

JULJAN NOWICKI

WILNO, UL. WIELKA 24 (róg)

TELEFON Nr. 292.

UBRANIA CYWILNE I WOJSKOWE. OZDOBY WOJSKOWE.
ARTYKUŁY PODRÓŻY.

FABRYKA I SKLEP

NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

i aparatów ortopedycznych

ostrzenie nożyków do golenia „GILLETTE”

D. BANCEWICZ

DAWN. „POKK”

Wilno, ul. Dominikańska 7.

LABORATORJUM

D-RÓW

A. Safarewicz

i

Z. Jakubowskiego

WILNO,

ulica Portowa 14, m. 3.

„Optyk Rubin” Wilno

Dominikańska Nr. 17.

Najstarsza firma w kraju, egzystuje od
1840 roku.

Środek przeciwgruźliczy **ANGIOLYMPHA** D-ra Rous (Paryż).

Wypróbowany z doskonałym wynikiem we wszelkich postaciach gruźlicy, przez kliniki polskie, francuskie i wiedeńskie (Klinika prof. d-ra Ortner'a) Angiolimpha stosowana w formie wstrzykiwań wśródmięśniowych (glutealnych) działa zupełnie bez reakcji miejscowej i ogólnej wprost zbawiennie tak w gruźlicy płuc, jak gruczolów, dalej we wszystkich postaciach gruźlicy chirurgicznej, w wysiękach opłucnowych jako też gruźlicy krtani. Angiolimpha nadaje się wyjątkowo do łagodnego przeprowadzania leczenia wszelkich przypadków gruźlicy dzieci. Angiolymphę stosują od dłuższego czasu z bardzo dobrym wynikiem omal wszyscy specjaliści, jako też kliniki, sanatoria, szpitale i kasy chorych w Polsce. Literatura Polska: Dr. Praschil (Lwów) Gazeta Lekarska № 30 (1924 r.) Dr. Walkowski (Poznań) Nowiny Lekarskie № 6 z 1925 r.

Główny skład na Polskę **PIOTR MIKOŁASCH i S-KA** we Lwowie.

Do nabycia we wszystkich aptekach w kraju. Dla kas chorych i szpitali opakowanie tańsze t. zw. „Szpitalne”.

PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

MIESIĘCZNIK

ROK II — 1926

ZESZYT I

STYCZEŃ — LUTY.

WILNO,

NAKŁADEM WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

TOW. WYD. „POGOŃ”, Drukarnia „PAX”, ZAUL. ŚW. IGNACEGO 5.

M O W A

Prezesa Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

Prof. D-ra KAZIMIERZA OPOCZYŃSKIEGO

wyłoszona przy otwarciu Uroczystego Posiedzenia Towarzystwa dn. 13/12 1925 r.

Otwierając posiedzenie, mam zaszczyt powitać zebranych gości i członków Towarzystwa i wyrazić Im wdzięczność za to, że obecnością swoją uświetnili obchód rocznicy założenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Niech mi wolno będzie powitać obecnych w murach naszych Przedstawicieli Władz Najjaśniejszej Rzeczypospolitej, J. E. Pana Wojewodę, J. M. Pana Rektora Uniwersytetu Stefana Batorego, J. E. Pana Przedstawiciela Władz Wojskowych oraz Przedstawicieli Towarzystw i Stowarzyszeń Lekarskich i Społecznych, i wszystkich Czcigodnych Gości, którzy zdaleka przybyli, aby razem z nami spędzić ten dzień znamieny i pamiętny dla Towarzystwa Lekarskiego.

Sto dwadzieścia lat minęło od dnia, kiedy grono lekarzy Wileńskich z inicjatywy Józefa Franka założyło Towarzystwo Lekarskie i rozpoczęło pracę naukową, tem wydajniejszą, że zbiorową, że natchnioną geniuszem Jędrzeja Śniadeckiego i popartą udziałem najwybitniejszych w kraju lekarzy i profesorów Wszechnicy Wileńskiej. Praca tych znakomitych mężów miała tak wielkie znaczenie, że tradycją swoją podtrzymywała przez całe 120 lat istnienie Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, służyła dla niego drogowskazem i natchnieniem nawet w tych nadmiernie ciężkich chwilach, kiedy wszelkie poczynania gaszone były przez niesłuchanie trudne warunki, przez niewypowiedziane przeszkody, które stawiano wszelkim ideałom, wszelkim myślom wolnym, nawet wszelkim przejawom uczciwości i poczucia narodowego. Tradycjami z tych odległych czasów żyjemy i my, lekarze Wileńscy obecni, i z najgłębszą wdzięcznością wspominamy tych wielkich poprzedników naszych, którzy nam drogę, po której stąpamy, utorowali.

Nie z chęci wynoszenia się Wileńskie Towarzystwo Lekarskie święci rocznicę swego 120-letniego istnienia, nie z samochwalstwa i nie dla reklamy. Cel naszego uroczystego posiedzenia jubileuszowego leży w dążeniu do oddania hołdu TYM, którzy rozpoczęli to wielkie przekazane nam dzieło, TYM, którzy pracą swą mrówczą, codzienną, dokładając cegiełkę do cegiełki, rozbudowywali to dzieło; TYM, którzy w ciężkich chwilach, które Towarzystwo przeżywało, przetrwali, przechowując te skarby bezcenne, jako pomniki wielkiej przeszłości; TYM, którzy pracą swoją, dociekaniem w dziedzinie wiedzy lekarskiej, rozszerzali zakres poznania; TYM, którzy w codziennej pracy swojej lekarskiej, przynosząc ko-

rzyść cierpiącej ludzkości, wykazywali te cnoty, które wypływają z prawdziwego umiłowania bliźnich; TYM wreszcie, przebywającym wśród nas najstarszym kolegą naszym, którzy, wysoko i mocno dzierżąc sztandar Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, kroczyli na spotkanie nas, ludzi nowych, którzyśmy nadejść mieli i którzyśmy dostąpili zaszczytu współdziałania w pracy, zapoczątkowanej przez Franków i Śniadeckich. Koledzy ci są tymi, którzy wiążą przeszłość z teraźniejszością. Za ich pracę, za to że wytrwali na posterunku, że przechowali przekazane im pamiątki i tradycje, CZEŚĆ IM!

Próżnobył się silił w krótkim przemówieniu podać nawet najważniejsze etapy rozwoju Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego historia wyłożona została w monografii wielce zasłużonego członka Towarzystwa, Doktora Władysława Zahorskiego. Jakąkolwiek ze stron tego dzieła roztworzymy, przekonamy się, że praca w najrozmaitszych okresach historycznych Towarzystwa, pomna zadań, które sobie członkowie stowarzyszenia postawili, była pożyteczna i stała na wysokości nauki lekarskiej. Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, założone przeważnie przez lekarzy Polaków, miało od początku swojego istnienia charakter stowarzyszenia polskiego, co jest zupełnie naturalne, jako instytucja znajdująca się w Wilnie, w tym mieście, które w walce o polskie swe prawa tyle przewalczyło, tyle przeboleło. I być może, że właśnie dlatego Wileńskie Towarzystwo Lekarskie nie było terenem narodowościowych waśni. Stąd wśród czynnych członków swoich miało wybitnych przedstawicieli innych narodowości, Rosjan i Żydów, którzy dla dobra nauki i rozwoju Towarzystwa pracowali. I w czasach strasznej reakcji, kiedy myśl polska duszona była przez rząd wrogi, kiedy posiedzenia naukowe odbywały się w obcym języku, kiedy ścierały się dwie zupełnie odmienne kultury, zapatrywania, dążenia, światopoglądy, kiedy z takiego współżycia musiały powstawać tarcia i zgrzyty, jednak zgrzyty te nie wytworzyły głębokich szczerb, bo przed wszystkimi działaczami ówczesnymi, jak gwiazda przewodnia, stał cel — dążenie do ogólnego dobra przez pracę i wiedzę.

Ta siła duchowa, zaszczerpiona Towarzystwu przez jego założycieli, to umiłowanie tradycji, to dążenie społeczeństwa lekarskiego Wileńskiego do sprostania najwyższym celom zawodu lekarskiego, było dźwignią, która pobudzała do pracy najwznioślejszej, bo do pracy ideowej. Siła tradycji i ciągłość pracy, ciągłość pracy stowudziestoletnia, są najgłówniejszymi podstawami trwałości Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego. Ciągłość pracy, przekazywanie jej z pokolenia w pokolenie, wytworzyła w naszym Towarzystwie pewien arystokratyzm ducha, tak samo zresztą, jak umiłowanie tradycji rodowej i ciągłość celów zmieniających się pokoleń stwarza arystokratyzm rodowy. I mocne jest Wileńskie Towarzystwo Lekarskie tą siłą, którą daje tradycja; z niej czerpać możemy, jak z nieprzebranej skarbnicy, bogactwo ducha, które przekazali nam nasi poprzednicy. Wielka jest bowiem siła wspomnień czynów dokonanych, wysiłków wspólnych, skierowanych ku dojściu do wytkniętego celu.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, żyjąc tradycjami, i wskutek tego zdając sobie sprawę z doniosłego znaczenia, jakie ma przekazywanie tradycji następnym

pokoleniom, dbając o tę przyszłość, a jednocześnie chcąc uwiecznić imiona tych najwybitniejszych mężów, którzy na terenie Wileńszczyzny i całej Rzeczypospolitej zasłużyli się, pracując na polu naukowym, czy też pracą swoją dopomagali rozwojowi Towarzystwa, na posiedzeniu walnem, odbytem 9-go grudnia, jednogłośnie uchwaliło zaprosić w poczet Członków swoich Honorowych następujących Panów:

Profesora Antoniego Gluzińskiego z Warszawy	
Doktora Edwarda Flataua	"
Dyrektora Stefana Dembego	"
Doktora Kazimierza Dłuskiego	"
Profesora Franciszka Krzyształowicza	"
Doktora Stanisława Michalskiego	"
Profesora Kazimierza Noiszewskiego	"
Docenta Henryka Nusbauma	"
Doktora Arkadiusza Puławskiego	"
Docenta Rafała Radziwiłłowicza	"
Profesora Bronisława Sawickiego	"
Doktora Jakuba Sz wajcera	"
Profesora Tadeusza Browicza	z Krakowa
Doktora Maksymiljana Blasberga	"
Profesora Emila Godlewskiego	"
Profesora Kazimierza Kostaneckiego	"
Profesora Karola Kleckiego	"
Profesora Kazimierza Majewskiego	"
Profesora Witolda Orłowskiego	"
Profesora Aleksandra Rosnera	"
Profesora Juliana Talko Hryniewiczza	"
Profesora Witolda Nowickiego	ze Lwowa
Profesora Włodzimierza Sieradzkiego	"
Profesora Władysława Szymonowicza	"
Generała D-ra Ignacego Zielińskiego	"
Doktora Stanisława Łazarewicza	z Poznania
Profesora Pawła Gantkowskiego	"
Doktora Leona Pinesa	z Białegostoku
Doktora Aleksandra Macieszę	z Płocka
Doktora Karola Rożkowskiego	z Częstochowy
Generała Aleksandra Antonowicza	z Wilna
Doktora Władysława Bujalskiego	"
Doktora Ludwika Czarkowskiego	"
Doktora Tadeusza Dembowskiego	"
Doktora Grzegorza Gierszuna	"
Profesora Aleksandra Januszkiewiczza	"
Doktora Michała Minkiewiczza	"
Doktora Jana Michniewiczza	"

Profesora Alfonsa Parczewskiego	„
Doktora Cemacha Szabada	„
Doktora Witolda Węśławskiego	„
Doktora Abrahama Wirszubskiego	„
Doktora Władysława Zahorskiego	„

W imieniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego mam zaszczyt zwrócić się do W.W. P.P. Członków Honorowych z prośbą o przyjęcie tego najwyższego odznaczenia, na jakie stać Towarzystwo. Jestem najgłębiej przekonany, że Imiona Wasze, Czcigodni Panowie, zapisane do Księgi Złotej, rzucą splendor na Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, a dla pokoleń, które po nas przyjdą, będą tem, czem są dla nas Imiona tych Wielkich Ludzi, których pamięci dziś w uroczystem posiedzeniu jubileuszowem hołd i cześć oddajemy.

Jubileusz Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

(*Krótki rys dziejów Towarzystwa od r. 1805—1925 wł. odczytany przez D-ra K. Czarkowskiego na jubileuszowym zebraniu członków T-wa i gości d. 13.XII 1925 r.**).

W dniu 25 grudnia r. b. upływa 120 lat od chwili, gdy grono profesorów Uniwersytetu Wileńskiego, lekarzy i aptekarzy założyło w Wilnie Towarzystwo lekarskie.

Przed przekształceniem w r. 1803 Szkoły Głównej Lilewskiej na Uniwersytet Wileński, medycyna na Litwie nie stała na wysokości zadania, a lekarze nie cieszyli się zaufaniem publiczności, ponieważ z małemi wziętkami, po uzyskaniu dyplomu, brali rozbrat z nauką, nie śledzili jej postępów i wpadali w rutynę.

Taki stan rzeczy uległ gruntownej zmianie z otwarciem w Wilnie Uniwersytetu. Zaproszeni na profesorów uczeni o głośnych w świecie naukowym imionach, jak Jędrzej Śniadecki, Jan i Józef Frankowie, Bojanus, Becu, i inni, stworzyli wileńską szkołę lekarską i wykształcili szereg zdolnych lekarzy i godnych siebie następców.

Józef Frank, objąwszy w Uniwersytecie Wileńskim katedrę patologii i zapoznawszy się z istniejącym stanem rzeczy, postanowił złemu zaradzić i z właściwą sobie energją wziął się do dzieła. Za najlepszy środek do zachęcenia lekarzy do pracy i samokształcenia Frank uważał utworzenie towarzystwa lekarskiego. Propozycja jego znalazła przychylne przyjęcie u grona profesorów, lekarzy i aptekarzy. Opracowano projekt ustawy, którą zatwierdził cesarz Aleksander.

I okres 1805 — 1831.

Pierwsze posiedzenie odbyło się w dniu 11/23 października 1805 r. w mieszkaniu Franka. Na tem posiedzeniu obrano na prezesa Jędrzeja Śniadeckiego, na wice prezesa prof. Lobenweina, zaś trudne obowiązki sekretarza wziął na siebie J. Frank.

W dniu 24 grudnia odbyło się uroczyste otwarcie towarzystwa w obecności znakomitszych obywateli i licznej publiczności.

*) Pierwsze trzy okresy niniejszego Krótkiego Rysu dziejów Wileńskiego T-wa Lekarskiego opracował Dr. Władysław Zahorski, IV-ty i V-ty Dr. Ludwik Czarkowski zaś lata 1915 — 1920, czasy okupacji niemieckiej i bolszewickiej Dr. Abraham Wirszubski.

Towarzystwo, mając w swem gronie sławnych profesorów, rozwijało się znakomicie, przeżyło Uniwersytet, który dał mu początek, przeżyło Akademię Medyko-Chirurg., przeżyło wiele ciężkich chwil razem ze społeczeństwem, którego było krwią z krwi i kością z kości, i doczekało się 120-letniego jubileuszu w odzyskanej ojczyźnie, w wyzwolonym Wilnie i znowu stało się jakby częścią Uniwersytetu Stefana Batorego.

Zewnętrzne warunki oraz skład członków Towarzystwa w znacznej mierze wptywały na owocność jego działalności, te też miało ono okresy rozkwitu, a także okresy zastoju i martwoży.

Najświetniejszym w życiu Wileńsk. Towarzystwa Lekarskiego był czas do r. 1831, t. j. czas istnienia Uniwersytetu w Wilnie. W tym okresie odbyło Towarzystwo 226 posiedzeń, na których członkowie wygłaszali referaty naukowe, komunikowali spostrzeżenia z praktyki szpitalnej i prywatnej, demonstrowali chorych i preparaty anatomo-patologiczne. O każdej zdobyczy medycyny, o każdej znakomitszej książce zdawano szczegółową sprawę.

Od początku swego istnienia do r. 1831 T-wo miało 306 członków, w tem miejscowych 80, korespondentów w cesarstwie 103 i zagranicą 123. W liczbie tych ostatnich byli uczeni o wszechświatowej sławie, jak Jenner, Scarpa, Hufeland, Reil, Pinel i wielu innych. Biblioteka T-wa w końcu tego okresu liczyła 979 tomów.

Ponieważ w owym czasie nie było polskich czasopism lekarskich, przeto członkowie T-wa drukowali swe prace w miejscowych gazetach i w specjalnych pismach zagranicznych. Jednocześnie T-wo prenumerowało 7 czasopism lekarskich, francuskich, niemieckich i angielskich.

Jednak, wobec wciąż wzrastającego materiału naukowego, na który składały się prace, referaty i spostrzeżenia członków, T-wo postanowiło mieć własny organ. Jakoż w r. 1818 opuścił prasę tom I-szy „*Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego*” w którym umieścili swe prace: Śniadecki, Frank, Lobenwein, Niskowski, Homolicki, Mik, Mianowski i inni. W r. 1821 wyszedł tom 2-gi również pod względem treści bogaty. Wkrótce potem zaczął wychodzić „*Pamiętnik Farmaceutyczny*”, wydawany przez nowoutworzony wydział farmaceutyczny T-wa Lekarskiego, a potem „*Dziennik Medycyny, Chirurgji i Farmacji*”.

W tym pierwszym okresie T-wo Lekarskie nie miało zasłużyć się swemu społeczeństwu. Nie było ani jednej klęski, ani jednej epidemji, żeby członkowie T-wa z zupełnem poświęceniem i zaparciem się nie służyli Ojczyźnie i nie nieśli bezinteresownej pomocy i pociechy cierpiącej ludności, często z narażeniem własnego życia, lub wolności. Dość wspomnieć rok 1812, powstanie 31-go r., oraz epidemje duru, cholery i inne.

Towarzystwo zapoczątkowało badania krajowych bogactw przyrodzonych, flory, źródeł mineralnych w Birsztanach, Druskienikach i Stokliszkach, dało początek badaniom statystyczno-naukowym, warunków zdrowotnych i t. d. Za pomocą prasy i żywego słowa szerzyło zdrowe pojęcia o higijenie i medycynie. W sprawach dotyczących zdrowotności miasta, szpitalnictwa, higjeny szkolnej i t. d. Towarzystwo Lekarskie zawsze udzielało rad i wskazówek i nigdy nie odmawiało

czynnej pomocy. Jedną z wielkich zasług T-wa było rozpowszechnienie szczepienia ospy ochronnej, głównie dzięki niezmordowanej pracy Becu, Lobenweina, i Franka, który założył w Wilnie *Instytut Wakcynacji*.

Zasłużyło się Towarzystwo i nauce przez obalenie teorii Browna oraz Broussais, które tyle szkody ludzkości wyrządziły. Przyczyniło się ono także do wzbogacenia polskiej specjalnej terminologii lekarskiej i chemicznej, przeważnie dzięki pracom Śniadeckiego — słowem przez cały czas swego istnienia T-wo lekarskie wileńskie pozostawało wiernem hasłu służenia nauce i społeczeństwu swemu, zawsze niosło przed sobą sztandar etyki lekarskiej i troskliwie strzegło honoru swych członków. Również nie mogły mieć miejsca próby użycia jego imienia dla celów osobistych, lub reklamy. W dziejach Towarzystwa próżno byśmy szukali jakichś spraw, nie mających związku z zadaniem jego. Dużo przeszkód spotykało ono na drodze swej działalności, często musiało staczać walkę z przesadami i ciemnotą części ludności. Nie posiadając własnego lokalu, Towarzystwo niejednokrotnie musiało przenosić swą bibliotekę i zbiory z niejsca na miejsce, a posiedzenia odbywać albo w jednej z sal Uniwersytetu, albo w teatrze anatomicznym. Doznawało również przykrości i przeszkód ze strony administracji, nieprzyjaźnie dla tej polskiej instytucji usposobionej.

Gdy w r. 1807 wojenny gubernator Wileński Rimsz-Korsakow zamierzał urządzić w samym środku miasta kilka szpitali dla chorych żołnierzy, T-wo Lekarskie uważało za swój obowiązek wystąpić przeciwko temu projektowi, wykazując niebezpieczeństwo takich szpitali dla ludności miasta. W odpowiedzi na to Korsakow w sposób brutalny zwymyślał prezesa T-wa Śniadeckiego i zagroził mu wygnaniem na Sybir. Szpitale były otwarte i niestety przewidywanie i obawy T-wa sprawdziły się, gdyż szpitale stały się ogniskami okropnych epidemii duru wysypkowego i czerwonki.

Pamiętny w dziejach Wilna rok 1812-ty zaznaczył się w historii Towarzystwa Lekarskiego szeregiem czynów bohaterskich i poświęcenia w imię miłości bliźniego, cicho i skromnie spełnianych przez jego członków.

Dotkliwą stratę poniosło Towarzystwo w r. 1822 w osobie Józefa Franka, który na zawsze Wilno opuścił, nie mogąc pogodzić się z rządami nowego rektora Uniwersytetu Pelikana.

Gdy nadszedł rok 1831 i wybuchło powstanie, Towarzystwo nie mogło prawidłowo pracować i zmuszone było zawiesić swe posiedzenia na 9 miesięcy tembardziej, że liczba członków miejscowych znacznie się zmniejszyła, ponieważ wielu z nich, spłacając dług Ojczyźnie, zaciągnęło się do wojska polskiego.

Okres II-gi 1832 — 1863.

Chociaż z zamknięciem w Wilnie w r. 1831 Uniwersytetu Towarzystwo zostało pozbawione głównej swej podpory, ale w ciągu lat dziesięciu jeszcze posilkowało się bogatymi zbiorami z pierwszego okresu pozostałymi. Gdy jednak w r. 1842 zamknięto w Wilnie Akademię Medyko-Chirurg. i przeniesiono ją do Kijowa, jako wydział lekarski uniwersytetu św. Włodzimierza, gdy jednocześnie wywieziono z Wilna bibliotekę, zbiory i inne pomoce naukowe, a także gdy

wielu profesorów opuściło Wilno, słowem gdy kamień na kamieniu nie pozostał z instytucji Batorego, Towarzystwo Lekarskie znalazło się w położeniu krytycznem tembardziej, że zostało pozbawione stałego lokalu, musiało tułać się po cudzych kątach i nieraz nie wiedziało, gdzie odbędzie najbliższe posiedzenie. Biblioteka, wciąż przenoszona z miejsca na miejsce, była w pożalowania godnym stanie; nieoprawne cenne książki były roztrzęsione i poszarpane, sporo z nich zaginęło, lub znalazło się u bukinistów, od których trzeba było odbierać je przy pomocy policji. Na każdym kroku Towarzystwo spotykało się z niechęcią i szykanami ze strony administracji.

Zdawało się, że Towarzystwo upadnie, aby jedną więcej ruiną pokryć sławne z nauk, oświaty i cywilizacji Wilno. Uratował je od ostatecznej zagłady prof. A. F. Adamowicz, który zakrzętnął się energicznie około podniesienia zamierającego Towarzystwa; zwalczał apatię, jaka zaczęła się wkradać; urządził odczyty, pokazy; zachęcał do pracy.

Towarzystwo musiało zawiesić wydawnictwo „Dziennika Medycyny, Chirurgji i Farmacji”, ponieważ na drukowanie w języku polskim pozwolenia nie otrzymało, a gdy w r. 1837 chciało wznowić to wydawnictwo, minister oświecenia uznał je za zbędne.

A jednak pomimo tak nieprzyjaznych warunków Towarzystwo Lekarskie, chociaż anemiczne, nie tylko przeciągnęło dalszą egzystencję, ale w tym właśnie czasie urządziło gabinet anatomo-patologiczny, który w r. 1845 liczył 65 okazów i stale się wzbogacał, oraz gabinet farmaceutyczny i farmakologiczny, który po kilku latach miał 650 okazów; jednocześnie zakrzętnęło się około uporządkowania archiwum i biblioteki, w czem najbardziej się zasłużył Dr. Anicety Rejner, były lekarz wojsk polskich w 31-ym roku. Podczas epidemji czerwonki (1845 r.), ospy (1846) i cholery (1848) Towarzystwo, jak i dawniej, brało czynny udział w ich zwalczaniu.

Do zasług Towarzystwa należy uporządkowanie wydawania lekarstw z aptek, które było dotąd bardzo niedbałe.

Niezrażone kilkakrotnie spotykana ze strony rządu odmową T-wo nie zrzekło się zamiaru drukowania prac swoich członków i w tym celu znowu prosiło ministra o pozwolenie na wydawnictwo w języku polskim i rosyjskim, ale, gdy car Mikołaj I na podaniu własnoręcznie podpisał: „Na ruskim odnom”, Towarzystwo poradziło sobie w inny sposób.

Prof. Adamowicz zużytkował nagromadzony w archiwum Towarzystwa materiał i już w r. 1846 wydał w Wilnie I-szy i drugi tom p. t. „Postrzeżenia praktyczne najnowsze niektórych lekarzy, zebrane przez A. F. Adamowicza”. W roku 1852 wyszedł w Warszawie tom 2-gi i 3-ci, a w 1862 znowu w Wilnie t. 4-ty.

W roku 1853 Towarzystwo znowu pozostało bez przytułku, ponieważ z rozkazu generał-gubernatora musiało usunąć swe zbiory i bibliotekę z zajmowanej dotąd sali. Dopiero dzięki staraniom D-ra Wikszemskiego posiadało po półwiekowej tułaczce własny stały lokal, mianowicie byłe audytorjum farmakologiczne. W tym lokalu, chociaż ciasnym i niewygodnym, Towarzystwo Lekarskie prze-

trwało 70 lat, t. j. do r. 1924, kiedy prezes jego prof. A. Januszkiewicz wyjednał u Uniwersytetu Stefana Batorego odpowiednie dlań pomieszczenie.

W roku 1855 T-wo obchodziło uroczyste 50-lecie swego istnienia.

Ostatnią czynnością Towarzystwa w tym okresie było zbadanie parchów w Wilnie.

Ku końcowi tego okresu Towarzystwo miało 411 członków, w tem miejscowych 66, członków korespondentów w cesarstwie 219 i zagranicznych 126.

Biblioteka wzrosła do 8006 tomów i posiadała znaczną ilość rękopisów; gabinet anatomo-patologiczny liczył 164 preparaty.

Pomimo iż Towarzystwo w tym drugim okresie swego istnienia musiało usunąć się z zajmowanego przedtem stanowiska, opromieniał je jednak jeszcze blask dawnej chwały i wielu wybitnych uczonych europejskich korespondowało z niem i przysyłało swe prace.

Okres III-ci od 1864 — 1895 wł.

Po powstaniu styczniowym nastały dla kraju, a z niem i dla T-wa Lekarskiego, ciężkie czasy. Murawjew, po egzekucjach i masowym wysłaniu Polaków na Sybir i w głąb Rosji, zapoczątkował prześladowczą politykę polskości, co trwało aż do r. 1905.

Ten okres rozpoczął się dla Towarzystwa od rozporządzenia miejscowej administracji, usuwającego z Towarzystwa polskiego język polski. Znacznie zmniejszyła się liczba członków, ponieważ ci, co brali udział w powstaniu, albo byli podejrzani o sprzyjanie mu, poszli na wygnanie, inni wystąpili z Towarzystwa, nie mogąc pogodzić się z wprowadzeniem języka rosyjskiego. Zczasem zmienił się i skład członków. O ile przedtem miejscowymi członkami byli prawie sami polacy, po r. 63-im stopniowo napływał obcy element.

W Towarzystwie zapanowało zniechęcenie i jakby odrętwienie. Na posiedzenia miesięczne przychodziło 4 — 6 członków, a i ci, nie mając nic do zamunikowania, po 20 minutach rozchodzili się. Nikt nie interesował się działalnością jedyne go w Wilnie naukowego zgromadzenia.

Od r. 1869 zaczęło drukować protokoły posiedzeń w języku rosyjskim. Jedynym bodaj znakiem życia Towarzystwa były usiłowania zbadania istoty ogromnie rozpowszechnionego na Litwie kołtuna. Towarzystwo usiłowało dowieść, iż nie jest on wcale chorobą, i kilkakrotnie wyznaczało konkurs i nagrodę za najlepszą pracę o kołtunie, ale dopiero w r. 1876 przyznało ją dr. Henrykowi Dobrzyckiemu, który w swej pracy o kołtunie ostatecznie pogrzebał go, jako chorobę. W tym czasie Towarzystwo rozpoczęło walkę z felczerstwem, które było istną plagą dla niezamożnej i ciemnej ludności. Jako jeden ze środków dla zwalczania wyzysku ze strony felczerów i różnego rodzaju szarlatanów uznano zapewnienie ubogiej ludności bezpłatnej pomocy lekarskiej, i w tym celu w r. 1870 otwarto przy Towarzystwie bezpłatną przychodnię lekarską.

Konieczność wspólnej pracy podczas epidemii cholery w r. 1871 nieco ożywiła Towarzystwo, ale nie na długo, i znowu zaczęło ono zapadać w stan od-

retwienia i apatii. Nawet wojna turecko-rosyjska w 1878 r. i zawleczony do Wilna przez jeńców tureckich dur plamisty, z którym walczyło Towarzystwo, nie wpłynęły na jego ożywienie, chociaż otrzymało ono podziękę od cara.

Prawie cała działalność Towarzystwa polegała na porządkowaniu biblioteki i zbiorów. Na taki stan rzeczy wpływały zarówno brak środków materialnych, jak nieprzyjazne warunki zewnętrzne, niektórzy bowiem z miejscowych rosyjan usiłowali zdyskredytować Towarzystwo Lekarskie przed Petersburgiem, przedstawiając je w denuncjacjach, jako zgromadzenie konspiracyjne, polskie.

Dopiero po roku 1880 zaczęto się ruszać w Towarzystwie, posiedzenia bywały liczniejsze, wygłaszano na nich referaty naukowo opracowane. W roku 1895 utworzono przy Towarzystwie sekcję sanitarną, urządzono pracownię chemiczną i bakterjologiczną, rozpoczęto rejestrowanie chorób zakaźnych i przypadków śmierci, dokonano oględzin domów, dziedzińców i t. d. pod względem sanitarnym.

Pracę Towarzystwa w znacznej mierze hamował rząd rosyjski, który kilkakrotnie zmieniał jego ustawę i coraz bardziej uzależniał Towarzystwo od miejscowej administracji.

Przy końcu tego 3-go okresu Towarzystwo rozporządzało 4 stypendjami dla uczącej się młodzieży. Członków czynnych miało 107, członków honorowych w cesarstwie 32, zagranicą 29, członków korespondentów 75. Biblioteka liczyła 10775 dzieł w 17256 tomach oraz 272 rękopisów.

Dnia 12/24 grudnia 1895 r. Towarzystwo obchodziło 90-letni jubileusz swego istnienia. Na uroczystym posiedzeniu, po wygłoszeniu kilku odczytów na tematy, związane z dziejami Towarzystwa, odczytano mnóstwo otrzymanych depesz i listów od Uniwersytetów, Towarzystw Lekarskich, od uczonych polskich i innych. Czasopisma: „Nowiny Lekarskie“, „Przegląd Lekarski“, „Tygodnik Ilustrowany“ i inne podały szczegółowy opis jubileuszu wraz z krótką historją Towarzystwa.

Okres IV-ty lata 1896 — 1914. Upadek T-wa.

19-sto lecie to dzieli się wskutek wypadków politycznych w r. 1905 na dwa podokresy: pierwszy — lata 1896 do połowy 1905 i drugi od drugiej połowy 1905 do końca pierwszej połowy 1914 r., czyli do wybuchu wojny światowej.

W pierwszym podokresie T-wo, pomimo wszystko, rozwijało się, powiększała się, acz zwolna, ilość członków rzeczywistych. Z 98-iu w roku 1896 do 119-u w latach 1901, 1902; — ożywiły się zebrania miesięczne, więcej na nich bywało członków i więcej było odczytów oraz pokazów.

Pomyślny stan ten rozpoczął się właściwie od lat 1888 — 1896 — kiedy to przybywało do Wilna coraz więcej młodych lekarzy, którzy pokończyli Uniwersytety w Warszawie, Dorpacie, Kijowie, Moskwie. Przybysze w znacznej większości składali się z polaków i wszyscy prawie bez wyjątku zostali członkami T-wa Lekarskiego. Wszło ich w tym czasie 23-ch, co znakomicie powiększyło stosunek członków polaków do członków innych narodowości.

Oddziało to przedewszystkiem na skład zarządu. Odtąd już nie mógł się

zdarzyć taki fakt, jak w roku 1874, kiedy to prezesem był inspektor lekarski Stolarow, zaś wiceprezesem Zaustinskij, z pochodzenia polak, z przekonania przedewszystkiem karjerowicz, który przeszedł na „prawosławie” ożeniwszy się z wdową po gubernatorze Siemionowie, a potem też tylko zwolennik panującej narodowości. Na ogólną liczbę członków 78, polaków w r. 1874 było 32 czyli 41⁰/₀. Polacy szli już teraz zwartą kupą i właściwie wybierali do zarządu kolegów po swojej myśli. Zatrzymuję się tu nad tą stroną życia Wil. T-stwa Lekarskiego, bo ona nadawała ton, ona przeważała w postępkach kolegów, a ze względów cenzuralnych nie mogła być ujawniona w druku. Już na parę tygodni przed 12-ym grudnia (st. st.) — dniem wyborów — polacy odbywali zebrania przedwyborcze w mieszkaniach prywatnych, częściej w restauracjach hotelu Europejskiego lub Naruszewicza, w osobnej sali, a to dlatego, że nie każdy kolega poszedłby do każdego kolegi, zdarzały się bowiem kwasy i nieporozumienia. „Starzy” niechętni byli „młodemu” i *vice versa*. Było kilku „starych”, którzy szli samopas i z trudem ulegali solidarności narodowej, zwąc ją „szowinizmem”, niepotrzebnie ich zdaniem, mącącym harmonję, jaka powinna panować wśród ludzi jednego zawodu, stanu i powołania. Jużci w teorii mieli zapewne słuszość — nieinaczej bywało w miastach takich, jak np. Petersburg, Moskwa, Charków, Kijów, ale w Wilnie, w ówczesnych stosunkach ucisku polskości nie mogło być inaczej. Każdy z nas przecież był przedewszystkiem polakiem, a potem dopiero lekarzem, winien był ulegać najprzód nakazom swego narodu (i społeczeństwa), a potem dopiero solidarności zawodowej. Dla ilustracji przytoczę jeden fakt. W r. 1892 zmarł honorowy członek T-stwa polak Dr. Rejkowski. Zarząd T-stwa złożył na trumnie wieniec w kościele św. Jana z napisem na wstęgach w języku urzędowym. Polacy byli oburzeni na wprowadzenie do Kościoła moskiewszczyzny, której jeszcze w tem miejscu nie bywało. Wybrali delegację do prezesa Erbsztejna, który pod naciskiem zgodził się wreszcie na napis łaciński. Odtąd już stale w odpowiednich wypadkach posługiwano się językiem łacińskim.

Liczba członków wahała się w tym podokresie (1896 — 1904) między 106 (w r. 1899) a 119 w r. 1901, w czem polacy stanowili więcej, niż połowę (57 w r. 1903 i 63 w r. 1903). Najwięcej polaków było w 1900 r., bo 65 na 117 ogólnej liczby. Gdy się przyjrzymy bliżej liczbie odczytów i pokazów, stosunek ten ulegnie zmianie wcale nie na korzyść naszych rodaków. W ciągu 8-miu lat (z r. 1898 wykazu nie odszukałem) odbyło się pierwszych 151; najwięcej w roku 1904, bo 25 (w czem polacy 7) najmniej w r. 1903, bo tylko 13, (w czem polacy 5). W ogólnej sumie polacy mieli odczytów 67; pokazów za też 8 lat 156; najwięcej w r. 1897 — 34 (polacy 14), najmniej w r. 1899 — bo 10 (polacy 2) w czem polacy 48, czyli stosunek gorszy niż co do odczytów. Tłumaczy się to tem, iż stanowiska lekarzy szpitalnych były obsadzone przez moskali i żydów (w szpitalu żydowskim); wyjątek stanowił do r. 1897 szpital Sawicz, gdzie naczelnym lekarzem był Hipolit Jundziłł, jednym z 2-ch ordynatorów Jan Wyzgo — obaj polacy, — od których przy nominacji gubernator wymógł słowo, że do chorych będą się zwracali wyłącznie w języku urzędowym. Różnie tam z tem bywało w praktyce, ale fakt w zasadzie istniał. Otóż w kwietniu 1897 r. Jundziłł umarł,

na jego miejsce wszedł młody, ale „prawosławny” Turczaninow, czem dotknięty Wyzgo podał się do dymisji.

Od roku 1898 właściwie najwięcej pokazów dostarczali z polaków dwaj lekarze: Dr. Dembowski Tadeusz, który posiada własną prywatną lecznicę chirurgiczną i Strzebiński Ignacy, zawiadujący lecznicą dla chorych na oczy im. Przeździeckich.

Przebiegnę chronologicznie wypadki z życia Towarzystwa w tym podokresie. W r. 1897 wybrano komisję do uporządkowania ksiąźnicy. W roku 1899 T-stwo uchwaliło zebranie funduszu na własny dom, dla pomieszczenia zbiorów, biblioteki, archiwum, laboratorium. Postanowiono powiększyć składkę członkowską z 6 na 8 rubl. rocznie i te dwa ruble odkładać na kapitał budowy domu.

Gubernator poraz pierwszy od czasu istnienia T-stwa nie zatwierdził wybranego na rok 1900 zarządu. Poufnie dowiedzieliśmy się, iż nastąpiło to na przedstawienie ówczesnego inspektora lekarskiego Jacuty, z poduszczania jego pomocnika D-ra Narcyza Hryniewicza. Nie mógł on znieść, że do zarządu wybrani zostali sami polacy. Musiano ponowić wybory i te dały rezultat po myśli p. gubernatora.

W tymże roku T-stwo wystosowało adres po łacinie do Uniwersytetu Jagiellońskiego z powodu 500 letniego jubileuszu. Zawieźli adres i wręczyli dwaj delegaci T-stwa — Tadeusz Dembowski i Witold Węslawski.

Generał-gubernator odmówił swej zgody na utworzenie przy T-stwie sądu honorowego dla członków. Sprawa ta zaprzętała uwagę T-stwa od r. 1894 i taki wzięła obrót.

12 listopada 1901 kilkakrotny prezes T-stwa Dr. Klemens Erbsztejn ofiarowuje T-stwu doborową swą bibliotekę lekarską, z kilkuset tomów; między innymi znajduje się w niej „Schmidts Jahrbücher” za 34 lata od r. 1859 — 1893. Razem z biblioteką ofiarował i ładne do niej szafy. W roku 1902 postanowiono obchodzić w r. 1905 stuletni jubileusz; została wybrana komisja z 28 osób oraz zarząd do ułożenia programu uroczystości.

T-stwo wzięło udział w wystawie Rolniczej w Wilnie, miało swój kiosk, wystawiło preparaty anatomo-patologiczne i kilka starych ksiąg. Wynik był ten, że zginął zielnik Syrenjusza jedyny kompletny z trzech egzemplarzy jakie T-stwo posiadało.

W r. 1903 podniesiono składkę członkowską do 10 rb. celem pokrycia niedoboru.

Rok 1905, rok pierwszej rewolucji w Rosji, był przełomowym w życiu Towarzystwa. Liczba członków zmalała do 108 (ze 119 w r. 1901) głównie z powodu powołania wielu lekarzy do wojska, na Daleki Wschód. Ogólne wrzenie odbiło się na T-stwie. Komisja jubileuszowa na zebraniu 13/26 czerwca oświadczyła się za odroczeniem obchodu do chwili stosowniejszej, a to z powodu wojny z Japonją i niepokojów wewnątrz państwa. Zebranie zgodziło się z poglądem komisji. Na temże posiedzeniu dano wyraz oburzeniu z powodu pobicia w Kursku przez kozaków D-ra Szyszmana, to samo w dn. 25/12-l z powodu znieważenia D-ra Zabusowa w Petersburgu przez gen. Kowalowa, sąd wojenny T-stwo

nazwało stronnym, bo „kastowym”. Korzystając z „wolności konstytucyjnych” Dr. Ignacy Strzebiński wystąpił z odczytem o gradówce (Chalazion) w języku polskim. Wreszcie dn. 25/12 grudnia 1905 r. (obecnych 35 członków, w czym 25 polaków) T-wo uchwaliło:

„Ponieważ T-wo postanowiło skorzystać z łaski monarszej, usuwającej ograniczenia, krępujące użycie języków miejscowych, to dla opracowania schematu, według którego mają być prowadzone protokoły T-stwa, wybiera się osobną komisję z członków: Wygodzkiego, Węslawskiego, Dembowskiego, Zahorskiego, Romma, Świdorskiego, Stemby i Czarkowskiego, przyczem T-wo powzięło uchwałę niepodlegającą rozpatrywaniu przez komisję, a mianowicie: „Część protokołów administracyjna, jako podlegająca kontroli władz, ma być drukowana w języku państwowym, wszakże wraz z życzeniami może być równolegle drukowany tenże tekst w jednym z języków miejscowych. Co się tyczy referatów naukowych, te mają być drukowane w tym języku, w jakim były wygłoszone na posiedzeniu, z obowiązkiem krótkiego streszczenia w języku rosyjskim. Zaś pod referatami wydrukowanymi w języku rosyjskim może być umieszczone streszczenie w jednym z języków miejscowych”. (Cytuję w dosłownym tłumaczeniu z protokołu Towarzystwa).

Zgodnie z tą uchwałą 12/25 marca 1907 r. przy pokazach Czarkowski (Nieobecność mostka, fissura sterni congenita u 78 letniego krawca) i Dr. Dembowski (Ulcus rodens wyleczony promieniami Roentgena) przemawiali po polsku, streszczając swe wywody dla kolegów nieznających polskiego, w języku rosyjskim. Na temże zebraniu jednogłośnie uchwalono polecić Zarządowi, aby użył wszelkich środków dla jaknajrychlejszego uwolnienia aresztowanych w Wilnie kolegów — Szabada i Wilejszysa, którzy wszystkim są znani z prawomyślnych i umiarkowanych poglądów, i nie ulega najmniejszej wątpliwości, że nie popełnili żadnego przestępstwa.

12/25-IV-1907 r. odczytano na zebraniu otrzymane od gubernatora następujące pismo: „Doszły mnie wiadomości, że rozprawy na ogólnych zebraniach Ces. Wil. Tow. Lek. i posiedzeniach zarządu tegoż T-stwa odbywają się nie w rosyjskim lecz w polskim języku. Ponieważ zgodnie z p. 3-m najwyższej zatwierdzonej opinii 27 marca 1906 r. Rady państwa o używaniu rosyjskiego i miejscowych języków w biurowości prywatnych towarzystw w gubernjach kraju Zachodniego (Zbiór rozporządzeń i przepisów rządowych Nr 119 z dn. 16 maja 1906 roku art. 611) wewnętrzna biurowość towarzystw prywatnych, a zarazem rozpatrywanie zagadnień na ogólnych zebraniach (Obsużdzenie czastnych woprosow.) członków tych towarzystw, zebraniach pełnomocników i na posiedzeniach zarządów poza gubernją Kowieńską, winny odbywać się tylko w języku rosyjskim, przeto o ile wiadomości, które mnie doszły są pewne, proszę Szan. Pana (Prezesa T-stwa) o przedsięwzięcie środków, niedopuszczających przekraczania powyższej przytoczonego prawa. O następstwach zechce mnie Pan zawiadomić”.

18-VI/1-VII-1907 r. Dr. Kwiatkowski podał obszerny projekt zaprowadzenia ulepszeń w T-stwie, zarzucając zarządowi brak sprężystości. W dyskusji Domaśzewicz (litwin) i Wygodzki (żyd) przypisują ospałość rozterkom narodowości-

ciowym. Skargi tych kolegów na znaczne zmniejszenie się zainteresowania wśród członków sprawami T-stwa i Nauk lekarskich — były słuszne. Przyczyny wszakże nie były te, a przynajmniej nie tylko te, na które oni wskazywali. Muszę je tu w krótkości wymienić:

1) Zakaz używania języka polskiego w obradach zraził wielu polaków. Młodszy, to znaczy „gorętsi”, przestali miewać referaty i mniej licznie bywali na zebraniach T-stwa. Natomiast w liczbie dwudziestu kilku utworzyli poufne koło lekarskie, które zbierało raz na miesiąc kolejno w mieszkaniach członków w przeddzień zebrania T-stwa. Obradowano naturalnie po polsku na różne tematy z dziedziny medycyny, lub omawiano porządek dzienny tegoż T-stwa i w razie potrzeby zjawiano się gremjalnie, np. na wybory.

2) W latach 1905 — 1907 powstały w Wilnie liczne Stowarzyszenia polskie, jako to „Oświata”, „Sokół”, „T-wo Przyjaciół Nauk”, „T-wo Opieki nad Dziećmi” i trzy czasopisma i t. d. których członkowie rekrutowali się przeważnie zpośród lekarzy, jako najliczniejszej grupy inteligencji polskiej (poza lekarzami byli obrońcy Sądowi, urzędnicy Banku Ziemskiego, księża, trochę kupców i rzemieślników). To też w roku 1908 zdarzył się fakt dotąd niebywały. Oto T-stwo wykreśliło z pośród swego grona dziesięciu członków zbyt już długo za- legających ze składką członkowską.

12/25-III T-stwo wysłało do Poznańskiego T-stwa Przyjaciół Nauk telegram z powinszowaniem 50 lecia tegoż, a także znakomitemu pisarzowi Leonowi Tołstojowi z powodu dośnięcia 80 lat. — Z księżnicy w ciągu roku korzystało zaledwie 4 osoby.

Rok 1909. Ponieważ z końcem r. 1908 kapitał na dom własny Towarzystwa dosięgał 7146 rubli przeto 25/12 stycznia T-stwo poleciło zarządowi, aby się zwrócił do Magistratu o plac 350 — 400 sążni kw., zaś po uzyskaniu placu, zaciągnął pożyczkę i rozpoczął budowę. Na posiedzeniu 27/14 maja powiadomiono, iż od lat 5-ciu istnieje w Wilnie kasa, filja Petersburskiej Kasy wzajemnej pomocy lekarzy, należą do niej wyłącznie prawie członkowie T-stwa Lekarskiego w liczbie 48-miu. Kapitału Kasa posiada 712 rubli i 62 kop.

Rok 1910. Liczba członków w r. 1908 spadła na 102 i ciągle się trzyma na tej liczbie. W zebraniach bierze udział coraz mniej członków. Jedno zebranie z tego powodu nie doszło do skutku. Na inne, pomimo zajmującego referatu D-ra Wirszubskiego, stawilo się zaledwie 16-stu.

25/12 maja zdawał sprawę z pogrzebu Orzeszkowej w Grodnie delegowany przez T-stwo Dr. Zahorski.

Rok 1911. Na zebraniu 25/12 maja Prezes zakomunikował, że Rada Miejska zgodziła się na zbieranie się T-stwa — w jej sali posiedzeń. Odczytów w ciągu roku odbyło się tylko 10, jeden przez polaka, pokazów 5.

Rok 1912. I w tym roku stan T-stwa w dalszym ciągu się pogarszał; liczba członków spadła do 99 (w czym polaków 49 t. j. 50%) liczba obecnych na zebraniach nie przekracza 32, a 25/X było tylko 13 na nadzwyczajnem, 25 kwietnia zaledwie 9-ciu — natomiast rośnie liczba gości i na zebraniu 25/12 czerwca na 24-ch członków — gości 21. Nawet na zebranie doroczne przybyło zaledwie



22-ch, w czym polaków 13. Nic dziwnego, że protokoły cienieją; gdy dawniej liczyły po 300 stron zgórą, w tym roku zaledwie 57.

Rok 1913. Członków 95, z których więcej, niż połowa, bo 51, nie zapłaciła składki za rok 1913-ty. Niedobór wynosi 1399 rb.

Liczba gości na zebraniach dorównywała liczbie członków, zaś na dwóch przewyższała, np. w listopadzie na 38 czł. było 32 gości, na dorocznym grudniowym na 41-33 członków! Protokoły zawierają 24 strony. Prawda, że w tym roku utworzyła się przy T-stwie Przyjaciół Nauk Sekcja lekarska, która rozpoczęła wydawanie miesięcznika „Lekarz Wileński”, gdzie członkowie T-stwa umieszczali swoje prace. Redagował to pismo Dr. Minkiewicz, sekretarzem redakcji był Dr. Boguszewski, dziś nieżyjący. W r. 1913 wydano tego pisma 11-cie zeszytów i w r. 1914 siedem.

Okres V. 1915 — 1921.

Osiemnastego września 1915 r. weszli do Wilna Niemcy.

Wśród 57 lekarzy, którzy pozostali w Wilnie po ewakuacji rosyjskiej było 27 członków Tow. Lek. Wil. Działalność T-stwa ponowiła się w październiku r. 1916. Do tego czasu odbywały się przypadkowe posiedzenia i nie zawsze legalne, z udziałem lekarzy zarówno członków, jak i nieczłonków T-wa Lek. Tak w listopadzie r. 1915 odbyło się liczne posiedzenie (około 40 osób) w lokalu Komitetu Obywatelskiego (ul. Wileńska, 23) za zawiadomieniem władzy niemieckiej, pod przewodnictwem D-ra Wygodzkiego, w celu rozważania spraw sanitarnych, w związku z grasującymi w mieście chorobami zakaźnymi.

Pozatem, w styczniu r. 1916 w tym samym lokalu odbyło się pod przewodnictwem D-ra Minkiewicza, posiedzenie z udziałem 12 osób — członków T-stwa, poświęcone sprawozdaniu rocznemu za rok 1915. Przyjęto rezolucję aby zapożyczyć 600 rb. z „żelaznego funduszu” na uporządkowanie dawnego lokalu Towarzystwa.

W kwietniu r. 1916 w odświeżonym własnym lokalu T-stwa odbyło się posiedzenie z udziałem 8 osób pod przewodnictwem D-ra Kiewlicza, w celu zastanowienia się nad palącą kwestią przymusowego wysyłania lekarzy na prowincję. Polecono kolegom Kanowi i Boguszewskiemu, aby złożyli władzom memoriał w tej sprawie.

W lipcu r. 1916 odbyło się w lokalu Magistratu tajne zebranie (przeszło 20 lekarzy) w sprawie próby władz niemieckich w sensie zmuszenia wszystkich pracujących w zakładach komunalnych — a więc i lekarzy, których liczba dochodziła prawie do 30, aby podpisali zobowiązanie się do służby państwowej niemieckiej. Jednogłośnie uchwalono podobne wymaganie stanowczo odrzucić.

We wrześniu r. 1916 odbyło się pod przewodnictwem D-ra Węslawskiego w lokalu Towarzystwa posiedzenie, poświęcone kwestji stosunku lekarzy do przymusowej pożyczki (kontrybucji), wymaganej od miasta w wysokości jednego miliona rubli. — Z 38 obecnych lekarzy 24 wstrzymało się od podpisu, pozostali zaś podpisali się na nieznaczne sumy. — Do komisji organizacyjnej zostali wybrani: Dembowski, Załkind i Bujalski.

Nareszcie 11 października r. 1916 — na posiedzeniu z udziałem 22 osób, pod prezesurą D-ra Minkiewicza, uchwalono wznowić prawidłową działalność T-wa, urządzając podobnie, jak za czasów pokojowych, miesięczne zebrania w dniu 12 st. st. każdego miesiąca. Na tem posiedzeniu przyjęto 4 nowych członków: Bańkowskiego, Hertzową, Zaleskiego i Jacuńskiego. Odbyły się również wybory Zarządu, w skład którego weszli — jako prezes — Dembowski, wice-prezes — Wygodzki, konserwator — Kozłowski i poprzedni członkowie: Bloch — skarbnik, Boguszewski i Jabłonowski sekretarze. Uchwalono na przeciąg wojny zwolnić nowych członków od wpłaty 10 rubli za dyplom, składkę roczną zaś w wysokości 10 rubli ściągać miesięcznymi ratami. Następnie została wybrana Komisja ze znanych w mieście specjalistów z udziałem D-ra Zahorskiego w celu rejestracji popiersi, portretów i starożytnych aktów, należących do Towarzystwa. Na tem posiedzeniu poraz pierwszy obecny był urzędnik niemiecki. Z kwestyj naukowych na posiedzeniu tem szczegółowo rozpatrywano niepokojącą całą publiczność Wileńską sprawę przymusowego szczepienia ospy. Sprawa przedstawiała się w sposób następujący: wobec zaszłych pojedynczych wypadków ospy naturalnej zwierzchność niemiecka zarządziła, aby ludność w liczbie 150,000 osób, bez różnicy płci, wieku i stanu, szczepiła sobie ospę, osobom zaś nie okazującym dowodów szczepienia ospy, miano odmówić wydawania kart na chleb. Otóż właśnie członkowie T-stwa zorganizowali w sali Miejskiej bezinteresownie masowe szczepienie codziennie (oprócz poniedziałków), zaczynając od 18 listopada.

Na każde miesięczne posiedzenie uzyskiwano zezwolenie, za które wpłacano 3 marki. Zaświadczenie o legalizacji T-stwa, wydane na imię sekretarza, wywieszono w sali posiedzeń na widocznym miejscu. Przeciętą liczbą obecnych na posiedzeniu wynosiła 15 osób.

W listopadzie r. 1916 wygłosili odczyt Dr. Bańkowski i Dr. Szwengruben, na temat „Cholera w Wilnie” w r. 1915” (w jęz. polskim). W grudniu r. 1916 wygłosił odczyt (w jęz. ros.) Dr. Szabad, na temat „Śmiertelność w Wilnie w ciągu ostatnich 5 lat”. Wskutek braku środków na opalanie i oświetlanie sali dalsze posiedzenia przerwano.

Dopiero we wrześniu r. 1918 ponownie zostali zwołani członkowie T-stwa w celu rozważenia sprawy wznowienia działalności T-stwa, niestety bez dodatnich wyników.

W ciągu r. 1919 T-stwo tułało się z jednego lokalu do drugiego. Tak, za czasów bolszewickich od 6 stycznia do 19 kwietnia zebrania odbywały się w lokalu Czerwonego Krzyża (Kreslita), przy ul. Pohulanka Nr. 18. W lecie r. 1919 posiedzenia odbywały się w murach po-franciszkańskich (przy ul. Trockiej d. Nr. 16). Od jesieni zaś do końca r. 1919 — w lokalu szpitala żydowskiego, od początku roku 1920 w lokalu byłej Biblioteki Publicznej, a więc w gmachu Uniwersyteckim, za zgodą Senatu Akademickiego i Dyrekcji Biblioteki. Zaznaczyć należy, że poczynając od okupacji niemieckiej i aż do roku 1920, na posiedzeniach używano języka polskiego i rosyjskiego; zaś od roku 1920, od czasu, gdy posiedzenia zaczęły się odbywać w gmachu Uniwersyteckim, używano

wyłącznie języka polskiego. Tak więc rok 1920 rozpoczyna najnowszy okres w życiu T-stwa Lekar. Wil.—Zaprzestano też tytułowania „Cesarskie” (Imperatorskoje).

Okres V. odrodzenia od r. 1922.

Od r. 1915 wybory się nie odbywały i zarząd składał się właściwie z prezesa D-ra Dembowskiego i sekretarza Jabłonowskiego. Nie prowadzono też protokółów. Z chwilą wznowienia Uniwersytetu, a w nim wydziału lekarskiego, wstąpiły do T-stwa nowe siły naukowe, profesorowie. Istotne odrodzenie T-stwa datuje się od r. 1922, kiedy to wybrano nowy zarząd. Na prezesa powołano prof. kliniki chorób wewnętrznych D-ra Januszkiewicza. Nowy zarząd zakrzętnął się żwawo około wiania nowego życia w zamierający już zdawało się organizm. Z rokiem 1923 rozpoczęły się regularne comiesięczne zebrania, najpierw w jednej z sal wykładowych Uniwersytetu, a gdy ta okazała się za ciasną, w sali Śniadeckich. Zebrania znakomicie się ożywiły. Zmieniono starą narzuconą przez władze rosyjskie ustawę. Prezes Januszkiewicz wybrany ponownie na rok 1924 wziął mocno do serca sprawę własnego lokalu T-stwa. Dawny ze wszechmiar okazał się niemożliwym. Sala wprawdzie staroświecka, patyną wieków omszona, ale ciemna, ponura, wilgotna, zimna i na dzisiejszą liczbę członków za szczupłą, zwłaszcza że sporo miejsca zabierały szafy z książkami. Dzięki usilnym staraniom Szanownego Prezesa T-stwo uzyskało od Uniwersytetu na 99 lat wzamian zatamten lokal nowy, składający się z obszernej, ładnej, widnej i suchej sali na parterze na zebrania i 3-ch pokoi na piętrze, gdzie mieszczą się: biblioteka, archiwum i czytelnia. W czerwcu 1924 r. T-stwo przeprowadziło się do odnowionego swoim kosztem lokalu i rozpoczęło w nim nowy okres żywota zaznaczony znacznym zwiększeniem liczby członków (140), podniesieniem poziomu naukowego przez liczne odczyty i pokazy. Musi ono zbierać się nie raz, ale dwa razy na miesiąc i to z trudnością daje sobie radę z obfitym materiałem.

Po dwóch latach mozolnej, lecz owocnej pracy dla T-stwa Prof. Januszkiewicz, z powodu licznych zajęć związanych z profesurą, ustąpił z Zarządu. Miejsce jego zajął obecny prezes prof. Anatomji Patologicznej Dr. K. Opoczyński, który w dalszym ciągu niestrudzenie prowadzi dzieło odnowy T-wa. Zapoczątkował mianowicie uporządkowanie Biblioteki, na co uzyskał zasiłek z Min. Wyzn. R. Ośw. Publ. oraz wydawnictwo Pamiętnika T-stwa, miesięcznika, którego zeszyt I-szy ukazał się w październiku. Niestety działalność ta natrafia na przeszkody natury finansowej. Skutkiem braku środków sporządzanie katalogów księgozbioru od września musiało być przerwane na 801 Nr. t. j. skatalogowano zaledwie jakąś 12-tą część książek.

ST. TRZEBIŃSKI—WILNO.

Myśl lekarska w archiwum Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego według wykładu wygłoszonego na obchodzie 120-to letniej rocznicy Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 13 grudnia 1925 r.

Wiadomo, że za tak zwanych starych dobrych czasów wspaniale na ogół obchodzono imieniny. Na wschodnich kresach dawnej Rzeczypospolitej, gdzie kalendarz Gregorjański żył jeszcze w tradycji obok urzędownie obowiązującego kalendarza Juljańskiego, święcono rodzinne rocznice nieraz według obu stylów kolejno, a goście, którzy dopiero niedawno bawili się u pani Marszałkowej na „polską” Ś-tą Zofję, w niespełna dwa tygodnie zjeżdżali się znowu, aby powtórnie wnosić toasty za zdrowie gospodyni na „ruską” Ś-tą Zofję. Zdarzało się nawet niekiedy, że według takiej podwójnej buchalteryi obchodzono urodziny. Dziś okoliczności uległy radykalnej zmianie, a niejedyn z tych, co niegdyś w podobny sposób imieninowali, teraz namyśla się, czy na te ledyne pozostałe imieniny ma wyjechać, czy też w domu pozostać. Jednakże poza czysto towarzyską, kulinarną i ewentualnie choreograficzną stroną, owe uroczystości posiadają i posiadają jeszcze inne, głębsze znaczenie. Pierwotnie to rocznica o charakterze religijnym, dzień, w którym należy zrobić rachunek sumienia z całego roku minionego, zastanawiając się jednocześnie nad tem, jak się w następnym roku żyć powinno. — W takim sensie zwykle pojmują swe imieninowe, czy też urodzinowe święta ciała zbiorowe, a jeśli dziś Wileńskie Towarzystwo Lekarskie obchodzi swe stodwudziestolecie, to czyni to przede wszystkim w celu rozważenia wyników, osiągniętych w przeszłości, oraz uświadomienia sobie całego ogromu pracy, pozostającej do zrobienia.

Zwięzły zarys dziejów naszych miało Szanowne Audytorjum sposobność wysłuchać dopiero co z ust czcigodnego mego przedmówcy, mnie przypadło w udziale zadanie wypowiedzenia się na temat historii myśli lekarskiej w pracach naukowych Towarzystwa w ciągu długiego, jego żywota.

Systematyczny przegląd całej stodwudziestoletniej działalności z tego punktu widzenia nie tylko przerasta moje słabe siły, lecz też wychodzi z ram trzykwadranowego wykładu. Wobec tego nie pozostało mi nic innego, jak bardzo daleko idące ograniczenie pierwotnych aspiracyj. Zamiast całego tuzina dziesięcioleci postanowiłem wykorzystać tylko pierwszych lat 50, a zamiast wszystkiego, co w owym okresie z łona towarzystwa wyszło, uwzględniłem jedynie tylko prace, znajdujące się w archiwum, a traktujące o tematach, dotyczących medycyny wewnętrznej. Ponieważ jednak w takim nawet ograniczeniu materiał zawsze jeszcze pozostawał za wielkim, abym mógł takowy oświetlić i ocenić należycie w krótkim przemówieniu, wypadło stosować dalszą redukcję i ostatecznie zdaję Państwu sprawę z siedmiu tylko rękopisów archiwalnych.

Wszystkie te prace posiadają pewne wspólne cechy. Większości ich nigdy nie drukowano, a autorami ich nie są „nasi znani” i „nasi sławni”. Jest przytem jeden nielekarz. Słowem, jeżeli to dzieje medycyny, to w każdym razie „gminne dzieje”.

Czy to właściwy sposób traktowania historii? — Nie wiem, wiem tylko, że do takiego właśnie sposobu zawsze mnie coś ciągnęło i ciągnie. Ilekroć zaś zaczęłam wątpić, czy słusznie postępuję, przychodzą mi na myśl już nie natchnione słowa Wajdeloty o pieśni gminnej „arce przymierza”, lecz na znacznie niższą nutę nastrojony, choć również Mickiewiczowski ustęp z Popasu w Upicie—o charakterze nie patetycznym, lecz raczej elegijno-melancholijnym:

„A pomyślałem w duszy, cóż są gminne dzieje?
Popiół, w którym zaledwie iskra prawdy tleje.
Hieroglif, mchem zarosłe zdobiący kamienie,
Napis, którym spowite usnęło znaczenie;
Odgłos sławy, wiejący przez lat oceany,
Odbity o wypadki, o kłamstwa złamany,
Godzien śmiechu uczonych, lecz nim się zaśmieje,
Niechaj powie uczony: czem są wszystkie dzieje?”

A więc, może się mylę, ale przynajmniej w dobrym towarzystwie.

Jak wyglądają te gminne dzieje pod kątem widzenia myśli lekarskiej? Najprzód dział chorób zakaźnych; dwie prace, przysłane towarzystwu z Warszawy 1826—28 roku, opisujące chorobę endemiczną w kawalerji rosyjskiej gwardji w tem mieście 1826 roku grasującą.

Autorem pierwszej jest Jan Oczapowski, znany potem więcej, jako jeden z ostatnich Mohikanów polskiej kołtunologii. Tytuł pracy brzmi: „Opisanie gorączki zaraźliwej, panującej w pułkach kawalerji rosyjskiej gwardji”, a chorobę scharakteryzowano, jako „Febris rheumatica typhoides”, drugiej Hipolit Drzewicki: Kilka postrzeżeń ze szpitala głównego Gwardji Rosyjskiej Ujazdowskiego w Warszawie, a choroba tu nazwana „Febris pustulosa maligna”. Na marginesie pierwszego rękopisu napis ołówkiem: „piękne postrzeżenie Oczapowskiego o nosaciznie ludzkiej—drukować” podpis litera A. (zapewne Adamowicz). Swoją drogą chyba nie drukowano, przynajmniej praca ta nie figuruje w spisach publikacji Oczapowskiego. Na drugiej takąż notatka, już podpisana całem nazwiskiem Adamowicza. „Jest to nosaczna ludzka, od koni tylczakowych pochodzić mogąca”. Ta druga praca ukazała się wprawdzie w I tomie Pamiętnika Tow. Lek. Warsz., w niniejszej ocenie trzymać się jednak będę rękopisu, przechowywanego w naszym archiwum.

Dlaczego autorowie, obaj wychowawcy Uniw. Wileńskiego, nie scharakteryzowali odrazu choroby, przez się opisywanej, jako nosaczny, którą ona bez wątpienia była?

Że nosaczna jest chorobą zaraźliwą i udzielającą się od koni ludziom, o tem wiadano już w starożytności. Potem świadomość ta się zatraciła i dopiero w r. 1812 Lorin *) na nowo stwierdził zaraźliwość dla ludzi tej choroby. Trzeba też pamiętać o tem, że wówczas nie wszyscy uważali t. n. „Tylczak” za to, za co my go uważamy, a więc za chroniczną postać nosaczny. Jeszcze

*) „Observation sur la communication du farcin des chevaux aux hommes - Journal de médecine, chirurgie et pharmacie” wedł. podr. Wassermann u Kolle.

w siódmym, a nawet ósmym dziesięcioleciu minionego wieku niektórzy weterynarze widzieli w nim weneryczną chorobę koni. O pracy Lorina mogliby wprawdzie coś wiedzieć Oczapowski i Drzewicki w r. 1826—28, ale widocznie jej nie znali. Można by się też dziwić, że nie słyszeli oni nic o zaraźliwości nosaczny na uniwersytecie Wileńskim, gdzie przecież Bojanus wykładał weterynarię na wydziale lekarskim po 9 godzin tygodniowo na 4-tym kursie — co prawda razem z anatomją porównawczą. Ale bez wątpienia jeszcze dziwniejszą jest rzeczą, że według zapewnień Drzewickiego „weterynarze ogólnie twierdzą, iż ta choroba na ludzi przenosić się nie może”. Służąc w wojsku, musiał się on stykać przedewszystkiem z weterynarzami wojskowymi, a zwłaszcza tymi, co wówczas funkcjonowali w pułkach kawalerji gwardji rosyjskiej, konsystujących w Warszawie, z czego by wynikało, że erudycja tych panów wówczas wysoką nie była. Otóż zapewne owe kateryczne twierdzenia weterynarzy, a więc jakby się здаwało, ludzi w tym kierunku najkompetentniejszych, musiały tak zasugerować autorów, że odrzucają obaj przypuszczenie nosaczny ludzkiej u swoich chorych, choć obaj o niej myślą i choć ono wprost się narzucało ze względu na okoliczności. Chorowali na nią tylko kawalerzyści, a pomiędzy nimi było sporo takich, którzy byli przykomenderowani do szpitala końskiego i stale pielęgowali tylczakowe konie; u Oczapowskiego 2 na 6, u Drzewickiego 3 na 8. Trudno było przypuszczać, że to prosty zbieg okoliczności, tem więcej, że pierwszy zaraz chory Oczapowskiego właśnie do tej kategorii należał. Że inni chorzy w szpitalu końskim nie pracowali, to autorowie wysuwają, jako argument przeciwko zarażeniu się tylczakiem, co jest już błędem rozumowania t. n. „petitio principii” bo stosując tę okoliczność, jako dowód, trzeba by było wprzód wykazać, że ludzie ci wogóle nie stykali się z końmi tylczakowymi. Tymczasem jest rzeczą jasną, że chore konie przeprowadzeniem do lazaretu w ogólnych stajniach mogły żołnierzy zarażać. Jako inne argumenty, mające świadczyć przeciwko zarażeniu żołnierzy przez konie, przytaczają autorowie tę okoliczność, że nigdy nie zaraził się żaden z weterynarzy wojskowych, nawet ci, co wykonywali sekcje koni tylczakowych, a przeciwko contagjalnemu charakterowi endemji ludzkiej, przez nich obserwowanej, że od ludzi chorych, leczonych w szpitalu, nie zaraził się żaden inny chory, na tej samej sali przebywający, żaden lekarz pomimo bliskiego kontaktu z chorymi, ani wreszcie nikt z niższego personelu szpitalnego. U jednego posługacza, pielęgnującego żołnierza z licznymi wykwitami skórnymi, utworzyły się wprawdzie na przedramieniu dwa pryszczki, podobne do tych, które widziano u pacjenta, jednakże pryszczki te zagoiły się bez dalszych następstw po przypalaniu „ferro candente”. (Drzewicki *). Wreszcie wprawdzie z 8 chorych tego autora wszyscy zmarli, Oczapowski miał jednak jedno wyzdrowienie na 6 pacjentów, co by się nie było zdarzyło, gdyby chodziło o nosaczny, chorobę bezwarunkowo śmiertelną. Ostatni argument dziś dla nas nie jest rozstrzygającym, wiemy bowiem, że niektóre postacie nosaczny i ludz-

*) Jeden z chorych Oczapowskiego zaraził się widocznie od chorego kolegi — ten pacjent wyzdrowiał także.

kiej, i zwierzęcej przecież mogą się skończyć wyzdrowieniem. Wówczas o tem nie wiedzano, a to bez wątpienia należy zapisać, jako okoliczność usprawiedliwiającą pomyłkę diagnostyczną. Czy takie znaczenie mamy prawo nadać argumentom, poprzednio powołanym? Wnioskowanie autorów wykazuje tu pewien brak ścisłości logicznej, dający się łatwo wytłómaczyć, lecz domagający się zaznaczenia, chociażby dlatego, że popełniamy go dziś także, nie rzadziej zapewne niż przed 100 laty. Stwierdzenie zarażenia się jednej istoty od drugiej to ustanowienie związku pomiędzy dwoma zjawiskami. Od najdawniejszych czasów wiedzano, że związek ten wymaga pewnych sprzyjających okoliczności, innemi słowy, że od osobnika cierpiącego na chorobę, notorycznie zaraźliwą i kontagialną, nie zawsze zarażają się (mówię tu o zarażeniu w sensie wywołania analogicznej choroby) wszyscy ci, co się z nim stykali. Wobec tego zaś mniejsza nawet liczba przypadków, gdzie wystąpienie owego związku dawało się ustanowić z wielkiem prawdopodobieństwem (zapadnięcie szeregu żołnierzy, pielęgnujących konie tylczakowe), powinnyby posiadać większą siłę dowodową od przypadków ujemnych, choćby nawet liczniejszych.

Przeszedłszy do porządku dziennego nad nosacizną nasi autorowie, czuli się przecież zobowiązani do umieszczenia choroby, obserwowanej przez się, w jakiejś rubryce klasyfikacyjnej, czyli do jej nazwania. Dawało się to uczynić w dwojaki sposób. Nie wiedząc nic pewnego o etiologii procesu, można było taką etiologję przypuścić, a, gdzież ją łatwiej znaleźć, niż w pojęciu etiologii reumatycznej, tym wielkim garnku, w którym wówczas mieściło się jeszcze więcej, niż dziś, rzeczy nieznanych? Tą drogą poszedł Jan Oczapowski, powołując się zresztą na mistrza Franka. Ponieważ chorzy gorączkowali, nic dziwnego, że to była „febris rheumatica”, a że gorączka była nieraz ciężka, połączona niejednokrotnie z zamroczeniem świadomości, wypadało jeszcze dodać epitet „typhoides”.

Inną drogą poszedł Drzewicki. Zrezygnowawszy — zapewne słusznie — z etiologicznej klasyfikacji, zaklasyfikował on swe przypadki objawowo, według symptomów, najwięcej rzucających się w oczy, a z tego punktu widzenia miał w istocie rację mówić o „febris pustulosa maligna”. Przecież i jemu nasuwały się pewne etiologiczne refleksje. Myśli on mianowicie, że do ustroju ludzi, stale przebywających w stajniach, gdzie się znajdują chore konie, mogą się dostać ich wyziewy (a więc miazmaty), krótre, narazie nie szkodząc w sposób widoczny, przechowują się tam przez czas dłuższy. Dopiero pod wpływem zewnętrznych osłabiających czynników (wycieńczenia, zaziębienia, pijaństwa i t. p.), występuje ich działanie, wywołujące chorobę. Myśl ta zasługuje na podniesienie, aczkolwiek bez wątpienia nie pierwszy Drzewicki ją wypowiedział. Jest to przeczucie tego, co dziś stało się faktem naukowym. Wiemy, że człowiek nosić może przez czas dłuższy w swym ustroju bezkarnie różne chorobotwórcze mikroorganizmy, np.: zarazki dyfterji, zapalenia płuc, prątki okrężnicowe i t. d., które dopiero dzięki zadziałaniu wpływów okolicznościowych rozwijają szkodliwą działalność.

Przejdźmy do innej choroby zakaźnej, a mianowicie cholery. Z wybranych przezemnie rękopisów 3 nią się zajmują. W archiwalnych naszych zbiorach

znajdujemy rosyjski rękopis pracy Romana Czetyrkina, głównego inspektora służby zdrowia w Królestwie Polskiem, nadesłany z Warszawy i przedłożony Wil. Tow. Lek. 12.IV.1837. Tytuł „Myśli o cholery”. Praca ta, zresztą drukowana w Warszawie po polsku i rosyjsku, zawiera elektryczną teorię pomienionej choroby. Przyczyną jej są zmiany biegunowości galwanicznej. Biegun dodatni (ekspansywne działanie) zwrócony u zdrowego człowieka na wewnątrz, zwraca się pod wpływem zaburzeń elektryczności atmosferycznej na zewnątrz. Biegun ujemny (działanie kontrakcyjne) ulega w podobnych okolicznościach zmianie w sensie odwrotnym. Dzięki temu w ustroju występują objawy kontrakcyjne (spastyczne) cechujące cholery, a więc wymioty, biegunka, kurcze, ochłodzenie skóry i t. p.

Skąd pan inspektor główny służby zdrowia wpadł na taką kombinację? Oczywiście sam jej nie wymyślił, przystosowując do patogenyzy cholery tylko to, czego uczyła szkoła naturfilozofji. Kierunek ten, modny w Niemczech w początku XIX wieku, opierający się na t. n. „Identitätslehre” Schellinga, według której to nauki subjekt i obiekt; a więc jaźń moja i cały świat zewnętrzny to w gruncie rzeczy jedno i to samo, w dalszej konsekwencji pozwalał na odtwarzanie ze świadomości myślącego subjektu całego świata zewnętrznego, a więc też wszystkich praw natury, pomiędzy temi prawami zaś nauka o biegunowości zajmowała właśnie jedno z miejsc naczelných. Jak wiadomo, naturfilozofja odgrywała poważną rolę w historii myśli lekarskiej niemieckiej, z Niemiec promieniując na wschodnie sąsiednie krainy.

Podobne oddźwięki naturfilozofji w postaci galwanicznej teorii cholery znajdujemy też w innej pracy na ten sam temat, przedłożonej towarzystwu w 10 lat później 1847 r. przez Djonizego Jakutowicza, byłego nauczyciela fizyki w Łucku, pod tytułem „O cholery”. Tym razem w pracy owego dytanta lekarskiego godniejszą uwagi od samej teorii będzie zapewne terapia cholery. Radzi on mianowicie wsadzać chorych, cierpiących na początkowe okresy tej choroby, na wózek i obwozić klusem jak najdłużej po drogach, które w roku Pańskim 1847 zapewne nie wiele musiały być lepsze od dzisiejszych. Pan Jakutowicz twierdzi, że tą metodą wielu chorych wyleczył. Jak się na nią zapatrywało Wil. Tow. Lek., nie wiem, bo w archiwum nic więcej w tej sprawie nie znalazłem.

Trzecia praca o cholery pochodzi z 1853 r. Wyszła ona z pod pióra D-ra Mieczysława Makowskiego. Tytuł jej: „Kilka słów o cholery, grasującej w Wilkomierzu”. O Makowskim w dostępnych mi źródłach głucho, a szkoda, bo to może najlepsza ze wszystkich tych prac, które dzisiaj wypadło mi omawiać. Niema tam mowy ani o biegunowości, ani wogóle o żadnej teorii cholery; natomiast uważna, trzeźwa i staranna obserwacja paru przypadków, dająca autorowi prawo do krytycznego wypowiedzenia się w sprawie odnośnych cudzych opinij. Tak więc, wbrew ogólnej wierze, nie zauważył on znikania z miejscowości, epidemią objętej, ptactwa, nie mógł też dopatrzeć się żadnych odchyleń w przebiegu innych okolicznościowych (interkurrentnych) chorób pod wpływem cholery. (Sydenhamowski „genius epidemicus”). Nie widział też ani razu, wystąpienia t. z. „cholera sicca”, piorunującej postaci, zabijającej w ciągu krót-

kiego czasu, bez objawów ze strony przewodu pokarmowego, którą z tej racji—co prawda nieco nieostrożnie—skłonny jest uważać za bajkę. Oczywiście w niejednym ze swych wniosków może się autor mylić, a terapia jego naturalnie także nieraz dość daleko odbiega od tego, cobyśmy dziś uważali za wskazane, ale na ogół praca napisana właśnie tak, jak powinny być pisane spostrzeżenia lekarskie i nic dziwnego, że zupełnie szczerze chwali ją Adamowicz, który ją Towarzystwu referował.

Mówić o medycynie Wileńskiej z pierwszej połowy XIX w., a nie wspomnieć o kołtunie—to byłoby poprostu przestępstwo wobec historii. Przypatrzmy się więc z kolei dwom pracom kołtunologicznym.

Jedna z nich to „Myśli i uwagi nad przyczyną, własnością i sposobem leczenia kołtuna” przez Jana - Alexandra Bernarda (ówczesnego inspektora lekarskiego Wileńsko - Litewskiego. Rękopis, znajdujący się w naszym archiwum, jest polskim tłumaczeniem oryginału niemieckiego, dokonane przez Adamowicza, wtedy więc w r. 1817/18, zaledwie 16 - to letniego młodzieńca. Wiek wczesny tłumacza usprawiedliwia niewyrobyony styl i liczne błędy językowe polskiego tekstu. Co się tyczy treści, to autor wykazuje skłonność do chemicznych koncepcyj w patologii. Patogenezę kołtuna chciałby on upatrywać w nadmiarze azotu a niedostatku tlenu w powietrzu atmosferycznym. Znamy tę melodię. To powrotna fala latrochemii. Pierwsza, jak wiadomo, narodziła się jeszcze w wieku XVII pod wpływem dawniejszych chemicznych fantazji Paracelsa i późniejszych istotnych odkryć van Helmonta. Drugą powołały do życia w końcu XVIII i początku XIX w. wyniki badań całego szeregu wielkich chemików, np. Priestleya, Scheelego, Lavoisiera. Jednakże wtedy nawet zamało jeszcze znano naukowych faktów, aby na ich podstawie można było zbudować całą patologię. Amatorzy chemiczno - lekarskich systemów musieli uciekać się do nieuzasadnionych przypuszczeń.

We Francji odznaczył się w tym kierunku Jean - Baptiste Baumès, w Niemczech zwłaszcza Gottfried-Christian Reich, według którego wszystkie gorączkowe choroby miały być następstwem właśnie nadmiaru azotu i niedostatku tlenu. Nietrudno wobec tego ustalić pochodzenie teorii kołtuna, przez Bernarda reprezentowanej.

Znacznie późniejszej daty jest druga praca na ten sam temat, napisana po łacinie i nadesłana towarzystwu 1839 roku przez członka jego, lekarza I klasy Mikołaja Rodkiewicza, praktykującego w Słonimie. Autor najprzód polemizuje z Karolem Marcinkowskim, który w rozprawie, wydanej 1836 r. w Krakowie, kołtun uważał nie za odrębną chorobę, lecz za krytyczny okres rozmaitych chorób. Rodkiewicz w myśl opinii Franka, dla którego, podobnie, jak zresztą wszyscy prawie uczniowie jego, pełen jest pietyzmu, nazywając go „clarissimus magister” nie zgadza się na takie pojmowanie kołtuna, widząc w nim chorobę „sui generis”. W licznej dość kazuistyce znajdujemy na str. 26 historię choroby „kobiety, cierpiącej na owrzodzenia gardła i caries” kości nosowych. Na dobro kolegi Rodkiewicza należy zapisać, że w tym razie myślał on trochę o przymiocie. Przynajmniej zaordynował rtęć. Niestety nie było natychmiastowego

efektu leczniczego, a nawet jakoby wystąpiło pewne pogorszenie. Ta okoliczność wystarczyła, aby go przekonać, że tu nie chodzi o syfilis, lecz o kołtun, który, jak wiadomo, charakteryzuje się właśnie tem, że rtęci nie znosi. Przerwawszy podawanie tego środka, zaordynował więc naturalnie zapuszczenie kołtuna, co pacjentki oczywiście nie uchroniło od zapadnięcia się nosa, a ze strony referenta pracy Rodkiewicza w towarzystwie lek. D-ra Ludwika Wróblewskiego, wywołało opozycję. Ten ostatni mianowicie uważa, że autor myli się, twierdząc, jakoby kołtun rtęci nie znosił. Przeciwnie referent niejednokrotnie stwierdzał wyraźny pożytek ze stosowania rtęciowych preparatów w sprawach kołtunowych. Widocznie nie zrażał się on tak prędko do tego leku, albo może szczęśliwszy od Rodkiewicza, rzadziej miewał do czynienia z nadmierną na ten środek wrażliwością. Skąd inąd zdaje się, że dla naszego autora nie musiał on być przychylnie usposobionym, gdyż wyraża się kilkakrotnie, że po tem, co powiedział o kołtunie „nieśmiertelny Frank”, praca referowana nic godnego uwagi do nauki nie wnosi. Zadziwiłby się kolega Wróblewski niepomale, gdyby w kilkadziesiąt lat potem, musiał się przekonać, że i w to, co o kołtunie pisał „Nieśmiertelny Frank” nikt już nie wierzy.

A teraz, jaki sens moralny wysnuć mielibyśmy prawo z tej retrospektywnej wystawy dokumentów lekarskich, dziś już dobrze myszka trącących? Dokumenty te brałem kolejno, przeważnie według chronologicznego porządku, właściwie ich nie wybierając, eliminując tylko te, które nie dotyczyły medycyny wewnętrznej, albo dając się zaliczyć do jej działu, nosiły charakter nadto już kazuistyczny. Tak więc materiał to okolicznościowy, taki sam mniej więcej, jak ten, który dostarcza tematów dzisiejszym naszym referatom i odczytom. Wyobraźmy sobie zatem, jakby on wyglądał w obecnym ujęciu i opracowaniu, oraz, jakie różnice zaszyłyby w samym materiale ze względu na odmienną przedstawiającą się sprawę rozpoznawania i leczenia odnośnych chorób.

Wrócimy do prac Oczapowskiego i Drzewickiego. Bez wątpienia dziś nowoczesny „Adamowicz” towarzystwa nie potrzebowałby już prostować diagnoz, mylnie przez obu autorów postawionych. Oni sami byliby swe obserwacje właściwie zatytułowali, powołując się nie tylko na warunki epidemiologiczne i znany już dziś dokładnie kliniczny przebieg nosaczyny ludzkiej, lecz też przede wszystkim na wynik badań bakteriologicznych. A może dziś nie do pomyślenia by były w ogóle podobne obserwacje w takich okolicznościach? W początkowych okresach rządów bolszewickich w Rosji opowiadano tam wprawdzie wiele o masowych epidemjach nosaczyny ludzkiej, powstałych dzięki sprzedawaniu mięsa chorych koni, oraz o drakońskich metodach, stosowanych względem dotkniętych tą straszną chorobą ludzi przez władze sowieckie. Zapewne wieści te były mocno przesadzone, ale niema dymu bez ognia, nieco prawdziwych faktów dałoby się więc może z nich wyłuskać. Tylko to całkiem inne okoliczności. Obserwacje Oczapowskiego i Drzewickiego nie pochodzą z czasów rewolucyjnego chaosu, z epoki, kiedy nic z tego, co niedawno jeszcze było porządkiem, nie znajdowało się już na swem miejscu, lecz z roku 1826, kiedy w wojskowych oddziałach, czy to polskich, czy rosyjskich, zwłaszcza w War-

szawie konsystujących, utrzymywała ład i porządek, aczkolwiek nieraz czysto zewnętrzny, żelazna pięść W. Ks. Konstantego. Otóż dyscyplina w naszej wojskowości dziś jest zapewne bez porównania łagodniejsza, a tego—daj Boże tylko „zewnętrznego”—porządku, myślę, że także mniej, niż wówczas. Przecież dziś taką endemję nosacizny, szerzącą się w stolicy między żołnierzami, uważalibyśmy za okropny skandal. Bo chyba prędko po stwierdzeniu nosacizny między końmi wykryłoby wszystkie chore zwierzęta i wystrzelano by je, usuwając w ten sposób możliwość zarażania się ludzi. Ale cała sprawa posiada też stronę inną. Dajmy na to, że wbrew przekonaniu, dopiero co wypowiedzianemu, przecież zarażałoby się nosacizną pewna liczba żołnierzy. Leczonoby ich, to rzecz pewna, inaczej, niż swych chorych kurowali Oczapowski i Drzewicki, rezultat leczenia pozostałby z tem wszystkiem przypuszczalnie mniej więcej takim samym, jak przed stu laty. Środka skutecznego przeciw nosaciznie, już rozwiniętej, dziś nie posiadamy, podobnie, jak go nie posiadano wówczas. Innemi słowy rozpoznawanie tej choroby i zapobieganie jej zrobiło znaczne postępy, leczenie właściwie żadnych — tylko może nadzieja, że kiedyś odpowiednie metody lecznicze posiadziemy, teraz więcej jest usprawiedliwiona, niż w roku Pańskim 1826.

Prace Czetyrkina i Jakutowicza, gdyby je dziś ktoś głośno przeczytał na zebraniu naszego towarzystwa, nie omieszkalyby wywołać efektu humorystycznego. Jednakże, gdyby z drugiej strony utrzymywał się jeszcze u nas dawny a bez wątpienia nie najgorszy zwyczaj — dawania takich prac do zreferowania i zaopiniowania któremuś z naszych członków, mam nadzieję, że ten ktoś, zaznaczywszy na wstępie etjologiczne znaczenie wibrjona Kocha, jako fakt naukowy, dziś wszystkim dostatecznie znany, sprawy ewentualnych wpływów innych czynników, a więc chociażby elektryczności atmosferycznej, nie zbyłby kpinami, lecz powiedział poprostu, że mu tymczasem nic o tem nie wiadomo. Takie ujęcie sprawy byłoby też jedynie właściwem, zgadzając się z zasadą, często wprowadzanie zaniedbywaną, tem więcej przecież na pamięć zasługującą, a głoszącą, że łatwiej stwierdzić istnienie związku pomiędzy dwoma fenomenami, niż wykluczyć możliwość istnienia takich związków pomiędzy jednym z nich a nieskończoną wielością innych zjawisk, dopóki każdej z takich ewentualności nie poddamy wyczerpującej krytyce.

Czy przebieg cholery w Wiłkomierzu, tak poprawnie na ogół opisanej przez D-ra Mieczysława Makowskiego, byłby dziś „ceteris paribus” pomyślniejszy niż w roku 1853? Autor poza jednym faktem, o którym jeszcze mówić będziemy, nic nie wspomina o stanowisku, zajętem przez władze sanitarno-policyjne w celu zwalczania tej, zresztą według jego własnego zdania, stosunkowo nie nazbyt ciężkiej epidemji. Dziś, niewątpliwie, sprawa ta w owych kołach znalazłaby większe uwzględnienie. Kilku dygnitarzy właściwych resortów odbyłoby wycieczki, nie do Wiłkomierza wprowadzając, leżące według dzisiaj obowiązującej geografji poza granicami Rzeczypospolitej, lecz do miasteczka ewentualnie zarazą dotkniętego, mogącego być pod względem wielkości, liczby mieszkańców, zwłaszcza zaś warunków sanitarnych, krzyczących wielkim głosem o pomstę do bogini Higieny jednym z tak licznych u nas ekwiwalentów ówczesnego Wiłkomie-

rza. Wydelegowanoby tam bakterjologa z termostacikiem, pożywkami, barwnikami i mikroskopem, a może też zarządzonoby masowe szczepienia „ochronne”. Przypuszczam, że po pewnym czasie postaranoby się też o parę odczytów popularnych, w których namawiano by ludność do używania przegotowanej zamiast surowej wody, oraz do dezynfekowania wypróżnień chorych, brudnej bielizny i t. d. za pomocą różnych chemikalij, o które zresztą zapewne wypadałoby się własnym przemysłem wystarać każdemu interesowanemu. Myślę, że te wszystkie sposoby może nawet z pewnym pożytkiem zastąpiłyby te, które prawdopodobnie wówczas tam stosowano, a mianowicie palenie ognisk, mocno dymiących na czterech rogach miasteczka, oraz konfiskowanie na targu u przekupek owoców i jarzyn surowych przez policjantów, którzy je zresztą następnie zapewne ze swemi rodzinami w spokoju ducha spożywali. Czy zdobyłoby się zaś dzisiaj na coś, co zrobił ówczesny marszałek powiatowy, a czemu D-r Makowski, może nie bez słuszności, przypisuje względnie prędkie wygaśnięcie cholery i nie rozprzestrzenienie się jej na wsie okoliczne — to wydaje mi się rzeczą wątpliwą ze względu na fatalne finansowe stosunki. Dygnitarz ów mianowicie zebrał pomiędzy obywatelstwem swego powiatu 500 rubli, które wystarczyły na wydawanie ubogiej ludności miasteczka raz na dzień gorącej zupy oraz dobrze wypieczonego chleba. Natomiast jestem pewien, że dziś z tej racji zapisanoby więcej papieru kancelaryjnego, choć wówczas także przecież lubiono i umiano pisać. Koniec końcem, nie chcę bynajmniej twierdzić, że obecnie (przypominam, że mówię o ekwiwalencie Wiłkomierza — nie zaś o Warszawie lub Poznaniu) dzięki odpowiednim zarządzeniom władz sanitarnych, epidemja nie miałaby przebiegu nieco pomyślniejszego, niż przed siedemdziesięciu kilku laty. Ale, jakby było z leczeniem? D-r Makowski teraz na pewno by nie puszczał krwi swoim chorym, nawet w „stadium typhosum”, i nie szafowałby „larga manu” emetykiem we wczesnych okresach. Natomiast bardzo sumiennie kłułby skórę swych pacjentów rozmaitemi „zastrzykami”. Aptekarz miejscowy robiłby zupełnie dobre interesy na kamforze. Czy zaś ostatecznie udało by się temu koledze za pomocą dzisiejszych metod terapeutycznych więcej chorych ocalić (bo twierdzi on, że za pomocą ówczesnych ocalił ich sporo), na takie pytanie nie potrafię dać stanowczej odpowiedzi, wolę więc zachować dyplomatyczne milczenie.

Porównanie tego, co było wówczas, z tem, co by się działo prawdopodobnie teraz, nie w jakimś idealnem środowisku, lecz w małym miasteczku kresowem, prowadzi nas do przekonania, że koniec końcem pomiędzy przebiegiem cholery wówczas i dzisiaj bardzo wyraźnej różnicy możeby nie było.

Smutnoby zakończyć pod takim wrażeniem nasze rozważania i Bogu dzięki, że wpadły mi do ręki owe prace o kołtunie. Możemy rozjaśnić zachmurzone twarze. Żaden lekarz, nawet z najgłuchszej prowincji nie kazałby swoim pacjentom dziś zapuszczać kołtuna. Gdyby się zaś ktoś zgłosił się doń z ulceracjami podniebienia, czy gardła lub przełyku, oraz podejrzanym procesem w nosie, to nie dając się zrazić brakiem natychmiastowych pomyślnych rezultatów terapii rțeciowej, w razie potrzeby zastosowałby on jod, preparaty

salwarsanowe i możeby zdołał ocalić od zeszpecenia i kalectwa ową nieszczęśliwą istotę. A takich kołtunowych pacjentów zapewne koledzy Bernard, Rodkiewicz i inni, skąd inąd zasłużeni i dzielni lekarze ówczesni, miewali więcej. I tu widzimy rzetelny postęp, gdyż jest nim obalenie fikcji, tem niebezpieczniejszej, że ona właśnie, dając pozorną odpowiedź na wątpliwości diagnostyczne, uspasabiła lekarzy do bezczynności, której następstwem musiały być liczne ofiary. Ale, sięgnąwszy wzrokiem poza szczupłą liczbę przypadków na tem miejscu omawianych, będziemy musieli zgodzić się na to, że takich „postępów” jest więcej. Pomimo tego wszystkiego, co się dziś pisze i mówi o surowicy antydyferycznej, każdy z nas, co, zaczawszy praktykę jeszcze w przedsurowiczym okresie, potem sam miał sposobność obserwowania wyników tej terapii, na podstawie bezpośrednich własnych wrażeń, bardziej przykonywających od wszelkich statystyk, nabrał przekonania, że to istotny i potężny środek leczniczy. Insulina daje nam niejednokrotnie możność ratowania życia chorych, poprzednio nieodwołalnie straconych. Opoterapia daje efekty lecznicze, aczkolwiek niezawsze trwałe, to przecież dawniej wogóle nieosiągalne, a wreszcie udoskonalenie metod diagnostycznych pozwala na wczesne rozpoznawanie schorzeń, wymagających interwencji chirurgicznej, która dzięki temu święci dziś również triumfy, dawniej nieznane.

To też niniejszą wystawę retrospektywną archiwum naszego Towarzystwa mamy prawo zakończyć nie westchnieniem zniechęcenia, lecz pełnem otuchy twierdzeniem: a przecież idziemy ku lepszemu.

Z Kliniki chirurgicznej (Kierownik Prof. Dr. K. Michejda) i ocznej (Kierownik Prof. Dr. J. Szymański) Uniwersytetu Wileńskiego.

Rhabdomyoma Orbitae.

Podali Dr. J. Tymiński, adjunkt Kliniki chirurgicznej, Dr. I. Abramowicz, starszy asystent Kliniki ocznej.

Mięśniaki prążkowano-komórkowe (szkieletowe) należą do nader rzadko spotykanych nowotworów. Osobliwą rzadkość przedstawia rhabdomyomat, wychodzący z mięśni prążkowanych oczodołu. Dotąd opisano tylko 4 przypadki takich nowotworów. Są to przypadki *Zenkera*, *Beyera*, *Mohra* i *Redsloba*. *Lagrange* w Encyclopedie Francaise d'ophtalmologie przytacza jeszcze przypadki *Jenningsa* i *Bocchi'ego*, lecz według *Redsloba* na podstawie obrazu histologicznego, nie można ich zaliczyć do powyższej grupy nowotworów.

Jedyny w piśmiennictwie (*Schreiber*) jest przypadek mięśniaka prążkowano-komórkowego mięśnia okrężnego powieki, opisany przez *Schnaudigela*, gdzie mały twór wielkości gradówki dał w 1½ roku po operacji nawrót, znacznie przewyższający w swoich rozmiarach pierwotny nowotwór.

Spostrzegany przez nas przypadek jest zatem 5-tym z rzędu mięśniakiem prążkowano-komórkowym oczodołu. Dotyczył on chorej B. F. — 14 lat, wieś-

niaczki, która zgłosiła się do Kliniki chirurgicznej 4. III. 1925 r. z powodu nawrotu guza lewego oczodołu. W wywiadach stwierdzono, że przed 9 laty zauważono u chorej guzek nad lewem okiem, który wypierał gałkę oczną. Chora była operowana 3 razy; po ostatnim zabiegu, dokonanym przed dwoma laty, usunięto gałkę oczną.

Stan chorej w dniu przyjęcia przedstawiał się w następujący sposób: chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania upośledzonego; skóra wilgotna, bez wykwitów, błony śluzowe widoczne blade. Chora apatyczna, niczem się nie interesuje.

Wychodzący z lewego oczodołu guz wielkości pięści dorosłego człowieka przechodzi, jak widać z fotografii 1-ej, poza górną krawędź oczodołu na kość czołową. Guz sprężysty, o postaci kulistej, niebolesny, o nierównej, zrazowatej powierzchni, nie daje się przesunąć. Skóra nad guzem częściowo ścięta i ściśle z nim złączona. W dolno-zewnętrznej jego części widać zrosnięte pomiędzy sobą krawędzie powiekowe. Gałka oczna nie daje się wyczuć. Prawe oko bez zmian chorobowych. Wyczuwalne węzły chłonne szyjne, pachowe i pachwinowe nie są powiększone. Płuca, serce zmian nie wykazują. W moczu ślady białka, nieco zwiększona ilość indykanu, kilka wałeczków szklanych. Badanie krwi o wyniku następującym: haemoglobina 105%, ciałek czerwonych 6.640.000; białek białych 10.000; neutrofile 72%, limfocyty duże 5%, limfocyty małe 16%, ciałka przejściowe 5%, eozynofile 1%, bazofile 1%.

Dnia 6. III. w uśpieniu eterowem wycięto kawałek guza w celach rozpoznawczych. Po przeprowadzeniu badań w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. S. B. stwierdzono, iż jest to rhabdomyoma malignum (sarcomatodes).

1. IV. — Operacja wyluszczenia guza z podwiązaniem tętnicy szyjnej zewn. — Na rozgałęzieniu tętnicy leżał gruczoł chłonny, wielkości laskowego orzecha, który usunięto. Guz oczodołu wycięto okrężnem cięciem w górnej powiece, pozostawiając i oddzielając ku górze część rozciągniętej, lecz nie porośniętej przez nowotwór skóry górnej powieki. Po wejściu do oczodołu nowo-



Fot. 1.



Fot. 2.



Fot. 3.

wór oddzielono i usunięto wraz z całą dolną powieką. Śladów gałki ocznej w oczodole nie znaleziono. Kości oczodołu wraz z łukiem oczodołowym kości czołowej były zupełnie zniszczone; w głębi rany widać odsłoniętą na całej przestrzeni opone twarzą; górna ściana zatoki szczękowej była zniszczona. Ostrą łyżką usunięto pozostałe drobne części nowotworu i zniszczonych kości. Na przekroju nowotwór miał wygląd guzkowaty, o zabarwieniu szarawo-różowym; spoistość guza — miękka. Krwawienie podczas operacji było nieznaczne. Brzegi rany zaszyto nad oczodołem, część niepokrytą skórą wytamponowano.

Po 2-ch tygodniach zauważono nawrót oraz wypadnięcie istoty mózgowej. Dnia 24. V. zanotowano: guz wyrósł do rozmiarów główki dziecięcej. (Fot. 2—3). 25. — śmierć.

Rozpoznanie sekcyjne następujące: Tumor Orbitae sinistrae (Rhabdomyoma sarcomatodes). Usura ossis frontalis sin. Tumor gyri front. sin. cerebri. Oedema cerebri. Bronchopneumonia confluens lobi inferioris pulmonis sinistri. Pleuritis purulenta sinistra. Degeneratio parenchymatosa myocardi. Infiltratio adiposa hepatis.

Jakśmy już zaznaczyli, badanie histologiczne wyciętego w celach diagnostycznych kawałka nowotworu wykazało, iż jest to złośliwy mięśniak prążkowano-komórkowy.

Taki sam wynik dało badanie mikroskopowe usuniętego po zabiegu operacyjnym guza. Po utrwaleniu go w 10% roztworze formaliny i zatopieniu w parafinie, barwiono skrawki według *van Giesona*.

Obraz mikroskopowy przedstawiał się w następujący sposób: przy małym powiększeniu guz składa się z licznych komórek, układających się miejscami pasmami: barwiących się na żółtawy kolor i z tkanki łącznej międzyzrazikowej, zabarwionej na czerwono.

Przy dużym powiększeniu widzimy, że komórki nie przedstawiają obrazu jednolitego. Obok komórek z nieznaczną ilością protoplazmy i z lekka wydłużonym jądrem, przypominających komórki wrzecionowate, obok komórek z okrągłym jądrem o wyglądzie dużych limfocytów, istnieją liczne skupienia komórek, (zabarwionych na żółtawo-zielonkawy kolor) z większą ilością protoplazmy, po-

siadających pęcherzykowate owalnie wydłużone jądro z jąderkami. Protoplazma tych komórek o wyglądzie pasemkowym, a niekiedy pałeczkowatym, wykazuje wyraźne podłużne prążkowanie, nadające protoplazmie, szczególnie na obwodzie komórki, jakgdyby rozszczepiony wygląd. Protoplazma wydaje się, jakgdyby była złożona z licznych równoległych włókienek. Miejscami protoplazma jest prawie zupełnie jednolita. W nielicznych miejscach istnieje obraz zwyrodnienia śluzowego, charakteryzującego się obecnością licznych trójkątnych lub gwiaździstych komórek, z licznymi, krzyżującymi się w różnych kierunkach, wyrostkami włóknkowatymi. Zazwyczaj brak jest zewnętrznej powłoki włókna, miejscami tylko jest ona ledwie zaznaczona.

Badanie histologiczne wykazało zatem, że mamy do czynienia z nowotworem nawrotowym, pochodzącym z mięśni prążkowanych i wykazującym złośliwe zwyrodnienie (Rhabdomyoma sarcomatodes). Nowotwór nawrotowy wykazał wszelkie cechy poprzednio wyciętego.

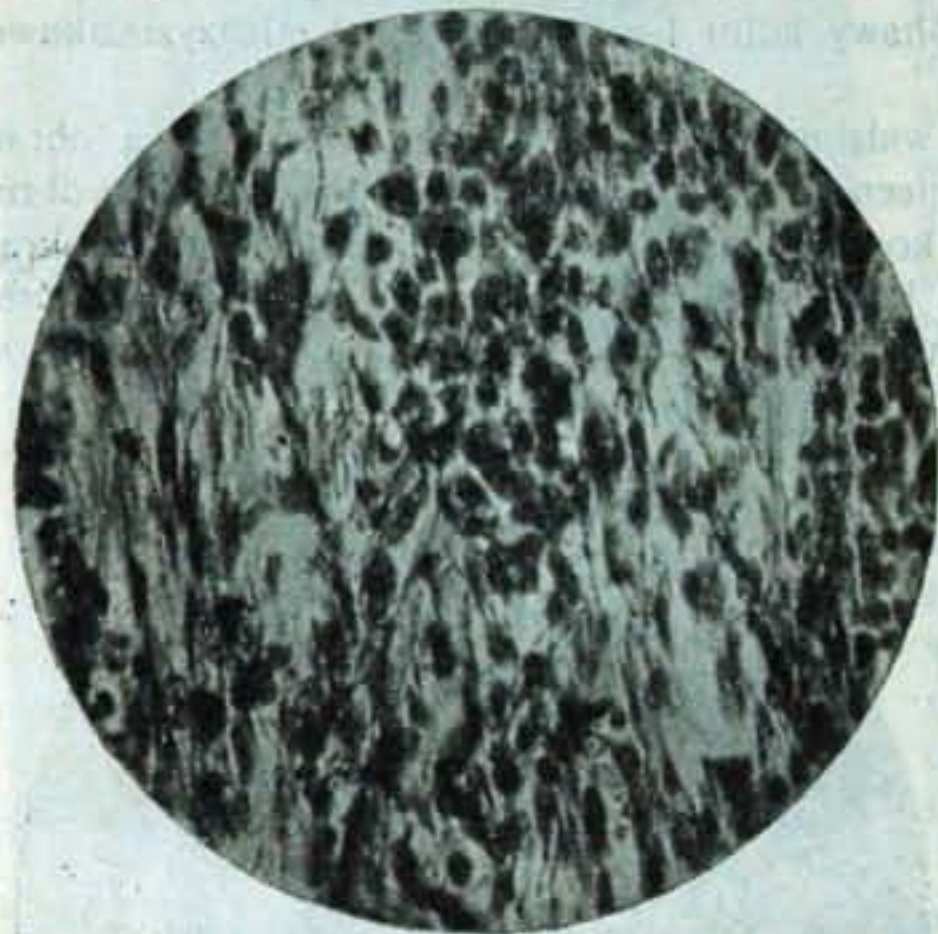
W naszym przypadku, podobnie jak w przypadku *Redsloba*, komórki mięśniaka różnią się od komórek normalnej tkanki mięsnej brakiem wyraźnego poprzecznego prążkowania (anaplasia).



Fot. 4. Zeiss Obj. apochr. 16 mm. Ok. K. 7.

Histologiczne badanie gruczołu chłonnego szyjnego, usuniętego podczas zabiegu operacyjnego, nie wykazało przerzutu nowotworu.

W naszym przypadku, podobnie jak w przypadku *Zenkera i Redsloba*, usunięcie nowotworu dało w krótkim czasie szybko postępujący nawrót.



Fot. 5. Zeiss, Obj. apochr. 4 mm. Okr. K. 7.

Prawie wszystkie do tej pory opisane mięśniaki prążkowane-komórkowe oczodołu są właściwie nowotworami mieszanymi.

Borst uważa, że istnienie jednorodnych nowotworów z mięśni poprzeczno-prążkowanych nie jest dotąd ustalone.

Redslob natomiast przypuszcza, że mięśniaki poprzeczno-prążkowane nie są znowu zjawiskiem tak rzadkiem, i że niejeden nowotwór, zaliczany dotąd do złośliwego okrągłokomórkowego łącznotkankowca, jest w początkowym okresie swego rozwoju istotnym mięśniakiem prążkowanym-komórkowym.

Aczkolwiek w przypadku naszym mieliśmy do czy-

nienia z nowotworem nawrotnym, to jednak na podstawie jego powolnego wzrostu oraz wyników histologicznego badania ostatniego nawrotu możemy przypuścić, że nowotwór macierzysty był nowotworem o charakterze dobrotliwym, prawdopodobnie czystym mięśniakiem prążkowanokomórkowym, który dopiero w dalszych okresach swego rozwoju przerodził się w typ sarkomatyczny.

Panu Prof. *K. Opoczyńskiemu*, Kierownikowi Zakładu Anatomji Patologicznej U. S. B., serdecznie dziękujemy za udzielenie cennych wskazówek przy opracowaniu niniejszego przypadku.

Piśmiennictwo.

1. Bayer, Rhabdomyoma orbitae. Norsk. med. Arch. Stockholm. 1882, cyt. według *Zenkera*.
2. Borst, Allgemeine Pathologie der malign. Geschwülste (Klinik der bösart. Geschwülste von Zweifel & Payer) str. 93—94.
3. Hornowski, Anatomja Patologiczna, cz. II.
4. Lagrange, F., Encyclop. franç. d'ophtalm. str. 769.
5. Mohr, Rhabdomyoma malignum orbitae, Szemeszet 1905. cyt. według Kl. M. f. Augenh. 1905.
6. Redslob, Rhabdomyome de l'orbite à évolution atypique. Annales d'oculist. 1924. str. 721 — 725.
7. Schnaudigel, Ein Rhabdomyom des Orbicularismyoms. Gräfes Arch. Bd. 74.
8. Schnaudigel, Ein Rezidiv des Orbicularismyoms. Gräfes Arch. Bd. 85. str. 252.
9. Schreiber, Die Krankheiten der Augenlider Gräfe-Sämisch Handbuch.
10. Zenker, Ein Fall von Rhabdomyosarkom der Orbita. Virchows Archiv. CXX, str. 536.

Rak a uraz.

Podał Dr. W. Zaleski.

Odczyt wygłoszony dnia 24 czerwca 1925 r. w Wileńskim Towarzystwie Lekarskim.

Kwestje, dotyczące momentów etiologicznych powstawania i rozwoju nowotworów złośliwych wciąż pozostają dla nas zagadką, ku której rozwiązaniu skierowane są wysiłki badaczy niestety dotąd nie uwieńczone pomyślnym wynikiem. W tej żmudnej pracy każdy, chociażby najdrobniejszy szczegół może mieć znaczenie i służyć jako materiał do dalszych zestawień, badań i wywodów. Z tego punktu widzenia wychodząc, podajemy opis przypadku raka powstałego na tle urazu, poprzedzając go krótkimi uwagami, dotyczącymi dotychczasowego naszego dorobku naukowego w tej kwestji. Na wstępie wszakże stwierdzić musimy, że wiadomości nasze o powstawaniu nowotworów złośliwych są dotychczas bardzo niepewne.

Jedna grupa badaczy upatruje przyczynę powstawania tych nowotworów w czynnikach wewnętrznych, zależnych od zmienionych warunków istnienia i działania pewnych komórek i tkanek, warunków nabytych w życiu zarodkowym lub pozapłodowym, albo też w zmienionych warunkach egzystencji całego go ustroju.

Druga grupa skłona jest widzieć tę przyczynę w czynnikach zewnętrznych, wpływających ujemnie na komórki i tkanki, i zalicza do nich wszelkiego rodzaju podrażnienia natury fizycznej, chemicznej lub biologicznej.

Jednakże zwolnicy teorii tak zwanych przyczyn wewnętrznych uznają pewną sprzyjającą i pobudzającą rolę, jaką mogą odegrać czynniki zewnętrzne w powstawaniu nowotworów złośliwych, obok obowiązkowego istnienia przyczyn wewnętrznych. Z drugiej znów strony zwolnicy teorii czynników zewnętrznych dopuszczają pewną sprzyjającą rolę przyczyn wewnętrznych, egzystujących bądź to w samej komórce, bądź w całym organizmie (dziedziczność, wiek), dzięki którym czynnik zewnętrzny ma możność działania w kierunku powodującym rakowacenie komórek. W ten sposób powstaje jakby most łączący grupę, zdawało by się, tak zasadniczo odmiennych teorii, pozostawiając nierozstrzygniętym pytanie, która grupa przyczyn, w jakim stopniu i w jakich wypadkach odgrywa rolę pierwotną i główną, a która rolę podrzędną i wtórną.

Śród przyczyn natury zewnętrznej sprzyjających lub powodujących powstanie nowotworów złośliwych uraz zajmuje jedno z głównych miejsc.

Od chwili pierwszej wzmianki holenderskiego lekarza Boerhavé'a w 17 stuleciu o wpływie urazu na powstawanie raka aż do czasów obecnych, przypadków raka urazowego pochodzenia opisano bardzo wiele; szczególnie bogata jest kazuistyka kliniczna przypadków, w których rak powstał wskutek długo trwającego urazu na podłożu zmienionem wskutek blizn, przetok ropnych oraz starych długotrwałych i specyficznych owrzodzeń. Nas jednak interesuje tylko

kwestja wpływu jednokrotnego urazu na powstawanie raka, dotąd bowiem pozostaje ona sporną i powoduje często obszerne dyskusje.

W roku 1912 na 3-m międzynarodowym zjeździe traumatologów w Düsseldorfie prof. Lubarsch kategorię twierdzi, że ściśle naukowo dotąd nie udało się udowodnić, by jednokrotny uraz posłużył za przyczynę powstania raka.

Na tym że zjeździe Lenoir mówi: „Nikt nie ośmielił się twierdzić, że jednokrotny uraz może spowodować powstanie raka na podłożu uprzednio nie zmienionem i nie przygotowanem”.

Prof. Thiem, zgadzając się zasadniczo z tem twierdzeniem, przyznaje jednak, że w pewnych bardzo nielicznych przypadkach, jednokrotny uraz jest czynnikiem, poprzedzającym rozwój raka, i w pewnym stopniu może być uważany za przyczynę powstania raka.

Podobny pogląd podziela prof. Pietrow, a w dobie obecnej prof. Buschke, Röpke, Berard, Siemon i inni.

Podług Thiem'a, a także Löwenstein'a każdy taki przypadek raka musi odpowiadać następującym wymaganiom.

- 1) Sam uraz i chwila jego powstania muszą być ściśle ustalone.
- 2) Siła działania urazu winna być dosyć znaczną, o czem sądzymy po wyniku działania urazu na tkanki, gdzie zjawiają się: ból, obrzęk, wynaczynienia krwawe, porażenie lub wypadnięcie funkcji. Cały zbiór tych danych nie jest niezbędny — wystarcza stwierdzenie kilku z nich (Brückensymptomen niemieckich autorów).
- 3) Nowotwór złośliwy winien przedewszystkiem zjawić się na miejscu urazu.
- 4) Od chwili kiedy uraz nastąpił, do chwili powstania wyraźnie zaznaczonych objawów nowotworu, winien upłynąć pewien okres czasu.

Minimum tego czasu dla raków Thiem określa na 1 miesiąc, maximum 2 lata, a dla mięsaków od 3 tygodni do 2 lat, Deilman określa ten czas od 3 tygodni do 3 lat.

Wprawdzie te okresy wzięte są przez Thiem'a zupełnie dowolnie, ale z punktu widzenia praktycznego, dają się zastosować; zjawienie się bowiem raka przed upływem 1-go miesiąca wskazywałoby, że uraz tylko przyspieszył wystąpienie objawów już przedtem istniejącego, lecz dotąd ukrytego nowotworu, zjawienie się zaś raka po 2-ach latach, aczkolwiek teoretycznie jest możliwe, trudno dać się związać z poprzedzającym urazem.

O tem, jak rzadko spotykają się przypadki raka powstałego na tle jednokrotnego urazu, świadczą słowa Göebela, który w roku 1905 po dokładnem sprawdzeniu przytoczonych przez autorów statystycznych danych powiada, że w odnośnem piśmiennictwie znany jest tylko jedyny przypadek, nie wzbudzający najmniejszej wątpliwości, że rak powstał w związku z urazem, mianowicie przypadek, opisany przez Hahna, kiedy w 5 miesięcy po otrzymaniu ciężkiej tłuczonej rany głowy rozwinął się w tem miejscu guz rakowy.

Poszukiwania podobnych przypadków w piśmiennictwie okresu przedwojennego dają dosyć nikłe wyniki, (w nielicznych tylko wypadkach udaje się

stwierdzić niewątpliwie taki stosunek urazu do nowotworu). Z przytoczonych przez autorów obszernych statystyk musimy wykreślić wszystkie przypadki, w których związek między urazem a powstaniem raka był notowany jedynie na podstawie słów chorego, gdyż chory szczególnie chętnie łączy powstanie nowotworu z urazem. Również należy tu wyłączyć przypadki złośliwych nowotworów narządów wewnętrznych, gdyż moment powstania nowotworu nie może tu być ściśle określony, a przez to i związek jego z urazem staje się bardzo wątpliwym.

W piśmiennictwie polskiem doby przedwojennej nie mogliśmy odszukać ani jednego niewątpliwego przypadku, a w piśmiennictwie rosyjskiem znajduje się zaledwo jeden podany przez Gejnaz'a.

Prof. Thiem w obszernem dwutomowym dziele (Handbuch der Unfall-erkrankungen, Stuttgart 1909) skrzętnie zebrał i ogłosił drukiem znane dotąd przypadki, podając zaledwie 10.

W trzy lata później na zjeździe w Düsseldorfie przytacza on jeszcze dwa przypadki (I własny i I przypadek Haberer'a).

Wojna, ta prawdziwa epidemia urazowa, jaką przeżyliśmy niedawno, zdawałoby się, dać nam możność częstszego obserwowania rozwoju raka w związku z urazem, lecz rzeczywistość przeczy temu, i publikacje podobnych przypadków, aczkolwiek w dobie wojennej i powojennej notowane są częściej, lecz pozostają jednakże odosobnionemi.

Nic też dziwnego że szereg autorów doby powojennej jak prof. Dürek, Orth, Hansemann i inni wypowiadają się znowu przeciwko temu, by jednokrotny uraz bezpośrednio mógł spowodować powstanie raka.

W roku 1918 Association française pour l'étude du cancer wypowiedziała się przeciw bezpośredniej łączności jednokrotnego urazu z powstawaniem raka.

Forgue w artykule „Le cancer et la guerre”, ogłoszonym w 1921 roku uważa, że wojenne uszkodzenia nie wywołują same przez się raka, jedynie go ujawniają ze stadium ukrytego, w jakim mógł pozostawać przez pewien czas. Wyjątek stanowią mięsaki, które mogą nastąpić po jednokrotnym ciężkim urazie. Autor uważa, że rak może być tylko wynikiem powtórnych podrażnień natury mechanicznej, fizycznej lub chemicznej.

Wywody swoje opiera na 200.000 historii chorób, jakie przestudjował.

Po zaznajomieniu się z piśmiennictwem doby wojennej i powojennej zdaliśmy zebrać zaledwie kilka przypadków raka, w tym lub innym stopniu będącego w związku z jednokrotnym urazem. Są to przypadki Buschkego, Strassera, Hickela i Oberlinga i Walza.

Z angielskich autorów Schweitzer w 1920 r. zebrał 43 przypadki raka skóry, z tych 10 uważa za powstałe na tle jednokrotnego urazu, lecz brak bliższych szczegółów nie pozwala nam przytoczyć ich tutaj.

Ta rzadkość raka powstałego w związku z jednokrotnym urazem, skłoniła mnie do ogłoszenia przypadku, spostrzeganego podczas wojny, w roku 1921, którego historję podaję:

Chora O. 24 lat (siostra miłosierdzia) przybyła do szpitala 23.III-1921 r. z powodu niezagojonej rany prawego uda i okolicy spojenia łonowego.

Wywiad: dziedzicznością względem gruźlicy, kiły i raka nie obciążona. 3 lata temu przebyła dur osutkowy, przed 2 laty—dur brzuszny. 2-go sierpnia 1920 r. czyli przed 7^{1/2} mies. odłamkiem granatu otrzymała obecną ranę wewnętrzną powierzchni obu ud, okolicy spojenia łonowego oraz okolicy pachwiny prawej i lewej. Po upływie kilku dni z prawego uda usunięto kilka odłamków granatu.

Stan obecny: chora średniego wzrostu o wybitnie bladym zabarwieniu błon śluzowych i skóry, o nikłej tkance tłuszczowej i słabo rozwiniętych mięśniach. Dołki nadobojczykowe po obu stronach zapadnięte.

Lewe płuco: przytłumienie odgłosu opukowego nad szczytem od tyłu sięgające do grzebienia łopatki. Niżej pas odgłosu płucnego szerokości 3—4 palców. Od kąta łopatki ku dołowi znowu rozległe przytłumienie sięgające na zewnątrz do linii pachowej. Od przodu, nad szczytem lewym przytłumienie sięga do 2-ej przestrzeni międzyżebrowej.

Osluchowo: z przodu szmer oddechowy szorstki ze słyszalnym wydechem, od tyłu szmer oddechowy oskrzelowy i rżenia przeważnie drobno-bąbkowe rozsiane na całej przestrzeni lewego płuca.

Prawe płuco: z tyłu, na szczycie przytłumienie dochodzi na jeden palec powyżej grzebienia łopatki, od przodu przytłumienie odgłosu opukowego do drugiego żebra. Wydech i wdech wydłużony, na środku mostka słyszy się szmer oddechowy oskrzelowy, prócz tego rżenia drobno-bąbkowe, rozsiane na całej przestrzeni płuca, jednak mniej obficie, niż po stronie lewej. Serce i narządy jamy brzusznej bez zmian, w moczu ślady białka. Badanie płwociny prątków kwasoodpornych nie ujawniło, Odczyn Wassermana ujemny.

Rozpoznanie: induratio tuberculosa apicis pulmonum utriusque et lobi inferioris pulmonis sinistri.

Opis zmian miejscowych

Prawe udo. Ogromna szeroka blizna nieprawidłowego kształtu, mocno zrośnięta z warstwami głębiej leżącymi, długości do 20 cm. i szerokości około 5 cm., przebiega na wewnętrznej jego powierzchni, bliżej ku tyłowi, zaczynając się od kłykcia wewnętrznego uda prawego. Blizna ta łączy się z powierzchnią szerokiej rany o brzegach zgrubiałych, wypełnionej ziarniną, przyczem ta ostatnia w kilku miejscach jest twardą na dotyk. Cała powierzchnia jej jest pokryta posoką.

Rana wspomniana umiejscowiona jest w górnej 1/3 części wewnętrznej powierzchni prawego uda, zajmuje okolicę trójkąta Scarpy, sięgając ku górze i w prawo na 3 cm. ponad więzadło pachwinowe. Wymiary jej: 12 cm. długości i około 10 cm. szerokości, kształt nieprawidłowo owalny.

Od górnazewnętrznego brzegu tej rany równolegle i nieco niżej więzadła pachwinowego widoczna jest dosyć szeroka blizna około 8 cm. długości, zaś od tylnowewnętrznego brzegu tej rany, w kierunku ku tylnej powierzchni uda ciągnie się blizna kształtu półksiężycowatego do 10 cm. długości i do 2^{1/2} cm. szerokości.

Na brzegu tylnym rany, prawie naprzeciw połowy przebiegu tej półksiężycowej blizny widoczne jest wklęsnięte owrzodzenie wielkości 2^{1/2} × 1^{1/2} cm. przy dotyku sprawiające wrażenie chrząstki.

Opisana rana wypełniona ziarniną zajmuje jednocześnie okolicę spojenia łonowego, przedostając się na przeciwległą stronę prawie na 4 cm., sięgając na tyleż ku górze od górnego brzegu kości łonowej, a od dołu zajmując górny brzeg podstawy wielkich warg sromowych, szczególnie prawej.

Prócz tego widoczna jest blizna bezpośrednio złączona z lewym brzegiem rany, biegnąca od lewego guza kulszowego po powierzchni zewnętrznej tylnosrodkowej uda w kierunku lewej pachwiny, dotykająca przedniego górnego kolca lewej kości biodrowej a kończąca się na grzebieniu tej kości w odległości 8 cm. od przedniego kolca. Długość tej ostatniej blizny 28 cm. szerokość 10 cm.



Rys. I. Prawe udo. Wskazówka oznacza miejsce powstania raka.

Górny brzeg podstawy wielkich warg sromowych i lechtaczki obrzęknięte, ujście zewnętrzne cewki moczowej i przednia ścianka pochwy przekrwione i obrzęknięte. Macica mała w przodozgięciu i przodopochyleniu, przydatki po stronie prawej bolesne, nieco zwiększone, lewe przydatki niewyczuwalne. Gruczoły chłonne pachwinowe po obu stronach nie dają się wyczuć.

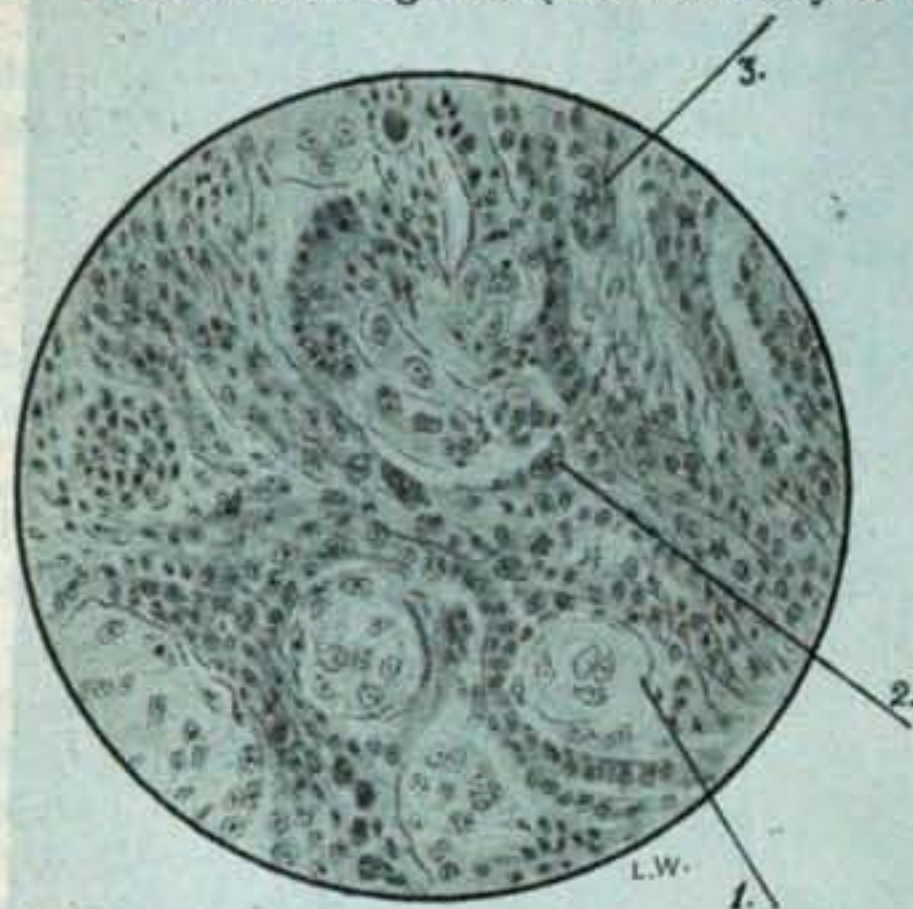
W okresie czasu od 22.VII 1920 do 23.III 1921 chora była operowana trzykrotnie:

1) w pierwszym tygodniu po otrzymaniu rany zostały usunięte resztki granatu, brzegi rany zeszyto, lecz wkrótce szwy zropiały, a rana pozostała otwartą i goiła się *per secundam intentionem*; 2) w grudniu 1920 r. usunięto ostrą łyżką ziarninę, ranę częściowo zeszyto, lecz po upływie 2-tygodni powróciła ona do stanu poprzedniego; 3) w siódmym miesiącu, — prawdopodobnie były zacieki ropne, wskutek czego dokonano cięcia w okolicy prawej pachwiny i cię-

cia w kształcie półksiężyca na prawem udzie, od tylnowewnętrznej brzo-
rany. Ziarninę również usunięto ostrą łyżką; polepszenie trwało zaledwie dwa
tygodnie.

Wskutek tego, że zwykłe leczenie chirurgiczne w przeciągu miesiąca pozo-
stawało bez skutku, dokonano próbnego wycięcia kawałka tkanki ze wspomnia-
nego twardego owrzodzenia i skonstatowano rak.

Badanie histologiczne (barwienie zwykłe hematoksyliną i eozyną).



Rys. II. 1) perła rakowa; 2) hyperchromatosis;
3) karyokinesis.

W preparacie stwierdzono
utkanie składające się z blado-
różowych pasm tworzących sieć
o dużych okach, stanowiących
podścielisko dla ognisk barwią-
cych się bardziej na różowo.
Części powierzchniowe preparatu
wykazują budowę zupełnie zatartą
i barwią się na czerwono (mar-
twica). Co się tyczy ognisk opi-
sanych powyżej i barwiących się
bądź na różowo, bądź bardziej
intensywnie, to przedstawiają się
one w postaci pasm lub też w
postaci ognisk o układzie współ-
środkowym (perły), ogniska te
pod silnym powiększeniem wyka-
zują utkanie następujące: w wię-
kszości ognisk o układzie współ-
środkowym spotykamy bryłki lub też łuski silnie barwiące się eozyną. Bardziej
obwodowo leżą komórki wypełnione ziarnami, barwiącymi się mocno hematoksyliną
(keratohyalina). Jeszcze bardziej ku obwodowi spotykamy komórki wielokształtne
o dużej ilości zarodki komórkowej, zupełnie ściśle przylegające jedna do drugiej.
Jądra tych komórek wykazują kolosalną zmienność tak co do wielkości, jak też co
do kształtu i zdolności barwienia, spotykamy jądra 3—4 krotnie większe, barwiące
się bądź silniej (hyperchromatosis), bądź też znacznie słabiej, niż jądra normalne.
Wiele jąder wykazuje zmianę kształtów w postaci licznych ząbków bez wyraź-
nej budowy, jądra często nadzwyczaj silnie barwią się hematoksyliną (pyknosis).
Niektóre komórki posiadają po 2 jądra, prócz tego w nielicznych miejscach,
stwierdza się podział jąder komórkowych (kariokinesis). Ogniska komórkowe
bardzo znacznie przeważają nad podścieliskiem łącznotkankowym. Obraz drobnowidzowy
przemawia niewątpliwie za rakiem rogowaciejącym, a znaczna różno-
barwność komórek i ich jąder oraz nieliczne zresztą podziały tych ostatnich
przemawiają za dużą złośliwością tego guza.

Djagnoza histologiczna: *cancroides cutis*.

W preparatach gruczołów chłonnych drobnowidowo stwierdzony ostry stan
zapalny.

16.V-1921 wykonano zabieg operacyjny: Cięcie otaczające całą powierzchnię,
pokrytą ziarniną, przeprowadzono w zdrowych tkankach w odległości 2 — 2½
cm. od brzo- rany, oddzielono całe podłoże rany i usunięto go razem z tkanką
tłuszczową i pachwinowymi gruczołami po obu stronach. Przy pomocy ściągnię-
tych fałdów skóry powierzchnię rany pokryto skórą, pozostawiając w dolnym
kącie rany dren gumowy. W przeciągu 2-ch tygodni ciepłota sięgała wieczora-
mi do 38,5; dosyć obfita wydzielina ropna z rany zmniejszyła się dopiero w trze-
cim tygodniu. W dolnej połowie rany i w okolicy prawej pachwiny szwy zro-
piałły i brzo- rany rozeszły się. Rana stopniowo wypełniła się ziarniną. W dal-
szym przebiegu nawrót po upływie 2½ miesięcy, a w 3½ miesiące po doko-
naniu operacji chora zmarła. Sekcji nie dokonano.

Wnioski:

1. Na zasadzie obserwowanego przez nas przypadku daje się klinicznie
stwierdzić związek pomiędzy jednokrotnym ciężkim urazem a wczesnym powsta-
niem raka.

2. Czynnikiem łączącym obydwie momenty, t. j. uraz i powstanie raka
w danym przypadku mogło być przewlekłe zapalenie, powstałe wskutek długie-
go ropienia i niegojenia się rany. (Zgadza się to z twierdzeniem innych auto-
rów: Thiem, Pietrow, Hansemann).

3. Istniejąca jednocześnie gruźlica płuc, być może, również wywarła ujem-
ny wpływ na ogólny stan ustroju i ułatwiła w ten sposób możliwość powstania
raka (na co wskazuje n. p. Isager).

4. Na czym polega bezpośredni wpływ urazu na powstanie i rozwój raka,
dotąd nie wiemy. Być może, odgrywają tu rolę wpływy wielorakie, z jednej
strony wpływy natury ogólnej, przyczem istniejąca u chorej gruźlica mogłaby
mieć tu również pewne znaczenie, z drugiej zaś strony wpływy czysto miej-
scowe, spowodowane ciężkim urazem, i będącym w związku z nim przewlekłym
stanem zapalnym, który, zmieniając warunki istnienia komórek naskórka, powo-
duje zjawienie się w nich tendencji w kierunku nieograniczonego atypowego
rozrostu.

Piśmiennictwo.

1. Berard L. Bull. de l'acad. de méd. Paris 1918. T. 80 p. 103.
2. Forgue E. Bull. de l'acad. de méd. Paris 1918. T. 80 p. 84.
3. Goebel. Münch. med. Wochenschr. 1909 Nr. 24.
4. Gejnaz. Wraczebnaja Gazeta 1903. Nr. 13—16.
5. Hickel P. et Oberling Ch. Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de Syphiligr. 1923. p. 15.
6. Hornowski. Anatomja patologiczna. Warszawa 1922.
7. Isager K. Hospitalstidende 1922. Ig. 65. S. 481, 497.
8. Langer E. Dermatolog. Zeitschrift 1922. Bd. 35. S. 212.
9. Lenoir O. Verhandl. des III internat. medicin. Unfallkongress zu Düsseldorf 1912.
10. Löwenstein. Unfall und Krebskrankheit. Diss. Tübingen 1910.
11. Lubarsch. Verhandl. des III internat. mediz. Unfallkongress 1912.
12. Pietrow N. Obszczeje uczenie ob opucholach St. Peterburg 1910.
13. Schweitzer. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 69 Nr. 3. ref. 14.
14. Siemon H. Bruns Beitrag f. Klin. Chir. Bd. 131. S. 70.
15. Thiem Ch. Unfallkrankungen. Stuttgart 1909. Bd. II.
16. Thiem C. Verhandl. der III. internat. med. Unfallkongress 1912.
17. Walz E. Dermatol. Wochenschr. 1920. Bd. 71. S. 556.

D-r A. WIRSZUBSKI.

Opieka nad umysłowo chorymi na Wileńszczyźnie w czasie okupacji niemieckiej

(18. IX. 15 — 1. I. 19)

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Wileńskiego Oddziału Polsk. Tow. Psychiatrycznego dnia 12. XI 25 r.

Warunki utrzymania i pielęgnowania umysłowo chorych na Wileńszczyźnie w czasie okupacji niemieckiej były tak okropne, że piekło Dantego mogło by się zdawać zbyt słabym porównaniem. Preludjum do tej tragedii rozpoczęło się jeszcze przed okupacją. Już w sierpniu 1915 roku Okręgowa lecznica psychiatryczna w Nowo-Wilejce (w odległości 5—6 kilom. od Wilna), która dawała przytułek przeszło 1000 chorym, została bezcelowo ewakuowana w głąb Rosji, to też obszar Wileńszczyzny został pozbawiony najważniejszego zakładu dla umysłowo chorych. Jeszcze w lipcu tegoż roku został na rozkaz władz rosyjskich zlikwidowany przytułek na 100 obłąkanych, istniejący przy stacji Olkieniki (3 stacja od Wilna) pod postacią „*patronage familiale*”. W taki sposób pozostały na całym obszarze Wileńszczyzny tylko dwa dotychczasowe oddziały dla umysłowo chorych: przy szpitalach miejskich, Żydowskim i św. Jakóba. Ordynator — psychiatra szpitala św. Jakóba D-r Sawicz niedługo przed ewakuacją miasta przez rosyjan opuścił niespodzianie Wilno. Pozostał więc tylko autor obecnej pracy, pełniący obowiązki ordynatora psychiatry miejskiego szpitala żydowskiego, który miał zaopiekować się umysłowo chorymi całego obszaru. Jeszcze przed zupełnym opuszczeniem Wilna przez rosyjan liczni umysłowo chorzy, pozbawieni opieki wałęsali się bezdomni i bezradni po mieście. Urządzono przeto dla nich czasowe schronisko pod otwartym niebem przy ulicy Ludwisarskiej Nr. 4. Stąd przeniesiono ich po pewnym czasie do jakiejś wstretnej dziury przy ulicy Nowogródzkiej, gdzie z powodu złego żywienia i okropnych warunków higienicznych zapanowała ogromna śmiertelność. Zaledwie niewielka ich pozostała garstka przeniesiona została późną jesienią do szpitala miejskiego św. Jakóba z objawami wyniszczenia, odmrożeniami kończynami i t. p. Większość z nich wkrótce wymarła.

Niebawem na skutek zarządzenia władz okupacyjnych urządzono dla wszystkich kobiet umysłowo chorych zarówno chrześcijanek jak i żydówek oddział przy szpitalu Żydowskim, dla wszystkich zaś mężczyzn bez różnicy wyznania oddział przy szpitalu św. Jakóba.

Taki porządek rzeczy trwał nie długo, około 2 miesięcy i nareszcie wszystkich obłąkanych bez wyjątku umieszczono w gmachu szpitala Żydowskiego pod moją opieką. Wobec tego, że oddział szybko się zapełnił, uruchomiono, celem pomieszczenia nadmiaru chorych, centralną lecznicę dla całej Litwy w Tauragach, obliczoną na 250 łóżek. Od tej właśnie chwili rozpoczyna się najohydniejsza i najbardziej ponura karta w dziejach psychiatrii okresu okupacyjnego. Taurag i stały się miejscem zesłania, internowano tam przenołą psychicznie

chorych i eliminowano wszelką opiekę krewnych. Skierowywano tamtędy zwykłe chorych grupami w liczbie 15—20 osób. Krewni psychicznie chorych, opiekujący się pomieszczonymi w szpitalu Żydowskim, zawczasu dowiadywali się o zamiarach władz niemieckich, przetransportowania chorych do Taurag, i wypisywali chorych bez względu na ich stan, byle zapobiec przeniesieniu chorych do przeklętych Taurag.

Władze niemieckie były doskonale poinformowane, o tem, że sama nazwa Taurag jest postrachem dla ludności. O tem wymownie świadczy dokument datowany z dnia 27. III. 18 r. w sprawie chorego Mieszkowskiego. W dokumencie tym, kierownik wydziału lekarskiego D-r Tiedemann grozi matce chorego, w odpowiedzi na jej prośbę o wypisanie syna ze szpitala, że w razie jego ponownego zasłabnięcia i umieszczenia go w szpitalu miejskim, chory zostanie bezwzględnie odesłany do Taurag. Księdza P., którego skierowano do mnie dla zbadania, odesłano gwałtem do Taurag pomimo wstawiennictwa Konsystorza i krewnych tegoż księdza. Ja osobiście uważałem go za umysłowo normalnego. Mówiono, że powodem jego internowania w Tauragach była zemsta polityczna.

W Tauragach stosowano oryginalny sposób uciszania chorych podnieconych i karmienia odmawiających przyjmowania pokarmów. Umieszczono ich zupełnie nagich w ciemnej separacie bez jedzenia na przeciąg dni kilku, gdzie ci wprawdzie uciszali się ale... na wieki. W razie wstrzymywania się chorych od jedzenia, lekarz, dyrektor zakładu, chirurg z zawodu, tak rozumował: „gdyby mieli apetyt nie wstrzymywaliby się od jedzenia — a więc mogą nie jeść”.

Kierownictwo szpitala w Tauragach nadsyłało nam, wprawdzie ze znacznym opóźnieniem, urzędowe wiadomości o zmarłych. Ze sprawozdań tych widać, że w przeciągu 4 miesięcy letnich 1917 r. zmarło tam 40 osób z liczby 63, odesłanych ze szpitala Żydowskiego. Komentarze chyba są zbyt czelne!

Ale oprócz wiadomości oficjalnych posiadałem dane poufne o okropnościach, które się tam działy. Rzecz się miała tak. Każdej grupie chorych, transportowanych z naszego szpitala, towarzyszył nasz personel szpitalny, który zasięgał wiadomości bezpośrednio od ludności miejscowej. W żaden sposób nie dopuszczano naszego personelu do wnętrza szpitalu w Tauragach; nie dość na tem, wszędzie po miasteczku towarzyszył personelowi sanitariusz wojskowy. A np. gdy raz jedna z osób, towarzyszących chorem udała się do mieszkania miejscowego księdza w celu zdobycia informacji, to odtego czasu nieodstępnie przy wszelkich rozmowach bywał obecny żołnierz niemiecki, znający język polski. Jak starannie bronili Niemcy tajemnic piekła tauragskiego, widać między innymi i z tego, że nawet uzdrowieńców bardzo niechętnie ztamtąd zwalniano do rodzin.

Wśród ludności krążyły pogłoski, że chorych tam trują, i wyznać trzeba, że pogłoski te miały pewne podstawy. Gdy przeglądałem spis zmarłych w Tauragach, uderzał mnie fakt, że pośród umysłowo chorych umierali właśnie fizycznie najmocniejsi, najlepiej zbudowani, niekiedy wprost atleci, a nie słabi i wątli. Gdy w kancelarji naszego szpitala odczytywano spisy zmarłych

w Taurogach, personel szpitalny, który dobrze znał chorych pod każdym względem, wyrażał zdumienie. Ksiądz z Taurog, opowiadał naszemu pielęgniarzowi, że udał się z zapytaniem do lekarza kierownika szpitala, dla czego nigdy nie bywa zapraszany do oddania ostatnich posług umierającym pomimo takiej przerażającej śmiertelności; na to otrzymał odpowiedź, że chorzy jakoby nagle umierają. Ta dziwna nagłość zgonów wzbudziła w nim podejrzenie. Biorąc dalej pod uwagę wiadomość pewną, że tam stosowano przy leczeniu niespokojnych chorych bardzo często podskórne zastrzykiwania jakichś lekarstw, i łącząc wszystkie te fakty, zatrzymałem się na następnym, bardzo prawdopodobnym przypuszczeniu. Najsilniejsi fizycznie obłąkani są niebezpiecznymi dla otoczenia w razie napadów podniecenia. A więc, ażeby obezwładnić takich chorych podczas napadów, zastrzykiwano im kilkakrotnie duże, dawki narkotyków. W taki sposób daje się wytłumaczyć częstość nagłych zgonów i rażący fakt śmiertelności pośród najsilniejszych fizycznie obłąkanych.

Okrutne zachowanie się w Taurogach względem umysłowo chorych nie mogło zbyt długo być tolerowane; w końcu lekarz dyrektor zakładu zmuszony był ustąpić. Mówiono, że stało się to na skutek doniesienia pielęgniarki rosjanki i że w tej sprawie zeznawało wielu świadków. Nowemu kierownikowi udało się znacznie polepszyć stan zakładu.

Od lipca 1918 r. zaniechano zupełnie przewożenia chorych do Taurog i wszystkich umysłowo chorych z Wileńszczyzny zaczęto umieszczać wyłącznie w szpitalu miejskim św. Jakóba. Urzędowo za osobę odpowiedzialną oddziału psychiatrycznego uważany był lekarz naczelny szpitala D-r Zawadzki, ja zaś pozostałem konsultantem tego oddziału. W końcu 1918 r. w szpitalu św. Jakóba pozostało coś około 70 psychicznie chorych. 1-go stycznia 1919 roku okupanci niemieccy ostatecznie opuścili Wilno.

DR. MED. KAROL KOSIŃSKI.

Szczypczyki własnego pomysłu dla niepalcowego wiązania szwów.

Z Zakładu Anatomji Topograficznej i Chirurgji Operacyjnej U. S. B. w Wilnie.

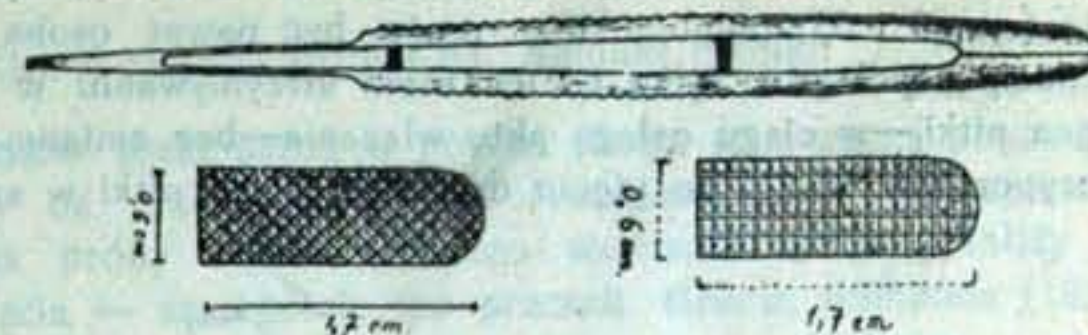
Przedłożone szczypczyki odpowiadają ogólnej dążności nowoczesnej techniki chirurgicznej; jedną z głównych zasad ostatniej jest najdalej idące zastąpienie palców narzędziami. W kierunku wyrugowania palców od bezpośredniego zetknięcia z tkankami, na których się operuje, osiągnięto dotąd znaczny postęp. Niemal wszystkie „rękoczyny” chirurgiczne są już dokonywane zapomocą narzędzi; — te *nowoczesne palce* dają o wiele większą pewność zupełnej czystości, jak również zapewniają większą dokładność samych zabiegów. Jedynie wiązanie nici podczas szycia tkanek lub podwiązania naczyń zapomocą narzędzi nie uzyskało dotąd szerszego zastosowania. Przedłożone szczypczyki są przyczynkiem do wypełnienia istniejącej

luk; nawet w zestawieniu z palcami, uzbrojonymi w wyjąłowione rękawiczki, będą miały one zawsze tę przewagę, że nie są zależne od możliwego w czasie zabiegu uszkodzenia rękawiczek. Prócz tego, w nagłych wypadkach, chirurg nieraz bywa zmuszony do zabiegu, połączonego z szyciem tkanek bez poprzedniego przygotowania

i w braku wyjąłowionych rękawiczek. Zabezpieczając większą czystość, przedłożone szczypczyki umożliwiają rozszerzenie wskazań do pierwotnego zeszywania ran urazowych; podczas wojny mogą one oddać znaczne usługi w pracy

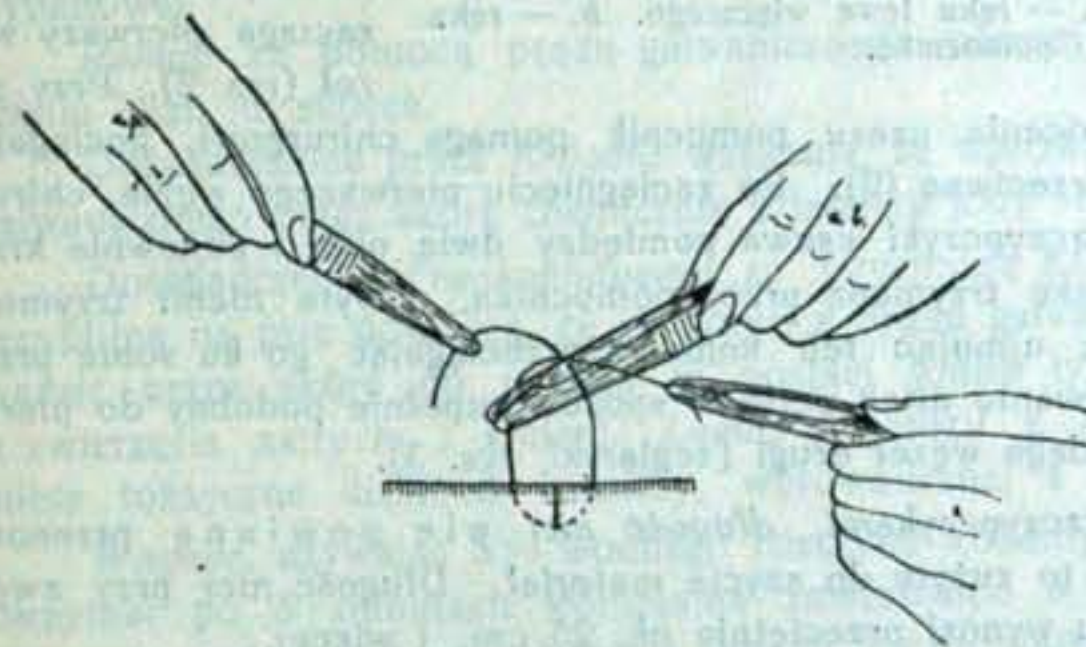
wojskowych czołówek chirurgicznych. Kiedy naraz otrzymujemy większą liczbę chorych, albo rannych, każde uproszczenie tak rozpowszechnionego zabiegu, jakim jest szycie tkanek, może być pożądane. Łatwiej ryczałtowo wygotować większą liczbę szczypczyków, aniżeli każdorazowo wyjąłować ręce.

Różnica od zwykłych szczypczyków polega na większym ząbkowaniu i dokładnem przyleganiu zakończeń obu ramion szczypczyków (rys. 1). Ząbki muszą być wyraźne, a rowki między nimi głębsze, aniżeli w szczypczykach zwykłych. Długość ząbkowanego zakończenia wynosi 1,5 cm., a szerokość — 0,5 cm. W kierunku poprzecznym należy nadać conajmniej 4 — 5 rzędów drobnych ząbków, poprzegradzanych rowkami dla mocniejszego ujęcia nici. Podłużne i poprzeczne rzędy ząbków są prostopadłe do siebie. (Zachowując wzajemny stosunek obu rodzajów ząbkowania, można ustawiać je ukośnie w stosunku do podłużnych krawędzi szczypczyków). Same krawędzie boczne zakończeń szczypczyków winne być lekko stępione, aby przy mocniejszym zaciąganiu węzła nie rwały nici. Koniec szczypczyków może być łapkowato rozszerzony; wzmacnia to siłę trzymania i chwytu nitki. Zastąpienie podanych szczypczyków zwykłymi lub hemostatycznymi nie udaje się, ze względu na ich



Rys. 1. Długość szczypczyków = 13 cm.

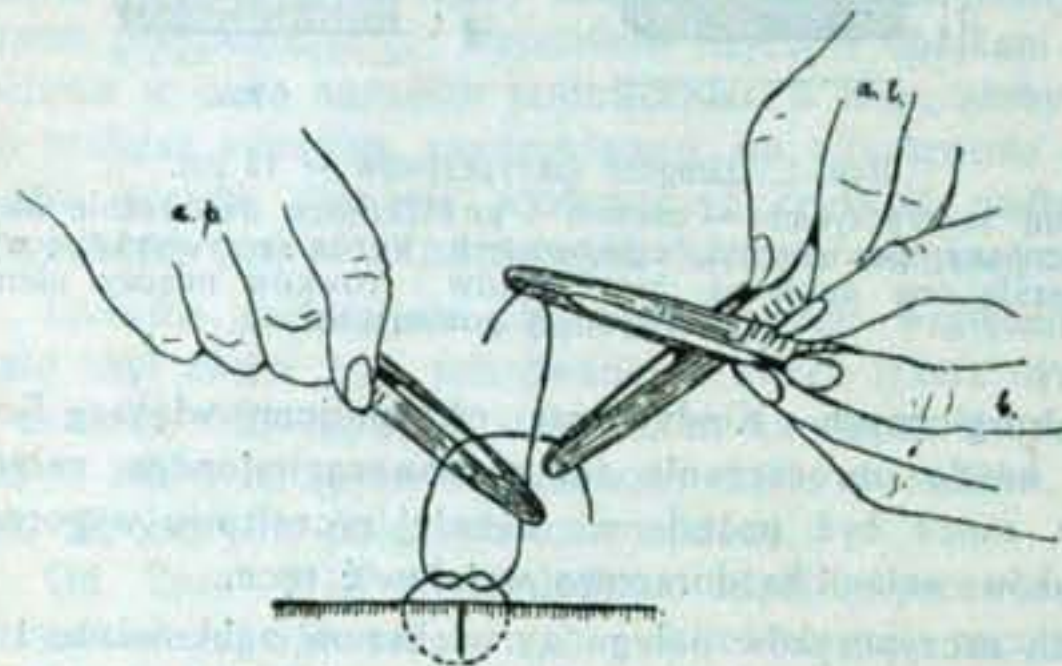
Pod szczypczykami — osobno — powiększone dwukrotnie dwie odmiany powierzchni ząbkowanych końców szczypczyków; wykazują one dokładną ilość ząbków i rowków między nimi, oraz wymiary powierzchni.



Rys. 2. Wiązanie pierwszego węzła. a. p. — ręka prawa wiążącego. a. l. — ręka lewa wiążącego. b. — ręka pomocnika.

słabszą budowę, niedokładne przyleganie i niedostateczne ząbkowanie; skutkiem tego łatwo dochodzi do wyśliznięcia się nici, albo do wykręcenia obu ramion szczypczyków przy mocniejszym ujęciu.

Niezłożony sposób użycia wymaga trzech szczypczyków i jednego pomocnika (rys. 2 i 3); pomocnikiem może być nawet osoba niefachowa. Zadanie pomocnika polega li tylko na uważnym utrzymywaniu w szczypczykach jednego końca nitki,—w ciągu całego aktu wiązania—bez zmiany. Chirurg posiada dwoje szczypczyków, i (1) po ujęciu drugiego końca nitki w szczypczyki prawej ręki,



Rys. 3. Wiązanie drugiego (żeglarskiego) węzła. a. p. — ręka prawa wiążącego. a. l. — ręka lewa wiążącego. b. — ręka pomocnika.

wsuwa pomiędzy dwa końce nitki szczypczyki ręki lewej; krzyżując nitkę pomocnika swoją nitką od przodu, chirurg chwytą lewymi (wolnymi) szczypczykami podawany przez prawe szczypczyki koniec nitki, przeciąga go ku sobie przez utworzony przy skrzyżowaniu nitek otwór i szybkim ruchem zaciąga pierwszy węzeł (rys. 2). Przy samym wiązaniu dla skrócenia czasu pomocnik pomaga chirurgowi, pociągając swoją nitkę w stronę przeciwną (2). Po zaciągnięciu pierwszego węzła chirurg obecnie wolne prawe szczypczyki wsuwa pomiędzy dwie nitki i ponownie krzyżując od przodu nitkę trzymaną przez pomocnika, chwytą niemi trzymaną lewą ręką koniec nitki; ujmując ten koniec i przeciągając go ku sobie przez utworzoną przy skrzyżowaniu nitek pętlę w sposób zupełnie podobny do pierwszego aktu, chirurg zaciąga węzeł drugi (żeglarski, rys. 3).

Przy wiązaniu szczypczykami, długość nici nie powinna przenosić 12—15 cm.; oszczędza to zużyty do szycia materiał. Długość nici przy zwykłym palcowym wiązaniu wynosi przeciętnie ok. 25 cm. i więcej.

Ze względu na możliwość szerokiego zastosowania w chirurgii codziennej i w chirurgii nagłych wypadków takich szczypczyków, obeznanie się z ich użyciem na kursach akademickich Chirurgii Operacyjnej może być wskazane.

wsuwa pomiędzy dwa końce nitki szczypczyki ręki lewej; krzyżując nitkę pomocnika swoją nitką od przodu, chirurg chwytą lewymi (wolnymi) szczypczykami podawany przez prawe szczypczyki koniec nitki, przeciąga go ku sobie przez utworzony przy skrzyżowaniu nitek otwór i szybkim ruchem zaciąga pierwszy węzeł (rys. 2). Przy sa-

Z Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego.

Dyrektor Prof. Dr. Zdzisław Sowiński.

O zastosowaniu jontophorezy w dermatologii.

Podał Dr. MARJAN MIENICKI, Adjunkt Kliniki.

Wprowadzenie leków przez skórę w postaci jonów za pomocą prądu galwanicznego nazywamy od czasów *Leduc* i *Frankenhäuser'a* Jontophorezą (1896—1906). Jednak próby elektrolitycznego wcielania leków istniały od połowy zeszłego stulecia — szczególnie po pracach *Beer'a*, *Wilhelma* (1869), a następnie *Ultzmann* (1870).

Herzog napełniał 10% wodnym roztworem kokainy wannę, do której umieszczał chorego i następnie przepuszczał przez nią prąd galwaniczny, lecząc w ten sposób pokrzywkę.

Ehrmann czynił to samo, działając roztworem błękitu metylenowego w figówce; badacz ten używał również w tym celu specjalnie skonstruowanych dzwonów szklanych, napełniał je roztworami błękitu metylenowego lub ichtyolu i działał na miejsca chorobowo zmienione.

Jego badania histologiczne dowiodły, że ichtyol i błękit metylenowy elektrolitycznie wchłaniają się w głąb skóry przez przewody gruczołów i torebki włosowe. *Tuffier* i *Mauté* dowiedli tego samego w stosunku do roztworu czertrypanowej.

Remac za pomocą prądu galwanicznego otrzymywał dobre wyniki w leczeniu blizn na skórze.

Doświadczalne prace *Krügera* wskazują, że wprowadzone za pomocą prądu galwanicznego przez skórę chemicznie działające jony są — bakterjobójcze.

Doświadczenie *Frankenhäusera* ze strychniną na króliku i *Kahna* z apomorphiną na psie dowodzą, że za pomocą prądu galwanicznego możemy wprowadzić przez skórę do ustroju w postaci jonów tyle jadu, aby spowodować u zwierzęcia zatrucie i śmierć. *Leduc* stwierdził z łatwością kilkakrotnie na sobie toksyczne działanie morfiny, wprowadzanej z pomocą małej elektrody.

Wagner, używając 5% wodnego roztworu kokainy przy sile prądu 6. M.A., otrzymał po 5 minutach kompletne znieczulenie w miejscu dotyku do ciała elektrody, pokrytej flanelą, i radził sposób ten użytkować dla celów leczniczych.

Winkler, badając wrażliwość skóry na swędzenie, zauważył, że roztwór kokainy powoduje powierzchowne znieczulenie na ból przy zachowaniu zmysłu dotyku.

Jednakże z prac *Herzoga*, również *Leduc* widzimy, że mimo licznych prób w kierunku zastosowania tej metody znieczulania, nie dała ona pożądanych wyników, a nawet *Leduc* w jednym przypadku otrzymał długotrwały obrzęk i zaniechał dalszych badań.

Dalsze próby innych badaczy z kokainą, np. *Delherma* i *Laquerrière'a* doprowadziły też do obrzęku, który, znikając pozostawia brunatno czerwone zabar-

wienie, wskutek porażenia naczyń. Zabarwienie to trwa przez dłuższy czas (do 6 miesięcy).

Baum, który stosował w kilku przypadkach na skórze elektrolityczne znieczulenie roztworem kokainy z adrenaliną, uważa je za krótkotrwałe i zbyt powierzchowne — jednak nie podaje on koncentracji roztworów, jak również czasu działania i siły prądu.

Powyższa sprawa posłużyła za temat całego szeregu też francuskich autorów jak: *Brillouet*, *Sourdeau* i *Brucker*.

Szczególnie praca *Sourdeau*, wykonana pod kierownictwem *Brocq'a* zasługuje na uwagę, gdyż jonizacja była tu stosowana wyłącznie w schorzeniach skóry. Autor stosował z różnym powodzeniem Jontophorezę w następujących stanach chorobowych:

W wilku rumieniowym, figowce pospolitej, trądziku, brodawkach, wyłysieniach, twardzinie skóry i wilku pospolitym.

Bruker podaje roztwory stosowane w Jontophorezie i wymienia stany chorobowe z różnych dziedzin medycyny, gdzie ona ma zastosowanie.

Bordier, *Destot* i *Savy*, *Chauvet* i inni wykazali w moczu obecność jonów elektrolitycznie wprowadzonych do ustroju.

Prace doświadczalne *Bourguignon'a* i *Conduché*, które były przedmiotem omawiania w Paryskiej Akademii Nauk, stwierdziły, że jod po elektrolitycznym wcieleniu w przeważnej ilości wydzielą się z moczem.

Ci sami autorzy skonstatowali specjalnymi sposobami badania nawet ilość wcielonego jodu.

Stwierdzają oni, że ilość jodu, wydzielanego z moczem, narazie wzrasta, następnie utrzymuje się na pewnym równym poziomie, i że wydzielanie trwa jeszcze dni kilka po zaniechaniu jonizacji.

Bourguignon wyprowadza wnioski, że wprowadzony drogą jonizacji jod magazynuje się w gruczole tarczycowym. Przy uszkodzeniu naskórka udało mu się wykryć ślady jodu na przeciwległym biegunie.

Brillault po iod-Jont. znajdował ślady jodu w slinie.

Jednakowoż liczne badania, dokonane nad Jontophorezą, nie przyczyniły się do jej rozpowszechnienia w dermatologii, a to ze względu na rozbieżność otrzymywanych wyników i niejednostajność poglądów na wchłanianie leków, wprowadzonych drogą jonizacji. Dopiero ostatnimi czasy zaczyna ona wzbudzać ogólne zainteresowanie, zwłaszcza w leczeniu schorzeń skóry i oczu.

Powodem tego zjawiska jest pogłębienie teoretycznej wiedzy co do istoty prądu galwanicznego i jego działania na ustrój, — szczególnie dzięki badaniom nad kolloidami.

Stąd też i prace nad Jontophorezą nabierają więcej teoretycznych podstaw, a zarazem znaczenia w praktycznym zastosowaniu.

Na obfitym materiale rannych *Bourguignon* i *Chiray* stosują iod-Jont. i osiągają w 85% pomyślne wyniki w leczeniu blizn.

Następnie *Lucas* (1922) ogłasza w tej kwestii swą pracę. Stwierdził on również w trzech przypadkach twardziny skóry znaczne polepszenie stanu pod

wpływem iod-Jontophorezy; miało to znaczenie nie tylko kosmetyczne, ale dotyczyło poprawy ruchów mięśni, ruchów stawowych, oraz ustępowania zaburzeń troficznych.

Darier, według systemu wskazanego przez *Bourguignona*, radzi również przy twardzinie skóry ten sposób leczenia.

W r. 1919. *Beck* stosuje z dobrym wynikiem iod-Jont. podczas epidemii różni u dzieci.

W r. 1922. *F. Wirz* ogłosił pracę, w której mówi, że Jontophoreza zasługuje w dermatologii na większą uwagę, niż to czyniono dotychczas.

Stosował on Jontophorezę w 38. rozmaitego rodzaju przypadkach chorób skóry, a nawet w rzeżączce.

Stąd dochodzi do wniosku, że ichtyolowa Jontophoreza przy figówce, a jod potasowa w liszaju strzygącym przewyższa w skutecznym działaniu wszystkie dotychczasowe metody leczenia łącznie z Rentgenoterapią.

Również jako środek znieczulający może posiadać ona wielkie zastosowanie w rozmaitych zabiegach i drobnych operacjach na skórze. Leczenie żołądka skóry oraz wilka pospolitego za pomocą wprowadzenia leków Jontophorezą uważa on w większości wypadków za bezskuteczne.

Modyfikując sposób *Pokornego*, *Wirz* daje wskazówki, jak po znieczuleniu należy działać na sieci patologicznie rozszerzonych naczyń, przyczem znowu podkreśla przewagę znieczulania za pomocą Jontophorezy.

W tym celu używa on roztworu następującego: coc. hydrch. 0,2 sol. suprarerin (1:1000) 0,5 aquae dest. 10,0, którego działanie najpierw wypróbował na sobie.

Ten roztwór różni się od używanych przez dawniejszych autorów tem, że *Wirz* dodaje odpowiednią ilość adrenaliny do kokainy, osiągając przez to nie tylko znieczulenie, ale też zwężenie naczyń tkanki zdrowej, co wywołuje anemizację i ułatwia dalszy zabieg, n. p. doprowadzenie do koagulacji lub wypalenie igłą. Znieczulenie ma być według niego doskonalsze niż przy wstrzykiwaniach podskórnych.

W jednym przypadku dokonał on w ten sposób wycięcia ogniska wilkowego wielkości bobu.

W dalszym ciągu zjawiały się prace *Chipmana*, oraz *Sellei'a* i *Fenyo*. Ci ostatni autorzy chwalą również znieczulający sposób podany przez *Wirza* i gorąco zalecają stosować go zwłaszcza przy zabiegach kosmetycznych.

W sprawie zaś leczenia figówki i liszaja strzygącego nie osiągnęli oni tak skutecznych i prędkich wyników, jak *Wirz*; działając Jontophorezą musieli jednocześnie posługiwać się częstokroć maściami (np. 10% białą maścią rtęciową), a niekiedy stosowali nawet Rentgenoterapię. Czas trwania kuracji jest u nich dłuższy, niż u *Wirza* (miesiąc i więcej zamiast 8 dni).

Zanim przejdę do omawiania własnych spostrzeżeń, chcę choć pokrótce dać wytłumaczenia działania Jontophorezy na ustrój ludzki i podać technikę, którą przytem stosowałem.

Wiadomem jest, że żywy organizm z punktu widzenia elektrochemicznego

w przeważnej swej mierze składa się z roztczynów soli, rozpadających się na pozytywne (kationy +) i negatywne (aniony —) jony i jest dobrym przewodnikiem prądu.

Wobec powyższego możemy zastosować do tkanek żywych ogólne prawa elektrolizy, a za pomocą prądu galwanicznego wcielać przez skórę środki lecznicze w postaci jonów.

Dowolnie możemy od anody (biegun pozytywny +) wprowadzić wszystkie kationy, np. ciężkie metale, H-jony kwasów, lub od katody (biegun ujemny —) wprowadzać aniony t.j. wędrujące ku anodzie jony np. H-jony zasad i wcielać je do ciała. Przy takim wcielaniu zostaje naruszona fizjologiczna przemiana materii komórki (czyli t. zw. molekularna orientacja komórki). Spowodowane zaś przez to przesunięcie jonów w komórce nie pozostaje bez wpływu na biologiczne własności skóry. Zdolność jej rezorbcyjna po działaniu prądu galwanicznego staje się widoczną i jest nam dostatecznie znana z dziedziny farmakologii, fizyki i chemii kolloidalnej (*Tappeiner, Krawkow, Świętosławski, Handowski*).

Z powyższego widocznem jest, że przy odpowiednim doborze środków możemy przez skórę wcielać je w postaci jonów, bądź z anody (+) bądź z katody (—).

Skutki działania zależne są ściśle od ilości wcielonych jonów.

Schnyder dzieli to na trzy następujące stopnie: pierwszy stopień, działanie tropiczne, podrażniające chorą tkankę; przy wcieleniu większej ilości zaczynają działać specyficzne właściwości danych jonów t. j. występuje ich bakterjobjęcze działanie; wreszcie będziemy mieli albuminolityczne działanie danych jonów.

Tak się przedstawia działanie Jontophorezy na ustrój.

Co się tyczy strony technicznej, to używałem w swych przypadkach jako bieguna aktywnego zwykłych cienkich (1,5 mm.) ołowianych elektrod rozmiaru: 6×8, 6×10 i 8×12 cm.

Elektrody pokrywałem kilkakrotnie (6—8) złożoną gazą, przesiąkniętą działającym roztworem. Brzegi gazy w celu uniknięcia oparzenia muszą nieco wystawać poza elektrodę i jaknajszczelniej dotykać do powierzchni ciała.

Passywną elektrodę zazwyczaj sam chory trzymał w ręku lub umieszczałem ją na przedramieniu. Za przykładem *Leduca, Sellei'a i Fenyo*, rozmyślnie brałem gazę, a nie papier filtrowy, jak to czynił *Wirz*, ze względu na to, że przy tem mniej jest obawy uszkodzenia tkanek skóry, co łatwo może nastąpić, np. podczas rozerwania się wczasie zabiegu wilgotnego papieru.

Dla celów znieczulania posługiwałem się okrągłą grubszą metalową elektrodą wielkości, odpowiadającej ognisku z prostopadłą do ciała rączką, któremi łatwiej jest w tych razach operować.

Wirz używał siły prądu do 20 M. A., *Sellei* i *Fenyo* obchodzili się prądem o sile do 4 M. A., wychodząc z założenia, że silniejszy staje się już przykrym dla pacjenta.

Ze swej strony również stwierdziłem, że zazwyczaj prąd o sile przekracza-

jącej 8 M.A., staje się dla chorego drażniącym, i wobec tego nie przekraczałem tej normy.

Nadmienić jednak należy, że wogóle wrażliwość u chorych bywa nader różna, skutkiem czego sprawę tę w każdym poszczególnym przypadku trzeba traktować indywidualnie.

Są również osoby, które mogą nieoczekiwanie zareagować na wcielenie danego leku. Chociaż doświadczenie *Kahna* mówi nam, że objawy zatrucia drogą elektrolizy u zwierzęcia występują później i przy znacznie większej ilości jadu, niż to ma miejsce przy wstrzykiwaniu (w 2 minuty po wstrzyknięciu 0,01 apomorphiny następują u psa wymioty, a elektrolit. 0,2 — dopiero po 10 minutach), jednak z tą możliwością trzeba się liczyć.

Wirz, np. mówi o przypadku, gdzie po zastosowaniu u chorej jod. jontophorezy na niewielkim ognisku z racji trichophyton corpor. otrzymał w następstwie objawy jodyzmu. Przypuszczalnie jest wtedy możliwem zatrucie i innemi lekami; z tego powodu należy pamiętać, ażeby zapomocą działania w razie kokainy chory nie był naczczo lub przemęczony gdyż, jak wiemy, statystyka lat ubiegłych stwierdza, że wypadki zatrucia i śmierci są częstsze przy wstrzykiwaniach tego środka niż przy narkozie chloroformowej.

Czas działania następujący: 15 minut przy jodowej jontophorezie, 20 minut przy ichtyolowej i 10 minut przy znieczulającej.

Co się tyczy koncentracji roztworu, to dla znieczulenia brałem roztwór *Wirza*, w liszaju strzygącym działałem roztworem Lugola, oraz w figówce stosowałem 20% roztwór ichtyolu, chociaż *Sellei* i *Fenyo* brali nawet silniejszy, bo 30% roztwór. Ja zaś nie używałem silniejszego roztworu ichtyolu ze względu na obawę wywołania miejscowego podrażnienia.

Przechodząc teraz do omawiania własnych przypadków i spostrzeżeń, których miałem 28, muszę powiedzieć, że dzięki nader zachęcającym wynikom, jakie miał *Wirz*, miałem na celu wykorzystanie tego sposobu leczenia w Polsce, gdzie zwłaszcza po wojnie cierpienia skóry, szczególnie o charakterze pasorzytniczym i gruzliczym, przybrały wprost zatrważające rozmiary. Szukanie pomocy w rentgenoterapii, a tembardziej w radzie, lub świetle Finsena niezawsze jest możliwe i dostępne dla szerszych mas.

Niezbyt skomplikowana natomiast technika, oraz względna taniość samego pantostatu — zdaje się mogłyby oddać wielkie usługi w najbardziej oddalonych zakątkach kraju.

Z inicjatywy Kierownika Kliniki P. Profesora D-ra *Zdzisława Sowińskiego* przystąpiłem do pracy, starając się jednocześnie uniknąć zbytniego schematyzowania w stosowaniu jontophorezy w przypadkach schorzeń skóry różnej etiologii.

Spostrzeżenia moje dzielę na następujące dwie grupy:

A) Zastosowanie jontophorezy w celach leczniczych.

B) Jontophoreza, jako przedwstępne znieczulenie w miejscowych zabiegach na skórze.

Grupa A.

I.

Przypadków grzybicy strzygącej (Trichophytiasis) miałem 9., z tych 7-owłosionej części głowy, 1-głowy i ciała i 1 tylko na powłoce skóry nieowłosionej.

(Technika rozczyń Jod. pur. 1, o K. l. 2, o Aq. des. 300,0, 15 min. 8 M. A. z katody).

Przyp. 1. Danuta W. lat 9 licząca zgłosiła się do kliniki 6/V 25 r. L. Ks. Am. 201—VI., choruje od roku. Na owłosionej części głowy stwierdzono liczne złogi łuski, włosy przerzedzone. Miejsce pokryte łuską o kształcie okrągłym, rozmaitej wielkości. Na tylniej części szyi, na podbródku i na grzbiecie trzeciego palca prawej górnej kończyny zmiany chorobowe głębsze, również o charakterze grzybkowym. Wielkość tych ognisk sięga na szyi i na podbródku dwóch złotych; na palcu zajmuje pierwszy i drugi paliczek.

Pobrano materiał (włosy i łuska) przy badaniu mikroskopowym wykazał obecność grzybka: *Trichoph. ecto i endothrix*. (w tym przypadku, jak i w następnych, badanie mikroskopowe dokonywałem ogólnie przyjętym sposobem — jak to podano u *Sterlinga — Okuniewskiego, Steina i in.*)

9/V—25 r. zastosowano Jod. Jont. na uwłosioną część głowy i icht.—Jont. na okolice nieowłosione.

10/V—25 r. na miejscach nieowłosionych ogniska zmarszczyły się — przyśchły. Na głowie prócz żółtawego koloru, jaki przybrały złogi łuski — stan bez zmiany. Jod-Jont na głowie.

12/V—25 r. na miejscach nieowłosionych pozostało tylko lekkie różowe zabarwienie. Na owłosionej części głowy widocznych zmian nie stwierdzono. Jod-Jont na głowie.

15/V—25 r. łuszczenie na głowie trwa. Jod-Jont.

17/V—25 r. stan bez zmiany. Jod-Jont.

20/V—25 r. charakter łuszczenia się zmienił, stało się ono bardziej delikatnym, otrębiastym. Jod-Jont. na pół głowy (strona lewa).

21/V—25 r. Jod-Jont. na pozostałą część głowy z dnia 20/V—25 r. Chorej zalecono po tygodniu zgłosić się do kontroli.

30/V—25 r. zewnętrznie obraz kliniczny mało się zmienił od czasu ostatniej bytności. Drobne łuszczenie trwa w dalszym ciągu. Włosy i łuskę z miejsc najbardziej podejrzanych pobrano do badania, jednak pomimo przejrzenia szeregu preparatów grzybka nie znaleziono.

10/VI—25 r. ponowna kontrola grzybka nie wykryła. Łuszczenie chociaż mniejsze istnieje.

2/VII—25 r. u chorej stwierdzono niemal zupełny zanik łuski i normalny porost włosów. Badanie mikroskopowe nie wykazuje grzybka.

13/VIII—25 r. obraz zewnętrzny przedstawia się jak w dniu 2/VII—25 r. t. j. łuski mamy bardzo mało. Kontrola mikroskopowa grzybka nie wykazała.

2/IX—25 r. zewnętrznie bez zmian. Badanie mikroskopowe wykazało obecność grzyba wewnątrz włosa (*endothrix*).

Przyp. 2. Josel Z. zgłosił się 13/VI—25 r. L. ks. amb. 36 — V, lat 3 1/2 zgłosił się chory od trzech miesięcy. Obecnie po stronie prawej owłosionej części głowy i na potylicy 5 ognisk w postaci krążków wielkości od 20—50 groszy pokryte łuską. Na miejscach chorobowo zmienionych włosy krótkie, zmian głębszych niema. Badanie mikroskopowe: *trich. ectothrix*.

W tymże dniu (po uprzednim ogoleniu głowy) zastosowano Jod-Jont. na całą owłosioną powierzchnię głowy.

Do następnej wizyty chory zgłosił się dopiero dnia 18/VI—25 r. Zewnętrzny obraz zmienił się na lepsze. Łuski mniej. Jod-Jont.

20/VI—25 r. znowu zastosowano Jod-Jont.

23/VI—25 r. zewnętrznie łusk niema. Jod-Jont.

25/VI—25 r. wobec całkowitego zniknięcia łuszczenia pobrano materiał do badania mikroskopowego, które nie wykazało obecności grzybka.

7/VII—25 r. ponowne badanie grzybka nie stwierdza.

13/VIII—25 r. obraz zewnętrzny odpowiada całkowitemu uleczeniu. Mikroskopowo grzybka nie wykryto.

19/IX—25 r. porost włosów normalny. Łuski niema. Mikroskopowo grzybka nie znaleziono.

9/X—25 r. stan zewnętrzny jak wyżej. Przy badaniu grzybka nie wykryto.

Przyp. 3. Masia Z. lat 8 zgłosiła się 5/VI—25 r. L. ks. amb. 71—V. Chora od trzech miesięcy. Na owłosionej części głowy, mianowicie na szczycie i potylicy cztery ogniska chorobowo zmienione. Wielkość jednego ogniska o charakterze głębszym, umiejscowionego na potylicy, sięga średnicy 4-ch centym. miejsce to jest nacieczone, ropiejące. Pozostałe 3 ogniska o zmianach bardziej powierzchownych się nieco mniejsze. Włos łamliwy, ilość łuski obfita. Badanie mikroskopowe wykazuje obecność grzybka: *trich. endothrix*.

5/VI—25 r. Jod-Jont. na całą powierzchnię głowy.

6/VI—25 r. śaczenie nieco mniejsze — pozatem stan bez zmian. Jod-Jont.

8/VI—25 r. na miejscu głębszych zmian poprawa widoczna, śaczenie ustało. W ogniskach powierzchownych łuszczenie trwa. Jod-Jont.

10/VI—25 r. w miejscach o zmianach powierzchownych łuski mniej. W miejscu głębszych zmian śaczenia niema — pozostał naciek. Jod-Jont.

13/VI—25 r. łuska znika. Miejsce, gdzie były głębsze zmiany, przedstawia się nacieczonym. Po pobraniu materiału do badania zastosowano Jod-Jont.

Badanie mikroskopowe nie wykazało obecności grzyba.

18/VI—25 r. wobec istniejącego w dalszym ciągu nacieku na miejscu o zmianach głębszych — zastosowałem jedynie na tę okolicę ichtyol—Jont.

25/VI—25 r. kontrola nie wykazała ponownie obecności grzybka. Głowa przedstawia się całkiem normalnie — jedynie brak owłosienia tam, gdzie były głębsze zmiany. Naciek ustąpił.

13/VIII—25 r. obraz zewnętrzny jak 25/VI—25 r. Przy badaniu mikroskopowym również grzybka nie wykryłem.

30/IX—25 r. u chorej zaobserwowałem pojawienie się łuski. Badanie mikroskopowe ustaliło obecność grzybka.

Przyp. 4. Genia L. 1 1/2 roku zgłos. się 5/VI—25 r. L. ks. amb. 203—VI, chora. Liczne ogniska pokryte dość obficie łuską rozrzuconą po całej powierzchni owłosionej części głowy. Wielkość pojedynczych ognisk waha się od 20 groszy do ziarnka grochu. Włosy przerzedzone. Zmian głębokich niema. Badanie mikroskopowe — grzyb wewnątrz włosa (*trich. endothrix*).

8/VI—25 r. Jod-Jont. na całą owłosioną powierzchnię głowy.

11/VI—25 r. zmian zewnętrznych nie daje się zauważyć. Jod-Jont.

18/VI—25 r. łuszczenie, chociaż nieco mniejsze, nie ustępuje. Jod-Jont.

21/VI—25 r. łuski znacznie mniej. Jod-Jont.

29/VI—25 r. zaobserwowałem u chor. delikatne jednolite złuszczenie się naskórka na całej powierzchni głowy; obraz ten uniemożliwiał odróżnienie i odgraniczenie miejsc pierwotnie dotkniętych chorobą od normalnych.

4/VII—25 r. zauważone poprzednio jednolite łuszczenie się — znowu przybrało charakter bardziej ogniskowy, chociaż ilość samych ognisk jest mniejsza. Badanie mikroskopowe wykazało istnienie grzybka, którego człony przedstawiają się, jakgdyby nieco ścięćcałe.

Wobec tego zastosowałem nową serię Jod-Jont., którą przerobiłem choremu sześć razy: 6/VII—25 r. — I, 8/VII—25 r. łuski mniej — II, 11/VII—25 r. łuski prawie niema — III, 13/VII—25 r. st. idem — IV, 15/VII—25 r. łuska znikła całkiem — V i 17/VII—25 r. Jod-Jont. poraz 6-ty. Żadnych śladów zewnętrznie chorobowych nie daje się zauważyć.

Po tych powtórnych sześciu zastosowaniach Jod-Jont., choremu zaleciłem zgłosić się do kontroli po dziesięciu dniach. Przybył jednak dopiero 13/VIII—25 r. W dniu tym stwierdziłem nietylko ogniskowe łuszczenie się, co już zewnętrznie rzuciło podejrzenie nawrotu choroby, ale i mikroskopowo obecność grzybka została stwierdzona.

Przyp. 5. Marja P. w wieku 6¹/₂ lat, zgłosiła się 20/VI—25 r. L. ks. amb. 64—V. Chora od miesiąca. Obecnie na skórze zmiany na owłosionej części głowy są następujące: 5 okrągłych ognisk z przerzedzonymi włosami po prawej stronie potylicy — wielkości od 20—50 groszy. Po stronie lewej ciemieniowej 2 ogniska wielkości 2-ch złotych. Mikroskopowe badanie ustala obecność grzybka w łusce: trich. ectothrix.

20/VI—25 r. Jod-Jont. na owłosioną część głowy.

22/VI—25 r. reakcji żadnej na skórze nie zauważyłem. Łuski mniej. Jod-Jont.

24/VI—25 r. zewnętrzny stan znacznie się polepszył. Gdzie włosy były poprzednio przerzedzone, obecnie jest to mniej wyraźne i odgraniczonym. Jod-Jont.

26/VI—25 r. stan jak wyżej. Jod-Jont.

1/VII—25 r. zmiany chorobowe znikły. Mikroskopowo grzybka nie znalazłem.

16/VII—25 r. zmian chorobowych nie znać. Grzybka nie wykryto.

6/IX—25 r. porost włosów normalny, skóra gładka grzybka nie wykryto.

Przyp. 6. Marjan G. lat 8 zgłosił się 15/VI—25 r. L. ks. amb. 204—VI, chory od roku. Na potylicy po stronie lewej jedno ognisko wielkości równającej się średnicy 4-ch ctm.; dookoła niego kilkanaście mniejszych ognisk.

W tych miejscach włos łamliwy i krótszy od otaczających go włosów na skórze normalnej. Po stronie prawej również na potylicy 2 ogniska wielkości 20-tu groszy o zmianach identycznych z przytoczonymi. Mikroskopowe badanie wykazuje obecność grzyba wewnątrz włosa (trich. endothrix).

17/VI—25 r. Jod-Jont. na owłosioną część głowy.

19/VI—25 r. po stronie lewej pozostały zaledwie ślady łuski. Jod-Jont.

21/VI—25 r. po stronie lewej łuszczenia nie widać. Po stronie prawej jest ono mniejsze. Jod-Jont.

23/VI—25 r. skóra gładka bez łusk. Wygląd nie sprawia wrażenia, by proces chorobowy trwał. Jod-Jont.

25/VI—25 r. obraz zewnętrznie jak wyżej. Jod-Jont.

27/VII—25 r. chory zgłosił się do kontroli. Widać nieznaczne łuszczenie. Badanie wykazało obecność grzybka.

Przyp. 7. Benjamin W. lat 5 zgłosił się 25/VI—25 r. L. ks. amb. 205—VI. Przed kilku dniami matka chorego zanotowała na lewym boku w okolicy 8-ego żebra zmianę u dziecka na skórze. Stwierdziłem w tym miejscu ognisko wielkości 50 groszy, którego część środkowa zlekka się łuszczy, brzegi usiane małymi pęcherzykami. Przy badaniu mikroskopowym łuski: trich. ectothrix.

25/VI—25 r. Jod-Jont.

27/VI—25 r. pęcherzyki znikły. Jod-Jont.

1/VII—25 r. nieznaczne zabarwienie nieco intensywniejsze od otaczającej skóry.

8/VII—25 r. żadnych śladów zmian chorobowych nie pozostało.

Przyp. 8. Asia E. lat 6 zgłosiła się 6/VII—25 r. L. ks. amb. 206—VI. Chora 4 miesiące. Na owłosionej części głowy liczne ogniska pokryte drobną łuską — wielkość pojedynczych ognisk sięga 1 złotego, pozostałe mniejsze. Włos łamliwy — znacznego przerzedzenia niema. Badanie mikroskopowe: trich. ecto i endothrix.

7/VII—25 r. Jod-Jont. na owłosioną część głowy.

9/VII—25 r. poza żółtawym kolorem skóry zmian niema. Jod-Jont.

11/VII—25 r. łuski nieco mniej. Jod-Jont.

13/VII—25 r. na większej ilości ognisk łuska znikła, pozostawiając gładką powierzchnię skóry. Jod-Jont.

18/VII—25 r. chora sprawia wrażenie uleczonej — żadnych śladów łuski. Jod-Jont. Chorej zalecono zgłosić się po 2 tygodniach.

Z powodu odry chora do kontroli stawiała się dopiero 17/VIII—25 r. Obraz zewnętrzny przedstawiał się w dniu tym zupełnie pomyślnie. Łuszczenia nie dało się stwierdzić. Badanie jednak włosów wykazało obecność grzybka wewnątrz włosa (endothrix).

Przyp. 9. Lejba M. w wieku lat 13, L. hist. ch. 88. Chory od 2-ch lat. Owłosiona część głowy usiana drobną ogniskowo ułożoną łuską; gdzieś istnieją strupki, pod którymi zawiera się ropa — włosy w tych miejscach wychodzą z łatwością. Po stronie prawej potylicy 3 takich nieco większych ognisk (wielkości 20 groszy) niemal zupełnie pozbawionych owłosienia.

6/VII—25 r. badanie mikroskopowe: trich. endo i ectothrix.

9/VII—25 r. Jod-Jont. na owłosioną część głowy.

11/VII—25 r. ogniska o charakterze głębszym przyschły. Jod-Jont.

12/VII—25 r. łuski mniej. Jod-Jont.

13/VII—25 r. chorobowe zmiany ustąpiły. Jod-Jont.

14/VII—25 r. zewnętrznie mamy obraz zupełnego uleczenia. Jod-Jont.

15/VII—25 r. Jod-Jont. W dniu tym chory opuszcza klinikę; zgłosił się 30/X—25 r., stwierdzono obfite łuszczenie. Mikroskopowo: trich. endo i ectothrix.

Wyniki jontophorezy w liszaju strzygącym.

Z przytoczonych pokrótce historii chorób widocznym się staje działanie jontophorezy w grzybicy (Trichophytiasis).

Całkowicie zgadzając się z Wirzem co do tego, że zmiany chorobowe na niewłosionych miejscach znikają nadzwyczaj prędko (jak to przytoczyłem w przypadku I i VII), jednak co do szybkiego i niezawodnego uleczenia uwłosionych miejsc tego nie da się powiedzieć. Tam nawet, gdzie zewnętrznie sprawa przedstawia się jako zakończona—przy dokładnym zbadaniu mikroskopowym znajdujemy obecność grzybka. Że zaś grzybica niewłosionych miejsc należy wogóle do łatwo uleczalnej zwykłymi środkami farmaceutycznymi — znacznej wyższości w stosowaniu jontophorezy w tych razach nie widzę. Natomiast tam, gdzie walka z tem cierpieniem jest trudniejsza t. j. na uwłosionej części głowy, gdzie bez epilacji dotąd nie utrzymywano pomyślnych wyników, nie należy też od jontophorezy spodziewać się wiele. Na ośrniu takich przypadkach zaledwie w dwóch osiągnęłem pomyślny rezultat. Przypadki te należy zaliczyć do form klinicznie łagodniejszych i powierzchownych, gdzie powstanie choroby miało miejsce stosunkowo niedawno.

Również tutaj dowiodłem, że obraz zewnętrzny nie daje nam prawa twier-

dzić, że mamy do czynienia ze sprawą zakończoną. Stąd też u chorego niejednokrotnie trzeba pobierać materiał i obserwować go przez dłuższy okres czasu.

Prócz tego traci się ogromną ilość czasu, osiągając, jak podałem wyżej, niepewne wyniki. Przeciętnie bowiem, by poddać działaniu jontophorezy całą głowę, trzeba przerobić to na ósmiu polach. W ten sposób traci się: 15. min. $\times 8 = 120$ min. t. j. 2 godziny trwa jedno posiedzenie.

Zważywszy, że takich posiedzeń musimy zrobić przeciętnie 6 (aczkolwiek jak tego dowiodłem i po 12 niezawsze daje wyniki pewne), tracimy 12 godzin czasu na jednego chorego.

Kwestja czasu nie pozostaje również bez ujemnego wpływu na chorego, co też miałem możność stwierdzić, gdyż o ile na początku chętnie poddawali się oni leczeniu, o tyle końcowe posiedzenia stawały się coraz bardziej denerwujące.

Na zasadzie powyższego nie mogę się zgodzić, że ten sposób ma przewyższać inne, a szczególnie rentgenoterapię, gdzie jak wiadomo, stosunkowo w krótkim czasie osiągamy wyniki pewne, a przy odpowiednim następnie odkażeniu skóry głowy, i stałe.

Być może działając jod—jontophorezą przy następnym zastosowaniu białej rtęciowej maści dałoby się osiągnąć pomyślniejsze wyniki, lecz taki sposób byłby odchyleniem od zasad jontophorezy.

Albowiem otrzymując na skórze połączenie jodku z rtęcią przeszlibyśmy do sposobu leczenia liszaja strzygącego podanego przez Sachs'a i stosowanego przezeń od 1919 r.

Sposób ten, jak wiadomo, polega na tem, że po bezpośrednim nasmarowaniu jodyną działamy maścią rtęciową na powierzchnię dotkniętą stanem chorobowym.

II.

Przypadków figówki pospolitej (sycosis vulgaris) miałem sześć. W przypadkach tych celem wykluczenia trichophytii również poprzednio badałem mikroskopowo trzon włosa i jego okolicę. Stosowałem tu ichtyolową jontophorezę.

(Technika: 8 M. A. z katody 20 min. 20% ichtiol).

Przypadek 1. Władysław S. lat 21, L. H. Ch. 273, chory od 4-eh lat. Na owłosionej części wargi górnej, oraz na policzkach i podbródku skóra sucha, łuszcząca się, pokryta strupkami. Gdziekolwiek napotykamy małe ropne pęcherzyki. Chory był leczony maściami bez skutku.

6/V—25 r. icht. Jont.

9/V—26 r. ilość ropnych pęcherzyków zwiększyła się, zwłaszcza na policzkach. Icht.-Jont.

11/V—25 r. stan bez zmiany. Icht.-Jont.

13/V—25 r. ilość pęcherzyków ropnych większa. Icht.-Jont.

15/V—25 r. wygląd zewnętrzny jak wyżej. Icht.-Jont.

17/V—25 r. wskutek pogorszenia się, o którym wyżej podałem, zrobiłem przerwę kilkudniową.

24/V—25 r. obraz kliniczny powrócił do stanu pierwotnego. Icht.-Jont. na górną wargę i na okolicę prawego policzka.

26/V—25 r. na miejscach, gdzie była stosowana Jont. powstają liczne pęcherzyki. Icht.-Jont. na tychże miejscach.

28/V—25 r. bez zmiany. Icht.-Jont.

30/V—25 r. stan jak wyżej. Icht.-Jont.

2/VI—25 r. wobec wyraźnej zmiany na gorsze w miejscach, gdzie była stosowana Jont., a mianowicie: zaczerwienienie skóry i pojawienie się licznych pęcherzyków dalszego stosowania Jont. zaniechałem.

Przyp. 2. Stefan P. lat 33. L. ks. ambul. 200/VI, chory $\frac{1}{2}$ roku. Obecnie na wardze górnej na bródce po stronie lewej, częściowo i na miejscach uwłosionych lewego policzka — strupki na skórze, nieznaczny naciek i ropienie się.

6/V—25 r. Icht.-Jont.

7/V—25 r. u chorego stwierdziłem większe ropienie.

8/V—25 r. stan powrócił do obrazu pierwotnego. Icht.-Jont.

9/V—25 r. po drugim posiedzeniu u chorego nastąpiło znaczne pogorszenie: zaczerwienienie skóry, ropienie obfitsze, bolesność. Jont. zaniechałem.

Przyp. 3 Jan U. lat 28, L. h. ch. 301, zachorował w czerwcu 1924 roku. Obecnie uwłosiona część wargi górnej nieco nacieczona pokryta częściowo strupkami, częściowo łuszcząca się.

30/V—25 r. Icht.-Jont.

2/VI—25 r. ilość strupków nieco mniejsza. Icht.-Jont.

4/VI—25 r. widocznych zmian niema. Naciek trwa. Icht.-Jont.

6/VI—25 r. bez zmian. Icht.-Jont.

8/VI—25 r. zmian niema. Icht.-Jont.

10/VI—25 r. Icht.-Jont.

12/VI—25 r. poprawy niema. Icht.-Jont.

14/VI—25 r. łuszczenie trwa. Naciek nie ustępuje. Icht.-Jont.

16/VI—25 r. status idem. Icht.-Jont.

18/VI—25 r. różnicy żadnej. Icht.-Jont.

20/VI—25 r. dziesięciokrotne stosowanie Icht.-Jont. pozostaje bez wpływu na stan chorobowy. Leczenie przerwano.

Przyp. 4. Władysław K. lat 23, L. h. ch. 300, chory 6 miesięcy. Na owłosionych częściach wargi górnej i policzkach ogniska w postaci małych zaczerwienionych plam oraz strupki.

4/VI—25 r. Icht.-Jont.

6/VI—25 r. część strupków odpadła, pozostawiając jedynie różowe zabarwienie na skórze. Icht.-Jont.

8/VI—25 r. znaczne polepszenie. Strupki znikają; pozostaje zaledwie 3 na policzkach. Icht.-Jont.

10/VI—25 r. zmiany chorobowe ustąpiły, pozostawiając tylko zabarwienie skóry. Icht.-Jont.

14/VI—25 r. zabarwienie znika. Skóra gładka.

22/VI—25 r. żadnych zmian chorobowych niema. Chory wypisany jako zdrowy.

Przyp. 5. Józef K. lat 23, L. h. ch. 1421. Chory podaje, że choroba trwa 4 lata. Przez czas pewien zmiany chorobowe ustąpiły pod wpływem leczenia maściami, co miało miejsce przed dwoma laty. Od tego czasu nastąpił nawrót, który pomimo leczenia nie ustępuje.

Obecnie na lewym policzku uwłosiona część skóry zaczerwieniona, nacieczona. W miejscu tem istnieje kilka tworów guzowatych wielkości orzecha laskowego, jeden zaś guz większy zbliżowaciał. Miejsce to pokryte strupkami, a przy ucisku wydziela się ropa z tkanki naokoło mieszków włosowych. Po prawej stronie policzka i na uwłosionej części wargi górnej strupki i łuska.

4/V—25 r. Icht.-Jont.

5/V—25 r. owrzodzenia przyschły, spłaszczyły się. Icht.-Jont.

7/V—25 r. stan jak poprzednio. Icht.-Jont.

- 10/V—25 r. wykwity po stronie lewej ustępują. Icht-Jont.
 14/V—25 r. status idem. Icht-Jont.
 17/V—25 r. na uwłosionej części wargi górnej i na prawym policzku zmiany chorobowe ustąpiły. Po stronie lewej nacieki trwają. Icht-Jont.
 19/V—25 r. stan bez zmiany. Icht-Jont.
 22/V—25 r. nacieczenie zmiało. Icht-Jont.
 25/V—25 r. Icht-Jont.
 27/V—25 r. naciek mniejszy. Icht-Jont.
 29/V—25 r. bez zmian. Icht-Jont.
 1/VI—25 r. strupów i łuski niema. Na miejsce, gdzie jeszcze istnieją nacieczenia. Icht-Jont.
 3/VI—25 r. nacieczenie znacznie mniejsze. Icht-Jont.
 7/VI—25 r. skóra przybrała wygląd normalny. Naciek ustąpił pozostawiając jedynie nieznaczny bliznę w miejscu najgłębszego nacieku. Icht-Jont.
 10/VI—25 r. chociaż zmiany chorobowe ustąpiły, zastosowałem jeszcze raz Icht-Jont.

Chory pozostawał pod obserwacją do dnia 30/VI—25 r. Żadnych przejawów choroby nie było.

Przyp. 6. Kasryel L. lat 31, L. h. ch. 90. Chory podaje, że choroba rozpoczęła się przed rokiem i nie rozszerzała się poza okolicę wąsów, przed $1\frac{1}{2}$ rokiem był leczony promieniami Rentgena. Obecnie na uwłosionej części górnej wargi włosy przerzedzone, częściowo już epilowane, gdzieś strupki i łuska.

17/IV—25 r. Icht-Jont.

18/IV—25 r. w stanie chorobowym nastąpiło znaczne obostrzenie. Skóra zaczerwieniona. Pęcherzyki ropne.

19/IV—25 r. obostrzenie trwa.

20/IV—25 r. z powodu nieustępującego pogorszenia zastosowałem okłady z rezorcyny, nie ryzykując w tym wypadku dalej działać jontophorezą.

Wyniki jontophorezy w figówce pospolitej.

Jak widzimy stosowanie jontophorezy na miejscach owłosionych twarzy w sprawach chorobowych o charakterze ropnym, gdzie mamy do czynienia z zapaleniem mieszków włosowego z otaczającą go tkanką—mało czem się różni od zastosowania tej metody w przypadkach liszaja strzygącego.

Niezawsze bowiem osiągamy tu skuteczne działanie, a częstokroć mamy nawet pogorszenie się sprawy chorobowej.

W przypadku 5-ym, gdzie choroba istniała szereg lat, gdzie mieliśmy początkowo liczne twory guzowate, i blizny, otrzymałem po dłuższym działaniu icht-Jont. uleczenie. Również w przypadku 4-ym po czterokrotnym zastosowaniu jontophorezy miałem pomyślny wynik.

W przypadkach natomiast innych, jak to widzieliśmy z hist. chor., metoda ta albo nie daje żadnych wyników albo też widzimy nawet pogorszenie.

Stąd jakgdyby wynika, że Baum miał rację, twierdząc, że tu jontophoreza niema żadnej wyższości w działaniu nad maściami, które jak wiemy, również częstokroć zawodzą.

Na podstawie moich spostrzeżeń wynika, że sposobu tego można próbować, ale o ile po 1-em lub 2-iem posiedzeniu następuje chociażby nieznaczne pogorszenie stanu chorobowego — należy go zaniechać uciekając się do innego sposobu leczenia.

Grupa B.

Przypadków, gdzie jontophorezę stosowałem pomocniczo w celach znieczulenia, miałem 13, z których 9 wilka pospolitego i 4 naczyńiaków.

I.

Wilc pospolity (*Lupus vulgaris*).

(Technika znieczulania: rozc. coc. hydr. 0,2 sol. suprar. (1,0:1000) 0,5 aq. dest. 10., 8 M. A. z anody).

Przyp. 1. Hirsz. W. L. h. ch. 78 lat 20, chory od 5-ju lat. Na skrzydłach nosa silne zaczerwienienie skóry. Nozdrza owrzodzone, po części



Fig. I. Chory H. W. przed rozpoczęciem leczenia.

zniszczone, chrząstkowa przegroda nosowa zniszczona. Na błonie śluzowej kanału nosowego strupy i gruzelki. Na podniebieniu miękkim powierzchowne pojedyncze owrzodzenia. Na powłokach skórnych tułowia i kończyn zmian niema. Na twarzy liczne piegi. Pirquet — dodatni. R. W. —

- 27/V — 25 r. po znieczuleniu adren. + coc. wypalenie gruzelków i owrzodzeń cienką igłą galwano-kaustyczną po stronie lewej. Zabieg dokonano bez bólu.
 28/V — 25 r. na miejscu wczorajszego wypalania utworzyły się suche strupy. Po znieczuleniu Jont. strony prawej — wypalenie.
 1/VI — 25 r. Strupki na miejscach wypalanych utrzymują się.
 4/VI — 25 r. część strupków po stronie lewej odpadła, pozostawiając na swych miejscach delikatne niegłębokie blizny.
 10/VI — 25 r. niemal wszystkie strupki odpadły. Nos nabiera kształtów normalniejszych.
 13/VI — 25 r. blizny niespeczące. Wszystkie strupki poodpadały.



Fig. II. Chory. H. W. po Jont.

- 14/VI — 25 r. po znieczuleniu Jont. miejsc dostępnych, wypalenie gruzelków na części błony śluzowej nosa. Zabieg przeszedł bez bólu.
 16/VI — 25 r. strupki po ostatnim wypalaniu utrzymują się.
 18/VI — 25 r. stan bez zmiany.
 20/VI — 25 r. strupki zaczynają odpadać.

- 23/VI — 25 r. w miejscu odpadniętych strupków żadnych owrzodzeń niema.
 25/VI — 25 r. wobec istnienia u chorego zmian wilkowych na błonie śluzowej podniebienia (które były przypalane ac. chrom.) celem utrwalenia wyników, osiągniętych przy pomocy Jont., choremu zastosowano naświetlanie promieniami Rentgena.
 Z umieszczonych fotografii widzimy, jaki dodatni wpływ osiągnięto tym sposobem, zanim przystąpiono do rentgenoterapii (fig. I i II).
Przypadek 2. Lejba M. w wieku lat 13. L. k. ch. 88., chory trzy lata. Duża blizna wielkości płatka cytryny na prawym policzku przechodząca na okolice nosa. Brzegi blizny, jak również w mniejszym stopniu i część środkowa, usiana licznymi gruzelkami. Pirquet — dodatni. R. W. —
 2/VII — 25 r. znieczulenie Jont. i wypalenie gruzelków. Zabiegu dokonano bez bólu.
 4/VII — 25 r. na miejscach wypaleń suche strupki. Żadnej zapalnej reakcji niema.
 6/VII — 25 r. strupki częściowo odpadły, pozostawiając nieznaczne wklęsłe blizny.
 12/VII — 25 r. wszystkie strupki odpadły. Gruzelki zniszczone, blizny niespeczące. Przystąpiono celem utrwalenia wyniku do rentgenoterapii.
Przyp. 3. Józef M. L. k. ch. 84., w wieku lat 24, chory od lat 8. Na twarzy, a mianowicie czole, obu policzkach i wargach zbliźnowacenie wilkowe o brzegach wyniosłych, usianych gruzelkami i wrzodziejącymi. Nos ptasi, zniekształcony. Powieki wywinięte. Na błonie śluzowej jamy ustnej również owrzodzenia. Języczek zniszczony. Pirquet — dodatni R. W. —
 20/VI — 25 r. po znieczuleniu rozcz. coc. + adr. przy pomocy Jont. wypalenie owrzodzeń po stronie lewej czoła i policzka igłą galwano-kaustyczną.
 22/VI — 25 r. miejsce wypalone pokryło się strupami suchymi. Dalsze wypalenie po stronie lewej.
 26/VI — 25 r. zakończenie wypalania strony lewej.
 2/VII — 25 r. w miejscu, gdzie najprzód było stosowane wypalenie, strupki odpadają. Również po znieczuleniu Jont. przystąpiłem do wypalań po stronie prawej.
 4/VII — 25 r. dokończenie wypalania.
 6/VII — 25 r. po stronie lewej strupki odpadły.
 9/VII — 25 r. pozostałe strupki po stronie prawej z łatwością się usuwają. W tym miejscu pozostaje powierzchnia bez owrzodzeń i gruzelków. Brzegi blizn spłaszczyły się. W dalszym ciągu można było przystąpić w tym stanie do leczenia światłem.
Przyp. 4. Genowefa P. lat 19., L. ks. amb. 22., chora od lat 4-ech. Obecnie na czubku nosa blizny, na których uwydatniają się gruzelki wilkowe. Charakter blizn nieco wyniosły. Przed 4-ma miesiącami była stosowana rentgenoterapia.
 29/V — 25 r. po znieczuleniu Jont. coc. + adr. wypalono miejsce dotknięte chorobą bez bólu dla chorej.
 5/VI — 25 r. suche strupki powstałe w miejscach wypalonych, trzymają się słabo.
 7/VI — 25 r. większość strupków odpadła. Pozostały blizny w postaci niewielkich wklęśnięć.
 10/VI — 25 r. strupki odpadły, nie szpecąc twarzy.
 24/IX — 25 r. chora zgłosiła się dla kontroli. Powstania nowych gruzelków nie skonstatowano.
Przyp. 5. Anastazja K. lat 52. L. k. amb. 82. Chora od dwóch lat. Na prawym policzku 3 cm. poniżej powieki ognisko wilkowe wielkości jednego

złotego—zbliznowaciale o typie płaskim. Na bliznie pojedyncze gruzelki. R. W.—

4/V — 25 r. po znieczuleniu Jont. wypalenie gruzelków bez bólu.

7/V — 25 r. strupki, powstałe na miejscach wypalonych, trzymają się.

10/V — 25 r. część strupków usuwa się z łatwością.

13/V — 25 r. w miejscu blizny brak gruzelków; blizna nie szpecąca twarzy. W tym stanie zastosowałem chorej naświetlanie promieniami Rentgena.

Przyp. 6. Apolonja B. lat 17. L. h. ch. 86. chora od 3-ch lat. Liczne gruzelki wilkowe na czubku nosa, policzkach i w kątach ust. Zmiany chorobowe sięgają również błon śluzowych, nosa i podniebienia. Pirquet—dodatni. R. W.—

26/VI — 25 r. po znieczuleniu Jont. coc. + adr. wypalono gruzelki na nosie. Zabieg bez bólu.

27/VI — 25 r. dalsze wypalenie na policzkach i na skórze kątów ust.

1/VII — 25 r. strupki trzymają się.

5/VII — 25 r. część strupków na nosie odpadła, blizny nieszące.

7/VII — 25 r. z okolicy nosa strupki spadły. Na policzkach trzymają się mocno.

13/VII — 25 r. strupki odpadły, pozostawiając nieszące nieznaczne wklęsnięcia. W tym stanie można było przystąpić do stosowania promieni Rentgena.

Przyp. 7. Stanisława D. lat. 19, L. k. ch. 60., chora 4 lata. Liczne gruzelki wilkowe na czubku i na błonie śluzowej nosa; po kilka na obu policzkach i licznie rozsiane na wardze górnej. Jedno ognisko wielkości orzecha włoskiego na prawym przedramieniu; drugie w okolicy lewego podudzia wielkości dwóch złotych. Wilk o typie przerostowym. Pirquet—dodatni. R. W.—

Po jontophoretycznym znieczuleniu wypalono gruzelki na nosie. Chora zeznaje, że bólu przytem prawie nie czuła.

19/V — 25 r. dalsze wypalenie tymże sposobem na policzkach bez bólu.

20/V — 25 r. " " " na wardze górnej.

22/V — 25 r. " " " na prawym przedramieniu.

24/V — 25 r. " " " na lewym podudziu.

25/V — 25 r. strupki powstałe po wypaleniu z okolicy nosowej i policzków odpadły; jednakże gdzieś istnieją pojedyncze gruzelki. Celem zniszczenia ich po znieczuleniu Jont. — wypalenie.

27/V — 25 r. strupki trzymają się.

30/V — 25 r. na przedramieniu strupki odpadły. Gruzelków w tem miejscu nie widać.

2/VI — 25 r. odpadnięcie strupków na górnej wardze i podudziu. W okolicy wargi górnej, gdzie gruzelki pierwotnie były nader liczne, istnieją obecnie pojedynczo. W tem miejscu zastosowałem po raz drugi Jont. i wypalenie. Wszystkie ogniska z wyjątkiem wargi górnej po odpadnięciu strupków pozabawione gruzelków. W tych miejscach nieznaczne wklęsnięcia bliznowate — mniejsze od takichże po ospie.

Wszystkie strupki ostatecznie odpadły i w dniu 16/VI można było zastosować rentgenoterapię, zwłaszcza z powodu zmian na błonie śluzowej.

Przyp. 8. Anna S. lat 18, L. ks. amb. 27-I. Chora 8 lat. Lewa strona twarzy z wyjątkiem czoła bliznowato zwyrodniała, gładka, usiana żółtawymi plamkami. Brzegi obrączkowate, nieco wyniosłe, obficie usiane gruzelkami.

3/VI — 25 r. po jontophoretycznym znieczuleniu adr. + coc. wypalenie brzegów blizny dolnej części lewego policzka. Zabieg nie był bolesnym dla chorej.

8/VI — 25 r. dalsze wypalenie brzegów.

10/VI — 25 r. strupki w miejscu, gdzie po raz pierwszy było stosowane wypalenie, odpadają. Wypalono część gruzelków, istniejących na bliznie.

20/VI — 25 r. to samo.

24/VI — 25 r. ostateczne wypalenie pozostałych gruzelków.

6/VII — 25 r. na bliznie — brak zupełnie żółtawych plam i gruzelków. Brzegi całkowicie spłaszczyły się.

Przyp. 9. Władysław B. lat 29, L. ks. amb. 207-VI. chory od 2-ch lat. Po lewej stronie policzka na granicy z nosem znajduje się głęboka blizna powstała po stosowaniu u chorego śniegu kwasu węglowego, celem zniszczenia ogniska wilkowego; powyższy zabieg miał miejsce w lecie u. r., a we wrześniu, jak podaje chory, było stosowane naświetlanie promieniami Rentgena. Obecnie na lewym policzku o trzy cm. poniżej oka — 3 gruzelki wilkowe.

13/VII — 25 r. po znieczuleniu Jont. bez bólu wypalono gruzelki.

27/VII — 25 r. w miejscu wypalenia daje się zauważyć mało znaczne ślady wklęsnięć po stosowanym zabiegu.

W porównaniu ze szpecącą blizną, wynikłą po śniegu kwasu węglowego, uwydatnia się w znacznym stopniu wyższość kosmetyczna tego sposobu leczenia.

24/IX — 25 r. nawrotu niema.

Wyniki jontophorezy w wilku pospolitym.

Próby czynione w celu bezpośredniego zabicia prątków gruzliczych przez wprowadzenie leków jontophoretycznie do chorej tkanki nie dały, jak o tem na wstępie podałem, pomyślnych wyników. W ostatnich czasach w toku są prace Wirza nad wcielaniem krysolganu w postaci jonów. Jednak w tego rodzaju cierpieniach jontophoreza może być wykorzystana wyłącznie dla znieczulania tkanki i pod tym względem wyświadcza niezmiernie cenne usługi.

Możemy prawie bez bólu dla chorego wypalić kolejno każdy nieomal gruzelek. Dokonać tego można z całą dokładnością — gruzelki przytem są dobrze widoczne i niszczymy je stopniowo jeden po drugim. Tam zaś, gdzie się nie udaje od razu zniszczyć wszystkie, to po odpadnięciu strupków z łatwością później osiągamy pomyślne wyniki na następnym posiedzeniu.

Podane przeze mnie przykłady w dostatecznym stopniu to potwierdzają.

Zaniechany głównie z racji bólu sposób dawniejszych autorów (*Unna*) wypalania, po zawiedzionych nadziejach pokładanych w rentgenoterapii i radzie — znowu wyrasta na pierwszy plan w walce z wilkiem.

Gdy *Bergonié* a za nim inni udowodnili, że promienie Rentgena nie działają na laseczki Kocha, co również stwierdzonem zostało ultramikroskopowo przez *Bordier'a* i *Horand'a*, musimy dążyć do zniszczenia gniazd napęnlonych zarazkami. To też daje się zauważyć obecnie dążenie do starego sposobu doszczętnego wypalania lub doprowadzenia do stanu koagulacji, dotkniętych chorobą miejsc.

Bardzo pouczający przykład przytacza *Bordier*, gdzie u chorej w przeciągu czterech lat stosowane były ultrafioletowe światło, rad, i rentgen, a u której sprawa ograniczała się pierwotnie tylko do zmian wilkowych na czubku nosa; gdy zaś podczas nieustannego leczenia sprawa się szerzyła, spowodowało to wywiniecie powieki i oszpecenie niemal całej twarzy.

W tym beznadziejnym okresie doprowadził on do koagulacji chorą tkankę

i tylko tym sposobem powstrzymał dalsze postępy choroby; wyniki osiągnął już po 3-ch posiedzeniach.

Słuszne więc staje się jego uwaga o tej bądź co bądź kosztownej terapii, jakiej się chora w ciągu szeregu lat poddawała: „Resultat nul”: le mal, au contraire, au dire de la malade, — s’étendit plus vite”...

Jednak wstrzyknięcie roztworu kokainy, którym zazwyczaj się posługują przy doprowadzaniu do stanu koagulacji lub wypalenia, najczęściej sprawia w tych przypadkach kłopot. Tu bowiem z powodu powstającego nacieku niełatwem bywa odszukanie gruzełków, prócz tego narażamy się na zawleczenie zarasków.

Te ujemne strony wstrzykiwań zupełnie odpadają przy wprowadzeniu adr. + coc. w postaci jonów. Przeciwnie na znieczulonem bezkrwistym dookoła tle każdy szczegół chorobowy bardziej się uwydatnia i staje się dostępniejszym dla naszego oka.

II.

Naczyniaki krwionośne (Haemangioma).

Przyp. 1. Władysław I. w wieku lat 15, L. ks. amb. 199—VI. Powodem zgłoszenia się do ambulatorjum kliniki jest istnienie od szeregu lat na nasadzie nosa nieco wyniosłej plamy; w ciągu ostatnich 3-ch lat staje się ona coraz bardziej widoczną i wyniosłą, nabierając barwy ciemno-czerwonej.

Obecnie wielkość naczyniaka sięga rozmiarów paznokcia — środek nieco wzniesiony o barwie bardziej intensywnej. Widoczną jest sieć pokręconych włoskowatych naczyń.

2/V — 25 r. znieczulenie ard. + coc. za pomocą jontophorezy — poczem rozszerzone naczyniaka bardziej się uwydatniły; w dwu miejscach bezbolesne dla chorego ukłucie cienką ostrą igłą galwano-kaustyczną.

5/V — 25 r. W miejscach ukłuć malutkie krostki. Dookoła zanik naczyń.

9/V — 25 r. krostki odpadły, zmian chorobowych nie widać. Z trudnością jedynie możemy się doszukać minimalnych blizenek w miejscach dotyku igłą.

Przyp. 2. Helena D., w wieku lat 26, L. 202 — VI. Chora podaje, że od dwóch lat na powierzchni nosa istnieje twór zleпка wyniosły i coraz bardziej rozrastający się. Obecnie na nasadzie nosa intensywne zaczerwienienie wzniesione, zwłaszcza w części środkowej, wielkości paznokcia.

Sieć naczyń włoskowatych promienistych wyraźnie się uwydatnia.

14/V — 25 r. znieczulenie roztworem ard. + coc. przy pomocy Jont. i dotyk igłą części środkowej naczyniaka.

21/V — 25 r. istnieje delikatna krostka w miejscu dotyku igłą. Dokoła tego miejsca naczyniaka nie są widzialne.

24/V — 25 r. w miejscu dotyku igłą punkcikowa niemal niewidzialna blizienka.

Żadnych śladów po naczyniaku nie pozostaje.

Przyp. 3. Józef I. lat 38, L. ks. amb. 208 — VI. chory podaje, że przed 4-ma laty zauważył małą czerwoną plamkę na nosie po stronie lewej.

Obecnie stwierdzono naczyniaka nieco większy od ziarenka grochu, barwy sinoczerwonej; środek nieco wyniosły.

11/VIII — 25 r. Po znieczuleniu Jont. dotyk igłą części środ. naczyniaka.

17/VIII — 25 r. miejsce, gdzie było ukłucie, z trudnością daje się odszukać. Zabarwienie znikło, skóra o kolorze normalnym.

Przyp. 4. Marja R., w wieku lat 6. L. ks. amb. 197 — I. Przed 5-ciu laty chorej dokonano operacji po prawej stronie na policzku z powodu istnienia w tem miejscu naczyniaka; obecnie w miejscu tem uwydatnia się blizna, a nawet widzialne są miejsca, gdzie były nałożone szwy.

Po stronie prawej w okolicy żuchwy naczyniaka krwionośny nieco wyniosły w części środkowej — wielkości paznokcia.

Barwa naczyniaka intensywnie czerwona, dookoła widzialna jest sieć naczyń włoskowatych. Zmiany te, jak twierdzi matka chorej, od roku bardziej zwiększają się.

29/IX — 25 r. po znieczuleniu Jont. adr. + coc. dotknięcie cienką igłą galwano-kaustyczną.

Żadnego bólu chora nie odczuwała.

1/X — 25 r. malutki strupek w miejscu dotyku igły galwanokaustycznej.

6/X — 25 r. zupełny zanik naczyń włoskowatych; miejsce zabiegu niewidoczne.

Wyniki jontophorezy w naczyniakach krwionośnych.

Z przytoczonych przykładów widzimy, jak szybki i pewny jest sposób usunięcia naczyniaków przy pomocy jontophorezy. Należy tylko po znieczuleniu używać igły jaknajcieńszej, by trafić w najbardziej rozszerzone naczynie włoskowe, również żeby uniknąć niepotrzebnej blizny.

Przytem igła prawie nie powinna się żarzyć, przez to doprowadzić możemy miejsce dotyku tylko do koagulacji, która jest zupełnie wystarczającą.

Przytrzymywanie się tych zasad zapewnia efekt kosmetyczny.

W przypadku 4-ym, zwłaszcza rozbieżność wyniku kosmetycznego, otrzymanego obecnym sposobem w porównaniu z blizną, pozostającą szereg lat po wycięciu, jest nader wymownym dowodem wyższości w tych razach jontophorezy.

Ostatnio ukazała się ciekawa praca doświadczalna *Reina*, w której autor w dokładny sposób omawia sprawę znieczulania skóry za pomocą jontophorezy. W powyższej pracy znajdujemy potwierdzenie dodatnich wyników, osiągniętych przeze mnie.

Podkreślić należy pewne szczegóły badań *Reina*, a mianowicie: czas trwania znieczulania przy zastosowaniu roztworu znieczulającego bez adrenaliny wynosi 1/5 czasu trwania posiedzenia, z adrenaliną powyższy stosunek wynosi 1,2:1, przy użyciu płynu Ringera czas trwania i stopień znieczulenia znacznie mniejszy; z roztworami cukru otrzymuje się lepsze wyniki.

Znieczulenie sięga według jego badań do skóry właściwej. Znieczulenie na ból, ucisk i uczucie ciepłoty jest całkowite. W kilku przypadkach otrzymał *Rein* znieczulanie powierzchni dość znacznej, bo do 80 q. cm.

Czas trwania znieczulania w podanych przeze mnie przypadkach wynosi mniej więcej 10 minut.

Już ogólny przegląd naszych obserwacji klinicznych wykazuje, że przy jontophoretycznym wcielaniu leków przez skórę nie posiadamy żadnego takiego środka, któryby, jak to chcieli widzieć niektórzy autorzy, był w stanie wyleczyć wszystkie dolegliwości skórne.

Podkreślić należy, że ilość wcielonego leku nie da się praktycznie niestety ściśle dotąd określić, aczkolwiek ogólnie przyjęto, że ilość jego jest głównie zależną od siły i czasu działania prądu.

Mają tu również znaczenie zjawiska elektrosmotyczne: gdy mamy do czynienia (Rein) z H_2O , lub wodnymi roztworami, wtedy wchłanianie obniża się i odwrotnie przy alkoholu metylowym wzrasta; im większą jest koncentracja roztworów soli, tem trudniejszym jest ich przesunięcie prądem, natomiast staje się łatwiejsze przy alkoholu i cukrze trzcinowym o zwiększonej nawet koncentracji. Również ma tu wielkie znaczenie odczyn działającego roztworu, oraz stan samej skóry: przy zaniku skóry szybkość przenikania jest mniejszą i znacznie obniża się przy obumieraniu.

Możliwem jest, że ta nieścisłość określenia ilości wcielonego leku jest powodem pewnego niepowodzenia w szerokim stosowaniu jontophorezy.

Jednak powyższy sposób zastosowania leków drogą elektrolityczną ich wcielenia znajduje w niektórych gałęziach medycyny coraz to więcej zwolenników, a szczególnie w okulistyce, gdzie po wyczerpujących pracach Roberta Wirtza i Schnydera jontophoreza zalicza się do potężnych środków w leczeniu takich cierpień jak: wrzodziejące zapalenie brzegów powiek, wrzodach pełzających rogówki, plamach i trofoneurotycznych zaburzeń rogówkowych.

Badania doświadczalne Schölera i Albranda wykazały, że przy wcieleniu drogą elektryczną do oka jodku potasowego lek ten przechodzi w znacznej ilości nie tylko do komory przedniej i ciała szklanego, lecz również do głębszych warstw oka.

Powyższe dodatnie wyniki, otrzymane w leczeniu chorób oczu, posiadają o tyle znaczenie dla dermatologa, że krawędź powiekowa, spojówka, nabłonek rogówkowy — czyli miejsca gdzie jontophoreza przejawia swój najbardziej skuteczny wpływ — są właściwie dalszym ciągiem skóry.

Prócz tego jontophoreza znajduje zastosowanie w chirurgii: przy leczeniu zeszywnienia stawów (Leduc, Roederer), w neurologii: przy leczeniu neuralgii twarzy, obwodowych porażeni nerwu twarzowego, oraz połowicznych porażeniach i porażeniach stawu łokciowego ze zmianami zanikowymi mięśni (Juster et Lehmann, Barré, Bourguignon, Delherm et Laquerriere).

Badania histologiczne skóry u ludzi i zwierząt po zastosowaniu jodu i Ichtyol-Jontophorezy.

Celem wyjaśnienia działania na skórę jontophoretycznie wprowadzonego ichtyolu i jodu — przeprowadziłem odnośne doświadczenia w czterech przypadkach na skórze zdrowej przedramienia człowieka i dwóch przypadkach na grzbiecie królika. Zmiany wywołane w ten sposób przez wprowadzenie jodu i ichtyolu są identyczne.

Jontophorezę przeprowadzałem co drugi dzień.

Badania histologiczne dokonywałem po cztero, sześć i ośmiokrotnym zastosowaniu jontophorezy.

Celem porównania i kontroli badałem również mikroskopowo skórę wyciętą królikowi, której nie poddawałem działaniu jontophorezy.

Wycinane kawałki skóry utrzymywałem w formalinie, zatapiałem w parafinie, barwiąc hematoksyliną i eozyną.

Makroskopowo skóra była zlekka zaczerwieniona.

Po czterokrotnym zastosowaniu jontophorezy — otrzymywałem w obrazie mikroskopowym tylko nieznaczne nacieczenie w warstwie skóry właściwej.

Po sześciokrotnym zastosowaniu jontophorezy obraz mikroskopowy, jak widać z mikrofotografii (Nr. I, II, III i IV, wykonanych na Klinice Chirurgicznej U. S. B. przez D-ra Tymińskiego), jest następujący: warstwa zrogowaciała wyraźnie zgrubiała i przedstawia się w postaci poroższcziastych pasm.

W warstwie brodawkowej skóry właściwej, widzimy drobnokomórkowe nacieczenie, które w wielu miejscach przenika do sąsiednich komórek warstwy rozrodczej.

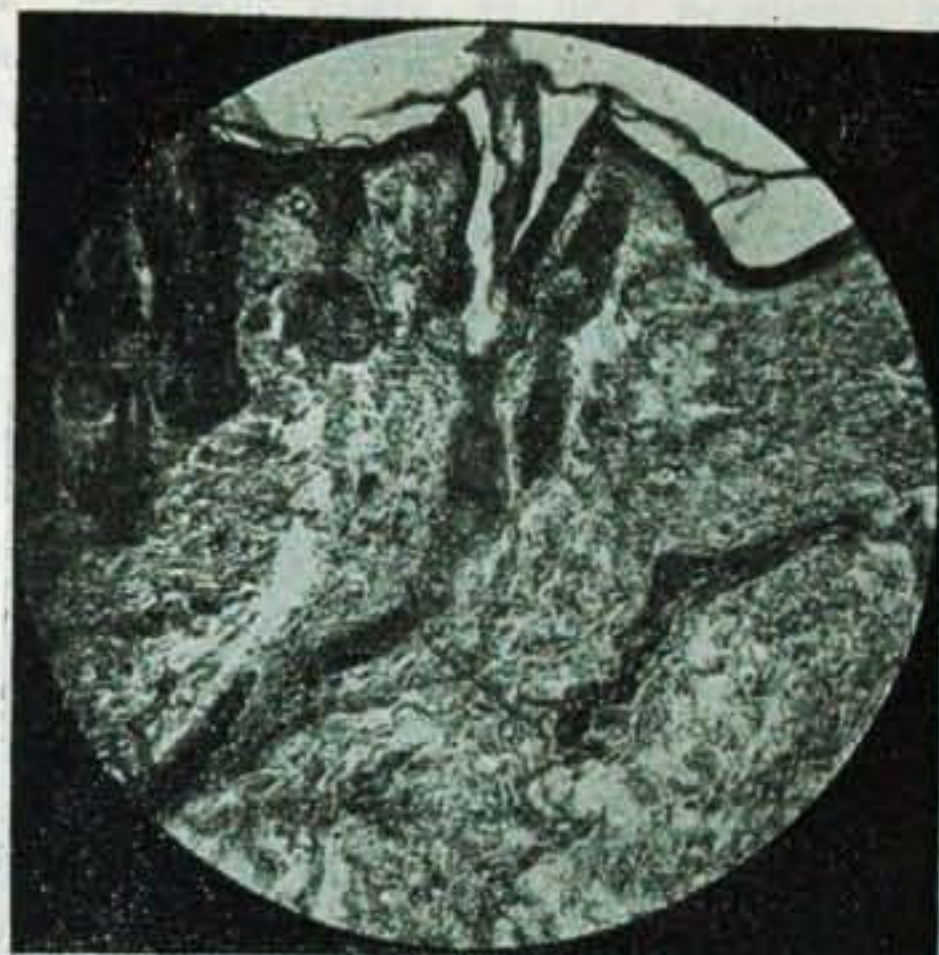
Naczynia krwionośne



Fot. Nr. 1. Skóra człowieka. Zeiss okul. K. 7 obiekt. apoch. 16 m.



Fot. Nr. 2. Skóra człowieka. Zeiss okul. K. 7 obiekt. apoch. 4 m.



Fot. Nr. 3. Skóra krolika. Zeiss okul. K. 7 object. apoch 16 m.



Fot. Nr. 4. Skóra królika. Zeiss okul. K. 7 object. apoch. 4 m.

rozszerzone, około nich istnieje również drobnokomórkowe nacieczenie. Liczba komórek i włókien łącznotkankowych zwiększona.

W warstwie podskórnej zmian nie stwierdza się.

Ośmiokrotne zastosowanie jontophorezy wyżej opisanych zmian histologicznych nie potęgowało.

Zmiany histologiczne skóry człowieka są identyczne ze zmianami u królika, u którego jednak nacieczenie drobnokomórkowe występuje w nieco mniejszym stopniu.

Wyżej przytoczone badanie histologiczne wskazuje na stan zapalny w górnych warstwach skóry. Dowodzi to, że, chociaż jontophoreza powoduje zmiany anatomiczne w warstwie, do której np. sięga grzybek trich. tons., jednak nie działa zabójczo na samego pasorzyta; możliwym jest też, że skóra, chorobowo zmieniona, reaguje na jontophorezę nieco inaczej, aniżeli zdrowa.

Być może, należałoby poddać również badaniu histologicznemu i skórę chorą po uprzednim zastosowaniu jontophorezy, lecz rego rodzaju badania napotykały na szereg trudności technicznych, a zwłaszcza nie można było uzyskać zgody chorych.

Badanie w kierunku wykrycia śladów jodu na przeciwległym biegunie (jak to stwierdził Bourguignon) nie dało dodatnich wyników.

W wyniku przeprowadzonych przezemnie obserwacji mogę wyprowadzić następujące wnioski:

I) Jontophoreza jest skuteczną przy grzybicy nieowłosionej części ciała.
II) Leczenie liszaja strzygącego owłosionej części głowy daje tylko w 1/4 pomyślny wynik.

III) Zastosowanie jontophorezy w figówce pospolitej dało w 1/3 przypadków uleczenie, w 1/2 pogorszenie stanu chorobowego.

IV) Jontophoreza w schorzeniach owłosionych miejsc skóry pochodzenia pasorzytniczego w żadnym razie nie może zastąpić Rentgenoterapii.

V) Jontophoreza, jako powodująca znieczulenie w miejscowych chirurgicznych zabiegach na skórze, jest doskonała:

- a) sam sposób znieczulania jest niebolesny,
- b) znieczulenie jest w zupełności dostateczne dla wykonania zabiegu,
- c) znieczulanie jontophoretyczne powoduje anemizację pola operacyjnego i bardziej uwydatnia ogniska chorobowe,
- d) znieczulanie nie wywołuje obrzęku skóry.

VI) Doświadczenia z jontophorezą na zdrowej skórze wskazują na stan zapalny w skórze właściwej.

Na zakończenie poczuwam się do obowiązku serdecznie podziękować Panu Profesorowi Zdzisławowi Sowińskiemu za inicjatywę i udzielenie wskazówek w wykonaniu niniejszej pracy.

L'ionisation appliquée en dermatologie.

Grâce aux oeuvres de Leduc et Frankenhäuser, les dermatologues s'intéressèrent vivement de l'ionisation. Les travaux de Sourdeau, Lucas, Wirz, Sellei et Fenyö et d'autres auteurs l'affirment à un degré suffisant. Wirz prétend que dans le traitement du sycosis vulgaire et de la trichophytie ce moyen est même préférable à la thérapie de Roentgen.

Inspiré par le monsieur prof. Sowiński, directeur de la Clinique dermatologique de l'Université de Vilno, j'entrepris une étude dans ce sens.

J'ai étudié 28 cas, qui ont été divisés en deux groupes suivants: Au premier groupe „A” se rapportent les cas de traitement à l'aide d'ionisation exclusive sans autres moyens. Au deuxième groupe „B” s'appliquent les cas d'ionisation préparatoire employée comme moyen d'anesthésie locale.

En ce qui concerne le côté technique, j'employais de minces électrodes de plomb d'une épaisseur de 1,5 mm. et 6 × 8, 6 × 10, 8 × 12 cm. de dimen-

slon. Je les couvrais de gaze pliée 6 à 8 fois, et imbibée d'une solution agissante.

Selon le caractère de la solution je les introduisais tantôt par l'anode, tantôt par la cathode avec un courant de 8 M. A.

G r o u p e A.

J'avais 9 cas trichophytie, dont 7 cas sur la partie chevelue de la tête, un cas sur la tête et le corps et un seul cas sur la peau glabre.

(Technique: solution d'iode pur 1,00 K. J. 2,00 Aq. destill. 300,00 15 minutes de 8 M. A. de la cathode).

6 — 12 séances; observation et examen microscopique de la présence du trichophyton — jusqu'à 4 mois; examen tous les quinze jours.

Six cas de Sycosis vulgaire; j'y appliquais l'ionisation d'ichtyol (Technique: 20 minutes de 8 M. A. de la cathode; 20% d'ichtyol).

Dans les cas d'amélioration un mois d'observation.

G r o u p e B.

Ce groupe concerne les cas, où j'appliquais l'ionisation auxiliaire pour obtenir l'anesthésie locale. J'en avais treize, dont neuf de lupus vulgaire et quatre de haemangiome.

(Technique: 10 minutes de 8 M. A. de l'anode. Solution coc. hydrochr. 0,20 sol supraren. (1:1000) 0,50 Aq. destill. 10,00).

Après l'anesthésie à l'aide de l'ionisation je cautérisais les tubercules de lupus avec l'aiguille galvanocaustique, ou bien j'amenais le tissu malade à l'état de coagulation.

Examen histologique de la peau humaine et de celle d'animaux apres l'application de l'ionisation du iode et de l'ichtiol.

Pour expliquer l'action sur la peau du iode et de l'ichtiol par voie d'ionisation, j'accomplis quatre expériences sur la peau normale de l'avant-bras humain et deux sur le dos du lapin. Après avoir appliqué 4 à 8 fois l'ionisation, je me mettais à des recherches histologiques.

Dans le but de comparaison et de contrôle j'examinais aussi au microscope la peau prise du dos du lapin et non soumise à l'action de l'ionisation.

Les changements effectués sur l'influence de l'ionisation sur la peau de l'homme et du lapin furent identiques et se rapportaient à l'état d'inflammation du derme: dans la couche papillaire du derme nous voyons une infiltration cellulaire qui perce parmi les cellules de la couche germinative. Les vaisseaux sanguins sont dilatés; il y a aussi une infiltration perivasculariale. Le nombre des cellules et des fibres conjonctifs est augmenté.

Les conclusions suivantes sont le résultat de mes observations et expériences:

1) L'ionisation est un moyen efficace dans la trichophytie des parties du corps glabres.

2) Le traitement de la trichophytie capillaire sur la partie chevelue de la tête ne donna des résultats positifs que dans le quart de cas.

3) L'application de l'ionisation dans le sycosis vulgaire donna dans le tiers des cas des guérisons, dans la moitié des cas l'état du malade s'empira.

4) L'ionisation dans les affections cutanées des endroits de la peau d'origine parasitaire, ne peut dans aucun cas remplacer la Roentgénothérapie.

5) L'ionisation est parfaite comme moyen d'anesthésie pour les soins de chirurgie locale de la peau.

a) l'anesthésie n'est pas douloureuse;

b) l'anesthésie est complètement suffisante pour exécuter l'opération;

c) l'anesthésie de l'ionisation provoque l'anémisation du champ d'opération et met en évidence les foyers de la maladie;

d) l'anesthésie ne provoque pas l'oedème de la peau.

6) Les expériences d'ionisation sur la peau normale indiquent l'état d'inflammation du derme.

P i s m i e n n n i c t w o.

- 1) Barré. (wedl. Delherma et Laquerrière'a). 2) Baum. Arch. f. Derm. u. Syph. B. 84. 1907. 3) Beck. Münch. m. Woch. Nr. 57. 1919. 4) Beer. Wien. m. Press. 1869. (wedl. Bauma). 5) Bergonié. C. R. de seances de l'Acad. de Sciences mars 1905. Ref. Lancet T. I. (wedl. Niemienowa. Rentgenoterapia 1920). 6) Bordier et Horand. Arch. d'electr. med. 1910. (wedl. Bordier). 7) Bordier. Monde-Medic. Nr. 658. 1924. 8) Bordier. Diathermie Therapie. Paris 1925. 9) Bourguignon. Paris med. an XIV Nr. 51. 1924. (streszcz. La Press. Med. Nr. 9. 1925). 10) Bourguignon. Société de Neurologie 11. janvier 1923. (La Press. Med. Nr. 10. 1923). 11) Bourguignon et Chiray. La Press. Med. 3 août 1916. (wedl. Bourguignon'a, Cantonnet'a et Joltrois. La Press. Med. Nr. 46. 1923). 12) Bourguignon et Conduché. C. R. Acad. des Sc. 29. mai 1922. 13) Brillault. (wedl. Bourguignon'a, Cantonnet'a et Joltrois). 14) Brilouet. Etude physique et thérapeutique des jons et particulièrement de l'ion jode. These Paris 1907. 15) Bruker. Les applications thérapeutiques des jons. Thèse. Paris 1917. 16) Chauvet. (wedl. Delherma et Laquerrière'a). 17) Chipman. Journ. of. Amer. Assoc. 83. Nr. 13. (streszcz. Journ. de Rad. et d'Electr. T. 9. Nr. 5. 1925). 18) Darier. Precis de Dermatologie. Paris. 1923. 19) Delherm et Laquerrière. L'ionotherapie Electrique. Paris. 1925. 20) Destot et Savy. (wedl. Delherma et Laquerrière'a). 21) Ehrmann. Elect. in der Dermat. Safar. Wien. 1908. 22) Frankenhäuser. Die Physiologischen Grundlagen u. die Techn. der Elektrother. Stuttgart. 1906. 23) Handovski. Osnownyja poniatija Koll. chimii i ich priminien. w biol. i miedicyn. Berlin. 1925. 24) Herzog. Mün. m. Woch. Nr. 63. 1886. (wedl. Remac'a). 25) Juster et Lehman. Soc. Franc. d'Electr. et de Rad. 27 avril 1923. (La Press. Med. Nr. 40. 1923). 26) Kahn. Das Resorptionsvermögen der Intakten Haut unter der Wirkung des konstanten Stromes. In. Diss. Strasburg. 1891. 27) Krawkow. Farmakologja. Petersb. 1915. 28) Krüger. Zeitsch. f. Klin. Med. Nr. 22. 1893. (wedl. Remac'a). 29) Leduc. L'oeuvre Medico-Chirurgical. Nr. 48. 1907. 30) Leduc. Die Jonen oder elektrolitische Therapie. Leipzig. 1905. 31) Lucas. Le traitement des cicatrices vicieuses et de la sclerodermie par l'ionisation d'iodure de potassium. Thèse. Paris. 1922. 32) Pokorny. Derm. Woch. B. 74. Nr. 13. 1922. 33) Rein. Zeitschrift f. Biol. B. 81.

1924. 34) Rein Münh. m. Woch. Nr. 23. 1924. (streszcz. Zentr. f. Haut. u. Gesch. Krank. B. 14. H. 7. 1924). 35) Remac. Osnovy elektrodiagn. i elektroterapii. Petersburg. 1897. 36) Roeder. (wedl. Duclaux: Societé des chirurg. de Paris 12. juillet 1922. La Press. Med. Nr. 57. 1922). 37) Sachs. Arch. f. Derm. u. Syph. B. 133. 1921. 38) Sachs. Derm. Wochen. B. 78. Nr. 6. 1924. 39) Schnyder. Kl. Mon. f. Aug. B. 63. 1919. 40) Schüler u. Albrand. (wedl. Hertela. Graefe-Saemisch H. d. Aug. 1918.) 41) Sellei u. Fenyö. Med. Klin. Nr. 31. 1924. 42) Sourdeau. L'ionisation en Dermatologie. Thése. Paris. 1908. 43) Stein. Atlas die Fadenpilz Krak. d. Mensch. München. 1914. 44) Sterling-Okuniewski. Technika badań bakterjolog. Warszawa — Łódź. 1922. 45) Świętosławski. Chemja fizyczna. Warszawa. 1923-24. 46) Tappeiner. Lehrb. der Arzneimittellehre. 47) Tuffier. et Mauté. Societé de biologie 19. janvier 1907. (wedl. Sourdeau). 48) Ulzman. Wiener. med. Press. 1870. (wedl. Bauma). 49) Unna. Terapia ogólna chorób skórnych. Warszawa. 1902. 50) Wagner. Wien. m. Blätter Nr. 6. 1886. (wedl. Remac'a). 51) Wilhelm. Wien. m. Press. 1870. (wedl. Bauma). 52) Winkler. Arch. f. Derm. u. Syph. B. 99. 1910. 53) Wirtz. Kl. M. f. Aug. B. 46. 1908. 54) Wirtz. Kl. M. f. Aug. B. 47. 1909. 55) Wirz. Derm. Wochen. B. 74. Nr. 14. 1922. 56) Wirz. Derm. Woch. B. 75. Nr. 32. 1922. 57) Wirz. Münch. m. Woch. Nr. 1. 1925.

Protokół.

Jubileuszowego Posiedzenia Wileńskiego Tow. Lekarskiego.

W 120 letnią rocznicę Jego istnienia, 13 grudnia 1926 r.

Przewodniczący *Prof. Opoczyński*, prezes Wil. Tow. Lek.

Przy stole prezydjalnym: *Dr. Peszyński*, i *Dr. Zalkindson* wiceprezesi.

Pr. Dr. Trzebiński sekretarz I, *Dr. Safarewicz* bibliotekarz, *Dr. Bądryński* skarbnik i *Dr. Jakubowski* sekretarz II.

I. O godzinie 12 m. 30 prezes *Prof. Opoczyński* powitał gości (przemówienie podane na początku niniejszego zeszytu) i następnie odczytał listę jedno-głośnie wybranych członków honorowych Wileńskiego Tow. Lekarskiego.

II. W imieniu Rządu Rzeczypospolitej przemówił Delegat Rządu p. O. Malinowski.

III. W imieniu J. E. Ministra Wojny i jako komendant miasta przemówił P. Generał Pożerski.

IV. Jako przedstawiciel Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie i Akademii Umiejętności w Krakowie przemówił Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu p. Prof. M. Zdziechowski:

„Pięknie niegdyś powiedział *Dr. Biegański*,*) że matką medycyny jest niedola ludzka, rodzicami chrzestnymi—miłosierdzie i współczucie.

Od chwili przyjścia na świat wisi nad każdym z nas wyrok, skazający nas na śmierć, albowiem w grzechu rodzi się człowiek, jak naucza religja, a śmierć jest karą za grzech. „Człowiek—twierdzi *Schopenhauer*—to istota, która nie powinna żyć—i pochodem ku śmierci jest życie, a drogę znaczy cierpienie”.

*) „Z propedeutyki Lekarskiej” prof. Wrzoska.

Der Schmerz ist unser tiefstes Fühlen.

Der innigste Gedanke—Tod.

Walką z cierpieniem jest sztuka lekarska—z cierpieniem fizycznym. Ale cierpienie fizyczne wpływa na cały rozwój duchowy człowieka i nieraz z niego wypływa. Z drugiej strony wiąże się najściślej z warunkami bytu społecznego. Dobry przeto lekarz powinien być psychologiem i socjologiem, — filozofem i filantropem.

I zdaje mi się—z obserwacji osobistej to wnioskuję—że ludzi z szeroką inteligencją i sercem gorącym spotykamy w zawodzie lekarskim częściej, niż w jakimkolwiek innym. Doświadczenie ludzkości to potwierdza. Dość tu przypomnieć stare indyjskie przysłowie: „gdy się jest chorym, lekarz jest ojcem; gdy się wyzdrowiało—przyjacielem”, a wynika to z samego charakteru studiów medycznych, które muszą wyrabiać szczególnie głębokie i silne poczucie odpowiedzialności i—co za tem idzie—ściśłość w badaniu, ostrożność we wnioskowaniu i współczujące rozumienie, lub przynajmniej dążność do współczującego rozumienia nie tylko fizycznej dolegliwości, ale i duszy chorego.

Jak pięknie ten typ lekarza myśliciela oraz obywatela w najpiękniejszym znaczeniu wyrazu tego przedstawiał w powieściach swoich *Alfons Daudet*.

Ludzi do typu tego, a raczej ideału zbliżonych miałem szczęście nieraz w mojem życiu spotykać. Wspomnę tu *Tytusa Chałubińskiego*, którego poznałem przelotnie, ale chwila ta wyrwała się w duszy na zawsze—*Ignacego Baranowskiego*, z którym obcowaliśmy dużo i często, — mego kolegę z lat szkolnych *Napoleona Cybulskiego*, — profesorów krakowskich *Rydla* i *Rosnera*. Wymieniam tylko zmarłych. Patrząc na nich, rozumiałem myśl *Gladstone'a*, który gdzieś się wyraził że „lekarze staną się przewodnikami narodów”.

I czy nie był przewodnikiem takim, ogromną powagą moralną, nie w świecie lekarskim tylko, ale w całym społeczeństwie, naszym, ten, który pierwszy przewodniczył Towarzystwu Lekarskiemu w Wilnie—*Jędrzej Śniadecki*. Nie jestem przyrodnikiem i nie mogę sądzić o jego „Teorji Jestestw Organicznych”, o zasługach jego i znaczeniu, jako lekarza praktyka, wiem z dzieła prof. *Wrzoska*, ale miałem w rękę jego znakomitą rozprawę o wychowaniu fizycznym, w której za punkt wyjścia biorąc, że wychowanie moralne powinno mieć za fundament wychowanie fizyczne, tak wymownie i głęboko uzasadnił konieczność nie powrotu—jak u *Rousseau'a*, lecz zwrotu ku naturze i tak słusznie piętnował cywilizację, która, gdy na postępie tecznicznym tylko stoi, staje się źródłem neurastenji i zwyrodnienia i nas, ludzi przycywilizowanych, przeistacza, mówiąc słowy *Śniadeckiego*, w „rozumujące cienie”.

I duchowi *Śniadeckiego* Towarzystwo Lekarskie pozostało wiernem. Lekarze wychowawcy Akademji Lekarskiej—jak *Reykowski*, *Titius*, których też znałem—znakomitymi byli pośrednikami „między dawnymi i młodszy mi laty”, przekazując wielką tradycję zaczynającą swój zawód pokoleniom, a jako profesorowi Uniwersytetu Wileńskiego, szczególnie mi jest miło przypomnieć tu o czci dla Uniwersytetu i pamięci, która o nim pozostała w sercach Wilnian—pamięci której rzewną pamiątką—jak pisze *Ludwik Janowski*—jest to, że długo, wiele

lat po zniesieniu szkoły głównej Wilna, uboższa ludność miasta nazywała każdego lekarza „panem profesorem”.

V. Wiceprezydent Miasta Wilna p. Łokuciewski składa hołd Wil. Tow. Lek. w imieniu M. Wilna.

VI. Prof. Kader: „Panie Prezesie, PP. Członkowie Wil. Tow. Lek., Magnificencjo, kochani, drodzy Przyjaciele — tam gdzie koronowali się Monarchowie Polscy, serdecznie zrozumiano i odczuto dzisiejszą uroczystość. Wydział Lekarski Uniw. Jagiellońskiego i krakowskie Tow. Lekarskie dało mi nadzwyczaj zaszczytne zadanie przywieźć tutaj, do Stolicy Jagiellonów, do stolicy orłów polskich, serdeczne życzenia, żeby Towarzystwo Wasze rozwijało się, rosło w potęgę i promieniowało aż po ostatnią krawędź globu ziemskiego. Wileńskie Tow. Lek. wydało orędzie czynu w postaci I zeszytu swego „Pamiętnika”, który, ufam, spełni to zadanie. Niechże dziś tutaj, w dniu niezwyklej rocznicy w Wolnej już Niepodległej Polsce — obudzi się wielkiej myśli wielki czyn na chwałę i pożytek cierpiącej ludzkości”.

VIII. Prof. Kryński: „Dostojne Zebranie! Rektorat Uniwersytetu Warszawskiego, Wydział Lekarski Warszawski, Tow. Nauk Warsz., Tow. Chirurgów Polskich, Tow. Chirurgów Warsz. i Tow. Anatom. Polskie — oto szereg instytucji naukowych w stolicy, które powierzyły mi wysoce zaszczytną misję złożenia Ich Imienin hołdu Tow. Lekarskiemu Wileńskiemu w uroczystym dniu dzisiejszym.

120 lat istnienia ogniska wiedzy polskiej w Wilnie, to okres czasu, który w umyśle każdego Polaka wzbudza coś więcej, oprócz wyrazu szacunku dla wieku i uznania dla pracy wytrwałej, — budzi jakieś gorące uczucie wdzięczności dla tej placówki za to, że była, przetrwała i jest.

Przed oczami naszymi przesuwają się świetlany szereg nazwisk: Śniadeckiego, Franka, Lobenweina, Mianowskiego, Bécu, Szymkiewicza i wielu, wielu innych, którzy tu tworzyli, działali, uczyli, przed którymi ze czcią wszyscy chylimy czoła.

To też z wiarą patrzymy w przyszłość, ufni że Tow. Lekarskie Wileńskie, które przez lat 120 w warunkach najcięższych dla narodu umiało pozostać ogniskiem kultury polskiej na naszych rubieżach wschodnich, i nadal przez następne wieki promieniować będzie jasnym światłem wiedzy ku chwale medycyny polskiej, a dla dobra Narodu i Rzeczypospolitej”.

Następnie odczytuje i wręcza adresy: 1. Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego, 2. Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej:

„Do Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego. Towarzystwa Chirurgów Polskich, oraz Towarzystwa Chirurgiczne Warszawskie w 120 rocznicę istnienia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego składają wyrazy czci i uznania dla wielkich wysiłków i ciężkiej pracy Towarzystwa Wileńskiego, wśród niezmiennie trudnych warunków politycznych. Przesyłają zarazem serdeczne życzenia, by Towarzystwo Wileńskie nadal świeciło przykładem i niosło wysoko sztandar godności lekarskiej na rubieżach Rzeczypospolitej”.

(—) Andrzej Ciechomski, (—) Zdzisław Sławiński.

„Do Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu obchodu 120 letniego jubileuszu. Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka zaproszona na uroczystość jubileuszową jednego z najdawniejszych towarzystw lekarskich, a najdawniejszego na Ziemiach Polskich, ma zaszczyt przesłać wyrazy hołdu dla przestawnej, a tak zasłużonej Instytucji, której działalność nie tylko służyła w sposób wybitny nauce i sztuce lekarskiej, ale już przed stu laty zadziergała węzły z ludnością i miała się trudnych zadań społecznych, gdy nikomu nie śniło się jeszcze o medycynie społecznej. Skupiając się we wspomnieniu pełnym czci dla tylu znakomitych mężów, którzy w Towarzystwie Wileńskim działali, których imiona są trwale zapisane w dziejach medycyny polskiej, a których cienie przenikają wszystkie Ziemie Polskie, — Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka śle Wileńskiemu Towarzystwu Lekarskiemu wyrazy podziwu dla sławnej Jego przeszłości, a zarazem życzenia rozwoju i owocnej pracy w niezależnej Ojczyźnie. Crescat, floreat”!

Naczelnik Izby (—) Adam Przyborowski.

VIII. Prof. Sawicki: „Jak uznojony podróżnik wśród długiej a ciężkiej drogi co pewien czas zatrzymuje się na chwilę, by rzucić okiem wstecz na przebytą przestrzeń i nabrać tchu do dalszej podróży, tak zbiorowiska ludzkie, ożywione jedną ideą i myślą o wspólnym celu, muszą od czasu do czasu zorjentować się, co już osiągnęły, a co mają jeszcze do wykonania. Takimi momentami orientacji w ich życiu są jubileusze. Wileńskie Towarzystwo Lekarskie już po raz drugi święci taki moment w historii swego rozwoju. Na szczęście, obecny jubileusz odbywa się w warunkach stokroć pomyślniejszych, niż ten który święcono przed 30 laty. Wówczas, by tchu w pracy nie zabrakło, by siły nie zawiodły w walce z niepokonalnymi, zdawało się, przeszkodami, trzeba było nieomal nadludzkich wysiłków. I Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, jak zresztą całe społeczeństwo litewskie, zdobyło się na nie. Wpatrzzone w świetlaną, często bohaterką przeszłość swoją, broniło ono swych szanów mężnie i wytrwale, nie raz w warunkach takich, że trzeba było wprost *contra spem sperare*. I doczekało się wreszcie chwili, gdy może odetchnąć swobodnie, gdy może żyć pełnym życiem. Dziś, gdy już ta zmora tłocząca jest poza Wami, zebraliśmy się tu, by Wam wyrazić cześć i wdzięczność naszą przede wszystkim za to, żeście wytrwali na stanowisku, żeście nam przykładem świecili, jak w najtrudniejszych nawet warunkach nie należy rąk opuszczać. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przez usta moje śle Wam wyrazy czci oraz serdeczne życzenia świetnego rozwoju na przyszłość”.

IX. Dziekan Prof. Zenon Orłowski przemówił w imieniu Wydziału Lek. U. S. B.

X. Prof. Dr. Januskiewicz przemawia w imieniu Wil. Koła Internistów polskich.

XI. Pułkownik Dr. Świerżyński przemawia w imieniu Towarzystwa Wiedzy Wojskowej i Lekarzy Wojskowych w Wilnie.

XII. Dr. Łobaczewski: „W imieniu Tow. Lek. Częstochowskiego do wieńca chwały i zasługi Wileńskiego Tow. Lekarskiego wplatam skromny liść wa-

wrzynu, oraz obejmując wzrokiem stu dwudziesto letni żywot Waszego Towarzystwa, prawdziwy wizerunek tragicznych dziejów Polski porozbiorowej, składam życzenia, aby lepsze dni Tow. Lekarskiego w Wilnie wysiłkiem pracy powróciły ponownie, aby płomień nauki polskiej rozgorzał na chwałę Ojczyzny w Jagiellońskim Grodzie!

Wileńskie Tow. Lekarskie *vivat, creseat, floreat*!

XIII. P. Dr. Bączkiewicz, Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej:

„Dostojne Prezydium — Szanowne Zgromadzenie.

W imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej, a więc głównej przedstawicielki stanu lekarskiego w Polsce, mam zaszczyt dziś stanąć przed Wami, Dojstojni Kierownicy nawy Wil. Tow. Lekarskiego, aby w ręce Wasze złożyć hołd dla tej Przeważnej Szanownej Instytucji w dniu jubileuszu jej 120-lecia istnienia i pracy. Wiem, że dziś przede wszystkim są powołani przedstawiciele naukowych instytucji do składania homagium swej zasłużonej siostrzycy, lecz dumny i zarazem szczęśliwy jestem, że jest mi danem i w imieniu lekarza polaka stanąć tu w rzędzie hołdowników i czcicieli, Wileńskie bowiem Towarzystwo Lekarskie zabłysło na horyzoncie medycyny nie tylko w północnych Atenach, jako promienna gwiazda naukowa, lecz zarazem jako ta organizacja, która dzięki swemu inicjatorowi założycielowi i kierownikowi, stała się instytucją pobudzającą i gromadzącą lekarzy pod swym sztandarem, aby ich wyprowadzić z atmosfery mglistych doktryn na drogę realnych dociekań i zastosowania owoców wiedzy dla dobra Ojczyzny i współobywateli.

Lekarz ówczesny, który zaśniedział w ignorancji, naraz znalazł podwoje otwarte do przybytku nauki i postępu i nie tylko rozszerzył tą drogą swe horyzonty wiedzy, ale został wciągnięty przez tę właśnie instytucję do pracy na niwie społecznej i narodowej. Ten właśnie kierunek Towarzystwa, które nie tylko wezwało stan lekarski do pracy naukowej, ale zarazem wskazało mu dziedzinę pracy społecznej, stanowi niepomiarłą zasługę Towarzystwa w dziejach Medycyny polskiej. Lekarz polski dziś doskonale pojmuję, że pierwszym jego obowiązkiem jest nie tylko pogłębiać i uzupełniać wiedzę swą, ale zarazem dążyć do pracy społecznej, jeżeli nie chce pozostać li tylko rzemieślnikiem w usługach instytucji ubezpieczeń społecznych, a natomiast nieść wysoko swój sztandar w społeczeństwie, jako przedstawiciel zawodu i obywatel kraju. Niech mi więc wolno będzie w imieniu lekarza polskiego złożyć Dostojnemu Prezydium życzenia, aby Wileńskie Towarzystwo Lekarskie długie lata w odrodzonej Ojczyźnie pracowało dla dobra nauki i chwały Rzeczypospolitej. Oby duch Franka i Śniadeckiego stale mu patronował w Jego zbożnej pracy”.

XIV. Prof. Szymanowski przemawia w imieniu Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego i Medycyny Doświadczalnej.

XV. Dr. Łążyński, delegat Warszawskiego Tow. Lekarzy Kresowych:

„In annuitatem CXX a Societate Medicorum Vilnensi condita.

Profunda cum animi commotione loquor, nam loquor intra istos muros honestos Urbis antiquae, ubi doctissimi et illustrissimi gentis nostrae viri vitam

agebant et magnifica opera sua creabant. Quorum nomina gloriosa semper grata memoria tenebimus et Posteritati trademus.

Loquor lingua latina, illa enim in origine huius Societatis quasi lingua paterna fuit.

Porto mecum gratulationes de nomine Societatis, medicorum Limitum Republicae Orientalium, quae soros Vestra proxima est.

Utinam Societas Vestra per plurimos annos vivat et floreat ad summam Patriae gloriam, ad perpetuam generis humani utilitatem, semper, uti antea, virtutem litterasque colens!

Ut nova tempora eant hominesque novi, nova regna,

Hic aeterna regat Veritas omnipotens!”

XVI. Dr. Zahorski przemawia w imieniu Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Wilnie.

XVII. Prof. Władyczko: „W imieniu Wil. Oddziału T-wa Psychjatrów Polskich, w imieniu Tymcz. Komitetu T-wa „Trzeźwość“, z polecenia Wil. T-wa Przeciwgruzliczego, oraz w imieniu Kliniki Neurologicznej U. S. B. — danem mi jest w dniu dzisiejszym złożyć gratulacje na ręce Zarządu T-wa z powodu dzisiejszego jubileuszu.

Szanowni Panowie!

Są towarzystwa efemerydy, których istnienie jest krótkie, prędko giną, lub ledwie wegetują. Wil. Tow. Lekarskie jest wieczne. Jak długo będzie istniał świat, tak długo udziałem ludzi będzie śmierć, a wstępem do niej choroby, z którymi walczy lekarz.

Powstało to Towarzystwo sub auspitiis, powiem augustis ludzi wielkiej sławy lekarskiej, którzy stali wówczas na świecznikach wiedzy. Powstało ono, gdy zaczęła zradzać się tu myśl filarecka i filomacka, gdy Wszechnica Wileńska, przy której ono powstało zaczynała promieniować na Polskę całą, a także na Północ, Wschód i nawet Zachód. Stąd bowiem wyszedł Romantyzm polski, nauka krytycyzmu historycznego w Polsce, tu przecież powstała narodowa opera polska, od organisty Kościoła Św. Jana Moniuszki początek swój mająca, stąd powstała astronomja polska, stąd weterynarja polska, tu pracowali Śniadeccy. Tu uczyli się Mickiewicz, Słowacki i inni.

Powstałe w tak świetnych warunkach Wil. Tow. Lekarskie w swej działalności było odrazu, jak rzeka o nurcie głębokim, coraz szersza. Tylko w chwilach najazdu bolszewickiego, działalność nieprzerwana nieco zwężała się, później z szelestem skrzydeł Orła polskiego z wznowieniem działalności Wszechnicy Wileńskiej, znowuż, jak rzeka szeroka o nurcie głębokim, płynie dalej działalność Towarzystwa w kierunku morza prawdy, wiedzy i nauki.

Proszę Państwa! Wileńskie Towarzystwo Lekarskie jest jeszcze jakby szkołą pomocniczą dla naszych studentów Wydziału Lekarskiego wyższych lat studjów. Czerpią oni tu też wiedzę oraz widzą godne wzory starszych swoich kolegów lekarzy. Wil. Tow. Lekarskie jest jakby kuźnią, w której też się wykuwa przyszły lekarz Wileński i wogóle lekarz.

Wil. Tow. Lek. jest również wielkim czynnikiem psychologicznym, który

łączy w sobie wszystkich lekarzy wszystkich narodowości, wyznań i różnych koncepcyj politycznych, jest jakby ich synteza. W zgiełku sejmikującego życia, tu w Tow. Lekarskiem panuje spokój, tu niema stronnictw, tu niema polityki—tu jest nauka, nauka bezpartyjna — łącząca, cementująca wszystkich w jedną całość dla dobra i szczęścia chorego człowieka.

W tem tkwi wielkie znaczenie moralne i psychologiczne tego rodzaju Towarzystw, a więc i Wil. Tow. Lek.

W dniu więc tak uroczystym, jak dzisiaj, w zrozumieniu tej wielkiej a pięknej i zaszczytnej pracy, dokonanej w przeciągu lat 120 na polu naukowem, jak również w zrozumieniu tak zaszczytnej pracy w kierunku pedagogiczno-wychowawczym, jak również w zrozumieniu innych wielkich i doniosłych zadań i celów tego T-wa, o których wyżej mówiłem, życzę w imieniu już wymienionych instytucji i organizacji dalszej owocodajnej pracy dla dobra nieszczęśliwej i chorej ludzkości, a także dla rozwoju dalszej wiedzy i nauki lekarskiej, życzę jeszcze większej, „jasnej i świetlanej przyszłości“.

„Quod felix, faustum fortunatumque sit“.

XVIII. Prof. Jasiński przemawia w imieniu Tow. Pedjatrycznego.

XIX. Prof. Szmurło przemawia w imieniu Tow. Oto-Laryngologicznego.

XX. Dr. Karnicki—w imieniu Wil. Tow. Ginekologicznego.

XXI. Dr. Czarkowski—w imieniu Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie.

XXII. Dr. Gierszowicz w imieniu Wil. Stow. Lekarzy Żydów:

„W dniu jego studwudziesto-letniego jubileuszu przypada mi w udziale wysoki zaszczyt złożyć z ramienia żydowskiego zrzeszenia lekarskiego uroczysty hołd jednej z najstarszych kongregacyj lekarskich — Wileńskiemu Towarzystwu Lekarskiemu.

U niejednego z nas jeszcze świeżo zachowały się w pamięci nastroje z pod arkad starej sali posiedzeń, gdzie w atmosferze sędziwych foljantów i w obliczu uwiecznionych chlubą naukową popiersi naszych czcigodnych poprzedników, szła żywym tętnem praca ich dumnych epigonów.

Niczem nie zmaconą—nawet zawieruchą lat ostatnich — szło Towarzystwo wytkniętą drogą tradycji i nie dało się ani na chwilę ściągnąć z wysokości swego zadania—pomnąc, że stoi w świętej służbie cierpiącej ludzkości.

Jak wielką musi być nasza radość w dniu jubileuszu, widząc, że Towarzystwo, co nosi w sobie sławę przeszłości, kwitnie i w tej chwili bujnym kwiatem. A chlubne grono dziś tu zebranych daje nam niezłomne przekonanie, że Wileńskie Towarzystwo Lekarskie—wierne swej tradycji — i nadal z dumą baczyć będzie, by kapłańska służba jego dla czystej wiedzy i zdrowia ludzkości urosła w jeszcze większe szlachectwo ducha.

To jest nasze serdeczne życzenie w tym wiekopomnym dniu. Niech Wileńskie Towarzystwo Lekarskie jeszcze przez długie wieki będzie pochodnią i tem ogniskiem wiedzy lekarskiej, co swoim ciepłem i swoim światłem przyciąga do siebie tych wszystkich, którym tylko tego ciepła będzie brak, a światła zechcą szukać.

Vivat crescat, floreat Societas Medicorum Vilensis ad saecula saeculorum“.

(Prezes Dr. G. Gierszun, Wice-prezes Dr. Gierszowicz, sekretar Dr. Gr. Giecow).

XXIII. Dr. Sułkowski przemawia w imieniu Lek. Szpitala Kolejowego.

XXIV. Dr. Węśławski—w imieniu Wil. Stow. Lekarzy Kasy Chorych.

XXV. Dr. Kosiński — w imieniu Stow. Asystentów U. S. B.

XXVI. P. Stefanowski w imieniu Stowarzyszenia Aptekarzy Wileńskich.

XXVII. P. Sylwanowicz—w imieniu Koła Medyków U. S. B.

XXVIII. Sekretarz Dr. Jakubowski odczytuje listy i depesze nadesłane przez następujące osoby i instytucje:

1. J. E. Ministra Spraw Wewnętrznych Raczkiewicza.
2. J. E. Ministra Spraw Wojskowych Generała Żeligowskiego.
3. Szefa Departamentu Sanitarnego M. S. Wojsk. W. P. Gen. Składowskiego.
4. Szefa Departamentu Sanit. M. S. W. Wewnętrz. W. P. Dr. Wroczyńskiego.
5. Polską Akademię Umiejętności w Krakowie.
6. Radę Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego.
7. Radę wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.
8. Izbę Lekarską Lwowską.
9. Izbę Lekarską Łódzką.
10. Towarzystwo Naukowe Lekarskie Warszawskie.
11. Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Poznaniu.
12. Wydział Lekarski Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.
13. Związek Lekarzy Zachodniej Polski.
14. Towarzystwo Lekarzy Miasta Łodzi.
15. Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.
16. Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.
17. Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.
18. Stowarzyszenie Lekarzy Polskich.
19. Siedleckie Towarzystwo Lekarskie.
20. Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.
21. Łuckie Towarzystwo Lekarskie.
22. Kieleckie Towarzystwo Lekarskie.
23. Płockie Towarzystwo Lekarskie.
24. Polskie Towarzystwo medycyny Społecznej.
25. Koło Lekarzy imienia Karola Marcinkowskiego w Warszawie.
26. Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy Starozakonnych.
27. Koło Internistów w Poznaniu.
28. Polskie Towarzystwo Dermatologiczne.
29. Wileńskie Towarzystwo Dermatologiczne.
30. Państwowy Zakład Higieny.
31. Bibliotekę Wileńską.
32. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej.
33. Redakcję Nowin Psychjatrycznych.
34. Redakcję Polskiego Przeglądu Oto-Laryngologicznego.
35. Redakcję Kliniki Ocznej.

36. Redakcję Lwowskiej Polskiej Gazety Lekarskiej.
37. Redakcję Polskiego Przeglądu Chirurgicznego.
38. Redakcję Kwartalnika Klinicznego Szpitala Starozakonnych w Warszawie.
39. Prof. A. Gluzińskiego.
40. Prof. Wrzoska.
41. Prof. Ciechanowskiego.
42. Prof. Nowickiego.
43. Prof. Noiszewskiego.
44. Prof. Adolf Becka.
45. Docenta Janowskiego.
46. Dr. Serkowskiego.
47. Dr. Sterlinga Seweryna.
48. Dr. Zielińskiego Kazimierza
49. Dr. Szwejcera.
50. Dr. Flataua.
51. Dr. Rotstata.
52. Dr. Celarka.
53. Dr. Stefana Dembego.
54. Dr. Michalskiego Stanisława.
55. Dr. Czarneckiego.
56. Prof. Bujwid Otto nadesłał list i 100 złotych na fundusz stypendyjny.
Imienia Śniadeckich.
57. P. Rygiela.
58. J. E. Arcybiskupa Wileńskiego i Lidzkiego Teodozjusza.
59. Dr. Offenberga Jana. „Z powodu uroczystości jubileuszowej załączam wyrazy szczerego uznania dla działalności Towarzystwa, wykazującego przez 120 lat istnienia swego wielką życzliwość i trwałość kultury polskiej na Kresach. Ziemia Mińska, oderwana w swej znacznej części od ciała Rzeczypospolitej, nie może być w całości reprezentowana w Wilnie podczas tego tak doniosłego dla całego naszego świata lekarskiego, święta. Niechże więc głos ten, pochodzący od ostatniego prezesa byłego Towarzystwa Lekarzy Polskich w Mińsku Lit., będzie symbolem jedności dziejowej, która zawsze wiązała ludność polską Mińszczyzny z Wilnem”.

(—) Jan Offenberg.

60. Polska Gazeta Lekarska nadesłała 2 egzemplarze Nr. 50 (13 grudnia 1925 r.) poświęcony jubileuszowi 120 lecia istnienia Wil. Tow. Lekarskiego, wydane na kredowym papierze.

XXIX. Na zakończenie wygłaszają swe referaty: Dr. Czarkowski i Prof. Dr. St. Trzebiński (ogłoszone drukiem w zeszycie niniejszym).

O godzinie 3-ej przewodniczący Prof. Opoczyński dziękuje wszystkim za uświetnienie swą obecnością obchodu i zamyka posiedzenie.

Prezes Opoczyński.

Sekretarz Dr. Jakubowski.

Protokół

naukowego posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 11-go listopada 1925 roku.

Przewodniczący prof. Opoczyński, sekretarz dr. Jakubowski.

Obecnych 65 osób, w tej liczbie 39 członków.

Prof. Opoczyński poświęcił kilka słów wspomnienia pamięci zmarłej w dniu 6.XI. 1925 r. P. dr. Antonowiczowej.

Zebranie uczciło pamięć zmarłej przez powstanie.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu z dnia 25.X. 1925 roku.

II. Dr. Załkindson pokazał chorą po operacji: Rhinoplastika partialis, wykonanej po usunięciu płaskokomórkowego raka końca nosa.

III. Prof. Michejda pokazał preparat wrzodu żołądka, otrzymany podczas operacji rezekcji tego narządu, i omawia sposób postępowania w tym cierpieniu.

IVa. Dr. Kosiński wygłasza referat „Z badań nad układem żylnym kończyny dolnej” (Wydrukowane).

Dyskusja. Dr. Trzeciak zapytuje o własności żyły odpiszczelowej w części jej udowej, oraz czy zna prelegent prace dotyczące powyższej sprawy wygłoszone przez Schacka i Hesse na X zjeździe chirurgów rosyjskich. (Streszczenie własne).

Dr. Zarcyn. Bardzo poważne badania d-ra Kosińskiego niestety nie były prowadzone na zwłokach osobników posiadających żyłaki. Podczas wojny, będąc w charakterze lekarza wojskowego w komisjach przeglądowych, dziwiłem się, że tak często młodzi ludzie miewają na podudziach mocne rozwinięte żyłaki. Rodzaj zajęcia tych osobników, zdawałoby się, nie mógł sprzyjać powstawaniu ich w tem miejscu. (Streszczenie własne).

Dr. Kosiński udziela wyjaśnień.

IVb. Dr. Kosiński wygłasza referat „Szczególny układ fałdów otrzewny w miednicy małej”. (Wydrukowane).

Dyskusja. Kolejno przemawiają: prof. Opoczyński, dr. Kosiński, dr. Jakubowski i dr. Zarcyn.

Prof. Opoczyński omawia teoretyczne znaczenie wygłoszonych referatów i dziękuje prelegentowi.

V. Dr. Załkindson wygłasza referat „Dwa przypadki pooperacyjnego pęknięcia rany laparatomijnej”. W referacie swym prelegent omawia dwa przypadki pęknięcia ran laparatomijnych po gastroenterostomji. Pierwszy chory był operowany przed osiemnastu latami z powodu raka odźwiernika żołądka. Na 16-ty dzień po operacji, już po zdjęciu szwów skórnych podczas kaszlu pękły szwy rozciągnęły.

Drugi przypadek dotyczy niedawno operowanego osobnika na taką samą chorobę. W drugim przypadku rozciągnęto naprzemian katgutem i jedwabiem. Na ósmy dzień po operacji zdjęto szwy skórne i w kilka godzin potem pękła rana rozciągnęła. Stwierdzono, że katgut wessał się, a szwy jedwabne niektóre popękały, inne zaś przecięły rozciągnęto. Obecnie prelegent sto-

suje sposobem prof. Bier'a, zakładanie szwów sytuacyjnych metalowych przez wszystkie warstwy na przeciąg 14 dni. Założenie takich szwów w trzech odpowiednich przypadkach uratowało, zdaniem prelegenta, operowanych przez niego pacjentów od tak przykrego powikłania. Dlatego dr. Załkindson gorąco zaleca nakładanie takich szwów metalowych przy zeszywaniu ran pooperacyjnych w okolicy epigastrium.

Dyskusja. Dr. Michniewicz. Chociaż każdemu chirurgowi może zdarzyć się podobny przypadek, lecz sądzę, że można, poniekąd, zapobiec temu, jeżeli uwzględni się następujące punkty: 1) Należy pamiętać, że zarówno u osobników wycieńczonych, jak i u nadmiernie otyłych blizny są bardzo słabe w ciągu dłuższego czasu i dlatego w tych przypadkach trzeba, pomimo rychłozrostu, wyczekać kilkanaście dni zanim się szwy zdejmie. 2) Zeszywać rany należy gęsto i szeroko grubym jedwabiem. 3) Chorych takich należy przez czas dłuższy wytrzymać w absolutnym spokoju bez najmniejszego ruchu. 4) Jestem przeciwnikiem szycia szwami metalowymi (Matracennacht) na rolkach z gazików i jednocześnie zwykłymi szwami na brzegach rany, ponieważ szyjąc w ten sposób otrzymujemy dwa, rozmaitego napięcia, gatunki szwów, z których pierwsze (metalowe) mocniej ściągają ścianki brzuszne, niż drugie (jedwabne). Po zdjęciu szwów metalowych wskutek gwałtownej zmiany napięcia ścianek brzusznych w miejscu zeszywania, może nastąpić pęknięcie szwów jedwabnych. (Streszczenie własne).

Dr. Karnicki. Przypadki pęknięcia rany polaparatomijnej, chociaż bardzo rzadkie, lecz jednak bywają. Przyczyny tego powikłania byłbym skłonny szukać w infekcji rany. Moim zdaniem, powstawanie rychłozrostu nie jest zależnym od marerjału użytego do szycia. Szwy druciane tak zwane sytuacyjne, dawniej często stosowane, uważałbym za zbyt dobre. (Streszczenie własne).

Dr. Trzeciak. Zwykle w przypadkach pewnych aseptycznych robimy dublikaturę. Gorsze są przypadki gdy mamy do czynienia z osobnikami wyniszczonymi najczęściej skutkiem raka, kiedy trzeba robić cięcie po linii białej brzucha w górnej jego części. W takich przypadkach należy dokładnie zaszywać ściany brzuszne, zakładając szwy z odpowiedniego materiału i niezbyt blisko brzegów. Gdy nastąpi rychłozrost nie trzeba zbyt śpieszyć się ze zdejmowaniem szwów skórnych. Nieraz już w ciągu pierwszej doby, jeżeli szwy zostały zdjęte zbyt wcześnie, możemy obserwować rozchodzenie się rany. Szwy z drutu, które radzi zakładać prelegent, powinny tak być założone, ażeby nie wytwarzały z pozostałymi szwami dwu środowisk o różnym napięciu tkanek. Do szycia rany w tej okolicy możnaby stosować nitkę florencką, która wytwarza minimalny odczyn zapalny. Po operacji, dla uniknięcia podobnych powikłań, chory powinien być otoczony odpowiednią opieką. (Streszczenie własne).

Dr. Zarcyn. Sprawa, poruszona przez prelegenta, jest już dość stara. Na podstawie piśmienictwa można stwierdzić, że są cztery przyczyny powodujące rozejście się wszystkich warstw powłok brzusznych, lub utworzenie t. zw. ewen-

tracji, a mianowicie: 1) Brak własnych sił twórczych i obrończych ustroju, jako skutek wyniszczenia organizmu, przeważnie u chorych na raka. 2) Braki techniki — a) zeszywać należy szwem 3-ch piętrowym, by w ten sposób zmniejszyć możliwość wytworzenia się tego fatalnego powikłania, b) również cięcie podłużne, stosowane podczas operacji, powinno być zamienione cięciem poprzecznym stosowanym przez Pfannenstiela w ginekologii, które pozwala na łatwe ściągnięcie otrzewnej przy zeszywaniu, i przy którym brzegi rany same mają tendencję do zbliżania się podczas czynności fizjologicznych. 3) Brak należytej opieki w okresie pooperacyjnym, gdy wzrasta napięcie powłok brzusznych skutkiem wymiotów, kaszlu lub innych czynności fizjologicznych. 4) Infekcja ze strony otrzewnej, lub też idąca w kierunku przeciwnym — od zewnątrz ku otrzewnej. (Streszczenie własne).

Następnie zabierali głos dr. Michniewicz i dr. Obieziński.

VI. Sprawy administracyjne.

a) Profesor Opoczyński przypomina o mającym odbyć się w dniu 13.XII 1925 r. obchodzie rocznicy 120-lecia istnienia Wil. Tow. Lek., porusza sprawę wydawania członkom honorowym dyplomów oraz prosi, by zebranie uchwaliło wysokość składki na ten cel.

W dyskusji zabierali głos dr. Peszyński i prof. Januszkiewicz. Uchwalono polecić zarządowi opracowanie kosztorysu.

b) Zgodnie z uwagą do § 8 statutu Wil. Tow. Lek. za niepłacenie w ciągu 2 lat składki członkowskiej zostało skreślonych sześciu lekarzy z listy członków Wil. Tow. Lek.

Dwóch członków z powodu choroby zwolnionych od płacenia składek członkowskich.

c) Złożyli podania o przyjęcie w poczet członków Wil. Tow. Lek.

1) dr. Tymiński Józef. Polecają prof. Michejda i prof. Opoczyński.

2) dr. Siedlecki Marjan. Polecają dr. Kucharski i dr. Trzeciak.

d) Zostały zgłoszone następujące referaty: 1) prof. Władyczko „W 100-lecie rocznicę urodzin prof. Jana Charcot. 2) dr. Michniewicz — Pokaz preparatów z oddziału chirurgicznego szpitala S-go Jakóba. 3) dr. Zarcyn (demonstracja) Przyczynek do techniki przelewania krwi.

Prezes Prof. Opoczyński.

Sekretarz Dr. Jakubowski.

Protokół.

Naukowego posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 25-go listopada 1925 roku.

Przewodniczący *prof. Opoczyński*, sekretarz *dr. Jakubowski*.

Obecnych 89 osób, w tej liczbie 44 członków.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu z dnia 11. XI. 1925 roku.

II. Prof. Władyczko wygłosił odczyt p. t. „W 100 letnią rocznicę urodzin prof. Jana Charcot“.

Na wniosek prof. Władyczki zebranie urządziło owację znajdującym się na sali przedstawicielom kolonii francuskiej.

Prof. Opoczyński dziękuje prelegentowi i proponuje, ażeby uczczono pamięć zmarłego prof. Charcot przez powstanie, co obecni uczynili.

Następnie na wniosek prof. Władyczki przewodniczący proponuje, ażeby Wil. Tow. Lek. wysłało wspólnie z Wil. Tow. Neurologów i Psychjatrów depeszę do Komitetu obchodu 100 letniej rocznicy urodzin prof. Jana Charcot.

Zebranie jednogłośnie się zgodziło na propozycję przewodniczącego.

III. Dr. Michniewicz. Pokaz preparatów:

1) Russowa Wiktorja, 47 lat. Rozpoznanie: Włókniak pozaotrzewnowy prawego dołu biodrowego.

15. XI. 25 r. Chora przyszła do przychodni szpitala Św. Jakóba ze skargami na bóle w dołku po jedzeniu. Na zapytanie badającego chorą kol. Achmatowicza, który zauważył w brzuchu duży guz, czy dawno ten guz wyczuwa, odpowiedziała, że już mniej więcej od roku; ale jej nie przeszkadza i o niego jej o nie chodzi. Chora po namowach zgodziła się wstąpić do szpitala.

St. Pr. Chora ogromnie wycieńczona, T. 38,0, P. 90 słabego napięcia, tony serca głucho; w płucach norma. W brzuchu w okolicy biodrowej prawej wyczuwa się guz wielkości głowy dorosłego człowieka, mało ruchomy, niebolesny, twardy. Na nowotworze tym z lewej strony u góry i na przedniej powierzchni wyczuwa się pętle jelit zrosnięte z nowotworem, które pod wpływem ucisku podczas dotyku wydają odgłos przelewających się mas kałowych i gazów. Macica mała, jajniki nie powiększone. Analiza moczu nie daje nic nienormalnego.

17. XI. 25 r. Na żądanie chorej w uśpieniu chloroformowym wykonano cięcie brzucha po linii środkowej. Po otwarciu jamy otrzewnej widzimy twardy nowotwór, wielkości głowy dorosłego człowieka, twardy, z nierówną gęzowatą powierzchnią, leżący w prawej okolicy biodrowej, ale sięgający za pępek. Cały ten nowotwór na przedniej i górnej powierzchni zrosnięty z jelitami, w ten sposób, że cała ślepa kiszka, wyrostek robaczkowy i koniec jelita krętego wychodzą jakby ze ściany nowotworu i są spłaszczone zupełnie w kształcie tasiemki, albo wstążki. Wyrostek robaczkowy 17 cm. długi, kręty w kształcie litery S wrośnięty do ściany nowotworu został odcięty i pozostawiony na miejscu. Po oddzieleniu jelit, od przedniej części nowotworu wypreparowujemy go z kreski, w której leży, i od zrostów ztytu. Naczynia krwawiące kreski przewiązujemy.

W tylnej części zrosty są bardzo mocne; oddzielając je, dochodzimy do miejsca, gdzie do ściany nowotworu wchodzi moczowód prawy. Niemożebność wypreparowania moczowodu zmusza nas do przecięcia go i usunięcia razem z nowotworem. Preparując nowotwór ku górze, doszliśmy aż do nerki prawej, która okazała się rozciągniętą, dużą i zrosniętą z nowotworem. Wobec dużego defektu moczowodu i zrostów nerki, postanowiono usunąć całą nerkę prawą. Po usunięciu wszystkiego zeszyto otrzewną na miejscu nowotworu; zrobiono kontrakturę na miejscu nerki prawej, założono sączek. Ranę częściowo zaszyto. Opatrunek. Fizjologiczny roztwór pod skórę.

18. XI. 25 r. Temperatura normalna, stan chorej znośny.

21. XI. 25 r. Stan chorej poprawia się z każdym dniem, uskarża się na uczucie głodu. Samopoczucie dobre.

23. XI. 25 r. Wypróżnienie normalne, obfite, ilość moczu 300 cm. mocz przezroczysty, samopoczucie bardzo dobre. (Streszczenie własne).

2) Ilukowiczowa Elżbieta, 43 lata. Rozpoznanie: Invaginatio partis inf. ilei et caeci.

24. IX. 25 r. Wywiady: Chora od 7 tygodni, cierpi na stały ból brzucha, częste wymioty żółcią i od czasu do czasu wypróżnienia płynne z domieszką krwi.

St. pr. Chora ogromnie wycieńczona, blada, T. 37,9, P. 80, w jamie otrzewnej wyczuwa się na linii środkowej ponad pępkiem guz wielkości dwóch pięści męskich razem złożonych, bardzo mało ruchomy, miękawy.

30. IX. 25 r. Po tygodniu, kiedy stan chorej był coraz gorszy, chora zgodziła się na operację. Po otwarciu jamy otrzewnej znaleziono wolny płyn w ilości mniej więcej jednego litra, barwy krwawej. Na linii środkowej duży guz poprzeczny w stanie zapalnym, który po bliższym rozpatrzeniu przedstawia się jako wgłębiona do poprzecznicy część dolna кишки ślepej i wstępującej z kawałkiem jelita krętego. Część wgłębienia udało się rozciągnąć, jednakże została część 48 cm. długa, którą zresekowano. Zespolenie wykonano boczne jelita krętego z poprzecznicą (enterocolostomia), ranę zaszyto.

2. X. 25 r. Stan bardzo dobry, samopoczucie dobre.

10. X. 25 r. Szwy zdjęto, rychłozrost.

29. X. 25 r. Chora wypisała się zupełnie zdrowa, trawienie b. dobre, wagi przybyło 7 kilo. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabrał głos prof. Opoczyński.

IV. Dr. Kosiński. O leczeniu zapaleń ropnych stawu kolanowego z pokazem preparatu (przeznaczone do druku).

W dyskusji kolejno zabierali głos: dr. Zarcyn, dr. Trzeciak. Dzięki uprzejmości autora zapoznał się przed kilku miesiącami z pracą niniejszą jeszcze w rękopisie i uważa za bardzo udatną myśl powrócenia do opracowania zabiegów operacyjnych na stawach w zapaleniach ropnych, gdyż rzecz ta wcale nie jest tak prostą, jakby się zdawało. Ważną jest rzeczą dla otrzymania dobrego wyniku odpowiedni zabieg w poszczególnych przypadkach, co potwierdzają obserwacje. T. mówi o kilku przypadkach spostrzeganych przez siebie z ropnemi zapaleniami w stawach kolanowych i łokciowych, o formie zabiegów wskaza-

nych w nich i o otrzymanych wynikach. Wiadomą jest rzeczą, że przy wykonywaniu cięć po obu stronach rzepekki trzeba je przedłużyć stanowczo ku górze, gdyż w przeciwnym razie powstanie zbiornik ropy. Wnioski jednak prelegenta całą tę sprawę stawiają w odmiennym nieco świetle. Należałoby więc je poddać ściślejszym obserwacjom klinicznym. (Streszczenie własne).

W dalszej dyskusji zabierali kolejno głos: dr. Kosiński, dr. Zarcyn, dr. Trzeciak, prof. Ejger, dr. Kosiński i prof. Opoczyński.

V. Dr. Obieziński: „O zmniejszeniu ciśnienia krwi u kobiet w czasie klimakterjum pod wpływem wstrzykiwań wyciągów z gruczołów hormonalnych”.

Dyskusja. Prof. S. Siengalewicz zaznacza, że obniżenia ciśnienia krwi w czasie klimakterjum po wprowadzeniu śródmięśniowym wyciągów z trzustki, tarczycy i przytarczycy, nie można odnieść, jak to podkreśla prelegent, do działania wewnętrznego tych narządów, gdyż jak wiadomo każde białko wprowadzone do ustroju parenteralnie obniża ciśnienie krwi bez względu na swe pochodzenie. Wykazały to dowodnie badania Vanghana, Popielskiego, a również i Vidala i Dale. Mówca nie może również zgodzić się z prelegentem co do roli nadnerczy w okresie klimakteryjnym, gdyż badania Achnera nie wykazały żadnych zmian w nadnerczach kobiet podczas klimakterjum. Mówca przestrzega przed zbyt pochopnymi wnioskami, jakie nieraz są podawane przy badaniach nad wewnętrznym wydzielaniem; w szczególności przy opracowywaniu tematów z wyciągami poszczególnych narządów i tkanek musi być zachowana jak najbardziej krytyczna analiza fizjologiczna i farmakodynamiczna. (Streszczenie własne).

Następnie kolejno zabierali głos: prof. Szymański, prof. Ejger, prof. Trzeciński, dr. Pawłowski, dr. Obieziński, prof. Ejger, prof. Siengalewicz, dr. Obieziński i prof. Opoczyński.

Prezes Prof. Opoczyński.

Sekretarz Dr. Jakubowski.

Protokół

naukowego posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 13-go stycznia 1926-go roku.

Przewodniczący prof. K. Opoczyński, sekretarz dr. S. Bagiński. Obecnych 56 osób, w tem 36 członków.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 25-go listopada 1925 r. 2) Dr. Tymiński i Abramowicz. Przypadek rhabdomyomatu oczodołu. 3) Dr. Zarcyn. Wrażenia z uzdrowiska Berck s./mer. 4) Dr. Achmatowicz. Pokaz preparatu nadnerczaka. 5) Dr. Borowski. Społeczna walka z gruźlicą.

I. Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia został przyjęty bez poprawek.

II. Dr. Tymiński demonstrował chorego z kliniki chirurgicznej U. S. B. z nowotworem lewego oczodołu, prawdopodobnie jest to rhabdomyoma w stanie nie nadającym się już do operacji. Jednocześnie prelegent demonstrował preparaty mikroskopowe rhabdomyomatu, który był niedawno operowany w klinice. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji zabierali głos prof. Szmurło i prof. Opoczyński.

III. Dr. Zarcyn wygłosił odczyt „Wrażenia z uzdrowiska Berck s./mer. z demonstracją widoków uzdrowiska. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji zabierali głos prof. Januszkiewicz, zapytując o wielkość plaży, jej utrzymanie, o wygląd plaży zalewanej podczas przypływu, o ilość kabin oraz kuracjuszy. Jednocześnie zaznaczył, że nie można całkowicie odrzucać wpływu klimatu morskiego. Prof. Szmurło zapytuje w kwestji usłonecznienia i powietrza, szczególnie zwracając uwagę na istniejące wiatry.

Dr. Zarcyn w odpowiedzi między innemi zaznaczył, że z tego co widział trudno wnioskować o swoistem działaniu klimatu morskiego na gruźlicę kostną.

Następnie zabierali kolejno głos: dr. Obieziński, dr. Szabad, dr. Zarcyn, dr. Peszyński i prof. Opoczyński.

IV. Dr. Achmatowicz demonstrował preparat nadnerczaka nerki prawej usuniętego przez prelegenta drogą operacyjną w dniu 28.XI. 25 r. w szpitalu Św. Jakóba w Wilnie.

Choroba trwała około roku; na początku występowała gorączka i krótko trwający krwimocz, od lipca 1925 r. rozpoczął się gwałtowny wzrost nowotworu.

Chory lat 18, b. silnej budowy i dobrego odżywienia, z żółtym zabarwieniem skóry; brak obrzęków, puchliny brzusznej i zwiększenia gruczołów. W prawej połowie brzucha guz wielkości głowy kilkoletniego dziecka wychodzący z nerki prawej. Czystoskopia stwierdza afunkcję nerki prawej i normalną funkcję lewej.

Guz nerki usunięty w chloroformowym uśpieniu cięciem poprzecznym z otwarciem jamy brzusznej; w czasie operacji stwierdzono przeżuty nowotworowo w gruczołach lędźwiowych i wątrobie. Operacja technicznie trudna ze względu na przerost do torebki tłuszczowej, znaczne rozmiary nowotworu i w wysokim stopniu rozszerzone żyły torebkowe.

Po upływie 18-tu g. chory zmarł przy objawach wstrząsu.

Diagnoza anatomo-patologiczna z Zakładu Medycyny sądowej U. S. B. *Hypernephroma permagnum malignum renis dextri subseque trambosi completa neoplasmatia venae cavae inf. et metastases mediastini, pulmonum, hepatis et gl. lymphaticarum.*

Podając niniejszy przypadek, prelegent zwraca uwagę na:

1. Złośliwość nowotworu i rzadką wielkość nowotworowo zmienionej nerki — nerka ważyła 2800 gm.
2. Zakrzep nowotworowy żyły próżnej dolnej wskutek przerostu przez żyłę nerkową.
3. Brak obrzęków kończyn dolnych. (Streszczenie własne).

V. Ze względu na spóźnioną porę odczyt d-ra Borowskiego został odłożony do następnego posiedzenia.

Zostały zgłoszone następujące referaty:

Dr. J. Hurynowiczówna: Badania doświadczalne nad niektórymi zmianami w organizmie pod wpływem parentezalnie wprowadzonej siarki.

Dr. K. Kosiński: O nauczaniu anatomii we Francji i Anglii.

Prof. M. Eiger: Fizjologia, patologia i farmakologia naczyń włosowatych (Rys. ogólny z pokazami świetlnymi i demonstracją przyrządów).

Prezes prof. Opoczyński.

Sekretarz dr. Bagiński.

Protokół

naukowego posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 27 stycznia 1926-go roku.

Przewodniczący prof. K. Opoczyński, sekretarz dr. S. Bagiński.

Obecnych 66 osób w tej liczbie 38 członków.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu posiedzenia z dnia 13-I. 1926 r.

II. Dr. Z. Kuncewicz demonstruje przypadek wodonercza nerki prawej. Chory M. B., lat 51, rolnik, podaje, że zachorował przed 4-ma miesiącami przy objawach silnych bólów w prawej połowie brzucha z jednoczesnym wystąpieniem guza w tej że okolicy. Po paru dniach bóle ustąpiły, guz jednak pozostał. Podczas badania stwierdza się w górnej części prawej połowy brzucha guz wielkości głowy dorosłego człowieka, kształtu owalnego, powierzchni gładkiej, zbitości sprężystej, ruchomy przy oddechu, dający się wyczuć pod łukiem żebrowym. Wątroba macalna, dość miękka. Na powierzchni guza wymacują się pętle jelita grubego. Badanie moczu wykazało obecność białka, wałeczków szklanych, pokrytych leukocytami. Badanie czynnościowe nerek ustaliło niewydolność ich. Badanie cystoskopowe stwierdziło znaczne opóźnienie w wydzielaniu moczu (nerka prawa dopiero po 30 m.). W celu wykluczenia bąblowca nerki przeprowadzono próbę Golkina, zastrzykując śródskórnie 0,2 cm. surowiczego płynu torbieli bąblowca. Próba ta wypadła ujemnie. (Streszczenie własne).

W dyskusji kolejno zabierali głos: prof. Januszkiewicz, dr. Michniewicz, dr. Zarcyn, dr. Achmatowicz i prof. Opoczyński.

Dr. J. Abramowicz demonstruje 2 chorych z kliniki ocznej U. S. B. u których zastosowano barwienie bielma rogówkowego roztworem chlorku złota według sposobu Knappa. Zabieg ten przedstawia się w sposób następujący: po zeszkrobaniu ostrą łyżeczką nabłonka i gęstej skaryfikacji blizny dotyka się rogówki wacikiem, zmoczonym 2% roztworem chlorku złota w przeciągu 5 mi-

nut. Oddziaływający kwaśno roztwór złota zobojętnia się uprzednio dodaniem odrobiny czystej sody.

Po upływie 1 godziny wskutek redukcji soli złota występuje w tkance rogówki zabarwienie ciemnofioletowe a następnie czarne. Zabarwienie może być przyspieszone przez zapuszczenie do worka spojówkowego redukującego płynu, na przykład adrenaliny.

Zabieg powyższy jest nadzwyczaj prosty i może być wykonany przez nie-specjalistę. Podrażnienie oka jest nieznaczne. Ubytek nabłonka wypełnia się po kilku dniach.

Dotychczasowy sposób barwienia bielma rogówki, polegający na mechanicznym wprowadzeniu barwika, daje nie zawsze zachęcające wyniki, a czasem, zwłaszcza w przypadkach bielma z wrośnięciem tęczówki, jest wprost niebezpieczny dla oka.

Przyczyną tego zjawiska jest, z jednej strony, sposób wprowadzania barwika, a mianowicie nakłuwanie rogówki, z drugiej zaś strony nie zupełnie obojętny dla oka tusz chiński, służący jako barwik.

Z tego więc względu zasługuje na uwagę sposób Knappa, którego przewodnią myślą jest wprowadzenie barwika nie drogą mechaniczną, lecz chemiczną. (Streszczenie własne).

Prof. K. Michejda przedstawia: 1) dwie chore, u których poprzednio założono poza kliniką przetokę żołądkowo-jelitową tylną. Obie były operowane w klinice z powodu dolegliwości podmiotowych i przedmiotowo stwierdzonej nieczynności przetoki. U jednej ograniczono się do rozluźnienia licznych zrostów, u drugiej założono nową przetokę blisko odźwiernika. Po półroku obie chore wróciły z temi samymi objawami, co i poprzednio. U pierwszej dokonano rezekcji sposobem Billrotha I., poczem odcinki jelita cienkiego zeszytano szwem obwódkowym; u drugiej chorej rezekowano żołądek wraz z przetokami żołądkowo-jelitowymi, łącząc dolną część światła żołądka z przecięciem światła jelita odprowadzającego, zaś przecięcie w pobliżu uchylka dwunastniczego (rei duodeno-jejunalis) jelito czcze sposobem Roux z odcinkiem odprowadzającym. Stan obu chorych znacznie się poprawił. Prelegent zwraca uwagę na to, że u żadnej z chorych nie napotkał śladu wrzodu żołądka ani przy badaniu podczas zabiegu, ani też na preparatach; 2) dwa preparaty żołądków rezekowanych z powodu krwących wrzodów okrągłych żołądka wzgl. dwunastnicy. Wrzód dwunastnicy usadowiony poza odźwiernikiem, dał bardzo obfite krwawienia, wrzód drobny, ledwo wyczuwalny (rezekcja sposobem Krönlein-Mikulicza). Drugi usadowiony na krzywiźnie małej o typie wrzodu modelowego z ubytkiem b. drobnym (rezekcja poprzeczna). Wyniki u obu chorych bardzo dobre; 3) chorego operowanego z powodu postrzelonego tętniaka tętnicy podobojczykowej i porażenia nerwu środkowego. Tętnicę podwiązano (objaw Lexer-Coenena wybitnie dodatni), worek tętniaka częściowo usunięto, resztę plombowano płatem mięśniowym wziętym z m. piersiowego dużego. Wynik dobry — jakkolwiek tętna w tętnicy promieniowej niema. Nerw uwolniono z blizn, poprawa w tym zakresie nieznaczna (od zabiegu 3 tygodnie); 4) prof. Michejda

omawia przypadek samoistnie zagojonego tętniaka tętnicy podobojczykowej (postrzałowym). Bezpośrednio po wypadku płaski tętniacy pod obojczykiem guz, nad którym szmer ciągle silniejszy w fazie skurczowej. Po 2 tygodniach szmer rozkurczowy znikł. Chory opuścił szpital — obecnie po 2 miesiącach zgłasza się: nie ma śladu ani guza, ani też szmeru. Tętno w tętnicy promieniowej prawidłowe. Prelegent omawia dotyczące piśmiennictwo. (Streszczenie własne).

III. Dr. Załkindson demonstruje przypadek tłuszczaka krezki. Nowotwór symulował przepuklinę uwięźniętą i został usunięty drogą operacyjną z rezekcją kilku cmtr. jelita cieńkiego.

W dyskusji zabierali głos prof. K. Michejda i dr. Zarcyn.

IV. Dr. Zarcyn wygłosił krótki referat pod tyt. „Przyczynek do techniki przelewania krwi” z demonstracją najbardziej używanych aparatów. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji prof. Ejger „wskazuje na to że poruszona sprawa „typów” osobników, których krew wywołuje zlepianie się krwinek u innych, jest szczegółowo opracowana przez docenta L. Hirschfelda i twierdzi, że liczenie się z tym czynnikiem obowiązuje tych, którzy chcą stosować przelewanie krwi. Strzykawki, aczkolwiek ulepszone, trudno poddają się wyjałowieniu; krew przy zetknięciu się z gumą lub szkłem nawet parafinowaniem krzepnie i wywołuje toksyczne zmiany we krwi oraz działa szkodliwie, według badań angielskich, na układ krwionośny. Poleca się przeto zamiast przelewania krwi zastrzykiwanie dożylnie 6% roztworu gumy akacjowej (Gummi Acaciae) w roztworze fizjologicznym soli, zaproponowanego przez Baylissa i Dale'a. Płyn ten dlatego jest lepszy, niż zwykły roztwór fizjologiczny, że posiada ciśnienie osmotyczne koloidalne zbliżone do osocza” (Streszczenie własne).

Następnie zabiera głos prof. Siengalewicz, zaznaczając, że 6% roztwór żywicy akacji okazał się bardzo dobrym środkiem do wlewań śródżylnych, zastępuje ten roztwór w zupełności przelewanie krwi dożylnie, posiada te same własności fizyczne co krew, a nadto ma tę zaletę że daje się łatwo wyjaławiać. Badania doświadczalne Baylissa i Dale'a wykazały nie dwuznacznie wartość podobnych wlewań dożylnych, a praktycznie zostało wielokrotnie stwierdzone w czasie wielkiej wojny — przy tak zwanym wstrząsie przyrannym. (Streszczenie własne).

V. Dr. Borowski w obszernie opracowanym referacie poruszył „społeczną walkę z gruźlicą” w Polsce i zagranicą. Prelegent wskazał na to, w jakim kierunku kroczy walka z gruźlicą zagranicą, jakie sposoby należy uznać za najbardziej racjonalne, oraz jakie wyniki osiągnięto. Obecnie ma zastosowanie przeważnie t. zw. system Edyńburski, ogłoszony w 1888 r. przez Roberta Filipa, który jednakże w Polsce ze względów finansowych musi być nieco zmieniony, mianowicie na I plan winne być wysunięte poradnie i dopiero na samym końcu, w miarę możliwości — sanatoria.

Poradnie mają na celu rozciągnąć opiekę na szerokie warstwy ludności biednej w kierunku zapobiegania zakażeniu, przez szerzenie wiadomości higienicznych, wyszukiwanie gruźlicy początkowej i przypadków niebezpiecznych dla

otoczenia. Następnie prelegent daje sprawozdanie z działalności Wileńskiej poradni przeciwgruźliczej, uruchomionej 1 kwietnia 1925 r. i kończy swój odczyt zaznaczając, że tylko wspólnym wysiłkiem Rządu, Społeczeństwa i przeznaczonych ku temu instytucyj, w pierwszym rzędzie Kas chorych, gruźlica jako klęska społeczna może być w swych rozmiarach opanowana.

Z powodu spóźnionej pory dyskusja nad odczytem została odłożona do następnego posiedzenia.

Zgłoszono referat: Dr. S. Bagiński — „Sposób Bocka wykrycia hormonów we krwi, oraz ocena jego”.

Prezes Prof. Opoczyński.

Sekretarz doroczny Dr. Baginski.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. K. Opoczyński, Diagnostyka histologiczno-patologiczna.

Świeżo opuściła prasę „Diagnostyka histologiczno-patologiczna” profesora Kazimierza Opoczyńskiego z 110 rysunkami w tekście — wydawnictwo koła medyków uniwers. Stef. Bator. w Wilnie — Drukarnia „Pax” 1926 r.

Nie wyszliśmy jeszcze z okresu, w którym ukazanie się w języku polskim podręcznika z dziedziny medycyny praktycznej jest „zdarzeniem”. Jak to „zdarzenie” wygląda zbliża?

Ocenę rzeczową z punktu widzenia dokładności opisów, ścisłości teoretycznych informacji, odpowiedniości przykładów, wyboru i wykonania rysunków, pozostawiam fachowcom, którym zresztą wypadnie się liczyć ze znanymi aż nadto trudnościami finansowej natury, ciążącymi nad wszystkimi naszymi wydawniczymi poczynaniami, a sprawiającymi, że nasze książki wychodzą takimi, jakimi być mogą, nie zaś takimi, jakimi by je autor chciał widzieć.

Natomiast pragnąłbym poświęcić słów parę omówieniu pedagogicznej wartości metody, przez autora w przedmowie naszkicowanej, a z rzadką konsekwencją i ścisłością w całej książce przeprowadzonej. Metoda to droga, prowadząca do pewnego celu.

Jakiż to cel i jaka droga? Cel: przyjdzie z pomocą uczącym się w pokonaniu trudności, które nastreżają badanie mikroskopowe, droga: praktyczne ujęcie zagadnień diagnostyki histologicznej. Poszczególne etapy tej drogi: krótkie wiadomości z dziedziny histologii normalnej, omówienie w ogólnych zarysach przebiegu badania mikroskopowego, oraz metody opisywania preparatów drobnostkowych, i ogólnego charakteru biegu myśli diagnostycznej. Nakoniec informacje teoretyczne, poparte przykładami, wziętymi z bezpośredniego badania mikroskopowego. Przykłady te to własnoręcznie wykonane rysunki.

Autor zastrzega się, że książka nie jest systematycznym wykładem anatomii patologicznej mikroskopowej, o czym biorący ją do ręki wiedzieć powi-

nien. Jest ona dopełnieniem podręczników systematycznych i może przynieść korzyść tylko tym, którym nie są obce ogólne zasady histologii prawidłowej i anatomii patologicznej.

Jak prof. Opoczyński założenia swe wykonał?

Aczkolwiek rysunki mają ilustrować tylko przykłady, właściwie one stoją w książce na pierwszym miejscu. Tekst jest objaśnieniem, służącym w myśl intencji autora do ich pedagogicznego wykorzystania. A tekst to zwięzły, nie zawierający jednego niepotrzebnego i nieprzemyślanego słowa, wolny od wszystkiego, co by umysł czytelnika mogło odrywać od głównego celu książki, a więc od dokładnego rozpoznania ze szczegółów całości obrazu, będącego w danej chwili przedmiotem jego uwagi, ułożony niezmiennie w jednakowym porządku.

Jest to więc właściwie atlas histologii patologicznej, tylko atlas, ułożony z wielką systematycznością, zastosowany do ściśle określonego dydaktycznego celu, coś w rodzaju doskonale umotywowanego „klucza” ilustrowanego do rozwiązywania zagadnień diagnostyki histopatologicznej, na podobieństwo kluczów do systematyki botanicznej na przykład.

Nie mam pretensji do tego, abym znał wszystkie analogiczne wydawnictwa, ale między temi, które mi są znane, książki w ten sposób ujętej i z taką wytrwałością pod tym właśnie kątem widzenia wytrzymałej, napewno nie widziałem.

Dlaczego zaś takie ujęcie wydaje mi się szczególnie pożytecznym?

Młodemu adeptowi medycyny, przystępującemu do ćwiczeń z histologii normalnej, lub patologicznej, grożą przede wszystkim dwa niebezpieczeństwa: jedno, albo drugie w zależności od jego duchowej struktury indywidualnej, wyrażającej się w przynależności do jednego z dwu najczęstszych psychologicznych typów.

Pierwszy typ—to typ o dobrze rozwiniętym i sprawnie działającym zmysłowym, zwłaszcza wzrokowym aparacie. Ogarnia on łatwo widziane obrazy, orjentuje się w nich szybko i bez trudności jeden od drugiego odróżnia. Zato często nie uczuwa on potrzeby zastanowienia się nad znaczeniem poszczególnych elementów, czyli analizą całości, rozpoznając raczej mechanicznie, na podobieństwo owego niższego personelu laboratoryjnego, o którym wspomina autor w przedmowie.

Drugi typ—to student rozumowiec. Obrazy wzrokowe gorzej się utrwalają w jego pamięci. Dzięki temu słabo się on w nich orjentuje, ucząc się histologii nie z preparatów, lub rysunków, lecz chętniej z gotowych opisów, te bowiem dają mu gotową analizę obrazów, którą on sobie przyswaja nie drogą bezpośrednich wrażeń wzrokowych danych szczegółów morfologicznych, lecz drogą zapamiętania wyrazów, będących tylko ich symbolami. Ale z takich symbolów słownych nikt nie odtworzy sobie konkretnego obrazu tkanek i organów, nic więc dziwnego, że i jemu nie udaje się ich rekonstrukcja wyobrażeniowa, nieodzowna przecie do rozpoznania konkretnego preparatu.

Rezultat zaś taki, że typ pierwszy słabo odpowiada na egzaminie teoretycznym, drugi miewa trudności w praktycznym.

Otóż książka prof. Opoczyńskiego dopomaga i jednemu i drugiemu.

Wzrokowca zmusza odrazu do dokładnego zdawania sobie sprawy z tego, co widzi i umotywowania diagnozy, intuicyjnie postawionej, „rozumowca” bierze za rękę, każąc mu zająć się przede wszystkim rysunkiem i wprost narzucając mu ćwiczenie wzrokowej percepcji, oraz wzrokowej pamięci.

Tyle o tem, co dla mnie w tej pożytecznej książce jest najważniejsze. Teraz jeszcze parę przykładów z dziedziny szczegółów, które pragnąłbym widzieć zmienionymi w drugim, — spodziewam się nie dalekim—jej wydaniu. Autor wstęp zaczyna od zdania, że zasady rozpoznawania histopatologicznego oparte są przeważnie na indukcyjnej metodzie myślenia, to jest na uogólnianiu pojęć przy przechodzeniu ze szczegółów na całokształt zjawisk morfologicznych. Otóż w samej rzeczy indukcja od poszczególnych zjawisk dochodzi do uogólnień, może jednak w celu uniknięcia nieporozumień, praktyczniej nie używać tego terminu tam, gdzie chodzi o rozpoznawanie, aczkolwiek nieraz się to czyni. Uogólnienia bowiem, otrzymywane drogą indukcji, to nowe prawa, podczas, gdy rozpoznawanie ma na celu umieszczenie danego zjawiska w rubryce klasyfikacyjnej, poprzednio ustalonej, dzięki czemu jest ono tylko odwróceniem klasyfikacji *). Drugi przykład to wyrażenie: „różniczkowe rozpoznanie”. Muszę się przyznać do tego, że ja sam do niedawna tak się wyrażałem. Przestałem jednak używania tego terminu od chwili, w której zastanowiłem się nad uwagą Szumowskiego, wypowiedzianą w ocenie jednej z prac Wład. Biegańskiego. Wiemy, co to różniczkowy rachunek, natomiast nie mówiąc o różniczkach, lecz o różnicach w rozpoznawaniu, nie mamy racji do nazywania diagnozy „różniczkową”. Naturalniej nazwać ją „różnicową”. Jest to nieścisłość językowa, zapewne niełatwa do wykorzenienia, podobnie do pokutującego już od dobrych lat kilkudziesięciu terminologicznego dziwola „odruch ścięgnisty”, zasługująca jednak na to, aby jej unikał ten, kto ją sobie raz uświadomił.

Na zakończenie myślę, że, gdyby mi kazano w kilku słowach scharakteryzować Diagnostykę histologiczno patologiczną prof. Opoczyńskiego, to wypadłoby mi ją nazwać „właściwą książką na właściwym miejscu”.

S. Trzebiński.

Wiadomości bieżące.

Dnia 23 i 24 maja odbędzie się w Wilnie zjazd polskich Otolaryngologów. Zjazd ten według pierwotnej uchwały miał się odbyć we Lwowie, wskutek wszakże nieprzewidzianych przeszkód w tym roku odbyć się tam nie może. Główny Zarząd Towarzystwa Otolaryngologicznego po porozumieniu z Sekcją Wileńską postanowił przenieść go do Wilna.

W tym samym terminie odbędzie się w Wilnie Zjazd polskich Dermatologów i Syfiliologów.

IV Zjazd Higienistów Polskich i V Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich odbędą się, jako zjazd połączony, w Wilnie 13 i 14-go Czerwca 1926 roku.

Komitet wykonawczy: Prof. Dr. Kazimierz Karaffa-Korbitt, Dr. Marjan Kozłowski, Vice-prezydent Jan Lokucijewski, Dr. Michał Minkiewicz.

*) Nie mogąc na tem miejscu zastanawiać się obszerniej nad tą kwestją metodologii, nie pozbawioną znaczenia, odsyłam czytelnika do Biegańskiego, który ją rozważa w swym wydaniu „Logiki medycyny str 126”.

Program obejmuje następujące tematy główne:

- 1) Gospodarka sanitarna samorządów: organizacja, plan działalności i budżety.
- 2) O wyszkoleniu personelu sanitarnego.
- 3) Higiena pracy.
- 4) Zadania samorządów w walce z alkoholizmem.
- 5) Stan sanitarny m. Wilna i Ziemi Wileńskiej.

Uprasza się o zgłaszanie referatów i nadsyłanie streszczeń oraz wniosków do Sekretariatu Komitetu: Wilno, Magistrat Dominikańska 2, Sekcja Zdrowia do I.V 26 r. Wpłata za udział w zjeździe 10 zł.

Dnia 9. III r. b. o godz. 8-ej wieczorem w Sali posiedzeń Wileńskiego T-wa Lekarskiego odbyło się pod przewodnictwem prof. J. Szmurły posiedzenie Sekcji Otolaryngologicznej, na którym przewodniczący wygłosił odczyt p. t. „Spółczesny stan wiedzy o układzie otolitowym”. Przewodniczący demonstruje protezę z 4-ma zębami, której nie udało się wydobyć z przełyku drogą ezofagogkopji, a która po 2 dniach wydostała się przez odbyty.

Dnia 16 II r. b. o tej samej godzinie i w tym samym lokalu odbyło się posiedzenie Sekcji Otolaryngologicznej pod przewodnictwem prof. J. Szmurły, z następującym porządkiem dziennym: Prof. Szmurło, pokaz chorego z objawami zajęcia mózdzku. Dr. L. Lewandę, pokaz chorej z objawami zaburzenia układu otolitowego. Dr. Czarnowski, pokaz guzika metalowego, wydobytego z przełyku dziecka 4-letniego po bezskutecznej próbie wydobywania go drogą oesophagoskopji.

Posiedzenie naukowe Wil. Oddziału Polsk. T-wa Psychjatrycznego odbyło się dnia 12 marca 1926 roku pod przewodnictwem Prof. Dr. St. Władczyki.

1. Na wniosek przewodniczącego uczczono przez powstanie zmarłych psychjatrów Polskich: D-ra Kolbergera, byłego dyrektora Zakładu Psychjatrycznego w Kulparkowie, i D-ra Janowskiego, st. ordynatora Zakładu Psychjatrycznego w Tworkach.

2. Dr. A. Falkowski przedstawił przypadek z przebytem okresem jasnego zamroczenia.

3. Dr. H. Jankowska omawiała przypadek Paraphrenii, poprzedzony zespołem objawów o charakterze „der sensitive Beziehungswahn” Kretschmera i krótką remisją.

4. Prof. Dr. J. Retinger wygłosił odczyt na temat: Obserwacje nad metodami laboratoryjnymi w wypadkach psychjatrycznych i neurologicznych.

5. Dr. A. Wirszubski wygłosił odczyt: Coma neoplasmaticum.

20 lutego b. r. odbyło się kolejne zebranie lekarzy szpitalnych w szpitalu „Sawicz” z następującymi pokazami.

Kol. Wirszubski. Pokaz przypadku Acrocyanosis anaesthetica chronica, leczonego operacyjnie za pomocą sympatectomji, bez rezultatu.

Kol. Dąbrowski. Pokaz szeregu chorych na jaglicę w różnym stopniu rozwoju i przypadków operowanych.

Kol. Hanusowicz. Pokaz chorego na morbus Dühringii.

Kol. Piotrowicz - Jurczenko. Referat „Przegląd leczenia kily” z pokazem.

Kol. Wołodźko. Doświadczenia nad leczeniem lupus'a zakażeniem różą z pokazem chorych.

Następne zebranie odbyło w szpitalu św. Jakóba 20 marca b. r.

Stowarzyszenie Lekarzy Polaków w Wilnie i na prowincji, założone w roku 1918 liczy obecnie 130 członków. W ciągu roku 1925-go przyjęto 7-miu nowych członków, wypisało się 4-ch, zmarł 1. Zebrań zwyczajnych ogólnych odbyło 8, nadzwyczajnych 1. Przeprowadzono próbną głosowanie zeznań o obrocie lekarzy i wybrano specjalnych delegatów okręgowych do komisji Izby Skarbowej.

W porozumieniu z Izłą Skarbową postanowiono ustalić wzór księgi dochodowej dla lekarzy. Wygłoszono dwa referaty. Dr. Borysewicz „O walce z ograniczeniem potomstwa i ze zwyrodnieniem rasy”, Dr. Brokowski „O alkoholizmie wśród dziatwy szkół powszechnych m. Wilna”.

Walne zebranie doroczne odbyło dnia 30 listopada 1925 roku.

Budżet Kasy Stowarzyszenia wynosi:

W przychodzie — ze składek członkowskich 2400 zł.

W rozchodzie — na potrzeby stowarzyszenia 25^{0/0},

— do kasy zapomogowej Medyków Polaków U. S. B. 25^{0/0},

— do kasy wsparć dla lekarzy i ich rodzin 50^{0/0}.

Do Zarządu na rok 1926 zostali wybrani: Prezes — Dr. Ludwik Czarkowski (ponownie), Wice-Prezes-Prezas — Dr. Leon Klott, Sekretarz — Dr. Eugeniusz Klemczyński (ponownie), Sekretarz — Dr. Ludwik Rostkowski, Skarbnik — Dr. Wacław Bądryński (ponownie), Gospodarz — Dr. Marjan Przyalgowski.

Ukończyli Wydział Lekarski U. S. B. ze stopniem Doktora wszechnauk lekarskich następujące absolwenci: Bancer Erazm, Baranowski Leon, Czerniewski Aleksander, Gojdz Michał, Lidzki Abram. Podzelwer Zelman, Szulkowska - Swiderska Marja, Swiderski Józef, Zakrzewski Jan, Zgirski Józef, Bujwidówna Helena, Dziekiewiczówna Zofja, Dziekiewiczówna Stefania, Gierszowski Judel, Lewiński Wacław, Mroczkiewicz Jerzy, Pacewicz Karol, Sukienicka Jadwiga, Szadowski Rafał, Totwen Stanisław, Chirkowski Władysław, Haniewicz Aleksander, Kielmuć Józef, Lotysz Rudolf, Kumicki Władysław, Bielunas Jan, Makower - Szadowska Rachela, Popławska Halina, Jasiewicz Stefan, Bujwid Michał, Fedosewicz Stanisław, Gordon Grzegorz, Rukojzanka Eugenia, Rozental Mojżesz, Wyrzykowski Kazimierz, Bublej Jan, Gilels Wiera, Leszkowicz Józef, Lopatto Konstanty, Truszkowski Henryk, Pożarzycki Dydak, Raczkowski Czesław, Rostkowski Czesław, Wasiljewa Anna, Totwenowa Aleksandra, Tenenbaum Szloma, Turonek Bronisław, Węcewicz Wacław, Wasiljewa-Labuciowa Anastazja, Łobza Władysław, Żemojtel Władysław, Nowokuńska Gabrijela, Cynkutisówna Helena, Januszewicz Wacław, Kaplańska Marianna, Krejndelówna Eta, Lidzka Pesia, Tomaszunas Lucjan.

Oprócz tego otrzymali zatwierdzenie dyplomów doktorskich następujący nostryfikanci: Alksunin Mieczysław - Fortunat, Borkiewiczówna Janina, Poloński Alfred, Leśniewski Józef, Mischel Samuel.

Wybory do Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej odbędą się w Wilnie dnia 6 czerwca r. b.

E R R A T A.

Strona.	Wiersz.	Wydrukowano.	Powinno być
48	3—4 od dołu	obchodzili się prądem o sile	dochodzili do
49	15 od góry	ażeby za pomocą działania w razie kokainy	by działając kokainą
50	6 od dołu	zgłosił się chory	Chory
51	18 od góry	powierzchnowych się	powierzchnowych są
51	15 od dołu	VI, chora.	VI.
51	16 od dołu	1 ^{1/2} roku	chora 1 ^{1/2} roku,
52	9 od dołu	zanotowała	zauważyła.

Prof. Dr. KAZIMIERZ OPOCZYŃSKI.

Z badań doświadczalnych nad nowotworem typu ziarniniaka Hodgkina.

(Odczyt, wygłoszony w Wileńskim Towarzystwie Lekarskim 28 kwietnia 1926 r.).

Zdając sprawozdanie przed Szanownym Zgromadzeniem z badań moich, muszę się cofnąć myślą ku odbytemu w Wilnie w roku 1923 Zjazdowi Internistów. Na pierwszym posiedzeniu Zjazdu tego, przez Profesorów Uniwersytetu Lwowskiego, Witolda Nowickiego i Romana Renckiego, wygłoszone zostały wykłady o ziarnicy złośliwej, wyczerpująco odtwarzające obrazy kliniczne i patologiczno-anatomiczne tej sprawy. Omawiając więc dziś badania moje, znajdujące się w związku z zagadnieniami ziarnicy złośliwej, przed Audytorem, które brało udział w Zjeździe, uważam zadanie moje za znacznie ułatwione. Zaznaczam tu również, że zabierając głos w dyskusji na Zjeździe, oświadczyłem, że w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Wileńskiego dokonywane są badania doświadczalne, polegające na przeszczepianiu zwierzętom materiału, pobranego od ludzi chorych na ziarnicę złośliwą. Sprawozdanie dzisiejsze jest przeto poniekąd wypełnieniem danego na Zjeździe zobowiązania podzielenia się z Szanownym Zgromadzeniem wynikami tych badań.

Dokonywując sekcji szczura, który padł w grudniu 1924 roku, spostrzegłem w narządach jego zmiany patologiczne, bardzo bliskie tych zmian, które właściwe są ziarnicy złośliwej. Zmiany te tembardziej zasługiwały na uwagę, że stwierdzone były u zwierzęcia, któremu cztery miesiące przedtem zastrzyknąłem do otrzewnej zawieszinę gruczołu, pochodzącego od człowieka niewątpliwie chorego na limfogranulomatozę.

Zbadałem więc przypadek ten szczegółowo, przeszczepiając wzięte ze schorzanych narządów cząsteczki tkanek na inne zwierzęta. Poczynilem obserwacje nad przyjmującymi się u zaszczepionych szczurów nowotworzeniami się tkanki i zbadałem te nowopowstające twory anatomicznie, histologicznie i bakterjologicznie. Jakkolwiek faktem znanym jest, że dotychczas nikomu z badaczy nie udawało się wywoływać u zwierząt zmian, które w zupełności odpowiadałyby ziarnicy złośliwej człowieka, i jakkolwiek od samego początku tych studiów nad opisywaniem nowotworzenia sceptycznie byłem usposobiony do myśli, aby udało mi się dokonać tego, czego dotychczas nikomu nie udawało się dokonać, to jednak w badaniach moich postępowałem tak, jakbym miał do czynienia z przypadkiem ziarnicy złośliwej. Poszukiwania moje szły więc tą drogą, jaką już przeprowadzane były badania przez innych badaczy. Aczkolwiek w toku ba-

dań moich, nadzieje na stwierdzenie limfogranulomatozy w tym przypadku nie ziściły się, to jednak nad sprawą tą nie przeszedłem do porządku dziennego i w dalszym ciągu badania te prowadzę. Nawet w takim razie, gdyby przypadek ten nie był schorzeniem identycznym z chorobą Hodgkina, to jako nowotwór bezwątpienia złośliwy, o rzadkiej budowie histologicznej, nadzwyczajnie łatwej przeszczepialności, zasługiwałby na to, aby się nim zająć. Patologia zwierząt laboratoryjnych, tych zwierząt, z których otrzymywane wyniki naszych badań przenosimy na człowieka, jest sprawą nadzwyczaj wielkiej wagi. Niewątpliwą jest rzeczą, że tylko poznanie ustrojów zwierzęcych w stanach normalnych i patologicznych może przyczynić się do należytej oceny badań doświadczalnych, dokonywanych na tych ustrojach. Mówiąc innymi słowami, tylko znajomość cech normalnych i patologicznych, właściwych ustrojowi zwierząt laboratoryjnych, daje nam możliwość zorientowania się w wynikach badań, w tłumaczeniu ich, i w zestawieniu tych wyników z patologią człowieka. Nic więc niema w tym dziwnego, że anatomja, patologia, fizjologia i histologia zwierząt laboratoryjnych, nawet w piśmiennictwie najświeższej doby, zajmują poczesne miejsce. Z tych więc względów, o ile nawet omawiany przypadek, który dał mi materiał do opracowanego tematu, nie jest przypadkiem ziarnicy złośliwej, to jednak zasługuje on na uwagę.

Dokonywując sekcji ludzi, zmarłych na ziarnicę złośliwą, częstokroć stwierdzamy w śledzionie charakterystyczną dla tej postaci chorobowej zmianę anatomiczną, od której śledzionę taką nazywamy śledzioną tarlicową czyli porfirowatą. Śledziona taka cechuje się wyglądem, przypominającym wyglądem powierzchnię tafla porfiru. Widzimy więc na przekroju narządu liczne ograniczone plamy barwy białawej, które inkrustują powierzchnię przekroju i kontrastowo odcinają się od ogólnego czerwonego tła niezmięnionej miazgi śledzionowej. Śledziona badanego szczura wykazywała właśnie takie zmiany, jak te, które obserwować możemy w przypadkach schorzenia ziarnicowego śledziony człowieka. Wskutek tego tę szczurzą śledzionę również nazwać można śledzioną tarlicową*).

Narząd był bardzo duży, pokryty na powierzchni licznymi ogniskami barwy białej, kształtu okrągłego, wielkości od ziarna prosa do ziarna grochu. Spoistość tych ognisk była znaczna. Na przekroju narządu mogłem się przekonać, że ogniska te białe, a twarde, leżą nie tylko na powierzchni narządu, lecz też w głębi jego miąższu. Właśnie ten przekrój, przypominający zeszlifowaną powierzchnię porfiru, tak się rzucał w oczy i był na tyle charakterystyczny, że skierowywał myśl ku przypuszczeniu ziarnicy złośliwej, tembardziej, że jak wspominałem, śledziona ta pochodziła od zwierzęcia, któremu dootrzewnowo wprowadziłem zawiesinę z tkanki węzła chłonnego, usuniętego *e vivo* u chorego na tę chorobę.

W wątrobie również stwierdziłem zmiany, podobne do tych, które spostrzegłem w śledzionie. Powierzchnia narządu zarówno jak i jego przekrój po-

*) Podczas odczytu były pokazane wszystkie podane w opisach preparaty mikroskopowe, anatomiczne i bakteriologiczne.

kryta była licznymi guzkami barwy białej, różniącymi się więc znacznie od otaczającej tkanki zdrowej. Nietylko jednak w śledzionie i w wątrobie udało mi się wykryć obecność takich guzków: znalazłem je również w sieci i w węzłach chłonnych krezkowych, bardzo stosunkowo dużych i nadzwyczaj twardych. (ryc. 1)

Badania histologiczne wykazały obrazy bardzo zbliżone do tych, które daje mikroskop przy oglądaniu narządów ludzkich, dotkniętych ziarnicą złośliwą. Nie poruszam tu szczegółowo anatomji patologicznej ziarnicy złośliwej człowieka, są to bowiem rzeczy wszystkim znane. Wspomnę tu tylko o tem, że mikroskopowe zmiany ziarnicowe znajdują się w zupełnej zależności od okresu rozwoju nowotworzącej się tkanki ziarnicowej. Limfogranulomatoza jest postacią chorobową, szerzącą się stopniowo, powolnie, przewlekłe. Podobnie jak w każdej chorobie, szerzącej się w ten sposób, możemy obserwować zjawiska tylko co powstałe, nieco starsze, dawne i bardzo stare. W narządzie, dotkniętym ziarnicą złośliwą, możemy więc obserwować granulacje w rozmaitych okresach ich tworzenia się. Stwierdzamy w narządach, dotkniętych ziarnicą, jednocześnie zjawiska początkowe, w postaci nie wykazującej nic charakterystycznego ziarniny, znajdujące się obok ognisk granulacji starszych, będących w całym rozkwicie, z rozrostem komórek Sternberga i eozynofików, z ogniskami sklerotycznymi, zwłóknionymi, w których nowoutworzona tkanka łączna ulega, dojrzewając, bliznowaceni. Takie same różnorodne okresy nowotworzenia się tkanki zauważamy, badając histologicznie guzki, zawarte w narządach szczura.

W preparacie mikroskopowym wątroby szczura, zabarwionym hematoksyliną i eozyną, spostrzegamy wśród tkanki wątrobowej niezmięnionej, ogniska, mające odmienną budowę, niż miąższ narządu. Ogniska te są rozmaitej wielkości. Najdrobniejsze składają się z komórek okrągłych, z okrągłymi jądrami, mocno barwiącymi się hematoksyliną. Wyglądem swoim histologicznym nie różnią się one od rozrostu młodej tkanki łącznej i nacieczenia drobnokomórkowego w nieswoistych stanach zapalnych i w początkowym okresie rozrostu ziarnicy złośliwej u człowieka. Umiejscawiają się one przeważnie naokoło naczyń krwionośnych i przewodów żółciowych okołozrazikowych, leżących w torebce Glissona. W niektórych drobnych ogniskach napotykamy dość duże liczby eozynofików, rozrzuconych tu i tam wśród nowonarastającej tkanki okrągłokomórkowej.



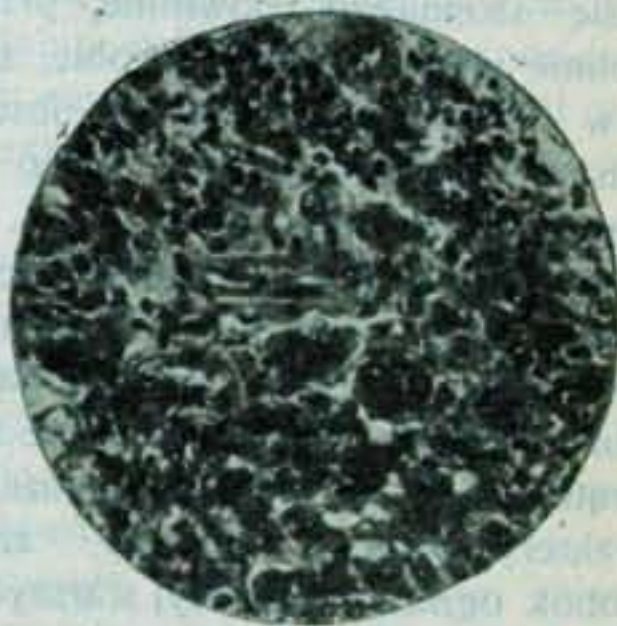
Ryc. 1. L — śledziona, H — wątroba, I — jelito, T — jądro.

Zrzadka wśród tych komórek okrągłych i leukocytów kwasochłonnych, znajdujemy komórki duże, bogate w protoplazmę i posiadające jedno duże, lub kilka jąder, leżących w środku komórki. Elementy te podobne są do komórek Sternberga. Obrazy, które przedstawiają takie ukształtowania z komórek okrągłych eozynofilów i komórek olbrzymich typu Sternberga, odpowiadają temu okresowi rozrostu tkanki ziarninowej w limfogranulomatozie człowieka, który nazywać możemy okresem przejściowym.

W ogniskach dużych, co do pochodzenia swoich starszych od poprzednich, możemy zauważyć inne ugrupowanie elementów. W środkowych częściach tych ognisk widzimy w bardzo znacznej liczbie komórki olbrzymie typu Sternberga. Komórki te leżą pośród rozrastających się tu małych komórek okrągłych, fibroblastów i obficie nagromadzonej tkanki łącznej włóknistej. W tych środkowych, zbliżnowaonych częściach ognisk, (ryc. 2) rzadko spotykamy eozyno-



Ryc. 2. Zwłókniona część ogniska.



Ryc. 3. Część obwodowa ogniska, utworzona z drobnych, okrągłych komórek i komórek typu Sternberga.

file, częstokroć nawet i komórek tych wcale wykryć nie możemy. Natomiast na obwodzie dużych ognisk stwierdzamy taką budowę, jaka właściwa jest dla tkaniny ziarninowej w okresie rozrostu początkowego. Widzimy tu tkankę młodą, utworzoną z drobnych okrągłych komórek z domieszką eozynofilów i komórek typu Sternberga (ryc. 3). W komórkach tych niejednokrotnie udawało się stwierdzać postacie podziału mitotycznego.

Śledzona wykazuje podobne zmiany; ogniska rozrastającej się tkanki ziarninowej z komórkami typu Sternberga i eozynofilami leżą pośród tkanki narządu w postaci ograniczonych ognisk.

Węzły chłonne przerosnięte tkanką łączną włóknistą z komórkami olbrzymimi typu Sternberga, drobnymi komórkami okrągłymi i fibroblastami.

Stwierdziwszy więc nie tylko anatomicznie, lecz również histologicznie podobieństwo schorzenia do ziarnicy złośliwej, i mając więc uzasadnienie do mniemania, iż z tą postacią chorobową mam do czynienia, dokonałem całego sze-

regu badań doświadczalnych. Podkreślam tu jeszcze raz, że gdyby mi się udało wykazać zależność pomiędzy dokonaniem przeszczepieniem i sprawą chorobową, powstałą po takim zaszczepieniu, to tem samem byłoby stwierdzone zjawisko, które dotychczas nigdzie i przez nikogo zauważone nie było. Nikomu bowiem dotychczas nie udało się, po bezpośrednim zakażeniu zawieszoną nowoutworzonej tkanki ziarninowej, wywoływać u zwierząt zmian patologicznych, identycznych ze zmianami morfologicznymi, właściwymi ziarnicy człowieka. Dodaję, że wiadomości o limfogranulomatozie, jako o sprawie zakaźnej, są tak mało nam znane, że nawet dotychczas nie mamy dowodów możliwości bezpośredniego zakażenia się człowieka od człowieka, (Schridde), jak również zwierzęcia od człowieka. Mając więc w badaniu przypadek, który byłby swego rodzaju unicum w nauce o ziarnicy złośliwej, nic niema w tem dziwnego, że poświęciłem mu dużo czasu i pracy, aby go zbadać dokładnie i wszechstronnie.

Pierwszem zadaniem w rozpoczętych badaniach było stwierdzenie możliwości zakażenia innych zwierząt od tego szczura, który zapoczątkował badania moje, i którego oznaczyłem w protokołach badań liczbą 1. W tym celu rozmiażdżoną w mózdzierzu tkankę wątroby i śledziony, a następnie zawieszoną w roztworze Ringera, wprowadziłem za pomocą strzykawki do otrzewnej dwóm szczurom, L.L. II i III., 29 grudnia 1924 roku. 5-go maja 1925 roku, a więc po 127 dniach, szczury te zostały zbadane anatomicznie po uprzednim zatruciu chloroformem. Jeszcze za życia tych zwierząt łatwo można było wy-czuć przez powłoki brzuszne znaczne powiększenie wątroby. Na sekcji narząd ten wykazał zmiany, nie różniące się od tych, które cechowały wątrobę szczura pierwszego. Cała wątroba u obydwóch szczurów była pokryta, zarówno na powierzchni jak i w głębi mięszu, licznymi ogniskami barwy białej, bardzo twarde, wielkości od ziarna prosa do ziarna soczewicy. Śledziona, zwłaszcza u jednego z tych dwóch szczurów, była duża; jednak ani na powierzchni, ani w głębi mięszu ograniczonych guzków nie wykazywała. Natomiast w badaniu mikroskopowym stwierdziłem komórki olbrzymie Sternberga, a eozynofilów liczbę tak dużą, jakiej nigdy nie zdarzało mi się widzieć w preparatach ziarnicy złośliwej człowieka: miejscami dosłownie i bez przesady całe pole widzenia okazało się usianem temi komórkami.

Poza zmianami w wątrobie i śledzionie u zaszczepionych szczurów stwierdziłem zwiększenie i znaczne stwardnienie węzłów chłonnych krezkowych, które dochodziły do wielkości ziarna grochu. W przypadku, oznaczonym liczbą II zauważyć się dawało znaczne zgrubienie sieci, przerosniętej nowoutworzoną tkanką.

Badanie mikroskopowe wątroby, węzłów chłonnych krezkowych, oraz sieci, wykazało, że przeszczepienie nowoutworzonej tkanki od szczura I-go udało się. Obrazy mikroskopowe w badaniu szczurów II-go i III-go nie różniły się od tych, które obserwowane były w narządach szczura I-go.

Badania, dokonane na szczurach II-im i III-im dowiodły, że sprawa chorobowa może być przekazywana drogą wszczepiania bezpośredniego do ustrojów tego samego gatunku. Powstało więc tu pytanie, z jaką sprawą właściwie mam

do czynienia, czy z nowotworem prawdziwym, czyli blastomatem, czy też ze sprawą zapalną, wywołaną przez czynnik zakaźny. Na porządku przeto stała konieczność dokonania badań bakteriologicznych. Choć sprawę bakteriologii ziarnicy złośliwej omówię niżej nieco szczegółowiej, to jednak tu ogólnikowo zaznaczyć muszę, że pomimo licznych wysiłków, skierowanych ku rozwiązaniu tego zagadnienia, bakteryjnej patogenyzy ziarnicy złośliwej dotychczas nie udało się ustalić. Nie mogłem się spodziewać, że wyniki moich badań wyjaśnią tę sprawę, nawet gdybym wyhodował jakąś osobliwą postać bakteryjną, o ile bakterja ta, zastrzyknięta zwierzęciu, nie wywoływałaby swoistego schorzenia.

Badania bakteriologiczne tkanek narażały znaczne trudności techniczne: rozmaite pożywki, zakażane tkankami, tak szybko przerastały saprofity, że absolutnie zorientować się w tej masie postaci bakteryjnych nie było możliwości. A przypuszczać należy, że badania bakteriologiczne tkanek w ziarnicy złośliwej muszą przedstawiać znaczne trudności, być może nietylko natury technicznej, jeżeli dotychczas najtęższym bakterjologom, łamiącym sobie głowę nad tą sprawą, nie udało się ustalić drobnoustroju drogą hodowli na pożywkach tkanek limfogranulomatycznych, pobranych z ognisk schorzenia u człowieka. Dlatego też jednocześnie z bakteriologicznym badaniem tkanek, starałem się zbadać bakteriologicznie krew zwierząt. W tym celu, bezpośrednio po zachloroformowaniu zwierzęcia, igłą strzykawki brałem krew z serca, przekuwając nienaruszoną jeszcze, a starannie odjałowioną klatkę piersiową, i krew zaszczipiałem na pożywkach. Jednocześnie, po zaszczipieniu krwi na pożywkę, z tej samej strzykawki pobraną od chorych szczurów krew, zastrzyknąłem dwom szczurom dootrzewnowo. Czyniłem to w tym celu, aby przekonać się, czy krew zawiera w sobie jakie czynniki chorobotwórcze, mogące wywoływać takie same zmiany, jak te, które stwierdzałem po dootrzewnowym wprowadzeniu emulsji z tkanek. Dokonywując tego doświadczenia, zdawałem sobie jednak sprawę, że nawet, o ile zwierzę, zaszczipione krwią, zachoruje, nie będzie to bezwzględnie dowodziło bakteryjnego pochodzenia schorzenia, i nie będzie to służyło jako dowód dla odróżnienia rozpoznawczego ziarnicy złośliwej od nowotworu łącznotkankowego, gdyż jak wiemy, właśnie mięsaki szerzą się drogą przerzutów przez naczynia krwionośne. Wskutek tego we krwi zawsze znajdować się mogą komórki nowotworowe, do kiełkowania zdolne, i mogące, przy wprowadzeniu do organizmów innych zwierząt tego samego gatunku, rozrastać się w guzy nowotworowe.

Pragnąc więc stwierdzić chorobotwórcze własności krwi, wziętą krew bezpośrednio z serca szczura, oznaczonego L. II, wstrzyknąłem dwom szczurom. Po upływie 60 dni szczury zostały zatrute chloroformem i zbadane anatomicznie. U zwierząt tych stwierdziłem w wątrobie, w okolicy wejścia żyły wrotnej, obecność guzków, z zewnętrznego wyglądu i budowy histologicznej nie różniących się od tkanki nowotworzącej się po bezpośrednim zaszczipieniu emulsji tkankowej.

W ten sposób udowodnioną zostało możliwość przenoszenia sprawy choro-

bowej przez krew. Wynik ten tembardziej pobudzał mnie do przedsięwzięcia badań bakteriologicznych.

Przedtem jednak, nim poruszę sprawę bakteriologii ziarnicy złośliwej na podstawie piśmiennictwa, oraz nim przedstawię wyniki własnych badań bakteriologicznych, powrócę do omówienia badań moich, dokonanych drogą zastrzykiwania zawiesiny z roztartych nowotworzących się tkanek. Badania te wykazały nadzwyczajną łatwość przeszczepiania materiału i powstawania wskutek tego schorzenia.

Od szczura, którego oznaczyłem liczbą II-gą, zaszczipiłem dwa szczury oraz dwie świnki morskie. Ze świnek morskich jedna padła dopiero prawie po roku, prawdopodobnie od jakiegoś schorzenia, nic wspólnego z omawianą sprawą chorobową nie mającego: znalazłem bowiem podczas sekcji zjawiska zapalenia otrzewnej, perihepatitis i perisplenitis. Poza tem stwierdziłem powiększenie węzłów chłonnych krezkowych, w histologicznym badaniu wykazujących znaczną eozynofilję. Druga świnka żyje do dziś, nie wykazując zmian chorobowych. Natomiast jeden ze szczurów padł po 30 dniach. Na sekcji wykryłem sprawę zapalną w płucu, mającą charakter przewlekły, i umiejscowioną w licznych skupieniach tkanki limfoidalnej, otaczającej naczynia krwionośne i oskrzela. Tu wśród komórek okrągłych stwierdziłem miejscami komórki eozynochłonne, komórek jednak typu Sternberga nie udało mi się wykryć. Poza tem mierną liczbę eozynofilów wykryłem w samych przegrodach płucnych wśródtkankowo, oraz w naczyniach krwionośnych. Rzecz prosta, że przeciąg czasu 30 dni, który upłynął od chwili zakażenia do śmierci zwierzęcia, był zbyt krótki na to, aby sprawa chorobowa mogła się rozwinąć do zupełnego rozkwitu wszystkich objawów nowotworzenia się tkanki. Wskutek tego, przechodzę nad tym przypadkiem do porządku, notując jednak sam fakt.

Szczur, którego oznaczam liczbą VII-a, padł po 66 dniach od zakażenia. Na sekcji stwierdziłem liczne guzki w wątrobie, śródsierdziu przednim i na przeponie. Budową guzki te nie różniły się od opisanych w poprzednich przypadkach.

Zawiesiną tkankową od szczura L. VII zakażyłem 7-go sierpnia 1925 roku 4 szczury. Z tych jeden padł po 3 tygodniach z niewyjaśnionej przyczyny, jednak nie wykazując zmian, które mogłyby być położone na karb zakażenia. Pozostałe trzy padły po upływie od trzech do czterech miesięcy, wykazując zmiany charakterystyczne dla omawianego schorzenia. U jednego z tych szczurów, L. XII, wyczuwał się za życia przez powłoki brzuszne guz wielkości orzecha laskowego. Na sekcji okazało się, że guz ten utworzył się w sieci. Oprócz jednak tego dużego guza wykryte były ogniska rozrzucone w wątrobie, jak to zauważaliśmy w przypadkach poprzednich. Szczury te były więc drugim pokoleniem zwierząt, którym przeszczepiona została nowotworząca się tkanka. Z tej serii nie były dokonywane dalsze przeszczepiania na inne zwierzęta, gdyż szczury te ginęły wówczas, kiedy nie miałem możliwości prowadzić badań, z powodu niezależnych ode mnie okoliczności.

Natomiast od szczura, oznaczonego w protokołach moich badań liczbą III-a, dotychczas zakaziłem trzy pokolenia zwierząt. 16 kwietnia roku bieżącego od szczura z wyraźnie wyczuwalnym za życia guzem jamy brzusznej, wzięty materiał w postaci zawiesiny tkankowej, zastrzyknąłem ośmiu szczurom dootrzewnowo. Poza tem trzy szczury zakażone zostały krwią, wziętą bezpośrednio z serca. Zawiesinę, pobraną z guzów, wstrzyknąłem jednocześnie trzem morskim świnkom.

W ten sposób badania moje, których nie uważam za zakończone, prowadzę dalej na całym szeregu zwierząt.

Z ogólnych zmian, które obserwować można u chorych szczurów, mogę wskazać na mierne wychudzenie, wyłysienie powłok brzucha i klatki piersiowej; często zauważyć się daje swędzenie skóry (pruritus). W następstwie tego skóra zwierzęcia bywa pokryta licznymi zdrapaniami naskórka.

W wyniku dotychczas dokonanych badań, na zasadzie anatomicznych i histologicznych spostrzeżeń, mogłem przyjąć do wniosków:

- 1) że mam w obserwacji sprawę, która z morfologii swojej jest bliska nowotworzącej się tkanki w ziarnicy,
- 2) że materiałem, pobranym z guzów, łatwo udaje się zakażać inne zwierzęta tego samego gatunku przy wprowadzeniu dootrzewnowo, (zaszczepienie pod skórę nie dało dotychczas dodatnich wyników, i szczury te żyją, nie wykazując zmian patologicznych),
- 3) że możliwe jest przenoszenie sprawy przez zakażanie szczurów krwią,
- 4) że dotychczas nie udało się wywoływać drogą przeszczepiania tych tworów u innych zwierząt, jak morskie świnki i myszy.

Zachodzi pytanie, z jaką właściwie sprawą w tym przypadku mam do czynienia, czy z nowotworem prawdziwym, blastomatem z grupy łącznotkankowców złośliwych? czy z postacią chorobową, odpowiadającą ziarnicy złośliwej, a więc sprawą zapalną, ziarniniakiem swoistym, właściwym organizmowi człowieka, jeżeli brać pod uwagę ten dziwny zbieg okoliczności, wytworzenia się guzków po zastrzyknięciu szczurowi emulsji z węzła chłonnego człowieka, bez wątplenia chorego na limfogranulomatozę; czy wreszcie zaszło tu schorzenie przypadkowe, niezależne od zakażenia zawiesiną, a więc sprawa samoistna, sui generis, właściwa tylko organizmowi szczura?

Trudności, które tu histolog napotyka, tłumaczą się tem, że nieraz nowotwory łącznotkankowe złośliwe trudne są do odróżnienia od tkanki ziarninowej zapalnej, nawet dla bardzo doświadczonego badacza. Dość jest wskazać na mięsaki błon śluzowych, które częstokroć są niemożliwe do odróżnienia od ziarniny zapalnej w chronicznych postaciach schorzeń, lub na ziarninę trądu, która niejednokrotnie była omyłkowo rozpoznawana jako tkanka nowotworu łącznotkankowego złośliwego, lub wreszcie nawet na tę samą ziarnicę złośliwą, która w ciągu dłuższego okresu była rozpatrywana nie jako sprawa zapalna, lecz jako nowotworowa. Trudności takie omawiają zresztą autorzy, badający nowotwory u zwierząt. Taki znawca nowotworów zwierzęcych jak Bashford w rozpoznaniu mięsaków u zwierząt zwraca uwagę na nadzwyczajne

trudności, które stawiają takie badania, gdyż częstokroć niemożliwym jest wytknięcie granic, gdzie kończy się samorzutne nowotworzenie się tkanki, a zaczyna się zapalne. Herxheimer również, omawiając nowotwór złośliwy łącznotkankowy, spostrzeżony u kury i opisany przez Rous, waha się w rozpoznaniu gdyż „niektóre zjawiska w opisie tego osobliwego nowotworu przypominają tak zwany ziarniniak. Znaną jest rzeczą“, powiada Herxheimer, „że w badaniu mikroskopowym mięsaka, możemy napotykać na nadzwyczajne trudności“.

Jako jeden ze sposobów, który w przypadku wyniku dodatniego dałby możliwość rozgraniczenia sprawy zapalnej od nowotworowej u badanych szczurów, byłoby wyodrębnienie czynnika bakteriologicznego, wywołującego zjawiska rozrostu guzków takich, jak te, które stwierdzane były przy zakażaniu zawiesiną tkankową.

Jak już wspominałem, bakteriologia ziarnicy złośliwej dotychczas niema pod sobą pewnego gruntu. Dokonano bardzo dużo badań w kierunku stwierdzenia bakteriologicznego pochodzenia tego schorzenia, opisano również bardzo dużo rozmaitych wyników. Jeżeli zechcielibyśmy przedstawić ogólną charakterystykę zapatrywań na istotę limfogranulomatozy pod względem bakteriologicznym, to musielibyśmy zaznaczyć, że w zagadnieniu tem walczą ze sobą dwa poglądy. Jeden polega na zdaniu Sternberga, który twierdzi, że ziarnica złośliwa jest schorzeniem gruźliczym, „eigenartige Tuberkulose“, wywoływanem przez zmienne biologicznie lub osłabione prątki. Pogląd ten opiera się na spostrzeżeniach, że w niektórych przypadkach, przeszczepianie kawałeczków tkanek od chorych ludzi na zwierzęta wywoływało u nich typowe zmiany gruźlicze. Przeciwnicy tego poglądu są zdania, że schorzenie samoistne — ziarnica złośliwa, bywa często powikłana gruźlicą, i że, przeszczepiając zwierzętom taki podwójnie zakażony materiał, szczególnie u tak nieodpornych na gruźlicę zwierząt, jak morskie świnki, łatwo powstają typowe schorzenia gruźlicze.

Fraenkel i Much w 12 na 13 przypadków ziarnicy złośliwej po działaniu antiforminą na tkankę badaną, i po odwirowaniu osadu, wykryli w nim laseczniczki ziarniste, niekwasoodporne, lecz barwiące się tą metodą, którą posługiwał się Much dla wyodrębnienia ziarnistych postaci laseczników gruźlicy. Autorzy ci są zdania, że właśnie te prątki są czynnikami, które wywołują limfogranulomatozę. Spostrzeżenie Fraenkla i Mucha stały się przedmiotem dalszych poszukiwań. Jedni badacze, jak O. Meyer, Hirschfeld, Josselin de Jong, Rosenfeld, Blumberg, Beumelburg i inni, wykrywali bądź w osadzie antiforminowym, bądź w skrawkach, takie same ziarniste laseczniczki. Drudzy badacze nie mogli potwierdzić tych wyników. A więc, na przykład, Schridde w ogólnie znanym podręczniku Aschoffa powiada, że nie udało mu się potwierdzić wyników Fraenkla i Mucha. Löffelmann i Herxheimer również nie zdołali wykazać obecności takich odbarwiających się kwasami laseczników, a przeciwnie stwierdzali obecność w tkankach limfogranulomatycznych bakterij ziarnistych, barwiących się metodą Ziehla.

Kusunoki na skrawkach z narządów ludzi, dotkniętych ziarnicą, wykry-

wał prątki również metodą Mucha, nieodporne na działanie kwasu, lecz Gram — dodatnie, ziarniste. Takie same prątki badacz ten znajdował w osadzie poantiforminowym z tkanek. Kusunoki wnioskuje, że bakterij, które widział, nie można utożsamiać z lasecznikami Kocha, ale że są one prątkami *sui generis*. W badaniach jednak z przeszczepianiem tkanek na zwierzęta, Kusunoki nie otrzymał wyników dodatnich.

W XXXI-ym tomie Frankfurter Zeitschrift für Pathologie została ogłoszona nader interesująca praca z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Genewskiego, napisana przez Artura Grumbacha, w której autor podaje, że udało mu się wyhodować bezpośrednio ze krwi ludzi, chorych na ziarnicę złośliwą bakterje; po zaszczerpieniu dootrzewnowem tych drobnoustrojów świnkom morskim, w płucach tych zwierząt wytwarzały się zmiany charakterystyczne, w postaci guzków, mikroskopowo mających podobieństwo do limfogrulomatozy. W trzech przypadkach nie wzbudzającej wątpliwości, klinicznie, a częściowo *in vivo* histologicznie stwierdzonej ziarnicy złośliwej, w okresie napadu gorączkowego, dokonany posiew krwi na agarze glicerynowym ze krwią, wykazał hodowlę, która rosła nader wolno, gdyż pierwsze oznaki rozrostu bakterij pokazywały się około trzeciego lub piątego dnia. Wszystkie te hodowle miały jednakowe morfologiczne właściwości. Drobnoustroje podobne do laseczników błonicy Löfflera, długości od 3-ch do 5-ciu mikronów. Leżące pojedynczo są niekiedy wygięte, ugrupowane po kilka egzemplarzy układają się równolegle w kształcie palisady. Młode, od 12 do 24 godzin, hodowle składają się przeważnie z postaci okrągłych (ziarniaków), podczas gdy stare wykazują liczne postaci inwolucyjne. Laseczki barwią się dobrze błękitem Löfflera, są Gram — dodatnie. W zabarwieniu metodą Neissera wykazują ziarenka na biegunach oraz w środku prętka. Najczęściej bakterja zawiera trzy ziarenka, liczba jednak tych ziarenek metachromatycznych może dochodzić do 6, w pojedynczych przypadkach, w bardzo długich lasecznikach, Grumbach naliczał ich do 12. Własności bakterjologiczne szczepów, wyhodowanych przez Grumbacha są następujące: drobnoustroje rosną najlepiej na surowicy Löfflera. Po 24 do 48-iu godzinach bardzo małe, błyszczące kolonie, wyraźnie odgraniczone. Zwiększając się w następnych dniach, wykazują skłonność do zlewania się pomiędzy sobą. Zabarwienie kolonij początkowo żółte, po 7-iu dniach nabiera odcienia różowego. Przy dotykaniu igłą platynową wykazują śluzowatą konsystencję. Jeszcze starsze kolonie dochodzą do wielkości 2-ch, 3-ch mm., granice wyraźne, a środek nieco wypukłony. Hodowle stare również mają postać śluzowatą. Drobnoustroje rosną równie dobrze na agarze ze krwią, jak na agarze z hemoglobina i na agarze z płynem puchlinowym. Natomiast Grumbach obserwował zły porost na zwykłym agarze, na agarze glicerynowym, na pożywce Endo i na buljonie.

Nie chcąc zbyt długo nużyć uwagi Szanownego Zgromadzenia, nie mogę wyliczać tu innych właściwości mikroorganizmów, wyhodowanych przez Grumbacha ze krwi ludzi, chorych na ziarnicę. Grumbach bardzo szczegółowo i dokładnie właściwości te wylicza i przeprowadza rozpoznanie, odróżniając te

bakterje od innych, morfologicznie bliskich prątków, jak prątki Löfflera, Hoffmanna i inne rzekome postacie prątków błonicy. Jeżeli nieco dłużej zatrzymałem się na pracy Grumbacha, to z tego powodu, iż jest to, być może, pierwsza i jedyna praca, w której po zakażeniu zwierząt drobnoustrojami, wyhodowanymi od chorych, otrzymano wyniki dodatnie, i że wyniki tych badań zasługują na to, aby je sprawdzić w naszych szpitalach i klinikach.

Godnem uwagi jest, że po wprowadzeniu hodowli tej do otrzewnej świnek morskich, Grumbach w 23-ch przypadkach otrzymywał zjawiska, które każą mu przypuszczać, iż drobnoustrój przezeń wyhodowany jest szkodnikiem swoistym. Grumbach przychodzi do tego wniosku, badając anatomicznie i histologicznie świnki morskie, zakażone temi prątkami, i stwierdzając podczas sekcji zmiany w płucu, z morfologii swojej bardzo podobne do zmian, właściwych ziarnicy złośliwej. A więc w płucu zauważyć się dawały zgrubienia przegród pęcherzykowych, wywołane nowotworzeniem się tkanki ziarninowej. Wśród elementów widoczne były liczne komórki olbrzymie typu Sternberga i eozynofile. Jakkolwiek zmiany głównie zaznaczały się w płucu, to jednak w niektórych przypadkach, w węzłach limfatycznych były przez autora stwierdzane komórki duże z jasno barwiącem się jądrem, kształtu pęcherzykowatego, oraz komórki eozynochłonne.

To spostrzeżenie, że u świnki morskiej rozrost tkanki ziarninowej lokalizuje się w płucu, a nie w innych miejscach ustroju, jak to zachodzi w limfogrulomatozie człowieka, Grumbach tłumaczy tem, że właściwie w prze-grodach pęcherzyków płucnych świnki morskiej znajduje się prawdziwy narząd chłonny, „ein echtes, diffus lymphoides Organ lokalisiert ist“ i że tem objaśnia się fakt, że drobnoustroje umiejscawiają się przedewszystkiem w tej tkance limfoidalnej. Podług poglądów Grumbacha, ta sama tkanka adeno-dalna, która skupia się u człowieka w postaci węzłów chłonnych węzkowych, znajduje się u świnki morskiej w postaci rozlanej po całym miąższu płucnym. Z ognisk, powstałych po zakażeniu w płucu świnki morskiej, Grumbachowi udawało się znów wyhodować takie same drobnoustroje, jak te, które pierwotnie od ludzi chorych były otrzymane na pożywkach, i które służyły do zakażania świnek.

W dwóch przypadkach na 23 doświadczenia, Grumbach wykrywał zmiany charakterystyczne w śledzionie i jednokrotnie ogniska martwicze w wątrobie, nie mające jednak, zdaniem mojem, cech limfogrulomatozy, jak to widać z przytoczonego przez autora opisu.

Bakterje, wyhodowane ze krwi człowieka, chorego na ziarnicę i wywołujące schorzenie płuc świnek morskich, Grumbach zalicza do grupy Corynebacterium, czyli do tej samej grupy, do której należy prątek błonicy oraz lasecznik nosacizny. Grumbach zaznacza, że w ziarnicy złośliwej na taką postać drobnoustrojową jeszcze dawniej, przed jego badaniami, zwracano już uwagę. A więc Negri i Miermet z rozartej miazgi śledzionowej wyhodowali na podłożu Löfflera bakterje, które z cech swoich, podług Grumbacha, stoją bardzo blisko wyhodowanych przezeń drobnoustrojów. Szczepienie jednak

zwierząt bakterjami Negriego i Miermeta nie dało wyników dodatnich. Świnki morskie coprawda ginęły po 8-iu — 10-iu dniach, rzecz prosta, nie wykazując zmian swoistych dla ziarnicy, myszy zaś i szczury nie chorowały wcale po zaszczepieniu. Bakterie Negriego i Miermeta rosły wolno na surowicy Löfflera, poza tem kolonie nie nabierały tego różowego zabarwienia, o którym powiada Grumbach, zachowując zabarwienie kanarkowo-żółte. Badania Negriego i Miermeta były potwierdzone przez Stillinga i Rosenowa, którzy nawet sporządzili szczepionkę, jakoby wykazującą działanie skuteczne na opuchnięte w limfogranulomatozie węzły chłonne. Verploeg i Kehrler, niezależnie od wymienionych autorów, wyhodowali bakterje, również na pożywce Löfflera. Bakterie te barwiły się Gram — dodatnio, nie były kwasoodporne, po zastrzyknięciu zwierzętom nie wywoływały schorzenia. Bunting i Yates w trzech przypadkach ziarnicy wyhodowali podobny do prątka błonicy drobnoustrój, który po zastrzyknięciu małpie, spowodował schorzenie, podobne do początkowych okresów ziarnicy człowieka, a mianowicie wywoływał powiększenie węzłów chłonnych z rozrastaniem się komórek śród-błonkowych i tkanki łącznej oraz nacieczenie komórkami eozynochłonnymi. Rzecz prosta, że od przytoczonych objawów do objawów, które są miarodajne dla stwierdzenia ziarnicy złośliwej, droga jest jeszcze bardzo daleka.

Omawiając wyniki badań swoich oraz innych autorów, Grumbach powiada: „jednak częstotliwość opisanych *Corynebacterium* w ziarnicy złośliwej jest znaczna. Znamieną wydatnie mi się okoliczność, iż tak często mogłem hodować prątek ze krwi w napadach gorączki, iż udało mi się otrzymywać w doświadczeniach na zwierzętach wyniki wydatniejsze, niż poprzednikom moim, że określiłem morfologiczne i biologiczne właściwości wyhodowanego prątka“.

Z pracy Grumbacha jednak nie możemy wywnioskować, że schorzenie, powstające u morskich świnek, jest identyczne z ziarnicą złośliwą ludzką. Zresztą sam Grumbach musiał tłumaczyć rozbieżność zjawisk właściwościami ustroju świnek morskich i zapowiedział dalsze badania, spodziewając się, że po zakażeniu temi prątkami innych zwierząt, wyniki będą podobniejsze do limfogranulomatozy ludzkiej.

Omawiając sprawę wykrywania w komórkach i tkankach bakterij metodą histologiczną, a raczej bakterjoskopową, muszę nadmienić tu o znacznych trudnościach nie tylko natury technicznej takich badań, lecz co ważniejsze, o trudnościach w ocenianiu wyników takich badań. W rozważaniu obrazów histologicznych podczas poszukiwania bakterij w preparatach z tkanek, powinna być przestrzegana jaknajwiększa ostrożność. Przytoczę tu pracę tak doświadczonych patologów jak Kuczyński i Hauck, którzy w badaniach bakterjoskopowych wykryli i opisali jako wtęty drobnoustrojowe w komórkach Sternberga twory, „eine neuartige Pilzinfektion, die zwischen der Tuberkulose und der klassischen Aktinomykose etwa die Mitte hält“. Kuczyński sądził, iż ma do czynienia z drobnoustrojem, i że wyniki jego badań są zgodne z poglądami Fraenkela i Mucha, oraz badaniami Negriego i Miermeta. Tymczasem bardzo skrupulatne badania Kawatsury wykazały, że to, co Ku-

czyński i Hauck brali za pasorzyty, jest niczem innem, jak cząsteczkami chromatyny, powstającymi z rozpadu jąder komórkowych. Zupełnie słusznie zaznacza Kawatsura, że wobec tych trudności, które następcza badanie bakterjoskopowe, pasorzytnicze pochodzenie ziarnicy złośliwej może być udowodnione nie taką drogą, lecz jedynie drogą bakterjologicznego badania.

Przystępując do badań bakterjologicznych, zdawałem sobie sprawę, znając piśmiennictwo, dotyczące bakterjologii ziarnicy złośliwej, z tych trudności, które następczą takie badania. Badając skrawki bakterjoskopowo, to jest dążąc do zabarwienia bakterij w skrawkach, nie udało mi się otrzymać obrazów, które wykazywałyby obecność jakichkolwiek drobnoustrojów. Natomiast badania bakterjologiczne, a mianowicie posiewy krwi w dwóch różnych przypadkach i w rozmaitych okresach dały mi takie wyniki, że w ciągu dłuższego czasu spodziewałem się, iż uda mi się potwierdzić badania tych autorów, którzy w prątkach typu *Corynebacterium* widzą szkodnika, wywołującego zmiany ziarnicze. Posiewy krwi często pozostawały jałowe, w tych dwóch jednak przypadkach wydzielone ze krwi bakterje były na tyle podobne do opisywanych przez autorów, że zasługują na wzmiankę.

Posiewów krwi szczurów dokonywałem na surowicy Löfflera, na agarze zwyczajnym, na agarze glicerynowym oraz na buljonie. Podczas gdy na agarze i buljonie posiew krwi pozostawał jałowym, na pożywce Löfflera otrzymałem czystą hodowlę prątka, morfologicznie bardzo bliskiego do prątka Grumbacha. Poza tem jednokrotnie wyhodowałem na agarze glicerynowym w warunkach anaerobowych drobnoustrój, morfologicznie podobny do prątka, który jednocześnie otrzymałem na pożywce Löfflera.

Morfologicznie prątek, wielkości prątka błonicy, barwi się Gram — dodatnio, nie jest kwasoodporny, zabarwiony metodą Neissera wykazuje ziarenka metachromatyczne, leżące na końcach i w samym ciele drobnoustroju w liczbie 1, 2, 3-ch, lub więcej. Prątki układają się po kilka rzędami, tworząc „palisady“ lub też leżą pod kątami jedne w stosunku do drugich.

Początkowy rozrost tych bakterij, wyhodowanych ze krwi, jest nader powolny. Dopiero po kilku, 3-ch do 5-ciu dniach, staje się widoczny nalot, lub drobne pojedyncze kolonie, które się następnie zlewają pomiędzy sobą. Częste przeszczepianie sprzyja szybszemu rozrostowi, który wtedy rozpoczyna się już po upływie doby. Barwa kolonij jest żółtawa, a ich konsystencja śluzowata, co zaznacza się również na preparatach mikroskopowych, w których wyraźnie jest widoczne sklepanie się bakterij w jedną masę.

Przeszczepiony z pożywki Löfflera na agar zwyczajny, prątek prawie nie rośnie. W buljonie tworzy na dnie próbki osad nieznaczny, sam buljon pozostaje przezroczystym.

Otrzymałszy więc drobnoustrój, z budowy swojej podobny do tych prątków, które wyhodowane były przez Grumbacha i innych, pozostawało mi zbadać jego własności chorobotwórcze. W tym celu zawiesinę bakterijną w fizjologicznym roztworze wprowadzałem dootrzewnowo 5-iu szczurom, oraz

dwóm świnkom morskim i 3-em myszkom białym. Obie świnki padły. Jedna na 12-szy dzień, druga na 15-y. Badanie anatomiczne pierwszej świnki nie wykazało zmian, u drugiej spostrzegłem w płucu ograniczone ogniska przekrwienia w postaci czerwonych plamek. Badanie histologiczne tego płuca wykryło drobnokomórkowe nacieczenie, umiejscowione naokoło naczyń krwionośnych i oskrzeli. Nacieczenie, utworzone przez komórki okrągłe, typu limfocytów, wśród których zauważyć się dają liczne eozynofile. Komórek Sternberga brak.

W ten sposób na tych, co prawda nielicznych badaniach, przeprowadzonych na świnkach morskich, nie udało mi się stwierdzić swoście chorobotwórczego wpływu wyhodowanych przezemnie bakterij. Muszę jednak tu zastrzec, że Negriemu i Miermetowi, którzy wyhodowali z miazgi śledzionowej człowieka drobnoustrój, jeżeli sądzić z opisu, podobny do wyhodowanego przezemnie ze krwi szczura, również nie udało się wywołać swoistych zmian po zastrzyknięciu morskim świnkom, które jednak ginęły po takich zastrzykaniach również szybko, bo na 8-y i 10-ty dzień.

Wprowadzenie szczurom dootrzewnowo hodowli moich, jak się zdaje, nie było dla tych zwierząt obojętne. Po dwóch miesiącach następowało tak nadzwyczajne wychudzenie, jakiego w innych warunkach, np. starzenia się zwierząt, nie zdarzało mi się widzieć. Zwierzęta traciły najzupełniej włosy na brzuchu i na kłębach i dochodziły do stanu najwyższego wyniszczenia. Na sekcji tych wychudzonych zwierząt nie udało mi się jednak stwierdzać jakichkolwiek zmian swoistych.

W ten sposób dotychczas nie otrzymałem wyników, któreby potwierdzały, że wyhodowany dwukrotnie ze krwi zwierząt prątek jest czynnikiem, wywołującym powstawanie obserwowanych u chorych szczurów guzków.

Jeżeli przedstawiam tu ujemne wyniki moich badań bakteriologicznych, to miałem przede wszystkim na celu zestawienie tych badań z wynikami prac innych badaczy. Pozostawiając na stronie badania Grumbacha, które, bądź co bądź, dały pewne wyniki dodatnie, możemy zauważyć, że wszystkie pozostałe badania bakteriologiczne, podobnie do moich, nie dały nic pozytywnego. Jak w moim przypadku, były wyhodowane drobnoustroje, które jednak po zaszczepieniu zwierzętom, nie wywoływały swoistego schorzenia. Nawet jeżeli w tkankach bakterioskopowo były wykrywane bakterje, to trudno przypisywać im właściwości chorobotwórcze, gdyż po zaszczepianiu samych tkanek zwierzętom, również nie udawało się wywoływać objawów morfologicznych, zbliżonych do zmian, zwykle powodowanych przez ziarnicę złośliwą.

Z moich badań bakteriologicznych wyprowadziłbym jednak wniosek, że należy być nader ostrożnym w dalekoidących przypuszczeniach, opartych tylko na jednym fakcie wyhodowania z tkanek w ziarnicy złośliwej bakterij, gdyż jak możemy sądzić, bakterje typu *Corynebacterium*, jako częste saprofity, mogą być łatwo kultywowane z tkanek zwierząt. I z tego powodu do tych licznych prac,

które omawiają ten rodzaj bakterij, jako czynnik, powodujący ziarnicę złośliwą, odnosić się należy z wielką rezerwą.

Powracając do analizy sprawy chorobowej, obserwowanej u szczurów, a które przedstawiam dziś Szanownemu Zgromadzeniu, pozostaje mi zadać dobre pytanie: z czym właściwie mam do czynienia, czy z nowotworem, czy z nowotworzeniem się zapalnym tkanki.

W dobie obecnej wiemy o tem, że zwierzęta wogóle często chorują na nowotwory złośliwe. Jak podaje piśmiennictwo, szczury wykazują szczególne usposobienie do zachorowań na nowotwory złośliwe łącznotkankowe. Wolley i Wherry znajdowali pomiędzy dwudziestoma trzema tysiącami dzikich szczurów najrozmaitsze nowotwory, w liczbie 21, a więc jeden nowotwór przypadał na 1000 osobników. Na liczbę ogólną 21 nowotworów, 11 miało charakter złośliwy. W 4 przypadkach zauważono przerzuty. Najczęstsze umiejscowienie nowotworów autorzy ci wykrywali w sutku, nerkach i wątrobie. Statystyka Mc Coysa daje te same liczby, a mianowicie, 1 nowotwór na 1000 szczurów. Na 99 przypadków nowotworów, obserwowanych przez tego autora, w ogólności było 43 złośliwe, a z liczby tej 16, które dały przerzuty.

Za dawnych czasów sądzono, że nowotwory u zwierząt są rzadkością, teraz wiemy o tem że najrozmaitsze nowotwory u zwierząt domowych i u gryzoniów domowych są zjawiskami bardzo częstymi. Na nowotwory chorują również ptaki, szczególnie ptactwo domowe. Nawet ryby i amfibje ulegają schorzeniom nowotworowym.

Znaną jest rzeczą, że myszy wogóle bardzo są skłonne do nowotworów. Wśród nadzwyczaj rozmaitych postaci tych nowotworów, najczęściej są spostrzegane nabłonkowce złośliwe. Między innymi Jobling opisał nowotwór łącznotkankowy złośliwy u myszy, mający budowę histologiczną, odpowiadającą ziarniniakowi Hodgkina, a więc nowotwór o takiej budowie, jak ten, który przedstawiam dziś uwadze Państwa.

A więc nowotwór, czy ziarnica?

Z jednej strony, ten dziwny zbieg okoliczności, że nowotwór ukształtował się u szczura po zastrzyknięciu tkanki węzła chłonnego człowieka, niewątpliwie chorego na limfogranulomatozę, oraz to spostrzeżenie, że krew chorych szczurów ma właściwości, przekazujące przy jej zaszczepianiu, schorzenie, zdawałoby się przemawiać za ziarnicą. Z drugiej zaś strony spostrzeżenie, że żadne inne zwierzę, ani tego samego gatunku, ani innego rodzaju, po zakażeniu niejednokrotnem, materiałem, pobranym z narządów ludzkich, nie wykazało zmian chorobowych, właściwych ziarnicy, oraz ta okoliczność, że omawiany przypadek byłby nietylko pojedynczym w moich badaniach, lecz też wśród innych badań, — wszystko to zdawałoby się przeczyć przypuszczeniom o limfogranulomatozie. Również nieudatne dotychczas próby przeszczepiania nowotworzącej się tkanki ze szczurów na świnki morskie przemawiałyby raczej za nowotworem złośliwym łącznotkankowym.

Na tem przypuszczeniu zgodziłbym się rozpoznanie ustalić i z tego względu

zatyłowałem mój referat, jako *badania doświadczalne nad nowotworem typu ziarniniaka Hodgkina*.

W każdym razie sędzę, że przypadek ten przedstawia się interesującym nie tylko ze stanowiska morfologa, lecz również z punktu widzenia patologa, a szczególnie eksperymentatora, który na drodze badań swoich może natrafić na przeszkody nie tylko natury technicznej, lecz przeszkody najtrudniejsze, bo dotyczące rozważania wyników badań. Zdarza się to wtedy, kiedy zachodzi taki właśnie zbieg okoliczności, jak przypadkowe i samorzutne powstawanie u zwierząt doświadczalnych sprawy chorobowej, trudnej do odróżnienia od sprawy, której istota doświadczalnie jest badana.

Wychodząc z tego stanowiska, ośmieliłem się zająć uwagę Szanownego Zgromadzenia. Dalsze badania na materiale doświadczalnym, który posiadam w Zakładzie Anatomji Patologicznej w postaci zakażonych szczurów, być może dadzą mi możliwość jeszcze raz w przyszłości zabrać głos w kwestjach, na które dziś jeszcze kategorycznie odpowiedzieć nie mógłbym.

Z Kliniki chirurgicznej U. S. B.

Dwa lata istnienia Kliniki.

(Sprawozdanie z lat 1924 i 1925 ze szczególnem uwzględnieniem aseptyki Kliniki).

Podał Prof. Dr. K. MICHEJDA.

Do spisania sprawozdania z działalności Kliniki w dwóch pierwszych latach jej istnienia przystępuję z dwóch powodów. Po pierwsze dlatego, że klinika poza pewnymi brakami ukończyła już okres elementarnej organizacji, który ma być podstawą dalszego jej rozwoju, po drugie dlatego, że okres ten dla każdego zakładu ma bardzo doniosłe znaczenie historyczne, wskutek czego godzi się przeżycia tego okresu przedstawić na piśmie. Pozatem poczuwam się do obowiązku wobec świata lekarskiego miejscowego, wobec przedstawicieli polskiej chirurgji i wobec władzy do złożenia rachunku z tego, co dotychczas zrobiono w kierunku wznowienia działalności dawnej chirurgicznej kliniki wileńskiej, która w ciągu zaledwie 34 lat swego istnienia zdołała zdobyć sobie nie tylko uznanie i zaufanie społeczeństwa, ale i rozgłos instytucji będącej na wysokim poziomie naukowym. Z historycznych względów i dla zaznaczenia ciągłości pracy kulturalnej narodu polskiego na kresach Rzeczypospolitej poświęcę owej dawnej klinice słów kilka.

Chirurgję teoretyczną i położnictwo wykładał w Uniwersytecie Wileńskim pierwszy *Mikołaj Regnier*, urodzony w Strasburgu, powołany w r. 1775 na stanowisko lekarza przybocznego biskupa Massalskiego, a w r. 1783 mianowany profesorem wileńskiej Akademji. Oddany więcej akuszerji jak chirurgji, pracował bez kliniki chirurgicznej, łamiąc utrwalone wśród szlacheckiej młodzieży przesady, które chirurgję pogardą darzyły, a sztukę położniczą „skażeniem obyczajów głośno mianowały”. (Bieliński III. str. 301).

Z inicjatywy Regniera powołany został do Wilna jako prosekretarz instytutu anatomicznego *Jakób Briotet*, Burgundczyk z pochodzenia, wykształcony w Lyonie i Paryżu. Dziesięć lat oddawał się w Wilnie pracy w kierunku anatomicznym (1777—1787), z powodu choroby przerzucił się do działalności chirurgicznej. On to w r. 1809 stworzył klinikę chirurgiczną, którą kierował zaledwie 3 lata; z powodu choroby umysłowej musiał wycofać się z pracy klinicznej.

Następcą jego był *Jan Fryderyk Niszkowski*, pierwszy Polak, przytem Wilenianin na katedrze chirurgji. Wychowanek Szkoły Głównej litewskiej, wykształcenie chirurgiczne odebrał w Niemczech i Francji. Był on zarazem pierwszym czynnym kierownikiem kliniki chirurgicznej. Już za Brioteta on był jej duszą, po ustąpieniu zaś tamtego w r. 1812 postawił klinikę wileńską na wysokim poziomie, czyniąc ją zakładem o charakterze takim, jaki wówczas posiadały kliniki chirurgiczne zachodnie. Nawet bardzo w sędzie o swych kolegach krytyczny profesor *Józef Frank* wyraża się o Niszkowskim w swych pamiętnikach bardzo pochlebnie. Niestety krótko bardzo, bo tylko cztery lata danem mu było prowadzić klinikę. Umarł bowiem nagle w 1816 roku w pełni sił, mając zaledwie 42 lata.

O następstwo po nim rokował *Frank* między innemi i z *Rustem* z Berlina, a chociaż ten był skłonny objąć klinikę wileńską, to jednak nie na niego padł wybór, a na *Wacława Pelikana*. Dnia 5 maja 1817 r. został on mianowany zwyczajnym profesorem chirurgji w wileńskim Uniwersytecie. *Uczeń Buscha* w Petersburgu, przybył do Wilna z dużem doświadczeniem chirurgicznem („wykonał już 105 wielkich operacji chirurgicznych”) i klinikę utrzymał na poziomie, na który ją podniósł jego poprzednik Niszkowski. Kroniki zgodne są w uznaniu dla Pelikana jako chirurga i szkoda wielka, że ten człowiek zdolny dobrą sławę swą postradał całkowicie na stanowisku rektora. Wszakże to on właśnie walczył przyczynił się do zamknięcia Uniwersytetu w r. 1832. Zajmując się już od r. 1824 sprawami rektorskimi więcej jak klinicznymi, kierownictwo kliniki powierzał zastępcom — nasamprzód *Sewerynowi Gałęzowskiemu*, który jeden rok pracował w klinice jako adjunkt, poczem mianowany został profesorem nadzwyczajnym. Udawszy się w r. 1828 w podróż naukową po Europie, więcej do Wilna nie wrócił, roznosząc sławę imienia polskiego tak w Europie, jak i Ameryce. Wileńskie stanowisko jego objął *Konstanty Porcjan-ko*, wychowanek Uniwersytetu wileńskiego, autor licznych prac naukowych, znakomity operator. Aż do zamknięcia Uniwersytetu t. j. do r. 1832 kierownictwo kliniki sprawował w zastępstwie rektora Pelikana; z chwilą powstania Akademji medykochirurgicznej objął w niej samodzielnie katedrę chirurgji i piastował ją do 1841 r. t. j. do śmierci. W ostatnich latach często zastępował go *Józef Korzeniewski*, autor szeregu prac wśród nich pracy „o złamaniach kości”, na owe czasy pracy wybitnej. Również wychowanek Uniwersytetu wileńskiego, dopełnił wykształcenia chirurgicznego w uniwersytetach niemieckich, francuskich i angielskich. W r. 1837 mianowany nadzwyczajnym, w r. 1839 zwyczajnym profesorem chirurgji — kierownictwo kliniki objął dopiero po śmierci Porcjan-ki

t. j. w r. 1841, jakkolwiek faktycznie już od szeregu lat ją prowadził. W rok później t. j. w r. 1842 nastąpiło zamknięcie akademii, a wraz z nią kliniki chirurgicznej. Kierownik jej pozostał w Wilnie, gdzie umarł w 1870 roku.

Istniała zatem klinika 34 lata. Ze skromnych początków wyrosła na zakład niemal równorzędny z klinikami zagranicznymi. I jakkolwiek nie doszły do niej zdobycze Semmelweisa z r. 1839, jakkolwiek zatem działalność jej przypada na czasy najmniej sprzyjające rozwojowi nauk chirurgicznych, bo czasy przedantyseptyczne, to jednak długi szereg prac zarówno profesorów jak i uczniów kliniki świadczy, że biło w niej żywo tętno pracy naukowej.

Dziś nie wiadomo nawet, gdzie klinika się znajdowała. Nie pisze o tem ani Józef Frank w swych pamiętnikach, ani Józef Bieliński w swej Historji Uniwersytetu wileńskiego. Nie zdołałem się tego dowiedzieć od znawców przeszłości Wilna — tak dalece zaginął materialny ślad instytucji kulturalnej, która z woli rządu zaborczego zamknęła swe podwoje w r. 1842.

Minęło z górą 80 lat. Zmiana kolej losu doprowadziła do wskrzeszenia wileńskiej wszechnicy, otwartej 11/X 1919 r. Już w r. 1920 padła ze strony czynników wojskowych myśl, by kliniki wydziału lekarskiego urządzić przy szpitalu wojskowym w Wilnie. Myśl tę podjął i bardzo energicznie poparł marszałek *J. Piłsudski*. Pod jego to czujnem okiem wyrosły obecne zakłady uniwersyteckie na Antokolu, a wśród nich i klinika chirurgiczna. Na rok 1922 miała ona już swój pierwszy, nader skromny budżet, zaś od 1/X tegoż roku objąłem kierownictwo mającego się organizować zakładu. Pomieszczono klinikę na terenie szpitala wojskowego na Antokolu, oddając na jej użytek parter największego gmachu szpitalnego o przestrzeni 1600 m² (6400 m³), z frontem zwróconym na północny-wschód. Lokal, w którym gościły wszystkie armje, jakie przez Wilno w latach od 1914—1920 przeszły, znajdował się w stanie ostatecznej ruiny; składał się z 10 dużych sal. Doprowadzenie do stanu używalności całego lokalu było rzeczą władz budowlanych, to też nie do mnie należy sprawozdanie z tej czynności. Zaznaczę tylko, że przeróbki dokonano według planu złożonego przeze mnie, w ciągu r. 1923, tak, że budynek oddano kierownictwu kliniki około 10 stycznia 1924 r. Po przebudowaniu uzyskano 5 sal dla chorych (3 dla mężczyzn, 2 dla kobiet), każda na 15 łóżek, dwa pokoje mniejsze, jeden z sześcioma (dla kobiet), drugi z czterema łózkami; w tych pokojach przebywają chorzy operowani w ciągu 3—4 dni, poczem wracają na salę ogólną. Prócz tego uzyskano pomieszczenie na jedną salę opatrunkową, małą operacyjną, gabinet kierownika (w nim pomieszczona jest biblioteka), gabinet asystentów, pracownię, ciemnię fotograficzną, dwie łazienki, magazyn, pokój dyżurnej siostry (równocześnie kancelarja kliniczna). Późniejsze przeróbki dały jeszcze miejsce dla ambulatorjum wraz z poczekalnią i gabinet Röntgena. Wszystkie ubikacje są bardzo ciasne i jedynie duży korytarz jest rezerwuarem powietrznym dla kliniki. Wszystkie sale chorych mają po *jednem* weneckiem oknie, zwróconem na wschód i są w głębi znacznie przyćmione. Klinika nie ma ani własnej sali wykładowej i korzysta w tym względzie z gościnności kliniki wewnętrznej prof. Januskiewicza pomieszczonej na II piętrze tego

samego gmachu (windy nie ma), ani własnej odpowiedniej sali operacyjnej; duże aseptyczne operacje odbywają się w sali, która obsługuje tak oddział chirurgiczny wojskowy, jako też i klinikę. Cztery razy w tygodniu korzysta z niej klinika.

W niespełna 2 tygodnie po oddaniu budynku kierownictwu kliniki to jest dn. 22 stycznia 1922 r. przyjęto pierwszych chorych do kliniki. Zatem ten dzień jest początkiem działalności kliniki.

Stosunek kliniki do szpitala wojskowego określa umowa z dn. 13.VII.1923 r., zawarta pomiędzy Ministerstwami Spraw Wojskowych i Oświecenia Publicznego. Zasadniczą treścią tej umowy jest to, że wojskowość odstępuje lokal klinice i stwarza w sąsiedztwie kliniki swój oddział chirurgiczny z 68 łózkami, który kierowany jest przez ordynatora, będącego równocześnie asystentem kliniki. Kierownik kliniki jest fachowym doradcą oddziału wojskowego. Chorzy oddziału wojskowego mogą być na równi z chorymi klinicznymi demonstrowani na wykładzie klinicznym. Szpital wojskowy żywi chorych klinicznych za opłatą, ustaloną przez władze wojskowe, pozatem gospodarczych styczności między obu instytucjami prawie że nie ma. W szczególności cały inwentarz kliniki jest zakupiony z funduszy Ministerstwa Oświecenia i jest jego własnością. W budżecie oznaczono liczbę łóżek klinicznych na 85.

Organizacja kliniki wypadła na okres największej inflacji i spadku waluty markowej. Pod tym znakiem tworzyła się klinika. Drugim znakiem była konieczność jaknajprędzszego otwarcia kliniki z uwagi na to, że młodzież medyczna wstępowała na rok IV, w którym wykłady kliniczne są obowiązkowe. Z górą rok wykłady odbywały się tylko na podstawie chorych z oddziału wojskowego. W ciągu ostatniego kwartału 1922 r. i całego roku 1923 wykonano prace przygotowawcze dla otwarcia kliniki. Program pracy był następujący: nasamprzód nabyć inwentarz konieczny do tego, by mózdz chorego położyć w klinice i operować, potem zaopatrzyć klinikę w przyrządy. potrzebne do dokładnego zbadania i leczenia konserwatywnego chorego (pracownia chemiczna, bakterjologiczna, gabinet Röntgena i światło-leczniczy, endoskopja), na koniec pomoce naukowe, potrzebne dla wykształcenia i pracy naukowej lekarzy (biblioteka, fotografia, mikrofotografia i t. p.). Rozumie się, że nie trzymano się ściśle tej kolejności, niemniej jednak w grubszych zarysach plan ten był podstawą całej gospodarki kliniki.

Kredyty przeznaczone na urządzenie kliniki były bardzo skromne. W roku 1922 i 1923 opiewały one jeszcze na marki; a że to były lata niebywałego spadku waluty, więc też nie małe trudności sprawia obliczenie, ile na urządzenie kliniki wydano. W poniższych danych sumy markowe (których nie notuję) podaję zamienione na złote równe frankom szwajcarskim podług kursu giełdy warszawskiej z dnia wystawienia rachunku za towar. Musiałem przyjąć tę właśnie podstawę obliczenia dla tego, że przyznanych kredytów nie było można podejmować odrazu, a tylko w miarę przedstawienia rachunku za dostarczony towar. Prowadziło to do tego, że żadną miarą nie było możliwem wyzyskanie budżetów w pełnej wartości dolarowej czy frankowej, jaką miały w dniu ich

przyznania. Marki leżały w Kasach Skarbowych i traciły na wartości. Traciły tem mniej, im prędzej dokonywano zakupów, co zmuszało nieraz do kupowania towaru, jaki był pod ręką, do lekkomyślnego, a conajmniej do niedostatecznie przemyślanego nabywania inwentarza. Wyjaśnia to jednak przyjęta przeze mnie zasada obliczenia kosztów urządzenia kliniki.

W roku 1922 miała klinika do dyspozycji sumę równą 3474 zł. Z sumy tej wydano na inwentarz 3280,57 zł., resztę na wydatki nieinwentaryzowane.

Korzystniej dla kliniki pod względem budżetowym przedstawiał się rok 1923. Budżet tegoroczny przewidywał pozycję na utrzymanie i urządzenie kliniki w sumie 305 milionów marek, co w dniu 1.1.1924 r. wynosiło pokąźną sumę 91.911 złotych. Sumy tej jednak z powodów wyżej wymienionych (niemożność podjęcia całej dotacji i spatek waluty) nie zdołano w całej wartości wyzyskać pomimo dodatkowych kredytów, przyznanych w ciągu ostatnich miesięcy 1923 r. Po przeliczeniu wydanych sum w myśl wyżej podanych zasad wydaliśmy w tym roku na urządzenie kliniki 31.409,94 zł., na pomoce naukowe 2.887,57 zł. czyli razem: 34.297,51 zł.

W roku tym nie mieliśmy jeszcze własnego lokalu a więc także i chorych. Przeto bardzo znaczna część powyższej kwoty bo 29.905,68 zł. mogła być zużyta na zakupno inwentarza. Reszta wydatków tego roku poszła na przedmioty nieinwentaryzowane (w sumie 4.391,83 zł.).

Z bardzo zatem skromnymi inwentarzem rozpoczęto rok 1924. Lokal kliniki nam już oddano, zaraz też z początkiem roku 1924 nadszedł budżet, który przewidywał 66.028 zł. niedoboru, mającego być pokrytym przez Skarb Państwa, przy 27.000 zł. przewidzianych na zakupno inwentarza. Kredyty uruchomione w styczniu wydano w ciągu bardzo krótkiego czasu w związku z uruchomieniem kliniki w dniu 22.1. Władze skarbowe nagle wstrzymały wydawanie pieniędzy i otwarte dalsze kredyty dopiero na początku drugiego kwartału. W ciągu dwóch pierwszych miesięcy istnienia swego klinika nie otrzymała ani grosza dotacji rządowej. Położenie było tem cięższe, że roboty budowlane, na których tok kierownictwo kliniki miało tylko bardzo niewielki wpływ, były niezupełnie wykończone i tak, jedna sala była niewykończona, z 4 klozetów wykończony był jeden, z dwóch łazienek — jedna, w trzech pokojach brakowało umywalk; zaś roboty wykończone okazywały już w pierwszych dniach braki: tynk z sufitu w kilku miejscach odpadł, w jednej sali pękł piec. Gmach w tym stanie postanowiono objąć tylko z uwagi na przeciąganie się robót budowlanych i na konieczność jak najszybszego otwarcia kliniki dla słuchaczy V roku, a więc słuchaczy kończących studia. Były to jednak przeszkody, które wobec zupełnego wstrzymania kredytów, z natury rzeczy zbyt nikłych opłat od chorych ogromnie hamowały rozwój kliniki. Połowa jedna pozostać musiała zamkniętą (z powodu braku funduszy na naprawę pieca, urządzenie klozetów i łazienek). Dopiero od kwietnia wpływały dotacje rządowe regularnie w miesięcznych odstępach; nie były one jednak $\frac{1}{12}$ częścią sumy preliminowanej w budżecie państwowym. Pewnej otuchy i rozpędu nabrano dopiero pod koniec roku budżetowego, t. j. w listopadzie 1924 r., gdy dotacja, przyznana na ten miesiąc (16.000 zł.) wyniosła dokładnie połowę tego, co po odliczeniu sum wypłaco-

nych od stycznia do października pozostało jeszcze do wypłaty z sumy 66.000 złotych, przewidzianych dla kliniki w preliminarzu budżetowym. Przypuszczano więc, że i grudniowa dotacja będzie równie wysoką i że w ten sposób preliminarz budżetowy będzie istotnie i w całej rozciągłości zrealizowany. Na tej nadziei oparto plan finansowy na miesiąc listopad i grudzień. Jednakże w grudniu klinika otrzymała 2.500 zł. zamiast spodziewanych 16.000 zł. Skutki tego zawodu do dnia dzisiejszego nie są zlikwidowane.

Na tem tle rozwija się gospodarka roku 1924. Mieliśmy do dyspozycji następujące sumy: 1) z dotacji rządowej na utrzymanie kliniki zamiast preliminowanych na ten rok 66,028 zł. Kasa Skarbowa wypłaciła 52.446,75 zł. czyli o 13,582 zł. mniej; 2) z wpływów od chorych uzyskano 37,883,05 zł. zamiast preliminowanych w budżecie 59.028 zł.; 3) z dotacji na pomoce naukowe Kasa Skarbowa wypłaciła 5284,50 zł. Razem zatem dysponowano na rok 1924 96,614,30. Z sumy tej wydano na prowadzenie kliniki (żywienie chorych, opał, światło i t. d.) — 55,353,66 zł., czyli że sumy tej nie potrafiły pokryć wpływy od chorych (38,883,05). Na inwentarz wydano resztę, t. j. 41.260,64 zł.

Rok ten zakończono deficytem mimo, że w grudniu po odebraniu wiadomości o zmniejszeniu dotacji, cofnięto pewne zamówienia; deficyt ten wynosił 12422 zł. t. j. mieścił się on w granicach preliminarza budżetowego, z którego nie zrealizowano sumy 13582 zł.

Rok 1925 zaznaczył się pełnym ruchem chorych. Prowadzenie kliniki pochłonęło przeto duże sumy na codzienne potrzeby zakładu chirurgicznego. Na zakup inwentarza zdołano zużyć 31,735,24 zł.

Sposób zużytkowania sum, które rozporządzano na zakupno inwentarza widoczny jest z następującego zestawienia:

	1922	1923	1924	1925	R a z e m	
1. Inwentarz gospodarczy						
a) łóżka i pościel	—	7598,10	—	—	7598,10	
b) meble	912,00	1604,42	11662,94	758,25	14937,61	
c) bielizna	234,40	7038,62	5367,67	3916,45	16557,14	
d) inw. kuchenny i in.	38,60	1010,34	954,66	3004,31	5007,91	44100,76
2. Inwentarz operacyjny	1935,65	10996,31	3381,08	5089,71	21402,75	21402,75
3. Pomoce naukowe						
a) tablice wykładowe	7,00	308,39	155,05	660,45	1139,89	
b) biblioteka	52,92	48,00	3536,90	4238,30	7876,12	
c) pracownia chem. bakt.	—	951,00	1877,23	8200,66	11029,39	
d) " fotograf.	—	350,00	614,74	—	964,74	
e) " Röntgena	—	—	12518,75	5758,12	18276,87	
f) gab. światłoleczn.	—	—	292,93	—	292,93	39579,94
4. Inne	—	—	898,69	—	898,69	898,69
	3180,57	29905,68	41260,64	31635,25	105982,14	105982,14

personel najemny w związku z powiększeniem agend ambulatorjum, zorganizowaniem prawidłowych dyżurów nocnych i wogóle rozwojem kliniki przy niedostatecznych etatach personalnych, w budżecie przewidzianych.

Personel kliniki w budżecie przewidziano w następującym składzie: Kierownik, adjunkt, 3 asystentów starszych, 2 asystentów młodszych, 5 siostr miłosierdzia, 9 posługaczek, 2 pielęgniarzy, 1 woźny, 1 kancelistka. Razem 25 osób. Jest rzeczą znaną, że w zakładach chirurgicznych ilość personelu w stosunku do ilości chorych powinna odpowiadać stosunkowi 1:2; wiadomo dalej, że jest to norma przeciętna, i że im mniejszym jest dany zakład, tem mniej korzystnie (finansowo) przedstawiać się będzie ten stosunek, zaś im większy zakład, tem korzystniej ten stosunek będzie wyglądał. Innemi słowy: ta sama ilość personelu obsłuży z łatwością większą ilość chorych ponad pewną normę. Klinika wileńska jest zakładem, który zaliczyć można do średnich, w którym zatem stosunek personelu do ilości łóżek nie powinien odbiegać od powyższej normy. Pozatem na ilość personelu wpływać muszą czynniki miejscowe, jak rozmieszczenie lokalu, organizacja pracy i t. p. Pod tym względem klinika chirurgiczna wileńska jest w warunkach niekorzystnych; zajmując bowiem parter dużego gmachu musi *całemu gmachowi* (mieszczącemu jeszcze dwie inne równie wielkie jak klinika chirurgiczna instytucje szpitalne) zapewnić obsługę bramy w ciągu całej doby; pozatem brak własnej sali wykładowej zmusza do noszenia chorych na wykład na całe dwa piętra, co jest bardzo dużym obciążeniem personelu.

Nic też dziwnego, że ilość personelu, przewidzianego budżetem, nie może zaspokoić potrzeb kliniki. Nawet laik potrafi zrozumieć, że przy pięciu siostrach nie można opędzić potrzeb 5 sal, dwóch sal operacyjnych (bo t. zw. wspólna sala operacyjna obsługiwana jest przez personel kliniczny t. j. pielęgniarza i posługaczkę, przyczem siostra tej sali opłacana jest zarówno przez wojsko jak i klinicę), sali opatrunkowej, ambulatorjum, gabinetu Röntgena, dyżurów nocnych i t. d. Wszelkie starania o powiększenia etatów personalnych, ustalonych jeszcze przed objęciem przezemnie kierownictwa kliniki, rozbiły się o bezwzględny opór władz centralnych. Psychologia „redukcyjna” nie pozwalała na uczynienie zadość potrzebom zakładu, będącego w wyjątkowych warunkach. Ponieważ jednak chorzy opiekę mieć muszą, przeto radzimy sobie w ten sposób, że donajmujemy pewną ilość służby (ksiądz kapelan, siostr 3, pielęgniarz 3 i woźnych 2 — t. j. 9 osób), opłacając ją z wpływów od chorych. Obciążenie finansowe kliniki z tego tytułu wynosiło w roku 1925 groszy 98 na jeden dzień leczenia. Spada ono znacznym ciężarem na wysokość opłat za leczenie, odbijając się ujemnie na frekwencji chorych. Niestety nierychło spodziewać się można poprawy w tym względzie, t. j. przejęcia donajętego personelu na etat personalny Ministerstwa — Na zakończenie tego ustępu dodam, że administracja kliniki nie stanowi żadnej samodzielnej jednostki. Kieruje nią kierownik przy pomocy adjunkta i dwóch sił pomocniczych (kancelistki i siostry gospodyni).

Przechodzę do omawiania czynności operacyjnych kliniki. Muszę je omawiać na tle ogólnego rozwoju kliniki, gdyż w szczególności sprawa pomieszcze-

nia kliniki odbić się musiała na czynnościach operacyjnych, nie tylko wpływając na ilość dokonanych zabiegów, ale i na aseptykę.

Otóż roku 1922, kiedy jeszcze klinika nie miała swego lokalu i kiedy to także oddział wojskowy chirurgiczny był w remoncie, zarówno klinika jak i oddział wojskowy mieściły się w różnych budynkach prowizorycznych. Jako oddział operacyjny służyła połowa t. zw. I pawilonu, t. j. oddziału przeznaczonego definitywnie na pomieszczenie wojskowego oddziału ginekologicznego. Nasza część miała małą salę operacyjną i 5 pokoiów z 16 łózkami. Wojskowi chorzy aseptyczni pomieszczeni byli w głównym gmachu szpitala na I piętrze. Gmach ten od oddziału operacyjnego jest odległy o 200 metrów, Chorych cywilnych chirurgicznych przyjmowała z całą gotowością klinika chorób wewnętrznych prof. D-ra Januszkiewicza umieszczona także w głównym gmachu na drugim piętrze. Wojskowy oddział septyczny mieścił się w t. zw. III pawilonie, odległym od operacyjnego o 100 metrów, od głównego gmachu — o 250 mt. Oddział operacyjny był za mały, by pomieścić wszystkich chorych, którzy mieli być operowani. Przed operacją zatem chorzy aseptyczni przebywali: wojskowi — na I-em, cywilni — na II-em piętrze głównego gmachu, po operacji leżeli 3 — 4 dni na oddziale operacyjnym, poczem przenoszeni byli z powrotem na swój oddział. Że to były warunki mało sprzyjające prawidłowej pracy chirurgicznej, to rzecz jasna. W roku tym, a więc od 1/X do 31/XII 1922 t. j. w ciągu trzech miesięcy, wykonano zaledwie 28 operacji, gdy równocześnie oddział wojskowy wykonał 136.

Pierwszą połowę roku 1923 spędziliśmy w tych samych warunkach. W drugiej połowie (w sierpniu) oddział wojskowy przeniósł się do własnego pawilonu odnowionego, mieszczącego 68 łóżek i jakkolwiek nie idealnie, to przecież wcale dobrze urządzonej salę operacyjną aseptyczną, septyczną i duży pokój opatrunkowy. Sala operacyjna aseptyczna, przeznaczona do wspólnego użytku kliniki chirurgicznej i oddziału wojskowego, położona jest pomiędzy oboma zakładami. Klinika nadal cały rok umieszczała swych chorych w klinice profesora Januszkiewicza. W ciągu roku 1923 wykonano operacji 136, zaś na oddziale wojskowym 568.

W roku 1924 od 22 stycznia klinika miała już swój lokal, którego największą wadą jest, jak już wyżej podałem, brak własnej sali operacyjnej aseptycznej, i własnej sali wykładowej. W roku tym wykonano ogółem 551 operacji klinicznych, zaś na oddziale wojskowym 477.

W roku 1925 liczba operacji klinicznych doszła do 780 — oddział wojskowy miał w tym roku 183 operacji.

Łącznie zatem w czasie od 1/X 1922 r. do 31/XII 1925 r. klinika wykonała operacji 1495., gdy oddział wojskowy 1364. Przytaczam liczby dotyczące oddziału wojskowego dlatego, że wobec jednolitego kierunku pracy w obu zakładach w latach sprawozdawczych, liczbami temi będę się posługiwał przy omawianiu aseptyki kliniki.

Nie chcę z braku miejsca podawać statystyki operacyjnej szczegółowej, zaznaczę tylko, że wykazuje ona stały wzrost zabiegów większych co uwi-

doczną liczby wyjęte z ogólnego zestawienia a dotyczące tylko cięższych zabiegów:

	1922	1923	1924	1925	Razem
Gruzoł tarczowy	1	17	15	24	58
„ piersiowy	—	10	21	20	51
Żołądek i dwunastnica	6	15	22	30	73
Jelito cienkie i grube	1	3	8	16	28
Ostre zapal. wyr. robaczkowego . .	—	7	34	49	90
Przewlekłe „ „	5	48	65	112	230
Otrzewna	1	6	7	9	23
Wątroba i drogi żółciowe	2	4	16	22	44
Przepukliny uwięźnięte	2	4	10	6	23
Nerki, pęcherz i gr. krokowy	—	13	23	21	58
Naczynia krwionośne	—	6	6	4	16

Dużą część materiału operacyjnego, szczególnie laparatomijnego, klinika otrzymywała od kliniki wewnętrznej prof. Januskiewicza.

Nie przytaczam danych co do śmiertelności po zabiegach operacyjnych; materiał nasz jest zbyt mały, by można było wyciągnąć na jego podstawie wiążące wnioski.

Natomiast przytoczę dane, donoszące się do przebiegu gojenia się ran. Dla ścisłości podam po krótko zasady aseptyki, obowiązujące w naszej klinice.

Sterylizacja materiału operacyjnego:

a) Narzędzia sterylizujemy, gotując je w wodzie z dodatkiem boraksu w ciągu minut 10.

b) Materiał opatrunkowy składany bywa do puszek Schimelbuscha wraz z karteczką opatrzoną nadrukiem „wyjałowione“, zamazanym krochmalem i płynem Lugola (sposób Mikulicza). Siostra pilnująca sterylizacji materiału plombuje puszki przed oddaniem ich do autoklawu. Autoklaw wykonany w całości przez wileńską firmę Bancewicza, ma ściany podwójne, jest ogrzewany naftą (w klinice nie ma gazu) i pracuje przy ciśnieniu 2 atm, — Sterylizacja trwa 1½ godziny, z suszeniem 2 godziny.

Plombę z puszek zrywa służący w obecności siostry podającej narzędzia bezpośrednio przed otwarciem puszki i oddaniem jej do użytku. Kartka z napisem „wyjałowiony“, który to napis po sterylizacji staje się widoczny, stanowi kontrolę, czy dana puszka była sterylizowaną czy nie.

Mycie rąk: myjemy się wodą przegotowaną, wygotowanymi szczotkami z włosienia i mydłem w ciągu 20 minut, zmieniając w tym czasie szczotki raz

jeden: poczem osuszamy ręce jałową chustką i wycieramy je chustką napojoną alkoholem (spirytus skażony).

Katgut surowy, nawinięty na szpulki, wkładamy do roztworu Lugola (Jodi puri 5,0. Kalii jodati 10,0 Spir, vini 500,0) na przeciąg 14 dni. Po 14 dniach wkładamy katgut do 96% alkoholu, w którym przebywa aż do chwili użycia go.

Jedwab surowy zwijamy bez szczególnego przygotowania na szpulki i wkładamy do eteru na przeciąg 48 godzin (dla odtłuszczenia). Po upływie 48 godzin wyjmujemy jedwab i gotujemy go w roztworze sublimatu 1‰ przez 25 minut. Jedwab tak wygotowany wkładamy do alkoholu 96%, w którym leży aż do użytku. Przed operacją jednakże wyjmujemy jedwab, mający iść do operacji, z alkoholu i gotujemy go w ciągu 5 minut w fizjologicznym roztworze soli kuchennej.

Mycie pola operacyjnego: Chory w przeddzień operacji bierze kąpiel. W czasie narkozy asystent zmywa pole operacyjne szeroko benzyną, potem spirytusem skażonym, osusza suchą chustką i naciera raz jeden nalewką jodową. Pole operacyjne okładamy prześcieradłami, pozostawiając odsłoniętą bardzo niewiele większą przestrzeń, niż potrzeba do wykonania cięcia skórno.

Sami wkładamy na siebie bieliznę płócienną (koszula z krótkimi rękawami, spodnie), na obuwiu jeszcze podczas mycia się wkładamy kalosze operacyjne, po umyciu się wkładamy na głowę maskę wyjałowioną, [szczelnie okrywającą głowę i twarz, z wyjątkiem oczu, i płaszcz sterylizowany z tyłu zapięty, z długimi rękawami. Operujemy w rękawiczkach gumowych, które nakładamy nam na ręce siostra instrumentująca, nie dotykając ich powierzchni zewnętrznej. Rękawiczka pokrywa koniec rękawa. Od połowy lutego 1925 r. wkładamy jeszcze na rękawiczki gumowe — rękawiczki niciane. Są one bardzo dobrą ochroną rękawiczek gumowych i ułatwiają chwytanie narzędzi gładkich w palce. Rękawiczki w czasie dużych zabiegów zmieniamy według potrzeby, operujemy jednak do końca w rękawiczkach.

Nóż, którym rozciąłmy skórę odrzucamy, do brzegów cięcia przypinamy za pomocą spinaczy Backhausa chustki i odgraniczamy w ten sposób możliwie dokładnie głębszy teren operacyjny od skóry. Zasadniczo staramy się, zwłaszcza o ile chodzi o zabiegi typowe, — preparować wszystko za pomocą narzędzi, ograniczając używanie palców do minimum. Do szwu jelit używamy jedwabiu, do podwiązek również jedwabiu cienkiego. Otrzewną szyliśmy z początku jedwabiem, obecnie tak jak i wszystkie inne podskórne warstwy — katgutem, skórę — jedwabiem. Po zaszyciu rany pocieramy ją raz jeden nalewką jodową i opatrujemy wyjałowionym materiałem opatrunkowym. Przy zabiegach w jamie brzusznej staramy się narząd, na którym dokonujemy operacji (żołądek, jelito, wyrostek robaczkowy) wyciągnąć przed ranę brzuszną. Dawniej wkładaliśmy chustki do jamy otrzewnej, by zapobiedz wypadaniu jelit przed ranę; przekonał się jednak przy sposobności wtórnych operacji, że przy nienagannej „prima intentio“ rany powłok brzusznych, w jamie otrzewnej spotykaliśmy bardzo obfite zrosty narządów z otrzewną ścienną wokoło pierwotnego cięcia. Tak silny stopień włóknistego zapalenia otrzewnej odnieść musieliśmy do

zniszczenia śródbłonna otrzewnej ścienną chustkami, leżącymi przez cały czas zabiegu w jamie brzusznej. Wobec tego ograniczyliśmy w ostatnim czasie używanie chustek zabezpieczających do minimum; o ile można nie wkładamy ich do jamy brzusznej, a tylko wyciągnawszy narząd, na którym operujemy, przed powłoki, dookoła miejsca operowanego kładziemy powierzchownie dwie chustki, spinając je na dwóch końcach. Sposób ten wystarcza w normalnych warunkach do ochrony jamy brzusznej przy takich zabiegach jak zespolenie żołądkowo jelitowe zwykłe, czy po resekcji żołądka, usuwanie wyrostka robaczkowego z powodu przewlekłego zapalenia.

Wszelkie opatrunki robimy w rękawiczkach gumowych, taksamo oczywiście i septyczne operacje. Lekarz, pracujący na sali, w której są pomieszczeni chorzy septyczni, nie bywa usuwany od operacji aseptycznych, chyba, że przez nieostrożność lub przypadek zetknął się z ropą, wówczas w ciągu 24 godzin nie śmie wykonywać ani też asystować do operacji aseptycznej.

Opatrunek po operacjach aseptycznych bywa zmieniany w tydzień po operacji; przy tej sposobności usuwa się szwy. Bez potrzeby, na którą by wskazywały wahania ciepłoty ciała i inne objawy ropienia, nie rewidujemy rany przed zdjęciem szwów. O ile aseptyczne pole operacyjne drenowano (struma, rak piersi), to dren usuwamy po 24 godz.

Wyniki uzyskane przy stosowaniu powyższych zasad są następujące: (liczby wzięte tak z kliniki, jak i oddziału wojskowego).

W roku 1922 mieliśmy 101 operacji aseptycznych: w 98 przypadkach uzyskaliśmy gojenie się rany per primam intentionem, w 3-ch — wystąpiło powierzchowne zakażenie (3%).

W roku 1923 na 387 operacji aseptycznych rany goiły się per primam 385 razy, per secundam — 2 razy (0,51%).

W roku 1924 na 402 operacje aseptyczne gojenie per primam nastąpiło w 396 przypadkach, per secundam w 6 przypadkach (1,44%).

W roku 1925 na 598 operacji aseptycznych gojenie doraźne wystąpiło w 584 przypadkach, ropienie mieliśmy 14 razy, co odpowiada 2,34%. Zatem okres od 1/X 1922—31/XII 1925 r. dał na obu oddziałach 1488 operacji aseptycznych z doraźnym gojeniem się w 1463 przypadkach, z ropieniem w 25 przypadkach. Odsetek ropień wynosił zatem 1,68.

Każde ropienie było przedmiotem dochodzenia, które miało na celu stwierdzenie przypuszczalnej przyczyny ropienia. W roku 1922, w którym przy najmniejszej ilości zabiegów mieliśmy najwyższy procent zakażeń (3%), przyczynę odnieść musimy do niekorzystnych warunków pomieszczenia chorych, o których wyżej była mowa i wynikającym z tego braku należytej opieki. Zropiała nam w tym roku rana u chorego z 1) przepukliną wolną pachwinową; dochodzenie wykazało, że chory ten wylał sobie na opatrunek mocz z flaszki nie nikomu o tem nie mówiąc; 2) po operacji Albeego, przyczem zropiała tylko rana na podudziu; odnośnie do tego przypadku nie mogę podać faktu, któryby usprawiedliwił to powikłanie; 3) po usunięciu wyrostka robaczkowego a froid u chorej, która w dniu operacji zdarta sobie opatrunek z rany.

W roku 1923 zropiała rana u chorego po operacji tętniaka urazowego tętnicy udowej; operowałem chorego w 6 tygodni po zranieniu. Ropienie odnieść muszę do zbyt wczesnego wykonania zabiegu. Prócz tego zropiała rana u chorego po operacji wolnej przepukliny pachwinowej; ropienie było tu skutkiem krwiaka, jaki wytworzył się w związku z zabiegiem.

W roku 1924 mieliśmy 6 wypadków ropienia pooperacyjnego: 1) przypadek wyluszczenia stawu barkowego z powodu mięsaka; ropienie wystąpiło w związku z krwiakiem; 2) i 3) dwa przypadki przepuklin wolnych pachwinowych, operowane bez rękawiczek z powodu chwilowego braku tychże; 4) przypadek wyjęcia nerki z powodu gruźlicy — o przyczynie ropienia nieznanej; 5) przypadek przepukliny brzusznej pooperacyjnej, operowany przez kolegę, który w dzień przed operacją zetknął się z ropą; 6) przypadek choroby Basedowa; po skończonej operacji u chorej wystąpiło krwawienie z powierzchownej żyły, z której w czasie zabiegu opadła podwiązka. Musiano szwy rozpuścić i podwiązać żyłę w warunkach pod względem aseptyki gorszych.

Lista ropień 1925 jest już znacznie dłuższa i obejmuje 14 przypadków; w roku tym mieliśmy jak gdyby epidemię zakażeń, trwającą w pewnych miesiącach. I tak:

a) w styczniu na 67 operacji asept. było zakażeń	0
„ lutym „ 57 „ „ „ „	2 t. j. 3.50%
„ marcu „ 74 „ „ „ „	4 „ 5.40%
„ kwietniu „ 74 „ „ „ „	2 „ 4.54%
„ maju „ 77 „ „ „ „	2 „ 2.59%
„ czerwcu „ 70 „ „ „ „	1 „ 1.43%
„ lipcu — październiku 129 „ „ „ „	0 —
„ listopadzie 44 „ „ „ „	1 „ 2.27%
„ grudniu „ 36 „ „ „ „	2 „ 5.56%
598	14 = 2.34%

w okresach półrocznych stosunki te przedstawiały się następująco:

b) od 1/I—30/VI było operacji aseptycznych	389, ropień 11 t. j. 2.82%
od 1/VII — 31/XII „ „	209, ropień 3 t. j. 1.43%

Jakkolwiek nie mam skłonności do szukania przyczyn większego procentu w I półroczu 1925 w zwiększeniu ilości operacji w ciągu tego półrocza w stosunku do poprzednich półroczy i półrocza następnego, to jednak w zestawieniu b) zwraca uwagę, że z ilością operacji rośnie nie tylko ilość zakażeń, ale rośnie przede wszystkim odsetek zakażeń. Byłby stąd dość prosty wniosek, że ilość operacji w I półroczu nadmiernie obciążyła jedną z podstaw aseptyki klinicznej. Wniosek taki nie znajduje potwierdzenia w następujących danych. Przygotowanie pola operacyjnego nie ulega zmianie przy zwiększającej się ilości operacji, nie może zatem wpływać na pogorszenie się wyników. Może natomiast wpływać na nie przygotowanie się personelu do operacji. Co do tego punktu muszę zaznaczyć, że ilość 389 operacji w jednym półroczu nie uważam za przekraczającą siły 6 sił lekarskich pracujących w klinice. Statystycznie jest

niezmiernie trudno przeprowadzić badania nad tem, czy jedni lekarze nie wnoszą więcej zakażeń pooperacyjnych od innych, a to dla tego, że przy każdym zabiegu kilku lekarzy jest czynnych (u nas 3). Wykonaliśmy jednak zestawienie udziału poszczególnych lekarzy przy zabiegach aseptycznych i oto jego wyniki.

Kolumna I oznacza ilość operacji aseptycznych, w których lekarz brał udział, druga oznacza ile razy nazwisko tego lekarza powtarza się w spisie przypadków zakażonych, trzecia oznacza to samo w stosunku do tych operacji, które według naszego mniemania nie kryły w sobie żadnych przyczyn ropienia: będzie o tej grupie jeszcze mowa poniżej.

L e k a r z	I. Ile razy lekarz brał udział w oper. aseptycz- nych	II. Ile razy powtarza się na- zwisko lekarza w 14 przy- padkach zakażonych		III. Tosamo odnośnie do 9 przypadków zakażonych wybranych z liczby 14	
		Liczba absolutna	%	Liczba absolutna	%
A	190	5	2.63	2	1.05
B	36	2	5.55	1	2.76
C	185	7	3.78	5	2.70
D	215	6	2.79	6	2.79
E	214	7	3.27	4	1.86
F	244	7	2.86	4	1.64
G	76	2	2.63	2	2.63
H	52	1	1.92	1	1.92
I	84	1	1.20	1	1.20
K	77	1	1.30	1	1.30
L	12	1	8.33	1	8.33
M	2	1	—	1	—

Lekarze, oznaczeni literami od A — K, pracowali systematycznie w klinice, lub na oddziale wojskowym; litery L i M oznaczają studentów medycyny, przygodnie pracujących. Wysoki odsetek ropień, zaznaczony przy literze L, jest oparty o zbyt małe liczby, aby można z niego było wyciągnąć wiążące wnioski teoretyczne. Przy literze M nie zazaczyłem odsetka, który wynosiłby 50%, gdyż byłby on oparty na 2 przypadkach. Praktycznie wyciągnęliśmy z tych liczb wnioski idące daleko; były one bowiem powodem zarządzenia, zabraniającego używania studentów do asysty przy zabiegach aseptycznych. Inne liczby, szczególnie liczby kolumny III nie uprawiają do obciążania pewnych lekarzy zarzutem, że to oni właśnie są tymi, którzy szczepią zakażenie w czasie zabiegu.

Dochodząc dalszych możliwych przyczyn częstego ropienia w roku 1925 podzielić musimy rozporządzalny materiał tego roku na dwie grupy, uwidoczni-

ne w zestawieniu powyższem. Do pierwszej zaliczamy te wypadki, gdzie przyczyny ropienia domyślać się można w samym schorzeniu, względnie w indywidualnem obniżeniu żywności i temsamem odporności tkanek. Z 14 przypadków zakażonych do tej grupy zaliczyć możemy dwa ostre zapalenia wyrostka robaczkowego, jeden przypadek obustronnej dekapsulacji nerek u chorego z objawami mocznicy spowodowanej, jak autopsja wykazała, mięsakiem nerki, jeden przypadek bardzo dużej przepukliny pępkowej u osoby otyłej i wreszcie jeden przypadek dotyczący chorej operowanej w ciągu krótkiego czasu po raz drugi (pierwszy raz z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego) z powodu objawów mechanicznej niedrożności, czyli razem 5 przypadków. Były one operowane albo jako nagłe, poza zwykłymi godzinami operacyjnymi, albo też jako pierwsze z rzędu w programie dnia operacyjnego. Jedynie przypadek ostatni był operowany również jako nagły, ale bezpośrednio po innej operacji z powodu zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu wrzodu dwunastnicy. Pozostaje 9 przypadków, w których niepodobna dopatrywać się żadnego obniżenia odporności tkanek, a w których mimo to doszło do zakażenia. Są to: 1) przepuklina udowa u chorej kiłowej, 2) operacja Albégo, 3) mięsak sklepienia czaszki, 4—9) sześć przypadków przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Statystyka ta jest tem smutniejsza, że w związku z zabiegiem dwa razy rozwinęło się śmiertelne zapalenie otrzewnej (po appendectomji). Oba wypadki zaszły w krótkim czasie (jeden w marcu, drugi w kwietniu); jeden z nich operowany był w t. zw. drugiej sali operacyjnej (klinicznej) z powodu chwilowego przeciążenia wspólnej sali (wojskowo klinicznej) i był drugim w programie operacyjnym; wykonany został z asystą studenta medycyny; pierwszy przypadek bezpośrednio przedtem w tym samym składzie operowany zagoił się doraźnie. Dochodzeniem stwierdzono, że po zakończeniu pierwszej operacji personel operujący i asystujący odbył przepisane mycie, *nie skracając* przyjętych w klinice norm mycia. Sekcji nie wykonywano. Drugi analogiczny wypadek zaszedł na oddziale wojskowym i był w programie dnia operacyjnego pierwszym, inne zagoiły się doraźnie. Sekcja wykazała głębokie ropnie migdałków.

Udział lekarzy w tej grupie 9 chorych uwidocznił się w kolumnie 3. Procent zakażeń, zaznaczony przy literach niektórych lekarzy (A, B, C, E, F) znacznie się obniżył w stosunku do kol. II obejmującej wszystkie przypadki zropiałe. Tem mniej mam prawa obwiniać któregoś z lekarzy klinicznych o wnoszenie zakażenia przyrannego.

Na podstawie powyższego nie mogę podać dość uzasadnionej przyczyny nie tylko zwiększenia odsetka ropień, lecz także tragicznego zakończenia dwóch przypadków w ciągu r. 1925. Uruchomienie pracowni umożliwiło nam szereg badań bakteriologicznych, mających dać nam obraz wartości naszego postępowania wyjąławiającego. Badania te będące w toku, będą przedmiotem osobnej publikacji.

Zaznaczyć muszę, że do aseptycznych operacji zaliczam wszelkie operacje n. p. żołądkowe, jelitowe, i t. p., wykonywane w okresie chronicznym, przy których ranę operacyjną zaszywamy na głucho. Jakkolwiek bowiem przy ope-

racjach tych stykamy się z terenem zakażonym, jakim jest światło jelita lub żołądka, to przecież technika operacyjna w tych wypadkach winna stać na tym stopniu, który pozwala zabezpieczyć chorego od szkód, mogących wyniknąć z wylania się treści jelita do jamy otrzewnej.

Zastanowić się wolno nad pytaniem, czy wyniki przez nas uzyskane można uważać za dobre, czy za złe. Kryteria tu mogą być różne. Jedno — to porównanie z wynikami innych zakładów. Niestety w piśmiennictwie, zwłaszcza nowszym, bardzo niewiele spotykamy prac, omawiających wyniki aseptyki. W N-rze 21 rocznika 1924 Zentralblatt für Chirurgie ogłosił wyniki uzyskane przy stosowaniu kwasu pikrynowego zamiast jodiny Dr. Türschmid z Nowego Targu. Na 170 operacji aseptycznych miał Türschmid 6 ropień, co odpowiada 3,6%. Wynik ten Türschmid uważa za znakomity („vorzüglich“) i za usprawiedliwiający zarzucenie jodiny na rzecz kwasu pikrynowego. Na wynik gojenia się ran operacyjnych wpływ ma tak wielka ilość różnych czynników, że ogólny wynik nie może żadną miarą służyć za podstawę do oceny jednego z tych czynników, dowolnie wybranego. Nie sądzę wszakże, by 3,6% zakażeń uważać można za wynik znakomity, jeśli innymi sposobami uzyskuje się procent niższy.

Teilert ogłasza w tymże roczniku Zentralblatt w Nr. 39 wyniki kliniki Królewieckiej prof. Kirschnera. W roku 1922 ilość ropień wynosiła 3,13%, w roku 1924 — 1,34%; przeciętna zatem w tych dwóch latach wynosiła 2,23%. Trzeba jednak zaznaczyć, że ilość operacji i personelu Kliniki Królewieckiej jest bezporównania większa, niż u nas (w r. 1922 — 2112, w r. 1923 — 1905 operacji). W szczegółach technicznych aseptyka Kliniki Królewieckiej różni się od naszej. Porównując zatem z tymi wynikami nasze, dochodzimy do przekonania, że u nas nie jest gorzej. To napawałoby zadowoleniem, gdyby nie inne kryteria. Przedewszystkiem kryterjum liczby. Odsetek 1,68 bezporównania jest wyższym n.p. od 0,1% albo od zera! A przecież dążeniem naszym winno być zbliżenie się do tego zera. Ponadto dwa przypadki śmierci z zakażenia pooperacyjnego w ciągu jednego roku wystarczą do tego, by na pozornie korzystną liczbę 1,68% rzucić bardzo ponury cień.

Zdajemy sobie najzupełniej jasno sprawę z tego, że w technicznym przeprowadzeniu zasad aseptyki w naszej klinice są błędy, które powinny być jak najrychlej usunięte. Usunięciu ich stoją jednak na przeszkodzie stosunki, których zmiana nie jest w naszej mocy. A więc przedewszystkiem kwestja sali operacyjnej. Operujemy zasadniczo w sali operacyjnej wspólnej dla kliniki, jak i dla oddziału wojskowego, stanowiących razem oddział o 153 łózkach. Już w tej chwili odczuwamy przeciążenie tej sali i część naszych operacji klinicznych przenosić musimy do sali, która pierwotnie miała być salą opatrunkową kliniki, a która pod naporem konieczności stała się salą operacyjną. Obsługiwana ona jest przez personel przylegającej sali opatrunkowej ropnej. Jakkolwiek operacje septyczne wykonujemy obecnie w sali opatrunkowej, rezerwując ową zastępczą salę operacyjną dla operacji aseptycznych, to jednak obsługa ropnego pokoju opatrunkowego i sali operacyjnej przez jedną siostrę

jest krzyżującą anomalją, której usunąć nie możemy tylko dla braku etatów personalnych.

Drugą anomalją jest rodzaj naszej sterylizacji. Obydwa autoklawy, sterylizujące materiał dla 2 sal operacyjnych, opatrunkowej i ambulatorjum, są małe i mieszczą tylko po 2 puszki materiału. Puszki muszą mieć wymiar, odpowiadający okrągłym autoklawom, są przeto duże (wysokość 28 cm.) i mieszczą zbyt wielką ilość materiału. Zamiast tedy zmieniać puszki po każdej operacji i dawać do każdej następnej operacji świeży materiał opatrunkowy, musimy w czasie kilku — zwykle trzech lub czterech operacji — posługiwać się materiałem z jednej i tej samej puszki. Usunąć ten brak możnaby było jedynie wprowadzeniem nowoczesnego urządzenia sterylizacyjnego z popędem parowym, dużym autoklawem kształtu prostokątnego, mieszczącym wielką ilość małych puszek. W miarę rozwoju kliniki od wydatku na ten cel nie będzie można się uchylić. Mam niepłonną nadzieję, że usunięcie tych braków mogłoby poprawić sprawę gojenia się ran. Niestety jednak usunięcie ich jest możliwe tylko przy odpowiednich funduszach, a zabiegi kierownictwa kliniki czynione w tym kierunku, a poparte jednomyślnie i gorąco uchwałą Rady Wydziału lekarskiego, pozostały dotąd bez odpowiedzi ze strony władz centralnych.

Ambulatorjum było czynne od chwili otwarcia kliniki t. j. od 22 stycznia 1924 roku. Jednakże z powodu już wyżej wspomnianego objęcia gmachu w stanie niewykończonym, od stycznia aż do połowy lipca przyjęcia ambulatoryjne odbywały się w . . . łazience z braku innego lokalu. Lokal bowiem przeznaczony na ambulatorjum t. j. jedną dużą salę z wejściem od westibulu odebrać musiano od władz budowlanych w stanie nieprzerobionym znacznie wcześniej niż resztę kliniki, bo w październiku 1923 r., a to w tym celu, by rozpocząć wykłady w I trymestrze roku szkolnego 1923/24 w tej właśnie sali. Sala wykładowa prof. Januszkiewicza była bowiem w owym czasie w stanie remontu. Gdy w styczniu sala wykładowa kliniki profesora Januszkiewicza została uruchomiona, wykłady chirurgji przeniesiono do niej, zaś prowizoryczna sala, przeznaczona na ambulatorjum musiała pozostać nieprzerobioną z braku funduszy. Służyła 1/2 roku jako szatnia studencka. Dopiero w ciągu wakacji roku 1924 przerobiono ją w ten sposób, że uzyskano z niej poczekalnię i pokój do badań ambulatoryjnych (z tych dwóch pokoi korzysta również klinika chorób wewnętrznych prof. Januszkiewicza) i pokój przeznaczony na gabinet Röntgenowski, który w ciągu roku 1925 został uruchomiony. W tych warunkach przyjęto:

	mężczyzn	kobiet	dzieci	Razem
w roku 1924 . . .	473	570	302	1345
„ „ 1925 . . .	1073	1021	524	2618
	1546	1591	825	3963

Na zakończenie zaznaczam, że wykłady kliniczne odbywają się od 7/X 1922 r. Do 22/I 1924 r. odbywały się one prawie wyłącznie na podstawie chorych z oddziału wojskowego: także obecnie, gdy klinika jest już stale zapelniona chory-

mi cywilnymi, oddział wojskowy w obfitej mierze dostarcza materiału dydaktycznego, zwłaszcza z zakresu traumatologii.

Publikacji z kliniki wyszło do tej chwili pięć.

Na tem kończę sprawozdanie z okresu organizacji kliniki. Starłem się bezstronnie przedstawić w jakich warunkach praca ta odbywała się i jakie dała owoce. Stworzono jednak zaledwie początki — wysiłek dalszy idzie w kierunku zapoczątkowania pracy naukowej i w kierunku uzupełnienia inwentarza do poziomu, na jakim mieć go winien zakład naukowy. W obrębie obecnego gmachu niezbędnem jest przede wszystkim zmodernizowanie sterylizacji. Jednakże niemożność urządzenia w obecnym pomieszczeniu ani sali wykładowej ani odpowiedniej sali operacyjnej nadaje klinice w obecnej jej postaci charakter prowizoryczny. Tylko nowy gmach może te potrzeby zaspokoić. I jakkolwiek przy obecnym stanie gospodarczym państwa trudno o tem myśleć, to jednak program rozwoju wydziału lekarskiego wileńskiego nie może się zatrzymać na tem, co zrobiono dla zaspokojenia najniezbędniejszych potrzeb uczącej się młodzieży. Okres wstępny stwierdził, że kliniki wileńskie mają wszelkie warunki rozwoju i dlatego nie trzeba się obawiać, by wysiłki finansowe państwa na rzecz tych klinik były niecelowe.

Z Kliniki ocznej (Dyrektor Prof. J. Szymański) i chirurgicznej (Dyrektor Prof. K. Michejda) Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

O słoniowatości nerwiakowej powiek i skroni.

Podali: Dr. I. ABRAMOWICZ, St. asystent Kliniki ocznej i Dr. J. TYMIŃSKI, adjunkt Kliniki chirurgicznej.

Słoniowatość powiek, jako nabyte schorzenie, cechuje się wybujałością skóry i tkanki podskórnej i prowadzi do bardzo znacznego zniekształcenia powiek.

Schorzenie to, polegające na zaburzeniach w miejscowym krążeniu, zwłaszcza w przestworach i naczyniach chłonnych, często jest spowodowane różą oraz różnymi przewlekłymi sprawami zapalnymi skóry. Niektórzy autorzy, jak *Van Duyse* i *Walzberg* zaliczają sprawy zapalne do przyczyn ubocznych nabytej słoniowacizny powiek, upatrując główną przyczynę tego cierpienia we wrodzonym usposobieniu do przerostu, zaś ponawiające się zapalenia powodują li tylko dalszy rozrost tkanek. Postać ta zalicza się do t. zw. *Elephantiasis acquisita nostras* w odróżnieniu od *Elephantiasis Araborum* s. *filariosa*, wywoływanej obecnością ludzkiego nitkowca.

Od tych postaci nabytej słoniowacizny odróżniamy nowotworowe zniekształcenie twarzy i powiek, powstające wskutek bliżej nam nieznanych wadliwości rozwojowych, które uważamy za wrodzone, nawet w przypadkach rozwijania się nowotworu już w późniejszym wieku (*Schreiber*).

Do tej postaci zaliczamy słoniowatość naczyniakową (*Elephantiasis haem.*

et lymphangiectaticum s. teleangiectodes congenita), słoniowatość tłuszczową (*El. lipomatosa*) włókniakową (*El. fibromatosa*) oraz słoniowatość nerwiakową (*Elephant. neuromatosa*).

Słoniowatość nerwiakowa jest to jedna z postaci klinicznych nerwo-włókniaków, które na twarzy występują podług *Michel'a* w 3 postaciach: 1) jako tak zw. nerwiak splotowaty — *Neuroma plexiforme* s. *cirsoideum*, *Ranken-neurom*; 2) miękki włókniak — *Fibroma molluscum*; 3) połowiczny przerost twarzy — „*Halbseitige Gesichtshypertrophie*“.

Te trzy odmiany kliniczne nerwo-włókniaków nie zawsze obserwuje się w ich czystej formie, często objawy poszczególnych postaci się mieszają i tylko przewaga tych lub innych objawów nadaje schorzeniu odpowiedni wygląd kliniczny.

Nerwiak splotowaty lub wiciowaty (*Verneuil*, *Bruns*) odznacza się tem, że w powiększonej i nowotworowo zniekształconej powiece, i ewentualnie sąsiadującej skórze, wyczuwamy twarde, robakowate powrózki i guzki, splotowato połączone.

Przy miękkim włókniaku istnieją liczne, czasem i kształtne guzy o gładkiej powierzchni, pokryte prawidłową skórą powiekową, zwisające nieraz na szypule i czasem dosięgające tak wielkich rozmiarów, że powieki, a zwłaszcza górna zmieniają się w wiotką i bryłowatą masę. Zazwyczaj istnieją przy tej postaci nerwo-włókniaków także twory na całym ciele.

3-cia postać nerwo-włókniaków twarzy polega na znacznym przeroście skóry, mięśni, nerwów i kości połowy twarzy. Jest to t. zw. całkowity skończony przerost („*Totale vollkommene halbseitige Gesichtshypertrophie*“ podług *Michel-Schreibera*) w odróżnieniu od całkowitego nieskończonego przerostu, obejmującego tylko miękkie części twarzy. Istnieją jeszcze 2 odmiany tejże postaci, a mianowicie, częściowy skończony i nieskończony przerost, kiedy zgrubienie i odpowiednie połowiczne zniekształcenie twarzy dotyczy tylko pewnej jej części i obejmuje obok miękkich warstw również i kości, lub ogranicza się tylko do skóry i tkanki podskórnej. („*Partielle vollkommene und unvollkommene Gesichtshypertrophie*“).

Również i przy tej formie nerwo-włókniaków twarzy powieki dosięgają tak dużych rozmiarów, iż przekształcają się w t. zw. miękką fałdzistą słoniowatość (*Adam*).

Do zespołu włókniakowatości nerwów na powiekach należą również znamiona barwikowe (*E. Fuchs*, *Soldan*). *Soldan* z Kliniki *Bergmanna* w artykule „*Ueber die Beziehungen der Pigmentmäler zur Neurofibromatose*“ pisze, że znamie barwikowe jest w większości przypadków pierwszą dającą się poznać oznaką zwyrodnienia włóknistego okołonerwowego. Z zwyrodnienia włóknistego znamion barwиковych rozwijają się miękkie fałdziste słoniowatości (*Lappenelephantiasis*).

Jak już zaznaczyliśmy, powyższe postaci kliniczne nerwo-włókniaków mogą się wzajemnie uzupełniać. Wspólną ich cechą z punktu widzenia histopatologicznego jest rozrost, bujanie łącznotkankowe osłonek nerwowych skórnych

nerwów; stwierdzono również rozlane zwyrodnienie włókniste (Fibromatosis) skóry i tkanki podskórnej; zgrubienie błony zewnętrznej (adventitia) naczyń jak również osłonek łącznotkankowych gruczołów łojowych i potnych (Billroth, v. Recklinghausen, Jordan, Lahmann, Finnoti, Sachsaler); główną cechą nerwo-włóknaków twarzy i powiek oraz innych części ciała jest okołonerwowy rozrost tkanki łącznej, zaś zgrubienie ściany zewnętrznej naczyń oraz gruczołów uważane jest przez większość autorów (Recklinghausen, Herxheimer) jako zjawisko podrzędne. Punktem wyjścia zatem słoniowatości nerwiakowej powiek oraz innych postaci klinicznych nerwo-włóknaków są nerwy; z tego też względu zalicza się wrodzoną słoniowatość nerwiakową powiek w rozmaitych jej formach do tak zw. choroby Recklinghausena (Groenow, Schreiber). I tak Groenow, omawiając powyższe twory powiekowe, nie uważa ich jako miejscowe schorzenia powiek, lecz traktuje jako ogólną chorobę skóry. Schreiber przypuszcza, że nawet liczne nowotwory powiekowe z przerostem li tylko tkanki łącznej i tłuszczowej należy traktować jako nerwo-włóknaki więc należące do całokształtu choroby Recklinghausena, gdyż podług jego zdania w wzmiankowanych tworach nie spostrzeżono, widocznie, zachowania się drobnych nerwów.

Zapatorywania na istotę nerwo-włóknaków wogóle, a w szczególności na tego rodzaju zniekształcenia nowotworowe powiek są niejasne, a często nawet sprzeczne. Terson w *Encyclopédie française d'ophtalmologie* (1906) pisze: „En ce qui concerne l'éléphantiasis congénitale des paupières nous ne sommes pas plus avancés qu'à l'époque où l'on a recueilli les premières observations”.

Aczkolwiek od chwili, kiedy Valentin Mott (1854) opisał pod nazwą „pachydermatocele” guzy nerwowe skóry a Verneuil (1857) i Billroth (1863) także twory pod nazwą „neuroma plexiforme”, — upłynęło sporo czasu, tem niemniej, jak zobaczymy, sprawa powstania rozwoju i budowy histologicznej nerwo-włóknaków, a w szczególności tego rodzaju tworów powiekowych jest ostatecznie niewyjaśnioną. Verocay w swej podstawowej pracy „Zur Kenntnis der Neurofibrome” mówi, że ten rozdział patologii nerwów nie jest jeszcze zakończonym, tembardziej jeśli się rozważy sprawę etiologii tego schorzenia w związku z towarzyszącymi mu objawami.

Dziedziczne i rodzinne wystąpienie tego cierpienia (Spillmann i Etienne, Reich, Rispal i Lavan, Mathies, Maravec, Herxheimer i Roth), pojawienie się jego wkrótce po urodzeniu, oraz zbieganie się jego z licznymi nieprawidłowościami i potwornościami jak, zboczenia umysłowe, wstrzymanie wzrostu; nieprawidłowości w kostnieniu zaburzenia, funkcji płciowej, wszystko to wskazuje, że ma się do czynienia z pewnym zaburzeniem rozwojowym wskutek nieprawidłowego wrodzonego zawiązku (Adrian, Hoekstra, Merken, Feindel i Oppenheim, Flörchen i Steinbiss, Pick, Strube, Stahnke, Sommer, Christian i Naville). Verocay i Herxheimer dodają z naciskiem, iż jest to pewne zaburzenie w rozwoju swoistych pierwocin systemu nerwowego.

Aczkolwiek powyższe schorzenie posiada pewne cechy prawdziwych nowotworów, jednak liczni autorzy (Herxheimer i Roth) podkreślają dystroficzny cha-

rakter t. zw. włókniakowości nerwów Recklinghausena, jego „dyspozycję potworniakową (Christian i Naville), wadliwość rozwojową (Hamartama w pojęciu E. Albrechta), która nieraz może przeistoczyć się w prawdziwy nowotwór.

Ostatnimi czasy obserwowano przy chorobie Recklinghausena zaburzenia w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym. Znajdywano zanik gruczołu tarczowego, powiększenie nadnerczy, a przeważnie przysadki (Ball, Barber i Shaw, Fehr, Ormond, Schreiber, Vogt, Nicolas i Favre, Lier, Tempka, Wechselmann).

Tak, w przypadku Nicolas i Favrea obok włókniakowości nerwiakowej istniała akromegalia; w przypadku Lier'a — dystrophia adiposo — genitalis; Fehr opisał przypadek choroby Recklinghausena z zagłębieniem sella turcica i pozapalnym zanikiem nerwu wzrokowego. W przypadku Erben z połowicznym przerostem twarzy stwierdzono niedorozwój narządów płciowych; 2 przypadki Farber i Shaw'a ogólnej neuro-fibromatosis przebiegały z nowotworami przysadki mózgowej. U Ormonda objawy przysadkowe sprowadzały się do pozapalnego zaniku tarczy, zwężenia pola widzenia, bólów głowy, powiększenia dłoni i kończyn dolnych oraz nieudolności umysłowej. Wreszcie Tempka w przypadku choroby Recklinghausena stwierdził wyraźne upośledzenie czynności szeregu gruczołów dokrewnych, jak tarczycy, przysadki, jajników. Większość autorów nie uważa zaburzenia w gruczołach dokrewnych za przyczynę włókniakowości nerwów; lecz uznaje, że powyższe zmiany powstają wskutek tego samego zaburzenia w rozwoju gruczołów dokrewnych, które cechują chorobę Recklinghausena. Ball nprz. przypuszcza, że istota schorzenia przysadki polega na jej przeistoczeniu włókniakowatym. Pick objaśnia występowanie prawdziwego częściowego wzrostu olbrzymiego w ten sposób, że włókniakowość nerwowa i olbrzymi wzrost, pozostając w rozwojowej koordynacji, powstają na tle zarodkowego zboczenia pierwocin systemu nerwowego. Podobnie mówi Perthes. Milner zaś przypuszcza, że przedłużenie i zgrubienie kości, obserwowane w chorobie Recklinghausena, spowodowane są li tylko zaburzeniami w miejscowym krążeniu, wywołanymi nowotworowym rozrostem guzów przy neurofibromatosis. Vogt pierwszy stwierdził powiększenie przysadki w 3 przypadkach jednostronnej odosobnionej słoniowatości nerwo-włóknakowej powiek; jest on zdania, iż zbieg schorzenia przysadki z jednostronną słoniowatością powiekową nie jest tylko zjawiskiem przypadkowym, raczej występowałby częściej, gdyby nie omijano dokonywania zdjęć roentgenologicznych siodła tureckiego.

W jednym z powyższych 3 przypadków Vogta istniało akromegaliczne powiększenie dłoni i stopy odpowiedniej strony, jak również przerost kości jarzmowej i górnej szczęki tejże strony. Jednostronne wystąpienie powyższych zmian nasuwa Vogtowi przypuszczenie możliwości istnienia w przysadce mózgowej odpowiedniej lokalizacji dla poszczególnych połów ciała. Minka Mintschewa również stwierdziła w jednym przypadku choroby Recklinghausena z jednostronną słoniowatością powiek i wodoczem rozszerzenie siodła tureckiego.

Ostatnimi czasy Tempka w jednym przypadku choroby Recklinghausena stwierdził pewne zmiany w krwi, polegające na przyśpieszeniu opadania krwinek czerwonych i przesunięciu w lewo obrazu odsetkowego białych krwinek,

o czym dotąd nie było wzmianek w piśmiennictwie. Tempka przypuszcza, że możliwym jest uszkodzenie w chorobie Recklinghausena obok ektodermy również mezodermy, o ile, ma się rozumieć, powyższe zmiany w krwi byłyby wykazane w innych przypadkach tego schorzenia.

Ostatnio Heusch w szczegółowej i ciekawie ujętej pracy „Ueber die Beziehungen des Sympathicus zur Neurofibromatose und dem partiellen Riesenwuchs” wyraźnie stwierdza, że podstawą włókniakowatości nerwów jest uszkodzenie n. współczulnego, zaś samą włókniakowatość nerwów traktuje jako przyczynę częściowego olbrzymiego wzrostu. Według Heuscha, jak również i innych autorów, uszkodzenie układu współczulnego jest podłożem neurofibromatozy, która już znowu powoduje wtórne obwodowe zaburzenie odżywcze w postaci częściowego olbrzymiego wzrostu.

Jak widać z powyższego, sprawa patogenezy, jak również symptomatologii t. zw. włókniakowatości nerwów nie jest jeszcze zakończoną; spornymi są również, jak zobaczymy, zapatrywania na histogenezę guzów w chorobie Recklinghausena, to też omówienie naszego przypadku w związku z powyższymi problematami przyczyni się może do wyświeatlenia istoty tego względnie rzadkiego schorzenia, jakim jest jednostronne odosobnione wystąpienie choroby Recklinghausena na powiece i skroni.

I rzeczywiście, włókniakowatość nerwów powiek dość rzadko występuje w odosobnieniu na powiekach.

Billroth w r. 1863 pierwszy opisał podobny przypadek i uważał, że punktem wyjścia rozrostu tkanki łącznej jest nie tylko nerw, lecz w równej mierze błona zewnętrzna (adventitia) małych tętniczek.

Dane statystyczne autorów co do częstości włókniakowatego schorzenia powiek różnią się czasem znacznie, zależnie od tego, co poszczególny autor ma na względzie; czy tylko t. zw. nerwiak splotowaty powiek (Neuroma plexiforme, Rankenneurom), czy też zalicza do włókniakowatości nerwów również miękki włókniak i połowiczny przerost twarzy.

Najbardziej dokładnie jest wymienione dotyczące piśmiennictwo u Schreiber, który do 1923 naliczył blisko 43 przypadki Neuroma plexiforme powiek; 4 — Fibroma molluscum i 11 przypadków połowicznego przerostu twarzy. Do tych liczb należałoby dodać przypadki, które u niego nie są wymienione i które podaje Groenow, a mianowicie: 1 — Schiess-Gemuseusa (1884); 2 — Nicolai (1908), 1 — Velhagen'a (1912) jak również publikację 1924 roku: 3 przypadki Vogta, przypadek Morovéca, Julera, Nizetića, Loeba.

Strauss w 1906 r. zebrał w piśmiennictwie 39 przypadków Neuroma plexiforme powiek, co razem z późniejszymi pracami wynosi 64 przypadki.

Te rozmaite dane zależą, jak wzmiankowaliśmy od tego, że poszczególni autorzy uwzględniali wszystkie kliniczne postacie nerwowłókniaków powiek.

Przechodząc do naszego przypadku, zaznaczyliśmy na wstępie, iż mieliśmy do czynienia z miękkim rozlanym nowotworem prawych powiek, a zwłaszcza górnej, i prawej skroni. Z powodu swych dużych rozmiarów twór ten przybrał postać fałdzistej słoniowatości (Lappenelephantiasis), w głębi której wyczu-

wano cienkie splotowate powrózki. Mieliśmy więc przed sobą formę pośrednią między neuroma plexiforme a fibroma molluscum.

Historja choroby naszego przypadku następująca:

Dnia 25.IX-1924 r. zgłosiła się do kliniki (Nr. księgi przyjęcia 21) chora J. D., lat 27, panna, która podała, że od wczesnego dzieciństwa zaczął się wytwarzać guz na powiekach prawego oka, oraz na prawej skroni, guz ten osiągnął obecne rozmiary, zniekształcając jej twarz, wobec czego chora prosi o usunięcie guza. Chora żadnych chorób do tej pory nie przechodziła; żadnego urazu twarzy nie doznała. Rodzice zmarli przed kilkunastu laty z przyczyny niewiadomej. Dziedzicznie nie obarczona. Miesiączkowanie rozpoczęło się w 16 roku życia i miało zawsze przebieg prawidłowy.

Stan obecny: chora wzrostu mniej niż średniego 150 cm., odżywiania dobrego, budowy kostnej prawidłowej; klatka piersiowa szeroka krótka, brzuch o silnym rozwoju, silniejszym w stosunku do klatki piersiowej. Kończyny w stosunku do długości tułowia proporcjonalne; dłonie i stopy grube, krótkie. Uzębienie i owłosienie prawidłowe.

Cała prawa okolica skroniowa (regio temporalis), okolica jarzmowa (r. zygomatica), oczodołowa, a po części i nadoczodołowa, zajęte są przez miękki guz, tworzący rozległą bryłowatą fałdę, do tego stopnia, że górna powieka wraz z częścią skroniową guza, aż do chrząstki usznej, zwisa ponad dolną powieką i policzkiem na podobieństwo wiotkiego sutka. O jakieś 4 cm. powyżej górnej krawędzi chrząstki usznej istnieje okrągły odosobniony twór guzowaty o średnicy $3\frac{1}{2}$ cm. Skóra nad całą powierzchnią guza biała i miejscami, zwłaszcza w pobliżu krawędzi powiekowej, rozciągnięta jak przy striae gravidarum. Cała górna powieka, a w mniejszym stopniu i dolna, prawie trzykrotnie rozszerzona. Całkowite opadnięcie powiek (ptosis). Śluzówka powiekowa zgrubiała i zlekka zapalnie zmieniona; przy wywinięciu górnej powieki zaznaczają się pod łącznicą twory guzowate. Przy obmacywaniu wyczuwa się w guzie cienkie splotowate powrózki; guz nie zmniejsza się przy ucisku, nie uwydatnia się przy parciu i nie jest bolesny jak przy ucisku, tak również samoistnie.



Rys. 1.

W wyrostku jarzmowym górnej szczęki i kości skroniowej wyczuwa się rozległy ubytek, natomiast kość jarzmowa przedstawia się znacznie zgrubiałą i powiększoną, co powoduje pewną asymetrię twarzy. Badanie palcem, wprowadzonym między gałką oczną i ścianą oczodołu, nie wykazało przejścia nowotworu do oczodołu.



Rys. 2.

Sama gałka oczna zlekka zapadnięta. Ruchy gałki prawidłowe. Ośrodki załamania przezroczyste. Dno prawidłowe. Astygmatyzm krótkowzroczny (typus inversus) przy stopniu niezborności w 5,0 D. Ostrość wzroku 0,1, szkła nie poprawiają wzroku. Pole widzenia ścieśnione; granice jego następujące: w stronie nosa 40° , w dole 40° , w górze 40° , w stronie skroni 70° .

Ze strony lewego oka Visus wynosi 1,0. Pole widzenia prawidłowe. Dno bez zmian.

Na skórze reszty ciała żadnych guzków nie stwierdzono, natomiast istnieją na ciele liczne żółtawo-brunatne znamiona.

W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdzono. Badanie układu nerwowego nie stwierdziło żadnych nieprawidłowości w odruchach. Odczyn Wassermana w krwi ujemny. Rozwój intelektualny chorej upośledzony, aczkolwiek chora pochodzi z rodziny inteligentnej.

Badanie roentgenograficzne wykazało oprócz ubytku w wyżej wzmiankowanych kościach, powiększenie siodełka tureckiego, którego światło wynosi poziomo 17 mm., pionowo — 11.

Badanie krwi (Dr. K. Malanowicz) dało wynik następujący:

Krwinek czerwonych	4.500.000 w 1 mm. 3
" białych	7.000 w 1 mm. 3
Płytek krwi ilość dostateczna. Ind. Hb.	0.88

Hb według Sahli'ego 80%.

Hämogram Schillinga:

Bazochłonne 1.

Eozynochłonne 2.

Myelocyty 0.

Młode postacie 5.

Pętlowate neutrofile 3.

Segmentowane 59.

Lymfocyty 26.

Duże mononukleary 4.

Chorą operowano dwukrotnie. 3/X. 1924 r. skroniowy płat od chrząstki usznej aż do wcięcia w zewnętrznej części powieki, które jest widoczne na 1-ej fotografii; 7/XI. usunięto resztę guza na górnej powiece oraz wykonano operację Hessa dla usunięcia opadnięcia powieki: cięcie półkoliste wzdłuż górnego brzegu brwi, uprzednio ogolonej, odseparowanie skóry w dół ku brzegowi wolnemu. Wyłuszczenie masy nowotworowej. Nałożenie szwów: trzy nici, uzbrojone w igłę na każdym końcu, przeprowadzono przez powiekę w odległości 3 mm. jedna od drugiej i o 7 mm. powyżej krawędzi powiekowej; wyklucie w skórze o $1\frac{1}{2}$ cm. ponad cięciem.

Silny krwotok, który zalewał pole operacyjne, w znacznym stopniu utrudniał wykonanie zabiegów, co szczególnie miało miejsce podczas pierwszej operacji: krew broczyła do tego stopnia, że zahamowanie krwawienia przez podwiązanie licznych ziejących naczyń nie dawało wyniku i tylko szybkie usunięcie guza i nałożenie skórnych szwów usunęło dalsze krwawienie.

Do przyczyn krwotoku operacyjnego jeszcze powrócimy przy omówieniu szczegółów obrazu mikroskopowego nowotworu.

Preparat utrwalono w 10% roztworze formaliny. Barwienie hematoksyliną i eozyną oraz metodą Van-Giesona z modyfikacją Weigerta. Do barwienia wzięto skrawki z rozmaitych miejsc nowotworu. W obrazie mikroskopowym widzieliśmy zasadniczo jedne i te same zmiany w nerwach skórnych.

Naskórek nie przedstawia zmian patologicznych. W powierzchownych warstwach skóry właściwej, a szczególnie w nieco głębszych jej częściach oraz w tkance podskórnej widzimy liczne małe węzły od najmniejszych do znacznie większych. Okrągłe lub wydłużone te twory, mniej więcej odcinające się od otoczenia, odznaczają się bogactwem jąder oraz dość luźnym utkaniem. O ile sądząc z większych węzłów z trudnością możemy ustalić punkt wyjścia i charakter ich, o tyle na małych guzłach łatwiej to zrobić.

Jeden z takich podłużnych małych tworów (Fot. 3) umiejscowiony tuż pod naskórkiem, przedstawia się jako zgrubiały skórny nerw, w którym włókna nerwowe są rozrzedzone. Pomiedzy włókienkami nerwowymi istnieje lekkie bujanie tkanki łącznej z cienkimi wydłużonymi jądrami, zabarwianymi się na ciemny kolor. Obok tych komórek istnieją inne układające się w podłużne pasemka i posiadające szersze i jaśniejsze jądro; protoplazma tych komórek zabarwia się Van-Giesonem na żółtawo-zielonkawy kolor, co razem z różowym zabarwieniem tkanki łącznej nadaje powyższemu tworowi brunatno-czerwony kolor. Bliżej ku obwodowi widać większą ilość komórek, ułożonych koncentrycznie dookoła nerwu; przeważają komórki z ciemnym, wydłużonym, wąskim, wrzecionowatym jądrem.

Na niektórych poprzecznych przekrojach małych nerwów bujanie tkanki łącznej jest mało zaznaczone, natomiast widać dookoła osłonek rdzennych włókien osiowych liczne komórki o postaci półksiężycowatej z nieznaczną ilością protoplazmy, które bardzo przypominają tak zwane ciała Schwanna.

W większych guzkach, (fot. 4 i 5) znajdujących się przeważnie w tkance podskórnej, widzimy dość znaczny rozrost tkanki łącznej; pozostałe gdzienie-

gdzie resztki włókien nerwowych o postaci lejkowatej, faliste ułożenie komórek oraz włókien łączno-tkankowych jak również porównanie tych tworów z wyżej wzmiankowanymi, to wszystko wskazuje, że mamy do czynienia ze zmienionym

w ten sposób nerwem. W wielu miejscach da się stwierdzić—zwyczajnie na biegunach guzka—przejście wybujłości okołonerwowej na otaczającą guzek młodą tkankę łączną.

Ostonka łącznotkankowa gruczołów kłębkowych, a po części i łojowych, jak również i torebka włosy są zgrubiałe. Bujanie tkanki łącznej nie jest tutaj tej miary, co dookoła nerwu; zresztą w wielu miejscach widzimy tylko ogniska okołonerwowe, wyraźnie odgraniczające się od otoczenia, dzięki dużemu skupieniu komórek na ich obwodzie.

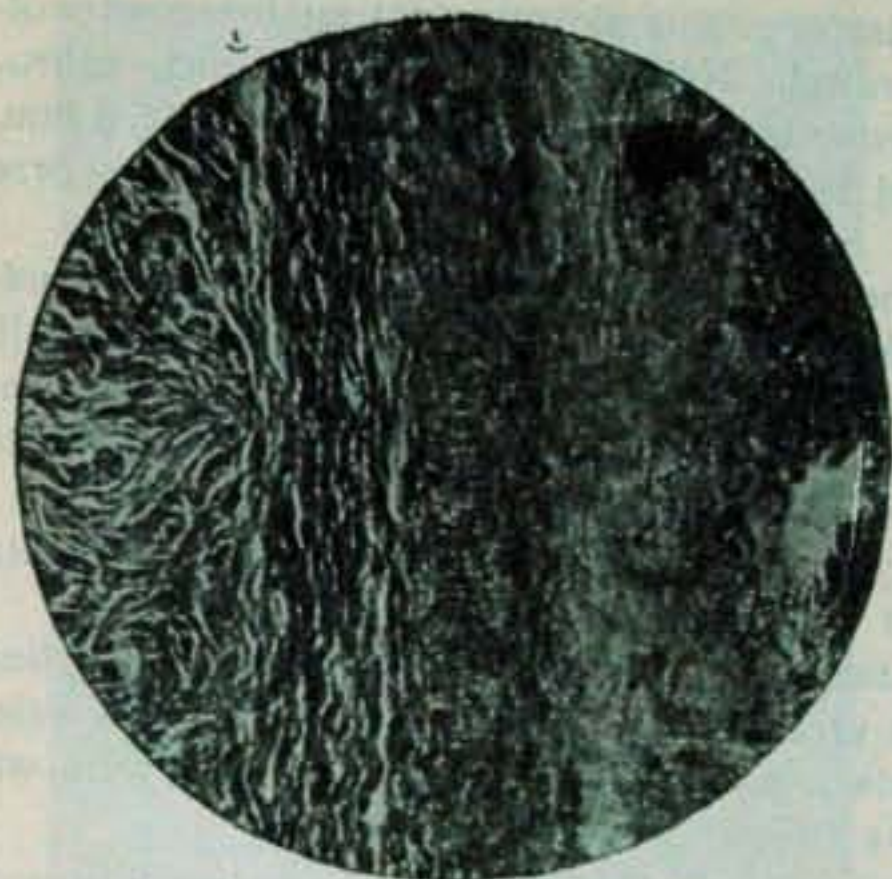
Liczne naczynia krwionośne skóry właściwej i tkanki podskórnej rozszerzone; ściana zewnętrzna naczyń — zgrubiała.

Szczeliny i naczynia limfatyczne również rozszerzone.

Z powyższego wynika, że mamy przed sobą: 1) włókniakowaty rozrost tkanki łącznej dookoła nerwu z dużą ilością komórek; 2) rozrost tkanki łącznej oraz bujanie ciałek Schwanna w samym nerwie, przy zmianach degeneracyjnych włókien nerwowych. Zmiany włókniakowate dookoła naczyń krwionośnych oraz gruczołów skóry należy traktować jako sprawę wtórną.

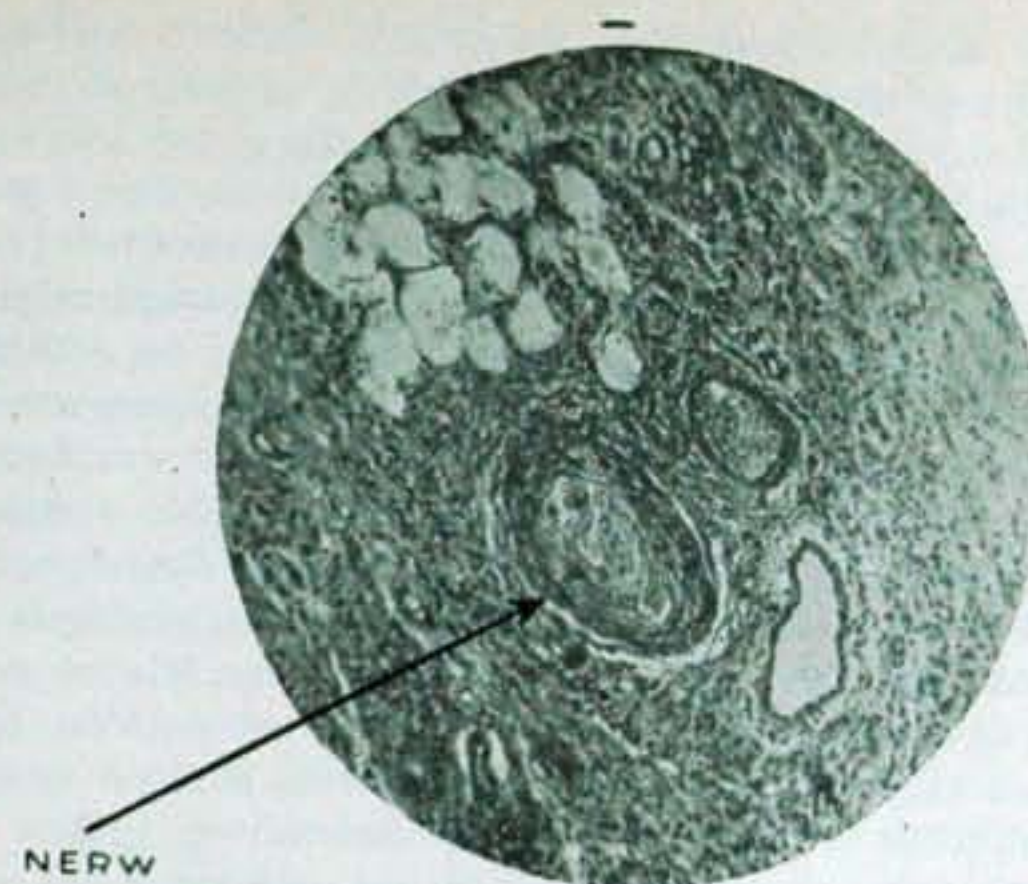
Nim przystąpimy do porównania powyższego obrazu mikroskopowego z dotyczącymi danymi piśmiennictwa, postaramy się w krótkich słowach nakreślić historię rozwoju pojęć na histogenezę t. zw. nerwowłókniaków.

Jak podaje Herxheimer, pierwszy przypadek odnośnego guza skóry był opisany przez Tilesiusa w 1793 r. Monteggiu w 1813 r. ogłosił przypadek wieloogniskowych guzów; Odier w 1803 r. wprowadził dla nich pojęcie „neuro-ma”, jednakowoż bez ścisłego ustalenia przyrody tych nowotworów. Liczne dotyczące badania histologiczne, które następnie były ogłaszane, nie wyjaśniły sprawy. Aczkolwiek klasyfikacja Virchowa na prawdziwe, rzekome i mieszane nerwiaki ją poniekąd uporządkowała, tem niemniej kwestja histologiczna była nadal przedmiotem gorących sporów. Zasadniczo ścierały się dwa odmienne poglądy. Według pierwszego, reprezentowanego przez Hellera, Klebsa, Soyke, Czerny'ego i innych, wzmiankowane wyżej guzy skórne są pochodzenia ściśle nerwowego; natomiast drugi pogląd (Passavant, Genersich, Tokacs, Smith) przy-



Rys. 3.

FOT. 4.



FOT. 5.



mował, że punktem wyjścia nowotworu jest tkanka łączna. Recklinghausen w 1882 r. przyjął, że odnośne nowotwory, dla których wprowadził nazwę „neurofibroma” rozwijają się z osłonek łączno-tkankowych nerwów, a mianowicie z endoneurium i perineurium. Aczkolwiek badacze widzieli również bujanie komórek osłonki Schwanna, ze względu na ogólnie wówczas przyjęte zapatrywanie na łącznotkankowe pochodzenie, sprawa ta bliżej nie była roztrząsana.

Lecz wkrótce już francuzcy badacze Tripiet i Gautier, a następnie Durante i Francini w przeciwieństwie do powyższej teorii przyjęli za punkt wyjścia odnośnych nowotworów bujanie komórek Schwanna i podkreślając ich ektodermalne pochodzenie, zaliczali je do prawdziwych nowotworów. Verocay przyłączył się do powyższego zapatrywania na rolę ciałek Schwanna, lecz uważał, że guzy te jako nieskładające się z włókien nerwowych, nie są w ścisłym znaczeniu tego słowa nerwiakami, lecz neurinomami, czyli nowotworami pochodzącymi z komórek włókien nerwowych (Nervenfaserzellengeschwülste). Mniej lub więcej rozwinięta dookoła nerwu tkanka łączna nie przesądza podług Verocay'a sprawy, gdyż według porównania powyższego guzu z carcinoma scirrhusum mammae, pomimo znacznego udziału tkanki łącznej w budowie raka zaliczonego do grupy zwanej „scirrhus”, nowotwór ten jest pochodzenia nabłonkowego. Herxheimer i Roth w swej bardzo szczegółowej pracy „Zum Studium der Recklinghausen'schen Neurofibromatose” przyłączyli się do poglądu Verocay'a z tą tylko różnicą, że przypisują również tkance łącznej i śródbłonkowi pochevek limfatycznych znaczną rolę w budowie nowotworu.

Nowicki i Orzechowski, stojąc również na stanowisku Verocay'a, wprowadzili nazwę „neurinomatosis” zamiast pojęcia „neurofibromatosis” Recklinghausena.

Bez względu na liczne dotyczące prace, sprawa histogenezy t. zw. nerwiaków splotowatych (neuroma plexiforme) pozostaje nadal niejasną i niejednołą. Czistowicz zaprzecza udziału elementów nerwowych w budowie powyższych tworów, natomiast Chiassevini, Erb, Fromboese, Rugh, Torrance podkreślają znaczenie nie tylko osłonki Schwanna w ich histogenezie lecz również i włókien nerwowych. Chiasserini w przypadku nerwiaka splotowatego powieki i skroni określa go jako neuroma scirrhusum congenitale, a Erb traktuje neurofibromatosis, jako obwodowe bujanie gleju ogniskowego.

Przechodząc do naszego przypadku, musimy zaznaczyć, że widzieliśmy we wczesnych okresach rozwoju guzka tylko różrost ciałek Schwanna; natomiast w większych i starszych ogniskach występowało dość znaczne bujanie osłonek łączno-tkankowych nerwu, jak endoneurium, tak również perineurium. Tkanka łączna skóry właściwej, a szczególnie tkanki podskórnej, jest również wybujała, przyczem przeważają komórki z małą ilością istoty międzykomórkowej klejdajnej. Możemy więc nasz przypadek nowotworu powieki i skroni zaliczyć z punktu widzenia histologicznego do t. zw. fibroneurinoma (Verocay). Lekkie zmiany włókniakowate dookoła naczyń krwionośnych traktujemy jako sprawę wtórną. Należy zaznaczyć, że zrost ścianek naczyń z włókniakowato zwyrodniałą tkanką okoliczną spowodował (Billroth) to, że naczynia podczas zabiegu opera-

cyjnego pozostały w stanie zięjącym, co pociągnęło za sobą dość znaczne krwawienie. W przypadku Rohmera, dotyczącego takiegoż guza, usunięcie jego spowodowało śmiertelny krwotok. Do nadzwyczaj ciekawych objawów naszego przypadku należą pewne zmiany w czynności gruczołów dokrewnych, wyrażające się niskim wzrostem i upośledzenie stanu intelektualnego chorej. Stwierdziłmy również roentgenicznie rozszerzenie siodełka tureckiego, zresztą bez zmian ze strony narządu wzroku, gdyż spółśrodkowe ścieśnienie pola widzenia na prawe oko przy prawidłowej tarczy wzrokowej należy raczej objaśnić bardzo głębokiem osadzeniem gałki ocznej, spowodowanym prawdopodobnie wyżej zaznaczonymi deformacjami w kośćcu oczodołu.

Nie uważamy zmian w przysadce za przyczynę rozwoju nowotworu; raczej traktujemy je jako zjawiska równorzędne ze zmianami w skórnych nerwach powieki i skroni, zależnymi od nieprawidłowego rozwoju embrjologicznego ektodermy. Wskutek pewnych, jeszcze bliżej nieokreślonych zaburzeń w rozwoju systemu nerwowego wysoko zróżniczkowane pierwociny nerwowe uległy zanikowi, natomiast komórki niedojrzałe o postaci zarodkowej dzięki swej zdolności do nadmiernego rozrostu przyczyniły się do rozwoju i bujania nowotworu.

Na zakończenie pozwolimy sobie serdecznie podziękować Kierownikowi Zakładu Anatomji Patologicznej U. S. B. Panu Profesorowi K. Opoczyńskiemu za udzielenie nam cennej pomocy w opracowaniu niniejszego tematu.

Piśmiennictwo.

1) Abbott and Shattock, Annals of Surgery 1903 Nr. 3. 2) Adrian, Ueber Neurofibromatose und ihre Komplikationen ref. Zentralbl. für Chirurgie 1901. Bd. XXVIII. str. 1080. 3) Aschoff, Pathologische Anatomie 1914. 4) Ball, ref. Zentralbl. f. d. gesamte Ophthalm. Bd. 3, p. 144. 5) Barber and Shaw, ref. Zentralbl. f. d. gesamte Ophthalm. Bd. 8, p. 555. 6) Burgner, Arch. für Kl. Chirurgie Bd. 55. H. 3. 7) Bénaky, Ann. de derm. et de syph. 1904. Nr. 11. 8) Billroth, v. Langenbeck Archiv. für Klinische Chirurgie 1863 Bd. IV. str. 545 — 549. 9) Bruns, Virchow. Archiv. 1870 Bd. L. 10) Bergmann, Zentralbl. für. Chirurgie 1904 str. 23. 11) Czerny, Langenbeck Archiv. 1873. Bd. XVII. 1874. 12) Chiasserini, Contributo alla studio del neuro-fibroma plessiforme, Arch. ital. di chirurg. Vol. I. str. 731, według ref. w Zentr. für. Chirurgie 1921 r. str. 293. 13) Christian & Naville, ref. Zentralbl. f. d. gesamte Ophthalmologie Bd. 5, p. 301. 14) Czystowicz, Russki Wracz. 1908. Nr. 1. 15) Dzierżyński, Podręcznik chorób nerwowych. Cz. I. Str. 81 — 82. 16) Encyclopédie Française d'ophthalmologie, 1906. Tom 5. Str. 536 — 550. 17) Erben, Klinische Monatsbl. f. Augenk. 1923, str. 71. 18) Fehr, Zentralbl. f. praktische Augenheilkunde 1913. Str. 233 — 243. 19) Fromboesse, Virchow's Archiv. für Patol. Anatomie. Bd. 240, str. 312 — 327. 20) Flörchen und Steinbiss, Bruns Beiträge z. Klin. Chirurgie Bd. CXXIV. 1921, p. 451. 21) Finnoti, Jahresb. über die Fortschritte der Chirurgie 1896, str. 299. 22) Fage, Arch. d'ophthalm. 1924, str. 600 — 603. 23) Feindel & Oppenheim, ref. Centralbl. für Chi-

rurgie XXV. 1898, str. 1303. 24) Freifeld, Ziegler's Archiv Bd. 60, str. 347 — 358. 25) Groenow, Beziehungen der Allgemeinleiden e. t. c. (Graefe-Saemisch Handbuch) Abt. I. 1920, str. 399 — 402 i 418 — 424. 26) Guist, ref. Zentralbl. für die gesamte Ophthalmologie Bd. 4, p. 555. 27) Heusch, Ueber die Beziehungen des Sympathicus zur Neurofibromatose und dem partiellen Riesenwuchs. Virchow's Archiv für Pathologische Anatomie. Band 225. 1 — 2 Heft. Seite 71 — 106. 28) Herxheimer, Pathologische Anatomie 1921, str. 100. 29) Herxheimer & Roth, Ziegler's Beiträge zum patholog. Anatomie Bd. 58, str. 316 — 389. 30) Hoekstra, ref. Zentralbl. für die gesamte Ophthalmologie VIII, str. 304. 31) Hornowski, Anatomia patologiczna tom II, str. 110. 32) Herczel, Ziegler's Beiträge VIII, str. 38 — 70. 33) Hürthle und Nauwerck, Ziegler's Beiträge I, str. 235 — 258. 34) Jordan, Ziegler's Beiträge VIII, str. 70 — 95. 35) Juler, ref. Zentralbl. für die gesamte Ophthalmologie V, str. 497. 36) Kölpin, Jahresb. über die Fortschritte d. Chirurgie 1897, str. 145. 37) Kren, Wiener Kl. Woch. 1906, Nr. 41. 38) Lawson and Naeme, ref. Zentralbl. f. d. gesamte Ophthalmologie VIII, str. 181. 39) Lier, Zeitschr. für Kl. Med. Bd. 80. 40) Mathiers, Zeitschr. für Kl. Med. 1913, str. 50 — 56. 41) Most, Zentralbl. für Chirurgie 1910, str. 1257. 42) Menke, Berl. Kl. Wochenschr. 1898, Nr. 44. 43) Milner, Zentralbl. f. Chirurgie 1906. 44) Moravec, ref. Zentralblatt für die gesamte Ophthalmologie XIV, str. 190. 45) Mintschewa, Kl. Monatsbl. f. Augenh. T. 76. 1926, str. 403. 46) Nizetić, Arch. f. Augenheilkunde 1022, str. 329 — 332. 47) Ormond, Zentralbl. f. d. ges. Ophthalmologie. Band 4, str. 442. 48) Perthes, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Band 63, str. 103. 49) Pick, Ziegler's Beiträge z. Pathol. Anatomie Bd. 71, str. 560 — 501. 50) Pincus, Med. Klinik 1913, str. 1158 — 1161. 51) Pomplun, Kl. Monatsbl. f. Augenheilkunde Bd. 67, str. 242 — 249. 52) Riman, Beiträge z. Klin. Chirurgie. Bd. 53, str. 800. 53) Rispal et Lavan, ref. Zentralbl. f. Chirurgie 1913, str. 361. 54) Rohmer, Archives d'ophthalmologie 1911, Nr. 7. 55) Rugh, J. Torrance ref. Zentralbl. f. Chirurgie 1913, str. 606. 56) Schreiber, Die Krankheiten der Augenlider. 1924. 57) Soldau, Archiv. f. Chirurgie, Bd. 59. 58) Sommer, Beiträge z. Klinischer Chirurgie. Bd. 125, str. 694. 59) Spillman & Etienne ref. Verocay. 60) Stanke, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 168. 1922, str. 6 — 18. 61) Szymonowicz, Histologia. 62) Thomson, On neuroma and neuro-fibromatosis 1900. 63) Tschistowitsch, Russki Wracz. 1908. Nr. 1. 64) Taddei, Zentralbl. f. Chirurgie. Bd. 41, str. 1043. 65) Trubin Wiestnik Oftalmologii. 1913, str. 813 — 824. 66) Verocay, Ziegler's Beiträge. Bd. 48, str. 1 — 69. 67) Vogt, Kl. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 72, str. 507 — 509. 68) Wiegmann, Zentralbl. f. d. ges. Ophthalmologie. Bd. 7, str. 485. 69) Wechselmann, ref. Mintschewa.

W sprawie operacyjnego leczenia zapaleń ropnych stawu kolanowego.

Z Zakładu Anatomji Topograficznej i Chirurgji Operacyjnej U. S. B.
Przedstawiono na posiedzeniach Wil. T-wa Lekarskiego w marcu 1926 r.

Mimo ulepszonych sposobów leczenia chirurgicznego zapaleń ropnych stawu kolanowego, w najpomyślniejszym wyniku otrzymujemy 8,5% śmiertelności (Barling, 2) i w 10% do 20% jesteśmy zmuszeni odejmować kończynę (Barling, 2. Kellogg Speed, 13). Jak dalece sposób Lăwen'a (14) polegający na poziomym odpiłowaniu kłykci kości udowej w przypadkach daleko posuniętych oraz sposób Willems'a (28) czynnego uruchomienia stawu po dokonanych zabiegu w okresach wczesnych schorzeń zmniejszyły te smutne wyniki, na razie nie można sądzić z braku odpowiednich zestawień. Nie ulega wątpliwości, że dotychczasowe sposoby chirurgicznego leczenia zapaleń ropnych stawu kolanowego, polegające na zwykłym otwarciu stawu po obu stronach rzepki (Ollier) z różnymi odmianami tegoż nie dają dobrego wyniku i w swej postaci klasycznej nadal nie mogą być utrzymane. Słuszna krytyka tego sposobu (David, Speed, Southam) zostaje wzmocniona uzyskanym przez autora obrazem chorobowym odjętego stawu kolanowego. Mimo dokonanych zwykłych cięć przyrzepkowych, główne zbiorniki ropne, a co ważniejsze, zachyłek górny błony maziowej stawu i kaletka podczworogłowa pozostały wypełnione ropą, jakgdyby zabiegu nie było.

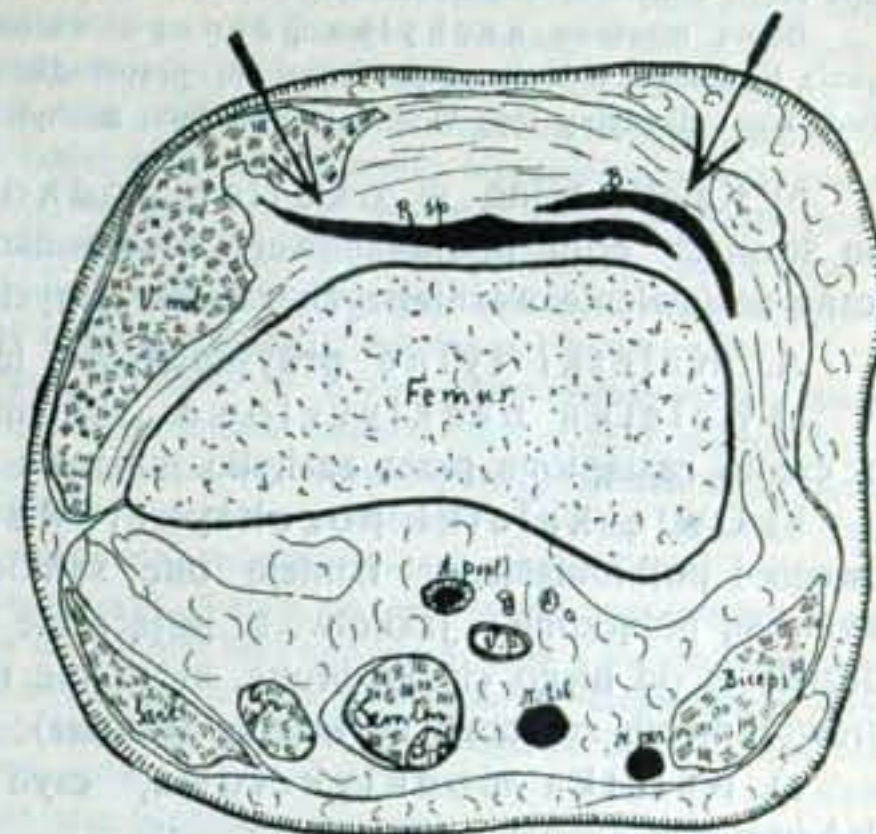
Zawiłość budowy stawu kolanowego polega na istnieniu licznych i rozległych zachyłków błony maziowej oraz na częstym połączeniu tej błony z otaczającymi staw kaletkami maziowymi. Liczne kaletki tylnej okolicy kolana są przeważnie pochodzenia mięśniowego i leżą albo pomiędzy poszczególnymi mięśniami a odpowiednimi wyniosłościami kości, albo pomiędzy samymi mięśniami, lub ścięgnami. *Zachyłki stawu kolanowego, jak również kaletki połączone z błoną maziową, są jedynymi zbiornikami wysięków stawowych*, gdyż jama stawu kolanowego jest wąską szczeliną i nie pozwala na większe gromadzenie się płynu. Dzięki tym zachyłkom i kaletkom sprawa zapalna się przewleka. Otwarcie chirurgiczne samej jamy stawu kolanowego, jak to jest zwykle dotąd praktykowane w tych przypadkach, nie uwzględnia głównych zbiorników ropy, często więc nie usuwa samego wysięku, a odsłaniając chrząstkę stawową, czułą na zewnętrzne drażnienia, może pogarszać sprawę. Zadaniem naszym jest wykazanie, że poznanie stosunków anatomicznych stawu odnośnie do zachyłków stawowych i kaetek przykolanowych, jako głównych zbiorników ropy, oraz właściwe ich otwieranie z oszczędzaniem samego stawu i nieodsłanianiem chrząstki stawowej, może przyczynić się do zmniejszenia śmiertelności i kalectwa (po odjęciu) z powodu zapaleń ropnych stawu.

Z zachyłków błony maziowej i kaetek połączonych ze stawem kolanowym, zasługuje na baczniejszą uwagę po stronie przedniej „zachyłek górny stawu kolanowego” (recessus superior) i „kaletka pod mięśniem czworogłowym” (bursa M. quadriceps), a po stronie tylnej w dole podkolanowym dwie pary kaetek: przyśrodkowe i boczne.

a) Kaletki przednie.

1) Kaletka nadrzepkowa, czyli podczworogłowa (Bursa suprapatellaris s. M. quadriceps) jest stała i leży pomiędzy zachyłkiem górnym

błony maziowej stawu kolanowego a mięśniem czworogłowym (rys. 1). Nie należy utożsamiać tej kaletki z zachyłkiem górnym błony maziowej stawu. Kaletka leży bardziej od przodu i tylko o 1—2 cm. (rys. 3) wystaje ku górze ponad zachyłkiem. Sięga ona od miejsca położonego o 0,5—1,0 cm. powyżej podstawy rzepki, do 4—6 cm. ku górze. Przeciętna długość kaletki 6 cm., a szerokość 3—6 cm. Połączenie z zachyłkiem znajdujemy w 7 na 10 przypadków (Poirier, 24). Duży zwykle otwór, łączący kaletkę z zachyłkiem leży w płaszczyźnie pionowej. Kaletka może być podwójna, a nawet potrójna. Łatwo przypuścić, iż nawet w razie połączenia, którego wymiary są bardzo zmienne, odpływ ropy przy zwykłym otwieraniu stawu od przodu po obu stronach rzepki, może być niedostateczny.



Rys. 1. Przekrój poprzeczny okolicy kolana tuż powyżej podstawy rzepki, o 6—7 cm. powyżej linii stawu kolanowego. A. popl. — Tętno podkolanowe. B. — Kaletka podczworogłowa. Gr. — M. smukły. N. tib. — Nerw piszczelowy. N. per. — Nerw strzałkowy wspólny. R. sp. — Zachyłek górny stawu kolanowego. Sart. — M. najdłuższy uda. Semim. — M. półbłoniasty. S.-t. — M. półścięgnisty. V. md. — M. szeroki uda przyśrodkowy. V. p. — Żyła podkolanowa.

Według Testut (28), połączenie kaletki z zachyłkiem stawu występuje częściej; brak jego tylko w 15%. Według Schwartz'a, kaletka jest połączona ze stawem w 70%, u dorosłych częściej (w 80%). Zachyłek istnieje już w 3 miesiącu życia płodowego, kiedy kaletki jeszcze nie ma (Bernays, 3, Variot, 29). Kaletka powstaje zawsze niezależnie, zaczynając od 4 miesiąca życia płodowego (Moser, 19). W chwili urodzenia połączenie kaletki z zachyłkiem już zwykle istnieje.

Kształt kaletki jest trójkątny z podstawą około 0,5 cm. na rzepce w dole (Moser, 19). Z boków nie wystaje ona poza brzeg mięśnia czworogłowego. Otwór łączący kaletkę z zachyłkiem górnym leży cokolwiek z boku. Przez połączenie to staw zostaje powiększony nie tyle ku górze, ile ku przodowi. U Schwartz'a (25), który zbadał 210 kolan u dzieci, kaletki brak było w 30 przypadkach (15%). Według Hohlbauma' (12), który zbadał 252 kolana osób różnego wieku, przebiecie kaletki do stawu następuje zwykle z końcem 5 miesiąca życia płodowego. Według Gruber'a (10), na 160 zbadanych kolan, w 18 przypadkach nie było połączenia ze stawem. Dotąd przypuszczano, że połączenie powstaje dopiero po urodzeniu. Zwykle jednak już podczas urodzenia znajdujemy szeroki otwór łączący (niekiedy 2—3 otworki). Według Flint'a, (8), który badał odlewy metalowe wnętrza stawu, połączenie istnieje niemal w każdym przypadku. Miejsce połączenia przypada na strony tylną i przyśrodkową. Kaletka może sięgać na 6—7 cm. powyżej górnego brzegu rzepki. Nastrzyknięta ad maximum

kaletka dosięga grubości 3—4 cm., występuje ona o 2—3 cm. powyżej górnego brzegu powierzchni stawowej kości udowej. Ku górze i po stronie bocznej kaletka sięga o 2—3 cm. powyżej kłykcia bocznego (na trzonie kości udowej). U kobiet niezależność kaletki jest częstsza. Wstrzykując płyn do kaletki z większą siłą i osiągając ciśnienie równe 40—90 cm. słupa rtęci, Schwartz doświadczał wywołania przebiegu kaletki do stawu.

Błona maziowa zachyłka górnego zachodzi bardziej na powierzchnię boczną kłykcia bocznego, aniżeli na powierzchnię przysródkową kłykcia przysródkowego (Dupuy, 6). Otwór komunikacyjny leży w ścianie przedniej zachyłki górnego (Poirier, 22).

b) **Kaletki tylne** w okolicy podkolanowej są umieszczone po obu stronach dołu podkolanowego przysródkowego i bocznej. Najbardziej praktyczne zestawienie ważniejszych kaletek tylnych podaje Poirier (24).

A. Kaletki tylne przysródkowe, idąc od góry są następujące:

a) Kaletka nadkłykciowa czyli mięśnia brzuchatego przysródkowego, często zastąpiona przez zachyłki maziowe nadkłykciowe przysródkowe.

b) Dwie kaletki pozakłykciowe: właściwa brzuchatego przysródkowego i półbłoniastego. Istnieją one samodzielnie u dzieci, a u dorosłych zwykle są połączone. Jakkolwiek połączenie ze stawem jest rzadkie, jednak oddziela je od niego cienka błona, która nie może być przeszkodą dla przejścia spraw ropnych ze stawu na kaletkę (Poirier).

c) Kaletka podkłykciowa, czyli kaletka mięśnia półbłoniastego właściwa.

Kaletka nadkłykciowa przysródkowa — (Bursa supracondyloidea medialis, opisana poraz pierwszy przez Gruber'a) leży w dole nadkłykciowym, w środku przyczepów mięśnia brzuchatego przysródkowego. Według Poirier'a (22), który zbadał 450 kolan, w 90% jest ona przedłużeniem błony maziowej stawu. Wymiary jej: długość 1—2,5 cm. i wysokość 0,5—1,0 cm. Z dołu kaletka przylega do błony maziowej stawu kolanowego. Gruber uważa ją za stałą. Kaletka M. brzuchatego przysródkowego (Bursa M. gastrocnem. med. propria), leży pomiędzy ścięgnem M. brzuchatego przysródkowego a powierzchnią tylną kłykcia przysródkowego kości udowej; jest ona niezależna i tylko wyjątkowo może być połączona z kaletką brzuchato-półbłoniastą. Obu tych kaletek brak u małp — (Forster, 9 i Westriemen, 30); stoją one w związku z prostą postawą człowieka. Brak odpowiednich kaletek po stronie bocznej tłumaczymy niższym początkiem M. brzuchatego bocznego (głównie od torebki stawowej i tylko częściowo od kłykcia bocznego).

Kaletka wspólna dla mięśni brzuchatego przysródkowego i półbłoniastego — (Bursa semimembranoso-gastrocnemialis) leży na poziomie kłykcia przysródkowego; posiada ona niekiedy otwór lub szczelinę, łączące je z błoną maziową stawu. Foucher (7) i Panas utrzymywali, iż połączenie to jest stałe. Poirier wykazał, że nie istnieje ona u dzieci wcale, a u dorosłych w 10% i u starców w 20%. Heinecke widział ją u 28 tygodniowych płodów. Według Gruber'a istnieje ona u połowy noworodków, i w 38% u dorosłych. Moser (19) widział ją zawsze u wszystkich płodów, gdy innych kaletek jeszcze nie było. Leży ona w miejscu skrzyżowania obu wymienionych mięśni, z których jeden należy do uda (M. półbłoniasty), a drugi do podudzia (M. brzuchaty przysródkowy); w miejscu tem winno istnieć największe tarcie. U noworodków wysokość kaletki wynosi 4—8 mm.; połowa jej leży powyżej, a połowa poniżej linii stawu kolanowego. Po urodzeniu powstaje niekiedy druga kaletka niezależna, właściwa dla M. brzuchatego przysródkowego — powyżej kłykcia (Bursa gastrocnemialis propria). W 4—10 roku życia następuje połączenie obu wymienionych kaletek (Poirier). Według Moser'a, ona pierwsza łączy się ze stawem. Kaletka brzuchato-półbłoniasta jest najszersza ze wszystkich kaletek podkolanowych; sięga ona od tylnodolnej części kłykcia przysródkowego uda do poziomu górnego mięśnia podkolanowego na powierzchni tylnej

kłykcia przysródkowego kości piszczelowej. U dorosłych i u starców jest ona zwykle połączona ze stawem; połączenie kaletki brzuchato-półbłoniastej ze stawem może nastąpić zawsze pod ciśnieniem wysięku zawartego w stawie (Poirier). Jest ona pionowo ustawiona pomiędzy obu mięśniami. Wymiar pionowy kaletki wynosi 4 cm. a jej szerokość 3 cm. Koniec dolny kaletki sięga do 2 cm. poniżej linii stawu. Koniec górny odpowiada kątowi spotkania ścięgna M. brzuchatego z kłykiem przysródkowym. Według Foucher'a, łączy się ona stale ze stawem i rzadko z właściwą kaletką M. półbłoniastego. Gruber, który uwzględnił całe piśmiennictwo niemieckie, stwierdza połączenie kaletki ze stawem w połowie przypadków. Poirier tłumaczy podawanie takiej częstości za wynik nieostrożnego препарowania przy gwałtownym unoszeniu ścięgna mięśnia brzuchatego. Również zbyt silne naciąganie może spowodować drogę fałszywą („fausse route”) i wytworzyć połączenie, gdzie go w rzeczywistości nie ma. Kaletka brzuchato-półbłoniasta występuje jedynie u ludzi (Forster, 9, Westriemen, 30) i wyjątkowo tylko jest obecna u małp (Hylobates u Westriemen).

Kaletka mięśnia półbłoniastego właściwa — (Bursa semimembranosa propria). Heinecke widział ją u płodów 6 miesięcznych, Gruber zawsze. Moser (19) widział ją stale w drugiej połowie życia płodowego; powstaje ona rozwojowo później od kaletki przedniej; długość jej wynosi 3—5 cm., u noworodków 5—7 mm., u dzieci 7—12 mm. Kaletka mięśnia półbłoniastego właściwa oddziela powierzchnię przednią części przysródkowej ścięgna od guzowatości przysródkowej kości piszczelowej. Łączy się ona często z poprzednią kaletką a rzadziej ze stawem. W stosunku do przedniej leży ona nieco niżej i ku przodowi pomiędzy kłykiem piszczelowym przysródkowym od przodu i trójdziąłem (trifurkacją) ścięgna półbłoniastego od tyłu. Stała po urodzeniu brak jej w 10%. Właściwa kaletka półbłoniasta u wszystkich małp zbadanych przez Forster'a i Westriemen (Lemur, Hapale, Midas, Cebus, Macacus, Ateles, Hylobates, Nycticebus) jest bardziej rozwinięta, aniżeli u człowieka i stale jest połączona szeroko ze stawem. Kaletka ta, położona pomiędzy ścięgnem a więzadłem pobocznym przysródkowym, stoi w ścisłym związku z bardziej przednim przyczepem mięśnia półbłoniastego do kości piszczelowej i torebki stawu kolanowego oraz z utraconą przez człowieka czynnością obracania podudzia ku środkowi. Czynność ostatnia M. półbłoniastego — właściwa małpom — u człowieka w postawie wyprostowanej zostaje utracona na korzyść zginania podudzia. W związku ze zmianą czynności następuje przesunięcie przyczepów końcowych mięśnia bardziej ku tyłowi i większy rozwój bardziej tylnej kaletki brzuchato-półbłoniastej. Natomiast właściwa przednia kaletka M. półbłoniastego zanika i utracą połączenie ze stawem (Westriemen, 30).

B. Kaletki tylne boczne:

a) Zachyłki maziowe nadkłykciowe boczne, zastępujące kaletkę maziową nadkłykciową boczną, która występuje zaledwie w 2%.

b) Brak kaletek pozakłykciowych bocznych.

c) Dwie kaletki podkłykciowe boczne; oddzielają one ścięgno mięśnia podkolanowego od rowka strzałkowo-piszczelowego, w którym ono leży. Bardziej przysródkowa z nich wchodzi rychło w połączenie ze stawem i nosi nazwę zachyłka podkolanowego błony maziowej kolana (Rec. popliteus). Boczna należy ściślej do samego ścięgna mięśnia podkolanowego i jest stała; łączy się ona z poprzednią kaletką i ze stawem tylko w połowie przypadków; nazwa jej właściwa: kaletka mięśnia podkolanowego. Połączenie jej ze stawem piszczelowo-strzałkowym następuje według Gruber'a w 11:80 przypadkach, według Poirier'a w 1:6 i według Lenoir'a w 1:10.

Z bocznych kaletek tylnych stale niemal łączy się ze stawem kaletka podkolanowa — (Bursa subpoplitea), uważana przez wielu autorów za zachyłek stawu kolanowego, a przez Poirier'a za wytwór zlania się zachyłka z kaletką niezależną mięśnia podkolanowego. Kaletka

ta jest o tyle ważna, że łącząc się niekiedy (w 15%, według Testut, a w 25% według Morris'a, 18), ze stawem piszczelowo-strzałkowym górnym, pośredniczy w połączeniu tego stawu ze stawem kolanowym; oddziela ona kłykiec boczny kości piszczelowej od ścięgna mięśnia podkolanowego. Według Bernays'a a (3), u starszych płodów (10—12 cm.) staw pomiędzy górnymi końcami obu kości podudzia stanowi tylko zachylek wspólnej jamy stawu kolanowego (pomiędzy piszczelą a chrząstką półksiężycową). Związek ze stawem kolanowym trwa czas dłuższy, a według Gruber'a, jeszcze dość często u noworodków, i niekiedy też u dorosłych (w 15%). Według Moser'a (17), osobnej kaletki pod mięśniem podkolanowym która by później się łączyła ze stawem—nie ma, powstaje od razu zachylek jako taki, a raczej, dwa zachyłki na razie niezależne powyżej i poniżej łokotek (menisków). U małp (Hapale, Chrysotrix, Cebus i Aleles) kaletka mięśnia podkolanowego łączy stale te dwa stawy ze sobą; powstaje tu jedna jama stawowa (Westriemen, 28). Długość zachyłka podkolanowego wynosi 1,5 cm., szerokość 2,0 cm. Zachylek ten zajmuje przy wszystkich położeniach ciała część najniższą błony maziowej stawu, to też każdy wysięk przedewszystkiem gromadzi się tutaj. Tu też w dalszym przebiegu sprawy chorobowej łatwo dochodzi do pęknięcia ściany zachyłka i wylewu zawartości pod warstwy głębokie łydki. Właściwa kaletka maziowa ścięgna mięśnia podkolanowego jest raczej pochewką ścięgową, aniżeli kaletką; długość jej wynosi 3—6 cm.; często się łączy ona z połową górną jamy stawu kolanowego położoną wyżej od łąkotki stawowej. Jest ona stała i w połowie przypadków łączy się z zachyłkiem podkolanowym. U noworodków jest ona zawsze niezależna od zachyłka podkolanowego.

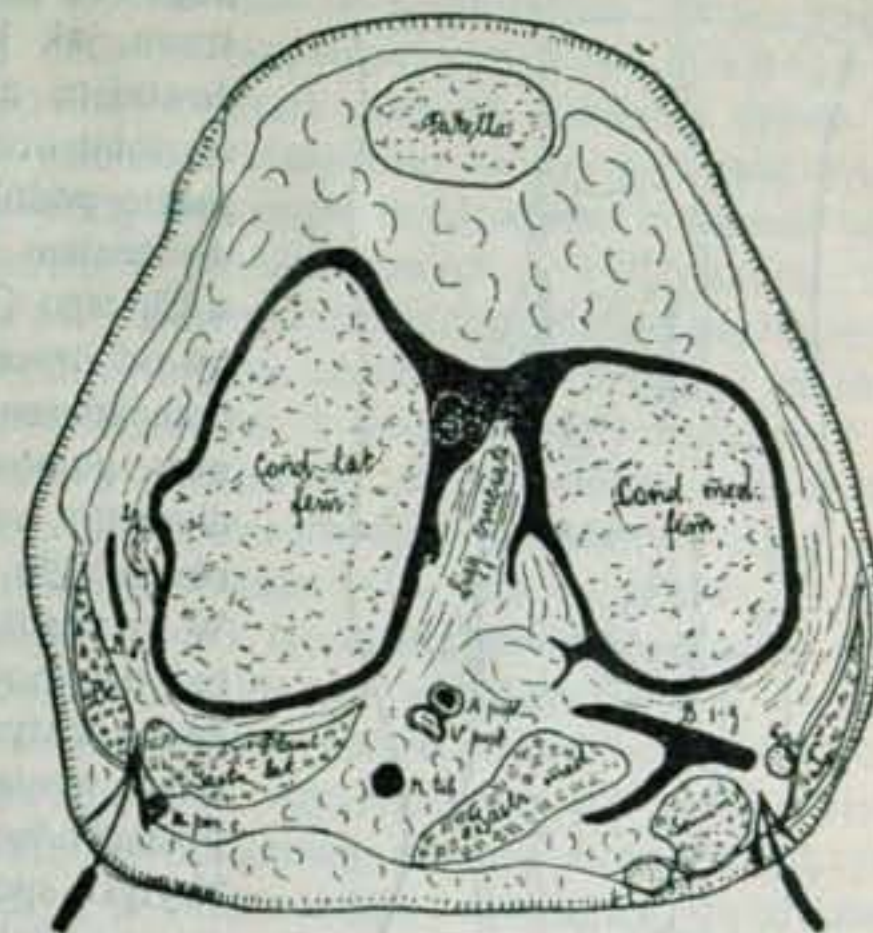
Z innych kałek tylnobocznych należy wymienić *kaletkę nadkłykciową boczną*, która jest stosunkowo rzadka. Natomiast *zachylek maziowy nadkłykciowy boczny* jest częsty, występuje w połowie przypadków i niewątpliwie może być zbiornikiem wysięków ropnych stawu.

Prócz tego wzdłuż samego brzegu bocznego stawu kolanowego znajdujemy trzy inne kaletki, nie mające z zasady żadnego połączenia ze stawem: a) pomiędzy ścięgnem mięśnia podkolanowego a więzadłem pobocznym strzałkowym stawu. Wyjątkowo może łączyć się ona ze stawem, b) pomiędzy ścięgnem końcowym mięśnia dwugłowego uda a więzadłem pobocznym strzałkowym; leży ona tuż powyżej główki strzałki; wzdłuż niej biegnie nerw strzałkowy wspólny; ze stawem nigdy nie jest połączona i jest niestała. U noworodków średnica jej wynosi 3—9 mm. (Gruber, Heinecke), c) pod ścięgnem początkowym głowy bocznej mięśnia brzuchatego bocznego — mała i niestała; niekiedy jest ona tylko przedłużeniem kaletki pomiędzy mięśniem podkolanowym a więzadłem pobocznym strzałkowym.

Z powyższego wynika, że przy zapaleniach ropnych stawu kolanowego ropa może się gromadzić: a) Przedewszystkiem od przodu w zachyłku górnym stawu kolanowego i w połączonej z nim kaletce podczworogłowej; b) Niemal zawsze w kaletce połączonej mięśnia brzuchatego przysródkowego i półbłoniastego po stronie tylnoprzysródkowej stawu, oraz c) w zachyłku i kaletce podkolanowej, a niekiedy też w innych pobliskich kaletkach po stronie tylnobocznej stawu kolanowego.

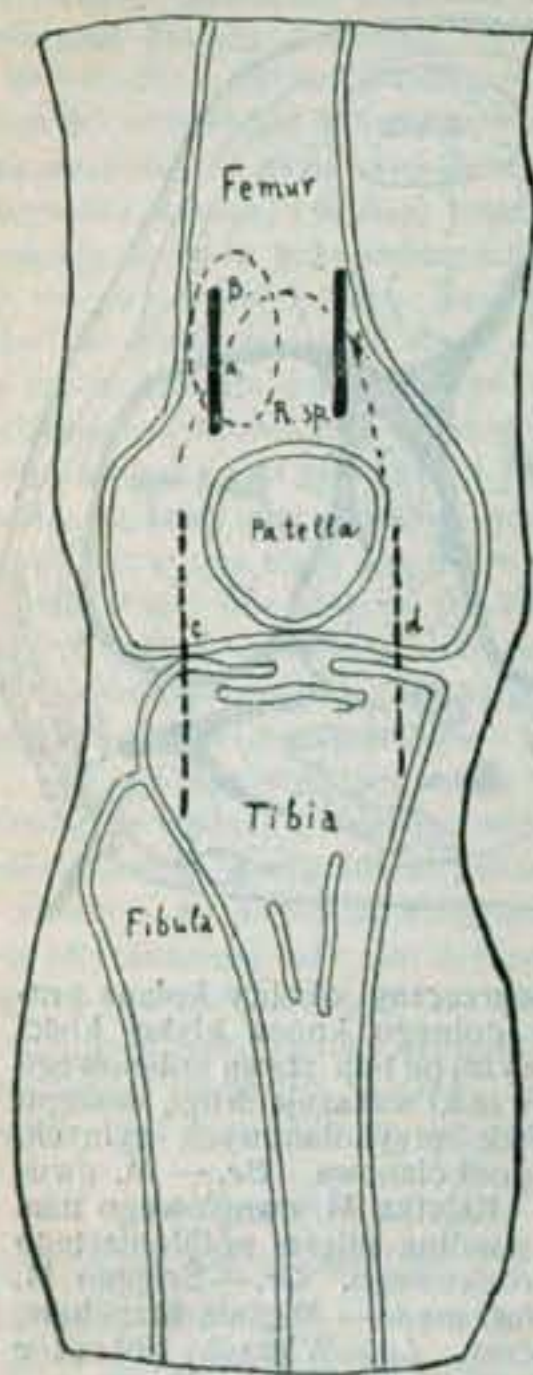
Z kałek tych — kaletka podczworogłowa: a) zajmuje położenie pod mięśniem czworogłowym i sięga o 5—6 cm. powyżej podstawy rzepki; środek położenia drugiej b) będzie przypadać na samą linię stawu kolanowego po stronie tylnoprzysródkowej; położenie trzeciej c) będzie poniżej linii stawu kolanowego na poziomie stawu piszczelowo-strzałkowego górnego. Prócz tego w 15 do 25% może być zajęty staw piszczelowo-strzałkowy górny. Są to miejsca główne, o których należy pamiętać i które winniśmy otwierać, jako główne zbiorniki wysięku. Stopniowo otwierając je w miarę potrzeby, unikamy konieczności otwierania samej linii stawu kolanowego i odsłaniania wrażliwej i trudno odtwarzalnej chrząstki stawowej. Ponieważ, z punktu widzenia chirur-

gicznego należy dzielić staw kolanowy (p. str. 9) na dwa przedziały przedni i tylny (Henderson, 11) niema potrzeby przy zapaleniach ropnych stawu od razu otwierać bez wskazań dostatecznych obu przedziałów. Zwykle początek sprawy przypada na część przednią stawu, gdyż jest ona mniej osłonięta przez części miękkie, aniżeli część tylna. Wy-
siek siłą rzeczy wypełnia jedyny zbiornik przedniego przedziału — zachylek górny powyżej rzepki i wraz z tem też kaletkę podczworogłową (w 80% połączoną z zachyłkiem). W braku połączenia łatwo następuje przebiecie wysięku do kaletki, pod wpływem ciśnienia; przemawiają za tem doświadczenia Schwartz'a (26), który, wstrzykując pod ciśnieniem równem 40—90 cm. słupa rtęci, wywoływał sztuczne połączenie kaletki z zachyłkiem. Przedni przedział stawu jest pojemniejszy od tylnego i dlatego stanowi pod względem chirurgicznym przedział ważniejszy i zbiornik wysiękowy pierwszorzędny. Być może tem się tłumaczy, dlaczego przechodzi stosunkowo tak długi okres czasu, zanim sprawa chorobowa ogarnie tylną część stawu. Według przedłożonego przez nas sposobu należy przednią część stawu otwierać na poziomie zachyłka i kaletki podczworogłowej dwoma cięciami pionowymi i równoległymi do siebie (rys. 2). Miejsce położenia cięcia odpowiada brzegom bocznym rzepki, leży jednak wyżej od jej podstawy. Cięcie przednio-przysródkowe otworzy zachylek górny błony maziowej stawu. Cięcie przedniboczne otworzy przedewszystkiem kaletkę podczworogłową, bardziej odsuniętą na bok (rys. 3). Jak widać z rys. 3 jedno pośrodkowe cięcie może nie otworzyć kaletki i nie wystarcza dla odprowadzania wysięku. Cięcia poboczne przyrzekpkowe, zwykle w tych przypadkach stosowane, mogą pozostawić nietkniętą kaletkę podczworogłową przy nieznacznym otworze, łączącym kaletkę z zachyłkiem, a nawet niedostatecznie sączyć sam zachylek; wynika to z anatomicznych stosunków okolicy, oraz z przedstawionego preparatu anatomo-patologicznego. Preparat ten



Rys. 2. Przekrój poprzeczny okolicy kolana prawego na poziomie dolnego końca kłykci kości udowej, cokolwiek wyżej od linii stawu kolanowego (odcinek górny). Strzałki wskazują drogę dostępu do głównych kałek przykolanowych tylnych. A. popl. — Tętno podkolanowe. B. b. — M. dwugłowy uda. B. s.-g. — Kaletka wspólna mięśni półbłoniastego i brzuchatego przysródkowego. Gr. — Ścięgno M. smukiego. Gastr. lat. med. — Mięśnie brzuchate, przysródkowy i boczny. Lg. — Wiązadło poboczne strzałkowe. N. tib. — N. piszczelowy. N. per. c. — N. strzałkowy wspólny. Plant. — M. podeszwy. Sa — M. najdłuższy uda. S-t. — M. półścięgnisty. Semim. — M. półbłoniasty. V. popl. — Żyła podkolanowa.

został uzyskany przez autora w Londynie, w jednym ze szpitali, gdzie po cięciu zwykłym przyrępkowym (Ollier'a), z powodu stale wysokiej ciepłoty, niezmięszonej po zabiegu, odjęto kończynę powyżej kolana. Na preparacie widzimy zupełnie nietknięte i wypełnione wysiękiem serowatym mimo zabiegu operacyjnego (od przodu) — zarówno zachyłek górny stawu, jak kaletkę podczworogłową. Jest to dowodem niedostateczności tego klasycznego sposobu otwierania stawu od przodu. W zasadzie podobny sposób był stosowany z powodzeniem przez Kellogg'a Speed'a (1918 r.) z Chicago (13). Autor ten w sposób odmienny od naszego nacinał zachyłek górny cięciem pojedynczym i sączywał staw kolanowy drenem gumowym od góry. Wspominaliśmy, dlaczego uważamy za bardziej wskazane dwa równoległe pionowe cięcia powyżej rzepki.



Rys. 3. Wzór cięć w okolicy kolana przy wysięku ropnym w stawie. a — cięcie przednie nadrzepakowe boczne dla otwarcia kaletki podczworogłowej (B.), drogę wskazuje rys. 1. b — cięcie przednie nadrzepakowe przyśrodkowe dla otwarcia zachyłka górnego (R. sp.). c i d — cięcia boczne przykolanowe tylne; środek cięcia b przypada na linię stawu kolanowego, a drogę wskazuje rys. 2.

Same sączywanie przedniego przedziału stawu, o ile sprawa chorobowa przejdzie na jego część tylną, nie wystarcza, nawet gdy jest najbardziej rozumnie prowadzone. Mimo mniejszych wymiarów przedziału tylnego, położonego (idąc od góry) poza obu kłykcami kości udowej, poza torebką stawu kolanowego i wreszcie poza kłykcami kości piszczelowej, wysięki w tej części nie ma-

jąc większych zbiorników na wzór zachyłka górnego od przodu, są niebezpieczniejsze, gdyż ropa po wypełnieniu wszystkich połączonych ze stawem kałek pozakolanowych szuka ujścia ku dołowi (rzadziej ku górze) wzdłuż przestworów łącznotkankowych mięśniowych. Wczesne ich otwarcie jest jednym z ważniejszych momentów leczenia zapaleń stawów kolanowych. Przy obrzęku goleni, znacznym odpływie ropy, stale podwyższonej ciepłocie i bolesności na ucisk kości z tyłu, oraz po dokonaniu otwarcia górnego zachyłka stawu od przodu, należy myśleć o zajęciu kałek i zachyłków błony maziowej tylnej części stawu kolanowego. Należy wtedy przystąpić do drugiego momentu operacyjnego — otwarcia kałek tylnych, a) przyśrodkowych i b) bocznych. Dla otwarcia kaletki brzuchato-półbłoniastej idziemy pomiędzy mięśniami najdłuższym uda i przylegającym do niego ścięgnem mięśnia smukłego od przodu i od strony przyśrodkowej a mięśniami półścięgnistym i półbłoniastym od tyłu i od strony bocznej (rys. 2 i 3). Środek piszczelowego cięcia winien odpowiadać linii stawu kolanowego. Drugie cięcie przystrzałkowe prowadzimy z boku i ku przodowi albo ku tyłowi od mięśnia dwugłowego — w linii od główki strzałki do tylnego brzegu krętarza większego; środek cięcia przypada również na linię stawu kolanowego i sięga ku górze powyżej kłykcia bocznego. Cięcie bardziej tylne utrudnia zabieg. Na poziomie płaszczyzny udowo-podkolanowej, dół podkolanowy jest kanałem kostno-powięziowym, ograniczonym od przodu przez warstwę kostną, od tyłu przez powięź podkolanową, a z obu stron pobocznych przez przegrody strzałkowe, łączące tę powięź z kością i zdwajające powierzchnię głęboką ściany mięśniowej. Przegroda boczna, która zdwaja powierzchnię głęboką obu głów mięśnia dwugłowego jest zawsze dobrze zaznaczona. Idąc pomiędzy mięśniami a tą przegrodą powięziową, dochodzimy łatwo do płaszczyzny udowo-podkolanowej bez przejścia przez kanał kostno-włóknisty i omijając jego zawartość naczyniowo-nerwową (Dupuy, 6).

Jak dalece ropne zapalenie stawu kolanowego jest jedną z najcięższych spraw chorobowych, wykazują dotychczasowe zestawienia. Śmiertelność, która w r. 1870, w czasie wojny franko-pruskiej osiągała przy ranach kolana u francuzów od 40 do 50% (przy zachowawczym leczeniu), a u Niemców do 80—90% (przy resekowaniu niezwłocznym takich kolan), spadła w ostatnich czasach do 8,5% (według zestawienia z r. 1922 opartego na rozległym materiale 845 kolan zranionych). Liczba amputacji z powodu ropnych zapaleń stawu była tu bardzo wysoka, bo wynosiła 20%. Doskonałe skutki uzyskał C. Willems (31, 32), który uniknął odcinania kończyn i śmierci, nawet w przypadkach septycznych, drogą wczesnego zabiegu operacyjnego i niezwłocznego uruchomienia stawu. Sposób Willems'a polegał na łagodnym débridement, irygacji roztworem fizjologicznym soli, wypełnianiu stawu eterem, pierwotnym zeszczeniu rany stawu na głucho i wreszcie na wczesnych ruchach czynnych.

Ruchy czynne dokonywane siłami samego chorego mają ułatwiać sączywanie naturalne wysięku zapalnego. Niestety, sposób Willems'a zachowując w 50% pożytecznie ruchomy staw, jest skuteczny tylko we wczesnych okresach ropienia. Lāwen (14), a następnie Bachlechner (1) wprowadzili sposób po-

ziomej rezekcji kłykciów kości udowej, co uczyniło znaczny postęp w kierunku zmniejszenia śmiertelności, zabieg ten jednak jest połączony z pewnym kalectwem.

W podanym przez nas sposobie należy unikać odsłaniania chrząstki stawowej, i sączkować tylne kaletki pozakolanowe i dopiero za ich pośrednictwem sam staw. Dzisiaj coraz bardziej się skłaniamy do porównywania własności błony maziowej stawów z błonami surowiczymi wielkich jam ciała. Podobna budowa drobnowodowa obu błon wzmacnia to przypuszczenie (Prénant, etc., 23). Podobnie jak unikamy otwartego i bezpośredniego sączkowania jamy otrzewnej, tak też winniśmy unikać otwartego i bezpośredniego sączkowania stawu kolanowego. Wielu autorów potępia sposoby bezpośredniego odsłaniania chrząstki stawowej. Tuffier w Verdun posunął się bardzo daleko, wyrzekając, iż „każde kolano otwarte i sączkowane z czasem będzie odjęte”. Dlatego Delore i Kocher z Lyonu pierwsi (w r. 1915) przedłożyli po zranieniach kolana otwarcie stawu próbne (arthrotomia explorativa) z następowym zeszytaniem rany na głucho na wzór ran otrzewnej. Loubat i Sincert (1916 r.) szczególnie zalecają sposób Delor'a i Kocher'a. Mondor (17) chirurg szpitalów paryskich podaje następującą znamieną statystykę: na 208 otwarć stawu — połączonych z jego sączkowaniem była $\frac{1}{4}$ część przypadków śmiertelnych, w 13 przypadkach dokonano wypiętów stawu wtórnych i w 41 przypadkach — odjęć. Przeciwnie, na 328 szwów stawowych wczesnych — było 312 wyleczeń bez zeszytwnienia. Tak samo M. Gosset otrzymywał 90% dobrych wyników przy leczeniu zachowawczem.

Streszczenie.

Autor, opierając się na danych anatomicznych o kaletkach przykolanowych oraz na zasadzie uzyskanego i przedstawionego preparatu anatomopatologicznego po przebytej sprawie ropnej stawu kolanowego, dochodzi do wniosków następujących:

1) Jedynymi poważnymi zbiornikami wysięków ropnych stawu kolanowego są kaletki i zachyłki przykolanowe, a) od strony przedniej — zachyłek górny i połączona z nim kaletka podczworogłowa (rys. 1), a od strony tylnej — kaletka brzuchato-półbłoniasta po stronie przyśrodkowej i kaletka i zachyłek podkolanowe po stronie bocznej. Sama jama stawu jest wąską szczeliną o praktycznie nikłej pojemności.

2) Jedynie właściwym leczeniem chirurgicznym zapaleń ropnych stawu kolanowego byłoby otwieranie zbiorników ropnych z początku od strony przedniej, następnie od strony tylnej. Otwieranie samej jamy (szczeliny) stawowej jest conajmniej zbyteczne, jeżeli nie szkodliwe ze względu na wystawienie odsłoniętej wrażliwej chrząstki stawowej na następne ustawiczne drażnienia od zewnątrz.

3) Zbiorniki ropne przednie należy otwierać dwoma równoległymi cięciami o 5—6 cm. długości powyżej podstawy rzepki. Odpowiadałyby one brzegom rzepki, jednak nie zstępowały poniżej jej podstawy. Zbiorniki tylne należy otwierać dwoma równoległymi cięciami po obu stronach pobocznych dołu pod kolanowego (rys. 2 i 3).

Środek obu cięć tylnych winien przypadać na linię stawu kolanowego. Jedno z nich towarzyszy ścięgnu mięśnia półbłoniastego, a drugie boczne — ścięgnu mięśnia dwugłowego uda (rys. 3).

4) Przy sprawach ropnych w obrębie tylnego przedziału stawu kolanowego należy mieć na uwadze możliwość zajęcia stawu piszczelowo-strzałkowego górnego, połączonego w 15% z kaletką i zachyłkiem podkolanowymi.

5) Cięcia dotąd klasyczne, otwierające staw po obu stronach pobocznych rzepki (Ollier'a) są niedostateczne dla sączkowania zbiorników wysiękowych.

Piśmiennictwo.

- Bachlechner K. — Über die Behandlung schwerer Kniegelenkseiterungen durch... nach Läden, in 1919. Barling — The treatment of the wounded knee joint. Brit. Med. Journal, p. 277, 1917. Bernays — Die Entwicklungsgeschichte des Kniegelenks. Morph. Jahrb. IV. 1878, p. 403—445. David V. — Gunshot of the knee joint in a Base hospital, 290—295. Ann. of Surg. Clin. of Chicago, 4. 1920. Dupuy P. — Note sur les rapports de l'extrémité infér. du femur avec le cul-de-sac synovial sous-tricipital de l'articulation du genou. Bull. de la Soc. anat. Paris. 80. ann. 1905, p. 542—545. Faucher — Arch. gen. de med. 1856. Flint I. M. — Notes on form of the cavity of the knee-joint, John Hopkins Hospital Bulletin, vol. XV. Nr. 163. Okt. 1904 p. 309—314. Forster A. — Die Insertion des M. semimembranosus, Arch. f. Anat. u. Entw.-gesch. 1904. s. 257—315. Gruber W. — Die Knieschleimbeutel. Prag. 1857. Henderson M. — Incisions in the knee-joint. The Surg. Clinics of North America. Oct. 1921. vol. 1. Hohlbaum J. — Die Bursa suprapatellaris und ihre Bezieh. zum Kniegelenke, p. 481—498. Beitr. z. klin. chir. Kellogg Speed (Chicago). Gunshot wounds of the knee-joint. Journ. of Amer. Med. Assoc. 1918, vol. 70. Läden A. — Ueber die Behandlung schwerer Kniegelenkseiterungen durch..... Beiträge zu klin. Chir. Tübingen 192. Zentr. Bl. f. Chir. 1919. Nr. 24. 121, Nr. 3. Mansarret — Brit. Med. Journ. March. 16. 1918. Mondor H. — Les plaies du genou, La Presse médicale, 1922, p. 961. Morris — Anatomy of the Joints. 1879. London. Moser — Beitrag zur Kenntniss d. Entwickl. der Knieschleimbeutel beim Menschen. Morphol. Arbeiten (Schwalbe) Bd. 1, S. 267. 1892. Okinczyc J. — Quelques reflexions à propos des plaies du genou. La presse médicale, 1920. Oman — Wounds of the knee joint. U. S. Naval Medical Bulletin, Sept. 1922. Vol. XVII, Nr. 3. Owen W. — The treatment of knee joint infections. Amer. Journal of Surg. p. 202—205, 34. 1920. Poirier et Charpy — Traité d'Anatomie, T. I. Art. du genou str. 813. Poirier P. — Bourses séreuses de genou. Arch. gener. de Médec. p. 539—575. VII Série. T. XVII. 1886. Prénant, Bouin, Maillard, Traité d'Histologie, t. II. Paris, 1911, p. 267, 285. Putti V. — Technica dell'artrotomia del ginocchio, 1—16. „La chirurgia degli movimenti“ 5—6, 1921—22. Southam A. — The treatment of acute pyogenic infection of the knee joint, p. 884—885. Schwartz — Contrib. à l'étude de la synoviale du genou. p. 27—35. Arch. gen. de med. 1880. 6.VI. sér. Testut et Jacob — Anatomie topographique. 1922. Variot G. — Développement des cavités et des moyens d'union des articulations, Paris. 1883. Westriemen v. Anna — Das Kniegelenk der Primaten. Petrus Camper. Niederl. Beitr. zur Anatomie H-e. de Haarlem. 1906, p. 1—60. Willems Ch. — On mobilisation in the treatment of intra articular. fractures, p. 212—222. Annals. of Surg. 69. 1919. Willems Ch. — Mobilisation active immédiate pour les plaies de guerre du genou et du coude. Bull. de l'Acad. s. de Méd. Paris 1917, p. 394—401.

Wrażenia z wycieczki do Berck-sur-mer (Francja).

Dr. ZARCYN (Wilno).

Berck-Sur-Mer (lub Berck-Plage) jest oddawna znany ośrodkiem, dokąd udają się chorzy, cierpiący na gruźlicę chirurgiczną (kości, gruczołów).

Ponieważ w tej obszernej dziedzinie pozostaje jeszcze wiele zagadnień nie rozstrzygniętych, ponieważ z drugiej strony większość lekarzy (w tej liczbie i ja sam) kieruje chorych do uzdrowisk i rozmaitych stacji klimatycznych, nie znając niezbędnych szczegółów, a wierząc tylko reputacji uzdrowiska, wszystko to zmusiło mnie do udania się do Berck-Plage w celu przekonania się na miejscu, jakie właściwości lecznicze (zdaniem wielu cudotwórcze) posiada ta miejscowość.

Berck-Plage znajduje się na północy Francji, na brzegu zatoki Lamanche, pomiędzy Dièppe a Boulogne. Z Polski jedzie się bezpośrednio z Warszawy do Calais, skąd do Berck zostaje jeszcze 2½ godz. jazdy koleją. Wielką niedogodność stanowi brak bezpośredniej komunikacji z Berck-Plage; ze wszystkich stron pociągi dochodzą tylko do stacji Rang-fliers de Verton (10 kilometrów od Berck), gdzie trzeba się przesiadać do innego pociągu, a to stanowi wielką niedogodność dla chorych obłożnie, nie mogących się obywać bez pomocy osób trzecich.

Klimat latem umiarkowany, zimy zaś tam nie istnieją—niema ani mrozów, ani śniegu i chorzy korzystają z pobytu na brzegu morza przez cały rok; bardzo często, zwłaszcza wieczorem i w nocy panują silne wiatry, ale wiatry te, jak przekonałem się osobiście, są bardzo odświeżające, przyjemne i znane z tego, że pobudzają łaknienie. Nie ulega wątpliwości, że główną atrakcją tego uzdrowiska jest jego plaża (plage), której ogromne wprost obszary wysunęły je na pierwsze miejsce z pośród szeregu podobnych uzdrowisk, położonych na tem samem wybrzeżu (zatoki i oceanu).

Liczba mieszkańców stałych wynosi 40 tys., ale całe miasto robi wrażenie jednego wielkiego uzdrowiska. Oprócz 2—3 ulic targowych, na innych, na każdym kroku, znajdują się zakłady lecznicze i hotele, przyjmujące ozdrowieńców i chorych. Wiele jest zakładów prywatnych, niewielkich. Duże uzdrowiska są utrzymywane kosztem departamentów (opieka gminna), z nich największem zaś jest szpital miasta Paryża „l'hôpital maritime de l'assistance publique de la ville de Paris”. Z prywatnych uzdrowisk jest jedno wielkie—utrzymywane przez Rotszyldów.

Pod względem ilości chorych i pracy naukowej na czele wszystkich uzdrowisk stoi l'hôpital maritime, należący do „administration générale de l'assistance publique à Paris”. Liczba łóżek 1500 (1100 dla dzieci i 400 dla dorosłych). Znamienną jest rzeczą, że przed wojną liczni kandydaci przez długi czas nieraz oczekiwali na wolne łóżko, obecnie zaś jest 300 łóżek wolnych, co tłumaczy się tem (jak powiedział mi dyrektor, doktor Sorrel), że znacznie się podniósł dobrobyt klasy robotniczej. Prywatnych chorych w tej instytucji nie przyjmują, wszyscy chorzy są bezpłatni.

Metody leczenia. Na pierwszym planie unieruchomienie za pomocą naj-

rozmaitszych opatrunków gipsowych (appareil plâtre). Chorzy, którzy zmuszeni są stale leżeć w łóżku, znajdują się przez cały dzień na rozległych galerjach nad samym brzegiem morza (cały szpital znajduje się na brzegu morza); w wypadkach odpowiednich chorzy bywają zaopatrzeni w kule. Nie używa się naogół żadnych skomplikowanych przyrządów ani łóżek gipsowych (gouttière); wszyscy leżą na zwykłych szpitalnych łóżkach, dla unieruchomienia przy gruźlicy kręgosłupa stosują się tylko specjalne ubrania (z grubego płótna).

Promieni Roentgena używa się wyjątkowo dla rozpoznawania i nigdy dla leczenia; wyjątek stanowi gruźlica gruczołów chłonnych w stanie rozpadu i z przetoką; natomiast szeroko są stosowane lampy kwarcowe.

Na wstrzykiwania zawiesiny jodoformowej i inn. środków zapatrują się jako na metodę przestarzałą.

W celu ustanowienia źródła przetok i ropni opadowych stosują lipijodol w charakterze substancji kontrastowej dla zdjęć roentgenowskich. U wszystkich bez wyjątku chorych wykonywa się odczyn Wassermana.

Przy usadowieniu ognisk gruźl. na kończynach, zwłaszcza dolnych, z reguły, dokonywa się fotografii również i zdrowej kończyny, gdyż nie rzadkie są wypadki, kiedy radjofotogr. zdrowej kończyny wykrywa na niej zapalenie okostnej charakt. specyficznego i tem samym swoisty charakter schorzenia na nodze chorej.

Operuje się dość często (2—3 razy na tydzień), przeważnie dla usunięcia martwaków; operacja Albee wykonywa się tylko u dorosłych, przyczem celem zmniejszenia garbu usuwa się odpowiednie wyrostki kolczaste.

Podczas mego pobytu w Berck w szpitalu znajdowało się dużo dzieci, dotkniętych krzywicą w okresie zniekształcenia kończyn dolnych; we wszystkich takich przypadkach stosują się zabiegi operacyjne ortopedyczne (często 4 operacje u jednego chorego).

Sale w szpitalu są olbrzymie; jedna z sal na 20 łóżek ma 632 metr. sześcienn., druga na 16 łóż. — 498 m. sześcienn., co naogół wynosi 31,6 m³ na każde chore dziecko; w taki sposób są urządzone wszystkie sale, przytem nie należy zapominać, że większość chorych spędza prawie cały dzień albo na galerjach, albo na dziedzińcu.

Na zakończenie muszę przypomnieć, że szpital prowadzi na wielką skalę prace naukowe i wszelkie badania, a internami tego szpitala są „internes des hôpitaux de Paris”.

Instytucją, specjalnie przeznaczoną dla pracy naukowej (pour les recherches), jest „Fondation Franco-Américaine”. Łóżek etatowych — 130, ale w rzeczywistości w szpitalu niema ani jednego łóżka; wszyscy chorzy leżą na specjalnych wysokich i wąskich stolikach ortopedycznych, urządzonych w taki sposób, że zawsze wszystko jest gotowem do wszelkiego rodzaju wyciągów. Szpital znajduje się w mieście, daleko od brzegu morza. Galerje dla kuracji słonecznej są olbrzymie i pomieścić mogą wszystkich chorych szpitala.

Na czele tej instytucji stoi dr. Calvé, popularny nawet i w Paryżu.

Metody leczenia: Unieruchomienie, lampa kwarcowa, powietrze, słońce. W żadnym razie nie bywają tam stosowane ani zabiegi operacyjne, ani wstrzykiwania lecznicze.

Nareszcie należy nadmienić o d-rze Calot, który oddawna znany jest ze swoich metod leczenia gruźlicy chirurgicznej wstrzykiwaniami.

Jak długo trwa leczenie gruźliczych chorych w Berck? Dr. Sorrel, dyrektor szpitala „l'hôp. maritime”, otwarcie powiedział mi: „chorzy leżą u nas długi czas, przeciętnie 3—5 lat”. Kiedy jechałem z powrotem z Berck do Paryża, widziałem chorych, wracających do domu w opatrunkach gipsowych, na kulach i nawet na noszach — nieruchomych.

Berck-Sur-Mer jest ośrodkiem nie tylko dla chorych na gruźlicę kości, ale też i dla wielkiej liczby względnie zdrowych dzieci i dorosłych i dla zupełnie zdrowych, będąc wspaniałym miejscem odpoczynku. Szczególną sławą cieszy się Berck jako uzdrowisko dla dzieci, dotkniętych krzywicą.

W l'hôpital maritime, gdzie zawsze znajduje się wielka liczba dzieci, dotkniętych krzywicą, panuje pogląd, że dzieci, które tu przysyłają z objawami krzywicy, nie cierpią już na krzywicę, lecz tylko na jej skutki ortopedyczne, że krzywica, jako cierpienie, istnieje tylko krótki czas; w okresie objawów ortopedycznych wszelkie leczenie jest spóźnione, oprócz leczenia chirurgicznego zniekształceń kończyn.

Reasumując swoje wrażenia, mogę powiedzieć co następuje:

1. Nie zauważyłem szczególnego, zwłaszcza „cudotwórczego”, działania powietrza morskiego na przebieg gruźlicy kości w Berck-Sur-Mer, gdyż lekarze muszą uciekać się do zwykłych metod leczenia pomocniczych, aż do operacji włącznie, więc do tych samych sposobów, którymi naogół posilujemy się zwykle w warunkach, znacznie gorszych.

2. Nie zauważyłem, żeby wskutek nawet długotrwałego pobytu w Berck, udawało się z reguły znacznie skrócić termin, potrzebny do doszczętnego wyleczenia, w porównaniu z czasem potrzebnym do tego u nas, w warunkach zwykłej troskliwej opieki, otaczającej chorego.

3. Nie mam prawa przeczyć, że dla pomyślnego leczenia gruźlicy kości uzdrowiska i dobre powietrze są warunkami niezbędnymi, ale nie należy szukać tych warunków poza krajem własnym, gdyż mamy u siebie dość wspaniałych stacji klimatycznych (choć nie morskich). Wogóle teraz panuje przecież pogląd, że i specjalne stacje klimatyczne dla gruźlicy, zwłaszcza kości, nie są niezbędne, o ile każde miasto posiada w okolicy miejscowości nie za blisko położone, z powietrzem suchym i nie zanieczyszczonym. Wilno pod tym względem znajduje się w warunkach szczęśliwych; brak nam tylko dostępnych dla niezamożnej ludności uzdrowisk.

Z zakładu Patologii Ogólnej U. S. B.

M. PFAFFIUSÓWNA.

Ciała tłuszczowe w komórkach nerwowych jąder oliwy rdzenia przedłużonego królików.

W pracy, ogłoszonej w „Folia neurobiologica” w r. 1915 „Ueber pathologische Veränderungen des Centralnervensystems bei Vergiftung mit Phosphor und Ol Pulegii” a wykonanej w Kijowie, prof. S. Trzebiński wspomina o znalezieniu u 10 krajowych królików na 11 badanych w tym kierunku (z których 5 było poprzednio szczepionych syfilisem, a 6 zdrowych), w komórkach nerwowych jąder oliwy rdzenia przedłużonego, zwłaszcza zaś w nucl parolivaris dorsalis, kropel ciał tłuszczowych, barwiących się sudanem na czerwono, lub czerwono-pomarańczowo. U jedenastego królika wynik był ujemny—może dlatego tylko, że podczas wyjmowania rdzenia poważnie uszkodzono właśnie okolice jąder oliwy. Jeden z królików zdrowych z dodatnim wynikiem był zwierzęciem młodem w wieku około 1 miesiąca. Króliki wszystkie zabijano wówczas chloroformem. Ciała tłuszczowe znajdowały się w wielu komórkach nerwowych wyżej wspomnianych jąder, były przeważnie dość duże, a liczba ich tak znaczna, że nieraz komórki były niemi całkowicie wypełnione. Dzięki temu znajdowano je wtedy bez szczególnych trudności w większości skrawków, pochodzących z wyżej wspomnianych okolic.

W ciągu lat 1925/26 zbadałam z inicjatywy prof. Trzebińskiego w zakładzie Patologii Ogólnej U. S. B. rdzenie przedłużone 64 królików. Badanie wykonałam w 2 serjach. Do pierwszej należało 50 królików, z których 25 pochodziło z Wilna, rdzenie przedłużone zaś pozostałych 25 otrzymałam już wyjęte i przechowane w formalinie z oddziału szczepień Pasteurowskich P. Instytutu Higieny w Warszawie za łaskawym pośrednictwem Pani D-ra H. Sparrow, za co na tem miejscu składam jej podziękowanie.

Wszystkie Warszawskie rdzenie pochodziły z królików, szczepionych jadłem wścieklizny, które albo same ginęły, albo bywały zabijane ułtuciem w serce. Z miejscowych, używanych nam przeważnie przez zakład fizjologii i histologii normalnej, 2 zabito chloroformem po wiwisekcji, inne zaś zabijano przeważnie też po wykonaniu wiwisekcji skrwawieniem lub uderzeniem w głowę. Rdzenie wyjmowano albo natychmiast, albo nie później jak w 2—5 godzin po śmierci, przechowując je w formalinie aż do czasu badania.

W skład 2 serji weszło 13 królików wileńskich (11 samic i 2 samce). Zabito je wszystkie chloroformem.

Po utrwaleniu w 10% formalinie krajano rdzenie na zamrażającym mikrotomie. Grubość skrawków wynosiła około 10 mikr., liczba skrawków z jednego rdzenia wahała się między 30 a 50. Barwiono skrawki Sudanem III z dobarwianiem kwaśną hematoksyliną, a także błękitem Nilowym, oraz według metody Dietricha i według metody Ciaccia.

W komórkach nerwowych nuclei parolivar. dorsal. królików 1 serji znaleziono ciała tłuszczowe tylko u 4 zwierząt, a mianowicie u 2 warszawskich i 2 wileńskich. Liczba skrawków, zawierających ciała tłuszczowe, wynosiła u poszczególnych zwierząt 1—8, w każdym skrawku zaś znajdowano je w niewielkiej stosunkowo liczbie, w 3—4, najwyżej 8 komórkach. W 46 rdzeniach przedłuż. nie znaleziono ich wcale, a między niemi znajdowały się też rdzenie dwu królików, zabitych chloroformem.

Serja 2-ga dała wyniki odmienne. Ciała tłuszczowe znaleziono w nucl. parolivar. dorsal. 7 królików (6 samic i 1 samiec). Liczba skrawków, zawierających ciała tłuszczowe, była tu większa (5—15), liczba komórek z ciałami tłuszczowymi zwykle też większa niż w serji poprzedniej. Krople tłuszczowe miały tu rozmiary bardziej niż w pierwszej serji urozmaicone, gdyż obok takich jak tam, zdarzały się też nierzadko drobne inkluzje o nieprawidłowych konturach. W żadnym z preparatów obu seryj nie udało mi się znaleźć wyżej opisanych ciał tłuszczowych w innych jądrach rdzenia przedłużonego.

Z Sudanem barwiły się one na kolor pomarańczowo ponsowy, z błękitem Nilowym natomiast dając zabarwienie nie zawsze jednakowe, przeważnie wprawdzie fioletowe z odcieniem różowawym, niekiedy jednak przechodzące w ton prawie ceglasty. Metoda Dietricha dawała zabarwienie czarne.

Oplerając się na tych odczynach, możnaby wnosić, że mamy tu do czynienia z ciałami tłuszczowymi mieszanymi (może cholesterynaty z tłuszczami neutralnymi?) Za taką ich charakterystyką przemawiałyby również wyniki badania w świetle polaryzowanym, które był łaskaw wykonać p. Dr. Bagiński, starszy asystent zakładu histologii normalnej.

Nasuwa się teraz kilka zagadnień. Nie wiemy bowiem przedewszystkiem, co jest powodem lokalizowania się owych ciał tłuszczowych wyłącznie w nucl. parolivar. dorsal. Dalej, zestawivszy dodatnie wyniki w obu serjach, widzimy, że zwierzęta, zabite chloroformem, dały znacznie więcej wyników dodatnich ($7:16 = 43,3\%$) od tych, co ginęły inną śmiercią ($4:48 = 8,3\%$). Wreszcie z królików zachloroformowanych, zwierzęta badane przez prof. Trzebińskiego w Kijowie przeszło dwa razy więcej dały wyników dodatnich od moich ($10:11$ czyli $90,09\%$). Rezultat mych badań dałby się streścić w sposób następujący:

W nucl. parolivar. dorsal. królików (topografia według „An anatomical guide to experimental researches on the rabbits brain by Dr. C. Winkler and Dr. Adda Potter — Amsterdam 1911”) znajdujemy niekiedy komórki nerwowe, zawierające ciała tłuszczowe (przypuszczalnie cholesterynaty, zmieszane z tłuszczami obojętnymi) w postaci większych i mniejszych kropeł, czasem wcale licznych. Ciała te zdarzają się znacznie częściej u zwierząt, zabitych chloroformem, niż u tych, które zginęły inną śmiercią, zdaje się jednak, że częstość ich występowania zależy też jeszcze od innych czynników, nie dających się na razie ustalić.

Laboratoire de Pathologie générale de l'Université de Wilno.

PAR MARIE PFAFFIUS.

Sur les corps gras dans les cellules nerveuses du noyau parolivaire dorsal du bulbe des lapins.

RÉSUMÉ.

Se basant sur un travail du professeur S. Trzebiński „Ueber pathologische Veränderungen des Centralnervensystems bei Vergiftung mit Phosphor und Ol. Pulegii” (Folia neurobiologica 1915 p. 136) j'ai examiné les bulbes de 64 lapins sur la présence des corps gras dans les cellules nerveuses du noyau parolivaire dorsal, en les trouvant en forme de gouttes de grandeur différente chez 11 animaux. — 16 Lapins tués par le chloroforme donnèrent 7 résultats positifs ($43,75\%$) tandis que 48 lapins morts de diverses autres manières n'en donnèrent que 4 ($8,3\%$). Ces résultats diffèrent de ceux du professeur Trzebiński qui avait trouvé les corps gras dans ce noyau chez 10 lapins sur 11 ($90,0\%$) animaux tués par l'inhalation de chloroforme.

Les corps gras dont il s'agit, semblent être des mélanges des lipoides avec des graisses neutres.

Na marginesie komunikatu panny Pfaffiusówny.

Do pracy p. Pfaffiusówny chciałbym dodać parę słów od siebie.

Że ciała tłuszczowe w postaci kropelek różnej wielkości możemy znajdować w komórkach nerwowych zwierząt i ludzi, to od dawna wiadomo; fakt występowania ich jednak w znacznej ilości u królików zawsze w jednym i tem samym miejscu, to jest w jądrach oliwy, zwłaszcza w nucl. parolivar. dorsalis, stwierdzony przezemnie jeszcze przed kilkunastu laty w Kijowie, nie mógł mi się nie wydać godnym uwagi. To też w roku zeszłym zaproponowałem pannie Pfaffiusównie bliższe zajęcie się tą sprawą. Rzadkość występowania ciał tłuszczowych w komórkach nerwowych wyżej wspomnianych jąder u królików Wileńskich w przeciwstawieniu do materiału Kijowskiego, nasuwając myśli o możliwości jakichś wpływów miejscowej natury, skłoniła mnie do wystarania się o materiał Warszawski, którego badanie dało jednak wyniki z Wileńskimi całkiem identyczne.

Będąc zmuszonym do przerywania dalszych poszukiwań z powodu zewnętrznych okoliczności (w tym czasie ustąpiłem z katedry patologji ogólnej, a panna Pf. zostawszy przydzieloną do katedry historii medycyny, zajęcia swe również musiała skierować na inne tory) zdawałem sprawę na jednym z posiedzeń Wil. Tow. Lek. ze stanu naszych poszukiwań, o których wiedziałem, że im jeszcze daleko do końca. Podczas dyskusji, która się na ten temat wywiązała, prof. Eiger zwrócił mą uwagę na możliwość występowania owych zmian w zależności

od sposobu, w jaki zwierzęta zabijano, co mi poprzednio na myśl nie przychodziło. Pokazało się w istocie, że Kijowskie króliki z bardzo wysokim stosunkiem dodatnich wyników wszystkie zginęły od chloroformu, podczas, gdy z 50 królików, badanych w Wilnie, tylko 2 zabito w ten sposób. Nie było rady, trzeba było powrócić do przerwanych badań i starać się o wyświetlenie chociażby tego jednego zagadnienia. Zbadano więc jeszcze 14 królików, zabitych chloroformem. Wynik badania ich rdzenia przedłużonego zdaje się stwierdzać, że ten rodzaj śmierci w istocie może się przyczyniać do częstszego występowania ciał tłuszczowych, jednakże i tym razem, w Wilnie otrzymaliśmy mniej niż połowę wyników dodatnich, osiągniętych w Kijowie. Muszą więc tu odgrywać rolę jeszcze inne czynniki, na razie nie wyświetlone. To pewna, że w tym sensie nie działa jad wścieklizny (materiał Warszawski) a zdaje się, że też nie wpływa płeć, ani zabarwienie sierści. Ciekawą rzeczą byłoby ponowne przerebienie doświadczeń na królikach Kijowskich, tymczasem jednak dostanie stamtąd odpowiedniej liczby zwierząt nie jest zadaniem łatwym ze względu na nader szczupłe dotacje naszych zakładów, oraz ubóstwo pracowników naukowych. Koniec końcem zagadnienie pozostaje w znacznej części otwartem. Nie tracę nadziei, że się nim ktoś u nas zainteresuje. Zasługuje ono na to, nasuwając szereg pytań nie tylko anatomowi, ewentualnie fizjologowi, lecz również patologowi i farmakologowi.

S. Trzebiński.

Protokół.

Posiedzenia naukowego Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 10-go lutego 1926 r.

Przewodniczący prof. K. Opoczyński.

Obecne 84 osoby, w tem 51 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował:

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia.
2. Dyskusję nad referatem d-ra Borowskiego „Społeczna walka z gruźlicą”.
3. Dr. Zarcyn — Pokaz chorego: Przyczynek do kazuistyki niezwyklego umiejscowienia kąticy.
4. Ref. d-ra J. Hurynowiczówny: Bad. doświad. nad niektórymi zmianami w org. pod wpływem parenteralnie wprowadzonej siarki.
5. Wybory nowych członków.
 - I. Po odczytaniu protokołu został bez poprawek przyjęty.
 - II. Dyskusję nad referatem d-ra Borowskiego rozpoczął dr Szabad, który w dłuższym przemówieniu zobrazował walkę z gruźlicą od 1913 r. do dnia dzisiejszego w T-wie „Oze”. Przemówienie swe mówca zakończył gorącym uznaniem dla d-ra Borowskiego za poruszenie tak ważnej kwestji jaką jest walka z gruźlicą. Następnie przemawiał prof. Eiger, który zaznaczył, że ogromne znaczenie, między innymi, posiada ustrój społeczny. Przestrzegając mówca przed

bezkrytycznem stosowaniem Sanokryzyny, a to ze względu, że złoto należy do najsilniejszych jadow naczyń włosowatych o czem obszerniej będzie miał możliwość mówić podczas swego referatu.

Prof. Szmurło podkreśla, że najskuteczniejszym sposobem walki z gruźlicą jest wysoki poziom higieny, higieniczne warunki życia społeczeństwa i wskazuje na Anglię, która bezwiednie najskuteczniej zaczęła zwalczać gruźlicę, prowadząc planowo i higienicznie budowę swych miast. Jest to dla nas zbyt kosztownem, tymczasem jednak powinniśmy się starać odpowiednimi sposobami podnieść poziom wiadomości higienicznych w społeczeństwie.

Prof. Januszkiewicz opierając się na ostatnich, dość licznych sprawozdaniach z niemieckich klinik, zaznaczył, że nie należy zbyt entuzjasmować się Sanokryzyną, która prawdopodobnie okaże się nie więcej skuteczną niż Tuberkulina.

Dr. Czarnocki twierdzi, że tylko sanatoria mogą w naszych warunkach zwalczać gruźlicę, gdyż lud wiejski uważa gruźlicę za nieuleczalną i jeśli kto z wieśniaków wie że cierpi na gruźlicę, nie leczy się, sam dogorywa powoli i szerzy wokół siebie zarazę, tylko odosobnienie w sanatorium może wpłynąć na zmniejszenie klęski. Uważa że szczepionka Calmetta, powinna znaleźć takie zastosowanie jak i sposób Credé u noworodków.

Dr. Borowski w odpowiedzi zaznaczył że Wileńska Poradnia jest otwartą dla wszystkich bez różnicy narodowości. Same zaś reformy społeczne są niewystarczające, a poradnie, uświadamiając ogół o znaczeniu gruźlicy, w znacznym stopniu przyczynią się do jej zmniejszenia.

Prof. Opoczyński proponuje wobec znacznego zainteresowania się tematem poruszonym przez d-ra Borowskiego, wyznaczyć specjalne posiedzenie poświęcone omówieniu kwestji społ. walki z gruźlicą. Zwrócił się do obecnych z prośbą zgłaszania referatów na powyższy temat.

III. Dr. Zarcyn — Przyczynek do kazuistyki niezwyklego umiejscowienia kąticy. (Przeznaczone do druku).

Prelegent omawia dwa wypadki niezwyklego umiejscowienia kąticy z którymi spotkał się podczas operacji apendikotomji.

W dyskusji dr. Michniewicz zaznaczył, że podobne wypadki są dość rzadkie na stole operacyjnym, sam przez cały czas swej praktyki napotkał 10 wypadków nienormalnego umiejscowienia kąticy. Dr. Trzeciak również omawia podobne wypadki napotykane podczas operacji. Prof. Januszkiewicz zapytuje na jakiej podstawie była postawiona diagnoza appendicitis.

W odpowiedzi dr. Zarcyn wskazuje że w obydwu przypadkach bóle były typowe nie bacząc na niezwykle topografię kąticy, wskutek tego prawdopodobnie, że bóle zależą od podrażnionych naczyń chłonnych.

Prof. Opoczyński omawia podobne przypadki spotykane na sekcji i zaznacza, że tam widzimy je częściej niż podczas operacji.

IV. Dr. Hurynowiczówna wygłasza odczyt p.t. „Badania doświadczalne nad niektórymi zmianami w organizmie pod wpływem parenteralnie wprowadzonej siarki”.

Dodatknie wyniki lecznicze, otrzymane przy zastosowaniu siarki kolloidalnej i zawiesiny siarki w olejach, w szeregu rozmaitych chorób, a w szczególności w stanach poencefalitycznych, były powodem podjęcia badań doświadczalnych nad działaniem parenteralnie wprowadzonej siarki na ustrój wogóle, w szczególności zaś na układ nerwowy ośrodkowy.

Wychodząc z założenia, że organizm w swych procesach życiowych na plan pierwszy wysuwa stany fizyko-chemiczne — w doświadczeniach użyte były metody badań fizykalnych, zdążające do wykrycia zmian w stanach fizykalno-chemicznych krwi — pod wpływem domięśniowo-wprowadzonej siarki.

W celach porównawczych analogiczne badania przeprowadzono z wyjąłwionem mlekiem.

Doświadczenia wykonano na 30 królikach.

Wyniki otrzymane są następujące:

1. Tak siarka jak i mleko, wprowadzone śródmięśniowo, wywołują ogólny nieswoisty odczyn organizmu.

2. Przy wprowadzeniu śródmięśniowym siarki i mleka występują wyraźne zmiany w równowadze fizykalnych właściwości krwi.

3. Siarka w zawiesinie tak samo jak i w połączeniu z eukalyptolem, wprowadzona domięśniowo, wywołuje wyraźniejsze zmiany w organizmie w porównaniu z mlekiem wprowadzonym w tych samych warunkach.

4. Zmiany występujące w ustroju pod wpływem parenteralnie stosowanej siarki i mleka, wykazują pewne wspólne cechy jakie zauważyć można przy wstrząsie anafilaktycznym. Obniżenie ciśnienia krwi, wzmożona ilość oddechów, leukopenja, niekrzepliwość krwi i t. d.

5. Pod wpływem parenteralnie wprowadzonej siarki jak i mleka wykazać się daje znaczniejsze przekrwienie mózgu, nadto po siarce daje się zauważyć chromatoliza poszczególnych komórek nerwowych. (Streszczenie własne. Całość przeznaczona do druku).

W dyskusji prof. Siengalewicz omawia pracę i znajduje, że obrana droga doświadczeń jest prawidłową i dała konkretne wyniki. Ze względu na spóźnioną porę dalsza dyskusja została odłożona do następnego zebrania.

V. Zostali przyjęci na członków T-wa: prof. M. Reicher i J. S. Alexandrowicz, Dr-owie M. Siedlecki, J. Tyminski, T. Wąsowski i Cz. Czarnowski.

Zgłoszony został referat przez d-ra S. Bagińskiego: „Metoda Bocka wykrycia hormonów we krwi, oraz jej ocena”.

Protokół.

Posiedzenia naukowego Wil. Tow. Lekarskiego

dnia 24-go lutego 1926 roku.

Przewodniczący prof. K. Opoczyński.

Obecnych 49 osób, w tem 33 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował:

1. Odczytanie protokołu posiedzenia dnia 10-go lutego 1926 r.
 2. Prof. K. Michejda — pokaz preparatów z Kliniki Chirurg. U. S. B.
 3. Dyskusja nad referatem d-ra Hurynowiczówny: Bad. doświadczalne nad niektórymi zmianami w organizmie pod wpływem parenteralnie wprowadzonej siarki.
 4. Dr. Kosiński — 1) Znaczenie badań układu nerwowego czuciowego dla antropologii. 2) Pokaz szczypczyków dla niepalcowego wiązania szwów.
 5. Prof. Trzebiński — Ciała tłuszczowe w kom. nerwowych.
- I. Po odczytaniu protokołu został bez poprawek przyjęty.
- II. Prof. Michejda demonstruje preparaty bąblowca uzyskane podczas operacji oraz preparat rezekowanej esicy naskutek częstego skrętu.
- III. W dyskusji nad referatem d-ra Hurynowiczówny pierwszy zabierał głos prof. Eiger który pokazuje na specjalnej tablicy opracowany przez niego plan fizyczno-chemicznego badania krwi i płynów kolloidalnych, który stosować należy w fizjologii, patologji, farmakologii i klinice. Część wyników w zastosowaniu do toksykologii demonstrował na Zjeździe Lekarzy w Warszawie w roku 1925 wraz z prof. Siengalewiczem.

Jako jeden z przedstawicieli medycyny doświadczalnej z prawdziwym zadowoleniem stwierdza, że w skromnych, niemal ubogich warunkach naszych, przy pomocy przyrządów, które sprawić sobie może nie tylko oddział kliniczny, ale nawet najbiedniejszy oddział każdego szpitala miejskiego, powstała praca doświadczalna piękna pod względem treści i formy, z którą każdy, ktokolwiek będzie pracował nad działaniem siarki, liczyć się będzie musiał.

Stanowi to wartość konkretną, przedmiotową każdej pracy doświadczalnej, że bez względu na punkt wyjścia lub wyjaśnienie wyników, fakty i liczby pozostają jako trwałe dorobek nauki. Należy żałować, że prelegenci nie skorzystali z refraktometru, gdyż za pomocą tej bardzo łatwej i dostępnej dla każdego lekarza metody, mogliby określić ilość białka, albumin i globulin przed i po podaniu środka, a ciała te, jak wiadomo, odgrywają wielką rolę i są brane pod uwagę przez klinicystów i terapeutów. Prelegenci poruszyli cztery ważne sprawy: sprawę proteinoterapii, sprawę aktywowania czyli pobudzania protoplazmy, sprawę stanów fizyczno-chemicznych czyli „kolloidalnych” i sprawę swoistości i nieswoistości surowic i szczepionek.

Sprawa proteinoterapii zainteresowała wielce klinicystów i stosowano, jak wiemy: mleko, krew i surowicę zwierzęcą i ludzką, surowicę i krew własną chorego, płyny wysiękowe i przesiekowe, płyn mózgowo-rdzeniowy, szczepionki bakteryjne, ciała białkowe i ich produkty rozpadu, wreszcie ciała natury niebiałkowej, do których między innymi należy siarka, stosowana przez prelegentkę. Wszystkie te środki, stosowane pozaustnie w formie zastrzyków, miały pobudzać protoplazmę, względnie ustrój i objęte zostały nazwą terapii pobudzającej (Aktivierungstherapie).

Jak zwykle, po okresie zachwyty, nastąpiło ochłodzenie zapалу i sprawa ta dzisiaj weszła na pole spokojnego i rzeczowego badania, zgodnie z ogólnymi podstawami fizjologii, chemji fizjologicznej, chemji fizycznej oraz zasadniczej dynamiki działania środków leczniczych. Cała ta sprawa pobudzania byłaby

szybciej wyjaśniona, gdyby twórcy teorii pobudzania odrazu liczyli się z tym podstawowym faktem biologicznym i ogólnie fizjologicznym, że żywa komórka, względnie substancja, na każdy bodziec odpowiada pobudzeniem, a na ten sam bodziec odpowiednio zwiększony — paraliżem. Przykładów takich można byłoby przytoczyć setki: alkohol, eter, chloroform, kokaina, morfina w małych dawkach pobudzają, w dużych narkotyzują, względnie paraliżują i t. d. tak, jak promienie świetlne, cieplne, Roentgenowskie. Niema przeto środka działającego, któryby nie pobudził, a istota proteinoterapii i aktywacji protoplazmy polega na tem, że podobnie, jak w dziedzinie wewnętrznego wydzielania, zamiast sztucznych i obcych ustrojowi ciał i środków, zaczęto używać najbardziej zbliżonych, lub nawet własnych ciał, z których się ustroj składa, a mianowicie białka lub jego pochodnych.

I tu należy uznać zasługę prelegentów w tem mianowicie, że potrafili oni z arsenału stosowanych środków wybrać ciało, wprawdzie niebiałkowe, ale ciało, stanowiące jedną z najważniejszych części składowych białka ustroju, a mianowicie — siarkę.

Z punktu widzenia ogólnie-fizjologicznej zasady, że komórka lub żywa substancja na każdy bodziec odpowiada przedewszystkiem pobudzeniem, zrozumiałą jest sprawa swoistości i nieswoistości działania podobnego surowiu i szczepionek.

Pobudzić żywą substancję może niemal każda surowica lub szczepionka, lecz najodpowiedniej i najekonomiczniej i z najmniejszą szkodą dla organizmu pobudza surowica lub szczepionka swoista dlatego, że w danym przypadku naśladujemy naturę, która przez długie wieki i filogenezę wyrobiła w danym osobniku najodpowiedniejszą i najłatwiejszą drogę i sposób obrony. I sądzę, że najzagorzalszy zwolennik terapii aktywującej nie przestanie stosować szczepionki ochronnej oспowej przeciwko ospie i surowicy przeciwbłonicowej przeciwko błonicy i nie będzie ich zastępował dużymi ilościami i mniej ekonomicznie na ustroj działających szczepionek i surowic nieswoistych. Streszczenie własne).

Dr. Wirszubski zaznacza, że stosował siarkę u chorych Miejskiego Szpitala Żydowskiego w pozostałościach po encephalitis lethargica, w przypadkach rwy kulszowej, w przewlekłych postaciach gośdca stawowego, a w piśmiennictwie są wskazane i inne cierpienia. Stosował siarkę domięśniowo w postaci 1% zawiesiny co 4 dni. Z powikłań wymienia podniesienie ciepłoty i przyspieszenie tętna.

Następnie zabierali kolejno głos prof. Siengalewicz, dr. Pawłowski, dr. Abramowicz i prof. Opoczyński.

IV. Dr. Kosiński wygłosił referat i demonstrował szczypczyki własnego pomysłu.

Znaczenie badań czuciowego układu nerwowego dla nauki Antropologii.

Po krótkim uzasadnieniu teoretycznym konieczności nadawania głębszego ewolucyjnego znaczenia wszelkiej zmienności w zakresie układu nerwowego w ogólności, a unerwienia czuciowego w szczególności, oraz w oparciu o własne i obce badania anatomoporównawcze i o zestawienie (statystykę) unerwienia

czuciowego skóry okolicy metazonalnej kończyny dolnej człowieka (na 117 obiektach anatom.) autor dochodzi do wyników następujących:

1. Oznaki postępowe czuciowego unerwienia, właściwie tylko dla człowieka, jak niskie zstąpienie na łydce nerwu skórno-uda tylnego, silniejszy niż zwykle rozwój nerwu łydki bocznego, istnienie połączenia obu nerwów łydki i wytworzenie wspólnego nerwu łydkowego (N. suralis), wreszcie rozszerzenie pola unerwienia na grzbiecie stopy nerwu sk. grzbietu stopy bocznego — występują częściej u ludności katolickiej (Polaków, Litwinów, Białorusinów) Ziemi Wileńskiej, aniżeli u ludności (prawosławnej), a w Ziemi Wileńskiej rzadziej, aniżeli we Włoszech (Neapol, Sycylja) i jeszcze rzadziej, aniżeli na wyspach Brytańskich.

2. Oznaki pierwotne czuciowego unerwienia, właściwe dla ssaków, jak brak zupełny lub niedostateczny rozwój nerwu łydki bocznego, brak połączenia obu nerwów łydki (brak nerwu łydkowego), rozszerzenie pola unerwienia nerwu strzałkowego głębokiego na grzbiecie stopy, oraz niskie zstąpienie nerwu udowo-goleniowego (N. saphenus) na stopie, występuje częściej u osób narodowości rosyjskiej (prawosławnej) i u kobiet Ziemi Wileńskiej, aniżeli u reszty ludności Ziemi Wileńskiej, a wogóle w Ziemi Wileńskiej częściej, aniżeli we Włoszech (Neapol, Sycylja) i jeszcze częściej, aniżeli na wystawach Brytańskich.

Wyniki te mogą mieć pewne znaczenie dla nauki antropologii, gdyż poraz pierwszy próbują ustalić pewne różnice antropologiczne w obrębie ludów samej Europy, co dotąd nie udało się stwierdzić na żadnym innym układzie organicznym (por. Martin, Lehrbuch des Anthropologie, 1924). (Streszczenie własne).

W dyskusji kolejno zabierali głos dr. Wirszubski, dr. Karnicki, prof. Jakowicki, dr. Zarcyn, dr. Kosiński, prof. Szmurło i prof. Opoczyński.

Prof. Trzebiński—Ciała tłuszczowe w kom. nerwowych (przeznaczone do druku).

W dyskusji zabierali głos prof. Eiger, dr. Wirszubski, prof. Trzebiński, dr. Obieziński i prof. Opoczyński.

Sekretarz doroczny Dr. S. Bagiński.

Protokół.

Naukowego posiedzenia Wil. Tow. Lekarskiego

dnia 10-go marca 1926 r.

Przewodniczący prof. K. Opoczyński.

Obecnych 75 osób, w tem 44 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował:

1. Odczytanie protokołu posiedzenia dnia 24-go lutego 1926 r.
2. Dr. Achmatowicz — demonstracja preparatów uzyskanych podczas operacji.
3. Prof. M. Eiger — Fizjologia, patologia i farmakologia naczyń włosowatych.
4. Sprawy administracyjne.

I. Po odczytaniu protokołów przyjęto.

II. Dr. Achmatowicz demonstruje preparaty gruźlicy nerek usuniętych drogą operacyjną. Pierwsza nerka pochodzi od chorego, który od 2-ch lat cierpiał na krwimocz i ropomocz, z bólami przy oddawaniu moczu, oraz bardzo częste moczenie. Ze strony narządów wewnętrznych zmian chorobowych, brak, chromo i cystoskopia stwierdziła afunkcję n. prawej, oraz charakterystyczne owrzodzenia gruźlicze w okolicy ujścia prawego moczowodu; nacieczenie ścian pęcherza i liczne gruzelki w prawej połowie pęcherza. Funkcja nerki lewej normalna. Usunięta nerka jest małą i zawiera liczne jamy i gruzelki; rozmiary nerki nie odpowiadają danym palpacji przed operacją, co tłumaczy się nacieczeniem torebki okołonerkowej.

Druga nerka duża, zawiera liczne gruzelki na powierzchni i liczne jamy w mięszu, pochodzi od chorego który swe cierpienie datuje od 4-ch miesięcy; w płucach stwierdzono zmiany gruźlicze. W prawej okolicy lędźwiowej nieruchomy bolesny guz. Chromocystoskopia stwierdziła afunkcję nerki prawej i normalną lewej, liczne gruzelki i nacieczenie w okolicy ujścia prawego moczowodu, oraz po całym pęcherzu.

Obie nerki usunięto w uśpieniu chloroform. poprzecznym cięciem. Przebieg pooperacyjny i stan chorych dobry.

Trzeci preparat przedstawia esicę resekowaną na przestrzeni 50 cm., z wyraźnymi starymi bliznami w kresce. Chory był operowany z powodu typowego skrętu esicy na 4-ty dzień choroby, martwicy i zapal. otrzewnej nie było — chorooba powyższa wystąpiła po raz trzeci. Zespolenie obydwóch odcinków jelita. Chory przebywa płatowe zapalenie płuc prawostronne. (Streszczenie własne).

III. Prof. Eiger wygłasza obszerny referat, ilustrowany obrazami świetlnymi i demonstracją przyrządów.

W dyskusji pierwszy zabiera głos dr. Wirszubski, następnie prof. Januskiewicz który podkreślił znaczenie teoretycznych wykładów dla Tow. i zaznaczył, że chociaż klinika jego idąc z prądem czasu posiada wszelkie niezbędne przyrządy, jednakże nie sądzi żeby dla rozwiązania tak zawilej i ważnej kwestji, jak funkcja naczyń włosowatych, była wystarczającą kapilaroskopia. Zapytuje również prelegenta w sprawie działania kom. Rougeta - Mayera, czy funkcjonują one odruchowo, czy też naskutek podrażnienia nerwowego. Prof. Eiger w odpowiedzi zaznaczył, że funkcja wspomnianych komórek jest trojaka: odruchowa, nerwowa i drogą t. z. axonrefleksu zwolennikiem której jest Krygh.

Prof. Opoczyński zapytuje w kwestji działania adrenaliny na naczynia włosowate.

IV. W sprawach administracyjnych na wniosek prof. Michejdy i po wszechstronnem omówieniu większością 27 głosów uchwalono, że na przyszłość pokazy chorych i preparatów bez dyskusji będą się odbywać po za ogólną kolejką, inne pokazy i preparaty według zasad przyjętych dla referatów, a więc po zapisaniu w ogólną kolejkę na równi z referatami.

Uchwalono prosić Wil. Tow. Dermatologów, żeby chociaż jedno posiedzenie V Zjazdu Dermatologów Polskich odbyło się w sali Tow.

Zgłoszono referat: Prof. Opoczyński: Badania doświadczalne nad nowotworem typu ziarniniaka Hodgkina.

Dr. S. Bagiński Sekretarz doroczny.

Protokół.

Posiedzenia naukowego Wil. Tow. Lekarskiego

dnia 24-go marca 1926 roku.

Przewodniczący prof. K. Opoczyński.

Obecnych 47 osób, w tem 27 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował:

1. Odczytanie protokołu posiedzenia dnia 10-go marca 1926 r.
2. Dr. Mienicki, z Klin. Dermatol. U. S. B. — W sprawie leczenia wilka pospolitego koagulacją.

3. Dr. Szadowski z II klin. wewnętrznej U. S. B. — Przypadek wodonercza.

4. Dr. K. Kosiński — W sprawie nauczania anatomji we Francji i Anglii.

I. Po odczytaniu protokołów przyjęto.

II. Dr. Marjan Mienicki. Z kliniki Dermatologicznej U. S. B. — W sprawie leczenia wilka pospolitego koagulacją.

Po omówieniu istniejących obecnie metod fizykalnych w walce w wilkiem pospolitym i po podkreśleniu dodatnich i ujemnych stron niektórych ważniejszych z tych metod, jak leczenie światłem Finsena, radem i Roentgenowskimi promieniami — przechodzi prelegent do leczenia koagulacją.

Prelegent po określeniu zjawiska koagulacji omawia tak zwaną diatermokoagulację i podnosi dodatnie strony tego sposobu leczenia.

Do najbardziej ujemnych stron diatermokoagulacji zaliczono dotychczas jej bolesność, jak również pozostawienie oszpecających blizn. Zalecane wstrzykiwanie roztworów kokainy u tego rodzaju chorych nie należą po pierwsze do zabiegów bezpiecznych, a po drugie wskutek powstania nacieku utrudniają odszukiwanie gruzelków.

W celu uniknięcia powyższego na klinice Dermatologicznej U. S. B. stosuje się znieczulenie drogą jontoforetycznego wprowadzania roztworu adren. z kokain. w miejsca chorobowo zmienione; przez to osiąga się zanęmowanie pola operacyjnego, na którym ognisko chorobowo zmienione bardziej się uwydatnia. Znieczulenie jest przytem dostateczne, by następnie można było doprowadzić tkankę do stanu koagulacji; aktywnych elektrod używa się systemu Jakobięgo.

W zakończeniu następuje pokaz chorych, u których poprzednio stosowano bezskutecznie naświetlania promieniami Roentgena i środki farmaceutyczne. Po zastosowaniu diat.-koagul., obecnie są gładkie ruchome blizny pozbawione gruzelków wilkowych. (Streszczenie własne).

W dyskusji pierwszy zabiera głos prof. Szmurło omawiając sprawę stosowania diatermji w laryngologii, zaznaczając że otrzymywał doskonale wyniki przy niszczeniu rozmaitych nowotworów. Angiomy zniknęły po jednym seansie, dając po upływie miesiąca całkowite wygojenie. Również dobre wyniki otrzymuje się w gruźlicy. Nawet w dużych, lecz dostępnych nowotworach mówca otrzymywał zawsze b. dobre wyniki. Zdaniem mówcy swoiste działanie diatermji zależy od ciepłoty, której można wyróżnić trzy stopnie: pierwszy stopień — powierzchowna, posiadająca działanie koagulacyjne, stopień drugi bardziej wgląd — dezynfekująca i na koniec w głębi ciepłota pobudzająca. Ze względu na otrzymywane wyniki metoda zasługuje na szerokie rozpowszechnienie.

Następnie zabierali głos prof. Opoczyński, dr. Hanusowicz, prof. Szmurło i dr. Wąsowski.

III. Dr. R. Szadowski (z II Kliniki chorób wewnętrznych U. S. B.) — Przypadek wodonercza.

U 17-to letniego chorego Z. A., który przybył do kliniki ze skargami na odczuwany od 8-miu lat ciężar w prawej połowie jamy brzusznej, rozpoznano w prawej połowie jamy brzusznej guz o charakterze torbieli, wielkości główki rocznego dziecka, wydłużony, kryjący się górnym biegunem w prawym podżebrzu i nie dochodzący na 1 1/2 palca do wiązadła Pouparta. Rozpoznanie wodonercza nie dało się potwierdzić ani z danych wywiadu, ani z charakterystycznych przy badaniu dwuręcznym cech dla guza wychodzącego z nerki, ani ze stosunku jego do odcinka wstępującego i zgięcia wątrobowego jelita grubego. Guz ściśle przylegał do prawej i w części, przedniej ściany jamy brzusznej, na wysokości śródbrzusza oraz do prawego talerza biodrowego i odsuwał ku środkowej linii ciała i w części ku górze, kątnicę i odcinek wstępujący jelita grubego, co potwierdzono zarówno insuflacją jelita grubego jako też i prześwietlaniem. Badanie moczu żadnych wskazówek nie dawało. Zamierzonego cewnikowania nie udało się wykonać z powodu niemożności wprowadzenia cystoskopu do pęcherza przez zwężoną cewkę moczową.

Wielokrotne badanie krwi wykazywało zwiększenie ilości ciałek eozynoficznych od 8 do 14% przy braku jakichkolwiek wyraźnych ku temu powodów.

Na podstawie powyższych danych rozpoznano bąblowiec wychodzący z kreski kątnicy ew. odcinka wstępującego jelita grubego.

Na operacji stwierdzono wodonercze bez żadnych śladów bąblowca; zbity płyn torbielowy zawierał składniki charakterystyczne dla moczu. Podczas operacji ani przy badaniu patologiczno-anatomicznym nie udało się wyjaśnić patogeny torbieli. W okresie pooperacyjnym eozynofilia utrzymywała się na wysokości 7 — 10%, poczem obserwacja została przerwana.

Przypadek ten jest ciekawy ze względu na trudności rozpoznawcze jakie tu napotkaliśmy dla określenia i miejsca wyjścia torbieli i jej charakteru. (Streszczenie własne).

W dyskusji kolejno zabierali głos prof. Opoczyński, prof. Szmurło, prof. Januszkiewicz, prof. Opoczyński i dr. Szadowski.

Referat d-ra Kosińskiego został zdjęty z porządku dziennego wobec nieobecności prelegenta.

Następne posiedzenie postanowiono odbyć za trzy tygodnie dnia 14-go kwietnia 1926 r.

Dr. S. Bagiński, Sekretarz doroczny.

Rok 1926.

WILEŃSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Członkowie honorowi poprzednio mianowani:

1. Beck Adolf	Lwów	rok wybrania	1895
2. Kassowitz Maks	Wiedeń	"	1895
3. Schreiber Juliusz	Królewiec	"	1895
4. Poluta Grzegorz	Charków	"	1897
5. Bieliński Józef	Warszawa	"	1898
6. Donaut Henryk	Szwajcaria	"	1898
7. Naunyn Bernard	Strasburg	"	1901
8. Pawłow Iwan	obecnie Anglja	"	1904
9. Bujwid Odo	Kraków	"	1905
10. Kader Bronisław	"	"	1910
11. Wrzosek Adam	Poznań	"	1910
12. Ciechanowski Stanisław	Kraków	"	1911
13. Serkowski Stanisław	Warszawa	"	1911
14. Sterling Seweryn	Łódź	"	1924

Członkowie honorowi mianowani ku uczczeniu 120 lecia T-wa.

1. Dyr. Stefan Demby.	8. Prof. Henryk Nusbaum.
2. Dr. Kazimierz Dłuski.	9. Dr. Arkadiusz Puławski.
3. Prof. Edward Flatau.	10. Prof. Witold Orłowski.
4. Prof. Antoni Gluziński.	11. Dr. Rafał Radziwiłłowicz.
5. Prof. Franciszek Kryształowicz.	12. Prof. Bronisław Sawicki.
6. Dr. Stanisław Michalski.	13. Dr. Jakób Sz wajcer
7. Prof. Kazimierz Noiszewski.	z Warszawy.
1. Dr. Maksymilian Blasberg.	5. Prof. Kazimierz Kostanecki.
2. Prof. Tadeusz Browicz.	6. Prof. Kazimierz Majewski.
3. Prof. Emil Godlewski.	7. Prof. Julian Talko - Hryncewicz.
4. Prof. Karol Klecki.	z Krakowa.
1. Prof. Witold Nowicki.	3. Prof. Władysław Szymonowicz.
2. Prof. Włodzimierz Sieradzki.	4. Gen. dr. Ignacy Zieliński
	ze Lwowa.

1. Prof. Paweł Gantkowski.

2. Dr. Stanisław Łazarewicz
z Poznania.

1. Dr. Karol Roszkowski
1. Dr. Aleksander Maciesza
1. Dr. Leon Pines

z Poznania.
z Częstochowy.
z Płocka.
z Białegostoku.

1. Gen. Aleksander Antonowicz.
2. Dr. Władysław Bujalski.
3. Dr. Ludwik Czarkowski.
4. Dr. Tadeusz Dembowski.
5. Prof. Aleksander Januszkiewicz.
6. Dr. Grzegorz Gierszun.
7. Dr. Jan Michniewicz.

8. Dr. Michał Minkiewicz.
9. Rektor pr. Alfons Parczewski.
10. Dr. Cemach Szabad.
11. Dr. Witold Węslawski.
12. Dr. Abraham Wirszubski.
13. Dr. Władysław Zahorski.
z Wilna.

Członkowie zwyczajni.

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Dr. Abłamowicz Olga. | 28. Dr. Garniewicz Stanisław. |
| 2. Dr. Abramowicz Ignacy. | 29. Dr. Giecow Grzegorz. |
| 3. Dr. Achmatowicz Leon. | 30. Dr. Giedgowd Walery. |
| 4. Dr. Alchimowicz Bolesław. | 31. Dr. Gierszun Grzegorz. |
| 5. Prof. Alexandrowicz Jerzy. | 32. Dr. Gierszun Wiera. |
| 6. Dr. Bagiński Stefan. | 33. Dr. Girszowicz Mojżesz. |
| 7. Dr. Bądryński Wacław. | 34. Dr. Globus Eljasz. |
| 8. Dr. Billewicz Julian. | 35. Dr. Halicki Stanisław. |
| 9. Dr. Boguszewska Jadwiga. | 36. Dr. Hanusowicz Bolesław. |
| 10. Dr. Bohuszewicz Józefat. | 37. Dr. Hurynowiczówna Janina. |
| 11. Dr. Borowski Antoni. | 38. Dr. Jabłonowski Władysław. |
| 12. Dr. Borysewicz Tomasz. | 39. Dr. Jabrow Iser. |
| 13. Dr. Brodzki Michał. | 40. Prof. Jakowicki Władysław. |
| 14. Dr. Bronowski Tomasz. | 41. Dr. Jakubowski Zygmunt. |
| 15. Dr. Budzyński Eugenjusz. | 42. Dr. Janowicz Jan. |
| 16. Dr. Burak Icek. | 43. Prof. Jasiński Wacław. |
| 17. Dr. Cumft Jan. | 44. Dr. Kapłan Aleksander. |
| 18. Dr. Czarnecki Edward. | 45. Dr. Kapłan Szymon. |
| 19. Dr. Czarnowski Czesław. | 46. Prof. Karaffa-Korbutt Kazimierz. |
| 20. Dr. Czarnocki Napoleon. | 47. Dr. Karnicki Aleksander. |
| 21. Dr. Dąbrowski Kazimierz. | 48. Dr. Kenigsberg Dawid. |
| 22. Dr. Dobaczewski Eugenjusz. | 49. Dr. Kiakszto Antoni. |
| 23. Dr. Dobrzański Jerzy. | 50. Dr. Kieżun Witold. |
| 24. Dr. Dowgiałło Józefa. | 51. Dr. Kisiel Karol. |
| 25. Dr. Erdmanowa Alina. | 52. Dr. Kodź Kazimierz. |
| 26. Dr. Falkowski Adolf. | 53. Dr. Kopec Witold. |
| 27. Dr. Fejgus Hilary. | 54. Dr. Kosiński Karol. |

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 55. Dr. Kowarski Gerc. | 95. Dr. Rudziński Henryk. |
| 56. Dr. Kozłowski Marjan. | 96. Dr. Rymaszewski Kacper. |
| 57. Dr. Kucharski Józef. | 97. Dr. Safarewicz Aleksander. |
| 58. Dr. Kuncewiczówna Zofja. | 98. Prof. Schilling-Siengalewicz Sergj. |
| 59. Dr. Lewande Samuel. | 99. Dr. Sedlis Eljasz. |
| 60. Dr. Lewin Michał. | 100. Dr. Siedlecki Marjan. |
| 61. Dr. Libo Aleksander. | 101. Dr. Sułkowski Leon. |
| 62. Dr. Łukiewicz Kazimierz. | 102. Dr. Sumorok Juljusz. |
| 63. Dr. Łukowski Ludwik. | 103. Dr. Suszyński Edward. |
| 64. Dr. Mahrburg Stanisław. | 104. Dr. Świda Michał. |
| 65. Dr. Malanowicz Kazimierz. | 105. Dr. Swieżyński Feliks. |
| 66. Dr. Maleszewski Wiktor. | 106. Dr. Sycianko Dzesław. |
| 67. Dr. Mancewicz Eugenjusz. | 107. Dr. Szalewicz Władysław. |
| 68. Dr. Marcińczyk Jerzy. | 108. Dr. Szczerbiński Władysław. |
| 69. Prof. Michejda Kornel. | 109. Prof. Szmurło Jan. |
| 70. Dr. Michejdza Zofja. | 110. Szniolis Bolesław. |
| 71. Dr. Mienicki Marjan. | 111. Dr. Sztolcman Gustaw. |
| 72. Dr. Miller Miron. | 112. Dr. Szumielski Wulf. |
| 73. Dr. Moszyński Marjan. | 113. Dr. Szwengruben Władysław. |
| 74. Prof. Muszyński Jan. | 114. Prof. Szymański Juljusz. |
| 75. Dr. Markiewicz Adolf. | 115. Dr. Trocki Falk. |
| 76. Dr. Obieziński Marjan. | 116. Prof. Trzebiński Stanisław. |
| 77. Dr. Odyniec Wacław. | 117. Dr. Trzeciak Mieczysław. |
| 78. Prof. Opoczyński Kazimierz. | 118. Dr. Tukałto Piotr. |
| 79. Prof. Orłowski Zenon. | 119. Dr. Tymieński Józef. |
| 80. Dr. Paszkiewicz Stanisław. | 120. Dr. Umiastowski Witold. |
| 81. Dr. Pawłowski Kazimierz. | 121. Dr. Wasilewska-Świdowa Zofja. |
| 82. Dr. Peszyński Stanisław. | 122. Dr. Waszkiewicz Antoni. |
| 83. Dr. Petrusiewiczowa Marja. | 123. Dr. Wąsowski Tadeusz. |
| 84. Dr. Piotrowa Aleksandra. | 124. Dr. Wincz Aleksander. |
| 85. Dr. Piotrowicz Jurczenko Janina. | 125. Prof. Władyczko Stanisław. |
| 86. Dr. Piotrowska-Olgelbrand Emil. | 126. Dr. Wołodźko Witold. |
| 87. Dr. Pióro Jan. | 127. Dr. Zaleski Wacław. |
| 88. Dr. Podwiński Julian. | 128. Dr. Załkindson Owsiej. |
| 89. Dr. Ptaszyński Paweł. | 129. Dr. Załkindson Pesia. |
| 90. Prof. Reicher Michał. | 130. Dr. Załuska Stefanja. |
| 91. Prof. Retinger Juljusz. | 131. Dr. Zarcyn Chonon. |
| 92. Dr. Romm Hirs. | 132. Dr. Zawadzki Zygmunt. |
| 93. Dr. Rostkowski Ludwik. | 133. Dr. Żabko-Potopowicz Bolesław. |
| 94. Dr. Rozenkranz Dawid. | |

Wiadomości bieżące.

W d. 23, 24 i 25 września r. b. odbędzie się zjazd lekarzy polaków w Katowicach. Poza szeregiem odczytów projektuje się zwiedzanie szpitali, kopalni, hut, zakładu w Chorzowie i osad robotniczych. W d. 26 września (niedziela) odbędzie się wycieczka do Jastrzębia Zdroju. Ze względu na duże znaczenie polityczne i społeczne zjazdu, koledzy Ślązacy upraszają o liczne wzięcie w nim udziału. Jednocześnie upraszają oni o wcześniejsze zapowiadanie odczytów oraz zgłaszanie uczestnictwa, by można było na czas przygotować odpowiednią liczbę mieszkań. Zgłaszać się należy pod adresem: Dr. Mirecki, Katowice, Lecznica Bracka ul. Francuska 34.

101. Dr. Stanisław Łobaczewski	102. Dr. Stanisław Łobaczewski
103. Dr. Stanisław Łobaczewski	104. Dr. Stanisław Łobaczewski
105. Dr. Stanisław Łobaczewski	106. Dr. Stanisław Łobaczewski
107. Dr. Stanisław Łobaczewski	108. Dr. Stanisław Łobaczewski
109. Dr. Stanisław Łobaczewski	110. Dr. Stanisław Łobaczewski
111. Dr. Stanisław Łobaczewski	112. Dr. Stanisław Łobaczewski
113. Dr. Stanisław Łobaczewski	114. Dr. Stanisław Łobaczewski
115. Dr. Stanisław Łobaczewski	116. Dr. Stanisław Łobaczewski
117. Dr. Stanisław Łobaczewski	118. Dr. Stanisław Łobaczewski
119. Dr. Stanisław Łobaczewski	120. Dr. Stanisław Łobaczewski
121. Dr. Stanisław Łobaczewski	122. Dr. Stanisław Łobaczewski
123. Dr. Stanisław Łobaczewski	124. Dr. Stanisław Łobaczewski
125. Dr. Stanisław Łobaczewski	126. Dr. Stanisław Łobaczewski
127. Dr. Stanisław Łobaczewski	128. Dr. Stanisław Łobaczewski
129. Dr. Stanisław Łobaczewski	130. Dr. Stanisław Łobaczewski
131. Dr. Stanisław Łobaczewski	132. Dr. Stanisław Łobaczewski
133. Dr. Stanisław Łobaczewski	134. Dr. Stanisław Łobaczewski
135. Dr. Stanisław Łobaczewski	136. Dr. Stanisław Łobaczewski
137. Dr. Stanisław Łobaczewski	138. Dr. Stanisław Łobaczewski
139. Dr. Stanisław Łobaczewski	140. Dr. Stanisław Łobaczewski
141. Dr. Stanisław Łobaczewski	142. Dr. Stanisław Łobaczewski
143. Dr. Stanisław Łobaczewski	144. Dr. Stanisław Łobaczewski
145. Dr. Stanisław Łobaczewski	146. Dr. Stanisław Łobaczewski
147. Dr. Stanisław Łobaczewski	148. Dr. Stanisław Łobaczewski
149. Dr. Stanisław Łobaczewski	150. Dr. Stanisław Łobaczewski
151. Dr. Stanisław Łobaczewski	152. Dr. Stanisław Łobaczewski
153. Dr. Stanisław Łobaczewski	154. Dr. Stanisław Łobaczewski
155. Dr. Stanisław Łobaczewski	156. Dr. Stanisław Łobaczewski
157. Dr. Stanisław Łobaczewski	158. Dr. Stanisław Łobaczewski
159. Dr. Stanisław Łobaczewski	160. Dr. Stanisław Łobaczewski
161. Dr. Stanisław Łobaczewski	162. Dr. Stanisław Łobaczewski
163. Dr. Stanisław Łobaczewski	164. Dr. Stanisław Łobaczewski
165. Dr. Stanisław Łobaczewski	166. Dr. Stanisław Łobaczewski
167. Dr. Stanisław Łobaczewski	168. Dr. Stanisław Łobaczewski
169. Dr. Stanisław Łobaczewski	170. Dr. Stanisław Łobaczewski
171. Dr. Stanisław Łobaczewski	172. Dr. Stanisław Łobaczewski
173. Dr. Stanisław Łobaczewski	174. Dr. Stanisław Łobaczewski
175. Dr. Stanisław Łobaczewski	176. Dr. Stanisław Łobaczewski
177. Dr. Stanisław Łobaczewski	178. Dr. Stanisław Łobaczewski
179. Dr. Stanisław Łobaczewski	180. Dr. Stanisław Łobaczewski
181. Dr. Stanisław Łobaczewski	182. Dr. Stanisław Łobaczewski
183. Dr. Stanisław Łobaczewski	184. Dr. Stanisław Łobaczewski
185. Dr. Stanisław Łobaczewski	186. Dr. Stanisław Łobaczewski
187. Dr. Stanisław Łobaczewski	188. Dr. Stanisław Łobaczewski
189. Dr. Stanisław Łobaczewski	190. Dr. Stanisław Łobaczewski
191. Dr. Stanisław Łobaczewski	192. Dr. Stanisław Łobaczewski
193. Dr. Stanisław Łobaczewski	194. Dr. Stanisław Łobaczewski
195. Dr. Stanisław Łobaczewski	196. Dr. Stanisław Łobaczewski
197. Dr. Stanisław Łobaczewski	198. Dr. Stanisław Łobaczewski
199. Dr. Stanisław Łobaczewski	200. Dr. Stanisław Łobaczewski

PROF. S. TRZEBIŃSKI.

**Nieznany list i artykuł naukowy Jennera — z notatek prof.
W. Herberskiego.**

Wincenty Herberski urodził się (według Bielińskiego) 1784 roku. Szkołę powiatową przebywał w Słonimie, potem uczył się w klasztorze Kanoników Laterańskich i podobno nawet przebywał tam jakiś czas w nowicjacie. Jednakże 1803 r. widzimy go już na wydziale fizyko-matemat. Wileńsk. uniwers. Stamtąd wysłał go Oboźny Litewski Pociej na swój koszt pod Petersburg, gdzie jakiś Anglik był założył wzorową farmę agronomiczną. B. twierdzi, że innego pożytku, prócz zaznajomienia się z językiem Angielskim, stamtąd jednak H. nie wyniósł. W r. 1806 zapisawszy się na wydział lekarski w Wilnie, dyplom d-ra med. otrzymał 1812-go r. Z wielkimi trudnościami przeprowadzony przez Franka, pomimo oporu rektora Jana Śniadeckiego, na adjunkta katedry med. wewn. r. 1814, po śmierci Niszkowskiego w r. 1816, do roku następnego zastępczo wykładał chirurgję prakt. W końcu 1817 r. uniwersytet wysłał go za staraniem Franka na studia zagraniczne, przedewszystkiem zaś, do okulisty Wiedeńskiego Beera, gdzie zdobył sobie gruntowną znajomość tego przedmiotu, w Wilnie podówczas mało znanego. Pobyt jego zagranicą nie tylko w Wiedniu, lecz też we Francji, Anglii i Włoszech, trwał całych lat 6. Wrócił dopiero już po wyjeździe Franka z Wilna 1823 r. i objął wykłady po nim, zrazu w charakterze adjunkta, prowadząc je aż do śmierci w wieku 42 lat 1827 r. Zasługą jego było zwłaszcza wprowadzenie do metody badania klinicznego w Wilnie auskultacji, której się nauczył od Laënneca. Medycynę znał dobrze, a wykształcenie oftalmiatryczne zapewniło mu szeroką praktykę. Wykładał podobno dość sucho i nudnie, popołniając przytem często omyłki językowe w łacinie.

Biblioteka W. T. L. posiada kilka zeszytów jego notatek z czasu pobytu zagranicą, a z jednego z nich pragnąłbym dać częściową sprawę w referacie dzisiejszym. Jest to rękopis, oprawny w marmurowaną, niebieskawą tekturę, ze skórzanym grzbietem. Papier gruby, dobry, ze znakami wodnemi: L — A i I — E, przedzielonemi krzyżem; powyżej herb, dość skomplikowany. Na wewnętrznej stronie okładki przyklejona karta z drukowaną firmą Paryskiego składu papieru: Lecourt. Poniżej czerwonym ołówkiem napis: Notaty prof. Herberskiego zagranicą, w czasie wojażu — cały.

Rozkład treści książki alfabetyczny, według liter, ponalepianych na karteczkach na brzegach kart poszczególnych. Rachunek zaczyna się jednak dopiero od litery „D”, a przytem widać odrazu, że znacznej ilości kart początkowych —

może kilkudziesięciu do stu — braknie. Widocznie zatem ów napis czerwonym ołówkiem, głoszący „całość” manuskryptu, uczyniono wtedy, kiedy ich jeszcze nie wydarto i nie zgubiono.

Treść bardzo różnorodna. Znajdujemy tam obok wrażeń podróży, notatek z wykładów, albo z artykułów lekarskich, recept, kopji listów, pisanych do pacjentów, także np. przepisy robienia masy na sztuczne kwiaty, rysunki aparatów, wiadomości polityczne, statystykę, dotyczącą sądów przysięgłych i więziennictwa, adresy różnych osób i t. p. luźne wiadomości. Cały zeszyt zawiera stron (ponumerowanych już przezeń 212).

Na str. 53 — 58 znajdujemy ustęp, zatytułowany: Kopja listu i obserwacji, pisanych do W. Prof. Józefa Franka przez D-ra Edwarda Jennera - Barkley — Apryla 7-go 1821 roku.

Z notatek prof. W. Herberskiego.

Kopja listu i obserwacji, pisanych do W. Prof. Józefa Franka przez D-ra Edwarda Jennera - Barkley Apryla 7 1821 roku.

My dear Sir.

I was much gratified at the pleasing account I have had of You of Your learned Associate Professor Herberski, who appears not only a man of amiability, but of talentis, and a spirit of research which have highly qualified him for the important mission which he had undertaken and carried through. Be assured I was most highly gratified that the vaccina germ has been so highly cultivated, expanded so luxuriously and afforded such produce under Your continental care. Not exactly recollecting, at what period we left off, when we met in London, where we run over the subject of vaccination so expeditiously, permit me to present You with the enclosed sketch of my more recent discoveries in such part as affect the practical intersts of the world, supposing that they are not yet generally known on the continent. This I have the pleasure of doing through the medium of Your friend.

Believe me, my dear Sir with great esteem

Your faithful servant Edw. Jenner.

Though personally unknown to Your illustrious father, have the kindness to make *my best wishes to him and also to Dr. Auguste Becu.*

In the London medical and Physical Journal for 1904, in Dr. Willams Essay on Vaccination in an appendix to Dr. Wilson Philips work on febrile diseases, I called the attention of the public to the counter-efficacious effects of pustular eruptions when concurring with the vaccine process. I wished most energetically to impress on the medical mind the extreme importance of attending to the state of the skin, but I have occasion to regret the indifference with which this instruction appears to have been generally contempted. I think it may be said, that it has been most impressively named to a thousand correspondents as almost the only impediment I know. Small abrasions of the

cuticle behind [the ear, which bore out a limpid fluid, as well as extensive blotches, sore eyelids, in short every diseases of the skin, which may be called serous, or one that sends out a fluid capable of converting into a scab, will occasion derangement in the action of the Vaccine lymph. As proof how apparently trifling an impediment is capable of producing varieties of the vaccine vesicle upon the skin, I wish to point out the fact of this interference from a cuticular affection involved in greater obscurity than the seal'd head (tinea capitis) to which it is allied. It is when the scalp is overspread with a thin scurfy layer for the most part of a blackish colour and often appearing as if it were merely accumulated dirt. Were it so in reality, no constitutional influence would be excited; but it happens infurtunately that this being for the most part an exsudation from the surface of the scalp, it must consequently come from an abraded surface, and is as capable of bringing about irregularity in the progress of the vesicle, as when herpes takes on a mere decided character. However happily for the safety of the vaccine practice it admits of an easy and expeditious remedy so, if the maculated vesicle on the arms are becoming irregular and losing their characteristing appearances, they may be brought to a state of right organization and consequently correct appearance by the removal of the layer of dirt-like appearance from the head, and the application of suitable unguent or lotions to alter the action of the diseased surface afterwards. Not only these affections, viz the varieties of tinea capitis etc, but also „dandriffe”, scabby blotches on the lips, at the angles of the mouth, Lichen pilaris, the tooth-rashes when vesiculated and all eruptions generating a serous fluid, generally have this effect of creating an imperfect vaccine vesicle. Thus the vaccine arms present vesicles exhibiting irregularities from correctness in various degrees and according to the scale of deviation, will be the inroad to small pox of a mild or severe kind, from a disease that bears but a faint resemblance to it, up to that point, when it appears in full force with all its characteristic distinctions. It is really remarkable, that a fact so well grounded should be so little attended to. In those districts, where my rules are rigidly observed, small-pox does not follow low-pox. If this be not an universal, it is at least a general law. So give perfect security, the pustule must be perfect. Pray, does not common sense anticipate the necessity of such an assertion? If the skin disease be not detected till five or six days after the insertion of the vaccine lymph, and the dawning vesicles are beginning to run wild and irregular, if even then the herpetic affection be destroyed by the application of the unguent hydrargyri nitratis, within twenty four hours they will commonly assume the perfect character.

There are others incidental sources of spurious vesicles and of course subsequent varioloids, viz robbing the pustules. I have been long desirous, that the true source of variolids should be understood by the medical world, and I am lead to conceive that my observations and experience have enabled me to illustrate this point satisfactorily. By the fashionable terme „varioloids”. I mean the mitigated and anomalous small-pox, which has been lately descri-

bed by the scotch physicians etc, as occuring both after vaccination and variola (in regular form). Its principal characteristic has been of severity in some cases maintaining the most alarming features of natural small-pox, but suddenly subsiding about the 6-th or 8-th day, though in others very slight from first to last.

The limits of this communications will not enable me to embrace the subject thoroughly, but I can present a sketch of my notions. The origin of the vaccine is a herpetic vesicle generated by the horse (the Equine pest) and variola in all probability is next from descent from the Equine, apparently having aquared its independent form by some mysterious alliances of the same casual description, as I am endeavouring to explain to Vou by tracing the results that spring up from the coincidence of the herpes of the quadruped with that of the human animal. If the vaccine lymph be inserted in its purest state into the skin of a child who is under the herpetic influence, what in general follows?

Not a correct vesicle, but a variety partaking of the vaccine and harpetic characters. If the subject under such circumstances be exposed to the contagious effluvia of the small-pox, what happens them?. Not a sprinkling of variolous pustules possessing their usual characteristing form and duration, but absolutely a new disease. What happens if we insert variolous fluid into the skin of a patient affected with herpetic eruptions? A disease so modified, that we cannot call it small-pox, but approaching the varicelloid character. I do not assert that it is always the case, but the probability is, that new diseases may start at from such combinations as long as the most scrupulous attention is not paid to the state of the skin in the vaccination.

The severity of the secondary disease will depend much upon the proportions in which the vaccine pustule is influenced by the herpetic, and the degree of deviation from perfection in the vaccine process will be the diminution of protecting power, derived from vaccination, when the vaccine blends partially with the herpetic the constitution is open to the invaded mildly.

When (to speak figuratively) it blends in the proportion of two parts herpes to one vaccine, mere severily. Of these combinations I have had unexceptionable instances in some cases which occured under my own eye during the range of the epidemye in my own neighbourhood. A family of children who had scabby heads, or tinea capitis, were assailed by Typhus, severe constitutional symptoms made their appearance with anomalous eruptions having the variolous character. This disease was communicated to a relative of mine who attended them medically during the year 1819, when the typhus spread epidemically through the country, and he communicated it to his son, in whom it was several weeks, before the caracter of the disease manifested itself. It spread very partially in a mild form to a few other cases, and then died away. Perhaps to similar origins are attributable the mild varieties which van Swieten, Sydenham as well as myself, in my earliest publications relate, and which like that of Scotland sometimes saised upon those who had gone

through regular smallpox. But it is term to beg pardon for tronbling You so long on this part of my subject, but it floats uppermost in my mind.

In two of the failures related by Mr Cross in his interesting history of the epidemie of Norwich, the broad scar left after vaccination and eruptions coincidental with the vaccine pustule, confirm my doctrine. I have long since considered such appearances suspicious, when irregularities have occured, there will be either a minute scar or one of the kind mentioned already.

Eruptions that occur before or during the progress of the vaccine pustule, must be accurately watched in relation to vaccine process and carefully subdued according to the rules which I have made public. To inattention to this important subject are to be traced the unintelligences which have particularly followed the cures of vaccination. Another of these five failures exhibits the remarkable imprudence of making one vesicle only and disturbing the operations of nature infirming it by rubbing it, or using any other external violence.

These few memorable exceptions of regular small-pox after vaccination, are according to the testimoy of this excellent work on the progress of small-pox in Norwich all out 10.000 vaccinated individuals who lived in atmosphere contaminated by small-pox effluvia.

Out of 3.000 unvaccinated 530 died.

Kopja listu i obserwacyj, pisanych do W. Prof. Józefa Franka przez D-ra Edwarda Jennera-Barley-Apryla 7-go 1821 roku.

Drogi Paniel! Bardzo mnie ucieszyły pomyślne wiadomości, które miałem o Panu od uczonego Pańskiego kolegi prof. Herberskiego, wydającego mi się człowiekiem nie tylko miłym, lecz też utalentowanym i obdarzonym zapalem do badań, co w wysokim stopniu usposabia go do ważnej misji, przedsięwziętej i wykonanej przezeń. Proszę wierzyć, że wielką mi sprawił radość fakt hodo-
wania na tak szeroką skalę zarodków krowianki, tak wielkiego jej rozpowszechnienia i osiągnięcia tą drogą tak poważnych wyników na kontynencie za Pańskim staraniem. Nie przypominając sobie dokładnie, na czym stanęliśmy w dyskusyi, prowadzonej tak obszernie nad sprawą szczepienia podczas naszego spotkania się w Londynie, pozwalam sobie załączyć przy niniejszem szkic nowszych mych odkryć, dotyczących praktycznych życiowych interesów z tą kwestyą związanych w przypuszczeniu, że one może jeszcze nie są dostatecznie znane na kontynencie. Miło mi uczynić to za pośrednictwem Pańskiego przyjaciela. Proszę przyjąć zapewnienie wysokiego poważania — wierny Pański sługa Edward Jenner.

Aczkolwiek osobiście nieznany jestem Pańskiemu znakomitemu Ojcu, bądź Pan łaskaw złożyć me najszczerze życzenia Jemu i Dr. Augustowi Bécu.

W „The London medical and Physical Journal” 1804, w artykule D-ra Willemsa o wakcynacji w dodatku do pracy D-ra Wilson-Philipsa o chorobach gorączkowych, zwróciłem uwagę publiczności na przeciwdziałanie krostkowych

wykwitów, o ile takowe zbiegają się z procesem wakcynacyjnym. Chciałem jak najusilniej wpoić w lekarzy przekonanie o nadzwyczajnym znaczeniu kontrolowania stanu skóry, ale żałuję, że moje odnośne wskazówki przyjęto na ogół z lekceważeniem. Mam, jak mi się zdaje, prawo powiedzieć, że tysiącowi korespondentów (moich) wymienilem je z wielkim naciskiem, jako jedyną prawie znaną mi przeszkodę. Małe zarcia naskórka za uchem, wydzielające płyn przezroczysty, podobnie jak rozległe pryszcze, ropiejące powieki, jednym słowem wszelkie schorzenia skórne, któreby można nazwać surowiczymi, albo takie, które wydzielają płyn, zdolny do wytworzenia strupa, wywołują zaburzenia w działaniu limfy krowiankowej. Na dowód, jak bagatelna pozornie przeszkoda wywołać może zmiany pęcherzyka krowiankowego na skórze, pragnę wskazać na fakt takiego wpływu ze strony schorzenia skórniego, mniej znanego od strupnia głowy, z którym się ono łączy. Mam na myśli taki stan, w którym, skórę na głowie pokrywa cienka strupiała warstwa, przeważnie czarniawego koloru, wyglądająca tak, jak nagromadzenie brudu. Gdyby o to chodziło, to nie wywierałoby to konstytucjonalnego wpływu, ale niestety zdarza się, że tworząc wysięk powierzchni skóry głowy, musi ta warstwa być następstwem jej uszkodzenia, mogąc wywołać takie same nieprawidłowości w wytwarzaniu się pęcherzyka (krowiakkowego) o ile herpes nabierze charakteru bardziej wyraźnego. Jednakże na szczęście praktyki wakcynacyjnej stan ten daje się łatwo leczyć, gdyż jeżeli pęcherzyki plamiste na ramionach stają się nieregularne, tracąc charakterystyczny wygląd, możemy doprowadzić je do stanu właściwej organizacji i poprawnego wyglądu za pomocą usunięcia owej warstwy podobnej do brudu z głowy, oraz zastosowanie odpowiednich maści albo obmywań, w celu zmienienia na przyszłość chorej powierzchni. Nie tylko te schorzenia, ewentualnie odmiany, „tineae capitis” etc., lecz również (dandriffe)? strupiejące wyrzuty warg kątów ust, lichen pilaris, wyrzuty pochodzące od zębów pęcherzykowate i wszystkie wysypki wydzielające ciecz surowiczą wywierają taki skutek, że wytwarzają nieprawidłowe pęcherzyki krowianki. Tak więc na ramionach wakcyna daje pęcherzyki, wykazujące odchylenia od normy w rozmaitym stopniu; stosownie do skali zboczenia mogą one się zbliżać do wykwitów ospowych ciężkich albo lekkich, zaczynając od cech zaledwie ją przypominających, aż do wykwitów podobnych do niej wtedy, kiedy występuje w całej sile ze wszystkimi charakterystycznymi objawami. Jest rzeczą w istocie szczególną, że fakt, posiadający takie znaczenie, mógł tak mało uwagi zwrócić. Ospa nie występuje po „low pox”. Jeśli to nie jest prawem bezwarunkowym, to jest przynajmniej prawem ogólnym. Tak więc, o ile istnieje zupełnie normalny stan zdrowia, krostka ospowa będzie całkiem prawidłowa. A czyż zdrowy rozsądek nie wymaga konieczności takiego twierdzenia? Jeżeli nie wykryjemy choroby skórnej wcześniej jak 5 — 6 dni po szczepieniu limfy krowiankowej, a zaczynające się rozwijać pęcherzyki przybierają wygląd nieprawidłowy i odmienny, i nawet dopiero wtedy usuniemy schorzenie herpetyczne zastosowaniem maści z azotanu rtęci, to one w ciągu dwudziestu czterech godzin zwykle odzyskują wygląd doskonale prawidłowy.

Ale zdarzają się jeszcze inne przyczyny przypadkowe występowania szczątkowych pęcherzyków, a w następstwie tego ospianki (varioloïds), mianowicie tarcie pustuła. Od dawna już pragnąłem, żeby świat lekarski zrozumiał istotne źródło ospianki (złagodzonej ospy) i nabrałem przekonania, że moje spostrzeżenia i moje doświadczenie pozwala mi na dostateczne wyjaśnienie tego punktu. Pod modnym terminem (varioloïds) rozumiem ospę złagodzoną i nienormalną, opisaną niedawno przez szkockich lekarzy, a zdarzającą się po wakcynacji oraz po przebyciu ospy (właściwej). Występowała ona w pewnej ilości przypadków w postaci wykazującej najbardziej zatrważające objawy naturalnej ospy, które (i to jest rzeczą charakterystyczną), potem ustępowały nagle na 6-ty lub 8-my dzień, albo też powoli jeden po drugim.

Ramy tego komunikatu nie dają mi możliwości wyczerpania tego tematu, ale mogę dać zarys moich odnośnych wiadomości. Pierwotnem źródłem wakcyny jest herpetyczny pęcherzyk, wytworzony przez konia (mór koni, the equine pest), a ospa według wszelkiego prawdopodobieństwa pod względem pochodzenia stoi w bliskim związku z ospą końską, wyrobiwszy sobie odrębne stanowisko drogą takiej samej przyczynowości jak ta, którą usiłowałem wyjaśnić Panu omawiając wyniki, wypływające z kombinacji opryszczek (herpes) czworonogów z ludzkiemi. Po zaszczepieniu krowianki w (czystej) formie w skórę dziecka, znajdującego się pod wpływem herpetycznego schorzenia, co zwykle następuje? Nie prawidłowy pęcherzyk, lecz odmiana, wykazująca cechy krowiankowe obok herpetycznych. Jeśli w takich okolicznościach dany osobnik będzie narażony na zakażenie ospą, to co wtedy nastąpi? Nie występowanie pustuła ospowych, posiadających zwykle charakterystyczne formy i charakterystyczny przebieg, lecz absolutnie nowa choroba. Co nastąpi po zaszczepieniu materiału ospowego w skórę pacjenta, cierpiącego na wykwity herpetyczne? Choroba, tak zmodyfikowana, że nie będziemy mogli nazwać jej ospą; coś zbliżającego się do ospy wietrznej. Nie twierdzą, żeby się zawsze tak działo, ale jest rzeczą prawdopodobną, że z podobnych powikłań wynikać mogą nowe choroby, dopóki nie będziemy zwracali jak najpilniejszej uwagi na stan skóry podczas szczepienia.

Nateżenie wtórnej choroby będzie wybitnie zależało od stosunku, w jakim pustuła krowiankowa podlega wpływom pryszczy herpetycznych, a stopień odchylenia od normy doskonałości w procesie wakcynacyjnym będzie odpowiadał zmniejszeniu siły ochronnej, pochodzącej od wakcynacji; jeżeli wakcyna zmiesza się w równych częściach z materiałem herpetycznym, to konstytucja zarażonego przyjmuje (zarazę) łagodniej, a jeżeli (wyrażając się figurycznie) zmiesza się ona w stosunku dwu części herpetycznego materiału na jedną część krowianki, to ciężiej. Posiadam przykłady (bez wyjątków) tych kombinacji w niektórych przypadkach, które zaszły w moich oczach podczas trwania epidemii w mem sąsiedztwie. Rodzina dzieci, które miały zestrupiałe głowy, lub tineam capitis, uległy tyfusowi. Wystąpiły ciężkie konstytucjonalne objawy z wykwitami nieprawidłowymi, noszącymi ospowy charakter. Ta choroba udzieliła się jednemu z mych krewnych, świadczącemu im opiekę lekarską.

w ciągu roku 1819, kiedy tyfus epidemicznie grasował w okolicy, a ten przeniósł ją na swego syna, w którym ona tała się (trwała) kilka tygodni, zanim charakter choroby się objawił. Wówczas wystąpiła w niewielu innych przypadkach bardzo łagodnie i następnie wygasła. Może podobne mają źródło łagodne odmiany, opisane przez van Swieteną, Sydenhamą i przezemnie w najwcześniejszych moich publikacjach, które podobnie do przypadków Szkockich, dotyczyły tych, co poprzednio przebyli ospę prawdziwą. Ale czas już przeprosić Pana za to, że tak długo Go nudzę tą częścią mego tematu. To dla tego, że zanadto on me myśli zajmuje.

W dwu nieudanych przypadkach (szczepieniach), opowiedzianych przez P. Crossa w jego interesującej historii epidemii w Norwich, potwierdza mą naukę szeroka blizna, pozostała po szczepieniu jednoczesnym z przypadkowymi wyrzutami. Ja od dawna uważałem takie zjawiska za podejrzanę; jeżeli się zdarzyły nieprawidłowości to będzie albo mała blizna, albo też blizna w rodzaju już wspomnianych.

Wyrzuty, zdarzające się przed rozwojem pustuły krowiankowej, albo podczas niego należy pilnie obserwować w stosunku do procesu wakcynacyjnego i pilnie leczyć według przepisów, przezemnie ogłoszonych. Nieporozumienia zaszły po procedurach wakcynacyjnych, należy przypisać niezwracaniu uwagi na ten ważny przedmiot. Drugi z tych 5 nieudanych przypadków ilustruje godną zaznaczenia nieprzezorność polegającą na tem, że się wywołało jeden tylko pęcherzyk i przeszkodziło jego rozwojowi naturalnemu procedurami, osłabiającymi takowy, mianowicie tarciami, albo jakimikolwiek gwałtownymi zabiegami. Tych niewiele godnych uwagi przypadków wyjątkowego wystąpienia prawdziwej ospy po szczepieniu krowianką zdarzyło się według świadectwa tego doskonałego dzieła o postępie ospy w Norwich, na 10,000 szczepionych osobników, przebywających w atmosferze wyziewów (effluvia) ospowych. Z 3,000 nieszczepionych natomiast zmarło 530 osób.

Szczęśliwy zbieg okoliczności zrzucił, że Dr. Br. Heymann w artykule, zatytułowanym: Jenner — Zur Frage der Beziehungen zwischen dem Pocken — und dem Herpes-Virus D. M. W. R. 1926, str. 442, zamieścił właśnie tłumaczenie owego komunikatu Jennera z 1804 r., na który sędziwy autor listu powołuje się w 17 lat później. Treść dałaby się zawrzeć w niedługich słowach. Chodzi mianowicie o to, że niektóre herpetyczne schorzenia, występujące często u dzieci biednej ludności, widocznie zaraźliwe, przeszkadzają nieraz jadowi wakcyny w rozwinięciu właściwego działania (nawet przy pozornie zdrowej skórze — psoriasis diffusa Willana). Prócz tego limfa sama zapewne łatwo ulega zepsuciu i wówczas też tworzą się pustuły nieprawidłowe (wrzekome). Najczęściej mają one przebieg krótszy od normalnych, chociaż z początku występuje znaczne świerzbienie. Po zauważeniu powikłania podobnego należy najprzód je wyleczyć, a potem dopiero szczepić krowiankę powtórnie. Z drugiej strony niekiedy wyrzuty skórne, nawet długotrwałe, bez leczenia po szczepieniu znikają. Dalej znajdujemy tam sprawozdanie z pracy Willana, również wspomianej

w liście do Franka, list Jennera do Willana, jako odpowiedź na pytanie tego ostatniego w sprawie „herpes simplex”, a wreszcie wzmiankę, że cyrkularz Jennera, dotyczący tej samej kwestji, ogłoszony 1821 w Nr. 17 Edinburgh Medical and Surgical Journal, znajduje się w przekładzie niemieckim w Hufelanda Journal del prakt. Heilkunde 1822 — B. 54. Przeczytawszy ten ostatni śmiem przypuszczać, że właśnie ów cyrkularz miał na myśli Jenner, pisząc do Franka i stwierdzając, że na owe powikłania zwrócił w dostatecznie stanowczy sposób uwagę „tysiąca korespondentów”.

W całej tej sprawie, skądinąd pozwalającej się domyślać, że mamy w ręku kopję listu Jennera wraz z komunikatem jego naukowym, może nigdzie jeszcze nie ogłoszonym, jeden punkt pozostaje niejasnym. Dlaczego nie znajdujemy żadnego śladu tej korespondencji z Jennerem w Pamiętnikach Franka, który zresztą zwykł tam bardzo skrupulatnie nie tylko wspominać o listach, otrzymywanych od wszystkich znakomitych ludzi, lecz nawet zamieszczać ich dosłowne kopje? Czyżby Herberski listu nie doręczył? Wprawdzie wrócił on do Wilna w istocie już po wyjeździe Franka, tam więc z nim widzieć się nie mógł, ale trudno przypuścić, żeby aż dwa lata czekał z przesłaniem korespondencji adresatowi, z którym bez wątpienia komunikował się listownie ze względów chociażby czysto służbowych. Wiemy zresztą, że w całym tym okresie korespondował niejednokrotnie z panią Janitsch, przyjaciółką i faktyczną, choć nie oficjalną, żoną starego Jana Piotra Franka, mieszkającą z nim w Wiedniu. Jak wytłómaczyć sobie tę, bądź co bądź, szczególną okoliczność? Jan Piotr Frank, któremu Jenner posyła, choć nie znanemu osobiście, ukłony w liście do jego syna, pisany 7-go Kwietnia, umarł już w kilkanaście dni później, to jest 24 Kwietnia. Kombinując te daty, moglibyśmy przypuścić, że Józef Frank, otrzymawszy korespondencję Jennera mniej więcej jednocześnie z wiadomością o śmierci ojca i pod wpływem wzruszenia, tą wiadomością wywołanego, nie tylko nie zanotował tego faktu, lecz list sam zagubił. Ale w takim razie byłby o nim prawdopodobnie choć słówkiem wspomniany w Pamiętnikach albo w rozdziale „Praxos med. universae” traktującym o ospie i wakcynacji. Psychologia jego była taka, że powinien to być w każdym razie uczynić. Zagadnienie więc tymczasem nie do wytłómaczenia.

S O M M A I R E.

Parmi les papiers du professeur Vincent Herberski (1784 — 1827) se trouvent les copies d'une lettre d'Edouard Jenner et de ses observations regardant l'effet de la vaccination sur les sujets herpétiques. L'original de ces copies destiné à Joseph Frank, alors professeur de clinique médicale à Wilno, avait été donné par Jenner à Herberski pendant son séjour en Angleterre 1821.

N'en trouvant aucune mention dans les mémoires de Joseph Frank, il faudrait supposer que cette correspondance ne lui était pas parvenue ou qu'il en parle dans le volume V de ses mémoires, malheureusement perdu. Ici nous reproduisons textuellement les susdites copies.

Acta Eruditorum — Mens Julii MDCLXXXIV.

Description curieuse d'une fontaine ardente et médicale en Pologne-Haec est descriptio curiosa fontis cuiusdem inflammabilis et medicinalis in Polonia: superioribus annis reperti, jussu Regis Polonorum Serenissimi, per Dnum Conradum, Reginae Archiatrum, ad Dnum Dionysium, Lutetiam Parisorum transmissa.

Pomiędzy wielu zjawiskami źródeł, wzbudzającymi nasz podziw, szczególnie godne uwagi są płomienie, wydobywające się z niektórych z nich, od czego one otrzymały nazwę płonących: np. źródło Jowisza Dodońskiego w Epirze, prócz Pliniusza, opiewane też przez Lukrecyusza, (Rerum Natura 1—6).

„A jest — też, chłodne źródło. Jeżeli nad niem trzymać knot, to zaczyna on płonąć, zajmując się natychmiast ogniem, a luczywo w podobny sposób zapalone, świeci na falach. — etc.”

Podobne źródło znamy w Delfinacie we Francji, w pobliżu Gratianopolis (Grénoble) wydające płomienie w noc i w czas mglisty i dla tego nazwane La fontaine qui brule.

A teraz donosimy Tobie L. B. o przedziwnem zjawisku, jeżeli nie większem, to w każdym razie godnem Twego badania, któremu podobne zauważono w prowincyi angielskiej Lancashire (Transact angl philosoph — 26).

Ale przerwijmy na chwilę tłumaczenie dalszego ciągu tej uczonej korespondencji w celu zapoznania się z panami Conradem i Dionysiuszem.

Otóż pierwszy z nich według Gąsiorowskiego T. II — 309: „Konrad” (Conradt) Izrael fizyk miasta Gdańska, podał w r. 1670 myśl utworzenia towarzystwa lekarskiego w Gdańsku, podobnego do tego, które powstało pod nazwą Leopolda Cesarza naturae curiosae. Życzenie Konrada dopiero r. 1720 przyszło do skutku. Nie wiem, co to za Konrad był lekarzem króla Polskiego, którego w Aktach Erudit w Lipsku r. 1684 wydawanych, znajdują się dwa listy do Dionizjusza, doktora Paryskiego, opisujące wody mineralne w Iwonicy, pod tytułem: jak wyżej.

Konrad Izrael zakończył swój żywot r. 1715. Wydał następujące dzieła: Dissertatio medico physica de natura atque effectibus frigoris. Gedani anno 1670. Znajdują się tu opisane doświadczenia rozmaitych płynów, robione na mrozach w czasie tegiej zimy. Druga edycja wyszła w Oliwie r. 1677”.

Zdaje się że owego tomu Acta Erudit Gąsiorowski w ręku nie miał, powołuje się bowiem w sprawie źródła Iwonickiego na artykuł Torosiewicza z r. 1849 w Rozmaitościach Lwowskich, pod tytułem: Źródła mineralne w Galicji i na Bukowinie.

Natomiast Kościński (Słownik lek. polsk.) mówiąc o Izraelu Konradzie (Conradt) nie wątpi, że ten właśnie Gdański fizyk, a nadto lekarz królewski, był autorem opisu źródeł Iwonickich, powołując się zresztą na cały szereg autorów, między nimi też na Gąsiorowskiego.

Ponieważ chronologia się zgadza, a wiadomo, że Gdański Conradt był jednocześnie lekarzem króla (królowej) polskiego, my też nie mamy racji wątpić o tem, że on właśnie jest autorem artykułu.

Co się tyczy Dionizjusza w Paryżu, to zapewne chodzi o zlatynizowane

nazwisko Paryskiego lekarza Denis Jean-Baptiste, który według Hirscha (Biograph Lexic hervorrag Aerzte). urodził się w Paryżu, w drugim dziesięcioleciu, a po ukończeniu studiów w Montpellier, został profesorem filozofji i matematyki oraz lekarzem królewskim. Wykonywał on podobno na ludziach w celach leczniczych transfuzję krwi. H. wspomina, że pisał też o „eine wunderbare Heilquelle in Polen”. Zmarł 1704 r.

Mianowicie w woj. Krakowskiem Małej Polski znajduje się góra, nazwana „Admirabilis”, porośła aromatycznymi i pachnącymi ziołami i kwiatami, oraz staremi dębami i żywicznymi świerkami i jodłami, tryskająca źródłami słodkimi i słonemi, ciężarna różnemi minerałami i kruszcami, na której w środku stoku południowego bije strumień przezczystej wody ze znacznym szumem i bełkotem (vibratio) a jej wrzenie, czyli napięcie, zwiększa się z przybywaniem księżyca, zmniejszając się z jego ubywaniem.

Muł, znajdujący się na dnie źródła, uchodzi za skuteczny w świerzbie, zastarzanych schorzeniach stawów, paraliżu, oraz podobnych uporczywych chorobach. Zapach wody wytryskującej, bardzo przyjemny i balsamiczny, łagodność smaku jej zaś idzie o lepsze z mlekiem. Oprócz siły leczniczej, zaznaczającej się w różnych chorobach koni, oczyszcza też ona ludzi przez kiszkę i mocz, w taki jednak sposób, że ci, których nie ruszy od razu, przecież uczuwają szczególną rzeźkość i siłę. Stąd sąsiedni mieszkańcy rzadko chorują, żyjąc długo, najczęściej do 100 i 150 lat. Wodę tę można daleko przewozić i dość długo bez zepsucia przechowywać; no odparowaniu zostaje rodzaj czarniawego osadu, bardzo pomocnego na świeże i zastarzałe owrzodzenia. Od żadnego mrozu zim miejscowych (źródło) nie zamarza, a zapala się natychmiast naksztalt najsztubniejszego spirytusu od przybliżonej pochodni tak, że płomień ponad powierzchnią wody porusza się i polyskuje naksztalt baniek, i stąd źródło to zwie się ignis fatuus (błędny ogień, czy ogień bełkoczący)? A ogień ten nigdy samoistnie nie gaśnie, o ile się go nie chłodzi mietłami. Nawet mniej więcej przed 35 laty, kiedy mieszkańcy zaniedbali ogień zagasić, ten postępując zwolna przez podziemne kanały, obrócił w popiół korzenie drzew a z niemi cały las sąsiedni, trwając przez 3 prawie lata, zanim się dał doszczętnie ugasić. Od tego czasu ustanowiono tam nawet publiczne warty, nie pozwalające na takie lekkomyślne zapalanie. Woda ta zaś, płonąc nieco, traci wiele ze swego pędu, odzyskując takowy dopiero po 2 tygodniach. Zresztą, chociaż płomień szybko spala drzewo, węń włożone, jest on przecież tak subtelny, że wody nie ogrzewa, lecz jeżeli się jej naczepie, to sprawia ona wrażenie wody chłodnej, podobnie jak źródło Lukrecjusza, a także ona sama nie zapala się poza wytryskiem ze źródła nawet jeżeli się ją przechowuje w naczyniach, jak najszczelniej zamkniętych. Zapalność tego źródła, poprzednim wiekiem nieznaną, wykazało uderzenie piorunu, zapalając je. Drwale, nadbiegłszy z lasu sąsiedniego, ugasili ogień gałęzmi, ściętymi z drzew i ich wierzchołków, trzepiąc niemi ogień, a od tego czasu nie raz w celu doświadczenia zapalano go pochodnią, a gaszono zapomocą uderzania różgami. Stąd mieszkańcy tej okolicy, dzięki ślepej łatwowierności, nabrali przekonania, że piorun od czasu zapalenia się pierwszego owego źródła pozostał w jego głębi, a usiłując stamtąd się wydostać, burzy wodę do tego stopnia,

że wydobywa płomień na jego powierzchnię. Wyżej wspomniany Dmn. Dionizjusz na zapytanie odnośnie wyłożył teorię tego źródła w sposób następujący.

Że ruch i burzenie się owego źródła odpowiada ruchom księżyca, to dzieje się dzięki komunikacji jego z morzem, którego przyływ i odpływ przypuszczalnie zależy od różnych odmian księżyca, o ile, że podziemny kanał, pośredniczący pomiędzy morzem a tem źródłem, wypełnia się tylko do pewnego poziomu wodą, pozatem zaś po przekroczeniu równowagi morza, już powietrzem. Kiedy zaś podniesienie się morza w okresie pełni najwięcej zalewa podziemne tunele, w ten sposób wyciskając powietrze i pary tam zamknięte, ku źródłu wytryskującemu, jest rzeczą naturalną, że będzie ono więcej obfitować w wodę. Natomiast przy opadaniu morza w czasie nowiu, woda morska z powietrzem i parami, w niej się osadzającymi, cofając się, odbiera temu źródłu wiele ciecicy.

Własności lecznicze pochodzą z obfitości siarki przesycającej żyły tej góry, jako znakomitego środka na choroby, a również z jej par, lżejszych od wodnych, które swym naporem i prądem wywołują szum i wrzenie tego źródła dając mu jednocześnie przyjemny zapach, podczas gdy grubsze jej cząsteczki opadają w muł, na dnie się osadzając. Osad, pozostający po wyparowaniu wody, daje jakoby naturalny balsam siarkowy, wytworzony ustawem mieszanem się wody z siarką.

Zapalność zależy, zdaniem jego, od wyziewów tejże siarki, które wydobywają się z wody i dlatego płomień unosi się ponad wodą, a gaśnie od trzepania różgami, gdyż w ten sposób gazy (spiritus) czyli miazmaty siarkowe, wtłacza się na nowo w cząsteczki wody, od których one usiłowały się oderwać, tak że po zniszczeniu ich drogą spalania się, ta woda traci wiele siły leczniczej. Dlatego zaś nie zapala się ona po przewiezieniu poza miejsce wytrysku źródła, że zawiera za mało cząsteczek siarki, a i te, wtłoczone w cząsteczki wody, pozbawione rozpadu i rozmachu źródła. Pomimo to, właśnie dzięki ich obecności, woda w źródle nie podlega działaniu zimna, podobnie jak silny spirytus.

Wypadałoby jeszcze zastanowić się nad pytaniem, o jakim tu źródle mowa. Czy w istocie o ogólnie znanej „Belkotce” Iwonickiej? Przytoczona praca daje tylko ogólne informacje, że źródło leży w województwie Krakowskim. Ale, *Acta Eruditorum*, jak wiadomo, dają przeważnie streszczenia, a do ich rzędu też należy artykuł, którego tłumaczenie poznaliśmy. Czy w oryginale posłanym przez Conrada do Paryża, znajdowały się dokładniejsze informacje? Nic o tem powiedzieć nie mogę. To pewna, że wszyscy ci, co się na *Acta Eruditorum* powołują, stanowczo widzą w danym opisie Iwonickie źródło. Nie można się temu dziwić, zważywszy, że w województwie Krakowskim inne podobne źródła nie są znane.

SOMMAIRE.

Dans les *Acta eruditorum* (Juillet 1684) nous trouvons la description d'une fontaine ardente et médicale en Pologne, rédigée par Israel Konrad, médecin de la reine Marie Casimire de Pologne, et envoyée au docteur Jean-Baptiste Denis à Paris, avec un commentaire du dernier. Cette fontaine située près des sources minérales d'Iwonicz, est connue aujourd'hui sous le nom de „Belkotka”.

Z kliniki Otolaryngologicznej (kier. prof. Jan Szmurło) i Zakładu Farmakologii (kier. prof. Cezary Traczewski) U. S. B. w Wilnie.

Dr. med. TADEUSZ WAŚOWSKI — st. asystent kliniki otolar.

Dr. med. STANISŁAW TOTWEN — st. asyst. zakł. Farmaklg.

O działaniu Psikainy *) Merck'a.

W roku zeszłym na klinice otolaryngologicznej w Wilnie, używając do znieczulenia miejscowego za pomocą pendzlowań 10% roztworu psikainy Merck'a, dwa razy spostrzegliśmy objawy zatrucia tym środkiem, raz u 15-letniej dziewczynki, raz u osoby 21-letniej. W pierwszym przypadku zjawił się natychmiast ból głowy, nagle bledność twarzy, obfity pot, drżenie kończyn, przyspieszenie tętna, które stało się nikłym. Po kilkunastu minutach, po ułożeniu chorej i zastrzyknięciu ol. camphorae objawy ustąpiły. Skłonni byliśmy wtedy tłumaczyć te objawy zatrucia zjawiskiem idiosynkrazji danej osoby w stosunku do tego środka, który uważany jest za znacznie mniej trujący od kokainy. Przypadek drugi zatrucia psikainą miał miejsce w parę tygodni później; dotyczyło to chorej G. B. 21 lat, która uprzednio kilkakrotnie już poddawana była działaniu miejscowemu kokainy dla celów bronchoskopji. W danym przypadku kokainę zastąpiono psikainą z dodaniem dużej dawki adrenaliny (około 12—15 kropel roztworu 1:1000). W kilka minut po kilkakrotnem zapendzlowaniu krani przy próbie tracheoskopji chora nagle zapadła w stan jakby narkozy, objawiający się głębokim snem, przy miernie rozszerzonych źrenicach, normalnym oddechu i tętnie, przyczem próby obudzenia do skutku nie doprowadzały. Chora nie reagowała na hałas zewnętrzny, oraz na dotyk i uklucia. Stan taki trwał około sześciu godzin, poczem chora obudziła się, skarżąc na ból głowy oraz pewne odurzenie. Na drugi dzień stan chorej był zupełnie normalny. W przypadku tym również nie mieliśmy podstaw dla uzależnienia stanu chorej od psikainy.

W październiku roku 1925-go zjawia się w *Folia Oto-laryngologica* Bd. 13. H. 6. praca *Mansky'ego*,¹⁾ w której autor opisuje trzy przypadki lekkiego zatrucia alypiną i jeden przypadek śmiertelny od zatrucia psikainą. W przypadku tym stosowano psikainę w proszku z cukrem (1:4) w formie insuflacji do jamy nosowogardłowej.

*Gumperz*²⁾ przy stosowaniu 5% roztworu psikainy dwa razy widział objawy ciężkiej zapaści.

Używając na klinice stale dla miejscowego znieczulenia 10% lub 20% roztworów kokainy, widzieliśmy raz jeden tylko lekkie zatrucie tym środkiem u dwunastoletniego chłopaka, któremu ze względu na konieczność wydostania ciała obcego z oskrzela zaaplikowano w formie pendzlowania około 1 gr. kokainy.

*) Psikaina według Willstätter'a jest syntetyczną prawoskrętną pseudo-ψ kokainą. (Vergleichende Versuche über die Wirkung von kokain u. d. ψ kokain (Psikain) — Sep. Abt. Skandin. Arch. f. Physiol. 1926 Bd. XLVII.

1) F. Mansky — Über Intoxikationen bei Verwendung des Alypins und des Psikaina (Zsch. f. Laryng. Rhin. Ot. 1925 Bd. 13. H. 6).

2) Cyt. wdlg. pracy Mansky'ego.

Psikaina Merck'a, jak mówi *Gottlieb*,³⁾ który pierwszy podał w druku wyniki swych badań tego środka, jest dwa razy mniej toksyczną od kokainy, działanie zaś jej znieczulające ma być silniejsze od kokainy. Ponieważ przypadek *Mansky'ego* i nasze spostrzeżenia kliniczne nie potwierdzają zdania o małej stosunkowo jadowitości tego środka, z drugiej zaś strony opinię niemieckich otolaryngologów, jak *Amersbach*, *Kümmel*⁴⁾ i inni, jest podzieloną co do własności znieczulających psikainy, rozpoczęliśmy w listopadzie roku zeszłego z inicjatywy pana prof. *Szmurły*, kierownika kliniki otolaryngologicznej, pracę doświadczalną nad psikainą. Pracę przeprowadziliśmy w Zakładzie Farmakologii U. S. B. pod kierownictwem pana prof. *Traczewskiego*. Za cel pracy postawiliśmy sobie odpowiedź na dwa pytania: jaką jest śmiertelna dawka psikainy, obliczając ją na kilo wagi królika i jakie jest jej działanie znieczulające w stosunku do kokainy. Te ostatnie badania przeprowadziliśmy częściowo na ludziach, poprzednie zaś na 68 królikach, przyczem musimy odnotować, że pochodziły one z dwóch różnych źródeł — pierwsza partja wynosiła 35, druga 33. W listopadzie i grudniu używaliśmy psikainy Merck'a, nabytej na miejscu w Wilnie, w dalszych badaniach posługiwaliśmy się psikainą, uprzejmie nam przyslaną przez firmę Merck w Darmstadt'cie. W badaniach swych na zwierzętach stale używaliśmy 5% roztworu psikainy, stosując ją w formie zastrzyknięć podskórnych w okolicę uda zwierzęcia. Przed zastrzyknięciem i w pewnych odstępach czasu po zastrzyknięciu notowaliśmy częstość tętna i oddechu, wysokość ciepłoty, mierzonej w rectum. Prócz tego notowaliśmy czas wystąpienia tak ważnych objawów, jak niepokój zwierzęcia, drżenie kloniczne, opistotonus, drgawki, ruchy żwaczne, zmiany charakteru oddechu, oraz czas śmierci zwierzęcia, lub powrotu do stanu normalnego.

Jak widać z załączonych protokołów (Nr. 1), już dawka 0,05 gr. psikainy na kilo wagi zwierzęcia wywołuje burzliwe objawy zatrucia 20 min. po zastrzyknięciu: zwiększenie częstości oddechu i tętna, spadek ciepłoty, drgawki, opistotonus; prócz tego zupełne znieczulenie miejsca zastrzyknięcia. Po 75—80 min. objawy zatrucia ustąpiły. Dawka 0,075 na kilo (Nr. 2) daje podobne objawy już po 12 min. To samo daje dawka 0,1 gr. na kilo (Nr. 3 i 7). Dawka 0,111 gr. na kilo (Nr. 6) zabija zwierzę po upływie 35 min., przyczem najpierw zauważyć się daje porażenie oddechu, a potem zatrzymanie serca. Ustaliliśmy śmiertelną dawkę psikainy 0,111 gr. na kilo wagi królika. Dotyczyło to zwierząt pierwszej partji, doświadczenia przeprowadzone były w listopadzie i grudniu r. z., psikainy używano nabytej na miejscu.

Objawy zatrucia psikainą podobne są do objawów spostrzeganych przy zatruciu zwierzęcia kokainą: zwierzę staje się najpierw niespokojne, przewraca się na bok, gdyż następuje porażenie kończyn, zjawia się drżenie, ruchy żwaczne, niekiedy wahadłowe ruchy głowy; drgawki kloniczne; tętno przyśpieszone, rów-

³⁾ R. Gottlieb. Über die pharmakologische Bedeutung des Psikains als Lokalanaesthetikum. (Münch. med. Woch. 1924 Nr. 26 S. 850 u 851). Odbitka tej pracy przysłana została przez f. Merck.

⁴⁾ Leichsenring. Über die Erfahrungen mit Psikain u. d. φ cocain — Natriumtartarat in der Schleimhautanästhesie von Nase u. Kehlkopf (Zsch. f. Ha, N, O, 1925. Bd. XII. T. II).

nież oddech, który w końcu nabiera niekiedy cech Cheyn-Stockes'a. Śmierć następuje wskutek porażenia ośrodków oddechowych.

Określiwszy ogólny charakter działania psikainy i śmiertelną dawkę dla królika, przystąpiliśmy do badania wpływu psikainy na ciśnienie tętnicze i oddech. W przypadkach badania ciśnienia (Nr. Nr. 23, 27, 28, 32, 33), zwierzęta były usypiane za pomocą uretanu podskórnie (0,5 na kilo), poczem obnażaliśmy art. car. communis, do której po podwiązaniu jej końca odśrodkowego, wkładaliśmy kaniulę, połączoną z manometrem. Wahania rtęci w manometrze zapisywane były na taśmie kimografjonu. W przypadkach badania oddechu (Nr. Nr. 34, 35, 36, 38, 42, 44), zwierzę było umieszczane w pudle (bez użycia uretanu), oddech zapisywano na taśmie kimografjonu za pomocą bębna Marey'a, połączonego z kaniulą, wstawioną do jednego z otworów nosowych zwierzęcia po uprzednim posmarowaniu śluzówki nosa 5% maścią kokainową, celem zniesienia odruchów nosowych. Używano tak nieznacznej ilości maści, że o jakimś pobocznym wpływie kokainy mowy tu być nie mogło. Jak widać z załączonej typowej krzywej (Nr. 1 dos. Nr. 32), ciśnienie tętnicze zasadniczo nie ulegało zmianie po zastrzyknięciu psikainy, dając pewne skoki i nierówności podczas drgawek, ani spadku, ani wzmożenia ciśnienia nie zauważyliśmy. Co do oddechu (krzywa Nr. 2 dos. Nr. 35) to przez czas dłuższy po zastrzyknięciu psikainy nie ulegał on zmianom, stając się tylko szybszym podczas drgawek i dając równocześnie wtedy większe wahania wydechowe; w końcowych okresach życia zwierzęcia nabierał on niekiedy cech Cheyn-Stockes'a, najczęściej w przerwach między drgawkami. Porównyując objawy spostrzegane w naszych doświadczeniach z objawami zatrucia kokainą, zauważyć możemy dużo cech podobieństwa, mianowicie: występujące we wczesnym okresie podniecenie zwierzęcia, spadek ciepłoty w rectum, uczęszczanie oddechu i tętna, porażenie kończyn, drgawki kloniczne, opisthotonus i ruchy żwaczne, te objawy tak typowe dla zatrucia kokainą były spostrzegane i w naszych doświadczeniach zatrucia zwierząt psikainą. Jedynie tylko ciśnienie tętnicze nie ulegało zmianom, mianowicie nie następował spadek ciśnienia, jak podkreślają to przy zatruciu kokainą *Berthod*, *Kochmann & Dael i Vulpian*⁵⁾, ani też wzmożenie o czem wspominają *Anrep i Kamenrove*⁶⁾.

W broszurze o psikainie⁷⁾, przysłanej przez firmę Merck'a podkreśla się występujące po niej odwrotnie do kokainy rozszerzenie naczyń włosowatych, co byłoby wadą środka, które jednak za dodaniem adrenaliny znika. Używając dla miejscowego znieczulenia w otolaryngologii stale roztworów kokainy z adrenaliną, chcieliśmy się przekonać doświadczalnie, czy stosowanie adrenaliny zmieni w czemkolwiek działanie psikainy (zmniejszenie resorpcji i przedłużenie znieczulenia).

Ponieważ zwykle dodajemy do 1 ccm. roztworu kokainy jedną kroplę adrenaliny (1 : 1000), przeto w doświadczeniach swych trzymaliśmy się tych sa-

⁵⁾ Patrz Bieberfeld.

⁶⁾ Bieberfeld J. Ergebnisse d. exp. Toxikologie (Ergebnisse d. Physiologie Bd. 17, str. 216)

⁷⁾ Firma autora nie podaje.

mych stosunków. Używaliśmy adrenaliny firmy Parke—Davis (N. G. 2250587), rozpuszczając jedną tabletkę w 0,92 ccm. wody przekrojonej. Dawka śmiertelna psikainy (0,111 gr. na kilo) z dodaniem jednej (Nr. 8), dwóch (Nr. 10) a nawet trzech (Nr. 12) kropeł adrenaliny (1 : 1000) na każdy ccm. roztworu zabijała zwierzę tak samo jak poprzednio bez dodawania adrenaliny. Objawy zatrucia występowały od 11 — 30 min. od zastrzyknięcia, nasilenie ich było podobne do przypadków zatrucia czystą psikainą, śmierć następowała po upływie mniej więcej 30 min. od zastrzyknięcia. Ta sama dawka z dodaniem czterech kropeł adrenaliny (Nr. 13 i 14) nie tylko nie powodowała śmierci zwierzęcia, lecz nie dała zwykłych objawów zatrucia: jedyny objaw, jaki tu spostrzegaliśmy, to było tylko nieznaczne odurzenie, występujące w 25 min. po zastrzyknięciu i trwające czas dłuższy. W następnym doświadczeniu (Nr. 15) podnieśliśmy dawkę psikainy do 0,125 gr. na kilo, dodając 5 kropeł adrenaliny na 1 ccm. roztworu. Spostrzegane objawy były godne uwagi: po 25 min. od zastrzyknięcia wystąpiło drżenie, drgawki, uczęszczanie oddechu, który nieco później nawet nabrał cech Cheyn — Stokes'a. Po 42 min. nastąpiła głęboka narkoza, trwająca więcej niż godzinę, poczem stan otumanienia i senności przez 7 godzin; jeśli porównamy te objawy ze spostrzeganiami u chorej (przypadek drugi podany wyżej), to zauważyć możemy rażące podobieństwo, przyczem tak w przypadku klinicznym, jak i w doświadczeniu dawki psikainy i adrenaliny były znaczne.

W dalszym doświadczeniu (Nr. 16) ta sama dawka 0,125 gr. psikainy na kilo z dodaniem sześciu kropeł adrenaliny na 1 ccm. roztworu dała po upływie 43 minut śmierć zwierzęcia przy objawach osłabienia oddechu, przyczem drgawki poprzedzające śmierć, były nadzwyczaj silne i długotrwałe.

Opierając się na danych Battellii i Taramiso⁷⁾, według których dawki śmiertelne adrenaliny wynoszą dla królika 4—10—20 mg. na kilo wagi, możemy na podstawie naszych doświadczeń stwierdzić, że spostrzegane w doświadczeniu Nr. 15 objawy należy przypisać wyłącznie działaniu psikainy, gdyż o zatruciu adrenaliną nie mogło tu być mowy. Jednakże dodanie adrenaliny w całym szeregu doświadczeń wykazało, iż środek ten osłabia i opóźnia działania toksyczne psikainy zastrzykniętej podskórnie. Najmniejsza pewna śmiertelna dawka psikainy (0,111) nie daje z adrenaliną śmierci; na dawki zaś duże psikainy (0,125) działanie adrenaliny jest niepewne.

Nie możemy w tej kwestji wypowiedzieć się decydująco, gdyż z powodu braku materiału (psikainy) liczba doświadczeń jest niewystarczająca.

Stosując w swych doświadczeniach nad ciśnieniem tętniczym usypiania zwierząt za pomocą uretanu, postanowiliśmy zbadać czy środek ten w jakikolwiek sposób wpływa na siłę działania psikainy na królika (o zmniejszeniu toksyczności kokainy pod wpływem środków nasennych wspominają Atkinson a. Collinis⁸⁾). W tym celu przeprowadziliśmy szereg doświadczeń, polegających

⁷⁾ Battellii i Taramiso (cyt. w d. Trendelenburg'a — Adrenalin u. adrenalin verwandte Substanzen—Hbch. d. exp. Pharmklg. Heffter T. II. S. 1274).

⁸⁾ Atkinson a. Collinis. Acute Cocaine Poisoning (The Journal of Pharmklg. a. exp. Ther December 1925. Vol. XXVI N. 5. p. 325).

na jednoczesnym stosowaniu zwierzętom uretanu w dawce 0,5 na kilo podskórnie i psikainy bez, lub z dodaniem adrenaliny (Nr. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 30 i 31). Po zastrzyknięciu królikowi uretanu występowało wybitne odurzenie, trwające do trzech godzin (Nr. 20). 0,111 gr. psikainy na kilo z dodaniem uretanu nie zabiło zwierzęcia (Nr. 17). Dawka 0,112 gr. psikainy na kilo z dodaniem uretanu zabijała królika po upływie 20 — 25 min. (Nr. 18 i 19), ta sama zaś dawka psikainy z uretanem z dodaniem sześciu kropeł adrenaliny na 1 ccm. roztworu wywołała opóźnienie drgawek, gdyż wystąpiły one dopiero po upływie godziny, przyczem zwierzę nie zginęło (Nr. 21). Zastrzyknięcie 0,125 gr. psikainy z dodaniem uretanu i adrenaliny (6 kropeł) w dwóch przypadkach zabiło zwierzęta (Nr. 24 i 25) po upływie 25 — 75 min., w dwóch innych zaś (Nr. 22 i 26) nie. Z trzech doświadczeń, w których identycznie z omówionymi wyżej, zastosowaliśmy dawkę 0,130 gr. na kilo psikainy, dwa zakończyły się śmiercią (Nr. 29 i 31), w trzecim zaś zwierzę pozostało przy życiu, będąc przez 7 godzin zgórą silnie odurzonym (Nr. 30).

Z doświadczeń tych możemy wnosić, że uretan, osłabiając drgawki i pierwsze odruchy, przez co wchłanianie może być mniejsze, osłabia działanie toksyczne psikainy, gdyż dawka śmiertelna tego środka (0,111 gr. na kilo) po jednoczesnym zastosowaniu uretanu nie zabiła zwierzęcia. Prócz tego zwraca uwagę pewne opóźnienie czasu wystąpienia drgawek, co można byłoby przypisać narkotyzującemu działaniu uretanu.

Tablica Nr. 1 określeń dawki śmiertelnej psikainy.

Dawka psikaluy na klg. królika	Zejsćie	Nr.Nr. protokółów
0,05	—	1.
0,075	—	2.
0,1	—	3, 7, 23, 27, 28.
0,125	+	4.
0,112	+	5.
0,111	+	6.
0,135	+	32, 33.
0,150	+	34, 35.
0,1 *)	+	36, 37, 38, 39, 53, 54.
0,09 *)	+	40, 41, 42, 46, 47, 49, 50, 55, 58.
0,09 *)	—	43, 45, 48.
0,08 *)	—	44.
0,085 *)	—	51, 52, 56, 57.

*) Odnaczają psikainę otrzymaną ostatnio od I. E. Merck'a w jednogram. opakowaniach i stary zapas w pięciogramow. opakowaniach.

Nr. 2 Działanie psikainy z dodaniem adrenaliny 1:1000.

Psikainy na klg. królika	Adrenaliny na 1 ocm. roztworu	Zejście	Nr protokołu	Uretanu na klg. królika	Psikainy na klg. królika	Adrenaliny 1:1000 na 1 ocm.	Zejście	Nr protokołu
0,1	2 krople	—	9	0,5	niedodawano	niedodawano	—	20
0,1	3 "	—	11	0,5	0,111	" "	—	17
0,111	1 "	+	8	0,5	0,112	" "	+	18
0,111	2 "	+	10	0,5	0,112	" "	+	19
0,111	3 "	+	12	0,5	0,112	6 kropel	—	21
0,111	4 "	—	13	0,5	0,125	6 "	—	22
0,111	4 "	—	14	0,5	0,125	6 "	+	24
0,125	5 "	—	15	0,5	0,125	6 "	+	25
0,124	6 "	+	16	0,5	0,125	6 "	—	26
				0,5	0,130	6 "	+	29
				0,5	0,130	6 "	—	30
				0,5	0,130	6 "	+	31

Na wszystkich trzech tablicach — oznacza, że zwierzę wyżyło
+ oznacza śmierć zwierzęcia.

Dla określenia znieczulających własności psikainy przeprowadziliśmy doświadczenia na 3-ch osobnikach, mianowicie: używając roztworów psikainy i kokainy o rozmaitem natężeniu od 0,1%—0,001%, zastrzykiwaliśmy doskórnie pewne minimalne ilości, by powstał mały pęcherzyk. Za pomocą igły próbowaaliśmy w pewnych odstępach czasu, czy wrażliwość na ból istnieje (metoda Fühner'a⁹⁾). W części doświadczeń używaliśmy roztworu psikainy i kokainy czystej, w innych zaś z dodaniem adrenaliny (4 krople roztw. 1:1000 na 1 ccm.). Wyniki otrzymane przeciętnie możemy przedstawić w następujących tabliczkach:

P s i k a i n a			K o k a i n a		
Koncen- tracja roztworu	Czas wystąpienia znieczulenia	Czas trwania znieczulenia	Koncen- tracja roztworu	Czas wystąpienia znieczulenia	Czas trwania znieczulenia
0,1 ^{0/0}	po 30 sek.	10 min.	0,1 ^{0/0}	po 15 sek.	16 min.
0,05 ^{0/0}	" 10 "	10—11 min.	0,05 ^{0/0}	odrazu	12—15 min.
0,01 ^{0/0}	" 5 min.	10—12 min.	0,01 ^{0/0}	odrazu—po 4) sek.	3—5 min.
0,005 ^{0/0}	" 3 "	3—5 min.	0,005 ^{0/0}	po 30—50 sek.	3—4 min.
0,001 ^{0/0}	" 3 "	osłabienie czucia bólowego 7—8 min.	0,001 ^{0/0}	po 60—90 sek.	4 min.
Płyn Ringer'a	po 4 min. zmniej- szenie czucia	8 min.	—	—	—

Tabl. 4. Bez dodania adrenaliny.

⁹⁾ H. Fühner. Nachweis u. Bedeutung von Giften auf Pharm. Wege (Handb. d. biol. arbeitsmeth. Abderhalden IV 7—1, S. 603).

P s i k a i n a			K o k a i n a		
Koncen- tracja roztworu	Czas wystąpienia znieczulenia	Czas trwania znieczulenia	Koncen- tracja roztworu	Czas wystąpienia znieczulenia	Czas trwania znieczulenia
0,1 ^{0/0}	po 1—2 min.	6 min.	0,1 ^{0/0}	po 1—2 min.	10 min.
0,05 ^{0/0}	po 2 m. 20 sek.	5 "	0,05 ^{0/0}	po 2 m. 20 sek.	5 m. 20 sek.
0,01 ^{0/0}	po 3 min.	5 "	0,01 ^{0/0}	po 2 min.	6 min.
0,005 ^{0/0}	zmniejszenie czucia po 4 min.	6 "	0,005 ^{0/0}	po 3 m. 20 sek.	9 "
0,001 ^{0/0}	zmniejszenie czu- cia po 3 m. 20 sek.	3 "	0,001 ^{0/0}	zmniejszenie czucia po 3 min.	5 "

Tabl. 5. Z dodaniem adrenaliny.

Z powyższych zestawień wynika, że znieczulające własności psikainy, tak z dodaniem adrenaliny, jak i bez, są w stosunku do kokainy słabsze. Znieczulenie występuje nieco później, niż przy kokainie, trwa również nieco krócej. Wyjątek niejako stanowi koncentracja psikainy 0,01% (tabl. 4), gdyż znieczulenie tu, występując później niż przy tej samej dawce kokainy, trwa dwa razy dłużej. W tym kierunku rozpoczęliśmy nowe badania.

Dla uzupełnienia tych badań przeprowadziliśmy jeszcze doświadczenia metodą Fühner'a na królikach, zakrapiając do worka spojówkowego kokainę i psikainę w tych samych koncentracjach co i wyżej, obserwując czas wystąpienia i trwania znieczulenia. W badaniach tych do wyżej wymienionych roztworów adrenaliny nie dodawaliśmy.

Otrzymane wyniki ilustruje tabl. 6.

P s i k a i n a			K o k a i n a		
Koncen- tracja roztworu	Czas wystąpienia znieczulenia	Czas trwania znieczulenia	Koncen- tracja roztworu	Czas wystąpienia znieczulenia	Czas trwania znieczulenia
0,1 ^{0/0}	po 2,5 min.	14,5 min.	0,1 ^{0/0}	po 2 min.	15 min.
0,05 ^{0/0}	po 6 min. osłab.	6 min.	0,05 ^{0/0}	po 3 min.	14 "
0,01 ^{0/0}	po 7 min. osłab.	5,5 min.	0,01 ^{0/0}	po 3,5 m. osłab.	4,5 "
0,005 ^{0/0}	po 3 min. osłab.	7 min.	0,005 ^{0/0}	po 3 min. osłab.	5 "
0,001 ^{0/0}	po 5 min. osłab.	8 min.	0,001 ^{0/0}	po 5 min. osłab.	7,5 "

Tabl. 6.

z której zauważyć się daje, że naogół roztwory kokainy działają silniej od podobnych psikainy; tak np. koncentracja 0,05% kokainy po trzech min. daje już

znieczulenie, podczas gdy ta sama koncentracja psikainy po sześciu minutach wywołuje tylko osłabienie czucia. Różnica działania znieczulającego obu środków nie jest zbyt duża, przewaga jednak jest stale po stronie kokainy, z wyjątkiem roztworu psikainy 0,01%, który jak i w doświadczeniach na ludziach wywołuje nieco później osłabienie czucia, trwające dłużej niż od roztworu kokainy tego samego stężenia.

Podawszy szczegółowo wyniki swych badań nad własnościami toksycznymi i znieczulającymi psikainy, musimy w tem miejscu powrócić jeszcze do omówienia sprawy dawki śmiertelnej tego środka, a to z powodów następujących: używając dla jednego z końcowych doświadczeń (Nr. 36) psikainy ze słoika pięciogramowego Nr. 23274, opakowania Nr. 2416 A. 4. (z partii przysłanej przez firmę Merck'a), zauważyliśmy, iż dawka 0,1 na kilo, czyli dawka nie śmiertelna (jak psikainy kupionej na miejscu tak i przysłanej przez firmę Merck'a w jednogramowych opakowaniach), zabiła zwierzę. Powtórzone z tą samą dawką kilkakrotnie doświadczenia (Nr. 37, 38, 39), potwierdziły to. Wówczas zmniejszyliśmy dawkę do 0,09 na kilo, przyczem na cztery doświadczenia (Nr. 40, 41, 42, 43) w trzech nastąpiło zejście śmiertelne. Dawka 0,08 (Nr. 44) nie zabiła zwierzęcia. Wtedy zwrócił się p. prof. Traczewski do f. Merck z zapytaniem, czy krystalizacja, a przez to rozpuszczalność psikainy jest stale jednakowa, na co firma odpowiedziała twierdząco, powołując się na załączoną pracę p. t. „Vergleichende Versuche über d. Wirkung v. Kokain und d. φ . Kokain (Psikain) von Biörkman, Wiberg, u. Sautesson”,¹⁰⁾ przysyłając jednocześnie nową porcję psikainy w jednogramowych opakowaniach.

Dalsze nasze badania, w których posługiwaliśmy się tak nowoprzyslaną psikainą butelki 4 pod Nr. 24180 fabrykacji jak i starą w pięciogramowych opakowaniach Nr. 2417 A. 4. wykazały: dawka 0,09 psikainy na kilo ze słoika pięciogr. (z partii wcześniej przysłanej przez firmę) we wszystkich czterech doświadczeniach (Nr. 46, 47, 49 i 50) okazała się śmiertelną, ta sama dawka psikainy (z partii nowej 4 but. pod Nr. 2418 fabr. w dwóch doświadczeniach (Nr. 55 i 58) zabiła zwierzęta, w dwóch zaś innych (Nr. 45 i 48) nie. Dawka 0,085 tak ze starej porcji, jak i nowej śmierci nie wywołała. (Nr. Nr. 51, 52, 56 i 57). Dawka 0,1 psikainy z nowej porcji bezwzględnie zabijała zwierzęta (Nr. 53 i 54).

Widzimy więc, że za dawkę śmiertelną psikainy dla królika należy uważać 0,1 gr. na kilo wagi jako bezwzględną, 0,09 gr. zaś jako dawkę śmiertelną względną. Ponieważ śmiertelna dawka kokainy dla królika, określona przez Bieberfeld'a i Anrep'a¹¹⁾ wynosi 0,1 gr. na kilo wagi, przeto możemy na podstawie naszych licznych doświadczeń uważać psikainę za tak samo silnie trującą jak kokainę.

Wnioski naszej pracy są następujące:

1. Psikaina pod względem toksyczności nie może być uważaną za bezpieczniejszą od kokainy.

¹⁰⁾ Separatabdr. a. d. Skand. Archis. f. Physiol. 1926 Bd. XLVII.

¹¹⁾ Bieberfeld J. Ergebnisse d. exp. Toxikologie (Ergebnisse d. Physiologie Bd. 17. S. 216).

2. Rozszerzenie naczyń włosowatych musi być znaczne, gdyż dodanie adrenaliny w dawkach małych nie wpływa osłabiająco na toksyczne własności psikainy, dopiero odpowiednie zwiększenie dawki osłabia to działanie.

3. Jednoczesne stosowanie z psikainą uretanu opóźnia czas wystąpienia zatrucia i nieco osłabia toksyczność psikainy.

4. Znieczulające własności, o ile możemy wnosić z badań dokonanych metodą Fühner'a:

a) bez dodania adrenaliny są słabsze aniżeli kokainy,

b) z dodaniem adrenaliny są również nieco słabsze, aniżeli kokainy.

Ponieważ psikaina wypuszczoną została jako preparat mniej trujący od kokainy, a natomiast o silniejszym działaniu znieczulającym, uważamy przeto za wskazane tu podkreślić niebezpieczeństwo stąd wynikające, gdyż, jak stwierdziły nasze badania, nie jest ona wcale bezpieczniejszą od kokainy, pod względem zaś własności znieczulających ustępuje jej.

W końcu niniejszej pracy uważamy za swój obowiązek złożyć serdeczne podziękowania panu profesorowi Traczewskiemu i panu profesorowi Szmurle za okazane żywe zainteresowanie się i cenną pomoc w naszej pracy.

P. S. Dla kilku doświadczeń użyliśmy zwierząt, już poddawanych uprzednio przed tygodniem jednorazowemu zastrzykowi psikainy. Zauważyliśmy przytem jakby słabsze działanie trującego środka (psikainy), wobec czego w dalszych badaniach używaliśmy zwierząt świeżych, nie poddawanych uprzednio żadnym zabiegom.

Te spostrzeżenia upoważniły nas do przekonania się doświadczalnie, czy dłuższe stosowanie psikainy podskórnie może dać przyzwyczajenie do tego środka, lub czy wogóle może wywołać jakieś zaburzenia poboczne.

Badania nasze przeprowadziliśmy na 6 królikach: trzem zwierzętom zastrzykiwaliśmy psikainę podskórnie po 0,08 na kilo wagi, jednemu co 4 dni, drugiemu co 3 dni, trzeciemu co 2 dni; w pierwszym przypadku śmierć nastąpiła po 4-em zastrzyku, w drugim po 2-em, wreszcie w trzecim po 3-em zastrzyku psikainy. Trzem innym królikom rozpoczęliśmy zastrzyki psikainy od dawki 0,01 na kilo z początku codziennie, doprowadzając dawkę do 0,02 na kilo w ciągu dni siedmiu, poczem przeszliśmy od razu do dawki 0,04, którą stosowaliśmy co drugi dzień, w jednym przypadku 7 razy, w dwóch innych po 5 razy; stopniowo podnosząc dawkę, doszliśmy w dwóch doświadczeniach do dawki 0,08, po której zwierzęta zginęły, w trzecim zaś doświadczeniu do 0,09, co również zakończyło się śmiercią zwierzęcia.

Powyższe badania upoważniają nas do wyprowadzenia wniosku, że dłuższe stosowanie psikainy podskórnie (w jednym przypadku do 2 miesięcy) u królików nie tylko nie daje przyzwyczajenia do tego środka, lecz jakgdyby uczula ustrój, gdyż nawet dawka 0,08 na kilo, która w badaniach poprzednich ani razu nie wywołała śmierci zwierzęcia, w tych doświadczeniach była dla nich zabójczą.

Wyniki tych naszych badań odpowiadają w zupełności wynikom otrzymanym przez *Adduco, Gioffredi, Grode, Richet*, *) którzy, stosując przez czas dłuższy kokainę rozmaitym zwierzętom, spostrzegali znaczne wzmożenie wrażliwości badanego ustroju zwierzęcego na ten środek.

Protokoły doświadczeń.

- Nr. 1. 27/XI-25. Królik biały w rude plamy ♂; wagi 1503 gr.; t^0 37,2; tętno 136; oddech 112.
h. 10^{55'} — 1,5 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,05 na kilo wagi)
• 10^{55'} — Drgawki kloniczne, opistotonus, oddech 144, tętno 176, t^0 35,9, znieczulenie miejsca zastrzykn.
• 11^{57'} — Restitutio ad integrum.
- Nr. 2. 27/XI. Królik popielaty ♂, wagi 2035 gr., t^0 37,8, tętno 136, oddech 104.
h. 12^{00'} — 3,0 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,075 na kilo wagi).
• 12^{12'} — Drgawki kloniczne, opistotonus, tętno 194, oddech 198, t^0 37,6, znieczulenie miejsca zastrzykn.
• 12^{40'} — Restitutio ad integrum.
- Nr. 3. 29/XI. Królik szary ♂, wagi 1812 gr., t^0 38,3, tętno 186, oddech 108.
h. 10^{40'} — 3,6 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,1 na kilo wagi).
• 10^{54'} — Drgawki kloniczne, opistotonus, t^0 39,4, tętno 172, oddech 210.
• 11^{07'} — Odurzenie. Ruchy żwaczne.
• 13⁰⁵ — Restitutio ad integrum.
- Nr. 4. 29/XI. Królik szary ♂, wagi 1070 gr., t^0 37,1, tętno 160, oddech 110.
h. 11^{52'} — 2,65 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,125 na kilo wagi).
• 11^{57'} — Drgawki kloniczne b. silne, t^0 36,6, oddech 240, tętno b. szybkie, opistotonus.
• 12^{00'} — Oddech ustał, uderzenia serca ledwo wyczuwalne 24.
• 12^{07'} — śmierć.
- Nr. 5. 29/XI. Królik szary z białem ♂, wagi 1432 gr., t^0 37,1, tętno 240, oddech 110.
h. 12^{40'} — 3,2 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,112 na kilo wagi).
- h. 12^{50'} — Drgawki silne, opistotonus, tętno i oddech b. przyspieszone.
• 12⁵⁸ — Drgawki słabe. Oddech 156. Królik na ukłucie nie reaguje zupełnie.
• 13^{00'} — Leży bez ruchu, tętno 136, oddech b. słaby 20.
• 13¹⁰ — Oddech 16.
• 13¹¹ — śmierć.
- Nr. 6. 2/XII. Królik szary ♂, wagi 2207 gr., t^0 38,0, tętno 220, oddech 120.
h. 10^{30'} — 4,8 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,111 na kilo wagi).
• 10^{40'} — Drgawki, opistotonus, oddech 192, tętno b. przyspieszone.
• 11¹² — Oddech 8, tętno ledwo wyczuwalne.
• 11⁰⁵ — śmierć (zatrzym. oddechu).
- Nr. 7. 2/XII. Królik szary ♂, wagi 2240 gr., t^0 37,0, tętno 210, oddech 130.
h. 11^{30'} — 4,48 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,1 na kilo wagi).
• 11^{37'} — Drgawki opistotonus.
• 11^{47'} — Drgawek brak. Oddech 120, typu Ch. — Stockes'a.
• 12⁰⁵ — Restitutio ad integrum.
- Nr. 8. 4/XII. Królik szary ♂, wagi 1657 gr., t^0 38,4, tętno 240, oddech 170.
h. 10^{30'} — 3,7 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,111 na kilo wagi) + 4 krople sol. adrenalini — 1 : 1000.
• 10^{10'} — Drgawki, opistotonus.
• 10^{24'} — Drgawki słabe, oddech typu Ch. — Stockes'a.
• 10^{30'} — Oddech ustał, tętno ledwo wyczuwalne.
• 10^{34'} — śmierć.
- Nr. 9. 4/XII. Królik szary z białem ♂, wagi 1955 gr., t^0 38,1, tętno 198, oddech 100.
h. 11^{00'} — 3,9 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,1

*) Cytow. wdl. Heffter'a (Handb. d. exper. Pharmak. B. II. — 1. E. Poulsen - Christiania. Die Cocaingruppe str. 145).

- na kilo wagi) + 9 kropli sol. adrenalini — 1 : 1000.
h. 11^{00'} — Ruchy żwaczne.
• 12^{10'} — Lekkie, pojedyncze rzuty ciała.
• 12^{00'} — Restitutio ad integrum.
- Nr. 10. 6/XII. Królik brązowy ♂, wagi 1395 gr., t^0 36,6, tętno 108, oddech 102.
h. 10^{40'} — 3,1 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,111 na kilo wagi) + 7 kropli adrenaliny tej samej.
• 10^{50'} — Drgawki, opistotonus, ruchy żwaczne, oddech 240 — chrapiący.
• 11^{00'} — Oddech Ch. — Stockes'a.
• 11^{07'} — Oddech ustał, tętno ledwo wyczuwalne.
• 11^{08'} — śmierć.
- Nr. 11. 9/XII. Królik szary z białem ♂, wagi 1903 gr., t^0 37,2, tętno 184, oddech 120.
h. 11^{00'} — 3,8 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,1 na kilo wagi) + 9 kropli adrenaliny tej samej.
• 12^{00'} — Ruchy wahadłowe głowy, wstrząsy całego ciała.
• 12^{00'} — Restitutio ad integrum.
- Nr. 12. 9/XII. Królik brązowy ♂, wagi 1645 gr., t^0 38,1, tętno 220, oddech 120.
h. 13^{00'} — 3,6 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,111 na kilo wagi) + 12 kropli adrenaliny tej samej (3 krople na 1 ctm.³ psicaini).
• 14^{07'} — Silne drgawki, opistotonus.
• 14^{12'} — Słabe drgawki, oddech b. przyspieszony, powierzchowny.
• 14¹⁴ — śmierć.
- Nr. 13. 12/XII. Królik szary ♂, wagi 1710 gr., t^0 37,5, tętno 240, oddech 140.
h. 12^{30'} — 3,76 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,111 na kilo wagi) + 16 kropli adrenaliny tej samej (4 krople na 1 ctm.³ psicaini).
• 12^{30'} — Gryzie opilkę; wygląda odurzony.
• 13^{00'} — Restitutio ad integrum.
- Nr. 14. 15/XII. Królik szary ♂, wagi 1865 gr., t^0 38,2, tętno 186, oddech 84.
h. 1845' — 4,0 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,111 na kilo wagi) + 16 kropli adrenaliny tej samej (4 krople na 1 ctm.³ psicaini).
- h. 19^{00'} — Królik niespokojny.
• 19^{00'} — Leży spokojnie.
• 20^{00'} — Restitutio ad integrum.
- Nr. 15. 16/XII. Królik szary ♂, wagi 1725 gr., t^0 37,3, tętno 200, oddech 80.
h. 11^{45'} — 4,25 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,125 na kilo wagi) + 21 kropla adrenaliny tej samej (5 kropli na 1 ctm.³ psicaini).
• 12^{11'} — Słabe drgawki, opistotonus, b. przyspieszony oddech.
• 12^{12'} — B. silne drgawki.
• 12^{18'} — Oddech Ch. — Stockes'a.
• 12^{37'} — Głęboka narkoza.
• 13^{00'} — Obudził się, wstał, chodzi chwiejąc się.
• 20^{10'} — Restitutio ad integrum.
- Nr. 16. 19/XII. Królik szary ♂, wagi 2035 gr., t^0 37,5, tętno 200, oddech 168.
h. 12^{47'} — 5,1 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,125 na kilo wagi) + 30 kropli adrenaliny tej samej (6 kropli na 1 ctm.³ psicaini).
• 13^{21'} — B. silne drgawki, opistotonus.
• 13^{27'} — Parę krótkich drgnięć, oddech powierzchowny.
• 13^{30'} — śmierć.
- Nr. 17. 24/I/26 Królik szary z białem ♂, wagi 1765 gr., t^0 37,8, tętno 180, oddech 122.
h. 12^{40'} — 5 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
• 13^{10'} — t^0 37,3, tętno 158, oddech 84.
• 13^{30'} — 3,8 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,111 na kilo).
• 13^{40'} — Królik leży w narkozie.
• 13^{47'} — Lekkie drgawki, opistotonus, oddech 180.
• 13^{50'} — Lekkie drgawki.
• 20^{00'} — Jest odurzony jeszcze.
• 22^{10'} — Restitutio ad integrum.
- Nr. 18. 25/I. Królik szary ♂, wagi 1010 gr., t^0 36,2, tętno 160, oddech 88.
h. 11^{50'} — 2,5 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
• 12^{10'} — t^0 35,8, tętno 184, oddech 94.
• 12^{30'} — 2,24 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,112 na kilo).
• 12^{30'} — Drgawki, opistotonus.
• 12^{40'} — Silne drgawki.
• 12^{40'} — Słabsze drgawki, ruchy polykowe.

- h 12^{45'}. — śmierć.
- Nr. 19. 27/I. Królik szary $\odot$, wagi 1065 gr., t^0 38,6, tętno 210, oddech 126.
- h. 13^{20'}. — 2,65 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 13^{45'}. — t^0 38,1, tętno 196, oddech 118.
- „ 13^{50'}. — 2,36 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,112 na kilo).
- „ 13^{55'}. — Lekkie drgawki, opistotonus.
- „ 41^{00'}. — Silne drgawki z piskiem.
- „ 14^{05'}. — Pojedyncze drgnięcia całego ciała, ruchy polykowe.
- „ 14^{10'}. — śmierć.
- Nr. 20. 28/I. Królik szary w żółte plamy, $\odot$, wagi 1000 gr., t^0 38,1, tętno 164, oddech 86.
- h. 14^{30'}. — 2,5 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 14^{35'}. — Królik odurzony.
- „ 17^{00'}. — Restitutio ad integrum.
- Nr. 21. 29/I. Królik czarny $\odot$, wagi 1690 gr., t^0 38,0, tętno 176, oddech 102.
- h. 12^{55'}. — 4,2 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 13^{00'}. — t^0 37,4, tętno 156, oddech 92.
- „ 13^{05'}. — 3,8 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,112 na kilo) + 23 krople adrenaliny tej samej (6 kropli na 1 ctm.³ psicaini).
- „ 14^{00'}. — Lekkie drgawki, opistotonus.
- „ 14^{10'}. — Silne drgawki, ruchy polykowe, oddech chrapiący.
- „ 15^{00'}. — Łazi po klatce odurzony.
- „ 19^{00'}. — Restitutio ad integrum.
- Nr. 22. 30/I. Królik szary $\odot$, wagi 1585 gr., t^0 37,0, tętno 186, oddech 84.
- h. 13^{30'}. — 3,9 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 13^{35'}. — t^0 — 36,5, tętno 180, oddech 80.
- „ 13^{40'}. — 3,8 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,125 na kilo) + 22 krople adrenaliny tej samej (6 kropli na 1 ctm.³ psicaini).
- „ 15^{10'}. — Ruchy wahadłowe głowy, ogólne drżenie całego ciała.
- „ 18^{00'}. — Jeszcze odurzony.
- „ 22^{10'}. — Restitutio ad integrum.
- Nr. 23. 2/II. Ciśnienie krwi (krzywa). Królik czarny $\odot$, wagi 2130 gr.
- h. 9^{30'}. — 5,0 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).

- h 10^{45'}. — 4,0 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,1 na kilo).
- „ 10^{50'}. — Krótkie drgawki (X)
- „ 11^{00'}. — Przerwa (skrzep).
- „ 11^{05'}. — Wahania są.
- „ 11^{10'}. — Przerwa-skrzep (zmiana kaniuli) (X) — spadek (X) — drgawka.
- „ 11^{15'}. — Drgawki (X)
- „ 11^{20'}. — „ (X)
- „ 16^{30'}. — Królik żyje.
- Nr. 24. 4/II. Królik szaro-żółty $\odot$, wagi 1025 gr., t^0 37,5, tętno 198, oddech 120.
- h. 12^{00'}. — 2,5 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 12^{05'}. — t^0 37,1, tętno 184, oddech 104.
- „ 13^{00'}. — 2,5 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,125 na kilo) + 15 kropli adrenaliny tej samej (6 kropli na 1 ctm.³ psicaini).
- „ 13^{05'}. — Drgawki opistotonus.
- „ 14^{00'}. — Silne drgawki.
- „ 14^{10'}. — śmierć.
- Nr. 25. 6/II. Królik szary $\odot$, wagi 1550 gr., t^0 38,2, tętno 184, oddech 118.
- h. 11^{50'}. — 4,0 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 12^{00'}. — t^0 37,8, tętno 180, oddech 102.
- „ 12^{05'}. — 4,1 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,125 na kilo) + 20 kropli adrenaliny tej samej (6 kropli na 1 ctm.³ psicaini).
- „ 12^{10'}. — Drgawki, opistotonus.
- „ 13^{00'}. — Ruchy polykowe — +.
- Nr. 26. 6/II. Królik szary $\odot$, wagi 1500 gr., t^0 38,4, tętno 200, oddech 142.
- h. 13^{30'}. — 3,8 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 14^{00'}. — t^0 37,8, tętno 176, oddech 136.
- „ 14^{05'}. — 3,8 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,125 na kilo) + 20 kropli sol. odrenalini 1 : 1000 fabr. Gedeon Richter (6 krop. na 1 ctm.³ psicaini).
- „ 14^{10'}. — Opistotonus, wyprężenie całego ciała.
- „ 14^{15'}. — Silne drgawki z piskiem, oddech chrapiący, ruchy żwaczne.
- „ 15^{10'}. — Drgawki ustaly.
- „ 20^{10'}. — Restitutio ad integrum.

- Nr. 27. 10/II. Krzywa ciśnienia krwi. Królik szary $\odot$, wagi 1640 gr.
- h. 10^{00'}. — 4,0 ctm.³ — 20^{0/0} s. Urethani (0,5 na kilo).
- „ 10^{05'}. — 3,0 ctm.³ — 5^{0/0} s. psicaini (0,1 na kilo).
- „ 11^{01'}. — Drgawki krótkie.
- „ 11^{05'}. — Cisnienie nieco wzrosło, oddech częstszy.
- „ 11^{11'}. — Drgawki z przerwami aż do 11^{27'}.
- „ 11^{27'}. — Drgawki.
- „ 12^{00'}. — Zakończenie doświadczenia.
- 11/II. — Królik żyje.
- Nr. 28. 10/II. Krzywa ciśnienia krwi. Królik szary z białem $\odot$, wagi 1345.
- h. 11^{50'}. — 3,25 ctm.³ — 20^{0/0} s. urethani (0,5 na kilo).
- „ 12^{00'}. — 2,6 ctm.³ — 5^{0/0} s. psicaini (0,1 na kilo).
- „ 13^{00'}. — Drgawki aż do 13^{10'} z przerwami.
- „ 13^{10'}. — Drgawki z przerwami aż do 14^{14'}.
- „ 14^{10'}. — Koniec doświadczenia.
- 11/II. Królik żyje, przyjmuje pokarm.
- Nr. 29. 15/II. Królik szary $\odot$, wagi 1950 gr.
- h. 12^{00'}. — 5,0 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 13^{10'}. — 5,0 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,130 na kilo) + 30 kropli s. odrenalini 1 : 1000 fabr. Ged. Richter (6 krop. na 1 ctm.³ psicaini).
- „ 14^{00'}. — Drgawki słabe.
- „ 14^{11'}. — Silne drgawki.
- „ 14^{27'}. — Oddech chrapiący niemiary, drgnięcia całego ciała, ruchy polykowe.
- „ 14^{30'}. — Oddech Ch. — Stockes'a.
- „ 14^{31'}. — śmierć.
- Nr. 30. 16/II. Królik popielaty $\odot$, wagi 1966 gr., t^0 38,3, tętno 204, oddech 136.
- h. 11^{00'}. — 4,9 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 11^{40'}. — t^0 37,6, tętno 186, oddech 112.
- „ 11^{45'}. — 5,1 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,130 na kilo) + 31 kropla sol. adren. tej samej (6 krop. na 1 ctm.³ s. psicaini).

- „ 12^{47'}. — Opistotonus, wyprężenie całego ciała.
- „ 12^{51'}. — Silne drgawki.
- „ 13^{24'}. — Drgawki ustaly. Zwierzę odurzony.
- „ 20^{20'}. — Odurzony.
- 17/II. h. 9^{10'}. — Restitutio ad integrum.
- Nr. 31. 16/II. Królik czarny $\odot$, wagi 2060 gr., t^0 38,0, tętno 196, oddech 132.
- h. 12^{50'}. — 5,0 ctm.³ — 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 13^{10'}. — t^0 37,6, tętno 176, oddech 112.
- „ 13^{20'}. — 5,2 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,13 na kilo) + 31 kropli s. adrenalini 1 : 1000 tej samej (6 kropli na 1 ctm.³ psicaini).
- „ 14^{10'}. — Silne drgawki.
- „ 14^{20'}. — Ruchy polykowe, lekkie drgnięcia.
- „ 14^{30'}. — śmierć.
- Nr. 32. 17/II. Krzywa ciśnienia krwi. Królik szary $\odot$, wagi 2335 gr.
- h. 10^{00'}. — 6,5 ctm.³ — 20^{0/0} s. Urethani (0,5 na kilo).
- „ 10^{11'}. — 6,25 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,135 na kilo).
- „ 10^{17'}. — Drgawka.
- „ 10^{30'}. — Oddech b. słaby Ch. Stockes'a, ruchy polykowe.
- „ 11^{00'}. — Drgawki — (podniesienie ciśnienia krwi na wysok. Ch. Stockes'a), potem zmniejszenie i drgawki.
- „ 11^{05'}. — śmierć.
- Żadnych szczególniejszych zmian w ciśnieniu krwi nie zauważono.
- Nr. 33. 17/II. Krzywa ciśnienia krwi. Królik biały z szarem $\odot$, wagi 1800 gr.
- h. 12^{00'}. — 4,5 ctm.³ — sol. 20^{0/0} Urethani (0,5 na kilo).
- „ 13^{00'}. — 5,0 ctm.³ — sol. 5^{0/0} psicaini (0,135 na kilo).
- „ 13^{10'}. — Silne drgawki.
- „ 13^{20'}. — Jeszcze 2,0 ctm.³ — s. 5^{0/0} psicaini (0,1 na kilo).
- „ 13^{34'}. — Spadek ciśnienia nieznaczny. Ch. Stockes'a oddech, ruchy polykowe.
- „ 13^{40'}. — śmierć.
- Nr. 34. 10/III. Krzywa oddechu. Królik szary $\odot$, wagi 1640 gr.
- h. 11^{10'}. — 5,0 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,15 na kilo).

- h 11³⁵. — Oddech niemierny.
 „ 11³⁶. — Drgawki aż do 11³⁷.
 „ 11³⁷. — Oddech b. słaby.
 „ 11⁴⁷. — „ „ Ch. Stockes'a.
 „ 11⁵¹. — śmierć.
- Nr. 35. 10/III. *Krzywa oddechu*. Królik szary Q_y, wagi 2190 gr.
 h. 13⁴⁷. — 6,4 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,15 na kilo).
 „ 13¹⁷. — Drgawki aż do 13²⁰.
 „ 13²⁰. — Oddech b. osłabiony. Ruchy polykowe.
 „ 13²⁷. — śmierć.
- Nr. 36. 14/III. *Krzywa oddechu*. Królik szary Q_y, wagi 1510 gr.
 h. 12⁴⁵. — 3,0 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,1 na kilo).
 „ 13⁰⁰. — Drgawki aż do 13⁰³.
 „ 13⁰⁷. — śmierć.
- Nr. 37. 17/III. Królik rudy Q_y, wagi 2035 gr.
 h. 12⁴⁰. — 4,0 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,1 na kilo).
 „ 12⁵⁷. — Opistotonus, drgawki silne.
 „ 13⁰⁰. — Oddech rzadki, słaby, co pewien czas drgawki.
 „ 13¹⁴. — śmierć.
- Nr. 38. 17/III. Królik czarny Q_y, wagi 2200 gr.
 h. 10⁴⁵. — 4,4 ctm.³ — sol. 5^{0/0} psicaini (0,1 na kilo).
 „ 11⁴⁵. — Drgawki aż do 11⁵⁰.
 „ 11⁵¹. — Oddech osłabiony.
 „ 11⁵⁰. — śmierć.
- Nr. 39. 18/III. Królik szary Q_y, wagi 1945 gr.
 h. 13⁴⁰. — 3,9 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,1 na kilo).
 „ 13⁵⁰. — Opistotonus, silne drgawki.
 „ 14⁰⁰. — Oddech b. słaby, powierzchowny.
 „ 14⁰⁷. — śmierć.
- Nr. 40. 18/III. Królik czarny Q_y, wagi 2080 gr.
 h. 14²⁰. — 3,54 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,09 na kilo).
 „ 14⁵⁰. — Opistotonus, silne drgawki.
 „ 15¹¹. — Oddech chrapliwy, drgawek brak.
 „ 15⁴⁰. — Silne drgawki i w pozycji siedzącej, slinotok.
 „ 16⁵⁰. — Oddech zaczyna słabnąć, drgnięcia całego ciała pojedyncze.
 „ 17⁰⁰. — Oddech Ch. - Stockes'a. Żeży nieruchomo.
 „ 17¹². — śmierć.

- Nr. 41. 19/III. Królik szary Q_y, wagi 1635 gr.
 h. 11³⁰. — 2,95 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,09 na kilo).
 „ 11⁵⁴. — Opistotonus, silne drgawki, ruchy żwaczne.
 „ 12⁰⁰. — Oddech chrapiący, słaby, ruchy polykowe.
 „ 12¹⁰. — śmierć.
- Nr. 42. 20/III. *Krzywa oddechu*. Królik czarny Q_y, wagi 1800 gr.
 h. 12⁰⁰. — 3,24 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,09 na kilo).
 „ 12⁵⁴. — Osłabienie oddechu.
 „ 12⁵⁴. — Drgawki aż do 13⁰⁴.
 „ 13⁰⁷. — śmierć.
- Nr. 43. 20/III. Królik biały Q_y, wagi 1740 gr.
 h. 12⁰⁰. — 3,15 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,09 na kilo).
 „ 12⁴⁰. — Silne drgawki, opistotonus, ruchy żwaczne.
 „ 13¹⁴. — Podniósł się.
 „ 13⁵⁰. — Siedzi spokojnie.
 „ 14⁴⁵. — Te same objawy co Nr. 41.
- 21/III. „ 9¹⁵. — Restitutio ad integrum.
- Nr. 44. 23/III. *Krzywa oddechu*. Królik szary Q_y, wagi 1975 gr.
 h. 12⁴⁴. — 3,16 ctm.³ — 5^{0/0} psicaini (0,8 na kilo).
 „ 12⁵⁰. — Wzmożenie oddechu.
 „ 13⁰⁵. — Drgawki przez cały czas aż do końca doświadczenia 14⁰⁰.
 „ 14⁰⁰. — Restitutio ad integrum.
- Nr. 45. 28/VI/26. Królik szary Q_y, wagi 1950 gr. t⁰. 37,9. Oddech 186. Tętno 124.
 h. 11¹⁰. — 3,5 ccm. — 5^{0/0} psicaini (0,09 na kilo).
 „ 12⁰⁰. — Leży wyprężony; ruchy wahadłowe głowy.
 „ 14⁰⁰. — Restitutio ad integrum.
 (Psikaina z zap. now. serja 2 pud. Nr. 1).
- Nr. 46. 28/VI. Królik szary Q_y, wagi 1900. t⁰. 38,2. Oddech 204. Tętno 144.
 h. 12¹⁰. — 3,4 — 5^{0/0} psicaini (0,09 na kilo).
 „ 13⁰⁰. — przewrócił się na bok, opistotonus, drgawki.
 „ 13¹³. — Drgawki b. silne z piskiem.
 „ 15¹⁷. — Ruchy polykowe, oddech ledwo dostrzegalny.
 „ 13¹⁸. — śmierć.
 (Psikaina z zap. starych w 5 gr. opak. z+).

- Nr. 47. 28/VI/26. Królik szary Q_y, wagi 220 gr.
 h. 13¹³. — 0,4 ccm. — 5^{0/0} psicaini (0,09 na kilo).
 „ 13²¹. — Przewrócił się na bok wyprężony.
 „ 13²². — Drgawki b. silne z piskiem, opistotonus.
 „ 13²⁶. — Ruchy polykowe, pojedyncze drgnięcia.
 „ 13²⁹. — śmierć.
 (Psikain z zap. star. w 5 gr. opak. z+).
- Nr. 48. 2/VII/26. Królik czarny Q_y, wagi 1682 gr. t⁰. 37,9. Oddech 190. Tętno 116.
 h. 11³². — 3,0 ccm. — 5^{0/0} psicaini (0,09 na kilo).
 „ 12⁰⁰. — Drżenie całego ciała. Siedzi odurzony.
 „ 15⁰⁰. — Restitutio ad integrum.
 (Psik. z zap. now. w 1 gr. opak. ser. 2. p. Nr. 1).
- Nr. 49. 2/VII. Królik żółty Q_y, wagi 2035 gr. t⁰. 37,8. Oddech 126. Tętno 184.
 h. 13⁰³. — 3,7 ccm — 5^{0/0} psicaini (0,09 na kilo).
 „ 13²⁴. — Przewrócił się na bok, opistotonus, drgawki.
 „ 13²⁷. — B. silne drgawki z piskiem.
 „ 13³⁵. — Drgawki słabe.
 „ 13⁵⁰. — Ruchy polykowe.
 „ 13⁵⁸. — śmierć.
 (Psik. z zap. star. w 5 gr. opak. z+).
- Nr. 50. 2/VII. Królik biały Q_y, wagi 503 gr.
 h. 13¹¹. — 0,9 ccm. 5^{0/0} psic. (0,09 na kilo).
 „ 13⁵⁸. — Przewrócił się na bok, opistotonus, drgawki.
 „ 14⁰⁰. — B. silne drgawki z piskiem.
 „ 14⁰⁵. — Ruchy polykowe.
 „ 14⁰⁷. — śmierć.
 (Psik. z zap. star. w 5 gr. opak. z+).
- Nr. 51. 2/VII. Królik szary Q_y, wagi 2005 gr. t⁰. 38,4. Oddech 142. Tętno 210.
 h. 14⁰⁰. — 3,4 ccm. — 5^{0/0} psicaini (0,086 na kilo).
 „ 15⁰⁰. — Przewrócił się na bok, opistotonus, drgawki.
 „ 15⁰³. — B. silne drgawki.
 „ 16¹⁸. — Probuje wstać.
 „ 18¹⁴. — Restitutio ad integrum.
 (Psik. z zap. star. w 5 gr. op. z+).

- Nr. 52. 3/VII. Królik biały Q_y, wagi 1860 gr. t⁰. 37,6. Oddech 186. Tętno 122.
 h. 10⁰⁵. — 3,2 ccm. 5^{0/0} psic. (0,085 na kilo).
 „ 10³⁴. — Przewrócił się na bok, opistotonus, drgawki.
 „ 11⁴⁰. — Silne drgawki.
 „ 12¹⁰. — Probuje wstać.
 „ 13⁵⁸. — Restitutio ad integrum.
 (Psik. z zap. now. w 1 gr. opak. ser 2p. Nr. 2).
- Nr. 53. 5/VII. Królik rudy Q_y, wagi 2500 gr.
 h. 17⁰¹. — 5,0 ccm. 5^{0/0} psic. (0,1 na kilo).
 „ 17⁴⁰. — Przewrócił się na bok, opistotonus, słabe drgawki bez przerwy.
 „ 17⁴². — Drgawki, ruchy żwaczne, polykowe, oddech 20.
 „ 17⁵⁰. — Ruchy polykowe, oddech b. powolny chrapliwy.
 „ 17⁵⁸. — śmierć.
 (Psik. z zap. now. w 1 gr. op. ser. 2. p. Nr. 2).
- Nr. 54. 5/VII. Królik szary Q_y, wagi 2050 gr.
 h. 17⁰⁰. — 4,0 ccm. 5^{0/0} psic. (0,1 na kilo).
 „ 18⁰⁶. — Przewrócił się na bok, drgawki.
 „ 18¹⁰. — Drgawki b. silne z piskiem.
 „ 18¹⁴. — Ruchy polykowe.
 „ 18¹⁶. — śmierć.
 (Psik. z zap. now. w 1 gr. opak. ser. 2. p. Nr. 2).
- Nr. 55. 6/VII/26. Królik szary Q_y, wagi 1950 gr.
 h. 18²⁰. — 3,52 ccm. 5^{0/0} psic. (0,09 na kilo).
 „ 18³⁰. — Przewrócił się na bok, opistotonus, drgawki.
 „ 18³². — B. silne drgawki z piskiem, oddech chrapiący pomiędzy napadami drgawek.
 „ 18³⁵. — śmierć.
 (Psik. z zap. now. w 1 gr. opak. ser. 2. p. Nr. 2).
- Nr. 56. 6/VII/26. Królik szaro-czarny Q_y, wagi 1700 gr.
 h. 18³⁰. — 2,9 ccm. 5^{0/0} psic. (0,085 na kilo).
 „ 19⁰⁵. — Łazi chwiejąc się.
 „ 19¹⁵. — Przewrócił się na bok, wstał, upadł, emprostotonus.
 „ 19¹⁷. — Drgawki, po nich podnosi głowę.
 „ 19²⁰. — Drgawki z duż. przerwami.

„ 19²⁵. — Wstał, chodzi chwiejąc się, ruchy wahadłowe głowy.

„ 2³⁶. — Stan ogłuszenia.

„ 22¹⁴. — Restitutio ad integrum.

(Psik. z zap. now. w 1 gr. opak. ser. 2 p. Nr. 2).

Nr. 57. 10/VII. Królik szaro-czarny κ_0 , wagi 1735 gr.

h. 11⁴⁰. — 2,98 ccm. 5⁰/₀ psic. (0,08z na kilo).

„ 12⁰⁵. — Przewrócił się na bok, drgawki opistotonus.

„ 13⁰⁵. — Stan spiący.

„ 13⁵⁰. — Restitutio ad integrum.

(Psik. z zap. now. w 1 gr. opak. ser. 2 p. Nr. 2).

Nr. 58. 15/VII. Królik szary z białem κ_0 , wagi 2890 gr.

h. 17⁰². — 5,2 ccm. 5⁰/₀ psic. (0,09 na kilo).

„ 17³³. — Przewrócił się na bok, drgawki, ruchy żwaczne.

„ 17³³. — B. silne drgawki.

„ 17³⁸. — Drgawek brak, oddech o charakterze Ch. Stockes'a.

„ 17³⁰. — Śmierć.

(Psik. z zap. now. w 1 gr. opak. ser. 2 p. Nr. 2).

Protokoły badań nad porównawczą siłą znieczulającą psikainy i kokainy (na ludziach met. Fühner'a) bez dodania adrenaliny.

I. S. T.

Psikaina.

0,1⁰/₀ — zniecz. po 30'', trwa 10 min. po 10 min. czucie nieco zmniejszone po 27 min. — N.

0,05⁰/₀ — zniecz. po 10'', trwa 11 min. po 22 min. czucie normalne.

0,01⁰/₀ — po 4'—zmniejszenie czucia bólowego, po 5' 30'' znieczulenie, po 12' powrót lekki czucia bólowego po 43' czucie normalne.

0,005⁰/₀ — zmniejszenie czucia bólowego po 5', po 8' znów ból, po 13' — N.

0,001⁰/₀ — po 4' osłabienie bólu, po 7' czucie — N.

Sol. Ringeri — po 4' — ledwo osłab. czucie bólu, po 8' — N.

II. T. W.

0,1⁰/₀ — zniecz. po 30'', trwa 10 min., potem czucie jednak osłabione po 27' czucie N.

0,05⁰/₀ — zniecz. po 10'', po 22' czucie normalne na obwodzie, w centrum pęcherzyka trwało 1 godz. 12'.

0,01⁰/₀ — zniecz. po 4' zmniejszenie czucia bólowego, po 6' zmniejszenie bólu, po 12' powrót lekki czucia bólowego po 48' — N.

0,005⁰/₀ — po 3' zmniejszenie bólu po 5'—N.

0,001⁰/₀ — po 3' osłabienie bólu po 10'—N.

Sol. Ringeri — po 4' ledwo osłab. czucie po 8' — N.

Kokaina.

0,1⁰/₀ — zniecz. kompletne po 15'', trwa 16 min. poczem lekkie uczucie bólu, po 25' — N.

0,05⁰/₀ — zniecz. kompl. po 5'', po 12' lekkie czucie ukłucia, po 30' — N.

0,01⁰/₀ — zniecz. komp. po 45'', po 4' lekkie czucie, po 8' — N.

0,005⁰/₀ — zniecz. po 50'', po 4' lekkie czucie, po 10' — N.

0,001⁰/₀ — zniecz. po 1, 5', po 4' lekkie czucie, po 10' — N.

0,1⁰/₀ — zniecz. po 10'' po 16' lekki ból przy ukłuciu po 30' — N.

0,05⁰/₀ — zniecz. odrazu po 12' lekkie czucie bólu po 30' — N.

0,01⁰/₀ — znieczul. po 40'' po 5' lekkie czucie bólu po 8' — N.

0,005⁰/₀ — zniecz. po 50'' po 3' lekkie czucie; po 15' — N.

0,001⁰/₀ — zniecz. po 1' po 4' lekkie czucie, po 15' — N.

III. M. T.

Psikaina

0,1⁰/₀ — znieczul. odrazu po 14' lekkie czucie bólu po 23' — N.

0,05⁰/₀ — zniecz. odrazu po 10' lekkie czucie bólu, po 21' — N.

0,01⁰/₀ — zmniejsz. czucia ból. po 3' po 6' znieczul.; po 12' powrót czucia ból., po 48' — N.

0,005⁰/₀ — zmniejszenie czucia ból. po 3' po 5' — N.

0,001⁰/₀ — zniecz. po 3' po 9' lekki ból, po 15' — N.

Sol. Ringeri — po 3' nieco osłab. czucie ból. po 5' — N.

Kokaina.

0,1⁰/₀ — zniecz. po 10'' po 16' czucie ból zmniejszone po 30' — N.

0,05⁰/₀ — znieczul. odrazu po 15' lekkie czucie bólu po 20' — N.

0,01⁰/₀ — zniecz. odrazu po 3' lekkie czucie bólu po 8' — N.

0,005⁰/₀ — zniecz. po 30'' po 3' lekkie czucie bólu po 15' — N.

0,001⁰/₀ — zniecz. po 1, 5' po 4' lekkie czucie bólu po 13' — N.

Protokoły badań nad porównawczą siłą znieczulającą psikainy i kokainy (na ludziach — met. Fühnera) z dodaniem 4 kropli adrenaliny na 1 ccm. roztworu.

21. VII. 26.

Psikaina.

S. T.

0,1⁰/₀. 10,48'' — zastrzykn.
10,48'' — znieczulenie.
10,50'' — powrót do normy.

0,05⁰/₀. 11,10'' — zastrzykn.
11,12'' — znieczulenie.
11,17'' — powrót do normy.

0,01⁰/₀. 11,20'' — zastrzykn.
11,30'' — zmniejszenie bólu.
11,30'' — powrót do normy.

0,005⁰/₀. 11,44'' — zastrzykn.
11,47'' — zmniejszenie bólu.
11,50'' — powrót do normy.

0,001⁰/₀. 12,12'' — zastrzykn.
12,15'' — zmniejszenie bólu.
12,18'' — powrót do normy.

T. W.

0,1⁰/₀. 10,47'' — zastrzykn.
10,48'' — znieczulenie.
10,50'' — powrót do normy.

0,05⁰/₀. 11,08'' — zastrzykn.
11,09'' — znieczulenie.
11,17'' — powrót do normy.

0,01⁰/₀. 11,20'' — zastrzykn.
11,20'' — znieczulenie.
11,35'' — powrót do normy.

Kokaina.

0,1⁰/₀. 10,40'' — zastrzykn.
10,48'' — znieczulenie.
10,50'' — powrót do normy.

0,05⁰/₀. 11,10'' — zastrzykn.
11,12'' — znieczulenie.
11,17'' — powrót do normy.

0,01⁰/₀. 11,20'' — zastrzykn.
11,20'' — znieczulenie.
11,34'' — powrót do normy.

0,005⁰/₀. 11,44'' — zastrzykn.
11,47'' — zmniejszenie bólu.
11,50'' — powrót do normy.

0,001⁰/₀. 12,12'' — zastrzykn.
12,15'' — zmniejszenie bólu.
12,20'' — powrót do normy.

0,1⁰/₀. 10,47'' — zastrzykn.
10,48'' — znieczulenie.
10,51'' — powrót do normy.

0,05⁰/₀. 11,08'' — zastrzykn.
11,10'' — znieczulenie.
11,17'' — powrót do normy.

0,01⁰/₀. 11,20'' — zastrzykn.
11,20'' — znieczulenie.
11,35'' — powrót do normy.

Psikaina.

0,005^{0/0}, 11,4^{30'} — zastrzykn.
11,4^{30'} — zmniejszenie bólu.
11,5^{30'} — powrót do normy.
0,001^{0/0}, 12,1^{30'} — zastrzykn.
12,1^{30'} — zmniejszenie bólu.
12,1^{30'} — powrót do normy.

T. M.

0,1^{0/0}, 10,5^{30'} — zastrzykn.
1,5^{30'} — znieczulenie.
11,0^{30'} — powrót do normy.
0,05^{0/0}, 11,1^{30'} — zastrzykn.
11,1^{30'} — znieczulenie.
11,1^{30'} — powrót do normy.
0,01^{0/0}, 11,3^{30'} — zastrzykn.
11,3^{30'} — znieczulenie.
11,3^{30'} — powrót do normy.
0,005^{0/0}, 11,4^{30'} — zastrzykn.
11,4^{30'} — zmniejszenie bólu.
11,4^{30'} — powrót do normy.
0,001^{0/0}, 12,1^{30'} — zastrzykn.
12,1^{30'} — zmniejszenie bólu.
12,1^{30'} — powrót do normy.

Kokaina.

0,005^{0/0}, 11,4^{30'} — zastrzykn.
11,4^{30'} — znieczulenie.
11,5^{30'} — powrót do normy.
0,001^{0/0}, 12,1^{30'} — zastrzykn.
12,1^{30'} — zmniejszenie bólu.
12,1^{30'} — powrót do normy.

0,1^{0/0}, 10,5^{30'} — zastrzykn.
11,0^{30'} — znieczulenie.
11,1^{30'} — powrót do normy.
0,05^{0/0}, 11,1^{30'} — zastrzykn.
11,1^{30'} — znieczulenie.
11,1^{30'} — powrót do normy.
0,01^{0/0}, 11,3^{30'} — zastrzykn.
11,3^{30'} — znieczulenie.
11,3^{30'} — powrót do normy.
0,005^{0/0}, 11,4^{30'} — zastrzykn.
11,4^{30'} — zmniejszenie bólu.
11,4^{30'} — powrót do normy.
0,001^{0/0}, 12,1^{30'} — zastrzykn.
12,1^{30'} — zmniejszenie bólu.
12,1^{30'} — powrót do normy.

Protokoły badań porównawczych nad siłą znieczulającą psikainy i kokainy (na rogówce królików met. Fühner'a) bez dodania adrenaliny.

21. VII. 26.

Psikaina.

Nr. 1. Królik szary.

a) wpuszczono do praw. oka 0,1^{0/0} — h. 12^{30'}.
12^{30'} reag. słabo
12^{45'} jeszcze osłab.
12^{55'} reag. normal.
b) do lew. oka 0,001^{0/0} — h. 12^{34'}.
12^{34'} reag. słabiej
12^{45'} jeszcze osłab.
12^{48'} reag. norm.

Nr. 2. Królik szary.

a) do praw. oka 0,1^{0/0} — h. 12^{50'}.
13^{01'} reag. słabiej
13^{02'} znieczulenie
13^{03'} reag. słabo
13^{12'} reag. norm.
b) do lew. oka 0,001^{0/0} — h. 12^{56'}.
13^{02'} reaguje słabiej
13^{10'} reaguje norm.

Nr. 3. Królik szary.

a) do praw. oka 0,06^{0/0} — h. 10^{10'}.
reaguje normalnie cały czas.

21. VII. 26.

Kokaina.

b) do lew. oka 0,01^{0/0} — h. 10^{10'}.
10^{20'} nieco osłabiony
10^{31'} reag. normalnie.

Nr. 4. Królik biały.

a) do praw. oka 0,05^{0/0} — h. 10^{20'}.
10^{45'} więcej osłabiony
10^{48'} osłabiony
10^{51'} normalny.
b) do lew. oka 0,01^{0/0} — h. 10^{30'}.
10^{45'} osłabiony
10^{48'} jeszcze osłab.
10^{51'} normalnie.

Nr. 5. Królik szary.

a) do praw. oka 0,005^{0/0} — h. 10^{55'}.
10^{58'} osłabiony
11^{05'} reaguje normalnie.
b) do lew. oka 0,005^{0/0} — h. 10^{50'}.
10^{58'} osłabiony
11^{05'} reaguje normalnie.

Nr. 6. Królik szary.

a) do praw. oka 0,1^{0/0} — h. 12^{37'}.

12^{00'} reag. słabiej
12^{45'} jeszcze osłab.
12^{57'} reag. norm.

b) do lew. oka 0,001^{0/0} — h. 12^{30'}.
12^{40'} reag. słabiej —
12^{45'} jeszcze osłab.
12^{48'} reag. norm.

Nr. 7. Królik szary.

a) do praw. oka 0,1^{0/0} — h. 13^{00'}.
13^{01'} reag. słabiej
13^{02'} znieczulenie
13^{03'} reag. słabo
13^{14'} reag. norm.

b) do lew. oka 0,001^{0/0} — h. 13^{00'}.
13^{02'} reaguje słabiej
13^{10'} reag. normalnie.

Nr. 8. Królik szary.

a) do praw. oka 0,05^{0/0} — h. 11^{15'}.
11^{10'} osłabienie
11^{17'} znacz. osłab.
11^{18'} znieczulenie
11^{21'} osłabienie
11^{30'} normalnie.

b) do lew. oka 0,01^{0/0} — h. 11^{15'}.
11^{17'} osłabienie
11^{21'} reag. normalnie.

Nr. 9. Królik szary.

a) do praw. oka 0,05^{0/0} — h. 11^{01'}.
11^{34'} osłabiony
11^{35'} znieczulenie
11^{40'} osłabiony
11^{50'} normalny.

b) do lew. oka 0,01^{0/0} — h. 11^{00'}.
11^{35'} osłabiony
11^{40'} normalny.

Nr. 10. Królik rudy.

a) do praw. oka 0,005^{0/0} — h. 11^{50'}.
12^{02'} osłabiony
12^{07'} reag. normalnie.
b) do lew. oka 0,005^{0/0} — h. 11^{50'}.
12^{02'} osłabiony jedn.
12^{07'} reaguje normalnie.

Dr. A. WIRSZUBSKI.

Historja Szpitala Żydowskiego w Wilnie.

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Koła miłośników Historji i Filozofji medycyny w Wilnie, dnia 27/X. 1926 roku.

Szpital Żydowski w Wilnie egzystuje od lat niepamiętnych i na początku mieścił się przy ul. Jatkowej przy t. zw. „bramie żydowskiej”. Później w końcu 18 stulecia, stosownie do rozporządzenia generała Knorringa, ówczesnego Szefa Garnizonu Wileńskiego, Szpital został przeniesiony ze względów sanitarnych dalej od środka miasta na ul. Pozawalną, obecnie Zawalną, na to samo miejsce, gdzie znajduje się po dziś-dzień. Tam właśnie Żydowskie Bractwo Szpitalne nabyło 2 domki pod Nr.Nr. 346 i 348, które w roku 1805 gruntownie przerebuiło, przeznaczając je na Szpital. Z dokumentów, przechowywujących się w Archiwum miejskiem widać, że wymienione posiadłości za Nr. Nr. 346 i 348 są nabyte od pp. Okuszki i Kohana według kupna, zatwierdzonego 1.IX. 1798 roku. W Archiwum miejskiem również znalazłem ciekawy dokument, odnoszący się do początków szóstego dziesięciolecia ubiegłego stulecia, gdy w Wilnie powstała Komisja, mająca sprawdzić, jakie ziemie należą do Magistratu. Otóż z zaświadczenia tej komisji widać, że budynek szpitalny stanowił własność Gminy Żydowskiej, ziemia zaś należała do Magistratu, który miał pobierać rocznie 1 rub. 50 kop. W roku 1842 Szpital Żydowski dostał się pod władzę rządową, mającą nadzór nad instytucjami dobroczynnymi. Poza tem po zlikwidowaniu wyżej wymienionej opieki, nadzór nad szpitalem objął w r. 1858 Urząd Opieki

Spółecznej o ustroju „czynowniczym” t. zw. „prikaz obszczestwiennawo prizrenia”.

W roku 1865 szpital poniósł straty z powodu dużego pożaru, poczem odrestaurowano go w większym rozmiarze. Nareszcie w r. 1876 nabyto przyległy domek celem powiększenia gmachu szpitalnego.

Wobec tego, że miasto Wilno stopniowo wzrastało i ul. Zawalna, gdzie mieścił się szpital, była w samym środku miasta, odczuwano potrzebę przeniesienia szpitala Żydowskiego do innej dzielnicy, oddalonej od centrum miasta, toteż zarówno władza gubernjalna, jak Magistrat i społeczeństwo żydowskie niejednokrotnie poruszały kwestję przeniesienia szpitala, wskazując różne dzielnice. Tak np., na zebraniach Rady Miejskiej w dniu 9.XII. 1897 r. i 28.XII. 1898 r., uchwalono przeznaczyć do tego celu plac przy ul. Połockiej o przestrzeni 6600 sążni kw. Równolegle z tem społeczeństwo Żydowskie na zgromadzeniu publicznem w dniu 22 lutego 1899 powzięło postanowienie: wybudować na placu, przez miasto przeznaczonym, nowy Szpital Żydowski na 250 łóżek według współczesnych zasad higieny i szpitalnictwa, na usługi nie tylko miasta Wilna, lecz i jego okolic; fundusze zaś potrzebne na roboty inwestycyjne w wysokości 250.000 r. (kalkulując po 1.000 r. na łóżko) czerpać z dochodu puszkowego (karobocznyj sbor) jak również z dobrowolnych ofiar; zarazem postanowiono wyjechać wycofanie Szpitala Żydowskiego z Urzędu Opieki Społecznej. Wobec powyższej uchwały, w latach 1903 — 1907, asygnowano corocznie 20.000 rubli z preleminarzu podadku krobkowego, z czego w końcu 1907 r. miała powstać suma 80.000 rub. w gotowiznie, a to razem z pozostałością do roku 1903 sumy w wysokości 40.000 rub. i ewentualnie 70.000 rub. uzyskanych w razie spieniężenia starego budynku; wyniosłoby te właśnie 250.000 rub., przewidziane w budżecie na budowę Szpitala.

Niestety, ministerstwo spraw wewnętrznych, mimo poparcia generał-gubernatora wileńskiego, prośbie społeczeństwa żydowskiego nie uczyniło zadość, motywując swój stosunek odmowny tem, że w kraju mają wkrótce wprowadzić w życie Urząd Ziemski, który weźmie Szpital pod swoją opiekę; a więc do czasu zrealizowania tej reformy wszystko powinno pozostać podawnemu.

W roku 1908 społeczeństwo żydowskie znów ubiegało się przed Rządem o Szpital w myśl powyższej uchwały, ale i tym razem starania speliły na niczem. Taki stan rzeczy trwał do sierpnia 1915 roku, mianowicie do chwili ewakuacji rosyjskiej, wówczas jednocześnie z przekazaniem Magistratowi Wileńskiemu pozostałych szpitali i szpital żydowski również został przekazany aktem, złożonym w dniu 10.VIII. 1915 r. za Nr. 1369 przyczem o zaakceptowaniu tego aktu Magistrat powiadomił Naczelnego Lekarza Szpitala Żydowskiego w dniu 19.IX. 1915 r. (star. st.) za Nr. 29699. (Odpowiednie autentyczne dokumenty przechowują się w Archiwum Szpitala, odpisy znajdują się w Sekcji Zdrowia przy Magistracie). Podczas okupacji niemieckiej Szpital czerpał dochody z rozmaitych źródeł: primo, z kasy miejskiej, secundo z podatku puszkowego, który zresztą był bardzo nikły z uwagi na zubożenie ludności, pozatem pewien czas

był subwencionowany przez Żydów niemieckich, narówni z innemi żydowskimi instytucjami dobroczynnemi.

Poczynając zaś od roku 1919, mianowicie z chwilą objęcia rządów przez władze polskie, Szpital Żydowski ostatecznie jest utrzymywany przez Magistrat, wogóle w niczem nie różniąc się pod względem uposażenia od pozostałych szpitali miejskich.

Przed wojną światową Szpital Żydowski czerpał środki na swe utrzymanie przeważnie z podatku puszkowego na mięso koszerne, który to dochód stopniowo wzrastał. Tak np., w roku 1817 dochód ten wynosił 11.974 r. i 52 kop. w roku zaś 1908 osiągnął 25.100 r. i nareszcie w roku 1915 sumę 37.600 rubli.

Poza podatkiem puszkowym na rzecz szpitala wpływała opłata od chorych, która np. w roku 1914 stanowiła sumę w 5.210 r.; Magistrat subwencjonował szpital na leczenie chorych ocznych w ramach 300—500 r. rocznie.

Mimoходом nadmieniam, że rząd rosyjski na mocy rozkazu cesarza Aleksandra I od r. 1806 miał wydawać rocznie szpitalowi zapomogę w sumie 2.000 r., co zresztą skuteczniano niedługo. Ciekawe jest zestawienie liczb za rok 1915, ostatni rok rządów rosyjskich, i ubiegły rok 1925, a mianowicie: preleminarz na rok 1915 stanowił 43.467 r. i był obliczony wszystkiego na 125 łóżek, wówczas gdy w roku 1925 liczba łóżek etatowych równa się 175, na utrzymanie szpitala wyasygnowano 252.000 złotych, a wpływy opłat od chorych 79.992 złotych.

Co do zarządzania Szpitalem przed ewakuacją rosyjską, na czele jego stała organizacja rady opiekunczej, t. zw. „popieczytelnyj sowiet”, w której skład wchodziły następujące osoby: marszałek szlachty, kierownik „prikaza obszczestwiennawo przyzrenia”, kurator szpitalny, lekarz naczelny. Ale w rzeczywistości organizacja powyższa istniała tylko na papierze i czynność jej redukowałą się do podpisów sprawozdań; władza zaś realna spoczywała w ręku Naczelnego Lekarza szpitala Żydowskiego.

Co do zmian radykalnych w ustroju szpitala, w porównaniu z czasem przedwojennym, na uwagę zasługują: 1) zamknięcie oddziału chorób zakaźnych, która to kategoria chorych obecnie skierowuje się do baraku na Zwierzyńcu, 2) zwinienie oddziału chorób wenerycznych i 3) zawieszenie przyjęcia na choroby oczne: ostatnie 2 kategorie, t. j. choroby oczne i weneryczne, zostały przekazane szpitalowi „Sawicz”, nareszcie notuję redukcję oddziału psychiatrycznego, który ogranicza się narazie do przyjęcia wyłącznie kobiet.

Należy pozatem zaznaczyć, że przed wojną światową przy szpitalu istniało kuratorium dla spraw gospodarczych.

Atrakcją do podjęcia się obowiązków kuratora szpitalnego były widoki na uzyskanie medalu lub orderu i rangi, odpowiadającej etatowi VI klasy, a dawniej jeszcze splendor noszenia uniformu w dni uroczyste na cześć cara. Tak np., starsze społeczeństwo żydowskie m. Wilna przypomina sobie chyba dziwnego kuratora, kulawego, zezowatego i szepleniącego Herca Czarnego (Szwarc), właściciela domu przy ul. Jatkowej, który w dni uroczyste zgłaszał się do Szpitala w mundurze przy szpadze w trójkątnym kapeluszu, przyczem przed

zdumionym personelem wykonywał gesty, oznaczające, że wobec niego, jako urzędnika carskiego, wszyscy winni z szacunkiem obnażyć głowy. Ponieważ mieszkał on w dzielnicy żydowskiej (przy ul. Jatkowej), okrywał się płaszczem, wychodząc z domu, z obawy przed pośmiewiskiem, a trójkątny kapelusz kazał sobie dostarczać u bramy szpitalnej, gdzie należycie się przyodziewał. Przypatrzam jeszcze fakt następujący, charakteryzujący nietaktowność powyższego kuratora. Pewnego dnia wszedł on do gabinetu lekarskiego, przyczem obecny w gabinecie tym ordynator etatowy nie wstał na jego powitanie. Wtedy kurator p. Herc Szwarc doniosłym głosem zauważył: „a czy Pan wie, jaka jest pomiędzy nami różnica w rangach, przyczem dodał: jestem urzędnikiem VI rangi, wówczas gdy Pan jest urzędnikiem VIII rangi, a więc Pan powinien wstać przedemną”. Na to ordynator mu odparł: między nami rzeczywiście jest różnica i otóż jaka: ja pobieram ze skarbu pensję, Pan zaś musi ofiarować z własnej kieszeni pieniądze na szpital, aby pozostać na stanowisku urzędnika. Wskutek nietaktownego obchodzenia się z lekarzami i personelem szpitalnym zmuszony on był w r. 1895 zrezygnować ze swego stanowiska. Po nim stanowisko kuratora szpitalnego objął słynny w mieście działacz społeczny bankier J. Buni-mowicz, który z godnością i pożytkiem dla szpitala w ciągu około 20 lat piastował to stanowisko. Zarazem zaznaczamy, że w dniu 29. X. 1899 r. Minister Spraw Wewnętrznych uchwalił nowy statut w sprawie kuratorjum nad szpitalami. Stosownie do tego statutu liczba kuratorów zwiększyła się do 5 osób. W skład kuratorów wchodziły wpływowe jednostki z warstw posiadających, które to osoby mianował gubernator zwykle z polecenia Naczelnego lekarza. Od r. zaś 1915 kuratorjum samo przez się zniknęło. Na tem miejscu wypada wogóle zaznaczyć, że kuratorjum widocznej korzyści nie przynosiło szpitalowi i że przeto nie ma powodów do wskrzeszenia tej instytucji.

Zmiany konstelacji wewnętrznej szpitala żydowskiego w przebiegu dziejów dotyczyły również i personelu lekarskiego.

Do roku 1886 etat lekarski stanowili poza Naczelnym Lekarzem wszystkich trzech ordynatorzy — etatowi, którzy przecież nie mogli podołać wszystkim specjalnościom i wogóle nie byli na wysokości zadania. Zaprzatnięci prywatną praktyką, zaglądali do Szpitala w późne godziny, na krótko, i do tego nie codziennie. Niedość na tem, odrywali oni od pełnienia obowiązków szpitalnych podwładnych sobie felczerów, którzy zniewoleni byli w mieszkaniach lekarzy, notować pacjentów, zapisywać adresy osób, które zapraszały do siebie lekarzy, nareszcie wypełniali prywatne polecenia lekarzy lub ich rodzin. Dyżurny zaś felczer zrana i wieczorem obowiązany był zgłaszać się do mieszkania przełożonego ze sprawozdaniem o stanie szpitala. Wobec powyższego brak dozoru felcherskiego dobitnie dawał się we znaki.

Pozatem owi lekarze przyjmowali w przychodni szpitala nie według specjalności, jak obecnie, lecz ze wszystkich specjalności i kolejno przez cały tydzień, który to tryb zastałem jeszcze ja, będąc zaliczony w poczet lekarzy szpitalnych w r. 1901. Podówczas od ordynatora etatowego, prowadzącego kolejno przez cały tydzień przyjęcie ambulansowe, zależało również ulokowanie pacjentów

w szpitalu. Otóż zakorzenił się zwyczaj, że w przededniu umieszczenia w szpitalu, pacjenci wzywali do siebie lekarza szpitalnego, kolejno prowadzącego ambulans, płacąc mu oczywiście za to okazałe honorarium.

Zwyczaj ten był na tyle znany wśród ludności, że ten kolejny tydzień lekarza etatowego złośliwi nazywali tygodniem benefisowym. Owe niezbyt pochlebne dla godności ordynatorów-etatowych wspomnienia znikły z pamięci wraz z wiekiem ubiegłym, gdyż począwszy pracować w Szpitalu na zaraniu bieżącego stulecia, to jest w marcu 1901 r., zastałem trzech ordynatorów etatowych, którzy zarówno pod względem kwalifikacji fachowej, jak i moralnej byli na wysokim poziomie: byli to — położnik Zalkind, chirurg A. Kogan i internista Szabad. Nic dziwnego, że tylko trzech lekarzy etatowi nie mogli podołać zadaniom Szpitala ze względu na brak specjalistów. Jak ten brak był dotkliwy, dowodzi choćby ta okoliczność, że dawniej wobec braku ordynatora-chirurga pacjenci zapraszały za każdym razem z poza szpitala chirurga, który po uprzednim z nim potargowaniu się o wysokość honorarium, zwykle zgłaszał się do szpitala w późnych godzinach popołudniowych li tylko po załatwieniu dopiero prywatnego przyjęcia.

Otóż stan szpitalny pod względem pomocy lekarskiej znacznie się poprawił przez wprowadzenie w życie, począwszy od r. 1886 instytucji ordynatorów nadetatowych. Ci ostatni różnili się od ordynatorów etatowych tylko tem, że nie pobierali pensji, ale narówni z ordynatorami etatowymi pozostawali na służbie państwowej w charakterze urzędników VIII klasy, otrzymując rangi do radcy kolejalnego włącznie, również uprawnieni byli do samodzielnego zarządzania oddziałem szpitalnym.

Wpierw rząd rosyjski nie zdobył się na to, ażeby w tutejszym kraju lekarzy — żydów obdarzyć prawami służby państwowej. Dopiero w r. 1886 po raz pierwszy mianowano przy szpitalu Żydowskim 2 ordynatorów nadetatowych, mianowicie położnika D-ra Zalkinda i okulistę d-ra Gordona, oraz w krótkce w r. 1891 mianowano na stanowisko ordynatora nadetatowego najpopularniejszego podówczas w Wilnie lekarza-neurologa D-ra Stembo. A więc od r. 1886 w skład lekarzy szpitalnych wchodził poza trzema ordynatorami etatowymi również dwaj ordynatorzy nadetatowi. Potem zaś liczba ordynatorów nadetatowych niewspółmiernie wzrastała, to też pamiętam czas, gdy liczba ta wzrosła do 12. Złośliwi twierdzili, że wileński inspektor lekarski mnożył tę liczbę, zyskując po 300 r. od osób zainteresowanych. Jakkolwiek bądź ministerstwo spraw wewnętrznych przychylnie zachowywało się wobec takich nominacji, nie z pobudek tolerancji wyznaniowej, — broń Boże, — lecz podobno ze względów rusyfikatorskich. I oto przyczyna. Nie było prawie zupełnie lekarzy Rosjan, lekarze zaś Polacy w charakterze ordynatorów nie byli mile widziani, co dowodzi pom. im. fakt, dotyczący ordynatora szpitala „Sawicz” Jana Wyzgi, na którym przy nominacji gubernator wymógł słowo, że do chorych szpitalnych będzie się zwracał wyłącznie w języku rosyjskim. Otóż rząd wolał posługiwać się lekarzami — Żydami, których mianował ordynatorami szpitala Żydowskiego, obsadzając nimi stanowiska pozatem i w innych szpitalach.

Poruszając zmianę konstelacji wewnętrznej szpitala w przebiegu dziejów, zwracam szczególną uwagę na fakt zmiany warstw ludności, z których rekrutuje się skład chorych. Otóż dawniej do szpitala trafiali wyłącznie notoryczni nędzarze, obecnie zaś dość często wśród pacjentów szpitala spotykamy się z rzemieślnikami, drobnymi handlowcami i niezamożnymi umysłowo-pracującymi. Fakt braku dawniej tych żywiołów polegał na zakorzenionych tradycjach Szpitala Żydowskiego, który w masach ludowych słynął pod nazwą „Hekdesz”, co po hebrajsku oznacza przedmiot, do korzystania z którego uprawnieni są tylko najbiedniejsi. To też nazwa powyższa w umysłach mas ludowych żydowskich łączyła się z koncepcją instytucji, z której korzystanie ubliżało godności warstw uprzywilejowanych. Po dziś dzień jeszcze niektórzy nie pozbyli się dawnego uprzedzenia, używając względem szpitala wyrazu „Hekdesz” w sensie pogardy.

Drugą poważną zmianę składu chorych szpitala żydowskiego stanowi znaczne powiększenie liczby pacjentów chrześcijan. Pracując w szpitalu od początku roku 1901 mogę stwierdzić, że z początku pacjent nie — Żyd stanowił nadzwyczajny wyjątek, a do oddziału psychiatrycznego, którym przez cały czas kierowałem, ani jeden chrześcijanin nie trafił do czasów okupacji niemieckiej. Natomiast w ostatnich latach przyjmowanie pacjentów chrześcijan do szpitala żydowskiego we wszystkich oddziałach stało się zjawiskiem powszednim, to też liczba pacjentów chrześcijan w dniu dzisiejszym (27. X - 1926 r.) sięga 35% ogólnej liczby chorych. W związku z tem jeden pokój szpitalny został przeznaczony na kaplicę i do liczby pracowników kontraktowych zaliczony jest ksiądz, pełniący obowiązki religijne w stosunku do pacjentów — katolików.

Zarazem zaznaczam, że od roku 1925 urządzono przy szp. kostnicę osobno dla chrześcijan, i osobno dla Żydów.

Na zakończenie słów kilka co do stanowiska Naczelnego Lekarza. Najdawniejszym lekarzem naczelnym, którego starsi wilnianie mogą sobie przypomnieć, był D-r. M. Trachtenberg, wychowanek Uniwersytetu Wileńskiego. Wysokiego wzrostu, mocnej budowy, krzepki mimo podeszłego wieku, przedstawiał imponujący typ patryarchy. Był on bardzo wziętym w Wilnie lekarzem i słynął z głębokiego umysłu. W mieście krążyły jego dowcipne uwagi. Tak np., chcąc imponować ludności swem ogromnem doświadczeniem lekarskiem żartobliwie mawiał: „przecież cały cmentarz żydowski zasiany jest zwłokami moich byłych pacjentów”. Podają jeszcze inną wersję tego dowcipu. Gdy się już bardzo zestarzał, pacjenci zaczęli go zdradzać, uciekając do młodszych od niego lekarzy. Stary Trachtenberg, przejęty tem, tak się wyraził: „Wiedźcie, że w niebie wyznaczono, ilu pacjentów ma każdy lekarz transportować na tamten świat. Otóż w ciągu długoletniej mej praktyki już zadanie swe spełniłem, a więc panowie, leczący się u mnie, nie narażają się na los śmierci”.

W r. 1888 został wybrany na honorowego członka Wil. Tow. Lek. w celu uczczenia 50-lecia jego działalności lekarskiej. Przed rokiem udało mi się wydobyć z muzeum żydowskiego Tow. historyczno-etnograficznego jego podobiznę, która wisi nad stołem Naczelnego lekarza szpitala naszego na miejscu honorowem.

(Nawiasem zaznaczam, że od roku urządziłem przy szpitalu muzeum, gdzie są umieszczone podobizny osób, które niegdyś w szpitalu pracowały).

Po b. p. Trachtenbergu stanowisko naczelnego lekarza kolejno zajmowali: Samelson, Pfajfer, L. Gierszun, Turczaninow, Zalkind, Wirszubski. Z tego wykazu widać, że na stanowisko naczelnego lekarza Szpitala żydowskiego mianowano za rządów rosyjskich i nie — żydów, wśród których wymieniam Niemca Pfajfera, wychowanka Uniwersytetu moskiewskiego, i Rosjanina Turczaninowa.

Na początku wieku bieżącego, gdy w Rosji powiał świeży powiew politycznej wiosny, kwestja narodowości naczelnego lekarza nie budziła wątpliwości, to też gdy w r. 1905 zwolniło się miejsce naczelnego lekarza szpitala żydowskiego, które zajmował Rosjanin Turczaninow, gubernator bez żadnego wahania mianował Zalkinda, dawniejszego ordynatora tegoż szpitala. Ten ostatni przez 40 lat owocnej pracy wybitnie przyczynił się do rozwoju szpitala, gdzie kolejno pełnił obowiązki lekarza-wolontariusza, ordynatora nadetatowego, etatowego i w końcu lekarza naczelnego.

W lutym 1924 r. zapadł on na poważną chorobę, z której się nie podniósł, i od tego czasu kierownictwo szpitala objął autor obecnej pracy.

DR. K. KOSIŃSKI.

„O nauczaniu anatomji we Francji i Anglii”.

Nauczanie anatomji należy łączyć z największą możliwą korzyścią dla nauki.

Nauczanie anatomji w krajach wymienionych różni się w szczegółach i zasadach od takiegoż w Polsce.

A. W zakresie *nauczania teoretycznego* należy podnieść większą ilość praktycznych demonstracji, prowadzonych przez wykwalifikowanych asystentów, oraz posługiwanie się pomocnicze promieniami X, przedewszystkiem w nauce o kościach i stawach, a do pewnego stopnia też w nauce o trzewiach. Po krótkiej wstępnej demonstracji kośćca omawianej części ciała, następuje pokaz i tłumaczenie odpowiednich radjogramów, zakończone demonstracją na żywym zwykle na jednym ze studentów; uczniowie się uczą rozpoznawać pod promieniami X, te same występy i części kostne, które zostały już przedtem pokazane na kośćcu i radjogramach. Demonstracja ruchów w poszczególnych stawach na żywym, co zwykle towarzyszy podobnym ćwiczeniom, jest szczególnie pouczająca.

B. W zakresie *nauczania praktycznego*, należy podnieść dwie okoliczności:

1. Większe *udostępnienie muzeów anatomicznych* dla uczniów; każdy może brać do rąk żądany preparat, obracać go dowolnie i posługując się podręcznikiem studjować ze wszystkich stron. Na preparaty muzealne są wybierane przede wszystkim trudniejsze do zrozumienia stosunków wzajemnych ustępy z anatomji.
2. Przeniesienie całkowite punktu ciężkości nauczania anatomicznego na ćwiczenia sekcyjne w Prosektorjum.

Wyrazem tego jest wprowadzenie tej zasady, że poszczególne *preparaty* do odrobienia *otrzymuje każdy ze studentów sam jeden*, a nie parami, jak w Polsce. W ten sposób zapobiegamy zastępowaniu jednych uczniów przez drugich przy pracy sekcyjnej i mniej pilny uczeń nie może się posługiwać

bardziej pilnym. Tem samym każdy przyszły lekarz jest zmuszony do anatomicznego odrobienia, przynajmniej raz w życiu — całego człowieka bez żadnych wątpliwości. Sposób ten prowadzi do dłuższego i sumiennego odrabiania każdego preparatu przez ucznia i daje mu możliwość i warunki do dokładnego i wszechstronnego opracowania i spamiętania odnośnych stosunków anatomicznych.

W ścisłym związku z powyższą zasadą, jak pewna jej konieczność stoi druga ważna zasada, mianowicie: *bezpośrednie preparowanie mięśni, naczyń i nerwów*, czyli całości danego preparatu, *już od pierwszego roku studiów prosektoryjnych*. W ten sposób unikamy pośpiechu w preparowaniu, lepiej i bardziej całkowicie wyzyskujemy zwłoki, zarówno dla celów nauczania, jak też samej nauki i co nie mniej ważne, znacznie oszczędzamy materiał sekcyjny dla uczniów medycyny. Uczniowie pierwszego roku studiów anatomicznych odrabiają w ciągu całego roku li tylko kończyny ciała górną i dolną. Mając za zadanie odrobienie tylko dwu kończyn w ciągu całego roku, uczeń nie potrzebuje się śpieszyć, odrabia je dokładnie, jednocześnie ucząc się preparować. Sposób ten prowadzi nieodwrotnie nie tylko do zaoszczędzenia zwłok i materiału naukowego, ale przede wszystkim do zaoszczędzenia czasu ucznia przy studiach prosektoryjnych; aby wykończyć pracę dokładnie, student nie potrzebuje przebywać w sali sekcyjnej więcej nad dwie godziny dziennie. Dwie godziny pracy dziennie wystarczają w zupełności do dokładnego odrobienia preparatów. Na drugim roku uczeń mając za zadanie wypreparowanie reszty ciała, a więc całego tułowia wraz z głową i szyją, po nabytem doświadczeniu w preparowaniu kończyn, nie napotyka żadnych trudności w wykończeniu zadania, pracując również nie więcej nad dwie godziny dziennie.

Za czas najlepszy dla studiów sekcyjnych uznano powszechnie *godziny południowe*, lub *wczesne popołudniowe*. Godziny te najbardziej wyzyskują pełne światło dzienne, trudne do zastąpienia; są one ze wszech miar wskazane tak samo dla względów oszczędzania wzroku ucznia i nauczyciela oraz łatwiejszego preparowania, gdyż barwa i wygląd poszczególnych tworów anatomicznych zastają nieco zmienione przy sztucznym świetle, jak też dla względów czysto ekonomicznych, gdyż prowadzenie ćwiczeń w godzinach wieczorowych wymaga silnego, przeto bardziej kosztownego światła sztucznego.

Godne naśladowania jest zastosowanie przy pracach uczniów w Sali sekcyjnej Zakładu Anatomji w Nancy we Francji (Prof. M. Lucien) osobnych *zeszytów* — wzorów tła kostnego lub mięśniowego dla oznaczania na tem tle istotnie napotykanego w danym preparacie przebiegu mięśni, naczyń i nerwów. *Rysunek* zostaje sprawdzony następnie przez asystentów lub profesora, czy jest zgodny z danym obiektem anatomicznym i po takim sprawdzeniu może być użyty do celów naukowych, np. zestawień i częstości występowania poszczególnych odmian anatomicznych. Prócz tego uczeń, rysując, lepiej i namacalniej utrwała w pamięci położenie wypreparowanych przez siebie tworów i uczy się spostrzegawczości.

C. W zakresie sprawdzania wiadomości uczniów, godnem uwagi jest przeniesienie całego ciężaru nauczania anatomicznego na zdawanie preparatów w sali

sekcyjnej po ich odrobieniu, tak iż w niektórych uniwersytetach Francji odbierają preparaty tylko sami kierownicy zakładów albo prosektorowie. Dalszą okolicznością, zasługującą na uwagę jest wprowadzenie w Anglii (Londynie) *pisemnej formy odpowiadania na pytania*, zadane na egzaminie ostatecznym. W ten sposób umożliwiamy uczniowi większe skupienie uwagi i myśli, danie dokładniejszej i zupełniejszej odpowiedzi, oraz, co ważniejsze, wykazanie istotnej swej umiejętności. Ocena takich odpowiedzi może być bardziej sprawiedliwa, gdyż przegląda i sprawdza wypracowania, otrzymywane w kopertach ponumerowanych, osoba, która nie zna nazwisk uczniów, których pracę ocenia. Zwykle dawano sześć takich pytań egzaminacyjnych z różnych działów anatomji.

D. W zakresie *techniki przechowywania zwłok*, godnem uwagi i naśladowania jest niemal całkowite *zaniechanie* posługiwania się dla tych celów lotną i *szkodliwą dla zdrowia formaliną*. Formalina jest najbardziej lotna ze wszystkich środków konserwujących zwłoki i jako taka bardziej niż inny środek może uszkadzać nasze błony śluzowe, delikatny nabłonek oddechowy, spojówkę i inne narządy, do których dochodzi drogą naczyń krwionośnych. Ten lotny jad nie może być obojętnym dla zdrowia uczniów i nauczających, zmuszonych do przebywania dłuższego w jego oparach. Najczęściej stosowanym środkiem zastępczym jest słaby roztwór (5 — 10%) karbolu w glicerynie, albo jak w Paryżu — prócz tego roztwór chlorku cynku (40%). Zwłoki tak nastrzykane nie wydają niemal żadnego zapachu. Po nastrzyknięciu jednym z powyższych środków, do których w Anglii dodają jeszcze nieco alkoholu i formaliny, zwłoki mogą być przechowywane czas dłuższy w słabym roztworze wodnym karbolu (5%) z nieznacznym dodatkiem gliceryny dla zachowania podatności tkanek.

Autoreferat.

D-r ZARCYN (Wilno).

W sprawie przelewania krwi.

Zdawało by się, że sprawa przelewania krwi choremu bezpośrednio od zdrowego obecnie już nie potrzebuje szczególnego reklamowania, gdyż zabieg ten na zachodzie zajął pewną pozycję pośród innych niezbędnych zabiegów leczniczych.

Emile Weil pisze: „Dans les grandes cliniques américaines, où la transfusion est devenue de pratique presque systématique, la mortalité opératoire est devenue, depuis son emploi, extrêmement réduite. Chez Crile, entre 1919 e 1923, cette mortalité générale est tombée de 12,4 à 1,2%”.¹⁾ Ma się rozumieć, że tylko wówczas każda nowa metoda może stać się wartościową, kiedy jest stosowaną przez ogół lekarzy; oprócz tego są zabiegi, dla szerszego stosowania których niezbędnem jest i pewne przyzwyczajenie i wychowanie publiczności, to ostatnie zaś można nabyć tylko drogą większej kazuistyki w instytucjach leczniczych.

Jeszcze do niedawnych czasów brakło nam ściśle opracowanych wskazań do tego zabiegu, odpowiedniej techniki, przyrządów i metod uniknięcia nieodpowiedności krwi dawcy i odbiorcy.

¹⁾ P. Emile Weil et Paul Isch-Wall. La transfusion du sang., 1925 str. 184.

Dla celów dobrej techniki należy posiadać takie przyrządy, które umożliwiają: 1) obliczenie ilości krwi podczas przelewania i 2) uniknięcie jej skrzepnięcia.

Podczas pobytu w Paryżu w końcu r. ubiegł. nabyłem dwa przyrządy najnowszej konstrukcji, których obecnie używam w Szpitalu Żydowskim. Przyrządy te mam zaszczyt demonstrować w celu udowodnienia, że za pomocą dobrych instrumentów zabieg ten bynajmniej nie powinien wymagać jakiegokolwiek wiedzy specjalnej. Przyrząd *Jubé* (fabr. Duffaud, 11 rue Dupuytren), przedstawia strzykawkę (pojemności 5 i 12 ctm.⁵) z tłoczkiem metalowym, na którego bocznej powierzchni po środku, znajduje się dość głęboki żłobek (fig. 5); na końcu strzykawki niema środkowego otworka wyjściowego, zamiast tego dwa otworki znajdują się na dwóch przeciwległych bocznych stronach w jednakowej odległości od obu końców strzykawki; otworki te są połączone z przymocowanymi do strzykawki cewkami, na które nakłada się rurki gumowe z igłami. Jeśli wprowadzony do końca strzykawki tłok ustawić tak, żeby jego żłobek znajdował się naprzeciw otworka, połączonego (za pomocą cewki, rurki igły) z żyłą nadawcy, przy pociąganiu tłoka ku górze, krew napęlnia strzykawkę; następnie dokonywa się obrotu tłoka na 180 stopni, żłobek jego staje naprzeciw otworku przeciwległego i podczas przesuwania tłoka ku dołowi strzykawka opróżnia się (również przez otworek, cewkę, rurkę i igłę) do żyły odbiorcy.

Skrzepnieniu krwi zapobiegamy za pomocą szybkiego tempa pracy (t. i. jak najkrótszego pozostawiania krwi w strzykawce) i uprzedniego przepłókiwania strzykawki, rurek i igieł parafiną płynną, wyjałowioną.

Drugi przyrząd, sporządzony przez d-ra *Arnault Tzanka*, nosi nazwę: „distributeur à trois voies” (fabr. Collina, rue de l'école de médecine, 6).

W wierzchniej ścianie skrzynki metalowej znajduje się słupek A (fig. 1), na którego górnym końcu przymocowano komorę z takim tłoczkiem, który się obraca dookoła własnej osi prostopadłej (t. j. wlewo — wprawo); ściana komory posiada otwór do wstawienia strzykawki, a na stronie przeciwległej 3 cewki, z których 2 łączą się z rurkami i igłami, trzecia zaś za pomocą rurki gum. jest połączona z naczyniem (B. fig. 1), zawierającym roztwór soli kuchennej.

Po przepłókanu całego przyrządu parafiną płynną strzykawka łączy się przez otwór z tłokiem komory i za pomocą odpowiedniego obrotu tłoka, ten ostatni zostaje ustawiony w pozycji I (fig. 2) a strzykawka naciąga krew z żyły nadawcy („donneur”); jednocześnie roztwór *NaCl* samorzutnie się przelewa z kanału III do kan. II i do żyły odbiorcy („réceveur”). Kiedy strzykawka została napelniona krwią, tłok w komorze ustawia się w pozycji II-ej (fig. 3), a krew wstrzykuje się do żyły odbiorcy. Fig. 4 objaśnia, w jaki sposób można tłoczek komory ustawić w pozycji obojętnej w razie potrzeby przerwania transfuzji. W obu przyrządach odznaczona jest pojemność strzykawek a obliczanie ilości przelanej krwi odbywa się w sposób prosty.

Biologiczna zasada dla określenia odpowiedności lub też nieodpowiedności krwi nadawcy i odbiorcy jest sklejanie się i rozkład krwinek czerw. jednego przez krew drugiego (agglutination et haemolysis); pod tym względem istnieje takie prawo: nie wolno brać krwi od takiego nadawcy, którego krwinki zostają sklepane przez krew odbiorcy; odwrotny stosunek nie stanowi przeciw wskazania.

Wszystkich ludzi można więc podzielić na 4 grupy, których wzajemne stosunki pod względem odpowiedności są następujące:

Gr. 1	może brać krew od wszystkich i dawać tylko gr. 1
Gr. 2	„ „ „ „ 2 i 4 „ „ 1 i 2
Gr. 3	„ „ „ „ 3 i 4 „ „ 1 i 3
Gr. 4	„ „ „ „ tylko od 4 „ „ wszystkim

Dla celów laboratoryjnych byłoby niepraktycznem nie posiadać w każdej chwili surowicy z określoną już przynależnością do pewnej grupy; więc posiadając takie surowice (można nabyć gotowe) laboratorium może w ciągu kilku minut dać odpowiedź o stosunkach krwi nadawcy do krwi odbiorcy. U francuzów grupa 1 nosi nazwę „grand réceveur” a gr. 4 „grand donneur”.

Przechodząc do sprawy wskazań, przedewszystkiem muszę powiedzieć, że pod tym względem nie wypowiedziano jeszcze ostatniego słowa; więc mam zamiar wymienić tylko to, co jest najbardziej wybitne. Dotychczas ustalono, że przelewanie krwi stosuje się z bardzo pomyślnymi wynikami w chirurgji w niedokrwistości ostrej, we wstrząsie nawet bez straty krwi, przed ciężkimi operacjami (dla uniknięcia wstrząsu) przeważnie w jamie brzusznej również u takich chorych, u których można spodziewać się krwotoków pooperacyjnych wskutek właściwości cierpienia, n. p. u cierpiących na choroby wątroby, krwawicę, marskość, żółtaczkę; w długo trwającej rekonwalescencji pooperacyjnej; w złamaniach kości, kiedy konsolidacja ich jest spóźnioną.

W akuszerji—w razie krwotoków, zakażeń połogowych, drgawek porodowych, wymiotów niepowstrzymanych ciężarnych.

W chorobach dzieci — wskazanie do przelewania krwi stanowią krwotoki u noworodków i rozmaite postaci niedokrwistości. W chorobach wewnętrznych „lekarz powinien wiedzieć, że w tej metodzie posiada potężny środek do wzmocnienia siły ustroju, kiedy te ostatnie zostają osłabione z powodów rozmaitych jak np.: krwotoki i skazy krwotoczne, zakażenia i otrucia wszelkiego rodzaju”

Istnieją i przeciwwskazania do stosowania tego zabiegu, lecz w ilości nie znacznej, natomiast liczniejsza jest liczba chorób, w których przelewanie krwi stosowane było bez skutku, jak np. białaczka, niedokrwistość złośliwa, nowotwory złośliwe i t. p.



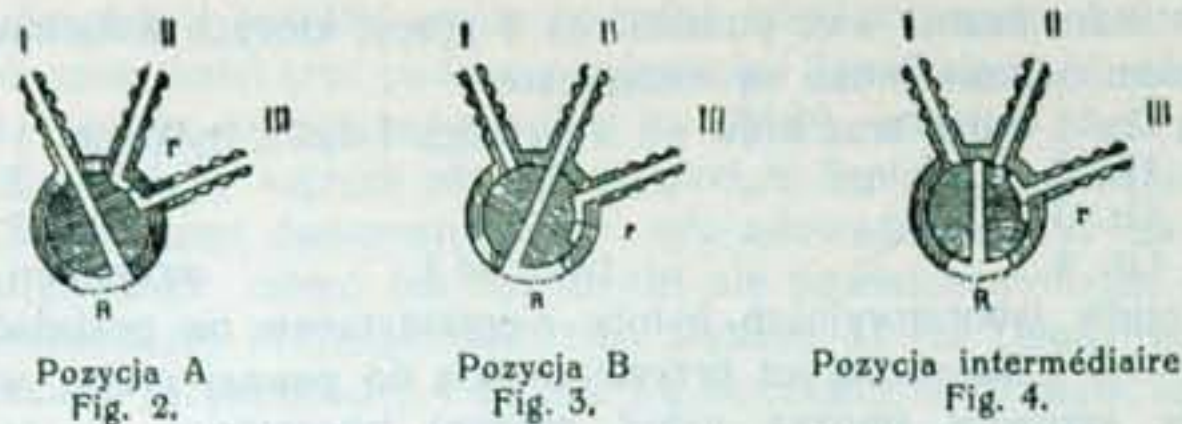
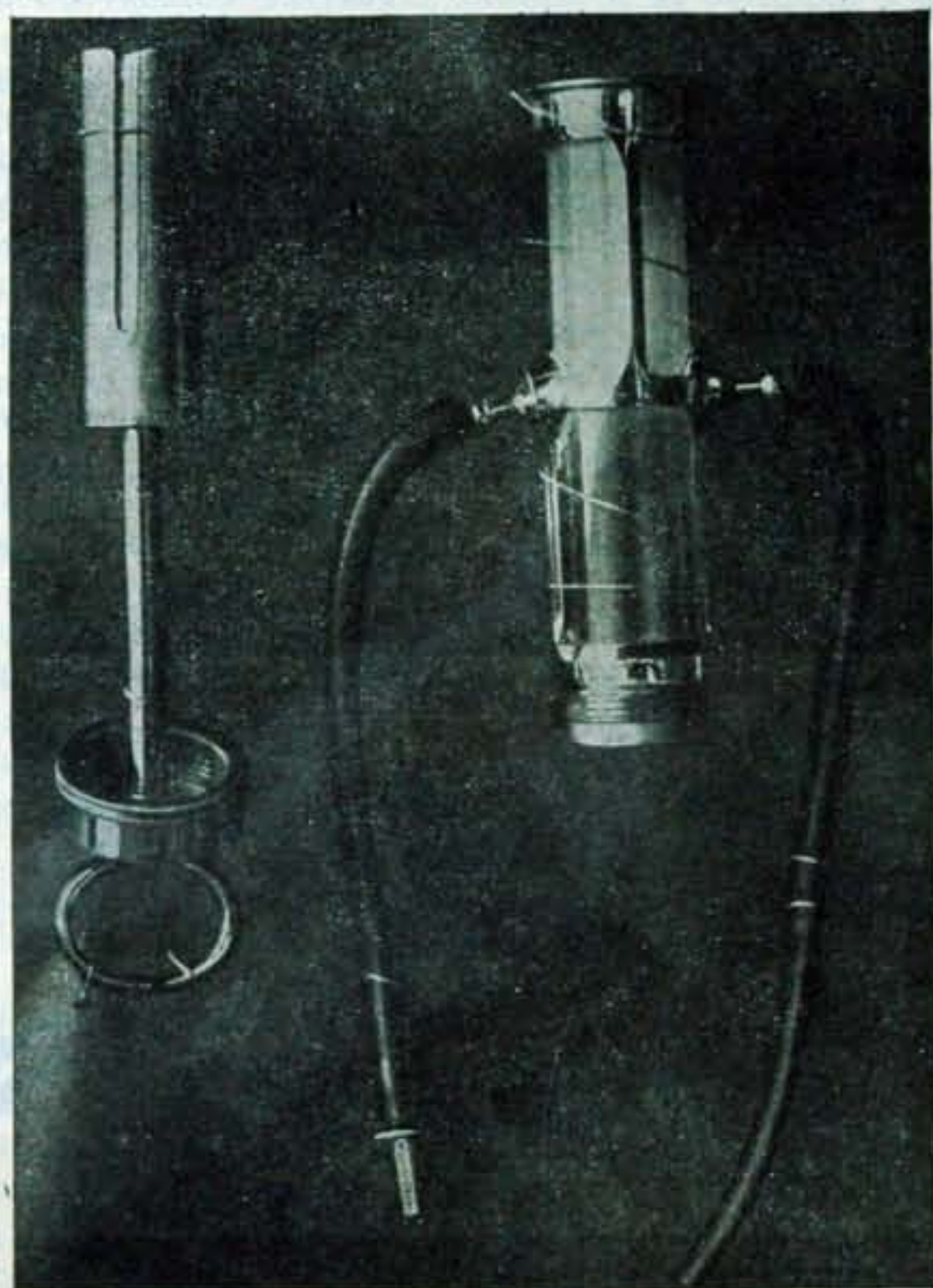


Fig. 5.



Protokół

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 14-go kwietnia 1926 roku.

Przewodniczący prof. *Opoczyński* Obecnych 56 osób, w tem 34 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu posiedzenia dnia 24/III 1926 roku. 2) D-r *Peszyński*—demonstracja chorego. 3) Referat d-ra *Bagińskiego*: Sposób Bocka wykrycia hormonów we krwi. 4) Sprawy administracyjne.

Otwierając posiedzenie, przewodniczący prof. *Opoczyński* powitał obecnego na posiedzeniu gościa, wybitnego polskiego chirurga, prof. *Kadera*.

Następnie w krótkich słowach uczcił zmarłego dn. 28/III—26 r. członka Towarzystwa ś. p. d-ra *Antoniego Hołowkę*. Zebrani uczcili zmarłego przez powstanie.

1. Protokół po odczytaniu został przyjęty.

2. Dr. G. S. *Peszyński* demonstruje dziecko z rzadkim schorzeniem skóry. W ożywionej dyskusji zabierali głos: d-r *Obieziński*, d-r *Mienicki*, d-r *Hanusowicz*, d-r *Mienicki*, dr. *Wołodźko*, d-r *Mienicki*, prof. *Opoczyński*, d-r *Mienicki* i prof. *Szmurło*.

3. W sprawach administracyjnych postanowiono podziękować d-rowi *Kleckiemu* i d-rowi *Owińskiemu* za przesłane odbitki swych prac.

Omówiono kwestję przesłanych przez prof. *O. Bujwida* 100 zł. oraz stan pertraktacji z Zarządem T-wa *Dobroczynności* o stypendjum d-ra *Lachowicza*.

D-r *S. Bagiński* Sekretarz doroczny.

Protokół

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 28-go kwietnia 1926 roku.

Przewodniczący d-r *Peszyński*. Obecnych 62 osoby, w tem 45 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu posiedzenia dnia 14/IV - 26 r. 2) Prof. *Opoczyński*: Badania doświadczalne nad nowotworem typu ziarniniaka *Hogdkina*. 3) D-r *Mahrburg*: Ostra martwica trzustki. 4) Sprawy administracyjne.

1. Protokół po odczytaniu został przyjęty.

2. Prof. *Opoczyński* w obszernym referacie omawia wyniki własne nad doświadczalnymi nowotworami typu ziarniniaka *Hogdkina*. Referat był ilustrowany pokazami wielu mikroskopowych i makroskopowych preparatów. Referat został przeznaczony do druku. W dyskusji kolejno zabierali głos prof. *Eiger*, prof. *Siengalewicz*, d-r *Moszyński* i prof. *Opoczyński*.

3. D-r *Mahrburg* obszernie omawia kwestję ostrej martwicy trzustki.

Rzecz przeznaczona do druku. W dyskusji zabierali głos prof. Januskiewicz, który zwraca uwagę na trudności w rozpoznaniu oraz gwałtowny przebieg schorzenia, dlatego też chorzy nie trafiają do internisty lecz do chirurgów. Sama zaś sprawa zwykle kończy się źle. Następnie przemawiali prof. Opoczyński, d-r Obieziński i prof. Szymański.

4. W sprawach administracyjnych omawiano sprawę sądów przy Związkach Lekarskich oraz ustawę Izb. Postanowiono prosić Zarząd o zajęcie się wyznaczeniem kandydata na pierwszą ratę styp. d-ra Lachowicza.

D-r S. Bagiński Sekretarz doroczny.

Protokół

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 12-go maja 1926 roku.

Przewodniczący prof. Opoczyński. Obecnych 67 osób, w tem 33-ch członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia. 2) Komunikaty Zarządu i wybory nowych członków. 3) Pokaz chorej z kliniki chirurgicznej U. S. B. 4) Prof. J. Szmurło — Demonstracja przyrządów do elektro-kragulacji i zastosowanie jej w klinice otolaryngologicznej. 5) Prof. K. Michejda — Dwa lata istnienia kliniki chirurgicznej.

1. Po odczytaniu protokołu został przyjęty.

2. Przewodniczący ogłasza o powstaniu przy Towarzystwie Lekarskim — sekcji miłośników historii i filozofii medycyny, na posiedzenia której członkowie Towarzystwa mają wstęp wolny, zaś członkowie sekcji muszą być zarazem członkami Towarzystwa.

Następnie przewodniczący komunikuje o zgłoszeniu 3 ch referatów przez lekarzy z poza Wilna. Po ożywionej dyskusji postanowiono wyznaczyć dwa posiedzenia nadzwyczajne dla przyjezdnych prelegentów. Ustalono, że nadzwyczajne posiedzenie dnia 2 czerwca zostanie udzielone d-rowi S. Kramsztykowi dla wygłoszenia referatu o witaminach. Zaś dnia 16 czerwca dla wygłoszenia referatu d-rowi Burhardtowi.

3. Prof. Michejda demonstruje chorą 18-letnią pannę z kliniki chirurgicznej U. S. B., u której dokonana została operacja usunięcia woreczka żółciowego na skutek uporczywej kamicy. W woreczku znajdowało się 271 kamyczków. Przypadek należy do rzadkości, spotyka się mniej niż w 1% przypadków. W dyskusji d-r Michniewicz omawia własny przypadek, operowany przed laty, gdzie u 15-letniej dziewczyny, która chorowała od dwóch lat, na operacji znaleziono 198 kamyczków.

4. Prof. Szmurło wspólnie z d-rem Rozwadowskim demonstrują aparaty dla elektro-koagulacji (diatermja), oraz demonstrują zastosowanie ich w praktyce na chorej z wilkiem pospolitym. Jednocześnie byli demonstrowani chorzy z wynikami leczenia diatermją. W dyskusji kolejno zabierali głos: prof. Kader,

d-r Rozwadowski, d-r Abramowicz, prof. Szmurło, d-r Michniewicz i prof. Opoczyński.

5. Prof. Michejda wygłosił obszernie sprawozdanie z organizacji i pracy kliniki chirurgicznej U. S. B., w pierwszych dwóch latach jej istnienia. W dyskusji przemawiali: prof. Kader, prof. Opoczyński, który zaznaczył, że powyższe sprawozdanie ma trojake znaczenie: historyczne, dydaktyczne i organizacyjne. Następnie kolejno przemawiali: prof. Januskiewicz, prof. Szmurło, prof. Michejda i prof. Kader.

Zostali jednogłośnie wybrani na członków Towarzystwa: prof. M. Eiger, d-r Z. Dziekiewiczówna, gen. d-r L. Klott i d-r A. Czerniewski.

Zgłoszono następujące referaty:

1. Prof. Eiger M.: Zwoje i komórki nerwowe podwsięrdziowe oraz ich rola w autonomizmie serca. (Z demonstracją obrazów świetlnych i pokazami).

D-r S. Bagiński Sekretarz doroczny.

Protokół

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 26 maja 1926 r.

Przewodniczący prof. K. Opoczyński. Obecnych 57 osób, w tem 33 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia, dnia 12.V-26. 2) Prof. W. Jasiński: Omówienie przypadku licznych mięsaków skóry u dziecka. 3) Dr. S. Otolski: Polski przemysł chemiczny i leki krajowe. 4) Dr. S. Kramsztyk: Witaminoterapia u dzieci.

Na wstępie przewodniczący zakomunikował, że obecne posiedzenie odbywa się na mocy pozwolenia Komisarza Rządu L. 24579/V-23, osobą odpowiedzialną jest prof. K. Opoczyński.

1. Po odczytaniu protokołu został przyjęty.

2. Prof. Jasiński omawia bardzo rzadkie schorzenie skóry u dziecka. Po dokładnej analizie klinicznej i anatomopatologicznej skrawków usuniętego guza ustalono, że jest to „sarcoma idiopathicum haemorrhagicum cutis multiplex”. Całość przeznaczona do druku. W dyskusji przemawiali prof. Opoczyński, podkreślając znaczenie badania anatomopatologicznego dla ścisłego rozpoznania schorzenia.

3. Dr. S. Otolski z Warszawy wygłosił obszerny referat o stanie przemysłu farmaceutycznego w Polsce i naszej zależności w niektórych gałęziach od zagranicy. W dyskusji przemawiali: dr. Billewicz i prof. Opoczyński.

4. Dr. S. Kramsztyk z Warszawy wygłosił referat o witaminoterapii u dzieci. W dyskusji prof. W. Jasiński zaznaczył, że, nie negując bynajmniej znaczenia witamin w pedjatrii, nie chciałby jednakże, aby zbyt entuzjizm i przejęcie witaminologów miały podważyć znaczenie naturalnego karmienia piersią matki. Skład pokarmu karmicielki zależy od stosowanej diety i prze-

strzeżę przed zastarzałymi poglądami, panującymi w tej dziedzinie. Następnie kolejno przemawiali: prof. Szmurło, prof. Opoczyński, dr. Kramsztyk, dr. Otolowski, dr. Hanusowicz, dr. Billewicz, dr. Otolowski i prof. Opoczyński.

W sprawach administracyjnych przewodniczący odczytał pismo ze Związku Oficerów rezerwy z prośbą o zorganizowanie pomocy dla członków Związku, z których wielu znajduje się w ciężkim stanie materialnym. Polecono Zarządowi załatwić tę sprawę wspólnie z Zarządem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Następnie zostało odczytane zawiadomienie o mającym się odbyć posiedzeniu sekcji Towarzystwa Miłośników historii i filozofii medycyny.

Dr. S. Bagiński Sekretarz doroczny.

Protokół

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 9 czerwca 1926 r.

Posiedzeniu przewodniczy prof. K. Opoczyński. Obecnych 28 osób w tem 18 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu posiedzenia dnia 26.V-26. 2) Referat prof. Eigera: Zwoje i komórki podwsięrdziowe, oraz ich rola w autonomizmie serca. 3) Sprawy administracyjne.

1. Po odczytaniu protokołu został przyjęty.

2. Prof. Eiger wygłosił referat, ilustrowany pokazami preparatów i demonstracją obrazów świetlnych. W dyskusji zabierali głos prof. Januszkiewicz, prof. Eiger i prof. Opoczyński.

3. Przewodniczący odczytuje pisma: 1) Urzędu Wojewódzkiego w sprawie nabywania książki d-ra Szenajcha „Szpital im. Karola i Marji dla dzieci”. 2) Ze Związku przeciwegruźliczego z Warszawy o zorganizowaniu 10-dniowych kursów odmy sztucznej i 3) z Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w sprawie wydawnictwa przeglądu piśmiennictwa Polskiego.

Następnie przewodniczący podzielił się rezultatami pracy Towarzystwa w I-ym półroczu 1926 roku i po krótkiej wymianie zdań postanowiono następne posiedzenie odbyć na jesieni, z powodu zbyt małej frekwencji na ostatnich posiedzeniach.

Zostały zgłoszone następujące referaty:

Prof. K. Opoczyński: 1) O zmianach morfologicznych w gruczołach dokrewnych u kobiet po późnych kastracjach. 2) O ziarniniakach plasmatycznych-komórkowych.

Dr. Abramowicz: O ciśnieniu krwi w naczyniach oka.

Dr. Zarcyn: Rentgenografia miedniczek nerkowych i dróg żółciowych (pyelografia i cholecystografia) jako metoda rozpoznawcza.

Dr. S. Bagiński Sekretarz doroczny.

Protokół

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 6-go października 1926 roku.

Przewodniczy prof. K. Opoczyński. Obecnych 49 osób, w tem 37 członków towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu poprzedniego zebrania dnia 9.VI. 1926. 2) Referat d-ra Wąsowskiego: O działalności Psicainy Mercka. 3) Referat d-ra Kosińskiego: O nauczaniu anatomji we Francji i Anglii. 4) Wolne wnioski.

Na wstępie przewodniczący Towarzystwa prof. Opoczyński, w krótkich słowach powiadomił zebranych o śmierci członków Towarzystwa d-rów: ś. p. Józefa Bielińskiego, ś. p. Marjana Kiewlicza i ś. p. Mieczysława Oleszkiewicza. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Następnie został odczytany list w sprawie przyjazdu dnia 30 października lekarzy czeskich. Do Komisji organizującej przyjęcie wydelegowano p. prezesa Towarzystwa Lekarskiego, p. prezesa Związku Lekarzy i prof. Szmurłę.

1. Po odczytaniu protokołu został bez poprawek przyjęty.

D-r Zarcyn, korzystając z obecności większej liczby członków, jako wolny wniosek, podniósł kwestję zbyt późnego anonsovania w gazetach o mającym odbyć się posiedzeniu, oraz o zbyt długiej przerwie letniej. W tejże kwestji zabrał głos d-r Wirszubski, który proponował termin 15-go września, jako początek posiedzeń jesiennych, oraz prof. Szmurło, który uważa, że wystarczy wyznaczyć stałe dni w miesiącu, zaś ogłaszanie w gazetach nie jest koniecznem. Po krótkim wyjaśnieniu, danem przez pana przewodniczącego w poruszonej kwestji.

2. D-r Wąsowski wygłosił obszerny referat, który został przeznaczony do druku. W dyskusji pierwszy zabrał głos prof. Szymański, omawiając dodatnie wyniki uzyskane od użycia Psicainy w okulistyce, szczególnie ważnemi objawami są, zdaniem mówcy, brak łuszczenia nabłonka oraz rozszerzenia źrenicy. Następnie d-r Abramowicz zaznacza, że w okulistyce Psicaina jest nader pożyteczną przy niewielkich zabiegach. Działanie znieczulające szybko następuje, lecz szybko przechodzi. Rozszerzenie naczyń, które następuje przy Psicainie, wyklucza użycie jej przy większych zabiegach. Prof. Szmurło omawia sprawę stosowania Psicainy w laryngologii i twierdzi, że Psicaina nie jest w stanie zastąpić Nowocainy, a ze względu na mogące nastąpić groźne powikłania wprost nie radzi jej stosować. Nowy preparat bezpośrednio od Mercka daje identyczne wyniki ze starym. Następnie prof. Traczewski, szeroko omawiając wyniki pracy d-ów Wąsowskiego i Totwena, wykonane pod jego kierownictwem, zaznacza, że nie można uważać otrzymanych wyników za negatywne. One są negatywnemi dla samego preparatu i dla firmy szeroko reklamującej Psicainę, lecz możliwem jest, że dalsze badania wyjaśnią kwestję toksyczności i znieczulającego działania, a wtenczas przy odpowiedniej fabrykacji i opracowaniu stosowania preparat może wyprzedzić inne pokrewne.

Następnie przemawiali prof. Szmurło, d-r Wąsowski i prof. Opoczyński, który podkreślił znaczenie pracy nie tylko dla praktyków, lecz i dla toksylogów.

3. D-r Kosiński w krótkim referacie, przeznaczonym do druku, podzielił się sposobami wykładania na wyższych uczelniach Francji i Anglii anatomji, z czym zapoznał się podczas swej bytności zagranicą. W dyskusji kolejno zabierali głos prof. Szmurło, d-r Obieziński, prof. Opoczyński i d-r Kosiński.

4. Następnie przewodniczący zawiadomił, że dnia 10 i 11 października ma się odbyć Zjazd Historyków Medycyny w Poznaniu, oraz dnia 17-go tegoż miesiąca obchód jubileuszowy 25-lecia Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Poproszono prof. S. Trzebińskiego o reprezentację Wileńskiego Towarzystwa na wymienionych uroczystościach.

Następnie przewodniczący zawiadomił zebranych o przesłaniu przez Wydział Nauki Min. W. R. i O. P. — 1500 zł. na uporządkowanie biljoteki.

Na skutek pisma Stowarzyszenia Lekarzy Krynickich w kwestji wydawania kąpieli leczniczych wybrano Komisję w składzie prof. Orłowskiego, d-ra Zarcyna i d-ra Obiezińskiego, dla ustalenia wytycznych w poruszonej kwestji.

Postanowiono podziękować d-rowi Kieżunowi za ofiarowany żeton lekarski po prof. Adamowiczu.

(—) D-r S. Bagiński, Sekretarz doroczny.

Protokół

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 20-go października 1926 r.

Przewodniczy prof. K. Opoczyński, funkcje sekretarza pełni zastępczo Dr. T. Wąsowski. Obecne 82 osoby, w tem 39 członków T-wa.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu posiedzenia z dn. 6.X. 1926 r. 2) Pokazy chorych z Kliniki Chirurgicznej i II Chorób Wewnętrz. U. S. B. 3) Dr. Lewande — pokaz chorej — Ropień skroniowej okolicy mózgu. 4) Dr. Ch. Zarcyn. Rontgenografia miedniczek nerkowych i dróg żółciowych (pyelographia et cholecystographia) jako metoda rozpoznawcza.

1. Protokół po odczytaniu został przyjęty.

2. Prof. K. Michejda demonstrował chorego z Kliniki Chirurgicznej U. S. B. Chory był ranny kulą w prawe przedramię, czucie było zniesione, zaburzenia istniały w nn. ramieniowych. W dolnej części przedramienia nerw był prześrzelony. Wykonano rezekcję nerwu, poczem wkrótce zaczęła występować poprawa. Obecnie ruchy normalne. Czucie wracało stopniowo, początkowo była hyperestezja, lecz obecnie — norma. Prelegent zwraca uwagę na konieczność radykalnego zabiegu, niezbędną jest rezekcja, nie zaś neuroliza.

3. Dr. Lewande demonstrował chorą, u której występowały silne bóle głowy, ciepłota podniesiona do 39,05, niedowład prawego n. twarzowego, oraz wydzielina ropna, cuchnąca z prawego i lewego ucha. Objawów omijania brak. Nystagmus prawostronny. Tętno miarowe 78. Radykalna operacja wykazała perlak i zniszczenie tegmen antri et tympani oraz martwiak w okolicy n. twa-

rzowego. Opona pokryta ziarniną; zatoka normalna. Operację zakończono plastyką przewodu. Na 4-ty dzień t^o 37^o, tętno 66, ból głowy, lecz mózgowych objawów brak. Jednak przypuszczano ropień mózgu w płacie skroniowym. Wklucie igły na 2 centymetry. Zdłutowanie kości wykazało obecność cuchnącej ropy. Od 3-go dnia po operacji zatrzymanie się ropy pomimo drenów, przytomność zachowana, lecz stała się spączka, t^o powoli doszła do 38^o. Po wprowadzeniu szklanego drenu pogorszenie. Mocz i kał oddaje pod siebie. Zastąpiono dren gazą, stan chorej polepszył się. Obecnie chora w dobrym stanie, apetyt powrócił, bóle jednakże trwają. Rana na zagojeniu. Niedowład n. twarzowego mniej wyraźny. Obecnie niema podstaw do przypuszczenia obecności ropnia w mózgu. Prawdopodobnie był to jednokomorowy ropień mózgu. Prognoza jednakże, ze względu na możliwość powikłań z powodu zmian bliznowatych, nie może być zupełnie pewną. Co do drenowania, to w myśl danych niemieckich otjatrów należy stosować sączkowanie gaza.

W dyskusji Dr. Wirszubski: „Szanowny prelegent w tytule swego odczytu nie wymienił, czy chodzi o ropień mózgowy płatu skroniowego lewego lub prawego. Ten drobiazg nabiera niezmiernie ważnego znaczenia ze względu na ten fakt niewątpliwy, że właściwości lewego i prawego płata skroniowego są zupełnie odmienne. W samej rzeczy, płat skroniowy lewy w razie dotknięcia procesem patologicznym daje zaburzenia mowy w postaci aphasia Wernicke, natomiast schorzenia prawego płata skroniowego wymieniony objaw nie występuje. W znanej pracy Brunsza o nowotworach mózgowych powiedziano, że zajęcie procesem patologicznym prawego płatu skroniowego żadnymi objawami lokalnymi się nie wyraża, ale temu zaprzeczają inni autorzy, np. Knopp, który notuje jako objaw charakterystyczny dla schorzeń prawego płata skroniowego niedowład n. okoruchowego po stronie schorzenia. Inni zaś autorzy spostrzegali w takich przypadkach zaburzenia psychiczne. Tak czy owak, zaznaczam jako niewątpliwy fakt kliniczny, bezwzględną różnicę zespołu symptomatów wskutek dotknięcia prawego i lewego płata skroniowego. W przypadku d-ra Lewande jak świadczy sam prelegent, lekarz neurolog Falkowski, wezwany celem wydania opinii, nie mógł stwierdzić żadnych podstaw dla rozpoznania i umiejscowienia ogniska chorobowego. I nic w tem dziwnego. Neurolog, wezwany dla dania opinii w kwestji powikłań mózgowych pochodzenia usznego, doznaje wielkich trudności. Zachodzi przede wszystkim pytanie, czy proces mózgowy bezwzględnie łączy się ze schorzeniem usznym, czy jest zjawiskiem przypadkowo tylko zbiegającym się z tym procesem. Tak np. gdy mamy do czynienia z dzieckiem wycieńczonym, z wyczuwalnymi na szyi gruczołami, cierpiącym na ucho i jednocześnie ujawniającym podejrzone objawy mózgowe, nasuwa się pytanie, czy ten stan mózgowy jest zjawiskiem wtórnym, czy objawem, wskazującym na początkujące się zapalenie opon gruczołowe. Dalej niektóre procesy mózgowe, np. meningitis cerebros spinalis epidemica, komplikują się schorzeniem uszu. Otóż przypominam sobie przypadek ze swej praktyki, gdzie przeoczyłem proces podstawowy meningit. cerebros spinalis epid., natomiast tłómaczyłem proces chorobowy jako pierwotny uszny, a proces mózgowy jako powikłanie i, wychodząc z tego punktu

widzenia, zaleciłem natychmiastową ingerencję chirurgiczną, co pociągnęło za sobą zejście śmiertelne. Nareszcie, nawet w przypadkach, gdzie po namyśle po-przestajemy na rozpoznaniu procesu mózgowego pochodzenia usznego, zachodzi pytanie co do różnicowania procesu mózgowego, a mianowicie, czy mamy przed sobą zapalenie opon, czy zakrzep lub zator mózgowych w zatokach, czy ropień mózgowy i gdzie ten ostatni się umiejscowia. Nie mogę wchodzić w szczegółowe rozstrząsanie tej sprawy, nakreśliłem tylko wytyczne, wskazujące na trudności dla neurologa rozpoznania i umiejscowienia procesów mózgowych pochodzenia usznego. Nadmienię muszę, że również zabieg chirurgiczny w przypadkach ropnia mózgowego napotyka czasami na nie-lada trudności. Będąc niejednokrotnie obecny przy takich operacjach, przekonałem się o trudnościach odnalezienia miejsca, gdzie ropień się gnieździ. Na ostatek, zaznaczam, że nawet po pomyślnem dokonaniu operacji, jak i w danym wypadku, niema gwarancji zapobieżenia nawrotu ropnia mózgowego. W samej rzeczy, usuwając ropień mózgowy pochodzenia usznego, przecież nie zawsze usuwamy pierwotne źródło ropienia rozprzestrzeniające się od ucha do jamy czaszkowej, to też słusznie szanowny prelegent zatytułował swój referat: „Pokaz chorej”... ale nie zdrowej. (Streszczenie własne).

Dr. Zarcyn wypowiada się przeciwko badaniu ropni mózgu palcem, drenowanie winno odbywać się wyłącznie gazą przesycaną tłuszczem. Pooperacyjne bóle zależą od wewnątrzczaszkowego ciśnienia, pewną ulgę może okazać nakłucie lędźwiowe. Dr. Czarnowski pokrótce streszcza dwa własne spostrzeżenia i zaznacza, że podobne objawy mogą powstawać od ropni podoponowych, lecz nie koniecznie ropni mózgu. Prof. Szmurło wskazuje, że nakłucie lędźwiowe może okazać się niebezpiecznym przy ropniach mózgu. W ostatnim słowie dr. Lewande zaznacza, że dla sączkowania spróbuje papier przetłuszczony.

Prof. Januszkiewicz demonstruje chorego, który później będzie szczegółowo demonstrowany przez klinikę. Obecnie chory cierpi na suchość w ustach, pieczenie w okolicy mostka, chrypkę i biegunkę. Wiśniowe zabarwienie skóry, szczególnie zaś błon śluzowych. Śledziona powiększona. Erytrocytów 11,000,000 kgl. 160%. Wskaźnik 0,7. Jest t. zw. polyglobulia essentialis.

D-r Wąsowski demonstruje z kliniki otolaryngologicznej chorego po operacji raka nosa, który po upływie 1½ roku przybył bez żadnych nawrotów w celu dokonania operacji plastycznej i któremu prof. Szmurło dokonał operacji z wynikiem zupełnie pomyślnym.

Prof. Opoczyński w krótkich słowach zaznajomił zebranych z programem przyjęcia lekarzy Czechosłowackich.

Dr. Zarcyn wygłasza I część swego referatu o röntgenografii dróg moczowych i żółciowych.

Przewodniczący, dziękując za bardzo ciekawy referat, zauważa, że podobne badania na terenie Wilna nie były jeszcze robione.

Na posiedzeniu Zarządu dnia 28.X. 1926 roku po rozpatrzeniu kandydatów ubiegających się o stypendjum ś. p. D-ra Lachowicza, jednogłośnie postanowiono udzielić go studentowi V kursu U. S. B. Tadeuszowi Klikowskiemu.

Protokół

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 10 listopada 1926 r.

Przewodniczący prof. K. Opoczyński. Obecnych 69 osób, w tem członków Towarzystwa 31.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu z dn. 20 października 1926 r. 2) Dr. I. Abramowicza ref. o ciśnieniu krwi w naczyniach oka. 3) Drugą część referatu Dra Ch. Zarcyna o cholecystografii. 4) Sprawy administracyjne.

1. Protokół po odczytaniu został przyjęty.

2. Abramowicz: W sprawie mierzenia ciśnienia krwi w naczyniach środkowych oka i jego wartości klinicznej. Prelegent podaje zasadę mierzenia ciśnienia według pomiaru Bailarta oraz sposób jego wykonania. Badania, przeprowadzone przez prelegenta na oftalmometrze Javala, wykazały, że przyrząd Bailarta, służący do określenia ciśnienia, nie powoduje podczas jego stosowania niezborności rogówkowej, jak to twierdzą niemieccy autorowie. Prze-ciętne wielkości ciśnienia krwi w tętnicach oka wynoszą według prelegenta:

minimum	40 — 45 mm Hg
maximum	80 — 90 mm Hg

Ciśnienie żyłne jest zazwyczaj o 2 mm. Hg. wyższe od ciśnienia wewnątrzgałkowego. Stosunek miejscowego ciśnienia tętniczego do ciśnienia tętniczego ogólnego ma się w przypadkach prawidłowych według Bailarta jak 0,45 : 1. Prelegent otrzymał dla ciśnienia ocznego nieco wyższe liczby. Zależało to od powyższego stosunku może wskazywać na istnienie stanów patologicznych w ustroju. Największą dysproporcję stosunku ciśnienia ramennego do siatkówkowego dają zaburzenia naczynio-ruchowe. Mierzenie ciśnienia krwi w naczyniach oka przyczynić się może do wczesnego rozpoznania wzmożonego ciśnienia mózgowego, gdyż zazwyczaj czynne przekrwienie siatkówki odzwierciadla silniejsze napięcie w czaszce, co jest ważnym w tych przypadkach, kiedy brak jest zmian w tarczy wzrokowej. Prelegent demonstruje chorą, u której przed dwoma laty wykonano na klinice chirurgicznej U. S. B. trepanację czaszki z powodu tarczy zastoinowej. Uciskając przez otwór trepanacyjny mózg, wywołać możemy teraz, nie wywołując zmian w tarczy, wzmożone napięcie wewnątrzczaszkowe oraz wzmożone ciśnienie w naczyniach oka przy prawidłowym ciśnieniu obwodowym. (Streszczenie własne).

3. Dr. Ch. Zarcyn wygłosił referat, który w całości przeznaczono do druku. W dyskusji zabierali głos: Dr. Czarkowski, prof. Eiger, który mówi o znaczeniu cholecystografii, podkreśla jej znaczenie fizjologiczne i nie wątpi, że metoda wpłynie na wyjaśnienie wielu ciemnych jeszcze kwestyj aparatu wydzielniczego dróg żółciowych. Żadna metoda nie może być stosowana schematycznie, wymagając analizowania przypadku oraz dokładnej znajomości fizjologii. Prelegent wspomina o swej pracy na psach, kiedy przy drażnieniu N. błędnego nie otrzymał pozornie wzmożonego wydzielania żółci, lecz skurcz zwieracza Odiego. Często kolki wątrobowe u wago-toników mogą być zależne

od bolesnego skurczu zwieracza. Co zaś do ruchów pęcherzyka żółciowego, to trudno przypuścić, żeby narząd zaopatrzony w gładkie mięśnie nie wykonywał ruchów robaczkowych, tembardziej, że można z izolowanego pęcherzyka otrzymać wykres skurczów. Dalecy jesteśmy od poznania całokształtu funkcji wątroby, wskutek zbyt skomplikowanej i wielorakiej roli, jaką ona odegrywa. Niespodzianki podczas operacji nie przemawiają na niekorzyść metody, lecz zmuszają do krytycznego jej stosowania.

Prof. Januszkiewicz, omawiając szereg nieudatnych przypadków, podkreśla, że egzystuje całe mnóstwo nieznanych czynników, które gmatwają rozpoznanie. Metoda cholecystografii przydać się może w przypadkach wątpliwych, lecz w zwykłej kamicy żółciowej znaczenie jej jest mierne. W przypadkach gdzie zgłębnikowanie dwunastnicy nie daje t. zw. żółci B, metoda cholecystografii może okazać się bardzo pożyteczną; jeśli pęcherzyk nie wypełnia się barwikiem kontrastowym, to może zależeć to od niewydolności wątroby. Badając zaś wydolność wątroby galaktozą lub lewulozą, można przy zastosowaniu cholecystografii uzyskać bardzo dobre wyniki, wskutek czego przewiduje się szeroki zakres stosowania wymienionej metody. Dla chirurgów cenną ona jest choćby z tego względu, że wskazuje umiejscowienie kamieni.

Dr. Peszyński pokrótce omawia dwa swoje przypadki, zaś Dr. Zarcyn zaznacza, że referat jego jest tylko początkiem pracy nad tą metodą. Ujemne wyniki możliwie zależały od doustnego wyłącznie podawania preparatu, niektórzy autorzy przy stosowaniu dożylnem otrzymali w podobnych przypadkach dobre rezultaty.

Przewodniczący, mówiąc o zaletach metody, podkreśla jej znaczenie i dziękuje prelegentowi, że referat jego wywołał tak rzeczową dyskusję.

W sprawach administracyjnych załatwiono sprawę ponownego przyjęcia jednego z członków, zaś prof. Januszkiewicz, jako delegat do Komitetu Ogólnego Słowiańskiego Zjazdu Lekarzy w Warszawie, złożył sprawozdanie z przebiegu prac i zaznajomił zebranych z historią powstania Ogólnego Słowiańskiego Zjazdów Lekarzy, które dążą do tego, żeby języki słowiańskie zostały umiędzynarodowione. Następny zjazd ma się odbyć w ostatnich 4-ch dniach maja r. 1927 w Warszawie.

Tematy programowe wybrano:

1. Twardziel — skleroma.
2. Szczepienie ochronne przeciwko płonicy.
3. Jaglica — z punktu widzenia społecznego.
4. Klimatoterapia i balneologia na ziemiach Słowiańskich.

Zgłoszony został referat przez D-ra Zalewskiego: O naczyniach limfatycznych stawu skokowego górnego.

P r o t o k ó ł

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 24-go listopada 1926 roku.

Przewodniczący prof. *Opoczyński*. Obecne 103 osoby, w tem 53 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu posiedzenia z dn. 10-go 1926 roku. 2) Komunikaty Zarządu. 3) Dr-owie *Scherman* i *Pawłowski* z II Kliniki Wewnętrznej U. S. B. Przypadek choroby *Vaquez-Oslera*. Referaty z I Kliniki Wewnętrznej U. S. B. 4) D-r *Z. Kuncewiczówna*. Wartość kliniczna badania krwi metodą *Schillinga* w przewlekłych postaciach suchot płucnych. 5) D-r *H. Borowski*. Leczenie *Sanokryzyną* ostrych i przewlekłych postaci suchot płucnych.

1. Protokół został przyjęty.

2. Na wniosek przewodniczącego doroczne Walne zebranie postanowiono odbyć dn. 15 grudnia r. b. zaś zwykłe posiedzenie naukowe dn. 9 grudnia 1926 r.

Następnie odczytano zaproszenie na doroczne Walne Posiedzenie Tow. Naukowego Warszawskiego, mające się odbyć 25-go listopada r. b.; poczem p. przewodniczący zwrócił się do zebranych z prośbą o podanie nazwisk lekarzy zmarłych na dur osutkowy od 1914 roku, oraz zakomunikował o przysłaniu z Wydziału Nauki M. W. R. i O. P. 1.500 zł. na druk *Pamiętników Tow.*

3. D-r *Scherman* wygłosił obszerny referat z przypadku rzadkiego schorzenia układu erytropoetycznego.

W dyskusji kolejno zabierali głos: D-r *Pawłowski*, Prof. *Januszkiewicz*, prof. *Eiger*, D-r *Schermann*, prof. *Januszkiewicz*, prof. *Opoczyński* i Dr. *Obieziński*.

4 — 5. D-r *Kuncewiczówna* i D-r *Borowski* wygłosili dwa referaty, po których wywiązała się obszerna dyskusja. Pierwszy zabrał głos prof. *Orłowski*, która omawia cel powyższych referatów: nie chodziło w danym wypadku o wykazanie, czy *Sanokryzna* jest specyfikiem przeciw gruźlicy, lecz o to, by opierając się na zmianach w hemogramie, ustalić, czy dany wypadek nadaje się do leczenia *Sanokryzyną* i czy wogóle możliwym jest pomyślne rokowanie w zależności od leczenia. Z wyników badań widać zależność pomiędzy reakcją organizmu na *Sanokryzynę*, a hemogramem, a w streszczeniu to przedstawia się w ten sposób: jeśli organizm słabo reaguje na *Sanokryzynę*, co widoczne jest z hemogramu, wtenczas dany wypadek należy uważać za nie nadający się do leczenia. Nakoniec obie prace dowodzą, że nie mamy do czynienia z terapią *sterilisans magna Ehrlicha*, lecz ze wzmożeniem obronnych funkcji organizmu według żądania *Taita*, zaczętem również przemawia fakt, że w zatruciu *Sanokryzyną* mamy do czynienia nie z zatruciem endotoksynami lecz solami ciężkich metali. Praca *Kuncewiczówny* pozatem ustala wartość metody *Schillinga* w suchotach płucnych. Następnie zabierali głos Dr. *Świerzyński* oraz prof. *S. Siengalewicz*, który zaznaczył, że *Sanokryzna* nawet w rozcieńczeniu 1:50 nie zabija *in vitro* prątków. Niewiadomo, czy jest to katalizator, czy też ciało koloidowe powodujące plazmoaktywizm.

Dr. *Abramowicz* omawia stosowanie *sanokryzyny* w okulistyce i zaznacza, że preparat przechodzi do oka tylko przy stosowaniu *Jontoforezy*. Prof. *Januszkiewicz* zabiera głos w kwestji nomenklatury, używanej przez prelegenta, oraz zaznacza, że hemogram *Schillinga* nie jest specyficznym dla gruźlicy jako metoda diagnostyczna, lecz więcej nadaje się do śledzenia przebiegu gruźlicy przy leczeniu *Sanokryzyną*. Następnie kolejno zabierali głos Dr. *Borowski*, Dr.

Mienicki, prof. Januszkiewicz, prof. Szmurło, Dr. Kuncewiczówna i prof. Opoczyński, który zwrócił uwagę na aktualność poruszonych tematów, czego dowodem niezwykła obecnych i nader ożywiona dyskusja.

Protokół

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 9 grudnia 1926 roku.

Przewodniczący prof. Dr. K. Opoczyński. Obecnych 60 osób, w tem 42 członków Towarzystwa.

Porządek dzienny obejmował: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia dn. 24 listopada 1926 r. 2. Dr. S. Tarasiewicz. Przypadek *Balantidium coli*. 3. Prof. K. Opoczyński. O wpływie późnej kastracji na morfologię niektórych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym u kobiet.

1. Protokół po odczytaniu został przyjęty.

2. Dr. Tarasiewicz. odczytał referat o stosunkowo rzadkiem schorzeniu w Polsce oraz ilustrował go pokazami mikroskopowych preparatów. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji prof. Januszkiewicz zaznacza rzadkie występowanie w naszych stronach wspomnianego cierpienia. W ciągu 12-to letniej praktyki w Kijowie obserwował tylko dwa przypadki, raz jeden w Wilnie. Dr. Załkindson komunikuje, że Dr. Szabad w Mieszmeris Chojłem obserwował 3 przypadki, dwa u chrześcijan i jeden u żyda. Następnie zabierał głos prof. Opoczyński, zaś Dr. Tarasiewicz udzielił odpowiedzi na postawione pytania.

3. Prof. Opoczyński składa urząd przewodniczącego w ręce D-ra Peszyńskiego, sam zaś wygłasza obszerny referat ilustrowany pokazami wielu pięknych preparatów mikroskopowych.

W dyskusji kolejno zabierali głos: Dr. Abramowicz, Prof. Szmurło, Prof. Opoczyński, Prof. Trzebiński, Dr. Karnicki i Dr. Peszyński.

Został zgłoszony referat przez prof. S. Siengalewicza: Najnowsze poglądy na patogenezę nowotworów.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Jan Szmurło, prof. Uniwers. Stef. Bator. Choroby nosa i jamy nosowo-gardłowej. Podręcznik dla lekarzy i studentów ze 141 rysunkiem w tekście. Wilno 1926 — Tow. wydawn. „Pogoń” str. 268.

Nie pierwszy to już podręcznik wychodzi z pod pióra profesorów naszego wydziału w ciągu kilkoletniego jego istnienia. Po profesorach: Wilczyńskim, Karaffie-Korbucie i Opoczyńskim, teraz prof. Szmurło. Wszystkie te książki zrodziła paląca potrzeba, której wyrazem bywają ustawne skargi studentów, nie mających z czego się uczyć. Z tej racji też, różniąc się co do treści, oraz indywidualnych cech umysłowości autorów, podobne są one do siebie ze względu na cel, do którego dążą. Jest zaś nim wyłożenie w sposób przejrzysty

i możliwie zwięzły tego, co potrzebne studentowi, przygotowującemu się do egzaminu, oraz lekarzowi praktykującemu, który pragnie odświeżyć i uzupełnić wiadomości, zdobyte podczas studiów uniwersyteckich. Taki cel też nietylko przyświecał prof. Szmurle, lecz też został przezeń w całości osiągnięty, a widać to z układu, ułatwiającego szybkie orientowanie się w treści książki, unikanie wszelkiej chwiejności w zdaniach, zwłaszcza w terapeutycznych wskazówkach, oraz odrzucenie zbytecznego erudycyjnego balastu.

Swoją drogą niejednen czytelnik z uczuciem żalu i pewnej zazdrości pomyśli sobie, że np. za niemieckim kordonem, podręcznik tak pożyteczny, jak ten, byłby bez wątpienia przyodział okazańszą szatę zewnętrzną. Niestety, nasi autorowie, pragnąc spełnić jak najprędzej czyn obywatelski, jakim jest dotychczas wydanie dobrego podręcznika, o cenie zbytnio nie przewyższającej finansowej siły przeciętnego naszego studenta, muszą pamiętać, że zadowolenie, wypływające z poczucia spełnionego obowiązku, winno im wynagrodzić dużo więcej niż w środowiskach pod tym względem szczęśliwszych.

Powinno ono mianowicie skompensować przykrość, wynikającą z pewności, że z dwu książek równie dobrych pod względem treści, podoba się zwykle więcej ta, którą dzięki większym środkom pieniężnym, wydano ozdobniej, od tej która na każdym kroku musiała się liczyć z kategorycznym imperatywem możliwie największej oszczędności. Miejmy nadzieję, że zdrowa radość, towarzysząca dokonaniu pożytecznego dzieła, pozwoli prof. Szmurle łatwiej się uporać z minorowymi nastrojami, którychby ewentualnie mógł doznawać z powodów, tylko co zaznaczonych.

S. Trzebiński.

Doc. Dr. Wł. Szenajch. Szpital im. Karola i Marji dla dzieci.

Doc. Dr. Wł. Szenajch, lekarz naczelny Szpitala Karola i Marji w Warszawie, jedyne bodaj na ziemiach Polskich „pałacu dziecka” w najlepszym słowa tego znaczeniu, podał w dużym tomie (296 str.) sprawozdanie, obejmujące okres organizacji oraz pierwsze dziesięciolecie działalności szpitala. Ten sam autor opracował już w swoim czasie podobne sprawozdanie ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi. Zdawałoby się, że praca tego rodzaju to temat niewdzięczny, przeładowany cyframi, suchy. W tym wypadku jednak autor zbyt silnie i zbyt bezpośrednio związany jest ze swoją pracą, aby mógł stać się nudnym: z każdej karty pracowniczego dzieła doc. Szenajcha wyziera życie, pełne ciekawych zagadnień, nieoczekiwanych spostrzeżeń, lub groźnych powikłań. Całe to życie szpitalne autor odtwarza w sposób prosty, bez ubarwień i osłonek i dlatego właśnie daje nam obraz pouczający i ciekawy. Z książki doc. Szenajcha każdy lekarz, związany ze szpitalnictwem dziecięcym, czerpać będzie, jak z bogatej skarbnicy prawdziwie cenne, wartościowe dane, dotyczące zarówno organizacji pracy w szpitalu, jak urządzenia i prowadzenia poszczególnych oddziałów, zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym i t. p.

Autor złożył hołd Wielkiemu Nauczycielowi starszego pokolenia pediatrów

Polskich, ś. p. Rektorowi Józefowi Brudzińskiemu, umieszczając Jego życiorys i ocenę prac. Nie mniejszym jednak hołdem dla Organizatora i Współtwórcy Szpitala jest cała księga Doc. Szenajcha, stwierdzająca, że dzieło dobrze pomyślane i wykonane, idzie nakreśloną drogą, siejąc dobrodziejstwa dla ogółu cierpiącej dziatwy i jednając Szpitalnictwu Dziecięcemu w Polsce słuszne uznanie wśród swoich i obcych.

Prof. Dr. Wacław Jasiński.

Wiadomości bieżące.

Wycieczka lekarzy Czechosłowackich w Wilnie.

2 listopada r. b. gościła w Wilnie wycieczka lekarzy Czecho-Słowaków w liczbie 47 osób, pod przewodnictwem delegata Związku generalnego lekarzy w Czechosłowacji, chirurga Państwowego szpitala w Pradze, Doktora Milana Janu i sekretarza wycieczki, Redaktora i Administratora pisma „Praktický Lekar” Doktora Adolfa Ribrida.

Po powitaniu na dworcu miłych i dawno oczekiwanych gości przez przedstawicieli Rządu, Uniwersytetu Stefana Batorego, Samorządu Miejskiego i Świata lekarskiego, uczestnicy wycieczki udali się do miasta. Zwiedzono Kliniki i Zakłady Uniwersyteckie oraz zabytki architektoniczne Wilna i górę Zamkową. Wycieczkę towarzyszył z ramienia Uniwersytetu Dziekan Wydziału Sztuki Prof. Ruszczyk, który dawał wyjaśnienia w sprawach dzieł sztuki, oglądanych przez ekskursantów.

Po południu magistrat miasta Wilna przyjął wycieczkę obiadem, na którym wygłoszone zostały liczne przemówienia, podnoszące doniosłą chwilę, kiedy lekarze, przedstawiciele dwóch bratnich narodów po długiej przerwie, wywołanej dziejami, znów się spotkali. Ze strony gości Czesko-Słowackich przemawiali Dr. Janu, Dr. Antoni Bohorecki, redaktor Ribrid i wielu innych.

O godz. 6-ej wieczorem w lokalu Towarzystwa Lekarskiego odbyło się uroczyste posiedzenie. Po zakończeniu programu zabrał głos i pięknie przemawiał przewodniczący wycieczki Dr. Milan Janu. Członkowie wycieczki na ogólną prośbę złożyli swe podpisy w pamiątkowej Księdze Złotej, co będzie na zawsze cenną pamiątką odwiedzin kolegów Czecho-Słowaków.

Po posiedzeniu wszyscy zebrani udali się do „Ogniska Akademickiego” gdzie na miłej, koleżeńskej pogawędce spędzony został krótki czas dzielący nas od odjazdu naszych miłych gości. Ze smutkiem żegnaliśmy ich na dworcu, pocieszając się nadzieją spotkania na Zjeździe Wszechrzeczności w Warszawie.

Wycieczka kolegów Czecho-Słowackich pozostawi w pamięci naszej niezatarte wspomnienie. Nawiązany został kontakt, poznaliśmy się i zbliżyli do siebie wzajemnie. Oby spotkanie to kolegów - braci doprowadziło do mocnych więzów przyjaźni i sympatii pomiędzy światami lekarskimi czesko-słowackim a polskim!

PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego MIESIĘCZNIK

ROK III — 1927

ZESZYT I

STYCZEŃ — LUTY.



WILNO,

NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH
I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ”, DRUKARNIA „PAX”. UL. ŚW. IGNACEGO 5.