

SPIS RZECZY,

zawartych w 103-im tomie Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1907.

Część literacka.

1. Bieliński Józef. Kliniki Królewskiego Warszawskiego Uniwersytetu , 81
2. Bucelski Stan. Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w królestwie Polskiem oraz stan obecny szpitala w Tworkach. 1
3. Giedroyć Fr. Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. 122, 308, 473
4. Landau Henryk. Zmiany anatomiczne w nadnerczach w arteriosclerosis 269
5. Rotstadt Julian. Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni. Wpływ zmian cyrkulacyjnych i inerwacyjnych na mięśnie 347
6. Sterling W. Badania psychologiczne 175

Część urzędowa.

Rocznik zarządu Towarzystwa lek. Warsz.	Z. II. 1—64
Protokoły posiedzeń od 8 Stycznia do 25 Marca 1907 r.	33—79
T r e ś ć:	
S ł a w i ń s k i. W sprawie leczenia przepuklin	35
Dyskusya. (Zembrzuski, Stankiewicz, Kryński, Krauze, Gabszewicz Borzymowski, Kosobudzki, Karczewski).	37—41
K a r w a c k i L. Rzadki przypadek zapalenia płucnej (Pokaz preparatu)	42
Dyskusya (Żurakowski, Bronowski i Kryński)	42—43
K o p c z y ń s k i S t. Przedstawienie mózgu i czaszki z przypadku operowanego dwukrotnie z powodu padaczki Jackson'a.	43
Dyskusya (Ciagliński)	44
Z i e l i ń s k i E. Przedstawienie organów wewnętrznych z przypadku situs viscerum transversus completus	44
K o z e r s k i. Przedstawienie chorej wyleczonej z wilka nosa za pomocą promieni Roentgena. Przedstawienie chorego z lupus erythematosus nosa, wyleczonego za pomocą radium. Przedstawienie chorego po wyleczeniu go z pierwotnego wielolicznego barwnikowego mięsaka skóry za pomocą promieni Roentgena	45
K a r w a c k i Teorye odpornościowe w oświetleniu badań klinicznych	45
Dyskusya (Rzętkowski)	45
L e ś n i o w s k i. W sprawie leczenia ortopedyczno-chirurgicznego porażień dziecięcych	46
Dyskusya (Borzymowski, Krauze, Skowroński, Zembrzuski)	48—52
K o z e r s k i. Przedstawienie 24-letniej kobiety, wyleczonej za pomocą radium z wilką rumieniowego	53
S t a r k i e w i c z. Przedstawienie chorego z wrodzoną żółtaczką.	53
K a r w a c k i L e o n. Pokaz i wyjaśnienie wartości „laktobacilliny“ (demonstracya)	54
Dyskusya (Dębiński).	55

K o p c z y ń s k i S t a n i s ł a w. Demonstracja preparatów mikroskopowych mózgu i rdzenia z przypadku porażenia typu Brown-Séquarda pochodzenia urazowego	55
P r ę g o w s k i P. Sprawozdanie ze stosowania leczenia termoforowego w przypadkach gruźlicy miejscowej.	58
Dyskusya (Orzeł)	60
Ś w i ą t e c k i J. O chorobach kesonowych	60—68
Dyskusya (Guranowski, Gajkiewicz, Starkiewicz)	
Ł o g u c k i A. i K o p c z y ń s k i S t. Przypadek carcinomatoseos rozsianej z licznymi przerzutami do mózgu (demonstracja preparatów anatomicznych).	61
Dyskusya (Sterling, Hejman, Starkiewicz)	64
K a r w a c k i L. Pokaz preparatów tkankowych z przypadku przymiotu dziedzicznego.	65
Ż e n c z y k o w s k i W ł . i B e r n h a r d t R o b e r t. Demonstracja chorego z chroniczną leukemją gruczolową leczonego naświetlaniem promieniami Roentgena z dobrym wynikiem.	65
K o z e r s k i A. Pokaz chorej leczonej na wilka skóry za pomocą radium	68
O t t o. Zmiany anatomopatologiczne w blaszkach i gruczolach krezkowych przy tyfusie brzuszny	76
S ę d z i a k J a n. Obustronne porażenie rozwieraczy głośni	77
Dyskusya (Kopczyński St)	79
Protokoły posiedzeń od 9 Kwietnia do 18 Czerwca	140—174

T r e ś ć:

K a r w a c k i. O płytkach krwi w stanach prawidłowych i patologicznych (z demonstracją)	141
Dyskusya (Starkiewicz, Karwacki)	141
L o r e n t o w i c z. O zagnieżdżaniu się jaja ludzkiego w błonie śluzowej jajowodu i o histopatologii wczesnych okresów ciąży jajowodowej w świetle ostatnich badań, wraz z demonstracją preparatów mikroskopowych	142
Dyskusya (Jaworski).	145
B r e g m a n. Demonstracja chorej z myasthenia gravis.	146

B r e g m a n. Przedstawienie chorej	145
S w i ą t e c k i W ł a d. Nowa metoda ilościowego oznaczania cukru gronowego w moczu	146
B r e g m a n. Demonstracja chorego z ostrą ataksją, oraz chorej z anaesthesia totalis hysterica	149
Ł a p i ń s k i W a c ł a w. Pokaz dziecka z przetoką moczownika (fistula uraetri)	151
O t t o. Przypadek gruźlicy włóknistej płuc z wylewem krwi do mózgu u 13-letniej dziewczyny (lues hereditaria).	151
Dyskusya (Sokołowski, Rzętkowski)	151
S t a r k i e w i c z. W sprawie patogenezy żółtaczkii przewlekłej wrodzonej (icterus acholuricus congenitus cum splenomegalia)	154
Dyskusya (Rzętkowski, Landau, Starkiewicz)	155
P o l a ń s k i. Zmiany chorobowe w nosie, gardzieli, krtani i uszach przy influenzy	156
T u c h e n d l e r A n t o n i. Przedstawienie chorego, uwolnionego od obcego ciała w przelyku za pomocą oesophagoskopu	158
B r e g m a n. Przedstawienie 3 chorych z dystrophia muscularis progressiva	160
K a r w a c k i. Demonstracja: 1) clostridium butyricum, 2) staphylococcus capsularis.	161
O t t o C z. „Przypadek gangreny kończyny górnej wskutek endoarteriitis obliterans luetica.	162
Dyskusya (Bełkowski, Żenczykowski, Otto)	163
Z e m b r z u s k i S t. Przedstawienie noworodka, posiadającego na każdej kończynie po 6 palców	164
Ś w i ą t e c k i J a n. Przedstawienie chorego na lupus vulgaris twarzy, wyleczonego za pomocą promieni radu.	164
L a n d a u A n a s t a z y. Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi i zatruciem kwaśnym	164
Dyskusya (Mutermilch, Rzętkowski, Landau)	165
O d e r f e l d H. Przedstawienie chorej po pomyślnej operacji spinae bifidae	168
O d e r f e l d H. Pokaz mózgu z dużym nowotworem mózdzku	168

Wiśniewski i Bernhardt. Przedstawienie chorego, dotkniętego melanosarcomą cutis i leczonego pomyślnie za pomocą promieni Roentgena	168
Świątecki Jan. Trzy przypadki wycięcia śledziony	168
Dyskusya (Karczewski, Gabszewicz, Świątecki).	169
Kielkie wicz. Pokaz usuniętego na drodze operacyjnej tłuszczaka z jamy brzusznej	171
Zembrzusk i St. Pokaz kilku fotografii rentgenicznych, zdjętych z kończyn noworodka, demonstrowanego na jednym z poprzednich posiedzeń, a posiadającego 24 palce	171
Polański. Przedstawienie chorej, dotkniętej dyspnoe spastica hysteria	171
Bregman. Przedstawienie chorego dotkniętego cierpieniem acantosis nigricans.	172
Dobrowolski Zdzisław. Pokaz kamieni usuniętych z migdału gardzielowego	173
Eisenberg: a) Przedstawienie chorego dotkniętego cierpieniem mycosis fungoides. b) Przedstawienie chorego, dotkniętego cierpieniem lichen ruber planus	174
Karwacki. Posocznica meningokokowa. Posiewy krwi i płynu mózgowodzeniowego. Aglutynacya	174
Karwacki. Pleuritis blastomycetica	174
Dyskusya (Dembiński, Karwacki)	174

Protokoły posiedzeń od 25 czerwca do 24 września 326–341

Treść:

Gabszewicz. Przedstawienie preparatu wyciętej podczas operacji flexurae sigmoideae, uległej skręceniu	327
Erbrich F. O operacjach podśluzowych skrzywionej przegrody nosa	329
Dyskusya (Sokołowski K., Szmurło, Dobrowolski, Erbrich).	329
Żebrowski Bolesław. O stosunku substancji uczulających do precypitynogeny	329

K o z e r s k i S t. Przedstawienie chorego, dotkniętego angioma cavernosum i wyleczonego za pomocą radium.	331
Ż e b r o w s k i A l e k s a n d e r. O sprawach ropnych w błędniku usznym.	331
K o p c z y ń s k i S t a n. Przedstawienie chorego z nowotworem mostu Warola i 2) chorego z akromegalią.	334
R z ę t k o w s k i K a z i m i e r z. O odczynie ocznym Calmette'a u suchotników	336
D y s k u s y a (Zembrzuski Stan. Sokołowski, Łuczycki, Karwacki, Anast. Landau, Kamocki, Rzętkowski) . . .	337
K o z e r s k i A d o l f. Przedstawienie chorej wyleczonej z lupus erythematodes za pomocą radium. . .	358
J a n o w s k i W ł a d. Ciśnienie krwi i prawdziwa wielkość oraz szybkość tętna w różnych sprawach chorobowych.	336
D y s k u s y a (Jaworski, Janowski).	339
K a m i e ń s k i Sprawozdania Redaktora Pam. Tow. Lek. za r. 1906.	342

Protokoły posiedzeń od 1 Października do 17 Grudnia 429—476

T r e ś ć:

B r e g m a n. Przedstawienie chorego z aneurysma arteriosovenosum art. femoralis d.	430
J a n o w s k i W ł. Pokaz Sphygmoskopu Pala i turgosphygmographu Strausa	431
K a r w a c k i. Hodowle krętka bladego	431
D y s k u s y a (Rzętkowski, Żenczykowski, Trzeciński, Otto, Dębiński, Karwacki)	431—434
D ę b i ń s k i. Pokaz chorego z odczynem ocznym Calmettea.	435
D y s k u s y a (Sokołowski)	435
H e i m a n T e o d o r. Rozpoznawanie ropni mózgu pochodzenia usznego.	435
D y s k u s y a (Oderfeld).	436

Landau Henryk. Zmiany anatomiczne w nadnerczach w arteriosklerozie.	437
Dyskusya (Rzętkowski, Starkiewicz, Landau) . . .	437—439
Kopczyński Stan. Pokaz anatomicznego preparatu guza mostu Warola	440
Dębiński B. W sprawie odczynu ocznego Calmettea u gruźliczych	441
Dyskusya (Wilczyński, Sokołowski A., Żencykowski, Kamocki)	442
Janowski Wł. Pokaz na epidiaskopie krzywych skurczu lewego przedsionka serca zdjętych w przełyku.	442
Dyskusya (Pawiński, Rzętkowski, Janowski)	443—445
Skłodowski. Przedstawienie chorej z aneuryzma arteriosovenosum pod lewym obojczykiem	446
Endelman Z. a) Przedstawienie chorej po dokonanej u niej pubiotomii, b) Przedstawienie chorej po dokonaniem na niej cięciu cesarskim metodą Fritscha	447
Otto Oz. Odruch świetlny źrenic przy syfilisie . . .	448
Dyskusya (Kopczyński, Trzciniński, Dunin, Gepner (syn), Janowski)	450—451
Karwacki L. Pokaz preparatu śledziony od osobnika zmarłego na gorączkę powrotną	452
Trzciniński. Pokaz chorej z wysypką przymiotową, łudząco naśladowującą łuszczycę	453
Bregman. a) Przedstawienie chorej dotkniętej sclerosis disseminata, a posiadającej nie notowany prawie dotąd objaw: drżenie ścianki gardzieli i łuków podniebiennych, b) pokaz noworodka z ograniczonymi porażeniami syfilitycznego pochodzenia . . .	453
Rzętkowski. W sprawie przeciwwskazań do leczenia operacyjnego chorób wewnętrznych.	455
Kryński. W sprawie wskazań operacyjnych w chorobach wewnętrznych.	455
Dyskusya (Hewelke, Lubliner, Skłodowski, Leśniowski, Borzymowski, Landau Anast., Rzętkowski, Dunin, Janowski, Łuczycki)	458—471
Pam. Tow. Lek. T. 103, Z. IV.	32

- J a n o w s k i. a) Pokaz płytek, dowodzących odczynu proteolitycznego białych ciałek krwi, b) Pokaz krzywych, zdjętych przez przelyk z lewego przed-sionka serca za pomocą turgosfymografu Straussa . 472
- Dalszy ciąg dyskusji nad odczytami kol. Rzętkowskiego i Kryńskiego (Sawicki, Krauze, Borzymowski, Muttermilch St., Jakimiak, Kryński 474—476
-

Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych

w KRÓLESTWIE POLSKIM

oraz

stan obecny szpitala w Tworkach

opracował

Dr. med. Stan. Bucelski.

Star. ordynat. szpitala w Tworkach.

dalszy ciąg.

X.

Opis szpitala w obecnym jego stanie.

Plan sytuacyjny. Posesja szpitalna przedstawia prostokąt prawie prawidłowy, dłuższe boki którego biegną w kierunku Wsch.-Zach., zbaczają nieco ku Pd. Do linii drogi żel. Warsz. Wied. zwrócona jest część północno-zachodnia (patrz rys. 4 str. nast.), na której stanęły główne pawilony szpitalne, mianowicie właściwy szpital na zachód od lasku i tuż przy nim, a na wschodnim kraju tegoż sośniaka mieszczą się pawilony fermy oraz zabudowania folwarczne.

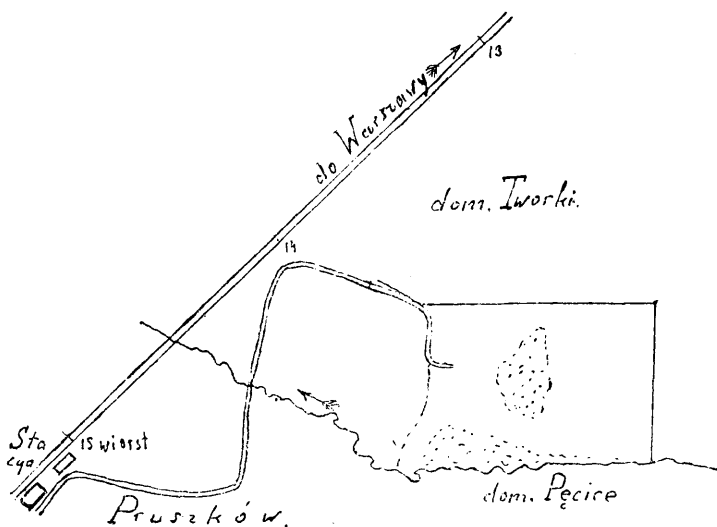
Zabudowania szpitalne (rys. 3 Zesz. I str. 69) są rozrzucone dwoma szeregami; w pierwszym mieszczą się: w środku dom administracyjny (a), po bokach pawilony dla chorych „ogólnych” — mężczyzn (o) i kobiet (o), za nimi najbardziej na zewnątrz pawilony klasy 1-ej męski (b) i żeński (b). W drugim szeregu umieszczono na krańcach pawilony klasy 2-ej dla mężczyzn (c) i kobiet (c), a między nimi (na wprost domu administracyjnego) — budynek ekonomiczny (c). Między domem administracyjnym i gospodarczym, w małym ogródku owocowym, znajduje się mały

Pam. Tow. Lek. T. 103 Z. I.

1

budyneczek na narzędzia ogniowe (j), a przed nim główny rezerwuuar kanalizacyjny (v).

W dziedzińcu między budynkiem gospodarstwa szpitalnego (e) a laskiem mieści się kilka mniejszych, drewnianych zabudowań gospodarczych, mianowicie: dwie szopy na węgiel kamienny (ss), domek drewniany, w którym jest warsztat krawiecki (d), a przed nim waga setowa (c), lodo-



Rys. 4.

wnia (l), skład mięsa i mąki (c), a po bokach (ff) wychodki dla służby mechanicznej, kuchennej i t. d. Obecnie w jednym z nich (f) umieszczono „sklepik wiktuałów“. Na wprost pawilonu dla kobiet „ogólnych“ wznosi się kaplica katolicka (g).

Na wschodnio-południowej stronie lasku znajduje się ferma. Dom mieszkalny (h) wznosi się na przedłużeniu

linii przeprowadzonej przez dom administracyjny i ekonomiczny, po obu stronach domu głównego — 4 pawilony dla chorych: 2 na prawo (n) dla mężczyzn i 2 na lewo (n) dla kobiet. Za domem mieszkalnym mieszczą się zabudowania folwarczne, drewniane, mianowicie: dom mieszkalny dla części służby gospodarczej i warsztat stolarski (p), głębiej stajnia, obora i wozownia (r), pomieszczenie dla drobiu (t), chlewy (u), szopa, lodownia (y), mleczarnia (z), cieplarnia, domek dla ogrodnika i t. d.

Resztę posesyi szpitalnej stanowią pola pod uprawę płodów rolniczych, ogrodowizn i t. p. Wśród pól znajdują się dwie grupy rezerwuarów: jedna (R) w stronie wschodniej, na najbardziej wzniesionem miejscu przeznaczona jest na nieczystości płynne z całego szpitala prócz fermy; odległość od dołu kloacznego przed gmachem administracji do tego rezerwoaru wynosi 520 m. Druga grupa zbiorników, przyjmująca nieczystości tylko z fermy, znajduje się w południowo-zachodniej stronie w odległości około 126 m. od najbliższego pawilonu na fermie.

Część pól między szpitalem, lasem i fermą a rz. Mrową jest prawie bezużyteczną, przedstawia bowiem grunt torfiasto-błotnisty z nieszczególną na nim olszyną. Przy niej i w pobliżu rzeczki przy pomocy chorych wykopano stawy, zarybiono je, ale korzyść z tego źródła dla szpitala dotychczas jest problematyczna. Ogród owocowy (większy) mieści się w części południowej; drugi mały — między budynkami administracyjnym i ekonomicznym — prócz tego drzewa owocowe posadzono przy kaplicy (ks. Krynicki) oraz na fermie w pobliżu zabudowań gospodarczych i za lodownią. Reszta pól obsiewa się żytem, owsem lub też służy pod uprawę okopowizn.

Ogółem szpital składa się z 15 budynków murowanych, 3 domów drewnianych mieszkalnych i około 10 budynków gospodarczych. Chorzy mieszczą się w 10 pawilonach murowanych. Majątek nieruchomy oceniony jest na 764600 rb. a ruchomy na 100275 rb.

Pawilony dla chorych „ogólnych“ (bezpłatnych i płacących po 50 kop. dziennie).

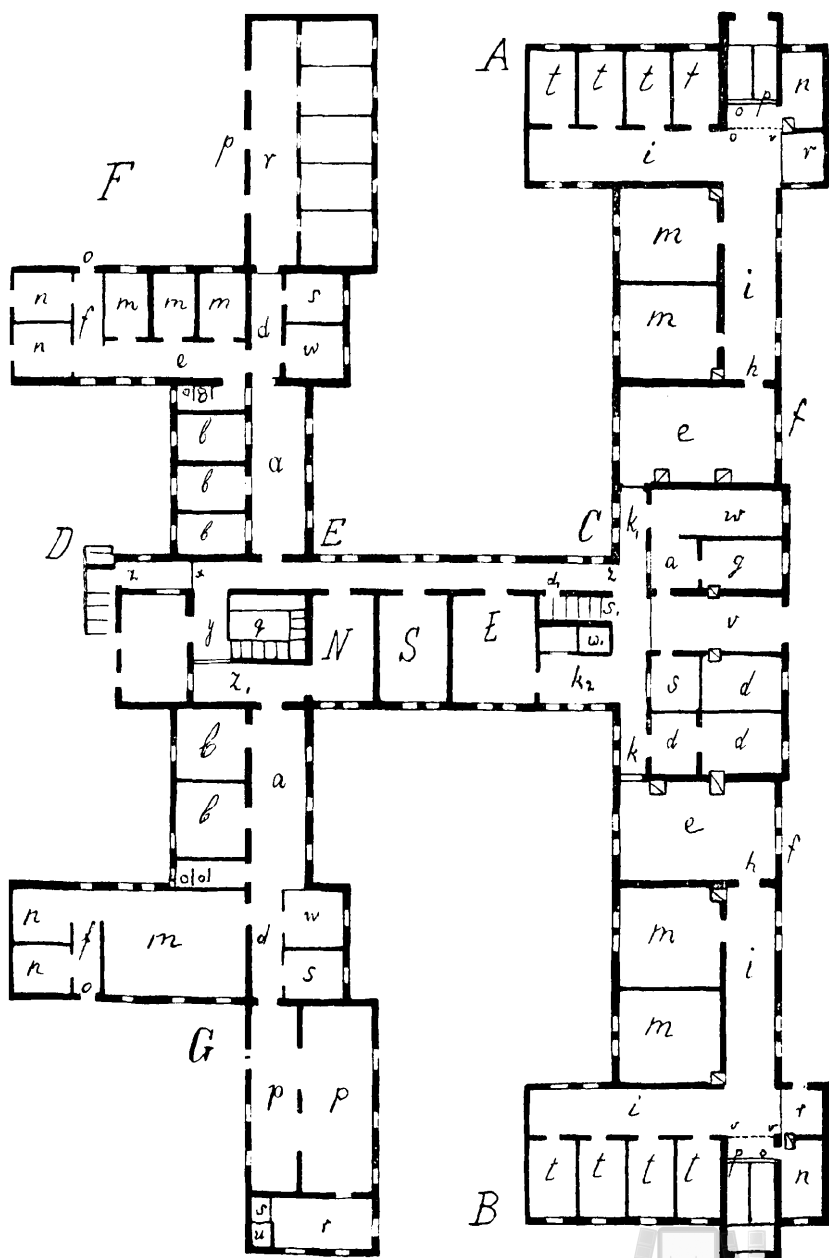
Chorzy ogólni mieszczą się w szpitalu właściwym na fermie. W szpitalu przeznaczono dla każdej płci po 1 pawilonie, które stoją po obu stronach domu administracyjnego w odległości 29,87 m. Według pierwotnego planu i projektu każdy z tych pawilonów był przeznaczony na pomieszczenie 102 chorych, stąd też powstała miejscowa nazwa „setki“, dotąd utrzymująca się pomimo zwiększenia liczby chorych do 240.

Setka składa się (patrz rys. 5 str. nast.) z 3 części; frontowej (AB), tylnej (FG) i z korpusu poprzecznego (CD). Ogólny kształt pawilonu przypomina literę H.

Długość frontu (bez bocznych przystawek wejściowych wynosi 74,68 m,—długość ramienia tylnego—70,75m, a poprzecznego — 20,35m (CE). Ramiona. frontowe i poprzeczne są piętrowe, ramię tylne — parterowe.

W środkowej części ramienia frontowego na parterze mieści się: westibul (v), z którego na prawo przez przedpokój (a) wchodzi się do gabinetu lekarskiego (g) i do sali (w), gdzie chorzy przyjmują wizyty krewnych i znajomych, na lewo z westibulu łoża szwajcara (s) i mieszkanie nadzorcy (d) z wejściem od korytarza (kk). Nad całą tą częścią środkową na pierwszym piętrze mieści się mieszkanie jednego ze starszych ordynatorów, a w odpowiednim pawilonie dla kobiet — mieszkanie sióstr miłosierdzia (patrz rys. 6 str. 6 O. M.). Po obu stronach tej części środkowej, o której mówiliśmy, znajdują się oddziały dla chorych — dwa na parterze i tyleż na piętrze; noszą one różne nazwy: na piętrze — oddziałów dla spokojnych, na parterze — dla niespokojnych i epileptyków, ale nie różnią się między sobą niczem, a dodajmy, że i rozmieszczenie chorych według kategorii nie jest i nie może być ściśle przestrzeganiem.

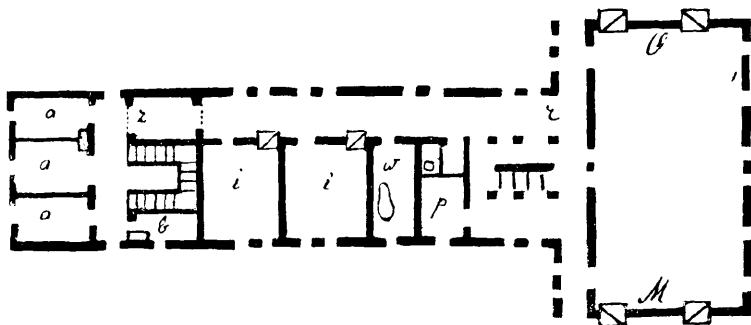
Z westibulu, na wprost wejścia głównego, drzwi prowadzą do poprzecznego korytarza (kk), na krańcach którego mamy wejście do sal dziennego pobytu chorych (e).



Rys. 5.

Salę te, oświetlone 4-ma oknami, po 2 z przeciwległych stron, mają po 9,58 m. długości, 6,10 m. szerokości i po $230\frac{1}{4}$ m. sz. objętości. W salach na parterze, w ścianie frontowej zamiast jednego okna — oszklone drzwi (ff), prowadzą do ogrodów spacerowych. Drzwi (k) łączą salę dzienną z korytarzem (1), który w dalszym swym ciągu łamie się pod kątem prostym.

Korytarz ma szerokości 2,31 m., oświetlony 4 oknami, prowadzi do dwóch sal sypialnych (m) po $5,97 \times 6,70$ m. Długość korytarza wzdłuż linii frontowej wynosi 17,54 m; na końcu umieszczony jest klozet, a za nim mały pokój



Rys. 6.

(n), przy którym — wprost korytarza — przegroda drewniana i drzwi prowadzące na schody i na piętro (o), oraz do suterenu i na dziedziniec (p). Po załamaniu się, korytarz tejże szerokości, długi 13,69 m. oświetlony tylko dwoma oknami, a więc ciemniejszy prowadzi do 4-ech oddzielnych pokoi (f), które, jak i pokój (n) przy klozecie, mają wymiary $2,93 \times 4,63$ m.

Załączony planik przedstawia obecny stan pawilonu po dokonaniu w nim przeróbek i przybudówek; zresztą przeróbki w oddziałach parterowych ograniczyły się do

przesunięcia zagrody drewnianej z linii vv na linię op. — przez to dawniejszy służbowy pokój n został włączony do oddziału; na piętrze przegrody zostały na dawnym miejscu, przez to pokoiki są po za przegrodą,—po za oddziałem i służą dla chorych, którym zupełnie można zaufać. Oprócz tego, różnica między parterem a piętrem jest jeszcze ta, że w oddziale B na piętrze, dwa środkowe pokoiki t, stanowią jeden większy pokój.

Wysokość pomieszczeń parterowych wynosi 3,94 m., piętrowych 3,81 m.

Ogólna pojemność każdego z oddziałów parterowych wynosi 1043,5 m. sześć. (a każdego z oddziałów na piętrze około 971 m. sz.); z tego przypada na sale i pokoje sypialne 529 m., na korytarze 284,25 m. i na salę dziennego pobytu 230,25 m. sz. Ponieważ w ciągu dnia chorzy przebywają nie tylko w sali, lecz i w korytarzach należy więc liczyć, że pomieszczenie dzienne zawiera 514,5 m. sz. powietrza. Z drugiej strony, w nocy ze względu na otwarte drzwi z pokoiów sypialnych do korytarzy, od biedy—korytarze można włączyć i tym sposobem ilość powietrza w nocy wyniesie 813,25 m. Rzecz prosta, że w oddziałach na piętrze stosunki są nieco gorsze, ogólna bowiem ilość powietrza jest mniejsza o 72 m. sz.

W każdym z 4 oddziałów frontowej części pawilonu przebywa 32—36 chorych, na przeciętnego więc chorego wypada powietrza w dzień 13—15 m. w nocy 22—24 m., średnio około 30 m. sz.

Umeblowanie tych 4 oddziałów (dwóch dla spokojnych, 1 dla niespokojnych i 1 dla epileptyków) jest bardzo proste i bardzo niedostateczne; stoły i ławki drewniane, na ciemno pomalowane, trochę taburetów, typu „wiedeńskiego“, stanowią całe umeblowanie, nie licząc szaf, które wstawiono we framugi na korytarzach i salach, na pomieszczenie obrusów i podręcznej bielizny dla chorych.

Oprócz czterech wymienionych oddziałów, na każdej „setce“ mamy jeszcze 3 inne: dla gwałtownych, dla nieporządnych i infirmaryę.

Oddziały dla gwałtownych i nieporządných znajdują się w tylnym ramieniu (FG) pawilonu; zewnętrznie oba te oddziały przedstawiają się jako symetryczne, różnią się jednak bardzo swym rozkładem wewnętrznym.

Do oddziału dla gwałtownych (F) prowadzi jedno tylko wejście z korytarza, biegnącego wzdłuż ramienia poprzecznego (zz); oddział składa się z sali dziennego pobytu (a) o trzech oknach, $5,38 \times 10,82$ m., z sali tej mamy wejście do 3 pokojów (separatek) (b) o wymiarach $4,17 \times 3,99$ m. i do wychodka (c). Na przeciwległym końcu sali wężki ($1,80 \times 6,43$) i ciemny korytarz (d) prowadzi na lewo do drugiego korytarza (c), a na prawo do łazienki (w) i do 4-ej separátky (s), a dalej do niedawno przybudowanej części oddziału. W bocznym korytarzu (e) mamy trzy dalsze separátky (m), poczem korytarz jeszcze raz się łamie pod kątem prostym (f) i tu są dwa oddzielne (n) pokoiki ($3,02 \times 3,79$), oraz wyjście do ogródka oddziałowego (o). Korytarz d, biegnący (z sali dziennego pobytu a) obok łazienki prowadzi do części przybudowanej, która się składa z szerokiego korytarza r, będącego zarazem miejscem dziennego pobytu ($3,20 \times 15,24$), z którego wchodzi się do 4 oddzielnych pokojków ($2,16 \times 4,34$) i do nieco większej salki ($4,89 \times 4,34$ m.); z korytarza r, oświetlonego 3 oknami jest też wyjście (p) do ogródka.

Na przeciwległym końcu tegoż ramienia (G) mieści się oddział dla chorych zanieczyszczających się, również powiększony w 1899 r. Dawniejsza część składa się z sali dziennego pobytu (a) (o wymiarach $10,82 \times 5,38$ m.), z której mamy wejście do dwóch małych salek (b) dla obłożnie chorych i bardzo osłabionych, każda o wymiarach $4,16 \times 4,29$ m.; obok wychodek (c) $4,16 \times 1,65$ m. i wprost — korytarzyk (d) ciemny ($1,80 \times 6,43$), prowadzący do przybudowanej części. Z korytarzyka tego tuż zaraz przy klozecie, na lewo (na rysunku) jest duża sala (m) sypialna, widna, oświetlona z 2-ch przeciwległych stron 5 oknami, długa 9 m, szeroka 6,42 m.; za nią korytarzyk (f) ($1,80 \times 6,42$), z którego jest wyjście (o) do ogrodu) — oddziela dwa

małe pokoiki ($3,02 \times 3,79$ m.); w razie potrzeby pokoiki te (n) służą dla chorych infekcyjnych i mogą być zupełnie izolowane od reszty oddziału podobnie jak symetryczne pokoiki (n) w oddziale dla gwałtownych.

Korytarzyk d z sali dziennego pobytu, obok łazienki (w) i salki opatrunkowej (s), (każda o $3,02 \times 3,79$ m.), prowadzi do przybudowanej części, składającej się z wielkiej ($8,03 \times 11,22$ m.) sali (pp), przedzielonej filarami i oświetlonej z dwóch przeciwległych stron 6 oknami, tak, że jedna część — mniejsza — służy za salę dziennego pobytu, a druga — większa — za sypialnie. do sali tej przylega widny, o 3-ch oknach pokój (r), w którym mieścimy obecnie suchotników; z pokoju tego ($3,53 \times 6,63$) mała sionka (s) prowadzi do sali wielkiej (p) i do komórki (u) na skład szczotek i t. p. przeznaczonej.

Umieblowanie w salach dla gwałtownych i zanieczyszczających się składa się z ciężkich stołów i takichże ławek, przytwierdzonych do stołów za pomocą poprzecznych belek łączących nogi stołu i ławki. Łóżka w oddz. dla nieczystych są żelazne, znanego typu szpitalnego tylko bez pręta z tablicą do zapisania nazwiska i t. p.; prócz tego są jeszcze w małej liczbie łóżka drewniane, niskie, z bokami obitemi płótnem żaglowem i wysłanemi słomą.

Powierzchnia całego dawniejszego oddziału dla gwałtownych jak również i dla zanieczyszczających się wynosi $197,73$ m. kw., a wysokość tych pomieszczeń $3,96$ m., zatem każdy z tych oddziałów ma pojemności 783 m. sześć. Wysokość części przybudowanych wynosi $4,11$ m., a że powierzchnia (zajęta przez chorych) ma w oddziale dla gwałtownych $107,5$ m., a w oddziale dla nieczystych $111,22$ m., to pojemność pierwszego = $441,8$, a drugiego $457,12$ m. sześć.

Chorych zanieczyszczających się przeciętnie bywa około 60 , gwałtownych około 40 , przeto na 1-go zanieczyszczającego się wypada $783 + 457, 6 : 10 =$ około $20,7$ m. sz. a na 1-go gwałtownego $783 + 441, 8 : 40 = 30,6$ m. przez całą dobę, gdyż podział tych pomieszczeń na dzien-

ny i nocny istnieje tylko na papierze, w rzeczywistości zaś przeprowadzić z jaką taką ścisłością się nie da.

Ramię poprzeczne tego pawilonu (CD) aż do wyjścia na dziedziniec (D) ma długości 32,5 m. Boczny korytarz (zz) tego ramienia łączy się z poprzecznym (lek); zaczynając od tego punktu, znajdujemy tu: główną klatkę schodową (s), wejście do suterren (d), łazienkę o 2-ech wannach (Ł), — do tejże łazienki jest drugie wejście z korytarza poprzecznego (kk) przez głęboki, widny załamek tegoż korytarza (k_2), z którego jest także wejście do klozetu (w_1). W łazience oddziału męskiego są niektóre urządzenia hydroterapeutyczne, mianowicie nasiadówki, natryski i katedra Winternitz'a. Za łazienką mieści się skład bielizny i ubrania dla chorych (S), a dalej jeszcze dość duży ($4,50 \times 6,66$) pokój (N), dawniej służbowy, obecnie do oddziału dla nieczystych włączony; wejście z korytarza skasowano i wchodzi się do tego pokoju z przedpokoju (z) przy oddziale dla nieczystych. Za tym pokojem znajduje się tylna klatka schodowa (q) i załamek (y) korytarza, prowadzący do oddziału dla nieczystych. Przegroda drewniana (X) oddziela główny korytarz od sionki, z której jest wejście do kuchenki (K) oddziałowej ($6,68 \times 4,04$) i po kilku schodkach na dziedziniec.

Na piętrze (Rys. 6), nad dopiero co wzniesioną kuchnią i sienią, znajdują się 3 pokoiki (a) i czwarty (b) nad przedpokojem oddziału dla nieczystych; pokoiki te zajmują szarytki resp. nadzorca i felczer na oddziale męskim. Dalej z bocznego korytarza (z_3) mamy dwa pokoje (i), każdy o dwóch oknach, po $6,52 \times 4,57$ m., nad pokojem dla chorych (N) i nad składem bielizny. W pierwotnym planie pokoje te były przeznaczone na infirmaryę, służą jednak jako sypialnie. Obok znajduje się łazienka o jednej wannie (w) i klozet (k), za którym dość obszerne schowanko (p), w którym mieści się podręczny skład bielizny w oddziale dla kobiet, a w oddziale dla mężczyzn oddane est do użytku prywatnego mieszkającego tu lekarza.

Pawilon dla chorych ogólnych przed dokonaniem w nim przeróbek i przebudówek posiadał z a j m o w a n e j przez chorych.

	Powierzchni	Objętości
	m e t r ó w kw. sześć.	
W każdym z dwóch oddziałów frontowych, na parterze, po wyłączeniu pokoiku na czytelnie i warsztat introligatorski po 261,29 m. kw. (Wysok. 3,94 m.)	522,58	2058,96
Na piętrze 261,29 + 274,86 (Wysok. 3,81)	536,15	1942,73
W oddziałach dla zanieczyszczających się o	197,73	783,00
W oddziale dla gwałtownych	197,73	783,00
R a z e m	1512,87	5791,26
Skutkiem przeróbek oddziały w części frontowej pawilonu powiększyły się	7,12	28,06
Oddział dla nieczystych o	29,97	118,08
Przybudowano do oddziału dla nieczystych	111,22	457,12
Przybudowano do oddziału dla gwałtownych	107,49	441,78
Obecnie pawilon ma	1768,67	6836,30

Przed przeróbką i dobudowaniem, pawilon przeznaczony był na pomieszczenie 102 chorych i 20 osób służby, razem na 122 osób. Obecnie służba przebywa w oddziale tylko w dzień w liczbie 35, w nocy zaś pozostaje 6 dyżurnych, ale liczba chorych przy powiększeniu powierzchni o 256 m. kw. a pojemności o 1045 m. sz., wzrosła do 240, tak, że w dzień przebywa 275, a w nocy 246 osób.

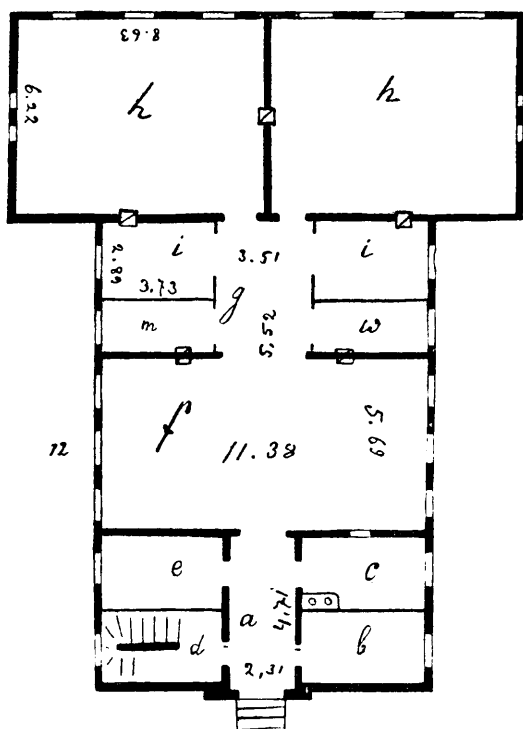
Na jedną osobę wypadło dawniej powierz.	12,4 m. objęt.	47,5 m.
Na jedną osobę wypada obecnie w dzień	6,5 „ „	25,0 „
Na jedną osobę wypada obecnie w nocy	7,2 „ „	28,0 „

Widzimy więc, że ilość powietrza zmniejszyła się prawie o połowę przez ogromne przeludnienie pawilonu, co wprawdzie było konieczne ze względu na liczbę chorych, ale stało się to — ma się rozumieć — z uszczerbkiem dla zdrowotności zakładu oraz spokojności resp. możności przeprowadzenia należytej kuracji.

Pawilony dla chorych ogólnych na fermie. Każdy z 4-ch pawilonów (po 2 dla każdej płci) był przeznaczony na pomieszczenie 21 chorych, ale i dziś są to jedyne w szpitalu nie przeludnione oddziały, gdyż liczba chorych w każdym nie przenosi 30. Wszystkie budynki stoją w jednej linii, po obu stronach domu mieszkalnego na fermie. Odległość pierwszych pawilonów od domu mieszkalnego wynosi 29,87 m. między pawilonami 30,91 m., a od domu administracyjnego szpitala do domu na fermie 365 m.

Pawilony na fermie (patrz Rys. 7 str. nast.) są to parterowe budynki na piwnicach z małymi mieszkalnemi poddaszami.

Kilka schodów kamiennych prowadzi do sieni (a), z której mamy na prawo wejście do pokoju wizytowego (b) i do oddzielnej kuchenki (c), na lewo zaś do klozetu (e) i klatki schodowej na parterze (d). Na wprost drzwi wejściowych z sieni, obszerna sala dziennego pobytu (f), w której cho-



Rys. 7.

rzy pracują o ile nie są zajęci w ogrodach, polach i warsztatach. Sala ta o 6-u oknach, po 3 z każdej strony, ma długości 11,38 m. i szerokości 5,69 m., łączy się z innymi pomieszczeniami za pośrednictwem szerokiego (5,52 ×

3,51 m.), nieco ciemnego przejścia (g), w głębi którego drzwi prowadzą do dwóch obszernych sal sypialnych (h); prócz tego wspomniane przejście (g) prowadzi do 2-ch małych pokoi (i) po $2,89 \times 3,73$ m. oraz na prawo do łazienki (w) resp. składziku, gdyż łazienka jest tylko w jednym pawilonie dla kobiet, naprzeciwko łazienki pokoi (m) służy za kancelaryę i gabinet lekarza, szarytki czy dozorczy. Sale sypialne (h) po $8,63 \times 6,22$ m. oświetlone są z dwóch stron 5 oknami. W sali dziennego pobytu zamiast jednego środkowego okna (n) są drzwi oszklone, prowadzące do ogródka spacerowego, istniejącego przy każdym pawilonie.

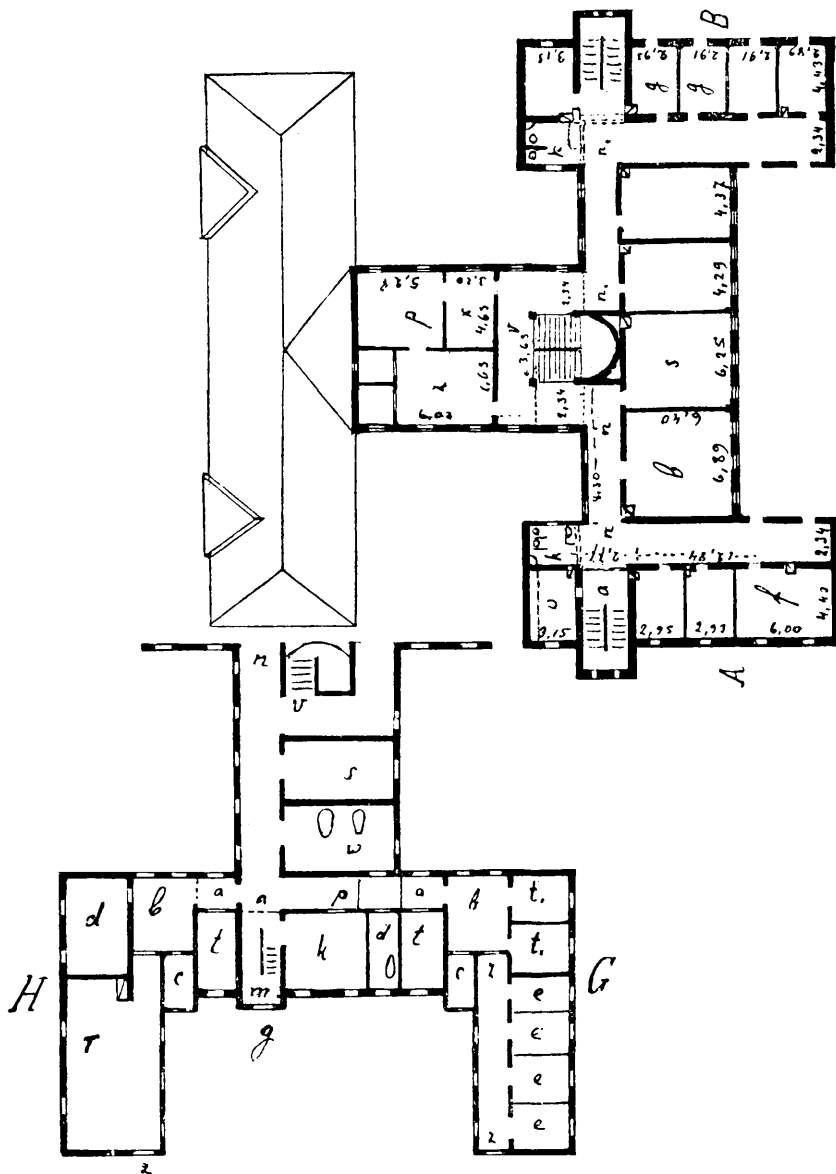
Powierzchnia jaką zajmują chorzy w dzień t. j. sala f, sień a i przejście g wynosi 95,01 m. kw. czyli przeszło 3 m. kw. na jednego chorego. Przy wysokości sal 4,05 m. ilość powietrza w każdym pawilonie w dzień wynosi około 385 m. sz. czyli po $12\frac{1}{2}$ m. sz. na osobę. Powierzchnia pomieszczeń nocnych wynosi około 523 m. sz. a więc około $17\frac{1}{2}$ m. sz. na chorego. Przeciętnie na jednego chorego wypada 7,46 m. kw. powierzchni i przeszło 30 m. sz. powietrza.

Do oddziałów na fermie kwalifikują się chorzy, którzy przez czas dłuższy pozostawali na obserwacji w innych oddziałach, chodzi bowiem przede wszystkim o to, aby byli spokojni i nie zdradzali zamiarów ucieczki, gdyż żadnych urządzeń, które mogłyby choremu przeszkodzić w ucieczce na fermie niema: okna i drzwi — zwyczajnie a zresztą chorzy, będąc ciągle przy pracy w najrozmaitszych stronach szpitala, nie mogą być dozorowani bardzo ściśle.

Zważywszy, że pawilony na fermie służą przeważnie na miejsca noclegu, gdyż chorzy po większej części cały czas spędzają po za domem na pracy, — musimy przyznać, że pod względem sanitarnym są to wyróżniające się oddziały, a przez prostotę swej konstrukcyi, — najbardziej odpowiadają celowi.

Pawilony dla pensjonarzy klasy 2-iej (płacących po 1 rb. 50 kop. dziennie). Budynków takich jest dwa, po jednym dla każdej płci; zajmują one w drugiej linii zabudowań punkty najbardziej od siebie odległe (291 m.). Pawilony te początkowo były przeznaczone na pomieszczenie 40 pacjentów i z tej racji do dziś noszą miejscową nazwę „czterdziestek“; odległość ich od budynku ekonomicznego wynosi 111 m. a od pawilonu klasy 1-iej około 40 m.; szerokość frontu 40,54 m., długość osi pawilonu 32 m., a szerokość tylnego nasienia od $32\frac{1}{2}$ m. Pawilony te (patrz Rys. 8 str. nast.) ze względu na kształt (lit. H) i rozkład wewnętrzny bardzo przypominają znany nam już typ pawilonu dla chorych ogólnych. Ramię frontowe — jak i „setka“ posiada piętro, na którym są tylko pokoje sypialne: na parterze zaś — z jednej strony oddział dla spokojnych (A), — z drugiej dla niespokojnych (B). W ramieniu poprzecznym na piętrze (Rys. 8) mieści się w Pawilonie dla mężczyzn — sala bilardowa (z) i mieszkanie nadzorcy (px), a w pawilonie dla kobiet — infirmarya, jakiej — (oddzielnie) — w pawilonie męskim obecnie nie ma. Na parterze tegoż ramienia z bocznego korytarza (R 9 nn) mamy wejście do składu bielizny i ubrania dla chorych (s), oraz do łazienki o 2-ch wannach (w) i z urządzeniami wodolecznicznymi w oddziale dla kobiet. Mężczyźni, wymagający kuracji wodnej — korzystają z urządzeń w pawilonie dla chorych ogólnych.

Obie „czterdziestki“, odległe od siebie o 290,16 m., frontem zwrócone są w strony przeciwne: na PdZ. i PnW; wejść od frontu — z wyjątkiem ogrodowych — nie ma, do pawilonu prowadzą dwa boczne wejścia (cc) do ramienia frontowego i trzecie (g) do części oddziału zwróconego do dziedzińca. Wejście to prowadzi do tylnego końca ramienia poprzecznego. Przez sień (m) — z której jest wejście do piwnic i suterren mieszkalnych, a na prawo wejście do kuchenki (k) oddziałowej, dostajemy się na korytarz (np.) ramienia poprzecznego; skąd na prawo mamy oddział dla gwałtownych (G), a na lewo dla zanieczyszczających



Rys. 8

się (H); oddziały te w 1899 r. były rozszerzone przez przybudowanie nowych pomieszczeń.

Oddział dla gwałtownych. Z zagłębienia korytarza (np.) z którego mamy na lewo wejście do łazienki większej (w), na prawo w oddziale dla kobiet do mniejszej (d), drzwi wprost — prowadzą do przedpokoiku (a) z którego na prawo „separatka“ (t) $3,0 \times 5,69$ m, a wprost pokój (b) większy—sala dziennego pobytu ($3,79 \times 4,80$) i przy niej dwie „separatki“ (t,t) po $3,0 \times 4,22$ m. oraz klozet (c) i obok korytarzyk, prowadzący do części przybudowanej w 1899 r. Ta część składa się z korytarza (zz) szerokiego 1,90 m. i długiego 8,61 m., z którego otwiera się cztery pokoiki (e) i wyjście do ogródka spacerowego; pokoiki te mają wymiary $4,02 \times 2,80$ m. Korytarz jest widny, o 3 oknach i oszklonych drzwiach prowadzących do ogrodu.

Oddział dla zanieczyszczających się posiada te same wymiary i ten sam zewnętrzny kształt, układ jednak wewnątrz różni się znacznie.

Z korytarza drzwi prowadzą do przedpokoiku (a) $3,0 \times 1,98$ m., z którego na lewo separatka (t) $3,0 \times 5,69$ m., a wprost salka dziennego pobytu (b) $4,80 \times 3,79$ m. Z salką tą łączy się druga (d) większa $4,22 \times 6,40$ m. sypialna, oraz wychodek (c). Obok niego przez korytarzyk wejście do przybudowanej części, złożonej z jednej dużej sali (r) $6,40 \times 8,53$ o 5 oknach, z sali jest wyjście do ogródka spacerowego (z).

Przeszedłszy korytarz (2,31 m. szerok.) wzdłuż, przez załam jego (Rys. 8) wchodzimy do oddziału dla spokojnych (A), który się składa z 2 sal: jadalnej (s) $6,25 \times 6,40$ m. i bawialnej (b) $6,89 \times 6,40$ m., przylegających do korytarza (nn) $2,34 \times 8,30$ m.; na końcu korytarza wychodek (k), a dalej korytarz łamie się pod kątem prostym i w tej jego części mamy 4 oddzielne pokoje szerokości 2,91 — 2,95 a długości 4,43 m. Na przecięciu korytarzy znajduje się wyj-

ście do sieni (a) z której klatka schodowa prowadzi na piętro; prócz tego znajduje się tu pokój wizytowy (w). Na piętrze nad pokojem wizytowym — gabinet lekarski. Rozkład ubikacji na piętrze jest taki sam jak na parterze z tym wyjątkiem, że dwa małe pokoiki połączone są w jedną salkę (f).

Drugą połowę ramienia frontowego zajmuje oddział dla chorych niespokojnych (B); na parterze znajdują się tylko 2 sale dziennego pobytu, jedna $4,29 \times 6,40$ m., druga $4,37 \times 6,40$ m., przylegające do korytarza (nn) na końcu którego kłozet (k). Dalsza część tego końca budynku — dawniej stanowiła mieszkanie lekarza, obecnie — zamienioną została na mieszkanie dla felczera (dwa pokoje (gg) a dwa końcowe pokoiki włączono do oddziału i przeznaczone są na sypialnie chorych spokojnych. Wprost korytarza — wyjście prowadzi do klatki schodowej bocznej na piętro, na którym rozkład pomieszczeń jest zupełnie taki sam jak na parterze. Na piętrze są tylko sypialnie dla chorych. Oprócz bocznych klatek schodowych na piętro prowadzą jeszcze schody z dolnego korytarza przy jego zagięciu na prawo (v).

Umieblowanie oddziałów dla gwałtownych i zanieczyszczających się pensjonarzy niczem nie różni się od umebłowania w odpowiednich oddziałach dla chorych ogólnych; to samo stosuje się do umebłowania oddziału dla niespokojnych, tylko więc w oddziale dla spokojnych różni się umebłowanie, składa się bowiem z mebli lżejszych, — bardziej eleganckich, mianowicie t. zw. wiedeńskich, wyplatanych krzeseł, foteli, kanapek i odpowiednich stołów. Łóżka tego typu i fasonu co i w oddziałach dla chorych ogólnych; materace z trawy morskiej.

Wysokość pomieszczeń na parterze wynosi 3,94 m. a w nowych przybudówkach 3,96 m; na piętrze 3,81 m.

Powierzchnia pomieszczeń i ilość powietrza przedstawia się tak, jakto wykazano w tablicy na str. nast.

O D D Z I A Ł	Wogóle		Liczba chorych	Na jednego chorego	
	Powierzchni	Powietrza		Powierzchni	Powietrza
Dla gwałtownych	64.96	237.96	12	9.70	36.76
Oddział nowy	51.20	203.15			
Dla nieczystych	68.38	269.42	15	8.20	32.37
Oddział nowy	54.59	216.18			
Dla spokojnych w dzień	185.49	730.83	24	7.73	30.45
" " w nocy	263.37	1003.44		10.98	41.81
Dla niespokojnych w dzień	74.84	296.87	17	4.40	17.46
" " w nocy	163.29	622.14		9.61	36.60
R a z e m	926.22	3579.99	68	13.62	52.6

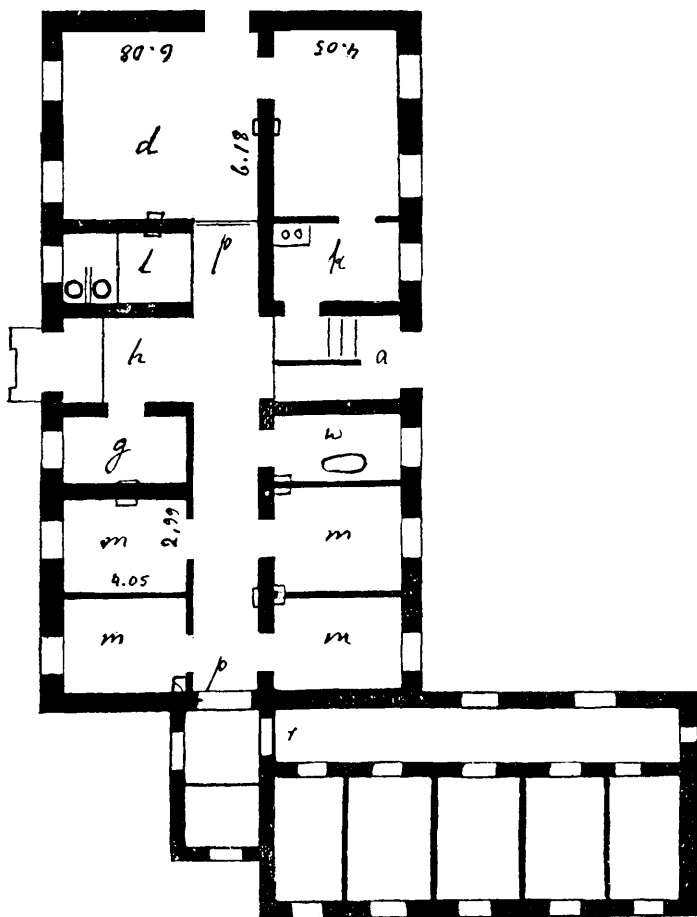
Pawilony dla pensjonarzy klasy 1-ej. Opłata w 1-ej klasie wynosi 2 rb. 50 kop. dziennie, pawilon jednak, w jakim się chorzy mieszczą jest najgorszym z całego szpitala pod względem architektonicznym.

Jest to budynek piętrowy o 7 oknach frontu, długi 23,47 m., szerokości 12,80 m. i ilość w odległości około 30 m. od pawilonu 2-giej a około 30 m. od pawilonu dla chorych ogólnych — ukośnie, tak, że pawilon dla mężczyzn frontem zwrócony jest na zachód, a pawilon dla kobiet — frontem na północ (patrz Rys. 10 str. nast.).

Z wężkiej ścianki (a) schody prowadzą do sutereny i na dość wysoki parter; przed wejściem do oddziału — na prawo jest kuchenka (k) oddziałowa. Cały pawilon podzielony jest wzdłuż wązkim (pp) korytarzem z oknami na przeciwległych końcach, więc ciemnym; z korytarzyka tego — jak w hotelu — mamy wejścia do kilkunastu pokoi o wymiarach $3,0 \times 4,05$ m. Na parterze znajdują się 4 pokoiki dla chorych (m), gabinet lekarski (g), łazienka (w), wychodek wraz z umywalnią (l), wreszcie duża ($6,08 \times 6,18$) sala dziennego pobytu (d) a przy niej cela jadalna ($4,05 \times 6,18$), do której potrawy podają się przez okienko z kuchenki oddziałowej. Sala bawialna (d) utworzyła się przez ucięcie korytarza, który na piętrze przebiega wzdłuż całego budynku, tak, że nad salą bawialną i jadalną jest po 2 oddzielne pokoiki. Na piętrze nad ścianą (h) i gabinetem lekarskim mieści się mieszkanie nadzorcy w oddziale męskim, a w oddziale dla kobiet w tych 2-ach pokojach mieści się kilku zupełnie spokojnych chorych. Prócz tego mieszkanie i 8 oddzielnych pokoi, na piętrze mieści się wychodek z umywalnią, skład bielizny nad łazienką i pokój dla służby nad kuchenką.

Pierwotnie pawilon przeznaczony był dla 10 chorych i stąd powstała nazwa miejscowa „dziesiątki“ — jednak przy rozszerzeniu szpitala i do tych pawilonów przybudowano szpetne niezdarne budy parterowe, złożone z wąskiego (1,80 m. szer. i 11,83 dług. korytarza bocznego (rr) o 2-ach oknach i 5-u przylegających do niego pokoiów

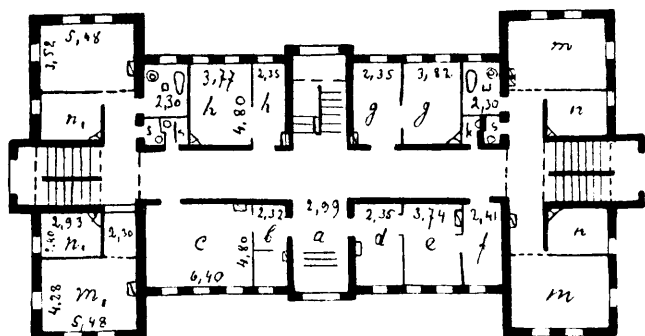
o wymiarach $3,21 \times 2,46$ przy wysokości $3,02$ m., a tym sposobem może się pomieścić 16 chorych, z których 12 zalicza się do kl. 1-szej a 4-ch do drugiej, każdy bowiem korzysta z oddzielnego pokoju o pojemności 49 m. sz. na par-



Rys. 10.

terze i 49,36 na piętrze ($4,16 \times 3,09 \times 3,84$). Zresztą w dzień chorzy przebywają najczęściej wspólnie w sali bawialnej, pojemności 144,29 m, sz. Chorzy pierwszej klasy — gwałtowni mieszczą się w oddziale dla gwałtownych w pawilonie kl. II-giej, oraz — o ile to możliwe w owej przybudówce do pawilonu klasy 1-szej.

Dom administracyi szpitalnej. Jest to dwupiętrowy budynek, długości 34, szerokości około 19 m. W suterenie mieszczą się piwnice i kilka bardzo-nieszczególnych mieszkań dla służby administracyjnej.



Rys. 11.

Wogóle plan budynku jest niezmiernie prosty, ale zarazem i niezwykle niepraktyczny (Rys. 11). Parter dwoma krzyżującymi się korytarzami, podzielono na 4 równe części. Tu mieści się w środku westibiul (a), z którego na lewo łoża szwajcara (b), a za nią czytelnia (c); na prawo z westibiulu w amfiladzie pokój dyżurnego lekarza (d), gabinet dyrektora (e) i biblioteka naukowa (f). Wprost westibiulu klatka schodowa prowadząca do mieszkań na piętrach,—przejście na dziedziniec i schody do suteren; schody z piaskowca, balustrada żelazna, bardzo skromna. Po

obu stronach klatki schodowej kancelarye (wejście z ciemnego podłużnego korytarza); na prawo kasa i buchalterya (g), na lewo kancelarya intendenta (h); na końcach korytarza klozety (k), za którymi przepierzenia drewniane oddzielają część środkową od bocznych — pierwotnie przeznaczonych na oddziały obserwacyjne dla przybywających chorych. Na ten cel przeznaczono dla każdej płci po dwa duże (mm) i po dwa małe (nn) pokoje; przytem łazienka (w) i klozet (s). Duże pokoje ($5,48 \times 4,28$ m.) o 3-ch oknach — małe ($2,93 \times 2,90$ m.) o jednym — miały razem pomieścić po 6-u chorych każdej płci i w samym początku istnienia szpitala istotnie przebywali tu chorzy, wkrótce jednak okazało się, że pomieszczenie tych kilku chorych pod względem administracyjnym jest bardzo utrudnionem, wymaga powiększenia liczby służby, a przytem z wielu względów nie jest właściwem i pożądanem blizkie sąsiedztwo kancelaryi i licznej przebywającej tu postronnej publiczności. Zresztą szybki wzrost szpitala i konieczność wynalezienia pomieszczeń na mieszkania dla zwiększającej się liczby urzędników i służby administracyjnej, — zmusiły zarząd do zupełnego zwinięcia oddziałów obserwacyjnych i oddania tych pomieszczeń na inne cele, a mianowicie jeden większy pokój przeznaczono na pracownię mikroskopową, drugi takież — na kancelaryę pisarzy, pozostałe — obrócono na mieszkanie dla urzędników; jedną łazienkę skasowano, zamieniając ją na ciemnię do wywoływania zdjęć fotograficznych.

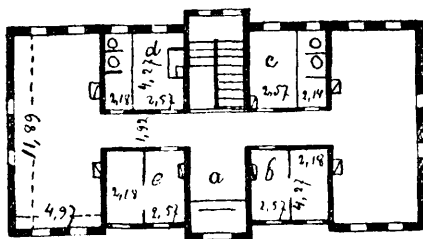
Na piętrach umieszczono mieszkania: na 1-szem dyrektora i starszego ordynatora; na 2-giem dwóch młodszych ordynatorów, intendenta i sekretarza szpitala.

Podłoga w korytarzu na parterze mozaikowa — we wszystkich kancelaryach i mieszkaniach z heblowanych desek. Rozkład wewnętrzny mieszkań nadzwyczaj niedogodny, dużo miejsca nieużytkowano, natomiast brak bardzo potrzebnych ubikacji, np. spiżarni.

Cały budynek szpetny.

Dom mieszkalny na fermie (Rys. 12), również jak i budynek administracyjny niezmiernie prostej konstrukcji. Jest to jednopiętrowy dom długości 25,60 m., szerokości 12,80 m.

W westybiulu (a) po kilku schodach kamiennych wchodzi się do podłużnego, wąskiego (1,92 m. korytarza, z którego drzwi prowadzą do 4-ch mieszkań (a, b, c, d) dla oficyalistów szpitalnych, a na końcach korytarza znajdują się wielkie o 6-u oknach (z 3-ch stron) sale długości 11,89 m., szerokości 4,97 m. W jednej z nich mieści się szkółka początkowa dla dzieci służby szpitalnej, w dru-



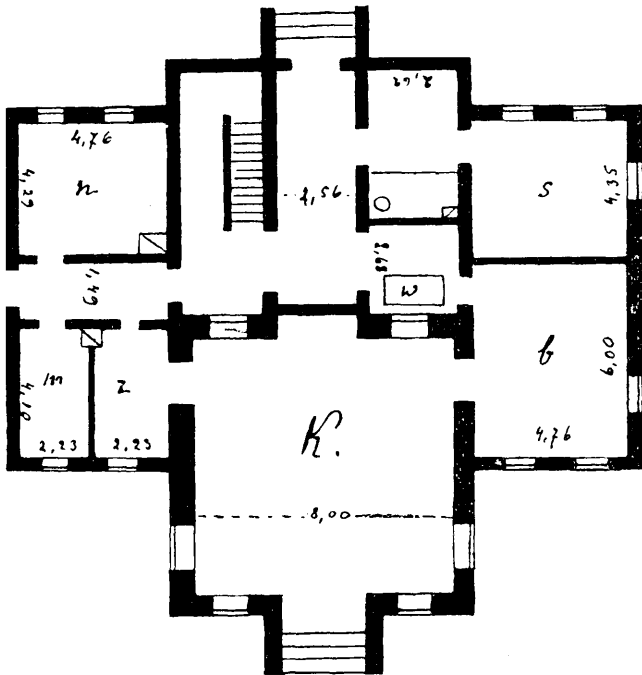
Rys. 12.

giej — mieszkanie dozorca oddziału męskiego na fermie. Na piętrze są dwa mieszkania dla lekarzy.

Kaplica katolicka wznosi się na wprost pawilonu dla chorych „ogólnych“ kobiet, w odległości od wyjścia z pawilonu 83,20 m.

Kaplica odznacza się swoją brzydotą; jest to szopa murowana bez żadnego stylu i gustu i jedynie na przeznaczenie budynku wskazuje krzyż na szczycie, ginący zresztą wśród licznych kominów. Sama kaplica (patrz Rys. 12 K str. nast.) o jednym ubogim ołtarzu ma 8 m. długości i tyleż szerokości i stanowi ledwie trzecią część bu-

dynku, w którym się mieści, Posadzka w kaplicy mozaikowa. Oświetlenie elektryczne; jest to pierwszy kościół katolicki w Królestwie, oświetlony elektrycznością. Chór i małe organki, zdobiące kaplicę, powstały ze składek służby, dzięki inicjatywie i niestrudzonej zabiegliwości b. ka-



Rys. 12.

pelana d-ra fil. ks. Wacława Kietlińskiego, który starał się kaplicę przyozdobić, ale upiększyć szepę niepodobna. Drzwi w pobliżu ołtarza prowadzą z jednej strony do zakrystyi (z), a z niej na korytarz — z drugiej zaś strony do salki (z ołtarzem), gdzie zbierają się chorzy, przebywający

pod dozorem służby. W sąsiedztwie — przez ścianę — mieści się sala sekcyjna (s), dawniej łącząca się z poprzednią (b) salą drzwiami, obecnie zamurowanymi. Z sali chorych (b) wychodzi się na korytarz i tu przy samych drzwiach znajduje się winda (w) ręczna do podnoszenia trupów z trupiarni do sali sekcyjnej; ponieważ łańcuchy skradziono jeszcze przed otwarciem szpitala, winda ta używaną nie była. Korytarz biegnie już po za kościołem i prowadzi do zakrystyi (z), składu efektów kościelnych (m) mieszkania organisty (n) i na schody do mieszkania kapelana, które się składa z przedpokoju, pokoju i alkowy. W piwnicy mieści się mieszkanie zakrystyana i „trupiarnia“ t. j. dwa stoły drewniane w wybrukowanej, ciemnej, niskiej, nieotylnowanej piwnicy.

Wobec wymagań higieny i przepisów policyjno-sanitarnych nieco dziwnem wydaje się pomieszczenie kaplicy, (w której codziennie zgromadzają się chorzy i zdrowi) oraz mieszkań przy, a raczej nad „trupiarnią“, zwłaszcza, że ani kaplica, ani mieszkania nie posiadają ani wentylacji, ani żadnych urządzeń, któreby zabezpieczały od odoru rozkładających się ciał i — co ważniejsza od infekcji.

Zabudowania folwarczne na fermie i zabudowania gospodarcze przy budynku ekonomicznym — z drzewa, przedstawiają się zupełnie prymitywnie. Lodownie zbudowane są według znanego typu. Dom dla ogrodnika w ogrodzie powstał w 1904 r.

Pozostał nam jeszcze opis budynku gospodarczego, ale rzecz tę pozostawiamy do chwili kiedy będzie mowa o urządzeniach mechanicznych w szpitalu.

Przechodzę teraz do opisu tych — wspólnych wszystkim pawilonom — szczególnych architektonicznych, o jakich w poszczególnych opisach umyślnie nie wspomniałem.

Okna są wszędzie podwójne, niewyjmowane w porze letniej i otwierane do wewnątrz; wszystkie okna posiadają oberlichty, które w pokojach pojedynczych i co drugie okno w salach i korytarzach odchylają się do wewnątrz za pomocą specjalnego drążka poruszającego mechanizm. Futryny i ramy okienne z drzewa sosnowego. Okna zewnętrzne przedstawiają powszechnie znany typ o 6 u szybach, z których dwa górne w oberlichcie. Okna wewnętrzne w ramę drewnianą mają wprawioną ramę z grubej blachy żelaznej, tak, że każda szyba podzielona jest na sześć części i w każdą jest wprawiona szybka o rozmiarach $14 \times 30\frac{1}{2}$ ctm.

Tym sposobem okno wewnętrzne bardzo przypomina typ okna fabrycznego. Krata żelazna, otwierająca się wraz z ramą okienną — jakoby nie przypomina okna więziennego, chociaż w rzeczywistości okna są okratowane. Wymiary światła futryny wynoszą 1,11 m. na 2,20 m., cała zaś powierzchnia oświetlająca = $0,14 \times 0,30\frac{1}{2} \times 36$ m. czyli 1,54 m. kw. Stosunek powierzchni oświetlającej do powierzchni zajętej przez chorych przedstawia się w różnych pawilonach i oddziałach niejednakowo, jak to widać z załączonego wyszczególnienia, w którym powierzchnia oświetlająca sprowadzoną została do 1.

Pawilon dla chorych ogólnych.

Pokoje pojedyncze (o 1 oknie)	8.80
„ sypialne (o 2 oknach)	12.98
„ dziennego pobytu (o 4 oknach)	9.49
Korytarz frontowy (4 okna)	6.50
„ przy poko.ach pojedyn (o 2 oknach)	10.27

Oddział dla nieczystych.

Pokój sypialny (Rys. 5) o 2 oknach	9.73
Sala dziennego pobytu (o 3 oknach)	12.60
Salki sypialne mniejsze (bb) o 1 oknie	11.60
Pokoiki oddzielne (o 1 oknie)	7.40
Duża sala sypialna (m. o 5 oknach)	7.50
Sala przybudowana (pp. o 6 oknach)	10.08
Salka mała przy niej (r. o 3 oknach)	5.80

Oddział dla gwałtownych.

Sala dziennego pobytu	12.60
Pokoiki oddzielne	10.78
Sala dziennego pobytu przybudowana	10.55
Pokoiki pojedyncze w tej przybudówce	6.10
Salka większa przy tej przybudówce	6.88
Pokoje infirmaryi (na 1 piętrze)	9.52

Pawilony na fermie.

Sala dziennego pobytu (o 6 oknach)	7.00
Sala sypialna (o 5 oknach)	6.97
Pokoiki pojedyncze (o 1 oknie)	7.00

Pawilony klasy II-giej.

Oddziały dla spokojnych.

Pokój bawialny i nad nim sala sypialna	9.50
" stołowy " " " "	6.10
Pokoiki małe o 1 oknie	8.30
Pokoik większy sypialny (o 2 oknach)	8.60
Infirmarya pokój z (o 2 oknach)	9.05
" " x (o 1 oknie)	9.60
" " y (o 2 oknach)	7.80

Oddziały dla niespokojnych.	
Sala i nad nią pokój sypialny	8.92
" " " " " " " " " " " " " " " " " "	9.08
Pokoiki pojedyncze "	8.30
Oddziały dla gwałtownych.	
Separatki (o 1 oknie)	8.22
Salki dziennego pobytu (o 2 oknach)	5.91
Korytarz w części przybudowanej (o 3 oknach)	5.31
Separatki " "	5.74
Oddziały dla nieczystych.	
Separatka (o 1 oknie)	8.22
Salki dziennego pobytu	5.91
Sypialnia (o 2 oknach)	8.77
Sala przybudowana (o 6 oknach)	5.89
Pawilony klasy I-szej.	
Pokoiki oddzielne	7.88
Sala bawialna (o 3 oknach)	8.10
Sala stołowa (o 2 oknach)	8.10
Korytarz w części dobudowanej	4.61
Separatki " "	6.73

Okna umieszczone są na wysokości 0,98 m. nad podłogą z wnękami i całąmi framugami wyłożonymi drzewem. Zamknięcie okien jest specjalne. klamki: jaką zwykle widzimy u okien, niema, a na jej miejscu otwór, w którym sztyft obracający się przy pomocy spocyalnego klucza i poruszający w górę i na dół — ukrytą w ramie zasuwę (bagnetsztangę). Tylko w oddziałach na fermie oraz w mie-

szkaniach prywatnych, okna niczem nie różnią się od zwykłych domowych, nie posiadają ani krat, ani specjalnych zamków. Parapety wszędzie w oddziałach i mieszkaniach drewniane i (w oddziałach) ułożone skośnie w kierunku do podłogi tak, aby uczynić jak najbardziej niemożliwym zatrzymanie się na nich nogami.

Drzwi są podwójne i pojedyncze; podwójne prowadzą z dziedzińców do pawilonów, wewnątrz których drzwi podwójne (1,27×2,69 m.) są również w większych salach dla chorych w pawilonach klasy 1-ej i 2-giej; do mniejszych pokoiów w tych pawilonach i do wszystkich pomieszczeń dla chorych w oddziałach ogólnych prowadzą drzwi pojedyncze szerokości 0,91 m. i wysokości 2,03 m. Wszystkie drzwi otwierają się na zewnątrz lub do korytarza, a co do ich konstrukcyi to różnią się od zwykłych spotykanych tem, że cała framuga (podobnie jak w oknach) wyłożona jest drzewem, — że drzwi prowadzące do oddziału i pokoiów dla chorych gwałtownych są 3-calowej grubości o 2 zatrzaskach, — że wreszcie wszystkie drzwi wewnątrz oddziałów (z wyjątkiem na fermie) — nie mają klamek i zamków, lecz otwierają się za pomocą uniwersalnego — z trójkątnym otworem — klucza, nakładanego na tegoż kształtu sztyft w zatrzasku. Zamiast klamki drzwi są zaopatrzone w mosiężne, wgłębione muszle, pozwalające drzwi przycisnąć, ale uniemożliwiające założenie czegokolwiek, co mogłoby posłużyć do wykonania — samobójstwa przez powieszenie. Drzwi w pokojach dla gwałtownych posiadają dwa zatrzaski — w połowie wysokości i u dołu, co utrudnia wyłamanie drzwi, w których — dla obserwacyi chorego — są okienka na wysokości wzrostu. Drzwi klozetowe otwierają się w obie strony. Drzwi prowadzące do pawilonów z zewnątrz zaopatrzone są w zamki bezpieczeństwa, a klucze do nich posiadają tylko lekarze i starsza służba oddziałowa.

P o s a d z k i z klepki dębowej były projektowane wszędzie, przy wykonaniu jednak planu ułożono ją tylko w pawilonach klasy 1-szej prócz korytarza na parterze, —

w pawilonach klasy 2-giej — w oddziałach dla spokojnych i niespokojnych oraz w korytarzach, — wreszcie salach dziennego pobytu i korytarzach oddziałów dla spokojnych i niespokojnych chorych „ogólnych“. W pokojach sypialnych oddziałów ogólnych, na fermie i w sypialniach klasy 2-giej, wreszcie w przybudowanych oddziałach dla chorych gwałtownych ogólnych i w przybudówce do pawilonu klasy 1-szej ułożono podłogę heblowaną z desek sosnowych szpuntowanych. We wszystkich klozetach, — w dawniejszych oddziałach dla gwałtownych i nieczystych — podłoga asfaltowa, w nowych zaś przybudówkach dla zanieczyszczających się — cementowa, — wreszcie w oddziałach na fermie częściowo metlachska podłoga zastąpiła kilkakrotnie zniszczoną przez grzybek podłogę zwyczajną. Podłogi malowane są olejno, posadzki — zaprawiane do froterowania. Należy nadmienić, że podłogi w oddziałach dla zanieczyszczających się i gwałtownych ułożone są z nieznaczną pochyłością w kierunku do osadzonych w podłodze okratowanych zlewów; podłogi asfaltowe są bardzo niepraktyczne, — łatwo nasiąkają uryną, a przy myciu ich wydzielają nieznośną woń. Daleko praktyczniejsze byłyby pod tym względem podłogi cementowe, gdyby nie były tak słabe i przez to wymagające częstej naprawy.

Sposoby ogrzewania pomieszczeń dla chorych odznaczają się wielką różnorodnością. Wszystkie dawniejsze oddziały dla gwałtownych i zanieczyszczających się chorych t. j. 4 pensjonarskie i 4 ogólne, — posiadają ogrzewanie centralne za pomocą kaloryferów powietrznych, umieszczonych (po 2) pod każdym z wymienionych oddziałów.

Przybudowane części tychże oddziałów ogrzewają piece z paleniskiem w piwnicy pod oddziałem, do którego wyprowadzono tylko powierzchnię ogrzewającą, okrytą blachą żelazną.

Trzecią kategorię pieców stanowią zwykłe, kaflowe, ustawione we wszystkich pomieszczeniach z wyjątkiem wymienionych oraz sal dziennego pobytu dla chorych ogólnych.

nych. W ostatnich ustawiono t. zw. piece wentylacyjne (po 2 w każdej z 8 sal), które różnią się od zwykłych—pancerzem, jaki okrywa piec właściwy w pewnej od tegoż odległości; warstwa powietrza ogrzanego pod pancierzem, ogrzewa salę, a powietrze zewnętrzne dochodzi przez kanał do przestrzeni między piecem a pancierzem.

Wszystkie oddziały, mieszkania i wszelkie wogóle pomieszczenia szpitalne są s k a n a l i z o w a n e. Właściwie szpital posiada dwie oddzielne i od siebie niezależne sieci kanalizacyjne.

Oddziały dla chorych i budynek administracyjny na fermie mają jedną sieć, która odprowadza nieczystości siłą własnego spadku do położonego niżej zbiornika (Rj. rys. 3), skąd bywają wypompowywane pompą ręczną i rozprzewadzane po okolicznych polach.

D. C. N.

CZYNNOŚCI
Towarzystwa Lekarskiego
WARSZAWSKIEGO
—
PROTOKÓŁY

Rok 1907.

Posiedzenie wyborcze d. 8 Stycznia 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki.*

Członków obecnych 93.

- I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.
- II. Sekretarz doroczny odczytał sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa za r. 1906.
- III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłał NEUGEBAUER:
 - 1) „Interstate Medical Journal”—rocznik 1906.
 - 2) „St Louis Courier of Medicine”—rocznik 1906.
- IV. Dokonano wyborów urzędników Towarzystwa oraz członków różnych Komitetów.
 - 1) Na prezesa Towarzystwa z pomiędzy 89 głosujących wybrano 81 głosami Walentego KAMOCKIEGO (ponownie)

Pam. Tow. Lek. T. 103, Z. I.

2) Na wiceprezesa 73 głosami na 85 głosujących wybrano Antoniego GABSZEWICZA.

3) Na sekretarza dorocznego z 88 głosujących wybrano 78 głosami Ignacego LANDSTEINA.

4) Na pomocnika sekretarza 74 głosami wybrano Antoniego MAJEWSKIEGO.

5) Na członków zarządu wybrano Ludwika GURANOWSKIEGO i Józefa WINIARSKIEGO.

6) Do Komitetu rewizyjnego powołano GEDROYCIA, do Komisji bibliotecznej Tadeusza KORZONA.

7) Na członków Komitetu nagród imienia KOCZOROWSKIEGO wybrano: CHEŁCHOWSKIEGO, DUNINA, DMOCHOWSKIEGO, JAKOWSKIEGO, FLATAU'a, Bronisława SAWICKIEGO.

8) Do Komitetu kasy wsparcia wybrano KOSIŃSKIEGO, Br. SAWICKIEGO i SZUMLAŃSKIEGO — i z pomiędzy nieczłonków Towarzystwa — ŻERĘ i HEINRICHA.

V. Wszyscy kandydaci na członków czynnych Tow. zostali przyjęci; kol. Wacław GARSZYŃSKI Aleksander GRUSZCZYŃSKI, Wilhelm KNAPPE, Władysław LEHR, Bronisław ŁUCZYCKI, Zygmunt MESSING, Stefan RONTALER, Bronisław SZYBOWSKI i Julian WOŁYŃSKI.

Na tem posiedzenie zakończono

Prezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *I. Landstein.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 15 Stycznia 1907 r.

Przewodniczący Prezes *Kamocki*.

Członków obecnych 61 i gości 5.

T r e ś ć: SŁAWIŃSKI. W sprawie leczenia przepuklin.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. MICHAŁOWSKĄ, KORWIN-PIOTROWSKIEGO, JANCZEWSKIEGO, JAKIMOWICZA i ZAPASIEWICZA.

III. Prezes powitał nowych członków Towarzystwa i wręczył im dyplomy.

IV. Prezes odczytał odezwę od Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego, które uchwaliło protest przeciwko rozporządzeniu Jenerał-gubernatora Kaliskiego, domagającego się komunikowania policji przez lekarzy wszystkich przypadków uszkodzeń, zadanych bronią palną lub bombą.

V. Do biblioteki Towarzystwa nadesłał Fr. NEUGEBAUER: „Beckenerweiternde Operationen“.

VI. Przedstawiciel wiedeńskiej firmy Reichert opisał i demonstrował ultramikroskop.

SŁAWIŃSKI. W sprawie leczenia przepukliny.

Wskazania co do leczenia przepukliny pachwinowej wolnej odznaczają się u nas dotychczas pewną szablonowością, wynikającą z nieuświadomienia wyników, przez chirurgię osiągniętych, oraz niedoceniań częstotliwości i szkodliwości przepukliny. Wśród ogółu naszej publiczności panuje przekonanie, że przepuklina pachwinowa wolna, dająca się odprowadzać, nie wymaga innego leczenia, oprócz noszenia paska t. zw. rupturowego, a i rada lekarska dla tego rodzaju chorych sprowadza się częstokroć do zalecania tegoż paska. Dopiero od lat kilku wzrasta u nas liczba chorych szpitalnych z przepukliną wolną. Osobnicy pracujący fizycznie, częstokroć tają swą dolegliwość w nadziei na odszkodowanie, stałe lub doraźne, w razie powiększenia się przepukliny podczas pracy zawodowej. Prawodawstwo rosyjskie odszkodowuje wprawdzie tylko przepukliny, powstałe nagle i przytem z objawami uwięźnienia, przyznając wtedy jedynie 25% renty. Mimo to domaganie się odszkodowania za przepukliny rzekomo

urazowe są u nas coraz częstsze, jakkolwiek uwzględniane zostają rzadko i do tego oceniane, przez towarzystwa ubezpieczeń zwłaszcza, według niemieckiej skali (HAAG'a), przyznającej za przepuklinę pachwinową jednostronną 10% renty. Prawo niemieckie daje w tym razie odszkodowanie za pogorszenie się przepukliny już istniejącej. Ciekawe są liczby, wykazujące częstość tego rodzaju powództw na zachodzie i u nas. Na zwiększenie się liczby operacji doszczętnych wpłynęła ta okoliczność, że pracownicy nie przyjmują do pracy osobników dotkniętych przepukliną z obawy przed następczym odszkodowaniem. Odośne spostrzeżenie wielkich fabryk wykazuje zarazem niezwykłą częstość przepukliny wśród klasy robotniczej, przewyższającą znacznie dawne dane statystyczne. Przytoczone zostają tutaj cyfry, co do rozpowszechnienia przepuklin w Paryżu i Londynie zebrane; dane te pozwoliły Paul BERGER'owi ustalić pewne typy ściany brzusznej, usposabiające jakoby do przepuklin, a zarazem objaśniają one poglądy współczesne na sposób powstawania tego cierpienia wogóle.

Pomimo braku danych liczbowych co do rozpowszechnienia przepukliny twierdzić można, że przepukliny zdarzają się u nas niemniej często niż na zachodzie, lecz mniej są leczone operacyjnie, nadto zaś pasek rupturowy przeważnie nie jest noszony dla niedokładności oraz kłopotu, jaki sprawia. Wartość pasków jest już obecnie utrwalona. Nowsze spostrzeżenia dowodzą, że na wyleczenie przepukliny przy użyciu paska liczyć można i tylko u dzieci wtedy, jeżeli przepuklina ginie w przeciągu kilku miesięcy. U dorosłych pasek przepukliny nie leczy, ani nawet nie chroni od uwięźnienia. Stąd to właśnie powstało leczenie doszczętne operacyjne. Osiągnięte ostatnimi laty tą drogą wyniki zdumiewają pod względem pewności i stałości, z jaką są otrzymywane — odsetka śmiertelności nie dosięga 1% dla przepuklin wolnych i uwięzłych razem. Liczba operacji nie odpowiada jednak i na zachodzie danym co do częstości przepukliny i dla tego, że operacji nie są poddawani z zasady ludzie starsi z obawy zwłaszcza powikłań płucnych; stanowią one $\frac{1}{3}$ ogólnej śmiertelności pooperacyjnej, a zależą od stosowania usypiania ogólnego. Ciągłe udoskonalenie aseptyki usuwa niebezpieczeństwo zakażeń miejscowych, wyrobiona zaś technika operacyjna zmniejsza ilość nawrotów. Słowem, od rozciągnięcia operacji doszczętnej na wszystkie przepukliny, jako ogólnego postępowania, powstrzymuje dotychczas niebezpieczeństwo, związane z usypianiem ogólnym. Z tego właśnie względu prelegent opisuje szczegółowo sposób CUSHING'a pozwalający ominąć owe niebezpieczeństwo a polegający na znieczuleniu miejscowym 0,5 — 1% kokainy nerwów ozu-

ciowych okolicy pachwinowej; mianowicie nerwu biodrowo-pachwinowego oraz biodrowo-podbrzusznego. Sposób powyższy wymaga dokładnego obznajmienia się z anatomią danej okolicy i przy wprawie zapewnia operowanie bezbolesne. Dla przykładu prelegent przytacza opis kilku operowanych przepuklin znacznych rozmiarów u osobników starszych. Sposób CUSHING'a przewyższa metodę SCHLEICH'a, zapewnia bowiem łatwe oryentowanie się w tkankach nie obrzękniętych, oraz pozwala wyzyskać czynną pomoc chorego.

W końcu S. zachęca do zapoznania się ze sposobem CUSHING'a oraz wyraża przekonanie, że obecnie mamy już prawo doradzania wszystkim osobnikom z przepukliną pachwinową operacji doszczętej, oraz że powinniśmy rozpowszechnić zdanie, że pasek nie ma wartości leczniczej z wyjątkiem chyba u dzieci, gdzie przepukliny mogą ginąć szybko przy użyciu paska.

[Autoreferat].

Ludwik ZEMBRZUSKI zabrał głos w sprawie t. zw. przepuklin urazowych oraz w związanej z nią sprawie utraty zdolności do pracy i odszkodowań w odnośnych przypadkach.

Z. dzieli przepukliny urazowe na powstałe wskutek bezpośredniego urazu brzucha i na tworzące się nagle wskutek wykonania nadmiernego wysiłku. Z tą ostatnią kategorią przepuklin lekarze — biegli mają do czynienia najczęściej. Fakt wytworzenia się przepukliny wskutek nadmiernego wysiłku fizycznego należy pojmować nie jako powstanie jej nagle in toto u osobnika z prawidłowo zbudowanymi powłokami brzuszными, lecz jako jedną z faz rozwoju już istniejącej przepukliny, albo wrodzonego usposobienia (Bruchanlage), będącego pierwszym niejako etapem tej ostatniej. A zatem sam wypadek (wysiłek fizyczny), jako nie powodujący bezpośrednio powstania przepukliny nie wyrokuje o utracie zdolności do pracy. Ta utrata zdolności istniała już w pewnym stopniu przed wypadkiem, który posłużył do wykrycia niejako tego faktu, że u poszkodowanego istniała bądź przepuklina niewielka, nie zwracająca na się jego uwagi, albo usposobienie do przepukliny.

Ztąd wynika, że jeśli przepukliny powodują pewną niezdolność do pracy (dolegliwości i niebezpieczeństwo uwięznięcia), to jedynie jako takie, t. j. jako cierpienie np. zawodowe, powstające powolnie, stopniowo, a nie wskutek nieszczęśliwego wypadku. Wobec prawa, orzekającego o odpowiedzialności przedsiębiorcy i o wynagrodzeniu tytułem odszkodowania w razie nieszczęśliwego wypadku, nie zaś choroby zawodowej, robotnik dotknięty t. zw. urazową przepukliną nie powinienby rościć prawa do odszkodowania. Tak należałoby sądzić z punktu widze-

nia naukowego, toeretycznego, lecz nie z punktu widzenia społeczno-ekonomicznego.

Bądź co bądź nie tylko w przekonaniu samego poszkodowanego, ale i na ogólnym rynku pracy wartość osobnika, dotkniętego przepukliną, stwierdzoną jako następstwo wypadku, zostaje z konieczności faktu obniżoną. Ztąd wniossek, że biegli powinni przyznawać pewną utratę zdolności w tego rodzaju wypadkach z tem zastrzeżeniem, że wcale nie w każdym przypadku. Należy mianowicie rozpatrzyć: 1) czy w istocie dany osobnik wykonał nadmierny wysiłek fizyczny, któremu towarzyszył w okolicy przepukliny silny ból, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej: 2) co więcej zaważyło na szali wywołania pewnej fazy w rozwoju przepukliny, czy usposobienie do przepukliny (szerokie, krótkie kanały pachwinowe, miękkość powłok brzusznych), czy też siła wypadku?

Co się dotyczy stopnia utraty zdolności do pracy, to przepukliny wogóle wpływają pod tym względem ujemnie tylko w stosunku do pracy fizycznej b. ciężkiej, zmniejszając zdolność do tej ostatniej na 10—15%. W tych przypadkach, kiedy sama przepuklina jako też noszenie paska sprawiają dolegliwości lub w żaden sposób pelota nie jest w stanie utrzymać przepukliny, to stopień niezdolności do pracy może być i wyższy.

Z. poczytuje operacje przepuklin u dzieci za zabieg wogóle trudny. W znacznym stopniu ułatwia zadanie operującemu pod tym względem sposób ANSCHUTZ'a, który stanowi połączenie sposobu operowania wodniaka jądra WIKKELMANN'a z operacją BASSINI'ego.

[Autoreferat].

STANKIEWICZ zwraca uwagę, iż leczenie przepuklin u dzieci za pomocą paska rupturowego wymaga wielu warunków i przedstawia liczne niedogodności. Przedewszystkiem przy najlepiej zastosowanym pasku, potrzeba ze strony rodziców najstaranniejszej kontroli tak co do położenia peloty jak i zapobiegania łatwo powstającym zapaleniom skóry i powierzchownym owrzodzeniom skutkiem tarcia skóry i łatwego zaciekania moczu. Z tego powodu paski trzeba bardzo często zmieniać i modyfikować odpowiednio do wzrostu dziecka, gdyż leczenie takie, aby odniosło skutek pożądaný, trwać musi całe lata. Pomimo spełniania tych zadań nieraz po dłuższym czasie nietylko otwór pachwinowy nie zmniejsza się, lecz nie rzadko z żalem spostrzegamy, iż przepuklina po odjęciu występuje jak dawniej. Wreszcie nieraz u bardzo młodych dzieci przepuklina wrodzona ma takie rozmiary, że o zasto-

sowaniu skutecznem paska mowy być nie może i konieczną jest operacya doszczętna.

Dziś większość chirurgów wykonywa operacyę doszczętną u dzieci z najlepszym wynikiem i to u dzieci nawet w pierwszym roku życia. KAREWSKI w Berlinie od dawna wykonywa ją ambulatoryjnie u niemowląt i jedyną troską matki jest przestrzeganie staranne, aby opatrunek uchronić od zacieku moczem. S. również w roku ubiegłym wykonał ją kilkakrotnie u dzieci w 2 roku życia z dobrym wynikiem. Zaznacza jednak, iż operacya ta u dzieci przedstawia większe trudności aniżeli u dorosłych, a to skutkiem małego pola operacyjnego, delikatnej ściany worka i ztąd większej trudności przy oddzielaniu go od sznurka nasiennego i tkanek otaczających.

[Autoreferat].

KRYŃSKI sądzi, że poza dziećmi od 3 do 5 roku życia wszystkie przypadki przepuklin nadają się do operacyi. W dążeniu do możliwego uproszczeniu operacyi, znieczulająca metoda CUSHING'a nie stanowi wybitnego postępu; jest ona bowiem jedynie modyfikacyą infiltracyjnej metody SCHLEICH'a. Co się tyczy recydyw, to trzeba pamiętać, że nieraz chirurdzy za takowe biorą nowe wypuklenia ściany brzusznej nad bliżną pooperacyjną.

KRAUZE uważa, że skonstatowanie faktu, czy u danego osobnika przepuklina powstała na skutek urazu, jest często bardzo trudne, nie można tu orzec, czy była już uprzednio predyspozycya, czy też wystąpiło cierpienie u zdrowego pod tym względem osobnika. K. operuje dzieci wcześniej, już bowiem w drugim roku życia. Operacya u dzieci wogóle jest łatwą. Co się tyczy osób starszych, to mówca operuje nawet w bardzo podeszłym wieku o ile tylko niema przeciwwskazań ze strony serca lub płuc. W miejscowem znieczuleniu podanem przez prelegenta, mówca nie widzi doniosłego postępu; operuje on zawsze przy znieczuleniu SCHLEICH'a, które w zupełności w tych razach wystarcza, i nie jest gorszem od metody CUSHING'a. U osób więcej wrażliwych K. stosuje znieczulanie lędźwiowe za pomocą stowainy.

GABSZEWICZ zaznacza, że w sprawie powstawania przepuklin, należy mieć na uwadze ten fakt, że w bardzo znacznej liczbie przypadków może istnieć worek przepuklinowy bez zawartości; taki pogląd dość jest powszechny u chirurgów; jeżeli w podobnym przypadku pod wpływem urazu jakiegokolwiek wystąpi zawartość do worka z bólami, to ten rodzaj przepukliny należy uważać za urazowy. (GABSZEWICZ spostrzegał takie przypadki u osób inteligentnych, chociaż zazwyczaj zdarzają się one nie często; to samo potwierdzają i chirurdzy zagraniczni); Najczę-

ściej wobec istniejącego worka, przepuklina pod wpływem urazów powiększać się może stopniowo, ale w tych razach nie można już mówić o urazowym pochodzeniu przepukliny.

Co się tyczy wieku, w którym można operować przepukliny nie uwięzłe, G. jest zdania, że dzieci małych do lat 3—4 nie należy operować, ze względu na trudność zachowania czystości; co się tyczy zaś wieku późniejszego, to G. sądzi, że w tym kierunku można o wiele więcej rozszerzyć wskazania, niż to miało miejsce przed 20 laty; wówczas już po za 50-ym rokiem nie operowano; dzisiaj podług G., późniejszy wiek nie stanowi przeciwwskazania, jeżeli stan innych wewnętrznych narządów pozwala na to, szczególnie przy zastosowaniu miejscowego znieczulenia, i kiedy przepuklina nie daje się utrzymać za pomocą paska, lub sprawia dolegliwości choremu. G. niedawno wykonał operację przepukliny uwięzłej u 93 letniej kobiety stosując znieczulenie miejscowe; przebieg był zupełnie pomyślny, pomimo że po usunięciu zaciśnięcia, dokonano jeszcze operacji doszczętej.

[Autoreferat].

BORZYMOWSKI zwraca uwagę, że zalecana przez prelegenta metoda nie może gwarantować zupełnego znieczulenia, albowiem otrzewna, najbardziej wrażliwa część pola operacyjnego, nie może być w ten sposób znieczulona, jako nie unerwiana przez n. leo inguinalis.

Co zaś do poglądu kol. ZEMBRZUSKIEGO w sprawie różniczkowania, to B. nie zgadza się z kol. Z.

Kol. Z. twierdzi, że odszkodowaniu podlegać winne tylko te przepukliny, których powstaniu towarzyszy silny raptowny ból, niemożność pracowania bezpośrednio po urazie i t. d., tymczasem według B. niema obecnie naukowych podstaw do przypuszczenia, że urazowe przepukliny mogą powstawać tylko przy jednoczesnym zjawieniu się powyższych objawów klinicznych.

[Autoreferat].

KOSSOBUDZKI wypowiada się za najwcześniejszem operowaniem przepuklin. Co się tyczy osób starszych, to K. uważa, że znieczulenie miejscowe wcale nie zabezpiecza ich od powikłań płucnych, gdyż te ostatnie często pochodzą od zatorów, a nie od narkozy. Metoda CUSHING'a wprowadza do organizmu dużo kokainy, która nie jest obojętną w bardzo wielu przypadkach.

KARCZEWSKI jest zwolennikiem operowania przepuklin, sądzi jednak, że przepukliny pępkowe u dzieci leczą się bardzo dobrze metodą plastrową. Oprócz nawrotów cierpienia, trzeba mieć na względzie niepomyślne następstwa pooperacyjne.

K. przytacza przypadek, gdzie przy operacji przepukliny był wszyty wyrostek robaczkowy w wewnętrzny kanał pachwinowy.

W odpowiedzi S. zaznacza, iż sposób CUSHING'a wymaga wprawy, lecz że stanowi on metodę zupełnie odrębną od sposobu SCHLEICH'a.

Co do przepuklin u dzieci przytaczał on tylko przyjęte zdania, nie opierając się na doświadczeniu osobistym, zbyt małym w tym kierunku.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*

Pom. Sekretarza *Ig. Landstein.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 29 Stycznia 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki.*

Członków obecnych 53 i gości 4.

T r e ś ć: KARWACKI L. — „Rzadki przypadek zapalenia opłucnej gruźliczego”. (Pokaz preparatu).
KRYŃSKI i KOPCZYŃSKI Stan. Przedstawienie mózgu i czaszki z przypadku operowanego dwukrotnie z powodu padaczki JACKSON'a.
ZIELIŃSKI E. Przedstawienie organów wewnętrznych z przypadku *situs viscerum transversus completus*.
KOZERSKI. Przedstawienie chorej wyleczonej z wilka nosa za pomocą promieni RÖNTGENA.
KOZERSKI. Przedstawienie chorego z *lupus erythematosus* nosa, wyleczonego za pomocą radium.

KOZERSKI. Przedstawienie chorego po wyleczeniu go z pierwotnego wielolicznego barwnikowego mięsaka skóry za pomocą promieni RÖNTGENA.

KARWACKI L. Teorye odpornościowe w oświetleniu badań klinicznych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. **PASZKIEWICZA, MEJERA, KIELKIEWICZA** i **WRĘTOWSKIEGO**.

III. Prezes odczytał odezwę kuratora okręgu naukowego i rektora uniwersytetu o zatwierdzeniu wybranych przez Tow. Lek. kandydatów do stypendyum im. **KOCZOROWSKIEGO** i im. **MARCINKIEWICZA**.

IV. Do biblioteki Towarzystwa nadesłał kol. **JANOWSKI**: „Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach płuc”.

V. Kol. **KARWACKI** pokazał 2 preparaty drobnowidzowe z osadu w przypadku *pleuritis tuberculosa*.

Oprócz limfocytów i krwinek osad zawierał liczne laseczniki gruźlicze.

Wykrycie w znaczniejszej ilości laseczników gruźliczych w przypadkach zapalenia opłucnej należy do faktów dość rzadkich. W danym przypadku obok laseczników gruźliczych kwasoodpornych spotykały się i laseczniki nie posiadające tej własności. Jousset, który widział dość często podobne postaci po inoskopii, przypisuje utratę kwasoodporności działaniu kwasu solnego i pepsyny. W danym razie o podobnem tłumaczeniu oczywiście nie może być mowy: zdaniem prelegenta własność kwasoodporna u laseczników gruźliczych powstaje dzięki przystosowaniu się do warunków ustrojowych. Szczepy gruźlicze saprofityczne kol. **KARWACKIEGO** zdolność kwasoodporną straciły zupełnie. Młode laseczniki gruźlicze bardzo często zdolność tę posiadają w słabym stopniu.

ŻURAKOWSKI Al. zaznacza, że o ile laseczniki gruźlicze mocno odbarwiać, to można odbarwić je wszystkie. Zgadza się ze zdaniem prelegenta, że młode laseczniki odbarwiają się bardzo szybko.

BRONOWSKI wspomina o pracy, która ukazała się przed kilkoma laty w jednym z czasopism niemieckich, gdzie autor poddawał barwieniu laseczniki z hodowli stałej i przekonał się, że odbarwiają się laseczniki z najmłodszej i najstarszej generacji, nie odbarwiały się zaś laseczniki wieku średniego.

Kol. ŻURAKOWSKIEMU K. odpowiada że płynu GABETT'a nie używa wcale: odbarwiając preparat przez parę sekund w 25% kwasie azotnym i podbarwiając osobno błękitem metylenowym.

[Autoreferat].

VI. KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawił preparat mózgu z nowotworem, pochodzący od chorej, operowanej dwukrotnie z powodu padaczki JACKSON'a.

Historię choroby chorej, przedstawionej dwukrotnie w Tow. Lek., K. streścił w kilku słowach. Chora K. lat 30, w ciągu 9 lat doznawała napadów padaczki korowej prawostronnej bez utraty przytomności. Napady te występowały co kilka tygodni lub miesięcy. Chora przez te 4 lata 5 razy rodziła. W ostatnich 2-ach latach po napadach połowicznej padaczki występowało przejściowe porażenie połowiczne z przejściową niemotą ruchową. U chorej KOPCZYŃSKI rozpoznał bez ściślejszego umiejscowienia, guz uciskający pas ruchowy w korze mózgowej Chora została poddana trepanacji czaszki we wrześniu 1905 r. przez kol. BORZYMOWSKIEGO i w Marcu 1906 r. przez kol. KRYŃSKIEGO. W obu razach nawet po otwarciu opony twardej nie podejrzanego w istocie mózgu w wymienionej okolicy wyczuć się nie dawało. Uderzało chirurgów wybitne zgrubienie czaszki, któremu przypisywali przyczynę padaczki. W obu razach nastąpiła półroczna poprawa, niemota ustąpiła zupełnie, prawostronne porażenie połowiczne przeszło z nieznacznymi śladami. W Grudniu r. 1906 chora dostała znowu napadu nieustannych połowicznych drgawek połączonych z niemotą ruchową. Drgawki rozpoczynały się zwykle w mięśniach karku i twarzy i przechodziły na rękę i na nogę, niekiedy jednak rozpoczynały się w prawej nodze i następnie przechodziły na rękę i na twarz. Po tygodniu drgawek chora zmarła.

Badanie pośmiertne wykazało w lewej półkuli mózgu guz, wielkości jaja gęsiego; guz ten leżał w tylnej części lewego płata czołowego bliżej linii środkowej, a mianowicie: górna część guza dochodziła do powierzchni mózgu tuż przed *gyrus centralis anterior*, przed ośrodkiem dla nogi i ciągnęła się na przestrzeni 5 ctm., dolna leżała o 6 ctm. poniżej powierzchni mózgu, guz miał dążność do rozwoju w kierunku szlaków ruchowych w t. zw. *corona radiata*. Wewnętrzna część prawego płata czołowego podlegała uciskowi ze strony powiększonego lewego płata. Na przekroju guza widać było liczne wybroczyny krwawe. Guz okazał się glejakiem (prof. KRYŃSKI). Wskutek tego iż guz wraстал pionowo ku dołowi, a ośrodki ruchowe leżą wzdłuż bruzdy ROLAND'a ukośnie, przeto drażnił on ubocznie w stopniu jednakim

zarówno ośrodek dla ruchów prawą nogą, jak i ośrodek dla ruchów ręką lub twarzą, stąd pewna niestałość w umiejscowieniu drgawek, z wyjątkiem stałego skręcania głowy i oczu w prawo.

K. podnosi trudności zabiegu operacyjnego ze względu na śródmiąższowe umiejscowienie nowotworu i opowiada o przedstawionym przez kol BYCHOWSKIEGO na ostatnim posiedzeniu sekcji neurologiczno-psychologicznej chorym, któremu kol. RAUM z powodzeniem wyciął śródbłoniak, wychodzący z opony twardej i uciskający pas ruchowy i czuciowy kory mózgowej.

K. zaznacza, że choć w ostatnich czasach padaczce korowej odebrano owe znaczenie patognomiczne, jako objawu ucisku na okolicę ruchową kory, a to dlatego, że padaczkę częściową możemy obserwować i w wielu czynnościowych cierpieniach układu nerwowego (*hysteria, epilepsia*), w zatruciach (alkoholem, ołowiem), mocznicy acetonurii (przypadek mówcy, stwierdzony badaniem pośmiertnym), przy ropniach, wylewach krwawych i t. p., niemniej jednak pamiętać należy, że stała częściowa padaczka najczęściej wskazuje na nowotwór mózgu, który nieraz rozwija się bardzo powoli, przebiega niemal skrycie a przynajmniej samoistnie zatrzymuje się w rozwoju i niekiedy po kilka lat żadnych dolegliwości choremu może nie sprawiać.

Przypadek mówcy, w którym drgawki wraz z porażeniem zniknęły na pół roku i dłużej, a w którym pierwsze objawy wystąpiły na 9 lat przed śmiercią, jest tego wymownym dowodem.

[Autoreferat].

Omawiając technikę postępowania operacyjnego i swoje poglądy, wyrażane poprzednio na sprawę leczenia padaczki JACKSON'a, KRYŃSKI w dalszym ciągu uważa, że skoro operacja dwa razy chorej pomagała, wskazanie do operacji istniało. Co się tyczy natury guza, to był to nowotwór, jak wiadomo, pochodzenia ektodermalnego.

W odpowiedzi na uwagę KRYŃSKIEGO, że wobec podobnych danych sekcyjnych, należy się spodziewać, że ilość nie anatomicznych esencjalnych padaczek JACKSON'a będzie się coraz więcej zmniejszać, CIĄGLIŃSKI zaznacza, że pomimo to pozostanie jeszcze dużo przypadków takiej padaczki pochodzenia toksycznego a LANDAU Henryk przypomina o spostrzeganych przez wielu autorów padaczkach JACKSON'a bez żadnych sekcyjnie stwierdzonych zmian anatomo-patologicznych, o tak zw. stanach *status haemipilepticus*.

VII. ZIELIŃSKI Edw. przedstawił wszystkie organy wewnętrzne z przypadku *situs viscerum transversus completus*, gdzie stanowiły one jakby lustrzane odbicie organów normalnych.

KOZERSKI przedstawił: 1) wyleczony za pomocą *radium* *Lupus erythematosus* nosa i twarzy. Każde miejsce było naświetlane po 2 godziny w summie, po 30 minut na każdym posiedzeniu. Jest to jeden z szeregu przypadków *lup. eryth.*, jakie K. leczył *radium* z pomyślnym wynikiem.

2) Przypadek *lupus vulgaris* nosa. Jak widać z przedstawionej fotografii, tkanka wilka zajmowała cały nos, znacznie pogrubiając jego kontury. W 5 posiedzeniach zastosowano po 3—4 razy promienie ROENTGENA na każde miejsce. Pozostałe pojedyncze gruzelki naświetlono radium 4 razy po 30 minut każdy gruzelek. Wynik jest nie tylko dobry, lecz piękny.

3) Przypadek wyleczonego pierwotnego wielolicznego barwnikowego mięsaka. Pacyenta K. przedstawił w Tow. Lek. przed leczeniem, kiedy na rękach, stopach i gołeniach widać było wiele sino-czarnawych guzów, na stopach rozmiękłych. Oprócz tego do połowy goleni zajmował skórę nowotworowy naciek. K. traktował pacyenta promieniami ROENTGEN'a. Obecnie pacjent jest zupełnie zdrow, nieleczony od 5 miesięcy. Guzy i naciek znikły, *kachexis* ustąpiła, pozostało na stopach twarde zgrubienie tkanki łącznej. Wypada przypomnieć, że podobne przypadki były dawniej zawsze śmiertelne, zawsze nieuleczalne.

VIII. W pracy swej pod tyt. „Teorye odpornościowe w oświetleniu badań klinicznych” KARWACKI dochodzi do następujących wniosków: 1) Wyzdrowienie w sensie klinicznym z cierpienia zakaźnego nie wymaga niezbędnie wygaśnięcia zarodków w chorym ustroju.

2) Bakteryolityczne własności humoralne stanowią etap, który poprzedza tylko okres mniej lub więcej długotrwałej symbiozy zarazka z ustrojem.

3) Unieszkodliwienie zarazka w okresie współżycia może zależeć albo od własności antyendotoksycznych cieczy, albo też od przyzwyczajenia się do jądów komórek ustrojowych.

[Autoreferat].

RZĘTKOWSKI zaznacza, że dotychczasowe badania nad odpornością ustrojów były dokonywane z surowicą tychże ustrojów, mianowicie też przy pomocy badania sprawności bakteryobójczej, antytoksycznej i t. p. tej surowicy. Tymczasem, ściśle biorąc, surowica jako taka w ustroju nie istnieje. Jest ona sztucznym wytworem, otrzymanym po za ustrojem. Badanie więc i oznaczanie siły bakteryobójczej, czy antytoksycznej surowicy nie jest zgoła jednoznacznym badaniem napięcia odporności ustroju. Do surowicy przechodzą resztki rozpadłych białych ciałek krwi; nie

zawiera ona włóknika, czem się różni od osocza i t. d. Może więc ona wykazywać wybitną siłę bakteryobójczą, chociaż ustrój z którego ją otrzymano, wcale odpornym na zarazki dane nie będzie.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*

P.-Sekretarza *Ign. Landstein.*

Posiedzenie kliniczne d. 5 lutego 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki.*

Członków obecnych 38 i gość 1.

T r e ś ć: LEŚNIEWSKI. W sprawie leczenia ortopedyczno-chirurgicznego porażen dziecięcych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes odczytał list prof. LASKOWSKIEGO z Genewy z wyrazami podziękia dla Towarzystwa Lek. za godność członka honorowego.

III. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kol. WIŚNIEWSKIEGO.

IV. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali.

Kol. Aleksander ŻEBROWSKI „Zur Frage de Heilbarkeit und operativen Behandlung der otogenen Pyämie.

KARWACKI L. przyczynek do morfologii krętka bladego.

V. LEŚNIEWSKI wygłosił odczyt na temat: O nowoczesnem operacyjnem leczeniu porażen dziecięcych rdzeniowych. Najpierw

dał krótki zarys obrazu klinicznego oraz zmian anatomo-patologicznych w rdzeniu w przebiegu i w następstwie ostrego zapalenia przednich rogów substancji szarej rdzenia. Na podstawie tego dochodzi do następującego wniosku: po upływie rozmaicie długiego okresu czasu (1 roku) dochodzi choroba do stadium, w którym obok ostatecznie ujawnionych porażeń pierwotnych poczynają rozwijać się zniekształcenia i zaniki wtórne. W rdzeniu widzi się wówczas bezpowrotne zniknięcie pewnej, nieraz dużej liczby komórek w przednich rogach, postępujące zaniki odpowiednich korzeni przednich i nerwów. W pierwszym okresie choroby dzieci należy do terapeutów. W drugim — zapobiega się powstawaniu zaników i zniekształceń z pomocą elektryzacji, mięsienia, gimnastyki, odpowiednich przyrządów podtrzymujących. W trzecim okresie postępowanie lecznicze jest zależnem od postaci porażenia. Jeśli porażenie danego stawu jest częściowem, a więc są porażone tylko pojedyncze jednostki mięśniowe, lub pojedyncze grupy mięśni, wówczas uciekamy się do następujących zabiegów. Po pierwsze do przeszczepiania ścięgien. Sposób dawniejszy polega na przywróceniu ruchomości częściowo porażonemu stawowi z pomocą przywrócenia czynności porażonym mięśniom. W tym celu już to przecinamy całkowicie ścięgno mięśnia o drobnej czynności i zespalamy ze ścięgnem mięśni o czynności o wiele większej wagi — już to całkowite przenoszenie czynności, już to ocalałe mięśnie spożytkowujemy częściowo: ośrodkowy koniec rozczepionego ścięgna m. ocalałego zszywamy ze ścięgnem m. porażonego (zstępujące przeszczepianie ścięgien); już to obwodowy koniec odszczepionego ścięgna m. porażonego zszywamy z ścięgnem m. czynnego (wstępujące przeszczepianie ścięgien), już to wreszcie ośrodkowy koniec ścięgna m. czynnego łączymy z obwodowym końcem ścięgna m. porażonego — obustronne przeszczepianie ścięgien. Następują szczegóły techniki tego podziału czynności. Nowszy sposób przeszczepiania ścięgien polega na tem, że koniec płata ścięgnowego, odszczepionego od ścięgna m. czynnego przyszywa się wprost do okostnej. Ma to dawać lepsze wyniki, niż przy pierwszym sposobie dla tego, że tu ścięgno nie ulega wtórnemu nadmiernemu rozciągnięciu, następnie można tu otrzymywać subtelnniejsze wyniki. W pewnych razach zachodzi potrzeba wydłużyć przeszczepione ścięgna sztucznie z pomocą kawałka ścięgna lub pęczka nici jedwabnych lub strun. Po ukończonej operacji unieruchamia się kończynę na 6—8 tygodni. Po usunięciu opatrunku — następują kąpiele, gimnastyka, ćwiczenia.

Następnie podaje L. dane, dotyczące sprawy gojenia się przeszczepionych ścięgien; hipotezy, tłumaczące sposób, w jaki

nowowytworzony mięsień dochodzi do pozyskania nowej czynności. W dalszym ciągu przytacza badania, wykonane przez WOLLENBERGA, mające na celu wykrycie, dla czego powstają rozmaicie sprawne mięśnie w zależności od tego, jak wysoko został odszczepiony płat mięśniowy.

Powtóre, wykonywa się przeszczepianie brzuśnia mięśnia ocalałego już-to w postaci bezpośredniego zespalania brzuśca m. czynnego z sąsiadującym brzuścem m. porażonego, już to w postaci całkowitego przesiedlenia brzuśca m. czynnego w celu nadania nowego kierunku ruchowi, przezeń wykonywanemu. Następują przypadki, ilustrujące tego rodzaju zabieg, oraz wyniki doświadczeń, wykonanych w celu wykazania, o ile nadaje się brzusiec mięśniowy do przeszczepienia.

Po trzecie, w celu leczenia porażenia rdzeniowego wykonywa się zespolenie nerwu m. porażonego z nerwem czynnym. Jest to sposób, dotychczas wykonywany zaledwie parę razy.

Drugą grupą przypadków dotyczy całkowitego porażenia wszystkich mięśni, wprowadzający w ruch dany staw. Do nich zalicza L. i takie przypadki, w których ocalały nieliczne, wiotkie mięśnie, których nie można spożytkować w celu przywrócenia sprawności stawowi. W tego rodzaju przypadkach można uwolnić dziecię od noszenia przyrządów z pomocą zabiegów. Do nich należy sztuczne usztywnienie stawu, arthrodesis.

Polega zabieg na otworzeniu stawu, usunięciu chrząstek stawowych, unieruchomieniu stawu. O ile można — łączy się końce oświeżonych chrząstek z pomocą szwu lub gwoździ z kości słoniowej lub ze stali. Następnie podaje L. szczegóły wykonania zabiegu. O ile po operacji nie mamy mocnego zrostu wypadnie wykonać zabieg powtórnie lub dać lekki przyrząd podtrzymujący. W celu należytego ustawienia całkowicie porażonego stawu wykonywa się również plastyczne zabiegi na ścięgnach — tenotomię. Tu należy skrócenie nadmiernie rozciągniętych ścięgien i wydzielenie ścięgien mięśni przykurczonych. L. przytacza szczegóły techniki.

Na zakończenie L. przytacza parę przypadków, które w należyty sposób wykazują pożyteczność powyższych zabiegów.

Przemówienie było dopełnianem demonstracją odpowiednich preparatów i obrazów, rzucanych na ekran z pomocą epidiaskopu.

[Autoreferat].

BORZYMOWSKI zaznacza, że oprócz wymienionych przez prelegenta 3 sposobów przeszczepiania ścięgien można łączyć ze

sobą ścięgną przez bezpośrednie zszywanie bocznych powierzchni bez nacinania ich.

Kilka lat temu B. demonstrował w Warsz. Tow. Lek. operowaną w ten sposób przez B. pacjentkę z dobrym wynikiem.

B. wówczas połączył bez rozcinania czynne ścięgno m. tibialis antici i extensoris hallucis longi z pękiem zeszytych boczno-tylnymi powierzchniami ścięgien m. extens. digitor. communis, a ten ostatni z pękiem ścięgien peroneorum; w ten sposób przez boczne zszywanie ze sobą ścięgien siła zdrowych mięśni została przerzucana na kilka grup porażonych mięśni.

Oprócz tego B. zapytuje prelegenta, w jaki sposób zszywał pochwy ścięgien, jak wspomina o tem w odczycie. B. nie zdaje sobie sprawy jak to prelegent robił, czy separował pochwy od podstawy i przerzucał je razem ze ścięgniemi? Bo bez separowania mógłby zszywać pochwy tylko mając do czynienia ze ścięgniemi ułożonemi w kilka warstw, w tych bowiem tylko miejscach ścięgna nie są połączone z okostną lub inną trwałą podstawą.

[Autoreferat].

KRAUSE zaznacza, że operację ścięgien z powodu bezwładu dziecięcego w następstwie poliomyelitis anterioris miał sposobność wykonać kilka razy.

Pierwszy raz kilka lat temu u dziecka przy pes varus, gdzie prawie wszystkie mięśnie goleni były bezwładne prócz m. gastrocnemii i tibialis antici; przeszczepił on wtedy tibialis anticus na m. extensor digitor. communis i część m. gastrocnem. na peroneus longus. Wynik był dość dobry, lecz dziecko dotychczas nosi aparat. Zważywszy, że bezwład mięśni b. był rozległy, można wynik tego przypadku uważać za udatny. W innych przypadkach z mniej rozległym bezwładem mięśni, wynik był bardzo dobry i dzieci chodzą bez aparatu. Rzadkie są przypadki przeszczepiania ścięgien na kończynach górnych. Podobny przypadek K. ma dotychczas w obserwacji na oddziale w szpitalu. Przypadek dotyczy 20 letniej dziewczyny, która 7 lat temu chorowała na szkarlatynę; w czasie zdrowienia podczas jedzenia wypadł jej talerz z ręki i głowa wykręciła jej się w lewą stronę. Wystąpił bezwład kończyny lewej dolnej i górnej, który po pewnym czasie po zastosowaniu kąpeli poprawił się o tyle, że chora zaczęła chodzić nieco utykając, lecz kończyna jedna, szczególnie przedramię zostało w stanie bezwładu spastycznego. Przy badaniu przez D-ra BREGMANA okazało się, że mięśnie prawie wszystkie słabo reagują, i palce są zgięte i wyprostować się nie mogą, duży walec znajduje się w abdukcji i addukcja jest niemożliwa; w cieple wyprostowanie palców nieco się udaje, lecz w krótkim czasie znów następuje stan poprzedni. Sprawność mięśni kończyny

dolnej upośledzona w niewielkim stopniu. Kilka tygodni temu wykonał przeszczepienie mięśni mianowicie: flexor carpi ulnaris i m. palmaris longus przeprowadził przez lig. interosseum i przyszył do ścięgna m. extensor. digitorum, m. flexor carpi radialis przyszył do m. abductor longus. Na kończynę nałożył opatrunek unieruchamiający. Rany zagoiły się per primam. Dopiero teraz występuje mała poprawa, widocznego jednak wyniku dodatniego jeszcze niema.

Arthrodezę przy bezwładzie wszystkich mięśni po poliomyelitis anterior wykonał raz z powodu pes varus; zniekształcenie dało się usunąć, lecz chora nosi aparat, gdyż na arthrodezę stawu kolanowego zgodzić się jnż nie chciała. W innym przypadku K. wykonał arthrodezę stawu kolanowego u dorosłej dziewczyny z powodu bezwładu wszystkich mięści goleni.

Chora chodzi dobrze. Nie zawsze można w takich razach ograniczyć się do zeszkrobawania tylko chrząstki, czasem trzeba poświęcić i część kości nasady. W pierwszym przypadku K. aby doprowadzić pes varus do położenia normalnego musiał dużą część astragali zdjąć.

[Autoreferat].

SKOWROŃSKI zaznacza, że w drugim okresie choroby (pogorączkowym) nie używa się już wcale elektryzacji sparaliżowanych mięśni, na co kilkakrotnie kładł nacisk prelegent, tylko masaż i ruchy bierne i czynne (o ile te ostatnie istnieją chociażby najslabsze) przez co wpływamy na przyspieszenie krwiobiegu w sparaliżowanych mięśniach, wzmagamy odżywianie i zapobiegamy zanikowi.

Co się zaś tyczy używania wahadłowych aparatów w 3-im okresie choroby, t. j. wtedy, kiedy następuje zupełny prawie zanik porażonych mięśni, nadmierny skurcz ich antagonistów t. j. mięśni nieporażonych, zwyrodnienie odpowiednich gałęzi nerwowych, oraz zniekształcenie stawu do tego stopnia, że nie powstaje nic, jak uciec się do przeszczepiania mięśni (ścięgien mięśniowych), to aparaty wahadłowe są w danym razie najmniej odpowiednie, ponieważ skurzonego mięśnia zdrowego nie są w stanie rozciągnąć, raczej go więcej skurczyć mogą, gdyż wahadło tylko tym przykurczonym, zdrowym mięśniem może być w ruch wprowadzane. Rozumie się, że o doprowadzeniu stawu do normy przez aparat wahadłowy w tym stanie również nie może być mowy. Przygotować staw taki resp. mięśnie do operacji można jedynie przez systematyczny masaż i ruchy bierne stosowane ręcznie przez doprowadzania forsowne stawu do normalnego położenia, a tem samem przez naciąganie przykurczonych mięśni.

Aby osiągnięty rezultat utrwalić, można taki staw wziąć w gipso-
wy opatrunek i po kilku dniach go usunąć i przystąpić do ope-
racji chirurgicznej.

Po operacji, należy tem pilniej daną kończynę masować
i dopiero w miarę wzmocnienia się czynności mięśniowej zastoso-
wać obok masażu ruchy czynne i czynne z oporem — ręcznie,
lub na przyrządach ZANDER'a albo Bush'a, a nie na wahadłowych,
gdyż te ostatnie są nieocenione, ale tylko tam gdzie chodzi o roz-
luźnienie stawu, rozciągnięcie blizn po stanach zapalnych. W da-
nym razie gdzie chodzi o wyrobienie sprawności mięśni nadają
się tylko aparaty ZANDER'a, gdyż tu właśnie możemy wprzód do
roboty wyłącznie te grupy mięśni, o wzmocnienie których przede-
wszystkiem nam chodzi, a mamy jeszcze te wielką przewagę nad
aparatami wahadłowymi, że opór możemy tutaj dozować z mate-
matyczną niemal ścisłością.

[Autoreferat].

Ludwik ZEMBRZUSKI przytacza własny przypadek, dotyczący
7-letniej dziewczynki, dotkniętej stopą końską paralityczną.
Wykonana operacja — Arthrodesis — pozostała bez wyniku,
a mianowicie ruchomość w stawie skokowym powróciła z czasem.
KIRMISSON przestrzega przed wykonywaniem zabiegu powyższego
u osobników, mających mniej niż 10—11 lat, a to z tego powodu,
że w tym wieku tkanka chrzęstna o. l. n. a. z. s. ię wzmoczoną wła-
snością regeneracyjną, i przeoczenie resp. pozostawienie na po-
wierzchni stawowej choćby b. nieznacznej ilości tej tkanki pro-
wodzi z łatwością w omawianej kategorii przypadkach do na-
wrotów.

[Autoreferat].

Na zapytanie kol. BORZYMOWSKIEGO L. odpowiada, że mó-
wiąc o dokładnem zeszywaniu rozszczepionych torebek ścięgu-
nych w końcu operacji miał na myśli nie przenoszenie torebek
tych wraz z przeszczepianemi ścięgnami — jest to zbyt, czynnem,
gdyż ścięgna te przeciąga się podpowięziowo —, lecz zaszywanie
torebek przed pozostałą częścią rozszczepionego ścięgna macie-
rzystego.

Kol. SKOWROŃSKIEMU mówi L., że oczywiście owe przyrządy
pomocnicze, wahadłowe należy stosować wówczas, gdy już istnieje
daleko posunięte zniekształcenie porażonego stawu. Skoro
niema zniekształcenia — niema potrzeba usuwać teżoż.

W sprawie przemówienia kol. KRAUZEBO zaznacza, że jego
pierwszy przypadek prawdopodobnie nie nadawał się do przeszczepie-
nia ścięgna lecz przeciwnie — do sztucznego zeszczywienia
porażonego stawu. Wreszcie powiada, że przypadek kol. ZEM-

BRZUSKIEGO nie jest, niestety, odosobnionym. Niepomyślny wynik zabiegu — artrodezy jest notowany wcale nierzadko. O ile mógł sądzić L. z przejrzanego piśmiennictwa, nie kładą autorowie nacisku na jakiś przyczynowy stosunek wieku operowanego dziecka przy niepomyślnym wyniku pooperacyjnym. Być może gra tu rolę za duży stopień upośledzenia odżywiania porażonego stawu, niedość wyrobiona technika zabiegu.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *Ign. Landsztein.*

Posiedzenie kliniczne dnia 19 Lutego 1907 roku.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki.*

Obecnych członków 36 i gości 3.

- T r e ś ć:**
- 1) KAMIENSKI, Sprawozdanie redaktora „Pamiętnika Tow. Lekarskiego“.
 - 2) KOZERSKI, Przedstawienie 24-letniej kobiety, wyleczonej za pomocą radium z wilka rumieniowego.
 - 3) STARKIEWICZ, Przedstawienie chorego z wrodzoną żółtaczką.
 - 4) KARWACKI Leon, Pokaz i wyjaśnienie wartości „laktobacilliny“ (demonstracja).
 - 5) KOPCZYŃSKI Stanisław, Demonstracja preparatów mikroskopowych mózgu i rdzenia z przypadku porażenia typu Brown-Sequarda pochodzenia urazowego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości koll. SZYMAŃSKIEGO, KIELKIEWICZA i WRĘTOWSKIEGO.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłał CYKOWSKI:
1) Przelewania krwawe oraz rozwiązywanie w leczeniu eklampsji porodowej. 2) Przyczynki do leczenia eklampsji.

IV. Zastępca Sekretarza Stałego Kosmowski odczytał życiorys zmarłego Członka Towarzystwa ś. p. PERKOWSKIEGO. Na wniosek Prezesa obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

V. Redaktor KAMIENSKI odczytał sprawozdanie z czynności „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego“ i zobrazował jego stronę budżetową. GIEDROYĆ prosi Towarzystwo Lekarskie o zaznaczenie swego stanowiska wobec przerwania druku pracy jego przez redaktora „Pamiętnika“.

Na wniosek KOZERSKIEGO Towarzystwo wyraża uznanie dla owocnej pracy GIEDROYCIA i, znaczną większością głosów uchwalając votum zaufania redaktorowi „Pamiętnika“, prosi go wznowienie druku pracy GIEDROYCIA, o ile tylko budżet „Pamiętnika“ na to pozwoli. Redaktor „Pamiętnika“, uznając prośbę Towarzystwa za nakaz, a nie czując się w możności przyjęcia zobowiązania, podaje się do dymisji.

Na wniosek prezesa, Towarzystwo upoważnia Zarząd do uproszenia kol. KAMIENSKIEGO o cofnięcie rezygnacji.

VI. KOZERSKI przedstawił 42-letnią kobietę, uwolnioną za pomocą radium od wilka rumieniowego (lupus erythematoses), który od 4 lat zajmował okolicę prawej kości licowej i dużą przestrzeń po za prawym uchem. Obecnie widzimy piękną, białą delikatną bliznę, niewiele różniącą się od normalnej skóry.

Przed przybyciem do zakładu K. chora poddała się wielu używanym metodom leczniczym—bezsukutecznie.

Radium stosowano pod nadzorem kol. GÓRKIEWICZA po 30 minut na każde miejsce w 3—4 seryach co 2 — 3 tygodni. Wyleczenie jest zupełne. Ostatnie naświetlenie miało miejsce przed 6 tygodniami.

VII. W. STARKIEWICZ przedstawił chłopca 15-letniego, cierpiącego na żółtaczkę przewlekłą wrodzoną, przypuszczalnie pochodzenia hemolitycznego. Zabarwienie żółtaczkowe skóry i łąznic nie jest zbyt intensywne, ulega w swem natężeniu pewnym wahaniom pod wpływem znużenia fizycznego; całkowicie nigdy nie zniknęło. Chłopiec zkadinał czuł się dotąd zupełnie dobrze, nigdy na nic nie chorował. Przed kilku tygodniami zaczął szybko słabnąć, tak iż z trudnością mógł chodzić; żółtaczką wówczas wyraźnie się zwiększyła. W ciągu ostatnich paru tygodni miał kilka napadów

kołki wątrobowej. Rodzice syfilisu nie przebywali. Przy badaniu stwierdzono ogólny niedorozwój fizyczny; znaczne powiększenie śledziony, której brzeg dolny, okrągły i twardy, wyczuwa się na trzy palce niżej łuku żebrowego; brak barwników żółciowych, natomiast obecność urobiliny w moczu; brak odbarwionych stolców. Powyższy zbiór objawów (icterus acholuricus congenitus cum splenomegalia) opisany był po raz pierwszy przez MINKOWSKIEGO w r. 1900.

Podług teorii MINKOWSKIEGO popartej ostatnio przez CHAUFFARD'a, żółtaczka ma tu zależeć nie od zmian w wątrobie, których też w jedynym dotąd przypadku autopsyjnym nie stwierdzono, lecz od rozpadu krwi—hemolizy, powodowanej przez pierwotne cierpienia śledziony.

W przypadku przedstawionym badanie nie wykryło zaburzeń w czynności wątroby. We krwi natomiast obok umiarkowanej oligocytemii i hydremii, stwierdzono zmniejszoną odporność czerwonych krążków krwi, ich poikilocytozę i polichromatofilię, oraz nadzwyczajnie wysokie stężenie cząsteczkowe krwi. Dane te popierałyby teorię patogenezy omawianego cierpienia, podaną przez MINKOWSKIEGO i CHAUFFARD'a.

Wtórne dołączenie się do powyższych objawów kamiey żółciowej spostrzegają paru autorów. [Autoreferat].

VIII. KARWACKI L. W sprawie laktobacilliny. W roku ubiegłym bakterjoterapia, a właściwie terapia bakteriami mlecznymi, rozwinęła się na szeroką skalę we Francji, Anglii, Stanach Zjednoczonych i w Cesarstwie. Prace MIECZNIKOWA wpłynęły na zbadanie różnych typów mleka kwaśnego w różnych krajach pod względem flory i wpływu fizjologicznego.

Wspomnę tu o pracy DUGELLI'ego traktującej o mleku armeńskim, czyli mazunie i o pracy GRITONIEGO, który badał mleko sardyńskie, tak zwane gioldu.

Impuls do otwarcia pracowni w Warszawie dał zjednej strony Kraków, z drugiej Petersburg, gdzie bakterjoterapia rozwinęła się nadzwyczajnie poczęści jako hołd dla znakomitego współrodaka. Wszystkie pracownie mleczne, z wyjątkiem K., nie wyłączając i świeżo powstałej w Warszawie a założonej przez grono farmaceutów, są filiami Towarzystwa paryskiego „Le Ferment”, które wynalazek MIECZNIKOWA demokratyzuje. Filiami są w tem znaczeniu, że przyrządzają mleko z zaczynów gotowych, dostarczanych im przez to Towarzystwo i sprzedają same zaczyny zawsze pochodzenia paryskiego.

Ponieważ pewna część kolegów wprowadziła ten lek do swego arsenału terapeutycznego, uważam za obowiązek podkreślić pewne różnice między laktobacylliną Towarzystwa Le Ferment, a moimi suchymi i płynnymi zaczynami.

Ponieważ dalej środek ten poza pracami samego MIECZNIKOWA i jego uczniów literatury innej nie posiada, wartość tych preparatów może być mierzona jedynie ich stosunkiem do postulatów MIECZNIKOWA.

Otóż badacz ten wywołał obecny ruch mleczny z powodu laseczki bułgarskiej, która przewyższa nadzwyczajnie własnością kwasotwórczą wszelkie inne znane gatunki bakterii mlecznych.

Wszystkie prace naukowe dotyczą wyłącznie mleka bułgarskiego.

W praktyce jednak sam MIECZNIKOW wspomina, że dobrze jest kojarzyć laseczkę bułgarską z pewną ilością bakterii mlecznych innych, gdyż to poprawia smak mleka.

Tym wymaganiom odpowiadają zaczniny K, które obok laseczek bułgarskich zawierają laseczki kwasu mlecznego zwykle i ziarniki kwasotwórcze.

W poprawianiu smaku Towarzystwo francuskie, zdaniem mojem, idzie zbyt daleko, gdyż obok tych trzech typów fermenty jego zawierają w bardzo dużej ilości komórki drożdżowe, które MIECZNIKOW uważa za zupełnie niepożądane i predysponujące do nabywania chorób zakaźnych, jak dur lub cholera. Pogląd ten jest oczywiście indywidualny, w każdym razie zaczniny tak sporządzone mogą mieć działanie fizjologicznie odmienne, przenoszenie zaś wniosków otrzymanych przy stosowaniu mleka bułgarskiego na laktobacyllinę są najzupełniej nieuzasadnione.

W sprawie swoich zaczynów K. daje małe wyjaśnienie: zacyzyn płynny wyrabia wyłącznie dla przyrządzania domowego mleka, zacyzyn zaś suchy oprócz tego zastosowania, może być przyjmowany per se, jako surrogat kuracyi mlekiem bułgarskiem dla osób nieznoszących tego mleka. Minimalna dawka dzienna jest $\frac{1}{3}$ rurki, maksymalna zaś—cała zawartość w 3 dawkach.

DĘBIŃSKI zwraca uwagę, że badając „Lactobacilline” tow. Ferment, skonstatował w zacyzynie bakterie mleczne; w mleku ściętem zapomocą zacyzynu—bakterie mleczne i drożdże; na płytce agarowej wyhodował z zacyzynu bakterie mleczne, streptokoki i drożdże.

Wbrew mniemaniu kol. KARWACKIEGO B. sądzi, że nie mamy prawa twierdzić aby drożdże umyślnie były dodawane do laktobacillin, gdyż może być to jedynie przypadkowe zanieczyszczenie.

Na zapytanie Jerzego BRUNERA, czy prelegent uważa obecność drożdży w zacyzynie za szkodliwą, KARWACKI odpowiada, że, jakkolwiek MIECZNIKOW jest tego zdania, jednakowoż nie przypisuje on im żadnego szkodliwego wpływu.

IX. KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawił na epidiaskopie szereg

preparatów mikroskopowych mózgu i rdzenia z przypadku porażenia typu BROWN-SÉQUARD'a pochodzenia urazowego.

Mówca najpierw przypomniał obraz kliniczny chorego, z którego preparaty anatomiczne przedstawił, a który przed rokiem był przedstawiony w Towarzystwie Lekarskim. Chory ten, robotnik, lat 26, otrzymał w maju r. 1905 uderzenie szczyrzykiem w krzyż pomiędzy 5—6 wyrostkiem ościstym grzbietowym. Wystąpiło natychmiast porażenie ruchowe izmysłu mięśniowego w lewej kończynie dolnej, a znieczulenie na ból i na bodźce termiczne na prawej kończynie dolnej, przyczem granica znieczulenia na ból sięgała do wysokości I lędźwiowego kręgu, granica znieczulenia na $\pm 50^{\circ}$ sięgała do wysokości X kręgu grzbietowego, a granica znieczulenia na 0° do III kręgu lędźwiowego. Wszystkie półkolisto dość prawidłowo. Chory wkrótce poprawił się o tyle, że mógł w parę miesięcy po wypadku dość swobodnie chodzić; jako główny i niemal jedyny objaw pozostało znieczulenie wspomniane wyżej, które po roku nieco się proporcjonalnie obniżyło. Chory zmarł w lipcu r. 1906 t. j. w rok i 2 miesiące od chwili wypadku wskutek dawnego cierpienia—wady zastawek aorty. Badanie pośmiertne przedewszystkiem wykryło ostrze średniej wielkości szczyrzyka, tkwiące ukośnie od góry ku dołowi w piątym kręgu grzbietowym i przecinające lewą połowę rdzenia. Ostrze to miało około 6 ctm. długości, ułamane było tuż przy wejściu do kręgosłupa i dlatego też nie dawało się za życia wyczuć.

Badanie mikroskopowe rdzenia i barwienie go metodami WEIGERT-PAHL'a, MARCHI'ego, van GIESSEN'a ałunową hematoksyliną wykazało bardzo lekki odczyn zapalny w lewej połowie rdzenia na wysokości uszkodzenia rdzenia, (V — VI odcinek grzbietowy) zwyrodnienie w tym miejscu białej istoty lewej połowy rdzenia powyżej i poniżej uszkodzenia głównie słupa bocznego i przedniego; zwyrodnienie w kierunku zstępującym jedynie bocznego szlaku piramidowego lewego, w kierunku zaś wstępującym części lewego pęczka GOLLA, te części lewej drogi mózdzkowej i lewego pęczka GOWERSA. Prawa połowa rdzenia najmniejszych zwyrodnień nie przedstawiała. Mówca pokazał na preparatach przebieg zwyrodniałej drogi mózdzkowej i zwyrodniałego pęczka GOWERS'a, aż do górnej części rdzenia przedłużonego. Gdy jednak jeszcze w części szyjowej rdzenia zwyrodnienie to było bardzo wyraźne, w moście WAROL'a na preparatach MARCHI'ego a tembardziej na preparatach WEIGERT-PAHL'a żadnych zwyrodnień nie można było dojrzeć.

Mówca szczególnie omówił przebieg pęczka GOWERS'a na mocy własnych doświadczeń nad małpami, rozpatrzył na schematach przebieg przypuszczalnych dróg bólowych i termicznych, które,

zdaniem większości autorów, lokalizować należy w pęczkach Gowers'a, wspomniał o pracach klinicznych PILTZA w tym kierunku i zaznaczył, że demonstrowane preparaty zdają się niewątpliwie przemawiać za odrębnością dróg bólowych i termicznych, a dotykowych. Chory bowiem za życia żadnych zaburzeń dotyku nie przedstawiał.

Szczegółowy opis tego przypadku wraz z 5 innymi porażeniami typu BROWN-SEQUARD'a, pochodzenia urazowego, obserwowanymi przez mówcę w szpitalu Ś-go Ducha, podany będzie w osobnej pracy na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *W. Kamocki*.

Sekretarz *I. Landstein*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 26 lutego 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 37 i gości 6.

- T r e ś ć:** 1) P. PRĘGOWSKI: Sprawozdanie z stosowania leczenia termoforowego w przypadkach gruźlicy miejscowej.
2) J. ŚWIĄTECKI: C chorobach kesonowych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. OSIŃSKIEGO, SMOLEŃSKIEGO, HINCZA, JAKIMOWICZA, KORONKIEWICZA i NOWACKIEGO.

III. Prezes zakomunikował obecnym wynik zleconej mu przez członków misji do kol. KAMIENSKIEGO, który zgodził się pozostawić

stać na stanowisku redaktora Pamiętnika Towarzystwa pod warunkiem iż członkowie wyrażą mu votum zaufania.

Sprawę tę postawiono na porządku dziennym przyszłego posiedzenia.

IV. Do biblioteki Tow. nadesłał OTTO: „O komórkach plazmatycznych”.

V. SZTEYNER przedstawił mężczyznę 50-letniego po operacji odrutowania rzepki (cerclage de la rotule); złamanie rzepki było tego rodzaju, że zwykłego szwu metalicznego nie można było nałożyć z powodu krótkości dolnego odcinka, złożonego nadto z dwóch części, odrutowano zatem rzepkę naokoło. Zagojenie doraźne, wynik b. dobry, po 5 tygodniach chory chodzić może bez laski.

[Autoreferat].

VI. KOPCZYŃSKI St. przedstawił przypadek tężyczki.

Chory lat 18, uczeń siodlarski, skarży się na bolesne skurcze, występujące w rękach i w nogach, niekiedy w karku. Choroba rozwinęła się przed miesiącem krótkotrwałym przejściowym kurczem w palcach rąk, drugi atak również w palcach rąk wystąpił po tygodniu, a następne zjawiały się coraz częściej rozszerzając się i na nogi zwł. łydki. Nieraz wystarczało choremu założyć jedną nogę na drugą, ażeby wywołać atak kurczów w łydce położonej na wierzchu nogi. Badanie przedmiotowe wykazało typową tężyczkę ze wszystkimi objawami: TROUSSEAU (wywoływanie napadów w czasie wolnym od nich za pomocą ucisku pni nerwowych lub żył i tętnic), CHWOSTEK'a (wzmószona pobudliwość nerwów na działanie mechaniczne, ucisk i t. p.), ERB'a (wzmószona pobudliwość nerwów na prąd elektryczny, zwł. galwaniczny), HOFFMAN'a (wzmószona pobudliwość nerwów czuciowych na ucisk—parestezje w obrębie uciskanego nerwu.)

Mówca podnosi fakt wahania się w natężeniu objawów tężyczki u danego chorego, podkreśla zawód, któremu chory się oddaje i wypowiada zdanie; że najprawdopodobniejszą jest teoria zakaźnego pochodzenia tężyczki, przyczem zapewne drobnoustroje specyficzne znajdują się na skórze zdechłych lub zabitych zwierząt (ogromna częstość tężyczki wśród szewców, siodlarzy, garbarzy), a wahania w nasileniu choroby odpowiadają nagromadzeniu się toksyn specyficznych we krwi (na wzór malaryi). Tężyczkę u dzieci mówca upodabnia objawowo lecz nie etyologicznie do tężyczki u osób dojrzewających lub dorosłych.

[Autoreferat].

VII. P. PRĘGOWSKI przedstawił sprawozdanie ze stosowania leczenia termoforowego w przypadkach gruźlicy miejscowej.

Ciepło stosowano miejscowo w lecznictwie szczególnie lu-

dowem od dawien dawna. Przekonanie, że w tem działaniu ciepła główną rolę gra przekrwienie — przyczyniło się w znacznej mierze do powstania idei przekrwienia biernego. Z drugiej strony spopularyzowanie zabiegu BIER'a pociąga za sobą zwrócenie coraz większej uwagi współczesnego świata lekarskiego także na przekrwienie czynne oraz bodźce ciepłne, wywołujące to przekrwienie.

Ponieważ dotychczasowe sposoby leczenia gruźlicy miejscowej nie wyłączając zabiegu BIER'a — nie mogą być uznane za całkowicie zadawalniające pod względem wyników, mają rację bytu dalsze usiłowania, skierowane ku doskonaleniu sposobów niekrwawego leczenia tych schorzeń. — Preleg. stosował w ciągu 10 miesięcy termofory (gumowe, z octanem sodu) u chorych gruźliczych, w kilku ambulatoryów uniwers. w Monachium.

Na 18 leczonych przypadków w 4-ch spina ventosa, spondylitis, Laryngitis, Lupus — nie można było powiedzieć nic stanowczego o skuteczności zabiegu, a to bądź z powodu nieprawidłowości leczenia bądź też z powodu przypadkowych powikłań.

W 2-ch przypadkach oba z Tbc. pulmonum — kilkotygodniowe stosowanie termoforów na okolicę zajęłą nie dało żadnej wybitniejszej poprawy. — W 4-ch przypadkach — 2 kilkoletnie fungus pedis, 1 stare f. genus oraz 1 manus — skutki leczenia termoforowego były takie, że te przypadki, które po poprzednim długotrwałem leczeniu nie zdradzały żadnej poprawy, po paru miesiącach leczenia termoforowego oraz po paru miesiącach zwykłego leczenia ortopedycznego, zbliżyły się do zupełnego wyleczenia. — Pozostałe 8 wypadków — 2 spondylitis incipiens (w jednym z nich nie było pewne, czy chodzi o zmianę gruźliczą czy kiłową), 2 spinae ventosae, Laryngitis (tbc. suspecta), Coxitis tbc. (c. abscess. frig.), Tbc. gland. lymph., Tbc. renis, — zostały uznane za wyleczone z procesu specyficznego. Leczenie tych przypadków trwało, zależnie od jakości przypadków, od 2 tygodni do 5 miesięcy.

Data pierwszego zastosowania tego zabiegu — 18.IX. 1905 r. zasługuje na podkreślenie wobec faktu, że w pewien czas potem podano w „Zeitschr. f. diaetet. n. physik. Therapie” o wyleczeniu kilku chorych gruźliczych dzięki skombinowanemu stosowaniu gorącego piasku, ogrzanego powietrza oraz okładów ogrzewających wilgotnych. — Preleg. podaje szereg spostrzeżeń dotychczasowych, technikę zabiegu, podkreślając, że jak przy każdym wogóle środku leczniczym; tak także w tym wypadku nie tylko chodzić musi o jakość środka ale i sposób jego stosowania.

Blizsze dane, dotyczące tak przebiegu dokonanego leczenia jak i techniki zabiegu, nie nadające się do krótkiego streszczenia znajdzie zainteresowany czytelnik w odnośnej pracy, jaka się wkrótce pojawi w „Wiener medic. Presse“.

We wstępie do niniejszego odczytu preleg. zaznaczył, że za-
jął się danem zagadnieniem, które nie wchodzi w zakres jego spe-
cjalnej działalności, powodowany chęcią przekonania się, czy słu-
sznem jest posiadane oddawna przez preleg. przypuszczenie, że
odpowiednio stosowane ciepło musi mieć znacznie większy, ani-
żeli to się powszechnie przyjmuje wpływ leczący przy gruźlicy
miejscowej. Przekonawszy się o tem, prel. pozostawia innym
stojącym bliżej danego zagadnienia, poznanie, jak daleko rozcią-
ga się ten leczący wpływ danego zabiegu.

[Autoreferat].

W dyskusji ORZEŁ stwierdzając duże jeszcze braki w tera-
pii gruźlicy chirurgicznej, w której dotychczas przewagę ma le-
czenie ortopedyczne, zachęcony wynikami prelegenta postanawia
wypробować termofory u siebie na oddziale, tem bardziej iż sam
stosując ciepło (pod postacią butelek gumowych z wodą gorącą)
widział pewne dodatnie wyniki.

Prelegent odpowiada iż nie pragnął ze swych skromnych
liczbą doświadczeń wyprowadzać wniosków ogólnych; sam osobi-
ście nie zapala się do omówionej metody, przypuszcza jedynie iż
może ona dopełniać skutecznie leczenie ortopedyczne.

VIII. J. ŚWIĄTECKI wypowiedział pierwszą połowę swego od-
czytu o chorobach kesonowych.

ŚWIĄTECKI Jan z okazji budowy dwóch mostów na Wiśle pod
Warszawą opisał w ogólnych zarysach keson i roboty kesono-
we, zatrzymał się nad fizyologicznem działaniem powietrza ście-
śnionego na organizm zwierzęcy, z czego wynika, że pobyt w at-
mosferze stale zwiększonego ciśnienia barometrycznego prowadzi
do zmian we krwi, wyrażającej się w zmniejszeniu ilości erytro-
cytów w 1 mil. sz., zmniejszeniu zawartości hemoglobiny, zwię-
kszeniu ilości leukocytów,—o czem ŚWIĄTECKI szczegółowo ogłosił
w 1900 r. w „Gaz. Lekarskiej“ w pracy zatytułowanej „Niedo-
krwistość kesonowa”. Choroby kesonowe w ścisłym tego słowa
znaczeniu powstają jednak li tylko podczas wchodzenia do kesonu,
t. j. w okresie przechodzenia do powietrza ścieśnionego (kompre-
sya) i wychodzenia z kesonu, t. j. w okresie przechodzenia z po-
wietrza ścieśnionego do zwykłej atmosfery (dekompresya).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Pom. Sekretarza *Ant. Majewski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 5 Marca 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 61 gości 4.

- T r e ś ć:**
- 1) ŁOGUCKI A. i KOPCZYŃSKI St. Przypadek carcinomatoses rozsianej z licznymi przerzutami do mózgu (demonstracja preparatów anatomicznych)
 - 2) KARWACKI L. Pokaz preparatów tkankowych z przypadku przymiotu dziedzicznego.
 - 3) ŻENCZYKOWSKI Wł. i BERNHARDT Robert — demonstracja chorego z chroniczną leukemją gruczołową leczonego naświetlaniem promieniami ROENTGEN'a z dobrym wynikiem.
 - 4) BORZYMOWSKI. Demonstracja chorej dziewczynki po usunięciu sarkomatu jajnika.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. KIELKIEWICZA, KORONKIEWICZA, PODKOŁIŃSKIEGO i WRETOWSKIEGO.

III. Prezes zawiadomił obecnych o śmierci członka Towarzystwa Śp. Władysława KRAJEWSKIEGO. Na wniosek prezesa obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Postanowiono posiedzenia nie przerywać, a natomiast uprosić prezydium aby w osobach prezesa, wiceprezesa i sekretarza dorocznego wdowie po ś. p. KRAJEWSKIM w imieniu Towarzystwa złożyć kondolencję, jedno z posiedzeń poświęcić pamięci zmarłego.

IV. Sprawa ustąpienia kol. KAMIENSKIEGO ze stanowiska redaktora Pamiętnika Tow. spadła z porządku dziennego.

V. Odczyt kol. ŚWIĄTECKIEGO odłożono do posiedzenia następnego.

VI. Wiceprezes odczytał protokół posiedzenia członków Komitetu do przyznania nagrody MOCZUTKOWSKIEGO za r. 1906. Nagrodę tę przyznano ś. p. KRAJEWSKIEMU.

VII. A. ŁOGUCKI i S. KOPCZYŃSKI. „Przypadek carcinomatoses rozsianej z licznymi przerzutami do mózgu“ (z przedstawieniem preparatów anatomicznych).

31-letni mężczyzna, z zawodu murarz, przybył w dniu 30 Grudnia r. z. do szpitala św. Ducha, skarżąc się na duszność, kaszel i ogólne osłabienie. Chory opowiadał, że objawy te wystąpiły od 5 miesięcy. Od czasu do czasu doświadczał bólu w prawym boku, i bólu głowy; od 4 miesięcy zaczął odpluwać nieco śluzoropnej plwociny, osłabł i schudł bardzo, zaprzestał pracować. Od kilku tygodni często doświadczał braku tchu, zwłaszcza przy ruchach; niekiedy miewał bicia serca i często parcie na stolec. W ostatnich tygodniach nie mógł dowolnie oddawać uryny. Przedtem obłożnie nigdy nie chorował.

Badanie wykazało, Chory dobrze zbudowany, błąd o charakterycznym wyglądem. Prawa połowa klatki piersiowej wyraźnie rozszerzona, przestrzenie międzyżebrowe wypełnione, na skórze żyły rozszerzone. W okolicach nadobojczykowych wyczuwają się stwardniałe gruczoły chłonne. Przy opukiwaniu na całej przestrzeni prawej połowy klatki od przodu i od tyłu stłumienie. Oddech na całej przestrzeni osłabiony, w głębi tu i owdzie słychać nieco suchych rżężeń; opór, wykazywany przez klatkę piersiową wzmożony, drżenie głosu osłabione.

W lewym płucu oddech szorstki.

Tony serca głuche. Brzuch nieco wzdęty; wątroba wyczuwa się z pod łuku żebrowego na dwa palce, dość twarda. Lekki obrzęk kończyn dolnych do kolan.

Badanie systematu nerwowego (KOPCZYŃSKI) wykazało, co następuje: chód chorego zlekka chwiejny, chory ma skłonność do zataczania się w lewo, zamknięcie oczu zwiększa tę chwiejność. Czaszka przedstawia w okolicy czołowej prawej i po środku guz twardy, konsystencji kostnej, wielkości średniej pomarańczy, nieco bolesny przy obmacywaniu i opukiwaniu. Na guzie tym i na całym czole żyły rozszerzone. Kręgosłup przy ucisku nie bolesny i żadnych zniekształceń nie przedstawia. Siła ruchowa: osłabienie nieznaczne siły ruchowej we wszystkich kończynach, a zwł. w lewej ręce i w lewej nodze choć wszystkie ruchy dowolne temi kończynami wykonywać może (w wywiadach przejściowy bezwład lewej ręki). Odruchy ścięgnowe z biceps, z triceps po obu stronach zaledwie można wywołać. Kolanowych i ścięgien Achillesa z obu stron brak zupełnie. Odruch podeszwy po stronie lewej słabszy, po prawej żywszy. BABIŃSKIEGO objaw negatywny. Brzusznym odruchów brak z obu stron. Podmiotowo chory nie doznaje żadnych parestezyi. Osłabienie pobudliwości na dotyk i ból w całej lewej połowie ciała, zwłaszcza na ręce i na tułowiu. Wybitne osłabienie zmysłu stereognostycznego w lewej dłoni i osłabienie zmysłu mięśniowego w palcach lewej stopy. Bezwład w lewej ręce. Lewa źrenica nieco szersza. Oddziały-

wanie zachowane. W obu oczach brodawka zastoinowa. Lewym okiem liczy palce zaledwie z odległości 1 metra, prawem z 6—8 metrów. Powonienie zachowane. Stałe zaparcie stolca i zatrzymanie uryny. Inteligencya zachowana. Stan pewnego przygnębienia.

Tętno 96, miękkie. Oddechów 28 na minutę. Rozpoznano nowotwór opłucnej z przerzutem do mózgu. Przy przekłuciu próbnym otrzymano trochę krwawego płynu. Badanie śluzo-ropnej płwociny i płynu, wydobytego za pomocą przekłucia, nie dało żadnych danych, przemawiających za nowotworem. W moczu białka ani cukru nie wykryto. Prześwietlenie klatki piersiowej za pomocą promieni ROENTGENA wykazało, że prawa połowa klatki słabo przepuszcza światło, w górnej części lewej połowy widać było wyraźne plamy cieniowe

W stanie chorego z dniem każdym następowało pogorszenie. Chudł, pomimo że apetyt miał dobry, duszność wzmagala się coraz więcej. Tętno stało około 100, oddechów około 30. Objawy niedomogi serca występowały coraz wybitniej, i chory zmarł w dniu 20 Stycznia r. b.

Badanie pośmiertne wykazało: W prawej połowie klatki zrost opłucnej na całej przestrzeni i opłucna mocno zgrubiała, nowotworowo zwyrodniała, w zrazach prawego płuca widać liczne większe i mniejsze biało-szarawe, twarde guzy, miejscami zlewające się. W jamie lewej opłucnej nieco surowiczego płynu. W górnej części lewej ściennej opłucnej kilka niewielkich biało-szarych guzików. Gruczoły oskrzelowe nowotworowo zwyrodniały. Na wewnętrznej powierzchni osierdzia kilka biało-szarych guzików. Mięsień serca blade, wiotki, na zastawkach nic szczególnego, śledziona nieco powiększona, miękka. Wątroba znacznie powiększona, na powierzchni jej szereg niewielkich biało-szarych guzików. Na powierzchni lewej nerki kilka niewielkich biało-szarawych twardych guzików.

Gruczoły krezkowe znacznie powiększone twarde, nowotworowo zwyrodniały.

Badanie drobnowidzowe kawałków guzów z różnych miejsc wykazało budowę raka.

Po otwarciu czaszki widać było silnie napiętą oponę twardą; wskazującą na wybitne ciśnienie wewnątrzczaszkowe.

W czaszce widać tylko guz izolowany twardej wielkości jaja gęsiego, wychodzący z pars petrosa dextra i uciskający na zwój skroniowy prawy. Prawa kość czołowa od wewnątrz była zrośnięta z oponą twardą rozmiękczonej i przerośniętej w kształcie guza ku przodowi.

W samym mózgu oprócz tego znaleziono trzy guzy, zupełnie izolowane, okrągłe: jeden w okolicy zraza ciemieniowego prawego, ze 3 ctm. średnicy, drugi w okolicy górnej części lewego zraza czołowego również ze 3—4 ctm. w średnicy, i trzeci na granicy zraza ciemieniowego i potylicznego wielkości orzecha laskowego.

W przypadku tym ze stanowiska neurologicznego zasługują na uwagę bardzo nieznacznie wyrażone objawy miejscowe wobec licznych i dużych guzów w mózgu. Oprócz bowiem zniesienia zmysłu mięśniowego w lewej ręce, innych lokalnych objawów mózgowych nie stwierdzono; powtóre uderza zniesienie odruchów ścięgowych i wstrzymanie uryny, co objaśnić należy zwyrodnieniem pewnych włókien w korzonkach tylnych w następstwie wysokiego ciśnienia.

W dyskusji STERLING zapytywał, czy brak odruchów ścięgniętych u chorego danego był objawem stałym, czy też istniały wahania co do tego objawu. Zapytywał również, czy było robione przekłucie łądźwiowe, gdyż znane są przypadki nowotworów mózgu, z których po punkcyi powracały odruchy. Zwraca również uwagę na brak objawów psychicznych u chorego danego. Co podkreślić należy zwłaszcza wobec znacznej przestrzeni zajmowanej przez nowotwór, a specjalnie wobec lokalizacyi jego w zrazie czołowym. (Oppenheim, Schuster).

HERMAN w przypadkach ropni mózgowych widział zwolnienie tętna, zapytuje więc czy przez analogję i w nowotworach mózgu objaw ten nie jest częstym?

STARKIEWICZ jest zdania, że przypadek przedstawiony nie kwalifikuje się do wyprowadzania zeń wniosków o wpływie spraw nowotworowych mózgu na częstość tętna, ponieważ czynność serca była tu wysoce utrudnioną z powodu zajęcia przez nowotwór całego niemal prawego płuca oraz części lewego; pozatem stwierdzono przecież badaniem pośmiertnem zmiany chorobowe w mięśniu sercowym chorego.

KOPCZYŃSKI STERLINGOWI odpowiada, że objawów psychicznych u chorego oprócz pewnego przygnębienia nie stwierdzał, dalej że brak odruchów kolanowych i ze ścięgien ACHILLESA był stały, co wraz z zaburzeniami w urynowaniu wskazywało na głębsze zmiany w komórkach tylnych.

HEJMANOWI KOPCZYŃSKI odpowiada, że gdy w przypadkach ropni mózgowych sam niejednokrotnie stwierdzał zwolnienie tętna, które nieraz z 36 dopiero w chwili otwarcia ropnia podniosło się do 70—80, to w przypadkach nowotworów mózgowych zwolnienie tętna widywał jedynie w przypadkach nowotworów, w tylnej

części czaszki, uciskających na rdzeń przedłużony ew. na nerw błędny. Uchwycić zaś pierwsze momenty rozwijającego się nowotworu mózgowia, rzecz prosta, zwykle niepodobna.

Ze STARKIEWICZEM się zgadza, że sprawa tętna u chorego, o którym mowa, nie wyjaśnia rzeczy, gdyż obok wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego chodziło tu także o wpływ na częstość tętna i oddechu rakowato zwyrodniałego płuca.

VIII. Kol. KARWACKI w imieniu swoim i w imieniu DUNIN-KARWICKIEJ przedstawił preparat tkanki płucnej srebrzonej podług metody LEVADITI'ego z przypadku lues congenita.

Krętki blade najliczniej spotykają się w ściankach naczyń i w ściankach oskrzeli, pośród pęczków łącznotkankowych, dalej w treści oskrzeli i pęcherzyków płucnych, w mięszu płuc a nawet w świetle naczyń.

IX. Wł. ŻENCZYKOWSKI i Robert BERNHARDT przedstawili chorego z chroniczną leukemią gruczołową, leczonego naświetlaniem promieniami ROENTGENA z dobrym wynikiem.

Chory l. 44 z zawodu kucharz przed $\frac{1}{2}$ rokiem zauważył powiększenie gruczołów szyjowych, przed 3 miesiącami pachowych, przed 2 pachwinowych. Przed 2 tygodniami poczęła puchnąć prawa noga. Od roku chudnie.

Kawaler, lues et alcoholismus negatur. Feminismus

Sutka dodatkowa po str. prawej poniżej sutki właściwej na 2 palce. Zmian w płucach i sercu niema. Bolesność mostka przy perkusji Gruczoły szyjowe powiększone z obu stron wielkości dużej pięści, pachowe z obu stron wielkości funtowego bochenka chleba, gruczoły pachwinowe po obu stronach wielkości gęsiego jaja. Gruczoł lewy łokciowy wyczuwalny. Gruczoły dodatkowe wielkości orzecha włoskiego znajdują się: jeden na miejscu przejścia lewego m. pector. na brachium, drugi z tyłu po stronie prawej niżej 12 żebra na 3 palce na prawo od kręgosłupa na 2 palce. Gruczoły twarde, niebolesne.

Tępość śledziony się nie wypukuje. Brzuch znacznie wypukłony. Objętość brzucha na wysokości wyrostka mieczykowatego wynosi 93 ctm., na wysokości pępka 89. W jamie brzusznej po opróżnieniu kiszek środkiem czyszczącym wyczuwa się guz przy oddechaniu ruchomy nierówny usiany jakby gruzełkami, na brzegach guza guziki są większe. Górna granica guza na 2 palce poniżej wyrostka mieczykowatego prawa, dochodzi do linii sutkowej prawej, lewy brzeg wyczuwa się na linii pachowej środkowej, dolny brzeg dochodzi do symph. os. pub. Guz ten jest opadniętą śledzioną.

Pam. Tow. Lek. T. 103. Z. 1

Mocz kwaśny o cięż. Wł. 1025 bez białka zawiera na dobę 1,17 gr. kwasu moczowego.

Badanie krwi wykazało: Hemoglobiny 85⁰/₀; suchej pozostałości 18,625⁰/₀, wody 81,378⁰/₀ czerwonych ciałek krwi w 1 mm. 3,360,800; białych ciałek 159,170; podług klasyfikacji ERLICHA na 500 policzonych białych ciałek krwi wypada limfocytów 86,4⁰/₀, dużych limfocytów 7,7⁰/₀, polinuclear. 4,4⁰/₀, mastfellen 1,3⁰/₀, eozinozil. 0,2⁰/₀, innych myelocytów 0.

Chory dnia 17/1 07 r. został poddany naświetlaniu w pracowni kol. BERNHARDA.

Naświetlano przez lokalizator BILOR'a, obejmując każdorazowo krążek 5. ctm. średnicy. Na każde takie miejsce aplikowano około 4H na jednym lub 2 posiedzeniach. Twardość rury ROENTGENOWSKIEJ około 5 | 6 podług skali WALTER'a. Od 17 I do 4 III dano ogółem 29 naświetleń. Gruczoły chłonne reagowały, już na dozę 2H i poczynają się zmniejszać po 4—5 dniach po naświetlaniu

Po kilku naświetlaniach obrzęk nogi prawej ustąpił; gruczoły stopniowo poczęły się zmniejszać.

Po 29 naświetlaniach gruczoły szyjowe znacznie się zmniejszyły, wyczuwają się tylko oddzielne gruczoliki zamiast poprzednich pakietów; to samo da się powiedzieć o gruczolach pachowych. Guz prawy zupełnie się prawie rozszedł, lewy wielkości jabłka składa się z oddzielnych gruczolików. Gruczoły pachwinowe doszły do granic normy. Śledziona się nie zmniejszyła, raczej się powiększyła. Objętość brzucha na wysokości pr. ensiformis wynosi 93 ctm., pępka—92.

Ilość dobową kwasu moczowego 0,65 gr.

Powtórne badanie krwi dokonane 5/III wykazało Hemoglobiny 100⁰/₀; czerwonych ciałek 4,233,000 białych 125,570. Stosunek różnych kategorii białych ciałek krwi został zachowany poprzedni.

Posiedzenie członków Komitetu do przyznania nagrody Moczukowskiego za r. 1906.

W dniu 47 lutego zebrali się w lokalu Towarzystwa Lekarskiego wszyscy członkowie Komitetu wspomnianego, a mianowicie: Prezes Tow. KAMOCKI, Wiceprezes GABSZEWICZ, p. o. Sekre-

tarza Stałego KOSMOWSKI, Redaktor Pam. KAMIENSKI i Sekretarz Doroczny LANDSTEIN.

Po przejrzeniu spisu prac i odczytów, wygłoszonych na posiedzeniach Tow. Lekarskiego w ciągu roku 1906 i po wysłuchaniu uwag referenta kol. GABSZEWICZA obecni wybrali ostatecznie do głosowania 5 odczytów, a mianowicie: 1-o DUNINA o arteriosklerozie; 2-o KARWACKIEGO o krętku bladym; 3-o KRAJEWSKIEGO o kamicy przewodu żółciowego wspólnego; 4-o H. LANDAUA o morfologii i genezie ciałek białych krwi i 5-o PRUSZYŃSKIEGO badania nad żółcią.

Największą ilość punktów otrzymała praca kol. KRAJEWSKIEGO — i jej Komitet przyznał nagrodę MOCZUTKOWSKIEGO.

*A. Gabszewicz, W. Kamocki, W. Kosmowski,
St. Kamiński, Ign. Landstein.*

Na tem posiedzenie ukończono.

Posiedzenie kliniczne d. 19 Marca 1907 r.

Przewodniczący Prezes *Kamocki*.

Członków obecnych 36.

- T r e ś ć. 1) A. KOZERSKI — pokaz chorej leczonej na wilka skóry zapomocą radium.
2) ŚWIĄTECKI Jan. O chorobach kesonowych (dalszy ciąg).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

III. Prezes odczytał depesze kondolencyjne z powodu śmierci ś. p. Wł. KRAJEWSKIEGO nadesłane od Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego — od dziekana KOSTANECKIEGO i od pr. ROSNERA.

III. Prezes odczytał odezwę Komisji Rosyjskiego Towarzystwa Chirurgicznego im. PIROGOWA o jubileuszu 25-letnim tej instytucji, przypadającej w d. 25 kwietnia r. b., w której to odezwie zapytują w jakiej formie Towarzystwo nasze ma zamiar przyjąć udział we wspomnianej uroczystości.

Postanowiono na wniosek prezesa wysłać telegram gratulacyjny po polsku.

IV. Do biblioteki Towarzystwa — dr. MALINOWSKI nadesłał Nr. 2 Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych (luty r. b.).

V. KOZERSKI przedstawił przypadek lupus vulgaris szyi, leczony przezeń najprzód lampą FINSSEN-REYN'a następnie zapomocą radium. Tym ostatnim naświetlano każde miejsce od 5 do 60 minut na każdym posiedzeniu, w summie po 3 godziny każde miejsce. Tylko 2 gruźelki naświetlono w summie po 5 godzin 20 minut.

Obecnie na miejscu wilka widać piękną białą bliznę, otoczoną jeszcze rąbkami barwnika. Nie możnaby jej odróżnić od normalnej skóry, gdyby nie depigmentacja.

VI. Jan ŚWIĄTECKI, z okazji budowy dwóch nowych mostów na Wiśle pod Warszawą, wyjaśnia zebrany, co to jest keson i na czem polegają roboty kesonowe.

Keson, jest to przyrząd, umożliwiający przy pomocy ściśnionego powietrza prowadzenie robót pod wodą, najczęściej — założenie podwalin pod filary mostowe, na głębokości 6—8 sążni pod dnem rzeki; keson nowoczesny jest to właściwie rura szybowa żelazna, zakończona u góry t zw. służą, t. j. przedsionkiem z dwoma drzwiczkami, zewnętrznymi nazewnątrz i wewnętrznymi, (do rury), a zakończona u dołu rozszerzeniem w kształcie pudła, przewróconego dnem do góry.

Po ustawieniu kesonu w rzece na tem miejscu, gdzie ma stać filar, za pomocą ustawionych na brzegu maszyn parowych tłoczą do przyrządu powietrze, które wypycha zeń wodę, przez co obnaża się dno rzeki, wtedy przez służę wchodzi do kesonu robotnicy, wybierają ziemię na całej zajętej przezeń powierzchni i podkopują się pod jego ostry brzeg dolny; wskutek tego keson wrzyna się w grunt, tembardziej, że na całej powierzchni górnej pudła mularze wznoszą jednocześnie fundament z granitu.

Gdy keson, a z nim fundament opuści się do pożądanego głębokości, zamurują wewnątrz kesonu i rury szybowej i robota skończona. Zauważyć należy, że przez cały czas trwania robót do kesonu pompują powietrze, aby zrównoważyć ciśnienie wody, grożącej co chwila wtargnięciem do kesonu i zatopieniem pracu-

jących w nim ludzi. Ciśnienie to mierzy się ciężarem słupa wody od jej poziomu w rzece do dolnego brzegu kesonu, przeto w miarę opuszczania kesonu musi zwiększać się także ciśnienie natłaczanego doń powietrza, tak np. kiedy keson siedzi na głębokości 10,3 metr., to ciśnienie wtłaczanego powietrza powinno się równać 1 atmosferze, nie licząc normalnej; przy 20,6 metra — 2 atmosferom i t. d.

Śluza kesonowa ma za zadanie umożliwienie wchodzenia i wychodzenia z kesonu, bez wypuszczania zeń natłoczonego powietrza. Robotnik, wchodząc do kesonu gdzie, przypuścimy, panuje ciśnienie 2 atmosfer, przy zamkniętych drzwiach wewnętrznych, odgraniczających śluzę od kesonu, wchodzi przez zewnętrzny otwór do śluzy, zamyka go za sobą i przy pomocy kranu wpuszcza ściśnione powietrze do śluzy póki ciśnienie w śluzie nie zrówna się z ciśnieniem panującym w kesonie, wtedy otwierają się drzwi wewnętrzne i robotnik wchodzi do kesonu. Przy wychodzeniu, przy zamkniętych drzwiach zewnętrznych, robotnik wchodzi do śluzy, zamyka za sobą drzwi wewnętrzne, i za pomocą kranu wypuszcza ze śluzy ściśnione powietrze dotąd, aż ciśnienie w śluzie zrówna się z ciśnieniem panującym nazewnątrz kesonu, t. j. ciśnieniem 1 atmosfery.

Przejście od zwykłego ciśnienia atmosferycznego do ciśnienia zwiększonego kesonu nazywa się okresem kompresji, odwrotnie zaś okresem dekompresji. Gdy przejścia te odbywają się zbyt szybko, powstają choroby kesonowe; sam pobyt w powietrzu ściśnionem, przynajmniej do wysokości 4, a nawet i 5 atmosfer nie wywiera szkodliwego wpływu na organizm zwierzęcy. Jeden tylko ŚWIĄTECKI, przy budowie mostu kolejowego na Niemnie pod Olitą w r. 1897—8 stwierdził zmiany we krwi u zwierząt i ludzi zależne od pobytu w powietrzu ściśnionem.

Stwierdził on mianowicie, że u zwierząt ciepłokrwistych i ludzi pod wpływem ściśniętego powietrza ilość erytrocytów w 1 ml. sz. się zmniejsza; zmniejsza się również ilość hemoglobiny; występuje wybitna leukocytoza; zjawiają się we krwi poikilocyty, „cienie“, Blutplättchen. Po wyjściu z kesonu w normalnej atmosferze ilość erytrocytów wraca do normy, przyczem jeżeli ciśnienie barometryczne nie przewyższało 2 atmosfer (wliczając normalną) i nie trwało zbyt długo, to powrót do normy odbywa się bardzo szybko (2—3 dni), w przeciwnym razie potrzeba na to kilku tygodni; ilość hemoglobiny zwiększa się także i wraca do normy, lecz nie idzie równomiernie z regeneracją erytrocytów, lecz pozostaje w tyle; leukocytoza kesonowa również po pewnym czasie znika. Powyższe zmiany nie zależą według S-go, od jakichkolwiek mechanicznych lub fizykalnych czynników, lecz są wyrazem

rozwijającej się pod wpływem ściśniętego powietrza niedokrwi-
stości; niedokrwiłość ta nie jest jednak chorobą w ścisłym tego
słowa znaczeniu, a tylko pewnym stanem fizyologicznym, przysto-
sowaniem się ustroju do innego ciśnienia barometrycznego, tak
np. jak się to dzieje w powietrzu rozrzedzonym, gdzie zmiany
we krwi noszą nazwę polycytēmii górskiej.

Choroby kesonowe zależą tylko od okresu dekompresji;
w okresie kompresji jedyne niebezpieczeństwo, jakie grozi czło-
wiekowi jest pęknięcie błony bębenkowej, względnie wylewy
krwawe w bębnie i labiryncie; prelegent u 102 robotników zna-
lazł je 34 razy—nie jest to jednak choroba kesonowa w ścisłym
tego słowa znaczeniu.

Choroby kesonowe resp. choroby nurków powstają przy
szybkim przejściu z powietrza ściśnionego do normalnej atmo-
sfery; podstawę anatomiczną tych chorób stanowią zatory po-
wietrzne tętnic mózgowych i rdzeniowych: pęcherzyki gazu zja-
wiają się we krwi na tej samej zasadzie, jak w wodzie nasyconej
gazem pod wysokim ciśnieniem po odkorkowaniu butelki.

Z chorób kesonowych ŚWIĄTECKI w swoim czasie spostrzegał
i omówił szczegółowo następujące: 1) asphyxia 2) vertigo
caissonica c. surditate apoplectica 3) myalgia arthralgia 4)
pedema. autorowie spostrzegali nadto 5) paraliż i parezy ner-
wów kończyn i głowy, świerzbiączkę (pruritus) kesonową afazję
a nawet rozmaitego rodzaju psychozy.

Wszystkie objawy spostrzegane przy ogólnie znanych cho-
robach nerwowych są tu możliwe, wszystko bowiem zależy od
przypadkowego zatkania tętnicy lub tętnic końcowych pęcherzy-
kami gazu, który, jakto badania wykazały składa się przeważnie
z azotu. Jeżeli zator trwa dłużej niż 15 minut, to występują
trwałe zmiany w tkance mózgowej w postaci ograniczonych
ognisk zgorzelinowych.

Leczenie chorób kesonowych polega na wdychaniu tlenu
i t. zw. rekompresji. Przez wdychanie tlenu przyspiesza się
dyfuzja między azotem pęcherzyków w naczyniach krwionośnych
i tlenem pęcherzyków płucnych. Rekompresja polega na wpro-
wadzeniu chorego znów do kesonu, ewentualnie do specjalnie
urządzonej przestrzeni pneumatycznej. gdzie ciśnienie doprowa-
dza się do poprzedniej wysokości, i następczej b. powolnej de-
kompresji. Znaczenie lecznicze rekompresji staje się zrozumia-
łym, gdy przytoczymy, że pęcherzyk gazu poddany ciśnieniu
2 atmosfer zmniejsza się o 50%, a przy ciśnieniu 3,5 atmosfer
— 75%. Następcza, bardzo powolna dekompresja, ma oczywi-
ście na celu dać czas choremu pozbyć się nadmiaru gazu we krwi
przez płuca.

Profilaktyka polega tylko na możliwym przedłużeniu okresu dekompresyj; niestety używane u nas małe i ciasne śluzki, opatrzone przytem nieodpowiednimi kranami nie pozwalają na przedłużenie tego okresu do norm przewidzianych przez naukę i prawo.

Lekarze eksperci sądowi powinni pamiętać, że choroby kesonowe nie są chorobami zawodowymi, a powstają li tylko dzięki niedbalstwu i karygodnemu lekceważeniu życia i zdrowia robotników przez przedsiębiorców robót kesonowych.

[Autoreferat].

GURANOWSKI zaznacza, że pomiędzy chorobami, spotykanymi u robotników kesonowych w czasie kompresyj, jak to zresztą wspomniał prelegent w swoim odczycie, pierwsze miejsce zajmują uszkodzenie narządu słuchowego.

Uderza tylko fakt, zanotowany przez kol. S., że spostrzegł 30% pęknięć błony bębenkowej.

Procent taki uważa G. za zbyt wysoki. Przypuszczać chyba należy, że u robotników spostrzeganych przez S. istniały już poprzednie zmiany chorobowe błon bębenkowych, które jak wiadomo ułatwiają powstawanie pęknięcia błony bębenkowej a mianowicie blizny i atrofie.

Normalna błona bębenkowa, jak to wykazały dawniejsze i nowsze doświadczenia nawet przy takim ciśnieniu, jakie istnieje w kesonach nie pęka. Zwykle widzujemy podczas kompresyj: rozszerzone naczynia wzdłuż rękojeści młotka, przekrwienia całej błony, wylewy krwawe na błonie bębenkowej i do jamy bębenkowej wreszcie retrakcję błony bębenkowej. Zmiany te występują podczas kompresyj u takich robotników, którzy cierpią na przewlekłe katary jamy nosogardziowej z obrzmieniem resp. zwężeniem trąbek Eustachjusza. O tyle więc o ile wykonanie sposobu VALSALWY wyrównać jest w stawie wzmożone ciśnienie zewnętrzne o tyle bóle i zatkanie przechodzi i robotnik nie odczuwa żadnych przypadłości, podczas roboty w ścieśnionem powietrzu.

Daleko poważniejsze zmiany w narządzie słuchowym występują po dekompresyj.

Nerw słuchowy i zakończenia jego w bębenku może być uszkodzony wskutek niedostatecznego odżywiania, powodowanego embolią gazową w naczyniach. Mogą również wystąpić wysięki i krwotoki bębenkowe.

Cały kompleks objawów, spostrzeganych u robotników kesonowych po dekompresyj a mianowicie: zawroty głowy, nudności, wymioty, szumy i głuchota, wskazują na to, że ma-

my do czynienia z t. zw. objawami MENIÈR'a, które dostatecznie nam tłumaczy wysięk lub krwotok błędnika. Przebieg dalszy będzie zależny od tego, czy mamy do czynienia z wysiękiem lub z krwotokiem. W pierwszym razie objawy powoli znikają będą i słuch się poprawi, w drugim zaś razie pozostanie kompletna i nieuleczalna głuchota. W końcu G. radzi w celach profilaktycznych badać narządy słuchowe robotników kesonowych, zaś posiadających wybitne zmiany przewlekłego kataru ucha środkowego nie przyjmować do roboty w kesonach.
[autoreferat].

GAJKIEWICZ zapytuje prelegenta, czy termin „reumatyzm” użyty przez niego jest już przyjęty w nauce o chorobach kesonowych, bo w razie przeciwnym lepiej posilkować się wyrazem „ból”, gdyż termin „reumatyzm stawowy czy mięśniowy” ma w nauce pojęcie określone. Dalej G. wspomina o 2 chorych widzianych przez siebie w r. b. w szpitalu, a dotkniętych cierpieniem kesonowym. Jeden z nich przez kilka dni pobytu na oddziale szpitalnym skarżył się na napady bólu gwałtownego w części dolnej goleni, napady trwały po 1—2 minut. Kilkakrotne badanie chorego nie wykazało żadnych zmian w układzie nerwowym, mięśniowym i naczyniowym. Po kilku dniach chory wypisał się na żądanie—zdrów. W przypadku tym G. na mocy ujemnego wyniku badania i szybkiego wyzdrowienia, podejrzewa symulację, zwłaszcza że po pewnym czasie, chory—dozorca robót, który pracował już przy budowie kilku mostów — zażądał od władzy szpitalnej świadectwa choroby, celem upominania się o odszkodowanie u przedsiębiorcy budowy mostu.

Drugi chory, robotnik kesonowy, przyniesiony był na oddział G. w stanie zupełnej głuchoty, która przez czas kilkotygodniowego pobytu chorego w szpitalu, nie poprawiła się. Ważną rzeczą — w celu prognostycznym — jest wiedzieć czy w następstwie dekompresji powstaje jak chce prelegent niszczenie jąder nerwu słuchowego, czy też jak utrzymuje kol. GURANOWSKI krwotok do ucha wewnętrznego. Tylko w drugim razie możnaby rachować na wessanie wylanej krwi i możliwość odzyskania słuchu lub przynajmniej jego poprawy.

GAJKIEWICZOWI: Bóle w mięśniach i stawach nazywa Św. reumatyzmem dlatego, że nie zna odpowiedniego wyrażenia polskiego; robotnicy rosyjscy nazywają je „żałomaj”, bóle te są niewątpliwie przeważnie pochodzenia centralnego, prawidłowa nazwa łacińska będzie tu myalgia i arthralgia.

SKOWROŃSKIEMU: przypadek opowiedziany przez SKOWROŃSKIEGO dotyczył prawdopodobnie obrzęku pochodzenia hyste-

rycznego; obrzęki kesonowe przypominają bardzo obrzęki hysteryczne, przechodzą jednak w dni kilka, podczas gdy hysteryczne trwają dłużej.

STARKIEWICZ zapytuje, czy prelegent w badaniach krwi u robotników kesonowych uwzględnił białe ciała krwi i czy nie zwrócił uwagi na wymiary czerwonych krążków? W nieprzesądzonej dotąd ostatecznie kwestyi policytemii górskiej większość autorów, po badaniach KREHL'a, GRAWITZ'a i jego uczniów, skłania się raczej ku teorii zgęszczenia krwi w atmosferze zmniejszonego ciśnienia (zbyt szybkie podnoszenie się ilości czerwonych krążków, mikrocytoza, równoległe wzrastanie ilości białych ciałek, brak postaci jądrowych czerwonych krążków). Dalsze badania dążyć powinny do stwierdzenia, czy cechami niedokrwistości kesonowej, w przeciwieństwie do policytemii wysokogórskiej, nie będzie — rozwodnienie krwi i osocza, makrocytoza, leukopenia. Gdyby anemia kesonowa miała powstawać wskutek zwiększonego rozpadu krwi, należałoby oczekiwać u chorych hemoglobinurii i hemoglobinemii, żółtaczki.

GURANOWSKIEMU odpowiada Św., że za ilość pękniętych błon bębenkowych ręczy nie może, gdyż przy znacznem podbiegnięciu krwawem pęknięcie bębena można nie zobaczyć wcale, pomocnicze zaś manipulacje w rodzaju wdmuchiwania powietrza przez trąbkę Eustachiusza aby usłyszeć świst przechodzącego przez szczelinę powietrza i t. p. jest przeciwwskazane, gdyż rana zwykle jest już sklejona przez skrzep lub bliźnię tymczasową i rozrywać jej jedynie tylko w celach diagnostycznych się nie godzi.

Co do t. zw. głuchoty apoplektycznej, to HELLER, MAGER i v. SCHRÖTTER kategorycznie zaprzeczają, aby była ona wynikiem kompresji, t. j. zależała od wylewów krwawych w labiryncie. lub też uchu środkowem: w tych ostatnich przypadkach słuch poprawia się stopniowo, równomiernie ze wsysaniem się wylewu krwawego; w przypadkach zaś głuchoty apoplektycznej chory albo wyzdrowieje odrazu, tak że głuchota nie trwa wtedy dłużej, jak kilkanaście lub kilkadziesiąt minut, albo też nie wyzdrowiewa on wcale i pozostaje głuchym na zawsze. Anatomicznie głuchota apoplektyczna objaśnić się da li tylko w przypadkach uleczalnych, czasową ischaemią a w przypadkach nieuleczalnych — zgorzelą ośrodka n. usznego. Wprawdzie dowodów sekcyjnych dotychczas nie mamy, możemy jednak przypuścić to na podstawie analogii; bo opisano już przypadki porażen innych nerwów czaszkowych.

STARKEWICZOWI. Zarzut, że opisana przez Św. oligocytemia kesonowa może zależeć tylko od rozwodnienia krwi, wskutek być może jakichś zmian naczynioruchowych, utrzymać się nie da, chociażby tylko dlatego, że Św. znajdował jednocześnie wybitną leukocytozę, t. zw. „cienie” i ciała Bizzozzerro (Schatten, Blutplättchen); zresztą, gdy u zwierząt, nad którymi eksperymentował, oligocythaemia trwa kilka tygodni, i ilość erytrocytów stopniowo i powoli wraca do normy, to o jakimś mechanicznem rozwodnieniu krwi chyba mówić trudno, a należy przypuścić jedynie prawdopodobne objaśnienie, że w powietrzu ścieśnionem ma istotnie miejsce rzeczywisty rozpad erytrocytów. Pośredniego dowodu może dostarczyć objaśnienie powstawania polycytemii górskiej podane przez SCHAUMAN'a i ROSENQUIST'a: i tu robiono zarzut, że zjawisko to zależy tylko od „wysychania” krwi w suchem powietrzu górskiem; wyżej przytoczeni autorowie wywołali jednak policytemię u zwierząt, trzymanyh pod kloszem w powietrzu rozrzedzonym, lecz nasycouem parą wodną; zarzut więc wysychania krwi upaść musi.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Pomocnik Sekretarza *Antoni Majewski.*

Posiedzenie kliniczne d. 26 marca 1907 r.

Przewodniczący Prezes *Kamocki*.

Członków obecnych 49 gości 4.

- T r e ś ć:**
- 1) Sprawozdanie komitetu rewizyjnego.
 - 2) Otto—Zmiany anatomopatologiczne w blaszkach i gruczołach krezkowych przy tyfusie brzuszonym.
 - 3) SĘDZIAK Jan — Obustronne porażenie rozwieraczy głośni.
 - 4) NEUGEBAUER Fr. — Demonstracya 3-ch żywych monstrów ludzkich.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości kol. WRETOWSKIEGO, SZYMKOWSKIEGO i ROSENSTADTA.

III. Prezes zawiadomił obecnych o stanowczem zrzeczeniu się przez St. KAMIĘŃSKIEGO stanowiska redaktora Pamiętnika Towarzystwa, o czem podanem będzie do wiadomości oddzielnie w celu przedstawienia kandydatur na to stanowisko ze strony członków Towarzystwa.

IV. Prezes odczytał odezwę kancelaryi Jenerał-Gubernatora Warszawskiego o zatwierdzeniu wyboru prezesa, wiceprezesa i sekretarza dorocznego na r. b eż.

V. Prezes odczytał odezwę Zarządu Rosyjskiego Towarzystwa lekarzy im. Pirogowa, zawiadamiającą o X zjeździe pirogowskim odbyć się mającym w d. 25 kwietnia (st. st.); odezwa załącza spis sekcij oraz prosi o wczesne nadsyłanie referatów.

VI. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali: MALINOWSKI F.: 1) „Krętek błady w kile trzeciorzędowej” (odbitka z Przeglądu chorób skórnych i wen.) 2) tenże -- „Niezwykły przypadek przerzutów raka sutki w skórze i stosunek tej sprawy do choroby PAGET’a—wreszcie 3) „Przymiot“ (Zeszyt I tomu I-go).

VII. Fr. NEUGEBAUER: „Zur Lehre von der Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Sitz der Früchte“ oraz „Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu“ (odb. z Gazety Lek. 1907).

VIII. PRZYBOROWSKI odczytał sprawozdanie komisji rewizyjnej z dn. 14/III r. b. Sprawozdanie przyjęto.

IX. OTTO w odczycie swym zaznacza, że zmianami makroskopowymi nie będzie się zajmował, gdyż są one b. dobrze znane i nie przedstawiają nic nowego; pod drobnowidzem znaleziono co następuje: w I tygodniu zmiany w blaszkach i pojedynczych gruczołach limfatycznych sprowadzają się do mięszonego zmętnienia i częściowego obumarcia (nekrozy) kosmków; w końcu pierwszego tygodnia nekroza kosmków wyrażona daleko silniej, niż na początku. Kosmki na przestrzeni pomiędzy blaszkami i gruczołami pojedynczymi limfatycznymi bez nabłonka, a znajdujące się w bliskości blaszek, częściowo obumarłe (znekrotyzowane). W błonie mięśniowej śluzówki (*Muscularis mucosae*) komórki plazmatyczne małe i małe limfocyty. Grudki limfatyczne i przestrzenie międzygródkowe ulegają dość mocnemu bujaniu, hyperplazji. Bujanie to zależy od rozmnożenia się komórek plazmatycznych; w grudkach komórki plazmatyczne zbierają się przeważnie w limfsinusiach, a w przestrzeniach międzygródkowych są one mniej więcej równo rozmieszczone. Podśluzówka początkowo bez widocznych zmian, w końcu tygodnia ulega także rozrostowi, związanemu ściśle z nagromadzeniem się i tutaj komórek plazmatycznych. Naczynia krwionośne mniej lub więcej rozszerzone i przepełnione krwią i dlatego nekrozy, obserwowanej w I tygodniu, nie można objaśniać brakiem odżywczego materiału, jak to dotąd mniemano a tylko wpływem toksyn lasecznika EBERTH'a. Laseczniki te znajdowano przeważnie w drogach chłonnych (limfatycznych). BEATTY, du CAVAL, CHIARI i inni opisują przypadki tyfusu bez zmian anatomicznych w blaszkach. W II-im tygodniu bujanie (hyperplazja) zapalne w blaszkach i gruczołach pojedynczych limfatycznych bywa wyrażonem jeszcze silniej i zależy od tych samych czynników co i w I tygodniu. Naczynia krwionośne rozszerzone i przepełnione mniej lub więcej krwią. Nekroza wyrażona silniej niż w I tyg. i zależy od tych samych czynników, co i tam. Na miejscach nekrotycznych całe kolonie saprofitów; laseczniki tyfusowe w postaci dość silnie rozwiniętych kolonii przeważnie rozmieszczone w podśluzówce.

Warstwa mięśniowa zgrubiała wskutek rozwinięcia się w niej komórek plazmatycznych.

W III-im tyg. po odpadnięciu strupa wytwarza się wrzód tyfusowy z ostrymi podminowanymi brzegami i nierównym dnem; w okresie tym często krwotoki i perforacja kiszki. Oprócz wrzodów na niektórych blaszkach rozwija się proces zanikowy, dzięki częściowemu obumarciu i zwyrodnieniu tłuszczowemu morfologicznych elementów blaszek. Blaszkki te sto-

pniewo zmniejszają się w swej objętości; wrzodów tyfusowych na nich nie bywa.

W IV tyg. następuje z jednej strony zabliznianie się wrzodów tyfusowych, z drugiej zaś strony dalszy rozwój procesu atroficznego na blaszkach bez owrzodzeń. Owrzodzenia tyfusowe zablizniają się i pokrywają nabłonkiem, narastającym z sąsiedniego gruczołu *LIEBERKUEHNA*; grudek limfatycznych na bliznach po owrzodzeniu tyfusowem nie bywa. Zwężenia światła kiszki przy zabliznianiu się wrzodów tyfusowych nigdy nie bywa. W rozwoju procesu atroficznego przyjmują czynny udział wielojądrowe leukocyty i komórki plazmatyczne odgrywając tutaj rolę nekrocytów. Proces ten nie doprowadza nigdy blaszek do ich pierwotnego stanu. Recydywa związana jest z powtórnyem wtargnięciem tyfusowej infekcyi do organizmu i spotyka się najczęściej w IV tyg. choroby. Zmiany anatomiczne przedstawiają z jednej strony cechy pierwszego tygodnia choroby, z drugiej zaś cechy IV.

Tyfus fagedeniczny zależy od zakażenia tyfusowych owrzodzeń paciorkowcami i łańcuszkowcami. Niekiedy na tych owrzodzeniach spotykamy błony dyfterytyczne.

Zwyrodnienie barwnikowe, obserwowane na blaszkach w kilka lat po przebytych tyfusie jest zależne częściowo od wytworzenia się hemosideryny, po części zaś od barwnika pochodzenia białkowego.

Zmiany w gruczołach krezkowych sprowadzają się do zajęcia tych samych składowych części aparatu limfatycznego co i w blaszkach, są identyczne z nimi i zależą od tych samych przyczyn, co i zmiany w blaszkach.

Odpowiednie interesujące preparaty były demonstrowane na epidiaskopie.

W dyskusyi *KARWACKI* zwraca uwagę, że za mało uwzględniono laseczki tyfusowe i wyraża wątpliwość, czy bakterye, przyjmowane za tyfusowe, były rzeczywiście tyfusowemi wobec braku ściślej metody ich barwienia.

Prelegent, odpowiadając *KARWACKIEMU*, zaznacza, że tyfusowe bakterye były uwzględniane o tyle, o ile były różniczkowane metodą *GRAMM'a*; lecz specjalnie na nie nie zwracano uwagi, mając głównie na widoku zmiany anatomiczne w blaszkach a nie bakterjologiczne ich badanie.

X. *SĘDZIAK* odczytał rzecz p. t. „Obustronne porażenie rozwieraczy głóśni” (*paralysis bilateralis mm. crico arytaenoidae postici*). Sprawa ta wywołując zaburzenia poważniejsze, jak np. duszność dochodzącą do konieczności tracheotomii, niekiedy, znana jest od 1877 r., kiedy opisali ją lekarze an-

gielscy. Materiał statystyczny jednak dostarczył zaledwie 97 przypadków. Prelegentowi udało się znaleźć obecnie materiał o wiele obfitszy, bo 245 przypadków, w czym 18 własnych. Rozpatrując je krytycznie SĘDZIAK spostrzega: i) co do wieku chorych—to największa ilość zachorowań przypada na lata 20—60, i w tym najczęściej między 50—60 rokiem; fakt ten, zdaniem prelegenta, objaśnić się daje tą okolicznością iż, w tym okresie życia ludzkiego najczęściej występują choroby które są przyczyną omawianych porażen (jak tabes dorsalis, aneurysma aortae carcinoma oesophagi etc.). Jednak i u dzieci prelegent znajdował (do 5 roku życia) 9 razy obustronne porażenie rozwieraczy — tutaj za przyczynę podaje ucisk ze strony powiększonych gruczołów chłonnych lub grasicy.

Najmłodszy chory miał 6 miesięcy, najstarszy 65 letni Dalej—ze spostrzeżeń prelegenta wynika, iż mężczyźni o wiele częściej zapadają na chorobę omawianą niż kobiety.

Co do przyczyn — to prelegent rozróżnia ośrodkowe i obwodowe. Pierwsze częstsze (135:110). Wśród nich pierwsze miejsce zajmuje tabes (60:135) a z nieorganicznych hysteriasis (7:135) neurastenia (2) i cierpienia ośrodkowe (bliżej nieokreślone) 38. Co do tabesu prelegent kładzie nacisk na fakt spostrzegany przez niego samego, jak również przez BURGERA i SIMONA, iż porażenia te na czas dłuższy poprzedzają same objawy przedmiotowe (jak brak odruchów kolanowych ataksje i t. p.). Dla tego też badanie krtani w każdym przypadku nerwowym choć trochę podejrzanym prelegent uważa za b. potrzebne. Co do porażen przy cierpieniach czynnościowych to prelegent zwraca uwagę, że mają one zwykle charakter przejściowy, przy czym prawo SIMONA pozostaje w swej sile—że przy cierpieniach organicznych układu nerwowego porażeniu ulegają rozwieracze, a przy czynnościowych zwieracze.

Z przyczyn pochodzenia obwodowego prelegent na 110 przypadków znajduje w 15 powiększenie gruczołów tchawicooskrzelowych, 8 — gruźlica, 10 uraz (trauma), dalej idą guzy śródpiersia, tętniak aorty, jeszcze dalej zatrucia, wreszcie dur błonica i influenza.

Rozpoznanie sprawy opiera się na danych badania krtani lusterkiem—położenie strun głosowych fonacyjne, wskutek czego klinicznie — głos pozostaje niezmienionym, natomiast istnieje duszność wdechowa (stridor inspiratorius).

Rokowanie winno być b. ostrożne, raz dla tego, iż w następstwie stałego zbliżenia strun a stąd zamknięcia głośni, choremu może grozić śmierć od uduszenia, powtóre że choroby

powodujące samo porażenie należą do b. ciężkich. Leczenie w zależności od przyczyny rzadko daje wyniki pomyślne.

W dyskusyi KOPCZYŃSKI St. 1) podaje opis spostrzeganego przez siebie przypadku porażenia rozwieraczy u histeryczki, przypominającego ciężkie ostre porażenie opuszkowe, 2) zaznacza, iż mówca niewłaściwie umieścił w etyologii porażenia obustronnego rozwieraczy krtani, p o r a ż e n i e p o ł o w i c z n e, jest to bowiem objaw cierpienia, spotykanego przy rozmaitych sprawach mózgu (krwotok, rozmiękczenie, nowotwór i t. p.), 3) umieszczenie w etyologii porażenia obustronnego rozwieraczy krtani neurastenii uważa K. za nie dość uzasadnione, neurastenii bowiem, jako takiej, nie zwykły towarzyszyć porażenia czynnościowe.

[Autoreferat].

W odpowiedzi kol. KOPCZYŃSKIEMU SEDZIAK zwraca uwagę, że w odczycie swoim z naciskiem zaznaczył, że w myśl prawa ROSENBACH-SEMON'a tylko w o r g a n i c z n y c h cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego występuje porażenie zwieraczy głośni, natomiast w c z y n n o ś c i o w y c h, jak histeryi, neurastenii itp. mamy do czynienia jedynie z porażeniem zwieraczy głośni, których prototypem jest ów powszechnie znany bezgłos histeryczny, polegający na porażeniu mięśni strun (mm. thyreoarytaenoidei int.).

W tych ostatnich razach tj. w histeryi, neurastenii i t. p. cierpieniach funkcyjnalnych jeżeli i zdarzają się porażenia rozwieraczy głośni, to znamionują się one przedewszystkiem swoją niestałością (paralysis postici intermittens), jak to również miało miejsce w przypadku kol. KOPCZYŃSKIEGO. Przytem w większości przypadków porażenia te nie są zupełne (paresis postici).

Odnosnie do uwagi kol. KOPCZYŃSKIEGO o bezwładzie połowicznym, notowanym w jednym przypadku, jako przyczynie porażenia obustronnego rozwieraczy głośni, to dodać tu dla objaśnienia winien, że w ten sposób bez podania bliższej przyczyny tego bezwładu notowanym był on w mojej statystyce przez samego autora.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes *A. Gabszewicz.*

Pomocnik Sekretarza *Ant. Majewski.*

OGŁOSZENIA.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

1. Stosunek tak zwanej arteriosklerozy doświadczalnej królików do miażdżycy tętnic u ludzi.
2. Azurofilowa ziarnistość limfocytów w rozmaitych stanach patologicznych.
3. Płytki Bizzozero, ich pochodzenie i udział w krzepnięciu krwi.
4. O wpływie ośrodków nerwowych na trofikę mięśni.
5. Stwierdzić doświadczalnie zależność tężyczki pooperacyjnej od wycięcia gruczołów przytarczycowych, oraz możliwość jej leczenia przez wszczepianie tych gruczołów.
6. Sprawdzić doświadczalnie na zwierzętach, jaka metoda połączenia dróg żółciowych z jelitem najbardziej zabezpiecza te drogi od zakażenia.
7. Wpływ alkoholu na wydzielanie się ciał aloksurowych z moczem.
8. Zbadanie chemiczne i bakteryologiczne wód ściekowych z domów w Królestwie Polskiem, skanalizowanych systemem przelewnym.
9. Doświadczenia i obserwacje nad wpływem kesonów Warszawskich na pierwiastki morfologiczne krwi.

10. Zmiany krzepliwości krwi i krążków czerwonych (ich wielkość i odporność) w żółtaczkach przewlekłych.

11. Samooczyszczanie się Wisły pod Warszawą podczas przyboru, przy średniej i niskiej wysokości wody.

12. Studja nad morfologją i bijologją spirochetów Obermayer'a.

13. Badanie trawienia żołądkowego u starców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 Marca 1908 r. Za najlepszą pracę napisaną na jeden z tematów z liczbą wyżej wymienionych, wyznaczoną jest nagroda rub. 300.

Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Tow. Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 200, imienia Tytusa CHALUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1909 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1905 r. do 31-go Grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907, 1908 i w ciągu Stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chirurgii **LEONA KONITZA**, przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub aknuszery, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Feliksa Jabłonowskiego wakuje wsparcie Rb. 138, za 1-sze półrocze r. 1907 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ul. Niecała Nr. 7) oznacza się termin do dnia 15 Czerwca r. b. Przy prośbie należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 2-ch lekarzy członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego

Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.

Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli, zapisywać się w poczet jej członków. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszków Kasy da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nie tylko wdów i sierot, lecz niestety i samych lekarzy, złożonych chorobą i nie będących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem. Sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a blizka jest chwila, że w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszków, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dia braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 1 Maja 1907 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.