

GAZETA LEKARSKA.

Ś. p. Prof. Feliks Nawrocki.

Powagę i dostojność narodu stanowi potęga jego ducha a duch narodu podobnie, jak duch jednostki, jakkolwiekby w jednym kierunku wznosił się po nad poziom zwykły, niemniej dla trwałości swej i żywotności posiadać musi wszystkie władze rozwinięte do normy fizyologicznej.

Jeśli bez cienia szowinizmu dumnie twierdzić możemy, że duch poetycki narodu naszego wybiegł daleko po nad poziomy, do których sięgnąć zdołały ludy inne, wcale nie upośledzone pod względem kultury, że mierzyć się może zwycięzko z niejednym z najpierwszych i że wogóle w dziedzinie literatury pięknej siły twórcze u nas iść mogą w zapasy o lepsze z olbrzymami twórczości narodów innych, to zato w dziedzinie, gdzie niepodzielnie włada potęga badawczego rozumu—wskutek zapewne warunków, jakie zgotowały nam dzieje—szczyścić się możemy nader li rzadkimi jednostkami, które wybujały do wysokości widnej z obszarów dalekich, rzucającej promienie światła na cały rod ludzkiego widnokrąg.

Duch naukowy słabe względnie zapuścił korzenie w sferę inteligencji naszej. Zagajnik nasz czcicieli nauki i śmiałych, zapaleń technicznych zapaśników sztandaru wiedzy jest szczególnie skromny zarówno ze względu na obszar i bujność.

Gdy zaś dla dzielności i trwałości ducha narodowego koniecznym jest rozwój władz jego wszystkich, tem większej dlań ceny jest każda siła, która wzmaga sprawność tej z jego władz, która mniej wysoki osiągnąć zdołała szczebel rozwoju.

Mężem, który istotnie wzbogacił zastęp naszych poważnych badaczy naukowych, który wniósł zaszczytnie imię polskie w registry cenionych uczonych świata całego, był zmarły w dniu 1-ym czerwca ś. p. FELIKS NAWROCKI.

Zasługą jego wielką jest nie tylko to, że własne imię zaznaczył poważnie w dziejach wiedzy powszechnej—ale, że jeden z najpierwszych począł w społeczeństwie naszym szczepić czystą miłość nauki, ducha badawczego, krytycyzm indukcyjny i samodzielność w poszukiwaniu światła prawdy.

Ś. p. FELIKS NAWROCKI, urodził się dnia 20-go listopada 1837 r. we wsi Tworki powiatu Grójeckiego gub. Warszawskiej. Utraciwszy rodziców we wczesnej młodości, odebrał pierwsze wychowanie u krewnych ojca w Poznaniu, gdzie skończył gimnazjum Św. Maryi Magdaleny 1855 r., zwolniony od ustnego egzaminu z powodu otrzymania 1-szej nagrody.

Zrazu poświęcił się nieboszczyk studjom starożytnych i wschodnich języków na wszechnicy Berlińskiej, ale nie zadowoliło go poznawanie form zewnętrznych pracy ducha ludzkiego, zapragnął poznać istotę tego misternego ustroju, który czuje i myśli. W tym celu przeniósł się w r. 1859 do Wrocławia na wydział lekarski, gdzie w styczniu 1863 r. otrzymał stopień doktora medycyny *eximia cum laude*.

Już tutaj rozpoczął w pracowni fizyologicznej znakomitego prof. HEIDENHAIN'a badania samodzielne, których owocem były prace:

„Doświadczenie STANNIUS'a, dotyczące działalności serca, oraz wpływ prądów stałych na serce (*Studien d. phys. Inst. zu Breslau*. 1861).

„O metodach oznaczania zawartości tlenu we krwi“ (*Stud. d. phys. Inst. zu Breslau*. 1863), oraz rozprawa inauguracyjna:

„*De Claudii Bernardi methodo oxygenii copiam in sanguine determinandi*“.

Po ukończeniu studiów udał się do Paryża, by udoskonalić się w metodach samodzielnych badań w dziedzinie fizjologii pod kierunkiem genialnego KLAUDIUSZA BERNARD'a, gdzie wykonał cenną pracę wraz z prof. GIANUZZI'm: „O wpływie nerwów na m. m. zwieracze pęcherza mocz. i odbytnicy (*Comptes rendues* 1863). Zaznaczyć się już tu musiała gruntowność jego wiedzy i biegłość w pracy [laboratoryjnej, gdy po upływie roku wezwany został przez prof. uniwersytetu w Groningen w Holandyi, VAN-DEEN'a, do prowadzenia zajęć praktycznych [ze studentami w chemii lekarskiej; w r. 1864 zajął także stanowisko przy HEIDENHAIN'ie w uniwersytecie Wrocławskim.

Ś. p. F. NAWROCKI zapragnął wszakże pracować na niwie rodzinnej. W świeżo otwartej Szkole Głównej nie było wakansu na katedrze fizjologii; złożony przeto pracę konkursową z dziedziny historii wiedzy fizyologicznej, a mianowicie: „Zasługi JOHN MAYOW'a w dziedzinie fizjologii”, otrzymał na razie stanowisko adjunkta przy katedrze Encyklopedyi i Historii nauk lekarskich, wkrótce zaś potem profesora nadzwyczajnego na tejże katedrze.

W r. 1868 prof. HÖYER odstąpił NAWROCKIEMU wykłady części fizjologii, mianowicie fizjologii ukł. nerwowego—i tu nastąpił najpiękniejszy okres działalności naukowej zgasłego profesora.

Od czasu założenia Akademii medyko-chirurgicznej—powiedzieć to możemy wręcz—młodzież nasza, studyjająca nauki lekarskie, pierwszy raz poczuła się owianą nowym prądem, prądem potężnym, który budził w umysłach młodych poczucie, że każde społeczeństwo, roszczące sobie prawo do życia, ma obowiązek brania udziału w zapalaniu świecał na pożytek ludzkości całej—prądem, który krzepił ją przeświadczeniem, że nie brak jej zasobów duchowych do samodzielnego a owocnego udziału w rozwikływaniu najwyższych zagadnień nauki.

Zasluga wywołania u nas samodzielnych badań w dziedzinie fizjologii a nawet pośrednio w innych gałęziach nauki, z nią pokrewnych—należy się prawie wyłącznie, obok czcigodnego prof. H. HÖYERA, ś. p. FELIKSOWI NAWROCKIEMU. Jest to zasługa niespożyta ze względu i na ogólną kulturę i na sprawę pedagogii lekarskiej. W całej późniejszej działalności klinicznej odbija się bezwątpienia dodatnio, gdy lekarz w czasach studiów lekarskich zetknął się sam na sam z pracą doświadczalną—z tem, co znaczy ściśle spostrzegać, dokładnie sprawdzać, trzeźwo wnioskować a przedewszystkiem wątpić, wątpić i jeszcze raz wątpić.

Pomimo skromnych względnie zasobów pierwszej u nas pracowni fizyologicznej, otwartej dla wszystkich, którzy pragną nauki, wnet zaroїła się ona stawianemi zagadnieniami, oraz całym zastępem sił młodych, do rozwiązywania ich gotowych, przejętych pierwszy raz uczuciem, iż mają prawo nie tylko czerpać z podręcznika, ale bezpośrednio się zetknąć z tajnikami przyrody, z wielką tajemnicą życia.

I naraz, jak gdyby różczką czarodziejską tknięta, martwa dotąd opoka połała potoki prac naukowych i najpoważniejsze archiwy Zachodu zaroїły się od razu i obficie nazwiskami polskimi: WOLSKI, GARLICKI, SAWICKI, MURASZKO, KUBICKI, ŁUNIEWSKI, KOSSECKI i wielu, wielu innych.

I odtąd zarówno w archiwach, jak w klasycznych podręcznikach fizyologii dorobek nasz naukowy przekazany został potomności.

Na innem miejscu, o ile wiemy, grono uczniów ś. p. prof. NAWROCKIEGO, szczegółowo zapozna świat nasz lekarski i przyrodniczy z owocami działalności swego mistrza.

My tu na tem miejscu wymienimy główniejsze z pracowni prof. NAWROCKIEGO wyszłe prace:

O wpływie nerwów na działalność gruczołów ślinowych. 1868.

O wpływie rdzenia na serce. 1870.

O wpływie ciśnienia krwi na ośrodek n. n. błędnych. 1870.

O wpływie n. n. trzewowych na czynność serca 1871.

Przyczynek do kwestyi o czuciowem przewodnictwie w rdzeniu. 1871.

Unerwienie gruczołów potowych. 1878.

O działaniu pilokarpiny na ustrój zwierzęcy. 1878.

Poszukiwania nad n. n. czuciowemi mięśni. 1878.

O truciznach wywołujących pot. 1879.

O działaniu muskaryny. 1880.

Nowy elektrod-zmieniacz. 1884.

O nerwach ruchowych pęcherza moczowego. 1891.

O nerwach czuciowych, wywołujących odruchowy skurez pęcherza moczowego. 1891.

O nerwach, rozszerzających źrenice u kota. 1891.

i wiele innych.

Ś. p. Prof. NAWROCKI obok tego, że był umiejętnym pracownikiem laboratoryjnym, był wyśmienitym pedagogiem, wykladał jasno i przystępnie a na egzaminach nie wymagał pamiętania szczegółów, ale pojęcia rzeczy zasadniczych. Poza działalnością naukową był to człowiek wyjątkowej zaiste dobroci serca, wielkiej prostoty i szczerości charakteru. Niejedną kroplę goryczy, jaką spożyć mu przyszło od rodzinnego społeczeństwa, odczuł z iście chorobliwą nadwrażliwością a okoliczność ta oraz przedwczesny rozstrój zdrowia sprawiły, że w ostatnich latach żywota nie umiał—i słusznie—zyskiwać sobie uznania tych, którzy go nie znali w dobie jego działalności pożytecznej.

Pomińmy ten okres życia schorzałego człowieka i uczujmy sprawiedliwie, więc wdzięcznie w ś. p. NAWROCKIM pierwszorzędną i płodną siłę w dziejach naszej nauki.

Henryk Nusbaum.

I. PRZYCZYNEK DO LECZENIA BLIZNOWATYCH ZWĘŻEŃ PRZĘŁYKU.

Podat

A. Ciechomski.



Przyczyny zwężenia przęłyku mogą być dwojakie: bezpośrednie i pośrednie. Pierwsze tkwią w samej ścianie przęłyku lub w jego świetle, drugie zaś powstają poza ścianą przęłyku.

I. Do pierwszego szeregu należą:

- 1-o zwężenia nowotworowe,
- 2-o " zapalne np. bliznowate,
- 3-o " spastyczne,
- 4-o wypełnione uchyłki przęłyku oraz
- 5-o uwięźnięte ciała obce; wreszcie
- 6-o bardzo rzadkie wrodzone zwężenia przęłyku.

II. Do drugiego szeregu należą:

- 1-o ropnie okołoprzęłkowe,
- 2-o tętniaki aorty, uciskające przęłyk,
- 3-o guzy śródpiersia tylnego lub przedniego, guzy kręgosłupa, wole, wreszcie powiększone gruczoły limfatyczne.

Co do częstości poszczególnych zwężeń przęłyku, nie mogę, niestety, przytoczyć dokładnej statystyki: jeżeli istnieje w literaturze, to jest prawdopodobnie rozrzucona; tymczasem z dostępnych mi źródeł mogę przytoczyć tylko dane, dotyczące najczęstszych zwężeń przęłyku.

HACKER ¹⁾ wśród 40866 chorych, spostrzeganych w ambulatoryum kliniki BILLROTH'a w ciągu lat 10-iu znalazł tylko u 270 zwężenie przęłyku, z tych nowotwór, np. rak, był przyczyną 131 razy [t. j. u 114-tu mężczyzn i u 17-tu kobiet], bliznowate zwężenie widziano 47 razy [u 18 mężczyzn i 29 kobiet], ciała obce w przęłyku u 42-u osób, naostatek zwężenie wskutek różnych innych przyczyn—50 razy.

Z uwagi na zakres tej pracy pomnę milczeniem najczęstsze zwężenie nowotworowe; pragnę jedynie mówić o zwężeniach bliznowatych, powstających na tle oparzenia przęłyku płynami żrącymi; nawiasem dodam tylko o zwężeniach spastycznych w celu wyjaśnienia pewnych trudności przy rozpoznaniu różniczkowym.

¹⁾ Real. Encyclopädie. T. XVII. Str. 420.

Jakkolwiek podług przytoczonej dopiero statystyki zwężenia bliznowate stanowią 17,4% wszystkich zwężeń przełyku, jestem przekonany, że liczba ta u nas stanowczo jest większa; przytem, niestety, wiele przypadków spostrzega się u dzieci. W ciągu ostatnich 5-iu lat miałem możność spostrzegania kilkunastu przypadków zwężenia bliznowatego; z tych połowa dotyczy kilkoletnich dzieci.

To że wszech miar karygodne lekceważenie płynów żrących, np. ługu sodowego lub potasowego, używanych do mycia podłóg u ludzi niezamożnych, a niekiedy w domach zamożniejszych skwapliwie stosowanych przez służbę, niejedno już dziecko przyprawiło o zgubę a w najlepszym razie o straszne i ciężkie kalectwo. Kto raz widział takie nieszczęśliwe dziecko, niewątpliwie głosowałby za najsurowszem ograniczeniem w handlu owych alkaliów narówni z najpotężniejszymi truciznami, oczywiście bez żadnej szkody dla gospodarstwa domowego.

Z liczby spostrzeganych przeze mnie przypadków, pięć leczyłem na drodze operacyjnej; przypadki powyższe, jak również reszta, leczona mniej lub więcej dorywczo na drodze niekrwawej, nasuwają mi pewne uwagi, któremi rad jestem podzielić się z czytelnikiem.

Zapalenie przełyku zżerające (*oesophagitis corrosiva*) bierze początek w działaniu na ścianę przełyku płynów żrących, połkniętych częstokroć umyślnie przez starszych w celach samobójczych, rzadziej przypadkowo oraz dość często przez niewiedomość u dzieci. Z kwasów, obok saletrzanego i solnego, najczęstszym bywa siarczany, z zasad przeważnie sód i potas gryzący. Największą śmiertelność ¹⁾ pociąga za sobą otrucie kwasem siarczanym, połowa bowiem otrutych ginie wkrótce wskutek przedziurawienia ściany przełyku; zresztą ogólna śmiertelność wskutek połknięcia któregośkolwiek z pomienionych wyżej płynów wynosi $\frac{1}{3}$. Zależnie od koncentracji żrącego płynu a z drugiej strony od ilości jego, może uleść zgorzeli tylko nabłonek; wówczas powierzchnia jego ma pewne podobieństwo do błon dławcowych; natomiast przy głębszem oparzeniu błona śluzowa w całej swej grubości ulega zgorzeli, tworząc szary lub szaro-żółty strup; naczynia w samej błonie śluzowej mocno nastrzyknięte, miejscami drobne wynaczynienia; wówczas błona podśluzowa w sąsiedztwie strupa przechodzi w stan zapalny, poczem na drodze ropienia następuje oddzielenie się strupa. Powstające w ten sposób owrzodzenie goi się zapomocą ziarninowania, blizna poczyna się na linii demarkacyjnej, a więc na obwodzie owrzodzenia i stąd posuwa się ku środkowi, tworząc tym sposobem zwężenie światła narządu; wielkość zwężenia zależy oczywiście od rozległości zniszczenia na błonie śluzowej. W przypadkach najcięższych zgorzel sięga warstw głębszych ściany przełyku, przeistocząc tkanki w szaro-żółte a nawet czarne strzępy; rychłą śmierć jest zwykłym następstwem takiego uszkodzenia ściany przełyku.

Obok wielkiej wagi, jaką ma drażnienie płynu żrącego w głąb ściany przełyku, nie mniej ważne dla przebiegu i rokowania będzie szerzenie się jego po

¹⁾ ZELDOWICZ. Wrac. 1900. Nr. 45.

powierzchni. Bardzo rzadko ulega oparzeniu cała błona śluzowa, wyścielająca wewnątrz przełyku.

BORNIKOLL ¹⁾ widział chorego, który 8-go dnia po napiciu się ługu, wymiotował walcowaty twór, długości 22 ctm. i składający się ze śluzówki oraz błony podśluzowej przełyku; podobny przypadek opowiedział DÖRR ²⁾ w Tow. Lek. Wiedeńskim w 1899 r.

Z przełyku żrący płyn powinienby oczywiście przedostać się do żołądka, najczęściej jednak szybki skurcz przełyku pod wpływem potężnego bodźca staje tu na przeszkodzie; mniejsza ilość połkniętej trucizny może nawet nie dosięgnąć wpustu, nie koniecznie dlatego, aby płynu było za mało. Okoliczność tę mogłem wyraźnie stwierdzić przy oględzinach pośmiertnych w dwu ostatnich, opisanych niżej przypadkach; pomimo bardzo obszernego oparzenia przełyku, błona śluzowa ponad wpustem, sam wpust oraz błona śluzowa żołądka nie miały na sobie ani śladu oparzenia.

Przy większej atoli ilości połkniętej trucizny skurcze przełyku, jak również rychło występujące wymioty nie zdołają ocalić żołądka; zatem błona śluzowa narządu tego ulega oparzeniu, niekiedy bardzo rozległemu, sięgającemu odźwiernika, odźwiernik zaś, kurcząc się pod wpływem blizny, staje się znowu źródłem całego szeregu zaburzeń żołądkowych.

QUENU i PETIT ³⁾ obok własnych spostrzeżeń zestawili dość obszerną kazylistykę w sprawie leczenia zwężeń odźwiernika, powstałych na tle oparzenia płynami żrącymi.

Zazwyczaj powierzchnia oparzona wygląda jako wyraźnie ograniczone, różnej szerokości pasmo, poczynające się na wysokości dolnego brzegu chrząstki obrączkowej i biegnące ku dołowi przez całą długość narządu. Błona śluzowa, sąsiadująca z oparzeniem, jest zwykle obrzmiała i przekrwiona.

W czwartem, niżej przytoczonym mem spostrzeżeniu, na oględzinach pośmiertnych znaleźliśmy w przełyku dwa obszerne oparzenia, obejmujące w kształcie pierścieni światło przełyku: jedno z nich zagojone, znajdowało się poniżej chrząstki obrączkowej, drugie zaś, długości 10 ctm. z owrzodzeniem pośrodku a więc niezagojone jeszcze, kończyło się w odległości 6-iu ctm. ponad wpustem.

Ocalała pomiędzy owymi pierścieniami błona śluzowa, na pozór wydawała się zupełnie zdrową, tymczasem ślady powierzchownego jej oparzenia mogły uleść zatarciu wskutek pociągania przez tworzącą się bliznę z góry i z dołu, przypuszczać również należy, że takie pod postacią pierścieni, a więc głębsze nadzarcia dokoła wewnątrz ściany przełyku zawdzięczają swe pochodzenie szybkim skurczom przełyku podczas przechodzenia płynu żrącego.

Natychmiast po przekłnięciu płynu żrącego chorzy doświadczają mocnego, palącego bólu w piersiach oraz wymiotują śluzowo-krwawą masą, niekiedy ze strzępkami tkanek ze ściany przełyku; bardzo rzadkie wydzielenie całkowitej

¹⁾ Ueber Verätzung der Speiseröhre durch Aetzlauge (Berlin).

²⁾ Zeit. f. klin. Med. T. XLI. Z. 1—4; ref. w Wien. klin. Woch. 1901. Nr. 5.

³⁾ Des stenoses cicatricielles du pylore consécutives à l'ingestion de liquides caustiques (Rev. de Chir. 1902. Nr. 1 i 2).

a uległej zgorzeli błony śluzowej narządu następuje zwykle później, co wreszcie potwierdzają dopiero co przytoczone przypadki. Bezpośrednio potem zaczyna dręczyć chorych straszne pragnienie, które żadną miarą nie może być ugaszone z powodu utrudnienia przy przełykaniu. Dalej—powstają dolegliwości wskutek palenia w ustach, w gardzieli i w żołądku, wreszcie z powodu zapalnego stanu i zgorzeli ściany przełyku. Niekiedy chorzy zaraz po przełknięciu żrącego płynu ulegają mocnej zapaści. Z wyjątkiem przypadków najcięższych, które wskutek przedziurawienia przełyku rychło kończą się śmiercią, zazwyczaj już po 24-ch godzinach bóle w przełyku zmniejszają się wyraźnie, a polykanie wciąż jeszcze bolesne, z dnia na dzień staje się łatwiejsze.

Z chwilą, gdy zaczyna zmniejszać się obrzmienie ocalałej błony śluzowej, graniczącej z oparzoną, a strup zgorzelinowy poczyną oddzielać się, wówczas przełykanie nie tylko płynów, lecz i stałych pokarmów staje się możliwe; chorzy zdają się już być wolni od wszelkich dolegliwości; niestety, trwa to jednak bardzo niedługo, po kilku bowiem tygodniach na nowo zaczynają doświadczać utrudnienia przy przełykaniu, skoro powstająca na miejscu owrzodzenia blizna kurczy się i zwęża w ten sposób światło przełyku.

Na tem miejscu dodać winienem, że owe owrzodzenia przełyku, zwłaszcza opasujące jego światło, goją się nadzwyczaj opieszale i one prawdopodobnie są jedną z przyczyn spazmatycznego kurczenia się blizny, już wytworzonej na granicy z ocalałą błoną śluzową przez podrażnienie ich powierzchni zwykłym bodźcem, a więc wprowadzonym pokarmem, najczęściej w takim razie płynnym.

W czwartym, niżej opisanym przypadku, podczas oględzin pośmiertnych znaleźliśmy w przełyku pośród blizn obszerne owrzodzenie, niezagojone jeszcze po upływie 5-iu miesięcy od oparzenia. W innym znowu przypadku, spostrzeganym również w szpitalu Św. Rocha przez kol. GĄBSZEWICZA, stwierdziliśmy w czasie oględzin pośmiertnych w 8-miesiący od oparzenia ługiem—owrzodzenie, opasujące światło przełyku, długości 8-ju ctm., znajdujące się poniżej bliznowatej obrączki i w odległości 20 ctm. od zębów siecznych. W przypadku pomienionym 19-letnia chora zapadła na gruźlicę płuc przewlekłą wkrótce po nałożeniu przetoki żołądkowej.

W spostrzeżeniu piątym owrzodzenie, obejmujące prawie całe światło przełyku zaledwie na kresach swych zaczęło zbliżać się nieco w końcu 3-go miesiąca po oparzeniu.

Rozpoznanie otrucia w pierwszej chwili zazwyczaj jest łatwe na mocy wywiadów, a w braku ich wymownym świadkiem są zawsze ślady oparzenia na błonie śluzowej warg, języka, jamy ustnej, połyku i gardzieli. Nie bez znaczenia jest również upewnienie się, jaki plyn spowodował otrucie: kwas, czy zasada; w braku resztek trującego płynu, można zapomocą papierka lakmusewego przekonać się na oparzonej powierzchni warg lub języka.

Podług HACKER'a ¹⁾, po oparzeniu ługiem bezpośrednio umiera czwarta część chorych, po kwasie siarczanym więcej niż połowa; wśród pierwszych, pozostałych przy życiu, więcej niż połowa ma następcze znaczne zwężenie przeły-

¹⁾ Real-Encyclopädie. T. XVII. Str. 398.

ku; u reszty chorych spostrzega się zwężenie bardzo niewielkie, nawet niekiedy brak wszelkiego zwężenia; po oparzeniu zaś kwasem siarczanym z pozostających przy życiu chorych więcej niż trzecia część ma poważne zwężenie, reszta ma niewielkie lub wolna jest od nich. Nakoniec, co najmniej trzecia część chorych, dotkniętych zwężeniem przelyku, ginie w następstwie tego straszego cierpienia. [C. d. n.]

II. O ZNACZENIU ROZPOZNAWCZEM NIEREGULARNOŚCI KONTURÓW ŻRENIC W PRZEBIEGU ORGANICZNYCH CHOROÓB NERWOWYCH.

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 17-ym czerwca 1902 r.].

Podał

Dr Jan Piltz,

Ordynator Szpitala Praskiego.

Sledząc w ciągu ostatnich lat bacznie za najrozmaitszemi zmianami żrenicowemi w przebiegu różnych chorób organicznych centralnego układu nerwowego, już od dawna zauważyłem: 1-o, że nieregularność konturów żrenicy jest objawem nader często spotykanym w przypadkach paraliżu postępowego, 2-o, że w razach wyjątkowych występuje przed pojawieniem się pierwszych zaburzeń w oddziaływaniu żrenic na światło i 3-o, że niekiedy nieregularność konturów żrenicy bywa nawet z początku jedynym somatycznym objawem paraliżu postępowego.

Przedewszystkiem postaram się w kilku słowach scharakteryzować, co właściwie rozumiemy pod nazwą nieregularności konturów żrenicy.

Objaw ten polega na tem, że żrenica stopniowo zatracą swój kształt okrągły, jaki zwykle ma w stanie normalnym, że robi się nierówną; jak gdyby z wrębami lub przeciągniętą nierównomiernie w jedną stronę więcej, aniżeli w drugą, przyjmuje kształt elipsy, gruszki lub staje się owalną, przytem podłużna jej średnica może przybrać kierunek poziomy, pionowy lub ukośny.

Dać jeszcze muszę, że ta nieregularność konturów żrenicy ulegać może pewnym zmianom i objaw ten, zależnie od warunków, w jakich go obserwujemy, może występować mniej lub więcej wyraźnie. To też nie rzadko widzimy przy pierwszym badaniu żrenice zupełnie okrągłe; badając po raz drugi zauważamy spłaszczenie konturu żrenicy, na przykład w zewnętrznej górnej jej części, a innym razem znowu stwierdzamy pewne spłaszczenie jedynie w wewnętrznym górnym kwadrancie.

Prócz tych objawów nieregularności konturów źrenicy, spotykanych bardzo często przy bezwładzie postępowym i dość często w przypadkach *tabes dorsalis*, wspomnę tutaj jeszcze o jednym objawie, polegającym na zmianach, jakie czasami zachodzą w położeniu samej źrenicy.

Już w warunkach normalnych źrenica niema położenia bezwzględnie środkowego, leży nieco ku wewnątrz i ku spodowi tęczęwki. W przypadkach bezwładu postępującego, położenie to przesuwają się niekiedy jeszcze więcej i to w rozmaitych kierunkach [w wewnętrznym górnym i dolnym i w zewnętrznym górnym i dolnym].

Pozwolę sobie przytoczyć tutaj jeden odnośny przypadek, gdzie objaw, o którym mówię, występował nadzwyczaj wyraźnie.

Przypadek I dotyczy jednego przypadku bezwładu postępującego, który obserwowałem w roku 1898 w Zurychu.

K. St., urodzony w roku 1868, przechodził *lues* i od dnia 12. X. 1898 znajdował się w psychiatrycznej klinice w Burghölzli w Zurychu i przedstawiał typowy obraz paraliżu postępującego. Ze strony źrenic zanotowałem dnia 21. I. 1899 r. następujące objawy: obie źrenice są rozszerzone, lewa znacznie więcej od prawej. Bezpośrednie oddziaływanie źrenic na światło zarówno, jak i konsensualne = 0. Oddziaływanie na akomodację i zbieżność jest nieco osłabione. Po energicznym zamknięciu powiek źrenice chorego są w chwili rozwarcia powiek zwężone i zwolna dopiero powracają znów do poprzedniej swej szerokości. Dalej—jeżeli rozsuniemy palcami powieki prawego oka i każemy choremu silnie zamknąć oczy, trzymając równocześnie powieki prawego oka rozwarte, wtedy widzimy, jak prawa gałka oczna odchyła się ku górze, a prawa źrenica jednocześnie kurczy się bardzo wyraźnie; jeżeli znów przytrzymując palcami powieki lewego oka rozwarte, każemy choremu zamknąć silnie oczy, widzimy, jak lewa gałka oczna odchyła się ku górze, a lewa źrenica zwęża się¹⁾. U tego chorego znaleźliśmy następujące zmiany w położeniu prawej źrenicy: jednego dnia prawa źrenica leżała w dolnym zewnętrznym kwadrancie tęczęwki, zaś przy powtórznym badaniu, w kilka dni później, znaleźliśmy ją w wewnętrznym górnym kwadrancie tęczęwki.

Dla przekonania się, czy nie mamy do czynienia z przednimi lub tylnymi zrostami tęczęwki, zapuściłem do prawego oka atropinę i zbadałem tęczęwkę przy bocznym oświetleniu zapomocą lupy, lecz nic podobnego nie znalazłem.

Z drugiej strony, przy badaniu odruchu świetlnego widzimy czasami, że nie wszystkie części tęczęwki kurczą się z tą samą szybkością i nie z jednakową siłą. Jedne części tęczęwki kurczą się energiczniej, niż drugie. Skutkiem tego bywa tak, że przy słabym dziennym oświetleniu źrenica ma kształt zupełnie okrągły, przy sztucznym jaskrawym zaś oświetleniu z powodu nierównomiernego kurczenia się oddzielnych części tęczęwki występują pewne nieregularności i nierówności w konturze źrenicy.

¹⁾ Jest to tak zwany orbikularny odruch źrenicy, opisany przez ALBRECHTA v. GRAEFE'go (1854), WUNDT'a (1880), GALASSI'ego (1892), GIFFORD'a (1897), przez WESTPHAL'a i przeze mnie (1899).

Objaw ten dość często spotykałem w bezwładzie postępowym i w przypadkach *katatonii*¹⁾ (*dementia praecox*). Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć jeden przypadek *katatonii*, obserwowany w roku 1900 w Lozannie.

A. R., 52-letni katatonik, znajdował się już od lat wielu w Asile de Cery w Lozannie. Przy badaniu źrenic znalazłem co następuje: obie źrenice są średniej szerokości, jednak lewa jest znacznie szersza od prawej. Kontur lewej źrenicy nie jest zupełnie okrągły, a przedstawia pewną nieregularność, jest jakby z wrębami. Oddziaływanie źrenic na światło [bezpośrednie i konsensualne], jak również i na akomodację i zbieżność jest z obu stron w równej mierze dobrze zachowane. Przy silnem zamknięciu powiek źrenice zwięzają się nieco, lecz nie za każdym razem w jednakowym stopniu. Dalej spostrzegamy u chorego objawy *hippus* t. j. dość silne wzmoczenie fizyologicznych oscylacji źrenic: jeżeli chory wpatruje się spokojnie w jakikolwiek przedmiot, spostrzegamy, że źrenice jego bez żadnej widocznej przyczyny to się kurczą, to znów rozszerzają. Przypatrując się tym objawom *hippus*'u na lewym oku, zauważyłem, że dolna—zewnętrzna część lewej tęczęwki jest w ruchach swych mniej swobodną. Z początku myślałem naturalnie, że przyczyną tego objawu może być *synechia posterior*, znajdująca się prawdopodobnie w dolnej zewnętrznej części tęczęwki, lecz badaniem stwierdziłem brak wszelkich zrostów. Wobec tego przyszedłem do przekonania, że objaw ten możemy objaśnić chyba tylko niedowładem dolnej zewnętrznej części tęczęwki.

Interesującym jest fakt, że cztery miesiące przedtem u tego samego chorego również z lewej strony zauważyłem i zanotowałem w historii choroby pewne ograniczenie ruchów wewnętrznej części tęczęwki, którego śladów przy obecnem badaniu już nie znajdowałem. Spostrzegane w tym przypadku przemijające stany niedowładu w oddzielnych częściach tęczęwki świadczą niewątpliwie o tem, że i w tym przypadku mieliśmy do czynienia z z a b u r z e n i a m i w u n e r w i e n i u t e c z e w k i.

Już od r. 1899 przy badaniu źrenic zwracałem ustawicznie baczną uwagę na stan konturów źrenic, jak to zresztą widać z pracy mojej, wydanej w roku 1900, w której na 7 przypadków paraliżu postępującego dostrzegłem i opisałem ten objaw w 6-ciu²⁾.

Że przecież ta nieregularność konturów źrenicy jest objawem widocznie częstym w przypadkach paraliżu postępującego i w przypadkach tabesu, świadczy o tem następujące, szczerze przyznaję, zestawienie obserwowanych przypadków.

¹⁾ *Dementia praecox*, czyli t. zw. ogłupienie przedwczesne występuje albo pod postacią *dementia paranoides*, albo pod postacią *helephrenia* albo wreszcie pod postacią *katatonii*. Najwybitniejszym objawem tej ostatniej postaci jest względnie bardzo prędko rozwijające się osłabienie wszystkich władz umysłowych i moralnych, któremu towarzyszy cały szereg zaburzeń t. zw. „organicznych”. Są przypadki, które przypominają *dementiam paralyticam*.

²⁾ J. PILTZ. Experimentell erzeugter reciproker Wechsel der Pupillendifferenz bei progressiven Paralyse. Neurologisches Centralblatt. 1900. Nr. 10 i 11.

Z 38-iu przypadków *paralysis progressiva*, badanych dokładniej w klinikach szwajcarskich w ciągu ostatnich kilku lat, dostrzegłem ten objaw w 15-tu, co stanowiłoby 40%.

Z 62 ch przypadków *tabes dorsalis*, badanych przeze mnie w roku 1900 na oddziałach profesora DEJERINE'a w Salpêtrière i w Asile de S-te Anne w Paryżu razem z drem de FURSAC'iem, dostrzegłem ten objaw w 16-tu przypadkach, co czyni 26%.

Jabym przed wypowiedzeniem stanowczego zdania o znaczeniu rozpoznawczem nieregularności źrenicy, starał się zebrać większą liczbę przypadków, gdyby nie ta okoliczność, że na ostatnim posiedzeniu w Société de Neurologie w Paryżu profesor JOFFROY i SCHRAMECK ¹⁾ zwracają uwagę na to, że objaw ten posiada niezaprzeczone znaczenie rozpoznawcze.

JOFFROY i SCHRAMECK przyszli do wniosku, że nieregularność konturów źrenicy jest symptomatem zupełnie ściśle określonym i prawie zawsze i wyłącznie tylko spotykanym przy *paralysis progressiva*, *tabes dorsalis* i *lues*. JOFFROY powiada, że w ciągu ostatnich 10-iu miesięcy nie zdarzyło mu się obserwować ani jednej źrenicy z objawem ARGYLL'a, któraby nie wykazywała, jakichkolwiek nierówności lub nieregularności w swoim konturze. Zdaniem tych dwóch autorów, można z nieregularności konturów jednej z dwóch nierównych źrenic, przy zachowaniu odruchu na światło z obu stron, wnioskować o tem, która z tych dwóch źrenic jest patologicznie zmieniona. „Trzeba przyznać, piszą autorowie, że tym patologicznym zmianom w konturach źrenicy zazwyczaj towarzyszą zaburzenia w odruchach źrenic“. Często jednak zmiany patologiczne w konturach źrenicy poprzedzają objaw ARGYLL-ROBERTSON'a.

JOFFROY obserwował, mianowicie, powolne lub szybkie zjawienie się objawu ARGYLL-ROBERTSON'a tam, gdzie poprzednio widział jedynie nieregularność konturu źrenicy, przy normalnem jeszcze oddziaływaniu źrenic na światło.

Podług JOFFROY zniekształtnienie otworu źrenicowego jest często najpierwszym objawem, zwiastującym pewne chorobliwe zmiany w unerwieniu tęczówki, jest więc pierwszym objawem asynergii tego unerwienia i jak gdyby pierwszym stopniem na drodze zmian w unerwieniu tęczówki, które prędzej, czy później doprowadzą do osłabienia jednego lub drugiego odruchu źrenicowego a potem do zupełnego odrętwienia źrenic na światło t. j. objawu ARGYLL'a, lub wreszcie do objawu *ophthalmoplegia interna*, t. j. do absolutnego porażenia źrenic.

JOFFROY i SCHRAMECK streszczają konkluzye swoje w następujący sposób:

Każde zniekształtnienie źrenicy, czyli każda nieregularność w konturze źrenicy, jeżeli tylko *anomaliae iridis congenitae* lub *synechiae* są wykluczone, wskazuje—nawet przy zupełnie nienaruszonych odruchach źrenicowych—na to, że możemy mieć do czynienia z przypadkiem *paralysis progressiva*, *tabes dorsalis* albo *lues*.

¹⁾ A. JOFFROY et SCHRAMECK. Des rapports de l'irrégularité pupillaire et du signe d'ARGYLL-ROBERTSON. Revue Neurologique. 1902. Nr. 6, str. 275.

Wartość semiologiczna tego zniekształtnienia źrenicy, tej nieregularności konturu źrenicy, nie jest bynajmniej mniejsza od wartości semiologicznej objawu ARGYLL-ROBERTSON'a, będąc jego początkowym przejawem.

W dyskusyi nad tą kwestyą na posiedzeniu w *Société de Neurologie* z dnia 13-go marca r. b. zaznaczył BABIŃSKI, że i on także obserwował kilku takich chorych, u których nierówność konturu źrenicy przez pewien czas wyprzedzała pojawienie się objawu unieruchomienia źrenic. JOFFROY i SCHRAMECK w swoim komunikacie zaraz na początku nadmieniają, że już na jednym z ostatnich posiedzeń Towarzystwa oftalmologicznego w Paryżu TERSON podnosił ten fakt, że zniekształtnienie źrenicy u tabetyków jest nader częstym objawem, spotykanym zazwyczaj jednocześnie z objawem ARGYLL-ROBERTSON'a.

Również MARANDON DE MONTYEL, lekarz zakładu dla obłąkanych w Ville-Évrard, już przed paru miesiącami miał wykład o zniekształtnieniu źrenic i zwracał uwagę na to, że objaw ten, spostrzegany stale przy paraliżu postępowym i przy tabesie, spotyka się prawie we wszystkich formach obłąkania. JOFFROY dodaje ze swej strony, że on obserwował ten objaw tylko w psychozach na tle przymiotu.

Przedtem już opisywali ten objaw BAILLARGER, GRIESINGER, MENDEL, VOISIN, SCHÜLE, NOTHNAGEL, BERNHARDT, MOBÈCHE, MUSSO, SIEMERLING i in.

SIEMERLING¹⁾ podaje następującą wzmiankę: „Wiadomem jest, że u obłąkanych postać źrenicy w większości przypadków podlega różnym zmianom. Okrągła jej postać zatracą się, źrenica staje się nierówną, bywa jak gdyby z wrębami, jest wydłużona lub przyjmuje kształt elipsy“. MOBÈCHE w obszernej swej pracy, z r. 1874 zwraca na te objawy ze strony źrenic szczególną uwagę. Musso podaje również następujące dane: z pośród 300 obłąkanych 182 miało nieregularne źrenice, co czyni 63,3%. Zupełnie okrągłe źrenice na 100 ludzi znalazły się 89 razy; źrenicy o kształcie elipsy Musso nie obserwował u ludzi zdrowych ani razu, u obłąkanych u 7,3%.

Wobec tego, że nieregularność konturów źrenic może przez pewien czas wyprzedzać pojawienie się pierwszych zaburzeń w oddziaływaniu źrenic na światło, t. j. objawów ARGYLL-ROBERTSON'a, objaw ten nabiera pewnego znaczenia rozpoznawczego. Mając więc przed sobą chorego, u którego stwierdziliśmy nieregularność konturów źrenicy, należy postępować systematycznie. Więc, przez rozszerzenie źrenic zapomocą atropiny wykluczyć podejrzenie nażrosty tęczówki, dalej—przez zbadanie samej tęczówki wykluczyć możliwość zmian patologicznych w samym mięszu tęczówki, a nadto pomyśleć także o wrodzonych niedokładnościach tęczówki i o tem, czy chory nie podlegał jakim skaleczeniom tęczówki, lub czy nie robiono mu jakiej operacji na oku. Przy braku tych wszystkich ewentualności nieregularność konturów źrenicy może być w pewnych wypadkach pierwszym zwiastunem organicznej choroby, której rozpoznanie w początkach jest tak trudnem i nieuchwytnem i daje powód

¹⁾ E. SIEMERLING. Ueber die Veränderungen der Pupillenreaction bei Geisteskranken. Berl. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 44.

do błędów, jak na przykład—do wzięcia początków *paralysis progressivae* za neurastenię i t. d.

Objaw ten opisywałem już w roku 1900, tłumacząc go już wtedy zaburzeniami w unerwieniu tęczówki ¹⁾. Od wypowiedzenia zdania o ważności tego objawu wstrzymywałem się, chcąc zebrać większy materiał.

Obecnie wobec publikacji profesora JOFFROY i zdania, wypowiedzianego przez BABIŃSKIEGO, wypada mi, przedstawivszy moje obserwacje, poczynione już w roku 1900, przyłączyć się do zdania tych znanych i cenionych uczonych i powiedzieć, że i moje obserwacje świadczą również o tej samej wartości i znaczeniu tego objawu.

Jako potwierdzenie mego tłumaczenia, że wyżej opisane zaburzenia w nierównomiernem kurczeniu się tęczówki, dalej—zaburzenia w ustawieniu tęczówki i nieregularności konturów źrenic są następstwem zmian w unerwieniu, służą doświadczenia HENSEN'a i VÖLKERS'a, JEGOROW'a, BRAUNSTEIN'a, LANGENDORFF'a i moje własne.

HENSEN i VÖLKERS znaleźli, że podrażnienie oddzielnych gałązek *nervi ciliares breves* wywołuje częściowe zwężenie źrenicy. LANGENDORFF potwierdził ten fakt.

JEGOROW ²⁾ znalazł, że przy podrażnieniu prądem elektrycznym jednej, którejkolwiek bądź z gałązek nerwu rzęskowego długiego (*nervi ciliares longi*) występuje częściowe rozszerzenie źrenicy. Doświadczenia te powtórzył BRAUNSTEIN i w zupełności je potwierdził.

BRAUNSTEIN ³⁾ robił na kotach i psach następujące doświadczenia: otwierał jamę oczną z boku, przecinał jedną z gałązek długiego nerwu rzęskowego, lub przecinał tę gałązkę i nerw współczulny w szyjowej jego części, lub wycinał *ganglion ciliare* i drażnił prądem elektrycznym albo przecięty nerw rzęskowy, albo przecięty nerw sympatyczny w szyjowej jego części.

Nadzwyczaj interesujące wyniki doświadczeń BRAUNSTEIN'a można w krótkości sformułować w następujący sposób:

1) Podrażnienie prądem elektrycznym obwodowej części przeciętej zewnętrznej gałązki nerwu rzęskowego długiego (*nervi ciliares longi*) daje, jako efekt, częściowe rozszerzenie źrenicy w zewnętrznym górnym jej kwadrancie.

2) Podrażnienie dośrodkowej części przeciętego nerwu współczulnego w szyjowej jego części przy zachowanych wszystkich gałązkach długiego nerwu rzęskowego dawało równomierne, prawidłowe rozszerzenie źrenicy średniej wielkości.

3) Jeżeli, po przecięciu wyżej wspomnianej zewnętrznej gałązki długiego nerwu rzęskowego, drażni się prądem elektrycznym dośrodkową część przeciętego nerwu współczulnego w części jego szyjowej, otrzymuje się jako wynik

¹⁾ J. PILTZ. Weitere Mittheilungen über die beim energischen Augenschluss stattfindende Pupillenverengerung. Neurologisches Centralblatt, 1900. Nr. 18.

²⁾ JEGOROW. O wpływie nerwu rzęskowego długiego (*nervi ciliares longi*) na rozszerzenie źrenicy. Dysertacya. Kazań, 1885 (po rosyjsku).

³⁾ E. L. BRAUNSTEIN. Przyczynek do badań nad unerwieniem ruchów źrenicy. Dysertacya. Charków, 1893 (po rosyjsku).

częściowe rozszerzenie wewnętrznej *dolnej, a nie, jak poprzednio, zewnętrznej górnej części [podnieta przenosi się w tym wypadku drogą wewnętrznych nienaruszonych gałązek *nervi ciliares longi*].

BRAUNSTEIN wycinał także *ganglion ciliare* i wtedy już bez żadnego drażnienia otrzymywał równomierne rozszerzenie źrenicy [odpadło] bowiem znane działanie *nervi oculomotorii*].

Kiedy po wycięciu *ganglion ciliare* BRAUNSTEIN powtarzał doświadczenia, wymienione pod Nr. 1-ym i 3-im, otrzymywał wyniki te same tylko, przy większym otworze źrenicy, która rozszerzyła się przed tem drażnieniem pod wpływem samego wycięcia *ganglion ciliare*. [D. n.].

STRESZCZENIA ZBIOROWE

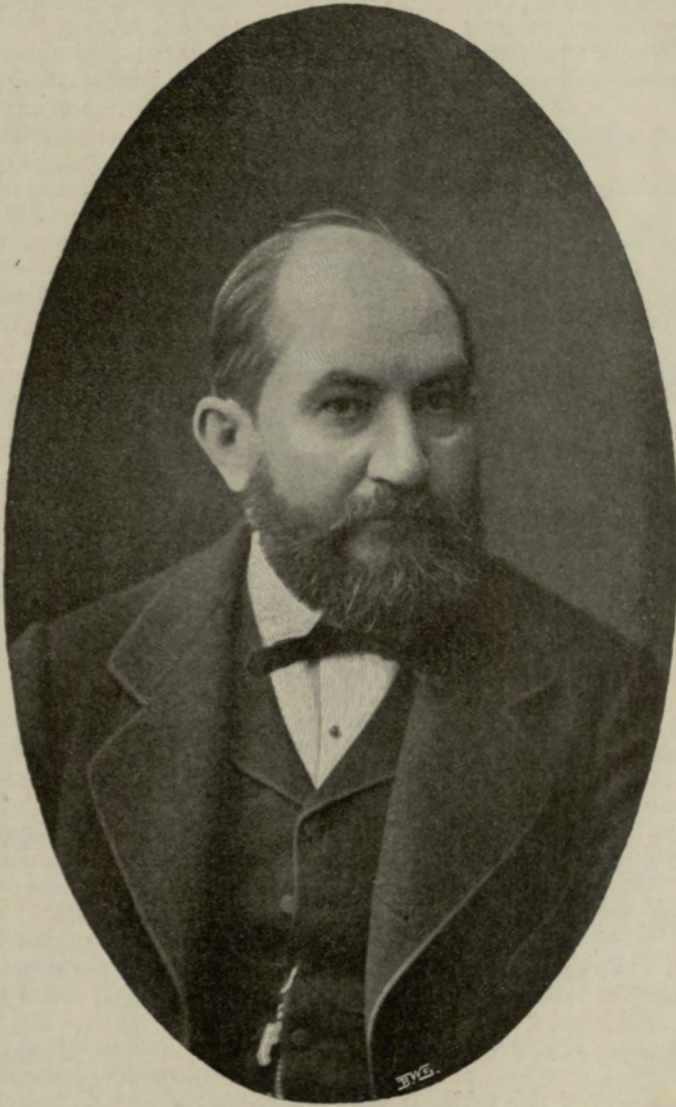
Leczenie chirurgiczne choroby Bright'a.

Podał

Stanisław Pechkranc.

[Dokończenie — Patrz Nr. 24].

Zanim przejdziemy do leczenia chirurgicznego omawianych stanów, podać jeszcze musimy szczegółowemu rozbirowi kwestyę przekrwienia nerek i wzmoczonego ciśnienia wewnątrz torebkowego, — kwestyę, która stanowi jądro całej sprawy i ściśle wiąże się z kwestyą chirurgicznego leczenia. ISRAEL, a za nim wielu chirurgów, za źródło kolki i krwotoków przyjmuje napadowo występujące kongestyę nerek. Przez analogię z ostrem zakaźnym zapaleniem nerek, guzami złośliwymi, gruźlicą, których spostrzeżenia pouczają, że szybkie kongestyjne wzmoczenie ciśnienia wewnątrztorebkowego przy nienaruszonym odpływie moczu wywołać może kolkę lub krwotoki, można było przypuszczać, że objawom tym przy przewlekłe zapalnych cierpieniach nerek za podstawę służą te same zaburzenia cyrkulacyjne. W tem mniemaniu utwierdziły ISRAEL'a zarówno znalezione podczas operacji niewątpliwe stany kongestyjne, jak i dane badania klinicznego: występujące wraz z napadem obrzmienia nerki oraz zmiany nefrytyczne moczu. Próbując na materiale ISRAEL'a słuszności tego poglądu, dochodzi SENATOR do wyników niezupełnie z nim zgodnych. W 11-u z 14-u przytoczonych przez ISRAEL'a przypadków nie było podczas operacji obrzmienia nerki i rozciągnięcia torebki; w niektórych nawet, wprost przeciwnie, nerka była mała, wiotka, miękka; w pozostałych trzech przypadkach obrzmienie kongestyjne nie było silnie wyrażone. Na mocy tych danych odmawia SENATOR, a za nim KLEMPERER i inni, temu zjawisku znaczenia patogenetycznego. Zarzut ten, który zdaniem dopiero co wzmiankowanych autorów, ma odrazu po-



S. P. PROF. FELIKS NAWROCKI.

zbawić teorię kongestyi i wynikające stąd leczenie chirurgiczne wszelkiej podstawy, niezupełnie jest słuszny, gdyż ISRAEL mówi nie o stałych stanach przekrwienia, lecz o występujących napadowo. Jeżeli operujemy w okresach wolnych od napadów, to stanów tych można nie znaleźć. W samej rzeczy, żaden z przytoczonych przez SENATOR'a przypadków ujemnych, t. j. bez przekrwienia nerki, nie był operowany podczas napadu kolki lub makroskopowo widocznego krwawienia. W jednym jedynym przypadku, w którym operacja dokonana była podczas napadu kolki, stwierdzono jeszcze przed operacją powiększenie nerki, które wystąpiło jednocześnie z napadem, a podczas operacji znaleziono silną kongestję nerki i napięcie torebki. Przypadków podobnych w literaturze znajdujemy nie mało, że wspomnimy o spostrzeżeniach POUSSON'a ALBARRAN'a, SCHEDE'go, HARRISON'a, KORTEWEG'a¹⁾.

Ten stan przekrwienia służy dla ISRAEL'a i jego zwolenników za wskazanie do zrobienia cięcia nerki, które ma polepszyć warunki cyrkulacyjne, zatamować krwawienie, usunąć kolki i zwiększyć diurezę. Zalecone pierwotnie jako środek dyagnostyczny, cięcie nerki wkrótce podniesione zostało, podobnie jak nakłucie łądźwiowe, do godności terapeutycznej. Wartość jednak lecznicza tego zabiegu, tak samo wresztą jak nakłucia łądźwiowego, nie przez wszystkich jest uznawana. PEL, SENATOR, KLEMPERER i inni utrzymują, że jeżeli rozszczepienie nerki spowodzić ma zmniejszenie ciśnienia wewnątrz nerkowego, to krwawienie samo przez się jest wszak najlepszym środkiem do zmniejszenia tego ciśnienia. SENATOR nadto dodaje, że wskutek cięcia nerki do już istniejącej sprawy zapalnej przyłącza się jeszcze świeże zapalenie zlepne, które prowadzi do zrostu torebki z nerką. Gdyby więc, mówi SENATOR, teoria ostrozapalnego obrzmienia nerki, jako przyczyny kolki i krwotoku, była słuszną, cięcie nerki z następczem zapaleniem stwarzałoby właśnie warunki dla powstania lub wzmożenia tego cierpienia, gdyż zrośnięta torebka jeszcze mniej, niż poprzednio, zdolną jest do rozciągnięcia. Zdaniem KLEMPERER'a, wzmożenie ciśnienia wewnątrznerkowego w chorobie BRIGHT'a gra rolę stosunkowo nieznaczną, najgłówniejsze znaczenie mają zmiany degeneracyjne nabłonka nerkowego, cięcie zaś nerki może najwyżej pogorszyć sekrecję zarówno jakościowo, jak i ilościowo.

Zarzuty te jednak nie trudno odeprzeć. Jest bardzo prawdopodobnem, że polepszone wskutek cięcia warunki cyrkulacyjne, sprzyjające przyplýwowi bogatej w tlen krwi tętniczej i odpływowi przeladowanej produktami przemiany materji krwi żyłnej, pomyślnie wpłynąć mogą na zmiany anatomiczne nerek albo na czynność wydzielającego miąższu. W samej rzeczy, jak wytlómaczyć fakt tak często spostrzegany po nacięciu nerki lub rozcięciu torebki, że ilość wydzielanego moczu nagle i to w znacznym stopniu powiększa się? A zapalenie, które powstaje po tym zabiegu i które, zdaniem SENATOR'a, tylko pogorszyć może istniejący stan zapalny, cze rzeczywiście taką wyrządzić może szkodę? Lekka sprawa zapalna, powstająca po cięciu nerki, nie może, jak o tem przekonać się łatwo [ISRAEL] na znacznie cięższych zabiegach (*nephrolithotomia*), tak szkodzić nerce, gdyż jest to sprawa miejscowa, nie postępująca, dobrotliwa, aseptyczna, rozwijająca się tylko w bezpośredniem sąsiedztwie anemicznego infarktu powierzchni przekroju, służąca do wessania zawału i zastąpienia go tkanką bliznową. Niema nic sprzecznego w twierdzeniu, że zabieg, który sam przez się wywołuje zapalenie, spowodzić może wyleczenie przewlekłej sprawy

¹⁾ Spostrzegałem dwa przypadki kolki i krwiomóczu nerkowego, w których podczas operacji, dokonanej przez ODERFELDA, w szp. żyd. kilka lat temu, nie znaleziono przy najstaranniejszem badaniu ani kamieni, ani ognisk nowotworowych lub gruzliczych, nerka zaś była obrzmiała, przekrwiona i z silnie rozciągniętą torebką. [Przypis sprawozd.]

zapalnej: wszak nierzadko sztucznie wywołujemy zapalenie ostre celem wyleczenia przewlekłych spraw zapalnych. Co się zaś tyczy zarzutu PEL'a i SENATOR'a, że krwimocz sam przez się jest najlepszym środkiem, zmniejszającym ciśnienie wewnątrz-torebkowe, to zauważyć można [ISRAEL], że w wielu przypadkach utrata krwi z moczem nie tamuje krwotoku, cięcie zaś nerki często ten skutek sprowadza, tak, że są to widocznie rzeczy różne. Zreższą, w jakikolwiek sposób tłómaczyć będziemy działanie nacięcia nerki przy kolce i krwotokach, nie należy zapominać, że co innego jest fakt, a co innego tłómaczenie faktu.

Faktem pozostaje, że cięcie nerki w bardzo wielu przypadkach kolki i krwotoku nerkowego daje doskonałe wyniki, zupełnie niezależnie od tego, czy słuszną jest teoria kongesty, czy nie. ISRAEL przyznaje, że działanie lecznicze cięcia nerkowego wykryte zostało niezależnie od wszelkiej teorii, na drodze empirycznej, teoria zaś zbudowana została dopiero na podstawie stwierdzonego faktu. O dobroczynnym wpływie tej operacji przy *nephritis ascendens acuta*, gdzie narząd usiany jest niezliczonym mnóstwem drobnych ropni, nikt już obecnie nie wątpi, choć trudno objaśnić, w jaki sposób tu działa cięcie, które wszak trafia tylko bardzo drobną część rozsianych w całym mięszu ognisk ropnych.

Jakież są wskazania do cięcia nerki? Dadzą się one sprowadzić, jak dotąd, do następujących trzech: 1) bardzo obfite i długotrwałe krwawienia z nerek, zagrażające życiu chorego, 2) silne i często powtarzające się kolki nerkowe, 3) bezmocz lub bardzo znaczne ograniczenie wydzielania moczu.

ISRAEL wyraźnie zastrzega się, że nigdy nie miał zamiaru poddawać leczeniu chirurgicznemu jakiegokolwiek postaci zapalenia nerek. Wskazaniem do operacji dla niego zawsze były tylko ciężkie lub niebezpieczne objawy. O pomyślnym wpływie operacji na sprawę zapalną nerek mówił on jedynie o tyle, o ile ta, podjęta celem usunięcia wyżej wzmiankowanych objawów, okazała jednocześnie pomyślny wpływ także na inne objawy zapalenia nerek: na zniknięcie białkomoczu i pierwiastków morfotycznych, zwiększenie ilości moczu i t. d.

Zdarzają się wprawdzie przypadki krwotoków nerkowych, które przechodzą bez leczenia lub przy leczeniu wewnętrznym, np. od hydroterapii w przypadku KLEMPER'a. Przypadki takie lekarze skłonni są uważać za zależne od zaburzeń naczynio-ruchowych, odnosząc do tej kategorii również te przypadki, w których krwotok nerkowy ustawał po jakimkolwiek innym rękoczynie, np. po obrażeniu nerki [ANDERSON, LEGUEN, BROCA], po przemyciu pęcherza, po nacięciu pęcherza [PASSER], po wyskrobaniu pęcherza [GUYON, ALBARRAN]. Przypadki te jednak bynajmniej nie dowodzą pochodzenia angioneurotycznego krwimoczu. Z doświadczenia wiadomo, jak długie przerwy, trwające po lat kilka, dzielą niekiedy jeden krwotok od drugiego przy gruźlicy lub nowotworze nerek. W opisanym przez ALBARRAN'a przypadku GUYON'a krwotok ustał po *curetement* pęcherza na bardzo długi czas, dalszy jednak przebieg okazał, że nerki były dotknięte gruźlicą. Stąd wynika, że zniknięcia krwotoku przy leczeniu wewnętrznym nie można uważać za pewnego rodzaju kryterium rozpoznawcze angioneurozy, jak chce KLEMPERER. Dopóki nie mamy żadnych środków dla rozpoznawania krwawienia angioneurotycznego oraz dla odróżnienia go od krwawienia, zależnego od nowotworu lub gruźlicy nerek, musimy na każdy przypadek krwimoczu nerkowego zapatrywać się poważnie i, nie zwlekając długo, przystąpić do cięcia dyagnostycznego, które jest tembardziej usprawiedliwione, że stanowi jednocześnie pierwszorzędnym środkiem leczniczym w tych przypadkach krwawienia nerkowego [i kolek], w których niema ani kamienia, ani gruźlicy, ani guza. Poprzednio wypróbujemy naturalnie wszyst-

kie środki medycyny wewnętrznej, lecz długo zwlekać nie będziemy z obawy opóźnienia momentu, w którym operacyjne leczenie gruźlicy albo nowotworu złośliwego może jeszcze mieć widoki powodzenia. Innego zdania jest KLEMPERER, który, obawiając się skutków operacji, radzi zwlekać z nią jak najdłużej, aż do czasu, gdy przekonamy się zupełnie o bezskuteczności leczenia wewnętrznego. Wogóle zgodności między internistami i chirurgami na tym punkcie, jak zresztą w wielu innych kwestjach pogranicznych, dotychczas niema.

Co do bezmoczności, to tu panuje większa zgodność poglądów. Przy: anuryi lub oliguryi, zależnej od silnego obrzmienia nerki w następstwie *nephritidis septicae*, cięcie nerki jest obecnie uważane przez wszystkich na wskazane. Przy bezmoczności, zależnym od ostrej choroby BRIGHT'a, np. w następstwie szkarlatyny cięcie nerki zalecają tylko niektórzy, większość zaś wypowiada się w tej kwestyi bardzo ogólnie.

Wreszcie co się tyczy często powtarzającej się kolki nerkowej, to operację podejmuje się często dla tego, że przypuszcza się obecność kamienia lub innego cierpienia organicznego. Nie mamy faktycznie w wielu przypadkach ani jednej cechy, któraby pozwoliła nam odróżnić nefralgię nerwową od kamicy. Rentgenografia ma znaczenie tylko przy pewnym składzie chemicznym kamieni, wogóle zaś często nie prowadzi do celu. Twierdzenie CASPER'a że przy kolce nerkowej, zależnej od kamieni w moczu, zawsze znaleźć można krążki czerwone krwi, wymaga jeszcze potwierdzenia.

Wogóle cała sprawa jest jeszcze zbyt świeża, ażeby można było już obecnie sformułować wyraźnie wskazania i przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego.

Obawa przed wynikiem operacji wstrzymuje często od jej zalecenia. Pomijając już możliwość nawrotu, zdarza się wszak nierazko zejście śmiertelne. Powyżej widzieliśmy, że ISRAEL na 14 przypadków miał trzy zejścia, POUSSON przytacza cztery zejścia na 26 przypadków, tylko jeden HARRISON był tak szczęśliwy, że nie miał ani jednego zejścia [na trzy przypadki]. ISRAEL tłumaczy swoją odsetkę śmiertelności tem, że operacja w jego przypadkach podjęta została wskutek fałszywego rozpoznania, które musiało wpłynąć na sam przebieg operacji: dopiero po długiem szukaniu, obmacywaniu miedniczki i kielichów, starannem zbadaniu mięszu przy stopniowem rozszerzaniu cięcia przez całą długość nerki i uciśnięciu szypuły naczyniowej, wstęcznem sondowaniem i rozległem obnażeniu moczowodu . . . zdecydował się zakończyć operację.

Takie zbyteczne i szkodliwe komplikowanie zabiegu, szczególnie zaś dłużej trwające sztuczne zatamowanie dowozu krwi do nerki, musiało znacznie pogorszyć wyniki *quoad vitam* u ludzi, którzy wskutek ciężkiego cierpienia nerek odznaczali się względnie małą odpornością. Jeżeli jednak będziemy kiedy w możności, mówi ISRAEL, dokładnie zdyagnozować te stany chorobowe, to zabieg, sprowadzający się wyłącznie do nacięcia nerki, będzie tak mało znaczący, że wynikające stąd niebezpieczeństwo będzie można uważać za minimalne. Że nacięcie nerki przedstawia samo przez się zabieg nieszkodliwy, dowodzą zarówno prace doświadczalne TUFFIER'a, BARTH'a i MAXA WOLF'a, jako też dobre wyniki obustronnego rozszczepienia nerek z powodu kamicy. Być może także, że proponowana przez ZONDEK'a, modyfikacja cięcia nerki [więcej po tylnej stronie nerki, w miejscu, gdzie spotykają się przednie i tylne naczynia], możliwie oszczędzająca mięsz nerek oraz naczynia ich, będzie w skutkach lepszą, niż cięcie sekcyjne, dotychczas praktykowane.

Bez wątpienia, mniej ciężkim zabiegiem jest zwyczajne rozszczepienie torebki nerkowej, nie wymagające wyciągania nerki z głębi rany i dające bardzo

małe krwawienie. Wzorem dla tej operacji jest nefropeksya, przyczem rozszczepiona torebka przymocowana zostaje do głębokiej powięzi łądźwiowej. Wytwarzające się rozległe połączenia naczyniowe między nerką a miękkimi częściami okolicy łądźwiowej pomagają, podobnie jak *venae stellatae*, odpływowi krwi żyłnej z nerki. Na zwyczajnem rozszczepieniu torebki włónistej można i należy, zdaniem Korrewęga, ograniczyć się wówczas, gdy operuje się z powodu ostrego zapalenia nerek.

Dotychczas omawialiśmy chirurgiczne leczenie zapalenia nerek o tyle, o ile wskazaniem do niego były pewne dolegliwe lub zatrważające objawy, jak: krwotoki nerkowe, kolki i bezmocz. Żadnemu ze wzmiankowanych powyżej chirurgów na myśl nie przyszło, ażeby operować chorobę BRIGHT'a, jako taką. Jeśli w następstwie operacji, podjętej celem usunięcia powyższych objawów, okazało się, że jednocześnie z tymi objawami poznikały objawy czysto nefrytyczne, jak: białkomocz, wałeczki nerkowe i t. d., to skutek ten był nieprzewidziany; stanowił niespodziewany produkt uboczny. ISRAEL wyraźnie zaznacza, że stanowisko jego względem zapalenia nerek było takie same, jak względem kamicy żółciowej; podobnie, jak obecność kamieni żółciowych nie dawała mu sama przez się wskazania do zabiegu operacyjnego, lecz o tyle jedynie, o ile wywoływała silne i częste kolki, zapalenie pęcherzyka żółciowego lub zamknięcie światła przewodu żółciowego, tak samo rzecz się miała z zapaleniem nerek. Zdawałoby się, że typowa choroba BRIGHT'a, szczególnie zaś jej postać przewlekła, pozostanie na długo, jeżeli nie na zawsze, wyłączną, nietykalną dziedziną internistów. Atoli chirurgia w swym tryumfalnym pochodzie zagraża już wkroczeniem i do tego terytorium.

Bardzo niedawno temu, gdy nie zdążyły jeszcze umilknąć odgłosy rozpraw w Towarzystwach lekarskich nad omawianym tu tematem, okazała się praca amerykańskiego chirurga, EDEBOHLS'a, omawiająca kwestyę chirurgicznego leczenia przewlekłej choroby BRIGHT'a z nowego stanowiska. Praca ta wyszła z pod pióra bardzo doświadczonego chirurga. Robi bardzo dodatnie wrażenie i nie omieszka zapewne wkrótce zainteresować szerszych kół lekarzy. Wyniki, otrzymane przez EDEBOHLS'a przy chirurgicznem leczeniu choroby BRIGHT'a, są po prostu zdumiewające. Wypada przeto bliżej przyjrzeć się tej pracy.

Na myśl chirurgicznego leczenia przewlekłej choroby BRIGHT'a naprowadziło EDEBOHLS'a kilka przypadków, w których *nephropexia*, dokonana z powodu rozmaitych dolegliwości, wywołanych przez nerkę wędrującą, wywarła wpływ leczniczy na istniejącą jednocześnie chorobę BRIGHT'a. Na 191 przypadków nefropeksyi autor miał 16 nefrytyków, którzy po zabiegu wyzdrowieli zupełnie bez wszelkiego dalszego leczenia wewnętrznego. W miarę wzrostu doświadczenia zaczął Eb. operować przypadki choroby BRIGHT'a, bez powikłania wędrującą nerką. Operował 18 przypadków przewlekłego zapalenia nerek i utrzymuje, że przy pewnej wprawie można na żywej nerce łatwo rozpoznać zmiany zapalne, gdyż wskutek krążenia krwi zmiany chorobowe wyraźniej występują, niż po śmierci. Między 18-u przypadkami przewlekłej choroby BRIGHT'a było 5 przypadków prawostronnego śródmiąższowego zapalenia nerek, 4 przypadki przewlekłego śródmiąższowego zapalenia lewej nerki, 4 przypadki obustronnego śródmiąższowego zapalenia, dwa przypadki obustronnego przewlekłego miąższowego zapalenia i trzy przypadki przewlekłego zapalenia rozlanego [t. j. z jednakowym prawie udziałem tkanki śródmiąższowej i miąższu]. W 14-tu przypadkach operowane były obie nerki, z tych w 12-tu przypadkach na jednym posiedzeniu, a w dwu *en deux temps*. W 4-ch przypadkach operowana była tylko jedna nerka. Autor wylicza 8 przypadków jednostronnego zapalenia nerek, przyczem w 6-iu wyciągnięte zostały obie nerki,

a w jedrej z nich gołem okiem nie można było dostrzedz żadnych zmian. Możliwym jest, jak to autor sam zaznacza, że zapomocą drobnowidza udałoby się także w drugiej nerce wykryć poczynające się zmiany zapalne. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia nerek w przypadkach autora oparte zostało na wywiadach, badaniu chemicznem i drobnowidzowem moczu i wreszcie na szczegółowym obejrzeniu i obmacaniu nerki podczas operacyi. W dwu przypadkach rozpoznanie uzupełnione zostało przez badanie drobnowidzowe wyciętego podczas operacyi kawałka nerki. W 9-iu przypadkach, prócz objawów ze strony moczu, istniały obrzęki, wodnistość krwi oraz objawy mocznicowe rozmaitego natężenia.

Operacya, którą EDEBOHLS wykonywa, polega na rozszczepieniu torebki właściwej nerki od jednego bieguna do drugiego na wypukłej stronie nerki odluszczeniu obu połów torebki aż do miedniczki oraz wycięciu torebki, zupełnem. Obnażoną w ten sposób nerkę wkłada autor napowrót do torebki tłuszczowej i zamyka ranę powłok. Dla tej operacyi autor proponuje nazwę: *excisio capsulae propriae*, albo krócej: *decapsulatio*, *decorticatio* lub *denu-datio*, inaczej *nephrocapsotomy*. Autor nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego.

Jeśli odliczyć te przypadki, w których niedostateczny czas obserwacyi nie pozwala na żadne stanowcze wnioski, to pozostanie 8 przypadków, w których chorzy spostrzegani byli w ciągu 1—8 lat po operacyi. Wszystkie te przypadki uważa autor za wyleczone: w żadnym z nich nie wystąpił ani jeden objaw niedostateczności nerek, mocz pozostawał stale wolnym od białka i wałeczków. Przy znacznem rozpowszechnieniu przewlekłej choroby BRIGHT'a i bezsilności wobec tego cierpienia medycyny wewnętrznej, wyniki takie są niesłychanie doniosłe.

W jaki sposób operacya EDEBOHLS'a sprowadza wyleczenie choroby BRIGHT'a? Na to pytanie dają, zdaniem autora, odpowiedź trzy przypadki, w których nerka już raz poprzednio została przyszyta. Przy powtórnej operacyi można było stwierdzić następujące wyniki poprzednio dokonanego zabiegu: 1) rozległe zrosty łączno-tkankowe między nerką a jej otoczeniem; 2) z tej tkance łącznej przebiegają liczne, bardzo grube naczynia między nerką a przylegającymi tkankami; 3) nowowytworzone tętnice co do liczby i wielkości mają przewagę nad żyłami. Prąd krwi w tętnicach jest zawsze skierowany w stronę nerki.

A zatem dobre wyniki operacyi zależne są od lepszego dowozu krwi tętnicznej do nerki, który prowadzi prawdopodobnie do wessania wytworów zapalnych, do lepszego odżywiania wydzielającej tkanki nerkowej, co klinicznie wyraża się wzmożeniem diurezy, zniknięciem białkomoczu i wałeczków, a w dalszym przebiegu znaczną poprawą stanu ogólnego.

L I T E R A T U R A.

J. ISRAEL. Ueber den Einfluss der Nierenspaltung auf acute und chronische Krankheitsprozesse des Nierenparenchyms. Mittheilungen aus den Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie. Tom 5 Z. 3. Patrz także streszczenie tej pracy w Gaz. Lek. 1900, Nr. 4.

SENATOR. Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. Deutsche med. Wochenschrift 1902, Nr. 8.

J. ISRAEL. Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. Deutsche med. Wochenschrift, 1902, Nr. 9.

Rozprawy w Związku internistów w Berlinie: KLEMPERER, CASPER, ZONDEK, SENATOR. Posiedzenie 20-go stycznia. 1902.

PEL. Die Nierenentzündung (M. BRIGHTII) vor dem Forum der Chirurgen (Nach einem Referat auf dem 8 niederländischen Kongresse für Naturwissenschaften und Medizin in Rotterdam). Mittheils a. den Grenzgeb. der Medizin u. Chirurgie. Tom. 8. Z. 4 i 5. 1901 r.

KORTEWEG. Die Indikationen zur Entspannungsincision bei Nierenleiden. Mitthell. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Tenże zeszyt.

SCHUDE w Handbuch der praktischen Chirurgie. BERGMANN, BRUNS i MIKULICZ.

BRAATZ. Deutsche med. Wochenschrift. 1900. Nr. 10.

EDEBOHLS. Die chirurgische Behandlung des chronischen Morbus Brightii. Przekład z angielskiego przez W. KARO w Monatsberichte für Urologie. Tom. 7. Z. 2. 1902.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

7. Leczenia nerwobólów zapomocą zastrzykiwań (*insufflatio*) podskórnych powietrza.

CORDIER z Lyonu, pobudzony pomyslnymi wynikami naciągania nerwów (*elongatio*) w upartych nerwobólach, wpadł na myśl, iż rozciągając skórę, przez zastrzyknięcie powietrza w okolice, dotkniętą nerwobólem, powinno nastąpić naciągnięcie rozgałęzień nerwowych, wnikających do skóry. Doświadczenia, robione przez niego na zwierzętach, na sobie i na chorych, przekonały go, iż zastrzyknięcia powietrza są nieszkodliwe, niebolesne i dają często wyborne wyniki. Posługiwał się zwykłą igłą PRAVAZ'a, do której przystosowywał dmuchawkę, jak w aparacie POTAIN'a. Igłę wbijał szybko pod skórę a przekonawszy się, iż krew nie wychodzi, to jest igła nie jest w żyłę, wypychał pod skórę pewną ilość powietrza. Wywoływało to wytworzenie się wyniosłości, napełnionej powietrzem. Po wyjęciu igły następuje druga część, najważniejsza. postępowania, a mianowicie: wykonywa się silny masaż w ten sposób, by zebrane pod skórą powietrze to rozpraszać, to znów zbierać, zwłaszcza w miejscach największego bólu. Masaż ten służy do naciągania rozgałęzień nerwowych. Wdmuchiwanie powietrza można zrobić zdala od miejsca bolesnego a dopiero później je przemieścić. CORDIER posługiwał się tą metodą leczenia w *lumbago*, różnych nerwobólach a nawet w *neuritis*. Z 25-iu przypadków *ischias*—tylko w dwu nie otrzymał dobrego wyniku, w innych już po 4—5-iu zastrzyknięciach, dokonanych co 6—7 dni, nastąpiło wyleczenie.

W. Gajkiewicz.

WIADOMOŚCI DROBNE.

— Wiadomo, jakie często trudności przedstawia odprowadzenie wypadłej pępowiny i na jak wielkie niebezpieczeństwo jest narażone życie

dziecka w razie, jeśli sznurek pępkowy wypadnie wtedy, gdy usta maciczne nie są jeszcze dostatecznie otwarte. W jednym z takich przypadków bezskutecznego próbowania odprowadzenia wypadłego sznurka pępkowego, HUGO HENNE wpadł na pomysł użycia w tym celu serwetki, tak jak się jej używa przy laparotomiach w celu odprowadzenia wypadających kiszki i sieci. Po głębokiem zachloroformowaniu rodzącej, wsunął ręką do pochwy wyjalowioną chustkę i unosząc na niej kłęb pętlic pępowiny ku górze, wcisnął ją razem z tym kłębem do jamy macicy; w ten sposób odprowadzenie pępowiny udało się bardzo łatwo, poczem można już było główkę płodu do wejścia miednicy sprowadzić i ją tu utrzymać. Poród żywego dziecka nastąpił prędko, poczem wnet wyszło łożysko, a za niem i chustka. Do tego celu nadawałyby się najlepiej serwetki muslinowe.

(*Centralblatt f. Gynäk.* 1901. Nr. 51).

Z.

Wiadomości bieżące.

— Pogrzeb zmarłego prof. NAWROCKIEGO odbył się w d. 6-ym b. m. na cmentarzu Ewangelicko-Reformowanym. Nad grobem wygłoszono mowy następujące:

Zanim ta świeża zawrze się mogiła, co skryje na wieki prochy dostojnego Męża, raz jeszcze nisko ze czcią uchylamy czoła przed wielką wiedzą i pracą poważną. A czynimy to przedewszystkiem my, uczniowie starzy, którzyśmy we wczesnem naszej młodości zaraniu spotkali tę postać już poważną w nauce, kiedy jeszcze jej oblicze płonęło ogniem żywego zapału, gdy z ocz tryskały światła błyskawice i gdy na pięknie, a wyniosłem czołe gorzały jasne łuny potężnej myśli, energii i siły; my co oglądaliśmy wzejście jego świetnej gwiazdy i najszczerzej bolejem nad jego zachodem. Pierwsi tu w Warszawie z ust jego słyszeliśmy słowa prawdy szczerzej i pierwsze kroki u wiedzy podwoi pod jego dzielnym stawialiśmy kierunkiem; niech naszym też będzie słowo ostatnie pożegnania u grobu! Ze łzą gorącą serdecznego wzruszenia te dawne, promienne wspominając czasy, spełnić też pragniemy obowiązek święty, ażeby choć w krótkiem, ale szczerem słowie przed oczy Wasze, słuchacze żalobni, stawić wizerunek zgasłego badacza. Wam zaś przedewszystkiem młodzi towarzysze i Tobie droga, a szlachetna młodzi, co dopiero wstępujesz w nauk wysokie przybytki opowiedzieć chcemy, kim był on, nad którym dziś śmierci zwarły się wiek-rzeje.

Rozgłośnym nie był—bo rozgłosu nie szukał, choć istotną sławą w naukowym świecie zasłynął szeroko od krańca do krańca; ale bo też sława i rozgłos nie jednemi wszak pospolicie chadzają drogami. Bywa, że ci co w nauk bogatej skarbnicy zbierają nie prawdy czyste, szczerze złoto, lecz tylko liche zgarniają liczmany, tym złym szelągami brzękają tak dźwięcznie i szafują tak hojnie, że dźwięk ten słyhać daleko, daleko! Lecz rychło przebrzmi pamięć tych jednodniowych przekupniów w świątyni. Wiedza, ta wielka, dumna a poważna pani imion ich w dziejach swoich nie zapisze; ona na wspaniałych swych chramów granicie ku czci wieczystej wyrzycie tych imion, co dla niej pracowali z czystym sercem, w ducha skupieniu i poważnej ciszy! Patrzajcie; tam już nazwisko FELIKSA NAWROCKIEGO wrębem głębokim na wieki wykute.

Kiedy w r. 1865 młoda podówczas Szkoła Główna Warszawska, gromadząc siły naukowe, ogłosiła konkurs dla objęcia katedry historii medycyny, metodologii i ency-

klopedyi lekarskiej, przybył do Warszawy z zagranicy ś. p. FELIKS NAWROCKI. Zrodzony tu w kraju 20-go listopada 1837 r. w Tworkach pod Warszawą, a kształcony za granicą, zrazu w Berlinie na wydziale języków starożytnych i wschodnich, a później w chemii, fizylogii i medycynie we Wrocławiu, Lipsku i Paryżu u boku HEIDENHAIN'a, LOTHARA MAYER'a i CL. BERNARD'a, a już od 1863 r. docent chemii lekarskiej w holenderskim uniwersytecie w Groningen, nie z pustemi do nas przychodził ręko-ma. Znakomite szkoły, w których się uczył, wielcy uczeni, przy których pracował i u których nabył doskonałej znajomości metod badania nowożytnego, lecz bardziej jeszcze jego własne, olbrzymie zdolności i praca niezmordowana sprawiły, że 29-letni nasz profesor był już podówczas uczonym poważnym w wielkim, iście naukow ym stylu. Zaznaczyło się to między innymi od razu i w jego pracy, na konkurs złożonej. Rzecz o JOHNIE MAYOW'ie, fizyologu angielskim XVII wieku i jego teorii oddychania świadczyła wymownie o głębokiej wiedzy autora w dziedzinie chemii i fizyologii, obok obszernej erudycji dziejowej; ustanowił w niej i terminy naukowe odległego czasu i całą naukową krytykę poglądów znakomitego Anglika, wykazawszy dowodnie, że on pierwszy przed innymi zaczął pojmować sprawę oddychania jako utlenianie. Ale nie katedra historii medycyny miała stać się polem najplodniejszej pracy zmarłego badacza, lecz fizylogia i chemia fizyologiczna. Nietu miejsce na opisywanie ówczesnego stanu Wydziału lekarskiego Warszawskiego. Posiadał on na szczęście w gronie swem wielkiego męża, który dziś jeszcze ku naszej radości i chlubie niwę naukową gorliwie uprawia. Był nim prof. HENRYK HOYER, wykładający podówczas fizylogię i histologię. On to z najwyższej czci godną bezstronnością, iście po bratersku, bez cienia zawści, nowemu przybylszowi część wykładów fizylogii odstąpił NAWROCKI rozpoczął wykłady fizylogii nerwów: uczelnia zdobyła, jak się to niebawem pokazało, niezmordowanego i znakomitego profesora, a do wieńca chwały prof. HOYERA przybył ten piękny liść wawrzynowy, że on to szkołę obdarzył wielkim pracownikiem, co wkrótce miał z nim podzielać zasługę ogromną, iż na ówczesnym lekarskim wydziale pierwsi utwierdzić i utrwalić zdołali naukę doświadczalną. Zawrzało też życie naukowe w obu małych pracowniach na dwóch końcach długiego korytarza na drugim piętrze. Przyrządów i przyborów było bardzo mało, ale w histologicznej i fizyologicznej pracowni roilo się od głów młodocianych, bo ciasne mury i gołe ściany ogrzewał tam zapal gorący kierowników—tych prawych czcicieli nauki doświadczalnej.

NAWROCKI był niezmordowany, całymi dniami nie wychodził z pracowni, a często nawet w niej nocował, jak np. podczas prac eksperymentalnych nad przemianą materii u człowieka, prac dokonywanych na osobach samego profesora i kilku uczniów społem. Dla obrotu azotu i fosforu w ustroju zdobyto wówczas dane nader cenne. Sam niestrudzony, był też NAWROCKI niewyczerpany w szukaniu wciąż nowych tematów badania, udzielaniu wskazówek, osobistem kierowaniu doświadczeniami lub pomocy przy nich, obecny wszędzie, przy każdym stoliku, sprawdzający wyniki, uczący nie tylko metody i cierpliwości w badaniu, ale przedewszystkiem nieubłagane przestrzegający prawdziwości zapisywanych spostrzeżeń. Doszedłszy rychło do bajecznej wprawy i mistrzostwa w eksperymencie, był też razem i pomysłowości nieporównanej. Temu szczęśliwemu połączeniu talentu i biegłości, obok zdumiewająco rozległej wiedzy we wszystkich gałęziach specjalnych i pomocniczych zawdzięczał NAWROCKI, że nie tylko sam dokonał prac naukowych ścisłych o wartości wysokiej i trwałej, lecz że z pracowni jego przez lat szereg długi wychodziły badania i prace doniosłe z pod rąk i pióra uczniów bardzo licznych. Nie mogę tu ani w drobnej części całego tego naukowego dorobku wymieniać. Inne usta i na innem miejscu dokonają pewnie szczegółowego przeglądu; nie wolno mi wszakże pominąć milczeniem, że mieszczą się tu badania samodzielne, rozległe i wyczerpujące nad unerwieniem serca, prądem elektrycznym w nerwach i mięśniach, czynnościami kory mózgowej, nad gazami krwi, pracą mięśniową, przemianą materii, czynnością ślinianek, nad czuciem przewodnictwem emrdenia, wydzielaniem potu, wpływem nerwów na gru-

czoły potowe, nad chemią i farmakologią licznych trucizn i jądów i wiele innych.

Wykłady też NAWROCKIEGO, zawsze bogate w treść głęboką i rozległą, celowały przejrzystością logicznym przedstawieniem rzeczy, a popierane zawsze udatnie i arcyzręcznie wykonaniem doświadczeniem, istotnej wiedzy torowały drogę a umysł budziły do rozmyślań poważnych.

Lecz nie tylko myśl wielka, jasna i rozległa zdołała tę głowę potężną i bogatą,— w tej piersi było też serce piękne i szlachetne i żadne ułomności drobne, czy zgubniejsze, od których nie wolen żaden syn człowieczy, nie zaćmią przed nami tej duszy podniosłej.

Najczulsza i najtroskliwsza matka pewnie serdeczniej i tkliwiej nie czuwała nad umysłem umiłowanego dziecięcia, niż wielki nasz Zmarły nad skarbem umysłowym swych uczniów.

Wy wszyscy, co go pamiętacie z onych lat świetlanych, pewnie me słowo potwierdzicie szczerze! Lata i wieki głosić będą sławę tego, coś zdziałał pracą i światłym rozumem, my zaś żegnając Twe szczątki doczesne, za miłość Twoją wdzięczne serca nasze u świeżej, drogiej kładziemy mogiły!

Al. Fabian.

Słyszeliśmy w tej chwili, jakim był badaczem ś. p. profesor NAWROCKI, jakim nauczycielem, jaki żal pozostawia po sobie w sercach tych, którzy byli świadkami jego pracy. Mówił nam wszakże to wszystko uczeń zmarłego profesora z tej doby, kiedy w pracowni fizyologicznej Uniwersytetu Warszawskiego praca wrzała, kiedy działalność naukowa i pedagogiczna jej kierownika osiągała szczytu. Ale jak było później, kiedy krzywa życia Profesora wskutek zwolna wzmagającej się choroby zstępować zaczęła? Zmiany w sprawności zmarłego niewątpliwie zająć musiały!

Jako uczeń ś. p. prof. NAWROCKIEGO z tego właśnie okresu, śmiało powiedzieć mogę, że zmiany te były tylko ilościowe, że natomiast jakościowo do samego końca, dopóki sił starczyło, pracował NAWROCKI tak samo, z tą samą dokładnością, z tym samym pietyzmem dla prawdy. Do końca życia do każdego wykładu przygotowywał się niemal tak, jak do pierwszego występu; do każdego doświadczenia z większym przystępował namaszczeniem, niż niejeden chirurg do operacji. W wykładach uwzględniał zawsze najnowsze postępy wiedzy, ale postępy rzetelne, sprawdzone lub przynajmniej należycie przetrawione i dokłanej poddane krytyce. Krytyki jednak nigdy jako oręża do wycieczek osobistych nie używał, a już najsurowiej krytykował swoje własne i pod własnym kierunkiem dokonywane prace naukowe. Zanim ośmielił się wniosek jakiś wypowiedzieć, setki nieraz doświadczeń robił, powtarzając ulubioną swą w tych razach dewizę: „*parvum summa petuntur*“⁴. To też puścizna jego nie składa się z efemeryd!

Drogi Nauczycielu! Daruj mi te nieudolne słowa, któremi—czuję to dobrze—nie tak, jak należało, zasługi twoje uwydatniłem. Wybacz i poczytaj mi za uczynek chęć dania nad grobem Twoim świadectwa prawdzie w imieniu młodszych Twoich uczniów.

Żegnaj, Mistrzu i przyjacielu! Znajdź ukojenie po troskach i trudach życia, zażywaj lepszego, niż między nami, spokoju!

A. Kuczyński.

Zebrani tu spolem, zapatrzeni w trumnę, kryjącą drogie nam zwłoki ukochanego profesora ś. p. FELIKSA NAWROCKIEGO, stoimy w milczeniu i w żałobie.

Serca nasze są przepelnione żalem, że więcej już nigdy nie ujrzymy Twej Mistrzu drogiej postaci o pogodnym obliczu i oczach, w których przebijał młodzieńczy zapal, gdyś począł nas nauczać niezmiennych praw natury. Usta nasze szepcą słowa głębokiej wdzięczności i uznania. O! tak! wdzięczność nasza słusznie Ci się należy, gdyż w ciągu blisko 40-tu lat służyłeś stale długim szeregom młodzieży naszej swą światłą wiedzą; w ciągu tak długiego czasu, krzepiąc umysły nasze, szeroko otwierałeś księgi praw życiowych.

Myśl nasza ustawicznie nam przypomina chwile ubiegłe, gdyś Ty, Mistrzu, chodząc po auli z pochyloną głową, głosem cichym, znużonym mówił nam o wielkich odkryciach mężów nauki. Nagle zatrzymałeś się, zwróciłeś się do nas twarzą, Twoja pochylona postać wyprostowała się, oczy Ci żywiej zapłonęły, wargi zadrżały, na pomarszczone policzki wystąpił rumieniec, poorane bruzdami czoło wypogodziło się i począłeś nam mówić o ukochanym przez Ciebie mistrzu-kierowniku, o nauce, o tem, jakieś ją ukochał, ile rozkoszy dała Ci ona i daje jeszcze. Mówiłeś długo. Każdy wyraz, jak błyskawica przecinał powietrze. W każdym wyrazie taka moc była olbrzymia, takie umiłowanie gorące przedmiotu i taka wiara, że dreszcz nami wstrząsnął; czuliśmy głośnie, zgodne serc naszych bicia, czuliśmy, że Ty starzec w naszych młodzieńczych sercach zapal krzesisz. Skoczyłeś, wzniosłeś ręce w górę i zawołałeś: „Dzieci, nauka! nauka!“ Głos Ci się przerwał, załamał, ramiona opadły, zwiesiłeś znów głowę i . . . zapłakałeś; jasne kryształowe łzy płynęły po pomarszczonej twarzy. Cisza wielka panowała na sali. Próbowaleś opanować wzruszenie i po chwili znów podniosłeś dłoń w górę. „Dzieci pamiętajcie, że nauka“ . . . I znów nie dokończył. A jednak rozumieliśmy, że chciał nam przekazać najdroższy skarb swój, powierzyć tajemnicę swoją i zobowiązać do ukochania swego skarbu najdroższego. „Kocham was dzieci—mówiły łzy jego,—drodzy mi jesteście. Weźcie to mienie moje, weźcie duszę moją, czerpajcie sercem i umysłem młodzieńczym. Bierzcie na pożytek dusz waszych; bierzcie wszystko, co potrzebne do odnalezienia prawdy, własnym umysłem się kierując, tylko kochajcie naukę tak, jak ja ją kocham“.

Za te chwile natchnień gorących dzięki Ci, Mistrzu, dzięki serdeczne, ukochany profesorze, przyjacielu!

Młodzież uniwersytecka głęboko odczuwa stratę dzisiejszą, odczuwa tem mocniej, że z Tobą odchodzi jeszcze jeden wzór pracy i miłości dla nauki.

Lecz śpij spokojnie, snem wiecznym ujęty, profesorze nasz, pracowity siewco ziarn mądrości, gdyż my, Twoi uczniowie, tu nad grobem stawiamy sobie za zadanie życia naszego pracować usilnie dla dobra nauki, którąś tak cenil i umiłował.

Niech Ci ziemia, na której i dla której Tyś pracował, lekką będzie!

Wacław Stefański, stud. med.

O G Ł O S Z E N I A.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez dra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO.

a) Nowe tematy:

- 1) Badania kryoskopowe nad wysiękami, przesiękami albo wydzielinami.
- 2) O zatruciach pokarmami mięsnymi, na zasadzie własnych badań.

- 3) Hemoliza u człowieka w stanie zdrowia i choroby.
 - 4) Anatomia patologiczna *sclerosis disseminatae*.
 - 5) Badania nad trawieniem kiszki w przypadkach przetok kiszki-
wych.
 - 6) Wpływ leczenia surowicą na przebieg zakażenia rogówki jednym z ro-
potwórczych pasożytów podczas operacji wyjęcia soczewki [Badania doświad-
czalne].
 - 7) Badania doświadczalne nad wpływem suchych kąpielii na ustrój, w szczegól-
ności na krew.
 - 8) Graficzne badania skurczów mięśniowych u ludzi w stanach normalnych
i patologicznych.
- b) **Tematy, pozostawione na rok następny z poprze-
dniego konkursu.**
- 9) Badania doświadczalne i kliniczne nad zakrzepami żylnymi przy chorobach
zakaźnych.
 - 10) Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoły i komórki śluzowe.
 - 11) Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteryologicznego.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31-go marca 1903 roku. Za naj-
lepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza
się nagroda rub. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towar-
zystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora.
Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzy-
stwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała 7], z zachowaniem zwykłych form
konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane
w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr Hoyer*.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 18.

W. MORACZEWSKI. O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanów zwią-
zanych w cukrzycy pod wpływem żywienia. S. KORCZYŃSKI. Przypadek syfilisu opon
i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej (*meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica*)
z niezwykle zaburzeniami odżywczymi [Dk.]. — № 19. W. MORACZEWSKI. O wy-
dzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzycy pod
wpływem żywienia [C. d.]. M. RYLKO. Przypadek sympodii. — *Przegląd Lekarski*
№ 19. W. HERMAN. Przecięcie nerki. R. SPIRO. Oko a ucho, stosunek ich wza-
jemny. L. BIER. Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań [Dk.]. J. JASTRZĘBSKI.
Przedziurawienie na wylot klatki piersiowej kołkiem z płotu, wyzdrowienie. — *Nowi-
ny Lekarskie* № 6. MORACZEWSKI. Znaczenie chemii fizycznej dla medycyny.
W. HERMAN. O przedoperacyjnym badaniu nerek [Dk.]. — *Krytyka Lekarska* № 6.
J. SACHS. Medycyna i religia. J. ROSTAŃSKI. O trzech książkach lekarskich z XVIII
w. tego samego autora. J. STEINHAUS. O znaczeniu ambulatoryów w życiu szpital-
nem. Z. KRAMSZTYK. Ambulatoryum a szpital. — *Zdrowie* № 6. M. SADOWSKI. Cu-
kiernictwo. M. SOBOLEWSKA. Śpiew w higienie i higiena w śpiewie.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Довоздено Цензурою Варшава, 6 Юня 1902. Друк К. Ковалевскаго, Варшава, Мазовицка 8



4-3

najlepszy napój dyetetyczny i orzeźwiający
Henryk Mattoni, Ces. i Król. Dostawca Dworu i Izb,
 Francensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

Zakład wodoleczniczy Giesshübl. Sauerbrunn

(Stacya D. Ż.)

pod KARLSBADEM (Czechy).

—≡ *Leczenie wodami i kąpielami.* ≡—

Stacya klimatyczna i lecznicza.

Lekarz Przyrembel

3-2

praktykuje przez lato w **Ciechocinku**, villa Orion.
 Choroby chirurgiczne.

Dr. W. Bujakowski

6-4

stale ordynuje
 w *Druskienikach*.

D- IGNACY DEMBICKI

lekarz zakładowy ordynuje w Ciechocinku, hotel Müllera.

Zakład chirurgiczno - ortopedyczny

PRACOWNIA PRZYRZĄDÓW ORTOPEDYCZNYCH

6-4

D-ra Reichsteina

Warszawa, Leszno 31.