

GAZETA LEKARSKA

S. p. Antoni Hołowiński.

[ur. 1842 † 1906].

W dniu 31 grudnia ubiegłego roku, zmarł w Warszawie, znany zaszczytnie w świecie przyrodniczym i lekarskim, fizyk, ś. p. ANTONI HOŁOWIŃSKI w 64-ym roku życia.

Z uczuciem głębokiego smutku przystępuję do skreślenia wspomnienia pozgonnego, jako najbliższy świadek Jego prac naukowych z zakresu medycyny i serdeczny przyjaciel.

A. H. urodził się 26-go sierpnia 1842 r., na Wołyniu, we wsi Wołosówce, należącej do ojca, marszałka szlachty powiatu Żytomierskiego. Arcybiskub IGNACY HOŁOWIŃSKI [KEFALIŃSKI], metropolita mohylewski, znany ze swej pożytecznej działalności religijno-patriotycznej i literackiej, był stryjem fizyka. Wychowanie domowe otrzymał zmarły bardzo staranne, oparte na zasadach cnót obywatelskich i głębokiej wierze.

Nauki gimnazyalne odbył w Petersburgu w Szkole Prawa, później po śmierci ojca, wyjechał z matką i młodszem rodzeństwem do Paryża celem dalszego kształcenia się. Tamże otrzymał kolejno stopnie naukowe: *bachelier ès lettres* i *bachelier ès sciences*, a następnie po skończeniu Szkoły Centralnej — stopień Inżyniera [1863 r.], wreszcie — licencyata nauk fizycznych [1867 r.]. Po kilkoletnich studiach w Niemczech, a mianowicie, w słynnych wówczas pracowniach: fizycznej, prof. WIEDEMAN'a w Karlsruhe i chemicznej prof. BUNSEN'a w Heidelbergu, przeniósł się do Frejburga, gdzie, po obro-

nie rozprawy „O wpływie ruchu ciał przezroczystych na położenie płaszczyzny polaryzacji“, uzyskał stopień doktora filozofii (*de viquam pellucidorum corporum celer motus in lucis polarisationem habet*). W r. 1869 otrzymał w Dorpacie stopień magistra fizyki za rozprawę „O aberacji sferycznej oka ludzkiego“ (*Etudes expérimentales sur les aberrations de l'oeil*). W tymże roku habilitował się jako docent w Warszawskiej Szkole Głównej; wykłady zaś fizyki rozpoczął już w nowo-utworzonym Uniwersytecie w r. 1869 — 70 w charakterze docenta.

Niepomyślne warunki do pracy naukowej skłoniły HOŁOWIŃSKIEGO do opuszczenia kariery profesorskiej i do poświęcenia się gospodarstwu rolnemu w Lubelskiem.

Zamiłowanie do ulubionych studyów w dziale fizyki nie pozwoliło mu jednak długo pozostawać na wsi wskutek czego po kilku latach powrócił znowu do Warszawy i oddał się całkowicie badaniom naukowym. Ogłosił znaczną liczbę rozpraw i mniejszych artykułów, naprzód we „Wszechświecie“, a później w „Przeglądzie Technicznym“.

Z większych prac, pomieszczonych w tem ostatniem piśmie, na wyszczególnienie zasługują: „Teorya fizyczna dynamomaszyn“ [1885] i „Linie sił i powierzchni ekwipotencyalne“ [1885], „Schematy kilku ważniejszych dynamomaszyn“ [1885], „Ogniwa, wtórne jako piorunochrony i jako regulatory dynamomaszyny“ [1885]. Te cztery rozprawy wyszły następnie w oddzielnej odbitce pod tytułem „Z zakresu elektrotechniki“ [Warszawa. 1886]. Prócz tego pomieścił H. w tymże „Przeglądzie“ pomiędzy 1885 — 1896 r. około stu wartościowych artykułów, wyszczególnionych w „Bibliografii 37-u tomów Przeglądu Technicznego“ [Warszawa. 1893].

To też ś. p. HOŁOWIŃSKI, jak podaje Redakcyja tegoż „Przeglądu“ we wspomnieniu pozzgonnem [Nr. 2 R. 1907], należał do najpoważniejszych i najgorliwszych współpracowników, a współpracownictwo jego było tem cenniejsze, że zasilał pismo w prace ściśle naukowe w dziedzinie techniki, w której wówczas nie wielu jeszcze było u nas pracowników, naukowo dostatecznie przygotowanych.

W „Pracach matematyczno-fizycznych“ ogłosił rozprawę „O obliczaniu blasku obrazów optycznych przy układzie soczewek kulistych“ [1888 r.].

Dla I-ej Wystawy Hygienicznej w Warszawie opracował „Tablice porównawcze natężenia i kosztu różnych światła“, na II-ej zaś podobnej wystawie przedstawił okazy fotografii tonów serca.

Pozostawiając szczegółową ocenę powyższych prac z dziedziny fizyki specjalistom tej gałęzi wiedzy, przechodzę do rozważenia zasług zmarłego na polu medycyny doświadczalnej.

Ulubionym przedmiotem, któremu się H. z wielkim zapalem oddawał i do bardzo owocnych doszedł rezultatów, była kardyografia. Grafika ruchów serca i tętna, której najważniejsze podwaliny podłożyli CHAUVEAU i MAREY, a która następnie zyskała licznych pracowników w Niemczech [LANDOIS, RIEGEL, MARTIUS i t. d.], od dawna wymagała pomocy uzdolnionego fizyka i matematyka. Wadliwość przyrządów, błędne obliczenia wzgórków i linii, kreślo-

nych w postaci luków, stały się źródłem licznych pomyłek dyagnostycznych, jak również zniechęcenia wielu klinicyстів do tego rodzaju badań. Do podjęcia i przeprowadzenia reformy nadawał się w wysokim stopniu HOŁOWIŃSKI, gdyż oprócz głębokiej wiedzy specjalnej i muzycznego ucha, posiadał niezwykły zapas wytrwałości i sumienności w pracy. Prócz tego obdarzony był wielką zręcznością techniczną, umiał, w braku odpowiednich środków materyalnych i w braku uzdolnionych mechaników, przygotowywać z materyałów, jakie pod ręką posiadał, często nawet skomplikowane przyrządy fizyczne. Niezawsze jednak pomysłowość taka wystarczała: trzeba było sprowadzać z zagranicy narzędzia i wówczas ze szczupłych swych środków utrzymania robił jeszcze oszczędności ku pożytkowi nauki¹⁾.

Łatwo zrozumieć, że dla mnie pomoc współpracownika o podobnych zaleczeniach była nieocenioną. Jemu też zawdzięczam wiele cennych wskazówek technicznych, bez których łatwo było dojść do błędnych wniosków w kardiografii.

Z drugiej strony moje uwagi, jako lekarza i obeznanego z praktyczną stroną zaburzeń cyrkulacyjnych, chroniły HOŁOWIŃSKIEGO od zbyt pośpiesznych wniosków dyagnostycznych, zaczerpniętych z obliczeń kardo- i sfgmogramów.

Młodszych lekarzy, asystentów szpitalnych, starał się H. również wciągnąć do swych badań, niepewne jednak warunki ich bytu pozwalały im tylko na krótki czas uczestniczyć w podobnych doświadczeniach.

Pierwszą pracę, jaką H. z zakresu sfgmografii napisał, była „O geometrycznem tłumaczeniu fal sfgmografu“. Została ona pomieszczona jako dodatek do mej rozprawy doktorskiej „O arytmii serca“ [1884].

Następna praca „Metody i przyrządy fizyczne do badania fal fizjologicznych“ [Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, r. 1891] została przedstawiona Towarzystwu Lekarskiemu, jako rozprawa konkursowa i odpowiednio nagrodzona z funduszu imienia dra TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO. Zadaniem autora było sprawdzenie i udoskonalenie dotychczas istniejących aparatów graficznych, jak również zastosowanie mikrotelefonów w celach dyagnostycznych. Ocenę tej rozprawy pomieściłem w „Gazecie Lekarskiej“ w r. 1892 [N. 49].

Rezultatem badań następnych autora były: artykuł „O wpływie oddychania na kształt sfgmogramów“ [„Gazeta Lekarska“ N. 25, r. 1892] dalej „Badania kardiograficzne“ wykonane w szpitalu Ś-go Ducha, zestawione przez A. HOŁOWIŃSKIEGO i J. PAWIŃSKIEGO [Pamiętnik Tow. Lek. 1893 i w *Archives biologiques*. Petersburg], „Mikrofoniczne badania fal tętna i serca“ [Pam. Warsz. Tow. Lek. 1901 oraz w *Zeitschrift f. klin. Med.* t. 37 i 42].

W r. 1893 HOŁOWIŃSKI demonstrował aparaty swego pomysłu w Lipsku w słynnej pracowni fizjologicznej prof. LUDWIG'a, który w liście polecającym do prof. KRONECKER'a w Bernie wyraża się „*Herr H. hat in meinem physiologischen Institut sehr lehrreiche Demonstrationen vorgeführt*“.

¹⁾ Kasa pomocy dla osób pracujących na polu naukowym MIAŃKOWSKIEGO wyznaczyła mu pewien zasiłek pieniężny.

Przy dalszych doświadczeniach nad ruchami serca i tętna, wykonanych na ulepszonych już przez HOŁOWIŃSKIEGO przyrządach, doszliśmy do przekonania, że jeśli grafika fizyologiczna nie wydała dotychczas spodziewanego po niej plonu, to przyczyna tego tkwi głównie w niepewności dokładnego oznaczenia w kardyogramach zamykania się zastawek serca. Inaczej mówiąc, trzeba było przede wszystkim ustalić dwa najważniejsze punkty, t. j. pierwszego i drugiego tonu, gdyż bez nich badacz, podobnie jak żeglarz bez busoli, nie może się zorientować w falach, których przyczyną są skomplikowane zjawiska czynności serca. Co się tyczy wspomnianych punktów w kardyogramach, to istniała znaczna różnica zdań pomiędzy autorami. I nie mogło być inaczej, gdyż do znakowania posługiwano się głównie nader niedokładną metodą, polegającą na uderzeniach klucza telegraficznego ręką w taktie, zgodnym z tonami serca, *resp.* steteskopu, wysłuchiwanymi w czasie kreślenia kardyogramu.

Idea ścisłego znakowania dwóch tonów serca stała się przewodnią wszystkich następnych zabiegów i prac HOŁOWIŃSKIEGO i została w końcu, dzięki Jego pomysłowości i wytrwałości, pomyślnie urzeczywistnioną [„O fotografowaniu tonów serca“ *Gazeta Lek.* 1896 r. oraz w *Zeit. f. klin. Med.* t. 31 i w *Comptes rendus de l'Académie des sciences*].

Zbudował On przyrząd, za pomocą którego można było jednocześnie z kardyogramem i sfigmogramem wykonywać automatycznie fotografię tonów serca i oznaczyć z niebywałą dotychczas dokładnością początek skurczu i rozkurczu, czyli I-go i II-go tonu. Fotografię zaś tonów otrzymał H. przez wprowadzenie do kardyografu metody mikrofoniczno-optycznej, opierając się na dawnych doświadczeniach słynnego fizyka francuskiego FIZEAU'a, który pierwszy wymierzał rozszerzanie się kryształów w różnych ich kierunkach za przewodnictwem t. z. pierścieni optycznych NEWTON'a.

Z licznych, w ten sposób, otrzymanych kardyogramów i fotografów, okazało się: 1) Skurcz serca, *resp.* I ton rozpoczyna się wcześniej, aniżeli dotychczas przypuszczano, t. j. nie u podstawy głównej krzywej, lecz w miejscu, odpowiadającym jakoby fali przedsionka. 2) Rozkurcz serca, *resp.* II-gi ton, przypada w trzecim dołku krzywej, a w drugim, jaki linią zstępująca krzywej kardyograficznej przedstawia. 3) Otwarcie zastawek półksiężycowych następuje, wbrew powszechnie przyjętemu zdaniu, wcześniej, t. j. przed wierzchołkiem głównym kardyogramu.

Pracę swą o fotografowaniu tonów serca, jak również opis przyrządu przesłał HOŁOWIŃSKI do Paryża prof. MAREY'owi, który się nią bardzo zainteresował i przedstawił z wielkimi pochwałami na posiedzeniu Akademii Nauk. Jeszcze przed trzema laty profesorowie BOUCHARD i GLEY, z którymi miałem sposobność rozmawiać o HOŁOWIŃSKIM, wyrażali się bardzo pochlebnie o pomysł naszym, zachęcając do dalszych studyów.

Fotografowanie tonów serca metodą HOŁOWIŃSKIEGO i przy Jego pomocy dało mi możliwość do przeprowadzenia dociekań nad powstawaniem rytmu cwałowego [*Gaz. Lek.* 1906]. Nie ulega wątpliwości, że przyrząd powyższy z czasem po wprowadzeniu pewnych ulepszeń mógłby posłużyć do fotografowania

nie tylko tonów, lecz i szmerów serca. Mógłby on też, zdaniem mojem, nadać się bardzo do studyów nad kwestyą automatyzmu włókien mięśniowych serca i niezawisłości ich od innerwacyi serca, nad t. zw. blokiem serca (*Heart-Block*) i t. p.

Sam jednak HOŁOWIŃSKI dobrze rozumiał, że na rozwinięcie Jego pomysłu potrzeba było w przyrząd włożyć dużo pieniędzy, trzeba było posiadać odpowiednie pomoce i pracownię. Nie posiadając tego, zaczął tracić dawny swój zapał do pracy, wpadł w pewne zniechęcenie, do czego w pewnej mierze przyczyniło się także i niezdrowie.

Nie chcąc jednakże, aby przyrząd, któremu tyle mozołu, pieniędzy i czasu poświęcił nie poszedł na marne, przekazał go pracowni fizyologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w nadziei, że w przyszłości znajdzie się ktoś, który pomysł Jego dalej rozwinie i nauce nowemi badaniami się przysłuży.

Jednocześnie z rozłąką z ukochanym swym przyrządem, jakby po stracie drogiej, blizkiej sercu osoby, usunął się od świata i żył w samotności, jak filozof, który już w życiu niczego nie pożąda, nikomu niczego nie zazdrości, od nikogo nic nie wymaga. Oprócz dwóch ukochanych siostr, które starały się go otoczyć najczulszą opieką, ja zdaje się byłem jedynym, który go ze światem zewnętrznym łączyłem. Nigdy jednak nie usłyszałem z ust Jego słowa skargi, lub żalu na los, choć w duszy Jego, gdzieś bardzo głęboko struna taka dźwięczyć musiała. Boć każdy, kto miał sposobność poznać bliżej ś. p. HOŁOWIŃSKIEGO, przyzna, że w innych warunkach, aniżeli w tych, w których my żyjemy, zająłby niezawodnie wysokie stanowisko w uniwersytecie lub w jakiej akademii, obsypany byłby odznaczeniami i niezawodnie zajaśniałby na kartach wiedzy. W braku czegoś podobnego niech choć to wspomnienie będzie skrotnym wyrazem hołdu dla pamięci zmarłego.

J. PAWIŃSKI.

I. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH W SZPITALU ŻYDOWSKIM
NA CZYSTEM DRA MED. EDWARDA FLATAUA.

Migraine ophtalmoplégique.

Podał

Dr Maurycy Bornstein,
asystent oddziału.

W r. 1884 wyodrębnił MOEBIUS, jako samodzielną postać kliniczną chorobę, w której występuje napadowo porażenie nerwu okoruchowego, poprzedzane zazwyczaj bólem głowy i wymiotami. W wywodach swoich oparł się MOEBIUS
GAZ. LEK. № 3.

na przypadkach, opisanych dawniej przez GUBLER'a¹⁾ (1830), SAUNDBY'a i v. HASNER'a oraz na swoim własnym przypadku. W r. 1838 wypowiedział SENATOR poglądy, że istnieją dwie kategorie odnośnych przypadków, a mianowicie: czysto okresowe i peryodycznie nasilające się porażenia. W obu wypadkach występują te porażenia napadowo; pierwszą grupę charakteryzuje fakt, że porażenie po napadzie ustępuje zupełnie, nie pozostawiając żadnych śladów; takie przypadki stanowią mniejszość. W drugiej kategorii, obejmującej ogromną większość, porażenie pozostawia po sobie stałe ślady, które trwają aż do następnego napadu, i w ten sposób przypadki te mają przebieg cierpienia postępującego. Zdaniem SENATOR'a, przypadki należące do tej drugiej kategorii mają swe źródło w pewnych zmianach chorobowych u podstawy mózgu, natomiast przypadki pierwszej kategorii są pochodzenia czynnościowego (*Reflexlähmung*). W roku następnym [1839] poparł pogląd SENATOR'a VISSERING. Zdaniem tego ostatniego autora, ani pierwsza, ani druga kategoria nie wykazuje prawidłowej peryodyczności w napadach, wobec czego proponuje nazwę „chronicznie powracającego porażenia nerwu okoruchowego“ lub „napadowego porażenia nerwu okoruchowego“. Odróżnia dalej VISSERING ataki zupełne i poronne; oba rodzaje mogą występować w jednym i tym samym przypadku. W pierwszych oftalmoplegia jest zupełna lub prawie zupełna. W przypadku VISSERING'a porażenie poprzedzone było przez silny ból w części czołowej o charakterze tępym, świdrującym wraz z mdłościami, wymiotami, lekkim natrzmieniem całej okolicy oka, zmniejszoną wrażliwością na ból w dziedzinie nerwu trójdzielnego z tej samej strony. Przypadki poronne przypominają migrenę.

W r. 1890 opisał CHARCOT nawrotowe porażenie nerwu okoruchowego pod nazwą „*migraine ophthalmoplégique*“ (*paralysie oculomotrice périodique*). Jak sama nazwa wskazuje, uważał CHARCOT to porażenie za pewną formę migreny. Napad rozpoczyna się od bólu. Ból ograniczony jest do jednej połowy ciała, a dalej zajmuje skroń i potylicę; bólowi towarzyszy ogólne niedomaganie oraz wymioty. Okres bólu trwa to dłużej, to krócej [od kilku godzin do paru dni, a nawet tygodni], poczem występuje porażenie nerwu okoruchowego, a wtedy ból ustaje. Porażenie dotyka wszystkie, zewnętrzne i wewnętrzne gałązki nerwu okoruchowego, tak że gałka oczna poruszać się może tylko na zewnątrz i na wewnątrz ku dołowi, a pozatem występuje opuszczenie powieki (*ptosis*), rozszerzenie źrenicy, zupełna jej nieruchomość oraz widzenie podwójne. Czasami stwierdzić można bolesność punktów nerwu trójdzielnego na ucisk, jak również parestezye, hipestezye i hiperestezye w dziedzinie nerwu trójdzielnego.

Od czasów CHARCOT'a opisano szereg długi przypadków napadowego porażenia nerwu okoruchowego [MANZ, M. BERNHARDT, SNELL, JOACHIM, E.

¹⁾ Cyt. u LEYDEN'a i GOLDSCHIEDER'a. Die Erkrankungen der Rückenmarkes u. der Medulla oblongata, III. Medulla oblongata. Wiedeń. 1905. 2 wydanie.

REMAK, THOMSEN i RICHTER, PARINAUD, KARPLUS, ZIEHEN, BALLET, MINGAZZINI, DARKSZEWICZ, MASSALONGO, STRZEMINSKI, CHABERT, SUCKLING i inni¹⁾. Jedni z tych autorów, jak SNELL, STRZEMINSKI, SUCKLING, DARKSZEWICZ, MANZ, CHABERT, przychylają się do poglądów CHARCOT'a i sądzą, że mamy tu do czynienia ze skomplikowaną migreną, przytaczając na poparcie swego zdania fakty, spostrzegane przez siebie, że ludzie, dotknięci tem cierpieniem, w przerwach pomiędzy napadami porażenia miewają zwykłe napady migrenowe, a dalej, że w całym szeregu przypadków istniała w ciągu kilku lub kilkunastu lat zwykła migrena, aż w końcu następowało nawrotowe porażenie nerwu okoruchowego.

Inni znów, jak BALLET, MINGAZZINI, THOMSEN-RICHTER, KARPLUS, sądzą, że nawrotowe porażenie nerwu okoruchowego należy zgodnie z MOEBIUS'em, wyodrębnić od migreny na zasadzie następujących argumentów. Cierpienie to zaczyna się zwykle we wczesnem dzieciństwie, nie można zazwyczaj stwierdzić czynnika dziedziczności, tak częstego w migrenie; napady porażen trwają daleko dłużej, niż zwykłe napady migreny; w niektórych wreszcie przypadkach gdzie dokonano sekcyi, znaleziono sprawę organiczną na dnie czaszki: w przypadku THOMSEN'a i RICHTER'a znaleziono w nerwie okoruchowym fibrochondromat, w przypadku KARPLUS'a—neurofibromat, bezpośrednio na *dura mater* umiejscowiony i uciskający na nerw okoruchowy, ten ostatni przypadek dotyczył 43-letniej kobiety, która od pierwszego roku życia cierpiała na prawostronne napadowe porażenia nerwu okoruchowego.

Zanim w tym względzie wypowiemy swoje zdanie, przytoczymy tutaj własny przypadek.

26-go maja 1904 r. zapisała się na oddział nerwowy dra med. E. FLATAUA chora N. G., lat 60. Od 15-u lat cierpi na bóle głowy, występujące napadowo, które dawniej zjawiały się co kilka tygodni z towarzyszeniem wymiotów, i trwały 1-2-ch dni; w ciągu trwania tych bólów chora musiała leżeć w łóżku; podczas napadów miewała szum w uchu prawem. Bóle te niezawsze były jednakowo silne, nie były też zawsze zlokalizowane w jednym i tem samym miejscu. Dopiero przed 3-ma miesiącami bóle się wzmogły, trwają prawie bez przerwy i zajmują prawą połowę głowy. W ciągu tego 3-miesięcznego okresu ból się to wzmagał, to słabnął; towarzyszyły mu mdłości. 8 tygodni temu [t. j. w miesiąc po nasileniu bólu], chora zauważyła, że prawe oko się „zmniejsza“, t. j. że prawa powieka się opuszcza. Z biegiem czasu objaw ten wciąż się potęgował, tak że 3 tygodnie temu powieka zupełnie prawe oko przykryła, i chora nie może obecnie jej unieść. Zanim powieka zupełnie opadła, chora widziała przedmioty pojedynczo; z chwilą opadnięcia powieki, chora, unosząc powiekę prawą palcem, widziała przedmioty podwójnie; objaw ten istnieje dotąd. Chora twierdzi, że od czasu opadania powieki znikł szum w uchu prawym. Podczas zupełnego opadnięcia powieki ból głowy był

¹⁾ Według WILLBRAND'a i SAENGER'a. *Neurologie des Auges*. 1900.

ogromnie silny, i teraz ból głowy wciąż trwa, choć ze zmienną intensywnością.

Dawniej choroby poważnej chora nie przechodziła, na ból głowy ani w dzieciństwie, ani w młodości nigdy nie cierpiała. Rodzice byli zupełnie zdrowi, również rodzeństwo całe. Chora sama ma 6-oro zdrowych dzieci, tylko jeden syn chorej cierpi na typowe peryodyczne bóle głowy w części czołowej, którym towarzyszą wymioty. Jedno poronienie zaraz po weselu, w 14-ym tygodniu ciąży, chora przypisuje temu, że przestraszyła się z powodu pożaru, który wszczął się w najbliższym sąsiedztwie.

St. praesens. Chora wzrostu wysokiego, budowy normalnej; odżywienie średnie. Czaszka bez żadnych oznak szczególnych. Znaczna bolesność w okolicy ciemieniowej ze strony prawej; mniejsza, ale również wyraźna bolesność w prawej części czołowej. Znaczna bolesność punktu górnego i środkowego nerwu trójdzielnego prawego; dolny punkt nie bolesny.

O k o p r a w e. Powieka przykrywa oko zupełnie (*ptosis*), podnieść powieki chora bez pomocy palca sama nie może. Jeżeli unieść powiekę palcem, to widać silnie rozszerzoną źrenicę, która ani na światło, ani na przystosowanie nie reaguje. Ruchy gałki ocznej przedstawiają się, jak następuje: na zewnątrz oko porusza się zupełnie prawidłowo i dochodzi do kąta zewnętrznego; do wewnątrz ruch gałki ocznej również jest potrochu możliwy, choć tu już gałka nie dochodzi do kąta wewnętrznego przy najbardziej krańcowym położeniu oka lewego; ku górze ruch prawej gałki ocznej jest prawie zupełnie niemożliwy, ruch ku dołowi jest prawie niemożliwy, a przynajmniej nadzwyczaj osłabiony. Widzenie podwójne (*diplopia*) występuje wtedy, kiedy chora patrzy w stronę lewą i prawą ku górze. Wszystkie ruchy wspomniane odbywają się jednakowo bez względu na to, czy oko lewe jest zamknięte, czy otwarte.

O k o l e w e normalne; źrenica o średniej wielkości, dobrze reaguje na światło.

Hiperalgezya w okolicy I, II i III-jej gałązki nerwu trójdzielnego prawego [włączając błonę śluzową ust i nosa oraz nerwu potylicowego większego, *n. occipitalis major*]; na szyi ze strony prawej chora również uczuwa ukłucia silniej, aniżeli z lewej. Na tułowie i kończynach tego objawu niema.

Facialis, hypoglossus—zupełnie normalne. Smak, słuch, węch—bez zmian widocznych. Tętno=80.

Kończone górne ani w sferze ruchowej, ani w czuciowej nie wykazują żadnych zmian. Odruchy z mięśnia trójgłowego i z okostnej promienia z obu stron żywe. Pobudliwość mięśniowa również wzmożona.

Odruchu brzuszego nie udaje się wywołać.

Kończone dolne również nie wykazują żadnych odchyień od normy. *PR* z obu stron żywe. *AR* normalne. Odruch podeszwy normalny (*flexio plantaris*). Ze strony narządów miednicy (pęcherza, odbytnicy) zmian niema.

27. V. Dziś chora może już trochę podnieść powiekę prawą w górę, tak, że dolny brzeg powieki górnej przechodzi przez środek źrenicy; jeżeli podnieść

powiekę palcem i badać chorą co do widzenia podwójnego, to stwierdza się co następuje: przy patrzeniu w stronę prawą w kierunku poziomym — podwójnego widzenia niema, przy patrzeniu w stronę prawą i nadół również niema diplopii; widzenie podwójne występuje: przy patrzeniu w stronę prawą i do góry oraz przy patrzeniu na lewo [we wszystkich kierunkach]. Ruchy gałki ocznej dzisiaj są lepsze; najslabszy jest ruch ku górze, a najlepszy, choć niezupełny, ku dołowi. Na zewnątrz ruch gałki ocznej jest normalny. Badanie siły wzroku w oku prawem [kolega MUTERMILCH] wykazuje siłę $\frac{2}{3}$, co przypisać można anomalii w refrakcyi (*hypermetropia*). Prawa źrenica reaguje na światło bardzo słabo; przy konwergencji słabe zwięzanie się źrenicy; stwierdzić można również w źrenicy odczyn współczulny i odruch WESTPHAL'a-PILTZ'a.

28. V. W położeniu zwykłym oko prawe odsłonięte jest do poziomu wczorajszego; jeżeli chora spogląda w górę, to szpara oczna rozwiera się na tyle, że widać prawie całą źrenicę.

29. V. Dziś w nocy silny ból głowy przeszkadzał spać chorej. Oko prawe jest dzisiaj więcej zasłonięte, niż wczoraj. Widzenie podwójne bez zmiany. Prawa źrenica większa, niż przedtem; wszystkie wyżej wymienione odczyny źrenicy zachowane.

2. VI. Wciąż trwa silny ból głowy. Noc była bezsenna.

6. VI. Znaczne polepszenie. Chora może podnieść powiekę prawą powyżej połowy źrenicy. Z ruchów gałki ocznej osłabiony jest tylko ruch ku górze; ruchy do wewnątrz i na dół są normalne. Widzenie podwójne występuje tylko przy spoglądaniu chorej w górę, na prawo i na lewo; przy spoglądaniu na lewo w dół i na lewo po linii poziomej — widzenia podwójnego niema. Źrenica prawa jest $1\frac{1}{2}$ razy szersza od lewej; odczyn na światło, na przystosowanie i na konwergencyę, a także odczyn współczulny zbliżają się do normy, są jednak znacznie słabsze, niż z lewej. Bóle głowy wciąż jeszcze bardzo silne i dniem i nocą, mniejsze jednak, niż przedtem. Hiperalgezya w prawej połowie twarzy i głowy, jak przedtem.

10. VI. Ból głowy mniejszy.

12. VI. Od 3-ch dni *conjunctivitis* oka prawego [atropina + sublimat].

15. VI. Przez całą noc trwał bardzo silny ból głowy w okolicy czołowej. Zapalenie łącznicy przeszło prawie bez śladu.

18. VI. Ból głowy słabszy. Opuszczenie powieki górnej w stopniu nieznacznym. Widzenie podwójne w kierunku na prawo i na lewo ku górze. Przy spoglądaniu w stronę prawą oczopłás.

1. VII. Od kilku dni bóle głowy bardzo nieznaczne. Widzenie podwójne bez zmiany. Szpara oczna prawa może trochę węższa od lewej, ale w stopniu bardzo niezacznym. Źrenica prawa trochę szersza od lewej. Odczyn na światło żywy, odczyn na konwergencyę i odczyn współczulny — zachowane.

7. VII. Szpary oczne prawie jednakowe z obu stron [lewa trochę szersza]. Ze strony lewej brzeg powieki znajduje się przy patrzeniu wprost

o 1 milimetr wyżej źrenicy, a ze strony prawej tylko o $\frac{1}{4}$ mm. Prawa źrenica szersza od lewej. Odczyny: na światło, przystosowanie, konwergencyę oraz odczyn współczulny zachowane, tylko mniej żywe i w mniejszych rozmiarach, niż ze strony lewej. Widzenie podwójne występuje tylko wtedy, kiedy chora spogląda na prawo i w górę. Sama chora na widzenie podwójne się nie skarży. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Uklucia w okolicy *n. supraorbitalis* są z prawej strony odczuwane boleśniej, niż z lewej; to samo dotyczy bolesności tego nerwu na ucisk. Teżoż dnia chora wypisuje się ze szpitala. [Leczenie polegało na podawaniu na przemian bromu z antypiryną, antypiryny z fenacetyną, chininy, przez pewien czas jodu, oraz na galwanizowaniu głowy anodą].

60-letnia kobieta, nieobarczona dziedzicznie, która od 15-tu lat cierpi na migrenowe bóle głowy, dostaje, po miesięcznym prawie trwaniu ciągłego niemal bólu głowy, porażenia nerwu okoruchowego, porażenia, które dla chorej objawia się w stopniowym opuszczaniu się powieki prawej. W ciągu 3-ch tygodni powieka prawa zupełnie zakryła oko, jednocześnie zaś przy podnoszeniu powieki palcem chora zauważyła, że dwoi jej się w oczach. Podczas ostatecznego opadnięcia powieki chora miała bardzo silny ból głowy, który trwał od-tąd [z przerwami wprawdzie i ze zmiennem natężeniem] przez cały czas trwania porażenia. Porażenie dotknęło wszystkie gałązki nerwu okoruchowego, [a więc zarówno unerwiające zewnętrzne mięśnie gałki ocznej i *levator palpebrae superioris*, jak i te, które zarządzają ruchami *sphincteris iridis* i *m. ciliaris*). Prócz nerwu okoruchowego dotknięte były również i inne nerwy czaszkowe po tej samej stronie, mianowicie: n. trójdzielny prawy (*hyperalgesia* w okolicy wszystkich gałązek] i nerw słuchowy prawy [szum w uchu prawym, który stałe towarzyszył u chorej atakom migreny i znikł z chwilą opadnięcia zupełnego powieki]. Porażenie nerwu okoruchowego stopniowo ustępowało i wreszcie po $3\frac{1}{2}$ -miesięcznym trwaniu pozostawiło po sobie ślady nieznaczne. Nadczułość nerwu trójdzielnego również znacznie się zmniejszyła. Podkreślić należy jeszcze szczególnie ważny, że syn chorej cierpi na typową migrenę.

W danym przypadku mamy do czynienia niewątpliwie z migreną, której powikłanie stanowią objawy ze strony nerwów czaszkowych [porażenie nerwu okoruchowego, hiperestezya w dziedzinie *n. trigemini*, zaburzenia ze strony prawego *n. acustici*). Znane są przypadki t. zw. migreny skomplikowanej (*migraine accompagnée* CHARCOT'a), gdzie w bezpośrednim związku z napadowym, migrenowym bólem głowy występowały objawy ze strony rozmaitych nerwów i ośrodków mózgowych: światłowstręt, *scotoma scintillans*, afazya przejściowa, przejściowe porażenia kończyny górnej [OPPENHEIM] i t. d. Do tej samej kategorii objawów ze strony nerwów mózgowych zaliczyć wypada i porażenia nerwu okoruchowego, wklajające kliniczny przebieg migreny. H. MEIGE ¹⁾ opisuje przypadek migreny u 73-letniej kobiety, u której podczas

¹⁾ MEIGE H. Migraine ophtalmique, hémianopsie et aphasie transitoires, hemiface succulente, photophobie et tic de clignement. Revue neurologique. N. 18. 1904. Communication au XIV Congrès des médecins neurologistes et aliénistes, Pau, 1—5 Sierpnia 1904.

bólu głowy występowały na przemian to parestezye w prawem ramieniu; to zaburzenia w mowie, to znów lekka pareza nerwu twarzowego; czasami zawroty głowy, zaburzenia oczne (*scotoma scintillans*, drganie kłoniczne w powiekach i t. d.). Dawniej chora ta miewała zwykłą migrenę; córka jej cierpi również na migrenowe bóle głowy. Jest to przypadek, analogiczny do naszego, tylko bardziej jesz. ze skomplikowany. DEMICHERI ¹⁾ miał pod obserwacją kobi tę lat 64, u której napadom migreny towarzyszyły porażenia nerwów ocznych, to z jednej, to z drugiej strony, oraz porażenia nerwu twarzowego. ROSSOLINO ²⁾ spostrzegł przypadek typowej migreny, gdzie, jako powikłania, występować mogą zaburzenia ze strony rozmaitych nerwów czaszkowych, najczęściej porażenia nerwu okoruchowego, że więc dla przypadków z porażeniami ostatnio wymienionemi uzasadnioną jest nazwa CHARCOT'a: *migraine ophthalmoplégique*.

Jak wytłomaczyć sobie powstawanie takich porażen w migrenie? Sądzimy, że stanowią one wynik zaburzeń naczynioruchowych, zazwyczaj towarzyszących migrenie. Można sobie wyobrazić, że w silnym napadzie migreny w skutek zaburzeń naczynioruchowych nastąpić może albo obrzęk danego nerwu u podstawy czaszki, albo nagle zatamowanie przyływu krwi (*ischaemia*), i w rezultacie wystąpi porażenie. Zwłaszcza zważyć należy, że porażenia występują zwykle u ludzi, którzy od wielu lat cierpią na migrenę; następujące po sobie napady stwarzają *locum minoris resistentiae*, gdzie podczas silnego napadu następują wreszcie takie zaburzenia cyrkulacyjne, które wywołują porażenie danego nerwu lub ośrodka [afazyja, porażenie kończyny]. Co tyczy się porażen nerwu okoruchowego w sensie MOEBIUS'a, porażen, które autor ten wyodrębnia, jakieśmy to zaznaczyli na wstępie, w specjalną postać kliniczną, od migreny niezależną, to te z nich, które w okresie międzynaпадowym nie pozostawiają żadnych śladów, można sobie co do patogenezy objaśnić w ten sam sposób, co *migraine ophthalmoplégique* i przypuszczalnie należy odnieść je, mimo niektóre różnice w przebiegu klinicznym, do kategorii migrenowych. Co do drugiej grupy klinicznej tych porażen, które w okresie międzynaпадowym nie znikają do szczytu, a pozostawiają pewne ślady w postaci parezy [jak w 3-ch przypadkach KARPLUS'a, dalej w przypadkach BALLET'a, SCHWEINITZ'a, PADERSTEIN'a i MOEBIUS'a], to patogeneza ich może być wyjaśniona w sposób dwojaki: albo podłoże stanowią tu również, jak i w *migraine ophthalmoplégique*, zaburzenia naczynioruchowe, które wywołują tak silne niedokrwienie (*ischaemia*) lub taki obrzęk, że zmiany te już nie przemijają zupełnie i stąd też musi powstawać pareza; albo też u podłoża takich porażen w mniejszości przypadków leżą grubsze zmiany anatomiczne dookoła nerwu okoruchowego (*neurofibroma*, *fibrochondroma*), które wywołują stałe, co pewien czas nasilające się, zaburzenia cyrkulacyjne (*oedema* lub *ischaemia*). Te ostatnie przypadki stanowią

¹⁾ DEMICHERI (cyt. u MEIGE'a).

²⁾ ROSSOLINO. Neur. Centr. 1901. N. 16.

zapewne ową kategorię okresowo nasilających się porażeń nerwu okoruchowego, o których mówi SENATOR (*periodisch exacerbierende Oculomotoriuslämungen*).

Szan. drowi med. E. FLATAUOWI składam na tem miejscu podziękowanie za pozwolenie wykorzystania tego przypadku.

II. Epithelioma adenoides cysticum (Brooke).

Podał

Dr Robert Bernhardt,

ordynator szpitala Ś-go Łazarza.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

Jak widać z powyższego opisu, guzeczki te posiadają wszelkie anatomiczne cechy *epitheliomat. adenoides cystici*. Jedynie też do tej grupy mogę mój przypadek zaliczyć. Zauważyć jednak muszę, iż przypadek ten bynajmniej nie należy do typowych pod względem klinicznym. Klasyczne są przypadki BALZER'a-MÉNÉTRIER'a, BALZER'a-GRANDHOMME'a, BROOKE'a, FORDYCE'a i CSILLAG'a. W tych razach guzeczki [wyłącznie nieowrzodziałe] występują w bardzo znacznej liczbie i umiejscawiają się względnie symetrycznie w okolicy brwi, u nasady i na skrzydłach nosa oraz przylegających częściach policzków, w sąsiedztwie ust, a także na owłosionej skórze głowy, — rzadziej zaś na szyi i plecach. Guzeczki, wielkości od łebka szpilki do połowy ziarna grochu, zazwyczaj nie różnią się co do koloru od otaczającej skóry. Niekiedy znowu posiadają one barwę bladeżółtawą, brunatną, a nawet lekko sinawą. W guzeczkach częstokroć widać twory podobne do prosaków (*milia*)

Ten typ podlegać jednak może pewnym odmianom. Zdarzają się przypadki *epitheliomat. adenoides cystici*, które widocznie określić można jako formy poronne. Mam tu na myśli przypadek WOLTERS'a, w którym u 20-letniej kobiety obserwowano tylko jeden jedyny guzeczek wielkości soczewicy, istniejący od urodzenia i umiejscawiony nad prawą brwią. Opisywano też przypadki, w których obok guzeczków typowych występowały owrzodzenia podobne do *ulcus rodens*. Spostrzeżenia takie podali JARISCH i WHITE, a do tej kategorii należy również mój przypadek.

Te odmiany zasadniczego typu klinicznego nie powinny jednak bynajmniej dziwić, gdy się uwzględni, że natężenie spraw patologicznych podlega szerokim wahaniom zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym. Dlatego też wyżej wzmiankowane owrzodzenia uważać należy [wraz z WOLTERS'em] za dalszy stopień rozwoju samych guzeczków, pamiętając zwłaszcza na to, iż budowa anatomiczna i jednych i drugich jest zupełnie jednakowa.

Epithelioma adenoides cysticum zaliczyć należy do wielkiej grupy znamion (*naevus*). Przemawia za tem okoliczność, że cierpienie to częstokroć spostrzeżano w formie dziedzicznej—u dwóch pokoleń [matka i córki, jak np. w przypadkach BROOKE'a, FORDYCE'a, CSILLAG'a], a również i to, że występować może jako wrodzone [przypadek WOLTERS'a]. W przeważającej jednak liczbie przyp. *epithelioma adenoides cysticum* zjawia się zwykle około 10-go—14-go roku życia—w okresie pokwitania ¹⁾, przyczem liczba guziczków stopniowo się powiększa. Jednak nie przeczy to bynajmniej pojęciu *naevus*, gdyż wiadomo, iż znamiona—choć z odziedziczonym zawiązkiem—częstokroć występują dopiero w późniejszych latach życia jako t. zw. *naevi tardifs*. Bardzo pouczający pod tym względem jest, mojem zdaniem, przypadek DORST'a i DELBANCO'a, pozostający w ścisłym związku z omawianem cierpieniem [o czem później jeszcze będzie mowa]. Otóż w tym przypadku znamię typu liniowego istniało od urodzenia po lewej stronie twarzy i głowy, gdy po stronie prawej wystąpiło dopiero w 9-ym roku życia, a więc tutaj jako *naevus tardif*. Wreszcie mniemam, że i mój przypadek, w którym na obwodzie guziczka znalazłem gniazda typowych komórek miękkich znamion, przytoczony być może jako jeszcze jeden dowód przynależności *epith. aden. cyst.* do grupy *naevus*. Prawda, w moim przypadku wiek chorego był już dobrze zaawansowany [53 lat]. Nie przesądza to jednak sprawy i bynajmniej nie oznacza, iż cierpienie to wystąpiło dopiero tak późno. Pacjent wyraźnie zaznacza, że gdyby nie strupki [a więc owrzodzenia], to nie zwróciłby wcale uwagi na 2 drobne guziczki tembardziej, że, jak sądził, posiadał i dawniej „brodawki“ na nosie.

Przynależność *epith. aden. cyst.* do grupy znamion tłumaczy nam też do pewnego stopnia powinowactwo i związek, istniejący pomiędzy omawianem cierpieniem a tak zw. *adenoma sebaceum*. Tę ostatnią formę zaliczamy, jak wskazuje równoległa nazwa *naevus sebaceus*, do teźże wielkiej grupy znamion. Już pod względem obrazu klinicznego zauważyć się daje niemal podobieństwo między obu cierpieniami. Tak zw. *adenoma sebaceum* spostrzega się najczęściej około 20-go—25-go roku życia, początek cierpienia przypada jednak zazwyczaj na okres dzieciństwa. Niekiedy bywa ono widocznie wrodzonym. Ujawnia się w kształcie bardzo licznych oddzielnych guziczków wielkości łebka szpilki do soczewicy, barwy żółtawej lub żółtoczerwonawej, symetrycznie na twarzy ułożonych. Guzeczki grupują się przeważnie na nosie, skrzydłach nosowych i przylegających częściach policzków, w fałdzie nosowo-wargowej, rzadziej na wargach, brodzie, czole i powiekach.

Ten obraz kliniczny, jak widać, ma bardzo wiele wspólnego z wyżej skreślonym dla *epith. adenoides cysticum*. Podobieństwo zazwyczaj sięga tak daleko, iż dokładne rozpoznanie i różniczkowanie staje się możliwem jedynie przy badaniu drobnowidzowem. Muszę jednak zaraz tutaj zaznaczyć, iż pewne analogie wiążą te cierpienia i pod względem anatomicznym. Można powiedzieć w ogólnych zarysach, że w obu przypadkach mamy do czynienia

¹⁾ U kobiet — wraz z miesiączką. W ogóle *epith. aden. cyst.* częściej się zdarza u kobiet, niż u mężczyzn (stosunek 6 : 1).

z zaburzeniami rozwojowemi całego narządu włosu łojowego, z tą różnicą, że przy tak zw. *adenoma sebaceum* występują na pierwszy plan zboczenia gruczołów łojowych. Co się tyczy szczegółów, zwrócę uwagę na to, że i obok *adenoma sebaceum* spotykamy znaczną liczbę włosów zarodkowych (*Kolbenhaare*) i że w torebkach włosowych ujawniono sprawy rozrostowe, przyczem wyrosty również posiadać mogą tendencję do wytwarzania włosów typu zarodkowego. Pewnego rodzaju sprawy rozrostowe opisywano także ze strony przewodów gruczołów łojowych. Wreszcie dodam, że tkanka łączna oraz sprężysta skóry przy t. zw. *adenoma sebaceum* może ulegać takiemuż zwyrodnieniu, jak przy *epith. aden. cyst.* Analogie więc są widoczne, różnice zaś polegają oczywiście tylko na stopniu ilościowym.

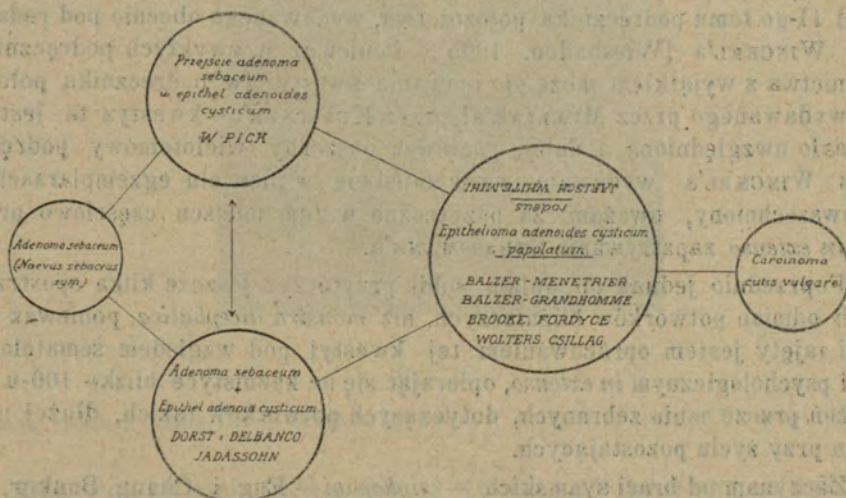
Jednakże powinowactwo pomiędzy omawianymi cierpieniami pogłębi się tem więcej, jeżeli się z kolei zwrócimy do form mieszanych i przejściowych. Przypoczyć tu przedewszystkiem należy już wyżej wzmiankowany przypadek DORST'a i DELBANC'a. Było to znamię linijne po obu stronach twarzy i głowy, [przechodzące też na kark i plecy] złożone między innymi z olbrzymiej ilości guzeczów wielkości łebka szpilki do ziarna grochu. Drobnowidzowe badanie wykazało, że niektóre z tych guzeczów zdradzały typową budowę *adenoma sebaceum*, inne znowu—*epithelioma adenoides cysticum*. Guzeczki były pomieszane ze sobą i rozmieszczone bez wszelkiej prawidłowości na danej przestrzeni tak, że obok siebie znajdowały się guzeczki obu typów. Do tej samej kategorii należy też widocznie przypadek JADASSOHN'a, gdzie u jednego i tego samego osobnika znamię linijne uda posiadało budowę zbliżoną do *adenoma sebaceum*, gdy także znamię stopy ujawniało — do pewnego stopnia—cechy *epithelioma adenoides cysticum*. Są to więc formy mieszane: kombinacya *adenoma sebaceum* z *epith. aden. cyst.*, przyczem w przypadku DORST'a i DELBANC'a guzeczki obu typów mieszczą się tuż obok siebie na jednej i tej samej przestrzeni skóry, w przypadku zaś JADASSOHN'a każdy z tych typów zajmuje oddzielne terytorium. Drobnowidzowe badanie tych przypadków wykazuje też, że typy te tutaj nie przechodzą jeden w drugi.

Dalszego ogniwa w łańcuchu pokrewieństwa, istniejącego pomiędzy omawianymi postaciami klinicznymi, dostarcza przypadek W. PICK'a. Dotyczy on 43-letniego mężczyzny z *acne rosacea*. Na twarzy tego osobnika mieściło się kilka guzeczów o zwykłej budowie *adenomat. sebacei*. Pozatem w okolicy lewej kości jarzmowej znajdował się twór [dawniej owrzodziały, obecnie zaś pokryty naskórką], który przy badaniu drobnowidzowem okazał się *epithel. aden. cyst.* Najważniejszą jest jednak okoliczność, iż na obwodzie tego tworu można było stwierdzić wszelkie stopniowe przejścia od *adenoma sebaceum* do *epith. aden. cysticum*. Mamy więc w danym razie do czynienia z przypadkiem, który niewątpliwie dowodzi możliwości przejścia guzeczów *adenoma sebaceum* w twory o budowie *epith. aden. cystic.* I to jest bodaj najbardziej przekonującym dowodem pokrewieństwa obu omawianych postaci klinicznych, między którymi, jak już zaznaczyłem, istnieje różnica przeważnie ilościowa. Sądzę też razem z W. PICK'iem i KORN'em, że *epith. aden. cystic.* należy uważać za dalszy stopień rozwoju t. zw. *adenoma sebaceum*—rozwoju w sensie dalszego

i rozleglejszego bujania nabłonkowego. Jeżeli zaś zatrzymać się na tem przypuszczeniu, to zrozumiałymi stają się wówczas punkty styczności, istniejące znowu pomiędzy *epith. aden. cyst.* z jednej strony, a niektórymi postaciami *carcinoma cutis* z drugiej.

Już w przypadkach JADASSOHN'a, WHITE'a, a także i w moim spotykamy się z owrzodzeniami o klinicznym wyglądzie *ulcus rodens*. Są to owrzodzenia łagodne, łatwo się zablizniające [JADASSOHN, W. PICK]. Jednakże łagodność ta jest widocznie tylko względna, gdyż WHITE w swoim przypadku opisuje także miejsca [najstarsze i najrozleglejsze], które się niemal nie różniły od typowego raka skóry zarówno pod względem klinicznym, jak i drobnowidzowym. Widocznym więc jest, że tylko krok jeden dzieli *epith. aden. cyst.* od raka skóry i że między tymi tworami znowu zachodzi różnica przeważnie ilościowa [przynajmniej pod względem histologicznym]. Przypuścić zatem należy, że pod wpływem jakiegoś bliżej nam nieznanego bodźca chorobotwórczego *epith. aden. cyst.* łatwo przejść może w *carcinoma cutis vulgare*.

Wszystkie te i podobne stosunki warto mieć na uwadze przy ocenianiu pochodzenia i punktu wyjścia różnorodnych nabłoniaków skóry. Co się zaś tyczy względów pokrewieństwa i styczności, o których wyżej było mowa, to uprzedzonymi je raz jeszcze podany niżej rysunek graficzny.



Jeżeli w powyższem przemawiałem za zaliczeniem *epithelioma adenoïdes cysticum* do wielkiej grupy znamion, to czyniłem to bynajmniej nie z chęci rozszerzenia pojęcia *naevus*, lecz jedynie—jak i inni—z względów etiologicznych. Sądzę, że omawiane cierpienie—wrodzone w jednych przypadkach, w innych zaś—z odziedziczonym zawiązkiem, choć rozwijającym się dopiero w późniejszych latach życia, winno być zaliczone do tej grupy. Pod względem jednak klinicznym uważać należy *epith. aden. cyst.* za odrębną postać, a to tem bardziej, iż cechuje je stała i wielce charakterystyczna budowa anatomiczna.

III. Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu (monstra duplicia).

Podał

Fr. Neugebauer.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 2].

Kwestyę potworków o podwójności ciała (*monstra duplicia*) w ostatnich latach najgruntowniej opracowali z punktu widzenia anatomicznego heidelberski profesor ERNEST SCHWALBE (Die Morphologie der Missbildungen des Menschen u. der Thiere. II Cz. Die Doppelbildungen. Jena. 1907) oraz z punktu widzenia embryologii, fizjologii i akuszeryi berliński profesor STRASSMANN w pracy: „Doppelbildungen“, wydrukowanej na str. 1726 - 1788 w III-iej części II-go tomu podręcznika położnictwa, wydawanego obecnie pod redakcją prof. WINCKEL'a [Wiesbaden. 1905]. Ponieważ w zwykłych podręcznikach położnictwa z wyjątkiem może opracowania kwestyi [w podręczniku położnictwa, wydawanego przez MUELLER'a] przez KUESTNER'a—kwestya ta jest bardzo mało uwzględnioną, a dalej, ponieważ obszerny wielotomowy podręcznik przez WINCKEL'a wydawany u nas zaledwie w niewielu egzemplarzach jest rozpowszechniony, uważam za pożyteczne w tem miejscu częściowo przytoczyć *in extenso* zapatrywania STRASSMANN'a.

Poprzednio jednak pozwalam sobie przytoczyć jeszcze kilka spostrzeżeń innych odmian potworków bliźniaczych, niż *monstra dicephalica*, ponieważ w tej chwili zajęty jestem opracowaniem tej kwestyi pod względem sematologicznym i psychologicznym *in extenso*, opierając się na kazuistyce blisko 100-u spostrzeżeń przeze mnie zebranych, dotyczących potworków takich, dłużej niż 24 godzin przy życiu pozostających.

Zaczynam od braci syamskich — *xiphopagi*— Eng i Chang Bunker, których widziałem w Warszawie w roku 1870. Urodzili się w maju 1811 r. w Mackleng w Syamie. Matka ich rodziła przed nimi 4-o dzieci, a po ich urodzeniu jeszcze troje dzieci. Z całego tego potomstwa pozostali jednak przy życiu tylko bliźnięta zrosnięte pomiędzy sobą oraz jeden brat i jedna siostra. Poród bliźniąt odbył się łatwo przy położeniu czaszkowem przodującej główki. Matka po urodzeniu bliźniąt żyła jeszcze lat 18, ojciec zaś umarł, gdy Chang i Eng liczyli dopiero lat 8. Chłopcy więc już za młodych lat zmuszeni byli dopomagać matce w zarobkowaniu na życie. Licząc lat 9 zaledwie, chłopcy zaczęli zajmować się wytwarzaniem oleju z orzechów kokosowych. Ponieważ jednak praca ta, włożenie na drzewa wysokie i t. p., okazała się dla nich za

ciężką, przerwali się na handel w roli dostawców drobnych potrzeb domowych, nareszcie zaczęli hodować kaczki dla sprzedaży jaj. Ponieważ za najlepszy pokarm dla kaczek w Syamie uchodził pewien gatunek małych rybek o żądle, chłopcy 2 razy tygodniowo łódką puszczały się na morze na połów tych rybek. Nowy przemyśl ich miał powodzenie wielkie, lecz przerwany został nagle, gdy do matki zgłosił się kapitan okrętu ze Stanów Zjednoczonych Coffin, który po zawarciu kontraktu z zobowiązaniem oddania chłopców matce po upływie dwóch lat, zabrał Chang'a i Eng'a do Ameryki, aby ich za pieniądze pokazywać.



Rys. 10.

Bracia syamscy Chang i Eng Bunker, urodzeni w maju 1811, zmarli 17 stycznia 1874 r.

Dnia 1-go kwietnia 1826 r. chłopcy weszli na pokład statku, a dnia 16-go sierpnia t. r. wylądowali w Newbury-Port, aby więcej ojczyzny swej nie ujrzeć. Pokazywano ich za pieniądze w Bostonie, Filadelfii, Nowym-Yorku i jeszcze w tymże roku wyjechali po raz pierwszy do Europy, gdzie stanęli dn. 19-go listopada w Londynie; później zwiedzali Anglię, Szkotlandę i Irlandię. W roku 1830 powrócili do Ameryki, 1836 r. ponownie wyjechali do Europy. Po dorobieniu się majątku kupili sobie posiadłość wiejską w North-Carolina. Dnia 13-go listopada 1842 r. w Mount-Airy równocześnie poślubili dwie córki Katarzynę i Maryę pastora Greenwood'a. Eng miał 7 synów i 5 córek z Katarzyną, Chang—7 córek i 3-ch synów z Maryą. Podczas wojny północno-amerykańskiej 1865 r. bracia syamscy stracili niemal cały majątek, aby więc utrzy-

mać swoje rodziny po raz trzeci wybrali się do Europy, pokazując się naprzód w Londynie, później w Berlinie, Petersburgu oraz 1870 r. w Warszawie [w sali dawniejszej Harmonii przy ulicy Długiej], gdzie zbadał ich s. p. ojciec mój. Po wyjeździe z Warszawy Chang i Eng, którym towarzyszyły żony, powrócili przez Hamburg do Ameryki. Liczyli oni wtedy lat 59, wzrostu byli średniego, odżywienia umiarkowanego. Uwłosienie głów było obfite, lecz włosy przedwcześnie osiwiła. Ciała bliźniąt były ze sobą spojone pod kątem otwartym, prawostronny Eng silniej rozwinięty był, o cal wyższy od lewostronnego Chang'a. Gdy bracia stali obok siebie, każdy musiał cofnąć ramię jedno w tył, lecz z łatwością mogli równocześnie ramię swe ku przodowi skierować.

Ciała bliźniąt połączone były ze sobą przez rodzaj pomostu epigastrycznego w okolicy dolnych końców wyrostków mieczykowatych. Pomost ten miał na górnym brzegu 2 cale grubości i 4 cale szerokości, a przy dolnym brzegu 1 cal grubości i $2\frac{1}{2}$ cala szerokości. Na środku dolnej powierzchni owego pomostu leżał wspólny pępek. Wielokrotnie poruszano kwestyę, czy można by dokonać pomyślnie operacyjnego rozdziału bliźniąt. Sami bracia syamscy byliby się zgodzili na separacyę, lecz odstraszało ich zdanie SIMPSON'a, że szanse operacyi będą liche, ponieważ prawdopodobnie jamy brzuszne ze sobą łączą się w pomoście. Również ostrzegali przed operacyą FERGUSSON i BEGEL, obawiając się, że odporność braci już w obec ogólnego ich stanu upośledzonego oraz wieku będzie niedostateczną, dalej twierdzono, że wrażenie, gdyby jeden z braci zmarł po operacyi, byłoby zbyt wstrząsające dla drugiego i że śmierć równoczesna byłaby więcej pożądaną dla nich. Dziś oczywiście nauka oparta nie tylko na badaniach anatomicznych, lecz i na doświadczeniu operacyjnem, inaczej zapatruje się na kwestyę operacyjnej separacyi bliźniąt—*xiphopagi*. Jedyną propozycyę separacyi uczynił w roku 1869 JAMES STARTIN, który pragnął dokonać separacyi *gradatim* przy pomocy przyrządu własnego pomysłu, który powoli miał dokonać rozdzielenia braci przez uciskowe zniszczenie pomostu ich łączącego. Przyrząd ten, śrubą poruszany, przy codziennem skręcaniu śruby $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ dokoła osi, miał dokonać separacyi bliźniąt po upływie 300-u dni w sposób bezkrwawy.

Pomost łączący braci syamskich po urodzeniu się był tak krótki, że dotykali się wzajemnie brzuchem, w następstwie zaś został znacznie wydłużony ustawicznymi ruchami obojga braci, dążących do tego, aby stanąć obok siebie. Przy spaniu bracia zmuszeni byli tak się ułożyć, że twarze były zwrócone ku sobie, budzili się zawsze równocześnie. Górna część pomostu przy obmacywaniu przedstawiała się twardszą, tak, że podejrzewano bezpośrednio połączenie mieczykowatych wyrostków. Innerwacya pomostu była wspólna, ponieważ każdy z braci odczuwał każdy dotyk owego pomostu, jednak przestrzeń innerwacyi wspólnej na pomoście była ograniczona na pasmo tkanek $\frac{1}{2}$ cala wysokości liczące w pośrodku pomostu: uklucie na zewnątrz od tego miejsca bliźnięta odczuwały tylko przy ukluciu po swojej stronie. Poza tym małym obszarem innerwacyi wspólnej organizmy bliźniąt były zupełnie samodzielne i niezależne od siebie. Obrót krwi był niezależny i tętno braci róż-

ne. Już AITKEN w Edynburgu skonstatował różnicę o 24 uderzeń tętna na minutę, THOMPSON skonstatował 84 uderzeń tętna u Chang'a, 81 u Eng'a. Psychiczenie bracia byli zupełnie niezależni od siebie, posiadali wielkie zdolności i garnęli się do pracy, grali z sobą w szachy, pływali wyśmienicie i sławę posiadali jako nurkowie. Gdy grali w szachy z osobą postronną, pomiędzy sobą naradzali się. Pomimo to przymusowe bez przerwy spółyżycie bliźniąt doprowadziło do tego, że równocześnie dokonywali tego lub owego rękoczynu, ruchu ciała, jakby odruchowo wskutek umowy wzajemnej.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

4. Thorkild Røvsing. O t. zw. enteroptozie i jej leczeniu chirurgicznym.

Zasługa wyodrębnienia tej nowej postaci chorobnej, szczegółowy jej opis kliniczny, tudzież zwrócenie uwagi na częste jej występowanie i znaczenie należy się słusznie GLINARD'OWI. Nazwa „*enteroptosis*“, użyta przez G., nie wydaje się Røvsing'owi dokładną, gdyż właściwie oznacza tylko opuszczenie się jelit, gdy tymczasem mamy do czynienia z opadnięciem nerek, wątroby, żołądka, śledziony, wreszcie jelit. Wobec tego proponuje R. termin *splanchnoptosis (universalis resp. partialis)*. GLINARD uważa enteroptozę za wyraz „usposobienia wątrobowego“ (*diathèse hépatique*), dość zresztą zagadkowego, którego pierwszym skutkiem ma być jakoby opuszczenie i zwężenie jelit oraz zmniejszenie ciśnienia śródbrzusznego. W następstwie dopiero występuje opadnięcie nerek, żołądka i t. d. tudzież wiotkość powłok brzusznych. Gdyby teoria ta była zgodna z prawdą, to, rzecz naturalna, wszelkie leczenie chirurgiczne enteroptozy byłoby bezcelowem. Nie ostaje się ona wobec tego pospolitego faktu, że często znajdujemy li tylko opadnięcie nerki bez poprzedzającego ją opuszczenia jelit, jak również ze spotykamy postaci bardzo daleko posuniętego opadnięcia jelit bez zmian w położeniu nerki. Najlepszy wreszcie dowód tego, że G., uznając zaburzenia w odżywianiu za pierwotne, a opuszczenie jelita za wtórne, bierze przyczynę za skutek, stanowi, zdaniem Røvsing'a, wynik leczenia operacyjnego tego cierpienia.

Teoria druga, broniona głównie przez STILLER'a, uważa *splanchnoptozę* za wynik usposobienia wrodzonego, niekiedy dziedzicznego; w myśl teorii tej niektórzy autorowie, jak ALBARRAN, uznają ją za objaw zwyrodnienia. Teoria ta nie objaśnia wprawdzie większości przypadków opadnięcia trzewi, w jednej jednak jej grupie, którą autor zwie ptozą dziewiczą (*virginelle Ptose*, p. dalej), znajdujemy tak wybitne nieprawidłowości w budowie ciała, że musimy tu uznać usposobienie wrodzone. Teoria ta, również jak poprzednia, nie tłumaczy nam powstawania *splanchnoptozy*; czynią to lepiej teorie „mechaniczne“: teoria sznurówki i teoria zmiany ciśnienia śródbrzusznego.

Nie można wątpić, że ucisk przez gorset ma wielkie znaczenie przyczynowe w powstawaniu innych postaci *splanchnoptoseos* — głównie opadnięcia żołądka i wątroby; sama jednak ta teoria, również jak i poprzednie, bez uwzględnienia przyczyn innych, nie wystarcza do objaśnienia wszystkich przypadków tego stanu chorobnego.

Najwięcej zwolenników ma teoria, uznająca za przyczynę występowania cierpienia zmniejszenie ciśnienia śródbrzusznego skutkiem zwiotczenia powłok brzusznych, opracowana najdokładniej przez WOLKOWA i DELITZIN'a. Zdaniem ich, położenie normalne nerek zależy nie tyle od słabych więzów, przymocowujących je do przepony i narządów sąsiednich, ile od unoszenia ich do góry, jakby przez opaskę, składającą się z wypełnionej powietrzem poduszeczki—jelit i pasa elastycznego—ściany brzusznej. Gdy ten ostatni traci swą siłę i elastyczność, jak to bywa np. u wieloródek lub u osób wyniszczonych, wtedy nerki, wątroba i żołądek tracą punkt oparcia i opadają.

Przypadki opadnięcia trzew dzielić należy na dwie różne pod każdym względem grupy: na enteroptozę u kobiet o dziewiczej elastycznej ścianie brzusznej—i enteroptozę u kobiet o brzuchu obwisłym, zwiotczalym.

Przypadki tej drugiej grupy są powszechnie znane; teoria, upatrująca powstawanie ptozy w zmniejszeniu ciśnienia śródbrzusznego, tłumaczy je w stopniu dostatecznym. Skargi chorych w przypadkach tych są zwykle nieznaczne: nieco upośledzona czynność jelit, ciężar w brzuchu i t. p. Względnie rzadko w przypadkach daleko posuniętych spotykamy objawy poważne: ostre, stałe bóle, wychudnienie i t. d. Rozpoznanie jest bardzo łatwe. Zastosowanie właściwej opaski brzusznej zwykle pomaga w zupełności i tylko w przypadkach wyjątkowych trzeba uciec się do pomocy operacyjnej.

Inaczej zgoła ma się rzecz z „dziewiczym“ opadnięciem trzew. Spotykamy je naturalnie, nie tylko u dzieci, lecz i u kobiet, które nie rodziły. Rozpoznanie przypadków tych bywa bardzo trudnem, nie z powodu braku objawów, lecz z powodu różnorodności ich oraz trudności badania przez mocne elastyczne powłoki brzuszne. Mamy tu do czynienia najczęściej z opadnięciem tylko nerki, rzadziej żołądka, rzadziej jeszcze z opadnięciem obu tych narządów. W przypadkach ograniczających się tylko do *nephroptosis* mamy 3-y grupy objawów: 1) objawy właściwe ze strony nerek i dróg moczowych, 2) objawy ze strony jelit, 3) objawy ze strony narządów płciowych.

1) Ważnym bardzo objawem, który zawsze budzić musi w lekarzu myśl o opadnięciu nerki, jest częste, skąpe oddawanie moczu, rzadko bolesne, objaw ten znika w pozycji leżącej. Spotykamy go również w niektórych cierpieniach kobiecych, stąd też nefroptoza często bywa leczona jako cierpienie narządów rodnych lub pęcherza. Niekiedy występują objawy, cechujące wodonercze przemijające: częste oddawanie moczu, kolka nerkowa i moczowodowa, wreszcie pojawianie się łatwego do wymacania guza. Częstokroć objawów moczowych niema zupełnie.

2) Objawów ze strony jelit nie brak nigdy w przypadkach opadnięcia nerki. Stałe występuje zaparcie, powodujące przejściowe lub przewlekłe stany zapalne w jelicie ślepem i wstępującem, powstaje brak apetytu, odbijanie—słowem obraz, opisany przez FABER'a jako „*Darmdyspepsie*“. Przyłączają się niekiedy bóle napadowe w podbrzuszu i dole lędźwiowym prawym, skąd trudność w rozróżnieniu pomiędzy kamicą żółciową i zapaleniem wyrostka robaczkowatego z jednej, a opadnięciem nerki z drugiej strony.

3) Spotykamy wreszcie związek pomiędzy opuszczeniem nerki a narządami rodnyimi, wyrażający się w bólach, występujących po stronie chorej nerki podczas miesiączkowania. Powoduje to często mylne rozpoznanie cierpienia przymacicznego.

Również trudnem, jeżeli nie trudnijszem jeszcze, jest rozpoznanie opadnięcia żołądka. Z pomiędzy operowanych przez R. 75-u przypadków zaledwie w 18-u zrobiono rozpoznanie prawidłowe, w innych rozpoznano wrzód lub raka żołądka, tem bardziej że tu również rozwija się dość szybko charactwo (*Gastroptosecachexie*). Bóle żołądka, występujące w *gastroptosis*, zależą nie od

jakości, lecz od ilości pokarmu: nieznaczną ilość tłuszczu i pokarmów drażniących, jakiej nie przeniósłby chory z owrzodzeniem żołądka, chory z gastroptozą znosi lepiej niż większą ilość mleka lub wody, którą znów pacjent z owrzodzeniem przyjmuje doskonale.

Przechodząc z kolei do leczenia splachnoptozy, zaznacza R., że chorym może tu pomóc tylko odpowiednie leczenie chirurgiczne. Leczenie w łóżku i leczenie tużące, zalecane często, sprawdza czasową ulgę, dopóki chory przebywa w łóżku, po rozpoczęciu jednak normalnego trybu życia i pracy, narządy znów opadają i objawy podmiotowe znów występują.

Chirurgiczne sposoby leczenia są dwojakie: 1) leczenie łagodzące zapomocą opasek, 2) leczenie radykalne, operacyjne, polegające na umocowaniu drogą krwawą opadniętych narządów w ich prawidłowym położeniu. Żadna opaska nie jest w stanie utrzymać opadły narząd stale w położeniu prawidłowym; co najwyżej, możemy przez silny elastyczny ucisk na dolną część brzucha osiągnąć podniesienie ciśnienia śródbrzusznego. Stąd wynika, że bandaże stosować można z powodzeniem w tych przypadkach, które zależą od wiotkości ściany brzusznej i zmniejszenia ciśnienia śródbrzusznego, nigdy zaś w ptozie dziewiczej.

W przypadkach tej ostatniej oraz w przypadkach daleko posuniętych jedynym środkiem pomocnym pozostaje droga operacyjna. Pierwsze próby operacyjnego leczenia splachnoptozy skierowane były przeciwko opadnięciu nerki i dopiero w ostatnich czasach zaczęto stosować je w przypadkach opadnięcia wątroby, żołądka i jelit. Pierwszy GILMORE w 1870 wykonał wycięcie nerki wędrującej. Heroiczna ta metoda nie znalazła ze względów zrozumiałych naśladowców. Dopiero w r. 1880 HAHN proponuje swoją metodę, polegającą na przymocowaniu torebki tłuszczowej nerki do rany lędźwiowej; metoda ta, choć nieskuteczna, miała jednak tę zasługę, że skierowała leczenie na właściwe tory. Polecane następnie różne metody i odmiany ich również nie osiągały ideału, skutkiem czego nie tylko lekarze w ogólności, lecz i chirurdzy zachowywali się z pewnem uprzedzeniem względem nich; dowodem tego, że J. ISRAEL z liczby 300-u operacji na nerkach, ogłoszonych w jego wielkim dziele w r. 1902, dokonał tylko 8 nefropeksyi. Dobre przysycie nerki czynić musi zadość następującym warunkom: 1) nerka winna być umocowana w miejscu normalnym, t. j. że najwyżej czwarta jej część może wystawać z pod XII żebra, 2) winna być przymocowana w sposób naturalny, więc nie do części szkieletu [żebro, krąg], lecz do części miękkich; 3) nerka przymocowana winna posiadać pewną ruchomość przy oddychaniu; 4) szwy nie powinny być zawiązywane na nerce, gdyż to często powoduje martwicę; 5) żaden szew nie powinien zostawać w tkance nerkowej.

Warunki te wszystkie posiada metoda, stosowana przez R. od 1897 r. w 100 przypadkach nerki ruchomej z doskonałym wynikiem. Opisuje ją autor w sposób następujący.

Cięcie skórne kątowe zaczyna się na poziomie żebra X i idzie z początku w kierunku podłużnym wzdłuż *m. erector trunci* aż do miejsca, położonego na dwa palce pod XII żebrzem; stąd lekko się zaokrągla i idzie na zewnątrz pod kątem nieco rozwartym. W miejscu, gdzie cięcie skórne się zagina, bezpośrednio pod XII żebrzem obnażamy powięź lędźwiowo-grzbietową i przedziurawiamy ją na tępo. Otwór w powięzi rozszerzamy kleszczykami w kierunku podłużnym; oddzielamy następnie drugim i trzecim palcem ręki lewej powięź poprzeczną od otrzewnej, poczem przecinamy na należytej przestrzeni mięśnie brzuszne w kierunku cięcia skórniego; obnażamy i wciągamy do rany nerkę po przednim starannem oddzieleniu zrostów. Następnie nacinamy

otoczkę właściwą nerki cięciem w kształcie I: cięcie podłużne prowadzimy wzdłuż wypukłego brzegu nerki od jednego bieguna do drugiego, na obydwu końcach tego cięcia prowadzimy dwa krótkie cięcia doń prostopadłe. Następnie oddzielamy z obydwu stron otoczkę, tworząc w ten sposób dwa płaty; przeprowadzamy grubą jedwabną nitkę przez obydwie płaty i mięsz nerki nad dolną jej ćwiercią; reponujemy nerkę, wyprowadzamy obydwie końce nitki przez częścią miękkie i skórę na obydwu brzegach rany skórnej, naprężamy je i zawiązujemy. Upewniwszy się, że nerka znajduje się w położeniu normalnem, zaszywamy ranę powięzi i skóry z wyjątkiem dolnego jej odcinka, dokąd wprowadzamy knot z gazy.

W ostatnich 30-u przypadkach stosował autor odmianę swej metody, polegającą na tem, że przeprowadza ręk nie przez mięsz nerki, ale przez jej otoczkę poniżej cięcia dolnego, wkluwając ją i wykluwając co $\frac{1}{2}$ ctm, przez co tworzy się pod dolnym biegunem nerki rodzaj pętli.

Przy opadnięciu żołądka stosował R. w 75-u przypadkach z doskonałym wynikiem opisaną przez siebie w 1898 r. metodę. Przeprowadza on trzy nici jedwabne przez surowicówkę żołądka równolegle do siebie, pierwszą o 1 ctm. pod krzywizną małą, dwie następne każdą o 2 ctm. niżej; krzywizna większa i dolna $\frac{1}{3}$ przedniej powierzchni żołądka pozostają wolne. Końce nici przeprowadza po obydwu stronach rany przez powłoki, zamyka ranę brzusznią, poczem dopiero zawiązuje nań na szerokiej czworokątnej płytce szklanej, owiniętej watą. Nici te usuwa po 3-ch—4-ch tygodniach.

Zarzucano metodzie ROVSING'a, że przymocowanie żołądka do ściany brzusznej powodować może poważne zaburzenia: zatrzymywanie zawartości, rozszerzenie żołądka i t. d. Dla uniknięcia tych zarzutów, zresztą zdaniem R. teoretycznych, STENGEL, BIER i BAYER zalecają przy opadnięciu żołądka podniesienie i umocowanie go przez sfałdowanie sieci małej. R. przestrzega przed stosowaniem tego zabiegu ze względów następujących: 1) sieć mała bywa zwykle przy opadnięciu żołądka tak cienka, i wiotka, że trudno jest ją przesywać, wobec tego jest rzeczą nieracjonalną skracanie jej, skoro nie możemy jednocześnie jej wzmocnić; 2) przez sfałdowanie sieci krzywizna mała również się fałduje i zagina, co może mieć następstwa wprost nieobliczalne; 3) można zranić liczne naczynia, przebiegające w sieci, a zwłaszcza w więzie żołądkowo-przeponowym. Za niewłaściwe również uznaje R. polecane przez niektórych chirurgów dokonywanie gastroenterostomii, w przypadkach opadnięcia żołądka.

Przyszycie opadniętej wątroby stosował R. w 22-u przypadkach. Przyszywa ją w sposób zwyczajny do dolnej powierzchni przepony, przebijając mięsz cały wątroby i wiążąc nici na jej powierzchni dolnej. Gdy miał do czynienia z przerosłym płatem lewym, wycinał go na odpowiedniej przestrzeni, miazdząc po prostu na linii cięcia tkanę jej zapomocą angiotrybu Roux'a; poczem odcinał ją, podwizywał broczące naczynia i obszywał otrzewną. Gojenie we wszystkich przypadkach odbywało się bez powikłań.

Wiadomości bieżące.

— 3-3 —

— W dniu 17 b. m. otwarto w Warszawie lokal Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Aktem tym, w którym uczestniczyło około 200-u lekarzy zrzeszonych, inaugurowano rozpoczęcie jeżeli nie działalności w ścisłym tego słowa znaczeniu, to w każdym razie życia tego nowego związku zawodowego. Od daty tej posiadamy zatem w stolicy kraju, w Warszawie, instytucję, która mając na celu sprawy zawodowe, ekonomiczne stanu naszego, odegrać może i powinna w stosunkach nie tylko naszych, lecz wogóle we wszelkich sprawach społecznych, bądź bezpośrednio, bądź tylko pośrednio z medycyną, jako nauką, a także z wykonawstwem lekarskiem związanych, poważną rolę; od tej chwili mnóstwo oddzielnych kółek, rozstrzelonych po całym mieście, a nawet kraju, posiada możność zogniskowania się w jednym miejscu.

Lokal Stowarzyszenia jest także miejscem zebrań towarzyskich, gdzie będziemy mieli możność, w chwilach wypoczynku, u siebie, nie na obcym terenie, korzystać z czytelników, z odczytów, zabawiać się w gry i t. p. Oprócz tego będzie on miejscem do swobodnych, poufnych rozpraw w najrozmaitszych sprawach zawodowo-lekarskich i lekarsko-społecznych, które z natury rzeczy pod obrady Towarzystwa Lekarskiego przejść nie mogą. Stowarzyszenie liczyć może na dużą liczbę członków, a w istocie liczba ich już dość jest pokaźną, ponieważ, oprócz balotowania, inne formalności, co do przyjęcia do zrzeszenia nie istnieją. Tutaj koledzy młodzi, którzy nie mają sposobności schodzenia się ze starszymi, znajdą możność z nimi obcowania. Przez takie zetknięcie i jedni i drudzy tylko korzyść odnieść mogą. Nie chodzi w tym razie o sprawy naukowe, lub do zastosowania wiedzy się odnoszące, lecz o sprawy społeczno-lekarskie, o sprawy dotyczące stanowiska lekarzy wobec publiczności, lekarzy wobec kolegów. Dawniej, a i dziś jeszcze, na niektórych uniwersytetach w rzędzie przedmiotów wykładanych słuchaczom medycyny była propedeutyka lekarska, a jako rozdział jej—metodologia. Otóż w rozdziale tym w niektórych działach odnośnych znajduje się część, zazwyczaj zatytułowana: o warunkach osobistych kandydata medycyny i lekarza. Wprawdzie znaleźć tam można bardzo cenne rady i wskazówki, dotyczące na przykład postępowania względem chorych i otaczających, względem kolegów, lecz przyznać trzeba, że rzeczy tych żaden uniwersytet, a tem bardziej nasz, nauczyć nie może. Uczy tego dopiero życie, lecz dużo skorzystać, wiele przejąć można od starszych doświadczonych praktyków. Sposobność potemu nieraz nastęrczyć się może właśnie w klubie, który bezprzecznie przyczyni się do rozwoju życia koleżeńskiego.

Przy częstem wspólnem obcowaniu wyrównywają się sprzeczne zdania i przeciwnne poglądy, normują się na zasadach wyrozumiałości i życzliwości wzajemne stosunki i dochodzi się do porozumienia nawet wtedy, gdy w innych okolicznościach wydałoby się to rzeczywiście wprost nieprawdopodobieństwem.

Lokal Stowarzyszenia będzie tem ogniskiem, w którym zbierać się będą nie tylko lekarze warszawscy, lecz i prowincjonalni w razie przyjazdu do Warszawy, co, bez wątpienia, obu stronom tylko na korzyść wyjść może.

Gorączkowa żądza zdobycia sobie przed innymi sławy i mienia oddala nas od siebie i nierządki, w tem samym mieszkając mieście, nie mamy sposobności zbliżenia się do siebie, aby poznać się lepiej i odsonić swe szlachetniejsze dążności i pragnienia, które zespolone jednym ścisłym węzłem zgody, przelamać mogą naturalne trudności lub sztuczne zawody.

Wierzmy w to niezłomnie, że Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie podtrzyma zmysł koleżeństwa i godność zawodową, którą ciężka walka o byt

zaćmiewa niejednokrotnie, wnosząc do grona kolegów zarodki niechęci, podejrzliwości i braku ufności.

Wierzmy, iż Stowarzyszenie ze skojarzenia sił zbiorowych, uporządkowanych harmonią myśli i pragnień, a silnych wola, dokona tych ważnych pod względem zawodowym i społecznym zagadnień i przedsięwzięć, jakie sobie w swym głębiej pomysłanym programie nakreśliło.

— Świeżo otwarty lokal Stowarzyszenia Lekarzy Polskich składa się z obszernej czytelni, przeznaczonej jednocześnie na salę posiedzeń i odczytów, sali jadalnej, bilardowej, pokoju zebrań towarzyskich, i kancelaryi. Skromne, lecz gustowne umeblowanie (w stylu wiedeńskim) i oświetlenie elektryczne, czynią arcymile wrażenie.

Zgromadzonych w dniu otwarcia d. 17 b. m. kolegów powitał prezes, kol. D u n i n i oddał lokal do ich rozporządzenia. Na zakończenie uroczystości odbyła się skromna biesiada, podczas której toastowali na cześć Stowarzyszenia i na powodzenie jego celów i zadań koledzy: wiceprezes N u s b a u m, R o t t e r m u n d, J a k i m i a k, B r o n o w s k i, T r z c i ń s k i i N e u g e b a u e r.

Zamknął zebranie kol. N u s b a u m, wnosząc podziękowanie gospodarzowi lokalu, kol. S z u m l a ń s k i e m u za jego zabiegi przy urządzaniu własnej siedziby Stowarzyszenia.

— Sprawa Warszawskiej szkoły felczerskiej weszła w nowe stadyum rozwoju. Wiadomo, że w roku ubiegłym ministerium oświaty, pod którego zarządem szkoła od r. 1867 znajdowała się, postanowiło tąż szkołę zreformować na wzór podobnych zakładów w Cesarstwie. W tym celu polecono zarządzającemu szkołą, prof. J a s z c z i ń s k i e m u wypracować odpowiedni referat. Prof. J a s z c z i ń s k i j wypowiedział w swym referacie opinię, że przedewszystkiem należy szkołę panownie oddać pod zarząd ministerium spraw wewnętrznych. Co się tyczy ustawy i programu nauczania, to te, zdaniem referenta, winny być opracowane przez komisję, do której oprócz przedstawicieli ministerium należy powołać osoby, zarządzające instytucjami zdrowotności publicznej w Kraju, oraz przedstawicieli świata lekarskiego i szpitali. Obecnie, jak donosi tutejszy organ pólurzędowy, ministerium oświaty zwróciło się o wypowiedzenie swej opinii w tej sprawie do wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Ten ostatni przyszedł do wniosku, że niema żadnych racyi czynienia jakiegokolwiek wyjątku dla szkoły felczerskiej w Warszawie, inaczej mówiąc, że trzeba ją ściśle przystosować do programów szkół w Cesarstwie. Co się tyczy oddania szkoły pod zarząd ministerium spraw wewnętrznych, to wspomniany wyżej wydział uznał to za słuszne ze względu, że do tegoż ministerium należą szpitale warszawskie, w których się ogniskuje praktyczne nauczanie felczyerów. Taką opinię wydział przesyła do ministerium.

Do powyższego dodać możemy, że, jak w ostatnich czasach donosiły pisma codzienne, tutejsi felczyerzy złożyli na ręce władz memoriał, w którym domagają się zreformowania stanu felczyerskiego w sensie rozszerzenia przywilejów tegoż. A więc żądają pozwolenia na pisanie recept ze środkami silnie działającymi, wykonywania mniejszych operacji, rozszerzenia programu nauk w szkole felczyerskiej, pozwolenia wychowawcowi tej szkoły na wstępowanie do uniwersyteru na wydział lekarski i t. p. Jest to program identyczny z tem, czego się domagają felczyerzy w Cesarstwie, których rzecznikiem jest Związek pomocników lekarskich w Moskwie. Tenże Związek odwoływał się do Zgromadzeń felczyerskich w Królestwie, proponując im przyłączenie się do niego, a zatem prowadzenia wspólnej akcji. Dotąd połączenie to, o ile nam wiadomo, nie nastąpiło, choć ta idea ma wielu zwolenników i będzie służyć prawdopodobnie za główny temat dyskusyi na mającym się odbyć w tych dniach w Warszawie Zjeździe felczyerów.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa Mazowiecka 8

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor, Dr Wł. Gajkiewicz