

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA A. GLUZIŃSKIEGO WE LWOWIE.

O CZYNNOSCI ŻOŁĄDKA PRZY WRZODZIE

I ZWĘŻENIU DOBROTLIWEM

PO ZABIEGACH OPERACYJNYCH

napisał

D-r Roman Rencki [Asystent kliniki lekarskiej].

Pomimo tak często wykonywanych zabiegów operacyjnych z powodu okrągłego wrzodu żołądka i dobrotliwego zwężenia odźwiernika, ilość dokonanych badań nad zachowaniem się czynności mechanicznej i chemicznej żołądka jest jeszcze zbyt mała, abyśmy mogli opierając się na wynikach dotychczasowych, ocenić należycie korzyści osiągnięte przez operację. Że są one istotnie dla chorych wielkie, nie ulega wątpliwości. Nie można się jednak zadowalać tylko podmiotowym uczuciem zdrowia chorych, znaczną nieraz poprawą ich podupadłego odżywiania, jak się to przeważnie dzieć zwykło; należy uwzględnić i dokładne badania zachowania się czynności samego żołądka. Przekonać się nieraz możemy, że podmiotowe uczucie zupełnego zdrowia nie zawsze idzie w parze z przedmiotowym stanem czynnościowym żołądka po operacji.

Pam. Tow. Lek. Z. II, T. 97.

12

Pierwsze badania KLEMPERER'a i BOAS'a odnoszą się do pyloroplastyki wykonanej z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika. KLEMPERER opisuje przypadek, w którym BARDELEBEN, z powodu zwężenia odźwiernika po oparzeniu z następczą rozstrzenią, wykonał pyloroplastykę. Po kilku miesiącach chory zmarł na gruźlicę płuc, a przy oględzinach pośmiertnych znaleziono żołądek rozmiarów prawidłowych. BOAS znalazł również po pyloroplastyce normalną czynność mechaniczną i chemiczną żołądka.

DUNIN¹⁾ opisuje 3 przypadki po gastroenterostomii z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika, w których badał zachowanie się czynności chemicznej i mechanicznej żołądka. Obserwacje jego dotyczą zachowania się tych czynności w przeciągu 2—4 miesięcy po operacji. DUNIN podnosi zupełne ustąpienie objawów podmiotowych, znaczny przyrost wagi ciała 15—22 funt. Żołądek, bardzo znacznie rozszerzony, wracał po operacji niemal do prawidłowych wymiarów. Działalność ruchowa poprawiła się, nie wróciła jednak w żadnym przypadku do zupełnie normalnego stanu. Co się tyczy chemizmu, to wydzielanie soku żołądkowego i kwasota zawartości żołądkowej zmniejszały się, sokotok jednak przez cały przeciąg obserwacji utrzymywał się. Znikały nieprawidłowe fermentacje, a więc kw. mleczny i kw. tłuszczowe, pomimo, że drożdże, a w pierwszym przypadku i czworniaki wciąż się w zawartości znajdowały. Nigdy nie zauważył D. większej ilości żółci w treści żołądkowej. Żołądek wydęty zatrzymywał kw. węglany, który nie przechodził natychmiast do jelit, tak że można było przyjąć, że sztuczny otwór odgrywał rolę prawdziwego odźwiernika.

Z czterech przypadków bliznowatego zwężenia odźwiernika, opisanych przez ROSENHEIM'a²⁾, w trzech nastąpiła po gastroenterostomii tylko poprawa mechanizmu.

¹⁾ O wynikach gastroenterostomii dokonywanej z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika. Gaz. lek. 1893, Nr. 15 i 16.

²⁾ Wien. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 20, str. 365.

W jednym po 4 miesiącach chemizm i mechanizm żołądka okazał się zupełnie prawidłowym. Sokotok ustąpił, znikły przypadłości żołądkowe, a przyrost ciężaru ciała wynosił 52 funty.

S. MISTZ ¹⁾ podaje 2 przypadki gastroenterostomii; w pierwszym po 9 miesiącach znalazł dolną granicę żołądka 3 palce powyżej pępka [przed operacją 3 palce poniżej], a na czczo w żołądku nieco treści bez cząstek pokarmowych, oddziaływania zasadowego. W przypadku drugim również zwężenia bliznowatego odźwiernika, po 3 miesiącach po gastroenterostomii, nie wrócił mechanizm do stanu prawidłowego, a po 11 miesiącach jeszcze istniała małego stopnia hyperaciditas.

MIKULICZ ²⁾ na zjeździe chirurgów niemieckich [1897] wspomina o 4 przypadkach wrzodu żołądka, którym towarzyszyło nadmierne wydzielanie HCl [hyperchlorhydria]. Po operacji [pyloroplastyka] we wszystkich miało miejsce zmniejszenie wydzielania kwasu solnego.

W ostatnich latach pojawiły się dwie obszerniejsze prace, których autorowie, rozporządzając daleko większym materiałem operacyjnym, podają wyniki badania chemizmu i mechanizmu żołądka po zabiegach operacyjnych. Wspomnimy pokrótce o tych, które odnoszą się do gastroenterostomii, bo te nas obecnie interesują.

A. CARLE i G. FANTINO ³⁾ podają 23 przypadki gastroenterostomii z powodu dobrotliwego zwężenia dwunastnicy oraz odźwiernika, z których w 18 przeprowadzili badania nad zachowaniem się czynności żołądka. Wyniki ich są następujące:

Czynność ruchowa żołądka wraca w jednych przypadkach b. szybko, w innych zwolna do stanu normalnego.

¹⁾ Uber das functionelle Resultat der Magenoperationen. Wien. klin. Wochenschr. 1895, N-r 16, 18, 20.

²⁾ Archiv f. klin. Chirurgie T. 56, str. 66.

³⁾ Archiv f. klin. Chirurgie, T. 56, Z. J.

Często zauważyć mogli nawet przyśpieszenie mechanizmu żołądka.

Rozmiary żołądka we wszystkich prawie przypadkach zmniejszyły się, a z biegiem czasu wracały do stanu prawidłowego. Wyjątek stanowił jeden przypadek, w którym żołądek nigdy się należycie nie opróżniał.

Okolo sztucznie zrobionego otworu wytwarza się rodzaj zwieracza, który wstrzymuje zawartość żołądka, od szybkiego przesuwania się do jelit. Działanie jego jest okresowe i tem wybitniejsze im dłuższy minął okres czasu od operacji.

Znika zawsze nadmierne wydzielanie kw. solnego [hyperchlorhydria]. W 3 przypadkach, w których poprzednio spotykano hypo lub anachlorhydrię, operacja nie wywierała wpływu na czynność wydzielniczą.

Cofanie się żółci w większej lub mniejszej ilości do żołądka spotykali stale, nie wpływała ona jednak na przebieg leczenia, albowiem wszyscy operowani mieli się dobrze. Gastroenterostomia tylna daje o wiele lepsze wyniki pod względem czynnościowym żołądka aniżeli przednia.

C. i F. na podstawie swych wyników po operacji odnośnie do chemizmu żołądka twierdzą, że prawie zawsze hyperchlorhydria jest tylko następstwem zalegania treści pokarmowej w żołądku, a znika z chwilą usunięcia przeszkody w jej krążeniu. Pierwotna więc hyperchlorhydria ma być nadzwyczaj rzeczą rzadką.

Do podobnych wyników doszedł KAUSCH¹⁾. W 10 przypadkach wrzodu i bliznowatego zwężenia odźwiernika, czynność ruchowa oraz nadmierna kwasota wracały szybko do stanu prawidłowego, a często spadały poniżej normy. Sok żołądkowy często nie zawierał wolnego HCl, rzadko oddziaływał zasadowo. Z biegiem czasu w tych przypadkach, w których mechanizm i chemizm z początku

¹⁾ Ueber functionelle Ergebnisse nach Operationen am Magen. Mittheil. aus d. Grenzgeb. der Med. und Chirurgie 1899, T. IV, Z. 3.

spadał poniżej normy, można było zauważyć powrót do stanu prawidłowego. Żółć znajduje się zawsze w małej ilości w żołądku.

Wrzody żołądka po wspomnianej operacji szybko się goją, nawet i w tych przypadkach w których nie było przed operacją niedomogi ruchowej.

Dość liczne przypadki wrzodu żołądka i następnych bliznowatych zwężeń odźwiernika, jakie w ciągu 3 lat w klinice Prof. GLUZIŃSKIEGO pozostawały w leczeniu, dały sposobność dokładnej obserwacji funkcji żołądka — przed i po zabiegu operacyjnym. Badanie żołądka wykonywane było b. często, zwykle raz w tygodniu. Poniżej podaję tylko małą ich część, o ile one są potrzebne do śledzenia rozwoju zmian w żołądku przez dłuższy przeciąg czasu po operacji. Obserwacje rozciągały się zwykle na kilka miesięcy do kilku lat po zabiegu operacyjnym. Tem więc pewniej możemy ocenić skutki zabiegu operacyjnego i przekonać się o ile one są korzystne dla chorego i o ile są trwałe. Co do rodzaju operacji to 14 razy wykonaną została gastroenterostomia, a 3 razy resectio pylori.

Zanim podamy historię choroby wspomnieć muszę kilka słów o sposobach badania czynności żołądka, które są w użyciu w klinice prof. GLUZIŃSKIEGO.

Do wydobywania zawartości żołądka używamy zgłębnika miękkiego z jednym bocznym otworem na 1 ctm. od końca sondy. Wprowadzamy go zawsze bez pomocy palców, polecając co najwyżej wykonać choremu ruch połykowy. Celem otrzymania treści używamy wyłącznie aspiratora JAWORSKIEGO ¹⁾; w którym łagodną próżnię wytwarza woda wypływająca przez b. cienką rurkę gumową z 10 litrowego rezerwoaru. Aspirator ten służy również do przepłukiwań żołądka. Działanie tego przyrządu jest przyjemniejsze dla chorego niż wytłaczanie, a przytem pracuje się czysto i pewnie i bez żadnego niebezpieczeństwa.

¹⁾ Podręcznik chorób żołądka 1899, str. 15 i 26.

U chorych pozostających w łóżku używamy aspiratora CZYRNAŃSKIEGO.

Dla oznaczenia rozmiarów i położenia żołądka posługujemy się zawsze sposobem wydymania przez sondę za pomocą balonu.

Dla oznaczenia czynności żołądka, badamy go zawsze na czczo, chcąc się przekonać czy nie zawiera resztek pokarmowych [niedomoga ruchowa II stopnia], a w razie niemożności wydobywania treści wlewamy 50—100 gr. wody. Celem wykazania sokotoku przepłukujemy dokładnie wieczorem dnia poprzedniego żołądek. Z prób posługujemy się zwykle obiadem próbnym [LEUBE i RIEGEL] oraz próbą białkową [GLUZIŃSKI, JAWORSKI].

Białko z 1 jaja kurzego ugotowanego na twardo i 200 ctm. sz. wody, spożyte naczczo, dają w stanie prawidłowym w 3-im kwadransie treść żołądkową, o wydatnej kwasocie = 15—25, przy b. wyraźnem oddziaływaniu na wolny HCl i braku zupełnym kwasów organicznych. Po 6 kwadransach białko opuszcza żołądek a treść otrzymana po wlaaniu 100 gr. wody przekroplonej zwykle tylko słabo kwaśna lub obojętna trawi białko dopiero po dodaniu HCl. Próba ta jest nadzwyczaj prostą i przystępną dla najwrażliwszego żołądka, a kwas wykazany przez lakmus odnieść należy wyłącznie do kw. solnego. Zasługuje ona słusznie na szersze niż dotąd zastosowanie. Żołądek, w którym treść pokarmowa zalega, przepłukujemy przed każdą próbą.

Wolny kw. solny wykazujemy odczynnikiem GUENZBURG'a zmodyfikowanym ilościowo przez JAWORSKIEGO [wainiliny 0,10, floroglucyny 0,20, wyskoku 10 gr.] lub odczynnikiem BOAS'a; kw. mleczny—odczynnikiem UFFELMANN'a. Stopień ogólny kwasoty oznaczamy w przesączu używając jako wskaziciela do miareczkowania obojętnego roztworu lakmusa. Ilościowo nieznaczamy HCl wolnego, gdyż i ogólna kwasota daje dostateczne wskazówki do ocenienia zachowania się HCl, tak wolnego jak i związanego, tembardziej, że nie napotykałszy w naszych przypadkach kw. mlecznego, a próba białkowa daje po poprzednim

przeplukaniu kwasotę pochodzącą prawie wyłącznie od kw. solnego.

Obecność pepsyny wykazujemy za pomocą zdolności trawienia cienkiego krążka białka w przesączu po dodaniu HCl lub bez niego.

Po tych uwagach przystępuję do poszczególnych przypadków.

S p o s t r z e ż e n i e I. Ulcus rotundum ventriculi, stenosis pylori, gastrectasia. Hypersecretio acida. Przy padłości żołądkowe trwają lat 7. Gastroenterostomia m. WOELFLER, wyleczenie. Obserwacja 20 miesięcy, 3 dni, z tego 16 miesięcy 19 dni po operacji.

M. G. wyrobnik dzienny z Wojniłowa, lat 27, przyjęty do kliniki 13 Października 1899 r.

Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można. W 15 roku życia przebywał zimą przez 5 tygodni.

Przypadłości żołądkowe rozpoczęły się w 20 roku życia bólem tępym w dołku podsercowym, odbijaniem kwaśnymi, zgagą, wymiotami, 2—3 razy dziennie prawie po każdym jedzeniu. Wymioty smaku kwaśnego, krwi nigdy nie zawierały. Apetyt dobry, stolce prawidłowe. Po kilkunastu miesiącach leczenia powyższe objawy prawie zupełnie ustąpiły, odżywianie, które w czasie choroby podupadło, poprawiło się, a chory przez cały prawie rok oddawał się ciężkiej fizycznej pracy. Po roku jednak cierpienie dawne wróciło z większem jeszcze nasileniem, bóle stały się gwałtowniejsze, wymioty częstsze [nigdy krwawe]. Stolec od 4 miesięcy zaparty, upadek sił, niezdolność do pracy.

Chory dobrze zbudowany, odżywianie jego mierne, waży 54,70 klg. Język lekko obłożony. W prawym szczycie stłumienie odgłosu, szmery oddechowe pęcherzykowe. W sercu zmian niema, tętno 88. Dołek podsercowy przy ucisku bolesny, w okolicy żołądka w 4 godziny po obiedzie pluskanie, dolna granica sztucznie wydętego żołądka 1 palec niżej pępka. Wątroba, śledziona nie powiększone, odruchy kolanowe prawidłowe. Mocz bez zmian, w stolcu jajka taenia saginata.

I. B a d a n i e ż o łą d k a p r z e d o p e r a c y ą.

14. X. a) W żołądku naczęzo 300 ctm. sz. treści mętnej, zawierającej dużo śluzu z drobnymi resztkami pokarmów o kwasocie ogólnej = 79. $\frac{1}{10}$ NaOH, wolny HCl [+] b. wyraźny, kwasu mlecznego nie wykazano, pepton wyraźny [+]. Pod dro-

bnowidzem włókna mięsne, skrobia, jąderka ciałek wypocinowych, obfita ilość drożdży i czworniaków.

b) *Próba białkowa* po 3 kwadransach: wydobyto 200 ctm. sz. treści mętnej zawierającej kawałeczki białka, o og. kwasocie = 52, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem: śluz, jąderka, drożdże, czworniki.

c) *Obiad próbny* po 4 godzinach: wydobyto 1000 ctm. sz. płynnej miazgi pokarmowej o ogólnej kwasocie = 80, wolny HCl +, pepton +. Obraz drobnowidzowy, obok obfitej ilości włókien mięsnych jak poprzednio.

23. X. Przez całą noc klujące bóle w dolku podsercowym, pieczenie w przelyku, odbijania kwaśne, a towarzyszą im *ruchy perystaltyczne* żołądka, przyczem dolna jego granica zarysowuje się na jeden palec poniżej pępka; wymiotów nie było. Przy codziennem przepłukiwaniu żołądka na czczo i odpowiedniem leczeniu stan zmienny, od czasu do czasu powracają i bóle i wymioty, wogóle ma się chory coraz lepiej, ruchy perystaltyczne rzadko się pojawiają—bóle zmniejszają się, apetyt dobry, odżywianie poprawia się, stolec regularny. Opuszcza klinikę 30. XI. z wagą ciała 58 klg.

Badanie żołądka wykazuje obecnie:

II. a) *Na czczo* 500 ctm. sz. zalegającej treści mętnej, śluzowej, o og. kw. = 36, wolny HCl +, pepton +. Śluz, obfita ilość jąderek, drożdży, czworniaków.

b) *Próba białkowa*: wydobyto 100 ctm. sz. nieco mętnej treści z kawałkami białka o og. kw. = 28, wolny HCl +, pod drobnowidzem jak poprzednio.

c) *Obiad próbny*: wydobyto 800 ctm. sz. miazgi pokarmowej o og. kw. = 65, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem jak dawniej.

Po opuszczeniu kliniki tylko przez tydzień miał się chory dobrze, poczem powróciły dawne objawy, zgłosił się więc ponownie do kliniki 2 stycznia 1899 r.

Badanie nowych szczegółów nie wykazało, waga ciała 56.70 klg.

3. I. *Na czczo*: 450 ctm. sz. zaległej treści pokarmowej o og. kw. = 50, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem: cząstki pokarmowe, b. obfita ilość drożdży, jąderek oraz czwornika.

Przy *próbie białkowej*: 150 ctm. sz. treści mętnej z kawałkami białka. o og. kw. = 20, wolny HCl +, drożdże, czworniak; po *obiedzie próbnym* 500 ctm. sz. treści pokarmowej o og. kw. = 100, wolny HCl +, drożdże, czworniak.

Przy odpowiednim leczeniu waga ciała podnosi się do 60.50 klg., na czczo jednakowoż ilość zalegającej treści waha się między 100—200 gr. o kw. = 10—35, wolny HCl +, bóle o zmiennem nasileniu utrzymują się.

25. I. 1899 przeniesiono chorego na klinikę chirurgiczną celem wykonania zabiegu operacyjnego.

27. I. W znieczuleniu miejscowem wykonano gastroenterostomię modo Wölfler [op. Radca dworu Prof. RYDYGIER]. Żołądek rozdęty, ściana nieco zgrubiała i przekrwiona, w okolicy odźwiernika cienka blizna zacieśniająca nieco jego światło, gruczoły niepowiększone. Chory zniósł operację dobrze. Dalszy przebieg bez żadnych powikłań. Już następnego dnia po operacji chory nie skarży się na żadne bóle. W 4 tygodnie wróciwszy do kliniki lekarskiej czuje się zupełnie zdrowym, bólów ani pieczenia i odbijań kwaśnych wcale nie miewa, wymiotów od czasu operacji nie było. W okolicy żołądka w krótki czas po wypiciu mleka ani pluskania ani ruchów perystaltycznych stwierdzić nie można.

I. Cztery tygodnie po operacji.

25. II. 1899 a) Na czczo nie z żołądka wydobyć nie można. Po wlaniu 50 gr. wody przekroplonej wydobyto 30 ctm. sz. jasnego płynu o og. kw. = 1, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0. Pod drobnowidzem: śluz, ciała wypocinowe, nabłonki, drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: 25 ctm. sz. żółtawej treści o og. kw. = 26, wolny HCl +, pepton +, liczne jąderek.

c) Obiad próbny: 80 ctm. sz. treści brunatno-żółtawej, o og. kw. = 45, wolny HCl +, pepton +, śluz, włókna mięsne, tłuszcz. c. wypocinowe.

8. III. Podano przeciw tasiemcowi ze skutkiem: Extr. fil. mar. 8.00 + kussini 1 50.

11. III. II. 6 tygodni po operacji:

a) Na czczo: 50 ctm. sz. treści jasnej, śluz zawierającej, oddziaływania obojętnego, liczne jąderek i ciała wypocinowe, drożdży ani czworniaków nie znaleziono.

b) Próba białkowa: 200 ctm. sz. treści mętnej, śluzowej bez kawałeczków białka, o og. kw. = 28, wolny HCl +, drożdże, czworniaki.

c) Obiad próbny: 200 ctm. sz. treści żółtawej z kawałkami pokarmów o og. kw. = 42, wolny HCl +, pepton +, obraz drobnowidzowy, oprócz cząstek pokarmowych, jak na czczo.

12. III. Opuścza uleczony klinikę wążąc 62.5 klg. Zawezwany zgłasza się do kliniki 15 czerwca 1900 r. Od czasu operacji aż do obecnej chwili czuje się zupełnie zdrow i pracuje ciężko jako parobek u rzeźnika. Bólów, odbijań,

pieczenia ani wymiotów nigdy nie miewa. Apocyt dobry, jada i pije wszystko w dowolnej ilości; stolec regularny.

Dobrze odżywiany, w a ż y 63,50 klg. Na brzuchu gładka blizna. W okolicy żołądka nie stwierdzamy bolesności ani ruchów perystaltycznych. Żołądek sztucznie wydęty okazuje się jeszcze dość dużych rozmiarów, podżebrze prawe mniej się wydyma niż lewe. Dolna granica żołądka leży $2\frac{1}{2}$ palca powyżej pępka. Żołądek wydęty zatrzymuje dobrze dość długo powietrze, zwolna tylko od czasu do czasu słysząc można przesuwanie się jego do jelit. Przy znaczniejszem rozdymaniu występują odbijania, po otwarciu sondy żołądek się w zupełności opróżnia.

Wątroba sięga palec poniżej łuku, miękka, niebolesna.

P o 16 m i e s i ą c a c h, 19 d n i a c h:

III 15. VI. 1900. a) N a c z z o: żołądek próżny. Po wlaniu 50 gr. wody wydobyto 50 ctm. sz. cieczy jasnej nieco śluzu zawierającej, oddziaływania obojętnego. Pod drobnowidzem śluz, nabłonki, ciała wypocinowe oraz jąderka.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: 80 ctm. sz. treści żółtawej z kawałeczkami białka o og. kw. = 4, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, pepton +. Śluz, jąderka.

c) O b i a d p r ó b n y: 60 ctm. miazgi pokarmowej z domieszką żółci, o og. kw. = 60, wolny HCl +, pod drobnowidzem cząstki pokarmu, jąderka.

W powyższym przypadku mieliśmy do czynienia niewątpliwie obok stwierdzonej przy operacji blizny zwężającej nieco światło odźwiernika, także z istniejącym jeszcze wrzodem żołądka. Pomimo braku wymiotów krwawych przemawiały przede wszystkim za tem długotrwałe i gwałtowne bóle, nadto stale utrzymująca się bolesność w okolicy żołądka. Liczne badania treści żołądkowej stwierdziły wybitny sokotok (hypersecretio acida).

Pomimo stosowania odpowiedniego leczenia nie ustępowały objawy wrzodu ani towarzyszącego im sokotoku. Wyniki jednak przez zabieg operacyjny otrzymane przedstawiają się nadzwyczaj korzystnie. Nietylko ustąpiły doszczętnie objawy podmiotowe a odżywianie poprawiło się, gdyż przyrost wagi ciała wynosił 68 kg., ale stwierdziliśmy dość szybko powrót do stanu prawidłowego tak mechanizmu jak chemizmu żołądka. Rozmiary żołądka jakkolwiek jeszcze większe niż być powinny prawidłowo,

przecież znacznie się zmniejszyły, a dolna jego granica dawniej 1 palec niżej pępka po 16½ miesiącach leży 2½ palca ponad pępkiem.

Zaleganie resztek pokarmowych w żołądku czczym ustąpiło w zupełności, a przy próbach żołądkowych, ilość wydobywanej treści pokarmowej była nawet mniejsza niż w warunkach fizyologicznych. Gdy dawniej po obiedzie próbnym w 4 godziny wydobywaliśmy do 1000 ctm. sz. miazgi pokarmowej, to przy ostatniem badaniu tylko 60 ctm. sz.

Czynność wydzielnicza okazuje się nietylko prawidłową, ale nawet stwierdzić mogliśmy małego stopnia niedomogę, po próbie bowiem białkowej nie znaleźliśmy wolnego HCl, a kwasota ogólna wynosiła 4. Pojawianie się żółci w treści żołądkowej nie było stałe.

Spostrzenie II. *Ulcus rotundum ventriculi, stenosis pylori-gastrectasia. Hypersecretio acida.* Trwanie choroby 2 l. *Gastroenterostomia m. Wölflera.* Bardzo znaczna poprawa. Obserwacya przez 17 miesięcy 26 dni, a 11 m. 9 dni po operacyi.

W. N. lat 38, tkacz z Obydowa, przyjęty do kliniki 21 listopada 1898 r.

Do 37 roku życia nigdy nie chorował. Przypadłości żołądkowe zaczęły się objawiać przed 2 laty gnieniem w dołku, zgagą, odbijaniem kwaśnemi po jedzeniu. Wkrótce przyłączyły się do tego silne bóle w dołku podsercowym, które rozpromieniały się ku podżebrzu prawemu i ku łopatkom. Bóle te występowały zwykle w 2—3 godziny po jedzeniu a towarzyszyły im wymioty — w wymiocinach zauważył chory 10 razy większe ilości krwi. Ostatni krwotok żołądkowy obfity przed 2 miesiącami. Od 4 miesięcy wymioty poprzedza uczucie napinania w dołku podsercowym — podczas którego zazwyczaj bóle stają się dokuczliwsze. Pragnienie wzmożone, apetyt dobry — chory z obawy przed bólami odżywia się tylko płynnymi pokarmami. Stolec zaparty, często czarny. Upadek sił bardzo znaczny.

Odżywianie mierne waga ciała 51 kg, skóra i błony śluzowe blade. Płuca i serce bez zmian; wątroba, śledziona nie powiększone. Ruchy perystaltyczne żołądka widoczne, dolna jego granica leży palec poniżej pępka. Dołek podsercowy i podżebrze prawe bardzo

bolesne. W moczu chlorki zmniejszone. Odruchy kolanowe prawidłowe.

I. Badanie żołądka przed operacją.

22. XI. a) Na czczo: 300 ctm. sz. zalegającej, wodnistej treści pokarmowej o og. kw. = 42, wolny HCl +, pepton +, drożdże, czworniaki. Przy dyecie mlecznej i 4 tygodniowym przepłukiwaniu żołądka 2% roztworem soli karlsbadzkiej, stan ogólny znacznie się poprawił, wymioty ustąpiły, zaległości w żołądku czczym mniejsze, pozostał tylko ból w okolicy prawego podżebrza. Stolec prawidłowy. Poprawa ta utrzymywała się do końca stycznia 1899; wróciły bowiem w tym czasie znowu odbijania kwaśne oraz silne bóle w podżebrzu prawym, zwłaszcza gdy chory leżał na boku prawym, wymioty, które krwi nie zawierały. Dla złagodzenia bólów sprowadzał sobie chory często sztucznie wymioty a odżywiał się prawie wyłącznie makiem. Stolec zaparty, nie był nigdy czarny.

Przyjęty ponownie do kliniki 18 kwietnia 1899 r., okazuje odżywianie podupadłe, waga ciała 50 kg. Skóra i błony śluzowe blade; tętno zwolnione 44. W okolicy żołądka ruchy perystaltyczne b. wyraźne, dolna jego granica sięga na palec poniżej pępka. Dołek podsercowy i podżebrze prawe, przy ucisku b. bolesne; w moczu chlorki zniesione.

II. 19. IV. a) w żołądku na czczo: 200 ctm. sz. treści śluzowej z cząsteczkami pokarmów o og. kw. = 40, wolny HCl +, pepton +, śluz, jąderka, drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 80 ctm. sz. treści z kawałkami białka, o og. kw. = 32, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem jak naczczo.

c) Obiad próbny: wydobyto 200 ctm. sz. treści śluzowej z małą ilością cząstek pokarmowych, o og. kw. = 50, wolny HCl +, pepton +, drożdże.

Chory nie zgadza się na zabieg operacyjny. Przy przepłukiwaniu żołądka i podawaniu mlecznej diety wymioty szybko ustępują, zwolna zmniejszają się i bóle, tak że 7 czerwca opuszcza klinikę ze znakomitą poprawą, ważąc 58.80 klg. Bóle nawet przy zwykłej dyecie nie występują, niema ruchów perystaltycznych żołądka a okolica jego prawie niebolesna.

III. 5. VI. a) Na czczo: 50 ctm. sz. zalegającej treści zielonawej bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 20, wolny HCl +, pod drobnowidzem: mała ilość włókien mięsnych, skrobi i tłuszczu, śluz, jąderka, drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 50 ctm. treści śluzowej żółtawej z kawałeczkami białka, o og. kw. = 33, wolny HCl +, pepton +, drożdże, czworniaki.

c) **O b i a d p r ó b n y**: wydobyto 160 ctm. sz. treści pokarmowej o og. kw. = 54, wolny HCl +, pepton +, drożdże, czworniaki.

Stan ten poprawy trwał tylko przez 2 tygodnie, poczem wszystkie dawne dolegliwości powróciły.

Chory zgłosił się ponownie 28 czerwca z prośbą o wykonanie proponowanego dawniej zabiegu operacyjnego.

W klinice chirurgicznej wykonano w znieczuleniu miejscowym 8 lipca 1899 r. gastroenterostomię m. Wölfler [op. R. dw. Prof. RYDZIEK]. Przy operacji stwierdzono w okolicy odźwiernika bliznowate zaciągnięcie, a na całej prawie przedniej ścianie żołądka rozległe tkankolącznowe zgrubienie (perigastritis).

Przebieg pooperacyjny bez żadnych powikłań, 22 VII. rana zagojona per primam.

Wkrótce po operacji ustąpiły dawne bóle w okolicy żołądka, wymioty nie pojawiły się wcale. Apetyt dobry, po jedzeniu nie doznaje chory ani zgagi ani odbijań. 27 lipca uleczony opuścił klinikę chirurgiczną.

I. **B a d a n i e ż o łą d k a w 18 dni po o p e r a c y i w y k a z u j e**:

26. VII. a) **N a c z c z o**: wydobyto 30 ctm. sz. treści zielonkowatej, śluz zawierającej bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 9, wolny HCl +, pod drobnowidzem: śluz, ciała skrobi, obfita ilość drożdży i czworniaków.

b) **P r ó b a b i a ł k o w a**: wydobyto 20 ctm. treści śluzowej z kawałeczkami białka o og. kw. = 50, wolny HCl +, pepton +, obraz drobnowidzowy jak na czczo.

c) **O b i a d p r ó b n y**: wydobyto dopiero po wlaniu 25 gr. wody 30 ctm. sz. treści z bardzo małą ilością cząstek pokarmowych, przesącz żółtawy, og. kw. = 64, wolny HCl +, pepton +.

Zawezwany zgłasza się do kliniki 17 czerwca 1900 r.

Przez cały czas pobytu w domu nie doznawał żadnych dolegliwości żołądkowych i oddawał się zwykłemu zajęciu. Apetyt zawsze dobry, mógł zjadać wszystkie pokarmy w dowolnej ilości, stolec oddaje codziennie. W ostatnich tygodniach miewa co 2 albo 3 dni kłujące bóle brzucha. Odżywianie dobre, waga ciała 57.50 kg. Język czysty. Brzuch nigdzie przy ucisku niebolesny, ruchów perystaltycznych wykazać nie można. Dolna granica sztucznie rozdętego żołądka leży 2 palce powyżej pępka.

II. **P o 11 m i e s i ą c a c h 9 d n i a c h**:

17. VI. a) **N a c z c z o**: 100 ctm. sz. treści brunatnej, z kawałkami pokarmów, og. kw. = 25, wolny HCl +, kw. mle-

czny = 0, pepton +, pod drobnowidzem przybłonki, cząstki pokarmów, drożdże, czworniaki.

b) **Próba białkowa:** wydobyto 80 ctm. sz. treści śluzowej z kawałkami niestrawionego białka oraz brunatnymi strzępami, og. kw. = 20, wolny HCl ślad, kw. mleczny = 0, pepton +, drożdże, czworniaki.

c) **Obiad próbny:** wydobyto 100 ctm. sz. treści pokarmowej zawierającej większe kawałki niestrawionego mięsa, og. kw. = 70, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Próba sztucznego trawienia dodatnia. Drożdże, czworniaki.

Wrzód żołądka, u naszego chorego, okazuje wielką skłonność do krwotoków. Rozległa blizna w okolicy odźwiernika, nadto łącznotkankowe zmiany na całej prawie ścianie żołądka nasuwają przypuszczenie obecności kilku owrzodzeń. Badania żołądka wykazały obecność trwałego sokotoku. Leczenie odpowiednie sprowadzało zawsze znaczną poprawę ogólnego stanu chorego oraz częściową czynności mechanicznej i chemicznej żołądka. Poprawa ta była jednak krótkotrwałą. Wybitny zwrot ku trwałej poprawie nastaje dopiero z chwilą wykonania zabiegu operacyjnego. Podmiotowe dolegliwości znikają doszczętnie, a chory prawie przez przeciąg jednego roku czuje się zdrowym.

Czynność mechaniczna żołądka już po 18 dniach po gastroenterostomii, [nie tylko wróciła do stanu prawidłowego, ale nawet była szybszą; po obiedzie bowiem próbnym w 4 godziny treści bez poprzedniego włania wody wydobyć nie można. Rozmiary żołądka zmniejszyły się znacznie.

Po roku jednakowoż stwierdzamy już ponowne osłabienie mechanizmu żołądka. Treść pokarmowa zalega na czczo, a drożdże i czworniaki znajdują się w obfitej ilości. Czy zaciągnięcie się sztucznego otworu żołądka, czy, co prawdopodobniejsze, zwyrodnienie włókniste ścian jego, są przyczyną—trudno rozstrzygnąć.

Czynność chemiczna żołądka nie uległa zaraz po operacji większej zmianie. W 3 tygodnie stwierdzamy na czczo sok żołądkowy o wyraźnej reakcji na wolny HCl, a po próbie białkowej wyższy ogólny stopień kwasoty. Po roku wykazać się daje na czczo jeszcze nadmiar w HCl +,

jakkolwiek prawdopodobnie wpłynęło na jego obecność upośledzenie funkcji mechanicznej żołądka. Przy próbie bowiem białkowej, po poprzednim przepłukaniu żołądka, znaleziono tylko ślad wolny HCl, objaw wskazujący już na rozpoczynające się zwyrodnienie błony śluzowej żołądka.

Wydzielanie pepsyny zdaje się być prawidłowym. Żółć nie zawsze wykazała się dała w treści żołądkowej.

Wrzód żołądka u naszego chorego zapewne trwa dalej—na obecność krwawienia wskazują ostatnie próby żołądkowe, które wykazują tak na czczo jak i po podaniu białka obecność ciemno brunatnych strzępów. Nadto za tem przypuszczeniem przemawiają i kłujące bóle brzucha, na które skarży się chory w ostatnich tygodniach.

Należy tu jeszcze zwrócić uwagę na możliwość rozpoczynającego się nowotworu złośliwego na tle wrzodu, tem więcej, że przy ostatnich próbach żołądkowych reakcja na wolny HCl niezupełnie wypadła prawidłowo.

S p o s t r z e ż e n i e III. Ulcus ventriculi et stenosis pylori-hypersecretio acida. Trwanie choroby 3 lata, gastroenterostomia m. Wölfler. Wyleczenie. Obserwacja przez 16 m. 16 dni, a po operacji 16 m. 10 dni.

E. S. I. 27, wyrobnik dzienny z Pacykowa, przyjęty do kliniki 25 stycznia 1899.

Dziedzicznie nie obciążony, nigdy nie chorował. Obecna choroba rozpoczęła się przed 3 laty bólami w okolicy żołądka, pieczeniem wzdłuż przełyku oraz wymiotami smaku kwaśnego. Bóle, które zjawiały się zwykle w kilka godzin po jedzeniu, a były kłujące i rozpromieniały się ku krzyżom i łopatkom, miały się stać tak gwałtowne, że chory często popadał w omdlenie. Przed 9 miesiącami wymioty dwukrotnie krwawe, a stolec kilka razy czarny. Od dłuższego czasu doznaje uczucia napinania w okolicy żołądka. Odbijania, zgaga i wspomniane bóle utrzymują się do obecnej chwili i występują nietylko po jedzeniu, ale i na czczo. Apetyt dobry. Stolec zaparty.

Chory miernie odżywiany, waga ciała 52.70 klg. Błony śluzowe dość blade, język czysty. Płuca i serce bez zmian. Dolek podsercowy nieco napięty—bolesny, ruchów perystaltycznych żołądka nie stwierdzamy. W żołądku pluskanie. D o l n a j e-

go granica po sztucznem wydeciu 2 palce powyżej pępka. Wątroba i śledziona nie powiększone. Odruchy kolanowe dość leniwe. W moczu zmian nie ma.

I. Badanie żołądka przed operacją wykazuje:

26. I. a) Na czczo: 500 ctm. sz. płynnej treści z drobnymi resztkami pokarmowymi, og. kw. = 55, wolny HCl +, peptonu ślad. Pod drobnowidzem tłuszcz, mała ilość włókien mięsnych, skrobia, śluz, obfita ilość drożdży i czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 200 ctm. sz. treści jasnej z kawałeczkami białka, og. kw. = 40, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem drożdże, przybłonki, jąderka.

c) Obiad próbny: wydobyto 300 ctm. sz. treści pokarmowej barwy brunatnej, og. kw. = 140, wolny HCl +, pepton +, drożdże, czworniaki.

II. 27. I. Na czczo po przepłukaniu żołądka wieczorem dnia poprzedniego. 100 ctm. sz. treści jasnej bez cząstek pokarmowych, og. kw. = 50, wolny HCl +, drożdże, czworniaki.

Przez kilka dni pobytu w klinice zgaga, bóle i wymioty obfite utrzymują się. Wymioty wywołuje sobie chory sztucznie.

Za zgodą chorego przeniesiono go na klinikę chirurgiczną gdzie 1 lutego 1899 r. wykonano w znieczuleniu miejscowem gastroenterostomię m. Wölfler (op. R. dw. Prof. RYDYGIER). Wśród operacji stwierdzono w okolicy odźwiernika i na przedniej ścianie żołądka rozległą bliznę. Przebieg pooperacyjny powikłany był nieżytkowem zapaleniem płuc, które jednak chory w przeciągu 8 dni pomyślnie przebywa. Po spadku podniesionej ciepłoty stan chorego z każdym dniem się poprawia; bóle i wymioty ustąpiły, apetyt dobry, stolec regularny. Odżywianie ogólne znacznie lepsze, tak że w chwili powrotu na klinikę lekarską waży 59 klg.

I. Badanie żołądka w miesiąc po operacji wykazuje:

3. III. a) Na czczo: wydobyto 100 ctm. sz. treści płynnej żółtawo-zielonej og. kw. = 30, wolny HCl +, śluz, przybłonki, kuleczki tłuszczu, jąderka. Drożdży ani czworniaków nie znaleziono.

b) Próba białkowa: wydobyto ctm. sz. treści zielonawej og. kw. = 35, wolny HCl +, pepton +. Bardzo obfita ilość śluzu, jąderka, ciała wypocinowe.

c) Obiad próbny: wydobyto 200 ctm. sz. płynnej treści pokarmowej, og. kw. = 50, wolny HCl +. pepton +, pod drobnowidzem cząsteczki pokarmowe.

17 marca opuszcza chory klinikę ważąc 59.20 klg. Stan ogólny b. dobry, okolica żołądka niebolesna. Stolec prawidłowo.

dłowy. Dolna granica żołądka na 2 palce powyżej pępka. W żołądku wzdętym sztucznie zatrzymuje się przez 2 minuty powietrze, poczem przechodzi do jelit.

11 kwietnia t. j. 2 miesiące 11 dni po operacji przedstawia się chory do zbadania. Stan ogólny b. dobry, a w żołądku:

II. a) Na czczo: znaleziono 30 ctm. sz. treści jasnej z drobnymi cząsteczkami pokarmowymi, og. kw. = 20, wolny HCl +, peptonu ślad, śluz, liczne jąderka.

b) Próba białkowa: wydobyto 100 ctm. sz. treści żółtawej, og. kw. = 30, wolny HCl +, pepton +, śluz, jąderka.

c) Obiad próbny: wydobyto 80 ctm. sz. treści płynnej z resztkami pokarmów, og. kw. = 42, wolny HCl +, pepton +

Zawezwany, zgłasza się do kliniki 10 czerwca 1900 r. Czuje się zupełnie zdrowym i może ciężko pracować. Jeden raz w czasie pobytu w domu, pojawiły się wymioty, które jednak więcej się nie powtórzyły. Bóle oraz uczucie pieczenia w przełyku w zupełności ustąpiły, apetyt ma dobry, jeść może wszystko w dowolnej ilości, jedynie tylko pokarmy zbyt kwaśne mają mu szkodzić, wywołując zgagę. Stolec regularny.

Odżywianie chorego dobre, waga ciała 63 klg.; na brzuchu gładka blizna, dołek podsercowy niebolesny, pluskania na czczo wykazać nie można. Dolna granica żołądka na 3 palce powyżej pępka — żołądek wzdęty zatrzymuje przez czas dłuższy powietrze.

III. Badanie żołądka po 16 m. 16 dniach wykazuje:

10. VI. a) Na czczo: wydobyto 75 ctm. sz. cieczy żółtawo-zielonkowatej, zawierającej śluz bez cząstek pokarmowych, kw. og. = 33, wolny HCl +, pod drobnowidzem: śluz, ciała wypocinowe, b. liczne jąderka, nabłonki wałeczkowe ułożone w dużych grupach.

b) Próba białkowa: wydobyto 70 ctm. sz. treści zielonkowato-żółtawej z kawałeczkami białka, og. kw. = 36, wolny HCl +, pepton +, obfita ilość jąderek.

c) Obiad próbny: wydobyto tylko 30 ctm. sz. treści płynnej nieco zielonkowatej bez wyraźnych resztek pokarmowych, og. kw. = 40, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem: włókna mięsne, skrobia, tłuszcz, drożdże.

Zabieg operacyjny wpłynął b. korzystnie na ogólny stan chorego. Odżywianie znacznie się poprawiło a ostateczny przyrost wagi ciała wynosił 10.30 klg. Zgaga, bóle i wymioty zupełnie ustąpiły.

Pam. Tow. Lek. T. 97, Z. II.

Czynność mechaniczna żołądka nie tylko wróciła do stanu prawidłowego, lecz nawet jest szybszą, albowiem po obiedzie próbnym w 4 godziny wydobyć mogliśmy z żołądka zaledwie 30 ctm. sz. treści płynnej bez znaczniejszej ilości cząstek pokarmowych. Dolna granica żołądka leży nieco wyżej niż przed operacją. Sokotok pozostał i nadal po zabiegu operacyjnym z wybitną zawsze reakcją na wolny HCl. Jedynie tylko ilości wydobywanej treści na czczo stały się nieco mniejsze, a ogólna kwasota niższą. Żółć nie zawsze dostawała się do żołądka.

S p o s t r z e ż e n i e IV. Ulcus rotundum ventriculi, stenosis pylori, gastrectasia. Trwanie choroby 1 rok. Gastroenterostomia m. Wölfler. Wyleczenie. Obserwacja 25 m. 12 dni, a po operacji 24 m. 21 dni.

F. L. lat 26, wyrobnik dzienny z Bóbrki, przyjęty do kliniki lekarskiej 6 maja 1898.

Dziedzicznie nie obciążony. W 8 roku życia przebył zimnicę. Obecnie choroba rozpocząć się miała przed rokiem bólem i uczuciem pieczenia w dołku podsercowym oraz odbijaniem kwaśnemi. Przypadłości te występowały zwykle w 2—3 godziny po spożyciu pokarmów, a bóle bywały często bardzo gwałtowne, kłujące i rozpromieniały się ku okolicy krzyżowej i ku łopatom. Bólom towarzyszyły wymioty, silnie kwaśne, zawierające spożyte pokarmy i często domieszkę żółci. Przed 6 tygodniami w wymiotach zjawiała się krew. Stolec zaparty, często czarny. Apetyt upośledzony, pragnienie wzmożone. Bóle, zgaga oraz wymioty utrzymują się do obecnej chwili.

Chory dobrze zbudowany, odżywianie jego mierne, waży 61.80 klg. Język nieco obłożony. W płucach zmian niema. Tętno serca czyste, tętno zwolnione 58. Dołek podsercowy przy ucisku b. bolesny, w okolicy żołądka rozległe pluskanie, nadto od czasu do czasu zarysowują się ruchy perystaltyczne żołądka, przy których bóle chorego się zwiększają. Dolna granica żołądka leży na palec poniżej pępka. Wątroba, śledziona niepowiększone. Mocz prawidłowy.

1. Badanie żołądka przed operacją:

7. V. a) N a c z z o: obecność 50 ctm. sz. treści jasnej o oddzia. zasadowem; pod drobnowidzem śluz, nabłonki, obfita ilość włókien mięsnych, skrobia, ciała wypocinowe, czworniki, bakterye.

b) **Próba białkowa:** wydobyto 200 ctm. sz. treści jasnej z kawałeczkami białka o og. kw. = 32, wolny HCl +, bardzo obfita ilość jąderek, czworniaki.

c) **Obiad próbny:** wydobyto 60 ctm. sz. płynnej treści o og. kw. = 65, wolny HCl +, pepton +, jąderka, drożdże.

Dalsze badania wykazywały czasami na czczo wolny HCl. Pomimo codziennego przepłukiwania żołądka i odpowiedniej diety, nie zdołano osiągnąć trwałej poprawy, a bóle i wymioty stale powracały.

Chorego przeniesiono na klinikę chirurgiczną, gdzie 27 maja 1898 r. wykonano w znieczuleniu miejscowym gastroenterostomię m. Wölfler (op. R. dw. Prof. Rydygier). Przy operacji stwierdzono bliznowate zgrabienie w części odźwiernikowej, które zwiężało jej światło. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Stan chorego szybko się poprawia, wymioty, odbijania kwaśne, bóle zupełnie ustąpiły. Okolice żołądka niebolesna. Pluskania w żołądku stwierdzić nie można.

I. **Badanie żołądka w 3 tygodnie po operacji:**

17. VI. a) **Na czczo:** po poprzednim wlewaniu 100 gr. wody wydobyto 80 ctm. sz. treści żółtawej, bez cząstek pokarmowych, oddziaływania obojętnego; śluz, nabłonki, ciała wypocinowe.

b) **Próba białkowa:** wydobyto 100 ctm. sz. treść płynnej z kawałeczkami białka, o og. kw. = 26. wolny HCl +, pepton +, liczne jąderka i ciała wypocinowe.

c) **Obiad próbny:** wydobyto 100 ctm. sz. treści płynnej z małymi cząstkami pokarmu, o og. kw. = 80, wolny HCl +, pepton +, drożdże.

20 czerwca podniesienie ciepłoty—chory skarży się na kłucie w boku prawym, gdzie wykazano suche zapalenie opłucnej, które po kilku dniach ustąpiło. Chory nie doznaje żadnych przypadłości żołądkowych, apetyt ma dobry, stolec prawidłowy. 28 czerwca wyleczony opuszcza klinikę.

28 stycznia 1899 r., zgłasza się na czczo celem zbadania żołądka, podając, że jest obecnie zupełnie zdrowy.

II. **Po 8 miesiącach po operacji:**

W żołądku na czczo znaleziono 200 ctm. sz. treści płynnej, żółtawo-zielonkowatej, o og. kw. = 22, wolny HCl +, pepton +. Pod drobnowidzem: mała ilość cząstek pokarmowych, liczne jąderka, czworniaki.

Zawezwany zjawia się ponownie 17 czerwca 1900 r. Od czasu operacji czuje się zdrowym i zdolnym do ciężkiej fizycznej

pracy. Nie ma ani zgagi, ani odbijań i wymiotów. Apetyt dobry, stolec prawidłowy.

Odżywianie b. dobre, ciężar ciała 79 klg. Język lekko obłożony. Dolna granica płuca prawego mało ruchoma. Tętno dobrze napięte 72. Brzuch przy ucisku nigdzie nie bolesny. W żołądku plaskania niema, dolna jego granica na 2 palce powyżej pępka. Powietrze w żołądku sztucznie wydętym zatrzymuje się przez czas dłuższy.

III. Po 24 m. 21 dniach po operacji:

17. VI. a) Na czczo: z żołądka nic wydobyć nie można. Po wlewaniu 100 gr. wody otrzymano około 100 ctm. sz. treści wodnistej o og. kw. = 5, wolny HCl +, kw. mleczny = 0. Pod drobnowidzem: śluz, bardzo liczne jąderka, nabłonki.

b) Próba białkowa: wydobyto 75 ctm. sz. treści żółtawej z kawałeczkami białka, o og. kw. = 17, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Śluz, jąderka.

c) Obiad próbny: wydobyto 300 ctm. sz. płynnej treści pokarmowej, o og. kw. = 75, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Pod drobnowidzem: cząstki pokarmowe, bardzo obfita ilość drożdży.

Wpływ gastroenterostomii w opisanym przypadku na ogólny stan chorego uważać musimy za nadzwyczaj korzystny. Dawne objawy chorobowe trwale ustąpiły, a odżywianie znakomicie się podniosło, okazując po 2 latach przyrost wagi ciała 17.20 klg.

Mechanizm żołądka już po 3 tygodniach wrócił do stanu prawidłowego. Chwilowo tylko po 8 m. znaleźliśmy w żołądku czczym obecność małej ilości cząstek pokarmowych, które jednakowoż przy ponownem badaniu po 2 latach wykazać się nie dały. Rozmiary żołądka zmniejszyły się, a dolna granica podniosła się 2 palce ponad pępek. Zdolność zatrzymywania pokarmów w żołądku, stwierdziło wydymanie powietrzem.

Korzystnie wpłynęła również operacja na czynność wydzielniczą żołądka. Jakkolwiek po 8 jeszcze miesiącach znaleźliśmy na czczo większą ilość soku żołądkowego [sokotok] z wybitną reakcją na wolny HCl a pod drobnowidzem czworniaki, to po 2 latach badanie wykazało chemizm prawidłowy.

Żółć tylko w pierwszych miesiącach znajdowaliśmy stale w żołądku.

S p o s t r z e ż e n i e V. Ulcus rotundum ventriculi, stenosis pylori, gastrectasia; Hypersecretio acida. Objawy choroby żołądka od 10 lat; Gastroenterostomia m. Wölfler. Wyleczenie. Obserwacja 21 m. 26 dni, a po operacji 21 m. 12 dni.

M. S. lat 24, żona szewca z Brzeżan, przyjęta do kliniki lekarskiej 14 maja 1898 r.

Ojciec chorej zmarł na cierpienie żołądkowe [rak]. W dzieciństwie przebyła odrę, a w 12 roku życia zapalenie płuc. Przypadłości żołądkowe rozpoczęły się przed 10 laty bólami brzucha, odbijaniem i wymiotami bądź zaraz, bądź w kilka godzin po jedzeniu. Już wówczas miały być stolce czasem czarno zabarwione. Od 2½ lat bóle w okolicy żołądka powiększyły się i rozprzestrzeniały się ku obydwom łopatkom; wymioty częstsze, wymiociny dwukrotnie krwawe, po raz pierwszy przed rokiem a ostatnio przed 2 tygodniami. Stolec zaparty. Z obawy przed gwałtownymi bólami chora źle się odżywała, na siłach bardzo znacznie podupadła.

Odżywianie b. nędzne, podściółka tłuszczowa zanikła, ciężar ciała 30.30 klg. Skóra sucha, blada. Policzki zaczerwienione, język wilgotny, silnie obłożony. Płuca bez zmian. Tętno serca czyste, głuche, tętno drobne, miękkie, 121 na minutę. Brzuch w okolicy pępka wypukłony i tu wyraźne ruchy perystaltyczne żołądka, którego dolna granica zarysowuje się na 3 palce poniżej pępka; w żołądku pluskanie; podżebrze prawe b. bolesne. Wątroba, śledziona niepowiększone. Chlorki w moczu zmniejszone.

Chora ciągle wymiotuje, wymiociny barwy czekoladowej, silnie kwaśne o og. kw. = 30, wolny HCl +, kw. mleczny = 0. Pod drobnowidzem: cząstki pokarmowe, śluz, liczne jąderka, obfita ilość odbarwionych ciałek czerwonych krwi, czworniaki.

Podczas leczenia [lód do polykania, mleko z wodą wapienną łyżkami, morfina podskórną, kataplazmy] stan nieco się poprawił, a wymioty przez pierwsze 3 dni się nie pojawiły. Odbijania kwaśne, pieczenie wzdłuż mostka utrzymuje się stale. Pragnienie wzmożone.

I. Badanie żołądka po poprzednim przepłukaniu:

15. V. a) Próba białkowa: wydobyto 150 ctm. sz. treści żółtawej z kawalczkami białka, o og. kw. = 45, wolny HCl +, pepton +, liczne jąderka, czworniaki.

17. V. b) Obiad próbny: wydobyto 80 ctm. sz. treści pokarmowej, o og. kw. = 90, wolny HCl +, pepton +. 18 maja chora nad ranem wymiotuje. Wymiociny [500 ctm. sz.]

bradno zielonawe, o og. kw. = 39, wolny HCl +, pod drobnowidzem: tłuszcz, drożdże.

Bóle i wymioty powtarzają się, tętno małe, miękkie 84 na minutę. W moczu chlorki prawie zuiesione.

28 maja 1898 r. wykonano w klinice chirurgicznej w znieczuleniu miejscowem gastroenterostomię m. Wölfler [op. R. dw. Prof. RYDYGIER]. Przy operacji stwierdzono bliznowate zgrubienie odźwiernika, żołądek znacznie rozszerzony. Przez pierwsze 3 dni chora wymiotuje. 29. V. wymiociny brunatno-czarne. Żołądek codziennie po operacji przepłukiwano, chora zażywa Infus. digitalis. Dalszy przebieg bez powikłań.

7 czerwca przeniesiono chorą do kliniki lekarskiej. Stan bezgorączkowy, czasami bóle brzucha, wymioty nie pojawiają się; zgaga i odbijania nie dokuczają chorej. Tętno drobne 108, chlorki w moczu zmniejszone.

20 czerwca ogólny stan dobry, bólów ani zgagi niema, odbijania puste. Tętno 104. Stolec co 2 dzień. W moczu chlorki nieco zmniejszone. Ciężar ciała 32.50 klg.

I. Badanie żołądka 4 tygodnie po operacji:

30. VI. Obiad próbny: wydobyto 50 ctm. sz. treści pokarmowej z kawałkami mięsa, o og. kw. = 58, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +, ciała wypocinowe, jąderka.

1 lipca. N a c z z o: wydobyto 50 ctm. sz. treści płynnej żółtawej, o og. kw. = 16, wolny HCl +, pod drobnowidzem: śluz, nabłonki, b. obfita ilość ciałek wypocinowych i jąderek, drożdży ani czworniaków przy obu próbach nie znaleziono.

7 lipca 1898 r. opuszcza chora klinikę wolna od wszystkich dolegliwości żołądkowych. Apetyt dobry, stolec prawidłowy. Odżywianie poprawiło się, a ciężar ciała 36.80 klg.

Na wezwanie zgłasza się ponownie na klinikę 9 czerwca 1900 r.

Po powrocie do domu w lipcu 1898 r., zwolna przyszła do dawnych sił i czuła się zupełnie zdrową. Czasami jednakowoż [co 4—5 tygodni] doznawała małych bólów w okolicy żołądka, które rozszerzały się ku okolicy krzyżowej. Bóle zjawiały się zwykle po jedzeniu około godziny 10 rano i 1 po południu. Po spożyciu trudno strawnych pokarmów miewała jeszcze zgagę. Po upływie roku bóle wspomniane ustąpiły bezpowrotnie. Apetyt dobry. Stolec prawidłowy nigdy nie był czarny. Wejrzenie chorej obecnie zdrowe, odżywianie znacznie lepsze, ciężar ciała 50 klg. Na twarzy rumieńce, język czysty. W płucach zmian niema. Tętno dość dobrze napięte 84 na minutę. Tony serca czyste, głośne. Brzuch wypukłony, macica powiększona [7 m. cięży]. Dolek

podsercowy niebolesny. W podżebrzu prawem 2 palec poniżej łuku wyczuć się daje zgrubienie. Plaskania w żołądku na czczo niema. Ruchy perystaltyczne niewidoczne. Dolna granica żołądka leży $2\frac{1}{2}$ palca ponad pępkiem. Przy wydymaniu powietrze zatrzymuje się w żołądku, a po chwili wśród odbijań wraca. Wątroba, śledziona nie powiększone. Mocz bez zmian.

II. Badanie żołądka 21 m. 12 dni po operacji:

9. VI. a) N a c z z o: żołądek próżny. Po wlanu 100 gr. wody wydobyto 80 ctm. sz. treści lekko żółtawej, śluz zawierającej. Oddziaływanie obojętne. Pod drobnowidzem: śluz, przybłonki, nieliczne ciała wypocinowe.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 50 ctm. sz. treści zielonawej, obfitą ilość śluzu zawierającej, og. kw. = 6, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, pepton +, śluz. jąderka.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 75 ctm. sz. treści pokarmowej z domieszką żółci, og. kw. = 30, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, pepton +. Przesącz po dodaniu HCl trawi białko. Pod drobnowidzem: śluz, bardzo obfita ilość włókien mięsnych, skrobia, tłuszcz, igielki kw. tłuszczowych.

Wśród bardzo znacznego stopnia wyniszczenia organizmu wykonana gastroenterostomia przy wrzodzie krwawiącym szybko usunęła prawie wszystkie podmiotowe dolegliwości chorej. Odżywianie znakomicie się poprawiło, wykazując tak znaczny przyrost wagi ciała.

Bóle występujące przez przeciąg 1-go roku po operacji świadczyły o istniejącym dalej wrzodzie, który przecież ostatecznie uległ zabliznieniu. Mechanizm żołądka powrócił już po 4 tyg. do stanu prawidłowego. Rozmiary żołądka są obecnie małe, dolna granica podniosła się na $2\frac{1}{2}$ palca powyżej pępka. Żołądek sztucznie wydęty dobrze zatrzymuje powietrze.

Czynność wydzielnicza błony śluzowej wraca szybko nie tylko do stanu normalnego, ale w ostatnim czasie wykazuje niedomogę wydzielniczą kwasu solnego. Próba białkowa i befsztykowa nie dały reakcyi na wolny HCl, a ogólna kwasota była niższa niż prawidłowa. Nadto stwierdzić mogliśmy obecność większej ilości śluzu; wydzielanie pepsyny jest prawidłowe. Objawy powyższe

przemawiają wielce za rozpoczynającym się już nieżytem śluzowym żołądka w miejsce dawnego sokotoku.

Żółć nie dostaje się stale do żołądka.

S p o s t r z e ż e n i e VI. *Ulcus rotundum ventriculi, stenosis pylori, ptosis et dilatatio, hypersecretio acida.* Trwanie choroby od roku. Gastroenterostomia m. Wölfler. Wyleczenie. Obserwacja 18 m. 19 dni, po operacji 17 m. 24 dni.

L. H. lat 32, wyrobnik dzienny z Maksymówki, przyjęty do kliniki lek. 21 listopada 1898 r.

Dziedzicznie nie obciążony. W 20 roku życia przebył zimnicę. Przed rokiem pojawiły się uczucia pełności po jedzeniu, odbijania kwasami, bóle oraz wymioty wkrótce po spożyciu pokarmów. Wymiociny zawierały pokarmy, a dwukrotnie były krwawe. Stolec czasami zaparty, nieraz bywał czarny. Apetyt dobry, pragnienie wzmożone.

Odżywianie chorego dość dobre, waży 47.80 klg. Język wilgotny nieco obłożony, w płucach nie nieprawidłowego, tony serca czyste, tętno zwolnione 60. Ruchy perystaltyczne żołądka wyraźne, dolna jego granica zarysowuje się na palec ponad pępkiem. W żołądka płuskanie. Wątroba, śledziona nie powiększone. W moczu chlorki zmniejszone.

I. Badanie żołądka przed operacją:

22. XI. a) **Naczczo:** wydobyto 500 ctm. sz. treści mętnej z cząstkami pokarmów, o og. kw. = 40, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Pod drobnowidzem: włókna mięsne, skrobia, tłuszcz, liczne jąderka i ciała wypocinowe, drożdże, czworniaki.

b) **Próba białkowa:** wydobyto 100 ctm. sz. treści mętnej z kawałeczkami białka, o og. kw. = 28, wolny HCl +, liczne jąderka, ciała wypocinowe, drożdże, czworniaki.

c) **Obiad próbny:** wydobyto 600 ctm. sz. treści płynnej z cząstkami pokarmów, o og. kw. = 70, wolny HCl +, pepton +, drożdże, czworniaki.

25. XI. Ruchy perystaltyczne żołądka często występują. dolna granica żołądka zarysowuje się na 2 palce niżej pępka, górna 6 ctm. poniżej wzrostka mieczykowego. Ilość wydobywanej treści na czczo wynosi zawsze jeszcze 400—500 ctm. sz. Przy przepłukiwaniach żołądka i dyecie mlecznej stan się nieco poprawia, wymioty i bóle rzadziej występują.

Chorego przeniesiono 15 grudnia na klinikę chirurgiczną.

17 grudnia 1898 r. wykonano w znieczuleniu miejscowym gastroenterostomię m Wölfler [op. D-r KRASSOWSKI]. Przy operacyi stwierdzono na przedniej ścianie żołądka w okolicy odźwiernika rozległą bliznę. Czwartego dnia po operacyi wystąpiły dwukrotnie wymioty, zresztą przebieg prawidłowy. 4 stycznia 1899 r. powraca chory na klinikę lek. Stan ogólny dobry, odbijań, ani zgagi niema. Brzuch niebolesny, ruchów perystaltycznych stwierdzić nie można.

I. Badanie żołądka 19 dni po operacyi:

5. I. a) Na czczo: wydobyto 500 ctm. sz. treści żółtawej bez resztek pokarmowych, o og. kw. = 40, wolny HCl + Liczne jąderka, skrobia, tłuszcz, drożdże, czworników nie znaleziono.

b) Próba białkowa: wydobyto 200 ctm. sz. treści żółtawej z kawałeczkami białka o og. kw. = 25, wolny HCl +, pepton +, śluz, ciała wypocinowe, drożdże.

c) Obiad próbny: wydobyto 1400 ctm. sz. treści wodnistej, żółtawej z resztkami pokarmowymi o og. kw. = 50, pepton +, b. obfita ilość drożdży.

7 lutego 1899 r. chory wolny od dawnych dolegliwości żołądkowych opuszcza klinikę. Odżywianie znacznie lepsze, ciężar ciała 57.40 klg.

II. Badanie żołądka po 7¹/₂ tygodniach po operacyi:

7. II. a) Na czczo: wydobyto 100 ctm. sz. treści zielonawo-żółtej, bez cząstek pokarmowych o og. kw. = 45, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem: śluz, liczne jąderka, b. mała ilość włókienek mięsnych.

b) Próba białkowa: wydobyto 400 ctm. sz. treści żółtawej, o og. kw. = 42, wolny HCl +, pepton +, b. liczne jąderka.

c) Obiad próbny: wydobyto 800 ctm. sz. treści płynnej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 40, wolny HCl +, pepton +, drożdże.

W marcu zgłasza się ponownie do kliniki celem zbadania żołądka. Przez cały czas pobytu w domu miał się dobrze. Czasami tylko występowały odbijania kwaśne po jedzeniu, rzadko zgaga. Raz wymiotował w 3 godziny po spożyciu obiadu. Odżywianie b. dobre, waży 59 klg. Okolica żołądka niebolesna, ruchów perystaltycznych niema. Dolna granica żołądka leży na wysokości pępka. Żołądek łatwo wyjąć się daje i zatrzymuje powietrze przez dłuższy czas.

III. Badanie żołądka po 3 miesiącach.

17. III. a) Na czczo: wydobyto około 100 ctm. sz. treści jasnej o og. kw. = 60, wolny HCl +, pod drobnowidzem: śluz, b. liczne jąderka, kulki tłuszczu.

b) Próba białkowa: wydobyto 200 ctm. sz. treści żółtawej, o og. kw. = 40, wolny HCl +, pepton +, liczne jąderka i ciała wypocinowe.

c) Obiad próbny: wydobyto 300 ctm. sz. treści zielonawo-żółtej z b. małą ilością cząstek pokarmowych, o og. kw. = 52, wolny HCl +, pepton +, śluz, liczne jąderka.

Na wezwanie zjawia się w klinice 10 czerwca 1900 r. Przez cały przeciąg czasu po operacji był zupełnie zdrowym i oddawał się ciężkiej pracy. Nie miał wcale odbijań, czasem zgagę. Apetyt dobry, stolec prawidłowy.

Dobrze odżywiany, waży 60 kg. Język nieco obłożony. W sercu nic nieprawidłowego, tętno 70. Na brzuchu gładka blizna. Brzuch niebolesny ponad pępkiem lekko wypukłony, żadnych ruchów nieprawidłowych wykazać nie można. Dolna granica żołądka leży na wysokości pępka. W żołądku sztucznie wydętym długo zatrzymuje się powietrze, które po chwili wśród odbijań wydostaje się na zewnątrz. Wątroba, śledziona niepowiększone.

IV. Badanie żołądka po 17 m. 14 dniach po operacji:

10. VI. a) Na czczo: po wlaniu 100 gr. wody wydobyto 110 ctm. sz. treści jasnej wodnistej, o og. kw. = 4, wolny HCl +. Pod drobnowidzem: liczne jąderka.

b) Próba białkowa: wydobyto 45 ctm. sz. treści zielonawej, o og. kw. = 42, wolny HCl +, pepton +, śluz, jąderka.

c) Obiad próbny: wydobyto 20 ctm. sz. treści żółtawej, śluz zawierającej o og. kw. = 34, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem: włókna mięsne, skrobia, igiełki kw. tłuszczowych, mała ilość drożdży.

Najbardziej korzystnie wpłynęła operacja na ogólny stan odżywiania chorego oraz dolegliwości podmiotowe. Ogólny przyrost ciężaru ciała wynosi obecnie 12.20 kg.

Mechanizm żołądka dość szybko uległ poprawie. Wprawdzie ilości wydobywanej zawartości żołądka przy próbach były jeszcze po 7¹/₂ tygodniach znaczne, zawierały jednak tylko mało cząstek pokarmowych, które stwierdzaliśmy dopiero pod drobnowidzem. Czworśniak znikł z treści żołądkowej. Z biegiem czasu czynność mechaniczna była nawet wzmożoną, gdyż przy ostatniem badaniu po

obiedzie próbnym w 4 godziny mogliśmy wydobyć zaledwie 20 ctm. sz. treści, zawierającej tylko nie wiele cząstek pokarmowych. Rozmiary żołądka zmniejszyły się, a dolna jego granica podniosła się do pępka.

Czynność wydzielnicza żołądka tak przed operacją jak po niej pozostała przez dłuższy czas wzmożoną. Jeszcze po 3 miesiący stwierdzaliśmy na czczo obecność sokotoku z nadmieruem wydzielaniem HCl. Nadmiar HCl stwierdziliśmy przy ostatnich próbach żołądkowych po białku, jakkolwiek ilość wydobywanej treści, zapewne wskutek wzmożonego mechanizmu żołądka, jest nieporównanie mniejsza niż dawniej, a nawet z żołądka na czczo bez poprzedniego wiania wody nie można było nic wydobyć. Przy ostatniem badaniu, stwierdzić mogliśmy w żołądku większe ilości śluzu. Żółć nie zawsze dostawała się do żołądka.

S p o s t r z e ż e n i e VII. Ulcus rotundum ventriculi, stenosis pylori, gastrectasia, hypersecretio acida. Trwanie choroby 5 lat. Gastroenterostomia m Wölffer. Bardzo znaczna poprawa. Obserwacya 21 m. 11 dni, po operacyi 2 m. 9 dni.

K. W. lat 28, ślusarz z Synowódka, przyjęty do kliniki lekarskiej 15 czerwca 1897 r.

Dziedzicznie nie obciążony. W 8 r. życia przebył odrę. Przed 5 laty w czasie służby wojskowej miał cierpieć przez kilka dni na ostry niezbyt żołądka i jelit [Gastroenteritis]. Odtąd począł doznawać odbijań, zgagi, a wkrótce występować zaczęły wymioty i silne bóle w dołku podsercowym, które rozpromieniały się ku łopatce prawej i ku krzyżom. Wymioty i bóle pojawiały się zwykle w 2—3 godz. pd jedzeniu. Od 7 tygodni bóle stały się tak gwałtowne, że chory nie mógł dotknąć się podżebrza prawego ani leżeć na boku prawym. W tym czasie po raz pierwszy zauważał wymioty krwawe, a stolce smołowo czarne. Zgaga, odbijania i wymioty utrzymywały się stale. Wymioty sprowadzał sobie chory także sztucznie celem złagodzenia bólów. W ostatnich czasach pobladł i podupadł na siłach. Napojów wyskokowych nie nadużywał, zjadał często potrawy kwaśne, ostre, te jednakowoż szkodzą mu od czasu choroby.

Odżywianie chorego dość dobre. Język lekko obłożony. W płucach i sercu nic nieprawidłowego, tętno 72. Wątroba, śledziona nie powiększone. Dołek podsercowy i podżebrze prawe przy ucisku b. bolesne, pod łukiem żebrowym prawym w linii

przymostkowej bolesna oporność. Ruchy perystaltyczne żołądka wyraźne, dolna jego granica leży na wysokości pępka. Odruchy kolanowe prawidłowe. W moczu chlor-ki prawie zniesione.

I. Badanie żołądka przed operacją:

17. VI. 1897. a) Naczezo: wydobyto 250 ctm. sz. zielonawej, płynnej treści z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 60, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, peptonu ślad, drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 300 ctm. sz. treści wodnistej z kawałkami białka, og. kw. = 55, wolny HCl +, pepton +. Pod drobnowidzem: drożdże, czworniaki, ciała czerwone krwi.

Przy dyecie mlecznej i odpowiednim leczeniu stan chwilowo nieco się poprawia, ale od czasu do czasu występują jeszcze silne bóle oraz wymioty, które 25 VI. były bardzo obfite i fusowate.

3 lipca z małą poprawą, nie zgodziwszy się na zabieg operacyjny, opuszcza klinikę.

23 lutego 1898 r., zgłasza się ponownie i podaje, że dawne przypadłości utrzymują się ciągle, wymioty codziennie, a 4 razy wymiociny były krwawe. Wychudł i podupał bardzo znacznie na siłach.

Odżywianie gorsze, waży 47.70 klg. Dołek podsercowy przy obmacywaniu b. bolesny. Ruchy perystaltyczne żołądka widoczne, a dolna jego granica leży na palec poniżej pępka. W moczu chł. ki zmniejszone.

II. Badanie żołądka przed operacją:

23. II. a) Naczezo: wydobyto 150 ctm. treści żółtawej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 65, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 150 ctm. sz. treści zielonawej z kawałeczkami białka, o og. kw. = 47, wolny HCl +, pepton +, drożdże, czworniaki, ciała czerwone krwi odbarwione.

c) Obiad próbny: wydobyto 400 ctm. sz. treści płynnej z kawałkami mięsa, o og. kw. = 100, wolny HCl +, pepton +. Pod drobnowidzem obfita ilość ciałek wypocinowych, drożdże, czworniaki.

Przy leczeniu jak poprzednio, gdyż chory nie godzi się na operację, stan ogólny się nieco poprawia, bóle zmniejszyły się. Ruchy perystaltyczne żołądka ciągle występują, a ilość treści wydobywanej na czczo waha się między 100—200 ctm. sz., o og. kw. 50—90, wolny HCl +

21 marca opuszcza klinikę, waży 52.80 klg.

Po raz trzeci zjawia się 20 kwietnia 1898 r. i pozostaje do 13 maja. Badanie przedmiotowe chorego oraz żołądka wykazuje stan jak poprzednio. Znowu małe polepszenie i przyrost wagi ciała o 2 klg.

10 października 1898 r. zgłasza się po raz czwarty. Stan zawsze ten sam, ponowił się w domu dość obfity krwotok żołądkowy, a stolce czarne. Ciężar ciała 51,60 klg. Brzuch w okolicy pępka wypukłony. Dolna granica napinającego się żołądka leży na 2 palce poniżej pępka. Wieczorem 10 X. przepłukano żołądek.

III. Badanie żołądka przed operacją:

11. X. a) Naczczo: wydobyto 300 ctm. sz. treści płynnej zielonawej bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 36, wolny HCl +, ciała wypocinowe, drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 400 ctm. sz. treści zielonawej z kawałkami białka, o og. kw. = 48, peptonu ślad. Ciała wypocinowe, jąderka, drożdże, czworniaki.

c) Obiad próbny: wydobyto 400 ctm. sz. treści pokarmowej płynnej z kawałkami mięsa, o og. kw. = 65, wolny HCl +, pepton +, drożdże, czworniaki.

Chory teraz zgadza się na operację. Przeniesiono go do kliniki chirurgicznej, gdzie 21 października wykonano w znieczuleniu miejscowym gastroenterostomię m. Wölfler [op. Rad. dw. prof. RYDYGIER]. Przy operacji stwierdzono rozszerzenie żołądka, którego ściany były przekrwione i zgrubiałe. W okolicy odźwiernika—blizna, powodująca tak znaczne zwężenie, że żołądek prawie był odsznurowany od dwunastnicy i drożny tylko dla najcieńszej sondy. Chory zniósł operację dobrze, dalszy przebieg bez żadnych powikłań.

7 listopada przeniesiony do kliniki lekarskiej.

Stan dobry, ciężar ciała 54 70 klg., wymioty nie pojawiają się, dokucza choremu czasem ból w podżebrzu lewym. 27 listopada opuszcza klinikę ze znaczną poprawą ważąc 57,60 klg. Stolec regularny, chlorki w moczu prawidłowe.

I. Badanie po 25 dniach po operacji:

15. XI. a) Naczczo: po właniu 50 gr. wody wydobyto 100 ctm. sz. treści mętnej, żółtawej, o og. kw. = 30, wolny H +, pepton +. Pod drobnowidzem: cząstki pokarmowe, jąderka, drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 150 ctm. sz. treści mętnej, z kawałkami białka, o og. kw. = 35, wolny HCl +, pepton +, drożdże, czworniaki.

c) Obiad próbny: wydobyto około 200 ctm. sz. treści pokarmowej o og. kw. = 50, wolny HCl +, pepton +, bardzo obfita ilość drożdży, czworniaki.

Dalsze kilkakrotne badania żołądka na czczo wykazały tylko 20—50 ctm. sz. treści żółtawej, o og. kw. 35—40. Jeden raz tylko 17. XI wydobyto na czczo 400 ctm. treści pokarmowej.

20 stycznia 1899 r. zgłasza się do kliniki po raz piąty. Stau jego wogóle ma być lepszy, ciężar ciała 61.60 klg. Nie miewa ani zgagi ani wymiotów, bóle zmniejszyły się. Od czasu do czasu występują ruchy perystaltyczne żołądka, a dolna jego granica leży na 2 palce ponad pępkiem. Podżebrze prawe jeszcze przy ucisku bolesne.

II. Badanie żołądka 3 m. po operacji:

20. I. Na czczo: po wlaniu 50 grm. wody wydobyto około 50 ctm. sz. treści przezroczystej bez żółci, o og. kw. = 45, wolny HCl +. Pod drobnowidzem: ciążka skrobi, jąderka, drożdże, czworniaki.

27. II. Opuścił klinikę. Chory ma się zupełnie dobrze. Ruchy perystaltyczne żołądka jeszcze czasem po obfitem spożyciu pokarmów można stwierdzić.

2 marca 1899 r. przybył po raz szósty do kliniki.

Uskarża się na odbijania po jedzeniu, smaku kwaśnego, oraz od czasu do czasu występujące napinania w okolicy żołądka, połączone z bólami. Wymiotów dotąd nie było.

Dobrze odżywiany. Podżebrze prawe przy obmacywaniu bolesne. Stolec smołowo czarny.

III. Badanie żołądka po 4 m. 13 dniach po operacji:

3. III. a) Na czczo: wydobyto 150 ctm. sz. treści płynnej brunatnej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 67, wolny HCl +, pepton +. Pod drobnowidzem: bardzo obfita ilość drożdży i czworniaków, czerwone ciążka krwi odbarwione.

b) Próba białkowa: wydobyto 100 ctm. sz. treści brunatnej o og. kw. = 48, wolny HCl +, pepton +. Ciążka wypocinowe, c. czerwone krwi, drożdże, czworniaki.

Przy dyecie mlecznej stau się poprawił, bóle ustąpiły, w żołądku można często stwierdzić pluskanie w 3 godziny po jedzeniu.

IV. Badanie żołądka 4 m. 25 dni po operacji:

15. III. a) Na czczo: wydobyto 500 ctm. sz. treści zielonawo-żółtej, płynnej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 62, wolny HCl +, pepton +, drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 200 ctm. sz. treści jasnej, o og. kw. = 55, wolny HCl +, pepton +. Śluz, drożdże, czworniaki.

c) Obiad próbny: wydobyto 400 ctm. sz. treści pokarmowej, o og. kw. = 74, wolny HCl +, pepton +. Śluz, nabłonki, drożdże, czworniaki.

26 marca chory opuszcza klinikę. Ciężar ciała 65,30 klg. Bólów ani odbijań nie miewa, a brzuch przy obmacywaniu nie bolesny. Apetyt dobry, stolec prawidłowy. Dolna granica żołądka leży na palec powyżej pępka. Powietrze zatrzymuje żołądek po wydeciu przez czas dłuższy.

V. Badanie żołądka 5 m. 9 dni po operacji:

26. III. a) Na czczo: po właniu 50 grm. wody wydobyto około 40 ctm. sz. treści jasnej bez widocznych cząstek pokarmowych; o og. kw. = 9, wolny HCl +, pepton = 0. Pod drobnowidzem: odosobnione włókna mięsne, skrobia, jąderka, drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 150 ctm. sz. treści ciemno-żółtawej, o og. kw. = 50, wolny HCl +, pepton +. Śluz jąderka, czworniaki.

c) Obiad próbny: wydobyto 80 ctm. sz. treści gęstej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 110, wolny HCl +, pepton +. Drożdże, czworniaki.

Objawy wrzodu okrągłego w powyższym przypadku trwają bardzo długo i są uporczywe. Częste krwotoki oraz ustawiczne bóle podkopały znacznie odżywianie chorego. Jako następstwo wrzodu oraz blizny śledzić mogliśmy zwiększającą się rozstrzeń żołądka. Wrzodowi towarzyszy nieodstępny sokotok z nadmiernem wydzielaniem HCl przy bardzo wybitnej zawsze reakcyi na wolny HCl. Cierpienie żołądka w tym przypadku, opiera się leczeniu, a środki wewnętrzne, dyeta oraz codzienne przepłukiwanie zdołały wprowadzić stan chwilowo poprawić, tak że i odżywianie nieco się podniosło, szybko jednak stan dawny powracał, krwotoki znowu występowały. Od chwili wykonania gastroenterostomii nastaje zwrot ku lepszemu. Przedewszystkiem znakomicie poprawił się stan ogólny, a przyrost ciężaru ciała wynosi 16,60 klg. Wymioty ustąpiły zupełnie, odbijania, zgaga ostatecznie nie dokuczają choremu. Apetyt dobry, stolec regularny.

Mechanizm żołądka w krótkim czasie po operacyi zbliżył się do stanu prawidłowego, lecz poprawa ta nie była stałą, albowiem w późniejszym przebiegu jsczcie mogliśmy stwierdzić większe zaległości w żołądku czczym. Może to być prawdopodobnie następstwem zwężenia się otworu

sztucznego, do czego mógł się przyczynić trwający dalej wrzód żołądka. Dolna granica żołądka podniosła się wkrótce na 2 palce ponad pępek, w dalszym jednak przebiegu stwierdzamy znowu małe jej obniżenie.

Czynność wydzielnicza żołądka najmniej uległa zmianie po operacji. Sokotok trwa dalej, jedynie tylko chwilami zmniejszały się ilości wydobywanej treści, a nawet przy ostatniem badaniu nie mogliśmy bez wiania wody nic na czczo wydobyć z żołądka. Stopień kwasoty ogólnej jednak bywał po operacji nieraz wyższy aniżeli przed nią.

Żółć nie wracała stale do żołądka.

S p o s t r z e ż e n i e VIII. *Ulcus rotundum ventriculi*, *stenosis pylori*, *hypersecretio acida*. Trwanie choroby 6 lat. *Gastroenterostomia m. Wölfler*. Poprawa. Obserwacya 2 m. 26 dni, po operacji 1 m. 7 dni.

S. S. lat 39, rolnik z Nowosiółki, przyjęty do kliniki lekarskiej 12 października 1899 r.

Dziedzicznie nie obciążony. W 22 roku życia przebył zimnicę. Cierpienie żołądkowe rozpoczęło się przed 6 laty gnieceniem i bólem w dołku podsercowym po jedzeniu, odbijaniem kwaśnemi oraz zgagą. Wymiotów nie miał. Stolec był zaparty. Objawy powyższe nie utrzymywały się stale, chory miewał dni wolne od bólów. Dopiero od roku przypadłości powyższe występują stale po każdym jedzeniu, a bóle stają się gwałtowniejsze i rozprzestrzeniają się ku krzyżom. Wymioty dotąd dobrowolnie nie pojawiły się, lecz sprowadzał je chory czasami sztucznie dla złagodzenia nieznośnego pieczenia w żołądku i bólów. Jeden raz był stolec jak smoła czarna. Apetyt w ostatnich tygodniach nieco upośledzony, wychudnienie i znaczny upadek sił. Napojów wysokowych nieco nadużywał. Odżywił się lichy, a codziennie zjadał nawet po 4 — 6 główek czosnku, którego nie żałował sobie i przy przyrządzaniu potraw.

Odżywianie podupadłe, waga ciała 52 klg. Skóra biała, język obłożony. Małego stopnia rozedma płuc. Tony serca czyste, tętno słabe, napięte 72. Podżebrze lewe nieco lepiej wypukłone niż prawe i na ucisk bolesne. Ruchy perystaltyczne żołądka widoczne, dolna granica jego leży na 2 palce powyżej pępka. Wątroba, śledziona niepowiększone. W moczu chlorki zmniejszone.

I. Badanie żołądka przed operacją:

13. X. a) Na czczo: wydobyto 50 ctm. sz. treści jasnej, śluzowej, bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 50, wolny HCl, kw. mleczny = 0. Pod drobnowidzem: ciała wypocinowe, obfita ilość drożdży, czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 50 ctm. sz. treści jasnej z kawałkami białka, o og. kw. = 30, wolny HCl +, pepton +, jąderka, drożdże, czworniaki.

c) Obiad próbny: wydobyto 100 ctm. sz. treści gęstej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 50, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, drożdże, czworniaki.

Przy codziennych przepłukiwaniach żołądka wodą karlsbadzką, odpowiedniej dyecie, zmniejszyły się bóle, odbijania jednak kwaśne stale się utrzymują.

II. Badanie żołądka przed operacją:

22. XI. a) Na czczo: wydobyto 100 ctm. sz. treści żółtawej bez wyraźnych resztek pokarmowych, o og. kw. = 48, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Pod drobnowidzem: odosobnione włókna mięsne, ciała skrobi, drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: Wydobyto około 100 ctm. sz. treści jasnej z kawałkami białka, o og. kw. = 13, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, peptonu ślad, śluz, drożdże, czworniaki.

c) Obiad próbny: Wydobyto około 100 ctm. sz. treści pokarmowej, o og. kw. = 45, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Cząstki pokarmowe, drożdże, czworniaki.

Ponieważ ruchy perystaltyczne żołądka od czasu do czasu występowały, a zaległość na czczo wynosiła 100–300 ctm. sz. zakwalifikowano chorego do operacji.

1 grudnia wykonano w klinice chirurgicznej w znieczuleniu miejscowym gastroenterostomię m. Wölfler [op. R. dw. Prof. RYDYGIER]. Podczas operacji znaleziono bliznowate zgrubienie odźwiernika, który był wysoko podniesiony ku górze. W gruczołach nowotworu nie wykazano. Przebieg po operacji bez powikłań. Chory czuje się dobrze, czasami tylko doznaje małych bólów w dołku podsercowym.

I. Badanie żołądka w 4 tygodnie po operacji:

28. XII. a) Na czczo: wydobyto 800 ctm. sz. treści gęstej żółtawej z cząstkami pokarmowymi; o og. kw. = 20, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Obfita ilość drożdży, czworniaków nie znaleziono.

b) **Próba białkowa:** wydobyto około 100 ctm. sz. treści płynnej żółtawej z kawałkami białka, o og. kw. = 36, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, pepton +. Śluz, drożdże.

c) **Obiad próbny:** wydobyto 600 ctm. sz. żółtawej miazgi pokarmowej, o og. kw. 60, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, pepton +.

Codziennie przepłukiwano na czczo żołądek. Zaległości były znaczne. Chory ma się dobrze, bólów nie miewa żadnych. Opuszcza klinikę ważąc 52.50 kg.

II. Badanie w 1 m. 7 dni po operacyi:

6. I 1900 r. a) **Na czczo:** wydobyto 100 ctm. sz. treści zielonawo-żółtej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 10, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, peptonu ślad. Drożdże.

b) **Próba białkowa:** Wydobyto około 100 ctm. sz. treści zielonawo-żółtej, z kawałeczkami białka, o og. kw. = 50, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton = 0. Obfita ilość drożdży.

7 stycznia opuszcza klinikę. Na wezwanie wysłane w lipcu b. r. nie zgłosił się.

Jakkolwiek osiągnęliśmy w powyższym przypadku podmiotowo znaczną poprawę—a ciężar ciała zaczął się podnosić, to przecież stwierdzić mogliśmy w 4 tygodnie po operacyi znaczne a nawet większe jak dawniej upośledzenie czynności ruchowej żołądka. Ilość zalegającej treści na czczo, jest po operacyi bez porównania większą aniżeli przed nią. Upośledzenie funkcji ruchowej nie tyle odnosiśmy do zaciśnięcia otworu po operacyi, bo podmiotowy stan chorego oraz badanie okolicy żołądka za tem nie przemawiają, ile raczej do atonii ścian samego żołądka. Czy mechanizm wróci do stanu prawidłowego, a przynajmniej czy znacznie się poprawi—trudno na razie rozstrzygnąć. Jednak ostatecznie badania żołądka, które wykazały już nieco mniejszą zaległość treści pokarmowej na czczo, nakazywałyby tego się spodziewać.

W czynności wydzielniczej nastąpiła po operacyi znaczna zmiana. Już przy pierwszym badaniu w treści kwasnej nie wykazaliśmy wolnego kwasu solnego; a jedynie tylko przy ponownem badaniu zjawił się przy próbie białkowej. Mamy więc obecnie nieomogę wydzielniczą HCl, która z wszelkiem prawdopodobieństwem i nadal utrzymywać się będzie. Do tego przypuszczenia uprawnia wynik

badania przed operacją. Wówczas wykazywaliśmy wprowadzić obecność wolnego kwasu solnego w treści wydobytej na czczo, przy dość znacznej ogólnej kwasocie, lecz przy próbach trawienia stopień ogólnej kwasoty nie był wysoki, a raz po podaniu białka nie zjawiał się wolny HCl.

Żółć dostawała się stale do żołądka.

S p o s t r z e ż e n i e IX. Ulcus rotundum ventriculi, stenosis pylori; gastrectasia. Hypersecretio acida. Gastroenterostomia m. Hacker. Przypadłości żołądkowe trwają od roku. Znaczne polepszenie. Obserwacya przez 20 m. 6 dni, po operacyi 17 m. 26 dni.

M. J. wyrobnik dzienny ze Lwowa lat 33, przyjęty do kliniki 8 października 1898.

Dziedzicznie nieobciążony, w 18 roku życia przebył zimnicę, w 24 zapalenie płuc i opłucnej po str. lewej. Przypadłości żołądkowe rozpoczęły się przed rokiem charakterystycznymi bólami w dołku podsercowym, zgagą i wymiotami barwy zielonkawatej, smaku kwaśnego, zwykle po spożyciu pokarmów. Krew w wymiocinach. Apetyt dobry, chory jednak z obawy przed bólami mało jada; stolec zaparty.

Budowa i odżywianie dość dobre, waga ciała 64.50 klg. Język obłożony. W płucach i sercu zmian niema, tętno 60. W okolicy żołądka widoczne ruchy perystaltyczne, dolna jego granica zarysowuje się na wysokości pępka; dołek podsercowy bolesny a jeszcze więcej bolesne podżebrze prawe w linii przymostkowej. Pluskanie w żołądku rozległe. Wątroba prawidłowa, śledziona powiększona. Mocz, stolec bez zmian.

I. Badanie żołądka przed operacją:

9. X. a) Na czczo: 500 ctm. sz. zalegającej treści pokarmowej, barwy zielonawej, śluz zawierającej. o og. kw. = 43, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +, pod drobnowidzem: cząstki pokarmowe, śluz, nabłonki, ciała wypocinowe w rozpadzie, czworniki.

b) Próba białkowa: wydobyto 300 ctm. sz. treści o og. kw. = 40, wolny HCl +, pepton +, śluz, liczne jąderka ciałek wypocinowych.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 500 ctm. sz. zielonkawatej miazgi pokarmowej, o og. kw. = 68, wolny HCl +, pepton +, cząstki pokarmowe, drożdże, czworniki.

W czasie leczenia stan zwolna poprawia się, bóle stają się mniej dokuczliwe i rzadziej występują, wymioty ustąpiły; ruchów

perystaltycznych po miesiącu stwierdzić nie można, stan ogólny poprawił się tak, że chory ze znacznem polepszeniem, ważąc 66 klg. opuścił 25 XI klinikę. Do ostatniej jednak chwili stwierdzano na czczo zawsze 50—500 ctm. sz. bądź treści pokarmowej, bądź tylko soku żołądkowego, o og. kw. = 48—60, wolny HCl +, drożdże i czworniaki.

Gdy po trzech tygodniach chory zgłosił się ponownie z dawnymi przypadłościami, odesłano go na klinikę chirurgiczną, gdzie 19 grudnia 1898 r., wykonano w znieczuleniu miejscowem gastroenterostomię m. Hacker. [Op. Rd. dw. prof. RYDYGIER].

Przebieg pooperacyjny powikłany zapaleniem płuc i opłucnej z wysiękiem po stronie prawej, które jednak chory przechodzi szczęśliwie; wysięk ustępuje powoli, a tarcie opłucnowe utrzymuje się bardzo długo.

I. Badanie żołądka w 3 tygodnie po operacji:

10. I. 1899 r. a) Na czczo: wydobyto 150 gr. treści mętnej, żółtawej bez resztek pokarmowych, o og. kw. = 35, wolny HCl +, ciałka wypocinowe i obfita ilość jąderek.

b) Próba białkowa: wydobyto 50 gr. treści bez kawałków białka; o og. kw. = 35, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem jak na czczo

c) Obiad próbny: wydobyto 80 gr. treści płynnej, żółtawej, z małą ilością cząstek pokarmowych, o og. kw. = 40, wolny HCl ślad, pepton +. Drożdży ani czworniaków nie znaleziono.

Wymioty od czasu operacji nie pojawiły się, zgaga i bóle żołądka ustąpiły, czasem tylko odbijania puste, apetyt dobry; stolec regularny.

15. I. Rana zagojona per primam; podżebrze prawe przy ucisku nieco bolesne, ruchów perystaltycznych żołądka stwierdzić nie można.

II. Po 2 miesiącach:

18. II. a) Na czczo: wydobyto 20 grm. treści mętnej, żółtej bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 24, wolny HCl +, śluz, jąderka.

b) Próba białkowa: wydobyto 100 gr. treści żółtawej z kawałeczkami białka, o og. kw. = 46, wolny HCl +, pepton +, śluz, jąderka.

c) Obiad próbny: wydobyto 50 gr. prawie bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 41, wolny HCl +, pepton +. Śluz, nieliczne włókna mięsne.

17. III. Dolna granica sztucznie rozdętego żołądka leży na wysokości pępka, żołądek rozdęty zatrzymuje przez czas dłuższy powietrze.

III Po 3 miesiącach:

25. III. a) Na czczo: wydobyto 200 gr. treści płynnej, żółtej, o og. kw. = 14, wolny HCl +. Śluz, liczne jąderka, kilka włókien mięsnych.

b) Próba białkowa: wydobyto 200 gr. treści żółtawej z kawałkami białka, o og. kw. = 45, wolny HCl +. Śluz, jąderka.

c) Obiad próbny: wydobyto 50 gr. treści płynnej prawie bez resztek pokarmowych, o og. kw. = 28, wolny HCl +, peptonu ślad.

7. IV. Chory czuje się zupełnie dobrze, czasami tylko miewa odbijania kwaśne, bądź na czczo, bądź po jedzeniu.

Opuszcza klinikę ważąc 72.30 klg., przyrost zatem wynosi 6.30 klg.

IV. 6. IV. Na czczo: nie można nic z żołądka wydobyć, a po wlaniu 50 gr. wody, wydobyto 50 gr. cieczy jasnej o og. kw. = 4, wolny HCl +.

Po miesiącu z pełnego zdrowia zaczęły występować częstsze odbijania kwaśne, zgaga, silne bóle w podżebrzu prawem, rozpromieniające się ku łopatkom, oraz co kilka dni wymioty treścią pokarmową, kwaśną. Stolec raz miał być czarny.

29. VI. Chory przyjęty do kliniki okazuje gorsze odżywianie, waży 65 klg. Na twarzy maluje się przygnębienie, język czysty. Ruchów perystaltycznych żołądka stwierdzić nie można, dolna jego granica na 3 palce powyżej pępka; podżebrze prawe bolesne.

V. Po 6 miesiącach:

16. VI. a) Na czczo: wydobyto 50 grm. treści płynnej żółtawej o og. kw. = 32, wolny HCl +, śluz, nabłonki żółto zabarwione, jąderka, drożdże.

b) Próba białkowa: wydobyto 80 gr. treści żółtej, o og. kw. = 38, wolny HCl +, pod drobnowidzem jak na czczo.

c) Obiad próbny: wydobyto 40 gr. treści żółtawej z małą ilością cząstek pokarmowych, o og. kw. = 42, wolny HCl +; pepton +, śluz, jąderka, drożdże.

Przy przepłukiwaniu żołądka wodą karlsbadzką i odpowiedniej dyecie, stan powoli się poprawił. Wymioty ustąpiły, bóle stały się mniejsze, waga ciała przy wyjściu z kliniki 16 VII. 66—50 kg. Objawy sokotoku trwają dalej, gdyż stwierdzono:

VI. 8. VIII. W żołądku czczym 30 gr. treści żółta-wo-zielonkowatej, o og. kw. = 53, wolny HCl +, śluz, jąderka.

Chory przez następne 3 miesiące czuł się lepiej, tak że mógł już oddawać się swej codziennej pracy. Gdy jednakowoż, pomimo pilnego przestrzegania wskazanej mu diety, bóle powróciły i zaczęły zjawiać się zgaga, odbijania kwaśne i wymioty, zgłosił się do kliniki 13 XI. 1899.

Chory w stosunku do objawów chorobowych niezwykle przegębiony okazuje usposobienie hypochondryczne, odżywianie dobre, waży 66.80 klg. Dołek podsercowy przy ucisku tylko nieco bolesny, a badanie żołądka wykazuje:

VII. P o 11 m i e s i ą c a c h :

13. XI. a) N a c z c z o: wydobyto 200 gr. treści żółtawej, o og. kw. = 20, wolny HCl +, drożdże, czworniaki.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 50 gr. treści zielonkawatej, o og. kw. = 15, wolny HCl +, pepton +, śluz, jąderka, drożdże.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 150 gr. treści pokarmowej, zielonkawatej o og. kw. = 30, wolny HCl +.

Po kilkurazowym przepłukaniu żołądka wodą karlsbadzką poprawa znaczna aż do marca 1900 r. W marcu miały pojawić się bóle w okolicy żołądka, odbijania kwaśne, zgaga oraz wymioty, nadto zauważył chory napinania żołądka. Stolec w ostatnich czasach zaparty. Przyjęty do kliniki 12 maja 1900 r. waży 64 klg. badanie okolicy żołądka obok miernej bolesności nie wykazuje nic nieprawidłowego.

VIII. P o 16 m i e s i ą c a c h :

13. V. a) N a c z c z o: 100 gr. treści żółtej bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 24, wolny HCl +, śluz, nabłonki, jąderka.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 100 gr. treści, o og. kw. = 32, wolny HCl +, pepton +.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 200 gr. miazgi pokarmowej z domieszką żółci, o og. kw. = 55, wolny HCl +, pepton +.

Przy codziennych przepłukiwaniach żołądka 2% roztworem soi karlsbadzkiej, stan ogólny poprawia się tak, że 14 czerwca waga ciała wynosi 61.70 klg., bóle i wymioty ustąpiły; stolec stał się regularnym. Utrzymuje się jednakowoż ciągle u chorego nastrój hypochondryczny. Okolica żołądka na ucisk nieco jeszcze bolesna, ruchów perystaltycznych stwierdzić nigdy nie można. Sztucznie rozdęty żołądek przedstawia duże rozmiary, dolna granica leży na 2½ palca powyżej pępka. Powietrze wprowadzone balonem zatrzymuje przez czas dłuższy. Po wyjęciu zgłębnika występują odbijania. Wlane do żołądka 750 gr. wody po 2 minutach w całości można wydobyć.

IX. Badanie po 17 miesiącach i 26 dniach po operacji.

13. VI. a) Na czczo: 50 gr. treści żółc zawierającej, o og. kw. = 28, wolny HCl +, pod drobnowidzem: nieliczne włókna mięsne, śluz, nabłonki wałeczkowe gęsto obok siebie w dużych grupach ułożone, jąderka.

b) Próba białkowa: wydobyto 150 gr. treści żółtawej, o og. kw. = 50, wolny HCl +, pepton +.

c) Obiad próbny: po 4 godz. wydobyto dopiero po wlaniu 50 gr. wody 60 gr. treści żółtawej bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 15, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem jak na czczo.

Wrzodowi żołądka z następczą blizną i zwężeniem odźwiernika u tego chorego towarzyszy znacznego stopnia sokotok [Hypersecretio acida].

Wykonana operacja wpłynęła szybko dodatnio na czynność ruchową żołądka. Usunęła przedewszystkiem zaleganie treści pokarmowej. Żołądek na czczo albo wcale nie zawierał pokarmów, albo tylko pod drobnowidzem wykazać można było nieliczne cząsteczki pokarmowe. Co więcej próby żołądkowe wykazały, że nieraz pokarmy szybciej przedostawały się do jelit niż się to dzieć zwykło w warunkach fizyologicznych. Rzadko stwierdzano drożdże, a raz tylko obecność czworniaka. R o z m i a r y ż o łą d k a u l e g ły z m n i e j s z e n i u, dolna jego granica dawniej leżąca na wysokości pępka, po 18 prawie miesiącach obserwacji znajduje się na 2¹/₂ palca po nad nim. Czynność wydzielnicza żołądka nie powróciła i po operacji do stanu prawidłowego. Przez cały przeciąg obserwacji stale stwierdzaliśmy obecność soku żołądkowego o dodatnim zawsze odczynie na wolny HCl. Jedynie tylko zmniejszyła się zwolna ilość wydzielanego soku żołądkowego oraz stopień kwasoty. Obecność żółci w żołądku mogliśmy stwierdzić prawie stale. Bóle zmniejszyły się, a nawet chwilowo ustępowały, odżywianie poprawiło się, ogólny przyrost wagi ciała wynosił 6.70 klg. Podnieść należy u naszego chorego usposobienie hypochondryczne, które utrzymuje się od czasu operacji aż do ostatniej chwili.

S p o s t r z e ż e n i e X. Ulcus rotundnm ventriculi, stenosis pylori, hypersecretio acida. Gastroenterostomia m. Hacker. Przypadłości żołądkowe od 2 lat. Wyleczenie. Obserwacja 15 m. 16 dni, po operacji 6 m. 14 dni.

M. H. lat 27, wyrobnik dzienny, przyjęty do kliniki 14 kwietnia 1899 r.

Do 25 roku życia miał być zdrowym. Przed dwoma laty wystąpiły odbijania po jedzeniu, zgaga, oraz charakterystyczne bóle w podżebrzu prawem, rozpromieniające się ku łopatom. Wkrótce zjawily się wymioty, smaku kwaśnego, w 2—4 godziny po jedzeniu, zwykle po obiedzie. W ostatnich czasach zauważył chory napinania się w okolicy żołądka. Apetyt zawsze dobry, chory jednak jada mało z obawy przed bólami. Wspomniane bóle występują gwałtowniej, a wymioty częściej; gdy chory chodzi lub pracuje w spokoju objawy te są łagodniejsze. Wymioty krwawe oraz czarne stolce nie pojawiły się nigdy.

Chory dobrze zbudowany, odżywianie dość podupadłe, waga ciała 52.40 kg. W płucach i sercu zmian niema, tętno 60. Dolek podsercowy, a jeszcze więcej podżebrze prawe bolesne, ruchów perystaltycznych żołądka stwierdzić nie można. Dolna granica sztucznie rozdętego żołądka leży na 2 palce powyżej pępka, przy rozdęciu występują ruchy perystaltyczne, a chory doznaje silnego bólu w podżebrzu prawem. Wątroba, śledziona niepowiększone, odruchy kolanowe prawidłowe. Mocz bez zmian.

I. Badanie żołądka przed operacją.

16. IX. a) Na czczo: wydobyto 100 gr. treści śluzowej, o og. kw. = 20, wolny HCl +, pod drobnowidzem: śluz, liczne jąderka, oraz ciała wypocinowe.

b) Próba białkowa: wydobyto 30 gr. treści z kawałeczkami białka, o og. kw. = 30, wolny HCl +, pepton +.

c) Obiad próbny: wydobyto 150 gr. treści pokarmowej, o og. kw. = 52, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem: śluz, nabłonki, cząsteczki pokarmowe, jąderka, drożdże.

Po miesiącu leczenia w klinice stan się poprawił, bóle i wymioty ustąpiły; pozostała tylko mierna bolesność podżebrza prawego, a przyrost wagi ciała wynosił 2.80 kg.

Dnia 6 października zgłasza się chory powtórnie, podając, że już po tygodniu pobytu w domudawne dolegliwości wróciły, a bóle i wymioty dokuczają mu do obecnej chwili. Stolec zaparty. Stwierdzono znaczną bolesność podżebrza prawego i dolka podsercowego; ruchy perystaltyczne żołądka niewidoczne, dolna jego granica, po wydęciu 1 palec wyżej pępka. Bóle żołądka utrzymują się, wymioty przy odpowiedniej dyecie nie występują.

II. 6. X. a) N a c z c z o: wydobyto 30 gr. treści bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 35, wolny HCl +, śluz, bardzo obfita ilość jąderek.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 100 gr. treści z drobnymi kawałeczkami białka, o og. kw. = 61, wolny HCl +, pepton +, obraz drobnowidzowy jak poprzednio.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 30 gr. miazgi pokarmowej, o og. kw. = 40, wolny HCl +, pepton +, obfita ilość drożdży.

Gdy pomimo leczenia bóle nie ustępowały, a na czczo wydobywane ilości treści wahały się między 25—150 gr., o og. kw. 40—52, przy bardzo silnej reakcyi na wolny HCl, przeniesiono chorego na klinikę chirurgiczną, gdzie wykonano 16 XI. w znieczuleniu miejscowym gastroenterostomię m. Hacker [Op. R. dw. Prof. RYDYGIER]. Przy operacyi znaleziono żołądek niedużych rozmiarów, otrzewną w części odźwiernikowej zgrubiałą, liczne zrosty. Przebieg pooperacyjny bez powikłań

W dwa tygodnie po operacyi stan chorego znakomity. Bóle, odbijania kwaśne ustąpiły w zupełności, apetyt dobry, stolec prawidłowy.

I. B a d a n i e ż o łą d k a w 3 t y g o d n i e p o o p e r a c y i:

ZII. a) N a c z c z o: żołądek próżny, po wlaniu 50 gr. wody wydobyto 50 gr. treści żółtawej, o og. kw. = 2, wolny HCl = 0, śluz, jąderek.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 50 gr. treści zielonawej, o og. kw. = 52, wolny HCl +, pepton +.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 80 gr. treści żółtawej bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 40, wolny HCl +, pepton +, pod drobnowidzem: bardzo mała ilość cząstek pokarmowych, jąderek.

28. XII. Chory opuszcza klinikę bez żadnych dolegliwości, waga ciała 61.50 klg.

Zawezwany zgłasza się do kliniki 31 maja 1900 r. podając, że do obecnej chwili nie doznaje żadnych dolegliwości i może oddawać się ciężkiej pracy, apetyt dobry, stolec regularny.

Dobrze odżywiany, waży 64 klg. okolica żołądka nie bolesna, dolna granica wydętego żołądka leży 3 p a l c e p o n a d p ę p k i e m, żołądek łatwo się wydyma, powietrze zatrzymuje przez czas dłuższy.

II. P o 6 1/2 m. b a d a n i e ż o łą d k a wykazuje:

31. Z. a) N a c z c z o: wydobyto 15 gr. treści zielonkawo-żółtej, o og. kw. = 5, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0. Śluz, jąderek.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 20 gr. treści z drobniutkimi kawałeczkami białka, o og. kw. = 24, wolny HCl +.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 50 gr. miazgi pokarmowej, o og. kw. = 38, wolny HCl +, pepton +.

Wynik zabiegu operacyjnego w tym przypadku bardzo korzystny. Wszystkie dolegliwości chorego szybko po operacji ustąpiły, odżywianie poprawiło się znakomicie, wykazując przybytek ciężaru ciała 11.60 kg. Czynność ruchowa żołądka wróciła do normy, a nawet stwierdzić się dało pewne jej przyspieszenie. Również i czynność chemiczna żołądka po 6½ miesiącach zbliża się do stanu prawidłowego, a stopień ogólnej kwasoty po obiedzie próbnym był niższy niż prawidłowo, co tłumaczyć się daje przyspieszonym wydalaniem pokarmów z żołądka do jelit. Żółć nie zawsze stwierdzano przy próbach trawienia.

Bóle u naszego chorego odnieść należało częścią do istniejącego wrzodu, częścią do zrostów, które ulegać mogły naciąganiu zależnie od stanu wypełnienia żołądka. Stąd bóle były gwałtowniejsze po obfitym jedzeniu, chodzeniu lub cięższej pracy, a zmniejszały się przy spokojnym leżeniu. Przemawiało za tem sztuczne wydymanie żołądka, które w pierwszej chwili nie sprawiało choremu dolegliwości, w miarę zaś znaczniejszego rozdymania ścian żołądka stawało się bardzo bolesnem.

S p o s t r z e ż e n i e XI. Stenosis pylori post ulcus rotundum, ptosis et dilatatio ventriculi, hypersecretio acida. Trwanie choroby 1 rok. Gastroenterostomia m. Hacker. Wyleczenie. Obserwacja 8 m. 7 dni, po operacji 7 m. 11 dni.

J. G. lat 32, organista ze Lwowa, przyjęty do kliniki lekarskiej 19 października 1899 r.

Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można. Przed 4 laty przebył zapalenie płuc, zresztą zawsze był zdrowym. Obecne cierpienie rozpocząć się miało przed rokiem wzdęciem w okolicy żołądka, które występowało po każdym jedzeniu, odbijaniem kwaśnymi i zgagą. Wkrótce zaczęły się pojawiać wymioty 2—3 razy dziennie zwykle w 1—2 godzin po spożyciu pokarmów. Wymioty te o smaku kwaśnym w ostatnich czasach były

bardzo obfite [1—2 lit.]. Raz jeden na wiosnę b. r. miały one być ciemne, fusowato zabarwione. Objawy powyższe utrzymują się do obecnej chwili. Bólów większych nie miał nigdy. Apetyt zawsze dobry, chory jednak jada mało z obawy przed pieczeniem wzdłuż mostka i wymiotami, wychudł i znacznie opadł na siłach. Stolec stale zaparty, nigdy nie był czarny. Napojów wysokowych nie nadużywał, odżywiał się dawniej dobrze, wspomina nadto, że często jadał surową rzodkiew i cebulę.

Odżywianie chorego znacznie podupadło, waga ciała 56.10 klg. W szczycie prawym objawy zagęszczenia. Tętno serca czyste, tętno zwolnione 56, miernego stopnia miażdżycza tętnic. Brzuch niebolesny, w dolnych częściach nieco wypuklony i tu widoczne ruchy perystaltyczne żołądka. Dolna jego granica zarysowuje się na 2 palce ponad spojeniem łonowym, górna zaś leży na wysokości pępka. Pluskanie w żołądku rozległe. Jelito grube wypełnione kałem. Wątroba, śledziona niepowiększone. Odchwyty kolanowe dość leniwe. Mocz bez zmian.

I. Badanie żołądka przed operacją wykazuje:

20. X. a) Na czczo: 2000 ctm. sz. treści nieco żółtawej wodnistej, bez większych resztek pokarmowych, o og. kw. = 34, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Pod drobnowidzem: włókna mięsne, tłuszcz, skrobia, drożdże, czworniaki.

b) Próba białkowa: wydobyto 500 ctm. sz. treści wodnistej, zielonkowatej, o og. kw. = 25, wolny HCl +, depton +, drożdże, czworniaki.

c) Obiad próbny: wydobyto 2000 ctm. sz. treści płynnej z cząstkami pokarmów, o og. kw. = 50, wolny HCl +, pepton +, drożdże, czworniaki.

Przy dyecie mlecznej, codziennych przepłukiwaniach 2% roztworem soli karlsbadzkiej, stan chwilowo się poprawia, a ilość wydobywanej na czczo treści waha się między 400—500 ctm. sz., o og. kw. = 75—80, czworniaków niema. Wkrótce wraca stan dawny, występują odbijania, zgaga, ruchy perystaltyczne żołądka, a w historii choroby notowana 7 XI. na czczo ilość wydobytej treści = 2500 ctm. sz., z resztkami pokarmowymi o og. kw. = 64, wolny HCl +.

Wobec tego przeniesiono chorego na klinikę chirurgiczną, gdzie 14 listopada 1890 r. wykonano w znieczuleniu miejscowym gastroenterostomię m. Hacker [op. R. dw. Prof. RYDYGIER]. Przy operacji znaleziono żołądek obniżony i znacznie rozszerzony, a ściany jego przekrwione i zgrubiałe. W odźwierniku bliznowate zgrubienie prze-

chodzące na dwunastnicę, które powoduje bardzo znaczne zwężenie światła odźwiernika. W gruczołach wyciętych do badania drobnowidzowego wykazano hyperplazję. Przebieg po operacji bez powikłań. Żołądek jednakowoż musiano przepłukiwać z powodu obfitych zaległości. 24 XI wydobyto na czczo po raz ostatni około 3 litrów treści, a dnia następnego już tylko 200 ctm. sz.

I. B a d a n i e ż o ł ą d k a w 2 t y g o d n i e p o o p e r a c y i:

28. XI. a) N a c z z o: wydobyto 50 ctm. sz. treści obficie śluz zawierającej, barwy oliwkowo zielonawej, oddziaływania zasadowego. Żółć w obfitej ilości, pod drobnowidzem: śluz, nabłonki.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 80 ctm. sz. treści śluzowej z domieszką żółci i kawałeczkami białka. Oddziaływanie zasadowe.

Stan chorego dobry, wymioty, zgaga i odbijania ustąpiły. W okolicy żołądka pluskania wykazać nie można. Apetyt dobry, stolec prawidłowy.

II. P o 3 t y g o d n i a c h:

7. XII. a) N a c z z o: wydobyto dopiero po wlaniu 50 ctm. sz. wody około 50 ctm. treści śluzowej żółtawej, oddziaływania obojętnego, pod drobnowidzem: śluz, kuleczki tłuszczu, ciała wypocinowe.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: po poprzednim wlaniu 50 gr. wody wydobyto około 50 ctm. sz. treści żółtawej z kawałeczkami białka oddziaływania obojętnego. Jąderka, ciała wypocinowe, kuleczki tłuszczu; drożdży ani czworniaków nie znaleziono.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 30 ctm. sz. treści żółtawej bez widocznych resztek pokarmowych; oddziaływanie obojętne, pod drobnowidzem włókna mięsne, tłuszcz.

III. 9. XII. O b i a d p r ó b n y p o 2 g o d z i n a c h: wydobyto 200 ctm. sz. treści żółtawej bez większych cząstek pokarmowych, oddziaływania obojętnego, pepton +. Pod drobnowidzem: śluz, bardzo obfita ilość włókien mięsnych, skrobia.

Dalsze badania żołądka wykazały stały brak wolnego HCl, obfitą ilość śluzu i obecność żółci. Dolna granica żołądka leży na 2 palce poniżej pępka. Chory uleczony opuścił klinikę z wagą ciała 54.90 klg.

Ponownie zgłasza się celem zbadania 12 stycznia 1900 r. Nie ma żadnych dolegliwości, apetyt dobry, waga ciała 63.20 klg. stolec prawidłowy.

IV. B a d a n i e ż o ł ą d k a w 2 m i e s i ą c e p o o p e r a c y i w y k a z u j e:

12. I. a) N a c z z o: dopiero po wlaniu 50 grm. wody wydobyto około 50 ctm. sz. treści żółtawej, oddziaływania kwaś-

nego, o og. kw. = 12, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0. Pod drobnowidzem: śluz, włókna mięsne.

b) **P r ó b a b i a ł k o w a:** wydobyto po poprzednim wlaniu 50 gr. wody 80 ctm. sz. treści żółtawej z drobnymi kawałeczkami białka, oddziaływania słabo kwaśnego, wolny HCl = 0, pepton = 0, kw. mleczny = 0. Pod drobnowidzem: śluz, nabłonki, jąderka.

Zawezwany zjawia się w klinice 25 czerwca 1900 r. Wolny od wszelkich dolegliwości oddaje się swej pracy, apetyt ma dobry i może jeść wszystkie potrawy w dowolnej ilości. Stolec prawidłowy. Odżywianie bardzo dobre, waga ciała 66.20 klg. Tętno dobrze napięte 70. Brzuch przy ucisku nigdzie niebolesny, pluskania w żołądku wykazać nie można. Przy wydymaniu żołądka zatrzymuje się w nim powietrze przez czas dłuższy, poczem występują odbijania. Dolna granica żołądka leży na 3 palce poniżej, górna na 2 palce powyżej pępka. Wątroba miękka, sięga w linii sutkowej na 1 palec poniżej łuku żebrowego, śledziona niepowiększona. Odruchy kolanowe prawidłowe.

V. **B a d a n i e ż o łą d k a w 7 m. p o o p e r a c y i** wykazuje:

25. VI. 1900. a) **N a c z c z o:** wydobyto dopiero po wlaniu 50 gr. wody około 50 ctm. sz. treści jasnej, śluzowej, bez widocznych cząstek pokarmowych, oddziaływania obojętnego. Pod drobnowidzem: śluz, mała ilość włókien mięsnych, jąderka, krótkie laseczniki.

b) **P r ó b a b i a ł k o w a:** wydobyto 35 ctm. sz. treści żółtawej, obfitej w śluz z kawałeczkami białka, o og. kw. = 3, wolny HCl = 0, pepton +, kw. mleczny = 0. Śluz, nabłonki, liczne jąderka, laseczniki krótkie.

c) **O b i a d p r ó b n y:** wydobyto 160 ctm. sz. treści żółtawej, płynnej bez większych cząstek pokarmowych, o og. kw. = 9, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, pepton +.

P r ó b a s z t u c z n e g o t r a w i e n i a wypadła nawet po dodaniu HCl ujemnie. Pod drobnowidzem: śluz, włókna mięsne, skrobia, tłuszcz, liczne jąderka, drożdże.

Przypadek powyższy wyróżnia się obecnością znacznego obniżenia oraz rozszerzenia żołądka. Ilości zalegającej treści były b. znaczne dochodząc niekiedy do 3 litrów. Mieliliśmy przytem typowy obraz sokotoku z nadmiernem wydzielaniem HCl. Zabieg operacyjny dał świetne wyniki. Rychło ustąpiły wszystkie podmiotowe objawy

chorobowe, odżywianie znakomicie się poprawiło, wykazując przyrost wagi ciała 10. 0 klg.

Czynność ruchowa żołądka wróciła szybko do stanu prawidłowego, a nawet była nieco wzmożoną. W 4 godziny po obiedzie próbnym znaleźliśmy tylko małą ilość treści bez widocznych resztek pokarmowych, toż samo wykazały i próby białkowe. Na czczo nie znajdowaliśmy treści pokarmowej, gdyż zaledwie drobnowidz pokazywał nieznaczne cząsteczki wypłukane wlaną poprzednio wodą z fałdów błony śluzowej. Obniżenie żołądka wywołane poprzednio stałem obciążaniem zalegającą obficie treścią pokarmową, zmniejszyło się; a górna jego granica podniosła się na 2 palce powyżej pępka. Rozmiary żołądka uległy również zmniejszeniu, dolna jego granica leży po operacji na 3 palce poniżej pępka. Żołądek łatwo wydać się daje powietrzem, które po chwili wśród odbijań wydostaje się na zewnątrz. Sokotok szybko po operacji zmniejsza się, a wreszcie ustępuje. W żołądku czczym znajdujemy obfite ilości śluzu, a treść oddziałująca w pierwszych tygodniach po gastroenterostomii zasadowo, później zaś obojętnie. Próby żołądkowe również w początku wykazują w wydobytej treści odczyn obojętny, ostatnio kwaśny, nadto brak wolnego HCl przy nieobecności jednak kw. mlecznego. Stwierdzić też mogliśmy niedomogę wydzielniczą pepsyny, przesącz bowiem z treści pokarmowej; otrzymanej po obiedzie próbnym, nie strawił białka nawet po dodaniu HCl. Mamy więc zupełny obraz rozpoczynającego się nieżyty śluzowego żołądka [Catarrhus mucosus JAWORSKIEGO]. Żółć prawie stale dostaje się do żołądka, a w pierwszych tygodniach ilość żółci w żołądku była bardzo obfita, stąd odczyn treści alkaliczny. Podnieść tu należy jeszcze obecność prątków w żołądku.

Czy nieżyt śluzowy nie jest w tym przypadku objawem rozpoczynającego się nowotworu na tle wrzodu, dalsza obserwacja rozstrzygnie.

S p o s t r z e ż e n i e XII. Ulcus ventriculi rotundum, stenosis pylori, gastrectasia, hypersecretio acida.

Trwanie choroby 3 lata. Gastroenterostomia m. Hacker. Wyleczenie. Obserwacja 2 m., po operacji 1 m. 19 dni.

W. R. lat 36, rolnik z Przemyślan, przyjęty do kliniki chirurgicznej 3 maja 1900 r.

Zawsze miał być zdrowym. Obecna choroba rozpoczęła się przed 3-ma laty ciśnieniem i bólem w okolicy żołądka. Po każdym jedzeniu występowała zgaga oraz wymioty. Bóle i zgaga tak dokuczają choremu, że często sprowadza sobie sztucznie wymioty, które chwilowo sprawiają mu ulgę. Leczenie dotychczasowe w szpitalach nie usuwało cierpienia. Od kilku miesięcy doznaje uczucia napinania w żołądku. Stolec stale zaparty. Wychudł i podupał na siłach.

Wzrost średni, budowa słaba, odżywianie mierne, skóra blada. Ciężar ciała 53.20 klg. Język obłożony. Rozedma płuc znacznego stopnia. Tony serca czyste, głuche; tętno szybkie, małe. Ruchy perystaltyczne żołądka wyraźne, dolna jego granica tuż ponad pępkiem. Okolica żołądka bolesna. Wątroba, śledziona nie powiększone. Mocz bez zmian.

I. Badanie żołądka przed operacją;

3. V. na czczo: wydobyto 400 ctm. sz. treści mętnej, wodnistej bez wyraźnych cząstek pokarmowych, o og. kw. = 28, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Pod drobnovidzem: nieliczne włókna mięsne, tłuszcz, skrobia, b. obfita ilość drożdży, czworniaków.

14 maja wykonano gastroenterostomię m. Hacker [op. R. dw. Prof. RYDYGIER]. Po otwarciu powłok brzusznych okazało się, że żołądek znacznie rozszerzony i w samym środku przewężony, przedstawiał kształt klepsydry. W miejscu przewężenia widoczne blizny po dawnych wrzodach. Oprócz tego znaleziono bliznę zwężającą odźwiernik i zrosty z otoczeniem naokoło żołądka.

Przebieg pooperacyjny bez żadnych powikłań. Stan ogólny chorego bardzo dobry. 31 maja rana zagojona per primam, przeniesiono chorego do kliniki lekarskiej.

Pomimo ustąpienia bólów i wymiotów, chory przygnębiony uskarża się na bóle w kończynach, których bliżej określić nie umie, a badanie przedmiotowe nie wykazuje nic nieprawidłowego. Nastroj hypochondryczny utrzymuje się przez cały czas pobytu w klinice.

Chory cieszy się dobrym apetytem i na ciężarze ciała stale zyskuje.

I. Badanie żołądka po 2 tygodniach po operacji:

1. VI. a) N a c z c z o: po wlaniu 100 gr. wody wydobyto 100 ctm. sz. treści jasnej, o og. kw. = 10, wolny HCl +, pod drobnowidzem: śluz, liczne jąderka, nabłonki.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 200 ctm. sz. treści z drobnymi kawałeczkami białka, o og. kw. = 18, wolny HCl +, pepton +, ciała wypocinowe, jąderka.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 300 ctm. sz. treści nieco żółtawej, bez widocznych resztek pokarmowych, o og. kw. = 40, wolny HCl +, pod drobnowidzem: nieliczne cząstki pokarmów, bardzo obfita ilość drożdży.

Chory pozostaje nadal w klinice, dawne objawy chorobowe nie powróciły. Odżywianie poprawia się, ciężar ciała oznaczony 3 VII wynosi 62.50 klg. Język obłożony. W płucach zmian nowych niema, tętno dość dobrze napięte 70. Brzuch przy obmacywaniu nadechuły, podżebrze prawe ma być nawet bolesne. W okolicy żołądka plaskania ani ruchów perystaltycznych wykazać nie można. Dolna granica sztucznie rozdętego żołądka leży na 3 palce ponad pępkiem; żołądek zatrzymuje powietrze przez dłuższy czas, a po otwarciu sondy szybko się opróżnia. Stolec prawidłowy.

II. B a d a n i e ż o ł ą d k a p o 1 m. 19 d n i a c h p o o p e r a c y i:

27. VI. a) N a c z c z o: wydobyto 100 ctm. sz. treści żółtawej, obficie śluz zawierającej, oddziaływania obojętnego. Pod drobnowidzem: śluz, nieliczne włókna mięsne, nabłonki, b. obfita ilość drożdży, laseczniki.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 100 ctm. sz. żółtawej z kawałeczkami białka, oddziaływania obojętnego. Śluz, drożdże.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 150 ctm. treści żółtawej bez wyraźnych cząstek pokarmowych, o og. kw. = 33, wolny HCl +, pepton +. Śluz, nieliczne włókna mięsne, skrobia, drożdże, laseczniki. Czworniaków nie znaleziono.

I tu znakomicie poprawiło się ogólne odżywianie chorego, przyrost wagi ciała wynosi 9.80 klg. Przypadłości żołądkowe ustąpiły, apetyt dobry. Pomimo tak dobrych wyników zwraca uwagę na siebie stale utrzymujący się stan hypochondryczny. Mechanizm żołądka rychło wrócił do stanu prawidłowego, żołądek opróżnia się należycie, na czczo stwierdzono zaledwie pod drobnowidzem odosobnione włókna mięsne. Pojemność żołądka zmniejszyła się. Dolna jego granica leży już po 1 miesiącu 19 dniach na 3 palce po nad pępkiem.

Porównyując badanie treści przed i po operacji widzimy wyraźną zmianę w czynności wydzielniczej żołądka. Zmniejszył się stopień kwasoty treści wydobytej na czczo, a kwasota po próbie białkowej i po befsztyku okazuje się prawidłową. Przy ostatniem natomiast badaniu stwierdzamy już wyraźną niedomogę wydzielniczą kw. solnego, obfite ilości śluzu, a w treści pod drobnowidzem znowu zjawiają się drożdże i laseczniki.

Mamy więc objawy rozpoczynającego się nieżytu śluzowego. Żółć spotykamy prawie stale w żołądku.

S p o s t r z e ż e n i e XIII. Ulcus rotundum ventriculi, stenosis pylori, gastrectasia, hypersecretio acida. Trwanie choroby 5 lat. Gastroenterostomia m. Hacker. Bardzo znaczna poprawa. Obserwacja 7 m. 3 dni, po operacji 6 m. 22 dni.

J. Ł. lat 27, woźnica z Bełzca, przyjęty do kliniki chirurgicznej 30 listopada 1899 r.

Dziedzicznie nieobciążony. W r. z. przebył odrę, w 20 ciężką zimnicę. Obecna choroba rozpocząć się miała przed 5 laty napadami bólu w okolicy żołądka, które powstawały 2—3 razy dziennie, a trwały około 2 godzin. Czasami pojawiały się wymioty. Od 4 lat bóle stale się utrzymują i rozprzestrzeniają się w oba podżebrza, są nieraz b. silne, tak że chory dla ulgi sprowadza sobie sztucznie wymioty. Wymioty występują często dobrowolnie zwykle wieczorem lub w nocy, są nadzwyczaj kwaśne, a przed rokiem miały być dwa razy fusowate. Wskutek bólów oraz niedostatecznego odżywiania podupadł na siłach i stał się niezdolnym do pracy. Apetyt dość dobry. Stolec zaparty.

Budowa chorego silna, odżywianie mierne, waga ciała 50 klg. W płucach zmian niema, tony serca czyste, tętno mało napięte 60. Brzuch nieco zapadnięty, podżebrze lewe, a jeszcze więcej dołek podsercowy przy ucisku bolesne. W żołądku pluskanie, ruchy perystaltyczne widoczne. Dolna granica sztucznie wydętego żołądka leży na wysokości pępka. Wątroba, śledziona nie powiększone. Mocz bez zmian.

I. Badanie żołądka przed operacją:

1. XIP a) N a c z z o: wydobyto 300 ctm. sz. treści płynnej z cząstkami pokarmowemi, o og. kw. = 42, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Pod drobnowidzem: włókna mięsne, skrobia, tłuszcz, drożdże, czworniaki.

Pam. Tow. Lek. T. 97. Z. II.

15

b) **O b i a d p r ó b n y**: wydobyto 250 ctm. sz. treści pokarmowej, o og. kw. = 64, wolny HCl +, pepton +. Drożdże, czworniaki.

Pomimo codziennego przepłukiwania żołądka na czczo, ulga trwa kilka godzin, poczem występują bóle, które wieczorem i w nocy są tak silne, że chory sprowadza sobie sztucznie wymioty. Na czczo wydobyć zawsze można treść płynną zielonkową, silnie kwaśną.

11 grudnia wykonano gastroenterostomię m. Hacker [op. R. dw. Prof. RYDYGIER].

Podczas operacji stwierdzono: żołądek znacznie rozszerzony, otrzewna na nim zgrubiała, a w okolicy odźwiernika zwężenie bliźnowate oraz zrosty z trzustką. Przebieg pooperacyjny bez żadnych powikłań. Bóle w okolicy żołądka czasami jeszcze powtarzają się, nie bywają jednak tak silne jak dawniej. Od czasu do czasu przepłukiwano żołądek. Wyleczony opuścił klinikę chirurgiczną 13 stycznia 1900 r. 5 maja 1900 zgłasza się chory do kliniki lekarskiej, gdzie pozostaje do obecnej chwili. Po wyjściu z kliniki chirurgicznej przez 4 tygodnie miał się dosyć dobrze. Powoli jednakowoż powracać zaczęły dawne przypadłości żołądkowe jak zgaga, odbijania kwaśne, a wreszcie bóle w podżebrzu lewym. Bóle te występowały zwykle w nocy, rozpromieniały się ku krzyżowi i były tak silne, że chory dla ulgi sprowadzał sobie sztucznie wymioty. Apetyt od czasu operacji wzmożony, stolec zaparty.

Odżywianie chorego dobre. Waży 62 klg. W płucach i sercu zmian niema; tętno dobrze napięte 72. Na brzuchu gładka blizna. Ruchy perystaltyczne żołądka niewidoczne. Okolica żołądka a najwięcej podżebrze lewe bolesne.

I. **B a d a n i e ż o łą d k a w 4 m. 26 d n i p o o p e r a c y i**:

6. V. a) **N a c z c z o**: wydobyto 200 ctm sz. treści płynnej żółtawej, o og. kw. = 35, wolny HCl +, pepton +. Pod drobnowidzem: śluz, kuleczki tłuszczu, jąderka.

b) **P r ó b a b i a ł k o w a**: wydobyto przeszło 200 ctm. sz. treści jasnej z kawałeczkami białka, o og. kw. = 36, wolny HCl +, pepton +, śluz jąderka.

c) **O b i a d p r ó b n y**: wydobyto 400 ctm. sz. treści żółtawej płynnej z małą ilością cząstek pokarmowych, o og. kw. = 36, wolny HCl +, pepton +, drożdże.

W czasie leczenia, a stosowano u chorego codziennie 1 godzinne przepłukiwanie żołądka roztworem 2% soli karsbadzkiej [sztucznej], stan się poprawił. Zgaga i odbijania kwaśne prawie zupełnie ustąpiły, występują jednak jeszcze w nocy bóle w okolicy żołądka, a nasilenie ich bywa czasem dość znaczne.

II. Badanie żołądka po 5 m. 20 dniach:

1. VI. a) Na czczo: wydobyto 200 ctm.¹ sz. treści płynnej, żółtej, o og. kw. = 50, wolny HCl +, pod drobnowidzem: śluz, bardzo mała ilość włókien mięsnych, drożdże.

b) Próba białkowa: wydobyto około 200 ctm. sz. treści płynnej jasnej z drobnymi kawałeczkami białka, o og. kw. = 52, wolny HCl +, pepton +, śluz, jąderka.

c) Obiad próbny: wydobyto 500 ctm. sz. treści płynnej, żółtawej z drobnymi cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 80, wolny HCl +, pepton +, obfita ilość drożdży.

Do ostatnich dni chory uskarża się na bóle w dołku podsercowym; nie pojawiają się one jednak codziennie. Stolec zaparty.

2. VII. Od czasu operacji wymiotów ani ruchów perystaltycznych żołądka nie stwierdzono. Odżywianie dobre, waży 65 klg. Dołek podsercowy przy ucisku nieco bolesny. Dolna granica sztucznie wydętego żołądka leży na 3 palce ponad pępkiem, powietrze zatrzymuje się przez dłuższy czas.

III. Badanie żołądka po 6 m. 22 dniach po operacji:

2. VII. a) Na czczo: wydobyto około 100 ctm. sz. treści ciemno-żółtawej bez cząstek pokarmowych, o og. kw. = 18, wolny HCl +, b. liczne jąderka, ciała wypocinowe, śluz.

b) Próba białkowa: wydobyto 200 ctm. sz. treści płynnej, żółtawej, o og. kw. = 30, wolny HCl +, pepton +, jąderka.

c) Obiad próbny: wydobyto 200 ctm. sz. treści brunatnej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 80, wolny HCl +, pepton +, drożdże.

Jakkolwiek stan chorego uległ znacznej poprawie, bo ustąpiły zgaga, odbijania kwaśne, a ciężar ciała wykazuje przyrost 15 klg. to przecież nie możemy uważać chorego za wyleczonego. Zwracają na siebie uwagę przede wszystkim bóle po operacji nieraz b. gwałtowne, które choć z mniejszym nasileniem utrzymują się jednak do obecnej chwili. Zdaniem naszym wrzód żołądka nie zabił się jeszcze lecz istnieje w dalszym ciągu powodując powyższe objawy. Badanie żołądka wykazuje znaczną poprawę w mechanizmie jego, który wrócił prawie do stanu prawidłowego. Na czczo nie spotykamy już zaległości pokarmowych. Wymiary żołądka zmniejszyły się, a dolną

granicę jego leżącą przed operacją na wysokości pępka stwierdzamy obecnie na 3 palce powyżej. Żołądek łatwo się daje wydać a powietrze nie przechodzi przez dłuższy czas do jelit.

Na czynność wydzielniczą żołądka najmniej wywarł wpływu zabieg operacyjny. Sokotok z nadmiernem wydzielaniem HCl utrzymuje się niezmieniony nadal, a stopień kwasoty treści po niektórych próbach jest nawet wyższy, jak był przed operacją. Żółć nie zawsze, lecz dość często wracała do żołądka.

Przypadek następujący, znacznej rozstrzeni żołądka z powodu wrzodu okrągłego i bliznowatego zwężenia dwunastnicy, jakkolwiek tu ściśle nie należy, zasługuje z wielu względów na umieszczenie.

S p o s t r e ż e n i e XIV. Ulcus rotundum duodeni, ptosis et ectasia ventriculi, hypersecretio. Trwanie choroby $1\frac{1}{2}$ roku. Gastroenterostomia m. Hacker. Znaczna poprawa. Obserwacja 23 m. 13 dni, po operacji 13 m. 26 dni.

K. K. lat 30, żona wyrobnika z Bóbrki przyjęta do kliniki lekarskiej 27 lutego 1898 r.

Dziedzicznie nie obciążona. W młodości przebyła ospę i odrę. Regularność dawniej prawidłowa, od 3 lat wstrzymana. Obecna choroba rozpoczęła się przed $1\frac{1}{2}$ rokiem bólem w dolku podsercowym, który występował zwykle 3—4 godziny po jedzeniu; podczas tego miewała nudności, odbijania kwaśne i zgagę. Bóle były zazwyczaj b. gwałtowne, kłujące, trwały 2—4 godziny i rozpromieniały się ku krzyżowi i podżebrzu prawemu. Od 5 miesięcy chora codziennie w 2—3 godziny po obiedzie wymiotuje, wymiociny są barwy zielonawej i silnie kwaśne. Przed 3 miesiącami obfite wymioty krwawe, w czasie których chora omdlała. Stolec oddany następnego dnia był czarny. Podobny stolec zauważyła chora później 4 razy. Apetyt dobry, pragnienie wzmożone.

Osoba o wątlej budowie kośca, źle odżywiana, waży 40.4 klg. Skóra i błony śluzowe blade. Stwardnienie łączno-tkankowe szczytów płucnych, po stronie lewej zrosty opłucnowe. W sercu zmian niema. Tętno drobne 72. Brzuch poniżej pępka wypukłouy, mało bolesny. W żołądku rozległe plaskanie, dolna jego granica leży na 3 palce poniżej, górna na 2 palce powyżej pępka. Wątroba,

śledziona nie powiększone Mocz bez białka i cukru, chlorki zmniejszone.

I. B a d a n i e ż o łą d k a p r z e d o p e r a c y ą:

1. III. a) N a c z c z o: wydobyto 200 ctm. sz. treści zielonawej, śluz zawierającej z małą ilością cząstek pokarmowych o og. kw. = 18, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, pepton +. Pod drobnowidzem: śluz, cząstki pokarmowe, liczne jąderka, drożdże, czworniaki.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 120 ctm. sz. treści zielonawej śluzowej, o og. kw. = 20, wolny HCl +, kw. mleczny = 0.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 150 ctm. sz. treści pokarmowej, o og. kw. = 70, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +, jąderka, drożdże, czworniaki.

II. 7. III. N a c z c z o: po przepłukaniu żołądka wieczorem dnia poprzedniego, wydobyto 300 ctm. sz. treści śluzowej, zielonawej, o og. kw. = 50, wolny HCl +, pod drobnowidzem: odosobnione ciała skrobi, tłuszcz, drożdże, czworniaki.

Przy przepłukiwaniach codziennych żołądka stan chorej nieco się poprawił, wymioty stały się mniej częste, bóle jednak utrzymywały się dalej.

23. III. Kilkakrotnie wymioty, chora skarży się na uczucie zimna oraz mrowienie w palcach kończyn górnych.

24. III. Wystąpiło o 6-tej rano nagle osłabienie chorej, śmienie przed oczyma oraz przykurczenia obydwu rąk i silne bóle w kończynach górnych. Badanie wykazuje typowy napad tężyczki [tetania]. Twarz zaczerwieniona, obficie potem pokryta. Toniczne kurcze zajmują zginacze palców i stawu nadgarstkowego, nadto zginacze przedramienia. Stąd charakterystyczne ustawienie ręki [ręka położnika], przedramie zgięte. Mięśnie silnie napięte, na ucisk bolesne. Kończyny dolne wyprostowane, palec w zgięciu podaszwowem, mięśnie łydek silnie napięte [pes equinus]. W czuciu zmian nie wykazano. Żołądek znacznie rozszerzony, zawiera obfitą ilość treści pokarmowej. Mocz oddziaływa zasadowo, chlorki bardzo znacznie zmniejszone. Przepłukano żołądek i wstrzyknięto pod skórę 500 gr. fizjol. roztworu soli kuchennej.

Napad trwa do godziny 5-tej po południu, a chora jęczy z powodu silnych bólów w kończynach górnych. Wieczorem stwierdzono objaw Trousseau'a.

III. 25. III. N a c z c z o: wydobyto 300 ctm. sz. treści mętnej, płynnej z małą ilością cząstek pokarmowych, oddział. kwaśnego, wolny HCl = 0.

Chora ma się dobrze, odruchy ścięgniste i pobudliwość mechaniczna mięśni w kończynach górnych wzmożone, odruchy kolanowe prawidłowe.

28. III. Opuszcza klinikę nie chcąc się zgodzić na zabieg operacyjny.

Ponownie zgłasza się 8 listopada 1898. Twierdzi, że bóle oraz wymioty stale dotąd trwają, podupadła znacznie na siłach. Odżywianie bardzo złe, ciężar ciała 29.20 klg. Język obłożony. Tętno drobne, słabo napięte 48. Ruchy perystaltyczne żołądka wyraźne, dolna jego granica leży na dłoń poniżej pępka.

IV. 27. XI. N a c z c z o: wydobyto 1000 ctm. sz. treści płynnej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 28, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +, śluz, drożdże, czworniaki.

W czasie leczenia stan chorej nieco się poprawia, tak że 15 grudnia odesłano ją na klinikę chirurgiczną z przybytkiem wagi ciała 3 klg. Rozpoznaliśmy: *ulcus ventriculi et stenosis pylori subseq. gastrectasia*.

17 grudnia wykonano w znieczuleniu miejscowym gastroenterostomię m. Hacker [op. R. dw. Prof. RYDYGIER].

Przy operacji stwierdzono; żołądek obniżony i znacznie rozszerzony. W okolicy odźwiernika żadnych zmian nie znaleziono. Natomiast duże bliznowate zgrubienie zwężające b. znacznie światło dwunastnicy. Przebieg po operacji bez powikłań.

Chora po powrocie do kliniki lekarskiej 22 I. 1899 r. nie miewa ani bólów, ani odbijań, ani wymiotów. W okolicy żołądka plaskania stwierdzić nie można, dolna granica jego leży na wysokości pępka.

I. Badanie żołądka w 5 tygodni po operacji:

1. II. 1899. a) N a c z c z o: wydobyto 40 ctm. sz. treści brudno-żółtawej z cząstkami pokarmów; oddziaływanie sł. zasadowe, b. obfita ilość śluzu. Pod drobnowidzem: włókna mięsne dobrze utrzymane, skrobia, tłuszcz, ciała wypocinowe, drożdże, bakterye.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 200 ctm. sz. treści żółtawej z kawałkami białka, oddziaływania zasadowego, śluz, b. obfita ilość drożdży, ciała wypocinowe.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 400 ctm. treści żółtej z kawałkami mięsa, oddziaływania obojętnego, drożdże, bakterye. Przesącz po dodaniu wolnego HCl trawi białko.

Ponownie [II] badanie żołądka 24 III. dało podobny wynik, z tą różnicą, że na czczo wydobyto dopiero po wlewaniu 50 gr. wody około 50 ctm. sz. treści b. obfitej w śluz bez widocznych cząstek pokarmowych. Po obiedzie próbnym przesącz oddziaływał kwaśno, o og. kw = 6, wolny HCl = 9, ś l a d kw. m l e c z n e g o. Pod drobnowidzem zawsze dużo drożdży i bakterye.

Stan chorej zwolna się poprawiał tak, że 8 kwietnia opuściła klinikę, wolna od dawnych dolegliwości z przyrostem 6.5 kg. wagi ciała. 1 lutego 1900 zgłasza się poraz trzeci do kliniki z powodu obrzęku i osłabienia kończyn dolnych. Wymiotów nie było od czasu operacji, natomiast miewa po spożyciu pokarmów odbijania puste i nudności. Stolec oddaje prawidłowo. Stwierdzono obrzęk gruczołów pachwinowych, które wyluszczone w klinice chirurgicznej, W gruczołach tych ogniska serowate.

III. B a d a n i e ż o łą d k a w 13 m. 16 d n i p o o p e r a c y i :

2. II. a) N a c z z o: wydobyto 400 ctm. sz. treści żółtawej z kawałkami mięsa, oddziaływania obojętnego, z obfitą ilością śluzu, peptonu ślad. Pod drobnowidzem włókna mięsne dobrze utrzymane, tłuszcz, skrobia, drożdże, bakterye.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: Wydobyto 200 ctm. sz. treści żółtawej z kawałkami białka, oddziaływania obojętnego, obfita ilość śluzu, ciała wypocinowe, drożdże. Próba sztucznego trawienia po dodaniu HCl wypadła ujemnie. D o l n a g r a n i c a ż o łą d k a n a p a l e c p o n i ż e j p ę p k a. Cięża-ciała 41.50 kg.

Wywiady chorej oraz objawy wrzodu i blizny powodującej zwężenie dwunastnicy były w powyższym przypadku tak ludząco podobne do wrzodu w odźwierniku, że uniemożliwiały umiejscowienie cierpienia. Interesującym czyni ten przypadek wystąpienie typowego napadu tężyczki.

Zabieg operacyjny wywarł u chorej korzystny wpływ na czynność mechaniczną żołądka; już po 5 tygodniach znaleźliśmy tylko nieznaczne zaległości treści pokarmowej a wkrótce później żołądek na czczo opróżniony. Dolna granica podniosła się o całą dłoń wyżej, w żołądku pluskania wykazać nie mogliśmy. Poprawa ta jednakowoż nie pozostała trwałą, albowiem po 13½ miesiącach miewa odbijania, [wprawdzie niekwaśne] i nudności, a badanie wykazuje znowu znaczne zaleganie treści pokarmowej oraz małe obniżenie dolnej granicy żołądka. Upośledzenie to mechanizmu pochodzi nietylko ze zwężenia się sztucznego otworu, ile ze zwiótczenia ścian samego żołądka, który przy nieodpowiednim odżywianiu się chorej w domu, nie mógł należycie funkcjonować.

Badaanie czynności wydzielniczej żołądka wykazało szybki zanik wolnego HCl, a z biegiem czasu niedostatecz-

Liczba porządk.	Imię, nazwisko i wiek.	P r z e d o p e r a c y a					P o p e r a c y i					
		Rozpoznanie	Na czczo	Próba biłkowa	Obład próby	Rodzaj ope- racji	Czas od operacji	Na czczo	Próba biłkowa	Obład próby	Przyrost wa- gi ciała	U w a g i
1	M. G. lat 27, chorey 7 lat, Dolna granica ż. — 1 p.	<i>Ulcus rotund. ventr. et stenos. pylori. Gastriclastia. Hypersecretio acida.</i>	300 +	200 +	1000 +	<i>Gastroenterostomia mo- do WÖLFER.</i>	16 m. 19 dni	0 0 0	80 0 4	60 +	6.8 klg.	Przyspieszenie czynności mech. żółt. D. gr. + 2 1/2 p. Mała niedomoga wydzielnicza HCl. Żółt. Wyleczenie.
2	W. N., 1. 38, chorey 2 l. Wym. krwawe. D. gr. ż. — 1 p.	<i>Ulcus ventric. Sten. pylori. Hypersecretio.</i>	300 42	80 32	200 50	j. w.	11 m. 9 d.	100 +	80 ślad	100 +	6.50	Upośledzenie czyn. mech. D. g. + 2 p. <i>Hypersecretio.</i> Żółt. B. znaczna poprawa.
3	E. S., 1. 27, chorey 3 lata. Wym. krwaw. D. gr. ż. + 2 p.	<i>Ulcus ventric. Sten. pylori. Hypersecretio.</i>	500 55	200 40	300 140	j. w.	16 m. 16 d.	75 +	70 +	30 +	10.30	Czyn. mech. nieco przysp. D. g. + 3 d. <i>Hypersecretio.</i> Żółt. Wyleczenie.
4	F. K., 1. 26, chorey od roku. Wym. krw. D. gr. ż. — 1 p.	<i>Ulcus ventric. Sten. pylori. Gastriclastia.</i>	50 0	200 32	60 65	j. w.	24 m. 21 d.	100 (w.) +	75 17	300 75	17.20	Mechanizm i chemizm prawidłowe. D. g. + 2 p. Żółt. Wyleczenie.
5	M. S., 1. 24, chorea 10 l. Wym. krwawe. D. gr. ż. — 3 p.	<i>Ulcus ventric. Sten. pylori. Gastriclastia. Hypersecretio.</i>	500 39	150 45	80 90	j. w.	21 m. 12 d.	0 0	50 6	75 30	19.70	Mechanizm prawidłowy. D. g. + 2 1/2 p. Niedomoga wydzielnicza HCl. Żółt. Wyleczenie.
6	L. H., 1. 32, chorey rok Wym. krwawe. D. gr. ż. + 1 p.	<i>Ulcus ventric. Sten. pyl. Ptois et dilat. ventric. Hypersecr.</i>	500 40	100 28	600 70	j. w.	17 m. 24 d.	100 (w.) +	45 42	20 34	12.20	Mechanizm i chemizm prawidłowe. D. gr. 0 p. Żółt. Wyleczenie.
7	K. W., 1. 28, chorey 5 lat Wym. krwawe. D. gr. ż. 0 p.	<i>Ulcus ventr. Sten. pyl. Gastriclastia. Hypersecretio.</i>	250 60	300 55	400 100	j. w.	5 m. 9 d.	40 (w.) +	150 50	80 110	16.60	Mechanizm prawidłowy D. g. + 1 p. <i>Hypersecretio.</i> Żółt. Znaczna poprawa.
8	S. S., 1. 30, chorey 6 lat. D. gr. ż. + 2 p.	<i>Ulcus ventr. Sten. pylori. Hypersecretio.</i>	50 50	50 30	100 50	j. w.	1 m. 7 d.	600 10	100 +	— —	0.50	Mierne upośledzenie mechanizmu. Niedomoga wydzielnicza HCl. Żółt. Poprawa.

9 M. I., 1. 33, chory rok. Wym. krw. D. 0 p.	<i>Ulcus ventr. Sten. pylor. Gastraeclasia. Hypersecretio.</i>	500 ⁺ 43	300 ⁺ 40	500 ⁺ 68	<i>Gastroente- rostomia ma- do HACKER.</i>	17 m. 26 d.	50 + 28	150 + 50	60(w.) + 15	Przypieszenie czynności mech. D. g. + 2 1/2 p. <i>Hy- persecretio. Żółć. Znac- na poprawa.</i>	6.70
10 M. H., 1. 27, chory 2 lata. D. gr. ż. + 2. p.	<i>Ulcus ventr. Sten. pyl. Hypersecretio.</i>	100 ⁺ 20	30 ⁺ 30	150 ⁺ 52	j. w.	6 m 14 d.	15 0 5	20 + 24	50 + 38	Przypieszenie czynności mech. D. g. + 3 p. Cie- mizm prawidl. Żółć. Wy- leczenie.	11.60
11 I. G., 1. 37, chory 1 rok. D. gr. 2 p. ponad spojeniem k.	<i>Sten. pyl. post. ulc. ventr. Plois et dilat. Hypersecretio.</i>	200 ⁺ 34	500 ⁺ 25	2000 ⁺ 50	j. w.	7 m. 11 d.	50 (w.) 0 0	35 0 3	160 0 9	Przypieszenie mech. D. g. — 3 p. Nieżyt słuzowy. Żółć. Wyleczenie.	10.10
12 W. R., 1. 36, chory 3 lata. D. g. 0 p.	<i>Ulcus ventr. Sten. pyl. Gastraeclasia. Hypersecretio.</i>	400 ⁺ 28	— —	— —	j. w.	1 m. 19 d.	100 0 0	100 + 0	150 + 33	Mech. prawidl. D. g. + 3 p. Niedomoga wydziel. Nie- żyt słuzowy. Żółć. Wy- leczenie.	9.50
13 I. P., 27 l. chory 5 l. Wym. krwawe. D. g. 0 p.	<i>Ulcus ventr. Sten. pyl. Gastraeclasia. Hypersecretio.</i>	300 ⁺ 42	— —	250 ⁺ 64	j. w.	6 m. 22 d.	100 + 18	200 + 30	200 + 80	Mechanizm prawidłowy D. g. + 3 p. <i>Hypersecretio.</i> Żółć. Bardzo zn. poprawa.	15.60
14 K. K., 1. 30, chora 1 1/2 r. Wym. krw. D. g. — 3 p.	<i>Ulc. et sten. duode- ni. Plois et eclasia ventr. Hypersecretio.</i>	300 ⁺ 50	120 ⁺ 20	150 ⁺ 70	j. w.	13 m. 13 d.	400 0 0	200 0 0	— — —	Mechanizm upośledzony. D. g. — 1. Nieżyt słuzowy. Żółć. Znaczna poprawa.	12.30
15 I. K., 1. 53, chory 6 lat. Wymioty krw. D. g. — 1 p.	<i>Ulcus ventr. Sten. pyl. Gastraeclasia. Hypersecretio.</i>	300 ⁺ 50	150 ⁺ 42	150 ⁺ 80	<i>Resectio py- lori modo RYDYGIER.</i>	—	— — —	— — —	— — —	Śmierć 13 dnia po ope- racji. <i>Gastroplegia.</i>	—
16 B. B., 1. 53, chory 15 lat. Wym. krw. D. g. do spoj. ion.	<i>Ulcus ventr. Sten. pyl. Gastraeclasia. Hypersecretio.</i>	— —	— —	— —	j. w.	4 1/2 lat	120 + 56	100 + 13	400 + 104	Mech. upośledz. D. g. 1 p. nad spoj. ion. <i>Hyperse- cretio. Żółć. Śmierć z prze- biecia wrzodu.</i>	11.00
17 M. S., 1. 37, chory 1 1/2 r. D. g. — 3 p.	<i>Sten. pyl. post. ulc. ventr. Carcinoma incip. Hypersecretio.</i>	500 ⁺ 60	400 ⁺ 45	100 ⁺ 35	j. w.	4 1/2 m.	0 0 0	0 0 0	80(w.) 0 1	Mechanizm przyspieszony. D. g. + 3 1/2 p. Nieżyt słu- zowy. Żółć. Wyleczenie.	11.70

Objaśnienia: — 1 p. = palec poniżej pepka, + 2 1/2 p. = 2 1/2 palca powyżej pepka, 0 p. = na wysokości pepka. Żółć pojawia się zawsze w żółtaku, żółt = ż. niezawsze w żółtaku obecna. Przy próbach trawienia pierwsza cyfra oznacza ilość wydobytej zawartości, lub obecność — lub brak wolnego HCl. — 100 = po wlań 100 gr. wody.

ne wydzielanie się pepsyny. Błona śluzowa żołądka produkuje natomiast znaczne ilości śluzu, a w wydobywanej treści żołądkowej stwierdzaliśmy bakterye oraz obecność kwasu mlecznego. Mamy więc obecnie obraz nieżyty śluzowego żołądka, zamiast pierwotnego sokotoku z obecnością wolnego HCl.

Żółć mogliśmy po operacji stale stwierdzić w żołądku. Ogólny stan chorej uległ znacznej poprawie, bóle i wymioty bezpowrotnie ustąpiły, a odżywianie poprawiło się wykazując przyrost ciężaru ciała 12.30 klg.

Dla łatwiejszego rozpatrzenia się w naszych przypadkach, podajemy je zebrane powyżej w odpowiedniej tablicy [patrz tablica str. 218] w której umieściliśmy pierwsze badania żołądka przed operacją i ostatnie po niej. oznaczając zarazem długość czasu obserwacji. Dodaliśmy zachowanie się wysokości dolnej granicy żołądka przed i po operacji oraz przyrost ciężaru ciała w kilogramach.

Przystępując do oceny wyników po gastroenterostomii [sposzczenie 1—14], musimy oddzielić wpływ zabiegu operacyjnego na podmiotowe uczucie chorych oraz na ich stan ogólny od wpływu na czynność ruchową i wydzielniczą żołądka.

We wszystkich prawie przypadkach chorzy skarżyli się przed zabiegiem operacyjnym na liczne i przykre przypadłości żołądkowe, jak odbijania zazwyczaj kwaśne, zgaga, bóle nieraz bardzo gwałtowne oraz wymioty. Objawy te były następstwem rozwijającego się jeszcze wrzodu żołądka, który ulegał ciągłemu drażnieniu tem więcej, że mieliśmy zawsze objawy zalegania treści pokarmowej, wywołanego czy to bliznowatym zgrubieniem, czy po części, skurczem odźwiernika. Do podtrzymywania tych objawów przyczyniać się mogła nadmierna kwasność zawartości żołądka. Że istnieje skurcz części odźwiernikowej, który może być przyczyną zaburzeń mechanizmu żołądka, na to godzą się dzisiaj prawie wszyscy klinicyści. Przemaszają za tem i te nasze przypadki, w których podczas operacji [1, 2, 10] nie spotkaliśmy większego bliznowatego

zwężenia, lecz tylko cienką bliznę lub zrosty, a przecież objawy zwężenia były znaczne i trwałe. W tych wypadkach niemożność łatwego przedostawania się pokarmów do jelit zależała po większej części od odruchowego skurczu odźwiernika, tem bardziej, że nie mieliśmy powodu obwiniania zwiótczenia ścian samego żołądka. CARLE i FANTINO uważają nadmierne wydzielanie kw. solnego [hyperchlorhydria] za przyczynę tego skurczu jak również i nie-domogi ruchowej.

Przyjmując obecność skurczu odźwiernika nie będziemy się dziwić dlaczego leczenie dyetetyczne oraz codzienne przepłukiwanie żołądka poprawiały chwilowo stan chorego. Poprawa dotyczyła nietylko przypadłości podmiotowych, ale ogólnego odżywiania, a była nieraz tak znaczną, że chorzy nie zaraz godzili się na zabieg operacyjny. Polepszenie to oczywiście było przemijającym, gdyż środki stosowane nie usuwały cierpienia właściwego, a zmniejszały tylko drażnienie błony śluzowej żołądka. Mógł więc ustąpić skurcz odźwiernika, mogła się zmniejszyć kwasota treści, mogły pokarmy płynne łatwiej przedostawać się do jelit tak, że zaległości w żołądku czczym były mniejsze. Dotyczyło to atoli tylko tych przypadków, w których zwężenie bliznowate nie wystąpiło w znacznym stopniu a upośledzenie czynności ruchowej żołądka odnieść należało po części do odruchowego skurczu odźwiernika.

Odżywianie naszych chorych bywało nieraz bardzo upośledzone, a upadek sił tak znaczny, że chorzy nie byli zdolni do żadnej fizycznej pracy.

Z chwilą wykonania gastroeuterostomii niejednokrotnie zmieniał się zaraz po operacji cały stan chorego. Ustępowały prędko odbijania, zgaga, oraz wymioty i pragnienie, apetyt się poprawiał. Tak znaczna poprawa nie dotyczyła bez wyjątku wszystkich chorych, wymioty bowiem [2, 5, 7, 9, 13] czasem się zjawiały, a bóle utrzymywały się po operacji lub powracały po pewnym czasie. W niektórych z nich za przyczynę uważać należy obecność rozwijającego się dalej wrzodu, który nie okazywał przez czas dłuższy skłonności do zabliznienia. Porównyując jednak stan tych

ostatnich po operacyi ze stanem przed operacją, widzimy, że stan ten był o wiele znośniejszy i lepszy, a wszyscy uczuwali znaczną poprawę.

Uspokojenie chorych stawało się weselszem, u dwu jednakowoż [9, 12] stwierdziliśmy po operacyi stałe przygnębienie, skłonność do płaczu. Pomimo widocznej poprawy odżywiania, braku większych bólów, uskarżali się ciągle na uczucie mrowienia, darcia w kończynach dolnych i górnych oraz ogólne osłabienie, a badanie przedmiotowe nie wykazywało uzasadnionej przyczyny tych skarg. Nastrój ten hypochondryczny trwa u pierwszego z nich blisko 1½ roku, u drugiego 1½ miesiąca po operacyi.

Zaburzenia psychiczne znane są po operacyach. Według REYNEAUD'a ¹⁾ mogą one występować pod rozmaitą postacią jak: mania, melancholia, neurastenia, hypochondria itd. Obok wrodzonej predyspozycji podają jako przyczynę shock psychiczny, eter; chloroform, środki przeciwnilne, zatrucie alkoholem, samozakażenie, zwłaszcza po operacyach ginekologicznych [wycięcie jajników].

U naszych chorych wobec braku innych czynników, zboczenie to zdaje się najprawdopodobniej pozostawać w związku ze wstrząsem psychicznym wywołanym samym zabiegiem operacyjnym, wykonanym nie w uśpieniu chloroformowem, lecz w znieczuleniu miejscowem.

Najkorzystniejszy wpływ wywarła operacja na ogólne odżywianie chorych. Ciężar ciała szybko się podnosił, wykazując już nieraz w pierwszych tygodniach przyrost wagi ciała o kilka kilogramów. Z biegiem czasu przyrost ten był coraz większy, dochodził do 20 klg., przeciętnie wynosił 12.77 klg. Z poprawą odżywiania poprawiał się wygląd chorych, tętno nieraz znacznie zwolnione powracało do stanu prawidłowego. Chlorki w moczu przed operacją nieraz znacznie zmniejszone szybko wracały do normy.

¹⁾ La Semaine medicale 1898, str. 32.

Oddawanie stolca, które było dawniej nieraz bardzo upośledzone, tak, że chorzy po kilka dni nawet [bez użycia środków przeczyszczających] stolca oddawać nie mogli, wróciło do stanu prawidłowego. Oglądanie stolca jak i badanie drobnowidzowe nie wykazywało większych zaburzeń w trawieniu.

Czynność mechaniczna żołądka prawie we wszystkich przypadkach przed operacją była znacznie upośledzona. Jedynie tylko w przypadku 11-ym na czczo nie znaleźliśmy w wydobytej treści cząstek pokarmowych, a w przypadku 8-ym przy drugim badaniu tylko pod drobnowidzem małą ilość włókien mięsnych oraz ciałek skrobi. We wszystkich innych, ilość treści zawierającej cząstki pokarmowe na czczo była znaczną, dochodząc w jednym przypadku do 2 litrów [11]. Tak samo podczas prób trawienia wydobywaliśmy zazwyczaj większą niż być powinno ilość treści. Mieliśmy zatem do czynienia z niedomogą ruchową II stopnia.

Po zabiegu operacyjnym szybko stwierdzić mogliśmy poprawę. Najwcześniej wykonywaliśmy badania po 2 tygodniach po operacji [11, 12]. Już w tak krótkim czasie znajdowaliśmy żołądek na czczo bez większej ilości treści pokarmowej nawet tam, gdzie poprzednio [11] zaległości te wynosiły 2 litry i więcej. U innych chorych, badania robione po 3 lub 4 tygodniach, również wykazywało zupełny brak lub tylko małe ilości treści pokarmowej w żołądku czczym. Podczas dalszego przebiegu znaczna ta poprawa nie tylko była trwałą, ale nawet podczas prób trawienia u niektórych chorych [1, 3, 9, 10, 11] ilości wydobywanej treści pokarmowej w oznaczonej godzinie były mniejsze, niż bywają w warunkach fizyologicznych; a często nawet żołądek bywał w całości opróżniony. Mieliśmy zatem przyspieszenie funkcji mechanicznej. Poprawę tak znaczną mechanizmu, a nawet po większej części powrót do stanu prawidłowego mogliśmy wykazać jeszcze po kilkunastu miesiącach. U jednych występowała ona szybko, u innych wolniej, a była zazwyczaj tem wybitniejszą, im dłuższy minął okres od czasu operacji. W dwu tylko przypadkach, w których przy pierwszych badaniach wkrótce po operacji

poprawa mechanizmu była znaczną, po kilkunastu miesiącach znowu stwierdziliśmy osłabienie czynności ruchowej żołądka. Najgorszy wynik mieliśmy u chorego Nr. 8, u którego w 4 tygodnie po operacji ilość zalegającej treści pokarmowej była znaczną, [800 gr.] podczas gdy przed operacją w treści żołądka znajdowaliśmy tylko nieliczne cząstki pokarmowe. Czy niedomoga ruchowa w tym przypadku dalej utrzymywać się będzie, na razie rozstrzygnąć trudno, za krótki bowiem jest czas obserwacji. Z wszelkiem prawdopodobieństwem i tu poprawy spodziewać się należy. Pomimo pogorszenia tego, chory podmiotowo ma się lepiej aniżeli przed operacją. Co do przyczyny upośledzenia mechanizmu w ostatnich 3 przypadkach, to najprawdopodobniej szukać jej należy w samej ścianie żołądka. Trudno przyjąć za przyczynę zwężenie się sztucznego otworu, albowiem na odpowiednią jego szerokość zwracano pilną uwagę przy wykonywaniu gastroenterostomii, a nadto podmiotowe objawy u chorych, jak to widać z podanych obserwacji, nie przemawiają za tem. Natomiast w przypadku 2-im znaleziono przy operacji na całej przedniej ścianie żołądka rozległe łącznotkankowe zgrubienia, które w dalszym przebiegu musiały wpłynąć ujemnie na kurczliwość ściany żołądka. Niedowład warstwy mięsnej żołądka u chorej Nr. 14 mógł się rozwinąć w następstwie znacznej i długotrwałej rozstrzeni, tem więcej, że chora ta zgodziła się dopiero na zabieg operacyjny wtedy, gdy odżywianie jej do tego stopnia podupadło, że przedstawiała obraz zupełnego wyniszczenia, a waga ciała wynosiła 29.20 klg. Jeśli dodamy do tego nieodpowiednie żywienie się tej chorej w domu, to łatwo zrozumiemy znaczną w pierwszej chwili poprawę przy odpowiedniej dyecie w klinice. Zwężenie otworu sztucznego możnaby chyba przypuścić u chorego Nr. 7. Po chwilowej znacznej poprawie w 4 miesiące 25 dni po operacji znowu wystąpiły napinania w okolicy żołądka, a zaległości pokarmowe były znaczne. Zwężenie to jednakowoż było przemijającym, gdyż w 2 tygodnie później znowu żołądek dobrze się opróżniał. Tu szukać należy przyczyny w dalszem rozwijaniu się wrzodu żołądka,

które objawiało się znacznymi bólami, oraz obecnością krwi w treści wyciągniętej z żołądka.

Z poprawą wydzielania pokarmów z żołądka szybko zmniejszały się jego rozmiary. Jak widzimy z załączonej tablicy, w niektórych przypadkach rozmiary żołądka wróciły do stanu prawidłowego, w innych bardzo znacznie się zmniejszyły i to nawet w tych, w których poprzednio były niezwykle wielkie. Poprawa ta była tem szybszą i znaczniejszą, im krócej trwały objawy zwężenia odźwiernika przed operacją i im mniejszą była rozstrzeń żołądka. Wynikałaby stąd ważna wskazówka dotycząca wyboru chwili operacji. Im wcześniej wykonamy zabieg operacyjny, tem wcześniej wrócą rozmiary żołądka i zmiany w mechanizmie do stanu prawidłowego. Nie należy więc zbyt długo zwlekać z zabiegiem operacyjnym, lecz po wyczerpaniu zwykłych sposobów leczenia, przystąpić jak radzi RYDYGIER jak najwcześniej do operacji. Każda bowiem zwłoka prowadzi, jak to widać z naszych spostrzeżeń, do powiększania się rozdęcia żołądka i następczego zwyrodnienia jego warstwy mięsnej, które powoduje już niedowład anatomiczny ścian żołądka [LEUBE]. W przypadkach, w których po kilkumiesięcznej obserwacji stwierdziliśmy ponowną niedomogę ruchową, dolna granica żołądka znowu się obniżyła [7, 14] nie doszła jednakowoż jak dotąd do tych rozmiarów, jak przed operacją.

U chorych dotkniętych obok rozstrzeni i obniżeniem całego żołądka [ptosis] stwierdziliśmy i w tym kierunku poprawę. Poprawę tę tłumaczymy łatwo brakiem trwałego zalegania obfitej ilości pokarmowej, które z biegiem czasu musiało doprowadzić do obniżania narządu.

Powrót do stanu normalnego w większej liczbie przypadków, a przynajmniej bardzo znaczna poprawa funkcji ruchowej żołądka, wpłynąć musiała na jego ruchy perystaltyczne, które tak często spotykaliśmy przed zabiegiem operacyjnym. Ruchów tych po operacji nie stwierdziliśmy nigdy, a wymioty, jakie u niektórych chorych jeszcze kilka razy wnet po operacji występowały, zniknęły w późniejszym okresie. Jedynie tylko chora Nr. 14 skarżyła

się na odbijania puste i nudności, a chory Nr. 4 chwilowo na odbijania kwaśne.

Co do zachowania się otworu sztucznego, to już DUNIN, ROSENHEIM i inni wykazali zdolność zatrzymywania gazów w żołądku po sztucznem jego wydęciu. I u naszych chorych objaw ten zawsze mogliśmy stwierdzić. Przy licznych próbach żołądkowych mogliśmy się przekonać, że nie zaraz opróżnia się żołądek, lecz jak w warunkach fizjologicznych, w odpowiednim okresie czasu zawiera jeszcze pokarmy. Należy więc przyjąć, że nowy otwór sztuczny spełnia zastępczo czynność odźwiernika, a czynność jego zbliża się w tem do prawidłowej, że okresowo przepuszcza treść pokarmową z żołądka do jelit.

Uwzględniając nasze wyniki badania mechanizmu żołądka stwierdzić możemy, że gastroenterostomia wywiera zawsze nadzwyczaj korzystny wpływ na czynność ruchową żołądka. Może ona wrócić nie tylko do stanu prawidłowego, ale nawet może być przyspieszoną. Poprawa ta występuje u jednych chorych wolniej, u drugich szybciej, a jest tem wybitniejszą, im dłuższy minął okres od czasu wykonanej operacji. Trwałość jej zależy od stanu ścian samego żołądka, na który [na warstwę mięsną] ujemny wpływ wywierać mogą; długość trwania zwężenia, oraz rozległość zmian tkankolącznowych w następstwie długotrwałego wrzodu, zmiany te bowiem powodują niepodatność ścian żołądka.

Rozmiary i położenie żołądka mogą wrócić, ale nie zawsze, do stanu prawidłowego, a stopień poprawy zawisł również od powyższych czynników.

Otwór, sztucznie utworzony, zatrzymuje pokarmy i działa zastępczo podobnie jak prawdziwy odźwiernik.

Przechodząc do czynności wydzielniczej żołądka zauważyć musimy, że na 14 przypadków, w jednym tylko Nr. 4 próby żołądkowe nie wykazały przed operacją sokotoku. Ale i tu żołądek na czczo nie był zupełnie próżny, bo z łatwością wydostaliśmy około 50 ctm. sz. treści jasnej o oddziaływaniu zasadowem. We wszystkich innych chemizm żołądka okazywał poważne zmiany. Zawsze stwierdzaliśmy na czczo bądź czysty, bądź z domieszką pokarmów, sok żołądkowy, który okazywał nieraz wysoką kwasotę, a dawał zawsze bardzo wyraźny odczyn na wolny kw. solny. Sok ten na czczo znajdowaliśmy nawet po przepłukiwaniach żołądka wieczorem dnia poprzedniego. Przy próbach żołądkowych otrzymywaliśmy nie rzadko większe ilości treści, aniżeli wprowadzaliśmy do żołądka. Mieliliśmy zatem obraz sokotoku [gastrorhea acida — JAWORSKI]. Wśród tych przypadków w 5 stwierdziliśmy nadmierne wydzielanie kwasu solnego podczas trawienia [hyperaciditas digestiva JAWORSKI — hyperchlorhydria], a stopień ogólnej kwasoty po obiedzie próbnym wynosił 80—140 $\frac{1}{10}$ NaOH. W innych wydzielanie kw. solnego w czasie trawienia wahało się mniej więcej w granicach prawidłowych.

Po wykonaniu gastroenterostomii tylko w 2 przypadkach powrócił chemizm żołądka do stanu prawidłowego [1, 10]. W pierwszym ustąpił szybko sokotok wraz z nadmiernym wydzielaniem HCl, a nawet przy próbie białkowej po kilkunastu miesiącach stwierdziliśmy brak wolnego HCl; w drugim jednakowoż jeszcze w 3 tygodnie po operacji stwierdzić się dała nadmierna kwasota przy próbie białkowej. W przypadku 4-tym chemizm żołądka nie uległ i po operacji większej zmianie.

U 4-ch chorych [2, 3, 9, 13] sokotok z wyraźnym odczynem na wolny HCl utrzymuje się i po operacji nadal, zmniejszyła się tylko znacznie ilość wydobywanej treści na czczo i obniżył się nieco ogólny stopień kwasoty. Również

mniejszą była i kwasota podczas prób trawienia, chociaż nie stale, gdyż niektóre próby wykazywały nawet wyższą kwasotę niż przed zabiegiem operacyjnym. Dodać należy, że obniżenie to kwasoty podczas trawienia dotyczyło tych przypadków, w których stwierdziliśmy przyspieszenie czynności ruchowej żołądka.

W przypadku 6-ym jeszcze po 18 miesiącach wykazało się dale po próbie białkowej nadmierne wydzielanie kw. solnego, a na czczo, po poprzednim nawet wleciu wody, znajduje się wolny HCl. W daleko większym stopniu hyperchlorhydria utrzymuje się stale po operacji w przypadku 7-ym, w którym ogólna kwasota po obiedzie próbnym wynosi 110 $\frac{1}{10}$ NaOH.

W pozostałych pięciu przypadkach [5, 8, 11, 12, 14] wynik zabiegu operacyjnego był bardzo wybitnym. Stwierdziliśmy tu zgodnie z innymi autorami bardzo znaczne obniżenie siły wydzielniczej, a nawet brak wydzielania kwasu solnego [anachlorhydria]. Sokotok znikł w zupełności, ustąpiła hyperchlorhydria. W 2-ch nawet przypadkach brakowało stale HCl, pomimo obfitej ilości treści wydobywanej przy próbach trawienia, a w 14-tym znajdowaliśmy ślady kw. mlecznego. Zmniejszenie się to wydzielania kw. solnego u niektórych chorych wystąpiło szybko, u innych w przeciągu kilku tygodni z wolna zanikał kw. solny—ilość śluzu stawała się większą i powoli rozwijał się nieżyt śluzowy.

W tych przypadkach badanie na sztuczne trawienie wykazywało również powolne zanikanie pepsyny. Ten wpływ usunięcia przeszkód w posuwaniu treści pokarmowej do żołądka i jelit, stwierdzili prawie we wszystkich swoich przypadkach CARLE i FANTINO. Hyperchlorhydria znikała stale z chwilą, gdy ustawała przeszkoda w krążeniu treści pokarmowej, z wyjątkiem tylko przypadku, w którym żołądek nie opróżniał się należycie po operacji. Na podstawie tych wyników autorowie ci dochodzą do przekonania, że pierwotna hyperchlorhydria, z wyjątkiem postaci pochodzenia nerwowego, jest bardzo rzadką. Jest ona prawie zawsze tylko następstwem zalegania pokar-

mów. Zapatrywanie to dzielają również autorowie francuzcy [DOYEN]. Zastanawiając się nad naszymi przypadkami widzimy przedewszystkiem, że nadmierne wydzielanie kw. solnego przy trawieniu oraz sokotok mogą się zmniejszyć po wykonaniu gastroenterostomii, a nawet po pewnym czasie zupełnie ustąpić. Nie jest to jednak regułą: hypersecretio i hyperchlorhydria mogą się utrzymywać i utrzymują się, jak to w dalszym ciągu zobaczymy, nieraz przez czas bardzo długi po operacji. Stopień kwasoty zależny od HCl może być po operacji nawet wyższy, aniżeli przednią. Że zalegająca treść pokarmowa, drażniąc błonę śluzową, może być przyczyną nadmiernej kwasoty żołądka, nie ulega wątpliwości. Dowodzi tego i nasz przypadek 14-ty w którym hyperchlorhydria wywołaną była zwężeniem światła dwunastnicy, pomimo, że żołądek nie był dotknięty sprawą chorobową. To też rzeczywiście z chwilą ustania przeszkody w posuwaniu treści żołądkowej, odpada ważny czynnik pobudzający błonę śluzową do nadmiernego wydzielania kw. solnego i dlatego po operacji możemy znaleźć nieraz i obniżenie się stopnia kwasoty, podczas trawienia, zmniejszenie, a nawet ustanie sokotoku, o ile oczywiście te zboczenia są zawisłe tylko od niedomogi ruchowej żołądka.

Czem należy tłumaczyć niedomogę wydzielniczą, a nawet brak wydzielania HCl w ostatnich 5-ciu przypadkach? Sądzę, że nie samo usunięcie zalegania treści żołądkowej jest tego przyczyną. Dłaczegóż w tak nieraz krótkim czasie w miejsce dawnej hyperchlorhydrii miała powstać znaczna niedomoga wydzielnicza, a nawet brak HCl. Jeżeli gruczoły mogą wydzielać przed operacją nadmierną ilość kw. solnego—to musi być jakaś przyczyna tak nagłej niedomogi. Jeśli uwzględnimy naszych chorych, to przedewszystkiem tak znaczna zmiana po operacji dotyczyła chorych z podupadłem znacznie odżywianiem, u których cierpienie żołądkowe trwało czas dłuższy, zwężenie odźwiernika było znaczne, rozstrzeń żołądka wielka.

Uwzględniając zachowanie się kwasoty, uderzyć nas tu musi wyższy jej stopień w treści wydobytej a nczczo

aniżeli podczas prób trawienia. Często w tych przypadkach kwasota po próbie białkowej, lub po obiedzie nie przekraczała granic prawidłowych. Jest tu więc pewien nie stosunek między treścią wydobywaną na czczo, a przy próbach trawienia. Nam się wydaje, że ten nadmiar kw. solnego, w rzeczywistości jest wywołany tylko długiem zaleganiem treści pokarmowej. Treść ta, zatrzymując się przez noc całą w żołądku, powoduje, wobec ciągłego drażnienia błony śluzowej, wydzielanie HCl, który nie tylko nasycza substancje białkowe, ale pozostaje na czczo w nadmiarze jako wolny HCl. I podczas dnia nieraz znaleźć możemy kw. solny w nadmiarze, także jako następstwo ciągłego drażnienia wskutek zwężenia odźwiernika, jeżeli treść pokarmowa zalegała czas długi.

Z chwilą wykonania gastroenterostomii odpada ten sztuczny bodziec, powodujący trwałe wydzielanie kw. solnego, a wydzielanie HCl nadal zależeć będzie już tylko od stanu błony śluzowej. W tych zatem przypadkach, w których wkrótce po operacji występuje niedomoga wydzielnicza HCl, błona śluzowa musi już być zwyrodnioną, czynność gruczołów ustawicznym długim drażnieniem wyczerpaną, słowem przedstawia obraz przejścia nieżytu kwaśnego w nieżyt śluzowy, który dotąd był utajonym wskutek istnienia przeszkody mechanicznej. Nieżyt ten śluzowy jest zwykle końcowym okresem długo trwającego nieżytu kwaśnego żołądka [gastritis chronica, catarrhus acidus JAWORSKI] i następstwem zaniku błony śluzowej [JAWORSKI]. Z wszelkiem prawdopodobieństwem twierdzić możemy, że i w tych pięciu przypadkach, badanie wcześniejsze żołądka byłoby wykazało niewątpliwie wszystkie cechy kataru, z nadmiernem wydzielaniem HCl. JAWORSKI przypuszcza, że opisywane przez autorów przypadki wrzodu okrągłego bez nadmiernego wydzielania HCl, były badane już po przeminięciu tego okresu. Do rzędu tych przypadków należy zaliczyć i nasze, w których po operacji wystąpiła niedomoga wydzielnicza kw. solnego. Od stopnia zwyrodnienia błony śluzowej zależeć będzie szybki lub powolny spadek ilości wydzielanego HCl. Gdy zwyrodnienie

to dojdzie do skutku, postępuje z biegiem czasu dalej [11, 14], zmniejsza się i zanika ilość wydzielanej pepsyny, zjawieć się może nawet kw. mleczny czyli obraz achyliae gastricae. Zmianę tę musimy po części uważać za korzystną dla chorego, gdyż z chwilą nastania nieżytu śluzowego lub zanikowego żołądka, ustępują zawsze te liczne dolegliwości, jakie towarzyszyć zwykły nadmiernemu wydzielaniu HCl. W tym okresie nastają korzystniejsze warunki zabliznienia się istniejącego równocześnie wrzodu. Wiemy bowiem ze spostrzeżeń KORCZYŃSKIEGO i JAWORSKIEGO, że im dłużej trwa nieżyt kwaśny żołądka, tem prędzej spodziewać się należy powstania wrzodu okrągłego.

Obok powyżej opisanego zejścia nadmiernego wydzielania HCl w nieżyt śluzowy, będący niejako samowyleczeniem ustroju, nie należy zapominać, że może być i inna przyczyna niedomogi wydzielniczej kw. solnego, że niedomoga kw. solnego towarzyszyć może, jak mieliśmy na to dowody, sprawie nowotworowej, która rozwija się na tle wrzodu okrągłego.

Badając jeszcze przypadki w których chemizm żołądka wrócił do stanu prawidłowego, musimy podnieść, że sokotok z nadmiernem wydzielaniem kw. solnego, ustąpił wskutek korzystniejszych warunków trawienia, gdyż znikło drażnienie zalegającej treści pokarmowej, które podniecało stale gruczoły trawienne do wydzielania HCl. Jeśli więc, bliżej nieznane nam przyczyny nadmiernego wydzielania kwasu solnego, które niezawodnie istniały przed zwężeniem odźwiernika, znikły, to warunki powrotu do stanu prawidłowego po operacji były tem korzystniejsze. A może i tu mieliśmy do czynienia z rozpoczynającem się już wyczerpaniem siły wydzielniczej żołądka i może dalej jeszcze trwające zaleganie pokarmów byłoby się ujawniło przejściem kataru kwaśnego w śluzowy, gdyż mogłoby przyjść z biegiem czasu do zwyrodnienia błony śluzowej żołądka. W reszcie przypadków sokotok trwał nadal po operacji, zmniejszył się jednak ilościowo i obniżył się stopień kwasoty przy próbach trawienia. Na poprawę tę wpłynął tu niewątpliwie zabieg operacyjny, tak że i w tych

przypadkach do pewnego stopnia utrzymywanie się sokotoku zależało prawdopodobnie od zwężenia odźwiernika. Że samo przywrócenie drożności między żołądkiem a jelitami nie wystarcza w tych przypadkach do usunięcia nadmiernego wydzielania HCl, poucza dostatecznie przypadek 7-y.

Nie możemy się więc zgodzić ze zdaniem, które wygłasza CARLE i FANTINO, jakoby zaleganie treści pokarmowej było najczęstszą, jeśli niewyłączną przyczyną, nadmiernego wydzielania HCl. Nam się raczej zdaje, że z obu tych objawów tak często przy wrzodzie spotykanych, hyperchlorhydria o wiele jest wcześniejszą aniżeli wrzód okrągły oraz następcze zwężenie.

Uwzględniając wyniki naszych badań nad zachowaniem się czynności wydzielniczej żołądka przy wykonaniu gastroenterostomii twierdzimy, że usunięcie zalegania treści pokarmowej wpłynąć może korzystnie na obniżenie nadmiernego wydzielania kw. solnego [hyperchlorhydria] oraz towarzyszącego mu sokotoku, o ile zależą one od ciągłego drażnienia błony śluzowej żołądka przez zalegające pokarmy.

Zachowanie się siły wydzielniczej żołądka zależy po operacji od stanu błony śluzowej przed operacją. Hyperchlorhydria oraz sokotok kwaśny mogą ustąpić po gastroenterostomii, a nawet zjawieć się może niedomoga wydzielnicza, nieżyt śluzowy lub nawet nieżyt zanikowy, jeśli skutkiem długotrwałego drażnienia błony śluzowej żołądka powstaje następczy jej zanik i rozrost tkanki łącznej, czyli jeśli nieżyt kwaśny przechodzi w nieżyt śluzowy lub zanikowy. Niedomoga wydzielnicza HCl lub dalej idące zmiany błony śluzowej żołądka po gastroenterostomii mogą w niektórych przypad-

kach być objawem rozpoczynającego się nowotworu na tle wrzodu okrągłego.

Pomimo usunięcia przeszkody w mechanizmie żołądka, tak sokotok kwaśny, jak i nadmierne wydzielanie kw. solnego [hyperchlorhydria] trwać mogą bez zmiany po operacji.

Drożdże po operacji dość często nawet przez czas dłuższy znajdowaliśmy w treści pokarmowej. Czworniaki znikają zwykle szybko z żołądka, a tylko w 2 przypadkach wykazać je mogliśmy jeszcze przez długi przeciąg czasu [11 miesięcy]. Co do zachowania się żółci, którą tylko wyjątkowo czasem wykazać mogliśmy przed operacją, to po gastroenterostomii stwierdzaliśmy jej obecność w większej części przypadków stale tak na czczo jak i po próbach żołądkowych. W niektórych żółć nie zawsze zjawiała się w zawartości żołądka. Ilość jej była zmienną, czasem znajdowaliśmy ją obficie, kiedy indziej tylko w małej ilości. Obecność żółci w żołądku ani nie wpływała niekorzystnie na przebieg pooperacyjny, ani nie sprawiała chorym żadnych dolegliwości. Czynność przyswajania pokarmów odbywała się prawidłowo.

W 14 naszych przypadkach wrzodu oraz następczego zwężenia odźwiernika wykonano 8 razy gastroenterostomię sposobem WOELFLER'a, a 6 razy sposobem HACKER'a. Chirurdzy dają dzisiaj powszechnie pierwszeństwo gastroenterostomii metodą HACKER'a, wyniki bowiem w zakresie czynności żołądka po operacji tej mają być o wiele korzystniejsze. Wyniki operacyjne u naszych chorych nie wykazują większej różnicy pomiędzy tymi dwoma sposobami, a czynność ruchowa i wydzielnicza żołądka oraz zachowanie się żółci było w obu razach prawie jednakowe.

Gastroenterostomii sposobem ROUX'a nie wykonano w żadnym przypadku zwężenia dobrotliwego odźwiernika, natomiast jeden raz na chorej B. B. z powodu raka odźwiernika na tle wrzodu okrągłego [op. R. dw. Prof. RYDYGIER]. Wynik po operacji tą metodą był daleko gorszy. Odżywianie wprawdzie poprawiło się, a przyrost

ciężaru ciała wynosił po miesiącu od chwili operacyi 2,5 klg.; od czasu do czasu jednak występują wymioty, trwają stale odbijania i zgaga. Żołądek napina się, a dolna jego granica leży o 1 palec niżej jak przed operacją. Na czczo zalegają zawsze pokarmy [200—400 ctm. sz.] wolny $\text{HCl} +$, kw. mleczy $= 0$. Po próbach czasem się stwierdzić daje nieznaczna hyperchlorhydria, której przed operacją nie było, a czworniaki, drożdże stale można wykazać w treści pokarmowej. Żółć po 4 tygodniach znaleziono w małej ilości w żołądku, po 6 tygodniach zaś nie wykazano jej ani na czczo ani po próbach żołądkowych.

Operacja plastyczna [pyloroplastyka] HEINEKE-MIKULICZA w zwężeniach odźwiernika ma zdaniem autorów [CARLE, FANTINO, KAUSCH] wywoływać również korzystny wpływ tak na mechanizm jak i na chemizm żołądka. Żółć po operacyi nie dostaje się do żołądka. Operacyi tej nie wykonano u nas w żadnym przypadku.

Od czasu kiedy RYDYGIER uznał wrzód okrągły żołądka, za wskazanie do wycięcia odźwiernika i wykonał je pierwszy z pomyślnym wynikiem, zabieg ten podejmowano wielokrotnie. Mało jednakowoż mamy dokładnych wiadomości, dotyczących czynności żołądka po tej operacyi. O ile mi wiadomo istnieją tylko dwa badania wykonane w tym kierunku. W przypadku opisanym przez BÉLA IMIÉDY'ego¹⁾ operowanym przez DOLLINGER'a wystąpiła po resekcji poprawa czynności ruchowej i wydzielniczej żołądka. Pozostały jednakowoż przez kilka miesięcy zgaga i wzdęcia żołądka, tak że jeszcze w 5 tygodni od czasu operacyi musiano systematycznie przepłukiwać żołądek przez cały miesiąc. Dolna granica żołądka podniosła się po 4 tygodniach o 3 palce wyżej, sprawność mechaniczna żołądka bardzo szybko wróciła do stanu prawidłowego, tak że żołądek po 5 tygodniach zawierał w 6 godzin po obiedzie próbnym tylko małą ilość resztek pokarmowych.

¹⁾ Wien klin. Wochenschr. 1895, str. 366.

Rozporządzamy trzema przypadkami wycięcia odźwiernika z powodu wrzodu żołądka. Ostatni dotyczy chorego u którego na tle wrzodu okrągłego rozwinął się już nowotwór. Podajemy je poniżej.

S p o s t r z e ż e n i e XV. Ulcus rotundum ventriculi, stenosis pylori et gastrectasia. Hypersecretio acida. Trwanie choroby 6 lat. Resectio pylori m. RYDYGIER. Śmierć. Obserwacya 23 dni.

J. K. lat 53, służący ze Lwowa, przyjęty do kliniki lekarskiej 24 stycznia.

W 20 roku życia przebył zimnicę. Przed 6 laty wystąpiły u chorego zgaga i odbijania kwaśne oraz bóle w podżebrzu lewem zwykle po jedzeniu, Od $2\frac{1}{2}$ lat bóle coraz gwałtowniejsze, wymioty kwaśne, a przed rokiem obfite i krwawe. Od $\frac{1}{2}$ roku doznaje uczucia napinania w okolicy żołądka. Wychudzenie znaczne. Upadek sił. Stolec zaparty.

Odżywianie podupadłe, waży 45,90 klg. Rozedma płuc. W sercu zmian niema. Wątroba, śledziona niepowiększone. Brzuch w dołku podsercowym zapadły, w okolicy pępka widoczne ruchy perystaltyczne żołądka, którego dołua granica leży na palec niżej pępka. W moczu chlorki zniesione.

I. B a d a n i e ż o łą d k a p r z e d o p e r a c y ą.

26. I. a) N a c z c z o: wydobyto 300 ctm. sz. treści płynnej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 50, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Drożdże, czworniaki, laseczniki.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 150 ctm. sz. treści płynnej zielonawej z kawałkami białka, o og. kw. = 33, wolny HCl +, pepton +, liczne jąderka.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto około 150 ctm. sz. treści pokarmowej, o og. kw. = 80, wolny HCl +, pepton +, jąderka, drożdże, czworniaki.

Bóle oraz wymioty trwają w dalszym ciągu. Zaległości pokarmu na czczo wahają się między 400—500 ctm. sz., wolny HCl +.

4 lutego wykonano w klinice chirurgicznej w śpieniu chloroformowym resectio pylori m. RYDYGIER [op. R dw. RYDYGIER]. Znaleziono bliźnię w okolicy odźwiernika, a na dnie jej otwarty wrzód, badanie drobnowidzowe potwierdziło rozpoznanie. Od czasu operacji miewa chory odbijania, wymiotuje treścią śluzową obfitą w żółć. Z żołądka do jelit nie się nie przedostaje; w żołądku stałe pląskanie pomimo dwukrotnego codzienne przeplukiwania. Stan chorego się pogarsza. 13-go dnia po operacji śmierć z powodu gastritis

abscedens, peritonitis purulenta. Sekcya nie wykryła przyczyny nie przechodzenia treści z żołądka do jelit, albowiem przez utworzony nowy otwór swobodnie palec przechodził, żółć dostawała się obficie z jelit do żołądka, być może, że przyczyną tego było porażenie ścian żołądka rozszerzonego [gastroplegia].

S p o s t r z e ż e n i e XVI. Ulcus rotundum ventriculi, stenosis pylori, ptosis et gastrectasia. Choroba trwa kilkanaście lat. Resectio pylori m. RYDYGIER. Przez dłuższy czas znaczna poprawa. Obserwacya w 4½ lat po operacyi przez 1 miesiąc 11 dni.

B. B. lat 53, kupiec z Kopeczyniec przyjęty do kliniki 13 czerwca 1898 r.

Dziedzicznie nie obciążony. Zawsze miał być zdrowym. Przypadłości żołądkowe rozpoczęły się przed 15 laty zgagą, odbijaniem kwaśnemi po każdym jedzeniu. Wkrótce zjawiać się zaczęły kilka razy dziennie wymioty silnie kwaśne, poprzedzane często przez bóle w okolicy dołka podsercowego. Bóle te bywały nieraz bardzo gwałtowne i rozpromieniały się ku krzyżowi. Wymioty były dwa razy krwawe. Stolec zaparty.

Z temi przypadłościami zgłosił się z końcem r. 1893 do kliniki lekarskiej w Krakowie, gdzie rozpoznano bardzo znacznego stopnia rozstrzeń żołądka w następstwie zwężenia odźwiernika na tle wrzodu¹⁾. Badanie żołądka wykazało podówczas dolną jego granicę 4 ctm. nad spojeniem łonowem. Treść żołądka silnie kwaśna, o og. kw. = 100, dawała zawsze dodatni odczyn na wolny HCl, w treści znaleziono czworniaki. Odżywianie chorego było b. znacznie podupadłe, a ciężar ciała wynosił 40.40 klg. Gdy, przy przepłukiwaniach żołądka stan ogólny nieco się poprawił, a ciężar ciała podniósł się do 46 klg., przeniesiono chorego na klinikę chirurgiczną, gdzie mu 3 stycznia 1894 r. wykonał prof. RYDYGIER swoim sposobem wycięcie odźwiernika²⁾. Przy operacyi znaleziono znacznie rozszerzony żołądek, a w odźwierniku bliznowate zwężenie. Po wycięciu stwierdzono wrzód okrągły w części odźwiernikowej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, a chory czuł się zupełnie zdrowym, tak że 24 lutego 1894 r. opuścił klinikę chirurgiczną. Badanie wykonane wykazało teraz dolną

¹⁾ Sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek. Krak. z dnia 7 marca 1894 r. Przegl. lek. Nr. 26, str. 378.

²⁾ RYDYGIER. Zur Magen-Darmchirurgie, Wien. klin. Wochschr. 1894, 11, 12, 13.

granice żołądka na 5 ctm. poniżej pępka. Zaległości pokarmowe w żołądku czczym były małe, ogólny stopień kwasoty treści pokarmowej mniejszy, a czworniak znikł zupełnie. Waga ciała = 53.25 klg. Ponowne badanie 21 marca 1894 r., a więc prawie 3 miesiące od czasu operacji wykazało dolną granicę żołądka na 2 ctm. poniżej pępka. Objawy nieżytu kwaśnego prawie zupełnie ustąpiły, a ciężar ciała wynosił 54.65 klg.

Po powrocie do domu chory przez cały rok nie doznawał żadnych dolegliwości. Po roku powrócił zgaga i odbijania kwaśne, a czasami występowały wymioty. Stolec był zaparty. Zgłosił się więc ponownie do kliniki lekarskiej w Krakowie, gdzie po 3 miesięcznym leczeniu stan się poprawił. W domu jednakże powracały wspomniane przypadłości tak, że chory odtąd co roku zgłaszał się do kliniki krakowskiej. W klinice za każdym razem odżywianie chorego poprawiało się, zyskiwał na ciężarze ciała po kilka klg. tak, że mógł po powrocie do domu przez jakiś czas pracować.

Od 8 miesięcy wznawiały się odbijania kwaśne, wystąpiło uczucie pełności i gniecenie w dołku podsercowym oraz bóle w krzyżu; zauważył nadto chory napinanie w okolicy żołądka. Wymiotów nie miał, albowiem codziennie w 2—3 godz. po jedzeniu zwykł był sam sobie przepłukiwać żołądek, co mu chwilowo sprawiało znaczną ulgę. W treści wydobywanej z żołądka nigdy krwi nie zauważył. W ostatnich czasach znacznie wychudli podupadł na siłach. Stolec obecnie prawidłowy.

Odżywianie podupadłe, ciężar ciała 46.60 klg. Język nieco obłożony. W szczycie prawego płuca zagęszczenie. Tony serca czyste, głuche, tętno 60, miażdżycza tętnic. Dołek podsercowy zapadnięty—brzuch w dolnej części wypukłony, więcej po stronie prawej niż lewej. Dolna granica na palec powyżej spojenia łonowego, górna na palec ponad pępkie. Po wydeciu żołądka występują wyraźne ruchy perystaltyczne, część odźwiernikowa lepiej się napina. W okolicy żołądka rozległe pluskanie. Wątroba, śledziona, niepowiększone. Kończyny dolne bez obrzęku. Odruchy kolanowe prawidłowe. W moczu chlorki zmniejszone. białka ani cukru niema.

I. Badanie żołądka w 4^{1/2} lata po operacji:

13. VI. Wydobyto wieczorem 800 ctm. sz. miazgi pokarmowej, o og. kw. = 80, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, drożdże, czworniki. Przepłukano żołądek.

II. 14. VI. a) Na czczo: wydobyto 100 ctm. sz. treści mętnej śluzowej, jasno żółtej, oddziaływania obójtne-

g o. Pod drobnowidzem: śluz, ciała wypocinowe, nabłonki, drożdże, odosobnione ciała skrobi i włókna mięsne.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 100 ctm. sz. treści zielonawej z kawałkami białka, o og. kw. = 13, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +, jąderka, ciała wypocinowe, odosobnione włókna mięsne, skrobia, tłuszcz, drożdże. [Przed próbą płukano żołądek].

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 400 ctm. sz. treści płynnej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 104, wolny HCl +, pepton +, jąderka, drożdże.

III. 16. VI. N a c z c z o: wydobyto 100 ctm. sz. treści śluzowej zielonawo-żółtej, bez wyraźnych cząstek pokarmowych, oddziaływania słabo zasadowego. Pod drobnowidzem: śluz, nieznaczne cząstki pokarmowe, ciała wypocinowe, nabłonki wałeczkowe, drożdże, czworniaki. Przy codziennem przepłukiwaniu żołądka na czczo stan nieco się poprawił tak, że chory obchodził się bez wydobywania treści pokarmowej wieczorem.

IV. 21. VI. N a c z c z o: wydobyto 120 ctm. sz. treści gęstej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 56, wolny HCl +, pepton +, ciała wypocinowe, jąderka, drożdże, czworniaki.

V. 28. VI. N a c z c z o: po wlewaniu 100 gr. wody wydobyto 80 ctm. sz. treści płynnej, mętnej z cząstkami pokarmowymi, o og. kw. = 40, wolny HCl +, peptonu ślad, drożdże, czworniaki.

24 lipca chory opuszcza klinikę z małą poprawą. Ciężar ciała 46.40 kg. 4 lipca 1900 r. na listowne zapytanie donosi syn M., że ojciec B. B. zmarł w marcu b. r. w przeciągu kilkunastu godzin przy objawach bardzo silnych kurczów żołądka. Na kilka godzin przed wspomnianymi kurczami skarżył się na silne bóle brzucha. „Kurcze“ trwały przez 2 godziny przed śmiercią, a podczas nich miał być chory bardzo blady, nogi z powodu silnych bólów przykurczał do brzucha. Wymiotów nie było, stolec zaparty. Lekarz obecny przy chorym miał rozpoznać „przedziurawienie żołądka“.

Choroba żołądka w tym przypadku ciągnie się bez przerwy szereg lat. Zabieg operacyjny, który doszczętnie usunął przyczynę zwężenia odźwiernika, wpłynął bezwzględnie korzystnie na ogólny stan chorego, powodując ustanie wymiotów, pieczenia i zgagi oraz poprawę w odżywianiu. Poprawa ta jednakowoż trwała tylko rok, poczem dawne objawy powróciły i odtąd ciągną się nadal przez kilka lat. Z podanego opisu nie ulega wątpliwości, że i po operacji mieliśmy do czynienia z wrzodem żołądka,

który albo istniał już dawniej obok owrzodzenia w odźwierniku, albo co prawdopodobniejsze wytworzył się nowy. Cały przebieg pooperacyjny bardzo za tem przemawia, a i nagła śmierć chorego, która nastąpiła najprawdopodobniej z przedziurawienia ściany żołądka przez wrzód okrągły, zdaje się potwierdzać to przypuszczenie. Co do samego wpływu resekcji odźwiernika na mechanizm żołądka, to nazwać go można korzystnym. Rok poprawy, brak przedewszystkiem wymiotów, przemawiają za tem, że wydalanie treści pokarmowej z żołądka do jelit nie musiało być bardzo upośledzonym. Żałować należy, że nie rozporządzamy badaniami żołądka z pierwszych lat po operacji. Ostatnie badania nasze wykazały ponownie znaczne upośledzenie sprawności mechanicznej żołądka. Na czczo zalega treść pokarmowa, a w niej spotykamy stale obfitą ilość drożdży i czworniaków; po spożyciu pokarmów występują ruchy perystaltyczne. Żołądek w całości obniżony i rozszerzony, dolna jego granica leży tuż po nad spojeniem łonowem.

Zapewne otwór sztuczny musiał uległ zwężeniu i przyczynił się do tego prawdopodobnie istniejący nadal po operacji wrzód okrągły. Czy sztuczny odźwiernik funkcjonował w pierwszych latach po operacji okresowo, nie możemy orzec z powodu braku obserwacji. Podczas ostatniego naszego badania, dawał się żołądek łatwo wydymać i powietrze przez czas dłuższy nie wchodziło do jelit.

Sokotok kwaśny, jak wnosić możemy z wywiadów chorego, utrzymywał się stale po operacji przez kilka lat, a i ostatnie nasze badania wykazywały nadmierną kwasotę, przy obecności wolnego HCl przy trawieniu. Na czczo również w zalegającej treści znaleźliśmy wolny HCl przy ogólnej kwasocie 40—56. Jednakże dwukrotnie przekonaliśmy się, że żołądek ten, będąc przez noc w spokoju po przepłukaniu go wieczorem dnia poprzedniego, zawiera wprawdzie na czczo dnia następnego około 100 ctm. sz. treści, ale obfitej w śluz, oddziaływającej obojętnie lub słabo zasadowo, więc nie produkuje jak dawniej większej ilości HCl. Może to być następstwem już rozpoczynającego się

zwyrodnienia błony śluzowej, następstwa długotrwałego kataru kwaśnego, czyli początek nieżytu śluzowego.

Żółć nie wracała stale do żołądka.

S p o s t r z e ż e n i e XVII. Stenosis pylori, post ulcus rotundum, gastrectasia, hypersecretio acida, carcinoma incipiens. Trwanie choroby $\frac{1}{2}$ roku. Resectio pylori m. RYDYGIER. Wyleczenie. Obserwacja $4\frac{1}{2}$ miesiąca, po operacji 4 miesiące 6 dni.

M. S. lat 37, wyrobnik dzienny z Oiemierzyniec, przyjęty do kliniki 30 stycznia 1900 r.

Dziedzicznie nie obciążony. W 27-ym roku życia przebył tyfus brzuszny, zresztą zawsze zdrowy. Przed $\frac{1}{2}$ rokiem poczęły występować bóle w dołku podsercowym, zwykle po jedzeniu, miewał przytem zgagę i odbijania. Bóle stale się zwiększały, a rozpromieniały się w oba podżebrza i ku krzyżowi. W ostatnich czasach często po jedzeniu wymioty. W wymiocinach krwi nie zauważył nigdy. Łaknienie upośledzone. Stolec zaparty.

Odżywianie chorego znacznie podupadło, waży 54.50 klg. Skóra biała. Język obłożony. Na karku i w dołkach nadobojczykowych wyczuwalne gruczoły limfatyczne, nieco twardsze; rozdema płuc i zagęszczenie szczytu prawego. Szmerzy oddechowe pęcherzykowe, mierna ilość furczeń. Tony serca czyste; głuche, tętno zwolnione 50. Brzuch ponad pępkiem wzdęty, w dołku podsercowym bolesny. Dolna granica żołądka na 3 palce poniżej pępka. Guza nigdzie wykazać nie można. Wątroba, śledziona niepowiększone. Mocz bez zmian.

I. Badanie żołądka przed operacją:

31. I. a) N a c z z o: wydobyto 500 ctm. sz. treści płynnej, mętnej, nieco żółtawej, bez wyraźnych resztek pokarmowych, o og. kw. = 60, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +. Pod drobnowidzem włókna mięsne, skrobia, tłuszcz, ciała wypocinowe, drożdże, czworniaki.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto 400 ctm. sz. treści mętnej z kawałeczkami białka, o og. kw. = 45, wolny HCl +, kw. mleczny = 0, pepton +, drożdże, czworniaki.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 400 ctm. sz. treści pokarmowej, o og. kw. = 35, wolny HCl +, kw. mleczny = 0. Drożdże, czworniaki.

Chory uskarża się na ciągle bóle w dołku podsercowym i w krzyżu, bóle tak znaczne, że spać nie może. Przeniesiono go do kliniki chirurgicznej, gdzie 9 lutego 1900 w y k o n a n o resectio pylori m. RYDYGIER [op. R. dw. Prof. RYDYGIER]. Po wycięciu znaleziono 2 ctm. ponad odźwiernikiem głębo-

ki wrzód, zajmujący połowę światła odźwiernika, o brzegach twardych, ściana żołądka w okolicy wrzodu zgrubiała. Badanie drobnovidzowe wykazało już ogniska nowotworowe.

Przebieg po operacji bez żadnych powikłań. Wymioty i bóle zaraz ustąpiły; apetyt się poprawił.

2 marca powraca na klinikę lekarską. Stan ogólny dobry waga ciała = 60 klg.

I. B a d a n i e ż o łą d k a w 3 t y g o d n i e p o o p e r a c y i :

3. III. a) N a c z e z o: wydobyto 30 ctm. sz. treści śluzowej, żółtawej, która oddziaływa obojętnie. Pod drobnovidzem: śluz, nabłonki, odosobnione włókna mięsne, laseczники, drożdży ani czworniaków niema.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: wydobyto po wlaniu 50 gr. wody, 50 ctm. sz. treści mętnej z kawałkami białka, o og. kw. = 16, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, śluz, nabłonki, jąderka.

c) O b i a d p r ó b n y: wydobyto 50 ctm. sz. gęstej treści pokarmowej, o og. kw. = 25, wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, peptonu ślad, pod drobnovidzem: cząstki pokarmowe w obfitej ilości, włókna mięsne dobrze utrzymane.

15 marca 1900 r. opuszcza klinikę wyleczony. Ciężar ciała 61.20 klg. Brzuch niebolesny, w okolicy żołądka pluskania, ani ruchów perystaltycznych wykazać nie można.

Zawezwany zgłasza się ponownie 15 czerwca 1900 r. Od czasu zabiegu operacyjnego czuje się zupełnie zdrowym i zdolnym do pracy. Apetyt ma dobry, jeść może wszystko i nie doznaje żadnych przypadłości żołądkowych. Stolec prawidłowy.

Odżywianie doskonałe, waży 66.20 klg. Język wilgotny, lekko obłożony. W płucach nowych zmian nie stwierdzamy. Tętno 60, dobrze napięte, tony serca czyste. Na brzuchu gładka blizna. Brzuch niebolesny, ruchów perystaltycznych żołądka nie widać. Pluskania w żołądku czczym niema. Guza nigdzie wyczuć nie można. Dolna granica sztucznie wydętego żołądka na $3\frac{1}{2}$ palca ponad pępkiem; żołądek łatwo zatrzymuje powietrze. Wątroba i śledziona niepowiększone.

II. B a d a n i e ż o łą d k a w 4 m 6 d n i p o o p e r a c y i :

14. IV. a) N a c z e z o: nie wydobyć nie można, po wlaniu 100 gr. wody wydobyto około 100 ctm. sz. treści żółtawej, śluzowej, która oddziaływa obojętnie; pod drobnovidzem: śluz, liczne nabłonki, jąderka, odosobnione komórki roślinne.

b) P r ó b a b i a ł k o w a: po wlaniu 50 gr. wody wydobyto około 50 ctm. sz. treści wodnistej bez cząstek białka, śluz

zawierającej, oddziaływanie obojętne; nabłonki wałeczkowe, ciałka wypocinowe, jąderka.

c) O b i a d p r ó b n y: po $2\frac{1}{2}$ godzinach z żołądka nie można wydobyć; dopiero, po właniu 100 gr. wody, otrzymano 80 ctm. sz. treści śluzowej, jasnej z nielicznymi kawałeczkami mięsa, oddziaływanie słabo kwaśne, o og. kw. = wolny HCl = 0, kw. mleczny = 0, pepton +, pod drobnowidzem: włókna mięsne, skrobia, tłuszcz, drożdże.

Przypadek opisany interesującym jest z tego względu, że badania żołądka zdawały się przemawiać więcej za wrzodem, aniżeli za sprawą nowotworową. Już przed operacją na podstawie spostrzeżeń, które poczynił prof. GLUZIŃSKI, a które gdzieindziej sam ogłosi, przypuszczaliśmy w tym przypadku, i jak się okazało słusznie, obecność nowotworu rakowego, rozwijającego się na tle wrzodu. Podejrzanie to było jedynie powodem wycięcia odźwiernika, gdyż oglądanie przed operacją, a nawet obraz makroskopowy po wycięciu jego, nie uprawniał do rozpoznania raka, tembardziej, że wiek młody chorego, brak powiększenia gruczołów limfatycznych zdawały się przemawiać przeciw sprawie nowotworowej. Dopiero mikroskop wykazał kilka ognisk rakowatych. Wynik leczniczy operacji nazwać można dla chorego idealnym. Wszystkie dolegliwości żołądkowe szybko ustąpiły, a odżywianie poprawiło się znakomicie, wykazując przyrost ciężaru ciała po 4 miesiącach 11.70 klg.

Mechanizm żołądka nie tylko wrócił szybko do stanu prawidłowego, ale po 4 miesiącach obserwacji stwierdziliśmy szybsze wydalenie pokarmów do jelit. Już bowiem po $2\frac{1}{2}$ godz. po obiedzie próbnym żołądek prawie nie zawierał cząstek pokarmowych. Pojemność żołądka wróciła do stanu prawidłowego, a dolną granicę jego stwierdziliśmy obecnie na $3\frac{1}{2}$ palca ponad pępkiem. Żołądek wydęty jest w stanie przez dłuższy czas zatrzymać powietrze i dobrze się zarysowuje.

Czynność wydzielnicza uległa zmianie. Zamiast dawnego sokotoku stwierdzamy szybki spadek wydzielania HCl poniżej stanu normalnego, przy zwiększonem nieco wydzielaniu śluzu. Żałować należy, że nie mogliśmy zbadać zachowania się pepsyny, zdaje się jednak, że wydziela-

nie jej nie uległo większej zmianie jak świadczy o tem obecność peptonu przy obiedzie próbnym. Mieliliśmy zatem obraz już rozpoczynającego się nieżytu śluzowego. Obecność żółci dość stale stwierdzaliśmy w żołądku.

Przypadek pierwszy, który zakończył się śmiertelnie 13-go dnia po operacyi, notujemy jako interesujący z tego względu, że oględziny pośmiertne nie wykazały żadnej przeszkody anatomicznej do posuwania się treści pokarmowej, a mimoto żołądek stale był wypełniony treścią tak, że musiano go często przepłukiwać. Z konieczności przyjąć należało porażenie ścian żołądka po operacyi. Ono było przyczyną zalegania treści pokarmowej i spowodowało w końcu pęknięcie szwu i zejście śmiertelne.

Wycięcie odźwiernika w przypadku drugim o ile wnieść możemy z wywiadów chorego i jego ogólnego stanu wkrótce po operacyi, wpłynęło niewątpliwie korzystnie na czynność ruchową żołądka. Zmniejszyły się rozmiary znacznie rozszerzonego dawniej i obniżonego żołądka. Poprawa ta jednakowoż nie była stałą. Po roku względnego zdrowia występują dawne objawy chorobowe, które trwają przez cały szereg lat. Wymiotom zapobiegał chory przepłukując sobie żołądek. Po 4¹/₂ latach badając chorego znaleźliśmy obok podupadłego odżywiania. trwające dalej bardzo znaczne upośledzenie mechanizmu żołądka, a i chemizm wykazuje jeszcze poważne zmiany. Spotykamy się teraz z nadmiernem wydzielaniem kw. solnego, który pomimo usunięcia przeszkody w wydalaniu pokarmów z żołądka do jelit, nie ustąpił w zupełności, lecz jak wnieść możemy z objawów podanych nam przez dobrze obznajomionego ze swoim stanem chorobowym chorego, pozostał i nadal do ostatniej chwili.

Stwierdziliśmy obecność nadmiernego wydzielania HCl, zarazem już rozpoczynające się zwyrodnienie błony śluzowej w myśl podanych wyżej uwag. Co więcej wraz z trwaniem nieżytu kwaśnego, przebiega w dalszym ciągu wrzód okrągły żołądka, który wreszcie, przebijając jego ścianę, kładzie kres życiu chorego. Wycięcie zatem

odźwiernika nie usunęło radykalnie cierpienia, bo nie usunęło nadmiernego wydzielania kwasu solnego, które zdaniem naszym było momentem usposabiającym do powstania nowego wrzodu okrągłego. Wrzód ten [a może było ich kilka] był przyczyną ponownej niedomogi ruchowej, gdyż z jednej strony mógł on powodować zwężenie światła nowo wytworzonego odźwiernika, z drugiej strony, wywołując tkankolącznowe zwyrodnienie ściany samego żołądka, mógł wpłynąć na upośledzenie jej kurczliwości.

O wiele korzystniejszy wpływ wywarła resekcyja w przypadku trzecim. Szybko wróciła sprawność mechaniczna nie tylko do stanu prawidłowego, ale była nawet przyspieszoną, a w miejsce sokotoku z nadmiernem wydzielaniem HCl, zjawiał się nieżyt śluzowy, jako objaw towarzyszący sprawie nowotworowej, która niewątpliwie rozwinęła się na tle wrzodu okrągłego.

Żółć w obu przypadkach dostawała się do żołądka.

Chcąc wypowiedzieć zdanie o wartości wycięcia odźwiernika niepodobna tego uczynić na podstawie tylko dwu przypadków, tembardziej, że w obu wprost odmienne otrzymaliśmy wyniki. Trudniej jeszcze porównać oba zabiegi operacyjne ze sobą i ocenić który z nich daje korzystniejsze wyniki. To jednakowoż jest pewnem, że wycięcie odźwiernika jest nierównie cięższym zabiegiem dla chorego i na większe naraża go niebezpieczeństwo. Jeśli dodamy do tego, że i wycięcie nie leczy wrzodu samego radykalnie i nie wyklucza możebności powstania nowych wrzodów, przy trwającej dalej nadmiernej kwasocie żołądka, to chętniej skłaniamy się ku zabiegowi łagodniejszemu gastroenterostomii, to też i w naszych przypadkach prof. RYDYGIER wykonał wyłącznie tylko gastroenterostomię. Nie wyklucza to jednakowoż wcale wskazania do resekcji odźwiernika w pewnych przypadkach wrzodu żołądka. Wskazania te, które oznaczył RYDYGIER zalecając swą resekcyę pozostają i nadal niewzruszonymi, a są niemi: ciągle krwawiący wrzód, który podkopując znacznie siły chorego może zagrażać jego życiu, przedziurawienie ściany żołądka, wreszcie te wszystkie przypadki zwężenia odźwiernika,

które budzą choćby najmniejsze podejrzenie rozpoczynającego się już nowotworu na tle wrzodu okrągłego.

Co do trwałości skutków po obu zabiegach operacyjnych, to na podstawie naszych spostrzeżeń widzimy utrzymującą się poprawę, względnie nawet wyleczenie przez szereg miesięcy. Jeden z naszych chorych po 2 latach od czasu wykonania gastroenterostomii jest zupełnie zdrowym, a chemizm i mechanizm jego żołądka zmian nie okazuje. Wyleczenia zupełnego i trwałego możemy się spodziewać w tych przypadkach, w których chemizm żołądka wrócił do stanu prawidłowego lub w których, w miejsce nieżytu kwaśnego, rozwinęła się niedomoga wydzielnicza albo nieżyt śluzowy. Przypadki, w których utrzymuje się po operacji nadal nadmierne wydzielanie HCl, zachowują się rozmaicie. Jedni chorzy mimo tego zboczenia w chemizmie czują się dobrze, drudzy, jakkolwiek stan ich ogólny znakomicie się poprawia, jednak mają przez czas dłuższy jeszcze podmiotowe dolegliwości w postaci zgagi, gnienienia, inni wreszcie nawet w kilka miesięcy po operacji okazują typowe objawy trwającego dalej wrzodu okrągłego żołądka [ból, wymioty, krwotoki]. Wszyscy jednak stale okazują znaczną poprawę ogólnego odżywiania, a stopień ich dolegliwości, jeżeli takowe są, ani w porównanie iść nie może z tym, jaki był przed zabiegiem operacyjnym. Mimo niekorzystnego wpływu wycięcia odźwiernika, jaki był w przypadku 16-ym, wyleczenie i po tym zabiegu operacyjnym może być trwałe, jak dowodzi tego przypadek RYDYGIERA, dotyczący chorej Karoliny Pfeunig, która obecnie po latach 19 od czasu operacji, jest zupełnie zdrową i przeżyła dotąd kilka porodów.

Jak wpływają gastroenterostomia i resekcja odźwiernika na losy wrzodu okrągłego?

W klinice naszej rozpoznanie wrzodu, oprócz krwotoków, opieramy zazwyczaj na objawach podmiotowych chorego, na wykazaniu bolesności w okolicy żołądka, a zwłaszcza na zboczeniach w jego chemizmie i mechanizmie. Z ustaniem tych przypadłości możnaby uważać klinicznie wrzód za zagojony—tak jednak nie jest.

Trudną więc jest rzeczą orzec z całą stanowczością, jak zachowuje się wrzód po operacji. Opierając się na podmiotowych uczuciach chorych oraz na badaniu przedmiotowym po operacji, mielibyśmy prawo twierdzić, że zabliźnienie to miało miejsce w większej części przypadków, zwłaszcza tych, w których stwierdziliśmy ustąpienie nadmiernego wydzielania kw. solnego, lub pojawienia się niedomogi wydzielniczej. Brak bowiem HCl , jak wspominaliśmy, ułatwia wielce zabliźnienie wrzodu.

W pierwszych dniach po operacji stwierdziliśmy krwawienie u chorej Nr. 5, to jednakowoż szybko ustało i odtąd nie widzieliśmy go nigdy. Tu badanie żołądka wykazało szybką niedomogę wydzielniczą HCl , były więc warunki do zabliźniania się wrzodu. W trzech innych przypadkach [2, 7, 16] krwawienie utrzymywało się nadal, stwierdziliśmy go jeszcze po 4 i 11 miesiącach. Wrzód więc nie uległ zabliźnieniu, lecz istniał dalej. Kilkoletnie trwanie wrzodu żołądka, powstałego świeżo po wycięciu pierwotnego wrzodu odźwiernika widzieliśmy w przyp. 16-tym, w którym ostatecznie nastąpiło przedziurawienie ściany żołądka. W tych wszystkich 3 przypadkach widzimy utrzymujący się nadal sokotok, a w 2 z nich nawet znacznego stopnia hyperchlorhydryę. Tak więc widzimy, że i losy wrzodu okrągłego zawisłe są od zachowania się chemizmu żołądka. Im dłużej utrzymuje się sokotok i nadmierne wydzielanie HCl , tem dłużej nie możemy być pewni zabliźnienia się wrzodu, gdyż nawet po wycięciu jednego [Nr. 11] nowe wytworzyć się mogą.

A teraz kilka uwag ogólnych dotyczących wrzodu okrągłego żołądka, które nastręczają nam nasze przypadki.

Przyjęte jest zdanie, że kobiety częściej zapadają na wrzód niż mężczyźni. Z zestawienia i uwag prof. GLUZIŃSKIEGO ¹⁾ odnośnie do przewlekłego wrzodu żołądka pokazuje się, że stosunek ten, zwłaszcza odnośnie do opero-

¹⁾ GLUZIŃSKI. O leczeniu wrzodu żołądka. Odczyty kliniczne. Warszawa 1900 r.

wanych dotąd przypadków, przedstawia się wręcz odwrotnie.

Stosunek wrzodu u mężczyzn i kobiet podaje np. BRINTON jak 2 : 1, ANDERSON na 35 przypadków znalazł go tylko 3 razy u mężczyzn. Jeżeli jednakowoż zestawimy przypadki operowane z powodu wrzodu lub jego następstw—które opisują CARLE—FANTINO i KAUSCH—to mężczyźni stanowią u nich liczebnie o wiele większy procent. Doliczywszy przypadki nasze znajdziemy na 65 chorych 45 mężczyzn a 20 kobiet.

Co się tyczy wieku chorych, to mieliśmy pomiędzy 20—30 rokiem życia 7 przypadków, między 30—40 rokiem 8 przypadków, 40—55 rokiem 0, a między 50—55 rokiem 2 przypadki. Najczęściej zatem spotykamy wrzód okrągły między 30—40 rokiem życia.

Wszyscy nasi chorzy rekrutowali się z klasy robotniczej, odżywiali się zazwyczaj źle, a zwykłą u nich dyetą były pokarmy roślinne. Spostrzeżenie to nie stoi w zgodzie z twierdzeniem LOHLERN'a, który twierdzi, że wrzód żołądka oraz nadmierne wydzielania kwasu solnego zdarzają się bardzo rzadko u ludzi, którzy jadają mało mięsa, a żywią się przeważnie pokarmami roślinnymi. Również protokoły sekcyjne zakładu anatomo-patologicznego w Krakowie oraz statystyka KROKIEWICZA sekcji szpitala lwowskiego wykazują, że wrzód okrągły żołądka zjawia się u ludności wiejskiej bardzo rzadko, częściej natomiast rak żołądka. Nasze spostrzeżenia zapatrywań tych nie potwierdzają. Owszem spotykaliśmy w klinice lwowskiej, tak stałej, jak i u chorych przychodnich nadzwyczaj często wrzód żołądka i to przeważnie u ludzi biednych, należących do klasy robotniczej.

Wy tłumaczenie tych szczegółów znajduje GŁUZIŃSKI ¹⁾ na podstawie własnych spostrzeżeń i sprawozdań innych autorów w tej okoliczności, że ludzie zamożniejsi, dotknięci wrzodem żołądka mogą się wcześniej leczyć i le-

¹⁾ l. c.

czą się, stąd nie tak często przychodzi u nich do tych późnych okresów choroby, jakie cechują się już objawami następnej niedomogi ruchowej żołądka, która wymaga leczenia chirurgicznego. Dowodzi to tylko skuteczności leczenia wewnętrznego wrzodu żołądka. Ludność uboga, a ta w przeważnej części przypadków stanowi tak u nas, jak i wszędzie, materyał kliniki i szpitala, niechętnie się leczy i nie zawsze leczyć się może; stąd tak znaczny znajdujemy wśród niej procent zastarzałych postaci wrzodów, które ją zmuszają z konieczności do szukania porady lekarskiej.

Skoro prof. GLUZIŃSKI zwrócił naszą uwagę na jakość żywienia się chorych, którzy zgłaszali się do kliniki lekarskiej, mogliśmy się nieraz dowiedzieć, że ludzie ci bardzo często spożywali w obfitej ilości potrawy ostre, jak cebulę, a zwłaszcza czosnek. Ten ostatni stanowi niemal codzienny pokarm ludności w niektórych okolicach podgórskich wschodniej Galicyi. Ludność ta zjada go w ciągu dnia przygotowując nim potrawy, oraz na czczo wraz z chlebem jako śniadanie. Możliwy przypuszczać, że przyprawa ta, drażniąc silnie i przez dłuższy czas żołądek, może powodować trwałe przekrwienie błony śluzowej żołądka, wywoływać nadmierne trwałe wydzielanie kwasu solnego, które znowu powoduje, a może tylko ułatwia powstawanie wrzodu żołądka. Spostrzeżeń dotąd mamy za mało, by można z nich pewniejsze wyciągnąć wnioski, należałoby jednak w tym kierunku baczniejszą zwrócić uwagę.

W wywiadach naszych chorych częściej od innych chorób spotykaliśmy się z przebytą zimnicą.

Umiejscowienie wrzodu w naszych przypadkach było najczęstsze w samym odźwierniku lub części odźwiernikowej, co odpowiadałoby w zupełności statystyce sekcyjnej GLUZIŃSKIEGO ¹⁾, według której część odźwiernikowa i odźwiernik zajęte były wrzodem w 56% przypadkach.

¹⁾ l. c.

Co do ilości owrzodzeń, to zazwyczaj spotykaliśmy jedno, najczęściej w okolicy odźwiernika, rzadziej więcej jak to miało miejsce np. w przypadku 12, w którym obok odźwiernika znaleźliśmy rozległą bliznę ściąającą się na przedniej ścianie żołądka. Blizna nadawała żołądkowi kształt klepsydry.

Na 17 przypadków, 11 chorych wspomina o wymiotach krwawych i czarno zabarwionych stolcach. U niektórych z nich krwawienie wrzodu stwierdziliśmy w czasie pobytu w klinice. Obliczając procentowo mielibyśmy zatem w 64.70% przypadkach wymioty krwawe.

Badania nad zachowaniem się czynności mechanicznej i wydzielniczej żołądka, wykazały prawie u wszystkich naszych chorych obecność sokotoku kwaśnego, a często nadmierne wydzielanie HCl, oraz mniejsze lub większe upośledzenie mechanizmu żołądka. Towarzyszyły one zawsze wrzodowi okrągłemu odźwiernika lub następczemu bliznowatemu zwężeniu. Ta stałość, z jaką spotykaliśmy równocześnie obok siebie te wszystkie objawy, nasuwać musiała z konieczności przypuszczenie, że nie są one zjawiskiem przypadkowym, lecz że musi pomiędzy nimi zachodzić jakiś ściślejszy przyczynowy związek. I tu może być tylko dwojaka ewentualność: albo wrzód jest pierwotnym i powoduje zaburzenia w mechanizmie i chemizmie żołądka, albo odwrotnie pierwotnem jest nadmierne wydzielanie HCl, a wrzód jest cierpieniem następczem. Pierwszemu zapatrywaniu hołdują przeważnie autorowie francuscy, a z całą stanowczością bronią go CARLE i FANTINO. W ostatnich czasach większość poważnych autorów uważa zaburzenia w czynności chemicznej żołądka za sprawę pierwotną, w następstwie której wrzód okrągły wytworzyć się może. [JAWORSKI, KORCZYŃSKI, RIEGEL, GLUZIŃSKI, BOAS i inni].

Nasze spostrzeżenia nie pozostawiają nam żadnej wątpliwości, że więcej uzasadnionem jest zapatrywanie ostatnie. Przedewszystkiem prawie u wszystkich chorych wykazać mogliśmy, że stan żołądka przed wystąpieniem objawów wrzodu i zwężenia odźwiernika, nie był prawidłowy. Skarzyli się oni długo przedtem na zgagę, odbijania

kwaśne po jedzeniu, a dopiero z biegiem czasu pojawiać się zaczęły wymioty pokarmowe, czasami zaś krwawe. Objawy powyższe świadczyły o istniejącem w pierw zaburzeniu w czynności wydzielniczej żołądka i odpowiadały nadmiernemu wydzielaniu HCl. Później dopiero, czy to wskutek skurczu odźwiernika z powodu wrzodu, czy to bliznowatego zwężenia, zjawily się zaburzenia w mechanizmie żołądka. Za zapatrywaniem jednak naszym najbardziej stanowczo przemawiają wyniki zabiegów operacyjnych, podjętych celem usunięcia przeszkody w sprawności ruchowej żołądka. Jeżeli zwężenie odźwiernika jest jedyną i wyłączną przyczyną hyperchlorhydrii, to z nieubłaganą koniecznością musiałaby ona zawsze ustąpić po operacji, zwłaszcza w tych przypadkach, w których wrócił mechanizm żołądka do stanu prawidłowego. Tak jednakowoż, jak się przekonałismy, nie jest. Owszem nadmierne i trwałe wydzielanie się HCl utrzymywać się może nadal, a nawet wykazywalismy czasem przy próbach trawienia wyższy stopień ogólnej kwasoty, aniżeli przed operacją. Zboczenie to w czynności wydzielniczej żołądka trwać może po zabiegu operacyjnym całe lata, a wrzód przebiega dalej tylko z tej przyczyny, że znajduje w nadmiernej kwasocie przeszkodę w zabliznieniu się. Dla tej samej przyczyny i usunięcie owrzodzenia drogą operacji nie zapobiega powstawaniu nowych wrzodów żołądka. Dlaczego nie zawsze znajdujemy nadmierne wydzielanie kw. solnego przy wrzodzie żołądka i dlaczego często obniża się kwasota lub znika HCl po operacji, wyłuszczyliśmy już powyżej, przytaczając zarazem zapatrywania JAWORSKIEGO na opisywane przez autorów przypadki wrzodów, które przebiegały z brakiem wolnego HCl.

Zdaniem więc naszym nadmierne wydzielanie HCl w czasie trawienia [hyperchlorhydria, hyperaciditas digestiva] poprzedza zawsze powstawanie wrzodu okrągłego żołądka [ulcus rotundum CRUVEILHIER'a]. Możliwą jest także rzeczą, że i trwałe wydzielanie HCl [hypersecretio continua] w pierw aniżeli wrzód okrągły rozwinąć się może. Zdaje się jednak, że wyraźne objawy sokotoku zaczy-

nają się zjawiać z chwilą rozpoczynającej się już niedomogi ruchowej. W każdym razie sokotok również jest stałym zjawiskiem towarzyszącym wrzodowi. Pierwotny sokotok RAJCHMANA, pomijając przypadki na tle nerwowym, należy do wielkich rzadkości. Nam przynajmniej w klinice lekarskiej, wśród olbrzymiego materiału chorób żołądkowych, dotąd nie udało się go ani razu rozpoznać. Zawsze wszystkie przypadki, na pozór odpowiadające sokotokowi RAJCHMANA, z upośledzoną choćby nieznacznie funkcją mechaniczną, po dłuższej obserwacji okazywały się owrzodzeniami lub zwężeniami bliznowatymi odźwiernika, co stwierdzał następnie zawsze zabieg operacyjny, jak to podniósł prof. GLUZIŃSKI w wykładzie swoim na tegorocznym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. To też sokotok w przeważnej liczbie przypadków, jeśli nie zawsze, odnieść należy do wrzodu żołądka lub zwężenia odźwiernika. Również zdaniem naszym i nieżył kwaśny żołądka [JAWORSKIEGO] jako cierpienie pierwotne, nie jest częstym a zazwyczaj towarzyszy wrzodowi.

Podnosząc z naciskiem znaczenie nadmiernego wydzielania HCl w powstawaniu wrzodu żołądka, nie twierdzimy wcale, jakoby było ono wyłączną jego przyczyną. GLUZIŃSKI ¹⁾ w swej pracy o nadżerkach i owrzodzeniach powierzchniowych żołądka i ich stosunku do wrzodu żołądka, rozpatrując bogaty materiał sekcyjny przychodzi do wniosku, że wrzód okrągły CRUVEILHIER'a powstaje z małych nadżerek i owrzodzeń, które często znaleźć można w żołądku w różnych stanach patologicznych. Różnią się one między sobą tylko ilościowo, a nie jakościowo i gdy pierwszy stanowi ostatni okres zmian chorobowych, to nadżerki i owrzodzenia są zmianą świeżą. Te początkowe zmiany rzadko dochodzą do rozmiarów

¹⁾ Pamiętnik jubileuszowy wydany na cześć E. KORCZYŃSKIEGO, Kraków 1900.

wrzodu okrągłego, zazwyczaj łatwo się goją. W warunkach atoli niekorzystnych mogą one okazywać wszystkie cechy wrzodu okrągłego. Jedną z najważniejszych przyczyn, jeśli nie jedyną, przeszkadzających gojeniu się takich erozji, jest zboczenie w czynności chemicznej żołądka, a mianowicie nadmierne wydzielanie HCl. W tem znaczeniu uważamy hyperchlorhydrię za przyczynę powstawania wrzodu żołądka.

Wrzód żołądka przebiegać może jak wiemy szeregi lat. Na przebieg ten wpływa jak wyżej powiedzieliśmy stan funkcji chemicznej. Dlatego też w leczeniu wrzodu okrągłego usiłowania nasze winny być skierowane przeciwko nadmiernemu wydzielaniu kw. solnego, które winno być również zadaniem naszym w odnośnych przypadkach i po zabiegu operacyjnym.

W zakończeniu poczuwam się do miłego obowiązku złożenia serdecznego podziękowania JW. Prof. Dr. A. GŁUZIŃSKIEMU za odstąpienie mi materyału do niniejszej pracy, oraz za zachętę i wskazówki przy niej.

Serdecznie dziękuję również Radcy dworu prof. RYDYGIEROWI za łaskawe pozwolenie korzystania z historii chorób swojej kliniki, odnoszących się do części chirurgicznej naszych przypadków.

ANATOMIA PATOLOGICZNA I PATOGENEZA ŻYLAKÓW (*varices*).

Przez **Zdzisława Sławińskiego**.

[Praca nagrodzona na konkursie im. W. Koczorowskiego].

(Ciąg dalszy).

P r z y p a d e k 15. Mężczyzna lat 50, chudy, średniego wzrostu. Emphysema pulmonum, pleuritis exsudativa sinistra, aneurysma aortae, tabes dorsalis.

Na lewej goleni [powierzchnia wewnętrzna] żylaki węzowate podskórne.

Saphena magna sinistra, długości 67 ctm., ma zastawki przy ujściu i o 1 ctm. poniżej [w femoralis nad ujściem saphenae zastawek niema], zresztą na całym pniu zastawek wyraźnych nie widać. Pod kolanem wlewa się odnoga podskórna, dotknięta rozszerzeniem. Na saphena magna prawej, szerszej niż lewa, również niema zastawek, oprócz 2 przy ujściu; w v. femoralis toż samo.

W środkowej części saphenae femoris sinistrae, pod śladami zastawek, widoczne jest na rozciętej wzdłuż żyły nieznaczne okrągławe wypuklenie wewnętrznej powierzchni ściany, poprzecznie drobno pofałdowane. Ściana naczynia cienieje w tem miejscu z 0,5 do 0,09 mm. W A. uderzają wielkie i liczne naczynia pośród cienkiej warstwy włókien sprężystych; mięśni podłużnych niema. M. składa się z grubych i długich pęczków okrężnych z wyraźną

tkanką sprężystą nawet na miejscu przyczepu zastawki, z której pozostał ślad, jako cienka fałda tkankolącznowa, wysłana śródbłonkiem. Int. otacza całe światło jako rozlane zgrubienie, lecz w najcieńszej ścianie niema jej wcale. El. int. wszędzie widoczna, ciągła, falista, odsunięta jest nazewnątrz, lub rozszczepiona na kilka włókien. Tkanka łączna Int. zawiera liczne i wielkie komórki mięsne podłużne w delikatnej siatce sprężystej; zewnętrzna część tej warstwy jest wyraźnie szklista. Ectasia cirsoidea ma wogóle cienką i powyginaną ścianę, na jej wewnętrznej powierzchni widać nadto liczne, cienkie wyrostki, sięgające mniej lub więcej w głąb światła. Grubsza ściana [do 0,65 mm.] stanowi zaledwie trzecią część obwodu światła. W A. bardzo liczne i wielkie naczynia z przerośniętą Int. wypełnione krwią, oraz kapilary i nerwy; w kilku miejscach drobne wylewy krwawe w tkankę łączną, lecz nacieczeń drobnokomórkowych niema. M. wogóle bardzo słaba. O istnieniu jej świadczą pojedyncze cienkie pęczki mięsne o powikłanym układzie, rozsunięte przez szerokie pasma jednolitej tkanki łącznej. Tkanka łączna widoczną jest tu nieraz w kształcie grubowłóknistych pęczków mocno zabarwionych, zupełnie podobnych do spotykanych normalnie w A., przeważnie zaś nie jest ona włóknista, a bardziej jednolita, z czego warstwa cała podobną się staje do Int. Że mięśnie należą do M. przekonywa przebieg el. int. Leży ona bowiem jako grube, lecz nie zawsze ciągle włókno pomiędzy zgrubiałą i jednolitą I., zawierającą pojedyncze komórki mięsne i siatkę sprężystą, a M., jako warstwą, cienkich wprowadzie, pęczków mięsnych.

Ścieńczoną ścianę tworzą przeważnie grube, jednolite pęczki tkankolącznowe ze śladami pęczków mięsnych. Int. wogóle zachowana jest dobrze, jako cienka warstwa. Wyrostki ściany wewnętrznej przedstawiają się tu jako zdwojenia, wysokie fałdy Int., pośrodku których leżą szkliste pęczki tkanki łącznej. Wszelako spotyka się i płaskie zgrubienia. Int. — o tkance łącznej tak zwyrodniałej, że sprawia wrażenie chrząstki. A. sprężysta jest wogóle słaba i mało unaczyniona.

P r z y p a d e k 16. Mężczyzna lat 56. Carcinoma ventriculi et hepatis secundarium. Nieznaczne cirsoidei na lewej goleni.

Rozszerzony pień saphenae femoris ma grubą [0,9—1,3 mm.] lecz niejednostajnie ścianę, zdarzają się tu bowiem odcinki 0,3—0,45 mm. A. składa się z grubych, przeważnie okrężnie przebiegających włókien sprężystych falistych; z nielicznych i drobnych pęczków mięsnych podłużnych oraz licznych naczyń. M., jednakowej prawie grubości na całym obwodzie naczynia [0,3—0,4], utworzona jest z pęczków mięsnych, okrężnych coraz grubszych w kierunku A. Pęczki te rozsuwa niekiedy, wrastająca między nie, unaczyniona tkanka łączna; rusztowanie jej sprężyste wyraźne i grube. W naczyniu tem podkreślić należy niezwykły rozrost Int. Widoczna ona jest tu wszędzie jako warstwa dość szeroka [0,25 mm.], a zarazem spostrzegać się dają bardzo liczne i znaczne [0,4—0,55 mm.] zgrubienia półksiężycowate, wyrównywające czy zmniejszające na rozległych przestrzeniach światło wypełnionego świeżym skrzepem naczynia. W wyrażnie włókninkowatej tkance łącznej zjawia się tedy mnóstwo cienkich włókien sprężystych oraz komórki i pęczki mięsne w znacznej ilości. Przy świetle leżą zwykle komórki i drobne pęczki o kierunku podłużnym, nazewnątrz zaś ułożone są włókna mięsne okrężne, porozdzielane znowu przez grubsze pęczki mięsne podłużne. Gdzie wyniosłość jest znaczniejsza, tam komórki i pęczki owe rozpycha obfitsza, lecz zarazem bardziej jednolita tkanka łączna, i układ mięśni staje się bardziej nieprawidłowym, powikłanym. Komórki mięsne są wogóle silnie przerośnięte, przypominają co do wielkości włókna mięsne ciężarnej macicy. Na zewnątrz Int., przy M., leżą ściśle grube pęczki podłużne; tutaj zjawiają się i kapilary, podczas gdy w pozostałej warstwie rozrosłej Int. rzadko kiedy spotkać można kuliste drobne przestrzenie, w których leży jeden lub kilka czerwonych krążków krwi. El. int. gruba, falista i ciągła odsunięta zostaje na zewnątrz, w miarę jak Int. grubieje, i leży w wązkim pasmie wyraźnie włóknistej tkanki; częstokroć rozpada się ona na licz-

ne cieńsze włókna, lecz i wtedy jedno z nich, najbardziej na zewnątrz położone, różni się swą grubością od pozostałych.

W ectasia cirsoidea istnieją zawoje z grubszą [0,2—0,3 mm.] i ze znacznie ścięnczałą ścianą [0,07 mm.], nadto na jednym i tem samem naczyniu pewien odcinek ściany grubszy jest zwykle od pozostałego tejże obwodu. Na wewnętrznej powierzchni, zcieńczałej zwłaszcza ściany, widoczne są nieliczne wyniosłości płaskie lub wyrostki sierpowate.

W grubszej ścianie wyraźna jest zwykle M. o rozmaitym kierunku mięśni, lecz zgrubienie ściany zależnem też bywa całkowicie od rozrostu ogniskowego Int. o zwyrodniałej szklistawej tkance. Cienka ściana składa się przeważnie z A. niekiedy zawierającej grube włókna spr. oraz z wąskiej I.; o istnieniu M. świadczą pojedynczo spotykane pęczki mięsne nazewnątrż od el. int. I w cienkiej jednak ścianie zdarzyło się tu widzieć wyraźnie zachowaną M.; pomiędzy grubymi pęczkami podłużnymi, leżały włókna spr.; w tem miejscu i Adv-spr. silnie była rozwinięta. Wogóle o Int. powiedzieć można, że często spotyka się tu szklistawo zwyrodniałą tkankę. A. jest słabo unaczyniona.

P r z y p a d e k 17. Kobieta lat 67. Arteriosclerosis, pleuritis, nephritis chronica.

Na prawej goleni wielki żylak kulisty na pniu saphe-nae; poniżej ectasia cirsoidea bardzo znaczna na odnogach podskórnych; rozszerzenia te są jakby zespolone w jeden guz.

Na lewej goleni nieznaczne w porównaniu do prawej varices cirsoidei.

W żylaku kulistym, wypełnionym przylegającym skrzepem, na wewnętrznej powierzchni cienkiej wogóle ściany [0;15 mm. niekiedy 0,06] widoczne są niewielkie pagórkowate wyniosłości [do 0,9 mm.].

W kilku zaledwie miejscach ściana jest nieco grubsza [0,4 mm.] z wyraźnie zachowaną M. pośród unaczynionej tkanki łącznej; przeważnie zaś ściana składa się z pasma tkanki łącznej, szklistawo zwyrodniałej, w której odróżnić

można kilka warstw. Śródbłonek częstokroć ginie, a natomiast zjawiają się kuliste, drobne przestrzenie, wysłane śródbłonkiem i wypełnione skrzepem [kanalizacja skrzepu]. Nazewnątrż leży pasmo szklistawej i jednolitej tkanki z nielicznymi, lecz wielkimi komórkami mięsnymi, oraz liczne i szerokie kapilary. Potem idzie warstwa tkanki łącznej o grubych pęczkach i znowu warstwa większych naczyń [A]. El. int. w kształcie króciutkich lecz grubych włókien; tkanka sprężysta A mocna.

W ectasia cirsoidea wklęsła część zawoju ma ścianę wogóle grubszą od wypukłej. Na wewnętrznej powierzchni ściany istnieją wzgórkowate wyniosłości. A. bardzo szeroka z mocną tkanką sprężystą i olbrzymimi naczyniami. M. widoczna jest prawie wszędzie we wklęsłej grubszej ścianie, niekiedy stanowi ona również znaczną część ściany wypukłej, tworząc nieznaczne wyrostki. Int. jako warstwa [0,2—0,3] wyściela całe światło; jej zgrubienia wystają do światła. El. int. ulega częstokroć przerwom, lub na jej miejscu zjawia się nieraz pasmo grubych włókien sprężystych, odsuniętych na zewnątrz przez rozrośniętą I.

W guzie żyłakowatym kształt naczyń zmienia się dzięki szczelnemu przyleganiu ich do siebie. Powstają tu znaczne wypuklenia pewnej części obwodu światła, owdzie załamuje się ono, tworząc grube fałdy z obu ścian złożone; nadto zaś wyrostki, znajdujące się normalnie na wewnętrznej powierzchni ściany, dosięgają tu niezwyklego rozwoju i ilości. Należy wreszcie dodać, że skrzep, wypełniający naczynia, ulega kanalizacji i organizacyi, niekiedy w postaci smug lub ognisk, połączonych ze ścianą naczynia, co również wpływa na ukształtowanie wewnętrznej ściany.

A. z mocno rozszerzonymi naczyniami rozmaitej bywa grubości; tkanka sprężysta wogóle jest mocna, lecz nie jednostajna, trafiają się tu i pęczki mięsne podłużne. M. częstokroć znika zupełnie, niekiedy zaś składa prawie wyłącznie dość grubą ścianę [do 1,2 mm.]. Układ pęczków również jak ich grubość bardzo są różnorodne; w tkance łącznej liczne kapilary, niekiedy z niewielką ilością leukocytów dokoła. Zdarzają się bardzo szerokie kapilary,

położone w samych pęczkach mięsnych, oraz drobne wylewy krwawe. Int, widoczna jest prawie wszędzie jako ciągła warstwa, ulegająca nader licznym i znacznym zgrubieniom [od 0,03—do 0,7 mm.]. Zgrubienia te tworzą płaskie wyrostki, przeważnie zaś kuliste wyniosłości na cieńszej szypule. U podstawy ich przebiegają nieraz szerokie kapilary, szersze niż w A., wśród jednolitej szklistawo zwyrodniałej tkanki, która wogóle stanowi główną część składową tych wyniosłości. W mniej zmienionych częściach Int. widoczne są bardzo wielkie komórki mięśniowe, nawet całymi pęczkami; el. int., wogóle cienka i ciągła, grubieje nieraz przy wyniosłościach. Tutaj ilość tkanki spr. zależy od stanu tkanki łącznej; ginie ona w bardziej zwyrodniałych miejscach, gdy w innych tworzy gęste sieci, lub całe pęczki grubych włókien.

Światło rozszerzeń wypełnia skrzep, na znacznej przestrzeni niekiedy skanalizowany i zorganizowany. Śródbłonek przeto ginie, a natomiast zjawia się szereg znacznych kapilarów, porozdzielanych tkanką łączną o licznych komórkach tkankolącznowych. Wrasta ona pasmami w skrzep razem z kapilarami; nieraz widoczne są tu złogi żółtego barwnika. Wśród tej tkanki łącznej [organizacja] spotkać można niekiedy kuliste ogniska szklistawo zwyrodniałej tkanki łącznej, w postaci grubych koncentrycznie ułożonych pęczków [ogniska te podobne są z pozoru do t. zw. globes épidermiques].

P r z y p a d e k 18. Mężczyzna lat 77. Peritonitis diffusa acuta. Ulcus ventriculi, carcinoma ventriculi secundarium, nephritis mixta. Żylaki wężowate na prawej goleni.

Ściana rozmaitej jest grubości zależnie od danego naczyńia lub przekroju; najszersze miejsca dosięgają 0,75, najcieńsze zaś 0,7 mm.

Nikła tkanka sprężysta w A., unaczynionej obficie M. widoczna jest wszędzie, o rozmaitym układzie pęczków: w jednym przekroju optycznym przeważają okrężne mięsne, w innym podłużne lub skośne. Pęczki mięsne są wogóle cienkie, rozsunięte przez tkankę łączną włóknistą

z licznymi kapilarami. Niekiedy warstwa ta ma do 0,85 mm. szerokości; staje się ona natomiast bardzo wąska w ścianie ze zgrubiałą I. Rozrosty Int., bardzo często zjawiają się obok miejsc z zupełnym brakiem tej warstwy w postaci płaskich sierpowatych wyniosłości, wyrównywających światło [do 0,3 mm.]. W wielu miejscach tkanka łączna ulega ogniskowo lub smugami zwyrodnieniu szklistawemu, lecz i tu widzieć można wielkie komórki mięsne, są one obfitsze w lepiej zachowanej tkance. El. int. jest cienka, słabo zabarwiona, w szerszej I. grubiej znacznie i bardziej jest wyraźna; odcinki jej mocno zabarwione i faliste przechodzą naraz w cieniutkie, blade włókno lub nagle się przerywają.

Przypadek 19. Mężczyzna lat 60. Emphysema pulmonum, insufficiens cordis, aneurysma aortae, arteriosclerosis.

Wyraźne i znaczne żyłaki skórne na obu goleniach, jako zakończenia i przedłużenia odnóg podskórnych również węzowato rozszerzonych.

Szeroka saphenae ma ścianę od 0,4 do 1,0 mm. Int. [0,003—0,2] wyściela cały obwód światła. El. int. wyraźna, ciągła, w wielu miejscach z kilku włókien złożona lub odsunięta na zewnątrz przez gęstą siatkę sprężystą. Tkanka łączna niezmienniona, z licznymi pęczkami mięsnymi podłużnymi i włóknami okrężnymi. M., wogóle szeroka, składa się z okrężnych pęczków grubych, rozsuniętych przez obfitą tkankę łączną: we włóknach mięsnych spotykają się jądra świderkowate. W A. cienkie pęczki mięsne podłużne i mnóstwo naczyń bardzo szerokich, tkanka sprężysta z samych prawie włókien podłużnych złożona.

W rozszerzeniach węzowatych ściana jest wogóle gruba, w każdym jednak przekroju spotyka się i mniej lub więcej znaczne odcinki ściany bardzo cienkiej. Na wewnętrznej powierzchni ściany widoczne są pagórkowate wyniosłości [nieraz do 1,3 mm. wysokie], złożone z warstwy M. i I.; lecz przeważnie tworzy je sama Int. Wogóle I. otacza szeroką względnie warstwą [0,2 na 0,4 całej ścia-

ny] całe światło, ulegając nądto ogniskowym zgrubieniom, wrastającym w światło. El. int. niekiedy rozsypa na kilka włókien, tworzy wyraźną granicę od M. Na wewnątrz od niej leżą gęsto pęczki mięsne podłużne w siatce sprężystej, bliżej zaś światła włókna okrężne. W pagórkowatych zgrubieniach I. odróżnić można kilka warstw. Najbardziej wewnętrzna, przylegająca do wyraźnego śródbłonka, złożona jest z mocniej zabarwionej tkanki łącznej, zawierającej grubsze włókna sprężyste i jądra tkankolącznowe; zdarzają się tu niekiedy, w pobliżu śródbłonka, duże komórki kuliste lub owalne ze słabo zabarwioną zarodnią o kilku [4—5] wielkich jądrach. Warstwa ta jest wogóle cienka i nie wszędzie widoczna. Następujący nazewnątrz pokład zawiera w drobnowłókienkowatej tkance łącznej liczne, bardzo wielkie komórki mięsne zebrane niekiedy w pęczki, oraz kuliste otwory, w których spostrzedz można płaskie komórki śródbłonka i czerwone ciała krwi.

W miarę posuwania się na zewnątrz spotykają się kapilary coraz gęściej; niekiedy są tu one tak szerokie, jak naczynia w A. Nawet w cienkiej Int. tkanka łączna ulega zwyrodnieniu szklistawemu w postaci ognisk; o wiele częściej dotyczy to zgrubień I., gdzie pęczki mięsne podłużne, wśród normalnej tkanki łącznej tak są gęste, iż sprawiają wrażenie M.; oddziela je przecież od tej warstwy wyraźna el. int.

M. tworzy niekiedy grubą warstwę [do 0,6]; przeważnie zaś cienkie jej pęczki rozsunięte są przez unaczynioną tkankę. Tkanka sprężysta A. słaba, naczynia obfite.

Ściana żyłaków skórnych, położonych obok gruczołów potowych, tworzy liczne wygięcia zatokowate. M. widoczna jest wszędzie, lecz w różnej ilości i o rozmaitym układzie pęczków mięsnych pośród obficie unaczynionej tkanki. Tkanka spr. A. słabo rozwinięta, niewidoczna jest częstokroć na znacznej przestrzeni, gdy na innych przekrojach tworzy ona szeroką warstwę bardzo grubych włókien. Naczynia A. bardzo szerokie, z przerośniętą I. i mocną A.; spr. Int. otacza w żyłakach całe światło, nadając mu pofałdowane, kuliste zarysy; szerokość jej wynosi od 0,15 do

0,7 mm. na 0,2 do 1,4 niekiedy grubości całej ściany. Obfituje ona w istne sploty sprężyste z cienkich włókien; grubsze włókna przebiegają falisto wśród tej warstwy, rozdzielając ją na kilka pokładów. El. int. wyróżnia się przez swe najbardziej obwodowe położenie; jest ona nadto grubsza, lecz ulega znacznym przerwom. W tkance łącznej trafiają się nieliczne ogniska i smugi szklistawego zwyrodnienia.

P r z y p a d e k 20. Mężczyzna lat 72, średniego wzrostu, wychudzony. Pneumonia cruposa dextra, tuberculosis pulmonum, marasmus. Na lewym udzie i goleni nieznaczne i na niewielkiej położone przestrzeni żylaki węzowate podskórne.

W v. femoralis, ponad ujściem saph., ślad zastawek.

Sama saphena femoris rozszerzona bardzo nieznacznie. W połowie uda pień jej rozdwaja się i odnoga podskórna ulega rozszerzeniu węzowatemu, szerszy zaś odtąd pień ma dalszy przebieg falisty, lecz o płaskich wygięciach przylegających szczelnie do powięzi. Na pniu 4 żylaki ścienne pod czterema istniejącymi zastawkami [z wyjątkiem zastawki w ujściu]; w jednym, największym, zastawki leżą w samym żylaku, bliżej jednak górnego jego odcinka. Pod tuberositas tibiae wlewa się szeroka odnoga podskórna, posiadająca dwa żylaki ścienne [w jednym zastawki leżą w samym żylaku]; w dalszym przebiegu ulega ona rozszerzeniu węzowatemu.

Prawa saphena, również nierozszerzona, zachowuje przebieg prosty i na całej swej długości ma tylko 3 zastawki [Fig. 15]. W v. femoralis dextra zastawka leży pod ujściem.

Ściana saphenae sin. [0,5—0,6 mm]. ma bardzo silną M. o pęczkach okrężnych. A. mięśniowa słaba, również i sprężysta. I. składa się z samej prawie el. int. grubej, ciągłej na goleni [grubość ściany 0,3 mm.], zjawia się ona jako cienka warstwa na całym obwodzie, z wyraźną i ciągłą el. int. lecz o szklistawo zwyrodniałej tkance łącznej.

W okolicy 4-tej zastawki jedna połowa obwodu światła żyły uległa rozległemu, płaskokulistemu wypukleniu.

Na wewnętrznej tegoż powierzchni widać zastawki, przytwierdzone do cienkiej przeświecającej ściany, nadto liczne płytkie zagłębienia jamiste; jedno z takich zagłębień tworzy wierzchołek żylaka, uwydatniający się jako wypuklenie na zewnętrznej jego powierzchni. Badanie mikroskopowe wykazuje, że takie wgłębienia rozdzielone są przez przegrody w postaci wyrostków [0,7—0,8 mm.], złożonych przeważnie z M., na której spotkać można nadto szerszą warstwę I. W ściętych [do 0,045] odcinkach żylaka I. składa się tylko z el. int. grubej i falistej, przylegającej wprost do unaczynionej wyraźnie A., El. int., jako ciągle włókno wyścieła również owe wyrostki; rozrosty sprężystej tkanki odsuwają ją na zewnątrz. W grubszych miejscach ściany widoczna jest M. jako pęczki mięsne okrężne; w otaczającej je tkance łącznej, tudzież w grubszej Int. zdarza się nieraz zwyrodnienie szklistawe.

W mniejszym żylaku ściennym o wąskiej szypule, wypełnionym przylegającym ślisko skrzepem, ściana wogóle bardzo cienka [0,06—0,07], lecz i na niej widać nieznaczne wyrostkowate zgrubienia; jedno w kształcie maczugi [na poprzecznych przekrojach optycznych] sięga głęboko [0,9 mm.] w światło. Tworzy je zwyrodniała szklistawo I. z resztkami drobnych pęczków mięsnych oraz cienką lecz ciąglą el. int. W pośrodku tej fałdy, w zbitej tkance łącznej, przebiegają liczne, wypełnione krwią kapilary, na wolnej zaś jego powierzchni niema śródbłonna, a natomiast kaulizacja skrzepu. Pozostałą cienką ścianę tudzież mniejsze wyrostki całkowicie prawie tworzy zwyrodniała I. z ciąglą el. int., przylegającą do unaczynionej A. Ściana naczynia w tej okolicy mocna, lecz z ciąglą warstwą Int. nieznacznie zgrubiałej. W szypule żylaka el. int. również nie ulega przerwie, giną natomiast stopniowo pęczki okrężne M.; w jednym miejscu Int. tworzy tu ogniskowe zgrubienie.

Przypadek 21. Mężczyzna lat 52. Pneumonia et pleuritis tuberculosa, spondylitis tbc. Rozszerzenie węzłowe podskórnej odnogi na prawem udzie.

Pień saphenae mocno rozszerzony, posiada na udzie jeden żyłak ścienny pod zastawką; układ i ilość zastawek nienotowana.

Ściana saphenae gruba [0,65—0,7 mm.; w czym I. 0,01 0,07; M. do 0,45]. W A. słabo unaczynionej, grube pęczki podłużne, liczne i gęste zwłaszcza w okolicy zastawek. Tkanka sprężysta mocno rozwinięta; wewnętrzną część warstwy spr. tworzą włókna przeważnie okrężne, zewnętrzna zaś—podłużne. M. na przestrzeni pomiędzy przyczepami zastawek składa się z cienkich pęczków okrężnych, pooddzielanych szeroką warstwą tkanki łącznej. W przyczepach zaś składają się na nią grube pęczki podłużne, ułożone tuż pod el. int.; od następnej nazewnątrz warstwy grubszych znacznie pęczków podłużnych oddziela je cienka warstwa pęczków okrężnych. Int. w naczyniu widoczna jest jako śródbłonek, oraz el. int. w postaci falistej linii, częstokroć przerwanej na znacznej odległości, i złożonej z gęsto ustawionych obok siebie włókien sprężystych ¹⁾).

Poza przyczepami zastawek ściana naczynia cienieje zwolna i stopniowo, przechodząc w żyłak. Jedna połowa tegoż [jedna ściana] dzięki wyrównawczemu rozrostowi I. jest grubsza [0,4 mm.; w tem I. 0,3—0,35]; druga zaś, o cieniejszej I., ma ścianę do 0,045 ścieńczałą. Nie przerosnięta I. oprócz nie zawsze wyraźnej el. int. zawiera nieliczne komórki i pęczki mięśniowe, w zgrubiałym zaś odcinku ilość komórek, zwłaszcza zaś pęczków podłużnych wzrasta znacznie, jak również wzrasta się ilość tkanki sprężystej. Tutaj i el. int. o wiele jest grubsza i podwójna, to jest otacza z obu brzegów całe zgrubienie I., zlewając się stopniowo w pojedyncze włókna w miarę, jak I. staje się cieńsza. M. ginie całkowicie, sprężysta A. też jest cieńsza niż w naczyniu. Pewne włókna spr. A. krótkie, są niaby napęczniałe pośrodku, wypuklają się wrzecionowato

¹⁾ Przerwy w ciągłości el. int. nie odpowiadają jednak normalnym brakom tej błony w ścianie żyły nawprost zastawek [zatoki zastawek].

a zarazem część ta środkowa barwi się znacznie słabiej. Ściana naczynia jest wogóle mocno unaczyniona; w zgrubiałym odcinku liczne kapilary widoczne są w całej I.

W rozszerzeniu węzowatym grubość ściany podlega znacznym wahaniom, od 0,15 do 0,75 mm. I. otacza całe światło, lecz grubiej ona w pewnych tylko odcinkach do 0,3 mm. El. int. bardzo wyraźna. Na wewnętrznej powierzchni naczynia zdarzają się niewysokie wyrostki, gdzie I. bardzo jest nikła, a całą grubą ścianę [0,6] tworzy M. o powikłanym układzie mięśni. M. wogóle wszędzie jest widoczna, przeważnie jako pęczki okrężne. Tkanka spr. A. różnej bywa grubości; w A. oprócz pęczków mięsnych podłużnych zdarzają się i pęczki okrężne, przebiegające na zewnątrz od warstwy spr. A. [odszczerpione od M.]. Ściana wogóle obficie unaczyniona. W A. istnieją naczynia grube, w M. liczne kapilary, przenikające i do I. Dokoła naczyń w M. trafiają się leukocyty w nieznacznej ilości, oraz złoży żółtego barwnika.

Przypadek 22. Kobieta lat 43. Lues tarda, emphysema pulmonum, nephritis gummosa, carcinoma ovarii sin. Cicatrices post ulcera cruris dextri. Żyłaki węzowate na prawej goleni.

Saphena femoris mocno rozszerzone [średnica 13 mm.]; żyły mięśniowe nie zmienione. Ilość i układ zastawek nie zanotowany.

W ścianie saphena I. widoczna jest wszędzie jako cienka warstwa, ulegająca jednak częstym zgrubieniom płaskim, wyrównyującym kontur światła [ma ona 0,04 do 0,3 na 0,6—0,9 mm. szerokości całej ściany]. El. int. odsunięta nazewnątrz przez warstwę mięśni podłużnych i drobną siatkę sprężystą. W zgrubiałej I. el. int. rozszczepia się na dwa włókna faliste i grube, otaczające z wewnątrz i zewnątrz warstwę I.; oba te włókna łączy drobna siatka sprężysta, w której leżą liczne komórki i pęczki mięśniowe podłużne [w miejscach grubszych zjawiają się nadto pośrodku włókna okrężne]. Można tu zatem powiedzieć, że w I. powstała „warstwa sprężysto-mięśniowa“ w znaczeniu EPSTEINA. M. tworzy mocną warstwę [0,3] pęczków

okrężnych, oplecionych tkanką łączną obficie unaczynioną. A. [0,3] zawiera grube i liczne włókna sprężyste; pęczków mięsnych mało, jak również naczyń.

W ectasia cirsoidea spotkać można ściany rozmaitej grubości. Jedne zawoje mają ścianę dość równomierną od 0,4—0,6 mm., w innych natomiast wymiar ściany waha się od 0,09 do 0,06 mm.

A. jest wogóle szeroka, obficie unaczyniona, z nielicznymi leukocytami dokoła naczyń; tkanka spr. mocna, niekiedy rozrasta się bardzo i tworzy całą prawie ścianę ścięńczoną, z dodatkiem wężkiej I.

M. zależnie od preparatu, rozmaitej jest grubości [do 0,3]; bądź z okrężnych, bądź z podłużnych pęczków mięsnych złożona, wyraźnie wogóle unaczyniona; [zdarzają się i tu leukocyty dokoła naczyń]. Niekiedy tkanka łączna M. rozsuwa znacznie zcieńczające pęczki mięśniowe, a zarazem staje się jednolitą, szklistawą; zwyrodnienie dotyczy wtedy całej prawie ściany, bo i I., niezgrubiała zresztą, ulega mu również. Wewnętrzna warstwa ściany naczynia tworzy liczne, lecz płaskie zgrubienia; na obwodzie światła nie widać wypukłości ani fałd. Tkanka łączna częstokroć jest szklistawo zwyrodniała i nie zawiera wtedy drobnutkich włókienek sprężystych: elementy mięśniowe bardziej są rozsunięte. W niezmienionych odcinkach tkanka mięśniowa, bardzo jest obfita. Przy świetle leżą włókna podłużne, przy M. grubsze pęczki podłużne, nadto zaś przeplatają je włókna okrężne. El. int. gruba, ciągła, rzadko kiedy ogranicza światło; zwykle zaś jest ona odsunięta na zewnątrz przez drobne włókna. Niektóre z nich grubieją i leżą miejscami przy świetle [druga el. int.] lub rozdziela ją szeroką I. na kilka warstw.

P r z y p a d e k 23. Kobieta lat 87. Emphysema pulmonum, nephritis mixta. Na lewej goleni rozszerzenia żył podskórnych.

Pień saphenae sin. mocno rozciągnięty, zastawki niedostateczne, gdyż woda nalewana od ujścia nie zatrzymuje się prawie wcale w żyłę.

Rozciągnięta saphena ma cienką ścianę [0,3—0,45 mm.]. Bogato unaczyniona A. posiada nieliczne włókna sprężyste [w kilku miejscach zjawiają się one obficie] oraz pęczki podłużne. M. ma 8—10 pęczków okrężnych, nadto zawiera i pęczki podłużne, a w oplatającej tkance łącznej liczne kapilary. Int. widoczna jest przeważnie jako cienka warstwa, złożona z niewyraźnie zachowanego śródbłonka, falistej el. int. oraz włókien mięsnych podłużnych. Zdarzają się jednakże zgrubienia Int. w kształcie rozległych wyniosłości płaskich, zwężających światło. Warstwę taką oddziela od M. pojedyncza lub rozszczepiona na kilka włókien el. int.; na wewnątrz zaś od niej, we włóknistej tkance łącznej, widać liczne komórki i pęczki mięsne, przeważnie podłużne, oplecione siatką sprężystą.

W ectasia cirsoidea spotyka się na obwodzie jednego i tego samego światła grubszą [0,6—0,7 mm.] i cieńszą ścianę [do 0,15] w bardzo rozmaitym stosunku; na wewnętrznej powierzchni, ścięnczonej zwłaszcza ściany widoczne są nadto ograniczone zgrubienia i wyrostki. Int. widoczna jest wszędzie, jako warstwa wyraźna zawierająca liczne włókna mięsne oprócz el. int. Tworzy ona nadto często zgrubienia, wyrównyujące światło [na grubszej ścianie] bądź też w postaci wyrostków i wyniosłości wystających ze ściany cieńszej. Podobnie zgrubiała I. posiada liczne bardzo komórki mięsne, niezwykle duże oraz całe pęczki podłużne, ułożone we włóknistej tkance, obficie przenizanej tkanką sprężystą; zdarzają się wszakże preparaty, gdzie tkanka łączna ulega zwyrodnieniu szklistawemu, niszcząc mięśnie, oraz w części i włókna sprężyste.

M. stanowi nieraz warstwę mocną [do 0,7 mm.] złożoną z grubych pęczków ściśle przylegających, zwykle jednak w grubszej nawet ścianie, są one rozsunięte przez obfitą tkankę łączną, a w cienkiej pozostają pojedyncze zaledwie pęczki.

A. w niektórych preparatach zawiera pęczki podłużne mięsne, należy to jednak do zjawisk wyjątkowych. Tkanka spr. występuje w zmiennej ilości, natomiast liczba naczyń jest stale zwiększona. Dosiegają one w tym przy-

padku znacznych rozmiarów; dokoła nich częstokroć zjawiają się leukocyty oraz złogi żółtego krwi barwnika w przylegającej tkance łącznej. Również tkanka mięśniowa M. posiada wogóle liczne kapilary, z nielicznymi białymi ciałkami krwi, dokoła; naczynia dochodzą nieraz do el. int. w grubej ścianie.

Pr z y p a d e k 24. Kobieta lat 40, tęga, wysoka. Hernia inguinalis dextra incarcerata. Peritonitis. Na prawem udzie i goleni żyłaki podskórne oraz rozszerzenia żyłek skórnych.

Na udzie, w pobliżu lig. Pouparti, prześwieca przez skórę znaczny, prawie kulisty żyłak. Z powierzchownego badania sądząc możnaby mniemać, że leży on na samej saphena, tymczasem rozszerzeniu uległa wązka zresztą odnoga podskórna [epigastrica superficialis Rys. 16]. W środkowej części uda pień saphenae ma żyłak ścienny pod zastawkami. Wyrażając się ściśle, zastawki leżą na bocznych ścianach żyłaka, lecz w górnym jego odcinku, tak że bądź co bądź większa i znacznie wypukłona część żyłaka mieści się pod zastawkami. Zapewne wypuklenie powstało tutaj jak zwykle, pod zastawkami, a dopiero w dalszym rozwoju rozciągnęło ścianę i powyżej zastawek [na Rys. 22]. Nad condylus int. femoris wlewa się do pnia odnoga podskórna z licznymi i znacznymi rozszerzeniami węzowatemi; dąży ona ku goleni, i tam ulega dalszym rozgałęzieniom. Poniżej tej odnogi saphenae niema zastawek ani ich śladów. Połączenia pnia z odnogami mięśniowemi nie rozszerzone.

Lewa kończyna dolna dotknięta jest mniej znacznie. I tu rozszerzenia mieszczą się przeważnie na odnodze podskórnej, lecz połączonej z saphena na goleni. Na saphena femoris dwa żyłaki ścienne. Pierwszy [na Rys. 16] łączy się ze światłem naczynia ciasnem okrągławem okienkiem, aczkolwiek sam dosięga znacznych stosunkowo rozmiarów. Drugi, również na udzie umiejscowiony, leży o cały 1 ctm. poniżej zastawki. Oprócz oznaczonych saphena innych zastawek nie posiada [rys. 16].

V. femoralis dextra i sin., nie mają zastawek nad ujściem saphenae. Obie saphenae mają po 3 wyraźne pary zastawek i po 2 ślady tychże.

Ściana saphenae, na udzie szerokości 0,5—0,9, ma Int. jako cieką warstwę na całym obwodzie. Widoczne są tu nadto płaskie [0,15 mm.] zgrubienia, I, na nieznacznej przestrzeni, wyrównyujące światło oraz zawierające liczne pęczki podłużne i włókna mięsne. El. int. odsunięta na zewnątrz w postaci grubego pojedynczego włókna, niekiedy rozszepionego na 2 równej grubości włókna [w zgrubieniu] M. składa się z cienkich pęczków mięsnych okrężnych, rozsuniętych przez obfitą tkankę łączną. W przyczepach zastawek przeważają mięśnie podłużne; pozostają tu za ledwie pojedyncze pęczki okrężne, przebiegające w zewnętrznej warstwie ściany. Pęczki mięsne w A. bardzo są liczne i grube, zwłaszcza w okolicy przyczepów; oplata je gęsta sieć sprężysta; tkanka łączna zawiera dużo naczyń.

Żyłak ścienny ma wogóle powłokę dość równomierną co do grubości [0,5—0,7]; cienieje ona na krótkich odcinkach [do 0,3], Int. wyściela cały obwód żyłaka płaskiem zgrubieniem [0,2] z normalnie włóknistą tkanką łączną zawierającą bardzo liczne pęczki mięsne podłużne. El. Int. gruba i falista ogranicza tę warstwę od zewnątrz; na wewnątrz od niej leży gęsta siatka sprężysta o drobnych włóknach. M. widoczna jest wszędzie jako warstwa pęczków podłużnych; w A. bogato unaczynionej pęczki te dosięgają niezwyklej grubości.

Lewa saphena femoris ma ścianę do 70,7 grubą. M. z pęczków okrężnych, znacznie rozsuniętych. A. zawiera dużo mięśni podłużnych. I. składa się ze śródbłona i grubej mocno zabarwionej el. int. Zdarzają się i zgrubienia tej warstwy, wyrównyujące grubość cieńszych odcinków ściany naczynia.

W żyłaku o wąskiej szypule cienka jednostajnie [0,15—0,2] ściana ma wyraźną Int. na całym obwodzie, przylegającą do A. o pęczkach mięsnych podłużnych. El. Int. gruba i ciągła; tkanka sprężysta A. nikła.

W położonym niżej żyłaku ściana jest grubsza [0,3 | i złożona przeważnie z podłużnych pęczków mięsnych M. i A. Int. składa się tylko ze śródbłonka i grubej el. int. W samym naczyniu zdarzają się zgrubiałe odcinki Int. [do 0,4] wyrównyujące światło, i zawierające mnóstwo pęczków mięsnych wśród bogatej sieci sprężystej.

Rozszerzenia węzowate mają ścianę grubą [0,3—0,5] lecz niejednostajnie. Uderza tu obfitość zgrubień Int. płaskich, zwężających wypukłone światło. Tkanka łączna Int. ulega częstokroć zwyrodnieniu szklistawemu w postaci ognisk; el. int. nie wszędzie jest widoczna. M. ginie w cienkich odcinkach ściany. A. unaczyniona z szeroką warstwą sprężystą.

P r z y p a d e k 25. Mężczyzna lat 46, niski, wychudzony. Carcinoma ventriculi et hepatis.

Nieznaczne rozszerzenia węzowate podskórne, umiejscowione na wewnętrznej i tylnej powierzchni obu goleni, zwłaszcza prawej. Długość saphenae magna od ujścia do kostki wewnętrznej 67 cm.

Prawa saphena rozszerzona miarowo, zachowuje przebieg prosty i posiada 4 zastawki; w pobliżu condylus internus femori leży żyłak ścienny [Rys. 17]. Na wysokości tuberositas tibiae łączy się z nią odnoga podskórna rozszerzona węzowato; przebiega ona ku tylnej powierzchni goleni. V. saphena parva niezmieniona, również jak żyły mięśniowe.

Lewa saphena mocno jest również rozszerzona; mniej ma zastawek [3]; na goleni wlewa się do niej odnoga z nieznacznie falistym układem.

Obie żyły udowe mają zastawki nad ujściem żył podskórnych uda.

W danym przypadku oraz w dwóch następnych preparaty przeznaczone do badania mikroskopowego uległy przypadkowemu zniszczeniu.

P r z y p a d e k 26. Mężczyzna lat 50, niskiego wzrostu, wychudzony. Ulcus ventriculi emphysema pulmonum, pneumonia cachecticorum. Na wewnętrznej powierzchni lewego uda, przy kolanie, rozszerzenia żył podskórnych

w kształcie grubego powrózka, przebiegającego następnie przez wewnętrzną powierzchnię goleni ku zewnętrznej tejże powierzchni.

W żyłę udowej lewej para zastawek nad ujściem żyły podskórnej uda. Lewa saphena na całym przebiegu równomiernie rozszerzona [średnica światła 12 mm.] lecz o prostym kierunku, wypełniona jest wraz z żyłakami szarym skrzepem, mocno do ścian przylegającym; posiada ona dwie tylko pary zastawek; w ujściu widoczny jest ślad jednej zastawki. W rozszerzonych odnogach podskórnych niema wcale zastawek. Po nad condylus internus łączy się z pniem szeroka odnoga, prowadząca do żył głębokich uda, na których nie uwydatniają się zmiany żyłakowate. Przy tuberositas tibiae wlewa się do pnia odnoga podskórna węzowata, kierująca się na udo i tam, nad kolanem, połączona wązkim dopływem z pniem saphenae femoris [Rys. 18] odnoga ta, na goleni silnie falista, tworzy istny guz, spojony zbitą tkanką i pokryty cienką skórą. Przechodząc na zewnętrzną powierzchnię goleni łączy się on w dolnej części goleni z saphena cruris oraz z odnogą, zespalającą ją z żyłami mięśniowymi [vv. tibiales ant.]. Nawprost tuberositas tibiae z pniem saphenae łączy się szeroka odnoga łącząca go również z vv. tibiales anticae, które jednak zmianom żyłakowatym nie uległy. W przeciwstawieniu do żył podskórnych mają one bardzo liczne zastawki.

W. v. femoralis dextra para zastawek nad ujściem. V. saphena, rozdwojona poczynając od samego prawie ujścia, cienka jest w porównaniu do lewej; dolny jej odcinek około kostki wewnętrznej szerszy jest niż górny i posiada grubszą ścianę. Na całym przebiegu tej żyły widoczne są dwie tylko pary zastawek przy ujściu. Odnogi podskórne prawej kończyny dolnej zmianom nie uległy.

Przypadek 27. Kobieta lat 58, niska, chuda. Pneumonia lobaris bilateralis. Nephritis chronica diffusa. Na wewnętrznej powierzchni uda widać saphenam, wypuklającą skórę, oraz żyłaki węzowate w kształcie wydłużonego guza na udzie i wewnętrznej powierzchni obręknętej goleni.

Żyła udowa lewa ma parę zastawek poniżej ujścia. Przy ujściu saphena jest rozszerzona [13 mm.] i ma niewielki żyłak ścienny na szerokiej podstawie. Poniżej żyłaka saphena bardzo jest cienka, a staje się szerszą dopiero na goleni, poczynając od połączenia z odnogą żyłakowatą podskórną; w dalszym przebiegu posiada ona dwa jeszcze drobne żyłaki ścienne na szerokiej podstawie. Na całym przebiegu [52] ma ona 8 wyraźnych par zastawek. W pobliżu ujścia łączy się z pniem odnoga podskórna, przebiegająca w kierunku saphenae femoris i znacznie od tejże szersza. Ma ona zrazu przebieg lekko falisty i pod trzecią z rzędu od jej ujścia zastawką niewielki żyłak ścienny, wypuklający skórę. Całą tę odnogę łatwo wziąć można przy powierzchownem badaniu za właściwą żyłę podskórną uda wielką. Pod żyłakiem rozszerzona i falista żyła dzieli się na dwie odnogi. Jedna, tylna, łączy się wprost z vena saphena parva nierozszerzoną i o prostym przebiegu; druga zaś przechodzi w guz żyłakowaty o bardzo ściśle przylegających i silnie powyginanych zawojach, wlewając się pod tuberositas tibiae do rozszerzonej saphena cruris. Bardzo blisko od tego ujścia łączy się z saphena cruris inna odnoga podskórna, przebiegająca po wewnętrznej powierzchni goleni. Posiada ona jedną parę zastawek i pod nimi żyłak ścienny wielkości grochu, w dalszym zaś przebiegu wygina się wężowato, mając liczne zespolenia tak z odnogą rozszerzoną na udzie, jak z żyłami mięśniowymi, które jednak zmianom żyłakowatym nie ulegają, a są mocno rozszerzone w zatokach zastawek [Rys. 19].

Zawoje żyłakowate na udzie połączone są w jedną zbitą masę i pokryte cienką skórą. Zewnętrzna powierzchnia ściany zawojów jest gładka, na wewnętrznej natomiast, po usunięciu skrzepów, widoczne są liczne wyrostki sierpowate i zagłębienia okrągławe, zwłaszcza na wypukłonej, cieńszej ścianie zawoju.

W prawej żyłe udowej niema zastawek nad ujściem. Saphena wązka; odnogi jej podskórne cienkie i nie rozszerzone.

P r z y p a d e k 28. Mężczyzna 33 letni, tokarz; wogóle zdrowy, wysoki, masywny. Żyłki podskórne w kształcie podługowatego guza na wewnętrznej powierzchni prawej nogi, sprawiające ból i uczucie zmęczenia. W uśpieniu chloroformowym wycięty został odcinek prawej saphenae femoris oraz wyluszczone żyłki podskórne. Rozszerzone żyły podskórne mają przebieg silnie falisty i kręty, tworzą liczne zawoje, zespolone tkanką łączną w rodzaj guza; widoczne są nadto znacznie większe wypuklenia pojedynczych zawojów w kształcie kulistych żyłaków. Ściany rozszerzeń grube i twarde; światło wypełnia świeży skrzep.

V. saphena ma ścianę nierównomiernie grubą [0,4—0,7] z szeroką Int., znacznie zwężającą światło. W okolicy przyczepów [w wyciętym kawałku saphenae, długości 8 cm., widoczna jest jedna para zastawek] M. jest mocna, z grubymi pęczkami podłużnymi, widocznymi i w A. Wogóle jednak M. częstokroć ginie, a ścianę, nawet grubą [0,4]; tworzy sama I. z A. W zgrubiałej I. leżą gęste pęczki podłużne oraz wielkie bardzo komórki mięsne rozmaitego kierunku; zdarzają się tu i w M. jądra świderkowate. El. int. jako dwa włókna, ograniczające pasmo sprężyste. A. i M. mocno unaczynione; dokoła naczyń wylewy krwawe oraz leukocyty w znacznej ilości.

W rozszerzeniach węzowatych podkreślić należy znaczne zgrubienie I. zwężające i wyrównywające światło oraz niezwykle unaczynienie i przekrwienie ścian. Bardzo szerokie i gęsto ułożone naczynia odżywcze obejmują cały obwód A., licznie wrastają w M., a niekiedy dosięgają zewnętrznej połowy I. Dokoła naczyń nacieczenie drobno-komórkowe w postaci ognisk [i w I.]; w A. nadto wylewy krwawe. Ściana naczyń ma równomierny kontur wewnętrzny, lecz częstokroć składa się tylko z Int. i A., chociaż nie jest w tych miejscach cieńsza od ściany, zawierającej mocną M. Zgrubiała I. ma liczne i wielkie komórki mięśniowe w tkance łącznej, częstokroć szklisto zwrodniałej. El. Int. bardzo jest zmienna co do grubości i ciągliwości.

Drobne żyły skórne przylegające do gruczołów potowych, mają ścianę powypuklaną w kształcie zatok, ze śladami M. i mocno natomiast rozwiniętą Int. W wielu miejscach tkanka łączna ulega zwyrodnieniu, mięśnie giną i ściana naczynia składa się z silnie unaczynionej i nacieczonej drobnokomórkowo tkanki łącznej. El. int. jest prawie niewidoczna; natomiast tkanka sprężysta A. bywa nieraz bardzo gruba.

W żylaku kulistym, jako odcinku wypukłego zawoju, ściana, niekiedy do 0,4 mm. gruba, składa się prawie wyłącznie z tkanki łącznej; na znacznej części obwodu ścianę tworzy cieniutkie [0,015 mm.] pasmo tkankolączno-we ubogie w jądra i obficie unaczynione. Światło wypełnia skrzep, w który wrastają tu i owdzie drobne naczynia, otoczone tkanką łączną i sprężystą. W niezwykle rozszerzonych naczyniach odżywczych spotkać można ogniskowe zgrubienia I. ściana tych naczyń ma nieraz 0,2 grubości.

P r z y p a d e k 29. Mężczyzna 40 letni; rozszerzenia węzowate żył podskórnych z prawej goleni [nadesłane do zbadania]. Światło naczyń wypełnia szaro-brunatny skrzep mocno do ściany przylegający. Budowa ściany bardzo jest powikłana, częściowo zaś tak zatarta, że dopiero dzięki preparatom barwionym na tkankę sprężystą, można się zorientować w układzie poszczególnych warstw.

Nieznaczone są przestrzenie, gdzie skrzep nie przylega ściśle do ściany, a dzięki temu zachowane są wyraźnie Int. i M. Ta ostatnia składa się z cienkich i nielicznych pęczków mięsnych, rozsuniętych znacznie przez grube pasma tkanki łącznej; widać tu również bardzo grube włókna sprężyste dokoła pęczków mięsnych. Gruba i falista el. int. oddziela tę warstwę od Int. zawierającej pośród szklistawo zwyrodniałej tkanki łącznej nieliczne, lecz bardzo wielkie komórki mięsne oraz drobną sieć sprężystą. Na wewnętrznej powierzchni ściany zdarzają się krótkie wyrostki.

O wiele częściej spotyka się jednak bardziej zmienioną ścianę naczynia, tworzącą niejako zewnętrzną powłokę zorganizowanego skrzepu. Przylegająca doń warstwa szklistawej tkanki łącznej, jako pozostałość Int., zawiera oprócz

resztek wielkich komórek mięsnych liczne komórki tkankowe. Tkanka spr. widoczna jest tu i owdzie jako grube faliste włókno, przechodzące nagle w cienkie lub zupełnie znikające; drobnych włókienek niema prawie wcale. Dalej ku zewnątrz zmienia się charakter tkanki łącznej, stanowiącej podstawę ściany—jest tu ona w postaci grubych, jednolitych pęczków, a pośród nich zdarzają się niekiedy ślady pęczków mięsnych i włókien spr. Taka A. zawiera naczynia niezwykle szerokie i liczne, rozdzielające się na gęste kapilary w pozostałej warstwie ściany; niekiedy spotkać się zdarza i znaczniejsze naczynie odżywcze, przechodzące po przez całą ścianę w skrzep. Dokoła naczyń wylewy krwawe i nacieczenia drobnokomórkowe prawie rozlane w całej A., w wewnętrznej zaś warstwie ściany nacieczenie jest wogóle mniejsze, w kształcie ognisk i pasm rozgałęzionych.

Grubość ściany wynosi od 0,3 do 1,0—1,2, są tu jednak i znacznie cieńsze, dłuższe lub krótsze odcinki.

W skrzepie otrzymujemy obrazy rozmaite, zależnie od zachodzących zmian. Zamiast śródbłonna Int. leży szereg kapilarów, wrastających w skrzep na rozmaitą odległość. Z kapilarami wrasta wewnątrz otaczająca je drobnowłoknista tkanka łączna, zawierająca liczne komórki o zarodku z cienkimi wyrostkami i wrzecionowatym lub owalnym jądrem. Środkowa część skrzepu, przylegająca do skanalizowanej tegoż warstwy, jest obficie nacieczona okrągłymi, jednojądrowymi komórkami; widać tu nadto wylewy krwawe oraz złoży żółtego barwnika. W tych miejscach, gdzie w skrzepie więcej jest tkanki łącznej przechodzącej z dawnej I., przebiegają nieraz zamiast kapilarów naczynia o wyraźnej ścianie.

[D. c. n.]

ROCZNIK

Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

URZĘDNIICY I KOMITETY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO W 1901 R. CZŁONKOWIE KTÓRZY UBYLI, JAKO TEŻ NOWO-WYBRANI. LISTA CZŁONKÓW HONOROWYCH, CZYNNYCH I KORES-PONDENTÓW TOWARZYSTWA W ROKU 1901.

(Regul. § 109 Lit. A, punkt 1, 2, 3, 4).

1.

Lista Urzędników i Komitetów Towarzystwa.

A. Urzędnicy.

Prezes—Markiewicz Stanisław.
Wice-Prezes—Nusbaum Henryk.
Sekretarz Stały—Brodowski Włodzimierz (Czł. hon.).
Sekretarz doroczny—Dydyński Ludwik.
Podskarbi—Dobrski Konrad.
Bibliotekarz—Zieliński Edward.
Redaktor Pamiętnika—Kamieński Stanisław.
Zarządzający pracownią Towarzystwa—Hoyer Henryk
(Czł. honorowy).

B. Zarząd Towarzystwa.

Wszyscy wyżej wymienieni urzędnicy oraz wybrani do Zarządu:

Rychliński Karol (na lata 1899—1901).
Winiarski Józef (na lata 1900—1902).
Łogucki Augustyn (na lata 1901—1903).

Pam. Tow. Lek. T. 97, Z. II.

19

C. Pomocnik Sekretarza dorocznego.

Kopczyński Stanisław.

*D. Komitety.**I. Komitet Kasy Wsparcia, przy Towarzystwie istniejącej:*

Prezes—Markiewicz Stanisław.
Wice-Prezes—Nusbaum Henryk.
Sekretarz Stały—Brodowski Włodzimierz.
Zarządzający Kasą Wsparcia—Jakowski Marian.
Kasyer—Dobrowski Konrad.

Członkowie z grona Towarzystwa wybrani:

Kamocki Walenty.
Kosiński Julian.
Sawicki Bronisław.

Członkowie wybrani z grona lekarzy nie należących do Towarzystwa Lekarskiego.

Heinrich Aleksander.
Żera Teofil.

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 wogóle w interesach prawnych Towarzystwa Lekarskiego, przyjmują udział stale zaproszeni przez Towarzystwo dwaj prawnicy, w charakterze Radców prawnych, a mianowicie: p. Leszczyński Stanisław, adwokat przysięgły i p. Wasiutyński Zygmunt, notaryusz przy Sądzie Okręgowym w Warszawie.

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

Prezes—Markiewicz Stanisław.
Członkowie stale przez Towarzystwo wybrani:
Brodowski Włodzimierz.
Dobrowski Konrad.
Gepner Bolesław.

*III. Komitet do wybrania stypendysty z legatu D-ra Ignacego
Gołębiowskiego.*

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

*IV. Komitet do wybrania stypendysty imienia D-ra Polikarpa
Girsztowta (w latach 1899, 1900 i 1901).*

Brodowski Włodzimierz.
Kijewski Franciszek.
Kosiński Julian.
Sawicki Bronisław.
Szteyner Władysław.
Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

V. Komitet biblioteczny.

Nusbaum Henryk (jako Wice-Prezes Towarzystwa).
Dydyński Ludwik (jako Sekretarz doroczny).
Kamieński Stanisław (jako Redaktor Pamiętnika).
Neugebauer Franciszek (na lata 1899—1901).
Krajewski Władysław (na lata 1900—1902).
Rappel Adolf (na lata 1901—1903).

VI. Komitet rewizyjny.

Guranowski Ludwik (na lata 1899—1901).
Sadowski Michał (na lata 1900—1902).
Ciechomski Andrzej (na lata 1901—1903).

VII. Komitet do oceny prac na konkurs z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego oraz do zaprojektowania tematów na rok następny.

Dnnin Teodor.
Jakowski Maryan.
Janowski Władysław.
Nencki Leon.
Przewoski Edward.
Szteyner Władysław.
Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

VIII. Komitet konkursowy imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego.

Ciechomski Andrzej.
Gajkiewicz Władysław.
Jakowski Maryan.
Przewoski Edward.
Pruszyński Jan.
Sokołowski Alfred.
Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

IX. Komitet konkursowy imienia D-ra Adama Helbicha.
(okres konkursowy od 19/X 1899 do 19/X 1902 r.).

Dobrzycki Henryk.
Flaum Maksymiljan.
Janowski Władysław.
Szteyner Władysław.
Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

X. Komitet premii psychiatrycznych z legatu D-ra Romualda Pląskowskiego.

(okres konkursowy od 1/IV 1900 do 31/III 1902).

Gajkiewicz Władysław.
Korniłowicz Edward.
Rothe Adolf.
Rychliński Karol.
Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

XI. Komitet do wybrania delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych w 1902 r. (zapomoga z legatu D-ra Płaskowskiego).

(Wyżej pod Nr. X wymienieni 5-ciu członków).

XII. Komitet nagród konkursowych imienia D-ra Leona Konitza (okres konkur. od 2/IV 1899 do 31/III 1902.

Boryssowicz Teodor.
Neugebauer Franciszek.
Staniszewski Władysław.
Zweigbaum Maksymiljan.
Wice-Prezes Nusbaum Henryk.

2.

Spis członków którzy przybyli i ubyli.

Nowo wybrani członkowie na początku r. 1901.

a) Członek honorowy:

Guyou Feliks Jan Kazimierz, prof. chirurgii fakultetu lekarskiego w Paryżu.

b) Członkowie czynni:

Bartkiewicz Bronisław.
Borzymowski Jan.
Brudziński Józef.
Dudrewicz Kazimierz
Endelman Samuel Zygmunt.
Gałęcki Stanisław.
Goldbaum Mieczysław.
Grudziński Zygmunt.
Kołakowski Feliks.
Kossobudzki Szymon.
Męczkowski Wacław.
Mutermilch Stanisław.
Pstrokoński Józef.
Rzętkowski Kazimierz.
Zembrzusi Ludwik.

c) Członkowie korespondenci:

Mincer Adam w Paryżu.

Stankiewicz Czesław w Łodzi.

Członkowie zmarli w roku 1900 i na początku 1901.

a) Członek honorowy

Tyrchowski Władysław w Warszawie.

b) Członkowie czynni:

Stępkowski Franciszek	{	w r. 1900
Wagner Bronisław		
Kraków Kazimierz	{	w r. 1901
Śliwicki Franciszek		

c) Członek korespondent

Widman Oskar we Lwowie.

3.

Lista Członków Towarzystwa.

a) Członkowie honorowi:

Baranowski Ignacy w Warszawie.

Bieliński Józef w Kara-Kała w kraju Zakaspijskim.

Brodowski Włodzimierz w Warszawie.

Dybowski Benedykt we Lwowie.

Eiselt Bogumił w Pradze Czeskiej.

Gnyon Feliks Jan Kazimierz w Paryżu.

Hoyer Henryk w Warszawie.

Jordan Henryk w Krakowie.

Key Axel w Sztokholmie.

Kosiński Julian w Warszawie.

Nencki Marcelli w Petersburgu.

Retzius Gustaw w Sztokholmie.

Virchow Rudolf w Berlinie.

b) Członkowie czynni.

Anders Ludwik	Faytt Tomasz.
Apte Markus.	Feilcheufeld Rafał.
Babiński Leon.	Feinstein Leon.
Bartkiewicz Bronisław.	Ficki Feliks.
Bączkiewicz Jan.	Flatau Edward.
Baranowski Ignacy (czł. hon.).	Flaum Maksymilian.
Bauerertz Adam.	Florkiewicz Władysław.
Benni Karol.	Freudenson Władysław.
Biernacki Edmund.	Fruchtman Aleksander.
Biro Maksymilian.	Funk Jakób.
Borsuk Maryan.	Gabszewicz Antoni.
Boryssowicz Teodor.	Gajkiewicz Władysław.
Borzymowski Jan.	Galecki Stanisław.
Bregman Elias.	Garbowski Józef.
Brodowski Włodz. (czł. hon.).	Giedroyć Franciszek.
Bronowski Szczesny.	Gepner Bolesław.
Brudziński Józef.	Gepner Bolesław Ryszard.
Brunner Mikołaj.	Gliszczyński Adam.
Bruner Władysław.	Goldbaum Józef.
Bruner Jerzy.	Goldbaum Mieczysław.
Brühl Ludwik.	Goldflam Samuel.
Brzeziński Jan.	Grabowski Józef Daniel.
Cetnarowicz Stefan.	Grosterm Wiktor.
Chełchowski Kazimierz.	Gromadzki Jan.
Chełmoński Adam.	Groslik Samuel.
Ciechomski Andrzej.	Grünbaum Adolf.
Ciągliński Adam.	Grudziński Zygmunt
Chwat Ludwik.	Grundzach Ignacy.
Chrostowski Bronisław.	Guliński Franciszek.
Dąbrowski Witosław.	Guranowski Ludwik.
Dmochowski Zdzisław.	Grzankowski Bolesław.
Dobroski Konrad.	Halpern Jakób.
Dobrowolski Zdzisław.	Heiman Teodor.
Dobrzycki Henryk.	Heryng Teodor
Downarowicz Elżbieta.	Hewelke Otton.
Dudrewicz Kazimierz.	Hoyer Henryk (czł. honor.)
Dunin Teodor.	Iwanicki Stanisław.
Dydyński Ludwik.	Jakimiak Bolesław.
Dytel Edward.	Jakowski Maryan.
Dzierżawski Bolesław.	Janowski Władysław.
Elzenberg Antoni.	Januszkiewicz Michał.
Endelman Zygmunt.	Jasiński Tadeusz.
Fabian Aleksander.	Jaworski Józef.

Jezierski Franciszek.	Miklaszewski Walenty.
Kahl Jan.	Mutermilch Julusz.
Kamiński Stanisław.	Mutermilch Stanisław.
Kamocki Walenty.	Natanson Antoni.
Karczewski Adam.	Nencki Leon.
Karwowski Konstanty.	Niedzielski Kazimierz.
Kępiński Michał.	Neugebauer Franciszek.
Kijewski Franciszek.	Nusbaum Henryk.
Kohn Stanisław.	Oderfeld Hipolit.
Kołąkowski Feliks.	Ołtuszewski Władysław.
Kopczyński Aleksander.	Orłowski Edward.
Kopczyński Stanisław.	Orłowski Stanisław.
Kopytowski Władysław.	Orzeł Kazimierz.
Koral Adolf.	Pacanowski Henryk.
Korniłowicz Edward.	Palmirski Władysław.
Korybut-Daszkiewicz Bohdan	Pawiński Józef.
Korzeniowski Mieczysław.	Perkowski Seweryn.
Kosiński Julian (czł. hon.).	Peszke Józef.
Kosmowski Wiktoryn.	Piotrowski Józef.
Kossobudzki Szymon.	Polak Józef.
Kossowski Cezary.	Polikier Bernard.
Kozerski Adolf.	Popiel Włodzimierz.
Krajewski Władysław.	Portner Szymon.
Kramszyk Zygmunt.	Pruszyński Jan.
Kramszyk Julian.	Przewoski Edward.
Kranze Ludwik.	Przyborowski Adam.
Kucharzewski Henryk.	Pstrokoński Józef.
Kuczyński Antoni.	Rabek Ludwik.
Kurtz Stanisław.	Radziwiłłowicz Rafał.
Landstein Ignacy.	Rappel Adolf.
Lande Adam.	Raum Jan.
Lebensbaum Maksymiljan.	Rejchman Mikołaj.
Leśniowski Antoni.	Rembieliński Stanisław.
Leszczyński Leonard.	Rodys Władysław.
Lubliner Leopold.	Rogoziński Józef.
Luksenburg Józef.	Rosenthal Albert.
Łapiński Wacław.	Rosenthal Jakób.
Łogucki Augustyn.	Rothe Adolf.
Mączewski Władysław.	Rychliński Karol.
Malinowski Alfons.	Rzeczniowski Leon.
Markiewicz Stanisław.	Rzętkowski Kazimierz.
Markusfeld Stanisław.	Sadowski Michał.
Mayzel Wacław.	Sawicki Bronisław.
Meyerson Stanisław.	Sawicki Władysław.
Męczkowski Wacław.	Sędziak Jan.

Sierpiński Konstanty.	Thieme Apolinary.
Sikorski Antoni.	Trzeński Tadeusz.
Skłodowski Józef.	Uliński Henryk.
Skowroński Roman.	Warszawski Maksymiljan.
Sławiński Zdzisław.	Weber Józef,
Śmiechowski Antoni.	Winawer Adolf.
Sokołowski Alfred.	Winiarski Józef.
Solman Tomasz.	Wisłocki Kazimierz.
Sommer Feliks.	Wizel Adam.
Srebrny Zygmunt.	Wolberg Ludwik.
Staniszewski Władysław.	Wróblewski Władysław.
Stankiewicz Władysław.	Wszebor Józef.
Steinhaus Julian.	Zaborowski Stanisław.
Stróżewski Konstanty.	Zaleski Karol.
Stockman Aleksander.	Zawadzki Józef.
Strzeszewski Józef.	Zawadzki Władysław.
Świątecki Władysław.	Zawisza Konrad.
Szumlański Witold.	Zieliński Edward.
Szmakfefer Felicyan.	Zieliński Kazimierz.
Szteyner Władysław.	Zembrzusi Ludwik.
Szwajcer Jakób.	Zweigbaum Maksymiljan.
Szyszło Wincenty.	Żurakowski Aleksander.
Taczanowski Bronisław.	Żurakowski Witold.
Tchórznicki Józef.	

c) Członkowie przybrani.

Karpiński Wincenty w Warszawie.
Mrozowski Jan w Warszawie.
Mutniański Michał w Warszawie.
Werner Emil w Warszawie.
Żórawski Marcyan w Warszawie.

d) Członkowie korespondencji.

Arnstein Feliks w Kutnie.
Babiński Józef w Paryżu.
Bartoszewicz Joachim w gub. Radomskiej.
Bartoszewicz Wacław w Wilnie.
Białokur Franciszek w Jalcie.
Bielowski Franciszek w Moskwie.
Bernard Maryan Błażej w Cannes.

Bujwid Odo w Krakowie.
Ciagliński Kazimierz w Siedlcach.
Ciechanowski Stanisław w Krakowie.
Chodousky Karol w Pradze Czeskiej.
Czajkowski Józef w Sosnowcu.
Czarkowski Ludwik w Wilnie.
Czerwiński Jan w Fürstenhofie.
Dambre w Courtrai w Belgii.
Dąbrowski Ignacy w Ostrowcu g. Radomskiej.
Domański Stanisław w Krakowie.
Dogiel Jan w Kazaniu.
Drabczyk Teodor w Częstochowie.
Dymnicki Józef w Busku.
Erlicki Adolf w Petersburgu.
Finger Ernest w Wiedniu.
Garliński Władysław w Łodzi.
Głogowski Feliks we wsj Łachowce, w pow. Tomaszow., g. Lub.
Grellety Jan Lucyan w Vichy.
Grünfeld Józef w Wiedniu.
Handelsman Józef w Kutnie.
Hartwig w Ostendzie.
Hassewicz Stanisław w Karlsbadzie.
Heine w Canstadt.
Hoene Jan w Kijowie.
Hönigsberg Benedykt w Wiedniu.
Huchard Henryk w Paryżu.
Jabłoński Jan w Poitiers.
Janiszewski Aleksander w Lublinie.
Janowski Witosław w Pradze Czeskiej.
Janssens. w Brukseli.
Jerzykowski Stanisław w Poznaniu.
Jurasz Antoni w Heidelbergu.
Koliński Józef w Łodzi.
Korczyński Edward w Krakowie.
Klikowicz Stanisław w Moskwie.
Křižek Čenek w Pradze Czeskiej.
Kryński Leon w Krakowie.
Kulski Julian w Nowo-Radomsku.
Liouville Henryk w Paryżu.
Lewandowski Gustaw w gub. Radomskiej.
Lesser Władysław w Lipsku.
Lee John w Filadelfii.
Lachowicz Antoni w Berdyczowie
Majkowski Julian w Radomiu.
Maixner Emeryk w Pradze Czeskiej.

Michl Franciszek w Pradze Czeskiej.
Mierzejewski Jan w Petersburgu.
Mauriac Emil w Bordeaux
Marty Józef w Rennes we Francji.
Mallez Jan Franciszek w Paryżu.
Mendelsohn Maurycy w Petersburgu.
Mincer Adam w Paryżu.
Moczutkowski Józef w Odesie.
Mosler Fryderyk w Greisfswaldzie.
Mokricki Teodor w Nowogeorgiewsku.
Monin Emil w Paryżu.
Noiszewski Kazimierz w Dźwińsku.
Obtułowicz Ferdynand we Lwowie.
Olechnowicz Władysław w Lublinie.
Openchowski Teodor w Charkowie.
Orłowski Wacław w Wilnie.
Papiewski Władysław w Radomiu.
Pollack Józef w Ischl.
Przedborski Ludwik w Łodzi.
Przybyłski Jan w Odesie.
Puławski Arkadyusz w Nałęczowie.
Reumont Aleksander w Akwizgranie.
Robiński Seweryn w Berlinie.
Rumszewicz Konrad w Kijowie.
Ruppert Henryk w Aleksandrowie pogr.
Rybicki Stanisław w Skierniewicach.
Rydygier Ludwik we Lwowie.
Sajous Karol w Filadelfii.
Ściborowski Władysław w Krakowie.
Schiffers Ferdynand w Liège.
Seifman Piotr w Krakowie.
Sękowski Władysław w Częstochowie.
Sormani Józef w Pawii.
Stankiewicz Czesław w Łodzi.
Sterling Seweryn w Łodzi.
Stopczański w Krakowie.
Strzemiński Ignacy w Wilnie.
Strzyżowski Antoni w Piotrkowie.
Sturge Allen w Londynie.
Świątecki Jan w Wilnie.
Świeżyński Józef w Jeleniewie pod Opatowem.
Świdorski Kazimierz w Kazaniu.
Szadek Karol w Kijowie
Szpilman Józef we Lwowie.
Sztembarth Wincenty w Guzowie.

Szuman Leon w Toruniu.

Thomayer Józef w Pradze Czeskiej.

Troczewski Antoni w Kutnie.

Wroński Władysław w Otwocku.

Wołkiewicz Maksymiljan w Sosnowcu.

Zaleski Aleksander w Płocku.

Żłobikowski Tadeusz w Tworkach.

4.

Wykaz posiedzeń klinicznych i klinicznych dodatkowych, odbyć się mających w roku 1901.

	w d n i a c h		
Styczeń	2	15	29
Luty	5	19	26
Marzec	5	19	26
Kwiecień	2	16	30
Maj	7	21	28
Czerwiec	4	18	25
Lipiec)	F e r y e		
Sierpień)			
Wrzesień	3	17	24
Październik	1	15	29
Listopad	5	19	26
Grudzień	3	17	31

w Warszawie dnia 15 Maja 1901 r.

Za zgodność, Wice-Prezes Towarzystwa

D-r H. Nusbaum.

SPRAWOZDANIE

z obrotu funduszków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i funduszków pod administracją Towarzystwa zostających, za rok 1900.

(Regul. § 109, lit. B, punkt 6).

A. Fundusze Towarzystwa.*I. Fundusz na wydatki bieżące Towarzystwa.*

Remanent z końcem r. 1899 Rb. 401 k. 65
W r. 1900 otrzymano wpływy następujące:

1) Składka za rok 1900 wraz z zaległościami za rok 1899	„ 3320 „ —
2) Wstępne od 9 Członków czynnych	„ 54 „ —
3) Wpływy z prenumeraty Pamiętnika Tow.	„ 333 „ 20
4) Za makulaturę Pamiętnika	„ 42 „ 50
5) Przelano z dochodów domu Towarzystwa przy ulicy Niecałej pod Nr. 614L, fundusz budżetem oznaczony	„ 2200 „ —
6) Prowizya z Banku Handlowego od funduszu w gotowiznie, złożonego na rachunku przekazowym	„ 197 „ 60
7) Ofiary na bibliotekę Towarzystwa	„ 510 „ 50
8) Przelano z 11 funduszków na koszt ich administracji, stosownie do budżetu	„ 481 „ 77
9) Przelano z Kasy Wsparcia na płace urzędników kancelaryi	„ 450 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 7991 k. 22

Z tej sumy dopełnione zostały wydatki następujące:

1) Na administrację, druki, materiały piśmienne, potrzeby gospodarcze i wydatki nieprzewidziane	Rb. 2710 k. 19
2) Na dzieła i dzienniki oraz różne wydatki biblioteczne	„ 1837 „ 33
3) Na wydawnictwo Pamiętnika Towarzystwa, łącznie z kosztami Redakcyi	„ 2042 „ 50
4) Na wydatki różne, jako to:	
a) Opłata Warszawskiemu Towarzystwu Ubezpieczeń, za ubezpieczenie od pożaru biblioteki i ruchomości Towarzystwa	„ 146 „ 73
do przeniesienia	Rb. 6736 k. 75

	z przeniesienia	Rb.	6736 k. 75
b)	Gratyfikacje udzielone na Nowy-Rok urzędnikom Kancelaryi i oficyalistom Towarzystwa	„	315 „ —
c)	Pomoc kancelaryjna	„	247 „ 50
d)	Przelew do funduszu pracowni, zasiłku budżetem na rok 1900 oznaczonego . .	„	200 k. —
e)	Za urządzenie okien w dachu nad biblio- teką	„	154 „ 10
	Ogółem rozchodu	Rb.	7653 k. 35
	Remanent z końcem r. 1900	Rb.	337 k. 87

II. Dom Towarzystwa przy ulicy Niecałej Nr. 614L.

Remanent z końcem r. 1899.	Rb.	112 k. 56
W roku 1900 otrzymano wpływy następujące:		
1) Za komorne od lokatorów domu . . .	„	9270 „ —
2) Opłata od lokatorów za wodę z wodociąg- ów miejskich	„	117 „ 30
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	9499 k. 86
Z tej sumy dopełnione zostały wydatki następujące:		
1) Na restaurację i konserwację zabudowań	Rb.	408 k. 41
2) Na administrację, utrzymanie porządku i podatki	„	2519 „ 05
3) Na opłatę procentów od kapitałów wypo- życzonych i na domu lokowanych . .	„	3255 „ 69
4) Na wydatki różne, jako to:		
a) Zasiłek funduszowi na wydatki bieżące za rok 1900, jak wyżej	„	2200 „ —
b) Kolendy noworoczne służbie niższej i róż- nym osobom	„	25 „ —
c) Na wydatki nieprzewidziane: składka na przysłuki noclegowe, składka dla Towa- rzystwa Dobroczytności, stemple, wynag- rodzenie budowniczego itp.	„	60 „ —
d) Przelano do funduszu rezerwowego do- mu Nr. 614L oszczędność roczną . .	„	1000 „ —
Ogół rozchodu .	Rb.	9468 k. 15
Remanent z końcem r. 1900	Rb.	31 k. 71

III. Fundusz rezerwowy domu Towarzystwa pod Nr. 614L.

Remanent z końcem roku 1899 wynosił . . . Rb. 4351 k. 38
 W roku 1900 zaliczono:

1) Przelew roczny z ogólnego dochodu domu pod Nr. 614L przy ul. Niecałej . . .	„	1000 k. —
2) Procent od Listów Zastawnych m. Warszawy 5 $\frac{0}{10}$ i 4 $\frac{1}{2}$ $\frac{0}{10}$ w sumie Rb. 5600 . . .	„	189 „ 53
3) Zysk na kupnie papierów procentowych . . .	„	138 „ 26
Ogół funduszu rezerwowego z końcem r. 1900	Rb.	5679 k. 17

a mianowicie:

1) w papierach procentowych Rb. 5600 k. —	
2) w gotowiznie „ 79 „ 17	
Razem jak wyżej	Rb. 5679 k. 17

IV. fundusz stały Pracowni Towarzystwa.

Remanent z końcem r. 1899 Rb. 10122 k. 60
 Przybył zysk na kupnie papierów procent. . . „ 44 „ 58

Ogół funduszu z końcem r. 1900 Rb. 10167 k. 18

a mianowicie:

w zabezpieczeniu hipoteczn. Rb. 3000 k. —	
w papierach procentowych „ 7150 „ —	
w gotowiznie „ 17 „ 18	
Razem jak wyżej	Rb. 10167 k. 18

Procenty od tego funduszu:

Remanent z końcem r. 1899 Rb. 34 k. 53 $\frac{1}{2}$

a) Procent od kapitału Rb. 3000 hipoteczn. nie lokowanego . . . Rb. 150 k. —	
b) Za kupony od papierów procentowych . . . „ 321 „ 32	
c) Przelew z funduszu na wydatki bieżące, zasiłku przyznanego przez Tow. Lek. za r. 1900 . . . „ 200 „ —	„ 671 „ 32

Ogół przychodu z remanentem Rb. 705 k. 85 $\frac{1}{2}$

Z tej sumy wydano:

a) Na płacę służącego pracow. Rb. 204 k. —	
b) Na różne potrzeby gospodarcze i wydatki przy doświadczeniach naukowych „ 341 „ 89	
Ogół rozchodu	Rb. 545 k. 89

Remanent z końcem r. 1900 Rb. 159 k. 96 $\frac{1}{2}$

V. Fundusz stały z legatu D-ra Jana Bącewicza, na utrzymanie grobu na cmentarzu Powązkowskim.

Fundusz ten na domu Nr. 614L hipotecznie lokowany, z końcem r. 1900 wynosił	Rb.	150 k.
<i>Procenty od tego funduszu:</i>		
Remanent z końcem r. 1899	„	19 „ 03
Procent za r. 1900 od Rb. 150	„	9 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	28 k. 03
<i>Z tego wydano:</i>		
1) 10 ⁰ / ₀ od czystego dochodu przelano do funduszu bieżącego	Rb. — k. 90	
2) Za utrzymanie w porządku grobu w r. 1900	„ 6 „ —	„ 6 „ 90
Remanent z końcem r. 1900	Rb.	21 k. 13

VI. Fundusz stały z legatu D-ra Jana Bącewicza, na wsparcia dla 5 ciu wdów po lekarzach.

Fundusz ten, na domu Nr. 614L hipotecznie lokowany, z końcem r. 1900 wynosił	Rb.	7500 k. —
<i>Procenty od tego funduszu:</i>		
W roku 1900 wpłynął procent po 6 ⁰ / ₀ od powyższego kapitału	„	450 „ —
<i>Z tego wydano w r. 1900:</i>		
1) 10 ⁰ / ₀ od czystego dochodu przelano do funduszu na wydatki bieżące Rb. 45		
2) Przelano do Kasy Wsparcia na roczne zapomogi dla wdów po lekarzach, stosownie do legatu „ 405	Rb.	450 k. —
Remanentu z końcem r. 1900 niema.		

VII. Fundusz stały z legatu D-ra Feliksa Jabłonowskiego.

Remanent z końcem r. 1899	Rb.	13545 k. 58
Odpisano stratę na kupnie papierów procentowych	„	26 „ 28
Ogół funduszu z końcem r. 1900	Rb.	13519 k. 30
<i>a mianowicie:</i>		
w zabezpieczeniu hipotecznem	Rb.	13000 k. —
w papierach procentowych	„	500 „ —
w gotówiznie	„	19 „ 30
Razem jak wyżej	Rb.	13519 k. 30

Procenty od funduszu z legatu D-ra Feliksa Jabłonowskiego:

W ciągu roku 1900 otrzymano procenty:

1) Od właściciela dóbr Brzeźno w pow. Ostrołęckim 5% od sumy Rb. 4500	Rb. 225 k. —
2) Od Towarzystwa Lekarskiego 5% od sumy Rb. 8500, na domu Nr. 614L lokowanej	„ 425 „ —
3) Za kupony od papierów procentowych i dywidendowych	„ 35 „ —
Ogół przychodu	Rb. 685 k. —

Z procentów wydatkowano, w myśl woli testatora:

1) na wsparcie 2-ch ubogich majstrów: krawca i piekarza, po Rb. 150 każdemu	Rb. 300 k. —
2) Na nabożeństwo żałobne za duszę testatora, na ogłoszenia o nabożeństwie i utrzymanie porządku około grobu	„ 8 „ 95
3) asekuracja pożyczki premiowej	„ 4 „ 91
4) przelano do Kasy Wsparcia, na wsparcie dla ubogiego lekarza	„ 297 „ 59
5) przelano do funduszu na wydatki bieżące 10% od czystego dochodu	„ 67 „ 50
6) przelano do funduszu grobu D-ra Jabłonowskiego oszczędzone w r. 1900	„ 6 „ 05
Ogół rozchodu	Rb. 685 k. —

Remanentu z końcem r. 1900 niema.

Fundusz reparacyjny grobu D-ra Jabłonowskiego.

Remanent z końcem r. 1899	Rb. 98 k. 60
Przelano z procentów, jak wyżej wykazano, oszczędność za r. 1900	„ 6 „ 05
Remanent z końcem r. 1900	Rb. 104 k. 65

VIII. Fundusz stały nagród konkursowych imienia D-ra Adama Helbicha.

Remanent z końcem r. 1899	Rb. 1109 k. 82
Przybył zysk na kupnie papierów procentowych	„ — „ 15
Ogół funduszu z końcem r. 1900	Rb. 1109 k. 97
a mianowicie:	
w papierach procentowych	Rb. 1100 k. —
w gotowiznie	„ 9 „ 97
Razem jak wyżej	Rb. 1109 k. 97

Pam. T. L. T. 97, Z. II.

20

Procent od tego funduszu:

Remanent z r. 1899	Rb. 834 k. 30 $\frac{1}{2}$
Wpłynęło za kupony od papierów procentowych na Rb. 1900, należących tak do funduszu stałego, jako też do funduszu na nagrody przeznaczonego	„ 80 „ 28
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 914 k. 58 $\frac{1}{2}$
Z tego przelano do funduszu na wydatki bieżące 10 $\frac{0}{0}$ od dochodu, stosownie do budżetu	„ 7 „ 80
Remanent z końcem r. 1900	Rb. 906 k. 78 $\frac{1}{2}$
a mianowicie:	
w papierach procentowych	Rb. 800 k. —
w gotowiznie	„ 106 „ 78 $\frac{1}{2}$
Razem jak wyżej	Rb. 906 k. 78 $\frac{1}{2}$

IX. Fundusz stały nagród konkursowych imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego.

Fundusz ten, na domu Nr. 614L hipotecznie lokowany, wynosi	Rb. 1200 k. —
<i>Procenty od tego funduszu:</i>	
Remanent z końcem r. 1899	„ 165 „ —
W roku 1900 wpłynął procent od kapitału Rb. 1200, hipotecznie lokowanego	„ 60 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 225 k. —
Z tego funduszu przelano 10 $\frac{0}{0}$ od czystego dochodu na wydatki bieżące, stosownie do budżetu	„ 6 „ —
Remanent z końcem r. 1900	Rb. 219 k. —

X. Fundusz nagród konkursowych z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1899	Rb. 1039 k. 80
W r. 1900 przelano z funduszu ogólnego z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie, stosownie do woli testatora	„ 600 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 1639 k. 80

W roku 1900:

- 1) Przyznano nagrodę konkursową D-rowi Zdzisławowi Sławińskiemu Rb. 300 k. —
 - 2) Przelano do funduszu wydawnictwa prac konkursowych, na wydanie pracy D-ra Sławińskiego „ 300 „ — Rb. 600 k. —
- Remanent z końcem r. 1900 Rb. 1039 k. 80

XI. Fundusz na wydawnictwo prac konkursowych uwieńczonych nagrodą z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1899	Rb. 580 k. 66
Przelano z funduszu nagród konkursowych, na wydanie pracy D-ra Sławińskiego	„ 300 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 880 k. 66
Ponieważ w r. 1900 rozchodu nie było, przeto remanent z końcem r. 1900 wynosił	„ 880 „ 66

XII. Fundusz stały z zapisu Teofili Koczorowskiej.

Fundusz ten, na domu Nr. 614L hipotecznie lokowany, wynosi z końcem r. 1900	Rb. 1000 k. —
<i>Procenty od tego funduszu:</i>	
W r. 1900 wpłynęło 5% od kapitału Rb. 1000	Rb. 50 „ —
W ciągu r. 1900:	
a) przelano do Kasy Wsparcia dla rozdzielania między wdowy i sieroty po lekarzach	Rb. 45 k. —
b) przelano do funduszu na wydatki bieżące 10% od czystego dochodu	„ 5 „ — Rb. 50 k. —
Remanentu z końcem r. 1900 niema.	

XIII. Fundusz stały stypendyalny z zapisu D-ra Ignacego Gołębiowskiego.

Fundusz ten, na domu Nr. 614L hipotecznie lokowany, wynosi	Rb. 5000 k. —
--	---------------

Procenty od tego funduszu:

Remanent z r. 1899	Rb.	25 k. 72
W roku 1900 wpłynął procent po 5 ⁰ / ₁₀₀ od Rb. 5000	„	250 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	275 k. 72
W r. 1900 wypłacono stypendyum studentowi medycyny	Rb.	250 k. —
Przelano 10 ⁰ / ₁₀₀ od czystego dochodu do funduszu na wydatki bieżące	„	25 „ —
Remanent z końcem r. 1900	Rb.	— k. 72

XIV. Fundusz stały z zapisu Henryka Michała Czekińskiego.

Fundusz ten, tak jak poprzednio, znajduje się:

a) w papierach procentowych	Rb.	2000 k. —
b) w gotowiznie	„	27 „ 50
Ogółem	Rb.	2027 k. 50

Procenty od tego funduszu:

Remanent z końcem r. 1899	Rb.	42 k. 75
W r. 1900 wpłynęło za kupony od Rb. 2000	„	85 „ 50
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	128 k. 25
Z tego w r. 1900:		
1) przelano do Kasy Wsparcia, dla udzielenia wsparć	Rb.	76 k. 95
2) przelano 10 ⁰ / ₁₀₀ od czystego dochodu do funduszu na wydatki bieżące, stosownie do budżetu	„	8 „ 55
Remanent z końcem r. 1900	Rb.	42 k. 75

XV. Fundusz stały konkursowy imienia D-ra Leona Konitza.

Fundusz ten, tak jak poprzednio, wynosi w pa-

pierach procentowych	Rb.	2000 k. —
--------------------------------	-----	-----------

Procent od tego funduszu:

Remanent z r. 1899	Rb.	380 k. —
W r. 1900 wpłynęło za kupony od Rb. 2000	„	95 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	475 k. —
Ponieważ rozchodu nie było, przeto remanent z roku 1900 wynosi	Rb.	475 k. —

*XVI. Fundusz w biletach premjowych z zapisu D-ra
Romualda Płaskowskiego.*

Remanent z końcem r. 1899	Rb.	321 k. 56
W roku 1900 wpłynęło za kupony	„	14 „ 24
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	335 k. 80
Zapłacono za asekurację pożyczek premjowych i za prenumeratę Gazety Losowań, stosow- nie do woli testatora	„	18 „ 04
Remanent z końcem r. 1900	Rb.	317 k. 76
a mianowicie:		
1) w biletach pożyczek premjowych Cesarstwa i zagranicznych	Rb.	316 k. 25
2) w gotowiźnie	„	1 „ 51
Razem jak wyżej	Rb.	317 k. 76

*XVII. Fundusz stały premii psychiatrycznych z legatu D-ra
Romualda Płaskowskiego.*

Fundusz ten, jak poprzednio wynosi:

a) w papierach procentowych	Rb.	1950 k. —
b) w gotowiźnie	„	50 „ —
Ogółem	Rb.	2000 k. —

Procent od tego funduszu:

Remanent z r. 1899	Rb.	198 k. 45
W roku 1900 wpłynęło za kupony	„	92 „ 16
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	290 k. 61

Z tego procentu w roku 1900 wydano:

1) D-wi Wacławowi Zarembie, premium konkur- sowe	Rb.	185 k. 25
2) przelano 10% do funduszu na wydatki bieżące, stosow- nie do budżetu	„ 9 „ 26	Rb. 194 k. 51
Remanent z końcem r. 1900	Rb.	96 k. 10

XVIII. Fundusz stały z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego dla delegatów na zjazdy psychiatryczne.

Remanent z r. 1899 pozostały	Rb. 2000 k. —
Przybyła korzyść na kupnie papierów procentowych z powodu wylosowania	„ 77 „ 89
Ogółem	Rb. 2077 k. 89

a mianowicie:

w papierach procentowych	Rb. 2050 k. —
w gotowiznie	„ 27 „ 89
Razem jak wyżej	Rb. 2077 k. 89

Procent od tego funduszu:

Remanent z r. 1899	Rb. 197 k. 48
W r. 1900 wpłynęło za kupony	„ 92 „ 62
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 290 k. 10

Z tego wydano w r. 1900:

- 1) D-wi Teodorowi Łapińskiemu, zapomoga na zjazd psychiatryczny w Akwizgranie Rb. 185 k. 25
 - 2) przelano 10% od czystego dochodu do funduszu na wydatki bieżące „ 9 „ 26 Rb. 194 k. 51
- Remanent z końcem r. 1900 Rb. 95 k. 59

B. Fundusze pod administracją Towarzystwa Lekarskiego zostające.

XIX. Fundusz ogólny z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie, zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego na stypendya i premia konkursowe.

Remanent z końcem r. 1899	Rb. 109 k. 76
W roku 1900 ogólny dochód z komornego od lokatorów domu wyniósł	„ 5065 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 5174 k. 76

W r. 1900 dopełnione zostały wydatki następujące:

1)	Na stypendya 6 ciu studentom medycyny, po Rb. 300	Rb. 1800 k. —
2)	Przelano do funduszu na- gród konkursowych rocz- ną sumę w testamencie oznaczoną [Zob. dział X]	„ 600 „ —
3)	Wniesiono do Kasy Wspar- cia lekarzy, procent od kapitału Rb. 7500, obciąż- ającego hypot. domu	„ 450 „ —
4)	Przelano 10 ⁰ / ₀ od czy- stego dochodu do fundu- szu na wydatki bieżące, stosownie do budżetu	„ 297 „ 50
5)	Przelano do funduszu na spłatę długów hypotecz- nych domu Nr. 12/13 w Piotrkowie, oszczędność w r. 1900 pozyskaną	„ 400 „ —
6)	Na podatki, ciężary grun- towe, restaurację zabu- dowań, utrzymanie po- rządku, koszty miejsco- wej administracji oraz gratyfikacya zarządcy domu	„ 1590 „ 35
		Ogół rozchodu Rb. 5137 k. 85
		Remanent z końcem r. 1900 Rb. 36 k. 91

XX. Fundusz rezerwowy budowlany domu Nr. 12/13 w m. Piotrkowie, zapisanego przez D-ra Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1899	Rb. 1744 k. 59
W roku 1900 wpłynęło za kupony	„ 74 „ 82
Nadto otrzymano zysk na kupnie Listów Zast. Ziem. na Rb. 200, za które zapłacono Rb. 193 k. 30	„ 6 „ 70

Ogół przychodu z remanentem Rb. 1826 k. 11

Ponieważ rozchodu w r. 1900 nie było, przeto
remanent z końcem roku wynosił, jak wyżej Rb. 1826 k. 11
a mianowicie:

a) w papierach procentowych	Rb. 1800 k. —
b) w gotowiźnie	„ 26 k. 11
Razem jak wyżej	<u>Rb. 1826 k. 11</u>

XXI. Fundusz rezerwowy na spłatę długów hipotecznych domu Nr. 12/13 w m. Piotrkowie, zapisanego przez D-ra Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1899	Rb. 460 k. 58
W roku 1900 wpłynęło za kupony od papierów procentowych	„ 18 „ 04
Nadto przelano z funduszu ogólnego z dochodów domu Nr. 12/13, oszczędność w r. 1900 pozyskaną, jak to wyżej wykazano	„ 400 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 878 k. 62
Ponieważ w r. 1900 rozchodu nie było, przeto remanent z końcem r. 1900 wynosi jak wyżej a mianowicie:	Rb. 878 k. 62
a) w papierach procentowych	Rb. 400 k. —
b) w gotowiznie	„ 478 „ 62
Razem jak wyżej	Rb. 878 k. 62

Warszawa 15 Maja 1901 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa

D-r Brodowski.

7.

BILANS

funduszy i własności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z końcem roku 1900.

(Regul. § 109, lit B, punkt 7).

Fundusze własnością Towarzystwa Lekarskiego będące.

I. Activa.

- Dom Towarzystwa przy ulicy Niszczej Nr. 614L w Warszawie, oceniony na* Rb. 120000 k. —
Remanent z dochodów tegoż domu „ 31 „ 71
 - Fundusz rezerwowy domu Nr. 614L:*
 - w papierach procentowych Rb. 5600 k —
 - w gotowiznie „ 79 „ 17 „ 5679 „ 17
- do przeniesienia Rb. 125710 k. 88

z przeniesienia Rb. 125710 k. 88

3.	<i>Fundusz na wydatki bieżące Towarzystwa</i>	„	337 „ 87
4.	<i>Fundusz stały Pracowni Towarzystwa:</i>		
a)	w kapit. bypot. lokow.	Rb. 3000 k. —	
b)	w papier. procent.	„ 7150 „ —	
c)	w gotowiźnie	„ 17 „ 18 „	10167 „ 18
	<i>Procenty od tego funduszu</i>	„	159 „ 96 ¹ / ₂
5.	<i>Fundusz stały na utrzymanie grobu D-ra Bącewicza:</i>		
	w kapit. hypot. lok.	„ 150 k. —	
	<i>Procenty od tego funduszu</i>	„	21 „ 13
6.	<i>Fundusz z legatu D-ra Bącewicza na wsparcie 5-u wdów po lekarzach, w kapitale hypot lokowan.</i>	„	7500 „ —
7.	<i>Fundusz stały z legatu D-ra Feliksa Jabłonowskiego:</i>		
a)	w kapit. hypot. lokow.	Rb. 13000 k. —	
b)	w papier. procent.	„ 500 „ —	
c)	w gotowiźnie	„ 19 „ 30 „	13519 „ 30
	<i>Fundusz reparatorijny grobu D-ra Jabłonowskiego</i>	„	104 „ 65
8.	<i>Fundusz stały im. D-ra Helbicha:</i>		
a)	w papierach procent.	Rb. 1100 k. —	
b)	w gotowiźnie	„ 9 „ 97 „	1109 „ 97
	<i>Procenty od tego funduszu:</i>		
a)	w papier procent.	Rb. 800 k. —	
b)	w gotowiźnie	„ 106 „ 78 ¹ / ₂ „	906 „ 78 ¹ / ₂
9.	<i>Fundusz stały im. D-ra Chałubińskiego</i>		
	w kapitale hipotecznie lokowanym	„	1200 „ —
	<i>Procenty od tego funduszu</i>	„	219 „ —
10.	<i>Fundusz nagród konkursowych z zapisu D-ra Koczorowskiego</i>	„	1039 „ 80
11.	<i>Fundusz na wydawnictwo prac konkursowych z zapisu D-ra Koczorowskiego</i>	„	880 „ 66
12.	<i>Fundusz stały z legatu Koczorowskiej</i>		
	w kapitale hipotecznie lokowanym	„	1000 „ —
13.	<i>Fundusz stały stypendyalny z legatu D-ra Gołębiowskiego</i>		
	w kap. hyp. lok.	„ 5000 „ —	
	<i>Procenty od tego funduszu</i>	„	— „ 72
	do przeniesienia	Rb.	169027 k. 91

	z przeniesienia	Rb.	169027 k.	91
14.	<i>Fundusz stały z legatu Czekierskiego:</i>			
a)	w papierach procent.	Rb.	2000 k.	—
b)	w gotowiznie	„	27 „	50
	<i>Procenty od tego funduszu</i>	„	42 „	75
15.	<i>Fundusz stały premii psychiatrycznych z legatu D-ra Płaskowskiego:</i>			
a)	w papierach procent.	Rb.	1950 k.	—
b)	w gotowiznie	„	50 „	—
	<i>Procenty od tego funduszu</i>	„	96 „	10
16.	<i>Fundusz stały dla delegatów na zjazdy psychiatryczne, z legatu D-ra Płaskowskiego:</i>			
a)	w papierach procent.	Rb.	2050 k.	—
b)	w gotowiznie	„	27 „	89
	<i>Procenty od tego funduszu</i>	„	95 „	59
17.	<i>Fundusz w biletach premiowych z legatu D-ra Płaskowskiego:</i>			
a)	w papierach procent.	Rb.	316 k.	25
b)	w gotowiznie	„	1 „	51
	<i>Procenty od tego funduszu</i>	„	317 „	76
18.	<i>Fundusz stały im. D-ra Konitza, w papierach procentowych</i>	„	2000 „	—
	<i>Procenty od tego funduszu.</i>	„	475 „	
19.	<i>Fundusz stały imienia D-ra Kondratowicza, w papierach procentowych</i>	„	2000 „	—
	<i>Procenty od tego funduszu</i>	„	85 „	50
		Razem	Rb.	180246 k. —

II. Passiva (długi hipoteczne na domu Towarzystwa pod Nr. 614L przy ul Niecałej)

1.	Towarzystwu Kredytowemu m. Warszawy	Rb.	30605 k.	77
2.	Funduszowi z legatu D-ra Jana Bącewicza na wsparcie 5 wdów po lekarzach	„	7500 „	—
3.	Funduszowi z legatu D-ra Jana Bącewicza na utrzymanie grobu	„	150 „	—
4.	Funduszowi z legatu D-ra Feliksa Jabłonskiego	„	8500 „	—
		do przeniesienia	Rb.	46755 k. 77
			Rb.	180246 k. —

z przeniesienia Rb. 46755 k. 77 Rb. 180246 k. —

5.	Funduszowi nagród konkursowych imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego	„	1200	„	—
6.	Funduszowi z legatu D-ra Ignacego Gołębiowskiego	„	5000	„	—
7.	Funduszowi z legatu Teofili Koczorowskiej	„	1000	„	—
8.	Funduszowi z legatu D-ra Władysława Wilczyńskiego. zapisanemu na Pracownię Towarzystwa	„	3000	„	—
				„	56955 „ 77
				Pozostaje Rb. 123290 k. 23	

Dodając do tego:

a)	Wartość biblioteki Towarzystwa Lekarskiego, według polisy Warszaw. Towarzyst. Ubezpie. od ognia . . .	Rb.	37500	k.	—
b)	wartość ruchomości Towarzystwa, według tejże polisy	„	4000	k.	—
c)	wartość inwentarza Pracowni, według polisy tegoż Towarzystwa Ubezpieczeń	„	2772	„	—
				„	44272 „ —
Ogół stanu majątkowego Towarzystwa Rb. 167562 k. 23					

*Fundusze pod administracją Towarzystwa Lekarskiego
zostające.*

1.	Fundusz ogólny z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie (remanent)	Rb.	36	k.	91
2.	Fundusz rezerwowy budowlany tegoż domu:				
a)	w papierach procentowych	Rb.	1800	k.	—
b)	w gotowiźnie	„	26	„	11
				„	1826 „ 11
3.	Fundusz rezerwowy na spłatę długów hypotecznych tegoż domu:				
a)	w papierach procentowych	Rb.	400	k.	—
b)	w gotowiźnie	„	478	„	62
				„	878 „ 62
Razem fundusze pod administracją Tow. Lek.				Rb.	2741 k. 64

Warszawa, dnia 15 Maja 1901 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa D-r Brodowski.

8.

**Sprawozdanie szczegółowe o nowych zapisach
i darowiznach.**

(Regul. § 109, Lit. B, punkt 8).

Grono osób pragnących uczcić pamięć D-ra Stanisława Kondratowicza, członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, ofiarowało temuż Towarzystwu aktem darowizny z dnia 29 Marca (11 Kwietnia) 1900 roku, zeznanym przed rejentem Zygmuntem Wasiutyńskim w Warszawie i zatwierdzonym przez P. Ministra Spraw Wewnętrznych, fundusz wieczysty imienia Stanisława Kondratowicza, w sumie nominalnej Rub. 2000, w Listach Zastawnych m. Warszawy $4\frac{1}{2}$ procentowych.

Według zastrzeżeń wspomnianego aktu darowizny, kapitał powyższy ma być przechowywany w kasie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, albo w papierach procentowych gwarantowanych przez Rząd, albo też w Listach Zastawnych, zabezpieczonych na nieruchomościach, położonych w Królestwie Polskiem.

Procenty od tego kapitału mają być obracane na kupno książek dla biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

W razie zamknięcia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wspomniany fundusz ma być przelany na własność Kasy Wsparcia wdów i sierot po lekarzach, istniejącej przy temże Towarzystwie, z tym warunkiem, aby procent od kapitału rzeczzonego wydawany był jako wsparcie jednej wdowie po lekarzu, według uznania Komitetu Kasy Wsparcia, w dniu śmierci Stanisława Kondratowicza, t. j. dnia 26 Października, według nowego stylu.

W przyjętym przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na posiedzeniu z dnia 15 Stycznia 1901 r. regulaminie tego funduszu, oprócz szczegółów i warunków darowizny wyżej wyluszczonech, Towarzystwo dodało dwa §§, mianowicie 1, aby procenty od rzeczzonego funduszu obracane były na kupno książek dla biblioteki i wstawiane corocznie do budżetu tejże, 2, aby zyski i straty, wynikające z losowania Listów Zastawnych, w których fundusz ten jest pomieszczony, odnoszone były do rachunku własnego Towarzystwa Lekarskiego.

Uwaga. Dary w książkach wykazane są w sprawozdaniu kol. Bibliotekarza (Zob. punkt 17). W tem miejscu wspomnieć wypada o hojnym darze kol. Władysława Krajewskiego, który połączając wiadomość o szczupłym względnie stanie funduszu na bibliotekę Towarzystwa Lekarskiego, corocznie budżetem wydziela-

nego, wniósł ofiarę jednorazową na kupno dzieł do biblioteki, w kwocie Rb. 500. Jednocześnie kol. Mieczysław Korzeniowski złożył na tenże cel ofiarę Rb. 10.

w Warszawie, dnia 15 Maja 1901 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa D-r *Brodowski*.

9.

Nagrody konkursowe, stypendya itp. przyznane w roku 1900 z funduszków pod zarządem Towarzystwa zostających.

(Regul. § 109, Lit. B. punkt 9).

A. Co do nagród konkursowych.

W roku 1900, mianowicie na dzień 31 Marca oznaczony był termin do złożenia prac na konkurs z funduszu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Towarzystwo Lekarskie na termin powyższy ogłosiło w roku 1899 siedm tematów, z oznaczeniem 2-ch nagród po Rb. 300 i na koszt wydawnicze każdej pracy uwieńczonej Rb. 300.

W terminie powyższym, t. j. do dnia 31 Marca 1900 roku nadesłało jedną pracę na temat „Anatomia patologiczna i warunki powstawania żyłaków (varices)” opatrzoną godłem: „Homo naturae minister et interpretantur facit et intelligit, quantum de naturae ordine re vel mente observaverit nec amplius scit aut potest” (Baco).

Komitet konkursowy, złożony z D-rów: Dunina, Jakowskiego, Janowskiego, Leona Nenckiego, Nusbauma i Przewoskiego, na posiedzeniu swem w dniu 11 Października 1900 roku przyznał jednogłośnie autorowi wymienionej pracy oznaczoną w regulaminie nagrodę.

Po otworzeniu na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w d. 16 Października 1900 r. koperty opatrzonej powyższą dewizą, ogłoszono przyznanie nagrody z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego D-rowi Zdzisławowi Sławińskiemu.

Uwaga. Do przyznania nagród z innych funduszków konkursowych terminu w roku 1900 nie przypadały.

B. Co do stypendyów:

Komitet opieki funduszków stypendyalnych z zapisów D-ra Walentego Koczorowskiego i D-ra Ignacego Gołębiowskiego przyznał w roku 1900 stypendya na rok akad. 1900/1 następującym studentom medycyny:

a) z legatu D-ra Koczorowskiego, po Rb. 300 rocznie, studentom medycyny Uniwersytetu Warszawskiego:

- 1) Kozłowskiemu Wacławowi z kursu V
- 2) Osińskiemu Eugeniuszowi „ V
- 3) Żórawskiemu Władysławowi „ V
- 4) Gębarskiemu Stanisławowi „ IV
- 5) Koczorowskiemu Władysławowi „ III

Studentowi medycyny Uniwersytetu Jurjewskiego:

- 6) Białostockiemu Marcelemu z kursu III.

b) z legatu D-ra Ignacego Gołębiowskiego, w kwocie Rb. 250.

Łabuciowi Rajmundowi, stud. med. uniw. warszaw. kursu II-go, krewnemu zapisodawcy.

c) Komitet do wybrania stypendysty imienia D-ra Polikarpa Girsztowta przyznał stypendyum jego imienia na rok akadem. 1900/1, w kwocie Rb. 210, studentowi kursu V medycyny Uniwersytetu Warszawskiego Mikołajowi Starkiewiczowi.

Na przedstawienie Towarzystwa Lekarskiego p. Kurator Okręgu Naukowego Warszawskiego zatwierdził wszystkim wyżej wymienionym studentom medycyny przyznane im na rok akad. 1900/1 stypendya.

Wreszcie wspomnieć wypada o udziale Zarządu Towarzystwa Lekarskiego w zatwierdzaniu stypendyów i zapomóg z procentów od funduszu wieczystego z legatu D-ra Chwiećkowskiego.

Na zasadzie testamentu D-ra Chwiećkowskiego z dnia 25 Czerwca 1879 roku, wykonawcy testamentu: Prof. D-r Włodzimierz Brodowski, D-r Kazimierz Chełchowski, oraz adwokat przysięgły Dominik Anc, przyznali w r. 1900 zapomogi, premia i stypendya, a Zarząd Towarzystwa Lekarskiego zatwierdził je w ogólnej sumie Rb. 5310, a w szczególności:

1) Z procentów od kapitału stypendyalnego dla uczniów szkół technicznych i rzemieślniczych, przyznano zapomogi 26 uczniom w wysokości od Rb. 40 do Rb. 100, łącznie Rb. 1360

2) Z procentów od kapitału na premia i wydawnictwa popularne z dziedziny nauk przyrodniczych, przyznano Mieczysławowi Brzezińskiemu na wydanie następujących dzieł i broszur popularnych:

- 1) „Opisanie Królestwa Polskiego“ (Cz. I przyroda kraju) przez Pawła Sosnkowskiego Rb. 800.
- 2) „O węgla kamiennym“ przez Wł. Umińskiego Rb. 250.
- 3) „Rośliny zwierzęta i ludzie“ wydawcy Rb. 200.
- 4) „Co można widzieć przez szkła powiększające“ H. Skrzyńskiej Rb. 300.

do przeniesienia

Rb. 1360

z przeniesienia mu tytułem premium za broszurę „O kraju Chińskim i Chińczykach“ Rb 250 b) Waydłowi Emilowi za wydawnictwo p. t. „Pszczelarz i Ogrodnik“ Rb. 150. c) Na wydawnictwo dziełka D-ra Tchórnickiego p. t. „Kąpiele ludowe“ Rb. 300. d) Na wydawnictwo dziełka Morzyckiej p. t. „Przyroda Szwajcaryi“ Rb. 400. e) Na wydawnictwo dziełek Jotejko-Ru- dnickiej p. t. 1) „Węgiel i jego odmiany“ Rb. 200 2) „Krzem, jego związki i pożytki Rb. 200, łącznie	Rb. 1360
3) Z procentu od kapitału stypendyalnego studentów medycyny, przyznano stypendya 3 stu- dentom medycyny uniwersytetu Warszawskiego a mianowicie: 1) Tadeuszowi Rechniowskiemu, 2) Juljanowi Dracowi i 3) Stanisławowi Górkiwicz- owi, każdemu po Rb. 300, łącznie	Rb. 3050
	Rb. 900
	Ogółem Rb. 5310

Wykonawcy testamentu D-ra Chwiećkowskiego za pośredni-
ctwem jednego ze swych Członków, p. Dominika Anca, adwokata
przysięgłego, złożyli Zarządowi Towarzystwa Lekarskiego szczegó-
łowe sprawozdanie ze stanu i obrotu funduszków za rok 1900.
Sprawozdanie to, jak niemniej cała rachunkowość funduszu wie-
czystego, zapisu D-ra Chwiećkowskiego dotycząca, sprawdzone zo-
stały przez delegowanych członków Zarządu Towarzystwa Lekar-
skiego: D rów Dydyńskiego, Łoguckiego i Winiarskiego, którzy
znaleźli całą kasowość i rachunkowość tego funduszu w zupełnym
porządku. Kopia sprawozdania przesłaną została przez Towa-
rzystwo Lekarskie p. Kuratorowi Okręgu Naukowego Warszaw-
skiego.

w Warszawie, dnia 15 Maja 1901.

Sekretarz Stały Towarzystwa D-r *Brodowski*.

10, 11.

Zawiadomienie o konkursach i nagrodach wakujących.

(Regul. § 109, Lit. B, punkt 10 i 11).

A. Co do nagród konkursowych.

1) Nagroda pieniężna z legatu D-ra Walentego Koczorow-
skiego w kwocie Rb. 300 i na koszt wydania pracy nagrodzonej
Rb. 300, wakuje na rok 1901/2 z terminem składania prac w To-
warzystwie Lekarskiem Warszawskiem pod adresem Sekretarza

Stałego, w terminie do dnia 31 Marca 1902 r. Tematy i bliższe informacje wydrukowane są w ogłoszeniach przy końcu niniejszego zeszytu.

2) Trzy nagrody pieniężne z funduszu imienia D-ra Adama Helbicha, mianowicie jedna w kwocie Rb. 450, druga Rb. 300 i trzecia Rb. 150, z terminem składania prac w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem pod adresem Sekretarza Stałego, do dnia 19 Października 1902 r. Tematy i bliższe informacje podane są w ogłoszeniach przy końcu niniejszego zeszytu.

3) Nagroda pieniężna w kwocie Rb. 240 imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznać się mająca przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny. Bliższe informacje podane są w ogłoszeniach przy końcu niniejszego zeszytu.

4) Z funduszu imienia D-ra Leona Konitza wakuje nagroda pieniężna, przyznać się mająca przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w dniu 15 Października 1902 roku, odpowiednio do wartości naukowej prac: albo w kwocie Rb. 570, albo też suma ta podzieloną być może na dwie nagrody po Rb. 285, za prace oryginalne w języku polskim, poświęcone chorobom kobiecym lub akuszerii. Bliższe informacje podane są w ogłoszeniu przy końcu niniejszego zeszytu.

5) Nagroda pieniężna z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego, w kwocie Rb. 200, przyznać się mająca przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w r. 1902 za pracę z dziedziny psychiatrii. Bliższe informacje podane są w ogłoszeniach przy końcu niniejszego zeszytu.

B. Co do stypendyów i zapomóg.

1) Z legatu D-ra Romulda Płaskowskiego wakować będzie w r. 1902 zapomoga w kwocie Rb. 200, dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju czy za granicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie złożyć Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które wydrukowane będzie w Pamiętniku tegoż Towarzystwa. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mogą pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7) w czasie od dnia 1 Kwietnia do 1 Czerwca 1902 roku.

2) Z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego 6 stypendyów, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, religii Rzymsko-Katolickiej, z pierwszeństwem dla kandydatów z rodzin imiennie przez zapisodawcę wskazanych; w braku kandydatów z rodzin wskazanych przez testatora, otrzymują

stypendya studenci medycyny kursów wyższych, odznaczający się wzorowem sprawowaniem się i celującymi postępami w naukach.

3) Z legatu D-ra Ignacego Gołębiowskiego, jedno stypendyum w kwocie Rb. 250 dla studenta medycyny uniwersytetu Warszawskiego, krewnego zapisodawcy; w braku kandydata z rodziny uprzywilejowanej, otrzymuje zwykle stypendyum student medycyny kursu wyższego tegoż uniwersytetu.

4) Stypendyum imienia D-ra Polikarpa Girsztowta, w kwocie Rb. 210, przeznaczone dla studenta medycyny uniwersytetu Warszawskiego kursu V (ostatniego), pochodzenia polskiego, odznaczającego się wzorowem prowadzeniem się i postępami w naukach, a szczególnie zdolnością do chirurgii i poświęcającemu się jej z zamiłowaniem.

Termin do wnoszenia próśb do Towarzystwa Lekarskiego o stypendya wyżej wymienione, oznaczony został na dzień 15 Września, bliższych zaś informacyi co do stypendyów zasięgnąć można z ogłoszeń przy końcu niniejszego zeszytu zamieszczonych, jak niemniej w kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7).

Prośby o zapomogi z legatu D-ra Józefa Chwiećkowskiego wnoszone przez uczniów szkół technicznych i rzemieślniczych oraz przez wydawców lub autorów dzieł popularnych z dziedziny nauk przyrodniczych—przyjmuje jeden z wykonawców testamentu, mianowicie adwokat przysięgły p. Dominik Anc w kancelaryi swej przy ulicy S-to Jerskiej, domu Nr. 16; podania zaś od studentów medycyny o stypendya z zapisu D-ra Chwiećkowskiego przyjmuje drugi z wykonawców testamentu, mianowicie prof. D-r Brodowski w mieszkaniu swem (ulica Smolna Nr. 21).

w Warszawie, dnia 15 Maja 1901 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa D-r *Brodowski*.

12.

Wspomnienia pośmiertne o Członkach Towarzystwa Lekarskiego zmarłych w roku 1900.

(Regul. § 109, Lit. B. punkt 12.)

1. **Stępkowski Franciszek**, Członek czynny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, urodził się w m. Radomiu w r. 1857, gimnazjum ukończył w Radomiu w r. 1875, wydział lekarski w Warszawie w r. 1880. W r. 1881 otrzymał posadę le-

Pam. Tow. Lek. T. 97. Z, II.

21

karza szpitala cywilnego w Opocznie, na której pozostawał do r. 1891. W tym roku przeniósł się do Ilży na posadę lekarza powiatu i pozostawał tam do r. 1894. W r. 1894 przeprowadził się do Warszawy i nabył na własność „Dom Zdrowia” przy ulicy Długiej, od D-ra Ołtuszewskiego. W roku 1895 ś. p. kol. Stępkowski przedstawił Towarzystwu Lekarskiemu odbitki 3-ch swych prac, mianowicie: 1) Przypadek wrodzonego braku macicy, pochwy i jajników. Gazeta Lekarska r. 1900, Nr. 17. 2) Rzadki przypadek zaciśnięcia pętlicy kiszki we wrodzonej szparze krezki. Gazeta Lekarska r. 1893 Nr. 31 i 3) Całkowite wypadnięcie macicy i pochwy u młodej dziewczyny. Gazeta Lekarska r. 1895 Nr. 23. Po ocenieniu tych prac Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu w dniu 7 Stycznia 1896 r. wybrało go na członka czynnego. Od tego czasu śp. kol. Stępkowski rozwija coraz płodniejszą działalność naukową. W r. 1897 zamieszcza w Medycynie „12 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przez cięcie brzuszne z powodu przewlekłych chorób przydatków macicy”. W r. 1898 w Medycynie „Cięcie cesarskie z wynikiem pomyślnym dla matki i dziecka”. W następnych latach aż do zgonu nie ustawał w pracy naukowej, zamieszczając corocznie to w Medycynie, to w Gazecie Lekarskiej swe spostrzeżenia kliniczne i referaty. Na zjazd lekarzy do Krakowa przygotował obszerny referat „o przyczynach i leczeniu niepłodności kobiecej”, lecz choroba nie dozwoliła mu już przyjąć czynnego udziału w pracach zjazdu. Zgaśł w 45 roku życia w dniu 15 Sierpnia 1900 r. w Warszawie.

2) **Wagner Bronisław**, członek czynny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, syn ś. p. Pawła, nauczyciela nauk przyrodzonych gimnazjum Słuckiego, a następnie nauczyciela zakładów naukowych prywatnych w Warszawie, urodził się 15 Września 1866 r. W r. 1879 wstąpił do gimnazjum V-go w Warszawie, które ukończył w r. 1887. W tymże roku zapisał się w poczet studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w r. 1893 ze stopniem lekarza. Pod koniec r. 1894 przeprowadził się jako lekarz wolnopraktykujący do m. Zakroczymia, gdzie przebywał do 1 Kwietnia 1897 r. Następnie powróciwszy do Warszawy objął posadę asystenta w Instytucie Oftalmicznym imienia księcia Edwarda Lubomirskiego. W Październiku w r. 1898 otrzymał nominację na ordynatora Oddziału ocznego w Warszawskim szpitalu dla dzieci. W Listopadzie roku 1899 mianowany został lekarzem ambulatorium w Instytucie Oftalmicznym. Przedstawivszy pod koniec r. 1899 Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu pracę swoją „O wążrze ocznym na podstawie danych statystycznych, opartych na materyale szpital-

nym za okres czasu od 1 Września 1870 r. do 1 Kwietnia 1899 r. (Kronika Lekarska 1899), wybrany został w dniu 2 Stycznia 1900 r. na Członka czynnego tegoż Towarzystwa. Pomimo mozolnej pracy w 2-ch szpitalach, śp. kol. Wagner był członkiem Redakcji Kroniki Lekarskiej, a oprócz tego zniewolony był z powodu długotrwałej choroby swego teścia D-ra Stępniewskiego, objąć naczelną kierunek Instytutu szczepienia ospy ochronnej. Zmarł w Warszawie, po krótkiej i ciężkiej chorobie w kwiecie wieku męskiego, w dniu 9 Grudnia 1900 r.

3) **Widman Oskar**, Członek korespondent, urodził się we Lwowie 18 Marca 1839 r., do gimnazjum uczęszczał w Presburgu na Węgrzech i w tamtejszej Akademii w r. 1859/60 słuchał nauk prawnych. W r. 1860/1 zapisał się na Wydział Lekarski uniwersytetu Wiedeńskiego; w roku następnym przeniósł się do Krakowa, gdzie w r. 1866 po publicznej rozprawie „O znaczeniu żółci w organizmie” stopień Doktora medycyny uzyskał. Jeszcze przed ukończeniem uniwersytetu był mianowany asystentem przy katedrze fizjologii w Krakowie, wkrótce wszakże z pracowni przeszedł na klinikę, objawwszy w r. 1866 służbę lekarską w szpitalu powszechnym we Lwowie, zrazu w oddziale chorób wewnętrznych jako sekundaryusz, później, mianowicie w r. 1867 w oddziale psychiatrycznym. W tymże roku został asystentem kliniki terapeutycznej przy Szkole Medyko-Chirurgicznej we Lwowie i pozostawał na tej posadzie do końca r. 1870. Od r. 1870 do 1872 był ordynaryuszem dla jednej części chorych oddziału chorób wewnętrznych. W roku 1872 mianowany został prymaryuszem oddziału męskiego chorób wewnętrznych w szpitalu powszechnym krajowym we Lwowie. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie po ocenieniu prac naukowo-lekarskich śp. kol. Widmana, a szczególnie z dziedziny chorób serca, jako to: „O niedomykalności zastawek żylnych serca bez zmian anatomicznych tychże, o zwężeniu ujść i niedomykalności zastawek bez szmerów“ (Pamięt. II Zjazdu lek. i przyrod. we Lwowie, 1875). „Niedomykalność względna zastawek sercowych“ (Przegląd Lek., 1876). „Choroby serca i tętnic w zarysie“ (Kraków 1879). „O czynności mięśni brodawkowatych serca“ (Dwutygodnik med. publicz. 1880), na posiedzeniu w dniu 21 Grudnia 1880 r. wybrało go na Członka korespondenta Towarzystwa. W r. 1898 śp. Widman objął katedrę chorób wewnętrznych w uniwersytecie Lwowskim, początkowo jako docent, następnie jako profesor nadzwyczajny, na której to posadzie, a jednocześnie na zajętej w r. 1872 posadzie prymaryusza szpitala powszechnego we Lwowie, do końca życia pozostawał. Zmarł we Lwowie, w dniu 28 Stycznia 1900 roku. Cenne jego dzieła

z dziedziny chorób sercowych, zawierające samodzielne badania, zapewniają zmarłemu koledze nader poczesne stanowisko wśród lekarzy-autorów polskich.

w Warszawie, dnia 15 Maja 1901 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa D-r *Brodowski*.

13, 14, 15.

Odpisy 2-ch protokółów posiedzeń Komitetu rewizyjnego, obejmujące rezultaty rewizji rachunków, oraz uwagi i wnioski w myśl regulaminu Towarzystwa.

(Regul. § 108, Ltt. C, punkt 13, 14, 15)

Działo się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 28 Lutego 1901 r. o godzinie 8-ej wieczorem.

Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, złożony z D-rów Ludwika Guranowskiego, jako przewodniczącego w Komitecie, oraz Michała Sadowskiego i Andrzeja Ciechomskiego, członków tegoż Komitetu, dopełnił w dniu dzisiejszym, w myśl §§ 112, 113 i następnych Regulaminu objaśniającego i rozwijającego ustawę Towarzystwa Lekarskiego, rewizji rachunkowości i funduszków Towarzystwa, w obecności Prezesa, kol. Stanisława Markiewicza,

Podskarbi Towarzystwa, kol. Konrad Dobrski, przedstawił Komitetowi następujące księgi rachunkowe: 1) kwitariusze do poboru ofiar jednorazowych, składki rocznej, wpływów z prenumera-ty Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego, wpływów z komornego od lokatorów domu przy ulicy Niecałej i innych wpływów do kasy Towarzystwa wnoszonych; 2) Dzienniki Kasy Towarzystwa i Kasy Wsparcia, prowadzone każdy w dwóch egzemplarzach, mianowicie: egzemplarze pierwsze, prowadzone w kancelaryi Towarzystwa i drugie prowadzone przez Podskarbiego; 3) Księgę Główną funduszków Towarzystwa oraz funduszków pod administracją Towarzystwa zostających.

Nadto Podskarbi przedstawił Komitetowi rewizyjnemu: 1) podpisany przez Sekretarza Stałego wykaz funduszków Towarzystwa i pod administracją Towarzystwa zostających, sporządzony przy zamknięciu rachunków Towarzystwa za rok 1900; 2) podpisany przez siebie wykaz stanu kasy Towarzystwa i Kasy Wsparcia w dniu dzisiejszym; 3) asygnacje i dowody wypłat na wydatki w r. 1900 z kasy Towarzystwa dopełnione; 4) zbiór wypisów hy-

potecznych, dotyczących sum Towarzystwa na hypotekach lokowanych, wreszcie 5) świadectwa depozytowe Dyrekcyi Głównej Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego, Dyrekcyi Towarzystwa Kredytowego m. Warszawy i Banku Handlowego, na złożone w tychże instytucjach papiery procentowe Towarzystwa Lekarskiego i Kasy Wsparcia lekarzy.

Po szczegółowem sprawdzeniu przedstawionego wykazu funduszów Towarzystwa Lekarskiego za r. 1900, z księgami buchalteryjnymi i dokumentami kasowemi, Komitet rewizyjny znalazł zupełną zgodność rachunkowości i kasowości Towarzystwa za rok upłyniony.

Następnie przystąpił Komitet do rewizyi obecnego stanu kasy Towarzystwa i Kasy Wsparcia, przyczem znalazł stan kasowy następujący:

A. Co do Kasy Towarzystwa:

Według dziennika kasy Towarzystwa, prowadzonego w kancelaryi, a w zupełności zgodnego z dziennikiem prowadzonym przez Podskarbiego, przychód wraz z remanentem w r. 1900, po dzień dzisiejszy wynosił:

a) w gotowiźnie	Rb. 12004 k. 05
b) w papierach procent. zagranicznych, przez D-ra Płaskowskiego zapisanych	„ 16 „ 25
Łącznie	Rb. 12020 k. 30
Rozchód wynosi	„ 6298 „ 96
Saldo przeto kasy w dniu dzisiejszym wynosi	Rb. 5721 k. 34

Saldo to mieści się:

a) w Banku Handlowym w gotowiźnie na rachunku przekazowym	Rb. 5675 k. 67
b) w zachowaniu Podskarbiego w gotowiźnie	„ 29 „ 42
w papierach procent. zagranicznych, jak wyżej	„ 16 „ 25
Ogółem jak wyżej	Rb. 5721 k. 34

B. Co do Kasy Wsparcia:

Rachunki Kasy Wsparcia za rok. 1900 dotąd nie mogły być zamknięte, tak jak to i poprzednich lat się praktykowało, z powodu nieukończenia obrachunków z pp. Inspektorami Lekarskimi lub ich pomocnikami, zajmującymi się zbieraniem składek w guberniach kraju. Komitet rewizyjny przeto sprawdził tylko obecne saldo Kasy Wsparcia, według dziennika kasy, podobnie jak wyżej w 2-ch egzemplarzach prowadzonego, a mianowicie:

Przychód z r. 1901 wraz z remanentem z r.	
1900 wynosi	Rb. 2828 k. 11
ozchód	„ 2016 „ 84
	Remanent Rb. 811 k. 27

Saldo to mieści się:

a) w Banku Handlowym w gotowiźnie na rachunku przekazowym	Rb. 780 k. 32
b) w zachowaniu u Podskarbiego w gotowiźnie	„ 30 „ 95
	Razem jak wyżej Rb. Rb. 811 k. 27

Gotowiznę znajdującą się u Podskarbiego, według powyższego wykazania, mianowicie: w Kasie Towarzystwa Lekarskiego Rb. 29 k. 42, w Kasie Wsparcia Rb. 30 k. 95, oraz papiery procentowe zagraniczne, należące do Kasy Towarzystwa Rb. 16 k. 25, Komitet rewizyjny sprawdził i wręczył je napowrót do zachowania kol. Dobrskiemu; gotowiznę zaś znajdującą się w Banku Handlowym, mianowicie odnoszącą się do kasy Towarzystwa Rb. 5675 k. 67 i należącą do Kasy Wsparcia Rb. 811 k. 27, kol. Podskarbi usprawiedliwił wykazem przez Bank Handlowy nadesłanym.

Co się tyczy papierów procentowych, należących do funduszków Towarzystwa Lekarskiego i funduszków Kasy Wsparcia, zdeponowanych w Instytucjach finansowych w Warszawie, mianowicie w Towarzystwie Kredytowym Ziemskim, w Towarzystwie Kredytowym m. Warszawy i Banku Handlowym, wynoszących, według nominalnej wartości papierów publicznych, ogólną sumę Rb. 83050, a w szczególności: a) w papierach procentowych, należących do kasy Towarzystwa Rb. 27650 i b) w papierach procentowych, należących do Kasy Wsparcia Rb. 55400, kol. Podskarbi usprawiedliwił zdeponowanie tychże papierów świadectwami depozytowymi odnośnych Instytucji finansowych.

Dokumenty te Komitet rewizyjny sprawdził i znalazł je w zupełnym porządku.

Następnie komitet porównał budżet Towarzystwa na rok 1900 z przedstawionym przez Sekretarza Stałego wykazem funduszków, sporządzonym przy zamknięciu rachunków za rok 1900, i przy porównywaniu szczegółowych funduszków z budżetem, przekonał się, że wogóle wszelkie oznaczenia budżetowe, zarówno w dochodach jak i w rozchodach wykonane zostały zgodnie z budżetem na rok 1900 przez Towarzystwo zatwierdzonym, z wyjątkiem małych różnic, wykazanych już na posiedzeniu administracyjnem Towarzystwa przez kol. Podskarbiego.

W końcu Komitet rewizyjny wyraził zdanie iżby na przyszłość asygnacje wystawiane na zapłatę rachunków biblioteki i czytelní, były układane według oddzielnych pozycji preliminarza budżetowego, tak iżby można sprawdzić rachunki biblioteczne według szczegółowych pozycji budżetu biblioteki.

Przewodniczący w Komitecie rewizyjnym (podpisano)

D-r Guranowski.

Członkowie Komitetu (podpisano)

A. Ciechomski.

M. Sadowski.

Działo się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 5 Marca 1901 r. o godzinie 7-ej wieczorem.

Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dalszym ciągu swej pracy na poprzedzającym posiedzeniu w dniu 28 Lutego r. b. dopełnionej, przystąpił w dniu dzisiejszym, w myśl § 113 Regulaminu, do sprawdzenia inwentarzy własności ruchomej Towarzystwa.

Wszelka własność ruchoma Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, z wyjątkiem biblioteki, t. j. dzieł, broszur, atlasów itp. które zostają pod najbliższą kontrolą Komitetu bibliotecznego, zapisaną jest w trzech książkach, należycie ponumerowanych i opieczętowanych, które przy rewizjach w latach ubiegłych przez Komitet rewizyjny były poświadczone.

Rezultat dopełnionej w dniu dzisiejszym rewizji inwentarzy, według wyżej wymienionych 3-ch książek, jest następujący:

Co do inwentarza głównego własności ruchomej Towarzystwa i oddzielnej książki materyałów oraz przedmiotów przedszemu ulegających zniszczeniu.

Komitet rewizyjny znalazł wszystkie przedmioty zapisane w tymże inwentarzu i książce materyałów, na właściwych miejscach w lokalach Towarzystwa, a niektóre z utensyliów oddane do użytku służby niższej, przy utrzymywaniu porządku w zabudowaniach domu Towarzystwa.

Co do inwentarza własności ruchomej Pracowni Towarzystwa.

Komitet rewizyjny znalazł wszystkie przedmioty zapisane w tymże inwentarzu po koniec roku 1899, jak niemniej jeden przedmiot z działu mikroskopów nabyty w r. 1900, na właściwych miejscach w lokalu Pracowni.

Podobnie jak w latach ubiegłych Komitet we wszystkich działach inwentarzy zamieścił odpowiednie poświadczenia.

Przewodniczący w Komitecie rewizyjnym (podpisano)

D-r Guranowski.

Członkowie Komitetu (podpisano)

A. Ciechomski.

M. Sadowski.

Za zgodność kopii 2-ch protokółów czynności Komitetu Rewizyjnego

Sekretarz Stały Towarzystwa

D-r Brodowski.

16.

SPRAWOZDANIE

z czynności naukowych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1900.

Na początku roku 1900, a 80-go swego istnienia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w składzie swoim liczyło: członków honorowych 12, członków czynnych 215 (w tej liczbie 5 honorowych), 5 członków przybranych oraz 102 członków korespondentów. W ciągu roku sprawozdawczego nielitościwa śmierć wydarła z grona tego 3 członków, a mianowicie 2 członków czynnych: Franciszka STĘPKOWSKIEGO i Bronisława WAGNERA i jednego członka korespondenta Oskara WIDMANA.

Na posiedzeniu wyborczem grono czynnych członków powiększone zostało o 11 nowych, a mianowicie powiększyli je koledzy: Jerzy BRUNER, Michał JANUSZKIEWICZ, Aleksander KOPCZYŃSKI, Stanisław KOPCZYŃSKI, Ignacy LANDSTEIN, Maksymilian LEBENSBAUM, Bernard POLIKIER, Rafał RADZIWIŁLOWICZ, zmarły w końcu roku Bronisław WAGNER, Stanisław ZABOROWSKI i Zdzisław SŁAWIŃSKI. Nadto grono członków korespondentów powiększyli kol. Stanisław CIECHANOWSKI i Jan ŚWIĄTECKI. Z końcem przeto roku ubiegłego Towarzystwo liczyło: członków honorowych 13, członków czynnych 224 (w tej liczbie 5 członków honorowych), członków przybranych 5 i wreszcie członków korespondentów 103. Ogółem więc cele naukowe Towarzystwa jednoczyły 340 osób.

Urzędnikami Towarzystwa byli, Prezesem—Stanisław MARKIEWICZ, Wice-prezesem—Henryk NUSBAUM, Sekretarzem Stałym, jak dawniej—Włodzimierz BRODOWSKI, Sekretarzem dorocznym—Augustyn ŻOGUCKI, pomocnikiem sekretarza dorocznego—Ludwik DYDYŃSKI, podskarbis—Konrad DOBRSKI, bibliotekarzem—Edward ZIELIŃSKI, redaktorem pamiętnika w kwartale pierwszym—Władysław JANOWSKI, później—Stanisław KAMIENSKI, zarządzający pracownią—Henryk HOYER. Członkami Zarządu Towarzystwa, prócz należących z urzędu, byli: Wiktoryn KOSMOWSKI, Karol RYCHLIŃSKI i Józef WINIARSKI.

Towarzystwo odbyło w roku sprawozdawczym 26 posiedzeń klinicznych, poświęconych sprawom naukowym (16 i 30 Stycznia, 6, 20 i 27 Lutego, 6, 20 i 27 Marca, 3 i 24 Kwietnia, 1, 15 i 29 Maja, 5, 19 i 26 Czerwca, 4, 18 i 25 Września, 2, 16 i 30 Paź-

dziennika, 6, 20 i 27 Listopada i 4 Grudnia). 1 posiedzenie, poświęcono wyborom (2 Stycznia), 1 posiedzenie administracyjne (18 Grudnia) i 3 nadzwyczajne (22 Maja—w sprawie delegacji i adresu na uroczystość jubileuszu Wszechnicy Jagiellońskiej, 23 Czerwca—w sprawie oddania Towarzystwu sanatorium w San-Remo z fundacji Michała hr. Tyszkiewicza i 10 Lipca—w sprawie delegacji na IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie i w sprawie delegacji na kongres międzynarodowy higieny i demografii w Paryżu).

Na posiedzenia kliniczne uczęszczało przeciętnie 56 członków; najliczniejsze posiedzenie było w dniu 29 Maja (102 członków), najmniej liczne w dniu 27 Lutego (28). Prócz tego w posiedzeniach uczestniczyło w ciągu roku ogółem 75 wprowadzonych gości.

Na posiedzenia administracyjne uczęszczało przeciętnie 48 członków.

Na posiedzeniach klinicznych oprócz rozbioru napływającej do Towarzystwa korespondencji oraz rozstrzygania spraw bieżących wygłoszono 21 dłuższych odczytów i przemówień (w tej liczbie 3 przez nie członków Towarzystwa) oraz przedstawiono 79 okazów chorych i różnych preparatów (w tej liczbie 5 przez nie członków).

W porównaniu zatem z rokiem poprzedzającym odczytów było o 5 mniej, a przedstawień o 12 mniej.

Pod względem treści najliczniej reprezentowaną była chirurgia, wygłoszono bowiem 5 dłuższych odczytów i przedstawiono 24 chorych.

Bardzo ożywioną dyskusję wywołał szczegółowo opracowany odczyt Wł. KRAJEWSKIEGO: „O rozpoznawaniu i leczeniu perityphlitis“, sprawy tak żywotnej i nie schodzącej z porządku dziennego w świecie medycyny od lat 15 ze względu na różnorodność przebiegu i trudności rokowania. Przedstawivszy wyniki zapatrywań chirurgów od czasów najdawniejszych na sprawy zapaleń okołokątniczych, KRAJEWSKI podaje swoją klasyfikację dla ułatwienia w rokowaniu i leczeniu tych spraw i przedstawia ściśle wskazanie do operacji. W ożywionej dyskusyi, w której przyjęli udział: SOKOŁOWSKI, Wł. JANOWSKI, DUNIN, REJCHMAN, KRAUZE, CHEŁCHOWSKI, BRODOWSKI, SZTEYNER, GĄBSZEWICZ, STĘPKOWSKI, ODERFELD, Br. SAWICKI, BIRO, KORYBUT-DASZKIEWICZ, GARBOWSKI i SKOWROŃSKI, większość była tego zdania, że w ostrych okresach perityphlitis nie należy operować. Odrębne stanowisko w zapatrywaniach zajął DUNIN, który sądzi, że cały postęp leczenia zapaleń okołokątniczych polega na operowaniu tych spraw w ostrym okresie, ponieważ dla chorych takich niebezpiecznym bywa tylko pierwszy napad; następne zaś są mniej niebezpieczne. Należy jednak dojść

do ścisłego kryterium, kiedy należy w ostrym napadzie operować; w wątpliwych przypadkach DUNIN radzi zawsze robić przekłucia próbne, które w wielu razach wykazuje ropę tam, gdzie nie podejrzewano jej obecności. Zdaniem DUNINA, operując zawcześnie, nigdy nie nie tracimy, operując zaś późno, możemy dużo stracić.

KIJEWSKI w odczycie swym: „O znieczuleniu rdzeniowym za pomocą kokainy“ przedstawił tę nową metodę ogólnego znieczulania w przypadkach operacji na dolnej połowie tułowia i kończynach dolnych.

FAYTT w odczycie: „Kilka słów z kliniki Guyona“ opowiedział kilka przypadków kazuistycznych i przytoczył statystyczne dane z kliniki prof. Guyona z dziedziny chirurgii dróg moczowych.

J. HALPERN wygłosił 2 odczyty: „Przyczynek do nauki o odruchowym wpływie przewlekłego podrażnienia szyi pęcherza moczowego na nerki“ i „Przypadek zapalenia pęcherza moczowego u dziecka dwuletniego“.

Bardzo liczne przedstawienia chorych i preparatów po operacjach uzupełniły dział nauk chirurgicznych.

SKOWROŃSKI przedstawił dziecko z luxatio coxae obturatoria congenita. SZTEYNER przedstawił chorych: po operacji wycięcia kiszki cienkiej na przestrzeni 40 ctm. po wyjęciu kuli z przepony, po operacji przepukliny ze zgorzelą kiszki, którą wycięto na przestrzeni 15 ctm. STĘPKOWSKI przedstawił okaz macicy ciężarnej i wyciętej z powodu raka części pochwowej i tylnego sklepienia pochwy. Następnie idą przedstawienia STANKIEWICZA: 3½ miesięcznego dziecka po operacji odjęcia torbieli, komunikującej z kanałem rdzeniowym; chorego po dokonanej całkowitej czasowej rezekcji szczęki górnej lewej w celu wydobywania kostniaka; kawałka cewnika gumowego, wyjętego z pęcherza moczowego; 6-letniego chłopca po odjęciu nadliczbowych palców na wszystkich kończynach i wreszcie niezwykłego okazu wyrostka robaczkowego; Br. SAWICKIEGO: 2 chorych po usunięciu bursae praepatellaris, których SAWICKI operował sposobem własnym; chorego po wykonaniu lami-nektomii; BORSUKA: przedstawienie chorego po trepanacji czaszki, dokonanej przed 4 laty z powodu padaczki JACKSON'a, która wystąpiła po strzaskaniu choremu czaszki; 2 chorych po dokonanej uranoplastyce; okazu kamienia moczowego, usuniętego z części sterczowej pęcherza. KRAUZE przedstawił chorego po amputacji lewego uda, dokonanej z powodu zaburzeń naczynio-ruchowych w stopie; chorego po operacji wycięcia tętniaka tętnicy przętowej wraz z przedstawieniem okazu tętniaka. ODERFELD przedstawił chorą po operacji usunięcia kamieni żółciowych z pęcherzyka i po częściowej rezekcji płata wątroby; chorą po usunięciu wola kostnego; chorą z guzem na szyi niewiadomego charakteru, wreszcie chorą po transplantacji skóry na miejscu owrzodzonego raka

skóry. KARCZEWSKI przedstawił chorą po operacji plastycznej z powodu bliznowego przykurczenia palców rąk. KRAJEWSKI okazał chorego z raną postrzałową brzucha. WERTHEIM przedstawił 10-letnią dziewczynkę z dobrymi wynikami leczenia gruźlicy stawu kolanowego.

W dziale medycyny wewnętrznej mamy do zaznaczenia poważną pracę SOKOŁOWSKIEGO: „Parę uwag o cierpieniach dróg oddechowych, wikłających zimnicę“, w której SOKOŁOWSKI omówił objawy ze strony dróg oddechowych, spostrzegane w zimnicy i od niej zależne; następnie pracę ARNSTEINA z dziedziny balneologii: „O leczeniu balneoterapeutycznym otyłości ze szczególnem uwzględnieniem leczenia otyłości w Ciechocinku“. W pracy tej autor na mocy własnych spostrzeżeń zachęca do stosowania w Ciechocinku leczenia wyższych stopni otyłości.

Odczyt ten wywołał żywą dyskusję, w której przyjęli udział: SOKOŁOWSKI, A. CIĄGLIŃSKI, DUNIN, PAWIŃSKI, BRONOWSKI, CHŁAPOWSKI i NUSBAUM, którzy szczegółowo omówili wogóle leczenie otyłości i wyrazili swe zapatrywania na leczenie balneoterapeutyczne tego cierpienia. Również żywą dyskusję wywołała praca REJCHMANA p. t.: „Przyczynę do nauki o sposobach powstawania (patogenezy) t. zw. nawykowego zaparcia stolca“, w której autor wykazał, że jest pewna kategoria ludzi, u których w przewodzie pokarmowym wytwarza się wogóle mało kału najprawdopodobniej wskutek tego, że u tych chorych ma miejsce zmniejszenie się jednych z najgłówniejszych i nieodzownych części składowych kału, a mianowicie soków trawiennych, śluzu i komórek nabłonkowych złuszcających się z wewnętrznej powierzchni przewodu pokarmowego. W dyskusyi brali udział DUNIN, W. DĄBROWSKI, NUSBAUM, prof. BARANOWSKI, GRUNDZACH, HALPERN, LANDSTEIN, WOLBERG, PRZYBOROWSKI, KORNIŁOWICZ i Ed. ZIELIŃSKI. Mówcy ci wyrazili swe zapatrywania na sprawę nawykowego zaparcia stolca.

E. BIERNACKI w odczycie swym: „O badaniu krwi we względzie praktycznym“ zwrócił uwagę na znaczenie określania zawartości wody we krwi, i sądzi, że oznaczanie ilości wody we krwi uważać należy za jedną z najważniejszych metod badania. Z doświadczeń swoich BIERNACKI doszedł do wniosku, że zaledwie 30—35% osobników białych ma istotną anemię, t. j. posiada mniej lub więcej rozwodnioną krew. Odczyt ten wywołał dość ożywioną dyskusję, w której brali udział JANOWSKI, LUXENBURG, WINIARSKI, HEWELKE i PIOTROWSKI; wszyscy oni nie przywiązują tak wielkiej wagi do określania zawartości wody we krwi.

Z przedstawień chorych wymieniamy: SOKOŁOWSKIEGO—przedstawienie chorego z tętniakiem aorty brzusznej; ŁOGUCKIEGO—przypadek białaczki śledzionowej, która wystąpiła po urazie; MALEWSKIEGO—przedstawienie chorego z tętniakiem aorty wstępującej;

BIRO—przedstawienie chorego, dotkniętego cierpieniem, najbardziej zbliżonem do tęcza i LUXENBURGA—przypadek obrzęku śluzowego.

Nenropatologia znalazła dosyć licznych przedstawicieli. Obszerne prace wygłosili: BIRO: „O chorobie Friedreich’a”; DYDŃSKI: „O porażeniu Landry’ego”. Następnie MALEWSKI wygłosił swe „Uwagi o chorobie Basedowa, zaczerpnięte z materyału, spostrzeżanego w Nałęczowie”. Praca MALEWSKIEGO spowodowała bardzo ożywioną dyskusję, w której wypowiedzieli swe zdania o chorobie Basedowa: PAWIŃSKI, A. CIĄGLIŃSKI, RYCHLIŃSKI, BIERNACKI, NUSBAUM, BREGMAN i BIRO.

Liczne bardzo demonstracye chorych nerwowych zawdzięczamy RYCHLIŃSKIEMU, który przedstawił chorego z rozpoczynającym się bezwładem postępującym; BREGMANOWI—przedstawienie chorego dotkniętego syringomyelią, 9-letniego chłopca z nowotworem mózdzku i chorego z porażeniem lewej połowy ciała po zaczadzeniu; St. KOPCZYŃSKIEMU—przedstawienie 2 chorych z postępującym zanikiem mięśni, chorego z hemiatetozą w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego, chorej, dotkniętej chorobą Friedreich’a i przypadku porażenia Brown-Sequard’a; BIRO—przedstawił chorą z syringomyelią; DOWNAROWICZÓWNA—chorego z niezwykle zaburzeniami w chodzeniu i chorego z chorea posthemiplegica; Męzkowski—chorego, dotkniętego haematomyelia coni medullaris i wreszcie Skowroński przedstawił chorego po zapaleniu nerwów obwodowych w następstwie zatrucia tlenkiem węgla.

W dziale chorób kobiecych NEUGEBAUER przedstawił chorą z meningocela sacralis anterior, przypadek wady rozwojowej wrzekomego obojnaka męskiego i 3-letnią dziewczynkę z przedwczesną dojrzałością płciową.

Z dziedziny laryngologii i otyatrii SĘDZIAK wygłosił pracę: „Zaburzenia nosowo-gardłano-krtaniowo-uszne w ostrych chorobach i zakaźnych” i „o pierwotnem stwardnieniu przymiotowem w jamie ustnej, gardzieli, nosie i uszach”. Odczyty te wywołały dość żywą dyskusję.

Z kazuistycznych przypadków SIŃOŁĘCKI przedstawił chorego z nowotworem jam nosowych, ŁOGUCKI—okazał preparat włókniaka jamy nosogardzielowej, KOZERSKI—przedstawił chorą z brodawkami w jamie ustnej, DOBROWOLSKI—dziewczynkę z nowotworem jamy nosogardzielowej i chłopca po ostrym ropniu przegrody nosa, nadto GURANOWSKI—chorego z nerwobólem nerwu trójdzielnego.

Okulistyka znalazła tylko jednego przedstawiciela w osobie CETNAROWICZA, który przedstawił chorego po operacji extractionis lentis przy odklejeniu się siatkówki.

Z działu syfilidologii i chorób skórnych HALPERN wygłosił: „O niektórych wskazaniach do wznawiania przeciwprymiotowego leczenia“; nadto przedstawił chorego z licznymi condylomata acuminata w okolicy odbytnicy i międzykrocza, KOZERSKI—przedstawił chorego z rakiem skóry, leczonego z dobrym wynikiem pendzlowaniami z roztworu arszeniku, ŁAPIŃSKI—chorą z dermatomyositis, BERNHARDT—chorego, dotkniętego licznymi gumatami skóry

Z dziedziny anatomii patologicznej zawdzięczamy prof. PRZEWOSKIEMU szereg dłuższych przemówień wraz z przedstawieniem licznych pouczających preparatów, a mianowicie dermoid mózgu, margaritoma, degeneratio nyalina peritonei, exostosis cartilaginea multiplex, transpositio arteriarum, neurofibroma molluscum multiplex cutis, peritonei, pleurae et pericardii, osteomyelitis et peritonitis purulenta acuta maligna femoris dextri, endocarditis acuta maligna. Następnie STEINHAUS—przedstawił okaz pierwotnego mięsaka wątroby, preparaty drobnowidzowe wola kostnego, usuniętego przez ODERFELDA; SOKOŁOWSKI—przedstawił okaz kamienia nerkowego, wydalonego przez cewkę; wreszcie BREGMAN—przedstawił dwa okazy nowotworu mózdzku, a GABSZEWICZ—preparaty nowotworu pochwy i okaz zmartwiałej kości biodrowej. Tutaj również odnotować należy pracę BARTKIEWICZA: „Przyczynek do anatomii patologicznej oskrzeli (pachydermia bronchorum)“ i odczyt STEINHAUSA „Endothelioma interfasciculare mandibulae“.

Z działu wad wrodzonych POLIKIER—przedstawił dziecko z naevus pilosus, a MIKŁASZEWSKI—chorego z dwoma naczyniakami podskórnymi.

Z dziedziny patologii ogólnej i fizjologii wygłoszono 3 odczyty, a mianowicie POPIELSKI mówił: O ośrodku odruchowym wydzielniczej czynności trzustki“, STEINHAUS: „O urazowie pochodzeniu raka“ i NUSBAUM „O wahaniach fizjologicznych odporności ustroju“. A. CIĄGLIŃSKI wreszcie zapoznał nas w wykładzie swym: „Kilka słów o okładach z błota t. zw. fango di Battaglia“ z zastosowaniem i działaniem błót wogóle, a w szczególności błota fango di Battaglia.

Przegląd naukowej działalności Towarzystwa w roku zeszłym zakończymy zaznaczeniem, że na konkursie imienia Koczorskiego nagrodzoną została praca Zdzisława SŁAWIŃSKIEGO p. t.: „Anatomia patologiczna i patogeneza żyłaków (varices)“. Tak się oto przedstawia nasz dorobek naukowy w r. 1900. Rozejrzawszy się w przytoczonym powyżej materiale i porównawszy go z danymi lat poprzedzających, widzimy, że wprawdzie ilość odczytów, a nawet przedstawień była mniejszą niż np. w roku ubiegłym, to zważywszy jednak, że w roku sprawozdawczym powstały dwie sekcje w Towarzystwie, a mianowicie laryngo-otya-

tryczna i ginekologiczna, w których część członków czynnych Towarzystwa odbywała raz na miesiąc posiedzenia, pracując w zakresie swych specjalności, przez co część materiału naukowego tam opracowaną została, musimy przyjąć do wniosku, że nie pozostajemy w tyle za innymi i kroczymy zwolna naprzód, że Towarzystwo coraz to więcej rozwija się.

Pozostaje mi w końcu wyrazić życzenie, aby następca mój w sprawozdaniu przyszluszczonym mógł zaznaczyć większe ożywienie i przedstawić świetniejsze rezultaty wspólnej naszej pracy. Mając dobro cierpiącej ludzkości na celu, pracujmy dalej w miarę sił i możliwości, pomni na maksymę: „Służmy poczytniej sławie, a jako kto może, niech ku pożytku dobra wspólnego pomoże“.

Warszawa, 2 Stycznia 1901 r.

Sekretarz doroczny *A. Łogucki*.

17.

Sprawozdanie Bibliotekarza za rok 1900.

Biblioteka Warszaw. Tow. Lek. w dniu 18 Grudnia 1900 r. posiada:

2. 1. Dzieł, broszur i odbić osobnych, księgą repozytoryalną objętych	21080
2. Foliantów	325
3. Dzieł w szafie D-ra Placzkowskiego . . .	117
4. Słowników w szafie Pr. Pląskowskiego . . .	54
5. Rękopisów	84
Ogółem dzieł .	21660

czyli o 500 więcej, niż w roku 1899.

Prócz tego przybyło duplikatów dzieł 248.

W roku sprawozdawczym 1900 głównie zasilili bibliotekę swymi darami (w książkach) kol. NEUGEBAUER i wdowa po śp. kole-dze GRUDZIŃSKIM, (w pieniądzach kol. KRAJEWSKI i KORZENIOWSKI).

Fundusz biblioteczny stanowiły:

1. Zapomoga ze strony Tow. Lek. w ilości .	Rb.	1400
2. Dar kol. Krajewskiego	„	500
3. Dar kol. Korzeniowskiego	„	10
Ogółem Rb.		1910

Z tego wydatkowano na:

1.	Czasopisma i wydawnictwa peryodycz. Rb.	806 k. 31
2.	Książki „	786 „ 79 ¹⁾
3.	Oprawę książek i czasopism . . . „	71 „ 50
4.	Kartki wypożyczalne „	5 „ 40
5.	Porto „	5 „ 13
6.	Pomoc „	160 „ —

Ogółem Rb. 1835 k. 13

Pozostało przeto na rok 1901 remanentu Rb. 74 k. 87

Prenumerowano następujące czasopisma i wydawnictwa peryodyczne:

1. Archiv für kl. Medizin.
2. „ „ Psychiatrie.
3. „ „ Path. anat.
4. „ „ Gynaekolog.
5. „ „ Augenheilkunde.
6. „ „ Dermatologie.
7. „ „ Laryngologie.
8. „ „ kl. Chirurgie.
9. „ „ Hygiene.
10. „ de médec. expérim.
11. „ général de med.
12. Annales d'hygiène.
13. Antropologie.
14. Annal. de l'Institut. Pasteur.
15. Arbeiten d. hyg. Gesundheitsamtes.
16. Beiträge z. Geburtshülfe (Hegar).
17. „ z. kl. Chirurgie.
18. Charité Annalen.
19. Centralblatt f. Grenzgebiete.
20. Czasopismo lekarskie.
21. Ergebnisse d. all. Path. (Lubarsch, Osterfag).
22. Centralblatt f. Bacteriologie.
23. Gazeta lekarska.
24. Jahrbuch f. Kinderheilkunde.
25. „ d. gesamt. Medic.
26. „ encykloped. (Eulenburg).
27. Jahresbericht (Baumgarten).
28. „ d. Chirurgie.
29. „ d. Leistung und d. Gebiete d. Neurologie
30. „ d. Gynaek. (Fromel).

¹⁾ W sumie tej mieści się Rb. 335 k. 94, które należało wypłacić za książki dostarczone w II-ej połowie 1899 r.

31. Journal Brit. med.
32. „ american.
33. Krytyka lekarska.
34. Kronika lekarska.

W roku przyszłym ogólny plan prowadzenia biblioteki nie ulegnie zapewne zmianom. W zakupie dzieł, trzymać się zamierza Bibliotekarz zasady, aby nabywać z książek te tylko, które stanowiąc monografie i kosztując dość dużo, mało mogą być dostępne ogółowi członków, tudzież nabywane będą wszelkie książki lekarskie, wydawane w języku polskim, a nie nadesłane do Biblioteki Tow. przez autorów, tłumaczy lub wydawców.

w Warszawie, dnia 18 Grudnia 1900 r.

Bibliotekarz *E. Zieliński*.

16.

Sprawozdanie Redaktora „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ za rok 1900.

W roku sprawozdawczym „Pamiętnik“ redagowany był w ciągu kwartału pierwszego przez Władysława JANOWSKIEGO; w ciągu trzech następnych—przez Stanisława KAMIENSKIEGO—obydwu czynnych członków Towarzystwa. Drukowano „Pamiętnik“ w drukarni Karola Kowalewskiego w ilości 550 egzemplarzy. Ogółem „Pamiętnik“ zamieścił 71 arkuszy druku, 20 drzeworytów i dwie tablice litografowane.

Część urzędowa „Pamiętnika“ zawierała protokoły posiedzeń Towarzystwa od dnia 2 Stycznia do dnia 18 Grudnia 1900 r., sprawozdanie z czynności rocznych Towarzystwa i Zarządu w zeszycie II-im, wreszcie ogłoszenia Zarządu i różnych jego komitetów konkursowych, w różnych zeszytach. Ta część „Pamiętnika“ obejmowała 251 stronicy czyli prawie 16 arkuszy druku.

Część literacka zawierała w roku sprawozdawczym „Przegląd Piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1899“ i 8 prac oryginalnych, z których ani jedna nie została napisaną przez członka Towarzystwa. Z tych 5 prac oryginalnych wydrukowano lub zaczęto drukować w zeszycie I-yim za redakcyi Wł. JANOWSKIEGO; obecny redaktor wydrukował tylko 3 oryginalne prace: ETTINGERA,

Pam. Tow. Lek. T. 97, Z. II.

22

HOŁOWIŃSKIEGO i ZAREMBY. Prace oryginalne obejmowały 473 stronic t. j. prawie 30 arkuszy druku.

Tytuły prac oryginalnych są następujące:

1. BIAŁOKUR F. O wpływie moszczu winogronowego na trawienie w żołądku.
2. BRUDZEWSKI K. Przyczynek do nauki o refrakcyi oka ludzkiego (z 20 rycinami).
3. ETTINGER I. Krótkowzroczność i jej leczenie.
4. HOŁOWIŃSKI A. O fotografii tonów serca (z 2 tablicami).
5. KOHLBERGER W. O zasadniczych t. j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedynczych, złożonych i powikłanych.
6. KORCZYŃSKI L. Pogląd na rozwój balneologii polskiej w latach 1887—1899.
7. MASZEWSKI T. O niektórych warunkach sprawności ptyaliny.
8. ZAREMBA W. Zarys dziejów i rozwoju psychiatrii.

W opracowaniu „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego“ redagowanego przez St. KAMIENSKIEGO przyjęło udział 25-iu członków Towarzystwa i 4-ech nieczłonków, a mianowicie z pierwszych: J. BRUNNER, W. BRUNNER, S. BRONOWSKI, K. CHEŁCHOWSKI, A. CIECHOMSKI, W. DĄBROWSKI, H. DOBRZYCKI, J. GRABOWSKI, M. JAKOWSKI, W. JANOWSKI, St. KAMIENSKI, W. KOPYTOWSKI, J. LANDSTEIN, A. LĘŚNIEWSKI, J. PIOTROWSKI, J. PRUSZYŃSKI: A. PUŁAWSKI, R. RADZIWIŁŁOWICZ, B. SAWICKI, A. SMIECHOWSKI, W. ŚWIĄTECKI, W. SZUMLAŃSKI, E. W. ZIELIŃSKI i M. ZWIFIGBAUM; z drugich J. ETTINGER, T. KORZON, W. MĘCZKOWSKI i E. UŚCIŃSKI.

Przegląd obejmuje 761 referatów i 354 + L razem 404 stronic, czyli 25 arkuszy druku.

Jak widzimy z powyższego zestawienia „Pamiętnik“ w roku 1900 zmniejszył swą objętość w porównaniu do roku 1899. Zawierał on o 19 arkuszy druku mniej. To zmniejszenie ilości druku powstało dzięki zmniejszeniu liczby prac oryginalnych 8 (14 w roku 1899-ym). Natomiast przegląd piśmiennictwa zamieścił o 110 referatów i 7 arkuszy druku więcej niż w roku 1899.

Pamiętnik w roku 1900 rozchodził się w 412 egzemplarzach, a mianowicie miał:

- A. Prenumeratorów płatnych 104.
 - a) wprost z administracji 81 egzemp.
 - b) przez księgarnie 23 „
- B. Bezpłatnie wysłano 308 egzemp.
 - a) Redakcyom i instytucyom naukowym zagranicę 37 egz.
 - b) Redakcyom i Towarzystwom w Król. i Cesarst. 46 „
 - c) Redakcyom pism w Warszawie 13 egz.
 - d) Członkom Towarzystwa 212 egz.

Wykonanie budżetu „Pamiętnika“ w r. 1900 przedstawia się jak następuje:

A. DOCHODY:

1. Prenumerata i sprzedaż pojedyn. egzemplarzy	Rb.	322 k. 70
2. Za sprzedane egzemplarze Przeglądu Piśmien. „	10 „	50
3. Sprzedaż makulatury „	42 „	50
4. Dopłata z funduszków Towarzystwa „	1666 „	80
Razem Rb.		2042 k. 50

B. WYDATKI:

1. Deficyt z roku 1899	Rb.	388 k. 60
2. Druk 4-ch zeszytów „Pamiętnika“ i „Prze- glądu Piśmiennictwa“ „	1337 „	93
3. Rysunki „	51 „	52
4. Litografie Główniczewskiego „	20 „	—
5. Ekspedycya „Pamiętnika“ „	103 „	11
6. Pensya redaktora i korektora „	300 „	—
7. Uporządkowanie Pamiętnika i wydaw. Tow. „	10 „	—
Razem Rb.		2211 k. 16

Zakończono więc i rok obecny deficytem Rb. 168 k. 66.

Tak więc, pomimo starań obu redaktorów „Pamiętnika“, pomimo ograniczenia do minimum ilości artykułów oryginalnych i rysunków, pomimo że litografie do pracy prof. HOŁOWIŃSKIEGO są tylko odbitkami z wykonanych dla pisma niemieckiego, jednak „Pamiętnik“ w roku bieżącym nie mógł być wydany za fundusze przewidziane przez budżet.

Aby sobie uzmysłwić, dla czego tak się stało i wyrobić sobie jasny pogląd na dalsze potrzeby finansowe „Pamiętnika“ musimy przyjrzeć się bardziej szczegółowo wydatkom i porównać budżet obecny z budżetem roku 1899-ego. W tym ostatnim roku dochody „Pamiętnika“ wynosiły: a) 1700 Rb. z funduszków Towarzystwa i prenumeraty i b) 300 Rb. otrzymane z kasy Mianowskiego na wydanie „Przeglądu piśmiennictwa“. Ponieważ rok 1899 zamknięty został deficytem Rb. 388 k. 60, wydatki więc na „Pamiętnik“ wyniosły Rb. 2388 k. 60.

W roku bieżącym należało z sumy budżetowej pokryć deficyt Rb. 388 k. 60. „Pamiętnik“ więc właściwie miał do rozporządzenia Rb. 1653 k. 90, t. j. o Rb. 734 k. 70 mniej niż w roku 1899.

Wydatki zaś „Pamiętnika“ podzielić można na konieczne, do których należy druk protokółów, rocznika Zarządu i „Przeglądu piśmiennictwa“ i dodatkowe t. j. drukowanie prac oryginalnych. Konieczne wydatki wyniosły:

- a) Druk Przeglądu Piśmiennictwa Rb. 453 k. 61.
- b) Druk protokółów . . . „ 249 „ 65
- c) Druk rocznika Zarządu . . „ 69 „ 30

Do tych koniecznych wydatków dodać jeszcze należy: ekspedycję „Pamiętnika“ pensję redaktora i korektora, uporządkowanie „Pamiętnika“, co razem wynosi Rb. 413 k. 11.

Razem wydatki konieczne Rb. 1186 k. 67.

Na wydanie więc części nieobowiązkowej „Pamiętnika“ na druk, rysunki, papier, zbroszutowanie etc. pozostało zaledwie Rb. 467 k. 23, t. j. zaledwie Rb. 116 k. 81 na zeszyt, podczas gdy doświadczenie z roku 1900 wykazuje że druk najcieńszego zeszytu III-go, zawierającego niecałe 10 arkuszy druku (w tem tylko $1\frac{1}{2}$ arkusza protokółów) kosztował Rb. 164 k. 25. Niedziw więc, że budżet przekraczano.

Rezultat ten był jedynie możliwym, jeśli nie chciano pozbawić „Pamiętnik“ artykułów oryginalnych i uczynić pismo czysto sprawozdawczem. Rzecz ta już dla tego jest niemożliwą, że „Pamiętnik“ ma prenumeratorów płatnych, względem których zaciąga pewne obowiązki.

Rok 1901, będzie dla „Pamiętnika“ pozornie nieco korzystniejszym. W budżecie wyznaczono na „Pamiętnik“ Rb. 2150, co po odtrąceniu deficytu tegorocznego da na czysto Rb. 1981 k. 34, t. j. o Rb. 158 k. 94 więcej niż w r. b.

Całą tę przewyżkę pochłonie bezwarunkowo wydanie „Przeglądu Piśmiennictwa“, który w r. b. liczyć będzie o jakieś 240 referatów i o 5 arkuszy druku więcej niż w r. 1900-ym.

Teraz możemy zdać sobie jasną sprawę ze stosunków finansowych i wydawniczych „Pamiętnika“. 30 arkuszy druku „Przeglądu Piśmiennictwa“ 16 lub więcej części urzędowej, to już przekracza objętość 40-u arkuszy przewidzianą przez ustawę. Część urzędowa „Pamiętnika“ jest niezbędną i wydawanie jej nie może ulegać dyskusji. „Przegląd piśmiennictwa“ jest wprost niezbędnym wobec rozwoju prasy lekarskiej polskiej. Przeszło tysiąc prac rocznie (a pewno ilość ta wzrośnie jeszcze), to ogrom taki, że dla pojedynczego człowieka zorientowanie się nie tylko w całokształcie literatury polskiej, lecz nawet w pojedynczych jego działach specjalnych byłoby bez pomocy „Przeglądu“ bardzo uciążliwym, jeśli nie niemożliwym. Dla tego też „Przegląd piśmiennictwa“ oddaje rzetelne usługi lekarzom polskim i wydawanie tego „Przeglądu“ w dalszym ciągu jest koniecznem i stanowi jedną z prawdziwych zasług, jakie Towarzystwo i jego „Pamiętnik“ oddaje nauce i lekarzom polskim.

Zdaje mi się więc, że będę wyrazem uczuć i myśli Towarzystwa, jeśli na tem miejscu złożę serdeczną podziękę Szanownym

Kolegom współpracownikom Przeglądu za ich bezinteresowną i nie-
stety i zmuǳną, lecz bardzo owocną i pożyteczną pracę.

Pozostaje więc do rozważenia prowadzenie części literackiej „Pamiętnika”, a mianowicie dobór i druk artykułów oryginalnych. I tych wyrzec się „Pamiętnik” nie może, raz dla tego, że ma prenumeratorów, powtóre dla tego, iż jest jedyne Archiwum polskim, potrzebie wreszcie, ze względów technicznych. Gdyby „Pamiętnik” nie zawierał artykułów oryginalnych, to trzeci powakacyjny zeszyt miałby objętości 1½, do 2-ch arkuszy druku, co dla kwartalnika byłoby rozmiarem wprost śmiesznym. Niestety na wydawanie artykułów oryginalnych „Pamiętnik” posiada bardzo mało środków. Nawet rządząc się zasadą, słuszną bardzo: non multa sed multum, to jeszcze redaktor musi się ograniczać w podawaniu drzeworytów i litografii, a tembardziej rysunków kolorowanych i tablic. W roku bieżącym głównem staraniem redaktora będzie wyrównanie budżetu; na przyszłość jednak budżet musi być większym, jeśli Towarzystwo zechce utrzymać swe pismo na stworzonym przez mych poprzedników poziomie.

d. 29 Stycznia 1901 r.

Redaktor Pamiętnika *St. Kamiński*.

19.

Sprawozdanie o pracach naukowych w Pracowni Towarzystwa Lekarskiego prowadzonych i wydatkach na Pracownię poczynionych w ciągu roku 1900.

(Regul. § 89, Lit. G. punkt 19).

W roku 1900 zajmowali się w Pracowni Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wykończeniem swych badań ci sami lekarze, którzy rozpoczęli je w roku poprzednim, a mianowicie:

SZLEIFSTEIN (gruczoły krtani i anchylostoma duodenale).

BERNARD (pasorzytnicze choroby skóry).

FLATAU i SAWICKI Bronisław (zeszywanie nerwów przeciętych).

LUXENBURG (rozwój ependymy w rdzeniu pancerzowym).

PRUSZYŃSKI (badania chemiczne moczu przy pewnych zmianach wydzielania).

KWIETNIEWSKI przyrodnik (badania mikroskopowe zarodków niektórych zwierząt morskich).

HOYER (gruczoły śluzowe w różnych stanach czynnościowych).

Wydatki na Pracownię Towarzystwa Lekarskiego w roku 1900 były następujące:

1. Hartnackowi za obiektyw i przybory do mikroskopu	Rb.	57 k. —
2. Berentowi i Plewińskiemu za różne przedmioty i reparacye	„	36 „ 50
3. Mühlkemu za reparacyę aparatów	„	16 „ 15
4. Opał lokalu Pracowni	„	75 „ 50
5. Ubezpieczenie ruchomości Pracowni od pożaru	„	5 „ 24
6. Służącemu Pracowni płaca roczna	„	204 „ —
7. Za różne przedmioty, jako to: narzędzia, materiały do doświadczeń oraz żywienie zwierząt	„	151 „ 50
Razem Rb.		545 k. 89

Warszawa, dnia 15 Maja 1901 r.

Zarządzający Pracownią *D-r Hoyer*.

20.

Sprawozdanie komitetu bibliotecznego za rok 1900.

Komitet biblioteczny zbierał się kilkakrotnie dla kontroli stanu biblioteki jak również dla opracowania sprawy drukować się mającego katalogu rozumowanego biblioteki.

Komitet przyszedł do przekonania, że koszt całkowitego wydawnictwa wyniesie w przybliżeniu Rb. 3600, a przygotowanie do druku wymagać będzie około jednego roku czasu.

Kol. bibliotekarz zajmuje się sprawą przygotowania do druku katalogu w mowie będącego.

Odnosnie do biblioteki komitet

1) stwierdził że bibliotekarz wprowadził: a) nowy kwitaryusz dla kontroli wydatków na potrzeby biblioteki, b) nową księgę kontroli do zanotowania każdego wypożyczającego książki z oznaczeniem daty pożyczenia i zwrotu; z odpowiednim skroświzdem nazwisk i odpowiednich N-rów księgi kontroli;

2) przejrzał nowonabyte dzieła;

3) sprawdzał na wrywki pewną ilość N-rów katalogu repozytoryalnego czy istnieją odpowiednie N-ry w katalogu kartkowym i odpowiednie dzieła na pułkach biblioteki i znalazł wszystko w porządku;

4) stwierdził: a) że do dnia 15 Grudnia 1900 r. do katalogu repozytoryalnego przybyło N-rów 500, a mianowicie w końcu r. 1899 ostatni Nr. opiewał 20580, obecnie zaś—21080, b) że do katalogu duplikatów przybyło N-ów 248, a więc wszystkich jest 1895;

5) sprawdzał wreszcie rachunki za rok 1900 i znalazł je w porządku.

Wice Prezes *H. Nusbaum.*

C Z Y N N O Ś C I

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

P R O T O K Ó Ł Y

Rok 1901.

Posiedzenie kliniczne dnia 19 Marca 1901 r.

Przewodniczący **St. Markiewicz.**

Obecných Członków 75 gości 8.

T r e ś ć: BERNHARDT R. — Przedstawienie chorego ze świerzbłączką jako przyczynek do patogenezy tego cierpienia.

NEUGEBAUER Fr. — Przedstawienie dwóch preparatów anatomicznych przepukliny sznurka pępkowego (hernia umbilicalis) oraz rysunek trzeciego spostrzeżenia analogicznego.

MUTERMILCH St. — Przedstawienie płynu mlecznego, otrzymanego z opłucnej.

ODERFELD H. — Przedstawienie chorej po dokonanej operacji cholecystostomiae transhepaticae.

KOPCZYŃSKI St. — „Ciekawe objawy hypnozy u histeryka“ (z demonstracją).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: RADZISZEWSKIEGO, KNAPPEGO, ŻYCKIEGO, BUTKIEWICZA, BERNSTEINA, OTTO, FRYDMANA i ŻMIGRODZIEGO.

III. PREZES zawiadomił obecnych o zatwierdzeniu przez władzę kol. DYDŃSKIEGO w charakterze Sekretarza Towarzystwa.

IV. PREZES zawiadomił członków o uadesłanem przez „Towarzystwo Rosyjskie ochrony zdrowia ludu“ zaproszeniu do wzięcia udziału w ankiecie mającej na celu zbadanie wpływu alkoholu na ustrój ludzki.

V. PREZES zawiadomił o otrzymanem sprawozdaniu z kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy.

VI. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali swe prace kole-dzy WIZEL, NEUGEBAUER, D-r phil. HOŁOWIŃSKI i od kol. DOBRSKIEGO otrzymano w darze dwa dzieła.

VII. GURANOWSKI odczytał sprawozdanie komisji rewizyjnej z budżetu Towarzystwa, które zostało przyjęte.

VIII. Poddano dyskusyi projekt zmiany regulaminu, co do przyjmowania nowych członków Towarzystwa. KĘPIŃSKI żądał utrzymania status quo. KOPCZYŃSKI Aleksander żądał, aby w drugiej części zmiany zaznaczono, że kandydaci nie przyjęci na jednem posiedzeniu mogą być poddani głosowaniu dopiero za rok lub co najwyżej, co kwartał. ŻURAKOWSKI A. przypomina, że w r. 1898 obliczano głosy w myśl nowego paragrafu. Projekt poddano głosowaniu i został on przyjęty wszystkimi głosami przeciw jednemu.

IX. BERNHARDT R. przedstawił chorego ze świerzbiączką (prurigo), jako przyczynek do patogenezy tego cierpienia.

D. Z. Chojko lat 20, nauczyciel szkółki żydowskiej. W drugim roku życia przebył ostre porażenie dziecięce (*poliomyelitis anterior acuta*); bezwładem dotkniętą została prawa kończyna górna. W 8-ym roku wystąpiła po raz pierwszy ta swędząca wysypka, na którą pacjent dotychczas cierpi.

Stan obecny. Na kończynach dolnych i górnej lewej znajduje się wysypka, posiadająca wszystkie cechy świerzbiączki. Kończynę porażoną [prawą górną] wysypka zupełnie oszczędziła, a, jak zaświadcza pacjent i jego matka, wysypki nigdy nie było na tej kończynie. Wysypka powoduje silne swędzenie; jednak w kończynie porażonej chory nigdy nie odczuwał żadnego swędzenia. Skóra tułowia i twarzy jest niezmieniona. Na głowie—*favus abactus*. Gruczoły chłonne pachwinowe, udowe powiększone w bardzo znacznym stopniu; również powiększone łokciowe i pachowe lewe, podczas gdy prawe pozostały bez zmian. Ze strony narządów wewnętrznych nie wykryto nic nieprawidłowego. Mocz bez białka i cukru; znaczna ilość fosforanów.

Układ nerwowy. Prawa kończyna górna jest krótsza od lewej [69,5 i 74,5 ctm.]; obwód ramienia pr. 14,5, lewego 24,5 ctm. Czucie skórne w kończynie porażonej, jak również w innych miejscach ciała jest zupełnie prawidłowe. Czynność nerwów naczynio-ruchowych kończyny porażonej jest zachowana. Odruch

łokciowy prawy—zniesiony; pobudliwości mechanicznej mięśni kończyny porażonej również niema. Odruchy innych kończyn—prawidłowe; rzepkowy nieco wzmożony. Na prąd faradyczny nie działają: mięśnie piersiowe prawe i wszystkie mięśnie barku i ramienia prawego, a również grupa wyprostnych mięśni przedramienia prawego.

Obserwacya ta dowodzi, że świerzbączka nie jest ani nerwicą czuciową, ani czystą nerwicą naczynio-ruchową, gdyż gdyby się rzecz tak miała, to wobec zachowania czynności pomienionych nerwów w kończynie porażonej, wysypka i w tem miejscu powstaćby mogła. Przypuścić więc musimy, że świerzbączka należy do nerwic troficznych. W rzeczy samej—zniesienie wpływu troficznego, ewentualnie zniszczenie t. zw. ośrodków troficznych w istocie szarej rdzenia zupełnie wystarczyło, aby w danym przypadku wysypka nie powstała na skórze kończyny porażonej.

[Autoreferat].

X. NEUGEBAUER demonstrował dwa preparaty anatomiczne przepukliny sznurka pępkowego *hernia funiculi umbilicalis* oraz rysunek trzeciego spostrzeżenia analogicznego. 1) Trupek 8-miesięcznego dziecka nieżywo urodzonego. Przy porodzie wobec bocznego przodowania łożyska kol. JANCZEWSKI dokonał obrotu na nóżkę i ekstrakcyi płodu u wieloródki. Płód płci męskiej był nieżywy i dotknięty kilkoma wadami rozwojowymi: *Labium leporinum duplex cum uranoschizi*, *hernia funiculi umbilicalis* zawierająca wątrobę oraz liczne pętle kiszek. Przepuklina wielkości jabłka z insercją pępowiny pozornie boczną, w samej rzeczy przepuklina wytłacza się z boku jednego w osadzie pępowiny. 2) Płód żeński jak poprzedni niedonoszonego dziecka około 8-miesięcznego rodzonego sponte. Dziecko urodziło się jak i poprzednie nieżywe. Preparatu dostarczył kol. N. kol. SZYMAŃSKI z drugiego przytułku miejskiego, powierzonego pieczy pani TOMASZEWICZ-DOBRSKIEJ. Istnieje tutaj kombinacya trzech wad rozwojowych: a) rozszczepienia górnej wargi, górnej szczęki, podniebienia twardego i miękkiego;— b) istnienia dwóch torbieli podskórnych wielkości średniej pomarańczy po obu stronach czaszki i szyi, pochodzących prawdopodobnie z przewodów skrzelowych („*Kiemengangretentionscysten*“); c) przepukliny pępowinowej zawierającej liczne pętle kiszek. Pętki przepukliny: owodna i otrzewna, pękły już wewnątrz macicy tak, że pętle kiszek wypadły do *cavum amnii*. Przepuklina powstała wskutek persystencji i nadmiernego napięcia *ductus omphalomesaraici*, wskutek zaś *ectopiae intestini ilei* i napięcia jego krezki, kręgosłup tak zagiął się ku przodowi, że tworzy kąt ostry, rozwarty ku tyłowi, pośladki noworodka przylegają do *occiput* jego. Kol. N., zna dwa przypadki, gdzie wypadnięcie kiszek dziecka [przy ektopii] do światła jamy macicznej *sub partu*

wprowadziło w błąd akuszerza, który wymacując w jamie macicy pętle kiszek, sądził, że ma do czynienia z pętlami kiszek ciężarnej, które wskutek pęknięcia macicy wpadły do jamy macicznej i niepotrzebnie dokonał cięcia cesarskiego. Trudno zrozumieć, jak można było tak się pomylić—pomyłki takie jednak zdarzały się *facta loquuntur*. 3) Rysunek dziecka przeszło rok liczącego z ambulansu szpitalnego. Dziecko urodziło się ze znaczną przepukliną pępkową czyli raczej w osadzie pępowiny leżąca, wskutek napięcia *ductus omphalomesaraici* a może *allantoidis* we wczesnym okresie życia płodowego powstało rozszczepienie obrączki miednicowej, *diastasis ossium pubis pelvis fissa*, dalej rozszczepienie prącia górne, *epispadiasis penis*; dalej znaleziono przepuklinę pachwinową jednostronną oraz po tejże stronie—*hydrocele tunicae vaginalis testis*.

Trzy te spostrzeżenia, z których pierwsze i drugie szczególnie należą do rzadkich, doskonale ilustrują ogólnie dziś znaną i przyjętą teorię AHLFELD'a o powstawaniu przepukliny sznurka pępkowego, czyli raczej przyczynie persystencji rozszczepów czy częściowych przedniej ściany brzusznej wskutek działania przeszkody mechanicznej: persystencji *ductus omphalomesaraici* oraz silnego napięcia jego. Mówca w krótkich zarysach naszkicował historię rozwoju ściany brzusznej, pępowiny, obrączki pępkowej itd. cytując między innymi pracę ś. p. ojca swego, 50 lat temu ogłoszoną o znalezieniu się wątroby wewnątrz sznurka pępkowego wskutek wady rozwojowej. Ś. p. profesor Ludwik NEUGEBAUER pierwszy dał naukowe objaśnienie tej pierwotnej ektopii wątroby łącząc takową etylogicznie ze stosunkiem topograficznym *venae portae* do *vena umbilicalis*. Mówca dalej wspomina o częstoci braku jednej *arteria umbilicalis* w tych przypadkach, oraz o towarzyszących tej wadzie rozwojowej niekiedy zboczeniach jednej kończyny dolnej, szczególnie prawej. Czy w przypadkach dziś demonstrowanych istnieją równocześnie jak to często bywa i anomalje rozwoju kręgosłupa w rodzaju *spina bifida*, *hydrorrhachis dehiscens* lub też *rhachischizis anterior*, tego mówca dziś powiedzieć jeszcze nie może, ponieważ nie chciał rozkładać preparatu przed demonstracją dzisiejszą. Ciekawą jest nareszcie koincydencja różnych wad rozwojowych w tych przypadkach, nie dowodząca jednak bynajmniej, aby wszystkie te wady rozwojowe były pochodzenia mechanicznego. Spostrzeżenia te z powodu ich ciekawości naukowej będą opisane w prasie naszej przez mówcę.

[Streszczenie własne].

XI. MUTERNILCH Stanisław przedstawił płyn mleczny, otrzymany z prawej opłucnej u dziewczynki 5-miesięcznej z ambulatorium kol. J. KRAMSZYKA i M. KRAUSHARA ze szpitala dla dzieci przy ul. Ślizkiej. Z wywiadów od matki dowiedziano się że przed trze-

ma tygodniami dziecko wypadło jej z łóżka i uderzyło się w prawy bok o bieżący obok stojący kołyski. Przez dwa tygodnie dziecko było wogóle zdrowe. Od tygodnia dopiero pokasłuje i chrząka, zresztą ma się dobrze, nie gorączkuje, apetyt i stolec prawidłowe. Przy badaniu przedmiotowym znaleziono stłumienie odgłosu opukowego poniżej prawej łopatki oraz osłabienie oddechu na miejscu stępienia; śledziona nieco powiększona. Mocz nie zawiera ani białka ani cukru. Krew pod mikroskopem przedstawia się normalnie. Próbną przekłucie na miejscu stłumienia wykazało obecność płynu mlecznego. Za pomocą przyrządu POTAIN'a wypuszczono 115 ctm. płynu białego z odcieniem żółtawym podobnego do mleka pozbawionego woni, odczynu dość wyraźnie alkalicznego, Ciężar gatunkowy = 1017. Przy badaniu mikroskopowym na demonstrowanych preparatach widzimy przeważnie drobnutkie ziarenka, składające się, jak wykazują reakcje mikrochemiczne, z tłuszczu, dalej płyn zawiera dosyć liczne białe ciała krwi, małe jednojądrowe t. j. limfocyty, nieco dużych jednojądrowych ciałek krwi, wypełnionych ziarenkami tłuszczowemi, oraz pojedyncze czerwone krążki. Po dodaniu kilku kropel ługu i wstrząśnieniu z eterem płyn staje się przezroczystym. Z kwasem osmowym czernieje. Przy staniu tworzą się skąpe luźne skrzepy, krwawo zabarwione. Niewątpliwie mamy tu do czynienia z wylewem mleczu pokarmowego (*chylus*) do jamy opłucnej (*hydrothorax chylosus*). Jak wiadomo, prócz takich przypadków istnieć może zebranie się w jamie opłucnej płynu, podobnego do mleka, powstałego wskutek stłuszczenia ropnych ciałek wysięku (*hydrothorax chyloformis*).

Ponieważ u chorej mlecz wylał się do prawej opłucnej, należy przypuścić pęknięcie nie samego pnia przewodu piersiowego, lecz jednej z jego gałęzi, które takowy posiadać może, jako b. częstą anomalię.

Rokowanie przy *hydrothorax chylosus* wogóle jest złe, większość przypadków skończyła się śmiertelnie. W danym przypadku rokowanie zdaje się być lepszym ze względu na dobry ogólny stan dziecka oraz przypuszczalne pęknięcie jednej z gałęzi przewodu piersiowego.

Co się tyczy leczenia, to z wypuszczeniem płynu należy być bardzo powściągliwym i uciekać się do niego tylko w razie zależnej od niego duszności, pamiętać bowiem należy, że, popierwsze, mlecz stanowi istotny pokarm dla organizmu, powtóre zaś, wypuszczając płyn, zmniejszamy ciśnienie w opłucnej, co sprzyja naturalnie aspiracyi mlecza z przewodu piersiowego i utrudnia zagojenie się rany w ścianie naczyń.

Otrzymany płyn przez kol. M. poddano dokładnej analizie chemicznej ilościowej, rezultat będzie ogłoszonym wraz z dokładnym opisem przypadku przez kol. KRAUSHARA.

[Autoreferat].

XII. ODERFELD przedstawił chorą po dokonanej *cholecystostomie transhepaticae*.

O. przypomina, że przed $\frac{1}{2}$ rokiem przedstawił w Towarzystwie chorą, u której podczas operacji cholecystostomii zmuszonym był resekować znaczną część normalnej tkanki wątrobowej, mianowicie t. zw. wyrostka RIEDL'a, a to w celu umożliwienia sobie wszycia pęcherzyka żółciowego do ściany brzusznej. Chora ta wyzdrowiała. Obecnie O. przedstawia chorą, u której tenże wyrostek przy takiejże operacji stanął znów na przeszkodzie do ukończenia operacji. W wypadku tym O. postąpił inaczej, również z dobrym skutkiem. Chora przedstawiona przed 3 miesiącami odbyła ciężki poród (*placenta praevia*), po którym kilka tygodni chorowała. Skarżyła się na bóle w prawym dole biodrowym, zaparcie, niekiedy wymioty. Przysłana do szpitala z powodu jakoby wysięku okołomacicznego. Przy badaniu stwierdzić można przedewszystkiem brak wysięku okołomacicznego, natomiast w prawym dole biodrowym guz nieruchomy, bolesny. Chora gorączkuje. W danym przypadku można myśleć było o otorbionym ropniu po przebytem zapaleniu wyrostka robaczkowego i zropiałym bąblowcu lub o empyema pęcherzyka żółciowego. Punkcja wykazała czystą ropę. Przy laparotomii natrafiono na płat wątroby sięgający do spina il. ant. sup., a pod płatem guz z ropną zawartością. Guz ten był silnie zrośniętym z dolną powierzchnią wzmiankowanego płata wątroby, tak iż o oddzieleniu mowy być nie mogło, jak również i o wydobyciu go na zewnątrz. Rozpoznanie i w tej chwili pozostało nierozstrzygniętem pomiędzy zropiałym bąblowcem wątroby i empyematem pęcherzyka żółciowego. O. postąpił w ten sposób, że wzmiankowany płat wszył do ściany brzusznej, a żegadłem PAQUELIN'a przeciąwszy na grubości 5 ctm. tkankę wątroby, opróżnił ropień resp. ów wyczuwalny guz. Znalezione w nim kilkanaście kamieni żółciowych, a zatem wykonano cholecystostomiam transhepaticam. Chora w zupełności wyzdrowiała. O. nie uważa opisanych metod za typowe, uważa jednak, że obrana przezeń droga w odpowiednich przypadkach jest możliwą i dozwoloną. W literaturze znalazł później O. jeden podobny przypadek.

[Autoreferat].

XIII. KOPCZYŃSKI Stanisław mówił o „Ciekawych objawach hypnozy u histeryka“ i przedstawił to na chorym, którego uśpił. Zaznaczywszy najpierw ważność sugestyi w stosunku lekarza do pacjenta, i to, że jak karykatura uwydatnia jakiś rys znamieny,

tak hypnoza, jest tym stanem świadomości, który uwydatnia potęgę sugestyi, prelegent przeszedł do historii choroby demonstrowanego następnie pacjenta.

Chory J. S. lat 29, buchalter pod względem neuropatycznym mocno obciążony. Od 15-go roku życia mocno nadużywał napojów wysokowych. W 25-ym roku życia po raz pierwszy dostał napadu ogólnych drgawek z zupełną utratą przytomności, następnie w ciągu roku kilka podobnych napadów. Później dwuletnia przerwa. W r. zeszłym [1900] we Wrześniu, gdy był w Wiedniu, znowu nagle dostał napadu ogólnych drgawek z zupełną utratą przytomności. Chorego „Pogotowie“ tamtejsze zawiozło do „Szpitala ogólnego“. Tam stwierdzono: *Vitium cordis. Embolia cerebri. Hemiplegia sinistra*. Chory przez dwa tygodnie nie mógł mówić, jak twierdzi dlatego, że nie mógł poruszać językiem, który ciągnęło mu w prawo. Twarz również miał przeciągniętą w prawo. Mowa po dwóch tygodniach wróciła w ciągu paru dni. Potwierdzenie tego rozpoznania szpitalnego KOPCZYŃSKI otrzymał od kol. ELZHOŁZ'a z Wiednia. Choremu zabroniono się poruszać i chory leżał w szpitalu do końca Stycznia t. j. 4 miesiące, nie będąc w stanie ruszać lewą ręką i lewą nogą. Przy końcu Stycznia r. b. chorego przywieziono do Warszawy, do szpitala Ś-go Ducha. K. biorąc pod uwagę 1) wiotkość porażenia, odruchy ścięgnowe były po obu stronach wszędzie jednakowe, 2) brak wszelkich zaburzeń ze strony nerwu twarzowego i podjęzykowego, 3) zaburzenia czucia po stronie lewej o charakterze czynnościowym, 4) osłabienie zmysłu wzroku, słuchu i smaku po stronie lewej—rozpoznał porażenie połowiczne pochodzenia histerycznego (*hemiplegia hysterica*) bez żadnego związku z istniejącą u chorego wadą serca wraz z prawostronnem *spasmus glosso-labialis*. Przez tydzień jeszcze chory nie mógł absolutnie poruszać lewą ręką i lewą nogą. Następnie pod wpływem sugestyi hypnotycznej chory po 2-ch posiedzeniach począł chodzić i poruszać lewą ręką zupełnie prawidłowo. Otóż okazało się, że chory jest osobnikiem niezwykle podatnym do sugestyi, bardzo łatwo zapadającym w głęboki sen. K-i podczas hypnozy wywoływał łatwo przykurczenia, porażenia, katalepsję, halucynacje wzrokowe, słuchowe, smakowe, najrozmaitsze afekty, halucynacje ujemne, halucynacje posthypnotyczne. Co się tyczy afektów, to wystarczało np. wywołać część ruchów ekspresyjnych, charakteryzujących dany afekt, ażeby inne ruchy same z nią się skojarzyły. Wystarczało np. ułożyć ręce jak do modlitwy, a cała twarz nabierała wyrazu rozmodlenia. Z ciekawszych objawów zasługują na uwagę: 1) t. zw. odtworzenie dawniejszych osobowości: choremu poddaje się, iż jest kilkoletniem dzieckiem, a wtedy ten odpowiednio zachowuje się w rozmowie, 2) pod wpływem sugestyi pod zwykłą bibułą zmoczoną

w wodzie, wystąpiły po 24-eh godzinach zarumienienia, obrzęk i pęcherzyki z płynem surowiczym, 3) pod wpływem sugestyi K-i otrzymywał zwolnienie i przyspieszenie pulsu od 76 do 112 na minutę. Z tych objawów K-i podczas posiedzenia demonstrował obecnym na chorym w stanie hypnozy przykurczenia, bezwładny, nadczułość i znieczulenia w tem samem miejscu afekty, z niezwykle wyrazistą mimiką, katalepsyą, halucynacye i intra i posthypnotyczne. Np. chory miał poddane, że w kilka minut po przebudzeniu zobaczy na hypnotyzerze bardzo wysoki pstry cylinder i maskę karnawałową komiczną, i że następnie w jednej chwili usłyszy dźwięki marsza pogrzebowego. Istotnie, w kilka minut po przebudzeniu chory poczyną się przyglądać czemuś na głowie i na twarzy, najpierw niedowierzająco, następnie wpatruje się coraz energiczniej i wybucha szczerym, gwałtownym śmiechem. wymieniając jako powód śmiechu komiczną maskę i cylinder. Po paru chwilach milknie, wsłuchuje się uważnie. wargi mu drżą, twarz blednie, łyzy pokazuja się w oczach cichym szeptem mówi, że słyszy bardzo smutną muzykę, marsz pogrzebowy i że śmierci drogich osób stają mu przed oczami. Chory miał poddane porażenie kończyny górnej na kwadrans. Po tym czasie władza choremu została przywrócona.

W dyskusyi FLATAU sądzi, że zwykle zjawiska psychiczne, występujące w hypnozie, są zbyt dobrze znane, aby warto było ponownie zwracać na nie uwagę. Większą wartość naukową mogłyby posiadać badania ściśle nad zmianami somatycznymi, zjawiającymi się podczas snu hypnotycznego [jak zmiana pulsu i inne]. Co się tyczy znaczenia terapeutycznego hypnotyzmu, to trzeba być w stosowaniu tego środka bardzo wstrzemięźliwym i używać go jako *ultimum refugium*. [Autoreferat].

W dyskusyi kol. WISŁOCKI zaznacza, że winniśmy wdzięczność kol. K. za przypomnienie w Towarzystwie naszym o hypnozie i jej leczniczem znaczeniu. Widzieliśmy przed chwilą przekonywający dowód skuteczności sugestyi hypnotycznej, prócz tego jednak kol. K. zdemonstrował nam szereg objawów, co do których ośmielę się wypowiedzieć kilka uwag, do czego mnie upoważnia długoletnie zajmowanie się kwestyą hypnotyzmu. Mając zapowiedziane okazanie ciekawych [tak nazwał je sam kol. K.] objawów hypnozy, spodziewaliśmy się zobaczyć rzeczywiście coś nowego lub rzadko spotykanego, naprzykład z dziedziny ideoplastyi i wpływu sugestyi na zmiany somatyczne. Tymczasem zobaczyliśmy przejawy działania sugestyi na zjawiska czuciowe, ruchowe i stany emocyjne to jest takie najzwyczajniejsze objawy hypnozy, istnieniu których nie wątpi już nie tylko żaden lekarz, lecz nawet i szerokie warstwy publiczności.

Służyły one jako demonstracye na wykładach CHARCOT'a, BERNHEIM'a i BERILLON'a, pokazywali je setki razy rozmaici magnetyzerzy na publicznych przedstawieniach, służą też one zazwyczaj jako pole popisów salonowych hypnotyzerów. W naszym Towarzystwie przed kilkunastu laty demonstrował je słynny Donato i powtarzał je kol. M. BRUNER.

Z uwagi na łatwość symulacyi przejawów w sferze czuciowej ruchowej i emocyjnej, doświadczenia tego rodzaju winny być robione w warunkach ścisłej naukowej kontroli, do czego nie nadają się liczne zebrania. Zresztą w tej chwili największy interes dla medycyny przedstawia wpływ sugestyi na zmiany somatyczne i spodziewamy się od kol. K. badań w tym kierunku.

W końcu chciałbym zwrócić uwagę na głębokie postacie hypnozy np. letarg, gdzie uspiony nie reaguje na wpływy zewnętrzne, nie jest polem do sugestyi. Najlepiej się nadaje do tego somnambulizm, lub lekkie stany snu hypnotycznego.

[Autoreferat].

KORYBUT DASZKIEWICZ zaznacza, że przypadek przedstawiony przez kol. K. jest bardzo ciekawy choćby z tego powodu, że u chorego istniały objawy, które utrzymywały lekarzy szpitalnych w Wiedniu w przekonaniu, że mają do czynienia z porażeniem połowiczem z powodu zatoru (haemiplegia ex embolia), a więc stanowi on poważny przyczynek do nauki o histeryi; która niejednokrotnie daje obrazy chorobowe, symulujące inne choroby.

Co się tyczy objawów hypnozy, demonstrowanych na chorym przez kol. prelegenta, to są one oddawna znane i zupełnie podobne do nich otrzymywał KORYBUT-DASZKIEWICZ przed kilkunastu laty na swoich medyach [Nb. Doświadczenia te wtedy były robione nie w celach leczniczych].

Dla wykluczenia możliwej w danym przypadku symulacyi ze strony chorego, co chociaż jest mało prawdopodobnem, a jednak z takim zarzutem spotkać się można, warto byłoby spróbować, czy u tak podatnego medyum, jakim się przedstawiał demonstrowany przez kol. K. chory, nie udałoby się wywołać jednego z objawów, obserwowanych przez KORYBUTA-DASZKIEWICZA przed kilku laty, kiedy podczas przedstawienia jednego z hypnotyzerów-procederzystów, był on wspólnie z kilkoma innymi kolegami kontrolerem wykonywanych doświadczeń.

Ów hypnotyzer, mianujący siebie fakirem indyjskim prócz wielu innych doświadczeń, poprosił na scenę kilka znanych ogółowi, a nie mogących być w żadnych konszachtach z hypnotyzerem, osób, i u nich wywoływał miejscowe znieczulenie skóry do tego stopnia wybitne, że przetykał przez fałdę skóry grubą szpilkę od przypinania damskich kapeluszy, zaszywał obie wargi, pytając, czy kontrolerowie życzą sobie, by przy tej manipulacyi pokazywa-

ła się krew z miejsc przekłutych, lub nie; stosownie do tego widzieliśmy występującą z przekłucia krew, lub też operacja była bezkrwawą.

BREGMAN zapytuje czy chory przedstawiony przez prelegenta nie był już poprzednio gdziekolwiek hypnotyzowany. Jak na tak krótki czas, jest on zbyt dobrze wytresowany. Zresztą, próby z objawami „somatycznymi“ wypadły mniej pomyślnie. Następstwa wezykatoryi pojawiły się na drugi dzień, przez ten czas chory pozostawał bez kontroli, symulacja nie da się z pewnością wykluczyć. Najlepiej próby takie przeprowadzać w szpitalu, pod ścisłą kontrolą, ale z drugiej strony niekorzystnie tu oddziaływają nieuniknione demonstracje przed lekarzami, studentami, które pouczają chorego co do oczekiwanych objawów. W ogólności wszelkie podobne doświadczenia hypnotyczne wpływają ujemnie na stan chorego, powiększając jego suggestyjność i czyniąc z niego prawdziwe „medyum“. O ile zatem nie są one związane z celem terapeutycznym, należy ich możliwie unikać. Ale i pod względem leczniczym mówca uważa hypnotyzm jako ultimum refugium, które stosować należy dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych środków, a zwłaszcza różnych postaci „suggestyi maskowanej“ [elektryzacja, masaż, Paquelin etc.]. W przedstawionym przypadku również, zdaniem mówcy, gdyby sposoby te konsekwentnie przeprowadzone zostały, hypnotyzm okazałby się zbyttecznym.

LUBLINER podnosi sprawę afonii hysterycznej i trudności jej leczenia.

ZIELIŃSKI zaznacza, iż halucynacje posthypnotyczne odznaczają się brakiem wyrazistości.

W odpowiedzi WISLOCKIEMU KOPCZYŃSKI zaznacza, iż podług klasyfikacji FOREL'a chory jego zapala w trzeci stopień hypnozy, w sen głęboki albo somnambulizm. Za tem przemawia amnezja po przebudzeniu i zjawiska posthypnotyczne.

BREGMANOWI KOPCZYŃSKI daje następujące wyjaśnienia:

1) Chory, jak podaje, nigdy nie był hypnotyzowany. Jest on nie „wytresowany“, lecz niezwykle podatny do suggestyi, podobną podatność jak dziś, wykazywał już na pierwszym posiedzeniu, kiedy robione były badania kontrolujące; w ciągu kilku tygodni obcowania z chorym K-i przekonał się, że jest to osobnik wysoce suggestyjny, niezrównoważony i ani cienia symulacyi nie spostrzegł.

2) Że próba ze zmianą tętna wypadła niepomyślnie, K-i uzależnia to od zbyt krótkiego trwania próby [1—1½, minuty]: K-i otrzymywał podobne zmiany dopiero po 5—10 minutach suggestyi. O tem, że nie były to podmiotowe złudzenia, zaświadczyć mogą koledzy, wreszcie kontrolował je przedmiotowo zegarek.

Pam. T. L. T. 97, Z. II.

23

Próby z mniemanemi wezykatoryami K-i czynił dwukrotnie i za każdym razem z pomyślnym wynikiem. Trzeba było jednak czekać 20 i więcej godzin. Świadczy to, że zmiany somatyczne, ten najbardziej jaskrawy wpływ sugestyi, nie tak łatwo występują i wymagają dłuższego ześrodkowania myśli na danej okolicy ciała. Chory pozostawał wprawdzie w szpitalu bez ścisłej kontroli, lecz do przypuszczenia symulacyi nie mamy najmniejszych powodów, gdyby chory owe miejsce na szyi podrapał, byłyby ślady zdercia naskórka, tymczasem był to czworokąt, zupełnie odpowiadający kwadratowej bibulce, obrzmiały, czerwony z kilkoma pęcherzykami, wypełnionymi płynem surowiczym.

3) Demonstracye podobne K-i wykonywał tylko kilkakrotnie wobec kolegów lekarzy i studentów, a hypnozę stosuje w celu leczniczym, głównie chcąc odzwyczaić chorego od nadużywania napojów wysokowych, i jak dotychczas z pomyślnym wynikiem. Nazywanie hypnozy „ultimum refugium“ w leczeniu objawów chorobowych czynnościowego pochodzenia zdaniem K. nie jest słuszne. Jako dowód może służyć i nasz chory. Z pięciomiesięcznego porażenia nie mogła wyleczyć go i maskowana suggestya [franklinizacja etc.], a tymczasem już w pierwszym seansie hypnotycznym chory mógł poruszać nieco sparaliżowaną ręką. W sen chory zapadał odrazu.

FLATAUOWI K. odpowiada, że demonstrował chorego 1) dla wykazania ważności rozpoznania, 2) jako osobnika niezwykle podatnego na suggestyę, 3) dla trzech niezbyt często spotykanych objawów [odtwarzania w hypnozie dawnych osobowości, zmian odżywczych pod wpływem sugestyi i zmian w tętnie]. Na zarzut, iż zmiany w tętnie zależeć mogły od wywołanego afektu, K-i odpowiada, że możliwość tę uwzględnił, że choremu podczas hypnozy nakazał bezwzględny spokój, i że istotnie na twarzy jego nawet śladu jakiegoś afektu nie można było zauważyć. Tak więc zmiany w tętnie K-i uważa nie za pośrednie, wywołane przez afekt, a za bezpośrednie wywołane przez suggestyę. Wreszcie K-i przypomina, że zdolność zwalniania i przyspieszania pulsu na jawie posiadał znany fizyolog WEBER.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza *St. Kopczyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 26 Marca 1901 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 54 i gości 5.

- T r e ś ć:** ENDELMAN Z. — Przedstawienie okazu typowego zaśniadu krwawego.
 KARCZEWSKI A. — Przedstawienie chorej, dotkniętej krzywą szyją pochodzenia mięśniowego.
 KOPCZYŃSKI St. — Przedstawienie chorej z zaburzeniami ruchowymi o ciemnej etyologii.
 LUKSENBURG J. — Przedstawienie chorej, dotkniętej obrzękiem śluzowym i leczonej pastylkami tyreoidyny.
 BARSZCZEWSKI C. — Czego wymaga klinika od radioskopii i radiografii.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: BARLICKIEGO, Stanisława KIJEWSKIEGO, MARGOLISA, POPLAWSKĄ i STERLINGA.

III. Biblioteka otrzymała odbitkę z pracy STĘPKOWSKIEGO.

IV. ENDELMAN Z przedstawił przypadek typowego zaśniadu krwawego. Demonstrowane jajo płodowe urodziła 30-letnia kobieta, która 7 razy zachodziła już w ciążę; wszystkie porody miały przebieg prawidłowy.

Ostatnia prawidłowa miesiączka miała miejsce 7 miesięcy temu i od tego czasu chora uważała się za ciężarną. Dziwiło ją tylko, że odpowiednio do okresu ciąży brzuch się nie powiększał. Trzy miesiące temu zauważyła czerwone plamy na bieliznie, które jednak wkrótce przestały się pokazywać. Cztery tygodnie temu zjawił się dość znaczny krwotok i od tego czasu bezustannie prawie krwawiła. 17 Marca krwawienie przybrało tak wielkie rozmiary, że zawezwany lekarz, po wytamponowaniu pochwy wata, skierował chorą do szpitala dla starozakonnych.

Po wyjęciu tamponów E. znalazł część pochwową macicy zgrubiałą i *laceratio cervicis duplex*; szyja maciczna nie przepuszczała palca. Macica w przodozgięciu powiększona odpowiednio do 3-go miesiąca ciąży, konsystencja jej była jednak nieco twardszą, niż to zwykle przy ciąży bywa. Macica była nieco spłaszczona w kierunku przednio-tylnym. Krwawienia nie było, wobec czego E. wstrzymał się od wszelkiej interwencji czynnej.

Dnia 20 Marca 1901 r. przy bardzo słabym krwotoku i słabych bólach wypadło z pochwy jajo płodowe. Formę miało owalną, długość jego wynosiła $9\frac{1}{2}$ ctm., największa szerokość — 6 ctm. Jedna połowa jaja była wypukła i na powierzchni chropawa, druga spłaszczona i bardziej gładka. Wypukła połowa odpowiadała łożysku, spłaszczona zaś — błonom płodowym. Po rozcięciu błon wyłało się z jaja około 10 ctm. sz. krwawo zabarwionego płynu. W jamie płodowej E. znalazł dobrze zachowany płód długości 5 ctm., który za pomocą pępowiny połączony był z łożyskiem. Długość pępowiny wynosiła 2 ctm.

Łożysko miało formę okrągłą o średnicy 9 ctm. i grubości 4 ctm.

Na całej wewnętrznej powierzchni łożyska znajdują się guzowatości różnej wielkości [od orzecha laskowego do dużej śliwki] w części — gładkie, w części natomiast pokryte drobnymi ziarnkami żółtawego koloru. Pomiędzy owymi guzowatościami, przedstawiającymi podkosmówkowe krwawiaki znajdują się mniej lub więcej głębokie zakłębnięcia.

Wielkość płodu w danym przypadku odpowiadała końcowi drugiego miesiąca ciąży, podczas gdy wielkość jaja płodowego — końcowi czwartego miesiąca ciąży. Badanie mikroskopowe we wszystkich prawie dotychczas spostrzeganych przypadkach typowych zaśniadów krwawych wykazywało zupełny brak naczyń w kosmkach. W jednym przypadku, który E. dokładnie zbadał w pracowni STEINHAUSA, również naczyń w kosmkach nie było.

[Autoreferat].

V. KARCZEWSKI A. przedstawił przypadek krzywej szyi pochodzenia mięśniowego (*caput obstipum musculare*).

Dziewczyna lat 15 urodziła się jako 3-e z kolei dziecko. Matka zmarła przed 4 laty wskutek zapalenia płuc. Ojciec mieszka na prowincyi. Z tego powodu nie można było, niestety, wywieźć się żadnych szczegółów, dotyczących przyjścia na świat chorej. Krzywa szyja, według słów chorej, datuje się od urodzenia. W 14-ym roku życia szkarlatyna.

Przy pierwszym wejrzeniu [przed operacją] rzuca się przede wszystkim w oczy wybitna asymetria twarzy: prawe oko położone jest wyżej niż lewe, prawy łuk i kość licowa wystają więcej niż po stronie lewej, prawy bok nosa i prawa szczęka dolna są dłuższe niż z lewej strony. Wogóle prawa połowa twarzy jest większa niż lewa i w swej górnej części jak gdyby podsunięta ku górze. Prawa połowa podniebienia jest więcej wpuklona, lewa natomiast bardziej płaska.

Głowa jest nachylona ku lewemu barkowi i nieco ku przodowi. Broda jest zwrócona ku prawej stronie i ku górze. Głowa *in toto* jest przesunięta ku prawej stronie. Na szyi z lewej strony

wyczuwa się część mostkową mięśnia mostko-obojezyko-sutkowego pod postacią grubej, twardej i niepodatnej taśmy, szerokości 1-go ctm. Część obojezykowa jest bardziej mięsista, lecz i wśród niej istnieją twarde cienkie powrózki.

Lewy obojezyk o 2 ctm. jest dłuższy niż prawy. Na lewym obojezyku nie widać zagięć prawidłowych, a przynajmniej zagięcia te są bardzo nieznaczące.

Lewa łopatka położona jest wyżej niż prawa. Odcinek szyjowy kręgosłupa tworzy nieznaczące skrzywienie boczne w prawą stronę. Odcinek piersiowy kręgosłupa skrzywiony jest wybitnie ku stronie lewej. W lędźwiowym odcinku kręgosłupa widać skrzywienie boczne prawostronne.

Skrzywienie boczne kręgosłupa uwydatnia się doskonale na rentgenogramie, na którym widać, że przestrzenie międzyżebrowe po stronie prawej są znacznie szersze niż po stronie lewej.

Na rentgenogramie odtwarzającym szyjowy odcinek kręgosłupa z dolną częścią czaszki nie widać, ażeby ten odcinek kręgosłupa tworzył skrzywienie ku przodowi lub ku tyłowi.

Operację wykonano dnia 12 Marca r. b. według metody MIKULICZA. Zrobiono cięcie podłużne z lewej strony szyi pomiędzy częścią mostkową a obojezykową mięśnia mostko-obojezyko-sutkowego, długości około 8 ctm. Po przecięciu skóry i platysma, obnażono przyczepy obu części mięśnia wspomnianego i odcięto je od mostka i obojezyka. Poczem odseparowano dolne końce mięśnia aż powyżej części wspólnej i tu odcięto. Usunięto tym sposobem więcej niż połowę mięśnia. Usunięto nadto kilka twardych powrozków, naprężających się przy przechylaniu głowy ku prawej stronie. Ranę zaszyto całkowicie szwem endermicznym z fil de Florence. Rychłozrost. Szóstego dnia szew usunięto. Od tej chwili zaczęto wykonywać ruchy bierne głową oraz zalecono chorej gimnastykę. [Autoreferat].

VI. KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawił rzadki przypadek zaburzeń ruchowych o ciemnej etyologii. Chora, lat 30, panna, wieśniaczka z pod Łomży. Od 10-go roku życia zaczęła doznawać stopniowo zwiększającego się drżenia i skurczów w lewej ręce. Przedtem była zupełnie zdrowa. Za obarczeniem neuropatycznym chorej nic nie przemawia. Brak również wszelkich znamion hysterii, tak w wywiadach, jak i w badaniu przedmiotowym. Chora czuje się zupełnie zdrową, i obiektywnie żadnych innych zaburzeń ani w narządach wewnętrznych, ani w dziedzinie czucia, ruchu, lub odruchów wykazać nie można, prócz tego, że lewa kończyna górna wykonywa wciąż najrozmaitsze ruchy. Nie są to ruchy płasawicze, nie jest to atetoz, nie jest również ruch rytmiczny, lub drżenie „zamiarowe“ [Intentionszittern] a mieszanina wszystkich tych postaci ruchu z przewagą pierwiastku płasawicy. Np. przy

wyciągniętej kończynie widać następujące ruchy: paluch co kilka sekund z nierównym natężeniem rozgina się, bywa odprowadzanym lub zginanym; jednocześnie cała kość co kilka sekund rozgina się i zwraca ku zewnątrz, jak gdyby pod działaniem skurczów klonicznych m. *extensoris carpi radialis*. Przy zgięciu przedramienia znów inne mięśnie biorą w tych ruchach udział, zwłaszcza zginacze, choć co raz widać skurcz kloniczny w m. *supinator longus*. Przy dotykaniu palcem nosa cała ręka wykonywa chaotyczne ruchy, przypominające nieco drżenie „zamiarowe“, lecz z różnymi, nieprawidłowymi rozmachami. Odruchów ścięgowych na dotkniętej kończynie nie można było otrzymać.

Oprócz tego przy otwieraniu ust chorej widać po stronie lewej lekkie skurcze kloniczne, w mięśniach, okalających po tej stronie jamę ustną. Wpływ woli na te ruchy pozostaje bez skutku. Zimno, afekt zwiększają je. Podczas snu zupełnie ustają. Biorąc pod uwagę: 1) stopniowe występowanie tych zaburzeń ruchowych bez widocznego wpływu momentów psychicznych; 2) brak wszelkich danych, przemawiających za histeryą; 3) obecność drgań na twarzy, K-i wyklucza w danym przypadku histeryę, o której możnaby było pomyśleć, tembardziej, że i terapia sugestyjna pozostała bez skutku. Uśpić chorą mówcy nie udawało się. Wobec tego K-i przypuszcza w danym przypadku cierpienia organiczne. Podobne zaburzenia ruchowe mogą się zjawiać w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego *cerebrale Kinderlaehmung*) K-i przypomina o demonstrowanym przez niego w roku zeszłym przypadku hemiatetozы w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego. Tu jednak za tem cierpieniem nic nie przemawia. Natomiast przypuścić można jakieś niewielkie ognisko stwardnienia, umiejscowione mniej więcej w *nucleus lentiformis* lub w *thalamus opticus*, które drażni pośrednio drogi piramidalne, biegnące do ręki i twarzy i wywołuje opisane zaburzenia ruchowe. Na jakim tle takie ognisko mogło powstać, trudno orzec. Że jednak podobne stwardnienie *encephalitis interstitialis non purulenta circumscripta* nawet w wieku późniejszym jest możliwem, za tem przemawiają liczne badania, między innemi spostrzeżenie kol. DYDYŃSKIEGO, który w roku zeszłym przedstawił 10-letniego chłopca z organicznym niedowładem połowicznym, rozwijającym się stopniowo w ciągu kilku miesięcy bez innych ogólnych lub ogniskowych objawów ze strony mózgu. [Autoreferat].

VII. LUXENBURG przedstawił chorą, dotkniętą obrzękiem śluzowym (*myxoedema*) i okazaną już raz na posiedzeniu Tow. Lek. w dniu 26 Kwietnia 1900, t. j. przed rozpoczęciem leczenia. Ówczesne dane, pokrótce były następujące. Chora lat 19. Waga ciała 111 funtów. Skóra sucha, chropawa (*Lichen vulgaris*). Na prawej górnej kończynie i prawej łopacie, częściowo na twarzy —

erythema elevatum. Nadmierne owłosienie na grzbiecie. Miękkie poduszkowate wygórowanie na karku i nad obojczykami. Brzuch duży niepomiarnie, wzdęty. Golenie niemal cylindrycznej formy, również obrzęknięte znacznie stopy [„nogi słonia“]. P. 90. Uterus infantilis. Amenorrhoea ab origine. W moczu nieco białka i cukru. Podmiotowo: uczucie suchości w nosie i ustach, pragnienie, ściskanie w gardle, duszność, nieznośny ból w krzyżu. Sfera umysłowa nieupośledzona. Chora od lat 6. W rodzinie podobnych chorych nie było.

Chora poddana została leczeniu pastylkami tyreoidy (angielskimi po 0,30) począwszy od $1\frac{1}{2}$ pastylki dziennie, stopniowo przechodząc do większych dawek. Najwyższa wynosiła $9\frac{1}{2}$ past. Już po kilku dniach zaczęły ustępować objawy podmiotowe, wkrótce i przedmiotowo ujawniła się zmiana na lepsze. Po $2\frac{1}{2}$ miesiącach kończyny dolne nabrały formy normalnej, obrzęk skóry ledwie dostrzegalny; toż samo w pasie nadobojczykowym. Owłosienie na grzbiecie niemal zupełnie znikło, również i wysypka na górnej kończynie. Chora zaczęła się pocić i straciła uczucie chłodu jakiego doznawała zwykle. P. 125—140. W moczu stale nieco białka i cukru, niekiedy cylindry szkliste. Czasem rozwolnienie. W przebiegu obserwacji wystąpiły zmiany w 4 paznogiach prawej ręki [matowy wygląd, kruchość, zniepodobnienie]. Dyeta z początku mieszana, później—beźmięsna. Zpełnego wyniku leczenia [zmniejszenie brzucha, zupełne zniknięcie obrzęku] otrzymać się nie dało. Znaczne zmniejszenie dawki tyreoidy spowodowało pogorszenie się stanu. Waga ciała zmniejszyła się najwyżej o 9 funtów. Do chwili obecnej chora wyżyła 1600 pastylek. Obecnie chora bierze po 5 pastylek. W końcu okazane zostały fotografie z czasu przed i po leczeniu, uwidoczniające znaczne różnice w wymiarach pojedynczych członków i w wyglądzie ogólnym. [Autoreferat].

VIII. BARSZCZEWSKI wypowiedział rzecz p. t.: „Czego wymaga klinika od radioskopii i radiografii“.

Jak medycyna praktyczna nie może obejść się bez anatomii patologicznej, chemii i bakteriologii, tak samo już dzisiaj w wielu przypadkach nie obchodzi się bez badania promieniami X, które stanowią nowy dział w dyagnostyce fizykalnej obok opukiwania, wysłuchiwania i obmacywania. Metoda rentgenowska, aby posiadała charakter naukowy, ścisły, kliniczny, winna odpowiadać, zdaniem prelegenta, trzem warunkom.

1) Aby lekarz za pomocą promieni X. mógł badać swego chorego tak, jak się bada serce przez wysłuchiwanie go w różnych punktach, płuca przez opukiwanie całej powierzchni klatki piersiowej, dla porównania różnie dźwiękowych itd.

2) Aby warunki badania chorego były ściśle określone jako to: pozycja chorego, ustawienie rurki Crookes'a i położenie kliszy. Załączony tedy przy każdym radiogramie wzór pozwalałby lekarzowi łatwo odtworzyć sobie cały przebieg badania, nadto pozwalałby powtórzyć to samo badanie w tych samych warunkach, wreszcie pozwalałby na przeprowadzenie badań porównawczych na różnych osobach.

3) Aby lekarz miał w pewnych warunkach możliwość szybkiego orientowania się co do umiejscowienia guzów, resp. ciał obcych w głębiach ustroju, na zasadzie prześwietlenia lub zdjęć radiograficznych.

Pierwszemu wymaganiu może zadosyć uczynić przyrząd, złożony z 3 ruchomych ramek; osadzonych jedna w drugą; w najmniejszej ramce umocowywa się aparat oświetlający, który może wykonywać ruchy we wszystkich kierunkach. Przyrząd ten umocowany jest w statywie stojącej lub poziomej i ma tę dogodność dla pacyenta, że ten może stać, siedzieć lub leżeć swobodnie, a badacz przy przesuwaniu rurki nie traci obrazu z oczu, śledząc każdy nowy ruch cieniów. [Przyrząd narysowany na dużej planszy demonstrował prelegent].

Określenie dokładne pozycji chorego, aparatu oświetlającego i kliszy stanowi drugi warunek, jaki nadaje radiografii charakter kliniczny, bez niego cała metoda rentgenowska może być uważaną tylko za amatorstwo, traktowane po dyletancku.

Początek wprowadzenia pomiarów do radiografii dał pierwszy D-r GUILLEMINOT, asystent kliniki BOUCHARD'a. Jego metoda radiometryczna polega 1) na oznaczeniu punktu dowolnie wybranego na powierzchni badanej okolicy pacyenta sposobem planimetrycznym, zastosowanym do wytycznych punktów anatomicznych np. dla przedniej powierzchni ciała incisurr jugularis i symphysis pubis itd.; 2) na oznaczeniu kierunku promieni X, padających na ten wybrany punkt, za pomocą ad hoc zbudowanego, kątomierza, radiogoniometru.

Przyrząd ten, demonstrowany przez prelegenta, podobny jest do astronomicznego kątomierza, służącego do mierzenia wysokości ciał niebieskich i ich azymutu. Punkty anatomiczne wytyczne dla czaszki, tułowia, kończyn górnych i dolnych oraz linie współrzędne z osiami rzędnych i odciętych dla wyżej wymienionych okolic ustroju ludzkiego były demonstrowane na wielkich planszach.

Określanie położenia guzów lub ciał obcych w głębiach ciała ludzkiego uwieźlonych stanowi już dzisiaj dużą literaturę.

W przypadkach łatwych wystarcza prześwietlenie w jednym lub dwóch kierunkach do określenia miejsca ciała obcego, w przypadkach trudniejszych, jak klatka piersiowa, czaszka, jama brzusz-

na, mają znaczenie podwójne zdjęcia stereoskopowe wobec zastosowanych do nich: obliczeń matematycznych, graficznych lub stereometrycznych.

Sposoby dokładnego określania np. kuli za pomocą zdjęć radiograficznych i kompasu odpowiedniego, jak również sposoby w przybliżeniu określające ciała obce w ustroju człowieka prelegent demonstrował na wielkich planszach.

Prelegent wspomniał o przyrządach sygnalizujących, które, wprowadzone do ran postrzałowych przy zetknięciu się z kulą, igłą itd. dają znać o tem za pomocą telefonu, mikrofonu, igły galwanoskopowej lub poprostu dzwonka elektrycznego. Zdaniem prelegenta te przyrządy znajdują zastosowanie praktyczne w chirurgii przy poszukiwaniu kul, określonych uprzednio drogą radiografii. Dawać one będą znać nie przez bezpośrednie dotknięcie lecz już na pewnem oddaleniu.

Jeden typ takiej sondy sygnalizującej prelegent przedstawił na odczycie.

Nadto demonstrowane były licznie i dobrze wykonane przez B. w jego pracowni radiogramy nie tylko przypadków chirurgicznych, jak złamania, zwichnięcia, nowotwory kości miękkich, części kończyn, ciała obce, kule w czaszce, w klatce piersiowej, kamienie w pęcherzu i nerkach, lecz i przypadków wewnętrznych, jak aneuryzmaty, nowotwory opłucnej i płuc, wysięki opłucnej, zgęszczenia płuc itd.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Sekretarz *L. Dydyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 2 Kwietnia 1901 r.

Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych członków — i 1 gość.

T r e ś ć: LUXENBURG. — Przedstawienie przypadku cierpienia stawów w przebiegu władu rdzenia.
KOPCZYŃSKI St. — Przedstawienie chorego z atetozą.
BORNSTEIN. — „O porażeniach i zanikach mięśniowych w władzie rdzenia.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnego na posiedzeniu gościa kol. JUSTMANA.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali odbitki swych prac RUBIN i MĘCZKOWSKI.

IV. LUXENBURG przedstawił przypadek cierpienia stawów w przebiegu władu rdzenia. Chory z oddziału w szpitalu Wolskim lat 51, 15 miesięcy temu dostał bólów w stawach ramieniowych oraz w kończynach dolnych na skutek, jak mówi, silnego przemoczenia w lesie podczas pracy w deszcz ulewny. Wkrótce nogi poczęły nieco płątać się przy chodzeniu. 15 lat temu przebył przymiot i leczył się umiarkowanie. Nigdy objawów ostrego reumatyzmu nie miał. Badanie przedmiotowe: żrenice oddziałująco dobrze, niezwięzone, brak odruchów kolanowych, bezład w kończynach dolnych, „plaques anesthésiques“. Mięśnie w okolicach barkowych nieco zanikłe. Ruchy w stawach ramieniowych czynne i bierne ograniczone. Chory nie jest w stanie unieść ramienia do linii poziomej. Ruchy ramion ściśle związane z ruchami łopatek, co się dobrze wyczuwa również przez jamy pachowe. Jest to więc ankilotyczny stan stawów ramieniowych, będący niewątpliwie w związku z władem (arthropathia tabidorum). Zmiany stawowe w władzie dość są znane, głównie dzięki pracom CHARCOT'a. Wiadomo, że spostrzegane bywają przeważnie na kończynach dolnych, a już znacznie rzadziej jako sprawy obustronne, jak to właśnie ma miejsce w danym przypadku. [Autoreferat].

V. KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawił chorego z atetozą prawej kiści. Chłopiec lat 16. Od 3-go roku życia cierpi na napady drgawek ogólnych z utratą przytomności. Drgawki te, sądząc z opisu, o charakterze padaczkowym, na jakiś czas ustąpiły, a od kilku lat napastują chorego co kilka dni. W roku zeszłym chory zauważył jakieś ruchy w prawej kiści. Przedmiotowo: objawy lekkiego niedowładu spastycznego po stronie prawej z udziałem nerwu twarzowego, prawdopodobnie jako następstwo porażenia mózgowego dziecięcego. Oprócz tego w prawej kiści widać mimowolne, ciągle, bardzo powolne ruchy, polegające już to na nadmiernem rozginaniu, już to na nadmiernem zginaniu palców, a także i całej kiści w stawie napiętkowym. Charakter ruchów typowy atetotyczny. K-i przypomina o przedstawionym przez niego w roku zeszłym przypadku hemiatetozy w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego, gdzie atetozą dotyczyła stopy i całej kończyny górnej, dalej przypomina o przedstawionym przez siebie na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa przypadku zabarzeń ruchowych o ciemnej etyologii, które zjawiły się w 10 roku życia, i zaznacza, że dany przypadek zasługuje na uwagę ze względu na

to, iż objawy atetozы wystąpiły bardzo późno, i że sprawa sklerotyczna, która najczęściej, stanowi podkład anatomiczny porażenia mózgowego dziecięcego, może ulegać obostrzeniu po upływie długiego czasu od chwili podziałania głównego momentu przyczynowego. [Autoreferat].

VI. BORNSTEIN M. odczytał rzecz: „O porażeniach i zanikach mięśniowych przy wiaździe rdzenia“.

Przy wiaździe rdzenia, chorobie systemowej neuronów czuciowych zdarzają się porażenia zarówno w pierwszym, ośrodkowym, jak i w drugim, obwodowym neuronie ruchowym. Co do porażeń połowicznych (hemiplegiae), zdarzających się w początkach i podczas przebiegu wiaźdu, to są one według OPPENHEIMA, MINOR'a i in. tylko komplikacjami, nie wspólnego z samą chorobą rdzenia niemającami. Porażenia, zależne od zaatakowania pęczków piramidalnych, spotykane współrzędnie ze zwyrodnieniem tylnych pęczków, przez niektórych uczonych uważane za objaw specjalnej formy chorobowej t. zw. „combinirte Systemerkrankung“, przez innych znowu przypadki tego rodzaju rozpatrywane są jako jedna z form myelitidis z wstępującem i zstępującem zwyrodnieniem tylnych i bocznych pęczków. W odczycie swym B. rozpatrywał tylko porażenia, zależne od zaatakowania obwodowego neuronu ruchowego.

Po odczytaniu historyi chorób 3-ech tabetyków, badanych w poliklinice D-ra FLATAU'a, z których dwaj pierwsi mieli porażenia i zaniki mięśniowe w okolicy nerwów strzałkowych (nn. peronei), a 3-ci zaniki w mięśniach pasa barkowego (mm. supra—et infraspinati) następuje rozpatrzenie tych porażeń przy wiaździe ze strony klinicznej, anatomo-patologicznej i etyologicznej.

Pod względem klinicznym podkreślić należy różnicę, jaka w ogromnej większości przypadków zachodzi pomiędzy porażeniami w bardzo wczesnych okresach tej choroby, a temi, które spostrzegamy w późniejszych lub bardzo późnych. Pierwsze zwykle powstają nagle, przemijają prędko i rzadko bardzo pociągają za sobą zaniki mięśniowe i zmiany w odczynie elektrycznym mięśni, występują zaś przeważnie w nerwach czaszkowych [rzadko w innych] i nigdy prawie nie bywają symetrycznie umiejscowione. Drugie natomiast rozwijają się powoli, prowadzą w rezultacie do mniej lub więcej, a nawet bardzo rozległych, jak w przypadkach DÉJÉRINE'a zaników mięśniowych z tą lub ową zmianą w odczynie elektrycznym, najczęściej bywają symetrycznemi, a mianowicie w kończynach [głównie w dolnych], o wiele zaś rzadziej w dziedzinie nerwu podjęzykowego (n. hypoglossus) z następczym połowicznym zanikiem języka.

Anatomia patologiczna porażeń i zaników mięśniowych przy wiaździe przedstawia się, jak następuje. We wszystkich 3-ech

częściach II-go neuronu ruchowego znajdowano zmiany anatomiczne, to w jednej, to w drugiej, to tu i tam jednocześnie. W ogromnej większości znanych z literatury przypadków wiądu z porażeniami i zanikami mięśni nie znajdowano żadnych zmian w ośrodkach, a tylko w nerwach obwodowych i mięśniach [PITRES-VAILLARD, NONNE, DÉJÉRINE, GOLDSCHIEDER]. W mięśniach znajdowano, rozumie się, zmiany anatomiczne wszędzie tam, gdzie za życia spostrzegano zaniki. Charakter zmian anatomicznych, spostrzeganych w komórkach przednich rogów rdzenia lub w jądrach pnia mózgowego polega najczęściej na zwyrodnieniu barwnikowym i drobnoziarenkowym istoty chromatycznej, dalej na sklerozie komórek, ich pomarszczeniu (Schrumpfung) i po części zaniku zupełnym.

W nerwach proces anatomiczny ma wszystkie cechy zapalenia mięszszowego (neuritis parenchymatosa), czasami z mniej lub więcej znacznym zgrubieniem tkanki łącznej wewnątrz nerwu.

Mięśnie ulegają zwykle zanikowi pierwotnemu (atrophia simplex); czasami znajdowano zwyrodnienie mięszszowo-tłuszczowe istoty kurczliwej lub zwyrodnienie sarkoplazmy (Obersteiner). Dla wyjaśnienia patogenezy porażen i zaników mięśniowych przy wiądzie istnieją dwie teorie: ośrodkowa i obwodowa. Zważywszy że niektóre przypadki na podstawie których budowano teorię ośrodkową, nie są przekonywającymi, [przypadki CHARCOT-PIERRET'a, JEOFROY-CONDOLEON'a], że ani jedna, ani druga teoria nie tłumaczy związku pomiędzy chorobą rdzenia a porażeniami, upada przede wszystkim przeciwieństwo tych teorii, jeżeli wziąć pod uwagę jednolitość neuronu ruchowego, jako całości, której oddzielne części stanowią: komórka przednich rogów rdzenia lub jądro w opuszcze z jednej strony i nerw obwodowy — z drugiej. Ze stanowiska teoretycznego niema więc zasadniczej różnicy pomiędzy porażeniem ośrodkowym, a obwodowym (pogląd STRUEMPFEL'a, wypowiedziany przed kilkunastu laty). Hypoteza, oparta na połączeniu anatomicznym neuronów czuciowych i ruchowych (CHARCOT, a w nowszych czasach SCHAFER) ze stanowiska dzisiejszych poglądów na wiąd rdzenia nie wytrzymuje krytyki. Chcąc wyjaśnić związek porażen i zaników mięśniowych z wiądem, najracjonalniejszym jest przypisać główną rolę w ich powstawaniu czynnikom ogólnym, jak wyczerpanie, osłabienie przygodne, którym zjawiają się zazwyczaj do pomocy czynniki miejscowe, jak nadużywanie danego organu (locus minoris resistentiae). [Autoreferat].

W dyskusji ORŁOWSKI zaznacza, iż treść interesującego odczytu, wygłoszonego przez B. niezupełnie zdaniem jego odpowiada tytułowi. Oprócz porażen, powstałych wskutek zajęcia nerwów obwodowych i komórek rogów przednich, przy wiądzie występują nieraz i porażenia, będące wynikiem zmian rozlanych

w rdzeniu—porażenia te zostały w pracy B. zupełnie pominięte. A powikłanie takie do nadwyzczaj rzadkich wyjątków nie należy. U osobników z obrazem wiądu niewątpliwego, choć często nie zbyt daleko posuniętego, rozwija się nagle, lub też stopniowo, zwykle jednak w krótkim przeciągu czasu—porażenie zupełne kończyn dolnych z bezwzględem zniesieniem czucia, zatrzymaniem moczu i t. d.—słowem typowy obraz ostrego lub podostrego zapalenia rdzenia (*myelitis acuta s. subacuta*).

W paru podobnego rodzaju przypadkach i badanie pośmiertne wykazało obok typowego obrazu wiądu—rozmięczenie rdzenia na tej lub owej wysokości.

O. wspomina o tych przypadkach, gdyż mają one i znaczenie teoretyczne. B. kładzie wielki nacisk na bezwzględną systemowość wiądu i mówiąc o patogenie porażenia przy wiądzie stara się także przedstawić je jako objaw tej systemowości. Że wiąd jest cierpieniem układowem wiemy wszyscy, w praktyce jednak ta systemowość nie jest tak dalece bezwzględną jak w teorii. Ogromna większość przypadków wiądu (80%—90%) powstaje na tle syfilisu i zakażenia to pozostawia ślady niezatarte; w wielu razach szczegółowe badanie pośmiertne wykazało, oprócz obrazu wiądu, zmiany rozlane pochodzenia swoistego: zmiany w naczyniach, zgrubienie opon rdzeniowych, rozmięczenie i oznaki sprawy zapalnej w istocie rdzenia itd. Zmiany więc takie mogą być także przyczyną porażenia, zarówno przemijających [np. zmiany w naczyniach, wywołujące chwilowe zaburzenia w krążeniu rdzeniowym] jak i długotrwałych. [Sprawozdanie własne].

FLATAU w odpowiedzi ORŁOWSKIEMU zaznacza, że zapalenie rdzenia, wikłające wiąd, zaliczyć należy nie do częstych, jak chce O. lecz do bardzo rzadkich kombinacji tych dwóch chorób. Niezrozumiałem jest dla F. twierdzenie O., jakoby podczas wiądu rdzenia miały następować zmiany ruchowe, zależne od jakiejś innej choroby całego rdzenia. Zmiany podobne spostrzegać się dają w najrozmaitszych cierpieniach sklerotycznych ośrodkowego układu nerwowego, lecz zmiany te są zależne od tej choroby [sklerozy], której układ nerwowy w danym przypadku uległ. Niepotrzebną więc jest hipoteza o innej chorobie, hipoteza naukowo nieuzasadniona. Co się tyczy zmian w naczyniach, które O. uważa w części za syfilityczne przy wiądzie, to F. jest zdania wręcz odmiennego. Nie sądzi on również, aby zmiany w oponach mogły wywołać zmiany tabetyczne [na czym między innymi opierają swą teorię OBERSTEINER i REDLICH]. F. zaznacza dalej, że elektryzacja użyta w przypadkach cytowanych przez prelegenta nie wywarła najmniejszego wpływu na polepszenie porażenia. Natomiast do-

bry wpływ zauważyli chorzy po zastosowaniu specjalnych aparatów, unoszących stopę i ułatwiających na skutek tego chodzenie. [Autoreferat].

W odpowiedzi FLATAUOWI, ORŁOWSKI zaznacza, że 1) jak wność można było z tytułu i w pracy swej prelegent mówił nietylko o porażeniach połączonych z zanikiem mięśniowym, ale i o innych np. o porażeniach w dziedzinie nerwów okoruchowych, nerwu krtańniowego itd. 2) Połączenie władu i zapalenia rdzenia rozlanego (tabes myelitis) nie jest taką nadzwyczajną rzadkością, skoro w krótkim stosunkowo przeciągu czasu O. mógł zebrać i opisać kilka podobnych przypadków. Co się tyczy strony anatomo-patologicznej, to przypadki sekcyjne MINOR'a DINKLER'a i innych żadnych wątpliwości nie zostawiają; 3) mówiąc o zmianach w naczyniach rdzeniowych O. nie twierdził bynajmniej, że są one li tylko zakażeniu syfilitycznemu właściwe; częsta ich obecność przy władzie jest jednak faktem dawno stwierdzonym.

[Autoreferat].

KOPCZYŃSKI St. zaznacza, iż 1) współrzędność objawów syfilisu mózgo-rdzeniowego z właściwymi sobie porażeniami i objawów władu rdzenia nie należy do zjawisk bardzo rzadkich, i 2) K. spostrzegł dwa przypadki władu rdzenia z porażeniem nerwu strzałkowego. W drugim przypadku porażenie wystąpiło we wczesnym okresie władu i z momentów przyczynowych można było wskazać jedynie syfilis.

Prelegent w odpowiedzi ORŁOWSKIEMU zaznacza, iż pomimo skrzętnego przeglądu odpowiedniej literatury nie zdołał odnaleźć wzmianki o tem, ażeby myelitis stanowił powikłanie władu rdzenia i ażeby porażenia były kiedykolwiek od tego zależne. O zgrubieniu opon mózgowych, jakie spotykamy na sekcji przy władzie, nie wspominał w swej pracy z tej przyczyny, że nie podawał wogóle obrazu anatomo-patologicznego władu rdzenia, a tylko te dane anatomo-patologiczne, które mają jakikolwiek związek z spotykaniem przy władzie porażeniami i zanikami mięśniowymi.

KOPCZYŃSKIEMU St. odpowiada, iż w odczycie swym zaznaczał, że porażenia przemijające mogą oczywiście być rozpatrywane, jako objawy istniejącego współrzędnie z władem przymiotu, ale bywa to niezawsze, gdyż spotykamy te porażenia przemijające w tych przypadkach władu, gdzie w wywiadach przymiotu stwierdzić nie było można.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes St. Markiewicz.

Pom. Sekretarza St. Kopczyński.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16 Kwietnia 1901 r.

Prezes **St. Markiewicz.**

Obecných Członków 51 i gości 10.

T r e ś ć: STEINHAUS J.—Przedstawienie preparatu trzustki i wątroby z nowotworami.
 CZARKOWSKI J.—Przedstawienie chorej po dokonanej operacji „laryngofissury“ z przeszczepieniem skóry do krtani sposobem THIERSCHE’a.
 ORZEL.—Przedstawienie dziecka ze zrośnięciem palców wszystkich czterech kończyn (syndaktylion).
 BORZYMOWSKI J.—Przedstawienie dziewczynki po operacji przeszczepienia ścięgien, dokonanej z powodu t. zw. stopy końskiej paralitycznej.
 ŚWIĘTOCHOWSKI Ig.—„O wpływie alkoholu na krążenie krwi“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: St. KLJEWSKIEGO, EIGERA, LANDAUA, MASZEWSKIEGO, BORNSTEINA, CZARKOWSKIEGO, JUSTMANA, HALPERNA, STERLINGA i BUTKIEWICZA.

III. PREZES zawiadomił obecnych o nadesłanej przez Towarzystwo Balneologiczne Odeskie odezwie w sprawie kąpieli morskich pod Odesą.

IV. Biblioteka Towarzystwa otrzymała od NEUGEBAUERA czasopismo „Medicinischer Anzeiger“.

V. STEINHAUS przedstawił trzustkę i wątrobę z nowotworami. 44-letnia osoba po kilkuniedniowym pobycie w szpitalu, podczas którego stwierdzono obecność nowotworów w jamie brzusznej, zmarła wskutek wycieńczenia. Na sekcji znaleziono trzustkę wagi 6 funtów przekształconą w guz jajowaty, dość twardy, biały; wątrobę zaś wagi 16 funtów usianą niezliczonem mnóstwem różnej wielkości guzików od wielkości pięści do grochu. Na przekroju w jednym miejscu guza trzustki i w wielu guzikach w wątrobie widać ogniska rozmiękania. Po zatem żadnych zmian patologicznych przy sekcji nie stwierdzono. Dwunastnica, pomimo zrostu z guzem trzustki, przepuszczała palec. Badanie mikroskopowe wykazało, że mieliśmy do czynienia z rakiem (carcinoma simplex).

Wątpliwości ulegać nie może, że pierwotnem ogniskiem nowotworowem była trzustka. Guzy wątroby zaś są wtórne.

[Autoreferat].

VI. CZARKOWSKI J. przedstawił chorą po dokonaniu operacji „laryngofissury z przeszczepieniem (transplantatio) skóry do krtani sposobem THIERSCHA“.

Chora, cierpiąca od pięciu lat na twardziel krtani (sclerema laryngis), leczona za pomocą rozszerzeń, a następnie drogą operacyjną [pierwsza laryngofissura 1¹/₂ roku temu, druga w Maju 1900 r.] zapisała się do szpitala św. Ducha w Styczniu 1901 r., z objawami zwężenia krtani. Badanie laryngologiczne dokonane przez d-ra SOKOŁOWSKIEGO i ŁOGUCKIEGO wykazało znaczne zwężenie krtani a raczej wypełnienie takowej przez twardziel, zamiast strun głosowych wały z twardzieli, sięgające do nagłośni.

2-go Stycznia CZARKOWSKI dokonał tracheotomii, a 10-go laryngofissury z doszczętnem usunięciem twardzieli i transplantacją do krtani błony śluzowej z wargi ustnej. Po 4-ech tygodniach wystąpiły z powrotem objawy zwężenia krtani, a badanie laryngologiczne wykazało wypełnienie krtani ziarniną i bliznowate zwężenia.

5-go Marca C. wykonał drugą laryngofissurę. Usunął bliźny i wybujałą ziarninę i przeszczepił do krtani skórę z przedramienia sposobem THIERSCH'a; prawie wszystkie płaty przyrosły. Na miejsca niepokryte naskórkiem przeszczepiono skórę powtórnie, 1-go Kwietnia [pod znieczuleniem SCHLEICH'a]. Obecnie krtani, na całej przestrzeni do rurki w następstwie tracheotomii, pokryta naskórkiem.

Wkrótce Cz. ma zamiar zaszyć krtani sposobem płatowym, by więcej jeszcze rozszerzyć kanał krtaniowy.

Przypadki BORZYMOWSKIEGO [szpital św. Ducha] z przeszczepieniem błony śluzowej z warg ustnych [jeszcze nie ogłoszone]; a także przypadki prof. NAVRATIL'a i D-ra ALAPY [Budapeszt] dały zadawalniające wyniki i zachęcają do dalszych prób leczenia zwężeń krtani za pomocą przeszczepienia skóry. [Autoreferat].

VII. ORZEŁ przedstawia dwumiesięczne dziecko, dotknięte wadą wrodzoną polegającą na zrośnięciu palców (syndaktylia) wszystkich 4-ech kończyn. W przypadku tym wada jest szczególniej wyrażona na górnych kończynach, gdzie O. stwierdził zrośnięcie drugiego i paznokciowego członka 2-go, 3-go, 4-go i 5-go palca. Duży palec zrośnięty tylko za pośrednictwem części miękkich. Na dolnych kończynach zrośnięcia ogranicza się tylko do części miękkich wszystkich palców. Operacja w danym przypadku będzie polegała jedynie na oddzieleniu dużego palca obu rąk.

Co do przyczyny tej anomalii rozwojowej, to istnieje podejrzenie na przymiot u rodziców, gdyż matka dziecka 2 razy poroniła.

[Autoreferat].

VIII. BORZYMOWSKI przedstawił 7-io letnią dziewczynę po operacji przeszczepienia ścięgien, dokonanej z powodu stopy końsko-koszlawej (*pes equino valgus*). Przed 5 laty pacjentka miała ostre porażenie dziecięce (*poliomyelitis ant. acuta*), po którym pozostało pomimo długotrwałego leczenia za pomocą masażu i elektryczności porażenie zupełne mięśnia piszczelowego przedniego (*m. tibialis ant.*) lewej kończyny [brak pobudliwości elektrycznej stwierdził DYDŃSKI]. Wskutek tego kalectwa chora nie mogła ani podnosić stopy t. j. rozginać w stawie skokowym, ani też utrzymać stopy w linii poziomej, albowiem mięśnie łydki stale wpływały na opuszczenie palców ku dołowi, a wszystkie mięśnie strzałkowe odprowadzały stopę na zewnątrz. Przy chodzeniu wewnętrzny brzeg stopy zawadzał o podłogę i pacjentka bardzo często padała. Operacja, którą wykonał B. przed miesiącem, polegała na przeszczepieniu ścięgna mięśnia piszczelowego przedniego na mięsień rozginający paluch długi. Wynik operacji jest tak dobry, że gdyby nie skrócenie lewej kończyny nie można byłoby poznać, która noga była chora. W piśmiennictwie B. znalazł tylko jedną operację przeszczepienia mięśnia goleniowego przedniego na rozginacz palucha długi, wykonaną przez DROBNIKA. ze złym jednak skutkiem. DROBNIK tłumaczył to małą siłą rozginacza palucha.

[Autoreferat].

IX. ŚWIĘTOCHOWSKI odczytał rzecz p. t.: „O wpływie alkoholu na krążenie krwi“.

Prelegent na zasadzie doświadczeń klinicznych, wykonanych na 36-iu ludziach, starał się wykazać, jaki wpływ wywiera alkohol na siłę skurczów mięśnia sercowego. Ponieważ bezpośrednio nie podobna na ludzkim sercu tej siły mierzyć, stara się on przeto dojść do pewnych wniosków na drodze pośredniej. Mianowicie rozpatruje zmiany, jakim ulegają pod wpływem alkoholu: 1) częstość tętna, 2) ciśnienie krwi w tętnicach obwodowych i 3) stopień ich rozszerzenia. Na zasadzie swych doświadczeń doszedł do wniosku: że częstość tętna się zwiększa, ciśnienie krwi się nieco obniża i tętnice się rozszerzają; przyczem mniej więcej po godzinie wpływ ten alkoholu całkowicie się zaciera. Poza tem prelegent starał się dowieść, że przyspieszenie tętna uważać należy za objaw wskazujący na osłabioną czynność serca. W celu wykazania, że przyspieszenie to nie tylko znajduje się w zależności od zmian w szerokości tętnic, prelegent przytaczał doświadczenia z ludźmi, posiadającymi stwardniałe tętnice i z ludźmi, u których były—one uprzednio porozszerzane pod wpływem bardzo gorącej kąpieli.

Dalej S. przedstawił doświadczenia ze stosowaniem alkoholu przy hemisyistolii, starając się tą drogą osiągnąć najbardziej bezpośredni wniosek o zmianach w sile skurczów mięśnia sercowego. Ze szczegółowej analizy powyższych danych i niektórych ciekawych doświadczeń prelegent dochodzi do ostatecznego wniosku, że alkohol, jakkolwiek w dość słabym stopniu, ale poraża czynność mięśnia sercowego. Na zakończenie przeprowadza analogię pomiędzy porażającym wpływem alkoholu na układ krwionośny, z takim samym wpływem jego na inne układy organizmu ludzkiego.

Pozatem prelegent demonstrował i przedstawił krytyczną ocenę przyrządów klinicznych do mierzenia ciśnienia krwi. Mianowicie przyrządy: 1) BASCH'a, 2) POTAIN'a, 3) RIVA-ROCCI i 4) GÄRTNER'a. Ze wszystkich tych przyrządów największą wartość przypisuje przyrządowi GÄRTNER'a. [Autoreferat].

W dyskusji PAWIŃSKI zaznacza, iż badanie ciśnienia krwi na ludziach przedstawia dużo trudności i niedokładności. 1) Przedewszystkiem nie tylko, że nie wprowadzamy manometru do światła tętnicy, lecz nie przykładamy przyrządów, służących do mierzenia ciśnienia krwi, wprost na samo naczynie. Pomiedzy tem ostatniem a powierzchnią skóry, na którą stosujemy sfigmomanometr, znajduje się gruba warstwa samej skóry, tkanki podskórnej [tłuszczu] mięśni przedstawiających mniejszy lub większy opór, jaki pelota przyrządu musi pokonać, zanim wywrze odpowiedni ucisk na samą tętnicę. 2) Ściśle rzeczy biorąc, za pomocą sfigmomanometrów nie mierzymy ciśnienia krwi lecz napięcie naczyniowe. W skład tego ostatniego wchodzi: a) ciśnienie krwi w ściśniętym znaczeniu, które zależy od siły samego serca, od ilości krwi, wypychanej przy każdym skurczu serca do aorty i od przeszkód w krwiobiegu obwodowym, b) napięcie naczyniowe pozostające w ściśłej zależności od budowy ścianek naczyń i od ich sprężystości [miażdżycy]. Potężny wpływ na napięcie naczyniowe wywierają przedewszystkiem nerwy zwężające i rozszerzające naczynia.

Wysokość ciśnienia krwi zależy w przeważnej mierze od stanu naczyń, od ich napięcia. Tem się też dzieje, iż nieraz przy małej ilości krwi manometr musi wskazywać wysokie cyfry i naodwrot. Pierwszy przypadek ma np. miejsce przy znacznych utratkach krwi [krwi upust, krwotoki] po których wkrótce, na skutek anemii, następuje skurcz drobnych naczyń, wywołujący duże ciśnienie. I przeciwnie w stanach z niedowładem nerwów naczynioruchowych, pomimo dużej ilości krwi, możemy otrzymać niskie cyfry. W zaburzeniach cyrkulacyjnych spostrzegamy nieraz, iż, pomimo bardzo ciężkiego stanu niedomogi serca, duszności, ciśnienie krwi może być zmienne i naodwrot, przy małym ciśnieniu, choćby mogą się czuć dobrze.

Już oddawna i słusznie starano się w badaniach naukowych ciśnienie krwi od napięcia naczyniowego wyodrębnić. Prof. WALDENBURG przed 20-tu laty zbudował przyrząd (t. zw. Pulsuhr, Angiometer—za pomocą którego udało mu się do pewnego stopnia wspomniane dwa czynniki wyróżnić. Bardzo mozolne jego badania wykazały: 1) że ciśnienie krwi nie jest proporcjonalnem do napięcia naczyniowego, 2) ciśnienie krwi podlega nieznacznym wahaniom, gdy tymczasem napięcie naczyniowe przedstawia ciągłe zmiany.

Z powodu powyżej przytoczonych trudności, jakie się napotyka przy oznaczaniu ciśnienia krwi na ludziach, z powodu dotychczas używanych sfigmomanometrów, nie wyłączając i GÄRTNER'a należy z wnioskami być bardzo oględnym. Nie chciałby przez to P. powiedzieć, aby się nimi nie posługiwać, nie robić badań naukowych [bo je sam często ma w użyciu] lecz we wnioskach nie opierać się jedynie na nich i brać zawsze w pomoc dokładne badanie układu krwionośnego [zwłaszcza zachowanie się 2 tonu aorty i tętnicy płucnej, obrazy sfigmograficzne, ilość wydzielanego moczu itp.] jak również subiektywne poczucie chorego.

Co się tyczy samego napięcia naczyniowego w ścisłem znaczeniu, to przy wprawie w badaniu, łatwiej jest wyczuć je palcem, aniżeli określić je sfigmomanometrem.

Co do wniosków prelegenta, to P. zgadza się z nimi tylko w części. Alkohol działa przeważnie na nerwy rozszerzające naczynia (Vasodilatores)—obniża ciśnienie w naczyniach obwodowych i tą drogą działa na serce. Co się zaś tyczy osłabiającego jakoby działania alkoholu na serce, to P. podaje to w wątpliwość. Zwiększenia częstości skurczów serca P. nie czyni zależnem od osłabiającego wpływu alkoholu na mięsień serca jak to utrzymuje prelegent, lecz uważa je jako następstwo zmniejszenia przeszkód obwodowych. Opiera się zaś na powszechnie przyjętem twierdzeniu MAREY'a, że ze zmniejszeniem się przeszkód w naczyniach czynność serca przyspiesza się. Przy dłuższem użyciu alkoholu] zatem w stanach otrucia przewlekłego, niewątpliwie czynność serca upada wskutek zmian patologicznych, najczęściej stłuszczenia włókien mięsnych serca.

W przypadkach niedomogi serca, zwłaszcza nagle występujących—alkohol, wino, koniak P. uważa za dzielne środki podniecające—pobudzające mięsień serca do żywszej czynności i usuwające często napady duszności.

Co się zaś tyczy tego, że prelegent nie spostrzegał ustępowania t. zw. hemisystolii pod wpływem alkoholu to obserwacya ta nie rozstrzyga bynajmniej kwestyi wpływu alkoholu na mięsień serca. Hemisystolia bowiem jest to bardzo zawile zjawisko, zależą-

ce przeważnie od zmian w inerwacyi centralnej, na którą alkohol wydatnego wpływu nie wywiera. [Autoreferat].

PAWIŃSKIEMU DUNIN odpowiada, iż nie można prelegentowi robić zarzutów co do jego wniosków, bo te wypływają z faktów. A co się tyczy metod badania i instrumentów, to te są jedyne i najlepsze, jakich obecnie używają klinicyści. Przyrządu WALDENBURG'a [Pulsuhr], opisanego w r. 1880, nigdy nie było w handlu i badań z nim nikt nie przeprowadzał. Prelegent wykluczał działanie nerwów naczynioruchowych za pomocą amylnitrytu i korzystał z usług natury, używając chorych gorączkujących. Zmiany, otrzymywane podczas badań, zależały więc tylko od zmian w sercu. Wnioski prelegenta są ważne, bo opierają się nie na podmiotowych zapatrywaniach, a na danych przedmiotowych. To, że chory po użyciu alkoholu czuje się lepiej, niczego nie dowodzi i subiektywnych nczuć przy ocenie działania alkoholu na ciśnienie w naczyniach w rachubę brać nie można. Alkohol to wszak anaestheticum, jak morfina. Przy ocenie pomiarów trzeba brać w rachubę nie wysokość ciśnienia, które może być bardzo różnem, a jego wahania. Tonometr GÄRTNER'a, zdaniem DUNINA, jest bardzo pomocny w praktyce prywatnej, jako przyrząd bardzo ścisły. Tylko ten może twierdzić, że palcem odczuwa i należyście określa dane ciśnienie, kto je jednocześnie zmierzy za pomocą tonometru. Zdarza się np. nieraz, że tętno pod palcem sprawia wrażenie tętna bardzo napiętego, tymczasem badanie za pomocą tonometru wykazuje, że tętnica jest tu tylko mocno rozszerzona.

BORZYMOWSKI zaznacza 1) iż prelegent powinien był stosować różne dawki, małe, średnie i wysokie, jak to się robi w badaniach farmakologicznych, 2) przyspieszenie tętna nie dowodzi osłabienia serca, gdyż wiemy np. że naparstnica, choć przyspiesza z początku tętno, wzmacnia jednak działalność serca, 3) zawsze w przypadkach ostrego zatrucia wyskokiem i po napadach padaczkowych B. stwierdzał mocne napięcie pulsu; 4) prelegent postępował niewłaściwie, podając choremu ponownie trzy razy alkohol pomimo powtarzających się zapaści.

BORZYMOWSKIEMU DUNIN odpowiada, iż owe nihy mocno napięte tętno w przypadkach ostrego zatrucia wyskokiem, to tylko rozluźnienie i rozszerzenie tętnic ad maximum.

WISŁOCKI to samo twierdzi odnośnie do napadów padaczkowych.

NUSBAUM zaznacza, iż prelegentowi należy się uznanie, iż tak ważną kwestyę jak znaczenie terapeutyczne alkoholu, postanowił na mocy samodzielnych, doświadczalnych badań rozjaśnić. N. sądzi tylko, iż wobec doniosłości kwestyi ilość spostrzeżeń jest jeszcze zbyt szczupłą, tembardziej że już w tej szczupłej liczbie brakuje prawie możliwie identycznych przypadków. Autor bowiem

czynił swe spostrzeżenia u chorych różnego wieku i różnemi dotkniętych chorobami. Dla wnioskowania indukcyjnego potrzeba jak najwięcej jednakich wyników przy możliwie jednakowych warunkach. Dalej, ani miażdżycy naczyń, ani podanie amylnitritu nie usuwa zupełnie z gry warunków samych naczyń—gdy pierwsza zazwyczaj nie obejmuje współcześnie całego układu naczyniowego, amylnitryt wywołuje rozszerzenie tylko górnej nadprzeponowej dziedziny naczyń. Wogóle trudno zgodzić się z poglądem SCHMIDBERG'a, jakoby działanie alkoholu od początku i w każdej dawce było tylko porażającym — albowiem pierwszy moment działania każdego niemal narkotyku polega na podniecaniu.

Cała sprawa działania alkoholu na organizm wymaga jeszcze dalszych doświadczalnych badań. [Autoreferat].

W odpowiedzi PAWIŃSKIEMU prelegent zaznacza: Że za pomocą znanych dotąd przyrządów, z całkowitą ścisłością przeprowadzać pomiarów ciśnienia krwi u człowieka niepodobna o tem powszechnie wiadomo, i z tem prelegent w pracy swej się liczył. Jednakowoż nie sposób twierdzić, by posilkując się sfigmomanometrem nie można było osiągać dość pozytywnych rezultatów. Że pozatem stopień napięcia ścianek naczyniowych wpływa na wysokość ciśnienia, to nie ulega wątpliwości, ale przedewszystkiem to ostatnie jest uwarunkowane siłą skurczów mięśnia sercowego. Prelegent raz jeszcze zwraca uwagę na tę część swej pracy, w której starał się wykluczyć [w granicach klinicznej możliwości] napięcie tętnic. Zaznacza dalej, że do określenia stopnia napięcia tętnic nie używał sfigmomanometru, a sfigmografu, jako jedyne go przyrządu, którym się w tym razie można posilkować. Przyspieszenie pulsu w zależności od alkoholu prelegent poddał już w swej pracy ścisłej analizie, w której wyjaśniał, że istnieje ono nawet wtedy, gdy naczynia nie ulegają żadnym wahaniom w swem świetle. Co się tyczy hemisystolii, to jakkolwiek pochodzenie jej może być ciemne, to nie mniej jednak wskazuje na kolejne słabe skurcze mięśnia sercowego, które jeśli wzmacniają się od takich środków, jak kamfora, eter, kofeina, ruch mięśniowy itd., a nie znikają od alkoholu, to tem samem nie mogą przemawiać na korzyść ostatniego środka.

Co do zarzutu NUSBAUMA:

Prelegent zaznacza, że używanie jako materiału doświadczalnego ludzi z chorobami mniej więcej tej samej kategorii nie przedstawia żadnej wyższości, gdyż w razie gdybyśmy czynili swe doświadczenia nawet nad t. zw. „zdrowymi“ ludźmi, to i tak nie moglibyśmy twierdzić, że doświadczenia swe przeprowadzamy w jednakowych warunkach. Niewiadomo bowiem, czy indywidualne własności dwóch, uznanych przez nas za zdrowe organizmów, nie będą w niektórych razach pomiędzy sobą więcej się różnić,

niż też same własności dwóch innych, podległych chorobie tego lub innego narządu. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz*.

Pom. Sekretarza *St. Kopczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 30 Kwietnia 1901 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz**.

Obecnych Członków 65 i gości 8.

T r e ś ć: CETNAROWICZ. — Przedstawienie dwojga chorych dzieci z wrodzonym zwężeniem soczewki.
ORŁOWSKI St. — Przedstawienie chorego z porażeniem naprzemianległym (paralysis alternans), powstałym wskutek zranienia mostu VAROL'a.
MAZURKIEWICZ J. — Przedstawienie chorego z obwodowym porażeniem n. twarzowego.
KOZERSKI A. — Przedstawienie chorego, dotkniętego akromegalią.
NATANSOHN. — Przedstawienie macicy, wyłuszczonej z powodu raka trzonu macicy.
RYCHLIŃSKI i ŁAPIŃSKI. — Przedstawienie preparatów drobnowidzowych, zabarwionych za pomocą nowej metody.
STEINHAUS. — „O mieszanych nowotworach gruczołu podszczękowego“.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. Ksawerego GÓRSKIEGO, Ludwika GÓRSKIEGO, JUSTMANA, KOHNA, ŁAPIŃSKIEGO, MALINOWSKIEGO, MAZURKIEWICZA i POPLAWSKĄ.

III. PREZES zawiadomił, że kol. St. BUCELSKI złożył podanie o zaliczenie go w poczet członków czynnych Towarzystwa, zaś kol. Leszek WOLFRAM z Pruszkowa w poczet członków korespondentów. Kol. BUCELSKIEGO przedstawia oraz podejmuje się sprawozdania z prac R. RADZIWIŁŁOWICZ, popierają A. WIZEL i K. RYCHLIŃSKI kol.

WOLFRAMA przedstawia K. CHELCHOWSKI, popierają J. WINIARSKI i R. RADZIWIŁLOWICZ, sprawozdawcą z prac ma być W. MĘCZKOWSKI.

IV. Biblioteka otrzymała w darze od kol. WOLBERGA „Der praktische Arzt“ rocznik z r. 1899.

V. CERNAROWICZ przedstawił dwoje rodzeństwa, 5-letniego chłopca i 7-letnią dziewczynkę, dotkniętych wrodzonym zwężeniem soczewki (ectopia lentis). Ojciec alkoholik; matka 7 razy zachodziła w ciążę: 1-sze dziecko zmarło na zapalenie płuc w 11 miesięcy, 2-ie poroniła w 4-ym miesiącu, 3-ie jest ową przedstawioną dziewczynką, 4-e i 5-e poroniła w 2-im miesiącu, 6-e jest jest owym demonstrowanym chłopcem, 7-e rok temu poroniła w drugim miesiącu.

Przedstawionej dziewczynce C. przed dwoma laty w miesiącu Marcu dokonał pierwszej dyscysji [rozcięcia torebki soczewkowej], następne rozcięcia w ilości pięciu dokonywane były w rozmaitych odstępach czasu; ostatnie w Maju r. z. Dyscysye dokonywane były za pomocą jednej igły (keratonyxis) bez podpierania przez drugą igłę od strony twardówki [scleronyxis]; odczyn pooperacyjny bez objawów podrażnienia [atropinizacya oka operowanego]. Na skutek operacji nastąpiło wessanie się soczewek na obu oczach i dziś przy badaniu z odpowiednim szkłem wypukłym chora posiada siłę widzenia na oku prawem — 13 Diopt. V $< \frac{20}{200}$; czyta okiem tem w odległości 3 cali, oko lewe posiada siłę widzenia Z + 8 Diopt V $\frac{20}{60}$ czyta 1-szy N. SNELLEN'a.

VI. ORŁOWSKI St. przedstawił chorego F. G, mechanika lat 21 liczącego, który otrzymał 14-go Kwietnia, na ulicy, ranę nożem w okolicy karku; upadł, poczuwszy osłabienie nóg, później stracił przytomność. Lekarz pogotowia ratunkowego, po nałożeniu opatrunku, przywiózł pacyenta do szpitala Ewangelickiego, gdzie przyjęty został na oddział chirurgiczny D-ra STANKIEWICZA.

Badanie wykazało z prawej strony karku, o 3 ctm. w prawo od linii pośrodkowej, na wysokości płatka ucha, głęboką ranę, długości 1,5 ctm. idącą ukośnie. Tętno wolne [66 na minutę], pełne, świadomość nieco zamącona. W układzie nerwowym, badanym nazajutrz, znaleziono. Porażenie prawego nerwu węgowego we wszystkich gałęziach, lagophthalmus paralyticus, języczek zbacza w lewo. Niedowład prawego nerwu dwowego; dwojenie się w oczach; wybitny nystagmus. Obniżenie czucia skórniego [głównie bólowego i ciepłotnego] w dziedzinie prawego nerwu trójdzielnego szczególnie pierwszej gałęzi; łącznica znieczulona, odruch rogówki zniesiony. Zupełna głuchota na prawe ucho. Chory nie jest w stanie ani siedzieć, ani stać; gdy się go próbuje postawić lub posadzić pada w prawą stronę. Niedowład lewych kończyn, w prawych pewien stopień bezładu. Znaczne obniżenie czucia skórniego na lewych kończynach i lewey

połowie tułowia. Odruchy ścięgnowe nieco osłabione. Po 12-godzinnem zatrzymaniu moczu, czynność pęcherza wróciła do normy.

Przez ubiegłe dwa tygodnie nastąpiło dość znaczne polepszenie. Rana zagoiła się; kończyny lewe odzyskały swą siłę, pozostało jednak znieczulenie. Chory może stać, a, podtrzymywany, może przejść kilka kroków, utrzymać równowagę jest mu bardzo trudno, ciągnie go w stronę prawą. Na prawem oku rozwinęło się zapalenie łącznicy i ropienie.

Obraz chorobowy w danym przypadku [zajęcie szeregu nerwów z jednej strony i porażenie kończyn po drugiej stronie] nosi nazwę porażenia naprzemianległego (paralysis alternans) i jest wyrazem zajęcia mostu VAROL'a. Bezpośrednie zranienie tego narządu należy do wypadków zupełnie wyjątkowych, tak że w literaturze ostatnich lat 21 podobnego spostrzeżenia O. nie znalazł. Stało się ono możliwem dzięki szczególnemu zbiegowi warunków. Pacjent w chwili otrzymania ciosu miał głowę mocno przechyloną w lewo i naprzód. Nóż, długi i wązki, przebił mięśnie i błonę zasłonową tylną (membr. obturatoriam poster.) i przez dziurę potylicową wielką przeniknął wewnątrz czaszki; powierzchnia ostrza musiała iść przytem równolegle do powierzchni rdzenia przedłużonego, który w ten sposób nie uległ żadnemu obrażeniu; koniec noża wdrążył się w istotę mostu VAROL'a. Głównie ucierpiała część grzbietowa prawej połowy mostu, mianowicie t. zw. utwór siatkowaty (formatio reticularis) oraz jądra wyżej wymienionych nerwów czaszkowych; część brzuscowa z pęczkami piramidalnymi była uszkodzoną tylko w nieznacznym stopniu. Jądro ruchowe n. trójdzielnego z jednej strony oraz jądra nerwów IX, X i innych z drugiej strony, pozostały nienaruszonymi—określają one górną i dolną granicę uszkodzenia. Nie znaczy to bynajmniej aby cała ta tkanka była bezpośrednio przez uraz zniszczoną; prawdopodobnem jest, że nóż, wchodząc w istotę mostu, przeciął jaką gałązkę tętnicy podstawowej mózgu (art. basillaris cerebri), następstwem tego był wylew krwi, który tkankę nerwową zniszczył

Z nerwów czaszkowych najwięcej dotkniętymi są: n. twarzowy, w dziedzinie którego badanie pobudliwości elektromotorycznej wykazała całkowity odczyn zwyrodnienia i nerw słuchowy. W tym ostatnim zajęta jest nie tylko gałąź ślimakowa (n. cochleae), czego dowodem jest zupełna utrata słuchu na prawe ucho, ale i gałąź przedsionkowa (n. vestibularis), idąca do kanałów półkolistych. Gałąź ta zwana także nerwem statycznym, odgrywa ważną rolę w czynności zachowania równowagi, czynności w omawianem spostrzeżeniu wielce upośledzonej, [chory „leci“ w prawą stronę]; na karb nieprawidłowego unerwienia kanałów półkolistych odnieść należy jeszcze bieganie gałek ocznych [nystagmus]. Możliwem jest również przypuszczenie, że zajęcie n. statycznego jest w danym

razie przyczyną pewnej niezborności ruchów w prawych kończynach.

Obrażenie n. trójdzielnego jest nieznacznem, ale dla chorego ma ono wielką doniosłość ze względu na oko. Zniesienie wpływów troficznych tego nerwu, obok znieczulenia osłon oka i niedomykalności powiek—stawiają oko w warunki niezmiernie niepomyślne. To też rozwinęła się na niem groźna w swych następstwach ophthalmia paralytica. [Autoreferat].

VII. MAZURKIEWICZ przedstawił przypadek obwodowego porażenia n. twarzowego z zanikiem twarzy i z zaburzeniami odżywczymi. Chory, lat 40, felczer kolejowy, po krótkiej przejażdżce—w grudniu 1900—na breku przy silnym wietrze, dostał tegoż dnia bólów i zawrotu głowy, i poczuł silny ból w lewem uchu, któremu towarzyszyły wrażenia słuchowe w postaci nieustających szmerów. Stan ten trwał przez trzy dni, na czwarty bóle głowy znikły, bóle w uchu osłabły, ale chory spostrzegł, że ma twarz wykrzywioną. Elektryzacya, mięsienie, jod, pozostawały bez skutku i kiedy przed dwoma miesiącami chory się zgłosił do kol. RYCHLIŃSKIEGO, tenże skonstatował całkowite porażenie wszystkich trzech gałązek n. twarzowego lewego, z zanikiem odpowiednich mięśni z zupełnym odczynem zwyrodnienia. Kiedy chory przed miesiącem zgłosił się powtórnie, mogliśmy skonstatować, że zanik postąpił dalej, i że po stronie porażonej czucie skórne było nieco obniżone, ruch spójkowy był bardzo słaby.

Ten przypadek obwodowego porażenia nerwu twarzowego ze słabem zajęciem niektórych gałązek n. trójdzielnego [łączącego się z poprzednim, jak wiadomo, licznemi anastomozami] ciekawym jest ze względu na ciężkie, już na pierwszy rzut oka widzialne objawy zanikowe, zmieniające kontury twarzy. Zanik objął tutaj nie tylko mięśnie, ale i tkankę tłuszczową podskórną, wskutek czego przypadek ten jest do pewnego stopnia antytezą przypadku WERTHEIM'a, w którym przy zaniku mięśni istniał przerost tkanki tłuszczowej podskórnej.

Drugim ciekawym objawem u tego chorego są zaburzenia odżywcze, nie mające nic wspólnego z herpesem, tak często towarzyszącym — szczególnie w początkowym okresie—porażeniom nerwu twarzowego. Są to różnej wielkości wrzodzianki, podobne do zwykłej furunkulozy, rozsiane pojedynczo na lewej połowie twarzy, czaszki i szyi, które zaczęły się pojawiać dopiero przed 4-ma tygodniami, a więc w trzy miesiące po wystąpieniu porażenia.

Objaw BELL'a, tak często omawiany w literaturze z ostatnich lat kilku, jest bardzo wyraźny po stronie porażonej, ale jest nie mniej wyraźnym i po stronie zdrowej, jeśli przy zamykaniu po-

wieki przytrzymać ją palcem; przemawia to zatem niewątpliwie za tłumaczeniem synergistycznym tego objawu.

Ponieważ pobudliwość elektryczna nerwu się polepszyła, gdyż można obecnie otrzymać oddziaływanie przy zamykaniu katody nawet prędszej niż przy zamykaniu anody, więc rokowanie przypadku, pomimo tak ciężkich przejawów, zdaje się być dość pomyślnem. [Autoreferat].

VIII. KOZERSKI przedstawił przypadek acromegalii. Mężczyzna lat 34. Od dzieciństwa cierpiał na silne bóle głowy, które ustąpiły 15 lat temu. Wtedy to jednocześnie dało się zauważyć powiększenie się konturów rąk i stóp, stałe do chwili obecnej wzrastające. Tydzień temu K. widział go po raz pierwszy. Na pierwszy rzut oka, widząc silnie zgrubiałe fałdy pionowe i poprzeczne czoła, zgrubiałe górne powieki jak również owłosioną skórę głowy, układającą się w podłużne fałdy grubości małego palca, jak również powiększone kontury rąk i palców stóp, sądził, że ma do czynienia z myxoedema. Przeciwnie temu jednak przemawiają następujące dane: skóra na częściach ciała zmienionych jest galaretowato miękką, sinawą, zawsze pokrytą zimnym potem. [Każde najmniejsze wzruszenie wywołuje silne kropliste poty całego ciała]. Wzrok, słuch, powonienie, smak, węch, dotyk zupełnie normalne; inteligencya normalna [pełni normalnie czynności inżyniera] siły fizyczne normalne [oddaje się z zamiłowaniem sportom]; wreszcie zdjęcia roentgenowskie wykazały znacznie większą zbitość pod okostną kości palców rąk i nóg, znacznie powiększonych w wymiarze podłużnym i poprzecznym. Mamy więc do czynienia z acromegalią. Z podmiotowych skarg słyszymy tylko jedną—chory czuje nieokreślony niepokój wewnętrzny, często ziębienie.

Młodszy brat chorego, którego K. też oglądał, przy zresztą normalnym stanie zdrowia, ma fałdy pionowe czoła jak również ostatnie członki palców rąk i nóg znacznie zgrubiałe, galaretowate w dotknięciu. Ażeby ktoś z wstępnych w rodzinie cierpiał na to samo, nie wiadomo. [Autoreferat].

IX. NATANSON przedstawił macicę, wyluszczoną przed 3 dniami z powodu raka trzonu macicy.

Chora, mająca lat 40 miała pierwszą miesiączkę w 16 roku życia, następnie zaś miesiączkowała według typu co 28 dni (4—5) z bólami krzyża. W ciąży była 9 razy, ostatni raz przed 1 $\frac{1}{4}$ rokiem. Przed 8 laty przebyła poród przedwczesny, przed 3 laty—sądząc po jej opowieści—molam. Pozostałe ciążę przebiegły prawidłowo i zakończyły się normalnym porodem. Podczas karmienia ostatniego dziecka pokazało się dwukrotnie miesiączkowanie [po poprzednich dzieciach nie miało to miejsca], a miesiąc po drugiej miesiączce wystąpiło krwawienie, które dotąd trwa, pomimo,

że chora dalej karmiła. Po za tą dolegliwością chora podaje jeszcze, że parokrotnie miała lekkie krwioplucie, oraz skarży się na ogólne osłabienie. Chora niskiego wzrostu, szczupła, blada, niema jednak wcale wejrzenia charłaczego. W lewym szczycie stępienie, a przy osłuchiowaniu wilgotne drobne rżenie. W innych narządach ważniejszych zmian nie znaleziono. Ciepłota cokolwiek po nad normę $[37^{\circ}]$. Macica miękka duża, w tyłopochyleniu ruchomem, wydzielania skąpe krwawe, bezwonne. W przypuszczeniu, że krwawienie spowodowane jest pozostawieniem błon jajowych resp. endometritis fungosa, kol. Копп wykonał w dniu 24 b. m. wyskrobanie, przy którym pierwsze zaraz pociągnięcia skrobaczką wydały kawałki o wyglądzie podejrzanym. Wobec tego skrobania dalszego zaniechano, a wyskrobiny poddano badaniu mikroskopowemu, które wykazało niewątpliwą budowę rakową. Pomimo, iż chora dotknięta jest gruźlicą płuc, N. wykonał 27 b. m. całkowite wyluszczenie macicy.

O operacji, dosyć zresztą łatwej, nic niezwykłego zanotować nie można oprócz kruchości tkanek, która nie pozwoliła wykoziółkować trzonu i zmusiła do podwiązania całego prawego kantu in situ. Chora straciła mało krwi. Przebieg pooperacyjny zupełnie normalny, chociaż temperatura, która w przeddzień operacji podniosła się była do $38,5^{\circ}$ wynosi i teraz około $37,5$. Wiatry odeszły nazajutrz po operacji i chora czuje się bardzo dobrze.

Macica przedstawia rzadki dosyć, a niezwykle charakterystyczny obraz. Na pierwszy rzut oka widzimy już, że tylko jama ciała macicy jest zajęta, szyja zaś zupełnie wolną, mamy więc do czynienia z rakiem trzonu macicy. Guz wychodzi z tylnej ściany, jest wielkości śliwki i sterczy ku jamie swobodnie. Owrzodzeń na guzie niema żadnych. Powyżej guza widzimy dwa guziki, tyleż i poniżej na prawym kancie macicy. Pozostała część błony śluzowej żadnych zmian makroskopowych nie przedstawia.

Jeżeli przetniemy ścianę macicy i guz sagitalnie, to gołym okiem spostrzeczemy, że nowotwór przekroczył granicę błony śluzowej i zajął nieznaczną część warstwy mięśniowej. Badanie mikroskopowe przekona, jak głęboko sięga nowotwór.

Jak widzimy, mamy przed sobą carcinoma corporis uteri w niezbyt późnym okresie, a więc z dwóch względów możemy stawić względnie pomyślne rokowanie: po pierwsze, że punktem wyjścia nowotworu jest ciało macicy, powtórę, że radykalna operacja dokonana została w dość wczesnym okresie.

Pomyślne zejście bezpośrednie, miejmy nadzieję, trwałe, zawdzięczać będzie chora temu, że mikroskopowe badanie stwierdziło budowę raka.

[Autoreferat].

X. RYCHLIŃSKI i ŁAPIŃSKI przedstawili szereg preparatów drobnowidzowych kory mózgowej i mózdzku, zabarwionych własną

metodą, przedstawiającą modyfikację metody WEIGERT'a. Metoda polega na utrwalaniu kawałków mózgu w formalinie, na barwieniu skrawków w słabym wodnym roztworze hematoksyliny i usteępnem ługowaniu w sodzie. Skrawki otrzymano z mikrotomu przy pomocy zamrażania. ŁAPIŃSKI skrawki, barwione w hematoksylinie, przenosi na 24 godzin do nasyczonego roztworu octanu miedzi. Wszystkie te procedury odbywają się bardzo szybko, tak że w ciągu kilku dni można otrzymać bardzo wydätne zabarwienie włókien myelinowych w układzie nerwowym.

FLATAU zaznacza, że wszelka nowa modyfikacja jakiegokolwiek już istniejącej metody barwienia posiadać może tylko o tyle pewną wartość, o ile jest lepszą od pierwotnej metody lub od jednej z istniejących już modyfikacji. Kol. R. i Ł. zaznaczają, że stosując ich modyfikację metody WEIGERT'owskiej otrzymujemy daleko prędzej preparaty. Przy stosowaniu wszelkich innych metod barwienia włókien myelinowych, czekać należy kilka tygodni, ich zaś modyfikacja znacznie przyspiesza ten termin, gdyż już w kilka dni otrzymać można dobry preparat. Otóż FLATAU zaznacza, że preparaty te są w rzeczy samej dobre, lecz że istnieje cały szereg modyfikacji, które termin barwienia również przyspieszają. Już w r. 1895 ogłosił MARCUS w Neurolog. Centralblatt sposób otrzymywania zabarwienia włókien myelinowych w kilka dni. W r. 1897 MARINA [w tem samem piśmie] bardzo ważną modyfikację metody WEIGERT'owskiej, która nie tylko znacznie przyspieszała czas barwienia włókien myelinowych, lecz pozwalała również na stosowanie metody NISSE'owskiej do barwienia komórek nerwowych. A jeżeli już idzie o bardzo wielki pośpiech, to GUDDEN ogłosił również w r. 1897 [Neurolog. Centralblatt] sposób otrzymywania zabarwienia WEIGERT'owskiego już w 10 godzin. Z tego też względu F. wykazuje, że modyfikacja podana przez kol. R. i Ł. nową, pod względem przyspieszania terminu barwienia, bynajmniej nie jest. [Autoreferat].

RYCHLIŃSKI w odpowiedzi zaznacza, że wspomniane przez F. metody MARCUS'a i GUDDEN'a stosował, lecz dobrych preparatów, barwionych temi metodami, nie otrzymywał.

XI. STEINHAUS odczytał rzecz p. t. „O mieszanych nowotworach gruczołu podszczękowego“.

Nakreśliwszy przebieg kliniczny i wygląd makroskopowy guzów mieszanych ślinianek wogóle, a gruczołu podszczękowego w szczególności, S. opisuje budowę histologiczną tych guzów na podstawie badań własnych i wykazuje, że w kwestjach morfologicznych panuje zupełna zgoda pomiędzy autorami, różnice występują zaś jedynie przy tłumaczeniu obrazów mikroskopowych. Jedni uważają miększy nowotworów za twór śródbłonkowy, inni za

nabłonkowy. S. poddaje krytyce argumenty obydwóch stron i w rezultacie skłania się do pierwszego z wymienionych poglądów.

Geneza guzów łącznotkankowych [tkanki śluzowej, chrząstki i kości] też rozmaicie bywa tłumaczoną. Jedni wyprowadzają je z tkanki łącznej gruczołu, inni przechylają się na stronę teorii COHNHEIM'a i uważając nowotwory te za powstające z oddzielnych od z początku szczęki dolnej grupy komórek okostnej, wyprowadzają w ten sposób wszystkie odmiany tkanki łącznej guzów, z mezenchymy zarodka. Tę ostatnią teorię łączą zwykle z teorią nabłonkowego pochodzenia mięszu. Sądzą oni na podstawie badań embryologicznych [HINSBERG], że wraz z okostną przemieszczają się i pęcherzyki gruczołowe i że dopiero to wspólne przemieszczenie jest punktem wyjścia dla rozwoju nowotworu mieszanego.

S. zgadzając się z poglądem o embryonalnem pochodzeniu zaczątków guzów mieszanых ślinianek, nie widzi jednak konieczności łączenia tych poglądów z teorią nabłonkowego pochodzenia mięszu, na korzyść której właściwie nic nie przemawia.

[Autoreferat].

SEKRETARZ STAŁY, godząc się zarówno z prelegentem, jak i innymi autorami, że nowotwory ślinianek najczęściej są mieszanymi i że nie rzadko główną składową ich częścią są twory śródbłonkowe, mogące być brane za nabłonkowe, zwraca wszakże uwagę na to, że tworom takim nie wyłącznie, jak sądzi prelegent, dają początek śródbłonki naczyń limfatycznych, lecz że do takiego początkowania nie należy odmawiać zdolności naczyniom krwionośnym i to nie tylko wykształconym ich kapilarom, lecz i zawiązkom takowych, znanym pod nazwą angioblastów; pochodzące z tych ostatnich twory śródbłonkowe mogą nie być w związku z naczyniami krwionośnymi. Wszak wchodzące niekiedy w skład podobnych nowotworów jednolite szklistawe twory walcowate [a ztąd i nazwy: cyliudroma, syphonoma] niczem innem nie były jak po części angiosarcomata plexyformia, których śródbłonek, pochodzący właśnie z naczyń krwionośnych, uległ przemianie szklistawej, albo homogenicznej. Wątpi także BRODOWSKI i o tem, ażeby śródbłonkowe twory w badanych przez prelegenta guzach ulegały przemianie śluzowej, którą bardzo łatwo zmieszać ze szklistawą. Śluz bowiem zarówno w tkankach patologicznych jak i normalnych wytwarza się, rzecz można, tylko w komórkach nabłonkowych, w łącznotkankowych zaś, a do takich należą i śródbłonkowe, przemianie śluzowej ulega substancja międzykomórkowa. Komórki zaś tkanki łącznej uciskane przez pęczniejącą substancję międzykomórkową zwykły ulegać zanikowi. Zresztą niepodobna odmawiać czynnego udziału w powstawaniu mieszanых nowotworów ślinianek wchodzącej w skład ostatnich zwyczajnej tkance łącznej, a niekiedy nawet i nabłonkowej. Opisywano bo-

wiem mieszane nowotwory ślinianek, stosując do nich nazwę w jednych razach—sarcoma, w innych myxosarcoma, lub myxochondrosarcoma adenomatodes lub uawet carcinomatodes itp., niekiedy nawet z przewagą tkanki gruczołowej lub rakowatej.

STEINHAUS w odpowiedzi zwraca uwagę na tę okoliczność, że obrazy mikroskopowe nie przemawiają na korzyść pochodzenia mięszu z śródbłónka naczyń krwionośnych. Teoretycznie wykluczyć tego pochodzenia nie sposób, udowodnić go wszakże faktycznie w naszych przypadkach nie można.

Co się tyczy zwyrodnienia komórek mięszu nowotworów, to jak to zaznaczają wszyscy prawie autorowie, nie mamy tu do czynienia ani z czystem śluzowem, ani z czystem szklistem zwyrodnieniem, lecz z czemś pośredniem (dégénération muco-hyaline francuzów). Takiej przemianie podlega jednakowo i substancja międzykomórkowa i komórki łącznotkankowe resp. śródbłónkowe. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Sekretarz *L. Dydyński.*

Posiedzenie kliniczne dnia 7 Maja 1901 r.

Przewodniczący Wice- Prezes **H. Nusbaum.**

Obecnych Członków 69 gości 8.

T r e ś ć: MIKLASZEWSKI W.—Przedstawienie chorego z porażeniem mięśnia odsiebnego palucha i międzykostnych podnożnych.

KOZERSKI A.—Przedstawienie chorej z nabłoniakiem (epithelioma) leczonym z dobrym wynikiem metodą CZERNY'ego.

MORACZEWSKI [ze Lwowa].—„Przemiana materji w przypadku akromegalii oraz nowe kierunki badań w tej dziedzinie“.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Przewodniczący powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. DASZKIEWICZA, DĘBICKIEGO, KOELICHENA, ŁAPIŃSKIEGO, MORACZEWSKĄ, POPLAWSKĄ, STERLINGA, TEICHMANA.

III. Przewodniczący uczcił pamięć zmarłego członka Towarzystwa ś. p. D-ra ŚLIWICKIEGO i wezwał obecnych do powstania, co też wszyscy uczynili.

IV. Biblioteka otrzymała w darze odbitki z prac KORYBUT-DASZKIEWICZA.

V. MIKŁASZEWSKI przedstawił mężczyznę 48-letniego, który 2 lata temu przechodził operację przecięcia ropnia w okolicy podstawy paluszka stopy prawej z wyłuszczeniem kawałka kości V-ej śródstopia.

Rana zagoiła się szybko. Po paru miesiącach zaczęły się bóle w stopie, a po upływie $\frac{1}{2}$ roku paluch i 3 wewnętrzne palce wykręciły się zupełnie na zewnątrz. Pomimo różnych zabiegów stan chorego nie poprawia się, a chodzenie jest bardzo utrudnione.

Obecnie znajdujemy położenie palców zwłaszcza dużego prawie pod kątem prostym do śródstopia, niemożność wykonania ruchów odsiebnych paluchem i II-im palcem i ksobnych III-im i IV-ym, zginanie i rozginanie palców jest nieco utrudnione. Ruchy bierne palcami nie napotykają na wielkie trudności; w stawach nie wykazuje się zmian widocznych. Badanie czucia i odruchów nie wykazuje żadnych zaburzeń.

Powyższe położenie palców i niedowład ich mogą zależeć od porażenia mięśni odsiebnych palucha (abductor hallucis) i międzykostnych podnożnych (interrosei plantares). które odciągają palce do wewnątrz. Możliwą jest rzeczą, że przy operacji została uszkodzona odpowiednia gałązka nerwu stopowego, wewnętrznego, lub że uciśnięta jest ona przez bliznę. [Autoreferat].

VI. KOZERSKI przedstawił 46-letnią kobietę ze zgojonym prawie nabłoniakiem (epithelioma).

12 Marca 1901 r. K. widział ją po raz pierwszy. Jak to pokazuje wówczas zdjęta fotografia, na prawym boku nosa, tuż pod wewnętrznym kątem prawego oka, była biała blizna, otoczona od góry i od zewnątrz wązkim pasem barwika, od wewnątrz zaś i od dołu wązkim owrzodzeniem, biegnącym środkiem wypukłego twardego nacieku, szerokości 2 cm. Sprawa jakoby rozpoczęła się przed kilkoma laty.

Ażeby wykluczyć gumma serpigonosum, K. zastosował plaster rtęciowy na owrzodzenie i jodek potasu wewnątrz. Gdy jednak nie było pożądanego wyniku, K. przystąpił do pędzlowania owrzodzenia zawiesiną kwasu arsenowego w 50% alkoholu.

Już po 2 tygodniach wewnętrzny brzeg blizny zagoił się. Obecnie pozostał z całego owrzodzenia jeden punkt wielkości łebka od szpilki. K. przedstawia chorą już dzisiaj z powodu, że pod-

czas następnego posiedzenia Towarzystwa nie będzie jej już zapewne w Warszawie.

[Autoreferat].

VII. MORACZEWSKI wygłosił rzecz p. t. „Przemiana materji w przypadku akromegalii i nowe kierunki badań w tej dziedzinie“.

Prelegent zaznacza na wstępie, że początki racjonalnej chemii wiążą się z początkami nauki o przemianie materji i do dzisiaj chemicy w sprawach przemiany materji najważniejszą odgrywają rolę. Historję przemiany materji dzieli prelegent na cztery epoki. Pierwszą datuje od czasów LAVOISIER'a i REGNAULT'a aż do czasów PETTENKOFER'a i VOIT'a. Badanie ograniczało się do obliczenia produktów spalania, wydzielanych przez płuca. Szkoła monachijska wprowadziła nie tylko pojęcia bilansu węgla, obliczając kalorye ciał spożytych, oraz ilości kwasu węglowego, ale po raz pierwszy badała przemianę azotu, to jest równowagę, stratę i zatrzymanie azotu w organizmie. Trzecia epoka nastała z chwilą, kiedy oprócz energii, pochodzącej ze spalania azotu i węgla, zaczęto badać wpływ stężenia soków organizmu zależnego przeważnie od ilości części mineralnych. Wprowadzono po raz pierwszy pojęcie równowagi chlorków, zatrzymywania lub straty, równowagi soli wapiennych, fosforanów etc.

Już przy ustalaniu bilansu azotu przekonano się, że zatrzymanie azotu nie zawsze jest równoważne z narastaniem białka w ustroju, że czasem organizm zatrzymuje związki azotowe nieznanne i zatrzymanie takie prowadzi do poważnych zaburzeń; czasem nie spala wprowadzonego białka, albo spala niezupełnie. Zachowanie się części mineralnych pozwala niekiedy dojrzeć pewną zależność i związek pomiędzy zachowaniem się azotu; czasami sole podlegają innemu prawu, bez względu na azot. Wogóle chlorki zatrzymują się w organizmie mniej więcej tak, jak woda i opuszczają organizm w każdym wypadku, kiedy przemiana materji powoduje stratę wody. Fosforany powstają z rozkładu tkanek i wydzielenie ich innemu podlega prawu. Sole wapienne zachowują się odmiennie i ulegają wielce wpływowi nerwowemu [histeryi] albo czysto chemicznemu [rozpuszczalności w cukrze przy diabetes mellitus]. Zauważyć się daje tak zwane paradoksalne zachowanie się t. j. że przy podawaniu soli wapiennych zatrzymanie soli tych ustaje, albo przy stracie soli wapiennych podawanie tychże soli wpływa na zatrzymanie etc. Jako ostatnią epokę w dziejach przemiany materji uważa prelegent badania, dotyczące wiązania azotu. Jeżeli wiemy, ile azotu znajduje się w formie soli amonowych, ile w formie kwasów mono i diaminowych i jeżeli to samo oznaczenie t. j. ilości amoniaku, mono- i diaminowych kwasów zrobimy w moczu, wtedy poznamy w jakie związki przechodzi azot w organizmie i jaki wpływ wywierają zboczenia przemiany materji na te procesy.

Nawiązując do tego sprawozdanie z wypadku akromegalii podaje prelegent 1) że chory zatrzymywał obficie azot, chlorki, fosforany i wapno, 2) że pod wpływem powiększenia ilości fosforu w jadłe zmian w przemianie materii nie było, 3) podawanie gruczołu tarczowego w małej ilości pozostawało bez wpływu. W większej ilości [6 tabletek] wywołało znaczniejsze wydzielenie azotu i chlorków, 4) podawanie 6 tabletek gruczołu nasadkowego (hypophysis) doprowadziło do powiększenia diurezy, a z nią wydzielenia azotów i chlorków; sole fosforowe kwasu i wapienne nie uległy żadnym zmianom. Wiązanie azotu również małe okazywało różnice, jedynie łatwo odszczepialny azot się powiększył wraz z ogólnym azotem, 5) pod wpływem podawania 20 litrów tlenu sole wapienne zgodnie z dawną obserwacją prelegenta uległy większemu wydzieleniu, któremu towarzyszyło wydzielanie iunych składników, 6) sole srebra działały jeszcze skuteczniej i doprowadziły prawie do równowagi soli wapiennych; 7) działanie czystego fosforu w ilości 0,005 dziennie wyraziło się w powiększeniu wydzielania przez кишки, przyczem fosforany i wapno głównie ulegały zmianom, 8) wreszcie działanie Jochimbiny polegało na powiększeniu diurezy, a z nią wszystkich składników.

Spostrzeżenie to ma być przyczynkiem do wykazania, że bilans organizmu zbudowany na dokładnej znajomości wprowadzonej i wydzielonej ilości ciał pozwala stosować pewne środki, działające zatrzymująco albo pędząco na pewne składniki, których zatrzymanie lub utrata oznacza zaburzenie w przemianie materii. Tym sposobem można z czasem ustalić prawa o stosunku wydzielania do subiektywnych i obiektywnych objawów klinicznych. [Autoreferat].

Rzętkowski podnosi ważną i ciekawą kwestję zatrzymywania azotu w ustroju, poruszoną przez prelegenta. R. zwraca uwagę, że azot może być powstrzymywany w ustroju, jako N białka i N ciał organicznych niebiałkowych. Co do pierwszego, to kwestya ta wiąże się z bardzo ważnem pytaniem, czy zdrowy człowiek może skupiać białko w swoim ustroju? Badania dotychczasowe nie dają odpowiedzi na to pytanie. Że w pewnych razach skupianie białka [Eiweissansatz] w ustroju odbywa się, to nie ulega wątpliwości. Bywa to mianowicie: 1) u rekonwalescentów, 2) u kobiet karmiących, 3) po mensturaeyi [SCHRADER u v. NOORDEN'a], 4) w ciałach rosnących [u dzieci—CAMERER'a obserwacye na własnych dzieciach, SOXHLET i inni], 5) prawdopodobnie podczas przyrostu mięśni skutkiem pracy fizycznej [np. u atletów]. Badania niektórych autorów [KRUG u v. NOORDEN'a, BORNSTEIN, ROSENFELD] na ludziach i na zwierzętach [KOLB, HENNEBERG, PFEIFFER Th.] zdaje się potwierdzają fakt, że człowiek zdrowy, spożywając wielkie ilości

pokarmów [np. w doświadczeniach nad samym sobą KRUG'a] bogatych w białko, może skupiać białko w swym ustroju. Atoli trwa to bardzo krótko, i po przejściu do okresu odżywiania prawidłowego nadmiar białka, powstrzymanego przedtem, rozkłada się bezzwłocznie, i równowaga azotowa zostaje zachwiana [ALBU]. To białko nie staje się tak zwanem białkiem krążącym, ponieważ w stanach przekarmienia ilość białka we krwi nie wzrasta, nie staje się też białkiem żywym [organów] ponieważ na to wskazuje łatwość, z jaką się następnie rozkłada. Jest to prawdopodobnie t. zw. białko zapasowe [Reserveeiweiss] [von NOORDEN] martwa część składowa zarodki komórkowej, na wzór tłuszczów lub węglowodanów [glikogen].

Co do kwestyi drugiej, mianowicie—zatrzymywania azotu pod postacią ciał niebiałkowych, to RZĘTKOWSKI wspomina tu o niedokończonych jeszcze badaniach swoich dotyczących analiz krwi u rozmaitych chorych [w pracowni DUNINA]. Badania te wykazują już teraz, że przy niektórych chorobach [zapalenie płuc włóknikowe, zapalenie nerek t. zw. śródmiaższowe w okresie mocznicy itp.] krew zawiera większe ilości azotu niebiałkowego niż normalnie. W zapaleniu płuc zależy to od przeładowania krwi ciałami alloksurowemi, pochodzącemi z rozpadu nukleinu w wysięku płucnym [v. JAKSCH], w zapaleniu nerek—od utrudnionego wydzielania nerkowego.

R. podnosi wielkie znaczenie badań nad przemianą materyi w kierunku soli mineralnych oraz badań gazowej przemiany materyi, co w bardzo wielu razach może dać cenne wskazówki nawet w sprawie skupiania azotu w ustroju.

[Autoreferat].

MUTERMILCH Stanisław zapytuje, czy prelegent robił badania kryoskopowe krwi w przypadku swoim akromegalii. Ponieważ ustrój zatrzymywał znaczne ilości azotu, więc być może krew wykazywałaby niższą temperaturę zamarzania w tym razie, gdyby we krwi krążyła większa ilość związków azotowych nie białkowatych, podobnie jak przy mocznicy otrzymywano większe cyfry dla punktu zamarzania krwi wskutek zatrzymywania w niej pewnych związków chemicznych, nie białkowatych.

MORACZEWSKI odpowiada, że badań kryoskopowych krwi nie wykonywał, oraz zaznacza, że obniżenie temperatury zamarzania krwi przy mocznicy zależy przedewszystkiem od zwiększonej zawartości soli mineralnych we krwi.

Na tem posiedzenie ukończono.

Vice-Prezes *H. Nusbaum.*

Sekretarz *L. Dydyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 Maja 1901 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obechnych Członków 59 i gości 6.

T r e ś ć: NEUGEBAUER Fr. — a) Przedstawienie preparatu anatomicznego płodu donoszonego, dotkniętego anencefalią. — b) Przedstawienie wrzekomego obojnaka męskiego.

FLATAU E. i KOELICHEN J.—Referat zbiorowy o zapaleniu rdzenia.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: JUSTMANA, KOELICHENA, KOHNA, MAZURKIEWICZA, SKWARĘ, STOLZMANA.

III. Biblioteka otrzymała w darze odbitki z prac prof. WICHERKIEWICZA, HALPERNA, oraz zeszyt I miesięcznika „Ekonomista“.

IV. NEUGEBAUER demonstrował 1) preparat anatomiczny płodu donoszonego dotkniętego anencefalią. Płód ten urodził się żywym, lecz zaraz po urodzeniu się obumarł, tak że pomimo cuceńia raz tylko jeden odetchnął. Poród miał miejsce około godziny trzeciej po południu, dziecko odbierał kol. REUTT, który po opatrzeniu położnicy natychmiast do N. pojechał dla doręczenia mu preparatu trupka dziecięcego. N. uderzyło, że ciało dziecka było jeszcze zupełnie ciepłym, pomimo że termometr na ulicy wskazywał tylko $+6^{\circ}$ R. Od porodu minęło już sporo czasu. REUTT przywiózł trupka z ulicy Żelaznej na Leszno. Podejrzewając, że u płodu tego jeszcze natrafi na automatyczne bicie serca. N. otworzył klatkę piersiową i serce odsłonił przez otworzenie osierdžia. Rzeczywiście serce biło zupełnie rytmicznie —z początku co dwie sekundy potem co trzy i coraz to wolniej. Widać było na przemianę skurcze przedsionków serca i komórek. Bicie serca w tym przypadku N. z przerwami obserwował przez niespełna dwie godziny; gdy już następowały dłuższe przerwy pomiędzy kontrakcjami, udawało się wywołać kontrakcje przez drażnienia mechaniczne ścianek serca sondą, mniej działało polewanie wodą ciepłą lub zimną. N. w roku 1898 opisał w „Medycynie“ pierwsze własne tego rodzaju spostrzeżenie: „Rzadkie spostrzeżenie automatycznej czynności serca 14-tygodniowego płodu ludzkiego aż trzy godziny po śmierci trwające“. Medycyna 1898, Nr. 45. Artykuł N. niemiecki stał się źródłem sporu pomiędzy nim a doktorem OPITZ'em

w Berlinie, co do oznaczenia tej automatycznej czynności serca jako pośmiertnej. Na zarzut D-ra OPITZ'a odpowiedział w artykule Cent. f. Gyn. 1899, Nr. 17. O ile stosunkowo częściej spostrzegano automatyczne bicie serca jeszcze czas jakiś po nastąpieniu śmierci u płodu trwające, o tyle rzadko tylko spostrzegano ten sam fenomen u płodu doposzonego. Takich spostrzeżeń opisanych jest zaledwie cztery dotychczas. W przypadku N. zaznaczyć wypada równocześnie to, że płód dotknięty był anencefalią i że u matki tego dziecka w rok mniej więcej przed tą ciążą dokonano, trepanacyi czaszki wskutek gummatu. Nie stawiając jakichkolwiek wniosków tej koincydencji bądź co bądź ciekawej N. notuje tylko sam fakt jej.

2) Dalej N. demonstrował płód niedonoszony martwo urodzony o wielkiej torbieli tylnej powierzchni czaszki, surowiczym płynem napełnionej. O ile prawdopodobnem jest, że dwie torbiele paracefaliczne płodu, na jednym z ostatnich posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego przez N. demonstrowane, były Lymphomata colli congenita, o tyle w przypadku dziś demonstrowanym pochodzenie torbieli jest zupełnie innem. Profesor BRODOWSKI oraz prof. PRZEWOSKI określili torbiel tę jako odsznurowaną myelomeningocelę. Płód dostarczony został N. przez D-ra JANCZEWSKIEGO, który wezwany do rodzącej zastał płód leżący już pomiędzy udami matki.

3) Dalej N. przedstawił 18-letniego osobnika jako dziewczynę wychowanego, który przy badaniu ścisłem okazał się wrzekomym męzkim obojnakiem. Marta L. jest siostrą czyli raczej bratem 21-letniej Michaliny L., nie dawno w Towarzystwie Lekarskiem przez N. dla tej samej przyczyny mylnego określenia płci przedstawionej. Rodzice mieli 14 dzieci, lecz tylko troje z nich żyje, mianowicie dwie siostry lat 21 i 18, których płeć dziś ujawnioną została jako męzka, oraz dziewczynka 5 miesięczna, której N. jeszcze nie miał sposobności zbadać. Ogólna budowa Marty L. jest czysto męską, głos, krtań, owłosienie męskie, brak sutek kobiecych, owłosienie twarzy tak obfite, że Marta co dwa dni goli się, owłosienie sromu, brzucha, krocza, kończyn czysto męskie, wyraz twarzy męski. Hypospadiasis peniscrotalis, poniżej rozszczepionego prącia, iu statu quietis na grzbiecie przeszło 5 ctm. mierzącego, widać otwór cewki moczowej, nieotoczony wargami jak otwór cewki kobiecej, penis fissus erectilis. Dwa lata temu przy silnych bólach przez 6 dni trwających z kanału pachwinowego wyszło lewe jądro z przyjądrem, dziś w połowie lewej rozszczepionej moszny wymacalnem jest jądro ruchome i wrażliwe na ucisk. Cremaster działa dosyć silnie, jądro unosi się dowolnie aż do kanału pachwinowego, daje się jednak z łatwością zepchnąć ku dołowi. Od dni 8 Marta L. doznaje takich samych jak wtenczas bólów w pachwinie prawej i dlatego przez matkę została do N. spro-

wadzoną. Przyjadrze prawostronne przy badaniu okazało się spuchniętą, kol. KRAJEWSKI przypuszczał, że epididymitis traumatica ta jest skutkiem ucisku podczas descensus przez kanał pachwinowy. Per rectum N. wymacał wyraźnie jakieś ciało twarde o największej osi podłużnej około 3 ctm. długości mające, mało wrażliwe na ucisk, nie jest jednak w stanie określić, czy to jest gruczoł krokowy czy też macica szczątkowa o jednym rogu, mianowicie lewostronnym. Poniżej otworu cewki widać otwór pochwy, koniec palca swobodnie wpuszczający, rąbkami hymenis otoczony. Pochwa kończy się u góry ślepo na wysokości 2—3 ctm. Marta L. mówi, że dotychczas nie doznawała żadnych uczuć lubieżnych, nie odczuwała też ani pociągu do płci jednej lub drugiej, a jednak mówi, że zauważyła na koszuli plamy twardniejące, prawdopodobnie plamy te na bieliznie pochodzą od spermy wytryskiwanego. Otworów wytryskowych N. dotychczas znaleźć nie mógł, najłatwiej byłoby je odszukać w chwili ejakulacji. Kościec Marty L. jest męzki, również układ mięśni, rysy twarzy czysto męskie itd.

W danym przypadku nie tylko ciekawem jest, że zaszła pomyłka w określeniu płci noworodka, co niestety nie jest rzadkością, lecz i że zniekształcenie wrodzone identycznym jest u dwóch sióstr czyli raczej braci. N. w zestawionej przez niego kazuistyce wrzekomego obojnactwa znalazł aż 10 przypadków, gdzie u dwóch sióstr rozpoznano męskie rzekome obojnactwo, raz jeden nawet u trzech sióstr skonstatowano płć męską, raz jeden znaleziono tę samą wadę rozwojową u czterech braci. Spostrzeżenia te pseudohermaphroditismi hereditarii zostaną oddzielnie ogłoszone przez N. w Kronice Lekarskiej. [Autoreferat].

V. KOELICHEN wygłosił pierwszą część referatu zbiorowego o zapaleniu rdzenia, opracowanego wspólnie z FLATAUEM.

Prelegent na wstępie przytacza historię rozwoju nauki o zapaleniu rdzenia od czasów Olliviera d'ANGERS [1821 r.] i ABERCROMBIE'go [1829 r.], którzy znali zmiany zachodzące w rdzeniu przy procesach zapalnych tylko makroskopowo i utożsamiali rozmiękczenie istoty rdzenia z zapaleniem ostrem, stwardnienie zaś z przewlekłym. Badania drobnowidzowe zmian zapalnych w rdzeniu opisali pierwsi FROMANN i MANKOFF, później DUJARDIN-BAUMETZ. Powoli z szarego tła cierpień zapalnych rdzenia, objętych nazwą „myelitis“ wyodrębniać zaczęto pod względem klinicznym pojedyncze postacie chorobowe. Nakreślono obrazy kliniczne rozsianego wieloogniskowego stwardnienia, postępującego rdzeniowego zaniku mięśni, władu, cierpień systemowych, ostrego porażenia dziecięcego, syringomyelii, rozsianego zapalenia i skombinowanych cierpień systemowych. Do 8-go dziesiątka lat ubiegłego stulecia uznawano sprawę zapalną za jedyną podstawę anatomiczną wszystkich powyżej wymienionych cierpień rdzenia. Od tego jed-

nak czasn, dzięki udoskonalonym metodom badania drobnowidzowego, poczęto coraz częściej przekonywać się, że wiele cierpień rdzenia, uznawanych dawniej za zapalne, posiada zgoła odmienną postawę anatomiczną. Dotychczas za niezależne od zmian zapalnych w rdzeniu uznano: syringomyelię, tabes dorsalis, postępujący rdzeniowy zanik mięśni, cierpienia systemowe, wreszcie cały szereg cierpień, których obraz kliniczny identycznym jest prawie z obrazem poprzecznego zapalenia rdzenia, jako to: polyneuritis, cierpienia spowodowane przez ucisk rdzenia, cierpienia starcze, wreszcie cierpienia syfilityczne i gruźlicze. Co do istoty zmian patologicznych zachodzących w rdzeniu przy rozsianem stwardnieniu i przy tak zwanych cierpieniach systemowych, zdania współczesnych neuropatologów są dotychczas podzielone. Obecnie za zapalne cierpienia rdzenia uznane są przez ogół neuropatologów: zapalenie poprzeczne, zapalenie rozsiane, poliomyelitis, a wreszcie wiele przypadków wstępującego paraliżu LANDRY'ego i skombinowanych cierpień systemowych.

W ostatnich również latach zaszły znaczne zmiany w poglądach na etyologię cierpień zapalnych rdzenia. Na pierwszy plan jako czynniki etyologiczne wysunęły się zakażenie i zatrucie. Zależności zapaleń rdzenia od zakażenia dowiodły często obserwowane przypadki cierpień zapalnych rdzenia w następstwie chorób zakaźnych ogólnych i miejscowych, oraz liczne prace doświadczalne, w których udało się wywołać zapalenie rdzenia przez wstrzykiwanie hodowli drobnoustrojów chorobotwórczych i wytwarzanych przez nie toksyn. Warunki powstawania zapalenia rdzenia na tle zakażenia nie są jeszcze bliżej znane, przypuszczać jednak należy, że oprócz obecności drobnoustrojów w organizmie, odgrywają w podobnych przypadkach pewną rolę niezupełnie nam znane warunki i czynniki usposabiające. Miejscem, z którego zakażenie przechodzi na rdzeń może być skóra, błony śluzowe jamy ustnej, narządów oddechowych, narządów trawienia, narządów moczopłciowych, wreszcie błony surowicze stawów. Jako drogi, po których zakażenie dostaje się do rdzenia z pierwotnego siedliska, występują naczynia krwionośne i limfatyczne, tkanka łączna otaczająca kanał kręgowy i pnie nerwów obwodowych. Oprócz przypadków wtórnego zakażenia rdzenia, bywają przypadki, w których rdzeń jest pierwotnem siedliskiem zakażenia (paralysis LANDRY'ego, poliomyelitis acuta). Szereg przypadków cierpienia rdzenia uaskutek zatrucia można podzielić na trzy kategorie: Przypadki zatrucia przez toksyny bakteryjne, przypadki zatrucia przez leukomaiiny, wytwarzane w organizmie przy patologicznie zmienionej przemianie materii [należą do tej kategorii cierpienia rdzenia przy anemii, leukemii, diabetes mellitus, carcinomatosis i morbus

Adissoni]; do trzeciej wreszcie kategorii należą przypadki zatrucia jadami roślinnymi, zwierzęcymi i mineralnymi.

Czynniki etyologiczne uznawane przez dawnych neuropatologów za najważniejsze, a mianowicie zaziębienie i uraz, zmęczenie, urazy psychiczne i nadużycia płciowe schodzą coraz bardziej do roli czynników usposabiających.

Podział kliniczny zapaleń rdzenia na poszczególne postacie jest sztucznym, gdyż jednaką jest etyologia i treść zmian anatomicopatologicznych, zachodzących w rdzeniu przy tych cierpieniach.

Pomiędzy oddzielnymi formami klinicznymi trudno jest przymtem przeprowadzić ostrą granicę, gdyż istnieje cały szereg form przejściowych. Różnice w obrazie klinicznym i przebiegu cierpienia wynikają z różnic w umiejscowieniu zmian patologicznych w rdzeniu i z różnicy w działaniu czynników szkodliwych, które może być jednorazowem lub długotrwałem i wywoływać proces ostry lub przewlekły.

Po tym wstępie prelegent przechodzi do szczegółowego opisu oddzielnych form chorobowych, uznawanych dziś za zapalne cierpienia rdzenia. Kolejno więc rozpatruje pod względem klinicznym: ostre porażenie dziecięce, poliomyelitis adultorum, porażenie LANDRY'ego i zapalenie poprzeczne rdzenia (myelitis transversa).

Z powodu późnej pory odłożono drugą część odczytu, która będzie wygłoszona przez FLATAUA, na następne posiedzenie.

VI. PREZES odczytał protokół posiedzenia Komitetu rewizyjnego o dopełnionej rewizyi rachunków Kasy Wsparcia za rok 1900.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *St. Markiewicz*.

Sekretarz *L. Dydyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 28 Maja 1901 r.

Przewodniczący Wice-Prezes **H. Nusbaum.**

Obcnych Członków 39 i gości 5.

T r e ś ć: GROSGLIK S.—Przedstawienie cystoskopu systemu COLLMAN'a.

KOZERSKI A.—Przedstawienie chorej z lupus, leczzonej z dobrym wynikiem ac. bichloralacetico.
FLATAU E. i KOELICHEN J.—Referat zbiorowy o zapaleniu rdzenia [dokończenie].

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Przewodniczący powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: BERNSTEINA, JUSTMANA, KOELICHENA, PILTZA, STERLINGA.

III. Biblioteka otrzymała w darze od kol. F. NEUGEBAUERA 11 książek lekarskich treści różnorodnej.

IV. GROSGLIK przedstawił cystoskop systemu COLLMAN'a, zbudowany przez HEYDEMAN'a w Lipsku, przedstawiający przede wszystkim tę zaletę, że nadaje się doskonale do bardzo dokładnego dezynfekowania co w innych tego rodzaju przyrządach nie jest możliwem do osiągnięcia. Za pomocą przyrządu tego można dokonać sondowania moczowodów jak również zebrania moczu z każdego z moczowodów oddzielnie, co jest rzeczą bardzo ważną, gdyż pozwala nam się przekonać, która nerka uległa cierpieniu. Manipulowanie z przyrządem nie jest trudnem i może być przeprowadzonem prawie bez bólów.

V. KOZERSKI przedstawił dziewczynkę lat 14, która przybyła do szpitala św. Łazarza w połowie Marca. Nacieczenie obejmowało, jak pokazują w owym czasie dokonane zdjęcia fotograficzne, $\frac{3}{4}$ dolnej połowy nosa. Zastosowano z wewnątrz acid. bichloralacetico z doskonałym wynikiem; zniekształcenie znacznie się zmniejszyło.

VI. FLATAU wypowiedział drugą część odczytu „O zapaleniu rdzenia“ opracowanem wspólnie z KOELICHENEM.

Patogeneza i anatomia patologiczna zapalenia rdzenia jest ściśle związaną z mechaniką krwiobiegu. W tej ostatniej największe zasługi posłużyli niezawodnie ADAMKIEWICZ, szczególnie zaś KADYI. Badania KADYI'ego wykazały, że w rdzeniu istnieją głównie 3 wielkie łożyska naczyniowe, a mianowicie: jeden tractus

arteriosns spinalis anterior i dwa tractus arteriosi spinalis postero-laterales. Każdy z tych tractus tworzy się w ten sposób, że od arteriae vertebrales, cervicales profundae, interostales lumbales i sacrales laterales odchodzą gałązki, które wraz z korzeniami rdzeniowymi wkraczają do kanału kręgowego. Przedostawszy się do rdzenia rozwidlają się owe naczynia korzeniowe na gałązki wstępujące i zstępujące, które się ze sobą łączą i tworzą powyżej zaznaczone łożyska naczyniowe. Każde z tych łożysk głównych oddaje gałązki drobniejsze, które się łączą i tworzą sieci anastomotyczne w pia mater. Od tej sieci zagłębiają się w istotę rdzenia naczynia obwodowe (Vasocorona). Naczynia obwodowe zasilają kwią przeważnie istotę białą rdzenia. Istota szara [głównie zaś rogi przednie] otrzymują krew z arteria centralis, stanowiącej silną gałązkę tractus arteriosi spinalis anterioris. Tętnice centralne odchodzą od tractus w odstępach od 1 do 3 młm.; po wkroczeniu zaś do istoty szarej, biegną one w kierunku pionowym na przestrzeni znacznie dłuższej [aż do 20 młm.]. Wynika więc ztąd, że istota szara otrzymuje w każdym przekroju rdzenia krew od 2 lub kilku arteriae centrales. Wiemy oprócz tego, że każda grupa komórek przednich rogów bywa zasilaną nie przez jedną, lecz przez kilka gałązek arteriae centralis. Zarówno arteriae centrales jak i vasocorona nie posiadają anastomoz [należą do rzędu „tętnic końcowych“]. Z jednej strony arteriae centrales przekraczają trochę granicę istoty szarej i zasilają okoliczną granicę białą, z drugiej zaś—vasocorona wkracza w części w zakres istoty szarej. Mówiąc o anatomii patologicznej zapalenia rdzenia, podzielić należy odnośne sprawy na 3 kategorie, a mianowicie: 1) sprawy z a p a l n e w ł a ś c i w e istoty szarej (poliomyelitis) lub białej (leucomyelitis circumscripta lub disseminata), 2) sprawy z a p a l n e s w o i s t e (myelitis tuberculosa i syphilitica); 3) t. zw. myelitis e compressione [na skutek nowotworów i in.]. Co dotyczy I-ej kategorii spraw zapalnych, to zaznaczyć należy, że poliomyelitis acuta jest chorobą zakaźną, a właściwie naczyniowo-zapalną. Najważniejsze są badania histologiczne przypadków świeżych, ponieważ one tylko rzucają właściwe światło na podścielisko tej choroby. W przypadkach przewlekłych objawy zapalne zacierają się lub znikają, pozostawiając jako ślady cierpienia przebytego — zanik komórek lub stwardnienia. Zasady tej należy przestrzegać również w rozpatrywaniach wszelkiej innej sprawy patologicznej w rdzeniu. Jakkolwiek przeważna część badaczy mniema, jakoby w poliomyelitis chronica sprawa polegała na pierwotnem zwrodnieniu komórek, to jednak istnieją badania ścisłe, które wykazują, że nawet w tej formie przewlekłej zmiany w komórkach znajdują się w zależności od zmian naczyniowych.

Jeżeli sprawa zapalna obierze sobie głównie arteriam centralem—powstanie poliomyelitis. Jeżeli sprawa ta ogarnia całą istotę szarą, w takim razie powstanie t. zw. myelitis centralis. W razie wstępującego lub zstępującego kierunku, w którym sprawa zapalna się rozpowszechnia—powstanie jedna z możliwych form porażenia LANDRY'ego. Proces anatomiczny pozostaje bez zmiany, na obraz kliniczny wpływa tylko umiejscowienie sprawy zapalnej w tych lub innych tętnicach.

Jeżeli więc zapaleniu ulegną naczynia obwodowe, powstanie wtedy myelitis. W razie umiejscowienia tych zmian przeważnie w jednym odcinku rdzenia, będziemy mieli myelitis circumscripta s. transversa. I tutaj również umiejscowienie zapalenia na różnej wysokości rdzenia—nie posiada ważnego znaczenia patologicznego jakkolwiek umiejscowienie to warunkuje powstawanie schematów klinicznych (myelitis cervicalis, dorsalis, lumbo-sacralis). W myelitis acuta rozróżniać można 3 typy zmian histopatologicznych, a mianowicie: typ zwyrodnienia tkanki, typ nacieczenia drobno-komórkowego i typ rozmiękania.

Po większej części typy te nie występują samoistnie, lecz łączą się ze sobą w najrozmaitszych kombinacjach. Charakterystycznym dla myelitis jest zniszczenie doszczętne pierwiastków nerwowych, bez oszczędzania wyrostków osiowych. Na skutek tego powstają zwyrodnienia wtórne.

W przypadkach świeżych ulegają zmianom również opony rdzenia, czasami w znacznym stopniu (meningo-myelitis). Zmiany te przeważają czasami w tych ostatnich. Bardzo rzadko tworzy się jeden lub kilka ropni w rdzeniu.

Jeżeli uznamy myelitis acuta za formę samoistną, to z drugiej strony wyznać należy, że myelitis chronica należy do chorób niezmiernie rzadkich. Przewlekłe postacie, należące do omawianej kategorii chorób rdzenia stanowią prawie zawsze stwardnienia rozsiane, nowotwór rdzenia, caries occulta, lub przymiot rdzenia.

Przewlekłe zmiany w rdzeniu powstają na tle naczyniowem w niedokrwistości złośliwej, rozmaitych otruciach itd. Formy t. zw. chorób skombinowanych układowych, zaliczyć należy również do myelitis. Co do kwestyi różnicy pomiędzy myelitis i sclerosis multiplex, nie ulega wątpliwości, że zmiany patologiczno-anatomiczne w sclerosis są natury zapalnej. Sclerosis multiplex zaliczany do rozsianych spraw zapalno-naczyniowych rdzenia o pewnych jednak właściwych tej chorobie rysach, odmiennych [oszczędzanie wyrostków osiowych, brak zwyrodnień wtórnych i in.].

Myelitis disseminata stanowi z punktu widzenia patogenezy, tylko jedną z odmian sprawy naczyniowo zapalnej rdze-

nia. Ogniska w tej chorobie są przeważnie bardzo małe, w niektórych przypadkach choroba ta przechodzi w sclerosis multiplex.

Drugą kategorię spraw zapalnych stanowią, myelitis syphilitica i myelitis tuberculosis. Prelegenci omawiają każdą z tych form i przychodzą do następujących wniosków: 1) formy te różnią się od pierwszej kategorii [spraw zapalnych właściwych] tylko tem, że wraz ze sprawą zapalno-naczyniową powstają granulacje swoiste w formie gruzelków lub ziarniniaków, 2) w myelitis syphilitica powstaje przeważnie meningo-myelitis gummosa, w bardzo rzadkich przypadkach widzimy pierwotną myelitis z zajęciem wtórnem opon. W myelitis (meningo-myelitis) syphilitica nie występują zmiany naczyniowe, właściwe wyłącznie przymiotowi. Nie jest nią ani endoarteriitis, ani periarteriitis, gdyż zmiany te powstać mogą również w innych cierpieniach naczyń, 3) myelitis tuberculosis występuje przeważnie jako meningo-myelitis tuberculosis w następstwie meningitis tuberculosis cerebri; 4) różnice pomiędzy meningo myelitis syphilitica i tuberculosis nie istnieją. Zmiany naczyniowe i tkankowe mogą być zupełnie identyczne. Komórki olbrzymie mogą istnieć w ziarniniakach, może ich brakować w gruzelkach. Same ziarniniaki mogą mieć formę i wielkość gruzelków. W większości przypadków jesteśmy jednak w stanie odróżnić te formy na podstawie całokształtu zmian odnośnych w rdzeniu [i w innych narządach ciała].

Kategorię zupełnie odrębną stanowią t. zw. zapalenie rdzenia na skutek ucisku (myelitis e compressione). Badania doświadczalne i patologiczno-anatomiczne [u ludzi] dowiodły, że pierwotnie występuje obrzęk tkanki nerwowej i jej zwyrodnienie. W późniejszych dopiero okresach powstają zmiany w naczyniach i w neuroglii. Przyczyną tworzenia się obrzęku jest ucisk mechaniczny na układ naczyń żylnych i chłonnych. Sprawa zapalna posiada tutaj znaczenie drugorzędne. Myelitis e compressione nie można więc zaliczać do spraw zapalnych rdzenia. Należałoby zarzucić dotąd stosowaną nazwę i zastąpić ją inną, prostszą, a mianowicie paralysis spinalis e compressione [porażenie rdzenia uciskowe]. Formę tę przeciwstawić należy właściwym sprawom zapalnym, w których zmiany powstają przeważnie na tle infekcji. Nie przeczy temu bynajmniej ten fakt, że zarówno w poliomyelitis, jak w rozmaitych postaciach myelitis bardzo rzadko znajdowano bakterye. Badania doświadczalne wykazały, że drobnoustroje pozostają w rdzeniu przez czas bardzo krótki, wywołują w nim odpowiednie zmiany histopatologiczne i szybko [w kilka dni] znikają. Badania doświadczalne mają znaczenie podstawowe, wykazały one np. że zwierzęta chore na myelitis, wskutek infekcji bakteryjnej, żyją dłużej, jeżeli im zastrzykną antitoksynę. Badania tego

rodzaju nie są bynajmniej zakończone, lecz rzucają pewne światło na przyszłość terapii ostrych spraw zapalnych w rdzeniu.

[Autoreferat].

W dyskusyi RZECZNIOWSKI zaznacza, że wprowadzie CHARCOT na preparatach pochodzących z osobników dorosłych, u których od wygaśnięcia czynnego procesu poliomyelitis anterior acutae infantilis upłynęło 20 lat i więcej, spostrzegał zmiany dotyczące przeważnie komórek ruchowych, ale na tem, jak mu niesłusznie zarzucają nie ograniczył się. CHARCOT obok zmian komórek zanotował i sklerozę otaczającej je neuroglii i zadał sobie wyraźne pytanie, jakiego procesu zejściem są owe zmiany czy myelitu hyperplastycznego, czy też myelitu z rozmiękczeniem. Wkrótce też na podstawie przypadku ROGER'a i DAMASCHIN'a, w którym zejście śmiertelne nastąpiło we wczesnym okresie choroby, CHARCOT określa zmiany anatomiczne w tym okresie jako ramollitio rubra. Już zatem CHARCOT uznał poliomyelitis anterior acuta infantilis za sprawę zapalną, ale oprócz ognisk więcej rozlanych z udziałem neuroglii, widział i takie przypadki, w których zmiany dotyczyły, jego zdaniem pierwotnie i prawie wyłącznie samych komórek ruchowych. I REDLICH jako referent w dziale anatomo-patologicznym referatu o myelitis acuta na kongresie medycyny wewnętrznej, który się odbył w zeszłym miesiącu w Berlinie przyznaje również, że prócz rozlanych spraw zapalnych w poliomyelitis anterior acuta infantilis mogą się zdarzać przypadki, w których według pojęcia CHARCOT'a zmiany chorobowe mogą występować pierwotnie w komórkach ruchowych pod postacią ostrego zwyrodnienia.

W ogóle niezrozumiałem jest dla R. dla czego t. zw. infekcyjno-naczyniowa teoria GOLDSCHIEDER'a przeciwstawia się jakoby teorii układowej cierpień rdzeniowych? Wszakże ma ona tłumaczyć zaledwie powstawanie rozlanych spraw zapalnych [czyli mięszszowo-śródmięszszowych] w poliomyelitis anterior acuta, w myelitis disseminata diffusa transversa.

Teoria infekcyjno-naczyniowa oparta ma być na 2-ch podstawach, jednej anatomicznej, której dostarczyły badania KADY'ego i ADAMKIEWICZA nad rozkładem naczyń krwionośnych w rdzeniu, drugiej etyologicznej, a mianowicie tej okoliczności, że badania kliniczne i doświadczalne do czynników etyologicznych chorób rdzenia wprowadziły infekcyę. Otóż zgodzić się można, że badania KADY'ego i ADAMKIEWICZA uzupełniły nasze wiadomości o unaczynieniu rdzenia i na tem koniec.

Co się zaś tyczy infekcyi w stosunku do chorób rdzenia, to ani pewnością bynajmniej nie jest, że. poza infekcyami, nieistnieją już inne postacie zapalenia rdzenia, ani, co najważniejsza, infekcyja nie jest równoznaczna z zapaleniem rdzenia. Gdyż infekcyja prócz zapalenia, może też powodować i powoduje częściej jeszcze z w y-

rodzenie. Na ostatnim kongresie lekarskim międzynarodowym w r. z. w Paryżu Crocq, referent w kwestyi ostrego zapalenia rdzenia, starał się właśnie małą stosunkowo odpornością rdzenia na infekcyę objaśnić dlaczego zwyrodnienia są w nim częste, zapalenia zaś infekcyjne rzadkie“.

Pod nazwą układowych cierpień rdzenia, R. rozumie cierpienia umiejscowione w pewnych fizjologicznie anatomicznych oddziałach rdzenia i wzdłuż nich się rozprzestrzeniające jak tabes, zwyrodnienie pęczków bocznych, oraz zwyrodnienie postępowe komórek ruchowych szarej istoty. Anatomiczne cierpienia tych układów uznawane były przez VULPIAN'a za myelitis parenchymatosa w przeciwstawieniu do cierpień rozlanych, których podstawą anatomiczną miał być myelitis interstitialis.

BRODOWSKI jakkolwiek zgadza się z prelegentem, że niekiedy w rdzeniu kręgowym niepodobna odróżnić zmian syfilitycznych od gruźliczych, to jednak zwraca uwagę na to, że są to przypadki bardzo rzadkie, tak niemal rzadkie, jak te, w których np. niepodobna odróżnić w jelitach zmian gruźliczych od tyfusowych. Zdarzyć się bowiem może, iż gruźlica z taką gwałtownością, tak szybkim przebiegiem wystąpi w jelitach, że infiltratów gruźliczych w kępkach PEYER'a i w gruczołach samotnych niepodobna będzie odróżnić od podobnych infiltratów tyfusowych. Otóż mutatis mutandis to samo rzecz można o gruźlicy i przymiocie rdzenia kręgowego. Zwyczajnie gruźlica w rdzeniu kręgowym, podobnie jak w mózgu występuje w postaci t. zw. tuberculum solitarium najczęściej bez zajęcia opony miękkiej, a także tuberculum solitarium tworzy się z połączenia mnóstwa, rzecz można, miliardów drobnych guziczków, u obwodu jego gołem nawet okiem widzialnych. Dokoła zaś niego tkanka rdzeniowa rozmiękczoną nie bywa, a to dla tego, że jakkolwiek i w gruźlicy w sąsiednich naczyniach mamy nierzadko do czynienia z t. zw. endoarteriitis, to jednak bardzo rzadko dochodzi przy tem do zagłady światła tych naczyń, a więc i do znaczniejszego upośledzenia odżywiania tkanki, otaczającej sprawę gruźliczą. Co się zaś tyczy ognisk syfilitycznych w rdzeniu kręgowym, to te zwykle znajdują się w związku z oponami rdzenia, częstokroć biorą w nich początek, w wyjątkowych tylko razach składają się z bardzo drobnych guziczków, a dokoła tych ognisk rdzeń zwykle bywa rozmiękczony, gdyż tu właśnie powyżej nadmieniona sprawa zapalna w naczyniach pociąga zwykle zagładę ich światła [ztaąd właśnie nazwa endoarteriitis obliterans]. Nie należy wreszcie lekceważyć i pomocy, jaką dać nam mogą przy rozpoznawaniu omawianych zmian t. zw. komórki olbrzymie, jakkolwiek bowiem i w ogniskach syfilitycznych, na co B. pierwszy zwrócił uwagę, dają się one spotykać, to zwykle, ani tak często,

ani w takiej ilości, ani tak typowo, jak to miewa miejsce w gruźlicy.

B. podziela zdanie prelegenta, że nie należy zmian, zachodzących w rdzeniu kręgowym wskutek ucisku, zwłaszcza powolnego, stopniowo zwiększającego się, uważać za spowodowane zapaleniem i spraw takich nazywać zapaleniami z ucisku rdzenia kręgowego, nie zgadza się jednak na proponowaną nazwę, porażenia z ucisku. Za stosowniejszą uważa „zwyrodnienia rdzenia kręgowego z ucisku“. Co innego, gdy mamy do czynienia ze zmianami takimi, jak skutek ucisku, spowodowanego zwichnieniem kręgów stawu, lub wylewem znaczniejszym krwi; tu może być mowa o zapaleniu rdzenia, jak skutek każdego innego urazu.

NUSBAUM zwraca uwagę, iż właściwie teorii zapalnej nie można przeciwstawiać teorii „systemowej“. Pierwsza odnosi się do istoty procesu patologicznego i kładzie naturalnie ogromny nacisk na niewątpliwe niemal źródło zakażenia, druga w zgodzie z danymi fizyologicznymi i objawami klinicznymi mówi tylko o stronie topograficznej procesu. Prelegent czyni nacisk na to, że umiejscowienie procesu zależy może od warunków, wywołujących w danym odcinku rdzenia, punkt zmniejszonej odporności [uraz, wpływ temperatury]. Czyliż nie jest więcej niż prawdopodobnem, że, różne pod względem fizyologicznej czynności i embryologicznego rozwoju układy drugorzędne w układzie nerwowym nie posiadają identycznej wrażliwości na czynniki chorobotwórcze [toksyny np.] jak różnem odznaczają się oddziaływaniem na działanie danego alkaloidu [strychnina, pilokarpina, atropina itp.]. N. więc sądzi, że teoria systemowa nie jest wcale zasadniczo sprzeczną z teorią infekcyjno-zapalną. [Autoreferat].

FLATAU zaznacza w odpowiedzi kol. RZECZNIOWSKIEMU, że właśnie CHARCOT kładł nacisk na pierwotne zmiany w komórkach nerwowych. Widział on również zmiany śródmiażdżowe, lecz nie sądził aby one warunkowały powstawanie poliomyelitidis. Przypadek ROGER-DAMASCHINO należy w rzeczy samej do przypadków świeżych. Jakkolwiek ci badacze wykryli w nim zmiany zapalno-naczyniowe nie wyciągnęli jednak odpowiedniego wniosku, że zmiany te stanowią jądro całej sprawy chorobowej. Przypadki chorób skombinowanych układowych bynajmniej nie dowodzą, jakoby układy te chorzały pierwotnie. Choroby te właśnie zaliczyć należy do chorób zapalnych rdzenia (myelitides) nie zaś do chorób układowych.

W odpowiedzi SEKRETARZOWI STAŁEMU FLATAU zaznacza, że bynajmniej nie przeczy temu, że w większości przypadków jesteśmy w stanie odróżnić zmiany syfilityczne od zmian gruźliczych. Prelegentowi chodziło jedynie o wykazanie, że dwie te formy odróż-

niać jedynie możemy na podstawie całokształtu zmian odnośnych w rdzeniu, że nie istnieje ani jednej cechy, specjalnie charakteryzującej daną postać. Co się zaś tyczy nazwy proponowanej—porażenie uciskowe rdzenia, to prelegent, proponując ją miał na względzie stronę kliniczną sprawy.

BRODOWSKI odpowiada, że kiedy chodzi o nazwę zmiany anatomicznej, to tak dla anatomo-patologa, jak również i dla klinicysty obowiązują względy tylko anatomiczne, stronę zaś kliniczną w tych razach kierować się nie można.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes *H. Nusbaum.*

Sekretarz *L. Dydyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 4 Czerwca 1901 r.

Przewodniczący Wice-Prezes **H. Nusbaum.**

Obecnych członków 38 i gości 3.

T r e ś ć: ZABOROWSKI St.—Przedstawienie ciała obcego, wydobytego z jamy brzusznej.

FABIAN A.—„O kilku nowszych metodach badania w psychiatrii“.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Przewodniczący powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów BORNSTEINA, Teodora ŁAPIŃSKIEGO i KODIS'a z Ameryki.

III. ZABOROWSKI przedstawił chorą W. J. lat 24, służącą, która w ostatnich dniach zeszłego roku zapisała się na oddział, twierdząc, że przed dwoma dniami, siadając na łóżku nadziała się na zatknięte w materacu pióro. Pióro, według opowiadania chorej, dostało się przez cewkę do pęcherza. Zatknięta w materacu stalówka i metalowa obsada pozostały na zewnątrz, a drewniany trzonek utonął w pęcherzu. Pomimo bardzo starannego badania wnętrza i okolic pęcherza [chorą cystoskopowano], prócz cięży w 3-im miesiącu i nieznacznego podrażnienia błony śluzowej pę-

cherza, nie znaleziono nic wobec czego chorą po paru dniach w ciągu których stan jej pozostawał wciąż dobrym, wypisano.

W pierwszych dniach Czerwca chora ta prawidłowo urodziła zdrowe i donoszone dziecko. Już przed rozwiązaniem w czasie trwania porodu zauważono, że obok macicy po prawej stronie leży długie, cienkie ciało, opierające się jednym końcem o ścianę brzucha. Na razie jednak nie przedsiębrano nic i dopiero w tydzień po rozwiązaniu W. jako położnicę przepisano na oddział chirurgiczny D-ra SAWICKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Znaleziono wówczas na trzy palce poniżej pępka wyraźną wypukłość unoszącą ścianę brzucha, pokrytą skórą zaczerwienioną i otoczoną dokoła dość twardem nacieczeniem. Przy wymacywaniu w samym środku wypukłości, wyczuwało się wyraźnie ciało twarde stanowiące szczyt wypukłości. Macica prawidłowo skurczona wielkości pięści, wyczuwa się dokładnie tylko od góry i z lewego boku. Prawy bok tonie w nacieczeniu, które szerokim rękawem przechodzi w otoczenie ciała obcego również nacieczone i bolesne. Chora nie gorączkuje, wydzielina połogowa prawidłowa. Cięciem długiem na 4 ctm. uprzystępniono ciało obce na samym wierzchołku wypuklenia obok pępka i szczypcami wydobyło drewnianą obsadkę od pióra, grubości 7 mmm, długości 18 ctm. Dolny koniec pokryty był kałem, pochodzącym z grubych kiszek, i nieznaczną ilością ropy. Już nazajutrz po zabiegu kału w ropie wydzielającej się z rany nie znaleziono. Chora ma się dobrze.

[Autoreferat].

IV. FABIAN mówił: „O kilku nowszych metodach badania w psychiatrii“. Po krótkim wstępie, w którym mówca zaznaczył niezwykle szybki rozwój nowoczesnej psychologii, oraz wskazawszy jako punkt wyliczeniowy, że postęp ten psychologia zawdzięcza przedewszystkiem *zmianie metody badania*, gdyż kiedyś opierała się niemal jedynie na tak zwanej obserwacji wewnętrznej, gdy tymczasem we współczesnej szkole psychologicznej oparto się na metodzie spostrzegawczej i doświadczalnej, a więc przyrodniczej, uwydatnił olbrzymi wpływ prac WUNDT'a nad psychologią fizyologiczną. Pod wpływem tego badacza i jego uczniów, dawne aprioryczne, intuicyjne wnioskowanie w psychologii ustępuje zwolna miejsca indukcyjnemu badaniu i wnioskowaniu analitycznemu. Rozbito dawniejsze ogólne, sumaryczne t. zw. władze duszy, na szczegółowe, proste pierwiastki, stworzono naukę o „pierwotnych prostych zjawiskach psychicznych“ i poczęto badać powstawanie tych prostych zjawisk, warunki ich przebiegu i zmian rozlicznych pod wpływem bodźców przeróżnych. Wprawdzie WUNDT'owska tak nazwana apercepcyjna psychologia, dziś przeważnie pod wpływem MÜNSTERBERG'a,

1 psychologów duńskich, zamienia się już powoli na skojarzeniową asocjacyjną, ale obie szkoły są jednakowo doświadczeniemi psychologicznymi.

W badaniu tak zmienionem w poszukiwaniach analitycznych zaczęto też coraz więcej i coraz częściej oprócz prostej obserwacji posługiwać się odpowiednimi przyrządami, częstokroć precyzyjnymi, a niemal zawsze samopiszącymi, szukając w metodzie graficznej uwydatnienia przedewszystkiem rozlicznych ruchów, jako zewnętrznego wyrazu spraw duchowych.

Wyniki badań psychologicznych również jak i sama zmieniona metoda badania wywarły wpływ olbrzymi na pokrewne dziedziny nauk. Przedewszystkiem też w nowoczesnej pedagogice znalazły oddźwięk szeroki. Metodyczne psychometryczne badania nad znużeniem uczniów, wytrwałością w pracy itp. stały się przedmiotem rozległych prac pedagogicznych we wszystkich krajach.

Przeniesienie samych sposobów badań rzeczowych do kliniki psychiatrycznej napotkało i napotyka na przeszkody ogromne, przedewszystkiem z powodu samego materiału badanego. W badaniach doświadczalno-psychologicznych dobrowolny i rozumny udział samego osobnika badanego jest zawsze ważny i pożądaný, a częstokroć wprost niezbędny. Otóż takiego udziału od wielu chorych [obłąkanych] osiągnąć nie podobna. Dla tego pole zastosowań metod psychologicznych w klinice psychiatrycznej jest dość ograniczone i samo ich wykonanie wielce utrudnione. Wszakże głównie dzięki usiłowaniom KRAEPELIN'a, PANTOPIDAN'a i SOMMER'a sprawa ta rażno posuwa się naprzód.

Dalej prelegent przedstawił wyniki badań prof. LEHMANN'a z Kopenhagi dokonanych przy pomocy stosowania współcześnie sygmo i pletysmografu do kreślenia społecznego tętna i objętości kończyny pod wpływem rozlicznych bodźców zmysłowych i umysłowych, oraz hypnozy i środków odurzających, mianowicie tlenku etylu, przyczem przedstawił atlas złożony z 68 tablic cynkotypowych wydany przez tegoż LEHMAN'a.

Wreszcie prelegent opisał szczegółowo i objaśnił na dużych rysunkach przyrządy prof SOMMER'a z Giessen, mianowicie jego t. z. multiplikator samopiszący do badania odruchów kolanowych, przyrząd do badań rozszerzalności oraz szybkości rozszerzenia i zwężenia źrenicy, tudzież dwa przyrządy do badania drobnych ruchów mięśniowych ręki i nogi celem uwydatnienia „fizyognomii z niego” jak je SOMMER zowie, znaczenia tych ruchów w ogólnym zewnętrznym wyrazie stanów psychicznych.

Prelegent przyrzekł w oddzielnym odczycie przedstawić metody i wynik badań nad pismem zdrowych i obłąkanych, nad siłą mięśniową przy pomocy ergografu, tudzież szczegółowe poszukiwania nad pamięcią, wolą, skojarzeniami i wogóle poszczególnymi dziedzinami inteligencji według zasadniczego schematu RIEGER'a, KRAEPELIN'a i ZIEHEN'a. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie ukończono.

Wice-Prezes *H. Nusbaum.*

Sekretarz *L. Dydyński.*

OGŁOSZENIA.

Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet członków tejże Kasy. W tym celu do zeszytu niniejszego dołącza blankiet na odpowiednią deklarację. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszków Kasy, da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nie tylko wdów i sierot, lecz niestety i samych lekarzy złożonych chorobą i niebędących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem. Sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a bardzo być może, że z czasem, w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszków, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 6 Lipca 1901 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez d-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

a) **N o w e t e m a t y:**

1. Oznaczenie osmotycznego ciśnienia krwi i moczu (kryoskopia) u ludzi zdrowych i w rozmaitych warunkach patologicznych.
2. Badania doświadczalne i kliniczne nad zakrzepami żylnymi po chorobach zakaźnych.
3. Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoły i komórki śluzowe?
4. Krytyczno-doświadczalny rozbiór wyników, otrzymanych przez Biernackiego nad sedymentacją krwi i patognomonizmem jej znaczeniu.
5. Badania bakteryologiczne pyłu, pokrywającego rozmaite przedmioty i sprzęty w salach szpitalnych.
6. Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteryologicznego.
7. Flzyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą, specjalnie gruźlicą płuc.

b) **T e m a t y p o z o s t a w i o n e n a r o k n a s t ę p n y z p o p r z e d n i e g o k o n k u r s u:**

8. Badania kliniczne i doświadczalne nad dezynfekcją przewodu pokarmowego. (Badanie może dotyczyć środków nowych lub dotychczas niepróbowanych).
9. Badania doświadczalne nad wycinaniem płuc (*Pneumectomy*).
10. Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (*cystitis*).

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1902 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza się nagroda rub. 300. Takich nagród wakuje obecnie dwie. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopismach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zabezpieczonych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu imienia D-ra ADAMA HELBICHA:

1. Udział lekarzy polskich w postępie medycyny drugiej połowy wieku bieżącego.
2. Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach wskutek nieszczęśliwych wypadków.
3. Czy istnieją odrębności w przebiegu i etyologii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju?
4. *Pharmacopoea pauperum* w szerokiem rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych.
5. Anatomia patologiczna i etyologia szaukra miękkiego.
6. Unerwienie i refleksy jamy noso-gardzielowej.
7. Anatomia patologiczna i etyologia dysenterii.
8. Anatomia patologiczna i etyologia *enteritidis follicularis*.
9. Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żołądka.
10. Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu.
11. Zbadać własności odkazające formaliny.

12. Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie, na podstawie własnego doświadczenia.

Termin do złożenia rozpraw oznaczony został trzechletni, to jest do dnia 19 Października roku 1902. Nagród konkursowych na powyższy okres konkursowy oznaczono trzy, za 3 prace uznane za najlepsze z pomiędzy nadesłanych. Pierwsza nagroda wynosić będzie Rb. 450, druga Rb. 300 i trzecia Rb. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwiecznionych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 240, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1901 r. do 31-go Grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu Stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia d-ra med. i chir. LEONA KONITZA przyznana zostanie przez Towarzystwo w d. 15 października 1902 roku, jako w rocznicę zgonu d-ra KONITZA, nagroda pieniężna, odpowiednio do wartości naukowej prac: albo w kwocie Rub. 570, złożonej z 2 nagród: jednej, pozostałej z poprzedniego konkursu, i drugiej przypadającej na bieżący trzechletni okres konkursowy, albo też przyznane będą dwie nagrody, każda po Rub. 285, za najlepsze prace oryginalne, w języku polskim, poświęcone li tylko chorobom kobiecym lub akuszerii, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 2 Kwietnia 1899 roku do dnia 31 Marca 1902 roku.

Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiarkowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1902 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopismach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7) lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia KONITZA.

Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieczniona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1902 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia r. 1900 do dnia 31 marca 1902 roku, bądź też w rękopiśmie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1902 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rub. 200. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopismach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

Kraków w Styczniu 1901.

Z początkiem bieżącego roku powstaje w Londynie wydawnictwo międzynarodowe „Katalogu bieżącej literatury naukowej“. Wydawnictwo to, wszczęte przez „Royal Society“ Londyńską zorganizowane pod patronatem rządów wszystkich Państw cywilizowanych, ma objąć Bibliografię prac naukowych wszystkich krajów i narodów.

Akademia Umiejętności w Krakowie pragnąc, aby i polskie piśmiennictwo naukowe zostało objęte przez to wyjątkowej doniosłości przedsięwzięcie, zorganizowała na Wydziale swoim Matematyczno-Przyrodniczym, osobną „Komisję Bibliograficzną“, której zadaniem będzie opracowywanie „Katalogu Literatury Naukowej Polskiej“, w zakresie i według zasad Katalogu Międzynarodowego.

By jednakże praca ta odpowiadała celowi i informowała świat uczony międzynarodowy o rzeczywistym rozwoju literatury naukowej polskiej, czynności Komisji winnyby się spotkać z życzliwym współudziałem społeczeństwa, a przede wszystkim z poparciem Autorów, Redaktorów i Wydawców.

Zadaniem „Katalogu Literatury Naukowej Polskiej“ będzie podawanie dokładnych szczegółów bibliograficznych o każdej pracy z zakresu nauk matematycznych i przyrodniczych, czy się ona pojawi w czasopiśmie, czy też jako dzieło osobno wydane. Komisya Bibliograficzna, pragnąc osiągnąć możliwą zupełność, zwraca się z usilną prośbą do wszystkich Autorów, Redaktorów i Wydawców, zarówno pism peryodycznych jak i dzieł osobnych, aby prace, ukazujące się w druku za ich staraniem, zechcieli jej przysłać, pod adresem: **Akademia Umiejętności w Krakowie, Komisya Bibliograficzna.**

Przewodniczący Komisji: **Władysław Natanson**, sekretarz: **Tadeusz Estreicher.**

„GŁOS“

Najtańszy Tygodnik Naukowo-Literacki
Społeczny i polityczny.

Zadaniem pisma jest: 1-sze Omawianie ze stanowiska niezależnego spraw bieżących, aktualnych; 2-ie Podnoszenie umysłowej i etycznej kultury społeczeństwa. „Głos“ zamieszcza: 1) Artykuły wstępne, przeglądy, kroniki i korespondencje w sprawach bieżących, społecznych i ekonomicznych, politycznych i literackich; 2) Powieści, nowele i poezje; 3)

„Przegląd Naukowy i Etyczny,”

który zawiera: 1) Artykuły ogólne w kwestjach naukowych, filozoficznych społecznych wychowawczych; 2) Artykuły w sprawach etycznych, sprawozdania o ruchu etycznym zagranicą; 3) Przeglądy i kroniki współczesnego ruchu naukowego; 4) Artykuły poświęcone sprawom samokształcenia.

Co miesiąc Dodatek Bezpłatny

W Dodatkach miesięcznych pomieszczane są: 1) Rozprawy, dotyczące zagadnień doby bieżącej; 2) Streszczenia nowych większych dzieł wybitnej wartości.

Prenumerata: W Warszawie rocznie rb. 7, kwartalnie rb. 1. kop 75, miesięcznie kop. 60. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 9, kwartalnie rb. 2 kop. 25.

Adres: Warszawa, Żłota 26.

Numer okazowy na żądanie bezpłatnie franco.

WYDAWNICTWA „GŁOSU“.

Belot i Gide: Miłosierdzie, sprawiedliwość i dobór naturalny 30 kop.
Ferrero: Czynniki postępu moralnego 30 kop.; *Münsterberg:* Nauka w stęku do życia i sztuki 30 kop.; *Cunow:* Chiny, rozwój społeczny i ekonomiczny 20 kop.

Ribot: o wyobraźni twórczej.

Do nabycia w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem
(Niecała Nr. 7)

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

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

Cena kop. 75 (za każdy rok oddzielnie).

GAZETA LEKARSKA,

PISMO TYGODNIOWE,

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej,

wychodzi w r. 1901, a 36-ym od założenia Gazety,

według tegoż samego programu, co i dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty:

w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3 kop. 50,
z przesyłką pocztową i zagranicą rocz. rub. 8, półr. rub. 4.

Redaktor odpowiadz.: Dr. Wł. Gajkiewicz (*Marszałkow. 115*).

Wydawca Dr. J. Pruszyński (*Hoża Nr. 50*).

GAZETA BOTKINA

wychodzi raz na tydzień w objętości 2 $\frac{1}{2}$ —3 arkuszy

pod redakcją

prof. M. M. Wołkowa i prof. Dr. N. J. Ketzera.

ROK 12.

Od roku 1897 powiększyliśmy objętość i rozszerzyliśmy program gazety, tak że stoi ona na wysokości zagranicznych wydawnictw lekarskich. Od roku 1901 wprowadzamy nowy dział. „Sprawy szpitalne i społeczno i higieniczne w Rosyi i zagranicą“. W kronice umieszczać będziemy bieżące fakty z życia lekarskiego w Rosyi i zagranicą. Gazeta więc w roku 1901 zawierać będzie następujące działy: 1) Artykuły oryginalne dotyczące się wszystkich gałęzi medycyny i pokrewnych jej nauk; 2) Sprawy szpitalne i społeczno-hygieniczne; 3) Referaty i przeglądy prac rosyjskich i zagranicznych; 4) Korespondencje; 5) Sprawozdania z posiedzeń szpitalnych, Towarzystw lekarskich; Zjazdów, z rozpraw Akademii Wojennej lekarskiej i wydziałów lekarskich w Rosyi. Gazeta drukuje oficjalne protokoły posiedzeń Towarzystwa lekarzy rosyjskich i Towarzystwa lekarzy chorób dziecięcych w Petersburgu; 6) Krytyka i bibliografia; 7) Przegląd spraw bieżących.

PRENUMERATA WYNOŚI:

Na rok z przesyłką 8 rb.

„ 1 $\frac{1}{2}$ roku „ 4 rb. 50 kop.

Prenumeratę nadsyłać należy do księgarni N. Feny i C^o (Petersburg, Newski prospekt 90).