

NOWINY LEKARSKIE

ORGAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIÓŁ NAUK
POZNAŃSKIEGO

wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu
staraniem

KOMITETU REDAKCYJNEGO,

składającego się z DDr.: Chłapowskiego, Koehlera, Świderskiego, Świąckiego,
Wicherkiewicza, Zielewicz z Poznania i Dr. Szumana z Torunia.

BIURO REDAKCYJNE

znajduje się u przewodniczącego komitetu
redakcyjnego, Dr. B. Wicherkiewicza,
ul. Św. Marcina Nr. 6.

ADMINISTRACJA I EKSPEDYCJA:

w drukarni Fr. Chocieszyńskiego, Poznań,
Wodna ulica nr. 15.

Przedpłata, którą przyjmują: Drukarnia nakładowa Nowin lek., księgarnie J. K. Żupańskiego w Poznaniu, Krzyżanowskiego w Krakowie; Gebethnera & Wolffa w Warszawie, jako też wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niemieckiego, wynosi:
rocznie: w Niemczech 10 m. [z przes. 12 m.], w Austrii 6 zlr. [z przes. 7 zlr.], w Król. Pol. i Rosyi 5 rs. [z przes. 6 rs.]
we Francyi 12 fr. [z przes. 15 fr.].
półrocznie: w Niemczech 5 m. [z przes. 6 m.], w Austrii 3 zlr. [z przes. 3,50 zlr.], w Król. Pol. i Rosyi 2,50 rs. [z przes. 3 rs.]
we Francyi 6 fr. [z przes. 7,50 fr.].

Szósty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie od 17. do 21. lipca 1891 roku*).

Pierwsze ogólne posiedzenie dnia 17. lipca o godz. 11 przed poł.

Po solennem nabożeństwie, które o godzinie 8 rano JE. książę kardynał Dunajewski odprawił w katedrze na Wawelu, a w którym uczestnicy Zjazdu i członkowie komitetu liczny wzięli udział, zebrali się wszyscy uczestnicy i członkowie Zjazdu w pięknie w chorągwie, festony i herby przybranym gmachu gimnazjum Nowodworskiego, gdzie odbyło się pierwsze ogólne posiedzenie Zjazdu. O godzinie 10-tój sala amfiteatralna zapełniać się zaczęła doborową publicznością, a po krótkim już czasie olbrzymia sala pełną była po brzegi.

Prof. dr. Rostafiński, jako przewodniczący Wydziału gospodarczego, wstąpiwszy na estradę zagaił Zjazd następującą przemową:

Panowie! Mam zaszczyt powitać imieniem Wydziału gospodarczego wszystkich łaskawych członków i uczestników zjazdu. Przed 22 laty odbył się pierwszy zjazd lekarzy i przyrodników polskich za inicjatywą Dra Adryana Baranieckiego, który dwa lata przedtém myśl tę w Towarzystwie Lekarskiem poruszył i następnie z pomocą Towarzystwa Naukowego do skutku doprowadził. Zjazd ten pod każdym względem był bardzo skromny, miał zaledwie 263 uczestników, a składał się z czterech tylko sekcji. Dziś spojrzymy na to mnóstwo osób zgajających salę, których ilość w czwórnasób przekroczyła liczbę członków pierwszego zjazdu! Jeżeli przypomnimy sobie, że dziś mamy 16 sekcji, na które Zjazd się dzieli, że ze Zjazdu ogólnego wyłonił się już jeden Zjazd specjalny, który corocznie się zbiera, a zapowiada się ich więcej — że w r. 1869 ledwie 2 czasopisma lekarskie wegetowały, a dziś 8 istnieje na silnych podstawach — to musimy przyznać, że postęp nauk przyrodniczych i lekarskich w Polsce rozwinął się znakomicie. Ale właśnie dla tego, że dziś zajmujemy już takie stanowisko, zwróćmy się wstecz. Zapytajmy, dla czego było inaczej przed 20 laty? Ta rzecz wymaga pewnego wy-

*) Materiału do niniejszego sprawozdania dostarczyli nam poproszeni o to przez redakcję koledzy referenci, biorący udział w pojedynczych sekcjach Zjazdu. Nadto czerpalśmy z „Dziennika Zjazdu“.

jaśnienia, a wyjaśnienie to może nam dać tylko historia nauk przyrodniczych i lekarskich w Polsce.

Postaram się obecnie w krótkim przemówieniu, jak najtreściwiej przedstawić, jaką drogą obie te umiejętności w kraju naszym się rozwijały.

Zjawiamy się w historii, jako lud uspołeczniony i mający kulturę, a zatem niewątpliwie także pewien zasób wyobrażeń przyrodniczych i lekarskich, bo to jest wszystkim, nawet pierwotnym ludom właściwe; ale jakie są te wyobrażenia, tego źródłowo nie idzie wykazać. To co dziś folklorystyka zbiera, to przemawia nie za tem, żeby dojść można jakie były wyobrażenia praociców naszych w pogaństwie, ale raczej wskazuje, że co dziś wśród ludu żyje, to są zażytki wyobrażeń starożytnych, dalekie echa pism greckich i łacińskich, zwłaszcza Dioscoridesa i Pliniusza, które przez kulturę zachodnią i cywilizację XVI w. do dworów i kół uczonych się dostają, a w następnych dwu wiekach do ludu przeniesione zostały.

Zaczyna się nasz rozwój przez przyjęcie tej cywilizacji Zachodu, którą nam niesie Kościół, a które stanowią dziś — jedno i drugie — najpotężniejszą zaporę przeciw wszelkim pokusom, któreby naszą narodowość chciały obalić i osłabić. Ale długiego czasu było potrzeba, żeby naród żyjący w pierwotnych warunkach doprowadzić do wysokiego stopnia umysłowości. To zrozumie przyrodnik właśnie najłatwiej, bo wie, że i na lawie Wezuwiusza po upływie wieków wyrasta winna macica, i perli się po tem z owoców jej faleru. Ale zanim to do skutku dochodzi, wieki mijają. Najprzód na skorupie zastygłej lawy osiadają bardzo niepozorne i nikłe mchy i porosty; wytwarza się po trzech wiekach już mała warstwa gleby, a na nich osiadają wyższe rośliny; znów po wiekach tworzy się wreszcie humus, na którym wszystko bujnym sokiem żyje.

Tak samo zupełnie z historią kultury i cywilizacją. Pierwsze wieki nie pokazują prawie żadnych śladów i upływa cały ich szereg, zanim naród dojdzie do takiego uspołecznienia, że może zająć się nauką i umiejętnością. W jaki sposób ta najdawniejsza warstwa cywilizacyjna szerzyła się i układała na lawie pogańskiej naszego narodu, to widzimy jeszcze w okolicach Krakowa najlepiej, w 3 punktach, które znamionują 3 wytyczne momenty tej kultury. W XI w. osiadają na Tyńcu Benedyktyni, na fortyfikowanym klasztorze, osiadają, jako pierwsi pionierowie cywilizacji; jeszcze chronią się wałem i murem przed ludnością, która trzyma za dawnymi bogami i opiera się nowym prądom cywilizacyjnym. O wiek później na Mogile Cystersi, którzy schodzą do ludu, własnymi rękami trzebią lasy, uprawiają ziemię i nie lękają się już żadnych przeszkód ze strony społeczeństwa. W XIII w. Franciszkanie osiedlają się już w samym Krakowie, gdzie jest mieszczaństwo, pierwsza podstawa każdej umysłowej pracy. To też od XIII w. dopiero dadzą się wykazać w zachowanych dokumentach pierwsze nazwiska lekarzy, nie po nich nie pozostało prócz nazwiska. Zajmując się tem specjalnie i zbierając skrzętnie, zdołałem zebrać zaledwie około 30 nazwisk w wiekach XIII, XIV; w obec tak małej liczby dochowanych dokumentów historycznych i ten szereg jest pokaźny. Oczywiście odnoszą się do średniowiecznej kultury. Historia dawno wykazała, że tylko nieuctwo może uważać wieki średnie za okres ciemnoty, owszem są to wieki, które przenoszą starożytną kulturę, wprowadzając najczęściej nie nowego nie dodając, ale to dla tego, że liczba współpracowników jest bardzo ograniczona. Jeżeli więc naród jakiś może się pochlubić nazwiskiem głośnym, które posunęło naukę naprzód, ztąd niewątpliwie wielka nań spływa chwała. I my mamy wśród tych 30-tu jedno głośne w całej Europie imię Vitelio czyli Ciolek, którego dzieła jeszcze odpowiedniego oczekują opracowania.

W XIV wieku zaczyna się u nas, że tak powiem, protorenesans, jeżeli tak nazwiemy ruch społeczny i umysłowy epoki Kazimierzowskiej. Można powiedzieć, że dwa razy stykamy się bezpośrednio z Włochami, a za każdym razem wykłuta wskutek tego kultura i cywilizacyjny rozwój wszystkich nauk, przez dom Andegawski i dwór węgierski, najświetniejszy w ówczesnej Europie, i związki z nim polskiego monarchy, powstaje jako istotny wyraz tych wpływów Uniwersytet nasz z r. 1364. Krótki jest czas jego trwania. Po śmierci króla Kazimierza zaszły nieporządki sprawiają, że dogorywa i nawet nie wiemy, czy dotrwał do tego, który królowa Jadwiga z tego samego domu pochodząca na łożu śmierci jako ostatnią swą wolę odnowić przykazała i uposażyła. I tu trzeba powiedzieć, że kto rozpatrzy się w rękopisach Jagiellońskiej Biblioteki, których całe mnóstwo odnosi się do pracy lekarzy tej epoki, ten widzi jasno, że wpływ na te początki kultury z Czech był niewątpliwie wielki. Był to najbliższy nas Uniwersytet, tam przed Jagiellońskim jeszcze powstało kosztowne Jagiellońskie kolegium, do którego posyłano młodych ludzi i ci niewątpliwie w nowozałożonym naszym Uniwersytecie pokaźne zajęli miejsce. Znać ten wpływ w terminologii, w nazwach roślin, które z Czech przyszły do Polski i rozszerzają się, jak to sam sprawdziłem aż do Wolgi w następnych wiekach XVII i XVIII. Wyływ czeszczyzny, jak własnymi studjami stwierdziłem, był bardzo widoczny i silny. Jak Uniwersytet nasz stał w wieku XV, to wiemy po części z porównania tej gałęzi nauk przyrodniczych, która wówczas najbardziej do porównań się nadaje, z astronomią, która wykazuje, że pod tym względem staliśmy świetnie; co do lekarzy, dotąd prac pod tym względem prawie, że nie ma, ale mamy do nich doskonały materiał, bo w Bibliotece Jagiellońskiej istnieje kilkaset egzemplarzy rękopisów ówczesnych wykładów, z których stanowczo dowiedzieć się można, jakie wykłady były i w jakim zakresie. Jeżeli zastanowimy się nad nazwiskami słynnymi w historii medycyny, to powiedzieć można, że nie ma ani jednego głośniejszego dzieła, któreby gdzie indziej wykładano a u nas pomijano. Zresztą profesorowie Wydziału lekarskiego z XV w. jeździli za młodu przeważnie do Włoch, tam się kształcili i co było najświetniejszą zdobyczą swojego czasu, to do nas przynosili. Nakoniec XV i początkiem XVI wieku przypada najświetniejszy okres naszego Uniwersytetu; w XVI wieku pokazuje się owo nigdy nie wygasające słońce naszej chwały, Mikołaj Kopernik, którego skutki umysłowej pracy dopiero w tym wieku byliśmy w stanie należycie odczuć i do pojęć naszych ogólnych włączyć,

bo wynik pracy Kopernika nie tyle pod tym względem był znakomity, że odkrył fakt dotychczas nieznanym w astronomii, tylko w tym, że wskutek odkrycia tego faktu, stanowisko człowieka w wszech świecie zupełnie zostało zmienione. W wyobrażeniach średniowiecznych ziemia jest centrum systemu całego a na tej ziemi naturalnie człowiek, który był królem stworzenia. Skoro przez nowy system pokazało się, że ziemia nie jest w systemie słonecznym środkowym punktem, a sam ten system do którego należy, jest pyłkiem w wszechświecie, to marzenia i duma średniowiecznego człowieka od razu runęły.

Trzy okoliczności działają najwybitniej na rozwój nasz społeczny i naukowy, i w ogóle pod każdym względem w XVI wieku, te są: odkrycie Ameryki, reformacja i wprowadzenie zakonu Jezuitów. W naszych pismach XVI w. niemal całkiem nie ma śladów odkrycia Ameryki; a wzmianki które istnieją, są takie niepokaźne i nic nie mówiące, że zdawałoby się na pierwszy rzut oka, że fakt ten żadnego znaczenia u nas nie miał i wpływu nie wywarł. Ale około r. 1520 na każdej prawie karcie ulotnych pisemek, znajdujemy narzekania na pięciokrotne podrożenie wszystkich potrzeb a zatem na stanie pieniędzy, co miało to dla społeczeństwa i Uniwersytetu współcześnie niepomierne znaczenie. Dla społeczeństwa dla tego, że wskutek zapotrzebowania przemysłu, który się zaczyna rozwijać w centrach na Zachodzie, zapotrzebowanie zboża było tak wielkie, że kultura gleby z pewnością w bardzo krótkim czasie dwa razy się powiększyła i dwa razy zajęła większy obszar niż poprzednio. Równocześnie mieszczeństwo rozwija się w bogactwie i dostatkach, a dla rozwoju nauk przyrodniczych jest to jednym z głównych fundamentów. Dla tego, że na wsi można być retorem, filozofem, poetą, mając wykształcenie odpowiednie, ale chcąc mieć zbiory, biblioteki, wymiany myśli między uczonymi, trzeba do tego takiego centrum jak miasto, i na podstawie badań moich własnych pewnych części nauk przyrodniczych powiedzieć mogę, że mieszczaństwo nie tylko w Krakowie ale nawet w małych miastach miało liczne biblioteki i w ogóle w rozwoju nauk żywy brało udział. Dla Uniwersytetu zaś ma stanie pieniędzy to znaczenie, że pensje 20 głównych t. zw. królewskich profesorów w grzywnach platne, jakie na początku XV w. przez fundatora były ustanowione, były rzeczywiście królewskim uposażeniem, ale pod koniec XVI w. stało się, że w wielkiej auli uniwersytetu staje profesor zwyczajny, królewski prosząc, żeby mu udzielono katedry na wydziale medycznym, bo 20 lat Uniwersytetowi służy, a oprócz tego, która dziurawa, nie niema i głodem przymiera.

Drugi czynnik, reformacja, ma tylko pośrednie znaczenie, ale kto chociażby w najgrubszych zarysach obeznany z literaturą, ten przyzna, że od drugiej połowy XVI w. ogromna ilość pracowników i to najtęższych umysłów, zajmuje się sporami teologicznymi, a że to odciąga naturalnie dzielnych i pracowitych ludzi od ścisłych badań, to żadnej nie ulega wątpliwości.

Nareszcie pod koniec XVI w. przybywają do Polski Jezuiti i po krótkim czasie zaczynają walkę z Uniwersytetem. Przyjęci jak najlepiej przez Uniwersytet, wyposażeni przezeń uczniami, którzy chwałę zakonu stanowią, że tylko dwa nazwiska wspomnę, Skargę i Herbesta, wkrótce zaczynają z Uniwersytetem rywalizować i chcą w Poznaniu, we Lwowie i w Krakowie mieć Akademię równorzędną z Uniwersytetem.

Przeciwko temu broni się Uniwersytet, mający bullę, która mu dawała prawo wyłączne wyższego nauczania. Uniwersytet, który był jednym organem oświecenia u nas mając po wszystkich miastach i miasteczkach swe szkoły, oparł się też najstanowczej. Że miał rację, dowodem najlepszym, że jedna Akademia Jezuitcka w Wilnie założona w roku 1678 z dwoma wydziałami, wcale nigdy nie kwitnęła, i skoro Władysław IV dał jej 1645 r. prawo rozszerzenia na dwa Wydziały a Lew Sapieha uposażył bogato, po niedługim czasie Wydział prawny upadł a na otwarcie Wydziału medycznego Jezuiti nigdy się nie zdobyli, chociaż posiadali nie królewskie, ale milionowe fortuny. Zresztą wypierają ze wszystkich miast kolonije akademickie i tym zyskują wpływ niezmierny dla tego, że obejmując ster wychowania i to w kierunku takim, który nam przygotował panegirystów i rokoszów. Wychowując całą szlachtę i mając w niej swoich uczniów, zyskują od nich częste zapisy i fundacje, jakie niegdyś na Uniwersytet sływały. Skutkiem tego Uniwersytet z jednej strony mając przez zniżenie wartości pieniędzy zmniejszone uposażenie a z drugiej straciwszy w narodzie pomoc, podupadał. Pod względem naukowym nie można go jednakże brać wcale w obronę. Z jednej i z drugiej strony współzawodnictwo było nie na polu nauki, ale prawowierności.

W pośród takich warunków, medycyna zrazu świetnie się rozwijała na naszym Uniwersytecie w XVI w. Piotr Weielicki z Obornik wprowadził do wykładu Hipokratesa. Magistrowie, którzy kończyli studia w Krakowie, tłumnie jadą do Włoch, do źródła tej galezi wiedzy w Padwie, a z pomiędzy nich Józef Struś zyskuje sławę europejską. Wprawdzie anatomia wykłada się teoretycznie, a lekarze korzystają z rzadkiej sposobności ćwiczenia złoceńców na Rynku Krakowskim, żeby się przekonać naocznie, czy serce u człowieka leży po tej samej stronie co u wieprza! Pod koniec wieku mnoży się liczba katedr i jest ich cztery, co jest niezwykłym zjawiskiem na północy Europy, gdzie np. w Gryfl do końca zeszłego wieku był jeden tylko profesor medycyny. W głośnym sporze między S. Zawadzkim a Sierpuskim, staje cały uniwersytet po stronie pierwszego, który w tezach swoich stawiał doświadczenie za podstawę medycyny, a naśmiewał się z amuletów i astrologii.

Cały ten świetny rozwój chylił się powoli w XVII wieku ku upadkowi i doszedł w XVIII wieku do tego kresu, na jakim zastała go komisja edukacyjna.

Do jej czasów nie ma właściwie w Polsce żadnego Towarzystwa naukowego. Wprawdzie w r. 1742 istnieje w Gdańsku Towarzystwo przyrodników, ale złożone przeważnie z Niemców, a choć łaski Stanisława Augusta na nie sływają, nie mamy żadnego prawa przyznawać się do niego. Następnie od roku 1777 istnieje Towarzystwo fizyczne w Warszawie, które po krótkim czasie całkiem upada. Dopiero jako skutek wszystkich prac Komisji Edukacyjnej, po upływie tej zawieruchy, która po naszej ziemi w latach 1800 do 1816 przeszła, powstaje cały

szereg instytucji, które dla rozwoju umysłowości i nauki mają pierwszorzędne znaczenie. W roku 1800 powstaje Towarzystwo naukowe w Warszawie; w r. 1803 Uniwersytet wileński; 1805 r. Towarzystwo lekarskie wileńskie; 1808 r. szkoła lekarska w Warszawie, 1816 Uniwersytet w Warszawie, a tegoż roku w Krakowie Towarzystwo naukowe, z którego z czasem powstała Akademia Umiejętności i odtąd zyskałszy podstawę silną. Nasz rozwój odtąd podobny jest do rzeki, która do czasu bucha wielką kaskadą i potem ginie gdzieś i zaledwie szmerem głosi o swém istnieniu. Przychodzi rok 1832, który większość tych instytucji ściera i gubi. Zostaje się na krótki czas szkoła medyko-chirurgiczna w Wilnie w latach 1831—41.

Ruch naukowy w Warszawie ustaje zupełnie, a kto zna literaturę, wie doskonale, że przez pół wieku, do powstania Szkoły Głównej Warszawskiej, wszystko, co się rozwijało pod względem przyrodniczych nauk, wyszło z tego dawnego Uniwersytetu i tylko jego uczniowie utrzymywali tradycję i rozwój przyrodoznawstwa. Po r. 1830 naród, który takiego rozczerzania i kłęski doznał, szukał pokrzepienia ducha w historii. To też tego utrudnienia nauk przyrodniczych był szczególniejszy powód; w całej literaturze dominującym czynnikiem są przedewszystkiem prace historyczne, które górują tak, że można powiedzieć, że o innych całkiem nie słychać a zwłaszcza nauki ścisłe, ledwie tolerowane. Starszej generacji Panów pozwolę sobie przypomnieć wrażenie wydanéj w Warszawie książki *Gawęd Naukowych* A. Zagórskiego. Gazeta codzienna, która je pomieszczała, była rozczytywana, a książkę samą podawano jako coś nadzwyczajnego i ze względu na stosunki była rzeczywiście niezwykłym zjawiskiem. Ale to dowodzi upadku, w jakim nauki przyrodnicze w owym czasie znajdowały się. I dopiero drugi raz rzeka rozwoju nauk pełnym popłynęła strumieniem od chwili, kiedy język nasz rodzimy w Szkole Głównej w Warszawie i na dwóch naszych Uniwersytetach uzyskuje prawo wykładu. Skupia się całe mnóstwo pracowników, uczniów i pokolenie dzisiejsze, składające się w znacznej części na to Dostojne Zgromadzenie, z tego czerpało źródła. Nie można jednak przemileć, że po za temi najważniejszymi momentami są usiłowania godne wszelkiej pochwały, t. j. w pierwszym rzędzie w roku 1870 Towarzystwo nauk ścisłych w Paryżu, w roku 1857 powstaje Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu, w r. 1864 wyłania się z niego Sekcja lekarska. W roku 1876 powstaje we Lwowie Towarzystwo Kopernika, a w r. 1881 po skasowaniu Szkoły Głównej Pamiętnik fizyograficzny i ktokolwiek chociaż bliżej styka się z tą publikacją, nie może oprzeć się przekonaniu, że to tomy monumentalne zebrane bez żadnej pomocy i środków, prócz tych, jakich dostarczają usilność i praca, mają wielką doniosłość. I chociaż nie wymieniam dziś nazwisk, to jednak ze względu, że ten co w tym przypadku dał inicjatywę, już do nas nie należy i należeć nie może, wspomnę, że był nim Eugeniusz Dziewulski, wychowaniec szkoły głównej, koło którego w Warszawie życie naukowe przyrodoznawstwa skupiało się.

Powiedzieliśmy, że po wielu wiekach, jeżeli lawa zostanie zamienioną na humus, wtedy dopiero można z niej zbierać najlepsze i najobfitsze plony, tak było i z naszą umysłowością. Praca współczesna na trzech uniwersytetach, przygotowała taki rozwój umysłowości, że może powstać z Towarzystwa naukowego krakowskiego najwyższa Instytucja naukowa, jedyna na całą polską, jaką z łaski Najjaśniejszego Pana posiadamy, Akademia Umiejętności. Czy Akademia wywiązała się należycie ze swego zadania, to zupełnie do mnie nie należy, ale że ona umożliwia wszystkim tym, którzy musieli niegdyś swoją wiedzę i nazwiska obcym literaturom zostawić, żeby się skupili i żeby wszystkie prace polskie wychodziły pod wspólną firmą i zostały własnością naszego narodu — to rzecz pewna.

Spółcześnie prawie z założeniem akademii przypada I. Zjazd w Krakowie, a chociaż często słyszymy, że Zjazdy te mają więcej towarzyskiego niż naukowego znaczenia, to jednak pod żadnym względem na to zgodzić się nie można. Trzeba przedewszystkiem pomyśleć, że nie tylko my sami ale wszystkie narody składają się z jednostek więcej i nie mniej pilnych i pewnej podniety do pracy zawsze potrzebują. Nie jeden członek, dla tego, że się na Zjazd wybiera, przywiezie albo drobną wiadomość, któraby może zaginęła, albo nawet poważną pracę, któraby leżała w tece, gdyby nie bliska sposobność podzielenia się z kolegami. Podczas Zjazdu też następuje nie tylko towarzyska ale i naukowa wymiana myśli i pieraz kierunek przyszłych badań tutaj się oznaczy; w sekcjach zastanawiamy się jakie źródła obcej literatury przyswoić sobie należy, układamy terminologię i podajemy plan pracy na przyszłość.

Zresztą mając one tę ważną, a może najważniejszą zaletę, że pozwalają nam na 3 części rozerwanym od czasu do czasu razem się skupić i poczuć w jedność, a jeżeli kiedy to dziś niewątpliwie jest to jedną z najważniejszych naszych potrzeb. Jedyna pozostała nam broń umysłowa i niewątpliwie na tem polu tylko mogą nas czekać zwycięstwa i tryumfy.

Dziś nam obowiązkiem trwać w milczeniu głuchem

„Dziś tylko wolno naprzód posuwać się duchem“
I przysposabiać sobie siły, zasób świeży,
Zanim nam „Bóg obronę przyszłości powierzy.“

Przemowa ta przyjęta została grzmiącymi oklaskami, po ustaniu których prof. Rostafiński imieniem Wydziału gospodarczego zaproponował na prezesów honorowych: DDr. Adryjana Baranieckiego, JEx. Józefa Majera, Ignacego Baranowskiego i reprezentanta czeskiej Akademii dr. Raymanna.

Na prezesa I-go posiedzenia dr. Sokołowskiego z Warszawy, na wiceprezesów prof. Mareša z Pragi i dr. Święcickiego z Poznania.

Na prezesa II-go posiedzenia prof. dr. Laskowskiego z Genewy, na wiceprezesów protomedyka dra Merunowicza ze Lwowa i p. Dicksteina z Warszawy.

Na sekretarzy ogólnych posiedzeń sekretarza Wydziału gospodarczego doc. dr. Zarewicza, oraz prof. dr. Józefa Puzynę ze Lwowa i p. Wł. Natanson z Warszawy.

Propozycję ten przyjęto przez aklamację, a wybrani zajęli wśród oklasków miejsca na estradzie.

Następnie przewodniczący udzielił głosu prezydentowi miasta dr. Słachetowskiemu, który w jędrnych i serdecznych słowach powitał członków w imieniu miasta Krakowa.

Z kolei odczytał sekretarz spis delegacyi na Zjazd, a następnie licznie nadeszłe telegramy i pisma z różnych części świata.

Stosownie do porządku dziennego nastąpił odczyt prof. dr. Baranowskiego: *O łączności we względzie metody między badaniem klinicznym i przyrodniczym*. Ustrój ludzki, mówi prof. B. również jak i jego pojedyncze narządy posiadają zdolność przystosowywania się do wpływów świata zewnętrznego, a nawet, jeżeli początkowo wpływy te są szkodliwe dla ustroju, czyli gdy przystosowywanie się ustroju do nich jest na razie niedostateczne, to po dłuższem ich działaniu organizm do nich się przyzwyczaja, czyli porządkujące i wyrównywające czynności ustroju zostały stopniowo rozbudzone i wyćwiczone. Jednakże czynności te są ograniczone, i jeżeli bodźce zewnętrzne zakreślą granicę przekroczą, wtedy powstają zboczenia od prawidłowej sprawy życiowej. Ustrój, w którym takie zaburzenia istnieją, przedstawia odmienną formę bytu, a określenie tej formy jest właściwą czynnością rozpoznania. Ze ścisłego badania fizjologicznego dowiedzieliśmy się, że pewne objawy stoją w stosunku przyczynowym do siebie, w innych przypadkach nauka nie daje nam wytłumaczenia, dla czego pewne szeregi objawów bez związku przyczynowego znachodzą się zazwyczaj obok siebie, czego nas znowu doświadczenie nauczyło. Zestawienie tych zdobyczy bądźto nauki, bądź też czystej empiryi, jest również pomocnem w rozpoznawaniu. To postępowanie przy badaniu i rozpoznawaniu wskazuje, że między badaniem klinicznym a przyrodniczem różnicy zasadniczej nie ma. Dla tego też „jedyną szkołą dla umysłu lekarza jest badanie przyrodnicze“. Oddający się studjom lekarskim wprzód, zanim dotknie się nader zawiłych i trudnych zadań klinicznych, winien nie tylko być obeznany z treścią nauk przyrodniczych, ale nadto obyty z metodą badania przyrodniczego. Klinikę poprzedzić winna pracownia chemiczna, biologiczna itp. Nie dość być świadkiem badania, należy w niem brać udział bezpośredni, należy nawet dojść do zdolności wykonywania na własną rękę owego badania. Szanowny prelegent dopomina się koniecznie, aby zmieniono porządek studjów lekarskich w tym duchu, iżby naukom przyrodniczym i biologii a szczególnie badaniu laboratoryjnemu więcej można było czasu poświęcić niż to się dzieje dotychczas, natomiast pewne specjalności w medycynie praktycznej, które zajmują dziś niestosunkowo wiele czasu, należałoby ograniczyć i w znacznej części poza program studjów uniwersyteckich usunąć. Za piękny odczyt zebranie nagrodziło prelegenta hucznymi i przeciągłymi oklaskami.

Z kolei przemówił Dr. Śliwiński jako dyrektor wystawy, zapraszając na nią członków Zjazdu.

Następnie przedstawił doc. dr. Zarewicz imieniem Wydziału gospodarczego na sędziów wystawy: z Warszawy pp. Dicksteina i dr. Pollaka, ze Lwowa mag. far. Kochanowskiego, prof. Pawlewskiego, dr. Ziembickiego i doc. dr. Obrzuta z Pragi, z Krakowa prof. dra Głuzińskiego, prof. dr. Janczewskiego i doc. dra Walentowicza, z Poznania dr. Święcickiego.

Wniosek ten został przyjęty przez powszechną aklamację.

Wreszcie prof. Rostafiński imieniem Wydziału gospodarczego przedstawił skład komisji do zaproponowania miejsca i czasu przyszłego Zjazdu. W skład komisji tej weszli: DDr. Rydel, Ziembicki, Dunin i Święcicki.

Na tem przewodniczący dr. Sokołowski zamknął posiedzenie.

Drugie posiedzenie ogólne dnia 20 lipca o godz. 4 po poł.

Na wstępie zabrał głos przewodniczący zebrania, protomedyk Dr. Merunowicz i wezwał sekretarza Dr. Zarewicza, do odczytania nadeszłych w ostatnich dniach telegramów. Staje się temu zadość.

Następnie zaprosił przewodniczący Dra Adama Mahrburga z Warszawy do wygłoszenia zapowiadzanego odczytu p. t.: *Psychologija współczesna i stanowisko jej w systemie wiedzy.*

Prelegent korzysta z okoliczności, że po raz pierwszy u nas sekcja psychologiczna została wcielona w skład zjazdu lekarzy i przyrodników i rozwija obraz psychologii współczesnej. Pomimo postępów dokonanych przez psychologię w najnowszych czasach, pod względem rozmiarów i ścisłości osiągniętych rezultatów ustępuje ona naukom fizycznym i biologicznym. Fakt ten mógłby się wydać dziwnym wobec tego, że przedmiot, który psychologija bada — zjawiska i procesy psychiczne — jest najbardziej bezpośrednio dla nas dostępny. Zastanawiając się jednak nad zasadniczymi prawami psychologicznymi, prawem względności, kojarzenia, syntezy i odtwarzania, przekonywamy się, iż żadne z nich nie mogło być odkryte za pomocą samoobserwacji bezpośredniej; zawsze niezbędną była poprzednia analiza świata pozapodmiotowego i następne porównanie szeregu zjawisk psychicznych z szeregiem fizycznych i biologicznych. Odtworzenie ciągłości przyczynowej szeregu psychicznego nie mogło być dokonane ani na podstawie samoobserwacji, ani przy pomocy takiej koncepcji, jaką jest dusza, rozważana jako substancja, lecz musiano zacząć rozważać szereg psychiczny jako funkcję szeregu fizycznego i biologicznego. Sam szereg biologiczny przedstawia się jako nieciągły, przerywany i ciągłość jego przyczynowa, genetyczna, może być odtworzona tylko w ten sposób, że go rozważamy, jako funkcję szeregu fizycznego; w tym ostatnim tylko odnajdujemy tę ciągłą podstawę, której szukamy: stałość bytu wyrażoną pod postacią zasady zachowania materii i ciągłość przyczynową wyrażoną pod postacią zasady zachowania energii. Gdzie tylko biologia zdołała odtworzyć przyczynową i genetyczną ciągłość szeregu swego, tam psychologija podążała w ślad za nią.

Następnie daje autor pogląd na psychologija, jej stosunek do nauk fizycznych i biologicznych, twierdząc że cały zasób wiedzy naszej o świecie może być podzielony na trzy odrębne dziedziny: fizyczną, biologiczną i psychologiczną. Niesłusznie nazwano nowożytną psychologija, która bada odpowiedni dział przyrody, materjalistyczną. Trudno, powiada prelegent w swym gruntownie opracowanym odczycie, zdać sobie sprawę, co zarzut ten wyraża, o ile się nie kryją po za nim pewne sympatyje i antypatyje, które nie mają nic wspólnego z nauką. Materjalizm jest doktryną metafizyczną, która usiłuje z substancji materjalnej wyrozumować cały świat zjawisk. W tém znaczeniu zarzut ten zarówno byłby ciężkim, czy go skierujemy przeciwko psychologii, czy przeciwko fizyce. Ale właśnie psychologija współczesna na zarzut ten nie zasługuje, gdyż w osobie wszystkich bez wyjątku wybitniejszych przedstawicieli swoich jest daleką od tendencji materjalistycznych. Odwoływanie się do uwarunkowań fizycznych i biologicznych nie jest jeszcze materjalizmem. Jestto raczej empiryzm, który przyznaje, że żadnego zjawiska, a zatem i duchowego, wyrozumować nie jest wstanie; jestto metoda, która wiąże przyczyny i skutki nie metafizycznie, lecz na tej jedynie podstawie, że w granicach doświadczenia następują one stale po sobie; która nie zna substancji, lecz tylko nierozdzielne współbytności. W tém znaczeniu psychologija współczesna mogłaby być słusznie nazwana empiryczną albo doświadczalną.

Tém bardziej rzeczony zarzut materjalizmu nie może się ostać wobec pewnych tez ogólnych, znamienych dla psychologii współczesnej. Jedna z tych tez wyraźnie wciąż zaznaczanych twierdzi, że pomiędzy zjawiskiem lub procesem fizycznym a psychicznym, pomiędzy tém, co poznajemy jako przedmiot, a podmiotem, istnieje przerwa jakościowa, *hiatus*, przepaść, której niczem wypełnić nie możemy; żadnym sposobem faktu świadomości nie możemy rozłożyć na pierwiastki kształtów, ruchów, oporu, a więc nie możemy sprowadzić go do materii i jej procesów. Druga znów teza formuluje t. zw. paralelizm psychofizjologiczny: każdy stan lub szereg stanów świadomości musi być całkowicie uwarunkowany przez procesy fizjologiczne, zachodzące w odpowiednio uorganizowanej tkance mózgowej; pewnym procesom w mózgu nieuniknionie towarzyszą akty psychiczne i każdej zmianie w przebiegu zjawisk psychicznych musi odpowiadać jakaś konieczna i dostateczna zmiana w układzie nerwowym. Słowem, gdziekolwiek zachodzą zjawiska lub procesy psychiczne, tam zawsze stwierdzamy, lub możemy się domyślać z uzasadnieniem należytém, procesów fizjologicznych, chociaż odwrotnie, procesy fizjologiczne w mózgu mogą zachodzić bez towarzyszących im zjawisk świadomości. A zatem, paralelizm ten jest jednostronny, psychofizjologiczny, nie zaś fizjopsychologiczny, i na tej zasadzie szereg psychologiczny uważamy za funkcję szeregu fizjologicznego. Jeżeli się często mówi o wpływach psychicznych na sprawy organizmu, to jestto skrócenie, które dosłownie nie da się uzasadnić teoretycznie: przez to się wyraża tylko, że stan fizjologiczny, któremu towarzyszą takie a takie akty świadomości, oddziałują na organizm lub pewne części jego. W żadnym punkcie ciągłości przyczynowej szeregu fizycznego przerywać nie możemy, nawet w tych punktach, gdy zjawiskom fizjologicznym towarzyszy świadomość.

Jest wszakże pewien rys znamieny w psychologii współczesnej, który posądzeniom jej o materjalizm mógłby nadać pozory słuszności. Psychologowie współcześni zbyt często kładą nacisk na to, że zjawiska psychiczne same przez się, jako fakty podmiotowe, nie mogą być uważane za czynniki, które byłyby w stanie warunkować coś w świecie; same, w oderwaniu od podkładu fizjologicznego, są bezsilne. Z tego względu nazwano je zjawiskami do-

datkowemi, albo, jak się wyraża Maudsley, epifenomenami. A ponieważ znany jest fakt, że pod wpływem ćwiczeń po pewnym czasie fakt świadomości znika i pozostaje tylko mechanizm fizjologiczny, zupełnie sprawnie załatwiający czynność, która się przedtém odbywała pod kontrolą świadomości, tedy wysnuto ztąd dwa wnioski: jeden, że bieg spraw tego świata i nawet rozwój ludzkości i cywilizacji, byłby zupełnie ten sam, gdyby fakt świadomości nie istniał, bo automat fizjologiczny byłby się tak samo przystosowywał pod każdym względem do warunków otoczenia i na moey osiągniętych przystosowań automatycznie oddziaływałby na nie; drugi wniosek jest ten, że, ponieważ wszelkie czynności świadome z czasem stają się automatycznymi, więc kresem rozwoju jest całkowite zautomatyzowanie wszystkich czynności i, co za tém idzie, zupełny zanik życia psychicznego. Wnioski te, bardzo upowszechnione zwłaszcza w psychologii angielskiej i francuskiej, stanowią, być może, najslabszą stroną psychologii współczesnej.

Tkwia w nich błędy stanowcze: nasamprzód, zupełnie dowolnie utożsamia się mechanizm zautomatyzowany z mechanizmem świadomym; skoro w jednym przypadku świadomość jest obecna, w drugim zaś nie, tedy samo to już jest dowodem, że warunki w obu razach są odmienne; albo musielibyśmy chyba przyjąć niemożliwe założenie, że ściśle téż same warunki mogą wytwarzać skutki różne. Stany fizjologiczne uświadomione nie mogą stać się nieświadomymi i pomimo tego pozostać ściśle tém samym. Powtóre, niedorzecznością jest zapytywać, co mogłyby zdziałać, jak mogą wpływać na sprawy tego świata same tylko zjawiska psychiczne, wzięte w oderwaniu od ich podkładu fizjologicznego. Takich zjawisk psychicznych, któreby były niezależne od fizjologicznych, nie znamy wcale, a tém bardziej nie możemy ich rozważać jako czynniki na własną rękę. Jestto podobne do pytania: jak działałby cień drzewa, gdyby drzewa nie było? Niema żadnej racji do rozdzielania tego, co w rzeczywistości dane jest jako nierozdzielna współbytność psychofizjologiczna.

Przed stu laty Kant twierdził, że psychologia nie może być ani nauką ścisłą, ani doświadczalną; ścisłą nie może ona być dla tego, że dziedzina doświadczenia wewnętrznego, czyli szereg podmiotowy ma jeden tylko wymiar — czas; doświadczalną nie może być dla tego, że warunków doświadczenia wewnętrznego nie możemy zmieniać dowolnie, a tém bardziej nie możemy podmiotu myślącego poddać dowolnym warunkom eksperymentu. Psychologia współczesna obalila twierdzenia Kanta, zresztą i wobec ówczesnego już stanu wiedzy niesłuszne. Jakkolwiek czas pojmujemy, jako wielkość jednowymiarową, to wszakże jestto wielkość wymierna, do której się stosuje algebra; a zatem algebra mogłaby być także stosowana do zjawisk, które zachodzą i trwają w czasie. Oprócz wszakże zachodzenia i trwania w czasie, zjawiska psychiczne możemy rozważać pod względem stopnia ich napięcia czyli intensywności i nadto możemy je rozważać w stosunku do czynników fizycznych, które są wymierne. Tém się właśnie zajmuje w niniejszym lub większym powodzeniu psychofizyka i psychometryja. Skoro w dalszym ciągu psychologia na podstawie obserwacji i eksperymentu odnajduje stałe zależności skutków psychicznych od warunków fizycznych i biologicznych, więc przez to samo już jest ona nauką doświadczalną. Można by jęj zarzucić, że nie jest jeszcze dość ścisłą, albo że zbyt szczeruple osiągnęła wyniki na drodze doświadczalnej w porównaniu z innymi naukami. Zapewne, ale zależy to nie od dobrych chęci, lecz od tego, że przedmiot, który ona bada, jest bardziej zawily, niż przedmiot fizyki lub chemii. Z pewnością nie mniej poświęcono wysiłków umysłowych psychologii, jak wielu innym naukom, i nienajpośledniejsze umysły mierzyły się z jęj trudnościami. Nieścisłość nie tkwi w zasady w charakterze psychologii, niedostateczną zaś ścisłość można zarzucić w różnych stopniach każdej z nauk doświadczalnych.

Na pytanie, co psychologia nam daje, prelegent tak odpowiada: Ponad psychologią istnieje cała dziedzina wiedzy, która bada zjawiska i procesy jeszcze bardziej złożone, funkcyjne jeszcze bardziej pochodne i zawile, niż te, z którymi psychologia ma do czynienia. W dziedzinie téj, szereg psychiczny i fizyczny, każdy z całą swoją komplikacją, splatają się raz jeszcze w cały szereg nowych skutków. Jestto dziedzina t. zw. nauk duchowych, które badają skutki twórczości człowieka, oddziaływającego na otoczenie swoje żywe i martwe. Wszystkie składniki kultury i cywilizacji, jak mowa i obyczaje, bogaństwo i przemysł, religija, nauka i sztuka, instytucyje i organizacyja społeczna, czy je będziemy rozważali w pewnym dowolnie obranym momencie, czyli téż w perspektywie rozwoju historycznego, stanowczo nie dadzą się objaśnić bez teorii psychologicznej. Wszystko, co tylko psychologia osiągnęła przez swoje badania przy współudziale fizyki i bijologii, występuje wobec nauk duchowych jako cenny kapitał, którym w dalszym ciągu obrać można, który procentuje teoretycznie.

Psychologia wobec téj dziedziny wiedzy występuje w charakterze organu podstawowego. Dostarcza tu ona tego, czego jęj samęj dostarczyły fizyka i bijologia; daje możność anlizowania i przyczynowego wiązania zjawisk, ustala tę ciągłość przyczynową, która jest koniecznym warunkiem zrozumiałości naukowej. Specyalna dyscyplina, zwana etnopsychologią, stosuje teorię psychologiczną do objaśnienia mowy, obyczajów, mitów; etyka, estetyka i teoria poznania są właściwie specjalnymi dziedzinami zastosowań psychologii; nowożytny rozwój nauk społecznych jest wymownym dowodem tego, jak ściśle losy tych nauk zależą od rozwoju psychologii.

W systemie tedy wiedzy psychologia zajmuje stanowisko centralne, bo ona bada podmiot, który czuje myśli i pożąda, bez którego sam system wiedzy nie mógłby istnieć. Jest ona ogniwem, przez które wiąże się szereg nauk przyrodniczych z szeregiem nauk duchowych. Wsparłszy się sama na tamtych, dostarcza ona dla tych podpory. Jak kometa, z mglistych przestworów metafizycznych weszła ona w sferę przyciągania systemu nauk i, zawiązawszy z niemi żywe stosunki wzajemnych działań i oddziaływań, coraz bardziej zamyka drogę obrotu swego i nadal już wraz z tym systemem ręka w rękę będzie kroczyła ku jakimś nieznanym kresom wiedzy.

Praca na polu psychologii wre dziś na całej linii. Psychologowie zstąpili z wyżyn metafizycznych i terminują w pracowniach doświadczalnych i szpitalach; obserwują oni i badają zdrowych i chorych, dorosłych i dzieci, ludzi i zwierzęta; idą do matematyka, fizyka, biologa po naukę. Francuzi, Niemcy i Anglicy, idą o lepsze w gorliwości piśmienniczej i oryginalności pomysłów; za nimi podążają Włosi, Duńczycy, Amerykanie. Ilość pracowni psychofizycznych i psychofizjologicznych wzrasta z każdym rokiem, jak również ilość czasopism specjalnych, poświęconych różnym działom psychologii.

Nasza pierwsza sekcja psychologiczna, tak kończy prelegent interesujący swój wykład, wypada pomiędzy zjazdem psychologów w Paryżu w r. 1889 i zapowiadzanym w Londynie na rok przyszły. Nie dorówna ona tamtym pod względem rozmiarów i doniosłości, ale ważniejszy od rzeczy małych w nadziei, że się utworuje droga dla większych. Wymaga tego interes nauki i oświaty naszej.

(Huczne oklaski).

Po wyczerpującym tym odczycie, zaprosił przewodniczący Dr. Święcickiego, ażeby zdał sprawę imieniem komisji, mającej oznaczyć czas i miejsce przyszłego Zjazdu. Dr. Święcicki zakomunikował, że komisja, wybrana na pierwszym posiedzeniu celem obmyślenia miejsca na przyszły Zjazd za 3 lata, wybrała jedno-myślnie stolicę Wielkopolski. („Brawo!” oklaski).

Przewodniczący dr. Merunowicz: „Przyjmując wprost do wiadomości ten aplauz, nie poddaję sprawy pod głosowanie i stwierdzam, że panowie się zgadzają, aby przyszły Zjazd odbył się za trzy lata w Poznaniu. Proszę tylko p. sprawozdawcę o uzupełnienie, jakie komisja podaje wnioski co do przewodniczących Wydziału gospodarczego VII Zjazdu?” Referent: „Drowie Wicherkiewicz i Chłapowski.” Zebranie przyklaskuje temu wyborowi.

Następuje odczytanie wniosków sekcji. Na czele, wielkiej doniosłości zasadniczy wniosek, podpisany przez 25 członków: „Ażeby Zjazdom lekarzy i przyrodników zapewnić praktyczną wartość, pożądanem jest zachowanie pewnego związku pomiędzy jednym Zjazdem a drugim, ażeby komitet poprzedniego Zjazdu przekazywał uchwały tegoż następnemu i zakomunikował, jaki los te uchwały spotkał. Sekcja higieniczna wnosi, ażeby prowadzić dokładny spis uchwał Zjazdów.” Nader racjonalny ten wniosek, przyjęto bez dyskusji. Następnie ta sama sekcja higieniczna interpeluje wydział V-go Zjazdu, co się stało ze sprawą uchwalonego wówczas ustanowienia inspektoratu zdrojowisk krajowych? Odesłano na właściwą drogę do komitetu V-go Zjazdu. Z dalszych licznych wniosków, wyliczamy ważniejsze, które wskazywane przez aklamację przyjęto:

Słownictwo polskie lekarskie należy ujednolicić i w tym celu wydać drugie wydanie „Słownika Tow. lekarskiego krakowskiego” z r. 1881. Wszystkie Towarzystwa lekarskie polskie i redakcje zawodowych czasopism, zobowiążą się stosować do tego słownika. Od kandydatów studiów weterynaryjnych ma się odtąd wymagać świadectwa dojrzałości (matury), czas studiów przedłużyć na 4 lata, a kształcenie weterynarzy niższej kategorii ma być całkiem zaniechane, jako szkodliwe dla ogółu. Uchwalono przez aklamację wniosek Dra Syroczyńskiego, o zakładanie muzeów geologiczno-mineralogicznych w miastach powiatowych.

Następnie uchwalił Zjazd potrzebę osobnych zakładów dla chorych na egipskie zapalenie, tudzież wniosek o urzędową kontrolę optyków, ze względu na szkodliwość złych okularów.

Sekcja matematyczno-fizyczna, nabywszy przedmioty stanowiące wystawę wynalazków polskich, wnosi, aby je ofiarować miastu Krakowowi dla Muzeum techniczno-przemysłowego, z tem zastrzeżeniem, że będą one stanowiły zawiazek nowego działu dla przyszłego Muzeum wynalazków polskich.

Prezydent miasta, dr. Słachetowski, powstawszy, dziękuje za ten nowy dowód życzliwości i ufności dla gminy, zaręczając, że miasto „i w tym przedmiocie będzie się starało wszelkiej pomocy udzielić”. P. Dickstein, który podał myśl założenia Muzeum wynalazków polskich, zdaje sprawę ze składek sekcji na ten cel. Razem wyniosły one dotychczas 153 zlr. Uchwalono wydać w porozumieniu z wydziałem matematyczno-przyrodniczym Akademii umiejętności, dzieła znakomitego polskiego filozofa i matematyka Hoene-Wrońskiego. Demonstracyjne oklaski wywołał wniosek Dra Kołakiewicza o przypuszczenie kobiet do wykładów na wydziale filozoficznym, ewentualnie o urządzenie dla nich osobnych kursów. Przewodniczący

udziela głosu Drowi Śliwińskiemu, dyrektorowi wystawy, którego przemowę dosłownie podajemy:

„Panowie! cokolwiekby nam zarzucono, to przecież w charakterze naszym narodowym nie można się dopatrzeć ani cienia niewdzięczności; o ile nas stać, jesteście wdzięczni tym, którzy coś dobrego dla dobra pospolitego zdziałali. Takiego aktu wdzięczności mam dokonać na osobie prezesa honorowego Zjazdu, najczcigodniejszego Dr. Adryana Baranieckiego (huczne oklaski). Wszyscy, jak tu jesteście z całej Polski, znamy zasługi, jakie Adryan Baraniecki położył dla Zjazdów naszych i w ogóle dla Zjazdów polskich. On w roku 1861, pierwszy w napisanej wówczas broszurze zachęcał, abyśmy się zbierali i do wspólnej zagrzewał nas pracy. Wprowadzono tę myśl w czyn w roku 1869 — i tak się zaczęły Zjazdy polskich lekarzy i przyrodników. Już to jedno byłoby wielką zasługą. Ale czcigodny nasz Nestor ma drugą, jeszcze większą, a mianowicie zaprojektowanie i wykonanie pierwszej w owym roku wystawy przyrodniczo-lekarskiej. Wystawy te są pomysłem czysto polskim; dotychczas nawet Niemcy nie usiłowali odebrać nam zaszczytu pierwszeństwa. Wydział gospodarczy VI Zjazdu postanowił uczcić tego męża, przez to, że tym samym stemplem, co w r. 1869 bronzowany, dał teraz wybić medal złoty, a mnie przypadł zaszczytny obowiązek wręczenia złotego medalu wielkiemu temu patryjocie.“ (Odzywa się narodowa muzyka na krążanku. Wszyscy powstają i klaszcząc w dłonie przez kilka minut, składają hołd pełnemu zasług mężowi). W dalszym ciągu składa Dr. Śliwiński sprawozdanie z czynności jurorów wystawy, kładąc nacisk na to, że odznaczenie na obecnej wystawie podwójną ma wartość z powodu znacznej ilości wystawców, a stosunkowo niewielkiej medali.

Po tym sprawozdaniu przemówił w więcej jak skromny sposób Dr. Baraniecki, dziękując za dar i zaszczyt, który go „niezasłużenie“ spotkał, zastrzegając się, że tylko spełniał prosty obowiązek względem Ojczyzny i względem społeczeństwa, które kocha całym sercem.

Nastąpiło przemówienie czeskiego reprezentanta, prof. Dr. Mareša (po czesku). Przemówienie to przerywano ciągle okrzykami „wyborne“. Mówca tak kończy swe przemówienie: „Poznajmyż się tylko dokładnie nawzajem, a zniknie reszta nieufności i wszelki zawiazek nieporozumienia. Ten Zjazd był właśnie taką sposobnością, gdzie mogliśmy osobiste zawierać stosunki i dla tego dziękujemy za sposobność, którąście do wzajemnego poznania się dali“ (ponawiają się huczne oklaski). Dr. Dickstein z Warszawy dziękuje imieniem tamtej dzielnicy Polski.

W końcu przewodniczący wydziału gospodarczego, prof. Rydygier, zabiera głos celem pożegnania obecnych: „Zbliżają się do końca krótkie dni biesiady naukowej i towarzyskiej; zawczasie już dziś osądzać skutki naukowe Zjazdu, ale już od razu powiedzieć możemy, że za przeszłymi nie pozostaliśmy w tyle, ani też za narodami ościennymi, że przeciwnie, postępujemy w równym szeregu z nimi, i że nauka polska, tak samo, jak sztuka polska, w niektórych gałęziach w pierwszym nawet stoi rzędzie. Zjazd nasz, to żniwo z pracy od poprzedniego Zjazdu, a zarazem i pora zasiewu na dalsze trzechlecie. Tu podczas posiedzeń sekcyjnych poruszono różne myśli nowe, różne kwestyje żywotne, wymagające dyskusyi. Kiedy powrócimy do domów, zajmijmy się temi kwestyjami w ciszy naszych pracowni, a za trzy lata zjeździemy się jeszcze z obfitymi — da Bóg owocami tej pracy naukowej w Poznaniu. Od pierwszego Zjazdu ileż to postępu widzieliśmy na tym polu, a teraz może jeszcze więcej mamy prawa do otuchy, że następny Zjazd będzie obfity, mianowicie skutkiem założenia nowego wydziału lekarskiego we Lwowie.“

Wyraziwszy niezmierną radość całego świata naukowego polskiego z bliższego otwarcia tego wydziału, dziękuje jeszcze raz prof. Rydygier wszystkim obecnym Rodakom i Czechom. Do tych ostatnich zwracając się powiedział mówca: „Gdy powrócicie do domu, podziękujcie wszystkim stowarzyszeniom i instytucyjom, które się duchem z nami łączyły, powiedzcie wszystkim braciom waszym, jak szczerze i całym sercem Was kochamy, powiedzcie że pragniemy, żebyśmy zawsze byli sobie najbliżsi.“ (Grzmiące oklaski).

Na tem Zjazd urzędowo zakończono.

I. Sekcja medycyny teoretycznej.

Po zagajeniu posiedzenia przez prof. Browicza obrano sekretarzem kand. med. Zanietowskiego.

Posiedzenie rozpoczęło się odczytem prof. Mareš'a: O elektrickém podražděni nervu.

Praca traktuje o kwestyi, czy indukcyjny prąd elektryczny sprawia podrażnienie nerwu podwójne, katodą i anodą; doświadczenia przeprowadzone podług metody czasomiernej, jednobiegunowej przy dwubiegunowém ułożeniu, jednobiegunowej podług sposobu Schiffa wykazały, że przy indukcyjnych prądach katoda zaczyna wywierać podrażnienie, że jednak w małej przerwie zjawia się także działanie anody. Oba bieguny sprawiają przy natężeniu minimalném blizkiem podrażnienie jednakie; przy natężeniu wzrastającym następuje przewaga anody. Przewaga anody po za natężenie prądu, występuje także przez ochłodzenie nerwu. Między czynnością nerwu a polaryzacją elektryczną nie masz istotnego fizycznego determinizmu, jak wyrażony jest w prawie Pflügera, reakcja zaś nerwu na prąd elektryczny zmienia się stosownie do natężenia prądu, stosownie do stanu nerwu i innych okoliczności. Fizyczne teoryje czynności nerwów, zbudowane na podstawie tego pozornego determinizmu, nie zgadzają się z rzeczywistością. Doświadczenia wykonano przy pomocy nowego myografu Tomsy, czasomierną metodą elektromagnetyczną Tigerstedta.

Następnie miał odczyt prof. Dr. Chodounsky: O stosunku fizyologicznego działania do chemicznej budowy niektórych derywatów benzolowych.

Experymentowano z Benzołem, Toluolem, Cithylbenzołem, Cymolem, Chlorbenzołem, toluolsiarkanem sodu; dalej z Phenolem, Anisolem, Phenetolem, fenolsiarkanem sodu; wreszcie amidobenzołem, form-, acet-, butyr-, isobutyryl-, waleryl-, parachloracet- i phenylacetanilidem, siarkanem i octanem anilinowym. 99 wykonanych doświadczeń konstatują w zupełności charakterystyczną funkcję podstawionych rodni. Doświadczenia z substytutami nasyconych węglowodorów dowodzą, że możemy przez substytucję dostać z ciał fizyologicznie nie działających ciała, mające wyraźny wpływ na funkcyje organizmu. Natężenie działania nie odpowiada w tym szeregu molekularnej wartości podstawionych rodni.

Chlor ma tu w rdzeniu benzolowym swój wpływ. Natomiast w rzędzie derywatów phenolowych i anilinowych jest stosunek działania do molekularnej wartości prawie zupełnie ścisły.

Przez substytucyje bowiem działanie podrażniające phenolu i anilinu stopniowo przechodzi w narkotyzujące i paraliżujące, a zatem odwrotnie jak w derywatach parafinowych. Podczas gdy w acetanilidzie widać jeszcze pewne cechy anilinu, znika już ta fizyologiczna działalność w walerylanilidzie. Butyr i isobutyranilid zabijają przez porażenie i to bez stadyum podrażnienia. Wreszcie opisuje prelegent znaczenie substytuowanej grupy sulfonowej i kwasu siarkowego w truciznach.

W rozprawie Dr. Sobierański z Marburga wspomina, że budowa chemiczna ciał organicznych i działanie fizyologiczne mają już więcej prac, jak Sz. Prelegent wspominał — przytacza wyjątki z prac: Fraser'a i Browna, Löwa i Gurber'a pod dyrekcją Gaulégo. Również pracę Richet'a nad chlorkami metali alkalicznych — jak również o swojej pracy (nieogłoszonej) nad Antypyriną czyli Dimethylphenylpyrazolem i związkami pochodnymi mianowicie: monomethylphenylpyrazolonie i o phenylpyrazolonie i o zmianie działania farmakologicznego powodowanego przez odciągnięcie grupy metylu, wygłaszając kilka praw np. z odciągnięcia grupy CH_3 zwiększa się odczyn fizyologiczny, a więc *dosis toxica* — niknie pobudliwość odruchowa i ciało nabiera własności „Krampfgiften“ t. j. podobnych własności do pikrotoxyny czyli trucizn drażniących przeważnie rdzeń przedłużony prędko, powodując po podrażnieniu porażenie.

Z kolei nastąpił odczyt Doc. Dra Obrzuta: O pochodzeniu istoty chromatycznej ciałek ropnych i innych podobnych komórek.

Ciałka krwi czerwone są komórkami w całym znaczeniu tego wyrazu, w których tylko jądro jest pomieszane z protoplasmatem. W pewnych warunkach, a mia-

nowicie w zapaleniu ropnem, następuje w ciałkach czerwonych, już to w naczyniach zapalonego miejsca, już to poza naczyniami, oddzielanie części chromatycznej jądra, które po tém stanowi komórkę ropną. Emigracja leukocytów w krwi krążących tylko nieznacznie przyczynia się do produkcji ciałek ropnych, a komórki stałe zachowują się zupełnie biernie.

To przypuszczenie opiera prelegent głównie na szeregu zmian w ciałkach czerwonych, które przy ropieniu w daleko większej liczbie opuszczają naczynia krwionośne niż leukocyty, zmian, których ostatecznym rezultatem są polimorfne jądra ciałek ropnych, jako też wolne fragmenty chromatynowe. Specyjalnem traktowaniem krwi po za żyjącym organizmem można z ciałek czerwonych otrzymać utwory pod względem morfotycznym i mikrochemicznym zupełnie identyczne z leukocytami.

W zrazowém zapaleniu płuc włóknikowem przemiana zwątrobień czerwonych w szare, głównie polega na przeistoczeniu ciałek czerwonych w pęcherzykach płucnych się znajdujących w ciałka białe.

Komórki olbrzymie i zwane przybłonkowemi w zapaleniach gruźliczych powstają przez konfluencyją ciałek czerwonych w jedną masę, z której analogicznie jak przy ropieniu, wydziela się istota chromatyczna i przemienia w jądra.

Dr. M a y z e l (Warszawa) dodaje, że udowodnienie teorii prelegenta nieco nieprawdopodobnej kwalifikuje się na zjazd, bo doświadczenie wykonane tutaj mogłoby albo ją uratować albo wskazać źródło błędu. Dla wykazania np., że z ciałka czerwonego powstaje ciałko białe, trzeba wykazać formy przejściowe jednego na drugie i to podczas eksperymentu.

Prof. B r o w i e z twierdzi, że teoryja prelegenta powinna rzeczywiście drogą bezpośredniej demonstracji być udowodnioną, gdyż obala dotychczasowe zapatrywania.

Z kolei miał wykład Dr. P r u s z y ń s k i: *O zatruciach ustroju przez ptomainy i leukomaiiny.*

Wobec wyzwalania się medycyny z więzów czystej empiryi, staramy się oprzeć nasze zabiegi lecznicze na gruntownych podstawach. Śledząc za przebiegiem procesu biologicznego jakim jest fermentacja alk., P a s t e u r zbija teoryję witalistyczną S t a h l a i mechaniczną L i e b i g a, a rozszerzywszy pogląd na procesy gnicia, daje podwalinę do badań K o c h a i rozwoju bakterjologii. Nieokreślone *Contagium vivum* zamienione zostało przez upostaciowany grzybek rozczepiający, który się wszędzie znajduje, a nie znalazłszy przeszkody dostatecznej w energii anatomicznych elementów ustroju, wytwarza w nim sprawy fermentacyjne. Przewód pokarmowy, stały zbiornik bakteryi jest miejscem wytwarzania się produktów, które są tém więcej trujące, im więcej ustrój potrzebuje pracy dla złożenia z nich głównej swojej części składowej: białka żyjącego. Im trudniej ulegają te produkta w nim zniszczeniu, lub zubożeniu przez połączenie ze związkami innymi, jako to: kwasami siarczanymi, kwasem glikusorowym, grupą kwasu cyjanowego etc.

Najważniejszymi dla kliniki są zasady organiczne zwierzęce, z których jedne tworzą się w ustroju normalnym, inne w jego stanach patologicznych. Alkaloidy zwierzęce są przeważnie zasady amonijakalne w przeciwieństwie do zasad roślinnych, które po większej części należą do grupy pirydynowej; niemniej jednak otrzymano z rozkładających się materyj produkty zbliżone do zasad roślinnych: koniinę, chinoidynę, morfinę, atropinę itd.

Spożycie zepsutych pokarmów wywołuje nieraz szereg zaburzeń, które umiejscawiają się już to w przewodzie pokarmowym, już to bywają natury ogólniejszej, odbijając się głównie w układzie nerwowym, występują szybko i nieraz ogarniają grupy mieszkańców pewnej okolicy. Zatrucie znacznej ilości osobników w Wilhelmsshafen, które przebiegało przy objawach duszności i porażenia dowolnych mięśni, przypominające zatrucie kurarą, pomimo poglądów sprzecznych rozmaitych uczonych (D u R o n d e a u, D u B e a u n e i V i r c h o w). Objasnionem zostało przez B r i e g e r a procesem poczynającego się rozkładu mięczaków pod wpływem drobnoustrojów (myiltoksyna).

Przyczyna jadu rybiego nie jest dotychczas wyjaśnioną, zdaje się jednak, że o ogólnej truciznie mowy być nie może, gdyż egzystują fakty, że niektóre gatunki ryb w stanie normalnym wydzielają trucizny, a otrucie również zależeć może od sposobu przygotowania, jako też i od sprawy pasożytniczej, jaka mieć może miejsce

w ich ustroju. Tém objaśnić można otrzymanie różnych produktów z rozkładających się ryb (hydrokollidyna, parwolina Jantiera, atropina zwierzęca Anrep, muskaryna Briegera) oraz różne objawy kliniczne.

Podstawę badań do botulizmu stanowią prace Briegera nad produktami rozkładu trupów i mięsa zwierząt. Gdy ze świeżego mięsa otrzymują się alkaloidy nietrujące, to przy początku gnicia obok nietrujących ptomain wykryć można związki trujące (mydatoksyna, midyna, neuryna, metylguanidyna), które w dalszym przebiegu nikną. Te trujące zasady powstają z alkaloidów nietrujących przez utlenianie (muskaryna) lub odwodnienie (neuryna z choiiny).

Botulismus przebiega raz w postaci stanu tyfoidalnego z gorączką i ze zmianami anatomicznymi, w innych przypadkach w formie septycemii, lub zatrucia muskaryną, co również znajduje potwierdzenie w badaniach chemicznych (Sepsyna Philipa) i bakteryjologicznych (baccilus enteritidis Gärtnera).

Przyczyną zatrucia produktami mlecznymi najczęściej bywa alkaloid aromatyczny, otrzymany przez Waghana i nazwany tyrotoksyną. Częstszymi od zatruc produktami zwierzęcymi są intoksykacje przez ptomainy roślinne, a wiele endemicznych ropni pelli, latyryzmu, objaśnić można tylko nienormalnymi produktami gnicia, wywołanymi przez swoiste pasożyty.

Największe jednak znaczenie dla patologii posiadają produkty bakterii wychodowanych na sterylizowanych podłożach, a jakkolwiek dotychczas nie wszystkie badania odpowiedziały oczekiwaniom (produkty gronowca złocistego, lasecznika tyfusowego) to jednak niektóre produkty sprawę chorób zakaźnych nieco rozjaśniają: ptomainy tężca (Brieger), żółtej febry (Domingos José Frure), cholery (Pouchet i Brieger) w innych zaś przypadkach główne znaczenie mają fermenty (enzym gruźlicy Hammerschlag, enzym dyfteryyczny Rouxa i Yersena) lub też toksalbuminy (Brieger i Fränkel).

Zasady wykryte jako produkty rozkładu białkowego podłoża tworzyć się mogą i w ustroju normalnym i zatrzymane w nim mogą wywołać szereg poważnych zaburzeń, jak zresztą najwymowniej to dowodzą badania Boucharda nad toksycznością uryny, jak mamy tego przykłady w klinice przy uremii, cukrzycy, dnie, z których pierwsza bywa nabyta, dwie drugie postacie powstają na gruncie osłabienia ustroju zależnego od zmian czynnościowych anatomicznych elementów jak i od ich własności wrodzonych. Zabiegi lecznicze powinny być skierowane tak przy dyskrazjach, jak i przy cierpieniach zakaźnych do postawienia ustroju w stan największej odporności, a najlepsze wyniki otrzymamy, gdy zamiast wojować z lasecznikami, uposażamy ustrój do walki skutecznej.

Następuje referat Dr. Opieńskiego w sprawie *zatrucia ustroju wywołanych przez zasady organiczne zwierzęce ptomainy i leukomainy*.

Skreślenie pochodzenia, znaczenia i stanowiska ptomainów, leukomainów i toksynów w grupie związków chemicznych — stosunku do alkaloidów roślinnych. Oprócz tych, jako w bliskim dość związku z nimi zostających uwzględnić trzeba toksalbuminy, przez Briegera i Fränkla opisane i otrzymane, jako ciała do rzędu istot białkowatych należące, trujące, które tworzą się pod wpływem chorobotwórczych mikroorganizmów. Podanie i rozbiór krytyczny metod badania i otrzymywania tych ciał, wyniki poszukiwania tych ciał, wyniki poszukiwań toksynów w moczu w przypadkach chorób zakaźnych za pomocą metody Briegera są ujemne. Włóknik zgniły badany nadto celem stwierdzenia, która z metod badania alkaloidów roślinnych Draggendorfa czy Ottona-Stasa przedstawia większe niebezpieczeństwo pomieszania ptomainów z alkaloidami — przyczem stwierdzono zdanie Graebnera, iż przy użyciu metody Draggendorfa nie ulegamy tak łatwo pomyłkom jak przy użyciu metody Ottona-Stasa. Wyniki mojego badania hodowli Staphylococcus pyogenes aureus, Streptococcus Erysipelatis, prątka Loefflera i tuberkuliny Kocha — w kierunku toxalbuminów są, jak do dziś dnia ujemne. Najżywotniejszą obecnie do rozstrzygnięcia kwestyją jest stosunek wzajemny toxalbuminów do toksynów i czy tyxalbuminy są w istocie osobnikami chemicznymi, czy też białko jest tu tylko luźno domieszane.

Nad odczytem tym wywiązała się dyskusja między obu referentami.

Dr. Pruszyński zwrócił uwagę, że leukomainów nie powinno się

dzielić i że merkaptan metylowy nie przyłącza się do ptomainów przy destylacji. Dodał również kilka uwag co do terminologii chemicznej przyczem wyraził zdziwienie, że w tym temacie nie sprawdził koreferent badań Briegera i nie trzymał się ściśle tematu, a zbadał w tak krótkim czasie tyle gatunków bakterij.

Nareszcie zastrzegł, że na zjazdach odczyt referenta nie powinien być koniecznie streszczeniem własnej pracy, lecz powinien, opierając się na osobistych doświadczeniach, dać pogląd na stanowisko ciał jak ptomainy, leukomajny itd.

Dr. O p i e ń s k i w odpowiedzi zaznacza jeszcze raz swoje zapatrywanie na sposób podawania referatów na zjazdach, zwłaszcza w kwestyjach tak ważnych, trudnych, a w wielu punktach jeszcze zupełnie otwartych. Oddzielanie ptomainów od leukomajnow ze stanowiska teoretycznego nie ma racji — ze względów jednak praktycznych — koreferent jest za nadaniem odmienną nazwy produktom normalnej przemiany białka w żyjącym ustroju — a z tego samego stanowiska wychodząc i toksynów nie należałoby oddzielać od ptomainów, któreto ostatnie zarówno jak i pierwsze są ciałami z rozpadu białka pod wpływem bakterij.

Co do merkaptanu metylowego, to koreferent zwrócił tylko uwagę na to, iż połączenia merkaptanu z rtęcią, użytą do otrzymywania ptomainów — mogą dać powód do działania trującego poszczególnych ciał metodą Briegera otrzymywanych.

Co do terminologii to w obec nieustalenia jej uwagi poprzednika nie są dla referenta przekonywującymi. Odnosnie do zarzutu, iż koreferent nie sprawdził badań Briegera, to w koreferacie podniesione są trudności w wykonaniu kontroli nad temi badaniami, a powtórzenie niektórych (włóknik zgnily) — krytyczny pogląd na jego metodę wraz z wykazaniem pewnych sprzeczności w samejże metodzie — są dowodem przeciwko zarzutowi poprzedniego referenta przemawiającym. Wciągnięcie zaś do referatu wyników z badania toksynów i toxalbuminów — jako blisko z ptomainami spokrewnionych — uważa koreferent za rzecz konieczną do uogólnienia i wyczerpania sprawy, tak zresztą na czasie będącej.

Dr. B e c k zdał sprawę z pracy swój i prof. C y b u l s k i e g o: *O zjawiskach elektrycznych w korze mózgowej.*

Autorowie odpierają roszczenia pierwszeństwa innych badaczy do wykrycia metody oznaczania lokalizacji z zmian elektrycznych w korze mózgowej, a zestawiając pokrótce wyniki z badań ogłoszonych w rozprawie p. t. „*O oznaczaniu lokalizacji w mózgu i rdzeniu za pomocą zjawisk elektrycznych*“ podają wyniki z nowszej pracy, będącej dalszym ciągiem i uzupełnieniem pierwszej. Wyniki te są następujące:

Odprowadzając prąd od dwóch miejsc kory mózgowej zapomocą elektrod niepolaryzujących (których jakoś nie miała wpływu na zmiany wychylenia) widzimy w galwanometrze wychylenie okazujące ciągle wahania, które są wyrazem ustawicznych zmian w stanie czynnym ośrodków nerwowych. Wahania te przedstawiają autorowie graficznie. Kierunek wychylenia wskazywał zazwyczaj, że przednia sfera półkul mózgowych bywała elektro-ujemna, czyli stan czynny ośrodków w przedniej części kory położonych był wybitniejszy. Co do samych zmian lokalizacji, to występowały one także i po stronie drażnienia, ale były słabsze i prawdopodobnie występowały dopiero później. W początkach doświadczenia, gdy kora była odsłonięta, zmiany elektryczne lokalne przy drażnieniu były niewyraźne, prawdopodobnie dlatego, że pokrywały je zmiany wywołane stanami czynnymi będącymi następstwem asocjacji. Uszkodzenie mózgu pociągało za sobą wytwarzanie silnego napięcia elektro-ujemnego w miejscu uszkodzenia, podobnie jak drażnienie jakiejś okolicy kory mózgowej. Napad drgawek, który występował czasem ku końcowi doświadczenia, poprzedzały silne zmiany w wychyleniu lusterka w galwanometrze.

Kand. med. Z a n i e t o w s k i zdał sprawę z pracy swój i prof. C y b u l s k i e g o: *Nowa metoda podrażniania nerwów i mięśni zapomocą kondensatorów.*

Wśród nauk ścisłych fizjologia na dzisiejszym stopniu swego rozwoju nie może się poszczycić posiadaniem takich jednostek, którymi można mierzyć wszystkie obserwowane zjawiska i przyczyny, które je wywołują. Brak ten czuć się daje nawet w najbardziej opracowanych działach fizjologii, jakim jest n. p. nauka

o mięśniach i nerwach, a pochodzi on z tego, że, wskutek niedokładności używanych dotąd metod, wszystkie bodźce używane do wywołania pewnych czynności, a nawet taki bodziec „*par excellence*“, jakim jest elektryczna podnieta, nie stoją w ścisłym związku z czynnikami, dokładnie dającymi się określić według praw fizyki. Ulepszenia w tym kierunku proponowane ani nie usunęły niedokładności zachodzących przy użyciu prądu stałego lub indukcyjnego, ani w zastosowaniu nie okazały się praktycznymi. Metoda niniejsza stara się usunąć brak dotychczasowy przez użycie ładunku kondensatora jako podniety, przyczem w grę wchodzące czynniki, jakoto różnica potencjałów, pojemność i ściśle określony minimalny czas dokładnie dają się obliczyć i dowolnie zmieniać. Szereg wykonanych doświadczeń doprowadził do licznych, a ciekawych wniosków, z których jako najważniejsze przytaczamy tu tylko to, że czynnikiem podrażniającym jest energia bodźca, a nie „gęstość prądu“; że w pewnych granicach między tą energią a energią mięśnia zachodzi ścisły stosunek, mający odrębny charakter przy drażnieniu pośrednim a bezpośrednim mięśnia, że wreszcie obciążenie wpływa zarówno na wzmiankowane granice pobudliwości jak i na stosunek między podnieta, a jej skutkiem.

Tenże kand. med. Zanietowski zdał w dalszym ciągu sprawę z pracy swjej *porównawcze badania pobudliwości różnych nerwów u różnych zwierząt*.

Brak badań porównawczych nad pobudliwością różnych nerwów u rozmaitych zwierząt wytłómaczyć się daje tém, że podnieta elektryczna w tej formie, w jakiej była dotychczas używana, była czynnikiem dającym się tylko empirycznie skalibrować i mogącym służyć tylko do jakościowych, a nie do ilościowych pomiarów. Doświadczenia przeprowadzone zapomocą metody opisanéj p. t. „Cybulski i Zanietowski: *Nowa metoda podrażnienia u nerwów i mięśni zapomocą kondensatora*“, doprowadziły do licznych wniosków z których najważniejszymi są następujące:

1) pobudliwość u zwierząt zimnokrwistych jest większą przed, niż po śnie zimowym, u zwierząt ciepłokrwistych waha w pewnych ściśle ograniczyć się dających granicach;

2) mimo tych różnic w pobudliwości u wszystkich zwierząt istnieje pewien charakterystyczny stosunek między energią podniety, a energią skurczu mięśniowego wspólny wszystkim gatunkom zwierząt;

3) badania pobudliwości różnych miejsc różnych nerwów przemawiają przeciwko teorii lawinowej.

Prelegent przedstawił kilka krzywych na myografie otrzymanych i kilka rysunków.

Po odczytach tych przystąpiono do dyskusji nad odczytami Dra Becka i kand. med. Zanietowskiego, w której zabierali głos:

Prof. Mareš i Dr. Korniłowicz wyrażają zadowolenie z powodu tego, że *do tak ważnych odkryć doszła fizjologia w pracowni prof. Cybulskiego, w polskim uniwersytecie!*

Opis doświadczeń nad zjawiskami elektrycznymi w korze mózgu, zarówno jak i nowéj metody podrażniania nerwów i mięśni wzbudził ogólne zainteresowanie i *spowodował wzniesienie życzeń na cześć i sławę polskiej nauki*.

W końcu zaprosił prelegent Zanietowski słuchaczy na doświadczenia, odnoszące się do nowéj metody podrażnienia nerwów i mięśni za pomocą kondensatora na niedzielę rano do sal Wystawy.

Odczyt Dra Sawickiego (z Grajowa): *O wpływie pary chloroformu, eteru i wysoku, oraz ciepła i światła na prądy elektryczne żywych tkanek*.

Prądy elektryczne żywych wyciętych tkanek żaby położonych na elektrodach w odpowiednio urządzonej komorze (na skórze i bez komory) pod wpływem przeprowadzonej do tej komory pary chloroformu, eteru i wysoku zmniejszają się; po przewentylowaniu zaś komory znowu odzyskują, jeżeli nie w zupełności, to przynajmniej w części swoją poprzednią wartość.

Jakościowo to oddziaływanie jest dla wszystkich tkanek jednakowe, ilościowo zaś tkanki pod tym względem dają się ustawić w przybliżeniu w zstępujący szereg jak następuje: nerwy (doświadczenia nad nimi wykonano dawniej), wątroba i skóra, potem mięśnie, a w końcu płuca, kości i ścięgna. Częściowo

zachloroformowane nieuszkodzone nerwy dają prądy jakby po nałożeniu poprzecznego przecięcia, zachowując przy tém przewodnictwo pobudzenia.

Wszystkie powyższe tkanki umieszczone w ognisku soczewki pod wpływem promieni słońca, przechodzących przez nią, okazują wzmaganie się natężenia prądów.

Światło słoneczne po wyeliminowaniu promieni cieplnych i światło magnetyczne również, chociaż w mniejszym stopniu, wzmagają prądy nerwów i skóry.

To analogiczne zachowanie się wszystkich tkanek, a między niemi szczególnie skóry, wskazuje na ogólnobiologiczne znaczenie (wskutek wymiany materii) znaczenia prądów elektrycznych w tkance zwierzęcej.

Następnie mówi prof. Feigel: *O przypadku pierwotnego raka odnogi dolnej, który powstał w jamie kostnej.*

Przypadek ten dotyczył kobiety 38-letniej, która od 23 lat zaczęła cierpieć na zapalenie szpiku kostnego. Mając 15 lat dostała silnych bólów w nodze, a po $\frac{1}{2}$ roku otworzył się wrzód, który po roku zagoił się zupełnie. Gdy miała 25 lat, cierpienie odnowiło się, lecz po roku znów przycichło. Dopiero zeszłego roku nagle dostała silnych bólów w nodze, rana stara otworzyła się na nowo, a z ropą odchodziły drobne kostki. Brzegi otworu skórno obrzmiały, stały się brodawkowemi. Kość zaś znacznie zgrubiała. Z powodu ciągłych bólów amputowano nogę, a badanie wykazało budowę raka rogowatego (Cancroid).

Przypadki te tak są rzadkie, iż w całym piśmiennictwie znalazł Volkmann 128 raków odnóg pierwotnych, a zaledwie kilka podobnego początku jak przedstawiony.

Przebieg jest zwykle łagodny, a w obecnym przypadku chora rychło wyzdrowiała po odjęciu odnogi bez dalszych następstw. Wykład ten będzie ogłoszony w Przegl. lek.

Nastąpił odczyt p. Kamockiego: *O odczynach larwnych zwyrodnienia szklistego.*

Prelegent badania swoje czynił nad szklisto zwyrodniałą łącznicą. Zwyrodnieniu podlega przedewszystkiem istota międzykomórkowa tkanki adeinoidalnej oraz ścianki naczyń włosowatych i drobnych tętniczek. Komórki ulegają tylko biernemu zanikowi pod wpływem ucisku pęczniących beleczek zasadniczej siateczki (reticulum) tkanki adenoidalnej. Na powierzchni szklistych bryłek i zwyrodniałych naczyń znaleźć można w wielu przypadkach w wielkiej ilości olbrzymie komórki; geneza ich jest taką samą, jak i olbrzymich komórek powstających naokoło ciał obcych wprowadzonych do tkanek organizmu. Istnieje jednak i druga postać zwyrodnienia, w której obok przeważającego udziału istoty międzykomórkowej ulegają zwyrodnieniu i same komórki limfoidalne, w sposób jednak odmienny niż Rahlman podaje. Komórki ulegające zwyrodnieniu odznaczają się z początku gruboziarnistą treścią i znacznie większymi rozmiarami; dalej ziarna wspomniane powiększają się znacznie i zamieniają w drobne kuleczki; ze zlania się tych kuleczek powstają coraz większe kropelki, wypełniające w końcu całą komórkę i odsuwające ku obwodowi jądro. Chemiczne odczyny szklistej istoty podaje K. następujące: kwasy i zasady w umiarkowanym stężeniu nie działają na nią wcale, amoniak nawet stężony również. Stężony ług potasowy po dłuższym działaniu rozpuszcza istotę szklistą, również i kwas solny stężony przybierając fioletowe zabarwienie. Odczyn ksantoproteinowy bardzo wyraźny; biuretowy i Adamkiewicza nie dają żadnych wyników. Charakterystyczniejsze są sposoby barwienia, przy których istota szklista albo wyłącznie się barwi, jak np. znane już metody Grama i Weigerta (ta ostatnia z tą zmianą, że zamiast fioletu gencyjanowego lepiej jest używać fuksyny), albo też barwi się odmiennie niż otaczające tkanki np. metody Russela i Lichl-Nechsena. Tionina barwi części uległe zwyrodnieniu na kolor seledynowy; kwaśna fuksyna na kolor ciemno-purpurowy, bardzo mocno też safranina.

Z kolei miał odczyt A. Obrzut (Praga). *Histogeneza zwyrodnienia koloidowego, skrobiowatego i szklistego.*

Zwyrodnienia powyższe nie są właściwemi zwyrodnieniami, bo nie idzie tu o przemianę istniejących elementów w inne, o przemianę w kolloid, amyloid

i hyalin. Istoty te zostają tylko deponowane w różnych tkankach a pochodzą z krwi krążącej w naczyniach samych lub krwi wynaczynionej. Jestto przemiana krwi in toto w amyloid, hyalin i kolloid. — Prelegent popiera swoje argumenty preparatami mikroskopowymi, które demonstruje.

W dyskusyi nad odczytem wziął udział prof. Mareš.

Doc. Obrzut zaprosił słuchaczy na demonstracyję odnośnych preparatów do zakładu anatomii patologicznej.

Nastąpił odczyt Dra Steinhausa: *Wyniki poszukiwań nad wewnątrzjądrowymi i wewnątrzkomórkowymi tworami w guzach złośliwych.*

W ostatnich latach kwestyja etylogii guzów złośliwych, głównie raka, prawie że nie schodziła z porządku dziennego. Po niefortunnych usiłowaniach Scheuerlena i kilku innych stósunkowo bardzo szybko porzucił ogół patologów myśl o bakteryjnym pochodzeniu raka i guzów wogóle. Ale również szybko miejsce bakteryi zajęły kokcydyje.

Postrzegając w jądrach i komórkach rakowych twory, mające niejaki podobieństwo do kokcydyj, Albrarrau, Malassez, Thoma, Sjöbring i inni wyrazili zdanie, że twory owe są kokcydyjami i że stoją w etylogicznym związku z powstawaniem raków. Z drugiej strony te same, a przynajmniej takie same twory uważają inni autorowie za produkty rozpadu, degeneracyje jądrowe i komórkowe (Klebs, Firth, Borrel, Schattock and Ballance).

Przy badaniu mikroskopowym całego szeregu mięsaków i raków miał prelegent sposobność nieraz obserwować owe zagadkowe twory, tak różnie tłumaczone przez dotychczasowych badaczy.

W mięsakach występują one w kształcie kulistych i owalnych ciał protoplasmicznej natury wewnątrz jąder komórkowych. Niekiedy w ciałkach tych zauważyć można było coś na kształt pecherzykowatego jądra z jąderkiem. Ilość ich w jednym i tym samym jądrze dochodzi niekiedy kilkudziesięciu.

Takie same twory widywał prelegent również w jądrach komórek rakowych. Daleko częściej wszakże dają się one postrzegać w protoplasmie komórek rakowych. Nadto w komórkach rakowych widzieć można protoplasmiczne kule, zawierające ziarna chromatyczne różnej wielkości i kształtu, niekiedy nawet w znacznej ilości. Jakie znaczenie mają te wszystkie twory, jaka ich natura i pochodzenie, — na te pytania dziś trudno dać stanowczą odpowiedź: Przypuszczenie, że to są pasożytne kokcydyje, opiera się na dość chwiejnych podstawach. Również trudno z stanowczością twierdzić, że one są produktami zwyrodnienia.

Wobec tego należy przedewszystkiem ścisłą obserwacyją pomnażać materiał faktyczny, pozostawiając na później tłumaczenie zjawisk, w danym przypadku niezwykle zawilych przy pozornej prostocie. Cf. także referat Chłapowskiego w *Now. lek.* 1891, str 157—160.

Dr. Karliński: *Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w ziemi.*

Wobec stwierdzonej przez K r a u s a i prelegenta krótkiej żywotności prątków durowych w wodzie do picia (a więc niedestylowanej i przy ciepłocie 12 do 14° C.) — zdawało się prelegentowi uzasadnionem podjąć doświadczenia nad długością żywotności prątków durowych w ziemi. — Doświadczenia te na szerszą skalę podjęto, obecnie w No. lipcowym „Zdrowia“ ogłoszone, podjęto tak z hodowlami, jak i z kałem durowym lub narządami osób na zmarłych, tak z ziemią zjałowioną, dalej tak z ziemią zachowaną w naczyniach, jak i z ziemią poprzednio nieporuszoną, okazywały, że prątek durowy w ziemi daleko dłużej zachowuje żywotność niż w wodzie — najdłuższy termin wynosił 100 dni. — Kał durowy w ziemi w warstwach bliżej powierzchni położonych zawierał prątki durowe żywe jeszcze przez dni 14 — podczas gdy w warstwach głębszych jeszcze po miesiącu żywotność tę zachował. Prześiąknięcie ziemi wodą czyto opadową czy zaskórnią wpływa niszcząco na żywotność prątków. W śledzionach osób z duru zmarłych zachowanych w ziemi w skrzyneczkach można wybadać prątki durowe jeszcze po 3 miesiącach, przy szybszym gniciu prątki te już po 1 miesiącu znikają.

Dr. Sobierański (Marburg): *O resorbcyi skóry.*

Prelegent streścił w krótkości krytycznie prace poprzedników, zajmujących

się tymże tematem. — Cyfra tych prac dochodzi do dwustu — a omówiwszy niektóre błędy ciążące na ogół pracowników, przystąpił do opisanja metody, którą się sam posilkował. Używał do doświadczeń swoich waseliny, środka posiadającego wszystkie warunki do rozwiązania tego zagadnienia, mianowicie, iż waselina jest ustrojowi zwierzęcemu obca, iż jest względnie nieszkodliwą dla ustroju, iż daje się trudno zniszczyć, a przeto stosunkowo łatwo wykryć w organizmie. Doświadczenia robił na królikach i psach, które zaszywał starannie w płótno uniemożliwiające im oblizywanie waseliny, wsmarowywał ten środek w skórę brzucha i barku — czas smarowania od 5 do 10 minut, ilość wsmarowanych od 12 do 30. Części zwierząt zmarłych wskutek wsmarowywań lub zabitych, również odchody ich, po wysuszeniu na kąpieli wodnej, proszkowano w mózdzierzu i następnie poddawano ekstrakcy benzolem lub eterem, które rozpuszczają waselinę wraz z tłuszczami, cholestearyną i substancjami wyciągowymi. Po odparowaniu benzolu lub eteru, z tego wyciągu, pozostałość zmydlał prelegent roztworem alkoholowym wodanu potasu lub alkoholu sodu (etylatu sodu). W pierwszym przypadku używając alkoholowego roztworu wodanu potasu, gotował z wodą zmydlony płyn, dłuższy przeciąg czasu na kąpieli wodnej, a kiedy alkohol został odparowany, waselina wydzielala się na powierzchni wody w postaci oleistych kulek. — W drugim razie zmydlając pozostałość eterową roztworem alkoholowym etylatu sodu (podług K o s s e l' a), odfiltrowywał stłuszczany sod, a następnie filtrat gotował z wodą, wtenczas waselina, tak jak w pierwszym przypadku, wydzielala się w postaci kulek tłustych, zabarwionych na żółto. Tak wydzielona waselina zanieczyszczoną była cholestearyną, od której oswobadzana była przy pomocy gorącego lodowatego kwasu octowego, substancje zaś barwiące waselinę żółto były usuwane przez częste płukanie gorącą wodą. Punkt topliwości tej waseliny, wydobytej ze zwierzęcych części, i zachowanie się jej względem kwasu siarczanego i wodanu potasu były indentycznymi z preparatem użytym do doświadczenia. Najwięcej waseliny wydobyl z odchodów stałych, następnie mięśni, ślady zaś znalazł w wątrobie i nerkach. Skóra była mikroskopowo badana i nie znaleziono żadnych zmian w jej budowie, a zatem waselina dostawała się do ciała przez normalną skórę.

Dr. S z y m o n o w i c z Władysław: *Zakończenia nerwów we włosach dotykowych u myszy.*

Prelegent przedstawił budowę włosów dotykowych, następnie zaś unerwienie ich u myszy.

Do jednego włosa dochodzą 2—3 wiązki nerwowe. Po przejściu w beleczkach tkanki łącznej przez zatokę żylną rozsypują się na pojedyncze włókna w torebce wewnętrznej i idą do góry po błonce szklistej. Pod rozszerzeniem pochewki zewnętrznej część włókien tworzy splot, obejmujący to rozszerzenie od dołu w kształcie kielicha. Splot ten jest bardzo gęsty, utworzony z włókien nerwowych bezzdennych, które powstają z podziału włókien rdzennych. Splot ten nie był dotychczas opisany.

Ponad nim przechodzi druga część włókien rdzennych po osłonce szklistej do największego rozszerzenia pochewki zewnętrznej oddaje do pochewki włókienka osiowe, które się mogą dzielić widelkowato i noszą na sobie pałeczki poziomo ułożone, wyglądające jak listki na swym korzonku. Zakończenia te (meniski dotykowe) mają kształt grubych pałeczek nie zaś miseczek, jak je dotychczas opisywano. Pałeczki te przylegają swoją wklęsłością do komórek dotykowych, znajdujących się w pierwszym rzędzie przybłonka pochewki zewnętrznej.

Prelegent przedstawił kilka preparatów mikroskopowych wykonanych za pomocą metody złocenia, jako też kilka rysunków.

Preparaty kol. Szymonowicza powszechnie u znawców wzbudziły uznanie. H a s k o v e č: *Chalicosis pulmonum. Pylica płucna kamieniarska.*

Prelegent podaje i okazuje szczegółowy i obfitujący w ciekawe szczegóły przypadek pylicy płucnej postaci wewnętrznej (metastazy wapienne Virchow). Chodzi o 26-letnią kobietę dotkniętą rakiem pochwy z przerzutami w kościach. Prelegent okazuje preparaty drobnowidzowe. Pęcherzyki i tulejki są naciekle w sposób jednolitych ostro światło łamiących blaszek, barwiących się silnie hematoxylinem, pikrokarminem ale niebarwiących się gencyjaną i metylfioletem;

na zeszkrobanych przybłonkach nie widać wapna, którym naciekle jest światło naczyni. Co do tego w jakiej postaci wapno dostaje się do krwi i o dostawaniu się jego do tkanki płucnej nie chce prelegent podawać żadnej teorii przypuszczalnej dopóki rozbiór chemiczny i doświadczenia nie dostarczą pewnych punktów do pewniejszych wniosków.

Wykład oparty na badaniach w Zakładzie anatomii patologicznej w Pradze podany będzie w piśmie „Sbornik lékařski“.

Dr. Wojtaszek: *O zabójczym działaniu soli żelazowych.*

Na podstawie licznych doświadczeń wykonanych w Zakładzie farmakologicznym Uniw. Jag., przyszedł prelegent do następujących wyników:

1. Żelazo może zadziałać na ustrój zwierzęcy zabójczo tylko albo podane wprost do krwi albo pod skórę.

2. Żelazo działa zabójczo przez porażenie układu nerwowego centralnego po krótkim podrażnieniu tegoż, bezpośrednią przyczyną śmierci jest porażenie oddechania.

3. Objawy ostrego zatrucia występują po wprowadzeniu wprost do krwi 14 do 20 miligr. Fe na jeden klg. wagi ciała; przy wstrzyknięciu podskórnym dawka jest wyższą i wynosi średnio 50 mlgr. Fe na jeden klg. wagi ciała.

4. Tak po wstrzyknięciu podskórnym jak też po wprowadzeniu wprost do krwi występują jednakowe objawy a do tych należą: krótkotrwały tężec; ogólne drgawki kloniczne, po których występują drgawki w pojedynczych grupach mięśni; brak pobudliwości odruchowej; zmiana w oddechaniu, wreszcie porażenie tegoż. Serce jednakże bije jeszcze jakiś czas po ustaniu oddechania.

5. Żelazo wstrzykiwane przez czas dłuższy pod skórę wywołać może zmianę w nerkach, mianowicie zapalenie ich i gdyby z wyników otrzymanych na zwierzętach, wnioskować można, to możnaby się u ludzi obawiać po wstrzykiwaniach podskórnych, zmian w nerkach.

6. Podawaniem wewnętrznym żelaza nie udało się wywołać nawet wielkimi dawkami żadnych objawów otrucia zachowawszy jednak tę ostrożność, aby połączenia żelaza nie działały żrąco lub ściągająco.

7. Na krążenie i mięsień sercowy nie wywiera żelazo wpływu wybitnego. Zniżka ciśnienia krwi, obserwowana przez Mayera i Williamsa, zdaje się pochodzić raczej od winianu sodu niż żelaza.

8. Krwotoki, które po nadużywaniu żelaza powstawać miały, mogą być jedynie skutkiem przywróconego normalnego ciśnienia w układzie naczyniowym, ogólną chorobą ustroju nadwyreżonego

9. Wstrzykiwania podskórne mogą szkodzić przez łatwość powstawania ropni i zapalenia tkanki łącznej podskórnej.

W dyskusji zabierali głos: Dr. Sobierański powołując się na doświadczenia Gottlieba tłumacząc, że zniżki ciśnienia nigdy nie otrzymywano i według tego jakiej drogi używał do wprowadzenia odpowiedniej soli otrzymywał różne wyniki, powtóre że nie podał prelegent koncentracji odpowiedniej soli, i według Dr. Sob. powinno się tylko próbować iniekcji podskórnych lub na wewnątrz. Dalej zbija nienormalne doświadczenia Kobera. — Według zdania Dr. Sob. żelazo nie jest trujące.

Prelegent odpiera zarzuty czynione, że używał różnych połączeń z żelazem. — Powtóre, że ostrego zatrucia nigdy nie wywołało a śmierć nastaje z innego powodu. — Że używał tak wstrzykiwań pod skórę jak i do wewnątrz — potem nawet wstrzykiwał samo białko. — Dalej że przedsiębrał wszelkie środki ostrożności przy zastrzykiwaniu.

Dr. Sobierański zapytuje znów o koncentrację roztworów. — Dalej że Na Cl nawet zabija zwierzęta zależy tylko od roztworu, od ilości, co do wstrzykiwania białka to też zależy od koncentracji.

Dr. Wojtaszek objaśnia i zgęszczenie i sposób robienia doświadczeń i twierdzi, że ostrego zatrucia nigdy nie obserwował.

P. Zduń okazał pod mikroskopem zakończenie nerwu słuchowego w uchu.

Na tém ukończono obrady sekcji i przewodniczący posiedzenie solwował, reasumując w krótkich słowach wyniki działalności sekcji.

II. Sekcja higieny i medycyny sądowej.

Przewodniczącym obrano protomedyka Dr. Merunowicza, a sekretarzem Dr. Blumenfelda.

Dr. Polak z Warszawy przedstawił plany i fotografie odnoszące się do niektórych urządzeń sanitarnych w Warszawie.

1) Wodociągi warszawskie. W roku 1853 przystąpiono do budowy dziś tak zwanego starego wodociągu, który w ostatnich latach okazywał się jako niedostateczny pod względem ilościowym a więcej jeszcze pod jakościowym; ponieważ czerpał wodę pomiędzy ujściami kanałów. Przystąpiono zatem do budowy nowych wodociągów, które czerpią wodę z Wisły powyżej Warszawy, zapomocą pomp na stacyi filtrów, prowadzą ją do wieży ciśnień i ztąd rozprowadzają po mieście.

Prelegent przedstawia odnośne fotografie wykonane przez firmę „Konrad“ w Warszawie.

2) Projekt przyszłych hali targowych przez pp. Szyllera i Jabłońskiego. Miasto Warszawa nie posiada dziś żadnego nowoczesnego targu; targ centralny taki właśnie został projektowany.

3) Pomysł pieca kremacyjnego Adamczewskiego. Budowniczy ten podaje plan urządzenia krematorium w formie emmentarza o środkowym ognisku wiecznym, z którego prowadzą kanały do katakomb ułożonych naokoło. Według tego projektu następuje więc pierwotnie mumifikacja ciał a po upływie pewnego czasu dopiero następuje kremacja, zatem projekt usiłuje usunąć 2 przeszkody kremacyi: wzgląd sądowo-lekarski i etyczny.

4) Plany nowego szpitala Dzieciątka Jezus, jaki ma być założony po sprzedaży placow i budowli obecnego szpitala.

W dyskusyi zabiera głos kol. Bujwid i porównywa wodę dostarczaną obecnie przez wodociągi nowe w Warszawie z wodą starych wodociągów pod względem czystości i wykazuje, że podczas gdy woda dawniej na 1 ctm. sz. zawierała 20000 bakteryi, obecnie woda zawiera zaledwie 400; filtrowana zaś zawiera zaledwo 20 do 50 bakteryi. W dalszym ciągu B. zwraca uwagę na ścisłość badania bakteriologicznego, które daleko łatwiej i ściślej pozwala ocenić zanieczyszczenia w wodzie, niż metoda chemiczna. Filtry miejskie zbudowane w Warszawie przez Lindleya na wzór filtrów w Berlinie najlepiej odpowiadają celom i pozwalają otrzymać wodę czystszej niż za pomocą wszelkich filtrów domowych. W dalszym ciągu B. przedstawia wynik badań warstwy piasku filtrującej — najbardziej powierzchowna warstwa ta zawiera 30,000,000 w 1 ctm. sz. — o 1 ctm. głębiej mamy już tylko 2,000,000; stopniowo ilość się zmniejsza i w warstwie najgłębiej zawiera jeszcze 20—50,000 bakteryi w 1 ctm. sz. Ztąd wniosek, iż bakteryje przy stałym nie zbyt wysokim ciśnieniu słupa wody zatrzymują się przy częściach stałych, resp. około ziarn piasku.

W dalszym ciągu B. przytacza wyniki badania wody na przestrzeni 100 kilometrów poniżej wodociągu i kanałów miejskich. Samooczyszczenie wody odbywa się bardzo dobrze i tylko nieznaczna ilość bakteryi dość długo pozwala się ocenić; tak iż nawet 100 kilometrów niżej kanałów o tak wielkiej ludności ogniska, jakim jest Warszawa, jeszcze pozwala się oznaczyć. Na drodze chemicznej nie można odkryć śladu zanieczyszczeń kanałowych z wyjątkiem jednego miejsca 300 metrów poniżej wylotu głównego kanału. Bakteryi chorobotwórczych w wodzie Wiślanej dotąd B. nie udało się znaleźć.

Kol. Barzycki zapytuje się, czy odkryto między bakteryjami wody, bakteryje chorobotwórcze, podnosząc, że przy badaniach wody głównie na to należy zwrócić uwagę.

Kol. Bujwid oświadcza, że bakteryi chorobotwórczych nigdzie wykryć nie zdołano.

Nastąpił odczyt Dr. Obtułowicza: *O wynikach badań drobnowidowych rowków szyjnych u powieszonych i zagardlonych, oraz wartości tychże badań pod względem sądowo-lekarskim, z przedstawieniem preparatów mikroskopijnych.*

1. Tak u powieszonych jak i zagardlonych najważniejszym objawem zewnętrznym jest rowek skórny na szyi.

2. Pod względem wyglądu zewnętrznego (makroskopijnym) rowek skórny za życia powstały, nie różni się zgoła niczym od takiegoż rowka wytworzonego dopiero po śmierci, a badania umyślnie w tym celu przez wielu autorów i przez referenta dokonane, stwierdzają ten fakt niewątpliwie.

3. Jak z jednej strony mylnem było zdanie uważane w ubiegłych wiekach za niezbitą pewnik „że każdy rowek skórny pochodzący od ściśnięcia szyi postronkiem przy powieszeniu lub zagardłaniu okazywać musi za nacięciem wyboczyny“ — tak z drugiej strony zdanie wprost przeciwne popierane głównie przez Caspra i Limana „jakoby rowek skórny za życia powstały, nigdy nie był krwią podbiegniętym“ nie posiada również naukowej podstawy, — gdyż prawda leży w pośrodku, t. j. że lubo nader rzadko, to jednak niewątpliwie wyboczyny za życia powstałe, znachodzą się w rowkach skórnych u powieszonych i zagardlonych (Tardieu, Riecke, Blumenstock, Hoffman i inni).

4. Wśród nader korzystnych warunków możebną również jest rzeczą, iż w rowkach strangulacyjnych powstałych u powieszonych za życia lub zagardlonych, wytwarzają się mikroskopijne, rzeczywiste, ostro odgraniczone wyboczyny, zostające już to w związku z naczyniami doprowadzającymi, nieraz wrzecionowato poroszerzanymi, już to zupełnie luźne w środku skóry właściwej lub gronek tłuszczowych pod skórą usadowione. Wyboczyny te wytwarzają się szczególnie w ten czas, jeżeli sznurek kilku zwojami (turami) otacza skórę szyi i zaciska na kształt grzebienia drobne smugi skórne, lub też, jeżeli sznurek jest kosmaty, nierówny, z większymi, wydłużonymi oczkami. Referent widział takie ostro odgraniczone wyboczyny niewątpliwie za życia powstałe w 9 przypadkach na 10 obserwowanych, Neyding zaś widział je w 25 przypadkach z pomiędzy 30 samobójców, którzy sobie życie odebrali przez powieszenie.

Przy przedsięwzięciu badań mikroskopijnych postępować należy bardzo ostrożnie i nie brać do badań wcale części rowków zasiniawych pośmiertnie, oraz należy szukać wyboczyn w różnych częściach rowka, tudzież zwracać baczną uwagę na to, czy wyboczyny mają kontury ostro odgraniczone lub też rozlane i czy nie ma prześiąknięcia krwawego koło tych wyboczyn, bo tego rodzaju zmiany należałoby już uważać za objaw czysto pośmiertny.

Pod tym względem zdanie prelegenta popiera badania Neydinga, a stoi w sprzeczności ze zdaniem Bremmego, który wyboczynom drobnowidowym wykazany w rowkach strangulacyjnych pod względem diagnostycznym wszelkiego odmawia znaczenia — albowiem z zachowaniem powyższych ostrożności dokonane badania mogą ustrzedz od pomyłek i w razie wykrycia wybitnych, ostro odgraniczonych wyboczyn drobnowidowych, może uzasadnionem okazać się orzeczenie, że sznurek przecież za życia założonym został.

5. W jednym przypadku zagardlenia, w którym śmierć bardzo szybko nastąpiła — a przy obdukcji serce okazało się zupełnie próżnem — sznurek zaś celem zatarcia śladów zbrodni natychmiast z szyi denatki po jej uduszeniu usuniętym został, — zdołał sprawozdawca dostrzedz bardzo wybitne, ostro odgraniczone wyboczyny i w tajemniczym tym przypadku wydał orzeczenie stanowcze, że sznurek został za życia denatki założony, — co późniejsze śledztwo w zupełności potwierdziło. Pod tym względem spostrzeżenie referenta nie zgadza się ze zdaniem Bremmego, który twierdzi „że w tkance łącznej podskórnej rowka powieszonych i zagardlonych nie znajdują się wcale wyboczyny, jeżeli śmierć natychmiast nastąpiła, a trupa bezpośrednio po śmierci odcięto i od pętli uwolniono.

W przypadku powyższym sznurek użyty do zagardlenia był miękki, kosmaty i nierówno skręcony, a jako taki sprzyjał nadzwyczaj powstawaniu drobnowidowych wyboczyn w skórze uciśniętej pomiędzy pojedynczymi pasmami sznurka.

6. W rowkach strangulacyjnych sztucznie wytworzonych, czy to za pomocą opasywania kończyn górnych lub dolnych, — zdołał prelegent wykazać wystrzykanie naczyń krwionośnych i wyboczyny sztuczne, więcej rozsiane (a więc nie ostro odgraniczone) a zazwyczaj bardzo drobne — tylko wówczas: jeżeli rowek był wycięty w dłuższy czas po śmierci i okazywał już makroskopijnie wyraźne ślady zasiniawienia pośmiertnego, lub też, jeżeli rzeczywiście rowek naumyślnie przez siniec pośmiertny został doprowadzonym.

7. Zgodnie z spostrzeżeniami i doświadczeniami poczynionymi również w ostatnich czasach przez Hoffmanna i Lessera, można zatem przyjąć za rzecz naukowo stwierdzoną, że wybroczyny wykazane w rowkach strangulacyjnych za pomocą mikroskopu, mają pewne diagnostyczne znaczenie i mówca twierdzi: „że obecność wybitnych, ostro odgraniczonych wybroczyn mikroskopijnych w takich częściach rowka strangulacyjnego, które nie są wcale pośmiertnie zaciśniętymi — przemawia za założeniem sznurka za życia, podczas gdy brak takichże wybroczyn wcale nie uprawnia do orzeczenia, jakoby sznurek za życia założonym nie został. Do wytworzenia się bowiem wybroczyn mikroskopijnych rzeczywistych, ostro odgraniczonych — potrzeba nader korzystnych warunków powyżej omówionych, tudzież tak długiego jeszcze działania serca po założeniu sznurka, aby vis a tergo pod postacią parcia ościennego w najdrobniejszych tętniczkach oplatających skórę w rowku strangulacyjnym doprowadzić mogły do pęknięcia naczyń włosowatych i wystąpienia krwi po za ściany naczyń.

W dyskusyi zabierają głos kol. Janowski, podnosząc niebezpieczeństwo, jakie leży w jedynym kryterjum wynacznieni drobnowidowych, opisanych przez prelegenta a polegającym na ostrym i wybitnym ograniczeniu takowych.

Prof. Blumenstock przedstawia stan obecny tej kwestyi naukowej, która ostatecznie nie jest rozstrzygniętą i wzywa do wielkiej ostrożności przy rozstrzygnięciu pytania, czy ktoś umarł z zadławienia.

Wykład dr. Karczewskiego z Kowanówka pod Poznaniem: *O szerzeniu się chorób umysłowych i o sposobach zapobiegawczych szerzeniu się ich.*

Po przedstawieniu dat statystycznych udowodniających szybki wzrost liczby umysłowo chorych w krajach cywilizowanych a szczególnie liczby nerwowo chorych i grożące z tego powodu niebezpieczeństwo dla społeczeństwa, prelegent podaje jako przyczynę tego wzrostu w pierwszym rzędzie częste małżeństwa pomiędzy krewnymi, dalej nieodpowiednie wychowanie, zbytne nateżenie umysłowe młodzieży i często nadużywanie w sferze płciowej. Prelegent jest przekonania, że wpływ lekarzy może być najdzielniejszym czynnikiem zapobiegawczym.

W dyskusyi zabierali głos DDr.: Barzycki, Ponikło, Pollak, Merunowicz, Jendl, Wysocki i Tchórznicki.

Dr. Zawadzki: *O wyjąławianiu mleka.*

Sok żołądkowy jak wiemy nie we wszystkich stanach jest w możności zabić drobnoustroje, które drogą przewodu pokarmowego dostają się do naszego ustroju; dla tego też na stosowne wyjąławianie, ewentualnie na usunięcie drobnoustrojów szkodliwych z pokarmów baczna należy zwrócić uwagę. Jednym z takich pokarmów jest mleko, które jest dla rozwoju wielu drobnoustrojów bardzo podatnym. Niebezpieczeństwo zużywania mleka niewiadomego pochodzenia jest tém większe, iż, jak dowiodły liczne badania (Siedamgrodzky'ego, Bunga, Bollingera, Baumgartena, Brouardela, Villemaina i wielu innych) mleko może być przyczyną powstawania gruźlicy, według Hertuiga choroby racie i pyska, Karlińskiego, Eschericha i innych posocznicy. Po za temi chorobami właściwymi krwi może być roznośnikiem zarazy przez zakażenie z zewnątrz n. p. cholery, płonicy, duru brzuszego. Zakażenie powstaje przez osoby chore, ich odzież, pościel, powietrze i t. p. Po za tem w mleku rozwija się znaczna liczba drobnoustrojów fermentacyjnych, które zmieniają skład chemiczny mleka i działając na białko tworzą toksalbuminy. Z tém wszystkiem jednak jest to zbyt cenny pokarm dla dorosłych, a jedyny nawet jako surogat mleka dobrego dla niemowląt, aby dobrodziejstwo jego użycia wyrzec się można było, należy jednak odpowiednio je przygotować, aby nie było szkodliwem. Tém większe ma przez to znaczenie, iż i w ekonomii społecznej mleko odgrywa ważną rolę, jako pokarm najtańszy nieomal i tylko łatwe psucie się tego pokarmu (pod wpływem drobnoustrojów) stoi na przeszkodzie jego rozpowszechnieniu. Należy więc mleko bezwarunkowo wyjąławiać. Drogi chemiczne ani oziębianie nie doprowadziły do celu za przykładem więc Ampère'a i Pasteura, Sothlet zaczął pierwszy wyjąławiać mleko. Odróżniamy pasteryzację i sterylizację celem pierwszej jest tylko konserwowanie mleka, druga prócz tego ma na celu usuwanie wszystkich wogóle drobnoustrojów. Wyjąławianie jednak

powinno być zawsze skierowane ku pewnemu określönemu zadaniu, wyjąławiając musimy wiedzieć, jakie drobnoustroje zabić chcemy, naturalnie starając się usuwać te tylko, które są szkodliwe. W mleku jest takich względnie mało i jak dowodzą bezpośrednie doświadczenia Van Genusa, Suwrusa, Bittera wszystkie giną już przy 68—70° w ciągu 1/2 godziny. J. Zawadzki, L. Nencki przekonali się, że przy dwukrotném ogrzewaniu w parze wodnej do 68—69° mleko jest sterylizowane zupełnie, niektóre tylko nieszkodliwe drobnoustroje opierają się działaniu. Ma to tćm większe znaczenie, iż przy takim postćpowaniu mleko ma właściwy świeżemu mleku smak, zapach, czego nie widzimy przy ogrzewaniu do 190°. W celu wyjąławiania mleka J. Zawadzki i L. Nencki zbudowali przyrząd przedstawiony w czasie odczytu i składający się z obszernćj puszki metalowćj z gładkimi ścianami. W przyrządzie tym na półkach ustawione są butelki z mlekiem w naczyniach stćżkowatych szklanych obwiązanych szczelnie pargaminćm. Para dochodzi z kotła parowego za pomocą rury, która biegnie od podstawy przyrządu i posiada otwory przez które para rozchodzi się po całym przyrządzie. We wszystkich miejscach przyrządu ciepłota jest jednakowa, waha się między 0,5°—1° C. Po dwukrotnćm ogrzewaniu do 68—69° autor mleko ozićbia do + 80° C. Ogrzewanie jednak nie wystarcza, należy otrzymywać mleko o ile możności czyste, autor podaje cały szereg środków w obrozie i po udojeniu mleka w celu przeprowadzenia jak najściślejszćj aseptyki. Zakład do wyjąławiania założony w Warszawie, według wskazówek autora i L. Nenckiego jest urządzony w ten sposób, aby zachować możliwą czystość.

Przechodząc do wyjąławiania mleka dla dzieci autor jest stanowczo zdania, że odbywać się ono powinno zarówno jak i stćsowne rozcićczenie w zakładach centralnych, gdyż mleko na targach jest już znacznie zmienione pod względćm chemicznym (toksalbuminy), a rozcićczone w domu przy nieostrożnćm obchodzeniu się może udaremnić wyjąławianie. Głćwne zalety wyjąławiania w zakładach są nastćpujące: 1) mleko wyjąławia się natychmiast po wydojeniu, 2) koszt jest mniejszy, 3) dozćr policyjno-lekarski lepszy i 4) wyjąławianie może być dokładniejsze. Autor uznając karmienie sztuczne niemowląt, jako rzecz przeciwną naturze, ale niekiedy nieuniknioną. Żąda użycia tylko takiego mleka w tym celu, nadto i żąda używania bezwarunkowego mleka tylko wyjąławionego w szpitalach i wielkich zakładach publicznych. Po bliższe szczegćły autor odsła do świeżo wydanećj pracy wspćlnie z L. Nenckim. „O wyjąławianiu mleka sztucznećm dla niemowląt.“ Warszawa, 1891 r.

W dyskusyi zabierają gćs drowie Tchćrznicki, Ponikćo, Merunowicz, Stćpniewski, Goldhaber, Barzycki i Pietrzycki.

Dr. Wachholz: „*Sposoby wykrycia związków sinu w ciółach temić zatrutych.*“

Mimo pewnych charakterystycznych zmian jakie związki sinu do ustroju przyjęte wywołują, zdarzają się przecićż przypadki, gdzie zmian tych nie znajdujemy, wówczas uciekać się trzeba do rozbiorów i prób chemicznych treści żóładka, krwi itd. Do licznych prób na związki sinu należą dawne: próba na błćkit pruski, zademowa, Preyera, Schćnbeina. Obecnie przybývają dwie próby Roberta, z tych najważniejsza na tak zwaną methemoglobinę sinowodową. Rozczyn methemoglobiny pod wpływem związków sinu zmienia barwę z żółtćj na czerwoną, toż samo czynią jednak i alkalia rozcićczone, saletra, gćłćwnie zaś istoty zasadowe odtleniające jak siarczek amonu zgćszczony. W tych jednak przypadkach choć barwa mogłaby do mylnego sądu doprowadzić, widmowy przyrząd na pewne rozstrzyga. Methemoglobina z związkami sinu tworzącą Methemoglobinę sinowodową daje widmo methemoglobiny zredukowanćj, methb. czerwona z powodu alkaliów daje widmo zwykłćj methb. lub nawet Oxyhemoglobiny pod wpływem siarczku amoun. Próby te wszystkie oraz i próbć z związkami sinu odbarwiałacemi kleik skrobi jodem na fioletowo zabarwiony, przeprowadził W. doświadczalnie na krćlikach, trując je sinkiem potasu. Wynik próby Roberta był najlepszym z prób wszystkich, ztąd uważa, iż próba ta nadaje się do badań w praktyce sądowćj.

Prof. Dr. Feigel: *O wyrćżnieniu krwi ludzkićj od zwierzęćj za pomocą żółci.*

Rozrćżnianie to polega na dodaniu do krwi zaschłćj lub sproszkowanćj żółci, wówczas krew krystalizuje w kryształach ciemnowiśniowćj barwy a mianowicie krew

ludzka w słupach, wiewiórki i kuny w kostkach, innych zwierząt w ósmiościanach itd. Krew zatem ludzka wyróżnia się swemi kryształami w kształcie słupów. Na razie jednak rzecz ta mało zbadana nie może dawać bezwzględnej pewności.

Dr. Barzycki 1) czyni wniosek naglący, poparty przez 30 kolegów, co do uchwał pojedynczych sekcji zjazdu; 2) wnosi interpelację co do uchwał zmierzających do rozwoju zdrojowisk krajowych i ustanowienia inspektora zdrojowego. Jednogłośnie postanowiono przedłożyć wniosek i odesłać interpelację do komitetu zjazdu celem dalszego w tym kierunku działania.

Dr. Pollak miał wykład: *Określenie higieny i stanowisko jej w klasyfikacji nauk.*

Prelegent przytoczył szereg definicji higieny poczynawszy od szesnastego wieku. Następnie przytacza szereg klasyfikacji nauk podany przez rozmaitych filozofów, podaje własne definicje oraz projekt klasyfikacji naukowej opartej na naturalnych potrzebach człowieka (zdrowie, dostatek i potrzeby idealne).

W dyskusji zabierali głos dr. Ponikło i Barzycki.

Odczytano następnie kurendę z wnioskiem sekcji metematyczno-fizycznej, aby dla założenia muzeum wynalazków polskich składano po 1 złr.

Na wniosek prof. Blumenstoka postanowiono jednogłośnie zwrócić kurendę powyższej sekcji z propozycją, aby sprawa ta oddana została pod głosowanie na walnem zgromadzeniu zjazdu.

Dr. Pollak miał odczyt: *O usuwaniu nieczystości z miast ze szczególnem uwzględnieniem miasta Warszawy.*

Prelegent zwraca uwagę na zaniedbany stan wszystkich miast polskich pod względem wydalania nieczystości. Jedynie Warszawa ze względu na systematyczną kanalizację za lat kilka lub kilkanaście, będzie miała uregulowaną tę sprawę, o ile mianowicie, kanalizacja miasta w tym czasie będzie skończoną, a co najważniejsza o ile domy zostaną połączone z kanałami. Obecnie stan sanitarny pod tym względem w Warszawie jest bardzo wadliwy. Prelegent omawia praktykowane w Warszawie główne systematy wydalania nieczystości (system Bergera, torfowy, spławny), przytacza odnośne naukowe zapatrywania, krytykuje na ich podstawie każdy z powyższych systematów. Przytacza historię starej i nowiej kanalizacji Warszawy i kończy odczyt postulatami odnoszącymi się do obowiązkowej kanalizacji domów i do uregulowania sprawy dotychczasowych systematów, które za prowizoryczne uważać można.

Nad odczytem tym wywiązała się dyskusja między prelegentem a protomedykiem Merunowiczem i prof. Blumenstokiem, którzy podnosili, że prelegent nie postawił kwestyi ogólnie, ale zajął się szczegółami odnoszącymi się do m. Warszawy i z tego powodu odczyt ten do dyskusji się nie nadaje. Na posiedzeniach sekcji higienicznych zjazdów lekarskich należałoby stawiać kwestyje z ogólniejszego punktu widzenia.

Dr. Pollak uważając wogóle za słuszne uwagi dr. Blumenstoka i Merunowicza, zaznacza, iż należy pomyśleć o reformie sekcji higienicznej na przyszłym zjeździe. Stawia więc wnioski: 1) dotyczący dopuszczenia na członków inżynierów, budowniczych, statystyków; 2) Żąda utworzenia komitetu, któryby zajął się zorganizowaniem i przygotowaniem prac dla sekcji higienicznej przyszłego zjazdu.

Dr. Grabowski zaznacza, iż już w roku 1876 proponował na II-gim zjeździe we Lwowie utworzenia komisji przygotowawczej, drugi wniosek co do dopuszczenia inżynierów uważa za odpowiedni w pewnych razach.

Prof. Blumenstok sądzi, iż należy postanowić, aby na posiedzeniach jedynie można było mówić a nie odczytywać nieraz zbyt obszerne prace, gdyż żywe słowo ma zawsze większe znaczenie. Przemawia przeciw powołaniu techników, gdyż w ciągu dni kilku ani z budownictwem, ani z techniką nie mogą się członkowie lekarze obznajmić, jest zatem zdania, aby pozostać przy dotychczasowym zwyczaju.

Dr. Merunowicz popiera wniosek co do wyboru komisji przygotowawczej, której uznaniu możnaby pozostawić prawo powoływania w poszczególnych razach na koreferentów rozmaitych kwestyj techników.

Dr. Pollak zgadzając się z wnioskiem protomedyka Merunowicza co

do pozostawienia komisji przygotowawczej prawa zapraszania techników odpowiednich dla wszechstronnego opracowania kwestyj higienicznych nie zgadza się z wnioskiem prof. Blumenstoka co do ograniczenia wolności odczytywania referatów, bo to zanadto by referentów krepowało.

Prof. Blumenstok broni ustnego wykładu, powołując się na praktykę zagraniczną, gdzie nie wolno odczytywać prac, lecz jedynie je wypowiadać. Podobny wniosek postawił już na zjeździe w Poznaniu, bo nie idzie przecież o popisywanie się z wymową, lecz o krótsze i przyjemniejsze dla słuchających przedstawienie kwestyi.

W tej sprawie zabierali jeszcze głos DDrowie Ponikło, Jendel i Pietrzycki, który czyni wniosek aby po przyjęciu wniosku co do zapraszania techników rozciągnąć także na inspektora przemysłowego.

Przewodniczący przemawia za przekazaniem sprawy czy i kogo zaprosić, komisji.

W głosowaniu przyjęto wniosek wyboru komisji przygotowawczej, której przekazano sprawę zorganizowania prac sekcji higienicznej na przyszłym zjeździe i prawo powoływania w razie potrzeby na referentów odpowiednich techników i osób innych zawodów.

Następnie czyni Dr. Bujwid wniosek, aby, wychodząc z dotychczasowych badań na polu medycyny doświadczalnej wobec tego, iż metoda szczepień Pastaura jest bardzo rozpowszechniona, i że tanim kosztem można stacją urzędzić, *Sekcja higieniczna uznała, iż założenie zakładu szczepienia w Krakowie i Lwowie jest wielce pożądane.*

Dr. Merunowicz popiera wniosek dr. Bujwida że względu choćby na moralne zadowolenie chorych pokąsanych przez psa wściekłego, uznaje pożytek takich zakładów, choćby wypadków wścieklizny było bardzo niewiele. Wielkie epizootycje wścieklizny bywają zawlekane do Galicji z państw ościennych.

Dr. Blumenstok również popiera wniosek, oświadcza się jednak za ustanowieniem podobnego zakładu tylko we Lwowie. Wobec ulepszonych komunikacyj dostawienie chorego nie byłoby trudne do jednego zakładu, a kwestyja leczenia nie jest ostatecznie pewna, kraj ubogi, przypadki wścieklizny rzadkie.

Dr. Karliński przytacza daty co do częstości wścieklizny w Bośni i sądzi, że rząd ze względów finansowych nie utworzy takiego zakładu, jedynie kraj uczynić to może.

Dr. Szpilmann zaznacza, iż metoda jest dopiero w toku badań, a z tego powodu jest przeciwny założeniu zakładu. Niemcy nie czują potrzeby takiego zakładu. Przytacza niedawny przypadek. Z nieleczonych umarła 1 osoba na 10, ze szczepionych zaś 3 na 24. W sekcji weterynaryjnej sprawa ta była omawiana. Danych statystycznych co do częstości wścieklizny zupełnie nie posiadamy. W zakładzie Pasteura często leczą ludzi niewściekłych. Już we Francji są zdania, iż od chwili wprowadzenia metody było więcej przypadków 154, a z tych leczono 90 w zakładzie, dokąd się ludzie zaraz udają. Dopiero ma być ułożony schemat, który da nam pewne dane statystyczne. Obecnie nie mamy się we Lwowie na czem oprzeć, dopiero teraz założono książkę statystyczną.

Prof. Blumenstok zaznacza, iż pod tym względem nie należy się na Niemców zapatrywać, gdyż oni ze względów szowinistycznych nie chcą założyć podobnego zakładu. Przypniemy, że w jednym przypadku metoda uratuje, a choćby uspokoi człowieka, to i wtedy założenie zakładu miałoby znaczenie. Co się tyczy protokółów i statystyki, to można badać i leczyć jednocześnie, badania nawet w zakładzie łatwiej skutecznić.

Dr. Merunowicz uważa szczepienie Pasteurowskie za środek paljatywny, a tylko zapobieganie za środek zasadniczy. Ze sprawozdań lekarzy powiatowych wynika, iż nowa ustawa nie wpłynęła na zmniejszenie przypadków wścieklizny, przedewszystkiem należy jednak kłaść nacisk na zapobieganie, obecnie jednak należy dążyć do otwarcia takiego zakładu. Obawy, iż osoby zdrowe zostaną zaszczepione w zakładzie są płonne, zależy to od kierownika zakładu.

Dr. Pollak zaznacza, iż kwestyja taka wymaga obszernego badania. O samym fakcie zaznaczyć należy, iż jest wątpliwy. Ze statystyki w Syberii po-

kaśanych, ulega wściekliznie 100/0, w Rosyi 400/0. W Warszawie śmiertelność była niewielka przed, większa po otwarciu zakładu. Biernie zachowywać się nie można i albo sprawę odroczyć do przyszłego Zjazdu, albo też w myśl zdania prof. Blumenstoka jeden tylko zakład w Galicyi urządzić lepiej jednak pod nadzorem.

Dr. Z a w a d z k i jest zdania, iż, jeżeli zakład ma powstać, to należy pozostawić leczenie się w nim osobistym chęciom chorych, a nie zmuszać chorych do leczenia, jak się to praktykuje w ościennych krajach.

Dr. S z p i l m a n n mniema, iż jeżeli chodzi o uspokojenie chorych, to zamiast jadu lepiej używać wody przekroplonej, która jest przynajmniej nieszkodliwą. Jeżeli przepisy sanitarne sumiennie będą przestrzegane, to też śmiertelność zmniejszyć się powinna.

Dr. P i e t r z y c k i nie umie sobie wytłumaczyć, czemu Dr. Szpielmann jest przeciwnikiem, skoro tylu poważnych badaczy za szczepieniem przemawia. Mamy wiele za niem przemawiających faktów, możemy zatem skuteczność uznać.

Dr. P o l l a k nie widzi powodu do decyzji naglej radzi rzecz odłożyć do następnego zjazdu, tem bardziej, iż Dr. Bujwid miał właściwy odczyt o tym przedmiocie w innej sekcji. Rzecz nie jest dostatecznie przygotowaną i do stanowczych wniosków dojść trudno.

Zdaniem dr. P o n i k ł y sprawa jest jasną, jedni sądzą, iż szczepienie jest mało korzystne, inni, że jest obojętne, leży jednak w naturze człowieka chęć ratowania się, więc nawet zakład mógłby być korzystny i pożądanym, do władzy zaś należy odpowiednia kontrola.

Dr. B l u m e n s t o k jest zdania, że jak we wszystkim tak i tu są dwa obozy; jedni są za, drudzy przeciw szczepieniu. Jeżeli jednak małym kosztem można to uskutecznić, to ponieważ wstrzykiwań wody nie można robić, gdyż byłby to szarlatanizm, należy zakład otworzyć.

Dr. K a d y i uważa sobie za obowiązek wypowiedzieć zdanie, że dla niego nie potrzeba otwarcia zakładu dla badań, gdyż fundament metody jest chybiony, powstała ona bez żadnych podwalin naukowych. Metoda szczepienia nie jest ochronnym szczepieniem tak jak jest niem ospianka. Co do wścieklizny immunitas stwierdzoną nie została. Wścieklizna jest bezwarunkowo śmiertelną, wyleczonych nie ma. Badacz taki jak Pasteur wobec tego nie powinien być z metodą występować. Szczepienie nie polega na wprowadzaniu jadu rozmaitego natężenia i rozmaitej sily. Pasteur ukąszonego któryby zachorował np. po 8 tygodniach szczepi słabym jadem, potem jeszcze silniejszym aż do najsilniejszego. Musiałaby nastąpić kumulacja. Jestto wniosek logiczny z całej metody. Statystyka dowodzi, iż szczepienie nie zawsze wywołuje wściekliznę, 0/0 ulegających jest na szczęście mały. Wobec tego wstrzykiwać nie należy. Badanie każde musi mieć podstawę. Czy jest rzeczą ludzką, aby ten sposób leczenia upowszechniać? Metoda P. nie jest metodą leczenia, zwolennikom nie bierze za złe dr. K., ale Państwo wobec niedowiedzenia metody, nie może zakładać podobnego zakładu. Sądzi, iż sekcja nie powinna uchylać proponowanego przez dr. Bujwida wniosku.

Dr. B u j w i d wobec tego wszystkiego co powiedziano dochodzi do wniosku, iż metoda ta jest u nas mało znaną. Pasteur, Frisch dają dowody niezbitę, ten ostatni zaś stał się nawet zwolennikiem z przeciwnika. Liteau ucieka się do przeczenia skuteczności i robi zwolenników Pasteura zabójcami. Przytacza przypadek własny gdzie chłopiec ukąszonego w rękę przez niewiadomego psa, przybył po 10 dniach do zakładu, gdzie umarł zaraz. Zjawia się list, że pies był zdrow, a chłopiec umarł, Bujwid od ojca otrzymał dowód, iż psa nie ma. Odbywało się leczenie metodą słabą. To są dowody przeciwników. W obec spóźnionej pory trudno uzasadniać naukową podstawę. Szczepiąc zwierzętom jad wścieklizny wywołujemy immunitas, stwierdził ją autor na nieznacznym co prawda (3 przyp.) materyjale. Znanym jest fakt, że jad szczepiony królikom, tylko w 1/3 części wywołuje wściekliznę, a króliki, które przebyły wściekliznę w okresie utajonym, są odporne. Wykazano to na wielu faktach, wścieklizna bynajmniej nie jest zupełnie śmiertelną. Przypadki takie przedstawione są w Paryżu i Peszcie. Ferrán szczepi zarazek wścieklizny robiąc rozcięcie ze świeżego zarazka pod skórę, statystyka na 300 przypadków 1 przyp. śmierci. Dowód to namacalny, iż nie

każdy szczepiony umiera. Co do statystyki jest ona trudną, ma podstawę. Nie jest trudną dyagnozą wścieklizny. Statystyka własna dr. Bujwida dowodzi, iż wyniki zależą od sposobu stosowania, przy własnej jego metodzie lepsze. Na zasadzie powyższego sądzi, iż odłożenie nie powinno mieć miejsca, zgadza się na 1 stację, nie potrzeba kontroli. Siłą sprowadza się tylko tych, którzy sami przyjeżdżać nie mogą. To, że Niemcy nie chcą urządzić, nie jest prawdą, Niemcy mają zamiar to uczynić. Uffelmann i Flüge przyjmują i popierają metodę.

Dr. Pollak oświadcza się raz jeszcze za odroczeniem i przekazaniem sprawy do referatu komisji, która ma być wybrana do zorganizowania planu prac sekcji higienicznej na przyszłym zjeździe. Za wnioskiem tym oświadcza się również drowie Pietrzycki i Kadyi.

W głosowaniu wniosek dr. Bujwida nie otrzymał większości, uchwalono natomiast wniosek dr. Pollaka, aby wybrać się mającej komisji przygotowawczej sprawę poruszoną we wniosku dr. Bujwida do uwzględnienia przekazać.

Z powodu spóźnionej pory reszta przedmiotów spadła z porządku dziennego. Na wniosek przewodniczącego wybrano do komisji przygotowawczej mającej zorganizować i przygotować materiał do obrad sekcji na przyszłym zjeździe drów Blumenstoka (Kraków), Merunowicza (Lwów), Pollaka (Warszawa) i Wicherkiewicza (Poznań).

Przewodniczący w krótkich słowach podziękował za ożywioną dyskusję w sprawie zakładu Pasteurowskiego, a jako członek Wydziału gospodarczego, zamykając ostatnie posiedzenie sekcji, imieniem tegoż pożegnał członków.

3. Sekcja medycyny wewnętrznej.

Przewodniczący Komitetu przygotowawczego sekcji prof. dr. Korczyński zagał posiedzenie witając zgromadzonych i podnosząc znakomity rozwój, jaki okazuje w ostatnich czasach medycyna wewnętrzna. Ilość zgłoszonych odczytów wraz z referatami jest tak pokaźna, że czas posiedzeń zjazdowych zaledwie wystarczy, by wszystkie przedmioty dokładnie wyczerpać.

W celu ukonstytuowania się sekcji przedstawia na prezesów sekcji Drów: Baranowskiego i Chodounsky'ego (pos. I-sze); Drów: Dunina i Florckiewicza (pos. II-gie); Drów: Sokołowskiego i Smutnego (pos. III-cie); wreszcie Drów: Wład. Jabłonowskiego i Reichmanna (pos. IV-te).

Na sekretarzy honorowych prof. dr. Korczyński proponuje imieniem Komitetu przygotowawczego drów: Bäckiewicza, Pruszyńskiego, Puławskiego, Sierpińskiego, Wróblewskiego Wład., Zawadzkiego Józefa i Zielińskiego, — zaś na sekretarzy zwyczajnych drów: Lachowicza, Orzechowskiego, Piątkowskiego, Pohoreckiego, Rosenzweiga i Udzielę.

Wnioski te jednomyślnie przyjęto.

Po objęciu przewodnictwa przez prof. dr. Baranowskiego uchwalono 2 wykłady dr. Spielmanna i 2 wykłady dr. Misiewicza, dodatkowo zgłoszone, umieścić na porządku dziennym, o ile czas na to pozwoli, — podanie zaś lekarzy zdrojowych w Szczawnicy o zaprowadzenie koniecznych w tym zdrojowisku ulepszeń odstąpiono do referatu prof. dr. Korczyńskiego.

Potem przystąpiono do właściwego porządku dziennego.

1. Dr. Jan Pruszyński z Warszawy przedłożył referat: *O ile ostatnie postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na ich leczenie.*

Referat ten w streszczeniu opiewa:

Od lat kilkunastu zawdzięczając badaniom Leubego i jego następców (szczególnie uczniów szkoły krakowskiej) rozpoznawanie i leczenie chorób żołądka na nowe weszło tory; wobec niedostatecznych wyników z anamnezy i badania fizykalnego podstawą dyagnostyki stała się fizjologiczna czynność żołądka, która dotyczy sfery wydzielniczej, ruchowej i chłonniczej. Wszystkie te własności żołądka, jako narządu trawiennego, stoją w nierozdzielalnym ze sobą związku, a przeważne znaczenie na czynność mięśni, która ułatwia zetknięcie się pokarmu z błoną śluzową, przez co powstaje podrażnienie gałązek nerwowych regulujących wydzielanie soku żołądkowego, oraz zjawiają się warunki wskutek których błona śluzowa staje się zdolną do wchłonięcia przetrawionych produktów.

Wobec związku oddzielnych czynności żołądka, w celu badania fizjologicznej sprawności tego narządu należy wybrać próbę, objaśniającą o ile można najdokładniej cały przebieg

trawienia, choćby, nie zwracając uwagi na czystość produktów pod względem chemicznym. Do tego celu mogą służyć tylko materije, do trawienia których żołądek jest przystosowanym t. j. ciała białkowe najodpowiedniej w postaci białka kurzego lub też próbnego obiadu *Leubegor-Riegla*, choć z drugiej strony wyniki dyagnostyczne zależą zawsze będą (w związku z próbami) od należytego ocenienia stanu ogólnego i od dokładnego badania zawartości żołądka.

Pomimo braków, jakie przedstawiają nawet w nowej formie metody dyagnostyczne cierpień żołądka niemniej dyagnostyka ostatnich czasów przez wiele nowych faktów została wzbogaconą. Najpierw oddzielono cierpienia nerwowe i objaśniono je korzystając z doświadczeń na zwierzętach zaburzeniami nie tylko włókien obwodowych, lecz środków nerwowych, które wykryto tak w rdzeniu przedłużonym, odnogach mózgowych wzgórku wzrokowym, jako też i na powierzchni półkul mózgowych; wskazano następnie na cierpienia ogólniejszej natury, których pierwszym objawem bywają zбоczenia w trawieniu żołądkowym, rozdzielono cierpienia żołądkowe na przebiegające ze wzmiankowaniem i z upośledzonym wydzieleniem, opierając się na danych fizjologicznych, które nie zawsze idą w parze z widocznymi zmianami anatomicznymi, oraz objaśniano przypadki rozstrzeni jużto zбоoceniami czynnościowymi, jużto organicznymi. Pomimo to zbyt mało zwracano uwagi na stosunek cierpień żołądka do kiszek, co miałoby pierwszorzędne znaczenie dla terapii a szczególnie dla dyjetetyki.

Zadaniem głównym naszego postępowania przy cierpieniach żołądka jest o ile możności stosownie do charakteru sprawy ograniczanie jego czynności, co w cięższych postaciach uskutecznia się przez odżywcze ławatywy, z których najodpowiedniejszą jest trzustkowo-mięsna ławatywa, w przypadkach lżejszych przez podawanie pokarmów „najstrawniejszych.“ Strawność pokarmów jest pojęciem względnym i zależy od stanu żołądka i od postaci, w jakich je dostarczamy ustrojowi, w jednych razach bowiem należy stosować je w formie zwykłej, w innych w formie najłatwiej ulegającej wchłanianiu, co należy od wpływu, jaki wywierają postacie chorobowe na oddzielne przetwory białka, wodorów węgla i tłuszczów, niemniej przeto w celu uniknięcia niepotrzebnego głodzenia chorych, stosować należy dyjetę przynajmniej do normy przez szkołę monachijską dla zdrowego ustroju zastosowanej. Przy cierpieniach przebiegających z nadmiernym wydzielaniem kwaśnej zawartości wskazanem jest podanie znacznej ilości białka w formie niezmiennionej a wodorów węgla i tłuszczu w postaci najłatwiej ulegającej wassaniu, przy niedomodze zaś wydzielniczej i sprawach pokrewnych stosunki będą odwrotne, choć wogóle idyosynkrazyja i stan odżywiania muszą wejść w rachubę.

Najdzielniejszą z metod mechanicznego leczenia jest przeplukiwanie żołądka, często niestety nadużywane, które ma tylko na celu usunięcie produktów rozkładu i nadmiernie zebranego śluzu. Elektroterapija w cierpieniach żołądka nie ma tak doniosłego znaczenia, jakby można o tem sądzić a priori a zбоczenia czynności wydzielniczej, powstałe na gruncie osłabienia mięśni, ustępują masażowi. Na podstawie udoskonalonych metod jesteśmy w stanie nie tylko wybierać źródła lecznicze, lecz i zabiegi kontrolować, chociaż teoria nie zawsze zgadza się z doświadczeniem: np. nadmierna kwasność i niższe stopnie niedomogi wydzielniczej skutecznie mogą być traktowane przez wody alkaliczne, jak i alkalia są nieraz wskazane przy różnych nawet przeciwnych całkiem zaburzeniach żołądkowych; w stanach przebiegających z niedomogą wydzielniczą działają skutecznie w dawkach małych, co zdaje się nie zależy od środka tylko od dozy, gdyż i przy innych sprawach fermentacyjnych, jak wykazali najpierw prelegent a następnie *Biernacki*, wydzielanie fermentów wzmacnia się pod wpływem małych ilości dla każdej substancji właściwych.

Badanie kwasu solnego ma na celu wydzielenie fermentów trawiennych, ztąd też pomierne użycie pepsyny ma tylko tam prawo bytu, gdzie przy obecności HCl sok żołądkowy nie posiada własności peptonizujących, a w stanach zanikowych lepiej zamienić trawienie żołądkowe, jak radzi *Reichmann*, na trawienie trzustkowe.

Co się tyczy środków gorzkich to wiekowa ich sława została zachwiana, lecz nie zniszczoną przez doświadczenia.

Wątpliwość na jakie wpadamy przy krytyce wartości rozpoznawczej i leczniczej dotychczasowych metod, przez praktykę wskazanych pochodzą w części od braku danych fizjologicznych i anatomopatologicznych, w części od niedokładnych obserwacji. do czego przyczynia się niemalże skłonność objawiania spraw biologicznych wyłącznie na gruncie chemii.

Dyskusję nad tym referatem odłożono na później.

2. Dr. *Józef Zawadzki* ordynator kliniki lek. w Warszawie. Wykład pod tyt.: *Wymioty nerwowe i przyczynę do ich leczenia.*

Mowca odróżnia dwa główne rodzaje wymiotów: jedne, które pochodzą od zadrażnienia zakończeń nerwowych w żołądku i te występują jako odruch, drugie będące następstwem znacznego zmniejszenia pojemności żołądka. Co do leczenia, to *Z.* postępuje w ten sposób, że wprowadza do żołądka wielką ilość wody sodowej, którą wlewa wprost z syfonu.

W dyskusji zabiera głos najpierw dr. *Reichmann*. Prelegent nie różni regurgitacji od wymiotów, co jest ważne ze względów odnoszących się do patologii ogólnej. Zwracania powstają bez udziału tłoczni brzusznej, wymioty bez tego udziału nastąpić nie mogą, najczęściej spostrzega się zwracanie, wymioty rzadziej. Co do skuteczności leczenia, to metoda podana jest racjonalna, może więc być skuteczną, jakie jednak będą wskazania do tej metody, trudno a priori powiedzieć, ze względu, że wymioty nerwowe najczęściej występują w hysteryjach, u których cza-

sem ipecacuanha w dawkach wymiotowych leczy powyższe cierpienia. Dr. Dunin nadmienia: że autor, jako główne punkty uważał 1) wymioty od zadrażnienia nerwów żołądka pochodzące; 2) z powodu zmniejszenia objętości żołądka.

Co do 1) to większa część występuje na drodze odruchowej; jest to najczęstsze w hysteryjach, hyperestezja też najczęściej bywa z powodów centralnych.

Co do 2) to prelegent nie przytoczył dowodów zmniejszenia pojemności żołądka, a powtóre przy raku żołądka, tenże bywa znacznie zmniejszony a więcej niż 35 ctm. treści zmieścić może. Jeżeli jednak przyjmiemy to zmniejszenie, to ono może być a natomiczne lub nerwowe. Jeżeli to ostatnie ma miejsce, to znowu będzie ono centralne, jeżeli anatomiczne, to metoda nie będzie skuteczną.

Wreszcie metoda ta nie jest nową, tylko sposób jest nowy. Należałoby przytęm odłączyć skutek wlewania wody (mechaniczny) od wprowadzania kw. węglowego. Jeżeli chodzi o wpływ mechaniczny, to lepiej wprowadzać balonik gątaperkowy i wydymać go powietrzem, jeżeli chodzi o CO₂, to takowy można do żołądka i w inny sposób wprowadzać. Metoda ta ma więc raczej znaczenie suggestyi.

Prelegent w odpowiedzi zastrzega się, że podał tę metodę nie jako specyficzną działającą, lecz jako jeden ze sposobów leczenia mający wartość, jak inne. Co do działania tej metody, takowe nie jest psychiczne, gdyż skutek bywa powolny i stopniowy.

Dr. Biegański radzi również odróżniać zwracania od wymiotów przelykowych, do tej kategorii zaliczać należy ściśle te tylko przypadki, gdzie zwężenie nerwowe wpustu wywołuje rozszerzenie przełyku ponad wpustem, inne zaś tak samo nazywane wymioty należy zaliczać do zwracań. Zmniejszania żołądka jako przyczyny wymiotów nie dowiedziono dostatecznie. Działanie lecznicze przez prelegenta podane odnieść należy do suggestywnego działania zgłębnika. Dr. B. zwraca uwagę, że doświadczenia te robione były na psach — podczas gdy u człowieka Dr. B. obserwował w jednym wypadku, że ruchy te od wpustu już się zaczynają — a wzmagają się tylko bardziej przybliżając się do odźwiernika.

Dr. Zawadzki zwraca uwagę, że nie rozporządzając badaniami nad ruchami żołądka u ludzi — ograniczać się musimy do wniosków z analogicznych objawów u zwierząt.

Prof. Gluziński sądzi, że przy wymiotach i zwracaniach nerwowych — uwzględnić należy jak wszędzie, obok cierpienia ogólnego i miejscowo dotknięty narząd. Otóż wymioty nerwowe, jeżeli polegają na stanie chorobowym żołądka, pociągają za sobą nie tylko zmiany w ruchu ale i zmiany w sekrecyi (gastroxynsis Rossebacha) wymagają często leczenia miejscowego. Metoda podana nie jest zupełnie nowa. (Tusz żołądkowy Kussmaula). Wytlumaczyć na pewno działania tej metody nie można, na tłumaczenie podane przez prelegenta dowodów nie ma. Co do obserwacji Dr. Biegańskiego, to ruchy żołądka przez niego opisane były patologiczne, więc nie mogą służyć za dowód, że takie same ruchy wykonywa zdrowy żołądek. — W stanie prawidłowym nawet przy wielkiem wychudzeniu przez powłoki brzuszne nigdy nie można stwierdzić jakże ruchy wykonywa zdrowy żołądek.

Prof. Korczyński w krótkich słowach zaznacza zapatrywanie swe na wymioty nerwowe i wspomina w jaki sposób leczy je w swęj klinice, gdzie corocznie ma bardzo liczny zastępow tych przypadków. Zdarzają się one bardzo często u Żydów. Przedewszystkiem należy zbadać jak najdokładniej cały układ nerwowy, zbadać jak najdokładniej resztę narządów w tym celu, ażeby się przekonać, czy wymioty nie są zboczeniem odruchowem, a wreszcie zbadać szczegółowo chemizm i mechanizm żołądka. Doświadczenie codzienne przekonywa bowiem, że bardzo często wymioty tak zwane nerwowe mają swoją przyczynę w stanie żołądka, t. j. w zboczeniach czynności chemicznej lub mechanicznej żołądka, które to zboczenia zazwyczaj nie pociągają za sobą wymiotów, jeżeli tylko układ nerwowy nie okazuje chorobliwej drażliwości. Te postacie wymiotów możnaby więc nazwać również wymiotami odruchowemi, gdzie odruch występuje z samego żołądka. — W leczeniu wymiotów nerwowych trzeba więc ściśle indywidualizować i zabiegi lecznicze zastosować zawsze do właściwej przyczyny choroby.

W wymiotach ściśle nerwowych bez zmian w żołądku leczyć trzeba układ nerwowy, a w szczególności w hysteryi zwrócić trzeba uwagę na odżywienie,

cały tryb życia; w przypadkach takich suggestyja, zabiegi lecznicze nawet obojętne, jeżeli działają na umysł chorego, założenie zgłębnika żołądkowego, wstrzyknięcie pod skórę jakiegokolwiek obojętnego leku i t. p. wpływy umysłowe działają nieraz znakomicie. — W wymiotach odruchowych trzeba całą uwagę zwrócić na ten narząd, z którego wychodzi podrażnienie, bez względu na to, czy tam znajdują się zboczenia anatomiczne czy też tylko czynnościowe. W przypadkach zresztą, gdzie istnieje chociażby najmniejsza zboczenie żołądka, trzeba na to zboczenie przeważnie działać. Jeżeli istnieje niedomoga wydzielnicza podawanie kwasu solnego i pokarmów podrażniających (korzennych napojów wysokowych) usuwa bardzo często wymioty, jak w przypadkach nadeżności wydzielniczej ograniczenie chorego do dyjety mlecznej i usunięcie wszelkich pokarmów i napojów podrażniających żołądek. Tak niedomoga wydzielnicza, jakoteż nadeżność wydzielnicza mogą być następstwem zboczeń ogólnych w układzie nerwowym. Bardzo często i ze wszystkich rodzajów najczęściej wymioty nerwowe osobiście u Żydów, polegają na nadmiernej kwasocie żołądkowej i na trwałem podrażnieniu sprawy wydzielniczej, która w przeważnej części przypadków zdaje się stać w związku z zaburzeniami w układzie nerwowym. W przypadkach tych obok odpowiedniej dyjety i działania uspokajającego na cały układ nerwowy, koniecznem jest leczenie bezpośrednie samej sprawy chorobowej żołądka, a przepłukiwanie wodą karlsbadzką lub rozczynami alkaliów usuwa nieraz rychło wymioty. W uporzeczonych przypadkach tej kategorii widział prof. Korczyński niekiedy bardzo korzystne działanie wielkich dawek bromku potasu lub też średnich dawek jodku potasu. Nawet niedomoga ruchowa żołąka przy drażliwości chorobowej nerwów żołądkowych może dać powód do wymiotów odruchowych; najmniejsza ilość pokarmów zalegających w żołądku, która w stanie prawidłowym żadnych przypadków nie sprawia, wystarcza w takich przypadkach do wywołania wymiotów. Wtedy należy używać środków i zabiegów, które działają przeciw niedomodze ruchowej, a więc okładów zimnych, natrysków, masowania, elektryczności. W ogóle trzeba ściśle indywidualizować, jeżeli ma się osiągnąć wyniki pomyślne i starać się zawsze wysledzić naprzód podstawę i przyczynę, zanim się przystąpi do leczenia.

Zabieg leczniczy proponowany przez Dr. Zawadzkiego może być skutecznym w niektórych przypadkach, nie można go jednak żadną miarą uważać jako środek ogólny, leczący wymioty nerwowe.

3. Dr. Buzdycan i Gluziński. Wykład: *Zachowanie się czynności żołądkowej w różnych postaciach niedokrewności a w szczególności w blednicy.*

Autorowie na podstawie ścisłych doświadczeń przeprowadzonych w klinice prof. Korczyńskiego na chorych dotkniętych niedokrewnością a szczególnie blednicą, doszli do następujących wniosków:

- 1) Niedokrewność powstała ostro po krwiotokach zdaje się nie upośledzać ani chemizmu ani mechanizmu trawienia.
- 2) Niedokrewność powstająca powoli i trwająca czas dłuższy, upośledza tak chemiczną jak i mechaniczną funkcję żołądka.
- 3) W blednicy (Chlorosis) po większej części jest prawidłowe wydzielanie HCl, rzadziej spotyka się nadmierne wydzielanie kwasu solnego wśród trawienia (Hypersecretio acida digestiva) a jeszcze rzadziej niedostateczność wydzielania kwasu solnego (Achloria). Siła zaś motoryczna żołądka zawsze jest upośledzona.
- 4) Leczenie stanu żołądka i to przepłukiwaniem zapomocą zgłębnika daje w blednicy w krótszym czasie o wiele korzystniejsze wyniki, niż wszelkie dotychczasowe metody leczenia.

4. Dr. Reichmann z Warszawy. Wykład: *Kilka słów o powstaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (cholelithiasis).*

Kamicę żółciową spotykamy w kraju naszym bardzo często. Kamienie żółciowe powstają głównie skutkiem pewnej nieznannej nam dyjatezy ustrojowej, za czem przemawiają następujące fakty:

- 1) Dziedziczność.
- 2) Tworzenie się kamieni u kilku członków, należących do danej rodziny.
- 3) Powstawanie kamieni żółciowych u osób pochodzących z rodzin artrytycznych.
- 4) Rozwój kamieni żółciowych u osób, których rodzice cierpieli na moczówkę cukrową.
- 5) Jednoczesne występowanie kamieni żółciowych ze skazą artrytyczną.
- 6) Powstawanie kamicy żółciowej podczas ciąży.
- 7) Rozwój choroby u osób pędzących tryb życia siedzący, przeważnie w wielkich miastach.

Prócz tej głównej przyczyny polegającej prawdopodobnie na wadliwej przeróbce materii w ustroju do tworzenia się kamieni, usposabiają okoliczności utrudniające odpływ żółci,

przez zwiększenie ciśnienia wewnątrzkiśzkowego, a do nich przedewszystkiem zaliczyć wypadła ciężę i nawykowe zaparcie stolca.

Prócz zwykłych objawów, kamica żółciowa wywołuje często kurecze żołądka i kiszek, manifestujące się pod postacią napadów silnych bólów w dołku podsercowym, w całym brzuchu albo też w tej lub owej okolicy brzucha. Najczęstszą przyczyną gastralgii i enteralgii w ogóle jest kamica żółciowa. Po takich napadach kureczów żołądka lub kiszek nie bywa nigdy żółtaczki ani barwników żółciowych w moczu. Odróżniają się one od napadów kolki wątrobowej, która niekiedy pozór gastralgii przyjmuje: umiejscowieniem, charakterem bólów, brakiem żółtaczki i barwników żółciowych w moczu. Przy kolce wątrobowej bóle są umiejscowione przeważnie w prawej połowie klatki piersiowej i mają kierunek wstępujący; przy gastralgii bóle są umiejscowione w dołku podsercowym i rozprzestrzeniają się ku górze w linii pośrodkowej ciała, ku grzbietowi i na oba podżebrza szczególnie zaś na lewe; przy enteralgii znowu bóle rozchodzą się po brzuchu lub umiejscowiają się w jednej z okolic brzucha w znacznej odległości od wątroby. Bóle przy kolce wątrobowej sprawiają uczucia rozrywania, klócia, wiercenia; przy gastralgii zaś i enteralgii, od kamicy żółciowej zależnych, bóle sprawiają, uczucie kureczów, ściągania, skręcania. Po kolce wątrobowej bardzo często powstaje żółtaczka, lub przynajmniej wykryć się dają w moczu barwniki żółciowe, przy kamicy żółciowej gastralgii resp. enteralgii ani żółtaczki ani barwników żółciowych nigdy w moczu nie bywa. Rozpoznanie zależności gastralgii resp. enteralgii od kamienicy żółciowej nie jest łatwe. Poprzednie napady kolki wątrobowej z żółtaczką lub bez takowej, powiększenie i bolesność pęcherzyka żółciowego, jako też odechodzenie kamieni żółciowych, rozjaśniają właściwą przyczynę kureczów żółciowych. Przy braku tych danych, można przypuścić, że napady gastralgii i enteralgii zależą od kamicy żółciowej, jeżeli potrafimy wyłączyć sokotok i wrzód żołądka, robaki kiszkowe, cierpienia organów płciowych wewnętrznych u kobiet, wład rdzenia.

Pomiędzy następstwami kamicy żółciowej zasługują na uwagę dwie rzadsze komplikacje, mianowicie rozstrzeń żołądka i połączenie pomiędzy pęcherzykiem żółciowym resp. przewodem żółciowym wspólnym a żołądkiem. Rozstrzeń żołądka wytwarza się wskutek zróżnicowań, powodujących zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy. Ta przyczyna rozstrzeni żołądka rozpoznaje się na zasadzie danych anamnestycznych, jako też przez wynajdywanie w rozszerzonym żołądku znacznej ilości żółci lub kamieni żółciowych. Dostawanie się do rozszerzonego żołądka znacznej ilości żółci przemawia w ogóle za zwężeniem dolnej części dwunastnicy, poniżej *diverticulum Vateri*. Jednakże i przy zwężeniu odźwiernika lub dwunastnicy, ponad *diverticulum Vateri*, może się żółć w znacznej ilości do rozszerzonego żołądka dostawać, jeżeli jednocześnie wytworzyły się przetoki. Połączenia żołądka z pęcherzykiem resp. z przewodem żółciowym wspólnym, charakteryzują się częstotliwością lecz nie zbyt obfitymi wymiotami żółciowo-ropnymi, brakiem rozstrzeni żołądka. Rozpoznanie ułatwie anamneza. Leczenie wewnętrzne może mieć na celu głównie wpływ zapobiegawczy a w małym tylko stopniu wpływ radykalny. Najskuteczniejszym jest leczenie dyjetą mleczną, potem idzie leczenie wodami mineralnymi (Karlsbad, Marienbad, Vichy), następnie środkami sodowymi, szczególnie salicylanem sodu i środkami wypróżniającymi, do których zaliczyć też należy tak zalecaną w ostatnich czasach oliwę i przepłukiwanie kiszek.

Do tych metod leczniczych należy dołączyć wszystkie środki i sposoby, pomyślnie wpływające na ogólną przeróbkę materii w ustroju. Takie leczenie zapobiega tworzeniu się nowych złożeń żółciowych i co najwyżej, przyczynia się do wyprowadzenia małych kamieni z przewodów żółciowych do kiszek. Przeciwno dużym kamieniom, znajdującym się w pęcherzyku żółciowym i wywołującym częste a przykre objawy, nie mamy innego środka, jak tylko pomoc chirurgiczną, t. j. rozcięcie i opróżnienie pęcherzyka żółciowego.

W dyskusji zabiera głos najpierw prof. K o r c z y ń s k i. Sądzi on, że kamica żółciowa jest chorobą, która w rozpoznawaniu bardzo często poważne następcza trudności. Stanowczą i bezwzględną pewność daje jedynie tylko stwierdzenie w stolcach kamyków żółciowych. Częstość obraz choroby podobny jest do zimnicy, do kamicy nerkowej, do nerwobólów żołądkowych lub kiszkowych, do nerwobólów międzyżebrowych i t. p. Niekiedy znów mimo licznych kamieni żółciowych nie ma za życia żadnych objawów chorobowych. Jednym z najstałszych objawów są przypadki tak zwanego morzyska czyli kolki żółciowej, które jednak tylko wtedy są cechujące, jeżeli im towarzyszy powiększenie i bolesność pęcherzyka żółciowego lub żółtaczka. Zdarzają się jednak bardzo częste przypadki, gdzie objawy kamyków żółciowych przez dłuższy czas są tak niejasne i niepewne, że żadną miarą pewnego i ścisłego rozpoznania postawić nie można. Każdy praktyk zna takie przypadki; rozjaśniają się one niekiedy po dłuższym przeciągu czasu. Pomyłki rozpoznawcze w tej chorobie przydarzają się bardzo często; a przyczyną ich nie jest lekarz, tylko niepewności rozpoznawcze w ogóle.

Otóż w tej chorobie, tak trudnej do rozpoznania i przebiegającej tak często bez objawów złudnych Dr. R e i c h m a n n zwraca uwagę na częste pojawianie się kureczów żołądkowych. Przedewszystkiem zapytać się należy, co prelegent rozumie przez nazwę kureczu żołądkowego, czy bolesne uczucie w okolicy żołądka (Cardialgia, Ga-

stralgia) wywołane przez nieprawidłowy stan nerwów czulnych żołądka, czy też właściwy skurecz błony mięsnej żołądka, na który w ostatnich czasach pilniejszą zwrócono uwagę i który staramy się wprowadzić nawet w związek z powstawaniem wrzodu żołądka, a który to skurecz może także wywołać uczucie bólu w okolicy żołądka. Czy jedno czy drugie, to ból w okolicy żołądka, byłby zdaniem Dr. Reichenmanna objawem odruchowym i stanowiłby pewną postać kliniczną nerwicy żołądka. Przeciwnie temu zapatrywaniu jednak podnieść należy bardzo poważne zarzuty. Najważniejszym jest zarzut, że ów kurecz żołądkowy jest właściwie nieczem innem, jak tylko kolką żółciową, t. j. że skutkiem bądź to przesuwania się kamyków przez żółciowody, bądź też przez podrażnienie takowych lub pęcherzyka żółciowego powstaje ból, który się rozpromienia na okolicę żołądka. Wszakże tak często chorzy zgłaszają się do lekarza o poradę z powodu „kureczów żołądkowych“, a badanie i przebieg wykazuje obecność kamyków żółciowych, a również często lekarz uważa chorobę jako gastralgię, a dalszy przebieg wykazuje, że bóle w okolicy żołądka powstawały skutkiem kamyków żółciowych.

Gdyby jednak mimo to wszystko przyjąć istnienie osobnej postaci chorobowej pojawiającej się w przebiegu kamyków żółciowych, to zapytać się należy przede wszystkim, czem się ta nowa postać chorobowa klinicznie cechuje i od właściwej kolki żółciowej różni i odgranicza. Cechy, podane przez Dr. Reichenmanna zupełnie są niedostateczne a mianowicie umiejscowienie i charakter bólu, a wreszcie brak żółtaczki. Umiejscowienie bólu jest bardzo względne; przykłady na to są bardzo liczne, dość wskazać na ból w zapaleniu opłucnej, który niekiedy pojawia się po przeciwniej stronie klatki piersiowej, lub na przypadki kamyków żółciowych gdzie chory skarży się na ból w okolicy śledziony. Na rodzaju bólu już najmniej można polegać, co jednego chorego dotkliwie boli, to drugiego tylko piecze lub swędzi. Brak żółtaczki wcale nie rozstrzyga; żółtaczka pojawia się w kamicy żółciowej tylko wtedy, jeżeli zatkany jest przewód wątrobowy lub przewód żółciowy wspólny.

Wobec tego przypuszczanie przez Dr. Reichenmanna „kureczów żołądkowych“ jako odrębnej postaci chorobowej w przebiegu kamicy żółciowej nie jest dostatecznie usprawiedliwione, i nasuwa przypuszczenie, że jego nowa postać chorobowa nie jest nieczem innem, jak tylko dawną kolką żółciową, gdzie ból rozpromienia się na okolicę żołądka.

Dr. Reichenmann w odpowiedzi zaznacza, że nowsza patologija uczy różniwania różnych rodzajów bólu. Nie ulega wątpliwości, że kurczenie się przewodu pokarmowego wywołuje może ból, rozciąganie zaś można doprowadzić niemal aż do pęknięcia bez wywołania bolesności, czego dowodzą doświadczenia na zwierzętach. W kamicy żółciowej występują istotnie bóle symulujące gastralgię. W wydzielinach jednak można wtedy najczęściej wykazać kamienie. Bóle te są odruchowe, więc do lokalizacji ich nie można przywiązywać wagi.

Dr. Dunin zgodnie z zapatrywaniem prof. Korczyńskiego podnosi ważność i trudności rozpoznania Cholelithiasis. Choroba ta o wiele częstsza w praktyce prywatnej, niż w szpitalach, należy najczęściej jak kliniczne obserwacje uczyć — do grupy chorób konstytucjonalnych. Zdarza się u mężczyzn ale przeważnie u otyłych, u kobiet różnie stosownie do różnorodności przyczyn. Przytacza przykłady z własnej praktyki, gdzie stanowczo familijną dyspozycją można było stwierdzić. Co do gastralgii, to jest ona najczęstszym objawem Cholelithiasis, typowy bowiem ból wątrobowy jest rzadki. Gastralgija ta nie jest objawem odruchowym, lecz bólem towarzyszącym przechodzeniu kamienia. Charakterystycznym jej znamię są bóle występujące w napadach, z ustąpieniem których znikają wszystkie chorobowe objawy czego przy wrzodach i innych cierpieniach żołądka nie spotykamy. Ważnym momentem jest gorączka, występująca równocześnie z napadem lub czasem zaraz po przejściu kamienia, — jest ona prawdopodobnie w związku z ropieniem w przewodach żółciowych. Wspomnieć należy i o przypadkach *occlusio intestinorum*, kończących się nieraz śmiercią. Co do leczenia, to nie radzi używać środków przeczyszczających, natomiast zaleca przede wszystkim morfinę. — W obserwowanych przez siebie przypadkach podawał ją z antypyriną.

Prof. Korczyński ponownie kładzie nacisk na to, że nie po każdym napadzie bólów pojawiają się kamyki żółciowe w stolcach, że niekiedy dopiero po

miesiącach lub latach odchodzą kamyki, że więc bóle symulujące kurecz żołądka stanowić mogą jeden i jedyny objaw kamyków żółciowych.

Dr. Sokółowski radzi szukać wyjaśnienia tych bólów w analogii z kamykami nerkowymi. Przytacza przypadek obserwowany wspólnie z prof. Baranowskim, gdzie wystąpiła nagle typowa gastralgia, którą morfiną uśmierzono, — przez kilka następnych miesięcy trwał okres zupełnego zdrowia, poczem po upływie roku pojawił się typowy ból nerkowy — równocześnie zaś wykazano i kamienie. Gastralgia przeto była tu objawem odruchowym, który ustąpił po odejściu kamienia. Co do leczenia na podstawie własnych doświadczeń poleca kalomel.

Dr. Paszkowski wobec wątpliwych objawów cholelithiasis, uważa za niezmiernie ważny moment zachowanie się ciepłoty, która wśród napadu stale niemal bywa podwyższoną, Dreszcze wydają się rzadziej. Jako środek leczniczy stawia morfinę w pierwszym rzędzie. W przypadkach jednak, gdzie napady są częste, radzi środków przeciwszczepających nie zaniedbywać. Stosowanie kalomelu okazało się kilkakrotnie skutecznym.

Dr. Biegański uważa gastralgię i enteralgję występujące w przebiegu cholelithiasis za zmienione irradycje bólu, powołując się na analogiczne przykłady np. zdarzające się niekiedy bóle w łoku przy *angina pectoris*. Tem więc przeto gorączka ułatwiać winna różniczkowe rozpoznanie. Jest ona najprawdopodobniej objawem odruchowym.

Odczyt Prof. Głuzińskiego. *Przyczynek do mikroskopii treści żołądkowej na podstawie spostrzeżeń podjętych z Dr. Buzdyganem.*

Dr. Głuziński zwraca uwagę na charakterystyczne wejście treści żołądkowej, jeżeli żołądek wydziela HCl. W takich razach obok jąderek, na które zwrócił uwagę Jaworski, widzieć można komórki przybłonkowe, które zachowaniem się w obec HCl i wejściem odpowiadają komórkom głównym wydzielającym pepsynę — tak że z obecności ich w treści żołądkowej można powiedzieć, iż w badanym żołądku wydziela się pepsyna, a z wejścia komórek można wnosić, że wydziela HCl.

W dyskusji zabiera głos Dr. Reichmann. Przyjmuje on znaczenie rozpoznawcze jąderek co do obecności lub nieobecności kwasu solnego w treści żołądkowej, nie pojmuje jednak, dla czego te jąderka mają pochodzić z komórek głównych a nie także z okładowych; zwraca także uwagę na znaczne luszczenie przybłonka w niezycie kwaśnym chronicznym i omawia zachowanie się komórek przy wysokich stopniach kwasoty tak w obecności kwasu solnego wolnego jako też utajonego.

Dr. Głuziński nie przeczy jakoby jąderka nie mogły pochodzić także z komórek okładowych.

Dr. Dunin zwraca uwagę na odróżnienie 2 form sokotoku, z których w jednej kwas solny wolny, w drugiej utajony. W tych razach barwikami rozcieńczonemi dwie te formy od siebie odróżnić można.

Odczyt Dr. Zielińskiego z Warszawy: *O opadaniu jelita poprzecznego.*

Dr. Zieliński miał możność stwierdzić przy opadnięciu jelita poprzecznego (razem przypadków 127 sprawdzonych sekcyjnie) w 37 razach wydłużenie prawego płatu wątroby, w 13 t. zw. wątroba gorsetową. w 14 nadżarcia krwawe, a w 10 wrzody okrągłe w żołądku i dwunastnicy, w 14 wreszcie nerkę wędrującą. Stany te (po poddaniu krytyce dawnych w tej mierze teorii) uważać chce za zależne od opadnięcia jelita, tłumaczące:

1) „Wątrobę gorsetową“, wytwarzaniem się próżni po opadniętej krzywiznie wątrobowej i powstawaniem wskutek tego ciągłych przekrwień na dolnej powierzchni wątroby. wiodących do przerostu tego narządu.

2) „Nerkę wędrującą“, odciąganiem lig. renalecolici i wytwarzaniem dla niej tą drogą woreczka.

3) „Wrzody okrągłe“ żołądka i dwunastnicy zamknięciem światła naczyń wskutek ich nadmiernego wyciągnięcia opadającą poprzeczną.

Hypoteza ta ma według prelegenta tłumaczyć: 1) większą częstość uruchomienia nerki prawej, 2) umiejscowienie wrzodów w części odzwiernikowej, wpuszczenie żołądka i na tylnych ściankach żołądka i dwunastnicy, 3) bóle i ich umiejscowienie

przy wrzodach, 4) skargi subiektywne chorych, 5) specyficzne niemal działanie kuracji zapomocą soli karlsbadzkiej i mleka, lub też suchych proszków mięsnych przy wrzodach, 6) ujemny wpływ niektórych zabiegów leczniczych (w rodzaju obfitych wlewań Hegarowskich i okładów gorących).

Objawy neurasteniczne i dyspepsyje nerwowe, tak częste w tych razach, uważa za współistniejące, nie zaś za zależne od opadnięcia (wbrew twierdzeniom Glénarda, Féréola, Fr. Chłapowskiego i innych badaczy).

W dyskusji zabiera głos Dr. Reichman. Dotychczas mało zbadany stosunek zaburzeń żołądkowych do jelitowych. Przedmiot mało jest znany. Teorii tworzenia się wrzodów żołądkowych jest dużo, krytyki jednak takowe nie wytrzymują. Sposób powstawania wrzodów żołądka podany przez Dra Zielińskiego może być prawdopodobny, zwłaszcza, że wrzody żołądka przydarzają się bardzo często u kobiet po ciąży i starszych, gdzie opuszczenie poprzecznicy idzie z nimi w parze, przez przyjęcie jednak tego mechanizmu nie możnaby wytłomaczyć nadmiernej kwasoty, która towarzyszy wrzodowi żołądka.

Dr. Zieliński nadmienia, że w jego przypadkach przypada znaczna ilość opadnięcia jelita poprzecznego na mężczyzn jak również i w przypadku dotyczącym 15-letniej dziewczyny było opuszczenie jelita. Opadnięcie, jego zdaniem, jest bodźcem, który naciąga żołądek, wywołuje przerost błony mięsnej, a nadto według Hahna w postawie stojącej sprawia naczcho znaczniejsze wydzielanie soku żołądkowego.

Dziekan Dr. Brodowski zaznacza, że prelegent zanadto wielką wagę przypisuje opuszczeniu jelita w etjologii wrzodów żołądkowych. Tu należy między innymi zwrócić uwagę na zmianę naczyń żołądkowych w niektórych sprawach patologicznych (arteriosclerose), następstwem której przy działaniu HCl powstać może wrzód żołądka.

Dr. Zieliński twierdzi, że choć te opuszczenia mogą być wielkie, bo nawet sięgać do małej miednicy, to nie muszą wywoływać zmian, gdyż napotykamy długie ligamentum gastrocolicum; jeżeli zaś naczynia się wydłużają, to niemożliwem jest zamknięcie światła naczynia, stopień więc opadnięcia nie idzie w parze ze zmianami, które się tutaj obserwować dają, w końcu tłumaczy, że zmiany w naczyniach nie wyjaśniają umiejscowienia wrzodów żołądkowych.

Prof. Dr. Gluziński zwraca uwagę na to, że uludu wiejskiego wrzód żołądka jest znacznie rzadszy niż u mieszczan. We 4 dni po porodzie kobieta wiejska zazwyczaj wstaje z łóżka i mimo iż wszelkie są warunki do opadania poprzecznicy, do wrzodów przychodzi rzadziej niż w mieście, gdzie kobiety noszą opaski i wszelką mają opiekę.

Dr. Zieliński tłumaczy częstsze tworzenie się wrzodów żołądka w mieście zaparciem stolca, a z niem zaburzeniami w krążeniu żołądkowem.

Referat Dr. Dunina: *O mieszaném zakażeniu z przeważném uwzględnieniem duru brzuszego.*

Zakażeniem mieszanem nazywamy zdaniem kolegi referenta ten stan, kiedy choroba uważana dotychczas za jednostkę patologiczną, okazuje się być zależną od obecności dwóch różnych rodzajów bakterji. Stosunek tych bakterji do siebie musi być ten, że albo jedna bakterja wywołuje sprawę chorobową a druga powoduje tylko jej powikłania, albo obie są niezbędne dla powstania choroby. Cała ta nauka dotychczas znana jest prawie wyłącznie z badań klinicznych, ztąd też nie mamy dokładnego pojęcia o stosunku, jaki zachodzi pomiędzy bakteryjami, składającymi się na zakażenie mieszane. Prawdopodobnie wchodzi tu w grę: 1) osłabienie ustroju pozwalające na łatwiejsze wywieranie wpływu niektórych drugorzędnych bakterji, 2) otwarcie nowych wrót zakażenia (owrzodzenia kiszki, jamy płuc), 3) zdaje się jednak, że ma też i tu miejsce t. z. symbioza, tj. że jedna bakterja przez swe żywotne procesy stwarza warunki ułatwiające rozwój i działanie drugiej bakterji. To ostatnie znajduje swe potwierdzenie w pracach Rogera, Massa itp., którzy znaleźli, iż wstrzyknięcie zwierzęciu dwóch rodzajów bakterji, z których każdy sam przez się jest nieszkodliwy, wywołuje śmierć zwierzęcia (*m. prodigiosus* i *vibrio septique*, Roger). Do chorób w których zakażenie mieszane zdarza się najczęściej należą: tyfus brzuszny, gruźlica, ospa, szkarlatyna. Jest rzeczą ważną, że przyczyną zakażeń

mieszanych bywają zawsze 2 rodzaje bakterii: pneumokoki i pyokoki. Zakażenia mieszane zasługują też na uwagę i pod względem leczniczym, byłoby bowiem rzeczą bardzo ważną, gdybyśmy, występując do walki przeciw tym rodzajom bakterii, mogli zamieniać te mieszane na proste.

W dyskusji zwraca Prof. Dr. Gluziński uwagę, że pewne praktyczne wnioski dla tej sprawy mogą być wyciągnięte. Są mieszane zakażenia, gdzie mamy większą walkę aniżeli z pierwotnym cierpieniem. Starać się trzeba, aby do powtórnego zakażenia nie doprowadzić. W pewnych razach można zapobiedz temu powstawaniu. W klinice wewnętrznej Prof. Korczyńskiego w jednej z dolnych ubikacji, w których znajdowała się poprzednio klinika chirurgiczna u chorych dotkniętych durum brzuszny, dołączało się zakażenie mieszane, wskutek czego na 19 przypadków 9 zakończyło się niepomyślnie. Ponieważ w szpitalu św. Łazarza równocześnie tego rodzaju przebiegu choroby nie można było stwierdzić, przeto zbadano bakteriologicznie pył ścienny i z podłogi, w którym wykryto streptokoki i kokki ropne. Po zerwaniu podłogi, wysypaniu żwirem i założeniu nowej i po zdrapaniu ścian zakażenie mieszane się nie pojawiło. Uderzało, że na 9 przypadków cztery rozpoczęły się od przypadków krtaniowych (*phlegmone laryngis*), gdzie drogą owrzodzeń krtaniowych dostawało się zakażenie mieszane. Gdzie mamy płonicę lub dur brzuszny należy zwrócić uwagę, aby czystość jamy ust była zachowaną i aby np. chory na różę nie leżał obok chorego na dur brzuszny. Spostrzeżenia dotyczące mieszanego zakażenia w durze brzuszny zostaną ogłoszone wspólnie z Prof. Korczyńskim.

Dr. Strzyżowski wspomina, iż na Podolu obserwował przypadki, w których po przebiegu epidemii dyfteryjycznej pojawiała się szkarlatyna.

Dziekan Dr. Brodowski wspomina o 20 przypadkach aktinomykosis obserwowanych w klinice Prof. Kosińskiego, które się łączyły z ropieniami o wejściu odmiennym, gdyż pojawiały się streptokoki. Dodaje, że obok zakażenia dyfteryjycznego znajdujemy *streptococcus pyogenes*, a nawet *streptoc. pyogen. artic.* Nie zgadza się zupełnie z twierdzeniem Dr. Dunina, aby prątki gruźlicze wywoływały często ropienie.

Dr. Biegański przytacza z literatury przypadek duru brzuszny, w którym we 2 miesiące po zakończeniu sprawy chorobowej utworzył się absces, w którym badanie bakteriologiczne w miejsce koków ropnych wykazało laseczniki tyfusowe. Według niego, ropienie może wystąpić niezależnie od koków ropnych, ale wprost od laseczników swoistych. Przy *malleus*, *actinomycosis*, *anthrax*, mamy ropienia niezależnie od koków ropnych, tak jak przy *parotitis* w przebiegu pneumonii badanie wykazało pneumokoki.

Rektor Korczyński sądzi, że kwestya zakażenia mieszanego wśród chorób zakaźnych i tak zwanego zakażenia wtórnego, czyli następowego po przebiegu chorób zakaźnych wcale nie jest jeszcze rozjaśnioną i że cały dotychczas nagromadzony materiał przepuścić należy jeszcze przez bardzo cienkie sito krytyki, tak klinicznej, jako też bakteriologicznej. Najtrudniejszym zagadnieniem są tu tak zwane zakażenia mieszane w ścisłym słowa znaczeniu, tj. gdzie dwa zarazki chorobotwórcze rozwijają się równocześnie, lub wkrótce po sobie. Nieco łatwiej pojąć i zrozumieć można przypadki tak zwanego zakażenia następowego, osobliwie w durze brzuszny. Tu nie tylko bakteriologia, ale i klinika może rzecz rozjaśnić. Faktem jest od dawna znanym, że po durze brzuszny pojawić się może ropnica; jest rzeczą stwierdzoną klinicznie, że objawy ropnicy tej rozpoczynają się najczęściej w tym okresie choroby, gdzie już wszelkie objawy wywołane zakażeniem durowym zupełnie minęły; badanie bakteriologiczne w takich przypadkach w przeważnej liczbie wykazywało tylko mikropasożyty ropotwórcze; — widać więc, że najczęściej nie prątki durowe wywołują ropienia, tylko że one w durze brzuszny są wynikiem wtórnego zakażenia mikroorganizmami ropnymi. Zresztą spostrzeżenia, jakie czyniono w zeszłym roku szkolnym w klinice lekarskiej nie mogą być następstwem przypadku. Skoro usunięto z sal chorych gniazda grzybków ropotwórczych i pneumokoków, ustało i pojawianie się zakażeń ropnych następowych w durze brzuszny.

Dziekan Brodowski jest zdania, iż nie zawsze mikroorganizmy chorobotwórcze

w tej samej pojawiają się postaci, gdy mamy zapalenie płuc, a dołącza się *leptomeningitis purulenta*, to kiedy w płucach mamy *pneumobacilli* to w *leptomeningitis* mamy *pneumococci* i zdaje się nam, że mamy do czynienia z zakażeniem mieszanym, a tymczasem zależy to od obecności jednego i tego samego jadu rozmaicie ukształconego.

Dr. Dunin wspomina, że kwestyja ta jest nadzwyczaj obszerną i tylko przez badanie wielu przypadków może być rozstrzygnięta. Był w podobnem położeniu na swoim oddziale jak Prof. Korczyński, otrzymał bowiem oddział chorób ospy, do której dołączały się komplikacje w postaci gangreny. Przez skrzętne przewietrzanie i dezynfekcyję odpowiednią doprowadził do znacznego umniejszenia się mieszanych form zakaźnych w ospie.

Prof. Gluziński zwraca uwagę, że wykrycie prątków tyfusowych jest dość trudne, a tem bardziej kultura ziemniaczana, która jedynie rozstrzyga, nie jest także bezwzględnie pewna.

Prof. Baranowski stanowczo twierdzi, że lasecznik gruźlicy może wywołać ropienie, jakoteż ropienie może być wywołane przez lasecznik durowy. Kwestyja praktyczna polega na tém, aby się zastanowić jakie środki zapobiegawcze, higieniczne zastosować należy, aby w przebiegu chorób zakaźnych unikać zakażenia mieszanego. W praktyce prywatnej jesteśmy w takich położeniach, że nie jesteśmy w stanie tych stosunków należycie zbadać. Czyni przeto wniosek, aby na przyszłym Zjeździe jako przedmiot do dyskusyi pomieszczono „środki higieniczne, które w toku spraw zakaźnych przedsięwziąć należy“. Fakt jednak pozostanie niewątpliwy, że organizm schorzały jednym zakażeniem może ulec zakażeniu wtórnemu.

Dr. Arnstein. *O biegunce letniej u dzieci pod względem etyjologicznym i leczniczym (Cholera infantum).*

Na początku zaznacza prelegent brak w naszej literaturze i prasie lekarskiej prac dotyczących się cholery dziecięcej i fałszywe pojęcia wśród lekarzy o etyologii, przyrodzie i leczeniu tej choroby. W ostatnich latach zwrócił on baczniejszą uwagę w swęj praktyce prywatnej prowincjonalnej na niektóre punkty nierozjaśnione i sporne dotyczące się etyologii, przyrody i leczenia cholery dziecięcej i na mocy tak badań znakomitych pediatrów współczesnych (Bagińskiego, Eschericha, Epsteina, Oliviera, Lesage'a i innych) jako też własnych spostrzeżeń zastanawia się nad etyologią, przyrodą, jako też leczeniem tej ważnej choroby dziecięcej.

Co się tyczy etyologii autor zgodnie z Bagińskim, a wbrew zdaniu Epsteina i innych pediatrów, którzy robili swe spostrzeżenia w zakładach dla podrzutków, uważa wysoką ciepłotę atmosferyczną za dominujący moment w etyologii cholery dziecięcej; przytacza w tym względzie własne przekonujące cyfry.

W dalszym ciągu prelegent streszcza badania drobnowidzowe i bakteryjologiczne nad wypróżnieniami dzieci chorych na cholere dziecięcą, podjęte przez Bagińskiego, Eschericha, Lessage'a i innych i dowodzi, że przy cholere dziecięcej nie mamy do czynienia z żadnym swoistym, chorobotwórczym drobnoustrojem, lecz z mnóstwem drobnoustrojów wywierających niszczący wpływ na mleko, spowodzających fermentacyję kwaśną i rozpad części składowych mleka. Udział zatem drobnoustrojów w powstaniu choroby jest pośredni; bezpośrednią przyczynę stanowi uległe fermentacyi i rozpadowi mleko, przy tém powstają toksyny. Rozpad ten mleka odbywa się nie tylko w ustroju, lecz już na zewnątrz ustroju; dowodzą tego badania bakteryjologiczne mleka szczególnie przez Eschericha dokonane, który wykazał w niem mnóstwo drobnoustrojów, jako też badania chemiczne, które wykazały obecność w mleku uległemu fermentacyi równych ciał kwaśnych i substancyi trujących. Cholera dziecięca jest zatem pochodzenia pokarmowego, a nie pasożytniczego.

Cholera dziecięca jest najczęstszą u dzieci sztucznie karmionych mlekiem krowiem, szczególniej flaszeczką, u dzieci odstawionych od piersi w porze letniej; po drugim roku życia jest ona wyjątkową. Co się tyczy dzieci wyłącznie piersią karmionych, prelegent na 249 przypadków widział cholere dziecięcą u dzieci przy piersi 13 razy i ztąd wnosi, że jest ona u nich rzadką.

Pod względem anatomicznym prelegent zaznacza brak zmian nieżytowych na błonie śluzowej kanału pokarmowego u dzieci chorych na cholere dziecięcą.

Pod względem klinicznego przebiegu, godną uwagi jest ogromna różnorodność postaci i kombinacji objawów towarzyszących cholerze dziecięcej. Prelegent odróżnia głównie dwie postaci: biegunkę letnią w ścisłym znaczeniu, przebiegającą bez objawów kolaptycznych i cholere dziecięcą w ścisłym znaczeniu.

Obie te postaci jak tego dowodzą badania bakteriologiczne i obserwacje kliniczne są jednego i tego samego pochodzenia. Fakt ten jest bardzo ważnym pod względem terapeutycznym.

Prelegent kładzie nacisk na to, że dawniejszy pogląd na cholere dziecięcą, jako pewną odmianę ostrego nieżytu żołądkowo-kiszkowego jest błędnym. Biegunka i wymioty, nie są wyrazem podrażnienia zapalnego, lecz podrażnienia, a następnie porażenia zakończeń naczynioruchowych przez toksyny. Tylko takim pojmowaniem istoty cholery dziecięcej możemy sobie objaśnić tak objawy pierwszego jak i drugiego okresu cholery dziecięcej.

Cholera dziecięca nie jest ani chorobą zakaźną, ani pasożytniczą, tém mniej zaraźliwą; jest ona otruciem intoksykacją.

Leczenie cholery dziecięcej zrobiło w ostatnich latach widoczne postępy; skuteczném może ono być jednak tylko w przypadkach niezaniebanych; wczesna interwencja wiele zdziałać może; spóźniona pozostaje najczęściej bez skutku.

Pierwsze miejsce zajmuje leczenie dyjetetyczne; na mocy własnego doświadczenia prelegent uważa za nieodzowne zupełne usunięcie mleka z chwilą pojawienia się biegunki; nawet mleko wyjałowione i matczyne winno być usunięte. Leczenie dyjetetyczne wystarcza samo przez się po większej części do usunięcia biegunki letniej nieznacznego natężenia, bez leków obejść się można. Gdy leczenie dyjetetyczne nie wystarcza, wskazane są leki przeciwermentacyjne. Po rezorcynie zachwalanej przez Bagińskiego, jako téż po kwasie mlecznym zalecanym przez Hayema prelegent nie widział żadnego skutku. Bismut salicylowy stosowany przez prelegenta na obszerną skalę okazał się bardzo skutecznym przy biegunce letniej i przy cholerze dziecięcej rozwiniętej. Radzi go podawać w dużych dawkach 2 do 5 gramowych. Przemysław żołądka autor nie stosował; uważa je z teoretycznego punktu widzenia za racjonalne. Przemysławia kiszek roztworem kwasu bornego, okazały się bardzo skutecznymi. Przy napadach cholery dziecięcej jesteśmy prawie bezsilni. Nie skutkują tu leki skutkiem ciągłych wymiotów i ustania czynności chłonnicej. Kąpiele gorzyczne, zawijania w koce, hydropatya zachwalana przez Winternitza może znaleźć w tym okresie zastosowanie.

W końcu prelegent zachęca lekarzy praktyków, lekarzy szpitalnych i prowincjonalnych do robienia spostrzeżeń nad cholera dziecięcą i do większego zajęcia się tą wielce ważną chorobą wieku dziecięcego.

W dyskusji Dr. Szuman (z pod Poznania) zgadza się na to, iż cholera rozwija się na tle bakteriologicznym, ale znamy przypadki, gdzie się rozwija samoistnie. Co do środków leczniczych nie zgadza się z prelegentem w kwestyi usunięcia mleka. Co do leczenia rezorcyną otrzymał bardzo dobre wyniki, używając tego środka wewnątrznie lub przepłukując roztworem 0.1:500.

Dr. Przychodzki sprzeciwia się usunięciu mleka choć ono jest przyczyną cholery i radzi w rozpaczliwych przypadkach używać mleka alkalizowanego np. wodą wapienną 1:10.

Dr. Arnstein zwraca uwagę, że nie każda biegunka w porze letniej jest biegunką choleryczną. Znamy przypadki biegunki dziecięcej, które przebiegają bez objawów cholery. Opieramy to na badaniach Bagińskiego, który znajdował w tych razach drobnoustroje. Co do leczenia rezorcyną należy uwzględnić, że znaczna część tego środka zostaje wydalona. Co do kwestyi mleka jako pożywienia, to przy biegunce silniejszego natężenia samo podawanie mleka do niczego nie prowadzi. W tych przypadkach, gdzie są wymioty, mleko wprowadzone wiele ulgi nie przynosi. Jeżeli Dr. Szuman radzi, aby mleko podawać po przemyciu żołądka, to po usunięciu tych produktów w dalszym ciągu fermentacja odbywać się będzie. Usunięcie więc mleka uważa za konieczne, a to tém bardziej, że usunięcie na dni kilka szkody organizmowi nie przyniesie.

Dr. Szuman (z pod Poznania) podaje rezorcynę wewnątrznie z Tinct.

opii z bardzo dobrym skutkiem. Usunięcie mleka według niego jest niekonieczne, należy jednak mleko lodowe w małej podawać ilości.

Dr. Jakowki podaje zimne mleko z herbatą, zamiast Tinct. simpl., podaje Tinct. crocata.

Dr. Sysak widział bardzo dobre wyniki po podaniu kalomelu, gdyż tak tak środki ściągające jak i rezorcyna na wstępie nie prowadzą do celu.

Dr. Biegański: *O zakładaniu pracowni klinicznych, mikroskopowo-chemicznych przy szpitalach prowincjonalnych.*

Po krótkich uwagach o warunkach i brakach praktyki prowincjonalnej, z których za jeden z najważniejszych prelegent uważa niemożność naukowego traktowania przedmiotu, proponuje zakładanie pracowni klinicznych przy szpitalach prowincjonalnych, które mogłyby być przystępne dla wszystkich praktykujących w danej miejscowości lekarzy. Pracownię podobną prelegent założył i od kilku lat kompletuje przy szpitalu w Częstochowie i z własnego doświadczenia wie, że koszt urządzenia takiej pracowni nie są wielkie. Dla przekonania o powyższem, wylicza po kolei wszystkie oddziały pracowni, wszystkie przyrządy, odczynniki i barwniki, jakie się tam powinny znajdować, wskazuje równocześnie składy, z kąd wszystko to nabyć można oraz ceny przedmiotów. W wyniku dowodzi, że pracownię kompletną skromnych rozmiarów, jeszcze raz powtarza, urządzić można za sumę około 500 rs., nie więcej. Następnie zastanawia się nad potrzebnymi środkami. Proponuje urządzenie takiej pracowni rozdzielić na lat kilka i kompletować ją powoli a wytrwale. Wydatki więc jednoroczne nie przewyższą 150 rs., a w następstwie $\frac{1}{3}$ téj sumy. Dalej wskazuje na dobrowolne od chorych ambulatoryjnych, na pomoc, jaką udzielić może zarząd szpitala, na dochody z koncertów, zabaw na ten cel urządzanych, nakoniec na ofiary samych lekarzy, jako na źródła, z kąd niewielką tę sumę wydobyć można. Tém bardziej jest to możebnem, że wiele składów zgodziłoby się wydać przyrządy i potrzebne odczynniki na spłaty ratami. Kończy swój odczyt jeszcze raz zachęcając lekarzy szpitalnych do urzeczywistnienia téj myśli.

W dyskusyi Dr. Dunin potwierdza ważność kwestyi poruszonej przez prelegenta. Często koledzy prowincjonalni zwracają się z rzeczami, z którymi sami mogliby sobie dać rady, do lekarzy miast większych. Uważa tę rzecz za pierwszorzędną. Badania takie, jego zdaniem, nie tylko mogą się nadawać do celów najprostszych, ale mogą się odbywać prace naukowe. Dosyć wspomnieć o pracowni Bujwida, w Warszawie, lub o pracowni Karlińskiego w Kajnicy; zależy to jednak nie od pracowitości, lecz od przygotowania lekarzy i od zaimilowania ich do ścisłych badań. Będąc studentem trudno się wszystkiego nauczyć, inna rzecz jako asystent lub sekundaryusz. Należy więc co najmniej rok po ukończeniu studiów pracować w laboratoryjach.

Dr. Przychodzki omawia kwestyję pieniężną na urządzenie laboratorium proponując, aby chorzy do puszek ambulatoryjnej datki, choćby minimalne, składali na ten cel.

Justyn Dr. Karliński mówi o pewnych postaciach żółtaczki gorączkowej.

Prelegent obserwował w południowej Hercegowinie w okolicy Stolacu w roku 1888/90 20 przypadków osobliwej choroby cechującej się znacznem podniesieniem się ciepłoty, przebiegiem teź powrotnym, występowaniem żółtaczki, białkomoczu i zmianą w nasileniu tętna, oraz występowaniem osobliwych tworów we krwi. — Twory te należące do grupy wibrionów lub spirillów, wzrostu do wielkości 0.0002, zgięte, nieraz zgięte tych bywa 4—5. Twory te nie dają się na podłożach zazwyczaj do badania bakteryjologicznego używanych wychodować, tracą żywotność swoją nader rychło a jedynie w cieple pijawek utrzymują żywotność swoją do dni 100. — Przeszczepienie na zwierzęta nie dały pomyślnego skutku, na małpach doświadczeń z braku takowych nie wykonywano. Prelegent nie rozstrzega czy obserwowane przypadki uważać należy za chorobę sui generis — czy za odmianę duru powrotnego, za drugą przemawiałoby: 1) przebieg ciepłoty powrotny, 2) pojawienie się pasorzytów bądź co bądź do pasorzytów duru powrotnego podobnych, 3) występowanie choroby téj właśnie w czasie gdy epidemia duru powrotnego trwała.

Prelegent przedstawia pod mikroskopem preparaty z krwi podczas podniesie-

nia się ciepłoty w żółtaczce gorączkowej, oraz preparaty z krwi po zachowaniu tejże w ciele pijawek oraz preparaty z krwi w typowym durze powrotnym.

Począł prelegent przedstawia preparaty drobnowidowe: przedstawiające plasmodium malariae we krwi.

Dr. Bujwid mówi o *doświadczeniach z tuberkuliną na zwierzętach*.

Mości Panowie! Gdy w listopadzie roku zeszłego otrzymał z rąk kol. Kocha jego płyn, o którym nie wiedział prócz wynalazcy nikt więcej prócz tego, iż jest to „Originalflüssigkeit“, nie trudno mi było się przekonać już z zewnętrznych własności samego płynu, iż jest to wyciąg z bakterii gruźliczych, czy też mieszaniną wytworów sprawy życiowej tychże bakterii. Myśl tę wyraziłem na pierwszym zaraz listopadowym posiedzeniu Tow. Lekarsk. Warszawskiego i wkrótce miałem sposobność w temże Towarzystwie Lekarskim własny produkt i jego działanie na chorych zwierzętach i ludziach okazać, oraz zadałem samemu produktowi nazwę tuberkuliny, która to nazwa w niedługim czasie została przyjętą przez Kocha i całą niemiecką szkołę.

Dotąd nie mamy podanego sposobu przygotowania tuberkuliny; wiemy tylko, iż jest to wyciąg glicerynowy z bakterii gruźliczych.

Przepis mój szczegółowy przygotowania tuberkuliny podałem w No. 4 „Gazety Lekarskiej“ — nie będę więc tutaj wchodził w drobiazgi — powtórzę tylko, iż otrzymuję produkt identyczny z tuberkuliną Kocha pod względem własności fizycznych, chemicznych i biologicznych, za pomocą trzykrotnego wylugowania na zimno hodowli agaro-glicerynowych b. gruźliczych co 24 godzin równą objętością wody, następnie wyjałowieniem zlanym wodnym wyciągów żółtawej bulionowej barwy i właściwej woni miodowej, przesączeniu przez filtr porcelanowy Pasteura przezemnie do tego celu odpowiednio zastosowany i stężenia do gęstości syropu przy ciepłocie około 45—50° C. Toż samo otrzymuję z bulionowo-glicerynowych hodowli przez wyjałowienie silnie wyrośniętych hodowli po 6—8 tygodniach przesączenia i stężenia w tenże sposób jak poprzednio.

Otrzymany pierwszym lub drugim sposobem wyciąg zupełnie nie różni się od płynu Kocha — co więcej zawiera 40—50% gliceryny jak to wykazało badanie wykonane przezemnie, jakkolwiek do wyciągania używam wody. Ta ilość gliceryny oczywiście została wyciągniętą wraz z innymi rozpuszczalnymi w wodzie substancjami zawartymi w hodowlowych podłożach i samych hodowlach bakterii (pepton, sole, barwniki).

Materyja działająca jest rozpuszczalna w wodzie, nierozpuszczalna w wysoku, nie ścina się przez ogrzewanie, zupełnie tak samo jak materyja działająca zawarta w tuberkulinie Kocha. Płyn przygotowany z silnie rozrośniętych w ciągu 6 tygodni hodowli nie różni się w działaniu nawet ilościowo od płynu Kocha: 1 decygram u dotkniętych gruźlicą świnek morskich podnosi ciepłotę do 39,5—40 C° podobnie jak i tamten.

U królików gruźlicą dotkniętych działa nieco wolniej i niżej podnosi ciepłotę — co również jest właściwem i dla płynu Kocha. W Instytucie Medycyny doświadczalnej w Petersburgu miałem sposobność wspólnie z Prof. Pawłowem zbadać fizjologiczne działanie obu płynów mego i Prof. Kocha na psie dotkniętym gruźlicą otrzewną. W obu razach ciepłota po 2 godzinach podniosła się do 40, wystąpiło następnie znaczne osłabienie, obok nieznacznego bardzo zmniejszenia ciśnienia tętniczego. Po upływie 4—6 godzin objawy stopniowo ustąpiły i w obu razach powierzchnia ziarniną pokryta ran gojących się dość trudno, po otwarciu otrzewny powstałych, szybko się zabiłiła. O tem gojeniu się powiem kilka słów poniżej jeszcze. Obecnie przechodzę do doświadczeń na zdrowych i chorych zwierzętach.

Wiedzą Mości Panowie jak silnie działa tuberkulina na człowieka, 1 decygram wywołuje u zdrowych bardzo silne objawy, przy znacznym podwyższeniu ciepłoty. Otóż z doświadczeń na królikach, świnkach, myszach, psach, cielętach i małpkach wykonanych częściowo w pracowni mojej w Warszawie częściowo zaś w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu wynika, iż żadne zwierzę nie wyjmując małpy, nie przedstawia takiej wrażliwości na tuberkulinę. 2 najciekawsze i jedyne doświadczenia w swoim rodzaju wykonane przez Pawłowa w tymże instytucie najlepiej tego dowodzą. Zdrowemu psu i królikowi wstrzyknięto po 10 gramów tuberkuliny Kocha,

oprócz podwojenia ciepłoty i pewnego przyspieszenia tętna i oddechu do 40—41 C° nie nie zauważono szczególnego w zachowaniu się zwierząt, które pozostały zdrowe.

W doświadczeniach na świnkach i królikach zauważyłem, iż dopiero po 1 gramie postępuje nieznaczne o $\frac{1}{2}$ —1 stopnia podrażnienie ciepłoty.

Nie mogąc w tej chwili wchodzić w szczegóły moich doświadczeń, gdyż są jeszcze nieskończone (prowadzę je od 8 miesięcy) i zresztą wyniki szczegółowe podam w pracy specjalnej, zaznaczę tylko co następuje.

1. Pod wpływem tuberkuliny u zdrowych zwierząt nie szczególnego zauważyć nie można nawet przy wyższych dawkach.

2. U zwierząt dotkniętych gruźlicą (szczepioną w postaci mniejszych ilości czystej chodowli b. gruźliczych pod skórę, do otrzewnej i komory oka) po 4—6 tygodniach od chwili szczepienia, gdy objawy miejscowej gruźlicy są już zupełnie wyraźne, w postaci wrzodu lub ropnia 0,5—1 decygrama wywołuje podwyższenie ciepłoty prawie u wszystkich zwierząt z małym wyjątkiem. U świnek i psów maximum ciepłoty otrzymujemy w 2—3 godziny, u królików po 4 godzinach u małą i cieląt po 8—10 godzinach.

3. Z objawów miejscowych zauważyć należy co następuje: u świnek w godzinę do 2 gęsto serowata zawartość ropni zmienia się w rzadką surowiczo krwawą, poczynając od obwodu ropnia. Zawartość pozostaje rzadką jeszcze po upływie 24 godzin, poczem gęstnieje, sam zaś ropień stopniowo maleje i po kilku zastrzykiwaniach najczęściej znika.

U psów w 3—4 godzin po zaszczepieniu ropień znacznie się zmniejsza; 24—48 godzin znów nieco się powiększa, nie dochodzi jednak zwykle do pierwotnej wielkości i po kilku zaszczepieniach stopniowo znika. Zauważyć wszakże należy, iż psy są bardzo odporne względem gruźlicy i ropnie stopniowo znikają i bez zastrzykiwań tuberkuliny, ale wczynie znacznie dłuższym.

U małą można zauważyć nieznaczne zmniejszenie się ropnia w kilka godzin po iniekcji — stopniowo później ropień dochodzi do pierwotnej wielkości.

U królików ropień stopniowo się zmniejsza i często zupełnie znika, ale z miejscowych objawów reakcyjnych można zauważyć tylko zaczerwienienie w około ropnia w parę godzin po rozpuszczeniu.

Widać ztąd, iż zachowanie się różnego gatunku zwierząt jest dość różnem względem tuberkuliny; w każdym razie jednak wpływ jest dla zdrowia najczęściej dodatni.

Zauważyć należy jedną ważną okoliczność: świnki morskie pod wpływem zastrzykiwań tuberkuliny żyją znacznie dłużej od nieleczonych; przy sekcji świnek leczonych zauważyć można często zupełne zniknięcie ropnia w miejscu szczepienia i zwykle zmiany gruźlicze w narządach są bardziej ograniczone do pewnych pojedynczych narządów.

Same gruźelki różnią się znacznie od tych jakie mamy u zwierząt nieleczonych: co najważniejsza stale spotykamy w nich bardzo małe ilości bakterii gruźliczych. Jeżeli gruźlica dotyczy płuc, takowe przedstawiają zwykle twardą włóknistą konsystencją, tak iż mimowoli nasuwa się myśl o przeistoczeniu sprawy z ostrej na przewlekłą.

Alfred Dr. Sokołowski: Wykład: *Przyczynki do patologii spraw zapalnych migdałków.*

Chorym uczęszczającym na ambulatorjum szpitalne było wycięte 20 migdałów w sprawach ostrych i chronicznych, lecz zawsze przy zajęciu krypt, które się objawiało zwiększoną i zmienioną wydzieliną. Objawy kliniczne cierpienia były notowane a migdały poddawane badaniom mikroskopowym. Na podstawie zmian jakie znaleziono w kryptach przerostów migdałów mianowicie na podstawie wielkiego przerostu follikułów i następczego zwężenia samych krypt, przez prelegenta przerost jest uważany jako jeden z najważniejszych czynników usposabiających do tak nazwanej tonsillitis lacunaris chronica desquamativa. Pod względem anatomicznym ma ta postać wyróżniać się mocnym bujaniem i złuszczeniem się nabłonek. Pod względem klinicznym cierpienie to daje mdłe objawy. Chorzy uskarżają się jedynie na uczucie obcego ciała w gardzieli.

Drugą formą omawianą przez prelegenta jest tak nazwana tonsillitis lacunaris

desquamativa chronica exacerbata. Pod względem anatomicznym postać ta mało się różni od postaci przewlekłej chyba tylko większem złuszczeniem się i mocniejszą infiltracją nabłonków.

Pod względem klinicznym posiada wszystkie cechy sprawy ostrzej, dla tego też autor oddziela ją i daje osobną nazwę. Jako przyczynę tych ostrych uważa autor mocne uwięzienie czopów lub też jakiekolwiek zapalenie specyficznej natury.

Również badaniom mikroskopowym podlegały migdały zajęte przez tak zwaną angina follicularis s. lacunaris. Na podstawie wszędzie znalezionej włókniaka na miejscach podlegających zapaleniu, następnie typowych błon krupowych i nekrozy powierzchniowych warstw nabłonka, autor dochodzi do przekonania, że tak zwana angina follicularis s. lacunaris jest nieczem innym jak lekką postacią dyfteryi zlokalizowanej do krypt. Na potwierdzenie swego zapatrywania autor przytacza kliniczne dowody, jako to: zaraźliwość, domowa epidemia, przejście tak zwane angina follicularis w dyfterję i odwrotnie.

W dyskusyi zapytuje się Dr. Arnstein u jakich chorych i w jakim wieku spotykał prelegent tę chorobę, czy nie u żółtaczek?

W odpowiedzi nadmienia prelegent, że przedmiotem jego wykładu nie było mówić o *angina follicularis* ze stanowiska klinicznego, tylko anatomo-patologicznego. Prelegent spotykał tę chorobę przeważnie u osób dorosłych i to w różnych porach roku.

Dr. Domaniewski zapytuje prelegenta, w jaki sposób objaśnić, że sprawa chorobowa przy *angina follicularis*, która według prelegenta ma być identyczną z dyfterją, nigdy nie szerzy się na krtań i nos.

W odpowiedzi zaznacza Dr. Sokołowski, że sprawę, o której właśnie co mówił uważa za pseudobłonicę, kończącą się prawie zawsze pomyślnie, jednak zwraca uwagę, że sprawa zaczynająca się jako *angina follicularis* później przyjmuje postać dyfteryi, zresztą zastrzega się prelegent, że mało miał jeszcze przypadków w obserwacyi, a że sprawa nie szerzy się na nos i krtań, to tłumaczyć by to należało większą odpornością organizmu, zresztą zastrzega się co do tej kwestyi jeszcze na później.

Dr. Bujwid: Wyniki pięcioletniego stosowania ochronnych szczepień metodą Pasteura w Warszawie.

Przed trzema laty miał prelegent zaszczyt na V Zjeździe przedstawić pierwsze wyniki zastosowania przezeń metody Pasteura. Już wówczas miał on sposobność zaznaczyć, iż przy leczeniu zapobiegawczem wścieklizny tą metodą mianowicie przy sposobie wzmocnionym osiągamy bardzo małą śmiertelność. Jeżeli normalnie śmiertelność wynosi 5—10—20%, to przy takim leczeniu odsetka nie przewyższa 1/2% w roku zaś zeszyłem doszła tylko do 1/4% — z 417 osób leczonych zmarła jedna.

Wyniki te jeszcze się korzystniej przedstawiają jeżeli weźmiemy odsetkę wyzdrowień u osób pokąsanych przez zwierzęta wściekłe w twarz. Normalnie i przy zastosowaniu słabego sposobu, śmiertelność wynosiła 60—80%. Obecnie zaś z 150 osób pokąsanych w twarz zmarło 3 co stanowi zaledwie 2%. Z 500 osób pokąsanych w ręce, podczas gdy normalna śmiertelność wynosi około 20%, nie udało się ocalić 2 co wynosi mniej niż 1/2%. Nakoniec z 800 osób pokąsanych w nogi przy normalnej bardzo małej śmiertelności nie przenoszącej 2% nie stracił prelegent dotąd ani jednego chorego.

Zauważyć należy, iż obecnie około 1/3 z ogólnej ilości przybywających pokąsań wcale nie ulega leczeniu z powodu większej wprawy w rozpoznanie różniczkowe ukąszeń szkodliwych od nieszkodliwych, oraz większej umiejętności rozpoznawaniu objawów wścieklizny u kąsających zwierząt.

Obecnie zatem, wobec takich wyników leczenia u ludzi oraz nowych doświadczeń patologicznych nad działaniem u zwierząt szczepionych wścieklizną przez trepanacyję osobliwie tych, jakie wykonał Högyes w Buda Peszcie, sądzi prelegent, iż upada wszelka wątpliwość w skuteczność metody.

To też gdy na 10 Zjeździe międzynarodowym w Berlinie zaproponował prelegent urządzenie stacyj szczepiennych metodą Pasteura we wszystkich miastach większych, które ich dotąd nie posiadają, wniosek został przyjęty i obecnie w Berlinie

urządzoną będzie wkrótce podobna stacyja. W Londynie takąż stacyja świeżo właśnie została otwartą.

Prelegent sądziłby, że w Krakowie i we Lwowie rzecz ta również byłaby obecnie na czasie. Koszta urządzenia i prowadzenia stacyi takiej przy umiejętnej administracyi nie są wielkie — wie to prelegent z własnego doświadczenia — przy nieznacznej zapomodze ze strony miasta i gmin rzecz ta może się bardzo łatwo utrzymać.

Prof. Dr. Gluziński: *Dalsze spostrzeżenia nad powikłaniami ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzerzączki cewki moczowej.*

Prelegent podaje dalsze spostrzeżenia oparte na dalszych przypadkach o występowaniu komplikacyi ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzerzączki i dochodzi do wniosku, że jak wśród przebiegu ostrej rzerzączki występują ostre sprawy ze strony serca (*Endocarditis ulcerosa*, *Pericarditis exsudativa*) tak, wśród przebiegu przewlekłej rzerzączki cewki moczowej mogą występować *Pericarditis* względnie *Endocarditis* z nateżeniem bardzo małym i dlatego zasługują na uwagę.

Dr. Puławski: *Spostrzeżenia kliniczne nad zastrzykiwaniami soku jądrowego (metoda Brown-Séquarda).*

Od r. 1889, idąc za przykładem Brown-Séquarda zaczęto stosować podskóinie emulsyję z roztartych jąder zwierzęcych, która według zdania tego autora miała wywierać wpływ tonizujący i podniecający na układ nerwowy. Naśladowcami B. Séq. byli w początkach amerykańscy szarlatani i sprawa miała pozory humbugu. Ale i lekarze poważni w pismach lekarskich zaczęli także komunikować wyniki swoich spostrzeżeń. Ilość spostrzeżeń przenosi już liczbę trzystu. Niektórzy widzieli „cudowne“ skutki w tak ciężkich chorobach, jak trąd, wiał rdzenia i suchoty płucne. Przeważnie jednak otrzymywano dobre wyniki u neurasteników i w chorobach czynnościowych układu nerwowego. Prelegent jest zdania, że z literatury, po większej części bezkrytycznej i niewolniczo powtarzającej zdania Brown Séquarda nie można nabrać pojęcia o jego metodzie. Prelegent sam robił zastrzykiwania i obserwował ich wpływ u chorych, przeważnie szpitalnych. Materyjału do szczepień przygotowanego podług przepisów B. Séquarda i z zachowaniem prawideł aseptyki, dostarczał mu Dr. O. Bujwid ze swojej pracowni. Ogółem prelegent wykonał 43 zastrzykiwań na 12 chorych (3 przyp. uwiadu starczego, 2 przyp. uwiadu rdzenia, 2 przyp. niemocy płciowej *athritis def.* *dyspepsia nervosa*, *enuresis noct.*, *rekonwalescencyja* po tyfusie, *nephritis* po jednym przyp.). Wyniki dają się streścić w taki sposób: 1) Miejscowe — bolesność, ropień — 2 razy. Szkodliwego wpływu nie było wogóle; 2) zjawiała się często gorączka z dreszczami, potami, pobudzeniem (co zauważyli i inni autorowie); 3) swoistego wpływu nie otrzymano nigdy żadnego; 4) dodatnie subiektywne wrażenia zależą od sugestyi. Zasługuje na uwagę jeden przypadek (Nr. 10), gdzie autor otrzymał typowe, objawy, opisywane przez Brown Séquarda po wstrzyknięciu mleka.

Mówca poddaje surowej krytyce całą literaturę metody Brown Séquarda i dochodzi do wniosku, że wpływ zastrzykiwań daje się sprowadzić do sugestyi, którą wykonano choremu albo którą sobie wykonywali sami obserwatorowie. Czasem pobudzanie mogło zależeć od gorączki. Podobno zdanie wypowiedział w ostatnich czasach Fürbringer, który badał wpływ wstrzykiwań na niemoc płciową.

W końcu prelegent tłumaczy się dlaczego nie używał do wstrzykiwań sperminy. Sperminy nie można utożsamiać z emulsyją, w której oprócz sperminy znajdują się inne substancyje, mogące wywierać swoje działanie. Po drugie zaś sperminy prawdziwej (a za taką można uważać sperminę Schreiner'a) nie ma w sprzedaży. Chlorek zaś sperminy, puszczany w obieg przez Poehla, spotkały tak poważne zarzuty ze strony chemików i lekarzy, że ani go używać do doświadczeń, ani przywiązywać wagi do doświadczeń z nim dokonanych, prelegent nie uważa za możliwe i za właściwe.

Dr. Rojkowski mówi: *Środki wymiotne przy leczeniu chorób zakaźnych.*

Prelegent z praktyki swęj zachwala podawanie środków wymiotnych w chorobach zakaźnych wszelkiego rodzaju i sądzi, że one zmniejszają rozmiary wątroby i wpływają korzystnie na przebieg chorób zakaźnych.

W dyskusyi zauważa Dr. Górecki, że prelegent zanadto uogólnia działanie środków wymiotnych, które w pewnych tylko razach, i to rzadkich, mogą być wskazane.

Dr. Arnstein zapytuje, w jakim celu właściwie stósować radzi prelegent środki wymiotne, a w szczególności, co one mają skutkować w zakażeniu poługowem.

Prelegent odpowiada, że pod wpływem środków wymiotnych akcyja serca się wzmacnia, oraz że wydzieliny się zwiększają i tą drogą toksyny prędzej się wydalają z żołądka i że środki wymiotne są wskazane przede wszystkim w pierwszych początkach chorób zakaźnych.

Rektor Dr. Korczyński przedstawia: *Wniosek tyczący się odbywania corocznych zjazdów internistów polskich.*

Nauki lekarskie w ogóle, a w szczególności medycyna wewnętrzna postępuje tak szybko, że okazuje się coraz większa potrzeba odbywania kongresów specjalnych. Zjazdy takie za granicą mają wielkie powodzenie. Przyczyniają się one nie tylko do rozbudzenia ruchu naukowego, ale nadto dyskusya na zjazdach tych rozświeca wiele ważnych zagadnień bieżących i nadaje jednolity kierunek w pracach, podejmowanych w ciągu roku następnego. I polska medycyna wewnętrzna rozrasta się coraz bardziej i czyni w ostatnich czasach zadziwiające postępy naukowe, które już obecnie pozwalają jęj stanąć na równi z nauką postronną i zmierzyć się z nią wynikiem skrzętnych spostrzeżeń, badań i doświadczeń. Najlepszym dowodem tego jest bardzo pokaźny szereg prac naukowych w sekcyi medycyny wewnętrznej przedstawionych, z których część dla braku czasu albo nie może przyjść na porządek dzienny, albo też nie może być dostatecznie przedyskutowaną. Prac tych byłoby niewątpliwie więcej, gdyby zjazdy odbywały się częściej, a korzyść z dyskusyi byłaby większą, gdyby na dyskusyję pozostało więcej czasu.

Wobec tego Prof. Korczyński zapytuje zgromadzonych, czy nie uważaliby jako rzecz pożądaną, ażeby w Krakowie, jako w mieście uniwersyteckim odbywały się corocznie, z wyjątkiem tych lat, na które przypadają ogólne zjazdy lekarzy i przyrodników polskich — kongresy internistów polskich na wzór podobnych kongresów zagranicznych lub na wzór zjazdów polskich chirurgów, które od kilku lat odbywają się w Krakowie. Cel zjazdu byłby wyłącznie naukowy, obok wykładów główne miejsce zajmowałyby referaty i dyskusya. Puplicacyje zjazdu odnosilyby się tylko do krótkiego streszczenia wykładów i referatów i do przedstawienia dyskusyi, każdy zaś wykładający miałby zupełną swobodę publikowania swych prac nadto jako osobną monografię, bądź też w istniejących czasopismach, lub wydawnictwach lekarskich polskich.

W dyskusyi popiera Dr. Sokołowski wniosek rektora Korczyńskiego, zwraca przy tém uwagę na to, że zjazdy te powiększą ilość tematów i prac naukowych, i wpłyną na ich jakość. Wnosi, aby zostawić inicjatywę zwłaszcza pierwszego zjazdu Prof. Korczyńskiemu, a jeżeli zjazd okaże się obfitym w materyał, to potem będą się odbywać zjazdy coroczne.

Dr. Rajkowski i Paszkowski przemawiają gorąco za tém, aby zjazdy odbywały się corocznie, z wypuszczeniem roku, w którym odbywa się zjazd ogólny.

Dr. Arnstein zwraca uwagę, że ponieważ bardzo ważną jest dyskusya, przeto należałoby wykłady zjazdowe zawczasu ogłaszać, dla możności przygotowania się do dyskusyi.

Dr. Sokołowski wnosi, aby szczegóły urządzenia zjazdów przekazać do załatwienia Prof. Dr. Korczyńskiemu.

Dr. Reichman zgadza się na to w zasadzie, że zjazdy są bardzo pożyteczne, obawia się jednak, aby tematów nie zabrakło.

Doc. Dr. Ponikło uważa, że zjazdy są bardzo pożyteczne i wyraża nadzieję, że prac nie zabraknie.

Dr. Wroczyński zauważa, że zjazdy mniejsze są pożyteczniejsze niż ogólne, bo na tych ostatnich wiele pięknych prac z powodu braku czasu odpada.

Wniosek rektora Korczyńskiego przez aklamacyję przyjęto, poczem tenże

dziękując za położone w nim zaufanie co do zwołania pierwszego Zjazdu oświadcza, że pragnie pod względem szczegółów porozumieć się z gronem kolegów. Proponuje więc komisję, w skład której oprócz niego weszliby: Prof. Gluziński z Krakowa, Dr. Widmann ze Lwowa, Dr. Antoni Batkowski i Fr. Chłapowski z Poznania, DDr. Dunin i Sokołowski z Warszawy. Bliższe porozumienie się z wymienionymi lekarzami pozostawiono uznaniu Prof. Korczyńskiego.

Prof. Dr. Jakubowski i Dr. Stanisław Momidłowski. Referat. *Porównanie wyników leczenia dławca za pomocą tracheotomii a intubacji krtani metodą O'Dwyera.*

Prelegent rozpoczyna referat krótkim zarysem literatury, wykazując, i w przebiegu dławca wprowadzono w użycie tracheotomię najprzód we Francji na początku bieżącego stulecia (Bretonneau, Trousseau). Intubację proponuje Bouchut jeszcze w r. 1858, lecz wchodzi ona w życie dopiero od kilku lat, po udoskonaleniu narzędzi i licznych próbach, dokonanych przez amerykańskiego lekarza O'Dwyera. W Niemczech, dotąd tylko po szpitalach dzieci robią próby z intubacji od r. 1888. w krakowskim szpitalu św. Ludwika od listopada 1890 i dotychczas leczono tamże tą metodą 64 dzieci nawiedzonych dławcem.

Podając następnie szczegółowy opis przebiegu dławca po tracheotomii i intubacji i powikłań, jakie po każdej z tych operacji wydarzyć się mogą, prelegent doszedł do następujących wniosków: Iż intubacja w ostrych chorobach krtani zająć powinna wkrótce równorzędne stanowisko z tracheotomią. W dławcu ograniczającym się do krtani ma ona już dzisiaj pierwszeństwo przed tracheotomią, gdyż jest zabiegiem łagodniejszym i występują po niej mniej groźne powikłania. W dławcu rozległym, zajmującym obok krtani tchawicę i oskrzela, intubacja jest zabiegiem niepewnym i lepiej jest od razu u takich chorych przystąpić do tracheotomii.

Koreferent Dr. Momidłowski zrzekł się referatu, okazał tylko narzędzia do intubacji.

W dyskusyi oświadcza Dr. Wróblewski, że jest osobiście przeciwnym intubacji. Mimo, że sam, jako zajmujący specjalnie chorobami krtani, ma wprawę we wszystkich rękoczynach, uważa intubację jako trudny zabieg i potrzebujący dłuższej wprawy. Powikłania po intubacji przemawiają również przeciw temu zabiegowi.

Dr. Sokołowski. Kwestyję zasadniczą, którą miał za zadanie referat, tylko jeszcze dalszemi doświadczeniami można upewnić. Uderzającą jest różnica, jaką mają w wynikach po intubacji rozmaici lekarze z tą samą wprawą operującą. Ten fakt da się wyjaśnić rozmaitem nasileniem epidemii dyfterytu. Wyniki, które podaje prof. Jakubowski, są nader zachęcające. Lecz intubacja nie da się wszędzie zastosować. Konieczną jest ciągła opieka nad dzieckiem przez biegłego lekarza w intubacji. Wobec tego lekarze praktyczni nie widzą nic korzystnego w tej metodzie dla siebie. Jeżeli więc ta metoda we wszystkich szpitalach zostanie zaprowadzona, to z jednej strony znaczną część dzieci uratujemy, z drugiej strony znaczna ilość lekarzy nabierze wprawy w tej metodzie. Metoda ta zasługuje na uznanie i rozpowszechnienie.

Dr. Górecki. Lekarzowi praktycznemu chodzi o czas, który może poświęcić dla jednego chorego. Lekarz po największej części nie może całego swego czasu poświęcić dla jednego dziecka, aby po intubacji mieć je ciągle pod bezpośrednim nadzorem.

Dr. Jodłowski jako dodatek do historii intubacji podaje fakt, którego świadkiem był w roku 1865 podczas swych przymusowych podróży po Azji. Widział on jak Tunguzi w zwężeniach krtani wprowadzają do krtani przy mocnym zwieszeniu głowy ku tyłowi pióro orle, którym chory oddycha.

Dr. Rajkowski zapytuje, czy pozostawienie tubusa w krtani przez czas dłuższy nie przedłuża choroby.

Dr. Jakubowski odpowiada, że intubacja i tracheotomija o tyle przedłużają chorobę, że ratują chorego od uduszenia, dopóki sprawa chorobowa sama przez się nie okaże dążności do ustępowania.

Rektor Korczyński składa sprawozdanie o petycji lekarzy zdrojowych w Szczawnicy w sprawie ulepszeń, które należy zaprowadzić w tem zdrojowisku.

Petycja ta wniesiona do pełnego Zjazdu, uchwałą Sekcyi medycyny wewnętrznej przez wzgląd na dobro zdrojowiska przekazaną została do referatu prof. Korczyńskiemu, w zamiarze załatwienia jęj w Sekcyi, a nie na pełnem posiedzeniu Zjazdu. Referent zestawia żądania lekarzy zdrojowych, które odnoszą się do braku dobrej wody do picia, do niedostatecznego urządzenia mieszkań, do niedostatecznego zalesienia zdrojowiska, a kończą się prośbą o popieranie Szczawnicy i o wniesienie petycji do Sejmu krajowego o rychłe wprowadzenie w życie statutu krajowego. Referent wnosi, ażeby pismo lekarzy zdrojowych Szczawnickich przesłać c. k. Akademii Umiejętności jako właścicielce Szczawnicy, z następującemi uchwałami:

Sekcyja medycyny wewnętrznej VI Zjazdu lekarzy i przyrodników zwraca uwagę Akademii Umiejętności:

1) że Szczawnica wymaga koniecznie radykalnych ulepszeń, jeżeli ma wstrzymać konkurencyję z podobnemi zakładami zdrojowemi zagranicznymi.

2) że utrzymanie Szczawnicy na wysokości, któraby odpowiadała wszelkim wymogom balneotechniki i balneoterapii i czyniła zadość słusznym wymaganiom chorych, jest konieczne tak ze względu na dobro chorych jakoteż przez wzgląd na dobro kraju.

3) że tylko większa niż dotąd dbałość o wprowadzenie koniecznych ulepszeń w urządzeniu zdrojowiska może zachęcić lekarzy do popierania Szczawnicy i do dawania jęj pierwszeństwa nad podobnemi zdrojowiskami zagranicznymi.

Wnioski te referenta jednogłośnie bez dyskusyi uchwalono, a do podpisania pisma Akademii upoważniono przewodniczącego sekcyi i sekretarza.

Dr. Rosenblat i Dr. Kniaziolucki. *O ile skuteczniejsze jest leczenie w krztuścu, w ejscowe czy wewnętrzne.*

Referat Dr. Rosenblata.

Tak jak dawniejsze sposoby leczenia krztuśca były czysto empiryczne, bo nie miano należytego wyobrażenia o istocie choroby, tak mamy teraz wskutek dokładniejszego zbadania istoty samejże choroby pewien wytknięty kierunek, w którym leczenie odbywać się powinno. Krztusiec zalicza się do chorób zakaźnych, a różnica zapatrywań polega obecnie tylko na tem, iż jedni uważają go za chorobę zakaźną ogólną z umiejscowieniem w krtani, drudzy zaś za chorobę zakaźną miejscową, do błony śluzowej narządu oddechowego ograniczoną. Dlatego też dają jedni pierwszeństwo leczeniu wewnętrznemu, drudzy leczeniu miejscowemu, zewnętrznemu. Przedstawiwszy główne argumenta to przez tych to owych wyprowadzane, dalej wyniki dotychczasowych badań wziernikiem krtaniowym w krztuścu, doświadczeń na zwierzętach i poszukiwań bakteryjologicznych, omawia referent zapatrywanie najnowsze, iż siedzibą pierwotną zarazka bywa błona śluzowa nosa, i że napady kaszlu bywają wywołane zboczeniami w błonie śluzowej nosa, co dało powód do obrania sobie téjże błony śluzowej za punkt zaczepny dla działania leczniczego.

Podawszy tylko nazwy najróżniejszych w ostatnich czasach zachwalanych leków wewnętrznych, uwzględnia ref. tylko specjalnie wyniki otrzymane stosowaniem chininy, antypiryny, resorcyny, wodnika chloralu, bromoformu i kokainy i stwierdza, iż sposobem tym nigdy nie można było krztuśca natychmiast usunąć, lecz tylko nasilenie napadów złagodzić a przebieg choroby nieco skrócić.

Sposoby leczenia miejscowego dzieli referent na trzy kategorie według tego, czy stosuje się lekovanie na błonę śluzową krtani lub na błonę śluzową nosa. Do pierwszej zalicza wzięwanie lecznicze, wzięwanie powietrzem zgęszczonem i wstrzykiwania do nosa i krtani. Do drugiej zadmuchiwanie krtani i pędzlowanie, do trzeciej zadmuchiwanie proszków do nosa. Odmawiając całemu szeregowi wymienionych środków skuteczności, przyznaje ją ref. tylko wzięwaniom kwasu karbolowego zgęszczonego, które są w stanie znacznie skrócić czas trwania choroby i pędzlowaniom krtani roztworem kokainy, które liczbę napadów codziennych znacznie zmniejszają, nawicęj zaś wdmuchiwauiu proszku żywicy będzwinowej poleconemu przez Michalela i podaje obszerniej wyniki tego postępowania. Jestto jedyny

sposób za pomocą którego stwierdzono istotnie przerwanie choroby, choć tylko na razie w nieznacznej ilości przypadków.

Następnie przychodzi ref. do wyników jakie sam stosowaniem to jednego to drugiego sposobu otrzymał, odmawia bromoformowi wszelkiej skuteczności, a uważa za najracjonalniejsze stosowanie wzięcia rozczyne sublimatu, którego z jaknajlepszym skutkiem używał i po którym żadnych szkodliwych następstw nie uważał. W przypadkach bardzo rozwiniętych radzi obok tego zastosować tam gdzie się da, także pędzlowanie krtani rozczyne 10-15% kokainy.

Poglądy owe streszcza ref. w następujący sposób: Krztusiec jest chorobą zakaźną miejscową. Zarazka to jest drobnoustroju chorobotwórczego dotychczas nie znany, możemy jednak przypuścić, że dostaje on się na błonę śluzową najpierw nosa i paszczy a potem krtani, że pierwotnie działa tylko mechanicznie jak każde inne ciało obce pobudzając do kaszlu — który zatem w początku nie ma żadnych cech, właściwych, że w dalszym swym rozwoju wydzielają drobnoustroje pewien płyn chemiczny — toksynę — drażniącą chemicznie zakończenia obwodowe nerwów, podobnie jak wdychany chlor lub brom i wywołującą owe typowe ataki. Ze śluzem wyrzuconym po takim ataku wydala się też i toksynę, a napad drugi następuje dopiero znów wtedy, jeżeli odpowiednią ilość toksyny świeżo wydzielili bakteryje. Samowyleczenie krztuśca polega na tem, iż zbierze się nareszcie taka ilość owej toksyny, iż owe drobnoustroje dalej rozwijać się i istnieć nie mogą. Działanie środków leczniczych takich jak kokaina, tłumaczy sobie ref. tem, iż obniżają pobudliwość nerwów, że błona śluzowa mniej na drażnienie toksyną reaguje, że kaszel staje się coraz rzadszym, że expectoracya rzadsza, że może się zatem w powierzchownej warstwie błony śluzowej więcej nagromadzić toksyny, a ta przeszkadza dalszemu postępowaniu choroby. Dla tego też stosuje ref. w początkach choroby tylko środki antyseptyczne, bo nie pozwalają one bakterjom dalej się rozwijać i czynią błonę śluzową odporną — jałową — w późniejszym zaś okresie, gdy choroba już rozwinięta, gdy drobnoustroje już pewien okres swojego okresu dosięgły, używa znieczulań kokainą obok wzięcia aby liczbę napadów kaszlu zmniejszyć i jaknajdłuższe pauzy między atakami uzyskać.

Referat Dr. K n i a z i o ł u c k i e g o.

Zapatriwania moje i wyniki osobistych doświadczeń co do leczenia krztuśców środkami wewnętrznymi i lokalnymi zgadzają się z wynikami poprzedniego referatu, tj. że środki wewnętrzne działają tylko symptomatycznie nie wpływając wcale na przebieg choroby — środki zaś lokalne, pomiędzy temi wdmuchiwanie pulvis bencoes do nosa i inhalacya 50% kwasu karbolowego, najpierwsze zajmują miejsce i działają najskuteczniej na czas trwania krztuśca i na siłę pojedynczych ataków, zapobiegając komplikacyjom ze strony płuc i zmniejszając procent śmiertelności. Inhalacye 50% kwasu karbolowego stosuję w ten sposób, że polecam temi środkami nakrapiać płótno rozciągnięte nad łóżeczkiem dziecka w pewnej wysokości nad główką, i każe dzieciom spać pod takimi budkami. Przebieg choroby jest łagodny, niemęczący, ataki zmniejszają się nieraz natychmiast, komplikacje rzadkie i lekkie, trwanie choroby 2-3 tygodni.

W dyskusyi Dr. Murdziński wspomina, iż wszystkie środki dają mniej więcej nieszczególne rezultaty: Kwas karbolowy jeżeli jest tak zgęszczonym, to dobrze również działać nie może. Owszem z doświadczenia własnego podaje, że dzieci kaszlą więcej, jeżeli leżą pod prześcieradłem nakropionem 50% kw. karbolowem. Na poprawę tę u dzieci ma wpływ, jego zdaniem, świeże powietrze, które zmieniawszy ciasne i duszne ubikacje na pełne świeżego powietrza szpitalu, znacznie mniej napadów doznawały. Dr. Rosenblata zapytuje, dlaczego napady krztuścowe odnosi do działania bakteryi umiejscowionych w nosie lub gardle a nie do mechanicznego zadrażnienia nagłośni.

Dr. Rosenblat odpowiada, iż bakteryje działają w pierwszych chwilach mechanicznie jak pył dopiero po wytworzeniu toksynu działają swoiście.

Dr. Sokołowski uważa tłumaczenie Dr. Rosenblata jakoby źródłem krztuśca były bakteryje za zupełnie słuszne, a jako analogie do tego cierpienia uważa napady przy influenzy, w której po zadrażnieniu nosa przychodzi do napa-

dów podobnych do kokluszowych. W leczeniu, jego zdaniem, chodzi o to nie co stosujemy ale jak stosujemy. Zamiast zapraszania i pędzlowania radzi stosować tampony z watą zamaczane w rozczyinach desinfekcyjnych.

Dr. Lustgarten uważa za najlepszy środek w krztuścu zmianę miejsca pobytu.

Dr. Arnstein omawia bardzo niekorzystny wpływ przenoszenia dzieci z miejsca na miejsce — skuteczność bowiem bardzo mała tego postępowania a niebezpieczeństwo wielkie. Zmiana miejsca pobytu dziecka dotkniętego krztuścem, powoduje tylko szerzenie się tegoż dalsze między publicznością zdrową, uważa więc postępowanie takie za nieracjonalne i złe.

Prof. Jakubowski przychylił się do zdania Dra Arnsteina i proponuje, aby lekarze zapobiegli temu.

Wykład Dr. Szumana (z pod Poznania). „*Kilka uwag o leczeniu dyfteryi za pomocą środków wewnętrznych*“.

Mości Panowie! Z wielkiej ilości środków podanych przeciw błonicy, częściowo jako swoiste, żaden nie okazał się niezawodnym. Wynikiem tego jest wielki sceptycyzm co do siły naszych środków leczniczych w obec błonicy. Między lekarzami ustaliło się powoli przekonanie, że w obec dyfteryi można bez potrzeby ścisłego wyboru sięgnąć po jakikolwiek środek z wielkiej liczby podanych, ponieważ doświadczenie uczy, że żadnemu dowierzać nie można. Spostrzeżenia moje doprowadziły mnie do odmiennych wniosków, zauważyłem, że łączenie pewnych środków i stosowanie ich metodyczne daje lepsze wyniki niż inne ogólnem użyciem cieszące się metody. — Środki wewnętrzne stosowane przeciw błonicy podzielić można na trzy kategorie: środki rozpuszczające błony włóknikowe, antyseptyczne i środki podawane jako swoiste wobec dyfteryi.

Wobec postępu nauki, która wykazała, że właściwem siedliskiem choroby nie są błony ale tkanka głębiej leżąca a częstokroć cały organizm, wartość pierwszej kategorii stała się bardzo wątpliwą. Większą doniosłość mają środki odkażające wskazane już samą pasożytniczą naturą choroby i jej skłonnością do zakażeń mieszanych. Wartość ich polega głównie na leczeniu zapobiegawczém i na ochronie przeciw powikłaniom. O trzeciej kategorii leków można tylko tyle powiedzieć, że żaden z nich na nazwę środka swego nie zasługuje. W nowszym czasie pojawiły się wreszcie środki kwaśne, których działanie na ustrój nie jest jeszcze dostatecznie zbadane.

Metoda, której używałem i używam polega na łączeniu trzech środków oddziałujących kwaśno a zarazem antyseptycznie, mianowicie na podawaniu kwasu octowego stężonego wewnętrznie, obok inhalacji kwasu karbolowego i przepłukiwania gardła rozczynek kwasu borowego. Wynik leczenia był wobec dotychczasowych rezultatów zadawalniający, gdyż w trzydziestu przypadkach, w których metodę powyższą stosowano zakończyła się choroba wyzdrowieniem. W dwóch przypadkach przeszedł wprawdzie proces błonicowy do krtani ale i tu nastąpiło wyzdrowienie, w pierwszym przypadku po zastosowaniu inhalacji z octanu glinowego obok środków wewnętrznych w drugim za pomocą rozcięcia tchawicy.

Zastanawiając się nad sposobem działania środków kwaśnych na ustrój ludzki, dochodzę do wniosku, że może tu chodzić tylko o działanie miejscowe. Spostrzeżenia wykazujące, że kwas octowy stężony zdolny jest przechodzić przez nienaruszoną skórę ludzką i doświadczenia Bruns, dowodzące antyseptycznych właściwości kwasu octowego już w słabych rozczynek, popierają to twierdzenie. Możliwość, że utrzymywanie kwaśnej reakcji w jamie ustnej zdolne jest powstrzymać proces błonicowy nie da się jednakże wykluczyć. — Środki działające alkalicznie, mianowicie wodę wapienną, uważam za szkodliwe; usuwając błony włóknikowe nie usuwają wcale samej sprawy błonicowej a wpływają korzystnie na rozwój zgnilizny i rozpadu wśród jamy ustnej. Równie szkodliwe oddziałują wszelkie mechaniczne metody, usuwające błony z gardła, ponieważ przenoszą chorobę z powierzchniowych pokładów błony śluzowej w głębsze warstwy i niszczą żywotność komórek nabłonka.

Korzyści metody mej, sędzę, polegają na utrzymywaniu jamy ustnej i gardła w stanie ustawicznej desinfekcji za pomocą środków nie przynoszących ustrojowi niebezpieczeństwa. Pokazuje się wpływ tej desinfekcji mianowicie na powstrzymywaniu rozkładu wśród rozpadających się błon wysiękowych.

Utrzymywanie kwaśnej reakcji wśród jamy ustnej pociąga czasami za sobą lekkie zapalenie błony śluzowej pryszczykowe. Daje się ono łatwo usunąć po ukończeniu kuracji i nie stanowiłoby przeciwwskazania, gdyby dalsze spostrzeżenia skuteczność mej metody potwierdziły.

W dyskusji poruszono mianowicie trudność ścisłej diagnozy między zapaleniem migdałów mieszkowem a dyfteryją i stawano w obronie mechanicznych środków przy leczeniu błonicy.

W odpowiedzi zaznaczył prelegent zasadnicze różnice między wspomnianymi chorobami polegające na ograniczeniu choroby na migdały, nie zlewaniu się pojedynczych punktów wysiękowych w jednolite błony i stosunkowo łagodny przebieg choroby przy zapaleniu migdałów w przeciwstawieniu do wielkości błon przechodzących na języczkę i podniebienie, białkomocz i ciężkie objawy kliniczne przy dyfteryi. Co do środków mechanicznych wskazywał prelegent na ujemne rezultaty

praktyczne téj metody, uzasadniając je szkodliwém działaniem na komórki nabłonkowe, które jak nowsze doświadczenia uczą, posiadają właściwości niszczenia bakterii chorobotwórczych. Środki lecznicze powinny pomagać tym samozachowawczym właściwościom ustroju, a usuwanie ich lub paraliżowanie ich wpływu jest zdaniem Dra Szumana zasadniczym błędem.

Dr. Wroczyński zaznacza, iż mamy z 3 formami do czynienia: 1) *Angina follicularis*, ta przechodzi dobrze i łagodnie; 2) *Angina diphteritica*, która robi znaczne zniszczenia, lecz po zastosowaniu środków desinfeacyjnych, często pomyślnie przebiega; 3) *Angina membranacea* zaczynająca się na łuku i opuszczająca się ku dołowi. Ta sprowadza prawie zawsze śmierć. W téj ostatniej nawet tracheotomia daje nieszczególne rezultaty.

Dr. Gorecki powiada, iż utrzymanie czystości jamy ust i gardła, jest rzeczą najważniejszą. Zachwala leczenie kwasem solnym i octowym.

Dr. Arnstein radzi odróżniać *angina follicularis* od *membranacea*, dowodem tego jest różny przebieg kliniczny.

Teodor Dr. Heryng (z Warszawy). *O leczeniu chronicznych nacieków gruczołowych krtani za pomocą elektrolizy.*

Mości Panowie! Minęły dwa lata, kiedy szukając środków niszczących doszczętnie ograniczone nasięki gruczołowe krtani, przy których dla jakiegobądź względów leczenie chirurgiczne nie mogło być zastosowanem, rozpocząłem próby z elektrolizą.

Nie mając podówczas dokładnych baterii, reostatów i galwanometrów, zmuszony byłem po pewnym czasie, pomimo względnie pomyślnych wyników metody téj, z powodu zbyt wielkiej jej bolesności zaniechać i dopiero od pół roku, otrzymawszy dokładne przyrządy od Hirszmanna, ponownie studyja rozpocząłem. Wynikami moich badań radbym dziś podzielić się z Szanownemi Panami, jakkolwiek liczba może spostrzeżeń, nie jest wcale dostateczną, do wyprowadzenia absolutnie pewnych wniosków.

Elektroliza, pomimo niezaprzeczonych swych zalet i potężnego, niszczącego działania, przez długi czas nie mogła sobie wyrobić prawa obywatelstwa. Przyczyną był z jednej strony zbyt entuzjazm pionierów téj metody, z drugiej, tym właśnie entuzjazmem spowodowany sceptycyzm niektórych lekarzy, którzy całą metodę, bez dokładnego jej sprawdzenia ryczałtowo potępili. W ostatnich latach dzięki usiłowaniu Apostolego w Paryżu i Voltoliniego w Wrocławiu, metoda ta znajduje coraz szersze zastosowanie i coraz lepiej poznana zostaje.

Wiadomo Mości Panom, że pierwszym, który elektrolizę w celach leczniczych stosował, był Dr. Crusell z Petersburga, w 1840 r. Później pracowali nad nią i rozwinęli jej podstawy: Remmak, Tripier, Althaus, Vron, Bruns, Groh, Fieber, Nefftal z New-Yorku, wreszcie Apostoli i Voltolini.

Pod wyrazem elektroliza, pojmujemy szereg zmian, które pojawiają się w bezpośredniej bliskości biegunów stałego strumienia, przeprowadzonego przez jakąkolwiek ciecz. Woda jak wiadomo rozkłada się wówczas na ozon a właściwie tlen i wodór. Tlen zbiera się przy biegunie dodatnim, wodór, w stanie aktywnym przy ujemnym.

Jeżeli zanurzymy 2 igły platynowe połączone z baterją do naczynia ze świeżem kurczem białkiem, zobaczymy na obydwóch biegunach powstanie licznych drobnych pęcherzyków gazów, przyczem tworzy się piana i białko osadza się naokoło biegunów. Piana ta ma przy biegunie dodatnim reakcję kwaśną, przy ujemnym reakcję alkaliczną.

Skrzepy wytworzone trzymają się bardzo silnie bieguna dodatniego, skrzepy zaś pokrywające anodę, łatwo się od platyny odrywają.

Jeżeli zanurzymy 2 bieguny strumienia stałego do naczynia ze świeżą krwią, to katoda pokryje się pianą żółtawą, do płatków podobną, przy anodzie zaś zbiera się czarna masa, piana i mażąca się.

Jeżeli wkładamy 2 igły platynowe, połączone ze stałą bakterją, w świeże mięso, zobaczymy wytwarzanie pęcherzyków gazów w formie piany i silniejszą reakcję przy katodzie, słabszą przy anodzie.

Wynika ztąd, że biegun dodatni daleko silniejsze, niszczące wywiera działanie, dalej, że sole substancji mięśniowej rozkładając się, przy biegunie dodatnim wytwarzają kwasy, które ścinają białko, przy biegunie ujemnym wytwarzają się osady, a pod ich wpływem tkanka żółknie, staje się galaretową i ulega rozplynięciu. Biegun więc dodatni wytwarza krzepnięcie tkanek, biegun ujemny ich rozplywanie się.

Ponieważ wszystkie tkanki organiczne zawierają wodę, łatwo pojąć, że pod rozplywem silnych stałych strumieni komórki tracąc wodę, zmieniają swój skład chemiczny i ulegają rozpadowi.

Rozkład elektrolityczny następuje nie tylko w bliskości samych biegunów, ale i w pewnej odległości od biegunów i pomiędzy nimi. Zachodzą tu zmiany bardzo ważne, molekularne i troficzne, zwane przez Remmaka katalizą.

Z podanego powyżej różnego działania obu biegunów, wynikają różne terapeutyczne wskazania.

Jeżeli zanurzymy 2 igły platynowe w żywą tkankę, zobaczymy, że biegun ujemny (Katoda) wytwarza strup miękki, brudno szaro żółty, podobny do tego, jaki powstaje pod działaniem gryzących Alkaliów, strup zaś powstały przy biegunie dodatnim nie jest ani tak

grubym, ani tak miękkim, jak pierwszy, jest on ciemniejszej barwy i wygląda jak strup, pod wpływem silnych kwasów, n. p. kwasu siarczanego powstały.

Zgodnie z tym kwasem stwierdzone, że anoda spowodowała krzepnięcie krwi w naczyniach, ma więc haemostatyczne działanie, którego Katoda nie posiada. Natomiast anoda przyczynia się do wielu silniejszych destrukcyjnych działań i tym właśnie biegunem wywołujemy silne efekty kaustyczne, które najpotężniej występują wtedy, gdy działamy nie jednym biegunem (unipolar) lecz dwoma blisko siebie wprowadzonymi do tkanki igłami (metoda bipolarna).

Tą właśnie metodą bipolarną przeważnie dotąd posługiwałem się w cierpieniach krtani. Nie tu miejsce wchodzić w rozbiór wad lub zalet różnych baterii galwanicznych, ograniczę się tylko do wzmianki że początkowo używałem baterii Störera o 20 elementach i że takowa, gdy jest połączona z odpowiednim reostatem i galwanometrem, dla niektórych operacji elektrolitycznych może wystarczyć. O wiele lepsze są specjalne baterie zbudowane do elektrolizy np. Hirschmana, Reinigiera, Gaiffa, Leitera i innych. Najtańsze są baterie podane przez Volclinię, a wyrabiane przez Brađego w Wrocławiu.

Od pół roku używam specjalnej baterii, do elektrolizy, pomysłu Hirschmana, o 30 elementach Greneta. Posiada ona reostat, galwanometr i komutator.

Wysoka jej cena (350 mar.) i dość szybkie wyczerpanie się elementów, oto główne jej wady. W ogóle przy elektrolizie nie chodzi, o wielkość lecz o ilość elementów, na co nie wszyscy dostatecznie zwracają uwagę.

Elementa Leclanche, jakkolwiek działają słabiej, ale za to nie potrzebują częstego nastawiania, jak elementa Greneta, zużywające się bardzo szybko, z powodu silnej koncentracji kwasów.

Co do reostatu, bardzo dogodnym okazał się reostat grafitowy (Lewandowski Leiter), wyrabiany w 2 odmianach. Dla oznaczenia siły natężenia strumienia używałem Galwanometru Hirschmana, który pozwalał na oznaczenia od 1—200 miliamperów.

Co do narzędzi używanych do krtani, to posiadamy głównie dwa typy podane przez Voltolinię i Kafemana. Pierwszy typ, stanowią t. z. igły podwójne (Doppeladel) i te służą do głębokiego niszczenia tkanek.

Drugi typ przedstawia elektroda Kafemana (strzemionkowa) którą używałem przeważnie do powierzchownych kauteryzacji owrzodzeń, gdyż działa ona daleko słabiej, ma jednak, osobne swe wskazania.

Obydwa te typy należało jednak poprawić, uzupełnić, uczynić tańszymi, i te właśnie modyfikacje Sz. panom pozwolę sobie przedstawić. Przez wprowadzenie 2 uniwersalnych gryfów jednego dla operacji w nosie i w gardle, drugiego dla krtani i jamy nosogardzieli, do których przymocować można igły, różnej długości i kształtu, zarówno jak i kautery platynowe instrumentarium elektrolityczne zostało uproszczone i tańsze, tembardziej, że w wielu razach zamiast igieł platynowych można użyć igieł stalowych, za każdą razą świeżo zmienianych.

Zalety elektrolizy są następujące.

1) Narzędzia, podług wzorów tu przedstawionych nie są ani zbyt drogie, ani zbyt skomplikowane.

2) Reakcja zupełna po elektrolizie stosowanej w krtani jest bardzo nie wielka.

3) Strup wytworzony chroni tkanki głębiej położone od infekcji. Tem bardziej, że jak to wynika z doświadczeń Apostolego, Lagueriera i Prochochownika, przy pewnym natężeniu strumienia (60 milamp.) i pewnym czasie działania (15 minut) następuje obumarcie zarówno streptococcus pyogenes, staphylococcus aureus a nawet lasecznika czarnej krosty (230 Mmet. przez $\frac{1}{2}$ —1 godziny).

4) Działanie elektrolizy jest nader potężnym, gdyż obumarciu ulegają tkanki nie tylko przy biegunach ale i w pewnej od nich odległości.

5) Dozowanie strumienia dzięki dokładności baterii, użyciu reostatu i galwanometru jest zupełnie ścisłe.

6) Dostęp dla narzędzi jest bardzo łatwy, gdyż są one cienkie i giętkie, nie zabierają dużo miejsca.

7) Operacje elektrolityczne są zawsze bezkrwawe tem bardziej, że anoda wywołuje krzepnięcie krwi, o czém uprzednio już wspominałem.

8) Przyżeganie elektrolityczne jest miejscowo antyseptycznym.

Co do wad tej metody, to pominąwszy cenę narzędzi, zawsze jeszcze dość znaczną, wadą jej jest to, że wymaga dłuższego czasu w zastosowaniu, czém zraża zarówno lekarza jak i pacjenta. Przy pewnym osobistym doświadczeniu i wprawie, można jednak czas kuracji znacznie skrócić, przez użycie silniejszych niż dotąd zalecało strumieni.

Stosowałem dotąd elektrolizę w nosie przy przeroście muszel, przy skrzywieniach i enchondromatach przegrody nosa, przy pharyngitis granulosa et lateralis, przy zwężeniach gardzieli i krtani, przy przerostach migdałków, głównie jednak przy nasiąkach i owrzodzeniach gruczołowych krtani. Używałem jej zarówno przy atonicznych owrzodzeniach w różnych miejscach krtani usadowionych, jako też do niszczenia nasiąków gruczołowych bądź nagłośni, bądź więzów bocznych, strun fałszywych i prawdziwych szczególnie przy t. zw. chondritis tuberculosa.

Na 9 przypadków, których opis szczegółowy na później odkładam, 5 razy uzyskałem zbliznienie w stosunkowo bardzo szybkim czasie. Preparat, częściowo zbliznionej nagłośni (chory w 2 tygodnie po operacji zmarł z powodu dyzenterii) okazał się Mości Panom pod mikroskopem zarówno jak i budowę strupów pozostałych pod wpływem silnych strumieni elektrycznych, gdyż natężenie ich dochodziło niekiedy do 110 M. A.

Ból przy operacji daje się przez umiejętne kokainowanie (pędzlowanie i miąższowe iniekcje) zredukować do minimum. Chorzy, którzy przed operacją łykać nie mogli, zaraz po

operacyi doznawali znacznej ulgi, reakcyi zapalnej nie było, strup trzymał się od 8—10 dni, gdy odpadł, powierzchnia rany pokryta była czystą, różową ziarniną. Zbliżenie następowało szybciej niż po użyciu kiurety.

W ogóle elektrolizie przy leczeniu suchot krtani mogą tylko przyznać działanie pomocnicze. Nie wyruguje ona chirurgicznego leczenia; lecz je uzupełni, podobnie jak ani metoda Kocha, ani Liebreicha nie zastąpią w odpowiednich przypadkach kiurety lub kwasu mlecznego. Grabower w ostatniej swej pracy o tuberkulinie, pomimo względnie nie złych wyników, jakie widział z zastosowania jej w suchotach krtani, pogląd ten zupełnie podziela.

Wykład Dr. Momidłowskiego. „O nerwicach urazowych na podstawie przypadków obserwowanych w klinice lekarskiej krakowskiej prof. Korczyńskiego.

Po wstępie, obejmującym wątpliwości i liczne jeszcze kwestyje co do pojmowania nerwie urazowych, prelegent przystępuje do opisu własnego przypadku: M. G. włościanka l. 60 oddana była przez sędziego śledczego do szpitala dla zbadania stanu jej zdrowia. Włościanka ta przed tygodniem podpaliła swój dom, pobudki do tego czynu były niejasne i sąd uznał za stosowne oddać ją do szpitala dla zbadania stanu jej umysłu. Wywiady pokazały, że chora poprzednio zupełnie zdrowa: pochodząca ze zdrowej rodziny, przed 4 miesiącami po upadku (urazie) zachorowała na nieokreślone bóle w różnych miejscach, bezsenność i głęboką zmianę usposobienia. Przy badaniu przekonano się, że uraz spowodowało złamanie obojczyka, zrosnięte już z przemieszczeniem odłamków. Dalej znaleziono: tężcowy kurez w dolnych kończynach, występujący napadami, prawidłowe zachowanie uczucia, nadezłość na skórze w przestrzeni międzyłopatkowej, odruchy skórne bądź zniesione, bądź osłabione, ścięgnięte wzmożone, ograniczenie pola widzenia, osłabienie słuchu, przyspieszenie tętna, hypochondryczny a nawet melancholijny nastrój umysłu z popędami do samobójstwa i uporeczywą bezsennością. W dalszym przebiegu choroby ustał kurez tężcowy kończyn a natomiast pokazało się wzdęcie brzucha (tyimpanitis), skurez przepony, ból i nadezłość krzyża. Chora w szpitalu próbowała raz życie sobie odebrać. Ostatecznie chora została wypisana ze szpitalu bez poprawy.

W tym przypadku znajdują się objawy należące: 1) do hysterji (tężcowy, napadowy kurez, wzdęcie hysteryczne brzucha i ograniczenie pola widzenia); 2) do neurastenii (bezsenność, trwożliwość nieuzasadniona, nadezłość na plecach i krzyżu); nakoniec po 3) zmiany umysłu należało odnieść do głębszych zaburzeń, mianowicie do melancholii ze względu na popędy do samobójstwa.

Z powyższego wnoszę, że nerwica urazowa nie jest postacią chorobową odrębną, że nie ma żadnego właściwego objawu dla tej choroby, że należy ona do liczby nerwie czynnościowych, które klinika sztucznie podzieliła na hysteryję, neurastenję, hypochondryję, a które w gruncie rzeczy zwykle wzajemnie się wklajają, i mają wspólny genetyczny związek. Należy więc właściwiej mówić o hysterji, neurastenii lub psychozie urazowej, a nie o jednej odrębnej postaci nerwie traumatycznych. Zresztą i ten pogląd klinicznie może więcej uzasadniony nie jest pewny, gdyż zdarzyć się mogą postaci nieznane, jak nasz powyższy wypadek, o którym nie wiadomo, w jakim dziale pomieścić go należy.

W końcu prelegent wspomina w krótkich słowach o etyologii nerwie urazowych, o teorii Charcota co do powstawania tych nerwie. Teoryja ta daje się jego zdaniem zastosować i do postaci nieurazowych hysterji i neurastenii.

W dyskusyi zabierali głos: Doc. Piotrowski, Dr. Dunin, Dr. Zieliński i Dr. Surzycki. — Na tém działalności sekcji wyczeryaną została i przewodniczący posiedzenie solwował.

4. Sekcja chirurgiczna.

Prof. Rydygier wita uczestników i proponuje na prezesa I posiedzenia, prof. Kosińskiego, na zastępcę prezesa kol. Dembowskiego, na sekretarza kol. Wachholza; na prezesa zaś II posiedzenia kol. Leona Szumana z Torunia, zastępcę kol. Steinera, sekretarza kol. Bogdanika; III prezesa kol. Ziembickiego, zastępcę kol. Wehra, sekretarza kol. Baracza; IV prezesa kol. Stankiewicza, zastępcę kolegę Schrama, sekretarza kol. Bogdanika z Białej.

Uchwalono na wniosek kol. Rydygiera składkę w kwocie 5 złr. na Pamiętnik zjazdu chirurgów.

Prof. Obaliński (Kraków). *Przyczynek do rozróżnień guzów jamy brzusznej.* O. zwraca uwagę na wielkie trudności rozpoznania niektórych guzów wewnątrz-brzusznych, tak że nawet po operacyji natrafia rozróżnienie takowych (rozpoznanie różniczkowe) na wielkie trudności. Następnie szczegółowo przytacza wypadek guza torbielowatego, który przysłano mu z rozpoznaniem cystis ovarii, a o którym on przed operacyją sądził, iż może być bąblowcem (echinococcus) lub wodonerczem (hydronephrosis). Podczas operacyji znalazł narośl zaotrzewnową i wyłuszczył takową szczęśliwie. Narośl leżała w okolicy nerki, nerki zaś po tej stronie nie było. Moczowodu także po chorąg stronie nie znaleziono. Podobny

wypadek operował Kosiński, a badał Brodowski, lecz w tym ostatnim znaleziono ślady nerki i moczowodu. Przewoski opisał 3 podobne przypadki w Gazecie lekarskiej r. 1889. Dalej obserwował także Koeberlé w Strasburgu podobny wypadek. Przewoski sądzi, iż torbiele te pochodzą może z niezani-
kłych i chorobliwie przerastających resztek ciała Wollffa. Narośle te rozwijają się bardzo powoli, lecz zdaje się, że z późnym wiekiem mogą dojść do bardzo wielkich rozmiarów. Nazwano je cystis serosa retroperitonealis, leżą zwykle w okolicy nerki, lecz nie zawsze braknie nerki po chorą stronę, jak w wypadku przez O. operowanym. Przewoski widział u starca przeszło 72-letniego olbrzymi torbiel tego rodzaju.

Dyskusja: Ziemicki opisuje wypadek, gdzie żołądek ze zrakowa-
ceniem odźwiernika (jak późniejsza sekcja wykazała) przedstawiał się jako torbiel olbrzymi, napęczniony płynem. Przytem ani womitów, ani silniejszego zaparcia stolca ani t. p. objawów, wskazujących na cierpienie żołądkowe, nie było. Operacja próbna wyjaśniła w tym razie dopiero olbrzymie rozszerzenie żołądka, sięgające poniżej symphysis oss. pub., lecz dopiero sekcja wykazała carcinosis pylori jako powód rozszerzenia.

Dembowski mówi o *przypadku przyszcicia nerki*.

Cięcie tylne od ostatniego żebra ku dołowi i przodowi. Cztery szwy ner-
kowe w dwa rzędy, sięgające do substancyji nerki, założenie trzech pasków gazy, aż do nerki sięgających, w celu wywołania gojenia per granulationem według metody Witt Wilcox'a. Po czterech tygodniach skutek był bardzo dobry, po sześciu miesiącach już dolny biegun nerki jest ruchomy, i już chora miała napad bóleści nerkowych. Dla tego D. sądzi, że nawet szycie i gojenie per secun-
dam nie wystarcza do utwierdzenia ruchomej nerki.

Dyskusja: Obaliński radzi w takich razach, gdzie bóleści i dolegli-
wości życie w wysokim stopniu uprzykrzają, usuwać ruchomy organ przez wycięcie. Zrobił niedawno wycięcie śledziony z tegoż powodu z dobrym skutkiem.

Schramm (ze Lwowa) sądzi w przeciwieństwie do Obalińskiego, że należy wyczerpać wszelkie inne środki włącznie opasek i operacji konserwa-
tywnych, i dopiero gdy te pozostałyby bez skutku, robić wycięcie tak ważnych orga-
nów, jak nerka i śledziona.

Gabszewicz przemawia za przyszciciem nerki ruchomej według wyni-
ków w klinice Bergmann'a obserwowanych. Widział wypadki wyzdrowienia stałego po przyszciciu; po kilku latach stwierdzone. Widział dalej wypadek, w któ-
rym po wycięciu ruchomej nerki nastąpiła śmierć w kilka dni ex calculo in uretero drugiej nerki.

Rydygier przemawia także za stanowiskiem konserwatywnym w tym
względzie, wołałby w razie recydywy choćby i drugi, nawet i trzeci raz nerkę przesyć, zanimby tak ważny organ, jeżeliby tenże zresztą był zdrowym, zdecydował się wyciąć.

Obaliński odpowiada Gabszewiczowi, że w wypadku przez G.
opowiedzianym z kamieniem w moczowodzie był może error loci, była może po-
myłka w dyagnozie co do tego punktu, która nerka powodowała napady bóleści u chorej.

Kosiński woli także być jak najwięcej konserwatywnym w tym wzglę-
dzie i sądzi, że wypadki gdzie nerki ruchomą wycinać trzeba, są bardzo rzadkie. Robił już czterokrotnie nefrektomiją, lecz zawsze z innych powodów.

Kol. Podgórski ma wykład: *O wskazaniach do resekcji jelit pier-
wszorzędnej*.

Mości Panowie! Rzecz o resekcji jelit pierwszorzędnej, jest, kwestyją sporną,
nie tyle co do samego jej wykonywania, ile raczej co do wskazań, kiedy ma być wykonywana. Jak bowiem z jednej strony zwolennicy liczne wskazania jej naznaczają, tak przeciwnicy za-
le dwie na jedno się godzą, które jest ogólnie przyjęte t. j. na wykonanie resekcji pierwszorzędnej w przypadkach rzyci sztucznej, która innym lżejszym zabiegom się opiera trwale lub gdzie obecność jej wywołuje znaczny upadek odżywienia. Po której stronie słuszność, orzec się da jedynie przez porównanie różnych zabiegów w wynikach, lecz porównanie to musi być ułożone z podobnych przypadków w przebiegu a z równych we wskazaniach.

Korzystając za łaskawym zezwoleniem i życzliwą zachętą prof. Obalińskiego z obfitego materiału szpitala św. Łazarza mogę w tym kierunku przytoczyć pewne daty sta-

tystyczne i porównać wartość różnych sposobów postępowania przy różnych wskazaniach. W ogóle reseceji z powodu rozmaitych wskazań wykonano 51. Sposób operowania był w ostatnim dziesięciu lat zgodny z ogólnie przyjętymi zasadami, więc szew Wölfler-Czerny-Lambert. Co do wartości szwu Kammera (podśluzowego), o jakim mówił na zjeździe w Berlinie r. b., nie mamy żadnego doświadczenia, gdyż jeszcześmy go nie zastosowywali. Z tych 51 przypadków nastąpiło zejście śmiertelne w 29-ciu t. j. 56,8⁰/₀. Odsetka to więc wysoka, wyższa niż Kochera z r. z., 54,6⁰/₀, ale pochodzi ztąd, iż w większej części wskazaniem do reseceji była zgorzel przepukliny uwięźniętej, dająca złe rokowanie a częstem wskazaniem była occlusio interna dająca sama przez się jak najgorsze rokowanie. Będąc zwolennikiem reseceji pierwszorzędnej zdawaliśmy sobie sprawę z niebezpieczeństw, z jakimi jest połączona — ale z drugiej strony nabraliśmy przekonania, że sposób zakładania rzyci sztucznej jest wprawdzie uciążliwszy ale za to i niebezpieczniejszy! Przeciwnicy reseceji pierwszorzędnej przytaczają na jej potępienie okoliczność, iż wyniki usunięcia anus praeternaturalis i fistula stercoralis są daleko lepsze, niż reseceji pierwszorzędnej. To prawda — nie można jednak zapominać, że z wynikami reseceji pierwszorzędnej nie dadzą się porównać wyniki samego usunięcia, an. pr. ale że porównywać trzeba sumę niebezpieczeństw jego założenia i usunięcia a statystyka nam udowodnia, iż założenie rzyci jest nawet niebezpieczniejszym zabiegiem, niż usunięcie. Tymi zapatrywaniem, opartymi na doświadczeniach się kierując, wykonaliśmy reseceję pierwszorzędną według następujących wskazań.

1. Z powodu zgorzeli jelita w przepuklinie resekowano jelito i zeszywano jednocześnie w 30-stu przypadkach. Zejść śmiertelnych było 15-cie t. j. 50⁰/₀. Odliczywszy jednak 6 przypadków z lat 1878—81, w których zakładano tylko pojedynczy szew Lamberta, które więc według obecnej techniki nie mogą iść w rachubę, otrzymamy 40⁰/₀ t. j. odsetkę względnie bardzo niską wobec faktu, że hernie uwięźnięte i bez reseceji dają złe rokowanie, i że rzeczywiście dużo z naszych przypadków uległo nie operacji, lecz chorobie samej, zaledwie bowiem w paru przypadkach sekcja stwierdziła rozluźnienie szwów. W ogóle lekarz wobec przepukliny uwięźniętej ma czworaką drogę: albo nie robić i wyczekiwać, albo wykonać reseceję pierwszorzędną jednoczasową albo dwuczasiową sposobem Riedla, albo założyć anus praeternaturalis. Ze sposób pierwszy dając w pewnych rzadkich przypadkach wyjątkowo wyleczenie nie jest właściwą drogą postępowania, to na to zgodzą się nawet homeopaci, zaś co do sposobu Riedla, nie mamy żadnego doświadczenia, gdyż tym sposobem nie operowaliśmy ani razu, z góry jednak przyznać trzeba, że są przypadki, w których on może oddać zamienione usługi, choć do wysokości ogólnej metody z pewnością się nie podniesie. Porównać więc mogą jedynie dwa inne sposoby t. j. reseceję jednoczasową, która jak wspomniałem dała nam śmiertelności 40⁰/₀ i zakładanie metodyczne rzyci sztucznej sposobem Riedla.

Tym ostatnim sposobem traktowaliśmy 11 przypadków i zmarło z nich 9 t. j. 81:81⁰/₀ śmiertelności. Wprawdzie były to przypadki najcięższe ze znanych i jako takie nie mogą służyć właściwie do porównania, ale zawsze były między niemi i takie, które przy reseceji jednoczasowej mogły się wygoić a zginęły skutek założenia rzyci, a więc ropni następnych itp. Podobnego doświadczenia nabrali Trzebitzky, Mikulicz, Kocher i inni, że zaś jeszcze tych chorych czekała operacja usunięcia rzyci, o której poniżej, więc byli oni przy tym sposobie operowania na takie niebezpieczeństwa narażeni, że zapatrywanie nasze, aby tylko w ostatnich razach, gdzie wskutek okoliczności towarzyszących jestto usprawiedliwione, zakładać przy zgorzeli przepukliny rzyć sztuczną, zdaje się być uzasadnionem. Najlepsze wyniki dawały przepukliny ścienne (L. Litrianae), co się zapewne tłumaczy małymi zmianami w ramieniu doprowadzającym jelita; na 4 bowiem przypadki wszystkie wyszły. Dodać muszę, że zapalenie otrzewny właśnie było nam tylko wskazaniem do reseceji, jako samo przez się wymagające leczenia miejscowego.

2. Drugiem wskazaniem bywała rzyć sztuczna nie następująca przy innych zabiegach. Tu na 8 przypadkach wyszło 5 to jest procent śmiertelny równał się 37,77. jest więc jednak dość wysoki, aby w połączeniu z założeniem rzyci sztucznej robić tę metodę może niebezpieczniejszą, niż reseceję pierwszorzędną. Inni otrzymywali wyższy stopień n. p. Kocher 42,8⁰/₀.

W jednym przypadku wskazaniem były objawy niemożności spowodowane naciekiem gruzliczym jelita ślepego, które o dość długiej kresce dało się wyciąć łącznie z kreską, w której były zserowaciałe gruczoły kreskowe. Zeszycie dało się zupełnie dobrze wykonać, z powodu przerostu jelita cienkiego, tak, że chory zupełnie wyleczony, w 2 tygodnie szpital opuścił i ma się dobrze. Do tej drogi zachęciło nas doświadczenie, nabyte z przypadku, gdzie u kobiety z temże cierpieniem przyszło po założeniu sztucznej odbyticy do znacznej poprawy odżywienia, ale po jakimś czasie uległa chora gruzlicy ostrzej, wyszłej z zostawionego coecum.

Jednego chorego straciliśmy po reseceji wypadłej części poranionych jelit a jedną po wycięciu Carcinoma flexurae, w których to razach, jeśli tylko nowotwór jest większy, odpowiedniejszym jest założenie sztucznego odbytu, jak to nasze doświadczenie z innych przypadków, a między innymi i Baracza, poucza.

Bardzo częstem i ważnem wskazaniem do reseceji bywała occlusio interna, choroba dająca sama przez się bardzo wątpliwe rokowanie. Z dziesięciu zaś przypadków, gdzie wskutek zgorzeli resekcja była konieczną, otrzymaliśmy tylko jedno wyleczenie t. j. śmiertelność wynosiła 90⁰/₀. Największa część resekowanego jelita wynosiła 3 m. 65 ctm. Aby się zaś przekonać, o ile można brać ten stopień śmiertelności na karb reseceji, przeglądałem wszystkie przypadki occlusji i ciekawe spostrzegłem szczegóły. Otóż najgorsze prawie rokowanie bywa przy skręcie jelita grubego (najczęściej flexura sigmoidea) — czy przyczyna tego leży w tem, iż chorzy długo znoszą ten stan bez nieprzyjemnych przypadków, jak wymiotów i zwykle już późno, zatruci wydzielinami własnych jelit, dostają się w ręce chirurgów, czy też, że wskutek

zniesienia znacznej bębni przychodzi do porażenia naczyń brzusznych i anemii mózgu, dość, że na 9 takich przypadków straciliśmy 6 i to jedynie po prostym okręceniu kreski, trzy zaś wyszły, jako wyleczone, zgłosiły się powtórnie po kilku miesiącach z nawrotem tej choroby, z których dwa jej uległy po prostym odkręceniu jelita a przypadek trzeci, gdy po raz drugi zgłosił się z temże cierpieniem, dość wczesnie wyszedł wyleczony po dokonaniu resekcji jednoczasowej całej flexura sigmoidea opatrzonej ogromnie długą kreską a bliskimi punktami przyczepienia. Drugi podobny przypadek operowany, w 12-tym dniu straciliśmy. Powyższy fakt, iż ta nieprawidłowość w budowie jelita tak niesłychanie usposabia do powstania skrętu, szczególnie powrotnego, bezwarunkowo zmusza nas do przyjęcia, iż ten stan nieprawidłowy usunąć należy, zaraz przy pierwszej operacji, z powodu oclussyi, czyli dając wskazanie resekcowania takiej pętli i albo zeszczenia jelita pierwszorzędnego albo założenia an. pr. jak to zrobił Bercin z Królewca w swoim przypadku, tem bardziej gdy sposób Senna fałdowania kreski, przy jej wężkości co najczęściej właśnie w tych przypadkach bywa, jest niemożliwy a sposób Nussbama i Rosera ustalania takiej pętli przez przyszycie do ściany brzusznej nie jest bez niebezpieczeństw a często nie prowadzi do celu. Tak więc, Mości Panowie, biorąc na szale statystyki efektu pooperacyjnego kwestyją resekcji pierwszorzędnej widzimy, iż musi ona wyjść zwycięzko jako metoda zasadnicza a założenie anus pr. trwałego lub czasowego (czyli t. zw. resekcja dwuczasowa) są sposobami, do których zniewoleni towarzyszącymi okolicznościami uciec się musimy.

Dyskusya: Barącz (Lwów) przy zapadzie lub istniejących już objawach zatrucia krwi radzi wykonać odbyt sztuczny (anus praeternaturalis) i dopiero później resekcję kiszki.

Rydygier jest tegoż zdania. Jako przyczynę śmierci po odkręceniu skręconej flex. sigm. uważa R. zatrucie septyczne, prawdopodobnie przez bacillus coli, powodujące mało objawów zapalnych w otrzewnej.

Dembowski zwraca uwagę iż często zgorzel na błonie śluzowej sięga dalej niż na otrzewnej (jak to prof. Thoma w Dorpacie zauważył).

Weber zauważył w jednym niedawno operowanym przypadku kilka zgorzelinowych miejsc w kieszce powyżej partji resekcowanej i zrobił częściowe inwaginacje zgorzelinowych kawałków w tym wypadku.

Trzebicki operował już dawniej podobnie w 2 przypadkach z dobrym skutkiem.

Schramm przytacza, że są wypadki, gdzie jeszcze po resekcji trzeba założyć anus praeternaturalis z powodu wzdęcia.

Oderfeld nadmienia, że Matlakowski w podobnych wypadkach robi stale resekcje pierwotne.

Dr. Ziembicki (Lwów). *Dwadzieścia wypadków wysokiego cięcia pęcherza, wskazania, wyniki.* Z. wykonywał cięcia wysokie z dobrym skutkiem nie tylko w celu usunięcia kamieni pęcherzowych, przy którym to cierpieniu sectio alta jest według niego najodpowiedniejszą operacją; ale wykonał także cięcia wysokie w wypadkach uszkodzenia pęcherza, dalej w kilku przypadkach z powodu przerostu gruczołu krokowego (hypertrophia prostatae) i następczej niemożliwości oddawania moczu. W jednym z tych ostatnich wypadków wykonał tylko sectio alta, w dwóch zaś dołączył zarazem częściowe wycięcie przerosłych i ujście pęcherza zatykających płatów gruczołu krokowego (resectio prostatae). Ostateczny wynik tych dwóch operacji nie zupełnie zadowolnił Z., skutek pod względem trwałej poprawy był nie wielki. — W jednym wypadku, gdzie wykonano cięcie wysokie przy cystitis z płatowatym osadem na ścianach pęcherza, nastąpiło po operacji radykalne wyleczenie z kataralnych pęcherzowych objawów.

Dyskusya. Rydygier mówi kilka słów o swój metodzie operacji kamieni pęcherzowych (cięcie transperitonealne). Ostatecznego sądu jeszcze R. wydać nie może. Wyniki dotychczasowe są dobre, jeżeli takimi pozostaną w wielkiej liczbie przypadków, to dopiero wtedy będzie mógł swą operację polecić. — Obaliński chwali gorąco metodę Rydygierowską. Co do resekcji gruczołu krokowego, to O. sądzi, iż operacja ta już w niektórych przypadkach oddała prawdziwy pożytek i nie można jej bezwzględnie ganić. Trzeba odczekać, co przyszłe doświadczenia okażą pod tym względem.

Kol. Kosiński wykonuje wszędzie, gdzie można, litolapaksyją, sądzi jednakże, że nie można żadnej metody operacji kamienia pęcherzowego nazwać ogólną i idealną, że należy koniecznie indywidualizować. W dalszej dyskusji brali jeszcze udział Dembowski, Szuman i Obaliński.

Dr. Wehr (Lwów) mówi: *O molluscum contagiosum*, z okazaniem preparatów. W. wykazuje licznymi spostrzeżeniami z literatury zestawionemi, iż cierpienie to jest zaraźliwem i podaje bliższe szczegóły anatomo-patologiczne, dotyczące budowy i teoryje, dotyczące zarazka tego cierpienia.

W dyskusyi brali udział: DDr. Rosner, Garsztka i Jabłoński.

Schramm (Lwów). *O statecznych wynikach po wycięciu macicy rakowatej*. S. opowiada historję 15 przypadków wycięcia macicy rakowatej, przezeń operowanych i ostateczne losy takowych. W 13 przypadkach nastąpiło wyleczenie z operacyi, lecz śmierć z recydywy nastąpiła najdalej w 5 latach we wszystkich wypadkach, jeden tylko żyje jeszcze, ale dopiero pół roku po operacyi minęło.

Dyskusya. Rydygier sądzi, że wyniki operacyi częściowej przy raku macicy mogą być chyba jeszcze mniej korzystne, jak wycięcie całkowite. Uważał, równie jak S., w jednym wypadku objawy ileus po wycięciu macicy rakowatej. Zrobił laparotomię i usunął zlepy. Wyzdrowienie. — Bogdanik (Biała) przemawia za częściowem wycięciem macicy, które szczególnie w wczesnych wypadkach daje wyniki ostateczne przynajmniej tak samo dobre, jak wycięcie całkowite. — Kosiński jest tegoż zdania i woli wykonywać, gdzie tego potrzeba, amputatio colli supravaginalis. W jednym wypadku przy całkowitem wycięciu macicy musiał także wyciąć cały zrakowaciały pęcherz i moczowody wszyl w pochwę. Wyleczenie nastąpiło szybko naturalnie z utrzymaniem się przetok moczowych i ciągłym kapaniem uryny.

Barącz (Lwów). *Spostrzeżenia nad znieczuleniem bromkiem etylu (Aether bromatus) w praktyce chirurgicznej na podstawie 180 znieczuleń tym środkiem*. B. zachęcowy wykładem L. Szumana o tym środku znieczulającym, mianym na przeszłym zjeździe chirurgicznym w Krakowie, używał od roku tegoż środka w wielkiej liczbie przypadków i to z bardzo dobrym skutkiem, tak, że takowy z pełnem przekonaniem poleca. Używał go nie tylko przy mniejszych rękoczynach (extractio dentium, incisio panaritii i t. p.), ale nawet przy niektórych większych, nie długo trwających operacyach, jak krócej trwające operacje kostne, a nawet przy wypilowaniu zebra w celu operacyi otoku piersiowego. Groźnych objawów nie zauważył B. w żadnym przypadku.

Szuman (Toruń): *Przyczynek do kazuistyki wycięcia nerki gruźliczej*.

Mości Panowie! Od czasu gdy G. Simon operacyją wycięcia nerki wznowił i uprawnienie jej praktycznie wykazał, zrobiło leczenie niektórych ciężkich cierpień nerkowych, dawniej za niewyleczalne uchodzących, znaczne postępy. Wycięcie nerki zropiałej wskutek kamieni nerkowych lub wskutek samoistnych ropni wewnątrz-nerkowych lub okołonerkowych, wycięcie nerki z powodu hydronefrozy lub z powodu narośli, jeżeli druga nerka jest zdrową, należy już dzisiaj do operacyi ogólnie za uprawnione i wskazane uznanych. Wyniki lecznicze tej operacyi w miarę postępu techniki operacyjnej w tym kierunku i w miarę polepszenia się i uproszczania techniki desinfekcyjnej coraz stają się lepszymi¹⁾.

W ostatnich latach zaczęto także na chirurgiczne leczenie gruźlicy nerkowej baczną zwracać uwagę. Przekonano się, że wycięcie nerki gruźliczej, jeżeli jeszcze nie ma ogólnej tuberkulozy i jeżeli druga nerka jest zdrową (co zwykle bywa) nie tylko wielkie cierpienia, które gruźlica nerki powoduje, zmniejszyć i usunąć, nie tylko życie przedłużyć, ale nawet trwałe i radykalne wyleczenie spowodować może. Im więcéj, im lepiej gruźlicę nerki badamy, im wcześniéj ją dyagnozujemy, widzimy, że ona nieraz bywa jedynie miejscowem, pierwotnem cierpieniem, z którego dopiero dalsze ogniska gruźlicze się rozsiewają. Tak było w większej części wypadków przez Bardenheuera²⁾ operowanych, oraz

¹⁾ Porów. Kolaczek, Zur Frage der Nierenexstirpation, *Deutsche med. Wochenschrift* 1890, No. 29. — Podczas gdy Gross do roku 1885 naliczył 233 nefrektomije z 44% śmiertelnością, zestawil Kolaczek od r. 1885—1890 wraz z 2 swemi 167 wypadków nefrektomiji ze śmiertelnością 28,7%.

²⁾ Mittheilungen aus dem Kölner Bürgerhospital, herausgegeben vom Oberarzt Prof. Dr. Bardenheuer. Fünftes Heft, Beitrag zur Casuistik der Nierenchirurgie, von Dr. Julius Schmidt. 1890.

w przypadku Israela w roku przeszłym publikowanym¹⁾. Tak samo, zdaje się było i w przypadku przezemnie operowanym, który poniżej przytoczę.

Początkowo przekonano się, że można, otworzywszy ropnie okołonerkowe, wyciąć zropiałą mniej lub więcej nerkę i osiągnąć wyleczenie stałego pacjenta, chociaż ropień w nerce, jak późniejsze badania mikroskopiczne wykazało, był natury gruźliczej. Bardenheuer (l. c.) na 7 przypadków wycięcia nerki gruźliczej w sześciu razach operował z powodu ropni okołonerkowych (abscessus paranephritici), powstałych, jak dopiero późniejsza mikroskopiczna dyagnoza wykazała, z przebiecia się zserowaciełego ogniska gruźliczego w tkankę okołonerkową. W tych razach nerka już to bardzo była zropiałą i zniszczoną przez sprawę gruźliczą, już też znajdowało się czasami tylko jedno małe gruźlicze ognisko w pobliżu powierzchni zewnętrznej miąższu nerkowego, podczas gdy reszta miąższu i miedniczka nerkowa była stosunkowo zdrową²⁾. W innych razach cierpienie gruźlicze nerki, jak w przypadku Matlakowskiego³⁾, przedstawiło się w formie puchliny wśródnerkowej gruźliczej (hydro-nephrosis tuberculosa). W innych wreszcie wypadkach na mocy wszystkich objawów chorobowych ze strony nerki i pęcherza bez ropni zewnątrz wymacalnych zdołano przed operacją już stawić dyagnozę: gruźlica jednej nerki — i przystąpić już z tem rozpoznaniem do jedynego możliwego sposobu wyleczenia z tego strasznego cierpienia, tj. do wycięcia nerki. Tak było w przypadkach przez Madelunga⁴⁾ Israela (l. c.) i innych operowanych i w przypadku przezemnie operacyjnie leczonym. Obecność prątków gruźliczych w urynie rzadko kiedy tylko stwierdzić się dość wcześnie przed operacją udało, by na mocy tego pewne rozpoznanie postawić⁵⁾. Zwykle mimo kilkakrotnych rewizji prątków nie znaleziono. W moim przypadku także ich mimo wielokrotnego badania nie znaleziono.

Rozpoznanie miejscowej gruźlicy nerki naturalnie dopiero wtedy jest możliwym, gdy ta gruźlica umiejscowiona w sposób dostrzegalny nam się ujawni. Ognisko miejscowe gruźlicze w miąższu nerkowym jeszcze nie zropiałe nie czyni zwykle żadnych dostrzegalnych objawów, gorączki lub ogólnego osłabienia nie zwykło jeszcze powodować. W przypadkach zaś, gdzie zserowaciełe lub zropiałe ognisko gruźlicze w miąższu nerkowym przebiło się w tkankę okołonerkową (capsula adiposa) powstaje ropień okołonerkowy i objawy takowego, jak to było w 6 przypadkach gruźlicy okołonerkowej i nerkowej, przez Bardenheuera szczęśliwie za pomocą wycięcia nerki leczonych. Mocz w tych razach może być nieraz zupełnie normalnym, objawów chorobliwych ze strony pęcherza i pod względem wydzielania moczu nie ma czasami prawie wcale.

W tych zaś razach, gdzie ropień gruźliczy wewnątrznerkowy przebiega się do miedniczki nerkowej powstaje wkrótce ropna uryna już to kwaśna, już to przez następnie powstały katar pęcherza alkaliczna, powstaje parcie, częste oddawanie moczu, silne bóle w cewce moczowej u kobiet, u mężczyzn w żołędzi⁶⁾. Wreszcie gorączka, ogólne osłabienie, czasami znajdujemy prątki gruźlicze w urynie, częściej nie, jak wspomniałem. Bolesność wreszcie chorób nerki i mniejsze lub większe wyczuwalne obrzmienie takowej już to wcześniej, już to, jak w moim przypadku, bardzo późno się zjawia. Niekiedy możemy wyczuć obrzmienie i stwardnienie moczowodu po chorobie stronie na tyle pęcherza, jak było w moim przypadku.

W jednym wypadku przez Madelunga opisanym, gdzie ropienie gruźlicze z nerki bardzo długo ($3\frac{1}{2}$ roku) trwało, nastąpił w końcu zupełny zanik choroby nerki, z równoczesnym, (bolesnym) powiększeniem zastępczym (vicarijrende Hypertrophie) drugiej nerki. Wypadku tego nie poddano operacji. Czy poprzednio istniało obrzmienie choroby nerki, nie wiadomo.

¹⁾ James Israel, Ueber Nierentuberculose, *Deutsche med. Wochenschr.* 1890, No. 31.

²⁾ Porów. Bardenheuer'a przypadek ósmy.

³⁾ Matlakowski, Przypadek wycięcia nerki prawej przy tak zw. phthisis renalis, *Gazeta lekarska* r. 1888, No. 1—2.

⁴⁾ Madelung, Ueber die operative Behandlung der Nierentuberculose, *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, XIX Congress 1890, str. 243.

⁵⁾ Na 5 operowanych wypadków nie znalazł Madelung w 3 wypadkach prątków gruźliczych, Israel we wzmiankowanym przypadku także ich nie znalazł.

⁶⁾ Porównaj obok przezemnie opisanego przypadku obserwacje Israela (l. c.), Küm-mela (Wykład w Tow. lek. hamburckim, *Deutsche med. Wochenschr.* 1890, No. 45, str. 1000), dalej Kolaczka (l. c.), choć tamże ropnie nerkowe nie były natury gruźliczej.

Badanie endoskopijne pęcherza zwykle tylko o tyle rozpoznanie popiera, iż pęcherz względnie zdrowym się przedstawia (Madelung, Kümmel) i przez to prawdopodobieństwo ropienia nerkowego się potwierdza.

Rezultaty ogólne wycięcia nerki tuberkulicznej są dotychczas według zestawienia Madelunga (l. c.) dość różne. Niektórych operatorów rezultaty są mniej szczęśliwe, innych jak Bardenheuer¹⁾, Czerny'ego²⁾ bardzo korzystne i do wczesnej nefrektomii przy gruźlicy jednej nerki zachęcające. Madelung w niektórych ze swych wypadków może za późno operował i dla tego miał rezultaty mniej trwale co do stałego wyleczenia się pacjentów, wypadku śmiertelnego wskutek operacji nie miał żadnego. We wzmiankowanym przypadku Israhela, Matlakowskiego, Kümmela i moim, oraz w kilkunastu jeszcze innych wypadkach przez Kolaczka (l. c.) zestawionych, wyniki operacyjne po wycięciu nerki gruźliczej były szczęśliwe, przebieg dotychczasowy korzystny. Bardenheuer i Kümmel wykonali szczęśliwie nefrektomije przy gruźlicy nerki u małych dzieci w wieku 2½, 4, 5, 5½ lat. 3 zaś wypadki Bardenheuera u dzieci ¼- do 3-letnich skończyły się śmiertelnie wskutek operacji lub recydywy narośli.

Przebieg przeżemnie operowanego przypadku był następny: Leopold S., 24 lat, syn zmarłego właściciela posiadłości wiejskiej z J. pod Świeciem, cierpiał w 11 roku życia na zapalenie płuc, był następnie zdrow i silny. Matka jego żyje i jest zdrowa, troje rodzeństwa również, ojciec umarł w r. 1873 na wiał pacierzowy (tabes dorsalis), przebywszy jeszcze w r. 1871 kampanię niemiecko-francuską. — W r. 1889 służył S. w wojsku w Toruniu, zachorował na ulcus durum, które się w lazarecie w 2 tygodnie zgoiło. Następnie przebył dwukrotnie kurację z wierkami szarą maścią w lazarecie wojskowym (w r. 1889 i 1890).

W sierpniu 1890, po drugiej kuracji szarą maścią, poczuł jeszcze w lazarecie będąc ból i palenie w cewce przy urywaniu, choć jeszcze nie zauważył wtedy, by musiał zbyt często urynować. W nocy wcale jeszcze nie potrzebował w celu oddawania moczu się budzić. Na rzerzącą podobno nigdy nie chorował, w czasie pobytu w lazarecie nie zakładano mu też cewników ani świeczek cewkowych. — W grudniu 1890 wzmogły się dolegliwości przy urywaniu, ciągle parcie do oddawania moczu dręczyło chorego i we dnie i w nocy. W styczniu 1891 zauważył chory, że mocz mętym bywa, dwukrotnie wyszło nieco krwi w skrzepłych strzępkach z uryną. To spowodowało go dopiero udać się do lekarza w Świeciu. Mocz oddawać musiał w owym czasie dzień i noc co kwadrans, najpóźniej co pół godziny, tak że sen był bardzo przerywanym. Lekarz miejscowy zalecił stały spoczynek w łóżku, kąpiele ciepłe siedzeniowe, okłady na brzuch, ol. santali w kapsułkach do wewnątrz. Próbowano następnie innych leków wewnętrznych i kilkakrotnie przepłukano pęcherz bez polepszenia stanu chorego. Mocz był często szczególnie po południu przezroczystszym, rano zwykle mętniejszym, z grubym ropnym osadem. Boleści w pęcherzu i w żołądki zjawiały się stale przy urywaniu, po za tem nie miewał chory ani w pęcherzu, ani w nerkach bolesci.

Dnia 26 marca 1891 badałem chorego pierwszy raz. Płuca, serce, wątroba, przewód pokarmowy nie przedstawiają ani przedmiotowych, ani podmiotowych chorobliwych objawów. Mocz mętny, alkaliczny, osad moczu obfity, ropny. Badany pod mikroskopem osad składa się z obfitych ciałek ropnych i drobinek rozpadowych (detritus). Prątków gruźliczych mimo kilkakrotnej rewizji (Dr. Wolpe) nie znaleziono w moczu, ni w osadzie. W okolicy nerek obu ani bolesności nie ma, ani obrzmienia wyczuć lub wyszukać nie można. Przy chodzeniu i jechaniu nie ma pacjent bolesci pęcherzowych, ni ściowych, tylko przy oddawaniu moczu, głównie w żołądki czuje takowe. Badanie pęcherza cewnikiem metalowym, badanie dwuręczne przez kışkę i brzuch nie wykazuje obecności kamienia lub narośli w pęcherzu. Gruczoł krokowy nie powiększony, nie stwardniały, pęcherz na lekki ucisk nie czuły, przy mocnym dwuręcznym ucisku (od strony kışki i brzucha razem) okazuje pacjent mierne objawy bólu. Po rewizji cewnikiem metalowym zaledwo ślady krwi na cewniku.

Pacjent pozostał nadal w mej lecznicy chirurgicznej. Różne przepłukiwania pęcherza, wody mineralne, wewnętrzne środki pozostały bez skutku. Przepłukiwania pęcherza środkami więcej drażniącymi (Cuprum sulfuricum 1:2000, — Lysolum purum 2:1000 itp.) zdawały się stan chorego raczej pogorszać, parcie i bolesci zwiększać. Przepłykiwania raz dziennie 2—3% roztworem kwasu bornego znosił chory nie źle, lecz powtarzanie tychże dwa razy dziennie zdawało się także parcie zwiększać. Ciężota ciała ranna wynosiła przez pierwsze dwa tygodnie 36,9 do 38,3, ciężota południowa i wieczorna wynosiła 37,6—39,2. Od połowy kwietnia b. r. podnosiła się tak ranna, jak i wieczorna ciężota często ponad 39° C., aż do 39,9°. Gorączka trwała często cały dzień. Czasami zaś spadała na 36,4 do 37,6. Wśród tych przerw gorączki, które czasami cały dzień, do półtora dnia nawet trwały, był mocz zwykle bardzo wybitnie ropnym. Zaś gdy mocz się jaśniejszym, przezroczystszym stawał, gorączka podnosiła się zwykle wysoko. Zupełnie bez osadu mocz nie był. — W końcu kwietnia zaczął pęcherz być czulszym na ucisk, szczególnie przy rewizji per anum można było na prawej stronie tylniej powierzchni pęcherza wyczuć bolesny, twardy powróżek. Pacjent początkowo jeszcze

¹⁾ Na 7 wypadków wycięcia nerki gruźliczej nie miał wypadku śmierci wskutek operacji a sześć stałych wyleczeń.

²⁾ Na 6 wycięć nerki gruźliczej, tylko 1 wypadek śmiertelny wskutek operacji.

dość dobrej będący tuszy, zaczął w końcu kwietnia wybitnie chudnąć, parcie do oddawania moczu męczyło go coraz więcej, w nocy sypiać mógł zaledwo z powodu prawie ciągłych boleści przy prawie bezustannem urynowaniu. Mocz często bywał cuchnącym, mniej lub więcej zgniętego zapachu, stale alkalicznym.

W okolicy nerek nie było dotąd ani bolesności, ani narośla, tak że dyagnoza dotąd była niejasną. Badanie w narkozie chloroformowej nie wydało także pod tym względem dodatniego wyniku.

Dopiero 10 maja b. r., gdy pacjent przez kilka uprzednich dni bardzo dużo płynu (kilka butelek „Kronenquelle“ dziennie) pił, zaczęła być okolica prawego podżebra przy ucisku i od przodu i tak samo od tyłu wybitnie bolesną, krótko potem (12 maja) można było wy badać wyraźny guz w okolicy prawej nerki. Szczególnie wyraźnie można było takowy wyczuć, gdy się u pacjenta leżącego na plecach palcami lewej ręki podniosło prawą nerkę od tyłu ku górze i palcami prawej ręki takową od przodu badało. Guz był dość twardy i gładki, wnęka (hilus renalis) nie była wyczuwalna, chęłbotania także nie mogłem wyraźnie wyczuć. Początkowo był guz ten bardzo bolesnym, w najbliższych dniach stał się mniej bolesnym, za to zdawał się z dnia na dzień powiększać. Powróżek na tylną prawą powierzchnię pęcherza można było także coraz wyraźniej wyczuć, był on gładki, twardy, grubości pióra gęsiego lub nieco grubszy, zdawał się ginać w dolnej części ściany pęcherza, dał się w górnej swą część nieco przesunąć. Widocznie był on moczowodem prawym w stanie zapalenia i stwardnienia. Obok niego można było po prawej stronie wyczuć pęcherzyk nasienny (vesicula seminalis) nie zbyt stwardniały, po stronie lewej ani moczowodu ani pęcherzyka nasiennego nie można było wyczuć.

Wysoka gorączka, ropny mocz, który szczególnie przy opadaniu ciepłoty ciała bardzo ropnym się stawał, przy przybywaniu gorączki jaśniejszym i przezroczystszy bywał, objawy wreszcie bólu i gnicia nerki prawej w ostatnich dniach powstałe, czyniły rozpoznanie puchliny nerkowej ropnej po prawej stronie z perjodycznym zatrzymywaniem się ropy w miedniczce nerkowej bardzo prawdopodobnym. Bardzo podobny przebieg choroby w wypadku przez J. Israela (l. c.) u młodej kobiety obserwowanym i szczęśliwie operowanym, potwierdził me rozpoznanie.

Mocz obfity, stosunkowo przezroczysty (przynajmniej wiele przezroczystszy) w dniach, gdy się gorączka wysoko trzymała, gdy więc ropa i uryna z chorą nerki bardzo tylko mało do pęcherza wpływała, uprawniał do wniosku, że druga nerka prawidłowo funkcjonuje i jest stosunkowo zdrową. Nie mając biegłości w endoskopii pęcherza, nie próbowałem takowej, choć ta według obserwacji M a d e l u n g'a, K ü m m e l'a i i. w tych przypadkach tylko naturalnie przez negatywny wynik do potwierdzenia dyagnozy się przyczynia. Wykonałem zaś jeszcze próbę, słusznie jako ważny czynnik rozpoznawczy przez B e r g m a n n'a, K ü m m e l'a i i. zalecaną, wyciskania ręcznego uryny na przemian już to z prawej, już to z lewej nerki. Po wprowadzeniu cewnika Nélatona i przepłukaniu pęcherza przekonałem się, że przy ucisku na lewą nerkę krople moczu z cewnika wychodziły przezroczyste i nie cuchnące, przy ucisku na prawą nerkę wychodziły krople moczu mętne i cuchnące. Wyczuć lewą nerkę nie mogłem.

Ponieważ chory w ostatnich tygodniach bardzo schudł i zmizerniał i ze sił opadł, ponieważ już ledwo w łóżku się o własnej mocy mógł poruszać i w dniu przed operacją już tylko 90 funtów ważył, a dalej z powodu bólów przy prawie już bezustannem kapaniu moczu w butelkę spać i jeść prawie nie mógł, a dotychczasowe leczenie pozostało zupełnie bez skutku, przeto obawiać się należało, iż chory zaledwie jeszcze kilka lub kilkanaście tygodni pożyć będzie mógł i operacyjne leczenie wskazaniem i koniecznym się nam wydało.

Mimo ujemnego wyniku rewizji mikroskopijnych moczu i osadu na prątki gruźlicze, zdawało mi się rozpoznanie pyonefrozy gruźliczej najprawdopodobniej, ponieważ brakło zupełnie objawów kamieni nerkowych, objawów uszkodzenia nerki itp. — Płuca i druga nerka zdawały się być zdrowymi, następcze zachorzenie pęcherza było prawdopodobnym, ponieważ mocz był alkalicznym, jednakże obserwacje i operacje M a d e l u n g'a i Isr a e l'a i i. wykazały, iż takie cierpienia następcze pęcherza na skutek pyelitis tuberculosa są często kataralnego pochodzenia (w skutek napływu ropy do pęcherza), nie zaś tuberkulicznej natury; dla tego też często po operacji pęcherz z czasem się zupełnie wyleczy i uryna albo wkrótce albo dopiero po wielu tygodniach ropną być przestaje. Na mocy tych objawów i kombinacji stawiałem rozpoznanie *pyonephrosis tuberculosa* i radziłem choremu poddać się operacji wycięcia chorej nerki. Koledzy D Drowie: B i n d a u, M u s e h o l d, R ó ż y c k i i W o l p e, których poproszono na consilium, uznali wywody me za słuszne i przyłączyli się do mej propozycji,

Dnia 15 maja b. r. wykonałem w asystencji wymienionych kolegów oraz Dr. Jan-kowskiego wycięcie prawej nerki w mojej lecznicy prywatnej.

Narzędzia wygotowane w 10% roztworze sody i włożone w 20% karbolowy. Do des-infekcji zewnętrznej terenu operacyjnego użyto sublimatu (1:1000), do przepłukania rany po pęknięciu cuchnącego ropnia nerki w ranę użyto 0,5% roztworu lyzolu (Lyssolum purum). Po operacji wytamponowano całe wnętrze rany 20% gazą jodoformową.

Cięcie według Simon'a, wzdłuż mięśnia wyprostnego pleców (m. erector trunci dex.) od 12-go żebra (skórę już od 11-go żebra przecięto) aż do grzebienia kości biodrowej; do tego dołączono później jeszcze, gdy wydobyte powiększonej znacznie nerki sprawiało trudności cięcie poprzeczno-skośne ku tyłowi i ku górze wzdłuż 12-go żebra. Cięcie to zrobiono tylko przez mięśnie, skóra dała się usunąć bez tego poprzecznego przecięcia. Po przecięciu warstw mięśniowych i powięzi aż do oponki tłuszczowej nerki (capsula odiposa), odpreparowano tę oponkę palcami od nerki, przyczem nerkę od strony brzucha przez jednego z asystentów kazałem naci-skać ku plecom, co znacznie pracę ułatwiło. Tylna powierzchnia nerki zdawała się być dość gładką i zdrową na oko wyglądała, jednakże przy dalszym oddzielaniu przedniej powierzchni nerki od oponki tłuszczowej pękła widocznie jama ropna pod powierzchnią nerki się znajdująca i cuchnąca ropa wylała się z nerki w małej wprawdzie ilości, tak że zapach jej prędkiej poczuć, niż wypływającą ropę i pęknięte miejsce w nerce spostrzedz było można. Nerka znacznie po-większona w pobliżu miedniczki nerkowej była bardzo kruchą i zrywała się przy oddzielaniu jej od oponki tłuszczowej i przy próbie zachwycenia jej kleszczami. W dolnym końcu nerka była tak mocno ze stwardniała i bliznowata w tem miejscu oponką tłuszczową zrosłą, iż zrosty po podwiązaniu ich z częścią oponki tłuszczowej nożyczkami trzeba było oddzielać. Zresztą wydobyte nerki nie przedstawiało większych trudności; górny podżebrowy wierzchołek nerki wydobyto łatwiej po dodaniu cięcia poprzeczno-skośnego przez mięśnie wzdłuż 12-go żebra, przyczem kilka większych naczyń tętniczych musiano podwiązać. Po odpreparowaniu na około nerkowej podwiązałem takową wraz z naczyniami nerkowymi mocnym katgutem (Hartmann nr. 4) i odciałem nerkę 1—2 centymetrów powyżej podwiązki. Skoro się jednak po cięciu tem wypel-niona przedtem ropą miedniczka nerkowa wypróżniła, zesunęła się natychmiast po odłączeniu mie-dniczki nerki podwiązka i spowodowała silny krwiotok. Takowy zatamowałem zazaz uciskiem palcy, obrzuciłem szwem kikut, a następnie odpreparowałem, ile tylko można, takowy szczególniej w kierunku chorego jak wyżej nadmienilem moczowodu, wsunąłem czubek palca pomiędzy po-czątek moczowodu i naczynia nerkowe. Naczynia podwiązałem katgutem przez otworek zrobiony palcem w kikucie przeprowadzonym; moczowód zaś podwiązałem jak najniżej ku pęcherzowi i około centymetr ponad podwiązką przepaliłem termokauterem Paquelin'a. Po gruntownem przepłukaniu rany, zanieczyszczonej cuchnącą ropą z wyciętej nerki, 0,5% roztworem lyzolu, wytamponowałem całą szeroką otwartą wielką jamę gazą jodoformową (20%) i to w ten sposób, iż w górny i w dolny wierzchołek rany wsunąłem paski tej gazy na kilka metrów długie, a około 12 ctm. szerokie i takowe, wypełniwszy dobrze głąb rany, na zewnątrz wyprowadziłem, zaś środek rany zeszyłem kilku głębokimi szwami katgutowymi.

Przebieg pooperacyjny był następujący: Rana goiła się bez wszelkiej reakcji, lecz znaczna utrata krwi wskutek obsunięcia się podwiązki z naczyń nerkowych, spowodowała znaczny opad sił u chorego w pierwszym dniu po operacji. Gdy chorego położono w łóżko puls dotąd wyczuwalny znikł nagle, tak że potrzeba było kilkakrotnych zastrzykiwań podskórnych tinct. moschi i ol. camphorat. z eterem (10:2), aż znowu się puls wyczuwalnym stał. Pacjent leżał w stanie zapadu, wprawdzie przytomny, ale prawie nieruchomy, i nie czuł zgola (bolesnych tak bardzo) zastrzyknień nalewki piżmowej, ani eteru z olejkiem kamforowym. Wieczorem puls silniejszy 72—76, ciepłota 36,2—37,1.

Drugiego dnia puls 84—96, silniejszy, ciepłota 36,6—37,1. Zastrzykiwań moszusu i eteru znprzestano.

Opatrunek zmieniano początkowo co trzy dni, ponieważ rana dość dużo surowiczej wydzieliny wydzielala, przyczem paski gazy jodoformowej w ranie przy każdej zmianie opatrunku skracano, wydobywając ich część po części, tak że się rana powoli w głębi zmniejszać mogła.

5-go dnia po operacji podniosła się ciepłota na 37,6, siódmego dnia 37,8. Tegoż dnia wydobyto resztę gazy z rany przy operacji wprowadzonej. Później jeszcze raz podniosła się ciepłota na 37,7, następnie już nie poszła nad 37,5.

Ilość moczu wynosiła w pierwszym dniu po operacji 600 centymetrów kubicznych, był on jeszcze mocno ropnym, reagował neutralnie. Następnego dnia było moczu 1000, 1100, 1200, 1400, 1200 ctm. kb. i t. d., tak że ilość uryny dość szybko normalną się stała. Mocz się stawał znacznie przezroczystym, osadu było mniej i takowy był mniej ropnym, więcej kataralnym. Dwa tygodnie po operacji zauważono po raz pierwszy kwaśną reakcją moczu, następnie znowu raz poraz bywał neutralnym, czasami kwaśnym.

Początkowo były jeszcze bólesci w ranie i w kierunku prawego moczowodu, tak że nawet poruszanie prawego uda ból powodowało. Te jednakże ustąpiły wkrótce, podczas gdy ból i parcie przy oddawaniu moczu dopiero po kilku tygodniach się zmniejszać zaczęło, choć i dzisiaj (po pięciu tygodniach) jeszcze pacjentowi nieco dolega. Po trzech tygodniach mógł dopiero 15, najwyżej 30 minut mocz zatrzymać, dziś już (w końcu czerwca) przeszło godzinę mocz zatrzymać może.

Rana po trzech tygodniach zagoiła się już tak, iż tylko małe powierzchnie granulujące w dolnym i górnym końcu rany pozostały. Po czterech tygodniach chory mógł wstać i zakład opuścić, by się ambulatorycznie dalej leczyć. Przybrał bardzo na siłach, wygląda dobrze, ważył d. 20. VI. już 101 funtów, a więc utył przez niespełna pięć tygodni o 11 funtów. Mocz jest teraz stale kwaśnym, lecz jeszcze nieco mętnym, choć w osadzie tylko mała stosunkowo ilość ciałek ropnych się znajduje, zaś dość dużo osadu śluzowatego.

Do chwili wyjazdu z Torunia (d. 5-go lipca b. r.) chory utył o 13 funtów od dnia przed operacją; wygląda doskonale, chodzi z łatwością na przechadzki; mocz stale kwaśno reaguje, lecz jeszcze jest mętnym. O dalszym przebiegu będę się starał podać za kilka miesięcy w „*Nowinach lekarskich*“ wiadomość¹⁾. Prawy moczowód, który krótko przed odjazdem chorego per annum badałem, nie przedstawia się już w formie twardego powrozku, pozostała tylko jeszcze mała guzikowata twardość mniej więcej w miejscu ujścia prawego moczowodu do pęcherza leżąca.

W nerce S. przy operacji wydobytej, znacznie powiększonej znajduje się mniej więcej w środku ogromna ropna kawerna, prawie przez cały miąższość nerki drażąca; sięga od powierzchni nerki, która w tem miejscu przy operacji pękła, aż do miedniczki nerkowej, w którą się otwiera. Obok niej kilka pomniejszych jamiek. Górny wierzchołek nerki dość zdrowo jeszcze wygląda. Miedniczka nerkowa także zropiała, serowatym kruchym osadem pokryta, owrzodziła. Początek moczowodu również owrzodziła, dalszy ciąg wyciętego moczowodu w pobliżu miejsca odpalonego termokanterem wprawdzie zgrubiała, lecz dość gładki i nie zropiała.

W celu mikroskopijnej rewizji zabarwiono cięcia kawałków w alkoholu stwardnionych barwnikiem brunatnym („Bismarekbraun“) i pikrokarminem. „Przy mikroskopowem badaniu (Dr. Wolpe) podpadają najpierw wybitne zapalne śródmiąższowe zmiany. Polegają one na bujaniu tkanki śródmiąższowej, zwięzieniu większej części kanalików moczowych i torbielowatym rozszerzeniu niektórych z nich. Obok tego zgrubienie oponki i spustoszenie wielu kłębków nerkowych (glomeruli). — Cięcie przez ścianę wielkiego ropnia, w nerce się znajdującego, przeprowadzone okazuje pod mikroskopem od strony wnętrza ropnia warstwę nekrotyczną, w której otoczeniu znajdują się pojedyncze gruzelki („Epithelioidtuberkel“) i pojedyncze komórki olbrzymie. Oprócz tego znajdujemy ropnie mikroskopijne drobne w znacznej ilości. Prątków tuberkulicznych nie zdołano znaleźć w cięciach mikroskopijnych“.

Kolega Dr. Sultan w Królewcu był łaskaw także badać i potwierdzić powyższe objawy mikroskopijne w wyciętej nerce.

Choć więc, jak w wielu innych przez różnych chirurgów i patologów badanych wypadkach, nie zdołano i tutaj odnaleźć prątków gruzliczych, przecież wygląd makroskopijny i mikroskopijny był taki, iż rozpoznanie: *hydronephrosis tuberculosa* nie zdają się pozostawiać uzasadnionych wątpliwości. — Co dotyczy przebiegu operacji, to nasuwa nam się kilka uwag epikrytycznych, które z kolegami obecnymi przedyskutować bym pragnął. Przecięcie części miękkich ciała aż do nerki w wypadkach, jak mój, przy wielkiem wychudnieniu chorego, łatwo i szybko się skutecznie dało. U chorych tak bardzo wychudłych położenie nerki nie jest głębokiem. Po otworzeniu oponki tłuszczowej zbadałem nerkę w celu stwierdzenia naocznego poprzednio stawionej dyagnozy, co jest rzeczą przed wykonaniem nefrektomji konieczną, gdyż jak już kilkakrotne próbne nacięcia aż do nerki wykonywane wykazały, rozpoznanie przedtem wykombinowane, przy naocznem badaniu odkrytej nerki mylnem się okazać może. W naszym wypadku dyagnozę i pyonephrosis, najpierw, jak wspomniałem, po napęknieniu kawerny nerkowej zmysłem powonienia,²⁾ a wkrótce potem palcem i wzrokiem stwierdzić było można.

Cięcie podłużne według G. Simon'a nie wystarczyło, trzeba jeszcze było dołączyć cięcie poprzeczne następnie, ponieważ nerka powiększona przez samo cięcie podłużne wyjść nie chciała. W następnym wypadku wolałbym dla tego wykonać zaraz z góry cięcie skombinowane metodą Bardenheuera³⁾, tak jak to Obaliński w przypadku wycięcia nerki pękniętej wskutek upadnięcia wykonał⁴⁾.

Obsunięcie się podwiązki około miedniczki nerkowej, „en masse“ przed odcięciem nerki założonej i krwiotok następczy są dowodem, że ta metoda postępowania, przez innych operatorów (Madelung) z równie niepewnym skutkiem wykonywana, nie jest praktyczną, bo nie chroni od groźnej życiowej utraty krwi. Lepiej jest albo jeszcze przed odcięciem nerki, wypuściwszy ropę z niej, by zyskać więcej miejsca, jak postąpił Bardenheuer⁵⁾, podwiązać szypułę z naczyń i moczowodu się skła-

¹⁾ D. 20 sierpnia 1891 mocz zupełnie czysty, bez wszelkiego osadu, pacjent wygląda znakomicie. (*Przyp. prel.*)

²⁾ Zapach zgnęły z nerki się wydobywający był ten sam, jak zapach moczu przed operacją, tylko może intensywniejszy.

³⁾ Bardenheuer'a „Hinterer Thürflügelschnitt“. J. Schmidt, l. c.

⁴⁾ Obaliński: Zur modernen Nierenchirurgie, *Sammlung klin. Vorträge*, Neue Folge No. 16, 1891.

⁵⁾ J. Schmidt, l. c. str. 24.

dającą w dwóch częściach, tak by podwiązki przez środek szypuły przeprowadzone nie mogły się zesunąć, tak jak to w moim przypadku następnie z łatwością wykonać mogłem, albo postąpić jak Krönlein¹⁾ tj. zachwycić szypułę w kleszcze Billroth'a i przez środek jej podwiazką podwójną przeprowadziwszy, w dwóch częściach podwiaząć, a po odcięciu jeszcze naczynia osobno popodwiazywać. — Wreszcie co dotyczy pytania, czy w podobnych razach przy gruźliczej pyonefrozii nie próbować wprawie nefrotomii, to sądzę, moi Panowie, że Bardenheuer, Matlakowski i Madelung rozstrzygnęli już słusznie to pytanie, że w tych razach równie jak w moim przypadku tylko nefrektomiją zalecić należy, jeżeli w ogóle objawy są tak poważne, iż do operacji uciec się trzeba²⁾.

Dyskusja. Prof. Kosiński wykonał dotąd dwa przypadki wycięcia nerki gruźliczej. Jedną z pacjentek przed trzema laty operowaną, żyje dotąd, lecz uryna jeszcze jest ropną, prawdopodobnie i druga nerka nie jest zdrową. — Obaliński poleca w niepewnych przypadkach wykonanie cięcia transperitonealnego, które pozwala przekonać się ręką i okiem o stanie obu nerek, zanimbyśmy się do usunięcia chorej nerki zabrali, czego przy cięciu grzbietowym (zewnątrz otrzewnowym) nie można tak łatwo wykonać. — Kosiński wykonał dotychczas w ogóle 7 nefrektomii, w pierwszym cięciu tylnoboczne (z tyłu ku dołowi i przodowi). W innych przypadkach stosował cięcie Simon'a, ewentualnie z wycięciem żebra 12-go. — Garsztka (Bydgoszcz) sądzi, że wycięcie nerki suchotniczej mało ma szans, gdyż jak widzimy na trupach, zwykle suchoty nerkowe są powikłane suchotami innych organów, oraz drugiej nerki. — Szuman odpowiada na uwagi Obalińskiego, iż według statystycznych danych cięcie zewnątrzotrzewnowe tylne (według metody Bardenheuer'a lub zmodyfikowanej metody Simon'a) zdaje się dawać najlepsze wyniki operacyjne. Ponieważ nerka gruźlicza jest zwykle zropiała, dla tego umyślnego otwierania otrzewnej unikać należy tam, gdzie tego uniknąć można. Na uwagi Garsztki odpowiada S., iż dotychczasowe spostrzeżenia pooperacyjne, a w szczególności też spostrzeżenia Bardenheuer'a który już 6 przypadków gruźlicy nerkowej wyleczył, i gdzie wyleczenie już 3—8 lat skonstatowano, wcale nie potwierdzają zarzutów Garsztki. Że na trupach widzimy zwykle gruźlicę mniej lub więcej rozgałęzioną w kilku organach, to rzecz bardzo naturalna, gdyż rzadko kiedy gruźlica pojedynczego organu (n. p. jednej tylko połowy płuc, jednej nerki i t. p.) już śmierć powoduje. Początkowo jednakże jest gruźlica zwykle cierpieniem miejscowym, z wyjątkiem gruźlicy prosówkowej, występującej jak wiadomo często od razu ogólnie, bez poprzedniego umiejscowienia. Choć i tam zwykle poprzedza gruźlica miejscowa, acz nie zawsze dostrzegalna. Dla tego, by uniknąć uogólnienia choroby, należy przy gruźlicy jednej nerki wcześniej, ile można, operacją wykonać i to wprowadzić nefrektomiją.

Trzebicki (Kraków) mówi: *O stosunkach anatomicznych odbytnicy*, zwraca uwagę na u dorosłych stale istniejące skrzywienia i zagięcia odbytnicy, która się nie powinna nazywać kiszka prostą (rectum), lecz raczej kiszka krzywą. T. przedkłada dalej bardzo starannie wykonane odlewy odbytnicy na trupach mężczyzn, kobiet i dzieci wykonane i powyższe uwagi jego stwierdzające. — Wehr chwali piękne preparaty T., lecz zaznacza, iż już kilku z nowszych anatomów na tę formę odbytnicy uwagę zwróciło i za kishkę krzywą ją uznało.

Bogdanik (z Białej) mówi: *O zakładaniu opasek ustalających po złamaniu kości*. Zaleca opatrunkiem wyciągowym i opatrunkiem gazą krochmaloną podczas ekstensyi założony. Dalej radzi chorym pozwolić dość wcześnie wstawać. Opatrunkiem gipsowym okrężnym uważa za niebezpieczny i niepotrzebny.

Dyskusja. Rydygier zaleca również ile możności wczesne wstawanie z opatrunkiem ustalającym. — Ziembicki i Kosiński zalecają we Francji polecony opatrunkiem z gazy krochmalonej z podłużnymi szynami gipsowanymi. Opatrunkiem okrężnym gipsowym nie używają zupełnie.

¹⁾ Beiträge zur klin. Chirurgie red. v. P. Bruns, tom VII, F. Riss: Zur Nierenchirurgie, str. 178 i 180.

²⁾ Nefrotomija przy, tuberkulozie nerki, dość znacznie rozwiniętej chyba tylko bardzo wyjątkowo stale polepszenie spowodzić może. Porów. F. Riss (l. c.) str. 170, wypadek 11; w tym razie po nefrotomiji czteromiesięczne polepszenie stwierdzono.

Stankiewicz (Warszawa) mówi: *O leczeniu genu varum i genu valgum za pomocą wypiłowania odpowiednich kłykciów kości udowej* i demonstruje odlewy gipsowe, wykazujące w dwóch przypadkach korzystną poprawę kształtu kolana po operacji przezeń z wypiłowaniem odpowiednich kłykciów wykonanej. Jednakże w ruchomości zauważył pewne utrudnienie zginania po tych operacjach.

Dyskusja: L. Szuman nadmienia, że po operacji genu valgum według metody Ogston'a, którą w klinice wrocławskiej tak prof. H. Fischer, jak Dr. Kolaček, jako i S. wielokrotnie wykonali, były wyniki w ogóle bardzo dobre. Przy stałe dobrej i starannej desinfekcji narzędzi przed operacją nie widzieli żadnej groźnej komplikacji po tej operacji, tylko w jednym wypadku lekką paręzę nerwu piszczelowego (n. peroneus). — Michal (Praga) przedstawia korzystne wyniki operacji według metody Mac Even'a w Pradze osiągnięte. W jednym wypadku jednakże nastąpiło aneurysma traumaticum arteriae fem.

Następnie demonstrował S. niektóre nowe narzędzia chirurgiczne.

A w końcu mówił: *O kryptorchizmie jako przyczynie powstania tudzież uwięźnięcia przepuklin pachwinowych*, przytaczając szczegółowo odpowiedni przez siebie operowany przypadek.

Dyskusja. Ziembicki nadmienia, iż Francuzi już od dawna na łączność częstą kryptorchizmu z przepuklinami zwrócili uwagę. — Kosiński widział wypadek epilepsji przy cryptorchismus. Przyczém zjawiały się boleści w can. inguinalis. Castratis. Powolne zniknięcie epileptycznych napadów, początkowo jeszcze po operacji bywała lekka aura.

Rydygier przedstawia na kilkunastu znakomicie wykonanych tablicach dotychczasowe *metody operacji przy ektopia vesicae* i podaje następnie własną nową i zdaje się praktyczną i polecenia godną metodę¹⁾. Chorych według tej metody operowanych przedstawił R. w klinice chirurgicznej.

Następnie przedstawia R. chorą wyleczoną po zranieniu jelit w sześciu miejscach.

Dr. Barącz mówi: *O wartości entero-anastomozy za pomocą szwów płytkowych Senn'a i inwaginacji w chirurgii żołądka i jelit*. B. robił liczne i mozolne doświadczenia na psach z nową metodą Senn'a i zakładał u takowych anastomozy jelito-żołądkowe i jelito-jelitowe i zeszywał takowe płytkowemi szwami Senn'a. Płytki przytwierdzające do siebie ściany jelita, przygotowują się na sposób sączków kostnych odwapnionych i zeszywają ze sobą za pomocą czterech odpowiednich szwów na czterech końcach. B. powiada, iż metoda Senna znalazła już ogólne nieledwie zastosowanie w Ameryce i w Anglii i przedstawia zastosowanie jej na psie wobec członków sekeyi chirurgicznej.

Dyskusja. Rydygier, Podgórski i Kosiński bronią dotychczasowych metod entero-anastomozy i szwu Czerny'ego, względnie Lemberta. Wehr pochwała zapatrywania B. i radzi metodę wpierw zastosować, zanim się o niej ujemny sąd wyda.

Wehr (Lwów) przedstawia fotografie chorój przed i po operacji bardzo znacznego przykurczenia ręki 10 lat trwającego. U dziewczynki 12-letniej usunął takowe cierpienie w bardzo korzystny sposób. Trwało ono o drugiego roku życia, powstało po ropieniu, którego natury bliższej nie udało się W. wytlómaczyć.

Dyskusja Kosiński sądzi, iż przyczyną przykurczenia przedramienia i ręki w tym przypadku było ropienie chrząstki epifizalnej kości łokciowej. — Bogdanik operował podobny wypadek w ostatnich tygodniach.

Wołkowiec demonstruje 1) odlew kikuta po amputacji metodą Pirogow-Taubera; 2) preparat zadawnionego poprzecznego złamania rzepki. 3) preparaty kul i kości przebitych bronią Mannlichera.

L. Szuman (Toruń) mówi: *O użyciu lysolu* (Lysolum purum) w chirurgii operacyjnej i poleca takowy bardzo na mocy badań bakteriologicznych Schotteliusa i innych i na mocy doświadczeń Michelsena, Cramera, Wehmera i własnych. S. sądzi, że lysol jest powołanym niewygodną kreolinę zupełnie, a karbol i sublimat w znacznej części w praktyce zastąpić.

¹⁾ Opis tej dość skomplikowanej operacji nie nadaje się do krótkiego referatu; będziemy się starali podać czytelnikom naszym referat obszerniejszy metody R., skoro rozprawa prof. R. będzie extenso drukiem ogłoszoną.

Wachholz (Kraków): *Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową*, z oddziału prof. Obalińskiego, z przedstawieniem nowszych aparatów do narkozy chloroformowej.

Dembowski przedkłada fotografie, przedstawiające znakomicie wykonaną plastykę w obce defektu wargi i policzka. Następnie mówi o wycięciu migdałka.

Na tém działalność sekcji chirurgicznej ukończoną została i przewodniczący posiedzenie solwował.

Sekcja ginekologiczna i położnicza.

Posiedzenie I dnia 17-go lipca 1891 roku od 4—6-tój godz. po południu.

Obecných członków 37. Prof. Dr. Madurowicz: „Wybrany przez komitet gospodarczy VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie mam zaszczyt powitać Szanownych Panów i dziękować za tak liczne zgromadzenie oraz życzyć Panom, aby jak najpomyślniejszy był wynik prac waszych. Spisałem odczyty i referaty, które Szanowni Panowie zapowiedzieli, a teraz upraszam, abyście wybrali przewodników, i proponuję radzę prof. Tyrchowskiego z Warszawy na przewodniczącego, a na sekretarzy Dr. Cerchę z Krakowa i Dr. Godlewskiego z Lwowa. Takowi przez aklamacją przyjęci. Przewodniczący dziękuje w krótkich słowach za ten zaszczyt.

I. Prof. Mars przedstawia chorą dotkniętą *tętniakiem tętnicy macicznej* (Aneurysma art. uter.). Przed 2 dniami zgłosiła się do mnie chora z powyżej wymienionem cierpieniem a ponieważ o wypadku podobnym ani nie słyszałem ani czytałem, dla tego postanowiłem go przedstawić. Osoba licząca lat 44 od 25 lat zamężna, w 12 roku życia pojawiła się u niej miesiączka i odbywała się prawidłowo. Raz rodziła, a w rok później poroniła, od 7-miu lat miesiączka jest bardzo skąpa, leczyła się wielokrotnie upustami krwi zapomocą pijawek. Z początku lekarze nie szczególnego przy badaniu nie zauważyli, przed półtora laty była w Wiedniu i tu Dr. Bandel, Nothnagel i nieboszczyk Breisky postawili dyagnozę Aneur. art. uter. Co do leczenia radzono operacyją, drudzy ucisk, elektryczność, inni radzili nic nie robić. Przy badaniu napotykały: macica w małej lateropositii, a obok niej w lewem parametrium tumor wielkości orzecha włoskiego bardzo wyraźnie tętniący, dający się wycisnąć, lecz po zwolnieniu ucisku napęcznie na nowo. Gdy się nań położy dwa palce, to guz je oddala od siebie. Co do objawów, to chora ma doznawać pukania (klappen), do czego znaczenia przypisywać nie można, bo u niej przeważają objawy nerwowe i takiego pukania wszędzie doznaje. Jako przyczynę uważałyby należało uszkodzenie ściany naczynia przez przystawienie pijawek. Zastanowić by się należało, czy to czysty tętniak, czy też guz powikłany.

Dyskusja. Dr. Bylicki (Lwów) nauczony doświadczeniem z własnej praktyki, gdzie podobny guz na 2-giej dzień po porodzie wskutek silniejszego ruchu chorą pękł i nastąpiło wylanie się krwi do wnętrza macicy tak silne, że chorą pozbawiło to życia, zwraca uwagę na takie powikłanie i radzi pomyśleć o uleczeniu chorą, a najbardziejby się skłaniał do elektropunktury. Dr. Kohn (Kraków) sądzi, że obok tętniaka dają się wyczuć, jakby pokrecone naczynia żyłne. Co do niebezpieczeństwa zwraca uwagę, że samo powiększenie się guza może stać się groźnym, a co do leczenia radzi po odpowiedniem odsłonięciu sklepień założyć kleszczyki Richelota, aż się skrzep wytworzy. Prof. Mars: Ponieważ chora na operacyją by się nie zgodziła, dla tego proponuję leczenie przez ucisk. Dr. Braun (Kraków): Nie zgadzam się na sposób podany przez Dr. Kohna, bo jeżeli np. są zmiany ateromatyczne naczyń, można by zatem kleszczykami przyspieszyć pęknięcie. Wolałbym elektropunkturę lub najchętniej podwiązanie naczyń, jeżeli już nie doprowadzającego i odprowadzającego naczynia, to przynajmniej doprowadzającego. Dr. Święcicki (Poznań) jest tego samego zdania, co Dr. Kohn twierdząc, że nie należy się obawiać krwotoku, a zamiast kleszczyków Richelota radziłby użyć zmodyfikowanych cążków Kohksa, które mają skrzywienie odpowiednie do osi pochwy Levreta. Dr. Święcicki przedkłada kleszczyki te zgromadzonym. Przewodniczący radzca prof. Dr. Tyrchowski dziękuje prof. Marsowi za tak rzadki przypadek nieznany jeszcze w literaturze. Co do leczenia sądzi, że ponieważ osoba ma lat 44, prawdopodobnie do ciąży nie przyjdzie i tém samém

niebezpieczeństwo mniejsze, zatem operacyi żadnej nie trzeba, a gdyby guz wzrastał, to stosunki będą lepsze i będzie można wtenczas pomyśleć co i jak zrobić.

II. Dr. Natanson (Warszawa) i C e r c h a (Kraków) referują: *O postępowaniu leczniczem wobec włókniaków macicy*. Dr. Natanson: Prelegent po przedstawieniu trudności swego zadania w obec bogactwa literatury, różnorodności metod leczniczych i nie jasnych wskazań, przychodzi do dwóch następujących twierdzeń: 1. Usunięcie guza zapomocą operacyi, jako najniebezpieczniejsze dla chorób, musi być poprzedzone leczeniem objawowem, które nie usuwając guza usuwa lub doprowadza do minimum chorobowe objawy. 2. Z metod leczenia objawowego ta jest najlepszą, która przy tém samém skutku najmniejszą chorobę może wyrządzić. Wyłącza następnie powikłanie włókniakowe z mięsakiem, rakiem, ciążą, torbielowłókniakiem, szybko-rośnące guzy, jako też samorodzące guzy, jako bezwarunkowo do operacyi się kwalifikujące. Przechodzi do metod leczenia objawowego, a tu należą środki farmaceutyczne, elektryzowanie, wreszcie stósowanie tak zwane małej gynecologii. Po drugie: usunięcie guza. Pomiędzy jednym a drugim postawia kastracyję. Co do środków farmaceutycznych ergotyna podana przez H i l d e b r a n d t a przy leczeniu włókniaków, bywa używana bądź do wstrzykiwania podskórnego, bądź do miąższu macicy, podawana również na wewnątrz, a w połowie przeszło wypadkach z dobrym skutkiem. W około 20% pomimo setek iniekcji skutku żadnego nie było. Jako wskazanie do użycia środka tego stanowią krwawienia, chociaż stosuje się je przede-wszystkiem w chęci przyspieszenia urodzenia się polipów lub włókniaków podśluzowych. Jako zarzuty metodzie tej czynione podnosi 1. niebezpieczeństwo, 2. niepewność. Co do 1, to stósowanie ergotyny jest powolnym truciem chorób, bo przy długim stósowaniu leku tego, który działa zwyrodniająco na włókniaki i zwężająco na naczynia macicy, może się rozciągnąć wpływ tego leku na cały organizm. Co do 2, t. j. niepewności działania, to fakta dowodzą, że nieraz setki iniekcji bez korzyści były, a raczej nieraz i szkodziły. Autor zatem zgadza się na stosowanie sporyszu, ale w celu przyspieszenia rodzenia się włókniaków. Za mniej niebezpieczny uważa Hydrast canad, ale działanie leku tego jest za krótkotrwałe, a z doświadczeń Falka wynika, że działanie to przypisać należy hydrastynie. Działanie powyższych środków odnosi się głównie do krwawień. Co do bólów zaś radzi referent kąpiele mineralne, jak Iwoniec i inne.

Co do stósowania elektryczności. Metoda ta zwana met. Apostolięgo jest dziś na porządku dziennym i tu przy włókniakach stosować ją też możemy, albo jako prąd stały, albo przerywany. Ten ostatni wywiera dwójaki wpływ, uśmierza ból i wywołuje skurcz macicy, lecz bywa mało stosowanym; raz że nie możemy mierzyć prądu wtórnego, a więc nie mamy pewności o działaniu, a powtórę, że nie działa na krwawienie ani na procesy zapalne. Za to ma przewagę prąd stały. Działanie ma tu być kaustyczne na obu biegunach i tak biegun + wywołuje strup twardy, suchy, mocny i zwężenie naczyń w przyległych częściach guza. Ujemny przeciwnie wywołuje strup miękki, głębiej sięgający, przekrwienie przyległych części. Jedno i drugie działanie wywołane jest przez wydzielanie się na miejscu zetknięcia tlenu i chloru, resp. wodoru i sodu. Obok kauteryzacyi ma mieć biegun + działanie antyseptyczne wobec podwyższenia ciepłoty. Czy jest również działanie międzybiegunowe, tego nie można twierdzić z pewnością. Że elektryczność wywołuje zmiany w guzie samém, świadczą badania Fischla wykazujące to na guzach wyciętych po poprzednim elektryzowaniu. Co do strony praktycznej, radzi referent dla pozyskania najdogodniejszych warunków dla działania biegunowego umieszczać elektrodę w jamie macicy w postaci sondy metalowej lub węglowej, w miąższu guza w postaci sztyletu stalowego, wreszcie w pochwie przy części pochwowój w postaci tak zw. tamponu D a n i o n a. Elektrodę obojętną umieszcza się zwykle na brzuchu. Co do galwanizacyi wewnątrzmacicznej i galwanopunktury takie podaje referent uwagi: 1) Przy krwawieniu umieszczamy w macicy biegun dodatni. 2) Natężenie prądu powinno być każdorazowo największe, jakie chora bez bólu znosi. 3) Krwawienie nawet obficie występujące nie powinno zrażać. 4) Powinniśmy przyżegać całą błonę śluzową, aby mieć pewność co do przerwania krwawienia. 5) Galwanopunktura mogąca wywołać krwawienie, powinna być stósowana tylko wtedy, jeżeli zastosowanie galwanopunktury wewnątrzmacicznej nie jest do wykonania. 6) Prze-

ciwskazaniem jest elektrolyza przy włóknikach torbielowych, mięsakach w ciąży. wadach serca, aterom. naczyń. Galwanizacja jest leczeniem objawowem, działa na krwawienie i ból; nadto zauważymy w wszystkich prawie wypadkach znaczną poprawę przedmiotową a wskutek tego, gdyby do operacyi przyjsć miało, mamy lepsze widoki. Szkody tą metodą prawie nigdy dla chorój nie przynosimy. Jako braki jęj podnieść chyba należy: ograniczenie stosowalności i długość trwania leczenia, niepewność co do powrotu.

Stosowanie małej gynecologii. Zalecone głównie przez szkołę Gusserowa i szeroko jeszcze używane łyżeczkowanie z następczemi iniekcjami jodyny lub liq. ferri ma swoje zalety, ale i wady. Zalety występują na jaw przy małych śródmiaższowych włóknikach, w których z łatwością usuwamy krwawienie a przy pomocy innych środków leczniczych polepszamy stan chorój. W przypadkach trudniejszych tam, gdzie cav. uteri wynosi więcej niż 10 cm. gdzie wreszcie są guzy lub guziki wypuklające się do jamy macicy, tam łyżeczkowanie jest co najmniej ryzykowne. Przy wyraźnych podśluzowych resp. rodzących się guzach, łyżeczkowanie jest przeciwwskazane a wtedy lepiej jest, gdy rozszerzymy ujście szyjki macicznej. Kastracja. Znacznie silniejszy i chociaż lżejszy jest wpływ kastracyi. W znacznej ilości przypadkach następuje menopauza i silne zmiany guza; wyniki po operacyne są znakomite, ale mimoto ma kastracja swe ujemne strony: 1) nie zawsze daje się wykonać z powodu niemożności wydobyć jajników; 2) wyniki nie są stałe i pewne; 3) bóle pozostają często niezmiennione; 4) usuwa możliwość ciąży. Myomotomia. Istnieją 2 sposoby, zewnątrz i wewnątrzotrzewnowy. Druga nowsza metoda Schröderowska ma przewagę, zwłaszcza przy włóknikach podsurowicznych. Wyłuszczenie przez pochwę ograniczone być powinno do rodzących się guzów i włókników szyjki. Nie całkiem słusznem jest wycięcie całkowite macicy przy licznych małych włóknikach. Tu powinno leczenie symptomat. powiedzieć ostatnie słowo, zanim przystąpimy do operacyi. Przy wielkich guzach szybko rosnących wykazujących torbiele podejrzone o zwyrodnienie przystąpić należy do myomotomii lub hysteromyomotomii. Pojedyncze guziki dają się z łatwością po założeniu elastycznej podwiązki enukleować. W ten sposób dochodzimy coraz niżej i po wyłuszczeniu wszystkich guzów nie utworzyliśmy jamy macicy. Jeżeli jednak utworzyliśmy jamę macicy lub zeszytanie nie da się uskutecznić dla braku dostatecznego materiału to poświęcamy macicę i po założeniu podwiązki robimy typowe klinowe lub łukowe cięcie; w tym momencie mamy trzy drogi do wyboru: albo za radą Martina wyjmujemy resztę macicy przez pochwę lub od góry; albo zaopatrzwszy dobrze parametria postępujemy tak jak to niedawno temu Brennecke podał. Wreszcie jeżeli wybieramy drogę pewną choć powolną a szypuła daje się wciągnąć do rany brzusznej umieszczamy ją tamże. W tym razie najlepszą wydaje się metoda Fritscha, a idąc za radą Fehlinga po kilku dniach wycinamy część szypuły tkwiącej w ranie, a nie będziemy się nawet skarżyć na długość czasu po operacyi. Wspomnieć należy, że przy powikłaniach włóknikowych z rakiem używa się metody Martina i wyłuszcza się całą macicę. Gdy przy ciąży zmuszeni jesteśmy usunąć guz podśluzowy, to stosujemy metodę wewnątrzotrzewnową, jeżeli ciąża powikłana jest włóknikiem szyjki, rosnącym jak zwykle szybko, to racjonalnijszem jest przeczekanie do końca ciąży i wykonanie cięcia cesarskiego, przyczem i łatwo można guz wyłuszczyć. Bez względu na ważne wyniki dotychczasowego doświadczenia w sprawie myomotomii operacyja ta nie jest typową. Streszczając, wypada powiedzieć: 1) Tam gdzie mamy do zwalczania krwawienie, ból, ucisk i stały wzrost guza powikłanego tylko stanem zapalnym przydatków, leczenie objawowe powinno poprzedzać zabieg operacyjny. 2) Na pierwszej linii stosować należy prąd stały podług metody Apostoliiego. 3) W przypadku samorodzenia się guza przyspieszyć należy ten proces przez rozszerzenie szyjki, stosując przytęm przetwory sporyszu. 4) Kastracyja w razie takim ma racyją, jeżeli chora blisko jest menopauzy a guz trudny do wyłuszczenia. 5) Przy wszelkich powikłaniach włóknikowych oprócz przewlekłych stanów zapalnych wskazane jest usunięcie operacyjne guza. 6) Wyłuszczenie guzów jest rzeczą idealną. Konserwatywność przy operacyi ma ograniczone tylko pole działania. 7) Przy hysteromyomotomii dążyć należy do metody wewnątrzotrzewnowej, jednak przy lekkiej nawet wątpliwości co

do możliwości krwawienia następczego lub infekcyi, winniśmy jej zaniechać na korzyść metody zewnątrzotrzewnowej.

Dyskusya. Dr. Cercha referuje dla spóźnionej pory w krótkich tylko słowach, że wstrzykiwanie ergotyny wywołuje ból w miejscu wstrzyknięcia i abscesy a przy setkach iniekcji może się stać groźnym; co do elektryczności twierdzi, że ona nie ma tak obszernego zastosowania a co do metod operacyjnych wymienionych przez Dr. Natanson'a dodaje sposób Prof. Rydygiera, polegający na podwiązaniu naczyń odżywiających guz i twierdzi, że sam widział dobre wyniki z tego sposobu leczenia; dalej co do wyboru metody, należy indywidualizować ale oddaje przedewszystkiem pierwszeństwo metodzie wewnątrzotrzewnowej Schrödera. Dr. Jaworowski (Lublin) przywiązuje więcej wagi do elektryczności, a zwłaszcza sposobu Daniona. Sam na 13 wypadków miał 1 zupełne zniknięcie guza a w innych znaczną poprawę. Pr. Mars. Chętny do nowych metod oddaje uznanie i dawnym. Jest jednak zdania, że przedewszystkiem należy indywidualizować a w praktyce prywatnej trzeba często uciekać się do ergotyny. Dr. Strzyżewski (Piotrków) widział 80 wypadków leczonych w szpitalu w Paryżu elektrycznością zawsze prawie z dobrym skutkiem i sam próbował tej metody, używając zamiast zwykłej gąbki, gąbkę Anadu, (którą zgromadzeniu pokazuje). Dr. Święcicki (Poznań) przemawia przeciw zbyt długotrwałemu używaniu sporyszu, jeżeli mimo sporyszu krwawienie się nie zmniejsza. Często bowiem wskutek ciągłych krwotoków przychodzi do brunatnego zwyrodnienia serca, a gdy następnie przystępujemy do operacji, to widoki dla operowanej stają się gorsze. Sądzi dalej, że metoda operacyjna zewnątrzotrzewnowa dzisiaj nie ma już racji bytu, ale i wewnątrzotrzewnowa nie jest znów tak idealną a to dla możliwości następnych krwawień, jak przypadki Zielewicza i Clevelauda dobitnie to wykazują. Dr. Sielski (Lwów) sądzi, że kastracyja nie jest tak idealną, jak dowodzą wypadki z kliniki Hegara. Dr. Sztembart (Warszawa) zwraca uwagę, że nie tylko należy indywidualizować osoby ale i rodzaj włókniaka, ergotyny zaś radzi używać palijatywnie.

Posiedzenie II-gie dnia 18 lipca 1891 r. od godz. 9¹/₄—12¹/₂ w poł.

Prof. Dr. Mars mówi o *gruczolaku złośliwym macicy* (Adenoma destruens). Dawszy na wstępie jasny i dokładny pogląd na dotychczasową odnośną literaturę, przedkłada zgromadzonym bardzo instruktywne preparaty drobnowidzowe i makroskopijne. Na podstawie swych badań przychodzi mówca do następujących wniosków: 1) Gruczolak złośliwy może przedstawiać różne obrazy co do swjej budowy. 2) może okazować różną złośliwość. Stoi ona jednak zawsze w pośrodku między nowotworem dobrotliwym a złośliwym. 3) adenoma ma rozrost powolny. 4) gdy gruczolak nie da się doszczętnie wyleczyć, należy przystąpić do wycięcia macicy.

W dyskusyi zabierają głos: Dr. Kohn i Dr. Święcicki.

Dr. Święcicki z Poznania: *Przyczynek do prawa peryjodyczności w przyrodzie i życiu.*

Jest rzeczą ogólnie wiadomą, tak rozpoczyna mówca, że niektóre objawy w przyrodzie okazują w swym przebiegu pewną peryjodyczność. Adersen robił w roku zeszłym ciekawe porównawcze badania nad peryjodycznością niektórych zjawisk w przyrodzie i życiu. Użył on do badań swoich tablic Viettha z Anglii, który wykazał, że składniki suche w mleku krowim znaczną okazują zwyżkę zawsze od sierpnia do listopada, poczem zwyżka zmniejsza się początkowo prędkiej, następnie powolniej, aby od kwietnia do czerwca na równiej utrzymać się wysokości. Zwiększona ilość suchych składników w mleku zależną była prawie jedynie od zwiększonej w tym czasie zawartości tłuszczu. Adersen porównywał linie krzywe w tablicach Viettha z krzywami Malling-Hansena, który graficznie przedstawił zwyżkę ciężaru dzieci w zakładzie głuchoniemych w Kopenhadze od r. 1882—1885. Otóż okazało się najwyraźniej, że obie linie krzywe miały w różnych swych okresach wahania wielkie do siebie podobieństwo i że peryjodyczność dwóch tych tak różnych objawów była widoczną. Jeżeli badania późniejsze także w zawartości i ilości składników mleka kobiet pewną stałą wykazały peryjodyczność, to objaśni nam to niejedne nieprawidłowości, jakie nieraz w czasie karmienia zachodzą, a które dotychczas trudno było sobie nieraz wytłumaczyć. Magelssen (Christiania) statystycznie udowodnił, że i temperatura tworzy w przebiegu swym linie falowe, które także pewną wydają systematyczność i peryjodyczność do tego stopnia, że Magelssen rozróżnia fale tygodniowe, które zazwyczaj trwają regularnie albo 12 dni albo 11—13 dni, fale wiosenne, letnie, jesienne i zimowe, z których każda ma swoje charakterystyczne znamiona.

Na ostatnim międzynarodowym Zjeździe lek. w Berlinie miał Ott z Petersburga w sekcji ginekologicznej wykład o prawie peryjodyczności fizjologicznych czynności w ustroju kobiecym. Ott czynił wraz z Dr. Sziszarewem dokładne badania tętna, ciepłoty, odruchów

rzepkowych, wydzielania kwasu moczowego w czasie peryjodu i po miesiączkowaniu, aby się przekonać, o ile odnośnie badania Reinla, Reprewa, Goodmana, Stephansona, pani Jacoby i Rabuteau są prawdziwe i czy w rzeczy samej można mówić o prawie peryjodyczności u kobiet. Ott doszedł do wniosku, że energija funkcyj ustroju kobiecego zwiększa się przed rozpoczęciem się miesiączkowania, natomiast zmniejsza się bezpośrednio przed lub przy rozpoczęciu się krwawienia. Tak więc hipoteza Goodmana, Reinla i innych, przyjmująca falowanie czynności ustroju kobiecego, została przez doświadczenia Otta udowodniona. Jeżeli jednakże Ott następnie twierdzi, że prawo peryjodyczności takiej dotyczy się jedynie kobiet, znajdujących się w okresie zapłodnienia, a więc nie znachodzi się ani u dziewczyn przed rozpoczęciem się peryjodu ani u kobiet, znajdujących się w latach przechodzących, nie mówiąc już wcale o mężczyznach, to zdanie to już w ówczesnym wydawało się kol. S. prawdopodobne.

Chcąc się jednakże przekonać, o ile przypuszczenie jego w przeciwstawieniu do ostatniego twierdzenia Otta jest słuszne, zadał kol. S. sobie pytanie, jaką jest wydzielająca siła ustroju w różnych porach dnia, z uwzględnieniem mężczyzny i kobiet, jeżeli organizmowi w różnych odstępach czasu podamy równe ilości tych lub owych ciał, któreby następnie łatwo można przez odnośną reakcję wykazać w moczu. Tak jak w klepsydze ciągle spada równa ilość piasku w jednym i tym samym czasie, tak samo postępował S. w doświadczeniach swoich z zażywaniem odnośnego ciała. Używał on do doświadczeń tych salicylanu sodu, bo ciało to można łatwo wykazać w moczu za pomocą chlorku żelazowego wskutek powstawania ciemnoniebieskiego zabarwienia. Doświadczenia robił S. na sobie i dwóch kobietach. Co godzinę zażywał 0.5 salicylanu sodu, co godzinę był mocz odpuszczany i wlewany w ponumerowane epruwetki. Jeżeli było potrzeba, tj. jeżeli ilość moczu była za małą, dodawał prelegent do pojedynczych oddziałków moczu tyle wody, aby ilość płynu w pojedynczych szkiełkach była równa. Następnie badał zawartość salicylanu sodu w moczu za pomocą chlorku żelazowego. W dniu doświadczenia jedli obiad między 12 a pierwszą w południe. Kol. S. nie chce trudzić słuchaczy przytaczaniem pojedynczych doświadczeń, liczb i notatek, nadmienia tylko, że doświadczenia jego wykazały, iż reakcja ciemnoniebieska, była zawsze największą około 4-tęj godziny i że następnie niebieska skala odczynu na salicylan sodu coraz mniej stawała się wyraźną. Przy robieniu odnośnej reakcji tworzył się najpierw żółtawy osad fosforanu żelaza a następnie dopiero przy dalszym dodawaniu chlorku żelazowego występowało fioletowe zabarwienie. Aby się przy tej sposobności przekonać, w jakim czasie pierwszą użytą dawkę salicylanu sodu można już w moczu wykazać, badał S. mocz co 5 minut po zażyciu pierwszej porcji. Oto znalazł kol. S. w małych ilościach moczu, że już w 15 minut po zażyciu można mocz wyraźny lub mniej wyraźny odczyn, poza tym czasem nigdy go już w moczu nie mógł skonstatować. To też powtarzając doświadczenia swoje i chcąc mieć wynik czysty, zawsze robił dwudniową pauzę między jednym a drugim doświadczeniem.

Druga seryja doświadczeń jego miała na celu wstrzykiwanie podskórne salicylanu sodu co godzinę, aby się przekonać, jaki będzie wynik odczynu w moczu w porównaniu z doświadczeniami, w których tak on, jak i owe 2 kobiety preparat ten wprowadzali do ustroju swego. I tutaj był wynik taki, że największe oddziaływanie w moczu było około 4-tęj godziny popołudniu. Tak jak przy pierwszych doświadczeniach i teraz jedli obiad między 12 a 1-szą w południe. Kilka doświadczeń z podskórnym wstrzykiwaniem 3% jodku sodowego i badanie moczu przez dodanie kilku kropli dymiącego kwasu azotowego (ciemno-żółte zabarwienie moczu przy zawartości w nim jodku sodowego) a następnie skłócenie moczu z chloroformem (zabarwia się wtenczas fioletowo) dały ten sam wynik. Wyniki te nie są, jak sądzi mójca, bez znaczenia, bo wykazują one najpierw, że bez względu na to, czy się tyczy mężczyzny czy kobiety, siła wydzielająca ustroju widoczną okazuje peryjodyczność, a nadto, że około godziny 4-tęj popołudniu siła wydzielania z ustroju czy to salicylanu sodowego, czy jodku sodowego itd. jest największą. Jest to o tyle dalej rzeczą ważną, że w tym samym popołudniowym czasie jest, jakto doświadczenia innych badaczy wykazały, także najsilniejsze wydzielanie się z ustroju karbonylu dwuamidu czyli mocznika, kwasu węglowego, a nadto w tym samym czasie jest i ciepłota najwyższą, jak niemniej i siła tętna serca.

Dlaczego właśnie około 4-tęj godziny popołudniu siła wydzielająca ustroju jest największą i od czego ta zwykła życiowych objawów w tym właśnie czasie jest zależną, trudno na razie odpowiedzieć. Czy może więcej w tym czasie wchodzi salicylanu sodu lub też innych ciał w krew, a w takim razie z jakiego powodu, czy może nerki pracują peryjodycznie silnie, to znów słabo tak, że i przy równej zawartości odnośnych ciał w krwi, takowe w pewnych czasach w większej wydzielane bywają ilości, czy siła ciśnienia krwi, względnie jej szybkość znacznie się popołudniu zwiększa, wszystko to są pytania, które mogłyby może sprawę całą wyjaśnić.

Byłoby też możliwe, że obiad, który w czasie godzin południowych spożyto, nie był tutaj bez wpływu. Aby się o tym przekonać, nie jadł kol. S. od 8 rano do 8 wieczorem, powtarzając doświadczenia z salicylanem sodowym w ten sam sposób, jak w pierwszych swoich doświadczeniach. Reakcja, to jest fioletowe zabarwienie moczu, było tutaj w południe i popołudniu równo znaczne. Podług tego byłaby wydzielająca siła ustroju przy głodzie równie wielką od południa do 5-tęj godziny popołudniu, chociaż już nie tak wielką popołudniu w stosunku do czasu południowego, jak wtenczas, jeżeli spożywa się obiad między 12 a 1-szą. Obiad więc ma pewien wpływ na wydzielającą siłę organizmu, lecz go sam bynajmniej nie wywiera. Wchodzą tu widocznie inne, jeszcze nie znane powody. Aby wykazać, czy natężenie fizyczne wpływa jaki wywiera na wydzielającą siłę ustroju, robił mójca następujące doświadczenie. Ponieważ zazwyczaj rano siła wydzielająca ustroju jest mniej lub więcej ta sama, to też w czasie przedpołudniowym

robił odnośne doświadczenia. A że Katzenstein, pracujący w laboratorium Zuntza w Berlinie, wykazał w pracy umieszczonej w ostatnich zeszytach Archiwu Pflügera, że z różnych nateżeń fizycznych kręcenie rękami ergostatu Gaertnerowskiego wywołuje największą i najsilniejszą przemianę materii, przeto też i on przy doświadczeniach swoich kręcił przez 30 minut korbę ergostatu, zawiesiwszy ciężar na ostatniej kresce (25) aparatu, aby jak największe z swęj strony robić wysiłki. Wynik doświadczenia był ten, że po półgodzinnej pracy mocz bardzo silną okazywał reakcję czyli innemi słowy, że praca fizyczna widocznie ma wpływ na wydzielającą siłę ustroju. Nadmieniam jeszcze prelegent, że czyniąc doświadczenia miał wrażenie, jakoby ilość moczu pod wpływem salicylanu sodu się zwiększyła. Zastrzega się jednakże, że dokładnych badań w tym kierunku wcale nie robił.

Tak więc po zreasumowaniu doświadczeń tych okazuje się, że siła wydzielająca ustroju stosuje się do praw peryjodyczności bez względu na to czy chodzi o kobietę, czy o mężczyznę, że więc twierdzenie Otta, jakoby peryjodyczność objawów fizjologicznych była tylko charakterystyczną dla kobiet, znajdujących się w wieku zdolnym do zapłodnienia, w takim brzmieniu nie jest słuszne. Doświadczenia mówcy zdają się choć w części potwierdzać zdanie Mallinga-Hansena, który twierdzi, że wszystkie organiczne funkcje na całej ziemi znajdują się w bezprzerastnych i do siebie podobnych większych lub mniejszych wahanach czyli oscylacjach.

Poznać powody tej peryjodyczności w przyrodzie i życiu będzie zadaniem badań przyszłych pokoleń. Czy może już, tak kończy prelegent, w każdej pojedynczej komórce lub jej zarodki objawia się to peryjodyczne wahanie i czy tu właśnie nie należy szukać rozwiązania zagadki peryjodyczności w czynnościach ustroju, któż to dzisiaj przewidzieć może?

Kol. Borysowicz z Warszawy: *Siodełkowate odcięcie części pochwowój macicy* (amputatio partialis sellatiformis port. vag. uteri). Po krytycznej i dokładnej ocenie dotychczasowych metod odcięcia części pochwowój macicy, podaje prelegent metodę następującą, którą zebraniu demonstruje na misternie zrobionych preparatach z glinki jak i na odnośnych preparatach, otrzymanych przy operacji.

Operacja, którą kolega warszawski proponuje w zamian metody klinowej Simsa, polega na wycięciu z boków części pochwowój trójkątnych symetrycznych pyramid dla ścięnięcia pozostającego po operacji kikuta, oraz dla zmniejszenia nadmiaru błony pochwowój. Po wycięciu takich pyramid i zeszcyciu ran, utworzonych przez to wycięcie odejmuje się część pochwy za pomocą dwóch cięć, przedniego i tylnego, spotykających się z sobą w środku kanału szyi macicy pod kątem rozwartym, zwróconym na zewnątrz. Operacji tej daje mówca nazwę siodełkowatą, gdyż po jej dokonaniu, zanim płaty zostaną zeszyte, pozostały kikut ma postać siodełka. Postępuje się zaś podług prelegenta w ten sposób: Po dokładnem wyjałowieniu pochwy oraz części płciowych zewnętrznych wprowadza się do pochwy 2 łyżki wziernika, a gdy się uwidocznia wargi maciczne, ujmujemy wargę tylną zapomocą kleszczyków haczykowatych i przyciągamy ją do otworu sromnego. Na część pochwową określa się linię niezbędnego odjęcia t. j. ocenia się, jak wysoko w danym wypadku część pochwy ma być odjęta. Późem wprowadzamy jedno ramię innych kleszczyków do wnętrza kanału szyi macicy, 2-gie zaś ramię posuwamy jednocześnie po przedniej powierzchni części pochwowój ku górze, a gdy haczyk tego ramienia dosięgnie linię niezbędnego odjęcia, zamykamy kleszczyki w równym oddaleniu od boków części pochwowój. Mając w ten sposób ustalony punkt niezbędnego odjęcia w środku przedniej powierzchni, uskuteczniamy to samo na tylnej powierzchni.

Teraz zbliżamy kleszczyki ku sobie, ujmujemy w jedną rękę i pociągając kierujemy część pochwową ku lewej stronie, ażeby w ten sposób uwidocznić prawy jej bok wraz z sklepieniem odpowiednim pochwy. Asystent, stojący po lewej stronie, bierze kleszczyki a operator wyszukuje u podstawy części pochwowój punkt środkowy powierzchni jej bocznej i od tego punktu prowadzi dwa cięcia głębokie w kształcie litery V idące rozbieżnie ku wierzchołkowi części pochwowój i kończące się na linii niezbędnego odjęcia w odległości $\frac{3}{4}$ do 1 ctm. na wewnątrz od punktu postanowionego odjęcia. Cięcia wnikające w miąższ, należy tak prowadzić, aby mogły się spotkać w głębi bocznej ściany części pochwowój, lecz bez uszkodzenia kanału szyi macicy. Gdy to nastąpi, otrzymamy trójkątną piramidę, wyciętą z prawego boku części pochwowój połączoną z tą ostatnią tylko zapomocą swęj podstawy na wysokości linii niezbędnego odjęcia. Wycięta piramida kurczy się dobrowolnie i odsłania ranę o trójkątném zagłębieniu w najwyższym punkcie. U podstawy części pochwowój przeprowadza się szew głęboki pod powierzchnię rany, szew łączy się natychmiast. Jeżeli po zaciśnięciu tego szwu krwawienie nie ustaje, zakłada się drugi o $\frac{1}{2}$ ctm. poniżej i ten już tamuje krwo-

tok doszczętnie. Po wycięciu z lewego boku części pochwowój takiej samej piramidy, otrzymujemy 2 boczne piramidalne płaty złożone swemi podstawami z tym odcinkiem części pochwowój, który ma być odjętym. Odjęcie to odcinka wraz z płatami bocznymi uskutecznia się po uwolnieniu go od kleszczyków albo zapomocą dwóch części poprzecznych przebiegających w linii niezbędnego odjęcia, po przedniej i tylnej powierzchni części pochwowój spotykając się z sobą pod kątem rozwiniętym w środku kanału szyi macicy lub też odcinek wraz z płatami bocznymi dzielimy na 2 płaty: przedni i tylny, z każdego płata wycina się kliny Simonowskie.

Po usunięciu odcinka części pochwowój należy obszyć brzegi otworu zewnątrz macicy. Do tego zwykle wystarczą 4 szwy głębokie po jednym na każdą wargę, dla połączenia błony pochwowój z błoną kanału po jednym bocznym szwie. Szwy te powinny przebiegać przez powierzchnię zewnętrzną kanału szyi macicy przy jego otworze zewnętrznym, ażeby jednocześnie z zbliżeniem błony pochwowój nastąpiło połączenie tej ostatniej z błoną kanału szyi macicznej. Do tych 4 szwów głębokich dodaje się powierzchni, jeżeli zachodzi potrzeba. Po dokładnym oczyszczeniu pochwy i kikuta wprowadza się do wnętrza macicy pasek gazy jodoformowej, stosownej grubości, który fałdujemy w kanale szyi macicznej dla rozszerzenia tego kanału, rozciągnięcia brzegów nowoutworzonego otworu zewnątrz macicy, ażeby w ten sposób zapewnić dokładniejsze zetknięcie się błon śluzowych. Potem zakłada do pochwy luźny tampon z gazy jodoformowej. Po 5—6 dniach usuwamy tampony i zalecamy dwa razy na dzień przestrzykiwać pochwę sublimatem $\frac{1}{4000}$. Po 10—14 dniach zdjęcie szwów. Zalety tej operacji: „Potrzebuję połowę czasu do wykonania, krwawienie minimalne, szybkie gojenie, kikut zatrzymuje kształt stózkowaty.“ Na powierzchni zewnętrznej nowoutworzonych warg nie ma bliznowatych guzików i znacznych zagłębień.

Dyskusja. Kol. Bylicki. Każdemu z nas wiadomo, że wszystkie amputacje w książce ładnie wyglądają i zachęcają do ich przedsięwzięcia, ale przy pierwszej operacji doznaje się rozczerowania i dochodzimy do tego, że należy indywidualizować. Dotychczasowe metody mają swoje ujemne strony, metoda kol. Borysowicza zdaje się być najodpowiedniejszą, lecz sąd o niej możemy wydać, gdy każdy z nas ją wypróbuje.

Kol. S z t e m b a r t uważa operację tę za identyczną z operacją Emmetowską.

Kol. K o h n. Ponieważ z operacji w tym celu wykonywanych jedno są trudne w wykonaniu a inne jak Simsa znakomite w technice, ale wynik często żaden, dla tego z przyjemnością witam tę nową metodę i przy pierwszej sposobności ją wypróbuje.

Kol. Ś w i e c i c k i podziela zdanie koll. Bylickiego i Kohna, tém bardziej, że prawie wszystkie dotychczasowe metody nie są bez strony ujemnej. I tak przy metodzie Simsa wytwarza się po za szwami jama, skrzepy krwi gromadzą się w niej i rychłozlep jest nieraz problematyczny. Nadto przez niezupełny szew może się krwawienie wytworzyć a nadto może w wyżłobieniu powstać tkanka bliznowata, a wskutek tego atrezyja. Przy metodzie Hegara zanadto silnie ściągnięte są pojedyncze szwy, między którymi wyłania się tkanka maciczna. Przy modyfikacji metody Simsa, proponowanej przez Simona, przeginają się nieraz płaty boczne i tworzą na około wał a powstająca około otworu macicznego obrączka bliznowata, przykre wywołać może następstwa. Metoda Schroedera ma tę niedogodność, że płaszczyzny rany tak sztucznie są do siebie zbliżone, że w czasie leczenia zmiana pola operacyjnego może nastąpić. Przytém jest i napięcie szwów bardzo znaczne i nie można często całej chorej błony śluzowej wyciąć. Excisio cuneiformis, polecana przez Simona a opisana przez Markwalda nie da się wykonać np. przydługiej, wąskiej i stózkowatej części pochwowój, gdyż płaty utworzone byłyby tak cienkie, że nastąpiłby mogła zgorzel. Metoda, proponowana i wykonywana przez kol. Borysowicza w wszystkich tych wad, o ile to z wykładu sądzić można, nie zawiera i dla tego zasługuje w każdym razie na wypróbowanie, tem więcej, że brzegi rany dobrze i łatwo do siebie zbliżyć można, nie ma przy tém żadnego napięcia, nie ma obawy następczego krwotoku, leczenie pooperacyjne jest pojedyncze i lost not least wykonanie samo nie trudne. Jeżeli metoda prelegenta okaże się w tych wszystkich punktach uzasadnioną, wtenczas uzyska sobie ona to samo uznanie, jaką się cieszy metoda Fritscha, polegająca na zwyczajnej klinowatej ekezyji.

Kol. Thiemé. Przy wielkiej liczbie przypadków operowanych metodą kol. Borysowicza brałem czynny udział i zalety metody téj już przez prelegenta wymienione jak, że 1) operacja trwa od 20—25 minut, 2) brak krwawienia, 3) kikut był dobry, zachęciły mnie do wypróbowania i bardzo byłem z wyników zadowolony.

Kol. Święciecki z Poznania mówi o zupełnych zrostach pochwy i ich operacyjnym leczeniu: Mości Panowie! Zrosty pochwy mają zazwyczaj znaczenie patologiczne. Badając płód ludzki, jak to czynili Piana i Bassi, zauważymy nieraz tak zw. nabłonkowy zrost pochwy. Najmniejsza działalność tłoczni brzusznej wystarcza jednakże, aby nabłonki zmieszane wraz z śluzem i łuszczące się a wypełniające zarazem światło pochwy, wydobyły się na zewnątrz i zrost zniknął bezpowrotnie. Są to więc raczej zlepy, których do patologicznych zrostów pochwy żadną miarą zaliczać nie wypada. Zrosty pochwy mogą być zupełne i niezupełne. Do niezupełnych zaliczamy błony mostkowe czyli wiązadłowe, łączące jedną z drugą ścianką pochwy lub łączące usta maciczne z pochwą. Podług badań Dumontpalliera i Levera¹⁾ składają się takie błony mostkowe z elastycznych włókien, z delikatnych pokładów mięśniowych i większej lub mniejszej ilości naczyń. Na bocznych płaszczyznach błon tych znajdują się nabłonki. Do zrostów niezupełnych należą także tak nazwane przedziałki pochwy podług nomenklatury zmarłego co dopiero Scanzoni²⁾. Rozróżniał on przedziałki poprzeczne i podłużne. Nieraz zwięzają się ściany pochwy w taki sposób, że tworzą się bliznowate obrączki pochwy. Zrosty pochwy mogą się tyczyć jednej tylko części pochwy lub całego jej przewodu. Zrosty znacznych rozmiarów zamieniają nieraz pochwę w sznur bliznowaty. W literaturze są znane przypadki, w których pochwa wskutek różnych zakaźnych procesów podległa zgorzeli a w następstwie zanikła zupełnie lub została jako ciało obce z ustroju wydalona. Powody zrostów pochwy są różnorodne jak n. p. niedorozwój, wpływy mechaniczne, urazy przez uderzenie, ciała obce itd. Levy³⁾ opisuje przypadek cięcia cesarskiego, które wskazane było z powodu zupełnego zrostu pochwy i ust macicznych. Zrost powstał przez działanie siarkanu etylowego. W Szwecyi używają bowiem wstrzykiwań płynu tego do wywołania karygodnego poronienia. Podobny przypadek opisał Lombard⁴⁾. Kobieta z rozpacy, że się już w 5 miesiącu ciąży znajduje, wlała sobie za poradą „przyjaciółki“ 1/2 szklanki siarkanu etylowego w pochwę. Wytworzył się zupełny zarost całej pochwy⁵⁾. Nabyte zrośnięcia pochwy są stanem patologicznym, który w czasie powstawania i wytwarzania się rzadko kiedy bywa przez chorą zauważany a dopiero gdy zrośnięcie już się wytworzyło, następują tak znaczne wskutek tego zmiany w czynnościach narządów rodnych kobiety, że może nie jest zbyt daleko sięgające twierdzenie, jeżeli powiem, że cały narząd płciowy ulega wówczas chorobowej przemianie. W takim też stanie szuka chora pomocy lekarza, który zmuszony jest zazwyczaj operacyjnie stan nieprawidłowy usunąć.

Przedewszystkiem wypada zatrzymaną krew w macicy wskutek zrostu pochwy usunąć, bo inaczej chora na wielkie ciągle narażona jest niebezpieczeństwo. Przyjść może bowiem łatwo w takich razach do pęknięcia macicy, gdyż nie zawsze wytwarza się, podobnie jak w ciąży, zrównoważenie macicznego krwistka przez przerost ścian macicy. Krew może także dojść do jajowodów, takowe rozszerzyć i albo wejść do jamy brzusznej, albo silnie rozszerzony jajowód pęka w podobny sposób, jak przy ciąży jajowodowej.

W roku zeszłym przybyła do zakładu mego Józefa T., 26 lat mająca, z polecenia kolegi Stańczyka z Gołuchowa. Jako dziecko była zawsze zdrowa. Miesiączkowała od 15 roku regularnie i bez bólesci w 3 do 4 tygodniowych odstępach. Jest obecnie zamężną. Przed 2 laty zaszła po raz pierwszy w ciążę i przechodziła ciężki poród. Trwać on miał dwa dni i dwie noce, główka stała przez kilkanaście godzin w progu, a gdy już części rodne znacznie nabrzmiały i siły rodzącą zaczęły

¹⁾ Gaz. médic. de Paris No. 34, 1866.

²⁾ Scanzoni: Klinische Vorträge str. 378.

³⁾ Biblioth. for Lager. Październik 1860, str. 391.

⁴⁾ Gaz. méd. de Paris. Tom I, No. 14, str. 861.

⁵⁾ Ciekawy i ważny przypadek nabytego zrośnięcia pochwy i następnie wyleczenie za pomocą operacji opisał Maksymilian Kohn w „Przeglądzie lek.“ 1883.

opuszczać, wtenczas dopiero zawezwano pomocy lekarskiej. Lekarz starał się podobno kleszczami poród ukończyć, lecz z takimi miało to być połączone trudnościami, że dopiero po całej godzinie silnych trakcyi udało się wreszcie dziecko wydobyć. Rodząca doznawała w czasie rodzenia wielkich bólów, następnie przez kilkanaście tygodni silnie gorączkowała, w którym to czasie odchodziły z niej z przodu, jak twierdzi, „mięsne kawałki.“ Powróciwszy po kilku miesiącach do zdrowia i — rzecz dziwna lecz charakterystyczna dla ludu wiejskiego — nie zawoławszy wczasie tym ani razu lekarza, zauważyła chora, że peryjod zupełnie zniknął i spółkowanie nie było wcale możliwe. Chora zaczęła też odtąd narzekać na coraz większe bóle brzucha, które jej tak dokuczyły i podkopywały zdrowie, że nieraz nawet pragnęła śmierci. W ostatnich czasach brzuch zwiększał się coraz bardziej, a boleści do tego stopnia się wzmacniały, że chora przybywszy do zakładu, domagała się o ile możności natychmiastowej operacyi.

Badanie choréj wykazało w podbrzuszu kuliste stwardnienie znacznej wielkości, poruszalne, sięgające aż po za pępek i mające kształt zwiększonej macicy. Miednica nie ścieśniona. Srom (rodnica) był tak dalece bliznowato zamknięty, że po dłuższém tylko badaniu odnaleźć mogłem u góry otwór cewki moczowej. Zbadawszy chorą w narkozie oburęcznie przekonałem się, kładąc palce do odbytnicy, że kuliste stwardnienie w podbrzuszu jest zwiększoną macicą. Włożywszy następnie cewnik do pęcherza i poruszając palce w odbytnicy widoczném było, że zamiast pochwy wyczuwa się na jej miejscu jakieś stwardnienie, dochodzące do zwiększonej macicy. Miałem więc przed sobą prawdopodobnie zupełne zarośnięcie pochwy i śródmaciczny krwistek znacznych rozmiarów. (Por. rys.) Pierwszém mojem zadaniem było usunięcie krwistka z macicy. W tym celu starałem się nożem dojść w kierunku dawniejszej pochwy do macicy i krew z niej wypuścić. Silnie zabliźniony srom wielce mi rękoczyn mój utrudniał; potrzeba było wielkiego natężenia i pracy, aby po mału przedostać się przez bliznę. Już dawniej próbowali koledzy trójgrańcem srom bliznowaty przebić, lecz zawsze na próżno. Wreszcie po półgodzinnych wysiłkach zrobiłem w sromie otwór, a włożywszy następnie mały palec, starałem się przedostać do macicy. Rzecz nie była łatwą, bo napotkałem na tak silną, bliznowatą plecionkę tkanek, że musiałem użyć pomocy noża, aby je oddzielić i dotrzeć do macicy. Skoro doszedłem do macicy, ukazała się natychmiast ciemno-czekoladowa ciecz w otworze, która przez przeszło kwadrans odchodziła a było jej dobrze dwa litry. Z odchodzeniem płynu zmniejszała się namacalnie macica a boleści ustały od razu. Po oczyszczeniu rany, gdy już nie krwi nie odchodziło, włożyłem w otwór gazę jodoformową odkładając operacyją pochwy na później. Po usunięciu krwistka macicy nie było żadnego odczynu a ciepłota i tętno były prawidłowe.

Ze względu, że włożywszy palec przez bliznowaty srom nigdzie nie wyczuwałem pochwy, tylko bliznowatą plecionkę tkankową, ze względu, że mimo codziennie kilkakrotnie robionych rozszerzeń widocznie przychodziło do zrostu dawniejszego, postanowiłem użyć przesadzenia, aby, o ile możności, sztuczną wytworzyć pochwę. Ponieważ transplantacje błon śluzowych dają chirurgom zazwyczaj dobre wyniki, użyłem do operacyi błony śluzowej jelit królika. W tym celu oczyściwszy w letnim roztworze soli kuchennej (0.60/0 przy 38° C.) jelita świeżo zabitego królika, oddzieliłem delikatnie nożyczkami warstwę mięśniową od błony śluzowej i tę ostatnią włożyłem następnie w tak samo odjałowiony letni roztwór soli kuchennej. Operowałem aseptycznie, jak obecnie zawsze to czynię. Po zachloroformowaniu choréj, oczyszczeniu dokładném maleńkiego otworu w sromie rozszerzyłem silnie jednym a następnie 2 palcami otwór, przedzierając się coraz głębiej w kierunku macicy. Następnie założył współdziałający łaskawie kol. K a p u s c i ń s k i małe pochwowe wzierniki S i m s a, oczyścił przegotowaną wodą (z solą kuchenną) pole operacyjne, podczas gdy ja uchwyciwszy delikatnie cążkami pojedyncze płatki błony śluzowej królika, takowe przykładałem na ściany utworzonej przedtém jamy. Starałem się jak najdokładniej zbliżać przesadzoną błonę do ścianek jamy, nie zostawiając zbyt wiele miejsca między pojedynczymi kawałkami błony. Poczém, aby błona śluzowa dokładnie przylegała, włożyłem delikatnie odpowiednio do wielkości jamy ułożony tamponik aseptycznej gazy, umocowanej przedtém w letnim roztworze soli kuchennej. Po operacyi zwilżałem co godzinę tamponik słabym prądem irygatora, aby przylegające do ścian jamy pojedyncze

przesadzone kawałki błony uchronić od wysuszenia. Mimo to wynik ostateczny transplantacyi był ujemny, płatki transplantowane nie przyjęły się. Widocznie, że albo tampon zbyt mały wywierał nacisk, przez co pojedyncze kawałki nie przylegały szczelnie do ścian jamy lub też przesadzona błona śluzowa za mało była wilgotną. Postanowiłem tedy w 2 tygodnie później, w którym to czasie znów jama prawie zupełnie zarosła, jak to przy badaniu przekonał się wówczas także i kol. Drobniak, powtórzyć transplantacyją, lecz użyłem teraz po wyłożeniu na nowo utworzonej jamy pojedynczymi kawałkami błony jelit królika papieru staniolowego, którym okryłem transplantowane kawałki. Na staniolowy papier przyszyły kawałki aseptycznej gazy, któremi wypełniłem jamę całą tak, że gaza kilka ctm. po za srom wychodziła. Na to przyszedł pokład waty. Wystające kawałki gazy maczałem w odjałowionym płynie soli kuchennej, aby przez włoskowate przyciąganie zwilżyć całą jamę. Między pojedyncze płatki wolne zostawiałem miejsca, przez które wilgoć mimo równie silnego nacisku papieru staniolowego na pojedyncze kawałki błony, do nich dochodziła. Wynik transplantacyi był tym razem korzystny, bo pojedyncze kawałki błony śluzowej przyrosły w przeciągu 9 dni. Chora wolną jest odtąd od zatrzymywania się krwi w macicy a w skutek tego od boleści i sztuczna pochwa chorą jak najzupełniej wystarcza. Przed samym wyjazdem do Krakowa zapytałem się kol. Stańczyka o stan operowanej i otrzymałem od niego zawiadomienie, że od pół roku, to jest od ostatniej operacyi, miesiączka przychodzi regularnie, boleści zupełnie ustały, pacjentka czerstwo i zdrowo wygląda. Nadmienię tutaj jeszcze muszę, na dowód jak ostrożnym być należy przy przedostawaniu się palcem a szczególnie nożem w takich razach do macicy, że w czasie drugiej operacyi naciąłem pęcherz, tak, że ja i kol. Kapuściński palcem mogliśmy wygodnie wejść w jamę pęcherza. Po dokładnem oczyszczeniu, zeszyłem ranę ściśle sześciu delikatnymi szwami. Rana pęcherza zagoiła się per primam.

Co się tyczy transplantacyi w tym przypadku, to robiąc ją stosowałem się głównie do przepisów Djaczenki¹⁾ z Kijowa. Starałem się więc o to, aby przesadzony kawałek ściśle przylegał do ścianki, żadnego nie było krwawienia, aby przesadzony kawałek leżał przedtem w odjałowionym 0,6% ciepłym roztworze soli kuchennej, nie używałem dalej żadnych środków antyseptycznych i starałem się, operując aseptycznie, aby przesadzone pojedyncze kawałki nie miały między sobą zbyt wiele wolnego miejsca. Tutaj o tyle odstąpiłem od przepisów Djaczenki, że, ponieważ użyłem papieru staniolowego, dla lepszego przylegania pojedynczych kawałków błony śluzowej, między kawałkami transplantowanej błony zostawiłem umyślnie trochę wolnego miejsca, przez które wilgoć do transplantowanych kawałków mogła być dochodzić. Inaczej groziło niebezpieczeństwo, że błona śluzowa pod papierem staniolowym mimo wilgotnego zawsze tamponu, spoczywającego na papierze, zaschnie i transplantacyja będzie i drugim razem bez dodatniego wyniku.

O ile mi z literatury wiadomo, to plastyczne operacyje przy leczeniu zwiężeń bliznowatych pochwy robili tylko Benno Credé²⁾ i Küstner³⁾ z Dorpatu. Credé brał w tym celu błonę śluzową wielkich warg sromowych, Küstner obawiając się, aby później włosy z błony wielkich warg nie wrastały w pochwę, użył w jednym przypadku z skutkiem pomyślnym błony śluzowej jelit, którą w dniu operacyi otrzymał z dorpackiej kliniki chirurgicznej.

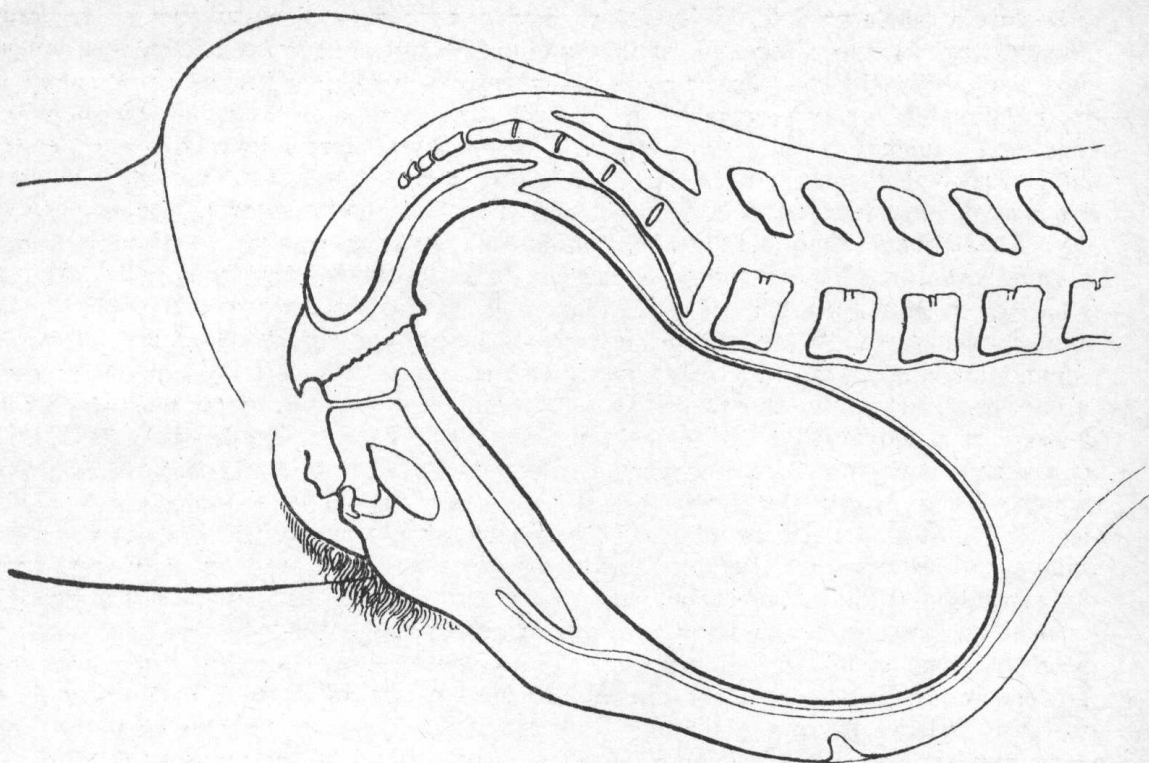
Zreasumujmy raz jeszcze, Mości Panowie, nasz przypadek, o ile on budzić może pewne zajęcie. Mamy przed sobą kobietę wiejską, w biednych znajdującą się stosunkach. Zachodzi po raz pierwszy w ciążę, następuje poród trudny, który dopiero wtenczas ukończono kleszczami, gdy srom cały był nabrzmiały i dziecko obumarło. Po porodzie choruje położnica całemi tygodniami a raz poraz odchodzą od niej, jak się wyraża, „kawałki mięsa.“ Nie ulega, jak sądziłbym, żadnej wątpliwości, że w czasie porodu i położu nastąpiło, czy to wskutek silnego i długo trwającego nacisku główki, czy to, co nam się wydaje najprawdopodobniej, wskutek zakażenia zapalenie okołopochwowe, które spowodowało ostatecznie wypadnięcie przewodu pochwowego a w następstwie zarost w tém miejscu. Był to więc prawdopodobnie taki sam proces,

1) Centralblatt f. d. med. Wiss. XXVIII, No. 35, 36, 1890.

2) Archiv f. Gynaec. Bd. 22, str. 229.

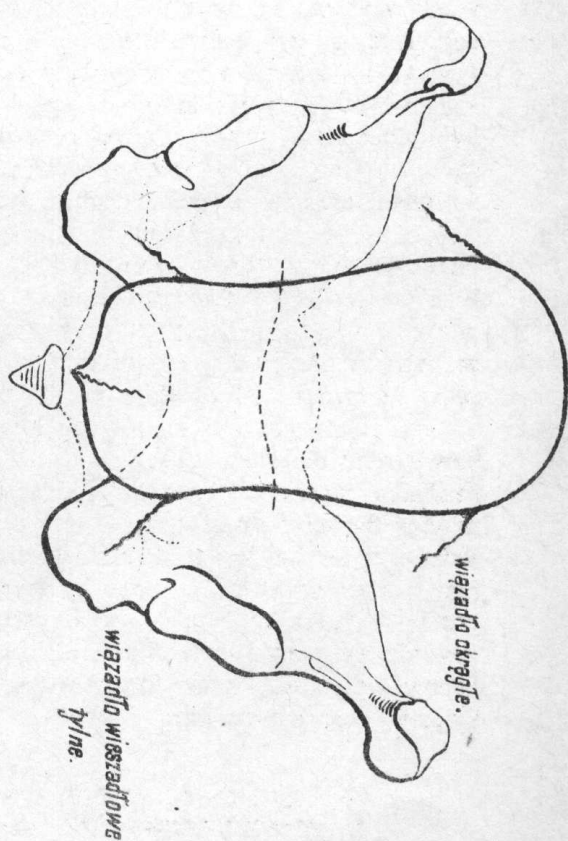
3) Zeitschrift f. Geb. u. Gynaec. Tom XVIII, 2 zeszyt, str. 145—153. 1890.

A.



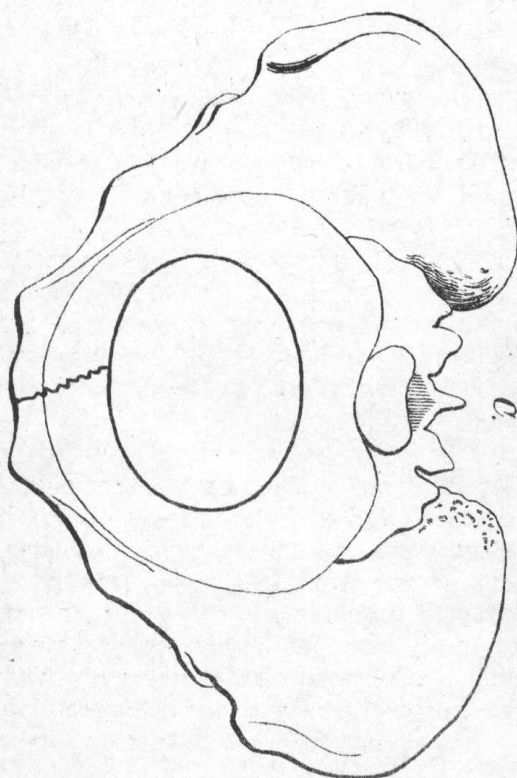
Posiadkowy przekrój grzbietaobrzuszny.
 $\frac{1}{3}$ naturalnej wielkości.

B.



Przekrój z góry z przodu (pionowo do wejścia miednicy.)
 $\frac{1}{3}$ naturalnej wielkości.

C.



Przekrój z przodu i dołu, równoległy do wejścia miednicy.
 $\frac{1}{3}$ naturalnej wielkości.

jaki swego czasu opisali Marconnet¹⁾ i Minkiewicz²⁾, następnie Czerniszew³⁾, Bizzozzero⁴⁾, Syromiatnikow⁵⁾ (Cirkuchenko), Wiegandt⁶⁾, Serra⁷⁾ i Candella⁸⁾, nazywając stan taki perivaginitis phlegmonosa dissecans. Te „kawalki,“ o których chora wspomina, że po porodzie odchodziły, były zapewne części zgorzelą dotkniętej pochwy. Fakt, że przy badaniu nie wymacałem żadnej pozostałości pochwy,¹⁾ dowodzi, że u naszej pacjentki cały przewód pochwowy podległ zgorzeli i został następnie wydalony. Przypadek nasz w zględnie też tylko pod rubrykę zrostów pociągnięty być może. Stan rozpaczliwy, w jakim chora do zakładu mego przybyła, wymagał energicznego działania. Wyleczenie radykalne mogło tutaj jedynie nastąpić przez utworzenie sztucznej pochwy, inaczej otwór ciągle by zarastał, jak to się po pierwszej stało operacji.

Kol. Stroynowski (Lwów). *O stósunku cukrzycy do zmian narządu płciowego niewieściego.* Od 12 lat robił prelegent obserwacje, jaki wpływ wywiera cukrzyca na narząd płciowy niewieści a bodźcem do tych badań był wypadek następujący: Roku 1879 zgłosiła się chora wieśniaczka 30 lat licząca od 12 lat zamężna, odbyła 4 porody prawidłowo a od 4 lat ani porodu ani poronień. Badanie wykazuje odżywienie mierne, wybitna cukrzyca, zanik macicy. Nie znalazłszy wzmianki o tém w żadnym dziele postanowił prel. ogłosić wypadek ten, ale go wyprzedził Hoffmayer, ogłaszając zanik jąder u mężczyzn dotkniętych cukrzycą a per analogię zanik jajników u kobiet. Następnie wymienia prelegent historyczny przebieg tych spostrzeżeń robionych przez innych, nareszcie przechodzi do wypadków przez siebie obserwowanych a było ich 11.

Dzieli je na 3 oddziały: 1) po I-szém miesiączkowaniu nastąpiła cukrzyca, zanik jajników i macicy; 2) w przebiegu rozwinęła się cukrzyca; 3) cukrzyca oddawna istniała a w następstwie zanik. Wskazuje dalej na wartość rozpoznawczą tego faktu, że spotkawszy zanik macicy możemy być naprowadzeni na cukrzycę tam, gdziebyśmy jęj się nie domyślali. Leczenie cukrzycy dyjetetycznie i woda karlsbadzka wpływa korzystnie na części płciowe.

Cukrzyca zatem wywołuje przedwczesne ustanie miesiączki, jak również zanik macicy i jajników.

Posiedzenie III-cie dnia 18 lipca od 3¹/₂—5¹/₂ godz. po poł.

Kol. Sielski (Lwów). *Mechaniczne leczenie wypadnięcia macicy.* Mości Panowie! Z zabiegów leczniczych, stósonowanych przez Thure-Brandta, najdonoślejsze znaczenie dla gynecologii ma wprawdzie jego oddzielanie i wydłużanie blizn i zrostów, lecz największy rozgłos zyskał Thure-Brandt przez swoje leczenie wypadnięcia macicy, przedstawiające dla nas bardzo wielki interes naukowy. Leczenie to tłumaczył sobie Thure-Brandt w sposób, na jaki go stać było, i na jaki zakres jego wiedzy mu pozwalał. „Unoszenie“ uważał jako ćwiczenie gimnastyczne, wzmacniające mięśnie, utrzymujące macicę w prawidłowém położeniu. Wszystkie inne zabiegi stosował Brandt w myśl szwedzkich gimnastów, jako „ruchy dowodzące“, które rzekomo odprowadzają żywszy przyływ krwi do miednicy, i ożywiają nerwy miednicy (mięśnienie więzadeł macicznych, napukiwanie kręgosłupa i krzyżów, uciskanie nerwów). Rękoczyn zwieranie kolan przy podwyższonych krzyżach ma znowu wzmocnić mięśnie dna miednicy. — Przed trzema laty, w czasie największego entuzjazmu dla metody leczniczej Brandta, zabierałem w téj kwestyi kilkakrotnie głos w czasopismach lekarskich i posiedzeniach sekcji lwowskiej towarzystwa lek. galicyjskiego. Chociaż nie odmawiałem Thure-Brandtowi wielkich zasług wyświadczonych gynecologii, to przecież nazwałem jego teorię leczniczą błę-

¹⁾ Virchow's Archiv, tom 34, str. 226.

²⁾ Virchow's Archiv, tom 41, str. 437.

³⁾ Cf. Centr. f. Gyn. 1881, str. 114.

⁴⁾ Cf. Virchow u. Hirsch Jahresb. 1875, tom 2. str. 58.

⁵⁾ Arch. f. Gyn. 1881, tom 18, str. 158.

⁶⁾ Petersb. med. Wochenschr. 1876, str. 37.

⁷⁾ Rev. balear. de cien. méd. Palma de Mallorca 1888, IV, str. 229 i 257, cf. Frommla Jahresberichte 1888, str. 243.

⁸⁾ Colpocervicitis gangraenosa. Progreso gin. Valencia 1888/89, III, cf. Frommla Jahresberichte 1889, str. 536.

dną, zaś zabiegi ręczne przez niego stosowane uważałem za szorstkie, pierwotne, nieracjonalne, a ze stanowiska umiejętności częstokroć bezmyślne. Prócz tego zmodyfikowałem i uprościłem Thure-Brandta sposób leczenia wypadnięcia macicy. Uwagi te nie pozostały bez odpowiedzi ze strony zwolenników metody leczniczej Brandta. W zasadzie przyznano słusność mej modyfikacji rękoczynu „unoszenie“, lecz uważano przyrząd, którym posługuję się przy leczeniu za nieodpowiedni (Pawlik, Fellner, Eg. Braun, Ziegenspeck i t. d.). Zżymali się również na mnie, że poważyłem się krytykować teorię i metodę leczniczą Thure-Brandta, „tego czcigodnego starca, genialnego badacza“ i t. d.). — W dwa lata później dopiero, przy sposobności wykładu Dührssena w berlińskim towarzystwie ginekologicznym, wygłosili najwybitniejsi gynękolodzy berlińscy zapatrywania swoje na metodę Brandta, zgodne zupełnie z zapatrywaniami moimi. Obecnie między nim a innymi gynękolodami zachodzi różnica zdań tylko co do fizjologicznego tłumaczenia leczenia wypadnięcia macicy. Jedni zaprzeczają zupełnie możebność wyleczenia wypadnięcia macicy metodą konserwatywną (Olshausen). Sądzę, że kazuistyka moja udowodni mylność tego zapatrywania. Drudzy sądzą za Brandtem, że leczenie wypadnięcia macicy, polega w głównej mierze na wzmocnieniu mięśni gładkich macicznych wiązań, wskutek stosowania rękoczynu „unoszenie macicy.“ Otóż zdaniem moim mięśnie nie mogą utrzymywać żadnego narządu w prawidłowym położeniu, gdyż mięśnie służą w organizmie do powodowania ruchów, a nie do ustalenia narządów. Po skurczu mięśni, następuje zawsze rozkurcz, a gdyby mięśnie miały utrzymywać macicę w prawidłowym położeniu, to chyba musiałyby być ciągle skurczone, co byłoby stanem patologicznym. Między innymi dowodami przeciw temu pogładowi, podaje prelegent, że przy anatomiczno-patologicznych badaniach tyłozgiętej i wypadniętej macicy znachodzono, że właśnie te mięśnie, które mają rzekomo macicę utrzymywać w prawidłowym położeniu, nie tylko nie były zanikłe, lecz i owszem były przerosłe. Jest to niezawodnie niezbity dowód, że tym mięśniom przypisywano niesłusznie pełnienie czynności, której one pełnić nie mogą, i jak widzimy, nie pełnią. — Również nie zgadzam się z mniemaniem, jakoby najważniejszym zabiegiem przy leczeniu wypadnięcia macicy metodą mechaniczną był zabieg „zwierania kolan przy podniesionych krzyżach, mający rzekomo wzmacniać mięśnie dna miednicy, a w szczególności mięsień dźwigacza odbytu“, który ma wstrzymywać macicę w miednicy i niepozwalając jej wypaść. Jeżeli dźwigacz odbytu pozwala, by przez odbytnicę (na którą może wywierać daleko większy wpływ, niż na pochwę) wydostawały się kawałki kału, częstokroć grubsze od macicy, to nie widzi Sielski powodu, dla czego miałby on przeszkadzać wypadnięciu macicy, jeżeli zresztą warunki są po temu. Zresztą przy obniżeniu macicy, część pochwową leży czasem już po za otworem w tym mięśniu, a przecież obniżona macica nie zawsze wypada, pozostając czasem latami w tym położeniu. Również nie mogę sobie wyobrazić, jak mogłyby ćwiczenia gimnastyczne działać na dźwigacza odbytu w ten sposób, by się w skutek tego zmniejszył otwór w dnie miednicy w kierunku od przodu ku tyłowi (Ziegenspeck, Preuschen). Wskutek ćwiczeń gimnastycznych mogą niezawodnie mięśnie powiększać się, lecz z pewnością tylko co do swojej grubości, a nigdy co do swojej długości, a włókna dźwigacza odbytu idą od przodu ku tyłowi! Tylko wtedy, jeżeli dźwigacz odbytu jest skurczony, mógłby działać tak, jak to opisują Ziegenspeck i Preuschen. — Zgodnie z tem, com powiedział już przed trzema laty mniemam, że leczenie wypadniętej macicy metodą mechaniczną, jestto proste, odprowadzenie pochwy i macicy, wykonane w ten sposób, że pochwa i macica zostają włożone w położeniu takim, w jakim się znachodziły przed wypadnięciem, tak samo jak się odprowadza zwichnięty staw za pomocą naciągania zwichniętej części. Przy wypodaniu macicy oddziela się tylna ściana pochwy od odbytnicy, a oddzielone powierzchnie pochwy i odbytnicy pokrywa rozciągnięta otrzewna. Otóż przy dotychczasowym sposobie odprowadzania wypadniętej pochwy i macicy, nie przywracaliśmy napowrót bezpośredniego połączenia pochwy i odbytnicy, lecz przeciwnie pomiędzy pochwą i odbytnicą pozostawała przepuklina (Enterocela vaginalis posterior) i dla tego dotychczasowe odprowadzanie było niezupełne. Nie tak po unoszeniu macicy. Wskutek unoszenia oddziela i wyciąga się otrzewnę z jamy przepuklinowej, i w ten sposób umożliwia się prawidłowe połączenie tylnej ściany pochwy z przednią ścianą odbytnicy.

Na tém polega całe leczenie. — Na stosunki jamy Douglasa ze względu na leczenie wypadnięcia macicy wskazał pierwszy S., to też cieszy go, że obecnie i inni gynecologowie uwzględniają ten moment etiologiczny także przy operacyjném leczeniu wypadnięcia i tyłozgięcia macicy. Operacje Freunda, Frommela, a osobliwie operacyja Stratz'a uskuteczniają to samo, co unoszenie macicy: połączenie bezpośrednie pochwy z odbytnicą. Repozycyją wypadniętej macicy wykonuję za pomocą mego przyrządu, podobnego do zwykłego zgłębnika macicznego, na którym w pewnej odległości (6—8 cent.) od końcowej nabrzmiałości ułożona i umocowana jest tarcza wielkości krajcara. Przyrząd wkładam do macicy w ten sam sposób jak zgłębnik, a kiedy część pochwową oprze się na tarczy, podnoszę tym elewatores macicę tak wysoko ku przeponie, jak wysoko bez znaczniejszego bólu chorąj podnieść ją można. Oprócz takiego podnoszenia, nie stosuję żadnych innych zabiegów, polecanych przez Thure-Brandta. W ten sposób leczyłem dotychczas 18 przypadków, wyleczyłem 15, niewyleczyłem 2, a jeden przypadek pozostaje jeszcze w leczeniu. Z wyleczonych 4 już rodziły, mimo to u żadnej z nich nie nastąpiło wznowienie cierpienia. Dzieci więc przypadków wyleczonych przedstawiałem w r. 1889 w sekcji lwowskiej towarzystwa lekarskiego galicyjskiego. W końcu konstatuje, że sam jeden wyleczyłem moją metodą dwa razy tyle przypadków, jak wyleczyli i ogłosili w tym samym czasie razem wszyscy uczniowie Thure-Brandta!

Dyskusya: Kol. Stroynowski (Lwów). Widział i stwierdzał wypadki owe z korzyścią leczone metodą Sielskiego.

Kol. Mars (Kraków). Kol. Sielski sądzi, że retractores uteri Luschki w zatoce Douglasa mają takie znaczenie, że utrzymują macicę, a że nie czyni tego otrzewna. Otóż żaden z czynników z osobna, ale wszystkie razem mają to wspólne zadanie a ucisk śródbrzuszy podtrzymuje przyrządy w takim położeniu, w jakim się znajdują.

Kol. Natanson (Warszawa). Zdaje się, że prelegent odmówił wszelkiego działania mięśniom, twierdząc, że musiałyby być ciągle napięte, a mięsień się nuży. Otóż należy rozróżniać 2 stany: skurcz i tonus mięśnia.

Kol. Bylicki (Lwów). Również zwraca uwagę na te 2 stany mięśnia, a co do sondy Sielskiego to właśnie idea Brandta go na nią naprowadziła. Sonda Sielskiego jest nieraz niebezpieczną w użyciu.

Kol. W. Sztembart z Warszawy przedstawia *kleszcze porodowe* własnego pomysłu.

Mości Panowie! W pomysle kleszczy przedstawionych starałem się o to, 1) aby je można było zakładać na główkę zawsze w jej wymiarze poprzecznym, bez względu na to, na jakiej ona znajduje się wysokości miednicy i w jakim jej wymiarze; 2) aby kleszcze raz założone nie tamowały naturalnych obrotów główki, jakie ona przy porodzie wykonywa; 3) aby przyczepienie siły było w samym punkcie oporu, a nie boczne, przez co przy pociąganiach zużywa się o wiele mniej siły; 4) aby je można było zakładać nawet przy niewielkim otwarciu ujścia macicznego, w przypadkach gdzie sztuczne rozszerzenie tego ujścia jest wskazaniem i nareszcie 5) aby kleszcze zawsze były o ile możności małe a zatem łatwo przenośne i nieprzestraszające chorych.

Kleszcze składają się z łyżek i rękojeści jak i każde inne. Łyżki jednak bez skrzywienia miednicznego, krótkie, ściśle zastosowane do wymiarów główki i do niej przylegają, tak że po nałożeniu kleszczy i zamknięciu ich rękojeści schodzą się z sobą i zupełnie przylegają do siebie tworząc jedną tylko rękojeść za którą się ciągnie, przyczepienie jej znajduje się przy samej główce, którą dokładnie obchwytyją łyżki, zewnętrzny koniec rękojeści opatrzony jest poprzeczną okrągłą rączką do ciągnięcia. Kleszcze po nałożeniu zaciskają się na główkę za pomocą śruby umieszczonej w wydrążeniu rękojeści i przymocowanej do jednej z łyżek, która jest ruchomą. Za pomocą tej śruby łyżka ta dowolnie może być odchylaną lub przymykana, przez co kleszcze więcej lub mniej mogą być zaciskane na główkę. Druga łyżka jest nieruchomą.

Którą łyżkę wprzód należy zakładać, jest zupełnie obojętne, należy tylko uważać, że przy położeniu główki wysokim, kiedy wymiar jej poprzeczny znajduje się w prostym wymiarze miednicy, wprzód trzeba zakładać łyżkę pod spojenie łonowe, bo tej założenie jest zwykle trudniejsze, druga od tyłu wchodzi zazwyczaj bardzo łatwo.

Zakładanie tych kleszczy, przyzwyczajonemu do zwykłych, nie przedstawia innych trudności, jak tylko brak przyzwyczajania, co jednak prędko można pokonać, gdyż w wyniku założyć je po większej części bardzo łatwo. Po założeniu kleszczy nie pozostaje nic więcej jak przekonać się, czy są dostatecznie zaciśnięte, aby się z główki nie zmykały.

Przy zastosowaniu ich przekonałem się, że siły przy trakecjach potrzeba nieproporcjonalnie o wiele mniej, aniżeli przy użyciu kleszczy zwyczajnych, co przypisuję odpowiedniemu przyczepieniu siły, jak również i tej okoliczności, że proponowane kleszcze nie tamują naturalnych obrotów samej główki. Rodzące również znoszą je bardzo dobrze i mniej się skarżą na ból, aniżeli przy użyciu kleszczy zwykłych.

Zarzut, jakoby kleszcze zakładane w wymiarze przedniotylnym miednicy, były nieścisłe, ponieważż powiększają objętość główki w najmniejszym wymiarze miednicy, nie jest słusznym, ponieważż z powodu wielkiej ściśliwości główki, uciskając ją w tym właśnie wymiarze, prędzej na zmniejszenie poprzecznego wymiaru główki wpływają, gdy przeciwnie zwyczajne kleszcze, uciskając główkę w wymiarze jej podłużnym, o wiele więcej do powiększenia poprzecznego przyczynić się mogą.

Nadmieniam w końcu, że myśl wynalezienia kleszczy, któreby można było zakładać w wymiarze przedniotylnym miednicy, nie jest nową; na tej samej podstawie zrobione są kleszcze Łazarewicza.

Dyskusja: Kol. G o d l e w s k i zarzuca kleszczom kol. S z t e m b a r t a 2 niedogodności: 1) że zmniejszają objętość i tak już zazwyczaj ściśniętej miednicy; 2) że kleszcze te nie wprowadza się pod kontrolą ręki, że zatem zranić mogą główkę.

Kol. M a r s. Choć są już zasady co do mechanizmu kleszczy utarte, ale idea tych kleszczy jest dobrze obmyślona. Coby instrumentowi zarzucić można, to chyba to, że jako za nadto skomplikowany jest za mało aseptyczny.

Kol. K o h n: *Postępowanie w przypadkach niustających wymiotów u ciężarnych.* Prelegent chce na podstawie własnych wypadków dać wątek do dyskusji, aby ustanowiono, co w tych wypadkach należy robić. Otóż mówi on o wymiotach występujących u osób ciężarnych, a które to osoby nie podlegają żadnej innej zmianie organizmu. Wykluczyć tutaj należy wymioty, które obserwuje się nieraz u dziewcząt podczas regularności i u kobiet podczas klimakteryjum, jako też u niektórych podczas każdego spółkowania. Co do obrazu klinicznego to jestto stan, który męczy chorą i lekarza w ogromny sposób. Co do patogenetyki niustających wymiotów u ciężarnych, to obecnie ustaliło się mniemanie, że jestto *nerwica* polegająca na nadmiernej pobudliwości nerwów. Że ta pobudliwość nerwów występuje u każdej ciężarnej, świadczą zjawiska jak: nie znoszenie pewnych zapachów, widoków, odraza do pewnych pokarmów. K a l t e n b a c h uważa to za objaw histeryi, A h l f e l d zaś za nerwicę, K o h n sądzi, że jestto raczej nerwica. Uważając ją jako hysteryję, możnaby ją niesłusznie lekceważyć. Co do terapii i przyczyny, to jedni uważają za przyczynę zapalenie śródmaciczne, a S c h r ö d e r nadmierne rozdęcie macicy i podrażnienie nerwów otrzewnowych. Co do leczenia to pomijają autorzy dyjetetykę i leczenie odczynowe, jak wprowadzenie lewatyw z mleka słonego, chociaż więcej możnaby przypisywać wprowadzeniu CO₂ przez odbytnicę. Co do środków czynnych, makowiec, morfina, wodnik chloralu i brom, lapisowanie części pochwowych i t. d. Należy się zastanowić, czy, gdy to wszystko nie pomaga i mając na względzie że przez wyniszczenie, osłabienie akcji serca doprowadza się do stanu takiego, że wskutek zapadu śmierć nastąpić może, przystąpić do wzniesienia sztucznego porodu i kiedy to przedsięwziąć?

Dyskusja: Kol. T h i e m e (Warszawa) twierdzi, że rzadko zachodzi potrzeba wywołania sztucznego porodu, gdyż np. w czasie jego 20-letniej praktyki ani razu nie był w tem położeniu. Przytacza 1 wypadek z praktyki, gdzie już na consilium postanowiono wywołać poronienie, a mimo tego zabieg niewinny jak wprowadzenie sondy do pochwy uwolniło chorą od dolegliwości. Sądzi zatem, że chodzi w takich razach głównie o hysteryję.

Kol. B y l i c k i (Lwów). Z praktyki prywatnej znane mi są wypadki, które polegały na hysteryi, ale inne wcale o to posądzać nie było można. Co do leczenia radzę osoby te izolować.

Kol. B o r y s o w i e z (Warszawa). Ani razu nie byłem w położeniu, by wywoływać sztuczny poród, choć znam 1 wypadek, który się śmiercią zakończył, ale tam była wada serca.

Kol. S t r o y n o w s k i (Lwów). Sądzi, że co do tego, czy wzniesić poród lub nie, zależy czy w przypadku odnosnym jest gorączka.

Posiedzenie IV dnia 20 lipca od godziny 9 rano do 11½ przed południem.

Kol. K u r t z (z Warszawy) mówi: *O zastosowaniu tyolu w ginekologii.*

Tyol z bardzo dobrymi rezultatami używali w dermatologii: B u z z i przy leczeniu robił okłady z 10% tyolu, następnie J a c o b s e n, B i d d e r i inni. Pierwsze sprawozdanie o działaniu tyolu w ginekologii było podane przez G o t s c h a l k a z Berlina. Po przeczytaniu tej pracy rozpocząłem sam próby.

W przeciągu 3½ miesiąca miałem w leczeniu tyolem 47 chorych, lecz o 19 mam pewne dane (ponieważ dochodziły do końca kuracji). Opisywać szczegó-

łowo tutaj tych wypadków nie będę, a podam tylko rezultaty leczenia. Te 19 chorych miały następujące cierpienia:

- I. 1. Endometritis post. abortum, 5.
2. Endometritis cum erosionibus, 9.

- II. 3. Parametritis, 5.

A. Tyol działa bardzo dobrze przy owrzodzeniach szyjki macicznej i przy cierpieniach, zapaleniach błony śluzowej macicy, dla tego 1) *że gojenie następuje bardzo prędko*; 2) *nie wywołuje krwawienia*; 3) *po pędzlowaniu nie ma żadnego bólu, palenia ani pieczenia*. — Stosowałem tyol: w formie pędzlowań (10⁰/₀, 15⁰/₀, 20⁰/₀) roztwór w glicerynie.

B Tyol bardzo dobrze działa przy zapaleniach chronicznych okółomacicznych z wysiękami: 1) *pobudza szybsze wessanie wysięków*; 2) *uśmierza bóle w krzyżu i w pachwinach*. Wprowadzałem tampony nasiąknięte tyolem; G o t s c h a l k radzi oprócz tego czopki z tyolu i wcieranie maści tyolowej.

Tyol przewyższa ichtyol dla tego: 1) *tyol jest zupełnie bez zapachu* i nie sprawia chorem przykrości po założeniu tamponu; 2) pędzlowania tyolem nie robią ani palenia ani bólu; 3) Tyolowe plamy na bieliźnie łatwo się usuwają.

Kol. Świecicki z Poznania: *O operacjach celem usunięcia tyłozgięć macicy*.

Mości Panowie! Wiadomości i pojęcia nasze o prawidłowym położeniu macicy i racjonalnem leczeniu tyłozgięć macicy są od lat dopiero kilkunastu utrwalone i prawie już ustalone. Jestto wielką zasługą jenańskiego prof. B. S. Schultzego, że bezprzestannie występował słowem i piórem przeciw nauce Clausiusa o prawidłowym tyłopolożeniu macicy, wykazując, że naprzód pochylenie macicy odpowiada jedynie prawidłowym stosunkom. Dzisiaj wszyscy to bezwzględnie uznają a wyreburski kongres anatomów przed trzema laty udzielił nauce tej swą sankcję.

Kwestyja operacyjnego leczenia tyłozgięć macicy stała się w ostatnich kilku latach sprawą najwięcej omawianą. A jeżeli Vedeler usilnie twierdzi, że tyłozgięcia nie mają anatomiczno-patologicznego znaczenia, lecz jedynie znaczenie anatomiczno-fizjologiczne, gdyż na 313 tyłozgięć zauważył 40⁰/₀ przypadków bez chorobowych objawów, a w pozostałych 60⁰/₀, objawy chorobowe inną zupełnie miały podstawę i racjonalniej mogły być tłumaczone, to bądź jak bądź faktem pozostanie, że są tyłozgięcia, które najprzykrzejsze wywołują objawy, zmuszając nas nawet do operacyjnego leczenia.

W większej części przypadków tyłozgięć macicy wystarcza nieraz sama tylko repozycja i założenie tego lub innego krążka (ja przeważnie używam krążków Thomasa). Że jednakże nie zawsze postępowanie takie lecznicze wystarcza, dowodem słowa Fritscha, który powiada otwarcie, że czasami łatwiejby było zrobić laparatomiję, jak tyłozgięcie wyleczyć za pomocą krążków. Są bowiem przypadki — mianowicie połączone z zrostami, — w których tyłozgięć macicy ani zgłębnikiem, ani oburęcznie, ani nawet długotrwałcem miesieniem nie możemy reponować, a jeżeli się nam to wreszcie udało i założyliśmy odpowiedni krążek, to po krótkim już czasie macica mimo krążka przechyliła się ku wypukleniu kości krzyżowej i stan nieprawidłowy na nowo się wytworzył.

W takich razach, cóż innego pozostaje lekarzowi, jak że w sposób operacyjny tyłozgięcie macicy stara się usunąć. Wyraźnie powiadam, że stara się usunąć, a nie mówię, że usunie. Cały szereg bowiem metod i projektów, jakie w tej mierze proponowano i wykonywano, świadczą pewnie najlepiej, że nie zawsze wynik operowania jest zadowalniający i uwalniający przytęm chorą od jej cierpień.

Przy operacyjnem leczeniu tyłozgięć macicy rozróżniamy zazwyczaj metody operacyjne pośrednie i bezpośrednie. Do pośrednich zaliczamy: 1) usuwanie przedarc międzykrocza, opadnięć pochwy i macicy, 2) zeszcycie głębokich przedarc szyjki, 3) wycięcie klinowate lub odcięcie szyjki pochwowój, 4) wyjęcie przez laparatomiję narośli wywołujących tyłozgięcie macicy i 5) trzebieenie czyli kastracyję. Metod bezpośrednich również jest ilość znaczna. Richelot polecał obnażenie tyłnej powierzchni części pochwowój i tyłnej ściany pochwy z następnem połączeniem ich przez szwy odpowiednie. Już Schroeder słusznie zauważył, że tą metodą tyłozgięcia nie usuwamy, gdyż wynik jej może być w najlepszym razie ten sam, jak gdybyśmy część pochwową przycisnęli lub zbliżyli do tyłnej ściany pochwowój. Że zaś takim zbliżeniem wcale tyłozgięcia nie usuwamy, wiemy wszyscy o tem aż nadto dobrze. Jedynie może przy tyłopochyleniu, gdzie poruszalność ciała macicy w stosunku do szyjki jest zmniejszoną lub usuniętą, możeby metoda Richelotowska mogłaby z korzyścią użyta, choć co prawda, nie pojmujemy bardzo, jak można przy operacji wybierać za punkt stały miejsce, które większą ma poruszalność od macicy samej.

Courty zmodyfikował metodę Richelota o tyle, że zamiast szwów złączył obie ściany przyżeganiem, sposób dzisiaj słusznie puszczony w niepamięć. Że metoda Richelota samemu wynalazcy nie bardzo wystarczała, dowodem wykład jego na przedostatnim francuzkim kongresie chirurgów, w którym przedstawia nową metodę Nicoletisa. Przy metodzie tej odcina się szyjkę macicy a szypułkę macicy tak się przez szwy ku tyłowi przymocowuje, że ciało i dno macicy muszą ku przodowi się pochylić. O ile mi wiadomo, nikt dotychczas mszyjkę tej nie próbował, dla tego o jej racjonalności trudno sądzić, chociaż odcinanie etody

macicznej nie wydaje nam się rzeczą zbyt korzystną dla operowanej na później, gdy przechodzić będzie porody. Loewenthal polecał w przeciwieństwie do Richelota obnażenie przednich ust i przedniej ściany pochwy i następnie złączenie ich szwami. Jest on zdania, że przez sztucznie wywołane opuszczenie macicy takowa ani naprzód, ani w tył przechylić się nie powinna. I ta metoda dotychczas nie używana, czemu się wcale dziwić nie można, bo dla usunięcia tyłozgięcia wytwarzamy sztucznie opuszczenie, nie mając wcale gwarancji radykalnego przez to wyleczenia chorób. Freund ze Strasburga, będąc jeszcze we Wrocławiu, wkładał gruby drut ołowiany w przednie usta maciczne, a po kilku dniach, gdy drut wrósł w tkankę ust, wkładał krążek Hodgergo i przymocował drut do tylnej poprzecznej ścianki krążka. Wynik miał być dodatni. Macicę w taki więzienny sposób przymocować do krążka, nie uważamy za pomysł szczęśliwy, bo przy każdym wyjęciu krążka trzeba by drut z krążka usuwać a nadto chorą taką zawsze należałoby mieć pod okiem, aby w razie zajścia w ciążę wyjąć druty z przednich ust macicznych. Frank z Kolonii, któremu swego czasu zarzucano furor operativus, oddzielał otrzewną z przedniej płaszczyzny macicy, również i z tylnej ściany pęcherza, zrobił w otrzewnie ku górze fałdę, przymocował ją przez podskórne podwiązki katgutowne tak, że powierzchnia rany pęcherza przylegała do przedniej obnażonej ściany macicy. W kilku przypadkach odpreparowywał Frank płat z przedniej ściany pochwy z podstawą ku górze i zagoił koniec płata z przednią ścianą macicy, którą obnażył przez oddzielenie otrzewny. Jakie wyniki miał Frank przy tak skomplikowanych metodach, nie wiadomo, wynalazca milczy, czy pytam się, czyni to umyślnie? B. S. Schultze usuwa zrosty przy tyłozgięciach w głębokiej narkozie oburęcznie, kładąc 2 palce jednej ręki wysoko w odbytnicę, (w danych razach na kilku posiedzeniach), a następnie reponuje macicę i zakłada krążek. Jeżeli się to nie udaje, proponuje Schultze przeciąć poprzecznie tylne sklepienie pochwy, zrosty macicy i jajników delikatnie oddzielić i następnie reponować. Późem poleca otrzewną jamy Douglasa i tylne sklepienie pochwy tak szwami skrócić, aby część pochwy macicy skierowaną była ku tyłowi miednicy. Schultze przenosiłby taką metodę nad laparatomiję i następne przymocowanie macicy do brzucha, gdyż ta ostatnia metoda usuwa tyłozgięcie, lecz nie wytwarza prawidłowego położenia. Gdyby skrócenie tylnych wiązań samo nie wystarczało, trzeba zdaniem Schultzego skrócić operatywnie okrągłe wiązadła maciczne a więc zrobić operację Aliquiego. I ta metoda, oprócz przez jedynego Gottschalka (ze skutkiem), wypróbowaną jeszcze nie została, a że Schultze sam nadmienia, że gdyby metoda jego nie wystarczała, trzeba by inną użyć metody, zdaje nam się, że sam Schultze w radykalny skutek swą metody nie bardzo wierzy. Nadmieniamy, że podobny projekt przecięcia tylnego sklepienia i skrócenia tylnych wiązań podtrzymujących (lig. suspens. post.), a więc fałd Douglasa polecał także lipski ginekolog Sängner. Schücking z Pymontu przymocowuje przednią ścianę macicy do pochwy, przeprowadzając odpowiednio skrzywioną zagiętą igłę z jedwabiem przez przednią ścianę macicy i przednie sklepienie i zwiąawszy oba końce nitki, z których jeden wygląda z ujścia zewnętrznego a drugi z przedniego sklepienia. Podług metody Schückinga operowali Zweifel i inni, zaprowadzając różne modyfikacje a dotychczasowe wyniki są korzystne. I rzeczywiście metoda Schückinga ma pewne zalety. Najpierw czas operacji jest bardzo krótki, operacja sama nie sprawia chorób prawie żadnych bólei, tak że ją nawet i bez znieczulenia poprzedniego można wykonać. Następnie nie drażnimy wcale narządów sąsiednich, nie otwieramy otrzewny i macica po operacji pozostaje poruszalną. Czy jednakże metoda ta nie ma i stron ujemnych? Sądzę, że tak. Jeżeli są np. silne zrosty w jamie Douglasa, których sposobem Schultzego usunąć nie można, to użycie w tych razach metody Schückinga jest niemożliwe. Tak samo wykonać jej nie można przy stanie zapalnym przycepek lub przy zwężeniach pochwy. Nadto nie można wykluczyć możliwości, że przy metodzie tej możemy obrazić pęcherz lub wsuwające się między pęcherz a macicę jelita. W kilku przypadkach obrażeń pęcherza nie było co prawda złych następstw, ale nie jest to dowodem, aby nastąpić nie mogły. Wreszcie dzisiaj przewidzieć nie można, czy zlepienie ciała macicy z przednią fałdą otrzewny jest w możności na długie lata utrzymać macicę w naprzód pochyleniu. To też o wartości metody Schückinga dopiero za lat kilka sąd ostateczny wydać będzie można.

Zmarły przed kilku laty młody ginekolog berliński Rabenau używał w 6 przypadkach tyłozgięcia typowej rezeceji przedniej ściany szyjki macicznej. W 2 przypadkach wynik operacji był problematycznej natury, w 4 innych prawie żaden. Nie ma ona też żadnej racyi bytu, jak to już zresztą Fraenkel i Sängner wykazali. Caneva a w ostatnich czasach Assaky z Bukaresztu przymocowują dno reponowanej macicy do przedniej ściany brzucha bez poprzedniego otwarcia otrzewny. Niebezpieczeństwo obrażeń pęcherza i jelit jest tutaj za wielkie, aby metoda ta mogła uzyskać sobie uznanie.

Metoda Aliquiego i Aleksandra polega, jak wiadomo, na skróceniu okrągłych wiązań. Chociaż niektórzy metodę tę wychwalają a Aleksander nawet „słowem honoru“ ręczy, że jeżeli po kilku tygodniach od operacji macica pozostała w naprzód pochyleniu, w żadnym takim przypadku nigdy już nie przychodzi do recydywy w czasie późniejszym, my nie byliśmy wynikami operacji tej wcale zachwyceni i w czterech przypadkach naszych był wynik ostateczny niepomyślny. Że z wynikami myimi, przemawiającymi przeciw metodzie Aliquiego nie stoje na uboczu, dowodem podobne zdania o metodzie tej, wypowiedziane przez Reida, Küstnera, Sängera, Tischendorfa i innych, a Winckel i Paget są nawet z teoretycznych względów przeciwni tej metodzie. Nie tu miejsce i czas po temu obszerniej o metodzie tej mówić i o jej modyfikacjach np. modyfikacji Kelloga, chciałem tylko zauważyć, że odszukanie rozdzielonych nieraz włókien okrągłego wiązadła jest rzeczą wcale nie tak łatwą i że w jednym np. moim przypadku mimo usilnych i długotrwałych starań wcale prawego wiązadła odszukać nie mogłem. Rozumiem też jak najzupełniej, że Keith i Croom godzinę a nawet półtorej godziny szukać musieli okrągłe wiązadło, nim na nie wre-

sze natrafili a Sławiński tak samo jak ja nie mógł wiązadła wcale odnaleźć. Następnie trudno nieraz oznaczyć, o ile w danym razie należy wiązadła skrócić. Za wiele nie dobrze, za mało bez celu. Że wreszcie metody Alquiégo użyć wcale nie można przy zrostach macicy, ostrych zapaleniach okolicznych i u zbyt tłustych kobiet, łatwo zrozumiemy. Ale i u osób szczupłych operacji tej robić prawie nie warto, bo przy cienkich pokrywach brzusznych zazwyczaj i okrągłe wiązadła są cienkie i wcale tej nie posiadają siły, jaka jest potrzebna, aby macicę w prawidłowym utrzymać naprzd pochyleniu.

Pomówmy teraz o laparotomii i przymocowaniu macicy do opon brzusznych, czyli o hysteropeksyi lub ventrofiksaeyi. Z różnych metod przymocowania macicy do pokryw brzusznych wymieniam następujące: I. Przymocowanie macicy do brzucha i wycięcie zarazem przyczepków macicy: 1) wszycie w ranę brzuszną szypułki podwiązkowej (Koeberle, Keith, Schroeder, Saenger), wszycie obydwóch szypulek (Henning, Saenger); 2) przyszycie do brzucha szypułki podwiązkowej (Kelly, Olshausen) lub obydwóch szypulek (Saenger, Olshausen, Klotz). II. Przymocowania macicy do pokryw brzucha: 1) przyszycie różków macicznych do przedniej ściany brzusznej (Saenger, Korn i Emil Bode); 2) przyszycie dna macicy do brzucha (Leopold, B. S. Schltza, Schramm, Lawson Tait); 3) przyszycie jajowodu w ranę brzucha, ustalenie macicy przez sączek szklany przy leczeniu rany bez osłony (Klotz z Drezna).

Moje doświadczenia, jakie przy hysteropeksyi zrobiłem, w ten streścić mogę sposób, że operacja sama wcale nie jest trudna, że ze wszystkich metod, powyżej przytoczonych, najracjonalniejszą mi się wydaje sposób Leopolda, polegający na przymocowaniu dna macicy, 3 głębokimi szwami do ściany brzusznej. Górny szew zakładałem przed wejściem jajowodu do dna macicy, trzeci poniżej wejścia jajowoda, środkowy między górnym a dolnym szwem. W wysokości dna nie odskrobywałem błony surowiczej nożem, jak to poleca Leopold a mimo to wynik był każdym razem pomyślny i macica pozostawała w naprzd pochyleniu. W jednym przypadku moim wywołała hysteropeksya przez kilka tygodni po operacji objawy nie korzystne ze strony pęcherza, później jednakże takowe ustawały i tylko przy peryjodzie dawały się o tyle we znaki, że chora bardzo często musiała moc oddawać. Tutaj jednakże nie chce wcale przesadzać, że powodem tych dolegliwości ze strony pęcherza była hysteropeksya, bo dotyczyło się to pacjentki hysterycznej *κατ' ἐξοχήν*, u której zresztą objawy, wywoływane zwykle tyłozgięciem macicy i po dokonanej hysteropeksyi (po poprzednim oddzieleniu palcami i nożem błon rzekomych w jamie Douglasa) mało, a nawet prawie wcale się nie zmniejszyły. W tym właśnie przypadku miałem naoczny dowód słuszności zdania Leopolda, że nie zawsze hysteropeksya i w ogóle operacyjne leczenie tyłozgięć dobre i dodatnie dają wyniki i dawniejsze usuwają cierpienia. Wskazywania do operacyjnego leczenia tyłozgięć trzeba więc będzie więcej może jak dotychczas ścieśniać, nie podpisując jednakże tym samym za daleko sięgających zapatrywań Vedelera, o których na początku wspomniałem.

Na zakończenie i na uzupełnienie tematu mego wypada mi wspomnieć o kilku mniej znanych metodach lub projektach operowania tyłozgięć. I tak Praeger z Kamienicy poleca dno macicy nie jako szwem katgutowym do ścian otrzewny zawiesić, aby przeciw działać ciągnieniu, na które jest wystawioną przymocowana macica. Czerny używa nie jedwabiu, lecz katgut. Czy to korzystne, wątpię, choćby dla tego, że znany mi jest osobiście przypadek Zweifla, gdzie katgut był mimo na pozór dokładnego odjałowienia powodem zakażenia. Polk usuwa zrosty macicy a macicę zmusza do naprzd pochylenia przez sączek lub przy pomocy metody Alquiégo. Küstner polecał na fryburgskim kongresie gynecologów usuwać zrosty w jamie Douglasa za pomocą żegadła, któreby zarazem oświecało w głębi pole operacyjne. Najnowszą wreszcie metodę, bo dopiero przed 3 tygodniami w Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. ogłoszoną, podał b. asystent Schroedera Dr. Stratz, lekarz wojskowy w Surabaja na Jawie. Na materyjale wojskowym (na Jawie wolno żołnierzowi mieć żonę, która, gdy zachoruje, idzie do lazaretu wojskowego na stacyję dla kobiet) operował Stratz tyłozgięcie w ten sposób: Pod kątem rozwartym robił on cięcie na międzykroczu tak, że szczyt kąta skierowany był do pochwy. Późem odpreparowywał płat ten aż prawie do tylnego sklepienia pochwy, a schwyciwszy go w 2 części Richeletowskie przeciął go w podłużnym kierunku, zwijając następnie każdą połówkę płata około części w prawą i w lewą stronę. W tylnem sklepieniu uwytatnia się teraz dno tyłozgiętej macicy. Stratz robi nacięcie podłużne sklepienia, oddziela zrosty i macicę reponuje, łącząc ostatecznie odpreperowane przedtem płaty pochwy. Kilkanaście w ten sposób operowanych przypadków dobre dawało wyniki.

Tyle o dotychczasowych metodach i projektach operowania tyłozgięć macicy, metodach, mających wiele dodatnich, ale również wiele i stron ujemnych.

Co mówicie, moi Panowie, na następujący projekt operowania tyłozgięć macicznych, zastrzegam się, że to tylko projekt i nie więcej.

Jeżeli chodzi o tyłozgięcie bez zrostów w jamie Douglasa, wtedy zrobićby można nacięcie w przednim sklepieniu i takowe wypełnić odjałowioną gazą, maczaną w wyskoku. Reponowaną macicę przytrzyma i utrwali w tej pozycyi wytwarzające się wskutek wyskokiem nasączonego tamponu zapalenie zlepiające. Przy tyłozgięciach, połączonych ze zrostami w jamie Douglasa zrobićby wypadało cięcie poprzeczne w tylnem sklepieniu, wypełniając następnie jamę takim samym tamponem po poprzednio dokonanej repozycji i tamponując zwykłą watą przednie sklepienie, aby część pochwową zbliżyć ku tyłowi. Część ta macicy również przez zapalenie adhezywne zostałaby tutaj utrwaloną. Metoda taka tę miałaby, sądząc, dodatnią stronę, że utrzymałaby mogła macicę w prawidłowym położeniu a nadto ciało macicy nie straciłoby swęj poruszalności, co np. przy hysteropeksyi jest wprost niemożliwe. Dla czego użyłbym tamponów, maczanych właśnie w wyskoku? Oto dla tego, że wyskok ma znakomite wła-

sności wytwarzania w krótkim stosunkowo czasie zapalenia z bujaniem reparacyjnym tkanek, tak jak np. ma to miejsce przy marskości wątroby, nerek, serca i t. d., właśnie działalność patologiczna taka, jaka przy przytrzymaniu macicy w prawidłowym położeniu wielkiej być może doniosłości. Sądzę, że użycie wysoku w tych razach dobre oddałoby nam usługi, tak jak podobno dobrze działa wyskok, wywołując rozrostowe zapalenie przy różnych przepuklinach, które znacznie a nawet nieraz usuwa. Użyć sztucznie wytworzonego rozrostowego aseptycznego zapalenia do leczenia tyłozgięć macicy może nie jest rzeczą nieracjonalną. Przeglądając literaturę, zauważyłem, że Saenger w r. 1880 zaproponował nacięcie tylnego sklepienia i wypełnienia go gazą jodoformową, w celu wywołania adhezywnego zapalenia. Widocznie więc, że myśl ta już między gynecologami pokutowała, o ile zaś mój projekt lepszy lub gorszy od projektu Saengera przesądzać bynajmniej nie myślę, gdyż tutaj jedynie odnośnie leczone przypadki mogą sprawę tę rozstrzygnąć.

W dyskusyi zabierają głos: kol. Borysowicz (Warszawa), kol. Kohn (Kraków), kol. Natanson (Warszawa) i kol. Janiszewski (Kamionka Strum.).

Kol. Bylicki ze Lwowa wspomina o rzadkim objawie ciąży, t. j. o typowym występowaniu bólów porodowych w wczesnym okresie ciąży a nie mających wpływu na dalszy przebieg tejże.

Kol. Borysowicz (Warszawa) okazuje kilka przyrządów gynecologicznych swego pomysłu (zostały nagrodzone srebrnym medalem na wystawie Zjazdu). Przewodniczący ogłasza, że materiały sekcji został niniejszem wyczerpany, dziękuje prof. Madurowiczowi za pracę około utworzenia sekcji, która dobre wydała owoce.

Na tém porządek obrad wyczerpany został i prof. Tyrchowski posiedzenie zamknął.

Wszyscy uczestnicy sekcji gynecologicznej zebrali się następnie na wspólną ucztę, gdzie zaraz na wstępie wynużono serdeczne podziękowanie prof. Tyrchowskiemu i prof. Madurowiczowi za przewodniczenie i tak umiejętne przygotowanie materiału dla sekcji gynecologicznej VI zjazdu lekarzy polskich. Nadto postanowiono jednomyślnie wstąpić do towarzystwa gynecol. krakowskiego i popierać wydawnictwo towarzystwa tego, wysyłając zarazem telegraficzne pozdrowienie do prof. Marsa w Krynicy, jako założyciela towarzystwa gynecologicznego w Krakowie.

6. Sekcja okulistyczna.

Po zagajeniu obrano przewodniczącym prof. dr. Rydla, sekretarzem dr. Sroczyńskiego.

Zabiera głos kol. Ziemiński z Warszawy jako referent w sprawie *Antyseptyka w oftalmologii*.

Omawia naprzód środki antyseptyczne w przypadkach istniejącej już infekcyi oka a przedewszystkiem rogówki (wrzody, abscesy etc.). Z całej grupy zalecanych tu środków farmakologicznych utrzymał się dotąd niezastąpiony nieczem jodoform, na zalecenie zasługuje nadto woda chlorowa a szczególnie przez referenta wypróbowany roztwór 0.100% tróchlorku jodu. W przypadkach gdzie sprawa zapalna na tle infekcyi odbywa się w głębi oka, zaleca wstrzykiwania w przestwór Tenona 1/100% roztworu sublimatu lub roztworów tróchlorku jodu. W ciężkich wypadkach ropienia rogówki nie ustępującego przy powyższych środkach, najlepszym środkiem antyseptycznym jest żegadło galwaniczne lub Paquelina. Pomyślne wyniki daje stosowanie możliwie wysokich stopni ciepła, najlepiej w postaci prostych prądów powierzchni oka wodą gorącą (40° C. i więcej), które podnoszą żywotność i odporność komórek ustroju.

W leczeniu antyseptycznym ran pooperacyjnych lub udarowych należy odróżnić antyseptykę subiektywną t. j. odkażenie operującego i jego narzędzi, materiałów itd. i antyseptykę obiektywną t. j. zapobieżenie infekcyi ze strony samego chorego. Za najlepszy sposób odkażenia I-go, uważa sterylizowanie gorącą wodą lub parą w przyrządzie Strauba. Ze względu na antyseptykę obiektywną obok zwykłej czystości za pomocą mydła i środków jak 1/10% roztwór tróchlorku jodu do skóry powiek pacjenta, a w razie potrzeby 1/50% — 1/60% roztwór tegoż leku do powierzchni worka spojówkowego wskazane jest baczne zwracanie uwagi na obecność cierpień spojówki infekcyjnych i woreczka łzowego, wreszcie na stan ogólny chorego. Skłania się do większego uwzględnienia możliwości zakażenia z powietrza, aniżeli to obecnie w chirurgii ma miejsce, przypuszczając możliwość infekcyi przez zanieczyszczone

powietrze, nie tylko bezpośredniej ale nawet pośredniej przez aspirację drogą płuc. W zakończeniu wyraża nadzieję, że antyseptyka w przyszłości znacznie zostanie uproszczona, że podane będą środki uniknięcia zakażenia przez podniesienie odporności ustroju lub środki specyficznie na różne mikroorganizmy działające.

W dyskusji zabiera głos dr. S r o c z y ń s k i, przewodniczący, dr. K r a m s z t y k, K a m o c k i i referent.

Referat kol. S r o c z y ń s k i e g o: „O leczeniu jaglicy (trachoma)“.

Wnioski z szczegółowego rozbioru wszystkich ważniejszych dotychczasowych metod leczniczych, streszcza referent w następujących tezach:

I. Leczenie jaglicy nie może być szablonowe, ale winno stosować się do każdorazowej formy okresu i stopnia cierpienia, a mianowicie:

- a) w okresie pierwszym w przypadkach rozsianych ziarn jaglicowych i przerosłych brodawczek dojdziemy najszybciej do celu przez galwanokaustykę;
- b) w okresie II. w stadium stłuszczenia przez metodę wygniatania;
- c) w przypadkach cięższych okresu I., II. i na przejściu do okresu III. najszybciej prowadzi do celu postępowanie operacyjne wedle metody Heisratha;
- d) w licznych przypadkach nie objętych temi 3-ma grupami, a nawet w pewnych przypadkach wymienionych grup nie obejdziemy się bez terapii farmaceutycznej, a mianowicie bez *argentum nitricum* i *cuprum sulfuricum* zwłaszcza w leczeniu następem.

II. Jakakolwiek bądź metoda leczenia jaglicy daje najlepsze rezultaty przy pomyślnych warunkach higienicznych, a z tych najważniejsze jest czyste zwłaszcza górskie powietrze.

W dyskusji zabiera głos Dr. Z i e m i ń s k i podnosząc w przeciwieństwie do referenta skuteczność sublimatu w postaci zakraplań roczynów słabych maksymalnie 1:500 lub w formie maści 1:300. Przypomina jeszcze o metodzie w ostatnich miesiącach zaleconej przez Sattlera polegającej na nakłuwaniu ziarn i wyłęczkowaniu. Co do metody operacyjnej jest zwolennikiem wycinania samego tylko załamka, co najwyżej z wązkim paskiem przybrzeżnym górnej części chrząstki.

Prof. R y d e l zgodnie z referentem nie widział pomyślnych wyników po stosowaniu sublimatu, natomiast podobnie jak Kol. K r a m s z t y k i referent wysoko podnosi znaczenie lapisowania w przypadkach zaostrzeń sprawy jaglicowej tudzież przy świeżych okresach wrzodów jaglicowych rogówki.

Dr. S r o c z y ń s k i potępia wszelkie postępowanie polegające na wyskrobывaniu produktów jaglicy, obawiając się szkodliwego wpływu na rogówkę z powstających stąd strzępków spojówki, które oddzielają się przez ropienie i mechanicznie drażnią rogówkę. Co do postępowania operacyjnego stoi na stanowisku Heisratha i tłumaczy konieczność równoczesnego wycinania części chrząstki tak dla osiągnięcia celu operacji, jak dla uniknięcia zbroczeń w położeniu i ruchomości powiek.

Dr. K r a m s z t y k wychodząc z założenia, że zapobieganie szerzeniu się tej choroby jest sprawą społecznej wagi stawia wniosek: Sekcja okul. ma zaszczyt upraszać posiedzenie ogólne o przyjęcie uchwały: Zjazd VI lekarzy i przyrodników polskich uważa utworzenie oddzielnych zakładów wiejskich dla chorych jaglicowych za sprawę niezmiernie pilną zarówno ze względu na samych chorych jak przede wszystkim na zapobieżenie coraz większemu szerzeniu się tej choroby.

Wniosek ten po krótkiej dyskusji, w której zabierają głos Dr. M a c h e k, Dr. K a m o c k i, Dr. C a s s i n a, Prof. R y d e l i Dr. S r o c z y ń s k i zostaje jednomyślnie uchwalonym.

Kol. N o i s z e w s k i z Dynaburgu przedstawia, opisuje i podaje wskazania do użycia hydroelektrod własnego pomysłu w zastosowaniu do elektryzowania oka.

Prelegent mówi naprzód w ogólności o dotychczasowych wskazaniach do elektryzowania oka, między którymi wymienia zmętnienia ciała szklanego, cierpienia naczyń i siatkówki i nerwu wzrokowego. Ponieważ przy dotychczasowym sposobie stosowania prądu galwan. na oko można uniknąć podrażnienia spojówki i rogówki jak nie mniej i działania prądu na mózg przeto celem dokładnego zlokalizowania prądu na części gałki wskazane lokalizacją sprawy chorobowej wymyślił prelegent elektrody dopuszczające elektryzowanie w tem znaczeniu za pośrednictwem kropli wody, zwie-

szającej się z elektrody na odpowiednią część gałki ocznej. Elektroda ta polega na ustaleniu biegunu prądu w rurce szklanej, podobnej do zakraplacza, do której przez pociśnięcie balonika gumowego wprowadza się pewną ilość wody przez aspirację: Odpowiednio celowi kazał prelegent skonstruować elektrody jedno i dwubiegunowe. Elektryzując elektrodą jednobiegunową przykłada się takową do miejscażądanego biegun od gałki ocznej, biegun zaś obojętny ustawia się za uchem.

Elektrod dwubiegunowych, zbudowanych w sposób analogiczny, używa wyłącznie przy porażeniach akomodacji, przykładając obie elektrody po obu stronach rogówki. Maksymalna siła prądu, do której dojść można, wynosi 7 miliamperów, należy jednak rozpoczynać od prądów słabszych np. od $\frac{1}{2}$ miliamperu i stopniowo przechodzić do prądów silniejszych.

Prof. Rydel (Kraków). *Przyczynę do zaniewidzenia skutkiem zatrucia wysokokowego i tytoniowego.*

Rozpoznanie powyższej formy niedowidzenia wymaga dokładnego badania perimetrem ze względu na przerwę w przyśrodkowej części pola widzenia dla barwy czerwonej i zielonej lub dla pierwszej z nich. Pażądaniem przetoby było mieć dogodny sposób zajmujący mniej czasu, któryby mógł nam przynajmniej przy pobieżnym badaniu zastąpić poszukiwanie perimetrem. Zauważył prelegent w ostatnich kilku latach, że chorzy z powyższem cierpieniem widzą każdym okiem z osobna przy czytaniu prób druku wyraźniej skroniowe połowy wyrazów a więc okiem prawem początki, okiem lewym końce słowa, odpowiednio temu znajdował autor, iż bystrość wzroku przy czytaniu obuocznem była znacznie większą niż przy czytaniu jednoocznem. Dotychczas spostrzegał prof. Rydel objaw ten w czterech przypadkach, asystent zaś jego Dr. Sroczyński w trzech przypadkach zaniewidzenia wysokowo-tytoniowego. W zachowaniu się tém widzi prelegent wytłumaczenie w lokalizacji znanej przerwy w polu widzenia w miejscu między punktem środkowym, a plamkę Mariotta.

W dyskusji zabiera głos Dr. Sroczyński z Krakowa, wnosząc z odpowiedzi na pytanie wspomina, iż przerwa istniejąca tylko dla barw wpłynąć może na czarne druki. Wyraża w rezultacie przekonanie, że rozchodzi się tu nie tyle o niedokładne widzenie samych liter jak raczej białych przerw pomiędzy pojedynczymi literami. Przerwy te rozbiegając rzecz teoretycznie muszą zachowywać się rozmaicie wedle tego, czy dotyczą tylko barwy czerwonej czy też równocześnie czerwonej i zielonej. W tym ostatnim przypadku skutkiem wypadnięcia w miejscu przerwy dwóch barw dopełniczych musi się naturalnie zmniejszyć w rezultacie natężenie światła białego pomiędzy literami, co z konieczności pociągnie za sobą mniej dokładne odróżnianie liter. Tam zaś gdzie istnieje przerwa tylko dla barwy czerwonej należałoby się spodziewać, że miejsca białe między literami odpowiednio przerwie w polu widzeniu występować winny w odcieniu zielonawym, przyczem ilość światła białego nie straciłaby na natężeniu. Być zatem może, że obserwowany przez Sroczyńskiego przypadek niewątpliwie zatrucia wysokowo-tytoniowego gdzie objawu Prof. Rydla nie było, da się właśnie w ten sposób wytłumaczyć. Dokładniejsze zbadanie perimetrem dla drobnych znaków białych mogłoby wytłumaczeniu temu dać pewniejszą podstawę.

Dr. Gepner jun. (Warszawa) stara się za pomocą konstrukcji wykazać, że obuoczne lepsze czytanie nie da się wytłumaczyć zachowaniem się przerw po stronach skroniowych.

Dr. Machek (Lwów) zbija ten zarzut powołując się na zachowanie się zdolności czytaniu przy *haemianopsia homonyma* i *heteronyma* widząc w tłumaczeniu Prof. Rydla zupełną analogiją w czytaniu w *haemianopsia temporalis*.

W dalszej dyskusji, w której zabierają głos: Prof. Rydel, Dr. Ziemiński rozchodzi się o pytanie, czy zdarza się niedowidzenie z zatrucia wysokokowego. Dr. Ziemiński wspomina przytém o przypadkach ogłoszonych we Francji, a dotyczący dzieci restauratorów, które nie palą, natomiast nadużywają od wczesnych lat napojów wysokokowych.

Dr. Machek (Lwów) prosi o przyjęcie wniosku aby sekcja uchwaliła kontrolę nad składami okularów, któraby zniwelowała właścicieli składów do ścisłego przestrzegania przepisów wydanych przez lekarza ordynującego szkła. Wniosek po krótkiej dyskusji przyjęto.

Dr. K r a m s z y k : *O opadnięciu tęczówki po ekstrakcyi katarakty.*

Najczęstszem powikłaniem operacyi zaćmy bez irydektomii jest wypadnięcie tęczy; przyczyną najważniejszą tego powikłania jest zachowanie się chorego; musimy zawsze starać się chorego opanować i uspokoić.

Nieraz już podczas operacyi tęczą wypada i cofnąć się nie pozwala; częściej cofa się niedokładnie, przyczem żrenica owalną przybiera postać, wydłużając się ku ranie, tęczą w tych przypadkach utraciła kurczliwość swoją. Zdarza się to najczęściej, gdy oczyszczenie żrenicy trwało długo, albo z powodu własności zaćmy, albo z powodu zbyt małej rany, lub wreszcie z powodu przeszkód, jakie chory stawia; wysokie ciśnienie sprzyja wypadnięciu, dla tego częściej stosunkowo zdarza się ono u ludzi młodych.

Tęczą, która podczas operacyi cofnąć się nie pozwala, nie cofnie się i pod opaską, z wyjątkiem — rzecz godna uwagi — tych przypadków, w których nastąpił odpływ ciała szklistego. Ale już samo wydłużenie żrenicy ku ranie usposabia do następnego wypadnięcia. Ezerynie w podobnych przypadkach zupełnie ufać nie można i po operacyi zaćmy stosować jęj wcale nie należy.

W tych wszystkich przypadkach, gdy tęczą wypadła, lub następce wypadnięcie grozi, potrzeba ją wyciąć po usunięciu zaćmy, co jednak w obec niepokoju chorego może przykre skutki za sobą pociągnąć.

Bardzo często uniknąćby można wypadnięcia a zawsze je ograniczyć, gdyby chory był uspioym; chloroformu przy operacyi zaćmy należy daleko częściej używać, niż to się dzieje obecnie.

Tęczą wypaść może i po prawidłowej zupełnie operacyi. Przeprowadzenie chorego ze stołu operacyjnego na łóżko nieraz tego powikłania może być przyczyną. Zmiana w przyjętej formie stołu, urządzenie mianowicie ruchomęj i przenośnej deski, czy materaca, mogłoby zmniejszyć niebezpieczeństwo tęg chwili. W przypadkach wątpliwych dobrze jest już po ułożeniu chorego oko obejrzeć, w danym razie tęczę wypadniętą usunąć.

Jeszcze w ciągu pierwszej doby po operacyi grozi niebezpieczeństwo wypadnięcia tęczy.

Wypadnięcie bywa obwodowe, albo zupełne, to jest wraz z brzegiem żrenicznym; czasem wypada tęczą przez całą szerokość rany, w innych razach mały jęj wycinek, przyczem żrenica przybiera postać gruszki. Najrozleglejsze i z odpływem ciała szklistego połączone wypadnięcie zdarza się, gdy chory zerwie opaskę i w oko się uderzy. Gdy brzeg żreniczny tkwi w ranie, wypadnięcie ma charakter postępowy: brzegi rany coraz bardziej się oddalają, tęczą coraz więcej góruje, a przy najwyższych stopniach górna część rogówki załamuje się w kierunku cięciwy do rany i mętnieje.

Przez 2 dni po operacyi chory powinien spokojnie się zachowywać. Operowani w szpitalu powinni mieć pokój oddzielny, bezustanną uważną usługę; środki nasenne nareszcie często powinny być stosowane. Opaskę najlepiej nałożyć podwójną: na flanelowęj muślinową, krochmaloną.

Wypadnięcie obwodowe lub częściowe można pozostawić bez żadnego leczenia, większe należy obciąć i to jak najprędzej, na drugi albo trzeci dzień; często do tęg drobnej operacyi chorych należy usypiać.

Wypadnięcie powinuo coraz rzadziej się zdarzać, nie jest nigdy powikłaniem groźnem i przy należytem postępowaniu ostatecznemu wynikowi operacyi nie szkodzi, obawa sympatycznego zapalenia drugiego oka zdaje się być przesadęm.

W dyskusyi zaznacza Dr. S r o c z y ŋ s k i, że chloroform jest tu środkiem obosiecznym; wywołuje bowiem często bardzo wymioty bądź to wśród bądź tęg po ukończeniu operacyi, co może w następstwie bardziej zaszkodzić niż niepokój chorego, nienarkotyzowanego, na który często możemy wpłynąć namową i upomnieniami. Za najlepszy sposób zapobiegający opadnięciu tęczówki uważa eserynę i to w postaci zakraplań do komórki przodkowej. Proste zapuszczenie do worka spojówkowego nie może tak energicznie działać, jak przy powyższem zastosowaniu.

Prof. R y d e l zapatruje się podobnie co do znaczenia narkozy. Ze względu na eserynę radzi takową zapuszczać na minutę do dwóch przed ekstrakcyą i po ukończeniu operacyi. Za najpewniejszy sposób uniknięcia opadnięcia tęczówki uważa wycięcie choćby wazutkiego paska tęczówki z małego jęj koła. Ułatwia to bowiem

z jednej strony wystąpienie soczewki, z drugiej zaś nie pozwala się nagromadzać cieczy wodnej w tylnej komórce, która ma dążność do wypierania tęczówki ku rance.

Dr. G a w r o Ń s k i radzi zastąpić chloroform eterem.

Dr. Z i e m i ń s k i jest również przeciwnikiem chloroformowania jakkolwiek wyznaje, że kokaina z różnych powodów może zwiększyć skłonność do *prolapsus iridis*. Radzi zatem w przypadkach koniecznej narkozy używać bromku etylu, który z wielu względów przewyższa chloroform, głównie jednak nadaje się dla krótko trwającej narkozy. Eseryna, zdaniem jego działa już dostatecznie przy zewnętrznym zastosowaniu; w ogólności jednak radby eserynę zastąpić pilokarpiną. W sprawie wycinania lub niewycinania tęczówki zajmuje stanowisko pośrednie, stosując się pod tym względem do konsystensyi i stadium katarakty.

Dr. K r a m s z t y k obsta je przy narkozie przynajmniej ze względu na swój materiał złożony przeważnie z osób nerwowych i niespokojnych.

Dr. M a c h e k. *O wrodzonych z ciemieniach rogówki i o wrodzonych zboczeniach soczewki pod względem jej położenia.*

Prelegent obserwował trzy wypadki obustronnych zaćmień rogówki wrodzonych, połączonych, z *ectopia lentis*. We wszystkich przypadkach soczewka bywała przesuniętą w kierunku zaćmionej części rogówki. Powstanie wrodzonych tych zboczeń tłumaczy sobie Dr. M a c h e k opóźnionem oddzieleniem się wśród życia płodowego soczewki od rogówki. Wada ta rozwojowa jest zawsze obustronna, a tęczówka naprzeciw zaćmionej części rogówki źle rozwiniętą.

Dr. S r o c z y ń s k i wyraża możliwość innego jeszcze powstania tych zboczeń, mianowicie za pośrednictwem w życiu płodowym powstałej blenorrhoea płodu, w ciągu której przyszło do owrzodzenia i przebicia rogówki, a możliwie i do nadwichnięcia soczewki. Że ropośluzotok w życiu płodowym jest możliwy, wykazuje niewątpliwe spostrzeżenie Magnusa ogłoszone przed kilku laty.

Dr. M a c h e k obsta je przy swoim tłumaczeniu powołując się na symetryczność opisanych zboczeń.

Prof. R y d e l wnosi, aby sekcja uznała za rzecz niezbędną ograniczenie sprzedawania „kapsli“ niedorostkom z przyczyny licznych bardzo przypadków utraty wzroku przez zranienia kapslami. Wniosek ten uchwaliła sekcja wraz z dwoma już wymienionymi przedłożyć na posiedzeniu ogólnem zjazdu.

Dr. K a m o c k i z Warszawy opisuje przypadek *przerostowego zapalenia naczyń w oku z przerośnięciem tęczówki*.

W przypadku tym w czas jakiś po iridektomii przyszło do owrzodzenia w okolicy blizny i przebicia ściany gałki. Po enukleacji wskazanej bólami z powodu zapalenia ciążka rzęskowego wykazało badanie: guzełek około 1 cm. szeroki w naczyniowce po zewnętrznej stronie tarczy nerwu wzrok, okazujący utkanie mięsaka drobno okrągło komórkowego jak nie mniej liczne drobne ogniska drobno komórkowe rozsiane w naczyniowce. Autor uważa zmiany te za zapalne podobne, do opisanych przez Prof. S c h ö b l a.

W dyskusyi zapytuje Dr. M a r c i s i e w i c z jak się zachowywał w przypadku opisanym ucisk śródoczny, gdyby bowiem istniało przed, a zwłaszcza po iridektomii podwyższenie napięcia gałki, świadczyłoby to za naturą nowotworową opisanych wybujałości.

Dr. K a m o c k i nie przypomina sobie tej okoliczności. Dr. S r o c z y ń s k i wątpi, aby zachowanie się napięcia gałki w obec *occlusio pupillae* mogło przyczynić się do wyjaśnienia natury zmian opisanych.

Dr. K a m o c k i opisuje i demonstrowuje piękne preparaty drobnowidowe z 3 przypadków pęknięć urazowych twardówki przyczem daje pogląd krytyczny na dotychczasowe teoryje tłumaczące mechanizm tych pęknięć, mających zawsze stałą lokalizacyję na brzegu rogówkowo twardówkowym od góry i nosa.

Dr. S r o c z y ń s k i w dyskusyi zaznacza, że aczkolwiek rzadko wydzierają się przypadki pęknięcia w tylnym odcinku gałki, na dowód, czego przytacza przez siebie spostrzegany przypadek z kliniki krakowskiej.

Prof. R y d e l sądzi, że w przypadku tym mogło się rozchodzić o „*hypotomia traumatica*“, a nie pęknięcie twardówki.

W dalszej dyskusyi zabierają jeszcze głos Dr. Z i e m i ń s k i, K a m o c k i i S r o c z y ń s k i.

Dr. Sroczyński: „*Kilka słów o cięciu przy ekstrakcji zaćmy twardej*“.

Wygórowana ufność w antyseptykę stała się powodem pewnego lekceważenia techniki operacyjnej i dowolności w prowadzeniu cięcia płatowego. Porównyując 3 modyfikacje tegoż cięcia: 1) Cięcie rogówkowe Gałęzowskiego, 2) Cięcie prowadzone ściśle brzegiem przezroczystej rogówki (Wecker), 3) cięcie płatowe obwodowe z płatem spojówkowym, dochodzi prelegent na podstawie 2-letniego doświadczenia do przekonania, że 1 rodzaj cięcia jakkolwiek ułatwia samą operację nie wytrzymuje porównania z 2 ostatnimi modyfikacjami. Przedłuża bowiem zgojenie się ranki, prowadzi do częstych wgłobień tęczówki i wysokiego astygmatyzmu. Korzyści łatwej manipulacji z cięciem I. dzieli cięcie II. bez niepożądanych następstw I. Cięcie III. zapewnia natomiast szybkie zgojenie ranki i przyczynia się obecnością płatu spojówkowego do uniknięcia infekcji następowej, dla tego zaleca go prelegent we wszystkich przypadkach, gdzie, jak przy cierpieniach chronicznych spojówki i woreczka łzowego, musimy bardziej się liczyć z możliwością takiej infekcji.

Dyskusja: Dr. Ziemiński nie widział po cięciu Gałęzowskiego tak znacznego opóźnienia w gojeniu jak prelegent, przypuszcza zatem, że mogło to zależeć od tego, że Gałęzowski nie wycina tęczówki.

Prof. Rydel nie zgadza się z tem zapatrywaniem, wykonywanie bowiem irydektomii może tylko korzystnie wpłynąć na przebieg następowy, zmniejszając skłonność do opadnięcia tęczówki.

Dr. Kamocki potwierdza spostrzeżenie prelegenta zwłaszcza ze względu na utrudnione gojenie się ranki we wszystkich przypadkach, gdzie choć nie z unyślu cięcia wypadło w rogówce przezroczystej.

Dr. Sroczyński zastrzega się przed tem, jakoby wydawał sąd o metodzie Gałęzowskiego w ogólności, mówił tylko o względnej wartości różnych modyfikacji cięcia w równych warunkach przy równoczesnej irydektomii.

Prof. Rydel odczytuje list radcy Dra Wicherkiewicz z Poznania, który ubolewa, że dla licznych przeszkód przybyć na zjazd nie mógł, natomiast oddaje do rozporządzenia zapowiedziany wykład swój „o niezwyklej przebiegu operacji zaćmy“. Wykład ten dla spóźnionej pory nie odczytany, zamieszczonym będzie w „Przeglądzie lekarskim“.

Wnioskowi Sekcyi okulistycznej.

I. W obec częstości zapalenia egipskiego (*Trachoma*) i coraz większego szerzenia się między ludnością naszą tego zaraźliwego cierpienia, uznaje Zjazd za nagłą potrzebę urządzenie oddzielnych zakładów wiejskich dla tych chorych, tak w interesie własnego zdrowia tych chorych, jak przez wzgląd na resztę zdrowego społeczeństwa.

II. Ponieważ szkła nieodpowiedniej jakości wywierają na narząd wzroku wpływ szkodliwy, zjazd uważa za konieczną potrzebę wydania rozporządzenia, w moc którego sklepy okularów podlegałyby nadzorowi sanitarnemu a optycy wydający towar na podstawie przepisu wydanego przez lekarza, pod groźbą grzywny obowiązani byli trzymać się wskazówek tego przepisu.

III. Z uwagi, że zranienia oka „kapsłami“, stają się coraz częstsze, wywołując często utratę nie tylko zranionego, ale przez zapalenie współczulne i drugiego oka, zachodzi potrzeba rozciągnięcia dozoru policyjno-sanitarnego nad sprzedażą kapsli niedorostkom.

Po wyczerpaniu porządku dziennego w serdecznym przemówieniu podziękował Prof. Rydel, jako przewodniczący Komitetu przygotowawczego sekcyi okulistycznej, zebranym za współudział, wyrażając nadzieję i gorące życzenie spotkania się na następnym zjeździe w Poznaniu.

Ze sekcyi, stojących pośrednio w styczności z medycyną wymieniamy dla braku miejsca przeważnie tylko nazwy pojedynczych sekcyi, kto takowe zagajał i jakie na nich były odczyty. I tak była reprezentowaną na Zjeździe:

7. Sekcja weterynarska.

Zagaił Doc. Dr. Walentowicz. Referent dyr. Dr. P. Seifmann zdał sprawę z komisji wybranej na ostatnim zjeździe ad hoc dla ułożenia projektu

przepisów weterynaryjno-policyjnych i weterynaryjno-sanitarnych w obec perlicy u bydła rogatego. — Referenci prof. St. Królikowski i prof. dr. I. Szpilman mówili o wściekłości psów, a Doc. Dr. A. Walentowicz o walce pasożytów w przewodzie pokarmowym konia. — Referent prof. Dr. I. Szpilman mówił o znaczeniu higienicznym mleka, oraz o potrzebie i sposobach kontroli policyjno-weterynarskiej nabiału. W końcu swego wykładu uzasadnia potrzebę dokładnej instrukcji eo do nadzoru nad nabiałem, któraby obowiązywała w całym kraju. Instrukcja taka obejmować winna wskazówki co do urządzenia obór, jakości paszy, poidła, sposobu dojenia, konserwowania, urządzenia lokalów służących do przechowywania i sprzedawania mleka, sposobu przewożenia jakości materyjału, naczyn i t. p. Oprócz tego w tej instrukcji powinno być podane, jakie mleko należy wykluczyć od sprzedaży, mianowicie: sine, czerwone, śluzowate, skisle, gorzkie, zawierające strzępy krwi, dalej pochodzące ze zwierząt chorych, leczonych, oraz sprowadzane z domostw zapowietrzonych. W tej samej instrukcji zawierać się powinny sposoby badania mleka i ocenianie dobroci nabiału. — Prof. Dr. H. Kadyj: O reformie studyów weterynarskich.

S. Sekcja farmaceutyczna.

Zagaił Mag. farm. Gralewski. Mówili: Bełdowski (Kraków): O chodowaniu maku i otrzymaniu z niego makowca w naszym kraju. W ożywionej dyskusji nad tym przedmiotem zwraca p. Zahradnik uwagę na wysoki koszt uprawy makowca u nas i dowodzi, że cięcia spowodowane narzędziem dla wydobycia soku, uszkadzają wielce nasiona. Pan Zajączkowski jest zdania, że przy umiejętnym nacinaniu nie może być mowy o uszkodzeniu nasion; przychyliła się do projektu prelegenta zaprowadzenia u nas hodowli makowca. Zdaniem p. Bełdowskiego możnaby przy umiejętnej hodowli zwiększyć wydajność soku i procent morfiny nad ten, jaki z jego prób wypadł. — Kłowski (Zamość): Przedstawił referat w sprawie wydawnictwa podręcznika do badań materyjałów aptecznych *in crudo* i przetworów farmaceutycznych. Z treści referatu wykazuje się, że referentowi nie znana była praca W. Zajączkowskiego p. t.: Komentarz do 8 wydania farmakopei austriackiej, którego dotąd wyszły 4 zeszyty. Referat drukowany będzie in extenso w *Wiadomościach farmaceutycznych*, wychodzących w Warszawie. Uchwalono, ażeby sprawę opracowania omówionego podręcznika poruczyć autorowi referatu, który w tym względzie ma się porozumieć z Tow. farmac. w Warszawie, a gremia Galicyi zachodniej i wschodniej, oraz Tow. aptekarzy galicyjskich udzielią ze swej strony wszelkiego poparcia. — Dr. Miczyński (Wieliczka): O koniaku.

Ze sekcji przyrodniczych były reprezentowane:

9. Sekcja fizyczno-matematyczna.

Zagaił Prof. Dr. Witkowski. Mówili: S. Dickstein: 1) O bibliografii nauk matematycznych. 2) Projekt nowej bibliografii matematycznej polskiej XIX stulecia. 3) W sprawie badań nad historią wiedzy w Polsce. — W. Gosiewski: O zależności zjawisk ze stanowiska teorii prawdopodobieństwa. — W. Natanson: Pogląd na niektóre nowsze postępy fizyki teoretycznej. — J. Ochrowicz: 1) Wyjaśnienie pomysłu i budowy termimokrofonu. 2) O sposobie wzmocnienia czułości elektroskopu Bolinenbergera. 3) Demonstracja hypnoskopu. — K. Oleński: 1) Kryteria rozpraszania energii w zjawiskach kołowych. 2) Nowy sposób mierzenia oporów elektrycznych. — Żurawski: O zbieżności jednego z szeregów Wronskiego. — A. Witkowski: 1) O rozszerzalności powietrza w niskich temperaturach. 2) O mierzeniu niskich temperatur. — J. Zakrzewski: O ciepłe właściwem i o rozszerzalności ciał stałych. — J. Puzyna: Z teorii funkcji. — W sprawie muzeum wynalazków przyjęto dzięki inicjatywie p. Dicksteina z Warszawy następujący wniosek: „Dla upamiętnienia VI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich sekcja matematyczno-fizyczna wyraża życzenie, aby członkowie zjazdu zechcieli się przyczynić do założenia muzeum wynalazków polskich w dziale nauk przyrodniczych i lekar-

skich przez składkę w ilości 1 zlr. od osoby. Sekretarzy poszczególnych sekcji uprasza się o przyjmowanie składek i doręczenie zebranych pieniędzy prof. Witkowskiemu. Wniosek ten do wszystkich sekcji zjazdu przesłany i mile przez wszystkich członków został przyjęty.

10. Sekcja chemiczna.

Zagail Prof. Dr. Olszewski. Mówili: Prof. Raymann (Praga), Bandrowski, Niementowski i Berlinerblau.

Sekcje matematyczno-fizyczna, chemiczna i mineralogiczna odbyły w sobotę dnia 18 lipca o 4-tój po południu w Zakładzie chemicznym Uniw. Jagiell. posiedzenie wspólne, na którym mówili:

Prof. Olszewski (Kraków): 1) O skropleniu i zestaleniu gazów t. zw. doskonałych. 2) O widmie absorbcyjnym i o barwie ciekłego tlenu. 3) O ciśnieniu krytycznym wodoru. — Prof. Kreutz: O wpływie niskiej temperatury na przekształcenie się kryształów. — Proff. Olszewski i Witkowski: O własnościach optycznych tlenu płynnego.

11. Sekcja mineralogii, geologii i geografii fizycznej.

Zagail Pr. Dr. Szajnocha. Mówili: S. Kontkiewicz: O środkowym oddziale formacji Jura w południowo-zachodniej Polsce. Prelegent badał pokłady środkowej Jury między Krakowem a Wolbromem, znalazł wiele skamieniałości, które go doprowadziły do różnych wniosków co do charakteru i powstania skał danej epoki. — L. Syroczyński mówił: o projekcie zakładania w miastach galicyjskich powiatowych gabinetów mineralogiczno-geologicznych. Myśl ta doznała słusznego powszechnego uznania. Żywe zainteresowanie wywołał wykład prof. dr. A. Rehmana o nowym podziale Karpat pod względem geograficznym z odpowiednimi objaśnieniami na naszkicowanej mapie. — K. Angermann: Stosunek źródeł oleju skalnego do tektoniki pokładów. Wniosek prelegenta co do potrzeby zrobienia zdjęć tektonicznych przekrojów kopalń oleju skalnego, wniesiony zostanie do wydziału krajowego do przeprowadzenia. Zdaniem prelegenta tylko dokładne obrazy przekrojów kopalń, tak poprzecznych jak podłużnych mogą wytworzyć pewne dane, na zasadzie których wszelkie poszukiwania ropy naftowej będziemy w stanie prowadzić, nie na oślep, lecz z wiarą otrzymania pomyślnych wyników. (Prawdopodobnie i w Wielkopolsce wniosek prelegenta uznany będzie za jedynie racjonalny....) — G. Ossowski: O rezultatach badań dokonanych w jaskiniach krajowych. — F. Bieniasz: O badaniach geologicznych południowo-wschodniej części Podola galicyjskiego. — J. Wiśniowski: O faunie mikroskopijnej formacji jurajskiej okolicy Krakowa. — Theisseyre: O płaskorzeźbie „Podola“ i jego historii geologicznej.

12. Sekcja zoologii i anatomii porównawczej.

Zagail Prof. Dr. Wierzejski. Mówili: Prof. Dr. H. Kadyi (Lwów): O zastosowaniu parafiny w technice anatomicznej. — Prof. Dr. A. Wierzejski (Kraków): 1) Rezultaty badań własnych nad wrotkami (Rotatoria) krajowymi. 2) Demonstracje pasożytów, skorupiaków mikroskopowych. 3) Sprawa stacji biologicznej, której założenie uchwalili V. Zjazd przyrodników i lekarzy. — Dr. J. Nussbaum (Warszawa): 1) Przyczynek do morfologii równonogich. 2) Przyczynek do morfologii łożyska u gryzoniów. — Dr. M. Kowalewski (Dublany): Przyczynek do rozwoju ryb kostnoszkieletowych. — Dr. Fiszler (Kraków): Krytyczny pogląd na systematykę przekopnic. — Dr. W. Kulczycki (Lwów): Mięśnie skórne u psa. Mówca daje przez ciekawy swój odczyt pochoch do prowadzenia badań w tym kierunku nad innymi zwierzętami, a to dla wykazania różnic w układzie i rozwinięciu mięśni u rozmaitych kręgowców. — A. Palmirski (Warszawa): Przyczynek do anatomii zoöy Kraba (Maja squinado). — Wł. Szymonowicz (Kraków): Cyclops, astomus rhynchadmus, potwór świni domowej (z demonstracjami). — Dr. Rojcecki podaje streszcze-

nie swęj pracy: Sur la circulation arterielle chez le Macaeus cynomolgus et le Macaeus Sinicus comparées à celle de singes antropomorphes et de l'homme.

13. Sekcyja botaniki.

Zagał Prof. Dr. Rostafiński. Mówili: E. Janczewski: O paru mięszaićach zawilców. — Władysław Rothert: O nowym grzybku pozbawionym zarodników. — Józef Rostafiński: Który gatunek dyni jest pochodzenia azjatyckiego. — (K. Łapczyński: Próba nowęj metody nazywania ustrojów uorganizowanych.) — M. Raciborski: 1) Nasze sosny. 2) Kilka uwag o rozmieszczeniu geograficzném glonów słodkowodnych. 3) Zpiór polskich grzybów pażożytnych. 4) Projekt utworzenia komitetu redakcyjnego flory polskiej.

14. Sekcyja antropologii

Przewodniczący J. Ex. Dr. J. Majer streścił obecny stan badań na polu etnografii fizycznej. Dr. Karłowicz odczytał pracę p. Zakrzewskiego p. t.: „Najbliższe zadanie antropologii i etnografii polskiej. G. Ossowski miał wielce interesujący wykład o badaniach archeologicznych. Udziała zdał sprawę z czynności kółka etnograficznego w Gorlicach i przedstawił zgromadzeniu obszerną w 2 wielkich tekach monografią pt.: „Lud polski w powiecie gorlickim i grzybowskim“, dokonaną na podstawie materyałów zebranych przez członków tegóż kółka. Karłowicz podnosi potrzebę utworzenia Tow. ludoznawczego, a Udziała odczytuje projekt statutu Tow. ludoznawczego z siedzibą w Krakowie. Po dyskusyi postanowiono założyć Tow. etnologiczno-antropologiczne na Galicyję, wybrano bióro a na W. Ks. Poznańskie wybrano delegatem prezesa wydziału archeol. T. P. N. Dra Koehlera. Niedźwiedzki odczytuje referat: „Popieliny czyli tak zwaay chrzest u naszych przodków pogańskich“. Majewski mówi w przedmiocie systematycznego zebrania materyałów, odnoszących się do folkloru w dziedzinie zoologii i botaniki. Adalberg mówi o przysłowiach w ogólności i przedstawia olbrzymią księgę przysłów, przez siebie opracowaną, która za kilka miesięcy ukaże się z druku. Stankiewicz mówi o etnografii Łotyczów polskich, biorąc asumpt z publikacyi E. Woltera i Ulanowskiej. Przy dyskusyi okazało się, że wyraz *lejgo*, stanowiący charakterystyczną cechę pieśni świętojańskich Łotyszów, stanowi do dziś zagadkę dla lingwistów, archeologów i etnografów. W końcu mówił Karłowicz o stosunku mitologii do filozofii. Rzecz ta doniosłego znaczenia będzie w krótkce na usilne naleganie sekcyi ogłoszona drukiem w języku polskim.

15. Sekcyja psychologiczna.

Zagał Prof. Dr. Cybulski. Mówili: P. Mahrburg: Teoryje uczuć elementarnych. — P. Dawid: Patologija pedagogiczna jako nauka o wadach umysłu i charakteru dziecięcego. — Dr. Złotnicki: O mechanizmie uwagi. — Doc. Raciborski: O wartości mierzenia objawów psychicznych. — Dr. Ochrowicz: O stosunku psychologii do medycyny. — P. Mahrburg: Apercpepcyje i automatyzm psychofizjologiczny. — Dr. Noiszewski: Demonstracyja przyrządu służącego do mierzenia czucia bólu. — P. Mahrburg: Wzruszenia i ich wyrazy. — Dr. Rubczyński: Teoryja poznania arystoteliów wobec badań etnopsychologicznych nad początkami mitu i mowy. — Dr. Noiszewski: Demonstracyja topotermoestezjometru. — Dr. Massoniusi: Psychologija i teoryja poznania. — P. Dawid: Czy jest pożądanę i w jakiej formie nauczanie psychologii w szkole średniej. — Rzecznowski (Warszawa): Hypnotyzm w terapii. (Wykład ten postawiony był początkowo na porządku obrad sekcyi medycyny wewnętrznej, lecz w ostatniej chwili został przez sekcyję odrzucony. Namby się zdawało, że temat taki, jeżeli naukowo jest traktowany, nadawał się bądź jak bądź do dyskusyi właśnie w sekcyi dla medycyny wewnętrznej! Można być przeciwnikiem terapii hypnotycznej do tego nawet stopnia, jak jest np. Mendel w Berlinie, nie wyklucza to jednak, aby o przedmiocie tym wcale już nie wolno było mówić. Tak daleko nauka

dzisiaj jeszcze nie postąpiła, aby nad przedmiotem tym przechodzić do porządku dziennego. Wręcz przeciwne sobie zapatrywania na sprawę tę paryżkiej szkoły Charcota (Babiński) i szkoły Bernheima w Nancy, (jeszcze w tej chwili bronią francuzcy badacze swych zapatrywań w *Gaz. hebdom. de med. et de chir.*) najwidoczniejszym tego dowodem. Jeżeli gdzie, to właśnie na zjazdach winna nastąpić wymiana zdań w spornych kwestjach naukowych. *Red.*)



IV. Wystawa przyrodniczo-lekarska.

Historia wystaw przyrodniczo-lekarskich jest krótka, bo też i czas od ich powstania niedługi. Zaproponował je Dr. Baraniecki i urządził pierwszą w r. 1869 podczas I zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Gdy tę myśl w gronie lekarzy wówczas poruszył, wysmiano go, twierdząc, że nie mamy co pokazywać i prawie że się od wystawy zupełnie usunięto, tak iż nawet w programie owego I zjazdu nie ma o wystawie ani słowa. Dr. Baraniecki niezrażony, jak postanowił, tak też własnymi funduszami wystawę urządził. Gdy ją otwarto, wszyscy nabrali przekonania do wystawy, bo zobaczyli, że już wtedy było co wystawiać, a w sprawozdaniu I. zjazdu pisze Dr. J. Majer o owej wystawie, że była dziełem udanem. Odtąd aż do dnia dzisiejszego, a więc przez lat dwadzieścia dwa urządzono takich wystaw pięć, co jak na nasze stosunki trzeba powiedzieć, że dużo, a do tego dodać musimy, że co następna wystawa, to obfitsza i bogatsza. Myśl więc Dr. Baranieckiego, ubrana w ciało przez niego, wywalczyła sobie i to w krótkim czasie prawo obywatelstwa, tak że obecnie trudnoby było wyobrazić sobie zjazd bez wystawy, bo koniec końców jest to punkt ciężkości na zjeździe. Pierwotny program przez Dr. Baranieckiego dla pierwszej wystawy ułożony niby zmieniono we Lwowie i w Warszawie, ale zmieniono w formie, bo treść została ta sama. Inaczej rzecz ugrupowano, inaczej ochrzczono. We Lwowie wystawa nosiła nazwę wystawy higieniczno-lekarskiej i dydaktyczno-przyrodniczej, w Warszawie po prostu higienicznej. Wziąwszy jednak katalogi ze wszystkich tych wystaw w rękę i przypatrzwszy się im okiem krytycznym, widzimy, że są to wszystko te same rzeczy co w pierwszym katalogu z wystawy Dr. Baranieckiego, omal że nie ci sami wystawcy, tylko że inaczej nazwano grupy, inaczej rozłożono przedmioty. Wystawę obecną i dla tradycji i przez szacunek dla Czcigodnego Nestora i Projektodawcy wystaw, a kto wie czy i nie najracjonalniej, urządzono prawie zupełnie według pierwotnego programu przez Dr. Baranieckiego ułożonego. Dodano do niej, na życzenie i wnioszek sekcji fizyczno-matematycznej, dział naukowych wynalazków polskich, które zdolne są przyczynić się do wytworzenia obrazu, o ile można zupełnego, historii wynalazczej działalności Polaków.

Wystawę obecną urządzono w bardzo zniszczonym budynku gimnazjum św. Anny i tylko zupełny brak innego odpowiedniejszego na ten cel miejsca w śródmieściu, skłonił Wydział gospodarczy do zdecydowania się na to gimnazjum. Staranna i bardzo trudna dekoracja, porobione niektóre konieczne naprawy, zrobiły lokal ten dla wystawy możebnym a same przedmioty wystawione swoją wartością pokrywały i wynagradzały braki budynku.

W jedenastu salach szkolnych rozmieszczono bogaty materiał przez wystawców nadesłany, dwunastą zajął bufet, trzynastą biuro wystawy. Wystawa rozpoczynała się na parterze od strony ulicy św. Anny. Tutaj zajęły miejsce zdrojowiska krajowe, które w niebywałej ilości, bo prawie w komplecie, znajdują się na wystawie. Salę obok znajdującą się zajmowało 1500 dzieł lekarskich i przyrodniczych w ostatnim dziesięcioleciu wydanych. Następuje sala nauk przyrodniczych, a więc preparaty i okazy z zoologii, botaniki, mineralogii i geologii. Następna mieściła wystawę szpitala św. Ludwika i Łazarza, domu zdrowia Dra Gwiazdomorskiego, gabinet elektroterapeutyczny Dra Piotrowskiego. Wystawa sanitarną gminy miasta Krakowa zajmowała olbrzymią salę.

W tej też sali, z powodu braku innego pomieszczenia, znajdowały się blacharskie wyroby Markusa i żelazne Staszczyka, dostawcy dla kliniki Prof. Ry-

dygiera i Prof. Obalińskiego. W następnej sali znajduje się bufet. Na pierwszym piętrze sala duża narożna od strony plantacyi mieści pokarmy i napoje zdrowotne, tutaj więc między innymi znajdujemy fabrykę izdebniak wódek zdrowotnych, wódki z Gniezna Kasprowicza, pierniki Czyńskiego, mleczarnią Dobrzyńską, która ulepszonym już przez swego chemika sposobem Dra Soxhleta mleko sterylizuje. Najobfitszy dział i najpiękniejszy, jakiego może dotychczas na wystawach nie widziano, jest dział instrumentów chirurgicznych. Biasion, Knapiński (młoda firma krakowska), Balukiewicz z Warszawy i W. A. Kasprowicz z Poznania, to główni téj grupy reprezentanci. Patrząc na te rzeczy skończonej dobroci, nieustępujące a nawet przewyższające wyroby obce, chciałoby się koniecznie wszystkim pesymistom, którzy podają w wątpliwość użyteczność takich wystaw, powiedzieć, że to co myślą i mówią to nie zawsze prawda.

O wynalazkach polskich, do których sali wchodzimy, musimy na tém miejscu nieco obszerniej pomówić. Rozproszeni po całym świecie Polacy, wybitni zdolnościami wrodzonymi, pozostawiają wszędzie, gdzie przebywają, ślady twórczości swojego umysłu. Gdy nie posiadając własnego rządu, jak inne bogate i szczęśliwe narody, jesteśmy plemieniem, które dobijać się musi wśród innych, by się z niem liczone, by je szanowano, uznawano a przynajmniej o niem nie zapomniano i nieprzedawnionych nigdy praw politycznej odrębności nie kwestyjonowano, musimy się starać wszystko co nasze własne, cośmy na drodze pracy duchowej zdobyli, zachować od zagłady, musimy to szanować, skupiać, zbierać, gromadzić, abyśmy każdej chwili byli w stanie zliczyć i zrobić bilans naszych usiłowań i ich skuteczności. Wielką część tych naszych wrodzonych zdolności umieścili przodkowie nasi w pomysłach naukowych. Niejednokrotnie w obec naszej nieporadności obcy nasze pomysły wyzyskali i sobie jeszcze własność ich uzurpowali, czas by więc był wielki, aby w chwili, kiedy naród nasz ocknął się z letargu, kiedy wstąpił na drogę właściwą poważnej pracy, policzyć wszystkie te zdobycze, któreśmy zyskali na tém polu nauki i ciągłej pracy w zawodach naszych.

To była przewodnia myśl sekcji fizyczno-matematycznej, a nasunęła ona się uczonym naszym, gdy spostrzegli, że na każdym prawie kroku w nauce spotyka się nazwiska polskie, że więc ci Polacy także, a nie tylko Niemcy, Francuzi, Holandrzy, Anglicy nieco w tym kierunku zdziałali. Nie na tém jednakże koniec, aby to wszystko przez Polaków wynalezione, obmyślane, na jedną chwilę tj. na czas wystawy zebrać! P. Dickstein z Warszawy poszedł w tym kierunku jeszcze dalej, a w listach pisanych do dyrektora wystawy Dra Śliwińskiego poruszył myśl wielkiej dla nas Polaków doniosłości, mianowicie myśl utworzenia Muzeum wynalazków polskich. Nie przypuszczamy, aby istniał na całym obszarze ziem polskich człowiek, do którego by ta myśl nie przemówiła serdecznie. Matkę wynalazków, jak ją nazywa przysłowie, ową potrzebę czujemy wszyscy i wszędzie, mamy jęć aż zanadto; wynalazki te, to jęć dzieci, czyż nie powinniśmy się niemi zaopiekować? To narodowy nasz obowiązek! tak poważna korporacja, jak Rada Miasta Krakowa, która zawsze przykładą rękę do wszystkiego, co piękne, szlachetne i patriotyczne, wzięła Muzeum także w opiekę, dochowa je do chwili zamierzonego wybudowania gmachu na Muzeum techniczno-przemysłowe i tam złoży te skarby umysłowej działalności Polaków.

W dalszym ciągu spotykamy na wystawie nader obficie reprezentowany dział wyrobów chemicznych i farmaceutycznych. Tu wybitne miejsce zajmuje Maryan Zahradnik, fabrykant kapsulek pod nazwą Hygea. Odnaczany na wszystkich prawie wystawach w kraju i zagranicą wystąpił tym razem *hors concours* i wystąpił świetnie. W oknie widnieje olbrzymi transparent z kapsulek kolorowych, obok dąb, na którym żółędzie z kapsulek, służący za podstawę pięknej grupie z terakoty „Recipe.“ Całość przepyszna, smaczna i dowcipna. P. Zahradnik wyrabia jednakże nie tylko kapsułki, ale w wolnych chwilach od zajęć wymyśla, stwarza dobre i praktyczne rzeczy, jak np. na wystawie się znajdującą szafkę do trucizn. Wobec takiej szafki już nie istnieje pomyłka — z pomyłki nikt nie ulegnie otruciu. O innych pomysłach tego wystawcy zamierzamy, bo ostatecznie trzeba było być na wystawie, aby to wszystko, co tam było, mózdz należycie ocenić.

Nowych rzeczy dotąd niewidzianych znajdujemy w niektórych kierunkach

na wystawie więcej zgromadzonych, niż na niejednej wystawie powszechnej. Wynalazek prof. Teichmanna, owe od 30 lat na deszczulkach leżące bez przykrycia, bez szkła, spirytusu lub jakiegokolwiek innego aparatu, chrząszcze, ryby, żaby, jaszczurki i węże, wyglądające, jakby dzisiaj zostały złapane, toż to jedno więcej warte, jak kilka innych całych wystaw razem. Sposób ten konserwowania obecnie już ogłoszony publicznie w katalogu wystawy. Że sposób to jest nadzwyczajny i nieznan, dowodzą tego liczne listy, które prof. Teichmann z głębi Rosji i Niemiec otrzymuje z zapytaniem od zoologów o metodę tę i jej objaśnienie. Umieszczonem było ono w katalogu wystawy. — Jednym także z wielu innych tak w wysokim stopniu interesujących przedmiotów na wystawie i zupełnie nowym był „Depolaryzator“ Armanda Iwanowskiego z Warszawy. Przyrząd to mały niedochodzący 1 m. kwadr., jest źródłem całkiem nowem dla światła elektrycznego, które bez jakiegokolwiek motoru, bez pary, gazu, elektro-dynamomaszyny, można mieć aż-do maximum w dowolnej sile.

Na zakończenie winniśmy zanotować ku pamięci, że wystawa Zjazdu została urządzona przez Dra Śliwińskiego bez wszelkiej czynnej od kogokolwiek pomocy. Sił trzeba było nadludzkich i zaparcia się siebie a poświęcenia zupełnego osoby swojej dla publicznego dobra, aby to wszystko zgromadzić i w sposób dla tak wielkiej ilości osób przystępny przedstawić.

V. KRONIKA ZJAZDU.

Na wspólnem posiedzeniu sekcji chemiczno-fizycznej skroplił prof. Olszewski w obec licznie zebranych członków około 200 gramów tlenu, objaśniając zarazem zebranych własności i zalety skroplonego gazu. W tak stosunkowo znacznej ilości nigdy jeszcze przedtem skroplenia tlenu nie wywołano. Gaz wystawia się w bardzo zawiłym i drogim przyrządzie na ciśnienie 525 atmosfer przy działaniu temperatury mającej 140 stopni zimna. Całe zgromadzenie hucznemi oklaskami okazało uznanie swoje dla prof. Olszewskiego i jego wynalazku, a każdy ze zebranych odchodził z tém przekonaniem z posiedzenia, iż był obecnym na ważnem naukowem odkryciu polskiego badacza.

Wykłady prof. Dr. Obrzuta z Pragi, miane w sekcji medycyny teoretycznej, a stawiające dla nauki tak nieobliczonej doniosłości tezy: ciała białe powstają z ciałek czerwonych krwi; komórki obrzynie są niczém inném, jak konfluencyją ciałek czerwonych; kolloid, amyloid i hyalin pochodzą z krwi krążącej w naczyniach samych lub z krwi wynaczynionej, były przedmiotem ożywionej wymiany zdań między wielu członkami, nawet i po za obrębem pojedynczych posiedzeń. Mimo różnych zapatrywań godzili się wszyscy na to, że jeżeli twierdzenia Dra Obrzuta okażą się słuszne, VI Zjazd lekarzy polskich już tém samém dobrze się około nauki zasłużył. Również doświadczenia niestrudzonego członka komitetu Zjazdu prof. Cybulskiego o i jego uczniów Becka i Zanietowskiego o elektrycznych zjawiskach w korze mózgowej i nowej metodzie podrażnienia mięśni i nerwów za pomocą kondensatorów były przedmiotem słusznego uznania nie tylko w czasie samego posiedzenia a wypowiedzianego przez usta prof. Mareša, ale i w pogadankach prywatnych.

W sekcji botanicznej odczytano ważną rozprawę Dr. Rotherta z Kazania o *nowym grzybku pozbawionym zarodników*. Autor nazywa grzyb ten tymczasowo *Sklerotium hydrophilum*. Dotąd nie znano ani jednego grzyba, któryby w normalnych warunkach swego istnienia nie tworzył zarodników, bądź na grzybicy, bądź w owocniach. Nowy grzybek kiełkuje nadto bardzo łatwo, ale nigdy nie wydaje owocni!

Wmieszkaniu gościnnego prof. Gluźnińskiego obradowali delegaci z Warszawy, Krakowa, Lwowa i Poznania pod prezydenturą czcigodnego dziek. Brodo-

wskiego z Warszawy nad ujednostajnieniem słownictwa lekarskiego, a wynikiem obrad było przyjęcie następującego wniosku, postanowionego przez prof. Rydla:

Szósty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie uchwala ujednostajnienie słownictwa lekarskiego polskiego za pomocą nowego uzupełnionego wydania Słownika lekarskiego, wydanego staraniem i nakładem Tow. lek. krak. w roku 1881, a w tym celu:

Wzywa wszystkie Tow. lek. polskie i Wydział lek: Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu do wyznaczenia ze swojej strony po trzech, tudzież Redakcyje wszystkich czasopism lek. polskich do wyznaczenia po jednym Delegacie.

W ten sposób złożone komisye miejscowe zajmą się przejrzeniem wyżej wymienionego słownika celem uzupełnienia jego braków i wyszukania wszystkich spornych wyrazów aż do końca Grudnia 1891.

Wszyscy członkowie wymienionych komisji miejscowych zbiorą się w terminie i czasie później, za wspólnym porozumieniem, oznaczyć się mającym i po wezmą stanowcze uchwały co do wszystkich spornych wyrazów.

Redakcyje wszystkich czasopism lekarskich polskich zobowiążą się trzymać się stanowczo i ściśle nomenklatury i terminologii objętej słownikiem, który Tow. lek. krak. wyda uzupełniony i przerobiony stósownie do uchwał komisji złożonej z powyżej określonych komisji miejscowych.

* * *

Na posiedzeniu sekcji zoologicznej przedstawił prof. Wierzejski potrzebę ujednostajnienia polskiej terminologii i nomenklatury zoologicznej. Uchwalono udać się do Redakcyi polskich pism peryjodycznych przyrodniczych z prośbą, aby łamy pism swoich otwały dla dyskusji nad tym przedmiotem. Nadto uchwalono zwrócić się do polskiego Tow. przyrodników n. Kopernika z prośbą, aby w przyszłości sprawą tą zajmować się zechciało.

* * *

Na posiedzeniu sekcji antropologicznej podniósł Dr. Karłowicz potrzebę utworzenia *Towarzystwa ludoznawczego*, odczytano następnie projekt statutu Tow. takiego z siedzibą w Krakowie i wybrano komitet, który się zajmie wstępnymi czynnościami Tow. Wybrano do komitetu: prof. Baranieckiego, Gustawicza, Udziele i Rostafińskiego.

* * *

W obec tego, że liczba laryngologów polskich jest nie wielką, nie można było urządzić sekcji laryngo-otologicznej. Zebrani laryngolodzy jak np. Heryng z Warszawy, Koehler z Poznania i inni, których koło siebie gromadził gościnny profesor krakowski Pieniążek, omawiali różne przedmioty i kwestyje z tej gałęzi nauki lekarskiej, i wyrażali przytém życzenie, aby na przyszłym zjeździe w Poznaniu urządzić sekcją laryngologiczną, — do której przyłączyć by się mogli i otolodzy. Dnia 18 lipca po 5-tej demonstrował Dr. Heryng prześwietlanie jam twarzowych i krtani światłem elektrycznym przy użyciu własnego wynalazku przyrządów, na które to nadzwyczajne posiedzenie stawilo się liczne grono członków zjazdu, zwłaszcza chirurgów. W dyskusji zabierali głos: Koehler, prelegent i inni.

Członkowie zjazdu w parku prof. Dra Jordana.

Któż opisze wrażenie jakiego członkowie zjazdu z różnych stron przybyli doznali w parku Dr. Jordana za rogatką Wolską. U wejścia powitała gości muzyka „Harmonji“ marszem narodowym, a pułk dzieci krakowskich w pełnym rynsztunku broń prezentował. Widok malców z rozpalonemi oczami i zarumienionemi twarzami czynił wrażenie dziwnie przejmujące. W zwartym szeregu deflowali oni przed ukochanym szefem. Jeżeli w przyszłości pójda tak zawsze razem, a zawsze karni, to chyba rozplyną się chmury, jak w dniu tym po groźnej burzy i z ust miljonów taka sama pieśń wiary i otuchy w niebo się wzbije, jak teraz z ust maluczkich. A jakże pięknie śpiewali na tej wysepce, ugrupowawszy się w około popiersia

Kościuszki, wspaniale przystrojonego chorągwiami i zielenią! Olbrzymim kołem po drugim brzegu otoczyli ich młodzi zabaw towarzysze i ich rodziny, a frontem do popiersia stali w około dra Jordana uczestnicy zjazdu. Słuchali śpiewów pulku dzieci krakowskich, obejmując myślą Narodu przeszłość i jego na przyszłość nadzieje. A niebo wypogodziło się, jakoby otwierając swoje podwoje dla śpiewu tej dziatwy, która oby całe życie szła równie śmiało za sztandarem wiary, nadziei i miłości, jak w tym pięknym i niezapomnianym dniu! Łzy w oczach niejednego z uczestników przyświecały pamiętnej uroczystości, a gromkie okrzyki na cześć dra Jordana ze wszystkich rozlegały się piersi.

Uczta na cześć prof. dr. Jordana.

W wielkiej sali krakowskiego „Sokoła“ zebrało się wieczorem dnia 18 lipca przeszło trzysta osób nie tylko z kraju, ale ze wszystkich Ziem polskich w około stołów zastawionych w podkowie. W licznym gronie lekarzy i przyrodników znaleźli się także wybitni miasta Krakowa i kraju reprezentanci. Goście czescy przybyli niemal w komplecie, ugrupowawszy się około dra Chodounsk'ego.

W czasie uczty zabrał głos sędziwy dr. Baranowski, inicjator uczty, który w podniosłych słowach podniósł wielką zasługę dra Jordana, zaznaczając, że uznać w tém zasługę było w pierwszej linji obowiązkiem lekarzy polskich, a skorzystali oni właśnie z obecnego Zjazdu, aby dopełnić obowiązku, który na nich pod tym względem ciąży zarówno wobec wyników pracy Czcigodnego Kolegi, jak i wobec myśli, co tę pracę wywołała i nią obecnie kieruje.

Wśród gorących oklasków wzniósł wtedy mówca w imieniu swoim i w imieniu uczestników Zjazdu zdrowie dr. Jordana. Poczem przemówił prezydent Dr. Szlachetowski w imieniu miasta, a następnie znakomicie co do formy i treści prof. dr. Jakubowski.

Z kolei zabrał głos dr. Henryk Jordan. „Przyjmując tyle oznak drogiej mi Waszej życzliwości — mówił dr. Jordan — ani chcę wiedzieć o moich zasługach. Bóg dał mi myśli, siły i dość czasu, abym pracował. Ile razy w Parku jestem, czuje się szczęśliwym a tém samém już dostatecznie wynagrodzonym. Jeśli mimo to pożądanem nazwę dzisiejsze tak dla mnie zaszczytne zebranie Panów, to powód tkwi w tej myśli, która mi w pracy przewodniczy, której pełnego urzędywstnienia pragnę z głębi serca. Żyjemy w ciężkich czasach, a jeśli w młodzieży naszej są szlachetne porywy, będące dowodem jej podniosłego ducha, toć godzi się właśnie nam lekarzom zapytać, czy w trudniejszych coraz życia warunkach może wystarczyć sam duch bez zdrowia fizycznego? Ze smutkiem, panowie, ale odpowiedzieć musimy na to stanowczo: nie!

„Są porywy, ale gdzie jest siła wytrwania; są zacne! pragnienia, ale gdzież równowaga między sercem a rozumem? Nieraz patrzałem za granicą z zazdrością na młodzież innych narodów. Tyle młodzież naszą czeka niebezpieczeństw, z tyloma wrogami może przyjdzie kiedyś walkę jej staczać. A to pokolenie młode tak bardzo anemiczne, że doprawdy ciężko myśleć o lepszej przyszłości, jeżeli my, lekarze, nie połączymy się, aby złemu zaradzić. Panowie, jesteśmy tak biednym narodem, tak nas ze stanowisk dawnych obce wypierają żywioły, że nie godzi się nam lekceważyć rozwoju fizycznego jednego choćby polskiego dziecka! A jakże powoli rozwija się nasze Towarzystwo zdrowia! Zebraliście się jednak Panowie tak licznie, że ztąd mimowoli wstępuje we mnie otucha, iż zajmiecie się szczerze moją myślą, że uważając ją za swoją, połączonemi siłami dopomożecie do wielkiego dzieła. Za to też zgóry Panom dziękuję, wznosząc toast na pomyślność naszej łącznej pracy, która tak ściśle łączy się z Narodu przyszłością“. (Huczne i długotrwałe oklaski).

W dalszym ciągu wzniósł dr. Święcicki z Poznania: „Kochajmy się“, obejmując i gości czeskich swym toastem.

Z kolei prof. dr. Rostański odczytał nadeszłe telegramy.

Zdrowie „Kochajmy się“ nie zamknęło jak zazwyczaj szeregu toastów. Hr. Tarnowski spełnił toast pełen głębokich myśli o stosunkach politycznych na cześć Czechów w ręce dr. Chodounsk'ego, który odpowiedział:

„Sympatyje nasze dla polskiego Narodu płyną z głębi serca. Bohaterskie dzieje Waszego Narodu wiele dla nas zawierają nauki, a dzieła poetów i uczonych Waszych — myśli, którebyśmy radzi sobie przyswoić. Wierzajcie też, że jeżeli Mickiewicz wyraził życzenie, aby dzieła jego były pod każdą polską strzechą, to jest już po części, a w przyszłości będzie z pewnością pod każdą czeską strzechą.

„I dziś wielce nas wzruszyło, że tego nawet wysłować nie umiem, gdyśmy patrzeli na dzieci polskie, jakby przyszłe wojsko wasze, otaczające pomniki wielkich mężów Narodu. Ten widok lży nam z ocz wyciskał, a bądźcie przekonani, że ścieśniły się węzły nasze i że z głębi serca pijemy na Waszą pomyślność i na cześć zacnego dra Jordana“.

Trudno opisać zapał, jaki wywołały te słowa. Muzyka zagrała „Kde domov můj“, a uczeni polscy dziękowali serdecznie dr. Chodounsky'emu, za te gorące jego słowa. Przemawiał jeszcze jędrnie i ze serca dr. Dunin, na wiążąc do ustaw komisji edukacyjnej i wznosząc zdrowie dr. Jordana imieniem lekarzy. Swobodna pogawędka zakończyła wspaniały ten wieczór.

Uczta pożegnalna.

W dniu ostatnim Zjazdu odbyła się wieczorem w sali Sokoła uczta pożegnalna urządzona przez wydział gospodarczy Zjazdu. Przy szeregach licznych stołów, zapelniających piękną i obszerną salę, zajęło miejsce przeszło 500 osób. Przemawiali: niestrudzeni prezesi komitetu gosp. Rydygier i Rostafiński, prezydent miasta, Czech Nečas, Merunowicz, Rehmann, Wróblewski i inni. Po zakończeniu się uczty nastąpiły tańce, które się przeciągły do późna w nocy.

Zwiedzanie miasta.

W czasie wolnym od zajęć naukowych zwiedzali członkowie i uczestnicy Zjazdu (i to w następującym porządku): Katedrę na Wawelu, rzeźnię, zakład desygnacyjny miejski, park Talardowski, główną stację miejskiego telegrafu pożarnego, stację ratunkową, muzeum XX. Czartoryskich, szpital wojskowy, szpital św. Łazarza, klinikę chirurgiczną, szpital św. Ludwika, zakład Helclów, zakład dr. Żuławskiego, zakład dr. Gwiazdomorskiego, kościół Maryacki, muzeum dr. Baranieckiego, bibliotekę uniwersytecką i zbiory przyrodnicze uniwersyteckie. Przy zwiedzaniu miejsc tych posługiwali się członkowie znakomicie zredagowanym „Przewodnikiem po Krakowie i okolicy“, jaki opracowany został zbiorowymi siłami po redakcją przewodniczącego komitetu Zjazdu prof. I. Rostafińskiego. Wyborne to dziełko informacyjne i ozdobione widokiem Krakowa z XVI w., licznymi drzeworytami, planem miasta itd., otrzymał każdy członek Zjazdu, jako cenny upominek od komitetu.

Wycieczki.

Dnia 19 lipca odbyła się wycieczka do Mnikowa, gdzie Tow. lek. Krak. przyjmowało członków zjazdu.

Z Krakowa wyjechali członkowie zjazdu wraz z rodzinami rannym pociągiem kolei północnej do stacji Zabieszów, skąd podwodami udano się przez Balice, Aleksandrowice do Mnikowa. Jest to wioska należąca do kamedułów z Bielana, obok której ciągnie się wązka, strumieniem przerznięta dolina, otoczona z obu stron malowniczymi jurajskimi skałami. W dolinie tej przyjmowało Tow. lek. krakowskie członków zjazdu. W imieniu Tow. witał zebranych prezes Towarzystwa prof. Gluziński. Podczas, gdy młodsze towarzystwo z paniami na czele bawiło się ochoczo w gry i tańce, starsi udali się na wzgórze, skąd piękny i szeroki otwierał się widok na Tyniec, Bielany i Kraków. Wieczorem całe towarzystwo wracało malowniczymi podwodami krakowskimi do Krzeszowic, a ztamtąd kolejną do Krakowa. Na drodze do Krzeszowic Tow. lek. krak. miłą zebrany zgotowało niespodziankę. Gdy podwozy przejeżdżały na lewo od wzgórza, na którym stoją ruiny zamku Tenczyńskiego, takowe nagle w pięknych, różnokolorowych zajaśniały ogniach. Chwila była wspaniała, tém piękniejszy, że z niektórych wózków panie nasze narodowe zaintonowały pieśni. Po przybyciu do Krakowa

podejmował prof. Rydygier wielu członków zjazdu w swém mieszkaniu z prawdziwie staropolską gościnnością.

Członkowie sekcji geologicznej i botanicznej udali się w niedzielę dnia 21 lipca rano do Krzeszowic, dla poznania tamtejszych okolic. Razem z nimi pojechało kilku Czechów. Wycieczka przy niespodziewanie pięknej pogodzie udała się w zupełności. Pod kierunkiem p. M. Raciborskiego udano się do Miękinii dla zwiedzenia łomów porfirów oraz obejrzenia znakomicie rozwiniętych łupków węglowych. W tych ostatnich odnaleźli uczestnicy wycieczki śliczny gład exotyczny. Następnie zwiedzono dolinę Czerny (wsi), z kądem po zebraniu nielicznych skamielin w wapieniach węglowych udano się do kopalni limonitu i do klasztoru a ztamtąd obok źródeł Teofili do Czatkowic dla obejrzenia łomów marmurów dewońskich. Do Krzeszowic wrócili wszyscy o godzinie 7:30 m. Uczestnicy wycieczki, mianowicie Czesi zebrali znaczną ilość okazów paleontologicznych i petrograficznych, a botanicy niektóre rośliny.

Po zakończeniu zjazdu urządzono wycieczkę do Wieliczki, do Pragi i do zdrojowisk krajowych. Ta ostatnia odbyła się pod kierunkiem członka komitetu gospodarczego dr. Surzyckiego. Wszystkie wycieczki udały się znamenicie.

Statystyka Zjazdu.

W XV sekcjach VI Zjazdu odbyło się od 17—21 lipca rb. 52 posiedzenia, do tego dochodzą 2 posiedzenia ogólne. Wykładów było 143.

Członków biorący udział w Zjeździe było około tysiąca! Największa ilość członków i uczestników Zjazdu przypada na zabór austriacki. Nadto przybyli, o ile wiadomości nasze sięgają:

Z zaboru rosyjskiego: Anders, Arnstein, Asterblum, Adelberg, Biertümpfl, Byszewski, Bakowicz, Bączkiewicz, Bartoszewicz, Baranowski, Brodowski, Biegański, Borysowicz, Barcz, Bujwid, Buszczyński, Centnerszwer, Chmielewski, Ciągłiński, Czajewicz, Czaplicki, Dembowski, Drozdowski, Dąbrowski I i II, Dunin, Deiko, Downar, Florkiewicz, Frenkel, Gabszewicz, Gosiewski, Gromacki, Heryng, Jewiołkowski, Jaworowski, Koziulowicz, Kijewski, Klarnier, Karwowski, Kapliński, Kosiński, Kamocki, Klecki, Kramsztyk, Kurtz, Majewski, Morawski, Mayzel, Niedźwiecki, Natanson I, II i III, Noiszewski, Nowakowski, Oraczewski, Oderfeld, Puławski, Podbielski, Palmirski, Psarski, Paciorkowski, Pruszyński, Przyborowski, Polak, Rzecznowski, Reichman, Rodyś, Rychliński, Słusarski, Sędziewski, Sommer, Szyszylowicz, Seweryn, Szpigel, Świrski, Sokołowski I i II, Siechowski, Sieragowski, Sierpiński, Samborski, Sztembart, Steiner, Steinhaus, Tyrchowski I i II, Ułasko, Urbanowski, Wrześniowski, Węławski, Wolski, Wołkiewicz, Wroczyński, Wesółowski, Wurst, Wisłocki, Wróblewski, Wasserenga, Wysłouch, Zawadzki, Ziwiński, Żołędziowski, Massonius, Nowak, Przyborowski, Stankiewicz, Strzyżowski, Szanior, Stępniewski i Stanisławski.

Z zaboru pruskiego: Garsztka, Głabisz, Koehler, J. Kościelski, poseł, Karczewski, Kasprzewicz, Piórek, Szymański, Szuman I i II, Święcicki, Szrant i Wróblewski.

Z Czech: Chodounsky, Frankenberger, Haskoveč, Kallmünzer, Kimla, Lüftner, Maixner, Macha, Mareš, Michał, Mikeš, Necar, Nekat, Obrzut, Perner, Pokorny, Purkyne, Rožanek, Skaliczka i Rydel.

Z Francji: Brochocki, Falkowski, Górecki, Jabłoński, Jasiewicz, Karski, Rojecki, Piątkiewicz, Oluski, Piotrowski, Ratuld, Wrotnowski i Zlotnicki.

Z Hercegowiny: Karliński.

Z Włoch: Szczawiński, (Postempski z Rzymu uniewinnił swoje nieobecność.)

Z Niemiec: Jarunntowski (Goebersdorf), Szydłowski (Berlin) i Sobierański (Marburg).

Z Ameryki: Haight i Laskowski.

Zakończenie.

Referat nasz o Zjeździe krakowskim zamykamy trafniemi słowami prof.

Pużyny, który solwując ostatnie posiedzenie sekcji matematyczno-fizycznej tak między innemi się odezwał:

Spadła więc znowu kropla ożywczej czystej rosy ku orzeźwieniu sił potrzebnych w obronie naszej przeciw temu, co chce, aby nas nie było. Bo z jednej strony chcą nas zmrozić; z drugiej strony żar kultury swojskiej spalić nas pragnie. Ztąd to ten ból serca i to pytanie: co będzie?

W tym krótkim szeregu godzin daliśmy na to wymowną odpowiedź. Zebraliśmy się do wspólnej pracy, aby się wynikami myśli naszych podzielić, aby siły nasze i sumienia naukowe wzajemnie skontrolować, aby się pokrzepić i otuchy nabrać, a otucha ta, jaką napelnieni gród Krakusa opuszczamy, i dobra i zdrowa, bo ją swoi u swoich wzięli.

W pierwszej linii braciom z Warszawy winniśmy wdzięczność za przyświecanie nam przykładem. Oni to i w Zjeździe i poza Zjazdem pracując w tak trudnych warunkach, pożytek wielki dla nauki i dla serc polskich gotują. Oni to ze skutkiem pracują na tę rosę, z której kroplami — da Bóg — całe nasze wróci życie.

Aby siły swe zbadać, trzeba je porównać z tém, co było, z tém co się przeszło, a z przyjemnością i z otuchą stwierdzić możemy, że to porównanie bardzo wypadła pomyślnie..

Kończymy obrady nasze o wynikach dodatnich i z tém życzeniem na ustach, abysmy się w przyszłości wszyscy, jak jesteśmy, zebrali na Zjazd przyszły w Poznaniu w wzmocnionym zastępie, abysmy dalej pracę naszą prowadzili ku pożytkowi sumiennęj nauki i ku rozgrzaniu serc i ducha — lecz nie „*usque ad finem*,” ale „*usque ad initium*....“



Sprostowania

Na str. 423 wykład Dra Herynga nie czytany był w sekcji medycyny wewnętrznej, lecz w sali zakładu fizycznego.

Na str. 425 jest wykład Dr. Biegańskiego: „Przyczynek do nauki o nerwicach urazowych“ pod rubryką wykładu Dr. Momidłowskiego i Surzyckiego przez niedopatrzenie się zecera fałszywie umieszczony. Wykład Dra Biegańskiego dla nawału materiału wcale do skutku nie doszedł i tylko następnie streszczony został w Dzienniku Zjazdu.

Na str. 432 wiersz 25 z góry zamiast „po odpreparowaniu“ ma być „po odpreparowaniu miedniczki“.

Na str. 384 wiersz 2 z dołu zamiast „Kołakiewicz“ ma być „Karłowicza“.



Od Redakcyi.

Do dzisiejszego Numeru naszego pisma dołączamy prospekt wydawanych pod umiejętną redakcją prof. Korczyńskiego „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej“. Monografie te polecamy względem szanownych czytelników.

Chcąc dać szan. czytelnikom naszym dokładny pogląd na działalność naukową VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, zastępujemy numer Wrzesniowy Now. lek. obszerném sprawozdaniem z odczytów i rozpraw, mianych w czasie krakowskiego Zjazdu.

Prace oryginalne, Zapiski lekarskie, Rozmaitości itd. zniewoleni jesteśmy dla braku miejsca odłożyć do numeru przyszłego.



Za Redakcją odpowiada sekretarz Kom. red. Dr. Fr. Chłapowski.

Nakładem i drukiem Fr. Chocieszyńskiego w Poznaniu, ulica Wodna nr. 15.

Ogłoszenie:

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy, już poprzednio, mianowicie w roku 1890 ogłoszone i pozostawione jeszcze na rok następny, do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego:

- 1) Zbadać chemicznie produkty trujące (ptomainy) jednego z grzybów chorobotwórczych.
- 2) Zbadać zmiany anatomiczne w ścianach dróg oddechowych przy chronicznych nieżytach.
- 3) Zbadać sposoby mnożenia się komórek w nowotworach patologicznych.
- 4) Wykazanie, na zasadzie własnych badań: pochodzenia, morfologicznych różnic i fizyologicznej roli białych ciałek (leukocytów).

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 Marca 1892 roku. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych 4-ch tematów wyznacza się nagroda Rs. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza dalej następujące tematy do nagród konkursowych imienia Dra Adama Helbicha, a mianowicie:

1) O ile stosowanie kąpieeli wód siarczanych podczas specyficznego leczenia rtęcią syfilisu jest uzasadnionem.

2) Wpływ mleka i jego przetworów na kwaśność uryny (z oznaczeniem ilościowym moczownika, kwasu moczowego i soli).

3) Czy i o ile słusznem jest twierdzenie nowszych badaczy włoskich (Lucatello, Griffini, Maragliano), że krew chorych na zapalenie płuc włóknikowe nie zawiera drobnoustrojów chorobotwórczych, chociaż te ostatnie znajdują się w obfitości w wysiękach przy tej chorobie.

4) Przy pomocy badania własności chemicznych i fizyologicznych soku żołądkowego określić, czy i o ile faradyzacja brzucha działają na ruchową czynność żołądka, wpływa zarazem na jego chemizm.

5) Zbadać doświadczalnie na zwierzętach działanie środka Koeha pod względem immunizacji i leczniczego znaczenia.

6) Zbadać na podstawie anatomicznej i klinicznej kwestyję tak zwaną enteroptozy Glenarda.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się trzyletni, to jest do dnia 31 Marca 1894 r. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwieczonych, zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje wreszcie do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie Rs. 240, imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1893, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich, lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 kwietnia 1888 roku do 31 grudnia 1892 roku. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1891, 1892 i w ciągu Stycznia roku 1893, na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy, każdy w Kancellaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza stałego *Dr. Bolesław Gepner,*



Miejsce kuracyjne Salzbrunn w Śląsku.

Stacja kolei żelaznej, 407 mtr. ponad poziom morza, łagodny klimat górski. **Sezon** od 1 maja aż do końca września. Pierwszorzędne źródła alkaliczne. Słynny zakład serwatkowy. Racyjonalne urządzenia do odjaławienia mleka i desinfekcyjne. Kąpielnie. Mięsenie. Wspaniałe skwery. Mieszkania w każdej cenie. Miejsce skuteczne w chorobach narządów oddechowych i żołądka, na zolży, cierpienia nerek i pęcherza, na gościecie, krwawicę i **cukrzyce**; polecenia zwłaszcza godne dla niedokrwi-
stych i rekonwalescentów. Wyselką wody ze znanego już lekarzom w r. 1601 **głównego źródła**

OBERBRUNNEN

zajmują się panowie Furbach & Strieboll. Wszelkich bliższych szczegółów, wykazu mieszkań i t. p. udziela

Książęca Inspekcya Źródłana.

Zobacz: Europäische Wanderbilder
No. 1589.

Perła tatrzańska **ZAKOPANE** Na miejscu apteka,
Stacja klimatyczna poczta i telegraf.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY Dr. CHRAMCA

otwarty cały rok i mieści około 100 pokoi. — Do końca czerwca ceny niższe, a to dziennie od 3 zlr. 50 ct. poczynając, za pokój kompletnie urządzone z pościelą, pożywienie i kąpiele — Goście korzystają **bezpłatnie** z zakładowej biblioteki, bilardu, fortepianu, czytelnicy, kregielni i gimnastyki. — Prospekt na żądanie gratis i franko. — ~~W~~ Z powodu licznego zjazdu gości w sezonie letnim, uprasza administracja zakładu o listowne lub telegraficzne poinformowanie się przed przybyciem, czy pokój na razie jest do dyspozycji. ~~W~~

Dr. A. Chramiec,

Dyrektor i właściciel zakładu
wodoleczniczego na Chramcówkach.

Oberbrunnen

Woda mineralna znana od r. 1601. Szczególnie skuteczna w chorobach narządów oddechowych i żołądka, przy skrofulach, w cierpieniach nerek i pęcherza, w dnach krwawnicach i cukromoczu.

Rozsyłka książęcych wód mineralnych Obersalzbrnnen:
Furbach et Strieboll.

Skład we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

SALZBRUNN

miejsce lecznicze na Śląsku pruskim.

Sezon trwa od 1 maja do końca Września.