termicznego, rzecz prosta, o hydromyelię, możliwej w podobnym przypadku, nie mamy prawa myśleć.

BRUNNER M. mówi: Widzę, że chory przedstawiony zapadł na zdrowiu, wskutek zaziębienia w 1900 r., uległszy jakimś cierpieniom reumatycznym, które po kilkunastu dniach ustąpiły—że przez dwa miesiące następnego roku przebywał w szpitalu Ewangielickim z powodu stopniowej utraty władzy w jednej ręce i przeciwniej nodze, później w drugich znów na krzyż. Nakoniec chory dostaje się do szpitala Pragskiego z zupełną utratą władzy ruchu i czucia w obu rękach i nogach, a cierpienie to postępowało bardzo powolnie. Następnie przyłączyła się sztywność i ból w karku. Temperatura ciała bywała podwyższoną, przechodziła 39° C. Dowiadujemy się jeszcze że chory zupełnie ubezwładniony, prócz ruchów głową od tyłu ku przodowi czyli t. zw. ruchu potakującego, żadnych innych wykonywać nie mógł. Twarz miał zwróconą ku prawej stronie i lekko pochyloną na lewo—auasthesia obustronna, obszerniejsza po stronie prawej—mocz oddawał z trudnością, stale tylko po środkach przeczyszczających. Otóż ani w przebiegu choroby, ani w ciągu jej trwania, nie mogę dopatrzeć się owego momentu, w którymby zwichnięcie atlasu choćby częściowe. którego nie rozumiem, mógłbym sobie wystawić.

Gdyby proces odbywający się w kręgach był natury gruźliczej, mógłbym przypuścić, że wyrostek zębaty epistrophei został zniszczony i jakieś obsunięcie się atlasu mogłoby się zdarzyć—lecz gruźlica kostna przebiega zwykle z temperaturą niezbyt podwyższoną, rzadko przechodzącą 38°, gdy u tego chorego bywała znacznie wyższą—wreszcie ani jego wygląd ani miejscowy przebieg sprawy w niczem za tem nie przemawia. Gdyby zwichnięcie atlasu rzeczywiście miało miejsce, zagrażałoby życiu przez uduszenie lub zawieszenie czynności serca—ruch potakujący bazwarunkowo byłby niemożliwy, a nawet wyłącznie niemożliwy.—Znanym ze swej zręczności był kat krakowski, wożony po całej Austrii dla wykonywania wyroków śmierci przez powieszenie, który unieruchamiając jedną ręką twarz delikwenta, drugą jednocześnie skręcał nieco tułów zawieszonego, śmierć następowała w mgnieniu oka—sekcya stwierdzała zwichnięcie atlasu i ucisk na mleczy wyrostkiem epistrophei. Jeśli ten fakt przytaczam to jedynie dla tego, by wykazać całe niebezpieczeństwo dla życia osoby uległej zwichnięciu atlasu—jak również by wskazać warunek możliwości zwichnięcia atlasu, raz przy procesie niszczącym wyrostek zębaty epistrophei—drugi raz przy wyciągnięciu tułowiu i szyi. Nakoniec

dodam, że dziura prawie trójkątna kręgów szyjowych z całą oniemal ścisłością obejmuje mlecz, najmniejsze przeto zwichnięcie może spowodować śmierć, więc jedynie lekkie zsunięcie się atlasu, liltesis, może w tych razach być możliwem.—Pojąłbym ostatecznie zsunięcie się atlasu wraz z epistropheusem, a raczej wysunięcie się ku tyłowi kręgów szyjowych następnych z pod dwu poprzednich.

Proces więc, który mógłby zupełny bezwład i utratę czucia całego tułowia spowodować, że się tak wyrażę odcięcia głowy od tułowia, chętniejbym upatrywał w jakimś procesie zapalnym błon mleczowych a nawet i powierzchownych warstewek samego mlecza (meningo-mylitis) jako następstwa reumatycznego procesu w stawach kręgowych i ich więzów i ucisku nagromadzonego w nich wysięku, na co nawet znalazłbym potwierdzenie w samej nader skromnej terapii.

Ostatecznie dodam że fotografia rentgenowska, którą szan. kolega P nam przedstawia, zgola sprawy przez niego za właściwą uznanej bynajmniej nie wykazuje i na wypowiedzenie jakichś bądź wniosków nie zezwala. Porównawcze zaś jej zestawienie z drugą innego człowieka, w innych warunkach otrzymaną, jest niczem nieusprawiedliwione i niemiarodajne.

[Autoreferat]

Następnie w uzupełnieniu przemówienia D-ra BRUNERA mówi LANDAU co następuje: I ja sądzę, że zupełne unieruchomienie głowy jest niezbędnym warunkiem, by chory dotknięty luxatione atlantis mógł pozostać przy życiu. Najmniejsze poruszenie głową powinno tu ze względu na bliskie sąsiedztwo „noeud vital” spowodować śmierć, co stwierdzają autorowie poprzednio wymienieni.

[Autoreferat],

SAWICKI Br. zaznacza: Gruźlicy kręgów w danym razie nie mogę przyjąć ze względu na przebieg cierpienia. Przy gruźlicy górnych kręgów bardzo wczesnie występują silne bóle w karku i potylicy, zwiększające się przy najmniejszym ruchu. Wobec tego chory nie może pracować z głową nachyloną, a przechodząc z pozycji poziomej w pionową, podtrzymuje głowę rękami. Objaw ten jest stały i występuje o wiele wcześniej, niż objawy uciskowe ze strony rdzenia. W danym razie chory pracował i nie, poza zesztywnieniem, nie odczuwał aż do czasu wystąpienia porażenia. Już to samo pozwala mi wyłączyć sprawę gruźliczą, któraby wywołała rozległe zniszczenie kręgów, zwichnienie tychże i ucisk rdzenia. Dla tychże względów wykluczyłbym i inne sprawy, mające pod tym względem podobieństwo do gruźlicy (up. przymiot). Z tego względu rozpoznanie w danym razie zwichnienia, zależnego od zniszczenia kości i więzów stawowych wydaje mi się niepra-

wdopodobnem. Pozatem brak tu jeszcze jednego objawu, który zwykle spotykamy po zwichnieniu kręgów szyjowych: głowa bywa przechylona na bok, lecz broda nie przechodzi po za linię pośrodkową ciała; tu zaś mamy ustawienie głowy jak przy torticollis. By sobie objaśnić w danym razie istotę cierpienia, muszę się zwrócić do tego zapalenia wielostawowego, które poprzedzało wystąpienie objawów w kręgosłupie. Po zapaleniu stawów w tych razach sprawa często zajmuje nie tylko sam staw lecz i tkanki tenże otaczające, powoduje zniszczenie chrząstek, zaniki i rozrosty samej kości, jednym słowem zupełnie zniekształcenie. W tym razie podobne zniekształcenia powstają wskutek takiegoż procesu w kręgach. Co się tyczy porażeń, to spowodowane one były wysiękiem, który mógł uciskać rdzeń. Przy stopniowym wysysaniu się wysięku objawy uciskowe mijały, natomiast zmiany w kościach pozostały. [Autoreferat].

W. JANOWSKI podziela zupełnie zdanie Br. S. Zdaniem jego, w przypadku prelegenta mogło mieć miejsce tylko zapalenie stawu pomiędzy kręgiem pierwszym i drugim. Powstałe na gruncie zapalenia wysięki, ew. rozrosty, uciskając na rdzeń kręgowy, mogły dać opisane przez prelegenta objawy, które zmniejszyły się do obecnych wskutek wessania się produktów zapalnych. Z miejsca, w którym zapalenie pierwotne powstało, wynika, że ucisk może tu trwać najdłużej na pewne drogi piramidalne; od tego też prawdopodobnie zależy istniejące dotąd znieczulenie na zimno u omawianego chorego. Nie ma żadnej podstawy do przypuszczenia iż natężenie zapalenia było tak znaczne, że dało aż t. zw. patologiczne zwichnięcie, wyczuwanie bowiem nierówności w gardzieli zależeć mogło w zupełności od powstałych wskutek zapalenia exostoz i grubych blizn; przeciwnie zaś, wobec ruchomości czaszki i argumentów przytoczonych przez kol. H. L. i M. B. nie zna możliwości twierdzenia, żeby miało tu miejsce zwichnięcie.

[Autoreferat]

W odpowiedzi kol. L. zaznacza PILTZ. W tym czasie kiedy ja po raz pierwszy chorego badałem, jednostronnych zaburzeń ze strony n. hypoglossi u niego nie zauważyłem. Powtarzam tylko że chory był zupełnie sparaliżowany, z wyjątkiem bardzo małego ruchu prawą ręką i minimalnego poruszania głową ku przodowi a więc m. cucullaris był też sparaliżowany etc. Chory przyjmował wtedy tylko płynne pokarmy i mowa jego była bardzo utrudniona

W odpowiedzi kol. K. prelegent zaznacza, że przy zwichnięciu kręgosłupa czasami bywa i tak, że nie tylko odruchy nie są zniesione, ale nawet może nie być żadnych zaburzeń ani ze strony rdzenia ani ze strony korzeni. Nie mogąc odczytać ob-

szernego opisu całej historii choroby, co by zabrało zbyt dużo czasu, prelegent musiał się ograniczyć do przedstawienia jej tylko w ogólnych zarysach. Przy tem zostało pominiętych dużo szczegółów; W. miewał erectio penis nawet całemi tygodniami.

Dla objaśnienia tego częściowego syndromu objawów BROWN-SEQUARD'a, o którym wspominałem w przemówieniu, chyba trzeba będzie przyjąć, że kolateralny limfatyczny wysięk w rdzeniu umiejscowiony jest teraz jeszcze głównie w pewnej części prawego bocznego pęczka piramidalnego i w okolicy tylnego rogu szarej substancji lub w okolicy prawego przedniego pęczka rdzenia kręgowego, gdzie przebiega skrzyżowana dośrodkowa droga termiczna.

W odpowiedzi kol. B. prelegent zwraca przedewszystkiem uwagę na to, że bóle i sztywność w karku u chorego zjawily się w 2 tygodnie po polyarthritis acuta jaką przechodził w Grudniu 1900 i od tego czasu — jak to w odczycie wyraźnie było zaznaczone — już pozostały bez zmiany. Objawy drętwienia i porażenia kończyn; najpierw górnych a później dolnych zaczęły występować dopiero w 5 miesięcy później. Dalej kol. P. zwraca uwagę, że medulla oblongata na wysokości atlasu wcale nie leży. Dalej prelegent również wcale nie przypuszcza, abyśmy mieli w tym wypadku do czynienia z gruźlicą kręgów. Przeciwnie sądzi, że stoimy tu wobec bardzo rzadko zdarzającego się wypadku patologicznego przemieszczenia kręgów szyjowych, wywołanego pewną sprawą zapalną, która się zjawila u chorego w kręgach szyjowych po ogólnej polyarthritis, która spowodowała nieznaczne jednostronne rotacyjne zsunięcie się wyrostka artykulacyjnego jednego kręgu ku przodowi — co KOCHER nazywa „einseitige Rotationsluxation“.

Obustronna całkowita luksacja kręgów szyjowych naturalnie zagraża życiu chorego. Jednostronna jednak rotacyjna luksacja kręgosłupa nie tylko że nie zawsze jest śmiertelną, ale czasami nawet nie daje żadnych objawów ze strony rdzenia i korzeni K. w tej samej kwestyi mówi, że nie należy oczekiwać, że (przy izolowanych zwichnięciach kręgów) pacjent zawsze uskarża się na wielkie bóle i że wogóle dużo uwagi zwraca na swój stan choroby. Przeciwnie często się zdarza, że chory wobec nieznacznych objawów subiektywnych zwraca się do lekarza dopiero później — dla tego że cała sprawa nie chce się sama poprawić. Jak to bywa przy luksacjach i w innych stawach, objawy początkowe, głównie ból i zaburzenia w ruchach, bywają często mniejsze niż przy zwykłej dystorsyi. Dopiero po upływie pewnego czasu chory zaczyna mniej poruszać głową i dopiero później zaczynają występować dalsze objawy.

W odpowiedzi kol. S. zaznacza kol. P., że wbrew twierdzeniu kol. S. że przy zwłknięciu kręgów szyja i głowa bywa pochylona na bok, lecz broda nie przechodzi po za linię pośrodkową ciała. K. mówi, że przy rotacyjnej luksacji atlasu na epistropheus mamy głowę pochyloną na bok i twarz odwróconą w drugą stronę. Ucho po stronie luksacji zbliżone jest do ramienia, twarz odwrócona w przeciwną stronę. Ta pozycja torticollis zdarza się w innych warunkach, np. przy kurczeniu m. sternocleidomastoidei, przy luksacji jednak jest ona stałą.

Z tego wynika, że broda chorego—zresztą jak widać z rysunków K. znacznie przechodzi po za linię pośrodkową ciała i że ta pozycja głowy torticollis jest dla jednostronnej luksacji atlasu wprost charakterystyczną.

Również niesłusznem jest twierdzenie kolegów L., B. i S. że przy tego rodzaju luksacji, głowa chorego musiałaby być nieruchomą. Jeżeli pacjent robi sam niektóre ruchy głową lub pozwala wykonywać je w sposób bierny, to widzimy że przy nich można patologiczną pozycję głowy wyżej opisaną jeszcze zwiększyć. To samo opowiada OPPENHEIM: chory (z luksacją jednostronną atlasu) może jeszcze więcej pochylić głowę na bok i jeszcze więcej wykręcić twarz w odwrotną stronę zupełnie jak to widzimy u naszego chorego.

Kol. S. i B. zgadzają się razem ze mną, że sprawa w szyjowej części kręgosłupa nie jest gruźliczą, ale że po polyarthritiss rozwinął się analogiczny proces w kręgach szyjowych z wysiękiem i zniekształceniem kręgów. Wysięk został wessany, ucisk się zmniejszył—objawy porażenia ustąpiły.

Zniekształcenia kręgów szyjowych pozostały do dziś dnia, kol. S. je przyznaje, ale nie zgadza się na przypuszczenie patologicznej luksacji w tym przypadku.

Podług mnie wobec danych jakie otrzymujemy przy badaniu chorego, musimy za KOCHEREM i OPPENHEIMEM przyjąć w tym przypadku nieznaczne zwłknięcie kręgów szyjowych—wszystkie objawy za tem przemawiają.

Kolega B. dziwi się, że ja powołuję się na powagę KOCHER'a nie tylko w kwestyach chirurgicznych, ale i w sprawie objawów nerwowych spostrzeganych przy luksacjach kręgów szyjowych. Czynię to dla tego, że, jak wszystkim wiadomo, znakomita praca K., o której kilka razy już wspominałem po za swą pierwszorzędną wartością dla chirurgii staje się podwaliną naszych dotychczasowych wiadomości z fizjologii rdzenia kręgowego.

[Autoreferat].

BRUNER dodaje: Kol. P. powołuje się na zdanie i powagę KOCHER'a—ja zaś pozwolę sobie dodać, że chirurgowie wogólności

inne mają metody badania i innemi kierują się wskazówkami, jak my interniści, co właśnie mieliśmy tu sposobność usłyszeć z ust kol. S.

Na zakończenie pozwolę sobie wspomnieć, że sam 1868 r. miałem chorego, u którego skutkiem uderzenia w kark kołem pędowym kieratu poruszanego kilku końmi, bezpośrednio nastąpił zupełny bezwład obu kończyn górnych i dolnych — z objawami tetanicznymi występującymi za łada poruszeniem kołdry lub lekkim nawet podmuchem. — U tegoż chorego porażenie przypisałem wylewowi krwi w oponie mleczonej — pomimo że u niego można było przypuścić zwichnienie kręgów szyjowych. Chory wspomniany również po paru miesiącach wyzdrowiał.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin*.

Sekretarz *St. Kopczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 Lutego 1903 r.

Przewodniczący **T. Dunin**.

Obecnych członków 42 i gość 1.

T r e ś ć: **CIAŁIŃSKI A.** — Przedstawienie chorego dotkniętego zanikami nerwu wzrokowego w następstwie urazu.

DOBROWOLSKI Z. — Przedstawienie chłopca z nacieczeniem w gardzieli w następstwie dziedzicznego syfilisu.

STEINHAUS J. — „Nabłoniaki powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzny” z demonstracją preparatów drobnowidzowych.

KOPCZYŃSKI St. — „W sprawie anatomii patologicznej i patogenyzy płasawicy (chorea minor) z demonstracją preparatów drobnowidzowych.

1. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnego na posiedzeniu gościa kol. BORNSTEINA

III. PREZES zawiadomił o otrzymanem zatwierdzeniu przez Generał-Gubernatora: Prezesa, Wice-Prezesa i Sekretarza dorocznego.

IV. Biblioteka otrzymała od kol. HEINRICH'a „Jahresbericht Virchow'a” za rok ostatni.

V. CIĄGLIŃSKI A. przedstawił chorego mężczyznę lat około 40, który w kilka tygodni po urazie (uderzenie w czaszkę) kilkunastofuntowym ciężarem począł doznawać osłabienia wzroku po stronie urazu. Badanie oftalmiczne wykazało zanik tarczy nerwu wzrokowego. C. podnosi wpływ urazu na zmiany materialne w układzie nerwowym.

VI. DOBROWOLSKI przedstawił chłopca lat 10-ciu z oddziału swego w szpitalu dziecięcym z nacieczeniem w gardzieli wskutek dziedzicznego syfilisu.

Przypadek ciekawy ze względu na swą rzadkość i trudność przy odróżnieniu go od dyfterytu gardzieli, angina phlegmone itp.

Chory zgłosił się do D. ze skargą na przeszkodę przy połykaniu i wymioty (zwracanie pokarmów).

D. znalazł; języczek w kształcie kluski, około 10 razy grubszy i ze dwa razy dłuższy po nad normę, różowo szarego koloru jakby po zalapisowaniu, na środku języczka—żółtawy nalot; podobnie przedstawia się podniebienie miękkie, łuki podniebienne i migdał prawy, sprawa zajmuje tylko lewą stronę.

Na przednim łuku podniebiennym, migdale i tylnym łuku znajdujemy nalot żółtawy; najwyraźniej występuje on na tylnym łuku i tuż za nim.

Nalot przykrywa owrzodzenie z dnem i brzegami gładkimi, nadto krwawiącymi; zajęte części przy dotykaniu są niebolesne, twarde.

Prócz powyższych zmian w gardzieli u chorego D. znalazł zgrzeszczenie wierzchołka prawego płuca, znaczne obrzmienie gruczołów chłonnych szyjowych i plamy (leukomata) na rogówkach obu oczu.

Powodując się obrazem gardzieli, jak również brakiem bolesności, ogólnej reakcyi, stanem bezgorączkowym D. zrobił przypuszczenie dziedzicznego syfilisu. Zgrzeszczenie wierzchołka prawego płuca jest prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego, zaś gruczoły chłonne obrzwały wskutek gruźlicy lub zakażenia z owrzodzeń gardzieli (dalsza obserwacja sprawy te wyjaśni). Wywiady potwierdzają rozpoznanie syfilisu. Ojciec chorego przechodził syfilis i zmarł podobno na paraliż postępowy, nasz chory w 2-gim roku życia miał konwulsye, które przeszły i nie powtórzyły się

pod wpływem leczenia antisyfilitycznego, 2 lata temu przechodził uparte zapalenie rogówki, na które ze skutkiem leczył się jodem i rtęcią w szpitalu oftalmicznym i dziecięcym. Na gardło choruje od 2-ch miesięcy, tydzień leczy się antisyfilitycznie i już znaczna poprawa.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to ciężki dyfteryt z obrzękami wyklucza się na podstawie: 1) koloru zajętych tkanek, 2) braku bolesności i ogólnej reakcji 3) wywiadów i badania bakteryologicznego; angina phlegmonosa idiopatica, erysipelatoza i scarlatinosa prócz punktów wymienionych przy dyfterycie — brakiem obrzęków i bardzo silnej bolesności, jaką spotykamy przy takich anginach. Od gruźlicy gardzieli prócz danych wymienionych poprzednio brakiem laseczników i infiltratów gruźliczych na dnie owrzodzeń oraz wielką rzadkością gruźlicy u dzieci. Literatura wskazuje zaledwie parę podobnych spostrzeżeń, między niemi przypadek ISAMBERT'a, który przedstawił w Paryskim Tow. Lekarskiem 4^{1/2} letnią dziewczynkę z gruźlicą gardzieli, jednak KOHTS i RECKLINGHAUSEN stawiają wątpliwości co do rozpoznania gruźliczego. Wreszcie od nowotworu złośliwego (sarcoma) brakiem guzowatości i odoru z ust, jaki się daje uczuwać przy rozpadzie nowotworu, również badaniem drobnowidzowym. [Autoreferat].

VII. STEINHAUS wygłosił rzecz p. t.: „Nabłoniaki powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn”.

STEINHAUS przedstawił przypadek teratomatu jądra, interesujący ze względu na obecność w nim rozrostów nabłonka kosmówki, tworzących tu guz identyczny z typowymi nabłonkami kosmówkowymi (ciężarnej) macicy (chorionepithelioma). S. przedstawił na tle współczesnych teorii prawdopodobną genezę tego rodzaju tworów i znaczenie ich dla nauki o chorionepitheliomatach, wykazuje jednocześnie, że obecność tych ostatnich u mężczyzn nie wyklucza ich specyficzności, lecz zmusza jedynie do rozszerzenia dawnej formuły o związku tych nowotworów z ciążą. Dziś formuła ta brzmieć musi: bez embryonu (płodu) lub embryomatu (teratomata) nie może powstać chorionepitheliomat.

[Autoreferat]

W dyskusyi KRYŃSKI przypomina o badaniach nad rozbieranym przedmiotem autorów polskich ŚWITALSKIEGO i ROSNERA, S. przypomina, że wspólnie ze STANKIEWICZEM również nad tem pracowali.

W odpowiedzi KRYŃSKIEMU S. przypomina, że literatura chorionepitheliomatu, historia badań nad jego budową nie należała do tematu prelegenta i że oprócz odkrywcy tych nowotworów — SAENGER'a — nikogo nie wymienił. Że polscy autorowie w swoim

czasie pracowali nad chorionepitheliomatem, rzecz wiadoma; oprócz autorów, których zacytował K. zajmowali się tą sprawą i inni, mianowicie STANKIEWICZ i prelegent, ale to do kwestyi, którą omawiał prelegent, nie należy. [Autoreferat].

IX. KOPCZYŃSKI St. wypowiedział rzecz p. t.: „W sprawie anatomii patologicznej i patogenyzy płasawicy (chorea minor) i demonstrował szereg preparatów mikroskopowych mózgu i rdzenia.

Mówca opisał spostrzegany na oddziale D-ra PAWIŃSKIEGO przypadek płasawicy dotyczący 18-letniej dziewczyny, nie cierpiącej poprzednio wcale na reumatyzm, która przy ciągłym wzmacnianiu się ruchów płasawicznych zmarła w 5-tym tygodniu choroby. Badanie mikroskopowe różnych okolic kory mózgowej, pnia mózgowego i rdzenia z wyjątkiem nieznacznej chromatolizy niektórych komórek w korze mózgowej, nic nienormalnego nie wykryło. Mówca rozpatrzył najpierw wyniki badań anatomicznych przypadków płasawicy, uwzględnionych w monografii WOLLENBERG'a a następnie przytacza z literatury ostatnich lat wszystkie opisy badań mikroskopowych, wykazując ich niezgodność i różnorodność. SIVESTRINI i DADDI, MURRI, THOMSON, REINHARDT, PREOBRAZENSKI i inni). Dalej mówca przytacza najpierw historyczny zarys poglądów na patogenęzę płasawicy, zwłaszcza na jej związek z cierpieniami reumatycznymi i przychodzi do wniosku, że wobec ujemnych wyników wielu szczegółów badań mikroskopowych i wobec różnych zestawień nawet z olbrzymich statystyk (STARR i inni), kwestya anatomii patologicznej i patogenyzy płasawicy, stoi jeszcze otwartą

BREGMAN wątpi czy z pomocą znanych obecnie metod badania anatomia patologiczna płasawicy wykrytą być może. W większości badanych przypadków wyniki były ujemne, w mniejszości znaleziono zmiany tak różnorodne, iż wątpliwem jest czy istotnie zaburzenia kliniczne były ich następstwem.

Przechodząc do patogenyzy płasawicy, B. zwraca uwagę na wielkie znaczenie, jakie w wielu przypadkach ma moment psychiczny. Bardzo często płasawica występuje na jaw bezpośrednio wskutek oddziaływań psychicznych, tak np. w jednym przypadku po pożarze w najbliższym sąsiedztwie, w drugim skutkiem krzywdy doznanej w szkole. W obu serce było prawidłowe, chore reumatyzmu nie przechodziły, natomiast jedna była nerwowo ciężko obciążona (u matki ciężka histerya). W obu przypadkach płasawica miała wszystkie cechy prawdziwej chorea minor, nie zaś płasawicy historycznej. Zdaniem mówcy, przypadki takie, które bynajmniej nie należą do rzadkości, trudno pogodzić z teorią wyłącznie infekcyjnego pochodzenia omawianej choroby.

[Autoreferat].

W odpowiedzi mówca zaznacza, że ujemny wynik badania mikroskopowego bynajmniej nie był przez niego przewidziany, że w jednym przypadku płasawicy obserwowanym przez mówcę, nawrót cierpienia był uwarunkowany przez uraz psychiczny i fizyczny (chora wpadła do piwnicy) i że w swej pracy podnosił, iż przeciw teorii infekcyjnej pochodzenia płasawicy, głoszonej przez W., istnieją pewne zarzuty.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin.*

Sekretarz *St. Kopczyński.*

Posiedzenie kliniczne z d. 17 Lutego 1903 r.

Prezes **T. Dunin.**

Obecnych członków 56 i gości 3.

T r e ś ć: STERLING Wacław. — Przedstawienie 4-ch przypadków z ichthyosis congenita w tej samej rodzinie.

Prezes DUNIN. — Przedstawienie chorej z porażeniem mięśni barkowych.

STEINHAUS. — Przedstawienie wątroby z ogniskowymi przerostami.

GALECKI St. — „O przewlekłym zatruciu tytoniem“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES odczytał odezwę Akademii Wojskowej Lekarskiej w kwestyi konkursu im. TUSZEWSKIEGO.

III. PREZES odczytał odezwę Uniwersytetu Ś-go Włodzimierza o konkursie na katedrę chorób nerwowych i umysłowych.

IV. PREZES odczytał odezwę podpisaną przez grono członków Tow. w kwestyach bibliotecznych i odpowiedź Zarządu. — niektóre punkty odezwy sprzeciwiają się regulaminowi muszą więc dopiero przejść przez ogólne Zebranie, inne będą uwzględnione, są bowiem przewidziane w regulaminie bibliotecznym. PREZES zwraca uwagę, że najradykałniejsze zmiany nie osiągną celu, o ile o bibliotekę nie będą dbali sami członkowie Tow.

V. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: MAJERCZAKA, ŁAGOWSKIEGO, STERLINGA.

VI. STERLING Wacław demonstrował 4 przypadki Ichtyosis congenita w jednej i tej samej rodzinie.

VII. Prezes DUNIN przedstawił przypadek porażenia mięśni barkowych.

Panna B. lat 50 idąc na spoczynek upadła i straciła przytomność. Na drugi dzień rano znaleziono ją na podłodze, na wznak z prawą ręką pod tułowiem, a głowę w żelaznym przewróconym kubelku. Chorą doprowadzono do przytomności, a po paru dniach, wszelkie ślady omdlenia minęły. Zaraz jednak chora zauważyła, że prawego ramienia unieść nie jest w stanie, gdy tymczasem ręką włada dobrze. Badanie w 4 tygodniu później wykonane okazało: łopatka stoi niżej i oddalona więcej od kręgosłupa niż po stronie zdrowej, dół nadobojczykowy daleko głębszy niż po stronie zdrowej. Dalej zanik i porażenie mm. scolaris, całego m. cucularis, rhomboidei, infra et supraspinatus, deltoideus, w mniejszym stopniu: m. biceps i supinator longus. Zachowane: levator at. snapulor, m. pect. major. serrog. aet. major. supras cupuleris, teres major latissimus dorsi. Badanie elektryczne okazuje komoletny odczyn zwyrodnienia.

Od czego zależy porażenie w danym przypadku. Na zasadzie anamnezy wykluczyć należy wszystkie cierpienia rozwijające się powoli, jedynie zdaniem prel. przypuścić tu można uraz lub wylew.

Przypadek prel. przedstawia pewną analogię do porażenia typu DUCHENNE-ERB'a. Porażenia typu Erb'a są najczęściej pochodzenia urazowego przez ucisk 5 i 6-ej pary splotu barkowego pomiędzy 1-szem żebrem i obojczykiem. Przypadek prelegenta nie przedstawia jednak ścisłej analogii z porażeniem Erb'a

przy porażeniach tych niema wzmianki o porażeniu mięśnia cucularis i scalenus. Następnie w danym przypadku istnieje jeszcze fakt, iż chora utraciła przytomność (przedtem omdleń nie miewała). D. przypuszcza też, iż porażenie w jego przypadku nie jest pochodzenia traumatycznego, lecz że nastąpił tu wylew do rdzenia kręgowego w okolicy korzeni przednich. D. przypomina o podobnym przypadku z sekcyą, ogłoszonym z jego oddzia-łu przez JANOWSKIEGO.

W dyskusyi FLATAU przemawia w kwestyi rozpoznania danego przypadku. Samoistny wylew krwi wyłącznie do jednego rogu prawego rdzenia szyjowego należałby w każdym razie do wielkich rzadkości. Przeważnie jest również zajęty tylny róg i są uciśnięte tuż obok przebiegające drogi piramidalne. Występują na skutek tego: 1) zaburzenia czuciowe krzyżujące się w stronę porażenia (porażenie typu BROWN-SEQUARD'a), 2) objawy uciskowe

ze strony dolnych kończyn, a więc osłabienie siły mięśniowej, wzmożone odruchy ścięgnowe, objaw BABIŃSKIEGO, zaburzenia pęcherza i odbytnicy. Brak tych objawów w przedstawionym przypadku przemawia, jakkolwiek nie absolutnie, przeciwko haematomyelii. Natomiast przypuścić można, że mamy do czynienia z neuritis traumatica plexus brachialis. W urazowej postaci neuritidis występują dość często wyłącznie objawy ruchowe bez żadnych zmian czucia. Rzadkiem jakkolwiek możliwym jest porażenie tych mięśni (cucullaris, scaleni), które otrzymują swe gałązki nerwowe od górnych korzonków szyjowych.

[Autoreferat].

VIII STEINHAUS przedstawia przypadek ogniskowych przerostów wątroby, które powstały u 24-letniej dziewczyny w ciągu dwuletniej choroby, przebiegającej z żółtaczką. Szczegółowy rozbiór morfologii wątroby w powyższym przypadku, zestawienie z wynikami badania 4 analogicznych, istniejących w literaturze przypadków doprowadzają S. do wniosku, że ostry żółty zanik wątroby był punktem wyjścia choroby; ogniskowe przerosty, które w danym przypadku doszły do wielkich rozmiarów, uważa S. za wysiłki regeneracyjne ocalałych resztek tkanki wątrobowej.

[Autoreferat].

W dyskusyi JANOWSKI Wł. zaznacza iż na zasadzie przedstawionych przez prelegenta preparatów nie można postawić rozpoznania ostrego zaniku wątroby. Na preparatach tych widać zniekształcenie zrazików wątrobowych, zwyrodnienie tłuszczowe, barwnikowe i zanik oraz zniekształcenie uciskowe pojedynczych komórek wątrobowych, naczynia ponastrzykiwane krwią, olbrzymi rozrost tkanki łącznej i bardzo umiarkowany—dróg żółciowych. Są to zmiany, spotykane w końcowych okresach wszystkich postaci marskości wątroby, bez względu na to, czy rozwinęła się ona wskutek zastoju żółci, (c. biliaris) czy wskutek chemicznego otrucia wyskokiem (c. atrophica), czy też wskutek długotrwałych zastojów krwi (cirrhosis cardiaca) lub innych powodów. Przyczyny tak gwałtownego zaniku komórek wątrobowych na organie w takim stanie już wyczytać nie można. Potrzeba do tego bardzo dokładnej historii choroby danego przypadku. Zaprzeczycie możliwości pierwotnego zaniku nie można, ale tem bardziej nie da się wykluczyć zejście jednej z wymienionych postaci zapalnych, zwłaszcza że wywiady wskazują na kilkakrotną żółtaczkę, a sekcyja, pomiedzy innemi, na znaczne powiększenie śledziony. Olbrzymi rozrost tkanki łącznej, zdaniem J., przemawia właściwie za istotą zapalną sprawy. Widywał to bowiem na licznych preparatach z przypadków przez siebie spostrzeganych i w roku 1892 opisyanych. Spotykał wtedy w przypadkach marskości żółtaczkowej

obrazy zupełnie podobne do widocznych na demonstrowanych dziś preparatach, mianowicie tak olbrzymi rozrost tkanki łącznej śródmiąższowej, że elementy wątrobowe spotykało się wśród tej tkanki tylko w szczupłych resztkach. Wysnuwane przez autora dowody bujania odrodczego, spotykane wśród komórek wątrobowych (mitozy) bynajmniej nie przekonywają, że odradzanie się tych komórek miało miejsce wskutek ich pierwotnego zaniku; spotyka się je bowiem przy każdej postaci marskości wątroby, zwłaszcza żółtaczkowej. Czynności rozrodcze mogą przy tej chorobie tak się wzmódz, że doprowadzają czasem do powstania formalnych gruczolaków, i to zarówno o budowie komórek wątrobowych, jak i nabłonka dróg żółciowych, co widywało wielu autorów, J. a nawet S. który je w roku 1892 opisał. To samo spotyka się też przy odradzaniu się wątroby po wycinaniu jej części (Podwysocki), przy marskości pozakaźnej wątroby (Kelsch i Kierner). Również nie jest przekonywającym drugi argument S., mianowicie względnie nieznaczny stopień rozrostu dróg żółciowych mający przeczyć naturze zapalnej całej sprawy. Wprawdzie bowiem w początkowych okresach marskości wątroby, zwłaszcza żółtaczkowej, rozrost dróg żółciowych jest nierównie większy, to jednak w okresach najpóźniejszych tej sprawy, jednocześnie z zanikaniem komórek wątrobowych, występuje też zanik i pierwotnie rozrostłych dróg żółciowych, tak że w końcu widzi się tylko olbrzymie blizny z bardzo nieznaczną ilością nabłonka dróg żółciowych zupełnie tak samo, jak na preparatach S. Jedynie względnie ważnym argumentem, niepozwalającym na swobodne zaznaczenie S. błędu, jest względna młodość spostrzeganej pod mikroskopem tkanki łącznej, ale i tu brak dokładnej historii choroby co grunt do pewności we wnioskowaniu odbiera.

[Autoreferat]

W odpowiedzi J. wykazuje S., że z zestawienia przypadków ostrego zaniku wątroby o rozmaitym przebiegu wynika, że właśnie takie obrazy jakie widział w swoim przypadku powinny pozostać, jeżeli ustrój przetrzyma burzę (ostry atak) i dłuższy czas pozostanie przy życiu. Przypuszczenie marskości wątroby nasuwało się każdemu z badaczy tego rodzaju przypadków, ale musiało być wykluczone ze względu na charakter tkanki łącznej wątroby. Nigdzie nie znajdowano śladu tkanki bliznowatej, przeciwnie, wszędzie tkanka łączna była luźna, młoda, mocno nacieczona, bardzo obfitująca w komórki a takie cechy z marskością wątroby w parze nie idą.

[Autoreferat].

IX. GALECKI Stanisław wygłosił odczyt p. t.: „Przewlekłe zatrucie tytuniem“.

Kwestya przewlekłego zatrucia tytuniem nie jest jeszcze dostatecznie zbadaną. Działanie tytoniu zależne jest w znacznym stopniu od sposobu jego używania. Sposobów tych znamy trzy: palenie tytoniu, żucie i zażywanie tabaki.

Przy paleniu tytoniu uwzględnić musimy dwa szkodliwe czynniki: dym w postaci gazu i dym skondensowany w postaci t. zw. soku tytoniowego. Szkodliwość tytoniu zależy nie tylko od wypalanej ilości, ale od sposobu palenia, gatunku, przyrządzenia i zafałszowań.

W rzędzie szkodliwych składników, zawartych w dymie tytoniowym, pierwsze miejsce zajmuje nikotyna. Jest to jedna z najsilniej działających trucizn. Jest to jad swoisto nerwowy i wywołuje z początku drażnienie układu nerwowego, następnie porażenie. Oprócz nikotyny dym tytoniowy zawiera jeszcze masę najrozmaitszych składników, powstających przy suchej dystalacji tytoniu. Najważniejszymi z tych składników są: tlenek węgla i kwas węglany, kwas pruski, siarkowodór, amoniak i trujące zasady pikolinowe i kollidynowe.

Działanie innych trujących składników, zawartych w dymie tytoniowym obok nikotyny, w wielu objawach zbliża się do jej działania, co razem potęguje trujące wpływy dymu tytoniowego,

Ostre zatrucie spotykamy często u początkujących palaczy. Zwykle po kilku próbach występuje przyzwyczajenie do tytoniu. Zatrucie przewlekłe objawia się wtedy dopiero, gdy nastąpi nasycenie ustroju jadem tytoniowym. Według doświadczeń Vas'a i PANDI'ego zatrucie przewlekłe nikotyną wywołuje zmniejszenie zawartości hemoglobiny we krwi, zmniejszenie ilości czerwonych i powiększenie ilości białych ciałek, wreszcie obniżenie, stopnia alkaliczności krwi. W nerwach wywołuje zmiany degeneracyjne, a mianowicie w komórkach przednich rogów i tylnych pęczkach rdzenia

Spostrzegamy 2 rodzaje zatruc tytoniowych przewlekłych: zawodowe u robotników pracujących w fabrykach tytoniu, i zatrucia u palących tytuń. U robotników występuje zakatarzenie płuc, bóle głowy zawroty, nudności i wymioty, brak apetytu i biegunki. Po paru latach występuje żółte zabarwienie skóry i anemia. Wogóle w fabrykach tytoniu robotnicy chorują częściej, niż w innych fabrykach.

Zatrucia u palaczy tytoniu bywają przeważnie miejscowe, wywołane drażnieniem błon śluzowych i ogólne. To ostatnie jest zazwyczaj natury elektywnej. Wywołane przez nie zaburzenia ustępują zazwyczaj w krótkim czasie po zaprzestaniu palenia.

W jamie ustnej dym tytoniowy wywołuje przewlekłe katar pachydermia oris i t. zw. „plamy tytoniowe“. Na żeby pale-

nie może wpływać dobrze, gdyż wywołuje obfity przypływ świeżej alkalicznej śliny. Wywołuje ono jednak zanik dziąseł. Dym tytoniowy posiada własności dezynfekcyjne, lecz na próchnicę zębów dodatniego wpływu nie wywiera.

W gardle występuje uczucie suchości, przekrwienie błon śluzowych, czasem ból i zaciskanie, wreszcie nadczułość błony śluzowej. W krtani zdarza się uczucie zaciśnięcia i chrypki, objawy nieżytu. W nosie występuje nadczułość nerwów węchowych, parosmia, wreszcie u zażywających tabakę katary hypersekrecyjne i przerostowe. Wskutek nieżyków przewodu EUSTACHE'GO mogą powstać zaburzenia słuchu.

Ze strony płuc obserwowano duszność, ściskanie w piersiach oraz napady astmatyczne.

Palenie powiększa ilość śliny, zagłusza uczucie głodu, często zmniejsza apetyt, wzmacnia ruchy robaczkowe żołądka i wydzielanie kwasu solnego. Może ono wywoływać gastralgie, katary przewlekłe, a nawet, podobno, wymioty krwawe i wrzód okrągły żołądka. W kiszkiach wzmacnia ono ruchy robaczkowe i wywołuje przewlekłe biegunki, a czasem, przeciwnie, zaparcie stolca.

W chorobach krwi i przemiany materii, palenie gra zapewne niejaką rolę, ale trudno o tem powiedzieć coś określonego.

Co się tyczy neuropatologii, to w oku przewlekłe zatrucie tytoniowe wywołuje neuritis retrobulbaris, którego objawem jest mroczek centralny. W sercu najczęściej daje się spostrzegać bicie serca i bóle napadowe. Serce staje się wogóle wrażliwym na wszelkie bodźce. W cięższych przypadkach występuje przyspieszenie lub zwolnienie tętna, arytmia, wreszcie objawy rzekomej dusznicy bolesnej. Notowano również organiczne zmiany mięśnia sercowego.

Obok nadczułości nerwów czuciowych, newralgii i parestezyi spostrzegano osłabienie mięśni, drżenie w kończynach i drganie mięśniowe włóknikowe. Palenie wogóle ma osłabiać sprawność płciową i bywa przyczyną niemocy płciowej. Może ono stać się czynnikiem, usposabiającym do neurastenii. Wywołuje zawroty głowy, wpływa z początku podniecająco na władze umysłowe, a później może je przytępić. Wreszcie nadmierne palenie może występować jako czynnik, usposabiający do chorób umysłowych.

[Autoreferat].

W dyskusyi Rzętkowski zaznacza, że prelegent zasługuje na uznanie za treściwe poruszenie tak popularnej szkodliwości — jako jednego z tematów, który powinienby być częściej poruszanym w Tow. O tytoniu mówi się wiele, ale to, co się mówi ma raczej charakter feljetonowy, niż ściśle naukowy. Literatura nie obfituje w ściśle dane pod tym względem. R. sprawdzał na sobie i na ko-

legach wpływ palenia papierosów na ciśnienie tętnicze i znalazł, że pod wpływem wypalenia jednego papierosa ciśnienie to średnio wzrasta o 1,5—2 ctm. (tonometr GAERTNER'a). HEUTEN cytuje przypadek zatrucia tytuniem u robotnika z fabryki cygar, u którego ciśnienie tętnicze wynosiło 200—220 mm; była również arytmia—puls nierówny i nieregularny. Ciśnienie tedy tętnicze wzrasta pod wpływem palenia tytoniu, następuje to wskutek skurczu tętnic obwodowych a prawdopodobnie i wieńcowych serca. W tem nikotyna zasadniczo różni się od alkoholu. Skutkiem tego serce musi wykonywać większą pracę, a jednocześnie gorzej się odżywia, bo tętnice jego wieńcowe są skurczone. Stan podobny może nie być dla serca obojętny i ztąd owe zaburzenia w działalności serca u palaczy.

Objawy zatrucia nikotyną występują ze strony serca bardzo wcześnie u ludzi młodych w postaci arytmii i intermissyi tętna. Nadmienić trzeba, że namiętni palacze są również często namiętnymi w kierunku nadużyć Baccho et Venere, który z tych trzech czynników—Bachus, Venus czy też nikotyna—działa tu głównie np. w sprowadzaniu dusznicy bolesnej niewiadomo. Należałoby robić obserwacye w tym celu na kobietach, które nie piją i są bardziej powściągliwe wogóle, w ten sposób udałoby się może zbadać należycie szkodliwy wpływ izolowanej nikotyny. Co do wpływu tytoniu na przemianę materyi, to odnośnych badań ścisłych nie ma. Znanym jest jednak fakt, że palacze po zawieszeniu palenia tyją, być może jest to wskazówką, że tytuń ma pewien wpływ na przemianę materyi. Aby palenie mogło powodować to, co nosi bardzo nieokreśloną nazwę „gastralgii” R. wątpi

[Autoreferat].

JANOWSKI Wł. uważa za główną cechę nikotyny jej własności wywoływania spazmu gładkiej muskulatury na drodze podrażnienia odnośnych węzłów obwodowych. Tem daje się wytłomaczyć prawie wszystkie objawy spotykane przy przewlekłym otruciu tytuniem. Za najbardziej charakterystyczne dla tego otrucia J. uważa zawroty głowy, napady bicia serca, niemiarkowosć tętna wrzekomej dusznicy serca oraz uczucie drżenia lub ściskania serca, a następnie gwałtowne bóle żołądka u ludzi palących w nocy lub na czczo. Zawroty głowy występowały w kilku spostrzeżeniach kol. J. u ludzi młodych niewątpliwie pod wpływem palenia tytoniu, po odstawieniu bowiem tytoniu nikły zupełnie, pomimo, że inne warunki odnośnych osobników pozostały bez zmiany. Daleko częściej spotykał kol. J. chorych, u których wyżej wymienione objawy ze strony serca ustępowały szybko po zaprzestaniu palenia wskutek jego rady. Zna nadto kilka osobników, które na pytanie, czy palą, odpowiadały mu, że od tylu lat nie palą, gdyż zauważyły, że tytuń stanowczo wywołuje u nich bicie serca lub

uczucie, że serce czasem bić przestaje (arytmia) lub czasem ciała uczucie chwywania serca, które to objawy po zaprzestaniu palenia w ciągu wielu lat im nie wracały. Wszystkie powyższe objawy wytłumaczyć można tem, że przewlekłe otrucie tytunem, obostrzając się od czasu do czasu, wywołuje większy spazm naczyń mózgowych, resp. serca. Nie ulega dla J. wątpliwości, że odnośnie do serca takie często powtarzane napady cherlawej bezkrwistości jego mięśnia, usposabiają ten ostatni w znakomitym stopniu do łatwego wyczerpywania się i do wynikających ztąd cierpień. Wywołując, z jednej strony, napady wrzekomej dusznicy bolesnej, zdaniem J., tytuń wpływa też niewątpliwie na szybszy rozwój prawdziwej dusznicy bolesnej. Dzieje się to, mianowicie u osobników, których układ naczyńniowy jest bardzo wrażliwy na tytuń, w których zatem rozwijają się pod jego wpływem (cierpienie vasa vasorum) wczesne zmiany w naczyniach wogóle, a więc i w tętnicach serca w szczególności.

Gwałtowne bóle w żołądku, a w wyjątkowych przypadkach nawet w kiszki występują również z powodu wymienionej własności tytoniu do wywoływania gwałtownego skurczu błony mięsnej. Podobne przypadki rozpoznać można łatwo po wszelkim braku związku, pomiędzy tymi bólami, a rodzajem — spożywanych pokarmów, oraz po zupełnem i trwałem ich ustąpieniu po zaprzestaniu palenia. J. ma kilka zupełnie podobnych spostrzeżeń własnych. Pierwsze z nich porobił przypadkowo ale od lat kilku sam nieraz zwraca na to uwagę z dobrym dla pacjentów skutkiem.

Również nie ulega dla J. wątpliwości, że tytuń zwalnia bieg przemiany materii. Tem tłumaczy się fakty przeciwnie sobie przeczące: 1) że o ile palacz apetytu nie traci, łatwo nabywa skłonności do tycia, 2) o ile zaś jest na działanie tytoniu bardziej wrażliwy, traci pod jego wpływem łaknienie, przez co chudnie, zaczyna szybko tyć, gdy palić przestaje i, co za tem idzie, zaczyna się lepiej odżywiać. Tem również tłumaczy sobie J. niewątpliwy wpływ palenia na szybkość rozwijania się skazy moczanowej u osobników usposobionych do tego cierpienia, oraz niewątpliwie złagodzenie oderwanych napadów, jeżeli chorzy palić przestają. — Często też zapoznanym jest w życiu potocznem fakt, że powodem najuporczywszych kaszli jest właśnie palenie tytoniu. Kol. J. widywał chorych, a nawet chore, które lata całe leczyły się niepomyslnie na kaszel, a które straciły go zupełnie w kilka tygodni po zaprzestaniu palenia. Palenie bowiem wywołuje uporczywe cierpienia gardzieli, które prowadzić czasem mogą do niczem usunąć się nie dającego kaszlu. W końcu podkreśla z naciskiem, iż indywidualność odgrywa w zatruciu tytoniowem, daleko większą rolę, niż przy otruciu wyskokowem, i że wskutek tego należy za-

wsze zabraniać palenia, jeżeli jeden z wyżej omówionych objawów dolega choremu, który pali nawet względnie niewiele (10.—15 papierosów dziennie, podczas gdy innym osobnikom uchodzi zupełnie bezkarnie długotrwałe nadużycie tytoniu.

[Autoreferat].

TRZCIŃSKI uważa iż dużo jest przesady w ocenianiu objawów zatrucia nikotyną—plamy barwy perłowej macicy spotykają się i u niepalących; jądro sprawy—to nadużywanie tytoniu, umiarkowane używanie nie jest szkodliwe.

GRUDZIŃSKI Zygmunt wspomina, iż sam na sobie stwierdził wpływ szkodliwy tytoniu na oskrzela, gdy przestał palić, nie cierpi na kaszel rano z obfitą wydzieliną.

PREZES zwraca uwagę, iż porównanie alkoholizmu z nikotynizmem jest niesłuszne i niecisłe, alkoholizm jest klęską społeczną, nikotynizm osobniczą. W kwestyi nikotynizmu P. podnosi brak badań eksperymentalnych i zaznacza ważność takich badań.

Co do szkodliwości tytoniu D. przedewszystkiem podnosi wpływ na oskrzela.—Nader często widuje u palaczy kaszel z obfitą wydzieliną i przyszedł do wniosku, iż prawdziwe katary oskrzeli pochodzenia niegruźliczego, są prawie zawsze pochodzenia tytoniowego (działanie gorącego dymu i kurzu więcej niż nikotyny) chory z katarzem oskrzeli, niepalący, jest dla D. podejrzany o gruźlicę.

Brak apetytu u palących jest faktem; wzmożeniem się apetytu po zaprzestaniu palenia tłumaczyć też należy fakt tycia. Przypuszczenie, iż chodzi tu o działanie nikotyny na przemianę materji wydaje się D. wątpliwem.

D. podnosi iż na zasadzie danych dotychczasowych, nie popartych badaniami eksperymentalnemi trudno wyosobnić objawy ze strony serca i systemu nerwowego W każdym razie istnienie Angina pectoris tytoniowego pochodzenia, jest bardzo wątpliwem, co najwyżej mówićby tu można o pseudoangina pectoris. Arytmie i chwytania za serce podnoszone przez J. spotyka się i u ludzi niepalących. Bardzo ważne byłyby badania nad ciśnieniem w systemie krwionośnym. Nakouiec D. zaznacza, iż Erb przypisuje claudication intermittente wpływowi tytoniu, co jednak wydaje się przesadą.

X. Redaktor Pamiętnika Tow. Lek. odczytał sprawozdanie za r. 1902.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin.*

Sekretarz *St. Kopczyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 24 Lutego 1903 r.

Prezes **T. Dunin.**

Obecných członków 63 i 2 gość.

T r e ś ć: BRUDZIŃSKI J. — Przedstawienie chłopca z nerką wędrującą.

KARWACKI. — „O aglutynacji“ (Część I).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: KIEŁKIEWICZA i SZOKAŁSKIEGO.

III, PREZES zawiadomił obecnych o śmierci członka czynnego A. ROTHGO i prosił o uczczenie jego pamięci przez powstanie.

IV. W zastępstwie nieobecnego prof. HOYERA Sekretarza Stałego St. KOPCZYŃSKI sekretarz doroczny odczytał życiorys z podniesieniem działalności naukowej zmarłego.

V. Biblioteka otrzymała od kol. ŁAGOWSKIEGO pracę X-a ŁADOWSKIEGO p. t.: „Historia Naturalna Królestwa Polskiego z roku 1783”.

VI. BRUDZIŃSKI J. przedstawił przypadek nerki wędrującej u chłopca 13-letniego.

W. S. przyjęty do infirmaryi chłopców w Domu Podrzutków w Czerwcu 1902 r. z objawami phtisis incipiens pulm., co dalsza 8 miesięczna obserwacja potwierdziła; przez cały ten czas stan gorączkowy (Prelegent podaje w skróceniu dane dotyczące stanu chorego przez czas obserwacji). W Listopadzie przy badaniu brzucha stwierdzono w lewej połowie na poziomie pępka guz, przesuwający się przy obmacywaniu, o powierzchni równej, który przy zmianie pozycji z leżącej na stojącą zmienia swe położenie i wyczuwa się pod pępkiem na linii środkowej. Guz na dotyk nie bolesny. Zarysów przy wzdętym brzuchu wyczuć nie było można. Następnego dnia po opróżnieniu kiszek zbadano chłopca pod chloroformem, guz się łatwo daje przesunąć ku górze i głównie na lewo, zarysy guza dokładnie przypominają kształt nerki. Na miejscu nerki lewej badanie dwuręczne daje wynik ujemny — palce schodzą się bez przeszkody. Nerka daje się odprowadzić aż pod lewe podżebrze. Na miejscu stłumienia nerki w okolicy lędźwiowej lewej otrzymujemy odgłos opukowy jaśniejszy, niż po stronie prawej. Od Listopada nerka się powiększyła o 2 ctm.

w wymiarze podłużnym, o 1 ctm. w wymiarze poprzecznym. W ostatnich czasach nerka stała się na dotyk bolesną. W moczu zmian żadnych nie stwierdzono. Prelegent podnosi rzadkość nerki wędrującej u dzieci, przytaczając dane z literatury, szczególnie zaś u dzieci płci męskiej. W danym przypadku wyjątek ten jest jeszcze więcej zastanawiający, dotkniętą jest bowiem nerka lewa. B omawia przyczyny powstawania nerki wędrującej zwykle przytaczane — żadna z tych przyczyn nie ma znaczenia w przypadkach nerki wędrującej u dzieci. Pod tym względem nerka wędrująca u dzieci posiada nie tylko znaczenie kazuistyczne — jako biały kruki, lecz przyczynia się do wyświetlenia kwestyi powstawania nerki wędrującej. Coraz więcej rozpowszechnia się przekonanie, że dla powstawania nerki wędrującej niezbędne są wrodzone zmiany w pokrywającej otrzewnej, co prelegent popiera odpowiednimi danymi z literatury swojskiej i obcej. Odnosnie do omawianego przypadku prelegent podnosi fakt, iż opuszczenie się zupełne nerki do jamy otrzewnej nastąpiło wtedy, gdy chłopek czas dłuższy (przeszło 3 miesiące) przeważnie leżał w łóżku. Prelegent ze względu na fakt powiększania się nerki i stwierdzoną gruźlicę płuc u dziecka przypuszczałyby proces gruźliczy w nerce, co mogło dać impuls do wyprowadzenia jej z równowagi. Ze względu na ujemne wyniki badania moczu przypuszczenie to wypowiada prelegent z zastrzeżeniem. powołując się jednak na przypadki podobne, opisane w literaturze.

[Autoreferat].

W dyskusyi KRYŃSKI:

Przypadek nerki ruchomej, przedstawiony przez kol. B. jest rzeczywiście nader ciekawy, jako odbiegający pod każdym względem od typu podręcznikowego. Wiemy, że nerkę ruchomą spotyka się zazwyczaj u kobiet w wieku dojrzałym (między 20 — 40 rokiem) i prawie zawsze po prawej stronie, — tu zaś mamy młodego chłopca z ruchomą nerką lewą. Do rzędu przyczyn, dla których tak rzadko ta zmiana chorobowa występuje u dzieci, zaliczyć należy jeszcze dwa ważne czynniki: 1) ciśnienie śródbrzuszne, mające wybitne znaczenie w etyologii opadnięcia trzewa a będące w wieku młodym z reguły wysokiem i 2) wzrost nerki z nadnerczem, który z wiekiem staje się mniej ścisłym i luźniejszym, co także przyczynia się do osłabienia warunków anatomicznych położenia nerki. Co się tyczy powiększenia objętości przesuniętego narządu w tym przypadku, to przypuszczenie kol B., iż jednocześnie w nerce tej istnieje sprawa gruźlicza, ma bardzo wiele za sobą prawdopodobieństwa, pamiętać atoli należy, że nerka ruchoma często bywa siedliskiem wodonercza przemijającego

(hydronephrosis intermittens), które powtarzając się kilkakrotnie spowodować może stałe powiększenie chorego narządu.

[Autoreferat].

KARWACKI odczytał I-szą część „O aglutynacji”.

We wstępie mówca zaznaczył, że powstawanie swoistych fermentów we krwi (ewentualnie i aglutynin) w czasie zakażeń jest jedną z najstałszych cech spraw zakaźnych. Odczyn aglutynacyjny z tego punktu widzenia może być użytym dla celów rozpoznawczych przez klinicystę. Aglutynacja wykryta przypadkowo przez CHARRIN'a i ROGER'a przechodziła przez dwa etapy rozwojowe: uważana początkowo za odczyn odporności przez GRUBER'a i jego szkołę była stosowana dla różniczkowania mikro-bów,—pojmowana przez WIDAL'a jako odczyn zakażenia zastosowana została do rozpoznawania chorób zakaźnych (przez WIDAL'a przy durze brzuszny, przez ARLOING'a i COURMONT'a przy gruźlicy itd.). Aglutynacja makroskopowo przedstawia się jako klarowanie się mętnego płynu hodowlanego i wytwarzanie się kłaczkowatego lub ziarenkowatego opadu na dnie i ściankach próbówki. Pod mikroskopem zjawisko to przedstawia się w formie wytwarzania się gromadek z pojedynczo leżących przedtem drobnoustrojów, przyczem mogą się zatracać zarysy pojedynczych mikro-bów. Oprócz gromadek drobnoustrojowych wytwarzają się także gromadki opadów bezpostaciowych, stanowiące część każdego obrazu aglutynacyjnego. Fermenty wywołujące powstawanie aglutynacji tworzą się we krwi przy trawieniu ciał bakteryjnych wewnątrz fagocytów.

Zastrzykiwanie wyłącznie produktów bakteryjnych zwierzętom nie wywołuje powstawania w ich krwi aglutynin, również ujemny wpływ posiada szczepienie zwierzętom mikro-bów w woreczkach kolodjonowych, jak to robił prelegent. Aglutyniny w cieczach ustrojowych znajdują się w niestałym połączeniu z globulinami, mogą one jednak być i wolne, jak to zachodzi w moczu bezbiałkowym. Szereg własności chemicznych, stosunek do podniesionej ciepłoty i do fermentów trawiennych pozwalają zaliczyć aglutyniny do rzędu fermentów rozpuszczalnych. Aglutyniny wytwarzają się we krwi niezależnie od miejsca wtargnięcia zarazka do ustroju, ilościowo jednak odczyn jest najsilniejszy wtedy, gdy zarazek przedostaje się do krwiobiegu. Najwięcej aglutynin zawiera się we krwi, inne płyny zawierają ich mniej; wolne są od aglutynin ślina i sok żołądkowy. Aglutyniny w ustroju częścią są zniszczone w wątrobie i innych narządach, częścią w postaci niezmienionej wydzielane przez nerki. Kozysko ma działanie podwójne w tym względzie; zatrzymuje ono i niszczy aglutyniny. Istnieje kilka teorii działania aglutynin. Według teorii chemicznej

PALTAUF'a, KRAUS'a i NICOLLE'a między aglutyninami i istotami aglutynującymi się zawartymi w płynach hodowlanych, zachodzi połączenie chemiczne, wywołujące powstawanie opadu, a mikroby są pociągane przez te opady mechanicznie. Według GRUBER'a, mikroby aglutynują się dzięki temu, że warstwa korowa ich staje się lepką od zadziałania aglutynin.

BORDET i DUCLAUX porównują aglutynację do krzepnięcia. Wszystkie te przypuszczenia nie są w zgodzie z całokształtem zjawisk aglutynacyjnych. Istota zjawiska, lecz nie mechanizm, zadawalniająco tłumaczy się z punktu widzenia Ehrlichowskiej teorii. Dla powstawania aglutynacji niezbędną jest pewna mineralizacja środowiska: jeżeli surowica i hodowla wolne są od soli kuchennej i innych połączeń krystalicznych, odczyn nie powstaje. Aglutyniny są dowodem akcji obronnej ustroju; ich powstawanie jest związane z całokształtem samoobrony ustrojowej; współrzędna jednak obecność ich z innymi fermentami, jak bakteriolizyny, antytoksyny, istoty zapobiegawcze nie jest stałą.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin*.

Sekretarz *St. Kopczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 Marca 1903 r.

Przewodniczący *T. Dunin*.

Obecnych członków 42.

T r e ś ć: CIĄGLIŃSKI. — Przedstawienie przypadku porażenia nerwu okoruchowego prawego i obustronnego zapalenia nerwów wzrokowych pochodzenia urazowego
 NEUGEBAUER F. — a) Przedstawienie chorej, z wypadniętą macicą i jelitami leczonej parafiną, b) Przedstawienie preparatu.
 DUNIN T. — Przedstawienie chłopca z tężyczką
 LUXENBURG. — Przedstawienie chorego z t. zw.

chromaniem przestankowem (claudication intermittente).

KARWACKI.— „O aglutynacyi“ (Dokończenie).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES zawiadomił o nadesłanej przez plockie Towarzystwo Lekarskie odezwie w sprawie popularyzacyi wiedzy hygienicznej.

III. CIĄGLIŃSKI przedstawia przypadek porażenia nerwu okoruchowego prawego i obustronnego zapalenia nerwów wzrokowych pochodzenia urazowego.

Przypadek dotyczy 7 letniego chłopca, który 10 dni temu zsuwając się po poręczy schodów, straciwszy równowagę, upadł z drugiego piętra na platformę schodów I piętra, przyczem silnie uderzył się w okolicę prawego oka. Przytomności nie stracił i podniósłszy się o własnej sile wszedł na górę do mieszkania.

Chorego chłopca odwieziono do szpitala dziecinnego przy ul. Aleksandrya, gdzie go C. miał sposobność obserwować kilkakrotnie—dzięki uprzejmości ordynatora oddziału kol. RABKA.

Przy badaniu następnego zaraz dnia po wypadku znaleziono małego pacyenta leżącego w łóżku—na prawym boku i z prawą połową twarzy ukrytą w poduszce; oko prawe zamknięte—obie powieki jego silnie zaciśnięte. Przytomność zachowana w zupełności—na pytania otrzymuje się odpowiedzi jasne i logiczne. Zewnętrznych śladów uszkodzenia żadnych—prócz obrzmienia okolicy prawego oka. Sztywności karku niema—chory parokrotnie wymiotował.

Badanie narządu wzrokowego wykazało: oko prawe silny blepharospasmus, który po zapuszczeniu kokainy ustąpił; dopiero wtedy można było stwierdzić porażenie wszystkich gałązek nerwu okoruchowego, opadanie powieki górnej (ptosis), porażenie wszystkich mięśni zewnętrznych oka, z wyjątkiem prostego zewnętrznego (n. abducens) i n. skośnego górnego (n. trochlearis)—dalej porażenie mięśnia rzęskowego i m. zwieracza tęczęwki.

Badanie oftalmoskopowe wykazało: przekrwienie naczyń siatkówki znaczne—parę nieznaczących wybroczyn wzdłuż tychże naczyń; kontury tarczy nerwu wzrokowego nieco zamglone.

Oko lewe, działalność mięśni oka zewnętrznych i wewnętrznych prawidłowa: dno oka przekrwione.

W ciągu 10 dniowego pobytu w szpitalu chory kilkakrotnie jeszcze wymiotował, nie gorączkował jednak wcale i stale pozostawał przytomny.

Stan nerwu okoruchowego dość szybko się poprawiał i obecnie chory unosi już do połowy górną powiekę, wywołać także można

oddziaływanie źrenicy prawej na światło—słabe wprost—nieco wyraźniejsze przy oświetlaniu źrenicy lewej.

Na dnie oka prawego za to zmiany postąpiły: obok przekrwienia naczyń i wzmiankowanych wynaczynień znajdujemy kontury tarczy nerwu wzrokowego niewyraźne, a sam nerw obrzękły, wypukła się ku komorze tylnej oka. A i w lewym oku dają się zauważyć wyraźnie—mniej na początku choroby zaznaczone zmiany: zmętnienie nerwu wzrokowego i przekrwienie naczyń siatkówki.

Mamy tu więc do czynienia—oprócz porażenia nerwu okoruchowego prawego—po urazie gałki ocznej prawej—obustronne zapalenie nerwów wzrokowych—znaczniejsze po stronie prawej—słabiej wyrażone po stronie lewej—niezaprzeczenie pochodzenia urazowego.

Na cierpienie nerwów wzrokowych pochodzenia urazowego zaczynają ostatnimi czasy zwracać coraz więcej uwagi. Ciekawem jest w tym względzie spostrzeżenie PÉCHIN'a (*Atrophie optique traumatique*. Ref. *Annales d'oculistique* 63 année p. 149) Chłopiec 14-letni uderzył się prawem okiem o sterczący kawał żelaza. Nazajutrz już nie okiem tem nie widział, choć wynik badania obiektywnego tkanek i dna oka był najzupełniej ujemny w 14 dni po wypadku stwierdzono zupełną amaurozę i zanik nerwu wzrokowego.—Podobnych przypadków zaniku nerwu wzrokowego po urazie zebrano już 12.

W tych razach, kiedy uderzenie oka nie pociągnęło za sobą złamania w kanale ocznym—albo wylewukrwawego pozagałkowego—PÉCHIN objaśnia powstawanie zaniku nerwu wzrokowego gwałtownem rozciągnięciem tego nerwu przy nadwicięciu gałki ocznej — wskutek urazu.

[Autoreferat].

IV. NEUGEBAUER przedstawił powtórnie przedstawioną dnia 27 Stycznia 50 letnią pacjentkę o nadzwyczajnego stopnia całkowitem wyciowaniu pochwy (*inversio totalis vaginae*). Worek o owrzodzonych przez tarcie o odzież powłokach zawierał całą macicę z przydatkami jej, prawie cały pęcherz moczowy i cewkę, część odbytnicy i sporo pęteli kiszkowych: *inversio totius vaginae, enterocele ingens*.—Na razie odprowadzenie guza pomiędzy udami wiszącego wielkości przeszło 2 pięści do jamy małej miednicy okazało się niemożliwem z powodu nacieczenia zastoinowego, obrzęku ścian pochwy. Dziś kol. N. chorą przedstawia powtórnie dla demonstracji działania protezy ze zwykłej parafiny, którą po repozycji do małej miednicy organów opadniętych 3 tygodnie temu całą jamę pochwy wypełnił. Wszystkie odleżyny na ścianach pochwy samodzielnie się zagoiły. Pomiędzy wargami sromu nie widać ani śladu opadnięcia pochwy lub macicy.—Proteza

—czyli pessarium z parafiny kształtu nieokreślonego, nadanego parafinie przez same ścianki pochwy leży in situ trzeci tydzień. Wypływów żadnych z pochwy niema. Ujemna strona tego postępowania leży w mechanicznym utrudnieniu stolca przez ciało obce pochwowe, zaleta w tem że chora o tak olbrzymiej enterocele vaginalis bez operacyi, bez bandaża i bez narażenia się na „kolpit, ropienie etc.—tak długo dopóki parafina leży w pochwie—nie ma ani śladu owej enterocele vaginalis, czuje ulgę znaczną i jest zdolną do pracy. Protezę dla ostrożności wypadła co 6 tygodni wyjąć. Po roztopieniu parafiny i dodaniu małej ilości nowej zakłada się parafiną ponownie. Leczenie jest czysto symptomatyczne i wobec taniości i prostoty swojej nadaje się szczególnie dla ubogiej warstwy mieszczańek oraz dla praktyki wiejskiej, tem bardziej, że nie wymaga płukań pochwowych przez samą pacjentkę dokonywanych, przy noszeniu innego pessarium niezbędnych oraz że jest najlepszem leczeniem, co prawda tylko symptomatycznym, gdy radykalne leczenie operacyjne z tej lub owej przyczyny okazuje się niewykonalnem. Każdy zwolennik noża będzie wołał operację plastyczną tą lub ową drogą dokonaną, są jednak przypadki, gdzie pomimo kilkakrotnego operowania i kombinacji najróżniejszych zasad i sposobów operacyi, recydywa cierpienia nie długo daje na siebie czekać. Najgorsze rokowanie quoad restitutionem in integrum daje operacja plastyczna dokonana wskutek inversionis vaginae et prolapsus uteri przy rozszczepieniu wrodzonym miednicy—pelvis fissa. Nie było przypadku, żeby w tych warunkach operacja, jakaby nie była, nie okazała się bezowocną.

2) Kol. N. demonstruje wydobyty dziś rano przez niego na drodze cięcia brzuszego spory nowotwór (wielkości około 2 — 3 nerek złożonych) gruczołu płciowego lewostronnego. Nowotwór makroskopijnie na przekroju wygląda na carcinoma medullare, niewiadomo jednak czy testiculi czy też ovarii. Operacyi wskutek stałych silnych bólów dokonano u wychudzonej kobiety lat około 35, od 3 lat zamężnej lecz bezdzietnej. Peryodów ani moliminum menstrualium nigdy nie było, brak poczucia płciowego. Wygląd ciała, kościec i układ mięśniowy czynią wrażenie męzkie. Głos nieokreślony, niedorozwój sutek; włosy na głowie długie, owłosienie sromu kobiece, bardzo skąpe. Srom kobiety o niedorozwoju ogólnym. Wielkie wargi sromowe próżne, lechtaczka nie powiększona, odruchu mm. cremasterum nie widać. Pochwa na wysokości 5 — 6 ctm. ślepo zamknięta. Szyjki macicznej nigdzie nie wymanowano. Guz częścią dolną wypełniał jamę małej miednicy. Ascites. Po otwarciu jamy brzusznej—wyłoniono guz ex cavo pelvis minoris—przy równoczesnem spychaniu go per vaginam w kierunku pępka, następnie wyłoniono guz ten jednolity twardy,

w małej miednicy leżący na zewnątrz rany brzusznej. Powierzchnia guza była gładką, lecz jakby o licznych bruzdach, podobnych do bruzd oddzielających gyry mózgu od siebie. Przez powierzchnię guza w kierunku z prawej strony ku lewej przebiegał powrozek okrągły pozornie jak jajowód wyglądający, koniec odśrodkowy tego powroza ginął w ścianach guza bez jakichkolwiek śladów fimbriarum, natomiast przy odśrodkowym końcu guza znaleziono pęcherzyk, przypominający hydatis Morgagni. Dośrodkowy koniec powrozu wrzynał się w jedną z bruzd na powierzchni guza, o których wspomniano,—czyli jeśli powróż ten był jajowodem, nie było widać ani przymacicznego końca jego ani też odśrodkowego. Powróż dał się cokolwiek podnieść po nad sam guz i zdawał się leżeć pośród zdwojenia ligamenti lat. Po stronie prawej jamy miednicy nie było śladu ani gruczołu płciowego ani makroskopijnie widocznego jajowodu. Ponieważ istniała excavatio anterior et posterior peritonei w małej miednicy, czyli że jama małej miednicy była przedzieloną przez rodzaj przegrody poprzecznej, zdwojenie ligamenti latis unius et alterius na 2 zatoki, oraz w linii pośrodkowej istniało pewne zgrubienie tkanki jak można było przekonać się przy nałożeniu klampów poniżej guza, kol. N. przypuszcza wobec wszystkiego, co powyżej powiedziano, że prawdopodobnie istniała tu szczątkowa jednorożna macica o rogu i jajowodzie lewym, braku zaś czyli niedorozwoju prawostronnej nitki MÜLLER'a. Nie znaleziono podczas operacji ani w jamie nieodzwornie też in canali inguinali dextro prawego gruczołu płciowego. Może nie nastąpił descensus jego i leży powyżej kręgosłupa. Pomimo więc cięcia brzusznego pęć tego osobnika: „zameężnej kobiety“ na razie pozostać musi wątpliwą, chociażby przypuszczano istnienie szczątkowej jednorożnej macicy. Carcinoma medullare—ów guz mógł tak samo być zwyrodniałym jajnikiem kobiety, jak też i zwyrodniałym jądrem męskiego wrzekomego obojnaka o kryptorchizmie, niektórych pozorach kobiecych oraz istnienie szczątkowego rozwoju macicy jednorożnej oraz o pochwie ślepo u góry zakończonej. Spostrzeżenie to należy do rzadkich i wobec wątpliwej płci dla klinicysty pouczających. Guz będzie zbadany co do istoty zwyrodnienia gruczołu płciowego jako też i co do wątpliwego charakteru płciowego przez kol. STEINHAUS'a. Kol. N. demonstruje przypadek ten z prośbą do kolegów operatorów, aby raczyli zakomunikować własne spostrzeżenia analogiczne o ile im się takowe przytrafią.

[Autoreferat]

V. PREZES przedstawia młodego chłopca, dotkniętego ciężką. Na parę tygodni przed wstąpieniem do szpitala doświadczał on już kurczów w rękach; od tygodnia już tak jest osłabiony, że

chodzić nie może. Kurcze w rękach i nogach bywały tak silne, że chory tarzał się po podłodze; od czasu wstąpienia do szpitala chory napadów kurczów już nie miewa. Chory gorączkuje, przedstawia w najwyższym stopniu objaw Chwostka; pobudzalność mechaniczna nerwów tak wzmożona, że wystarczy najłżejszego dotknięcia nerwu, aby wywołać skurcz odpowiednich mięśni. Objaw TROUSSEAU b. wyraźny; napad występuje przy naciśnięciu nie na nerw lecz na tętnicę. Również objaw ERBA b. wyraźny, a mianowicie A.O.Z. b. wyraźny i łatwo przechodzi w tężec. Pobudzalność zarówno galwaniczna jak i faradyczna b. wzmożona. D. wskazuje na wielką rzadkość tężyczki u nas. Są miasta jak Wiedeń, Paryż, Heidelberg gdzie tężyczka jest częstą, inne jak Berlin, Hamburg, gdzie jej prawie nie widują. Do tych ostatnich należą i Warszawa. [Autoreferat]

VI LUXENBURG przedstawił chorego z t. zw. chromaniem przestankowem (claudication intermittente — CHARCOT), — przypadek, niezwykle ze względu na obszar, jaki sprawa w danym razie zajmuje. G. G., lat 37, garbarstwem się zajmuje od 13-roku życia; zajęcie te połączone jest ze stanem w wilgoci. Wódkę pił stale, lecz umiarkowanie; papierosów palił czasem do 20 dziennie. Przemiotu nie było, przechodził tryper i prawdopodobnie zapalenie jądra tegoż pochodzenia. Za wsze czł się z drów i silny. Rodzina również zdrowa; jedynie 13-letnia córka pacjenta cierpi od kilku lat na epilepsyę. Dwa lata temu bez widocznego powodu, uszedłszy około 300 kroków, uczuł drętwienie w lewej stopie, podnoszące się do kolana, i jednocześnie wzmagające się osłabienie w tejże kończynie. Kilka kroków dalej zmuszony był przystanąć, nie mogąc wcale unieść zajętej kończyny. Po 1—2 minutach stan ten przeszedł bez śladu, pacjent ruszył z miejsca zupełnie dobrze, aby znowu po przejściu około 300 kroków doznać tego samego, co i poprzednio. Od tego dnia stan ten nie poprawił się, a przeciwnie w $\frac{1}{2}$ roku później to samo zjawisko objęło i prawą dolną kończynę, chociaż tym razem początek był wolniejszy. Obecnie chory zaczyna odczuwać drętwienie w kończynach już po przejściu 100 kroków, po 200 — czuje znaczne zmęczenie w nogach, a po 250—300 z miejsca się ruszyć nie jest w stanie. Odpoczynek (na stojąco) do 3 minut wystarcza w zupełności dla wyrównania zmęczenia. Bólu nigdy nie było i obecnie niema.

Około 6 tygodni temu zauważył, że drętwienie za każdym razem obejmuje nie tylko kończyny, ale i pośladki oraz okolice krzyża i penis, przyczem doznaje uczucia obfitego mimowolnego wypróżnienia się. W rzeczywistości przekonywał się, że wypróżnienie choć nie obfite, miało miejsce. Mocz nie oddaje przytem. Obok tego jednocześnie zjawiało się znaczne osłabienie popę-

du płciowego, nader słabe i krótko trwałe erekcje; ostatnio stosunki płciowe stały się niemożliwe, ponieważ uprzednio następuje wytrysk nasienia.

Przy badaniu stwierdzono prawidłową budowę i dobre odżywianie; układ mięśniowy dobrze rozwinięty. Nerwy czaszkowe, narządy klatki piersiowej bez zmian. P. 80 umiarkowanie napięty. Mięśnie kończyn dolnych widocznie nie zmienione, nie zanikłe, stopy chłodne. Badanie naczyń wykazuje: (demonstracja) rozszerzenia żył nie ma, tętnice na stopach nie wyczuwają się zupełnie—ani *a. dorsalis pedis*, ani również *tibialis postica*. *Aa. popliteae* nie wyczuwają się. *A. femoralis sin.* nie wyczuwa się a *fem. dextra* tętni nader słabo. *Aorta abdominalis*, dość łatwo dostępna, również tętni nie silnie. Gdy choremu polecimy w pozycji leżącej wykonywać unoszenie i opuszczanie wyprostowanej prawej lub lewej kończyny dolnej (demonstracja), to około 20 pierwszych ruchów wykona dobrze i złatwością, następne—mniej sprawnie, a po 30—kończyna leży już zupełnie nieruchomo, przytem zauważymy przyśpieszenie oddechu. Toż samo przy ruchach ze zgięciem w kolanie. Odruchy kolanowe słabe, ścięgna Achillea—dobre, cremasteri prawego brak, brzuszne b. słabe. Czucie na kończynach zachowane. W okresie wyczerpania po chodzeniu zmiany czuciowe na narządach płciowych: zniesienie czucia bólu (szpilka) i temperatury na penis, temperatury na mosznie ¹⁾). Wiadomo od czasu badań CHARCOT'a, że takie okresowe wyczerpywanie się mięśniowej powodowaną jest przez zmiany resp. zamknięcie światła tętnic danej okolicy. Oprócz więc tych tętnic, które są dostępne badaniu (*a. tibialis ant. et post., poplitea, femoralis*), w danym razie, wobec zaburzeń ze strony prostnicy i sfery płciowej, należy przypuścić zmiany w naczyniach, pochodzących z *a. iliace interna*, mianowicie—*a. pudenda communis* i jej rozgałęzieniach—*aa. haemorrhoidales inter. oraz dorsalis et profunda penis*. Tak daleko sięgającego wyczerpania, o ile mi z dostępnej literatury wiadomo (CHARCOT, ERB, GOLDFLAM, HIGIER), nie spostrzegano.

Co do etyologii, to przytaczane bywa częste przemoczenie nóg, nadmiernie palenie tytoniu, nadużycie alkoholu, jako momenty, ujemnie wpływające na odżywianie tętnic. W danym razie każdy z tych punktów mógłby poniekąd być przytoczony, a nawet i predyspozycja neuropatyczna (ERB, OPPENHEIM i in.).

Tło anatomiczne sprawy w naczyniach stanowi (po za zmianami przymiotowemi) skleroza lub zwapnienie; wobec wieku cho-

¹⁾ Badanie prądem faradycznym nie daje odczynu wyczerpania. (MyR).

rego raczej te ostatnie przypnieść by należało. Radiografia, która w tych razach cenne dać może wskazówki, w danym przypadku nie została zastosowana.

W końcu L. zwraca uwagę na terminologię kliniczną omawianej sprawy, która jego zdaniem, nie odpowiada w zupełności obrazowi. Chromanie jest, jak w danym przypadku, objawem pozornym czasowym; w tym okresie, gdy obiedwie kończyny zajęte zostają, chromania już niema. Istotę objawu stanowi wyczerpalność siły mięśniowej—myasthenia, zjawiająca się napadowo, paroksyzmalnie. To też L. skłania się raczej do terminu, użytego już przez niektórych autorów — myasthenia paroxysmalis angiopathica, a nie angiosclerotica, który to przymiotnik nie zawsze odpowiada rzeczywistości (zwapnienie, periarteritis luetica).

Co do terapii, to po usunięciu alkoholu i tytaniu stosowany był dłuższy czas jodek potasu, a ostatnio jod-vasogen po kilka kropel 2 razy dziennie (na wewnątrz). Pacjent stwierdza pewną poprawę od 3 tygodni w lewej kończynie.

[Autoreferat].

VII. KARWACKI wygłosił II-ą część odczytu „O aglutynacji“

Szereg ciał chemicznych, jak sublimat, wyskok, chryzoidyna, pewne barwniki, wywołują zjawisko nie różniące się morfologicznie od aglutynacji biologicznej. W starych hodowlach płynnych powstają podobne obrazy pod wpływem fermentów bakteryjnych. O tem należy pamiętać, żeby unikać pomyłki przy ocenianiu swoistego działania surowicy.

Zakażenia śmiertelne lub bardzo ciężkie cechują się słabą akcją obronną ustroju, w tych razach aglutyniny nieraz nie dają się wykryć w surowicy. Brak aglutynacji spostrzegamy również przy używaniu do wykazania odczynu zarazków wyhodowanych z ustroju. Zdolność aglutynacyjna mikrobów jest również zmienną, jak i inne ich cechy. Znajdując się przez czas pewien w ustroju mikrob wyrabia w sobie zdolność opierania się szkodliwym czynnikom ze strony ustroju, w tym rzędzie i aglutyninom. Hodowanie przez dłuższy czas na pożywkach sztucznych wzmacnia zdolność aglutynowania się. Prawidłowa surowica ludzka może aglutynować niektóre drobnoustroje, jak laseczniki okrężnicy; przeto ustalenie aglutynacji fizyologicznej dla każdego zarazka powinno poprzedzać badanie serodyagnostyczne. Dla zawyrokowania o patognomiczności aglutynacji duże znaczenie ma krzywa jej ewolucji, gdyż aglutynacja fizyologiczna jest zjawiskiem stałym co do swego stopnia.

Aglutynacja istnieje nie tylko w zakażeniach czystych, lecz i w mieszanym, dzięki jej przeto można w wielu razach rozmiękać obraz chorobowy.

Różne modyfikacje techniczne aglutynacji prowadzą się do dwóch zasadniczych typów: odczynu makroskopowego i drobnovidzowego.

Technika polega na połączeniu w określonej ilości surowicy i hodowli bądź w próbówce bądź na szkiełku przedmiotowym. Zamiast hodowli buljonowych można używać zawiesin hodowli agarowych w fizyologicznym roztworze.

Najczulszym ze sposobów jest zasiew mikrobów w badanej surowicy, najprostszym badanie na szkiełku. W każdym przypadku technika zależy od siły surowicy i od rodzaju zarazki, użytego do wykazania odczynu. [Autoreferat].

Na tem. posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin.*

Sekretarz *St. Kopczyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 19 Marca 1903 r.

Prezes **T. Dunin.**

Obecnych członków 63 i gości 4.

T r e ś ć: SAWICKI B.—Przedstawienie chorej po dokonaniu przeszczepienia ścięgna b) Przedstawienie chorej z licznymi kostniakami.

MALINOWSKI F.—Przedstawienie chorej z t. zw. jododerma.

RZĘTKOWSKI.—„Ciśnienie tętnicze w stanie zdrowia i choroby“.

MALINIAK I.—„O obecność wiciowców w zawartości żołądka“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: MALINOWSKIEGO, WIŚNIEWSKIEGO, MALINIAKA, Stefana KRAMSZYKA.

III. PREZES odczytał odezwę o kongresie Talassoterapii w Biarritz i odezwę Akademii lekarskiej Petersburskiej o konkursie na katedrę histologii.

IV. Do biblioteki Towarzystwa nadesłano: kol. Rzętkowski odbitkę pracy „O wpływie silnego pocenia się na skład krwi“, kol. Orłowski S. książkę p. t. Suggestya i hypnotyzm i odczyt p. t. „O hypnotyzmie leczniczym“.

V. SAWICKI Br. przedstawił dwa następujące przypadki: 1) 16 letnia panna oddawna posiada narośle kostne na obu kościach ramieniowych i obu kościach goleniowych. Przed 8 miesiącami wystąpiły bóle w lewej nodze, przed paroma tygodniami też noga obrzękła. Badanie wykazuje guz twardy w jamie brzusznej, wypełniający dużą miednicę i sięgający prawie do pępka. Guz ten w ostatnich czasach szybko się powiększa. (Osteosarcoma). Fotografia roentgenowska wykazuje, że guz ten wyrasta z lewego połączenia krzyżowo-miednicowego. Interesuje w danym przypadku to, że guzy kostne w rodzinie pacjentki, występują dziedzicznie u mężczyzn; z linii żeńskiej pierwsza pacjentka choruje na nie. O ile wiadomo, dziadek pacjentki miał kilka narośli na kościach, tak samo jak ojciec, stryj i bracia. Ojcu z powodu rozrastania się guza amputowano kończynę górną, Stryjowi z tegoż powodu dolną.

2) 17 letnia panna cierpiała na wrodzone porażenie skurczowe (paralis spastica) prawej nogi. Z powodu skurczu mm. extensoris digitorum communis i extensoris halucis longi stopa była ustawiona w położeniu t. zw. pes calcaneus. Z tego powodu pacjentka szybko się męczyła i doznawała znacznego bólu. Inne mięśnie na goleni były osłabione lecz nie porażone.

Wykonano tenotomię, na mięśniach skurczonych, nałożono opatrunek gipsowy, po zdjęciu którego przez czas dłuższy stosowano gimnastykę i mięsienie. Pomimo to po paru miesiącach stopa powróciła do stanu dawnego. Wówczas przepołowiono ścięgna m. extens. digitorum communis i połowę tegoż ścięgna przyszyto do ścięgna m. flexoris digitorum communis. Przepołowiono teraz ścięgno m. extensoris, halucis longi, przyszyto połowę tegoż do okostnej na dolnej powierzchni kości łódkowatej. Wynik zadawalający. Ustawienie stopy poprawiło się znacznie, t. j. o tyle, o ile na to pozwala pewne zniekształcenie kości stępu. Chora dowolnie wykonywa ruchy zginania i rozginania stopy, może chodzić dość dużo bez bólu i zmęczenia. [Autoreferat].

VI. MALINOWSKI F. przedstawił kobietę, która przed 4 laty chorowała na zapalenie okostnej lewego biodra i goleni. W rok później nad i pod kolanem zaczęły się zjawiać wykwity. Istotnie i teraz na tem miejscu obok blizn i w oczkach ich widać typowe grudki lupus vulgaris. Lecz nie to miejsce jest dla nas specjalnie ciekawem. Widzimy że skóra całej prawie brody jest czerwona i nacieczona. Na brzegach nacieczenia i obok spostrzega-

my wzniesienie wielkości grochu czerwone, bolesne przy ucisku miękie ze strupkami blado żółtymi po środku. Pod strupkami znajdują się otwory, wydzielające przy ucisku wodnistą ciecz. Oddzielne wykwity łączą się przeważnie w grupy. W środkowej części brody wykwity są mniejsze, bledsze, nie mają zawartości wolnej i posiadają wygląd brodawkowaty. Grupę wykwitów pod kątem ust możnaby przyjąć za herpes febrilis, gdyby nie długotrwałość. Nie dostrzegamy tutaj nigdzie grudek ciemnobrązowych charakterystycznych dla lupus vulgaris. Nie jest to także papiloma diabeticum, gdyż brak cukru w urynie. Lues ulcerosa vegetans ma ściślej określone granice obfitszą vegetację, silniejsze nacieczenie i zabarwienie, zresztą brak innych symptomatów luetycznych. Wykwity po brzegach mają wygląd folliculitu, formującego się po używaniu jodu. Gdy jod bywa używany przez dłuższy przeciąg czasu następuje brodawkowaty rozrost tkanki łącznej, czyli tak zwana jododerma. Istotnie chora od czasu zapalenia okostnej prawdopodobnie tuberkulicznego pochodzenia, a następnie tuberculozy skóry—lupus vulgaris na biodrze i goleni zażywała ciągle jod, co wywoływało u niej jododermę, trwającą już rok.

[Autoreferat].

VII. RZĘTKOWSKI odczytał rzecz p. t.: „Ciśnienie tętnicze w stanie zdrowia i choroby“. Podawszy kilka uwag z dziedziny fizjologii ciśnienia tętniczego, R. poddał pogładowi krytycznemu używane w klinice przyrządy do mierzenia ciśnienia, z których najdłużej zatrzymał się nad — zdaniem jego i wielu klinicystów — najlepszym przyrządem Riva-Rocci. Przyrząd ten R. pokazał obecnym. Następnie R. omówił sprawę normalnego ciśnienia tętniczego u ludzi, jego zależności od różnych czynników fizjologicznych i farmakologicznych, sprawę określania maximum skurczowego i minimum rozkurczowego ciśnienia w tętnicach. Dalej R. omawiał stany chorobowe o ciśnieniu niskim i stany chorobowe o ciśnieniu wzmożonym.

[Autoreferat].

W dyskusyi MIKŁASZEWSKI zwraca uwagę, że tytuł odczytu nie odpowiada jego treści, bo R. mówił tylko o ciśnieniu krwi w naczyniach obwodowych, nie poruszył zaś sprawy ciśnienia w naczyniach, położonych głęboko.—A jednak jestto pytanie bardzo ważne; z doświadczeń FRANCOIS-FRANCKA na zwierzętach wiemy, że np. przy podrażnieniu nerwu kulszowego ciśnienie krwi podnosi się w aorcie i naczyniach łapy, a opada w naczyniach jądra i nerki. Podobne doświadczenia SCHUELLER'a na zwierzętach z wydłutowaną czaszką wskazały, że ciśnienie w naczyniach obwodowych i w naczyniach opon przy zabiegach wodoleczniczych zachowują się odwrotnie.—Z temi doświadczeniami musimy liczyć się i nie uważać wyuków, otrzymanych przy mierzeniu ciśnienia

obwodowego za wskazówkę co do ciśnienia w reszcie układu krwionośnego, tem bardziej że, jak wiemy z fizjologii, przedstawia się ono rozmaicie w różnych odcinkach tego układu.

Co się tyczy przypadku zapalenia nerek, w którym ciśnienie podniosło się po wypiciu rosołu, M. nie znajduje w nim nic trudnego do wyjaśnienia: wiadomo bowiem, że płyny, przyjęte do wnętrza, dopóki nie zostaną wydzielone przez nerki, podnoszą ciśnienie krwi wprost przez powiększenie jej masy.

Różne wyniki, zaznaczone przez autorów co do wysokości ciśnienia pod wpływem pracy mięśniowej, zależą od okresu badania. Za prawidłowe można uważać, że w okresie pełni siły mięśniowej ciśnienie jest podniesionem, a w okresie znużenia — niższem.

To samo da się zastosować i do działania ciepłoty nieobjętej, zimno — podnosi ciśnienie, gorąco — zniża je jeśli jednak do zabiegu gorącego przyłączy się czynnik mechaniczny, np. jeżeli to będzie nie kąpiel, lecz natrysk, to ciśnienie krwi podniesie się, pomimo wpływu wysokiej ciepłoty. [Autoreferat].

Pawłński w przemówieniu swem ze względu na obszerność tematu porusza P. tylko najważniejsze punkty odczytu. Co do cyfr, przytoczonych przez R. a mających przedstawić wielkości ciśnienia krwi w różnych stanach patologicznych, to posiadają one tylko względną owartość. Przyrządy — t. zw. sfigmomanometry (jak Basch'a, Potain'a, Riva-Rocci, Gaertner'a itp.) wykazują nie ciśnienie krwi lecz t. zw. napięcie naczyniowe. Wskład tego ostatniego wchodzi ciśnienie krwi w ścisłym znaczeniu tego słowa i napięcie ścianek naczyń t. zw. tonus. Jakkolwiek zdarza się że są to czynniki współrzędne bywa jednak i odwrotnie t. j. że przy dużem napięciu naczyniowem możemy mieć do czynienia ze słabem ciśnieniem krwi. Podobnie przytrafić się może, że przy słabem napięciu tętna, ciśnienia krwi może być znacznem. Słowem ciśnienie krwi nie jest proporcjonalnem do napięcia naczyniowego. Do tego zaś dodać możemy, że ciśnienie krwi podlega znacznie mniejszym wahaniom aniżeli napięcie naczyniowe.

Dane jakie nam sfigmomanometr dostarcza zyskają na wartości wtedy, skoro weźmiemy w rachubę i inne fakty osiągnięte z badania całego układu krwionośnego i przebiegu klinicznego.

I tak np. przy wysokich stopniach duszności, kiedy stan chorego będzie bardzo ciężki, możemy mieć do czynienia z dużem napięciem naczyniowem zależnem w takich razach od wpływów toksycznych na ośrodek wasomotoryczny.

W celu usunięcia błędów, jakie otrzymujemy z zastosowania t. zw. sfigmomanometrów, prof. WALDENBURG wykombinował przyrząd t. zw. Pulsuhr v. Angiometer.

Z pomocą tego przyrządu udało mu się mierzyć oddzielnie napięcie naczyniowe i ciśnienie krwi w ścisłym znaczeniu. Przyrząd ten jednak z powodu wysokiej ceny i trudności zastosowania nie zyskał rozpowszechnienia.

W innych znowu razach małe napięcie może świadczyć o lepszym stanie narządu krwionośnego i dawać pomyślniejsze rokowanie, aniżeli wzmożone napięcie tętna.

Czynnik, który najpotężniejszy wpływ wywiera na wysokość napięcia naczyniowego resp. ciśnienie krwi, ma swe źródło w ośrodku naczynioruchowym znajdującym się w rdzeniu przedłużonym. Drugi czynnik, który również potężnie wpływa na podniesienie napięcia bierze swój początek w zmianach miażdżycowych drobnych tętniczek. Trzecie miejsce przypada na wpływ toksyczne (choroby nerek).

Podrażnienie nerwów czuciowych wywołuje znaczne podniesienie napięcia naczyń. Szkodliwy wpływ jaki niekiedy zauważyć się daje, na serce w przypadkach kolki wątrobianej, nerkowej należy właśnie przypisać tej ostatniej okoliczności, Oczywiście dotyczy to przeważnie chorych u których serce lub naczynia przedstawiają pewien rodzaj *locus minoris resistentiae* np. przy istnieniu wad serca i miażdżycy itp.

Climacterium—odznacza się wysokiem napięciem, zależnem już to od pobudzania ośrodków zwężających lub też rozszerzających światło naczyń.

Podział HUCHARD'a wszystkich chorób układu krwionośnego—na cierpienia o dużem i małym napięciu naczyniowem ułatwi bardzo lekarzowi praktykowi orientowanie się w skomplikowanym obrazie różnych chorób serca i tętnic.

Zmniejszenie napięcia naczyniowego spotykamy przede-wszystkiem po znacznych utratach krwi, w chorobach zakaźnych ostrych, w gruźlicy płuc itp.

Na uwagę zasługuje s a m o p o m o c ustroju przy istnieniu dużego stopnia napięcia naczyniowego. Wspomnę tu tylko o t. zw. N. depressor. Croni którego podrażnienie wywołuje u zwierząt zmniejszenie ciśnienia krwi. Ciekawemi są także zjawiska jakie wytwarzają się w sercu w przypadkach zwiększonego napięcia już to w dużym, już to w małym krwiobiegu.

I tak np. powstaje niedomykalność względna zastawek półksiężycowych aorty—przy istnieniu dużych przeszkód w naczyniach włosowatych. Tym sposobem część krwi przez niedomyknięte zastawki powraca w czasie rozkurczu do lewej komórki,

tym sposobem ciśnienie krwi na obwodzie zmniejsza się. Z biegiem czasu, skoro i to nie wystarcza — wytwarza się niedomykalność zastawki dwudzielnej. Analogiczne zjawiska spostrzegać miałem wielokrotnie sposobność przy znacznych przeszkodach w małym krwiobiegu. W tym ostatnim razie powstaje niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej (rzadziej) lub niedomykalność względna zastawki trójdzielnej (częściej).

[Autoreferat].

Ciągliński zaznacza, że ani w odczycie R. ani w dyskusji nie wymieniono dotąd pomiędzy przyczynami wpływającymi na wzmożenie napięcia tętniczego bodźców tak często tu właśnie napotykanych — jak pobudzenia i stany nerwowe. A rzecz to jednak pierwszorzędnej wagi. W ostatnich też czasach coraz więcej zwracają uwagi na stan napięcia naczyń u osobników chorych nerwowo i w całym szeregu nerwic czynnościowych znajdując stale wzmożenie napięcia. O wpływie tym dobrze byłoby nie zapominać przy badaniach tonometrycznych wogóle, a to ze względu na możność wyników nieścisłych u osobników łatwo pobudliwych.

[Antereferat].

W odpowiedzi MIKŁASZEWSKIEMU R. zaznacza, że w odczycie swym stał na gruncie klinicznym, że więc w fizjologię ciśnienia i w badania na zwierzętach zagłębiać się nie miał zamiaru.

PAWIŃSKIEMU R. odpowiada, że przy obecnym stanie nauki o ciśnieniu tętniczym trudno jest odróżniać termin „ciśnienie“ tętnicze od „napięcia“ naczyniowego, i że podział HUCHARD'a na wady serca o niskiem i wysokiem ciśnieniu tętniczym nie odpowiada rzeczywistości.

[Autoreferat].

VII. MALINIAK J. wygłosił rzecz p. t.: „O obecności wiciowców w zawartości żołądka“.

Dotychczas ogłoszono 11 odnośnych przypadków, w większości z nich były to raki żołądka, umiejscowione nie w odźwierniku.

Wskutek tego COHNHEIM nadaje obecności wiciowców w treści żołądkowej znaczenie dyagnostyczne — dla nieodźwiernikowych raków żołądka — i prognostyczne, gdyż takie nowotwory mają przebieg bardziej przewlekły. W przypadku prel. (12) znaleziono u chorego z carcinoma ventriculi ad cardiam w treści żołądkowej 4 krotnie w ciągu 10 dni obserwacji trichomonas hominis.

Rozpoznanie pasorzyta jest łatwe o ile się żywo porusza, co niezawsze ma miejsce, lnb na zasadzie ruchu biczyków, nieruchome pasorzyty przypominają kulki skrobi.

Trichomonas posiada owalne, groszkowate ciało, na przednim końcu 4—5 biczyków, z tyłu krótki wyrostek i z boku wydaje się że ma błonkę migawkową, lecz może to być ruch biczyka biegnącego wzdłuż ciała.

Niekiedy można zauważyć ruchy ameboidalne, jest to oznaką obumierania, lecz niekiedy po okresie ameboidalnych ruchów, występuje znowu ruch biczyków.

Często dopiero uważając poszukiwanie wykazywało obecność trichomonad. W dziesięciu przeszło innych przypadkach raka w żołądku, różnie umiejscowionych, i 2-ch przypadkach rozstrzeni pomimo skrzętnego poszukiwania wiciowców nie wykryto.

[Autoreferat],

W dyskusyi GRUNDZACH zapytuje o niektóre szczegóły co do techniki badania i zaznacza, iż parokrotnie widywał przy raku żołądka twory podobne do *Trichomonas* lecz zwykle w spokoju.

Prezys podnosi rzadkość występowania tych tworów w soku żołądkowym W swych badaniach nie spotkał ich ani razu.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin*.

Pom. Sekretarza *J. Brudziński*.

OGŁOSZENIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez d-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

a) N o w e t e m a t y:

1. Badania kryoskopowe nad wysiękami, przesiękami albo wydzielinami.

2. O zatruciach pokarmami mięsnymi na zasadzie własnych badań.

3. Hemoliza u człowieka w stanie zdrowia i choroby.

4. Anatomia patologiczna *sclerosis disseminatae*.

5. Badania nad trawieniem kiszkiwem w przypadkach przetok kiszkiwowych.

6. Wpływ leczenia surowicą na przebieg zakażenia rogówki jednym z ropotwórczych pasożytów, podczas operacji wyjęcia soczewki (Badania doświadczalne).

7. Badania doświadczalne nad wpływem suchych kapieli na ustrój, w szczególności na krew.

8. Graficzne badania skurczów mięśniowych u ludzi w stanach normalnych i patologicznych.

b) T e m a t y p o z o s t a w i o n e z p o p r z e d n i e g o k o n k u r s u:

1. Badania doświadczalne i kliniczne nad zakrzepami żylnymi przy chorobach zakaźnych.

2. Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoły i komórki słuchowe.

3. Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteriologicznego.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1903 roku. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza się nagroda rub. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego W. Kosmowski

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 240, imienia Tytusa CHALUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1901 r. do 31-go Grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu Stycznia 1905 r.

na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelarii Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.
Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1904 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1902 do dnia 31 marca 1904 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1904 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rub. 346 kop. 63. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania, mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzone stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieczniona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora
Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1905 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 256 kop. 50, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszerii, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 15 Kwietnia 1902 roku do dnia 31 Marca 1905 roku. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiarkowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1905 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieczniona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1903/4 zawakuje sześć stypendyów, każde po Rub. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali; c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojcekim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion—stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożąć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Podaje do wiadomości publicznej, że z początkiem roku akademickiego 1903/4 wakować będzie stypendyum w kwocie rb. 225 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego Gołębiowskiego, doktora medycyny zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarzowskiego Warszawskiego Uniwersytetu krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do 15 września rb. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożąć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*

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 członków tejże Kasy. 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 wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a bardzo być może, że z czasem, w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszków, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 17 Marca 1903 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w dniu 21 Kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci ś. p. Doktorowej Zenobii Sokorowskiej, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia, udzielone będzie wsparcie w kwocie Rb. 200, ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (ulica Niecała Nr. 7), na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych lub ich zastępców—najpóźniej do dnia 15 Kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3-ch członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7) oraz w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu *Dr. M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Jana Balczewicza udzielone być mają w dniu 24 Czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych—po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po Rb. 81. Wdowa po lekarzu, która by pragnęła otrzymać rzeczone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś—w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu *Dr. M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że z procentu od funduszu ofiarowanego przez D-ra Leona Manczewicza udzielone będzie w roku 1903 wsparcie w kwocie Rb. 103 kop. 42, jednej lub kilku niezamożnym sierotom zupełnym, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko katolickiego, pozostałym po lekarzach cywilnych, które pobierają nauki w niższych lub średnich rządowych lub prywatnych zakładach naukowych. W braku sierot odpowiadających wyżej wymienionym warunkom, wsparcie powyższe udzielone być może wdowie po lekarzu cywilnym, obciążonej dziećmi, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko katolickiego, pobierającymi nauki w wyżej wymienionych zakładach. Przy prośbie, oprócz zwykłych poświadczeń trzech członków Kasy Wsparcia, dołączone być mają cenzury szkolne z ostatniego przed złożeniem podania kwartału, a nowowstępujący składać winni poświęcenia zakładu naukowego o przyjęciu w poczet uczniów. Termin ostateczny do wnoszenia prośb: dzień 15 Czerwca r. b. Informacje udzie-

lane być mogą w kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ul. Niecała Nr. 7), na prowincyi zaś — w kancelaryach PP. Inspektorów Lekarskich gubernialnych w Królestwie Polskiem.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu *Dr. M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Feliksa JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie Rub. 283, za rok 1903 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ulica Niecała Nr. 7) oznacza się termin do dnia 15 Czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-ch lekarzy—członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczzonego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu

Dr. M. Jakowski.

W dniu 6 Czerwca (n. s.) r. b. odbędzie się w Warszawie, za zezwoleniem Władzy, zjazd b. wychowalców Szkoły Głównej.

Uprasza się wszystkich kolegów, którzy do Szkoły Głównej uczęszczali, aby zechcieli nadesłać jaknajśpieszniej (najpóźniej do 1 Maja) adresy swoje, oraz kolegów, w odleglejszych stronach zamieszkałych, na ręce kolegi Józefa Leskiego, dyrektora Muzeum Przemysłu i Rolnictwa.

w Warszawie, Krakowskie Przedmieście Nr. 66.

GAZETA BOTKINA

wychodzi raz na tydzień w objętości 2½—3 arkuszy

pod redakcją

prof. M. M. Wołkova i prof. Dr. N. J. Ketezera.

ROK 14.

PRENUMERATA WYNOŚI:

Na rok z przesyłką 8 rb.

„ ½ roku „ 4 rb. 50 kop.

Prenumeratę nadsyłać należy do księgarni N. Feny i C^o (Petersburg, Newski prospekt 90)

GAZETA LEKARSKA,

PISMO TYGODNIOWE,

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej

wychodzi w r. 1903, a 38-ym od założenia Gazety,

według tegoż samego programu, co i dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty:

w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3 kop. 50,
z przesyłką pocztową i zagranicą rocz. rub. 8, półr. rub. 4
Redaktor odpowiesz.: Dr. Wł. G ajkiewicz (*Marszałkow. 115*)

Wydawca Dr. J. Pruszyński (*Hoża Nr. 50*).

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

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

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

Cena kop. 75 (za każdy rok oddzielnie.)

„GŁOS”

Najtańszy Tygodnik Naukowo-Literacki Społeczny i polityczny.

Zadaniem pisma jest: 1-sze Omawianie ze stanowiska niezależnego spraw bieżących, aktualnych; 2-ie Podnoszenie umysłowej i etycznej kultury społeczeństwa. „Głos” zamieszcza: 1) Artykuły wstępne, przeglądy, kroniki i korespondencje w sprawach bieżących, społecznych i ekonomicznych, politycznych i literackich; 2) Powieści, nowele i poezje; 3)

„Przegląd Naukowy i Etyczny,”

który zawiera: 1) Artykuły ogólne w kwestjach naukowych, filozoficznych, społecznych, wychowawczych; 2) Artykuły w sprawach etycznych, sprawozdania o ruchu etycznym zagranicą; 3) Przeglądy i kroniki współczesnego ruchu naukowego; 4) Artykuły poświęcone sprawom samokształcenia.

Co miesiąc Dodatek Bezpłatny

W Dodatkach miesięcznych pomieszczane są: 1) Rozprawy, dotyczące Zagadnień doby bieżącej; 2) Streszczenia nowych większych dzieł wybitnej wartości.

Prenumerata: W Warszawie rocznie rb. 7, kwartalnie rb. 1. kop 75, miesięcznie kop. 60. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 9, kwartalnie rb. 2 kop 25.

Adres: Warszawa, Smolna Wysoka, 3.

Numer okazowy na żądanie bezpłatnie franco.

WYDAWNICTWA „GŁOSU”

Belot i Gide: Miłosierdzie, sprawiedliwość i dobór naturalny 30 kop.
Ferrero: Czynniki postępu moralnego 30 kop.; *Münsterberg:* Nauka w stosunku do życia i sztuki 30 kop.; *Cunow:* Chiny, rozwój społeczny i ekonomiczny 20 kop.

Ribot: o wyobraźni twórczej.