

Przyczynek do nauki o unerwieniu naczyń krwionośnych.

(BADANIA ANATOMICZNO-FIZYJOLOGICZNE, DOKONANE
W PRACOWNI PROF. J. DOGIELA W KAZANIU).

napisał

Dr. J. Jegorow.

(Z tabl. III i IV).

Pomimo względnie bardzo znacznej ilości badań, dotyczących unerwienia naczyń kończyn tylnych, kwestyja ta nie jest o tyle opracowaną, aby można ją uważać za zupełnie i jednakowo przez wszystkich badaczy zdecydowaną. Pomijając już charakter i naturę włókien nerwowych, którym podlegają ruchy naczyń kończyn tylnych, droga nawet po której zdążają włókna te do odpowiednich naczyń, nie jest ściśle ustaloną, a obecność ich stwierdzoną była jużto w pniu kulszowym, jużto w biodrowym, wreszcie w obydwóch i t. d. Większość autorów twierdzi, że włókna naczynio-ruchowe, tak zwązające jak i rozszerzające naczynia kończyn tylnych, lub jedno i drugie razem, przebiegają w nerwie kulszowym i biodrowym (Cl. BERNARD, BROWN-SÉQUARD, SAVIOTTI, PUTZEYS i TARCHANOW, NUSSBAUM, OSTROUMOW, DASTRE i MORAT, BERNSTEIN, FREUSBERG i GERGEUS, KENDAL i LÜCHSINGER, LEWASZOW i inni), inni zaś przeciwnie stanowczo przeczą istnieniu tego rodzaju włókien we wspomnianych powyżej pniach nerwowych, choć nie podają dokładnych wskazówek co do innego ich kie-

runku i kwestyję pozostawiają nierozstrzygniętą. (DOGIEL, SADER, HAFIZ, HUMILEWSKI i t. d.).

Badając w ostatnich czasach rozdział i czynności nerwów naczyńioruchowych dla pewnych okolic (oczodołu, ozdób głowy indyka i t. d.), ze względu na zasadniczą niezgodność zdań, od półtora roku przeprowadzaliśmy szereg doświadczeń w celu wyszukania kierunku, w którym idą nerwy naczyńioruchowe, jakoteż i charakteru samych włókien nerwowych dla naczyń odnóg tylnych. Większości doświadczeń dokonywaliśmy na żabach (*rana temporaria*), jako na zwierzętach do badań najdogodniejszych i do pracowni przeważnie dostarczanych. Mieliśmy zamiar obserwacje nasze sprawdzić na innych zwierzętach o więcej rozwiniętej budowie, a brak ten, z przyczyn od nas niezupełnie zależnych powstały, mamy zamiar przy dogodniejszych warunkach możliwie wypełnić.

Część anatomiczna.

Po otwarciu jamy brzusznej i klatki piersiowej u żaby w kierunku linii białej i środkowej linii mostka i po odsunięciu w tę lub drugą stronę napotkanych wnętrzości (kiszek, wątroby, płuc, czasami i serca), które właściwiej nawet zupełnie usunąć, z wyjątkiem serca, w jamie brzusznej przed kręgosłupem napotykaemy aortę brzuszną (fig. 2, A. a), która, jak wiadomo, tworzy się ze zlania dwóch aort piersiowych (fig. 1 i 2, A. t), a w jamie miednicy dzieli się na dwie tętnice kulszowe (fig. 2, A. i). Po obu stronach aorty brzusznej gołym okiem łatwo jest dostrzedz małe, o żółtawo-szarem zabarwieniu (zależnem od barwnika, zawartego w komórkach nerwowych u żaby) zwoje nerwowe, połączone wzajemnie cieniutkimi włókieńkami nerwowymi w postaci zwojowych łańcuszków, które z obu stron prawie przylegają do arteryi (fig. 2). Od miejsca zlania się aort piersiowych, w kierunku do głowy zwierzęcia (ku górze), łańcuszki, stosownie do biegu naczyń, rozchodzą się i towarzyszą odpowiedniej aorcie, a biegnąc nazwewnątrz od naczyń i prawie doń przylegając, dochodzą tym sposobem

do pierwszego piersiowego zwoju sympatycznego, z którym się zlewają (fig. 1, N. sy. i G. sy. p.). W kierunku ku odnogom tylnym (ku dołowi) łańcuszki, szybko się zwężając, dochodzą do tętnic kulszowych i giną, rozgałęziając się w ścianach w pobliżu leżących naczyń wielkich. Każdy z tych łańcuszków przedstawia nerw sympatyczny, który, stosownie do miejsca przebiegu, może być podzielonym na dwie części: 1) piersiową, położoną odpowiednio do aorty piersiowej do miejsca zlania tej ostatniej z takąż tętnicą strony przeciwnej, czyli raczej do punktu wyjścia z aorty brzusznej tętnicy krezkowej (fig. 1, A. m.), która leży tuż pod miejscem zlania się aort piersiowych — i 2) na część brzuszną, która zajmuje część pozostałą w kierunku do odnog tylnych. W części piersiowej zwoje są stosunkowo dość znacznie od siebie oddalone — okoliczność bardzo dogodna dla celów fizjologicznych (drażnienia) — i zazwyczaj znajdują się na miejscach połączeń nerwu rdzeniowo-mózgowego z sympatycznym (Fig. 1. sy.), gdzie włókna obu nerwów nawzajem się mieszają. Co do wielkości zwoje te przedstawiają się nieco mniejszymi od zwojów części brzusznej, ilość zaś ich wynosi od trzech do czterech. W części brzusznej zwoje sympatyczne są znacznie więcej do siebie zbliżone, są większe i łączą się nawzajem zapomocą grubszych gałązek, aniżeli zwoje części piersiowej (Fig. 2. i N. sy.). Ze strony prawej część piersiowa łańcuszka sympatycznego przechodzi w część brzuszną prawie całkowicie, a stosunkowo niewielka tylko ilość tych włókien odbiega do tętnicy krezkowej (Fig. 1, N. m. d.), zaś ze strony lewej stosunek bywa odwrotny, mianowicie: do tętnicy krezkowej dochodzi największa część włókien, natomiast część piersiowa łączy się z brzuszną za pośrednictwem stosunkowo dość cienkiej gałązki nerwowej (Fig. 1. N. m. s. i Fig. 2. R. m.).

Począwszy od splotu barkowego, łańcuch sympatyczny łączy się z każdym z nerwów rdzeniowo-mózgowych, wychodzących przez otwory międzykręgowy. Połączenia te powstają w ten sposób, że nerw rdzeniowo-mózgowy, po przejściu do klatki piersiowej, a czasami i wcześniej, rozdziela się na dwie gałązki, z których jedna, więcej na zewnątrz, rozgałęzia się w otaczających częściach miękkich,

druga zaś, więcej wewnątrz położona, dochodzi bezpośrednio do nerwu sympatycznego i z nim się łączy. (Fig. 1 i 2. N. sp. i N. sy.), przy czym w miejscach połączeń włókien obu gatunków, jak już powyżej mówiliśmy, znajdują się pierwiastki zwojowe (Fig. 1 i 2. G. sy.)—Nerw sympatyczny w nieco odmienny sposób łączy się tylko z tymi pniami nerwowymi, które wchodzą w skład splotu lędźwiowego, mianowicie: gałązki łączące odchodzą od nerwu rdzeniowo-mózgowego poniżej miejsca wyjścia tego ostatniego do jamy brzusznej lub miednicy, ilość zaś gałązek łączących bywa niestałą, i zamiast jednej, jak to dopiero co widzieliśmy, do dwóch, czasem i do trzech dla jednego nerwu rdzeniowo-mózgowego dochodzi. (Fig. 2. N. p. i. i N. c.). Również istnieją pewne właściwości odnośnie do rozkładu pierwiastków zwojowych. Powyżej wspominaliśmy, że komórki nerwowe znajdują się tylko w miejscach gdzie spotykają się włókna gałązki łączącej z łańcuszkiem sympatycznym, tutaj zaś, sploty zwojowe napotkać można miejscami na całej przestrzeni gałązki łączącej, czasami umiejscawiają się one naokoło samego nerwu rdzeniowo-mózgowego w ten sposób, że zdaje się jakoby gałązka łącząca należała raczej do sympatycznego, aniżeli do nerwu rdzeniowo-mózgowego. Wszystkie opisane powyżej połączenia nerwu sympatycznego z rdzeniowo-mózgowym można widzieć gołym okiem lub zapomocą najslabszych powiększeń np. przez lupę.

Co się tyczy stosunków między łańcuszkami sympatycznymi a naczyniami, którym te łańcuszki towarzyszą, to w celu dokładniejszego ich poznania należy użyć pewnych powiększeń, gdyż gołym okiem zbyt trudnem jest rozpoznanie ich części drobnych. W tem celu postępowaliśmy w sposób następujący. Po przedwstępnem usunięciu wszystkich wnętrzości z jamy brzusznej i klatki piersiowej (wraz z sercem), preparowaliśmy naczynie wraz z otaczającymi nerwami *in situ* w $\frac{1}{2}\%$ roztworze kwasu octowego, przy pomocy lupy, zwykle używanej przez zegarmistrzów, następnie rozpatrywaliśmy preparat albo w tym stanie przy silniejszych powiększeniach (Fig. 1), lub też wycinaliśmy ostrożnie naczynia aortalne z przyległymi łańcuszkami ner-

wowymi, ze wszystkimi połączeniami tych łańcuszków z nerwami rdzeniowo-mózgowymi, wreszcie nerwy rdzeniowo - mózgowy, poczynawszy od zwojów znajdujących się w otworach międzykręgowych do miejsca, w którym nie odchodzą już od nich gałązki łączące. Ponieważ preparat, w ten sposób otrzymany jest zbyt dużym i niedogodnym do następnych rękoczynów, przeto stosownie do naczyń aortalnych dzieliliśmy go na dwie części, piersiową i brzuszna, a następnie jedną z tych części przynosiliśmy na szkiełko przedmiotowe do gliceryny, zakwaszonej kwasem octowym, oraz nadawaliśmy jej mniej więcej toż samo położenie, jakie posiadała w ustroju. Następnie preparat przykrywano drugim szkiełkiem przedmiotowym, który uciskano przez czas pewien ciężarkiem w tym celu, aby doprowadzić oddzielne jego części do jednej płaszczyzny poziomej a przez to uczynić preparat możliwym do obejrzenia przez lupę lub niewielkie powiększenie mikroskopu. (O3. S. 4. Hart.). Aby obejrzeć całą zewnętrzną powierzchnię naczynia krwionośnego bez zmiany jego położenia, w niektórych preparatach rozcinaliśmy naczynie na ścianie tylnej (odpowiadającej kręgosłupowi) a następnie rozkładaliśmy je w ten sposób, aby cała powierzchnia zewnętrzna była zwróconą ku górze t. j. do górnego szkiełka przedmiotowego. Przy takich warunkach stosunek między naczyniami krwionośnymi a łańcuszkami sympatycznymi doskonale się uwidocznia, jak to zresztą widać na Fig. 2, która wyobraża aortę brzuszna z otaczającymi i do niej należącymi nerwami.

Przeglądając tego rodzaju preparaty, można się przekonać, że od łańcuszków sympatycznych oddziela się wiele gałązek nerwowych, które przebiegają w kierunku sąsiednich naczyń i w ich ścianach się gubią (Fig. 1. R. s. i Fig. 2. r. s). Część brzuszna nerwu sympatycznego posiada takich gałązek znacznie więcej aniżeli część piersiowa; odchodzą one nietylko od pni nerwowych, które łączą zwoje, lecz i od samych zwojów. Przeszedłszy na ścianę naczynia nerwy nie opuszczają go, lecz rozkrzewiając się i łącząc, stopniowo się zwężają i przechodzą w nerwowe nitkowate zakończenia (patrz niżej). Zpośród gałązek nerwowych, które odchodzą od nerwów sympatycznych i wstępują a

aortę, dwa nerwy wyróżniają się wielkością, unerwiają one tętnicę krezkową i, jak to powyżej zaznaczyliśmy, jeden z nich (prawy) jest nieco dłuższym od drugiego (lewego). Doszedłszy do tętnicy krezkowej, gałązki te przylegają do niej i, zrazu na niewielkiej stosunkowo przestrzeni, przebiegają po obu stronach tętnicy, następnie zaś łączą się w jeden pień nerwowy, który towarzyszy w przebiegu tętnicy i rozdziela się odpowiednio do jej podziału.

W pewnych miejscach aorty i tętnicy krezkowej, przy powiększeniu (0,3, S.2 HART.) można zauważyć na ścianie tętnicznej małe żółtawe plamki, które przy znaczniejszych powiększeniach mają postać zbioru pierwiastków zwojowych, z właściwym dla nich żółtawym barwnikiem i otaczającymi włóknami nerwowymi (fig. 1 G. v i fig. 2 G. sy. v). Tak wielkość, jakoteż i ilość zwojów na aortach piersiowych jest znacznie mniejszą, aniżeli na aorcie brzusznej i tętnicach krezkowych.

W celu wyjaśnienia bliższych stosunków między naczyniami i nerwami po nich przebiegającymi, badaliśmy przeważnie aorty piersiową i brzuszną, oraz tętnicę krezkową u żaby, używając błękitu metylenowego lub kwasu osmowego. Barwienie zapomocą błękitu metylenowego, przeprowadzaliśmy według ogólnie używanego sposobu, mianowicie: do jednej z podskórnych żył brzucha u żaby, częściej do żyły przechodzącej wzdłuż linii białej, wprowadzano, stosownie do wielkości osobnika, 5—10 strzykawkawkę $\frac{1}{2}$ lub 1% roztworu wodnego błękitu metylenowego. Po upływie $\frac{1}{2}$ —1 godziny wykonywano sekcję, kawałki do badań potrzebne wycinano i rozpatrywano je (pod mikroskopem) w fizjologicznym roztworze soli kuchennej aż do chwili, w której włókna nerwowe przybrały niebieskawe zabarwienie, następnie po dodaniu pikrynianu amonu (według przepisu HOYERA) w celu utrwalenia tej barwy przenoszono preparat do gliceryny i rozpatrywano pod mikroskopem. Co się zaś tyczy kwasu osmowego, to świeżo wycięty preparat umieszczaliśmy w $\frac{1}{3}$ —1% jego roztworze i poddawaliśmy działaniu światła w ciągu pewnego czasu, zależnie od jasności dnia. W ten sposób zabarwio-

ny preparat po przemyciu w wodzie, przenoszono do gliceryny. Ponieważ badaniu podlegały naczynia o znacznej grubości, przeto w celu udostępnienia całej powierzchni zewnętrznej bez zmiany położenia preparatu, jak poprzednio przecinaliśmy naczynia wpodłuż: aortę po tylnej powierzchni (odpowiadającej kręgosłupowi), tętnicę zaś krezkową w tych miejscach, gdzie najmniej widać było pierwiastków nerwowych.

Skrawki mikroskopowe otrzymywano, zapomocą mikrotomu, z naczyń uprzednio poddanych działaniu kwasu osmowego i w celu zachowania ich światła (warunek niezbędny do zdania sobie sprawy z położenia oddzielnych części wchodzących w skład ściany naczynia), postępowano w sposób następujący: po odpreparowaniu naczynia od części otaczających, przy ujściu, w miejscu gdzie światło jego bywa najszerszem, przez nadcięcie zajmujące $\frac{2}{3}$ obwodu wprowadzaliśmy do wewnątrz już poprzednio przygotowany sztyfcik parafinowy, stosując długość jego do kawałka badanego naczynia. Należy przytem zwrócić uwagę na to, aby grubość sztyfcika nie była większą od szerokości światła naczynia, gdyż w razie przeciwnym tkanki ściany naczyniowej będą zbyt uciśnięte. Aby więc ustrzedz się od mylnych wniosków co do wzajemnego stosunku części składowych, zaleca się wprowadzanie pałeczki o mniejszej grubości, aniżeli światło naczynia. Następnie naczynie wyciąć należy i poddać działaniu kwasu osmowego oraz stwardnić w 96% alkoholu. Przy zatapianiu preparatu w parafinie (według ogólnie używanego sposobu), pałeczka rozpuszcza się, zaś naczynie przybiera postać pustego walca, utrwała się w parafinie, a następnie może być pociętem w różnych kierunkach.

Przy rozpatrywaniu pod mikroskopem udatnych preparatów z naczynia (*resp.* aorty), zabarwionych błękitem metylenowym, z łatwością udaje się dostrzedz w ścianie naczynia dwa sploty nerwowe, których nitki przybierają niebieskawe zabarwienie; jeden z nich leży więcej powierzchniowo (gdy powierzchnia zewnętrzna zwróconą jest do soczewki), drugi głębiej (fig. 3). Pierwszy składa się z włókien grubszych, miejscami połączonych w postaci pęczków

i leży w warstwie głębokiej błony zewnętrznej (*adventitia*) niedaleko od warstwy mięśniowej. Splot drugi przechodzi na warstwę mięśniową i poczęści do jej wnętrza, o czym można nabrać przekonania ze stosunku nitek nerwowych do jąder komórek mięśniowych; splot ten najlepiej uwiidocznia się wtedy, gdy widać dokładnie pierwiastki mięśniowe, ułożone w kierunku prostopadłym do osi naczynia, t. j. w kierunku poprzecznym; jego nitki nerwowe są o wiele grubsze, nigdzie nie łączą się w pęczki, natomiast przechodzą odosobnione w postaci cienkich linijek, a na całym ich przebiegu napotkać można w wielu miejscach ziarniste zgrubienia. Włókna obu zwojów są bezrdzenne i zespajają się nawzajem, co z łatwością udaje się stwierdzić przy śledzeniu za przebiegiem nitek nerwowych i jednoczesnem obracaniu śruby mikroskopu.

Wielką przeszkodę do rozpatrywania preparatów z aort, stanowi barwnik, którego znaczną ilość te naczynia zawierają; do badań przeto zaleca się wybór żab bładozielonkowatego koloru, o nieznacznej ilości barwnika, aczkolwiek i w tym razie przeszkoda w obserwacji jest jeszcze dość znaczną. Najdokładniej jednak udaje się wysledzić sploty nerwowe w tętnicy krezkowej i w jej rozgałęzieniach, gdyż w tych naczyniach prawie nie napotykamy barwnika, a dostateczna ilość przechodzącego przez nie światła ułatwia obserwację. Podobnie jak w aortach, w ścianach tętnicy krezkowej napotykamy dwa sploty nerwowe, posiadające takie cechy i układ, jakie posiadają aorty. Stosunki te uwiidocznia fig. 4, na której przedstawioną jest część ściany tętnicy krezkowej, uprzednio poddanej działaniu błękitu metylenowego. Włókna nerwowe splotu powierzchniowego oznaczone są linijami całkowitemi, splot głęboki — punktami krótkimi, zaś czarnymi kreskami — położenie i kierunek gładkich włókien mięsnych powierzchniowej warstwy naczynia. Rysunek ten jest o tyle szematycznym, że nie daje jednocześnie wyraźnego obrazu obydwu splotów, gdyż sploty te nie leżą na jednej płaszczyźnie i uwiidaczniają się przy użyciu śruby mikroskopu; ztąd też aby przedstawić wzajemne stosunki splotów, najpierw przeniesionym został obraz splotu głębokiego,

następnie dopiero splot powierzchniowy, odpowiadający pierwszemu.

Podobny układ posiadają również włókna nerwowe i w tętnicach wązkich, należących do rozgałęzień tętnicy krezkowej; w tym razie włókien nerwowych spotyka się więcej, a pętlice splotów są wyraźnie drobniejsze i wskutek tego na mniejszej przestrzeni znajduje się więcej włókien nerwowych. Fig. 5 wyobraża jedną z drobnych gałęzi tętnicy krezkowej wraz z obydwojma splotami, przedstawionymi w ten sam sposób, jak na fig. 4 (linije całkowite oznaczają splot powierzchniowy, kropkowane zaś—splot głęboki), na fig. 6 widzimy też same sploty, obejmujące naczynie w postaci linij spiralnych (oznaczonych w ten sam sposób, jak na rysunkach poprzednich).

Nerwy, przeznaczone dla danego naczynia, dochodzą doń zazwyczaj w postaci oddzielnych pęczków, które po przejściu na ścianę naczynia nie opuszczają go, lecz przebiegają po całej jego długości i w swym przebiegu wysyłają włókna nerwowe, które rozdzielając się wielokrotnie i rozgałęziając, rozpraszają się po całej powierzchni naczynia. Włókna te dają początek nitkom, wchodzącym w skład powyżej opisanych splotów. Dowodem tego może być ta okoliczność, że na dobrze przygotowanych preparatach, dotyczących danego odcinka naczynia, udaje się wysledzić włókna, należące do pęczka nerwowego przechodzącego na naczynie. Włókna te łączą się następnie ze splotem powierzchniowym przy wejściu w głąb ściany naczynia. Co się zaś tyczy związku pomiędzy splotem powierzchniowym i głębokim, to jest on widocznym. Na podstawie tych danych możemy z pewnością wysnuć wniosek, że oba sploty przedstawiają wynik rozgałęzienia i podziału tych włókien nerwowych, które zawierają się w pęczkach nerwowych, dochodzących do naczynia.

Większa część włókien nerwowych, stanowiących część składową pęczka, należy do włókien rdzennych, lecz w miarę ich rozgałęziania się po ścianie naczynia rdzennie, a nitki tworzące splot mają postać nagich, bezrdzennych włókien.

Oprócz opisanych poprzednio spłotów, niektórzy badacze (patrz niżej) wspominają o trzecim splocie, który leży w najpowierzchniejszych warstwach ściany naczynia i składa się z włókien rdzennych (*Grundplexus, plexus fundamentale*). W istocie poddając naczynie działaniu kwasu osmowego, wykrywamy w warstwie zewnętrznej stosunkowo dość grube włókna rdzenne, które przebiegają w kierunku równoległym do podłużnej osi naczynia. Na wielkich naczyniach takich włókien spotyka się więcej, niż na naczyniach drobniejszych, więcej ich bywa przy ujściu naczynia, aniżeli na przebiegu, a tembardziej na końcu. Jednak nie jest to spłot właściwy, podobny do tych spłotów, które były powyżej opisane; jest to większa lub mniejsza ilość włókien nerwowych, które na przebiegu naczynia oddzielają się od pozostałych i rozgałęziają się po powierzchni odpowiednich błon zewnętrznych (*adventitia*). Na naczyniach drobnych, stanowiących zakończenia wielkiego naczynia, włókien takich bywa ilość bardzo mała, gdyż wszystkie te włókna oddzieliły się już poprzednio i doszły do odpowiednich ustępów, pozostała zaś tylko część ich, przeznaczona dla gałązek ostatecznych. Tak przynajmniej przebiegają włókna nerwowe w aortach i w tętnicy krezkowej; w tej ostatniej największa ilość włókien rdzennych znajduje się przy ujściu, w ostatecznych zaś jej rozgałęzieniach włókien takich prawie wcale nie napotykamy.

Na podstawie tego co powyżej mówiliśmy, można wyprowadzić wniosek, że grube włókna rdzenne właściwie nie tworzą spłotu, lecz rozgałęzienie, gdyż większa część tego rodzaju nerwów należy do ustępów więcej oddalonych, i tylko przylega do miejsc naczynia wyżej położonych. Włókna te, jak o tem już wyżej wspominaliśmy, są źródłem dla tych nitek nerwowych, które wchodzi w skład obydwu wymienionych spłotów, za czem zresztą przemawiają pewne dane fizjologiczne (patrz niżej).

Co się tyczy bliższych stosunków między nerwami i kurczliwymi pierwiastkami ścian naczyń, to rozstrzygnięcie tej kwestyi nie wchodziło w zakres naszych badań, tembardziej, że drugi spłot, rozgałęziony pomiędzy pierwiastkami mięśniowymi, przez niektórych autorów uważa-

nym jest za ostateczne zakończenie nerwów naczyniowych, a podrażnienie jego wystarcza do wprowadzenia w stan czynny kurczliwych pierwiastków naczyniowych.

Oprócz splotów nerwowych w skład ściany naczyń wchodzi komórki nerwowe, przynajmniej w aortach i w tętnicy krezkowej u żab.

Poprzednio już wspominaliśmy, że rozpatrując aortę *in situ* przy słabem powiększeniu lub po wycięciu i umieszczeniu naczyń pomiędzy dwiema płytkami szklanymi, w ścianach miejscami dostrzedz można żółtawe plamki, które składają się ze zbiorowiska komórek nerwowych, zawierających właściwy im barwnik i umieszczonych, o ile się zdaje, w głębi ściany naczynia w postaci zwoju nerwowego. Czasami do zwoju tego rodzaju dochodzi pęczek włókien nerwowych, który ma początek w jednym z pni nerwowych, należących do jednego z nerwów rdzeniowo-mózgowych, przechodzi przez łańcuszek sympatyczny i, spotykając naczynie, przebiega po jego ścianie do zwoju nerwowego (fig. 2. N. c). Lecz takie pęczki łączące napotykają się rzadko, nadto niezawsze udaje się wysledzić ich przebieg i kierunek; zazwyczaj naokoło grupy komórek i między komórkami przechodzą włókna nerwowe, które następnie rozgałęziają się w ścianie naczynia, lecz nadzwyczaj trudno bywa rozstrzygnąć pytanie co do stosunku tych włókien do komórek i co do ich pochodzenia (z układu rdzeniowo-mózgowego, czy sympatycznego).

W celu wykrycia umiejscowienia komórek nerwowych, zapomocą mikrotomu zrobiliśmy szereg przecięć w podłużnym i poprzecznym kierunku do osi naczynia, poprzednio poddanego działaniu $\frac{1}{2}$ —1% kwasu osmowego i stwardnionego w sposób powyżej opisany. Przy zatapianiu do parafiny, zwrócić należy uwagę na to, aby naczynie posiadało postać regularnego walca; okoliczność ta jest bardzo ważną, gdyż tylko przy tej formie kawałka, cięcie przejść może przez jednakowe części ściany naczynia na całej przestrzeni badanego odcinka, w razie zaś przeciwnym przejście w jednym miejscu powierzchownie, w drugim bardzo głęboko, a wtedy otrzymamy w ścianach naczynia nie-

właściwy stosunek. Grubość skrawków zazwyczaj wynosiła 0,015 — 0,02 mm., w niektórych zaś razach 0,01.

W pierwszej seryi skrawków, robionych w kierunku równoległym do osi podłużnej, zwykle wykrywaliśmy znaczną ilość tkanki łącznej z przecięciami grubych rdzennych włókien nerwowych, których poprzednio opisany przebieg sprawdza się o tyle, że przecięte bywają w kierunku ukośnym lub podłużnym, o wiele rzadziej w kierunku poprzecznym. Na następnych skrawkach, t. j. idąc do światła naczyń, zmniejsza się szybko ilość grubych włókien nerwowych; w tkance warstwy zewnętrznej (*adventitia*) otrzymujemy przecięcia komórek nerwowych przeważnie bez jąder, z powodu zbyt powierzchownego przejścia skrawka (fig. 7. E). Na głębiej sięgających przecięciach komórki posiadają charakterystyczną postać, t. j. treść ziarnistą, jądro i jąderko, a obok nich na preparacie widać gładkie włókna mięśniowe. Na następnych skrawkach zmniejsza się ilość komórek nerwowych, często posiadających jedynie treść ziarnistą, natomiast napotykamy znaczną ilość gładkich włókien mięśniowych; następne preparaty przedstawiają włókna te z porozrzucanymi tu i owdzie defektami, zależnymi prawdopodobnie od przejścia przecięcia przez światło naczyń.

Komórki nerwowe, które otrzymujemy na skrawkach, można podzielić na trzy rodzaje: 1) komórki duże z wielkim jądrem (fig. 7. A), 2) średniej wielkości (fig. 7. B), 3) komórki małe, połączone po kilka na jednym miejscu (fig. 7. C). Komórki pierwszych dwóch rodzajów słabo zabarwiają się od kwasu osmowego, ostatnie zaś mocno i wydają się, w porównaniu z poprzednimi, bardzo ciemnymi. W jądrach komórek wszystkich rodzajów zazwyczaj napotykamy jedno, czasami dwa błyszczące jąderka. Trudno orzec, czy każdy rodzaj komórek przedstawia oddzielny gatunek, czy też wszystkie komórki są jednego rodzaju, wszędzie jednakowoż napotykamy komórki wszystkich tych trzech odmian. Na przecięciach przeprowadzonych w kierunku poprzecznym do podłużnej osi tętnicy, w zbiorowiskach komórek nerwowych, komórki te widać w głębi ściany naczy-

nia (fig. 8), jako bezpośrednio przylegające, a nawet zachodzące na warstwę mięśniową.

Ilość komórek nerwowych umieszczonych w ścianach naczyń bywa różną (2, 3 lub więcej), a cechy ich są też same, jakie widzieliśmy na skrawkach zrobionych w kierunku poprzecznym (porów. fig. 8, która wyobraża skrawek przeprowadzony w kierunku poprzecznym do podłużnej osi tętnicy krezkowej u żaby).

Na podstawie danych, wykrytych przy rozpatrywaniu szeregu skrawków poprzecznych i podłużnych, dochodzimy do przekonania, że komórki nerwowe umieszczone są w samym mięszu ściany naczyń, a mianowicie w głębokich (wewnętrznych) warstwach błony zewnętrznej (*adventitia*) i bezpośrednio przylegają do warstwy powierzchniowej (zewnętrznej błony mięśniowej). Zwoje niezawsze leżą zupełnie równolegle do osi naczynia, czasami przybierają kierunek ukośny tak, że jeden koniec zwoju jest powierzchniowym, drugi zbliża się do błony wewnętrznej (*intima*), o czym można się przekonać przy rozpatrywaniu szeregu idących po sobie skrawków przez całe zwoje. Ztąd też zbiorowiska komórek nerwowych (zwoje nerwowe) nie tylko przylegają do ścian naczyń, lecz wchodzi w ich skład; wielkość zaś ich, postać i układ bywają różne.

W literaturze nie znajdujemy pewnych wskazówek co do anatomicznego stosunku pomiędzy naczyniami i ich nerwami. Pomijając tych autorów, którzy pod tym względem doszli do wyników ujemnych, przytoczymy tutaj tylko prace, w których znajdujemy dokładniejsze dane co do związku między naczyniami i nerwami naczyniowymi.

BEALE, o ile się zdaje, pierwszy stwierdził obecność nerwów w naczyniach (*Philosophical Transactions etc.*, str. 153—patrz literaturę). W pracy jego czytamy: „Widziałem w bliskości okrężnych pierwiastków mięśniowych cienkie włókna nerwowe, które mieściły się w zewnętrznych warstwach powłoki, składającej się z włókien podłużnych i jąder przedłużonych“ (objaśnienie rys. 46), następnie „niektóre włókna z małych zwojów, leżących w sąsiedztwie z tętnicami, mogą znajdować się w powłoce tętniczej, a niektóre cienkie niteczki, będące wynikiem zwię-

zenia włókien nerwowych, dochodzą do komórek mięśniowych tętnic o średnicy nie przewyższającej $\frac{1}{100}$ cala“ (l. c. str. 562); wreszcie w objaśnieniu do rys. 45 jest mowa o „umiejscowieniu komórek nerwowych w powłokach tętnicy o średnicy $\frac{1}{800}$ cala,“ gdzie „nerwy dochodzą do włóknistych komórek“ (komórek gładkich włókien mięśniowych?). BEALE opisuje nawet zakończenia nerwów w mięśniach gładkich „*nerve-tufts*,“ lecz według zdania BREMER'A (patrz niżej), nazwa ta odnosi się prawdopodobnie do innego tworu, gdyż zakończenia nerwów w mięśniach gładkich o wiele później wykryte zostały przez KUEHNE'go, ROUGET'A i KRAUSE'go i nie mają nic wspólnego z tem, co rozumiał BEALE pod wyżej przytoczoną nazwą. Obecność jednak włókien nerwowych w ścianach naczyń była już dawniej stwierdzoną, a późniejsze badania tylko rozszerzały i dopełniały dane odnoszące się do tej kwestyi. Otóż HIS (str. 427) opisał pierwszą siatkę powierzchniową w drobnych tętnicach jako splot o szerokich pętlicach, składający się z włókien nerwowych bezrdzennych, następnie ARNOLD (str. 142) zwrócił uwagę na drugą siatkę, posiadającą też same cechy, nadto przedstawił na rysunkach zakończenia włókien nerwowych w komórkach gładkich mięśni tętnic u żaby i w macicy owcy. Następnie znajdujemy wiele wskazówek w pracach, niebezpośrednio odnoszących się do tej kwestyi, choć co prawda niektóre nie zostały w następstwie potwierdzone, np. badania KESSEL'A (str. 851). GONIAEW (str. 488) opisuje na tętnicach o małym świetle podwójną siatkę, składającą się z nagich włókien nerwowych, a drugą siatkę uważa za ostateczne zakończenie nerwów, które przechodząc na ścianę naczynia tworzą „*kernförmige Nervenendigungen*.“ A. MAYER również wspomina o dwóch siatkach w tętnicach tęczy u królika białego, oraz twierdzi, że obydwie siatki łączą się wzajemnie, że od siatki drugiej, głębszej (przez tego autora nazwanej, w przeciwstawieniu do pierwszej—adwentycyjnej, mięśniowej) odbiegają cieniutkie nitki nerwowe, obejmujące okrężnie naczynie i przechodzące między pierwiastkami wrzecionowatymi, które odpowiadają pierwiastkom mięśniowym. Prawie do tych samych wyników doszli TOMSA

i KLEIN, chociaż KLEIN posiłkował się metodą rozszczepiania, która mało się nadaje do badania stosunków topograficznych, jako nazbyt stosunki te zmieniająca. O wiele dokładniejsze i szczegółowsze dane znajdujemy w pracy L. BREMER'A, wyłącznie tej kwestyi poświęconej. Na podstawie swych badań BREMER rozróżnia na naczyniach (tętnicach i żyłach) u żaby i jaszczurki potrójną siatkę: pierwsza, najpowierzchniejsza, składa się z rdzennych włókien nerwowych, dwie zaś pozostałe (środkowa i wewnętrzna) składają się z bezrdzennych włókien nitek nerwowych, pochodzących od pierwszej siatki i łączących się wzajemnie. Za ostateczne zakończenie nerwów w tętnicach, przyjmuje BREMER ciekłą siatkę nerwową z guzikowatemi zgrubieniami, lub też same zakończenia, jakie wykrył w naczyniach włoskowatych. W nowszych podręcznikach, np. v. RECKLINHAUSEN'A (1883) jest mowa tylko o jednej siatce (*Grundplexus*): większa część tej siatki leży w błonie zewnętrznej, a pochodzące od niej włókna wprost przechodzą do błony mięśniowej lub też posiadają oddzielne zakończenia. Szczegółowsze dane spotykamy w podręczniku wydanym pod redakcją prof. OWSIANNIKOWA i ŁAWDOWSKIEGO (1888), w którym na tętnicach opisaną jest siatka potrójna prawie w ten sam sposób, jak to widzieliśmy u BREMER'A. Splot pierwszy zewnętrzny, czyli zasadniczy (*Grundplexus*, *Plexus fundamentale*) składa się z grubych włókien i leży w błonie zewnętrznej (*adventitia*), od niego pochodzi splot drugi, środkowy, składający się z cieńszych nagich włókien nerwowych, umieszczonych na zewnętrznej powierzchni warstwy mięśniowej, wreszcie trzeci—splot wewnętrzno-mięśniowy (*plexus intramuscularis*), składający się z włókien nerwowych, które pochodzą od splotu drugiego i przenikają pomiędzy pierwiastki mięśniowe.

Na podstawie powyżej przytoczonej literatury dojdziemy do przekonania, że dane wyłożone w podręczniku OWSIANNIKOWA i ŁAWDOWSKIEGO zbliżają się najwięcej do rezultatów naszych badań. Jedyną różnicę stanowi pogląd na splot pierwszy, składający się z rdzennych włókien nerwowych; według naszego zdania, nie jest to splot samoistny, lecz twór nerwowy, którego jedna część należy do pewnego

ustępu ściany naczyń, część zaś pozostała przylega doń tylko i stanowi drogę dla przejścia włókien do części więcej oddalonych. Odnośnie do drugiego i trzeciego spłotu, badania nasze dały wyniki zgodne z poglądami w powyższym podręczniku wypowiedzianymi.

O wiele mniej danych znajdziemy w literaturze co do obecności komórek nerwowych w ścianach naczyń krwionośnych. O ile nam wiadomo, pierwszą w tej kwestyi wzmiankę spotykamy również w pracy BEALE'A (*l. c.*), choć tak treść, jako też i przedstawione w niej rysunki nie są dość zrozumiałe. „Zwoje i komórki zwojowe, mówi BEALE, w znacznej ilości bywały w związku z naczyniami różnych narządów brzusznych, serca i płuc, można je również wykryć w drobnych tętnicach, które wchodzą w skład pęcherza moczowego u żaby. W pewnych przypadkach umieszczały się niewielkie zwoje i oddzielne komórki zwojowe w zewnętrznej, czyli areolarnej powłoce tętniczej (*in the external areolar coat of the artery*).“ Fig. 46 na tablicy XL wyobraża niewielki zwój na jednej z tętnic biodrowych u żaby, a w objaśnieniu do tego rysunku BEALE powiada: „Na zewnętrznej powierzchni włókien mięśniowych widziałem niewielką ilość komórek zwojowych w okresie rozwoju (*in process of development*).“ KRAUSE w swym podręczniku anatomii człowieka podaje bez szczegółowych objaśnień, że „w powierzchownych warstwach tętnicy znajduje się siatka nerwowa z komórkami zwojowymi.“ Iwanow, w wykładzie o budowie anatomicznej błon naczyń i soczewki, powołuje się na pracę JEROFEJEWA wykonaną pod jego kierunkiem, w której autor wykrył komórki nerwowe w ścianach tętnicy naczyniówki, a na rysunku wyobraził w miększu ściany naczyń kilka komórek nerwowych, łączących się zapomocą włókien nerwowych. Na pierwszy rzut oka rysunek przedstawia się bardzo szematycznym, choć o tem wyraźnej wzmianki niema.

A. MEYER twierdzi, że przy badaniu zakończeń nerwowych w tęczówce nie wykrył komórek nerwowych; raz tylko miał zauważyć niewątpliwie dwie komórki o cechach komórek nerwowych, choć nie zaznacza, gdzie je widział. Wreszcie A. GEBER w pracy o zakończeniach nerwów

w tęczęwce i w kółku rzęskowem u ptaków, wspomina również o komórkach nerwowych, znajdujących się w pobliżu tętnicy i w jej ścianie, oraz dodaje odpowiedni rysunek, który tłumaczy, że komórki nerwowe, leżące w niewielkiej odległości od naczynia, wydają wyrostek, który wchodzi w błonę mięśniową i w niej ginie.

Otóż to są wszystkie dane, jakie mogliśmy znaleźć w dostępnej nam literaturze; przyznać należy, że nie odznaczają się one ani liczbą, ani ścisłością badań.

Przy końcu części anatomicznej niech nam wolno będzie zatrzymać się na jednej jeszcze kwestyi, dotyczącej tych włókien nerwowych, które rozgałęziają się w ścianach naczyń. Chodzi mianowicie o to, jaką jest istota tych włókien, t. j. czy należą one do układu sympatycznego, czy też do rdzeniowo-mózgowego. Obecnie przynajmniej nie jesteśmy w stanie kwestyi tej rozstrzygnąć na drodze anatomicznej, gdyż niemożliwem jest wysledzenie przebiegu włókien, należących do danego pęczka, w każdym ich splocie i skrzyżowaniu z powodu braku środków, pozwalających na wydzielenie włókien różnego rodzaju. Biorąc jednak pod uwagę pewne właściwości w ułożeniu pierwiastków zwojowych dla nerwów sympatycznych i rdzeniowo-mózgowych, mamy prawo z pewnem prawdopodobieństwem kilka uwag co do tej kwestyi wypowiedzieć. Już powyżej zwróciliśmy uwagę na fakt stały, że w jamie brzusznej i piersiowej, w miejscach spotykania się włókien dwóch różnych rodzajów znajdują się zazwyczaj komórki nerwowe; nadto w jednej z poprzednich prac naszych („O zwoju ocznym“) przy okazji badania nad umiejscowieniem zwoju ocznego (*Ganglion ophthalmicum*) zaznaczyliśmy, że w miejscach połączenia włókien dwóch różnych nerwów znajdują się również komórki nerwowe. Fakt ten stale się powtarzający, pozwala z pewnem prawdopodobieństwem, wobec wszystkich jednakowych warunków, przewidywać zjawisko odwrotne, t. j. w tych przypadkach, w których wykrywamy pierwiastki zwojowe wśród poplątanych włókien nerwowych, możemy przypuszczać, że włókna te należą do dwóch różnych układów nerwowych. Już poprzednio w ścianach

naczyń aorty i tętnicy krezkowej napotykalismy także same zbiory komórek nerwowych jak i w układzie sympatycznym. Ponieważ włókna nerwowe przechodzące na ścianę naczyń (aortę) tworzą się przy udziale nerwu sympatycznego i rdzeniowo-mózgowych, przeto, biorąc pod uwagę obecność komórek nerwowych pośrodku tych włókien w ścianie naczyń, możemy przypuszczać, że należą one do dwóch różnych układów: sympatycznego i rdzeniowo-mózgowego. Takie przypuszczenie zyskuje poparcie w ułożeniu włókien nerwowych, które stwierdzamy przy badaniach nad zbiorem komórek w naczyniach. Czasami, choć dość rzadko, udaje się zauważyć, że do zwoju wyżej leżącego w ścianie naczyń (aorty brzusznej) oprócz włókien po nim przebiegających, dochodzi pęczek nerwowy, od jednego z pni, wchodzących w skład splotu lędźwiowego i, o ile się zdaje, przecina się z łańcuszkiem sympatycznym nie wchodząc w bliższy z nim stosunek (fig. 2. N. c).

Część fizjologiczna.

Wszystkie prawie doświadczenia przeprowadzaliśmy na żabach jednego gatunku (*rana temporaria*), przeważnie przy użyciu kurary, której rozczyn (8:1000) zadawano w dawce niezbędnej do otrzymania słabej narkozy, t. j. do porażenia mięśni ruchów dowolnych, a wynoszącej dla żaby o wadze 60—80 grm. pół podziałki szpryki PRAVATZ'A. Ze względu na to, że ilość wprowadzanego rozczyń była zbyt małą, rozprowadzaliśmy go poprzednio 3—4 częściami wody i zadawaliśmy podskórnice w dawce odpowiedniej. Aczkolwiek wskutek wprowadzania rozczyń kurary o bardzo słabej sile trującej narkozy następowała zwolna, lecz usuwały się przytem warunki zbytńiego zatrucia zwierzęcia. Jest to okoliczność nadzwyczaj ważna, gdyż, jak wiadomo, większe dawki kurary znaczny wywierają wpływ na stan napięcia naczyń. Oprócz zwykłych wskazań do użycia kurary środek ten w doświadczeniach naszych był o tyle niezbędnym, że usuwał skurcze mięśni ruchów do-

wolnych, które, jak wiadomo (DOGIEL, GUMILEWSKI), posiadają znaczny wpływ na wypełnienie naczyń krwionośnych; a zjawisko to mogłoby stanowić przeszkodę w ocenianiu wpływu użytego do naszych badań innego czynnika. Małą tylko ilość doświadczeń kontrolujących przeprowadziliśmy bez kurary.

Dla obserwacji umieszczano żabę na osobnej drewnianej płytce, pokrytej korkiem, zastosowanej do stolika mikroskopu i zaopatrzonej w dwa otwory, z których jeden odpowiadał otworowi stolika. Ponad tymi otworami wyciągano albo błonę pływacką (płetwę), albo kreszkę żaby, a brzegi otworów w stoliku drewnianym otoczono obwódką korkową, która utrzymywała część badaną w pewnym raz nadanym położeniu; wyjątkowo tylko musieliśmy używać szpilek.

Do drażnień (oprócz czynnika mechanicznego zależnego od chwytania nerwu pincetem i zakładania pętli przy podwiązywaniu) stosowano przeważnie prąd indukcyjny, wywiązujący się z jednego elementu *GRÉNÉT'A* i przyrządu saneczkowego *DU BOIS-REYMOND'A* lub *A. GAIFF'A*. Aby umiejscowić podrażnienie, w celu uniknięcia przejścia prądu na tkanki sąsiednie, zastosowaliśmy elektrody składające się z dwóch cienkich izolowanych drutów, przeprowadzonych przez szklaną rurkę, której jeden koniec miał postać podłużnej łopatki długości 3 — 4 ctm. zaopatrzonej żłobkowatym zagłębieniem. Na tej łopacie leżały zakończenia cienkich drutów, na które nakładano w kierunku poprzecznym odcinek badanego nerwu, jaki niezależnie od części otaczających podlegał działaniu prądu. Po założeniu nerwu na elektrody, rurki wraz z przewodnikami utrzymywane były w stałym położeniu zapomocą ściskania; aby nie zmieniać położenia nerwu podczas doświadczenia, prąd był zamykany i otwierany zapomocą klucza. W większości przypadków używaliśmy prądu słabego, a do silniejszego przechodziliśmy przy powrotnych podrażnieniach.

W celu obserwowania stanu krwiobiegu i światła naczyń na błonach pływackich kończyn tylnych i kreszki u żaby, rozpatrywaliśmy te błony pod mikroskopem. Sposób ten, najdogodniejszy i najczęściej używany, tę jeszcze po-

siada wyższość nad innymi sposobami (np. przecinanie naczyń i obliczanie ilości wypływającej krwi), że nie wywołuje istotnych zaburzeń ani w naczyniach, ani w ich napełnieniu.

Sposób powyższy posiada jednakowoż wadę, że jest zbyt subiektywny, gdyż wszystkich zmian światła naczyń i szybkości krwiobiegu nie jesteśmy w możności zbadać, (chyba zapomocą kamery-lucidy lub okularu kalibrowanego), wszelako przy zachowaniu pewnych ostrożności wadliwość sposobu się zmniejsza, zwłaszcza jeżeli zwrócimy uwagę tylko na takie zmiany, co do których nie może być wątpliwości, np. skurcz naczyń i jego znikanie, zwężenie jego światła o połowę lub więcej, zupełne zatrzymanie krwiobiegu lub jego zwolnienie, gdy krążki krwi z trudnością i tak wolno przesuwają się po naczyniu tak, że ilość może być zliczoną i t. d. Wobec tego omyłki przy użyciu tego sposobu o tyle są możliwe jak i przy innych metodach więcej obiektywnych, zwłaszcza, że tylko w wyjątkowych przypadkach (np. wobec stałości zmian pod wpływem pewnego czynnika i t. d.) zwrócić uwagę należy na nieznaczne wahania w świetle naczyń i szybkości krwiobiegu; w razie przeciwnym wahania takie uważać można za prawidłowe.

Wogóle doświadczenia przeprowadzaliśmy w sposób następujący. Po podskórnem zastrzyknięciu kurary, trzymaliśmy zwierzę pod szklanym kloszem aż do wystąpienia narkozy. Gdy nastąpiło porażenie ważniejszych mięśni dowolnych (po 30—40'), żabę przenosiliśmy na stół i preparowaliśmy (w tej chwili narkoza była zupełną). Przebieg samej operacji był następujący: Położywszy żabę na grzbiecie i umocowawszy szpilkami przednie łapki w ten sposób, aby łapki tylne z łatwością można było wyciągnąć ponad otworem w stoliku drewnianym, przecinaliśmy skórę na środkowej linii brzucha, począwszy od spojenia łonowego aż do górnej części mostka. Drugie cięcie, prostopadłe do pierwszego, przeprowadzaliśmy nieco powyżej spojenia łonowego, oszczędzając żyły podskórne, które bywają w tem miejscu zazwyczaj bardzo rozwinięte. Odwinąwszy dwa w ten sposób utworzone trójkątne płaty skóry, przecina

się następnie ścianę brzuszną z prawej strony linii białej do mostka i przedłuża się cięcie na dół, nie dochodząc jednak do spojenia łonowego, aby nie zranić znajdujących się na tem miejscu żył. W pierwszych doświadczeniach, w celu uniknięcia krwotoku, w miejscu odpowiadajacem górnemu brzegowi spojenia łonowego, zapomocą ostrego haczyka tętniczego zakładaliśmy podwiązkę *en masse*; ostrożność ta była konieczną, gdyż utrata krwi wywołuje zmiany co do napełnienia tętnic i co do krwiobiegu. Również z tego powodu boczne mięśniowe ściany brzucha, wraz z przebiegającymi po obu stronach linii białej naczyniami (ze strony lewej wraz z żyłą wątrobową), były przewiązywane *en masse*. Następnie przecina się ściana brzuszna z obu stron w kierunku równoległym do pierwszego cięcia skórniego; gdy jednak badanie dotyczy jednej strony, przeciwnej połowy ściany brzusznej rozcinać nie należy. Wrazie trudności w odwinieciu płatów mięśniowych, cięcie dodatkowe przeprowadza się w tym samym kierunku w dolnej części mostka, nałożywszy poprzednio podwiązki na boczne ściany mięśniowe. W celu obnażenia nerwu sympatycznego i przylegających doń naczyń, zapomocą podwiązki przewleczonej przez luzną tkankę żołądka przesuwają się trzewia (kiszki, żołądek, wątrobę i t. d.) na stronę przeciwną, chwyta się pincetem wierzchołek opadłego wskutek nacięcia płuca i przesuwa się go w ten sposób, aby jednocześnie pociągnęło za sobą wątrobę. Jeżeli użyjemy do doświadczeń samicy, której jama brzuszna zawiera znaczną ilość ikry, natenczas ikrę należy usunąć nałożywszy uprzednio podwiązkę na trzon tych fałd, w których znajdują się jajka. Wogóle zaznaczyć należy, że doświadczenia na samicach nie tak dobrze się udają jak na samcach, nadto wskutek mniejszych rozmiarów narządów, operacja i drażnienie są nadzwyczaj niedogodne. Po rozzerwaniu pincetem powłoki surowiczej na tylnej ścianie jamy brzusznej, obnażamy naczynia, łańcuszek sympatyczny, nerwy rdzeniowo-mózgowe i sploty kulszowe w tej postaci jak to przedstawia fig. 1 i 2. Przytem pamiętać należy, aby przy podwiązywaniu włókien nerwowych przylegających do naczyń, o ile możności oszczędzać te ostatnie, gdyż

nietylko przerwanie lub zranienie, lecz nawet ucisk ich wstrzymuje bieg krwi w łapkach tylnych, a wtedy doświadczenie powinno być przerwanem.

Wrazie użycia krezki do obserwacji naczyń, kładliśmy żabę w ten sposób, aby kiszki mieściły się na wzniesionym brzegu otworu stoliku, a krezka wraz z naczyniami była ponadniem wyciągnięta.

Najpierw zwróciliśmy uwagę na wpływ, jaki wywiera nerw kulszowy i biodrowy na krwiobieg w płetwach tylnych łapek u żaby. Większość autorów twierdzi, że w nerwach tych zawierają się włókna naczynio-ruchowe dla odnośnych kończyn, a zaledwie niewiele (DOGIEL, GUMILEWSKI) przeczy udziałowi tych nerwów w czynności naczyń łapek tylnych. W celu wytłomaczenia sobie przyczyny tej różnorodności zdań, przerobiliśmy kilka doświadczeń, z których jedno dla przykładu przytaczamy.

Doświadczenie I. Dnia 11 Września 1891 roku. Żaba samiec, wagi 84 grm., koloru biało-zielonkawatego. Podskórnie wprowadzono połowę podziałki szprycki PRAVATZ'A, po 20' dodano jeszcze $\frac{1}{4}$ podziałki. Po 15' znaczne osłabienie mięśni dowolnych. Umieściwszy żabę na stoliczku grzbietem po góry, ze strony lewej obnażono nerw kulszowy, przecięto go w $\frac{1}{3}$ części środkowej, a koniec obwodowy uchwycono na przewiązkę. Lewą łapkę tylną wyciągnięto ponad otworem w stoliku. Koniec obwodowy nerwu kulszowego umieszczono na elektrodach, połączonych z przyrządem DU BOIS RAYMOND'A i z kluczem zamykającym prąd. Doświadczenie przeprowadzono przy użyciu powiększenia Ok. 3, S. 4 HART. 1). Łapkę od czasu do czasu zwilżano wodą.

Godz. 1 m. 25. Krwiobieg w błonie pływackiej prawidłowy. Zauważono: jedną małą tętniczkę i ukośnie do niej przebijającą na jednej płaszczyźnie żyłę; od czasu do czasu regularny skurcz tętnicy.

1) Powiększenie to używanem było stale w celu obserwacji krwiobiegu w błonie pływackiej.

Godz. 1 m. 28. Klucz otwarty. Prąd elektryczny przy odstępie między cewkami 120 mm. w ciągu 1'. Nie zauważono zmiany ani w krwiobieg, ani w świetle tętniczki.

Godz. 1 m. 31. Drażnienie nerwu kulszowego pomocą prądu (odstęp cewek 100 mm.) w ciągu 1'. Bez zmiany.

Godz. 1 m. 33. Drażnienie tegoż nerwu (odst. c. 70 mm.) w ciągu 1'. Bez zmiany.

Godz. 1 m. 47. Drażnienie (odst. c. 40 mm.) w ciągu 1'. Bez zmiany.

Godz. 1 m. 50. Drażnienie (odst. c. 20 mm.) w ciągu 1'. Bez zmiany.

Godz. 1 m. 54. Drażnienie (odst. c. 7 mm.) w ciągu 1'. Bez zmiany.

Kilka w ten sposób dokonanych doświadczeń dały wyniki ujemne; także wyniki otrzymano przy drażnieniu nerwu biodrowego w miejscu odpowiadającym górnej $\frac{1}{3}$ części uda w kierunku ku obwodowi, oraz nerwu kulszowego i biodrowego w kierunku dośrodkowym. Wobec tego zbytecznym byłoby przytaczanie protokółów wszystkich doświadczeń; dodać przytem winniśmy, że wyniki naszych poszukiwań zgadzają się z wynikami badań M. HARRITZ'A (p. literaturę) nad drażnieniem rdzenia.

Przekonawszy się, że podrażnienie nerwów biodrowego i kulszowego nie wywiera żadnego wpływu na naczynia błony płwackiej, zwróciliśmy tedy uwagę na nerwy sympatyczne. Ponieważ nerwy te leżą prawie bezpośrednio na tętnicy, przeto i drażnienie ich prądem uważaliśmy za nieodpowiednie z powodu możności przejścia podrażnienia na samo naczynie, przy odosobnianiu zaś na zbyt długiej przestrzeni nerwu sympatycznego od naczynia, musielibyśmy obrazić gałązki nerwowe, przechodzące z tego nerwu na ściany naczyń. W celu uniknięcia tej komplikacji, drażniliśmy tylko część nerwu sympatycznego, przeważnie gałązki przechodzące między tym nerwem, a nerwami międzybrowowymi, rdzeniowo-mózgowymi (fig. 1 i 2 N. c).

Doświadczenie II. Dnia 14 Grudnia 1891 roku. Żaba samiec, wagi 96 grm. Wprowadzono w dwóch dawkach jedną podziałkę (szprycki PRAVATZ'A) roztworu kura-ry o znacznem stężeniu. Gdy mięśnie dowolne zostały po-

rażone, umieszczono żabę na stoliku i preparowano według sposobu powyżej opisanego w celu obnażenia lewego nerwu sympatycznego; pod gałązkę łączącą wprowadzono podwiązkę, pętlę założono o ile możności najbliżej wyjścia nerwu rdzeniowo-mózgowego, a następnie gałązkę (Nr. 1) przecięto. (Na rysunku miejsce przecięcia oznaczono kreską). Toż samo zrobiono z następną (w kierunku do łapek tylnych) gałązką łączącą (Nr. 2). Również przecięto nerw sympatyczny ponad miejscem przejścia gałązki Nr. 1 (miejsce przecięcia nerwu sympatycznego oznaczonem jest na fig. 1 kreską poprzeczną); następnie gałązki łączące wraz z nerwem sympatycznym ostrożnie oddzielono na pewnej przestrzeni od naczynia; obydwa nerwy stanowią nitkę długości około $2\frac{1}{2}$ ctm. Po wyciągnięciu prawej łapki tylnej ponad otworem w stoliku, podprowadzono pod gałązkę Nr. 1 elektrody połączone z saneczkowym przyrządem Du Bois REYMOND'A i kluczem w celu zamykania prądu. Od czasu do czasu łapkę zwilżano wodą.

Godz. 2 m. 25. Krwiobieg w błonie płwackiej prawidłowy, następnie słabe rozszerzenie naczyń. W środku pola widzenia mała tętniczka, a nieco pod kątem do niej—żyła.

Godz. 2 m. 29. Drażnienie gałązki N. 1 (odst. c. 120 mm.) w ciągu 1'. Widoczne przyspieszenie krótkotrwałe krwiobiegu w tętnicy, następnie szybkość krwiobiegu prawidłowa.

Godz. 2 m. 33. Drażnienie gałązki Nr. 1 (odst. c. 90 mm.) w ciągu $1\frac{1}{2}'$. Rezultat ten sam jak poprzednio, nawet nieco mniejszy.

Godz. 2 m. 40. Drażnienie gałązki Nr. 1 (odst. c. 70 mm.) w ciągu 1'. W pierwszej chwili wystąpiło znaczne przyspieszenie krwiobiegu z początku w tętnicy, później w żyłę, następnie tętnica się kurczy i ilość krwi znacznie się zmniejsza. Przy końcu podrażnienia światło tętnicy jest zaledwie widocznem (przesuwają się w niej wolno czerwone krążki krwi), żyła również wydaje się węższą, a pole całe blednie. W takim stanie były naczynia jeszcze w ciągu 10" po podrażnieniu, następnie zaś krążki krwi szybko przebiegały w tętniczce i żyłę; po upływie 30" (od końca

podrażnienia) krew przebiega w tętniczce falą nieustająca, po upływie 40'' tętniczka rozszerzyła się do połowy swej pierwotnej objętości, po upływie zaś 1'10'' krwiobieg powraca do stanu pierwotnego.

Godz. 2 m. 45. Powtórne podrażnienie gałązki Nr. 1 prądem tejże siły w ciągu 1'. Wynik podobny, choć nieco słabszy; światło naczynia nie zwęża się więcej, niż o połowę, a zwolnienie w krwiobiegu wyraża się w ten sposób, że krew przebiega po naczyniu tylko w postaci wąskiej fali. Prawie bezpośrednio po ukończeniu drażnienia tętnica się rozszerzyła i powróciła do stanu pierwotnego po upływie 30''.

Godz. 2 m. 52. Drażnienie gałązki Nr. 1 (odst. c. 50 mm.) w ciągu 1'. Wynik ten sam, co i poprzednio, choć utrzymuje się krócej. Po 8'' od końca podrażnienia następuje przyspieszenie krwiobiegu i rozszerzenie tętniczki, po upływie zaś 45'' powrót do stanu poprzedniego. Gałązkę Nr. 1 zdjęto z elektrodów.

Godz. 3 m. 8. Na elektrodach umieszczono gałązkę Nr. 2 i drażniono prądem (odst. c. 70 mm.) w ciągu 1'. Przy końcu podrażnienia krwiobieg wydaje się przyspieszonym.

Godz. 3 m. 12. Drażnienie gałązki Nr. 2 (odst. c. 70 mm.) w ciągu 1'. Przy końcu podrażnienia widać wzmożenie krwiobiegu i zwężenie naczynia prawie do połowy. Stan ten utrzymuje się dość długo po przerwaniu podrażnienia (2—3''), następnie występują objawy odwrotne, a po upływie 20'' krwiobieg powraca do stanu pierwotnego.

Godz. 3 m. 24. Drażnienie gałązki Nr. 2 (odst. c. 40 mm.) w ciągu 1'. Po upływie 30'' wystąpiły charakterystyczne zmiany w szybkości krwiobiegu i średnicy tętniczki; przy końcu 1' wynik otrzymano ten sam, jak i przy drażnieniu gałązki Nr. 1 po 40''. Stan taki trwał 5'' po ukończeniu drażnienia, następnie wystąpiły objawy odwrotne, a po upływie 50'' krwiobieg powrócił do stanu pierwotnego.

Godz. 3 m. 30. Drażnienie gałązki Nr. 2 (odst. c. 30'') w ciągu 1'). Podczas podrażnienia zrazu bieg krwi przyspiesza się, a tętnica kurczy się więcej niż o połowę. Pra-

wie natychmiast po ukończeniu podrażnienia wystąpiły objawy odwrotne; po upływie 28—30'' nastąpił powrót naczynia do stanu pierwotnego.

Godz. 3 m. 33. Drażnienie gałązki Nr. 2 (od. c. 25 mm.) wciągu 1'40''. Przy końcu podrażnienia szybkość biegu krwi wzmagą się, a naczynie prawie o połowę się zwęża; objawy te w 25'' od końca podrażnienia znikły. Na elektrodach umieszczono gałązkę Nr. 1.

Godz. 3 m. 43. Drażnienie gałązki Nr. 1 (odst. c. 30 mm.) w ciągu 1 1/3'. Bieg krwi jest szybszym, naczynie się kurczy, prawie znika; po 85'' od końca podrażnienia powrót do stanu pierwotnego.

Badanie anatomiczne okazało, że podwiązano tylko te części, które oznaczone były w opisie operacji. Przebieg rękoczynu nie był powikłany żadnymi komplikacjami.

Doświadczenie III. Żaba samiec, wagi 100 grm. Wprowadzono rozczyń kurary podskórnie w okolicę grzbietową w ilości nieco większej od jednej podziałki szprycki PRAVATZ'A. W sposób powyżej opisany obnażono nerw sympatyczny prawy i założyło podwiązki na 2-gą i 3-cią gałązki nerwowe, łączące odpowiednie nerwy rdzeniowo-mózgowe z nerwem sympatycznym, który przecięto powyżej miejsca połączenia z gałązką 2-go nerwu rdzeniowo-mózgowego. Błona pływacka wyciągnięta następnie ponad otworem prawej łapki tylnej, rozpatrywana pod mikroskopem, była prawie bezkrwistą. Sądząc, że zaburzenia w krwiobiegu zależało od ucisku wywartego na główne naczynia, żabę odwiązano i usunięto na 20'. Po upływie tego czasu przy ponownem badaniu bieg krwi w błonie pływackiej prawej łapki tylnej okazał się przywróconym, a naczynia o wiele szersze, niż to ma miejsce w warunkach zwykłych. Wobec przywróconej cyrkulacji, za przyczynę powyższych objawów uważaliśmy silne mechaniczne podrażnienie nerwu sympatycznego podczas rękoczynu, o czym zresztą przekonaliśmy się w następnych w tym celu przeprowadzonych doświadczeniach. Na pole widzenia wstępuje mała tętnica i kilka szerszych żył, mających w stosunku do tętnicy kierunek ukośny. Elektrody doprowadzone pod drugą gałązkę nerwową (gałązkę tę w stosunku do doświad-

czenia drugiego będziemy nazywać 3-cią, gałązkę leżącą ponad nią a pierwszą w obecnem doświadczeniu, nazwiemy odnośnie do doświadczenia poprzedniego — 2-gą, a gałązce najbliższej do głowy, nieprzeciętej w tem doświadczeniu, nadamy nazwę Nr. 1). Drażnienie odbywało się za pomocą przyrządu saneczkowego DU BOIS REYMOND'A w połączeniu z kluczem; łapkę od czasu do czasu zwilżano wodą.

Godz. 2 m. 50. Drażnienie gałązki Nr. 3 (odst. c. 80 mm.) w ciągu 1'. Po upływie mniej więcej 10" wzmagać się zaczęła szybkość krwiobiegu i zwięźenie światła tętnicy, t. j. otrzymaliśmy objawy podobne do opisanych w Nr. II i oznaczonych pod g. 2 m. 40: z początku wystąpiło przyspieszenie krwiobiogu, następnie skurcz tętnicy i zwolnienie biegu; skurcz tętnicy był tak znacznym, że światło naczynia znikło, a samego naczynia niepodobna było odróżnić od tkanek otaczających. Stan ten trwał po ukończeniu podrażnienia jeszcze 30", poczem zrazu wolno, później z szybkością wzrastającą przesuwać się zaczęły w tętnicy krążki krwi, wreszcie po upływie 50"—1' krew płynęła bez przerwy, choć tętnica była więcej niż o połowę węższą. Następnie szybkość wracać zaczęła do stanu prawidłowego, światło tętnicy się rozszerzało, a powrót zupełny do stanu pierwotnego nastąpił po upływie 1'40".

Godz. 2 m. 55. Drażnienie gałązki Nr. 3 prądem tej samej siły w ciągu 1'. Efekt nieco słabszy: naczynie nie opróżniło się zupełnie, bieg krążków krwi był bez przerwy, choć znacznie wolniejszy. Po ukończeniu podrażnienia obraz największych zmian trwał około 15"; po upływie 50" nastąpił powrót do stanu pierwotnego.

Godz. 3 m. 2. Drażnienie gałązki Nr. 3 (odst. c. 50 mm.) w ciągu 1'. Obserwowano tętnicę i żyłę. Wynik podrażnienia tętnicy taki, jak o godz. 2 m. 50, zmiany występowały wolniej, choć doszły do tegoż samego stopnia, t. j. do opróżnienia tętnicy i zupełnej bladeści tła; nadto, *maximum* zbroczeń trwało niedłużej jak 20" od końca podrażnienia, później tętnica zmieniała się w kierunku odwrotnym, wreszcie powróciła do stanu pierwotnego po upływie 1'15". Jednocześnie można było zauważyć, że pod-

czas gdy tętnica zaczynała się zwężać, w żyłach zrazu występuje przyspieszenie krwiobiegu, następnie zaś zwolnienie dochodzi w nich do tego stopnia, że w świetle ich pozostają tylko oddzielne krążki ¹⁾, które poruszają się naprzód i w tył. Stan ten trwał przez czas pewien po ukończeniu podrażnienia, następnie występowały ruchy postępujące w zwykłym kierunku, a fala krwi przebiegała coraz szybciej, wreszcie szybkość krwiobiegu powracała do stanu prawidłowego.

Godz. 3 m. 15. Elektrody podprowadzono pod gałązkę Nr. 2, którą drażniono prądem (odst. c. 70 mm.) w ciągu 1'. Pod koniec podrażnienia wystąpiło w znacznym stopniu przyspieszenie krwiobiegu, światło tętnicy nie więcej jak o połowę się zwężyło. Po ustaniu podrażnienia objawy odwrotne nastąpiły w 40''.

Godz. 3 m. 17. Podrażnienie gałązki Nr. 2 (odst. c. 40 mm.) w ciągu 1'. Po upływie pierwszej pół minuty zauważono znowu przyspieszenie krwiobiegu w tętnicy i zwężenie jej światła, które doszło do tego stopnia, że, choć dość szybko, przechodziły w niej tylko oddzielne krążki krwi. Czasami można było obserwować coś podobnego do uderzenia w tych razach, gdy kilka krążków razem się przeciskało. Stan ten trwał prawie 10'', poczem wystąpiły objawy odwrotne, a krwiobieg powracał do stanu pierwotnego po 45''.

Godz. 3 m. 22. Drażnienie gałązek Nr. 2 (odst. c. 40 mm.) w ciągu 1½'. Zmiany polegają na przyspieszeniu krwiobiegu z następującem zwolnieniem i zwężeniem światła tętnicy, które jednak do połowy zwykłej średnicy nie dosięga. Prawie natychmiast wraz z ustaniem podrażnienia występują objawy odwrotne, a po upływie 20''—25'' krwiobieg powraca do stanu pierwotnego.

¹⁾ W niektórych doświadczeniach po tym stanie zauważyliśmy bieg krwi w kierunku odwrotnym. Gdy podrażnienie ustaje, krew zatrzymuje się, a znaczna ilość krążków krwi skupia się w jednym miejscu; następnie wydaje się jakby krążki te przeciskały się w zwykłym kierunku, a krew zaczyna przepływać stałą falą z szybkością prawidłową.

Godz. 3 m. 33. Gałązkę Nr. 3 drażniono (odst. c. 30 mm.) w ciągu 1'. Podczas podrażnienia zauważono przyspieszenie krwiobiegu, później zwolnienie biegu i zwięźnienie światła tętnicy, która następnie znikła z pola widzenia. Po 8" od końca podrażnienia występować zaczęły w zwykłym porządku objawy pierwotne, a po upływie 40" nastąpił zupełny powrót do stanu pierwotnego.

Przy kontrolującym dochodzeniu anatomicznem, wszystkie narządy znaleziono w stanie odpowiadającym prawidłowemu przebiegowi operacji.

Ponieważ zmiany, występujące wskutek podrażnienia gałązek nerwowych, które zawierają włókna naczynioruchowe, są stałe i następują według jednakowego porządku, choć czasami bywają różnego natężenia, przeto nie będziemy tutaj przytaczali protokółów wszystkich doświadczeń; o ile się nam zdaje, doświadczenia powyżej opisane dostateczne dają pojęcie o metodzie badania i o cechach zmian przez nas otrzymywanych. Wobec tego wprost przechodzimy do wytlumaczenia drogi, której trzymaliśmy się w doświadczeniach i ich wyników, zwracając uwagę tylko na urządzenie tych doświadczeń, które czemkolwiek wyróżnią się od doświadczeń poprzednich.

W sposób powyżej opisany zbadaliśmy nadto gałązki łączące nerw sympatyczny z nerwami rdzeniowo-mózgowymi po stronie lewej i doszliśmy do przekonania, że podrażnienie gałązek, odpowiadających Nr. 1, 2, 3 w doświadczeniach poprzednich, wywiera znacznie mniejszy wpływ na krwiobieg w błonie płwackiej, aniżeli podrażnienie tych samych gałązek po stronie prawej odnośnie do łapki prawej. Taki wynik można było zgóry przypuszczać, na podstawie stosunków anatomicznych lewego nerwu sympatycznego, którego większa część przebiega nie w kierunku aorty, lecz tętnicy kręzkowej.

W części anatomicznej wspominaliśmy, że nerw sympatyczny łączy się z tymi pniami nerwowymi, które wchodzi w skład splotu kulszowego. Wobec tego badaliśmy wszystkie pnie oddzielnie, poddając je drażnieniu w tych samych warunkach, w jakich drażniliśmy nerwy w doświadczeniach poprzednich. Na pień nerwowy nakładaliśmy pod-

wiązkę o ile możności najbliżej jego wyjścia z otworu międzykręgowego, następnie zaś oddzielaliśmy go na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ —2 ctm. od tkanek otaczających i w tym stanie umieszczaliśmy na elektrodach. Przy podrażnieniu każdego pnia nerwowego, wchodzącego w skład splotu nerwowego, na błonie pływackiej odpowiedniej tylnej kończyny otrzymaliśmy też same zmiany, jak i w doświadczeniach wyżej przytoczonych; stopień tych zmian, obok innych warunków, jest w pewnej zależności od siły podrażnienia, a ze wszystkich gałązek nerwowych splotu, o ile się zdaje, największą energiję posiada gałązka 2-ga i 3-cia (licząc od głowy).

Porównanie powyżej przytoczonych danych z wynikami doświadczenia I-go (podrażnienie nerwu kulszowego na udzie w kierunku obwodowym nie wywołuje zmian w stanie naczyń, ani w krwiobiegu odpowiedniej tylnej kończyny) naprowadza na pewne wątpliwości, wymagające wyjaśnienia. Dlatego też należy najpierw określić 1) czy podrażnienie nerwów odchodzących od splotu kulszowego jest skutecznem po przecięciu nerwu kulszowego na udzie, t. j. czy w naczyniach odpowiedniej łapki tylnej wystąpi wtedy zbiór charakterystycznych objawów; 2) a jeżeli objawy te w istocie wystąpią, to chodzi o określenie przestrzeni, na której podrażnione nerwy splotu kulszowego wpływ swój odnośnie do naczyń kończyny tylnej rozszerzają.

Doświadczenia w tym celu podjęte przeprowadziliśmy w sposób następujący: 1^o drażniliśmy nerwy splotu kulszowego w miejscu ich wyjścia z jamy brzusznej po uprzednim przecięciu nerwu kulszowego w $\frac{1}{3}$ środkowej części uda; wynik był taki, jak gdyby nerw kulszowy nie był przeciętym; 2^o robiliśmy kolejne przecięcia nerwu kulszowego na udzie i splotu kulszowego w miednicy w kierunku do głowy, a następnie drażniliśmy nerwy jak poprzednio w miejscu ich wyjścia. Otóż zauważyliśmy, że przecięcie nerwu kulszowego na całej przestrzeni uda ¹⁾ nie zmienia obja-

¹⁾ Przecięcia nerwu kulszowego na udzie należy dokonywać bardzo ostrożnie i delikatnie, aby nie ucisnąć tętnicy i wskutek tego nie wywołać zaburzeń cyrkulacyjnych w błonie pływackiej.

wów, wywołanych w krwiobiegu i naczyniach łapki tylnej, przez podrażnienie nerwu kulszowego ze strony odpowiedniej, i odwrotnie, przecięcie nerwu kulszowego w miednicy i splotu kulszowego w jamie brzusznej zmniejsza skutek podrażnienia lub też go znosi, w zależności od miejsca przecięcia: im wyżej dokonaniem jest przecięcie, tem skutki podrażnienia są słabsze.

Aby się jeszcze bardziej przekonać, że nerwy kulszowe nie posiadają wpływu na naczynia i bieg krwi w kończynach tylnych, przeprowadziliśmy kilka doświadczeń w sposób następujący. Nerwy splotu kulszowego, podwiązane w miejscu wyjścia z otworów międzykręgowych i na całej przestrzeni aż do wyjścia z miednicy starannie oddzielone od łączących gałązek nerwowych, pojedynczo lub razem drażnione były prądem elektrycznym w kierunku obwodowym.

Jeżeli wszystkie gałązki łączące były dokładnie oddzielone ¹⁾, natenczas podrażnienie tych nerwów nie wywiera zupełnie wpływu na naczynia i bieg krwi w błonie pływackiej odpowiedniej tylnej kończyny; w przeciwnym razie można się przekonać przy badaniu anatomicznem, że część gałązek łączących nie była przeciętą.

Dokonane przez nas doświadczenia doprowadzają do wniosku, że nerwy naczynioruchowe kończyn tylnych u żaby, zawierają się w odpowiednich łańcuszkach sympatycznych, przebiegających w kierunku aort piersiowych i brzusznych. Od nerwów naczynioruchowych na całej przestrzeni odchodzą gałązki łączące do nerwów rdzeniowo-mózgowych, zwłaszcza do nerwów wchodzących w skład splotu kulszowego. Gałązki te są właściwie pętlami (*rami communicantes*), które do nerwów mózgowo-rdzeniowych tylko przylegają, (nerwy mózgowo-rdzeniowe powyżej i poniżej miejsca, w którym przyłączają się gałązki łączące, nie zawie-

¹⁾ Nadzwyczaj trudnego oddzielenia wszystkich gałązek nie u każdej żaby udaje się dokonać, ponieważ gałązki łączące nerw sympatyczny z nerwami splotu kulszowego nieraz leżą prawie w samym otworze dolnym miednicy.

rają włókien naczynioruchowych), a następnie wracają do spłotu sympatycznego, wraz z nim przechodzą na kończyny tylne i w ścianach naczyń się rozgałęziają. Fakt ten zresztą stwierdzają stosunki anatomiczne, mianowicie kierunek, w którym przebiegają rdzenne włókna nerwowe w miększu ścian naczyńowych.

W doświadczeniu I-szem widzieliśmy, że drażnienie nerwów na udzie w kierunku dośrodkowym nie wywołuje zmian w stanie naczyń i biegu krwi w odnodze dolnej ze strony przeciwnej. Ostrożność ta przemawia do pewnego stopnia za niezależnością nerwów naczynioruchowych od układu rdzeniowo-mózgowego. Pomimo zgodności naszych obserwacji z wynikami pracy HAFIZ'A nad drażnieniem rdzenia kręgowego (brak wpływu na naczynia kończyn tylnych), w celu dokładniejszego objaśnienia tej sprawy, (zwłaszcza ze względu na obecność gałązek łączących pomiędzy spłotem kulszowym, a łańcuszkami sympatycznymi i ze względu na możliwość podrażnienia drogą zwojów sympatycznych) wykonaliśmy kilka doświadczeń w sposób następujący.

Dośrodkowy odcinek nerwu kulszowego, przeciętego na udzie u żaby, drażniono z początku prądem słabym, później coraz to silniejszym i obserwowano naczynia na błonie pływackiej odpowiedniej kończyny, następnie na tejże błonie ze strony przeciwnej.

Otóż okazało się, że podrażnienie nerwu sympatycznego nie wywołuje żadnych zmian w stanie naczyń i w krwiobiegu, ani w odnodze tylnej po tejże stronie, ani po stronie przeciwnej; takiż wynik ujemny otrzymaliśmy przy podrażnieniu dośrodkowych odcinków nerwów, wchodzących w skład spłotu kulszowego.

Na podstawie tego rodzaju doświadczeń dochodzimy do przekonania, że włókna naczynioruchowe dla odnóg tylnych nie tylko nie łączą się z nerwami mózgowo-rdzeniowymi (podrażnienie tych ostatnich [*nervi ischiadici*] nie wywiera wpływu na naczynia i krwiobieg w tylnych odnogach), lecz że nadto pomiędzy nerwami naczynioruchowymi obu stron niema, o ile się zdaje, żadnej komunikacji

(przy podrażnieniu dośrodkowych odcinków spłotu kulszowego częściowo ulegają drażnieniu i gałązki łączące te nerwy z nerwem sympatycznym).

Również i w inny sposób staraliśmy się przekonać o prawdziwości tych objawów. Zachowując zwykłe warunki doświadczenia, przewiązywaliśmy gałązki łączące nerw sympatyczny z nerwami spłotu kulszowego i drażniliśmy je w kierunku dośrodkowym. Następnie w pewnych doświadczeniach oprócz gałęzek spajających, drażniliśmy część samego nerwu sympatycznego i obserwowaliśmy stan naczyń i krwiobiegu na błonie pływackiej po stronie przeciwnej, zmian żadnych jednak nie zauważyliśmy. Przeto włókna naczynioruchowe dla kończyn tylnych nie są zależne nie tylko od układu mózgowo-rdzeniowego, lecz nawet i pomiędzy sobą zachowują samodzielność, na podobieństwo nerwów naczynioruchowych dla naczyń upięknień głowy i szyi u ptaków, które to nerwy, według naszych badań, przebiegając w części szyjowej nerwu sympatycznego są zupełnie od siebie odosobnione (JEGOROW).

Wspominaliśmy poprzednio (patrz: Część anatomiczna), że włókna nerwowe, zawarte w części piersiowej nerwu sympatycznego, nie przechodzą całkowicie do części brzusznej, lecz że pewna ich ilość (większa po stronie lewej) odosabnia się i dąży do początku tętnicy krezkowej (fig 2. R. m). W celu zbadania stosunku pomiędzy pęczkami nerwowymi, a gałęziami tętnicy krezkowej, obserwowaliśmy bieg krwi i stan naczyń na krezce i zauważyliśmy ścisłą zależność naczyń od przylegającej do nich części układu sympatycznego.

Do doświadczeń tych, które wykonywaliśmy w warunkach opisanych w poprzednich protokołach, odpowiedniejszymi są samce niż samice. Żabę położyć należy na boku tuż przy wzniesionym brzegu otworu na stoliku w ten sposób, aby kiszki wraz z krezką bez uszkodzenia wyciągnąć ponad tym otworem w celu badania mikroskopowego. Ponieważ przy wysychaniu krezki bieg krwi w niej ustaje, należy przeto często zraszać ją fizjologicznym roztworem soli kuchennej.

Z doświadczeń tego rodzaju dochodzimy do przekonania, że podrażnienie nerwów sympatycznych z obu stron wywołuje zmiany w krwiobiegu i w świetle naczyń, zupełnie identyczne z temi zmianami, jakie obserwowaliśmy na naczyniach błony płwackiej; zaznaczyć jednak winniśmy, że przy podrażnieniu części piersiowej nerwu sympatycznego ze strony prawej występują zmiany mniej stałe i mniej wybitne, aniżeli przy podrażnieniu tegoż nerwu ze strony lewej, czyli innymi słowy, aby otrzymać przy podrażnieniu nerwu sympatycznego po stronie prawej zmiany największego natężenia, należy zastosować prąd o wiele silniejszy, aniżeli zachodzi tego potrzeba do wywołania podobnego skutku na drodze podrażnienia nerwu sympatycznego po stronie lewej.

Badania w pracy niniejszej opisane, upoważniają nas do wyprowadzenia następujących wniosków:

1) Włókna nerwowe naczynioruchowe dla kończyn tylnych u żaby, przebiegają przez część piersiową i brzuszную łańcuszków sympatycznych; przy splocie kulszowym tworzą one pętlice spajające dla nerwów wchodzących w skład tego splotu ¹⁾ i, przechodząc następnie po naczyniach kończyn tylnych, rozgałęziają się na naczyniach błony płwackiej.

2) Włókna naczynioruchowe dla kończyn tylnych nie mają związku z układem sympatycznym; są one również od siebie niezależne (prawa strona od lewej).

3) Oprócz włókien naczynioruchowych, przebiegających w łańcuszkach sympatycznych i po ścianach naczyń, innych tego rodzaju włókien dla kończyn tylnych ani splot

¹⁾ Na podstawie badań SERGJEWY, dotyczących zmian w krwiobiegu *membranae nicticantis* u żaby pod wpływem podrażnienia nerwu sympatycznego i nerwów rdzeniowo-mózgowych przypuścić należy, że tego rodzaju połączenie ma miejsce w okolicy 3-go kręgu.

kulszowy, ani nerw kulszowy i biodrowy nie posiadają; ztąd też podrażnienie tych dwóch nerwów nie wywołuje żadnych zmian w naczyniach i biegu krwi w błonie pływackiej kończyn tylnych.

4) W ścianach naczyń (aorty, tętnicy kręzkowej i jej gałęzi) nerwy układają się w postaci dwóch splotów, z których jeden, powierzchowniejszy, leży w warstwach głębszych błony zewnętrznej, drugi, głębszy, rozgałęzia się na pierwiastkach mięśniowych i częściowo pomiędzy nimi. Włókna nerwowe, wchodzące w skład tych splotów, tworzą anastomozy i posiadają znaczną ilość ziarnistych zgrubień; powstają one z tych grubych włókien rdzennych, które przebiegają w najpowierzchniejszych warstwach błony zewnętrznej, dążąc do więcej oddalonych części naczynia.

5) W mięszu ściany naczyniowej, na zewnętrznej powierzchni warstwy mięśniowej miejscami napotkać można komórki nerwowe w postaci zwojów; komórki te są trojakiiego rodzaju, mianowicie: wielkie, średniej wielkości i małe, a te ostatnie w porównaniu z dwiema pierwszymi mocniej zabarwiają się od kwasu osmowego. Komórki bywają otoczone włóknami nerwowymi, posiadającymi przeważnie postać pęczków.

6) Przy podrażnieniu nerwów naczynioruchowych (dla kończyn tylnych), przebiegających przez łańcuszki sympatyczne, w naczyniach błony pływackiej na stronie odpowiadającej nerwowi podrażnionemu obserwujemy następujący zbiór objawów. Z początku następuje przyspieszenie krwiobiegu, następnie naczynie zaczyna się kurczyć, bieg krwi zwalniać, wreszcie krwiobieg się zatrzymuje, a światło naczynia ginie; po ustaniu podrażnienia zrazu widać oddzielne krążki krwi, zwolna przechodzące w naczyniu, później ilość tych krążków wzrasta, a szybkość ich ruchu się zwiększa, poczem krew przebiega falą ciągłą, światło naczynia rozszerza się, a krwiobieg powraca do stanu pierwotnego. Co się zaś tyczy żyły, to z początku szybkość biegu krwi wzrasta, następnie powstaje zwolnienie krwiobiegu, które dochodzi do zupełnego zastoju; kilka krążków krwi porusza się naprzód i w tył, poczem przebiegać zaczyna prąd w kie-

runku odwrotnym. Po ustaniu podrażnienia krwiobieg bywa wolniejszym lub też zupełnie ustaje; natenczas zatykają żyłę krążki krwi, przepychające się następnie w kierunku zwykłego krwiobiegu, który powoli szybkość prawidłową odzyskuje.

7) Powyżej opisane zmiany w krwiobiegu przedstawiają się niejednakowo przy podrażnieniu różnych gałązek, mianowicie najwyraźniejszymi bywają one przy podrażnieniu 3-ej i 4-ej gałązki spajającej (rachując od głowy) po stronie prawej, oraz 2-go i 3-go pnia nerwowego, wchodzących w skład splotu kulszowego po obu stronach.

8) Zmiany, analogiczne do zmian opisanych pod liczbą 6, obserwować można w naczyniach krezki przy podrażnieniu pęczków nerwowych idących do krezki; są one wyraźniejsze po stronie lewej niż po prawej.

9) Przy powtórnych podrażnieniach nerwów naczynioruchowych, w celu otrzymania jednakowego skutku, następujące prądy winny być silniejsze; a fakt szybszego powrotu do stanu normalnego po każdym powtórnym porażeniu przemawia za tem, że nerwy te szybko się wyczerpują.

Objaśnienie rysunków.

(*Tabl. III i IV*).

Fig. 1. Nerwy sympatyczne i rdzeniowo-mózgowe u żaby. Preparat poddany był działaniu $\frac{1}{2}\%$ kwasu octowego — narządy znacznie rozsunięte. Powiększenie $2\frac{1}{2}$.—Lupa.

C. v. Kręgosłup.

A. t. Aorty piersiowe. Naczynia są przysunięte do linii środkowej kręgosłupa.

A. a. Aorta brzuszna.

A. m. Tętnica kręzkowa.

c. Żebra.

G. sy. p. Zwoje odpowiadające splotowi barkowemu.

N. sy. Nerw sympatyczny.

G. sy. Zwoje nerwu sympatycznego; wraz z N. sym. tworzą one łańcuszek sympatyczny.

N. sp. Nerwy rdzeniowo-mózgowe wydostające się z międzyżebry.

N. c. Gałązki spajające pomiędzy nerwami rdzeniowo-mózgowymi a łańcuszkiem sympatycznym.

R. s. Gałązki nerwowe, przechodzące z łańcuszka sympatycznego na ścianę naczynia.

N. m. d. Gałązka prawa, idąca do art. mesenterica.

N. m. s. Gałązka lewa, idąca do art. mesenterica.

G. v. Twory zwojowe na ścianie naczynia.

N. c. (a). Gałązka oznaczona Nr. 1 (w doświadczeniach, i miejsce jej przecięcia); kreską również oznaczono miejsce przecięcia nerwu sympatycznego.

Fig. 2. Część brzuszna nerwu sympatycznego u żaby. Preparat po wycięciu rozpostarty pomiędzy dwoma szkiełkami przedmiotowymi w zakwaszonej glicerynie. Lupa. Powiększenie około $3\frac{1}{2}$.

A. t. Aorta piersiowa.

A. a. Aorta brzuszna.

A. i. *Arteriae iliacaе*.

A. m. Początek tętnicy kręzkowej.

G. sp. Zwoje rdzeniowo-mózgowe, wydobyte razem z nerwami rdzeniowo-mózgowymi.

N. sp. Gałązki nerwów rdzeniowo-mózgowych, łączące te ostatnie z łańcuszkiem sympatycznym.

G. sy. Zwoje łańcuszka sympatycznego, leżące wzdłuż aorty brzusznej.

N. sy. Pnie łańcuszka sympatycznego, łączące jego zwoje (G. sy.).

N. p. i. Pnie nerwowe wchodzące w skład splotu kulszowego.

N. c. Gałązki nerwowe, łączące nerwy splotu kulszowego z nerwem sympatycznym.

v. s. Gałązki nerwowe, przechodzące od łańcuszka sympatycznego do ściany naczynia i w niej się rozgałęziające.

G. sy. v. Zwoje nerwowe w ścianie naczynia.

R. m. Gałązka nerwu sympatycznego, dochodząca do tętnicy kręzkowej.

N c. Gałązka idąca od nerwu rdzeniowo-mózgowego do zbioru komórek w ścianie naczynia.

Fig. 3. Część ściany aorty brzusznej. Tętnica wzdłuż przecięta i rozpostarta na szkiełku przedmiotowym; powierzchnia zewnętrzna obróconą była do szkiełka przykrywkowego. Preparat poddany działaniu błękitu metylenowego. Powięk. Ok. 3, S. 4 HART. Linija całkowita oznacza splot powierzchniowy, kropkowana—splot głębszy w mięszu ściany naczyniowej.

Fig. 4. Część ściany tętnicy kręzkowej. Naczynie, wzdłuż przecięte, umieszczono na szkiełku przedmiotowym powierzchnią zewnętrzną do góry (do szkiełka przykrywkowego). Preparat poddany działaniu błękitu metylenowego. Sploty nerwowe: powierzchniowy oznaczony liniją całkowitą, głęboki—kropkowaną. Powięk. Ok. 3, S. 5 HART.

Fig. 5. Część tętnicy kręzkowej. Preparat poddany działaniu błękitu metylenowego. Sploty: powierzchniowy — linija całkowita i głęboki—linija kropkowana. Powięk. Ok. 3, S. 4 HART.

Fig. 6. Splot nerwowy, obejmujący tętnicę spiralnie. Linija całkowita oznacza splot powierzchniowy, kropkowana—splot głęboki. Preparat poddany był działaniu błękitu metylenowego.

Fig. 7. Część ściany art. mesentericae. Podłużne przecięcie tętnicy zapomocą mikrotomu, grubość skrawka 0,045 mm. Skrawek powyższy prawie bezpośrednio przylegał do warstwy mięśniowej tętnicy. Kwas osmowy. Powięk. Ok. 3, S. 7 HART., tubus podniesiony na 5 ctm.

A. Komórki nerwowe wielkie.

B. Komórki nerwowe średniej wielkości.

C. Komórki nerwowe małe.

D. Odcinki włókien rdzennych.

E. Kawałek komórki nerwowej bez jądra i jąderka.

Fig. 8. Część ściany tętnicy kręzkowej, przeciętej w kierunku poprzecznym. Komórki nerwowe leżą w mięszu ściany naczynia. Pow. Ok. 3, S. 7 HART. Kwas osmowy.

A. Powierzchnia zewnętrzna tętnicy.

B. Powierzchnia wewnętrzna tętnicy.

C. Komórki nerwowe wielkie.

D. Komórki nerwowe średniej wielkości.

E. Komórki nerwowe małe.

Literatura.

A. Bernard. Comptes rendus 1862. T. V, et Leçons sur la chaleur animal 1876.

Brown-Séguar d. Philadelph. med. Examiner 1852.

Saviotti. Virchow's Archiv u. z. w. B. Z. s. 592.

Putzeis und Tarchanoff. Ueber d. Einfluss d. Nervensystems auf d. Zust. d. Gefässe Archiv v. du Bois-Reymond u. Reichert 1874.

Nussbaum. Pflüger's Archiv u. s. w. B. X.

Dastre et Morat. Archiv de Physiologie norm. et pathol. II Ser. T. VI, 1879.

Ostroumoff. Pflüger's Archiv u. s. w. B. XII. H. IV und V.
Goltz. Pflüger's Archiv u. s. w. B. IX.

Riegel. „ „ „ B. IX.

Bernstein. „ „ „ B. XV.

Masius et Vowlair. Comptes rendus. Congrès des sciences med. Bruxelles 1875.

Kendal und Luschsinger. Pflüger's Archiv u. s. w. B. XIII.

Frensberg und Gergeus. Pflüger's Archiv u. s. w. B. XI.

Lewaschow. Versuche über die Innervation der Hautgefässe. Petersb. 1882. (Pfl. Arch. B. XXVIII).

Dogiel und Kowalewski Pflügers Archiv 1870.

Dogiel. Ueber den Einfluss des Ischiadicus u. des Cruralnerven auf den Blutstrom in der Hinterextremität. Mitteil. in des Geselschaf. d. Aerzte zu Kasan 1871:

Szelkow. Lüdwig's Archiv 1871.

Genersich. „ „ 1870.

Hafiz. „ „ 1871.

Hermann. Handbuch d. Physiolog. B. IV. 1880.

Krause. Handbuch der menschl. Anatomie. 1876.

Humilewski. Archiv du Bois Reymond. 1886.

Lehmann. Jahrschr. f. wissen. Zoolog. XIV. 1864.

Henocque. Archiv d. Physiol. norm. et. patholog. III. 1870.
Thèse inaugurale de Paris 1870.

Gscheidlen. Archiv f. mikr. Anat. XIV. 1877.

Ch. Lecros. Des nerfs vasomoteurs. Thèse de Concones. Paris 1873.

Beale. Philosophical Transactions of the Royal Society of London 1863. P. I.

H i s. Virchow's Archiv u. s. w. B. XXVIII.

A r n o l d, Stricker's Handbuch. 1871.

K e s s e l „ „ 1871.

G o n i a e w, Archiv f. m. Anatom. B. XI.

A. M e y e r. „ „ „ B. XXII.

L. B r e m e r. „ „ „ B. XX.

R e c k l i n g h a u s e n, Handbuch d. allgemein. Patholog.
Deutsch. Chirurg. v. Billroth med. Lücke 1883.

O w s j a n n i k o w i Ł a w d o w s k i j. Osnowanie k izucze-
niju mikroskop. anat. czeł. i żyw. II. III. 1888.

I w a n o f f. Handb. d. gesam. Augenheilkunde. B. I.

G e b e r g. Ob okonczanii nerwow w radużnoj obołoczkie i ci-
liarnom tjele u ptic. Dyss. 1883. Kazań.

J e g o r o w. De ganglion ophthalmique. Arch. Slaves de Biologie.

J e g o r o w. Archiv f. Anat. und Physiol. 1890. Phys. Abtheil.

M. S e r g j e j e w. K uczeniu o krowoobraszczeniu w membra-
na nicticans ranae esculentae. Doniesienie tymczasowe z pracowni far-
makologicznej w Kazaniu.

Wjestnik Jestestwoispytania, wydawany pod redakcyją F. W.
Owsjannikowa, Petersburg, 1891 i 1892.

PŁYTKI Z BRUKWI

zamiast płytek z kości odwapnionej przy szwie jelitowym sposobem Senn'a.

Praca doświadczalna.

podał

Dr. ROMAN BARĄCZ ze Lwowa.

(Do tego tablica Nr. V).

Podczas moich doświadczeń ze szwem jelitowym płytkowym sposobem SENN'A przyszło mi na myśl, czyby płytek z kości odwapnionej nie można zastąpić innym materiałem, z którego dałyby się one szybko sporządzać, przezco lekarz praktyczny byłby w stanie zastosować ten tak łatwy i pojedynczy szew jelitowy w odpowiednich przypadkach (np. przy gastroenterostomii). W tym celu wycinałem dla próby płytki roślinne z jabłek, ziemniaków, rzepy, marchwi, rzodkwi, buraków, brukwi i badałem wytrzymałość, podatność i zawartość wody każdej z nich. Najodpowiedniejszą do naszego celu okazała się brukiew żółta (*Brassica Napus. variet rapifera, Typ. Cruciferae*, po niem. *Kohlrübe* lub *Kohlrabi*, po ang. *Swedish Turnips*, po franc. *Chon navet*, po włosku *Cavolo navone*).

Ze świeżej surowej brukwi wycinałem płytki podług wzoru płytek z kości odwapnionej SENN'A. Koło brzegu tychże płytek, albo też koło zrobionego otworu środkowego przeprowadzałem igłą nitki i przez pociąganie pętli tychże badałem wytrzymałość płytek. Płytki z brukwi

okazywały przytem największą wytrzymałość i nie nadzierały się nawet przy użyciu dość znacznej siły; płytki z innych materyjałów okazały się zbyt kruche lub zbyt soczyste.

Postanowiłem zatem zbadać doświadczalnie płytki z brukwi i w tym celu wykonałem 8 doświadczeń na psach.

Płytki te sporządzałem w następujący sposób:

Ze świeżej, zdrowej, surowej brukwi wycina się z pomocą ostrego, większego noża kuchennego płytki pół ctm. grube, przyczem uważać należy, aby grubość tychże wszędzie była jednakową. Z jednej płyty dadzą się wyciąć za pomocą scyzoryka 2—4 owalne płytki, zależnie od wielkości brukwi. Długość i szerokości płytki zależną będzie od anastomozy, jaką mamy wykonać; do gastroenterostomii są odpowiedniejsze większe, do enteroanastomozy zaś mniejsze płytki. W każdej płytce wycina się scyzorykiem otwór owalny odpowiedni światłu jelit, które mamy łączyć i 4 otworki boczne szydełkiem i w niespełna minutę płytka jest gotowa. Płytki uzbraja się 4-ma szwami w sposób podany przez SENN'A.

Płytki tak sporządzona jest dostatecznie twardą i wytrzymałą tak, iż szwy nie wrywają się przy wiązaniu, jest przytem sprężystą i giętką we wszystkich kierunkach, skutkiem czego daje się wprowadzić przez stosunkowo mniejszą ranę w jelicie lub w żołądku, poczem znowu się rozszerza dzięki swojej sprężystości. Przez dłuższe leżenie w wodzie staje się płytka twardszą i grubiej tylko nieznacznie, natomiast przez leżenie na powietrzu staje się podatniejszą i kurczy się. Korzystniej jest zatem sporządzać zawsze świeże płytki, jednak i płytki leżące przez 4 dni w 1% wodzie karbolowej dały się także użyć z korzyścią (porów. doświadczenie III). Brukiw daje się przechowywać przez dłuższy czas w wodzie, zresztą można jej zawsze dostać na targu.

Nasuwa się pytanie, co się dzieje z temi płytkami w przewodzie pokarmowym, czy takowe bywają strawione? O losie płytek w przewodzie pokarmowym musiały rozstrzygnąć doświadczenia na zwierzętach, gdyż do prób

na drodze chemicznej nie mieliśmy czasu. Wiadomem jest, że brukiew stanowi częsty pokarm naszych wieśniaków, jakkolwiek *cellulosa*, główny składnik płytek, jest mało strawna. Doświadczenia moje stanowią zarazem uzupełnienie doświadczeń celem zbadania wartości metody SENN'A.

Doświadczenia.

Operacje doświadczalne wykonałem przy możliwie ścisłym przestrzeganiu reguł antyseptyki i aseptyki. Psy znieczulano narkozą chloroformowo-eterową po uprzednim wstrzyknięciu podskórnym morfiny. Cięcia w powłokach brzusznych wykonywano zawsze w linii białej od wyrostka mieczykowego do pępka. Przed otwarciem jamy otrzewnowej tamowano dokładnie krwotok w powłokach brzusznych. Jelito wydobywano nazewnątrz zawsze przez uskutecznienie szpary w cienkiej blaszce sieci większej, ponieważ przy poprzednich doświadczeniach przekonaliśmy się, że w ten sposób da się jelito prędzej nazewnątrz wydobyć, aniżeli przez podnoszenie sieci większej.

Ponieważ w jednym z poprzednich doświadczeń zamiast gastrojejunostomii wykonano gastrokolostomię, wyszukiwałem w tych doświadczeniach bardzo starannie jelito czcze. Postępowałem przytem w sposób następujący. Po tępem przedarciu cienkiej blaszki sieci większej, wydobywano pierwszą lepszą pętlę jelita cienkiego nazewnątrz i podawano ją asystentowi, następnie wydobywano następne pętłe jedną po drugiej i reponowano aż do natrafienia oporu ze strony *mesocolon transversum*. Przez pociąganie żołądka przekonywano się, czy rzeczywiście mamy przed sobą jelito czcze; najbliższą pętlę łączono ze ścianą żołądkową.

Gastroenterostomii dokonywałem w ten sposób, że najpierw robiłem cięcie w przedniej ścianie żołądka, równoległe do krzywizny większej, wprowadzałem uzbrojoną płytkę z brukwi do żołądka i przytwierdzałem ją do rany żołądkowej; następnie robiłem cięcie w jelicie czczem, wprowadzałem drugą płytkę do jelita czczego i przytwierdzałem do ra-

ny jelitowej. Szwy wzmacniające naokoło płytek zakładałem w 3-ch pierwszych doświadczeniach (gastroenterostomije) dopiero po związaniu wszystkich szwów płytkowych. Ponieważ jednak zachodzi przytem zawsze obawa, ażeby treść żołądkowa nie wylała się do jamy brzusznej, zakładałem w następnych 5-ciu doświadczeniach szwy wzmacniające na przednich brzegach płytek przed związaniem szwów płytkowych. Dopiero po związaniu szwów płytkowych zakładano szew LEMBERT'A, sposobem kuśnierskim na zewnętrznych brzegach płytek.

D o ś w i a d c z e n i e I. *Gastroenterostomia*. Dnia 14 Lutego 1892 r.

Pies legawy, ważący 20 kilogr. Płytką żołądkowa 6 ctm. długa, 2½ ctm. szeroka, około pół ctm. gruba. Płytką jelitowa nieco węższa. Szew wzmacniający LEMBERT'A dopiero po związaniu płytek. Operacja trwała pół godziny. Uciskadeł nie użyto.

Dnia 15 Lutego pies zupełnie wesół, pije mleko.

Prima intentio rany brzusznej; szwy usunięto ósmego dnia.

Dnia 6 Kwietnia zupełnie zdrów; tegoż dnia, t. j. w 51 dni po operacji psa zabito.

S e k c y j a wykazała: Blizna w linii białej. Zupełny zrost jelita czczego z żołądkiem. Sieć wielka w miejscu gastroenterostomii przyrośnięta szeroko do przedniej ściany żołądka. Po otwarciu żołądka od strony krzywizny małej, znajdujemy przetokę przechodzącą od przedniej ściany żołądka do jelita czczego, do której swobodnie palec wskazujący wprowadzić się daje. Brzegi przetoki gładkie, szwów płytkowych w ścianach przetoki odszukać nie można. Z płytek brukwiowych niema śladu.

Przy dokładniejszym obejrzeniu miejsca gastroenterostomii okazuje się, że jelito czcze jest tutaj w ten sposób złączone z żołądkiem, że ramię odwodzące tegoż jest zwrócone ku prawej stronie ciała (położenie ROCKWITZ'A), (porów. tabl. V fig. 2).

D o ś w i a d c z e n i e II. *Gastroenterostomia*. Dnia 14 Lutego 1892 r.

Stary pies legawy, wychudły (suka), ważący 15 kilogr. Żyłki w powłokach brzusznych. Krwotok z błony śluzowej żołądka zatamowano przez ucisk. W jelicie czczem wykonano cięcie nieco zadługie. Podczas wprowadzania płytki do jelita czczego, wypłynęło nieco treści przez ranę żołądkową, którą asystent przez nieuwagę wraz z płytką obniżył. Jamę brzuszną oczyszczono dokładnie wacikami sublimatowymi. Podczas wiązania pierwszej pary szwów płytkowych, puścił asystent pierwszy węzeł przy ściąganiu drugiego, przezco powstał rozstęp płytek, dlatego też nitki przeprowadzono jeszcze raz przez ścianę żołądka i jelita i związano; pomimo to pozostała jeszcze szpara między płytkami w tem miejscu (miejsce pierwszego szwu). Z tego powodu założono na błonach surowicznych naokoło płytek możliwie gęsty szew kuśnierski sposobem LEMBERT'A. Operacja trwała 35 minut.

Dnia 15 i 16 Lutego pies smutny.

Pies zdechł w 60 godzin po operacji.

S e k c y j a d. 18 Lutego. Powłoki brzuszne zlepione przez rychłozrost. Wysięg włóknikowo-ropny w okolicy wątroby, żołądka i pętli jelitowych. Miejsce gastroenterostomii daje się wyszukać dopiero po rozerwaniu obfitych zlepek. Dokładne zlepy żołądka z jelitem czczem. Wszystkie szwy wzmacniające naokoło płytek trzymają dobrze, a woda wlana przez wpust nie przechodzi nigdzie koło szwów. Obie płytki dają się wymacać przez ściany żołądka i jelita czczego. Po otwarciu żołądka znajdujemy obie płytki *in situ*; płytka żołądkowa jest zielono zabarwiona, zupełnie mięka, podobna do marchwi zgotowanej. Płytki w jelicie czczem jest nieco twardsza. Obie płytki są w całości zachowane.

Przyczyną śmierci w tym przypadku było włóknikowo-ropne zapalenie otrzewnej, na skutek wydostania się treści żołądkowej do jamy brzusznej podczas operacji. Przy sekcji nie zwrócono na to uwagi, w jakim położeniu przyszyto do żołądka jelito czcze.

D o ś w i a d c z e n i e III. *Gastroenterostomia.* Dnia 19 Lutego 1892 r.

Młody pies legawy, ważący 25 kilogr. Użyto płytek brukwiowych przed 4-ma dniami sporządzonych i uzbrojonych, które przechowano w słabym roztworze wody karbolowej; płytki skutkiem tego są mało sprężyste. Wykonanie anastomozy było takie, jak przy poprzednich doświadczeniach. Szew wzmacniający sposobem LEMBERT'A założono dopiero po związaniu szwów płytkowych (szew kuśnierski z cienkiego jedwabiu). Trwanie operacji wynosiło pół godziny.

Dnia 22 Lutego pies ma się zupełnie dobrze, pije chciwie mleko.

Szwy usunięto ósmego dnia; rychłozrost. Dnia 6 Kwietnia 1892 r. pies zupełnie zdrów. Tegoż dnia, t. j. w 46 dni po operacji psa zabito.

S e k c y j a wykazała: Zupełny zrost żołądka z jelitem czczem na znaczniejszej przestrzeni. Szwy wzmacniające LEMBERT'A gdzieniedzie widoczne. Zrosty sieci większej z przednią powierzchnią miejsca anastomozy. Po otwarciu żołądka znajdujemy w przedniej ścianie tegoż przetokę, prowadzącą do jelita czczego, w którą swobodnie palec wskazujący wprowadzać się daje. Brzegi przetoki gładkie, szwów płytkowych w ścianie przetok odszukać nie można. W miejscu gastroenterostomii są ściany żołądka i jelita czczego nieco zgrubiałe. Jelito czcze jest w ten sposób połączone z żołądkiem, że pętla odprowadzająca tegoż jest zwrócona ku stronie lewej (por. tabl. V fig. 1).

D o ś w i a d c z e n i e IV. *Gastroenterostomia*. Dnia 19 Lutego 1892 r.

Młody wychudły pies legawy, wagi 15 kilogr. Użyto tu płytek z brukwi sporządzonych przed czterema dniami i przechowanych w bardzo słabym roztworze kwasu karbolowego.

Podczas wprowadzania płytki do jelita czczego, pogłębił asystent nacięty żołądek, przezco wypłynęło nieco treści żołądkowej do jamy brzusznej, którą dokładnie oczyszczono zapomocą wacików sublimatowych. Przed związaniem szwów płytkowych założono kilka szwów LEMBERT'A na wewnętrznych brzegach płytek; dokładny szew

kuśnierski na zewnętrznych brzegach płytek założyłem dopiero po związaniu szwów płytkowych. Operacja trwała 35 minut.

Dnia 22 Lutego 1892 r. pies ma się zupełnie dobrze.

Dnia 3 Marca 1892 r., t. j. w 20 dni po operacji psa zabito.

S e k c y j a wykazała: Dolny brzeg wątroby zrosnięty pasmem ścięgnistym z żołądkiem, a sieć wielka z górnymi pętlami jelit. Bliznowaty zrost jelita czczego z żołądkiem w miejscu gastroenterostomii. Szwów wzmacniających LEMBERT'A odszukać nie można. Po otwarciu żołądka znajdujemy w przedniej ścianie tegoż przetokę o ścianach gładkich, prowadzącą do jelita czczego, drożną dla grubego ołówka. Szwów płytkowych i płytek nie znaleziono. Po dokładnem obejrzeniu preparatu okazuje się, że cięcie w jelicie czczem wykonano zbyt blisko przyczepu krezki, co może przyczyniło się do skurczenia przetoki. Czy tej okoliczności przypisać należy skurczenie się przetoki, czy też użyciu zbyt małych płytek, nie da się narazie rozstrzygnąć. Jelito jest tu w ten sposób złączone z żołądkiem, że pętla odwodząca tegoż jest zwrócona ku stronie lewej.

D o s w i a d c z e n i e V. Gastroenterostomia. Dnia 24 Lutego 1892 r.

Pies ważący 30 kilogr. Przed wykonaniem gastroenterostomii chciałem w przypadku tym podwiązać odźwiernik katgutem, odstąpiłem jednak od tego zamiaru z powodu nadzwyczajrozwiniętych naczyń okolicy odźwiernikowej.— Płytki sporządzono tutaj z białej brukwi na godzinę przed operacją. Przed związaniem szwów płytkowych, założono kilka szwów węzełkowych sposobem LEMBERT'A na wewnętrznych brzegach płytek; natomiast na przednich brzegach płytek założono szew kuśnierski dopiero po związaniu szwów płytkowych. Przy wiązaniu ostatniej pary szwów płytkowych i wwijaniu brzegów rany ku wewnątrz, przecięto z nieostrożności nożyczkami węzeł, dlatego ostatniej pary szwów nie można było związać; z obawy wydostania się kału przez to miejsce założono możliwie gęsty szew LEMBERT'A na przednich brzegach płytek. Otrzewnę ścien-

ną zaszyto tu osobno kilkoma szwami węzełkowymi, zaś powłoki brzuszne zeszyto osobno kilkoma szwami głębokimi i powierzchownymi.

Przebieg korzystny, szwy usunięto 6-go dnia; rychłozrost.

Dnia 10 Marca 1892 r. pies ma się zupełnie dobrze. Tegoż dnia, t. j. w 15 dni po operacyi psa zabito.

S e k c y j a: Powłoki brzucha zrosnięte. Miejsce gastroenterostomii przedstawia dokładny zrost obu narządów. Po otwarciu żołądka znajdujemy w przedniej ścianie tegoż przetokę, prowadzącą do jelita czczego, w którą swobodnie daje się wprowadzić palec wskazujący. Brzegi przetoki gładkie, szwów płytkowych w ścianach tejże odszukać nie można. Przy dokładnem obejrzeniu preparatu pokazuje się, że pętla odwodząca jest zwrócona ku prawej stronie ciała (położenie ROCKWITZ'A).

D o s w i a d c z e n i e VI. *Resectio ilei. Invaginatio. Ileo-ileostomia.* Dnia 24 Lutego 1892 r.

Młody, bardzo wychudły pies, wagi 15 kilogr. Wydobyto najbliższą pętlę jelita cienkiego przez szparę w sieci większej. Treść jelitową usunięto w jelita sąsiednie, założono dwa uciskadła MAKINS'A w odległości 20 ctm. od siebie. Podwójnie podwiązano i przecięto większe naczynie w krezce i dwa mniejsze naczynia. Resekcja 8 ctm. jelita. Inwaginacja i ślepe zaszyte szwem kuśnierskim resekowanych ramion; jedno ramię przytem zaszyto szwem kapczukowym. Następnie ułożono oba ramiona w kierunkach rozbieżnych jedno na drugie, uskuteczniiono, w odległości 6 ctm. od ślepo zaszytych końców, nacięcia podłużne i wprowadzono małe płytki, uzbrojone nićmi lnianymi. Założono 4 szwy węzełkowe sposobem LEMBERG'A na wewnętrznych brzegach płytek, związano odpowiednie szwy płytkowe i nałożono szew kuśnierski na zewnętrznych brzegach płytek. Otrzewną ścienną zeszyto osobno, osobno zaś powłoki brzuszne. Operacja trwała pół godziny.

Dnia 26 Lutego pies smutny, leży, jednak pije mleko.

Dnia 28 Lutego pies wesoły, ma się zupełnie dobrze.

Dnia 6 Kwietnia 1892 r. ma się zupełnie dobrze. Tegoż dnia, t. j. w 39 dni po operacyi psa otruto.

S e k c y j a: Powłoki brzucha zrosnięte. Miejsce enteroanastomozy zrosnięte szeroko z siecią wielką. Ślepo zaszyty centralny koniec jelita jest nieco workowato rozszerzony; koniec obwodowy wystaje 4—5 ctm. poza miejsce anastomozy, po nacięciu pętli odprowadzającej na wolnym brzegu ponad miejscem anastomozy znajdujemy przetokę, łączącą oba resekowane końce, w którą palec wielki swobodnie wprowadzić się daje. Ze szwów płytkowych nie znaleziono w ścianach przetoki ani śladu. Końce jelit, inwaginowane przy operacji i ślepo zaszyte, tworzą w obu ramionach narośle, podobne do polipów. Narośl ta jest w ramieniu odprowadzającym znacznie dłuższa (tabl. V fig. 4).

D o s w i a d c z e n i e VII. Resectio ilei. Invaginatio. Ileo-ileostomia. Dnia 26 Lutego 1892 r.

Wychudły pies, ważący 12 kilogr. Wydobyto najbliższą pętlę nazewnątrż przez szparę w sieci większej. Nałożono dwa uciskadła MAKINS'A w odległości 25 ctm. od siebie. Podwójnie podwiązano i przecięto dwa większe i dwa mniejsze naczynia krezkowe. Następnie zrobiono resekcję 16 ctm. jelita. Inwaginacja i ślepe zaszyte resekowanych końców zapomocą szwu kapczukowego. Zdjęcie uciskadeł i anastomoza obu ramion jak w poprzednim przypadku. Szew ścian brzusznych jak w poprzednim przypadku. Trwanie operacji—pół godziny.

Przebieg korzystny.

Dnia 6 Kwietnia 1892 r. pies ma się zupełnie dobrze. Tegoż dnia, t. j. w 38 dni po operacji psa zabito.

S e k c y j a: Zupełny zrost powłok brzusznych. Obfite zrosty sieci wielkiej z miejscem anastomozy. Ślepo zaszyty koniec jelita centralny dosyć znacznie workowato rozszerzony, koniec obwodowy zaś sterczy w przeciwnym kierunku na długości 5 ctm. Szpara w krezce zarośnięta. Po otwarciu ramienia odwodzącego, ponad miejscem anastomozy widzieć można otwór, o brzegach gładkich, łączący oba resekowane ramiona, przez który swobodnie palec wskazujący, a z trudnością palec wielki przeprowadzić się dają. Inwaginowana część jelita w ramieniu odprowadzającym sterczy w postaci dość długiego guza szypułkowego. W ramie-

niu doprowadzającym sterczy guz podobny do macicy dziewiczej, znacznie krótszy od poprzedniego.

Doświadczenie VIII. *Resectio ileo. Invaginatio. Ileo-ileostomia.* Dnia 26 Lutego 1892 r.

Wielki stary pies łańcuchowy, ważący 26 kilogr. Wydobyto nazewnątrz dolną pętlę jelita cienkiego przez szparę w sieci większej. Założono uciskadło MAKINS'A; podwójnie podwiązano i przecięto jedno większe i dwa mniejsze naczynia krezkowe. Następnie zrobiono resekcję 8 ctm. jelita. Ślepo zaszyto je i dokonano anastomozy ramion resekowanych, jak w poprzednim przypadku. Użyto małych, świeżych 3 mm. grubych płytek z brukwi żółtej. Operacja trwała pół godziny.

W pierwszych dniach po operacji pies bardzo żarłoczny ma się zupełnie dobrze. Szwy wydobyto dnia 7 Marca 1892 r.; *prima intentio*.

Dnia 10 Marca 1892 r. pies od kilku dni nie przyjmuje pokarmów, częste wymioty, biegunka, przelewanie się treści pokarmowej i burczenia w brzuchu; brzuch wzdęty. Rozpoznano niedrożność jelita dla nieznaney przyczyny. *Tinctura opii*.

Dnia 11 Marca 1892 r., t. j. w 14 dni po operacji pies padł.

Sekcja: Powłoki brzucha zrośnięte, brak objawów zapalenia otrzewnej. Jelita cienkie i żołądek mocno rozdęte. Świeże wgłobienie jelita grubego poprzecznego. Miejsce enteroanastomozy zupełnie zabliznione, w miejscu tem odszukano tylko doprowadzający koniec ślepo zaszyty; ramię odprowadzające znaleziono wgłobione przez miejsce anastomozy w odprowadzającą pętlę jelita; wgłobienie to z powodu zrostów daje się zaledwo z wielką trudnością odprowadzić.

Wykonano zatem 8 doświadczeń: 5 gastroenterostomij i 3 resekcje jelit z enteroanastomozą; z tych 5-ciu gastroenterostomij — 4 psy wyzdrowiały, a tylko jeden pies zdechł z przyczyny zapalenia otrzewnej, naskutek wylania się treści żołądkowej do jamy otrzewnej podczas ope-

racyi; z liczby 3-ch resekcji jelit wraz z enteroanastomozą wyzdrowiały dwa psy, jeden zaś zdechł z powodu niedrożności jelit, wskutek założenia anastomozy zbyt daleko od ramienia jelita ślepo zaszytego. Z powyższego okazuje się, że żaden pies nie zdechł z przyczyny użycia płytek przez nas podanych.

Wyniki naszych doświadczeń możemy zatem uważać jako zupełnie korzystne.

W jednym przypadku (II) gastroenterostomii, w którym śmierć nastąpiła wskutek wylania się treści żołądkowej do jamy brzusznej podczas operacji, miałem sposobność badać miejsce anastomozy i płytki w dwa dni po operacji. Płytki napotkano w miejscu założenia przymocowane nitkami do brzegów przetoki; płytka żołądkowa była dosyć mięką, podobną do marchwi ugotowanej, płytka w jelicie była tylko nieco twardszą. Obie płytki dawały się pomiędzy palcami gnieść.

Dwa psy zabito w 15, a względnie w 20 dni po wykonaniu gastroenterostomii i w obu przypadkach nie znaleziono płytek ani w miejscu anastomozy, ani też w całym przewodzie pokarmowym. Również szwów płytkowych nie znaleziono w ścianach przetok. Podobnie nie znaleziono śladu płytek we wszystkich innych przypadkach, które po upływie dłuższego czasu po operacji (38—50 dni) po zabiciu psów, badano pośmiertnie.

Płytki z brukwi stanowią zatem materiały zupełnie przydatny do wykonania enteroanastomozy, a względnie gastroenterostomii. Ponieważ takowe dadzą się wszędzie łatwo nabyć, można zatem wykonać enteroanastomozę, a względnie gastroenterostomię, zapomocą tychże płytek z brukwi. Główną korzyścią moich płytek jest szybkość sporządzania tychże, gdyż niespełna minuta czasu.

Gastroenterostomia. W jednym przypadku gastroenterostomii (II) wystąpiło śmiertelne zapalenie otrzewnej z powodu wylania się treści pokarmowej do jamy brzusznej w chwili, gdy przymocowywałem drugą płytkę do jelita czczego. Muszę zatem położyć szczególny nacisk na

tę okoliczność, ażeby trzymanie płytki żołądkowej po wprowadzeniu do żołądka za 4 nici powierzać pewnemu asystentowi i ażeby tenże asystent podczas manipulacji z drugą płytką, miał tylko uwagę zwróconą na płytkę (ranę) jemu powierzoną. Zalecałbym także przed wiązaniem szwów płytkowych zakładanie kilku szwów wzmacniających według sposobu LEMBERT'A na powierzchniach surowicznych obu narządów do siebie zwróconych (na wewnętrznych brzegach płytek), nie zaś dopiero po związaniu wszystkich szwów płytkowych, gdyż przy zbliżaniu płytek może przecież nieco treści pokarmowej wypłynąć nazewnątrz. Po związaniu płytek należy założyć tylko na przednich brzegach płytek szwy, a to najlepiej szew kuśnierski sposobem LEMBERT'A.

Co się tyczy układania jelita czczego względem żołądka, nie uwzględnialiśmy równoległości ruchu robaczkowego żołądka z ruchem robaczkowym jelit ¹⁾). Zbadanie preparatów pod tym względem wykazało, że w dwóch przypadkach ułożono jelito w położeniu ROCKWITZ'A, t. j. pętla odprowadzająca była zwrócona w stronę prawą, zaś w dwóch przypadkach ułożono jelito przeciwnie (por. tabl. V fig. 1 i 2). Wyniki we wszystkich przypadkach były równie dobre. Musimy zatem jeszcze raz podnieść tę okoliczność, że ułożenie jelita czczego ze względu na ranę żołądkową nie ma wielkiej wagi.

W poprzedniej naszej pracy wypowiedzieliśmy zdanie, że pętla należące do szwów płytkowych, które u zwierząt w krótkim czasie po operacji napotkano w ścianach przetok, muszą po pewnym czasie odejść z treścią pokarmową. Doświadczenie w tych nowych przypadkach, które obserwowano przez dłuższy czas po operacji, przekonało nas o słuszności tego przypuszczenia. Pętli nie można było znaleźć po upływie 14, 15, 20, 38, 39, 46 i 51 dni po operacji.

¹⁾ Porów. moją poprzednią odnośną pracę w tem samym czasopiśmie i N. SENN: The surgical treatment of pyloric stenosis etc. Medical Record, November 7 and 14, 1891.

Pętłe te oddzielają się zatem zawsze po upływie kilku tygodni i odchodzą z kałem. Nie powinniśmy zatem ze strony pętli niczego się obawiać.

Anastomoza jelit wraz z ich resekcją. W trzech doświadczeniach wykonałem resekcję jelita cienkiego wraz z anastomozą. Jeden z tych przypadków (VIII) jest bardzo pouczający. Pies z początku miał się zupełnie dobrze, był nawet bardzo żarłoczny, później powstały nagle objawy niedrożności chronicznej, którym pies uległ. Przy sekcji pokazało się, że koniec jelita obwodowy, wgłobiony i ślepo zaszyty położony obwodowo od miejsca anastomozy, który przypadkowo pozostawiono za długi (8 ctm.), wgłobił się przez miejsce anastomozy w pętlę jelita odprowadzającą i że wgłobienie to spowodowało śmierć psa. Także w dwóch innych przypadkach resekcji jelit i enteroanastomozy, w których przebieg był zupełnie korzystny, znaleziono przy sekcji wykonanej w 38, a względnie w 39 dni po operacji obwodowe ślepo zaszyte końce jelit dość znacznie przedłużone, a część jelita wgłobiona podczas operacji tworzyła wewnątrz jelita narośl polipowatą (porów. tabl. V, fig. 4). W przypadku VII takież obwodowy, ślepo zaszyty koniec można było zapomocą owej narośli bardzo łatwo wgłobić przez miejsce anastomozy do pętli odprowadzającej.

Przypadki te pouczają nas więc, że obwodowy resekowany koniec jelita ma dążność — prawdopodobnie skutek ruchu robaczkowego—do dalszego wgłabiania się. Resekowanych końców jelita nie powinno się zatem zbyt głęboko wgłabiać, anastomozy zaś nie należy zakładać zbyt daleko od ślepo zaszytych końców jelitowych. Gdyby się przypadkiem założyło anastomozę zbyt daleko od końców ślepo zaszytych, należałoby te ostatnie, osobliwie zaś koniec obwodowy, przyszyć do sąsiedniej ściany jelita zapomocą kilku szwów LEMBERT'A. Wrazie zaniedbania tej ostrożności, może z wyż przytoczonych powodów nastąpić niedrożność jelit.

Z porównania wyników operacyj we wszystkich 25-ciu naszych doświadczeniach, przedsiębranych częścią celem zbadania wartości metody SENN'A, częścią zaś celem zbadania wartości płytek przez nas podanych, okazuje się, że przy gastroenterostomijach, pomimo dłuższych cięć i większych płytek, znaleziono przy sekcyi mniejsze przetoki, aniżeli przy enteroanastomozach, gdzie robiono mniejsze cięcia i użyto mniejszych płytek. Wyniki te dają się tem tłumaczyć, że enteroanastomozy robiono wraz z resekcją jelit i ślepem zamknięciem końców resekowanych, zatem sprowadzano sztuczną niedrożność jelit, natomiast gastroenterostomije wykonywano wobec prawidłowego światła odźwiernika, który nie był zwężonym. Sądzę, że, gdyby tu było istniało zwężenie, przetoki żołądkowo-jelitowe byłyby wypadły z pewnością większe, albowiem byłyby spełniały swą czynność jako nowy odźwiernik.

W moich przypadkach przetoki żołądkowe były prawdopodobnie nieczynne, albo też funkcjonowały w bardzo nieznacznym stopniu.

Niedługo potem, to jest na dniu 7-ym Maja 1892 r., wykonałem przy pomocy płytek brukwionych¹⁾ gastroenterostomiję u osoby żyjącej wobec raka odźwiernika przechodzącego na tylną ścianę żołądka.

¹⁾ O ile mi wiadomem, jest to pierwsza gastroenterostomija wykonana na kontynencie europejskim u osoby żyjącej, podług zasad SENN'A.

Objaśnienie tablicy.

(*Tablica V*).

Fig. 1. Preparat z przypadku gastroenterostomii, wykonanej za pomocą płytek z brukwi, zrobiony po zabiciu psa w 46 dni po wykonanej operacji (przypadek III). Przednia ściana żołądka w miejscu anastomozy szeroko zrośnięta z jelitem czczem. Ramię odprowadzające jelita czczego jest zwrócone w stronę lewą (położenie WÖLFLER'A).

Fig. 2. Preparat z przypadku gastroenterostomii, wykonanej za pomocą płytek z brukwi, zrobiony po zabiciu psa w 51 dni po operacji (przypadek I). Przednia ściana żołądka w miejscu anastomozy zrośnięta szeroko z jelitem czczem. Pętla odprowadzająca jelita czczego jest zwrócona w stronę prawą (położenie ROCKWITZ'A).

Fig. 3. Preparat ten sam co na fig. 1-ej (przypadek III). Żołądek przecięty wzdłuż krzywizny mniejszej i wyciowany. Miejsce gastroenterostomii (czarna plama) tworzy obszerną dla palca wskazującego drożną przetokę o gładkich ścianach. Szwów płytkowych przy brzegach przetoki nie znaleziono.

Fig. 4. Preparat z przypadku resekcji jelit i anastomozy sposobem SENN'A przy użyciu płytek z brukwi, zrobiony po zabiciu psa w 39 dni po operacji (przypadek VI). Ramię odprowadzające nacięte naprzeciw miejsca anastomozy. W górze wisi ucięty koniec ramienia doprowadzającego, w dole wisi ucięty koniec ramienia odprowadzającego. Miejsce anastomozy (czarna plama owalna) stanowi przetokę owalną o gładkich brzegach, drożną dla palca wielkiego. Szwów płytkowych niema. Poniżej przetoki widoczny ślepo zaszyty koniec ramienia doprowadzającego, nieco workowato rozszerzony, zawierający w środku poli-powate zakończenie. Nieco w górze i na prawo od przetoki widzimy wystający nieco, ślepo zaszyty koniec ramienia odprowadzającego. (NB. Otwór centralny w rysunku tym, przedstawiający miejsce anastomozy, oznaczono fałszywie jako plamę białą, zamiast jako czarną).

PRZESTROGA PRZY UŻYCIANIU WIANKÓW MACICZNYCH.

Sprawozdanie z kazoistyki pewnych ujemnych działań wianków macicznych źle wybranych, zaniedbanych i zapomnianych, oparte na zestawieniu 262 przypadków, zebranych z literatury i praktyki.

podał

Dr. med. **Franciszek Neugebauer.**

(Dalszy ciąg).

Przypadek XII. UYTTERHÖEVEN w Brukselli u chorej zgłaszającej się do niego wskutek *dysuriae*, skonstatował przy pomocy kateteru ciało obce w pęcherzu. Był to wianek przed laty wprowadzony do pochwy, który przedziurawił ścianę pęcherza. Pessaryjum było założone przeciw nagle powstałemu wypadnięciu macicy; było to pessaryjum na nóżce, noszone na opasce brzusznej; główka była z kości słoniowej, trzonek zaś i nóżka ze stali. Po roku noszenia kółka, uryna zaczęła się sączyć przez pochwę. Guzik, czyli główka pessarii, przedziurawił mianowicie ściankę cewki moczowej i znajdował się w cewce. UYTTERHÖEVEN wydobył pessaryjum, przecinając przegrodę pęcherzowo-pochwową na długości 1½ cala, pozostała zaś nieuleczalna przetoka moczowa. (Przypadek cytuję podług O. v. FRANQUÉ, patrz indeks bibliogr.).

Przypadek XIII. HEGAR. Widział on perforację pęcherza przez pessaryjum ZWANCK'A, założone dla usunięcia znacznych rozmiarów *Cystocèles*. Przetokę HEGAR następnie zaszył. (Patrz Indeks bibliogr.).

Przypadek XIV. Spostrzeżenie jedno MARTIN'A opisał HEFFTLER. Pessaryjum ZWANCK'A przedziurawiło ścianki kiszki i pęcherza.

Przypadek XV. HOPE w Londynie widział perforację pęcherza przez pessaryjum ZWANCK'A.

Przypadek XVI. L. NEUGEBAUER. Ojciec mój ogłosił jedno spostrzeżenie KOETTNITZ'A dawniej jeszcze nie opisane: 56-letnia włościanka z miejscowości Kauern, po piątym porodzie w 1860 r. zauważyła opadnięcie macicy. Lekarz domowy założył jej pessaryjum; w 1875 r., czyli po 15 latach, spostrzegła chora, że uryna wycieka jej przez pochwę i od

owego czasu narzekała na ból w dolnej połowie brzucha. Nareszcie w roku 1876 udała się do pewnego chirurga, który cęgami wydobyl pessaryjum z pochwy, przełamawszy takowe na kilka kawałków. Ponieważ boleści pomimo wyjęcia kółka dalej trwały, chora udała się następnie do doktora KOETTINITZ'A. Tenże skonstatował ciało obce w pęcherzu i przez przetokę pęcherzowo-pochwową takowe wydobyl. Była to mianowicie resztką owego pessaryjum bukszpanowego, które, sądząc podług obecnie wyjętego kawałka, było obrączkowate o wymiarze poprzecznym 7 centymetrów. Przetoka moczowa pozostała nieoperowaną. Pozostała resztką wianka miała 2 ctm. długości i $\frac{3}{4}$ grubości.

Ojciec mój zatem w roku 1879 opisuje 6 przypadków perforacyi ściany pęcherza, 6 przypadków perforacyi ścian pęcherza i kiszki stolcowej, i dodaje jeszcze opis kilku przypadków wyłącznie przedziurawienia przegrody kiszkowo-pochwowej przez pessaryja, obserwowanych przez MEISSNER'A, DUPUYTREN'A, AMUSSAT'A, MALIN'A, HAMILTON'A, CHURTON'A, do których dodaje jeszcze dwa własne spostrzeżenia przedziurawienia ściany odbytnicy przez pessaryja.

Przypadek XVII—XVIII. W obu tych przypadkach pessaryjum było zrobione z twardego kauczuku.

Przypadek XIX. W roku 1883 Ojciec mój leczył jeszcze jedną chorą z przedziurawieniem odbytnicy przez pessaryjum ZWANCK-SCHILLING'A w klinice w szpitalu Św. Ducha.

Oto historia choroby tlómaczona z łacińskiego oryginału:

Antonina Mastalewska, 63-letnia włościanka, przybyła 30 Czerwca 1883 r. do kliniki. Zameżna od lat 28, w młodości cierpiała na kaszel i reumatyzm; miesiączka nie zjawiała się we właściwym czasie, lecz co miesiąc chora przez kilka dni ciężko chorowała na bóle w brzuchu; *molimina menstrualia*. W 27 roku życia jakiś oficer próbował ją zgwałcić, lecz wobec silnego ze strony chorej oporu, nie dopiął celu; od owej zaś chwili peryjod się zjawiał i co miesiąc powtarzał, chociaż bardzo skąpy. Przed 8-miu laty, t. j. w 55 roku życia, chora przy podnoszeniu jakiegoś ciężaru nagle dotkniętą została wypadnięciem macicy; *prolapsus* stopniowo coraz bardziej się powiększał, dolegliwości wzmagaly się. Nareszcie chora udała się do kol. GLISZCZYŃSKIEGO, który założył jej pessaryjum ZWANCK-SCHILLING'A, leżące *in situ* do obecnej chwili. Upławy z początku śluzowe, następnie ropne; od 15-tu miesięcy często ze stołem wydziela się ropa, czasami nawet bez stolca cieknie ropa z odbytnicy. Pessaryjum okazało się zupełnie obrośnięte, część wianka sterczała w świetle kiszki stolcowej. *Caro luxurians*, pokrywające pessaryjum, nie wyglądało jak tkanka granulacyjna, lecz raczej zupełnie jak błona śluzowa sąsiednia, co do barwy i konsystencyi, W roku 1863 *fractura tibiae sinistrae*, od owego czasu chora kuliała; od kilku miesięcy wiatry odchodzą *per vaginam*. Dnia 20 Czerwca Ojciec mój wydobyl pes-

saryjum przy asystencji kol. KAPLIŃSKIEGO, przełamawszy pierwotnie skrzydełko wianka znajdujące się w kiszce stolcowej dwiema parami cęgów, ostremi i tępemi, prostemi i krzywemi. Dostęp do kółka był bardzo utrudniony przez zwężenie pochwy, po wielu pociąganiach udało się pessaryjum wydobyć przez kiszkę stolcową. Pessaryjum skrzydełkowane z twardego kauczuku. Po operacji wiatry odchodziły jedynie przez pochwę, stolec zaś poszedł drogą normalną, prawdopodobnie przetoka została zakryta przez granulacje. Dnia 22 Czerwca pacjentka zdrowa opuściła klinikę.

Pozwalam sobie dziś uzupełnić kazuistykę wtenczas przez Ojca mojego zebraną spostrzeżeniami późniejszymi, oraz dodać szereg przypadków *incarcerationis pessarii*. Przypadki zestawiam w porządku chronologicznym, a na końcu pracy dopiero ugrupuję fakty.

Najdawniejsze spostrzeżenia zawarte w literaturze podobno ogłosili ROUSSET, FABRICIUS HILDANUS, MAURICEAU i HILSCHER.

Przypadek XX. AUVARD cytuje spostrzeżenie ROUSSET'A i pisze: ROUSSET cite plus loin une femme, qu'il visita en 1581 et qui depuis 40 ans portait le même pessaire en liège, qui lui avait été fait par son père; ce qui nous reporte en 1539. Le père s'appelait Joannet Hernauldie, dit Finet, et il était alors barbier à Gisors.

Przypadek XXI. Według COLOMBAT d'ISÈRE (patrz indeks bibl I. c. str. 253) MAURICEAU opowiada, że w 1696 roku wydobył u kobiety 67-letniej duże pessaryjum z kości słoniowej „en manière de cercle qu'un faiseur de brayer lui avait placé pour une descente de la matrice.“ Chora owa nosiła swoje pessaryjum 20 lat bezkarnie, dopiero od dwóch lat zjawiły się wypływy ropne, bóleści i t. d.

H. H. BUSCH cytuje przypadek opisywany przez FABRICIUSZ'A (patrz indeks bibliogr. Busch: Band 3, str. 126), ja zaś w pracach FABRICIUSZ'A nigdzie odpowiedniego przypadku nie znalazłem w miejscach przez autorów cytowanych, albowiem w Observatio 68 Centuriae 1-ae mowa jest o kamieniu pęcherzowym przy istniejącej już poprzednio przetoce pęcherzowo-pochwowej. FABRICIUSZ rozszerzył przetokę palcem i nożem wydobył kamień, a następnie założył pessaryjum „ex stupis,“ o perforacyi zaś pessaryjum do pęcherza, nigdzie tam mowy niema. Również Centuriae 3-ae observatio 69 opisuje li tylko „sanationem spontaneam fistulae vesico-vaginalis“ w przeciągu 8 miesięcy. Centuriae 4-ae zaś observatio 61 „de prolapsu uteri“ opowiada tylko o pomyślnem leczeniu wypadnięcia macicy drewnianemi,

jajowatemi i kółkowemi pessaryjami; owe trzy zatem obserwacyje FABRICIUSZ'A mylnie w tem miejscu bywają przez autorów cytowane.

Przypadek XXII. Spozrzeżenie HILSCHER'A, opisane przez MITTELHAEUSER'A (*Dissertatio medica de incontinentia urinae globulis ligneis curanda ex partu*) str. 1, Anni 1712. Die 5 Septembris foemina quaedam rustica, quinquaginta et unum annum nata D. Praesidi (HILSCHER) exposuit se decem circiter abhinc elapsis annis, post exantlatos per trium dierum spatium acerbissimos partus dolores, filium tandem enixam esse, cum infelici isthoc simul eventu, ut tribus a puerperio elapsis diebus urina invita stillaverit. Spuriam hanc excretionem ut supprimeret, suasu cujusdam mulieris globum e stupa, linteis filisque confectum ac cera obductum, uteri vaginae intrusit, qui etiam invitum liquoris obsceni profluvium ad decem fere annos feliciter cohibuit. Cum vero intra decennium hoc dictum globulum nunquam vagina excluderet, ac a sordibus repurgaret, ab omni latere eidem adhaerentia tartarea ac mensium viscidomucida excrementa molem ipsius mirum quantum auxere, quare idem extrorsum et vulvam versus magis ceu spatium amplius descendit. Dum itaque globum hunc in locum priorem superiorem reponere omni nisu alaboravit rustica, frustum quam adhaerentia tartareae materiae abscessit, unde inaequalitas, in parte globi inferiori enata, parietem inter uteri vaginae et intestinum rectum, sensim attenuavit tandemque peuitus dilaceravit, ut dictus globulus, mole insignis, per factum foramen magnam partem descenderit in intestinum rectum, hujusque canalem occluserit: quo facto feces alvinae viam ordinariam deserentes, per vulvam exercebantur et pristina urinae incontinentia repetebat, retinaculo debito remoto. Praeter dicta incommoda conquesta etiam est, se propter dolorum tormenta nec sedere nec cubare commode posse, quare anxia consilium et auxilium expetiit, cum obstetricis conatus in eximendo globo plane frustranei fuerint. Na str. 14 i 15 MITTELHAEUSER opisuje sposób tworzenia się inkrustacyj: „Appositus hoc modo tartarus, qui cum globulus filo caruit, abstergi non potest, vellificationibus dolorificis patientem movit, ut, an globulus retrudi posset, faceret periculum; quo autem ausu nihil effectum est, quam ut ablata quadam materiae tartareae particula, inaequalitas ipsi induceretur. Prominentia haec, ad intestinum rectum prospiciens, interstitium inter hoc et vaginae, continua attritione, fibram post fibram conterendo, perterebravit et tertium affectum rupturam sc. hujus interstitii, quippe morbum solutae unitatis, produxit. Globus, aperturam hanc prompto pede secutus, cavitatem intestini implevit et, tanquam res toto genere praeter naturam, eandem obstruxit cursumque fecum impediendo, in causa fuit, ut istae per hoc factum foramen, quippe proximiorum patientiore viam, ad pudenda muliebria tenderent.“ Str. 23: „Incrustatus enim globulus, quod facile contingit, sicuti demonstravimus, magna affert detrimenta!“

Przypadek XXIII. Na str. 25 MITTELHAEUSER pisze: „*Excellentissimus Slevogtius foeminam incontinentia urinae affectam ope massae, e filis cannabinis, ad figuram panis biscocci, compactae albaeque cera obductae, quam dum scriberet, ultra 20 annos gessit, eosque restituit, ut non solum sicca incesserit, sed et sacris veneris sine impedimento interesse potuerit, sicut testatur laudatissimus vir in dissertatione saepius jam laudata de incontinentia urinae 39. Nostram tandem aegram in scenam producimus, quae duplici jam vice gallum Aesculapio immolavit.*“

Na stronie 26 podany jest opis kuracy: „*Naturalis bene vivendi cupiditas compulerat aegrotam, ut obstetrici cuidam labem suam revellaret. Haec statim de remotione hujus globuli cogitans arripit oveniens cochlear, quo inverso et reflexo manubrio contritionem et extractionem tentat. Vires autem obstetricis non minus, quam instrumenti, extrahendae aut diminuendae huic moli pares non erant, ideo dolores aucti efficacius auxilium quaerere jubebant, quem in finem mulierculae hae una cum marito D. D. Praesidem accedunt, ut opem ferat, petentes. Hic audita morbi historia, ac perceptis irritis tentaminibus, loca affecta investigabat et mox globulo viso, extractionem manu impossibilem fore auctumabat. Ideo ad instrumenta, quibus alias foetus mortuos extrahere solet, recurrens forcipem extenso rostro eoque serrato, instructum apprehendit, qua mediante abrasio quibusdam particulis et contrita magna globuli parte, totam tandem molem, quam obstetrix immisso in anum, digito, elevabat, et ad extractionem aptabat, injecto simul unco, multo cum labore et molestia, ob summae tetrum foetorem educebat. Provide autem ipsi procedendum erat, ne peritoneum, quod ab insigni globuli mole maxime tensum erat, rupturam pateretur.*“ HILSCHER następnie przystąpił do leczenia przetoki kiszkowej i pęcherzowej. Stolec już po krótkim czasie wydzielał się naturalną drogą, uryna zaś dalej per vaginam wyciekała. HILSCHER kazał zrobić pessaryjum drewniane w kształcie gruszki, puste w środku, woskiem obleczone; przy pomocy owego pessaryjum chora chodziła przez trzy lata zupełnie sucho, to jest bez utraty moczu. „*Immundities vero rustico generi innata quasi vel cura laborum, aut potius culturae corporis negligentia aegrae non permiserat, ut globulum nonnunquam protraheret et adjectas abstergeret sordes. Hic nuper tantum malum superius recrudescibat, dolores urgebant iterum et cum globulus noster prioris vestigia premeret, feces per vulvam et urina involuntarie ferebant.*“ W następstwie leczeniem zajęła się akuszerka, która przy pierwszej operacyi asystowała. MITTELHAEUSER zatem opisuje przypadek perforacyi kiszki stolcowej przez pessaryjum jajowate z dwukrotną inkarceracyją pessaryi i spostrzeżenie SLEVOGT'A, gdzie chora przeszło 20 lat nosiła pessaryjum założone dla usunięcia nietrzymania moczu.

(XXIII?). Według COLOMBAT d'ISÈRE HALLER opisał jeden przypadek perforacyi ściany kiszki stolcowej przez pessaryjum, założone dla usunięcia nietrzymania moczu wskutek parazy zwieracza pęcherza. O ile mi się zdaje, przypadek ten jest identyczny z przypadkiem opisanym przez MITTELHAEUSER'A.

Przypadek XXIV. MORAND w roku 1774 opisał przypadek *occlusionis pessarii*. „Collection de plusieurs observations singulières des corps étrangers les uns appliqués aux parties naturelles, d'autres insinués dans la vessie et d'autres dans le fondement. Pessaire d'argent oublié dans le vagin.“ MORAND założył 60-letniej pacjentce srebrne pessaryjum „recouvert d'une feuille d'or,“ po upływie kilku lat znalazł wianek otoczony vegetacjami gąbczastymi, i tak unieruchomiony, że zaledwie z trudnością udało się usunięcie wianka. Wianek, aczkolwiek metalowy, w kilku miejscach był przeżarty, niektóre z vegetacyj przekinały przez sam instrument.

Przypadek XXV. Podług O. v. FRANQUÉ, HENKEL w roku 1772 miał z trudnością wydobyć wianek inkarcerowany.

Przypadek XXVI. Również FRANQUÉ cytuje późniejsze spostrzeżenie CAMPER'A. CAMPER musiał na drodze operacyjnej usunąć wianek, w którym szyjka macicy tak uwięzła, że okazała się obrzmiałą do wielkości kurzego jaja.

Przypadek XXVII. Podług BUSCH'A (patrz indeks bibl.) CAMPER w Akademii chirurgicznej przedstawił przypadek, gdzie powierzchnia wianka była zmniejszoną(?) i nóżka złamana (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, t. III, p. 33).

Przypadek XXVIII i XXIX. Do dawniejszych przypadków należą również przypadki WALTER'A i GOECKEL'A cytowane przez O. v. FRANQUÉ. (Na str. 18 FRANQUÉ cytuje przypadek MARTIN'A — powinno być MALIN'A). WALTER kilka razy miał sposobność usunięcia zepsutych wianków jako ciał obcych z pochwy. GOECKEL opisuje przypadek, gdzie chora nosiła przez 27 lat kulę woskową, ważącą przypadek 6 uncyj i kulę miedzianą ważącą 2 uncye w pochwie jako pessaryjum.

Przypadek XXX. VOIGTEL cytuje jeszcze spostrzeżenia HOFFMANN'A (bez podania roku), który wydobył z pochwy mocno inkrustowaną kulę drewnianą, przez długie lata noszoną jako pessaryjum.

Przypadek XXXI. Według DEROUBAIX'A, LEVRET miał wycinać wrośnięte pessaryjum.

Przypadek XXXII. COLOMBAT cytuje jeszcze dawniejsze spostrzeżenie Augustyna ROUX (1725), który wydobył kleszczami pessaryjum *occlusum*.

Przypadek XXXIII. MEISSNER (patrz l. c. str. 152) wspomina o smutnym przypadku MAERKER'A z roku 1803, gdzie szyja macicy tak uwięzła w otworze wianka nóżkowatego, że nie można było wianka usunąć, i gdzie utworzyła się przetoka kiszkowa. Chora nie chciała zgodzić się na operację i wkrótce zmarła. Na str. 18 pisze FRANQUÉ, że MAERKER widział przedziurawienie кишки stolcowej przez wianek pochwowy, czy spostrzeżenia są identyczne, nie umiem powiedzieć.

Przypadek XXXIV. Dalej MEISSNER w tem samym miejscu cytuje przypadek TERNE'go, gdzie trzeba było amputować szyjkę maciczną, aby wydobyć pessaryjum nóżkowane, w którego otworze szyjka uwięzła,

Przypadek XXXV. W roku 1821 MEISSNER opisuje jedno własne spostrzeżenie: „Folgen eines ungeschickt eingerichteten, schlecht eingelegten Mutterkranzes.“ Wianek przebił ścianę kiszki stolcowej i wypadł z kiszki nazewnątrz, po trzech tygodniach MEISSNER widział chorą i udało mu się wyleczyć ją z przetoki bez operacji przy używaniu środków przeczyszczających i oczyszczających—szprycowaniu do pochwy. Pochwa i kiszka zrosły się tak, że w owem miejscu można było wymacać grubą twardą bliznę. MEISSNER, na wypadek porodu u tej kobiety w przyszłości odbyć się mającego, nawiasem mówiąc, zaleca wywołanie sztuczne przedwczesnego porodu.

Przypadek XXXVI. COLOMBAT d'ISÈRE wspomina o przypadku z roku 1806 (Annales de Médec. d'Oltembourg du mois d'Octobre 1806 et Bibliothèque Médicale, [t. 17, p. 269]) (nie umiem powiedzieć, czy pierwsze z tych czasopism jest francuzkie, czy niemieckie), dotyczącym młodej hollenderki, u której szyja maciczna tak uwięzła w otworze kółka, że część położona poniżej inkarceracji tworzyła guz wielkości główki noworodka. Repozyycja nie udała się, trzeba było przepiłować kółko.

Przypadek XXXVII. W czasopiśmie „Rust's Magazin für die gesamte Heilkunde,“ t. 14, Berlin, 1823, str. 519, opisany jest przypadek następujący z Berlińskiej Charité: Kobieta już oddawna nosząca pessaryjum, przyszła do szpitala z powodu częstych krwawień. Znalaziono wrośnięte pessaryjum, otoczone grubym twardym nalotem; z wielką trudnością skruszono nalot przy pomocy kleszczy używanych przy lithothripsyi, części wydobyte strasznie cuchnęły; obfity wypływ krwi i ropy. Ponieważ ostatnie resztki masy obcej nie dały się usunąć w taki sposób, wprowadzono łyżkę używaną przy operacji kamienia moczowego, która działała w rodzaju dźwigni, podważywszy zatem ciało obce, uchwycono je cęgami i ostatecznie usunięto w pojedynczych kawałkach. Resztki detrytu wypłukano szprycą. Pokazało się przy dokładniejszym badaniu, że pessaryjum było wprowadzone do wewnątrz macicy i że wargi maciczne tworzyły wałek niepodatny, utrudniający dostęp do kółka. Przy wywiadach następnie okazało się, że wianek był wprowadzony bezpośrednio po porodzie przez jakąś akuszerkę.

Przypadek XXXVIII. Według COLOMBAT, GRÉNIER w swojej dysertacji opowiada spostrzeżenie doktora BRODY w Londynie, który został wezwany do chorej cierpiącej na stan tyfoidalny; była to posocznica wskutek pozostałej przez długi czas w pochwie gąbki. Po wyjęciu takowej chora wyzdrowiała (rok nie podany).

Przypadek XXXIX. O. v. FRANQUÉ cytuje (bez podania roku) przypadek BLAIR'A [1820?], gdzie czworokątny kawałek drzewa wprowadzony zamiast pessaryjum przedziurawił ścianę kiszki stolcowej.

Przypadek XL. COLOMBAT d'ISÈRE de la MOTTE miał w przypadku jednym znaleźć pessaryjum tak inkrustowane, że wyglądało zupełnie jak kamień moczowy, czemu się de la MOTTE niemało zadziwił. Pessaryjum owe drewniane musiał on usunąć przy pomocy instrumentów.

Przypadek XLI. Mało wiarogodne spostrzeżenie, za prawdę którego jednak zaręcza autor, opisuje Fryderyk SCHROEDER (patrz l. c.) pod napisem: „Geschichte einer sonderbaren Nymphomaie.“ SCHROEDER przypuszcza, że wianek nie należycie zrobiony i źle założony może wywołać nymphomanię. (Eliasz von SIEBOLD w uwadze dodaje, że podziela w zupełności zdanie SCHROEDER'A i że dlatego w swoim podręczniku nauki o chorobach kobiecych (tom I, rozdział I traktujący o Furor uterinus, str. 44) wspomina o pessaryjach jako o jednej z przyczyn). Pani M. S. w mieście S., po pierwszym porodzie w 24 roku odbytym, dołkniętą została wypadnięciem macicy, dla której to przyczyny założono jej pessaryjum, a mianowicie założyła jej akuszerka pessaryjum własnoręcznie sporządzone. Przed założeniem wianka chora nigdy nie doświadczała nienaturalnych rozdrażnień płciowych, lecz wkrótce po założeniu wianka stała się do tego stopnia namiętną, że, nie mając pod ręką męczyzny dla zaspokojenia swoich potrzeb, rzucała się na ziemię i wśród konwulsyj rozrywała na sobie suknie, aby odsłonić części płciowe, następnie pięściami tak długo tarła je, dopóki nie wydziełał się płyn śluzowaty zupełnie jak przy stosunku. „Dergleichen Anfaelle bekam die Frau oft, selbst in Gegenwart vertrauter Weiber. Wenn der Paroxysmus vorueber war, klagte sie ueber grosse Mattigkeit und betrauerte ihr Schicksal. Ihr Mann, welcher als Kauffmann oft 3—4 Monate abwesend war, und die Noth seiner Frau wohl kannte, sah es ziemlich gleichgueltig an, wenn sie sich unterdessen mit anderen Maennern amuesirte. Waehrend seiner Abwesenheit trug sich folgende Geschichte zu. Zwei hollaendische Werber lagen ihrem Hause gegenueber in einem Gasthof seit ein paar Wochen auf Werbung; ihr Mann war abwesend; das Weib sah sie u. verliebte sich in einen. Ein sogenanntes Kuppelweib unterhandelte mit ihnen; es wurde ein koestliches Abendessen bereitet und der Liebhaber erschien; jetzt wurden sich die beiden bald voellig einverstanden und es ging nach einginommener Mahlzeit zu Bette. Die Frau, welche ihren Kranz zuvor immer, ehe sie das Liebesspiel begann, herausnahm, vergass dies fuer diesmal und der Werber schritt ad rem. Kaum aber hatte er den Actus begonnen, als er sich gefangen fuehlte. Sein Membrum war naemlich in die Oeffnung des Kranzes par force gerathen und darin eingeklemmt. Waere der Acteur ein Fuchs gewesen und von dem Instinkte dieser Thiere geleitet worden, dann wuerde er falls ihm das Herauskommen unmoeglich war, das Membrum abgebissen und sich somit entkerkert haben. Aber, unbekannt mit dem, was er hier antraf und was ihn gefangen hielt, fluchte er und tobte er; das Weib, welches jetzt erst an ihren Ring dachte, beruhigte ihn so gut sie konnte, und der Liebhaber sah sich genoethigt, so lange gefangen zu liegen, bis die Erection nachliess.“ Autor na stronie 493 wyraźnie zaręcza prawdę swego spostrzeżenia.

Przypadek XLII. DUPUYTREN przyjął do szpitala chorą cum hernia incarcerata. Chora po 20-tu dniach zmarła na Carcinoma ventriculi. Przy seceyi znaleziono pessaryjum w pochwie, które przedziurawiło ściana

nę kiszki stolcowej i sterczało w świetle kiszki. DUPUYTREN ów przypadek opisał równocześnie z przypadkiem już wymienionym perforacji kiszki i pęcherza w roku 1820.

Preparat anatomiczny przedziurawionej ściany kiszki znajduje się w Paryżkiem Musée Dupuytren, gdzie widziałem takowy osobiście w roku 1884, a powtórnie w roku 1891.

Nr. 331. str. katalogu 819: „Usure du vagin et de la paroi antérieure du rectum par un pessaire, la perforation est arrondie“ C. H. Houel, Manuel d'anatomie pathologique générale et appliquée contenant la description et le catalogue du musée DUPUYTREN, Paris 1857. MURAT i DEYBER również przytaczają owe spostrzeżenie.

Przypadek XLIII, BUNS ostrzega przed pessaryjami o zbyt znacznem świetle, aby w niem nie uwięzła szyja maciczna, szczególnie u kobiet, które nigdy nie rodziły.

Przypadek XLIV—XLVII. Podług SABATIER'A, GRAMONT widział parametryt spowodowany przez pessaryjum „Par un pessaire pourri dans le vagin.“ „Le même auteur,“ pisze COLOMBAT (L. C. pg. 251), „ajoute que les pessaires en ivoire, non seulement peuvent s'altérer et se déformer à la longue, mais peuvent comme tous les autres se couvrir d'incrustations calcaires. Le célèbre auteur de la médecine opératoire (SABATIER) dit aussi, en parlant d'un pessaire qu'on ne put extraire qu'en le divisant avec des fortes pinces. Il était tellement recouvert d'incrustations salines, qu'il était comme une râpe et que les aspérités blessaient. „NOLLET et POUTEAU rapportent des observations du même genre et s'expriment à peu près dans les mêmes termes que SABATIER.“

Przypadek XLVIII i XLIX. REISINGER opisuje dwa przypadki: Chora jakaś kazała kowalowi zrobić kółko żelazne, które powlekła woskiem i następnie wprowadziła sobie jako pessaryjum. Zaledwie półtora roku minęło, gdy już zaczęła doznawać bólesci przy urynowaniu, lecz dopiero po sześciu latach istotnej męczarni kółko wyszło samo nawewnątrz, na dwa cale grubości pokryte inkrustacyjami.

W drugim przypadku matka wprowadziła 19-letniej córce żelazne kółko; szyja macicy tak uwięzła w kółku, że trzeba było szyjkę amputować dla wydobycia kółka.

Przypadek L—LII. Eliasz von SIEBOLD dwa razy z trudnością usunął kółka LEVRET'A. W pierwszym przypadku miał do czynienia z kobietą 57-letnią, która 5 razy rodziła. Prolapsus uteri, pessaryjum założone przez akuszerkę nie dało się później wyjąć; cuchnące wypływy, krwawienie, ropa. Chirurg jakiś przeciągnął koniec chustki od nosa przez światło pessaryjum i ciągnął następnie za chustkę, lecz nadaremnie. Nareszcie SIEBOLD z wielkim trudem i potem wy dobył pessaryjum tępym hakiem „einer nicht gar leichten Zangenentbindung vergleichbar“; było to accouchement forcé, przy którym trzeba było podpierać krocze, aby nie pękło. Pessaryjum LEVRET'A, obciążone woskiem, wosk po większej części się odłuszczył. Owalny wianek dłuższym wymiarem po-

przecznym leżał w skośnym rozmiarze miednicy i był mocno zaklinowany; w innym przypadku wydalenie wianka łatwiej się udało. W innym miejscu SIEBOLD pisze, że musiał kółko przeciąć, aby je wydobyć, ponieważ takowe zostało uwięzione przez otaczające granulacje. O tym przypadku wspominał MAYER (patrz na początku pracy: MAYER).

Przypadek LIII. Według MEISSNER'A (patrz MEISSNER: Forschungen etc., Lipsk 1826, t. II, s. 23), WENDT cytuje spostrzeżenie SACTORPH'A inkrustowanego pessaryjum.

Przypadek LIV. Podług COLOMBAT d'ISÈRE (patrz I, c. p. 250), wezwano kiedyś CLOQUET'A do chorej, „que l'on traitait pour un cancer du vagin. Il trouva ce canal rempli de végétations fongueuses. S'étant décidé à faire la cision de ces productions morbides, il reconnut la présence d'un pessaire et en fit l'extraction. Cet instrument, qui avait été oublié depuis 10 ans, était complètement recouvert par des fongosités et revêtu d'une couche d'incrustations calcaires.“

Przypadek LV. BRACHET, w roku 1826, wspomina o kobiecie, u której podczas silnego napadu kaszlu podobno cała(?) macica miała wślizgnąć się do otworu kółka macicznego i uwięznąć w nim tak, że trzeba było przeciąć kółko dla oswobodzenia tego organu.

Przypadek LVI. W roku 1827 BAUMBACH ogłosił przypadek następujący: „Miserere und andere schlimme Zufalle durch ein abgebrochenes gestieltes Pessarium veranlasst.“ 55-letnia kobieta, pessaryjum, wkrótce potem strangurya, tenezmy, zatrzymanie stolca, miserere! Pomimo wszelkich starań nie udało się wywołać stolca. Nóżka wianka była ułamana, a podstawę zaledwie udało się odnaleźć w pochwie. Pessaryjum przedziurawiło ścianę kiszki stolcowej i utkwilo w świetle kiszki zamykając światło jej mechanicznie. Z wielkim trudem usunięto pessaryjum przez kiszkę. Kobieta wyzdrowiała, przetoka samowolnie zamknęła się, nadal nawet i opadnięcia macicy już nie było.

Przypadek LVII. Według RAINER'A, PRIMUS obserwował następujący przypadek: „Geschichte einer Einklemmung eines Theiles des erschlafften Vagina in dem Canal eines apfelfoermigen Pessarium von BRUENNINGHAUSEN und Brandigwerdeu des inkarcerirten Theiles.“ Po nadaremnej wypróbowaniu najróżniejszych kólek macicznych, nareszcie przez jakiś czas udało się dopomódz chorej przez pessaryjum BRUENNINGHAUSEN'A, po jakimś czasie nagle zjawily się tenezmy, stranguryja i t. p. Szyjka maciczna uwięzła w kółku i żadną miarą nie dała się uwolnić. PRIMUS lewą ręką wyciągnął pessaryjum tak daleko, że było widoczne pomiędzy wargami sromnemi, RAINER zaś utrzymując jedną ręką pessaryjum w miejscu, drugą wypiłował pilnikiem rynnę w kółku, następnie przy pomocy stamajzy przełamał kółko na dwie części; pessaryjum było zrobione z lipowego drzewa. Przy tej operacji oderwano kawał błony śluzowej pochwy uwięziony w wianku, tak, że po operacji wisiał swobodnie w pochwie, długi na dwa cale; po sześciu dniach kawałek ten błony zgangrenował się i odpadł. Prolapsus zaś macicy zginał raz na zawsze.

Przypadek LVIII. W roku 1828 MALIN obserwował przypadek nadzwyczaj ciekawy. 44-letnia kobieta rodziła w 32 roku życia. Pessaryjum założone było przez akuszerkę. Już po upływie kilku tygodni upławy i krwawienia. Stan chorej coraz gorszy, nareszcie po roku próbowano kółko wyjąć. Nadaremnie zaś przez 9 miesięcy chora okropnie cierpiała, nie mogąc ani leżeć, ani siedzieć, tak, że przebyła prawie cały ten czas w pozycji nawpół siedzącej wpół leżącej. Dnia 5 Maja 1828 r. MALIN poraz pierwszy widział chorą. Brzuch był wzdęty lecz nie bolesny, w szparze sromowej widać było jakąś twardą, gładką niebolesną błonę, która wydając się nazewnątrż w kształcie worka, zupełnie zamykała dostęp do pochwy. Po odprawieniu owego worka do pochwy, czyli re-pozycji, MALIN przekonał się, że była to tylna ściana pochwy, oderwana wgórnem sklepieniu na szerokości $3\frac{1}{2}$ cala i tworząca przy wypadnięciu rodzaj otwartego worka. Cała pochwa okazała się nadzwyczaj suchą i również jak sklepienia pochwy bardzo bolesną. Ujście macicy stało nadzwyczaj wysoko, szyjka wpuszczała palec, retroversio uteri. Tam gdzie światło kiszki stolcowej było ściśnięte przez tyłopochyloną macicę, znaleziono część kółka, otwór odbytnicy był jakby kurczowo zamknięty, wypływała zaś z niego w obfitej ilości ropa krwawa i mocno cuchnąca. Na wysokości trzech cali wyraźnie można było wymacać większą część kółka, które, chropowate jak piaskowiec, przedziurawiło ścianę kiszki, a obecnie unieruchomione przez tyłopochylenie macicy przeważnie siedziało w świetle odbytnicy. Po daremnych wypróbowaniu najróżniejszych narzędzi, ściągnięto twarde, inkrustowane, drewniane pessaryjum w samej kiszce na dół, aby je nareszcie tutaj przeciąć w dwóch miejscach piłą, kierowaną palcem wskazującym. „Nach unsaeglicher Muehe, incredibile dictu,“ wprowadzono lewy palec wskazujący do otworu kółka i takowe wydobyło. Po jakimś czasie MALIN widział ponownie chorą; przetoka kiszkowa pozostała i przepuszczała palec po uniesieniu macicy ku górze, lecz nie przepuszczała ona kału. Z drugiej strony chora narzekała na to, że moczu wyciekał jej przez kiszkę stolcową. Widocznie nietylko kiszka, ale i pęcherz był uszkodzony przez pessaryjum. Kiszka stolcowa w danym miejscu była nakształt worka rozszerzona i wskazywała zagłębienie pochodzące od ucisku wianka; zagłębienie owo było otoczone wyniosłymi brzegami. Przyczyną, dla czego uryna więcej przez kiszkę niż przez pochwę wyciekała, było opadnięcie oderwanej tylnej ściany pochwy, prawie zupełnie zamykające światło kiszki. Szczególniej zasługuje na uwagę, że pomimo tak szerokiej przetoki kiszkowej, kał jednak nie przechodził do pochwy, widocznie wskutek zamknięcia owego otworu przez tyłopochyloną macicę.

Przypadek LIX. MALIN opisuje jeszcze jedno spostrzeżenie. Stara kobieta od 5-ciu lat nosi wianek macieczny; zatrzymanie moczu i cuchnące wypływy, wianek unieruchomiony, obrośnięty zupełnie, macica uwięzła w środku. Z trudnością udało się skruszyć kółko w ciasnej pochwie i w pojedynczych częściach usunąć kółko, zmieniając co chwila rękę operującą z powodu jej zmęczenia MALIN przy owej operacji

więcej się zmęczył, niż przy najtrudniejszej operacji akuszeryjnej. Zdarzają się przypadki, pisze dalej MALIN, gdzie kobiety pomimo krwawych i cuchnących odchodów w zupełności zapomniały o tem, że im kiedyś wianek założono.

Przypadek LX. Według Ojca mego, DIEFFENBACH miał opisać raz *occlusionem pessarii* w roku 1831 „Corpora aliena inserta,“ ciała obce, które weszły do organizmu ludzkiego.

Przypadek LXI. CLARQUE w roku 1831 widział chorą 75-letnią kobietę, której 35 lat temu założono pessaryjum. Kółko od owego czasu nie było wyjmowane. Liczne uszkodzenia pochwy, wianek zupełnie stracił dawniejszą formę; chora nie chciała żadną miarą zgodzić się na wyjęcie go, ponieważ przy założeniu straszne miała bóle.

Przypadek LXII. W innym przypadku inny praktyk rozpoznał raka macicy, CLARQUE zaś skonstatował zamiast raka zapomniane pessaryjum korkowe, które chora od wielu lat nosiła i które było zupełnie inkrustowane.

Przypadek LXIII. 1832 roku BÉRARD opisał przypadek, gdzie pessaryjum przedziurawiło ścianę kiszki stolcowej; było to pessaryjum „en bilboquet,“ które tylko z wielką trudnością udało się BÉRARD'owi wyjąć. Dwa przypadki dawniejsze BERARD'A, jeden operowany przez DUPUYTREN'A, drugi przez LISFRANC'A już uwzględniłem poprzednio.

Przypadek LXIV. VELTEN przez wyjęcie pessaryjum, 16 lat noszonego i inkarcerowanego, u 62-letniej kobiety usunął stałą skłonność do wymiotów, nudności, mdłości, tenezmów pęcherza i gastralgi.

Przypadek LXV. COLOMBAT (patrz l. c. str. 249) pisze, że d. 25 Marca 1832 r. wezwano go do chorej baronowej Carl..., wówczas 75 lat liczącej, która miała być dotkniętą rakiem macicy: „Ce qui semblait justifier d'abord ce fâcheux diagnostic, c'est que Madame de Carl...é prouvait des douleurs intolérables et accompagnées d'un écoulement vaginal aussi fétide qu'abondant. Au lieu de trouver une tumeur cancéreuse ainsi que le dr. B. l'avait déclaré, nous constatâmes par le toucher, la présence d'un pessaire rond à ouverture centrale, qui était recouvert d'une épaisse couche d'incrustations calcaires et qui avait été appliqué à Vienne, en Autriche lors du dernier accouchement de Madame Carl... c'est à—dire depuis au moins trente ans. Cet instrument, à peine déformé, avait été si bien oublié, que Madame la Baronne de Carl... ne voulait croire à sa présence, que lorsque nous le lui eûmes montré, après en avoir fait l'extraction en introduisant un doigt dans son ouverture centrale.“ Pessaryjum wyjęto, chora wyzdrowiała z mniemanego raka, prolapsus zaś raz na zawsze zginął.

Przypadek LXVI. AMUSSAT w roku 1832 widział przypadek, gdzie u kobiety 72-letniej pessaryjum noszone lat 8 bez wyjmowania, przedziurawiło kiszkię stolcową; czwarta część wianka sterczała w pochwie. Przetoka, pozostała po wydobyciu kółka, zamknęła się samodzielnie.

Przypadek LXVII. ROGNETTA opisuje spostrzeżenie ROUX'A, który wy dobył przy pomocy kleszczyków pessaryjum oddawna w pochwie

pozostałe; pessaryjum było silnie inkrustowane, a zrobione było z gumy elastycznej. Spostrzeżenie BRODIE'go opisane przez GRENIER'A brzmi: „Pendant le mois de Mai 1833 M. BRODIE de Londres, un des plus célèbres chirurgiens anglais, fut appelé pour une dame qui avait oublié une petite éponge dans le vagin. Lorsque ce praticien la vit, cette malade offrait déjà les signes incontestables de la fièvre typhoïde, prostration marquée, fétidité des excrétiens etc. à la nature et à l'abondance de l'écoulement vulvaire il soupçonna et finit par découvrir la cause de la maladie. Il fit aussitôt l'extraction de ce qui restait de l'éponge, qu'il amena par débris, prescrivit des injections chlorurées fréquentes et traita la maladie comme s'il avait eu à combattre une affection typhoïde.“ Chora chociaż wolno, ale wyzdrowiała.

Przypadek LXVIII. JAVEL w roku 1834 wydobyl pessaryjum 11³/₄ cali obwodu mające, noszone lat 16.

Przypadek LXIX. FONTANA 1834 („Einschnuerung des Mutterhalses durch ein Pessarium“): Prolapsus uteri po 9-tym porodzie. Pessaryjum. Po utracie peryjodu chora już wianka usunąć nie mogła. Drgawki, formikacje i znieczulenie prawej kończyny dolnej. Szyja macicy okazała się przez kółko mocno inkarcerowaną; ponieważ repozycja nie udała się, trzeba było kółko przeciąć.

Przypadek LXX. SCHLIETER w Soldynie w roku 1835 wydobyl wrośnięte pessaryjum, przez długie lata noszone bez wyjmowania, które zatrzymywane było w pochwie przez gruby wałek mięsny, łączący tylną wargę maciczną z tylną ścianą pochwy i pokrywający tylną część wianka. Po wyjęciu ustały upławy i krwotoki dawniejsze; również zostało usunięte opadnięcie macicy.

DEWEES (patrz 1. c.) cytuje ustęp z czasopisma „North American Archives“ Nr. 2, str. 157, polemizujący przeciw używaniu wianków macicznych: „We find the following denunciaton of the pessary, as a cure of relief of prolapsus uteri. In such cases, all the usual contrivances, from the simple sponge up to the most complex machinery, will be ineffectual, and cannot be borne by the patient. Any foreign body introduced into the vagina, will give rise to an augmented mucous secretion, and occasion for ulceration and offensive discharges. On this account, it will be difficult to induce the individual to persevere in the use of the instrument; the disease will continue to increase and will finally assume a more formidable character. This will be especially the case, should the patient belong the labouring classes. Such individuals cannot maintain the erect position for any length of time without the tendency of the organ to descend; as they cannot pursue their avocations while using the ordinary instruments, without suffering considerable pain, they are apt to lay them aside and neglect their condition. The pro-lapsed parts will, therefore become ulcerated and indurated, and run into incurable disorganization and finally, the condition of the patient will be worn out and exhausted by fever and emaciation, and death will close the scene.“

Przypadek LXXI. LISFRANC w roku 1836 założył chorej pessaryjum en bilboquet „pour achever la résolution d'un engorgement chronique; le mari crut bien faire en criblant le pessaire de trous; quelque temps après la femme se trouvant guérie, je la touchai et la matrice était mamelonnée, comme une pomme de pin; à chaque trou du pessaire correspondait un petit mamelon du col.“ O przypadku MAYER'A z porcelanowym kółkiem już mówiłem. DIEFFENBACH przy opisywaniu tego przypadku w roku 1831 mówi, że osobiście widział liczne przypadki occlusionis pessarii, gdzie musiał porozłamywać kółko w pochwie, aby je wydobyć. Również zwraca on uwagę na to, że pessaryjum przez długotrwałe drażnienie może wywołać różne degeneracje, oraz wytworzenie się raka. (Patrz *Traité pratique des maladies des femmes* par FI. Churchill et A. Leblond, Paryż 1831, 3-e wyd., p. 572).

Przypadek LXXII. W roku 1839 PAULI opisał przypadek następujący: „Cancer uteri infolge eines hoelzernen Pessarium.“ Wezwano PAULI'ego do 63-letniej chorej z powodu raka. Chora od lat 6-ciu nosiła pessaryjum nigdy nie wyjmowane. Pessaryjum było tak zrosnięte ze zwyrodniałą błoną śluzową pochwy, że wydobyć okazało się nader mozolnem; było ono zgniłe, kruche i wyjęto je w kawałkach. Ma się rozumieć, chora przez usunięcie wianka nie została wyleczoną z raka; prawdopodobnie, chociaż na pewno tego twierdzić nie można, pessaryjum przyczyniło się do wywołania raka.

Przypadek LXXIII. Dalej wspomina PAULI o przypadku swojego ojca, który obserwował przetokę kiszkową wskutek przedziurawienia przez pessaryjum.

Przypadek LXXIV. DOHLHOFF w roku 1838 usunął wrosnięte pessaryjum. Ponieważ ekstrakcja nie udawała się ani palcem, ani cążkami, przeciął pessaryjum w dwóch miejscach kleszczami kostnymi. Chociaż chora nosiła pessaryjum przez całe 5 lat, prolapsus macicy pozostał w stanie dawniejszym.

Przypadek LXXV. HAMILTON (1836) raz na zawsze zrzekł się używania wianków macicznych po następującem doświadczeniu: HAMILTON założył 78-letniej kobiecie cynowe lakierowane jajowate pessaryjum z przyczyny wypadnięcia macicy, Wianek $2\frac{1}{2}$ cala długości, $1\frac{3}{4}$ cala szerokości i $\frac{3}{4}$ cala grubości. Przegroda przedzielała wianek w podstawie na dwie części. HAMILTON zalecił chorej raz na tydzień wyjmować wianek dla oczyszczenia.

„Nachdem ich von der Kranken 6 — 8 Monate gar nichts mehr gehoert hatte, wurde ich ploetzlich zu ihr gerufen und hoerte zu meinem Erstaunen, dass das Pessarium niemals herausgenommen war. Bei der Untersuchung fand ich es fest eingekeilt und jeder Versuch es mittels des Fingers zu bewegen, war fruchtlos und so schmerzhaft, dass ich sehr leicht das Vorhandensein eines tieferen Leidens errathen konnte. In der That entdeckte ich auch sehr bald, dass ein Theil des Pessarium bis in den Mastdarm gedrungen war. Vermittels eines der Form des Pessarium angemessenen, einer Geburtszange aehnlichen Instrumentes gelang

die Extraction ohne weiteren Nachtheil. Die Kranke lebte nach der Operation noch einige Monate. Das Pessarium, das an beiden Enden mit einer Kalkmasse inkrustirt war, befindet sich in meiner Sammlung“ (Patrz wydanie niemieckie oryginalnej angielskiej pracy autora).

Przypadek LXXXVI. ROUX musiał inkrustowane pessaryjum skruszyć cęgami kostnemi dla wydobycia,

Przypadek LXXXVII. W dziele: Encyclopaedisches Woerterbuch der medicinischen Wissenschaften, herausgegeben von BUSCH, v. GRAEFE, HORN, LINK, MUELLER, OSANN. Berlin 1840, t. 24, w artykule „Mutterkranz“ na str. 251 autor pisze: „Auch wir sahen uns veranlasst erst juengst einen Mutterkranz bei einer 80 jaehrigen Frau gewaltsam zu entfernen, welcher vor 30 Jahren eingelegt und seit dieser Zeit nicht wieder herausgenommen worden war. Seit einem Jahre ungefaehr klagte diese Kranke ueber sehr heftige Schmerzen in der Beckenhoehle und im Kreuze, bei auch ein Abfluss von Urin und Faecalmassen durch die Vagina beobachtet wurde. Mit vieler Muehe gelang es uns, den Kranz an seinen Seitentheilen zu fassen, und aus der Scheide herauszunehmen. Er war zirkelrund, sehr gross und von Holz, welches schon ganz in Faelniss uebergegangen war und den schrecklichsten Gestank verbreitete. Nach seiner Entfernung schlossen sich die Oeffnungen in dem Mastdarm und der Scheide und die Excretionen des Stuhles und Urins erfolgten schon nach einigen Tagen ungehindert auf den gewoehnlichen Wegen.“ Kto jest autorem tego artykułu podpisanego U...r? — przypuszczam że ULSAMER (patrz l. c.). Na str. 253 autor pisze, że RICHTER (Anfangsgruende der Wundarzneikunst, t. 7, § 27) dla przypadków trudnego usunięcia kółek macicznych zaleca zaprowadzenie grubej, mocno zgiętej sondy na jednej stronie pomiędzy wiankiem i ścianą pochwy, aby przy pomocy sondy wydobyć ciało obce. W artykule „Mutterkranz“ na str. 31 autor pisze: „Das einfachste von allen Pessarieren aber waren frueher Aeepfel und unter dem Landvolke findet man heutzutage noch allenthalben Frauen genug, die sich derselben als Mutterkraenze bedienen.“

Przypadek LXXXVIII. D. W. H. BUSCH pisze: „In der Bibliothèque médicale (T. XVII, p. 265) ist der Krankheitsfall einer jungen Hollaenderin angegeben, bei welcher die Gebaermutter in der Oeffnung des Pessarium eingeschnuert wurde und unterhalb desselben eine Geschwulst sich darstellte, welche die Groesse eines ausgetragenen Kindskopfes hatte. Man musste das Pessarium zersaegen um die Geschwulst zu reponiren.“ Czy przypadek ten nie miałby być identyczny z dawniej już przezemnie wspomnianym analogicznym?

Przypadek LXXXIX. CLAY musiał wydobyć inkarcerowane kółko, które przez 6 lat leżało w pochwie. Rozpoczął on kurację od rozszerzania pochwy przez kilka dni zrzędu przy pomocy gąbek. Dla ułatwienia oswobodzenia kółka przy pomocy igły aneuryzmatycznej przeprowadził on następnie ligaturę na wolny koniec kółka, zrosty zaś po-

przecinał krzywym nożykiem guzikowatym, kierując się wewnętrznym brzegiem kółka. Krwawienie było nieznaczne. Rezultat pomyślny.

Przypadek LXXX. GOSSELIN cytuje przypadek (1846): „Chute de la matrice; pessaire dans le vagin depuis trente cinq ans; extraction.“

Przypadek LXXXI. SCHUH w roku 1846 opisał przypadki następujące: „Brand im Mastdarm und der Scheide durch ein Pessar.“ Kobieta wiekowa; pessaryjum nóżkowate noszone od wielu lat bez wyjmowania, połowa wianka sterczy w kiszce stolcowej, Części miękie tak były spuchnięte i bolesne, że żadną miarą nie można było ściągnąć kółka do ujścia pochwy. Wszelkie usiłowania ręką, piłą łańcuszkową, kleszczami okazały się daremnymi. SCHUH przeciął kroczę i kiszkę i tak pessaryjum wydobyl. Cięcie zagoiło się samodzielnie, z wyjątkiem dolnej trzeciej części.

Przypadek LXXXII. (Patrz l. c. str. 438). W podobnym przypadku SCHUH po prawej stronie tarczy kółeczka wprowadził palec ponad brzeg kółka i po palcu wsunął tępy hak. Równocześnie pomocnik mocno trzymał nóżkę wianka. SCHUH wyciągnął palec z pochwy, wprowadził go do kiszki aż powyżej kółka, i palcem naciskał ku dołowi ku prawej stronie; pomocnik skierował nóżkę ku lewej stronie i ciągnął, SCHUH zaś pociągał za hak w kierunku nóżki kółka; pessaryjum nagle wyskoczyło z pochwy.

Przypadek LXXXIII. ASHWELL w Londynie wydobyl z wielką trudnością pessaryjum noszone 9 lat. Pessaryjum było mocno inkrurowane. Prolapsus już nie powrócił. W roku 1854 УТТЕРХОЕВЕН opisał swój przypadek, o którym już wspominałem („Extraction eines Pessarium aus der Harnblase“). Przeciw nagle powstałemu opadnięciu założono uózkowe pessaryjum z guziczkiem z kości słoniowej i nóżką stalową. Nóżka była umocowana na opasce brzuszno-miednicowej. Po roku już uryna zaczęła wyciekać przez pochwę. Guzik wianka leżał w cewce moczowej i przez długotrwały ucisk wywołał zapalenie i zgorzel przedniej ściany pochwy i tylnej ściany pęcherza moczowego. УТТЕРХОЕВЕН zrobił cięcie $1\frac{1}{2}$ cala długości na przegrodzie pęcherzowo-pochwowej i tak usunął pessaryjum, lecz pozostała po wydobyciu nieuleczalna przetoka cewki.

W 1884 roku widziałem w Museum of the Royal College of Surgeons w Londynie preparat z następującym napisem: „The neck of a phiol and its cork, both, encrusted with calcareous mater, together with fragments of a large friable calculus of similar formation. Then fragments were removed partly from the vagina, partly from the bladder of a women aged 89; in July 1854. It appeared that the bottle had been passed up the vagina 11 years previously; ulcerations of the vagina into the bladder had been result and a permanent vesico-vaginal fistula of a large

ze was last.“ Ponieważ nie znalazłem żadnej wzmianki o tem, czy owa flaszka była wprowadzona w zastępstwie pessaryjum, nie wiem czy przypadek ten należy do mojej pracy, ciekawą zawsze pozostaje perforacyja „e vagina in vesicam“ i dlatego głównie przypadek tutaj przytoczyłem.

Przypadek LXXXIV. Proste zwężenie kiszki stolcowej przez nowotwory wskutek 16-letniego noszenia wianka opowiada BOENS (patrz loc. cit.),

LXXXV. HAECCKER opisuje następujący przypadek: Po 17-letniem noszeniu drewnianego kółka w formie kielicha, zjawiły się upławy cuchnące. HAECCKER spróbował wydobycia łyżkami małych kleszczy akuszeryjnych BUSCH'A, podczas gdy pomocnik ciągnął mocno nóżkę kółka ku dołowi. Podczas ekstrakcyi ułatwionej przez to, że wianek się rozłamał, powierzchowne uszkodzenia ściany pochwy.

Przypadek LXXXVI. W temże miejscu GURLT opisuje przypadek, gdzie wydobył 13 lat bez przerwy w pochwie pozostawiony wianek przy pomocy cęgów rezekeyjnych LANGENBECK'A (patrz SAURBIER 1. c.).

Przypadek LXXXVII. LUEDERS w roku 1858 obserwował następujący ciekawy przypadek: „Merkwuerdiger Fall von Eingewachsensein eines Pessarium im Douglasschen Raum und Entfernung desselben durch den Mastdarm.“ „Eine aeltere, feine, kleine Dame hatte oefters geboren und litt im Herbst 1845 seit einiger Zeit an Unterleibsbeschwerden. Prolaps, Hebamme, Pessar. Das erste, welches sie einzubringen suchte, war zu gross, das zweite kleinere wurde unter so grossen Schwierigkeiten und mit so unerhoerten Schmerzen applicirt, dass die Kranke behauptete niemals in ihrem Leben so durchdringende Schmerzen erlitten zu haben. Die Schmerzen hielten in der Nacht an, und als am naechsten Morgen die Hebamme versucheu wollte, das ihrer Ansicht nach nicht richtig liegende Pessar besser zu legen, war es verschwunden und konnte trotz allen Suchens nicht aufgefunden werden. Obgleich die Kranke behauptete, es sei nicht von ihr abgegangen, so beruhigte man sich mit der Annahme, es sei verloren gegangen. Das Leiden der Kranken waehrte unterdessen ununterbrochen fort und es zeigten sich alle Erscheinungen einer localen Peritonitis, Fieber, Schlaflosigkeit u. s. w. Wiederholte Untersuchungen liessen deutlich eine Geschwulst zwischen Scheide und Mastdarm erkennen, ueber deren Natur man jedoch nicht deutlich Aufschluss erlangen konnte. Ein halbes Jahr nach dem Verschwinden des Pessars faud ein anderer Arzt dieselbe Geschwulst und in dem hinteren Scheidengewoelbe eine querverlaufende Narbe. Mit verschiedenen Befunden der Kranken und bei vergeblicher Behandlung der Geschwulst blieb derselbe oertliche Zustand bis zum Herbst 1857 also zwei volle Jahre. Da erst fing die vordere Mastdarmwand an mit einer Fisteloeffnung aufzubrechen; die Oeffnung wurde immer grosser, bis endlich am 24 Oktober das Pessar ohne Beschwerden aus dem Mastdarm entfernt werden konnte. Es war ein gewoehnlicher laenglicher

schwarzer Kautschukring mit Krollhaaren ausgestopft, $3\frac{1}{2}$ Zoll lang, $2\frac{1}{2}$ Zoll breit und 1 Zoll dick, in der Mitte mit einer kleinen Oeffnung versehen. Die Kranke erholte sich nun schnell und es blieb auch klein oertliches Leiden zurueck. Von Vorfall der Gebaermutter war zu keiner Zeit etwas zu finden gewesen, also hatte die Hebamme von Anfang an auch noch das Leiden falsch beurtheilt gehabt.“

Przypadek LXXXVIII i LXXXIX. August MAYER, którego ojciec gorąco zalecał wianki ZWANCK'A i używał je w klinice swojej przeszło w 203 przypadkach, pisze l. c. str. 38: „In einem Falle zeigte sich ebenso wie in einem von EULENBURG beobachteten Falle, dass die Schraube ganz verrostet war und sich nur mit einer Zange oeffnen liess. Ausserdem war das Instrument fest mit der Scheide verwachsen und konnte nur mit Muehe entfernt werden. Gebaermutterentzuendung und Ulcerationen.“

Przypadek XC. W tem samym miejscu MAYER pisze, że widział nastąpienie poronienia wskutek założonego przez akuszerkę wianka ZWANCK'A. Również poronienie wskutek założenia wianka widział SÉGUIN, trzeci zaś przypadek poronienia po założeniu wianka widziałem osobiście (patrz niżej).

Przypadek XCI. O. v. FRANQUÉ, który w znanej powszechnie swojej rozprawie doktorskiej bardzo starannie zestawił znane dotąd przypadki, pisze na str. 17—19: „Auch darauf sei hier noch aufmerksam gemacht, dass beim Prolapsus uteri die schlimmsten Folgen auftraten, und jetzt noch auftreten, nicht weil derselbe nicht behandelt wurde, sondern gerade weil er behandelt wurde, aber auf eine schlechte und unzuweckmaessige Art. Es sind hier die Nachtheile der schlecht construirten oder auf rohe und ungeschickte Weise eingefuehrten Pessarrien gemeint oder die ueblen Folgen von zu lange getragenen, selbst ganz vergessen Pessarrien. Zahlreich sind die Beobachtungen, mit welchen durch solche Missgriffe das Leben der Kranken im hoechsten Grade gefaehrdet wurde und sehr eingreifende Operationen gemacht werden mussten, um nur das Pessarrium entfernen zu koennen.“

Przypadek XCII. LEOPOLD w roku 1859 widział dwa przypadki: „Von seit langer Zeit zurueckgebliebenen Mutterkraenzen.“ 1) 70-letniej kobiecie, owdowiałej od lat 35, własny brat przed 23 laty założył pessaryjum woskowe. W trzy lata później chora miała zgubić kółko, jednak opuszczenie macicy się nie powiększyło. Był to twardy wianek szorstki nazewnątrz, gładki na wewnątrz, poczęści inkrustowany. Wianek w poprzeczniku miał $3\frac{3}{4}$ cala, 2 cale światła, 11 linii grubości; inkrustacje 2 linie grubości. Wianek był drewniany, widocznie kiedyś woskiem obleczony i leżał w pochwie 23 lat; dopiero w ostatnich czasach wywoływał dolegliwości; przez 20 lat przeszło o obecności jego w pochwie nic nie wiedziała chora. LEOPOLD wydobył wianek z trudnością, pracując 10 minut nad wydobyciem.

Przypadek XCIII. Drugi przypadek LEOPOLD'A: 60-letnia wieśniaczka nosiła od 6-ciu lat wianek z wosku nigdy nie wyjmowany. Chora odda-

wna straciła swój peryjod, obecnie zjawił się na nowo. Coraz silniejsze krwotoki aż do omdlewania. Usunięcie wianka było tak trudne, że LEOPOLD porównywa je z ciężkim porodem, Wianek opierał się z przodu o łuk łonowy, z boku o kości siedzeniowe, cuchnął i był inkrustowany. Prolapsus zginął raz na zawsze.

Przypadek XCIV. HABIT w roku 1859 widział przotokę pęcherzowo-pochwową wielkości dwóch cali kwadratowych wskutek długoletniego noszenia drewnianego pessaryjum. Chora nie chciała się zgodzić na operację przetoki.

Przypadek XCV. PARTRIDGE w roku 1860 pisze: „Foreign body in the vagina covered with calculeous deposits and producing a vesico-vaginal fistula, removal. Notice furnished by WICKHAM.“ 24-letnia służąca dnia 10 Września wstąpiła do kliniki propter corpus alienum. „It appears that some months ago an offensive smell was observed about her person, and discharge of blood and matter found on her linen. On being questioned about this she denied that anything was the matter with her. At last, however, she became so personally offensive, that an examination was insisted upon which was made by the family medical attendant, who detected the edge of some metallic foreign body amidst a quantity of calcareous matter. She was then sent to the Hospital.“ PARTRIDGE badał chorą pod chloroformem. „The vagina was found to be full of calcareous matter, filling the interior and encrusting the exterior of a thin mould, the rounded extremity of which was directed towards the uterus and the sharp base towards the orifice of the vagina. The whole lay within the Sphincter and was removed with difficulty, in consequence of its size by removing as much as possible and the quantity of calcareous matter attached up it. Its extraction was effected however by first diminishing its size by removing as much as possible of the outer incrustation and bending in one side of the mould; then, by means of a strong pair of bone forceps and retraction to dilate the vagina, the substance was removed. A quantity of calcareous matter was afterwards scooped and washed out from the vagina; and, on further examination, an orifice between 2 and 3 inches in extent, was found on the left side of the upper wall of the passage. This orifice was observed to communicate directly with the bladder, from which by means of a lithotomy scoop and forceps, several small calculi about the size of hazelnuts, were removed.“ Przetoka pozostała i miała później być operowana. „The mould, which the patient now confesses has been there about a year, is two inches and a half in diameter, an rather more than three inches deep.“

Przypadek XCVI. BERNUTZ i GOUPIL w roku 1862 piszą, że wdziali wskutek założenia wianka śmiertelne wznowienie się dawnego pelwiperytonitu.

Przypadek XCVII. REUFERN DAVIES w Birmingham pisze 1862 r.: „Removal of a foreign body from the vagina.“ 45-letnia kobieta od wielu lat wskutek opadnięcia macicy nosi pessaryjum. „This pessary was

a globular shape nine inches in circumference, and having at one portion a small part attached, by being screwed into the rest; through two holes a string passed, in order, that the pessary might be easily removed when required to be cleansed. Seven years ago this string broke." Od owego czasu pessaryjum wyjmować się już nie dało. Boleści i stałe krwawienia wkońcu poważnego charakteru. DAVIES znalazł pessaryjum w pochwie swobodnie ruchome i pisze: „Upon examination I found the pessary to be freely movable, and I thought that I could be again withdrawn in the same manner that it had been: and therefore I bored two holes into it, through which I conveyed by a bent probe a piece of cat-gut, and endeavoured to extract it, using as much force as was justifiable, but I found, I was totally unable to move it downwards more than half an inch, telling the woman that the attempt was a failure. but that should any other means occur to me I would try again. The difficulty in extraction was not due to the pessary itself, it having been frequently introduced and removed before; that, from the material of which it was composed, it was not likely to have undergone any change in shape or structure, although it might have become slightly swollen; that in the vagina there was no swelling or obstruction nor any diminution of calibre from any other cause; that the difficulty experienced in extracting it must be occasioned by the mucous membrane of the vagina becoming rucked up and forming itself into folds, when the pessary was being withdrawn thus rendering an insuperable obstacle to its removal; and that the means to be adopted should be by interposing something between the pessary and the walls of the vagina so as to permit of its being pulled out untouched by them. To effect this purpose I introduced an ordinary pair of midwifery forceps, so as to embrace the pessary between its blades, and by the already inserted string I was enabled easily to draw the pessary downwards, the forceps acting beneficially only by their being interposed between the pessary and the vagina and not in their ordinary usage namely, to withdraw the pessary. The result was in accordance with what was expected, and the pessary, smelling horribly, was easily removed and under treatment the hemorrhages etc. entirely ceased.“

Przypadek XCVIII. FERGUSON. (1862). „Lodgment of a foreign body in the vagina, successful extraction.“ Prawdziwą naturę ciała obcego poznano dopiero po wydobyciu z pochwy wianka u 45-letniej kobiety, która wskutek opuszczenia macicy, już od kilku lat nosiła najróżniejsze formy „shaped pessaries.“ „One of them became impacted“; wydobyto pessaryjum pod chloroformem. FERGUSON opowiada, że niejedno „impacted pessary“ z pochwy wydobyl i zwykle bez nadzwyczajnych trudności palcami, kleszczami, nożyczkami albo kleszczykami używanymi przy ekstrakcyi kamienia. Pessaryjum w danym przypadku leżało 18 miesięcy i od 5-ciu miesięcy okazało się unieruchomionem, mianowicie tak obrośniętem, że musiano je porozcinać na kawałki dla wydobycia. Wązki dolny koniec tkwił w ujściu pochwy, wyglądał jak „the first portion of SIMPSON'S pessary.“ „On proceeding to extract this. FERGUSON

thought at first he had to encounter a round piece of wood, but to his astonishment he came upon a marginal body and then upon a second and larger one. He notched the vagina with a probe-pointed bistoury, and thus was enabled to get the body away. There was no deposit around the pessary; the irritation however, was so great previous the extraction, that malignant disease was at one time suspected. There was a vaginal rectocele to add to the complication of the case."

Przypadek XCIX. W roku 1884 widziałem w muzeum anatomicznem szpitala GUY'S Hospital w Londynie pod Nr. 2282h pessaryjum z napisem: „egg-shaped wooden pessary,“ które przez dwa lata nie było wyjmowane z pochwy i wywołało ropne wypływy. (Preparat części miękkich spirytusowy). Patrz: Path. Catalog. of the Museum of GUY'S Hospital edited by Samuel Wilks, London 1863.

Przypadek C. Edw. John TILT 1864 (patrz l. c. str. 158) z wielką tylko trudnością wy dobył u 50-letniej kobiety pessaryjum bukszpanowe w formie kółka, w dwa lata po utracie peryjodów. Musiał poprzećcinąć kółko na kawałki, wianek był mocno inkrustowany. W Paryżkiej Salpêtriêre, pisze TILT, (jest to rządowy przytułek, czyli dom schronienia dla kobiet starych i nieuleczalnych) często przy sekcjach znalazł można zapomniane pessaryja w pochwie, które żadną miarą wy dobyć się nie dają. Na str. 149 TILT czyni ciekawą uwagę, na którą się później powołam. Najdawniejsze pessaryjum u HIPPOKRATES'A wspomina ne jest j a b ł k o g r a n a t o w e, wydrążone w środku, nasycone winem i terpentyną, według greckiego zwyczaju. Chirurg jakiś francuzki imitując dawne owe pessaryjum, używał n i e d o j r z a ł e j p o m a r a ũ c z y.

KLOB w roku 1864 pisze: „Die Pessarien umgeben sich mit verhornenden Epithelialgebilden, denen sich in manchen Faellen Kalksalze beimengen; die Stelle jedoch, an der namentlich unzweckmaessige Pessarien aufdruecken, wird nicht sowohl Sitz einer Verhornung des aufgehauften Epithels, als namentlich von einer Art Decubitus bis zur Perforation ergriffen. Mitunter beginnt jedoch, von den durch Druck wund gewordenen Stellen, eine Wucherung von Granulationen und das neu sich bildende Gewebe waechst nun durch die Oeffnung des Pessars und vereinigt sich mit den von anderen excoriirten Stellen herkommenden Wucherungen derart, dass das Pessar durch strangfoermige Ueberbrueckungen festgewachsen erscheint; mitunter sieht man selbst mehrere, bis kleingfingerdicke Straenge um die Arme des Pessars herumgehen, weiter Inkrustationen mit Harnsalzen und Harnsteinen darum gebildet bei gleichzeitiger Harnfistel.“

Przypadek CI. SAUBIER cytuje przypadek HOENING'A z 1869 r. w Bonn. Nader trudne wy dobycie wianka ZWANCK'A(?) w czwartym miesiącu ciąży; błona łożzowa pochwy tak zacięła się w śrubie wianka, że przy ekstrakcyi urwał się kawał tejże błony.

Przypadek CII. HILDEBRANDT w roku 1879 opisał samodzielne zagojenie wielkich rozmiarów przetoki pęcherzowo-pochwowej, po-

wstałej od pessaryjum ZWANCK'A u kobiety 76-letniej, dotkniętej opuszczeniem macicy od czasu pierwszego porodu w 27 roku życia. 35 lat temu założono jej drewniane kółko i dwa razy takowe wznowiono; nareszcie 8 lat temu założono pessaryjum ZWANCK'A. Chora z początku kółko doskonale znosiła, gdy niedawno nagle doznała w nocy silnych bólów i utrudnienia w oddawaniu moczu. Pessaryjum leżało skośnie skierowane od tyłu ku przodowi z lewej ku prawej stronie, skrzydło jedno przedziurawiło ścianę pęcherza i leżało w nim. Drugie skrzydło kółka również uszkodziło ścianę pochwy, lecz tylko powierzchownie, dolny koniec drugiego skrzydła był obrośnięty granulacjami błony śluzowej; śruby nie można było poruszać, albowiem zardzewiała. Pomimo przecięcia jednego skrzydła, pessaryjum pozostało nieruchomem, z powodu zardzewienia śruby; również po przecięciu wspomnianych fałd błony śluzowej nie było można przeszyć wianka. HILDEBRANDT zatem przeciągnął piłę łańcuchową przez okienko lewego skrzydła, lecz łańcuch zaraz utkwiał nieruchomo w twardem drzewie bukszpanowem. Nareszcie śruba pofolgowała i ekstrakcja kółka udała się. Na prawej stronie ku przodowi w pochwie skonstatowano przetokę szerokości dwóch palców, po lewej zaś stronie, w tkance łącznej pomiędzy pochwą i kiszka, ranę wielkości końca palca. Przetoka zamknęła się samodzielnie w przeciągu 8 tygodni, prolapsus również zginął niepowrotnie. Pessaryjum było w dobrym stosunkowo stanie, bez śladu gucicia, bez ropnego zapalenia pochwy. Prawdopodobnie uzura nastąpiła wskutek *involutionis senilis vaginae*, w miarę której pessaryjum, z początku odpowiednie, z czasem stało się zawiłkiem. HILDEBRANDT również *involutioni senili* przypisuje samowolne zamknięcie się przetoki.

Przypadek CIII. SAURBIER opisuje spostrzeżenie VEIT'A w Bonn, z roku 1869, u kobiety 58-letniej, dotkniętej w dzieciństwie *prolapsu ani*. Chora nigdy nie rodziła, pochwę miała dziewiczą, a swoją drogą miała opuszczenie macicy. Pessaryjum ZWANCK'A, później *incontinentia lotii*, lekarz leczący chorą brał ową *incontinentiam* za objaw towarzyszący opadnięciu. W roku 1869 przywieziono chorą do VEIT'A, który znalazł przetokę moczowodo-pęcherzowo-pochwową szerokości 6 ctm., którą następnie zaszył. SAURBIER pisze tutaj, że w literaturze nie zna drugiego przypadku, gdzieby środek leczniczy używany przeciw jednemu cierpieniu wywołał drugie, jeszcze gorsze od pierwszego.

Przypadek CIV. CHROBAK w roku 1870 cytuje opis wianka chemicznego badanego w laboratoryjum prof. E. LUDWIG'A przez H. v. FRISCH'A. FRISCH znalazł przy sekyi żelazne pessaryjum w pochwie: „Der eiserne Ring, welcher den Kern des Pessars bildete, war nur theilweise erhalten und metallisch, die aeusseren Partien desselben von blauer Farbe bestanden aus Eisenphosphat, die darunter liegenden rostfarbenen wesentlich aus Eisenoxydhydrat. Um den eisernen Ring befand sich eine 3 Centimeter maechtige Schicht von grauweisser, broeckliger Masse, welche sich als ein Gemenge von freien, Fettsaeuren, von deren Kalk- und Magnesia-seifeu und von wenig Erdphosphaten erwies; in dieser

Masse konnte man mit Sicherheit Oelsaeure und Palmitinsaeure nachweisen.“

Przypadek CV. CHROBAK opisuje przypadek raka prędko rosnącego, punktem wyjścia którego była, eine Pessardecubitusdruckrinne umgeben von Granulationen.“

Przypadek CVI. Według CHROBAK'A, BUROW miał obserwować *pessarium oclusum* wskutek obrośnięcia kółka graulacyjami w kształcie mostka ponad ramieniem kółka.

Przypadek CVII. Dalej wspomina CHROBAK, że HOPE i BUCHANAN obserwowali przedziurawienie wskutek noszenia wianków. Ponieważ nie znalazłem źródła tej wzmianki w literaturze, z obserwacji tych korzystać nie mogę.

Przypadek CVIII. BEIGEL (l. c. str. 615) w roku 1875 ostrzega przed wiankami ZWANCK'A i otwartymi wiankami HODKE'go i pisze: „In der allerneuesten Zeit haben sich vielfach Stimmen gegen die unzweckmaessige Anwendung dieser Instrumente als Veranlassung für Scheidenfisteln erhoben und wir machen nur auf die Erfahrungen von CHURTON, ROUTH, ROGERS, HOPE, WILTSHIRE und PALFREY aufmerksam (s. Medical Times and Gazette 1874, Vol. II, p. 589).“ Szczegółowego opisu tych spostrzeżeń, oprócz przypadków CHURTON'A (Hurton'a?) i HOPE'go, nie mogę przytoczyć.

Przypadek CIX. Według ŻBANKOW'A (patrz niżej), LAILLIER w roku 1874 miał wyciągnąć z pochwy gąbkę, która leżała tam 23 lata i dopiero pod koniec robiła dolegliwości.

W tem samym miejscu ŻBANKOW wspomina przypadek widziany przez HORWITZ'A podczas bytności autora w Wiedniu w klinice akuszerjnej; wydobyto z pochwy jedwabną pończochę, która przeleżała w pochwie 4 lata i pierwotnie wetkniętą była przeciw hemorrhagii.

Przypadek CX i CXI. HORWITZ w roku 1873 widział dwukrotnie przedziurawienie kiszki stolcowej przez pessaryjum, na szczęście perforacja nastąpiła w obu przypadkach poniżej sklepienia pochwy; w jednym przypadku pessaryjum leżało 15, w drugim 18 miesięcy bez wyjmowania. HORWITZ nadmienia, że z wiankami praktykuje się dziś także nadużycie, jak z tuszowaniem lapisem.

Przypadek CXII. CHURTON widział przetokę kiszkową wskutek przeniknięcia wianka przez ścianę pochwy.

Przypadek CXIII. WOLDEMAR BUSCH (l. c. str. 56, Fall 18) opisuje spostrzeżenie SCHULTZE'go u kobiety, która od 2—3 lat nosiła pessaryjum ZWANCK'A przy *Prolapsus uteri*. Jak chora opowiadała, w następstwie miała ona atak apoplektyczny z pozostałym utrudnieniem ruchów lewej kończyny dolnej i niestrzymaniem moczu. SCHULTZE znalazł przetokę pęcherzowo-pochwową, przepuszczającą 3 palce; przetoka miała kształt szpary i leżała tuż przy samej *portio vaginalis uteri* SCHULTZE przetokę później zaszył.

Przypadek CXIV. ROKITAŃSKI (młodszy) w roku 1877 opisał „eine blutige Operation zur Entfernung eines in die Vagina eingewachsenen

HODGE-Pessarium. "61-letnia kobieta, wciągu 33-letniego małżeństwa rozdziła trzy razy, ostatni raz 23 lat temu. Od 32 lat prolapsus uteri. Od 9 lat pessaryjum. Od 3 lat nieregularne krwawienia i cuchnące wypływy. Nadaremnie jakiś lekarz próbował wyjęcia wianka, RORITAŃSKI pod chloroformem przeciął mostki mięsne ponad pessaryjum hysterotomem SIMS'A; wianek HODGE'go miał rozmiary $10\frac{1}{2}$ i 7 centymetrów.

Przypadek CXV. PLAUCHUD cytuje przypadek HOFFMANN'A (z którego roku?). 40-letnia kobieta; od chwili porodu mocz wycieka przez pochwę; wskutek rady udzielonej przez inną kobietę, chora wpakowała sobie do pochwy kółko, które sama sporządziła, mianowicie tampon ze szarpi, bawełny i płótna; tampon leżał w pochwie 10 lat i kompletnie zapobiegał upływowi moczu przez pochwę. Po 10-ciu latach zaś nastąpiła inkrustacja kółka, które zaczęło chorej dokuczać wskutek swego ciężaru. Przy wyjmowaniu odkruszały się cząsteczki kamienia i konkrementy owe o ostrych brzegach, przedarły septum recto-vaginae, tak, że obecnie kobieta owa miała pęcherzową i kiszkiową przetokę.

Przypadek CXVI. Nader ciekawem jest spostrzeżenie NAYLOR'A BRADFIELD'A, który wyciągnął z jamy macicznej pessaryjum, spoczywające tam przez 25 lat, „a vaginal glass stem.“ „Removal of a pessary from the cavity of the uterus twenty five years after its introduction.“ W roku 1877 wezwano doktora UNDERWOOD'A do chorej. Przy zbadaniu znalazł on w ujściu macicznym ciało obce gładkie, okrągłe i twarde, wargi maciczne ściśle przylegały do tego ciała. Ciało to wystawało cokolwiek z ust macicznych i miało powierzchnię dolną wklęsłą. Pod chloroformem wydobyto oryginalnej formy pessaryjum szklane, $4\frac{3}{8}$ cala długości. Pessaryjum składało się z trzonka długości $3\frac{1}{2}$ cala i szerokości $\frac{3}{8}$ cala, na górnym końcu trzonka osadzony był okrągły płaski talerzyk poprzeczniaka $1\frac{1}{4}$ cala i 1 linii grubości, na dolnym zaś końcu trzonka osadzony był drugi talerzyk okrągły mniejszy poprzeczniaka $2\frac{1}{8}$ cala. Pessaryjum wdrążyło się do macicy na głębokość $4\frac{1}{4}$ cala. Z początku chora nie była w stanie udzielić jakichkolwiek objaśnień, później zaś przypomniła sobie, że przed 25 laty dr. GRAY dokonał u niej jakiejś operacyi, jakiej mianowicie, tego już nie pamiętała. Prawdopodobnie lekarz wskutek nieświadomości rzeczy pessaryjum mylnie czyli niewłaściwie założył dolnym końcem naprzód, zamiast górnym. Wprowadzony ku górze, a właściwie dolny koniec prawdopodobnie miał być umocowany na bandażu brzuszny, a drugi koniec o wklęsłym talerzyku miał służyć jako podstawa dla szyi macicznej. Pessaryjum miało być nmocowane podobnie jak Pessaryjum WADSWOTH'A.“ BRADFIELD przypuszcza, że GRAY wprowadził najprzód cienki koniec do pochwy, który w następstwie wdrążył do jamy macicznej. GAILLARD THOMAS co prawda nie podzielał tego zdania przy dyskusyi po demonstracyi BRADFIELD'A. Arcyciekawym jest długoletni pobyt wianka w macicy bez wywołania jakichkolwiek dolegliwości.

Przypadek CXVII. Leon WATREMKZ opisuje przypadek SCHACHER'A. Kobieta dotknięta opadnięciem macicy, wprowadziła sobie dla

uniesienia macicy ku górze do pochwy garnuszek porcelanowy, który przez cały rok pozostał w pochwie i którego nie można było usunąć inaczej, jak po rozłamaniu z wielkim trudem na kawałki.

Przypadek CXVIII—CXX. PAGENSTECHER (patrz l. c.) w roku 1879 cytuje dwa przypadki HINRICHS'A, opisane w dysertacji doktor-skiej przez tegoż w roku 1875, gdzie po dwuletnim noszeniu wianka powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa i jeden przypadek Hermana SCHWARTZ'A, gdzie takąż przetoka powstała po pięcioletnim noszeniu wianka. Nareszcie PAGENSTECHER opisuje jeszcze dwa przypadki z kliniki OLSHAUSEN'A w Halli.

Przypadek CXXI. Przetoka pęcherzowo-pochwowa, szerokości dwóch palców po trzechletnim noszeniu wianka ZWANCK'A na skutek opadnięcia macicy. OLSHAUSEN przetokę zaszył u chorej Stoye w roku 1877.

Przypadek CXXII. 62-letnia chora Velvelingen. 8 lat temu akuszerka założyła jej jakiś instrument ze śrubą, dotąd nie wyjmowany. Od roku już kał odchodzi przez pochwę, a od dwóch tygodni i uryna tą drogą wycieka. Skrzydełka wianka sterczą jedno w pęcherzu moczowym, drugie w świetle kiszki stolcowej, przylegając do tylnej ściany kiszki. Pessaryjum najdłuższym rozmiarem swoim leży skośnie, śruba odłamana. OLSHAUSEN pod chloroformem przeciął ścianę pochwy i pessaryjum wydobyl. Mała *fistula vesico-vaginalis* w bliskości *portionis vaginalis* i *fistula recto-vaginalis* wielkości dwómankówki, każda osobno operacyjnie zamknięta.

Przypadek CXXIII. Wskutek opadnięcia macicy założono w poliklinice dwa lata temu pessaryjum ZWANCK'A; leży ono dziś w lewym skośnym rozmiarze miednicy, lewe skrzydło przedziurawiło ścianę kiszki stolcowej, po lewej stronie znaczny wysięk w tkance łącznej okołomaciczej; pessaryjum tak wrosnięte, że nie daje się wyciągnąć inaczej, jak po nacięciu pochwy w długości 3—4 centymetrów na tylnej ścianie. Potem ekstrakcyjja już z łatwością się udała, wysięk w następstwie zginął, a przetoka zmniejszyła się aż do szerokości otworu na jeden palec; chora na operacyję przetoki się nie zgodziła.

Przypadek CXXIV—CXXVII. Ludwik NEUGEBAUER (patrz l. c.) w roku 1879 przytacza dwa własne spostrzeżenia, oraz dwa doktora KULSKIEGO podług wiadomości listownych. W swoim pierwszym przypadku Ojciec mój z wielką trudnością wydobyl pessaryjum ZWANCK-SCHILLING'A, które przez długie lata w pochwie leżało u 50-letniej kobiety, dotkniętej opadnięciem macicy. Dla wydobycia trzeba było przeciąć trzonek wianka. — W drugim przypadku usunął przez 8 lat noszone pessaryjum SCHULTZE'go u 48-letniej chorej. W pierwszym przypadku musiał utworzyć sobie drogę do kółka nożem i nożycami, w drugim zaś trzeba było przeciąć mięsny mostek, który utworzył się ponad pessaryjum. U ostatniej chorej opadnięcie zginęło raz na zawsze wskutek zapalnych procesów w tkance łącznej, w drugim zaś przypad-

kn usunięto opadnięcie macicy *per kolporrhapiam medianam* mojego Ojca.

Obie chore doktora KULSKIEGO nosiły pessaryja HODGE'go z cyuy, jedna tylko 5, a druga przez 3 miesiące. W obu przypadkach pessaryja aczkolwiek tak krótko noszone, obrośnięte były mięsnymi wałkami i mostkami tak, że były unieruchomione zupełnie.

Przypadek CXXVIII. SAURBIER (patrz l. c.) cytuje przypadek BURROWS'A (Burow'a?) (z którego roku?). Pessaryjum, noszone przeszło 20 lat, pokryte mostkiem błoniastym szerokości 1½ cala; mostek ten łączył tylną górną ścianę pochwy z dolną częścią przedniej ściany pochwy. Dla ekstrakcyi kółka trzeba było poprzednio wyciąć część tej przegrody pochwowej. Mostek ten mięsny w następstwie działał jako pessaryjum naturalne (prawdopodobnie *Cystocele vaginalis*).

Przypadek CXXIX. W roku 1880 HABIT obserwował przetokę kiszki stolcowej pochwową, oraz pęcherza również pochwową wskutek wianka ZWANCK'A, noszonego 7 lat. Przez ostatnie trzy lata pessaryjum nie było wyjmowane. Skrzydła nie leżały na bokach, lecz z przodu i z tyłu. (FRITSCH pisze w swoim referacie o tej pracy: „Jak zawsze“). Przy operacyi ułamała się śruba, ekstrakcyję ukończono dopiero po usunięciu nożycami SIEBOLD'A tkanki bliznowatej, która trzymała skrzydła wianka.

Przypadek CXXX. PÉAN w roku 1880 złożył do muzeum swego pessaryjum ZWANCK'A, które tam widziałem w roku 1884, Przypadek ogłoszono w czasopiśmie „Paris Médical“: 56-letnia kobieta, w 40 roku życia ciężki poród, *prolapsus*; pessaryjum noszone przez 16 lat, dopiero w ostatnich czasach wywoływało dolegliwości, od 6-ciu tygodni chora leży w łóżku. Stolec i wiatry odchodzą przez pochwę. Aby nie powiększyć przetoki kiszki, PÉAN przeciął skrzydło leżące w kiszce stolcowej od strony kiszki. Drugie skrzydło było unieruchomione w pochwie przez rodzaj więzu przechodzącego przez okienko skrzydła wianka. PÉAN przeciął ten mostek poczem pessaryjum z pochwy wy dobył („Corps étranger du vagin et durement“).

Przypadek CXXXI. ERNEST. „Pessary remaining in vagina for six years.“ 1881—1882.

Przypadek CXXXII. FRITSCH pisze: Ja również widziałem przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej przy *prolapsus uteri*, lecz nie mam pewności, czy przetoka nie powstała wskutek noszenia przez długie lata wianka ZWANCK'A.

Przypadek CXXXIII. JACKSON. (1882—1883). „A globe pessary worn 35 years without removal.“

Przypadek CXXXIV. SUTTON (1882) „Pessary remaining in the vagina fifteen years.“

Przypadek CXXXV. KELLOGG (1882). „Pessary retained for eelven years.“

Przypadek CXXXVI. BUCKLE (1882). „Cup pessary retained in the uterus for several weeks removed by an operation.“

Przypadek CXXXVII. MUNDÉ w roku 1883 opisał inkarcerowane pessaryjum, wyjęte z pochwy po 17-tu latach.

Przypadek CXXXVIII. MOORE (1884). „Pessaries impacted in the vagina.“

Przypadek CXXXIX. PAINE (1884). „A Hodge pessary worn thirteen years.“

Przypadek CXL. RAINES (1884). „Pessary worn 11 years.“

Przypadek CXLI. RENSHAW (1884). „Ring-pessary removed after 14 years impaction.“

Przypadek CXLII. BOAL (1884). „Glas pessary in the vagina for twenty one years.“

Przypadek CXLIII. KELLY (1884). „Death from a pessary.“

Przypadek CXLIV. HORROCKS (1884). „Wooden pessary Ring worn for six years with the Lumen entirely filled up by Deposits.“ Kobieta przeszła 70-letnia, pessaryjum leży 6 lat *in situ*. Boleści i krwawienie. Z wielką trudnością udało się usunięcie palcami i cęgami bez chloroformu. Było to kółko drewniane zgniłe i inkrustowane. Pessaryjum wyglądało jak ołowiane i można było nim rysować na papierze jak ołówkiem. Drzewo do tego stopnia zmiękło, że można było je krajać scyzorykiem; tylko miejsce inkrustowane było twardej konsystencji. Pessaryjum zaraz po wyjęciu ciężkie, po wyschnięciu okazało się bardzo lekkim.

Przytaczam tutaj bardzo ciekawe spostrzeżenie HIERSTROEM'A, które aczkolwiek nie dotyczy wianka, ma jednak znaczenie pokrewne. (Hygiea 1883, Czerwiec, tom LV, Nr. 6, Referat Archives de Tocologie 1884, p. 364). „Duille d'un chandelier (1½ cent. de longueur et 4 centimètres de largeur à la base), ayant été introduite dans la matrice et s'étant fixé dans le tissu même de la matrice; on dilata le col, pratiqua des débridements sur l'orifice externe et on put ainsi extraire le corps étranger. Guérison.“ (Przypadek dotyczy chorej obłąkanej).

Przypadek CXLV. W tem samym miejscu GERVIS wspomina o przypadku, gdzie przysłano mu chorą z dyjagnozą raka, a gdzie żadnego raka nie było, sprawa zaś dotyczyła następstw inkrustowanego pessaryjum.

Przypadek CXLVI. W paryzkim Société anatomique byłem w roku 1884 obecny na posiedzeniu, gdzie doktor LÉONARD opowiedział przypadek, obserwowany przez zmarłego chirurga GILLETTE. 54-letnia kobieta oddawna cierpiała na dolegliwości przy oddawaniu moczu i stolca oraz obrzęk jednej nogi aż po miednicę sięgający. Białkomocz. GILLETTE znalazł w pochwie cuchnące zgniłe pessaryjum, a poniżej wianka obrzęk

ścian pochwy. Cuchnący wypływ. Chora zmarła w nocy po przybyciu do szpitala, przy ciepłocie $+34,2^{\circ}$ C. wskutek uremii. Pessaryjum spowodowało różne owrzodzenia z resorpcją septycznych produktów. Nephritis albuminurica. Płuca, wątroba, śledziona, drogi moczowe, oraz pnia mater silnie iniekowane. „Cas de mort par un pessaire.“

Przypadek CXLVII. ŻBANKOW w roku 1885 w języku rosyjskim opisał dwa przypadki, 1) 75-letnia kobieta, 16 razy rodziła, od 25 lat już jest wdową, od owego czasu nosi pessaryjum, dopiero od niedawna ropne odchody z pochwy. Wianek w pochwie zachował swobodną ruchomość, lecz nie sposób go było wyjąć; trzeba go było poprzednio przeciąć nożycami, używanymi dla zdjęcia opatrunku gipsowego. Owrzodzenia i granulacje w pochwie. Macica mała w tyłopochyleniu i w stanie zaniku. Pessaryjum miało 27 cent. obwodu, grubość 5 cent., grubo inkrurowane. Wianek ten składał się z pętli drutu, gałgankami owiniętej.

Przypadek CXLVIII. 2) 60-letnia kobieta, która 5 razy rodziła. Po 4-tym porodzie jakaś stara baba założyła jej do pochwy wianek maciczny, z którym ponownie zaszła w ciążę; wianek nie przeszkadzał bynajmniej stosunkom. Po 5-tym porodzie wianek ponownie włożono, obecnie leży *in situ* 20 lat bez wyjmowania. Chora zgłosiła się do szpitala wskutek *herniae inguinalis*. Z powodu okropnego smrodu dokoła chorej, ŻBANKOW podejrzywał znów zaniedbane pessaryjum, ponieważ tylko co obserwował podobną sprawę poprzednio opisaną. Rzeczywiście, dyagnozę taką nosem postawiona sprawdziła się. Wianek był cienki i bez trudu dał się usunąć. *Portio vaginalis* nie istnieje, było ono dokoła tak zrośnięte z pochwą, czyli z jej sklepieniami, że otwór ust macicznych leżał zupełnie w tyle. Czy obliteracja ta sklepień pochwy była następstwem noszenia kółka lub też następstwem pokaleczeń przy dawniejszych porodach, tego ŻBANKOW nie podejmuje się rozstrzygnąć. Zanik sklepień wskutek zapalnej sprawy zakończonej zrostami zdaje mi się prawdopodobnym, możebnym, lecz prędzej przypuszczałbym zniszczenie części pachowej przy poprzednich porodach. Starczy zresztą dla objaśnienia *involutio senilis* z zanikiem szyjki, tak, że na pierwszy rzut oka zdaje się, iż mamy do czynienia *cum obliteratione fornicum vaginae*, a istotnie tylko *cum atrophia senili portionis vaginalis*. Macica bardzo mała, w stanie pochyleń, w stanie zaniku. Wianek eliptyczny leżał w poprzek, inkrurowane wapienne na nim. Wianek składał się tylko ze skręconych gałganków bez drutu, miał 24 cent. obwodu, 78 cent. grubości. *Vaginitis ulcerosa adhaesiva* HILDEBRANDT'A (?).

Przypadek CXLIX. ROBIN (1885). „Pessaire à demeure, atrésie du col utérin, rétention du pus dans l'utérus, accidents secondaires d'intoxication, mort.“ AUVARD co do niebezpieczeństwa niewłaściwych wianków wyraża się tak: „Accidents et complications: Les phlegmons du ligament large, parfois des abcès de la fosse iliaque susceptibles d'amener la mort, les ulcérations du col utérin, de la pelvéopéritonite, gangrène par la compression des parois. Productions végétantes fournies par la paroi vaginale et qui arrivent à entourer complètement le pes-

saire. C'est dans ces cas de pessaires oubliés dans le vagin, qu'une supuration locale abondante peut s'établir et épuisant petit à petit la malade, la conduire a la mort soit par épuisement, soit par une complication quelconque."

Przypadek CL. PAPIN w roku 1886 zakomunikował dwie obserwacje. 1) Pessaryjum HODGE'go z twardego kauczuku wskutek prolapsus uteri. „The doctor found the pessary embedded deeply in the tissu of the cul de sac of Douglas.“ Po kilku głębokich nacięciach pochwy wydobyto pessaryjum, prolapsus już nie powrócił. „After its intriduction, cellulitis has supervened, with subsequent hypertrophy of the tissue, so that the ring had become completely imbedded. The doctor cut down upon, but could not remove it, then with a long handled saw he cut out a segment, and was thus enabled to slip it out as a lady would remove an earring from the ear.“ Bardzo trafnie PAPIN porównywa sposób wyjmowania przeciętego w jednym miejscu lub w dwóch miejscach kółka z wyjmowaniem koleczyka z ucha. Pessaryjum leżało *in situ* 7 lat.

Przypadek CLI. 2) PAPIN znalazł pessaryjum już po dwóch miesiącach tak obrośnięte, że tylko operacyjną drogą mógł je usunąć.

Przypadek CLII. PAPIN w innym miejscu opisuje wydobycie wianka w czwartym miesiącu ciąży. „By sawing out a segment and slipping it out of the parts, not, however, without lacerating the tissues somewhat. The patient, when 16 years of age, had caused prolapsus uteri, by lifting a stove. The womb was replaced, but unsuccessfully and the patient married with a complete procidentia. She has since borne three or four children, the womb being pushed back on all proper occasions. The patient has used a great variety of pessaries and during her last pregnancy ad produred the one presented, which is a modification of Babcocks and introduced it herself. When dr. PAPIN was called to see her, the cervix protruded through the ring had become strangulated and was already cold. Contrary to the expectations of her attendants, she did not miscarry after the removal of the pessary. The doctor did not think, that it would have been possible to relieve the congestion and return the cervix through the ring of the pessary before the segment had been removed.“

Przypadek CLIII. HEGAR i KALTENBACH piszą w roku 1886 (l. c. str. 139). „Bei einer alten Dame, bei welcher wegen Retroversio mit Cystocele ein Hebelpessar eingelegt worden war, beobachteten wir ein Carcinom der Scheide; der Knoten hatte seinen Ursprung gerade da, wo der vordere Buegel des Pessars die Vaginalwand gegen den Ramus descendens ossis pubis andrueckte. Da primaere Carcinome an dieser Stelle kaum beobachtet sein moegen, so glauben wir diesen Druck als veranlassende Ursache bezeichnen zu muessen.“ Dalej ciż sami piszą na str. 141: „ZWANCK erfand das gefaehrliche fuegelfoermige Pessar.“ Na str. 138: „Wir haben zuweilen die Scheidenwand schon nach einigen Tagen verdickt gefunden und unter dem Instrument selbst ulcerirt, obwohl

nicht zu gross gewaehlt und Scheidengewoelbe nicht sehr gespannt; zuweilen traten auch nach langjaehrigem guten Verhalten ohne besonderen Anlass Erscheinungen von Drucknecrose auf. In anderen Faellen, selbst nach jahrelangem Gebrauch keinerlei nachtheilige Folgen beobachtet.“

Przypadek CLIV—CLX. WINCKEL 1886 roku pisze, że w praktyce swojej widział 5—6 przypadków *occlusionis pessarii*.

Przypadek CLXI. Kolega JAWDYŃSKI opowiadał mi o spostrzeżeniu własnem w początku 1888 roku, gdzie obserwował śmiertelne zejście wskutek septycznego zapalenia tkanki okołomaciczej u starej kobiety, która od wielu lat nosiła zaniedbane pessaryjum. Był to wianek okrągły gumowy MAYER'A.

Przypadek CLXIII. BATLY 1887 roku wyjął z pochwy 68-letniej kobiety drewniane, sferyczne pessaryjum inkarcerowane.

Przypadek CLXIV. CHARLES w 1887 roku usunął 12 lat noszone *pessaire à gimblette*, po przecięciu takowego nożycami używanymi do embryjotomii. Było to kółko drewniane obrączkowate u 65-letniej kobiety. Chociaż pessaryjum było noszone przez 12 lat, nigdzie na niem nie było inkrustacyj; można było swobodnie przekręcać je w pochwie, lecz wskutek ciasnoty ujścia pochwy, nie można go było wydobyć.

Przypadek CLXV. SAWIN w roku 1887 w Towarzystwie akuszeryjno-gynekologicznem w Kijowie opisał dwa spostrzeżenia własne. 1) Dnia 22 Maja wstąpiła do szpitala Św. Cyryla 56-letnia chora od tygodnia już krwawiąca; od ośmiu lat już nie miewała peryjodów, rodziła trzy razy, ostatni raz 17 lat temu. Wskutek opadnięcia macicy od 12 lat już pessaryjum *in situ*. Drewniane kółko mocno inkrustowane zupełnie zczerniało. SAWIN wyciągnął kółko palcem, nakształt haczyka zgiętym ku ujściu pochwy, i tamże przeciął obcęgami kostnymi, potem wykręcił drugą stronę ku dołowi i również przeciął, przy której to manipulacyi kółko rozłamało się na dwie części. Pessaryjum miało 29 cent. obwodu, 18 cent. obwodu światła, dyjаметr wynosił 9 cent., grubość wianka 2 cent. W pochwie głęboka odleżyna otoczona przerostem tkanek dookoła. *Per rectum*, oraz *per vaginam* badając w tem miejscu, można było wymacać jakby twardej guz o niewyraźnych konturach i nierównej powierzchni. Na tylnej ścianie pochwy znaleziono rodzaj bruzdy, czyli rynny głębokiej, uzurowanej, rakowato zwyrodniałej. Usunięto kilka kawałków tkanki dla zbadania drobnowidzowego. *Carcinoma primarium vaginae* prawdopodobnie wskutek drażnienia długotrwałego przez pessaryjum.

Przypadek CLXVI. 2) Pani LJUBOWAJA obserwowała następujący przypadek: 46-letnia starozakonna wielorodząca, *prolapsus uteri*. Jakaś kobieta poradziła jej zrobić sobie kółko z kawałka drutu i oblec takowe woskiem. Tak też chora uczyniła i kółko owe własnego wyrobu sama sobie do pochwy wprowadziła. Już po miesiącu silne krwotoki, kółka już chora nie mogła wydobyć. W Maju 1888 r. po 6-ciu miesiącach

nareszcie zgłosiła się do lekarza, który wyciągnął wianek, mający 24 cent. obwodu; 7,5 cent. wynosił dyjometr, 11 cent. obwód światła, a wymiar poprzeczny jego 3 cent. Grubość wianka 3 cent.

Przypadek CLXVII. FANTL (1888). 68-letnia kobieta od 12-tu lat bez peryjodu, od 4-ch miesięcy krwawienie bez przerwy, stałe bóle w brzuchu. Szyjka zrosnięta z tylną ścianą pochwy przez mostek mięsny grubości jednego centymetra. „Kranzelringpessar“ włożone przez akuszerkę 30 lat temu po porodzie; od owego czasu nigdy nie wyjmowane. FANTL przy pomocy palca wyciągnął jedną połowę tego obrączkowego, drewnianego zgnitego kółka, o wymiarze poprzecznym 7 — 8 cent., drugiej połowy już nie było w pochwie.

Przypadek CLXVIII. Redakcja „Wiener Medicinische Presse“ dodaje do opisu przypadku FANTL'A jeszcze notatkę, że BECKWITH leczył 70-letnią chorą z przyczyny rozwolnienia i tenezmów, i że przypadkowo przy tej okazji znalazł w pochwie ciało obce, mocno inkrustowane. Był to tampon z waty założony 20 lat temu przez akuszerkę. Pochwa i szyjka maciczna zwyrodniały rakowato; kobieta wkrótce potem zmarła na raka.

Przypadek CLXIX. SLOAN w roku 1888 musiał wydobyć przy pomocy skruszenia pessaryjum HEWITT'A, które tylko przez 6 miesięcy leżało.

Przypadek CLXX. WALLACE 1888 r. musiał usunąć z trudem pessaryjum BLACKBEES'A.

Przypadek CLXXI. HABIT wydobył 1888 r. u 62-letniej chorej LERTER'owskie pessaryjum (Hartgummihohlpessar) tylko przez 1½ roku noszone, przecinając takowe pętlą platynowego drutu na drodze galwanokaustycznej (trzy elementy). Nie chcąc rozciąć krocza, aby chorej nie trzymać długo w szpitalu, przeciął obrączkę kółka najprzód z przodu, potem po drugiej stronie i w dwóch kawałkach wyjął z pochwy.

Przypadek CLXXII i CLXXIII. ROKITAŃSKI w podobnym przypadku przeciął pessaryjum z twardego kauczuku termokauterem. Przy dyskusji CHROBAK wspomina, że użył piły łańcuszkowej w jednym przypadku dla rozpiłowania kółka. (Przy tej okazji BANDL wspomina, że raz wyjął z pochwy szklankę od wody dokonywając przecięcia krocza i nakładając kleszcze porodowe).

Przypadek CLXXIV i CLXXV. BETZ (1888). Na zjeździe lekarzy okręgowych w Heilbronn jeden z uczestników opowiadał, że musiał przepiłować drewniane pessaryjum w celu wydobycia takowego. Leżało ono *in situ* przez lat 18 i było mocno inkrustowane, cuchnące odchody. Inny znów z lekarzy opowiadał, że wyjął po śmierci u chorej jednej pessaryjum, które przez 28 lat leżało w pochwie.

Przypadek CLXXVI i CLXXVII. FRAENKEL 1888 r. kilka razy obserwował pessaryja zamknięte, czyli uwięzione w pochwie przez inwazyję starczą u starych kobiet i musiał wydobywać takowe z wielką pomocą trudnością pod chloroformem kleszczami, dwa razy przecinając przytem krocze i zaszywając je w następstwie. Najwięcej kłopotu mie-

wał z pessaryjami jajowatemi BREISKY'ego, naprzykład u jednej 71-letniej pacjentki. (Patrz artykuł FRAENKEL'A w „Centralblatt f. Gynaekologie“ o pessaryjach jajowatych BREISKY'ego i czasem nader trudnym ich usuwaniu).

Przypadek CLXXVIII. DESGUIN 1888 r. opisał przypadek wdrażenia wianka do pęcherza moczowego wraz z hematuryją i *Cystitis calculosa*; szeroka przetoka pęcherzowo-pochwowa skomplikowana ze ścienięciem bliznowatym brzegów i zwężeniem bliznowatym pochwy. Dopiero po czterech operacjach udało mu się przetokę zamknąć.

Przypadek CLXXIX. PIPPINGSKOELD 1889 r. opisał przypadek 8-letniego pozostawiania pessaryjum z twardego kauczuku w pochwie bez jakichkolwiek ujemnych skutków. Wymiar poprzeczny wynosił 7,5 cent.

ELLISON w roku 1889 r. wydobyl z pęcherza moczowego u 13-letniej dziewczynki drewnianą szpulkę otoczoną kamieniem. Pochwa była zupełnie zarośnięta. Menstruacja odbywała się przez cewkę moczową. (Szpulka prawdopodobnie była par force wprowadzona do pochwy i powoli lub też zaraz przebiła ścianę pęcherza).

Przypadek CLXXX. RAKJEJEW 1890 r. piśmiennie przedstawiła Petersburskiemu Towarzystwu akuszerzyjno-gynekologicznemu przypadek następujący. Żelazne kółko (6,5 i 2,5 cent. wymiarów) owinięte gałganami i zatopione w wosku, wyjęto z pochwy 73-letniej kobiety, która nigdy nie rodziła. Wianek ten był wprowadzony 33 lat temu wskutek opadnięcia pochwy. Dopiero od tygodnia chora czuła jakieś dolegliwości; po wydobyciu nie znaleziono żadnych uszkodzeń.

Przypadek CLXXXI. REEVES (1890). „Retained pessaries.“ Pessaryjum noszone bez ujemnego działania przez 9 lat.

Przypadek CLXXXII. ROUTH (1890). „Retained pessaries.“ „F. ROUTH showed one of his buckle pessaries which had been allowed to remain the vagina of a lady for five years. It was originally put in for dysmenorrhoea and the patient having gone into the country, she had applied in vain to the local men to remove it. She had accordingly removed it herself. She was single. He observed, that its long continued presence did not seem to have given rise to any irritation, but the distal extremity of it was coated with a chalky deposit, which did not extend further than half way down, and which he took to indicate that the secretions at the fundus uteri were different from those lower down. He mentioned that he had then under his care a lady who had kept one in for three years-removing and cleaning it at intervals of a year.

Przypadek CLXXXIII. SAENGER 1890 r. pisze (l. c. str. 11) „Die intrauterinen Pessarien sind, in Deutschland wenigstens, als Mittel zur Behebung von Lageveraenderungen so gut wie gaenzlich verlassen und fielen durch ihre Gefaehrlichkeit. (Perforationen des Uterus, Blutung, schwere infectioese Erkrankungen des Uterus und seiner Anhaenge mit zahlreichen Todesfaellen),“ str. 58: „Jetzt wissen wir, dass das ZWANCKsche Pessar das gefaehrlichste ist, welches existirt. Kein anderes bewirkt so rasch Druckbraud und eine solche Ausdehnung, dass zahlreiche

Faelle bekannt wurden, in denen weite fistuloese Durchbrechungen der Blasen- und Mastdarmwand erfolgten. Auch koennen die Fluegel foermlich in die Scheide einwachsen, derart, dass sich durch ihre Oesen dicke Gewebmassen hindurchranken, welche die Entfernung des Pessars erschweeren. (Auch ich beobachtete so einen Fall). MAYER'sche Ringe machen schon bald eine Colpitis purulenta foetida.“ Str. 60: Schmiere von desquamirtem Epithel, Blut, Schlamminfection. (Endometritis, Parametritis, Pelveoperitonitis). BREISKY's Eipessare mit der Zange zu entfernen gleichen bedenklich einer Zangengeburt.“

Przypadek CLXXXIV. WYDER 1890 r. dokonał kolpokleizy z powodu nieuleczalnej przetoki pęcherzowo-pochwowej, powstałej wskutek noszenia wianka ZWANCK'A,

Przypadek CLXXXV—CLXXXVII. NELSON pokazywał w roku 1890 trzy pessaryja, które chociaż leżały w pochwie bardzo niedługo, mianowicie 2, 3 1/2 i 4 miesiące tylko, były już zupełnie zniszczone, chociaż były zrobione z drutu żelaznego połączanego „Iron plated wire plated with gold.“

Przypadek CLXXXVIII. PALLACH 1891 r. opisał operację zaszycia przetoki kiszki-pochwowej dokonaną przez KALTENBACH'A. Przetoka powstała wskutek noszenia wianka ZWANCK'A w przeciągu 7-miu lat, bez wyjmowania, u kobiety 50-letniej. Tylne skrzydło kółka sterczało w świetle kiszki stołcowej. Przetoka szerokości trzech palców miała kierunek z przodu i z prawej strony ku tyłowi i ku lewej stronie.

Przypadek CLXXXIX. DOBRADIN 1891 r. z trudem wydobyl pessaryjum z pochwy. Dnia 6 Maja 1891 r. 56-letnia chora wstąpiła do szpitala Obuchowskiego w Petersburgu z przyczyny cuchnących odchodów z pochwy. Pessaryjum leżało 4 lata *in situ* niewyjmowane. Obręczka gładka, okrągła, twarda, swobodnie ruchoma w górnej części pochwy, lecz nie sposób ściągnąć jej na dół. Spróbowano naprzód ściągnięcia przy pomocy sznurka, przeciągniętego przez światło kółka, spróbowano potem przeciąć je cęgami kostnymi, lecz nadaremnie. Nareszcie nadpiłowano pessaryjum w kilku miejscach piłą, aby cęgi nie mogły się ześlizgiwać; teraz dopiero udało się przecięcie kółka na dwie części. 23 cent. obwołu, 7 ctm. wym. poprzeczniaka i 2 ctm. grubości. W pochwie spostrzeżono kilka owrzodzeń, które bardzo wolno tylko się zagoiły. Może być, że i tutaj MAYER'owskie kółko, z początku miękie, dopiero z czasem stwardniało, jak w przypadku DORSETT'A.

Przypadek CXC. X... (patrz DOBRADIN, l. c. str. 1004) na temże posiedzeniu pokazywał pessaryjum ZWANCK-SCHILLING'A wydobyte z pochwy po trzechletniem leczeniu *in situ*. *Prolapsus completus uteri*. W pochwie znaleziono tylko śrubę wianka, skrzydełka zaś wdrażyły na drodze uzury do tkanki łącznej otaczającej pochwę. Przepiłowano pessaryjnm w kilku miejscach piłą łańcuszkową i wydobyto w pięciu kawałkach. Wskutek pokaleczeń pochwy wytworzyły się takie blizny, że w następstwie opadnięcie już nie powróciło.

Przypadek CXCI. Na temże posiedzeniu v. OTT opowiedział, że raz jeden przecinał inkarcerowane pessaryjum pętlą galwanokaustyczną i zaleca ten sposób.

Przypadek CXCII. LIPINSKIJ 1891 r. w Towarzystwie lekarskiem w Mohylewie, opisał spostrzeżenie bardzo trudnego usunięcia z pochwy szklanego korka, wprowadzonego na 6 miesięcy przedtem do pochwy z powodu opadnięcia macicy. Po wydobyciu korka znaleziono przetokę pęcherzowo-pochwową, oraz znaczną ranę *ex usura* w przednim sklepieniu pochwy.

Przypadek CXCIII. SEGET 1891 r. w Towarzystwie akuszeryjnym Kijowskiem opisał przypadek następujący: Przez dwa do trzech lat chora sama sobie radziła przeciw nietrzymaniu moczu, wprowadzając do pochwy co 3 — 4 dni pewną ilość waty oraz gałganów płóciennych. Od 5-ciu miesięcy już nie jest w stanie radzić sobie jak dawniej. SEGET badając pod chloroformem chorą, znalazł kamień moczowy, w którego środku były resztki owych gałganów płóciennych, które chora widocznie sama sobie przez istniejącą już poprzednio przetokę moczową do pęcherza wprowadziła. Licząc przypadki JOBERT'A, L. NEUGEBAUERA i TYSZKI, oraz jeden mój poniżej opisany, gdzie pessaryjum było wprowadzone przez przetokę dróg moczowych do pęcherza, mamy takich rzadkich przypadków aż 5; dodać wypada opisane dalej spostrzeżenie MOHNSTEIN'A, który wy dobył z cewki *pessarium oclusivum* przez narzeczonego narzeczonej wprowadzone mylnie do pęcherza, oraz spostrzeżenie UYTTERHOVEN'A, poprzednio już opisane, wprowadzenia wianka do pęcherza przez cewkę, mamy więc razem 7 przypadków wianków w pęcherzu moczowym u kobiet.

Przypadek CXCIV. DORSETT (1891). 50-letnia kobieta z dyjagnozą raka przyszlana; wrośnięte pessaryjum wycięto w kawałkach. Było to pessaryjum miękkie MAYER'A dopiero rok temu nałożone. Wskutek działania odchodów pochwowych wianek stwardniał zupełnie i zrobił się szorstkim. Wianek tutaj wywołał otsre septyczne objawy przy licznych głębokich owrzodzeniach.

Przypadek CXCV. ROCHET (1892). Pessaryjum ZWANCK'A wrośnięte u 63-letniej chorej; zapalenie, połączone z *phlegmone*, po trzechletniem noszeniu wianka bez wyjmowania. Wydobycie było bardzo trudne.

Przypadek CXCVI. JONES 1891 r. pokazywał pessaryjum, które leżało *in situ* przez 9 lat bez jakiegokolwiego ujemnego wpływu.

Przypadek CXCVII. COSPEDAL TOMÉ (1891). „Persistance durant six ans dans le vagin d'un pessaire sans resultat curatifs ni préjudiciables“, 50-letnia wdowa, *multipara*, wskutek opadnięcia 10 lat już nosi pessaryjum dawno niewyjmowane. Zakażenie od strony pochwy, bóle. Pessaryjum 14(!) centymetrów w wymiarze poprzecznym, wydobyto stosunkowo łatwo i nie zauważono poważnych uszkodzeń na pochwie, lecz tylko powierzchowne nadżarcie.

Przypadek CXCVIII. MURRAY (1892). „Glaspessary worn 25 years.“ 78-letnia kobieta nosiła pessaryjum szklane przez 25 lat. Usunięcie inkarcerowanego wianka było nader mozolne i trudne.

Przypadek CXCIX—CCXI. Osobiście 13 razy miałem sposobność usunięcia wianka niewłaściwego, inkarcerowanego lub też przez chorą zaniedbanego. Spostrzeżenia te dotyczą po większej części przypadków, gdzie pessaryjum zaledwie rok jeden przeleżało w pochwie, lecz gdzie pacyjntki ani szprycowań żadnych nie robiły, pomimo zalecenia takowych, ani też nie przychodziły w oznaczonych odstępach czasu do lekarza dla wyjęcia kółka, kontroli i oczyszczenia lub zmiany. Między innymi u jednej i tej samej kobiety musiałem trzykrotnie wydobywać *pessarium oclusum*, mianowicie u służącej 43-letniej Katarzyny J... Najprzód wrosło jej pessaryjum HODGE'go cynowe w taki sposób, że mostek mięsny wytworzył się nad tylnym ramieniem kółka, łącząc tylną ścianę pochwy z tylną wargą szyi macicznej, czyli tylne ramię wianka zakopało się, że tak powiem, w tylnym sklepieniu pochwy. Przeciąłem pessaryjum w jednym miejscu cęgami, używanymi do krajania drutu żelaznego, a następnie już wyjąłem je tak, jak koleczyk z ucha, jak to bardzo trafnie porównywa PAPIN.—W kilka tygodni później założyłem tej samej chorej lejkowate pessaryjum SCHATZ'A z twardego kauczuku. Pomimo wszelkich ostrych napominań, chora zgłosiła się dopiero po upływie roku do mnie i znalazłem cuchnące upławy oraz pessaryjum moje tak uwięzłe w pochwie, że w żaden sposób o wyjęciu palcami mowy być nie mogło. Również nie powiodła mi się próba wyjęcia kółka przy pomocy haka SMELLIE'go, miałem tylko wybór albo galwanokaustyką przeciąć pessaryjum, albo też przeciąć krocze, wyjąć kółko i następnie ranę zaszyć, lecz nie bardzo mi ta myśl się podobała, wobec cuchnących odchodów. Pomimo szprycowań nie byłbym w stanie przed wyjęciem kółka dobrze zdezynfekować pochwy i do rany byłyby się dostały czynniki ujemne. Zrobiłem więc jeszcze jedną próbę przy pomocy wziernika SIMS'A w kształcie rynny, uciskając mocno ku dołowi na krocze; i rzeczywiście udało mi się w ten sposób wydobyć lejek SCHATZ'A bez ważniejszego uszkodzenia krocza. Kazałem chorej po założeniu rynny jak najmocniej się wydymać, skoro tylko kółko stało się widocznem dla oka *in rima vulvae* schwyłem je palcem i odrazu pessaryjum wyskoczyło, ku wielkiemu zadowoleniu chorej i memu. — Kilkakrotnie następnie *experimenti causa* korzystałem z rynny SIMS'A dla wyjmowania ciał obcych z pochwy przez samo wydymanie się chorej wypędzanych; tak naprzykład dwa razy w taki sposób usunąłem z pochwy piłki gumowe, które ebore same sobie zakładały jako pessaryjum do pochwy. (Zwyczajna piłka gumowa mała, kupiona za 10 kop. za Żelazną Bramą, jako pessaryjum! Schowałem takich piłek jako curiosum dwie). Innej pacyjntce starozakonnej w lecznicy Czerwonego Krzyża wydobyłem z pochwy jabłko, służące jej jako pessaryjum, dla wydobycia użyłem również rynny SIMS'A, przy pomocy której ciało obce rodzi się, że tak powiem, samo przez działanie równoczesne tłoczni

brzuszej. Chora ta oddawna podtrzymuje macię swoją bardzo szczęśliwie jabłkiem i co 4—5 dni zakłada nowe do pochwy. Nie wątpię o tem, że i dziś, pomimo zalecenia jej prawdziwego pessaryjum, posługuje się swoim jabłkiem! (Patrz protokoły Towarzystwa akuszerjyno-ginekologicznego w Kijowie we „Wracu“ 1887 r., str. 1010). Wszystkie 13 wianków schowałem dla ciekawości. Ostrzegałem chore przy zakładaniu, jakie bywają następstwa zaniedbywania opieki nad kółkiem. Również zachowałem część takich wianków z praktyki ś. p. Ojca mego. Są to pessaryja HODGE'go, SCHULTZE'go, kuliste, ZWANCK'A, MAYER'owskie, dwie piłki gumowe, oraz owe jabłko; niektóre z tych kółek są mocno inkrustowane, inne mniej, niektóre zupełnie zepsute.

Przypadek CCXII. Raz jedyny widziałem przy *retroversio uteri gravidi*, w dwa dni po założeniu wianka SCHULTZE'go, poronienie w 6-tym tygodniu u żony wojskowego, która dnia poprzedniego tańczyła na balu. *Post hoc ergo propter hoc?*

Przypadek CCXIII. Dnia 16 Maja 1885 r. wyjąłem MAYER'owskie kółko gumowe z pęcherza 33-letniej żony wieśniaka Rozalii R... która wskutek nietrzymania moczu przybyła dnia 13 Maja do kliniki ś. p. Ojca mego. Kobieta owa wyszła zamaż w 17-ym roku życia i dotychczas 8 razy rodziła, zawsze bez pomocy akuszerjonej. Pierwsze dzieci rodziły się w położeniu czaszkowem, ostatnie w położeniu pośladkowem. Tylko 3-cie, 4-te i 7-me dziecko rodziły się żywe, inne nieżywe. Po porodzie pozostała wielka przetoka pęcherzowo-pochwowa, którą Ojciec mój zamknął na drodze operacyjnej, szwami metalowymi. W trzy miesiące później ponowna ciąża; urodziło się dziecko żywe. Ostatni poród przy położeniu pośladkowem nastąpił dopiero trzeciego dnia po pierwszych bólach i po odejściu wód. Babka wiejska wydobyla dziecko za nogę, w tej chwili zaś chora zauważyła wypływ moczu przez pochwę. W ciągu trzeciego tygodnia po porodzie wystąpił jakiś guz sinawo-niebieskawy z pochwy; wezwana akuszerka wsunęła takowy do pochwy i założyła pessaryjum, kupione w aptece. Chora mogła wtenczas własnoręcznie wymacać kółko w pochwie. Po upływie 5-ciu tygodni kiedyś nagle doznała silnego bólu w brzuchu, pessaryjum zginęło, bóle zaś pozostały te same. Chora udała się do Warszawy. Przy badaniu znalazłem pessaryjum ułożone równolegle do spojenia łonowego w pęcherzu i bez trudności takowe wydobylem po założeniu podwójnej nitki jedwabnej przez światło kółka. Wianek był jakby wybielony wskutek działania moczu i częściowo inkrustowany; po wyschnięciu zaś czerniał zupełnie. Widocznie akuszerka wzięła inwertowany przez otwór przetoki moczowej pęcherz za wypadniętą macię albo też pochwę i dla tego wprowadziła pessaryjum, które po pięcioletniowem noszeniu przeszło do wewnątrz pęcherza. Miednica była ogólnie zwięziona o sprężnej 8 cent., *conjugata externa* mierzyła 17 cent. Po wyjęciu wianka przedewszystkiem przystąpiliśmy do usunięcia nabytej *atresiae urethrae*, przekuwając zarośnięcie trokarem i zakładając na kilka dni pę-

tlę drutu łożnianego, wprowadzoną przez przetokę ku pochwie, a przez cewkę moczową do uretry. Wolne oba końce drutów ze sobą skręcono, jak to zwykle w tych, nierzadkich zresztą, przypadkach Ojciec mój czynił. Drutów tych, łożnianych, skręconych ze sobą było 8. Później dopiero przetoka sama miała być zaszyta.

Oryginalny przypadek obserwował niedawno LOHNSTEIN (patrz l. c.). Wyciągnął on mianowicie z pęcherza 24-letniej panny *pessarium occlusivum* wprowadzone do pęcherza przez jej narzeczonego 8 dni temu. Pessaryjum owe miało 5 cent. w dyjаметrze i wyjęte było z pęcherza po rozszerzeniu cewki dylatorami SIMON'A na 3 centymetry. *Urethrocystitis acuta* z silnymi bólami była następstwem wprowadzenia tego oryginalnego ciała obcego, może jedynego w całej literaturze. LOHNSTEIN wydobył ciało obce palcami. Pessaryjum było częściowo inkrustowane i przyjęło formę romboidalną wskutek ucisku, albowiem początkowo było okrągłe. Dyjagnozę ciała obcego postawiono dopiero po wydobyciu, albowiem chora poprzednio nie chciała absolutnie żadnej wskazówki udzielić. Poprzednio już inny lekarz badał chorą, lecz żadnego podejrzenia ciała obcego nie miał.

Do owych 213 przypadków pozwalam sobie dziś jeszcze dodać pewną ilość spostrzeżeń później zebranych, które winny być umieszczone chronologicznie pomiędzy poprzedniami przez samego czytelnika, jeśli mi o to prosić wolno.

Przypadek CCXIV i CCXV. DIEFFENBACH (patrz l. c. B.). „Wenn ich mich nur der jenigen Faelle erinnere, in welchen ich manches Unheil von vor Alters her in die Geschlechtstheile eingebracht und in Vergessenheit geratenen Pessarien veranlasset, gesehen habe, so haetten mich diese verhaeltnissmaessig wenigen Beobachtungen schon auf den Gedanken bringen koennen, die Pessarien als unheilbringende Dinge aus meinem Kreise zu verbannen. Mehr mals habe ich Frauen gesehen, welche an boesartigen Ausfluessen aus der Scheide litten; andere, bei denen carcinomatoese oder fungoese Wucherungen in der Scheide vorhanden waren, andere mit Erweiterungen und noch andere mit Verengerungen der Scheide. Und die Ursache aller dieser vieljaehrigen Leiden war ein Mutterkranz!“—, „Bei der Section einer sehr alten Frau, welche von vieljaehrigen Unterleibsleiden gequaelt war, fand ich sogar einen inkrustirten Mutterkranz in der Unterushoehle!“

DUPUYTREN kiedyś wydobył z pochwy duży słoik od pomady, wprowadzony przez jakiegoś akuszera jako pessaryjum; inną razą duży wianek maciczny sitkowany („gegittert“), który był uwięziony przez różne mostki mięsne. „Nur aus Nachlaessigkeit und Indolenz der Menschen wird es erklaerlich, wie Frauen ihren Mutterkranz ganz vergessen und die Regeln, den Beischlaf, die Schwangerschaft ja selbst mitunter die Niederkunft mit einem Mutterkranz haben abmachen koennen. Einige

scheinen es absichtlich vergessen zu wollen, dass sie ein solches Instrument tragen; sie theilen alle daraus entspringenden Leiden dem Arzte wohl mit, lassen sich daran behandeln und verschweigen dennoch den Mutterkranz. Ich habe ein paar mal so zarte Seelen getroffen. Denn das Gestaendniss einen Mutterkranz oder ein Bruchband tragen zu muesen ist den Weibern oft empfindlicher, als der Vorfall oder der Bruch selbst. Blieben die Kranken immer unter der Aufsicht des Arztes, welcher ihnen den Mutterkranz eingebracht hat, so verhielte es sich damit ganz anders, aber haeufig lassen sie sich dieselben von einem anderen einlegen und treiben ueberhaupt mit dem Mutterkranze und dem Arzte dasselbe heimliche Spiel, wie mit falschen Zaehnen.“

Przypadek CXXVI. ZWEIFEL w 14-tym odczycie swego podręcznika chorób kobiecych bardzo energicznie występuje przeciw nadużyciu wianków. Str. 390: „Die Regel ist es nun nicht, dass der gerade Weg der Prolapspatientin zum Arzte fuehrt, es gelangen sehr viele zuerst an die Hebamme, die Bader, Bandagisten und andere Pfuscher, denn nur einen Ring will sie haben, weiter nichts, und den koennen die sogenannten „klugen Leute,“ wie sie nach dem Sprachgebrauche des Regierungsvertreters im deutschen Parlamente genannt wurden, auch einlegen, ohne etwas gelernt zu haben! Es machen nicht alle gleich die Sache so gruendlich wie ein „kluger Bandagist,“ der beim Legen eines Mutterkrauzes einem jungen Maedchen das hintere Scheidengewoelbe bis ans Peritoneum durchbohrte, was ich selbst in einer Gerichtsverhandlung mit allen Einzelheiten hoeren konnte!“ (Przypadek CXXVI naszej kazuistyki). „Da die Ringe nicht halten, werden stetig groessere Nummern genommen, die nur dadurch Halt gewinnen, dass sie seitlich der Beckenwand, besonders den Sitzbeinstacheln aufliegen. Was wuerde man von einer Bruchbandconstruction sagen, die die Bruchpforte immer mehr erweiterte und so dem Heraustreten von Darmschlingen Thuer und Thor oeffnete! Genau dasselbe gilt fuer die monstroesen Ringe!“ „Was werden sich die „klugen Leute,“ Bandagisten, Schaefer e tutti quanti viel um solche Kleinigkeiten (Controlle, Reinhaltung) bekuemmern, wenn sie das Geld fuer den Ring in ihrer Tasche haben, jedenfalls hoechstens nur soweit, als es sich darum handelt, noch eine Spuelkanne abzusetzen. Von solchen „klugen Leuten“ kommen dann nach Jahresfrist die mit Ring versehenen Kranken zu einem Arzt mit stinkendem, blutigem Ausflusse, der in seiner Erscheinung vollstaendig das Bild des Carcinoms bietet. Der Arzt ist dann gut genug, den in den Sand gefahrenen Karren herauszuziehen und oft, wenn er sich nicht vorsieht, des Teufels Dank zu ernten.“ „Es machen die grossen Ringe aus hartem Material in kurzer Zeit einen Decubitus der Scheidenschleimhaut. Die Granulationen schiessen wie Pilze empor, umwachsen den Ring, betten ihn in das Gewebe ein und lassen ihn langsam in das paravaginale Gewebe und in die Blase vordringen. Aus den geschwuerig gewordenen Stellen fiesst das blutig stinkende Secret ab.“ ZWEIFEL tutaj praktykowi udziela rad: „fuer alle solchen Faelle sich nicht ohne weiteres auf die Entfernung des

Ringes einzulassen, um des eigenen Interesses willen nicht! Die Herausnahme ist schmerzhaft, an den blutreichen Granulationen entstehen Verletzungen und es kommt zu einem geringen Blutabgang. Wenn nach der Herausnahme der Urin abfließt, so lassen sich die Kranken nicht mehr ausreden, dass der Arzt Alles zerrissen habe. Also sei der Arzt vorher darauf bedacht, sich zu versahren und gegen boeswillige Nachreden zu schuetzen. Kranke mit eingewachsenen Ringen, die von „klugen Leuten“ gelegt waren, kommen in schauderhaft vernachlaessigtem Zustande alljaehrlich mehrmals in unsere Behandlung. Viele Krauke haben oder bekommen Fieber, brethharte Infiltrationen des Beckenzellgewebes. Wir haben bei einer solchen Frau gehofft, dass sie nach Ausheilung eines solchen Exsudats mindestens von ihrem Vorfall geheilt sein werde, doch dies selbst vergeblich.“

Odnośnie do hysteroforu BRESLAU'A o opasce dookoła brzucha i pasach dolnych dookoła ud, przy którym unikając *circulum vitiosum* leczenia wiankami, punkt oparcia pessaryi leży nazewnątrz miednicy i który to przyrząd, jak ZWEIFEL często widywał, chore z dobrym pożytkiem nosiły jeszcze długo, pomimo nawet, że już paski były zerwane, pisze ZWEIFEL :

„Aber auch dieses zweckmaessigste und ungefahrlichste aller Pessarien hat so bedeutende Unbequemlichkeiten und Belaestigungen im Gefolge, dass mir schon Kranke erklart haben, lieber sterben zu wollen als fortgesetzt mit diesem Apparat sich quaelen zu muessen. Die Hauptbelaestigung entsteht beim Wasserlassen.“ „Auch die besten Pessarien sind Nothbehelfe gegeneuber der Operation.“ „Die Ringbehandlung der Prolapse ist die alte und heute noch die volksthuemliche.“ „Damit wird in der Regel der Anfang gemacht. Nur wer bei der Pessarbehandlung einen Haken gefunden hat, kehrt ihr den Ruecken und entschliesst sich in eine Klinik einzutreten.“

Przypadek CXXVII—CXXVIII. ZWEIFEL widział dwa razy przedziurawienie pęcherza przez wianki, raz jeden przy uderzająco krótkotrwałem noszeniu kółka, mianowicie pessaryjum ZWANCK'A, drugi raz przez zgniłe zupełnie i wrośnięte pessaryjum woskowe. Masy gnilne, zawarte w pochwie, wraz z wstrętnym cuchnięciem w zupełności robiły wrażenie raka, którego nie było. ZWEIFEL dwa razy zaszywał operacyjnie przetoki pęcherzowe, powstałe wskutek perforacyi przez pessaryjum, jeden przypadek 1879 ogłosił w Bayerisches Aerztliches Intelligenzblatt.

Przypadek CXXIX. HUNOLD (patrz l. c. str. 34) wspomina o przypadku Zacharyjasza VOGEL (patrz l. c. str. 35), który pisze: „Ich habe vor zwei Jahren eine Obduction bei einer ganz schleuning verstorbenen Frau verrichtet, welche seit vielen Jahren kranken Personen angewartet, auch endlich eine sogenannte Schmierfrau abgegeben, dabei ge-

schroepft und sich also vielen Patienten gefaellig erzeigt. Diese Frau hatte 5 Kinder geboren und, wie mir einige der Weiber sagten, vor vielen Jahren einen Mutterbruch gehabt. Ich wollte daher hauptsaechlich diese Theile untersuchen, ich wurde aber in nicht geringe Verwunderung gesetzt, als ich die ganze vaginam inwendig glasirt befand und bei der naecheren Section einen grossen glaesernen Schroepfkopf in der Vagina wohl hieueingesetztzt vorfand. Ich konnte selbigen weder vor, noch rueckwaerts bringen, sondern musste diesen glaesernen Mutterzapfen zerbrechen und stueckweise herausnehmen; ich fand aber weder einen Bruch noch eine relaxirte vaginam, weder auch einen prolapsum uteri. Uebringens habe ich nie erfahren koennen, wie lange dieser glaeserne pessaire in vagina gesteckt, und es hat mir geschienen, dass dieser Theil das Glas gewohnt gewesen.“

Przypadek CCXX. HUNOLD tutaj dodaje: „Ipse ego matronam quandam vetustam novi, quae multis abhinc annis como BORSORFANO vaginae prolapsum intra justos cancellos detinet. Recentem semper adhibet, quoties immissus flaccescere vel putrescere incipit. Simile fere exemplum narrat.“

Przypadek CCXXI. RICHTER. („Abhandlung von den Bruechen,“ Zweite Auflage, Goettingen, 187b, S. 722).

W tej pracy HUNOLD cytuje na str. 11 słowa ROUSSET'A: „Peracta caesarea sectione Roussetus etiam pessaria utero immittere jubet, quo humorum effluxus augeatur.“ (Daumendicker Pinsel aus Leinwand oder ein durchbohrtes Wachslight — wprowadzone w celu drenażu aż do jamy macicznej).

DIEFENBACH w swojej dysertacyi inauguralnej 1890 r. opisuje następujące przypadki:

Przypadek CCXXII. LEEGERT (patrz DIEFENBACH l. c., str. 11) widział w Berlinie chorą, której *propter prolapsum* wprowadzono pessaryjum do pochwy; przeleżało ono 40 lat w macicy bez wywołania jakiegokolwiek uszkodzenia lub dolegliwości.

Przypadek CCXXIII. Szwedzki lekarz BJOERKMANN znalazł przy sekcji 90-letniej kobiety drewniane pessaryjum w pochwie, naokoło którego pochwa tak się skurczyła, że zczasem zmieniło się na rodzaj gąbki. Pessaryjum owe przeleżało w pochwie 45 lat.

Przypadek CCXXIV. Według DIEFENBACH'A, znajduje się w muzeum anatomo-patologicznem w Pradze preparat, gdzie wewnątrz wianka, czyli przez otwór takowego, zrosły się dwie przeciwległe ściany pochwy jedna z drugą. (Patrz KLEBS).

Przypadek CCXXV. BREISKY wyciągnął z pochwy oddawna uwielżoną w tylnem jej sklepieniu gąbkę kąpielową, wprowadzoną prawdopodobnie aby się uchronić od zajścia w ciążę. Gąbka owa spowodowała tego rodzaju objawy, że przysłano chorą do BREISKY'ego z dyagnozą raka macicy.

Przypadek CCXXVI — CCXXIX. ROKITANSKY przytacza cztery przypadki (które, pomimo najlepszej chęci, dla mnie w oryginalnem opi-

saniu pozostały niedostępne) w artykule swoim: „Blutige Operation zur Entfernung eines 9 Jahre lang in der Vagina befindlichen und fast vollstaendig umwachsenen Hodgeschen Hartkautschuk-Hebelpessariums.“ Są to przypadki, które opisali JEWEL, SCHULTZE (Deutsche Klinik, 1859.—Pessaryjum leżało 30 lat *in situ*), BURROWS (SCHMIDT's Jahrbuecher, Band 68, S. 329.—Pessaryjum leżało przeszło 20 lat *in situ*).

Przypadek CCXXX. VERDIER wydobyl zgnile zupełnie pessaryjum nóżkowate, które przeleżało *in situ* 6 lat.

Przypadek CCXXXI. v. WALSEM znalazł w pochwie cynową łyżkę stołową, używaną zamiast wianka.

Przypadek CCXXXII. REVILLET (Cannes). Oryginalnej formy pessaryjum wprowadzone było przez akuszerkę dla zapobieżenia poczęciu; po dłuższym czasie pokazały się stopniowo powiększające się objawy septyczne wkońcu groźnego charakteru; po dosyć uciążliwym wydobyciu kółka—wyzdrowienie. W innym przypadku, pisze dalej REVILLET, akuszerka wprowadziła chorej z powodu opadnięcia macicy, bez wiedzy chorej, pessaryjum do pochwy. Gdy później podczas defekacyi pewnego dnia pessaryjum wyleciało z pochwy, chora strasznie się przelękła mniemając, że wyleciała jej część macicy lub cała macica, jak mówiła zaraz wezwanemu lekarzowi.

Przypadek CCXXXIII. HABIT w roku 1891 do swoich dawniejszych spostrzeżeń dodał jeszcze jedno nowe („Zur Casuistik der Fremdkoerper in der Vagina“). Wyciągnął on specjalnymi kleszczami z wielkim trudem i narażeniem krocza na pęknięcie pessaryjum jajowate BREISKY'ego, przez 7 lat noszone.

Przypadek CCXXXIV. THOMAS w roku 1891 opisał przypadek inkarceracyi ściany pochwy w otworze wianka.

Przypadek CCXXXV. HAYNES (patrz FBOMMEL: Jahresbericht i t. d. fuer das Jahr 1891, str. 787) u 60-letniej kobiety wydobyl wprowadzony przeciw opadnięciu macicy kawał szkła w postaci tarczy, o szerokości 5 centymetrów.

Przypadek CCXXXVI. MURRAY. „A pessary worn for thirty years“ opisuje drugi przypadek własny. Pessaryjum szklane, wielkości $\frac{2}{3}$ części kuli bilardowej, noszone 30 lat w pochwie przez kobietę 70-letnią.

Przypadek CCXXXVII. NELSON (patrz l. c. B) w Filadelfii wydobyl u 69-letniej kobiety pessaryjum kształtu podkowy u dołu otwartej (Horse-Shoe HODGE pessary), noszone bez przerwy przez 14 lat. „When I removed it, the right hand angle of the horse-shoe was behind the sphincter of the vagina, embedded in the mucous membrane, and the right leg presented in the vulva. The left leg was just anterior to the cervix and embedded in the mucous membrane. It had by pressure and ulceration passed through the muscular structure of the vagina and was so firmly fixed that required quite a little force to pull it out.“

Przypadek CCXXXVIII. O SCHMIDT 1891 r. opisał przypadek *carcinomatis primitiv. vaginae* wskutek nacisku przez wianek. Od 15 miesięcy

wskutek *prolapsus parietis vaginae posterioris* i *descensus uteri* wianek obrączkowy MAYER'A nigdy niewyjmowany. Od 6-ciu tygodni odchody cuchnące, krwawe. Mniej więcej w odstępie trzech centymetrów od tylnego sklepienia pochwy guz płaski, wielkości dwumarkówki, o małych zrazach, oddzielony od szyi macicznej zupełnie zdrową tkanką pochwową; szyjka macicy bardzo rozszerzona. Guz ten leży przy lewej ścianie pochwy ściśle w tem miejscu, gdzie obwód kółka dotykał się takowej, czyli uciskał na nią. Małe zrazy guza w kierunku i w kształcie rynny są ściśnięte, spłaszczone przez kółko, mianowicie w kierunku linii, idącej od góry ku dołowi. Guz odgraniczony ostro od zdrowej tkanki pochwy i unoszący się ponad poziom takowej, jest swobodnie ruchomy; *per anum* można skonstatować, że infiltracja sięga aż do guza i że guz cokolwiek sterczy ku światłu kiszki stolcowej. Dyagnoza złośliwego nowotworu sprawdzona przez mikroskop. Amputacja szyjki, ekstyrpacja guza, pokrycie plastyczne ubytku substaucyi po odklejeniu błony śluzowej pochwowej, o ile potrzeba, nareszcie HEGAR'owska *Kolporrhaphia posterior*. Według SCHMIDT'A jest to przypadek trzeci, gdzie z całą pewnością można było postawić rozpoznanie raka pierwotnego pochwy wskutek ucisku wywieranego przez pessaryjum. (Pierwszym miał być przypadek HEGAR'A przezemuie wyżej cytowany, drugim przypadek opisany przez MEYER'A). Przy dyskusyi FRANK wypowiedział zdanie, jakoby ukazanie się raka u kobiet, noszących pessaryjum, miało być zupełnie przypadkową koincydencją bez wszelkiego *nexus causalis*.

Przypadek CCXXXIX MEYER'A, o którym wspomina SCHMIDT, był obserwowany w lecznicy PROCHOWNIK'A w Hamburgu: 60-letnia V para, od 12 lat *menopausis*. Od dwóch lat *prolapsus vaginae*, kółko MAYER'A z wulkanizowanej gumy, później HODGE'go z celuloïdu. Ostatnie kółko chora tak dobrze znosiła, że zaniedbywała zupełnie kontroli lekarza. Dopiero w roku 1890 krwawo-ropne wypływy z pochwy. Wyjęto pessaryjum. Zagojono owrzodzenia i na nowo włożono pessaryjum. Już po kilku miesiącach dawne wrzody się odnowiły, z nadzwyczajną skłonnością do krwawienia przy najlżejszem dotknięciu. Podejrzewano złośliwą degenerację, lecz ponieważ po opatrunku ichtyolowym nastąpiło polepszenie, odrzucono podejrzenie złośliwości, a przynajmniej powątpiewano o jego uzasadnieniu. W połowie Marca 1891 chora ponownie zgłosiła się do kliniki. Guz wielkości blisko dwumarkówki o szerokiej podstawie, siedzący na tylnej ścianie pochwy, miękki, podzielony na zraziki, o powierzchni płaskiej, owrzodzonej powierzchownie, o ciemno-czerwonej barwie, tu i owdzie poroziświawae punkty czerwone brodawki wyglądu papilomatycznego. Infiltracja rozlana w sąsiedztwie, sięgająca w głąb. Nieco mniejszy nowotwór siedzi na tylnej ścianie pochwy cokolwiek niżej. Przy ucisku na nowotwór wydziela się cokolwiek płynu lepkiego mętuawego, wielka skłonność do krwawienia. Przy badaniu żadnej bolesności nie zauważono; macica zdaje się być zdrową zupełnie, ogólny stan zdrowia zadawalniający. Pod drobnowidzem skonstatowano złośliwość nowotworu. Ek-

tyrpacyja nowotworów, przy której pokazało się, że górny nowotwór sięgał aż do górnej części szyi macicznej, nawet aż do części nadpochwowej, jakoteż i do *parametrium* tylnego. Wskutek tego wyjęto od razu całą macicę. Histologicznie dowiedziono, że nowotwór nie wychodził z samej macicy, lecz że był pierwotnym papilarnym rakiem pochwy KLEBS'A (Chora HEGAR'A umarła wskutek ogólnej *carcinosis*).

Przypadek CCXL. MEYER, opisując swój przypadek, wspomina o przypadku opisanym przez KALTENBACH'A (patrz HEGAR-KALTENBACH „Operative Gynaekologie,“ 3 Auflage 1886, str. 783), jako etyologicznie wątpliwym. U 35-letniej chorej, która przez dłuższy czas nosiła pessaryjum HODGE'go, znaleziono u samego szczytu sklepienia pochwy raka akurat tam, gdzie tylne skrzydło wianka opierało się o ścianę pochwy. Operacyi dokonano, lecz już po dwóch miesiącach skonstatowano recydywę w tkance łącznej miednicy. Nie powiedziano czy objawy nowotworu ukazały się podczas noszenia wianka, czy też dopiero w jakiś czas po wyjęciu takowego.

Przypadek CCXLI. W tem samym miejscu MEYER wspomina jeszcze o jednym spostrzeżeniu MORGAGNI'ego: „Die Scheide enthielt wegen eines Vorfalles einen hoelzernen Ring, dessen laengere Achse in der Laengsrichtung der Scheide lag, dessen kuerzere aber ihre Breitseite einnahm, doch so, dass beide Seitenwaende dadurch stark angespannt wurden. Jede der beiden Seitenwaende nun wuchs an der Stelle, wo der Ring gedrueckt hatte, in eine Geschwulst aus von der Form und dem Umfange einer groesseren Mandel, von knorpliger Consistenz, weisser Farbe und in der Mitte mit blauelichem Schimmer,“

Przypadek CCXLII. Dnia 13 Października 1892 r. BROSIK pokazywał w Dreźnieńskim Towarzystwie akuszerjnym pessaryjum miedzynkowe („Schaalenpessar“), które przez 4 lata leżało w pochwie. Otwór centralny kółka tak mocno otaczał część pochwową macicy, że wyjęcie wiauka dopiero udało się po wypaleniu części kółka przy pomocy przyrządu PAQUELIN'A. LEOPOLD przy okazji dyskusyi zwraca uwagę na niniejszą pracę moją, będącą wtenczas w drugu w redagowaniu przez niego i GUSSEROW'A czasopiśmie „Archiv für Gynaekologie,“ i opowiadał o tem, że musiał kiedyś u 70-letniej chorej ciężko rozłamać pessaryjum ZWANCK'A, aby je wydobyć z pochwy.

Przypadek CCXLIII—CCXLIV GRESSNER widział dwa przypadki podobne. Raz jeden musiał on z wielkim trudem wydobyć pessaryjum ZWANCK'A; po wyjęciu nastąpiły tak znaczne ściągnięcia bliznowate, że *prolapsus uteri* raz na zawsze zginął.

Przypadek CCXLV. Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie ogłosił lekarz F. A. SOUTHAM, w „British medical Journal“ 1892 r. dnia 26 Października W tym przypadku nastąpiła mianowicie *exfoliatio mucosae totius vesicae urinariae*, wskutek drażnienia przez długotrwałe noszenie wiauka. Worek cały błony śluzowej pęcherza po kilkutygodniowym noszeniu kółka wydzielił się przez cewkę moczową naze-

wnątrz. Prawdopodobnie nastąpiła tutaj wskutek rozciągnięcia cewki moczowej wzdłuż *ischuria, retentio urinae*, podobnie jak to częściej bywa przy *incarceratio uteri gravidi, retroflexio*; wskutek *retentionis urinae* nastąpiło zapalenie pęcherza z nekrotyzycją błony śluzowej, oraz wydzielaniem takowej nazewnątrz. Po usunięciu tego worka dolegliwości wkrótce ustąpiły. Żałuję, że nie mam pod ręką szczegółów tego jedyne go przypadku, w całej kazuistyce ujemnego działania wianków przezemnie zebranej, przytaczam więc tylko tyle, ile sam wiem o nim.

Przypadek CCXLVI. LANDAU opisuje ekstrakcyję wianka woskowego, założonego przez akuszerkę, zwyczajnemi „kleszczami.“ Po ekstrakcyi sączył się mocz, w lewem sklepieniu pochwy znaleziono *eine schlüßformige Harnleiterscheidenfistel mit durchgängig geblienen un-terem Harnröhrenabschnitt*. Ponieważ mocz zaczął się sączyć dopiero po wyjęciu wianka, zachodzi kwestyja, czy przetoka była skutkiem jego noszenia? (Bezwarunkowo mojem zdaniem tak było).

Przypadek CCXLVII. WEIL. 64-letniej kobiecie akuszerka 5 lat temu założyła wianek przeciw opadnięciu macicy, dwa lata temu wianek zmieniono. Od 6-ciu dni uryna sączy się przez pochwę. Po wydo-
byciu średniej wielkości wianka, na tylnej ścianie pochwy zauważono rynną uciskową poprzeczną 2 cent. długości; jest to *usura septi recto-vaginalis* sięgająca aż do samej błony śluzowej kiszkiowej. Lewa ściana pochwy zdradza retrakcyję pochodzenia zapalnego w okolicy *fornix vaginae* ku ścianie bocznej miednicy. Tutaj również widać podobną rynną uciskową sięgającą mniej więcej od środka gałęzi poziomej *ossis pubis* ku tyłowi aż do *portio vaginalis uteri*. W środku tej rynny widać szparę 2 cent. długości, z której sączy się mocz. Pomimo napełnienia pęcherza roztworem *Kali hypermanganici* lub mleka, sączy się uryna niezabarwiona. Przez ową szparę mocno zagięta sonda ku przodowi wnika do pęcherza, ku tyłowi zaś sonda na 15 cent. wnika do moczowodu. A zatem mamy do czynienia z przerwą łączności samego moczowodu. Macica w przodopochyleniu. Po zagojeniu się szpary granulującej widać w bliźnie na kości unieruchomionej dwa otworki, z których przedni prowadzi do przedniej czyli dolnej części *ureteris*, 2½ cent. długiego, tylny zaś do górnej części rozszerzonego moczowodu. Aby dolny odcinek nie zarastał, WEIL stosował częste jego sondowanie kateterem. Chora wyszła i dopiero po miesiącu znów się zjawiała. Ponieważ wobec znacznego odstępu obu otworów bezpośrednio zaszcycie defektu *ureteris* nie dało się skutecznie, WEIL aby wstrzymać nietrzymanie moczu, wprowadził do moczowodu (mianowicie jednym końcem do każdego otworu) rurkę gumową 6 cent. długości i 4 mil. grubości „gleichsam als Schaltstueck des Uretres.“ Przez 6 dni pochwa została suchą, później zaś kolki w okolicy lewej nerki, oraz mdłości zmusiły WEIL'A do wyjęcia rurki. Pacjentka na żadną operacyję nie zgodziła się. WEIL nie znajdując objaśnienia dla wytworzenia się przetoki w wadliwej wielkości i położeniu wianka(?), jako przyczynę uważa dyzlokacyję macicy, spowodowaną dawniejszą *scytocele*. [Osobiście tego zdania WEIL'A nie podzielam, a przyczynę nzu-

ry widzę w ucisku wianka na moczowód. (Patrz referat TORRGER'A l. c.).

Przypadek CCXLVIII. BANTOCK. 67-letnia chora z guzem brucha, oraz z nietrzymaniem moczu wskutek przetoki zgłosiła się do szpitala. Od 14 miesięcy nosiła *Blackbee-pessary*, od 8 miesięcy częściowo, a od 2 miesięcy wyłącznie mocz odchodzi przez pochwę. Znacznych rozmiarów *fistula vesico-vaginalis*.

Przypadek CCXLIX. AVELING (patrz BANTOCK) gani również wianki: „spring pessaries.“ „He had lately removed one which had eaten into the vaginal wall, and a band of tissue had grown over the embedded portion. The pessary could not be removed until this band was divided.“

Przypadek CCL. BARNES (sen.) (patrz BANTOCK) spostrzegął w St. Georges Hospital wielką przetokę pęcherzowo-pochwową wskutek założonego w celach leczniczych przez chorą „cotton-reel“ (*Garnspule*).

Przypadek CCLI. SAENGER u kobiety o skośnie zwężonej miednicy (wskutek jednostronnej ankilozy zwichniętej główki uda z kością biodrową) znalazł wbicie się nóżki wianka nóżkowatego w wargę sromu większą z następczym ropniem („Aufspießung einer Schaamlippe“).

Przypadek CCLII. Max von HOHENBALKEN obserwował w klinice EHRENDORFER'A w Inspruku wielką przetokę pęcherzowo-pochwową po 16-letnim noszeniu skrzydełkowatego pessaryjum ZWANCK'A bez wyjmowania. 80-letnia pacjentka dnia 21 Maja 1892 r. wstąpiła do kliniki wskutek nietrzymania moczu. Wianek kilka dni temu miał wypaść z pochwy. *Inversio vesicae* przez przetokę mającą dwa palce szerokości. Pacjentka rodziła raz jeden 42 lata temu.

Przypadek CCLIII. Max von HOHENBALKEN opisuje tamże wielką przetokę kiszkowo-pochwową po 15-letnim leżeniu *in situ* szklanego, szlifowanego korka, założonego zamiast wianka przez lekarza wskutek wypadnięcia macicy (l. c. rysunek). Korek ważył 132 grm. 8 ctm. długości i 6 ctm. szerokości. Była to 65-letnia niezamężna służąca, która dnia 8 Czerwca 1892 r. wstąpiła do kliniki wskutek bólei w brzuchu i zaparcia stolca (odbytnicy przez ucisk korka). Przednia ściana pochwowa sterczy w kształcie guza wielkości jaja gęsiego w otwore sromowym przed ciałem obcym, błona śluzowa sucha bez owrzodzeń. Od 10 dni kilka razy silne krwotoki z pochwy; peryjody zginęły 15 lat temu. Pacjentka rodziła dwa razy, po ostatnim porodzie *prolapsus*. W tylnej ścianie pochwy defekt 5 ctm. długości od *commisura labiorum* ku górze. Od jednego brzegu przetoki językowaty płat błony śluzowej ciągnie się nawewnątrz światła odbytnicy. Odbytuca znacznie zwężona przez tyłopochyloną macicę oraz ów płat. Chora opowiada, że korek szklany kilka dni temu wyszedł samowolnie ze stolcem. Na operację chora nie chciała się zgodzić, założono jej więc przy wypisaniu się kółko MAYER'owskie (które prawdopodobnie wkrótce sprawę jeszcze pogorszyło).

Przypadek CCLIV. Rudolf FRANK z kliniki ALBERT'A opisuje przypadek przedziurawienia ściany pęcherza przez pessaryjum ZWANCK-SCHILLING'A u 66-letniej kobiety. Przez dwa lata chora często wyjmowała pessaryjum, później zaś ułamała się nóżka i wianek przez 12 lat pozostawał nietknięty. Trzy dni temu nagle silne bóleci, uryna zaraz potem zaczęła wyciekać przez pochwę. Założono wziernik, przeciągnięto nitkę jedwabną przez otwór wianka i takowy wydobyto. *Prolapsus* już nie powrócił, dosyć szeroka przetoka stosunkowo prędko się zwęziła, tak, że już po upływie 10 dni większa część moczu odchodziła prawidłową drogą. 11 cent. szeroki wianek leżał prawie poziomo w przednio-tylnym rozmiarze miednicy.

Przypadek CCLV. Rudolf FRANK opisał dalej przedziurawienie kieszki stołcowej przez pessaryjum obrączkowate u kobiety wiekowej (7 cent. dyjam., 2¹/₂ cent. grubości). Przetoka sama prędko się zamknęła.

Przypadek CCLVI. ALLAN. „*Prolapsus utérin. Cure radicale apparente par un pessaire de BLACKBEE.*“ 48-letnia kobieta od 6 miesięcy bez peryjodu; po 18-miesięcznym noszeniu wianka cuchnące odchody i t. d. „*On constate tout autour du vagin un sillon profond, indiqué surtout dans le cul-de-sac postérieur et dont les bords indurés sont partiellement soudés à la paroi autérieure. L'utérus est bien maintenu et après guérison de la vaginite toute malaise disparaît.*“

Przypadek CCLVII. BROSIN (b) demonstrował w Tow. ginekologicznem w Dreźnie pessaryjum MARTIN'A z trudnością wydobyte z pochwy u 41-letniej kobiety. Podpórka przedziurawiła tylną ścianę pochwy i była unieruchomioną przez granulacje i przerost tkanek.

Przypadek CCLVIII. Dnia 19 Września 1865 r. na drugim posiedzeniu 40 zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy w Hanowerze podczas dyskusyi nad odczytem HOMAYER'A o leczeniu macicy, E. MARTIN przytoczył, że przypomina sobie chorą, u której pessaryjum znalazła się *in excavatione rectouterina*.

Przypadek CCLIX. WINSELMANN dnia 31 Marca 1887 r. w lekarskiej sekcji Towarzystwa Przyrodników w Gdańsku jako gość opisał spostrzeżenie: „*Ueber einen complicirten Fall von Beckenabscess, entstanden durch Retention eines ZWANCK'schen Pessariums.*“

Przypadek CCLX. TJOPEŁOW opisuje spostrzeżenie z kliniki docenta Lwowa w Kazaniu. 51-letnia wieśniaczka (20 Czerwca 1892 r., Nr. 171) rodziła dwa razy w pierwszych latach małżeństwa. Od lat 19 miewała często silne krwotoki, które dopiero ustały *sub. aetate climacterica* około 9 lat temu. 15 lat temu po spadnięciu ze schodów opuszczenie pochwy. W Maju 1891 roku Lwow dokonał przyszcicia macicy do przedniej ściany brzucha (*Ventrifixatio*), w 3 tygodnie po operacji chora opuściła klinikę. Dla ostrożności założono jej kółko celuloïdowe, oraz zalecono bandaż brzuszny płócienny. Chora przez cały rok czuła się dobrze, dopóki wstrzymywała się od ciężkiej pracy: Nagle dwa miesiące

temu zjawiły się ropne odchody, bóleści w brzuchu, szczególnie przy od dawaniu stolca i uryny. *Hernia in linea alba*. Ropny wypływ, wynicowanie obu ścian pochwy, opuszczenie znaczne macicy. W otworze pochwy widać czerwoną celuloidową obrączkę. Wianek z wyjątkiem tej widocznej części w zupełności obrośnięty granulacjami, ściany pochwy owrzodzone, krwawiące przy dotknięciu. *Mała ruchoma macica bez śladu zrostu z przednią ścianą brzucha*. *Kolpitis ulcerosa*. Wianek przecięto nożyczkami, inaczej nie dał się wyjąć. Proponowano chorej zeszytę pośrodkowe pochwy (*Kolporrhaphia mediana*) sposobem L. NEUGEBAUER'A, lecz chora na powtórny operację już się nie zgodziła.

Przypadek CCLXI. Kol. ŻERA w Warszawie miał sposobność wy dobyć z pochwy zepsuty, cuchnący, inkarcerowany wianek kilka lat temu.

Przypadek CCLXII—CCLXIII. Również znalazłem, w referacie dra ŚWIĘCICKIEGO o niemieckim wydaniu mojej pracy o wiankach. wzmiaukę o dwóch spostrzeżeniach: dra PUTIATYCKIEGO (z roku 1889) uwięźnięcia wianka skręconego z kilku gałganów i woskiem obleczonego, i MOSSE'go: 30-letnia kobieta wskutek *prolapsus* nosiła długo kulę woskową w pochwie. Ponieważ kleszczami nie udało się wyjąć ciała obcego, wyciśnięto je z pochwy palcem haczykowato zgiętym, wprowadzonym do kiszki stolcowej.

Przypadek CCLXIV. Oprócz kol. JAWDYŃSKIEGO i ŻERY, jeszcze dr. GROMADZKI w Warszawie miał sposobność usunięcia zepsutego wianka z pochwy. Szczegółów obserwacji nie posiadam.

Przypadek CCLXV. LATZKO d. 14 Marca 1893 r. w Wiedeńskim Tow. ginekologicznem przedstawił chorą, której dwa lata temu wskutek opadnięcia macicy założono wianek. Wkrótce już ropny wypływ, później cuchnące odchody. LATZKO znalazł w pochwie zwyczajne obrączkowane pessaryjum, które napozór nie kaleczyło ścian pochwy. Po łatwym zresztą wydobyciu wianka, znalazł na tylnej ścianie pochwy w samym sklepieniu owrzodzenie głębokie, pokryte nalotem, cuchnące masy w pochwie. Tamponada pochwy gazą jodoformową. Przy wyjęciu tamponu po kilku dniach LATZKO zauważył kał na tamponie. Widocznie więc po zatamponowaniu pochwy oddzieliły się części nekrotyczne w owem owrzodzeniu przy istniejących już zrostach z kiszka i kał zaczął właśnie teraz przez pochwę odchodzić. Wobec wieku tej osoby (75 lat) o operacji nie było mowy. Sonda przez przetokę wchodziła na 10 cent. głębokości do kiszki. Podług opowiadania autora zdaje się prawdopodobnem, że przetoka dotyczyła kiszki cienkiej. Jeżeli tak było, to spostrzeżenie owe byłoby jedynem w swoim rodzaju w całej kazuistyce przemennie zebranej.

Przypadek CCLXVI. Bardzo ciekawe spostrzeżenie zakomunikował mi dnia 10 Maja 1893 r. prof. uniwersytetu Rzymskiego PASQUALI. Wiekowa kobieta, od dwóch lat nosząca *in situ* bez wyjmowania pessaryjum sferyczne, pewnego dnia zauważyła, że przez pochwę odchodzą jej kawałki solitera, dolegliwości zaś żadnych dotąd nie ucuwała. PAS-

QUALI dla wydobywania wianka małymi kleszczami porodowymi musiał wykonać epizyotomię podwójną. Było to kółko celuloidowe, 7—8 cent. w wymiarze poprzecznym. Pessaryjum widocznie powolnie przedziurawiło ścianę czyli przegrodę pochwowo-kiszkową. Chora prędko wyzdrowiała, przetoka widocznie sama przez się się zamknęła.

Przypadek CCLXVII. Dnia 27 Maja 1893 r. SKUTSCH zakomunikował na V kongresie niemieckich ginekologów we Wrocławiu przypadek operowanej przez niego przetoki kiszkowo-pochwowej powstałej wskutek noszenia wianka. 47-letnia kobieta, rodziła dwa razy, w 3 lata po ostatnim porodzie, czyli 20 lat temu, lekarz założył wianek, który chora po roku zgubiła. W 10 lat później wobec pogorszenia się opadnięcia, jakaś akuszerka założyła nowy wianek. Już po 4-ch tygodniach kał zaczął odchodzić przez pochwę. Wianek usunięto, znaleziono szeroką przetokę w samym tylnym sklepieniu pochwy. Z przetoką chora chodziła blisko 10 lat.

Przypadek CCLXVIII. Na tymże kongresie prof. KALTENBACH zakomunikował mi jeszcze jedno spostrzeżenie przetoki pęcherzowo-pochwowej, spowodowanej przez pessaryjum ZWANCK'A (z kliniki HEGAR'A).

Pozwalam sobie do pracy tej dodać jeszcze wzmiankę z pracy SAENGER'A o pessaryjach, który co do niestosownych wianków pisze: „So konnte HEGAR, dem ganz besonders die Einbürgerung der plastischen Operationen zu danken ist, sich rühmen, dass nunmehr in ganz Freiburg kein MAYER'scher Gummiring mehr zu haben ist.“ Przytaczam zaś te słowa dlatego, że oświadczenie wszelkie wianki gumowe, szczególnie białe, uważam za najszkodliwsze, a powtóre dlatego, że w naszym kraju, niestety, jeszcze są zbyt rozpowszechnione w handlu i w praktyce.

Na zakończenie pracy dodaje jeszcze kilka spostrzeżeń podobnych do obserwacji BANDL'A, opisanej w notatce do przypadków 171 i 172. Oprócz BANDL'A, jeszcze HUBBAUER, JANSENS, wreszcie v. BAZZANELLA spostrzegali w pochwie kobiecej szklanki do picia.

Spostrzeżenia JANSENS'A zreferował SICKEL (Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1850, Bd. 67, S. 323). „Ein in der Vagina steckendes Bierglas.“ Podług opowiadania chorej, mało prawdopodobnego, szklanka miała się dostać do pochwy

przypadkiem, „indem die von ihrem Manne getrennt lebende Frau von einer Bank herabglitt u. auf das Bierglas gefallen sei.“ Ponieważ ekstrakcja palcami się nie udała, użyto kleszczy; z trudnością wprowadzono jedną łyżkę; łyżka ta działając jako dźwignia, umożliwiła wydobycie szklanki w całości, chociaż z wielką trudnością i silnym bólem. Szklanka była cylindryczną, 8 ctm. wysokości, otwór mierzył 7 ctm.

Spostrzeżenie HUBBAUER'A zreferował WENDT (Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1863, Bd. 118, S. 191). „Ein Trinkglas als fremder Körper in der Scheide.“ HUBBAUER w pochwie przy zapalnym stanie takowej u 19-letniej panny znalazł szklankę 7 ctm. wysokości, 10,5 ctm. szerokości, dnem ku górze zwróconą. Pannie tej szklanka zastępowała prącie męskie. Szklankę wydobyto kornceangiem.

v. BAZZANELLA opisał 4 spostrzeżenia tego rodzaju, (Wiener Klin. Wochenschrift, 1892, Nr. 9, S. 162 do 163). Jakaś pani podczas wycieczki w górach Tyrolskich nagle doznała silnych boleści w brzuchu. Przywieziono ją do kliniki do Innsbruck. Od 10-ciu lat już cierpi na silne upławy, tak, że kilka razy dziennie musiała stosować szprycowanie pochwowe. 10 lat temu rozwiodła się z mężem, mąż zaś, aby stosunków nie mogła mieć z innym mężczyzną, wprowadził jej *par force* szklankę do pochwy. Chora nigdy dawniej dolegliwości nie miewała prócz upływów, które już 6 lat temu zniewoliły ją do udania się o poradę do lekarza. Przestraszona słowami lekarza, że usunięcie szklanki będzie wymagało trudnej operacji, od owego czasu już porady lekarskiej nie szukała. Rodziła szczęśliwie troje dzieci, peryjody miewała regularne 4-dniowe. *Introitus vaginae* przepuszcza swobodnie dwa palce. Dno szklanki przylega do *portio vaginalis uteri*. Brzegi szklanki leżą na 2 ctm. powyżej ujścia pochwy. Po prawej stronie brzeg szklanki obrośnięty i pokryty cokolwiek granulacyjną tkanką w kształcie guza wielkości kurzego jaja, łatwo krwawiącego. Granulacje są miękie. Szklanka daje się przesuwać w pochwie, przytem odchodzą upławy i cuchnące gazy. Założono wążkie kleszcze porodowe, aby zaś szklanki nie skruszyć, kompres pomiędzy rączki kleszczowe i powolnie

wyciągnięto bez naderwań, prócz kilku małych ekskoryjacji. Na miejscach największego ucisku tu i owdzie nekrotyczne cząstki na ścianach pochwy, lecz nigdzie niema zupełnej perforacji ściany pochwy. Szyjka macicy soczysta, obrzękła, erozyje łatwo krwawiące, parametryja wolne. Po dwóch tygodniach pacjentkę zdrową wypisano. „Kegelsstulzförmiges Glas“ 150 grm. wagi, szklanka 8 ctn. wysoka, 17 1/2 i 20 1/2 cnt. dolnego i górnego obwodu mająca, gładka; na dnie szorstkiem zauważono brudne inkrustacje i nalot szarawo-żółtawy. Pomimo utrudnionego wypływanania krwi menstruacyjnej, stagnacji jej, pomimo cuchnących odchodów i owrzodzeń przy dziesięcioletniem leżeniu szklanki w pochwie, zauważono tylko powierzchowną odleżynę na jej ścianach bez perforacji, która prawdopodobnie jednak prędzej czy później byłaby nastąpiła, jeśliby szklanki nie usunięto. („Ein Trinkglas nach 10 Jahren aus der Vagina mittelst Forceps entfernt“).

Kazuistyka powyżej zebrana ujemnego działania niewłaściwie wybranych, zaniedbanych i zapomnianych, oraz wbrew wskazaniu założonych wianków macicznych i pochwowych, obfituje w najrozmaitsze uszkodzenia organizmu, miejscowe i ogólne, przechodnie i długotrwałe, lżejsze i poważne. Kazuistyka ta przedstawia tyle ciekawego i pouczającego materiału, że ani na chwilę nie żałowałem czasu zużytego na zestawienie jej, i mam nadzieję, że i czytelnik nie będzie żałował poświęconego czasu na jej przestudyjowanie. Zestawmy najprzód przypadki uszkodzenia, pokalczenia i perforacji organów sąsiednich przez zaniedbane pessaryja.

Grupa pierwsza obejmuje 28 przypadków przedzurawienia ściany kiszki stolcowej przez pessaryjum z równoczesnem uszkodzeniem, uzurą ścian pochwy w innych miejscach, lecz bez przedziurawienia.

L. NEUGEBAUER. Przypadek 17 i 18. Pessaryjum z twardego kauczuku, forma nie wymieniona.

L. NEUGEBAUER. Przypadek 19. Pessaryjum skrzydełkowate ZWANCK'A.

HILSCHER. Przypadek 22. Pessaryjum skręcone z płóciennych gałganków.

MAERKER. Przypadek 33. Pessaryjum na nóżce.

MEISSNER. Przypadek 35. Forma niepodana.

BLAIR. Przypadek 39. Czworograniasty kawałek drzewa użyty jako pessaryjum.

DUPUYTREN. Przypadek 42. Perforacyję spostrzeżono na trupie u kobiety zmarłej wskutek raka żołądka.

BAUMBACH. Przypadek 56. Pessaryjum stalowe.

BÉRARD. Przypadek 63. *Pessaire en bilboquet*.

AMUSSAT. Przypadek 66. Jakiej formy pessaryjum?

PAULI (senior). Przypadek 73.

HAMILTON. Przypadek 75. Cynowe pessaryjum formy jajowato-biszkoptowej.

SCHUH. Przypadki 81 i 82. Drewniany wianek z tarczą na nóżce.

LUEDERS. Przypadek 87. Jakie pessaryjum?

HORWITZ. Przypadki 110 i 111. Jakie pessaryja?

CHURTON. Przypadek 112. Jakie pessaryjum?

HOFFMANN. Przypadek 30. Wianek zrobiony z bawełny, płótna i szarpi.

OLSHAUSEN. Przypadek 123. Pessaryjum ZWANCK'A.

PÉAN. Przypadek 130. Takież same pessaryjum.

KALTENBACH. Przypadek 188. Takież same pessaryjum.

V. HOHENBALKEN. Przypadek 253. Korek szklany.

FRANK. Przypadek 255. Pessaryjum obrączkowe.

LATZKO. Przypadek 265.

PASQUALI. Przypadek 266.

SKUTSCH. Przypadek 267.

Na owe 28 przypadków izolowanego przedziurawienia ściany kiszki stolcowej, mamy do zanotowania cztery pessaryja skrzydełkowate ZWANCK'A, dwa wianki zrobione z gałganków płóciennych, inkrustowane, pięć wianków na nóżce osadzonych z tarczą u góry, raz jeden czworograniasty kawałek drzewa, jedno pessaryjum z celuloïdu, jedno

pessaryjum w formie biszkoptowej, w pozostałych zaś przypadkach forma nieoznaczona.

Druga grupa obejmuje 25 przypadków izolowanego przedziurawienia ściany pęcherza moczowego i wdrażenia wianka do pęcherza.

C. MAYER. Przypadek 9. Pessaryjum porcelanowe na nóżce.

CHAMPION. Przypadek 6. Kamień moczowy dokoła pessaryjum korkowego.

HEGAR. Przypadek 13. Wianek ZWANCK'A.

HOPE. Takież same kółko.

KOETTITZ. Przypadek 16. Obrączka bukszpanowa.

REISINGER. Przypadek 48. Żelazne kółko pociągnięte woskiem.

HABIT. Przypadek 94. Pessaryjum drewniane (jakiej formy?).

PARTRIDGE. Przypadek 95. Płyta szerokości 2½ cala.

HILDEBRANDT. Przypadek 102. Pessaryjum ZWANCK'A.

SCHIULTZE. Przypadek 113. Pessaryjum ZWANCK'A.

HINRICHS. Przypadki 118 i 119. Jakie pessaryjum?

H. SCHWARTZ. Przypadek 120. Jakie pessaryjum?

OLSHAUSEN. Przypadek 121. Pessaryjum ZWANCK'A,

FRITSCH(?). Przypadek 132. Pessaryjum ZWANCK'A.

DESGUIN. Przypadek 178. Jakie pessaryjum?

WYDER. Przypadek 184. Pessaryjum ZWANCK'A.

LIPINSKIJ. Przypadek 192. Korek szklany.

ZWEIFEL. Przypadek 217. Pessaryjum ZWANCK'A.

ZWEIFEL. Przypadek 218. Wianek ukręcony z konopi.

BANTOCK. Przypadek 248 *Blackbee-pessary*.

BARNES. Przypadek 250. *Cotton-reel*.

v. HOHENBALKEN. Przypadek 253. Wianek ZWANCK'A.

FRANK. Przypadek 255. Pessaryjum ZWANCK'A.

KALTENBACH. Przypadek 268. Pessaryjum ZWANCK'A.

Na owe 25 przypadków perforację ściany pęcherza spowodowało 11 razy pessaryjum ZWANCK'A, raz jeden korek szklany, raz pessaryjum porcelanowe nóżkowane, trzy

razy wianek formy obrączkowej, raz jeden pessaryjum korkowe, 8 razy szczegółów nie podano.

SCANZONI (patrz. *l. c.* str. 114) wspomina o przypadku przetoki pęcherzowo-pochwowej przy *prolapsus uteri*, przy nieuleczalnej ranie, lecz nie wspomina o tem, czy rana, oraz perforacyja powstały wskutek noszenia wianka macicznego lub nie.

Trzecia grupa obejmuje 10 przypadków przedziurawienia ścian pęcherza, oraz kiszki stolcowej.

FISCHER. Przypadek 3. Drewniane *pessaire en bilboquet* SURET'A.

DÉSORMEAUX. Przypadek 4. Szczegółów nie podano.

DUPUYTREN. Przypadek 5. *Pessaire en bilboquet*.

BÉRARD, LISFRANC, RICORD. Przypadek 7. *Pessaire en bilboquet*.

LAROCHE. Przypadek 8. *Pessaire en bilboquet*.

MARTIN. Przypadek 14. Pessaryjum ZWANCK'A.

MALIN. Przypadek 58. Jakie pessaryjum?

ULSAMER. Przypadek 77. Obrączka drewniana duża.

OLSHAUSEN. Przypadek 122. Pessaryjum ZWANCK'A.

HABIT. Przypadek 129. Pessaryjum ZWANCK'A.

Na owe 10 przypadków mamy więc 4 pessaryja *en bilboquet*, trzy pessaryja ZWANCK'A, jedną obrączkę drewnianą, dwa razy szczegółów nie podano.

Oprócz tych 35-ciu przypadków przedziurawienia ściany pęcherza, dwa razy powstała przetoka moczowodo-pęcherzowo-pochwowa.

VEIT. Przypadek 103 ZWANCK'A pessaryjum.

LANDAU. Przypadek 246. Woskowe pessaryjum.

Piąta grupa. W jednym przypadku powstała przetoka moczowodo-pochwowa.

WEIL. Przypadek 247.

Szósta grupa. Przedziurawienie cewki moczowej przez wianek.

UYTTERHOVEN. Przypadek 12. Pessaryjum z guzikiem, nóżkowate.

Siódma grupa. Wniknięcie wianka do *Carum Douglasii*.

LUEDERS. Przypadek 87. Obrączka kauczukowa.

PAPIN. Przypadek 150. Pessaryjum HODGE-go.

MARTIN. Przypadek 258.

Ósma grupa. Wdrażenie wianka do tkanki łącznej sąsiedniej z pochwą, *in parametria* i do tkanki naokołopochwowej. Cztery przypadki.

OLSHAUSEN. Przypadek 123. Jedno skrzydło wianka ZWANCK'A w kieszce stolcowej, drugie *in parametrio* wywołując wysięk zapalny.

X. X. Przypadek 190. Skrzydło jedno wianka ZWANCK-SCHILLING'A uwięzło w tkance okołomaciczej.

ZWEIFEL. Przypadek 216.

WINSELMANN. Przypadek 259.

Dziewiąta grupa obejmuje 6 przypadków wdrażania wianka do samej macicy.

X. X. Przypadek 37. Akuszerka wprowadziła zaraz po porodzie pessaryjum obrączkowate do szyi macicznej.

BRADFIELD. Przypadek 116. Rodzaj nóżkowatego pessaryjum z kubkiem na wierzchu, 25 lat temu według mniemania dra BRADFIELD'A było odwrotnie wprowadzone przez lekarza GRAY'A do pochwy, i powoli przesunęło się do jamy macicznej. „*A glas stem*“ $4\frac{3}{4}$ cala długości (podobne do pessaryjum WADSWORTH'A).

BUCKLE. Przypadek 136. *Cup-pessary* wdrażyło do jamy macicznej i tam pozostało przez kilka tygodni.

BIGGS. Przypadek 162. *Pessaire à cupule*, którego kopała wdrażyła do macicy.

LEEGERT. Przypadek 222.

DIEFFENBACH. Przypadek 214.

Raz jeden zanotowano (LATZKO, przypadek 265) przetokę kiszkowo-pochwową w sklepieniu pochwy.

Prócz wdrażenia wianków macicznych i pochwowych do organów sąsiednich, zanotowano raz jeden wycieranie błony śluzowej całego pęcherza wskutek *ischuriae*, spowodowanej przez pessaryjum (przypadek 245 SOUTHAM'A); raz jeden rozrastający się nowotwór w kieszce stolcowej wskutek długotrwałego drażnienia przez wianek (przypadek 84 BOENS'A); raz jeden *atresiam oris uteri* i następczą *pyometram* ze śmiertelnem zejściem (przypadek 149 ROBIN'A).

Raz jeden nowotwory na obu ścianach pochwy (przypadek 241 MORGAGNI'ego). Trzyrazy wskutek założenia lub też noszenia wianka nastąpiło poronienie. Przypadek 90 MAYER'A (pessaryjum ZWANCK'A), przypadek 90 SÉGUIN'A i przypadek 212, mój własny (pessaryjum HODGE'go).

Dwa razy zanotowano szczególnie trudne wydobyć wianka podczas ciąży, mianowicie w czwartym miesiącu. Przypadek HOENING'A 101 (pessaryjum ZWANCK'A) i przypadek 152 PAPIN'A (pessaryjum BABCOCK'S'A).

Pięć razy wprowadzono pessaryjum do pochwy przy istniejącej już poprzednio od porodu przetoce pęcherza moczowego, kilka razy aby zapobiedz nietrzymaniu moczu.—Przypadek 22 HILSCHER'A, pessaryjum złożone z gałganików płóciennych, w następstwie przedziurawiło ścianę кишки stolcowej.—Przypadek 115 HOFFMANN'A, gdzie przedarło się *septum recto-vaginale* przy ekstrakcyi inkrustowanego wianka z bawełny, płótna i szarpi skręconego, tak, że w następstwie do istniejącej już poprzednio przetoki pęcherzowej przyłączyła się jeszcze przetoka kiszkowa.—Przypadek 194 SEGET'A, gdzie dokoła kłębka płóciennego wprowadzonego do pochwy dla zapobieżenia nietrzymaniu moczu, utworzył się kamień moczowy.—Przypadek 213 mój własny. W kilku przypadkach wprowadzono do pochwy pessaryjum rzekomo na skutek opadnięcia macicy tam, gdzie *de facto* nie było opadnięcia macicy, a gdzie była *inversio vesicae urinariae per fistulam vesico-vaginalem*. (Przypadek 1—TYSZKO, 2—L. NEUGEBAUER, 10—JOBERT i 213—F. NEUGEBAUER).

Raz jeden wprowadzono wianek maciczny do pęcherza moczowego przy *cystoptosis* przez rozszerzoną cewkę moczową (przypadek 12 STORER'A), raz jeden *pessarium oclusivum per urethram — per errorem loci* (przypadek 213 LOHNSTEIN'A).

Jeden raz wskutek wianka powstała niedrożność jelit (przypadek 56 BAUMBACH'A), raz jeden zjawiała się skłonność stała do wymiotów wraz z bólami w brzuchu (przypadek 64 VELTEN'A), kilka razy zanotowano silne zapalenia otrzewnej, *parametritis*, *perimetritis*, *phlegmone i sepsis* śmiertelną; poczęści śmierć nastąpiła jeszcze przed wyjęciem wianka z pochwy, poczęści zaś po wyjęciu czy też pomimo

wyjęcia, czyli że zakażenie już tak podkopało organizm, iż nawet i usunięcie pierwotnego źródła sprawy zakaźnej nie już nie pomagało.

Raz jeden zanotowano nymfomanię wskutek drażnienia przez pessaryjum, która to nymfomanija w następstwie wskutek charłactwa miała spowodować ostatecznie śmierć chorej (przypadek 41 Fryderyka SCHROEDER'A).

Uszkodzenia ścian pochwy. Prócz wymienionych przedziurawień i nadżarć, zanotowano 8 przypadków raka, poczęści pierwotnego raka pochwy, stwierdzonego mikroskopowo i z wielkim prawdopodobieństwem powstałego wskutek drażnienia przez pessaryjum, chociaż FRANK z takim pojmowaniem rzeczy nie chce się pogodzić, lecz uważa to jako zbieg przypadkowy.

Przypadek 72 PAULI. Pessaryjum drewniane inkarcerowane od 6-ciu lat u starej kobiety—rak.

Przypadek 105. CHROBAK. Rak szybko rosnący, wychodzący z rynny odleżynowej, uciskowej, granulacyjami otoczonej, odpowiadającej miejscu największego ucisku przez pessaryjum.

Przypadek 153. HEGAR i KALTENBACH. *Carcinoma primarium vaginae*, wychodzący ściśle z tego miejsca, gdzie przednie ramię wianka założone wskutek *retroversionis uteri cum cystocele*, uciskało na *ramus descendens ossis pubis*.

Przypadek 165. SAWIN. Mikroskopowo stwierdzony rak tylnej ściany pochwy, wychodzący z rynny uciskowej przy odleżynie od nacisku wianka.

Przypadek 168. BECKWITH (*resp.* RECKWITH?). U 70-letniej kobiety znaleziono w pochwie od 20 lat noszony mocno inkrustowany tampon z waty, *Carcinoma vaginae nec non cervicis uteri*; kobieta zmarła wkrótce wskutek raka.

Przypadek 42 DUPUYTREN'A. Wiekowa kobieta zmarła wskutek raka żołądka; przy oględzinach pośmiertnych znaleziono perforację ściany kiszki stolcowej przez pessaryjum pochwowe. Czy równocześnie znaleziono raka na *septum recto-vaginale*, w protokóle nie powiedziano. Przypadek więc ten jest wątpliwy.

Przypadki 238, 239 i 240 K. SCHMIDT'A, MEYER'A i KALTENBACH'A. Oprócz tych 8 napewno stwierdzonych

przypadków raka przy noszeniu wianków macicznych, w ka-
 zuistycie naszej na owe 268 przypadków zanotowano szereg
 przypadków, gdzie ze strony lekarskiej było postawione
 pierwotnie rozpoznanie raka, zanim zauważono pomyłkę,
 i gdzie okazało się, że obraz raka polegał wprost na następ-
 stwach gnicia wianka w pochwie, oraz pokaleczeniach wy-
 wołanych przez ucisk długotrwały. Po usunięciu ciała ob-
 cego mniemany rak ginął. *Tolle causam feres morbum.*
 Obraz ten składał się przeważnie z objawów takich, jak
 cuchnące odchody, krwawienia, bóle, oraz wycięnczenie,
 tembardziej, że zwykle spostrzeżenia dotyczyły kobiet już
 wiekowych.

Przypadek 61. CLARQUE. Inkrustowane pessaryjum
 korkowe.

Przypadek 65. COLOMBAT znalazł pessaryjum *occlu-
 sum* zamiast mniemanego raka; chora nie chciała wierzyć
 w obecność tego wianka, zanim go COLOMBAT nie wy-
 jął i jej nie pokazał, albowiem zapomniała zupełnie o tem, że
 30 lat temu w Wiedniu takowy założono. Ani śladu raka
 nie było.

Przypadek 145. GERVIS. Dyjagnoza raka postawiona
 przez innego lekarza upadła, skoro chora po wyjęciu cuch-
 nącego zgnilego wianka prędko wyzdrowiała.

Przypadek 194 DORSETT'A. Kółko MAYER'owskie pier-
 wotnie miękie, w następstwie stwardniałe, poczęści zgnile,
 wywołało obraz raka. Posocznica na skutek owrzodzeń.

Przypadek 225 BREISKY'ego. Gąbka wprowadzona
 ongi jako „Mutterschutz,“ aby nie zajść w ciążę.

Inkarceracyje, oraz przedarcia ścian
 pochwy zanotowano 5 razy.

Przypadek 57 PRIMUS'A. Pessaryjum drewniane BRUEN-
 NINGHAUSEN'A z drzewa lipowego; część przedniej ściany
 pochwy uwięzła w wianku, tak, że przy ekstrakcyi urwał
 się kawał błony śluzowej długości dwóch cali, który 6-go
 dnia, po obumarciu, wypadł z pochwy.

Przypadek 59 MALIN'A. Rozdarcie, 3½ cala szerokie,
 na tylnej ścianie pochwy, spowodowane przez niezręczne
 i gwałtowne wprowadzenie wianka.

Przypadek 101 HOENING'A. Trudne wydobycie wianka ZWANCK'A w czwartym miesiącu ciąży. Błona śluzowa pochwy utkwiała w śrubie wianka i przy wyjęciu takowego kawałek jej został wyrwany z pochwy.

Przypadek 216 ZWEIFEL. Tylne sklepienie pochwy okazało się przedziurawionem aż do samej otrzewnej przez nieumiejętne wprowadzenie wianka (przypadek rozpatrywany w sądzie przez ZWEIFEL'A jako eksperta).

Przypadek 234 THOMAS'A.

U więźnięcia szyi macicznej zanotowano 8 razy, dwa razy podczas ciąży (patrz w dodatku przypadek 272 PROCHOWNICK'A).

Przypadek 26 CAMPER'A. *Portio vaginalis* uwięzła w świetle wianka i obrzękła do wielkości kurzego jaja, tak, że trzeba było przeciąć pessaryjum, aby je wydobyć.

Przypadek 33 MAERKER'A. Macica tak mocno uwięzła w pessaryjum nóżkowatym, że trzeba było aż nożem ją uwolnić z inkarceracyi; równocześnie było przedziurawienie ściany kiszki stolcowej; ponieważ chora na operacyję się nie zgodziła, zmarła więc wkrótce bez wyjęcia wianka.

Przypadek 34 TERNE'go. U młodej panny *portio vaginalis uteri* tak uwięzła w wianku, że trzeba go było przeciąć, aby szyjkę macicy uwolnić.

Przypadek 36 z Oldenburga z 1806 roku (patrz COLOMBAT d'ISÈRE 1. c.). *Portio vaginalis* u pewnej młodej holenderki tak uwięzła w wianku, że tworzyła guz wielkości główki noworodka wskutek strangulacyi. Odprowadzenie okazało się niemożliwym i trzeba było przepiłować pessaryjum. (Czy spostrzeżenie owe nie jest czasem identyczne ze spostrzeżeniem 78?).

Przypadek 48 REISINGER'A. *Portio vaginalis* tak utkwiała w kółku żelaznym, że trzeba było ją amputować, aby chorą uwolnić od cierpień. Chora wyzdrowiała.

Przypadek 69 FONTANA. Trzeba było przeciąć pessaryjum dla uwolnienia uwięzłej w niem szyjki macicznej.

Przypadek 152 PAPIN'A. Inkarceracyja i strangulacyja szyi macicznej w pessaryjum BABCOCKS'A w czwartym miesiącu ciąży; po wydobyciu wianka, ku wielkiemu zdumieniu lekarza, nie nastąpiło poronienie pomimo stran-

gulacyi. (Już BURNS w roku 1820 ostrzegął przed używaniem wianków o zbyt wielkiem świetle, szczególnie u kobiet, które nigdy nie rodziły).

Jako *curiosum* przytaczam przypadek Fryderyka SCHROEDER'A, gdzie *penis* amanta utkwiał *in lumine pessarii* podczas aktu miłości, co nie mało napędziło strachu gruchającej parze!

W przypadku 55 BRACHET'A powiedziano, że podczas ataku silnego kaszlu cała macica weszła do otworu wianka i tak w nim uwięzła, że trzeba było wianek przecinać, aby macicę uwolnić.

W pewnym szeregu przypadków zapomniane, źle włożone, zepsute i t. p. pessaryjum prowadziło do zapalenia tkanki łącznej *in parametrio*, do perimetrytu, pelweoperytonitu, ogólnego peritonitu z niedrożnością kiszek, i t. d. do *sepsis*, kacheksyi i śmierci. Tego rodzaju smutne skutki złego używania i nadużywania, *detrimenta ex abusu*, doprowadziły niejednego z lekarzy do tego, że zupełnie zrzekł się używania wianków, i z dawnego zwolennika często w przyszłości stał się przeciwnikiem krańcowym; inni zaś, aczkolwiek dalej używają wianków, podnieśli głos dla przestrogi, nalegając na konieczną ostrożność, stałą lekarską kontrolę i t. d. Przytaczam tutaj tylko kilka nazwisk, poprzednio już wymieniwszy odpowiednie zdania. MAYER Karol („Ich habe solche Unglückliche unter den graesslichsten Leiden sterben sehen!“) MENDE, OSIANDER, FRICKE, DEWEES („The disease will continue to increase und will finally assume a more formidable character. The prolapsed parts will, therefore, become ulcerated and indurated, and run into incurable disorganization; and finally, the consumption and emaciation and death will close the scene“). HAMILTON raz na zawsze zrzekł się używania wianków, AUVARD, FRAENKEL (przeciwny wiankom jajowatym BREISKY'ego), FRITSCH, SAENGER, MARTIN, ZWEIFEL i inni jasno wypowiedzieli swoją niechęć do ich używania.

Kazuistyka nasza obejmuje 8 przypadków śmierci spowodowanej pośrednio przez pessaryjum.

Przypadek 7 LISFRANC'A. Chora zmarła na zapalenie

otrzewnej po operacji ekstrakcji wrośniętego wianka, mianowicie po przecięciu *septi recto-vaginalis*.

Przypadek 25 HENKEL'A. Wycięczona chora zmarła wkrótce po operacji ekstrakcji inkarcerowanego wianka.

Przypadek 33 MAERKER'A. *Sepsis* wskutek rozpadu przy równoczesnej przetoce kiszkowo-pochwowej, śmierć, ponieważ chora nie chciała się zgodzić na operację ekstrakcji inkarcerowanego wianka.

Przypadek 96. BERNUTZ i GOUPIL. Odnowienie dawnego pelweo-peritonitu wskutek źle wybranego wianka i śmierć.

Przypadek 143 KELLY'ego i 146 GILLETTE'A. Ropny parametryt szeroko rozlany z flegmoną; *Sepsis* i śmierć nocą następną po ekstrakcji wianka.

Przypadek 161 JAWDYŃSKIEGO w Warszawie. Parametryt ropny rozlany, oraz śmierć wskutek wycięczenia i kacheksyi.

BETZ opowiada, że w jednym przypadku wyjęto dopiero z trupa pessaryjum, które było noszone za życia przez 28 lat; nie powiedziano czy śmierć nastąpiła wskutek noszenia wianka, również nie powiedziano w spostrzeżeniu DUPUYTREN'A, gdzie znaleziono *carcinoma ventriculi*, jaki był stosunek śmierci do wianka, dalej brak szczegółów w przypadku przez CHROBAK'A cytowanym, gdzie FRISCH badał pessaryjum wyjęte z trupa.

W przypadku 38 BRODY'ego infekcja przez zgniłe pessaryjum wywołała rodzaj choroby podobny do tyfusu, po wyjęciu chora wyzdrowiała, *cessante causa cessat morbus*; ciężkie parametryty, oprócz wyżej wymienionych przypadków śmiertelnych, widzieli PAPIN (przypadek 150), MALIN (przypadek 58), którego chora przeżyła całe 8 miesięcy w okropnych męczarniach nawpół siedząc, nawpół leżąc; OLSHAUSEN (przypadek 123), kolega jeden w Petersburgu (przypadek 190, gdzie oba skrzydła wianka ZWANCK'A wdrażyły do tkanki łącznej otaczającej pochwę) i inni.

DESGUIN opisał spostrzeżenie *cystitidis calculosae cum haematuria* po perforacji pęcherza przez pessaryjum (przypadek 178) i inni — patrz przypadki perforacji pęcherza. SOUTHAM widział wynicowanie całej błony śluzowej pę-

cherza. VELTEN (przypadek 64) obserwował przypadek, spowodowany przez pessaryjum, chronicznego zapalenia otrzewnej ze stałymi bólami wątroby, brzucha, skłonnością do wymiotów; spostrzeżenie BAUMBACH'A już wymieniłem jako jedno z ciekawszych (przypadek 56). W kilku przypadkach pessaryjum, które wdrążyło do światła kiszki stolcowej, wywołało zamknięcie kiszki z odpowiednimi następstwami.

Tylko dwa razy spostrzegano silny rozstrój nerwowy aż do paralitycznego osłabienia kończyny dolnej, z drętwieniem takowej, formikacyjami, spowodowane przez ucisk wianka na nerwy wewnątrz miednicy. Takich objawów pewno nie brakło i częściej, tylko ich nie rozpoznawano i nie analizowano specjalnie. Owrzodzenia i blizny w następstwie powstałe w niektórych przypadkach spowodowały wysokiego stopnia zwężenie kiszki stolcowej, jak na przykład w przypadku BOENS'A (przypadek 85) bliznowate zwężenie pochwy jak w przypadku 35 MEISSNER'A i innych.

Wskutek retrakcyi bliznowatej po różnych sprawach zapalnych, towarzyszących chorobie spowodowanej przez wianek, mianowicie w okołopachwowych i naok ołomacicznych tkankach, w bardzo wielu przypadkach *prolapsus uteri* raz na zawsze zniknął. Co prawda, w niektórych przypadkach ustąpienie *prolapsus* części zależało i od *involutio senilis* pochwy i sromu, ponieważ przeważnie sprawy tego rodzaju dotyczyły kobiet starszych po utracie peryjodu. *Involutio senilis* więc z pewnością nie małą odgrywała rolę w niektórych przypadkach samowolnego zginięcia opadnięcia macicy i pochwy. Podług HILDEBRANDT'A w taki to sposób wypada też objaśnić sobie samowolne zamknięcie się przetok pęcherzowych i kiszkowych, powstałych wskutek przedziurawienia przez pessaryjum, czyli *sanatio spontanea*, *obliteratio spontaneu fistulae* nastąpiła wskutek *involutionis senilis* kanału rodnego miękiego.

Fryderyk SCHROEDER (przypadek 41) obserwował jako następstwo noszenia wianka, wysokiego stopnia *nymphomaniam*, która ostatecznie wskutek onanizmu i wycieńczenia doprowadziła do śmierci.

Kazuistyka nasza wybornie ilustruje w najżywszych barwach, jakie okropne następstwa czasami pociągały za sobą wianki nieodpowiednie lub zaniedbane, jakie męczarnie przechodziła niejedna chora, z jakimi cierpieniami połączona była czasami nawet akcja terapeutyczna wyjmowania kółka, jeśli to się odbywało bez chloroformu. Przeczytajmy te historyje choroby: ile nieszczęść, cierpień najokropniejszych, jakie poważne uszkodzenia były w niektórych przypadkach następstwem opieszałości chorej lub też lekarza, szczególnie zaś lekkomyślności i niewrażliwości chorej, a głównie braku czystości z jej strony.

Pewna 75-letnia pacjentka CLARQUE'A przy wprowadzeniu wianka 35 lat temu tyle wycierpiała bólów, że dziś za nic w świecie nie chciała się już zgodzić na manipulację wyjęcia kółka dla samego strachu przed nowymi bólami (przypadek 61), chociaż lekarz koniecznie żądał wyjęcia kółka wskutek obrażeń pochwy. Również zmarła chora MAERKER'A, ponieważ ze strachu przed nowymi cierpieniami i bólami nie chciała pozwolić dać sobie wyjąć kółka.

Bardzo trafnie opisuje Karol MAYER (patrz słowa cytowane na początku mojej pracy) opieszałość i brak czystości przy noszeniu wianków macicznych nawet u pań z najinteligentniejszych sfer towarzystwa.

Bardzo liczne są w naszej kazuistyce przypadki uwięzienia pessaryjów. Wianek zachował zupełną ruchomość w głębi pochwy; lecz żadną miarą nie dał się już przez otwór pochwy wyciągnąć. Inkarcerację tego rodzaju bardzo często widywano przy użyciu kółek tak zwanych jajowatych BREISKY'ego, BOZEMANN'A, LEVRET'owskich i t. d., a nawet i przy wiankach obrączkowatych i HODGE'go. Przyczyną poczęści była *involutio senilis*, zanik pochwy połączony ze zwężeniem jej, oraz różnego rodzaju sprawy zapalne, mniej lub więcej głębokie wtórne owrzodzenia pochwy, infiltraty zapalne, eksudaty, oraz blizny następcze. Kilka razy miałem okazję przekonać się, że pessaryjum leżące w głębi pochwy było uwięzione przez *cystocèle vaginalis* i zupełnie przez nią zakryte dla oka tak, że palec ze zdziwieniem konstatował w głębi pochwy nawet sporych rozmiarów pessaryjum SCHULTZE'go lub HODGE'go, gdzie oko przy

rozciąganiu sromu nie spostrzegło wianka i gdzie takowego żadną miarą nie podejrzewano. Niemale było moje zdziwienie, gdy pewnego razu widząc przed sobą znacznych rozmiarów *cystocele vaginalis* czyli *inversionem parietis anterioris vaginae* po założeniu rynny SIMS'A spostrzegłem w głębi pochwy piłkę gumową, pessaryjum HODGE'go lub „Kranzpessar.“

Każdy z nas zna niewdzięczność leczenia izolowanego opadnięcia czyli wynicowania przedniej ściany pochwy tak wielce przykrego dla niektórych chorych, ponieważ przeszkadza przy oddawaniu uryny i przy chodzeniu. Tak samo jak w tych przypadkach rzadko kiedy na długo pomoże *kolporrhaphia anterior*, chyba że w połączeniu *cum hysteropexia intraabdominali*, czyli z przysyciem dna macicy do przedniej ściany brzucha powyżej spojenia łonowego, tak samo mało korzyści w tych przypadkach przynoszą pessaryja najróżniejszej formy i wielkości. Przednia ściana pochwy w większości przypadków pomimo wianka wypada na nowo i wianek prowadzi do strangulacji tej ściany pochwy, inkarceracji i t. d. Plastyka na kroczu nie ma żadnego wpływu na takie opadnięcie izolowane przedniej ściany pochwy, chyba pośrednio, ułatwiając w następstwie noszenie wianka, który poprzednio nie miał na czem się oprzeć przy niedostateczności rozerwanego kroczu. Podczas gdy inkarceracja wianka następuje w niektórych przypadkach *per involutionem senilem* lub *per stenosis vaginae cicatricosam*, w innych przypadkach wianek kompletnie wrasta, że tak powiem, do ścianek pochwy, nareszcie ipleży on pod poziomem powierzchni ściany pochwy w rynnie zagłębionej; starczy wtenczas, aby obfite granulacje na bokach tej rynny zrosły się między sobą ponad niżej leżącym pessaryjum i już jest ono unieruchomionem przez mostek mięsny bez przecięcia którego kółka nie wyciągniemy, chyba że przetniemy samo kółko i wyciągniemy na sposób wyjmowania koleczyka z ucha. Proliferujące tkanki dookoła owrzodzenia obrastają pessaryjum, czyli ciało, obce do tego stopnia, że może ono w ostateczności zupełnie być pokrytem tkanką i nibyto zginąć dla oka z pochwy, jak to miało miejsce w niektórych przypadkach. Mostki mię-

sne nowoutworzone ponad ramieniem wianka czy obrączkowego, czy HODGE'go etc., mostki przerastające przez okienko wianka ZWANCK'A etc. są dosyć pospolite w naszej kazuistyce. Cytowałem nawet przypadek z muzeum praskiego, gdzie dwie przeciwległe ściany pochwy zrosły się jedna z drugą przez okienko wianka. W jednym przypadku wytworzyła się kompletna *kolpokleisis spontanea* poniżej wianka, tak, że mocz wyciekał przez kiszkę stołową wskutek istnienia przotoki kiszki i pęcherza.

Dalej przypominam przypadki kompletnego wrośnięcia wianka do *cavum Douglasii*, pomiędzy pochwą i kiszka (przypadek MALIN'A) w tkance łącznej otaczającej oba narządy. Kilka razy powiedziano, że pessaryjum nie znalaziono palcem, a dopiero zobaczono po udostępnieniu, po przecięciu różnych mostków mięsnych, granulacyj, wegetacyj etc. nożem i nożycami; trzeba było sobie poprzednio utorować drogę do ciała obcego, jakby zakopanego w głębi pochwy. Granulacje tego rodzaju czasami wypełniały doszczętnie całe ciało pochwy. Pessaryja obrączkowe czasami okazywały się zupełnie pogrążone w rynnie odleżynowej, w innych przypadkach rynna odpowiadała tylko miejscom największego poprzedniego ucisku. Po większej części mostki mięsne przechodziły z tylnej wargi macicznej na tylną ścianę pochwy ponad tylnem ramieniem wianka HODGE'go lub SCHULTZE'go, znam jednak także jeden przypadek, gdzie mostek ten łączył tylną ścianę pochwy z przednią jej ścianą, mianowicie łączył on górną część tylnej ściany z dolną częścią przedniej. BURROWS (przypadek 128) wyraźnie wspomina, że w jego przypadku po wyjęciu wianka nowoutworzony ów wiąz tworzył rodzaj naturalnego pessaryjum. Sposób powstawania wszystkich tych zmian wtórnych tkanek, nadzarć od ucisku, przedziurawień organów sąsiednich i t. d. dobrze opisuje KŁOB, którego słowa wyżej już wymieniłem, tak, iż teraz pominąć je mogę, tyle tylko powiem, że przy nadmiernem rozciąganiu pochwy w tym lub innym kierunku, najprzód następuje opuchnięcie i zaczerwienienie, naciek i stwardnienie miejsca uciskanego, w następstwie zanik tkanek, zanik nekroza,

oraz wypadnięcie tkanek obumarłych — i przetoka gotowa. Tylko w jednym jedynym przypadku LUEDERS'A (przypadek 87), a może być i w przypadku ZWEIFEL'A, rozbieranym przed sądem, zdaje się pessaryjum odrazu *par force* wprowadzono do *cavum Douglasii* na drodze nagłego przedziurawienia traumatycznego, czyli pessaryjum wdążyło do jamy *Douglasa* nagle, we wszystkich innych przypadkach wędrówka wianka odbyła się powolnie, w trakcie często wielu lat, i zupełnie niespostrzeżenie. W przypadku 58 MALIN'A nagłe rozdarcie tylnej ściany pochwy jest możliwe, lecz niedowiedzione.

(D. n.)

O ZAPOBIEGAWCZEM LECZENIU WŚCIEKLIŹNY U CZŁOWIEKA

z krytycznym poglądem na metodę Pasteur'a

napisał

Stanisław Rybicki ¹⁾.

Lekarz Księstwa Łowickiego i szpitala Św. Stanisława w Skierniewicach, członek korespondent Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, b. lekarz powiatu Skierniewickiego.

W końcu 1889 roku w jednym z pism peryjodycznych warszawskich znalazł się krótki imienny list dra O. BUJWIDA, w którym autor, wierzący w nieomylność metody PASTEUR'A przeciw wścieklicznie stosowanej, stanowczo potępił dotychczasowy sposób zapobiegawczego leczenia tej choroby przyżeganiem ran, pochodzących od ukąszeń zwierząt podejrzanych, i ogółowi, mało zresztą świadomej publiczności, jako środek jedynie zachowawczy, zalecił wstrzykiwanie jadu, przygotowanego wedle owej metody.

Gdyby metoda PASTEUR'A nie przedstawiała już żadnych zgola wątpliwości, i jako taka, była stanowczo przez ogół lekarzy przyznana, liścik ów nie byłby zwrócił mojej uwagi, gdy jednak podstawy owej metody przedstawiały się nader wątpliwymi, a publiczne podkopywanie wiary w środek dawniejszy szkodliwym, nie mogłem powstrzymać się od pewnego wypowiedzenia wszystkich z tego powodu następczających się wątpliwości i w piśmie lekarskiem („Medycyna” Nr. 47 z r. 1889) od zwolenników metody PASTEUR'A zażądałem wyjaśnienia takowych. To pu-

¹⁾ Praca ta była przyjęta do druku jeszcze przez poprzednią Redakcję, lecz z powodu obfitości materiału dopiero teraz mogła być wydrukowana, za co Autora uprzejmie przepraszamy. (Przyp. Red.)

bliczne wystąpienie moje wywołało odpowiedź dra BUJWIDA („Medycyna“ Nr. 49 i 50 z r. 1889), a w następstwie wywiązała się między nami polemika („Medycyna“ Nr. 1, 2, 3 i 12 z r. 1890), która, niestety, do wyjaśnienia kwestyi wcale się nie przyczyniła, a w rezultacie zmusiła mię do szukania prawdy inną drogą. Odniosłem się więc do wszystkich kolegów z prośbą („Medycyna“ Nr. 18 i 19 z r. 1890) udzielenia mi tych danych, które, mojem zdaniem, mogłyby wątpliwości owe wyjaśnić. W odezwie do kolegów całego kraju, postawiłem szereg pytań z prośbą o odpowiedzi na nie; chodziło mi głównie o przekonanie się, jak często występowały i występują u nas w kraju przypadki wścieklizny u ludzi, i czy też liczba przypadków tej choroby zmniejszyła się u nas, od czasu wprowadzenia w ogólniejsze zastosowanie szczepień metodą PASTEUR'A, tak gorąco przez dra BUJWIDA ogółowi zalecanych. Uzyskanie potrzebnych wiadomości nie przyszło bez trudów; po przeprowadzeniu bardzo licznych korespondencyj, udało mi się jednak zebrać potrzebne dane blisko od 200 lekarzy krajowych i takowe też tu streszczam, jako materyjał dowodowy dla moich rozumowań i ostatecznych wniosków w tym przedmiocie.

Niewszyscy wprawdzie koledzy raczyli na mój kwestyjonaryjusz odpowiedzieć, wielu z nich tłumaczyło mi to okolicznością, iż przypadków wścieklizny w ciągu swej praktyki wcale nie spostrzegali, nie widzieli więc potrzeby donoszenia o tem; zebrana zatem przezemnie statystyka z 10-ciu gubernii Królestwa nie jest tak kompletną, jak sobie życzyłem, wszakże reprezentuje ona tyłu już lekarzy, tak znaczną ludność krajową, oraz tak pokaźną przeciętną liczbę lat, iż czuję się w prawie wnioski swoje na niej opierać.

Kończąc te kilka słów wstępnych, poczuwam się do obowiązku złożenia podziękowania wszystkim tym kolegom, którzy nie odmówili mi współdziałania w wyświetleniu prawdy, jak również i tym z nich, którzy za poruszenie tak drażliwej sprawy uznanie swoje i słowa zachęty przesłać mi raczyli.

Obowiązkiem wszakże moim jest nadmienić, iż nie ja to pierwszy z lekarzy polskich kwestyjonuję metodę PASTEUR'A; był nim bowiem dr. S. K. WIKTOR, redaktor „Wiadomości lekarskich“ we Lwowie, który w Krakowskim „Przeglądzie lekarskim“ jeszcze w samym zaczątku sławy rzekomego odkrycia, już go się ośmielił zakwestyjonować.

I.

Ogólny zarys nauki o wściekliznie i jej leczeniu do czasów Pasteur'a.

Teoryja znakomitego chemika francuzkiego, prof. Ludwika PASTEUR'A, o leczniczem działaniu wstrzykiwań zarazka wścieklizny przeciw wściekliznie u zwierząt i człowieka tak wielkiej narobiła wrzawy w świecie naukowym i nienaukowym, iż zmuszeni jesteśmy poniekąd uznać ją za przypadek epokowy w historii leczenia tej ciężkiej, bo zawsze śmiertelnej, choroby.

Od sławnej lekcji wypowiedzianej w Akademii umiejętności w Paryżu przez PASTEUR'A w d. 26 Października 1875 r., a popartej powagą prof. VULPIAN'A, nowe odkrycie zostało ujawnionem i sankcyjonowanem publicznie, a podniesiona do apoteozy doniosłość jego, uczyniła wynalazcę w oczach wszystkich narodów prawdziwym dobroczyńcą ludzkości.

Znalazły się wprawdzie natychmiast głosy, i to w samej Francyi, rzucające cień powątpiewania na zasadność twierdzeń wielkiego wynalazcy (prof. PETER, GERME, LUTAUD), wszelako urok Akademii, pod aprobatą której sprawa ta ujrzała światło dzienne i orzeczenie komisji angielskiej, *ad hoc* wyznaczonej, a złożonej z fizyologów i lekarzy (HORSLEY, BURDON, SANDERSON i t. d.) opiewające, iż szczepienia PASTEUR'A uchroniają i leczą zwierzęta od wścieklizny i, że dla ludzi także posiadają wartość leczniczą, podziałały tak skutecznie na prasę, a przez nią

na masy, iż te z całą już ufnością i wdzięcznością przyjęły nową metodę jako fakt dokonany.

W pierwszej linii, po stronie odkrycia, stanęła naturalnie Francja, dumna z nowego wynalazku swego ziomka, za nią poszliśmy i my. Pomimo jednak rozgłosu nadanego całej tej sprawie, Niemcy i Anglicy zachowali się dosyć oględnie. Patrzyli oni na wszystko z boku, wyczekując rezultatów, co im wszakże policzonym zostało tylko na karb zawiści narodowych.

Odtąd coraz to więcej zaczęło się znajdować adeptów nauki PASTEUR'A, tu i owdzie pojawiły się specjalne oddziały szczepienia jego metodą (Buda-Peszt, Warszawa, Odessa i t. d.), znaleźli się gorący jej zwolennicy, a nawet poprawcy (HÖGYES); zaczęto wydawać specjalne roczniki poświęcone tej sprawie; rozpowszechniono wiadomości o tysiącach ocalonych tą drogą ludzi; nie więc dziwnego, iż wobec odosobnionej tylko narazie reakcji (FLÜGGE, KOCH, FRISCH i t. d.) ustalenie opinii o rzeczywistej skuteczności metody PASTEUR'A stało się faktem prawie ogólnie przyznanym.

Z powyższego zdaje się, iż wynalazkowi PASTEUR'A nie można odmówić w dziejach leczenia wścieklizny epokowego znaczenia!

Zastanówmy się jednak, czy wścieklizna była i czy jest jeszcze dotąd plagą tak doniosłą dla ludzkości, jakby to wnioskować należało z rozgłosu o doniosłości nowego odkrycia i czy dotychczasowe środki zapobiegawcze, przez nas przeciw tej chorobie używane, tak dalece były niedołącznymi, iż rezultaty przez nie osiągnięte nie wytrzymują krytyki wobec rezultatów metody PASTEUR'A?

Zanim do rozwiązania tych zasadniczych pytań przystąpimy, rzućmy okiem na te, dotyczące przedmiotu, szczególności, które wyjaśnić mogą zasady naszego poglądu na zapobiegawcze leczenie wścieklizny:

Wścieklizna (*Lyssa*, *Rabiescanina Hydrophobia*), jako choroba *sui generis*, objawiająca się u zwierząt i u człowieka, skutek wniesienia do ich ustroju właściwego zarazka, znaną już była Aristotelesowi. Pisali też o niej: Xenophon, Epicharmus, Democritus, Eudemus, Virgilius, Ho-

razius, Ovidius, Plutarch i Plinius secundus jeszcze przed Chrystusem żyjący. Dokładniej opisuje ją Cornelius Celsus, jest on pierwszym, który doradza natychmiastowe przypalenie rany po ukąszeniu; toż samo mówi Dioscorides. Potem Galen zaleca też wycięcie rany; dokładniejszy zaś opis choroby i sposobów jej zapobiegania i leczenia znajdujemy u Coeliusa Aurelianus. Po nich, t. j. od połowy II-go i początku III-go stulecia po Chrystusie spotykamy w literaturze dotyczącej tego przedmiotu przydłuższą przerwę, mówi bowiem o wścieklicznie dopiero Rhazes w X-tym i Avicenna na początku XI-go stulecia. Od nich aż do naszych czasów literatura dotycząca tej choroby doszła do olbrzymich rozmiarów. Nie mając jednak zamiaru zajmowania się stopniowym rozwojem pojęć o wścieklicznie i jej leczeniu, nie będziemy tu więcej wyliczali dzieł i ich autorów i ograniczymy się tylko na streszczeniu stanu pojęć o tej chorobie i sposobach jej leczenia, na jakim go zastała w 1885 r. nowa nauka PASTEUR'A.

Wścieklicznę od najdawniejszych czasów uważano jako chorobę, rozwijającą się pod wpływem pewnego specyficznego zarazka. Dawniej jednak przypuszczano możliwość dobrowolnego i pierwotnego rozwijania się tej choroby u zwierząt należących do rodzaju psa, z kąd następnie mogła ona być przeniesioną na inne zwierzęta i na człowieka, dziś zaś stanowczo twierdzimy, że wściekliczna nigdy nie rozwija się samorodnie, lecz że bywa wyłącznie następstwem przeniesienia właściwego jadu z zarażonego na zdrowe zwierzę i na człowieka.

Do ostatnich czasów ogólnie mniemano, iż tylko wniesienie zarazka do krwi, może wywoływać w następstwie chorobę, są wszakże pewne wskazówki, iż zarażenie może nastąpić wskutek wchłonięcia jadu przez nieobnażoną z naskórka skórę, np. wskutek lizania przez zarażone zwierzę ¹⁾.

¹⁾ Przykład tego rodzaju cytuje między innymi mag. weterynaryi J. H. LEWANDOWSKI w rozprawie swojej „Pogląd naukowy na wścieklicznę psów“ i t. d., Warszawa, 1869 r., str. 7.

Do ostatnich czasów przeczono, iżby zarażenie wścieklizną mogło następować wskutek spożycia pokarmów; zwolennik wszakże szkoły PASTEUR'A, BARDACH z Odessy, miał jakoby wykazać, iż zaraza może nastąpić przez użycie niegotowanego mleka wściekłego zwierzęcia; twierdzeniu temu jednak przeczy wprost spostrzeżenie dawniejszego badacza GREVE'go (1823), który przekonał się, że młode świnki morskie karmione przez matkę wściekłą ulegały chorobie tylko wtedy, kiedy zostały przez nią skaleczone. HERTWIG przeczył także możliwości zarażenia tą drogą, tymczasem szkoła PASTEUR'A wykazać miała, że pożarcie mózgowych substancyj zwierzęcia wściekłego, może powodować także zarażenie.

Badania MAGENDIE'go i najzasłużeńszego bezsprzecznie w tej sprawie profesora weterynaryi w Berlinie C. H. HERTWIG'A (*Beiträge zur näheren Kenntnis der Wuthkrankheit oder Tollheit der Hunde nebst Vorwort von Hufeland, Berlin 1829*—i *Die Krankheiten der Hunde und deren Heilung, Berlin 1853*) wykazały, że zarazek wścieklizny jest stałym i przez powietrze przeniesionym być nie może; że zwyczajnym przenośnikiem jego jest ślina, że jednak i płyn z gruczołów śliniankowych oraz ich skrawki, a także i krew żylna mieszczą w sobie zarazek; dalej, że wprowadzenie substancji nerwowej do ran nie spowodowywa zarażenia (co wprost jest przeciwne dzisiejszym doświadczeniom szkoły PASTEUR'A). Ciż sami autorowie twierdzili, że zarazek śliny wzięty z nieżywego zwierzęcia po 24 godzinach nie wywołuje już wścieklizny, jednym słowem, że ślina chorego na wściekliznę zwierzęcia, tylko tak długo zdolną jest do wywołania u drugiego zarazy, dopóki zwierzę, z którego ją bierzemy, nie stężeje po śmierci. (Temu przeczyć mają doświadczenia GALTIER'A 1883 r.). Ani rozbiór chemiczny, ani też mikroskop nie zdołały wykryć cokolwiek bądź szczególnego w ślinie zwierząt wściekłych i wogóle w płynach lub tkankach, które zaszczepione—wywoływać mogą chorobę.

Taki był stan pojęć o istocie zarazka wścieklizny do czasów PASTEUR'A. Na długo przed nim wiadomy był też fakt, iż nieszczęśliwie zwierzęta, pokąsane przez niewąt-

pliwie wściekle, ulegają wściekliwości, a nawet że z ich liczby, i to wcale nieleczonych zapobiegawczo, znacznie więcej jest nie zagrożonych chorobą, niż tych, które jej ulegają. Jest to wiadomość nader ważna, nad którą obszerniej zastanowić się wypada, niewtajemniczeni bowiem ogólnie wierzą, że zwierzę lub człowiek pokąsani przez zwierzę wściekle i pozostawieni bez leczenia, koniecznie uledez muszą wściekłości. Temu błędnemu pojęciu ogółu niekompetentnych przeczą poniższe fakty.

Z obliczeń przywiedzionych przez HELLER'A i BOL-LINGER'A (Handbuch der chronischen Infectionskrankheiten 1874. — Handbuch der Speciellen Pathologie u. Therapie von prof. dr. ZIEMSEN) widzimy, iż z liczby zwierząt zaszczepionych sztucznie lub pokąsanych przez niewątpliwie wściekle, pada na wścieklicznę od 33 do 40%, a z liczby pokąsanych przez zwierzęta wściekle i niewściekle, jak to w rzeczywistości się dzieje, tylko 3%. (Obserwacje dokonane w Würzburgu między 1864 i 1867 r. wykazały, iż z liczby 943 zwierząt pokąsanych przez psów wściekłych i podejrzanych, albo też podrażnionych, uległo wścieklicznie tylko 28=3%). Zkąd wniosek, iż między kąsającymi się wzajemnie psami jest conajmniej 12 razy więcej takich, które nie zarażają, niż takich, które zarazę powodują.

Według wiadomości podanych przez tychże autorów (*loc. cit.*), a zebranych z obliczeń różnych badaczy, na długo przed PASTEUR'em, wynikałoby odnośnie do ludzi, iż z liczby pokąsanych przez niewątpliwie wściekle zwierzęta, umiera jakoby 47%, z pokąsanych zaś przez wściekle i podejrzane tylko 8%. Co z jednej strony dozwala nam wyprowadzać wniosek, że z liczby psów kąsających człowieka zaledwie 1 na 6 zdolnym jest spowodzić zarazę, z drugiej zaś strony, że człowiek skłonniejszym jest od psa uledez zarazie. Temu ostatniemu wnioskowi przeczy jednak już choćby prosta obserwacja znacznie większej częstości pojawiania się wściekliczny u psów, niż u człowieka, mimo częstych wogóle przypadków pokąsania ostatniego. Jeżeli Arystoteles mógł być w błędzie podając ongi, że człowiek wcale nie podlega wścieklicznie, to już pod tym przynajmniej względem powinniśmy stanowczo uwierzyć szkole

PASTEUR'A, która zajmując się tą sprawą specjalnie, we własnym interesie wykazała ostatniemi czasy, iż z liczby pokąsanych ludzi przez niewątpliwie wściekłe zwierzęta ulega wściekłości od 5 do 15% (co zależy ma od miejsca ukąszenia), średnio zaś 10%. To obliczenie szkoły PASTEUR'A zacytowaliśmy na tem miejscu, aby następnie sprawy tej nie omawiać powtórnie.

Pozwólmy też sobie przedstawić tu kilkanaście przykładów krajowych, poczerpniętych z licznych korespondencyj kolegów, a przezemnie zebranych, które w pewnej mierze posłużyć mogą do oznaczenia stosunku pokąsań przez niewątpliwie wściekłe zwierzęta do liczby zarażeń wściekłą ludźmi wcale zapobiegawczo nieleczonej.

Dr. STECKI z Hrubieszowa, obok nadesłanej nam wzmianki o dwóch przypadkach wściekliczyny, zaszytych wskutek pokąsania przez wilka wściekłego, podaje, iż jednocześnie przez tegoż wilka było pokąsanych aż 20 osób, zatem 18 bez leczenia zapobiegawczego ocalało.

Dr. NOWAK z Garwolina podaje, iż wszystkie zwierzęta pokąsane przez psa, który przez ukąszenie spowodował przypadek wściekliczyny (jaki opisuje), nie uległy wściekliczynie.

Dr. RODKIEWICZ z Białej podaje, iż troje dzieci pokąsanych jednocześnie z dziewczynką, uległa wściekliczynie, oraz zwierzęta przez tegoż samego psa pokąsane, bez leczenia pozostały zdrowi.

Dr. BRZOWSKI z Płocka donosi, iż w przypadku spostrzeganym przez dra ERLICHA (zatem i dra DRUŻYŁAWSKIEGO) ten sam pies pokąsał jednocześnie 17 osób, z tych 16 pozostało zdrowi.

Dr. BRZOWSKI Wł. z Kłobucka donosi, iż w r. 1887 spostrzegł 4 przypadki wątpliwe, przy których dla własnej ciekawości zaszczepił rdzeń psa na królikach; jedno tylko z tych szczepień dało rezultat ujemny, pokąsani jednak ludzie przez tegoż psa (nie byli przypalani) nie zdradzali żadnych objawów obawy, nigdzie się nie leczyli, a jednak pozostali zdrowi.

Dr. KRUPSKI z Rawy, przy opisie jednego z dwóch nadesłanych przypadków wścieklizny, doniósł też, iż pokąsane przez tegoż samego psa dwie sztuki bydła i kilka wieprzy nie uległo wściekliwości.

Mnie, piszącemu, nakoniec wiadomym jest fakt wydarzony u p. R., nadleśnego Księstwa Łowickiego, którego parobek pokąsany przez psa niewątpliwie wściegłego, pomimo, iż wcale się nie leczył zapobiegawczo, pozostał zdrowym.

Z powyższych danych odnośnie do ludzi tylko obliczamy, iż na 46 osób pokąsanych przez niewątpliwie wściekłe psy i wilka zmarło tylko 4, zaś 42, pomimo, iż wcale nie były zapobiegawczo leczone, pozostały zdrowi. Gdyby nam wolno było obliczać odsetki z mniejszych cyfr dla większych, wypadłoby z pewnością, iż u nas w kraju z liczby ludzi pokąsanych przez niewątpliwie wściekłe zwierzęta i z nieleczonych zupełnie, umiera na wściekliwość 8,7‰; ze względu jednak na zbyt małą liczbę naszych spostrzeżeń, nie myślimy obstawać za tą odsetką, chętnie zgadzając się na 10‰ szkoły PASTEUR'A i jedynie notujemy, iż odsetek przez nas osiągnięty, jest blizkim tego ostatniego, zatem prawdopodobnie wielce do prawdy zbliżonym.

Z powyższego okazuje się, iż tak dobrze zwierzęta, a więcej jeszcze człowiek, mają właściwą sobie wrodzoną odporność ustrojową niepodlegania zarazkowi wścieklizny, i że o tem wiedzieliśmy dawno przed PASTEUR'em.

Jest to fakt, któremu przeczyć niepodobna, jest on zresztą analogiczny ze znaną odpornością niektórych jednostek na działanie innych zarazków, np. ospy, płonicy, odry, tyfusu i t. p., i tem się tylko od nich wścieklizna wyróżnia, że będąc trudniejszą do zaszczepienia, raz przyjęta nigdy w łagodnej formie się nie pojawia, lecz stale śmiertelnością się kończy.

Do ostatnich czasów większą lub mniejszą odporność wrodzoną tłumaczyliśmy dość ogólnikowo, stopniem wrażliwości nerwów odżywczych i naczynioruchowych, oraz nie-

znanemi bliżej właściwościami zewnętrznych powłok ustrojowych skóry i błon śluzowych, bezpośrednio na działanie zarazka wystawionych, przypuszczając, niebezzasadnie zresztą, że rodzaj ich utkania sprzyja lub utrudnia wniesienie zarazka do krwi. Przyznać winniśmy, iż najnowsi badacze postarali się nam tę ciekawą kwestyję bliżej wyjaśnić i jakkolwiek prace ich doświadczalne miały na celu raczej wyjaśnienie odporności nabytej, niż wrodzonej, to jednak, niezaprzeczając istnieniu tej ostatniej, przyczyniły się zarówno do rozjaśnienia istoty tak jednej, jak drugiej.

Teoryja MIECZNIKOWA, dowodząca, iż odpowiednie szczepienie jadu przez wywoływanie sprawy zapalnej, wpływa na pomnożenie liczby fagocytów we krwi, te zaś przeszkadzają rozwojowi później wprowadzonych do krwi czynników chorobotwórczych, pośrednio dozwala nam objaśnić odporność wrodzoną obecnością we krwi dostatecznej ilości owych fagocytów, nawet bez wszelkiego szczepienia.

Głośny w świecie naukowym prof. R. KOCII w odczycie, mianym na X-tym kongresie międzynarodowym w Berlinie (1890 r.), mówiąc o odporności na działanie zarazków, wypowiedział przekonanie, że w tej sprawie niewątpliwie ważną odgrywają rolę raczej zjawiska chemiczne ustroju, niż odporna siła komórek (fagocytów), co poniekąd jest w sprzeczności z teoryją MIECZNIKOWA. Nakoniec na tym samym kongresie mówił też o odporności prof. BOUCHARD, który, jakby pragnąc pogodzić dwa powyższe poglądy, wypowiedział zdanie, iż środkami ochronienia ustroju przeciw pasorzytom, stanowiącym, według dziś przyjętych pojęć, zasadniczą istotę zarazka, są fagocyty, oraz własności soków tkankowych zabijania bakterij. Według niego, produkty przemiany materji mikroorganizmów, działając na ośrodki naczynioruchowe, stają na przeszkodzie przenikaniu soków odżywczych przez naczynia włosowate, pod wpływem ich szkodliwego działania wędrowanie białych ciałek krwi przez naczynia staje się niemożliwem i jeżeli cały ustrój jest w ten sposób nienormalnie zmieniony, powstają nader ważne zmiany w jego odżywianiu; to właśnie stanowić ma istotę ogólnego zakażenia. Pomyślny zaś wpływ

szczepień polegać ma według niego na tem, iż one, zmieniając chemiczne działanie ptomain, zapobiegają tą drogą niekorzystnemu ich wpływowi powstrzymywania przenikania soków odżywczych przez naczynia. Prof. BOUCHARD wrodzoną odporność ustrojową czyni zależną od właściwej pewnym zwierzętom wyższej działalności ośrodków naczyńnioruchowych, wskutek czego, pomimo szkodliwego wpływu zarazka, naczynia włosowate czynność swą odżywczą bez przerwy odbywać mogą. (Sprawozdanie z X-go zjazdu międzynarodowego lekarzy w Berlinie, „Medycyna“ z 1890 r., Nr. 35) ¹⁾.

¹⁾ Sprawa odporności ustrojowej na działanie zarazków wogóle zajmuje dziś licznych badaczy. Była ona nader szczegółowo rozbiegana na ostatnim (VII) międzynarodowym kongresie dla Hygieny i Demografii, który odbył się latem 1891 r. w Londynie (zatem już po napisaniu niniejszej pracy).

Z różnych spostrzeżeń przedmiotu tego dotyczących, nad którymi zastanawiano się na tym kongresie, najważniejszym niewątpliwie jest odkrycie NUTALL'A z 1888 r., że pewne bakteryje obumierają pod wpływem k r w i ś w i e ż e j, albo raczej pod wpływem jej s u r o w i c y (serum) i wniosek tegoż badacza, że działanie to niszczące surowicy na drobnoustroje, przypisać należy płynnym, a nie komórkowym składnikom krwi. BOUCHARD idąc dalej, wykazał, że surowica krwi k r ó l i k a o d p o r n e g o na zarazek cholery kurzej osłabia jadowitość tego drobnoustroju, a nawet, że go zabija. Ten sam fakt powtarza się przy użyciu surowicy zwierzęcia odpornego na cholere, karbunkuł i różę (EMMERICH i MASTBAUM). Wreszcie BEHRING i KITASATO w 1890 r. wykazali, iż surowica krwi królików odpornych na działanie tężca i błonicy, jakkolwiek nie zabijała laseczników właściwych tym chorobom, niszczyła wszakże jad przez nie wytworzony, ujawniając przez to własności lecznicze.

Odkrycie własności leczniczych surowicy krwi zwierząt, odpornych na pewne choroby zaraźliwe, było powodem do wygłoszenia przez prof. HANKIN'A teorii własnej o o d p o r n o ś c i w r o d z o n e j l u b s z t u c z n i e n a b y t e j, którą objaśnia przez istnienie w surowicy pewnego pierwiastku, mającego własność niszczenia albo bakteryj samych, albo też przynajmniej ich jadowitych wytworów. Badacz ten przypuszcza, iż ciałem tem jest substancja białkowata, posiadająca wybitne anti-fermentacyjne własności, a mianowicie, że jest nią „globulina β,“ doświadczenia czynione z nią nad karbunkułem dowieść miały właśnie niszczącego jej działania na laseczniki tego zarazka. Oprócz tego badacz ten przekonał się, iż materiją broniącą ustrój

Z powyższego widzimy, iż teoryje najnowszych badaczy nie przeczą wcale istnieniu odporności wrodzonej, dając nam one tylko możność bliższego oznaczenia jej przyczyn.

Miejmy więc fakt ten w pamięci, iż odporność wrodzona dla ludzi zarażonych jadem wścieklizny istnieje, i że wskutek takowej, a nie jakiegobądź leczenia, 90% ludzi pokąsanych przez niewątpliwie wściekle zwierzęta, mocą swej wrodzonej odporności, pozostaje zdrowymi.

Przedstawiwszy jaki był stan wiadomości naszych o wścieklicznie i jej zaraźliwości do czasów PASTEUR'A, przypomnijmy sobie, jak też staliśmy z leczeniem tej niebezpiecznej choroby. Prawdą jest niewątpliwą, iż nikt dotąd z wścieklizny już rozwiniętej nie wyzdrowiał. Łagodna bowiem, uleczalna forma tej choroby nie jest nam znana. Wiara w skuteczność przeróżnych środków, mających zapobiegać wybuchowi wścieklizny, rozpowszechniła się między ludem, a poniekąd i między lekarzami z tej prostej przyczyny, iż każdego pokąsanego przez zwierzę wściekle uważano za chorego, zapominając, iż 90% takich ludzi bez wszelkiego leczenia wścieklicznie nie ulega. Środki więc zapobiegawczo stosowane conajmniej 90% rzekomo ocaliły.

od zarazy, którą nazywa proteidem obronnym (*proteid defensive*), znajduje się w ciele tak zwierząt, posiadających wrodzoną siłę odporną, jakoteż i u tych, które jej nie ujawniły, posiadając jej zamało, i zdaniem jego, nie ulega wątpliwości, iż właśnie ta materyja (o właściwościach alkalicznych i anti-fermentacyjnych) jest ową częścią składową surowicy, która działa zabójczo na bakteryje. Autor ten rozróżnia dwojakie proteidy: 1) stanowiące wrodzoną własność ochronną zwierzęcia, które zowie S o r i n a m i; 2) dającą możność wytworzenia odporności na chorobę, nazwane P h y l a x i n a m i.

Z powyższej wzmianki widzimy, jak wielce oddzielił się już dziś od poglądów postawionych pierwotnie przez PASTEUR'A, (o których mowa w rozdziale następnym), zdaje mi się iż tylko na tej drodze daleko zajść możemy. W każdym razie widzimy ztąd, iż nawet najnowsze badania stwierdzają wymownie fakt istnienia odporności wrodzonej dla wszelkich zarazków, że więc wyrabianie sztucznej odporności nie jest ogólnie potrzebne.

(Przyp. autora).

Dla przedstawienia całości przedmiotu przytoczymy tu całą ich litaniję.

Do najstarszych środków roślinnych w tym celu używanych należały: *Rosa canina*, *Scutellaria lateriflora*, *Buxus*, *Ruta*, *Salvia*, rad. *Genistae*, tinctor., rad. *Gentianae cruciatae*, rad. *Spirea ulmarae*, rad. *Polygoni bistortae*, *Euphorbia villosa*, *Anagallis arvensis*, wreszcie *Belladonna*, *Stramonium*, *Nicotiana* i *Opium*. Ze zwierzęcych: *Kantarydy*, *Meloë maialis*, *Moschus*. Później już idą mercurialia, wreszcie upusty krwi, iniekcje wody ogrzewanej do żył, zastrzykiwanie podskórne i do naczyń narkotyków różnych, środki rewulsyjne. Wreszcie kąpiele parowe i chlorał w wielkich dawkach, oprócz różnych dyjetetycznych i leczniczych środków, uwzględniających okoliczności danego przypadku. Wszystkie one jednak okazały się zupełnie bezskutecznymi wobec już rozwiniętej wścieklizny i winniśmy wyznać otwarcie, iż tak dobrze przed PASTEUR'em, jak i dzisiaj całe nasze leczenie w tych razach, redukuje się do bezskutecznych tylko prób, symptomatycznego łagodzenia objawów tej choroby. Z powyższego wynika, iż gdybyśmy do czasów wprowadzenia w życie metody PASTEUR'A poszczycić się mogli li-tylko wymienionymi, a zupełnie nieskutecznymi środkami, nasze dotychczasowe leczenie wścieklizny uznaćby należało zupełnie za chybione. Na szczęście pozostawał nam jeden jedyny, ale racjonalny środek zapobiegawczy: d o r a ż n e, o ile być może, usunięcie zarazka z miejsca, do którego dostał się przez ukąszenie.

Nie byliśmy wprawdzie tak radykalni jak Cornelius Celsus, który przed wiekami doradzał natychmiastowe odjęcie członka skaleczonego przez wściekle zwierzę, z zasadą tą jednak, jako prostą i loiczną, musieliśmy się godzić.

Wprawdzie zakażenie ustroju przez różnego rodzaju zarazki wprowadzone bezpośrednio do krwi, odbywa się ogólnie nader szybko, nie tak znów nagle jednakże, iżbyśmy byli w prawie z góry przesądzać o bezskuteczności usiłowań naszych do usunięcia lub zniszczenia zarazka w ranie. Gdyby bowiem nawet nie dało się tego wykonać doszczętnie, to jeszcze pocieszać się możemy nadzieją, iż tą drogą przynajmniej część zarazka usuniętą zostanie. a mniejszą jego

ilość wywrze na ustrój mniej szkodliwy skutek. Praktyka przekonywa zresztą, iż nawet zabójczy jad węzów, doraźnie z ran wyssany lub na miejscu ukąszenia zniszczony, mimo szybkiego wogóle wchłaniania się, w wielu razach daje pewne szanse ocalenia ukąszonego; gdy więc jest to do pewnego stopnia możliwem z tak gwałtownie działającymi jadami, dlaczegóżby tego rodzaju postępowanie nie mogło też choć czasami przynosić korzyści przy miejscowem zarażeniu wściekliczną, której przecież wpływ zabójczy tak późno zwykł się objawiać.

Rzecz naturalna, że im pomoc tego rodzaju będzie wcześniejszą, tem pewniej może ona być skuteczną; zawsze jednak winna być przedsięwzięta choćby z tej zasady, że jeżeli nie pomoże, to przynajmniej napewno nie zaszkodzi, a prztem nie przysparza zagrożonemu szczególniejszych cierpień.

Wychodząc z tej logicznej zasady do czasów PASTEUR'A, a i dziś także lekarze wszystkich krajów cywilizowanych, a nawet ludy krajów dzikich, stosowali i stosują w celu zapobiegawczym przeciw wścieklicznie środki dążące przede wszystkim do usunięcia jej zarazka z rany, pochodzącej od ukąszenia, następnie zaś zniszczenie w niej tej resztki, która usuniętą być nie mogła. Na pierwszym więc planie stoi tu natychmiastowe wyciśnięcie, wyssanie i wymycie rany, następnie zaś przypalenie jej dokładne i tak głębokie, żeby wedle możności zniszczyć doszczętnie, a przynajmniej jak największą ilość groźnego zarazka, mogącego się mieścić w ranie i najbliższem jej otoczeniu.

Nie będziemy tu szczegółowo rozbierać kiedy, c z e m i jak to uskutecznić, jest to bowiem dla nas w tej chwili kwestyja drugorzędna, chodziło nam tu tylko o zaznaczenie tej zasady, jakąśmy się rzadzili do czasu wprowadzenia w ogólne zastosowanie metody PASTEUR'A, zasady, którą dziś niektórzy z pomiędzy zwolenników owej nowej metody pogardzają, i wobec szerokiej, a niekompetentnej publiczności, starają się nawet zdyskredytować, nazywając niepotrzebną i szkodliwą.

Jakie osiągalimy i osiągać możemy rezultaty ze stosowania u zagrożonych wściekliczną przypalań, czy-

telnicy będą się mogli przekonać w końcu niniejszej pracy; sami wówczas osądzą, czy dziś wobec metody PASTEUR'A lepiej stoimy pod względem zapobiegawczego leczenia tej choroby, niżli to było dotąd.

II.

Metoda Pasteur'a i jej słabe strony.

PASTEUR utrzymuje, iż jad wścieklizny po śmierci zwierzęcia zarażonego znajduje się tylko w mózgu, rdzeniu, dużych nerwach, a w części i w śliniankach; z innych tkanek ginie po śmierci już wciągu 12 godzin, chociaż za życia znajdować się też ma we krwi i w mleku, lecz w nader małych ilościach. Siła zaraźliwości istoty nerwowej i ślinianek łatwo też ginie na wolnem powietrzu w temperaturze od 18° do 20° C. i to niepóźniej, jak po upływie jednego lub dwóch dni, w temperaturze 35° C. wciągu jednej doby, a po ogrzaniu do 60° C. natychmiastowo. Przeciwnie w ciepłocie od 0 do 8° C. własność zaszczepienia zachować się może do dni 30; równie korzystnie na zachowanie tej własności oddziaływa bezwodny kwas węglowy.

Zatem tlen, ciepło, a także brak wilgoci, niszczą własności zarazka wścieklizny; oprócz tego, zarazek ten daje się przeszczepiać z jednego osobnika na drugi, a przesączony przez glinę wypaloną traci własność zaszczepialności. Są to wszystko cechy różniące go od jadów chronicznych i fermentów, a ztąd prawdopodobny wniosek, że nie w płynnych częściach zarazka, lecz w stałej jego zawartości mieści się źródło zarazy, czyli, że przyczyną jego zaraźliwości są drobnoustroje—mikroby.

Niestety, wszelkie usiłowania odkrycia ich w płynach i tkankach, mieszczących jad wścieklizny, dokonywane przez PASTEUR'A, FOL'A, BABES'A, a u nas przez dra BUJWIDA (Metoda Pasteura, Warszawa 1887), nie wydały dotąd żadnych rezultatów. Opowieści DOWDESWELL'A (The Vet.

Journ., Bd. XXIII, p. 18) jakoby znalazł *coccus* niedający się łatwo barwić, który ma mieć swoje siedlisko w środkowym kanale mlecza i rdzenia przedłużonego, z kąd rozchodzi się na inne ośrodki nerwowe, zawsze w pobliżu naczyń i w nich samych między komórkami krwi, — w substancji zaś korowej spotyka się nader rzadko, a w mózdzku nigdy; który to *coccus*, według niego, ma stanowić istotę zarazka wścieklizny; — jak również wrzekome odkrycie RIVOLT'A (Il virus rabido—Coccobacterium Lyssae, Giorn. di Anat. Fisiol. e Patol. XVIII), który wskazał nawet metodę wykrycia mikrobu wścieklizny, wcale nie zostały przez ogół badaczy przyjęte i pozostają dotąd w sferze złudzeń.

Lokalizacja zarazka wścieklizny głównie w substancji nerwowej i próby niezaszczepialności krwi, wziętej nawet z żywego zwierzęcia, naprowadziły PASTEUR'A, GALTIER'A i innych na wniosek, że jad wścieklizny nie inaczej, jak tylko po nerwach do ośrodków dostawać się może i tu się ostatecznie sadowi, co stanowi szczególną własność tego zarazka, na której szkoła PASTEUR'A, jak to zobaczymy, opiera swoją teorię.

To główne gromadzenie się zarazka w substancji nerwowej (mózgu i rdzeniu), oraz okoliczność, że ślina niepewnym jest przenośnikiem zarazy, oprócz bowiem domnianego mikrobu wścieklizny, zawiera też i inne drobno-ustroje, przezco szczepiona próbnie wywołać może niepożądane uboczne skutki, które działanie głównego zarazka maskować mogą—skłoniły PASTEUR'A do użycia w celu dokładnego zbadania działania zarazka na ustrój zwierzęcy, tylko substancji nerwowej zwierząt zarażonych.

Szereg różnych doświadczeń dokonanych przez PASTEUR'A wykazał co następuje.

Zwierzę, któremu się szczepi rdzeń zarażony wścieklizną pod skórę, jak wiadomo, w większości przypadków ulega chorobie w okresie czasu niedość stałym, wynoszącym 15 do 30 dni, czasem i więcej; jeśli jednak zaszczepimy zwierzęciu małą ilość zarazka, zrobionego przez roztarcie mlecza zakażonego w płynie starannie oczyszczonym od wszelkich innych zarazków, t. j. wyjałowionym (sterylizo-

wanym), pod oponę twardą na powierzchnię mózgu (po trepanacyi), zwierzę ma wścieknąć się niezawodnie nie później, jak po upływie 2—3 tygodni.

Przez wielokrotne przeszczepianie powyższym sposobem rdzeni zarażonych z jednego na drugie zwierzę, po kilkunastu przeszczepieniach wzmacniamy siłę zaszczepialności zarazka w ten sposób, iż skutki jego działania zaczynają stale ujawniać się znacznie wcześniej, a po kilkadziesiąt przeszczepieniach otrzymać możemy jad, który zaszczepiony spowoduje wybuch choroby i śmierć zwierzęcia nieodmiennie w ciągu dni np. 10 i własność tę stale okaże jeżeli ilość naraz wstrzykniętej szczepionki będzie ściśle taką samą.

Zdaniem więc PASTEUR'A, jesteśmy w możności wywoływać sztucznie niezawodne zarażenie zwierzęcia w ściśle z góry oznaczonym czasie, co jest koniecznem, abyśmy mogli mieć materyjał pewny do przedsięwzięcia z nim prób tak co do ochronnego, jak i leczniczego działania stosownie przygotowanego jadu.

Wzorując się na krowiance, którą PASTEUR uważa poprostu jako przypadkowy wytwór łagodnego zarazka ospy, powstałej pierwotnie przez przeszczepienie tej ostatniej na wymię krowy (?), ufny zresztą w próby przez siebie dokonane z osłabionym jadem karbunkułu i opierając się na zbadanych dla zarazka wścieklizny własnościach utracania siły zaraźliwości pod wpływem powietrza (tlenu), zwłaszcza suchego, i pod wpływem ciepła, postarał się przede wszystkim PASTEUR o wytworzenie z ich pomocą sztucznie osłabionego zarazka i w rezultacie doszedł do niżej wymienionych rezultatów.

Skrawki rdzenia zarażonego, zawieszono w kolbkach szklanych ponad potażem lub sodą gryzącą pochłaniającymi wilgoć, wysychając stopniowo w odpowiedniej temperaturze, mają, zdaniem PASTEUR'A, z wolna tracić swą siłę zarażającą, a to w ten sposób, że kiedy po 1, 2 lub nawet i więcej dniach suszenia cząstki ich roztarte i zaszczepione pod oponę twardą zwierzęcia są jeszcze w stanie napewno wywołać wściekliznę w oznaczonym czasie, to następnie własność tą ich słabnie widocznie i to tak dalece, iż suszone

jednako przez dni 12, a najdłużej 14, wcale już wścieklizny nie spowodują. Według zatem tej metody, opartej na doświadczeniu, otrzymać możemy jad odpowiednio osłabiony (coś niby w rodzaju krowianki chroniącej od ospy), z którym można już przedsiębrać próby ochronnego szczepienia zwierząt.

PASTEUR z ostrożności rozpoczyna także szczepienia od rdzenia, jak sam utrzymuje, obojętne go, t. j. 14 dni suszonego; w tym celu skrawek takiego rdzenia rozciera w odpowiedniej ilości wyjałowionego buljonu i płyn taki zastrzykuje codziennie pod skórę, zaczynając od szczepionki 14-dniowego rdzenia i kolejno przechodząc do 13-to, 12-to i t. d. aż w końcu do dwu lub jednodniowego rdzenia. Ostatecznym rezultatem tych doświadczeń, które, jak widzimy, wyraźnie mają na celu stopniowe przyzwyczajenie ustroju do działania coraz to silniejszego zarazka, ma być wyrobienie sztucznej odporności zwierzęcia na działanie zwykłego zarazka. Jak długo trwać może taka odporność, PASTEUR tego nie rozstrzyga.

Tryumfem tego rodzaju doświadczeń ma być fakt, dziś jakoby stanowczo już stwierdzony, że psy, na których w sposób powyższy dokonano szereg takich szczepień ochronnych, stają się tak dalece odpornymi na działanie właściwego zarazka, iż ten, wprowadzony im nawet pod oponę twardą mózgu, wcale już u nich wścieklizny nie wywołuje i czyni obojętnymi na pokąsania innych psów, niewątpliwie wściekłych.

Po dojściu do tak pozytywnego rezultatu ze szczepieniem osłabionego jadu wścieklizny, jako środka ochronnego dla zwierząt, PASTEUR przedsięwziął z kolei szereg prób szczepienia tym samym sposobem psów uprzednio niewątpliwie już zarażonych i w rezultacie przekonał się, iż jeżeli weźmiemy pod obserwację pewną ich liczbę i połowie zastosujemy wiadomym sposobem iniekcje jadu, drugą zaś połowę zostawimy swemu losowi, to z pierwszej żaden pies się nie wścieknie, gdy z drugiej wszystkie, a przynajmniej większość. Te doświadczenia PASTEUR'A stwierdzili różni badacze, jak HÖGYES, BARDACH, GAMALEJA, oraz komisja angielska *ad hoc* wyznaczona. Według

tego zatem, metoda PASTEUR'A ma mieć niewątpliwą własność leczenia zwierząt zarażonych jadem wścieklizny, przytem zwierzętom tym żadnej szkody nie wyrządza, co też udowodnionem zostało szeregiem doświadczeń przedsięwziętych z nią na zupełnie zdrowych zwierzętach.

Od zwierząt do ludzi, jeden tylko krok, — że jednak trudniej tu o takich, którzyby dla dobra nauki pozwolili na sobie robić doświadczenia ochronnego szczepienia jadu, pierwszą więc próbę, ale już odrazu w celu leczniczym dokonano metodą PASTEUR'A w Lipcu 1885 r. na 9-letnim chłopcu z okolicy Schettstadt w Alzacyi, nazwiskiem Meister, który jako pokąsany na 2½ dnia przedtem uznany został przez prof. VULPIAN'A jako stanowczo (?) zagrożony wścieklizną. Chociaż przy zastosowaniu wstrzykiwań zużyto na nim stosunkowo znacznie większej ilości zarazka niż ta, która mogła dostać się do jego ustroju wskutek pokąsania, mimo to przecież pozostał zdrowym. Ztąd to odrazu powstał stanowczy wniosek o skuteczności szczepień wścieklizny u ludzi, a temsamem usprawiedliwienie dalszych w tym kierunku doświadczeń na ludziach.

Oto mniej więcej zasady metody PASTEUR'A wygłoszone w sławnej jego lekcji z d. 26 Października 1885 r. wobec Akademii paryzkiej, popartej mową tylko co wzmiankowanego prof. VULPIAN'A. Wprawdzie doraźnie zaraz zwrócił uwagę prof. PETER, iż przykład na dziecku Meister'a nie może być dowodem skuteczności metody, każdy bowiem człowiek ukąszony przez psa wściekłego ma conajmniej pięć szans przeciw jednej pozostania zdrowym, narazie wszakże zaimponował mu VULPIAN, odpowiadając, iż zastosowano już metodę PASTEUR'A u 3,000 pokąsanych, a że pierwej średnia śmiertelność u takich osób wynosiła 16%, więc bez szczepienia metodą PASTEUR'A zginąćby powinno trzysta kilkadziesiąt osób, że zaś po szczepieniach zmarło z tej liczby tylko 22 osób (od Lipca do Października), zatem metoda ocaliła życie przeszło 300 osobom, — na co nieprzygotowany prof. PETER nie był w stanie odrazu odpowiedzieć.

Przedstawiliśmy w streszczeniu genezę i zasady metody PASTEUR'A, która, jak wszystko co nowe, rozniesiona

stugębną famą wywołała oniemal że nie rewolucyję w pojęciach wielu lekarzy, i obudziła gorączkowy zapal między szeroką publicznością. Wielce temu sprzyjały z jednej strony mała znajomość choroby samej, nader rzadkiej, z drugiej wiara w genijusz autora, ogólnie za powagę naukową uznanego. Wkrótce też znalazło się wielu adeptów nowej nauki, ze składek publicznych powstał w Paryżu specjalny instytut do dalszych w tym kierunku doświadczeń, (dziś mieści on także pracownie i audytoryja ogólnobakteryjologiczne), świetne pozornie rezultaty, nad którymi bliżej się nie zastanawiano, łatwo przekonały najbliższych, a za nimi i wielu z niedowiarków. Mistrza otoczono powagą niebywałą, a uczniowie i adepci jego naukę rozpowszechniać zaczęli po wszem świecie. Zaczęto ją doskonalić i oto wkrótce, już bowiem po upływie lat trzech HÖGYES z Budapesztu, zwolennik PASTEUR'A, idąc za jego wskazówką, iż działanie szczepionki zależy nie od jakości zawartego w niej jadu, lecz od jego ilości, ogłosił w 1889 r. w „Annales de l'Institut Pasteur,” iż sposób osłabiania siły jadu, wskazany przez PASTEUR'A, można zastąpić poprostu stosownem rozcieńczeniem. Miał on więc dowieść, że rdzeń królika zarażonego, rozarty w 100 częściach wody (na wagę), działa jeszcze dość silnie, odpowiadając najsilniejszej szczepionce przyrządzonej według przepisu PASTEUR'A (jednodniowemu rdzeniowi), ale rozarty z 10,000 cz. wody wcale nie wywiera wpływu. Rozpoczął więc zastrzykiwać psu $\frac{1}{10000}$ i przechodząc stopniowo do $\frac{1}{600}$, $\frac{1}{500}$ i t. d. skończył na $\frac{1}{50}$ bez wywołania zakażenia, a nawet zdołał tym sposobem wyrobić odporność na działanie wścieklizny u 24-ch psów, które demonstrował w Akademii węgierskiej jako nieczułe na zarażenie, choćby po zastrzyknięciu im jadu pod oponę twardą mózgu.

Kilka powstało teoryj objaśniających działanie szczepień według metody PASTEUR'A. On sam w początkach lecznicze działanie jadu osłabionego na ustrój zwierzęcia zarażonego objaśniał przypuszczeniem, iż w zarazku wścieklizny oprócz wielkiej ilości drobnoustrojów istnieje jeszcze jakiś nieżyjący składnik, będący rezultatem wymiany pierwiastków, którego domieszka w pewnym stopniu powstrzymuje rozwój paso-

rzytów. Opierał to zdanie na spostrzeżeniu, że często mikro-parazyty giną w wytworze własnej kultury, który ich rozwojowi widocznie szkodzi (Jaresbericht VIRCHOW'A i HIRSCH'A z 1886 r.). Widzimy z tego, jak blizkim był PASTEUR w swoich rozumowaniach z ostatnio głoszonymi przez prof. R. KOCH'A o działaniu jego szczepionki (tuberculin) na laseczniki gruźlicze.

W celu objaśnienia działania na ustrój zwierzęcy osłabionego jadu wścieklizny, spożytkowano też i teorię MIECZNIKOWA, obmyślaną uprzednio jeszcze, dla wytłomaczenia sposobu działania ochronnych szczepień karbunkułu. Według tego badacza niektóre białe ciała krwi, nazwane przez niego fagocytami, mają szczególną własność pochłaniania bakterij osłabionego jadu, a przez powtarzanie zastrzyknięć takiego jadu własność owa w nich się potęguje tak dalece, że następnie stają się zdolnymi pokonać nawet jad zwykłego, t. j. znacznie mocniejszego zarazka, czego by doraźnie dokonać nie były w możności. Otóż przypuszczając, że zwykły jad wścieklizny, choć zbyt silny, wolno się tylko rozmnaża nie oddziałując doraźnie (?) na owe fagocyty, przez metodyczne zastrzyknięcia coraz to mocniejszego sztucznego jadu wyrabiamy w nich stopniowo coraz to większą siłę, a przeto w danej chwili stają się one dostatecznie przysposobionymi do pokonania nawet zarazka prawdziwego. Teorię tę jedynie dla objęcia całości przedmiotu przytaczamy tutaj.

I u nas też zwolennik metody PASTEUR'A dr. BUJWID stworzył teorię samodzielną, mającą głównie na celu wyjaśnienie tej rażącej niekonsekwencji, iż zarazek leczniczy choć się szczepi później, uprzedza wniesioną pierwiej przez ukąszenie i zdąża wyrobić na daną chwilę dostateczną odporność. Autor utrzymuje, iż dzieje się to w ten sposób, że pierwszy z zarazków dostaje się do ośrodków, w o l n o w ę d r u j ą c p o n e r w a c h, gdy drugi (leczniczy) uskutecznia to znacznie szybciej drogą „soków“ (zapewne krążenia?). Jakkolwiek dr. BUJWID jest zdania, iż teoria ta „doskonale“ objaśnia sposób oddziaływania na ustrój metody PASTEUR'A, pozwalamy tu sobie jednak zwrócić uwagę,

iż jeżeli zasadniczą istotą zarazków w obu razach są bakteryje, to sposoby dostawania się ich do ośrodków w obu razach muszą być jednakie (albo nerwy, albo krążenie); pomówimy zresztą o tem jeszcze nieco dalej.

Zwolennicy PASTEUR'A, ufni w nieszkodliwość jego metody, pomimo nawet pewnych niepowodzeń wcale nie zrazili się niemi, i owszem, niepowodzenia starali się wytłumaczyć tylko nazbyt wielką oględnością w stosowaniu tej metody; zaczęto więc, zwłaszcza na ludziach mocniej zagrożonych (np. ukąszonych w twarz, lub u takich, których kuracyja została spóźnioną) stosować podwójne, a nawet potrójne szczepienia wciągu dnia jednego, wreszcie porzucając ostrożność wynalazcy rozpoczynania szczepień rdzeniem 14-dniowym (obojętnym prawie), zaczęli stosować od razu 10-dniowy, dochodząc ostatecznie do rdzeni dwu i jednodniowych, zatem bardzo silnych. Postępowanie to, ich zdaniem, wydać miało jak najlepsze skutki. Ztąd to powstały nazwy metody słabej i metody wzmocnionej; ta ostatnia właśnie jako korzystniejsza, zdaniem dra BUJWIDA, jest dziś u nas głównie stosowaną.

Zwolennicy metody PASTEUR'A dobrze jednak zrozumieli, iż ani doświadczenia na zwierzętach, ani teoryje nie zdołają tak zająć ogółu tym przedmiotem, jak proste cyfrowe obliczenie rezultatów metodą PASTEUR'A w praktyce osiągniętych. Jak to widzieliśmy zaraz na wstępie, VULPIAN zaczął od wykazania światu tysięcy leczonych i setek zabawionych. Odtąd szkoła PASTEUR'A ściśle trzyma się już tej drogi i bez ustanku ogłasza nam tylko o tysiącach leczonych, a jednostkach tylko zmarłych po kuracyi, nic więc dziwnego, iż taktyką swą mogła ona bardzo wielu przedmiotu nie znających i wierzących tylko *in verba magistri* ostatecznie przekonać.

Otrząśnijmy się jednak z zachwytu i rozejrzmy pokolei tak w teoryjach, jak i w rezultatach.

Do ostatnich czasów, każdemu z nas, teoryja PASTEUR'A o leczniczem działaniu jadu wścieklizny przeciw wścieklicznie, oparta na przypuszczeniu, iż wytwór własny pasorzytów wścieklizny sam przez się działa szkodliwie na

ich istnienie, osłabiając lub znosząc nawet oddziaływanie ich na ustroj zwierzęcy, w braku dostatecznych dowodów, wydać się musiała zbyt śmiałym rozumowaniem uczonego, starającego się koniecznie wytłumaczyć to, co mu się wydawało niewątpliwym, abyśmy ją przyjąć mogli bez wszelkiej krytyki. Ostatnimi czasy analogiczne doświadczenia R. KOCH'A o szkodliwym działaniu produktów wytworu czystej hodowli laseczników gruźliczych na warunki ich istnienia, gdyby się sprawdziły, mogłyby wielce poprzeć uprzednio przez PASTEUR'A postawioną teorię, a nawet poniekąd uzasadnić obmyślane przez dra BUJWIDA tłumaczenie leczniczego wpływu zastrzyknięć; niestety, upatrywaniu jednak analogii między temi dwoma teoryjami stawała na przeszkodzie najważniejsza okoliczność, że lasecznik gruźlicy jest już znany i zbadany, a pasorzyt wścieklizny dotąd odkrytym nie został.

Lasecznik gruźliczy sztucznie wyhodować można, ztąd pochodzi możność otrzymywania wytworów czystej jego hodowli; pasorzyt wścieklizny jest dotąd nieznanym, robienie więc dziś już prób z nim w tym rodzaju, zwłaszcza prób na ludziach, jest według nas conajmniej rzeczą zbyt ryzykowną.

Gdyby pojęcia R. KOCH'A, tylko co wzmiankowane, okazały się ostatecznie prawdziwemi, analogiczna a pierwiej przez PASTEUR'A postawiona teoria mogłaby też zostać przyjętą, wówczas jednak i on sam musiałby zupełnie zmienić poglądy dotychczasowe, na sposób działania szczepionki jego na ustroj zwierzęcy, przedewszystkiem zaś nie przypisywać jej własności stopniowego oswajania ustroju na działanie zabójczego p a s o r z y t a, lecz przyznać to działanie jedynie i wyłącznie produktom wytworu pasorzytów. Logicznem następstwem tej zmiany pojęć byłoby, iż PASTEUR zamiast wprowadzać do ustroju stopniowo coraz to silniejszy zarazek, zawsze zawierający pasorzyty, uczyniłby toż samo co KOCH czynił, t. j. przez stosowne ogrzanie pozbawiłby je życia, a zastrzykiwał coraz to większe dawki ich wytworów naturalnych, aby w ustroju nagromadzić ich taką ilość, któraby na pewien przynajmniej czas uczyniła go nieczułym na działanie właściwego pasorzyta.

Z powyższych zasad wychodząc, musimy w każdym razie przyznać, iż postępowanie PASTEUR'A, teoretycznie rzeczy biorąc, daleko jest stosowniejszem, jak metoda HÖGYES'A, zasadzająca się poprostu na wstrzykiwaniu coraz to tęższych rozczyńców wcale nieosłabionego zarazka; tu bowiem wstrzykując ową niby leczącą szczepionkę, wstrzykujemy bezwarunkowo żyjące i zdolne do dalszego życia i rozmnażania się pasorzyty. Tę ostatnią zatem metodę już z czysto teoretycznych zasad potępić należy, a jeżeli dotąd nie wydała widocznie złych skutków, przypisać to jedynie należy wrodzonej odporności ustrojowej na działanie zarazka wścieklizny właściwej większości zwierząt i ludzi.

Dopokąd wszakże pasorzyt wścieklizny stanowczo odkrytym i zbadanym nie zostanie, dopóki zatem nie będzie możności osiągnięcia czystej jego hodowli i czystych jego wytworów, a ztąd i bakteriologicznie czystej szczepionki wścieklizny, dopóty niepodobna nam porównywać leczenia wścieklizny metodą PASTEUR'A z leczeniem gruźlicy sposobem KOCH'A ¹⁾.

Nie szukajmy więc analogii, a rozpatrzmy się w oryginalnych tylko dowodach słuszności pojęć PASTEUR'A o ochronnem i leczniczem działaniu jego metody.

Jeżeli bezwarunkowo wierzyć mamy doświadczeniom PASTEUR'A, HÖGYES'A, BARDACH'A i innych, że psy, którym zarazek wścieklizny zaszczepiono ich sposobem, nie ulegają wściekliwości, nawet po zaszczepieniu jej jadu pod oponę twardą (co wymagałoby większej liczby doświadczeń), to pomijając wzgląd na samą niepewność zarazka branego przez nich uporczywie li tylko z króliczego rdzenia, couajwyżej przyjąłby można, iż pewne ilości osłabionego zarazka, stopniowo zwiększane, będąc wprowadzone do krążenia, mogą na pewien czas zwierzę od zarażenia rzeczywistego uchronić, nigdy wszakże nie daje się ztąd wyprowa-

¹⁾ Dzisiaj już zresztą tak dalece rozczarowaliśmy się do teorii KOCH'A, iż nawet stwierdzenia stanowczej analogii jego pojęć z pojęciami PASTEUR'A, niewielu z nas zapewne skłoniłoby do uwierzenia w skuteczność metody tego ostatniego, przeciw wściekliwości zalecanęj.

(Przyp. autora).

dzić wniosek, że tą drogą zwierzę już zarażone pierwiej, może być tym sposobem wyleczone, trzebaby bowiem rzeczywiście przypuścić, że natura posiada odmienne drogi dla dostawania się zarazka wniesionego przez ukąszenie (nerwy), a odmienne dla zarazka wstrzykniętego (krążenie), i że drugi uprzedza pierwszy, jak to przyjął dr. BUJWID; na takie jednak przypuszczenie, jak to już wspominaliśmy, nie pozwalają znane nam zasady i chcąc nas o czemś podobnem przekonać, trzebaby wykryć zupełnie nowe prawa krążenia, albo też stwierdzić drobnowidzem prawdziwość wcześniejszego dostawania się do ośrodków bakterij wstrzykniętych niż bakterij pochodzących z ukąszeń, co jednak do czasu odkrycia właściwych wścieklicznie pasorzytów nie da się uskutecznić.

Zasada więc szczepień wściekliczny, podobna raczej do mytrydatyzmu niż do szczepień ochronnych ospy, mogłaby być jeszcze jakotako logicznie zalecaną, nie jako metoda lecznicza, lecz jako środek uchronienia się od zarazy w przyszłości,— że jednak szczepienia wściekliczny niczem nie ujawniają swego działania na ustrój zwierzęcy, że niemożliwym jest wiedzieć komu, jak długo i w jakiej ilości je stosować, aby przypadkiem szkody nie wyrządzić, że zresztą nie mamy żadnych danych do sądzenia na jak długo tego rodzaju ochronne szczepienia mogą być skutecznymi, a środek bądź co bądź jest nader obosiecznym, z tego powodu doświadczeń przedsiębranych na zwierzętach, mających zresztą odrębne swoje właściwości, nie mamy prawa robić na ludziach. Jak to już wykazaliśmy, i bez tych eksperymentów ludzie mają na szczęście nader małą skłonność podlegania prawdziwej wścieklicznie, a to mocą własnej odporności wrodzonej, o której obszerniej mówiliśmy w poprzedzającym rozdziale.

Ulubionem przez szkołę PASTEUR'A jest porównywanie ochronnego wpływu krowianki z ochronnem jakoby działaniem szczepień przeciw wścieklicznie, powtórzmy więc na tem miejscu to, cośmy już gdzieindziej z tego powodu powiedzieli („Medycyna“ z 1890 r., Nr. 3, str. 42 i Nr. 19, str. 300). „Ospę ochronną szczepimy nie dla stopniowego

wytwarzania odporności w ustroju, lecz, opierając się jedynie na fakcie, że przebycie łagodnej formy ospowej, w największej liczbie przypadków chroni od następnego zarażenia się ospą naturalną; szczepienie zaś wścieklizny metodą PASTEUR'A wogóle żadnych zgoła objawów nie wywołuje, a w szczególności nie wywołuje łagodnej formy wścieklizny, ta bowiem jest zupełnie nieznaną. Ospę szczepimy ludziom zupełnie zdrowym, wściekliznę szczepi PASTEUR i jego adepci niezdrówym, lecz przypuszczalnie już nią zarażonym. Skuteczność szczepienia ospy drogą prostej tylko obserwacji pochwycona, na milionach ludzi sprawdzoną już została, skuteczności zaś, zakwestyjonowanej przez nas metody PASTEUR'A, jeszcze dotąd nie zdołała nam dowieść ani misternie obmyślana teoria, ani misterniej jeszcze przedstawione nam odsetki śmiertelności.“ Wreszcie „kardynalną jeszcze różnicę między ospą ochronną a szczepionym jadem wścieklizny stanowić będzie to, że pierwszą znajdujemy gotową w naturze, dla szczepień zaś ochronnych wścieklizny płyn musi być sztucznie z rdzenia zarażonego przygotowanym (czy to według przepisu PASTEUR'A, czy też według metody HÖGYES'A). Tym sposobem szczepieni od wścieklizny pozostają na lasce i nielasce preparującego zarazek; jeżeli bowiem ten zamało osłabi bakteryje suszeniem, albo zamało rozrzedzi płyn szczepienny, zamiast uchronić od wścieklizny, takową niewątpliwie sprowadzi.“

I rzeczywiście, widzieliśmy przecie jak czułym jest zarazek wścieklizny na różne wpływy atmosferyczne, dosyć jest wystawić go na działanie powietrza w temperaturze od 18° do 20° C. przez dobę, aby utracił zupełnie swe własności, przyrządzanie więc dobrego zarazka szczepionego wymaga wielu zachodów i nadzwyczajnej sumiennosci preparatora, już choćby dlatego, aby zarazek ów mógł wywrzeć odpowiednie działanie; jeżeli zaś przypomniemy, iż jest to w każdym razie mieszanka substancji organicznej, łatwo ulegać mogąca rozkładowi, a zastrzyknięta w tym stanie wcale niepożądane wywołać może następstwa, a nawet śmierć sprowadzić (jak to miało miejsce ze szczepieniem analogicznego zarazka karbunkułu na owcach w Odessie),

łatwo pojmiemy, iż znając trudności jej przygotowania zawsze mieć możemy obawy, czy w danym razie będzie skuteczna, albo co gorsza, czy przypadkiem wprost szkodliwych następstw nie spowoduje.

Obok porównywania ochronnego szczepienia ospy ze szczepieniami wścieklizny, zwolennicy metody PASTEUR'A starają się też upatrzeć między nimi podobieństwo i w leczniczym jakoby wpływie obu tych odmiennych rodzajów szczepień, i tak, jeden z uczniów KOCU'A dr. WELCH z Baltimore zauważyć miał, że już nawet po zakażeniu ospą jeżeli się w porę zaszczepi ochronną, to u 25% zarażonych przebieg następny ma być złagodzonej (Centralblatt für Bacteriologie z 1887 r. ¹⁾). Przeciwno złudności podobnych spostrzeżeń pojedynczych badaczy, którzy szczególnie w ostatnich latach łak łatwo z odosobnionych przykładów skłonni są wyprowadzać ogólne wnioski i na nich swe teoryje opierać, postawiliśmy gdzieindziej („Medycyna“ z r. 1890, Nr. 14, str. 300) ogólnie znane fakty, iż „ospa ochronna szczepiona w okresie inkubacji, najczęściej wcale się nie przyjmuje, a jeśli się przyjmie przypadkiem, wytwarza zazwyczaj nie pustułę ale papułę, lecz to wcale zarażonego od wybuchu ospy nie ochrania; jeżeli zaś zdarzy się, że tym razem przebieg choroby będzie łżejszym niż zwykle, uważać to można za prosty zbieg okoliczności tak dobrze, jak i wiadomy nam fakt, że ospa naturalna pojawiać się może w formie złagodzonej u ludzi wcale nieszczepionych.“

Że tak jest w rzeczy samej, zapytajmy o to nie lekarzy wielkomijskich, lecz lekarzy prowincjonalnych, mających jedynie możność przypatrywania się zblizka epidemijom ospy; oni to szczepiąc i obserwując naraz setki ludzi zagrożonych lub dotkniętych już chorobą, mogą tylko poświadczyć o ile złudnemi są spostrzeżenia w rodzaju tych, o jakich mówi dr. WELCH z Baltimore.

¹⁾ Nadmieniamy, iż o szczepieniu ochronnem krowianki, mającem łagodzić przebieg ospy naturalnej, jeżeli skutecznionem zostanie po zarażeniu, lecz jeszcze przed wystąpieniem tej ostatniej pisał n nas daleko wcześniej dr. MENDELSON (Gazeta lekarska t. 14, z r. 1878 „O szczepieniu krowianki podczas panowania ospy“).

Staraliśmy się wykazać o ile zasady nowej nauki o ochronnem i zapobiegawczem leczeniu wścieklicznej metody PASTEUR'A oparte są na wątych i zgoła niedostatecznych jeszcze podstawach, zwolennicy jednak tej metody, uważając ją obecnie za ostatni wyraz w nauce leczenia tej choroby, pozwalają sobie stanowczo potępiać zapobiegawcze przypalania ran od ukąszeń pochodzących, któremi się posiłkowaliśmy ogólnie do lat ostatnich i uważając je „za barbarzyńską resztkę chirurgicznych zabiegów nie prowadzących do żadnego wyniku,“ więc conajmniej „za zbyteczne,“ zalecają litylko uprawianą przez siebie metodę.

I my zgodzilibyśmy się na nią, bez względu nawet na zasadność lub bezzasadność teoretycznych jej podstaw, gdyby tylko w rezultacie okazała się rzeczywiście skuteczną,—cóż, kiedy właśnie pod tym względem wielkie zachodzą wątpliwości. Tę drażliwą kwestyję poruszano prawie od samego początku wprowadzenia metody PASTEUR'A w jego własnej ojczyźnie, a najzawziętym jej przeciwnikiem okazał się dr. LUTAUD, który w artykule „Rezultaty osiągnięte ze stosowania metody PASTEUR'A przeciw wścieklicznie“ (Journal de Médecine de Paris z d. 30 Marca 1890 r., Nr. 13, str. 200 i 201) starał się wykazać, iż po wprowadzeniu we Francyi w życie metody PASTEUR'A liczba śmierci z wścieklicznej nie zmniejszyła się, jakby to być powinno, lecz owszem wzrosła, i że, gdy do czasów PASTEUR'A umierało na nią w tym kraju od 25 (TARDIEU) do 30 osób rocznie (BROUARDELLE), obecnie umiera tam z tego powodu do 38 rocznie.

Niedowierzając napozór świetnym doświadczeniom PASTEUR'A i jego zwolenników, rozpatrując się w niedostatecznie uzasadnionej teorii jego, a także będąc uderzeni szczególnym rezultatem osiągniętym z wprowadzenia w życie jego metody we Francyi i my też zabraliśmy się do zebrania dat, aby przyjść do pewniejszych wniosków, czyli też rezultaty u nas w kraju tą drogą osiągnięte przemawiać mogą na jej korzyść i oto w następnych dwóch rozdziałach przedstawiamy obraz całorocznych zabiegów naszych w tym kierunku: Kazystrykę i Statystykę przypadków wścieklicznej w kraju spostrzeganych, na mocy których zdaje się, iż

będziemy w prawie wydać sąd, co też o skuteczności leczenia metodą PASTEUR'A powiedzieć można i czyli leczenie to okazało się rzeczywiście lepszem od uprawianych przez nas przypalań ran pokąsanych.

III.

Kazuistyka przypadków wścieklizny w kraju spostrzeganych.

A. *Miejscowe* ¹⁾.

a) Przypadki zapobiegawczo wcale nieleczone.

Dr. KASTERSKI Leander z Rypina w liście z d. 7-go Czerwca 1890 roku czyni wzmiankę o jednym przypadku wścieklizny, który spostrzegał wspólnie z d-rem CHOLEWIŃSKIM.

(1) Żona urzędnika, 46 lat licząca, została ukąszona przez psa pokojowego w łydkę; nie zwracała na to wcale uwagi i nie leczyła się zupełnie zapobiegawczo. Wścieklizna wybuchła u niej między 4 a 5 miesiącem po pokąsaniu.

Dr. MALESZEWSKI Wiktor z osady Janów pow. Konstantynowskiego w liście, który nadesłał w 1890 roku na skutek ogłoszonego i przesłanego mu kwestyjonyjusza, opisuje następujący przypadek:

(2) W osadzie Janów, w końcu Marca czy też w Kwietniu 1862 r., do kobiety 33 lat mającej, która wraz z trzema nieletnimi dziewczynkami pracowała w ogrodzie, przybiegł k o t, a rzucając się do nóg bosych podrapał, poślinił i pokąsał wszystkie te cztery robotnice w okolice kostek i w dolną część łydek, sprawiając bądź powierzchowne ranki pazurami, bądź też nieco głębsze zębami. N a d r u g i d z i e ũ r a n o (wypadek zaś miał miejsce wieczorem) dziewczęta nieletnie były przyprowadzone do dra M., który zrobił im dokładne przyżegania ran; k o b i e t a zaś dorosła przypisując kąsanie i drapanie tylko swawoli kota i wy-

¹⁾ Z 10 gubernij Królestwa Polskiego i z m. Warszawy.

śmiewając zbyteczną, w jej przekonaniu, troskliwość rodziców dziewcząt, sama odmówiła przyjęcia jakiegokolwiek pomocy i pozostała bez niej, pomimo, iż rozeszła się wkrótce wiadomość, iż tenże sam kot atakował i inne jeszcze osoby w okolicy osady (choć ich nie pokąsał), że wreszcie uznany za podejrzanego, został zabity cepem przez włościanina w stodole i to w chwili rzucania mu się do twarzy. W dniu 2 Lipca tegoż roku u wzmiankowanej tu dorosłej kobiety nastąpił wybuch wścieklizny i w trzecim dniu choroby zmarła. Dr. M. notuje, iż dziewczęta, którym zrobiono przyżegania, dotychczas żyją i są dziś matkami licznej rodziny.

Dr. KISIELEWSKI Adolf z osady Kock, w liście z dnia 2-go Sierpnia 1880 r. robi pobieżną wzmiankę o jednym pokąsanym (3), którego wcale nie leczył zapobiegawczo, a który też wywieziony z Kocka po trzech tygodniach zmarł na wściekliznę.

Dr. MARESZ Ignacy z Szydłowca w liście z dnia 2-go Sierpnia 1890 r. podaje, że do 1886 r. były dwa przypadki wścieklizny w gminie Chlewiskiej (4 i 5). Dwaj chorzy, jeden lat 22, drugi lat 12 liczący, byli pokąsani przez kota, którego usiłowali odpędzić od gęsi przez niego kąsanych. Choroba rozwinęła się w 6 tygodni od pokąsania i po 3-dniowym trwaniu skończyła się śmiercią chorych. Zapobiegawczo nie byli leczeni.

Dr. LALEWICZ Stanisław z Suwałk w liście z dnia 24-go Maja 1890 r. wspomina, iż widział jeden tylko (6) przypadek wścieklizny u 24-letniej kobiety, ukąszonej na dwa miesiące przedtem w prawą łydkę, poczem pozostały dwie wyraźne blizny; było to w 1880 r. podczas zamieszkania dra L. w Wyłkowyszkach.

Dr. KRAUZE Stanisław z Kalwarii, w liście z dnia 25 Września 1890 r. pisze, iż wiadomo mu o jednym tylko (7) przypadku wścieklizny, rozwiniętej w 3¹/₂ tygodnia po ukąszeniu w twarz i ręce; chory, o którym mowa, wcale nie był leczony zapobiegawczo; przywieziony był do szpitala Św. Jana w Kalwarii i tu znajdował się właściwie pod obserwacją ówczesnego lekarza szpitala dra KANCLERZA, obecnie zamieszkałego w Łomży; chory zmarł w szpitalu

na drugi zaraz dzień wśród niewątpliwych objawów wścieklizny. Miało to miejsce w okresie z przed 1886 r.

Dr. DEHNEL z Będzina w liście z dnia 30-go Października 1890 r. podaje, iż jeden tylko (8) widział przypadek wścieklizny rozwiniętej u chłopca, przywiezionego w tym stanie do miejscowego szpitala, w okresie czasu po 1886 roku.; forma wścieklizny była paralityczną.

Dr. LOHRER Julusz z Łodzi w liście z dnia 20-go Września 1890 roku wzmiankuje o trzech przypadkach wścieklizny, z tych jeden wątpliwy (patrz niżej), jaki sam spostrzegał i dwa drugie z obserwacyi innych lekarzy; oba (9 i 10) wydarzyły się przed 1886 r., a mianowicie: zmarł na wściekliznę w Łodzi uczeń wyższej szkoły rzemieślniczej, którego obserwował dr. JONSZER — i jeszcze jakiś starozakonny (nie pamięta kto go leczył).

Dr. STRZYŻOWSKI Antoni z Piotrkowa w liście z dnia 8-go Lipca 1890 roku wspomina, iż jest mu wiadomem od dra WYGRZYWAŁSKIEGO, że w miejscowym szpitalu zostającym pod opieką tego ostatniego, wciągu ostatnich lat 20 wydarzył się jeden przypadek wścieklizny (11); chory przywieziony z jej objawami zmarł natychmiast w szpitalu — nie był wcale leczony.

Dr. PATEK Euzebijusz ze Stopnicy w liście z dnia 15-go Września 1890 r. podaje, iż do 1886 r. spostrzegał wspólnie z d-rami WYRZYKOWSKIM i HAUSMANEM w szpitalu Stopnickim jeden (12) przypadek wścieklizny; chory przybył w okresie półparalitycznym i zmarł po 48 godzinach.—Drugi przypadek (13) dr. P. widział wcześniej (około 1876 r.) podczas zamieszkiwania w Będzinie, wspólnie z d-rami GRABOWSKIM i NAZAREWICZEM. Był to przypadek u 10-letniego chłopca, który po wybuchu choroby zmarł wkrótce.

Dr. SZACHERSKI Piotr z Pułtuska w liście z dnia 21 Maja 1890 r. donosi, iż widział tylko jeden przypadek wścieklizny (14) wcale zapobiegawczo nieleczony; było to przed 1886 r.;—przypadek dotyczył 40-letniego mężczyzny, u którego wścieklizna rozwinęła się w dwa miesiące po ukąszeniu i z jej objawami już przywieziony był do szpitala, gdzie też wkrótce umarł.

Dr. KUSZEL Witold z Łęczycy w liście z dnia 5-go Sierpnia 1890 r. opisuje jeden przypadek wścieklizny (15), obserwowanej przed 1886 r. Kobieta 46-letnia, zapobiegawczo miejscowo nieleczona, po ukąszeniu była przysłaną do szpitala łęczyckiego już z objawami rozwiniętej choroby przez dra UTKIEWICZA z Poddębic. Ślady blizn zagojonych dały się odszukać w czasie choroby, były one o b r z m i a ł e, n a d c z u ł e i b o l e s n e przy dotykaniu. Chora w trzecim dniu pobytu w szpitalu umarła przy objawach porażenia (*paraplegia*) i napadach silnych kurczów gardła. Podlegała hallucynacjom wzroku, była silnie przygnębioną i płakała w chwilach wolnych od napadu; wogóle zaś zachowywała się spokojnie. Sekcyi na niej dokonał dr. KUSZEL w asystencji dra SZTAURA i lekarza powiatu BRÜHLA.

Dr. KRASUSKI Kazimierz, poprzednio w Nowo-Mińsku, obecnie w Skierniewicach zamieszkały, w liście, który nadesłał w 1890 r., notuje jeden przypadek wścieklizny (16) z powiatu Nowo-Mińskiego, wydarzony w 1878 roku. Dotyczył on jednego z obywateli tegoż powiatu; ukąszenie miało miejsce w rękę. Objawy wścieklizny wystąpiły już na 8 dzień po ukąszeniu, śmierć zaś nastąpiła dopiero na 10-y dzień od wystąpienia pierwszych objawów. Przypadek ten nie był leczony zapobiegawczo, gdyż nikt nie podejrzewał iżby pies, który tu ukąsił, był wściekły i dopiero po 4-ch dniach zaczęto go obserwować. Wścieklizna zaś u pokąsanego wystąpiła w danym przypadku nadspodziewanie szybko i gwałtownie.

Dr. LEŚNIEWSKI Józef, dawniej w Górze Kalwaryi, obecnie w Grójcu zamieszkały, w liście z dnia 6-go Czerwca 1890 r. opisuje jeden przypadek wścieklizny (17); wydarzył się on w 1871 lub 72 r. Chory ukąszony przez psa, wcale nie był leczony, a przywieziony został do szpitala w Górze Kalwaryi, gdzie po kilku dniach umarł. Tegoż samego chorego obserwował też dr. KRÓLICKI, lekarz 8-go batalijonu saperów, podówczas w tymże miasteczku mieszkający.

Dr. RYBICKI Stanisław ze Skierniewic miał sposobność obserwować przypadek wścieklizny nieleczonej zapobiegawczo (18) n Pawła Trzaskacza, 10 lat liczącego, ze wsi Makowca w pow. Skierniewickim. Ukąszony przez psa kilka miesięcy pierwej, przywieziony był do szpitala skiernewickiego z rozwiniętą już wścieklizną d. 9 Września 1874 r. i tamże umarł.

Dr. ZGAŃSKI Marcelli z Mławy w liście z dnia 17-go Września 1890 r. notuje dwa przypadki wścieklizny (19 i 20) nielezione zapobiegawczo; pierwszy dotyczył kobiety z m. Janowa lubelskiego (gdzie dawniej mieszkał dr. Z.) pokąsanej przez psa, u której objawy wścieklizny rozwinęły się po 3-ch tygodniach i na nią zmarła; drugi dotyczył żołnierza pułku Nizowskiego konsystującego w Mławie, który tu pokąsany został przez psa, poczem uległ wścieklicznie i przywieziony do Warszawy tamże zmarł.

Dr. SAWICKI Anastazy z Siedlec, w liście do mnie piisanym 1890 roku, podaje, jako dr. Zawadzki w Siedlcach w szpitalu więziennym przed 1886 r. spostrzegał jeden przypadek wścieklizny (21).

Dr. DOBRZYCKI Henryk (sprawozdanie z czynności chirurgiczno-lekarskich szpitala Św. Józefa w Mieni za rok 1867. „Klinika,“ t. 3, 1868 r.) opisał przypadek wścieklizny, spostrzegany przez niego w 1867 r., podczas gdy zawiadywał szpitalem w Mieni w pow. Nowomińskim (22). Z liczby 5 osób pokąsanych przez niewątpliwie wściekłego psa, których mu przysłano do szpitala, była i dziewczynka 4-letnia ukąszona w twarz (dwie rany). Pokąsanych przywieziono w 17 czy 19 dni po wypadku. U wzmiakowanej dziewczynki objawy wścieklizny już się ujawniły, wkrótce też na nią w szpitalu umarła. Inni pokąsani, a także dwóch jeszcze innych chorych tego rodzaju, przez dra D. w szpitalu Mienia poprzednio obserwowanych, t. j. razem osób 6, niewątpliwie przez wściekłe zwierzęta pokąsanych, mimo spóźnionego przypalania im miejsc skaleczonych *kali caustico* pozostali zdrowymi.

(Opisowi tych przypadków dr. D. w artykule wzmiankowanym daje tytuł „Siedm przypadków wścieklizny.“ Właściwie jednak był to jeden przypadek wścieklizny na

siedm pokąsanych, z tych pierwszy nieleczony, a następne leczone zapobiegawczo, to też robimy o nich wzmiankę następnie we właściwym miejscu.—Spraw.).

Dr. SIERAGOWSKI Paweł, zamieszkując w okresie z przed 1886 r. w m. Nasielsku w pow. Pułtuskim, miał sposobność spostrzegania jednego przypadku wścieklizny (23) u indywiduum nieleczonego zapobiegawczo. Bliższych szczegółów, tego przypadku dotyczących, brakuje. (Wiadomość udzielona przez dra SASKIEGO z Warszawy z upoważnienia dra SIERAGOWSKIEGO.—Spraw.).

Dr. SZNABL Jan, lekarz m. Warszawy, zakomunikował mi osobiście, iż widział przypadek wścieklizny u dziecka—4 lat wieku mającego (na ulicy Bednarskiej) lat temu kilka, które wszakże wcale zapobiegawczo nie było leczonem (24):

Dr. GROER Franciszek (nieżyjący), b. naczelný lekarz szpitala Św. Ducha w Warszawie, w Nr. 20 Gazety lekarskiej z r. 1875 opisał jako rzadkość przypadek wścieklizny (25), obserwowanej przez niego w tymże szpitalu: Kazimierz S., lat 32 liczący, urzędnik, w Listopadzie 1874 r. ukąszony lekko w rękę przez pieska pokojowego, wyssał sobie ranę i nie zwracał wcale na to zdarzenie uwagi, wcale się też nie leczył zapobiegawczo. Przybył do szpitala w dniu 5 Stycznia 1875 r. przysłany tu przez lekarzy, którzy go leczyli w domu, a w 6 tygodni po ukąszeniu żaląc się zrazu tylko na utrudnianie w przełykaniu tak stałych, jako i płynnych pokarmów, która to przypadłość ujawniła się jeszcze w drodze z Odessy, jaką tylko co odbył do Warszawy. W bliźnie na napiętku, powstałej po ukąszeniu, nie zauważono przy badaniu chorego żadnych objawów podrażnienia. Mimo użytych środków rozwinęła się wścieklizna o przebiegu spokojnym, która skończyła się śmiercią już następnego dnia (6-go Stycznia o godzinie 11 w nocy). Tegoż chorego widział też i dr. РОГНЕ, naczelný lekarz szpitala Św. Jana Bożego w Warszawie, wezwany na naradę lekarską. Rodzina zmarłego nie zezwoliła robić sekcyi na zwłokach. (Przypadek niniejszy zanotowany jest w tablicach statystycznych przy szpitalu Św. Ducha w Warszawie).

Dr. SOMMER Feliks, naczelný lekarz szpitala Wolskiego w Warszawie, przy liście z dnia 10-go Lipca 1890 roku przesyła wykaz chorych zmarłych na wściekliznę w specjalnym oddziale tegoż szpitala, zostającym pod kierunkiem dra BUJWIDA, który to oddział egzystował tylko dwa lata, t. j. 1887 i 1888. W wykazie tym zanotowane są między innymi 3 następujące przypadki, które notowano jako nieleczone zapobiegawczo (26). Judka B., lat 12 liczący, z gminy Wawer pow. Warszawskiego, ukąszony lekko w policzek przed dwoma miesiącami, nieleczone zapobiegawczo, przywieziony został do pomienionego oddziału dnia 22 Marca 1888 r. w objawach wścieklizny i zmarł na nią na drugi dzień 23 Marca tegoż roku. Widział go też dr. GRODECKI. — (27) Julijanna P., 40 lat licząca, z pow. Ostrowskiego, ukąszona w palce d. 15 Sierpnia, nieleczona zapobiegawczo, przywieziona do tegoż oddziału dnia 8 Listopada z objawami już rozwiniętej wścieklizny zmarła 11 Listopada 1888 r.—(28) Anna G., 44 lat licząca, z gm. Czyste pod Warszawą, ukąszona w łokieć przed 5-ma miesiącami, nieleczona zapobiegawczo, przywieziona do oddziału dra BUJWIDA w szpitalu Wolskim dnia 10 Listopada zmarła na wściekliznę dnia 12 Listopada 1888 r. (Te trzy przypadki zanotowano w statystyce szpitala Wolskiego).

Dr. TCHÓRZNICKI Józef, lekarz szpitala w Sterdyni pow. Sokołowskiego gub. Siedleckiej, w liście z dnia 14-go Listopada 1890 r. opisuje jeden przypadek wścieklizny, spostrzeżanej w tamtej okolicy przez siebie (29). Niejaki O. z Wólki Okrąglik zaraził się w 1889 r. wskutek wycierania pyska wścieklej krowie, mając wówczas ranki na ręce i nie był on wcale leczony zapobiegawczo, a dr. T. miał sposobność obserwować go już podczas rozwiniętej wścieklizny, która ujawniła się u niego w formie spokojnej paralitycznej (z porażeniem kończyn dolnych i górnych).

Będąc jeszcze studentem medycyny dr. T. miał sposobność spostrzegać drugi przypadek wścieklizny w szpitalu Św. Ducha w Warszawie, opisany wyżej przez ś. p. GROERA Fr.

Dr. KOPEĆ Stanisław, lekarz m. Warszawy, opowiedział mi osobiście, iż miał sposobność spostrzegać dwa przy

padki wścieklizny u ludzi nieleczonych zapobiegawczo: jeden u chłopca z Radzymina, lat 18 liczącego, który był pomieszczony w szpitalu na Pradze, z kąd przeniesiony do szpitala Św. Jana Bożego, zmarł lat temu 8 lub 10, (zannotowany poniżej w statystyce tegoż szpitala). Drugi (30) u chłopca, lat 8 liczącego, syna pani O. A. w domu przy rogu ul. Włodzimierskiej i hr. Berga w Warszawie, który to przypadek oprócz dra K., obserwowali także d-rowie SIKORSKI, BUJWID, GRODECKI i PUŁAWSKI. Choroba rozwinęła się po 32-ch dniach od ukąszenia, trwała dni 5; zmarł dnia 9 Września 1887 r.

Dr. KADLER Ludwik z Warszawy w liście z dnia 15 Czerwca 1890 r. donosi, iż miał sposobność obserwować przed 20-tu paru laty w szpitalu Dzieciątka Jezus przypadek wścieklizny (31) na oddziale innego kolegi, który jako rzadkość obserwowali też i inni lekarze tegoż szpitala. (Odnotowany w statystyce między przypadkami szpitala Dzieciątka Jezus).

Dr. SŁAPCZYŃSKI Jan z Pińczowa w liście z dnia 2-go Grudnia 1890 r. wspomina, iż z czasów zamieszkiwania poprzednio w Olkusz, gdzie był lekarzem szpitalnym, wie o jednym przypadku wścieklizny (32), który wydarzył się u kobiety z m. Sławkowa; chora ta nie była leczoną zapobiegawczo. Bliższych szczegółów dotyczących tego przypadku nie zna, gdyż nie leczył chorej.

Dr. SIKORSKI Antoni, naczelny lekarz szpitala Dziecinnego w Warszawie, oprócz przypadków szpitalnych, obserwował dwa przypadki wścieklizny w praktyce prywatnej. Jeden (33) przed 20-tu kilku laty u chłopca w Warszawie, który nie był leczony zapobiegawczo; drugi zaś ten sam, który wyżej zanotowaliśmy przy d-rze KOPCIU w domu pani O.

Dr. RABEK Ludwik, lekarz miejscowy Warszawskiego szpitala dla dzieci, w liście z dnia 16 Grudnia 1890 r., a z polecenia naczelnego lekarza dra A. SIKORSKIEGO komunikuje wykaz dzieci, pokąsanych przez psy podejrzane tylko o wściekliznę, i które leczono w tymże szpitalu od założenia, t. j. od 1869 r. do dzisiaj. Okazuje się, iż w ciągu 22-ch lat leczono tu zapobiegawczo od wścieklizny 22 dzie-

ci, stosując przyżegania *ferro candente* lub środkami gryzącymi, które aplikowano w pierwszej zaraz chwili po przybyciu do szpitala bez względu na czas, jaki upłynął od chwili pokąsania; wszystkie te dzieci wypisano po dłuższej obserwacji i o żadnym niema wiadomości, aby uległo następnie wściekliwości. W całym tym okresie czasu przywieziono oprócz tego dwoje dzieci już z objawami rozwiniętej choroby, a mianowicie:

W 1878 r. Michał B., dziecię dwutygodniowe z ulicy Żąbkowskiej na Pradze; pokąsany był przez świnie, przywieziony dnia 4-go, zmarł zaś dnia 9-go Października (34). (W wykazie nie odnotowano wyraźnie czy dziecię to zmarło z ran, czy też z wściekliczyny i dlatego w tablicy statystycznej stawiamy przy tym przypadku znak ? — patrz szpital dla dzieci).

W 1890 r. Maryja S. 1½ roku mająca, z gminy Mstyczów pow. Jędrzejowskiego gub. Kieleckiej. Dziecię to pokąsane przez psa przed 6-ma tygodniami, przywieziono do szpitala już konające dnia 27 Maja, zmarło też wkrótce po przybyciu jeszcze w ambulatoryjum szpitalnem. Na twarzy dziecka były wyraźne blizny od ukąszeń pochodzące, a mianowicie: na górnej części nosa i na czole nad lewym okiem. Sekcja dokonana dnia następnego wykazała przekrwienie opon mózgowych, mózgu, zwłaszcza mostu VAROL'A, krtani, tchawicy i w bardzo silnym stopniu płuc (35).

Dr. KOPYTOWSKI Władysław, ordynator kliniki w szpitalu Św. Łazarza w Warszawie, w liście z dnia 25 Grudnia 1890 r. wspomina o jednym przypadku wściekliczyny, obserwowanym w r. 1888 u kobiety na klinice prof. TRAUTVETTER'A w tymże szpitalu, która utrzymywała, iż nigdy nie była ukąszoną przez psa (patrz niżej u dra BUJWIDA: Szczygielska Małgorzata). Wściekliczna jednak rozpoznana tu była przez prof. T., oraz d-rów WATRASZEWSKIEGO naczelnego lekarza szpitala i dra BUJWIDA. Przypadek ten zakończony naturalnie śmiercią, mieli sposobność spostrzegać wszyscy ordynatorowie szpitala Św. Łazarza. Leczenia swoistego nie przedsiębrano żadnego. (Zapisujemy ten przypadek w statystyce szpitala Św. Łazarza) (36).

Dr. JAWDYŃSKI Franciszek z Warszawy podaje, iż w ciągu swej praktyki widział tu ogółem 3 przypadki wścieklizny. Jeden w roku 1876 u mężczyzny, nieleczonego zapobiegawczo, w szpitalu Św. Jana Bożego. (Będzie to zatem jeden z trzech zanotowanych w tym roku przez dra ROTHĘGO, a zapisany przez nas w statystyce tegoż szpitala); drugi u dziewczynki przywiezionej do oddziału szpitala Wolskiego i zmarłej tamże na wściekliznę (patrz niżej u dra BUJWIDA: Lidja Apanowicz, odnotowany przez nas w statystyce tegoż szpitala); wreszcie trzeci u jakiegoś chłopca w Warszawie, który nie był leczony, a zmarł „prawdopodobnie od wodowstrętu”—przypadek ten spostrzegł dr. J. wspólnie z d-rem BUJWIDEM (ten zatem przypadek notujemy niżej przy d-rze BUJWIDZIE, który dokładniej podaje swe spostrzeżenia).

Dr. GEPNER Bolesław z Warszawy notuje jeden przypadek wścieklizny, który spostrzegł przed rokiem 1886; wydarzył się on u chłopca 10-letniego, ukąszonego przez psa pokojowego. Chłopiec ten nie był leczony zapobiegawczo; objawy wścieklizny wystąpiły w 6 tygodni po ukąszeniu. Chory zmarł 3-go dnia (37).

Dr. ZAWISZA Konrad z Warszawy poprzednio w Mogielnicy (pow. Grójecki gub. Warszawska) zamieszkały, lat temu kilkanaście obserwował tamże przypadek wścieklizny u kobiety pokąsanej przez psa, która nie była leczoną zapobiegawczo, a w 2 tygodnie po ukąszeniu rozwinęła się u niej wścieklizna, wskutek której zmarła podczas rozwiniętej już choroby; podawano jej chlorał bezskutecznie (list dra WŁ. SASKIEGO z dnia 30 Grudnia 1890 r.) (38).

b) Przypadki niewiadomo czy i czem leczone, albo leczone zapobiegawczo zbyt późno lub niewłaściwie.

Dr. STANISZEWSKI Aleksander z Lublina w liście z dnia 16 Września 1890 r. opisuje przypadek wścieklizny (1), który spostrzegł w tem mieście. W jesieni 1887 r. pan B, młody człowiek, urzędnik z Lublina, został ukąszony przez małego nieznanego sobie pieska, co się z pieskiem tym stało, niewiadomo. Chory udał się o poradę do jednego z lekarzy lubelskich, który uspokoił go i zalecił ranę opatry-

wać wodą karbolową, przyczem zagoiła się wciągu dwóch dni. Ukąszony wkrótce nawet o wypadku tym zapomniał; dopiero po upływie 6-ciu tygodni wystąpiły u niego objawy wścieklizny, zakończone po czterech dniach choroby śmiercią. Ten sam przypadek obserwowali d-rowie JANISZEWSKI, KOZIEJEWSKI i DZIEWISZEK.

Tenże dr. S. wspomina też o dwóch przypadkach wścieklizny (2 i 3), obserwowanych niedawno na przedmieściu Lublina Kalinowszczyźnie przez d-rów OLECHNOWICZA, SZMITA i LESZCZYŃSKIEGO. Czy pokąsani byli tu leczeni zapobiegawczo—niewiadomo.

Dr. STECKI Konstanty z Hrubieszowa w liście z dnia 18 Września 1890 r. robi wzmiankę o pięciu osobach z okolicy, które leczył już podczas choroby rozwiniętej, poprzednio zaś „kurował je znachor,“ byli to (4): parobczak z Łużkowa ukąszony przez wilka w rękę—zapadł na wściekliznę w 5 tygodni — umarł 6-go dnia po wybuchu choroby; (5) żona malarza pokojowego z Kryłowa, pokąsana przez psa w rękę prawą; 90-go dnia wystąpił u niej wybuch choroby, po 5-ciu dniach trwania takowej zmarła; (6) gumienny ze Smuligowa pokąsany przez tegoż samego psa, co żona malarza, w twarz; wybuch choroby miał miejsce 90-go dnia, a po trzech dniach jej trwania zmarł w szpitalu. Przypadek ten obserwował też dr. ŁANIEWSKI z Hrubieszowa.

(Dwa inne przypadki dra S. patrz między wątpliwymi przypadkami wścieklizny).

Dr. DRUŻYŁOWSKI Władysław z Płocka w liście z dnia 10 Czerwca 1890 r. opisuje jedyny przez siebie, oraz d-rów KOHNA i ERLICHA spostrzegany przypadek (7). Zygmunt M., lat 13 liczący, uczeń gimnazyjum, w 1864 r. ukąszony został w lewy policzek przez charcika; matka nie podejrzewając ztąd nic szkodliwego, poprzestała w początku na prostem obmyciu rany i opatrzeniu szarpią. Dopiero w kilka godzin, gdy w mieście pies ten pokąsał jeszcze inne osoby i rozniosła się wieść, że był wściekłym, wezwała dra KOHNA (dziś nieżyjącego), który ranę raz jeszcze przeemył i przez opatrywanie maścią drażniącą gnoić polecił, do wewnątrz zaś przepisał stosowny roztwór

arsenianu ammonii i po dwa razy dziennie robić kąpał kąpiele parowe (rany nie przypalał—Spraw.). Mimo takiej kuracyi, po upływie dni 20 objawił się u chłopca tego wodowstręt i wówczas też wezwany został do niego dr. D. który cały przebieg choroby najdrobiazgowiej w liście swym opisuje. Pacjent zażywał między innymi *Hba et radix Scrophularia nodosa* (wówczas zalecany) w pigułkach—miał zasypywaną ranę proszkiem kantarydowym, a po rozdrażnieniu jej tym sposobem zasypywano ją znowu morfiną i parę razy był lekko chloroformowanym; wszystko to jednak okazało się bezskutecznem, chory bowiem 4-go dnia od wybuchu choroby zmarł.

O tym samym przypadku donosi też dr. BRZozowski Stanisław z Płocka w liście z dnia 7-go Sierpnia 1890 r. robiąc wzmiankę, iż dr. ERLICH obserwował w 1864 r. jedyny przypadek wścieklizny u 13-letniego chłopca ukąszzonego przez psa w twarz; widocznie więc jest to ten sam przypadek, który z całą dokładnością opisał dr. DRUŻYŁOWSKI. Dr. BRZozowski jednak pisze, jakoby u chłopca tego robione były przyżegania zapobiegawcze, zdaje mi się wszakże, iż szczegółowy opis całego przebiegu choroby, zakomunikowany mi przez dra DRUŻYŁOWSKIEGO, zasługuje na większą wiarę, jest bowiem powtórzeniem własnych notat, gdy dr. BRZozowski donosi tylko o fakcie, który mu z pamięci opowiadał dr. ERLICH; być zresztą może, że stosowanie żrącego proszku kantaryd na ranę, jest tu wzięte za jednoznaczne za przypalaniem.

Dodać należy, że dr. BRZozowski St. donosi, jako z 17-tu osób pokąszanych przez tegoż samego psa, tylko ten jeden chłopiec uległ wścieklicznie.

Dr. BRZozowski Władysław z Kłobucka w liście z dnia 8 Października 1890 r. robi wzmiankę o jednym niewątpliwym przypadku wścieklizny, który obserwował w 1889 r. Mieszkaniec wsi Truskolasy, włościanin Parażek, około 40 lat wieku mający, przybył po poradę z objawami zwiastującymi wścieklicznę w siedem tygodni po ukąszeniu; niewielka rana na lewem przedramieniu nie była przypalana, leczony zaś był domowymi środkami. Wbrew uwagom dra B., że wobec ujawnionej choroby wszystko

będzie po niewczasie, z porady miejscowej inteligencji na drugi dzień odwieziony został do Warszawy, gdzie w 3 dni potem zakończył życie w szpitalu Św. Jana Bożego (patrz statystykę szpitalną dra ROTHEGO).

Dr. OLSZEWSKI Paweł ze Zwolenia wraz z d-rem JORKIEWICZEM z Kozienic, według wiadomości udzielonej mi przez p. Miketę we wsi Radziwiłłowie gub. warszawskiej obecnie zamieszkałego, obserwowali też przypadek wścieklizny (8). Dziecko ze wsi Sarnowa pow. kozienickiego lat 6 lub 7 mające, pokąsane przez ogarzycę, uległo wściekliznie we Wrześniu 1878 r., po 7 tygodniach od ukąszenia. Rany były w początku tylko lapisowane doraźnie przez miejscowego felczera. Wzmiankowani lekarze widzieli dziecko tylko już podczas wścieklizny rozwiniętej.

Dr. BUJWID Odo z Warszawy w rozprawie swej „Methoda PASTEUR'A,“ wydanej w 1887 r., podaje następujący przypadek (objęty też wykazem nadesłanym mi przez dra SOMMERA) ze swego oddziału w szpitalu Wolskim (9). Lidija Apanowicz, lat 7 mająca, córka urzędnika ze stacyi dr. żel. warsz. - pet. Łapy — ukąszona przed 7 tygodniami przez pieska w prawą brew, miała ranę wymytą kwasem karbolowym (zapewne więc tylko roztworem takowego? — Spraw.) przybyła do oddziału dra B. dnia 12 Lutego 1887 roku z rozwiniętą od 5 dni wścieklizną, zmarła dnia 13 Lutego tegoż roku. (Rozprawa, str. 15 i 16). (Przypadek ten zanotowany poniżej w statystyce szpitala Wolskiego).

Dr. RYBICKI Stanisław ze Skierniewic w 1873 roku miał sposobność spostrzegać przypadek, który opisał szczegółowiej w „Medycynie“ t. r. (Nr. 25, str. 396, 397). Podajemy tu streszczenie tego opisu. (10) Franciszek Legencki, lat 30 mający, parobek ze wsi Makowa pow. Skierniewickiego, w Styczniu 1873 roku ukąszony został przez psa wściekłego w wargę; nic na to nie robił i dopiero po tygodniu zgłosił się o pomoc i wówczas rana ropiejąca jeszcze była mu dopiero przypaloną. Pierwsze objawy wścieklizny wystąpiły u niego dopiero 19 Kwietnia (zatem przeszło w 3 miesiące po ukąszeniu). Przy-

wieziony dnia 24 Kwietnia do szpitala Skierniewickiego na drugi dzień nad ranem zmarł wśród wybitnych objawów wścieklizny. (Leczony był tu bezskutecznie chloralem według zachwalonej metody SEINTER'A).

Przypadek ten pomieszczamy między nieleczonymi właściwie zapobiegawczo dlatego, iż przypalenie zrobione tu zostało po upływie tygodnia od ukąszenia, według zatem naszych pojęć o prawach dostawania się i krążenia zarazków było ono bezwarunkowo spóźnionem. Postępuję jednak w ten sposób dlatego, iż patogeneza wścieklizny jest nam dotąd prawie że nieznaną, a sądząc z objawów podrażnienia, rozwijających się zwykle dopiero przed samym wybuchem choroby, czy to w ranach od ukąszeń pochodzących, czy też w bliznach po nich pozostałych i upatrując między temi zjawiskami a teżcem przyrannym pewne podobieństwo, sądzę, iż przypalając ranę lub bliznę nawet późno, jeżeli nie pomagam, to przynajmniej stanowczo nie szkodzę zagrożonemu, to też tej zasady myślę się trzymać i w przyszłości.

Dr. ROTHE Adolf, naczelny lekarz szpitala Św. Jana Bożego (mężczyzn obłąkanych) w Warszawie, w liście z Listopada 1890 roku donosi mi o następujących przypadkach wścieklizny spostrzeganych w tymże szpitalu od roku 1869 włącznie (wynotował je z ksiąg głównych dr. ROSENTHAL). W roku 1869 Jan Rajewski (?) z gminy Łojko (?) przybył do szpitala z wścieklizną rozwiniętą dnia 28, zmarł dnia 30 Sierpnia. Wojciech Gąciarek (11) z Warszawy ukąszony przed 5 tygodniami, przybył dnia 30 Sierpnia, zmarł 7 Września. W roku 1870 Włodzimierz Kajzer (12) z Warszawy przybył i zmarł 9 Września. W roku 1872 Walerj Zimnoch z powiatu ostrowskiego gub. łomżyńskiej (patrz dra TOMCZYCKIEGO w kategorii przypadków przypalanych zapobiegawczo), przybył dnia 25, zmarł 28 Stycznia. Gedymin Jerzykiewicz (13) niewiadomo z kąd, przybył dnia 22, zmarł 24 Sierpnia.— W roku 1874 Józef Konwerski (14) z Warszawy, przybył dnia 14, zmarł 16 Września.— W roku 1876 Rajmund Królikowski (15) z Warszawy, przybył dnia 5, zmarł 9 Stycznia. Wojciech Kalinowski (16) z Warszawy, przybył dnia 10, zmarł 13 Lutego. Paweł Głogowski

(17) z Nowej Pragi, przybył dnia 6, zmarł 10 Lipca. — W roku 1878 Jan Puff (18) z Warszawy, przybył dnia 1, zmarł 2 Września. — W roku 1882 Weyhorn (19) z Woli pod Warszawą, przybył dnia 24, zmarł 25 Kwietnia. — W roku 1883 Franciszek Wiśniewski (20), z gm. Czyste pow. warszawskiego, przybył dnia 24, zmarł 25 Maja. — W roku 1884 Mateusz Oleczak (21), z gminy Młocków gub. płockiej, przybył dnia 5, zmarł 7 Maja. Teodor Madidnow (22) niewiadomo skąd, przybył dnia 23, zmarł 24 Listopada. — W roku 1889 Marcin Parazel (23) z pow. częstochowskiego gub. piotrkowskiej (p. w. spostrz. dra Buzozowskiego Wł. z Kłobucka), przybył dnia 5, zmarł 10 Czerwca.

Po przejrzeniu jeszcze sprawozdań szpitalnych przez dra A. ROTHEGO pomieszczanych w Gazecie lekarskiej okazuje się, iż w szpitalu Św. Jana Bożego w Warszawie od 1867 r. włącznie po dzień dzisiejszy, t. j. wciągu 24 lat, spostrzegano ogółem 15 przypadków wścieklizny u mężczyzn z Warszawy, pow. warszawskiego i parę z dalszych prowincyj. Między nimi dwóch tylko było napewno leczonych przypalaniem zapobiegawczem, t. j. chorzy zanotowani przez d-rów Jana Tomczyckiego z Ostrowia (gub. łomżyńskiej) i Michała Bojasińskiego z Grodziska [gub. warszawskiej] ¹⁾. Innych niewiadomo czy i czem leczono zapobiegawczo (tak też i zanotowane w statystyce szpitala Św. Jana Bożego).

Niezależnie od przypadków wścieklizny już rozwiniętej, które powyżej wymieniliśmy, w szpitalu tym wciągu tych 24 lat leczono zapobiegawczo (jak?) ogółem 14 mężczyzn pokąsanych, których wypisano jako zdrowych.

Dr. ŻŁOBIKOWSKI Tadeusz, ordynator oddziału kobiet obłąkanych przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie,

¹⁾ Niewiadomo mi, który z wymienionych chorych był spostrzeżony przez dra BOJASIŃSKIEGO. Dlatego więc, aby go następnie poraz wtóry nie liczyć w kategorii przypalanych na niepewne, przy pierwszym szpitalnym Janie R. zamiast kolejnego numeru, postawiłem w nawiasie tylko znak pytania — zaś przy drugim przypalany Walerym Z. pomijam tu numer porządkowy, zapisany jest bowiem poniżej na innem miejscu.

(Przyp. aut.).

w liście z dnia 12 Grudnia 1890 roku przesyła następujący wykaz uległych wścieklicznie kobiet, które pomieszczonemi były w tymże oddziale w okresie czasu od 1852 po 1890 r. włącznie:

W roku 1860 Antonina Kempuska, przybyła do oddziału z rozwiniętą wściekliczną dnia 3, zmarła 6 Maja (24). — W roku 1868 Franciszka Umińska, przybyła z ogólnej sali szpitala Dzieciątka Jezus do oddziału z rozwiniętą wściekliczną dnia 20, zmarła 23 Maja (25).— W roku 1869 Antonina Brzozowska przywieziona ze wsi (z kąd?), pokąsana poprzednio przez wilka, już z rozwiniętą chorobą dnia 27, zmarła 31 Sierpnia (26).— W roku 1875 Anastazyja Wasiak, przysłana przez wójta gminy Mokotów pow. warszawskiego z rozwiniętą wściekliczną dnia 26, zmarła 28 Października (27). — W roku 1876 Apolonija Polkowska, przysłana przez wójta gminy Mendzylew (pow. ?) dnia 13, zmarła 16 Stycznia (28). Maryjanna Poradowska, przysłana przez wójta gminy Drwalew (pow. ?) dnia 27 Maja, zmarła tegoż samego dnia (29). Sekcja dokonana na jej zwłokach wykazała ogólne przekrwienie mózgu. — W roku 1880 Józefa Grzymańska, przysłana z ogólnej sali szpitala wśród objawów wściekliczny dnia 6, zmarła 8 Grudnia (30).

Oprócz wymienionych tu przypadków wściekliczny na oddziale kobiet obłąkanych w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie wciągu 22 lat ostatnich, na oddziałach męskich zanotowano w księgach szpitalnych tylko dwa jeszcze przypadki wściekliczny, a mianowicie, jeden przed dwudziestu paru laty, o którym doniósł nam dr. KADLER (patrz wyżej) i drugi wynotowany nam z ksiąg szpitalnych przez starszego felczera tegoż szpitala Akermanna (31). Wincenty S. dziad kościelny z Sandomierza, ukąszony 3 miesiące temu w rękę, przywieziony był do szpitala z objawami rozwiniętej wściekliczny dnia 15, zmarł na drugi dzień 16 Maja 1890 r.

Dr. TYRCHOWSKI Władysław (syn) z Warszawy miał sposobność w okresie czasu z przed 1886 r. spostrzegać 2 przypadki wściekliczny u 2-ch mężczyzn pokąsanych przez

wilka wściekłego (32 i 33); trzeci również pokąsany przez tegoż wilka nie uległ chorobie, a był pod obserwacją po ukąszeniu przez 2 miesiące.

Dr. KRYŻE Władysław, naczelnny lekarz szpitala na przedmieściu Praga, w liście z Grudnia 1890 roku donosi, iż wciągu swej praktyki podawał pomoc lekarską (jaką?) około 100 pokąsanym przez podejrżane psy; ostatnimi czasy 15-tu takich pokąsanym odesłał na kurację swoistą do dra BUJWIDA, zaś 2 tylko przypadki wścieklizny rozwiniętej miał sposobność spostrzegać wciągu całej swej praktyki. Z tych jeden chłopca starozakonnego, syna pachciarza ze wsi Brzeziny pod Miłosną, który w 4 miesiące po pokąsaniu był przywieziony z rozwiniętą wścieklizną i chwilowo pomieszczony w szpitalu na Pradze, (gdzie go też widział i dr. KOPĘC, lekarz miasta — patrz wyżej), natychmiast wszakże został odesłany do szpitala Św. Jana Bożego i tam na drugi dzień zmarł. (Przypadek ten zatem należy do statystyki tego ostatniego szpitala i dlatego oddzielnie go nie notujemy). Drugi przypadek dr. KRYŻE widział przed 7-miu laty u chłopca 12-letniego, syna urzędnika dr. żel. Warszawsko-Petersb. Koeniga, który po ukąszeniu w 6 miesięcy dostał wścieklizny i również miał być odesłany do szpitala Św. Jana Bożego, gdzie na drugi dzień zmarł. (Nie znajdując tego nazwiska w wykazie chorych szpitala Św. Jana Bożego, nadesłanym przez dra ROTHEGO, przypadek niniejszy pomieszczamy oddzielnie przy d-rze KRYŻE—patrz statystykę lekarzy warszawskich) (34).

Dr. OBRĘBSKI Henryk, pomocnik naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus, przedtem długoletni ordynator szpitala Św. Rocha w Warszawie, miał sposobność przed kilkunasty laty spostrzegać w tym ostatnim szpitalu jeden tylko przypadek wścieklizny (35). Brak nam o nim bliższych szczegółów, zapisujemy zaś go w statystyce szpitala Św. Rocha. Tenże dr. O. widział też przed rokiem przypadek wścieklizny w szpitalu Dzieciątka Jezus, któryśmy już powyżej pod liczbą (31) odnotowali.

Dr. KARWOWSKI Konstanty z Warszawy wciągu swej praktyki widział tylko jeden przypadek wścieklizny, przed

laty 20-tu kilku, w szpitalu Dzieciątka Jezus. Jest to niewątpliwie ten sam, o którym nam doniósł dr. KADLER (patrz wyżej), a który zapisaliśmy w statystyce tegoż szpitala.

Dr. SZYSZŁO Wincenty z Warszawy, który, przemieszkując poprzednio w gub. Penzeńskiej lat 9, widział tam aż 6 przypadków wścieklizny, w liście swym z dnia 8 Stycznia 1891 r. donosi, iż podczas 20-letniego przebywania w Warszawie miał sposobność spostrzegać tylko jeden przypadek wścieklizny (36) u służącej, która też na nią zmarła.

Dr. BUJWID Odo specjalnie, jak wiadomo, zajmujący się sprawą zapobiegawczego leczenia wścieklizny metodą PASTEUR'A w Warszawie i pilnie notujący wszystkie, o ile się da, przypadki śmierci z tej choroby pochodzące, przy liście z dnia 6 Stycznia 1891 r. oprócz wykazu chorych, zmarłych na wściekliznę po kuracyi metodą PASTEUR'A w Warszawie, łaskawie nadesłał mi też wykaz wiadomych mu przypadków śmierci, wydarzony w różnych stronach bez zastosowania tej metody; wykaz ten pomieszczamy tu w całości z pewnemi wszakże podrozdziałami, a mianowicie:

a. Przypadki na innem miejscu przez nas opisane. W roku 1887. 1) Henryk Rudy z Warszawy, lat 4 liczący, pokąsany przed 8 miesiącami, zmarł 1 Stycznia tegoż roku. (Opisany przez nas między leczonymi zapobiegawczo przypalaniem—patrz tam dr. BUJWID). 2) Bendyt (Benjamin) Fuchs z Płońska, lat 26 liczący, zmarł w szpitalu Wolskim (patrz między leczonymi zapobiegawczo przypalaniem—dr. BUJWID). 3) Lidija Apanowicz z Warszawy, lat 7 licząca, zmarła w szpitalu Wolskim (patrz między nieleczonymi zapobiegawczo—dr. BUJWID). 4) Arseni Orłow z Warszawy, lat 8 liczący, zmarł w domu matki (patrz między nieleczonymi zapobiegawczo — dr. KOPEĆ) — W roku 1888. Joel (Judka) Brzeziński z gminy Wawer pod Warszawą, lat 12 liczący, zmarł w szpitalu Wolskim (patrz między nieleczonymi zapobiegawczo — dr. SOMER). 6) Szczygielska Małgorzata zmarła w Sierpniu po 4-ch dniach choroby w szpitalu Św. Łazarza w Warszawie. Pijaczka, która nie pamiętała czy i kiedy była pokąsana (patrz między nieleczonymi zapobiegawczo—dr. KOPYTOWSKI). 7) Julija Piękos (czy Penkos) z gub. Łomżyńskiej, ukąszona

w palec 15 Sierpnia, zmarła w szpitalu Wolskim nieleczona 20 Października. Trzech ludzi ukąszonych przez tegoż samego psa i leczonych (metodą PASTEUR'A?) żyją (patrz między nieleczonymi zapobiegawczo—dr. SOMMER). 8) Dygasińska (czy Dygaszyńska) z gminy Czyste pod Warszawą, ukąszona przed 5 miesiącami w łokieć, zmarła dnia 23 Listopada w szpitalu Wolskim (patrz między nieleczonymi zapobiegawczo—dr. SOMMER). — W roku 1889. 9) Katarzyna Tonderowicz ze wsi Dolecko pow. skierniewickiego, lat 30 licząca, ukąszona przed 2½ miesiącami, zmarła we wsi Prawdotowie tegoż pow. dnia 19 Lutego w konwulsjach po urodzeniu dziecka zdrowego (patrz między wątpliwymi przypadkami wścieklizny—dr. RYBICKI). 10) Marcin Parazel z częstochowskiego, ukąszony 20 Maja w lewe przedramię, zmarł w szpitalu Św. Jana Bożego w Warszawie dnia 29 Czerwca tegoż roku (patrz między nieleczonymi zapobiegawczo — dr. BRZozowski z Kłobucka i dr. A. ROTHE). 11) NN. z okolicy Sterdyni (Oleszczuk) zmarł 27 Sierpnia tegoż roku (patrz między nieleczonymi zapobiegawczo—dr. TCHÓRZNIKI). — W roku 1890. 12) Wincenty Serwan (czy Serwant) z Sandomierza, zmarł 15 Kwietnia w szpitalu Dzieciątka Jezus (patrz między niewiadomo czy i czem leczonymi, wiadomość felczera Akermana). 13) Maryjanna Strzelec z pow. Jędrzejowskiego, zmarła dnia 28 Maja w szpitalu dla dzieci w Warszawie (patrz między nieleczonymi zapobiegawczo—dr. L. RABEK).

b. Niewątpliwe przypadki wścieklizny w kraju tutejszym wydarzone, a przez innych lekarzy nienotowane. W roku 1887. 14) Zofija Ostrowska ze wsi Maranina pow. biłgorajskiego, leczona w szpitalu Hrubieszowskim (jak?), zmarła dnia 25 Stycznia (patrz statystykę gub. lubelskiej pow. biłgorajski (37). 15) NN. zmarł w Tomaszowie Rawskim, według dra RODE (patrz tegoż w gub. Piotrkowskiej) (38). 16) NN. w Antopolu (gdzie?), lat 18 mająca, ukąszona przed 4 miesiącami, zmarła dnia 25 Stycznia tegoż roku (patrz statystyka Warszawy—dr. BUJWID) (39). 17) Wincenty Lachowicz z Warszawy, pokąszany w Grudniu r. z., zmarł w Maju (patrz tamże) (40). 18) Janke syn maszynisty ze stacyi Nasielsk, ukąszony

przed miesiącem, zmarł we Wrześniu (patrz tamże) (41). 19) Jan Brakiel z Lublina, lat 23 liczący, ukąszony w rękę przed 1½ miesiącem, zmarł 10 Listopada (patrz tamże) (42). — W roku 1889. 20) Maryjanna Wierzbowska, ukąszona przed 2 miesiącami przez kota, chorowała dni 5 (wściekliczna paralityczna), umarła dnia 25 Lutego w szpitalu Św. Łazarza w Warszawie, gdzie widzieli ją dr. BUJWID i dr. PUŁAWSKI, a zapewne i inni (odnotowana w statystyce tegoż szpitala) (43). 21) Tenisow z pow. bendzińskiego, ukąszony przed 7 miesiącami, zmarł dnia 6 Czerwca (patrz statystykę Warszawy—dr. BUJWID) (44). 22) Antoni Pawęska z pow. biłgorajskiego, ukąszony przed 2 miesiącami, zmarł dnia 20 Września. Dwoje ludzi ukąszonych przez tegoż samego psa i leczonych (metodą PASTERUR'A?) żyją (patrz tamże) (45).— W roku 1890. 23) Józef Carpent, chłopczyk, ukąszony w twarz przed 7 tygodniami, zmarł w Grudniu po 5-dniowej chorobie w Warszawie (patrz tamże) (46).

c. Wątpliwe przypadki wściekliczyny lub takie, o których się dowiedziano z wątpliwych źródeł. W roku 1886. 24) Itka Feinkopf, miała umrzeć w Warszawie w Maju tegoż r., podług doniesienia „Kuryjera Porannego“ z dnia 11 Maja t. r. (47).—W roku 1887. 25) Michał Zegrzak, ukąszony przed 4 miesiącami w Okuniewie pow. Warszawskiego, zmarł d. 17 Marca, podług doniesienia „Kuryjera Warszawskiego“ z dnia 19 Marca t. r. (48). 26) Roszewska (z kąd?) pokąszana przez psa, zmarła dnia 28 Sierpnia tegoż r. (49). 27) Stodulska z Żelechowa, ukąszona przed 4-ma miesiącami, zmarła dnia 15-go Grudnia tegoż roku (50). — W roku 1888. 28) NN. z Sandomierza, ukąszona przed miesiącem, zmarła dnia 27 Marca t. r. (51). 29) NN. lat 10 mający, pokąszany w rękę przed 8 miesiącami, zmarł dnia 15 Marca t. r. (52). 40) NN. dzierżawca folwarku pod Warszawą, ukąszony przed 5 miesiącami, zmarł 10 Października. Wiadomość z „Kuryjera Warszawskiego“ (53). — W roku 1889. 31) Bieńkowska, wieku lat 60, ukąszona przez psa przed 2 miesiącami, zmarła 1 Lutego t. r. (54). 32) NN. żołnierz z Granicy, zmarł 15 Kwietnia t. r. (55). 33) Julija Dubik z Bobrownik

(pow.?), lat 25 licząca, ukąszona przed 6 miesiącami w palec ręki, zmarła dnia 30 Czerwca t. r. (56). — W roku 1890. 34) Radomska z Lublina, ukąszona przed 7 tygodniami, zmarła dnia 2 Czerwca. Wiadomość z „Kuryjera Warszawskiego“ (57).

Wszystkie 11 powyższych przypadków notujemy w statystyce m. Warszawy, między spostrzeżeniami dra BUJWIDA, który nam o nich doniósł—ze względu jednak na ich wątpliwość, stawiamy znak—?. Jeszcze 5 innych przypadków wścieklizny, lecz już pozakrajowych, jako nienależących do statystyki naszej, a zakomunikowanych nam przez dra BUJWIDA, notujemy oddzielnie na innym miejscu (patrz niżej).

c. Przypadki, przy których zrobione zapobiegawczo przypalania ran pokąsanym okazały się niedostatecznymi.

Dr. SKAWIŃSKI Wojciech z Krasnegostawu w liście z dnia 14 Września 1890 r. wzmiankuje o dwóch przypadkach widzianych przez siebie, a wydarzonych przed 1886 rokiem; w obu stosował przypalania, kąpiele parowe, podawał narkotyki, *xanthium sp.* drażnił rany przez kilka tygodni, podtrzymując w nich ropienie, ale bezskutecznie. W jednym (1) z tych przypadków ukąszenie nastąpiło przez kota w rękę — wybuch choroby nastąpił po 5 miesiącach; w drugim (2) przypadku miało miejsce ukąszenie przez wilka w rękę i twarz — wścieklizna wybuchła po upływie jednego miesiąca. (Szkoda, iż dr. S. nie podaje, w jaki czas po ukąszeniu było robione przypalanie).

Dr. STECKI Konstanty z Hrubieszowa w liście z dnia 18 Września 1890 r. wzmiankuje o dwóch przypadkach, leczonych zapobiegawczo, kauteryzacją stężonym kwasem karbolowym (nie podaje też w jaki czas po ukąszeniu), kąpielami rzymskimi i belladoną do wewnątrz. (3) Chłopiec 9-letni z Putnowic, pokąsany przez wilka wściekłego w 1885 r. w głowę, kark i rękę — zachorował 36 dnia, umarł 8-go dnia od wybuchu choroby. (4) Kobieta 35-letnia z Jarosławca, pokąsana przez wilka wściekłego w 1887 r. w rękę i ucho (oberwane); zachorowała 39-go dnia, zmarła 4-go dnia po wybuchu choroby.

Oba te przypadki należą do liczby 20 osób pokąsanych przez tegoż samego wilka—inne nie uległy wściekliwości. Wiadomość o tych chorych pomieszczona w „Medycynie“ z 1885 r. str. 820.

Dr. NOWAK Józef z Garwolina w liście z dnia 26 Października 1890 roku opisuje jeden przypadek wściekliczny, który w ciągu swej praktyki obserwował; tenże sam przypadek widział też i dr. DUDREWICZ Jan. (5) Stanisław Pluciński, dzierżawca majątku Iwowe w pow. nowomińskim, będąc zdrow zupełnie wyszedł na polowanie (w 1878 r.)—na polu spotkał wałęsającego się pięknego wyżła, którego zawołał do siebie, a gdy tenże podszedł, chciał go pogłaskać, wtedy pies ten ugryzł go w rękę; mimo to P. dał mu kawałek mięsa i chleba, które pies zjadł, a potem lizał rękę myśliwego, którą mu tenże sam podsunął. Następnie wyżeł tak ugłaskany wystawiał doskonale nowemu panu kuropatwy, gdy jednak spostrzegł włościanina, jadącego drogą, pobiegł za wozem, pogryzł konia i więcej już do P. nie wrócił. Przed wieczorem P. wróciwszy do domu dowiedział się, że tenże sam pies był we dworze i pogryzł zwierzęta. Wtedy dopiero ukąszony wybrał się o poradę do dra NOWAKA i ten po upływie około 10 godzin czasu od ukąszenia przypalił mu ranę dymiącym kwasem azotnym. Następnie P. radził się w Warszawie, gdzie mu jakieś ziółka przepisywano. Mimo to wszystko rozwinęła się u niego w 6 tygodni po ukąszeniu wściekliczna. Chory począł się najpierw żalić na ból w ręce ukąszonej, potem w całej kończynie i poczuł wstręt do wody, był jednocześnie przestraszonym i pewnym rozwijającej się wściekliczyny, napady której rzeczywiście wystąpiły w całej sile dnia następnego—4-go zaś dnia od pierwszych objawów zmarł wśród przypadłości, dowodzących stopniowego porażenia.

Ze zwierząt domowych, pokąsanych przez tegoż samego psa, żadne nie zachorowało na wścieklicznę.

Dr. KRUPSKI Jan z Rawy w liście z dnia 27 Sierpnia 1890 r. opisuje dwa przypadki wściekliczyny, które spostrzegł przed 1886 r., z tych jeden pomieszczamy dalej między wątpliwymi, drugi jest następujący: (6) Chłopiec lat

ośm mający, ukąszony przez psa w górną wargę, miał przypaloną ranę po upływie 24 godzin, mimo to objawy wścieklizny wystąpiły 49 dnia po ukąszeniu; odznaczały się wielką gwałtownością—zgon nastąpił na 4-ty dzień.

Dwie sztuki bydła i kilka wieprzów, pokąsanych przez tegoż samego psa, przed upływem dwóch tygodni zdechły też wśród objawów spokojnej wścieklizny.

Dr. ZALESKI Rajmund z Kutna w liście z 1890 roku opisuje jeden przypadek wścieklizny (7). Było to w 1876 roku, w dwa dni po ukąszeniu przez psa wściekłego parobek z powiatu gostyńskiego przywieziony był do szpitala w Kutnie, gdzie mu wypalono ranę na palcu wskazującym lewej ręki ze zdarciem opuszki paznogcia. Wygojony został w 5 tygodni, zaś w 4 tygodnie potem przywieziony powtórnie w napadach wścieklizny, na którą też w kilka dni umarł—wybuch zatem choroby nastąpił w 9 tygodni po ukąszeniu.

Dr. BOJASIŃSKI Michał z Grodziska w liście z dnia 9 Września 1890 roku robi wzmiankę o jednym przypadku wścieklizny (8), wydarzonym w pow. błońskim przed 1886 rokiem. Uległ jej chłopiec z Grodziska, któremu rany zostały wypalone, mimo to zachorował powtórnie, a odwieziony następnie do szpitala Św. Jana Bożego—umarł (patrz statystykę tego szpitala, gdzie został wliczony).

Dr. TOMCZYCKI Jan, obecnie w Grójcu dawniej w Ostrołęce i Ostrowiu mieszkający, w liście z dnia 8 Września 1890 r. opisuje jedyny obserwowany przez siebie przypadek wścieklizny (9) z czasów pobytu swego w Ostrowiu. W roku 1872 p. Zimnoch, właściciel majątku Seleine w pow. ostrowskim, pokąsany został przez wściekłą wilczycę, którą chciał pochwycić za ogon w chwili gdy przeskakiwała przez płot folwarczny. Wilczyca zadała mu kilka głębokich ran w rękę. Nieprzypuszczając, iżby wilczyca była wściekłą, nie udał się natychmiast do lekarzy, aż dopiero po dwóch dniach zastosowane mu były przzegania rozpalonem żelazem. Ranki po tygodniu zagoiły się i p. Z. czuł się zdrowym. Naraz po 40-tu dniach, wracając z Warszawy, na stacyi dr. żel. warsz.-pet. Małkinia uczuł dreszcz wstrząsający, którym rozpoczęły się nastę

pne objawy wścieklizny. Odwieziony do szpitala Św. Jana Bożego w Warszawie, umarł tamże na 4-ty dzień choroby. Chory ten wśród najkompletniejszych objawów wścieklizny zachował całą swobodę władz umysłowych, robił rozporządzenia majątkowe, własnoręcznie napisał 8-arkuszowy testament, najdokładniej pamiętając o różnych szczegółach, a gdy napad się zbliżał, ostrzegał otaczających aby go zostawili, albo mieli się na baczności, gdyż ma ochotę do kąsania, co u ludzi jest rzadkim objawem (przypadek ten wliczony jest do statystyki szpitala Św. Jana Bożego).

Dr. DOBRZYCKI Henryk w liście z dnia 29 Października 1890 r. opisuje z czasów swego pobytu przy szpitalu w Mieni w pow. nowomińskim z przed 1886 r. przypadek (10) z pokąsanym chłopcem starozakonnym, który przebywszy 6 tygodni na obserwacji w tymże szpitalu (gdzie prawdopodobnie robiono mu wypalania *kali caustico?* — Spraw.) powrócił do domu, potem wszakże w miesiąc, czy też dwa—ogółem od 10 do 14 tygodni po ukąszeniu — uległ śmierci z wścieklizny.

Dr. BUJWID Odo w rozprawie swojej („Metoda Pasteur’a,“ Warszawa 1887 r.) przytacza następujące przypadki z prowincyi, u których leczenie zapobiegawcze przyżeganiem okazało się niedostatecznym.

(11) Benjamine Fuchs lat 26 liczący z Płocka, przed przysłaniem do oddziału dra B. pokąsany przed 5 tygodni przez psa niewiadomego w palec wskazujący i mały ręki lewej; ranki te były natychmiast przez dra Jana JĘDRZEJEWICZA (patrz gub. płocką) wypalone kwasem azotnym, po poprzednim wycięciu brzegów. Choroba rozpoczęła się bólem w palcach po 4½ tygodniach od ukąszenia, oraz zmniejszeniem się w nich władzy, co za przybyciem do szpitala rozprzestrzeniło się już na całą pięść, poczem wystąpił bezwład w kończynie, trudność przetykania i t. d. 4-go dnia pobytu chory zmarł w oddziale (27 Stycznia 1887 roku). Chorego tego widzieli d-rowie JAWDYŃSKI, SOMMER, NUSSBAUM, SZWAYCER, PUŁAWSKI, WEISSEL, CHELMOŃSKI, PISARZEWSKI i SZUMLAŃSKI (Rozprawa str. 14 i 15). (Przypadek ten zapisany jako zmarły w oddziale dra BUJWIDA przy szpitalu Wolskim).

(12) Henryk Rudy, 4-letni chłopczyk, ukąszony w Maju 1886 roku przez psa niewiadomego w ramię i przedramię. Trzy ranki wypalił w 1½ godziny po ukąszeniu narzędziem PAQUELIN'A dr. SAWICKI (z kąd?—Spraw.). Po 8-miu miesiącach z objawami wścieklizny przywieziony do Warszawy — zmarł tutaj. Widzieli go też oprócz dra B., d-rowie BENNI, DUNIN, JAWDYŃSKI i NUSSBAUM. (Rozprawa str. 14). (Przypadek ten zanotowany między spostrzeżaniami przez dra BUJWIDA—patrz statystykę m. Warszawy).

Dr. LEWIŃSKI Marcei, obecnie inspektor lekarski gub. warszawskiej, poprzednio tenże sam urząd zajmujący w Kielcach, w liście nadesłanym w Grudniu 1890 r. notuje, iż w Kielcach miał sposobność wciągu lat 10 spostrzeżać 3 przypadki wścieklizny u ludzi (13, 14, 15), która wystąpiła pomimo przypalań, dokonanych wciągu pierwszych dwóch dni po pokąsaniu. Dwa przypalania robiono *ferro candente*, jedno zaś robił sam dr. L. *acido nitrico fumante*. U dwóch pierwszych chorych wścieklizna rozwinęła się po upływie 5 — 6 tygodni od ukąszenia; w ostatnim — już po upływie miesiąca, licząc od daty stawienia się chorej po pierwszą pomoc u dra L. — Wszystkie te trzy przypadki miały miejsce przed 1886 r.

d. Przypadki, przy których zastosowanie metody PASTEUR'A nie odniosło skutku.

Dr. GRUEL Mieczysław z Włocławka w liście z dnia 16 Maja 1890 r. wspomina o jednym przypadku wścieklizny, który spostrzegał też tu i dr. Kosmowski z Nieszawy. Dotyczył on pewnej rosyjanki 56-letniej, pochodzącej z gub. włodzimierskiej, pokąsanej przez wściekłego wilka w rękę w Marcu 1886 roku. Chora wracając z kuracyi PASTEUR'A z Paryża (gdzie jej, poczynawszy od 12-go dnia po pokąsaniu, wciągu 13-tu następnym dni zrobiono 32 zastrzyknięcia jadu króliczego, zaczynając od rdzenia 14-dniowego, a kończąc na 2-dniowym) zachorowała w drodze na 26 dzień po pokąsaniu i trzeba było pozostawić ją w szpitalu włocławskim, gdzie też po 36 godzinach pobytu zmarła wśród wybitnych objawów wodowstrętu. (Przypadek

ten, jako niemiejscowy, pominięty jest w rubrykach naszej statystyki.

Dr. SOMMER Feliks, naczelny lekarz szpitala na Woli, przy liście z dnia 10 Lipca 1890 r. nadesłał wykaz chorych, zmarłych na wściekliznę w latach 1887 i 1888 w specjalnym oddziale tegoż szpitala, którego ordynatorem był dr. BUJWID. W wykazie tym zanotowano nazwiska Antoniego Kozickiego i Michała Korobki, jako zmarłych na tę chorobę, po zastosowaniu zapobiegawczem metody PASTEUR'A. O ostatnim zawiadomił nas też dr. SKABICZEWSKI Bazyli lekarz m. Warszawy. Że jednak oba te przypadki szczegółowo opisane są w poniższym wykazie dra BUJWIDA, z tego względu ograniczamy się tu na wzmiance, iż oba pomieściliśmy w statystyce szpitala Wolskiego.

Dr. BUJWID Odo z Warszawy przy liście z dnia 6-go Stycznia 1891 roku nadesłał nam następujący wykaz osób, uległych wściekliznie, pomimo zastosowania u nich metody PASTEUR'A.

1) Stoboy Artur, lat 11 liczący, ze wsi Naklik pow. biłgorajskiego, leczony był przez dni 10 zastrzykowaniami PASTEUR'owskimi, poczynając od rdzenia 14-dniowego kończąc zaś na 5-dniowym (metoda słaba). Bliższe szczegóły, tego przypadku dotyczące, pomijamy tu, opisaliśmy je bowiem dokładniej w dalszym dziale, między wątpliwymi przypadkami wścieklizny, jak to mieć chciał dr. BUJWID; ze względu zaś, iż śmierć tego chłopca nastąpiła w Lublinie, gdzie chorobę spostrzegł dr. SACIUS, zapisaliśmy go w statystyce gub. Lubelskiej.

2) Tomczyk Agnieszka, lat 50 licząca, ze wsi Wojciechowa pow. lubelskiego, dnia 22 Stycznia 1887 r. pokąsaną została przez psa głęboko w obie ręce (trzymała ona pięść w gardle psa przeszło pół godziny, czekając pomocy), rana była wymyta po godzinie wodą z octem. Wścieklizna psa została stwierdzoną przez weterynarza. Leczenie metodą PASTEUR'A rozpoczęto dnia 29 Stycznia t. r. i robiono iniekcje codziennie jedną, poczynając od zastrzyknięć rdzenia 14-dniowego, kończąc na 6-dniowym (metoda jeszcze bardziej osłabiona). W 4½ miesiąca, t. j. 5 Czerwca t. r., choroba się ujawniła i chora zmarła na nią, jak

o tem doniósł d-rowi B. dr. DOBRUCKI (przypadek ten opisany w rozprawie dra B. na str. 29) (1).

8) Zaława Walenty, lat 50 liczący, ze wsi Rokitno pow. włoszczowskiego gub. kieleckiej, ukąszony przez psa wściekłego (kąsał inne psy) dnia 13 Marca 1887 r. w gołą lewą rękę, z czego powstały trzy ranki, jedna głęboka i dwie mniejsze. Człowiek ten nie był zapobiegawczo czemkolwiek leczony. Zastosowano u niego metodę PASTEUR'A słabszą (jak w poprzednim przypadku), poczynając ją w dniu 27 Marca, t. j. po 2-ch tygodniach od ukąszenia. Po 70 dniach wystąpiły objawy wścieklizny, która trwała dni 5, jak o tem doniósł dr. RODZIEWICZ z Chęcín, który człowieka tego przysłał na kurację do Warszawy, a następnie miał go w opiece podczas jego śmiertelnej choroby (przypadek ten notujemy przy tym lekarzu w statystyce gub. kieleckiej (2). Dr. B. opisał go w swej rozprawie na str. 16).

4) Kozicki Antoni, lat 44 liczący, ze wsi Obręb gminy Konty pow. grójeckiego gub. warszawskiej, pokąsany przez psa, który kąsał inne psy dnia 19 Kwietnia 1887; miał ran 7, dość głębokich, na twarzy i 3 na lewym ręku, które mu z a l a p i s o w a n o w 3 godziny po pokąsaniu. Kurację PASTEUR'owską (słabszą) rozpoczęto na drugi dzień po pokąsaniu. Wścieklizna mimo to ujawniła się po 3½ miesiącach, t. j. dnia 8 Sierpnia t. r. i trwała dni 3. Zmarł w oddziale dra BUJWIDA w szpitalu wolskim, tu też odnotowany jest w naszej statystyce (3).

5) Hechtkopf Riewen, 1½ roku mający, z Warszawy (Stare miasto), ukąszony silnie w twarz dnia 5 Maja 1887 roku i tegoż dnia po 6 godzinach rozpoczęto u niego kurację PASTEUR'owską (słabszą), dochodząc tylko do rdzenia 7-dniowego włącznie. Po 2-ch miesiącach. t. j. 20 Lipca, nastąpił wybuch choroby, która zakończyła się śmiercią w dni 3. Królik szczepiony mózgiem psa, który to dziecko pokąsał, uległ wściekliwości na 18-ty dzień. Objawów choroby samej u dziecka dr. BUJWID nie obserwował osobiście, opisał mu je jednak ojciec, a przytem tenże przypadek wścieklizny spostrzegał dr. DRZEWIECKI, który też

nam o nim doniósł oddzielnym listem (4). (Przypadek ten notujemy w statystyce przy d-rze BUJWIDZIE.

6) Łuszczynska Maryja, lat 5 licząca, ze wsi Lutomińska pow. łaskiego gub. piotrkowskiej, pokąsana przez psa dnia 9 Maja 1887 roku (lewe nozdrze i warga ust rozzerwane). Rany wymyto wodą i zeszyto. U psa, który pokąsał to dziecko, spostrzegano objawy wścieklizny; był on zresztą pokąsany przez innego wściekłego psa przed 5 tygodniami. Na drugi dzień po wypadku, t. j. 10 Maja t. r., zastosowano dziecku metodę PASTEUR'A (słabszą), mimo to po dwóch miesiącach, t. j. 17 Lipca t. r. ujawniła się wścieklizna, od której dziecko zmarło. (Niewiadomo gdzie śmierć nastąpiła — przypadek zamieszczamy w statystyce m. Warszawy przy d-rze BUJWIDZIE) (5).

7) Brapow Aleksander, lat 3 liczący, z Łunińca gub. mińskiej, ukąszony dnia 21 Lipca 1887 r., wskutek czego otrzymał głęboką ranę twarzy, którą obmyto mu w pierwszej chwili wodą tylko (ten sam pies kąsał inne psy). Leczenie metodą PASTEUR'A (słabszą) rozpoczęto w 4 dni po pokąsaniu, t. j. 25 Lipca t. r. Po 2-ch miesiącach ujawniła się choroba, na którą zmarł, o czym d-rowi BUJWIDOWI doniósł dr. LESZCZYŃSKI z Wilna (przypadek ten jako zamieszcowy nie jest pomieszczony w naszej statystyce).

8) Korobka Michał, lat 32 liczący, policyjant z Warszawy, ukąszony w prawą dłoń (na której ztąd liczne drobne ranki) dnia 28 Sierpnia 1887 roku przez psa, którego mózg zaszczipiony królikowi spowodował wściekliznę 18-go dnia. Pokąsanemu doraźnie obmyto ranę wodą, rozpoczęto zaś leczyć go metodą PASTEUR'A (słabszą) na drugi dzień, t. j. 29 Sierpnia t. r. Mimo to w 2½ miesiąca, t. j. 13 Listopada ujawniła się wścieklizna, z którą przywieziono go do oddziału dra B. w szpitalu wolskim, dnia 22 Listopada i tu następnego dnia zmarł — (przypadek ten odnotowany w statystyce tegoż szpitala) (6).

9) Bondaruk Jan, lat 40 liczący, ze wsi Kumowa pow. chełmskiego gub. lubelskiej, pokąsany przez psa (który kąsał inne psy) w nos i brew dnia 9 Września 1887 r.; miał obmytą tylko ranę, a na drugi dzień rozpoczęto u niego kurację PASTEUR'A (słabszą). Wścieklizna jednak ujawniła

się po 2-ch miesiącach, t. j. 14 Listopada, z której zmarł, jak o tem d-rowi B. doniósł naczelnik powiatu, (pomieszczamy go w statystyce warszawskiej przy d-rze B, nie wiedząc czy i który z lekarzy w pow. chełmskim miał ten przypadek w obserwacji) (7).

10) Szabest Antonina, lat 18 licząca, ze wsi Grochowa tuż za przedmieściem Praga pod Warszawą, ukąszona w palce u ręki (5 głębokich ran) dnia 12 Lutego 1889. Rany wymyto jej wodą (pies, który ją pokąsał, kąsał inne psy). Tegoż samego dnia rozpoczęto u niej kurację PASTEUR'A (wzmocnioną: po 1 iniekcji codziennie rdzeniami poczynając od 10-cio, a kończąc na 3-dniowym włączeniu). Wścieklizna ujawniła się po 1-ym miesiącu, t. j. 14 Marca t. r. i po 3-ch dniach trwania zakończyła się śmiercią. (Tę chorą widział też asystent dra B. dr. GRODECKI). (8).

11) Władimirow Helena, lat 6 licząca, z m. Białagub. siedleckiej—(przypadek ten opisujemy nieco dalej jako spostrzeżenie dra RADKIEWICZA z Białej i przy nim też w statystyce gub. siedleckiej go pomieszczamy). Tu notujemy tylko, iż leczoną była metodą wzmocnioną (codziennie 2 iniekcje, poczynając od rdzenia 10-cio, a kończąc na 2-dniowym włączeniu; tak donosi dr. BUJWID).

12) Grabowski Piotr, lat 5 liczący, ze wsi Wierchowiska gm. Piaski gub. lubelskiej, ukąszony został przez psa (który kąsał inne psy) do krwi w lewy policzek dnia 2 Listopada 1889 r. Ranki narazie obmyto wodą, zaś po przywiezieniu go do Warszawy dnia 8 Listopada rozpoczęto tu kurację metodą PASTEUR'A (wzmocnioną: 2 iniekcje codziennie, poczynając od rdzenia 10-cio i dochodząc stopniowo do 2-dniowego). Wścieklizna wystąpiła już 28 Listopada t. r., a w 3 dni potem nastąpiła śmierć, o czem doniósł d-rowi B. naczelnik powiatu. (Nie wiadomo nam, czy i który z lekarzy obserwował ten przypadek, dlatego pomieszczamy go w statystyce m. Warszawy przy d-rze BUJWIDZIE) (9).

13) Waljewski Tadeusz, lat 3 liczący, z Warszawy, (przypadek ten opisany nieco dalej przez dra SZNABLA, Pam. T. L. T. 89. Z. II.

który nam najpierw o nim doniósł, obserwowany zaś był przez tegoż i przez dra BUJWIDA, w statystyce notujemy go przy tym ostatnim) (10).

Dr. SIERAGOWSKI Paweł z Warszawy spostrzegać miał przypadek wścieklizny rozwiniętej po zastosowaniu zapobiegawczem metody PASTEUR'A. Chory ten zmarł na nią w szpitalu Św. Łazarza w Warszawie, gdzie dr. S. był ordynatorem. (Bliższych szczegółów brak nam, wiadomości zaś tej udzielił nam dr. SASKI WŁ. z Warszawy z upoważnienia dra SIERAGOWSKIEGO). Przypadek ten pomieszczamy w statystyce szpitala Św. Łazarza stawiając przy nim znak ?, dr. BUJWID bowiem wcale o nim nie wspomina (11).

Dr. GROMADZKI Jan, zamieszkały na przedmieściu Praga w Warszawie, notuje też jeden przypadek wścieklizny u dziewczyny 18-letniej, która leczoną była metodą PASTEUR'A, a po 2-ch miesiącach zmarła z tej choroby. Prawdopodobnie jednak jest to ten sam przypadek, który powyżej opisaliśmy według danych dostarczonych przez samego dra BUJWIDA pod (10), upoważnia nas do tego wniosku okoliczność, iż dr. GROMADZKI, mieszkając na Pradze tuż obok Grochowa, bardzo łatwo mógł mieć sposobność widzenia wydarzonego tam przypadku wścieklizny — wiek zresztą chorej tu i tam zupełnie się ze sobą zgadza, przypadku więc tego wcale nie notujemy w statystyce, bojąc się zrobić pomyłkę na niekorzyść metody PASTEUR'A.

e) Przypadki nasuwać mogące podejrzenie o szkodliwości metody PASTEUR'A.

Dr. RADKIEWICZ Andrzej, lekarz szpitala w Białej podlaskiej, w liście nadesłanym w 1890 r. jako odpowiedź na mój kwestyjonaryusz, opisuje ciekawy przypadek, który miał sposobność spostrzegać wspólnie z d-rem WROCZYŃSKIM (przypadek ten ogłosił też drukiem w czasopiśmie „Russkaja Medicina“ Nr. 32 z 1889 r.). Jest to ten sam przypadek, o którym w poprzednim dziale uczyniliśmy tylko wzmiankę — patrz dr. BUJWID (11).

Dra R. wezwano do 6-letniej Heleny Władimirow, córki nauczyciela w Białej, którą pokąsał w ramię pies

obcy i niewiadomo z kąd przybiegły, zadał zaś jej dwie kłóte zębowe rany. Jak się okazało, tenże sam pies pokąsał też inne psy w sąsiednich podwórzach, pokąsał dwoje innych dzieci na drugiej ulicy, pobiegł następnie za miasto i na wsi znowu pokąsał psy i dziecko i dalej jeszcze inne dzieci wiejskie. Helenie W. dr. R. w 20 minut po ukąszeniu, po uprzednim obmyciu, silnie przypalił rany dymiącym kwasem azotnym. Mimo to rodzice na drugi dzień zaraz udali się z dzieckiem do dra BUJWIDA w Warszawie, który zastosował szereg wstrzykiwań swoistych metodą wzmocnioną (patrz wyżej) w celu zapobieżenia wybuchowi wścieklizny.

Dwoje dzieci mieszczańskich pokąsanych prawie jednocześnie z Heleną W. przez tegoż samego psa, bez wszelkiego leczenia pozostały zdrowemi. jedno z dzieci wiejskich pokąsane w rękę, zostawało przez dni kilka tylko na obserwacji; te i wszystkie inne dzieci wiejskie, oraz zwierzęta pokąsane przez tegoż samego psa, bez wszelkiego leczenia pozostały do dziś dnia zdrowemi, zaś Helena W. po upływie 8 tygodni od dokonanych jej iniekcyj, nagle zachorowała dnia 9 Sierpnia t. r. i d-rowie R. i Wr. skonstatowali rozpoczynając się u niej wściekliznę, na którą zmarła tegoż samego dnia. Dr. R. nie zauważył, iżby w tym przypadku bóle miały się pojawić w miejscach dokonanych iniekcyj, nie wspomina wszakże czy przed wybuchem choroby były wogóle jakiegokolwiek bóle gdzieś w innem miejscu i przebiegu choroby nie opisuje szczegółowo (12).

Przypadek powyższy narobił w Białej i w okolicy dużo hałasu, a wspomniał mi też o nim w liście i dr. MALESZEWSKI z osady Janów sąsiedniego powiatu, który doradził, abym się odniósł po powyższe szczegóły do dra RADKIEWICZA, co też uczyniłem i czego rezultatem było otrzymanie powyższej wiadomości.

Dr. SZNABL Jan, lekarz miasta w Warszawie, w liście z dnia 20 Listopada 1890 r. opisuje przypadek, który miał sposobność spostrzegać wspólnie z drem BUJWIDEM:

Tadeusz Waljewski, 3 1/2-letni chłopczyk, syn urzędnika telegrafu w Warszawie, ukąszony został przez psa (w Nowym Dworze) w twarz dnia 20 Sierpnia 1890 r.; na policzku było z tego powodu 6 powierzchownych ranek, które po zagojeniu się nawet śladu blizn nie pozostawiły po sobie. Ponieważ tenże sam pies pokąsał też jeszcze trzy inne psy, oraz podobno i świnię, przeto jako podejrzanego zabito go zaraz na drugi dzień po wypadku i przywieziono w tym stanie d-rowsi BUJWIDOWI, który przy sekcji znalazł u niego szerść i inne ciała niewłaściwe w żołądku i ostatecznie skonstatował wściekliznę zwierzęcia. Zaraz na drugi dzień po pokąsaniu zaczęto kurację dziecka metodą PASTEUR'A wzmocnioną. Dr. BUJWID zrobił z początku 3 słabsze iniekcje, po skonstatowaniu zaś wścieklizny psa, robił już iniekcje silniejsze, codziennie po dwie. Po 15-tu iniekcjach dziecko miało się jak najlepiej, mimoto w dniu 27 Września, zatem w 37 dni po ukąszeniu, wystąpiły wyraźne objawy wścieklizny; w dniu 29 i 30 Września mimo to dr. BUJWID zrobił jeszcze 3 iniekcje, lecz w tym ostatnim dniu dziecię zmarło. Trzy psy, pokąsane przez tegoż samego psa, są dotąd zupełnie zdrowe.

Nie wdajemy się tu w żadne komentarze nad dwoma opisanymi tylko co przypadkami wścieklizny, wspomnimy wszakże o nich jeszcze na innem miejscu (patrz rozdział VI).

f) Wątpliwe przypadki wścieklizny.

Dr. STRECKI Konstanty z Hrubieszowa w liście z dnia 18 Września 1890 roku podaje wzmiankę o dwóch przypadkach, w których rozpoznał wściekliznę i starał się ją leczyć już po wybuchu choroby.

(1) Żydówka z Hrubieszowa, niewiadomo czy i kiedy ukąszona, śladów bowiem pokąsania żadnych nie miała, leczoną była niby zapobiegawczo przez znachora; przywiezioną ostatecznie została do szpitala z objawami już rozwiniętej wścieklizny i tu po 6 dniach choroby zmarła. Tę chorobę obserwowali też d-rowie KRAJEWSKI i ŁANIEWSKI z Hrubieszowa.

(2) Owczarz z Cichobuża zarazić się miał lecząc przez niewiadomośc owce wściekle, pokąsane przez psa; zasięgał następnie rad znachora. W trzy miesiące potem zachorował i zmarł w szpitalu przy objawach wścieklizny, a mianowicie 6-go dnia od chwili pojawienia się pierwszych objawów choroby.

Oba te przypadki, wątpliwe pod względem przyczyny powodującej zarazę, należą w każdym razie do kategorii nieleczonych zapobiegawczo.

Dr. TOŁWIŃSKI Władysław z Lubartowa w liście z d. 8 Lipca 1890 r. pisze co następuje: „Obserwowałem jeden przypadek wścieklizny (3) w r. b. Jakkolwiek przypadek ten pod względem dyjagnostycznym zdaje się nie ulegać wątpliwości, zaczął się bowiem światło i wodowstrętem, następnie były objawy bardzo gwałtownej furyi, poczem ogólny paraliż trwający 20 godzin i śmierć—cała choroba trwała 4 doby — jednakże pod względem etjologicznym przypadek ten jest zupełnie ciemnym, chory bowiem, przeszło 40-letni mężczyzna, nie pamięta, aby kiedykolwiek został ukąszonym przez psa lub jakie zwierzę, podejrzane o wściekliznę. Przypadek ten obserwował i dr. Stanisław DOBRUCKI z Lublina.“ W każdym razie przypadek ten nie był leczony zapobiegawczo.

Dr. LOHRER Juljus z Łodzi, w liście już wzmiankowanym, opisuje jeden przypadek wścieklizny (4), który sam spostrzegał w 1882 roku. Służąca, 19 lat licząca, kupiła u rzeźnika kilka funtów mięsa; czeladnik, który je odważał, dodał od siebie jako dokładkę kawałek kiszki; służąca zjadła połowę kiszki powróciwszy do domu, drugą zaś połowę oddała znajomemu terminatorowi. W trzy dni później służąca zachorowała z wszelkimi objawami wścieklizny (?—Spraw.) i umarła po 36 godzinach. Chora nie mogła sobie przypomnieć, żeby była kiedykolwiek pokąsaną przez psa lub kota i przypisywała chorobę jedynie owej kiszce (co naturalnie jest wielce problematycznym—Spraw.). Terminator jednak wcale nie chorował.

Ten nader wątpliwy przypadek wścieklizny w każdym razie nie był leczony zapobiegawczo.

Dr. BUJWID Odo z Warszawy podał, w Nr. 9 „Gazety lekarskiej“ z r. 1887, krótką notatkę p. Artura Stoboya, w której tenże opisuje przypadek z synowcem swoim 11-letnim chłopcem (z pow. biłgorajskiego wsi Naklik) (5); był on ukąszony w prawą rękę przez psa niewiadomego (głosy publiczne inaczej mówią—Spraw.) w dniu 2 Sierpnia 1887 r.; brzegi rany były zaraz wycięte, wysrane i wypalone *kali caustico* przez dra Edwarda WINAWERA. Temu to chłopcu między 11 i 21 Sierpnia t. r. dr. BUJWID zrobił w Warszawie 10 iniekcji, poczem chłopiec wrócił do domu pozornie zdrów. 20 jednak Listopada, t. j. mniej więcej w 13 tygodni po ukąszeniu, zjawił się u tegoż chorego ból w prawem ramieniu, ból ten wszakże pod wcieraniami, zaleconemi przez dra SACHSA w Lublinie, miał ustąpić na drugi dzień; na trzeci dzień obserwowano majaczenia, niespokojność, ból głowy. Stan jednak ogólny nie wydawał się niepokojącym. Na czwarty dzień, bez żadnych objawów zdradzających cierpienie, chory spokojnie życie zakończył.

Pan Stoboy stanowczo twierdzi w swem opowiadaniu, iż nie było tu żadnych bólów w miejscach dokonanych iniekcji, takowe bowiem były robione przez dra BUJWIDA na brzuchu, w okolicy żołądka. Piszący słusznie bardzo nie wdaje się w ocenę, czyli w danym przypadku była wścieklizna lub inna jaka choroba.

Notujemy niniejszy przypadek jako wątpliwy przykład wścieklizny, rozwiniętej po zapobiegawczem wypalaniu i leczeniu metodą PASTEUR'A, zaznaczając, iż dr. BUJWID utrzymuje, że tu nie było wścieklizny, a inna jakaś choroba nerwowa. Zwracamy wszakże uwagę na okoliczności, towarzyszące danemu przypadkowi: wybuch choroby poprzedziło ukąszenie, wystąpiła zaś ona po upływie nieco dłuższego niż zwykle, lecz odpowiedniego jeszcze dla wścieklizny czasu; poprzedziły ją bóle ramienia z tej strony, z której nastąpiło ukąszenie, choroba wreszcie sama trwała dni 4 i skończyła się śmiertelnie, pomimo napozór spokojnych i niegroźnych objawów (choć może niedokładnie tylko opisanych przez nielekarza p. Stoboya, wolelibyśmy mieć je opisane przez dra SACHSA). Okoliczności te do-

zwalają nam przypuszczać, iż tu mogła mieć miejsce właśnie wścieklizna w formie wybitnie paralitycznej i chociaż nie jesteśmy upoważnieni do sądzenia, aby ta choroba rozwinęła się wskutek zastosowania metody PASTEUR'A, to jednak przypadek niniejszy, naszym zdaniem, należeć może do kategorii tych przynajmniej, w których ani przypalenie, ani wzmiankowana metoda nie przyniosły pożądanych skutków.

Jest to prawdopodobnie ten sam przypadek, o którym mi też pisze dr. STANISZEWSKI Aleksander w liście już wzmiankowanym notując, iż d-rowie SACHS i GŁOGOWSKI w Lublinie obserwowali przypadek wścieklizny, następującej po kuracyi metodą PASTEUR'A, dlatego też w tablicach statystycznych pomieszczam go przy tychże lekarzach ze znakiem (?). (Patrz statystykę gub. lubelskiej).

Dr. RYBICKI Stanisław ze Skierniewic wie o następującym przypadku:

(6) W 1888 r. przysłaną została do szpitala w Skierniewicach Katarzyna Tonderkiewicz, lat 30 licząca, mężatka, żona parobka ze wsi Dolecka pow. skierniewickiego, ciężarna w 7 miesiącu, z 3-ma głębokimi, szarpanemi, zaschłemi już ranami w łydce lewej, które zadał jej kilka dni temu niewiadomy pies, podejrzany o wściekliznę. Natychmiast po przybyciu do szpitala, t. j. 25 Listopada 1888 roku, rany owe zostały głęboko żelazem wypalone, poczem zalecono okłady z 3% roztworu kwasu karbolowego, przy czem rany zaczęły się prędko oczyszczać i widocznie podgajać, a po siedmiu dniach pobytu, na skutek próśb chorej, aby ją uwolnić do dzieci i męża, została ona ze szpitala wypisana. Z zasiągniętych od p. H. z Dolecka (wielce się tym przypadkiem interesującego) wiadomości, Tonderkiewicz po powrocie do domu czuła się zupełnie zdrową, ciąży jej doszła właściwego czasu, urodziła też zdrowe i donoszone dziecię; wkrótce jednak po urodzeniu wystąpiły u niej niespodziewanie przypadłości drgawkowe, które, powtarzając się uporczywie, już po kilkunastu godzinach trwania śmierć położnicy spowodowały. Żaden z lekarzy nie był tu wzywany, nie mogłem więc zasięgnąć bliższych wiadomości o owych drgawkach.

Fakt pokąsania przed paru miesiącami i wystąpienie drgawek po porodzie sprawiły, że wszyscy otaczający chorą stanowczo byli przekonani, iż u niej rozwinęła się wścieklizna, z tego powodu żadna z kobiet nie chciała przyjąć do piersi dziecka nieboszczki, te więc podkarmiane niedbale, a prawdopodobnie i niedostatecznie mlekiem rozebranem wodą, zmarło z wycieńczenia dopiero po upływie 2-ck tygodni po matce, nie zdradzając wszakże żadnych przypadłości podejrzaney natury.

Jest to ten sam przypadek, o którym wzmiankowałem w artykule moim, pomieszczonym w „Medycynie“ 1890 roku; ja uważam go za eclampsję połogową, gdy dr. BURWID chce go odnieść do przykładów wścieklizny, rozwiniętej po zapobiegawczem przyżeganiu ran; dlatego też, jako przy przypadku spornym, w statystyce stawiam przy nim znak ? — (Patrz gub. warszawską). *(Dok. nast.)*.

C Z Y N N O Ś C I
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

—
PROTOKÓŁY.

Rok 1893.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe dnia 28 Marca 1893 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 54.

Treść. Kol. Zygm. KRAMSZTYK. Przedstawienie chorej po operacyi przeszczepienia błony śluzowej jamy ustnej na łącznicę.—Kol. Fr. NEUGEBAUER. Przedstawienie preparatów anatomicznych: a) wrzekomego obojniaka płci żeńskiej i b) „Missed abortion.“—Kol. STANKIEWICZ. Przedstawienie preparatu mięsaka pęcherza moczowego. — Kol. KIJEWSKI. Przedstawienie chorego i opis przypadku urazowego uszkodzenia kiszki bez uszkodzenia ściany brzusznej. — PREZES. Przedstawienie kol. Ludwika NANTANSONA na członka honorowego Towarzystwa. — Kol. SZWAJCER. Przyczynek do anatomii patologicznej tyfusu wysypkowego i cholery.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. **N a d e s ł a n o:** 1) Kol. NEUGEBAUER — Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien; 2) Prof. POLUTA—Chimическая теория действия минеральных лекарств; 3) Revue des maladies de la nutrition.

III. Kol. Zygm. KRAMSZTYK przedstawia chorą, która przed 4-ma miesiącami przybyła do szpitala żydowskiego z wilkiem nosa, trwającym od lat 4-ch i ze zmianami w oku: zgrubieniem i niedomykalnością powiek, ropieniem. Po zagojeniu nosa, chora przed miesiącem przeszła na oddział oczny; tu znaleziono znaczne zgrubienie łącznicy powiek, wrzód idący przez całą długość powieki górnej i przechodzący na fałdę przejściową o brzegach wyniosłych i dnie szarem; część łącznicy,

niezajęta wilkiem, przekrwiona i pokryta granulacjami. Operacja polegała na wycięciu owrzodzonej części łącznicy, poczem część rany zaszyto, na resztę zaś przeszczepiono błonę śluzową z jamy ustnej; wycięto wązki długi pasek, podzielono go na kawałki odpowiedniej długości i przszyto do powierzchni rany. Nazajutrz i przez parę dni następujących powieka była zbrzęknięta, ze szczeliny oka wypływała obfita wydzielina, chora narzekała na ból. Po paru dniach kol. K. zdjął szwy i przekonał się, że nastąpiło zupełne zagojenie. Powieka powróciła prawie do stanu normalnego.

IV. Kol. NEUGEBAUER przedstawia a) preparat anatomiczny części płciowych wrzekomego obojnika, którego za życia widział w roku zeszłym, dzięki koledze ANDERSOWI, w oddziale podrzutek w szpitalu Dzieciątka Jezus. Organy płciowe kilkudniowego zaledwie naówczas noworodka przedstawiały pozory męskie, wobec istnienia dosyć rozwiniętego, lecz rozszczepionego u dołu prącia, ale bez wymacalnych jąder w dwóch połowach rozszczepionej napozór moszny. Części płciowe zewnętrzne miały najwięcej podobieństwa do wyglądu takowych u męskiego spodzca. *Glans penis imperforata*, również *praeputium glandis fissum*; pomiędzy rozszczepionymi połówkami moszny, lub też pomiędzy wargami sromnemi kobiecemi większemi, widać u samego dołu szczeliny sromowej otwór *sinus urogenitalis*, z którego też wydziela się rzutem uryna. Otwór cewki otwiera się jak u kobiety, lecz widać, że cewka w zasadzie była męzką, zniekształconą *per hypospadiasin* całej części poza miednicą przebiegającej. *Per rectum* tego dziecka nie badano, ponieważ u noworodków organa są tak miękkie, że przy tem badaniu nie bylibyśmy otrzymali rezultatów pożądaných; a zatem trzeba było pozostawić kwestyję wątpliwej dla nas lekarzy płci otwartą, pomimo, że dziecko to, jako chłopczyk zostało ochrzczone przez księdza. Rzeczywiście biorąc statystykę do rąk, widzimy, że po większej daleko części osobnik, jak to dziecko wyglądający, jest niezem innem, jak zwyczajnym spodzcem męskim o pozorach rzekomego obojnika. Bywają zaś przypadki, gdzie rzecz się ma inaczej,—i gdzie mamy do czynienia z dziewczyną różniącą się od normalnie uformowanych, jedynie znacznem powiększeniem łechtaczki, *stricte* biorąc obecnością cewki moczowej męskiej rozszczepionej, w części poza obrębem miednicy położonej. Tak też było tutaj. Dziecko wkrótce zmarło; kolega DMOCHOWSKI przy seceji znalazł organa płciowe wewnętrzne kobiece zupełnie prawidłowo rozwinięte: macica, trąbki, jajniki, pochwa, otoczona błoną dziewczą u dołu, są w zupełnym porządku; cewka otwiera się jak prawidłowo u kobiet tuż nad samem ujściem pochwy *in sinu urogenitali* dawniejszym, pozory płci męskiej polegają więc tylko na obecności cewki charakteru i kształtu w zasadzie męskiego. Gdy na preparacie podnieść do góry *glandem penis*, czyli *clitoridis*, widać doskonale rozszczepienie cewki moczowej, sięgające aż do owego otworu *sinus urogenitalis*. Prawy i lewy brzeg ścian rozszczepionej cewki ciągną się od góry ku dołowi i napozór w przedłużeniu tworzą małe wargi sromue kobiece, połączone u samego dołu spo-

jeniem. Kol. ŚWIĘCICKI w Lutym 1893 roku opisał w „Nowinach lekarskich“ podobny przypadek, gdzie wezwano go dla oznaczenia wątpliwej płci noworodka, kol. ŚWIĘCICKI odmówił stanowczej decyzji wobec stanu rzeczy; albowiem nie chciał narazić się na pomyłkę — i dobrze zrobił. Jak łatwo tego rodzaju pomyłki się zdarzają, świetnie ilustruje przypadek, obecnie przez kol. N. demonstrowany, oraz bogata kazuistyka przez niego zebrana z literatury, która niebawem ukaże się w druku, w jednym z naszych czasopism.

b) Następnie kol. N. przedstawia rzadki okaz preparatu „*Missed abortion*“ z praktyki prywatnej na mięsiecie pochodzący: 24-letnia mężatka, która wciągu 6-letniego małżeństwa rodziła poprzednio *sponte* i pomyślnie dwoje dzieci zdrowych, donoszonych i cieszyła się zawsze jaknajlepszym zdrowiem ogólnem i normalnym zupełnie stanem organów moczopłciowych, bez jakiegokolwiek endometrytu, kataru, rzerączki etc.—dnia 18 Września 1892 r. miała ostatni peryjod. Dnia 2 Października po długotrwałej nieobecności męża, odbył się pierwszy stosunek, przy którym, wedle mniemania pacjentki, miała zająć w ciążę. Peryjodu od owego czasu już nie było. *Molimina graviditatis* wkrótce się zjawily i trwały do 2-eh miesięcy skończonych; nudzenie zrana, skłonność do wymiotów, objawy lekkiego ucisku w miednicy etc. Dnia 8 Grudnia, jak się zdaje, po przejechaniu się po mięsiecie sankami przy złej sannie nastąpiło krwawienie, które chociaż nieznaczne, skłoniło ciężarną dla ostrożności do przeleżenia w łóżku przez cały miesiąc, czyli do 18-go Stycznia 1893 r. W następstwie krew pokazywała się jeszcze kilka razy, zawsze w umiarkowanej ilości, bez skrzepów, bez zapachu i zupełnie bez bólów; krwawienia te nie trzymały się czasu, czyli typu miesiączki, a następowały czasem w odstępie dwóch do trzech dni jedno po drugim, i nie trwały dłużej niż 2 — 3 dni. Kolega N. został wezwany do pacjentki swojej, której już i przy poprzednim porodzie asystował, dnia 18 Marca, wskutek jakoby bólów żołądkowych; rzeczywiście istniała wtenczas lekka indygestyja, która po użyciu rycyny, przy ciepłych okładach, już po kilku godzinach ustąpiła. Wtenczas macica co do wielkości odpowiadała 14-mu tygodniowi ciąży; ciężarna zaś liczyła sobie 6 miesięcy ciąży bez 8 dni, jak wyraźnie mówiła, pomimo, iż żadnych a żadnych ruchów nie czuła. Wobec danych z wywiadów, kolega N. zaraz ciężarnej oświadczył, że podejrzewa obumarły płód w macicy, i że prędzej czy później nastąpi samowolne wypędzenie takowego; że obecnie nie widzi żadnego wskazania do interwencji czynnej, ponieważ usta maciczne są zupełnie zwarte, krwawienia niema, brak również jakichkolwiek odchodów podejrzanych cuchnących etc.; brak gorączki i dreszczów; stan ogólny zaś oprócz chwilowej indygestyi nie pozostawia dotychczas nic do życzenia. Ciężarna się uspokoiła. Rzeczywiście już po 6-ciu dniach sprawdziło się rozpoznanie „*Missed abortion*.“ Dnia 24-go Marca wieczorem o godzinie 9-iej wezwano kolegę N. powtórnie, ponieważ od rana ciężarna czuła się niedobrze i doznawała bólów jakby na poród. Kolega N. zastał wtenczas poród w toku, bóle częste i silne,

otwór macicy na niespełna dwa palce; w szyjce zaś stercezał naprężony płynem worek płodowy. Przy biernem oczekiwaniu o godzinie 11^{1/2} w nocy nastąpiło samowolne rozwiązanie, bez jakiegokolwiek interwencji, prócz lewatywy danej w ostatniej chwili. Zaraz po lewatywie wyskoczyło z pochwy całe jajo o nietkniętych błonach. Jajo co do wielkości odpowiadało połowie czwartego miesiąca ciąży; łożysko miało wygląd niezwykły o tyle, że było nadzwyczaj twarde i blade, niekruche, nie dające się palcami kruszyć, jak zwykle przy poronieniu w owym okresie. Całe jajo przedstawiało, co do formy, najwyraźniejszy odlew formy jamy macicznej, w kształcie trójkąta o równych bokach i podstawie górnej. Szerokość trójkąta u góry 6^{1/2} centymetra, długość 9 cent.; przednio-tylny rozmiar jaja przed otwarciem worka płodowego nie więcej niż około 3^{1/2} — 4 cent. Ani śladu zgnilizny, zapachu, zepsucia. Krwawienie podczas porodu jaja prawie żadne, dopiero w kilka minut po poronieniu wyszło z pochwy kilka skrzepów; dano proszek sporyszu, a w przeciągu dni następnych codziennie raz przepłukiwano pochwę roztworem kwasu karbolowego. Przebieg położu gładki, bezgorączkowy. Przy otwarciu worka płodowego, przy dolnym końcu jaja wypłynął płyn nieco mętnawy, w ograniczonej bardzo ilości, bez wszelkiego podejrzenia na *Hydramnios* podczas ciąży; ukazał się płód odpowiadający co do wielkości mniej więcej połowie 6-go tygodnia, o płci nie do rozstrzygnięcia; płód był dobrze utrzymany, niezepsuty, nie rozpadał się przy dotyku, koloru bladawo-różowego, nie zaś ciemno-czerwonego. Długość płodu około 2 cent., płód wisiał na pępowinie grubej, długości około 1 cent.; pępowina osadzała się prawidłowo na łożysku. Makroskopijnie na płodzie anomalij nie widać, prócz pewnego spłaszczenia i zgniecenia w kierunku frontalnym. Błony płodowe nie zdradzają anomalij, uderzyło jednak kolegę M. to, że pomimo otworzenia jaja płodowego w górnej jego części po jednej stronie błony się wypukłały, jakby zawierały płyn oddzielny, bez komunikacji z jamą jaja otworzoną; podejrzewał więc ciążę bliźniaczą, i rzeczywiście tak też było. *Chorion* było wspólne, *Amnios* podwójne. Płód drugi bez śladów owego zgniecenia, jakby cokolwiek lepiej zachowany, jest nieco krótszy (16 milim. długości), wisi na pępowinie cokolwiek dłuższej, mianowicie około 14 milim. mającej; ciekawe zaś jest, że pępowina jego nie osadza się prawidłowo na łożysku, lecz że istnieje *insertio velamentosa* pępowiny. Fakt ten doskonale ilustruje teorię SCHULTZE'go o spowodowaniu *insertionis velamentosae* u jednego płodu przy ciąży bliźniaczej jedno-jajowej. Pępowina ta inseruje na błonach płodowych w odstępnie przeszło 14 milim. od brzegu łożyska, czyli naczyńia jej w tem miejscu rozgałęziają się na samych błonach płodowych.

Kazuistyka „*missed abortion*“ zapomnianego, opóźnionego poronienia nie jest tak bardzo bogatą w preparaty anatomiczne zbadane, albowiem tego rodzaju jajo często bywa już nader zepsute dla drobnowidzowego zbadania, pod względem ciemnej dotychczas dla wielu przypadków przyczyny całego procesu anizochronicznego powstrzymania rozwoju

samego płodu i łożyska, pod względem zatrzymania obumarłego jaja w macicy przez dłuższy lub krótszy okres czasu, zachowania się obumarłego płodu (co jest charakterystycznym dla *missed abortion*) zwykle bez jakichkolwiek objawów gnicia, rozpadu i następczej infekcji matki, dopóki worek płodowy został nienaruszony, cały. Odgrywa się tutaj ciekawy proces nekrobiozy wewnątrz macicy. Ponieważ z chwilą obumarcia płodu, ma się rozumieć, ustaje w nim obrót krwi, *ergo* i bezpośrednio krążenie krwi w łożysku, a więc jajo płodowe odżywia się dalej *per endesmosin* od strony *deciduae serotinae*; odżywianie to zmniejszone prowadzi z konieczności do rodzaju inanicy łożyska, powstrzymania i nareszcie zupełnego zaprzestania rozwoju i nekrobiozy. Znajdujemy zatem na łożysku oznaki różnych procesów metamorfozy wstecznej, regresywnej: stłuszczenie i degenerację myksomatyczną, zmarszczenie z przerostem tkanki łącznej, cyrrozę łożyska, tak zwany infarkt biały etc. O ile płód wskutek wstecznej metamorfozy, może przez rodzaj *colliquationis* zupełnie zginąć i zczorbować się tak, że prócz resztek pepowiny, ani śladu jego nie znajdziemy, o tyle na samym łożysku tego rodzaju zupełnego zaginięcia nie obserwowano, a wyłącznie tylko różne stopnie zaniku oraz wyliczone już zmiany wtórne, prowadzące w pewnych warunkach do wytworzenia się tak zwanego zaśniewu w różnych jego odmianach. Jakaż w danym przypadku była przyczyna obumarcia płodu? Czy leżała w konstytucji matki, lub w nasieniu ojca? Przymiot wykluczony; istnieje, co prawda, u obojga rodziców dziedziczne usposobienie gruźlicze, lecz kolega N. wątpi, aby ono w danej sprawie miało znaczenie przyczynowe. Czy pierwotna przyczyna leżała w wadliwej organizacji płodów? Makroskopijnie nie spostrzeżono tego rodzaju anomalij; czy przyczyna leżała w naczyniach krwionośnych płodów, w pepowinach? zdaje się, że nie; czy przyczyna leżała w ustroju łożyska, czy też nareszcie w nienormalnym, chorobliwym stanie endometrijum? lub też nakoniec obumarcie płodów — i w następstwie jaja — nie było skutkiem jakichkolwiek prób wywołania sztucznego *abortus*? Ta ostatnia możliwość podług wiarygodnych zeznań jest wykluczona. Prezes PRZEWO-SKI podjął się drobnowidzowego zbadania preparatu w celu rozjaśnienia tej kwestyi. Rezultat tego badania w swoim czasie kolega N. obiecuje przedstawić. Mamy zatem przed sobą rzadki okaz preparatu ciąży bliźniaczej jednojajowej (płody jednakowej płci, ale jakiej?), o rozwoju na anizochronicznym okresie czasu zatrzymanym, albowiem płody obumarły w połowie 6-go tygodnia ciąży, łożysko odpowiada co do rozwoju połowie czwartego miesiąca, a sama ciąża ukończoną została dopiero po przeszło pięciu miesiącach trwania. (Autoreferat).

V. Kol. STANKIEWICZ przedstawia preparat nowotworu, który drogą operacyi został dziś usunięty z pęcherza moczowego. Chory, mężczyzna 35-letni, oddawał w ciągu 8-iu miesięcy 3 razy krew z moczem, bez żadnego przytem bólu; z wywiadów nie można było dociec przyczyny krwawienia. Badanie zglębniakiem główkowatym zmian w pęcherzu żadnych nie wykazało; cewnikiem wypuszczono mocz czysty; przy ba-

daniu przez kışkę stolcową nie się nie wyczuwało; objawów ze strony nerek nie było żadnych. Przy badaniu zapomocą cystoskopu spostrzeżono na górnej ścianie pęcherza z prawej strony guz różowy, błyszczący. Po otworzeniu pęcherza znaleziono guz wielkości dużej wiśni, gładki, różowy, bez szypułki. (Z badania mikroskopowego okazało się, że jest to mięsak). Po całkowitem zaszyciu pęcherza założono na stałe cewnik. Kol. STANKIEWICZ zwraca uwagę, że w przypadku tym tylko cystoskop upewnił co do rozpoznania i upoważnił do operacji.

VI. Kol. KIJEWSKI przedstawia chorego, który został przez konia uderzony kopytem w brzuch, po uderzeniu stracił przytomność, a gdy go przywieziono do domu, czuł mocny ból w brzuchu, miał wymioty, stolca oddać nie mógł, moczu oddawał sam, bez bólu, uszkodzeń zewnętrznych nie było żadnych. Badanie dokonane po 2-ch dniach w szpitalu, wykazało wzdęcie brzucha, bolesność zwłaszcza z prawej strony i stwardnienie w okolicy kışki ślepej; chory miał odbijanie, od czasu do czasu wymioty. Tętno 110 słabe. Po przemyciu żołądka i obfitem wlewaniu HEGAR'owskimi do prostnicy, wymioty i czkawka ustały, nastąpiło kilka obfitych wypróżnień stolcowych. Wieczorem tegoż dnia chory czuł się lepiej, wzdęcie brzucha mniejsze, tętno lepsze, 90 uderzeń na minutę, stan bezgorączkowy. W ciągu kilkunastu następnych dni stan był zadawalniający; stwardnienie jednak w okolicy kışki ślepej utrzymywało się w jednym stopniu; 10-go dnia pobytu w szpitalu nastąpiło pogorszenie: chory zaczął gorączkować, stolca oddawać nie mógł, bolesność brzucha z prawej strony wzmogła się; gdy w ciągu 2-ch dni następnych nie się na lepsze nie zmieniło, przystąpiono do operacji: przeprowadzono cięcie równoległe do więzła POUPART'A i znaleziono duże przedziurawienie kışki cienkiej. Część kışki wycięto, ranę zaszyto; przebieg pooperacyjny pomyślny, chory wyzdrowiał i czuje się zupełnie dobrze.

W drugim przypadku uszkodzenie nastąpiło skutkiem przygniecenia brzucha węglem kamiennym; przy braku uszkodzenia zewnętrznego wystąpiły wkrótce objawy zapalenia otrzewnej; w dwa dni po wypadku wykonano laparotomię; przyczem znaleziono *peritonitis adhaesiva acuta* i przedziurawienie kışki cienkiej; otwór w kışce zaszyto. W okresie gojenia się rany, chory zapadł na zapalenie opłucnej i z tego powodu nie mógł być na posiedzeniu przedstawiony.

VII. PREZES przedstawia działalność naukową i społeczną dra Ludwika NATANSONA, który w Czerwcu r. b. kończy 50 lat zawodu lekarskiego i wnosi, aby go obrać członkiem honorowym Towarzystwa. Wybór popiera kol. ROTHE.

VIII. Kol. SZWAJECER odczytał rzecz p. t. „Przyczynki do anatomii patologicznej tyfusu wysypkowego i cholery.“

Dnia 31 Stycznia r. b. przybył z Jabłonny w stanie nieprzytomnym do szpitala zapasowego chory cieśla, 24 lat mający, z wybitnymi objawami ciężkiego tyfusu wysypkowego. Kilkanaście dni chory przeleżał w domu; w szpitalu zaś po 7-iu dniach zmarł. W ciągu ostatnich

4—5 dni chory w stanie ciągle nieprzytomnym, lekarstw *per os*, ani płynów nie przyjmował.

Przy badaniu zwłok, obok zmian tyfusowych, z powodu wybitnej lepkości błon surowicznych, suchości tkanek, braku gnicia i t. p. nasunęły się duże wątpliwości co do cholery, które podzielił następnie zaproszony na sekcję prof. PRZEWSKI. Badanie bakteryjologiczne laseczników cholerycznych w kale nie wykazało. Wywiady i dane epidemiologiczne, również na korzyść cholery nie przemawiały.

Z powodu ujemnych tych wyników kol. S. uważa przypadek ten za tyfus wysypkowy, a lepkość błon surowicznych czyni zależną od zgęszczenia krwi wskutek nieprzyjmowania wody przez chorego, jak to widzimy u cholerycznych, wskutek znacznej utraty płynów. Przypuszczenie to swoje kol. S. postarał się sprawdzić na drodze eksperymentalnej na 2-ech królikach, które zupełnie pozbawiono wody, a żywno wyłącznie owsem. Po 9-ciu dniach oba jednocześnie prawie zakończyły życie, a sekcja na nich wykonana wykazała wyraźną, choć nie bardzo wybitną lepkość błon surowicznych i zgęszczenie krwi. Kol. S. nie odmawia w powstawaniu tych zmian znacznego udziału i toksynom odpowiednich mikroobów chorobotwórczych. W wywodach swych kol. S. przychodzi do następujących wniosków:

1) Że tak charakterystyczna dotychczas dla cholery lepkość błon surowicznych nie jest specyficzną dla tego cierpienia.

2) Że objaw ten pośmiertny wystąpić może we wszystkich tych cierpieniach, gdzie ma miejsce zgęszczenie krwi, wskutek znacznej utraty, lub braku dowozu płynów—i

3) Że ewentualnym współczynnikiem zgęszczenia krwi i dalszych jego następstw, mogą być toksyny nie tylko lasecznika cholerycznego, lecz i innych mikroobów chorobotwórczych. (Autoreferent).

W dyskusyi PREZES wygłosił co następuje: Kwestyją wyjaśnienia natury zmian na błonach surowicznych przy choleryze zajmowałem się starannie w ciągu całej epidemii 1892 r. Nie skończyłem dotąd swych badań, ale otrzymałem już pewne dane, które zasługują na uwagę. Najpierw przekonałem się, że pojawienie się płynu lepkiego, ciągliwego na swobodnej powierzchni otrzewnej, opłucnej i t. d. przy choleryze, należy do zjawisk bardzo stałych. Za dowód obecności tego płynu bynajmniej nie uważam tylko samego uczucia śliskości dla palca, lecz to, gdy pomiędzy odciąganiem od siebie rozmaitemi częściami błon surowicznych, ukazują się długie (od 5 do 10 i 20 ctm.) nici płynu podobnego do mazi stawowej. Powtóre, przekonałem się, że pojawienie się wymienionego płynu lepkiego na swobodnej powierzchni błon surowicznych nie jest wyłącznie właściwe jednej tylko choleryze. Widziałem to zjawisko raz na otrzewnej przy raku koloidalnym żołądka, kilka razy na opłucnej w początkowych fazach spraw zapalnych, lub też w sąsiedztwie spraw zapalnych—i raz przy bardzo gwałtownym tyfusie wysypkowym, jeżeli przypadek opisany przez kol. SZWAJCERA, za tyfus przyjąć należy. Ponieważ jednak przy choleryze to zjawisko jest bardzo stałe, a przy innych

stanach chorobowych pojawia się ono tylko wyjątkowo, przeto i obecnie przy rozpoznawaniu cholery, temu anatomicznemu symptomowi, wobec potwierdzających innych danych, przyznać muszę pewną wagę.

Czem jest ten płyn lepki, ciągliwy, który się pojawia na błonach surowiczych przy cholercie? Przedewszystkiem nie myślę utrzymywać, żeby płyn podobny do mazi stawowej przy cholercie i przy innych stanach patologicznych, był zawsze ten sam pod względem swej natury. Brak do tego odpowiednich badań, ale również dalecy jeszcze jesteśmy i od poznania tego płynu, który pojawia się przy cholercie. STRAUS np. utrzymywał, że pojawienie się ostatniego płynu zależy od śluzowego przedrodzenia śródbłonka błon surowiczych przy cholercie. Mogę stanowczo zapewnić, że badając wielokrotnie płyn przy cholercie, nigdy nie znalazłem w nim mucyny. Kol. SZWAJCER mniema, że płyn gęsty, ciągliwy jest zagęszczonym płynem surowicznym. Zdanie to wypowiedziano już poprzednio nieraz. Utrzymuje tak np. ORTH. Może być, że zagęszczenie płynu surowiczego może niekiedy nadawać mu lepkość, ciągliwość; ale niejednokrotnie ta lepkość, ciągliwość, występuje tam, gdzie niema warunków do zagęszczenia się płynów surowicznych. Oto dowody:

a) Płyn ciągliwy, podobny do mazi, pojawia się czasem i w takich przypadkach cholery, przy których niema ani obfitych wypróżnień stolcowych, ani obfitych wodnistych wymiotów. Najlepszym dowodem dla mnie jest np. ostatnia chora, która w tym roku zmarła na cholere w Warszawie. Była to młoda, około 17 lat licząca żydówka z Ochoty. Chorowała bardzo krótko. Felczer, który ją obserwował od samego początku choroby, przywiózł ją do szpitala i następnie był przy autopsji. Ten felczer zapewniał mię, że ona zachorowała nagle, że miała wymioty bardzo nieznaczne, i że nie miała wcale rozwolnienia. Stwierdziłem to na trupie brakiem suchości tkanek, właściwej cholerycznym; wypływaniem stosunkowo dosyć znacznej ilości krwi z żył—i wypełnieniem kiszeki grubej przez obfitą ilość ciastowatego, a nawet miejscami dosyć twardego brunatnawo-żółtego kału. Ostatniego np. objawu nie widziałem dotąd nigdy u innych zmarłych na cholere, i stanowczo mi on dowodzi braku rozwolnienia; bo przecież u chorującej na gwałtowną cholere, nie było warunków do ponownego zebrania się żółtego gęstawego kału w kiszce grubej. A jednak u tej zmarłej znaleziono, prócz ogólnego wyglądu właściwego cholerycznym, prócz masy przecinkowców cholerycznych w kiszce cienkiej, prócz niezmiernie silnego ostrego, rozlanego kataralnego zapalenia całej błony śluzowej kiszki cienkiej i t. d., jeszcze błony surowicze i szczególniej otrzewną, opłucną i osierdzie pokryte znaczną ilością płynu lepkiego i ciągnącego się w bardzo długie nici.

b) Jeżeliby ciągliwość i lepkość płynu, znalezione go na błonach surowiczych przy cholercie, zależała tylko od zagęszczenia, to dowiesć tego zagęszczenia byłoby nietrudno. Płyn powinien zawierać znacznie więcej części stałych wogóle, mianowicie też białka; otóż moje badanie w tym kierunku, a zwłaszcza w przypadkach analogicznych z przytoco-

nym powyżej, nie pozwoliło mi dojść do stanowczego stwierdzenia tak pojmowanego zagęszczenia.

c) Jakkolwiek zebranie większej ilości płynu lepkiego z błon surowiczych przy choleryze nie jest rzeczą łatwą, — to jednak w niektórych przypadkach udało mi się zebrać go w ilości 2, 3 i nieco więcej centim. kub. Otóż badanie tego płynu w sposób wskazany przez HOPESEYLER'A wykazało mi, że płyn ten, oprócz innych ciał białkowatych, zawiera pewną niewielką ilość metalbuminy. Jeżeli mianowicie z płynu ciągliwego strącano ciała białkowe znacznym nadmiarem absolutnego alkoholu i trzymano je pod nim przez 24 godzin, to zawsze potem z tych ciał białkowatych pewna ilość rozpuszczała się w wodzie i dawała odpowiednie reakcje. Toż samo było i wówczas, gdy zebrane na filtry ciała białkowe z pod alkoholu, trzymano jeszcze pod absolutnym alkoholem przez 24, a nawet przez 48 godzin. Na moją prośbę stwierdzono to w chemicznej pracowni prof. SZALFIEJEWA. Postępując w sposób wskazany, znaleziono także małe ilości metalbuminy we krwi cholerycznych chorych. Otóż ponieważ metalbulmina dodana nawet w małej ilości do płynów, nadaje im mniejszą lub większą ciągliwość, przeto jej obecność w płynie, pokrywającym swobodne powierzchnie błon surowiczych u cholerycznych, objaśniałaby własności fizyczne tego płynu. Zkąd się bierze w tych warunkach metalbumina? Badanie doprowadziło mnie do wniosku, że źródłem tego jest *degeneratio colloidea* śródbłonka błon surowiczych. Widać to wprost na zżuszezonym i odpowiednio utrwalonym śródbłonku, a także na cięciach. Naturalnie, że przemiana ta nie na całej otrzewnej lub opłucnej uwydatnia się jednakowo. Zwykle w jednych okolicach błon surowiczych występuje ona silniej, w innych słabiej. Anatomicznie wyraża się ta przemiana pojawieniem się drobnych lub większych błyszczących ostro obrysowanych kulek w protoplazmie komórek, a zwłaszcza w pobliżu ich jądra. Nadto miejscami można obserwować, jak te błyszczące kulki występują z protoplazmy komórek do jamy otrzewnej. Wydaje się dalej niezmiernie prawdopodobną rzeczą, że wskazane zmiany w śródbłonku błon surowiczych zależą od podziałości na elementy tkankowe wessanych z kanału kiszkowego produktów przemiany materii przecinkowców cholerycznych. Pod wpływem tych produktów komórki śródbłonka zmieniają się szybko. Pęcznią one, robią się grube, więcej ziarniste, a oprócz tego kurczą się, skutkiem czego niejednokrotnie widzieć można, jak protoplazma sąsiednich komórek łączy się zapomocą całego szeregu delikatnych długich wyrostków protoplazmatycznych. Jednocześnie występują w protoplazmie śródbłonka wymienione wyżej objawy przerodzenia klejowatego. (Autoreferat).

Kol. SIERPIŃSKI nadmienia, że chora z Ochoty, cytowana przez PREZESA, miała obfite wypróżnienia i wymioty na 5 dni przed śmiercią; ustały one w ostatnich chwilach życia.

PREZES odpowiada, że chyba to dotyczy innej chorej, u tej bowiem wypełnienie na seceyi kiszki grubej gęstym żółtym kałem wyklucza możliwość obfitych wypróżnień za życia.

Kol. BUJWID zaznacza, że z przypadku kolegi SZWAJCERA zdawałoby się, iż lepkość nie jest charakterystycznym objawem dla cholery; tymczasem istnieje ona nawet przy cholercie eksperymentalnej u zwierząt; jakkolwiek z drugiej strony za objaw specyficzny uważać jej nie można, gdyż są i inne bakteryje, które po zastrzyknięciu lepkość taką wywołują.

Prof. BARANOWSKI. Są choroby infekcyjne, w których zmiany anatomiczne nie przedstawiają nic specyficznego. Przy szkarlatynie np. lub tyfusie wysypkowym, znajdujemy zmiany ogólne, właściwe chorobom gorączkowym, infekcyjnym. Dawniej zmiany takie przypisywano wpływowi podwyższonej ciepłoty (LIEBERMEISTER); dziś czynią je zależnemi od działania toksyn. Kto wie jednak, czy takie jednostronne zapatrywanie nie jest błędne, czy nie należałoby się uciec do przypuszczenia współdziałania wielu wyników, zarówno toksycznych jak i mechanicznych.

Kol. KRYSIŃSKI przytacza własne eksperymenty, jakie wykonywał w celu przekonania się, czy podniesienie ciepłoty zdolne jest samo przez się wywoływać zmiany mięszkowe w różnych narządach, a głównie w sercu. Otóż u wszystkich badanych zwierząt zmiany te były bardzo daleko posunięte. W dzisiejszym stanie nauki nie można uważać, aby tu sama podwyższona temperatura była zgubna, lecz że rozwijały się toksyny, które powodowały śmierć zwierzęcia. Przy badaniach tych przekonał się również, jak znakomitym środkiem obniżającym ciepłotę ciała jest rozpylanie w ciągu kilku minut płynu zapomocą pulweryzatora; w praktyce środek ten jest o wiele dogodniejszy od kąpieli. Co się tyczy przypadku cholery przytoczonego przez PREZESA, to zaznacza kol. K., że sama lepkość błon surowicznych i obecność bakteryj w kiszkach nie wystarcza do rozpoznania; podczas epidemii bowiem bakteryje choleryczne mogą być w kiszkach ludzi zdrowych.

Kol. BUJWID nadmienia, że ten ostatni fakt nie został podczas ostatniej epidemii skonstatowany.

Kol. SZWAJCER odpowiada, że w odczycie swym wyrażał jedynie przypuszczenia, pozwala sobie jednak twierdzić, że lepkość dla cholery specyficzną nie jest. Co się tyczy przypadku z Ochoty, to jest zdania, aby w tych razach dane anamnestyczne przyjmować z wielką oględnością, biegunka bowiem przy cholercie bywa prawie zawsze, chory może nie zwracać na nią uwagi, lub pomijać w anamnezie, jeżeli była w okresie, w którym uważał się jeszcze za zdrowego. Co do obecności precinkowców w kiszkach u zdrowych, której zaprzecza kol. BUJWID, to przypadków takich znanych jest bardzo dużo.

PREZES stanowczo utrzymuje, że w przypadku cytowanym była cholera; naprzód dlatego, że seceyja wykazała zmiany właściwe dla cholery: *enteritis acutissima* i masę bakteryj w kiszkach, a powtóre chora po-

chodziła z miejscowości cholerycznej. Co się tycze wypróżnień, to dozorujący chorą stanowczo twierdzili, że ani wypróżnień, ani wymiotów nie było, co potwierdza w zupełności wypełnienie kiszki grubej masą ciastowatego kału; utraty przeto płynu być tutaj nie mogło.

Kol. KRYSIŃSKI na zarzut kol. BUJWIDA nie odpowiada po tem, co powiedział kol. SZWAJECER. Na dowód jak ostrożnym trzeba być we wnioskowaniu, przytacza fakt zadziwiający, przedstawiony w dniu 18 Marca r. b. przez GUERIN'A, że wystarcza zamiast epruwetki wziąć kolbkę, aby *bacillus anthracis* dodany do mleka dał *caeteris conditionibus paribus*, zupełnie odmienny rezultat rozkładu produktów.

Kol. BUJWID zwraca uwagę, że ze wszystkich objawów, spotykanych przy cholerycznej, ze wszystkich badań widnieje stałość znajdowania przecinkowców w kiszki przy cholerycznej epidemii; objawu przeto tak ważnego odrzucać nie można. Pojęcie zdrowia może być względne; ludzie przeto u których bakteryje znajdowano mogli nie być zdrowi i stanowczo za bezpiecznych dla otoczenia uważać ich nie należy. Fakty takie, jak przytoczony przez kol. KRYSIŃSKIEGO o *bacillus anthracis* są znane; szczepienie np. tężca na agarze w probówce i w kolbecie, daje wyniki całkiem odmiennie: w pierwszej nie rozwijają się zupełnie, w drugiej odbywa się rozwój prawidłowo.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne dnia 11 Kwietnia 1893 r.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 39.

Treść. Decyzycja Towarzystwa w kwestyi jubileuszu prof. ALEKSANDROWICZA. — Kol. NEUGEBAUER: Przedstawienie preparatu „Missed abortion.“ — Kol. BORSUK: W kwestyi techniki operacyjnej zranień przepony.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. **Nadesłano:** Podanie bezimienne o przedłużenie terminu składania rozpraw konkursowych. — Postanowiono przesłać do decyzji komitetu konkursowego. 2) Kol. SZUMLAŃSKI: Roczniki czasopisma „Internationale Klinische Rundschau“ z lat 1888, 89, 90, 91 i 92.

III. PREZES odczytuje list kol. MARKIEWICZA, w którym tenże zdaje sprawę z obrad nad projektowanym obchodem jubileuszu prof. ALEKSANDROWICZA i zapytuje o decyzję Towarzystwa. Postanowiono wydelegować jednego z członków do przyjęcia udziału w uczcie składkowej i wygłoszenia mowy w imieniu Towarzystwa.

IV. Kol. NEUGEBAUER przedstawił drugi preparat „Missed abortion.“ W odnośnym przypadku poronienie nastąpiło w 11-ym tygodniu

po domniemanem zająciu w ciąży; płód zaś co do rozwoju odpowiada połowie 6-go tygodnia.

V. Kol. BORSUK w swym odczycie w kwestyi techniki operacyjnej zranień przepony przedstawia cały szereg sposobów operowania. Odróżnia przytem dwie kategorie: pierwsza, gdzie stęp do zranionej przepony, torowany jest ze strony jamy opłucnej (HOROCH, POSTĘPSKI, RYDYGIER, MATLAKOWSKI); druga—ze strony jamy brzusznej (DELAHOUSSE). Uważa jednak kol. BORSUK wszystkie te sposoby za mniej lub więcej niedostateczne. Otóż kol. BORSUK sądzi, że najlepszy sposób jest SAWICKIEGO, który proponuje rezekować kilka żeber na odpowiednim miejscu zranienia przepony, następnie otworzyć jamę brzuszną i tędy zaszyć ranę przepony. Uznając tę metodę za najlepszą, kol. BORSUK dochodzi do następujących wniosków, że zaleta tego sposobu polega 1) na udogodnieniu, na ułatwieniu dostępu do miejsca zranienia przepony; 2) na tem, że możebnem się staje obejrzeć dokładnie i oczyścić jamę brzuszną, a także pośrednio i opłucnową; 3) że zmniejszonym zostaje napięcie mięśnia samej przepony, czem sprzyjamy zbliżeniu się i zrośnięciu rany przepony. Twierdzenie to popiera kol. BORSUK osobistem doświadczeniem, jakie osiągnął przy operowaniu rany przepony; gdzie przy użyciu sposobu SAWICKIEGO, z łatwością zaszył ranę przepony i mógł starannie przejrzeć jamę brzuszną, przyczem odnalazł jednocześnie skaleczony żołądek, który zeszył. (Autoreferat).

W dyskusyi kol. SAWICKI zwraca uwagę na ten przypadek, jako na bardzo interesujący wobec nierozstrzygniętej dotychczas kwestyi, jak należy w tych razach postępować. Operowanie ze strony opłucnej jest niedogodne, w pewnych jednak przypadkach może mieć miejsce, np. przy zranieniu przepony od tyłu z lewej strony, w bliskości kręgosłupa. Wogóle jest zdania, że przy ranach zadawanych od tyłu, należy otwierać jamę piersiową; przy zranieniu zaś od przodu, jamę brzuszną. Operowanie również *per thoracotomiam* uważa za wskazane przy przepuklinach przeponowych.

Kol. BORSUK przemawia stanowczo za tem, aby zawsze wykonywać laparotomię, przy której obejrzeć można narządy jamy brzusznej i przekonać się o ich zranieniu.

Kol. SZTEYNER nie zgadza się na to, aby w każdym przypadku otwierać jamę brzuszną; tam, gdzie rana przepony nie jest wielką, gdzie inne narządy nie są zranione, zagojenie następuje często bez poważniejszej interwencji. Na dowód tego przytacza przypadek spostrzegany ostatniemi czasy w klinice chirurgicznej. Chory przybył z raną kłótą przepony po stronie prawej, z jednoczesnem zranieniem opłucnej i otrzewnej; rana skórna była powierzchownie i niezdarnie zeszyta przez felczera. Po zdjęciu tego szwu i oczyszczeniu rany ze skrzepów, zaszyto ją *lege artis*; po kilku dniach wytworzył się w okolicy rany głęboki ropień, który otworzono i przekonano się, że rany i w opłucnej i w otrzewnej były już wtedy zagojone.

PREZES nadmienia, że tak pomyślne nawet zejście w przypadku świeżym niczego nie dowodzi i reguły postępowania stanowić nie może. Z własnych badań na zwierzętach przokonał się, że rana przepony przyjmuje kształt eliptyczny lub okrągły; brzegi jej nie zbliżają się i zabliznienie może nastąpić tylko przy zlepnem zapaleniu otrzewnej. W przeciwnym razie rana zostaje otwarta, występuje przepuklina przeponowa, którą rozpoznać trudno, a która może dać powód do zaburzeń bardzo poważnych.

Kol. SZTEYNER sądzi, że w cytowanym przezeń przypadku można rokować pomyślniej, rana bowiem była niewielka i przytem z prawej strony; wątroba więc zatykała otwór w przeponie, prócz tego nastąpiło zapalenie zlepie i opłucnej i otrzewnej, o czem można się było przekonać przy otwieraniu ropnia.

Kol. SAWICKI zaznacza, że jakkolwiek opłucna mogła zarosnąć, otwór jednak w przeponie pozostał — i może po kilkunastu nawet latach dać powód do przepukliny; obawiać się tego szczególnie należy u kobiet ciężarnych. Podnosi kwestyję ogólniejszą, czy przy ranach brzucha robić laparotomię, czy nie robić? Jeżeli przypadek kol. SZTEYNERA zakończył się pomyślnie, to należy on do wyjątków i postępowania takiego za regułę uważać nie można.

Kol. BORSUK przytacza przypadek dowodzący, że przy każdej drążącej ranie brzucha wskazaną jest laparotomija. Latem, w porze odnawiania sali operacyjnej, przywieziono do szpitala chorego, który został uderzony w brzuch; rana była niewielka. Kol. BORSUK na korytarzu szpitalnym, bez należytej pomocy, wykonał laparotomię i nie znalazłszy przy pobieżnym przegłądzie trzewów brzusznych żadnego uszkodzenia, brzuch zaszył. Po 2-ech tygodniach chory zmarł przy objawach zapalenia otrzewnej. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono ranę żołądka, która przy operacji została przeoczona.

Kol. KIJEWSKI w odpowiedzi na powyższe, przytacza doświadczenia na zwierzętach TRZEBICKY'ego, który przy głębokich nawet wkłóciach nożem do jamy brzusznej, nie zawsze mógł zranić kiszki; to samo miało miejsce w spostrzeżeniach RECLUS'A przy ranach postrzałowych i kłótych. Dowodzi to, że nie w każdym przypadku, zwłaszcza rau kłótych brzucha, laparotomija jest konieczną; przy wyraźnych objawach uszkodzenia kiszek należy naturalnie przystępować bezzwłocznie do laparatomii; w przeciwnym razie stosowniejszem będzie postępowanie ostrożne i nienarażanie chorego na zgubne skutki ciężkiej operacji.

Kol. SAWICKI mówi, że doświadczenia TRZEBICKY'ego niczego nie dowodzą, gdyż jelita psów są daleko odporniejsze niż ludzkie; co zaś do RECLUS'A, to są prace nowsze i lepsze, które nie zgadzają się z wywodami tego autora. Ze statystyki zebranej przez GĄBSZEWICZA widać, że przy ranach brzucha tylko 25% wyzdrowiewa bez laparatomii, a 75% po dokonaniu tej operacji. Ważnem jest i to, że najniebezpieczniejsze są rany jelit cienkich, mniej groźne żołądka i kiszek grubej; o miejscu zranienia jednak przekonać się można tylko przy laparo-

tomii. Mniejszą w każdym razie szkodę przyniesie choremu laparotomia, nawet niepotrzebna, próbna, niż zaniechanie operacji tam, gdzie nastąpiło zranienie jednego z narządów jamy brzusznej.

Kol. BUJWID zaznacza, że nawet u różnych zwierząt odporność kiszki jest niejednakowa, zranienie np. kiszki psa jest daleko trudniejsze niż królika, dlatego też do tych doświadczeń na zwierzętach zbyt wielkiej wagi przywiązywać nie można.

VI. Kol. KUCZYŃSKI odczytuje sprawozdanie z prac kol. STRZYŻOWSKIEGO i poleca wybór autora na członka korespondenta.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne dnia 18 Kwietnia 1893 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 67.

T r e ś ć. Kol. NEUGEBAUER. Przedstawienie chorej z *Athresia hymenalis vaginae congenita completa*.—Kol. STANKIEWICZ. Przedstawienie chorego z zagojoną raną ciętą przedramienia. — Kol. JAWDYŃSKI. Przedstawienie chorego z *Chondromata ossific. utriusque carpi*. — Kol. KOSIŃSKI. O rezekeyi kiszki.—Wybór dra NATANSONA na członka honorowego i dra STRZYŻOWSKIEGO na członka korespondenta.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. NEUGEBAUER przedstawia kobietę 33-letnią, od 12 lat zamężną; dzieci nie miała i mieć ich nie mogła wobec istnienia *athresiae hymenalis vaginae congenitae completae*. Pomimo jednak takiego zarosnięcia pochwy miewa co miesiąc peryjod, który nie odchodzi ani przez cewkę, ani przez kiszkę, lecz przez mały otworek, leżący z boku otworu cewki, przypuszczalnie przez prawy kanał GARTNER'A (embryjologiczna pozostałość przewodu WOLFF'A). Przy badaniu palcem można błonę zamykającą wejście do pochwy wepchnąć wgłąb na 7 ctm.

III. Kol. STANKIEWICZ przedstawia chorego z raną ciętą przedramienia, przy której prócz części powierzchownych przecięte zostały ścięgna mięśni *flexoris carpi radialis* i *flexoris sublimis*. Po odnalezieniu w ranie końców mięśni, zeszyto je, poczem zaszyto skórę; po 10 dniach nastąpiło zagojenie *per primam*, chory wszystkie ruchy wykonywa prawidłowo i bez bólu.

IV. Kol. JAWDYŃSKI przedstawia chłopca 20-letniego, u którego w 6-ym roku życia zauważono guzy, wyrastające na tylnej powierzchni lewej dłoni; stopniowo guzy te powiększały się i występowały nowe za-

równy na tej ręce jak i na prawej. Obecnie jest ich na lewej ręce 7, z których dwa na tylnej powierzchni wielkości dużej pięści, ulokowane są w ten sposób, że sprawiają wrażenie hantli trzymanyh w ręku; prócz tego jest jeden na powierzchni dłoniowej i 4 na trzech środkowych palcach; na prawem ręku są dwa guzy. Rozpoznanie nowotworów: *chondromata ossific. v. osteochondromata*; początek biorą przypuszczalnie z okostnej.

V. Prof. Kosiński przedstawia preparat wyciętej kieszki cienkiej (*ilei*) długości 34 ctm., uwięźniętej przez wyrostek robaczkowaty, który był znacznie wydłużony (13—14 ctm.) i na znacznej przestrzeni przyrosnięty do kieszki. Chory przez długi czas wahał się z operacją, przeszło przez pół roku miewał objawy *occlusionis*, które co pewien czas występowały w postaci ataków; po przejściu ataku chory czuł się względnie dobrze. W czasie jednego takiego ataku wykonano laparotomię, nie mając bynajmniej wyraźnych danych co do miejsca uwięźnięcia. Przebieg i zejście pooperacyjne bardzo pomyślne.

Ogólna ilość resekcyj kieszek cienkich począwszy od dwunastnicy, i kieszki grubej aż do *S romanum* włącznie, wykonanych przez prof. Kosińskiego od 1885 r., wynosi 30; wszystkie operacje dokonane zostały przez laparotomię i kieszka, z wyjątkiem jednego przypadku, była wycięta na całym obwodzie w postaci kawałka rurki rozmaitej długości: najkrótszy miał 6 ctm., najdłuższy 143. Cięcie ściany brzucha było albo na linii środkowej (normalna laparotomija), albo obwodowe w przypadkach, w których przed otwarciem jamy brzusznej można było wyraźnie rozpoznać, w jakim miejscu ma być usunięta kieszka (np. przy wymacalnych guzach okrężnicy), lub też przy uwięźniętych przepuklinach biodrowej i pachwinowej.

Co się tyczy metody operacyjnej, to wszystkie powyższe operacje wykonywane były na jednym posiedzeniu. Porównyując tę metodę z metodą TREVES'A, który dzieli operację na dwie części: w pierwszej wycina chory odcinek kieszki i końce jej przyszywa do otworu ściany brzusznej (*anus praeternaturalis*), w drugiej, po tygodniu lub dwóch, zeszywa końce kieszki i odprowadza ją do jamy brzusznej; prof. K. dochodzi do wniosku, że przy całej grupie resekcyj z powodu sztucznego odbytu i w znacznej części zwężeń lub zaciśnień niezapalnych (przy raku, gruźlicy, guzach w jamie brzusznej), jeżeli operacja nie jest robiona w zbyt późnym czasie, gdy okluzyja nie zagraża jeszcze życiu chorego, pierwszeństwo oddać należy metodzie jednorazowej. Metoda natomiast TREVES'A wskazana jest przy zgorzeli kieszki w uwięźniętej przepuklinie, przy wszystkich ostrych okluzyjach, powstałych skutkiem *volvulus*, *intussusceptio* i przy tych stanach, w których kieszka mniej lub więcej dotknięta jest zapaleniem zgorzelinowem, a otrzewna septycznie zakażona.

Przyczyny, dla których wykonywano rezekcję były następujące: 7 razy *anus praeternaturalis*, 7—rak kieszki grubej, 2—gruźlica, 5—zgorzel przy uwięźniętej przepuklinie, 2—zwężenie (*stricture*), 1—*volvulus*, 1—cysta krezki na zdrowej kieszce, 2—rany kieszki bez obrażenia ścia-

ny brzucha, 1 raz przedziurawienie kiszek przez pozostałą po owaryotomii pincetę.

Wobec tak różnorodnych przyczyn dziwnem się wydaje, że niema ani jednego przypadku *intussusceptio*, tem więcej, że przypadki takie nie należą bynajmniej do rzadkości. TREVES np. powiada, że inwaginacja stanowi $\frac{1}{3}$ wszystkich okluzyj i jest najczęstszą przyczyną niedrożności; cytuje on statystykę LEICHTENSTERN'A, w której $\frac{3}{4}$ wszystkich przypadków przypada na inwaginację. Fakt ten wytlómaczyć można tem jedynie, że inwaginacja w połowie przypadków zdarza się u dzieci przed 10-tym rokiem życia, najmłodszy zaś z chorych prof. KOSIŃSKIEGO miał lat 10, najstarszy 65 lat.

Co się tyczy śmiertelności, to na 30 operowanych zmarło 10, a mianowicie: przy *anus praeternaturalis* były 2 zejścia śmiertelne (na 9 przypadków), zależne nietylko od samej operacji, ile od istniejącego na długo przedtem ropnego zapalenia otrzewnej i znacznego wyniszczenia chorych jeszcze przed operacją; z 7-iu chorych z rakiem kiszek grubej zmarło 4; na 5 wreszcie przypadków zgorzeli przepuklinowej zakończyły się niepowodzeniem 4.

Porównyując dane powyższe z wynikami podobnych operacji, robionych w klinice BILROTH'A (na 51 — 20 zejść śmiertelnych), HOFMOKL'A (na 23—6) i CZERNY'ego (na 26—9) widzimy, że odsetka śmiertelności jest wszędzie mniej więcej jednakowa. Będzie ona jednak u prof. KOSIŃSKIEGO o wiele lepsza, jeżeli z ogólnej liczby wyliczyć 5 przypadków zgorzeli przepuklinowej, która nie wchodzi do żadnej z powyższych trzech statystyk.

Z pomiędzy przypadków raka okrężnicy prof. K. cytuje jeden, operowany w Lutym 1885 r. i dotyczący kobiety 29-letniej; chora ta żyje dotychczas i miała po operacji dwoje dzieci. Przypadek ten może stanowić dowód, że rak w kiszce rozwija się wolno i może być przez operację radykalnie usunięty.

W końcu swego przemówienia zwraca prof. K. uwagę na trudności rozpoznawcze przy przeszkodach w cyrkulacji zawartości kiszek. Jakkolwiek przyczyny, dla których wykonywają się resekcje, a tem samem i wskazania do tej operacji można teoretycznie ściśle określić i podporządkować, w praktyce jednak okazuje się, że tylko niektóre grupy zmian w kiszce pozwalają wskazać to uważać apriorystycznie za pewne: ma to miejsce przy *anus praeternaturalis*, przy raku i innych guzach, jeżeli je można ściśle rozpoznać, co jednak nie często się zdarza. Natomiast we wszystkich prawie przypadkach okluzyj wewnętrznych, powstających bądź w ostry sposób, bądź w chronicznych z przemijającymi zaostrzeniami, chirurg przystępuje do operacji, nie wiedząc, jaką mianowicie operację wypadnie zrobić, nie jest bowiem w stanie określić ani natury przeszkody, ani miejsca w którym się ona znajduje. Na dowód powyższego przytacza prof. K. przypadek, w którym NOTHNAGEL rozpoznał zwężenie bliznowate *ilei* w bliskości kiszek ślepej, operacja

natomiast wykonana przez prof. KOSIŃSKIEGO wykazała, że okluzja zależała od raka i znajdowała się w okrężnicy *in flexura sinistra*.

W dyskusji kol. STANKIEWICZ nadmienia, że przed 8-miu laty ogłosił przypadek operacji wycięcia kiszki, jaką robił poraz pierwszy przy uwięźniętej przepuklinie; chory zmarł. W 2-gim przypadku, zakończonym pomyślnie, wyciął przy sztucznym odbycie 25 cm. kiszki. Prócz tego robił dwie podobne operacje, jedną przy przepuklinie, drugą przy raku, które zakończyły się śmiercią chorych. Tym sposobem na 4 operacje miał 3 zejścia śmiertelne i jedno wyzdrowienie.

Kol. RAJCHMAN zaznacza, że zarówno ze statystyki prof. KOSIŃSKIEGO, jak i z innych statystyk przytaczanych przez niego okazuje się, że wyników tej operacji świetnymi nazwać nie można. Jeżeli do tego dodać trudności rozpoznawcze, to niepodobna się dziwić wahaniu lekarzy-internistów, z jakim chorym poddanie się operacji zalecają. Zwraca dalej uwagę chirurgów na nieuwzględnianą nigdzie przyczynę zejścia śmiertelnego; widział dwa przypadki, jeden po wycięciu wyrostka robaczkowego, drugi po operacji przepukliny, w których chorzy przy stanie bezgorączkowym i zupełnej przytomności zmarli skutkiem zapaści serca; w ostatnich czasach zaczęto przypisywać to zatruciu ustroju skutkiem rozkładu pasorzytów dotychczas niezbadanych.

Kol. JAWDYŃSKI zgadza się w zupełności na trudności rozpoznawcze, ale nie może się zgodzić na tak pesymistyczny pogląd kol. RAJCHMANA co do zejść po operacji. Jeżeli wykluczyć przepukliny, odsetka śmiertelności znacznie się zmniejszy; przepukliny nawet dadzą również wynik lepszy, jeżeli do operacji przystępować wcześniej. Robił w 2-ch przypadkach zgorzeli przepuklinowej wycięcie kiszki z zejściem pomyślnem. Prócz tego resekował kiszkę w 3-ch przypadkach bez przepukliny; w 1-ym była przetoka kiszkowa—zejście pomyślnie, w 2-im rak okrężnicy zstępującej u chorej przeszło 60-letniej, przebieg pooperacyjny idealny; 3-cia chora leży obecnie w szpitalu, jest to panna 16-letnia, która od pół roku miewała wymioty i mocne bóle w okolicy kiszki ślepej; objawów okluzji nie było; z wyników badania można było przypuszczać istnienie guza zewnątrzotrzewnowego i w tem przekonaniu przystąpiono do operacji, okazało się jednak, że sama kiszka była zwyrodniona w guz, że był to rak koloidalny, określony tak przez prof. BRODOWSKIEGO i PRZEWOSKIEGO. Chora jest obecnie na wygojeniu. Kol. JAWDYŃSKI jest zdania, że gdyby wogóle operowano wcześniej, wyniki pooperacyjne byłyby o wiele lepsze.

Kol. SZTEYNER. Statystyka resekcji kiszek w ogólności jest pomyślna, a ta, którą nam przytoczył prof. KOSIŃSKI, jest lepsza, niż statystyka BILLROTH'A; ten ostatni miał 20 przypadków śmiertelnych na 52 operacje, tymczasem prof. K. 10 na 30; wyniki te jeszcze pomyślniej wypadną, jeśli wyłączymy 5 przypadków wycięcia jelit, dokonanych z powodu przepuklin zgorzelinowych z 4-ma zejściami śmiertelnymi. W statystyce BILLROTH'A takie przypadki są wyłączone. Tym sposobem zostanie 6 zejść śmiertelnych na 24 przypadki rezekcji. Jeżelibyśmy

wyłączyli jeszcze przypadki nowotworów, powikłane ostrą niedrożnością jelit, oraz przypadki powikłane przed operacją zapaleniem ropnym, wtedy wyniki resekcyi kiszki okażą się bardzo pomyślnymi.

Przypadki, kończące się śmiercią po resekcyi kiszki w parę dni wśród objawów zapaści, są chirurgom oddawna dobrze znane; przy herniotomijach, niekiedy nawet wcześniej operowanych, według badań VERCHÈRE'A z kliniki VERNEUILLE'A, zależą one od laszcznika infekcyi herniowej; jest to w każdym razie rodzaj posocznicy szybko kończącej się śmiercią, niekiedy bez podniesienia ciepłoty.

Co się tyczy wreszcie rozpoznania, to dużą uwagę zwracać należy na wygląd i na wiek chorego. U osobników młodych najprawdopodobniejszą będzie zawsze gruźlica, u ludzi starszych, dobrze wyglądających, poprzednio zdrowych, przy okluzji idącej powoli, powinniśmy zawsze mieć na względzie nowotwór. (Autoreferat).

Kol. STANKIEWICZ nie wątpi, że złe wyniki resekcyi zależą od lekarzy, którzy najczęściej zbyt późno wzywają do operacyi chirurga, żąda, aby chirurg jednocześnie z lekarzem decydował o potrzebie i o chwili operacyi.

Prof. BARANOWSKI prosi o wyjaśnienie, jak prof. KOSIŃSKI zapatruje się na gruźlicę kiszki i dlaczego oddziela ją od zwężeń wogóle. W obec trudności rozpoznawczych i dla internisty i dla chirurga, zapytuje chirurgów, o ile usprawiedliwioną jest laparotomija wykonana w celach dyagnostycznych.

Prof. KOSIŃSKI objaśnia, że gruźlica powoduje zwykle mniejsze lub większe guzowatości, sprowadzające zrosty pętlic, przechodzące niekiedy w rozpad i dziurawiące kiszkę; terapija operacyjna polegać tu musi niejednokrotnie na wycięciu mniejszej lub większej części kiszki, na rozdzieleniu innych pozrastanych pętlic, wyskrobaniu granulacyj gruźliczych i t. p. Nie jest to ten stan, w którym robi się sama tylko laparotomija przy rozsianej ogólnej gruźlicy otrzewnej ściennej i trzewowej, wywołującej zwykle *ascites*.

Co się tyczy laparotomii próbnej, to jest ona wskazana przy okluzjach chronicznych i wynik może dać jaknajlepszy; w gwałtownych przypadkach przesądzać trudno. Operacyje te jednak są nieprzyjemne, z tego powodu, że często chirurg nie jest w stanie usunąć zwężenia i musi poprzestać tylko na laparotomii, narażając się na zarzuty ze strony publiczności nieświadomej rzeczy, chociaż operacyja sama przez się jest niewinna, a chorzy umierają na skutek choroby niedającej się usunąć.

Kol. SZTEYNER. Laparotomija próbna nie przedstawia prawie żadnego niebezpieczeństwa, jeżeli będzie wykonana wcześniej, a więc przede wszystkim w przypadkach przewlekłych, nie powikłanych ostrymi objawami niedrożności, nie powikłanych rozlanem zapaleniem otrzewnej lub rozsianiem nowotworu.

Dalszy ciąg dyskusyi z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia i przystąpiono do wyborów.

Na wniosek kol. ROTHEGO, poparty przez prof. BARANOWSKIEGO i PREZESA, i przyjęty przez Towarzystwo, wybór dra NATANSONA na członka honorowego został dopełniony przez aklamacyję.

Kol. STRZYŻOWSKI Antoni (z Piotrkowa) wybrany został większością głosów na członka korespondenta.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe dnia 25 Kwietnia 1893 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 67.

Treść. Zawiadomienie przez PREZESA o śmierci kolegi Edmunda MODRZEJEWSKIEGO. — Kol. NEUGEBAUER. Przedstawienie chorej i preparatu po operacji *atresiae vaginae*. — Kol. CIECHOMSKI. Przedstawienie chorego z raną kłótą śródpiersia. — Kol. GRUNDZACH. Przedstawienie chorej po operacji gastroenterostomii. — Kol. KRAMSZTYK Jul. Przedstawienie dziecka z ciężką. — Kol. OLECHOWICZ. Wyniki poszukiwań antropologicznych u ludności gubernii Lubelskiej. — Dalszy ciąg dyskusji z powodu odczytu prof. KOSIŃSKIEGO „O roseceyi kiszek.”

I. Protokół ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano: 1) SOBIERAŃSKI Wacław: a) O wchłouliwości skóry; b) Uwagi krytyczne nad farmakologiją żelaza. 2) Tow. lek. Charkowskie. Cholera 1892 roku w Charkowie i gubernii Charkowskiej.

III. PREZES zawiadamia o śmierci członka czynnego Towarzystwa kol. Edmunda MODRZEJEWSKIEGO, na którego trumnie w uznaniu zasług naukowych złożono od Towarzystwa wieniec. Na wniosek PREZESA pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

IV. Kol. NEUGEBAUER przedstawił chorą i preparat po operacji *atresiae hymenalis vaginae completae congenitae* (patrz protokół poprzedniego posiedzenia).

V. Kol. CIECHOMSKI przedstawił chorego, któremu w nocy dnia 25 Marca zadana została rana kłóta w okolicy prawego stawu mostko-obojęzycznego. Kol. CIECHOMSKI widział chorego na trzeci dzień po zranieniu, ciepłota wynosiła wówczas 39,5° C., oddychał i przelykał z wielką trudnością; na szyi miał obrzęk, na wargach sinicę. Rana w okolicy stawu mostko-obojęzycznego prawego miała długości 1½ ctm., przy głębszych oddechach wyciekała z niej ropa z pęcherzykami powietrza. Po rozszerzeniu rany zapomocą cięcia podłużnego okazało się, że sięga ona na 3 ctm. włąb do śródpiersia i zachodzi poza tchawicę. Cę

lem rozszerzenia rany kol. C. przeprowadził cięcie poprzeczne długości 5 ctm., odpreparował rękonożkę mostka i odpiłował ją, jak również koniec stawowy obojczyka i koniec mostkowy 1-go żebra. Po oczyszczeniu rany założył opatrunk.

W przebiegu gojenia łykanie było trudne, połączone z kaszlem, ciepłota podnosiła się niekiedy wyżej 40° C., dopiero po wprowadzeniu do rany drenu, stan zaczął się wyraźnie poprawiać.

Kol. CIECHOMSKI uważa ten przypadek za bardzo trudny ze względu na umiejscowienie rany i wielką szczupłość pola operacyjnego.

Prof. KOSIŃSKI nadmienia, że, o ile z opisu zrozumiał, kanał rany był niegłęboki, miał wszystkiego 3 ctm., a zatem kończył się tuż za mostkiem, tymczasem z objawów można sądzić, że obrażenie było głębsze, o czym jednak kol. CIECHOMSKI nie wspomina po wypłowaniu mostka.

Kol. CIECHOMSKI odpowiada, że objawy te tłumaczył sobie istnieniem flegmony septycznej; co do głębokości rany, to śledzenie jej było i trudne i niebezpieczne ze względu na cierpienie żył przy sprawach septycznych. Rękonożkę mostka odpiłował celem łatwiejszego zbadania rany,

VI. Kol. GRUNDZACH przedstawia chorą, która skutkiem zwężenia odźwiernika miała żołądek tak rozszerzony, że dolna granica sięgała na 3 palce poniżej pępka. Po operacji, wykonanej przez kol. ODERFELDA, stan poprawił się o tyle, że w 3 godziny po śniadaniu, po wydobyciu zawartości, wypłukaniu i napełnieniu żołądka 400 cc. wody, dolną granicę wypukuje się na 4 palce powyżej pępka.

VII, Kol. KRAMSZYK Jul. przedstawia dziecko, które miewa bardzo częste napady kurezu głośni, i u którego z łatwością wywołać można objawy tężyczki; zwraca uwagę, że tężyczka u dzieci nie jest bynajmniej chorobą rzadką i występuje jednocześnie z epidemią kurezu głośni, który ESCHERICH uważa za jeden z objawów tężyczki.

VIII. Kol. OLECHNOWICZ (z Lublina) wygłosił odczyt p. t. „Z charakterystyki antropologicznej ludności gub. Lubelskiej.“ Co się tyczy wzrostu, to pomiary wykazały, że szlachta przewyższa znacznie włościan, średnio o 5 ctm., a ponieważ obie warstwy społeczne należą do jednej rasy, przeto różnicę tłumaczyć należy tylko różnicą odżywiania.

W badaniu kończyn górnych dała się wykazać także znaczna różnica, mianowicie wybitne skracanie się rąk u szlachty, a szczególnie u szlachcianek.

Co do budowy głowy, szlachta i szlachcianki mają czaszki większe we wszystkich wymiarach, a pomimo to długość twarzy jest mniejsza.

Zestawienie badań w gub. Lubelskiej z wynikami poszukiwań prof. KOPERNICKIEGO w Galicji prowadzi do wykrycia prawa stopniowego zmniejszania się *brachycefalii* w kierunku północnym i wschodnim i do określenia czystego typu słowian, którego przedstawicielami są Podhalanie. — Szlachta jest typem bardzo czystym słowiańskim.

Analogiczne prawo rozszedlenia się Celtów na zachodzie Europy prowadzi do wniosku, że w górach Sabaudyi i w Tatrach przechował się typ niemal czysty Aryjów. (Autoreferat).

IX. Prof. Kosiński, zagajając dyskusję nad kwestyją postawioną przez prof. BARANOWSKIEGO: „O ile usprawiedliwioną jest laparotomia wykonana w celach dyagnostycznych,“ mówi, że niepodobnem jest stawianie wskazań do tej operacji, ponieważ robi się ją przy najróżnorodniejszych stanach chorobowych, i nazwę swą otrzymuje ona zwykle *a posteriori*, t. j. wówczas, gdy po otworzeniu jamy brzusznej i zbadaniu jej narządów okazuje się, że radykalna operacja jest niemożliwą. Chirurg, przystępując do laparotomii, ma na celu usunięcie nowotworu, przeszkody w cyrkulacji, zawartości kiszek lub t. p., a gdy to okaże się niemożliwem do wykonania, zaszywa jamę brzuszną i wówczas dopiero laparotomia otrzymuje nazwę próbnej, rozpoznawczej.

Częstą ta operacja nie jest. Z ogólnej liczby 349 laparotomij (nie licząc hernij) robionych w klinice chirurgicznej i na mieście—pada na próbne 33, (29 w klinice, 4 w zakładzie d-rów GRÜNBAUMA i CENTNERSZWEERA); robiono je 21 razy przy nowotworach złośliwych, 3 przy *occlusio*, 3 przy guzach nerek i 3 przy ciąży (normalnej, zewnątrzmacicznej i przy *uterus didelphys*). BILLROTH na 900 laparotomij, zrobionych w ciągu lat 25-iu, rozpoznawczych wykonał 72, przy *incarceratio interna* 8, przy guzach złośliwych 64.

Zejsście laparotomij próbnych jest rzeczywiście niepomyślne; z 33 zakończyło się śmiercią 14, u BILLROTH'A z 72—30. Są to liczby kolosalne w porównaniu z zejściem po laparotomijach wogóle: na 349 operowanych zmarło 93.

Kol. RAJCHMAN. W przemówieniu swem na poprzedniem posiedzeniu kol. STANKIEWICZ zrobił zarzut internistom, że zbyt późno wzywają chirurgów; zdaje się, że kol. S. miał na myśli ostre przypadki okluzji, w których późne wzywanie chirurgów zależy nietylko od lekarzy, ile od obawiającego się operacji otoczenia chorego. Inaczej rzecz się ma ze zwężeniami przewlekłymi, przy których zwykle chirurg wzywany bywa wcześniej. Kol. RAJCHMAN zabierając głos, miał na myśli więcej terapeutów niż chirurgów; uważał za stosowne zwrócić ich uwagę na tę ostrożność, jaką zachować należy przy decydowaniu się na operację, ze względu na trudności rozpoznawcze i na złe wyniki pooperacyjne; ostrożność niezbędną jest jeszcze i dla tego, że niektóre przypadki wyraźnej stenozy kończą się pomyślnie bez operacji; stenoza w tych razach zależy może od ciała obcego, najczęściej kamienia żółciowego, albo od zrostów sznurkowych, przy których kiszka zgina się pod kątem; zrost taki może się zczasem rozerwać i stenoza zniknie. Ruchy faliste ściany brzusznej zależą nie od kurczenia się mięśni, jak chce prof. KOSIŃSKI, lecz od tego, że przy zamknięciu światła kiszek uwidoczniają się przez skórę ich pętlice, wzmagają się ruchy perystaltyczne i ból podczas tych ruchów; płyn przez miejsce zwężenia przeciska się z bulgotaniem, po czem chory doznaje ulgi.

Co się wreszcie tyczy zagadkowej przyczyny zejść śmiertelnych, o jakiej wspominał kol. RAJCHMAN w swem przemówieniu, to RYDEL stanowczo wyklucza w tych stanach septycemię i żaden lasecznik powodujący te stany, nie został dotychczas zbadany.

Kol. KRYSIŃSKI. Kwestyja była postawiona, czy laparotomija próbna jest usprawiedliwiona, czy nie? Odpowiedź na to jest niemożliwa, gdyż danych statystycznych w tym względzie niema i być ich nie może, nikt bowiem na człowieku zdrowym doświadczeń robić nie będzie; jeżeli jednak prof. KOŚCIŃSKI na 33 operacje miał zejść śmiertelnych 14, to z tego dopiero wynika kwestyja, czy i o ile w tych przypadkach sama operacyja skróciła życie, które i tak długiem już być nie mogło. Wobec braku danych statystycznych, należy pozostawić doświadczeniu operatora decyzję, o ile ten rękoczyn jest dla chorego niebezpieczny, a nie uważając go za taki, chirurg nie powinien z operacyją zwlekać, lecz robić ją wcześniej, t. j. w warunkach o ile można najkorzystniejszych.

Kol. STANKIEWICZ zaznacza, że miał rzeczywiście na myśli przypadki ostre, do których wzywany był zawsze zapóźno i często w okolicznościach takich, że nie mógł odmówić operacyi, choć przewidywał zejście niepomysłne. W przewlekłych—chirurg rzeczywiście wzywany bywa wcześniej.

Co do laparotomii próbnej, to bez względu na to, w jakim celu ją wykonywać, będzie ona zawsze próbną. Robił takich operacyj 10 i miał jedno tylko zejście śmiertelne przy raku; w innych przypadkach nie widział, aby zły wpływ wywarła i sądzi, że jeżeli robić ją w warunkach pomysłnych, z zachowaniem aseptyki, to zawsze da wynik dobry.

Prof. KOŚCIŃSKI zaprzecza temu, aby mówił, że ruchy brzucha przy okluzyi zależą od ruchów mięśni; przeciwnie, zależą one od kiszek, lecz mięśnie proste brzucha z powodu *inscriptions tendineae*, nie jednakoowo pozwalają je na całej przestrzeni widzieć. U ludzi zdrowych, przy sprawie ostrej, ruchów tych prawie nie widać; w przewlekłych natomiast przypadkach, przy znacznem wycieńczeniu występują wyraźnie.

Częstość laparotomii próbnej zależy od krewkości chirurga, robi się ją przeważnie w przypadkach ciężkich, wątpliwych — i dlatego daje śmiertelność tak wysoką; pomysłniejsze wyniki otrzymane przez kol. STANKIEWICZA zależą prawdopodobnie od tego, że operował w przypadkach lżejszych. Wogóle biorąc, operacyja ta niebezpieczeństw nie przedstawia; bywają jednak przypadki, w których stanowi bezpośrednią przyczynę śmierci, na dowód czego prof. KOŚCIŃSKI przytacza przypadek, zakończony śmiercią skutkiem krwotoku pooperacyjnego.

Kol. JAWDYŃSKI zaznacza również, że nikt nie robi laparotomii na próbę, a w celu przyniesienia ulgi choremu; w tych jedynie przypadkach, w których się okaże, iż ulgi choremu przynieść nie można, operacyja otrzymuje nazwę próbnej.

Mając chorego z zaburzeniami okluzyjnymi, można wobec trudności rozpoznawczych poradzić operacyję celem znalezienia przyczyny

i usunięcia jej, i można gwarantować zejście pomyślne, jeżeli tylko stan ogólny jest względnie dobry i niema ostrych objawów okluzyjnych. W operowanych przez siebie przypadkach nie miał zejść śmiertelnych, nawet po częściowem oddzieleniu guza lub po wycinaniu kawałków nowotworu dla zbadania mikroskopowego. Chcąc dać ścisłą odpowiedź na kwestyję postawioną przez prof. BARANOWSKIEGO, należy ją sformułować w ten sposób: Laparotomija, jako sam rękoczyn, wykonana w stanie względnego zdrowia, daje wyniki zadawalniające.

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że wszystkie objaśnienia wskazują, iż w przypadkach przewlekłej okluzji i rozpoznanie (zarówno co do miejsca jak i co do natury zwięzienia) jest łatwiejsze, i nie można robić zarzutu, aby chirurg wołany był zapóźno; pomoc przychodzi we właściwej porze i jest skuteczna.

W ostrych natomiast przypadkach decyzja co do wezwania chirurga jest nadzwyczaj trudna. Wiadomo, że przy ostrych iukarcercacyjach 33% przypadków nawet przy groźnych objawach kończy się wyzdrowieniem bez pomocy chirurgicznej; statystyka natomiast wyników laparotomij nie jest zbyt zachęcająca. Wobec tego najważniejszym punktem dyskusji byłoby wskazanie tych oznak, które czynią operację niezbędną; tego jednak dyskusja nie wyjaśniła i, o ile sądzić można, nie wyjaśni; to właśnie stanowi słabą stronę tej operacji.

Kol. DUNIN mówi, że chwila uchwycenia operacji jest równie trudna dla terapeuty, jak i dla chirurga; ma zasadę, aby każdą okluzję leczyć razem z chirurgiem, a mimo to miał przypadki, w których wszystko do operacji było przygotowane, w ostatniej jednak chwili nastąpiła poprawa i operacja okazała się niepotrzebna. Trudno wogóle powiedzieć, gdzie operacja jest konieczna, gdzie nie; najczęściej konieczność zjawia się wówczas, gdy jest już zapóźno, a to jest także względne, bo przebieg bywa nieraz bardzo gwałtowny. Złe zejście laparotomij zależy, jak sądzi, w znacznym stopniu od tego, że trwają zbyt długo; radzi przeto dążyć do skrócenia operacji; radzi, aby nie szukać przeszkody i po znalezieniu nie rezekować, lecz z pierwszej pętlicy zrobić sztuczny odbył, a dopiero gdy stan chorego się poprawi, wykonać operację radykalną.

Kol. JAWDYŃSKI sądzi, że odsetka wyzdowień bez laparotomii, przytoczona przez prof. BARANOWSKIEGO, nie jest niezem usprawiedliwioną, w tych bowiem przypadkach, w których się robi laparotomiję, wszyscy prawie chorzy z pewnością zmarliby bez operacji. Co do propozycji kol. DUNINA, to niezawsze jest ona wykonalna; przy *intususceptio* np przy ucisku kiszki i obawie zgorzeli, przy *hernia obturatoria*, sztuczny odbył nie pomoże. Tego rodzaju operacja możliwa jest wówczas jedynie, gdy chirurg wie choć przypuszczalnie o miejscu przeszkody i o tem, że ona życiu chorego nie zagraża.

Kol. STANKIEWICZ. Chirurg doświadczony nigdy z operacją spieszyć się nie będzie, zdecyduje się jednak na nią, gdy stan chorego pogorszy się. Przy *incarceratio* decyzja jest bardzo trudna; w wielu je-

dnak przypadkach wczesne wezwanie chirurga i wczesna operacyja może uratować życie chorego. Co do chwili operacji, to wobec tego, że przy złym stanie ogólnym chorego i przy trudnościach w poszukiwaniu przeszkody, operacyja długo trwająca może dać wynik niepomyślny, rądzi w celu ułatwienia otwierać jamę otrzewnej dłuższem cięciem.

Kol. CIECHOMSKI. Stawianie wskazań do laparotomii napotyka na olbrzymie trudności. Z własnego doświadczenia przekonał się, że niema *critérium* na to, jakie są zmiany w jamie brzusznej, ponieważ przy jednakowych objawach podmiotowych znajduje się po otwarciu jamy brzusznej najrozmaitsze zmiany. Na dowód, że możliwem jest pomyślne zakończenie sprawy bez operacji, przytacza przypadek, w którym groźny stan chorej wskazywał na niezbędność natychmiastowej interwencji chirurgicznej, na prośbę chorej postanowiono operacyję opóźnić — i w trakcie tego objawy okluzji ustąpiły, chora wyzdrowiała.

Prof. KOSIŃSKI. Przy ostrych okluzjach sposób operacji, proponowany przez kol. DUNINA, jest najczęściej niemożliwy, trzeba bowiem koniecznie usunąć przeszkodę. Przy przewlekłych niedrożnościach, zależnych np. od raka lub od innych przyczyn, szczególnie w kiszce grubej, taka podwójna operacyja ma racyję bytu; — i w tych razach jednak nie można jej zalecać, jeżeli okluzya jest bardzo wysoka, lub jeżeli przyczyna jest tego rodzaju, że musi być koniecznie usunięta.

Kol. SAWICKI zwraca się jeszcze do postawionej ogólnikowo przez prof. BARANOWSKIEGO kwestyi, o ile jest bezpieczna laparotomija próbna. Nazwać jej bezwzględnie i zawsze bezpieczną dzisiaj nie można. Wpływ jej na organizm, poza aseptyką i stanem ogólnym chorego, warunkowuje się jeszcze stanem otrzewnej. Otrzewna prawidłowa, jak doowiedziano, reaguje dość silnie na proste tylko jej otwarcie i zaszcycie; odczyn ten jednakże nie pociąga tu za sobą większego niebezpieczeństwa. Otrzewna w stanie zapalenia przewlekłego reaguje słabo i otwarcie jej, być może, najmniej jest niebezpieczne. Natomiast laparotomija, wykonana w stanie podrażnienia otrzewnej lub też jej zapalenia ostrego, zwłaszcza ograniczonego, nie może być uważana za środek zupełnie niewinny. To też wskazania do niej powinny tu być ściśle określone. Na nieszczęście zarówno wskazania te, jakoteż i stopień niebezpieczeństwa laparotomii w tego rodzaju przypadkach nie jest nam dziś dokładnie znany—i bliższe zbadanie tego należy do przyszłości. (Autoreferat).

Kol. FAYTT przytacza przypadek okluzji, zakończony pomyślnie bez operacji.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne dnia 2 Maja 1883 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 43.

T r e ś ć. Kol. OŁTUSZEWSKI. Przedstawienie dwóch chorych, jąkających się i trzech wyleczonych jąkałów.—Kol. WOLBERG. Przedstawienie dziecka z guzem w jamie brzusznej. — Kol. GRUNDZACH. Zwężenie odźwiernika, *Gastroenterostomia*, wyleczenie. Ogólne uwagi co do tej operacji. — Kol. HEIMAN. Śmiertelne uderzenie ręką w twarz.—Kol. RYCHLIŃSKI. Anormalny pęczek włókien nerwowych na dnie 4-ej komory. — WICE-PREZES. Sprawozdanie z działalności Komitetów konkursowych i bibliotecznego.

I. Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Nadesłano: 1) SZWAJCER. Przyczynek do anatomii patologicznej tyfusu wysypkowego i cholery. 2) Sbornik trudow wraczej rodospomagatelnago zawiedenia. 3) Medicinskij otczet S. Peterburgskago rodo-wspomagatelnago zawiedenia za 1892 god.

III. Kol. OŁTUSZEWSKI przedstawił dwa ciekawe i rzadkie przypadki jąkania. Pierwszy przypadek dotyczył młodego chłopca Jakóba K., 14 lat liczącego, podlegającego jąkaniu od lat 5. Jedynym objawem jego cierpienia był silny skurecz wdychowy, połączony ze szmerem przypominającym czkawkę, występujący jedynie przy mowie, mianowicie na początku słów, daleko już rzadziej w środku wyrazów, a utrudniający mowę do najwyższego stopnia. Wzmiankowany skurecz był tak silny, że znosił w zupełności artykulację. Skurecz ten występował zarówno przy mowie jak i przy czytaniu. Z ruchów towarzyszących należy wspomnieć o podnoszeniu ramion, które występowało równocześnie ze skurczem przepony. Jąkanie tego rodzaju, noszące nazwę *balbuties singultien* polega na silnych skurczach przepony, połączonych ze szmerem krtaniowym, przypominającym czkawkę.

W drugim przypadku kol. OŁTUSZEWSKI zdemontrował na chorym W. K., 17 lat liczącym, a podlegającym jąkaniu od dzieciństwa, skurecz toniczny strun głosowych, polegający na skurczu stałym mięśni strun głosowych i utrudniający emisję głosu. Utrudnienie to dochodziło do tego stopnia, że wyrazy literalnie musiał wydławiać, przyczem sam *timbre* głosu był zmieniony, przytłumiony i przypominający poniekąd głos płaczliwy. Skurecz wzmiankowany zjawiał się na początku lub w środku mowy. Silne skurcze przepony, jakie można było widzieć w czasie napadu jąkania, zniewalały przypuszczać znaczne wysiłki, jakie chory czynił w celu wydobywania głosu. Opisany skurecz zjawiał się zarówno przy mowie jak i przy czytaniu. Z ruchów towarzyszących należy wspomnieć o prze-

Pam. T. L. T. 89. Z. II.

stępowaniu z nogi na nogę i ruchach kończyn górnych. Obok opisanego skurczu tonicznego strun głosowych, przedstawiającego najgłówniejszy objaw cierpienia, mieliśmy u tegoż chorego skurcze wdechowe, zjawiające się przy niektórych głosach, jak *k, b, t*; przyczem głoski te zostawały zazwyczaj wciągane prądem wdechowego powietrza, a więc wygłoszone niewyraźnie. Oprócz tych głównych objawów jąkania u tegoż chorego, mieliśmy jeszcze nieznaczne jąkanie spółgłoskowe; szczególnie przed głoskami *k, b*, mowę nosową i częściowe bełkotanie, dotyczące głoski *s* i od niej pochodzących.

Obok tego kol. OŁTUSZEWSKI przedstawił trzech jakałów uleczonych; a mianowicie: Adama K. 11 lat liczącego, podlegającego tej chorobie od lat dwóch. Anielę K. 17 lat, a jącąjąca się od lat 11-tu i Franciszka R. 22 lat, jącąjącego się od dzieciństwa. Leczenie we wszystkich tych przypadkach trwało 3 miesiące. [Autoreferat].

IV. Kol. WOLBERG przedstawia 8-letniego chłopca, Chaima L. z miasteczka Zelwy, gub. Grodzieńskiej, z guzem jamy brzusznej. Chłopiec ten żadnych chorób nie przechodził (*Lues, Rhachitis, Leucaemia, Peritonitis, Tuberculosis* wykluczone); rodzice zdrowi, matka rodziła 8 żywych dzieci; nie roniła wcale. Przed 4-ma miesiącami chłopiec zaczął chudnąć, a dopiero przed miesiącem, badający go lekarz z Wyłkowyszek [D-r JELEC] zauważył półokrągłe wypuklenie się górnej połowy brzucha i przysłał chorego do Warszawy. Guz rozciąga się od wyrostka męczukowatego aż do pępka; powierzchnia guza zupełnie płaska, chełbotanie wyraźne; nierówności nie wyczuwa się żadnych, odgłos zupełnie tępy. Dolna granica półkulista, zaczyna się od łuku żebrowego prawego, gdzie tępość zlewa się z tępością wątroby; następnie pomiędzy wątrobą a guzem wypukujemy pas z odgłosem bębnowym, a granica tępości guza półkulisto, dotknąwszy pępka, przechodzi na lewo do łuku żebrowego lewego, odgraniczając się od tępości śledziony przestrzenią z odgłosem bębnowym. Przy ułożeniu chorego na grzbiecie i lekkim uderzaniu w guzowatość palcami, wysłuchuje się wyraźny szmer pluskania (*Plätschern*); objaw ten ustępuje, gdy chory siedzi. Próbie przekłucie szpryczką PRAVAZ'a wykazało jako zawartość guza, płyn zupełnie przezroczysty, lekko żółtawy, w którym pod mikroskopem nie znaleziono *scolices* ani haczyków. Przy zagotowaniu płyn ściał się, osad biały; taż reakcja wystąpiła pod wpływem kwasu saletrzanego. Dla braku większej ilości płynu, nie można było zbadać go na zawartość kwasu bursztynowego i chlorków sodu [objawy bąblowca, wykluczonego zresztą istnieniem obfitej ilości białka w płynie]. Ciałek ropnych pod mikroskopem nie znaleziono.

Organy wewnętrzne: płuca, serce, wątroba, śledziona, gruczoły i t. p. w stanie prawidłowym.

Rozpoznanie niepewne; guz jest cystą, ale niepodobna określić bez operacji, czy powstała wskutek potajemnie i przewlekłe przebiegającej *peritonitis saccata*; czy też wyrosła z *mesenterium* lub innej tkanki jamy brzusznej.

Chory zostanie poddany operacyi w jednym ze szpitali Warszawskich i o dalszym przebiegu i zejściu będzie podana wiadomość w swoim czasie. [Autoreferat].

V. Kol. GRUNDZACH, opisuje przypadek zwężenia odźwiernika, jaki spostrzegał wspólnie z kol. MINTZEM w Czerwcu 1892 roku. Chora S. [z prowincyi], lat 36, od lat 15-tu choruje na żołądek. Miewała bóle, nudności i wymioty [na czczo i po jedzeniu] płynem bardzo kwaśnym. Jest wychudzona i osłabiona w wysokim stopniu. Chora ma cerę bladzielonkawą, skórę cienką, nie elastyczną; tkanki podskórnej prawie nie posiada. Inne narządy zdrowe. Brzuch wzdęty, rezystencyja poduszki powietrzem napełnionej. Niepokój robaczkowy bardzo wyraźny. Na prawo od pępka i nieco powyżej znajdujemy dość twardy ruchomy guz wielkości jaja kurzego. Dolna granica żołądka, przepełnionego [naczczo zrana] pokarmem, znajduje się na 3 poprzeczne palce poniżej pępka, na linii pępkowej; kilkakrotnie badano za pomocą zgłębnika zawartość czczego żołądka, przyczem wykryto, że naczczo zawsze znajdujemy dużo niestrawionych pokarmów [z dni poprzednich]. W osadzie drobnowidz wykrywa grzybki drożdżowe i czworaka żołądkowego. W przesączu zawsze znajdowano dość dużo kwasu solnego [wolnego i związanego].

Na zasadzie powyższych danych, a mianowicie: długoletniego trwania choroby, młodego wieku chorej, małego ruchomego guza, zwężającego odźwiernik, wraz z wtórną rozstrzenią, wreszcie dobrego wydzielania soku żołądkowego, rozpoznano: *hypertrophiam pylori, stricturem pylori benignam, dilatationem ventriculi consecutivam magno in gradu*. Chorej doradzono operacyję, która dokonana została przez kol. ODERFELDA na oddziale D-ra MATLAKOWSKIEGO, prowadzonym wówczas przez kol. CIECHOMSKIEGO. Wykonano *gastroenterostomiam anteriorem anticam*. Przebieg był zupełnie pomyślny, zagojenie *per primam*. W kilka miesięcy potem chorą kilkakrotnie za pomocą zgłębnika badano; ostatnio 28 Kwietnia, czyli w 10 miesięcy po operacyi. Wyniki badania bardzo wyraźnie przemawiają za tem, że czynność mechaniczna żołądka została całkowicie przywrócona, chemizm trawienia pozostał prawidłowy. Waga chorej wynosi 152,5 funtów, podczas gdy przed operacyją wynosiła 98 f. Dawna chora nie doznaje żadnych objawów dyspeptycznych, ma doskonały apetyt, codziennie stolec prawidłowy. Cera rumiana, zdrowa. Rokowanie, zdaniem kol. Gr., w przypadku tym jest najlepsze. Chora była demonstrowaną na posiedzeniu Towarzystwa dnia 25 Kwietnia.

W drugiej części swego odczytu kol. GRUNDZACH podaje krytyczny rozbiór wskazań do pyloroplastyki, pylorotomii i gastroenterostomii, przyczem zaznacza i motywuje wszystkie punkty.

Wskazanie do operacyi stanowią: 1) Rozstrzeń pierwotna (*dilatatio ventriculi primitiva*). 2) Rozstrzeń wtórna (*dilatatio ventriculi consecutiva*). 3) Wrzód żołądka chroniczny. 4) Nowotwory złośliwe [raki, mięsaki] odźwiernika i większej krzywizny, *resp.* ściany żołądka. 5) Peryjodyczny sokotok z krwotokami lub bez nich; bóle i nadzwyczaj obfite wymioty. 6) Sokotok stały z rozstrzenią.

Wszystkie te punkty kol. GRUNDZACH rozpatruje po szczególe, zaznaczając momenty ważniejsze, będące chwilą właściwą do operacji. Ostatnie dwa punkty podaje kcl. GRUNDZACH od siebie z punktu widzenia teoretycznego, nie spotykał bowiem tych wskazań w literaturze. Kol. GRUNDZACH kończy swój odczyt słowami LANGENBECK'a „*Nunquam retrorsum!*“! [Autoreferat].

W dyskusyi Sekretarz Stały zaznacza, że wprowadzanie nowego wyrazu „rozstrzeń“ jest zbyteczne, wobec daleko lepszego określenia: „rozszerzenie“; uważa, iż niezrozumiałem jest to, co kol. GRUNDZACH nazywa rozszerzeniem żołądka, bo nawet wówczas, gdy krzywizna mniejsza sięga poniżej pępka, może nie być rozszerzenia. Anatomija patologiczna nazywa rozszerzeniem stan, w którym powiększona jest pojemność żołądka; może on powstać: 1) przy przeszkodzie w wydzielaniu zawartości skutkiem zwężenia odźwiernika; 2) wskutek inercyi mięśni, najczęściej po zapaleniach kataralnych; 3) wskutek żarłoczności, np. u obłąkanych. Wyliczając przyczyny zwężenia odźwiernika, kol. GRUNDZACH zapomniał o zwężeniu zależnem od kolosalnego zgrubienia warstwy mięsnej żołądka przy odźwierniku, także skutkiem przewlekłego zapalenia kataralnego.

Kol. SOLMAN nadmienia, że kol. GRUNDZACH nie uwzględnił przeciwwskazań do wykonania gastro-enterostomii, z których na pierwszym miejscu postawić należy podeszły wiek chorych. Sam zabieg nie jest ani łatwy, ani prosty, operacja trwa nieraz przeszło godzinę.

Kol. DUNIN. Dla klinicysty większe ma znaczenie fizyologiczna sprawność narządu, niż stan anatomiczny; przy wskazaniach przeto do operacji należy myśleć o fizyologicznej niedomodze żołądka więcej, niż o jego rozszerzeniu. Co do samej operacji, to daje ona wyniki świetne; ale ma i pewne słabe strony, jako to: uporeczywe zaparcia i wracanie zawartości kiszek.

Kol. GRUNDZACH odpowiada, że nazwę „rozstrzeń“ nie on wprowadził, lecz, że używają jej już od dawna autorowie zarówno warszawscy jak i krakowscy; potwierdza to, co powiedział kol. DUNIN, że idzie głównie o zaburzenia czynnościowe i że, jeżeli na tym punkcie żołądek szwankuje, należy się uciec do pomocy operatorów. Co się tyczy przeciwwskazań, to sądzi, że przy ogólnym dobrym stanie chorego, wiek nie może stanowić przeszkody do operacji.

Sekretarz Stały nie widzi potrzeby wprowadzania nowych nazw wówczas, gdy stare są zupełnie dobre. Co do rozszerzeń żołądka, to nie wkraczając w postulaty praktyczne, sądzi, że na ich podstawie nie należy i nie można wprowadzać zmian w nomenklaturze anatomicznej.

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że nietylko w żołądku, ale i w płucach używamy różnych nazw dla oznaczenia różnych stanów, a mianowicie: *volumen pulmonis auctum*, rozdęcie i rozedma płuc. Klinicznie usprawiedliwionem jest takie odróżnianie powiększenia objętości organu przy prawidłowej funkcji, od zaburzeń funkcjonalnych, a nawet da się to usprawiedliwić pod względem anatomicznym.

Sekretarz Stały inaczej zapatruje się na taki podział zmian w płucach; sądzi, że *volumen auctum*, jest to stan wrodzony, rozdęcie zaś i rozedma są to dwa stopnie jednego i tego samego stanu.

VI. Kol. HEIMAN opisuje przypadek śmierci po uderzeniu ręką w twarz. 31 Maja r. z. przywieziono do szpitala Ujazdowskiego żołnierza, który skarżył się na wyciek ropny z lewego ucha i zawroty głowy. Na 5 dni przedtem, został on przez oficera uderzony 3 razy w głowę i twarz z lewej strony, poczem zaraz wyciekło z ucha kilka kropel krwi i wystąpił szum w uchu; po 36-ciu godzinach zjawił się wyciek ropny i zawrót głowy. Lekarz pułkowy, który badał chorego po wypadku, znalazł w przewodzie świeże skrzepy krwi, oraz pęknięcie błony bębenkowej. Przy badaniu w szpitalu znaleziono: chory prawidłowo zbudowany i dobrze odżywiany, leży spokojnie, a przy poruszeniu doznaje zawrotu głowy i wymiotuje: czucie i odruchy prawidłowe, źrenice rozszerzone, oddziałują na światło, język zbacza nieco naprawo, mowa wyraźna, tętno 90, drobne, ciepłota 36,5°, (następnych dni była mniej więcej taka sama). W uchu zewnętrznym znajduje się nieco płynu, błona zmętniała, przekrwiona, w górnej przedniej części szczelinowate pęknięcie, przez które przy przedmuchiwanu wydziela się ropa; słuch nieco tylko zmieniony, próba WEBER'A dodatnia, RINNE'go — ujemnie. Nazajutrz stan ogólny bez zmiany, ropienie z ucha większe.

Następnego dnia chory mógł się podnosić prawie bez zawrotów głowy; poprawa ta jednak trwała niedługo, nazajutrz bowiem zawroty były bardzo silne, ból głowy z lewej strony i zaparcie stołca; 5-go dnia chory stracił przytomność, czucie było niezmiernie wzmożone; o 8-jej wieczorem nastąpiła śmierć.

Badanie pośmiertne dokonane w 30 godzin wykazało: sklepienie czaszki zdrowe, opona twarda nieprzyrośnięta, błada, błona pajęczka przekrwiona; w bliskości lewej bruzdy ROLAND'A mała plama krwista, w samej błonie. *Venae meningeae mediae* z lewej strony trzy razy grubsze, niż z prawej; w zatoce poprzecznej ciemna, zakrzepła krew; podstawa czaszki nienaruszona. W bocznej lewej komórecie mózgu 8 grm. płynu surowiczego z domieszką krwi. W jamie bębenkowej nieco ropy, kostki zdrowe, *porus acusticus* nienaruszony; w uchu wewnętrznym zmian nie było. Prócz tego znaleziono: *pleuritis sicca i arteriosclerosis aortae descendens incipiens*.

Za życia rozpoznawano: *ruptura membranae tympani, otitis media acuta i commotio cerebri*; przypuszczano obok tego zmiany w mózdzku, których jednak nie znaleziono. Było tylko *commotio cerebri*, które uwydatniło się przekrwieniem błon po lewej stronie.

Tym sposobem cierpienie ucha i wstrząśnienie mózgu było niezależnie jedno od drugiego. Godnem zaznaczenia jest to, że u człowieka młodego i zupełnie zdrowego, przyczyna stosunkowo niewielka spowodowała tak fatalne następstwa.

VII. Kol. RYCHLIŃSKI, wypowiedział i poparł stosowną demonstracją preparatów drobnowidzowych, rzecz: „O anormalnym pęczku włókien nerwowych na dnie 4-ej komory“. Pęczek obserwowany przez kol. R. leży w tej siatce włókien nerwowych, która otacza kanał ośrodkowy mlecza, i różni się od pęczka PICK'a, ogłoszonego w 1891 r. Anormalne włókna nerwowe, o których mówi kol. RYCHLIŃSKI, dzielą się powyżej krzyżowania dróg piramidalnych na 2-ie nierówne części, i podnoszą się coraz wyżej, zwiększając, jak wykazują cyfry, które przytoczył prelegent, swą objętość z jednej strony, z drugiej zaś odsuwając się coraz dalej od ośrodkowego kanału, a następnie od linii środkowej dna 4-ej komory giną na różnych wysokościach w wyźłobieniu, jakie tworzy z jednej strony dno 4-ej komory, z drugiej zaś *crura anteriora ad corpora quadrigemina*.

Skończywszy z drogami, jakie podobało się obrać obserwowanemu przez kol. RYCHLIŃSKIEGO pęczkowi, zastawia się prelegent nad pytaniem, jaki jest początek anormalnych dróg nerwowych w tym przypadku. Na pytanie to odpowiada przypuszczeniem, że pęczek jego powstał z tej siatki włókien nerwowych, która otacza kanał ośrodkowy. Według SCHÜTZ'A, siatka ta wraz z małym pasemkiem włókien nerwowych, które się zjawia powyżej krzyżowania dróg piramidalnych i które SCHÜTZ nazywa „tylnym grzbietowym pęczkiem“ służy za drogę łączącą ośrodki mózgowia z jądrami nerwów czaszkowych i mleczem. Kol. R. wypowiada przypuszczenie, że anomalija w jego przypadku polega na tem, że włókna siatki nerwowej z prawej strony od kanału ośrodkowego, zamiast pść się ku górze bez porządku, skupiły się w pęczek, i w takim skupieniu prawdopodobnie dążą tam, gdzie SCHÜTZ widzi koniec swojego „*dorsales Längsbündel*“. Oprócz anormalności, o której mówił kol. R., rdzeń badany przez niego przedstawiał pewne nieprawidłowości w przejściu dróg piramidalnych z prawej strony. Wszystko to razem wzięte, według mniemania kol. R., potwierdza zdanie wypowiedziane przez wielu wybitnych badaczy, że organiczne cierpienia mózgu, chętniej osiedlają się u tych osobników, których układ nerwowy nieprawidłowo się rozwijał, (Autoreferat).

W dyskusji Sekretarz Stały zapytuje prelegenta, czy nie udało mu się zaobserwować, jaki stosunek panuje pomiędzy włóknami jego pęczka, i komórkami stanowiącymi jądra nerwów czaszkowych z jednej strony; z drugiej zaś, jaki związek ma siatka włókien nerwowych, otaczająca kanał ośrodkowy, z komórkami szarej substancji mlecza.

Kol. RYCHLIŃSKI na pierwsze pytanie odpowiada, że pęczek przez niego obserwowany jest dziełem przypadku, a nie wcześniej uczynionego założenia, i że badań w tym kierunku nie podejmował. Co się tyczy drugiego pytania, to histologija układu nerwowego, nic pewnego w tym względzie nie wypowiada; według kol. R. połączenie takie musi istnieć, gdyż dowodzi tego kliniczna obserwacja tych przypadków syringomyelii i hydromyelii, które ograniczają się li tylko na rozszerzeniu kanału ośrodkowego. Przy takim bowiem cierpieniu przedewszystkiem w sprawę

wciągnięta jest właśnie ta siatka włókien nerwowych, która otacza kanał ośrodkowy i klinicznie wyraża się bólami różnego charakteru i t. p. Kol. R. przypuszcza, że najlepszym dowodem wniosków SCHÜTZ'A będzie wykazanie wtórnej wschodzącej degeneracji włókien nerwowych tej siatki przy syringo- i hydromyeli.

VIII. WICEPREZES zdaje sprawę z działalności komitetów konkursowych D-ra KOCZOROWSKIEGO i D-ra CHAŁUBIŃSKIEGO.

Co do 1-go to otrzymano podanie o utrzymanie na rok przyszły 3-ech tematów; wobec tego, że pracy żadnej nie nadeszło, komitet uznał za właściwe uczynić zadosyć temu życzeniu; oraz przedstawić na rok bieżący wszystkie tematy poprzednie i dwa nowe. Wszystkie tematy rozesłane zostaną członkom przez okólnik.

Na konkurs D-ra CHAŁUBIŃSKIEGO nadeszło 3 prace, które w d. 26 z. m. zostały komitetowi przedstawione; są one obecnie w czytaniu; wynik konkursu ogłoszony zostanie we Wrześniu.

Komitet biblioteczny zgodnie z regulaminem rozpoczął już swoje czynności i d. 22 z. m. odbył pierwsze posiedzenie.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES D-r *E. Przewoski.*

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne dnia 15 Maja 1893 roku.

PREZES *Przewoski.*

Obecnych członków 54.

Treść. Kol. JAWDYŃSKI. Operacyja i rozpoznanie guza jamy brzusznej u dziecka, przedstawionego na ostatniem posiedzeniu przez kol. WOLBERGA. — Kol. HEIMAN. Przedstawienie preparatu ropnia mózdzku. — Kol. STANKIEWICZ. Mięsak pęcherza moczowego. Uwagi nad cystoskopiją i szwem pęcherzowym.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia, po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesła no: Podanie kol. MICHAŁA KĘPIŃSKIEGO o przyjęcie w poczet członków czynnych Towarzystwa. Przedstawia kol. SOKOŁOWSKI; popierają koledzy; THIEME i ZYGMUNT KRAMSZTYK; sprawozdawca kol. KAMOCKI.

III. Kol. JAWDYŃSKI podaje, że dziecku, przedstawionemu na ostatniem posiedzeniu przez kol. WOLBERGA, wykonał operacyję, przy której okazała się torbiel trzustki; guz ten był w tak ścisłym związku z żołądkiem i wątroba, że usunąć go nie było można; ograniczono się jedynie do wszycia guza w ściany brzuszne i założono worek MIKULICZA. Chory ma się zupełnie dobrze.

IV. Kol. HEIMAN przedstawia preparat ropnia wyrostka robaczkowego i lewej półkuli mózdzku: ropień ten powstał skutkiem sprawy ropnej w uchu; za życia nie dawał żadnych objawów i nie był rozpoznany.

V. Kol. STANKIEWICZ—opisał operowany przez siebie przypadek mięsaka pęcherza moczowego, rozpoznany wyłącznie za pomocą cystoskopu; oraz podał ogólne uwagi nad cystoskopią i szwem pęcherzowym.

PREZES odczyt powyższy uzupełnił opisem wyniku badania drobnowidzowego usuniętego guza i przedstawił preparaty drobnowidzowe.

W dyskusyi Sekretarz Stały zwraca uwagę na tę okoliczność, że podług historii choroby, chory od roku miewa krwawienia, a tymczasem nowotwór z cechami złośliwemi, doszedł tylko do wielkości wiśni; przypuszcza, że nabrał on cech złośliwych dopiero w ostatnich czasach, a przedtem był to włókniak, który jako nowotwór łagodny, mógł nie wywoływać żadnych zaburzeń.

PREZES odpowiada, że zarówno jak na skórze i w innych narządach, może i w pęcherzu nowotwór rosnąć z początku bardzo wolno, a potem lada przyczyna wywołać może szybkie powiększenie się objętości guza.

Sekretarz Stały uważa, że przypuszczenie takie, wobec niewątpliwego istnienia podobnych faktów, zwłaszcza przy nowotworach łagodnych, byłoby i w danym razie możliwe, gdyby konsystencyja guza była większą; tu jednak jest prawie *sarcoma medullare*, a guz taki rośnie zwykle bardzo szybko. Dlatego też można przypuszczać, że nowotwór był dawniej więcej zbliżony do fibromatu; wiadomo przecież, że ścisłej granicy pomiędzy włókniakami i mięsakami postawić niepodobna.

Prof. KOSIŃSKI zaznacza, że guz na preparacie przy małym powiększeniu wygląda tak, jak opisany przez THOMPSON'A *fibrome mixte*, który z czasem przechodzi w raka, lub mięsaka. Na dowód, że nowotwory złośliwe w pęcherzu rosą nieraz wolno, przytacza kilka przypadków raka, w których cierpienie trwało lata całe.

Co się tyczy szwu pęcherzowego, to uważa, że *prima intentio* należy tu przeważnie do iluzyi i udaje się niezmiernie rzadko, z powodu tworzenia się pomiędzy warstwami ściany pęcherza zatok moczowych. Sądzi, że w praktyce mniej jest pożyteczny rychłozrost, niż gojenie rany z drenem syfonowym; łatwiejsza jest *prima intentio* przy sposobie RYDYGIERA, operacyi *per laparotomiam*.

Kol. STANKIEWICZ zgadza się na to, że warunki szwu w pęcherzu są bardzo trudne; zachęcony szybkością, z jaką następowało gojenie przy szwie częściowym, zdecydował się na próbę zaszyć całą ranę; powstawaniu zatoki zapobiega nałożenie szwów bezpieczeństwa.

Sekretarz Stały sądzi, że w przypadkach cytowanych przez prof. KOSIŃSKIEGO, nie było prawdopodobnie raka od początku a rozwiniął się dopiero pod koniec; trudno bowiem przypuścić, aby narząd taki jak pęcherz mógł przez kilka lat znosić tak niszczący proces. Chirurgowie przyjmują zazwyczaj za raki *fibromata papillaria*, które mogą z czasem przeistaczać się w raka, a są niebezpieczne same przez się z powodu obfitych krwotoków.

Kol. JAWDYŃSKI, opierając się na własnem doświadczeniu, uważa, że rychłozrost w pęcherzu udaje się często; i że dążyć należy do tego,

aby go otrzymać zawsze. Przedstawiał w Towarzystwie 3 przypadki, z których w jednym zaszył pęcherz całkowicie, w 2-ch pozostałych wprowadził w dolną część rany po kawałku gazy; we wszystkich nastąpiło zupełne zagojenie. W r. z. po operacji kamienia nałożył również szew na całą ranę; moczu przez krótki czas sączył się przez jeden ze szwów, i tu jednak rana zagoiła się *per primam*.

Prof. KOSIŃSKI, w odpowiedzi Sekretarzowi Stałemu, zaznacza, że trudno wogóle powiedzieć, kiedy w przytoczonych przypadkach zaczął się rak; z objawów zdawało się, że był już dawno. Jeżeli raki w innych narządach trwać mogą nawet 20 lat, nie robiąc zniszczenia, to przez analogję można przypuszczać, że może to mieć miejsce i w pęcherzu.

Co się tyczy szwu,—to nie utrzymywał, aby się nie udawał nigdy, ale, że należy do rzadkości; z przypadków cytowanych przez Kol. JAWDYŃSKIEGO, zaszycie udało się właściwie tylko w jednym; w innych był otwór, który na szczęście zagoił się szybko i nie doszło do wytworzenia zatoki.

Kol. JAWDYŃSKI odpowiada, że chociaż nawet przez kilka dni wycieka trochę moczu, to jest to dla chorego stanowczo lepsze, niż nieruchome leżenie z syfonem przez kilka tygodni; zasługą szwu nałożonego dokładnie, jest to, że wszystkie części zrastają się w ciągu tygodnia; a mocz jeżeli się przesącza, to tylko przez otwór nitki.

Na uwagę kol. KONDRATOWICZA, że przy przetokach pęcherzowo-pochwowych, zasadą jest leczyć je *per primam*—a jednak zatoki się nie tworzą, prof. KOSIŃSKI odpowiada, że mówił jedynie o *sectio alta*; przy przetokach zaś inne postępowanie, niż dążenie do rychłozrostu jest niemożliwe.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe dnia 30 Maja 1893 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 54-ch.

Treść: Kol. JAWDYŃSKI. Przedstawienie chorej po operacyi torbieli w okolicy lewej łopatki i opis usuniętego guza, przez Sekretarza Stałego.—Kol. KRYSIŃSKI. Przedstawienie preparatu torbieli łożyska.—Kol. DUNIN i KRAJEWSKI. Ropień mózgowy wyleczony zapomocą trepanacyi (z demonstracyją chorego):

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano: 1) FAJERSZTAJN. Rzut oka na nowsze badania w dziedzinie anatomii układu nerwowego. Odb. z „Gaz. Lek.“ 1893 r.

2) WOŁKOWICZ. O wartości leczniczej salolu w biegunce cholelitycznej „Odb. z Gaz. Lek.“ 1892 r.

3) JANOWSKI. Przyczynek do anatomii patologicznej marskości wątroby u człowieka powstałej pod wpływem zastoju żółci.—Rozprawa na stopień Doktora Medycyny 1893 r. (po rosyjsku).

Pam. T. L. T. 89. Z. II.

III. PREZES zawiadamia o otrzymaniu od Oberpolicmajstra miasta Warszawy wezwania do złożenia sprawozdania z działalności Towarzystwa. Odpowiednie sprawozdanie zatwierdzono.

IV. Kol. JAWDYŃSKI przedstawia chorą po wyłuszczeniu dość rzadkiej torbieli. Kobieta wiejska, 27 letnia, bardzo dobrze odżywiana, przechodziła przed paru miesiącami ostrą chorobę, którą określa jako zapalenie płuc i po której pozostał ból ciągły w lewym boku.

Przy badaniu chorej w oddziale chirurgicznym Szpitala Dzieciątka Jezus znalazł kol. JAWDYŃSKI guz w postaci wałka bez wyraźnych granic, otaczający dolny i wewnętrzny brzeg lewej łopatki i pokryty niezmienną skórą. Część guza znajdowała się pod łopatką i pod mięśniami grzbietu. Guz ten był miękki, puszysty; zawartość jego napół gęstawa, z łatwością dawała się zepchnąć ku dołowi łopatki, gdzie przy obmacywaniu można było skonstatować jakby bardzo niewyraźną fluktuację. Bolesności przy badaniu prawie nie było. Rozpoznanie nastroczało znaczne trudności.

Najwięcej danych przemawiało za torbielą skórzastą lub rozrośniętą torebką maziową z częściami stałymi, na podobieństwo *hygroma praepatellare*. Przed dwoma tygodniami przystąpiono do usunięcia guza: poprowadzono cięcie półkoliste, otaczające łopatkę od wewnątrz i od dołu, przecięto niektóre mięśnie grzbietu i odseparowano guz, luźno zrosnięty z otaczającymi tkankami. Po odsunięciu łopatki za pomocą haka ku górze, przekonano się o istnieniu bardzo silnego zrostu guza z mięśniem podłopatkowym, oraz 6-m i 5-m żebrem. Przy oddzielaniu od mięśnia torbiel pękała i wylewał się z niej płyn z charakterem surowiczym; żebro 5-e i 6-e resekowano na przestrzeni około 6 cm. i wtedy skonstatowano istnienie w klatce piersiowej części guza, wielkości połowy brzoskwiń, zrosniętej mocno z opłucną i płucem. Wyrostek ten głównego guza usunięto poczęści razem z kawałkami miąższu płucnego, poczęści odseparowano go od opłucnej, która przytem uległa w paru miejscach przedziurawieniu. Po zeszytciu opłucnej zaszyto ranę, pozostawiając niewielką jej część, przez którą wprowadzono pod łopatkę pasek gazy jodoformowej. Wciągu pierwszych dwu dni chora skarżyła się na trudność oddechania; zresztą przebieg pooperacyjny był zupełnie dobry.

Sekretarz stały demonstruje wycięty przez kol. JAWDYŃSKIEGO guz. Jest to torbiel dość znacznej wielkości. Wewnętrzna powierzchnia jej ścianki nierówna, strzępiasta, pofałdowana, z resztkami przegród świadczy o tem, że była to początkowo torbiel złożona.

Część torbieli z jamy opłucnej jest w bezpośrednim związku z główną cystą i posiada ściany także nierówne, strzępiaste. W zawartości, której w torbieli pozostała niewielka ilość (preparat przysłano do zbadania we 24 godziny po operacji) pływała wielka ilość ciał jakby chrząstkowatych, które pod mikroskopem robiły wrażenie błonek bąblowca. Nasuwało się pytanie, czy nie jest to zamarły bąblowiec. Przeciw takiemu przypuszczeniu przemawiał jednak brak objawów kurczenia się torbieli, jakiemu zwykle podlega zamarły bąblowiec. Z drugiej strony, gdy-

by to był *echinococcus*, to ze względu na formę cysty—z wypukleniami nazewnątrz, musiałby to być rzadko spotykany *echinococcus veterinorum*. Zresztą, przy ściślejszem badaniu, w ścianach cysty i przegrodach znaleziono twory, podobne do tych, które pływały w zawartości torbieli. Twory te są to niezawodnie produkty zwyrodnienia szklistego—*degeneratio hyalina*. Brak potrzeby wytworzenia się *bursae mucosae* w miejscu zajętem przez torbiel, przemawia przeciw przypuszczeniu, że mamy do czynienia z *higroma proliferum*. Najprawdopodobniejszym wydaje się mówcy, że dany guz jest opisaną przez HAECKEL'A „*prolifere cystoide Bindegewebswucherung*“.

V. Kol. KRYSIŃSKI przedstawia nadzwyczaj rzadki okaz torbieli łożyska. Przy osadzie sznurka pępkowego wychodzi cysta na szypule długości około 30 cm. Wielkość cysty w chwili porodu dochodziła wymiarów głowy dorosłego człowieka. Na tydzień przed porodem, 12-ym zrzędu, chora przestała czuć ruchy płodu. Poród był bardzo trudny. Naprzód urodziła się torbiel i jej szypuła, następnie martwy płód niezwykłej wielkości: długość jego wynosiła 56 cm., waga 16 funt., szerokość ramion złożonych 18,5 cm. Jeszcze przed urodzeniem płodu torbiel pękła. Zawartość jej były to wody płodowe, z cokolwiek brunatnym odzieniem, bez zapachu i części stałych. Zachodzi pytanie, jaka była przyczyna śmierci płodu; czy tą przyczyną nie była *diabetes*, na którą chora cierpiała od 5 czy 6-ciu lat. Rozstrzygnięcie tego ostatniego pytania nie jest łatwe; nie wiemy bowiem, jak *diabetes* wpływa na przebieg ciąży. Nieliczni autorowie, którzy poruszają tę kwestyję, są zdania, iż przy tej chorobie albo wcale nie dochodzi do ciąży, albo w pierwszych miesiącach następuje poronienie. W danym przypadku, gdzie płód był zupełnie wykształcony i niezwykle wielki, może zachodziła inna przyczyna jego śmierci; może nią był ucisk cysty na grubą pępowinę. Prócz niezwykłej wielkości (opisane dotychczas cysty łożyska były niewielkie, stanowiły zaledwie wypuklenie *amni*) dana torbiel zasługuje jeszcze na uwagę ze względu na utrudnienie rozpoznania ciąży i porodu.

VI. Kol. DUNIN przedstawia chorego po trepanacyi czaszki z powodu ropnia mózgowego.

Mówca zaznacza, że jest to już trzeci przypadek trepanacyi czaszki, jaki obserwuje wspólnie z kol. KRAJEWSKIM. W pierwszym z tych przypadków na zasadzie napadów *epilepsiae partialis* i porażen, które nie ustępowały od kuracyi antyluetycznej, rozpoznano ognisko chorobowe w *gyrus centralis*. Kol. KRAJEWSKI wykonał trepanacyję czaszki i usunął ognisko, powstałe wskutek wylewu w *gyrus centralis posterior i anterior*. Chory wyzdrowiał i kiedy był przedstawiany w naszym Towarzystwie, jako ślady przebytej choroby widziano jeszcze pewien stopień ataksyi w kończynach. Po paru miesiącach objawy chorobowe wróciły, a w 8 czy 9 miesięcy po operacyi chory zmarł. Autopsya wykazała w miejscu ogniska obszerną bliznę, zrosniętą z *dura mater*, która znowu była mocno zrosniętą ze skórą. Komora boczna mózgu na odpowiedniej stronie

była 3—4 razy rozszerzoną, czego powodem była zapewne konieczność wypełnienia braku pewnej części substancji mózgowej.

Drugi chory, w wieku 60 lat, przybył na oddział kol. DUNINA nieprzytomny, z częściową epilepsją kończyny górnej lewej. Rozpoznanie co do lokalizacji było więc łatwe; a kiedy w paru miejscach pod skórą chorego znaleziono wagi, nie było już wątpliwości i co do istoty cierpienia. Rozpoznano *cysticercus* w części środkowej *lobi centralis ant. et post.* i po dokonaniu przez kol. KRAJEWSKIEGO trepanacji w miejscu wskazanem, znaleziono 3-y pęcherzyki wagra, z których jeden leżał we wgłębieniu istoty szarej mózgu. Chory w kilka godzin po operacji zmarł, a autopsya wykazała w mózgu sto kilkadziesiąt wagrów. Wgłębienie, z którego wyjęto podczas operacji jeden z pęcherzyków, było już wyglądzone.

Historija obecnego przypadku następująca:

Przed kilkoma miesiącami na oddział kol. DUNINA przybył chory, 28-letni, skarżący się na gorączkę, kaszel i krwioplucie. Przy badaniu znaleziono w prawym płucu, počawszy od 2-go żebra, aż do dolnej granicy płuca tępość i rżężenia. Płwocina bardzo cuchnąca i oddawana w wielkiej ilości, dzieli się przy staniu na 3 warstwy; górną — śluzową, środkową — przezroczystą, dolną — ropną. Badanie mikroskopowe wykazało w płwocinie ciała ropne, czerwone krążki krwi, kryształy kwasów tłuszczowych i włókna sprężyste. Prątków gruźliczych nie znaleziono. Wobec tych danych rozpoznano zgorzel płuca. Po 3-ch tygodniach ciepłota ciała chorego spadała; nastąpiła subiektywna i obiektywna poprawa; chory prosił o wypisanie ze szpitala, gdy nagle dostał wieczorem, według świadectwa posługaczki, napadu epileptycznego. Przedtem podobnych napadów chory nie doznawał. Nazajutrz zauważyć można było tylko wzmoczenie odruchów w kończynie lewej górnej i dolnej. Chory pomimo to wypisał się; lecz już 3-go dnia powrócił na oddział, opowiadając, iż zaraz po wyjściu ze szpitala miał napad epileptyczny, który następnie powtórzył się jeszcze kilka razy. Chory nie gorączkuje; jest jakby odurzony; skarży się na zawroty i bóle głowy, których nigdy przedtem nie doznawał. Zauważyć można porażenie lewej połowy ciała, o wiele silniej zaznaczone w kończynie dolnej, niż w górnej. Badanie całego systemu nerwowego, prócz *epilepsia spinalis* i wzmocnienia odruchów, żadnych innych objawów nie wykazało. Rozpoznano ropień mózgowy w zrazie ciemieniowym, powstały na tle zgorzeli płuca, która po cierpieniach ucha średniego jest najczęstszą przyczyną takich ropni. Zaprojektowano trepanację. Wówczas zauważono nadto wypływ ropny z ucha prawego, o którym przedtem nie wiedziano, a który, jak opowiada chory, datuje od 2-go roku życia. Odkrycie to zachwiało pierwotną dyjagnozę; zrodziło się pytanie, czy ropień nie jest w związku z *otitis media*, a więc czy nie leży w zrazie skroniowym mózgowia, lub w mózdzku. Wobec tego, że objawy ropnia wystąpiły odrazu z całą siłą, trzymano się pierwotnego rozpoznania i zrobiono trepanację. Pomijając szczegóły operacji, kol. DUNIN zauważa tylko, że po otworzeniu ropnia wypłynęła cuchnąca ro-

pa w ilości około łyżeczki deserowej. Kol. SKŁODOWSKI w kropli ropy wziętej pod mikroskop, znalazł mało ciałek ropnych i krążków krwi, zato całe masy bakteryj. Hodowli nie robiono. Po operacyi nastąpiła kompletna hemiplegja lewostronna ze zniesieniem czucia, stopniowo jednak następowała poprawa, a po paru tygodniach chory już mógł chodzić. W tej chwili chory jest zupełnie przytomny, chodzi dobrze; czucie skórne jest zachowane, pozostał tylko pewien stopień ataksji lewej kończyny górnej. Objawy ze strony płuc nieco się pogorszyły. Kol. DUNIN zaznacza, że rozpoznanie co do przyczyny w danym przypadku nie może być pewnem. Zgorzel płuc wywołuje wprawdzie zwykle kilka ropni mózgowych, bywają jednak i pojedyncze ropnie tego pochodzenia. Przypadek podobny spostrzegł kol. DUNIN przed kilku laty.

Kol. KRAJEWSKI do komunikatu kol. DUNINA dołącza opis operacyi i przebiegu pooperacyjnego:

Dnia 30 Marca 1893 r., po ogoleniu i zdezynfekowaniu głowy chorego, oznaczono z prawej strony położenie rowka ROLAND'A metodą LUCAS-CHAMPIONIÈRE'A, zachloroformowano chorego i nałożono sznur elastyczny naokoło czaszki, przez czoło i wyniosłość potylicową. Wykrojono płat owalny z podstawą zwróconą ku przodowi, odpreparowano go od kości, zrobiono trepanem cztery otwory, z których dwa przednie odpowiadały górnemu końcowi *Sulci Rolandi*, dwa zaś tylne leżały na miejscu *gyri centralis post.* Most kostny między otworami, mający formę krzyża, wypilowano; utworzył się otwór mający 4 ctm. długości i tyleż szerokości. W oponie twardej, słabo tętniącej, wykrojono także płat, po odchyleniu którego w ranę wtłoczyła się substancja mózgowa. Obnacywanie tej części mózgu, jak również trzy próbné przekłęcia szpryczką PRAVAZ'A nie dały żadnego rezultatu. Zrobiono cięcie w zwoju środkowym tylnym, gdzie przypuszczano istnienie ropnia; istota mózgu, o wiele bardziej mięka w tem miejscu niż zazwyczaj, zaczęła się wylewać przez ranę, a palec wprowadzony do tej ostatniej napotkał twór owalny, elastyczny, wielkości śliwki. Szpryczką wyciągnięto z tego tworu cuchnącą ropę. Otworzono ropień, wypuszczono z niego ropę; część mózgu, która wystając przeszkadzała do zaszcycia opony twardej, obcięto nożyczkami; wprowadzono sączek do jamy ropnia, zeszyto oponę twardą z wyjątkiem miejsca, przez które przechodził dren; płat z części miękkich rozcięto pośrodku, w miejscu odpowiadającym drenowi, następnie obie części płatu przyszyto do odpowiednich części obwodu. Ranę pokryto z wierzchu gazą sterylizowaną i takąż watą—i, uciskając ręką, zdjęto sznur elastyczny i nałożono opaskę wywierającą umiarkowany ucisk. Wkrótce po operacyi chory odzyskał przytomność i wtedy zauważono zupełny paraliż lewej połowy ciała. Po 5-ciu dniach zdjęto szwy i zmieniono opatrunek; przez sączek wydzieliła się ropa; 10-go dnia przy powtórnej zmianie opatrunku, zauważono pewną poprawę w kończynach; 16-go dnia chory zaczął chodzić; 34-go dnia zamiast sączka wprowadzono pasek gazy jodoformowej, który 10-go dnia wysunął się.

Dalszy przebieg jest zupełnie dobry. *Ataxia* kończyny górnej lewej stopniowo się zmniejsza,

Pytanie, co było przyczyną ropnia w danym przypadku, rozstrzyga kol. KRAJEWSKI na korzyść *otitis media*, z powodu, iż otoczką ropnia była dość gruba ($\frac{1}{2}$ mm.), a więc istniał on dawno,—że ściany jamy były gładkie,—że ropień był pojedynczy.

Powyższy przypadek nastręcza kol. KRAJEWSKIEMU kilka ogólniejszych uwag. Co się tyczy wskazania do poszukiwania ropnia w jamie czaszkowej, to obecność ogniska ropnego w organizmie przy wystąpieniu jednocześnie objawów ucisku mózgu, jak ból głowy, zwolnienie tętna, brodawka zastoinowa (*Stauungspapille*), utrata przytomności—nie wystarczają jeszcze dla chirurga. Określić miejsce ropnia, a więc trepanować, można tylko przy istnieniu prócz powyższych objawów ściśle ograniczonego bólu głowy lub jakiegoś objawu ogniskowego (paraliż jednej kończyny, jak było w danym przypadku, lub epilepsja JACKSON'A). Z pomiędzy różnych sposobów określania na czaszce rowka ROLAND'A, jak LUCAS-CHAMPIONNÈRE'A, REIDE'A i innych najściślej i najodpowiedniejszą wydaje się metoda POIRIER'A.

Co się tyczy techniki operacyjnej, kol. KRAJEWSKI poleca gorąco używanie przy trepanacji sznura elastycznego, gdzie chodzi o zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego; usuwa całkowicie wycięte kawałki kości; czasowa resekcja według metody WAGNER'A ma racyję bytu przy usuwaniu nowotworów. Próbne przekłucia mózgu niezawsze dają dodatni rezultat, natomiast pewniejszym jest obmacywanie danej okolicy mózgu, lecz dopiero po przecięciu opony miękkiej. Z powikłań pooperacyjnych na pierwszy plan występuje obrzęk mózgu, któremu zaradzić można przez wywieranie ucisku, bezpośredniego na sam mózg, za pomocą tamponów z gazy jodoformowej, — lub pośredniego — przez płat z części miękkich.

W dyskusyi Sekretarz Stały skłania się ku przypuszczeniu, że ropień w danym przypadku zależnym jest od gangreny płuc. Niemożliwym jest, aby ropień miał istnieć w mózgu dwadzieścia kilka lat, musiałby się bowiem powiększać lub też, jako otorbiony, ściągnaćby się, a zawarta w nim ropa uległaby zgęszczeniu; kol. KRAJEWSKI znalazłby wtedy nie płynną ropę, ale masę serowatą, może z solami wapiennymi, kryształami cholestearyny i t. p. Że ropa w otorbionym ropieniu mózgowym dość szybko ulega takim zmianom, dowodzi tego znalezienie przez mówcę podobnego ropnia w mózgu kilkoletniego dziecka. Umieszczenie ropnia w danym przypadku także nie jest typowe dla ropni, którym początek dają cierpienia ucha; ropni takich widział mówca 10, a żaden z nich nie znajdował się w *gyri centrales*. Cuchnienie ropy dowodzi, że uległa ona gniciu, a drobnoustroje guilne najprawdopodobniej dostały się z ogniska w płucach, a nie z ucha. Co do charakteru ścian ropnia, to twardemi mogły się one wydawać kol. KRAJEWSKIEMU w porównaniu z bardzo miękkimi częściami otaczającymi, w rzeczywistości zaś mogły nie być wcale twarde.

Kol. JAWDYŃSKI. Trudno przesądzać, kiedy się ropień utworzył, to też kol. KRAJEWSKI tak dawne istnienie jego uważa niewątpliwie nie za pewne, a za możliwe. Co do pochodzenia danego ropnia, to zależność jego od *otitis media* wydaje się prawdopodobniejszą. Ropień przerzutowy byłby wywołał objawy więcej burzliwe, wystąpiłyby: gorączka, dreszcze. Kol. DUNINOWI odpowiada, że nadmierne rozszerzenie komory bocznej w pierwszym przypadku zależało raczej od trakeji ściągającej się blizny, a nie było skutkiem ubytku substancji mózgu, który zwykle bardzo szybko się wyrównywa. Kurczenie się blizny jest jednym z najmniej pożądanym następstw trepanacji; może ono nawet po wielu latach wywołać epilepsyję. Dlatego też wszędzie, gdzie to jest możebnem, należy defekty kostne łątać, implantując wycięte kawałki czaszki.

Kol. KRAJEWSKI odpowiada Sekretarzowi Stałemu, że ropa wypuszczona z ropnia nie była świeżą: znaleziono w niej mało ciałek ropnych i ciałek krwi, a przeważnie rozpad, kropelki tłuszczu. Dla twardości i grubości ($\frac{1}{2}$ mm.) otoczki ropnia, którą miał między dwoma palcami, przypuszcza, że ropniowi dała początek *otitis media*, kiedyś w ciągu 26-letniego istnienia; że ropień ten jako otorbiony istniał długo bez żadnych objawów, a te ostatnie wywołał dopiero wtedy, kiedy *impuls* do tego dała mu zgorzel płuca. Trudno przypuścić, aby omawiany ropień miał być ostrym. Zgadza się z kol. JAWDYŃSKIM, że blizna po trepanacji nie jest dobrą; zaznacza jednak, że nie zawsze można implantować wycięte kawałki kości, zresztą i implantowana kość nie znosi blizny, lecz dzieli ją tylko na dwa płoża.

Kol. STANKIEWICZ, na zasadzie tego, że ropa była cuchnąca i płynna, przyczynę ropnia w danym przypadku widzi w zgorzeli płuca.

Sekretarz Stały odpowiada kol. JAWDYŃSKIEMU, że pojedynczy ropień przerzutowy może przebiegać bez gorączki, tembardziej, kiedy, jak to miało miejsce w danym przypadku, przerzucone zostały masy drobne, które zatrzymały się w naczyniach włosowatych. W ropie nie było ciałek ropnych, bo też nie był to ropień w całym znaczeniu, ale gangrena przerzutowa. Gdyby to był stary, otorbiony, niepowiększający się już ropień, niepodobnaby wytłomaczyć, dlaczego wywołał ostre objawy.

Kol. DUNIN zaznacza, że dla trepanującego ważniejsze jest umiejscowienie sprawy chorobowej, niż jej rodzaj. Rozpoznanie umiejscowienia ropni jest o wiele łatwiejsze, niż nowotworów, przy których wymagamy zupełnie pewnych danych. Zresztą nawet wraz z pomyłkami w rozpoznaniu umiejscowienia nowotworu, a nawet i przy nieznanym umiejscowieniu, trepanacja może przynieść choremu znaczną ulgę przez zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Zapalenie gruzlicze opon mózgowych, przy którym śmierć następuje często, przy bardzo nieznacznej ilości gruzełków tylko wskutek wzmożonego przez wysięk ciśnienia wewnątrzczaszkowego, leczą obecnie zapomocą punkcji, ewentualnie drenowania komórek bocznych. Stosowanie tego sposobu leczenia me-

ningitidis tuberculosis i w naszych szpitalach i przytułkach dla dzieci dałoby możliwość ocenienia jego wartości.

Kol. HEYMAN mniema, że w przedstawionym przypadku ropień był w związku z cierpieniem ucha średniego. Trepanacja sama może przynieść choremu tylko chwilową ulgę, pozostaje bowiem w uchu ognisko, które może w każdej chwili wywołać nowy ropień; należało ognisko to usunąć.

Kol. ROTHE zaznacza, że nie było w danym przypadku objawów, pozwalających dokładnie oznaczyć miejsce ropnia. Operacja powiodła się wprawdzie szczęśliwie, lecz tylko dzięki temu, że nie starano się zbyt oszczędzać mózgu. Mając ten ostatni wzgląd na uwagę, można było ropnia nie znaleźć.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES dr. E. Przewoski.

Za Sekretarza, Ant. Kuczyński.

Posiedzenie kliniczne dnia 6 Czerwca 1893 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 83.

T r e ś ć. Kol. CIĄGLIŃSKI. Przedstawienie chorej z chorobą PARKINSON'A, leczoną zapomocą iniekcji *hyoscini hydrochlorici*. — Kol. BRUNER M. Przedstawienie aparatu „Neptun,” zastępującego irygator. — Kol. JAWDYŃSKI. Przedstawienie chorego po wycięciu połowy krtani dotkniętej rakiem. — Kol. PRZYBOROWSKI. Przedstawienie chorego po laparotomii z powodu ran postrzałowych żołądka i poprzecznicy. — Kol. CHEŁCHOWSKI. Kilka uwag o raku żołądka.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. **N a d e ś ł a n o:** 1) Kol. BUJWID: „Ueber die Entstehung und Verbreitung der Choleraepidemie in Russisch-Polen. 2) Redakcja Gazety Lekarskiej—62 broszury różnej treści. 3) Kancelaryja Oberpoliejmajstra m. Warszawy — na imię PREZESA Towarzystwa, wezwanie do uczestniczenia w Komitecie Sanitarnym.

III. PREZES wita obecnych na posiedzeniu jubilatów—dra Ludwika NATANSONA i prof. dra Jerzego ALEKSANDROWICZA.

Kol. NATANSON w serdecznych wyrazach dziękuje Towarzystwu za zaszczylenie go mianem Członka honorowego i uprasza o pozostawienie go nadal na liście członków czynnych.

IV. Kol. CIĄGLIŃSKI przedstawia chorą z typową formą choroby PARKINSON'A, leczoną wstrzykiwaniami podskórnymi *hyoscini hydrochlorici*. Chorej zrobiono dotychczas 8 iniekcji po 0,0001 środka, 8 po

0,0002 i 8 po 0,0003. Stan pacjentki znacznie się poprawił. Bezsprawnie po każdym wstrzykiwaniu występuje krótkotrwały napad drgawek. Na miejscach iniekcji nie zauważono ani razu objawów zapalnych.

V. Kol. BRUNEB M. okazał aparat „Neptun,” zastępujący irygator, pomysłu kol. VORSTAEDTERA z Białegostoku. Jest to rurka kauczukowa, której koniec górny owinięty drutem, aby się nie łamał, umieszcza się w jakimkolwiek naczyniu z płynem, dolny zaś kończy się z kaniulą. Przesuwalny zaciskacz metalowy zastępuje tu kran, a zarazem przy przesuwaniu w kierunku od naczynia do kaniuli aspiruje do rurki pierwsze porcje płynu, który następnie przepływa już jak w lewarze. Łatwość przenoszenia jest największą z zalet przyrządu.

VI. Kol. JAWDYŃSKI przedstawia chorego, któremu w Marcu 1889 r. z powodu raka krtani wyciął prawą połowę tego narządu, pozostawiając niecałą lewą połowę chrząstki tarczowej i lewą strunę głosową. We wrześniu tegoż roku zauważono regenerację nowotworu na podstawie języka i z prawej strony gardzieli. Kol. JAWDYŃSKI wykonał wtedy *pharyngotomiam subhyoideam* z modyfikacją IVERSEN'A i wyciął część języka i gardzieli z prawym migdałkiem. Pacjent był kilkakrotnie przedstawiany w Towarzystwie. Dzisiaj, w 4 lata po pierwszej operacji, jest zupełnie zdrow, a nawet, dzięki wytworzeniu się blizny, zastępującej wyciętą strunę głosową, mówi wcale niezłe.

Kol. SEDZIAK nadmienia, że nie znając historii chorego, przy laryngoskopowaniu nie możnaby się domyśleć braku połowy krtani. Nie ma wprawdzie nagłośni, lecz jest wytworzona przez bliznę prawa struna głosowa, jest i coś w rodzaju *ligam. ary-epiglotticum*, jednem słowem prawa połowa krtani prawie się nie różni od lewej.

VII. Kol. PRZYBOROWSKI Adam przedstawia chorego, na którym dokonał laparotomii z powodu ran postrzałowych kanału pokarmowego i narządów moczowych. Chory, 24-letni, otrzymał w brzuch dwa postrzały z rewolweru. Po przewiezieniu go do kliniki chirurgicznej szpitala Dzieciątka Jezus miał wymioty krwawe i oddawał mocz zmieszany z krwią. Przy badaniu znaleziono dwie małe rany postrzałowe w lewej okolicy nadbrzuszej, tuż przy łuku żebrowym, w odległości 2 ctm. jedna od drugiej. Wobec wymiotów krwawych i krwi w moczu rozpoznano rany postrzałowe żołądka i narządów moczowych i w 8 godzin po wypadku przystąpiono do laparotomii. Poprowadzono cięcie w smudze białej od wyrostka mączycowatego prawie do pępka- i drugie, prostopadłe do pierwszego, przechodzące przez niżej położoną ranę brzucha — do łuku żebrowego. Po odchyleniu płatów ściany brzucha, dostrzeżono na przedniej ścianie żołądka dwie niewielkie rany o nierównych brzegach; rany te nie przepuszczały zawartości żołądka do jamy otrzewnej. Po zrównaniu brzegów—rany zaszyto szwem jedwabnym dwupiętrowym. Dalej znaleziono ranę poprzecznicy długości 3 ctm., podzieloną wązkim mostkiem na dwie połowy. Kał, który wypełniał kiszki, nie zanieczyścił

wcale otrzewnej. Ranę tę zaszyto. Rany nerki nie znaleziono, dostrzeżono tylko niewielki wylew krwawy pomiędzy otrzewną i lewą nerką. Zaszyto rauę brzuszną, nie robiąc wcale toalety jamy otrzewnej. Nakoniec zajęto się wydobyciem kuli rewolwerowej, znalezionej pod skórą grzbietu, w ostatniej przestrzeni międzybrowej lewej. Przebieg pooperacyjny, pomimo powikłania przez zapal. pł. praw., był pomyślny, a obecny stan pacjenta nie pozostawia nic do życzenia.

W dyskusyi prof. KOSIŃSKI zwraca uwagę na brak w danym przypadku zanieczyszczenia otrzewnej zawartością żołądka i poprzecznicy, pomimo zranienia tych organów. Zawartość nie wypływa nawet przez stosunkowo wielkie rany, jeżeli napełnienie danego odcinka kanału pokarmowego nie jest znaczne, lub jeżeli sąsiednie organy ściśle przylegają do miejsca zranionego i zamykają rauę. Coś podobnego było zapewne i w danym przypadku.

Kol. PRZYBOROWSKI zaznacza, że występujący zawsze po zranieniu trzewów brzusznych *shoc* powoduje spokój tych organów, wskutek czego zawartość kanału pokarmowego nie wydostaje się do jamy otrzewnej, nawet pomimo dość znacznego napełnienia i dość wielkich ran.

VIII. Kol. CHEŁCHOWSKI wygłosił odczyt p. n. „Kilka uwag o raku żołądka“ (autoreferat).

I codzienna obserwacja szpitalna i wykazy statystyczne ruchu chorych w szpitalach Dzieciątka Jezus i Św. Ducha wykazują u nas względną częstość raka i wrzodu żołądka, odmienną od podawanej w podręcznikach. To samo i wyniki z sekcyj. W zachodniej Europie na 100 sekcyj wypadają 5 wrzodów lub blizn po nich, a 2 raki; w prosektoryjum szpitala Dzieciątka Jezus—1 wrzód, 4 raki. Zachodzi więc pytanie, czy u nas wrzód żołądka nie jest chorobą rzadszą, rak zaś częstszą, niż gdzieindziej.

Mówiąc o usposobieniu różnego wieku do różnych chorób, nie można polegać na gołych cyfrach zachorowań w różnym wieku, trzeba je jeszcze porównywać z liczbą żyjących w każdym wieku. Rozkładając na pojedyncze dziesiątki lat życia—i pewną liczbę dotkniętych daną chorobą z taką samą liczbą żyjących, otrzymamy dwa szeregi cyfr. Cyfry pierwszego szeregu podzielone przez cyfry drugiego, wyrażą nam w liczbach usposobienie każdego dziesiątka lat do danej choroby. Z rachunku takiego, zastosowanego do raków żołądka notowanych w protokołach naszego prosektoryjum, wypływa, że usposobienie do raka żołądka z każdym dziesiątkiem lat życia wciąż szybko wzrasta, po roku 40 — niemal jest postęp arytmetyczny. Podobny rachunek podany już kiedyś przez BRINTON'A, a prawie zapomniany, wykazywał taki szybki wzrost usposobienia do raka żołądka z wiekiem, tylko do 70 roku życia. Taki sam rachunek zastosowany do suchotników ze szpitali Dzieciątka Jezus i Św. Ducha, wykazuje także stopniowy przyrost z wiekiem usposobienia do suchot, choć już nie tak szybki.

Niektóre protokoły sekcyjne zdają się wskazywać na powstawa-

nie raka żołądka z polipów (obecność polipów obok raka, raki osadzone na nóżce, raki mnogie żołądka).

Sądząc *a priori*, owrzodzenia rakowe żołądka powinnyby sprzyjać zakażeniom wtórnym. I rzeczywiście, obok rozległych owrzodzeń rakowych żołądka, niezbyt rzadko znajdujemy ciężkie cierpienia kiszek cienkich lub grubych, dysenterję, krup, dyfteryt, wrzody follikularne. Spostrzeżenia kliniczne wskazują na związek przyczynowy tych cierpień z szybkim rozpadem raka żołądka. Dość często obok raka żołądka widzujemy zapalenia błon surowiczych (otrzewnej, zwłaszcza zaś opłucnych), ropne lub surowiczo-włóknikowe. Daleko rzadziej zdarza się ropienie w innych organach. Typowego zaś obrazu ropnicy lub posocznicy nie udało się znaleźć w protokołach sekcyjnych.

Gruźlica płuc u dotkniętych rakiem żołądka zdarza się rzadziej, niż wogóle na sekcjach, bez względu na rodzaj choroby, a i to przeważnie w postaci włóknistej.

Przerosty raka na otrzewną często zjawiają się *in fossa Douglassei* najwcześniej i najobficiej, a nieraz i silniej się tu rozrastają.

Mniemana odrębność kliniczna raka żołądka u młodych ludzi, niedostępnego jakoby, według MATHIEU, dla rozpoznania, przebiegającego raczej pod postacią niedokrwistości i obrzęków, w kilku przypadkach szpitalnych bynajmniej się nie stwierdziła. Materyjał, z którego MATHIEU wyciągnął te wnioski, wcale go nie upoważniał do nich.

W szpitalu Dzieciątka Jezus rak żołądka zostawał nierozpoznanym prawie w połowie przypadków. Najrzadziej zdarzały się pomyłki u chorych pomiędzy 75-tym a 60-tym rokiem życia. Przed i po za tym wiekiem pomyłki były dwa razy częstsze. Najczęściej rozpoznawano zamiast raka żołądka — *tuberculosis pulm.*, *gastro-entritis chr.*, *nephritis*, *cirrhosis hepatis*.

W dyskusji PREZES zaznacza doniosłość mozolnej pracy kol. CHEŁCHOWSKIEGO, uwzględniającej częstość raka w stosunku do wieku i częstość powikłań. Te ostatnie czasem może są przypadkowe, w każdym jednak razie zwrócenie na nie uwagi nie będzie bez korzyści.

Wzrastanie usposobienia do raka z wiekiem jest analogiczne do częstszego występowania suchot płucnych w wieku późniejszym. Raki żołądka mogą powstawać z polipów, dla których znowu najważniejszym punktem wyjścia jest katar żołądka. Jak rzadko wrzody rakowe dają początek ropnicy lub posocznicy, dowodzi fakt, iż mówca spostrzegł na autopsyi tylko jeden przypadek tego rodzaju: przy raku żołądka szybko wrzodziejącym naczynia krwionośne w bliskości nowotworu były napełnione rozpadem. Dlaczego przy wrzodziejących rakach nie bywa zwykle echorób przyrannych, stosunkowo często spotykanych przy wrzodach innego pochodzenia, na to trudno odpowiedzieć. Może pewną rolę grają tutaj komórki raka, stanowiące podobnie jak tkanka granulacyjna, jakby rodzaj pancerza zabezpieczającego od najścia drobnoustrojów. Sok żołądkowy nie gra tu roli, gdyż równie rzadko jak przy raku żołądka spotykano posocznicę przy rakach innych narządów.

Kol. DUNINA dziwi małą ilość zanotowanych przez kol. CHEŁCHOWSKIEGO wrzodów żołądka, miewa on bowiem na oddziale rocznie 4–5 przypadków tego cierpienia. W praktyce prywatnej wrzody żołądka widuje częściej od raków. Być może, że jest jakiś związek pomiędzy wrzodem żołądka i innymi chorobami, właściwymi zamożniejszej klasie ludzi. Kol. DUNINOWI wydaje się, iż wrzód rozwija się najczęściej na tle cierpień żołądka charakteru nerwowego, z następującą atonią i hypersekrecją.

Prof. KOSIŃSKI zgadza się, że ostra posocznica przy raku bywa rzadko, natomiast zawsze występuje septicemija chroniczna, za którą należy uważać charłactwo rakowe.

Kol. HEWELKE, zaznacza, że częstość suchot płucnych w wieku późniejszym stwierdzono już w Skandynawii i Ameryce Północnej.

Kol. RAJCHMAN jest zdania, że katar żołądka napotykaną na sekeyjach obok raka jest tylko skutkiem, a nie przyczyną tego ostatniego. Raki powstają najczęściej nagle u osób, które na katar żołądka w ścisłym znaczeniu nigdy nie chorowały. Twierdzenie kol. DUNINA, jakoby wrzód żołądka występował zwykle u osób nerwowych, miało dawniej więcej obrońców. Niezawsze jednak u osób nerwowych, np. histeryczek, wymioty krwawe są objawem wrzodu; kol. RAJCHMAN spostrzegł podobny przypadek wraz z kol. PAWIŃSKIM; histeryczka, u której z powodu krwotoków przypuszczano wrzód żołądka, zmarła wskutek jakiejś innej choroby, a autopsya ani wrzodu, ani blizny nie wykryła.

Kol. GRUNDZACH w praktyce szpitalnej widział częściej raka żołądka, w prywatnej—częściej wrzód. Zapytuje, czy kol. CHEŁCHOWSKI liczył tylko śmiertelne zejścia wrzodu żołądka, czy też i blizny znajduwane na sekeyjach.

Kol. CHEŁCHOWSKI odpowiada, że notował i blizny po wrzodach, nie były one jednak zbyt częste.

Kol. DUNIN zwraca uwagę, że wrzód żołądka w szpitalach zdarza się prawie wyłącznie u wieśniaków, może więc zależy od sposobu żywienia się. Zgadza się z kol. RAJCHMANEM, że rozpoznanie wrzodu żołądka od dyspepsyi nerwowej z krwotokami nie jest łatwe, a pomyłki zdarzać się mogą tem częściej, iż przy wrzodach żołądka często występuje neurastenija. Pomimo to pozostaje przy swoim zdaniu co do pochodzenia wrzodu żołądka.

Kol. PRUSZYŃSKI nadmienia, że wrzód żołądka w szpitalu widzieć można dość często. Rak żołądka nie występuje nigdy w sposób tak ostry, jak przypuszcza kol. RAJCHMAN. Początkowe stadyja raka mogą nie dawać żadnych objawów,—chorzy trawią dobrze; w zawartości żołądka jest jeszcze wolny kwas solny. Ten ostatni znika według kol. PRUSZYŃSKIEGO dopiero wtedy, kiedy rak zaczyna wrzodzić,

Może wywiązują się przytem jakieś zasady, które wiążą chlorowódor. Że małe raki żołądka mogą pozostawać nierozpoznane, dowodem tego przypadek demonstrowany kiedyś w Towarzystwie przez Se-

sekretarza Stałego: rak żołądka, który nie był notowany na karcie szpitalnej, dał kolosalne przerzuty w kościach.

PREZES odpowiada prof. KOSIŃSKIEMU, że mówiąc o ropnicy i posocznicy, miał na myśli tylko ostre sprawy. Zgadza się z kol. RAJCHMANEM, że rak nie zawsze rozwija się na tle kataru żołądka; w ten sposób może powstawać zapewne *scirrhus*. Natomiast obok raków mózgowatych często nie widać kataru, lecz raczej zanik błony śluzowej.

Kol. PRUSZYŃSKI zaznacza, że w klinice odgraniczyć ściśle początek raka od kataru niepodobna, dlatego też na zasadzie doświadczenia klinicznego nie można powiedzieć, czy katar zawsze poprzedza rozwój raka.

Sekretarz Stały. Forma raka żołądka rozlana, rozwijająca się powoli, wywołująca zwężenie żołądka i zgrubienie jego ścian wskutek *degeneratio fibrosa*, niedająca owrzodzeń, powstaje tylko na tle kataru; w miejscach niezajętych przez nowotwór, występuje bardzo znaczne zgrubienie błony śluzowej i podśluzowej, wskazujące na długotrwały katar.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES dr. E. Przewoski.

Za Sekretarza, Ant. Kuczyński.

Posiedzenie kliniczne nadzwyczajne dnia 13 Czerwca 1893 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnym członków 36.

Treść: 1) Zatwierdzenie tematów konkursowych na r. 1893.—
2) Kol. PESZKE. Przedstawienie dziecka z licznymi naczynekami. — 3) Kol. BUJWID. Porównawcze działanie różnych filtrów do oczyszczania wody do picia.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano: 1) Kol. MARKIEWICZ i OIĄGLIŃSKI „Wykłady z dziedziny patologii ogólnej i szczegółowej.“ Przekład z dzieła „Traité de médecine,“ wydawanego przez CHARCOT'A, BOUCHARD'A i BRISSAUD'A. — 2) Kol. KAMOCKI. Zawiadomienie, iż z powodu braku czasu i rozstrojonego stanu zdrowia nie może się podjąć zrobienia sprawozdania z prac dra KĘPIŃSKIEGO.—Postanowiono na sprawozdawcę zaprosić kol. MUTERMILCHA.

III. PREZES zdaje sprawę z czynności Komitetu konkursowego z legatu dra KOCZOROWSKIEGO, w kwestyi wyboru tematów na 1883 r.

Komitet proponuje przyjęcie dwu nowych tematów, oraz przedstawienie wszystkich tematów z roku zeszłego.

W odpowiedzi na okólnik z dnia 9 Maja 1893 r., uwagi na piśmie nadesłali: kol. BUJWID, DOBRZYCKI, KRYSIŃSKI i WOLBERG.

Na skutek tych uwag, oraz dyskusji, w której udział przyjęli PREZES, oraz kol. BUJWID, KRYSIŃSKI, SĘDZIAK i WOLBERG, wybrano następujące nowe tematy:

1) Zbadać zmiany anatomiczne przy sprawach zapalnych, przebiegających na błonie śluzowej wyściełającej jamę HIGHMOR'A.

2) Przeprowadzić badanie bakteryjologiczne krwi u suchotników.

3) Na zasadzie własnych poszukiwań podać najprostsze sposoby dezynfekcji przy chorobach zakaźnych.

4) Wpływ pożywienia, pracy fizycznej, afektów i innych czynników, działających na karmiącą,—na wydzielany przez nią pokarm (analizy chemiczne i mikroskopowe).

Temat trzeci z roku zeszłego zmieniono w sposób następujący:

Zbadać chemicznie niektóre produkty trujące jednego z grzybków chorobotwórczych.

Pozostawiono bez zmiany następujące tematy zeszłoroczne:

1) Jakość i ilość bakterij chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej.

2) Wpływ zanieczyszczeń kanałowych i filtrowania przez filtry piaskowe—na zawartość bakterij i skład chemiczny wody rzecznej.

3) Zbadać anatomicznie i fizjologicznie unerwienie krtani.

4) Sprawdzić, czy i jakie mikroorganizmy mogą być wraz z potem wydalane z ustroju przy chorobach zakaźnych.

5) Zbadać histologiczną budowę jajowodów z uwzględnieniem rozwoju fałd i kanałów drugorzędnych.

6) Wpływ resekcji różnej długości odcinków kiszek w różnych miejscach na wchłanianie białka, tłuszczów i wodorów węgla.

7) Porównanie wpływu diety białkowej różnego pochodzenia (mięso, mleko, jaja, rośliny strączkowe) na wydzielanie białka w moczu w przebiegu chronicznego zapalenia nerek.

8) O wchłanianiu tłuszczu i materij białkowych w przewodzie pokarmowym niemowląt z mleka sterylizowanego w porównaniu z mlekiem kobiecym.

9) Fermentacja w żołądku normalnym i patologicznym (badanie chemiczne i bakteryjologiczne).

10) Wykazać granicę kąta maksymalnego, a jeszcze nieszkodliwego skrzywienia główki noworodka: a) przy unieruchomionej miednicy; b) przy unieruchomionych stopach. Wykazać, jaki udział przy takim skrzywieniu przyjmuje każda z części kręgosłupa i oznaczyć dla każdej hamulec skrzywienia.

11) Zbadać proces trawienia młodej cellulozy roślinnej, produkty przy tem tworzące się i wyprowadzić ztąd wnioski co do wartości pożywej cellulozy roślinnej (jarzyny, szpinak etc.).

12) Przeszczepialność raka i naukowe objaśnienie tego zjawiska.

13) Czy zniszczenia w płucach u suchotników zależą od działania wyłącznie tylko lasecznika KOCH'A ?

IV. Kol. PESZKE przedstawił rzadki przypadek bardzo licznych naczynek. Dziecko jednoroczne posiada bardzo wiele angijmatów na skórze czoła, nosa, szyi, grzbietu, bocznych ścian klatki piersiowej, brzucha i kończyn.

V. Kol. BUJWID wypowiedział odczyt p. n. „Porównawcze działanie różnych filtrów do oczyszczania wody do picia.“ (Autoreferat).

Najpewniejszym sposobem uwolnienia wody do picia od zarazków, jest jej gotowanie. Osadzanie zapomocą alunu, chlorniku żelaza i innych podobnych sposobów daje wodę częściowo tylko uwolnioną od bakteryj. Mechaniczne oczyszczanie zapomocą filtrów miejskich—piaskowych— oraz filtrów domowych, musi być bardzo dobrze wykonywanem, ażeby dało należyte oczyszczoną wodę do picia. Filtry działają mechanicznie, zatrzymując zarazek wśród porów; przepuszczają zaś produkty chemiczne, same przez się nieszkodliwe. Następuje opis filtrów miejskich w Warszawie. Przykład Altony dowodzi, że filtry nawet mnie dobrze zbudowane—otwarte (w Warszawie pokryte) — mogą dostarczać wody do picia wolnej od zarazka cholery i tyfusu. W zimie wszakże takie filtry nie odpowiadają celowi skutkiem rysowania się powierzchni filtrującej. (Zimowa epidemia cholery w Altonie). Filtry miejskie należy często kontrolować bakteriologicznie pod względem pewności działania. Gdy woda zawiera więcej niż 100 bakteryj w 1-nym ctm. sześć., natenczas oznacza to, że filtr działa dobrze nie na całej powierzchni. Brak kontroli bakteriologicznej dopuszcza możliwość wielkich błędów, jak to się stało w Nietleben, gdzie wybuchła epidemia cholery w zimie ubiegłej.

Z filtrów domowych na wyróżnienie zasługują tylko filtr CHAMBERLAND'A z glinki i BERKEFELD'A z ziemi okrzemkowej. Pierwszy jest trwalszy, daje mniej wody, ale się wolniej zanieczyszcza, gdyż przez drobne pory jego ścian bakteryje nie przedostają się tak łatwo, jak przez grube pory ścian filtru BERKEFELD'A. Do użytku domowego należy filtr jeden i drugi oczyszczać mechanicznie zapomocą mocnego wycierania powierzchni kawałkiem waty lub płótna w strumieniu wody, aż do zdjęcia szarej warstwy mułu i części warstewki zanieczyszczonej samego filtra. Następnie należy wygotować filtr w wodzie przez godzinę. Filtr CHAMBERLAND'A należy w ten sposób oczyszczać i wyjaławiać co 5—7 dni, zaś BERKEFELD'A co 2—3 dni.

Tam, gdzie się znajdują dobre filtry miejskie, nie potrzeba filtrów domowych, jak to ma miejsce w Warszawie.

Doskonałą wodę, zupełnie od bakteryj oczyszczoną, po wsiach otrzymać można zapomocą studzien w ziemię wkręcanych, tak zwanych abisyńskich. Woda otrzymana w ten sposób jest wolna od wszelkich szkodliwych zanieczyszczeń, gdyż ścieki przed dostaniem się do wody muszą uprzednio zostać przefiltrowane przez grubą warstwę gruntu.

Pam. T. L. T. 89 Z. II.

W ten sposób z najgorszego gruntu można otrzymać bakteryjologicznie czystą wodę, która do picia i do technicznego użytku może być przydatną, o ile nie jest zbyt twardą i nie zawiera zbyt dużo chlorków i węglanu żelaza.

W dyskusji kol. KRYSIŃSKI zaznacza, iż filtr z ziemi okrzemkowej zanieczyszcza się prędzej od filtru glinowego dlatego, że wciągu tego samego czasu daje o wiele więcej wody, niż ostatni.

Kol. BUJWID odpowiada, że przy ocenie szybkości zanieczyszczenia się filtrów brał pod uwagę i ilość przefiltrowanej wody. Pomimo to filtry BERKEFELD'A zanieczyszczają się prędzej.

Kol. FREIDENSON zapytuje, czy podczas epidemii ograniczonych, jakie obserwowano jednocześnie z zepsuciem się filtrów wodociągowych, znajdowano w wodzie filtrowanej bakteryje chorobotwórcze, charakterystyczne dla danej epidemii.

Kol. BUJWID odpowiada, że woda w danych wypadkach przechodziła przez filtr przedziurawiony, a więc jako niefiltrowana, mogła zawierać różne mikroorganizmy w znacznej ilości.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES D-r *E. Przewoski.*

Za Sekretarza, *Ant. Kuczyński.*

ROCZNIK

Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

I.

URZĘDNICY I KOMITETY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO W 1893 R. CZŁONKOWIE, KTÓRZY UBYLI, JAKO TEŻ NOWOWYBRANI. LISTA CZŁONKÓW HONOROWYCH, CZYNNYCH I KORESPONDENTÓW TOWARZYSTWA W ROKU 1893.

(Regulam. § 109 Lit. A. punkta 1, 2, 3 i 4).

A) Urzędnicy.

Prezes: Przewoski Edward.

Wiceprezes: Markiewicz Stanisław.

Sekretarz stały: Brodowski Włodzimierz (Członek honorowy).

Sekretarz doroczny: Szumlański Witold.

Podskarbi: Kondratowicz Stanisław.

Bibliotekarz: Peszke Józef.

Redaktor Pamiętnika: Jakowski Maryjan.

Zarządzający pracownią doświadczalną: Hoyer Henryk (Członek honorowy).

B) Zarząd Towarzystwa.

Wszyscy wyżej wymienieni urzędnicy, oraz wybrani do Zarządu:

Gepner Bolesław (na lata 1893—1895).

Jawdyński Franciszek (na lata 1893 i 1894).

Kramsztyk Zygmunt (na rok 1893).

C) Komitety.*I. Komitet Kasy wsparcia, przy Towarzystwie istniejącej:*

1. Prezes: Przewoski Edward.
2. Wiceprezes: Markiewicz Stanisław.
3. Sekretarz stały: Brodowski Włodzimierz.
4. Zarządzający Kasą wsparcia: Rogowicz Jakób.
5. Podskarbi: Kondratowicz Stanisław.

Członkowie z grona Towarzystwa wybrani:

6. Gepner Bolesław.
7. Kosiński Julijan.
8. Sokołowski Alfred.

Członkowie wybrani z grona lekarzy, nienależących do Towarzystwa Lekarskiego:

9. Lasocki Wacław.
10. Wolf Aleksander.

Z urzędu będący Członkami Komitetu Kasy Wsparcia:

Wszyscy PP. Inspektorowie Lekarscy lub ich Zastępcy w guberniach kraju tutejszego, oraz P. Inspektor Lekarski m. Warszawy.

UWAGA. W interesach prawnych Komitetu Kasy Wsparcia, jakoteż w ogóle w interesach prawnych Towarzystwa Lekarskiego, przyjmują czynny udział stale zaproszeni przez Towarzystwo dwaj prawnicy

w charakterze Radców prawnych, a mianowicie: Thieme Karol, b. obrońca przy Warszawskich Departamentach Rządzącego Senatu i Wydzga Stanisław, Notaryjusz przy Sądzie Okręgowym w Warszawie.

II. Komitet opieki funduszu stypendyjalnego z legatu dra Walentego Koczorowskiego:

1. Prezes: Przewoski Edward.
 Członkowie: 2. Brodowski Włodzimierz,
 „ 3. Gepuer Bolesław,
 „ 4. Kondratowicz Stanisław.

III. Komitet do wybrania stypendysty z legatu dra Ignacego Gołębiowskiego:

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

IV. Komitet do wybrania stypendysty imienia Dra Polikarpa Girsztowta (na lata 1893, 1894 i 1895).

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. Brodowski Włodzimierz. | 5. Sawicki Bronisław. |
| 2. Jasiński Roman. | 6. Szteyner Władysław. |
| 3. Kijewski Franciszek. | 7. Markiewicz Stanisław |
| 4. Kosiński Julijan. | (jako Wiceprezes). |

V. Komitet do uregulowania funduszu konkursowego z ofiar b. studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z roku 1873/4.

1. Chrostowski Bronisław.
2. Kramsztyk Juljan.
3. Jawdyński Franciszek.
4. Meyerson Stanisław.
5. Pawiński Józef.
6. Kondratowicz Stanisław (jako Podskarbi).
7. Markiewicz Stanisław (jako Wiceprezes).

VI. Komitet biblioteczny.

1. Markiewicz Stanisław (jako Wiceprezes).
2. Szumlański Witold (jako Sekretarz doroczny).

3. Jakowski Maryjan (jako Redaktor Pamiętnika).
4. Biernacki Edmund.
5. Krysiński Stanisław.
6. Puławski Arkadyjusz.

VII. Komitet rewizyjny.

1. Anders Ludwik.
2. Majkowski Julijan.
3. Przysiański Aleksander (członek honorowy).

VIII. Komitet konkursowy imienia dra Tytusa Chałubińskiego.

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. Fabian Aleksander. | 5. Przewoski Edward. |
| 2. Hewelke Otton. | 6. Sokołowski Alfred. |
| 3. Jakowski Maryjan. | 7. Markiewicz Stanisław |
| 4. Krysiński Stanisław. | (jako Wiceprezes). |

IX. Komitet do oceny prac przedstawionych na konkurs z legatu dra Walentego Koczorowskiego.

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Dunin Teodor. | 5. Przewoski Edward. |
| 2. Fabian Aleksander. | 6. Sokołowski Alfred. |
| 3. Hewelke Otton. | 7. Markiewicz Stanisław |
| 4. Jakowski Maryjan. | (jako Wiceprezes). |

C) Członkowie nowowybrani na posiedzeniach w dniach: 3-im Stycznia i 18-ym Kwietnia 1893 roku.

a) h o n o r o w y.

1. Natanson Ludwik.

b) c z y n u i.

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. Bronowski Szczęśny. | 8. Kamieński Stanisław. |
| 2. Ciechowski Andrzej. | 9. Kurtz Stanisław. |
| 3. Dąbrowski Witosław. | 10. Rychliński Karol. |
| 4. Dzierżawski Bolesław. | 11. Steinhaus Julijan. |
| 5. Gepner Bolesław Ryszard. | 12. Szmakfefer Felicyjan. |
| 6. Gedroyé Franciszek. | 13. Wisłocki Kazimierz. |
| 7. Iwanicki Stanisław. | 14. Zieliński Kazimierz. |

c) k o r e s p o n d e n c i.

1. Arnstein Feliks w Kutnie.
2. Czajkowski Józef w Sosnowcu.
3. Sawicki Jan Wacław w Grajewie.
4. Strzyżowski Antoni w Piotrkowie.

D) Członkowie zmarli w ciągu roku 1892 i na początku 1893.

a) h o n o r o w y:

1. Adelman Jerzy w Marburgu.

b) c z y n n i:

1. Rose Józef Konstanty.
2. Modrzejewski Edmund.

F. Lista Członków Towarzystwa.

a) C z ł o n k o w i e h o n o r o w i:

1. Baranowski Ignacy w Warszawie.
2. Bieliński Józef w Wilnie.
3. Brodowski Włodzimierz w Warszawie.
4. Buckiewicz Adam w Płocku.
5. Dybowski Benedykt we Lwowie.
6. Dudrewicz Jan w Warszawie.
7. Eiselt Bogumił w Pradze Czeskiej.
8. Frankowski Władysław Charkowie.
9. Helmholtz Herman Ludwik Ferdynand w Berlinie.
10. Hoyer Henryk w Warszawie.
11. Jordan Henryk w Krakowie.
12. Key Axel w Sztokholmie.
13. Kosiński Julijan w Warszawie.
14. Kranichfeld Wilhelm w Berlinie.
15. Krassowski Antoni w Petersburgu.
16. Ludwig Karol w Lipsku.
17. Majer Józef w Krakowie.
18. Natanson Ludwik w Warszawie.
19. Płaskowski Romuald w Warszawie.

20. Podowski Henryk w Warszawie.
21. Przysiański Aleksander w Warszawie.
22. Retzius Gustaw w Sztokholmie.
23. Teichmau Ludwik w Krakowie.
24. Tyrchowski Władysław w Warszawie.
25. Virchow Rudolf w Berlinie.

b) Członkowie czynni:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. Anders Ludwik. | 36. Fieki Feliks. |
| 2. Apte Markus. | 37. Florkiewicz Władysław. |
| 3. Babiński Leon. | 38. Freidenson Władysław. |
| 4. Bączkiewicz Jan. | 39. Funk Jakób. |
| 5. Baranowski Ignacy (członek honorowy). | 40. Gabszewicz Antoni. |
| 6. Bartoszewicz Joachim. | 41. Gajkiewicz Władysław. |
| 7. Bauerert Adam. | 42. Garbowski Józef |
| 8. Benni Karol. | 43. Gedroyé Franciszek. |
| 9. Biernacki Edmund. | 44. Gepner Bolesław. |
| 10. Borsuk Maryjan Stanisław. | 45. Gepner Bolesław Ryszard. |
| 11. Braun Jan. | 46. Glisczyński Adam. |
| 12. Brodowski Włodzimierz (członek honorowy). | 47. Goldflam Samuel. |
| 13. Bronowski Szczęsnny. | 48. Grostern Wiktor. |
| 14. Brunner Mikołaj. | 49. Grünbaum Adolf. |
| 15. Bruner Władysław. | 50. Grundzach Ignacy. |
| 16. Brühl Ludwik. | 51. Guliński Franciszek. |
| 17. Brzeziński Jan. | 52. Gurauowski Ludwik. |
| 18. Bujwid Odo. | 53. Halpern Jakób. |
| 19. Bukowski Ryszard. | 54. Heiman Teodor. |
| 20. Chetehowski Kazimierz. | 55. Heryng Teodor. |
| 21. Chełmoński Adam. | 56. Hewelke Otton. |
| 22. Ciechomski Andrzej. | 57. Hoyer Henryk (członek honorowy). |
| 23. Ciągliński Adam. | 58. Jakowski Maryjan. |
| 24. Chwat Ludwik. | 59. Janowski Władysław. |
| 25. Chrostowski Bronisław. | 60. Jasiński Roman. |
| 26. Dąbrowski Witosław. | 61. Jawdyński Franciszek. |
| 27. Dmochowski Zdzisław. | 62. Iwanicki Stanisław. |
| 28. Dobrski Konrad. | 63. Kamiński Stanisław. |
| 29. Dobrzycki Henryk. | 64. Kamocki Walenty. |
| 30. Dunin Teodor. | 65. Karowski Konstanty. |
| 31. Dzierżawski Bolesław. | 66. Kijewski Franciszek. |
| 32. Elsenberg Antoni. | 67. Kohn Stanisław. |
| 33. Fabian Aleksander. | 68. Kouitz Leon. |
| 34. Faytt Tomasz. | 69. Kondratowicz Stanisław. |
| 35. Feilchenfeld Rafał. | 70. Kopytowski Władysław. |
| | 71. Koral Adolf. |

- | | |
|--|------------------------------------|
| 72. Kornitowicz Edward. | 112. Reichman Mikołaj. |
| 73. Kosiński Julijan (członek honorowy). | 113. Rogowicz Jakób. |
| 74. Kosmowski Wiktoryn. | 114. Rogoziński Józef. |
| 75. Kossowski Cezary. | 115. Rosenthal Jakób. |
| 76. Kramsztyk Zygmunt. | 116. Rosenthal Albert. |
| 77. Kramsztyk Julijan. | 117. Rothe Adolf. |
| 78. Krauze Ludwik. | 118. Rychliński Karol. |
| 79. Krysiński Stanisław. | 119. Rzecznowski Leon. |
| 80. Kucharzewski Henryk. | 120. Sawicki Bronisław. |
| 81. Kuczyński Antoni. | 121. Sędziak Jan. |
| 82. Kulesza Karol. | 122. Sikorski Antoni. |
| 83. Kurtz Stanisław. | 123. Sierpiński Konstanty. |
| 84. Lambl Duszan. | 124. Śliwicki Franciszek. |
| 85. Leszczyński Leonard. | 125. Sokołowski Alfred. |
| 86. Mączewski Władysław. | 126. Solman Tomasz. |
| 87. Majkowski Julijan. | 127. Sommer Feliks. |
| 88. Mayzel Wacław. | 128. Srebrny Zygmunt. |
| 89. Markiewicz Stanisław. | 129. Stankiewicz Władysław. |
| 90. Malinowski Alfons. | 130. Steinhaus Julijan. |
| 91. Meyerson Stanisław. | 131. Szteyner Władysław. |
| 92. Mutermilch Julijusz. | 132. Stockman Aleksander. |
| 93. Natanson Ludwik (członek honorowy). | 133. Strzeszewski Józef. |
| 94. Natanson Antoni. | 134. Stummer Józef. |
| 95. Nencki Leon. | 135. Świątecki Władysław. |
| 96. Neugebauer Franciszek. | 136. Szumlański Witold. |
| 97. Nusbaum Henryk. | 137. Szmakfefer Felicyjan. |
| 98. Ołtuszewski Władysław. | 138. Szwajcer Jakób. |
| 99. Pawiński Józef. | 139. Szyszło Wincenty. |
| 100. Pacanowski Henryk. | 140. Taczanowski Bronisław. |
| 101. Perkowski Seweryn. | 141. Thieme Apolinary. |
| 102. Peszke Józef. | 142. Tyrchowski Wład. (czł. hon.). |
| 103. Płaskowski Romuald (członek honorowy). | 143. Trzeciński Tadeusz. |
| 104. Polak Józef. | 144. Weinberg Juljan. |
| 105. Portner Szymon. | 145. Winawer Adolf. |
| 106. Pruszyński Jan. | 146. Wisłocki Kazimierz. |
| 107. Przewoski Edward. | 147. Wolberg Ludwik. |
| 108. Przysański Aleksander (członek honorowy). | 148. Wróblewski Władysław. |
| 109. Puławski Arkadyjusz. | 149. Wszebor Józef. |
| 110. Rabek Ludwik. | 150. Zawadzki Józef. |
| 111. Raum Jan. | 151. Zawadzki Władysław. |
| | 152. Zawisza Konrad. |
| | 153. Zieliński Kazimierz. |
| | 154. Zweigbaum Maksymilian. |
| | 155. Żłobikowski Tadeusz. |

c) Członkowie przybrani:

1. Aleksandrowicz Jerzy w Warszawie.
2. Karpiński Wincenty w Warszawie.
3. Mrozowski Jan w Warszawie.
4. Mutniański Michał w Warszawie.
5. Werner Emil w Warszawie.
6. Żórawski Marcyjan w Warszawie.

d) Członkowie korespondencji:

1. Arnstein Feliks w Kutnie.
2. Babiński Józef w Paryżu.
3. Bartoszewicz Wacław w Paryżu.
4. Bielowski Franciszek w Moskwie.
5. Bergsohn Józef w Berlinie.
6. Bernard Maryjusz Błażej w Cannes.
7. Boschan Fryderyk w Frazensbadzie.
8. Chodounsky Karol w Pradze Czeskiej.
9. Czajkowski Józef w Sosnowcu.
10. Czerwiński Jan w Fürstenhofie.
11. Daniłło Stanisław w Petersburgu.
12. Dambre w Courtrai w Belgii.
13. Domański Stanisław w Krakowie.
14. Dogiel Jan w Kazaniu.
15. Dobieszewski Zygmunt w Maryenbadzie.
16. Drouineau Gustaw w Roszelli.
17. Dymnicki Józef w Busku.
18. Erlich Jan w Odessie.
19. Erlicki Adolf w Petersburgu.
20. Finger Ernest w Wiedniu.
21. Frankowski Józef w Charkowie.
22. Friedman Zygmunt w Vöslau, pod Wiedniem.
23. Gans w Karlsbadzie.
24. Gajewski w Petersburgu.
25. Głogowski Feliks w Lublinie.
26. Grabowski Ludwik w Częstochowie.
27. Grellety Jan Luceyjan w Vichy.
28. Grünfeld Józef w Wiedniu.
29. Grzybowski w Irkucku.
30. Handelsman Józef w Kutnie.
31. Hartwig w Ostendzie.
32. Hassewicz Stanisław w Karlsbadzie.
33. Heine w Canstadt.
34. Hoene Jan w Kijowie.
35. Hönnigsberg Benedykt w Wiedniu.
36. Huchard Henryk w Paryżu.
37. Jabłoński Jan w Poitiers.

38. Janiszewski Aleksander w Lublinie.
39. Janowsky Witosław w Pradze Czeskiej.
40. Janssens w Brukseli.
41. Jakubowski Leon w Kownie.
42. Jerzykowski w Poznaniu.
43. Jodko-Narkiewicz Witold w gub. Mińskiej.
44. Jurasz Antoni w Heidelbergu.
45. Joseph Gustaw w Wrocławiu.
46. Kaczkowski Karol w Mszczonowie.
47. Kahl Jan w Dąbrowie.
48. Koliński Józef w Łodzi.
49. Korczyński Edward w Krakowie.
50. Klikowicz Stanisław w Rżewie.
51. Krajewski Feliks w Hrubieszowie.
52. Krówczyński Żegota we Lwowie.
53. Kriżek Cenek w Pradze Czeskiej.
54. Kryński Leon w Krakowie.
55. Kulski Julijan w Nowo Radomsku.
56. Kozłowski Hipolit w Wilnie.
57. Liouville Henryk w Paryżu.
58. Lewandowski Gustaw pod Radomiem.
59. Lesser Władysław w Lipsku.
60. Lee John w Filadelfii.
61. Lachowicz Antoni w Berdyczowie.
62. Matlakowski Władysław w Zakopanem.
63. Madurowicz Maurycy w Krakowie.
64. Maixner Emeryk w Pradze Czeskiej.
65. Michl Franciszek w Pradze Czeskiej.
66. Mierzejewski Jan w Petersburgu.
67. Mauriac Emil w Bordeaux.
68. Marty Józef w Reunes, we Francji.
69. Mallez Jan Franciszek w Paryżu.
70. Mendelssohn Maurycy w Petersburgu.
71. Minkiewicz Jan w Tyflisie.
72. Moczutkowski Józef w Odessie.
73. Mosler Fryderyk w Greifswald.
74. Mokricki Teodor w Nowogeorgiewsku.
75. Monin Emil w Paryżu.
76. Munkiewicz Antoni w Rosławlu w gub. Smoleńskiej.
77. Nencki Marceli w Petersburgu.
78. Noiszewski Kazimierz w Dynaburgu.
79. Obtułowicz Ferdynand w Buczaczn, w Galicyi.
80. Oettinger Józef w Krakowie.
81. Olechnowicz Władysław w Lublinie
82. Opęchowski Teodor w Charkowie.
83. Philbert Emil w Paryżu.

84. Pichler Wilhelm w Wiedniu.
85. Poluta Jerzy w Charkowie.
86. Pollak Józef w Ischl.
87. Pravaz w Lyonie.
88. Przybylski Jan w Odessie.
89. Radziszewski Stanisław w Ciechanowie.
90. Rembieniński Stanisław w Nałęczowie.
91. Reumont Aleksander w Akwizgrauie.
92. Rewoliński Teofil w Radomiu.
93. Rizzoli Franciszek w Bolonii.
94. Robiński Seweryn w Berlinie.
95. Rolle Józef w Kamieńcu Podolskim.
96. Rumszewicz Konrad w Kijowie.
97. Ruppert Henryk w Aleksandrowie pogranicznym.
98. Rydygier Ludwik w Krakowie.
99. Sawicki Jan Wacław w Grajewie.
100. Sajous Karol w Filadelfii.
101. Ściborowski Władysław w Krakowie.
102. Schiffers Ferdynand w Liège.
103. Seifman Piotr we Lwowie.
104. Sormani Józef w Pawii.
105. Stopczański w Krakowie.
106. Strzyżowski Antoni w Piotrkowie.
107. Sperk Franciszek w Białymstoku.
108. Szperk Edward w Petersburgu.
109. Sturge Allen w Londynie.
110. Świdorski Kazimierz w Kazaniu.
111. Szadek Karol w Kijowie.
112. Sycyanko Józef w Charkowie.
113. Szuman Leon w Toruniu.
114. Thomayer Józef w Pradze Czeskiej.
115. Wasserzug Dawid w Zawierciu.
116. Widman Oskar we Lwowie.
117. Wygrzywalski Maryjan w Piotrkowie.
118. Zagórski Karol w Lublinie.
119. Zieleniewski Michał w Krakowie.
120. Żmigrodzki Kazimierz w Petersburgu.

Wykaz posiedzeń klinicznych i klinicznych dodatkowych, odbyć się mających w roku 1893.

d n i a c h:

Styczeń	3	17	31
Luty	7	21	28
Marzec	7	21	28
Kwiecień	11	18	25

	w d n i a c h :		
Maj	2	16	30
Czerwiec	6	20	27
Lipiec	}	F e r y j e	
Sierpień			
Wrzesień	5	19	26
Październik	3	17	31
Listopad	7	21	28
Grudzień	5	19	—

Za zgodność Wiceprezes Towarzystwa: **St. Markiewicz.**

SPRAWOZDANIE

z obrotu funduszków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i funduszków pod administracją Towarzystwa zostających, za rok 1892.

(Regul. § 109 Lit. B punkt 6).

A) Fundusze Towarzystwa.

I. Fundusz na wydatki bieżące Towarzystwa.

Remanent z końcem roku 1891.	Rs.	730 k. 52
Składka za rok 1892	„	2158 „ —
Składka zaległa po koniec roku 1891.	„	65 „ —
Wstępne od 15 członków czynnych.	„	90 „ —
Wpływy z prenumeraty Pamiętnika Towarzyst.	„	291 „ 25
Zasiłek z dochodów domu Towarzystwa przy ulicy Niecałej pod Nr. 614L	„	2000 „ —
Prowizycja z Banku Handlowego od funduszu w gotowiznie złożonego na rachunku przekazowym 7-io dniowym	„	83 „ 60

Ogół przychodu z remanentem Rs. 5418 k. 37

Z tej sumy dopełnione zostały wydatki następujące:

Na administrację, druki, materiały piśmienne i potrzeby gospodarcze	Rs.	1544 k. 93
Na dzieła i dzienniki	„	824 „ 42
Na wydawnictwo Pamiętnika Towarzystwa, łącznie z kosztami Redakcyi	„	1461 „ 65
Na wydatki różne:		
1) gratyfikacyja woźnym	Rs.	40 k. --
2) ofiara jednorazowa Towarzystwa Lekarskiego na fundusze imienia Botkina i Pirogowa	„	75 „ —

Do przeniesienia Rs. 115 k. — Rs. 3331 k. —

Z przeniesienia Rs. 115 k. — Rs. 3831 k. —

3)	nbezpieczenie od pożaru ruchomości i biblioteki	„ 104 „ 30		
4)	za blankiety na dyplomy dla Członków Towarz. Lekarskiego	„ 16 „ —		
5)	za reparację schodów żelaznych, do czytelni prowadzących . . .	„ 7 „ 60		
6)	za odbicie okólników do Członk.	„ 11 „ 35		
7)	za przepisaniu 20 arkuszy uwag nad ujednostajnieniem słownictwa lekarskiego polskiego . .	„ 10 „ —		
8)	wydatki na stemple, depozytowe, telegramy, asekuracja od biletu pożyczki premiowej itp. . . .	„ 20 „ 91		
9)	za półki do biblioteki	„ 25 „ —		
10)	koszta adresów i dyplomów honorowych	„ 2 „ 65		
11)	Przelew ofiarowanej przez Towarzystwo sumy do funduszu na wzniesienie pomnika ś. p. D-r Szokalskiemu	„ 300 „	Rs.	662 k. 81
	Ogół rozchodu		Rs.	4493 k. 81
	Remanent z końcem roku 1892		Rs.	924 k. 56

II. Dom Towarzystwa w Warszawie pod Nr. 614 L.

Remanent z końcem roku 1891	Rs.	374 k. 95
Za komorne od lokatorów domu	„	8622 „ 35
Opłata od lokatorów za wodę z wodociągów miejsk.	„	129 „ 60
Za kupony Kwietniowe r. 1892 od Rs. 20100 Listów Zastawnych Miejskich ser. III i IV, skonwertowanych na ser. V, przy wypłacie pożyczki dodatkowej na hypotekę domu Towarzystwa, po potrąceniu podatku	„	477 „ 37
Za sprzedany stary kamień piaskowy do użytku nieużyteczny	„	2 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rs.	9606 k. 27

Z tej sumy dopełnione zostały wydatki następujące:

Na restaurację i konserwację zabudowań	Rs.	314 k. 36
Na administrację, utrzymanie porządku i podatki	„	2199 „ 34
Na opłatę procentów od kapitałów wypożyczonych i na domu lokowanych	„	3702 „ 96
Na wydatki różne, jako to:		
1) Kolendy na Nowy Rok 1892 służbie niższej oraz innym osobom	Rs.	25 k. —
do przeniesienia	Rs.	25 k. —
	Rs.	6216 k. 66

z przeniesienia Rs. 25 k. — Rs. 6216 k. 66

2)	Koszta notaryalne przy zabezpieczeniu na hypotece domu Nr. 614L pożyczek z funduszków: Jabłonowskiego, Gołębiowskiego i Wilczyńskiego	„	83	„	35
3)	Kasie Wsparcia tytułem bonifikacyi na powiększenie funduszu ruchomego, przy spłacie kapitałów tejże kasy	„	477	„	37
4)	Koszta sądowe w sprawie przeciwko jednemu z lokatorów domu	„	16	„	03
5)	Procent od kaucyi inżyniera Marszewskiego	„	25	„	—
6)	Przelano do funduszu na wydatki bieżące zasiłek, budżetem na rok 1892 oznaczony	„	2000	„	—
7)	Przelano do funduszu rezerwowego Domu Towarzystwa Nr. 614L, kwotę w budżecie na rok 1892 oznaczoną				
			Rs. 600 k. —		Rs. 3226 k. 75
			Ogół rozchodu		Rs. 9443 „ 41
			Remanent z końcem roku 1892		Rs. 162 „ 86

III. Fundusz pracowni doświadczalnej.

Remanent z końcem roku 1891 Rs. 3850 k. —

W roku 1892 wpłynęło:

1)	za kupony	„	40	„	36
2)	procent z funduszu Domu Towarzystwa Nr. 614L od rs. 3000 z legatu Dra Wilczyńskiego	„	150	„	—
			Ogół przychodu z remanentem		Rs. 4040 „ 36

Z tej sumy dopełniono wydatków następujących:

1)	Warszawskiemu Towarzystwu Ubezpieczeń od ognia za ubezpieczenie ruchomości pracowni	„	4	„	66
2)	Płaca kustosa	„	150	„	—
3)	Płaca służącego	„	180	„	—
4)	Na opał, światło, reparacje, oraz inne potrzeby	„	52	„	05
			Ogół rozchodów		Rs. 386 k. 71
			Remanent z końcem roku 1892		Rs. 3653 k. 65

a mianowicie:

1)	fundusz stały z zapisu Wilczyńskiego, hypoteczenie lokowany na domu Towarzystwa Nr. 614L przy ulicy Niecałej	Rs. 3000 k. —			
2)	W Listach zastawnych ziemskich i miejskich	„	600	„	—
3)	W gotowiznie	„	53	„	65
					Rs. 3653 k. 65

IV. Fundusz rezerwowý domu Towarzystwa pod Nr. 614L.

Remanent z koñcem roku 1891	Rs.	134 k. 51 1/2
Przelano z funduszu Domu Towarzystwa	„	600 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rs.	734 k. 51 1/2
Odpisano w rozchodzie zwy¿kæ, powstałą przy kupnie w Banku Handlowym 3-ch Listów Zastawnych na sumæ rs. 450, za które zapłacono rs. 462 k. 95	„	12 „ 95
Remanent z koñcem roku 1892	Rs.	721 „ 56 1/2
a mianowicie:		
1) w papierach procentowych	Rs. 700 k. —	
2) w gotowi¿nie	„ 21 „ 56 1/2	Rs 721 k. 56 1/2

Fundusze Towarzystwa, przeznaczone na cele naukowe i dobroczynne.

V. Fundusz z legatu s. p. Dra Bęcwicza na utrzymanie grobu testatora na Cmentarzu Powązkowskim.

Remanent z roku 1891	Rs.	225 k. 03
Przelano procent od kapitału rs. 150 na domu Nr. 614L w Warszawie hipotecznie lokowanego	„	9 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rs.	234 k. 03
Z tego rozchodowano na utrzymanie w porządku grobu	Rs.	6 k. —
Remanent z koñcem roku 1892	Rs.	228 k. 03
a mianowicie:		
1) Kapitał hipotecznie lokowany na domu Nr. 614L przy nlicy Niecałej	Rs. 150 k. —	
2) w gotowi¿nie	„ 78 „ 03	Rs. 228 k. 03

VI. Fundusz z legatu Dra Bęcwicza na wsparcie 5-iu wdów po lekarzach polakach.

W koñcu roku 1891 fundusz stały na hipotece lokowany wynosił wogóle	Rs.	7500 k. —
W roku 1892 przelano z dochodów domu Towarzystwa procent od kapitału rs. 7500 za r. 1892	„	450 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rs.	7950 k. —
W roku 1892 przelano do Kasy Wsparcia, na doroczne wsparcia 5-iu wdów po lekarzach	Rs.	450 k. —
Remanent z koñcem roku 1892	Rs.	7500 k. —

VII. Fundusz z legatu Dra Feliksa Jabłonowskiego.

Remanent z koñcem roku 1891	Rs. 14021 k. 10 1/2
Wpłynęły procenty od kapitał. i papier. publicznych:	
a) od sum hipotecznie wypo¿y- czonych	Rs. 735 k. —
b) za kupony	„ 44 „ 08 „ 779 „ 08
Ogół przychodu z remanentem	Rs. 14800 k. 18 1/2

Z funduszu tego, stosownie do woli testatora dopełniono następujących wypłat:

1) Przelano do Kasy Wsparcia na wsparcie dla lekarza	Rs.	300 k. —
2) Wsparcia 2-om podpadłym majstrom krawcowi i piekarczowi	„	300 „ —
3) Koszta nabożeństwa za duszę testatora	„	4 „ 20
4) Przelano do Kasy Wsparcia oszczędność pozyskaną na funduszu z legatu Jabłonowskiego, przeznaczonym na wsparcie dla lekarza, za lata: 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891 i 1892	„	550 „ 35
	Ogół rozchodu .	Rs. 1154 k. 55
	Remanent z końcem r. 1892 .	Rs. 13645 k. 63 1/2

a mianowicie:

1) *Fundusz stały:*

a) w kapitałach hipotecznie lokowanych		
1) na dobrach Brzeźno w powiecie Ostrołęckim	Rs.	4500 k. —
2) na domu pod Nr. 614L w Warszawie	„	8500 „ —
b) w papierach procentowych	„	500 „ —
c) w gotowiznie	„	45 „ 58
	Rs.	13545 k. 58
2) <i>Fundusz reparacyjny grobu</i>	„	100 „ 05 1/2

Razem jak wyżej . Rs. 13645 k. 63 1/2

VIII. Fundusz nagród konkursowych imienia Dra Tytusa Chałubińskiego.

Z końcem roku 1891 fundusz ten wynosił	Rs.	1365 k. —
W roku 1892 wpłynął procent od kapitału Rs. 1200	„	60 „ —
Ponieważ wydatków nie było, przeto remanent z końcem roku 1892 wynosi	Rs.	1425 k. —

a mianowicie:

1. Kapitał stały hipotecznie na domu Towarzystwa pod N. 614L lokowany	Rs.	1200 k. —
2. w gotowiznie z procentów uzbieranej	„	225 „ —
Razem jak wyżej	Rs.	1425 k. —

IX. Fundusz nagród konkursowych imienia Dra Adama Helbicha.

Z końcem roku 1891 fundusz ten wynosił	Rs.	1930 k. 00 1/2
W roku 1892 wpłynęło za kupony	„	78 „ 36
Ogół przychodu z remanentem	Rs.	2008 k. 36 1/2
do przeniesienia	Rs.	2008 k. 36 1/2

z przeniesienia . . . Bs. 2008 k. 36 $\frac{1}{2}$

Odpisano w rozchodzie zwyczaję powstałą przy kupnie w Banku Handlowym Listu Zast. Ziem. na

Rs. 100, za który zapłacono Rs. 102 k. 88. . . „ 2 „ 88

Remanent z końcem r. 1892. Rs. 2005 k. 48 $\frac{1}{2}$

a mianowicie:

1. *Fundusz stały:*

a) w papierach procentowych . . . Rs. 1100 k. —

b) gotowiznie „ 9 „ 82

Razem . Rs. 1109 k. 82

2. *Fundusz bieżący.*

a) w papierach proc. Rs. 850 k. —

b) w gotowiznie. „ 45 „ 66 $\frac{1}{2}$ „ 895 „ 66 $\frac{1}{2}$ Razem jak wyżej . „ 2005 „ 48 $\frac{1}{2}$ *X. Fundusz z ofiar wychowawców Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z r. 1873/74.*Remanent z końcem roku 1891 wynosił Rs. 2780 k. 70 $\frac{1}{2}$

W r. 1892 wpłynęło za kupony „ 130 „ 64

Ogół przychodu z remanentem . Rs. 2911 k. 34 $\frac{1}{2}$

Odpisano w rozchodzie zwyczaję, powstałą przy kupnie w Banku Handlowym Listu Zast. Ziem., na sumę Rs. 100, za który zapłacono Rs. 102 k. 88 .

„ 2 „ 88

Remanent z końcem r. 1892 wynosił. . Rs. 2908 k. 46 $\frac{1}{2}$

a mianowicie:

a) w papierach publicz. Rs. 2850 k. —

b) w gotowiznie. „ 58 „ 46 $\frac{1}{2}$ Razem jak wyżej . Rs. 2908 k. 46 $\frac{1}{2}$ *XI. Fundusz ogólny z dochodów domu N. 12/13 w Piotrkowie.*

Remanent z roku 1891 wynosi . Rs. 25 k. 53

W roku 1892 wpłynął od Komitetu miejscowego zarządu domu, fundusz zebrany od lokatorów za komorne, po potrąceniu wydatków miejscowych

„ 3777 „ 68

Ogół przychodu z remanentem . Rs. 3803 k. 21

Z tego dochodu wydatkowano:

1. Na administr., koszta port. i t. p. Rs. 256 k. 87

2. Procenta od kapitałów hipotecznie lokowanych „ 530 „ —

3. Koszta notaryjalne „ 6 „ 95

do przeniesienia . . . Rs. 793 k. 82 Rs. 3803 k. 21

Pam. T. L. T. 89 Z. II.

z przeniesienia . . .	Rs.	793 k. 82	Rs.	3803 k. 21
4. Na stypendyja 6 studentom medycyny, z legatu Dra Wal. Koczorowskiego.	„	1800 „	—	
5. Przelano do funduszu nagr. konkursowych za r. 1892.	„	600 „	—	
6. Przelano do funduszu rezerwowego na spłatę długów hipotecznych domu N. 12/13 w Piotrkowie. „	„	150 „	—	
7. Przelano do funduszu rezerwowego budowlanego domu N. 12/13 w Piotrkowie	„	150 „	—	Rs. 3493 „ 82
Remanent z końcem r. 1892 . . .				Rs. 309 k. 39

XII. Fundusz nagród konkursowych z zapisu Dra Walentego Koczorowskiego.

Remanent z r. 1891 wynosi . . . Rs. 3576 k. —

W roku 1892 wpłynęło:

1. Za kupony.	Rs.	142 k. 50		
2. Przelano z funduszu ogólnego z dochodów domu N. 12/13 w Piotrkowie	„	600 „	—	„ 742 „ 50
Ogół przychodu z remanentem . . .				Rs. 4318 k. 50

Z tego wydano:

1. Nagrodę konkursową D-wi Zdzisławowi Dmochowskiemu . . .	Rs.	300 k. —		
2. Przelano do funduszu na wydawnictwo prac konkursow. uwieńczonych nagrodą, na koszt wydania pracy D-ra Dmochowskiego „	„	300 „	—	Rs. 600 k. —
Remanent z końcem r. 1892 . . .				Rs. 3718 k. 50

a mianowicie:

a) w Listach Zastawn. Miejskich w depozycie Towarzystwa Kred. M. Warszawy .	Rs.	3000 k. —		
b) w gotowiźnie	„	718 „	50	

Razem jak wyżej Rs. 3718 k. 50

XIII. Fundusz rezerwowy na spłatę długów hipotecznych do mu N. 12/13 w Piotrkowie.

Remanent z roku 1891 . . .	Rs.	19 k. 96		
Przelano z ogólnego funduszu u domu N. 12/13 w Piotrkowie	„	150 „	—	
Ogół przychodu z remanentem . . .				Rs. 169 k. 96
do przeniesienia				Rs. 169 k. 96

z przeniesienia Rs. 169 k. 96

Odpisano w rozchodzie zwykłą, powstałą przy kupnie w Banku Handlowym Listu Zastawu Ziemskiego na Rs. 100, za który zapłacono Rs. 102 kop. 88 „ 2 „ 88

Remanent z końcem roku 1892 Rs. 167 k. 08

a mianowicie:

a) List Zastawny Ziemski w kasie Towarzystwa Lekarskiego Rs. 100 k. —

b) w gotowiznie „ 67 „ 08

Razem jak wyżej Rs. 167 k. 08

XIV. Fundusz rezerowy budowlany domu N. 12/13 w Piotrkowie.

Remanent z roku 1891 wynosił Rs. 624 k. 22

1. Wpłynęło w r. 1892 za kupony Rs. 22 k. 80

2. Przelano z ogólnego funduszu domu N. 12/13 w Piotrkowie „ 150 „ — „ 172 „ 80

Ogół przychodu z remanentem Rs. 797 k. 02

Odpisano w rozchodzie zwykłą powstałą przy kupnie w Banku Handlowym Listu Zastawnego Ziemskiego na Rs. 250, za który zapłacono Rs. 257 k. 20 „ 7 „ 20

Remanent z końcem r. 1892 Rs. 789 k. 82

a mianowicie:

a) w papierach procentowych Rs. 750 k. —

b) w gotowiznie „ 39 „ 82

Razem jak wyżej Rs. 789 k. 82

XV. Fundusz z zapisu ś. p. Teofli Koczorowskiej, wdowy po lekarzu.

Remanent z końcem roku 1891, jako fundusz stały hipotecznie lokowany, wynosił Rs. 1000 k. —

W roku 1892 wpłynęło tytułem procentu „ 60 „ —

Ogół przychodu z remanentem Rs. 1060 k. —

Z tego przelano do Kassy Wsparcia dla rozdziału na wsparcia, stosownie do legatu „ 60 „ —

Remanent z końcem r. 1892 Rs. 1000 k. —

XVI. Fundusz z zapisu ś. p. Dra Ignacego Gołębiowskiego na stypendyja.

Remanent z roku 1891 wynosił Rs. 5025 k. 72

Procent od kapitału Rs. 5000 hipotecznie lokowanego na domu N. 614L w Warszawie „ 250 „ —

Ogół przychodu z remanentem Rs. 5275 k. 72

do przeniesienia Rs. 5275 k. 72

	z przeniesienia . . .	Rs.	5275 k. 72
Z tego wypłacono stypendyjum studentowi medyc. . .	„		250 „ —
	Remanent z końcem r. 1892 . . .	Rs.	5025 k. 72
a mianowicie:			
a)	kapitał hipotecznie lokowany . . .	Rs.	5000 k. —
b)	w gotowiznie	„	25 „ 72
	Razem jak wyżej	Rs.	5025 k. 72

XVII. Fundusz na wydawnictwo prac konkursowych, uwieńczonych nagrodą z zapisu Dra Walentego Koczorowskiego.

	Remanent z r. 1891	Rs.	896 k. —
1.	W roku 1892 wpłynęło za kupony	Rs.	23 k. 76
2.	Przelano z funduszu konkursowego z legatu Dra Koczorowskiego, na koszt wydawnictwa pracy Dra Dmochowskiego	„	300 „ — „ 323 „ 76
	Ogół przychodu z remanentem	Rs.	1219 k. 76

Z tego wydano:

1.	na druk i rysunki do pracy konkursowej Dra O. Bujwida	Rs.	237 k. 14
2.	na druk i tablice kolorowe do pracy Dra Dobrowolskiego	„	170 „ 07
3.	na druk i tablice chromo-litografowane do pracy konkursowej Dra Dmochowskiego	Rs.	162 k. 62
		Rs.	569 k. 83
	Remanent z końcem roku 1892	Rs.	649 k. 93

a mianowicie:

a)	w papierach procentowych	Rs.	500 k. —
b)	w gotowiznie	„	149 „ 93
	Razem jak wyżej	„	649 „ 93

XVIII. Fundusz z zapisu ś. p. Henryka Michała Czekińskiego.

	Remanent z roku 1891	Rs.	2141 k. —
W roku 1892 wpłynęło za kupony od	Rs. 2000 List.		
Zastawn. Ziemiskich.	„		95 „ —
	Ogół przychodu z remanentem	Rs.	2236 k. —
Przelano do Kassy wsparcia procenta z lat ubiegłych i z r. 1892 od kapitału Rs. 2000 w Listach Zastawnych Ziemiskich	„		188 „ 50
	Remanent z końcem r. 1892	Rs.	2047 k. 50

a mianowicie:

a)	w pap. procent. jako fund. stały. Rs. 2000 k. —		
b)	w gotowiznie	„	47 „ 50
	Razem jak wyżej	„	

XIX. Fundusz na wzniesienie pomnika D-wi Wiktorowi Szokalskiemu.

W roku 1892 otrzymano:

1. Z ofiar dobrowolnych od lekarzy i aptekarzy z Warszawy	Rs.	313 k. 50
2. Przelano z funduszu na wydatki bieżące sumę w budżecie na r. 1892 oznaczoną	„	300 „ —
Ogół przychodu	Rs.	613 k. 50
Z tej sumy wypłacono p. Woydydze, rzeźbiarzo- wi, na poczet sumy Rs. 600, za postawienie po- mnika umówionej	„	200 „ —
Remanent z końcem r. 1892	Rs.	413 k. 50

w Warszawie dnia 8 Marca 1893 roku.

Sekretarz Stały Towarzystwa Dr. Brodowski.

7.

B I L A N S

Funduszków i własności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z końcem roku 1892.

(Regul. § 109 Lit. B. punkt 7).

I. Activa pewne.

1. Dom Towarzystwa przy ulicy Niecałej N. 614L w Warszawie, oceniony na	Rs.	120000 k. —
2. Remanent z dochodów domu N. 614L w gotowiznie „	„	162 „ 86
3. Fundusz rezerwowy domu N. 614L.		
a) w papier. procentowych	Rs. 700 k. —	
b) w gotowiznie	21 „ 56 1/2 „	721 „ 56 1/2
4. Remanent z funduszu na wydatki bieżące Towar- zystwa w gotowiznie	„	924 „ 56
5. Fundusz Pracowni doświadczalnej:		
a) w kapitale hypot. lokowan.	Rs. 3000 k. —	
b) w papierach procentowych	„ 600 „ —	
c) w gotowiznie	„ 53 „ 65 „	3653 „ 65
		Rs. 125462 k. 63 1/2

II. Passiva (długi hipoteczne).

1. Towarzyst. Kred. m. Warszawy	Rs.	32000
do przeniesienia	Rs.	32000
	Rs.	125462 k. 63 1/2

z przeniesienia	Rs.	32000	Rs.	125462	k.	63½
2. Funduszowi z legatu Dra Jana Bęciewicza na wsparcie 5 wdów po lekarzach	„	7500				
3. Funduszowi z legatu Dra Jana Bęciewicza na utrzymanie grobu testatora	„	150				
4. Funduszowi z legatu Dra Feliksa Jabłonowskiego	„	8500				
5. Funduszowi nagród konkursów imienia Dra Tytusa Chałubińskiego	„	1200				
6. Funduszowi z legatu Dra Ignacego Gołębiowskiego	„	5000				
7. Funduszowi z legatu Teofli Koczorowskiej	„	1000				
8. Funduszowi z legatu Dra Władysława Wilczyńskiego, zapisanemu na Pracownię Towarzystwa	„	3000	„	58350	„	—
			Rs.	67112	k.	63½

III. Activa niepewne.

1. Składki zaległe od kilku Członk.	Rs.	116				
2. Zaległe po koniec 1892 r. komorne z domu N. 614L	„	94	„	210	„	—
			Rs.	67322	k.	63½

Dodając do tego:

a) Wartość biblioteki Towarzystwa, według polisy Warszaw. Tow. ubezpie. od ognia	Rs.	24000				
b) Wartość ruchomości Towarzystwa, według tejże polisy.	„	4000				
c) Wartość inwentarza Pracowni, według polisy tegoż Towarzystwa Ubezpieczeń	„	1560	„	29560	„	—
Ogół stanu majątkowego.			Rs.	96882	k.	63½

Warszawa dnia 4 Marca 1893 roku.

Sekre tarz Stały Towarzystwa Lekarskiego **Dr. Brodowski.**

9.

Nagrody konkursowe, stypendyja i t. p., przyznane w roku 1892 z funduszów pod zarządem Towarzystwa Lekarskiego zostających.

(Regul. § 109 Lit. B. puukt-9).

I. Co do nagród konkursowych.

W roku 1892, mianowicie na dzień 31 Marca, oznaczony był termin do złożenia prac na konkurs z funduszu, zapisanego przez Dra Walentego KOCZOROWSKIEGO.

Z pomiędzy ogłoszonych przez Towarzystwo Lekarskie w roku 1891 tematów, na jeden tylko temat, mianowicie:

„Zbadać pod względem anatomicznym i klinicznym wyrosłe adenoidalne w jamie noso-gardzielowej“—przedstawioną była praca z nazwiskiem autora w kopercie zapieczętowanej i opatrzonej dewizą „*Feci quae potui, faciant meliora potentes*“.

Praca ta zakomunikowaną była do przeczytania Członkom Komitetu konkursowego w skład którego weszli, pod przewodnictwem Wice-Prezesa kol. MARKIEWICZA, Członkowie Towarzystwa: kol. HOYER, PRZEWOSKI, SOKOŁOWSKI, FABIAN i KRAMSZTYK Julian.

Na zasadzie opinii Członków Komitetu i wyłuszczenia szczegółowych motywów przez kol. HOYERA co do części histologicznej, przez kol. PRZEWOSKIEGO co do części anatomo-patologicznej, oraz przez kol. SOKOŁOWSKIEGO co do części klinicznej powyższej pracy, Komitet jednomyślnością głosów na posiedzeniu w dniu 11 Maja 1892 roku przyznał autorowi tej pracy nagrodę konkursową.

Ogłoszenie powyższej uchwały Komitetu konkursowego i otwarcie koperty opatrzonej dewizą, nastąpiło na posiedzeniu klinicznem Towarzystwa Lekarskiego w dniu 20 Wszeźnia r. z., przyczem autorowi tej pracy, kol. Zdzisławowi DMOCHOWSKIEMU, wyasygnowano, w myśl woli testatora, połowę premium, t. j. rs. 300, a drugą połowę Rs. 300 przelano do oddzielnego funduszu na kosztą wydania rzeczonyj pracy.

II. Co do stypendyjów.

W roku 1892 Komitet opieki funduszów stypendyjalnych z zapisów: Dra Walentego KOCZOROWSKIEGO i Dra Ignacego GOŁĘBIOWSKIEGO przyznał stypendyja na rok akad. 1892/93 następującym studentom medycyny Uniwersytetu Warszawskiego:

a) z legatu Dra Koczorowskiego po rs. 300 rocznie:

1. Wągrowskiemu Wacławowi stud. kursu 5-go.
2. Szczepańskiemu Maryjanowi „ „ „
3. Kraków Kazimierzowi „ „ „

4. Ziemiickiemu Maksymilijanowi stud. kur. 4-go.

5. Psarskiemu Józefowi " " "

6. Ossowskiemu Waleremu " " "

b) z legatu Dra Gołębiowskiego, w kwocie rs. 250 rocznie

Orłowskiemu Waclawowi, stud. kursu 5-go.

Oprócz wyżej wymienionych funduszów stypendyjalnych z zapisów DDRów KOCZOROWSKIEGO i GOŁĘBIOWSKIEGO, które znajdują się w bezpośrednim zawiadywaniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Towarzystwo przyznaje jeszcze corocznie stypendyjum z funduszu imienia Prof. Dra Polikarpa GIRSZTOWTA, który to fundusz, wynoszący Rs. 4900 w papierach procentowych, zebrany został przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie z ofiar dobrowolnych Członków tegoż Towarzystwa oraz z ofiar lekarzy krajowych i, w myśl obowiązujących rozporządzeń rządowych, znajduje się w depozycie zachowawczym Warszawskiego Kantoru Banku Państwa i zostaje w bezpośrednim zawiadywaniu Zarządu Warszawskiego Okręgu Naukowego; procent zaś od tego funduszu Towarzystwo Lekarskie przyznaje corocznie, jako stypendyjum imienia GIRSZTOWTA, studentowi medycyny kursu 5-go, odznaczającemu się szczególniejszem zamiłowaniem chirurgii.

Stypendyjum to, w kwocie Rs. 232 k. 75 Komitet wyznaczony do wybrania stypendysty imienia GIRSZTOWTA, przyznał na rok akad. 1892/3 studentowi medycyny kursu 5-go p. Bełżyńskiemu Mieczysławowi.

Wszyscy wyżej wymienieni stypendyści zatwierdzeni zostali na rok 1892/3 przez p. Kuratora Okręgu Naukowego Warszawskiego.

W końcu niniejszego działu wspomnieć wypada o udziale Towarzystwa Lekarskiego w zatwierdzaniu stypendyjów i zapomóg stypendyjalnych, jako też w zapomóg na wydawnictwo prac popularnych, treści przyrodniczej, z legatu ś. p. Dra Józefa CHWIECKOWSKIEGO.

W testamencie własnoręcznie przez D-ra CHWIECKOWSKIEGO w dniu 25 Czerwca 1879 r. sporządzonym, zapisodawca oznaczył trzy oddzielne legaty z kapitału wieczystego swego imienia i oddał je pod najbliższy zarząd 3-eh wykonawców swego testamentu PP. Prof. Dra Włodzimierza BRODOWSKIEGO, Dra Konrada CHMIELEWSKIEGO i Adwokata przysięgłego Alfonsa PREISSA, którzy pod zwierzchniczym nadzorem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zajmują się realizacją i lokowaniem kapitałów stałych, odbiorem procentów, wyborem stypendystów i przyznawaniem premijów i zapomóg stypendyjalnych, a uchwały swe przedstawiają do zatwierdzenia Zarządowi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Każdy z wymienionych wyżej egzekutorów ma prawo testamentem nazaczyć swego następcę; jeżeliby po śmierci jednego z wykonawców testamentu okazał się brak wyznaczonego przez niego następcy, to pozostali wykonawcy, będą mieli prawo wyboru tegoż następcy; gdyby zaś nie dokonali tego w ciągu 3-eh miesięcy czasu od śmierci współtowarzysza, wtedy prawo mianowania trzeciego wykonawcy przechodzi na Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego w roku 1892, w wykonaniu woli testatora, dwa razy, mianowicie w miesiącach Styczniu i Październiku sprawdzał przez 3-ech delegowanych Członków Zarządu, kolegów BRAUNA, GEPNERA i ROGOWICZA, fundusze w zawiadywaniu wykonawców testamentu zostające, oraz księgi i rachunki przez nich prowadzone i po wysłuchaniu raportu delegowanych, na posiedzeniach 25 Stycznia i 22 Października r. z. uznał, że tak księgi buchhalteryjne, jako też cała kasowość funduszu wieczystego z legatu Dra Józefa CHWIECKOWSKIEGO we wzorowym prowadzoną jest porządku.

W roku 1892 Zarząd Towarzystwa Lekarskiego zatwierdził uchwałę wykonawców testamentu przyznającą zapomogi, premija i stypendyja, a w szczególności:

1. z procentów od kapitału stypendyjalnemu uczniom szkół technicznych i rzemieślniczych, zapomogi stypendyjalne 46 uczniom, w wysokości od rs. 300 do rs. 30, łącznie Rs. 5450 k. —

2. z procentów od kapitału na premija i wydatnictwa popularne z dziedziny nauk przyrodniczych—2-om autorom: jednemu rs. 1000, drugiemu rs. 1024 kop. 16, łącznie. Rs. 2024 k. 16

3. z procentów od kapitału stypendyjalnemu studentów medycyny — stypendyja 4-m studentom Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, każdemu po rs. 300, łącznie Rs. 1200 k. —

Ogółem zatwierdzono w roku 1892 zapomóg, premijów i stypendyjów w summie Rs. 8674 k. 16

w Warszawie dnia 26 Maja 1893 roku.

Sekretarz Stały Towarzystwa Dr. Brodowski.

10. 11.

Zawiadomienie o konkursach i nagrodach wakujących oraz o zadaniach konkursowych.

(Regul. § 109 Lit. B punkta 10 i 11).

Towarzystwo Lekarskie w roku 1892 ogłosiło 15 tematów do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, z terminem do dnia 31 Marca roku 1893; nagród tych oznaczono na rok 1892/3 sześć, każda po 300 rs. i na koszt wydania każdej uwieńczonej pracy rs. 300.

Do dnia 31 Marca r. b. żadnej na ogłoszone tematy nie nadesłano pracy; otrzymano tylko dwa listy bezimiennie z prośbą o przedłużenie terminu na dwa miesiące do złożenia rozpraw konkursowych na tematy p. t. 1. Jakość i ilość bakterij chorobotwórczych i nieszkodliwych w wo-

dzie wiślanej, i 2. Zbadać chemicznie produkty trujące (ptomainy) jednego z grzybków chorobotwórczych; oraz o pozostawienie na rok następnym tematu p. t. „Sprawdzić czy i jakie mikroorganizmy mogą być wraz z potem wydalone z ustroju przy chorobach zakaźnych.“

Komitet konkursowy, nowo przez Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniach w dniach 17 Stycznia i 21 Lutego r. b. wybrany, na posiedzeniu w dniu 26 Kwietnia r. b. uchwalił pozostawić na rok 1893/4, z terminem do dnia 31 Marca 1894 roku, wszystkie 15 zeszlórocznych tematów oraz zaprojektował dwa nowe tematy, które-to tematy, tak nowe, jak i poprzednie, zakomunikowane zostały przedewszystkiem w odpowiednim okólniku wszystkim Członkom Towarzystwa Lekarskiego do przejrzenia i nadesłania Towarzystwu swych uwag.

Po rozpoznaniu nadesłanych uwag i propozycyj, Towarzystwo na posiedzeniu w dniu 13 Czerwca r. b. ostatecznie wybrało i postanowiło ogłosić następujące tematy konkursowe do nagród z funduszu Dra KOCZOROWSKIEGO na rok 1893/4.

Nowe tematy:

1. Zbadać zmiany anatomiczne przy sprawach zapalnych, przebiegających na błonie śluzowej, wyściełającej jamę Highmora.

2. Przeprowadzić badania bakteriologiczne krwi u suchotników.

3. Na zasadzie własnych poszukiwań podać najprostsze sposoby dezynfekcyi przy chorobach zakaźnych.

4. Wpływ pożywienia, pracy fizycznej, afektów i innych czynników, działających na karmiącą, na wydzielany przez nią pokarm (analizy chemiczne i mikroskopowe).

Tematy pozostawione z roku zeszłego są następujące:

5. Jakość i ilość bakteryj chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej.

6. Wpływ zanieczyszczeń kanałowych i filtrowania przez filtry piaskowe na zawartość bakteryj i skład chemiczny wody rzecznej.

7. Zbadać chemicznie niektóre produkty trujące jednego z grzybków chorobotwórczych.

8. Zbadać anatomicznie i fizjologicznie unerwienie krtani.

9. Sprawdzić czy i jakie mikroorganizmy mogą być wraz z potem wydalone z ustroju przy chorobach zakaźnych.

10. Zbadać histologiczną budowę jajowodów z uwzględnieniem rozwoju fałd i kanałów drugorzędnych.

11. Wpływ resekecyi różnej długości odcinków kiszek w różnych miejscach na wchłanianie białka, tłuszczów i wodauów węgla.

12. Porównanie wpływu diety białkowej różnego pochodzenia (mięso, mleko, jajka, rośliny strączkowe etc.) na wydzielanie białka w moczu w przebiegu chronicznego zapalenia nerek.

13. O wchłanianiu tłuszczu i materij białkowych w przewodzie pokarmowym niemowląt z mleka sterylizowanego w porównaniu z mlekiem kobiecym.

14. Fermentacja w żołądku normalnym i patologicznym (badanie chemiczne i bakteryjologiczne).

15. Wskazać granicę kąta maximalnego, a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka: a) przy unieruchomionej miednicy, b) przy unieruchomionych stopach. Wykazać jaki udział przy takim skręceniu przyjmuje każda część kręgosłupa i oznaczyć dla każdej hamulec skręcenia.

16. Zbadać proces trawienia młodej cellulozy roślinnej, produkty przy tem tworzące się i wyprowadzić ztąd wnioski co do wartości pożywej cellulozy roślinnej (jarzyny, szpinak etc.).

17. Przeszczepialność raka i naukowe objaśnienia tego zjawiska.

18. Czy zniszczenie w płucach u suchotników zależy od działania wyłącznie tylko lasecznika Kocha?

Obecnie wakujące są następujące konkursy i nagrody:

1. Z funduszu zapisanego przez Dra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, na tematy wyżej wymienione wakuje nagród siedm, każda po rs. 300, oraz rs. 300 na wydanie każdej pracy.

2. Z funduszu konkursowego imienia Dra ADAMA HELBICHA wakują ogłoszone przez Towarzystwo Lekarskie w roku 1891, z terminem do dnia 31 Marca 1894 roku nagrody konkursowe, w liczbie 6-iu, każda po rs. 150, za prace na tematy następujące:

a) O ile stosowanie kąpieli i wód siarczanych, podczas specyficznego leczenia rtęcią syfilisu, jest uzasadnionem.

b) Wpływ mleka i jego przetworów na kwaśność uryny (z oznaczeniem ilościowem mocznika, kwasu moczowego i soli).

c) Czy i o ile słusznem jest twierdzenie nowszych badaczy włoskich (Lucatello, Griffini, Maragliano), że krew chorych na zapalenie płuc włóknikowe nie zawiera drobnoustrojów chorobotwórczych, chociaż te ostatnie znajdują się w obfitości w wysiękach przy tej chorobie.

d) Przy pomocy badania własności chemicznych i fizyologicznych soku żołądkowego określić, czy i o ile faradyzacja brzucha działając na ruchową czynność żołądka, wpływa zarazem na jego chemizm.

e) Zbadać doświadczalnie na zwierzętach działanie środka Kocha pod względem immunizacji i leczniczego znaczenia.

f) Zbadać na podstawie anatomicznej i klinicznej kwestyę tak zwanej enteroptozy Glenard'a.

3. Z funduszu konkursowego imienia Dra TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO: na konkurs poprzedni, którego termin ukończył się w dniu 31 Marca 1893 roku, nadesłali dzieła z dziedziny nauk lekarskich i pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, 3-iej autorowie. Dzieła te Komitet konkursowy rozesał do rozpoznania swym Członkom; jednocześnie zaś ogłoszony został nowy konkurs do nagrody pieniężnej w kwocie rs. 240 imienia CHAŁUBIŃSKIEGO, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych, w zastosowaniu do medycyny, ogłosić się mającą drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 Kwietnia 1893

roku do dnia 31 Grudnia 1896 roku; bliższą informację obejmuje ogłoszenie.

Co się tyczy stypendyjów przez Towarzystwo Lekarskie corocznie przyznawanych, na rok akad. 1893/4 wakować będą stypendyja następujące:

1) Z legatu Dra **WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO** sześć stypendyjów po rs. 300 dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim pochodzenia polskiego, Religii Rzymsko-Katolickiej z pierwszeństwem dla rodzin przez zapisodawcę imiennie wskazanych; w braku kandydatów z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, zwykle otrzymują te stypendyja studenci medycyny Uniwersytetu Warszawskiego kursów wyższych, odznaczający się wzorowem sprawowaniem i celującymi postępami w naukach.

2) Z legatu Dra **IGNACEGO GOŁĘBIOWSKIEGO** jedno stypendyjum w kwocie rs. 250, dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, krewnego zapisodawcy, a w braku kandydata z rodziny testatora – dla studenta medycyny tegoż Uniwersytetu z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. I to stypendyjum w braku kandydata z rodziny uprzywilejowanej, otrzymują zwykle studenci wyższych kursów.

3) Stypendyjum imienia Dra **POLIKARPA GIRSZTOWTA** w kwocie rs. 232 kop. 75, przeznaczone dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, kursu 5-go ostatniego), pochodzenia polskiego, odznaczającego się wzorowem prowadzeniem i postępami w naukach a szczególnie zdolnościami do chirurgii i poświęcającemu się jej z zamiłowaniem.

Bliższych informacyj tak co do nagród konkursowych jako też co do stypendyjów zasięgnąć można z ogłoszeń, w pismach lekarskich zwykle zamieszczanych, jak niemuiej w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7).

W Warszawie dnia 26 Maja 1893 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa Lekarskiego

Dr. Brodowski.

13, 14 i 15.

Odpisy 2-ch protokółów posiedzeń Komitetu rewizyjnego, obejmujące rezultaty rewizji rachunków oraz uwagi i wnioski w myśl Regulaminu Towarzystwa.

(§ 108 Lit. C punkta 13, 14 i 15).

Działo się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 4 Marca 1893 roku, o godzinie 7 wieczorem.

Komitet wybrany przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w dniu 17 Stycznia i 21 Lutego r. b. do rewizji rachunków i kasy Towarzystwa Lekarskiego, jako też i kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych, złożony z kolegów: PRZYSTAŃSKIEGO (jako przewodniczącego), MAJKOWSKIEGO i ANDERSA, odbył tę czynność w obec byłego podskarbiego kol. J. BRAUNA i świeżo do pełnienia tych obowiązków powołanego kol. St. KONDRATOWICZA.

Podskarbi Towarzystwa przedstawił Komitetowi następujące księgi rachunkowe i dowody:

1. Rachunek ogólny z obrotu funduszów kasy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego oraz oddzielnych funduszów pod zarządem Towarzystwa zostających, za rok 1892.

2. Kwitaryjusz kasy Towarzystwa Lekarskiego.

3. Dzienniki kasy Towarzystwa Lekarskiego i kasy wsparcia, prowadzone każdy w 2-ch egzemplarzach: jeden w Sekretaryjacie Towarzystwa — drugi przez Podskarbiego.

4. Księgę główną funduszów Towarzystwa.

5. Zeszyt asygnacyj i dowodów wypłat Towarzystwa Lekarskiego.

6. Kwitaryjusz wpływów na fundusz na wzniesienie pomnika Dr. Wiktorowi SZOKALSKIEMU.

7. Kwitaryjusz wpływów z komornego, prowadzony, z upoważnienia Zarządu, przez rządcę domu № 614L przy ulicy Niecałej.

Komitet rewizyjny porównał najprzód wszystkie poszczególne pozycje Dziennika kasy Towarzystwa Lekarskiego z kwitaryjuszami wpływów, asygnacjami i dowodami wypłat. Następnie sprawdził szczegółowe rachunki oddzielnych funduszów, zostających pod zarządem Towarzystwa i znalazł wszystkie pozycje Dziennika kasy należycie przeniesione do właściwych rachunków księgi głównej. Co do kasy wsparcia, zrewidowano dziennik jej. Rachunki szczegółowe kasy wsparcia rewidowane nie były z powodu nie zamknięcia tychże za rok 1892 w oczekiwaniu na nadesłanie rachunków przez niektórych pp. Inspektorów lekarskich gubernijalnych. Poczem Członkowie Komitetu na znak przyjęcia i potwierdzenia wszystkich rachunków Towarzy-

stwa Lekarskiego za rok 1892, złożyli swe własnoręczne podpisy na przedstawionych im księgach i t. p. dokumentach.

Oprócz tego Komitet rewizyjny przystąpił do rewizji obecnego stanu kasy Towarzystwa i kasy wsparcia, przyczem, z przedstawionego przez podskarbiego Towarzystwa „Wykazania stanu kasy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Kasy Wsparcia w dniu 4 Marca 1893 roku“, — opartego na sprawdzonych przez Komitet rewizyjny dziennikach tychże kass, okazało się, że:

Saldo kasowe i funduszowe Towarzystwa w dniu 4 Marca 1893 roku wynosi:

a)	w gotowiznie	Rs.	3978 k. 65
b)	w papierach procentowych w kasie Tow. Lek. „	„	1200 „ —
c)	w papierach procentowych, deponowanych w instytucjach finansowych	„	11750 „ —
	razem .	Rs.	16928 k. 65

Takież saldo kasy wsparcia w dniu rewizji wynosiło:

a)	w gotowiznie	Rs.	1125 k. 47½
b)	w papierach procentowych, przechowywanych w kasie wsparcia	„	1800 „ —
c)	w papierach procentowych, deponowanych w instytucjach finansowych	„	34000 „ —
	razem .	Rs.	36925 k. 47½

Ogólne przeto saldo kasowe i funduszowe obu instytucyj wynosi:

a)	w gotowiznie	Rs.	5104 k. 12½
b)	u Podskarbiego w papierach procentowych	„	3000 „ —
c)	w papierach deponowanych w Instytucjach finansowych	„	45750 „ —
	Razem .	Rs.	53854 k. 12½

Wreszcie Kasa Wsparcia posiada w Kasie Oszczędności przy Magistracie Miasta Warszawy gotowiznę odnoszącą się do funduszu z legatu D-ra Walentego STANCZUKOWSKIEGO, w kwocie Rs. 26 (książeczka Kasy Oszczędności N. 36598).

Kol. Podskarbi powyższe saldo usprawiedliwił w sposób następujący:

I. Wykazana powyżej gotowizna Rs. 5104 kop. 12½ znajduje się:

a)	w Banku Handlowym w Warszawie na rachunku przekazowym, za 7 dniowym wypowiedzeniem	Rs.	4572 k. 70
b)	w zachowaniu Podskarbiego, jako fundusz na bieżące wydatki	„	531 „ 42½
	Razem jak wyżej .	Rs.	5104 k. 12½

II. Wykazane powyżej papiery procentowe, pozostające w przechowaniu u Podskarbiego, w summie Rs. 3000, zawierają:

a)	Dwie akcje pożyczkowe Towarzystwa Drogi Żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej po rs. 100	Rs.	200 k. —
	do przeniesienia .	Rs.	200 k. —

	z przeniesienia . Rs.	200 k. —
b) Dziewięć Listów Zastawnych Tow. Kred. Ziem., a mianowicie: 6 sztuk seryi III po rs. 100, — 2 sztuki seryi V po rs. 250 i jeden List seryi V na rs. 1000, wszystkie z kuponami bieżącymi, łączniena „	2100 „ —	
c) Pięć akcyj Spółki Zakładu wód mineralnych w Solcu, po rs. 100 „	500 „ —	
d) Dwa listy likwidacyjne Król. Polsk. po rs. 100 „	200 „ —	
	Razem . Rs.	3000 k. —

Ogółem przeto saldo obu kass, na przechowaniu u Podskarbiego znajdujące się, wynosi Rs. 8104 kop. 12 $\frac{1}{2}$.

Co zaś do papierów procentowych, będących własnością Towarzystwa Lekarskiego i funduszów pod zarządem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zostających, jak niemniej i kasy wsparcia podupadłych lekarzy, na sumę Rs. 45750, to kwota ta lokowaną została: w Banku Handlowym w Warszawie, Towarzystwie Kredytowym Miasta Warszawy i Towarzystwie Kredytowym Ziemiem, co Podskarbi usprawiedliwił dowodami depozytowymi odnośnych instytucyj finansowych.

Dowody te Komitet rewizyjny sprawdził, znalazł je w zupełnym porządku, wykaz stanu obu kass za zgodny z rzeczywistością przyjął i podpisał.

Dla braku czasu sprawdzenie inwentarza Towarzystwa i zamierzeń budżetowych odłożono do dnia 8 Marca, o czym Przewodniczący odnośnem pismem zawiadomił p. Prezesa Towarzystwa.

Przewodniczący w Komitecie Członkowie
(podpisano) D-r **Przystański** (podpisano) D-r **Majkowski**,
D-r **Anders**.

Za zgodność: Sekretarz Komitetu **L. Anders**.

Działo się w dniu 8 Marca 1893 roku o godzinie 7 wieczorem w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Komitet powołany do rewizyi rachunków i kasy Towarzystwa Lekarskiego, złożony z kolegów PRYZYSTAŃSKIEGO, MAJKOWSKIEGO i ANDERSA, przystąpił w myśl § 113 nowego regulaminu do sprawdzenia wykonania zamierzeń budżetowych na rok 1892 i inwentarza własności ruchomej Towarzystwa.

I. Co do pierwszego, Komitet porównał budżet Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego na rok 1892 z rachunkiem ogólnym z obrotu funduszów kasy Towarzystwa, oraz oddzielnych funduszów, pod zarządem Towarzystwa zostających, za rok 1892, sporządzonym na podstawie sprawdzonych przez Komitet kwitaryjuszów i dziennika kasowego i przekonał się, że wogóle wszelkie zamierzenia budżetowe, zarówno w dochodach, jak i rozchodach, wykonane zostały zgodnie z budżetem, przyjętym i zatwierdzonym na posiedzeniu administracyjnem

Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w dniu 15 Grudnia 1891 r., małe zaś niedobory lub też przekroczenia Komitet rewizyjny zupełnie usprawiedliwił. Powstały one wskutek zwiększonych kosztów wydawnictwa Pamiętnika Towarzystwa (z powodu druku przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego); zmniejszonej opłaty za wodę na skutek zabrania części jednego lokalu na Kancelaryją Towarzystwa (od 1 Lipca 1892 r.); zwiększenia podatków, strat przy kupnie papierów procentowych i t. p. Oprócz tego rozehód funduszu z legatu D-ra Feliksa JABŁONOWSKIEGO zwiększonym został, na skutek przelania do Kasy Wsparcia oszczędności na funduszu, przeznaczonym na wsparcie dla lekarza za lata: 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891 i 1892.

II. Inwentarz własności ruchomej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego znaleziono spisany w trzech częściach:

a) Książka sznurowa o 48 kartach in 4-o, oprawiona w czarne płótno, założona w r. 1861 i opatrzona podpisami ówczesnych urzędników Towarzystwa: Prezesa D-ra KULESZY i Sekretarza stałego D-ra W. SZOKAŁSKIEGO. Od czasu zaprowadzenia tej książki inwentarz sprawdzanym nie był. W 148 pozycjach zapisane są różnocozasowo najrozmaitsze ruchomości, będące własnością Towarzystwa. Z nich N. N. 10, 18, 19, 21, 22, 23, 43, 51, 52, 53 i 112 wykreślone zostały przez byłego Sekretarza stałego, D-ra W. SZOKAŁSKIEGO, zaś N. N. 120, 121, 125, 129, 130 i 136 przeniesione zostały do inwentarza Pracowni doświadczalnej i z tego powodu z dawnego inwentarza wykreślonymi być winny. N. N. 1, 2, 3 i 4 w dawnej postaci nie egzystują, zostały one przerobione i dziś stanowią 8 szaf dwuskrzydłowych (XXI, XXIII, XXIV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX) i 2 jednoskrzydłowe (XXII i XXV).

Szafy te ustawione są w sali posiedzeń i figurują w inwentarzu powtórnie pod N. 69.

Obok tego pod N. 89 zapisaną jest szafa dwuskrzydłowa, jesionowa, politurowana, zupełnie podobna do uprzednich, nie opatrzona numerem. Komitet rewizyjny wnosi, aby wszystkie te szafy z N.N. 1, 2, 3, 4, 69 i 89 poczytywać za jedną pozycję i wnieść pod jednym wspólnym numerem do nowego inwentarza.

Pod N, 14 zapisano 10 krzeseł jesionowych, już wtedy nazwanych starami (sprawiono je w r. 1845). Obecnie ich niema. Uległy zapewne zupełnemu zniszczeniu. Komitet proponuje wykreślenie ich z inwentarza.

Pod NN. 13, 88, 133 i 140 zapisano krzesła jesionowe, politurowane, wyplatane lub też o siedzeniu amerykańskim, w ilości sztuk 96. Z ich liczby pod N. 91 powtórnie figurują dwa krzesła, zapisane po wysłaniu ich siedzeń safjanem. Pozostałe 94 krzesła różnocozasowo, w miarę psucia się, zaopatrywane zostawały zamiast trzciny w tak zwane siedzenia amerykańskie, lub wyściełane były ceratą, zmieniły przeto swój wygląd pierwotny.

Trzech krzeseł z liczby 30, sprawionych w r. 1861, nie znaleziono; miały one ulec zniszczeniu. Komitet rewizyjny uznaje to za usprawiedliwione i proponuje, aby brakujące 3 krzesła wykreślić z inwentarza, resztę zaś, oprócz dwóch z pod N. 91, włączyć w jedną całość i zamieścić pod jedną pozycją w nowym inwentarzu.

Oprócz tego Komitet przedstawia do wykreślenia następujące rzeczy, których, z powodu ich zniszczenia, odnaleźć się po części nie udało:

- N. 16—tablica czarna, sprawiona w r. 1860.
- N. 24—lampa, sprawiona w r. 1861.
- NN. 25 i 26—kinkiety, sprawione w r. 1861.
- NN. 29 i 33—nożyczki i szczypce do obcinania knotów z r. 1861.
- N. 30—wiszor do czyszczenia szkieł.
- N. 32—4 lichtarze z czarnej blachy.
- N. 37—tacka blaszana do szklanek z r. 1848.
- N. 49—poduszka do tuszu z r. 1845
- N. 50—3 teki papierowe, sprawione w r. 1850.
- N. 55—paka drewniana z r. 1855,
- N. 80—koszyk do papierów z r. 1876.
- NN. 82 i 83—kubek i nalewka blaszana (1876 r.)
- N. 86—miednica fajansowa (1876 r.)

Pod N. 31 znaleziono sześć lichtarzy platerowanych z r. 1845 zupełnie do użytku niezdatnych. Ponieważ wrazie sprzedaży kwota na tej drodze otrzymana, byłaby nader małą, proponuje Komitet, aby stare lichtarze wykreślić, wymienić w fabryce na odpowiednią ilość nowych i zapisać je na nowo do inwentarza.

Pod N. 62 zapisano 2 piece żelazne, sprawione w r. 1873. Z nich jeden został obłożony kaflami, służył przez dłuższy czas i uległ zupełnemu zniszczeniu — drugi znajduje się na składzie i jest zupełnie zbitecznym. Proponujemy, aby go sprzedać i następnie oba piece wykreślić z inwentarza Towarzystwa.

Wogóle do inwentarza Towarzystwa zapisywano często przedmioty, które, ze względu na swój charakter, nie przedstawiają cech trwałości i z tego powodu w inwentarzu właściwie figurować nie powinny. Tak np. pod N. 35 spotykamy karafkę szklaną, pod N. 36 4 szklanki szlifowane pod N. 38 2 ręczniki bawełniane, pod N. 39 szczotkę do podłóg na kiju osadzoną, pod N. 40 szczotkę do kurzu, pod N. 45 linję białą, pod N. 61 3 flagi, pod N. 48 35 białych i 32 czarne gałki, pod N. 111 6 popielniczek, pod N. 156-u dwa kałamarze szklane, pod N. 160 chodnik na schody. Imię, jak na przykład N. 170—blacha na czapkę dla stróża, N. 173 kozuch dla tegoż, N. 174—buty grube, N. 171—klucz mechaniczny do rewidowania urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych, z natury swej, chociaż stanowią własność Towarzystwa Lekarskiego, lecz we właściwym jego inwentarzu figurować nie powinny. Komitet wnosi przeto, aby te przedmioty z inwentarza wykreślone mi zostały.

Biorąc to wszystko pod uwagę, Komitet rewizyjny przyszedł do przekonania, iż należałoby:

1) stary inwentarz, po zrobieniu w nim właściwych adnotacyj zachować w aktach Towarzystwa,

2) zaprowadzić nowy inwentarz,

3) dla łatwiejszej kontroli na przyszłość, zapisane do nowego inwentarza, przedmioty opatrzyć odpowiednimi numerkami.

b) Książka sznurowa in folio, oprawna w płótno angielskie, o 96 kartach, zaprowadzona w r. 1885, podpisana przez ówczesnego Prezesa, D-ra GEPNERA i Sekretarza Stałego, D-ra WIKTORA SZOKALSKIEGO, a zawierająca inwentarz pracowni doświadczalnej. Znalaziono wszystko w zupełnym porządku i stwierdzono brak jednego taburetu (wartości 80 kop.), zapisanego w dziale I, pod N. 9. Uległ on zniszczeniu i z tego powodu z inwentarza wykreślonym być winien.

c) Spis przedmiotów, znajdujących się w muzeum Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, pomieszczony na 3-ch arkuszach papieru, zeszytych ze sobą. Z przedmiotów tamże wyszczególnionych, nie nie brakuje.

Prócz tego znaleziono pudełko, oklejone czarną skórą, z zameczkiem, wyklejone zamszem, z dwoma wazonikami brązowymi, na drewnianych kwadratowych, palisandrowych podstawach. Wazoniki te są podarunkiem D-ra DUBREWICZA. Są to podobno wyroby pompejańskie— należy je zapisać do inwentarza zbiorów muzeum.

Wypadałoby dla zbiorów tych utworzyć oddzielny inwentarz, a dzisiejszy spis w aktach Towarzystwa zachować, i do tegoż inwentarza wpisać dwie szafy, mieszczące te okazy, a dotąd nigdzie nie apisane.

Na tem Komitet czynności swe ukończył i odpowiednie dokumenty podpisami swemi zaopatrzył.

Przewodniczący w Komitecie
(podpisano) Dr. **Przystański**.

Członkowie Komitetu
(podpisano) Dr. **Majkowski**.

„ Dr. **Anders**.

Za zgodność:

Sekretarz Komitetu **L. Anders**

Czynności naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1892 a 72-gi istnienia Towarzystwa.

Rzecz czytana na posiedzeniu wyborczem d. 3 Stycznia 1893 r.

przez WŁADYSŁAWA SZTEYNERA, sekretarza dorocznego.

Na początku roku 1892, a 72-go istnienia naszego Towarzystwa, liczyło ono członków honorowych 23, czynnych 124 i korespondentów 116. Na rok ten wybrani zostali: na prezesa PRZEWOŚKI Edward, na wiceprezesa MARKIEWICZ Stanisław, na sekretarza dorocznego SZTEYNER Władysław. W tymże roku w dalszym ciągu spełniali obowiązki: sekretarza stałego BRODOWSKI Włodzimierz (członek honorowy), podskarbiego BRAUN Jan, bibliotekarza starszego PESZKE Józef, bibliotekarza młodszego JASIŃSKI Roman, redaktora „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego“ JAKOWSKI Maryjan, zarządzającego pracownią doświadczalną Towarzystwa HOYER Henryk (członek honorowy) i dwóch członków zarządu z grona Towarzystwa: GEPNER Bolesław i ROGOWICZ Jakób.

W ciągu ubiegłego roku, w dniu 8 Marca wybrano na członka honorowego doktora FRANKOWSKIEGO Władysława z Charkowa, w uznaniu zasług na polu lekarskiem i społecznem, zaś w dniu 13 Grudnia, z okazji zbliżającej się 80-ej rocznicy urodzin, wybrano na członka honorowego najgłówniejszego ze współczesnych uczonych, PASTEUR'a Ludwika.

Liczba członków czynnych powiększyła się o 16; nowoobrani zostali koledzy: BĄCZKIEWICZ Jan, BIERNACKI Edmund, DMOCHOWSKI Zdzisław, FAYT Tomasz, JANOWSKI Władysław, KOPYTOWSKI Władysław, KORAL Adolf, KUCZYŃSKI Antoni, LESZCZYŃSKI Leonard, MUTTERMILCH Julijusz, RABEK Ludwik, REMBIELIŃSKI Stanisław, RZECZNIOWSKI Leon, SAWICKI Bronisław, SIERPIŃSKI Konstanty, ZAWADZKI Władysław. Liczbę członków korespondentów powiększył ŻMIGRODZKI Kazimierz w Petersburgu.

W ciągu ubiegłego roku Towarzystwo nasze nie utraciło żadnego z członków wskutek śmierci. Z końcem roku 1892 Towarzystwo liczyło członków honorowych 25, czynnych 145 i korespondentów 117.

Towarzystwo w roku sprawozdawczym odbyło 36 posiedzeń, a więc o 6 więcej, niż w latach poprzednich; z tych sześciu nadzwyczajnych posiedzeń trzy były poświęcone dyskusji nad nowym regulaminem, zaś trzy inne rozprawom nad cholera.

Ilość członków uczęszczających na posiedzenia była większą, niż w latach poprzednich, gdyż średnio bywało po 50 członków; największa zaś liczba obecnych na posiedzeniu członków była 89, najmniejsza 32.

Ogólna ilość większych przemówień i krótkich komunikatów, oraz

demonstracyj wynosiła 75. Bardzo niewielka część, gdyż tylko siedm przemówień i komunikatów, była wypowiedzianą przez gości, reszta była dokonana przez członków Towarzystwa.

Przystępując do wyciszenia poszczególnych przemówień, muszę zacząć od sprawy, która najwięcej odeczytów i przemówień wywołała, od sprawy ważnej, bo kraj cały obchodzącej—od cholery. Gdy w Sierpniu roku 1892 pokazały się pierwsze przypadki w Królestwie Polskiem, w Biskupicach pod Lublinem, pierwszy kol. BUJWID czytającemu ogółowi lekarskiemu, pierwszemu Towarzystwu naszemu na posiedzeniu nadzwyczajnem d. 26 Sierpnia zakomunikował wyniki swych poszukiwań stwierdzających obecnosc laseczników cholerycznych w wypróżnieniach chorych z Biskupic i z Lublina. Jakkolwiek zrazu odezwały się głosy powątpiewające, to jednakże i przebieg epidemii i późniejsze poszukiwania nie zaprzeczyły, ale w całości potwierdziły badania BUJWIDA. Na następnem posiedzeniu kol. NATANSON Ludwik mówił w sprawie porozumienia się lekarzy co do metody postępowania lekarskiego w cholery, zaś kol. HEWELKE podał przegląd krytyczny metod i środków stosowanych w cholery, poczem wywiązała się dyskusya nad leczeniem cholery, sprawę zaś porozumienia się oddano komisji, na wniosek kol. NATANSONA zwołanej. W dniu 6 Września prezes PRZEWOSKI miał obszerny wykład o anatomii patologicznej cholery; wykład ten z powodu swej ścisłości i wyrazistości na długo pozostanie w pamięci słuchających kolegów. Dopiero 20 Września kol. Prezes miał możność publicznie zdać sprawę z wycieczki do Lublina i okolic, przedsiębranej w celu rozpoznania panującej tam epidemii; wszystkie zebrane tam dane dowodziły stanowczo, że panowała w tych okolicach cholera azyjatycka.

O pierwszym przypadku cholery, spostrzeganym w Warszawie u przejezdnego hiszaka, zdawali sprawę kol.: ŚWIĄTECKI WŁ., JANOWSKI i sekretarz stały, zaś kol. SZWAJECER o pierwszym miejscowym przypadku cholery u chorej, która się z Warszawy nie wydalala; kol. ZAWADZKI podał szczegóły, dotyczące przebiegu cholery w Lublinie, zebrane na miejscu, w końcu kol. HEWELKE odeczytał kwestyjonaryjusz dla badań nad cholera, ułożony przez redakcyję „Kroniki lekarskiej“. Na posiedzeniach następnych kol. JANOWSKI zdawał sprawę z przebiegu epidemii cholery azyjatyckiej w Warszawie, zaś kol. BIERNACKI odeczytał pracę o znalezionych przez siebie spiryllach cholerycznych w wodzie studziennej w Lublinie i w wodzie z wanny.

Z liczby członków korespondentów kol. RUPPERT zdawał sprawę z przypadku cholery azyjatyckiej, spostrzeganego w Aleksandrowie, oraz pokazywał wyhodowane przez siebie kultury; z liczby gości kol. WOŁKOWICZ odeczytał pracę o wartości salolu w biegunce cholerycznej, według spostrzeżeń, poczynionych w Niższym Nowogrodzie. Wszystkie te prace i przemówienia prowadziły za sobą obszernie dyskusyje, trwające przez wszystkie prawie posiedzenia w miesiącach: Sierpniu, Wrześniu i Październiku.

Ostatni raz sprawa cholery ze stanowiska higieny publicznej przyszła pod obrady w Grudniu, z okazji, iż sekcya lekarsko-technicz-

na komitetu obywatelskiego nadesłała do Towarzystwa do oceny swój projekt urządzeń sanitarnych na przypadek nowego wybuchu cholery w Warszawie. Niezależnie od orzeczenia specjalnej komisji, wyznaczonej przez Towarzystwo, przez dwa posiedzenia toczyły się rozprawy ożywione, odnośnie do izolacji przymusowej chorych, domów mieszkalnych i zajmowania miejsc w szpitalach ogólnych. Ostateczne wyniki, zredagowane w stosownym memoriale, odesłane zostały do Komitetu obywatelskiego.

Oprócz cholery jeszcze jedna choroba epidemiczna, mianowicie dysenterya, dała powód do przemówień i rozpraw. Początek dał kol. STUMMER, zwróciwszy uwagę na ważność panującej epidemii i na środki w leczeniu stosowane; dalej kol. JANOWSKI podał przegląd krytyczny metod leczenia dysenterji; z dyskusji, która się potem wywiązała, zaznaczyć należy przemówienie kol. CHEŁMOŃSKIEGO, zalecającego stosowanie w dysenterji kąpiele nasiadowych i DUNINA, dającego pierwszeństwo w leczeniu makowcowi. Z innych chorób zakaźnych obszernie rozprawy, przez dwa posiedzenia trwające, prowadzone były nad dyfteryją i krupem, z okazji pracy kol. SĘDZIĄKA: „Krup czy dyfteryt nosa?“, większość głosów, nie tylko klinicystów, ale i anatomów, przechylała się do uznania identityczności etjologicznej tych dwóch postaci chorobowych.

Do działu chorób zakaźnych należy zaliczyć sprawozdanie kol. BUJWIDA z leczenia wściekliczny metodą Pasteura, oraz wyniki nowszych badań doświadczalnych. Z dziedziny medycyny wewnętrznej przypada kol. SOKOŁOWSKIEGO opis przypadku białaczki śledzionowo-gruczołowej; w dyskusji, jaka się później wywiązała, wiele interesujących szczegółów o ciałkach eozynofilowych podali kol. Sekretarz stały, MAZEL, HOYER i Prezes. Dalej odczyt kol. SKŁODOWSKIEGO o moczo-pędnem działaniu kalomelu przy chorobach nerek i opis przypadku kol. DĄBROWSKIEGO zwięźenia odźwiernika przy pomocy gastroenterostomii.

Z zakresu chorób nerwowych mamy do zanotowania kol. BIERNACKIEGO przedstawienie chorej z syringomyelią, CIĄGLIŃSKIEGO z *myelitis transversa*, DUNINA chorego z *hemispasmus et hemiparesis nervi facialis hystericus*, RZECZNIOWSKIEGO z zaburzeniami czucia ogólnego pochodzenia mózgowego, oraz odczyt kol. BIERNACKIEGO o bólach i nadezułości pochodzenia mózgowego. Do tego ostatniego działu musimy zaliczyć obszerny odczyt kol. OŁTUSZEWSKIEGO o zбочeniach mowy — jakaniu i bełkotaniu, poruszający kwestyje dotąd nie rozbierane, o ile mi wiadomo, w naszym Towarzystwie; nadto kol. O. przedstawił chorego, wyleczonego z afazy, powstałej po apopleksji.

Z działu anatomii patologicznej i bakterjologii, oprócz bogatego w treść odczytu prezesa PRZEWOSKIEGO o naukowej działalności Rudolfa VIRCHOW'a, mamy do zanotowania komunikat kol. CIĄGLIŃSKIEGO o grzybkach, znalezionych w przypadku czarnego języka, kol. JANOWSKIEGO o komórkach eozynofilowych w ropie tryprowej spotykanych, dalej odczyt kol. ORŁOWSKIEGO Wacława o zmianach w komórkach nerwowych

przy wściekliznie znajdujących, na zasadzie badań, dokonanych w pracowni BUJWIDA, nakoniec kol. POLAKA demonstracje fotografii pęcherzy ospowych u cieląt, szczepionych krowianką.

Z działu *pedyjatryi* kol. WOLBERG opisał przypadek jednocześnie przebiegającej szkarlatyny i ospy, oraz podał kilka uwag o *erythema nodosum*, zaś kol. SIKORSKI przedstawił chore dziecko z guzem nerki, a kol. KRAMSZTYK przypadek tęczycki.

Z dziedziny *chirurgii* prof. KOSIŃSKI mówił o promienicy brzusznej przebiegającej pod postacią guza twardego jak włókniak, dalej okazywał preparat nerki z przeistoczeniem torbielowem wyjętej przy operacyi i preparat pęcherzyka żółciowego o ścianach zgrubiałych, wyluszczone przy laparotomii, nadto przedstawił chorego po utworzeniu sztucznego odbytu przy raku odbytnicy. Kol. BORSUK przedstawił chorego z raną gardzieli i przedstawił preparat ropnia gardzieli, który przeżarł tętnicę szyjową i pękł do przelyku, dalej opisał przypadek zranienia wewnątrztrzewnowego pęcherza moczowego i zranienia okrężnicy, w którym po laparotomii i zeszytciu zranionych narządów otrzymał wyzdrowienie, nadto przedstawił chorą, której przy operacyi uwiecznionej przepukliny dokonał częścikowego zeszytęcia kiszki po nad miejscem o zgorzel podejrzaniem. Kol. STANKIEWICZ miał odczyt o resekcyi kolana, oraz przedstawił chorego ze zwchnięciem kości śródstopia. Kol. KORZENIOWSKI przedstawił chorego z obustronnem zwchnięciem rzepki. Kol. SOLMAN mówił o przypadku niedrożności jelit, wyleczonym przez dwukrotną laparotomię; za pierwszym razem odcięto zgorzelinową okrężnicę i utworzono sztuczny odbyt, po 7 tygodniach dokonano resekcyi i enterorafii; dalej zdawał sprawę z przypadku resekcyi i zeszytęcia kiszki wobec istniejącej przetoki, nadto wspólnie z kol. J. ZAWADZKIM opisał przypadek wycięcia odźwiernika żołądka przy raku, zakończony wyzdrowieniem. Kol. KIJEWSKI okazał preparat raka okrężnicy. Kol. LESZCZYŃSKI mówił o znieczuleniu za pomocą bromku etylu, zdając sprawę z 40 przypadków, w których stosował pomieniony środek bez ważniejszych powikłań. Kol. HEIMANN odczytał rzecz p. t. dwa przypadki ropnia mózgowego pochodzenia usznego, oraz uwagi ogólne nad takimiż ropniami. Kol. GĄBSZEWICZ opisał rzadki przypadek ropnego wysięku osierdzia, wyleczony na drodze operacyjnej, nadto przedstawił chorego ze złamaniem 3-go kręgu szyjowego.

Z działu *ginekologii* operacyjne przypadki opisali kol. SOLMAN przypadek ciąży zewnątrzmacicznej z płodem dojrzałym nieżywym, zakończony pomyślnie po laparotomii, dalej rzadki przypadek ciąży przy macicy podwójnej, powikłany zarośnięciem otworu zewnętrznego macicy ciężarnej; z powodu tego ostatniego powikłania poród w swoim czasie nie mógł nastąpić; w 11 miesiącu ciąży wśród objawów zapalnych i gorączkowych dokonana laparotomija nie mogła już uratować chorej. Kol. BIEGAŃSKI przedstawił chorą po odjęciu macicy pękniętej podczas porodu. Oprócz tego kol. NEUGEBAUER przedstawił: osobnika z hermofrodytyzmem, dziecko z wynicowaniem pęcherza, dziewczynę z przemie-

szczeniem skutkiem blizn zewnętrznego otworu cewki moczowej, oraz preparaty *pelvis obiectae* i miednicy po symfyeotomii na trupie rodzącej dokonanej.

W dziale chorób *nosa, gardła, krtani i uszu* kol. SOKOŁOWSKI przedstawił chorą ze znacznym przerostem migdałka językowego, kol. WRÓBLEWSKI chorego z nowotworem na stropie gardzieli, kol. HERYNG i JAWDYŃSKI przypadki twardzieli nosa, kol. SĘDZIAK bardzo interesujący przypadek mięsaka migdałów, powikłanego licznymi mięsakami w skórze i tkance podskórnej, nakoniec kol. SZUMLAŃSKI pokazał chorą z domniemanym tętniakiem tętnicy szyjowej wewnętrznej.

Z *okulistyki* kol. KRAMSZYK przedstawił chorego, któremu dokonał przeszczepienia błony śluzowej z jamy ustnej na łącznicę.

Z działy *dermatologii* mamy do zanotowania jedno tylko przemówienie kol. BIRO o szczepieniu grzybków parcha na ludziach; przemówienie to wywołało protest ze strony kol. KRYSIŃSKIEGO, przyjęty przez Towarzystwo z uznaniem.

Do działy *toksykologii* zaliczyć wypadnie odczyt kol. J. ZAWADZKIEGO p. t. przyczynek do zbiorowego zatrucia tlenkiem węgla.

W sprawie społeczno-lekarskiej przemawiał kol. STUMMER, przedstawivszy swój projekt pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach.

Kończąc to sprawozdanie niech mi wolno będzie wyrazić życzenie, aby mój następcą w przyszłym roku mógł zaznaczyć jeszcze większy rozwój spraw naukowych w naszym Towarzystwie.

17. Wiadomość o stanie biblioteki.

(drukowana była w Protokóle posiedzenia Administrac. r. 1892.)

18.

Wydawnictwo „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“.

W roku 1892 „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ wychodził pod redakcją MARYJANA JAKOWSKIEGO:

Wydawnictwo było odbijane w 500 egzemplarzach i objęło razem 70 arkuszy i 2 strony druku oraz 12 tablic chromolitografowanych, litografowanych i drzeworytniczych.

Prócz treści *urzędowej*, obejmującej listę członków i urzędników Towarzystwa oraz budżet, bilans, protokoły z posiedzeń itp. oraz prócz „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1891“ i ogłoszeń, wydawnictwo pomieściło następujące prace naukowe, napisane przez 10 członków Towarzystwa (9 czynnych i 1 czł. korespondenta) oraz 3 autorów, nie będących członkami Towarzystwa.

1) J. SAWICKI. Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na elektryczne własności tkanek (z 1 tabl. drzeworyt.).

2) BUJWID. Wścieklizna u ludzi i leczenie zapobiegawcze według metody Pasteur'a (z 1 tabl. chromolit i 2 cynkotyp.).

3) RAUM. O ziarnistych zawartościach w komórkach nowotworów (z 1 tabl. chrom.).

4) BĄCZKIEWICZ. O szybkości wchłaniania jodku potasu w kiszce prostej.

5) RUPPERT. O pochodzeniu żółciowej marskości wątroby.

6) JANOWSKI. Przyczynę do anatomii patologicznej marskości wątroby, powstałej pod wpływem zastójności żółci (z 2 tabl. chromolit.).

7) KAMOCKI. Badania anatomopatologiczne nad szklistem zwyrodnieniem łącznicy (z 1 tabl. chromolit. i 1 tabl. litograf.).

8) DOBROWOLSKI. Guziczki limfatyczne bł. śluzowej przełyku, żołądka, krtni, tchawicy i pochwy u ludzi i zwierząt (z 2 tabl. chromolit.).

9) РОТНѢ. Historia psychiatrii w Polsce.

10) ДМОЧОВСКИ. O wyrosłach adenoidalnych (z 1 tabl. chromolit.).

11) JAKOWSKI. Przyczynę do badań nad sprawami chemicznymi w kiszce u człowieka.

12) BARĄCZ. O wartości enteroanastomozy za pomocą szwów SENN'A w chirurgii żołądka i kiszki (z 2 tabl. litograf.).

13) MINKIEWICZ. Obyczaje Chewsurów w stosunku do ciężarnych i położnic (wyjątek z prac autora nad medycyną ludową na Kaukazie).

W roku 1892 wydawnictwo było odbijane w drukarni p. M. Ziemiękiewiczowej, tablice zaś były wykonane przez zakłady p. Głowczewskiego i p. Modrzewskiego w Warszawie oraz pp. Wernera i Wintera w Frankfurcie nad M., Gittscha w Jenie i Schützego w Berlinie.

Wydawnictwo było rozsyłane ogółem w 376 egzemplarzach, a mianowicie: 150 prenumeratom płatnym, 81 instytucjom naukowym i osobom bezpłatnie (76 inst. i 5 osobom) i 145 członkom czynnym Towarzystwa.

Ogółem z prenumeraty i sprzedaży pojedynczych zeszytów w roku 1892 wpłynęło rs. 291 kop. 25.

Wydatki w roku 1892 wyniosły:

Na druk papier i broszurowanie wydawnictwa i odbitek	Rs.	848 k.	60
Na tablice i rysunki	„	270 „	61
Na ekspedycję w kraju, cesarstwie i zagranicą	„	123 „	54
Na wydatki drobne (marki pocztowe, papier, pieczątki, etc.)	„	18 „	90
Na pensyję redaktora	„	200 „	—

Ogółem Rs. 1461 k. 65

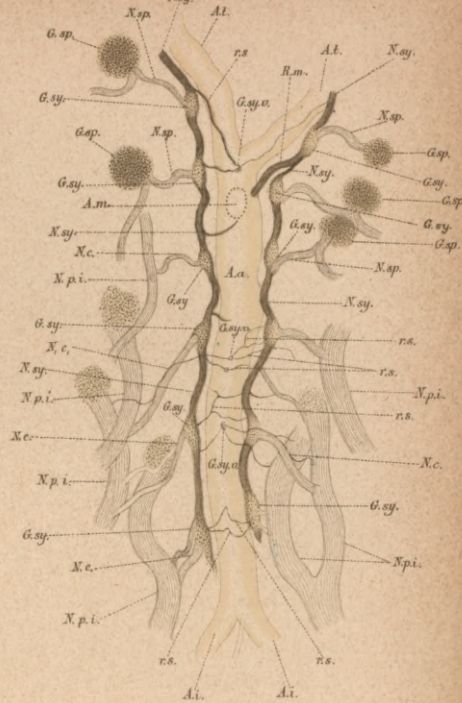
UWAGA. W roku sprawozdawczym były umieszczone w Pamiętniku 3 prace, nagrodzone na konkursach Towarzystwa Lekarskiego i drukowane ze specjalnych funduszków, nie wchodzących w zakres budżetu Pamiętnika, zakreślonego na rok ten przez Towarzystwo; są to prace pp. BUJWIDA, DOBROWOLSKIEGO i ДМОЧОВСКИЕГО. Tablice do pracy p. BARĄCZA były ofiarowane przez tegoż bezpłatnie i redakcyjja poniosła jedynie koszt sprowadzenia ich.

Redaktor: M. Jakowski.

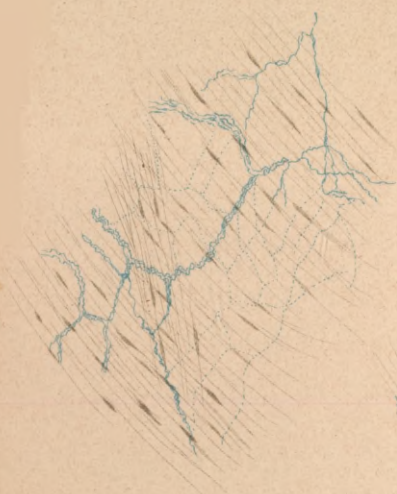
1.



2.



3.



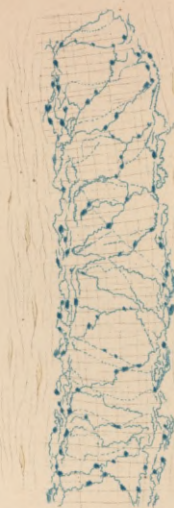
4.



5.



6.



7.



8.

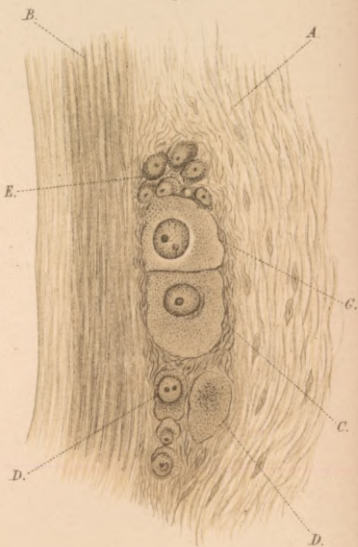


Fig. 1.



Fig. 3.



Fig. 2.



Fig. 4.

