

PAMIĘTNIK  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO  
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCYĄ

D-ra Tadeusza Borzęckiego.

---

Tom CX.

---

Pamiętnik wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych.

Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów zarówno w Warszawie, jak i na prowincyi, z odnośzeniem i przesyłką wynosi rocznie rb. 3. Prenumerować można w Kancelaryi Towarzystwa, Niecała 7, we wszystkich redakcyach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach.

---

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, Piękną 15.  
1914.

# SPIS RZECZY,

zawartych w tomie CX Pamiętnika Towarzystwa  
Lekarskiego Warszawskiego  
za rok 1914.

## A) Część literacka.

*Str.*

**Nowicki Witold.** Otwór górny klatki piersiowej  
w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do  
gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego . . . 1, 137, 253

## B) Część urzędowa.

a) **Protokoły posiedzeń Tow. Lek. Warszawskiego  
od 2 grudnia 1913 r. do 29 grudnia 1914 r.**

### 1) Odczyty i pokazy.

<b>Askenazy Z.</b> Nowy pogląd na leczenie biochemiczne zaparcia nawykowego u kobiet . . . . .	230
<b>Bondy L.</b> Przypadek obrzęku śluzowego . . . . .	75
<b>Bronowski S.</b> Przypadek żebra szyjnego . . . . .	217
<b>Erbrich F.</b> Cztery przypadki ciał obcych w oskrze- lach . . . . .	285
<b>Gajkiewicz i Kijewski Fr.</b> Przypadek niemoty ruchowej pourazowej. . . . .	219
<b>Gantz M.</b> O usuwaniu ciał obcych z przelyku . . . . .	289
<b>Goldberg J.</b> O wpływie pobudzającym dużych dawek dwuwęglanu sodu na czynność wydzielniczą gruczo- łów żołądkowych . . . . .	179
<b>Goldberg J. i Hertz R.</b> O wpływie dwuwęglanu sodu na wydzielanie chlorków i wprowadzonego do- żylnie cukru mlecznego . . . . .	177

II

	Str.
Grudziński Z. O dokładnej lokalizacji ciał obcych za pomocą promieni Roentgena . . . . .	305
Hellin D. O nieznanym dotychczas własnościach surowicy ciężarnych i noworodków . . . . .	287
Hewelke O. Przypadek tętniaka aorty . . . . .	211
Higier H. Przypadek postaci powrotnej zapalenia nerwów rozsianego . . . . .	122
„ Przypadek padaczki psychastenicznej . . . . .	176
„ Przypadek ślepoty duchowej . . . . .	221
„ Przypadek psychozy amnestycznej Korsakowa . . . . .	221
„ Przypadek <i>dystrophiae adiposo-genitalis</i> . . . . .	312
Janowski Wł. Utrudnione łykanie płynów jako wczesny objaw rozszerzenia tętnicy głównej . . . . .	340
Jaworski J. O zmianach serca i w mięśniu sercowym podczas ciąży . . . . .	238
„ Sprawozdanie z I zjazdu higienistów polskich we Lwowie . . . . .	332
Karaś-Przeradzka. O odczynie serologicznym Abderhaldena . . . . .	188
Klejn St. O nieznanym dotychczas komórce macierzystej komórek szpiku kostnego ( <i>myelogonia</i> ) i o prawdziwej białaczce macierzystej (białaczka myelogeniczna) . . . . .	102
Klejn St. i Judt J. M. Przypadek limfogranulomatozy uogólnionej . . . . .	100
Kopczyński St. Przypadek aleksyi . . . . .	129
Kowalski W. Phlebogramy w wadach zastawki trójdzielnej . . . . .	227
Kramsztyk Stef. Badania fizyczno-chemiczne nad alkalicznością krwi . . . . .	112
Kryński L. O gastroenterostomii w leczeniu wrzodu żołądka . . . . .	83
„ Wrażenia chirurgiczne ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej . . . . .	248
„ Nowsze doświadczenia z zakresu chirurgii wojennej . . . . .	298
„ Z kazuistyki wojenno - chirurgicznej. Rany czaszki i mózgu . . . . .	333
Kuligowski. O parafinomatach . . . . .	326
Landau A. O wrzodzie okrągłym żołądka i gastroenterostomii . . . . .	78
Lewenstern E. Przypadek mięsaka czarnego . . . . .	197
Luxenburg J. Przypadek choroby Morvana . . . . .	111

	<i>Str.</i>
Luxenburg J. Odczyn Abderhaldena w zastosowaniu do rozpoznawania syfilisu . . . . .	215
Malinowski F. Przypadek znamienia naczyniowego skóry . . . . .	196
„ O dermatomykozach . . . . .	198
Męczkowski W. i Sławiński Z. O rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznym krwotoków wewnątrzczaszkowych . . . . .	199, 202
Miszewski K. Odczyn Abderhaldena w zastosowaniu do chorób umysłowych . . . . .	213
Neugebauer Fr. Pokaz jaja pięcioletniowego . . . . .	125
„ „ Pokaz płodu o urazie sztucznym . . . . .	126
„ „ Pokaz potworka żywo urodzonego. . . . .	126
„ „ Pokaz kuli drewnianej, wydobytej z odbyticy . . . . .	126
„ „ Przypadek ciąży jajowodowej . . . . .	127
„ „ Pokaz torbieli przyjajnikowej . . . . .	185
„ „ Przypadek włókniaka macicy . . . . .	186
Pawiński J. O wpływie wyskoku na układ krążenia krwi . . . . .	104
„ Życiorys Juliana Kosińskiego . . . . .	193
„ Sprawozdanie z II zjazdu internistów polskich we Lwowie . . . . .	330
„ Sprawozdanie z kongresu międzynarodowego dla talasoterapii i helioterapii . . . . .	331
Rzętkowski K. O niedomodze mięśnia sercowego . . . . .	123
„ O palpacji brzucha . . . . .	301
„ W sprawie leczenia tyfusu brzuszno-go . . . . .	313
Skabiszewski, Przypadek zapalenia uchyłku Meckela . . . . .	301
Sokołowski A. Życiorys Józefa Goldbauma . . . . .	89
„ „ Teodora Opęchowskiego . . . . .	108
„ „ Adama Mincera . . . . .	117
„ „ Juliana Kulskiego . . . . .	118
„ „ Henryka Dobrzyckiego . . . . .	181
„ „ Ludwika Chwata. . . . .	184
„ „ Mikołaja Brunnera. . . . .	245
„ „ Hipolita Oderfelda . . . . .	296
„ „ Franciszka Neugebauera. . . . .	323
„ O mięsaku pierwotnym płuca oraz kilka uwag w sprawie rozpoznawania złośliwych nowotworów płuc i opłucny . . . . .	223

IV

	<i>Str.</i>
Sokołowski A. Wojna a suchoty . . . . .	327
Srebrny Z. O ropówkach okołoprzełykowych wskutek obrażeń przełyku . . . . .	287
Sterling Wł. Istota karłowatości achondroplastycznej i jej znaczenie kliniczne . . . . .	308
„ Przepadek wyleczonego tęcza głowy . . . . .	338
„ 4 wypadki nagłego oślepięcia po za- truciu wysokiem denaturowanym . . . . .	339
Szczawińska W. Beztlenowce i ich udział w pato- logii ludzkiej . . . . .	235
Szteyner. Przepadek ropnia wątroby . . . . .	122
Świętochowski J. Podstawy badania tętna . . . . .	249
Wernic L. Nowoczesne poglądy na patogenezę, roko- wanie i leczenie róży . . . . .	130
Wiśniewski J. Przepadek przymiotu złośliwego . . . . .	100
„ Przepadek szankra twardego na wardze dolnej ust . . . . .	196
Zawadzki A. Przepadek rany postrzałowej rdzenia . . . . .	340
„ O laminiektomii w złamaniach postrza- łowych kręgosłupa . . . . .	344

2) Sprawy Towarzystwa.

Biblioteka 69, 83, 90, 98, 119, 136, 176, 185, 196, 202, 235, 248, 252, 291, 298, 312, 329, 352	235
Budżet . . . . .	90, 351
Członkowie honorowi . . . . .	69, 79, 120
Darowizna J. Pawińskiego . . . . .	120
Fundacya im. T. Borysowicza . . . . .	120
Komisya rewizyjna . . . . .	130, 185
Konkurs laryngologiczny . . . . .	111, 326
„ im. Helbicha . . . . .	351
„ „ Moczutkowskiego . . . . .	120
„ „ Koczorowskiego . . . . .	120, 291
„ „ Konitza . . . . .	227, 307
„ „ Wszębora . . . . .	83
Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. . . . .	120
Radyologiczne posiedzenia . . . . .	120, 185
Regulamin posiedzeń specjalistów . . . . .	97, 136
Stypendya im. Koczorowskiego . . . . .	308
Wybory . . . . .	97, 98, 107
Zapis ś. p. Sieragowskiej . . . . .	120

**b) Sprawozdania z posiedzeń specjalistów w r. 1913.**

	<i>Str.</i>
Posiedzenia oto-laryngologiczne . . . . .	91
„ gastrologiczne . . . . .	91
„ chirurgiczne . . . . .	92
„ dermatologiczne i syfilidologiczne . . . . .	93
„ stomatologiczne . . . . .	93
„ pedyatryczne . . . . .	94
„ ginekologiczne . . . . .	95
„ neurologiczno-psychiatryczne . . . . .	95

PAMIĘTNIK  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO  
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCYĄ

D-ra Tadeusza Borzęckiego.

---

Tom CX. Z. I.

---

Pamiętnik wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących najmniej 10 ark. druku z drzeworytami i tablicami.

Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów zarówno w Warszawie, jak i na prowincyi, z odnośzeniem i przesyłką wynosi rocznie rb. 3.

Prenumerować można w **Kancelaryi Towarzystwa, Niecała 7**, we wszystkich redakcyach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach.

---

W A R S Z A W A.

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

1914.

*Druk ukończono 30 Marca.*

Witołd Nowicki.

---

**Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szezytowego.**

Z zakładu anatomii patologicznej Uniw. we Lwowie.  
(Dyrektor prof. Z. Dmochowski).

(Praca nadesłana dnia 30 marca 1913 r., nagrodzona na konkursie im. W. Koczorowskiego dnia 23 czerwca 1913 r.).

W S T Ę P.

W dziale badań anatomicznych nad usposobieniem do gruźlicy klatka piersiowa była bodaj pierwszym przedmiotem, na który zwrócono uwagę. Już R o k i t a n s k y, jeszcze w pierwszych dziesiątkach ubiegłego stulecia, określił nam typ klatki, *thorax phthisicus*, który pod względem swej charakterystyki nie stracił, znajdując pełne potwierdzenie w opisanych później E n g l a *thorax paralyticus* lub S t i l l e r a *thorax asthenicus*. Dużym krokiem naprzód w dziedzinie badań nad anatomicznym usposobieniem do gruźlicy płuc były spostrzeżenia F r e u n d a, ogłoszone w r. 1859, poprzedzone rok przedtem ogłoszonymi badaniami histologicznymi z zakresu anatomii normalnej i patologicznej chrząstek żebrowych. Myśl oryginalna, poparta sumiennymi badaniami, które dziś w wielu szczegółach zostały potwierdzone, nie znalazła współcześnie uznania, na jakie w całej pełni zasługiwała. Jedyne

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

1

**Biblioteka Główna  
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl



w kilkanaście lat po ogłoszeniu owej podstawowej pracy p. t. „*Zusammenhang gewisser Lungenkrankheiten mit primären Rippenknorpelanomalien*“ ukazała się w r. 1877 rozprawka Ś w i o n t k a, w której autor zajął się związkiem między gruźlicą płucną, a pochwowem skostnieniem chrząstek; rozprawka ta była jedynem echem ciekawych spostrzeżeń F r e u n d a, w mniejszym stopniu, znacznie później, praca B r e i e r a o nieprawidłowościach chrząstek żebrowych i ich znaczeniu patogenetycznym. Odkrycie prątków gruźlicy i potężny rozwój młodej gałęzi nauk przyrodniczych—bakteryologii, zepchnął na plan drugi sprawę usposobienia, szukając między innymi również i w samym prątku i jego własnościach biologicznych rozwiązania wielu ciemnych stron w dziedzinie gruźlicy. Dopiero w 50 lat później praca H o f f m a n n a o rozedmie i niedodmie płuc, a później w erze bogatych i w plon obfitych badań nad gruźlicą, prace T e n d e l o o, H o f b a u e r a i innych, zwrócenie szczególniejszej uwagi na sprawę usadowienia się gruźlicy w szczytach, przypomniały światu naukowemu stare, zapomniane niemal badania F r e u n d a. Sprawa gruźlicy szczytowej zajęła szereg badaczy, jak O r t h a, R i n d f l e i s c h a, H a s s e g o, R i e g l a, R ü h l e g o, upatrujących szczególniejsze usposobienie szczytów płucnych do zakażenia gruźliczego w nienależytem ich przewietrzaniu; początkowe badania anatomiczne weszły wkrótce na teren eksperymentu.

Dopiero spostrzeżenia B i r c h - H i r s c h f e l d a, dotyczące tylnej gałązki oskrzela szczytowego, a następnie t. zw. brózda S c h m o r l o w s k a, pozostające w związku z pierwszym pierścieniem żebrowym, wzbudziły właściwe zainteresowanie się teorią F r e u n d a. Dzięki zainteresowaniu się H a u s e m a n n a dawnymi spostrzeżeniami F r e u n d a, ukazuje się następnie szereg prac, krytycznie spostrzeżenia te omawiających. I sam F r e u n d, pobudzony odkryciami B i r c h - H i r s c h f e l d a i S c h m o r l a, po 50 niemal latach raz jeszcze powtórzył celem kontroli dawniejsze swoje badania.

Ponieważ zrozumienie teorii F r e u n d a pozostaje w ścisłym związku z fizjologią oddychania, a raczej z fizjologią ruchów klatki piersiowej, przeto przed przejściem do jej omówienia należy w krótkości przedstawić jego mechanizm.

## O Z E Ś Ć I.

### Budowa klatki piersiowej i mechanizm ruchów żeber i przepony.

Klatka piersiowa zbudowana jest, jak wiadomo, z żeber, które od tyłu przyłączone są stawowo w dwóch miejscach do odpowiedniego kręgu kręgosłupa piersiowego; mianowicie główka żebra stawowo łączy się z ciałem kręgowym, a wyrostek guzkowy (*tuberculum*) szyjki żebra z wyrostkiem poprzecznym kręgu. Przypomnienie tego podwójnego połączenia, względnie stawu, jest ważne ze względu na zrozumienie ruchów oddechowych żeber. Ku przodowi przechodzą, jak wiadomo, części kostne żeber w chrząstki, które ściśle połączone są z niemi. Pierwsze chrząstki aż do siódmej przyłączają się wprost do mostka, pozostałe pięć przyłączają się do chrząstki żebra poprzedzającego, względnie stanowią zebra wolno balansujące (*costa fluctuans*). Chrząstki pierwszych żeber, t. zw. prawdziwych, przyłączają się wprost do mostka, jednak w różny sposób. Podczas gdy wszystkie mają stawowe połączenia z mostkiem, t. zw. połączenie mostkowo-żebrowe (*junctura sterno-costalis*), to żebro pierwsze łączy się z rąkojeścią mostka bezpośrednio przez zrost chrząstkowy (*synchondrosis*). Ta różnica sposobu połączenia pierwszej chrząstki z mostkiem w porównaniu z chrząstkami dalszemi, ma bardzo ważne znaczenie w mechanice ruchów oddechowych żeber, jak i w stanach chorobowych. Przebieg żeber, a tem samym kształt klatki piersiowej, przedstawia różnice, z biegiem wieku się

zwiększające. U dziecka żebra przebiegają mniej więcej poziomo, tworząc wcale umiarkowane łuki, a klatka piersiowa na przekroju tworzy mniej więcej koło; u człowieka starego natomiast przednie części żeber obniżają się, żebro przebiega od tyłu i góry ku przodowi i dołowi. Kąty przyczepu chrząstek do mostka zwiększają się. Wskutek owego nachylenia ku dołowi żeber, a więc także żebra pierwszego, otwór górny (*apertura superior*) z mniej więcej poziomego, jak u dziecka, położenia, przybiera położenie skośne, dołek jarzmowy (*fossa jugularis*) się obniża, a szyja staje się dłuższą. Przekrój klatki piersiowej tworzy u starszego owal, w którym wymiar przednio-tylny jest znacznie krótszy od poprzecznego. W związku z owym ustawieniem żeber pozostaje zachowanie się kąta łuków żebrowych, który w miarę więcej skośnego przebiegu żeber staje się więcej ostrym.

Górny otwór klatki piersiowej u dziecka jest mniej więcej sercowaty, później z wiekiem staje się więcej owalnym, w wymiarze strzałkowym spłaszczonym, względnie może przyjmować nader różne kształty, po największej części jako następstwo jego nieumiarowości.

W ścisłym związku z anatomią żeber, t. j. głównie ich stosunkiem do kręgosłupa i mostka, pozostaje fizjologia ruchów żeber, względnie całej klatki piersiowej.

Kręgosłup, jak wiadomo, jest mało ruchomy, natomiast ruchy klatki piersiowej polegają głównie na ruchach żeber i mostka, przyczem ruchy ostatniego w wysokim stopniu zależne są od żeber.

Ruchy żeber pozostają w ścisłym związku z owym podwójnym przyczepieniem ich główki i szyjki do ciała i wyrostka poprzecznego kręgu, a odbywają się koło osi, która przechodzi przez oba wspomniane punkty przyczepu żebra do kręgu.

Oś ta przebiega ku tyłowi i dołowi tak, iż żebro, odbywając ruchy koło tej osi, może się podnosić i opuszczać; z chwilą podniesienia się, oddala się przedni koniec kostny żebra z powodu swego skośnego przebiegu od kręgo-

słupa, a równocześnie boczna powierzchnia żebra nachyla się w ten sposób, że górny jej brzeg zwraca się ku wewnątrz, dolny zaś na zewnątrz. Stopień oddalania się przedniego końca żebra od kręgosłupa, będzie, rzecz naturalna, zależny od długości żebra; więcej oddalają się żebra dolne, niż górne, najwięcej zaś 7 i 8 żebro. Owo skręcanie się żeber, spostrzegane dokładnie przez *H e l m h o l t z a*, koło ich osi podłużnej odbywa się, ale do pewnego tylko stopnia, także w zakresie stawów żebrowo-mostkowych — ale niezupełnie. To skręcenie niezupełne w odnośnych stawach odbija się na chrząstce żebra i to w ten sposób, że chrząstka ulega spiralnemu skręceniu. Zrozumiałą jest rzeczą, że im chrząstka dłuższa, tem łatwiej przyjdzie do wytworzenia się owego skręcenia, tem więcej, że chrząstka jest do pewnego stopnia sprężystą. O wiele trudniej ulegają takiemu skręceniu chrząstki krótsze, t. j. górne, a szczególnie chrząstki pierwsze, i to nie tylko ze względu na ową krótkość, ale i z powodu braku stawowego połączenia z mostkiem. Najmniejsze napięcie przy skręcaniu okażą chrząstki dolne.

Stan napięcia pierwszej chrząstki, wywołany jej skręceniem, będzie miał dla prawidłowych ruchów oddechowych klatki piersiowej bardzo ważne znaczenie. Napięcie to jest tem większe, że, jak *F r e u n d* wykazał, pierwsza chrząstka jest znacznie oporniejsza i mniej sprężysta, niż inne.

Z chwilą gdy mięśnie oddechowe przestają działać, pierwsza chrząstka, z powodu skręcenia najsilniej napięta, wraca do stanu pierwotnego — pierwsza rozpoczyna akt wydechu, a za nią dopiero opadają inne chrząstki.

Przy ruchach oddechowych podnoszące się żebra nie w równych kierunkach i wymiarach powiększają pojemność klatki piersiowej, górne chrząstki zwiększają wymiar przednio-tylny, a rękoność mostka zostaje *eo ipso* wypchnięta ku przodowi.

Akt wdechu, któremu towarzyszy rozszerzanie klatki piersiowej, odbywa się pod wpływem mięśni, których

wyliczanie jest rzeczą zbyteczną, a także przy udziale przepony; podnieść jednak należy, że dzięki sprężystości chrząstek żebrowych klatka piersiowa okazuje dążność, jak badania B e r t a wykazały, do oddechowego ustawienia, t. j. powiększenia swej objętości; dążność ta zaznacza się szczególnie na zwłokach i to głównie w położeniu poziomem. Akt wydechu w pozycji stojącej w pierwszej swej fazie odbywa się z jednej strony dzięki biernemu opadaniu żeber, a także wyżej wspomnianemu skręceniu spiralnemu chrząstek; w dalszym ciągu wydechu czynne są już mięśnie, mianowicie mięśnie międzyżebrowe, przy forsownem oddychaniu wchodzą w grę inne duże mięśnie, jak mostkowo-sutkowo-obojęzyczny, szeroki grzbietu (*latissimus dorsi*), mięśnie pochyłe (*scaleni*) i inne.

Widzimy zatem, że ruchy oddechowe szkieletu klatki piersiowej w bardzo znacznej części zależne są od sprężystości chrząstek, od ich spiralnego skręcenia, a następnie od siły mięśniowej. To skręcenie chrząstek z przyczyn wyżej przytoczonych niewątpliwie najwybitniej zaznacza się na chrząstkach piersiowych, które uległy największemu napięciu, najwybitniejszy, kierujący wpływ mają na akt wydechu.

Niewątpliwie w procesie oddychania poważną rolę odgrywa przepona. Dawniejsze zapatrywania inne przypisywały znaczenie przeponie, w pierwszym rzędzie zapatrywania K e i t h a i W e n k e n b a c h a, opierające się na badaniach porównawczych. U niższych zwierząt płuca leżą wolno w jamie brzusznej, a przepona u nich przedstawia się jako mięśnie, które, kurcząc się, bezpośrednio uciskają na jamę brzuszną i płuca, wywołując tem samem w nich akt wydechu. Przepona u nich działa zatem bezpośrednio czynnie w procesie wydechu. U zwierząt, stojących na wyższym stopniu rozwoju, płuca rozszerzają się ku górze z jamy brzusznej, a śladami tej wędrówki miałyby być zachowane otwory w przeponie, które mogą utrzymać się dłużej i być miejscem tworzenia się przepuklin wewnętrznych. Z chwilą podziału jamy ciała na

klatkę piersiową i jamę brzuszną—przepona zatracą, według nich, już owo czynne działanie, polegające na bezpośrednim uciskaniu płuc, a rola jej ogranicza się, według Keitha i Wenkenbacha tylko do ułatwienia dopływu krwi do serca.

Dzisiejsze nasze zapatrywania na czynność przepony są, jak wiadomo, inne, a ustaliły się one głównie dzięki badaniom rentgenologicznym Holtzknechta, De la Campa i innych.

Ruchy przepony są czynne i bierne. Przy wdychu kurczy się czynnie przepona, a stałymi punktami oparcia dla niej przy ruchach oddechowych jest dolny otwór klatki piersiowej (*apertura inf.*) dzięki płaskim mięśniom brzucha. Z chwilą skurczu przepony klatka piersiowa wydłuża się ku dołowi, a dolny jej otwór powinien się zwęzić; zmienione jednak warunki ciśnienia w jamie brzusznej i oddechowe mięśnie żebrów nie tylko nie pozwalają na to zwężenie, ale przeciwnie wywołują nawet rozszerzenie tego otworu (*apertura inf.*). Akt wydechu jest biernym; pod wpływem tłoczni mięśni brzusznych podnosi się przepona, przyczem dolny otwór, który pozornie powinien się rozszerzać, wskutek ciśnienia w jamie brzusznej ulega zwężeniu, znowu dzięki odpowiedniemu rozmieszczeniu płaskich mięśni brzucha, w znacznej części przechodzących na dolne żebra.

Tak w krótkości przedstawia się mechanizm oddychania w zakresie klatki piersiowej i przepony, wykazując kombinowanie ruchów żeber i przepony, jednak bez ścisłej wzajemnej między sobą koordynacji.

### Otwór górny klatki piersiowej w świetle teorii Freunda.

Freund był pierwszym, który na podstawie dawnych spostrzeżeń i badań odniósł do nieprawidłowości herczastek żebrów dwa ciężkie schorzenia płuc—pierw-

sze, to pierwotna gruźlica płuc o przewlekłym przebiegu, z pierwotną siedzibą w szczytach, — drugie, to pierwotna rozedma płuc, której wyrazem są przedewszystkiem zmiany na ich przednich brzegach.

Jakżeż tłumaczy F r e u n d związek między pierwotną gruźlicą płuc a klatką piersiową? Otóż, według niego, cała sprawa polega na zbyt krótkich chrząstkach pierwszych żeber. Prawdłowo, według niego, pierwsza chrząstka u noworodka ma 2 ctm. długości, u dorosłego zaś, z prawidłową klatką piersiową, przeciętnie 4 ctm. Możemy mieć atoli przypadki, w których może ona mieć znacznie mniej, bo zaledwie nieco ponad 2 ctm. i to jedno lub obustronnie. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z otworem górnym nieumiarowym. Wskutek krótkości pierwszych chrząstek cały otwór jest we wzroście prawidłowym powstrzymany. Ponieważ ten otwór górny stanowi ramę, do której w znacznej części rozmieszczeniem swem stosują się łopatki, obojczyki i inne części górnej klatki piersiowej, a więc przy wązkim otworze i wymienione części wzajemnie układają się tak, jak przy *habitus phthisicus*. Kręgosłup rośnie, a wraz z wydłużaniem się jego, pociągane są ku górze tylne części żebra, a wskutek tego cały otwór przybiera położenie wybitnie skośne ku dołowi, wskutek zaś krótkości pierwszych chrząstek rękojeść mostka zostaje wciągnięta ku tyłowi; stąd wymiar przednio - tylny otworu staje się bardzo mały, a otwór spłaszczony. O ile, jak wspomnieliśmy, obie chrząstki są równie krótkie lub nie, — mamy pierwotne zwężenie umiarowe lub nieumiarowe górnego otworu. Owa krótkość chrząstek może nie ograniczać się jedynie do chrząstek pierwszych, lecz możemy ją mieć w zakresie 2 lub 3 chrząstek, a wówczas odpowiednie pierścienie żebrów będą również wązkie i spłaszczone, nadając tem wybitniej charakter klatce piersiowej. W związku z ową wązkością otworu górnego pozostaje ukształtowanie się górnej części klatki piersiowej, względnie łuku barkowego, a więc owo charakterystyczne występowanie obojczyków, zwłaszcza

dośrodkowych ich końców, owe głębokie dołki nad i podobojczykowe, odstawanie łopatek i wspomniane cofnięcie całej rękkości mostka. Wobec bardzo nachylonego ku dołowi otworu, szyja w swej linii przedniej środkowej jest znacznie wydłużona.

Jakie znaczenie ma wąskość górnego otworu, spowodowana głównie krótkością pierwszych chrząstek? Odpowiedź na to, według F r e u n d a, łączy się ściśle z mechanizmem ruchów oddechowych żeber. Mianowicie owo skręcenie silne pierwszych chrząstek i podnoszenie górnego otworu i zależne od nich ruchy dalszych żeber znaczenie to nam tłumaczą.

Wskutek zbyt krótkich pierwszych chrząstek owo skręcenie w wysokim stopniu jest utrudnione, aby jednak skręcenie to doszło do skutku potrzeba większej siły mięśniowej. Zaczynają więc bardzo intensywnie pracować mięśnie przyczepiające się do pierścienia górnego, względnie do pierwszych żeber, mianowicie mięśnie, które służą do podnoszenia tego pierścienia, w pierwszym rzędzie mięśnie pochyłe, które następnie ulegają przerostowi, a drażniąc mechanicznie wskutek silnego pociągania miejsca przyczepu, prowadzą do przewlekłego stanu zapalnego ochrzęstnej, z czasem kostniejącego—*perichondritis ossificans*. Tem działaniem, zdaniem F r e u n d a, należy tłumaczyć sobie zgrubienia nierówne i wyrosłe kostne, stwierdzone na górnym brzegu pierwszych chrząstek przy wąskich otworach górnych. Z czasem wytwarza się skostnienie naokoło całej chrząstki, jakby kostna pochwa, w której tkwi sama chrząstka. Rzecz naturalna, że takie pochwo-we skostnienie zniesie już całkowicie zdolność chrząstki do jej spiralnego skręcenia się oddechowego — chrząstka pod tym względem zostaje unieruchomiona.

Niemniej zmienia się również konfiguracja zewnętrzna tej okolicy: unieruchomiona również w znacznym stopniu rękkość mostka jest nieco cofnięta ku tyłowi, a przednie części obojczyków, nie mogąc wskutek ustalenia rękkości i cofnięcia się jej poruszać, wypuklają się przez skó-



rę ku przodowi i ku górze i wchodzą w stan jakby nadwzięcia. Charakterystyczna dla suchotnika konfiguracja dolnej części klatki piersiowej występuje w całej pełni.

Wskutek unieruchomienia pierwszego pierścienia zostają w wysokim stopniu upośledzone ruchy dalszych pierścieni żebrowych, zależne, jak słyszeliśmy, w wysokim stopniu od pierścienia pierwszego. Pierścień wypukła się ku przodowi, wypuklając przed sobą dolną część rękojeści mostka, gdyż jego część górna, jak już mówiliśmy, cofnięta jest ku tyłowi. Kąt Ludwika staje się coraz wybitniejszy.

F r e u n d robił odlewy gipsowe tego rodzaju klatek i na nich wykazywał to zwężenie, jakie występuje w jamie klatki piersiowej na tle zmian opisanych. Widzimy na odlewach tych wybitne zwężenie i spłaszczenie górnej części klatki piersiowej w porównaniu z wysklepieniem klatki normalnej.

To zachowanie się górnej części klatki piersiowej, powstałe na tle wąskości górnego otworu, odbija się, zdaniem F r e u n d a, niekorzystnie na odpowiedniej górnej szczytowej części płuc. Bezpośredni następstwem jest upośledzenie wentylacji części płuc, wystającej nieco ponad górny otwór. Na tle upośledzonej ruchomości przychodzi do zaburzeń w krążeniu, do stanu przekrwienia.

„*Jener chronisch hyperämische Zustand der Lunge*“ — mówi F r e u n d — „*kann nicht allein schon an und für sich bei der schwammigen Beschaffenheit des Lungengewebes zu einer Durchschwitzung von Blutbestandteilen durch die Wände der dilatierten Gefäße führen, sondern es macht auch dieser Zustand bei allen möglicherweise treffenden Schädlichkeiten, die von ihm ergriffenen Stellen vorzugsweise zu einer Erkrankung und zwar meist entzündlicher Natur geeignet*“. Ma tu przychodzić łatwo do stanów zapalnych, nie mających dążności do wessania, przechodzących więc w stany przewlekłego bujania poszczególnych pierwocin i t. p., jak F r e u n d tłumaczy „*sowohl durch dieselbe ingeleitete parenchymatöse Schwellung und Wucherung der*

*einzelnen Gewebselemente, als auch die ausserhalb dieser letzteren gesetzten Entzündungsprodukte werden nicht Neigung zeigen wieder zu verschwinden, denn sie haben sich in einem zur Resorption ganz ungeeigneten Boden entwickelt u. s. w. Schliesslich beobachtet man als Endresultat dieser Veränderung das pathologisch anatomische und klinische Bild der chronischen von der Lungenspitze aus sich entwickelnde Phthise, eventuell bei baccillärer Infection das Bild der chronischen Lungentuberculose.“*

W związku z wązkim otworem F r e u n d a pozostaje spostrzeżenie B i r c h-H i r s c h f e l d a, który wykazał, że jedno z tylnych ramion, odchodzących od szczytowego oskrzela prawego (*bronchus subapicalis dexter*), idące ku tyłowi i ku górze szczytu, okazuje przewężenie uciskowe. Na podstawie badania licznych przypadków osób zmarłych z powodu wypadków lub innych nagłych przyczyn wykazał B i r c h-H i r s c h f e l d zupełnie świeże i początkowe zmiany gruźlicze w błonie śluzowej uciskniętego oskrzela, względnie jego gałązek; dlatego przyjmuje, że tutaj właśnie rozpoczyna się gruźlica szczytowa. Następowe badania S c h m o r l a potwierdzają spostrzeżenie B i r c h-H i r s c h f e l d a. S c h m o r l na 4000 sekeyi znalazł 42 razy początkową gruźlicę, a z tego 25 razy w miejscu podanem przez B i r c h-H i r s c h f e l d a. Nadto zauważył S c h m o r l, że w miejscu, odpowiadającym owemu zwężonemu oskrzelowi, znajduje się bródka zaznaczona na powierzchni płuca rozlanym rowkiem, przebiegającym mniej więcej na 1—2 ctm. poniżej wierzchołka szczytu, a najlepiej uwydatniająca się na tylnej powierzchni szczytu. Znajduje się ona nie u wszystkich i nie jest równie zaznaczona. Kombinując spostrzeżenie swoje z Freundowskimi, dochodzi S c h m o r l do wniosku, że bródka ta pochodzi od ucisku, wywartego przez pierwsze żebro owego wązkiego otworu. Jednym słowem na tle wązkiego otworu przychodzi do ucisku szczytu płucnego, a tem samem odpowiedniego oskrzela i jego gałązek;

miejsce uciśnięcia jest miejscem najchętniejszego usadawiania się pierwotnych zmian gruźliczych.

Anatomiczne badania *Freunda*, potem *Harta* i *Harrasa*, spostrzeżenia *Birch-Hirschfelda* i *Schmorla* potwierdza badaniami doświadczalnemi na królikach *Bacmeister* w r. 1911. Autor ten zapomocą nakładanych obręczy z drutu poniżej pierwszych żeber, a z tyłu ponad łopatkami, otrzymał ustalenie i zwężenie górnego otworu, spłaszczenie zagłębień przykręgowych (zatok parawertebralnych) i więcej skośne opadanie pierwszych żeber. Równocześnie na płucach stwierdzał bródzę, od boku i tyłu przebiegającą, analogicznie do pierścienia drutowego i nim wywołaną. Co więcej, badając mikroskopowo szczyty zauważył, analogicznie do *Birch-Hirschfelda*, ucisk oskrzeli, niedodmę odpowiednich szczytowych pęcherzyków płucnych, względnie ich zmniejszenie; zmiany największe dotyczyły bocznej i tylnej części szczytu.

### Usposobienie szczytów płucnych do procesów chorobowych.

Ucisk, wywarty na część podwierzchołkową szczytów, ma pociągać za sobą szereg zaburzeń w zakresie samego szczytu, które ułatwiają osiadanie w nich cząstek organicznych i nieorganicznych, a nadto mogą prowadzić do łatwiejszego rozwoju pewnych procesów chorobowych. W pierwszym więc rzędzie wskutek ucisku oskrzela dochodzi do nienależytego przewietrzania pęcherzyków płucnych, któreto upośledzenie potęguje zmniejszenie ruchomości, względnie pewnego stopnia unieruchomienie szczytów. Już w zwykłych warunkach, według *Riegla*, tylna część szczytu jest znacznie gorzej przewietrzana, niż część przednia. Już badania *Arnolda* zwróciły uwagę, że szczyty dla osadzenia się różnych pyłów są w normalnych warunkach najlepszą siedzibą. Przy ucisku okolic podwierzchołkowych szczytu powietrzność jego nie tylko zmniejsza się wskutek tego, że ilość dopły-

wającego powietrza się zmniejsza, lecz także, jak wykazuje K o s t e r, większe rozszerzanie się pęcherzyków poniżej ucisku położonych, działa, jak pompa ssąca, na pęcherzyki wyżej (nad uciskiem) położone, a wskutek tego szczyt staje się jeszcze mniej powietrzny. Zmiany powstałe na tle zastojów i gromadzenia się wydzieliny błony śluzowej oskrzela powiększają tylko utrudnienie przewietrzania, a z drugiej strony ułatwiają zatrzymywanie się cząstek organicznych i nieorganicznych, do nich się dostających.

Również owa zmniejszona ruchomość ma się niekorzystnie odbijać na krążeniu krwi i limfy w tkance szczytowej płuc. Naogół autorowie (O r t h, R i n d f l e i s c h, R i b b e r t, B o l l i n g e r) zwracają uwagę na niedokrewność szczytów w związku z nienależym ich poruszeniem i przewietrzaniem; niemniej i T e n d e l o c na podstawie swych dokładnych studyów podnosi również mniejsze ich ukrwienie, przypisując mu pewne znaczenie. Badania niektórych autorów nad zaopatrzeniem w krew płuc wykazują, że równomiernie rozdziela się ona we wszystkich częściach płuc; jeden tylko A u f r e c h t uważa, że szczyty są lepiej zaopatrzone w krew, niż dolne płaty. Badania doświadczalne H o f f m a n n a i L a n g e r h a n s a z wstrzykiwaniem pyłków do krwi wykazały, że rozłożenie ich w płucach jest równomierne (np. z cynobrem). Badania te jednak nie mogą przemawiać przeciw przyjęciu słabszego ukrwienia górnej części tkanki płucnej. Ta różnica w ukrwieniu chyba jeszcze silniej wystąpi, jeżeli będziemy mieli do czynienia z uciskiem części podwierzchołkowej płuc i jej unieruchomieniem. Krążenie będzie wówczas upośledzone, odżywianie szczytu nienależyte. Choćby przytoczyć doświadczenie wspomnianego B a c m e i s t r a, który wykazuje na podstawie doświadczeń, robionych na królikach ze zwężonym otworem górnym, że występuje u nich zwolnienie prądu krwi; pyłki wprowadzone do krwi mogą się tu dłużej zatrzymywać, a nawet przechodzić do naczyń chłonnych tkanki płucnej, względnie tkanki okołoskrzelowej. Równoległe ze słabszym ukrwieniem

idzie i słabszy prąd limfy w mniej ruchomych szczytach. T e n d e l o o podnosi równoległość w krążeniu limfy z ruchami oddechowymi, zwłaszcza w przykręgowych, górnych częściach obu płuc.

Ta słabsza ruchomość i przewietrzanie, to mniejsze ukrwienie i osłabienie krążenia limfy już pierwotnie czynią tkankę szczytów mniej odporną na wszelkie zakażenia, jak to zresztą podnosi szereg poważnych badaczy (B o l l i n g e r, B i r c h - H i r s c h f e l d, O r t h, B a u m g a r t e n, K o c h).

Z drugiej strony jednak, jak podnosi H a r t, istnieją pewne zarzuty przeciw uogólnianiu usposobienia szczytów płucnych, którego tak gorącym zwolennikiem jest O o r n e t. T e n d e l o o, który wprawdzie uznaje nienależyte przewietrzanie, ukrwienie i krążenie limfy w szczytach, podnosi jednak, że nienależyty dopływ tlenu do szczytów byłby raczej warunkiem niekorzystnie działającym na ich zakażenie gruźlicze u szeregu ludzi. Fakt, że pylica węglowa występuje u ludzi w szczytach, i to u znajdujących się nawet w najlepszych warunkach higienicznych, ale tylko z pewnemi charakterystycznymi znamionami w swej budowie, występowanie ognisk gruźliczych w różnych częściach płuc u ludzi młodych i będących w średnim wieku, o ile nie zachodzą jakieś osobnicze miejscowe stosunki, mogące wpływać na ich usadowienie się, a wreszcie i stosunki sprężystości klatki piersiowej, u dzieci szkolnych, u których, przy spokojnem oddychaniu górna część klatki piersiowej wykonywa najmniejsze wychylenia, a przecież szczyty u nich nie są wcale charakterystycznym miejscem usadowienia się gruźlicy—wszystkie te uwagi skłaniają również H a r t a do występowania przeciw uogólnianiu usposobienia szczytów płucnych.

Sprawa zacieśnienia, a raczej ograniczenia usposobienia szczytów do zakażenia gruźliczego sprawa ściśle musi do rozpatrzenia znaczenia wadliwej budowy klatki piersiowej, na którą już R o k i t a n s k y zwrócił szczególniejszą uwagę, dając nam szczegółowy obraz t. zw. *thorax phthisi-*

*cus*, to samo, co *paralyticus* (E n g e l) lub *asthenicus* (S t i l l e r). Wprawdzie C o r n e t, H e n l e, S c h l o s s m a n n, do pewnego stopnia i C o h n h e i m uważali, że *thorax phthisicus* nie jest sprawą pierwotną, ale następową, wywołaną gruźlicą płuc — zapatrywania tego jednak nie podzielała dawniej już, a tem więcej dziś, poważna liczba badaczy, jak O r t h, T u r b a n, K o r a n y i, S a h l i, O e s t r e i c h, d e l a C a m p, F r e u n d, H a r t i i n n i. Owa wadliwa budowa klatki piersiowej jest tylko jednym z licznych ogniw szeregu nieprawidłowości, świadczących o mniejszej wartościowości osobników nią dotkniętych. Wszak niedorozwój serca, wąskość i delikatność układu naczyniowego tętniczego są podstawą nauki B r e h m e r a. Poza szeregiem spostrzeżeń nieprawidłowości rozwojowych szkieletowych, na które zwrócili uwagę między innymi F r e u n d i M e n d e l s o h n, S t i l l e r (*costa X fluctuans*), P o l a ń s k i (w 40% zmiany pierwszego pierścienia żebrowego), znajdowano liczne nieprawidłowości rozwojowe w narządach (u nas S o k o ł o w s k i, Z i e l i ń s k i, K w i a t k o w s k i). Wracając do klatki piersiowej, należy podnieść, że jej kształt i wąskość według zdania przeważającego nie wpływa na pojemność płuc (B e n e k e, B r e h m e r), tylko na ich znacznie zmniejszoną pojemność życiową (*Vitalkapazität*; R ü h l e i S t i c k e r). O ile badania odnośnie wykazują ową zmniejszoną pojemność życiową płuc przy klatkach piersiowych astenicznych, pozostaje to w pewnym związku nie tylko z wadliwą budową samej klatki, lecz także z osłabioną siłą jej mięśni. (S t i c k e r, M o r d h o r s t i F r ä n k e l). Ta osłabiona siła mięśniowa paralitycznej klatki piersiowej odbija się niekorzystnie na jej oddychaniu żebrowym, wpływając, jak niektórzy autorowie utrzymują, na krążenie powietrza między poszczególnymi częściami płuca. I tak istnieje wzajemna wymiana oddychanego powietrza między poszczególnymi częściami płuc; wymiana ta ma się odbywać między tą częścią szczytu, który leży poza klatką piersiową i między dolnymi częściami płuc. Z powodu w wysokim stopniu upośledzonego oddychania żebrowego, oddech od-

bywa się głównie kosztem przepony, rozciągnięte pęcherzyki dolnej części płuc wsysają powietrze z pęcherzyków części szczytu umiejscowionego poza klatką, aby następnie w chwili wydechu (podniesienie przepony) powtórnie to samo powietrze wcisnąć w szczyt.

Dodać należy, że, według badań T e n d e l o o, H o f b a u e r a, H o l z k n e c h t a, już w zwykłych warunkach przy oddychaniu, szczególnie przeponowem u mężczyzn, głównie są czynne dolne części płuc, najmniej szczyty, i że dopiero przy głębokim, intensywnym oddychaniu, biorą także udział górne części płuc. H a r t sądzi, że należy w pewnej mierze przyjąć „*Wechselathmung*“ K o s t e r a, natomiast T e n d e l o o odrzuca możliwość takiej wymiany ze względu na stosunki anatomiczne szczytu, t. j. dochodzenie do niego nie jednego oskrzela, jak tego chce K o s t e r, a także i z tego powodu, że wogóle nigdy nie dochodzi do tak znacznego upóźnienia oddychania żebrowego, aby istniała możliwość tego rodzaju wymiany.

Sprawa wadliwej budowy klatki piersiowej przy przyjęciu, że *thorax phthisicus* w stosunku do gruźlicy płuc jest pierwotnym, łączy się z pytaniem, czy owa wadliwa budowa jest wrodzoną, czy też się rozwija na tle pewnych przyczyn po urodzeniu działających. I pod tym względem zapatrywania autorów nie są jednakie. O r t h jest jednym z głównych przedstawicieli tych, którzy w paralitycznej klatce piersiowej widzą wadę w ścisłym słowa znaczeniu rozwojową, wrodzoną. Za tem zapatrywaniem przemawiałby fakt stwierdzenia u odnośnych osobników, jak już wspomnieliśmy, licznych nieprawidłowości niewątpliwie wrodzonych zarówno w zakresie szkieletu, jak i narządów wewnętrznych. Zresztą stwierdzenie klatek o charakterze wybitnie paralitycznym u dzieci: chłopców i dziewcząt, świadczyłoby także, co prawda w mniejszym stopniu, za ich pochodzeniem wrodzonym. Do zwolenników tego zapatrywania należą tacy znawcy gruźlicy, jak T u r b a n, S t i l l e r i inni. Ci, którzy skłaniają się do zapatrywania, że paralityczna klatka piersiowa

nie jest wadą wrodzoną, ale rozwija się z wiekiem, tłomacząc jej powstawanie przebytemi chorobami, które pociągają za sobą nienależyty rozwój dziecka, podkopują jego odżywianie, lub wręcz działają szkodliwie na jego oddychanie, wywołując płytkie ruchy oddechowe. Te czynniki tem łatwiej mogą spowodować wytworzenie się klatki paralitycznej, ponieważ, jak to W o l f wykazuje, szkielet dziecka odznacza się w wysokim stopniu właściwością przystosowywania się do danych warunków mechanicznych. Słusznie zwracają uwagę na ten fakt F r a e n k e l i H o f b a u e r.

Jedną z głównych cech paralitycznej klatki piersiowej ma być podniesiona przez F r e u n d a wąskość górnego jej otworu.

Spostrzeżenia F r e u n d a, dotyczące krótkości pierwszych chrząstek i wąkości górnego otworu iłączenie tych spostrzeżeń w związek z gruźlicą szczytów płucnych spowodowało ukazanie się w tym czasie dwóch prac Ś w i o n t k a (r. 1877), a znacznie później (r. 1890) B r e i e r a. Badania Ś w i o n t k a dotyczyły pierwszych chrząstek, z góry jednak zaznaczyć trzeba, że badania te nie są dokładne. Odnośnie do długości chrząstek (niemierzonych) mówi: „*gewann man den Eindruck, als ob eine beträchtliche Kürze der obersten überhaupt ein zur Phtise disponierendes Moment abgäbe; indessen wurden auch auffallend kurze erste Rippenknorpel bei intucten Lungen an Personen im reiferen Lebensalter gefunden und umgekehrt lange bei der Phtise erlegenen Personen*“;—naturalnie nie jest to określenie ściśle wobec braku mierzenia ich długości. We wniosku przyznaje Ś w i o n t e k, że krótkość chrząstek może usposabiać do gruźlicy płuc, nie nważa jednak, aby wśród warunków, usposabiających do gruźlicy płuc, pochwo-we skostnienie pierwszych chrząstek miało poważniejsze znaczenie. Za zdaniem tem, według niego, przemawiają wyniki jego badań, mianowicie: 1) skostnienie pochwo-we jest procesem postępującym od 20 r. życia, a przeciwnie gruźlica z wiekiem się zmniejsza, 2) skostnienie to spotyka się



w innych sprawach płucnych, a szczególnie w raku, 3) w gruźlicy płucnej spotyka się niezmienione chrząstki i odwrotnie.

Breier w zasadzie potwierdza spostrzeżenia Freund'a. Według Jungmanna (r. 1909) nieprawidłowości w zachowaniu się pierwszych chrząstek, naogół są rzadkie i nie można im przypisywać ważniejszego znaczenia. Autor ten znalazł 7 razy skrócone chrząstki bez skostnienia, z tego w dwu przypadkach płuca były dotknięte zastojem, a w trzech była ostra postać gruźlicy płucnej; na 15 przypadków nienależytego rozwinięcia się chrząstek z następowem pochwowem skostnieniem 10 było dotkniętych gruźlicą galopującą (*phthisis florida*). Na 8 przypadków młodocianego wieku przy prawidłowo długich chrząstkach były 4 przypadki zupełnego wyleczenia, 2 zaś daleko posuniętej dążności do wyleczenia.

Hart w pracy swej o mechanicznej dyspozycji szczytów do gruźlicy na 400 badanych przypadków 11 razy stwierdził nieumiarową, a 103 razy umiarową krótkość chrząstek pierwszego żebra, a zatem na ogólną liczbę badanych przypadków w 28,5%. Na gruźlicę płuc przypadało z tego 26%, w 19,5% była gruźlica w okresie rozszerzania się. Z wszystkich przypadków postępującej gruźlicy, t. j. 125, w 64,2%, t. j. 78, mógł stwierdzić nieprawidłową, jedno lub obustronną krótkość chrząstek.

Przytoczone dane autorów potwierdzają, wprawdzie w różnym stopniu, sprawę krótkości pierwszych chrząstek żebrowych. Owej krótkości pierwszych chrząstek nie można jednak odnosić do wieku dziecięcego; jedyne go przypadku nieprawidłowej krótkości chrząstek, stwierdzonego przez Hart'a i Mendelsohn'a, nie można brać pod uwagę, gdyż jest to tylko wyjątkowy przypadek. Naogół u dzieci stwierdzenie krótkich chrząstek pierwszych jest rzeczą trudną i dlatego też badania, prowadzone w tym kierunku przez Mendelsohn'a, uważa Hart za chybione i bezcelowe. Owa krótkość chrząstek uwidacznia się dopiero w późniejszym wieku w miarę wzrostu i rozwijania się pierwszego żebra, albo też przy przed-

wczesnem ustaniu prawidłowego wzrostu. Według H a r t a ta nieprawidłowa krótkość chrząstek występuje najwybitniej w tym czasie, gdy wszystkie części ciała dochodzą w swym rozwoju do zupełnej dojrzałości, gdy wogóle już wytworzyła się między niemi harmonijna korrelacya. Owo skrócenie pierwszych chrząstek przypomina, w myśl antropologicznych uwag W i e d e r s h e i m a, zanik u człowieka 13 żebra; podobnie i pierwszy pierścień klatki piersiowej w swym rozwoju może być niejako poronionym i może przypominać do pewnego stopnia niższe gatunki zwierząt.

U człowieka jest to, zdaniem W i e d e r s h e i m a, cofanie się w rozwoju górnej części klatki piersiowej; autor ten sądzi, że takimi resztkami w rozwoju jest wspomniane żebro szyjne, że więc i górny otwór klatki piersiowej ulegnie z czasem temu samemu losowi. Jest to zapatrywanie zupełnie odmienne od zapatrywań F r e u n d a.

F r e u n d zwężony górny otwór uważa za część klatki piersiowej, która została w rozwoju swym powstrzymana (*Hemmungsbildung*). Chodziłoby, rzecz naturalna, o rozstrzygnięcie pytania, czy wążki otwór należy uważać za sprawę ściśle wrodzoną, czy też za następstwo działania pewnych czynników wewnętrznych. Krótkość pierwszych chrząstek i w pewnym związku z nią pozostający *thorax phthisicus*, zdaniem Sumity, opartem na dokładnem badaniu procesu kostnienia na granicy chrzęstno-kostnej żeber, nie zawsze jest sprawą wrodzoną, jak chce F r e u n d, lecz następstwem szybszego zakończenia wzrostu pierwszej chrzątki wskutek zmienionych warunków odżywienia.

Że pewna część wążkich otworów górnych pozostaje w związku z wrodzonym zaburzeniem rozwojowem, wskazuje na to, zdaniem H a r t a, równoczesna obecność zmian rozwojowych, świadczących o niższej wartościowości danego osobnika. Niewątpliwie w szeregu generacyi u osobników pod innym względem również dziedzicznie obciążonych, może powtarzać się i nieprawidłowy górny otwór Wskazuje

na to *F r e u n d i M e n d e l s o h n*, niemniej *H a r t* i inni. *H a r t* w badaniach swych mógł wykazać na 45 osób dziedzicznie obciążonych 34 razy, a zatem w 75.5%, krótkość chrząstek, a w następstwie ich wąskość otworu górnego. Inni autorowie, a do nich w pierwszym rzędzie należy *F r a e n k e l*, uważają ową zmianę górnej części klatki piersiowej za sprawę nietyle wrodzoną, ile raczej powstającą na tle pewnych czynników, które działały na ustrój po urodzeniu, w czasie jego rozwijania się. I tu właśnie należą ci, którzy nieprawidłowości te uważają za sprawę następową, powstałą na tle gruźlicy, między innymi pozostającą w związku ze zbliźnowaceniem w szczytach i zrostami opłucnowymi. *H a r t*, co do pierwotności krótkich pierwszych chrząstek, powołuje się na powagę *O r t h a*, a występując przeciw zapatrywaniu o wtórności wąskiego otworu górnego, odnośnie do zmiany kształtu otworu, powiada, że nie i rzeczy temu, że na kształt klatki piersiowej może czasem wpływać jej zawartość, że bierny opór rozдутых pęcherzyków płucnych może mieć przyczynowe znaczenie dla powstania beczkowatej klatki u osobnika z rozedmą płuc, że w następstwie wessania wysięków opłucnowych i długotrwałych suchych zapaleń opłucnej może powstać spłaszczenie klatki piersiowej, ale nie może sobie wyobrazić zmiany w przebiegu żeber tak, jak to spotykamy przy wązkim otworze. *H a r t* i *H a r r a s* przyjmują także i wtórne powstawanie omawianej nieprawidłowości górnego otworu, jako następstwo działania czynników niewrodzonych, na co zresztą zwracają uwagę i inni, jak *K o c h*. Mianowicie u dzieci szkolnych nienależyty sposób siedzenia, noszenie pewnych części ubrania (szelki) i t. p., może tu mieć znaczenie w związku z powstawaniem skrzywienia kręgosłupa i t. p. Odnośnie więc do powstawania nieprawidłowości w zakresie otworu górnego, należałoby przyjąć z jednej strony pochodzenie ich wrodzone, a w pewnej części i nabyte.

Zwężony otwór górny już z natury rzeczy musi pomniejszać przestrzeń, w której mieści się odpowiednia.

szczytowa część płuca. Niekorzystne warunki wywołane tem zwężeniem, stają się jeszcze gorszymi wskutek zmian wspomnianych, a występujących w zakresie pierwszych chrząstek. Owa *perichondritis*, rozwijająca się na tle silnego pociągania pierwszego pierścienia żebrowego przez mięśnie doń przyczepiające się, jako pośrednie następstwo trudnej skręcalności pierwszych zbyt krótkich chrząstek, prowadzi z czasem do pochwowatego skostnienia naokoło odnośnych chrząstek; pierścień, przedtem jeszcze nieco elastyczny, staje się zupełnie zeszywniałym i prawie unieruchomionym. Skostnienie pierwszych chrząstek może być osiowe, czyli centralne, i obwodowe, czyli pochwove. Pierwsze występuje u ludzi starszych, jako objaw starczy lub wywołany pewnemi przyczynami, jak przewlekłym zatruciem wyskokowem lub innemi schorzeniami ustrojowemi, nie ma ono jednak większego znaczenia dla ruchów spiralnych chrząstek, w przeciwieństwie do skostnienia obwodowego, pochwowego, które swem usadowieniem ten ruch ważny w wysokim stopniu musi upośledzać, a nawet znosić. Owo skostnienie pochwove chrząstek, przez *V i r c h o w a* nazwane ponadchrząstkowem (*supracartilagineae Ossification*), nie ma, zdaniem *F r e u n d a*, wspólnego ze zrostami szczytowymi opłucnowymi, jak to niektórzy przyjmowali, a postępuje ono od przodu i z góry ku tyłowi i ku dołowi. Już samo umiejscowienie i sposób postępowania owej *perichondritis ossificans* nie może potwierdzić zdania przytoczonego o wpływie procesów zapalnych opłucnej na jej powstawanie. Tak *H a r t*, jak i *F r e u n d* spostrzegali przypadki skostnienia pochwovego zupełnie wolne od zmian na opłucnej i odwrotnie.

Na owo skostnienie obwodowe, a raczej pochwove, zwracał uwagę już *M e y e r s*, uważając je jednak za skostnienie pochodzenia okostnowego, a nie ochrzęstnowego, w przeciwieństwie zatem do *F r e u n d a*, który wywodzi je z ochrzęstnej. Na tem miejscu zaznaczyć musimy, że pochwove skostnienie chrząstek nie jest wcale jedynie charakterystycznym dla chrząstek pierwszych.

Już w pracy Ś w i o n t k a spotykamy się ze zdaniem, że skostnienie pochwowe spotykamy i w innych sprawach płucnych i niepłucnych (według niego szczególnie w raku), a jest ono procesem postępującym od 20 roku życia, niezależnie np. od gruźlicy szczytowej, spotykał zaś je w dalszych chrząstkach nawet przy braku zajęcia chrząstek pierwszych i drugich.

S u m i t a w pracy, ogłoszonej w r. 1911, na podstawie dokładnego badania histologicznego, wypowiada również zdanie, że skostnienie pochwowe nie jest bynajmniej charakterystycznym dla pierwszej jedynie chrząstki. lecz że spotyka się je i w chrząstkach innych. W zakresie pierwszej chrząstki nie można go wcale uważać jedynie za następstwo działania przyczepionych doń mięśni. jak chce F r e u n d, bo spotyka się je nie tylko na brzegu górnym i przednim, lecz i na powierzchni tylnej i na dolnym brzegu. Przyjmując na podstawie swych badań, że pierwsza chrząstka obwodowo i od strony żebra i mostka (brak stawu) może kostnieć, ciągnięcie przez mięśnie, doń się przyczepiające, uważa tylko za czynnik, powodujący przekrwienie, przyspieszenie kostnienia i t. d. w zakresie pierwszej chrząstki.

Na podstawie więc tych danych trzeba by przyjąć, że skostnienia pochwowego nie należy uważać za zmianę jedynie charakterystyczną dla chrząstki pierwszej i że, o ile ono występuje w chrząstkach pierwszych krótkich, to w znacznej części jest wywołane, względnie przyspieszone, drażniącym działaniem mięśni przyczepiających się. a pozostających we wzmożonej pracy.

Inaczej, niż F r e u n d i jego zwolennicy, zapatruje się R o t h s c h i l d na znaczenie i rolę pierwszych chrząstek w akcie oddychania. Według niego, przy ruchach oddechowych, t. j. wdechu, wytwarzające się skręcenie pierwszej chrząstki łączy się z ruchem rąkojeści mostka ku przodowi. Ruch ten odbywa się koło osi poziomej, przechodzącej przez obie pierwsze chrząstki, przyczem następuje pewne kątowate poruszanie się rąkojeści względem

ciała mostka dzięki pewnego rodzaju stawowemu, jak *R o t h s c h i l d* przyjmuje, połączeniu między temi oboma częściami składowymi mostka. I temu połączeniu przypisuje on bardzo ważne znaczenie dla płuc, o czem jeszcze będziemy mówili.

Za pomocą sporządzonego przez siebie sternogoniometru mierzył *R o t h s c h i l d* zagięcia kątowate, występujące w zakresie omawianego połączenia przy ruchach oddechowych. U mężczyzn w średnim wieku ma wynosić według niego 15,85°, przy oddechu więcej o 8,20°; liczby te u kobiet są przeciętnie mniejsze o 3°. Połączenie z wiekiem ulega skostnieniu. U suchotników skostnienie to występuje wczesnie, a jako następstwo tego skostnienia, dochodzi tu nawet, według *R o t h s c h i l d a*, do tworzenia się wyrosli kostnych (*exostoses*). Z tem wczesnem skostnieniem połączenia rękoności i ciała mostka, łączą się znacznie upośledzone ruchy rękoności względem ciała, a pod względem anatomicznym znaczne spłaszczenie w odpowiednim miejscu klatki piersiowej. Ów kąt mostkowy u suchotników wskutek skostnienia jest, według pomiarów *R o t h s c h i l d a*, znacznie mniejszy, niż u ludzi wolnych od gruźlicy płuc. Występuje zatem znaczne upośledzenie ruchów w zakresie połączenia rękoności i ciała, a kątowe połączenie między niemi staje się płaskiem. To kostne połączenie, często z wyrosłami kostnymi, określa *R o t h s c h i l d* jako kąt Ludwika (*angulus Ludovici*), to też nieruchome połączenie uważa autor za moment, w wysokim stopniu usposabiający do rozwinięcia się swoich zmian gruźliczych w górnej części klatki piersiowej. Badania *R o t h s c h i l d a* potwierdziło kilku autorów francuskich, między innymi *L e n n h o f f i B i e r o t t e*: badania odnośne przeprowadzono na materiale żywym, a niewielkie różnice w otrzymanych wynikach tłumaczy *B i e r o t t e* pewnemi właściwościami rasowemi—wogóle różnym materiałem.

Podnoszenie znaczenia kąta mostkowego przy oddychaniu, a w szczególności znaczenia zmian, unieruchamia

jących go, dla konfiguracyi klatki piersiowej u suchotnika i wpływ tego unieruchomienia i tej konfiguracyi na górną część płuc, względnie na ich szczyty, nie spotkało się z uznaniem i potwierdzeniem ze strony innych badaczy. Przedewszystkiem z całą stanowczością przeciw zapatrywaniu R o t h s c h i l d a wystąpił H a r t, podnosząc w pierwszym rzędzie małą wartość badań R o t h s c h i l d a i jego zwolenników z powodu tego, iż zostały przeprowadzone na materiale klinicznym, żywym. Anatomicznie sprawy tej nie badano. Powtóre, połączenie rękkojeści i ciała mostka nie odznacza się wcale taką ruchomością, jak chce R o t h s c h i l d. Te części mostka są połączone ze sobą za pomocą zbitej włóknistej chrząstki, która pozwala na bardzo nieznaczną chyba ruchomość. Wyjątkowo według G e g e n b a u e r a, L u s c h k i, H y r t l a i i. spotyka się tu jamkę stawową, i to głównie w wieku późniejszym. H a r t nie spotyka jej przed 50 r. życia. Zgodnie z R o t h s c h i l d e m spostrzegali często ruchome połączenie rękkojeści i ciała mostka B r i n t o n, S e r v i e r s, M a i s o n n e u v e i szereg innych autorów, przeważnie francuskich. Połączenie to z wiekiem ulega skostnieniu, głównie jako zjawisko starcze, a wcale niema być charakterystyczną zmianą, występującą u suchotników.

Przy oddychaniu nie można stwierdzić kątowych ruchów poszczególnych części mostka, lecz jedynie dochodzi tu do łukowatego wygięcia ku przodowi całego mostka dzięki jego sprężystości, pozostającej w związku z wypychaniem mostka ku przodowi przez żebra. H a r t, uznając tę sprężystość mostka, mówi: *„Der Wert der nicht knöchern konsolidierten Verbindung zwischen Handgriff und Körper des Brustbeines scheint mir im wesentlichen in der Fähigkeit der grösseren Elastizität zu liegen, welche gerade an dieser Stelle eine Beugung des Brustbeines bei der Inspiration gestattet, bei welcher das Sternum oben gehoben, unten aber durch den Musculus triangularis und die Sternalzacken des Zwerchfells fixiert oder ganz nach unten gezogen wird“*. Według zaś badań R i e g l a wahania mostka ku

przodowi przy oddechu są naogół bardzo niewielkie, przyczem jeszcze największe wychylenie ku przodowi stwierdzał ten autor w części środkowej mostka. Występując przeciw zapatrywaniu i teorii R o t h s c h i l d a, powołuje się H a r t na badania L a n d e r e r a, przeprowadzone na zwłokach, a polegające na oznaczaniu przesuwania się żeber przy nienaruszonej opłucnej w czasie wdechu, a następnie na tych samych oznaczeniach, ale po poprzecznym przecięciu mostka. Niemniej powołuje się H a r t na badania S t e r n b e r g a, przeprowadzone na dzieciach od 4—12 r. życia, w których nie stwierdzono żadnego kąтового zaginania się mostka przy wdechu, jak to chce R o t h s c h i l d, lecz łukowate wygięcie całego mostka, przyczem największe wychylenie wypadło zgodnie z badaniem R i e g l a na środek mostka.

Odnosnie do skostnienia połączenia między rękojeścią i ciałem mostka, według R o t h s c h i l d a występującego szczególnie chętnie u osobników z gruźlicą płuca, pierwszy F r e u n d zauważył już, że u gruźliczych przeciwnie mamy pewną ruchomość w miejscu omawianego połączenia, a ruchomość tę odnosi do objęcia przez drugi pierścień żebrowy czynności unieruchomionego pierścienia pierwszego. H a r t zaprzecza zaś temu w zupełności, mówiąc: „*bei keinem der zur Sektion gelangten Phtisiker fand sich eine Verknöcherung der Handgriffkörperverbindung des Brustbeines*“. Tak samo nie znajdowali go u suchotników H a n s e m a n n i H o f f m a n n. Ostatecznie H a r t dochodzi do wniosku, sformułowanego w zdaniu: „*Die elastische in Höhe des zweiten bis dritten Rippenpaares beim Gesunden am stärksten ausgeprägte inspiratorische Beugung des Sternum ist beim Emphysematiker durch die starre Fixierung des Thorax in Inspirationsstellung, beim Phtisiker durch die infolge der Funktionshemmung des ersten Rippenringes herabgesetzte inspiratorische Bewegung des Brustkorbes, je nach dem Grade des pathologischen Zustandes vermindert*“.



Hart wprost przeciwnie do zdania Rothschilda miał znajdować u suchotników z gruźlicą płuc właśnie zwiótczenie i rozluźnienie połączenia między rękonością a ciałem mostka, nawet uderzające rozluźnienie, skoro mówi: „*wir fanden in zahlreichen Fällen von tuberkulöser Lungenphthise die Manubriumcorpusverbindung auffallend gelockert*”. Co więcej, nie widział on nigdy u mężczyzn w sile wieku skostnienia w omawianym połączeniu, jak również nigdy nie widział wyrosli kostnych (*exostosis*) w tem miejscu u osobników z gruźlicą płuc, jak to podaje Birch-Hirschfeld. Owa poprzeczna listwa w miejscu połączenia rękoności i ciała mostka gruźliczych płucnych jest tylko tarczą chrzęstną międzykostną, napiętą, napęczniałą, pokrytą mało podatną okostną.

Badania Sandoza, Kocha i innych, którzy w ostatnich czasach przeprowadzili kliniczne badania przy dokładnem uwzględnieniu anatomicznych i funkcjonalnych stosunków mostka, nie potwierdzają wszystkich punktów teorii Rothschilda.

### **Drogi zakażenia gruźlicą szczytów i znaczenie ich przy obecności wąskiego otworu górnego klatki piersiowej.**

Już wyżej przy omawianiu czynności szczytów płucnych podnieśliśmy, że, na podstawie badań i krytycznego roztrząsania, szczyty do pewnego stopnia narażone są więcej, niż inne części, na działanie czynników szkodliwych. W wyższym stopniu zdanie to należałoby zastosować do szczytów w przypadkach zwężonego górnego otworu. Uciśnięcie oskrzela Birch-Hirschfelda i brózda Schmorla, wywołująca pewnego stopnia odsznurowanie częściowe szczytu od reszty płuca, musi w pierwszym rzędzie pogorszyć warunki przewietrzania szczytu, z drugiej strony do pewnego stopnia szczyt unieruchomić i tem więcej pogorszyć to przewietrzanie. Tego

rodzaju ucisk również powinien prowadzić do zalegania wydzieliny błony śluzowej, części odsznurowanej—i stanowić z jednej strony tem większą zaporę w dostawaniu się i wydostawaniu powietrza, a z drugiej strony wydzielina nagromadzona jest bardzo dobrym środkiem do zatrzymywania dostających się z powietrzem zanieczyszczeń różnego rodzaju. W związku z nienależytem przewietrzaniem szczytów pozostaje, jak to wyżej omówiliśmy, nienależyte ukrwienie i krążenie limfy. Jedynie G e s s n e r, przeprowadzając analogię między treścią worka przepuklinowego, a szczytem przy wązkim otworze, mówi o biernem jego przekrwieniu, w przeciwieństwie do znacznej większości autorów, którzy uważają szczyty za niedokrwiste. W związku z zapatrywaniem, dotyczącem łatwiejszego powstawania gruźlicy szczytowej przy wązkim górnym otworze, pozostaje sprawa sposobu osiadania w nich prątków i wogóle drogi zakażenia szczytów. A zatem chodziłoby o odpowiedź, jaką drogą zakażenie gruźlicze szczytów dochodzi do skutku, czyli w jaki sposób prątki dostają się do tkanki szczytów, by w nich osiąść i wywołać zmiany swoiste. Szczyty same przedstawiają, według zdania wielu autorów, (pomiędzy innymi T e n d e l o o, J u n g m a n n), doskonałe miejsce dla rozwoju gruźlicy. Trzy są drogi, któremi prątek może się tu dostać: droga powietrzna, krwionośna i limfatyczna. Zwolennikiem pierwszej jest B i r c h - H i r s c h e l d w myśl swych spostrzeżeń nad tylnem oskrzelem szczytowem, w mniejszym stopniu S c h m o r l. Autor ten podaje 30 przypadków gruźlicy błony śluzowej oskrzela, wśród których w 20-tu ogniska były dość duże i leżały częściowo już około oskrzeli (*peribronchitis*) tak, że S c h m o r l stwierdził, iż gruźlica przeszła w nich z tkanki łącznej otaczającej na samo oskrzele. S c h m o r l podkreśla, że przy pierwotnej gruźlicy błony śluzowej pierwsze usadowienie prątków dotyczyło guzków chłonnych kołooskrzelowych: Zaznaczyć jednak trzeba, że uzyskanie dowodów pod postacią zmian anatomicznych, któreby za taką aerogenną gruźlicą

przemawiały, jest bardzo trudne. Materiał sekcyjny odnośny jest rzeczą czystego przypadku, a może pochodzić tylko od ludzi względnie zdrowych, którzy zwykle z innych nagłych przyczyn, np. przez samobójstwo zginęli. Podnosi to O r t h, mówiąc, że badanie patologiczno-anatomiczne zwykle dotyczy już tak daleko gruźlicą zmienionego materiału, że rzeczą niemożliwą jest na tej podstawie wykazać początek zmian gruźliczych.

Specjalnie przywiązkiem górny motwórza, ucisku oskrzela B i r c h-H i r s c h f e l d a i przy bródzie S c h m o r l a warunki do osiadania prątku gruźliczego, dostającego się tu drogą powietrzną, byłyby korzystne, jak wogóle w tych wszystkich przypadkach, w których istnieją pewne przeszkody, zwężające miejscowo oskrzele i wywołujące zastój treści wydzielanej, złuszczenie i rozpad nabłonków i t. p. Sam miałem sposobność spostrzegania w 5 przypadkach sekcyjnych w miejscu, odpowiadającym przewężeniu B i r c h-H i r s c h f e l d a, w szczycie odosobnione jedyne ognisko gruźlicze, z których trzy były ogniskami serowatemi wielkości fasoli, dwa zaś nieco większe uległy świeżemu rozpadowi. Brózdy S c h m o r l a znaleźć nie mogłem, może dlatego, że wyjmowanie płuc było połączone z takim mechanicznym ich uciskiem, że istniejąca ewentualna brózda mogła się zupełnie zatracić.

Przypadki odosobnionego ogniska gruźliczego, specjalnie w szczytach, którego powstanie najprawdopodobniej łączyło się z istniejącą przeszkodą w odosobnionym oskrzeli, opisują nieliczni autorowie. R i e b o l d podaje przypadek, w którym u mężczyzny z cukrzycą i ze zwężeniem oskrzela, prowadzącego do dolnego płata prawego, na tle pylicą węglową dotkniętych gruczołów chłonnych znajdowały się w tymże płacie po za zwężeniem liczne rozmiękające ogniska gruźlicze, podczas gdy w całym ustroju nie można było wykazać śladu gruźlicy. W przypadku B i r c h-H i r s c h f e l d a, przytoczonym przez H o f b a u e r a, znajdowało się jedyne ognisko gruźlicze oskrzelowe w tylnej części dolnego lewego płata, powstałe niewątpliwie

w drugiej połowie ciąży, jak autor przyjmuje, na tle utrudnionego oddychania wskutek ucisku przez ciężarną macicę. Przypadki, co prawda nieliczne, odosobnionych zmian gruźliczych w dolnym płacie, przy istniejącym ucisku przez powiększone i pozrastane gruczoły okołooskrzelowe, gruźliczo zmienione, miały sposobność spostrzegać kilka razy, i to u dzieci. W zestawieniu B i r c h H i r s c h f e l d a z 826 przypadków nagłych, zmarłych wskutek niespodziewanego wypadku, stwierdził autor na 32 przypadki gruźlicy początkowej 25 razy gruźlicę pierwotną oskrzela. S c h m o r l zaś na 4000 znalazł 37 razy świeżą gruźlicę oskrzela szczytowego. Zauważyć trzeba, że drogą wziewania udało się wywołać u zwierząt gruźlicę płuc o dowolnem usadowieniu zmian; doświadczenia takie między innymi robili K o c h, W e i c h s e l b a u m, C o r n e t i F l ü g g e. Dodać jednak trzeba, że aczkolwiek zwolennikom teorii aspiracyjnej, głównie C o r n e t o w i, i szkole F l ü g g e g o (t. zw. *Tropfeninfektion*), udało się otrzymać gruźlicę płuc drogą oddychania rozpylonymi prątkami—nigdy jednak nie wywołali gruźlicy szczytów. Fakt ten, że przy próbach wywołania gruźlicy aspiracyjnej nie udało się otrzymać gruźlicy szczytowej u zwierząt, tłumaczą autorowie innymi stosunkami anatomicznymi szczytowej części klatki piersiowej, mniej korzystnymi, niż u człowieka, dla osiedlenia się prątka gruźliczego i wywołania zmian swoistych.

Aby o ile możności zbliżyć się do stosunków u człowieka, nakładał B a c m e i s t e r młodym królikom obręcz z drutu poniżej pierścienia pierwszego żebra na grzbiecie ponad łopatkami i między I a II kręgiem piersiowym. Postępując w ten sposób, otrzymał unieruchomienie i zwężenie szczytowej części klatki piersiowej, zwężenie poprzeczne górnego otworu i spłaszczenie przykręgowych jego zagłębień (zatok), a nadto więcej strome opadanie pierwszych żeber (*steiler Abfall*), a na samem płucu od boku i tyłu bródzę analogiczną do bródzy S c h m o r l a. B a c m e i s t e r badał nadto mikro-

skopowo szczyty płuc odnośnych zwierząt i stwierdzał w nich ucisk odpowiednich oskrzeli, niedodmę odpowiednich większych pęcherzyków szczytowych, lub pęcherzyki zmniejszone, a zmiany te były największe na bocznej i tylnej części szczytu. Otóż drogą powietrzną (w atmosferze rozpylonych prątków) nie udało mu się mimo zwężenia górnego otworu otrzymać gruźlicy górnych płatów: *„Es ist mir in keinem Falle gelungen, auf aërogenem Wege eine Spitzentuberkulose zu erzeugen. Weder die mit dem trockenen Staub, noch die in feinsten Tröpfchen schwebende Tuberkelbacillen haben zu einer isolierten Spitzenerkrankung geführt”*.

O ile zatem spostrzeżenia u materialu ludzkim, wykazują że zakażenie szczytów drogą powietrzną może dochodzić do skutku i dawać w następstwie typową szczytową gruźlicę, o tyle doświadczenia na zwierzętach, nie dały pod tym względem wyników dodatnich, nawet wówczas, gdy inne stosunki anatomiczne u nich starano się o ile możliwości zbliżyć i upodobnić do stosunków, jakie istnieją przy zwężonym górnym otworze klatki piersiowej.

Znaczenie drogi krwionośnej w zakażeniu gruźliczem szczytów płuc podnoszą szczególnie Baumgarten, Ribbert, do pewnego stopnia także i Orth. Zwolennicy hematogennej gruźlicy szczytów za momenty, ułatwiające osadzenie się w tkance szczytów, prątków tu naniesionych, uważają pewne zwolnienie prądu, które nawet, jak Gessner utrzymuje, może dawać wprost zastój w zakresie szczytów, jak to bywa w zawartości worka przepuklinowego. Aczkolwiek niewątpliwie zwolnienie takie istnieje, a szczególnie przy zwężeniu otworu górnego, na co Hart kładzie nacisk, podnosząc szczególne ułatwienie do osadzenia się tutaj prątków, nie możnaby się jednak zgodzić z Gessnerem, aby przyjmo-

wany przez niego zastój, miał być czynnikiem, ułatwiającym rozwój zmian gruźliczych, chyba raczej przeciwnie, wiemy bowiem dobrze, że zastój w płucach wogóle jest stanem niepomyślnym dla rozwoju gruźlicy, podobnie jak w innych tkankach zastój żylny do pewnego stopnia broni je przed szeregiem zakażeń. W związku z nienależnym ukrwieniem szczytów, o czym już wyżej mówiliśmy, pozostaje nienależyte odżywianie ich tkanki, a tem samem okoliczność, która czyni ją mniej odporną, podatniejszą na rozwój zmian gruźliczych po osadzeniu się w niej prątków. Ten moment gorszego odżywiania, a tem samem mniejszej odporności szczytów, ma zresztą również znaczenie i w t. zw. aerogennej gruźlicy.

Że przy obecności ogniska gruźliczego gdzieindziej w ustroju, przy równoczesnym wązkim górnym otworze, może przyjść do następowej gruźlicy szczytowej najprawdopodobniej drogą dostania się prątków z tego ogniska do krwi, a następnie osadzenia się ich w szczycie unieruchomionym i uciśniętym, na to przytacza H a r t przykłady. Mianowicie, spostrzegał on gruźlicę szczytów przy wązkim otworze i gdzieindziej istniejącej starej gruźlicy stawów; gruźlica szczytów rozwinęła się znacznie później; i odwrotnie, w przypadkach znacznej gruźlicy stawu biodrowego, mimo znacznego wynędlnienia i skrobiawicy, płuca były zupełnie od gruźlicy wolne, ale równocześnie nie mógł wykazać wązkości otworu górnego.

Wcale ciekawe są doświadczenia B a c m e i s t r a nad zachowaniem się krążenia i osadzaniem pyłów, względnie prątków, przy równoczesnem zwężeniu górnego otworu u królików. Autor wstrzykiwał królikom jednorazowo, lub przez pewien czas zawieszinę cynobru i następnie badał mikroskopowo płuca. Otóż na podstawie tych doświadczeń przekonał się, że u królików doszło do zwężenia naczyń włoskowatych i zwolnienia prądu krwi, dalej, że cząsteczki cynobru, po wstrzykiwaniu ich przez pewien czas, zatrzymały się dłużej w naczynkach włoskowatych i stąd następnie dostawały się do naczyń chłonnych tkanki płucnej;

jednakże po pewnym czasie spostrzegał cząsteczki w tkance kołooskrzelowej i kołonaczyniowej uciśniętego szczytu. Również na podstawie doświadczeń z pyłem węglowym zauważył upośledzenie przewietrzania, obiegu krwi i limfy w części odsznurowanej, a nadto gromadzenie się pyłu w oskrzelikach, pęcherzykach, tkance kołooskrzelowej i kołonaczyniowej.

Po wstrzykiwaniu królikom również z wązkim otworem górnym prątków gruźliczych, otrzymał B a c m e i s t e r ogniska gruźlicze serowate właściwie w miejscu uciśniętego przez zebro płuca, podczas gdy w innych płatach albo nie było gruźlicy, lub też nieliczne tylko gruźelki; zmiany gruźlicze w szczycie otrzymywał nawet przy niewielkiem zwężeniu. Autor zwraca przytem uwagę, że doświadczenia, w których używa się wielu prątków nie mogą być miarodajnymi, bo wówczas powstają zmiany gruźlicze w wielu miejscach, poprostu wskutek zalewu nimi płuca. Wreszcie drogą pośrednią po wstrzyknięciu pod skórę otrzymał w szczycie, przy zwężonym otworze górnym, zmiany gruźlicze, leczkołooskrzelowe i kołonaczyniowe. Na podstawie tych badań powiada: „aus meinen Versuchen geht mit Sicherheit hervor, dass es möglich ist, beim Tiere durch Stenosierung und Fixierung der oberen Brustaperture eine der menschlichen Phtise ähnliche, isolierte Spitzenerkrankung zu erzeugen“.

Zdaje się nie ulega wątpliwości, że tego rodzaju zakażenie szczytów płucnych z ognisk dalej położonych za pośrednictwem krwi może się odbywać niejednokrotnie. R i b b e r t, który jest zasadniczym zwolennikiem teorii hematogenego zakażenia, przyjmuje, że niezniszczona część prątków, która się dostała do oskrzeli, a następnie do pęcherzyków, może następnie, nie wywołując zmian w płucu, przechodzić do gruczołów okołoskrzelowych; stąd prątki dostają się do krwi, a potem do szczytów, t. j. do pęcherzyków lub mniejszych oskrzeli, jako miejsc najmniej odpornych, aby następnie wywołać zmiany swoiste. W pierwotnem miej-

scu wstrzyknięcia prątką nie powstaje jego zdaniem gruźlica, bo wówczas jeszcze mało jest prątków. H a r t występuje przeciw podobnemu tłumaczeniu, podnosząc, dla czego by prątki, które już raz znajdowały się w pęcherzykach, nie miały wywołać zmian swoistych, lecz dopiero musiały wędrować przez gruczoły, aby znowu powrócić do pierwotnych pęcherzyków. Mała liczba prątków tak dobrze może wywołać w szczycie zmiany swoiste, jak i wielka. W k a ż d y m r a z i e, r ó w n i e ż p r z y d o s t a w a n i u s i ę p r ą t k ó w d o t k a n k i s z c z y t u d r o g ą k r w i m u s i m y w p o w s t a w a n i u g r u ż l i c y l i c z y ć s i ę i z m n i e j o d p o r n ą t k a n k ą p ł u c n ą s z c z y t u, w n a s t ę p s t w i e j e g o u n i e r u c h o m i e n i a i s ł a b e g o p r z e w i e t r z a n i a; s t ą d ł a t w i e j t u, n i ż w i n n y c h c z ę ś c i a c h p ł u c, m o g ą s i ę r o z w i n ą ć z m i a n y s w o i s t e.

Trzecią drogą dostania się prątków gruźliczych do szczytów są drogi c h ł o n n e. Wspomniane wyżej warunki utrudnionego krążenia limfy w szczycie przy zwężeniu górnego otworu, podobnie zresztą, jak się ma rzecz z krążeniem krwi, nasuwałyby myśl łatwego zakażenia właśnie tą drogą.

Jednym z głównych zwolenników teorii zakażenia szczytów drogą chłonną jest T e n d e l o o. Opierając się głównie na akcie łatwiejszego osadzania się prątków przy zwolnionym prądzie limfy, przeprowadza on analogię z usadawianiem się pyłów, które z oddychaniem powietrzem dostają się do dróg oddechowych, a zatem i tu prątki pochłonięte przez nabłonki lub ciała białe, o ile nie zostaną zabite, dostają się do naczyń jako wolne prątki ze szczelinek chłonnych; podnabłonkowe osadzanie się gruzełków w błonie śluzowej przemawia, zdaniem T e n d e l o o, za tego rodzaju osadzaniem się prątków drogą chłonną. H a r t występuje przeciwko zapatrywaniu T e n d e l o o z tych samych powodów, które skłaniają go do odrzucenia zapatrywania R i b b e r t a na powsta-



wanie gruźlicy szczytów drogą krwi. Mianowicie mówi on, dlaczegoby prątek gruźlicy, dostawszy się do oskrzela i tam osiadłszy, nie miał wywołać od razu na miejscu pierwotnego osadzenia się zmian gruźliczych, lecz dopiero po dostaniu się do dróg chłonnych miał wędrować do tkanki szczytu i tam zatrzymywać się wskutek upośledzonego prądu limfy. Prątek ten, tem łatwiej powinien od razu w szczycie, po dostaniu się do odpowiedniego jego oskrzela, spowodować rozwój zmian swoistych, że szczyt stanowi tu niejako *locus minoris resistentiae* dla różnych zmian chorobowych. Przeciwko zapatrywaniu na zakażenie szczytów drogą chłonną przy zwężonym górnym otworze nie przemawiałby fakt stosunkowo nieznacznego równoczesnego zajęcia gruźlicą gruczołów okołoskrzelowych, które u ludzi, będących poza wiekiem dziecięcym, okazują niemal z reguły mniej lub więcej posunięte zmiany pylicowe węglowe; dotyczą one także i większych pni naczyń chłonnych; zmiany te mogą niewątpliwie ułatwiać zatrzymywanie się zarazków w tkance płucnej z chwilą, gdy zarazki dostały się do choćby najdrobniejszych naczyń chłonnych.

Należy tu wspomnieć o zapatrywaniach, według których przy pierwotnem wtargnięciu prątka gruźliczego przez błony śluzowe górnych dróg oddechowych (C o r n e t, L u b a r s c h) lub innych narządów (B e h r i n g) może dojść do zakażenia szczytów płucnych. W pierwszym wypadku zakażenie ma postępować drogą gruczołów i naczyń chłonnych szyi, których gałązki pozostają w związku z siecią naczyń chłonnych górnego otworu i opłucnej, zwłaszcza przy istnieniu wybitniejszych zrostów opłucnowych,—w drugim wypadku, ze względu na obfite połączenia sieci naczyń i gruczołów chłonnych całego ustroju z bardzo obfitymi naczyniami chłonnymi okołoskrzelowymi. I t u t a j m o m e n t e m, u ł a t w i a j ą c y m z a t r z y m a n i e s i ę p r ą t k a i r o z w ó j z m i a n g r u ź l i c z y c h, b y ł o b y z j e d n e j s t r o n y n i e p r a w i d ł o w e, u t r u d n i o n e k r ą ż e n i e

limfy, nienależyte ukrwienie, a wreszcie upośledzone przewietrzanie szczytów, uciśniętych z powodu wąskiego otworu.

Na podstawie powyżej przytoczonych danych widzimy, że wązki otwór górny pozostaje w związku z gruźliczym schorzeniem szczytów u pewnych osobników, wywołując drogą ucisku i unieruchomienia tych szczytów nieprawidłowe ich przewietrzanie, krążenie krwi i limfy. W następstwie tych zaburzeń dochodzi do zmian anatomicznych i biologicznych, wskutek których tkanka szczytów, w szczególności jej komórki, staje się podatniejszą i mniej odporną na zakażenie i rozwój zmian gruźliczych.

## C Z Ę Ś Ć II.

### B a d a n i a w ł a s n e.

Stwierdzenie stosunków anatomicznych górnego otworu klatki piersiowej u ludzi z gruźlicą płuc pochodzenia szczytowego i wolnych od niej — oto cel niniejszej pracy.

T e c h n i k a b a d a n i a była następująca.

Najpierw brano zewnętrzne pomiary zwłok, mianowicie: 1) wzrost mierzono w położeniu poziomem zwłok od pięty do ciemienia dużego, 2) objętość klatki piersiowej, przeprowadzając taśmę z przodu przez mostek na wysokości żebra III-go i przez odpowiedni krąg piersiowy, 3) wymiar długości klatki piersiowej w linii pachowej przedniej. Po odpreparowaniu skóry i mięśni i po dokładnem oczyszczeniu granic chrząstek żebrowych mierzono cyrklem, używanym do pomiarów antropologicznych, ich długość, następnie po przecięciu wszystkich z wyjątkiem pierwszej, w sposób zwykle przy sekcji stosowany, wyjmowano ostrożnie cały mostek wraz z górnym otwo-

rem, przyczem o ile możności unikano silniejszego chwytania za ciało mostka, aby nie wywołać ewentualnego nadłamania jego na granicy rękojęści i ciała. Po odsłonięciu granic pierwszych chrząstek oznaczano ich długość oraz szerokość rękojęści mostka (między obu pierwszymi chrząstkami). Po zmierzeniu wymienionym cyrklem największego wymiaru poprzecznego mierzono wymiar prosty, przykładając jeden koniec cyrkla do środka przedniej powierzchni ciała pierwszego kręgu piersiowego, drugi zaś o ile możności do samego środka wcięcia jarmowego rękojęści mostka.

Za pomocą wąskiej tasiemki mierzono następnie obwód wewnętrzny otworu, przyczem oczywiście nie uwzględniano miejsca, w które wchodzi główki obojczyków celem połączenia stawowego z rękojęścią mostka. Ruchomość połączenia rękojęści i ciała mostka badano, trzymając niedaleko połączenia obie części mostka dwiema rękami. Następnie po określeniu kształtu otworu, jego zatok, kręgu piersiowego i mostka oraz kąta nachylenia otworu względem mostka, odcinano na wysokości 3-go żebra część mostka, a otwór z rękojęścią prześwietlano promieniami *R o e n t g e n a*, względnie fotografowano. Dopiero po zorientowaniu się, dzięki prześwietlaniu, badano dokładnie makroskopowo połączenie rękojęści z mostkiem. Pierwsze zaś chrząstki, o ile nie były zupełnie skostniałe, badano histologicznie, podobnie jak niektóre chrząstki dalsze.

W 50 przypadkach przeprowadzono badanie histologiczne wszystkich 6 górnych par chrząstek. Barwiono hemotoksyliną *Gagé* i eozyną, a nadto na tłuszcz Sudanem III. Zestawienie badań histologicznych załączam na końcu; omówienia ich, nie wchodzącego w ramy niniejszej pracy, obecnie nie podaję. Narazie niech ten materiał po raz pierwszy systematycznie w zakresie 6 par chrząstek u tego samego osobnika mikroskopowo zbadanych — materiał, który istotnie składał się z wielu tysięcy preparatów i wiele pracy pochłonął — służy za wyjaśnienie, jak często, w jakim wieku, w jakich w stanach chorobowych

i w jakim co do wzajemnego zajęcia chrząstek stosunku—zmiany w chrząstkach tych występują.

## Otwór górny u niegruźliczych.

### Uwagi ogólne.

K s z t a ł t otworu górnego piersiowego u człowieka, w miarę jego wzrostu i rozwijania się, ulega pewnym zmianom. U dziecka otwór górny ma cechować się stosunkowo znacznym wymiarem przednio-tylnym i pod tym względem zbliża się nieco swym kształtem do otworu zwierzęcego. W wieku późniejszym stosunek wymiaru prostego do poprzecznego zmienia się na niekorzyść pierwszego. Otwór staje się więcej spłaszczony w wymiarze prostym. Ostatecznie u dorosłego prawidłowy typ otworu odpowiada kształtowi sercowatemu, przyczem jednak ku przodowi jest on nieco przyplaszczony, wymiar zaś poprzeczny tej sercowatej sylwety jest w stosunku do prostego powiększony; jednym słowem jest to serce nieco w wymiarze prostym spłaszczone. Należy jednak zaznaczyć, że nie mamy właściwie ścisłego typu, określającego nam prawidłowy kształt otworu górnego u człowieka. Mówiąc o kształcie otworu, musimy szczególniejszą zwracać uwagę na zachowanie się tylnych jego wcięć zatokowych, leżących przy kręgosłupie, a wytworzonych przez odpowiednie wygięcie szyjki żeber. Zachowanie się owych zatok jest z tego względu godne uwagi, że w nich właśnie umieszczone są tylne części szczytów płucnych, które, jak wiemy, właśnie są, według badań B i r c h-H i r s c h f e l d a, pierwotnym miejscem wyjścia gruźlicy szczytowej. Kształt i pojemność tych zatok przy różnych kształtach otworu może przedstawiać wcale znaczną różnorodność.

Jedną z najczęstszych nieprawidłowości, spotykanych w górnym otworze jest jego nieumiarowość. A więc możemy się spotkać z nierówną wielkością obu jego połów, przyczem zasadniczo kształt obu stron może być do siebie zupełnie

podobny. Częstszą jednak nieumiarowością jest skośny przebieg linii wymiaru prostego i to na stronę prawą lub lewą. Te nieumiarowości pozostają niewątpliwie w związku wogóle z nieumiarowością jednej i drugiej połowy ciała, która, według H a s s e g o, jest tak częstą, że prawie nie spotykamy człowieka, u którego obie połowy ciała byłyby idealnie równe. Fakty te pozostają w związku z nierównomiernym po obu stronach ciała rozwojem mięśni, z niejednakowym używaniem strony prawej i lewej, np. ręki prawej. Oczywiście, że wysokie stopnie nieumiarowości będą miały swe źródło w ściśle nieprawidłowym, patologicznym zachowaniu się szkieletu, a więc przy skrzywieniach boczno-tylnych kręgosłupa szyjnego lub górnego piersiowego. Częstą przyczyną nieumiarowości otworu ma być nierówna długość pierwszych chrząstek. Ta nierówna długość jest rzeczywiście zjawiskiem częstym, różnica ta może nawet wynosić zaledwie kilka milimetrów i ma wystarczać zupełnie do pojawienia się wyraźnej nieumiarowości. Przy krótkich pierwszych chrząstkach większych różnic obustronnych nie zauważył H a r t w swoim materiale w przeciwieństwie do F r e u n d a, i to na podstawie porównawczego mierzenia: „*ich kam zu der Ansicht—mówi—dass meistens beide Knorpel verkürzt sind, der eine allerdings weniger als der andere*“. Wobec tego, że pewne zboczenia, polegające głównie na nieumiarowości, zależą tak często od czynników niemal fizjologicznych, trudno oczywiście przeprowadzić ściśle odgraniczenie między kształtem niepatologicznym i patologicznym. H a r t zalicza do otworów patologicznych te wszystkie, których kształt sercowaty poprzecznie-owalny zmienił się na owalno-podłużny (*grad-oval*) wskutek wadliwego wytworzenia się jednej lub więcej składowych części otworu.

Otwór powstaje, jak wiadomo, z pierwszego kręgu piersiowego obu pierwszych żeber, ich chrząstek i górnego brzegu rękojeści mostka. Te zatem składowe części mogą wpływać na patologiczne zachowanie się otworu. Już z góry trzeba przypuszczać, że ewentualne

nieprawidłowości w zakresie pierwszego kręgu piersiowego nie będą miały wybitniejszego wpływu na zachowanie się kształtu otworu. F r e u n d spostrzegał w przypadku nieumiarowego zwężenia górnego otworu na tle krótkich pierwszych chrząstek nieprawidłowe zachowanie się ciała pierwszego kręgu piersiowego, polegające na mniejszej jego wysokości po stronie więcej zmienionej. Tego rodzaju niewielkie różnice w wysokości ciała pierwszego po stronie jednej lub drugiej spostrzegałem w 5 przypadkach mego materiału, z czego w dwóch z niezwązonym umiarowym otworem. H a r t tego rodzaju nieprawidłowości kręgu uważa za sprawę następową, przede wszystkim przy skrzywieniach boczno—tylnych kręgosłupa i nie przypisuje mu poważniejszego znaczenia w wytwarzaniu się nieumiarowości otworu, chyba, że skrzywienie jest oczywiście wybitniejsze. Największą nieprawidłowością będzie wprost niewytworzenie się pierwszej chrząstki—stan, który, według W i e d e r s h e i m a, może być objawem procesu wstecznego cofania się na wzór 13 żebra; autor ten, wypowiadając zdanie o cofaniu się pewnych żeber i ich zanikaniu, powołuje się na spostrzeżenia innych autorów, „*dass also auch sie (pierwsze żebro) auf den Aussterbeetat gesetzt ist, beweisen die nicht allzuseltenen und sicher konstatierten Fälle einer abortiven Entwicklung derselben, wie sie durch S t u t h e r s, S o b, G r o s s e, H u n a u l d, W. G r u b e r, T u r n e r u n d L e b o u g u b e k a n n t g e w o r d e n s i n d*“. Niewątpliwie najwięcej zmiennym składnikiem budującym otwór, są pierwsze chrząstki, na które też głównie F r e u n d zwrócił uwagę i na zachowaniu się ich oparł przede wszystkim swoje wywody.

Co do wielkości otworu, to z góry zaznaczyć należy, że na ogół ma on pozostawać w pewnej zależności od wysokości danego osobnika; nie można tego jednak uważać za regułę, i jak niestosunkowo krótkie pierwsze chrząstki możemy spotykać u osobników nawet wysokich, tak samo i otwór u nich może być niestosunkowo mały. W związku z krótkością pierwszych chrząstek ma po-

zostawać kształt i oczywiście wielkość, t. j. pojemność otworu.

Również nie widzimy tu zawsze równoległości między wielkością otworu a wielkością, t. j. długością i objętością klatki piersiowej.

**K r ó t k o ś ć c h r z ą s t e k p i e r w s z y c h** wpływa, jak badania wykazują, nietylko na wielkość, lecz i na kształt otworu. Zagięcie żeber, według **F r e u n d a**, jest większe przy krótkich chrząstkach pierwszych. Otwór w wymiarze poprzecznym jest powiększony w stosunku do wymiaru prostego czyli w poprzecznym wymiarze wydłużony. **F r e u n d a** nazwał go poprzecznie wydłużonym od przodu spłaszczonym. Ten spłaszczony kształt zwężonego otworu **F r e u n d a** pociąga za sobą przedewszystkiem znaczne zmniejszenie pojemności jego w wymiarze prostym i to przedewszystkiem na przestrzeni między brzegiem rękojeści mostka a przednią ścianą ciała pierwszego kręgu piersiowego. Części boczne, objęte głównie przez część kostną żebra i część chrząstki, w wymiarze przednio-tylnym w stosunku tego wymiaru w linii środkowej nie bardzo są skrócone. Zatoki otworu przy wydłużeniu poprzecznego wymiaru są niewątpliwie mniej głębokie i tworzą łuki o większym promieniu. Jeżeli zważymy, że właśnie części boczne otworu obejmują tkwiące w nich szczyty płucne, a dalej, że na zatoki wypadają tylne części szczytów, a więc te, w których, według badań **B i r c h - H i r s c h f e l d a** i **S c h m o r l a**, ma się rozpoczynać pierwotna gruzlica szczytowa, — to zrozumiemy, że przy poprzecznie wydłużonym, wązkim otworze spłaszczonym **F r e u n d a** szczyty płuc znajdują się jeszcze w nienajgorszych warunkach co do przestrzeni, przez nie zajmowanych. I pod tym względem wyuki badań **H a r t a** różnią się od opisanych przez **F r e u n d a**.

**H a r t** w przypadkach krótkich pierwszych chrząstek spotykał przedewszystkiem zmniejszony poprzeczny wymiar otworu. Te otwory pod względem kształtu bardzo wybitnie różnią się od otworów płaskich i wązkich

**F r e u n d a.** Owo skrócenie wymiaru poprzecznego pociąga za sobą równocześnie wydłużenie wymiaru prostego. Otwór przybiera kształt zbliżony do podłużnie owalnego. W otworze wązkim **H a r t a** zatracą się sercowaty jego kształt, a to pozostaje w związku ze zmienionym przebiegiem, a raczej wygięciem części kostnej pierwszych żeber. Przebieg ten z pięknie mniej lub więcej zagiętego łuku, staje się zbliżony do linii. Żebro w miejscu przejścia w szyjkę zgina się pod kątem niemal prostym, a następnie, tworząc bardzo nieznaczne łukowate zagięcie, przechodzi w swą chrząstkę. Na ten przebieg zwraca też głównie uwagę **H a r t** skoro mówi: „*Der Schwerpunkt der ganzen Veränderung liegt meines Erachtens in diesem abnormen Verlauf der Rippen, in dieser Verschmälerung der Aperturbreite, durch welche den oberen Lungenabschnitten der Raum zu ihrer Entfaltung genommen wird*”. W związku z tem zachowaniem się części kostnych żeber pozostaje kształt i pojemność otworu. Gdy w otworze płaskim **F r e u n d a** skrócony wymiar prosty zmniejsza pojemność przede wszystkim środkowej części otworu, to w podłużnie owalnym otworze część ta stosunkowo jest bardzo pojemna; natomiast boczne części rzeczywiście w wysokim stopniu są zwężone; to zwężenie szczególnie uwydatnia się w konturach zatok otworu tego kształtu. I jeżeli się mówi o ucisku i o unieruchomieniu szczytów płucnych, to chyba głównie w tym podłużnie owalnym, wązkim otworze, opisanym przez **H a r t a**. Otwór podłużnie owalny nie musi być następstwem wyłącznie krótkości pierwszych chrząstek; **H a r t** spotykał w odnośnych przypadkach zbyt krótkie części kostne żeber, jako następstwo powstrzymania w rozwoju, być może wywołane przez zbyt pociąganie tych żeber ku przodowi już od wcześniejszego wieku przez krótkie chrząstki. Rzadszą przyczyną zwężenia i zmiany kształtu jest niezależne od chrząstki pierwotne wytworzenie się zbyt krótkiego pierwszego żebra kostnego.



Tak więc podłużnie owalny otwór, kształtem zupełnie odmienny od poprzecznie owalnego otworu *F r e u n d a*, jedno ma tylko z nim wspólnego, że posiada zbyt krótkie pierwsze chrząstki.

### Podział otworów. Typy.

Narazie nie wchodząc w sprawę stosunku kształtu otworu do grzylcy, na podstawie własnego materiału i badań nad nim przeprowadzonych, muszę uwzględnić pewne kształty górnego otworu, które sprowadzam do czterech typów. Pierwszym typem jest otwór o kształcie sercowatym, o spłaszczonym jednak na podobieństwo dziobu końcu, wytworzonym przez wcięcie rękojęści mostka, tak, że przednia jej połowa przypomina nieco linię owalu. Żebra kostne w tylnej części, przechodząc w swą szyjkę, tworzą szerokie, o dużym promieniu łukowate zatoki. Ten typ odbiega swym kształtem od otworu zwierzęcego, zarówno długością swego poprzecznego wymiaru, jak i wymiarem prostym; a nadto stosunek obu wymiarów nie przedstawia różnic wybitniejszych. W zakresie też tego typu najmniej spotykałem wybitniejszych nieumiarowości.

Drugim typem jest otwór wybitnie sercowaty. Wymiar prosty jest tu stosunkowo długi, a części kostne i chrzęstne pierwszych żeber schodzą się ze sobą więcej kątowo; żebra nie tworzą tak wyraźnego łuku, a w każdym razie o znacznie większym promieniu, niż w typie pierwszym, przednia część żebra jest więcej wyprostowana; zatoki natomiast przedstawiają łuki dość głębokie. Boczne części otworu są tu stosunkowo mniej pojemne, niż w typie pierwszym.

Trzeci typ stanowi otwór spłaszczony (poprzecznie wydłużony „*querlängliche vorn plattgedrückte Apertur*” *F r e u n d a*), a więc, gdzie wymiar prosty jest bardzo krótki w porównaniu z poprzecznym. Otwór w całości jest spłaszczony, oczywiście najwięcej w linii strzałkowej; tutaj żebra są zagięte łukowato, przyczem łuki mają promień

krótki. Zatoki natomiast są bardzo spłaszczone i płytkie, tworzą zatem łuki o promieniu dużym. Ten typ otworu najczęściej kształtem swym jest oddalony od otworu zwierzęcego. Co zaś do pojemności, to, jak to wyżej zaznaczyliśmy, spłaszczenie to najniekorzystniej odbija się na części środkowej otworu, a więc tej części, gdzie nie spotykamy szczytów płuc.

Czwartym typem jest otwór poprzecznie spłaszczony, (*längsovale Apertur* — H a r t a), przy którym, jak wyżej podnieśliśmy, wymiar prosty w porównaniu z poprzecznym, jest stosunkowo znacznie powiększony. W następstwie dużego wymiaru prostego musi tu dojść do więcej prostego, przebiegu żebra kostnego zbliżonego do linii. Zatoki są znacznie zwężone, tylko rzadko pogłębione. Tutaj niewątpliwie części boczne otworu w porównaniu z częścią środkową są znacznie mniej pojemne; ta mniejsza pojemność odnosi się w znacznym stopniu do zatok, a więc znowu do tych części otworu, które mieszczą w sobie tylne części szczytów, pierwotnych miejsc, gruzlicy szczytowej.

### Wskaźnik otworów.

Oczywiście ścisłej granicy między tymi zasadniczymi typami przeprowadzić nie można, tak samo, jak nie określa ściśle F r e u n d i H a r t, w jakich granicach wymiarowych mieści się czyto poprzecznie owalny, czy podłużnie owalny otwór. W badaniach mych starałem się, o ile możliwości, te granice w przybliżeniu wprowadzić i oznaczyć je cyfrowo. Ponieważ kształt otworu zależy głównie od dwóch wymiarów, prostego i poprzecznego, przeto sposób, uwzględniający te dwie liczby, oznaczające powyższe wymiary, może w znacznym stopniu ułatwić nam orientację kształtu badanych otworów. Sposobem tym jest obliczenie wskaźnika (*index*) uzyskanego z powyższych dwóch, lub tak, jak się to stosuje przy bada-

niach antropologicznych. O ile mi wiadomo, dotąd nikt nie posługiwał się obliczaniem wskaźnika otworów klatki piersiowej. W mych badaniach wskaźnik ten oddał mi rzeczywiście duże usługi i ułatwił w wysokim stopniu orientację w lesie liczb związanych z moim materiałem. Zaznaczyć muszę, że wskaźnik nie jest wcale wymiarem wielkości otworu, lecz jej zasadniczego kształtu.

Wielkości wskaźników dla poszczególnych wymienionych typów, według moich badań, wahają się w następujących granicach:

I	II	III	IV
sercowata przyplaszczona	poprzecznie owalna	sercowata	podłużnie owalna
45,5—52,8 najczęściej 47,0—50,0	— — 45,5 najczęściej 40,0—44,4	52,0—56,0	54,0—64,0

Z tabliczki powyższej widzimy, że wyższe wskaźniki wykazują typ III i IV, niższe I i II. Najniższe wskaźniki są charakterystyczne dla otworów poprzecznie owalnych, czyli otworów najwięcej w wymiarze prostym spłaszczonych, pośrednie miejsce zajmują otwory sercowate przyplaszczone, a więc te, które uważam za typ najczęściej spotykany i, że tak się wyrażę, normalny. Na wielkość wskaźnika wpływa głównie wymiar prosty, a więc otwory z krótkim wymiarem prostym dają nam wskaźniki małe i odwrotnie. W wyjątkowych tylko przypadkach przy typie III i IV-tym może wskaźnik być nieco mniejszy od przeciętnych wskaźników charakterystycznych dla wymienionych typów; mianowicie dotyczy to tych otworów, nielicznych zresztą, w których ciało kręgu bardzo wciska się niejako w sam otwór i skraca wskutek tego jego wymiar prosty, a więc szczególnie w tych otwo-

racz, które owo sercowate wcięcie mają bardzo silnie zaznaczone. Naogół jednak muszą podnieść, że wskaźnik bardzo dobrze oddawały nam kształt badanego otworu.

### Wzajemny stosunek liczbowy otworów czterech typów.

W całym moim materiale podział liczbowy otworów według wymienionych czterech typów przedstawiał się w sposób następujący:

	I	II	III	IV
Kształt	sercowaty spłaszczo- ny	poprzecz- nie owal- ny	sercowaty	podłużnie- owalny
umiarow.	37	13	13	9
nieumiar.	54=59,3%	27=67,5%	13=50%	23=71,8%
Razem	91=47%	40=21%	26=13,6%	32=16,8%

### Nieumiarowość otworów.

Widzimy więc, że najczęstszym typem, uważanym przeze mnie za typ niejako normalny, jest otwór spłaszczony sercowaty, najrzadziej spotykanym jest typ sercowaty. Podnieść należy tę znaczną liczbę otworów nieumiarowych, bo wynoszących przeszło połowę ogólnej liczby (61%). Stopień nieumiarowości jest bardzo różny, największa nieumiarowość była następstwem bądź to skrzywienia otworu, t. j. kształtu skośnego, przy czym wymiar prosty przebiegał skośnie, a nie wpadał w linię strzałkową ciała. Przy otworach tych mamy do czynienia z przesunięciem całego kręgu w jedną lub drugą stronę. Również wybitną nieumiarowość stwierdzałem na tle zmienionego wygięcia

jednego, rzadziej obu pierwszych żeber, t. j. przedewszystkiem ich części kostnych, polegającego na częściowym wyprostowaniu ich łuków.

W nielicznych przypadkach nieumiarowość była następstwem nieprawidłowości rozwojowych w zakresie części kostnej lub chrzęstnej danego żebra. Do takiej nieumiarowości bardzo wysokiego stopnia należy zaliczyć przypadek Nr. 81. U robotnika, lat 41, wzrostu 174 ctm., zmarłego z powodu posocznicy wyszłej z ropowicy wargi, ze starą podgojoną gruźlicą w obu szczytach, od wspólnej szerokiej chrząstki po stronie prawej następowo się rozwidlającej odchodziło pierwsze i drugie zebro. Część kostna żebra uległa wskutek tego skróceniu i przybrała przebieg mniej łukowaty w porównaniu z zębrem lewym. W następstwie tej nieprawidłowości lewa połowa otworu ma znacznie zmniejszoną pojemność, bo wynosi niemal połowę pojemności strony prawej; zatoka lewa również okazuje znacznie zmniejszoną pojemność. To powstrzymanie w prawidłowym wzroście pierwszego żebra lewego i zepchnięcie go bliżej linii strzałkowej niewątpliwie jest następstwem owego wspólnego odejścia od jednej chrząstki. Otwór w całości o wymiarach  $108 \times 71$  ctm. okazuje znaczne w wymiarze poprzecznym spłaszczenie, wskaźnik jego jest wysoki, wynosi 66.8, a typ podłużnie owalny.

Również do zmiany rozwojowej, która wywołała nieumiarowość otworu, musimy zaliczyć częściowe niewytworzenie się chrząstki w przypadku następującym:

Nr. 117. U mężczyzny lat 53, wzrostu 162 ctm., cieśli, z posocznicą pochodzenia moczowego, z zagojoną gruźlicą w szczycie lewym, stwierdzono dość znaczny brak części chrząstki lewej, zastąpiony postronkiem tkanki, dość miękkiej, włóknistej, przyczepiającej się do żebra kostnego, również znacznie cieńszego od żebra prawego (szerokość pierwszego 11 ctm., drugiego 17 ctm.). Otwór podłużnie owalny,  $101 \times 60$  ctm., wskaźnik 59.4, nieumiarowaty, po stronie niewytworzonej chrząstki pojemniejszy.

Do innego rodzaju wady rozwojowej i stąd powstałej, choć nieznacznej nieumiarowości należy zaliczyć przypadek Nr. 96. U rolnika lat 47, wzrostu 169 ctm., z nadnerczakiem nerki lewej i przerzutami, oraz stwardnieniem bliznowatym gruźliczym w szczycie prawym, znajduje się niedorozwój (*hypoplasia*) chrząstki prawej, polegający na znacznego stopnia jej ścieńczeniu; odpowiednio również jest ścieńczały przedni odcinek kostnego żebra. Chrząstka lewa jest krótka. Obie chrząstki w całości skostniałe okazują na kilka milimetrów od granicy kostnego żebra po jednym pęknięciu stawowym. Otwór nieco nieumiarowy  $102 \times 60$  ctm., wskaźnik 53,6, typ podłużnie owalny.

Nie wyliczam tu innych przykładów nieumiarowości, powstałych na tle pewnych wad rozwojowych.

Największy stosunkowo procent nieumiarowych otworów wykazuje typ IV, podłużnie owalny; w tej grupie stwierdziliśmy aż 71,8% otworów nieumiarowych! Nieumiarowość polegała tu na odbiegającym znacznie od przeciętnej normy kształcie i wygięciu żebra kostnego i chrząstki. Naogół żebra te, jak wogóle w tym typie, przybierały w części jego zatokowej przebieg zbliżony do linii prostej. Przykładem tego rodzaju nieumiarowości jest przypadek Nr. 115. U robotnika rolnego, lat 53, wzrostu 164 ctm., z zapaleniem otrzewnej na tle urazowego pęknięcia kiszki i z przyrośnięciem do klatki piersiowej płucem prawym, prawe żebro nie ma zwykłego kształtu łukowego, lecz wraz z szyjką zbliża się do linii prostej. Obie pierwsze chrząstki są w całości skostniałe, każda z nich ma po pięknie wytworzonym stawie wrzekomym. Wymiary otworów:  $111 \times 70$  mm., wskaźnik 64. Strona lewa cokolwiek pojemniejsza, typ podłużnie owalny.

Już mniejszy procent, bo 65,5%, wykazuje grupa II, t. j. otwór poprzecznie owalny. Nie spotykamy w niej wybitniejszych różnic i nieprawidłowości w kształcie zagięcia i wielkości w zakresie jednego z żeber pierwszych — więc i nieumiarowości nie są tu bardzo wybitne.

Jako przykład niezbyt wielkiej nieumiarowości, spowodowanej przesunięciem kręgu, może służyć przypadek Nr. 79. U betoniarza, lat 41, wzrostu 160 ctm., z przewlekłym zapaleniem nerek, zrostami na podstawie obu płuc, krąg pierwszy piersiowy jest przesunięty nieco na stronę prawą, wskutek czego zatoka prawa jest nieco zwężona, a strona prawa otworu mniej pojemna. Wymiar prosty okazuje skośny przebieg ku tyłowi na prawo. Wymiary otworu:  $102 \times 51$  ctm., wskaźnik 50, a chrząstki pierwsze nieco od przodu pochwowo-skostniałe. Typ sercowaty przyplaszczony, nieumiarowy.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że pewna nieumiarowość otworów może być następstwem nabytych zmian w zakresie pierwszych kostnych żeber, wskutek przebytego procesu chorobowego. Dla przykładu przytaczam przypadek zagojonego pęknięcia kostnej części żebra.

U mężczyzny lat 57, wzrostu 161 ctm., wyrobnika z rozedmą płuc i starą podgojoną gruźlicą w obu szczytach i ze zrostami opłucnowymi w tylnych częściach, znajduje się mniej więcej w odległości  $\frac{1}{4}$  od granicy chrzęstnej żebra lewego częściowo zagojone poprzeczne pęknięcie; w tym miejscu żebro jest zgrubiałe. Najbliższe pęknięcia tylny odcinek żebra jest wyraźnie zcieńczały, przeciwnie odcinek bliżej chrząstki położony jest nieco zgrubiały. Cały łuk żebra lewego jest umiarkowo wygięty w porównaniu z analogiczną częścią żebra prawego, mającą przebieg prawie linijny. Otwór podłużnie - owalny, o wymiarach  $110 \times 59$  mm., wskaźnik 53,6 nieumiarowy.

Owa różnica w przebiegu żebra prawego i lewego, mogła być następstwem przebytego złamania żebra lewego, w każdym razie nie wywołała tu wybitniejszej nieumiarowości. Prawdopodobnie i zgrubienie w przypadku Nr. 142, stwierdzone w połowie przebiegu żebra lewego, również należy odnieść do przebytego złamania; również i w tym przypadku jest widoczna zmiana w kształcie i wygięciu żebra lewego.

Do innej znowu przyczyny nieumiarowości otworu należy odnieść zmianę w następującym przypadku:

Nr. 74. U kobiety lat 40, wzrostu 150 ctm, ciężarnej w V miesiącu, żony robotnika, z rozpadową przewlekłą gruźlicą w szczycie prawym, z następową gruźlicą rozpadową krtani, stwierdzono znaczne zgrubienie przedniej połowy kostnego żebra prawego, przyczem część zgrubiała wpukła się więcej w światło otworu, wywołując wybitne jego zacieśnienie, zwłaszcza w przedniej części prawej połowy otworu. Otwór  $109 \times 57$  mm., wskaźnik 52,3, obwód światła 290 mm, typ sercowaty nieumiarowy. Na jakim tle powstało owo zgrubienie, trudno powiedzieć, najprawdopodobniej jest ono następstwem jakiegoś przebytego procesu zapalnego. Kątowate zewnętrzne zagięcie, w połowie żebra wybitnie występujące, świadczyłoby, że prawdopodobnie zgrubienie to jest następstwem procesu, który się toczył jeszcze w okresie wzrostu żebra i to wczesnym. Owo zgrubienie odbiło się bardzo wyraźnie, i to w sposób niekorzystny, na kształcie i pojemności otworu, wywołując także nieznaczne przesunięcie kręgu na stronę prawą i zwężenie zatoki prawej.

### **Nieumiarowość otworu a żebra pierwsze i kręgosłup.**

Poza nieprawidłowościami żebra na tle wrodzonym lub wskutek przebytego procesu chorobowego, które niewątpliwie mogą powodować nieumiarowość otworu, chodziło mi o stwierdzenie, czy rozwój pierwszych chrząstek i ich różna długość po obu stronach nie jest następstwem tej nieumiarowości. Otóż pod tym względem w nielicznych tylko przypadkach można było przy nieumiarowości otworów wykazać nierównomierne długości chrząstek, przyczem różnica wynosiła więcej, niż 5 mm., w niektórych zaś dochodziła nawet do 13 mm. (przypadek 43, 113 i 142). W licznych przypadkach zaledwie widocznej nieumiarowo-



ści różnice w długości chrząstek wahały się zaledwie w granicach 2—3 mm., czemu trudno przypisać jej pochodzenie.

Również zwracałem dokładną uwagę na zachowanie się kręgu piersiowego, którego nieumiarowość zauważył pierwszy raz F r e u n d, a wcale często H a r t. I tutaj nieprawidłowości w wysokości ciała kręgowego należały do nader wielkiej rzadkości. Już często można było zauważyć w przypadkach nieumiarowego otworu nieprawidłowości w linii kręgosłupa. Mam tu na myśli, oczywiście, niewielkiego stopnia jego skrzywienia.

Mojem zdaniem, opartem na własnym materiale, niewątpliwie najczęściej przyczyny nieumiarowości były następstwem zbyt krótkiego żebra po jednej stronie, lub co częściej, odbiegającego od zwykłego typu przebiegu i wygięcia kostnej części żebra, ale niezależnie od długości chrząstek pierwszych. Otwory, brane z przypadków gruźlicy, wykazywały częstsze nieumiarowości w porównaniu z otworami osobników niegruźliczych—u pierwszych procent nieumiarowych otworów wynosił 61,5, u drugich 59,1—a zatem różnica na korzyść pierwszych. Z badań moich wynika zatem: najczęstszym typem otworu jest sercowaty przyplaszczony, najrzadziej sercowaty; dwa drugie typy, t. j. poprzecznie i podłużnie owalny, zajmują miejsce pośrednie. Nieumiarowość otworów należy do zjawisk bardzo częstych, bo spotyka się ją w przeszło  $\frac{3}{5}$  ogółu przypadków, przy czem nieumiarowość poza pewnemi nieprawidłowościami rozwojowemi pozostaje najczęściej następstwem nieprawidłowego kształtu i długości żebra kostnego, rzadziej nierównej długości pierwszych chrząstek, nieumiarowości kręgu pierwszego piersiowego lub skrzywień kręgosłupa lub innych nabytych zmian w samem żebrze.

## Stosunek kształtu i pojemności otworu do wzrostu.

Czy kształt i wielkość, względnie pojemność otworu pozostaje w związku ze wzrostem danego osobnika?

Z góry można przypuścić, że pod tym względem nie będziemy mieli bezwzględnej równoległości, tak jak nie będziemy mieli równoległości wogóle między wielkością, względnie pojemnością klatki piersiowej. Poniżej zamieszczona tabelka, zawierająca przeciętne wielkości prostego i poprzecznego wymiaru otworów osobników wolnych od gruźlicy płucnej, zestawiona według ich przeciętnego wzrostu i płci, na podstawie naszego materiału, wskazuje nam na ten stosunek pojemności otworu i wzrostu.

Płeć	—145	146—150	151—155	156—160	161—165	166—170	ponad 170
Mężcz.	99×44	—	105×54	108×54	110×55	118×55	115×59
Wskaź- nik	44.4	—	51.0	50.0	50.0	45.7	51.3
Kobiet	100×49	99×55	100×54	102×52	—	—	—
Wskaź- nik	49.0	55.5	54.0	50.9	—	—	—

Z tabelki tej widzimy przede wszystkim, że w tej grupie osobników, wolnych od gruźlicy płuc, wskaźniki u mężczyzn wysokich od 150 ctm. wwyż wahają się głównie w granicach charakterystycznych dla otworów typu pierwszego, to samo odnosi się do kobiet—a więc otwory sercowate przyplaszczone, u kobiet zaś o wzroście 145—150 spotykamy już wskaźnik charakterystyczny dla typu trzeciego, a więc otwory sercowate. Osobniki o wzroście poniżej

145 ctm. już niezależnie od płci wykazują wskaźniki najniższe, graniczące z wskaźnikiem typu II-go, w każdym razie zaliczyć je można jeszcze do typu I-go, a więc do otworów sercowatych spłaszczonych. Z tabelki tej i przy uwzględnieniu bezpośrednio oglądanych otworów widzimy, że u osobników wolnych od gruźlicy płuc, począwszy od wzrostu 150 ctm., otwory nie zmieniają zasadniczo w miarę większego wzrostu danego osobnika swego kształtu sercowato poprzecznego.

Co do wielkości wymiarów, względnie pojemności badanych otworów w stosunku do wzrostu i płci danych osobników, to najlepiej przedstawi nam to niżej umieszczone zestawienie w liczbach, oznaczających długości centymetrowe.

Płeć	145	146—150	151—155	156—160	161- 165	166—170	ponad 170
Mężcz.	27.0	—	30.8	31.0	31.6	32.0	31.9
Kobiety	23.5	28.7	28.9	29.2	—	—	—

Przeciętne pojemności u mężczyzn są większe, niż u kobiet, przyczem w miarę wyższego wzrostu nieznacznie się zwiększają, różnice jednak są stosunkowo bardzo małe. W kobiecych otworach pojemność, z wyjątkiem bardzo niskich wzrostów, jest stale mniejsza, niż w mężczyznach. A pojemność tu również, acz nieznacznie, powiększa się w miarę powiększania się wzrostu osobników.

I tutaj różnice osobnicze, tak u mężczyzn, jak i kobiet, widzieliśmy nieraz bardzo nawet znaczne; przy niestosunkowo małym wzroście spotykaliśmy otwory duże i odwrotnie—są to jednak przypadki odosobnione:

Na pytanie wyżej postawione musimy odpowiedzieć, że jednak odpowiedniego powiększania się wymiarów i pojemności otworów w miarę powiększania się wzrostu tak u mężczyzn, jak i kobiet, nie mamy; różnice w przyroście wielkości otworów nie odpowiadają nieraz nawet znacznie większym różnicom we wzroście osobników, do których te otwory należą.

## **Chrząstki żebrowe i otwór górny klatki piersiowej.**

### **Stosunek pierwszych i dalszych żeber do otworu.**

Z kolei przechodzimy do sprawy stosunku pierwszych chrząstek żebrowych do otworu. Stosunek ten ma, jak wiadomo, ważne znaczenie, głównie według *F r e u n d a* i *H a r t a*, dla wielkości i kształtu otworu. Wszak krótkość pierwszych chrząstek, to bodaj najważniejszy czynnik, według *F r e u n d a*, w genezie jego otworu wąskiego.

I tutaj przy określeniu musimy się kierować oczywiście wzrostem danego osobnika i oznaczać przeciętnie długość chrząstek dla grup, obejmujących pewne wysokości; prócz tego, jak i w innych obliczeniach, musimy odsunąć chrząstki wybitnie krótsze od innych, uważając je już jako nieprawidłowości.

### **Przeciętna długość pierwszych chrząstek.**

Naturalnie oznaczanie granicy, poniżej której należy już chrząstkę uważać za nieprawidłowo krótką, jest w każdym razie postępowaniem dość dowolnym. Najwłaściwszym byłoby oczywiście określanie, czy chrząstka jest odpowiedniej długości, czy za krótka, przy uwzględnieniu

otworu, jego wielkości i kształtu. Mimo to określenie pewnej normy jest ze względu na orientację przy opracowywaniu większego materiału rzeczą konieczną. W obliczeniach moich przeciętnej długości prawidłowej chrząstek pierwszych brałem w rachubę u mężczyzn wszystkie chrząstki, począwszy od 30 mm. włącznie wzwyż, u kobiet od 29 mm. włącznie wzwyż; w postępowaniu tem kierowałem się liczbami tyczącymi się długości pierwszych chrząstek, podanymi przez *F r e u n d a* i *H a r t a*.

W tabliczce poniżej podanej umieszczam zestawienie bezwzględnej długości prawych i lewych chrząstek od 1—4 i długości cięciw chrząstek 5 i 6; odaję je razem z pierwszemi chrząstkami z jednej strony ze względu na łatwiejsze porównanie, z drugiej strony ze względu na pewne niżej umieszczone uwagi, jakie z porównania tego się nasuwają. Będzie to o tyle ciekawe, że dotąd żaden z niewielu zresztą badaczy, którzy sprawą górnego otworu się zajmowali, tego nie uwzględnił, może po części z powodu nader zmudnych, dużo czasu i wkładu pracy pochłaniających obliczeń, obejmujących prawdziwy las liczb.

Zestawienie niniejsze uwzględnia wzrost, płeć i osobno prawe i lewe chrząstki osobników wolnych od gruźlicy płuc, począwszy od 16 roku życia.

Uwzględniając wzrost od 150 ctm. wzwyż, widzimy, że u mężczyzn długość pierwszych prawych chrząstek waha się w granicach 34—36 mm., dla chrząstek lewych nieco więcej—35—37 mm. Długości te różnią się nieco od długości, podanych przez *F r e u n d a* i *H a r t a*. Pierwszy określa długość pierwszych chrząstek dla mężczyzn, przy średniej wysokości 160 ctm. na 3,8 ctm., dla kobiet, przy wysokości 150 ctm., na 3,1 ctm.; drugi, przy uwzględnieniu tych samych średnich wysokości wzrostu, przyjmuje średnią długość tych chrząstek u mężczyzn 3,6 ctm., u kobiet 3,2 ctm. Według materiału *G l i n s k i e g o*, obejmującego 50 przypadków, u osób „dorosłych” długość omawianych chrząstek wynosiła u mężczyzn przeciętnie 3,27 ctm. u kobiet 2,8 ctm. Co do *F r e u n*

**Długość chrząstek według wzrostu i płci u wolnych od gruźlicy ptu c.**

Liczba porządk. chrząstek.	Płec	— 145		146—150		151—155		156—160		161—165		166—170		ponad 170	
		Pr.	Lew.	Pr.	Lew.	Pr.	Lew.	Pr.	Lew.	Pr.	Lew.	Pr.	Lew.	Pr.	Lew.
1.	Mężczyzn	32	31	—	—	34	35	35	36	35	35	36	37	36	35
	Kobiet	29	30	30	31	33	34	34	35	35	35	—	—	—	—
2.	Mężczyzn	34	36	—	—	40	42	40	41	40	39	43	42	38	39
	Kobiet	34	34	35	38	36	37	40	39	41	47	—	—	—	—
3.	Mężczyzn	42	39	—	—	45	44	46	47	46	46	48	48	40	40
	Kobiet	40	41	46	46	40	42	45	44	40	43	—	—	—	—
4.	Mężczyzn	49	48	—	—	55	57	58	57	55	57	56	60	54	54
	Kobiet	49	50	55	54	50	49	52	53	54	51	—	—	—	—
5.	Mężczyzn	60	56	—	—	69	71	72	72	68	66	70	74	67	66
	Kobiet	62	63	65	66	63	62	62	66	76	71	—	—	—	—
6.	Mężczyzn	87	88	—	—	92	95	95	95	92	94	92	97	88	89
	Kobiet	81	81	94	96	85	86	84	89	96	90	—	—	—	—

## Długość chrząstek według wzrostu i płci w gruźlicy płuc.

Liczba porządk. chrząstki.	Płeć	— 145 cm.		146—150		151—155		155—160		161—165		166—170		ponad 170	
		Pr.	Lew.	Pr.	Lew.	Pr.	Lew.	Pr.	Lew.	Pr.	Lew.	Pr.	Lew.	Pr.	Lew.
1.	Mężczyzn	31	33	—	—	32	33	34	34	36	35	34	35	34	36
	Kobiet	23	38	29	30	31	31	34	34	33	34	—	—	—	—
2.	Mężczyzn	36	39	—	—	37	37	37	41	40	40	41	43	45	49
	Kobiet	31	32	34	37	34	34	35	36	39	39	—	—	—	—
3.	Mężczyzn	43	42	—	—	44	43	44	47	45	47	48	48	50	46
	Kobiet	39	36	40	41	40	40	40	41	47	45	—	—	—	—
4.	Mężczyzn	42	49	—	—	55	52	57	57	58	58	58	61	55	56
	Kobiet	46	48	50	51	47	51	50	51	53	57	—	—	—	—
5.	Mężczyzn	56	60	—	—	70	69	69	70	67	70	73	72	65	65
	Kobiet	62	60	62	62	60	62	68	67	66	73	—	—	—	—
6.	Mężczyzn	72	72	—	—	81	90	93	93	96	96	96	101	85	87
	Kobiet	92	82	84	86	81	81	78	79	96	99	—	—	—	—

da, to nasze liczby (wzrost 156--160 ctm., chrząstki 35 i 36 mm.) zgadzają się z podanymi przeze mnie i są natomiast cokolwiek mniejsze od podanych przez H a r t a, a znacznie wyższe, niż u G l i ś k i e g o. Dodać należy, że u mężczyzn wysokich wymiary chrząstek wcale nie okazywały wyraźnie większych długości w porównaniu z pochodzącymi od mężczyzn o wzroście 160 ctm. U kobiet o przeciętnym wzroście 146—150 ctm. długość chrząstek wynosiła 30 i 31 mm., a więc mniej więcej to samo, co przy tym samym wzroście podają pierwsidwaj autorzy (pierwszy 32, drugi zaś 31 mm). Podnieść należy, że gdy w rubryce wzrostu poniżej 150 ctm. mężczyźni mieli chrząstki pierwsze cokolwiek dłuższe niż kobiety, to w rubrykach wzrostu powyżej 155 cm. różnice te prawie giną—kobiety i mężczyźni mają tu pierwsze chrząstki prawie tej samej długości.

Co do krótkich chrząstek, to są one względnie wcale zwykłym zjawiskiem; w moim materiale stwierdziłem w 15,2% ogółu przypadków wolnych od gruźlicy chrząstki krótsze, u mężczyzn od 30 mm., u kobiet od 29 mm., przyczem o wiele częściej wydarzały się owe skrócenia po obu stronach, niż po jednej.

I tu, jako przykłady niezmiernie krótkich pierwszych chrząstek przy braku zmian gruźliczych w płucach, muszę przytoczyć następujące przypadki. Przypadek Nr. 142, w którym u kobiety lat 70, wzrostu 151 ctm., z obustronnymi zrostami, po stronie prawej na całym płucu, pierwsze chrząstki wynosiły 15 i 19 mm. Przypadek Nr. 122: mężczyzna lat 56, wzrostu 162 ctm., z mięsakiem rozrzuconym skóry (*sarcomatosis Kaposi*), z przerzutami nowotworowymi w płucach, miał pierwsze chrząstki długości po 18 mm. Jeszcze wybitniejszą krótkość w stosunku do wzrostu wykazuje przypadek Nr. 202, w którym u kobiety lat 44, wzrostu 150 ctm., z rozedmą płuc i ogólnymi zastojami, długość pierwszych chrząstek wynosiła 15 i 16 mm.; w tym też przypadku, na cały ogół badanego materiału, chrząstki wykazały najmniejszą długość.



Są to przykłady rzeczywiście bardzo krótkich chrząstek i przewyższają pod tym względem przypadki H a r t a, który jako nadzwyczajność przytacza np. mężczyznę z gruźlicą płuc, wysokiego 170 ctm., u którego chrząstki równały się każda 2,2 ctm, H a r t mówi: „*eine Länge von 2 ctm. ist für den ersten Rippenknorpel eines Erwachsenen schon als eine extrem niedrige Zahl zu bezeichnen*“ Największe skrócenie chrząstek omawianych stwierdził u mężczyzny 164 ctm. wysokiego, mianowicie długość wynosiła 1,9 ctm. I F r e u n d podaje, jako rzecz nader rzadką, obecność chrząstek nieco dłuższych od 2 ctm.

Uwzględniając odnośnie do długości chrząstek stronę ciała, możnaby tylko zaznaczyć, że przeciętnie chrząstki lewe są cokolwiek dłuższe od prawych; różnice są jednak bardzo nieznaczne i wahają się w granicach 1 milimetra, co oczywiście nie może wchodzić w rachubę i być podstawą do wyciągania jakichś wniosków.

Przy omawianiu długości chrząstek należałoby zwrócić uwagę na zachowanie się chrząstek drugich, gdyż, jak już w ogólnym rzucie oka na sprawę znaczenia górnego otworu i jego najbliższego kostnego sąsiedztwa podnieśliśmy, drugi pierścień żebrowy ma tu w pewnych przypadkach obejmować czynność pierścienia pierwszego, a powtóre, że i długość tych chrząstek ma tu mieć, według H a r t a i H a r r a s a, znaczenie w konfiguracji klatki piersiowej w gruźlicy. Otóż i według naszych obliczeń, u mężczyzn chrząstki drugie są przeciętnie o 5 mm. dłuższe od pierwszych; u kobiet, których wzrost dochodzi do 155 cm., różnica ta jest nieco mniejsza, natomiast powyżej 155 ctm. różnice te są znacznie większe, tak że chrząstki te równają się, a nawet przy wzroście, jak na kobietę wysokim, przewyższają liczby długości chrząstek mężczyzn.

Co do chrząstek trzecich i czwartych, to długość trzecich u mężczyzn o wysokości, począwszy od 151 ctm. wzwyż, wzrasta przeciętnie również o 5 mm., czwartych przeciętnie o 10 mm. Tę samą prawidłowość we wzroście długości chrząstek widzimy u kobiet, ale przyrost ten jest

cokolwiek mniejszy i dotyczy kobiet średniego wzrostu (151—160 ctm.).

W końcu pozostają nam cięciwy chrząstek piątych i szóstych; tutaj widzimy pewną oczywiście nieściśłą regularność w różnicy długości chrząstek czwartych i cięciw piątych.

U mężczyzn więc, począwszy od 151 ctm. wysokości, różnica długości czwartej chrząstki i cięciwy piątej mniej więcej wynosi 15 mm., między cięciwą piątej i szóstą chrząstki waha się koło liczby 20 mm. U kobiet zaś wysokości 151—160 mm. różnica dla czwartej i cięciwy piątej waha się koło 13 mm, dla cięciwy piątej i szóstą wynosi stale więcej, niż 20 mm. Dłuższe u kobiet, w porównaniu z mężczyznami, cięciwy szóstych chrząstek świadczą o więcej stromym przebiegu szóstych chrząstek u kobiet.

Wogóle z pomiarów naszych wynika, że tak u mężczyzny, jak i u kobiet wolnych od gruźlicy płuc (szczytowej), chrząstki wcale systematycznie wzrastają na długość w miarę posuwania się ku dołowi, a zdanie to odnosi się do osobników o wzroście od 145 ctm. wzwyż. U osobników o wzroście, wynoszącym mniej, niż 145 ctm., już tej prawidłowości nie widzimy, różnice u nich są większe i nie tak systematyczne. Na podstawie powyższych danych widzimy, że u mężczyzn wolnych od gruźlicy płucnej, o wzroście ponad 150 ctm., długość pierwszych chrząstek waha się w granicach 34—36 mm. u kobiet 30—31 mm. Od tej normy mogą być zboczenia bardzo znaczne, bo nawet długości, dochodzące 15 mm. Z reguły różnice między chrząstką prawą i lewą są bardzo nieznaczne, wyjątkowo mogą się różnić nawet więcej, niż o  $\frac{1}{3}$ . Długości pierwszych chrząstek u osobników o wzroście ponad 150 ctm. w nieznacznym tylko stopniu zależą od wzrostów wyższych, a w każdym

razie nie widzimy pod tym względem równoległości. Chrząstki drugie są przeciętnie o 5 mm. dłuższe od pierwszych, chrząstki dalsze, tak u mężczyzn, jak i u kobiet, u osobników ze wzrostem ponad 145 ctm., wykazują dość systematyczny wzrostowych długości, względnie cięciw chrząstek piątych i szóstych.

## **Otwór górny u osobników z gruźlicą płuc pochodzenia szczytowego.**

### **Kształt otworu w gruźlicy płuc.**

Z kolei rzeczy nasuwa się pytanie, czy wogóle można przyjąć związek patogenetyczny między kształtem i wielkością otworu a gruźlicą płucną pochodzenia szczytowego. W pierwszym więc rzędzie należy zwrócić uwagę na stosunek kształtu otworu do gruźlicy płucnej. Jeżeli uwzględnimy topograficzne stosunki rozmieszczenia narządów, objętych górnym otworem, to widzimy, że dla szczytów mają znaczenie boczne i tylne części omawianego otworu klatki piersiowej, tu więc występujące zmiany w kształcie, względnie pojemności, mogą się odbić niekorzystnie na ruchomości i związanych z nią stosunkach fizjologicznych szczytów płucnych.

Tylna więc część otworu, czyli nazwane przez nas zatoki otworu, miałyby tutaj najważniejsze znaczenie. Zatok te, jak to pięknie widzimy na rentgenogramach, mogą przedstawiać różne kształty; zasadniczo tworzą one łuki. Łuki te jednak mogą mieć promienie o najrozmaitszej długości; możemy tu mieć łuki o promieniach bardzo dużych, a więc będą to zatoki bardzo szerokie i płaskie. Tego rodzaju zatoki najczęściej, jak to już wyżej wspomniałem, spotyka się w otworach sercowatych, a także poprzecznie

owalnych. Zatoki otworów typu IV, a więc podłużnie owalne, mają przeciwnie zatoki o promieniu małym, przedstawiając się jako wąskie, mniej lub więcej głębokie, bardzo często nieumiarowe, łukowate wgłębienia. Zatoki otworów sercowatych przyplaszczonych, typu najczęściej spotykanego, zajmują miejsce pośrednie.

W związku z kształtem zatok pozostaje oczywiście znany nam już kształt całych bocznych części otworów. Z kształtu tego widzimy, że niewątpliwie najkorzystniejsze warunki umieszczenia szczytów spotykamy w typie I i III. W otworze typu II, t. j. poprzecznie owalnego, a więc typie *F r e u n d a*, warunki umieszczenia szczytów płucnych są już gorsze, gdyż z powodu spłaszczenia wymiaru przednio-tylnego szczyt płuc musi być cokolwiek spłaszczony, jednak spłaszczenie to odbija się na całym szczycie, nie specjalnie jednak na tylnej jego części, tej, która, według badań *B i r c h - I I i r s c h f e l d a* i *S c h m o r l a*, jest miejscem początkowego usadowienia się pierwotnych zmian gruźliczych. Natomiast najniekorzystniejsze warunki umieszczenia będą miały szczyty w otworach podłużnie-owalnych; tutaj zatoki wskutek skrócenia wymiaru poprzecznego, względnie przyplaszczania otworu w wymiarze poprzecznym, ulegają również zwężeniu. Ten typ otworu, na który szczególniejszą uwagę zwrócił *H a r t*, a nie typ *F r e u n d a*, logicznie sądząc, byłby najwięcej usposabiającym do rozwinięcia się gruźlicy szczytowej płuc. Otwór podłużnie-owalny ze swemi węższymi, w porównaniu do innych, zatokami w częściach bocznych, jak to słusznie *H a r t* podnosi, jest znacznie mniej pojemny, niż typy inne. Wprawdzie na pozór otwór omawianego typu może być nawet dość duży, w rzeczywistości część, mieszcząca w sobie szczyty, jest mało pojemna, natomiast pojemniejszą jest środkowa część otworu, a więc nie mieszcząca w sobie szczytów płucnych. Pod tym względem zachodzi znaczna różnica między typem podłużnie, a poprzecznie owalnym.

Chcąc się przekonać, o ile te wnioski, niejako

teoretyczne, potwierdzają liczby, zestawilem w odsetkach cztery przyjęte prze zemnie typy otworów, wziętych od osobników, dotkniętych gruźlicą płucną, według obrazu anatomicznego, pochodzenia szczytowego.

Porównawcza tabelka częstości kształtów otworów w gruźlicy płuc i bez niej.

Typy otworów	I sercow. przyplaszcz.	II poprz. owalny	III sercowaty	IV podł. owalny
Z gruźlicą	4 <sup>4</sup> ,50%	20,40%	13,80%	17,60%
Bez gruźlicy	480%	21,50%	13,70%	16,70%
Różnica	1,50%	1,10%	0,10%	0,90%

I w gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego najczęściej zatem spotykamy się z otworami, według nas, normalnymi, najrzadziej z sercowatymi, podobnie jak i w przypadkach, w których płuca były wolne od zmian gruźliczych. Ciekawie przedstawia się porównanie obu grup przypadków w tabelce uwzględnionych. Przyjąwszy ogólne nie wiele różniące się od siebie liczby 88 i 102, widzimy, że liczby te niemal się pokrywają, a w każdym razie nie przekraczają 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>0%. Najmniejszą różnicę widzimy w typie III; tutaj z otworami sercowatymi spotykamy się równie często u osobników z gruźlicą i bez gruźlicy płuc; różnice w typie II i IV wynoszą w przybliżeniu 10%.

Musimy jednak podnieść, że zestawienia te obejmują przypadki z dowolnymi co do wielkości swej i długości pierwszych chrząstek otworami, a zatem nie są zestawieniem t. zw. otworów wązkich. Tego rodzaju liczbowych zestawień, o ile mi z dostępnego piśmiennictwa wiadomo, nie podaje żaden z autorów. Powyższe świadczyłoby bar-

dzo wymownie o tem, że kształt otworów i różnice, czasem nawet bardzo znaczne między nimi, nie są bezwzględnym czynnikiem, usposabiającym do szczytowej gruźlicy płuc.

### Krótkie pierwsze chrząstki w gruźlicy płuc.

Wobec tego, że przy dowolnie dużych otworach kształt ich nie pozostawał w ściślejszym związku z częstością gruźlicy płucnej pochodzenia szczytowego, postanowiliśmy, w myśl teorii F r e u n d a, przekonać się o wpływie krótkości pierwszych chrząstek na częstość gruźlicy płucnej, nie biorąc w rachubę wielkości, względnie pojemności całego otworu.

Przy omawianiu długości chrząstek, przyjęliśmy jako najniższą granicę ich długości nieprawidłowej, u kobiet długość 29 mm., u mężczyzn 30 mm., naturalnie przy uwzględnieniu wszystkich stosunkowych innych wymiarów wielkości, jak np. wzrostu. Otóż okazuje się, że na ogólną liczbę przypadków z krótkimi chrząstkami, po wyłączeniu oczywiście dzieci, w 35% mogliśmy stwierdzić gruźlicę płuc pochodzenia szczytowego, znajdującą się w okresie postępu lub zagojenia; a zatem jest owa krótkość względnie częstym zjawiskiem i zdaje mi się, że z tą krótkością w patogenezie gruźlicy szczytowej liczyć się należy; inna rzecz, czy wpływa ona w tym stopniu, jak chce F r e u n d, na wązkość górnego otworu. Nie przypisują jej bezwzględnego znaczenia i inni. Tak np. Ś w i o n t e k powiada: „im Ganzen gewann man den Eindruck, als ob eine beträchtliche Kürze der ersten Rippenknorpel und geringe Entwicklung der obersten überhaupt ein zur Phtise disponirendes Moment abgäbe, indessen wurden auch auffalend kurze erste Rippenknorpel bei intakten Lungen von Personen im reifen Lebensalter gefunden, und umgekehrt lange bei der Phtise erlegenen Personen“. Owszem autor ten w przypadkach gruźlicy płuc znajdował także nadmiernie długie pierwsze chrząstki.

Jako przykład znacznego obustronnego skrócenia pierwszych chrząstek w gruźlicy płuc, może nam posłużyć przypadek Nr. 70, w którym, pomimo wytworzenia się pięknych obustronnych stawów, chrząstki jeszcze były bardzo krótkie. Dotyczył on kobiety 63-letniej, wzrostu 142 ctm., żony robotnika, zmarłej z powodu zapalenia otrzewnej, a u której przy chrząstkach długości 22 i 24 mm. znajdowała się w szczycie zagojona gruźlica.

Czy jednak ta krótkość chrząstek wpływa na kształt otworu i na jego wielkość, względnie pojemność? Czy zatem, mając krótkie chrząstki, możemy powiedzieć, że i dany otwór jest wązki? Są to pytania, które dla teorii F r e u n d a tak zasadnicze mają znaczenie.

Otóż co do kształtu, to porównawcze zestawienia naszego materiału wykazują, że przy krótkości pierwszych chrząstek nieco częściej spotykamy się z otworem poprzecznie-owalnym, a zatem typem F r e u n d a, w mniejszym stopniu z otworem podłużnie owalnym (Nr. 59, 142), najrzadziej z otworem sercowatym.

Pewien zatem związek, acz nie bezwzględny, istnieje między krótkością chrząstek a kształtem otworu (typ II i IV). Ponieważ jednak wyżej przyszlismy do przekonania, że przy zwykłych wielkościach otworów w gruźlicy płucnej pochodzenia szczytowego nie spotykamy pewnych określonych jej kształtów, przeto nasuwa się przypuszczenie, że przy tych otworach w stosunku do gruźlicy może mieć znaczenie ich pojemność.

Jednym słowem, chodziłoby o to, czy krótkość chrząstki pociąga za sobą zmniejszenie pojemności danego otworu; owo zwężenie bowiem może mieć (jak F r e u n d podnosi) znaczenie patogenetyczne. Oczywiście musimy w omawianiu tego pytania brać pod uwagę wzrost danego osobnika, gdyż krótkie chrząstki i równocześnie mały otwór u osobnika bardzo niskiego mogą być naturalnym następstwem stosunku do jego wzrostu, lub wogóle słabego rozwoju kośćca. Przy uwzględnianiu więc różnego wzrostu, widzimy w naszym materiale szereg przypadków,

gdzie rzeczywiście przy krótkości chrząstek otwór był wązki. Nr. 59, kobieta lat 35, wzrost 149 ctm., chrząstki 21 i 21 mm., obw. otworu 275 mm. Nr. 63, mężczyzna, lat 37, wzrostu 165 ctm., chrząstki 31 i 28, obw. otworu 285 mm. Nr. 37, kobieta lat 28, wzrostu 152 ctm., chrząstki 26 i 30, obwód otworu 260 mm. Mała pojemność otworu przy krótkich chrząstkach nie jest jednak ani regułą, ani nawet korrelacją, przeciętnie spotykaną. Można bowiem, jak materiał nasz wykazuje, wcale nierzadko przy krótkich chrząstkach stwierdzić pojemny otwór, że przytoczę tu przypadek Nr. 112, w którym u mężczyzny 52-letniego, wzrostu 156 ctm, przy długości chrząstek 28 i 24 mm. obwód otworu wynosił 326 mm. Nr. 83, kobieta lat 42, wzrostu 142 ctm., chrząstki 27 i 24 mm., obwód otworu 334 mm.

Wreszcie wiemy, że możemy mieć nawet długie chrząstki, a mimo to pojemność otworu jest niewielka. Te wszystkie dane i uwagi wskazują na to, że wielkość otworu wcale nie jest zależna ściśle od d ł u g o ś c i p i e r w s z y c h c h r z ą s t e k.

### **Długość żebra pierwszego w gruźlicy płuc.**

I tu musimy na podstawie tych dedukcyi i własnego materiału potwierdzić spostrzeżenie H a r t a i H a r r a s a, że na wielkość otworu ma często wpływ d ł u g o ś ć ż e b r a, że rzeczywiście przy małych otworach z chrząstkami normalnej długości, a nawet stosunkowo bardzo długich, gdzie zatem nie one są powodem małej pojemności danego otworu, niejednokrotnie stwierdzamy niestosunkowo krótkie żebra kostne.

Jeżeli porównamy przeciętne długości pierwszych chrząstek, uzyskane z wszystkich przypadków gruźlicy płucnej, z przeciętnymi długościami przypadków wolnych od gruźlicy płuc, to, jak niżej umieszczone zestawienie nam wykazuje, w gruźlicy u osobników aż do wzrostu 160 ctm. są przeważnie bardzo nieznacznie krótsze.

Podobnie bardzo nieznaczne różnice widzimy w wy-  
Pam. Tow. Lek. T. CX. Z. I.



miarach otworów osobników wolnych od gruźlicy płuc i z gruźlicą pochodzenia szczytowego.

Wzrost	Otwory u niegruźliczych.		Otwory u gruźliczych.	
	150—155	155—160	150—155	155—160
<b>Mężczyźni</b>	150×54 Ind.=51,0	103×54 Ind.=50,0	100×51 Ind.=51	103×35 Ind.=53,3
<b>Kobiety</b>	100×54 Ind.=51,0	102×52 Ind.=50,9	103×51 Ind.=49,5	108×52 Ind.=48,1

W zestawieniu, niżej umieszczonem, podałem tylko osobników z wzrostem 150—160 cm., gdyż poniżej i powyżej tego wzrostu liczba mężczyzn i kobiet w mym materiale okazuje znaczniejsze między sobą różnice.

Oczywiście wielkość wymiaru prostego i poprzecznego nie może bezwzględnie wskazywać na pojemność (obwód) danego otworu, a to z tego względu, że otwory jak już wyżej wykazaliśmy, bardzo często okazują nieumiarowości, które mogą wpływać nawet przy tych samych wymiarach dwóch otworów na inne ich obwody.

Z tych względów umieszczam poniżej porównawcze tabelki pojemności otworów osobników wolnych od gruźlicy płuc i z jej zmianami pochodzenia szczytowego.

Wzrost.	Otwór u niegruźliczych.		Otwór u gruźliczych.	
	150—155	155—160	150—155	155—160
<b>Mężczyźni</b>	30,8	31,0	28,5	30,7
<b>Kobiety</b>	28,9	30,5	28,0	30,0

Również i z tego porównawczego zestawienia wynika, że otwory, pochodzące od osobników z gruźlicą, są cokolwiek mniej pojemne.

A więc przy uwzględnieniu wymiarów, i pojemności widzimy, że otwory osobników z gruźlicą płuc pochodzenia szczytowego są przeciętnie nieznacznie mniejsze.

Jednym słowem, opierając się jedynie na naszym materiale, widzimy, że u ludzi z gruźlicą płuc pochodzenia szczytowego otwory mogą mieć kształt każdego z czterech typów; jedynie w przypadkach otworów mniej pojemnych nieco częściej spotyka się poprzecznie owalne, mniej często podłużnie owalne.

Otwory osobników pierwszych są przeciętnie mniejsze, przyczem mniejsza ich pojemność bynajmniej nie jest następstwem tylko nadmiernej krótkości chrząstek, spotykanej zresztą niejednokrotnie i u ludzi wolnych od gruźlicy płuc, lecz, w myśl badań Harta, także zbyt krótkich żeber kostnych. W przeszło 50% otwory w gruźlicy płuc okazują nieumiarowość.

(D. n.)

CZYNNOŚCI  
**Towarzystwa Lekarskiego**  
WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY.

Rok 1913.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2 grudnia 1913 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 68, gości 3.

T r e ś ć: 1). *L. Bondy*. Przedstawienie dziewczynki 7-mioletniej, dotkniętej obrzękiem śluzowatym (*myxoedema*).  
2). *A. Landau*. O wrzodzie okrągłym żołądka i gastroenterostomii.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: *Skabowskiego*, *Szczawińską* i *Temkinównę*.

III. Prezes zawiadomił, że podania na kandydatów na członków T. L. W. złożyli: *Sędziuk Kazimierz*, *Karoli Aleksander*, *Rottermund Stefan*, *Kaczyński Kazimierz*, *Schoenaich Władysław*, *Reklewski Witold*, *Wagner Kazimierz*.

IV. Prezes odczytał podziękowanie kol. *Mikołaja Reichmana* Towarzystwu Lekarskiemu Warsz. za udział w obchodzie jego 40-lecia pracy lekarskiej.

V. Serkowski zawiadomił listownie, że z powodu choroby nie może przedstawić zapowiedzianych okazów.

VI. Prezes zawiadomił, że umieszczone na porządku dziennym „Głosowanie nad zmianą regulaminu w sprawie posiedzeń specjalistów” nie może się odbyć z powodu braku dostatecznej na posiedzeniu liczby członków.

VII. Prezes zawiadomił o złożeniu przez niego w imieniu T. L. W. wyrazów czci i uznania dla p. Curie—Skłodowskiej (na uczenie, wydanej dla Niej), a to ze względu na wielkie zasługi, jakie przez odkrycie ciał promieniotwórczych dla nauki wogóle, a zwłaszcza dla medycyny położyła. W przemówieniu swem P. zaznaczył, że na polu badań biologicznych należy się Jej zaszczytne miejsce obok Jędrzeja Śniadeckiego, twórcy „Teorii jestestw organicznych”, i Marcelego Nenckiego. Na tejże uczcie Sekretarz Stały Tow. Lek. przemawiał w imieniu Lekarzy Warszawskich, przedstawivszy rys historyczny wpływu nowoczesnych badań w dziedzinie nauk biologicznych na postępy w medycynie i zasługi pani Curie w tym względzie.

VIII. Neugebauer złożył dla Biblioteki T. L. W. zeszyt „Proceedings of the Royal Society of Medicine” i dwa zeszyty „Gynaekol. Rundschau”.

IX. Prezes J. Pawiński wypowiedział następujące słowa: „Dwa jubileusze członków Towarzystwa Lekarskiego: Mikołaja Reichmana i Sekretarza Stałego Alfreda Sokołowskiego, na których miałem zaszczyt przemawiać w imieniu naszego Towarzystwa, nasunęły mi myśl zbadania zasad, jakimi się rządzi ono przy udzielaniu godności członków honorowych. Główna zasada zawarta jest w paragrafie 10-ym i 54-ym Ustawy. „Członkami honorowymi są lekarze krajowi i zagraniczni, którym Towarzystwo tytuł ten jako zaszczyt udziela (§ 10). „Członkiem honorowym może być każdy lekarz, wysokiem stanowiskiem lub znakomitą zasługą odznaczający się (§ 54)”. Po przejrzeniu listy członków honorowych od czasu istnienia Towarzystwa, t. j. od r. 1820 do r. 1913, t. j. przez lat 93, okazało się, iż było ich 84; z tych żyjących 14. Według spisu, sporządzonego przez członka i Bibliotekarza T. Lek. W. ś. p. Stanisława Kościńskiego (Wykaz rzeczy zawartych w 72 Tomach Pamiętnika Tow. Lekarskiego Warszawskiego z lat 1837 — 1876, Warszawa 1877) na czas od 6 grudnia 1820 r. po 1 kwietnia 1877 r. wypada 37. Pierwszym był Agafonow Jan—pomocnik Głównego czyli General-sztab Doktora armii czynnej Rosyjskiej, członek Rady Lekarskiej (według informacji udzielonej mi łaskawie przez obecnego naszego Sekretarza kancelaryi p. Jankowskiego). Od r. 1877 do grudnia 1913 r. było 47 członków. Wogóle na członków To-

warzystwa tak czynnych, jak i korespondentów (poprzednio zwanych związkowymi) przypada 47, a na lekarzy poza Towarzystwem będących 37. Co się tyczy wieku, to tych, którzy ukończyli 50 lat zawodu lekarskiego, było — członków Towarzystwa 27, zatem więcej, niż połowa. Pięciu miało za sobą 40—46 lat pracy lekarskiej, jeden zaś tylko otrzymał godność członka honorowego po 15 latach zawodu lekarskiego (obecnie żyjący Józef Bieliński) na skutek zasług naukowych. Drugą kategorię stanowią profesoro wie, którym Towarzystwo przyznawało tytuł członka honorowego wcześniej, zwykle po 25 latach. Jeden tylko, a mianowicie Wylie Jakób po 50 latach. Naliczyłem ich 15. (Jeden z nich nie profesor, lecz wyższy dostojnik lekarski: Kochański, były Inspektor Główny Służby zdrowia w Królestwie Polskim). Co do członków honorowych, nie będących członkami Towarzystwa, to było ich 37. Z tych, którzy przekroczyli 50 lat zawodu lekarskiego, było 13, czyli nieco więcej niż trzecia część. Reszta należała przeważnie do kategorii profesorów i to zagranicznych i do lekarzy, zajmujących wysokie stanowiska urzędowe, np. Cycurin, Pelikan. Jeśli policzyć członków z kwalifikacją 50 lat, należących do Towarzystwa i po za Towarzystwem będących, to otrzymamy liczbę 40. Skoro zaś włączymy do tej kategorii i 4 członków z latami 40 — 46, to dojdziemy do liczby 44, to znaczy że większość wszystkich członków honorowych (84) posiadała za sobą 40—50 lat zawodu lekarskiego. Otóż jestem zdania, że należałoby w przyszłości termin 50-letniego wykonywania zawodu lekarskiego nie uważać za główną kwalifikację do godności członka honorowego, a brać przedewszystkiem pod uwagę zasługi naukowe wogóle, jak również zasługi, oddawane naszemu Towarzystwu, a to z następujących względów:

1) że życie ludzkie szybko ubiega — *Ars est longa, vita brevis* — termin 50-letni jest za długi, zwłaszcza że Parki nie tylko nie są względniejsze dla uczniów Eskulapa, aniżeli dla innych, lecz przeciwnie nawet są surowsze i krótką przedą dla nich nic żywota, częściej ją niespodziewanie przecinają;

2) że uprzywilejowana dawniej kategoria profesorów z powodu braku swojskiego uniwersytetu zanika;

3) że poziom naukowy znacznie się podniósł, tak że wielu członków Towarzystwa posiada kwalifikacje profesorskie;

4) że liczba członków Towarzystwa potroiła się prawie w ostatnim 25-cioleciu.

Z powodów powyższych należałoby szerzej otworzyć podwoje do przybytku naszej świątyni wiedzy dla osób zasługują-

cych na odzuczenie, oczywiście trzymając zawsze wysoko sztańdar nauki i przymiotów charakteru, Powyższe zapatrywanie moje zakomunikowałem naszemu Zarządowi, który w zasadzie je podzielił i po wspólnej naradzie przedstawia wraz ze mną 4 członków naszego Towarzystwa jako kandydatów na członków honorowych, a mianowicie: **Dobrowskiego Konrada**, **Podskarbiego Towarzystwa**, **Gajkiewicza Władysława**, byłego Prezesa Towarzystwa, **Reichmana Mikołaja**, przewodniczącego gastrologów, **Sokołowskiego Alfreda**, Sekretarza stałego Towarzystwa.

Prezes wymienia zasługi ich naukowe i społeczne.

1. **Dobrowski Konrad** ur. 26 listopada 1849 r. w Warszawie. W r. 1865 wstąpił na wydział lekarski b. Szkoły Głównej; stopień lekarza otrzymał w r. 1870 w Uniwersytecie Warszawskim. Członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego jest od r. 1875. Sekretarzem dorocznym był przez 1876 rok. Obowiązki Redaktora Pamiętnika pełnił przez 3 lata (1877, 1878, 1879). Członkiem Zarządu był przez rok 1895, 1890, 1897. Przez lat 15, od r. 1898 do obecnej chwili, zajmuje urząd Podskarbiego.

Wszystkie powyższe obowiązki pełnił z wielką gorliwością i ścisłością, nie szczędząc czasu i zapłału, to też zasługi jego, zwłaszcza dla spraw wewnętrznych Towarzystwa położone, są bardzo wielkie.

Lecz i na polu piśmiennictwa lekarskiego zaznaczył swą pożyteczną działalność. Wraz z innymi przełożył i wydał 2 tomy dzieła **Niemeyera** (Patologia i Terapia Szczegółowa), **Emmerta** (Chirurgia Szczegółowa), **Cohnsteina** (Akuszerya), **Atlasy Luschki**. Nadto przetłomaczył **Darwina** (Wyraz uczuć u zwierząt i u ludzi), **Prof. Vogta** (Listy o fizyologii).

Podczas swej asystentury w klinice prof. **Baranowskiego** brał żywy udział w ruchu lekarskim wydawniczym, zachęcając młodzież czynem i słowem do niego.

Wydawał też i redagował przez 2 lata czasopismo „Zdrowie“, poświęcone sprawom higieny.

Wreszcie na wydatnem stanowisku Prezesa Kasy im. Dr. **Józefa Mianowskiego** dla osób pracujących na polu naukowem, które od lat wielu dotychczas zajmuje, okazuje zawsze wielką życzliwość dla ruchu naukowego lekarskiego i poparcie dla wydawnictw członków naszego Towarzystwa.

2. **Gajkiewicz Władysław** ur. w Kielcach 1850 r. W r. 1871 ukończył wydział lekarski w byłej Szkole

Główniej w Warszawie. W latach 1873—77 uzupełniał swe studia w Wiedniu, Heidelbergu i w Paryżu. W r. 1880 i 1881 był Sekretarzem dorocznym Warsz. Tow. Lek.

W końcu 1880 r. mianowany został ordynatorem w oddziale chorób nerwowych Szpitala Starozakonných w Warszawie. Później przeniesiony został na posadę ordynującego do Szpitala Dzieciątka Jezus — i na tem stanowisku dotychczas pozostaje. Przez 2 lata 1911 i 1912 sprawował urząd Prezesa naszego Towarzystwa.

Był jednym z pierwszych, którzy nowe poglądy francuskiej szkoły (Charcot) z wielką umiejętnością na grunt nasz przeszczepił, pracując jednocześnie z niezmierną pilnością nad histologią układu nerwowego pod kierunkiem prof. Hoyer'a. Ogłosił wiele wybornych monografii z zakresu chorób nerwowych, z których najważniejsze są następujące:

„Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zbożeń mózgowych“ (Medycyna 1878—79, 80 i 81), „Najnowsze poglądy na fizjologię mózgu“ (Gaz. Lek. 1888), „O ropniach mózgowia i ich leczeniu chirurgicznym“ (Gaz. Lek. 1895), „O nowotworach mózgowia i ich leczeniu chirurgicznym“ (Gaz. Lek. 1895), „O źrenicy w stanie zdrowia i choroby“ (Odczyty kliniczne Gaz. Lek. 1902). Na szczególne odznaczenie zasługuje praca „Syfilis układu nerwowego“ (Odczyt klin. 1890), jak również niedawno wydany odczyt „O objawach przedsionkowych (westibularnych) i ich znaczeniu fizyologicznym i patologicznym“ (Odczyt klin. Gaz. Lek. 1913).

Jako Redaktor Gazety Lekarskiej w ciągu lat 26 odznaczał się niezwykle obowiązkowością i pracowitością, w ruchu naukowym, jaki się wówczas w kierunku prac oryginalnych rozwijał, żywy brał udział, wykształcił cały zastęp młodych lekarzy, którzy jako asystenci w oddziale jego szpitalnym pracowali.

3. Reichenmaja ur. 1851 r. wstąpił w r. 1868 na wydział lekarski byłej Szkoły Głównej, który ukończył w r. 1873 ze stopniem lekarza. Pracami swemi w dziedzinie gastrologii, wykonanemi w swej prywatnej pracowni, zyskał zaszczytne uznanie nietylko u nas, lecz i zagranicą. Imię jego nabrało szczególniejszego rozgłosu po ogłoszeniu wyników badania nad t. zw. sokotokiem żołądkowym (*gastrosaccharia*) — który też otrzymał nazwę choroby Reichenmaja. Na wyróżnienie zasługują też badania nad trawieniem sztucznym, które wykazały, że włóknik pod wpływem soku żołądkowego przechodzi do rozczyynu, a nie rozdziela się na drobne cząsteczki, jak przypuszczano. Dalej, że parapepton jest produktem

przejęciowym trawienia białka, który następnie zamienia się na pepton.

Pośród wielu innych prac, których dokładny spis pomieszczony został w numerach jubileuszowych Medycyny i Gazety Lekarskiej, wymienić szczególnie należy trzy, a mianowicie: „Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej“ (Odczyty klin. Gaz. Lek. 1891, Nr. 34), „O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka“ (Odczyty klin. Gaz. Lek. 1912 r. Nr. 228) i „Znaczenie rozpoznawcze bólu w chorobach narządu trawienia“ (Medycyna, 1913, Nr. 23 i 24). Oparte na wieloletnich studyach klinicznych, prace te posiadają wielką doniosłość dla lekarza praktyka.

W r. 1906 wybrany zostaje na przewodniczącego w komisji, istniejącej przy W. T. Hygienicznem, nad badaniem raka, a od roku 1900 na przewodniczącego Sekcji gastrologów przy Tow. Lekarskiem Warszawskiem.

4. Alfred Sokółowski, Sekretarz stały Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, urodził się 11 listopada 1850 r. we Włodawie.

Gimnazjum ukończył w Warszawie, w r. 1868 wstąpił na wydział lekarski byłej Szkoły Głównej, stopień zaś lekarza otrzymał już w Uniwersytecie Warszawskim w r. 1873. Kilka lat następnych spędził najprzód jako pacjent, później jako asystent w Zakładzie dla chorób piersiowych na Szląsku w Görbersdorfie, pod kierunkiem Dr. Brehmera, twórcy nowej metody leczenia suchot płucnych. Po powrocie do Warszawy w r. 1880 i uzyskaniu stopnia doktora medycyny w Uniwersytecie Paryskim (po obronie tezy „Quelques remarques sur les complications laryngées de la phtisie pulmonaire“) wkrótce zyskuje przez swą gruntowną wiedzę i kliniczne zdolności uznanie wśród kolegów i publiczności.

W r. 1882 zostaje mianowanym ordynatorem Szpitala Św. Ducha. W r. 1884 rozpoczął swą pracę w Towarzystwie Lekarskiem, jako Sekretarz doroczny. W r. 1894 wybrany został na Wiceprezesa, który to urząd przez 3 lata z wielkim pożytkiem dla naszej instytucji spełniał.

W r. 1908 ofiarowano Sokółowskiemu najwyższą godność, jaką Towarzystwo rozporządza, t. j. dożywotniego Sekretarza stałego. Jest więc czwartym z rzędu Sekretarzem, z których pierwszym był prof. Szokałski, drugim prof. Włodzimierz Brodowski, trzecim prof. Henryk Hojer.

Zasługi, jakie Sokółowski dla nauki położył, wszystkim są znane, uwydatnione zostały podczas niedawno odbytego

\*



Jego Jubileuszu z powodu 40-letniej rocznicy zawodu lekarskiego w pamiątkowych wydawnictwach Gazety Lekarskiej i Medycyny, zbytecznym byłoby więc je tu powtarzać. Wspomnimy więc tylko o trzynomowym jego dziele „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych”, które zyskało najwyższe uznanie nie tylko u nas, lecz i na Zachodzie, a nawet i w Rosji. Sokółowski i skreślił w tym podręczniku w sposób bardzo wymowny owoce swego wieloletniego doświadczenia i klinicznego talentu. Nie dziw więc, że dzieło to zostało przetłomaczone na język niemiecki i rosyjski, zyskując tym sposobem szybkie rozpowszechnienie poza granicami kraju.

Sprawom naszego Towarzystwa oddany jest całą duszą, przyjmując żywy, czynny udział w naukowym i administracyjno-gospodarczym zakresie. Na posiedzeniach wypowiedział 37 odczytów z różnych dziedzin patologii i terapii wewnętrznej, dalej dwa ważne przyczynki, odnoszące się do historii Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, a mianowicie „Fundusz imienia Dr. Walentego Koczorowskiego” i „Fundusz konkursowy imienia prof. Dr. Tytusa Chałubińskiego”.

Dalej odczytał 11 wspomnień pośmiertnych członków Towarzystwa. Wszystkie one opracowane są bardzo dokładnie z bezstronnością—według zasady „Suum cuique reddere”, trafną oceną charakteru i działalności naukowej zmarłych.

W dyskusjach nad rozmaitymi tematami, poruszonymi na posiedzeniach naukowych Towarzystwa, gorliwy brał udział (50 razy), dorzucając wiele światłych uwag, zaczerpniętych ze swego klinicznego doświadczenia.

Nie na tem jednak ogranicza się działalność naszego Sekretarza. Hojną ręką wspierał Towarzystwo materialnie, poświęcając zaoszczędzony grosz w celu naukowego podniesienia Towarzystwa, czego dowodem jest fundusz dla polskiego uczonego za wygłoszenie odczytu na specjalnem posiedzeniu, zapis na udzielanie nagród za najlepsze prace z dziedziny chorób dróg oddechowych.

Prócz tego, pojmując ciężkie, nieraz wprost tragiczne położenie rodzin, pozostałych po zmarłych lekarzach, ufundował dość znaczne zapisy na wsparcia dla wdów po lekarzach, wychowujących dzieci w wieku szkolnym. W zapisach tych odzwierciedla się nie tylko żywe odczucie obowiązków obywatelskich, lecz godna naśladowania myśl, aby każdy, kto może, jeszcze za życia czynił ofiary na potrzeby bieżące, naukowe, społeczne. A ile to trudu i czasu poświęca nasz Sekretarz na wewnętrzne, administracyjne sprawy Towarzystwa — o tem mogą wie-

dzieć dokładnie tylko ci, co z powodu swych urzędów stykają się bliżej ze sprawami codziennymi naszej Instytucji.

Wobec powyższego staje się jasnym, że godność członka honorowego naszego Towarzystwa w zupełności należy się Jubilatowi, którego też i Uniwersytet Jagielloński w Krakowie uczcił przed kilku dniami tytułem doktora honorowego“.

X. L. Bondy przedstawia 7 - letnią dziewczynkę, z oddziału kol. Daszkiewicza w Domu Wychowawczym, J. Ś., która posiada pełny zbiór objawów, składających się na typowy obraz obrzęku śluzowego (*myxödema*). Bardzo mały wzrost (78,2 zamiast 110 ctm.), odpowiadający wzrostowi dziecka 2-1.; olbrzymia asymetryczna głowa (53 zamiast 44 ctm. w obwodzie) z nieproporcjonalnie rozwiniętą tylną częścią przy spłaszczonym niskim czole; ciemniaczko niezarośnięte. Włosy na głowie rzadkie, grube, suche; na skórze łuszczyca. Powieki obrzmiałe, sinawe. Nos szeroki, spłaszczony, zapadnięty u podstawy. Usta szerokie, o grubych sinawych wargach, nawpół otwarte, z wysuniętym językiem, który jest gruby, duży, mięsisty, suchy; z kątów ust spływa ślina. Błona śluzowa jamy ustnej obrzmiała; na dziąsłach kilka (4) ropni; zęby—mleczne jeszcze—wszystkie prawie zepsute. Podbródek nieproporcjonalnie mały. Szyja gruba, krótka; mnóstwo gruczołów na niej oraz rzekome tłuszczaki, które znajdujemy też na karku i w jamach nad—i podobojęzycznych; gruczoł tarczowy nie wyczuwalny. Klatka piersiowa, której wymiary odpowiadają wiekowi dziecka, nieco zniekształcona. Brzuch duży (59,5 ctm. w obwodzie), obwisły; przepuklina pępkowa. Kończyny górne i dolne, obficie pokryte łuskami, skrzywione łukowato; dłonie i stopy bardzo szerokie o grubych niezgrabnych palcach; nasady kości długich rozdęte. Cała skóra—na twarzy, szyi, tułowiu i kończynach—sprawia wrażenie naciezonej, obrzmiałej, jest sucha, twarda, elastyczna. Tętno niewyczuwalne. T.  $35^{\circ}$ — $36^{\circ}2$  (w kiszce stolcowej). Dziecko nie mówi i prawie nie chodzi. Odznacza się biernością, jest apatyczne, bezmyślne. Nie wykazuje żadnych prawie przejawów życia duchowego. Brak łaknienia; pewna niechęć do mięsa. Zaparcie stolca. Kał i mocz oddaje pod siebie. Zdjęcie rentgenowskie kończyn, przez kol. Drozdowicza dokonane, wykazuje, iż proces kostnienia kości napięstka i stępu znajduje się na poziomie rozwojowym dziecka 5-10—6 to miesięcznego; nasady kości długich wcale nie posiadają punktów kostnienia. Wywiady wykazały, iż J. Ś. jest córką alkoholika i suchotnicy. Z czworga rodzeństwa drugie umarło w wieku lat 4; cierpiało na *myxödema*. Nienormalność J. Ś. zauważono,

gdy miała ledwie kilka miesięcy; prowadzono usilne leczenie przeciwkrzywicze. (Streszczenie własne).

W dyskusyi:

a) K r y Ź s k i zaznacza, że w poruszonyj sprawie obrzęku śluzowatego nader ciekawą jest strona lecznicza, która ostatnimi czasy dzięki chirurgii duże a niespodziane uczyniła postępy. Leczenie to polega na wszczepianiu choremu kawałków zdrowego gruczołu tarczowego w celu dostarczenia organizmowi jego wydzieliny, której odczuwa on brak z powodu zwyrodnienia gruczołu własnego. K r y Ź s k i w ostatnich latach operował dwa takie przypadki, przyczem użył do wszczepienia gruczołów świeżo wyjętych u chorych, dotkniętych chorobą Basedowa. W przypadkach tych wszczepił po kilka dość dużych kawałków tarczycy w kilku miejscach pod skórę: do jamy nadobojczykowej, pachowej i pachwinowej. Wyniki były bardzo zachęcające, szczególnie wyraźną była poprawa pod względem umysłowym. Naprzykład w drugim z tych przypadków chłopak 17-letni o rozwoju fizycznym chłopca 8-letniego, o inteligencji dziecka 4—5-letniego, apatyczny, prawie nie mówiący, nie upominający się nawet o jedzenie, w kilka tygodni po wszczepieniu zyskał tyle pod względem umysłowym, że zaczął ściągać sąsiadom na sali szpitalnej bułki i inne artykuły spożywcze z ich schowanek. Jednocześnie poprawił się i wygląd fizyczny. Szkoda tylko, że w naszych warunkach szpitalnych niemożliwą jest obserwacya dłuższa. I ci chorzy po paromiesięcznym pobycie w szpitalu zostali wypisani do domu, nie można przeto wnosić o trwałości takiej poprawy. [Streszczenie własne]

b) H i g i e r, podkreślając nader wybitny infantylnizm u dziecka, język olbrzymi i głuptactwo, zwraca uwagę na to, że o ile na kontynencie, a zwłaszcza u nas, rzadko spostrzegamy śluzobrzęk u dorosłych, o tyle jest on względnie częsty u dzieci, zazwyczaj w połączeniu z krzywicą, rzadziej z mongolizmem. Ciekawe są też postacie poronne, rzadko w porę rozpoznawane. W tężyzce utajonej wystarcza czasem badanie pobudliwości galwanicznej nerwów, aby postawić rozpoznanie, trudniejszym znacznie jest zadanie w śluzobrzęku poronnym. Pamiętać jeno należy, że śluzobrzęk wrodzony, polegający na tyreopaplazji i zwany też kretynizmem dziecięcym, składa się z 3-ech zespołów klinicznych niejednakowej wagi rozpoznawczej: 1) ogólne objawy wrodzonego zwyrodnienia fizycznego (np. wał podniebienny, ucho zarośnięte, wnetrostwo, przepuklina pępkowa), t. zw. ewolucyjno-degeneracyjne, 2) objawy infantylnizmu somatycznego i psychicznego, spotykane też w mniejszym stopniu w wielu

innych cierpieniach wrodzonych i nabytych (przymiot, wada serca wrodzona, pellagra, wiele lat trwający niezbyt kiszek) i 3) objawy swoiście tarczycowe (twarz blada, miękka, ciastowata, oczy skośne, nos gruby, siodłowaty, język duży, pofałdowany, geograficzny, kości licowe wystające, suchość i łamliwość skóry i włosów). Tylko te ostatnie objawy decydują o rozpoznaniu. Wzdęcie brzucha, kurcz głośni, drgawki, różaniec są to objawy towarzyszącej często ciężyzki lub krzywicy. Wszystkie dzieci śluzobrzękowe są do siebie bliźniaczo podobne, tworząc specjalny typ antropologiczny, najbardziej przyminający rasę mongolską. Jest rzeczą ciekawą, że układ twarzy, nosa, warg, języka, kości twarzowych, zależny głównie od zmian w kośćcu podstawy czaszki (*ossificatio retardata*) wywołuje właśnie ów typ antropologiczny, który może być do woli zmieniony na typ kaukaski, o ile się stosuje czas dłuższy brakujące przy tyreopłazji hormony wewnątrzwydzielnicze gruczołu tarczowego: tyreoidynę, tyreojodglobulinę, jodotyrynę i t. p. Higier ma w obserwacji od wielu lat pacjentkę, u której przetwory te mało działały i dopiero wszczepienie do okostnej podudzia przez Kochera z Berna gruczołu tarczowego, usuniętego podczas operacji osobnikowi w tym samym wieku, dało wyniki stalsze i dłuższe. Należy dodać, że chora i po operacji nie przestała brać tyreoidyny. Higier spostrzegał i przedstawiał w Tow. Lek. kilka razy śluzobrzęk dziecięcy. Z innych odmian dysglandulizmu wchodzą w rachubę przy rozpoznaniu różniczkowem: mongolizm, karłowatość, achondroplazja (*chondrodystrophia s. micromelia*), zwana też krzywicą wrodzoną.

[Streszczenie własne].

W odpowiedzi kol. Kryńskiego B. zaznacza, że zadaniem jego było wyłącznie przedstawienie ciekawego przypadku, nie zaś jego szczegółowe omawianie; co się zaś tyczy terapii, to z piśmiennictwa, które przestudowywał w sprawie obrzęku śluzowatego, B. wyniósł raczej wrażenie, że metodą leczniczą wybraną jest w danym razie raczej opoterapia wewnętrzna, a nie wszczepianie, gdyż wszczepiony materiał dość prędko się wyczerpuje, trzeba albo znowu wszczepiać, albo zwrócić się do podawania wewnątrz tyreoidyny.

Odpowiadając kol. Higierowi, B. przypomina, że pokazując swoją chorą, zaznaczył, iż od 10 dni podaje już tyreoidynę, wskutek czego niektóre objawy uległy zmianie na lepsze, a w pierwszym rzędzie idyotyzm dziecka: zaczyna już ono zwracać uwagę na otoczenie, interesować się tem, co się dzieje

naokoło niego, śmiać się i t. d.; następnie zmniejszyła się hypotermia. Co się tyczy mongolizmu, B. uważa, że przyczynowy związek jego z cierpieniem gruczołu tarczowego nie jest tak wybitny i stanowczy, jak twierdzi kol. H.: wielu autorów zapatrjuje się nań sceptycznie, a sądząc *ex juvantibus* — t. j. podając przetwory tarczycy, których wpływ na chorobę tę jest bardzo wątpliwy — trzeba im właśnie przyznać słuszność.

[Streszczenie własne].

A nastazy Landau wygłosił rzecz pod tytułem: „O wrzodzie okrągłym żołądka i gastroenterostomii.“ Na wstępie L. omówił przypadek wrzodu okrągłego odźwiernika, zakwalifikowany do gastroenterostomii wskutek gwałtownych bólów, nieuspakajających się po zwykłym leczeniu wewn. Opierając się na przypadku. powyższym oraz kilku innych nieoperowanych, L. dotknął kilku kwestyi z zakresu patologii wrzodu peptycznego, a mianowicie: 1) różniczkowego rozpoznania wrzodu okrągłego jamy odźwiernikowej i dwunastnicy, 2) wskazań operacyjnych we wrzodzie peptycznym z uwzględnieniem gastrojejunostomii i resekcji, 3) wpływu gastroenterostomii retrocol. poster. na czynność ruchową i wydzielniczą żołądka i 4) t. zw. usposobienia do wrzodu peptycznego. W rozpoznaniu różniczkowym L. omówił dwa punkty: wywiady i rentgenografię; co się tyczy anamnezy, to L. dochodzi do wniosku, iż uczucie t. zw. głodu bolesnego oraz bóle nocne nie są swoiste dla wrzodu dwunastniczego, gdyż zachodzą one również we wrzodzie żołądka. Jakkolwiek wrzód żołądka i dwunastnicy dają nieraz charakterystyczne obrazy rentgenograficzne (L. demonstrował szereg tych obrazów na ekranie), jednak w wielu przypadkach samo badanie rentgenograficzne jest niewystarczające. Przytoczywszy cztery zasadnicze wskazania do interwencji chirurgicznej we wrzodzie peptycznym, L. zastanawia się nad rodzajem tej interwencji i dochodzi do wniosku, iż, jak dotąd, należy zabieg chirurgiczny ograniczyć do gastroenterostomii, gdyż resekcya daje niemal dziesięćkroć większy odsetek śmiertelności, a częste zwyrodnienie rakowate wrzodu peptycznego nie jest faktem bezspornym. Wpływ gastroenterostomii na czynność ruchową i wydzielniczą żołądka, L. ilustruje za pomocą pokazu rentgenogramów oraz przytoczenia liczb, uzyskanych przez zgłębnikowanie żołądka po operacji; obniża ona cyfry kwasoty żołądkowej; zmniejsza czas, w jaki żołądek opróżnia swą zawartość, wreszcie zmienia sposób i drogę tego opróżniania się. W końcu L. omawia istotę t. z. usposobienia do wrzodu peptycznego i zwią-

zek, jaki zachodzi między tem cierpieniem a zaburzeniami w układzie wegetacyjnym.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Zastępca Sekretarza *W. Dobrowolski*.

---

Posiedzenie kliniczne z dnia 16 grudnia 1913 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 68, gości 4.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

T r e ś ć: 1) *K r y ń s k i L.* O gastroenterostomii w le-  
czeniu wrzodu żołądka.  
2) Dyskusya nad odczytem *L a n d a u a*  
(o wrzodzie okrągłym żołądka i gastroente-  
rostopomii).  
3) Sprawozdania z prac kandydatów na człon-  
ków czynnych i korespondentów Towarzy-  
stwa.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes proponuje na członków honorowych Towarzy-  
stwa z Poznania kol. *Franciszka Chłapowskiego* i *Heliodora Świąckiego*.

Przedstawia zasługi położone przez nich na polu nau-  
kowem:

1. *Chłapowski Franciszek*, ur. w r. 1846 w Czer-  
wonej Wsi w Poznańskim, nauki początkowe odbywał w Me-  
tzu i Poznaniu. Na medycynę uczęszczał w Berlinie i Heidel-  
bergu. Dyplom doktorski otrzymał w Berlinie w r. 1872, po-  
czem zajmował się fizyologią w pracowni prof. *Heidenhaina*  
we Wrocławiu. Był przez pewien czas lekarzem w Hucie Kró-  
lewskiej, gdzie występując jako obrońca ludu, zasłużył się bar-  
dzo polskiej narodowości. Od roku 1876 do 1882 pełnił obo-

wiązki posła. Od roku 1882 przebywa corocznie przez sezon letni w Kissingen, jako lekarz zdrojowy. Od r. 1899 posiada tytuł Królewskiego Radcy Zdrowia (Sanitätsrat).

Spis prac:

Ueber Aphasie. Berlin, G. Schade, 1872. Diss. inaug. Ueber das Reflexcentrum für Speichelsecretion und die Beteiligung der sympathischen Fasern an derselben (mit Grützner, Pflügers Archiv 1872, VII). Przypadek wrodzony torbieli oczodołu operowany. Bąblowiec wątroby operowany (Sprawozdanie z I Zjazdu lekarzy polskich we Lwowie w r. 1874).

W redagowaniu Nowin Lekarskich w Poznaniu bardzo czynny brał udział. Tamże pomieścił szereg artykułów, a mianowicie: Hysteroepilepsya, wyleczona poddawaniem (sugestyą). I. 123. Krótki pogląd na obecny stan rozpoznawania chorób żołądka. I. 267. Listy z Kissingen. I. 363, 413, 468. Wspomnienie, poświęcone Tytusowi Chałubińskiemu. I. 587. O rozpoznawaniu niektórych zbroczeń w położeniu jelit i o zapobieganiu ich skutkom. I. 592. Gruźlica bydłęca i rzeźnictwo żydowskie H. 105, 153. Przypadek zejścia śmiertelnego po małej dawce salolu. II. 169. Przyczynki do powstawania objawów t. zw. choroby Basedowa. II. 349, 401. Teleologiczne znaczenie zmian patologicznych, występujących w gruźlicy i wynikające stąd wskazówki leczenia jej. III. 123. O nasieniotoce i jego leczeniu. III. 234, 297. Słótko o homeopatyi. III. 365. Ś. p. Izydor Kopernicki i ś. p. Adryan Baraniecki. III. 554. O zielonym i modrym moczu. IV. 13. O różnolitem znaczeniu znaku Romberga. V. 124, 194. Przypadek utajonego przebiegu wrzodu żołądkowego — patogeneza tego cierpienia. V. 590. O zawrocie. VI. 55. Choroba Stokes-Adama. VI. 117, 169, 221. W sprawie opieki nad obłąkanymi. IV. 259. Hermann Helmholtz. VI. 511. Sen Yoga fakirów indyjskich. VII. 120. O enteroptozie. IX. 271. Przypadek raka trzustkowego (*carcinoma pancreatis*) oraz uwagi nad możliwością rozpoznania go. X. 75. O przyczynach stwardnienia tętnic (arteryosklerozy). XI. 177. Początki czasopiśmiennictwa lekarskiego w Polsce. XIII. 286, 402. Pomoc zoologii w rozpoznawaniu niektórych nagminnych chorób i zapobieganiu im. XV. 236. Sztuczne oddychanie jako środek umożliwienia snu przy typie oddychania Cheyne-Stokesa. XV. 288. Dwie nowe metody mające życie przedłużyć. XIX. 346. Znaczenie diety bez soli kuchennej lub ubogiej w sól w leczeniu wodnej puchliny z szczególnem uwzględnieniem obrzęków, wywołanych cierpieniem nerek. XX. 218. O dysenteryi pelzakowej (amebowej) z powodu spostrzeganego przypadku. XXI. 83. Znaczenie łykania powietrza jako czyn-

nika w patogenezie nagłej rozstrzeni żołądka i zaciśnięcia ostrego dwunastnicy. XXIV. 12. Ostatnio ogłosił w Gazecie Lekarskiej artykuł p. t. *Eventratio diaphragmatica rudimentaria* (r. 1914. Nr. 3).

Oprócz godności Prezesa wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, jest kustoszem zbiorów przyrodniczych, które bardzo gorliwie porządkuje i uzupełnia.

Pomieszcza też liczne artykuły w Rocznikach Pamiętnika Tow. Przyjaciół Nauk bądź to z fizyografii i antropologii krajowej, bądź to z historii nauk przyrodniczych w Polsce.

Jest też członkiem honorowym Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Nie tylko na niwie naukowej, lecz i w działalności społecznej, obywatelskiej dr. Chłapowski położył wielkie zasługi.

2. Święcicki Heliodor, ur. 3 lipca 1854 r. w Poznaniu, syn Dr. Med. Tadeusza i Doroty z Korytowskich. Kształcił się na uniwersytetach we Wrocławiu i Lipsku. W r. 1879 zdał egzamin państwowy. Przez dłuższy czas był asystentem w klinice prof. Winckla w Dreźnie, następnie u Schultzego w Jenie i Zweifla w Erlandze. Pracował też w Zakładach fizyologicznych: prof. Kroneckera w Berlinie i u Ludwiga w Lipsku.

W roku 1883 osiadł na stałe w rodzinnem mieście Poznaniu, poświęciwszy się ginekologii. Przez szereg lat był redaktorem „Nowin Lekarskich“, Roczników Towarzystwa Przyjaciół Nauk i Wydawnictw Związku Tow. Dobroczyńnych na W. Ks. Poznańskie. Jest wiceprezesem Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Był postawiony na liście kandydatów na katedrę ginekologii w Krakowie.

Jest członkiem honorowym Towarzystw Lekarskich w Krakowie, Lwowie, Wilnie, Lublinie, Łodzi i Petersburgu, członkiem korespondentem Towarzystwa Lek. Czeskich w Pradze.

Był przez czas dłuższy prezesem wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk, Tow. św. Wincentego na W. Ks. Poznańskie, Związku Tow. Dobroczyńnych na W. Ks. Poznańskie, Komitetu m. Poznania, Towarzystwa Pomocy Naukowej im. Karola Marcinkowskiego i Pomocy Koleżeńskiej.

W r. 1900 z okazji 500 letniego jubileuszu Wszechnicy Jagiellońskiej zaszczycony godnością Doktora honoris causa. W r. 1913 otrzymał tytuł Profesora.

Na zjeździe lekarzy i przyrodników Polskich w Krakowie w r. 1911 obrany został przewodniczącym zjazdu. Na posiedzeniu publicznem wygłosił wtedy odczyt „O estetyce w medycynie“.

W „Nowinach Lekarskich“ wyszły następujące jego prace: Nowszy kierunek w technice histologicznej. I. 16. Elektroliza

P. Tow Lek., T. CIX, Z. I.



w ginekologii. I. 325. Przyrodzona szczelina mostkowa i brzuszna. I. 335. Tłocznia brzuszna i jej znaczenie w ginekologii. I. 600. O arystolu w ginekologii. II. 166. Ontogenetyczne znaczenie przyrodzonych szczelin płotka usznego. II. 406. O zbutwiałych płodach i ich wpływie na przebieg porodu. III. 146. Gdzie powstaje szmer pępowinowy. III. 187. Cięcie cesarskie z powodu eklampsji przy końcu ciąży. III. 239. W jaki sposób dopomaga sobie nieraz organizm przy poprzecznych lub skośnych położeniach i czy lekarz na pomoc tę liczyć powinien. III. 320. Elektroliza w ginekologii. IV. 216. *Colpitis adhaesiva* u 19-letniej dziewczynki. IV. 285. O postępowaniu z szyją przy wycięciu przez brzuch mięśniakowej macicy. IV. 516. Wrzekomy obojnak zewnętrzny. V. 73. O siedlisku i tworzeniu się przymaciczyńnych wysięków. V. 264. Sztuczne wywołanie ropni jako środek leczniczy w ropnicy porodowej. V. 272. Przyczynek do przebiegu porodu niemłodych pierwiastek. VI. 11. Przypadek ogólnej opuchliny płodu i wpływ jej na przebieg porodu. VI. 64. Kilka słów o wycinaniu mięśniakowej i zrakowaczonej macicy. VI. 396. O kulistych tworach w skórzkach jajnika. VII. 483. Wrzekomy obojnak męski (*Pseudohermaphroditismus masc.*). VIII. 176. O morfologicznym badaniu krwi w ginekologii. VIII. 581, IX. 157. O częściowym wydalaniu mięśniaków macicy przez jelita. XIII. 77. Kilka uwag do etyologii choroby Basedowa. XXIV. 1.

Prócz tych ogłosił drukiem jeszcze następujące prace: *Medycyna, lekarze, ich stanowisko w społeczeństwie narodów najdawniejszych*. Poznań 1879. (Odbitka z Przeglądu Lek. 1879. Nr. 7 i 8). Przyczynek do ważności skarbców w historii egipskiej. (Rocznik Tow. Przyj. Nauk t. XI. 1881). Na czym polega zwolnienie tętna u położnic. (Gaz. Lek. 1883. Nr. 10). Przypadek znacznego zrośnięcia błony doczesnej z kosmówką i owodnią w ujściu wewnętrznym szyi macicznej. (Gaz. Lek. 1883. Nr. 2). Wpływ piperydyny na skurcze pochwy. (Gaz. Lek. 1884. Nr. 16). O nieorganicznych składnikach prawidłowych odchodów porodowych. (Gaz. Lek. 1884. Nr. 18). Przyczynek do etiologii przedwczesnego obumarcia płodu. (Gaz. Lek. 1884. Nr. 21). O unerwieniu pojedynczych odcinków pochwy u królika. (Gaz. Lek. 1884. Nr. 23). O wpływie koniiny i niektórych przetworów sporyszu na skurcze pochwy. (Gaz. Lek. 1884. Nr. 25).

Nie tylko w literaturze lekarskiej zajmuje wybitne stanowisko dr. Święcicki, lecz i w pracy społecznej jest gorącym i ofiarnym szermierzem, który chętnie staje tam, gdzie idzie o podniesienie ducha narodowego i spełnienie obowiązków obywatelskich.

III. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kol.: Bacia, Dąbrowskiego K., Rostkowskiego i Skabowskiego.

IV. Prezes proponuje na członków komitetu konkursowego im. Wszeborą kol. Rzętkowskiego, Chelchowskiego i Mutermilcha Stan.. Obecni przyjmują propozycję Prezesa.

V. P a w i ń s k i nadesłał dla księżnicy T. L. W. odbitki 3-ch swoich prac, dotyczących patologii układu krążenia.

VI. N e u g e b a u e r ofiarował dla księżnicy T. L. W. jeden zeszyt Proceedings of the Royal Society of Medecine.

VII. Kryński wygłosił rzecz p. t. O g a s t r o e n t e r o s t o m i i w l e c z e n i u w r z o d u ż o łą d k a. Zespolenie żołądkowo-jelitowe należy dziś do najczęściej wykonywanych i najwięcej korzyści przynoszących zabiegów w pewnych cierpieniach żołądka. Cierpienia te podzielić możemy na 3 grupy: 1) zwężenia okolicy odźwiernika różnej natury i pochodzenia: a) nowotwory, b) blizny, c) zapalenie otrzewnej żołądka, d) przerost mięśni wrodzony; 2) owrzodzenia (*ulcus ventriculi et duodeni*); 3) zaburzenia w chemizmie i mechanizmie żołądka.

Gastroenterostomia we wrzodzie okrągłym żołądka ma współzawodnika w innym zabiegu operacyjnym—wycięciu wrzodu, którego u nas głównym zwolennikiem jest prof. R y d y g i e r. Niewątpliwie każda z tych operacji ma swe zalety i racye; dziś jednak gastroenterostomia o wiele częściej bywa stosowana i liczniejszych ma zwolenników wśród chirurgów. Na korzyść wycięcia ściany żołądka przemawiają następujące dane: 1) operacja ta stwarza warunki, zbliżone możliwie do normalnych, 2) usuwa cierpienie doszczętnie i odrazu, 3) zapobiega powstaniu raka, który w dużej odsetce przypadków rozwija się właśnie w brzegach wrzodu. Przeciwnie zaś, za gastroenterostomią, a więc przeciw wycięciu świadczą dane: 1) znalezienie miejsca z wrzodem bywa niekiedy bardzo trudne, 2) owrzodzenia bywają liczne, w kilku miejscach błony śluzowej, 3) gastroenterostomia działa leczniczo na samą przyczynę wrzodu —katar kwaśny żołądka, zapobiegając przez to nowotworom, czego nie czyni wycięcie, 4) gastroenterostomia stanowi zabieg daleko lżejszy i krótszy, a więc mniej narażający na niebezpieczeństwo chorego, niż wycięcie. Ten ostatni wzgląd może najsilniej przeważał na korzyść gastroenterostomii w opinii chirurgów. Przeciwwskazanie do tej operacji oprócz stwierdzenia cech rakowatych we wrzodzie, stanowić może i umiejscowienie wrzodu: przypadki jego siedziby w okolicy dna żołądka lub powyżej ku wpustowi nie nadają się do gastroenterostomii, która wyborne daje wyniki we wrzodach okolicy odźwiernikowej.

Posiadamy cztery sposoby wykonywania gastroenterostomii stosownie do wzajemnego stosunku trzech sąsiadujących ze sobą narządów: żołądka, jelita czczego i poprzeczniczy. Z pomiędzy nich zwykle stosujemy tylko jedną z dwóch— *gastroenterostomiam anteriorem antecolicam* (W ö l f l e r a) lub *gastroenterostomiam posteriorem retrocolicam* (H a c k e r a). Wyjątkowo przed dwoma laty K r y Ń s k i miał sposobność wykonania trzeciej postaci tego zabiegu *gastroenterostomiam posteriorem antecolicam* w jednym przypadku wrzodu dwunastnicy, w którym poprzecznicza miała bardzo krótką krezkę i była przyciągnięta ku tylnej ścianie, zaś żołądek bardzo rozszerzony opuszczał się mocno ku dołowi. Który z tych dwóch sposobów — sposób W ö l f l e r a przedni, czy też tylny H a c k e r a — jest lepszy — nie można powiedzieć, albowiem każdy z nich może znaleźć zastosowanie w odpowiednim przypadku i obadwa w ręku dobrych chirurgów dają dobre wyniki.

Zdarzają się jednak i n i e p o w o d z e n i a po gastroenterostomii, które występują albo bezpośrednio po operacji w postaci t. zw. *circulus vitiosus*, lub też później po pewnym czasie wskutek niedostatecznej czy też wadliwej czynności nowego otworu w żołądku. Pierwsze z nich jest następstwem nieodpowiedniego wykonania zabiegu i obecnie w miarę udoskonalenia techniki operacyjnej zdarza się coraz rzadziej. Natomiast zła funkcya nowego zespolenia żołądkowo-jelitowego stanowi zjawisko dość częste i ma za przyczynę następujące czynniki: a) zwężenie bliznowate otworu, b) wypadnięcie śluzówki żołądka, zatykające otwór, c) skurczenie się po operacji i uniesienie ku górze całego rozszerzonego zazwyczaj żołądka, przez co otwór okazuje się za wysoko, d) przypuszczano (C a r l e i F a n t i n i) tworzenie się naokoło otworu nowego mięśnia zwieracza, co jednak okazuje się błędem.

Tym ujemnym zjawiskom staramy się zapobiedz różnymi sposobami: 1) przez wycinanie dużego otworu, który należy nadzwyczaj dokładnie pokryć błoną śluzową, łącząc śluzówki obu narządów szczelnie. R o t g a n s poleca zamiast zwykłego liniowego przecięcia ściany żołądka wycinanie z niej kawałka owalnego; 2) przez zwężanie odźwiernika w celu skierowania całej miazgi pokarmowej przez nowy otwór do jelit (B i e r, B o g o l u b o w, G i r a r d); 3) przez przecięcie i zupełne zamknięcie odźwiernika (E i s e l s b e r g). Niewątpliwie wszystkie te sposoby są słuszne i celowe, jednakże K r y Ń s k i w operowanych przez siebie przypadkach trzyma się ściśle tylko pierwszego z tych przepisów, robiąc duży otwór, w którym zeszywa bardzo dokładnie błony śluzowe obydwóch narządów, co w więk-

szości przypadków bywa wystarczające. Dodanie zwężenia odźwiernika podnosi efekt gastroenterostomii, wszystkie jednak dotąd stosowane sposoby nie dają pewności pod względem trwałości wyniku. W trzech przypadkach przyszył K r y ś k i pętlę jelitową do żołądka poprzecznie w kierunku od jego krzywizny małej ku wielkiej (*gastroenterostomia transversalis anter. lub posterior*); postępowanie to daje możliwość zrobienia możliwie dużego otworu i zdaje się zapobiegać powstaniu *circuli vitiosi*.

W związku z tem znajduje się druga sprawa — sprawa następstwa zespolenia żołądka z jelitem i przedostawania się treści dwunastnicy, a więc wydzieliny wątroby i trzustki do żołądka. Kwestya ta obchodzi zarówno chirurgów, jak fizyologów i ostatnimi czasy była przedmiotem licznych badań doświadczalnych i klinicznych. Akta tej sprawy nie są zamknięte, badania nie wyczerpane; dziś jednak już wiemy, że żołądek znosi dobrze całą ilość wydzielanej żółci, wrzliwszym jest na duże ilości wydzieliny trzustki. Niewątpliwie jednak przedostawanie się obcych wydzielin po gastroenterostomii do żołądka stanowi zjawisko stałe i pożyteczne, a nawet, według niektórych autorów, konieczne do pomyślnych wyników leczniczych, albowiem wpływa dodatnio na zmianę nieprawidłowego chemizmu żołądka, grającego, jak wiemy, rolę przyczynową w powstawaniu wrzodu okrągłego. Z tego względu nie należy stosować metod operacyjnych, które wyłączają możliwość dostawania się treści dwunastnicy do żołądka (R o u x, B r a u n). Wogóle zatem w operacyi zespolenia żołądkowo-jelitowego posiada terapia wrzodu żołądka środek wyborny, najskuteczniej zwalczający to ciężkie cierpienie, dający dobre i coraz to lepsze wyniki lecznicze.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) L e ś n i o w s k i rozróżnia wskazania do operacyi względne (długie niegojenie się wrzodu i powtarzające się krwawienia) i bezwzględne (zwężenie odźwiernika i bóle). Co do techniki gastroenterostomii, to nawet najlepiej wykonany otwór sztuczny może z czasem zarosnąć. Co się tyczy wyłączenia odźwiernika, to winno być ono tylko czasowe.

b) C z a r k o w s k i J. zaznacza, iż u nas stosunkowo bardzo mało wykonywa się gastroenterostomii z powodu wrzodu żołądka. Sam Cz. raz wycinał wrzód na *curvatura minor*.

Wylączenie odźwiernika jest konieczne: metoda E i s e l s b e r g a do tego celu nie bardzo się nadaje; lepszą jest, zwłaszcza przy opuszczeniu żołądka i dwunastnicy, metoda D é p a g e a: *ligamentum teres* zostaje przecięte, owija się niem odźwiernik, zawiązuje, następnie przeciąga przez *m-lus rectus abdominis* i przymocowuje się jego koniec do rany powłok brzusznych — zabieg krótkotrwały i skuteczny.

c) B o r z y m o w s k i uważa wymioty po gastroenterostomii nie tylko za skutek wadliwego krążenia treści pokarmowej, ale także za jedną z przyczyn takiego krążenia; a to na tej zasadzie, że żołądek, rozkurczając się po każdym napadzie wymiotowym, znacznie zmienia swoją pojemność i może, jak pompa gumowa, wysysać z cienkich jelit treść pokarmową, nie oddzieloną od żołądka ani zastawką, ani zwieraczem. Z tego wychodząc założenia, B. unika wszelkich czynników, mogących wywołać wymioty po tej operacji; jednym z tych czynników jest niedostateczne opróżnianie żołądka przed operacją; dosyć często daje się widzieć, że w czasie wykonywania operacji w żołądku przelewa się woda, pozostała po ostatniem przemyciu żołądka. Tymczasem, jeżeli każda niemal łyżeczka wody, zaraz po operacji wypita, wywołuje skurcze żołądka, to tembardziej musi je wywoływać woda, pozostawiona w żołądku przed operacją. B. zawsze za pomocą P o t a i n a wysysa przed operacją resztki wody z żołądka, a po operacji zaraz daje podskórnie morfinę dla przytłumienia odruchów pooperacyjnych. B. zaleca przemywanie żołądka dwoma zgłębnikami według podanego przez B. sposobu w jego podręczniku Chirurgii Praktycznej. (Zeszyt 1).

Co zaś do zabiegów operacyjnych w krwotokach żołądkowych, to B. przypomina, że R y d y g i e r uważa je za wskazanie do operacji. B. operował z tego powodu 3 razy i ani razu nie znalazł źródła krwawienia. 2 z tych przypadków skończyły się pomyślnie, a 1 — *per mortem*. W 2 innych przypadkach B. nie operował i oba skończyły się *per mortem*. W ostatnim z nich sekcyą wykazała tętniaka aorty, który pękł do przełyku i wywołał krwawe wymioty i stolce. Trudności rozpoznawcze B. uważa za jedną z przyczyn, powstrzymujących rękę chirurga od zabiegu w krwotokach z kanału pokarmowego.

[Streszczenie własne].

d) K r a u z e zaznacza, że przyczyny *circuli vitiosi post gastro-enterostomiam* są często bardzo niejasne. Nie zgadza się z poglądami B o r z y m o w s k i e g o na przyczynę wy-

miotów po operacji, ponieważ wymioty trwają nieraz bardzo długo. Odnośnie różnych metod gastroenterostomii, Kr. uważa, że każda metoda jest dobra przy dobrej technice; sam on robi najczęściej metodą Wölflera z modyfikacją Brauna i nigdy nie miał *circuli vitiosi*.

e) Sławiński sądzi, że jedynie dobra technika nie decyduje jeszcze o wynikach pomyślnych i przytacza statystykę braci Mayo. Wrzody przyodźwiernikowe goją się dobrze po gastroenterostomii, zaś dla guzów dna żołądka lub jego wielkiej krzywizny sama *gastro-enterostomia* nie wystarcza, lecz trzeba dodawać do niej wyłączenie odźwiernika. Mówiąc o wycinaniu wrzodu, trzeba mieć na uwadze, że nie zawsze ów wrzód łatwo jest znaleźć w fałdach śluzówki.

f) Grundzachs do bezwzględnych wskazań operacyjnych we wrzodzie żołądka zalicza również przedziurawienie wrzodu do jamy brzusznej, zasadniczo jest zwolennikiem resekcji. Do wskazań względnych zalicza wskazanie bytowe, t. j. u ludzi pracy. W rzędzie powikłań po gastroenterostomii należy wymienić krwotok pooperacyjny.

g) Tuchenler A. jako cechy różniczkowo-rozpoznawcze wrzodu dwunastnicy od wrzodu żołądka przytacza: 1) krwawienie dołem, a brak krwawienia do żołądka i 2) żółtaczkę.

W odpowiedzi Landau Anastazy potwierdza mniemanie kol. Czarkowskiego o częstotści u nas wrzodu okrągłego i zaznacza, iż obecność objawów ogólnonerwowych w rozpoznaniu różniczkowym nie przechyla szali na rzecz nerwicy żołądkowej, albowiem u chorych na wrzód okrągły żołądka występują objawy nerwowe, zależne od zaburzeń w układzie wegetacyjnym i odnoszące się zarówno do wago-tonii jak sympatykotonii.

L. nie zgadza się z twierdzeniem kol. Borzymowskiego, iż ostry krwotok żołądkowy może być wskazaniem do interwencji chirurgicznej, gdyż przypadki, przytoczone przez kol. B., dowodzą wręcz przeciwnego, a mianowicie, iż w ostrym krwotoku nie należy operować.

Kol. Krauzemu L. odpowiada, iż gastroenterostomia przednia ma również licznych zwolenników, ostatnie jednak statystyki wykazują, iż wrzód peptyczny jelita czczego, jedno z najcięższych powikłań gastroenterostomii, występuje niemal wyłącznie po gastroenterostomii przedniej.

L. nie zgadza się z kol. Grundzachem, by we wrzodzie żołądka zawsze wykonywać resekcję dlatego, że możliwe są krwotoki śmiertelne z wrzodu po gastroenterostomii; powikłanie powyższe nie należy do bardzo częstych, gdy prze-

ciwnie różnica w odsetkach śmiertelności po resekcji i gastroenterostomii jest olbrzymia.

Oдноśnie do rozpoznania w przypadku, przytoczonym przez L., L. odpowiada kol. T u c h e n d l e r o w i, iż początkowo wspólnie z kol. T. rozpoznawał wrzód dwunastnicy, następnie jednak po wystąpieniu całego szeregu nowych objawów, jakoto: bólów bezpośrednio po jedzeniu, obecności krwi w zawartości żołądkowej oraz charakterystycznego dla wrzodu żołądka obrazu rentgenograficznego (powiększenie rozmiarów żołądka, hipertonia z hyperperystaltyką, 6-io godzinne zaleganie kaszki bismutowej) zmienił pierwotne rozpoznanie na wrzód żołądka w okolicy przedodźwiernikowej. Rozpoznanie powyższe zostało potwierdzone na operacji, która wykazała wrzód *in parte prae-pylorica*, gdy w dwunastnicy ani wrzodu, ani stwardnień nie wykryto.

[Streszczenie własne].

VIII. Prezes oświadczył, że z powodu niedostatecznej na posiedzeniu liczby członków głosowanie nad zmianą regulaminu w sprawie posiedzeń specjalistów odbyć się nie może.

IX. Sprawozdania z prac kandydatów na członków czynnych i korespondentów Towarzystwa odczytali.

1. D o b r o w o l s k i W. z prac Kaczyńskiego Kazimierza i Rottermunda Stefana. 2. D r o z d o w i c z — Skabowskiego Tadeusza. 3. E r b r i c h—Jakubowskiego Czesława i Kuklińskiego Ireneusza. 4. J a w o r s k i J.—Łazarewicz Stanisława (z Poznania). 5. K a r w a c k i—Osńskiego Eugeniusza. 6. K o p c z y ń s k i — Brodowskiego Władysława, Karolego Aleksandra, Korzonówny Jadwigi, Surawskiego Jana i Wagnera Kazimierza. 7. K u l i g o w s k i — Dąbrowskiego Kazimierza. 8. Ł y s k a w i ń s k i — Schoenaicha Władysława. 9. R o s z k o w s k i — Czarkowskiego Hieronima. 10. S a s k i S t.—Erlichówny Marty. 11. W i l c z y ń s k i—Sędziuka Kazimierza. 12. S t a r k i e w i c z — Glińskiego Mieczysława (z Nałęczowa).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*,

Zastępca Sekretarza *W. Dobrowolski*.

Posiedzenie administracyjne z dnia 30 grudnia 1913 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 32.

Przewodniczący Prezes *J. Pawiński*.

I. Prezes zawiadomił o śmierci członka czynnego Towarzystwa *Józefa Goldbauma*; obecni na wniosek Prezesa uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc.

II. Sekretarz stały, *A. Sokołowski*, odczytał nekrolog zmarłego: Z pracowni prywatnej doktora *Mikołaja Reichmana* wyszedł w ciągu przeszło trzydziestoletniej jej działalności cały szereg prac z dziedziny patologii fizyologicznej narządów trawienia, ogłoszonych przez niego samego lub jego uczniów, z których niektóre stanowiły ważne przyczynki wyżej wzmiankowanych zaburzeń. Niektórzy z pracowników nie poprzestali na pracy naukowej w czasie asystentury u doktora *Reichmana*, lecz i dalej w ciągu swej samodzielnej działalności lekarskiej uprawiali naukę, z bogacając piśmiennictwo nasze specjalnemi, mniej lub więcej wartościowemi pracami. Do tej ostatniej kategorii współpracowników należał zmarły w tych dniach w sile wieku członek naszego Towarzystwa *dr. Józef Goldbaum*, który w pracach ogłoszonych w latach między 1894 a 1913, poruszył cały szereg zagadnień doświadczalnych lub klinicznych z dziedziny chorób dróg trawienia, z których prace „O wahaniach w wydzielaniu się soku żołądkowego, W sprawie rozpoznawania raka żołądka” stanowiły w swoim czasie wartościowe badania. Wszystkie zaś prace świadczyły, że kolega *G.* był wyrobionym i krytycznym lekarzem, którego umysł sięgał dalej poza swoją ścisłą specjalnością, dowodem czego była odczytana w naszym Towarzystwie w roku 1908 praca „W sprawie fosfaturyi i powstawania kamieni fosforanowych.” Kolega *Goldbaum* jako lekarz i człowiek pozostawił po sobie wśród kolegów i licznej rzeszy chorych wysokie uznanie i szczerzy żal, spowodowany nagłym i w sile wieku nastąpionym zgonem.

*Dr. Goldbaum Józef* urodził się w Warszawie w r. 1866. Po ukończeniu tutaj gimnazjum, wstąpił w 1886 na wydział lekarski uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w roku 1891. Po rocznym pobycie w pracowni fizjologii chemicznej profesora *Dreschla* w Bernie, powrócił do miasta rodzinnego, pracując przez cztery lata jako asystent u doktora *Reichmana*, po czym oddawał się zawodowi lekarskiemu w Warszawie przeważnie w kierunku chorób trawienia. Na członka naszego Towarzystwa wybrany został w roku 1897. Ogłosił drukiem następujące prace:



1) Przypadek niezwykłych wahań w wydzielaniu soku żołądkowego (Gaz. Lek. 1894).

2) Przyczynę do elektroterapii w cierpieniach żołądka (Gaz. Lek. 1896).

3) O sztucznym żywieniu chorych (Księga jubil. Dunina 1901).

4) Kilka uwag krytycznych w sprawie rozpoznawania raka żołądka (Gaz. Lek. 1901).

5) W sprawie fosfatury i powstawania kamieni fosforanowych (Medycyna 1908).

6) W sprawie zapaleń wyrostka robaczkowego ze stanowiska internisty (Medycyna 1911).

7) Wrzód dwunastnicy (Medycyna 1913).

III. Podskarbi Towarzystwa K. Dobrski przedstawił sprawozdanie o wykonaniu budżetu za rok 1913, a Sekretarz stały Sokółowski A. przedstawił do zatwierdzenia przyjęty przez Zarząd projekt budżetu na rok 1914.

W dyskusji zabierali głos kol. Rzętkowski i Sokalski. Rzętkowski stawia wniosek, aby wobec niezbyt pomyslnego, jego zdaniem, stanu majątkowego Towarzystwa, wykreślić z budżetu Pamiętnika na rok przyszły rb. 250, przeznaczone na wynagrodzenie referentów.

Po wyjaśnieniach A. Sokółowskiego, K. Dobrskiego i T. Borzęckiego, wniosek ten, poddany pod głosowanie, nie zyskał większości, a projekt budżetu na rok 1914 zatwierdzono bez zmian.

IV. Bibliotekarz Zweigbaum zdał sprawę o stanie Biblioteki za rok 1913.

V. Wiceprezes M. Jakowski odczytał sprawozdanie Komitetu Bibliotecznego za rok 1913.

Zgodnie z wnioskiem Komitetu Bibliotecznego zebrani jednomyślnie upoważniają Bibliotekarza, aby w myśl § 79 regulaminu wystąpił do tych kolegów, którzy książek do biblioteki nie zwrócili, o pokrycie strat, wyrządzonych bibliotece.

Wiceprezes M. Jakowski poddaje pod głosowanie swój wniosek, aby ze względu na ogromny nakład pracy, jaki Bibliotekarz kol. Zweigbaum włożył w uporządkowanie Biblioteki i wzorowe jej prowadzenie, wyrazić mu publiczne podziękowanie z wniesieniem do protokołu.

Obecni wniosek ten przyjęli jednomyślnym oklaskiem.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Sekretarz *Tad. Borzęcki*.

## Sprawozdania z posiedzeń specjalistów w r. 1913.

### 1. Posiedzenia oto-laryngologiczne.

Posiedzeń było 9; przedstawiali chorych i pokazy oraz wygłosili odczyty:

- 1) Erbrich przedstawił na chorym przyrząd do laryngoskopii wieszadelkowej.
- 2) Rapaport—chorego po laryngofissurze, dokonanej z powodu twardzieli.
- 3) Meyerson preparaty mikroskopowe włókniaka nosa i grzłzicy nosa.
- 4) Oppenheim przedstawił 3 chorych: a) mężczyznę l. 52 z dużym owrzodzonym guzem, wychodzącym z podstawy nagłośni, której znaczna część zniszczona. Wasserman dodatni. Pirquet ujemny; b) z nowotworem złośliwym krtani; c) guz dobrotliwy migdałka, nieowrzodzony, który trwa już od 2 lat prawie bez zmian.
- 5) Lubliner—chorego z rozpoznaniem *tumor sub chorda sin. post tentamen suicidii* i przypadek *corpus alienum in broncho sin.* (wydobytą pomyślnie rurkę tracheotomijną przy pomocy bronchoskopu).
- 6) Mesz—dziewczynkę z rynolitem, który zatkał otwór nosa i spowodował *rhinitis caseosa*.
- 7) Erbrich i Jakubowski—2 chorych na twardziel, którym mają zamiar stosować autowakcyne.
- 8) Szmurło — ciało obce — plomba wypadła z górnego zęba i dostała się do nosa.
- 9) Rapaport — torbiel skórzasta, usunięta u dziecka 2-letniego z muszli usznej.
- 10) Szmurło wypowiedział odczyt: „O ropieniu ucha środkowego, wywołanem przez laseczniki błonnicze“.
- 11) Meyerson wygłosił odczyt: „O bezkrwawem otwieraniu ropni około-migdałkowych“.
- 12) Karbowski — preparaty drobnouwidzowe normalnego i patologicznego błędnika.
- 13) Polański — chorego z owrzodzeniem grzłliczem struny głosowej.
- 14) Rapaport—chłopca l. 7, któremu z powodu krupu zrobiono 1½ roku temu tracheotomię górną, lecz następnie, gdy nie można było usunąć rurki, choremu wykonano tracheotomię dolną.
- 15) Marcinkowski przedstawił: a) chorego, któremu wskutek *perichondritis laryngea* wykonano tracheotomię, odtąd oddychał tylko przez rurkę wskutek zwężenia w chrząstce pierścieniowatej; operowano według Mangoldta; b) chorą po wykonaniu laryngofissury z wycięciem wałów podgłośniowych wskutek *laryngitis hypoglottica hypertrophica chron. (scleroma?)*.
- 16) Tryjarski — rysunek krtani twardzielowej.
- 17) Lubliner przytacza opis przypadku ropnia mózgu.
- 18) Lubliner — chłopca lat 7 z wrodzonym brakiem uszu.
- 19) Szmurło — dziecko 2-miesięczne z zarośnięciem przodu słuchowego prawego i deformacją małżowiny.
- 20) Me-

yerson i Czarkowski — opis przypadku mięsaka migdałka, operowanego z pomyślnym skutkiem. 21) Szmurło — preparaty mięsaka nosa. 22) Bychowski z Oppenheimem przypadek wczesnej syringobulbii z połowiczem porażeniem krtani. 23) Zbrowski — chorą po operacji zewnątrznosowej według Preysinga wskutek mięsaka nosa. 24) Surawski — przypadek *ozaenae tracheae*. 25) Szmurło odczytał rzecz pod tytułem „Tonsillotomia czy tonsillectomia“. 26) Meyerson — rentgenogram uchylka przelyku, wykonany przez Rubinrot. 27) Dąbrowski — przypadek teratoidu gardzieli u dziecka 5-miesięcznego. 28) Meyerson — przypadek zarosnięcia nozdrzy tylnych nosa. 29) Tryjarski — chorą z twardzielą nosa, jamy nosowo-gardzielowej i gardzieli z stosowaniem autowakcyny. 30) Mesz — przypadek nowotworu krtani i przypadek twardzieli krtani i drugorzędnego oskrzela. 31) Mesz — metodę wieszadełkową badania krtani. 32) Z. Dobrowolski — Kilka słów o dziedzicznym przymocie ucha z demonstracją chorego, chłopca lat 8. 33) Pieniążek pokazuje: a) dziecko roczne z zarosnięciem przednich otworów nosa (po ospie); b) preparaty makroskopowe grzylcy krtani i tchawicy u dziecka 11-letniego; c) obce ciało, usunięte z krtani u dziecka 10-miesięcznego. 34) Fitkał — chorą l. 46 z *sarcoma retronasi*. 35) Szmurło — przypadek operowanej *atresia choanarum*.

## 2. Posiedzenia gastrologiczne.

Posiedzeń było 9. Odczyty zgłaszali w porządku kolejnym następujący koledzy: 1) Hertz Ryszard: W sprawie przewlekłej żółtaczki hemolitycznej. 2) Landau Anastaży: O cukromoczu adrenalinowym według doświadczeń przeprowadzonych wspólnie z kol. Kosmowskiem. 3) Higier: Obecny stan nauki o stosunku układu nerwowego do narządu pokarmowego. 4) Maybaum z Łodzi: O wrzodzie dwunastnicy. 5) Róbin i Przywieczerski: O zgłębnikowaniu dwunastnicy. 6) Reichman: O znaczeniu rozpoznawczem bólu w chorobach narządów trawienia. 7) Zawałdki Józef: O znaczeniu rozpoznawczem bólu w chorobach narządów trawienia. 8) Zawałdki Józef: O t. zw. nieżycie śluzowo-błoniastym okrężnicy. 9) Maliniak: O przedziurawieniach кишки cienkiej.

Pokazy zgłaszali w porządku kolejnym następujący koledzy: Skłodowski, Wejnert, Leśniowski, Landau i Temkinówna, Reichman, Róbin, Frank, Maliniak, Lubelski, Grudziński, Rubinrot.

### 3. Posiedzenia chirurgiczne.

Posiedzeń odbyło się 13, wygłoszono 5 odczytów, przedstawiono 23 chorych, 35 okazów makro- i mikroskopowych. Odczyty były następujące: 1) B u r s c h e: Wrażenia z wy- cieczki naukowej do Ameryki Północnej; 2) K r a u z e: Leczenie operacyjne wypadnięcia odbytnicy; 3) D. H e l l i n: O obustronnej odmie piersiowej (z pokazem psa); 4) L. Z e m b r z u s k i: O potrzebie stworzenia u nas uzdrowiska dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną; 5) L. Z e m b r z u s k i: Z dziedziny chirurgii tylnej jamy czaszkowej. — Demonstrowani chorzy i okazy ilustrowali różne działy chirurgii, głównie chirurgię jamy brzusznej, układu moczopłciowego, kończyn, twarzy i mózgu. Najbardziej ożywione rozprawy wywołała sprawa leczenia gruźlicy chirurgicznej, leczenie operacyjne wypadnięcia odbytnicy, nowotworów okrężnicy, wreszcie chirurgia mózgu.

### 4. Posiedzenia dermatologiczne i syfilidologiczne.

Posiedzeń było 10, na których przedstawiono 53 chorych. Szczegółowy opis chorych oraz dyskusya nad nimi były drukowane w „Przeglądzie chorób skórnych i wenerycz.“ za rok 1913. Prócz tego na posiedzeniach tych demonstrowano cały szereg preparatów mikroskopowych, głównie dotyczących się odnośnych przypadków. Odczytano 3 prace: W a t r a s z e w s k i streścił pracę M c. D o n a g h a: „Badania nad rozwojem życiowym krętek bladych“ (Medycyna 1913, luty); J. W i ś n i e w s k i odczytał o „Paraluszczyce“ (Przegląd chorób skórnych i wener. 1913. Nr. 4, 5, 6); W e r n i c: wypowiedział „O stosowaniu metod B i e r a i W r i g h t a w leczeniu rzeżączki“ (Medycyna 1913, Nr. 42, Gazeta lekarska 1913, Nr. 41 i 42).

### 5. Posiedzenia stomatologiczne.

Odbyło się 6 posiedzeń, na których odczytano następujące referaty: 1) B r e n n e i s e n: O odlewach w denty- styce; 2) G e l b a r d: O doraźnem protezowaniu szczęki dolnej po resekcji; 3) K o ł a k o w s k i F e l i k s: Czucie zęba; 4) G e l b a r d: O miejscowem znieczuleniu w denty- styce z uwzględnieniem wśródnerwowego; 5) G e l b a r d: Demonstracya chorego z *cyst. follicular. maxillae. sup*; 6) L u b e l s k i: Pokaz chorego po operacji *epithelioma adamantina cysticum maxillae sup*; 7) G r u s z c z y Ń s k i: O leczeniu przetok podbródka.

## 6. Posiedzenia pedyatryczne.

Odbyło się 10 posiedzeń. 1) J. B r u d z i ń s k i: W sprawie roli paciorkowców w płonicy i leczenia tejże surowicą przeciwpaciorkowczą; 2) H. C z a r k o w s k i: Przyczynek do stosowania szczepionki przeciwploniczej; 3) Wł. S t e r l i n g i T. K o p e ć: Pokaz przypadku niedorozwoju mózdzku u 6-letniej dziewczynki; 4) H. G o l d s z m i t: Opis i pokaz planów nowego domu sierot przy ul. Krochmalnej Nr. 92; 5) H. H i g i e r: *Pseudotetania hysterica* u 17-letniej dziewczyny (pokaz); 6) H. H i g i e r i D. N i s e n s o n: *Pseudotetanus chronicus* u 9-miesięcznego dziecka (pokaz); 7) J. B r u d z i ń s k i: O utrudnionej ekstubacji i o urazach intubacyjnych; 8) Wł. S a w i c k i i L. Z e m b r z u s k i: Przypadek gruźlicy stawów, przebiegający początkowo pod postacią ostrego gośćca (pokaz); 9) S. M i e r o s ł a w s k i: Przypadek gruźlicy podniebienia miękkiego, łuków, dna jamy ustnej i gruczołów chłonnych na szyi u 5-letniej dziewczynki (pokaz); 10) A. M a m r o t: Przypadek moczówki prostej oraz niedorozwoju narządów płciowych u 17-letniego chłopca (pokaz); 11) L. S t e j n: Pokaz 4 przypadków grypy u dzieci; 12) J. B r u d z i ń s k i: Projekt szpitala dla dzieci w Radomiu; 13) L. A n d e r s: Przypadek guza pozaotrzewnowego, wychodzącego prawdopodobnie z prawej nerki, — u dziewczynki, liczącej 1 r. 7 m. (pokaz). 14) A. M a m r o t: Przypadek niezwykłego przerostu tłuszczowego całego ciała, połączonego z niedorozwojem narządów płciowych (*dystrophia adiposo-genitalis*) u 16-letniego chłopca (pokaz); 15) J. B r u d z i ń s k i: O prosówce potnej (*Suette miliaire*); 16) L. A n d e r s: Pokaz rentgenogramu, dotyczącego ropniaka opłucnej, jako zejścia zapalenia ropnego tejże — u 4-miesięcznego dziecka; 17) J. B r u d z i ń s k i: Pokaz szpitala dla dzieci im. Karola i Maryi, i omówienie głównych zasad jego urządzeń i organizacji; 18) S. W i e l o w i e y s k i: Przypadek brodawczaka naczyniowego (*naevus vasculosus verrucosus*) u 9-letniego chłopca (pokaz); 19) T. J a r o s z y ń s k i: Przypadek atetozы podwójnej (*athétose double*) u 5-letniego chłopca (pokaz); 20) L. B o n d y: Przypadek obrzęku śluzowatego u 7-letniej dziewczynki (pokaz); 21) M. K r a u s h a r: Przypadek rozsianego mięsaka u 19-miesięcznej dziewczynki; 22) J. B r u d z i ń s k i: Organizacja szpitala dla dzieci im. Karola i Maryi; 23) S. S e r k o w s k i: *Granulobacillus putrificus (nova species)* — pokaz; 24) M. E r l i c h ó w n a: Gruźlica krtani i tchawicy u 11-letniej dziewczynki (pokaz preparatów anatomicznych):

- 25) H. Przedpełska: Nowotwór mostu Varola u 8-letniej dziewczynki (pokaz preparatów anatomicznych); 26) K. Jonscher: Gruźlica mózgu, płuc, wątroby, nerek i kiszek u 5-letniego dziecka (pokaz preparatów anatomicznych); 27) W. Schoenaich: Śmiertelność w płonicy a wiek dzieci.

## 7. Posiedzenia ginekologiczne.

Posiedzeń odbyło się 10. Demonstracji zarówno chorych, jak i okazów odbyło się ogółem 41. W tej liczbie chorych przedstawiono 3: z brakiem organów rodnych wewnętrznych, po ciąży łonowej i po operacji Wertheima. Okazów przedstawiono 38. Przypadków nowotworów macicy przedstawiono 14. Spostrzeżeń z dziedziny ciąży pozamacicznej przedstawiono 9. Okazów zachorzeń przydatków—8. Potworków przedstawiono 3. Przypadek *missed abortion*, przypadek *missed labour*, przypadek nowotworu u noworodka oraz przypadek ciała obcego w pęcherzu moczowym.

Odczyty wygłosili: 1) Lorentowicz: O postępach rentgenoterapii w ginekologii (Medycyna 27 i 28). 2) Huzarski: „*Missed labour i missed abortion*”. 3) Neugebauer: Przekład pracy Kolba p. t. „O przetokach maciczo-brzuszo-ściennych”. 4) Neugebauer: sprawozdanie z pracy Malinowskiego p. t. „W kwestyi leczenia późniejszych okresów ciąży pozamacicznej dalej się rozwijającej, w związku z pytaniem o losach płodów pozamacicznych, wydobytych żywymi drogą operacyjną”.

## 8. Posiedzenia neurologiczno-psychiatryczne.

Ogółem chorych przedstawiono 65. Odczytów wygłoszono 8. 1) Flatau i Handelsman: O doświadczalnie wywoływanych ropniach rdzenia i neuronofagii leukocytowej. 2) Bornstein: O astenii okresowej. 3) Rotstadt: O cytologii płynu mózgowo-rdzeniowego. 4) Łapiński: Padaczka a choroby umysłowe. 5) Radziwiłłowicz: Zagadnienia sporne w współczesnym budownictwie psychiatrycznym. 6) Radziwiłłowicz: Wytyczne organizacji szpitala dla umysłowo chorych. 7) Prof. Appel: Błędy językowe, jako przedmiot badania psychologicznego. 8) Męczkowski i Sławiński: O rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznym wylewów wewnątrzczaszkowych.

# Rok 1914.

Posiedzenie wyborcze dnia 7 stycznia 1914 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 159.

Przewodniczący Prezes *J. Pawiński*.

- Treść:**
- 1) **T a d e u s z B o r z ę c k i**. Sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa za r. 1913.
  - 2) **L. P a s z k i e w i c z**. Sprawozdanie z czynności pracowni za r. 1913.
  - 3) Głosowanie w sprawie zatwierdzenia regulaminu posiedzeń specjalistów.
  - 4) Wybory urzędników Towarzystwa na rok 1914: Prezesa, Wiceprezesa, Sekretarza dorocznego i Pomocnika Sekretarza dorocznego.
  - 5) Wybory członków Zarządu oraz członków różnych komitetów: naukowych i administracyjnych.
  - 6) Wybory członków Towarzystwa: honorowych, czynnych i korespondentów.

I. Protokół posiedzenia administracyjnego odczytano i przyjęto.

II. Sekretarz doroczny, T. Borzęcki, odczytał sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa za r. 1913.

III. Zarządzający Pracownią, L. Paszkiewicz, odczytał sprawozdanie z czynności Pracowni za r. 1913.

IV. Prezes odczytał odezwy: Warsz. Chrześc. T-wa Ochrony Kob., T-wa Zjednocz. Ziem., Stow. Kob. Polskich, Katolick. Zw. Kob. Polsk., „Dźwigni“, Zw. Równoupr. Kob.

Polsk., T-wa Kol. Letn. dla Kob. Prac., Warsz. Klubu Wioślarek w sprawie zniesienia reglamentacji prostytutki. Odezwy powyższe przekazano przewodniczącemu posiedzeń dermat.-syfilidol.

V. Głosowanie w sprawie zatwierdzenia regulaminu posiedzeń specjalistów: zebrani przyjęli §§ 1, 2, 3, 4, 5 i 7 bez żadnych zmian, zaś § 6 został przyjęty z poprawką kol. S z u m l a ń s k i e g o, która brzmi: „po wyrazach: „do Kancelaryi Tow. Lek. Warsz.” dodać: „nie później, niż w dzień posiedzenia klinicznego, poprzedzającego odpowiednie posiedzenie specjalistów“, poczem cały regulamin został przyjęty *en bloc*.

#### VI. Wybory:

Na prezesa obrany został Józef Pawiński, na sekretarza dorocznego — Wacław Dobrowolski, na pomocnika sekretarza dorocznego — Tadeusz Jaroszyński.

Na Członków Zarządu wybrano: Józefa Winiarskiego i Bolesława Jakimiaka.

Do Komitetu Rewizyjnego — Karola Zaleskiego.

Do Komitetu Konkursowego im. Koczorowskiego — Kazimierza Rzętkowskiego, Kazimierza Chełchowskiego, Bronisława Sawickiego, Stanisława Mutermilcha, Ludwika Dydyńskiego, Edwarda Flataua.

Do Komitetu Kasy Wsparcia — Witolda Szumlańskiego, Juliana Kosińskiego, Bronisława Sawickiego, a z nie-członków Towarzystwa — Sieragowskiego i Żerę.

Na członków honorowych wybrani: Chłapowski Franciszek, Dobrski Konrad, Gajkiewicz Władysław, Reichman Mikołaj, Sokołowski Alfred i Święcicki Heliodor.

Na członków czynnych wybrani: Władysław Brodowski, Hieronim Czarkowski, Kazimierz Dąbrowski, Marta Erlcbówna, Kazimierz Kaczyński, Czesław Jakubowski, Aleksander Karoli, Jadwiga Korzonówna, Ireneusz Kukliński, Eugeniusz Osiński, Stefan Rottermund, Władysław Schoenaich, Kazimierz Sędziuk, Tadeusz Skabowski, Jan Surawski, Kazimierz Wagner.

Na członków korespondentów wybrani: Mieczysław Gliński i Stanisław Łazarewicz

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Sekretarz *W. Dobrowolski*.



Posiedzenie kliniczne z dnia 20 stycznia 1914 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 95, gości 4.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

- T r e ś ć:** 1) *K l e i n i J u d t.* Pokaz rentgenogramu płuc z przypadku limfogranulomatozy uogólnionej.  
2) *K l e i n.* O nieznaney dotychczas komórce macierzystej komórek szpiku kostnego i o prawdziwej białaczce macierzystej, z pokazem preparatów.

I. Protokoły posiedzeń: klinicznego z dnia 16 grudnia 1913 roku i wyborczego z dnia 7 stycznia 1914 roku odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: *Ratyńskiego, Goldberga, Drosia i Gorazdowskiego.*

III. *N e u g e b a u e r* ofiarował dla księżnicy *T. L. W.* odbitkę ze swej pracy w *Gynaekolog. Rundschau* i 1 zeszyt *Proceed. of the Royal Society of Medicine.*

IV. Prezes *J. P a w i ń s k i* wygłosił następujące przemówienie:

„Przedewszystkiem wypada mi uprzejmie podziękować Szanownym kolegom za powierzenie mi i na ten rok godności przewodniczącego, a zwłaszcza za wybór członków honorowych zgodnie z wnioskami Zarządu.

Za okoliczność szczególnej doniosłości uważam zaliczenie do naszego grona 2 członków honorowych (*Dr. F r a n c i s z k a C h ł a p o w s k i e g o* i *Dr. H e l i o d o r a Ś w i ę c i c k i e g o*) i członka korespondenta (*Dr. S t a n i s ł a w a Ł a z a r e w i c z a*, redaktora *Nowin Lekarskich*) z *Wielkopolski*. Wybór ten powinien wzmocnić nasze węzły naukowe z prastarą siedzibą praojców naszych, która wydała tylu znakomych mężów, że wspomnę tylko *Strusia* i *Jędrzeja Śniadeckiego*.

Rzecz godna zaznaczenia i podziwu, że dotychczas, pomimo blisko stuletnie istnienie naszego Towarzystwa, nie było ani jednego *Poznańczyka* pomiędzy członkami honorowymi. Tylko wśród członków związkowych, obecnie korespondentami zwanych, odnaleźliśmy 4 (z których 3-ch z dawniejszych czasów pochodzi) a mianowicie: znanego działacza społecznego *K a r o ł a M a r c i n k o w s k i e g o* z *Poznania*, wybranego

w r. 1841; Karola Wessęgo z Torunia, wybranego w r. 1828; Jana Metziga z Leszna, wybr. w r. 1862, i Stanisława Jerzykowskiego z Poznania.

A jednak pierwszym, który podjął myśl założenia Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie i w czyn ją wprowadził z kilkoma lekarzami warszawskimi w r. 1820 — był Dr. August Wolff, rodem z Wielkiego Księstwa Poznańskiego, z Leszna, gdzie też pierwsze kroki stawiał w swym zawodzie lekarskim, przed osiedleniem się najprzód na Ukrainie, a następnie już na stałe w Warszawie. Był też pierwszym Prezesem naszego Towarzystwa, a godność tę przez 10 lat piastował aż do roku 1830.

Z kolei mam zaszczyt powitać obecnych tu naszych członków czynnych, którzy wybrani zostali na ostatniemu posiedzeniu na członków honorowych, a mianowicie kolegów: Konrada Dobrskiego, Władysława Gajkiewicza, Mikołaja Reichmana i Alfreda Sokołowskiego. W imieniu Zarządu składam im serdeczne życzenia i prośbę, aby i na przyszłość raczyli dzielić się z nami swą wiedzą i doświadczeniem.

A teraz zwracam się do Was, Sz. Koledzy, nowi członkowie czynni, witając Was w tym Panteonie naszej wiedzy lekarskiej, w którym przechowuje się żywo tradycja wielkich zasług naukowych i cnót obywatelskich. Mam nadzieję, że i Wy, młodzi przyjaciele, podtrzymywacie będziecie tę świetną tradycję, przyczyniacie się w miarę sił swoich do rozwoju naszego Towarzystwa.

Tutaj dzielić się powinniście wynikami swych prac naukowych, wykonywanych bądź to w oddziałach szpitalnych, bądź to w pracowniach. Tego rodzaju badań nie należy zaniedbywać, bo one nietylko urabiają lekarza na racjonalnego praktyka, lecz są zaczątkiem twórczych myśli, twórczych prac, tak niezbędnych dla nauki polskiej.

Mamy dobrze prowadzone oddziały szpitalne, posiadamy kilka pracowni: przy naszym Towarzystwie, przy Szpitalu św. Ducha, w Towarzystwie Naukowym — a wszędzie tam pożądaną są gorliwi i wytrwali pracownicy. A dla kolegów, chcących dopełnić swego wykształcenia w specjalnych gałęziach medycyny, stoją otworem bardzo pouczające posiedzenia Sekcyjne przy naszym Towarzystwie Lekarskim.

Wielu z Was zapewne, wskutek nieprzyjaznych okoliczności, kończyło swe studia zdaleka od kraju — więc znalezienie się znowu w swojskim środowisku naukowym powinno być bodźcem do poświęcenia swych zabiegów pracy na pożytek nauki polskiej.

Na zakończenie pozwólcie mi złożyć jeszcze dwa podziękowania. Jedno dla kolegów, którzy ustępują w tym roku z zajmowanych stanowisk w rozmaitych działach administracyjno-naukowych Towarzystwa, a którzy swego czasu nie szczędzili i spełniali swe obowiązki gorliwie i sumiennie, a mianowicie: wiceprezes M. J a k o w s k i, członkowie Zarządu: G u r a n o w s k i, S t. O r ł o w s k i, sekretarz doroczny T a d e u s z B o r z ę c k i, członkowie Komitetu Rewizyjnego: K u c h a r z e w s k i, P r z y b o r o w s k i, członek Komitetu Bibliotecznego S a w i c k i. Szczególne jednak uznanie ze strony Towarzystwa należy się b. wiceprezesowi M a r y a n o w i J a k o w s k i e m u, który przez 23 lata oddawał się z zamięłowaniem sprawom Towarzystwa: jako Sekretarz doroczny — 4 lata, jako Redaktor Pamiętnika — 6 lat, jako Przewodniczący w Kasie Wsparcia 11 lat, jako Wiceprezes — 2 lata. Drugie serdeczne podziękowanie wypada mi złożyć kolegom, którzy swymi odczytami przyczynili się do podtrzymywania naukowej strony Towarzystwa, do ożywienia posiedzeń naszych.

V. Prezes odczytał list K. Dobrskiego, wyrażający podziękowanie T-wu Lekarskiemu za obranie go na członka honorowego.

VI. Sekretarz Stały A. Sokołowski dziękuje T-wu za obranie go na członka honorowego T-wa i zobowiązuje się w dalszym ciągu dbać o wszechstronny rozwój T-wa.

VII. Wł. Gajkiewicz składa podziękowanie T-wu za obranie go na członka honorowego.

VIII. Sekretarz Stały w imieniu nieobecnego M. Reichmana składa podziękowanie T-wu za obranie go na członka honorowego.

IX. Prezes wręczył dyplomy wszystkim nowoprzyjętym członkom czynnym T-wa

X. W i ś n i e w s k i J u l i u s z przedstawił chorego z przymiotem złośliwym. Chory, lat 30, w dzieciństwie przechodził odrę, szkarlatynę, różę i świnkę. Pochodzi z rodziny zdrowej. Przed 7 laty zakażenie przymiotowe. Leczenie: 36 wcierań i 6 butelek jodku potasowego. Przed 3 laty 30 wcierań i kąpiele siarkowe w Busku. Rana w głowie od roku, ciągle się rozszerzająca i pogłębiająca. W tydzień po dożylnem zastosowaniu neosalwarsanu 0,6 rana na głowie prawie się zagoiła. Chory oprócz neosalwarsanu dostaje wcierania i jod.

XI. J. M. J u d t przedstawił rentgenogram płuc z przypadku l i m f o g r a n u l o m a t o z y u o g ó l n i o n e j. Chłopiec 13-letni dotknięty jest od pół roku mnóstwem guzów gruczołowych na szyi, pod szczękami, na owłosionej skórze głowy, pod pachami, w pachwinach, na żebrach. Rozpoznanie,

oparte na przebiegu, wywiadach, badaniu krwi i mikroskopowym wyglądzie jednego z gruczołów wyluszczonego (Klejn), stwierdza limfograulomatozę uogólnioną. Próby Wassermana i Pirquet'a wypadły ujemnie. Wątroba powiększona nieznacznie. Rozmiary śledziony nieduże. Rentgenografia wykrywa znaczne nagromadzenie gruczołów powiększonych w obu wnękach płucnych, a jednocześnie nader rzadko spotykane zmiany w mięszu płuc. Są to niezliczone masy drobnutkich guziczków, rozsiane w płucach na całej ich przestrzeni, od szczytów do podstawy. Wygląd płuc marmurkowaty, a granice każdego gruzelka stosunkowo ostre. Na pierwszy rzut oka powstaje myśl o gruźlicy prosówkowatej, czemu jednak przeczy dobry wygląd i stan pacyenta. Ciepłota ledwie nieznacznie podniesiona, brak wszelkich opukowych i osłuchowych zjawisk. Sądzić należy, że drobne te gruzelki tworzą jeden z przejawów limfogranulomatozy uogólnionej, zmiany w narządzie chłonnym płuc. W piśmiennictwie znamy jeden tylko przypadek o morfologii podobnej. Podaje go Grawitz w Folia Haematologica z 1910 r. Oczywiście—trudno o zupełnie ścisłą anatomiczno-patologiczną definicję bez badań dokładnych, drobnowidzowych.

St. Klejn uzupełnia przemówienie Judd'a szczegółami następującymi: Sprawa dotyczyła chłopca 13-letniego, u którego przed 1½ rokiem powiększyły się gruczoły pachwinowe, a w pół roku później zwiększeniu uległy wszystkie dostępne badaniu gruczoły. Stan lekko podgorączkowy, brak anemii. Pirquet i Wasserman ujemny. We krwi lekka leukocytoza neutrofilowa ze zwiększeniem liczby eozynofików. Rozpoznano limfogranulomatozę, co zostało potwierdzone przez badanie mikroskopowe wyluszczonego gruczołu. Wobec stwierdzenia przez badanie fizykalne obecności guza w klatce piersiowej, poddano chorego prześwietleniu klatki piersiowej, przy czem stwierdzono oprócz guza guziczki prosówkowe, rozsiane w obu płucach. K. skłonny jest do uważania owych guziczków w płucach za dysseminację granulomatyczną, a to ze względu, iż chory od czasu stwierdzenia ich (pół roku) czuje się zupełnie dobrze, nie kaszle, prawie nie gorączkuje, nie ma duszności i odbywa nawet spacer po górach; również ze strony płuc żadnych objawów gruźlicy niema. Podobne zmiany znalazł też raz K. w jednym analogicznym przypadku, ale na stole sekcyjnym; za życia nic podobnego nie widział, chociaż sporo chorych podobnych poddał prześwietleniu. K. radzi w każdym przypadku czynić to samo. W literaturze znany jest tylko jeden taki przypadek, przedstawiony przez Grawitz'a, a który dotyczył młodej, świetnie wyglądającej dziewczyny, dotkniętej powiększeniem gruczołów górnej połowy ciała. Prześwietlenie

klatki piersiowej dało zupełnie taki sam obraz, jak opisano wyżej. Natomiast wyłuszczone gruczoły okazały się gruczliczo zmienionym. Co się stało z tą chorobą — niewiadomo.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi:

G a j k i e w i c z zapytuje, czy normalnie w płucu dużo jest gruczołów i naczyń limfatycznych.

S o k o ł o w s k i A. Przypadek opisany zasługuje na uwagę jeszcze i z tego względu, że znane są w literaturze przypadki z okresu przed odkryciem laseczki Kocha gruźlicy ostrej, która bądź to przebiegała zupełnie bez gorączki lub też kończyła się niepomyślnie, bądź też opisywano przypadki autopsyjne jakoby pomyślnie zakończonej gruźlicy prosówkowatej. Otóż, być może, że powyższe kategorie przypadków przedstawiały guziczki rozsiane w płucach natury limfogranulomatycznej, która to sprawa, mając także pewien związek z gruźlicą, mogłaby dawać owe postaci gruźlicy ostrej, przebiegającej łagodnie lub nawet kończącej się pomyślnie. Stąd też i ważność uzupełniania w wątpliwych przypadkach płucnych badaniem reutgenograficznym.

[Streszczenie własne].

K l e i n w kwestyi gruźliczego pochodzenia granulomatozy, poruszonej przez A. S o k o ł o w s k i e g o, zwraca uwagę, iż dotychczas znajdowano niekiedy w wytworach chorobowych t. zw. granula M u c h a, które identyfikowano z lasecznikami tbc., inni znów uważali te ziarna za twory zupełnie swoiste, tak że sprawa pozostaje nierozstrzygnięta. K. na zapytanie G a j k i e w i c z a odpowiada, że granulomatoza jest cierpieniem nie tylko układu krwiotwórczego, ale także naczyń limfatycznych, a nawet tkanki łącznej. Wobec tego każdy narząd, każda tkanka może być dotknięta sprawą chorobową. W płucach znajdują się naczynia limfatyczne w obfitości.

[Streszczenie własne].

XII. S t. K l e i n wygłosił rzecz: „O nieznaney dotychczas komórce macierzystej komórek szpiku kostnego (myelonomia) i o prawdziwej białaczce macierzystej (białaczka myelogeniczna)“ (drukowaną w Gazecie Lekarskiej 1913 r., Nr. 48).

Dane, zdobyte przez prelegenta w blisko 120-u przypadkach białaczki i innych spraw chorobowych, doprowadziły go do wyników następujących:

1) W normalnym szpiku kostnym człowieka, obok myeloblastu i erytroblastu, znajduje się nieznaną dotychczas postać leukocytu — myelonomia, która wykazuje cechy zupełnie swoi-

ste, stawiające ją na odrębnym stanowisku w systemie leukocytów. Owa myelogonia jest komórką macierzystą wszystkich komórek szpiku kostnego, a więc myeloblastów, megaloblastów, megakaryocytów i polykaryocytów. Czy komórkę powyższą należy także uważać i za macierz limfocytów — jest sprawą, którą trudno na zasadzie naszych badań rozstrzygnąć.

2) Myelogonia jest prawdopodobnie identyczna z zarodkowym dużym limfocytem *Ma k s i m o w a* i z hemogonią *M o l l i e r a*. A i dalsze okresy rozwoju naszej komórki odpowiadają tymże okresom powyższych komórek.

3) Z myelogonii przez różniczkowanie powstaje myeloblast, przez starzenie się i różniczkowanie wytwarza się megakaryocyt i polykaryocyt. Ostatnie dwie komórki są morfologicznie identyczne, budowa ich jądra podobna jest do budowy jądra myelogonii.

4) Przez wytwarzanie się w zarodki myelogonii hemoglobiny powstaje pierwotny megaloblast, który posiada jeszcze jądro myelogonii i który przetwarza się w zwykły megaloblast.

5) W zarodki myelogonii znajdują się swoiste ziarna azurofilowe, które są identyczne z ziarnami, opisanymi przez *S c h r i d d e g o* w megakaryocytach.

6) Myelogonia stanowi niezbędny składnik metapłazyi szpikowej; niekiedy bujanie myelogonii jest umiarkowane, w białaczce jednak, a szczególnie w białaczce myeloblastycznej bujanie to jest bardzo wyraźne.

7) Myelogonie i megakaryocyty już w warunkach normalnych przechodzą do krwi; w warunkach patologicznych zjawisko to występuje bardzo wyraźnie; tu jednak większość megakaryocytów zatrzymuje się w naczyniach włoskowatych.

8) We krwi prawidłowej znaleźć można wyłącznie zwyrodniałe i pyknotyczne jądra myelogonii i megakaryocytów. W stanach chorobowych, szczególnie zaś w myelozie przewlekłej, znaleźć można we krwi nietylko zwyrodniałe, ale i dobrze zachowane jądra megakaryocytów i myelogonii, a nawet dobrze zachowane całe myelogonie.

W przypadkach ostrej i przewlekłej białaczki myeloblastycznej zjawiają się myelogonie w liczbie zmiennej, przeważnie w postaci dobrze zachowanych komórek.

9) Istnieje postać białaczki, dotychczas zupełnie nieznaną — białaczka czysto myelogeniczna (*Myelogonienleukaemie*), w której myelogonia panuje w obrazie mikroskopowym krwi i tkanek: jest to prawdziwa białaczka macierzysta (*Stammzellenleukaemie*). Dotychczas poznaliśmy czystą postać tylko mikromyelogeniczną; nie ulega jednak kwestyi, iż istnieje także czysta postać makromyelogeniczna.

10) Główną czynność megakaryocytów stanowi wytwarzanie płytek, dlatego też należy przejście megakaryocytów do naczyń włoskowatych tkanek uważać za objaw celowy, ułatwiający oddzielanie się płytek od megakaryocytów.

(Streszczenie własne).

Odczyt był ilustrowany pokazem preparatów mikroskopowych oraz tablic barwnych w epidiaskopie.

XIII. Prezes zawiadomił zebranych, że z powodu niedostatecznej na posiedzeniu liczby członków T-wa wybory: Wiceprezesa, Członka Zarządu, dwóch członków Komitetu Rewizyjnego i Członka Komitetu bibliotecznego odbyć się nie mogą.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *J. Pawiński*.

Sekretarz *W. Dobrowolski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 27 stycznia 1914 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 122, gości 2.

Przewodniczący Prezes *J. Pawiński*.

- Treść: 1) *J. Pawiński*. O wpływie wysokoku na układ krążenia krwi.  
2) Wybory dopełniające, mianowicie: Wiceprezesa Towarzystwa, jednego członka Zarządu, dwu członków Komitetu Rewizyjnego i członka Komitetu Bibliotecznego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego przeczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: *Bacia i Suszczyńską*.

III. Prezes odczytał odezwę kol. *Gepnera* w sprawie autorceratów z dziedziny okulistyki dla przesyłania ich do Zntribl. f. die ges. Opbtalmol u. Grenz.

IV. *Pawiński* wygłosił odczyt p. t.: „O wpływie wysokoku na układ krążenia krwi.“

Pomiędzy t. zw. używkami, które są tak ściśle związane ze sprawą naszego odżywiania i odgrywają rolę podnieci dla układu nerwowego, jak kawa, herbata, tytoń, opium i t. p., ważne miejsce należy się alkoholowi i jego różnym przetworom. Nadużycia wysokoku, które tak wielkie przyjęły rozmiary w ostatnim wieku i tak zabójczo oddziałują na organizm, a zwłaszcza na ośrodkowy układ nerwowy, stały się przyczyną, że wyskok niegdyś tak wysoko ceniony przez lekarzy praktyków, został zupełnie wykreślony z terapii. Przyczyniły się do tego również w znacznej mierze wygłoszone przez znanego profesora chemii fizyologicznej w Bazylei *Bungego* radykalne zdania, iż alkohol posiada tylko własności paraliżujące. „Wszystkie zjawiska, powiada on, które przy obserwacji powierzchownej objaśnione zostają, jako wywołane przez pobudzające działanie alkoholu, dają się sprowadzić do zjawisk porażenia“.

Pochodzenie nazw alkohol i wyskok nie wszystkim jest znane. Nazwa pierwsza jest arabska. Ma swe źródło w przedimku *al* i wyrazie *kahal*, który oznacza drobno roztarty proszek — siarczan antymonu, używany do czernienia brwi u kobiet wschodu. Z początku, zdaje się, każdą masę miało sproszkowaną nazywano *alkahal*; aptekarze dotychczas używają wyrażenia *pulvis alcoholisatus* na oznaczenie proszku drobno utartego. W jaki sposób wyrażenie to dostało się alkoholowi, nie jest wyjaśnionem.

Polska nazwa — wyskok — według słownika *Lindego* ma oznaczać z pod prasy wyskakującą z winogron ciecz — wycisk: *der Vorsprung aus der Weinpresse, der herausflüssende Saft*. „Pierwszy wyskok z prasy daje wino słabe, ale przyjemne“ (*Kluk*). Wyskok, pierwszy ciek wódki (*X. Kamiski*).

Mam zamiar zastanowić się najprzód nad leczniczem znaczeniem wysokoku w cierpieniach układu krwionośnego, a następnie rozważyć szkodliwy wpływ na naczynia i serce przy nadmiernem jego użyciu.

1. Wpływ alkoholu na krwiobieg. Badania na zwierzętach, jak również na ludziach za pomocą sfigmografów i sfigmomanometrów wykazały niewątpliwie, iż pod wpływem alkoholu naczynia powierzchowne skóry ulegają rozszerzeniu, ciśnienie krwi opada (*Dogiel, Gutnikow Świątchowski i t. d.*).

Z powyższego wynioskowano, iż alkohol działa ujemnie na serce, osłabia jego działalność.



Według mego zdania, obniżenie ciśnienia obwodowego wtedy może być uważane za objaw niepomyślny, jeśli towarzyszyć mu będą oznaki niedomogi serca: duszność, przyspieszone, nieregularne bicie serca, rozszerzenie serca, jak to często bywa przy wadach zastawkowych. Nawet i w tych ostatnich, zwłaszcza w późniejszych okresach utraty zrównoważenia, w których napięcie tętnicze wzmagą się, zmniejszenie ciśnienia jest niekiedy pożądanym.

W niektórych cierpieniach mięśnia sercowego, powstałych wskutek zwiększonego ciśnienia w układzie tętniczym, podległym sklerozie, zmniejszenie ciśnienia jest niekiedy najważniejszym celem naszych zabiegów leczniczych, bo zwalcza przeszkody dla krwioobiegu i zmniejsza pracę serca (jod, nitraty, środki czyszczące, dieta mleczna).

Dalej należy zaznaczyć, iż rozszerzenie naczyń obwodowych, zależne od porażenia nerwów zwężających naczynia skóry, nie wyłącza bynajmniej zwiększenia ciśnienia krwi w układzie aortalnym. Nowsze doświadczenia na zwierzętach K o c h m a n a i D i x o n a wykazały, że pod wpływem alkoholu następuje zwężenie naczyń trzewiowych (podległych nerwowi współczulnemu), czemu towarzyszy zwiększenie ciśnienia krwi w aortie przy jednoczesnym rozszerzeniu naczyń obwodowych. Z tego względu w niektórych chorobach zakaźnych, gdzie mamy do czynienia z paretycznym stanem układu naczyniowego trzewiowego — wskutek czego ma miejsce znaczny zastój krwi w jamie brzusznej, alkohol, zwłaszcza w postaci wina, może nawet oddać nam duże usługi.

Alkohol wywiera wpływ nie tylko na układ naczynioruchowy, lecz i na samo serce, wskutek czego skurcze stają się silniejsze (D o g i e l). Nawet G u t n i k o w, który wprowadzał do krwi zwierzętom bardzo duże ilości wysokoku i tym sposobem wywoływał porażenie centralnego układu naczynioruchowego, zaznacza, iż czynność serca nie tylko nie zmniejszała się, lecz nawet uległa wzmocnieniu.

Jako środek podniecający (*analepticum*) w ostrej niedomodze serca, obok kamfory, jest dzielnym lekiem, zwłaszcza że wchłanianie jego odbywa się niezmiernie szybko. Dotyczy to przede wszystkim wina szampańskiego.

W chorobach gorączkowych, wyniszczających organizm, alkohol jako środek ochraniający węglowodany i tłuszcz, dostarczający przy szybkim swem spalaniu pewną ilość ciepłota, znajduje również swe zastosowanie (1 gram wysokoku wytwarza 7 kaloryi). Zbytecznym byłoby dodawać, że dawki alkoholu bądź to w prostej jego postaci, bądź to w postaci wina, powinny odpowiadać warunkom indywidualnym organizmu i nie przekracza

pewnych granic, poza któremi występuje porażające jego działanie na ośrodkowy układ nerwowy.

2. Szkodliwy wpływ nadużyć napojów wysokokowych na naczynia (*arteriosclerosis*). Według naszych danych statystycznych, wyskok zajmuje trzecie miejsce pomiędzy czynnikami etyologicznymi stwardnienia naczyń.

Na 3156 przypadków sklerozy o wiadomych przyczynach było alkoholików 715, t. j. 22,65%. W sklerozie tętnic wieńcowych (*angina pectoris*) na alkohol przypada 21,3%, a na pozostałe naczynia 23,3%, czyli że w powstawaniu anginy piersiowej wyskok odgrywa nieco mniejszą rolę, niż w patogenezie miażdżycy innych obłąków ustroju. Według statystyki H u c h a r d a na alkohol przypada tylko 2,4%.

D u n i n oblicza udział alkoholu w powstawaniu sklerozy u mężczyzn na 36%.

Co się tyczy stosunku czynników prostych do głównych, to wogóle można przyjąć, że czynniki proste są w alkoholu znacznie rzadsze, niż złożone, a mianowicie na 715 przypadków występuje alkohol sam 168 razy, w połączeniu zaś z innymi czynnikami 547 razy. Potwierdzi to dawno uznany pogląd, iż zwolennicy spirytualii popełniają zwykle i inne nadużycia.

Co do roli, jaką odgrywa wyskok w stwardnieniu naczyń, istnieją różne zapatrywania. Na czele tych, którzy przypisują alkoholowi ważny udział w etyologii sklerozy, stoi przedewszystkiem prof. T r a u b e, gdyż zauważył znaczne podniesienie ciśnienia po zastosowaniu alkoholu. Inni zaś, powołując się na doświadczenia na zwierzętach, wykazujące, iż pod wpływem działania alkoholu ciśnienie obwodowe w naczyniach opada, twierdzą, że wyskok nie może być poczytywany za moment etyologiczny sklerozy.

Jednak na zasadzie spostrzeżeń klinicznych, jak również danych statystycznych, powyżej przytoczonych, nie może być wątpliwości, iż alkohol nawet sam przez się, bez współdziałania innych szkodliwych czynników, jak np. tytoniu, przymiotu — przyczynia się do powstawania stwardnienia naczyń. Należy więc przypuścić, iż skleroza naczyń w przypadkach nadużyć napojów wysokokowych przychodzi do skutku z jednej strony z powodu wzmożonego ciśnienia w trzewiach brzusznych, z drugiej zaś z przyczyny szkodliwego denutrycyjnego wpływu alkoholu na włókna elastyczne i mięśniowe ścian naczyń. (Str. własne).

#### V. Wybory dopełniające:

- a) na Wiceprezesa Towarzystwa wybrany został kol. A n t o n i P u ł a w s k i;

- b) na członka Zarządu wybrany kol. **W i t o ł d S z u m l a ń s k i**;
- c) na członków Komitetu Rewizyjnego: kol. **A d o l f K o z e r s k i** i kol. **K a z i m i e r z Z i e l i ń s k i**.
- d) na członka Komitetu Bibliotecznego wybrany kol. **F r a n c i s z e k G i e d r o y ń c**.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Sekretarz *W. Dobrowolski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 lutego 1914 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 57, gości 3.

Przewodniczący Prezes *J. Pawiński*.

**T r e ś ć:** **S t e f a n K r a m s z t y k** (z Kołobrzega).  
Badania fizyczno-chemiczne nad alkalicznością  
krwi.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego przeczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił, że kol. **S t. Ł a z a r e w i c z** (z Poznania) nadesłał T-wu Lek. Warsz. podziękowanie za obranie go na członka-korespondenta.

III. Prezes zawiadomił zebranych o śmierci prof. **T e o d o r a O p ę c h o w s k i e g o**, członka - korespondenta T. L. W, poczem, na wniosek Prezesa, obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc.

IV. Sekretarz stały **A. S o k o ł o w s k i** odczytał życiorys ś. p. **T. O p ę c h o w s k i e g o**.

Warunki naszego kraju zmuszają nieraz wiele jednostek naszego społeczeństwa do szukania kariery po za krajem. Stąd na Zachodzie i Wschodzie, a nawet na dalekiej Północy nasi współziomkowie zmuszeni byli i są dotychczas pracować na obcej glebie i zbogacają oni często cudzą naukę i kulturę

wybitnemi a nieraz dla nauki epokowemi pracami. Nie będę tu wyliczał tych wielkich pracowników, dodam tylko, iż zazwyczaj społeczeństwa, wśród których pracują owocnie, otaczają ich czcią i uznaniem, uważają za swoich, chlubiąc się ich dobriem naukowym, pomimo że pochodzili z obcej gleby i byli wynikiem obcej dla nich kultury. Wiele więc naszych wybitnych jednostek stało się cudzą własnością, pomimo że oni sami nietylko z urodzenia należeli do nas, lecz całe życie byli z nami duchowo związani. Stąd też należy nam samym zaznaczać i notować w naszych archiwach tę kategorię naszych rodaków.

Te kilka uwag treści ogólnej nasunął mi bieg życia zmarłego przed kilku tygodniami wybitnego lekarza i uczonego ś. p. Dr. Teodora Opęchowskiego, który, aczkolwiek urodzony na kresach, był jednakże dzieckiem Warszawy. Tu kończył szkoły w 1871 roku, tu rozpoczął studia uniwersyteckie, a mimo trzydziestoletniego pobytu i stałej działalności naukowo-lekarskiej w Rosyi (Dorpacie, Petersburgu, Charkowie), stale tęsknił za krajem, mawiał o nim, często go odwiedzał, rzecz można, iż korzystał z każdej nadarzonej sposobności, aby zaczerpnąć ożywczego swojskiego powietrza. W miejscu zaś swojej działalności naukowej dom jego był jakby ogniskiem, w którym ześrodkowywała się nietylko młodzież, ale i cała inteligencja polska. Marzył o powrocie i stałem osiedleniu się w kraju rodzinnym. Niestety, śmierć przedwczesna ziściła te marzenia o tyle tylko, że spoczął na wieki w swej ukochanej ziemi rodzinnej, której wzorowym synem był do ostatka.

Cześć Jego pamięci.

Ś. p. dr. Opęchowski urodził się w r. 1854 na Ukrainie. Gimnazjum skończył w Warszawie w r. 1871, następnie wstąpił do warszawskiego uniwersytetu, z którego przeniósł się wkrótce do kijowskiego i ukończył go w r. 1877. Od tegoż czasu do r. 1880 był asystentem przy klinice i ordynatorem szpitala w Kijowie. Od roku 1880 przez lat cztery odbywał studia zagranicą: w Berlinie, Strasburgu, Paryżu i Wiedniu. W tym to czasie powstały jego podstawowe prace z dziedziny patologii ogólnej i farmakologii eksperymentalnej (z pracowni Dubois Reymonda w Berlinie i Schmideberga w Strasburgu). W r. 1885 doktoryzował się w Dorpacie, gdzie habilitował się następnie na docenta, wykładając w ciągu lat czterech dyagnostykę lekarską. W r. 1889 został powołany na ordynatora instytutu klinicznego w Petersburgu, skąd w r. 1892 wyjechał, wezwany na profesora kliniki wewnętrznej w Charkowie, na którym to stanowisku pozostawał do śmierci, zjednawszy sobie swoją gruntowną wiedzą wielkie uznanie jako

nauczyciel kliniczny, a szeroki rozgłos w całej południowej Rosji jako biegły dyagnosta i lekarz. Członkiem naszego Towarzystwa został w r. 1890. Drukiem ogłosił sam lub wspólnie z uczniami następujące prace:

1. Sur l'action localisée du froid appliqué à la surface de la region corticale du cerveau (Comptes-rendus des séances de la Societé de biologie. 1883, Nr. 2).

2. Diejstwie chrizofanowej kisloty pri „Psoriasis“ (w protokole Kijewskawo Obszczestwa wraczej. 1880).

3. Słuczaj Framboësiae syphiliticae (w protokole Kijewskawo Obszczestwa wraczej. 1880).

4. Beitrag zur Kenntniss der Nervenendigungen im Herzen (w Archiv für mikroskop. Anatomie. T. XXII).

5. Histologisches zur Innervation der Drüsen (w Archiv für die gesammte Physiologie, Pflüger's. 1882).

6. Ueber die Druckverhältnisse im kleinen Kreislaufe (w Archiv für die gesammte Physiologie. 1882).

7. Dokład na tuże temu Wienskoj Akademii nauk (III otdiel., 1881 g., wydruk za Jul).

8. Ueber die Innervation der Cardia durch die Nervi pneumogastrici (w Centralblatt für die medicin. Wissenschaften. 1883, Nr. 31).

9. Automatie, Reflex und Hemmungsvorgänge an der Cardia. (Congrès internationale Copenhagen 1884, 8 session Comptes-rendus. T. I).

10. Ein experimenteller Beitrag zur Kenntniss der Ursprungstalte des epileptischen Anfälle (sowmiestno s swoim słuzatelem Dr. Iogansouom. Dissert.).

11. Innervation des Magens seiten des Ruekenmarks in Hinsicht auf den Brechact. Dorpat 1886 (sowmiestno s swoim słuzatelem Dr. A. von Knaut. Dissert.).

12. Beiträge zur Kenntniss der Alcaloide des Aconitum Lycoctonum II Myoctonin. Dorpat 1885 (sowmiestno s swoim słuzatelem Dr. Sołomonowiczem. Dissert.).

13. Chemische und pharmacologische Untersuchungen über die Lobelia nicotianaefolia. Dorpat 1886 (sowmiestno s swoim słuzatelem Dr. von Rozen. Dissert.).

14. Beiträge zur Innervation des Pylorus. Dorpat 1886 (sowmiestno s swoim słuzatelem Dr. Dabbertom. Dissert.).

15. Beiträge zur Beziehung des Gehirns zum Magen. Dorpat 1887 (sowmiestno s swoim słuzatelem Dr. Glasko. Dissert.).

16. Zur Mechanik des Magens beim Brechacte. Dorpat 1887 (sowmiestno s swoim słuzatelem Dr. Francenom. Dissert.).

17. Legocznyj Abscess, pneumotomia, wyzdorowlenie. (Wracz 1888, Nr. 38).

18. O wlijanii jadow na małyj krug (Zeitschr. f. klin. Medic.).

19. Hondrosarkoma przedniawo sredosteuiia. (Wracz).

Wreszcie w ostatnich latach ogłosił szereg prac z dziedziny medycyny klinicznej w języku niemieckim i rosyjskim.

V. Prezes, zgodnie z regulaminem konkursu laryngologicznego, przypadającego do rozstrzygnięcia w r. b., przedstawił na członków Komitetu konkursowego kol. Dębickiego, Lubliner'a i Meyerson'a; zebrani zaakceptowali wniosek Prezesa.

VI. Prezes powitał nowoobranego Wiceprezesa Towarzystwa — kol. A. Puławskiego.

VII. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: Kramsztyka Stefana, Ostaszewskiego i Messinga.

VIII. Luxenburg. Demonstracja przypadku choroby Morvan'a z pokazem skiagramów na epidiaskopie.

Chory 40-letni żyd ze Słonimskiego, rolnik, 10 lat temu zaczął doznawać odmrożeń palców u rąk, co zwykle kończyło się ropieniem nieobfitem i utratą większej lub mniejszej części palca. Sprawy te przebiegały bez bólu, również jak i oparzenia na tułowiu i górnych kończynach, co pochodziło od wylegiwania się na gorącym piecu. Od kilku tygodni zaczęły powiększać się stawy ramienne, co do reszty unieruchomiło górne kończyny, już przedtem słabe.

Dawniej zupełnie zdrow, 6 dzieci zdrowych, żona nie roniła. Badanie przedmiotowe wykazuje rozległe zmiany czucia — mianowicie bólowego, cieplikowego, a także dotykowego na tułowiu poniżej linii pępkowej i ku górze aż do okolicy 3-ej gałązki nerwu trójdzielnego oraz na górnych kończynach. Stawy ramienne znacznie powiększone, poduszkowate, chęlboczą. Ruchy w nich ograniczone, a rentgenogramy wykazują znaczne zniszczenie ramion, których główki zupełnie zanikły, a części stawowe łopatek znacznie zniekształcone. Nakłucie stawu dało płyn krwawo-ropiasty z licznymi limfocytami i komórkami wielojądrowymi oraz podobnymi do myeloblastów. Mięśnie ramion zanikłe, skóra na kiściach znacznie zgrubiała, kiście obrzękłe, znaczne braki paliczków, tak że u jednej ręki zostały ledwie części środkowych paliczków i cząstka kości napięstkowej dużego palca, u drugiej — resztki pierwszych paliczków. Same kości nieco zanikłe. Na tułowiu i górnych kończynach liczne blizny.

Poza tem nerwy czaszkowe, kończyny dolne, narządy wewnętrzne bez zmian. Odruchy zachowane. Wassermann ujemny. Stan gorączkowy (stawy!).

Mamy więc w danym razie daleko posuniętą sprawę syringomyelityczną, zajmującą na znacznej przestrzeni mlecz pachy i wyżej. Ze względu na zmiany mutylacyjne palców oraz czuciowe, należy dany przypadek odnieść do typu Morvana. Rozległość i głębokość zmian stawowych i kostnych, jakie widzimy w danym razie, spotyka się dość rzadko i przewyższa w tym względzie to, co widzimy na ilustracjach w specjalnych podręcznikach.

IX. Paszkiewicz pokazał aparat rysunkowy Edingera.

X. Stefan Kramsztyk wygłosił rzecz p. t. „Badania fizyczno-chemiczne nad alkalicznością krwi.“

Od czasu, gdy opisano obraz kliniczny śpiączki cukrzyczej, utrwalił się pogląd na ten stan chorobowy, jako na zatrucie ustroju kwasami. Teoria ta opierała się na doświadczeniach, robionych na zwierzętach przez podawanie im kwasów, oraz na stwierdzeniu obecności kwasów we krwi w śpiączce i na względnym powodzeniu leczenia zasadami. Jednakże w ostatnich latach ukazały się prace, dowodzące, że kwasy w śpiączce działają nie przez pozabawianie ustroju zasad, lecz przez swoisty wpływ toksyczny. Rozstrzygające znaczenie w tej sprawie mają badania krwi. Wszystkie dotychczasowe badania nie odpowiadały warunkom, nie mogły one bowiem wykazać obecności we krwi kwasów wolnych. Dopiero z chwilą udoskonalenia metod fizyczno-chemicznych można było dać prawdziwie ścisłą odpowiedź. Przy zastosowaniu udoskonalonej w ostatnich czasach metody elektrometrycznej określania jonów wodoru w płynach, wolny kwas węglowy zawierających, próbował autor wywołać zakwaszenie, względnie zalkalizowanie krwi przez wprowadzenie do żyły, wzgl. podskórnice, królikom odpowiednich rozczywnów. Okazało się, że jedynie próby zakwaszania wydały wynik dodatni, jak tego można się spodziewać z rozumowań czysto teoretycznych. Zakwaszenie to jednak udaje się wywołać w warunkach, jakie w organizmie ani w stanie fizyologicznym, ani patologicznym nie istnieją. Układ regulacyjny, jakim ustrój rozporządza, bądź w postaci odpowiednio we krwi ukonstytuowanych rozczywnów soli kwasu fosforowego i proteinów, w pierwszym zaś rzędzie w postaci wolnego kwasu węglowego i dwuwęglanu sodu, bądź w postaci regulacji wydzielniczej nerek i wentylacji płucnej, jest tak doskonały, że może niezmiernie silnie sprzeciwiać się wszelkim wpływom, mogącym zmienić choćby na czas krótki odczyn krwi. Jednocześnie prawie ukazała się w druku praca Mosella, któremu również nie udało się przy użyciu tejże metody stwierdzić zwiększenia się kwa-

sgoty krwi w śpiączce doświadczalnej oraz w śpiączce cukrzyczej u ludzi; jest to możliwe jedynie w wagonii i daje się objaśnić zmniejszoną już wrażliwością ośrodka oddechowego. Tak więc można dziś twierdzić, że w śpiączce cukrzyczej kwasy masłowe, aczkolwiek do krwi się dostają, krążą tam jedynie w postaci soli sodowych tych kwasów.

(Streszczenie własne).

W dyskusji: a) M u t e r m i l c h S t a n i s ł a w podnosi doniosłość poruszanej przez prelegenta sprawy odczynu krwi i wogóle cieczy ustrojowych. Zdaniem mówcy przedewszystkiem należy dokładnie sobie uprzytomnić różnicę pomiędzy kwaśnością miareczkową a kwasotą, wykazującą ilość wolnych kationów (H). Wiadomo, że silne kwasy ulegają w dużych rozcieńczeniach bardzo znacznej dysocjacji na jony H i aniony kwasowe, słabe zaś kwasy ulegają tylko nieznacznemu rozszczepieniu. Jeżeli np. weźmiemy dla porównania  $\frac{1}{10}$  n HCl i  $\frac{1}{10}$  n  $C_2 H_4 O_2$ , to, aczkolwiek przy pomocy miareczkowania ługiem otrzymamy liczby jednakowe, jednakże w rzeczywistości dzięki różnicy w stopniu dysocjacji pierwszy kwas jest około 70 razy silniejszy od drugiego. Mniej więcej taki sam stosunek zachodzi, jeżeli porównać  $\frac{1}{10}$  n Na OH i  $\frac{1}{10}$  n  $NH_4 OH$ . Odczyn krwi i cieczytkankowych jest, jak wiadomo, bardzo słabo alkaliczny dzięki obecności nieznacznej ilości wolnych jonów OH. To stałe zachowanie pewnej koncentracji jonowej posiada pierwszorzędne znaczenie dla zachodzących w ustroju procesów biologicznych. Dla przykładu mówca przytacza ciekawe doświadczenia L o e b a nad jajami jeżowców w wodzie morskiej; na skutek zwiększenia ilości wolnych jonów OH, t. j. po wzmożeniu istotnego odczynu alkalicznego środowiska, udało się wywołać t. zw. dzieworództwo. Zachowanie stałego odczynu posiada doniosłe znaczenie dla rozmaitych procesów biologicznych, jak to stwierdzono np. dla spraw utleniania, działania enzymów i t. d.

Istota przeróbki materji polega, jak wiadomo, na wciąż zmieniających się w komórkach dwu procesach: dyssymilacji czyli katabolizmie i assymilacji t. j. anabolizmie. Podczas dyssymilacji powstają w komórkach rozmaite słabe i silne kwaśne produkty. Ustrój posiada rozmaite sposoby usuwania szkodliwego działania tych związków kwasowych, jak np. zubożnienie ich przy pomocy zasad i amoniaku, przez usuwanie ich przez nerki i t. d. Przedewszystkiem zaś wchodzi tu w grę specjalny układ regulacyjny; analogicznie do tego, jak ustrój posiada możliwość stałego zachowania ciepłoty lub ciśnienia osmotycznego swych cieczy, tak samo może on dzięki idealnie działającemu



systemowi regulacyjnemu zachowywać stale właściwy mu odczyn. Ten układ regulacyjny, polegający, jak wiadomo, głównie na obecności słabych kwasów i słabych zasad ( $\text{Na H}_2\text{PO}_4$  i  $\text{Na}_2\text{HPO}_4$  i  $\text{Na HCO}_3$   $\text{H}_2\text{CO}_3$ ) wykazuje sprawność swą również *in vitro*. Prócz tych kwasów i zasad dużą rolę grają w tym względzie i ciała białkowe, które mogą wiązać duże ilości kwasów.

Dzięki temu doskonałemu układowi regulacyjnemu ustroj ma możliwość zachowywania niezmiennie swego odczynu nie tylko przy prawidłowej przeróbce materii, lecz również i wówczas, gdy jak np. w moczówce cukrowej zachodzi nadprodukcya kwaśnych związków z powodu utraty zdolności ustroju do spalania kwasów  $\beta$  oksymasłowego i aceto-octowego. Nie może być mowy o tem, aby krew mogła wykazywać odczyn kwaśny; co więcej, niemożliwe jest nawet życie przy zupełnie obojętnym odczynie krwi: wówczas bowiem musiałaby się zmniejszyć o połowę zawartość dwutlenku węgla we krwi, co miałyby za skutek zatrzymywanie  $\text{CO}_2$  w tkankach i powodowałyby śmierć. Zachodzi pytanie, czy pomimo to wszystko należy zachować nazwę kwasicy (*acidosis*) dla wspomnianych stanów. Ponieważ zachodzi tu istotna nadprodukcya związków kwaśnych, które pomimo wpływów zubojujących mogą działać szkodliwie dzięki swym anionom kwasowym, w niektórych zaś ciężkich przypadkach układ regulacyjny okazuje się niewystarczającym, co prowadzi do zejścia śmiertelnego, — wobec tego mówca uważa, że nazwę „*acidosis*” należałoby w klinice zachować. Co się tyczy rozpoznawania t. z. kwasicy, to na zasadzie badania krwi nie mamy możliwości stwierdzenia tego stanu. Odczyn istotny, jak to nam przedstawił prelegent, pomimo wybitnej t. zw. kwasicy ulega tylko minimalnym wahaniam. Nie może być również mowy przy współczesnym stanie wiedzy o rozpoznawaniu tych stanów przy pomocy miareczkowania krwi; daje nam ono jedynie pojęcie o zdolności t. zw. zubojującej krwi, co nie ma nic wspólnego z odczynem. Zdaje się, że dość dokładne pojęcie o odczynie krwi może dać metoda określania  $\text{CO}_2$  we krwi, jak to proponują niektórzy badacze, opierając się na tem, że wahania odczynu i ilości  $\text{CO}_2$  są równoległe. Mówca wspomina wreszcie o podanym przez Adlera sposobie stwierdzania zmniejszonej alkaliczności krwi przy pomocy papierków, nasyconych kwasem rozolowym; wartoby metodę tę wypróbować na większym materiale klinicznym. Wobec powyższego do celów klinicznych nie pozostaje nic innego, jak stwierdzanie t. zw. kwasicy na zasadzie badania moczu na obecność ciał acetonowych, względnie na ilość amoniaku.

Krew pomimo rozmaitych zbroceń w przeróbce materji ulega tylko minimalnym wahaniom swego odczynu; to, co stwierdzamy we krwi, jest ostateczną sumą tych wszystkich zmian i zbroceń, jakie zachodzą w rozmaitych tkankach i narządach. Być może przeto, że przy badaniu limfy lub krwi poszczególnych narządów udałoby się jednakże stwierdzić większe wahania w koncentracji jonów OH w zależności od czynności danego narządu lub od innych czynników.

Wreszcie mówca porusza niewyjaśnioną dotychczas dokładnie sprawę stosunku, jaki zachodzi pomiędzy odczynem a przejawami elektrycznymi tkanek. Wiemy na zasadzie teoryi Cybulskiego, że pewną siłą elektryczno-motoryczną stwierdzić się daje w mięśniach również w stanie spoczynkowym, co zależy ma od zachodzących w przeróbce materji przemian, mianowicie podczas t. zw. katabolizmu wzmagają się ilości wolnych jonów H; dzięki rozmaitej szybkości jonów H i OH oraz szczególnej budowie włókien mięsnych, które Cybulski upodabnia do stosów płynnych w niesymetrycznem połączeniu, ma powstawać obniżenie wzgl. wzrost potencjału elektrycznego. Być może przeto, że przy pomocy dokładnego badania przejawów elektrycznych rozmaitych tkanek uda się stwierdzić zaburzenia w przeróbce materji, prowadzące wskutek nadmiernej ilości wolnych jonów H do obniżenia alkaliczności.

(Streszczenie własne).

b) L a n d a u nie godzi się z wnioskami prelegenta, iż jonowe badania alkaliczności krwi obaliły dawniejsze badania za pomocą miareczkowania. Zdaniem L. obie te metody bynajmniej sobie nie przeczą, lecz przeciwnie, uzupełniają się nawzajem. Dotyczy to badań zarówno in vitro, jak in vivo. Jeżeli kwasota jonowa  $\frac{1}{10}$  normalnego kwasu octowego jest mniejsza, aniżeli  $\frac{1}{10}$  normalnego kwasu siarczanego, to z tego zupełnie nie wynika, byśmy się mieli wyzbyć pojęć o płynach mianowanych, pojęć, zdobytych na mocy miareczkowania. To samo zachodzi z alkalicznością krwi w kwasicy. Jeżeli badania fizyczno-chemiczne wykazują, iż pomimo wybitnych objawów zatrucia kwaśnego zawartość jonów tleno-wodorowych we krwi nie ulega żadnym lub prawie żadnym zmianom, to musimy powiedzieć, iż ustrój utrzymuje wszelkimi siłami alkaliczność jonową krwi na poziomie mniej więcej stałym. Ale obok tego faktu istnieje jeszcze jeden, a mianowicie, iż alkaliczność krwi, określona miareczkowo, ulega obniżeniu. W alkaliczności jonowej bierzemy pod uwagę tylko wolne jony tleno-wodorowe, zaś alkaliczność miareczkowa uwzględnia prócz nich jeszcze olbrzymią rezerwę zasad, znajdujących się w stanie potencjalnym,

w stanie nierozszczepionym na jony. Z punktu widzenia klinicznego L. przywiązuje większą nawet wagę do alkaliczności miareczkowej, bowiem ulega ona obniżeniu w kwasicy, tak, że na tem oprócz można pewne wnioski co do rokowania; natomiast alkaliczność jonowa, będąc wielkością prawie stałą, posiadającą duże znaczenie biologiczne, pozbawiona jest właściwie wartości klinicznej. Na jednym tylko punkcie badania alkaliczności krwi, zarówno jonowej, jak miareczkowej, dały wyniki zgodne, wykazały one bowiem, iż alkaliczność, pomimo dowozu znacznej ilości zasad, nie da się podnieść.

(Streszczenie własne).

c) *M u t e r m i l c h S t a n i s ł a w* nie zgadza się z poglądem *L a n d a u a*, że miareczkowanie krwi daje nam pojęcie o rezerwie zasad. Jak wiadomo, kwaśne związki (np. kwas  $\beta$ —oksymasłowy) ulegają zubożeniu również przez amoniak, którym ustrój może rozporządzać w dużej ilości. Siła zubożniająca krwi dzięki obecności białka i wolnych słabych kwasów i zasad jest bardzo duża, wchodzi tu w grę rozmaite złożone czynniki; miareczkowanie przeto nie może dać nam pojęcia o ilości alkaliów we krwi, a zwłaszcza w tkankach.

(Streszczenie własne).

*S t e f a n K r a m s z t y k* w odpowiedzi podkreśla szersze rozwinięcie niektórych stron teoretycznych kwestyi przez kol. *M u t e r m i l c h a* oraz uznaje trafność wypowiedzianych przez niego poglądów. Uznaje też, że metody określania alkaliczności krwi drogą miareczkowania będą miały wciąż znaczenie dla pewnych celów klinicznych. Poglądy, wypowiedziane niegdyś w pracy kol. *L a n d a u a*, zostały częściowo potwierdzone na drodze fizyczno-chemicznej.

(Streszczenie własne).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Sekretarz *W. Dobrowolski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17 lutego 1914.

Członków obecnych na posiedzeniu 69, gości 3.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

**T r e ś ć:** 1) Sekretarz Stały *A. Sokółowski*:  
a) Wniosek Zarządu w sprawie fundacji imienia Dr. *T. Borysowicza*, b) w sprawie fundacji

cyi ś. p. Sieragowskiej, c) w sprawie darowizny Prezesa J. Pawińskiego.

2) Prezes J. P a w i ń s k i. W sprawie posiadzeń radiologów.

3) Wiceprezes A. P u ł a w s k i. Wynik konkursu im. Moczutkowskiego.

4) Sprawozdanie Redaktora Pamiętnika za rok 1913.

5) R z ę t k o w s k i O niedomodze mięśnia sercowego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego przeczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił zebranych o śmierci członka czynnego T-wa, ś. p. Adama Mincera, oraz o śmierci członka-korespondenta T-wa, ś. p. Juliana Kulskiego poczem zebrani, na wniosek Prezesa, uczcili pamięć obu zmarłych przez powstanie z miejsc, a Sekretarz Stały, A Sokołowski, odczytał życiorysy zmarłych:

„Ś. p. Dr. A d a m M i n c e r. W naszych społecznych warunkach brak nam przedewszystkiem ludzi, którzy posiadaliby obok gruntownego fachowego wykształcenia zamiłowanie i wytrwałość w pracy zawodowej i społecznej. Typem takiego rzadkiego a wytrwałego pracownika był w naszym społeczeństwie ś. p. dr. Adam Mincer. Patrząc od lat dziesięciu niemal codziennie na jego pracę szpitalną, widziałem i podziwiałem jego systematyczność i wytrwałość w robocie szpitalnej, pomimo że wzrastała i to niepomiernie szybko jego prywatna praktyka, a więc i zarobek. Nie przeszkadzało mu to jednak w pracy szpitalnej, którą umiłował z serca całego. A ta praca szpitalna, to ciągle wyrabianie się w kierunku kliniczno-chirurgicznym — było i podstawą jego powodzenia w praktyce. Obok pracy czysto kliniczno-chirurgicznej, w kilku ostatnich latach pełnił ś. p. Adam Mincer zastępczo obowiązki naczelnego lekarza szpitala św. Ducha, szpitala dużego, ważnego, z piękną tradycją, w którym niestety w ciągu ostatnich kilku lat stanowisko lekarza naczelnego stawało się coraz trudniejszym. Miał on bowiem do zwalczania sprzeczne wprost ze sobą żądania: jedne zgodne z naszą tradycją, inne z wymogami władzy, inne wreszcie z poczuciem obowiązku obywatelskiego. Mogę tu oddać sprawiedliwość zupełną ś. p. Mincerowi, że potrafił zawsze pozostać na stanowisku obrońcy naszych interesów społecznych. Nie szczędził przytem pracy ani czasu, wchodząc w najdrobniejsze szczegóły wymagań tak skomplikowanej maszyny, jaką

przedstawia życie szpitalne, gdzie nieraz wymagania jednej strony są sprzeczne z dobrem ogólnem chorych lub ustroju szpitalnego, gdzie nieraz temperament ludzi ich unosi, gdzie jedynie wyrozumiałość zwierzchnika jest w stanie zaprowadzić ład harmonijny. Tę wielką dozę cierpliwości, ten duży zasób rozumnej wyrozumiałości i taktu posiadał ś. p. Adam Mincer w swym otwartym charakterze i pogodnym umyśle. Oto są przyczyny, dla których pozostawił szczery żal po sobie w sercach wszystkich, co mieli sposobność zetknąć się z nim bliżej. Obok pracy szpitalnej i fachowej znalazł ś. p. Mincer również czas i na prace naukowe. Pozostawił w naszym piśmiennictwie szereg przyczynków wybitnej wartości z dziedziny umiłowanej przez niego specjalności, t. j. chirurgii chorób dróg moczowo-płciowych. Cześć Jego pamięci!

Adam Mincer urodził się w 1867 roku, w 1889 roku ukończył gimnazjum w Piotrkowie i w tymże roku wstąpił do warszawskiego uniwersytetu, który ukończył w r. 1895. W ciągu kilku lat przebywał na praktyce chirurgicznej w klinice prof. K o s i ń s k i e g o i na oddziale dr. S z t e j n e r a w szpitalu Dz. J. W 1899 r. udał się do Paryża, gdzie przez dłuższy czas odbywał gorliwe studia w klinice prof. G u y o n a i doktora M o t z a. Wreszeie w r. 1905 został drogą konkursu ordynatorem specjalnego oddziału chorób organów moczowo-płciowych, na którym to oddziale z wielkim pożytkiem dla chorych i szpitala pozostawał do samej śmierci.

Ogłosił drukiem następujące prace: 1) O leczeniu zwężeń cewki (Dziennik zjazdu lekarzy i przyrodników polskich 1900), 2) O przeroście gruczołu krokowego (Gazeta Lekarska 1900), 3) Cewnik i cięcia nadłonowe przy zakażeniach moczowych (Gaz. Lek. 1900), 4) Kilka uwag o ważniejszych zagadnieniach urologii (Pamiętnik Towarzystwa Lek. i Nowiny Lek. 1901), 5) Demonstracja przyrządu Luysa (Pam. Tow. Lek. 1902), 6) Dwa przypadki wodonercza (Przegląd Chirurgiczny 1910), 7) Pokaz kamieni moczowych (Przegl. Chirurg. 1910), 8) Dwa przypadki gruźlicy nerki (Przegl. Chirurg. 1910), 9) O usuwaniu gruczołu krokowego (Medycyna 1910), 10) Demonstracja chorego z doszczętnem usunięciem pęcherza (Pam. Tow. Lek. 1910).

Ś. p. J u l i a n K u l s k i. Zmarły w dniu 14 lutego w Radomsku w sędziwych latach, bo ich przeżył przeszło 80; był więcej niż pół wieku członkiem koresponden'em naszego Towarzystwa. Z Kulskim zeszedł do grobu świetny typ lekarza o starej tradycji szkoły lekarskiej Krakowskiej, która w epoce trzydziestoletniej, t. j. po zamknięciu warszawskiego uniwersytetu, dostarczyła Królestwu wielu wybitnych bardzo lekarzy i wzo-

rowych obywateli kraju. Ś p. Kulski urodził się w roku 1834 w Galicyi, po ukończeniu w r. 1856 z odznaczeniem Jagiellońskiej Almae Matris, pozostawał tamże przez lat dwa, pracując głównie pod kierunkiem słynnego klinicysty Dittla, gdzie i ugrupował swą wiedzę teoretycznie i praktycznie. W r. 1858 przyjechał do Królestwa, a po uzyskaniu nostryfikacyi swojego dyplomu w ówczesnej radzie lekarskiej Królestwa, osiedlił się jako praktyk w Radomsku. Tu przebywał stale przeszło pół wieku, zyskawszy nietylko w samym mieście, lecz i w dalekiej okolicy rozgłos niezwykle szeroki jako zdolny lekarz i akuszer, a jednocześnie nieposzlakowanej i wielkiej uczciwości człowiek. Jednakże w ostatnim lat dziesiątku życia nieublagane losy nie oszczędziły mu ciężkich bardzo przeżyć i nieszczęść rodzinnych, które nosił z prawdziwym stoicyzmem i spokojem ducha. Mimo niezwykle obszernej, głównie rozjazdowej, t. j. bardzo męczącej praktyki, ś p. Kulski znajdował jeszcze czas na prace literacko-lekarskie, zasłużywszy się bardzo naszemu Towarzystwu lekarskiemu w „Pamiętniku“; w latach między 62 a 67 pomieszczał niemal w każdym zeszyte kreśloną nadzwyczaj umiejętnie kronikę lekarską zagraniczną, w której zaznajamiał czytelników z postępem wiedzy lekarskiej na Zachodzie, a przede wszystkim podawał wyniki z posiedzeń naukowych Towarzystw i Akademii lekarskich, przeważnie angielskich i francuskich. Kroniki te, które przejrzałem szczegółowo, nie stanowią czystej tylko kompilacyi, przeciwnie widać w nich wytrawnego znawcę i w wielu razach wybornego krytyka. Obok kronik tych pomieszczał jeszcze w pismach lekarskich prace natury kazuistycznej, jako to: 1) Spostrzeżenia szczegółowe nad epidemią cholery w Radomsku z r. 1866, 2) Dysmenorrhea, 3) Zwężenie pochwy macicznej, 4) Przypadek oparzenia jodem oczu, 5) Ciąża fałszywa, 6) Ropień warg wstydlivych (Tyg. Lek. 1864), a ponad to jeszcze, jako znawca gruntowny języków, tłumaczył z angielskiego niektóre wybitniejsze prace, jako to: Poglądy na nowoczesną syfilidologię (Przeg. Lekarski 1865) oraz Odczyty kliniczne o chorobach kobiet Simpsona (Pam. Tow. 1862).

Cześć Jego pamięci!“

III. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: Hellina, Bacia i Ostaszewskiego.

IV. Neugebauer ofiarował dla księżnicy T. L. W. rocznik (1913) pisma japońskiego „Josan-no-Shiori“, przeznaczonego dla akuszerok, oraz zeszyt Proceedings of the Royal Society of Medicine i 2 zeszyty Zntnrl. f. d. ges. Gynaekologie.

V. Prezes zawiadomił zebranych, że wyższa władza krajowa zatwierdziła w charakterze członków honorowych T. L.

W. z Poznania: Święcickiego Heliodora i Chłapowskiego Franciszka, oraz jako członka korespondenta z Poznania Stanisława Łazarewicza.

VI. Sekretarz Stały zawiadomił zebranych o akcie darowizny Prezesa, J. Pawińskiego, który przeznaczył rubli tysiąc na fundusz rezerwowy dla zapewnienia bytu Przeglądowi Piśmiennictwa Polskiego, wychodzącemu pod opieką T. L. W. Wymienioną sumę składa J. Pawiński dla zapoczątkowania funduszu zapasowego, z któregoby Prz. Piśm. Polsk. mógł czerpać zasilek w razie potrzeby, stosownie do uznania Zarządu T. L. W. w porozumieniu z Redaktorem Pamiętnika. Drugi tysiąc rubli składa J. Pawiński dla zaopatrywania Biblioteki Towarzystwa L. W. w wydawnictwa i dzieła poważne, podstawowe, z zastrzeżeniem, aby fundusz ten starczył na lat cztery. Dzieła, do zakupu wybrane, Bibliotekarz przedstawia do uznania Zarządu T. L. W. Zebrani darowizny powyższe przyjęli.

VII. Sekretarz Stały zawiadomił zebranych o zrealizowaniu zapisu ś. p. Sieragowskiej w sumie 50 tysięcy rubli na rzecz T. L. W.

VIII. Sekretarz Stały zawiadomił zebranych o fundacji imienia D-ra T. Borysowicza w sumie 1500 rubli na warunkach, w akcie darowizny bliżej określonych; zebrani darowiznę powyższą przyjęli.

IX. Prezes zawiadomił, że wpłynęło podanie, podpisane przez 17-tu członków T. L. W., w celu utworzenia posiedzeń radiologów, na wzór posiedzeń innych specjalistów; zebrani zaakceptowali utworzenie posiedzeń radiologów.

X. Wiceprezes odczytał protokół posiedzenia Komitetu Konkursowego im. Moczutkowskiego, które się odbyło d. 6 lutego r. b. Nagroda jednogłośnie przyznana została D-rom: Stanisławowi Mutermilchowi i Kazimierzowi Rzętkowskiemu za odczyt p. t. „Hodowla tkanek in vitro”. Dodatkową nagrodę, ofiarowaną zwyczajem lat poprzednich przez Sekretarza Stałego, A. Sokółowskiego, Komitet przysądził D-rom: Jerzemu Brunnerowi i Czesławowi Jakubowskiemu za odczyt p. t. „Leczenie twardzieli autowakcyjną”.

S t. M u t e r m i l c h w imieniu swoim i K. Rzętkowskiego ofiarowuje przysądzoną im nagrodę Moczutkowskiego na rzecz Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego.

XI. Prezes zawiadamia, iż nadesłano pracę na konkurs im. Koczorowskiego w r. 1914 pod godłem „Feci quod potui ...”

XII. Redaktor „Pamiętnika“, T a d e u s z B o r z ę c k i, odczytał sprawozdanie z wydawnictwa za r. 1913.

J. J a w o r s k i, z powodu odczytanego sprawozdania z Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Przeglądu

Piśmiennictwa Polskiego, zastanawia się pokrótce nad znaczeniem tego ostatniego wydawnictwa, które posiada nietylko cenne znaczenie dla piszących, jako wskazówka, informacja, gdzie danej pracy szukać należy, lecz jednocześnie odtwarza całość kształt polskiej produkcji naukowej lekarskiej, zobrazowuje nasz ruch piśmienniczy we wszystkich dziedzinach medycyny. Mówca wyraża ubolewanie, że o dorobku naukowym polskim wiadomość nie przedostaje się do uczonych cudzoziemskich, do literatury zagranicznej. Przypadkowe streszczenia bowiem prac polskich w czasopismach obcych, jako nie dające pojęcia o całości prac naszych, braku tego nie usuwają. Tymczasem nasz Przegląd Piśmiennictwa, wydawany z dużym nakładem pracy, nadaje się jak najbardziej do tego. J. J a w o r s k i przypomina, że już w roku 1905 w Gazecie Lekarskiej w artykule p. t. „Nasz udział w międzynarodowych zjazdach lekarskich” podał projekt ułożenia i wydrukowania po polsku i francusku przynajmniej spisu prac polskich za ostatnie 10-lecie z odpowiednim wstępem, w celu przedstawienia go na najbliższym Kongresie międzynarodowym. Obok tego J. projektował wtedy i parokrotnie w latach następnych (Gazeta Lekarska r. 1909, 1910, 1912, 1913; Zdrowie r. 1911), aby Komitet Polski zgłaszał na międzynarodowe zjazdy jakąś kwestyę programową lub przedstawiał korreferat do danego tematu z uwzględnieniem specjalnem prac autorów polskich. W myśl tego Towarzystwo Ginekologiczne Polskie przedstawiło streszczenia prac autorów polskich po francusku na międzynarodowy zjazd ginekologiczny w r. 1912 w Berlinie, a redakcja miesięcznika „Zdrowie” toż samo uczyniła już w r. 1910, przedstawivszy streszczenia prac polskich z higieny wychowawczej na międzynarodowym zjeździe w Paryżu, zaś redakcja „Przeglądu Pedyatrycznego” spis tytułów prac polskich w r. 1913 również w Paryżu z powodu zjazdu międzynarodowego tamże. W roku 1912, z powodu międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Londynie J. J a w o r s k i, jako jeden z delegatów Tow. Lek. Warsz., na konferencji w Krakowie, w d. 20 czerwca, przy naradach nad organizacją Komitetu Polskiego przedstawił wydane staraniem swoim za lata 1909, 1910 i 1911 Roczniki „Przeglądu Piśmiennictwa Polskiego” w odpowiedniej okładce, na której obok nagłówka polskiego widnieje na każdym Roczniku napis: *Revue de la Littérature Médicale Polonaise de l'année 1909, 1910, 1911*; a potem: *En 1909 a été publiés 1077 articles et travaux médicaux, en 1910 a été publiés 1516 articles et travaux médicaux, en 1911 a été publiés 1533 articles et travaux médicaux*. Rocznik taki J. przedstawia Prezydium. Nadto, przyjęto wtedy wniosek mówcy,



aby na przyszłość tytuły wszystkich prac, streszczanych w „Prze-  
glądzie Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego“, drukować i po  
francusku, czego dla braku czasu obecnie nie dało się wykonać  
(ewentualnie w miarę środków podawać streszczenia prac w tym  
języku), a Roczniki wydawnictwa tego przysłać do: Biura zjaz-  
dów międzynarodowych w Brukselli, do ważniejszych bibliotek  
zagranicznych, na kongresy międzynarodowe, do międzynaro-  
dowego Biura pracy lekarskiej w Paryżu i do Towarzystwa mię-  
dzynarodowego organizacji pracy umysłowej, założonego przez  
W. Ostwald a p. n. Brücke w Monachium. W końcu  
J. Jaworski wyraża nadzieję i przypuszczenie, iż wobec dar-  
u pieniężnego, uczynionego obecnie przez Prezesa T. L. W. na  
rzecz wydawnictwa tego, idea streszczenia po francusku prac  
polskich lekarskich zrealizowaną niebawem zostanie.

T. Borzęcki w odpowiedzi oznajmia, że przed tygo-  
dnem na posiedzeniu Zarządu na jego wniosek zapadła już  
uchwała, aby karta tytułowa i spisy prac streszczanych w „Prze-  
glądzie Piśmiennictwa“ były drukowane również w języku fran-  
cuskim.

XIII. Szteyner przedstawił chorego, wyleczonego  
z olbrzymiego ropnia wątroby za pomocą hepatotomii dwukrot-  
nej. Pierwszy raz przybył chory do szpitala do kol. Cheł-  
chowskiego przed 6 laty z objawami ropnia wątroby po-  
chodzenia podysenterycznego i wtedy dokonano pierwszą hepato-  
tomię wraz z wycięciem 3 chrząstek żebrowych łuku (operacja  
Lannelonguea): było około 2 litrów ropy barwy czekola-  
dowej. Po raz drugi przybył chory z temiż objawami i w tym  
roku (2.I.1914), miał powtórna hepatotomię, po której rana jest  
prawie zagojona i chory jedzie do domu.

H. Higier przedstawił przypadek postaci powrotnej  
zapalenia nerwów rozsianego. 18-letni młodzieniec, ciężką pracą  
zajęty w młynie, przechodził przed 5 laty bez wiadomej przy-  
czyny ostre zapalenie rozsiane nerwów z zajęciem wszystkich  
kończyn i mięśni opuszkowych oraz poważnemi zaburzeniami  
czucia, czynności naczynioruchowej i pobudliwości elektrycznej  
aparatu nerwowo-mięśniowego. Ostry okres choroby trwał kilka  
miesiący, a poprawa ciągnęła się blisko dwa lata. Przed 6 ty-  
godniami bez wiadomego powodu, przy poprzedzającej niezna-  
cznej gorączce, wznowił się poprzedni obraz porażenia, znieczu-  
lenia i bezładu w stopniu znacznie słabszym, niż przed laty.  
Poprawa zaczęła się o wiele wcześniej i szła szybszymi kroka-  
mi. Zaburzenia naczynioruchowe, niedowład mięśni rozginaczy  
kończyn górnych, a zwłaszcza dolnych, ataksya i zupełny brak  
odruchów ścięgnowych umożliwiają jeszcze i teraz u ozdowień-

ca dokładne rozpoznanie Postać powrotna zapalenia nerwów wielorakiego należy do rzadkości, tembardziej, że etyologia tegoż i za drugim razem pozostała zupełnie ciemną, o ile nie przypuszczać czynnika antointoksykacyjnego. Nawroty porażień pojedynczych nerwów obwodowych — n. twarzowego — zdarzają się względnie nierzadko.

XV. Rzętkowski wygłosił rzecz p. t. „O niedomodze mięśnia sercowego”. Rz. stwierdza istnienie zmian czynnościowych w mięśniu sercowym, które mogą powodować rozwijanie się niedomogi mięśnia w postaci różnych zaburzeń czynności tegoż. Dalej Rz. omawia chemię mięśnia sercowego, szczegółowiej rozważa chemiczną teorię skurczu mięśnia sercowego, przytacza dane, dotyczące patologicznych form czynności mięśnia sercowego na zasadzie badań odcinków serc zarodkowych, przechowywanych metodą Burrows-Carręla, oraz chemię histologicznie niezmiennego mięśnia sercowego, będącego w stanie niedomogi. Kończy Rz. omówieniem teorii działania na serce napařtnicy (za pośrednictwem nerwu błędnego).

(Streszczenie własne).

W dyskusyi a) Muttermilch Stanięła w twierdzi, że dopiero wówczas będziemy mogli poznać istotę niedomogi mięśnia sercowego natury czynnościowej, t. j. bez zmian histologicznych, gdy wyjaęnią zostanie fizjologia skurczów włókien mięsnych wogóle, w szczególności zaś rytmicznych skurczów włókien mięśniowych serca. Mówca przypomina teorię (Bernstein, Jensen, Robertson i in.), upatrujące w t. zw. napięciu powierzchniowym czynnik, grający rolę w kurczliwości włókien mięsnych. Teorya ta zyskała duęo w ostatnich latach na prawdopodobieństwie, dzięki ciekawym badaniom, jakie ogłosił Macallum nad zawartością potasu w mięśniach. Jak wiadomo, włókna mięsne prąękowane, w szczególności zaś mięęnie serca są bardzo bogate w związki potasowe. Dzięki zastosowanej przez badacza tego metodzie mikrochemicznej można było dokładnie okreęcić lokalizację jonów potasowych w włóknaach mięśniowych. Opierając się na fakcie odmiennego rozmieszczenia jonów K w włóknie mięśniowym w okresie skurczu i rozkurczu oraz na wpływie, jaki jony potasu dzięki znacznej ich ruchliwości wywierają na napięcie powierzchniowe, autor wypowiedzi pogląd, że na skutek zmniejszonego napięcia powierzchniowego na powierzchni włókna wyzwała się pewna ilość energii, która teę prowadzi do pewnej czynności mechanicznej, t. j. do skurczu włókna mięsnego. W każdym bądź razie to jedno tylko możemy obecnie twierdzić napewno, że pra-

widłowość skurczów włókien mięsnych serca jest ściśle uzależniona od zachodzących w włóknach mięsnych procesów przeróbki materii. Każde zaburzenie czy to w asymilacji, czy dezasymlacji naskutek tych lub innych czynników (toksyny, zaburzenia w krążeniu i t. d.) prowadzić musi w mniejszym lub większym stopniu do zaburzeń w prawidłowej czynności, kurczliwości mięśnia sercowego. Rozpoznanie, zwłaszcza wczesnych okresów, podobnych zaburzeń w przeróbce materii, zachodzących w mięśniu sercowym, posiada znaczenie wagi pierwszorzędnej zarówno pod względem teoretycznym, jak i praktycznym. Zdaje się, że pod tym względem dużo usługi odda nam metoda elektrokardiograficzna. Zdanie to mówca opiera na znanej teorii chemicznej (C y b u l s k i), według której wychylenia nitki w galwanometrze zachodzą na skutek prądów czynnościowych, będących wyrazem procesów ana- i katabolicznych. Teorię tę elektrochemiczną rozwinął E i g e r. Autor ten tłumaczy drugą część krzywej elektrokardiograficznej (SoT) procesem biochemicznym, towarzyszącym fazie skurczowej mięśnia sercowego. Czynniki, wywołujące wzmoczenie procesów katabolicznych w włóknach mięsnych serca (środki narkotyzujące, drażnienie nerwów przyspieszających) lub też wzmoczenie spraw anabolicznych (np. drażnienie nerwu błędnego), powodują odpowiednie zmiany w wychyleniu załamka T. Badania podobne pozwalają nam, jak widzimy, wniknąć w istotę zachodzących w włóknach mięsnych procesów przeróbki materii. Być może, że w dalszym rozwinięciu tych usiłowań zdołamy poznawać zaburzenia procesów przeróbki materii w mięśniu sercowym natury zarówno ilościowej (przyspieszenie i zwolnienie), jak i jakościowej na skutek tych lub innych zbroczeń, wywołanych przez czynniki nieprawidłowe. Z powodu przytoczonego przez prelegenta interesującego spostrzeżenia jego nad wzmoczeniem w niektórych przypadkach niedomogi mięśnia sercowego zawartości chlorków w ostatnim, mówca sądzi, że należałoby mówić tu wogóle o chlorkach, a nie o chlorku sodu, albowiem jest rzeczą możliwą, że wzmoczenie to dotyczy, być może częściowo, chlorku potasu.

b) J. P a w i ł s k i. Oddawna już zwracał uwagę klinicystów fakt, iż w niektórych przypadkach niedomogi serca, zakończonych śmiercią, badanie pośmiertne nie było w stanie wykryć żadnych zmian makroskopowych i mikroskopowych. Niekiedy u osób zmarłych nagłą śmiercią znajdowano rozszczerzenie włókien mięsnych, które jednak nie wszyscy badacze uważają za zmianę przyżyciową. Należało więc przypuszczać, że istnieją w podobnych razach pewne zmiany czynnościowe bądź to we

włóknach mięsnych, bądź to w komórkach nerwowych, których istoty dotychczas nie znamy, a które do ciężkich zaburzeń doprowadzić mogą. Badania Einthovena i Engelmana nad przewodnictwem podnień w sercu, a z drugiej strony doświadczenia Carrela nad zachowaniem się kawałków serca *in vitro* pod wpływem różnych odżywczych płynów w rodzaju tych, o których prelegent wspomina, przyczynia się niezawodnie do wyjaśnienia nam zaburzeń czynnościowych, powyżej wspomnianych. Sądziłbym jednak, że nie wszystkie te zaburzenia zależą tylko od zmienionych warunków odżywiania włókien mięsnych, gdyż i układ nerwowy, tak hojnie zaopatrujący serce, odgrywa w nich według wszelkiego prawdopodobieństwa ważną rolę. Na to wskazują niektóre przypadki nerwic serca (*tachycardia paroxysmalis, bradycardia, extrasystole* i t.p.), występujące wśród najlepszego zdrowia, trwające nieraz całe lata, bez żadnego szkodliwego wpływu na sprawność mięśnia sercowego, jak również przypadki nagłego porażenia serca na skutek wzruszeń, przestraszu i t. p.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński.*

Sekretarz *W. Dobrowolski.*

---

Posiedzenie kliniczne z dnia 24 lutego 1914 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 35.

Przewodniczący Prezes *J. Pawiński.*

T r e ś ć: 1) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.  
2) L. W e r n i c. Poglądy współczesne na patogenezę, rozpoznawanie i leczenie róży.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes wręczył dyplomy obranym w r. b. członkom honorowym T. L. W.

III. N e u g e b a u e r przedstawił: a) jajo pięciodniowe poronione samoistnie: *amnion intactum, chorion* tylko częściowo na jajo zachowane.

b) Płód o urazie sztucznym wskutek *abortus criminalis*. Dwa dni temu akuszerka manipulowała sondą w macicy. N. wezwano rano do chorej z powodu krwotoku i gorączki (39,5°). Po sprowadzeniu chorej do szpitala — płód widoczny był w ujściu pochwy, *per expressionem* wydano płód i również łożysko. Przebieg położu dotychczas bez komplikacji, ciepłota opadła zaraz po usunięciu płodu martwego. Na płodzie widać rezultat manipulacji akuszerki. Po prawej stronie brzucha widać ranę klutą: wątroba obnażona, łuk żebrów podminowany tak, że pojedyncze żebra dolne sterczą, powłoki skórne zdarte na przestrzeni 4 ctm. wzdłuż i 3 wpoprzek. N. demonstruje płód ten jako przykład zbrodniczej czynności niektórych akuszerki i jako analogon demonstruje kolorowy rysunek podobnego przypadku z rozprawy *F r i t s c h a*: „O spędzaniu płodu przed forum sądowem“.

c) Potwórka siedmiomiesięcznego żywo urodzonego, który zmarł w 5 minut po urodzeniu. *Defectus ani, defectus organorum sexualium externorum ac orificii externi urethrae, sympodia (sympus monopus apus Syrana)*. Zamiast 2 dolnych kończyn widać tylko jedną kończynę bez stopy. N. przedstawia rentgenogram, zdjęty przez *K r ó ł i k o w s k i e g o*, doskonale ujawniający układ kostny. Widać jedno *femur*, powstałe ze zlania się dwóch ze sobą, jedną *tibiam*, bez kości strzałkowych, stopy brak zupełnie. N. objaśnia przy tej okazji mechanizm powstania zlania się 2 kończyn w taki sposób, że zrosnięte są pomiędzy sobą nie brzegi dośrodkowe kończyn, lecz brzegi odśrodkowe. Potwórka dostarczył N. kolega *H i e r o n i m C z a r k o w s k i* do zbiorów N.

d) Kulę drewnianą o przekroju 10 ctm., którą podarował N. kol. *K a r b o w s k i* z Łomży. Dwaj złodzieje przez zemstę za denuncjację policji wpakowali kulę tę dawnemu koledze swemu do odbyticy. Kol. *K a r b o w s k i* wydobyl *corpus alienum* przy pomocy kleszczy akuszerki. N. przy tej okazji wspomina o najnowszej pracy prof. *W a c h h o l z a* w Krakowie o ciałach obcych w odbyticy i przytacza przypadek z *H e i d e l b e r g a*: Studenci w stanie nietrzeźwym wpakowali 19-letniej paniace starozakonnej świński ogon *in intestinum rectum*. Gdy ciała obcego wy dostać nie mogli z powodu, że przy pociąganiu szczeciny wrzynały się w błonę śluzową, wezwano profesora chirurgii do ofiary swawoli barbarzyńskiej. Profesor ten usunął ciało obce w sposób bardzo prosty: do końca wolnego ogona przywiązał mocną nitkę, następnie nasunął na tę nitkę rurkę bambusową, pooliwioną rurkę wsunął w głąb *intestini recti*, tak że nasunęła się na ciało obce, i następnie wyciągnął bambusową

rukę *cum corpore alieno*. Neugebauer przytoczył dalej przypadek z praktyki prof. Adelmanna w Dorpacie, który usunął *ex intestino recto* u poczytlionia dzwonek. Poczytliion, mający przewieźć wiorst kilkanaście sankami ministra podróżującego, mając rozwolnienie, usiadł na dzwonku i jakoby w trakcie jazdy dzwonek miał wdrażyć do odbytnicy. Neugebauer słyszał wykład prof. Berga o tym przypadku na prelekcji klinicznej w Dorpacie w r. 1878.

e) Pacjentkę lat 42, zamężną lat 25, która rodziła pomyślnie pięcioro dzieci, ostatnie 8 lat temu. W r. 1913 zaszła w ciążę, nie pamięta jednak daty ostatniego peryodu. Od połowy ciąży odczuwała ruchy płodu i oczekiwała porodu w Październiku. Zjawily się też w oczekiwanym terminie bóle porodowe, które jednak po 2 dniach ucichły. Poród nie nastąpił. Przebieg ciąży miał być prawidłowy bez jakichkolwiek ważniejszych dolegliwości, bez wszelkich bólów. Jedynie uparta obstrukcyja chorej dokuczala. Chora przybyła do Neugebaura w dniu 3 Lutego r. b. Badanie ujawniło ogólnie wycieńczenie wysokiego stopnia oraz guz, wypełniający brzuch aż powyżej pępka, oraz sięgający odnogą aż do głębi zatoki Douglasa, unosząc macicę ku górze i odpychając ją ku spojeniu łonowemu. Dnia 2 Lutego chora badana była przez jednego z lekarzy na prowincyi, który widocznie w celu dyagnostycznym sondował macicę, a następnie założył tampon z powodu krwawienia, wywołanego sondowaniem macicy.

Neugebauer przy badaniu chorej u siebie w domu tampon wyciągnął i, stwierdziwszy guz, radził chorej zaraz wstąpić do szpitala dla operacyi. Nazajutrz rano poprosił kol. Królikowskiego o zdjęcie rentgenogramu dla ujawnienia płodu. Roentgen jednak w tym przypadku zawiódł. Kolega Królikowski z góry powiedział, że nie ręczy za to, aby aparat funkcyonował dokładnie, który objął zaledwie kilka miesięcy temu w szpitalu. To też Roentgen nie wykazał płodu. Dobry aparat przy dzisiejszej technice wykazuje bez wyjątku płód zarówno przy ciąży macicznej, jak i przy ciąży pozamacicznej, skoro płód liczy już więcej, niż 10 tygodni. Przy laparotomii natrafiono na duży guz, na przodzie którego zualeziono nieco powiększoną konsensualnie macicę oraz przydatki prawostronne, zakryte powierzchownymi zrostami z guzem. Udało się guz obejść ręką, do jamy brzusznej wprowadzoną, i wyłonić go z jamy brzusznej prócz części, leżącej w głębi małej miednicy. Na razie Neugebauer odseparował macicę od guza, chcąc zachować ją; przy tej manipulacyi guz pękł w jednym miejscu, przyczem wylało się około 2—3 łyżek brudnawego

plynu — wód płodowych. Dziurę zatkało natychmiast i klam-  
pem zamknięto, pole operacyjne zabezpieczono serwetami.  
Dla ułatwienia techniki operacji N. amputował *corpus ute-  
ri*. Okazało się, że guz jest jajowodem ciężarnym lewym. Wy-  
dobyto cały worek stosunkowo dosyć łatwo i usunięto go. Po  
podwiązaniu *ligamenti infundibulopelvici* oraz obkluciu kilku  
miejsz krwawiących zespolono brzegi rany pozostałej, zeszywa-  
jąc strunowym szwem ciągłym otrzewną, pokrywającą kiszkę  
odchodową, z otrzewną, pokrywającą pęcherz moczowy. Po-  
przednio zaszyto ranę kikuta poamputacyjnego *corporis uteri*.  
Kikut zaszyty pokryty został zupełnie otrzewną przy ostatecznej  
tak zwanej perytonizacji pola pooperacyjnego. Dla ostrożności  
założono dwa paski gazy do nowopowstałej *excavatio vesicore-  
ctalis* i ranę brzuszłą w zwykły sposób zaszyto. Przebieg po-  
operacyjny był bardzo pomyślny, tak że chora dziś, 20 dnia  
po operacji, szpital opuściła.

Guz przecięty zawiera płód dojrzały żeński, obumarły  
trzy i pół miesiąca temu, oraz łożysko, aż 25 centymetrów  
szerokości mierzące o *insertio marginalis funiculi umbilicalis*.  
*Placenta trilobata* gruba dosyć. Na tylnej powierzchni guza,  
czyli na tylnej ścianie jego kol. K u l i g o w s k i przy pomocy  
drobnowidza znalazł resztki zanikłego wskutek ucisku i rozcią-  
gnięcia jajnika lewego, natomiast daremnie szukał śladów *orifi-  
cii abdominalis tubae*. Chodzi o donoszoną ciążę jajowodową,  
rozwinętą wśródwładłowo bez pęknięcia jajowodu. Uderzają-  
cym w tem spostrzeżeniu jest łagodny przebieg całej ciąży.  
Gdyby nie uparta obstrukcja, pacjentka nie uważałaby siebie  
wogóle za chorą, nie odczuwając w trakcie tej ciąży najmniej-  
szych chociażby bólów i t. p. N. umyślnie sprowadził pacjentkę  
na posiedzenie, aby osobiście o tem się wypowiedziała, co też  
uczyniła. N. dotychczas operował 6 razy w przypadku ciąży  
pozamaciczej z płodem zupełnie lub prawie zupełnie donoszo-  
nym, wszystkie pacjentki wyzdrowiały. Na 136 przypadków  
ciąży pozamacicznej, operowanych przez N. w szpitalu Ewan-  
gielickim — część operacji tych dokonali asystenci jego — oraz  
przypadków, operowanych na mieście, przypada 6 przypadków  
ciąży donoszonej lub prawie donoszonej, a na te 6 przypadków  
tylko jeden przypadek ciąży wtórnej brzusznej z żywo wyjętym  
płodem, który zmarł po 9 godzinach wskutek *atelectaseos pul-  
monum*, rozwijając się bez śladu błon płodowych wśród kiszek  
(pęcherz płodowy pękł w 6 tygodniu ciąży i płód z niego wysko-  
czył do jamy brzusznej); w 4 przypadkach ciąża okazała się  
jajowodową intraligamentarnie rozwinętą—bez pęknięcia lego-  
wiska płodu; w jednym przypadku ubikacja pozostała wąt-

pliwą, ponieważ przy operacyi otworzono tylko worek legowiska płodowego, nie otwierając wolnej jamy brzusznej. Szczególnym zbiegiem okoliczności prócz jednego przypadku wtórnej ciąży brzusznej z usadowieniem łożyska na pęcherzu moczowym, we wszystkich innych pięciu przypadkach usadowienie jaja płodowego było lewostronne. N. ogółem w przeciągu praktyki prywatnej i szpitalnej od roku 1884 do chwili obecnej obserwował przypadków ciąży pozamacicznej 413; w 136 przypadkach operował bądź sam, bądź asystenci jego; w 43 przypadkach operacyi dokonał inny operator bądź na mieście, bądź w lecznicy lub szpitalu. Bez operacyi zmarło 6 chorych. Szczegóły swojej statystyki N e u g e b a u e r ogłosi drukiem w innym miejscu. (Streszczenie własne).

IV. K o p c z y ń s k i S t a n i s ł a w przedstawił przypadek aleksyi. Chory lat 75, skierowany do K. przez G l i ń s k i e g o z Nałęczowa, obywatel ziemski, kawaler, przymiotu nie przechodził, przed 6 tygodniami nagle został chwilowo odurzony, poczem, przyszedłszy do siebie, zauważył, że gorzej widzi, że z prawej strony coś mu zasłania i że utracił zupełnie zdolność czytania tak druku, jak i pisma. Badanie przedmiotowe wykazało: Chory średniego wzrostu, umiarkowanego odżywiania. Tętno 74, mocno napięte, nieco skaczące, w sercu szmery u podstawy aorty i na zastawce dwudzielnej, płuca i inne narządy bez zmian widocznych. Mocz białka ani cukru nie zawiera. Chory przytomny, rozsądny, załatwia sam wszystkie swe czynności. Zadnych porażeń ograniczonych nie widać. Ze strony nerwów czaszkowych: źrenice mają wygląd prawidłowy, oddziałują dobrze tak na światło, jak i na przystosowanie. Typowe prawostronne w obu oczach połowicze niedowidzenie (*hemianopsia bilateralis dextra*). W zachowanym polu widzenia  $V = \frac{2}{3}$  (C e t n a r o w i c z). Duo oczu bez zmian. Inne nerwy czaszkowe bez zmian. Chory mówi dowolnie prawidłowo. Rozumie znaczenie wyrazów słyszanych zupełnie dobrze. Powtarza trudne wyrazy bez zarzutu. Nie zawsze jest w stanie przypomnieć sobie nazwy przedmiotów, nawet pospolitych (np. ołówek, nóż etc.), aczkolwiek znaczenie i ich użytek doskonale sobie uświadamia i opisuje. Najdonioślejszym i bodaj jedynym objawem z dziedziny zaburzeń mowy w obszernem znaczeniu tego wyrazu jest utrata zupełna zdolności rozpoznawania liter i czytania (*alexia litteralis et verbalis*). Chory zupełnie poprawnie pisze tak dowolnie, jak i za dyktandem. Jest w stanie zupełnie poprawnie napisać kilkustronicowy list, jednak nie z tego przeczytać nie może. Mając niemal zupełną ostrość widzenia w zachowanym polu widzenia, chory patrzy na litery, jako na



hieroglify egipskie. Niekiedy rozpozna pierwszą lub drugą literę w wyrazie, złożyć ich jednak nie potrafi. Np. wyraz „zawiadomić“, wydukuwany w „Kuryerze“ grubymi czcionkami, czyta jako „uscknes“, dodaje „nie wiem co to jest, co tu jest napisane“, patrząc na napisany na tablicy drukowanymi lub pisanymi literami wyraz „robota“, doznaje niepokoju, gniewu, że nie może go odczytać. Kopiuje ten wyraz bardzo nieudolnie, litera po literze, nie wiedząc, że pisze litery, tylko jakieś znaki bez znaczenia. Pisze sam z pamięci poprawnie. Wykonanie ręką ruchów, jak i przy pisaniu, ułatwia mu odczytanie z powietrza tych liter. Liczby rozpoznaje dobrze, nawet dwu i trzycifrowe. Niezle wykonywa cztery działania. Obrazki widziane poznaje prawidłowo i opisuje je dobrze. Mówca rozpoznaje w danym przypadku t. zw. aleksyę, utratę zdolności rozpoznawania znaków piśmiennych mowy, zależną od ogniska rozmiękczenia nasłutek udaru w *gyrus angularis sinister* (w płacie ciemieniowo-potylicowym lewym). Sprawa naczyniowa dotknęła i szlak wzrokowy lewy, powodując hemianopsyę prawostronną, głównie zaś zniszczyła *fasciculus longitudinalis inferior*, łączący płat potylicowy ze skroniowym i stanowiący podkład anatomiczny, warunkujący rozpoznawanie liter i czytanie ze zrozumieniem. Mówca podkreśla wyjątkową czystość i klasyczność przypadku (bez domieszki niemoty ruchowej lub zmysłowej, bez agrafii, z zachowaniem zupełnem inteligencji bez wszelkich porażen). Hemianopsya towarzyszy zwykle, choć nie zawsze aleksyi. Przypadki podobne nie należą do rzadkości. K. powołuje się na dwa inne własne, z których pierwszy, potwierdzony przez sekcję, jest obecnie przedmiotem badań mikroskopowych i wkrótce mówca ogłosi go drukiem. Rokowanie co do wyłączenia z aleksyi zwykle niepomysłne wobec groźnego tła (sklerozy). Nieco liczyć można na rcedukację drogą ustawicznych elementarnych ćwiczeń z pisanem.

[Streszczenie własne].

V. Odczytano protokół Komisji Rewizyjnej z dnia 20 lutego 1914 roku, podpisany przez Karola Zaleskiego, Adolfa Kozerskiego i Kazimierza Zielińskiego: Komisya znalazła księgi rachunkowe i kasę T. L. W. w zupełnym porządku.

VI. L. W e r n i c wygłosił rzecz p. t. „Nowoczesne poglądy na patogenezę, rokowanie i leczenie róży.“

Skreśliwszy dzieje róży i klasyfikacje paciorkowców, prelegent zaznaczył, że anatomicznie róża jest *dermatolymphangitis vesicularis streptococcica*. Stąd wynika pokrewieństwo jej z ekzemą, liszajem, flegmoną i t. d. Drogą przenikania paciorkowca

kowca są naczynia i przestrzenie chłonne, lecz być może i naczynia krwionośne bez uszkodzenia skóry (K a u f m a n n). Sprawa zaczyna się w warstwie siatkowatej, później szerzy się do góry i dołu. W miejscu przenikania znajduje się okres czasu minimalny. Miecznikow przewiduje trzy kręgi w rozwoju róży. Waleczą z paciorkowcami najdzielniej nentrofile, posiadające obfite enzymy. Liczne badania (Achal-mé, Krauze, Franke, Klemm, Respingier, Huegler, Lingelsheim i in.) wykazują brak paciorkowca w rozwiniętych przypadkach: 1) w pęcherzykach i ich zawartości, 2) naskórku, 3) gruczołach, 4) łuskach, 5) moczu. Źródłami szerzenia się róży najczęściej nie jest róża, lecz sprawy ropiejące, popołogowe, być może i szkarlatyna (Heubner). Lingelsheim twierdzi, że chorzy na różę wyjątkowo tylko może wydzielić zarazek zdolny do życia, a więc i dość zjadliwy dla szerzenia cierpienia. Opisawszy przebieg kliniczny róży zwykłej i eksperymentalnej, autor podkreśla, że na jednym miejscu róża trwa do 5 dni, oraz że zaczerwienienie na skórze posuwa się dłużej, niż trwa gorączka. Podział róży na: 1) umiejscowioną (85 proc.), 2) uogólniającą (10 proc.), 3) z tendencjami nawrotowymi (5 proc.). Szybkość przesuwania się róży wynosi od 1—20 ctm. na dobę; najszybciej na głowie. Omówiwszy właściwości poszczególnych części skóry ludzkiej oraz wieku, szczegółowo opisał W. różę narządów wewnętrznych, przenikanie ze skóry do głębiej leżących warstw, podkreślił rzadkość oczopląsu. Dalej zaznaczył istnienie róży bez zajęcia skóry oraz róży bez ciepłoty podniesionej.

Rozpoznanie radzi opierać na całokształcie przebiegu. Najczęściej mylnie rozpoznawano ukryte czyraki. Rokowanie zależy od miejsca, wieku, typu róży, stanu krwi (leukocytów), chorób poprzedzających i komplikujących i pór roku. Róża kończyn dolnych często powoduje poronienie lub przyspiesza połów (F o n f e r k o 75%). Zbawcze działanie róży, wspólne innym cierpieniom (odra, szkarlatyna, ospa i t. p.), ujawnia się w nowotworach, postaciach gruźlicy, oraz we wrzodach przewlekłych. W cierpieniach wenerycznych wpływu nie wywiera. Dawniej uogólniano zbawczy wpływ róży. Leczenie przyczynowe polegało na uodpornianiu biernem (najlepsze wyniki od surowicy przeciwbłoniczej — 8, 6 dni trwa choroba) i czynnem (najlepiej w postaciach nawrotowych, których przyczyna tkwić może w nosie i jego zatokach, przetrwaniu paciorkowców w bliznach i gruczołach). Ze środków bakteriobójczych najlepiej działał kolargol, zastrzykiwania terpentyny, następnie przekrwie-

nie i światło czerwone. Ze środków miejscowych podkreślić należy okłady z alkoholu, w. Bourowa, maści bornej i wapiennej, kolodyum, niedopuszczalne na twarzy, dobrze działa samo lub z ichtyolem na tułowiu i w postaci pęcherzowej. Ostateczne wnioski autora, oparte na całości kształcie literatury polskiej i zagranicznej (z lat 20), a obejmujące 186,000 przyp. róży (między innymi dane za 20 lat z wojska niemieckiego, t. j. 17,000 przypadków), brzmią następująco: Uznając zależność róży od paciorkowca (istnieją również rzekome róże) i jej charakter zakaźny, należy stosować środki opatrunkowe, jak we wszystkich cierpieniach skóry. Róża przez powietrze nie przenosi się, lecz wymaga pośrednictwa osoby trzeciej. Najczęściej źródłem róży są cierpienia ropne i popołogowe. Tylko wyjątkowo chory na różę wydziela zarazek zdolny do życia i zarażania (Lingelshheim). W paznokciach może znajdować się główne źródło paciorkowców ew. róży, gdy przenikną w głąb podłoża skóry do dróg chłonnych, co najczęściej bywa skutkiem długotrwałego traumatyzowania okolic kanału nosłozowego. Najwięcej szans do otrzymania róży mają chorzy chirurgiczni i położnice (75%), najmniej skórnicy (5%). Zjawianie się róży na oddziałach wewnętrznych nie jest skutkiem wyłącznym pierwszego przypadku (nie chirurgicznie opatrzonego), może być skutkiem działania psychicznego, wyzwalania się otorbionych paciorkowców (w bliznach, gruczołach i drogach żółciowych). Róża daje rokowanie takie, jak odra. Uznać należy, że walka z różą, to walka w pierwszym rzędzie ze sprawami ropnymi. Róża może występować bez uszkodzenia powłok przez zanieśenie paciorkowca drogą naczyń. (Streszcz. własne).

W dyskusyi a) Luxenburg zwraca uwagę, że o róży nawet wśród lekarzy panuje dużo jeszcze błędnych pojęć. Na zasadzie własnych spostrzeżeń szpitalnych (kilkadziesiąt przypadków rocznie od 10 lat), L. stwierdza, że ani jeden chory wewnętrzny od sąsiadów z różą nie zaraził się. Dalej, że śmiertelność na różę nawet ciężkiej postaci jest wprost minimalna; bywały lata bez zejść śmiertelnych. Dla ścisłości należy zaznaczyć, że dane te dotyczą chorych prawie wyłącznie żydów (w szpitalu na Czystem). Co do leczenia, to żadnemu ze środków zewnętrznych nie można przypisać wpływu leczniczego. Kilkakrotnie stosowana surowica przeciwydylerytyczna widocznego wpływu nie okazała. Ostatnio L. zaczął stosować na oddziale swoim srebro kolloidalne (wyrobu krajowego) dożylnie. Pierwsze próby zdają się wpływać pomyślnie na ciepłotę.

b) T r z c i ń s k i zaznacza, że w każdym bądź razie trzeba różę traktować, jako chorobę wysoce zaraźliwą, i chirurgowie np. nigdy z tego stanowiska nie zejda. W dziedzinie symptomatologii Trz. podkreśla dreszcz wstrząsający, o czym prelegent nie mówił. W zakresie terapii Trz. gorąco zaleca okłady parujące z alkoholu absolutnego, zaś collargol nie wywiera tu działania dodatniego.

c) J. J a w o r s k i uważa, iż w odczycie najmniej uwzględniony został stosunek róży do innych cierpień ze stanowiska etyologii jej i patogenyzy, a także koincydencyi róży z chorobami innymi, głównie zaś połogowemi. Już dawniej klinicznie stwierdzono koincydencyę obu chorób tych i niejednokrotnie np. opisywano całe serye przypadków współczesnego przebiegu róży sromu, kończyn dolnych i gorączki porodowej. Dopiero jednakże poszukiwania bakteriologiczne i doświadczalne wpłynęły na uznanie identyczności etyologicznej obu tych chorób. Mówca pomija historię tych poszukiwań, drogą których stopniowo utrwał się pogląd na patogenę róży i gorączki połogowej, przytacza natomiast własne badania i doświadczenia, oparte na przypadku z przed 24-eh lat, t. j. z r. 1892, który stanowi poniekąd *unicum* w literaturze. Dotyczy on 20-letniej kobiety, będącej w połowie 9-go miesiąca pierwszej ciąży, uprzednio zupełnie zdrowej, która dostała różę twarzy, do czego przyłączyło się ropne zapalenie ucha średniego prawego. Osoba ta wskutek róży przedwcześnie urodziła dziecko, również z różą, ale nie tylko twarzy, lecz i tułowia, a częściowo i kończyn. Było to więc, powiada mówca, niezwykle zjawisko wtargnięcia drogą krwiobieg matki przez krążenie łożyskowe paciorkowców róży, którą miała matka, do ustroju płodu. Wkrótce u położnicy tej wystąpiły objawy podrażnienia otrzewny miednicowej, naloty u wejścia do pochwy i na naddarciach szyjki macicznej pomimo, iż poród odbył się bez wszelkiej interwencyi lekarskiej. J a w o r s k i postanowił skorzystać z tego niezwykle skojarzenia mikrobowego i koincydencyi dwu chorób róży i gorączki porodowej, aby przeprowadzić dokładne badania. Jakoż przy współdziałale O. B u j w i d a i w jego pracowni, istniejącej podówczas w Warszawie, zamiaru tego dokonał. Porobił więc szczepienia na środkach odżywczych: z ropy, wyciekającej z ucha, z krwi, otrzymanej przez nacięcie na granicy róży i zdrowej skóry, z zawartości pęcherzy na twarzy i szyi, z nalotu znajdującego się u wejścia do pochwy, z nalotu z naddarcia szyjki macicznej. Badanie z wycieku z ucha wykazało gronkowca złocistego i paciorkowca. Badanie krwi, otrzymanej, jak wyżej powiedziano, nie dało wy-

niku. Z zawartości pęcherzy mówca otrzymał prawie czystą hodowlę paciorkowca z małą domieszką gronkowca złocistego. W naddarciach w pochwie i szyjki macicznej znalazł paciorkowca w czystej hodowli. Wyosobniony paciorkowiec z pęcherzy na twarzy, a następnie zaszczipiony królikowi do otrzewny w małej ilości 0,5 c. sz. bulionowej hodowli, wywołał śmierć zwierzęcia po 3 dniach. Przeszczipiony paciorkowiec z tego królika do bulionu i następnie zaszczipiony na uchu innego królika przez wtarcie, wywołał charakterystyczne różowate nacieczenie części ucha. Takie samo przeszczipianie wykonał J. z paciorkowcem z nalotów w narządach rodnych, a zaszczipienie czystej bulionowej hodowli 0,5 c. sz. do otrzewnej, wywołało śmierć zwierzęcia już po 48 godzinach, wstrzyknięcie zaś tej hodowli w ilości  $\frac{1}{4}$  c. sz., do skóry ucha królika, wywołało swoisty naciek różowaty i śmierć zwierzęcia w 24 godziny. Badania te, sztuczne hodowle, poszukiwania mikroskopowe, sposoby barwienia, szczepienia na zwierzętach, zdaniem J. stwierdziły, że paciorkowce, otrzymane w tym przypadku z różnych tkanek ustroju, dotkniętego współcześnie różą i gorączką połogową, okazały się jednym i tym samym drobnoustrojem — paciorkowcem róży, resp. paciorkowcem ropotwórczym. Badania te dowiodły także identityczności biologicznej paciorkowca róży (*streptococcus Fehleiseni*) z paciorkowcem ropotwórczym (*streptococcus Rosenbachi*), a także stały się ważnym przyczynkiem w kwestyi patogenezy gorączki połogowej oraz koincydencji choroby tej z różą. J a w o r s k i ogłosił powyższe badania swoje w r. 1895 w „Kronice Lekarskiej“ i „Wiener Medicinische Presse“ w r. 1896.

(Streszczenie własne).

d) Z e m b r z u s k i L u d w i k ze stanowiska chirurgicznego twierdzi, że aczkolwiek przez proste dotknięcie chorego na różę zarażenie jest mało prawdopodobne, to jednak róża przyrana odznacza się szczególną złośliwością. Wszelkie przedmioty, które znalazły się w zetknięciu z raną chorego na różę i z nim samym, winny być stanowczo wyjalowione, chorzy tacy — izolowani. Nikt z chirurgów po zetknięciu się z chorym na różę nie tylko nie przystępuje do operacji, do opatrunków, lecz obawia się nawet badać innych chorych. Korzystniej też jest, ażeby zarówno pośród publiczności, jak pośród lekarzy wogóle, utrwaliło się raczej silne przekonanie o zaraźliwości róży.

(Streszczenie własne).

e) L a n d e w długoletniej praktyce szpitalnej niejednokrotnie spostrzegał takie zjawisko, że gdy na oddział przybędzie świeża chora, dotknięta różą, i dla tej czy owej przyczyny nie zostanie w czasie właściwym usunięta, to po pewnym czasie u innych pacjentów, leżących na oddziale, zaczyna interkurentnie, jako powikłanie, występować róża, najłatwiej czepiając się osobników wyniszczonych (jak np. marantyków, rakowatych i t. p.), a więc mało odpornych. Stan taki trwa zazwyczaj póty, póki dany oddział nie ulegnie gruntownej odnowie, co, jak wiadomo, odbywa się mniej więcej co 2—4 lata. Po takim odrestaurowaniu sali szpitalnej, mijają całe miesiące wolne od róży, póki się nie zabłąka znów jaki przypadek róży z miasta i nie stanie się przyczyną szeregu nowych sporadycznie występujących zakażeń. Zjawisko analogiczne częstokroć L. spostrzegał odnośnie do *angina follicul.*, dysenteryi i innych cierpień zakaźnych, a można je wytłumaczyć jedynie wybitną zaraźliwością róży wbrew teoretycznym wywodom prelegenta.  
(Streszczenie własne).

f) G a j k i e w i c z zapytuje, jak należy tłumaczyć sobie częste nawroty róży u jednej i tej samej osoby.

g) S a s k i S t. zaznacza, iż jakkolwiek róża nie jest zbyt zaraźliwą, jednak z zaraźliwością jej w każdym razie liczyć się należy, na dowód czego przytacza przypadek, spostrzegany w roku ubiegłym na oddziale dra J a n o w s k i e g o Na oddziale znajdował się chory, u którego podczas pobytu w szpitalu wystąpiła róża na twarzy, a następnie i na udach, przyczem na udach trzymała się uporczywie przez czas dłuższy. Na łóżku sąsiedniem leżał chory z marskością wątroby, u którego w tym czasie wystąpiła róża, umiejscowiona na migdałkach i podniebieniu miękkim, bez zajęcia powłok zewnętrznych. Przebieg choroby w przypadku tym był bardzo ciężki z zejściem w posocznicę, wywołaną, jak wykazał posiew krwi, przez paciorkowce, i zakończył się śmiercią chorego. W końcu, nawiązując do omawianej przez prelegenta sprawy leczenia róży, S. nadmienia, iż w jednym przypadku *erysipelas perstans faciei* stosowano na oddziale dra J a n o w s k i e g o szczepionkę paciorkowcową wieloważną T. N. W., bez widocznego jednak efektu.

W e r n i c odpowiada poszczególnym oponentom.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński.*

Sekretarz *W. Dobrowolski*

# BIBLIOTEKA

## Towarzystwa Lekarskiego Warszawsk.

---

W I kwartale 1914 r. nabyto dzieła następujące:

- Abderhalden E.** Abwehrfermente des thierischen Organismus etc. Wyd. 3-cie, 1913.
- Annales de Medecine.** Recueil mensuel (w prenumeracie).
- Bibliographie der gesamten Kinderheilkunde für d. Jahr 1911 und 1912.**
- Biedl A.** Innere Sekretion etc. w 2 u częściach. Wyd. 2-ie, 1913.
- Brock.** Traitement des maladies de la peau w 2-u tomach.
- Handbuch der Tuberkulose in fünf Bänden,** wyd. przez Brauera, Schrödera i Blumenfelda. Tom pierwszy. 1914.
- Hibler E.** Untersuchungen über die pathogenen Anaëroben. 1909.
- Jahresbericht über Fortschritte in der Geburtshilfe und Gynäkologie.** Rok XXVI. Część 2-ga, 1913.
- Jahresbericht über Fortschritte in der Lehre von pathogenen Mikroorganismen (Baumgarten).** Część I i II za 1910.
- Kolle u. Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Wydanie 2-ie, tom 8-y, 1914.
- Kraus u. Brugsch.** Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Zeszytów 8. 1913—1914.
- Müller Ch.** Die Krebsbehandlung. 1913.

Prócz tego otrzymano w darze między innymi:

- Annali della stazione Sperimentale per la malattie infettive del bestiame.** Tom 1-szy. Napoli. 1913.
- Biochemische Zeitschrift** od tomu 46—57.
- Jeżegodnik russkoj medicinskoj pieczati za 1911 r.** Moskwa 1912.
- De Marchettis P.** Observationum medico-chirurgicarum rariorum Sylloge, 1675.
- Serkowski.** Les Oponines et les Bacteriotropines. 1914.

Bibliotekarz, *Zweygbaum.*

# Regulamin posiedzeń specjalistów w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim.

W myśl § 124 Regulaminu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, członkowie czynni Towarzystwa zbierają się w lokalu Towarzystwa dla rozpraw naukowych i demonstracyi na teraz w zakresie następujących specjalności: 1) akuszeria i ginekologia, 2) chirurgia, 3) dermatologia i syfilidologia, 4) gastrologia, 5) otyatria i laryngologia, 6) neurologia i psychiatria, 7) pedyatria, 8) stomatologia i 9) rentgenologia.

Członkowie Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wspólnie z przewodniczącymi posiedzeń specjalistów ułożyli następujący regulamin, mający obowiązywać posiedzenia specjalistów:

1. Zgodnie z § 124 (punkt 4) Regulaminu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, każdy członek Towarzystwa ma prawo być obecnym na posiedzeniach specjalistów.

2. Zgodnie z § 44 Ustawy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, na posiedzeniach specjalistów znajdować się mogą i lekarze nie należący do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, przez członków wprowadzeni i przed rozpoczęciem posiedzenia przedstawieni Przewodniczącemu. Lekarze wprowadzeni mogą na tychże Posiedzeniach, za upoważnieniem Przewodniczącego, odczytywać swoje wypracowania. Goście ustępują, jeśli Posiedzenie zajmuje się wyborami lub administracją wewnętrzną.

3. Wybór Przewodniczącego i Sekretarza posiedzeń specjalistów odbywa się na posiedzeniu grudniowym i o wyborze osób powinien być niezwłocznie zawiadomiony Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, przez dotychczasowe prezydium. W wyborach biorą udział tylko członkowie czynni Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, uczestniczący w posiedzeniach specjalistów. Ab-



solutna większość głosów przychylnych, członków obecnych na posiedzeniu, decyduje o wyborze.

4. Każdy Przewodniczący Posiedzeń specjalistów powinien przelać Zarządowi Towarzystwa najpóźniej w końcu grudnia wykaz posiedzeń na rok następny, z wyszczególnieniem dat, celem ułożenia ogólnego planu wszystkich posiedzeń i wywieszenia go w lokalu Towarzystwa

5. Posiedzenia specjalistów odbywają się nie częściej, jak dwa razy na miesiąc.

6. „Porządek dzienny“ każdego Posiedzenia specjalistów powinien być nadesłany Prezesowi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Sekretarzowi Stałemu Towarzystwa, a nadto w dwu egzemplarzach do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warsz. nie później, niż w dzień posiedzenia klinicznego, poprzedzającego odpowiednie posiedzenie specjalistów, celem wywieszenia go (w czytelnicy i przed-ionku) do wiadomości wszystkich członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

7. Sekretarze Posiedzeń specjalistów powinni dostarczyć Redaktorowi „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warsz.“ co rok treściwego sprawozdania z działalności naukowej posiedzeń, odbytych w ciągu ubiegłego roku, celem wydrukowania w organie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. W sprawozdaniu tem powinno być zaznaczone, gdzie oryginał każdej pracy drukiem był ogłoszony.

8. Celem zaznajamiania ogółu członków Towarzystwa z postępami wiedzy lekarskiej, pożądanę jest, aby tematy treści ogólniejszej (zwłaszcza z t. zw. pogranicza różnych specjalności), poruszane na Posiedzeniach specjalistów, były odczytywane także na Posiedzeniach ogólnych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Regulamin powyższy zatwierdzony został w całości na Posiedzeniu ogólnem Towarzystwa w dniu 7-ym stycznia 1914 r.

Sekretarz stały, *Dr. med. Alfred Sokółowski.*

## OGŁOSZENIE.

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do wiadomości, że wakują obecnie poniżej wymienione nagrody konkursowe z funduszków specjalnych, będących w rozporządzeniu Towarzystwa, a mianowicie:

1) Nagroda pieniężna w kwocie rub. 200 imienia **Dra TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO** za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 stycznia 1913 r. do dnia 31 grudnia 1916 r. Termin ostateczny do nadsyłania prac 31 stycznia 1917 r.

2) Nagroda pieniężna w kwocie rub. 150 imienia **D-ra ADAMA BOGUMIŁA HELBICHA**, za najlepszą pracę naukową lekarską, ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach 1913 i 1914 lub w tychże latach w rękopisie złożoną. Termin ostateczny do nadsyłania prac 1 marca 1915 roku.

3) W końcu roku 1915 i 1920 przyznane będą dwie nagrody imienia **d-ra HENRYKA DOBRZYCKIEGO**, pierwsza z nich wyniesie około 600 rubli—druga około 700 rubli. Nagrody będą przyznane za prace oryginalne, pisane w języku polskim, już to nadesłane na konkurs w rękopisie, już to ogłoszone drukiem między 1911—1915 i między 1916—1920 rokiem z dziedziny balneologii, balneoterapii i klimatologii; prace te powinny przede wszystkim uwzględniać potrzeby kraju naszego (tj. Polski w jej dawnych, z przed 1772 roku granicach).

Gdyby żadna z prac nadesłanych w rękopisie lub ogłoszonych drukiem z zakresu balneologii, balneoterapii i klimatologii nie zasługiwała na nagrodę,—nagrodę tę otrzyma praca, ogłoszona po polsku drukiem w odnośnem pięcioleciu, z zakresu nauk lekarskich wogóle, bez względu

na opracowany temat. Nagrodzona praca, bez względu na rozmiary, powinna być ściśle naukową i wносить do nauki choćby najskromniejszy, lecz oryginalny przyczynek.

4) W końcuroku 1915 przyznane będą dwie nagrody z zapisu JANA WILHELMA KNOLLA, każda po rub. 475, za dwie prace naukowe, napisane w języku polskim, jedną z dziedziny chirurgii, drugą z dziedziny higieny. Nagrody te przyznane będą za dwie najlepsze prace oryginalne polskie, nadesłane na konkursy, ogłoszone na początku roku 1913, a mianowicie: a) za pracę monograficzną z dziedziny chirurgii, bez ścisłego określenia z góry tematu pracy i b) za pracę monograficzną z dziedziny higieny, również bez określenia ścisłego tematu. Termin nadesłania prac oznaczony został na dzień 15 września 1915 roku, a przyznanie nagrody ma być dokonane w końcu grudnia tegoż roku. Gdyby która z prac nadesłanych na konkurs w obu tych dziedzinach nie została nagrodzona, to konkurs z odpowiedniej dziedziny na rok następny przeniesiony będzie.

5) Nagroda pieniężna rub. 200, pochodząca z daru bezimiennego ofiarodawcy, przeznaczona za najlepszą pracę z dziedziny laryngologii, ogłoszoną drukiem w języku polskim między 1 stycznia 1913 roku a 1 Lipca 1914 roku, lub też przed upływem Lipca 1914 roku nadesłaną w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu.

U w a g a o g ó l n a. Wszystkie prace naukowe nadesyłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała №7), z nadmienieniem, że je autor do danego konkursu przeznacza. Bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego ul. Niecała №7.

Sekretarz Stały, *Dr. Med. A. Sokółowski.*

## TREŚĆ ZESZYTU I-go.

	<i>Str.</i>
1. <b>Witold Nowicki.</b> Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego. . . . .	1
2. <b>Protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:</b>	
z dnia 2 grudnia 1913 r. . . . .	68
"    16    "    "    . . . . .	79
"    30    "    "    . . . . .	89
"    7 stycznia 1914 r. . . . .	96
"    20    "    "    . . . . .	98
"    27    "    "    . . . . .	104
"    3 lutego    "    . . . . .	108
"    17    "    "    . . . . .	116
"    24    "    "    . . . . .	125
3. <b>Sprawozdania z posiedzeń specjalistów w r. 1913:</b>	
1. posiedzenia oto - laryngologiczne . . . . .	91
2.    "    gastrologiczne . . . . .	92
3.    "    chirurgiczne . . . . .	93
4.    "    dermatologiczne i syfilidologiczne	93
5.    "    stomatologiczne . . . . .	93
6.    "    pedyatryczne . . . . .	94
7.    "    ginekologiczne . . . . .	95
8.    "    neurologiczno - psychiatryczne	95
4. Biblioteka Tow. Lek. Warsz. . . . .	136
5. Regulamin posiedzeń specjalistów Tow. Lek. Warsz. . . . .	137
6. Ogłoszenia . . . . .	139

W interesach redakcyjnych zwracać się należy do redaktora **D-ra Tadeusza Borzęckiego**, Marszałkowska 48; w sprawach zaś dotyczących wydawnictwa (prenumerata, kupno dawnych roczników Pamiętnika i t. p.)—do Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Niecała 7, pomiędzy godz. 10 a 3 po połud.

**Administracja „Pamiętnika“ uprasza Szanownych Kolegów, zalegających w przedpłacie, o łaskawe uregulowanie należności.**