

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCYĄ

D-ra Tadeusza Borzęckiego.

Tom CX. Z. II.

Pamiętnik wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych,

Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów zarówno w Warszawie, jak i na prowincyi, z odnośnieniem 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, Piękna 15.
1914.

Druk ukończono 7 Lipca.

Witołd Nowicki.

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

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.).

(Ciąg dalszy).

Skostnienie chrząstek.

Jak wiadomo, ważne znaczenie patogenetyczne przypisuje **F r e u n d** zmianom, zachodzącym w zakresie pierwszych chrząstek żebrowych, zmianom, które prowadzą do znacznego obniżenia ich sprężystości, co w pierwszym rzędzie ma bardzo ważne znaczenie dla ruchów oddechowych pierwszych chrząstek. Najwięcej upośledzającym wpływ na spiralne skręcanie się chrząstek będzie miało ich skostnienie. Z dwóch typów skostnień, występujących w chrząstkach, centralnego (osiowego) i obwodowego (pochwowego), najczęściej, według **F r e u n d a**, spotykamy się w chrząstkach pierwszych z typem pierwszym.

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

1

**Biblioteka Główna
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl

I rzeczywiście przyznać należy, że owo skostnienie w bardzo przeważnej części ma charakter pochwowy.

Skostnienie to, jak bardzo dokładnie wykazują nasze rentgenogramy oraz przekroje chrząstek poprzeczne i podłużne, w pierwszym rzędzie rozpoczyna się od strony żebra kostnego, i przede wszystkim przedniej części chrząstki; występuje ono bądź to pod postacią delikatnej, dość wąskiej, o niemal jednakowej szerokości blaszki, bądź też blaszka ta w części bliżej żebra umiejscowionej jest szersza, a w miarę posuwania się ku rękocyści staje się cieńszą.

Wytwarzanie się skostnienia od strony rękocyści jest sprawą znacznie rzadszą. W przypadkach daleko posuniętego co do rozległości kostnienia widzimy kostnienie postępujące zarówno od strony żebra, jak i rękocyści; w miarę zbliżania się owego kostnienia od stron obu, zaznacza się skośnie przebiegający chrząstny pas niezupełnie jeszcze skostniały na obwodzie, a oddzielający niejako zbliżające się do siebie kostnienia. Tem też od obu stron, t. j. od żebra i rękocyści, postępującem kostnieniem należy, sądzę, tłumaczyć sobie owe rysy i jakby szczeliny, widoczne zarówno na rentgenogramach, jak i na przekrojach badanych chrząstek.

Prócz tego przybrzeżnego kostnienia bardzo częstem zjawiskiem jest kostnienie od strony rękocyści, jednak nie przybrzeżne; wytwarzające się tu ogniska kostne albo bezpośrednio łączą się z rękocyścią, albo też z nią się nie łączą, tworząc samoistne ogniska.

Przy oglądaniu rentgenogramów naszych otworów rzuca się w oczy poprzerywanie bardzo często kilkakrotne skostnień chrząstek pierwszych. Zewnętrzne brzegi niektórych z tych przerw są ograniczone wystającem na kształt dziobu skostnieniem, zupełnie podobnem do spotykanego i w naszych rentgenogramach na granicy brzegów pęknięć całkowitych (stawów wrzekomych). F r e u n d podnosi, że w skostnieniach pochwowych pierwszych chrząstek dochodzi do skostnień przede wszystkim w tych

miejscach, do których przyczepiają się poszczególne pęczki, względnie porcyce mięśni pochyłych. Mojem zdaniem rzecz się ma inaczej.

Rozłożenie owych przerw, dalej fakt, że nie spotykamy ich w bardzo cienkich blaszkach kostnych, jeszcze nieco podatnych i sprężystych, a dalej, że bardzo często otoczone są mniej lub więcej zaznaczonym dzióbkowym wałem—skłania mnie do przyjęcia, że są to raczej bardzo powierzchowne pęknięcia. Powstanie ich należy, mojem zdaniem, odnieść do spiralnego wdechowego skręcenia chrząstki.

To spiralne skręcenie najwybitniej musi występować w wewnętrznej części chrząstki, t. j. części, sąsiadującej z żebrzem kostnym; ta część bowiem nie jest w tym stopniu ustalona, jak część połączona z rękonością, a więc z kością, która w ruchach swych jest bardzo ograniczona. Owe nieznaczne powierzchowne pęknięcia, ich częstość i liczba nie zależy bynajmniej od długości chrząstek; z naszego materiału widzimy, że pod tym względem niema jakiejś równoległości.

Z kolei rzeczy musimy zwrócić uwagę na pytanie, w jaki sposób owo skostnienie dochodzi do skutku i jakie czynniki wpływają na jego powstawanie?

Według F r e u n d a, pierwszy typ kostnienia osiowego, t. j. centralnego, wytwarza się zgoła niezależnie od kostnej części żebra, a zatem z chrząstki, i może postępować ku obwodowi. Drugi typ, t. j. okostnowy, tworzący pochwę dla chrząstki, dotyczy głównie chrząstki pierwszej i na niej tylko może wytworzyć zupełną pochwę; „*dieser Process—mówi—kommt in dieser Ausdehnung nur an dem ersten Rippenknorpel zur Beobachtung*”. Jest to kostnienie w ścisłym słowu znaczeniu okostnowe. Jako wstępna zmiana dochodzi tu, według F r e u n d a, do zagęszczenia istoty międzykomórkowej chrząstki. Tworzą się tu blaszki, zawierające w sobie ciała kostne, układające się bardzo chętnie koło wytworzonych kanałów H a v e r s a. Ta część blaszkowa stanowi zewnętrzną część skostniałej po-

chwy, a od niej dopiero odcina się warstwa gąbczasta kości; w warstwę pierwszą, zbitszą, gdzieś tylko wchodzi od strony warstwy gąbczastej szpik kostny. Warstwa gąbczasta może wnikać w chrząstkę, a raczej zajmować ją nawet znacznie głębiej.

Zbita warstwa obwodowa, czyli zewnętrzna, jest wynikiem kostnienia okostnowego, warstwa głębsza, gąbczasta — kostnienia śródchrzęstnego (enchondralnego). F r e u n d zaznacza, że równocześnie w pierwszych chrząstkach może się wytwarzać ochrzęstnowe i centralne (osiowe) skostnienie, a wówczas możemy mieć między jednym a drugim żółtawe pasma chrząstki nieskostniałej.

Inaczej zapatruje się S u m i t a n a sprawę pochwowego kostnienia chrząstek w ogóle, a w szczególności chrząstek pierwszych.

Według niego pochwove kostnienie jest następstwem wnikanania substancji gąbczastej od strony żebra lub mostka, jako wyraz posuwania się kostnienia od strony już wytworzonych kości.

Na przekroju podłużnym, przechodzącym przez kostną część żebra i jego połączenie z chrząstką, ta gąbczasta kostna substancja przedstawia się, jak głęboki kubek albo osadka, w którą wpuszczono chrząstkę; autor ten mówi: „*Die gebildete Schale zeigt fast immer kostal bzw. sternabwärts eine nachweisbare direkte Verbindung mit der Spongiosa; wenn die Schale scheinbar ganz isoliert ist, kann man bei Serienuntersuchung stets eine Verbindung mit der Substanz der knöchernen Rippe nachweisen*“⁴. Na dowód, że kostnienie pochwove nie jest sprawą, nie pozostającą w związku z gotową tkanką kostną, jak chce F r e u n d, przytacza S u m i t a między innymi przekroje chrząstek z wytworzonym stawem wrzekomym, gdzie widać, jak kostnienie pochwove, idące bezpośrednio od żebra kostnego, nagle zatrzymuje się na przerwie, wytworzonej przez staw, i już nie wytwarza się na obwodzie drugiego odcinka przerwanej chrząstki. W rezultacie S u m i t a mówi; „*dass die scheidenförmige Knorpelverknöcherung durch*

*Eindringen der Spongiosa von der Seite der Rippe und des Brustbeins entstanden ist, indem ein abnormes weiteres Fortschreiten der Ossifikationsvorgänge in den peripherischen Partien der Knorpelknochengrenze stattfand*⁷.

To obwodowe kostnienie pochwowe jest wyrazem wogóle dążności do skostnienia całej chrząstki. Jeżeli w zwykłych warunkach to skostnienie zupełne nie dochodzi do skutku, to jest to następstwem wytwarzania się t. zw. poprzecznych belek kostnych (zwanym przez autora „Grenzbalken“), których zbite utkanie stanowi przeszkodę dla wytwarzania się w chrząstce procesów przygotowawczych dla kostnienia, oraz wnikania szpiku kostnego w zmienioną, mającą skostnieć chrząstkę.

F r e u n d, który przyjmuje, że pochwowe skostnienie chrząstki jest jedynie charakterystyczne dla chrząstek pierwszych, łączy powstawanie owego skostnienia głównie z mechanicznym drażnieniem ochrząstnej, wywołanem przez silne pociąganie przyczepiających się do niej mięśni pochyłych i stąd pewien stan zapalny—*perichondritis ossificans*. Ma to miejsce przedewszystkiem w przypadkach krótkich pierwszych chrząstek. **S u m i t a** odnosi to pochwowe skostnienie przedewszystkiem do nieprawidłowości na granicy kostno-chrząstnej żebra, wskutek których owa zapor, „Grenzbalken“, nie wytwarza się w tym stopniu, aby mogła powstrzymać postępujący proces kostnienia; proces ten wytwarza się też w pierwszym rzędzie tam, gdzie są dlań najkorzystniejsze warunki, a więc na obwodzie, przyczem prawdopodobnie i przekrwienie, wywołane owym mechanicznym drażnieniem, łatwiej może prowadzić do kostnienia. Wogóle jednak pierwsza chrząstka, mając po obu końcach bezpośrednie połączenie z kością, więcej jest usposobiona do owego skostnienia.

Opierając się na dokładnie pod tym względem makroskopowo i mikroskopowo badanym materiale, muszę przedewszystkiem podnieść rzeczywiście s t a l e stwierdzone bezpośrednie przejście blaszek kostnych obwodowych w tkankę kostną, bądź to żebra, bądź też mostka. Makro-

skopowo widzimy to bardzo dobrze, zarówno na preparatach i przekrojach granicy kostnochrzęstnej żebra, jak i na rentgenogramach.

Niejednokrotnie w obwodowych, podochrzęstnochrzęstnych częściach chrząstek stwierdzałem większe lub mniejsze ogniska tkanki kostnej gąbczastej, które pozornie wydawały się odosobnionymi i niepozostającymi w związku, względnie w łączności z tkanką kostną żebra, dopiero w kilku przypadkach wykonany szereg skrawków wykazał tę łączność; pozornie zatem odosobnione ogniska kostne chrzęstno-ochrzęstnowe w chrząstkach żeber w rzeczywistości łączą się z kością bodaj nieznacznymi mostkami. Te połączenia, stwierdzone makroskopowo i mikroskopowo, skłaniałyby mnie raczej do zapatrywania *S u m i t y* na pochodzenie owej pochwowej tkanki kostnej.

Że tu owo silne pociąganie przyczepiających się do chrzęstnej mięśni nie może być, jak chce *F r e u n d*, głównym, a może i jedynym czynnikiem, prowadzącym do pochwowego skostnienia, dowodzi fakt, iż przecież owo pochwowe skostnienie nie jest, jak on chce, jedynie charakterystyczuem dla pierwszych chrząstek, gdyż spotyka się je zupełnie typowo i u chrząstkach dalszych żeber, co prawda, bez porównania rzadziej. Takie skostnienia na chrząstkach dalszych żeber spostrzegałem kilkakrotnie między innymi nawet na szeregu chrząstek po obu stronach.

Skostnienia te spostrzegałem w przypadku № 135 u mężczyzny lat 63, wzrostu 168 cm., u którego poza innymi zmianami była rozedma płuc; prócz skostnienia pierwszych chrząstek dalsze okazywały bardzo piękne zupełnie obwodowe chrzęstno chrzęstne skostnienia. A o tem wspomina już *Ś w i o n t e k*, gdy mówi; „*die scheidenförmige Verknöcherung kommt nicht ausschliesslich an den ersten Rippenknorpeln vor, sondern auch an den anderen, mit und ohne Beteiligung der ersten*”.

Ze względu na teorię *F r e u n d a*, należałoby się przekonać, jak często dochodzi do skostnienia pierwszych

chrząstek wogóle. Skostnienie to ma w pierwszym rzędzie, jak wiadomo, zjawiać się w chrząstkach krótkich i przy wązkim otworze ma mieć patogenetyczne znaczenie dla gruźlicy szczytowej.

Ponieważ wiemy, że skostnienie jest procesem, który do pewnego stopnia występuje u ludzi starszych, jako objaw starczy, przeto przy omawianiu owych skostnień i w obliczeniach należy uwzględniać wiek danych osobników. Przyjmując tedy, w myśl wywodów Sumity, 40-ty rok życia, jako ową granicę skostnienia przedwczesnego i starczego, i uwzględniając płęć,—częstość skostnień pierwszych chrząstek osobników wolnych od gruźlicy płuc przedstawia się w następujących liczbach:

Stan chrząstek	poniżej 40 r. ż.	powyżej 40 r. ż.
Nieskostniałe . .	57,6	8,1
Skostniałe . . .	41,9	91,9

Wogóle na całkowitą liczbę przypadków, wolnych od gruźlicy płuc, aż w 62,9% stwierdzono skostnienie omawianych chrząstek. W zestawieniu powyższem uwzględniono skostnienia, widoczne już nie tylko makroskopowo lub na rentgenogramie, lecz również skostnienia niewątpliwie stwierdzone badaniem mikroskopowem. Ponieważ w kwestyi omawianej wchodzi w grę głównie skostnienie pochwo-we, przeto na nie w pierwszym rzędzie zwracałem uwagę. Otóż we wszystkich przypadkach poniżej 40 roku życia stwierdziłem usadowienie się procesu skostnienia w obwodowych chrzęstno-ochrzęstnowych częściach naszych chrząstek, niezależnie od stopnia skostnienia; przy tej sposobno-

ści muszę znów podnieść, że ów proces kostnienia stale pozostawał w mniej lub więcej zaznaczonym związku z samą kostną częścią żebra, względnie rękojęścią mostka.

Powracając do liczb naszego zestawienia, musimy podnieść to niezwykle częste stwierdzenie sprawy kostnienia u ludzi powyżej 40 r. życia, prawie w 90%; oczywiście i tu stopień skostnienia nie zawsze był jednaki; zwykle skostnienie stanowiło wybitnie grubą pochwę, wśród której tkwiła chrząstka, mniej lub więcej zmieniona.

Z zestawień częstości skostnienia, występującego u osobników wolnych od gruźlicy płuc należałoby tu przytoczyć jedyne większe zestawienie, mianowicie *Ś w i o n t k a*, który spotykał skostnienia w 41,8%; liczba ta jest znacznie mniejsza od mojej (62, 9%), jest to jednak zrozumiałe wobec tego, że autor nie stosował tych sposobów badania, którymi ja się posługiwałem, a które wzajemnie się kontrolowały. Co do płci, to u osobników powyżej 40 roku życia skostnienie jest, według naszego zestawienia, zmianą równomiernie występującą.

U osobników poniżej 40 roku życia stwierdziliśmy procesy kostnienia pierwszych chrząstek znacznie rzadziej, bo prawie w 42%; mimo tego porównania procent ten należy uważać za bardzo wysoki, trzeba jednak uwzględnić, że objęte są nim przypadki skostnienia jeszcze bardzo nieznacznego, początkowego. Ponieważ wiemy, że proces wapnienia, względnie kostnienia chrząstek, jest niejako fizyologicznym procesem starczym, należałoby oczywiście spytać się, czy owe 42% nie obejmują już przypadków skostnienia starczego. Otóż odpowiedź łączy się ściśle z pytaniem, od którego roku rozpoczyna się skostnienie starcze. Z góry trzeba odpowiedzieć, że ściślej granicy nie mamy; podane przez *Ś w i o n t k a* określenie 20 roku, jako tej granicy, nie ma należytego uzasadnienia. Na pytanie to nie daje ściślej odpowiedzi *F r e u n d*, ani *K ö l l i k e r*. Łączy się ono ściśle z określeniem, kiedy wogóle stwierdzane w chrząstkach zmiany należy uważać jeszcze za normalne, względnie za fizyologiczne.

a kiedy już za patologiczne. Wogóle nie możemy na to dać bezwzględnie ścisłej, określonej odpowiedzi, a więc nie możemy również odpowiedzieć dokładnie, kiedy skostnienie w chrząstce należy już uważać za objaw patologiczny. S u m i t a na podstawie swych badań histologicznych nad granicą chrzęstnokostną żeber, dochodzi do wniosku, że tą granicą zmian, w szczególności kostnienia, jest druga połowa czwartego dziesięciolecia życia, powiedzmy rok 40, w tym bowiem czasie wytwarza się ostatecznie t. zw. „belka granicznej warstwy“, „*wir wollen also hier diejenigen Knorpelveränderungen, welche fast ausschliesslich nach normalem, vollständigen Grenzbalkenabschluss nachzuweisen sind, als die normalerweise vorkommenden Altersveränderungen betrachten*“. Podkreślić muszą te trudności w określeniu, kiedy znalezione zmiany w chrząstce, a więc i kostnienie, należy uważać za fizyologiczne, a kiedy za patologiczne. Badając bardzo duży materiał histologicznie w sposób systematyczny, spotykałem wszelkie okresy zmian chrząstkowych, między niemi i skostnienia w najrozmaitszym wieku, przy braku jakichkolwiek większych zmian w ustroju i w klatce piersiowej. Przytoczę tu przypadek № 9, w którym u robotnicy lat 18, zmarłej na ropnicę, stwierdzono i histologicznie i na rentgenogramie niewielkie pochwowe skostnienie chrząstki lewej.

W przypadku № 32, u ślusarza, lat 26, z glejakiem mózgu, stwierdzono zupełne skostnienie na całej powierzchni obu pierwszych chrząstek.

Równoległości między długością chrząstki a jej skostnieniem nie mogłem zauważyć, w szczególności nie zauważyłem szczególniejszej dążności do skostnienia chrząstek krótkich.

Na podstawie zatem powyższych uwag i danych widzimy, że skostnienie chrząstek jest procesem, postępującym zawsze od strony kości, niezależnie, czy spotykamy je głównie jako t. zw. kostnienie pochwowe, czy osiowe. Jest ono

w zakresie pierwszych chrząstek zjawiskiem bardzo częstym u ludzi powyżej 40 roku życia, znacznie rzadszem poniżej tego wieku, i nie pozostaje w stałej zależności od długości danych chrząstek.

Skostnienie chrząstek pierwszych w gruźlicy płuc.

Wobec tak częstego skostnienia, występującego w chrząstkach pierwszych także poniżej czterdziestego roku życia u osobników wolnych od gruźlicy płuc, tem ciekawszem było przekonanie się, jak często wystąpi ono w gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego. Skostnienie pierwszych chrząstek ma być jednym z tych czynników, które i tak mniej ruchomy, zwłaszcza przy wązkich otworach, pierwszy pierścień żebrowy jeszcze więcej unieruchamia, sprowadzając omówione już zaburzenia w czynności i zachowaniu się fizyologicznem szczytów płucnych.

Nie uwzględniając długości pierwszych chrząstek a tylko z wiadomych już powodów 40 rok życia, jako przyjętą przez nas granicę kostnienia starczego, umieszczam poniżej wykaz częstości skostnienia pierwszych chrząstek w gruźlicy płuc, dla porównania zaś podaje w nawiasie przytoczoną już wyżej częstość tej zmiany u osobników z płucami bez zmian gruźliczych.

Stan chrząstek	poniżej 40 r. życia	powyżej 40 r. życia
Nieskostniałe . .	38,1% (57,6%)	13,4% (8,1%)
Skostniałe . . .	61,8% (41,9%)	86,3% (91,9%)

Z porównania z liczbami, w nawiasie umieszczonemi, widzimy tu ciekawą różnicę. Pokazuje się, że u osobników gruźliczych poniżej 40 roku życia skostnienie chrząstek pierwszych zjawia się o $\frac{1}{3}$ częściej, niż u niegruźliczych, przyczem dodać musimy, że nieco częściej spotykaliśmy je u mężczyzn, niż u kobiet; występowało ono jako skostnienie pochwowe i to przedewszystkiem od strony części kostnej żeber, a więc podobnie, jak i u osobników wolnych od gruźlicy płucnej, prawie zawsze obustronnie, w nierównym jednak stopniu, i to niezależnie od długości chrząstek i wielkości całego otworu. Jak wcześniej już może zjawiać się skostnienie w gruźlicy płuc, świadczą o tem przypadki, które miałem sposobność badać; np. przypadek № 3, chłopiec 16-letni wzrostu 153 cm., z rozpadową szczytową gruźlicą płuc, chrząstki długości 32 i 32 mm. obwód otworu 290 mm. a więc z otworem małym (wskaźnik 50,4)—chrząstki obie okazują pochwowe skostnienie z wrębami, względnie drobnemi pęknięciami.

Opierając się na powyżej podanem tłómaczeniu powstawania owego skostnienia u osobników poniżej 40 roku życia, nie możemy odnosić go, jak chce **P r e u n d** i jego zwolennicy, w pierwszym rzędzie do krótkości chrząstek pierwszych. W blisko 31% ogółu krótkich pierwszych chrząstek u gruźliczych nie stwierdziliśmy skostnienia, mimo że jest ono zjawiskiem częstszym w gruźlicy, niż w stanach innych. To spostrzeżenie niewątpliwie pozostaje w pewnym związku z faktem, że krótkie chrząstki nie są wcale niezbędnym składnikiem wąskiego otworu, który utrudnia jeszcze więcej skręcalność tych chrząstek i drogą *perichondritidis ossificantis* prowadzi do owego skostnienia. Wobec tego, że równie dobrze spotykaliśmy się ze skostnieniem i w długich chrząstkach w szczytowej gruźlicy płuc, słuszną wydaje mi się uwaga, że nie można przyjmować jedynie, jako czynnika przyczynowego, owego ciągnięcia przyczepiających się tu mięśni, lecz zgodnie z **S u m i t** ą należy uważać, że pierwsza chrząstka, nie połączona stawowo z rękojęścią, z dwóch stron styka się

z kością bezpośrednio, i od tych też stron wychodzi proces jej kostnienia: dodajmy do tego drażnienie wywierane na powierzchnię chrząstek przez mięśnie, które w gruźlicy silniej pracują ze względów, o których niżej będzie jeszcze mowa, a także i częstszą krótkość chrząstek,—a zrozumie-my, że to skostnienie łatwiej może tu wystąpić, niż w przypadkach wolnych od gruźlicy płuc.

To drażnienie ochrzęstnej i wskutek tego przyspieszenie procesu kostnienia od strony kostnych granic chrząstki prawdopodobnie powiększa się również dzięki krótkości drugich chrząstek, które nie tylko zaznacza się wogóle we wszystkich przypadkach gruźlicy płucnej szczytowej, lecz także i w pewnych przypadkach w stopniu wybitnym. Ta krótkość drugich chrząstek musi również pociągnąć za sobą pośrednio wzmożoną pracę w mechanizmie oddychania mięśni, przyczepiających się do górnego otworu, a więc w pierwszym rzędzie mięśni pochyłych. W badaniu zwróciłem także uwagę na zachowanie się ewentualnego skostnienia w gruźlicy płucnej zagojonej, przypuszczaćby bowiem należało, że w przypadkach tych korzystny dla ustroju przebieg gruźlicy, t. j. jej gojenie się, trudniejby nastąpiło, gdyby chrząstki były w całości skostniałe, a tem samem szczyty unieruchomione, a to w myśl uwag i zapatrywań, we wstępie wypowiedzianych. Otóż w przypadkach zagojonej gruźlicy szczytowej wcale nie zauważyłem mniejszej liczby skostnień; gdy poniżej 40 roku życia wahały się one mniej więcej w granicach liczby skostnień w gruźlicy nie zagojonej, to powyżej tego wieku we wszystkich przypadkach zagojonej gruźlicy, z wyjątkiem jednego, mogłem stwierdzić skostnienie pierwszych chrząstek.

Skostnienie więc pierwszych chrząstek w przypadkach gruźlicy szczytowej płuc postępującej i zagojonej jest zjawiskiem znacznie częstszym, niż u ludzi z wolnemi od niej płucami; nie dotyczy ono jedynie krótkich

chrząstek. Skostnienie to należy uważać za następstwo przyspieszonego kostnienia od strony sąsiednich kości (żebra, rękojeści), pozostającego w związku z przekrwieniem, względnie drażnieniem ochrzęstnej, wywołanem przez mięśnie, przyczepiające się do tych chrząstek.

Pęknięcia i stawy wrzekome pierwszych chrząstek.

Interesującym zjawiskiem, na które pierwszy zwrócił uwagę *Luschka*, następnie *Freund* i *Virchow*, a bardziej szczegółowo niem się zajmował *Hart* i *Jungmann*—jest wytwarzanie się stawu w zakresie pierwszych chrząstek, jednej lub obu. *Luschka* opisuje staw ten jako przerwę, raczej staw z jamą, a nawet z płynem surowicznym w niej nagromadzonym, nie określa jednak dokładniej, czem powierzchnie stawu tego są wyłożone; staw ten nazywa „*Halbgelenk*“. *Freund* w pracy jeszcze z roku 1858 podaje 5 przypadków tego rodzaju stawów oraz bardzo dokładny ich opis. Przedewszystkiem staw taki ma powstawać w chrząstkach, które uległy pochwowemu skostnieniu z zachowanym chrzęstnym środkiem żebra, przyczem skostnienie to nie może pozostawać w bezwzględnej łączności ani z żebrem kostnym, ani też z tkanką kostną rękojeści. Do wytworzenia się stawu wcale nie potrzeba skostnienia, któreby zajmowało całą chrząstkę, t. j. także jej część środkową. Według zaś *Harta* całkowite skostnienie jest nawet przeszkodą w wytwarzaniu się stawu. Taka przerwa może z czasem wytworzyć zupełny staw wrzekomy—*pseudarthrosis*; powierzchnie stawowe obu odcinków chrząstek wyglądają się, na obwodzie dodatkowo mogą się tworzyć między nimi pasemkowe połączenia, a jamka może się zwiększyć, jeżeli i część środkowa chrząstki ulegnie skostnieniu tak, że pozostaną tyl-

ko dwie cienkie blaszki chrząstkowe. tworzące właściwe powierzchnie stawowe.

Pęknięcia te najchętniej mają się wytwarzać w odległości do $1\frac{1}{2}$ cm. od końca żebra kostnego, w innych miejscach ma się je spotykać znacznie rzadziej, według *Harta* zaś stawy te mogą się wytwarzać w dowolnych miejscach. Co do pochodzenia ich, to *Luschka* pierwotnie uważał je za zmianę wrodzoną. *Freund* natomiast uważał je za następstwo silnego działania, pociągania przez mięśnie pochyłe, tu się przyczepiające, w związku ze skręceniem spiralnym oddechowem tych chrząstek. *Rothschild* inaczej tłumaczy powstawanie omawianych pęknięć. Według jego teorii skręcające się przy oddychaniu pierwsze chrząstki żebrów przenoszą ruch skręcania na rękoność mostka, która wówczas obraca się koło osi poziomej, przechodzącej przez dwie pierwsze chrząstki, i dzięki stawowemu połączeniu (jak przyjmuje) z ciałem mostka, wysuwając się naprzód, tworzy z tem ciałem kątowne zagięcie. Otóż w przypadkach, w których doszło do skostnienia owego połączenia, rękoność nie może przy wdechu zagiąć się odpowiednio kątowno względem mostka, i wskutek tego skręcające się pierwsze chrząstki, nie mogąc wywołać owego nachylenia rękoności, popadają w stan dużego napięcia tak, że nawet pękają i wytwarzają w ten sposób staw wrzekomy. Ponieważ skostnienie owego połączenia występuje głównie, według *Rothschilda*, u osobników z gruźlicą płucną, więc i stawy pierwszych chrząstek częściej spotyka się u gruźliczych.

Ze względu na to, że chrząstka, która ma uleść pęknięciu, nie może być sprężysta, więc i stawy te mają się wytwarzać u ludzi w wieku powyżej lat 30.

Wytwarzanie się tych stawów nie należy wcale do rzeczy rzadkich. Jak już wspomniałem, pierwotnie *Freund* spostrzegł je tylko 5 razy; w ostatnich czasach w pracowni *Hansemanna* badał 250 zwłok, z tego 96 dokładniej w kierunku zachowania się klatki piersiowej; otóż w 18% znalazł stawy pierwszych chrząstek.

Ś w i o n t e k na całą liczbę badanych przypadków znalazł te stawy zaledwie w $1\frac{1}{2}\%$, przyczem ta zbyt niska cyfra jest, zdaniem mojem, prawdopodobnie następstwem niedokładnego badania, które przy oznaczaniu stawu nie może polegać jedynie na stwierdzeniu ruchomości względem siebie dwóch ewentualnych odcinków pękniętej chrząstki. H a r t na 400 badanych otworów (największy materyał) z rozmaitych przypadków znalazł 97 razy stawy i to 45 razy jednostronne, 52 razy obustronne, a zatem w $24,25\%$ ogółu badanych przypadków. G l i ń s k i w materyale, obejmującym blisko 50 przypadków, znalazł 7 razy (14%) stawy wrzekome, częściowo jednostronne, częściowo obustronne.

Podnieść tu należy spostrzeżenie F r e u n d a, potwierdzone przez H a r t a, że już u dzieci w miejscu przyczepu pierwszej chrząstki do rękojeści mostka znajduje się niejednokrotnie szczelina, którą następnie możemy stwierdzić i u dorosłych. Jest to po prostu połączenie stawowe i to niezależne od długości pierwszych chrząstek. Te stawy zaliczają obaj autorowie do wady rozwojowej, przestrzegając przed uogólnianiem tego zapatrywania na wszystkie przypadki stawu pierwszej chrząstki, w myśl zapatrywań L u s c h k i, który, jak już wspomniałem, spostrzegany przez siebie przypadek uważał za wadę wrodzoną.

Nim przejdę do omówienia stawów, stwierdzonych w naszym materyale, muszę podnieść, że bardzo często spotykałem przybrzeżne częściowe pęknięcia w chrząstkach, w całości lub też częściowo pochwowo skostniałych. Te niezupełne pęknięcia, o których autorowie wspominają, dochodziły do $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{3}$ szerokości chrząstki i przy swym wylocie otoczone były zwykle na kształt dziobu wystającym wałem, podobnie jak to bywa przy typowych stawach wrzekomych. Tego rodzaju niezupełne pęknięcia na jednej chrząstce spotykałem czasem po 2, a nawet po 3 tak, że brzeg chrząstki przedstawiał, jakby kilka korbów; np

w przypadku № 95, w którym u wyrobnika, 47 letniego, z zakrzepem żyły bramnej i żył krezkowych, przy nader krótkich, skostniałych pierwszych chrząstkach (22 i 24 mm.) były umiarowe po obu stronach zupełnie typowe częściowe pęknięcia od przodu.

Niewątpliwie pęknięcia te w dalszym ciągu mogą doprowadzić do pęknięcia zupełnego i następnie do wytworzenia się stawu. Tego rodzaju niezupełne pęknięcia spotykamy w naszym materiale w bardzo znacznej liczbie, przyczem zauważyć trzeba, że nieraz są one tak głębokie, iż przy badaniu otworu i chrząstek było nam trudno rozstrzygnąć, czy nie doszło tu już do zupełnego pęknięcia; obecność zachowanej jeszcze częściowo pochwy kostnej i bardziej zbitej tkanki łącznej w otoczeniu nie zawsze pozwalała na to rozstrzygnięcie. Usadwienie tych niezupełnych pęknięć jest różne, najczęściej atoli spotykamy je w środkowym odcinku chrząstki.

Te pęknięcia niezupełne, jak już wyżej zazaczyłem, uważam za pewnego stopnia unieruchomienie zeszywniałej z powodu pochwowego skostnienia chrząstki. Znacznie rzadziej spostrzegałem w moim materiale zupełne pęknięcia, względnie już typowe stawy wrzekome

W materiale moim w stosunku do 100 przypadków znalazłem w 20% zupełne pęknięcia, względnie wytworzone stawy wrzekome, przyczem o wiele częściej występowały one u mężczyzn (70%), niż u kobiet (30%). Poniżej 40 roku życia znaleziono je w stosunku do całej liczby w 35%, powyżej zaś tego wieku w 65%.

Najczęściej stawy pojawiały się po obu stronach (65%).

Ze względu na szereg innych zmian, które pierwszy *F r e u n d*, a za nim inni łączyli w genetyczny związek z powstawaniem pęknięć, względnie stawów wrzekomych, umieszczam poniżej tabelkę przypadków, w których uwzględniono i wyszczególniono owe zmiany.

Powstawanie omawianych pęknięć łączono, jak wiadomo, w związek genetyczny z obecnością krótkich chrzą-

stek, które też specjalnie zmianie tej mają ulegać. Otóż podnieść muszę, że wyniki moich badań bynajmniej za tem nie przemawiają; krótkie chrząstki, t. j. u mężczyzn poniżej 29 mm., stwierdziłem zaledwie w 25%, wśród nich u kobiety 70 letniej (Nr 142), z płucami niedotkniętymi gruźlicą lub innymi widocznymi zmianami, ze stawem prawostronnym; długość prawej chrząstki wynosiła zaledwie 15 mm., lewej 19 mm.; lub u kobiety 35 letniej (Nr 59) również z niezmiennymi płucami i pierwszymi chrząstkami długości po 21 mm. W znacznej większości (75%) długość chrząstek wahała się w granicach, przyjętych przeze mnie za normalne, lecz i tu nie brak chrząstek stosunkowo długich; np. w przypadku Nr. 82, u mężczyzny 42 letniego, z zagojoną gruźlicą obu szczytów, chrząstki miały po 39 mm. długości, w lewej zaś było zupełne pęknięcie.

W przypadkach pęknięć, względnie stawów wrzekomych, należało zwrócić uwagę na sprawę kostnienia pierwszych chrząstek, boć naturalną jest rzeczą, że przedewszystkiem kruche, a mało sprężyste chrząstki ulegną pęknięciu, niezależnie od tego, czy do tego pęknięcia prowadzi spiralne skręcenie, czy też silne ciągnięcie przez mięśnie pochyłe, względnie mięsień podobojczykowy, lub dwa te czynniki razem. Otóż pod tym względem nasze przypadki dowodzą bezwzględnie, że nieodzownym warunkiem wytworzenia się pęknięcia jest skostnienie chrząstki, tak pochwowe, jak i postępujące od strony mostka lub żebra (skostnienie osiowe). We wszystkich przypadkach mieliśmy skostnienie prawie całych obu chrząstek pierwszych, niezależnie od tego, czy pęknięcie było jednostronne, czy też obustronne. Podobnie jak zjawisk skostnienia nie można uważać jedynie za objaw starczy, tak samo i pęknięć nie możemy uważać za zmianę, spotykaną u ludzi starych; dowodzi tego choćby przypadek Nr 26, w którym u mężczyzny 26-letniego, przy całkowitem obustronnem pochwowem skostnieniu pierwszych chrząstek i braku ja-

Zestawienie przypadków z pęknięciem względnie stawami I-ch chrząstek.

№ prot.	Płeć i zajęcie	Wiek	Płuca	Chrząstki pierwsze		O t w ó r			mc.	P ę k n i ę c i e w z g l. s t a w w r z e k o m y	
				Długość	Skostnienie	Wymiary	Wskaźnik	Obwód			Kształt
32	Ślusarz	26	w	—	+	97×42	43,2	290	II n. u.	+	Obustronne: pr. = przy żebrze, l. = 3 pęknięcia przy żebrze i w środku.
43	Kobieta	30	w	29×31	±	100×51	51,0	293	I u.	+	Lewe jednostronne, 2 pęknięcia przy żebrze i mostku.
45	Akademik	31	gr.	22×35	±	111×60	54,0	330	IV n. u.	—	Prawe jednostronne przy żebrze.
59	Kobieta	35	w	21×20	+	100×41	43,1	275	II	—	Obustronne: pr. = przy żebrze, 2 lewe przy żebrze, w środku.
65	Wyrobnik	38	w	33×37	+	98×53	54,1	310	IV n. u.	+	Prawostronne przy żebrze.
68	Wyrobnik	39	gr.	36×36	±	120×70	58,3	310	III u.	+	Obustronne przy żebrze.
71	Posługaczka	40	w	28×27	±	104×52	50,0	317	I n. u.	—	Lewostronny przy żebrze.
80	Rzeźnik	41	gr.	34×38	+	119×59	54,1	310	I n. u.	—	Obustronne w środku.
82	Mężczyzna	42	zg. l.	39×39	+	100×51	51,0	327	IV n. u.	+	Lewostronny, 1 przy żebrze, 1 w środku.

93	Stolarz	46	zg. p. l.	— × 35	+	104 × 58	55,8	290	III u.	+	Obustronny w środku.
96	Rolnik	47	zg. p.	—	+	102 × 60	53,6	320	IV n. u.	—	Obustronny przy żebrze.
103	Rolnik	50	w	28 × 34	+	118 × 60	50,8	305	I u.	+	Lewostronny w środku.
104	Kobieta	50	zg. p.	—	+	102 × 49	48,0	281	I u.	—	Obustronny przy żebrze.
110	Mężczyzna	52	w	35 × 30	±	100 × 55	50,0	295	I n. u.	—	Obustronny przy żebrze.
115	Rolnik	53	w	—	+	111 × 70	64,0	344	IV n. u.	+	Obustronny: pr. = w środku, l. = przy żebrze.
125	Wyrobnik	57	gr.	—	+	166 × 56	48,3	330	I u.	—	Obustronny przy rękojęści.
132	Wyrobnica	60	zg. p. l.	—	+	104 × 50	48,1	285	I n. u.	+	Prawostronny przy rękojęści.
139	Wyrobnik	67	w	—	+	105 × 49	46,7	291	I n. u.	+	Obustronny: pr. = przy rękojęści, l. = w środku.
142	Kobieta	70	w	15 × 19	+	98 × 60	61,2	290	IV n. u.	—	Prawostronny przy żebrze.
143	Wyrobnik	70	gr.	34 × 34	+	112 × 59	53,6	327	IV u.	+	Obustronny: po 2 pęknięcia w środku.

UWAGA: w = wolne od gruzłicy; gr. = gruzlica szczyt; zg. = gruzlica zagojona szczytów; p. = prawego, l. = lewego; skostnienie: + cafej chrząstki, ± częściowe, — nieskostniałe; I. II. III. IV. = typy otworów; n. u. = nieumiarow; u. = umiarowy; me = połączenie rękojęści z ciałem mostka, + skostniałe, — nieskostniałe, rucho. = ruchome.

kichkolwiek zwapnień, czy skostnień w chrząstkach dalszych, znajdowały się w obu pierwszych chrząstkach typowe pęknięcia.

Podnieść dalej należy, na co inni mało zwracają uwagi, że możemy się w zakresie pierwszych chrząstek spotykać z wielokrotnymi pęknięciami i to zupełnymi. Niezupełne bowiem pospolicie towarzyszą wytwarzaniu się stawów, jak wykazuje nasz materiał. Owe wielokrotne pęknięcia przebiegają zwykle równoległe do siebie. Powstają one najprawdopodobniej jednocześnie, przemawia za tem ich wygląd; uwzględniając mechanizm pęknięcia, mało wydaje się prawdopodobnym, aby przy istnieniu dawnego pęknięcia mogło powstać np. tuż obok niego pęknięcie drugie. Trzeba raczej przyjąć, jak to już wyżej podniosłem, że owe niezupełne pęknięcia, tak zwykle zjawisko przy częściowym skostnieniu pierwszych chrząstek, z chwilą gdy dojdzie do całkowitego skostnienia i w następstwie zniesienia ich sprężystości, są tem *locus minoris resistentiae*, które jest zaczątkiem pęknięcia zupełnego.

Co do miejsca usadowienia, to najczęściej spotykałem je tuż przy granicy chrzęstno-kostnej żebra, zazwyczaj w odległości około 2—3 mm.; rzadziej występowały one w części mniej więcej środkowej, a już nader rzadko tuż przy rękojęści. Fakt ten należy tłumaczyć, zdaniem mojem, największym napięciem, występującem właśnie tuż przy przejściu chrząstki w część kostną żebra; że przy tem dużem napięciu wdechowym spiralnem pęknięcie nie następuje na samej granicy, lecz w odległości 2—3 mm. od niej, tłumaczę tem, iż kostnienie, idące od żebra wniknęło w początkową część chrząstki nie tylko pochwowo, lecz i osiowo, tak że ten pas 2—3 mm., jest już po części jakby przedłużeniem kostnego żebra, a nie pochwowo tylko skostniałą chrząstką; w ten sposób należałoby, zdaniem mojem, tłumaczyć pęknięcia przymostkowe (przy rękojęści), aczkolwiek znacznie rzadsze z powodu mechanizmu oddechowego pierwszego pierścienia żebrowego.

Przy omawianiu pęknięć i stawów wrzekomych na-

leży uwzględnić zachowanie się połączenia rękowości i ciała mostka, a to ze względu na zapatrywania Rothschilda na powstawanie omawianych stawów.

Przypominam, że, według Rothschilda, pęknięcia pierwszych chrząstek dochodzą do skutku na tle niemożności wywołania przy wdechu kąowego zagięcia rękowości mostka względem jego ciała, a to z powodu zupełnego skostnienia, a tem samym unieruchomienia „stawu“ mostkowego (połączenia rękowości z mostkiem).

Otóż musimy podnieść, że bardzo często, bo w 55% przypadków wytworzonego pęknięcia, względnie stawu, mogliśmy z całą pewnością stwierdzić badaniem ręcznym, nożem i prześwietlaniem promieniami Roentgena zeszywnienie a właściwie skostnienie owego połączenia. Aczkolwiek nie uważam teorii Rothschilda za bezwzględnie słuszną, to jednak w niektórych punktach muszę jej przyznać słuszność wbrew zdaniu Harta, który, będąc bezwzględnym zwolennikiem Freunda, występuje przeciw niemu z taką apodyktycznością nie zawsze słuszną, jak zresztą w wielu innych punktach teorii Freunda. Nie ulega wątpliwości, że istnieje pewna ruchomość między rękomością a ciałem mostka, mniejsza o to, czy nazwiemy to „stawem“, czy synchondrozą; otóż nie można chyba zaprzeczyć, że przy tak silnem napięciu spiralnem oddechowym, jakie występuje w zakresie pierwszych chrząstek, to napięcie, bodaj nieznacznie, musi się odbić choćby bardzo małym ruchem rękowości niestawowo połączonej z pierwszymi chrząstkami, a tem samym napięcie to spiralne (wdechowe) musi się zmniejszyć. Ruch rękowości będzie swobodniejszy i możliwszy, jeżeli nie stanowi ona sztywnej całości z ciałem mostka. Z chwilą takiego zeszywnienia, t. j. unieruchomienia w „stawie mostkowym“, napięcie pierwszej chrząstki nie ulega złagodzeniu i pęknięcie może łatwiej nastąpić.

Zaznaczyć w końcu należy, że wiek danego osobnika nie ma żadnego wpływu na to skostnienie w przypadkach pęknięcia, jak to widać z naszego materiału (np. Nr. 32)

Interesującą w końcu rzeczą jest przy omawianiu naszego materiału stwierdzenie stosunku pęknięć do kształtu i wielkości otworu. Wszak krótkie chrząstki i zwężony otwór *F r e u n d a* mają szczególnie usposabiać i prowadzić do tworzenia się stawów wrzekomych. Najczęściej (45%) pęknięcia dotyczyły otworów I typu, a więc tych, które przyjęliśmy za typ normalny—sercowaty przypłaszczony. Drugie miejsce (35%) zajmuje typ IV, który, jak już wiadomo, w przeciwieństwie do *F r e u n d a*, jest najcharakterystyczniejszym, według *H a r t a*, dla gruźlicy pochodzenia szczytowego. Typ sercowaty i wąski otwór *F r e u n d a* zajmują w równej mierze trzecie miejsce; w nich pęknięcia wydarzają się już względnie rzadko. Nic dziwnego, że w I typie spotykamy się najczęściej z pęknięciami, gdyż typ ten, jak to na początku wykazaliśmy, wydarza się najczęściej. Natomiast musi nas uderzyć fakt, że stosunkowo tak często występują pęknięcia w typie IV, t. j. w otworach podłużnie owalnych, mimo że spotyka się je rzadziej, niż typ II. Faktu tego nie możemy tłumaczyć krótkością chrząstek, bo jej bynajmniej nie spotykamy wyłącznie w otworach tego typu, należałoby to raczej odnieść do kształtu, a raczej wygięcia kostnych części pierwszych żeber w tych otworach. Ten bardziej linijny przebieg żeber, z uagłami, prawie kątowatymi zagięciami, od tyłu przy szyjce, od przodu zaś przy chrząstce, nie może się nie odbić niekorzystnie na ruchach, zwłaszcza wdechowych, pierścienia otworu. Gdy przy żebrach pięknie łukowato zagiętych skręcenie wdechowe, a raczej obrót żeber pierwszych, polegający na podnoszeniu się ku górze dolnej i przedniej ich krawędzi, odbija się nie tylko na kostnej części żebra, ale i na jego chrząstce, to przy przebiegu pierwszych żeber, spotykanym w typie IV, obrót ten, a raczej skręcenie, najsilniej odbija się nie tyle na żebrze kostnym, ile na jego chrząstce, wywołując w niej większe napięcie, a tem samym prócz działania tu się przyczepiających mięśni łatwiejsze jej pęknięcie. Z tegoby wynikało, że nie przy otworze *F r e u n d a* (typ II), lecz przy otworach typu IV łatwiej

mogą wystąpić pęknięcia, względnie stawy wrzekome pierwszych chrząstek.

Na podstawie powyższych wywodów dochodzę do wniosku, że pęknięcia, względnie stawy wrzekome pierwszych chrząstek są zjawiskiem, występującem u osobników powyżej i poniżej 40 roku życia, u pierwszych częściej. Wytwarzać się mogą tak dobrze w chrząstkach krótkich, jak i długich, zawsze atoli w chrząstkach skostniałych. Częściej występują obustronnie, niż jednostronnie, nie rzadko wielokrotnie w jednej i tej samej chrząstce, i to prawdopodobnie w miejscach już poprzednio istniejących wrębów, względnie pęknięć niezupełnych. Pęknięcia te łatwiej występują przy równoczesnem skostnieniu (unieruchomieniu) „stawu“ mostkowego. Najczęściej spotykamy się z niemi w otworach sercowatych przy płaszczyknych i podłużnie owalnych; w drugich pęknięcia te najprawdopodobniej pozostają w związku z odmiennym kształtem pierwszych żeber, spotykanym w tych otworach.

Staw wrzekomy pierwszych chrząstek w gruźlicy płuc.

Wiadomo, że F r e u n d w wytworzeniu się wrzekomego stawu skostniałych chrząstek widział objaw samoleczenia się ustroju w przypadkach szczytowej gruźlicy płuc. Bezpośredni następstwem pęknięcia jednej lub dwu chrząstek jest rozszerzenie otworu, a zatem zwiększenie jego pojemności i tem samem przywrócenie lepszej ruchomości szczytów, przewietrzania ich, krążenia i t. p. Już

w pierwszej publikacji swej wypowiada to zapatrywanie w słowach: „*Elf genau untersuchte Fälle dieser Art haben den heilenden Einfluss dieser Gelenkbildung auf die bereits tuberkulös erkrankten oberen Lungenpartien klar gelegt, und somit zu gleicher Zeit dargethan, dass das primäre krankmachende Moment in Wahrheit in jener oben beschriebenen Rippenknorpelanomalie begründet ist... wir haben in allen diesen Fällen das gefunden, was man geheilte Tuberkulose nennt*“. W późniejszych badaniach, wykonanych w pracowni H a n s e m a n n a, znajdował F r e u n d, jak już wyżej przytoczyłem, również względnie dość liczne przypadki postaci gruźlicy gojącej się lub zagojonej, co także odnosi do wytworzenia się stawów wrzekomych. Na ten związek między zagojoną gruźlicą szczytową a tworzeniem się stawów zwraca uwagę w ostatnich czasach również J u n g m a n n. Bardzo sceptycznie zapatruje się nań Ś w i o n t e k, który w 4 przypadkach widział te stawy u osób w wieku między 60 a 70 rokiem życia, nadto jeden u osobnika 42-letniego z postępującą gruźlicą. Ostatecznie autor ten streszcza swe zapatrywanie w zdaniu następującem: „*Ist die obere Brustapertur verengt und unbeweglich, so lässt sich nicht bestreiten, dass eine Gelenkbildung in den ersten Rippenknorpeln einen compensierenden Effekt haben kann. Eine andere Frage aber ist die, ob diese Compensation ausreicht, eine Infiltration der Spitze oder gar eine entwickelte Lungenphtise rückgängig zu machen. Dies ist um so unwahrscheinlicher, als sicherlich die Unbeweglichkeit und Kürze der ersten Rippenknorpel höchstens ein disponierendes aber nicht ein ursächliches Moment der Phtise darstellen*“.

G l i ń s k i w swoim szczupłym materyale (50 przypadków) na 7 stawów wrzekomych, z których 6 dotyczyło osobników między 60—85 r. życia, znalazł tylko jeden przypadek z obustronnymi stawami u 37-letniego mężczyzny bez zmian gruźliczych w płucach, i wypowiada zdanie, „że pewna część opisanych przez F r e u n d a stawów w obrębie chrząstki pierwszego żebra nie pozostaje

w związku ze zwężeniem górnego otworu klatki piersiowej, lecz raczej jest wyrazem zachodzących w chrząstce zmian starczych i stąd łatwego jej łamania się". S u m i t a w ostatniej swej pracy nie przyznaje tworzeniu się stawów w pierwszych chrząstkach znaczenia leczniczego, ze względu na gruźlicę szczytową; jego zdaniem staw mostkowy jest zjawiskiem przypadkowym, które z gruźlicą nie wiele ma wspólnego. W moim materiale znalazłem w 50% ogółu przypadków stawu wrzekomego, względnie pęknięcia pierwszych chrząstek, gruźlicę płuc szczytową w okresie postępu lub wygojenia. We wszystkich przypadkach chrząstki były w całości pochwowo skostniałe i to po obu stronach. W $\frac{1}{3}$ części przypadków ze stawami i gruźlicą płuc otwory były małe, o pojemności zmniejszonej, podczas gdy w innych otwory były nawet duże, jak np. w przypadku Nr. 82, w którym u mężczyzny 42-letniego, z nader długimi chrząstkami (39 mm. i 39 mm.) i dwoma pęknięciami chrząstki lewej, otwór wynosił aż 327 mm; podobnie było w przypadku Nr: 143 i 45. Chrząstki, podobnie jak otwór, mimo wytworzenia się pęknięcia bynajmniej nie były krótkie, owszem nawet w przeważnej części były długie. Owe stawy wrzekome w naszym materiale znalazłem w 20% wszystkich przypadków zagojonej gruźlicy szczytowej; a zatem w $\frac{1}{5}$ przypadków gruźlicy zagojonej znajdowały się jednostronne lub dwustronne pęknięcia pierwszych chrząstek.

Jeżeli przyjrzymy się krytycznie wszystkim szczegółom w przypadkach gruźlicy z pękniętymi pierwszymi chrząstkami, to właściwie nie widzimy tu tych niekorzystnych warunków, o których wspomina F r e u n d i w których usunięciu widzi zbawienne działanie lecznicze. Nie mamy tu więc ani zbyt krótkich chrząstek pierwszych, nie mamy wąskiego otworu F r e u n d a. Nie mamy wobec tego podstawy do przyjęcia, aby to pęknięcie, względnie tworzenie się stawów, istotnie miało znaczenie lecznicze w gruźlicy szczytowej płuc. Dlaczegożby te czynniki nie miały wpływu leczniczego na gruźlicę przypadków

innych, tem więcej, że w tylu przypadkach doszło nawet do pęknięć dwustronnych. Nawet, gdybyśmy sięgnęli do teorii Rothschilda o znaczeniu „stawu“ mostkowego i przypuścili, że łatwiej doprowadzą do zagojenia gruźlicy szczytowej te pęknięcia chrząstek, w których równocześnie mamy ruchomy „staw“ mostkowy, to i ta teoria nie potrafi nam wytłómaczyć pytania, dlaczego w jednych przypadkach gruźlica się goiła, w innych zaś nie, bo właśnie w większości przypadków stawu wrzekomego i ruchomości „stawu“ mostkowego mamy nie zagojoną, lecz postępującą gruźlicę i odwrotnie, (№ 45, 68, 80, 125, 143). Jedno tylko powtórzyć możemy, że podobnie jak w przypadkach wolnych od gruźlicy płuc, tak samo i u osób z gruźlicą płuc szczytową koniecznym warunkiem do pęknięcia chrząstek jest ich skostnienie.

Po uwzględnieniu naszego i obcego materiału musimy zatem dojść do przekonania, że w wytworzenia się stawów wrzekomych, względnie pęknięć u osób z gruźlicą płuc postępującą lub zagojoną nie można uważać za sprawę samoleczenia gruźlicy, lecz za rzecz tak dobrze przypadkową, jak i u osób bez gruźlicy płucnej, i w każdym razie niezależną ani od wązkości otworu ani, od długości pierwszych chrząstek.

Połączenie rękojęści i ciała mostka. „Staw“ mostkowy.

W mechanice ruchów oddechowych klatki piersiowej, w konfiguracji górnej części klatki piersiowej, a także w powstawaniu pewnych zmian w zakresie górnego otworu zwracają autorowie uwagę na połączenie rękojęści z ciałem mostka, połączenie, które w przedstawionej wyżej teorii Rothschilda tak wybitne ma mieć znaczenie w powstawaniu gruźlicy szczytowej płuc.

Wobec tak bardzo apodyktycznego wystąpienia H a r t a przeciw znaczeniu owego połączenia, powiedzmy, jak chce R o t h s c h i l d, niewłaściwie „stawu” mostkowego, postanowiłem szczególniejszą uwagę zwrócić na jego zachowanie się tak w przypadkach wolnych od gruźlicy płuc, jakoteż z gruźlicą. Chodziło mi w pierwszym rzędzie o stwierdzenie, czy istnieje ruchomość między rękojęścią a ciałem mostka; następnie za pomocą prześwietlania promieniami R o e n t g e n a i przecinania tego połączenia starałem się stwierdzić jego ewentualne skostnienie. Oczywiście stwierdzanie ręczne odbywało się w ten sposób, że rękojęść i ciało mostka trzymałem bardzo blisko obiema rękami, tuż niedaleko samego połączenia, aby uniknąć możliwego pozornego poruszania się tych dwóch części, co wobec pewnej sprężystości mostka było rzeczą zupełnie łatwą do wywołania. Ową ruchomość bardzo łatwo można było stwierdzić w niektórych przypadkach już wskutek zjawiania się pofałdowania części miękkich, bezpośrednio pokrywających owo połączenie, pomijając już zarówno okiem widoczną, jak i odczuwaną poruszalność jednej części względem drugiej. W niektórych jednak mostkach stwierdzenie, czy ruchomość badana istnieje, było bardzo trudne i kilkakrotnie należało próby powtarzać, a następnie dokładnie kontrolować nożem i promieniami R o e n t g e n a. Naogół jednak stwierdzenie tej ruchomości, względnie zeszywnienia, nie jest trudne.

Nie mniej zwracałem uwagę na zewnętrzne kontury i zachowanie się pod względem kształtu owego miejsca połączenia rękojęści i ciała mostka.

Ponieważ zeszywnienie owego połączenia może być jednym z objawów, występujących równocześnie z zeszywnieniem, względnie skostnieniem chrząstek żebrowych jako objaw starczy, przeto należało uwzględnić oddzielnie przypadki poniżej i powyżej 40 roku życia, w myśl granicy przez nas przyjętej. Tabela poniższa przedstawia w odsetkach zachowanie się ruchomości omawianego

połączenia przy uwzględnieniu granicznego 40 roku życia u osobników wolnych od gruźlicy płuc.

Połączenie	poniżej 40 r.	powyżej 40 r.	ogólny %
Ruchome	81,20%	81,80%	81,40%
Nieruchome	18,70%	18,00%	18,50%

Ruchomość zatem w zakresie połączenia rękocyfry z ciałem mostka jest zjawiskiem bardzo częstym u ludzi wolnych od gruźlicy płucnej; równie często spotyka się ją, według zestawienia naszego materiału, u ludzi poniżej i powyżej 40 roku życia; stosunki procentowe są tu niemal równe we wszystkich pozycjach. W zestawieniu tem oczywiście nie uwzględniono stopnia ruchomości, gdyż dokładne jego oznaczenie byłoby chyba możliwe za pomocą oznaczenia kąta, jaki przy największem wychyleniu tworzą względem siebie obie składowe części mostka; uwzględniono tu nawet najmniejszą ruchomość, z drugiej zaś strony bezwzględne zeszywnienie. Również w zestawieniu tem nie są objęte osobniki poniżej lat 20, u których, jak wiadomo, niejednokrotnie może być zaznaczony rozwojowy metameryczny podział ciała mostkowego. Według Meckela, poczynając od 20 roku życia, spotykamy już w miejscu połączenia twardą, zbitą, włóknistą tkankę. U kobiet nieruchomość jest zjawiskiem, rzadziej występującem, niż u mężczyzn, i to niezależnie, czy poniżej, czy powyżej 40 roku życia.

Przyznaję, że ruchomość ta nie jest bardzo duża, ale w każdym razie nie tak mała, jak ją kwalifikuje Hart, występujący bezwzględnie przeciw Rothschildowi. Badanie kontrolne promieniami Roentgena i nożem

w każdym przypadku ruchomości, choćby najmniejszej, wykazywało brak kostnego połączenia między rękojęścią a ciałem mostka.

Co do skostnień, to w przypadkach początkowego skostnienia, proces rozpoczynał się prawie zawsze od linii środkowej, rozszerzając się nieregularnie na stronę lewą lub prawą, lub równocześnie na strony obie; zawsze jednak można było wykazać mniej lub więcej wyraźne granice rękojęści i ciała mostka. W wysokich stanach skostnienia rękojęść i mostek stanowiły w ścisłym słowa znaczeniu jedną kość płaską. Tkanka nieskostniała, podobnie do skostnień, przedstawiała również pewną skalę co do swej zbitości i ilości, do pewnego stopnia równoległą do wieku danego osobnika. U dzieci np. oddalenie brzegów kostnych obu omawianych części mostka naogół jest bardzo znaczne. Wobec stwierdzonej bardzo częstej ruchomości u osobników wolnych od gruźlicy płuc, należało stwierdzić, jak często spotykamy ją u gruźliczych, znowu oczywiście z uwzględnieniem tych wszystkich szczegółów, które w zestawieniu poprzednim wymieniono, a więc w gruźlicy zagojonej:

Połączenie mc. (rękojęści z c. mostka)	poniżej 40 r.	powyżej 40 r.	ogólny %
Ruchome	70,4%	66,6%	67,7%
Nieruchome	29,5%	33,3%	32,3%

Z zestawienia tego pokazuje się, że w gruźlicy szczytowej płuc prawie o 15% częściej spotykamy się z nieruchomością mc., niż u ludzi niegruźliczych, przyczem wzrost owej nieruchomości tak dobrze u osobników poniżej,

jak i powyżej lat 40, przeciętnie wyniósł 13% w porównaniu z grupą niegruźliczą.

Poniżej wreszcie podaję tabelkę przedstawiającą ruchomość mc. u osobników z zagojoną gruźlicą szczytową.

Połączenie mc.	poniżej 40 r.	powyżej 40 r.	ogólny %
Ruchome	50%	60%	57,80%
Nieruchome	50,0%	40%	42,1%

W tej grupie procent nieruchomości jest już najwyższy, bo u osobników poniżej 40 lat spotykamy się pół na pół z nieruchomem połączeniem, i u nich wzrost ten w porównaniu z grupami powyższymi najwybitniej wystąpił.

Zwrócenie uwagi na ten stosunek ruchomości w mc. przy krótkich pierwszych chrząstkach wykazuje, że mniej więcej w połowie przypadków z krótkimi chrząstkami istnieje równocześnie nieruchomość, względnie skostnienie połączenia rękojeści z ciałem mostka. Jedynie przy gruźlicy mogliśmy zauważyć pewien związek między pojemnością otworu a nieruchomością, mianowicie częściej, niż u osobników z płucami wolnymi od gruźlicy, spotykałem skostniałe połączenie rękojeści i ciała mostka równocześnie przy mało pojemnym górnym otworze. Również częściej spotykaliśmy nieruchomość, względnie skostnienie stawu mostkowego, przy otworach poprzecznie owalnych (typ. II) w porównaniu z otworem sercowatym i podłużnie owalnym.

Szczególnie częstym zjawiskiem jest w naszym materiale skostnienie połączenia rękojeści z ciałem mostka w przypadkach wytworzenia się stawu wrzekomego, wzglę-

dnie pęknięcia jednostronnego lub obustronnego w zakresie pierwszych chrząstek; stwierdzamy je w 55% ogółu przypadków stawu wrzekomego, również u osobników młodych; np. Nr. 32, kobieta 26-letnia z obustronnym stawem i małym otworem poprzecznie owalnym; tu związek między skostnieniem omawianego połączenia a pęknięciem chrząstek mimowoli „musi zwracać uwagę. Zwrócił też niewątpliwie nań uwagę R o t h s c h i l d, kiedy powiada, że wytwarzanie się stawu pierwszej chrząstki jest następstwem wysokiego napięcia, jakie powstaje w chrząstce wskutek niemożności (według jego teorii) przeniesienia bodaj części owego skręcenia na rękajeść mostka, które wskutek zupełnie sztywnego połączenia z ciałem mostka nie może wytworzyć kątownego zagięcia.

Już z danych, uzyskanych z naszego materiału, dochodzimy do wniosku, że nad połączeniem rękajeści z mostkiem nie można przejść do porządku dziennego, jak to w znacznej części robi H a r t, a zarzut, że rzecz nie była stwierdzana anatomicznie, nie uprawnia wcale do przyznawania temu „stawowi” żadnego znaczenia. Sam H a r t, który na „staw” ten w swych badaniach zwraca uwagę, powiada; *„der Wert der nichtknöchern 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 gar nach unten gezogen wird“*.

A wprost dziwnem wydaje mi się powiedzenie, że *„in zahlreichen Fällen von tuberkulöser Lungenphthise die Manubriumkorpuserbindung auffallend gelockert“* i t. d. Wprawdzie wyrażenie *zahlreich* nie jest ściśle, ale w każdym razie świadczyłoby, że autor ten spostrzegał bardzo często nadmierne zwiótczenie w omawianem połączeniu, czego na podstawie mych badań stanowczo nie mogę potwierdzić. Wprawdzie, jak we wszystkim, tak i tu istnieją pe-

wne wyjątki i myśmy spostrzegali wyjątkowo luźne względnie połączenia obu części składowych mostka; nie można jednak uogólniać przypadków nielicznych i mówić, że owo nadmierne zwiótczenie jest uderzająco częstą rzeczą w połączeniu rękowości z ciałem mostka.

A już wprost nie rozumiem powiedzenia „*bei keinem der zur Sektion gelangten Phthisiker fand sich eine Verknöcherung der Handgriff - Körperverbindung des Brustbeins*“, gdy skostnienie to, mniej lub więcej posunięte, stwierdziliśmy i drogą prześwietlania, i nożem aż w 32,3%, a przy zagojonej gruźlicy w 50%! Rozumiem, że można wykazać liczby, względnie odsetki mniejsze, ale nie rozumiem tak zasadniczej różnicy.

Również i ja, co już kilkakrotnie zaznaczyłem, nie przypisuję takiego znaczenia połączeniu temu, jak to czyni Rothschild. Nie zdaje mi się, aby niewielkie wdechowe (według niego) kątowe ustawienie rękowości w tym stopniu zwiększało górną część klatki piersiowej, aby zwiększenie to tak korzystnie miało działać na przewietrzanie szczytów, krążenie w nich krwi i limfy i wogóle na ich właściwości fizyologiczne. Ale jestem zdania, że zupełne zeszywnienie tego połączenia, jak to bywa przy jego skostnieniu, musi się odbić niekorzystnie na tej części otworu górnego, w którego skład wchodzi ta rękowość. Nie można przypuścić, aby bądź co bądź w tak dużym procencie istniejące ruchome połączenie rękowości i ciała mostka zachowywało się obojętnie przy ruchach górnej części klatki piersiowej, a w szczególności pierwszego jej pierścienia; trudno nie przyjąć, aby silne napięcie spiralne w zakresie pierwszej, zwłaszcza krótkiej chrząstki, połączonej nie stawowo, lecz nieruchomo z rękowością, nie przenosiło się bodaj w niewielkim stopniu na rękowość, wywołując niewielkie jej nachylenie, możliwe oczywiście przy istnieniu ruchomego połączenia z ciałem mostka. Jeżeli tak jest, to zrozumiemy, że zniesienie zupełne ruchomości tego połączenia, np. wskutek skostnienia, ustali zupełnie koniec przymostkowy pierwszej chrząstki i nie

pozwole na przeniesienie bodaj części wdechowego skręcenia na rękojęść, która wraz z ciałem mostka będzie stanowiła jedną umocowaną całość. Odrzucając tedy wpływ bezpośredni kątownego zagięcia mostka na powiększenie pojemności górnej części klatki piersiowej, nie mogę nie przyznać znaczenia ruchomemu połączeniu między rękojęścią a ciałem mostka dla ruchomości pierwszego pierścienia żebrowego, a pośrednio nie uznać jego znaczenia dla ruchomości szczytów płucnych i związanych z nią stosunków fizjologicznych.

W tem tłumaczeniu znaczenia ruchomości owego połączenia możemy sobie, sądzę, wyjaśnić fakt, dlaczego w gruźlicy tak często spotykamy się z unieruchomieniem, względnie skostnieniem połączenia rękojęści i ciała mostka.

Krytyczne rozważania i własny pogląd na podstawie omawianego materiału.

Sprawa budowy otworu górnego i jego najbliższego otoczenia łączy się ściśle z pytaniem, czy rzeczywiście możemy przyjąć, że jego nieprawidłowości pozostają w związku genetycznym z gruźlicą szczytową płuc. We wstępie naszej pracy przedstawiliśmy w krótkości stan zapatrywań na stosunek szczytów płucnych do gruźlicy, podnosząc, że już w zwykłych warunkach szczyty pod względem anatomicznym i fizjologicznym więcej, niż inne części płuc, narażone są na łatwiejsze zakażenie i rozwój zmian gruźliczych. Spostrzeżenia F r e u n d a wykazują, że mogą istnieć w budowie górnej części klatki piersiowej warunki, odbiegające od przeciętnych stosunków, a robiące ze szczytów prawdziwe *locum minoris resistentiae* na schorzenia, w szczególności na gruźlicę. Wychodząc z założenia, że unieruchomienie, a w następstwie upośle-

dzenie szeregu czynności fizyologicznych szczytów ułatwia zakazanie i rozwój gruźlicy szczytowej, widział F r e u n d, a za nim z pewnemi różnicami i inni, główny czynnik patogenetyczny w wązkim otworze.

Wązki otwór, pociągający za sobą skostnienie zbyt krótkich chrząstek, ma jeszcze więcej tracić na ruchomości, wskutek nietylko zmniejszonej pojemności, lecz pośrednio wskutek następowej zmiany konfiguracji górnej części klatki piersiowej, na którą już w zwykłych warunkach wywiera tak ważny wpływ w mechanizmie oddychania. Bardzo nieliczne późniejsze badania czysto anatomiczne nad stosunkiem otworu do gruźlicy szczytowej, przede wszystkim H a r t a i H a r r a s a, w zasadzie potwierdzając najzupełniej spostrzeżenia F r e u n d a, a nie ograniczając się jedynie do samego otworu, zwróciły szczególniejszą uwagę i na inne składniki, między nimi na stosunek kręgosłupa, względnie poszczególnych jego kręgów, przyznając im pewne znaczenie w powstawaniu nieprawidłowości górnego otworu; pod względem zaś mechanizmu oddychania i ukształtowania się górnej części klatki piersiowej nie dodają prawie nic nowego. Wystąpienie R o t h s c h i l d a i jego zwolenników z zapatrywaniem, popieranem głównie przez badania kliniczno-fizyologiczne, wprowadziło nie odrzucało znaczenia wązkiego otworu w powstawaniu gruźlicy szczytowej, ale zmniejszyło jego znaczenie, wprowadzając jako ważny czynnik, wpływający na ruchomość, przewietrzanie i t. p. szczytów i górnej części płuc, — „staw“ mostkowy. Ruchomość, względnie brak jej w zakresie „stawu“ mostkowego, ma ważne znaczenie dla ruchów oddechowych górnego otworu, a tem samem ruchomości szczytów. W konsekwencji i szereg innych zmian, jak tworzenie się stawu wrzekomego chrząstek pierwszych, pozostaje w związku z tym „stawem“.

Badania moje, oparte na dużym materiale anatomicznym i przy użyciu wzajemnie kontrolujących się metod, a więc sposobu badania, nie zastosowanego dotąd

przez nikogo w omawianym przez nas temacie, pozwoliło mi rozpatrzyć sprawę otworu górnego i jego stosunku do gruźlicy z nieuprzedzonego stanowiska. Przyznać bowiem każdy musi, że nawet najgruntowniejsze badania i wnioski z nich wyprowadzone przez bardzo bezwzględnych zwolenników *F r e u n d a*, tchną pod wielu względami pewną stronniczością, a zdanie to wypowiadam na podstawie dokładnych i żmudnych zestawień załączonego materiału. Na omawianą kwestyę należy się patrzeć bardzo krytycznie, i tylko przy uwzględnieniu porównawczem wszelkich danych można wypowiadać do prawdy zbliżone, słuszne wnioski. Uwagi te nasuwają się przy przeglądaniu piśmiennictwa dotyczącego omawianego przez nas tematu. Wychodząc z założenia teoryi *F r e u n d a*, starałem się przedewszystkiem określić kształty otworów, a to celem przekonania się, czy rzeczywiście istnieje pewna ich segregacya. Ze względu na różnorodność tych kształtów należało je ująć w pewne typy. Z przyjętych przez nas 4 typów uznaliśmy za typ przeciętnie normalny otwór sercowaty przypłaszczony i ten typ stwierdzałem bezwzględnie najczęściej u ludzi z wolnemi od gruźlicy płucami. Typy te nie pozostają w ścisłym związku z długością pierwszych chrząstek, które, według *F r e u n d a*, a do pewnego stopnia i *H a r t a*, mają być niemal stałą charakterystyczną dla nich cechą; na przyjęcie tego nie pozwalają mi ściśle wymiary wykazujące, że podobnie jak w innych typach, tak i tu chrząstki pierwsze mogą wykazać całą skalę różnych długości; co prawda naogół w typach tych spotykałem krótkie chrząstki częściej, niż w innych. Tu muszę podnieść niezwykle często spotykaną nieumiarowość otworów, która wprost staje się jakby fizyologiczną ich cechą, a na plan pierwszy wśród nich wybija się typ poprzecznie i podłużnie owalny, zwłaszcza ten ostatni. Ta nieumiarowość, mojem zdaniem, głównie polega na zmianie w kształcie i długości pierwszych żeber kostnych, rzadziej na przesunięciu skoliotycznym kręgosłupa. Te różne wygięcia żeber, tak pięknie występujące szczególnie w otworach po-

dłużnie owalnych, musiały najprawdopodobniej powstać jako zmiana nabyta, i to już we wczesnych okresach życia. A przecież nie brak tu przyczyn, które mogły wchodzić w grę przy całym szeregu niehygienicznych stosunków życiowych, kształtując w sposób różny i dość dowolny, mniej lub więcej wybitny, wygięcia pierwszych żeber, więcej niż inne narażonych z tytułu swego usadowienia na szereg szkodliwych, powoli działających czynników. Nie przeczę, że w pewnej, niewielkiej zresztą liczbie przypadków należy szukać przyczyny nieumiarowości w stosunkach nieprawidłowych, pochodzenia wrodzonego. Przykładem tego dosadnym jest kilka z przytoczonych wyżej przez nas przypadków, liczba ta jednak schodzi na plan drugi wobec nieumiarowości pierwszego rodzaju. Ta nieumiarowość otworów z natury rzeczy musi się odbić na kształcie ich poszczególnych okolic, a więc może wywołać znaczne nieraz zwężenie jednej połowy otworu lub np. zwęzać szczególnie część tylną, zatokową otworów, jednym słowem, niekorzystnie odbijać się na pojemności odpowiednich części. Najwybitniej nieumiarowości te występują, szczególnie pod względem stopnia, w otworach typu VI, t. j. podłużnie owalnych, rzadziej już w poprzecznie owalnych. W typach, najczęściej przez nas spotykanych i za normalne uważanych, nieumiarowości są niewątpliwie częste, ale tak nieznaczne, że dopiero rentgenogram może je wykazać; przeciwnie, w otworach wymienionych, szczególnie podłużnie owalnych, nieumiarowość rzuca się z łatwością w oczy. Śmiało moglibyśmy połowę zaznaczonych przez nas nieumiarowości otworów sercowatych przyplaszczonych (umieszczonych dla ścisłości w grupie nieumiarowych) usunąć z grupy nieumiarowych w całym tego słowa znaczeniu, tak niewielkie pod tym względem wykazują nieprawidłowości. Z usunięciem ich znacznie podnie się procent otworów nieumiarowych w grupie typów II i IV.

A właśnie w tych typach, przy uwzględnieniu stosunkiem liczby ich i typów innych, najczęściej spotykamy

gruźlicę. Fakt ten dobitnie stwierdza podział klatek suchotników, podany przez **Harta** i **Harrasa**, w którym w grupie wrodzonych (pierwotnych) i nabytych (wtórnych) klatek piersiowych wprost nazwy typów wywodzą z nazwy zmian, właśnie owe nieumiarowości wywołujących. To więc, że przy owych typach, a szczególnie podłużnie owalnym, tak często spotykamy gruźlicę szczytową, jest następstwem w niej właśnie najwybitniej występującej nieumiarowości, bo śmiało rzec można, że każdy otwór tego typu jest mniej lub więcej nieumiarowy.

Stojąc zupełnie na stanowisku zapatrywania, że zmniejszona pojemność otworu, oczywiście przy uwzględnieniu wzrostu i wogóle wielkości danego osobnika, odbija się ujemnie na ruchomości, a tem samym na przewietrzania szczytów, krążeniu krwi i t. d., i tu zwłaszcza przy wyższych stopniach nieumiarowości otworu, muszę połączyć w związek patogenetyczny tę ograniczoną do pewnej części lub do całej połowy jego pojemność z ewentualnymi zmianami gruźliczemi. Pięknym tego przykładem jest przypadek Nr. 74, w którym u kobiety 40-letniej, ze znacznym zgrubieniem przedniej części żebra prawego (zdaje się przyczyny pozapalnej) i wskutek tego z nieumiarowością i zwężeniem prawej strony otworu, rozwinęła się typowa szczytowa gruźlica płuc po tej samej stronie, gdy strona lewa zupełnie była wolna od gruźlicy; cały otwór przy wymiarach 109×57 , a więc wcale niemałych, i chrząstkach 31 i 32 mm. długich, a zatem niekrótkich, miał z mniejszą pojemność = 290 mm. niewątpliwie z powodu owego zgrubienia, zmniejszającego prawą połowę otworu. Już mniej typowym przykładem jest Nr. 81, wyżej przytoczony. O długości chrząstek i wpływie ich na otwory nie wspomina tu, omówiłem rzecz tę dokładniej już przedtem. Przechodzę teraz do skostnienia i jego, według mego zdania, patogenetycznego znaczenia w powstawaniu gruźlicy szczytowej. Po niezbitem chyba udowodnieniu, że krótkość chrząstki nie jest tak, jak chcą niektórzy, pośrednio zwykle usposabiającym czynnikiem, prowadzącym do sko-

stnienia, nie uważam za potrzebne krótkością tą tutaj raz jeszcze się zajmować. Zgodne to jest z naszymi wynikami, dotyczącymi częstości skostnień pierwszych chrząstek w gruźlicy nochodzenia szczytowego, które wykazują, że nawet przy długich chrząstkach zupełne skostnienia występują wcale często. Idąc za Sumitą, którego zapamiętywanie co do sposobu kostnienia pierwszych chrząstek najzupełniej podzielam, i zgodnie z Freundem przyznając intensywniejszemu pociąganiu przez mięśnie oddechowe pewne drażniące działanie na ochrzęstną chrząstek pierwszych, muszę zaznaczyć, że, mojem zdaniem, ma tu także pewne znaczenie kształt samego żebra, który przecież nie może być obojętny dla wdechowego obrotowego ruchu pierwszego pierścienia żebrowego i dla spiralnego skręcenia pierwszej chrząstki. Zrozumiemy dobrze, że pięknie łukowato wygięte pierwsze zebro łatwiej i sprawniej będzie wykonywało ruchy oddechowe, aniżeli zebra o takich np. kształtach, jak w otworach podłużnie owalnych; stąd w przypadkach takich żeber działanie mięśni wdechowych musi być intensywniejsze, niż przy żebrach pierwszych. To działanie silniejsze, w sposób podany już przez Freundą, równie dobrze może działać drażniąco i na ochrzęstną i być czynnikiem, przyspieszającym, w myśl badań Sumity, szybsze kostnienie pierwszych chrząstek.

Już przy omawianiu na podstawie mego materiału połączenia rękoności z ciałem mostka podniosłem niestosunkową częstość kostnienia tego połączenia w gruźlicy. W myśl poprzednich wywodów, przyznających pewien wpływ tego połączenia na skręcalność spiralną pierwszych chrząstek, mianowicie na ułatwienie tej skręcalności przy ruchomem owem połączeniu, muszę podnieść, że to tak niestosunkowo częste skostnienie tego połączenia w gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego musi utrudnić w wysokim stopniu tę skręcalność, w następstwie, z wiadomych już powodów, wywołać również silniejsze działanie mięśni pochylonych, do chrząstek się przyczepiających, a tem samem

ułatwiać ich pochwowe skostnienie. Owo skostnienie, rzecz prosta, jak to zresztą wszyscy zgodnie przyznają, musi w wysokim stopniu przyczynić się do jeszcze wybitniejszego uruchomienia szczytów, a tem samym tych wszystkich warunków, które ułatwiają w nich rozwój gruźlicy. Ani na chwilę nie przeczę, że w przypadkach wązkich i mało pojemnych otworów, owe warunki niekorzystne jeszcze więcej się zwiększają, ale z drugiej strony muszę podnieść, że te wązkie otwory w znaczeniu *F r e u n d a*, jak materyał mój wykazuje, nie są w gruźlicy naogół rzeczą tak częstą i często nie towarzyszy im gruźlica szczytów i te następstwa, jakie *F r e u n d* opisuje. Co do powstawania pęknięć i znaczenia ich w przypadkach gruźlicy szczytowej, to zmiany te już wyżej obszerniej omówiłem i moje zapatrywanie uzasadniłem dostatecznie.

W N I O S K I.

I. Górne otwory klatki piersiowej człowieka dadzą się sprowadzić do czterech typów: 1) sercowaty przyplaszczony, 2) poprzecznie owalny, 3) sercowaty i 4) podłużnie owalny. Typem najczęstszym i niejako normalnym jest otwór sercowaty przyplaszczony.

II. W gruźlicy pochodzenia szczytowego otwory mogą mieć każdy z powyższych czterech kształtów, przy czem najczęściej spotyka się typ IV, rzadziej nieco II; otwory te są przeciętnie mniej pojemne, niż u osób niegruźliczych, przy czem mniejsza ich pojemność nie jest bezwzględnie następstwem krótkości chrząstek, spotykanych zresztą niejednokrotnie i u ludzi wolnych od gruźlicy płuc. Podnieść należy, że w otworach tych wcale częstym zjawiskiem są krótkie żebra kostne, przy równoczesnej prawidłowej długości chrząstek. Otwory u ludzi z gruźlicą płuc pochodzenia szczytowego są niestosunkowo często nieumiarowe, a szczególnie nieumiarowość ta wybitnie występuje w typie IV-tym.

III. Wielkość i pojemność otworu górnego, tak u mężczyzn, jak i u kobiet, naogół nie odpowiada ściśle wzrostowi danych osobników, mianowicie niema tu odpowiedniego powiększania się otworów w miarę przyrostu ich wysokości.

IV. Skostnienie chrząstek pierwszych jest procesem, postępującym zawsze od strony kości, niezależnie, czy występuje głównie jako pochwowe, czy też zajmuje ich część osiową. Jest ono zjawiskiem bardzo zwykłym u ludzi powyżej 40 roku życia, poniżej tego wieku rzadszem, a nie pozostaje w ścisłej i stałej zależności od długości chrząstek. Skostnienie to o wiele częściej występuje u ludzi z gruźlicą płuc szczytowego pochodzenia, niż u osobników niegruźliczych, i, podobnie jak u drugich, postępuje zawsze od strony kości (żebra lub rękojeści mostka), przyczem drażniący wpływ, wywołany silniej działającymi na ochrzęstną mięśniami wdechowymi, może przyspieszać to skostnienie.

V. Wytwarzanie się pęknięć, względnie stawów wrzekomych jednostronnych lub obustronnych, występuje zawsze tylko w chrząstkach w wysokim stopniu skostniałych. Zjawiać się ono może tak dobrze u osób z gruźlicą płuc, jak i u wolnych od niej. Wytwarzania się tych stawów u ludzi z postępującą lub zagojoną gruźlicą szczytową nie można uważać za sprawę samoleczenia, jak chce Freund, lecz za zjawisko tak dobrze przypadkowe, jak i u osób bez gruźlicy płucnej. Mechanizm powstawania tych stawów nie jest zgoła zależny od wązkości otworu i długości pierwszych chrząstek.

VI. Ruchomość połączenia rękojeści z ciałem mostka u osób niedokniętych gruźlicą płuc jest rzeczą bardzo zwykłą, przeciwnie zaś u osobników gruźliczych, u których połączenie nawet we wczesnym wieku niestosunkowo często ulega skostnieniu, a tem samem unieruchomieniu. Unieruchomienie to pośrednio wpływa do pewnego stopnia niekoczystnie na ruch wdechowy pierwszego pierścienia że-

browego, a tem samem na ruchomość szczytów płucnych i związanych z nią ich stosunków fizyologicznych.

VII. Nie można zaprzeczyć, że istnieje pewien związek między szczytową gruźlicą płuc a pewnemi zboczeniami w zakresie górnego otworu klatki piersiowej. Zboczenia te jednak nie tyle polegają na wąkości umiarowego otworu i krótkości jego pierwszych chrząstek, ile raczej na nieumiarowości, która cechuje szczególnie typ płasko-owalny górnego otworu klatki piersiowej i może prowadzić do zwężenia, nawet znaczniejszego, pewnych części danego otworu.

VIII. W powstawaniu kostnienia pierwszych chrząstek żebrowych w otworach nieumiarowych, szczególnie typu IV, mają prawdopodobnie znaczenie zmienione kształty pierwszych żeber kostnych i połączone z tem utrudnienie ich ruchów oddechowych, wywołujące energiczne działanie mięśni, do nich przyczepionych, co pośrednio przyczynia się do skostnienia chrząstek.

IX. Skostnienie „stawu“ mostkowego, utrudniając ruchy spiralne pierwszych chrząstek, przyczynia się do unieruchomienia otworu górnego, a tem samem do unieruchomienia szczytów i szkodliwych jego następstw.

(D. n.).

CZYNNOŚCI
Towarzystwa Lekarskiego
WARSZAWSKIEGO.

—
PROTOKÓŁY.

Rok 1914.

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 Marca 1914 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 37, gości 5.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Treść: 1). *Julian Goldberg* i *Ryszard Hertz*. O wpływie dwuwęglanu sodu na wydzielanie chlorków i wprowadzonego do żylnie cukru mlecznego.
2). *J. Goldberg*. O wpływie pobudzającym dużych dawek dwuwęglanu sodu na czynność wydzielniczą gruczołów żołądkowych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. *S. Serkowski* złożył dla Biblioteki Towarzystwa pracę swoją p. t. „*Les opsonines et les baetériotropines au point de vue des expériences personnelles et la critique de la théorie de Wright*”.

III. Prezes powitał gości, obecnych na posiedzeniu: *Goldberga*, *Dąbrowskiego*, *Neufeldównę*, *Sterlinga Stefana* i *Drożdża*.

IV. Prezes zawiadomił o ofiarowaniu przez kol. *Leonarda Leszczyńskiego* do biblioteki *T. L. W.* szafy z zawartością dzieł, broszur i czasopism z działu stomatologii.

V. H. Higier przedstawił przypadek *p a d a c z k i* psychastenicznej w przebiegu niezwyklej postaci obłądu

lubieżnego (*nymphomania*) dziedziczno-rodzinnego w 3-ch pokoleniach. Chora, lat 42-ch (skierowana do H. przez kol. Neugebaura), od najwcześniejszego dzieciństwa do chwili obecnej jest dotknięta bardzo uporeczywym i ciężkim obłędem lubieżnym. Ojciec jej do starości uprawiał namiętnie samogwałt, brat jej od 3 roku życia podlegał temuż nałogowi. Córka 12-letnia od 2-go, a synek 2-letni od 1-go roku życia są onanistami. Chora nie pija, nie pali i obok stałego hyperseksualizmu miewa od wielu lat napady padaczkowe bez drgawek, na które bromki zgoła nie działają. Napady owe noszą pewne cechy padaczki psychastenicznej czyli wzruszeniowej. Napadów, powtarzających się od lat 30-tu co kilka tygodni, nie było przez 5 lat pożycia małżeńskiego, pomimo iż chora obok stosunków płciowych uprawiała wtedy namiętnie onanizm.

[Streszczenie własne].

VI. Julian Goldberg odczytał w imieniu Ryszarda Hertza i swoim pracę p. t.: „O wpływie dwuwęglanu sodu na wydzielanie chlorków i wprowadzonego dożylnie cukru mlecznego”. (Przyczynek do badań nad sprawnością nerek). Autorowie badali wpływ sody na wydalanie chlorków. W tym celu podawali chorym 10—20 gr. sody i badali stężenie chlorków, wydzielanych co godzinę w moczu. W każdym badanym przypadku po podaniu sody stężenie solne w moczu obniżało się znacznie; najwybitniejsze obniżenie występowało w 2—3 godz.; w godziny następne stężenie powoli wyrównywało się. W celu wyjaśnienia patogenezy tego zjawiska autorowie posługiwali się metodą Schlayera. Zastrzykiwali dożylnie osobnikom cukier mleczny i jednocześnie wprowadzali im do wewnątrz 15 gr. sody; w parę dni później robili drugie doświadczenie, zastrzykując jedynie cukier mleczny. Autorowie przeprowadzili podobne badania u 5 osobników. Pod wpływem dwuwęglanu sodu okres wydalania cukru mlecznego z moczem w każdym przypadku opóźniał się znacznie. Autorowie wyprowadzają z tego wniosek, że dwuwęglan sodu zmniejsza sprawność wydzielniczą nerek; przez analogię przyjmują, że i obniżenie stężenia solnego w moczu pod wpływem sody zależy również od upośledzonej sprawności nerek. [Streszczenie własne].

W dyskusji:

a) Ciąglicki K. zapytuje, czy słabe dawki sody również upośledzają działanie nerek, jak dawki mocne, gdyż ta okoliczność miałaby ważne znaczenie w praktyce codziennej.

b) **H a l p e r n** zaznacza, że bardzo ciekawe doświadczenia kolegów **G o l d b e r g a** i **H e r t z a** nasuwają mu pewną uwagę, dotyczącą interpretacji otrzymanych przez nich wyników. **S c h l a y e r** i jego współpracownicy starają się dowieść, że czynności kłębków i kanalików nerkowych są poniekąd od siebie niezależne; o sprawności kłębków ma stanowić zachowanie się soli kuchennej i jodku potasu. Potwierdziwszy badania innych autorów co do zatrzymywania się soli kuchennej po podaniu sody, prelegenci starają się zbadać przyczynę owego zatrzymania, a chcąc sprawdzić, czy nie zależy ono od zaburzonej czynności nerek, badają zachowanie się cukru mlecznego. Znalazszy zwolnione wydalanie tego cukru w stosunku do normy, prelegenci wnioskuje stąd o zaburzonej czynności nerek. Wniosek ten **H.** uważałby właśnie za zbyt rozległy, gdyż zachowanie się jednego składnika nie mówi nam nic o zachowaniu się innych.

[Streszczenie własne].

c) **G o l d b e r g** w odpowiedzi **Ciąglińskiemu** zaznacza, że badań z małemi dawkami dwuwęglanu sodu nie przeprowadzano; podkreśla, że wogóle wpływ podawania nawet dużych dawek sody na sprawność nerek był jedynie przemijający. W odpowiedzi **Halpernowi G.** wyjaśnia, że wydzielenie chlorków jedynie przez kanaliki nerkowe nie jest ostatecznie ustalone. Za wpływem dwuwęglanu sodu na sprawność nerek przemawiają również rozpoczęte badania autorów ze wskaźnikiem **Ambarda**.

[Streszczenie własne].

d) **J a n o w s k i** zgadzając się ze zdaniem **H a l p e r n a**, uważa, że badania podobne powinny być prowadzone nie tylko z cukrem mlecznym, lecz i z jodkiem potasu.

e) **G r u n d z a c h** zwraca uwagę na to, że nowsze badania laboratoryjne i kliniczne potwierdzają zupełnie doświadczenie kliniczne starszych praktyków, którzy zawsze ostrzegali aby zbyt długo nie przyjmować alkaliów, gdyż wywołują „hydremię”. Obecnie stan ten zwiemy zatrzymaniem jonów chłorowych i sodowych we krwi. Dobre spostrzeganie kliniczne zo stanie po wszystkie czasy najważniejszym zadaniem lekarza. Praca kol. **H e r t z a** i **G o l d b e r g a** jest bardzo interesującą a wnioski zdaniem **G.** słuszne i prawdziwe.

[Streszczenie własne].

f) **H e r t z R.** zaznacza, iż omawiane badania, które wykazały zatrzymanie chlorków w ustroju, jakoteż i opóźnianie

wydzielania cukru mlecznego pod wpływem dwuwęglanu sodu — wskazują, że soda upośledza czynność nerki.

g) **H a l p e r n** w przemówieniu **Hertz**a upatruje pewną niekonsekwencyę, polegającą na tem, że bierze on przesłankę za wniosek. Jeżeli zachowanie się cukru mlecznego miało być probierzem tego, czy zatrzymanie soli kuchennej istotnie zależy od zaburzonej czynności nerek, a nie od czynników pozanerkowych, to nie można twierdzić: mamy zaburzenie czynności nerek wogóle, albowiem zatrzymanie soli przemawia za upośledzoną czynnością kanalików, a zwolnione wydalanie cukru mlecznego za zaburzeniem czynności kłębków. Skoro już mamy odróżniać czynność kłębków od czynności kanalików, to należy dla sprawdzenia czynności kanalików wybierać substancye, wydalane przez kanaliki i odwrotnie. [Streszczenie własne].

VII. Julian Goldberg wygłosił rzecz p. t.: „O wpływie pobudzającym dużych dawek dwuwęglanu sodu na czynność wydzielniczą gruczołów żołądkowych“. Soda wywiera wpływ niewątpliwy na zatrzymanie chlorków w ustroju. Autor starał się wyjaśnić, co się dzieje z jonem chlorkowym, zatrzymanym w ustroju pod wpływem dwuwęglanu sodu. W tym celu podawał chorym duże ilości dwuwęglanu sodu, od 12 do 30 g. dziennie w dwóch równych porcjach; jedną porcję chorzy przyjmowali naczczo, drugą w 3 — 4 godz. po kolacyi. Zawartość żołądka była badana naczczo i po śniadaniu próbnem przez cały szereg dni po wprowadzeniu sody. Chcąc się przekonać, czy soda wywiera jedynie bezpośrednie działanie na błonę śluzową żołądka, czy też przeciwnie może być mowa o działaniu ogólnem, w dwóch przypadkach autor wstrzyknął dożylnie 3% roztwór sody. Z tablic wynika, że podawanie dużych ilości sody powodowało zatrzymanie chlorków w ustroju i wzrost kwasu solnego, choć nie w jednakowym stopniu we wszystkich przypadkach. Autor wyprowadza wniosek, że istnieją przypadki, w których po podaniu dużych ilości dwuwęglanu sodu występuje b. widoczne zwiększenie wydzielania kwasu solnego w żołądku. Na zasadzie badań z wstrzyknięciem dożylnem wypowiada myśl, że obok działania bezpośredniego dwuwęglanu sodu na błonę śluzową żołądka istnieje działanie ogólne; przypuszcza, że zachodzi związek pomiędzy zatrzymaniem chlorków w ustroju pod wpływem sody, a wydzielaniem się kwasu solnego.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) *H a l p e r n* z racyi interesujących badań *Goldberga*, przypomina o badaniach innego badacza warszawskiego, *Biernackiego*, badaniach, które stanowią ciekawą analogię do przytoczonych przez prelegenta. *Biernacki* stwierdził mianowicie, że w zapaleniu nerek mamy często do czynienia z nadkwaśnością soku żołądkowego; wiemy, że w zapaleniu nerek mamy też zatrzymanie soli kuchennej w ustroju; to samo mamy przy podawaniu sody: w obydwu przypadkach owo zatrzymanie soli odbija się jednakowo na kwasowości soku żołądkowego, jakkolwiek możliwe, że przyczyna zatrzymania soli w obydwu przypadkach jest różna. [Streszczenie własne].

b) *G r u n d z a c h*, z badań, jakie w swoim czasie wykonywał w pracowni *D-ra Rejchmana* i spostrzeżeń własnych, których nie ogłaszał, doszedł do wniosku, że średnie dawki sody 4—8—10 gr. dziennie, przyjmowane w ciągu 1—2 miesięcy, nie miały trwalszego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego i stopień kwaśności zawartości żołądkowej. Z badań prelegenta wynika że na razie kwaśność się wzmaga po większych dawkach (15 do 30 gramów), do wewnątrz lub śródżylnie zastosowanych. *G.* sądzi że po odstawieniu alkaliów stopień kwaśności powinien wrócić do poprzedniej normy. [Streszczenie własne].

c) *G o l d b e r g* w odpowiedzi *Grundzachowi* zaznacza, że badania swe przeważnie przeprowadzał na zdrowych lub też dotkniętych lekkim cierpieniem żołądka; najlepsze wyniki otrzymywał u osobników, u których można było przypuszczać, że czynność wydzielnicza gruczołów żołądkowych była dostatecznie zachowana. [Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Pomocnik Sekretarza *T. Jaroszyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17 marca 1914 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 50, gości 4.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Treść: 1) Dr. *Karaś-Przeradzka*. O odczynie serologicznym *Abderhaldena*.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego przeczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił zebranych o śmierci dwóch członków Towarzystwa: członka czynnego, *Ludwika Chwata*, i członka honorowego, *Henryka Dobrzyckiego*, poczem obecni uczcili pamięć zmarłych przez powstanie z miejsc.

III. Prezes zawiadomił, że na pogrzebie ś. p. *Henryka Dobrzyckiego* wygłosił mowę w imieniu *T. L. W. Wiceprezes A. Puławski*.

IV. Sekretarz stały *A. Sokołowski* odczytał życiorys ś. p. *Henryka Dobrzyckiego*: „Na styczniowym posiedzeniu w roku 1911 Towarzystwo nasze udzieliło na wniosek Zarządu doktorowi *Henrykowi Dorzyckiemu* najwyższe, jakim rozporządzać może odznaczenie, t. j. tytuł Członka Honorowego. W maju tegoż roku na jubileuszu, odbytym w Stowarzyszeniu Lekarzy, składałem jako Sekretarz Stały Towarzystwa publiczne życzenia Jubilatowi w imieniu Towarzystwa, przypominając jednocześnie Jego zasługi naukowe i społeczne. Prasa lekarska również szeroko omawiała zasługi tego niezwykłego w naszych warunkach lekarza, działacza społecznego, który umiłował wszystko, co swoje, a przede wszystkim lud nasz: przez całe życie, poczynając od zarania swojej działalności lekarskiej, nawoływał stale i pracą swoją dążył w kierunku poprawy smutnych warunków higienicznych i społecznych naszego ludu. Ten wysoce szlachetny typ lekarza - ludowca mamy wszyscy w pamięci. Pamiętamy dokładnie serdeczny nastrój tego wieczoru jubileuszowego, kiedy przedstawiciele nie tylko naszej nauki, lecz niemal wszystkich instytucji społecznych składali Mu hołd za Jego 45-letnią owocną pracę, a przede wszystkim za Jego szlachetne serce, palające miłością dla kraju i ludu.

Była to podniosła, ale zarazem i ostatnia świetlana chwila w życiu ś. p. *Henryka*. Od tej pory przestał On poniekąd istnieć dla świata, gasł w ciągu lat kilku na podobieństwo sła-

bej, czystym ogniem płonącej lampki, aż wreszcie i życie Jego zgasło powoli bez skarg i narzekań. Pomimo że w życiu więcej zawodów, więcej cierni niż roż spotykał, zgasł, jak umierali w starożytności wielcy i sprawiedliwi, a dla dobra swego kraju zasłużeni mężowie.

Dzisiaj, wobec niestety spełnionego smutnego faktu, pozostaje mi jedynie przypomnieć w krótkości podstawowe zasługi ś. p. H e n r y k a dla naszego społeczeństwa i medycyny. A były one bardzo rozmaite: lekarsko-naukowe i lekarsko-społeczne. Powiedziałbym jednakże, iż ponad wszystkie najbardziej dziś cenić nam należy Jego działalność społeczną, której motywem było miłość dla kraju i ludu. Ta miłość dla kraju pchnęła Go jako młodzieńczego lekarza w roku 1863 na pole bitwy, aby nieść pomoc wśród świstu kul rannym, walczącym współbraciom. Ta miłość, to przywiązanie do ludu skłoniło Go, pomimo wybitnych zdolności, do osiedlenia się nie w wielkim mieście, lecz na wsi wśród ludu, gdzie poznaje naocznie i zbliżka szlachetną duszę, lecz zarazem i straszne warunki, w jakich żył podówczas lud polski. Ten kontakt z ludem przy bystrym zmyśle obserwacyjnym wyrabia w nim typ lekarza — ludowca, który całe dalsze swoje życie poświęca dla poprawy warunków higienicznych naszego ludu. Z tych to pobudek organizuje pierwszy w naszym kraju praktyczne podstawy walki z gruźlicą, wymógłszy u władz wytworzenie w Mieni szpitala dla biednych suchotników; sam go organizuje i przez lat kilka prowadzi z pożytkiem. A wierny stale tej szlachetnej tradycji i po przeniesieniu się do Warszawy w ciągu niemal całego życia propaguje ciągle walkę z gruźlicą, bądź to kierując umiejętnie w ciągu lat kilkunastu stacją leczniczo-kumysową w Sławucie, pisząc oddzielne broszury, wygłaszając odczyty, bądź wreszcie biorąc czynny udział w budowie sanatorium w Rudce; nawet w ostatnich latach, kiedy już był ciężko chory, interesował się żywo nowo powstałym Towarzystwem dla walki z gruźlicą. Troska o zdrowie ludu pobudziła Go do napisania w roku 1876 obszernej pracy. „O wypadkach traumatycznych u ludu przy obsłudze maszyn rolniczych i sposobie zapobiegania im“.

Ta sama miłość dla ludu skłoniła go do opracowania w roku 1877 niezwykle ważnego i w historii medycyny naszej wielce doniosłego dzieła: „O kołtunie“, w którym na podstawie ścisłych badań zbił ostatecznie fatalną doktrynę o kołtunie polskim, istniejącą całe wieki w patologii, a popieraną nawet przez taką powagę nauki, jaką był J ó z e f F r a n k w Wilnie. Memento! w sprawie naszego szpitalnictwa, a szczególnie braku

szpitali na prowincyi, opatrzone odpowiednimi mapami, i liczne w tej kwestyi Jego projekty organizacyi pomocy lekarskiej wśród ludu, przyczyniły się niewątpliwie do powolnej reformy w tym kierunku, jaką spostrzegamy obecnie.

Obok tych podstawowych zasług społecznych, D o b r z y c k i nie mało również zasłużył się sprawie naszej balneologii krajowej, organizując i prowadząc sam dobrze stacyę klimatyczną w Sławucie; nawoływał w licznych pracach do poprawy zaniedbanego u nas stanu balneologii krajowej, która mogłaby stanowić wielce doniosły środek nie tylko leczniczy dla naszego społeczeństwa, lecz jednocześnie przyczynić się w wysokim stopniu do wzmożenia bogactwa narodowego. Wykazał On bowiem w licznych pracach i odpowiednich tablicach porównawczych równość, a poniekąd wyższość wielu naszych źródeł mineralnych nad zagranicznymi. Jak był przyjęty tą szlachetną a dobro naszego kraju mającą na celu sprawą, mamy najlepszy dowód w tej okoliczności, że ofiarowany z powodu Jego jubileuszu zbiorowy fundusz przeznaczył na nagrody za najlepsze dzieło z dziedziny balneologii krajowej. Nie danem Mu było niestety doczekać wyniku tego szlachetnego i pożytecznego konkursu.

Dla naszej prasy lekarskiej położył również ś. p. H e n r y k niemałe zasługi, jako współpracownik, a następnie wieloletni redaktor „Medycyny“, jako autor licznych artykułów z dziedziny spraw społeczno-lekarskich, pomieszczanych w tem piśmie, krytyk, listów balneologicznych i t. p. On również podnosił wielokrotnie sprawę lepszej organizacyi naszej prasy lekarskiej przez założenie odpowiedniego związku.

Ś. p. D o b r z y c k i, jako miłujący kraj swój obywatel i odczuwający wszystkie niedole naszego społeczeństwa, brał zawsze chętny udział we wszystkich sprawach społecznych, mających jakąkolwiek pożyteczną działalność dla kraju. On również, jako umysł niezwykle wrażliwy na piękno i sam artysta w pewnej mierze, nie tylko interesował się sztuką polską, lecz pozostawił cenne, swoim staraniem, a nawet kosztem wydawnictwo: album niepospolitego polskiego rysownika a swego przyjaciela A n d r i o l l e g o. On również był jednym z nawołujących i biorących czynny udział w Komitecie budowy pomnika C h o p i n a.

D o b r z y c k i, jako umysł nawskroś artystyczny i wysoce wykształcony ogólnie, jednal sobie ludzi z łatwością. Stąd też cieszył się wśród blizkich niezwykłą sympatją, a wielką popularnością wśród ogółu. Z D o b r z y c k i m

zszedł ze świata niezwykle typ lekarza - społecznika i dobrego obywatela kraju. Cześć Jego pamięci!

Ś. p. Henryk Dobrzycki urodził się w Kaliszu w 1843 roku. Po ukończeniu wyższej szkoły realnej w tym mieście zapisał się w roku 1858 na wydział budownictwa w Warszawskiej Szkole Sztuk Pięknych; w rok potem wstąpił do Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie. W ciągu roku 1861 studyował we Wrocławiu, w rok potem wraca na medycynę do Warszawy do Szkoły Głównej, w której otrzymuje w roku 1865 stopień lekarza. Z wyjątkiem pięciu lat przebytych na stanowisku lekarza w Mieni (1867 — 1872) resztę życia do samej śmierci spędził w Warszawie, wyjeżdżając jedynie przez lat kilkanaście latem do Sławuty. Ogłosił w języku polskim oprócz większego dzieła „O Kołtunie“ sto dwadzieścia kilka prac, których wykaz szczegółowy został pomieszczony w numerze jubileuszowym Medycyny (Nr. 22 r. 1910). Na członka czynnego naszego Towarzystwa był wybrany w roku 1874. W roku 1891 spełniał obowiązki Wiceprezesa. Na Członka Honorowego został wybrany w roku 1911. Zmarł w Warszawie 7 marca 1914 roku“.

V. Sekretarz stały A. Sokołowski odczytał wspomnienie pozgonne o ś. p. Ludwiku Ohwacie. „Doktor Ludwik Chwać, zmarły dnia 5 marca r. b., należał nie tylko do najstarszych przedstawicieli świata lekarskiego, lecz jednocześnie był i najdawniejszym, bo od lat 54-ech członkiem czynnym naszego Towarzystwa. A tytuł ten członka czynnego należał Mu się istotnie; przeglądając bowiem roczniki naszego Pamiętnika przekonać się możemy, iż w latach między 1859 a 1879, t. j. w ciągu lat dwudziestu, był niezwykle czynnym i ruchliwym członkiem. Demonstrował na posiedzeniach bądź to chorych, bądź to preparaty anatomopatologiczne, komunikując ciekawe przypadki z kazuistyki chirurgicznej lub pokazując modyfikowane przez siebie narzędzia chirurgiczne. Tych demonstracji na posiedzeniach wylicza Kościński w swoim słowniku około sześćdziesięciu. Dowodziły one ruchliwego umysłu, pracowitości i oddania się umiłowanej przez niego chirurgii, której wiernym i godnym był przedstawicielem w ciągu prawie półwiekowej swojej działalności w Warszawie w praktyce szpitalnej i prywatnej.

Ludwik Chwać urodził się w Warszawie 25 lipca 1831 roku. Medycynę ukończył w Charkowie w roku 1857. Po

odbyciu studyów przeważnie w dziedzinie chirurgii w ciągu 2 lat zagranicą (w Berlinie, Paryżu, Wiedniu i Wrocławiu) powrócił do rodzinnego miasta, gdzie w r. 1859 został mianowany ordynatorem Szpitala Starozakonných, na którym to stanowisku przebył lat 40. Był on również jednym z inicjatorów budowy szpitala dla dzieci przy ulicy Śliskiej, którego lekarzem naczelnym był przez dwa lata (1878 i 1879). Po ustąpieniu z pola działalności praktycznej nie przestał mimo podeszłego wieku do samego prawie zgonu interesować się postępami naszej wiedzy. *Cześć Jego pamięci!*"

VI. Prezes zawiadomił zebranych o ukonstytuowaniu się w dniu 11 marca r. b. grupy radyologów przy T. L. W. Na prezesa grupy wybrany został A. Kozerski, na sekretarza Grudziński, na zastępcę G. F. Drodowicz. Następne posiedzenia radyologów mają się odbyć: 3.IV, 7.V, 5.VI, 4.IX, 2.X, 6.XI i 4.XII r. b.

VII, Prezes zawiadomił, że dnia 20 marca r. b. w lokalu Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego odbędzie się posiedzenie uroczyste, poświęcone pamięci D-ra Henryka Dobrzyckiego, członka honorowego Towarzystwa i b. prezesa Wydziału Balneologicznego.

VIII. Prezes zawiadomił zebranych o przyjęciu przez Zarząd Towarzystwa ofiary Leonarda Leszczyńskiego w postaci szafy z dziełami z dziedziny stomatologii, i o wysłaniu przez Bibliotekarza odpowiedniego podziękowania ofiarodawcy. Prezes wyjaśnia przy tem, że według przyjętego zwyczaju wszelkie ofiary dla Towarzystwa są rozpatrywane przez Zarząd, który uchwała przyjęcie lub nieprzyjęcie ofiary, zależnie od jej charakteru.

IX. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: Daleckiego, Temkinównę i Rząśnickiego.

X. Wiceprezes A. Puławski odczytał protokół komisji Rewizyjnej Kasy Wsparcia z dn. 13 marca r. b. Komisya, składająca się z K. Zaleskiego, A. Kozerskiego i K. Zielińskiego, dokonała rewizji Kasy Wsparcia i Kasy Towarzystwa oraz rachunkowości i bilansu Kasy Wsparcia za r. 1913 i znalazła stan obu kas oraz księgi buchalteryjne w zupełnym porządku, co też zaznaczyła w oduonych księgach.

XI. Neugebauer przedstawił dwa preparaty pooperacyjne z oddziału ginekologicznego Szpitala Ewangelickiego. a) Torbiel parowa rylną lewostronną, usuniętą przez niego na drodze laparotomii u pacjentki lat 33 od 11 lat bezdzietnie zamężnej, która jakoby w pierwszym roku po ślubie przechodziła

ciążę pozamaciczną bez operacji. Peryody w ostatnich latach zawsze regularne były bez bólu, umiarkowane. Żadnych dolegliwości pacjentka nie doznawała, jedynie zaniepokoiło ją stale od kilku miesięcy wzrastanie objętości brzucha. Wywiady ujawniły, że matka pacjentki zmarła na suchoty płucne. Objętość brzucha powiększona jak przy końcu ciąży, chębotanie w jamie brzusznej nader wyraźne. Przy badaniu dwuręcznym nie udało się wymacać jakiegokolwiek guza w jamie brzusznej. Badaanie serca, nerek oraz wywiady wyłączały jako przyczynę obecność płynu w jamie brzusznej i jakąkolwiek chorobę tych narządów, również nie było danych, aby przypuszczać zależność płynu od choroby wątroby. Wobec braku obrzęku kończyn dolnych nie pozostawało nic innego, jak przypuszczać albo puchlinę brzuszną na tle pierwotnej gruźlicy otrzewny, albo też obecność cienkościennego guza jajnikowego lub przyjajnikowego. Podczas laparotomii ujawniono cienkościenną torbiel przyjajnika lewego, zawierającą około 3 litrów wodnistej, czystego, bez domieszek stałych płynu. Wobec tego, że guz był wolny od wszelkich zrostów, że był cienkościenny, o ścianach przeświecających oraz jednolity, Neugebauer zdecydował się wyjątkowo na opróżnienie guza przez nakłucie, aby móżd ograniczyć się na małym nacięciu powłok brzusznych. Wypuszczono z guza około 3 litrów płynu i pusty prawie już worek guza wyciągnięto z jamy brzusznej. Okazało się przy tem, że guz był uszypułowany i że szypuła była zagięta. Guz odcięto. Badanie przydatków macicy wykazało, że jeden i drugi jajowód oraz jajniki były zagrzebane wśród zrostów zapalnych dawnego prawdopodobnie pochodzenia. Przydatki lewostronne usunięto zupełnie, a po stronie prawej usunięto tylko jajowód, jajnik zaś po wyseparowaniu ze zrostów ze względu na wiek chorej pozostawiano. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy cienkościenną torbielą, pochodzącą z organów płciowych, a pierwotną gruźlicą otrzewny było niemożliwe. Przypadek właśnie pod tym względem jest pouczający nie tylko dla ginekologa, ale i dla internisty. Gdyby w danym przypadku leczono chorą na wrzekomą puchlinę brzuszną, byłaby to gruba pomyłka w leczeniu, a jednak możliwa. Neugebauer już za czasów asystentury swojej widział taki sam przypadek w klinice ginekologicznej w szpitalu Świętego Ducha i przed przystąpieniem do operacji asystentom swoim o tym przypadku opowiadał naumyślnie.

b) Preparat oraz rysunki bardzo osobliwego przypadku włóknia macicy, mianowicie przedniej jej ściany. Wię-

niaczka lat 46, zamężna od lat 22, rodziła 10 dzieci, z których czworo żyje, oraz cztery razy ronila; ostatni poród cztery lata temu. Nigdy nie chorowała, ani żadnych dolegliwości nie miała; peryody prawidłowe ma dotychczas. Przybyła do Warszawy jedynie dla tego, że lekarz w Kociołkach powiedział jej, że ma guz w brzuchu. Kobieta wychudzona, o wyglądzie charłaczym, z obrzękiem kończyń dolnych i obecnością wielkiego guza w jamie brzusznej, który sięga od wyrostka mieczykowatego mostka aż do samego ujścia pochwy, w którym guz sterczy. Guz twardy, prawie nieruchomy. Palec, do pochwy wprowadzony, z trudem dochodzi do ust macicznych, mianowicie tylnej wargi ust macicznych, bardzo wysoko się znajdujących. Pochwa prawie szczelnie wypełniona jest przez guz. Rozpoznano włókniak macicy, lecz pozostawiono otwartą kwestyę, czy chodzi o włóknia-ka przedniej ściany szyi macicy oraz o drugi guz samego jej trzonu, czy też o jeden guz tylko, który wyrósł ku dołowi aż do ujścia pochwy. Ponieważ chora była dotkniętą furunkulozą i jeden czyrak ropiejący znajdował się tuż przy pępku, ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia podczas operacji, laparotomię odroczone aż do czasu wygojenia tego czyraka. Stan bezgorączkowy, jedynie stolce były utrudnione, nawet ławatywa z trudem wchodziła do odbytnicy. N. wahał się, czy przystąpić od razu do laparotomii, czy też usunąć najprzód guz, wypełniający pochwę? Obawiał się, że gdy rozpocznie operację od góry, natrafi na wielkie trudności wydobywania dolnego odcinka guza, wypełniającego pochwę. Po rozpatrzeniu jednego i drugiego sposobu postępowania zdecydował się na to, aby najprzód usunąć guz przedniej wargi ust macicznych, wypełniający pochwę. Przygotował więc narzędzia do operacji i górnej i dolnej na osobnych miskach, mając zamiar operacji górnej i dolnej dokonać na jednym posiedzeniu. Chorą przygotowano jak zwykle. Operacji dokonano kilka dni temu. Weronal wieczorem przed operacją, pantopon rano przed operacją, uspienie eterem z chloroformem. Operacja bardzo trudna trwała blisko 3 godziny. Najprzód nacięto płaszcz guza wypełniającego pochwę, lecz ponieważ guz był silnie zrośnięty z płaszczem, usunięto guz wypełniający pochwę par morcellement przy pomocy długich mocnych nożyczek. Gdy nareszcie, usunięto całą część guza wypełniającą pochwę aż do wysokości sklepień pochwowych, operację przerwano. Nałożono na pozostały pochwowy kikut guza dwa klampy zębate, aby później przez pochwę wyciągnąć resztę dolnego odcinka guza po uwolnieniu go u góry. Po zmianie rękawiczek przystąpiono do laparotomii. Aby guz wydostać na zewnątrz jamy brzusznej, trzeba było dokonać nadzwyczaj długiego cięcia brzuszego aż

do wyrostka mieczykowatego mostka. Po wydobyciu guza z jamy brzusznej okazało się, że chodzi o jednolity guz przedniej ścianki macicy, na którego tylnej powierzchni poznać można było trzon macicy nadzwyczaj wydłużony oraz przydatki maciczne normalne. Amputowano trzon macicy wraz z przydatkami macicy. Następnie wyseparowano nożem część guza czyli macicy pomiędzy częścią, w pochwie się znajdującą—usuniętą par morcellement — a częścią od góry amputowaną. Gdy wydobyto tę część pośrednią z otwarciem pochwy od góry, nałożono cztery szwy na miejsca krwawiące, podwiązano tętnice maciczne. Wtedy kol. Choda k o w s k i pociągnął za klampy zębate, w pochwie leżące, i tą drogą wyciągnął dolny kikut guza. Do światła pochwy od góry wprowadzono długi pasek gazy jodofornowej dla tamponowania ewentualnego krwawienia macicznego. Zresekowano ile potrzeba brzegi otrzewny i nareszcie zeszyto ze sobą ciągłym szwem strunowym otrzewną pęcherzową z otrzewną tylną brzoza rany tak, że jamę brzuszną u dołu zamknięto szczelnie powyżej tamponu, wprowadzonego do pochwy. Guz ważył 10 funtów, miał długości 36 cent., największy obwód wynosił 55 cent., odcinek guza wypełniający pochwę miał 9 cent. długości, a część guza powyżej leżąca 27 cent. Jama macicy odpowiednio do dyzlokacji guza okazała się ogromnie wydłużoną. Neugebauer w kazuistyce własnej włókniaków macicznych, w jego oddziale operowanych w przeciągu lat 20, obejmującej przeszło 100 przypadków, nie widział ani razu przypadku analogicznego, aby włókniak jeden wypełniał jamę brzuszną całą oraz równocześnie sięgał do ujścia pochwy, jak gdyby natura dążyła do tego, aby włókniak ten, jak ciało obce, wypędzić z jamy brzusznej na zewnątrz. N. dodaje dla objaśnienia kilka słów o tak zwanem *allongement hypertrophique du col de la matrice* Huguiera. Chora zniosła operację dobrze. Spostrzeżenie będzie opisane oddzielnie. Neugebauer przedstawił guz usunięty oraz rysunki w naturalnej wielkości, objaśniające technikę całej operacji.

[Streszczenie własne].

XII. J. Winiarski odczytał w imieniu Karas-Przeradzkiej rzecz p. t.: „O odczynie serologicznym Abderhaldena“. Autorka podaje wyniki badań Abderhaldena, któremu udało się przez wstrzykiwanie zwierzętom bezpośrednio do krwi lub pod skórę: białka, węglowodanów, tłuszczów — wykryć w surowicy krwi zaczyny, których uprzednio nie było i które posiadają własność rozkładania tychże

ciał. Dalsze badania wykazały, że owe zaczyny zjawiają się w pewnych stanach drogą naturalną, jako ciała ochronne. Tak np. w surowicy krwi zwierząt i kobiet podczas ciąży zazwyczaj udaje się wykryć zczyn, rozkładający białko łożyska; jest to odczyn swoisty, gdyż surowice zwierząt i kobiet ciężarnych nie rozkładają białka innych narządów. Badania te naprowadziły innych badaczy na myśl, że być może w pewnych schorzeniach narządów krążą we krwi ciała, niedostatecznie rozłożona z owego narządu. W ten sposób w chorobie Basedowa udało się wykryć w surowicy krwi zaczyny, rozkładające białko tarczycy, grasicy i niekiedy jajnika. Doświadczenia te otwierają szerokie pole dla badań nad patologią komórek. W dalszym ciągu autorka przechodzi do samej metody badań i opisuje metodę dyalizy oraz optyczną, zastanawiając się nad ich wartością i znaczeniem.

W dyskusyi:

a) J a s t r z ę b s k i M. 1) pokazał ostateczny wynik odczynu Abderhaldena na dowód, że i przy sztucznem świetle widać dobrze, 2) pokazał antygen z łożyska sproszkowanego, jaki używa do reakcyi zamiast antygeny w kawałkach; zalety antygeny w proszku są następujące: łatwiejsze dawkowanie, łatwiejsze przechowywanie; technika przygotowania takiego antygeny ukaże się w najbliższych dniach w Gazecie Lekarskiej, 3) co do wczesnego rozpoznawania nowotworów wątpi, aby odczyn Abd. znalazł praktyczne zastosowanie, ponieważ na zasadzie dodatniego wyniku odcz. Abderhaldena z antyg. nowotwor. nie można będzie powiedzieć, gdzie mianowicie znajduje się nowotwór, 4) jest zdania, że odcz. Abderh. jest bezwzględnie swoisty (doświadczenia A. F u c k s a. München. Med. Woch. 1913. Nr. 40).

[Streszczenie własne].

b) L u x e n b u r g pokrótce uwydatnia zakres pytań, na jakie daje odpowiedź metoda Abderhaldena w dziedzinie fizjologii, terapii i patologii, mianowicie w dziedzinie chorób zakaźnych, w których za podłoże może służyć narząd, głównie zajęty przez zakażenie, jako też i same bakterye. Część ich w walce z ustrojem niewątpliwie ginie i, stając się w ten sposób obcym dla krwi ciałem, wywołuje ukazanie się swoistego względem nich zczynu. O ile łatwiej jest wyosobnić bakterye gruźlicze lub tyfusowe i nastawiać je z odpowiedniami surowicami, o tyle

jest to rzeczą nader trudną w stosunku do krętków kiły. L. pracując w tym kierunku, doszedł do pewnych dość wyraźnych wyników za pomocą włókniaka krwi świeżych luetyków. Nastawiony z surowicą krwi syfilityków włókniak rozszczenia się dawał za każdym razem dodatni wynik reakcyi ninhydrinowej; praca ta jest w biegu. Uznając, że metoda Abderhaldena wymaga niezwyklej skrupulatności, niepodobna nie nazwać jej jednak prostą. Zarzut wszakże, jaki podniesiono w dyskusyi, że w szeregu przypadków odszczeniu ulega kilka narządów jednocześnie, nie może się ostać, gdyż fakt ten raczej rozszerza nasze horyzonty. Któżby 20 lat temu uwierzył, że istnieje tak daleki związek między narządami o wydzielaniu wewnętrznem. Być może, że metoda Abderhaldena wykaże nam go w stanach chorobowych o pozornie zamkniętem już kole współcierpiących narządów.

[Streszczenie własne].

c) L a n d a u nie godzi się ze zdaniem kol. L u x e n b u r g a, iż wystarczy dla rozpoznania raka oraz jego umiejscowienia przeprowadzić próbę A b d e r h a l d e n a z antygenem rakowym oraz z otrzymanym z narządów. Do takiej doskonałości rozpoznanie laboratoryjne jeszcze nie doszło. L a n d a u wspólnie z kol. R z ą ś n i c k i m przeprowadził odnośne badania na 50 osobnikach z antygenem rakowym, wątrobowym, śledzionowym, nerkowym, płucnym i z innych narządów. Istotnie wszyscy chorzy z klinicznym rozpoznaniem raka dawali odczyn dodatni z antygenem rakowym, ale wynik dodatni występował również z surowicą osobników, niewątpliwie niedotkniętych rakiem. Wyniki doświadczeń z antygenami z narządów nie upoważniają L. i R. do twierdzenia, iż próba A b d e r h a l d e n a pozwoli zawsze na ściśle umiejscowienie sprawy chorobowej. W warunkach normalnych łuszczą się komórki różnych narządów, a powstałe z ich rozpadu zczyny po przedostaniu się do krwiobiegu stanowią o dodatnim odczynie Abderhaldena, pomimo iż dany narząd pozostał nieuszkodzonym.

[Streszczenie własne].

d) M ę c z k o w s k i podnosi znaczenie odczynu Abderhaldena przy rozpoznawaniu ciąży i wypowiada pogląd, że nie należy być w danym przypadku ani przesadnym pesymistą, ani optymistą, lecz powinno się w dalszym ciągu badać i ustalać nowe fakty. Zdaniem mówcy, zwłaszcza w dziedzinie schorzeń gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem nowy odczyn może być nader pomocniczym środkiem dla kliniki.

e) Gajkiewicz wspomina o niedawno ogłoszonym wywiadzie, zbieranym w większości klinik niemieckich: przeważało zdanie, że odczyn Abderhaldena, jak dotychczas, daje wyniki wątpliwe.

f) Żurakowski A. zwraca uwagę, że ciała Abderhaldena należą do tego samego szeregu, co bakteryolizyny Pfeiffra i cytotoksyny Miecznikowa. Nie to jest zasługą Abderhaldena, że je jakoby odkrył, lecz to, że dzięki jego badaniom można przejść ze sfery hipotez na pole czysto chemiczne. Ale też potrzebna jest ostrożność w zbyt pociężnym wnioskowaniu co do rozpoznawczej wartości próby A. Zupełną ma rację pod tym względem kol. Landau, gdy nawołuje do wstrzeźliwości. Skoro wśród badań nad bakteryolizynami można trafić na zwierzęta, które, nigdy nie przebywając pewnego zakażenia, zawierają jednak w swej krwi związki bakteryobójcze, jeśli, jak wiadomo, te lub owe aglutyniny również można znaleźć we krwi człowieka i zwierząt, choć te ostatnie nie przebywały danego zakażenia, to zupełnie coś podobnego może się zdarzyć w próbach według Abderhaldena. Teraz jest czas na zbieranie materiału, na badanie samej próby w stanach zdrowia i chorób u ludzi i zwierząt, na ocenę zaś rozpoznawczej wartości będzie czas później.

[Streszczenie własne].

g) Altkauer H. przytoczył niedawno spostrzegany przez siebie przypadek ciąży pozamacicznej, w którym próba Abderhaldena dała wynik niezgodny z rzeczywistością. W przypadku tym próba Abderhaldena miała szczególnie doniosłe znaczenie, gdyż chora kategorycznie twierdziła, iż nigdy w życiu stosunku płciowego nie miała, badanie zaś chorej wskazało na obecność ciąży. Próba, która powinna była rozwiać wątpliwości, jakie powstały na skutek twierdzenia chorej i badania klinicznego, pokładanych w niej nadziei nie ziściła. Szczegóły przypadku, obserwowanego przez A., są następujące: w ostatnich dniach grudnia 1913 r. zgłosiła się do A. 23-letnia S. R. ze skargą na krwawienie z pochwy, trwające od 5 tygodni. Krwawienie zaczęło się nazajutrz po zupełnie prawidłowej miesiączce. Zameżna od 4 tygodni. *Coitum negat* kategorycznie. Pierwszy raz miesiączkowała w 13 roku życia, później zaś co 4 tygodnie po 3 — 4 dni, średnio obficie, bez bólów. Nigdy na nic nie chorowała. Oddaje mocz prawidłowo. Zaparcie stolca. Chora wygląda b. dobrze. Budowa dobra. Tętno zupełnie prawidłowe. Brzuch nie wzdęty, zupełnie nie bolesny. Piersi nieduże, miękkie. Brodawki piersiowe i ich okolice uie

zabarwione. Z piersi nic wycisnąć się nie udaje. Smuga biała nie zabarwiona. Błona dziewicza cała, przepuszcza z łatwością palec. Śluzówka pochwy nie zabarwiona, jak podczas ciąży. Z pochwy wydziela się niewielka ilość ciemnej krwi. Przy badaniu przez pochwę wyczuwała się b. krótka miękka szyja. W tylnym sklepieniu wyczuwał się guz wielkości pomarańczy, miękki, okrągły, nieruchomy. Guz tworzy jedną całość z szyją macicy. Przypuszczając na zasadzie przytoczonego opisu tyłozgięcie macicy ciężarnej (3-ci miesiąc ciąży), A. skierował chorą do oddziału swego, gdzie zbadał ją w uśpieniu chloroformem. Wynik badania był zupełnie identyczny z badaniem poprzednim. Po 8-dniowym pobycie chorej w oddziale ciepłota, która wynosiła przez cały czas $36,2^{\circ}$ — $37,0^{\circ}$, podskoczyła nagle do $38,2$ i na tym poziomie utrzymała się w przeciągu 36 godzin. Nieznaczne krwawienie z pochwy trwało bez przerwy. Bólów żadnych nie było. Pomimo nalegań i próśb, aby przystąpiła się do stosunku płciowego, chora stale twierdziła, iż stosunku ani razu w życiu nie miała. Wówczas, uproszony przez A. kol. Z wybel dokonał próby *Abderhaldena*, która wypadła ujemnie. (kol. Z wybel pracował pod osobistym kierunkiem *Abderhaldena*). Po jedenastu dniach pobytu w oddziale u chorej wystąpiły d. silne bóle w dole brzucha i—znacznie, aniżeli dotychczas, obfitsze krwawienie z pochwy. Ponieważ próba *Abderhaldena* dała wynik ujemny, przystąpiono do bardziej szczegółowego zbadania chorej przy pomocy narzędzi. Po wprowadzeniu do jamy macicy zgłębnika macicznego okazało się, że macica znajduje się w przodozgięciu; długość macicy wynosiła 8 cm. Z tyłu, poza macicą wyczuwał się, jak i przy poprzednich badaniach, guz okrągły, nieruchomy. Różnica polegała jedynie na tem, że objętość guza była większa, aniżeli przedtem i guz był o wiele miękkszy. Rozpoznanie tedy wahało się pomiędzy torbielą skręconą jajnika, lub też krwistkiem pozamacicznym, będącym następstwem pęknięcia ciąży pozamacicznej. Chorej zaproponowano operację brzuszną, na którą się zgodziła. Wezwany mąż wypowiedział również zgodę na operację i zapytany o stosunki płciowe z żoną swoją szczerze oświadczył, że od dwóch lat żyją ze sobą. Dnia 18 stycznia r. b. w uśpieniu chloroformowo-eterowem A. dokonał cięcia brzuszego. Okazała się ciąża trąbki lewej, którą też usunięto. Śród skrzepów znaleziono jajo płodowe, które wypadło jeszcze przed operacją do jamy otrzewnej. Chora wypisana została ze szpitala zdrowa.

Przytoczony przypadek, w którym stwierdzenie obecności ciąży miało szczególnie ważne znaczenie, wskazuje, że wynik

próby *Abderhaldena*, dokonanej ściśle według wskazówek jej twórcy, nie jest zupełnie miarodajny. W każdym razie z ostatecznym wnioskiem co do wartości tej próby, nawet dla określenia obecności ciąży, należy się powstrzymać do chwili, kiedy liczba prób dokonanych będzie b. znaczna.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Pomocnik Sekretarza *T. Jaroszyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 31 marca 1914 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 47, gości 2.

Treść: 1. *Malinowski Feliks*: Grzybice skóry (*Dermatomycoses*).
2. *W. Męczkowski i Z. Sławiński*. O rozpoznawaniu i chirurgicznym leczeniu krwotoków wewnątrzczaszkowych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego przeczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił zebranych o śmierci członka honorowego Towarzystwa, prof. *J. Kosińskiego*, poczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc. Na pogrzebie ś. p. *Juliana Kosińskiego* mowę w imieniu *T. L. W.* wygłosił Prezes Towarzystwa, dr. *Józef Pawiński*, w imieniu Towarzystwa Naukowego — Prof. *Leon Kryński*, od Towarzystwa Hygienicznego — Wiceprezes Dr. *J. Bączkiewicz*, w imieniu uczniów i chirurgów — dr. *Fr. Kijewski*.

III. Prezes odczytał życiorys ś. p. *J. Kosińskiego*: Strate, jaką niedawno ponieśliśmy z powodu zgonu ś. p. profesora *Kosińskiego* żywo odczuło nasze społeczeństwo

i nasz świat lekarski, był on bowiem chlubą jednego i drugiego.

Zasłużył nie tylko na miano dzielnego lekarza, niezrównanego operatora, lecz i wzorowego obywatela kraju. Złożyły się na to wrodzona bystrość umysłu i równowaga nerwowa, zręczność, głęboka wiedza, zupełne oddanie się choremu i wnikanie w jego bóle i cierpienia. Był to, rzec można, artysta, co nie tylko tworzy pierwszorzędne dzieła, lecz w wykończeniu najdrobniejszych szczegółów kładzie duszę i serce. To też słusznie wypowiada Dr. K i j e w s k i, były asystent profesora i długoletni świadek jego działalności, następujące bardzo trafne słowa: K o s i ń s k i uzdrawiał chorych nie tylko za pomocą operacji i leków aptecznych, on tyle okazywał im serca, taką ich otaczał troskliwą opieką, tak starał się usunąć wszelkie dolegliwości, że budził podziw w otoczeniu i był dla uczniów ze wszechmiar godnym do naśladowania przykładem.

Zasługi naukowo-lekarskie K o s i ń s k i e g o uwydatnił dokładnie kol. K i j e w s k i na obchodzie jego 50-letniego jubileuszu w Tow. Lekarskim przed kilku laty i ogłosił je w 27 numerze Gazety Lekarskiej w r. 1908. Zaznaczę tylko, że u szczytu powodzenia i uznania owocnej działalności K o s i ń s k i e g o zastała go przełomowa era w chirurgii, wprowadzenie aseptyki i antyseptyki. Pojął on doskonale ważność tego nowego kierunku, zapatrywał się krytycznie na zabiegi, związane z nową metodą, i był jednym z pierwszych, którzy ją u nas w Warszawie zastosowali.

Dzięki talentowi, wybornemu przygotowaniu naukowemu, a zwłaszcza znajomości anatomii, której się z wielkiem zamiłowaniem przed objęciem kliniki poświęcał, a także dzięki wielkiej pracowitości i niebywale energii skupiał w około siebie cały zastęp młodszych chirurgów, którzy dotychczas zaszczytnie kroczą na polu nauki śladami swego mistrza.

Sprawy naszego Towarzystwa zawsze były bliskie sercu prof. K o s i ń s k i e g o; najwymowniej świadczy o tem sto kilkadziesiąt komunikatów, przedstawionych na posiedzeniach i wydrukowanych w Pamiętniku Towarzystwa. Przez kilka lat sprawował ś. p. K o s i ń s k i ze zwykłą sobie gorliwością obowiązki prezesa, został też w uznaniu zasług wybrany z okazji 25-letniego jubileuszu członkiem honorowym Towarzystwa. Do ostatnich czasów był zmarłym członkiem komitetu Kasy wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach. Ofiarował też Kasie dość znaczny fundusz, chcąc przyjść z pomocą niezamożnej młodzieży, kończącej studia lekarskie.

W ciągu swej długoletniej owocnej pracy zbierał prof.

K o s i ń s k i zasłużone wawrzyny, nie uchroniły go one jednak od ciężkich trosk, które znosił mężnie, nie upadając na duchu, jak przystało na uczonego i filozofa.

Tracimy w nim wielce zasłużonego męża nauki, obywatela kraju i jednego z bardzo szczupłego grona tych, co swą wiedzą, gorącym sercem, podniosłym duchem i miłością ojczyzny podtrzymywali sklepienie niezapomnianej Szkoły Głównej i hasła jej przekazywali w późniejszym Uniwersytecie warszawskim.

Cześć jego niewygasłej pamięci!

Ś. p. J u l i a n K o s i ń s k i urodził się 16 Listopada 1833 r. we wsi Iwaniszkach, w powiecie Rossieńskim, gubernii Kowieńskiej. Do gimnazjum uczęszczał w Kiejdanach. Po ukończeniu studyów lekarskich w Petersburskiej Akademii Medycznej w r. 1858, obejmuje w r. 1859 jako lekarz batalionu narwskiego obowiązki młodszego ordynatora w szpitalu Ujazdowskim w Warszawie. 23 sierpnia tegoż roku Rada lekarska Królestwa Polskiego przyznaje mu stopień doktora medycyny. 20 stycznia 1862 r. został K o s i ń s k i mianowany prosektozem anatomii w Warszawskiej Akademii lekarskiej; obowiązki te spełniał i w Szkole Głównej. Przez dwa lata od 1866 r. do końca 1868 przebywał za granicą doskonaląc się w chirurgii.

Po powrocie do Warszawy K o s i ń s k i objął w Szkole Głównej katedrę chirurgii operacyjnej i po przemianie Szkoły Głównej na Uniwersytet w r. 1869 powołany został jako profesor nadzwyczajny do prowadzenia kliniki chirurgicznej w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Po kilku latach objął klinikę wydziałową w Szpitalu Ś-go Ducha, po śmierci prof. G i r s z t o w t a. Wykładał w niej do r. 1899, t. j. do chwili ustąpienia z Uniwersytetu po 35 latach pedagogicznej działalności.

W r. 1877 mianowano K o s i ń s k i e g o profesorem zwyczajnym, a w r. 1897 przyznano mu godność zasłużonego profesora Uniwersytetu Warszawskiego. Zmarł po kilkumiesięcznej ciężkiej chorobie d. 24 marca 1914 r. Pochowany w Warszawie na Powązkach dnia 27 marca.

Dokładny spis prac oryginalnych K o s i ń s k i e g o, jak również komunikatów, przedstawionych na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego (Pamiętnik Tow. Lek.) znajduje się we wspomnieniu pośmiertnym, napisanem przez D-r a T o m a s z a S o l m a n a, byłego ucznia i asystenta profesora (Medycyna i Kronika Lekarska Nr. 14 rok 1914).

IV. Prezes odczytał nadesłane do Towarzystwa telegramy z powodu śmierci prof. J. K o s i ń s k i e g o, a mian.: 1) od prof. D o m a ń s k i e g o z Krakowa, 2) od Siedlec-

kiego Towarzystwa Lekarskiego, 3) od byłych uczniów z Humania — Dr. K o e h l e r a i L i s o w s k i e g o, 4) od grona lekarzy z Suwałk, 5) od lekarzy z Kutna, 6) od Towarzystwa Lekarskiego Piotrkowskiego, 7) od Polskiego Tow. Lek. z Kijowa, 8) od prof. K a d e r a w imieniu Krakowskiego Tow. Lekarskiego i Kliniki Chirurgicznej.

V. Prezes zawiadomił o zatwierdzeniu przez władze Prezesa Tow. Lek. War., Wiceprezesa i Sekretarza dorocznego.

VI. Prezes odczytał zawiadomienie o II Zjeździe internistów polskich, mającym się odbyć we Lwowie w dniach 23 i 24 Lipca r. b. Na Zjeździe mają być rozpatrywane dwa główne tematy: 1) Moczówka cukrowa — referenci M. J a k o w s k i i A. L a n d a u z Warszawy, 2) Sztuczna odma piersiowa w leczeniu gruźlicy płuc — referenci: K. D ł u s k i z Zakopanego i S. S t e r l i n g z Łodzi.

VII. Na wniosek Prezesa obecni uchwalili delegowanie Prof. Dr. L e o n a K r y Ń s k i e g o na Zjazd Międzynarodowy Chirurgów w Nowym-Yorku — w imieniu Warsz. Tow. Lekarskiego.

VIII. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości — K o w a l s k i e g o i U r b a n o w i c z a.

IX. Klein nadesłał do biblioteki Tow. Lek. pracę p. t. „Die Myelogenie“.

X. F e l i k s M a l i n o w s k i przedstawił przypadek z n a m i e n i a n a c z y n i o w e g o s k ó r y (*naevus vasculosus*), obejmującego prawie całą lewą połowę głowy, podczas leczenia radem. W przeważnej części, tam gdzie znamię traktowano już trzykrotnie radem, widać ładną białą cienką bliznę, leżącą nieco niżej od pozostałej powierzchni skóry. Gdzie znamię traktowano już dwukrotnie radem, tam skóra jeszcze czerwona, a gdzie jednokrotnie — tam nie tylko czerwono-niebieskawa, lecz i wznosi się nieco ponad normalną powierzchnię skóry. Nakoniec w tych częściach, które nie były wcale leczone radem, skóra jest czerwono-sinawa i wznosi się na kilka milimetrów nad normalną powierzchnią. Wyniki więc po leczeniu są bardzo dodatnie.

[Streszczenie własne].

XI. W i ś n i e w s k i J. przedstawił przypadek s z a n k r a t w a r d e g o n a w a r d z e d o l n e j u s t. J. S. lat 29 mężatka zwróciła się do ambulatoryum Szpitala Ewangelickiego ze skargą na ból gardła i chrypkę. Przy badaniu widać spuchniętą dolną wargę ust z nacieczeniem wielkości czterdziestówki. Gruczoł podszczękowy środkowy silnie obrzmiały. Wysypka na całym ciele grudkowo-plamista. Rozpoznanie: *Ulcus induratum*

primitivum labii inferioris oris. Tumefactio glandulae lymphaticae submaxillaris. Angina. Dysphouia. Plaques ad amygdala. Eruptio maculopapulosa trunci. Badania serodyagnostyczne, przeprowadzone w laboratorium D-ra S e r k o w s k i e g o, dały wynik następujący: Reakcyja W a s s e r m a n n a wypadła klasycznie dodatnią. Krętki blade znaleziono tylko na miejscu zakażenia. Natomiast ze krwi nie udało się otrzytać krętków ani za pomocą metody Noegerrath-Levaditti, ani też za pomocą hodowli drogą szczepienia podłoż surowicznych, z krwi, otrzymanej z żyły. Nie znaleziono też krętków w płynie, otrzymanym przez nakłucie strzykawką Pravatza gruczołu podszczękowego.

[Streszczenie własne].

XII. L e w e n s t e r n E. przedstawił przypadek niezwykłej wielkości m i ę s a k a c z a r n e g o melanosarkoma), który powstał w warunkach następujących: Mężczyzna 60-cioletni zauważył powiększanie się znamienia macierzystego barwikowego (naevus maternus pigmentosus), które miał w okolicy lewej łopatki. Gdy po 2 ch miesiącach znamię to doszło do wielkości jaja gołębiego, udał się do szpitala (w Lublinie), gdzie mu je usunięto. W 3 miesiące po operacyi na bliznie począł rosnąć nowy guz, a wkrótce obok niego zjawyły się jeszcze dwa. Jednocześnie na sąsiadujących z guzami częściach skóry zaczęły zjawiać się plamy różnej wielkości czarno zabarwione. Dziś, gdy chory zapisał się na oddział d-ra C i e c h o m s k i e g o w szp. Dziec. Jezus, po upływie roku od opisanej wyżej operacyi, mamy obraz następujący: na lewej łopatce guz kalafiorowaty o dość wąskiej szypule wielkości jaja kurzego; bardziej ku dołowi i na zewnątrz od niego—już na powierzchni tylnej barku lewego—dwa podobne guzy, lecz dwa razy większe. Skóra tej okolicy na przestrzeni mniej więcej koła o średnicy 20 ctm. zgrubiała, o powierzchni nierównej (jakby „groszkowana“), zabarwiona zupełnie na czarno; na zewnątrz od tego terenu plamy czarne, z początku wielkie, potem coraz mniejsze, wreszcie małe, jakby punkciki od napryskanego atramentu — zachodzą daleko we wszystkich kierunkach, obejmując całą lewą połowę klatki piersiowej z tyłu i z przodu, oraz bark lewy do łokcia. Lewa kończyna górna bardzo obrzmiała nosi cechy słoniowości.

Przy wycinaniu skrawka skóry w okolicy łopatki stwierdzono niezwykłą grubość oraz krwawliwość tkanek. Na przekroju skóry poza tem widać szereg plam czarnych idących w głębi części łączno-tkankowej. Badanie drobnowidzowe wykazuje obecność mięsaka o wielkich owalnych komórkach, przepojonego ziarekami ciemnego barwnika. Naskórek nie bierze żadne-

go udziału w sprawie nowotworowej, wszędzie posiada on w częściach głębszych czarne ziarenka barwikowe. W narządach wewnętrznych pacyenta zmian wybitniejszych nie wykryto. Przerzuty, jak wiadomo bardzo prędko przychodzące przy mięsaku czerniaczkowym, stwierdzić się jeszcze nie dają. L. przypomina, iż przed 4-ma laty C i e c h o m s k i opisał przypadek mięsaka czarnego, mającego za punkt wyjścia prostnicę.

[Streszczenie własne].

XIII. M a l i n o w s k i F e l i k s wypowiedział odczyt „O d e r m a t o m y k o z a c h“, ilustrowany dwudziestoma ośmioma olejnymi obrazami przypadków i dwudziestoma fotografiami preparatów mikroskopowych grzybków i makroskopowych ich hodowli. Prelegent zbadał w ciągu 4 — 5 lat 165 przypadków cierpienia na skórze o charakterze przeważnie wypryskowym, które już ze względu na wygląd: ostre ograniczenie, niezmierna uporczywość — nasuwało podejrzenie na pasorzytnicze pochodzenie. W 53-ch przypadkach otrzymano wyniki dodatnie. Badania bakteryologiczne były wykonane w pracowni kol. S e r k o w s k i e g o. Achorion Schönleini otrzymano w 7-iu przypadkach. Niekiedy ogniska były dość ostro ograniczone i na pierwszy rzut oka wzbudzały podejrzenie co do swego grzybiczego pochodzenia. W części jednak przedstawiały się rozsiane na znacznej powierzchni ciała.

Trichophyton tonsurans na nieowłosionej powierzchni skóry znaleziono 18 razy w trzech postaciach ciepłej skóry.

Eczema marginatum, tarcze i wyprysk w postaci ostrej, podostrej lub przewlekłej.

Oidium immitis znaleziono w 12-tu przypadkach choroby skóry. Cierpienie zazwyczaj występowało w postaci grudek mniej lub więcej czerwonych, bardzo płaskich, łuszczących się, wielkości od ziarenka prosa do soczewicy i większych o brzegach nierównych, niepostrzeżenie przechodzących w zdrową skórę. Grudki posiadają skłonność do zlewania się. Kilkakrotnie były bardzo zbliżone do wysypki luetycznej grudkowato-łuskowatej.

Blastomycetes znaleziono w trzech przypadkach, lecz stale tylko w jednym w postaci dermatitis chronica.

Sporotrichum de Beurmanna znaleziono w 6-ciu przypadkach, a sporotrichum Gougerota w trzech. Przypadki te nie posiadały żadnej charakterystycznej cechy. Można by je przyjąć na pierwszy rzut oka za wyprysk łojotokowy, zapalenie skóry zawodowców, wyprysk liszajcowaty i t. p.

Oprócz tego znaleziono jeszcze po jednym przypadku

z *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus niger*, *Mucor mucedo* i *Dispora* oraz wielokrotnie różnorodne pleśni z grupy *Penicilium*.

Grzybki powyżej wymienione w znacznej części były dotychczas uważane za chorobotwórcze, niektóre zaś tylko za roztocze czyli saprofity. Niektóre ze znalezionych grzybków były spotykane dotychczas bardzo rzadko w zmianach skóry, chociaż często zdarzają się w naturze. Jaką rolę znalezione grzybki odgrywały w powyższych cierpieniach skóry nie można kategorycznie powiedzieć. W wielu razach ze względu na stałe spotykane i to w głębszych warstwach naskórka jednego i tego samego pasorzyta w danym przypadku możnaby przypuścić, iż tylko podsycał cierpienie, wywołane przez inną przyczynę, a nawet w poszczególnych razach wypadkowo się spotykał.

Ze względu na materiał ambulatoryjny, a więc przypadkowy i niestały trudno było stosować odczyny biologiczne, które, być może, rzuciłyby na tę kwestyę więcej światła. Wiadomo, że co do oidium, blastomycetes, sporotrichum jest pożądanym (prócz wyosobnienia każdego z tych gatunków drobnoustrojów i różnicowania ich) także badania serodyagnostyczne surowicy chorych względem tychże gatunków, mianowicie aglutynacji i odchylenia dopełniająca; wreszcie byłoby pożądanym wykonanie odczynu skórniego i śródskórniego. Zwłaszcza odnosi się to do pierwszych dwóch (oidium i blastomycetes). Niestety z powodów od prelegenta niezależnych wykonano dotychczas tylko 1 badanie oidiomykozy u kobiety z wynikiem dodatnim (aglut. i odczyn Bordet-Gengou). Jest to więc jeszcze w tym kierunku sprawa otwarta, którą w dalszym ciągu badań prelegent będzie się starał wyjaśnić, o ile będą na to pozwalały lepsze okoliczności.

[Streszczenie własne].

XIV. Męczkowski W. wygłosił odczyt p. t.: „O rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznym krwotoków wewnątrzczaszkowych“.

Wobec bezskuteczności zabiegów leczniczych w krwotokach wewnątrzczaszkowych myśl szuka nowych dróg, a mianowicie usuwanie wylewów na drodze chirurgicznej. Wylewy pourazowe już zupełnie weszły w zakres leczenia chirurgicznego — i tu wyniki są b. dobre. I w razie krwotoków wewnątrzczaszkowych czynione są próby. Prelegent rozpatruje wszelkie wylewy do jamy czaszkowej, samoistne, urazowe, z wyłączeniem ran postrzałowych i otwartych złamań czaszki. Pod względem klinicznym krwotok posiada pewną samoistość, t. j. w większości przynajmniej przypadków można orzec, że w danym razie zaszedł w jamie czaszkowej wylew. Po rozpatrzeniu następstw fi-

zyologicznych krwotoku wewnątrz czaszki, M. dzieli je na oponowe i wewnątrzmożgowe. Podział oponowych na nadoponowe i podoponowe oraz podpajęczynowe pod względem klinicznym wyodrębnić się nie da.

Ze względów leczniczych przede wszystkim ważne jest rozpoznanie i umiejscowienie. W tym celu najprzód niezbędnym jest uwzględnienie czynników, w zależności od których występują wylewy oponowe i wewnątrzczaszkowe. Uwzględniając czynnik etyologiczny, dalej fizyologiczne następstwa krwotoku, polegające głównie na wystąpieniu nagłego wmożenia ciśnienia i ostrego ucisku mózgu, a wreszcie objawy ogniskowe, zależne od miejsca wylewu, w większości przypadków można wylew różniczkować od licznego szeregu innych cierpień mózgu i wogóle ustalić fakt krwotoku wewnątrz czaszki. Następnie również w większości przypadków można ustalić, czy krwotok jest oponowy, czy też wewnątrzoponowy. Natomiast rzadko tylko można odróżnić klinicznie krwotok nadoponowy od podoponowego. W wylewach oponowych zabieg chirurgiczny (trepanacja) może dać usunięcie: 1) odłamów kostnych, uciskających korę, 2) wylewów krwawych nad oponą, lub pod nią, uciskających korę mózgową, 3) zatamowanie dalszego krwotoku przez podwiązanie naczynia, 4) zmniejszenie ogólnego ciśnienia mózgu. Najważniejszym wskazaniem do zabiegu w wylewach oponowych są objawy podrażnienia: drgawki Jacksona, przykurczenia, sztywność. Inne objawy ogniskowe, jak np. zaburzenia ruchowe i czuciowe, aphasia, hemianopsia i t. p., mniejsze mają znaczenie, bo mogą one zależeć od nierównomiernego drobnego krwawienia, gdzie może nastąpić samowyleczenie i którego chirurg opanować nie jest w stanie. Jeśli zaś objawy ogniskowe zależą od większego krwotoku, to wcześniej, czy później objawy podrażnienia wystąpią i wtedy jest moment do zabiegu. Wyjątek stanowią mogą tylko te przypadki wylewów oponowych, gdzie przy braku objawów podrażnienia są ciężkie objawy ogólne i gdzie niebezpieczeństwo grozi życiu chorego: wtedy i w braku objawów podrażnienia jest wskazanie do zabiegu. Wskazania do zabiegów w krwotokach oponowych oparte są już na bogatym materiale klinicznym, który dostatecznie usprawiedliwia zabieg i potwierdza główne wskazanie.

Inaczej rzecz się ma w krwotokach wewnątrzmożgowych, w udarze. W tym względzie materiał kliniczny jest ubogi — o wnioskach ogólnych mówić przedwcześnie. W ciężkich przypadkach udaru, gdzie nie można liczyć na wessanie wylewu, przez zabieg możnaby usunąć wylaną krew, zapobiedz zniszczeniu tkanki otaczającej i ciężkim następstwom wyle-

wu. Wyniki prób dotychczasowych w każdym razie nie mogą zniechęcać. Zejścia śmiertelne w większości przypadków zależały od wtórnych powikłań (zapalenie płuc), podobnie jak to było w początkach operowania nowotworów. Niebezpieczeństwa zabiegu nie są większe, niż przy operacjach w innych sprawach mózgowych. Ponieważ w okresie prób trudno mówić o określonych wskazaniach, przeto najprzód właściwiej byłoby przedstawić przeciwwskazania. Do tych należą: 1) lekkie przypadki udaru, gdzie można oczekiwać na samowyleczenie, 2) przypadki, w których wylew jest w okolicach niedostępnych dla chirurga — szypułce, moście, rdzeniu przedłużonym, 3) ciężkie przypadki wylewu do komór, 4) liczne ogniska krwotoczne, 5) przypadki, w których krwotok powstał na tle cierpienia, warunkującego ogólny ciężki stan chorego (cierpienie nerek i serca).

Co się tyczy wskazań, to w dotychczasowych próbach upatrywano je w przypadkach udaru z porażeniem połowiczem, gdzie niema wylewu do komór i gdzie jest śpiączka bez tendencji do poprawy, powtóre zaś w przypadkach, gdzie wylew wystąpił w tkance podkorowej. Oprócz trepanacyi i bezpośredniego przedostania się do ogniska krwotocznego należałoby mieć na względzie nakłucie komorowe *N e i s s e r - P o l l a c k a* — zabieg o wiele niewinniejszy, który może mieć ważne znaczenie nie tylko rozpoznawcze, lecz i lecznicze.

Obecnie, nie przesądzając kwestyi, możnaby powiedzieć, że metoda stosowania zabiegów chirurgicznych w krwotokach wewnątrzmożgowych zasługuje na podjęcie prób w celu zdobycia doświadczenia i możności czynienia wniosków ogólnych.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Pomocnik Sekretarza *T. Jaroszyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 7 kwietnia 1914 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 51, gości 3.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

T r e ś ć: W. Męczkowski i Z. Sławiński.
O rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznym
krwotoków wewnątrzczaszkowych.

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

5.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa z Poznania, Dr. Franciszka Chłapowskiego, członka honorowego Warszawskiego Tow. Lekarskiego, który w imieniu kolegów z Poznańskiego pozdrowił obecnych.

III. Prezes odczytuje deklarację Władysława Gajkiewicza, który pragnąc wywdzięczyć się za mianowanie go członkiem honorowym T. L. W., obowiązuje się ofiarować cały swój księgozbiór Bibliotece Towarzystwa. Księgozbiór składa się z 2236 tomów dzieł, przeważnie treści neurologicznej.

IV. Prezes odczytuje podanie p. Słubickiej, która prosi o przyjęcie księgozbioru dzieł lekarskich ś. p. Prof. J. Kosińskiego do Biblioteki T. L. W.. Podanie to, zarówno jak deklaracja Dr. W. Gajkiewicza, zostały rozpatrzone przez Zarząd i obie ofiary zostały przyjęte. Prezes składa obu ofiarodawcom serdeczne podziękowanie za tak hojne i pożyteczne dary dla Towarzystwa.

V. Prezes odczytuje zawiadomienie Bibliotekarza T. L. W. o otrzymaniu w ostatnich czasach księgozbiorów: 1) po ś. p. Dr. Mieczysławie Zaczku z Krzemieńca za pośrednictwem Dr. Romanu Niewiarowskiego z Dubna, dzieł 40, głównie z dziedziny neuropatologii i 2) po ś. p. Dr. Adamie Mincerze, za pośrednictwem kol. Horodyńskiego, dzieł 36, z dziedziny chorób dróg moczopłciowych.

VI. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: Matawskiego i Buczkiewicza.

VII. Franciszek Chłapowski nadesłał do Biblioteki Towarzystwa pracę p. t. „Kwestya alkoholowa ze stanowiska lekarskiego“.

VIII. Z. Sławiński rozpatruje wskazania operacyjne w krwotokach mózgowych i podobnych noworodków, pomijając zupełnie wylewy urazowe dorosłych. Wylewy podoponowe stanowią podłoże późniejszych zmian (padaczka, porażenia kurczowe, niedołęstwo umysłowe), pozatem w $\frac{1}{3}$ przypadków stanowią przyczynę zamartwicy porodowej. Źródłem krwotoku są najczęściej pewne dopływy żyłne zatoki podłużnej, pękające wskutek przesuwania się wzajemnego kości ciemieniowych podczas porodu: wylew powstaje wówczas na półkulach. Pękać mogą i inne żyły, zwłaszcza przebiegające w namiocie, i wtedy krwiniak zbiera się dokoła mózdzku, opuszki i na podstawie. Wynika stąd po-

dział na wylewy pod—i nadnamiotowe (albo podstawy i półkul). Nowsze zestawienia sekcyjne wykrywają wylewy w 12^o/_o wszystkich sekcji noworodków. W wylewach nadnamiotowych przeważają objawy padaczkowe, w podnamiotowych opuszkowe i rdzeniowe; objawy padaczkowe powstawać mogą w kilka godzin lub nawet dni po urodzeniu. S. przytacza z literatury opisy kilku operowanych przypadków: śmiertelność przekracza jeszcze 50^o/_o, i w spostrzeganym przez S. przypadku śmierć nastąpiła przed zgodą rodziców na operację. Nakłucie rdzeniowe dostarcza cennych danych rozpoznawczych i ma nawet wartość leczniczą w wylewach podoponowych i w krwiakach półkul, nakłucie ciemiączek nie zapewnia opróżnienia krwi skrzepłej ani jej nie wykrywa i dlatego zalecona jest przeważnie w tych razach trepanacja na brzegu ciemiączka.

Następnie S. przedstawia i uzasadnia próby leczenia operacyjnego udaru mózgowego. Wylew krwi do mózgu jest w tej sprawie zjawiskiem wtórnym, zależnym od schorzenia naczyń krwionośnych, pękających od nieznacznego nawet wzmoczenia ciśnienia krwi. Źródło krwotoku uważać można za ustalone anatomicznie i topograficznie i krwiak jest zwykle pojedynczy, wyraźnie ograniczony i umiejscowiony, co go upodobiło do guza. Przypuszczać wolno, że tkanka mózgowa nie zostaje zniszczona przez sam wylew, lecz raczej ulega zanikowi wskutek ucisku krwiaka; krwiak powoduje odczynowe zwiększenie płynu mózgowego oraz obrzęk mózgu i tym zjawiskom następczym przypisać należy wzmoczenie ciśnienia więcej, niż uciskowi samego krwiaka. Anatomia patologiczna wymienia inne, poza tętnicami, źródła krwotoku, mianowicie żyły (żyłaki), zakrzepy żył w różnych sprawach chorobowych.

Dotychczasowe próby leczenia operacyjnego udaru mózgowego zapoczątkowane zostały, jak się zdaje, przez Oushinga i polegały na usunięciu krwiaków przez trepanację. Po nacięciu opony twardej wprowadzano igłę tępą w kierunku torebki wewnętrznej poprzez wierzchołek jednego z zawojów; po natrafieniu na skrzep rozszerzano drogę na tępo, a skrzep wylaniał się sam przez się. Najtrudniejszą część zabiegu stanowi opanowanie wzmoczonego ciśnienia i napięcia mózgu; ułatwia to sposób trepanacji Cushinga pod rozsuniętym tylko mięśniem skroniowym. Operowani w ten sposób trzej chorzy zmarli wskutek powikłań płucnych, czwarty wyzdrowiał; w literaturze istnieją nadto dwa opisy zabiegu z zejściem pomyślnym w istotnym udarze mózgowym. S. przytacza inne opisy wylewów urazowych, błędnie za samoistne podanych (wśród nich mamy przypadek Stadelmana i Lewandowsky'ego, Franke-

g o). Metoda operacyjna nie jest jeszcze ustalona. Nakłucie mózgowe nie zawsze prowadzi do rozpoznania, może bowiem nie wykryć skrzepu, chyba że będzie zastosowane przed skrzepnięciem wylewu (przykłady).

Przekonanie o możliwości pomocy operacyjnej wytworzy z czasem uznanie jej potrzeby w pewnych przypadkach; częstsze operowanie przyczyni się do ustalenia wskazań, techniki i rozpoznania. [Streszczenie własne].

W dyskusji:

a) J. J a w o r s k i jest zdania, że aczkolwiek oba odczyty należą do zakresu neuropatologii i neuroterapii, to w części tej, gdzie jest mowa o krwotokach czaszkowych podoponowych u noworodków oraz leczeniu ich chirurgicznym, wkraczają one w dziedzinę akuszeryi. Istotnie, główka płodu, przez kanał rodny się przesuwając, ulega mniej lub więcej znacznym, przemijającym lub stałym zmianom. Zmiany te dotyczą: części miękkich, kośćca czaszki, wreszcie jej zawartości. Na skórze czaszki, oprócz często tylko pozornie niewinnego przedgłowia, mogą być podbiegnięcia krwią. Zmiany w kościach polegają na przemieszczeniach, spłaszczeniach i wypukleniach, zagięciach, wyłobieniach i złamaniach. Wszystkie zmiany te powodować mogą krwotoki podoponowe, a także w samą istotę mózgu. Zmiany, wywołane zabiegiem operacyjnym, bywają względnie częste, a granica szkodliwości w tym razie bywa bardzo różną. Mówca widział 7 miesięczne dziecko ze złamaną kością ciemieniową podczas porodu wsktek nałożenia t. z. prostych kleszczy w klinice tutejszej, a innym razem był wezwany do noworodka pewnego lekarza; dziecko to po takiej samej operacji, jak powyższa, miało tylko spłaszczone kości ciemieniowe, jednakże przy objawach diplegii, podczas napadu drgawek, już po 24 godzinach zmarło.

Mówcy jednakże nie chodzi o uszkodzenia, wzgl. krwotoki czaszkowe noworodków, urodzonych przy pomocy operacji, olbrzymia bowiem większość kobiet rodzi samoistnie, a pomimo to niewątpliwie u dzieci ich podczas porodu następują krwotoki, głównie podoponowe, częściej niż to bywa rozpoznawane. Badania w kierunku tym należą do lekarzy chorób nerwowych wieku dziecięcego. J a w o r s k i przed laty 13-tu, gromadząc materiał do rozprawy swej p. t. „O nowszych wskazaniach do użycia kleszczy porodowych ze względu na zdrowie dziecka“, wykazał, że $\frac{1}{3}$ liczby ogólnych porażeń mózgowych pozostaje w przyczynowej zależności od ciężkiego porodu, a w powstawaniu wogóle form choreatycznych w $\frac{1}{4}$ ogólnej liczby przypadków, według F r e u d a, odgrywa pewną rolę

poród, gdy dziecko rodzi się w stanie omdlenia. Stwierdzonem jest, iż dużo dzieci ze zniekształceniem czaszki, polegającym bądź na spłaszczeniach poszczególnych kości, bądź wypukleniach, słabo i powoli rozwija się umysłowo. Mówca sam obserwował 5 przypadków, z tych 2, dotyczące dzieci pewnego lekarza, które, aczkolwiek rodziły się bez pomocy, lecz zawsze bardzo ciężko i długo. Dzieci te zupełnie zdrowych rodziców późno zaczęły chodzić, zdolność mówienia była u wszystkich bardzo opóźniona, niektóre z nich czas dłuższy bełkotały, jedno 4-letnie w ten sposób mówi, że tylko najbliższe otoczenie może je dokładnie rozumieć; inne trudno wymawiają oddzielne wyrazy, słabo się orientują i t. d. Na podstawie powyższego mówca jest zdania, że wśród etyologicznych momentów powolnego, a nawet upośledzonego rozwoju intelektualnego dzieci, najprawdopodobniej odgrywa rolę przedłużający się poród przy pierwszym dziecku, powtóre, poród, gdy dziecko rodzi się w zapaści, a wogóle ciężki poród. We wszystkich tych przypadkach najczęściej następują drobne, rozsiane wylewy krwawe pod oponę, albo na powierzchnię mózgu. Doświadczenie nas poucza, że tak pozornie niewinny ucisk, jaki wywiera tworzące się przedgłowie, wywołać może zastój żylny w oponach mózgowych i wylewy krwawe, co sprowadza nawet niekiedy obumarcie płodu; tem bardziej krwotoki mózgowie występują przy przemieszczeniach kości czaszki i t. d. J a w o r s k i nie sądzi jednakże, aby te najczęściej drobne, rozsiane krwotoki podoponowe leczyć można operacyjnie. Tutaj działać może dużo tylko profilaktyka akuszeryjna. Z tego założenia wychodzi też B. S a c h s z Now-Yorku, autor książki o chorobach nerwowych u dzieci, który wprost mówi, że wiele dzieci nie ulegałoby może idiotyzmowi i epilepsji, gdyby było właściwe działanie podczas porodu. To też zdaniem J a w o r s k i e g o dla akuszerów przybywa nowe wskazanie do użycia kleszczy porodowych, przy przedłużającym się porodzie, a jest niem względ na zdrowie dziecka, ewentualne niebezpieczeństwo powstania chorób ośrodków nerwowych dziecka z ich następstwami. Oznaką niebezpieczeństwa obok słabnącego tętna, ustania ruchów płodu, zniesienia odruchów skórnych będą: zbyt długo trwające już po odejściu wód płodowych bóle porodowe, nader szybko wzrastające przedgłowie. [Streszczenie własne].

δ) G a j k i e w i c z. Postęp, jaki chirurgia mózgu, zwłaszcza guzów mózgu, w naszych czasach zrobiła i robi, gdyż obecnie chirurgowie nie ograniczają się do usuwania guzów, leżących na powierzchni górnej i dolnej mózgu, lecz wkraczają i do jego

wnętrza, otóż postęp ten pozwala cieszyć się czy ludzie nadzieją, że z czasem i leczenie krwotoków mózgu może wejść w dziedzinę chirurgii. Wyrazem tej nadziei, jak słyszeliśmy w pracy kol. Męczkowskiego, są usiłowania chirurgów amerykańskich i angielskich, jeszcze przed 20 laty podjęte; lecz usiłowania te zapewne nie zostały uwieńczone dobrym wynikiem skoro opisy ich są bardzo nieliczne i nie znalazły naśladowców. Nie chcąc doznać rozczarowania, powinniśmy chłodno rozważyć, czego spodziewać się można od interwencji chirurgii w krwotokach wewnątrzmoźgowych. Aby interwencja ta była pomyslna, potrzeba przedewszystkiem wiedzieć, jaka jest natura i umiejscowienie cierpienia. Przy guzach mózgu chorego obserwuje się całe tygodnie, miesiące i to daje zazwyczaj możność twierdzenia, iż mamy do czynienia z guzem, a nadto iż jest on — jeśli nie na pewno, to z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem w tem a nie innym miejscu usadowiony. Chorego zaś z krwotokiem mózgu widzimy często po raz pierwszy, gdy leży nieprzytomny, gdy on nic, a otoczenie nie wiele pewnego o chorobie powiedzieć mogą. Dalej, doświadczenie codzienne poucza, jak trudno często odróżnić, czy w danym przypadku nastąpił wylew krwi (*haemorrhagia*), czy też zamknięcie światła tętnicy (*thrombosis, embolia*); bywają przypadki, w których wszystko przemawia za wylewem, a badanie pośmiertne wykrywa zakrzep krwi w tętnicy. Oznaczenie więc natury cierpienia, wywołującego napad apoplektyczny, bywa nie rzadko trudne lub zawodne. A i o umiejscowieniu krwotoku w mózgu nie zawsze także można dać chirurgowi wiadomość stanowczą. Wprawdzie od czasu Charcota powtarza się mniemanie, iż najczęściej krwotok w półkuli mózgowej bywa w okolicy torebki zewnętrznej (*capsula externa*) z gałęzi art. *lenticulo-opticae* (którą tenże autor nazwał *artère de l'hémorrhagie cérébrale*), lecz na nieszczęście nie bywa to stale, ani nawet najczęściej. Dalej wiemy, iż krwotoki wewnątrzmoźgowe bywają przeważnie u ludzi starych, ze zwyrodniałemi tętnicami; iż nie rzadko kończą się one pomyslnie, czego dowodem powtarzanie się ich kilkakrotnie u jednego i tego samego osobnika. Wreszcie, jedną z przeszkód, może nawet najtrudniejszą do zwalczenia, będzie opór rodziny chorego, która nie prędko da się przekonać, by zamiast zwyczajem wiekowym uświęconych upustów krwi, pijawek, środków przeczyszczających i t. p. potrzeba było „dziurawić głowę“. Z wymienionych wszystkich powodów podzielam zdanie kolegów Męczkowskiego i Sławińskiego, krytycznie w ich pracy wypowiedziane, że interwencja chirurga jest wskazana prawie w każdym przypadku krwotoku ze-

wnątrzmózgowego (w opony lub pod opony), co też od dawna już powszechnie jest uznane i robione, a przeciwnie w krwotokach wewnątrzmózgowych zabieg chirurgiczny w wyjątkowych tylko przypadkach może być zastosowany.

[Streszczenie własne].

c) Higier nie uważa za słuszne zarzutów poprzednich mówców, nie zgadzających się zasadniczo na interwencję chirurgiczną z tego powodu, że chorzy-apoplektycy często leczą się samoistnie, gdy chorzy nowotworowi giną nieodwołalnie bez operacji. Higier sądzi, że przedewszystkiem może być wskazany rękoczyn w przypadkach udaru nader ciężkich, prowadzących w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego.

W tych razach zapobieganie ostremu wzmożeniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego mogłoby uchronić od niechybnej śmierci.

Żałować jedynie należy, że o ile jest mowa o wylewach mózgowych to, jak już dawniej Charcot dowiódł, wylewy w korze są zazwyczaj drobne, zaś w zwojach środkowych, zwłaszcza w torebce wewnętrznej, znaczne, czyli inaczej mówiąc, interwencya chirurgiczna tam głównie okazuje się potrzebną, gdzie jest nader trudną. Że głównie wskutek ucisku wzmożonego następuje śmierć oddechowa, dowodzą zwoje spłaszczone, brózdki zatarte, wodogłowie, sierp przeciągnięty na przeciwną stronę i t. p. Inaczej rzecz się ma z wylewami oponowemi, które chirurg chętnie operuje, nie pytając, czy znajdują się one nad lub pod oponą, czy istotnie t. zw. okres utajony jest dłuższy w pierwszych, a krótszy w drugich, co zresztą, mimo zapewnień amerykańskich autorów, jest wielce zawodnem i nie daje się łatwo różniczkować. Różniczkowanie to jest tem trudniejsze, że objawy wstrząsu psychicznego (shock) i diaschizy przechodzą czasem bezpośrednio w t. zw. okres utajony i że się tu i owdzie zjawia t. zw. udar późny (Spätaoplexie Bollingera).

Zresztą naogół jest operacya przy wylewie oponowym, zazwyczaj urazowym, o wiele łatwiejszą, gdyż miejsce urazu wskazuje miejsce operacji, osobnik jest nie stary, naczynia nie zmienione, wylew nie głęboki i dostęp łatwy. Zupełnie inaczej rzecz się ma z usuwaniem krwiaka w okolicy torebki wewnętrznej u osobnika z układem naczyniowym chorobowo zmienionym. Co się tyczy noworodków, u których podejrzewamy wylew podczas porodu,

to należy pamiętać, że dość często umiejscawia się nad korą podoponowo, ale i nierzadko też w miejscach mniej przystępnych, jak pod *tentorium cerebelli*. [Streszczenie własne].

d) J a w o r s k i W ł a d. zapytuje prelegenta, czy istnieją jakieś dokładniejsze badania, dowodzące, że krzepliwość krwi zmniejsza się po przystawieniu choremu kilku pijawek. J a n o w s k i e m u bowiem podobne badania nie są znane. Osobiście uważa podobne twierdzenie za bezpodstawne. Upust krwi przez przystawienie pijawek, stosowany u osobników z wylewem krwawym w mózgu, uważa za postępowanie zupełnie właściwe, ale nie dlatego, żeby owych kilkadziesiąt gramów krwi mogło wpłynąć na ciśnienie krwi w mózgu przez zmniejszenie jej ogólnej ilości. O tem nie może być mowy. Niewątpliwie jednak upust krwi, zastosowany szybko, wpłynąć może pomyślnie na przebieg choroby w przypadkach apopleksyi mózgu, o ile wylew nie był wogóle zbyt wielki, aby cokolwiek pomódz mogło. Taki upust sprowadza na nieznaną nam drodze skurcz naczyń w jamie czaszkowej; przez to powstaje zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego i, co za tym idzie, zmniejszone podrażnienie głównych ośrodków naczyń ruchowych. Ostatnia okoliczność prowadzi do pewnego spadku ciśnienia krwi, a przez to zmniejsza szanse ponowienia się krwotoku. W ten sposób tłómaczyć należy działanie upustu krwi przy wylewach do mózgu. J. jest zdania, że zabieg ten, pomimo zmiennych kolei poglądów teoretycznych, ma zapewnioną trwałość w lecznictwie. Co do przyszłości stosowania zabiegów chirurgicznych w omawianem tu cierpieniu J. podziela w zupełności poglądy, wypowiedziane przez kolegę G a j k i e w i c z a. [Streszczenie własne].

e) K o p c z y ń s k i S t a n. podnosi, iż jego własne obserwacje nad dziećmi nienormalnemi, zbierane o nich wywiady pouczają go, że mechaniczne uszkodzenia główki dziecka zwłaszcza podczas ciężkich porodów u pierwiastek odbijają się fatalnie na dalszym psychicznym rozwoju niemowlęcia. Zaleca jednak krytycyzm w ocenianiu takich objawów jak padaczka J a c k s o n a, która nie zawsze może być oznaką, wylewu krwawego podkorowego w okolicy pasa ruchowego. Same przyjscie bowiem dziecka na świat w stanie długotrwałej asfiksyi, dalej dłuższe chloroformowanie matki dziecka, wszystko to może wywołać zaburzenia w krążeniu krwi w korze mózgowej noworodka i powodować drgawki, na wzór tych, jakie notujemy w mocznicy lub w moczówce cukrowej. Co się tyczy wskazań do zabiegu operacyjnego podczas udarów u dorosłych, to

oprócz wylewów podoponowych, zwłaszcza trafnie i ściśle rozpoznanych, K. zaliczałby przypadki wylewów krwawych do komory trzeciej i dalszych komór mózgowych, które zazwyczaj są śmiertelne. Nakłucie za pośrednictwem trepanacji komory trzeciej i zapobieżenie przesączeniu się krwi do komory czwartej mogłoby choremu uratować życie. Nawiasem K. dodaje, iż jednym ze stalszych objawów wylewu krwi do komór mózgowych jest zdaniem jego nagłe wybitne zwężenie źrenic. Chodzi tu prawdopodobnie o drażnienie przez przesuwającą się krew w wodociągu Sylwiusza jąder nerwu okoruchowego, specjalnie zwieracza tęczówek.

[Streszczenie własne]

f) Krauze wyraża zdanie, że zabiegi chirurgiczne nie mają przyszłości w krwotokach wewnątrzczaszkowych, gdyż dekompresja nic nie poradzi tam, gdzie wylewy są drobne, gdzie zaś są duże, tam najczęściej trepanacja jest przeciwwskazana ze względu na objawy ogólne.

g) Trzeciński. Rozpoznanie różniczkowe między zakrzepem pochodzenia przymiotowego a krwiakiem jest niekiedy wprost niemożliwe. Zdarza się mianowicie, że człowiek dotknięty specyficznym zapaleniem tętnicy w mózgu — wśród zupełnego zdrowia po bardzo krótkotrwałych objawach zwiastunowych — pada nagle jako massa bezwładna, a lekarz застаje go w stanie głębokiej nieprzytomności. Jeżeli otoczenie chorego nie dostarczy danych anamnestycznych, wtedy chory zwykle staje się ofiarą polipragmazji, co się fatalnie odbija na dalszym przebiegu sprawy. Chirurgiczne usunięcie krwiaka zewnątrzmożgowego (urazowego pochodzenia) jest oczywiście wskazane; inna rzecz z wynacznieniem wewnątrzmożgowym. W 94 przypadkach na sto krwotok jest tu faktem wtórnym, objawowym, istotą zaś sprawy jest zwyrodnienie ścian naczyńowych, które, po chirurgicznym usunięciu jednego krwiaka, w krótkim czasie da nowe wynacznienie. Zabieg więc będzie jedynie wyrazem wirtuozostwa chirurgicznego, ale nie da praktycznego rezultatu.

[Streszczenie własne].

h) Męczkowski uważa, że pesymizm przedmówców co do zabiegów chirurgicznych w kwotokach wewnątrzczaszkowych jest nieusprawiedliwiony. Podobny pesymizm panował przed 20 laty co do leczenia chirurgicznego nowotworów mózgu; obecnie nowotwory operuje się coraz częściej. Trzecińskiemu M. odpowiada, że obecnie zapatrywania na patogenezę i

przebieg wylewów wewnątrzmoźgowych są inne, niż dawniej. Według badań *Lewandowskiego* w 50% przypadków wylewów krwi nie krzepnie, lecz pozostaje mięsiste w stanie ciekłym, więc zabieg chirurgiczny nieraz byłby zupełnie usprawiedliwiony. Często wylew zdarza się u osób zupełnie młodych, u których naczynia są jeszcze zdrowe naogół, więc przeciwwskazania do zabiegów ze względu na stan ogólny nie są tak częste. *Janowskiemu M.* odpowiada, że wszelkie upusty krwi podczas udaru mózgowego są szkodliwe, gdyż wenesekcja zmniejsza ciśnienie obwodowe, które jest aktem samoobrony, pożądanym w krwotokach wewnątrzczaszkowych. Przystawienie pijawek może być czasem potrzebne, gdyż usuwa zastój żylny, jednak upust krwi w większej ilości najczęściej bywa szkodliwym. *Krauzemu M.* odpowiada, że dekompresja może być potrzebna i w małych wylewach; gdyż często i mały wylew powoduje duże zmiany (np. obrzękowy stan drugiej półkuli); dlatego też często trepanacja może usunąć wzmożenie ciśnienia i poprawić stan ogólny.

2) *Sławiński* omawia szczegóły techniczne zabiegów chirurgicznych w krwotokach wewnątrzczaszkowych, podnosząc fakt, że często te zabiegi nie przedstawiają zbyt wielkiej trudności. Mówca dodaje, że wskazania do trepanacji u noworodków w przypadkach np. drgawek są obecnie coraz częstsze i łatwiej wykonywalne.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes *Puławski*.

Pomocnik Sekretarza. *T. Jaroszyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 kwietnia 1914 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 52, gości 7.

Przewodniczący: Wiceprezes *A. Puławski*.

Treść: 1) *K. Miszewski* (Drewnica). Odczyn *Abderhaldena* w zastosowaniu do chorób umysłowych.

2) J. Luxenburg. Odczyn Abderhaldena w zastosowaniu do rozpoznawania syfilisu.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes odczytuje zawiadomienie Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w Krakowie o 3-cim Zjeździe balneologicznym, połączonym ze Zjazdem turystycznym, mającym się odbyć dn. 3 — 6 maja r. b.

III. Wiceprezes odczytuje zawiadomienie Towarzystwa Lekarzy Ziemi Lubelskiej o uroczystem posiedzeniu z powodu przypadającej w roku bież. 40-letniej rocznicy założenia Towarzystwa, mającym się odbyć w dn. 30 maja, w przeddzień 2-go Zjazdu Lekarzy prowincjonalnych w Lublinie.

IV. Wiceprezes odczytał zawiadomienie o I Zjeździe Hygienistów polskich w dn. 19 — 22 lipca r. b. we Lwowie, na które Komitet Zjazdu zaprasza Warszawskie Towarzystwo Lekarskie do wzięcia udziału przez wysłanie delegata.

V. Wiceprezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: K. Miszewskiego z Drewnicy, Offmańskiego z Karlsbadu, Chodźkę, Grabowskiego, Brustera, Messinga i Waśniewskiego.

VI. O. Hewelke przedstawił przypadek tętniaka aorty. Chora K. M., w wieku lat 60, przybyła do szpitala Wolskiego z powodu silnych bólów w lewym boku. Bóle rozpoczęły się w czerwcu 1913 r., potem na czas jakiś przycichły, ale w sierpniu wystąpiły nanowo i trwają dotąd. W grudniu 1913 r. i styczniu r. b. leżała w szpitalu Praskim, ale ulgi nie doznała. Pozatem niema skarg, oprócz trochę kaszlu i duszności. Przedtem nie chorowała, nie zachodziła w ciążę. Budowy prawidłowej, odżywianie dobre, trochę błada. Waga 88 kilo. Przy badaniu narządów wewnętrznych na razie skonstatowano: 1) pewne różnice w oddechu w górnej połowie płuc, z lewej osłabiony oddech i trochę świstów rozrzuconych tu i owdzie, przy ciepłocie ciała 37,5⁰ tętnie 78, równem, 2) tępość serca w obu rozmiarach rozszerzona, szmer skurczowy na aorcie. Skóra na całym l. boku ciastowata, obrzękła, bóle promieniujące wzdłuż żeber, cały bok b. wrażliwy na lekkie nawet obmacywanie. Również bolesne wyrostki ościste górnych kręgów grzbietowych. Pierwsze przypuszczenie tyczyło się nerwobólu międzyżebrowego i prawdopodobnego próchnienia kręgów. Po paru dniach przy salicyłatach stan chorej się poprawił: bóle się znacznie zmniejszyły i obrzęki znikły. W dogodniejszych

warunkach badania ustalono ¹⁾, że bolesność dotyczy głównie wyrostków ościstych 6 i 7 kręgu grzbietowego, przytem dało się zauważyć wyraźne tętnienie w okolicy między kręgosłupem i l. łopatką na przestrzeni 5 — 6 ctm. w obwodzie. W tem miejscu przy wysłuchiwaniu dają się słyszeć wyraźnie 2 szmery w rytmie odpowiadającym biciu serca. Wobec tego postawione zostało rozpoznanie tętniaka części piersiowej aorty z uciskiem i prawdopodobnym ubytkiem 6 i 7 kręgu grzbietowego i odpowiednich żeber. Tętnienie nie występowało zawsze jednakowo silnie i wyraźnie. Wogóle obecnie jest słabsze. Niekiedy stetoskop ustawiony na miejscu tętnienia wykonywał wyraźne oscylacje. Przy pomocy małego lejka, ustawionego na tem miejscu i złączonego rurką gumową z sfigmokardjografem *Jaquet*a, udało się zdjąć krzywe, które tu przedstawiam; nie wykazują one jakichś cech szczególnych, stanowią w każdym razie rzadki przykład krzywych zdjętych z tętniaków. Wreszcie chora została poddana badaniu promieniami *Röntgen*a przez kol. *Skabowskie*go, które potwierdziło rozpoznanie. Fotografia załączona wykazuje ogromny worek, wypełniający górną i średnią część jamy lewej połowy klatki piersiowej, a większy, niżby to można było przypuszczać na podstawie badania dotychczasowego, oraz ubytek 6 i 7 żeber; kręgi nie zdają się być zmienione. Zaznaczam, że badanie wypukiem nie pozwala wykryć jakiegoś o określonych granicach stłumienia na klatce piersiowej ani z przodu, ani od tyłu. W danym przypadku zasługuje na uwagę; tętniak u kobiety wieku już późnego, typowym wiekiem występowania — są lata 30 — 40. Oczywiście trudno określić, jak dawno choroba trwa. Ból jest nieraz b. późnym objawem. Wogóle u kobiet tętniaki zdarzają się o wiele rzadziej niż u mężczyzn. *Bizot* na 189 przypadków tętniaka — znalazł je 171 razy u mężczyzn, a 18 u kobiet. *Hodgson* w 63 przypadkach tylko 7 u kobiet.

Co się tyczy najbardziej. udowodnionej etyologii tętniaków — mianowicie *endoarteriitis deformans luetica* — to w naszym przypadku nie zdaje się ona prawdopodobną; chora ta nie cierpiała na żadne choroby i twierdzi, iż jest dziewicą; próba *Wassermann*a nie była przeprowadzona. Dalej — tętniaki aorty piersiowej należą do najrzadszych z rozszerzeń różnych części aorty. Pierwsze miejsce zajmują tętniaki

1) Wspólnie z kol. *Borsukiem*.

części wstępującej i łuku, drugie — aorty brzusznej, a potem dopiero cz. piersiowej. Wreszcie, z notowanych objawów charakterystycznych dla tego cierpienia w danym przypadku nie było i niema objawów ze strony przelyku, ani wydatniejszych ze strony płuc, chociaż szmery oddechowe w górnym płacie płuca lewego są mocno osłabione. Różnicy w czasie występowania tętna na *radialis* i *tibialis* albo *dorsalis pedis* nie udało mi się skonstatować. [Streszczenie własne].

VII. K. M i s z e w s k i z Drewnicy wygłosił odczyt p. t.: „Odczyn A b d e r h a l d e n a w z a s t o s o w a n i u d o c h o r ó b u m y s ł o w y c h”. Pomijając szczegóły powstawania „zaczynów ochronnych“, mówca zaznacza pokrótce, iż obecnie istnieją różne hipotezy, dotyczące zdolności surowicy krwi do trawienia niektórych narządów, np., iż nie są to zaczyny, lecz komplement, inna hipoteza, iż jest to komplement i amboceptor, inna wreszcie, iż zdolność tę posiada surowica dzięki obecności w niej „wolnych receptorów”. Szczegółowiej zatrzymuje się na hipotezie F u n s e r a, W e g e n e r a, B i n s w a n g e r a i in., uzależniającej powstawanie „zaczynów ochronnych“ od dysfunkcyi gruczołów z wewnętrzną wydzieliną (tarczyca, organy płciowe, nadnercza i t. d.), wskutek czego przedostają się do krwiobiegu obce substancje białkowe. W celu przeistoczenia tych substancyi do normalnego stadyum organizm wytwarza odpowiednie zaczyny. Podczas przeistaczania owych białek przez zaczyny powstają substancje pośrednie, działające szkodliwie na korę mózgową — stąd powstawanie zaburzeń umysłowych i zmuszanie organizmu do tworzenia wtórnie zaczynów przeciw korze mózgowej. Następnie podano szczegółowo technikę dokonanych badań zarówno metodę dializacyjną, jak i optyczną. Metoda dializacyjna polega na przemianie białka narządów pod wpływem badanej surowicy na pepton; metoda optyczna na odchyłaniu płaszczyzny po polarymetrze, zależnem od rozkładu peptonu na amidokwasy. Rezultaty obie metody dają jednakowe — optyczna jest znacznie trudniejsza i kosztowniejsza. Za pomocą dializy zbadano surowicę 85 chorych (prób 290), za pomocą metody optycznej 9 przypadków *par. progres.* — chorzy z zakładu w Drewnicy. Z przedstawionych na tablicy danych liczbowych, opartych na zasadzie otrzymanych rezultatów, wyciągnięto następujące wnioski: 1) W przeważającej większości przypadków ołepienia wczesnego surowica krwi posiada własność trawienia białka organów płciowych, następnie białka tarczycy oraz w późniejszym stadyum ołepienia białka kory mózgowej. 2) W przypadkach psychozy depres. - maniak., bez

względu na okres choroby, surowica krwi nie posiada własności rozkładania białka ani organów płciowych, ani kory mózgowej. Może być zatem metoda *A b d e r h a l d e n a* wysoce pomocną przy różniczkowaniu powyższych chorób umysłowych. 3) W przypadkach padaczki przemianie białka ulega tarczyca, organy płciowe, przy objawach otępienia i białko kory mózgowej. 4) W porażeniu postępującem podlega trawieniu białko kory mózgowej, wątroby luetycznej, oraz niektórych innych narządów prawdopodobnie również porażonych kiłą. 5) Surowica osobników zdrowych nie wywołuje widocznych zmian w żadnym z badanych narządów. Na zasadzie powyższych wniosków i przytoczonych wniosków w znacznej mierze zbliżonych, zaczerpniętych z literatury, wyrażono nadzieję, iż metoda *A b d e r h a l d e n a*, wykazując zaburzenia w poszczególnych narządach i pogłębiając dotychczasowe poglądy na przyczyny powstawania chorób umysłowych, ułatwi, być może, w niedalekiej przyszłości sposoby do zwalczania tych przyczyn.

[Streszczenie własne].

W dyskusji:

a) *P r ę g o w s k i*, wspomniawszy o uprawnieniu psychiatrów - klinicystów do zabierania głosu w danym zagadnieniu, podnosi, że praca kol. *M.*, aczkolwiek jej część laboratoryjna została dokonana w pracowni *d-ra S e r k o w s k i e g o* stanowi dowód, że Zakład *Drewnicki* stał się jedną więcej no, wą placówką działalności naukowej. *P r ę g o w s k i* omawia kilka szczegółów danego odczytu, opracowanego zdaniem *P r ę g o w s k i e g o* w sposób budzący zaufanie:

1) za mało, utrzymuje *P r ę g o w s k i*, zbadano przypadków psychozy t. zw. okresowej, aby mózdz wyprowadzać ogólniejsze wnioski;

2) *P r ę g o w s k i* uważa za zbyt ogólnikowe mówienie o odczynie *A b d e r h a l d e n a* w otępieniu wczesnem bądź psychozie okresowej, — cierpieniach, mających liczne i tak odmienne postacie, że przez wielu psychiatrów uważane są one za odrębne jednostki chorobowe;

3) mówiąc o dodatnim *W a s s e r m a n n i e*, jako potwierdzeniu rozpoznania badanych paralityków, nie zaznacza autor, czy odczyn ten był stwierdzony we krwi, czy też w płynie mózgowo-rdzeniowym, co, jak wiadomo, ma ważne znaczenie w rozpoznawaniu porażenia postępującego.

[Streszczenie własne].

b) *M i s z e w s k i* odpowiada: 1) iż przypadków stępienia wczesnego nie dzielono, aby zbytnio statystyki nie rozdrabniać;

zgadza się, iż podział taki na przyszłość byłby pożądanym; 2) paranoja była typu przewlekłego; 3) surowicę badano we wszystkich przypadkach, płyn mózgowo-rdzeniowy w kilkunastu na ogólną liczbę 20; 4) przypadki psychozy depresyjno-maniakalnej podano te, które nie przedstawiały wątpliwości pod względem rozpoznania klinicznego, stąd tak nieznaczna liczba. [Streszczenie własne].

VIII. Luxenburg wygłosił odczyt p. t.: „Odczyn Abderhaldena w zastosowaniu do rozpoznawania syfilisu. L. na wstępie omawia wzajemny stosunek drobnoustrojów i ustroju zwierzęcego z punktu widzenia teorii zaczynów obronnych (Abwehrfermente) Abderhaldena, z czego widać, że przy badaniach szkodliwości drobnoustrojów należy uwzględniać nie tylko te ostatnie i ich toksyny, ale równorzędnie i produkty rozszczepienia, powstające poza nimi, i ich budowę.

Ustrój walczy i przeciw żywym bakteriom, i przeciw produktom rozpadu ich ciał, jakoteż przeciw produktom rozszczepienia podłoża, na którym się usadowiły, za pomocą zaczynów, które rozszczepiają wszystko, co jest obce ustrojowi, jego krwi (osoczu) i jego komórkom. Pogląd ten daje wytyczne w poszukiwaniach odnośnie chorób zakaźnych. Mamy mianowicie wykazać z jednej strony obecność we krwi fermentów względem bakterii, z drugiej — rozszczepienie przez fermenty tkanki, uległej schorzeniu. Zapoczątkowane przez różnych autorów prace w tym kierunku dotyczą bakterii gruźliczych, błonicy, tyfusu, antraksu, trypanosom i robione były częścią na ludziach, częścią na zwierzętach. Doświadczenia z krętkami bladymi kiły opierały się na hodowlach, otrzymanych w surowicy krwi końskiej; później użyto surowicy krwi świeżych syfilityków, jako zawierającej krętki, i strącano je za pomocą ogrzania lub działania wysokoci. Wyniki były w znacznej części dodatnie.

Luxenburg, niezależnie od tych doświadczeń — bo przed ich ogłoszeniem — użył do prac swoich krwi świeżych syfilityków z wykwitami skórnymi, poddając ją odwłóknieniu i przypuszczając, że krętki blade dadzą się uchwycić w nici włóknika. Otrzymany włóknik za pomocą przemywania i uciskania pincetą pozbawiony zostaje całkowicie krwi i wygotowany, póki próba ninhydrynowa wypada ujemnie. Na tak przygotowane podłoże działano surowicą, w której miała być dowiedziona obecność fermentów, rozszczepiających białko ciał krętków-

Innemi słowy należało się przekonać, czy surowica (s) luetyczna (l) da z fibrynem (f) luetycznym dodatni wynik, a suro-

wica nie (n) luetyczna z tymże fibrynem luetycznym da wynik ujemny. Pozatem robione były zestawienia *sl* z *fnl* i *snl* z *fnl*, wreszcie — kontrola samej *sl* i *snl*. Tak krew wzięta na włóknik, jak i krew, której surowica badana była na fermenty, próbowana była na odczyn *W a s s e r m a n n a*. Doświadczenia były dokonane wyłącznie metodą dializacyjną *A b d e r h a l d e n a*.

Wynik dotychczasowy z 14 doświadczeń da się streścić w następujący sposób: surowica krwi świeżego (w II okresie) syfilityka daje przy dializowaniu metodą *A b d e r h a l d e n a* z włóknikiem krwi również świeżego luetyka wynik dodatni, podczas gdy surowica nieluetyczna daje wynik ujemny. W szeregu powyższych doświadczeń zaznaczyć należy wybitny wynik dodatni w przypadku rozwiniętego porażenia postępującego (gdzie był i *W a s s e r m a n n +* we krwi) oraz w przypadku kiły, gdzie $\frac{1}{2}$ roku temu dano 3 wlewania neosalwarsauu i 15 iniekcji rtęciowych, gdzie jednak *W a s s e r m a n n* dał wynik ujemny.

Nie czyniąc daleko idących wniosków w sprawie klinicznego znaczenia metody *A b d e r h a l d e n a*, w powyższy sposób stosowanej, L. sądzi, że przytoczone wyniki upoważniają do dalszych prac w tym kierunku. [Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes *A .Puławski.*

Pomocnik Sekretarza *Tad. Jaroszyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 28 kwietnia 1914 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 61, gości 5.

Przewodniczący: Wiceprezes *A. Puławski.*

T r e ś ć. *A. Sokołowski.* O mięsaku (*sarcoma*) pierwotnym płuca oraz parę uwag w sprawie rozpoznawania złośliwego nowotworu płuc i opłucnej (z demonstracją preparatów).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Na wniosek Przewodniczącego uchwalono, aby w imieniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego wyjechał na 3-ci polski Zjazd balneologiczny do Krakowa jako delegat kol. Józef Jaworski.

III. Wiceprezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: Gorazdowskiego, Kędzierskiego, Puchowską, Rostkowskiego i Wilczyńskiego z Zakopanego.

IV. Bronowski przedstawia wraz z rentgenogramem przypadek prawostronnego żebradodatkowego szyjnego. Na fotografii rentgenowskiej widoczny jest wyraźnie nieco dłuższy, niż zwykle, poprzeczny wyrostek lewego 7-go kręgu szyjowego, prawy zaś poprzeczny wyrostek tegoż kręgu, wydłużony aż do połączenia z pierwszym żebrzem pierśiowym, stanowi owo dodatkowe szyjne żebro; przyczem godnem jest zaznaczenia, że mniej więcej na połowie długości swego przebiegu owo żebro jest przedzielone pasmem światła szerokości do 2-ch centym., tworzącem jakby staw fałszywy (podczas operacyi zaś stwierdzono, że owo pasmo na rentgenogramie jest zbitą tkanką łączną).

Klinicznie przypadek prelegenta tak się przedstawia: Panna S. 25 lat, z zawodu mleczarka. Praca pacjentki przeważnie ręczna i szczególnie przeforsowywaną jest prawa ręka. Już od kilku lat, szyjąc na maszynie ręcznej, nie mogła długo kręcić prawą ręką, ponieważ drętwiała; w zimie roku 1912-go był moment, kiedy bez żadnego powodu ręka prawa zupełnie zdrętwiała, potem wróciła do normy. Mniej więcej w październiku roku ubiegłego cała kiść tej prawej ręki, poniżej stawu kiściowego, zbrzękła, wszystkie palce były zbrzęknięte i wszystkie bolały; wystąpiły silne bóle nasamprzód w palcach, a wkrótce i w przedramieniu; ulgę miała, o ile trzymała rękę pod parą. Po miesiącu wedle słów pacjentki obrzęk kiści i palca ustąpił; zato nastąpiło zdrętwienie palców całej ręki; ręka chwilami robiła się zupełnie biała, „jak martwa“, drętwienie najwięcej się uwydatniało w II-im i III-im palcu i w połowie IV-go (wewnętrznej). Bóle stopniowo szły wyżej na przedramię, ramię, aż do okolicy łopatk. W młodym wieku przechodziła tyfus, dyfteryt.

Chora odżywienia średniego, blada.

Na pierwszy rzut oka uderza wybitna różnica w zabarwieniu skóry prawej i lewej ręki; prawa ręka szczególnie na kiści i przedramieniu przedstawia się chwilami zupełnie białą, nieraz sinawą. Tętno na tętnicy promieniowej zupełnie niewyczuwalne; wyczuwa się dopiero w okolicy pachowej i powyżej. Przy ucisku przedramienia, a szczególnie ramienia wzdłuż przebiegu naczyń i pni nerwowych występuje bardzo silna bolesność. Bóle

się zjawiają nieraz samoistne i tak są silne, że wymagają zastrzyknięcia morfiny. Ruchy są upośledzone skutkiem bólu: „*pronatio et supinatio*“, podniesienie ręki do góry, odprowadzenie jej ku tyłowi prawie zupełnie niemożliwe. Siła prawej kiści nieco zmniejszona. Czucie termiczne zachowane, bólowe zaś nieco zmniejszone na palcach i całej kiści prawej, zaników mięśniowych nie wykazano. W jamie nadobojczykowej prawej wyczuwa się wyraźnie w głębi stwardnienie kostnej egzystencji, przy której ucisku można wywołać bóle w rękę, a szczególnie odrętwienie w palcach. Badanie poszczególnych narządów, mocz, krwi, nic godnego uwagi nie wykazało.

Na radzie z kol. K. Tokarskim i kol. B. Jakimiakiem, głównie z racji bólów, które uniemożliwiają pracę i zatrzymują życie, a także ze względu na postępujący charakter cierpienia, postanowiliśmy przystąpić do usunięcia szyjnego żebra. Dnia 9-go kwietnia r. b. operację wykonał kolega B. Jakimiak ze skutkiem następującym: W kilka godzin po operacji chora już przestała miewać owe bardzo uciążliwe bóle w ramieniu i przedramieniu, ale zato wystąpiły dosyć silne bóle (klucia) pod prawą łopatką, na przedniej prawej powierzchni klatki piersiowej, połączone z bardzo rzadkim, lekkim kaszlem. Bóle owe przypisywał prelegent podrażnieniu podczas operacji splotu szyjnego nerwowego, i w samej rzeczy ustąpiły one stopniowo w ciągu kilku dni. Po tygodniu od czasu zabiegu operacyjnego wszystkie ruchy prawej ręki stawały się coraz bardziej możliwe i doskonalsze, a po 2-ech tygodniach wróciły zupełnie i stały się możliwe: „*pronatio et supinatio*“, podniesienie ręki do góry, odprowadzenie jej ku tyłowi, pochylenie ręki wraz z korpusem aż do samej ziemi i t. d. Zabarwienie skóry na prawej kiści i przedramieniu stało się takie, jak i na rękę lewą, t. j. normalnem, chociaż tętno na tętnicy promieniowej niewyczuwalne, jak przedtem. Czucie bólowe na kiści wróciło do normy, t. j. takiej samej siły, jak i na kiści lewej. Czyli inaczej wynik zabiegu operacyjnego otrzymaliśmy zupełnie zadowolający i należy się spodziewać, że po paru najwyżej miesiącach p. wróci do zupełnej sprawności swojej ręki prawej.

Na zakończenie pokazu prelegent zaznaczył, że p. przed operacją trochę gorączkowała, a mianowicie t^o ciała wieczorem dochodziła do 37,4^o, 37^o; w dzień operacji temperatura wyniosła 38^o; po operacji zaś zaczęła stopniowo spadać z tem, aby po dniach 20 od czasu operacji spaść zupełnie i ostatecznie poniżej 37^o.

Na powyższą okoliczność, t. j. na podniesienie ciepłoty cia-

ła pacjentki prelegent kładzie szczególny nacisk z następujących powodów:

1) W dotąd ogłoszonych przypadkach żebra szyjnego wcale nie były notowane podniesienia ciepłoty ciała i nie było wcale zaznaczonem, że ciepłota ciała normalna. Prawdopodobnie nikt nie notował wahań ciepłoty i nie przywiązywał do tego jakiegokolwiek wagi.

2) Podniesienia ciepłoty ciała stwierdzone, przed zabiegiem operacyjnym prawdopodobnie miały miejsce i dawniej, a w połączeniu z bólami, z upośledzeniem funkcji prawej ręki wyraźnie zdają się wskazywać na jakąś sprawę zapalną, odbywającą się naturalnie w jamie nadobojczykowej, w okolicy owego opisanego wyżej kostnego stwardnienia, skąd promieniują najsilniejsze bóle, a także na sprawę zapalną, odbywającą się na ramieniu czy przedramieniu wzdłuż naczyń i pni nerwowych.

Z tego punktu widzenia, t. j. z punktu widzenia sprawy zapalnej, powstającej z przyczyn rozmaitych w splocie szyjowym, jak również wzdłuż naczyń i pni nerwowych na rękę u ludzi, obdarzonych dodatkowem żebrzem szyjnym, może być zrozumiałem, dlaczego nieraz dopiero w późniejszym wieku życia występują pierwsze objawy chorobowe żebra szyjnego. Czyli inaczej dla wyjaśnienia dotąd ciemnej etyologii objawów chorobowych przy żebrze szyjnym przypadek prelegenta przedstawia szczególny interes. Ucisk zaś, wywierany szczególnie przy nadmiernej pracy fizycznej i ruchach gwałtownych przez żebro szyjne na tętnicę nadobojczykową, na splot nerwowy szyjny tłómaczy zupełnie wystarczająco, że tam, jako w miejscu uszkodzonem przez urazy, powtarzające się wciąż, t. j. w miejscach „*loci minoris resistentiae*“, mogą przy najrozmaitszych stanach infekcyjnych nawet nieraz lekkiego stopnia powstawać i stąd brać początek rozmaite stany zapalne, od infekcyi zależne, i powodować objawy chorobowe, spotykane przy żebrze szyjnym.

[Streszczenie własne].

V. Gajkiewicz i Kijewski F. przedstawiają chorego H. 45 letniego rolnika z powiatu Zamojskiego, który w listopadzie 1913 r. wracając z pieniędzmi z jarmarku w Zamościu, został napadnięty i tak silnie w głowę uderzony, iż stracił przytomność, a gdy przyszedł do świadomości znalazł się w szpitalu w Zamościu, gdzie przebył 6 tygodni. Przez czas pobytu tamże miał mieć prawą połowę ciała bezwładną i nie mógł mówić. Wypisał się ze szpitala na święta Bożego Narodzenia z poprawą. Ponieważ jednak zaburzenia mowy trwały i nadal, w marcu więc 1914 r. przyjechał do Warszawy i zapisał się na oddział D-ra

G. w szpitalu Dzieciątka Jezus. Przy badaniu chorego uderzało duże wgłębienie kości czaszki w okolicy mózgowo-ciemieniowej lewej. Słuch miał dobry. Mowę innych rozumiał, tylko trudno było choremu wypowiedzieć co chciał, lecz podpowiedziany wyraz trafny, powtarzał mniej więcej dobrze, a na wyraz niestosowny—kiwał głową przecząco. Dowolnie mówił także niezupełnie poprawnie i gniewało go, gdy nie mógł dokończyć dobrze rozpoczętego wyrazu. Powtarzał nie zawsze dobrze. Czytał i pisał także z pomyłkami. Przy pisaniu mieszał litery polskie z rosyjskimi. Kopiował nieźle. Prócz niemoty przeważnie ruchowej, badanie chorego wykazało lekki niedowład mięśni twarzowych dolnych strony prawej, osłabienie ruchów i siły w kończynie górnej prawej, tamże osłabienie czucia mięśniowego i zwiększenie odruchów ścięgniastych w kończynie górnej i dolnej prawej strony. Ruchy kończyną dolną prawą — niezmiennione. Chory stał i chodził dobrze. Ponieważ nie można było powątpiewać, iż zaburzenia opisane zależały od uszkodzenia kości czaszki, co potwierdziło i badanie rentgenoskopowe, przez kol. D r o z d o w i c z a dokonane, więc po naradzie z kol. K i j e w s k i m, chorego przepisałem na jego oddział chirurgiczny. Przypadek zaburzenia mowy i porażenia ruchu kończyny prawej po urazie czaszki z lewej strony, dość często względnie — zwłaszcza w obecnych czasach — spotykany, nie zasługiwałby na przedstawienie, gdyby nie pewien szczegół w zabiegu chirurgicznym, o którym powie kol. K i j e w s k i. G. tylko to dodaje, iż w następstwie zabiegu chirurgicznego, zaburzenia mowy i niedowład kończyny górnej prawej znacznie się zmniejszyły, a osłabienie mięśni twarzy zupełnie przeszło. [Streszczenie własne].

K i j e w s k i F r. W miejscu, odpowiadającym zagłębieniu, cięciem skóry krzyżowem oddzielił części miękkie i obnażył defekt kostny wielkości rubla srebrnego. Miejscami w *dura mater* można wyczuć oddzielne blaszki kostne, które też usunięto. Wycięto wszystkie blizny z *dura mater*, otwór kostny powstały skutkiem braku powiększono i oddzielono na znacznej przestrzeni od przyrośniętych części. Można było wtedy zauważyć pulsację mózgu. Aby nie nastąpił ponowny zrost z częściami miękkimi i aby nie wytworzyła się blizna, która mogłaby wywierać ucisk na mózg cały, defekt kostny przykryliśmy blachą aluminiową, grubości 1 mmł. i średnicy 6 ctm.

Blachę tą wprowadził pod *galea aponeurotica* nad kością. Części miękkie nad blachą szczelnie zaszył. Po tygodniu szwy usunął, *prima intentio* na całej przestrzeni. Otwór

kostny dobrze zabezpieczony. Zwolna u chorego następuje poprawa w mowie i w ruchach.

[Streszczenie własne].

VI. H. Higier przedstawił przypadek ślepoty duchowej. Mężczyzna lat 70-u, dotąd zupełnie zdrowy, wysoko i palenia nie nadużywający, zaczął przed 4 miesiącami narzekać na pewną dezorientację, która się rozwinęła w ciągu kilku dni. Pamięć i inteligencja nie ucierpiały. Porażeń, zaburzeń czucia, odruchów i mowy nie było. Przy badaniu przedmiotowem stwierdza się siłę widzenia normalną, brak zmian na dnie oka i hemianopsję lewostronną. Chory narzeka na ogromne osłabienie wzroku: nie znajduje drogi do mieszkania swego, myli się często, wchodząc do sąsiada, nie zna rozkładu pokoiów, rzadko trafia do drzwi, wchodzi często do otwartej szafy, w tramwaju nie widzi, czy drzwi są rozwarte, czy też zamknięte, u lekarza, którego odwiedza kilkanaście razy, nie poznaje gabinetu i poczekalni, siada prawie zawsze nie na swoim krześle, wchodzi często nie do swojego łóżka, ściany maca jak niewidomy, buty wkłada zawsze błędnie, t. j. prawy but na lewą nogę, ubiera się bardzo niezgrabnie, często nie potrafi włożyć krawata lub kołnierza, liter i słów nie poznaje, pisać nie potrafi nawet własnego nazwiska, zliczyć 10 krzyżyków, na papierze narysowanych, nie umie, gdyż ich wyraźnie nie widzi i nie rozróżnia. Świadomość stanu swego zachował najzupełniej. Brak mań kuctwa, afazy, ślepoty barw. W ciągu ostatnich kilku tygodni stan chorego poprawił się znakomicie. Aleksya i agrafia znikają stopniowo, a objawy dezorientacji i ślepoty zmniejszają się z każdym dniem, możność wyobrażania i przypominania sobie danej przestrzeni jest coraz łatwiejsza. Analizując bliżej obraz kliniczny, Higier stwierdza obecność hemianopsji lewostronnej pochodzenia korowego, ślepotę duchową (cécité psychique) i apraksję ruchową obustronną, aleksję i agrafię. Ostatnie 3 objawy uważa za wtórne, zależne od ślepoty psychicznej. Tła anatomo-patologicznego należy szukać w zakrzepie prawostronnej tętnicy mózgowej tylnej. Zajęte są przedewszystkiem *fissura calcarina*, przylegający *cuneus* i *girus angularis*. Nie wykluczonem też jest zajęcie *tapeti* i *splenii corporis callosi*.

VII. H. Higier przedstawił przypadek psychozy amnestycznej Korsakowa (*type d'amnésie rétro-antérograde*, trwającej blisko 20 lat.

Pacjentka lat 56-u jest około 20 lat chora. W 6-ym miesiącu ciąży, nader ciężkiej z powodu ciągłych wymiotów, wy-

stąpiła prawie nagle chorobą obecną — po silnym rozstroju żołądkowym i bezpośrednio po jakimś napadzie zupełnej utraty przytomności, trwającym kilkanaście godzin, a robiącym wrażenie napadu histerycznego lub epileptycznego. Obecną chorobę najbardziej cechuje zaburzenie pamięci, mniej wyraźne teraz, niż przed laty, ale jeszcze dość rozwinięte, aby uczynić z pacjentki, dawnej gospodyni i zdolnej kupcowej, niedołączną ruinę.

Chora zapominała prawie całą swoją przeszłość, zarówno okres czasu, poprzedzający wspomniany napad, jak i po nim następujący. Zapomina po chwili wszystko, co się do niej mówi, nawet wtedy, kiedy się wszystkimi zmysłami stara zapamiętać. Zapomina fakty i ludzi, zapomina po kilku dniach o śmierci swoich najbliższych i krewnych, domu własnego jeszcze po roku niezupełnie pamięta, błądząc około niego, szukając sieni i drzwi. Chora zapomina prędko, nie potrafi odtwarzać i utrzymywać wrażeń i wyobrażeń, zwłaszcza wzrokowych, mimo budzenia za każdym razem uwagi, zainteresowania, wytwarzania licznych asocjacji, ułatwiających przypominanie, a rozluźniania kojarzeń przypadkowych. Skłonność do pokrywania braków pamięciowych rozwlekłymi, jowialnymi opowiadaniem. Dysmnezye i paramnezye. Konfabulacje przy braku urojeń. Zupełna świadomość choroby. Nastroj apatyczny. Rozumie wszystko, widzi i słyszy dobrze, poznaje przedmioty i ich sposób użycia. Brak porażeń, dysfazyi, hemianopsyi. Alkoholizmu i objawów zapalenia nerwów nie było. Dużo objawów histerycznych, jak: *globus*, *hemihypaesthesia*, bardzo żywe odruchy ścięgnowe, zwężenie pola widzenia koncentryczne, od czasu do czasu napady histeryczne *H i g i e r* dowodzi, że wobec tylko co wspomnianych objawów histeryi, napadu histerycznego, poprzedzającego tę *amnésie retroantérograde*, wobec braku objawów alkoholizmu i zapalenia nerwów, rodzi się myśl, że cała choroba jest pochodzenia czynnościowego. Atoli bliższa analiza poszczególnych objawów: 1) upośledzenia zdolności spostrzegania 2) braku orientacji, 3) konfabulacji zależnych od braku możliwości zapamiętywania wrażeń, przemawia za tem, że histerya współlistnieje z psychozą amnestyczną Korsakowa.

Aby wszelkie konfabulacje były zależne, jak dezorientacja, wyłącznie od zaburzeń w zdolności spostrzegania i zapamiętywania, trudno się zgodzić wobec faktu, że nie rzadko zuikają, *pomimo* że upośledzenie zdolności zapamiętywania w dalszym przebiegu choroby pozostaje niezmiennym. Streszczając się, *H i g i e r* zwraca uwagę na błędność powszechnie panującej definicyi choroby *K o r s a k o w a*, która dawniej koniecznie obejmowała zapalenie nerwów rozsiane, a obecnie jako

niezbędne ogniwo wciąga alkoholizm. Stąd też powstaje zdanie poważnych klinicystów (Kraepelina, Bonhoeffera) o bardzo złej prognozie i nieuleczalności. Dotyczy to wyłącznie alkoholików, u których choroba zazwyczaj się rozwija na tle psychopatii degeneracyjnej w wieku arteriosklerozy wczesnej mózgu.

Pamiętać należy o tej rzadkiej i trudno rozpoznawalnej autointoksykacyjnej postaci choroby, która zaczyna się błyskawicznie od utraty przytomności i drgawek padaczkowych, daje ostry białkomocz i kończy się względnie pomyślnie. Rozpoznanie zwykle brzmi w tych razach: mocznica lub udar mózgowy. Godną zaznaczenia jest w omawianych przypadkach pewna elekcyjność zaburzeń intelektualnych: cierpi wyłącznie pamięć, czasem przeważa zaburzenie pamięci wzrokowej nad słuchową, tu i owdzie amnezja retroaktywna oszczędza szczególnie dział nabytych wiadomości. W zakończeniu Higier przytacza kilka takich przypadków z własnej obserwacji. Nowsze badania anatomo-patologiczne stwierdzają sprawę zapalną w dolnych warstwach kory mózgowej.

[Streszczenie własne].

A. Sokołowski wygłosił rzecz p. t. „O mięsaku pierwotnym płuca oraz parę uwag w sprawie rozpoznawania złośliwych nowotworów płuciopłucnej“. S. zaznaczywszy przedewszystkiem rzadkość pierwotnych nowotworów złośliwych płuc (wogóle około pół % z ogólnej ilości autopsji wielkich szpitali), opisuje własny przypadek pierwotnego mięsaka, który występuje jeszcze rzadziej niż raki (około 50 przypadków, spostrzeganych dotychczas w ogólnej literaturze). 58-letni kowal uskarżał się na uparty ból w prawym boku, trwający od pół roku. Kaszlał i pluł niewiele. W ostatnich miesiącach wystąpiło stopniowe chudnienie i upadek sił. Przy badaniu w szpitalu na oddziale S. znaleziono z tyłu z prawej strony, poczynając od grzebienia łopatki do kąta tejże, stępienie o nieregularnej formie, tamże oddech słaby. Chory gorączkował umiarkowanie, 37 do 38,5, w płwocinie łaseczników nie wykryto. Próbną punkcją wykryła nieco płynu ropiastego. Chory zmarł po 3-tygodniowym pobycie w szpitalu przy stopniowym upadku sił i stałej skardze na ból z prawej strony. Sekcja wykazała w okolicy wnętrza płuca prawego nowotwór miękki białawy wielkości dłoni. Badanie histologiczne wykryło *sarcoma globocellulare*. Znaleziono obok tego *bronchitis putrida* i znacznie powiększone gruczoły okołoskrzelowe. Rozpoznanie dokonano za życia ściśle na podstawie całokształtu objawów i analogii z podobnym przypad-

kiem, spostrzeganym przed kilku laty przez S. Trudniejsze rozpoznanie stanowią mięsaki umiejscowione w górnym zrazie, które dają podobieństwo do przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc, co autor uzasadnia również opisem przypadku tej kategorii, spostrzeganym w szpitalu przez siebie.

W trzeciej kategorii przypadków mięsaków, rozwijających się z punktem wyjścia z oskrzela, rozpoznanie jest b. trudne i nieraz nawet nie możliwe, a w większości przypadków sprawa bywa braną za gruźlicę płucną, gdyż towarzyszą zwykle tej sprawie uparte krwiopłucia, trwające nierazy całe lata, a nawet i gorączka. S. opisuje wysoce interesujący tej kategorii przypadek S c h e c h a z Monachium, oraz swój własny, wielce analogiczny do poprzedniego, w którym sprawa rozpoczęła się od objawów zwężenia oskrzela, trwała przeszło dwa lata bez wyraźnej lokalizacji, wywołując jedynie od czasu do czasu uparte krwiopłucie i peryodyczną nietypową gorączkę. Dopiero w trzecim roku wystąpił wyraźny naciek w górnym zrazie płucnym. Wtórne mięsaki płuc występują o wiele częściej jako przerzut sprawy sarkomatycznej w innych organach (sutki u kobiet, kości, jądro i t. p.). S. opisuje ciekawy przypadek nacieku w dolnym zrazie prawego płuca u 23-letniego żołnierza, w parę tygodni po usunięciu jądra dotkniętego mięsakiem. Sprawa przebiegała ostro z wysoką gorączką, przypominając sprawę gruźlicze serowate. Rozpoznano mięsak za pomocą aspiracji nasięku, w którym wykryto sarkomatyczne komórki. Dalej S. pokazuje rentgenogram pierwotnego guza płuca wielkości kurzego jaja, który rozwinął się na linii pachowej w następstwie ostosarkomatu trzeciego żebra, a dawał objawy upartego bólu międzyżebrowego. Również opisuje S. przypadek mięsaka płuca, rozwiniętego w następstwie mięsaka gruczołów pachowych, a który został wyleczony niemal doszczętnie po naświetlaniach rentgenowskich. Nawrót jednakże nastąpił w kilka miesięcy później. Dalej S. zastanawia się bliżej nad rozpoznaniem złośliwych nowotworów płuc wogóle (raki, mięsaki) na podstawie 20-u szczegółowo przez siebie spostrzeganych w ciągu ostatnich kilku lat przypadków, w których wszędzie dokonywane było prześwietlenie klatki, demonstrując odpowiednio ułożoną tablicę.

Rozpoznanie bywa nieraz bardzo łatwe (nowotwory w dolnych odcinkach płuc), kiedyindziej znowu dosyć trudne (rozwijające się centralnie lub idące z oskrzela). Rozpoznanie opierać należy na całokształcie krytycznym objawów fizykalnych, podmiotowych i przebiegu. Rozpoznanie ułatwiają dwie nowoczesne metody badania, t. j. rentgenologia i bronchoskopia,

które to metody w stosunku do rozpoznania nowotworów omawia autor szczegółowo. Po trzecie badanie płwociny może tylko wyjątkowo wykryć raka. Znajdowanie laseczników potwierdza gruźlicę, chociaż bywają przypadki mieszane raka i gruźlicy. A wielce charakterystyczny przypadek tej kategorii, spostrzegany szczegółowo, opisuje autor i demonstruje odnośny preparat. Opisywanemu przez Lenharta tłuszczowemu zwyrodnieniu komórek, napotykanym jakoby stale w płwocinie osobników, dotkniętych rakiem płuca, nie przypisuje S. większego znaczenia. Dalej 8. opisuje szczegółowo symptomatologię i objawy przedmiotowe, opukiwanie, (wysłuchiwanie), napotykane w przebiegu raka płuca, a takowe same przez się, wedle autora, nie dają charakterystycznych danych.

Ważne znaczenie przypisuje szybkiemu chudnieniu i upadkowi sił. Nie zawsze istnieje brak gorączki. Często natomiast występuje gorączka stała lub czasowa nietypowa, zależna od wchłaniania nowotworu lub wtórnych powikłań (najczęściej ognisk bronchopneumonicznych). Odnośnie objawów fizykalnych streszcza się w ten sposób, iż wszędzie tam, gdzie przy jednoczesnym znacznym upadku stanu ogólnego pacyenta objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej mimo starannego badania nie mogą naprowadzić na jakieśkolwiek ściślejsze rozpoznanie, przypuszczać należy obecność złośliwego nowotworu. Wreszcie porusza autor sprawę radykalnego chirurgicznego leczenia nowotworów płuc, które jedynie we wcześnie rozpoznanych okresach może dawać pewne pomyślne wyniki, jak poucza doświadczenie lat ostatnich. Wreszcie przedstawia autor preparaty makroskopowe i mikroskopowe, tablice i rysunki.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi:

K i j e w s k i Fr. Jak widzimy, r o z p o z n a n i e nowotworów płuc nie należy do łatwych zadań, szczególnie jeżeli sprawa jest na początku swojego rozwoju. Stąd też i kwestya leczenia tych guzów przedstawia wiele do życzenia. Za pomocą 2 metod otrzymać możemy niekiedy wyniki dodatnie, t. j. na drodze operacyjnej za pomocą wycinania guza wraz z częścią płuca i przez stosowanie promieni Roentgena.

Resekcyja płuc z przyczyny nowotworu była przedsięwzięta w kilkunastu przypadkach; w pierwszych tych spostrzeżeniach tylko przy nowotworach wtórnych, przechodzących

z części otaczających, z klatki piersiowej. W 1908 r. w pracy „O resekcji płuc“ K. zebrał takich 18 przypadków, z których 6 skończyło się niepomyślnie. Przypominam tu spostrzeżenie *Gerulansa*—usunięcie znacznych rozmiarów guza wraz z całym płatem płuca, chory zmarł po 24 godzinach. W spostrzeżeniach zaś *Kroenleina* i *Müllera* operacje były wykonane dwukrotnie na jednych i tych samych chorych w odstępie 3—4 lat.

Lenhart z przytacza usunięcie guza rakowatego wraz z płatem płuca, zakończone pomyślnie. Przypadki podobne wskazują, że przy pewnych warunkach wyciwanie nowotworów płuc pomimo wszelkich trudności technicznych może mieć szanse powodzenia. Spodziewać się też należy, że zabieg ten stosowany będzie częściej.

Doświadczenie nas uczy, że naświetlanie promieniami Roentgena przynosi korzyści chorym z nowotworami płuc, gdyż następuje często bardzo zmniejszenie się guza oraz ustąpienie ciężkich objawów i chorzy przy tej metodzie postępowania czują się lepiej.

W ostatnich czasach miałem możność na moim oddziale stwierdzenia znacznej poprawy u chorych z guzami złośliwymi przy stosowaniu wewnątrzżylnej enzytoli z następczem naświetlaniem promieniami Roentgena. We wszystkich przypadkach otrzymałem poprawę, w niektórych nawet wybitną, guzy się zmniejszały, i te, które były zaliczone jako nie nadające się do operowania, można było usuwać.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes *A. Puławski*.

Pomocnik Sekretarza *Tad. Jaroszyński*

Posiedzenie kliniczne z dnia 5 maja 1914 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 59, gość 1.

Przewodniczący: Wiceprezes *A. Puławski*.

- T r e ś ć.** 1. *W. Kowalski*. Phlebogramy przy wadach zastawki trójdzielnej.
2. *Z. Askénazy*. Nowy pogląd na leczenie biochemiczne zaparcia nawykowego u kobiet.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Sekretarz stały zawiadomił, że na konkurs imienia *L. Konitza* nadesłał kol. *S. Cykowski* pracę p. t.: „Kleszcze porodowe wysokie“.

III. Wiceprezes powitał gościa *Gorazdowskiego*.

IV. *Wacław Kowalski* wygłosił rzecz p. t.: „Phlebogramy przy wadach zastawki trójdzielnej“. *K.* przedstawia phlebogramy, pochodzące z 5 przypadków ze zmianami zastawki trójdzielnej. Mówca posiłkował się sposobem odczytywania krzywej tętna żylnego, podanym przez *MacKenziego*. Na wstępie więc odczytu swojego wyjaśnia, na czym sposób ten polega, omawiając szczegółowo znaczenie poszczególnych wzniesień i wgłębień krzywej tętna żylnego. Krzywa ta zawiera trzy wzniesienia:— *a*, *c*, *v* i dwa wgłębienia:— *x*, *y*. Mają one następujące znaczenie: wzniesienie *a* zależy od skurczu przedsionka; wzniesienie *c* jest wyrazem odbicia się fali krwi podczas zamknięcia się zastawki trójdzielnej, poczem rozpoczyna się skurcz komory, którego projekcją na krzywej jest odcinek krzywej od *c* do połowy wierzchołka wzniesienia *v*, poczem następuje rozkurcz serca; tej fazie odpowiada ramię zstępujące wzniesienia *v*. Co się tyczy odcinka krzywej od *a* do *c*, to ma on być projekcją: 1) skurczu przedsionka, 2) przejścia bodźca z przedsionka na komorę, 3) wreszcie krótki przeciąg czasu od zamknięcia zastawki trójdzielnej do otwarcia zastawek tętnicy płucnej. Następnie mówca omawia różne nieprawidłowości w zachowaniu się krzywej tętna żylnego. Tu przedewszystkiem wspomina o wynikach otrzymanych przez *Bondiego* i *Müllera* w przypadkach doświadczalnie wywoływanej niedomykalności zastawki trójdzielnej. Krzywa, otrzymana w tych razach, wykazywała bardzo wyraźnie zarysowane wzniesienie *v* przy jednoczesnym braku wzniesienia *a*.

Takie same krzywe otrzymał Mackenzie u chorych z rytmem węzłowym i z niedomykalnością zastawki trójdziałnej.

Dalej Kowalski opisuje typ krzywej tętna żylnego, który otrzymywał osobiście w przypadkach przewlekłej niedomykalności zastawki trójdziałnej: na krzywej obecne były dwa wzniesienia *a* i *v*, przy czem wzniesienie *v* było duże i zawsze występowało znacznie wcześniej niż w warunkach normalnych, a mianowicie było obecnym już w tem miejscu, gdzie na normalnej krzywej znajduje się wzniesienie *a*. Doświadczalnie Cushny i Lewis stwierdzili również, że skurcz komory może się zaczynać jednocześnie ze skurczem przedsionka, a nawet o $\frac{1}{10}$ sekundy wcześniej. Po tych wyjaśnieniach przechodzi Kowalski do opisu 4 własnych przypadków niedomykalności zastawki trójdziałnej organicznego pochodzenia z jednoczesnym zwężeniem ujścia żylnego prawego, powikłanych w 2 przypadkach niedomykalnością zastawki dwudzielnej oraz zwężeniem ujścia żylnego lewego, w 2 zaś innych przypadkach taką samą wadę zastawki dwudzielnej połączoną z niedomykalnością zastawek tętnicy głównej, spowodowaną przez *endocarditis valvularum retrahens aortae* w 1-ym przypadku, oraz przez *endocarditis verrucosa v. aortae* oraz zapaleniem wrzodziejącym ścianki przedsionka lewego, przepelnieniem całego przedsionka skrzepem przyżyciowym, co spowodowało znaczne rozszerzenie przedsionka lewego w 2-im przypadku. We wszystkich tych przypadkach wzniesienie *v* występuje wcześniej, niż normalnie, przy czem przed nim wszędzie jest obecny wzniesienie *a*. Oprócz powyższych przypadków mówca przytacza również jeden przypadek niedomykalności zastawki trójdziałnej pochodzenia czynnościowego, powstałej wskutek niedomykalności zastawki dwudzielnej ze znacznym zwężeniem ujścia żylnego lewego (*stenosis v. mitralis*). W ostatnim przypadku na krzywej widoczne są również dwa wzniesienia: *a* i *v*, lecz zajmują one to samo miejsce, na którem znajdują się zwykle na normalnej krzywej. W pierwszych dwóch przypadkach wzniesienia *a* i *v* były bardzo dobrze wyrażone, co upoważniało mówcę do przypuszczenia, że są one wyrazem przerostu mięśnia; słuszność tego przypuszczenia potwierdziły w zupełności wyniki badania pośmiertnego. W zakończeniu więc Kowalski zaznacza, że dobrze wyrażone wzniesienia dowodzą przerostu mięśnia sercowego; (przypadki Nr. I i II i w Nr. IV wzniesienie *v*); brak zaś wzniesienia *a* ma być dowodem rozszerzenia przedsionka; słabo wyrażone wzniesienia *a* i *v* według mówcy przemawiają za rozszerzeniem przedsionka i komory bez znaczniejszego przerostu mięśnia sercowego.

{Streszczenie własne}.

W dyskusji:

a) Władysław Janowski wyjaśnia szczegółowo powstawanie każdego załamka na normalnej krzywej żyłnej. Za pomocą szeregu rysunków, rysowanych kolejno pod normalną krzywą żylną, wykazuje, że tętno, zwane komorowem, powstaje ze zwykłego przez coraz większe przesunięcie na lewo fali V . Objasnia szczegółowo, dlaczego fala A zostaje przy tętnie komorowem zachowana, tak że obecność jej absolutnie rozpoznania tętna komorowego nie wyklucza. Fali tej brakuje często pozornie w stałej nieumiarowości w sercu (*arrythmia perpetua*). Ale i wtedy badanie elektro-kardjograficzne wykazuje, że skurcze przedsionka nie ustają, lecz są tak słabe, iż przedsionek trzepocze i, zamiast jednego wydatnego załamka, daje na krzywej elektro-kardjograficznej szereg drobniutkich ząbków, których zwykła krzywa żylna nie jest w stanie wykazać. Prawdziwe znikanie załamka A ma miejsce przy tętnie węzłowem, przy którym, wskutek jednoczesnego kurczenia się przedsionka i komory, zęby A i V zlewają się w jeden. Ale to nie ma już nic wspólnego z niedostatecznością zastawki trójdzielnej. Rozpatrując po powyższych wyjaśnieniach krzywe kol. Kowalskiego, z których trzy J. uważa za wyjątkowo piękne, Janowski jest zdania, iż krzywe te powstały w sposób zwykły wskutek znacznego zastoju krwi w przedsionku. Tłumaczenie ich, podane przez prelegenta, Janowski uważa za pozbawione podstawy. J. sądzi poza tem, że mylnem jest zdanie prelegenta, jakoby na zasadzie krzywej żyłnej można było odróżnić niedostateczność zastawki trójdzielnej względną od organicznej, lub rozpoznawać, które części serca są przerosłe. Nowsze bowiem badania kliniczne i doświadczalne dowiodły niezbicie, że tętno komorowe dowodzi tylko wielkiego zastoju krwi w przedsionkach i że nawet niedostateczność zastawki trójdzielnej można na jego zasadzie rozpoznawać dopiero wtedy, o ile za tem rozpoznaniem przemawiają jeszcze inne metody badania klinicznego. [Streszczenie własne].

b) W odpowiedzi Janowskiemu Kowalski wyjaśnia, że objaśnienie Janowskiego co do kwestyi, jak rozwija się normalna krzywa tętna żylnego, jest wyrazem poglądu Barda. Stwierdza również, że w książce, wydanej w tym roku, Martinet wzgórek a nazywa przedskurczowym, wzgórek v poskurczowym, wzgórek zaś c skurczowym.

Jednak zaznacza, że dla celów praktycznych w klinice sposób odczytywania krzywej tętna żylnego, podany przez Mackenziego jest najodpowiedniejszy, gdyż tu mamy punkt

wyjścia, skąd zaczynać czytać, mamy wskazówki, czem się kierować w dalszem czytaniu krzywej tętna żylnego. Zdarzają się odchylenia od normy, zależnie od zmian w czynności serca, ale ogólnie wiemy, gdzie jaki wzgórek powinien się znajdować i jak go szukać.

Następnie K o w a l s k i stwierdza, że jednak wzgórek *v* w przypadkach przewlekłej niedomykalności zastawki trójdziennej organicznego pochodzenia występuje wcześniej. Sam J a n o w s k i, rozwijając pogląd Michała Zielińskiego rysował wzgórek *v* coraz wcześniej; — zresztą twierdzenie to zgodne jest z doświadczeniami C u s h n y i L e w i s a, którzy wcześniejsze występowanie wzgórek *v* wykazali za pomocą elektrokardiografu. Widać zupełnie wyraźnie na samych krzywych, zebranych przez mówcę, że wzgórek *v* występuje już w tych miejscach krzywej, gdzie w fizjologicznych warunkach czynności serca na krzywej występuje wzgórek *a*.

[Streszczenie własne].

V. Z y g m u n t A s k e n a z y wygłosił referat p. t.: Nowy pogląd na leczenie biochemiczne zaparcia nawykowego u kobiet. „Przykładem leczenia osmotycznego w codziennem zastosowaniu jest np. okład Priessnica, którego oddziaływanie na narządy wewnętrzne było dotąd poniekąd zagadkowe. I okład ten, i zabiegi wodolecznicze, jako też wszelkie niewłaściwie nazywane „derivantia“, (gorczyca, bańki suche, nalewka jodowa i t. p.) bynajmniej nie „odwodzą“ przekrwienia w zaburzeniu narządów wewnętrznych, lecz przeciwnie doprowadzają do nich sztucznie wywoływane na skórze przekrwienie. Albowiem korelacja, sympatya odbywa się również zewnątrz ku wewnątrz i narząd wewnętrzny zawsze odpowiada przekrwieniem na jakąkolwiek podniecię, wywołwaną na odnośnym odcinku skóry. Tak samo oddziaływa np. miesięnie, kąpiel węglowodorkowa, w której ponadto CO₂, rozpuszczając się w lanolinie natłuszczającej naskórek, przenika skórę i, wywołując przekrwienie także pod skórą, rozprowadza krew i działa wprost na protoplazmę. Ponieważ najnowsze badania zaprzeczyły istnieniu ośrodków naczynioruchowych w korze mózgowej i nikt dotąd nie udowodnił splotów nerwowych w błonie wewnętrznej lub w warstwie mięśniowej naczyń, upada hipoteza o wyłącznym wpływie CO₂ na zakończenia nerwów skórnych i na ośrodki mózgowe, a stąd wywoływanie przekrwienia skóry.

Roztwór 0,9⁰/₀ soli kuchennej wcale nie odpowiada optimum fizjologicznemu, bo nie odpowiada w zupełności równowadze izotonii w surowicy, zwłaszcza pod względem koloidowochemicznym. U osób wrażliwych roztwór ten po wstrzyknięciu nierzadko powoduje wzmożone pobudzenie wegetatywnego ukła-

du nerwowego, przemijającą moczówkę cukrową, zmętnienie błony wewn. naczyń, nawet mięśnia sercowego, zaburzenie odżywcze nerwów skóry, a u dzieci (osesków) ponadto podwyższoną ciepłotę. Roztwory zaś stosowane o słabszem zgęszczeniu, albo jeszcze bardziej nieuzasadniona woda przekroplona (w zakażeniu połogowem), jako hipotoniczne, nawadniają surowicę i komórki, stąd pęcznienie krwinek, przejście barwika do surowicy i fagocytoza maleje, (ponadto woda przekroplona odciąga sole dla życia ustroju niezbędne). Dlatego jest wskazaniem uzupełnienie kompozycji: KCl 0,02% i Ca Cl 0,02%, jako jonami antagonistycznymi, równoważącymi pod względem koloidowo-chemicznym szkodliwy w ustroju wyczerpanym jon sodu, wywołujący właśnie objaw podobny do tężyczki i cukromocz, gdy jest ubytek wapna i potasu.

Jak nieodzowny jest dla ustroju harmonijny stosunek we krwi, dowodzi, że wszystkie procesy życiowe polegają na wpływie znajdujących się w surowicy kationu wodoru i anionu wodorotlenku na koloidy i zaczyny, i one wszystkie są w zależności od neutralnej stałości w surowicy i stosunku do krystaloidów, jako jonów elektrolitów, od których wielce zależy czynność tkanek.

Na tej podstawie prawie absolutnego stosunku izojoni H i OH w surowicy mamy wyjaśnienie, dlaczego upada hipoteza o zakwaszeniu krwi kwasem moczowym, dlaczego jest nieuzasadnionem leczenie dny alkaliami, wodami alkalicznymi, litowemi, urycedyną, piperazyną, solurolem, sidonalem, urotropiną, cytryną, lub przeciwnie kwasem solnym. Już geneza tworzenia się kwasu moczowego, już cecha chorobotwórcza tej sprawyoczynowej, w której jest zwolnione i tworzenie, i niszczenie, i wydalanie, już fakt cechujący dnę, iż mimo długotrwałej diety, wolnej od puryny, kwas moczowy stale i trwale pływa we krwi, a jednak mimo wahań nie wpływa to na zmianę izojonii H i OH we krwi. Chyba że sztucznie wywołane zatrucie kwasem, chyba że jest moczówka cukrowa, śpiączka, w której jest wskazaniem leczenie śródżylne wapnem.

Również upada hipoteza o podwyższeniu ciśnienia krwi, gdy jest wzmożona lepkość krwi, dopóki niema wyczerpania serca i naczyń, niema dekompensacji. Gdy jednak wrodzony mechanizm regulacyjny, koloidowo-chemiczny, odmawia posłuszeństwa np. w schorzeniu nerek, serca, zapaleniu płuc, gdy istnieje sinica i wyczerpanie, leczenie osmotyczne pod postacią upustu krwi lub wstrzyknięcia roztworu izotonicznego przywróci równowagę osmotyczną w ustroju.

Jest rzeczą bezsporną, iż magazynowanie CO₂, zastój, powoduje

podwyższone ciśnienie krwi; a jednak upada hipoteza o podwyższonym albo obniżonym ciśnieniu pod wpływem kąpeli węglowodorowej lub borowinowej, siarczanej. Z zachowania się ciśnienia krwi nie zawsze wnosić można o sprawności serca, a zmieniająca się czynność naczyń i wahania osmotyczne ludzi mogą rzekomo zmiennością w kierunku ciśnienia krwi. Wszak bywają osoby t. zw. emocyjne, tak łatwo reagujące podwyższonym ciśnieniem, i bywają osoby z nieprawidłową indywidualnie wrażliwością w krążeniu, ujawniającą się w ciśnieniu i uderzeniu tętna. A temperament odwrotny, wiek, Basedow, Addison, objawić się mogą obniżonym ciśnieniem.

Jeżeli w stwardnieniu tętnic wzmożona lepkość krwi odpowiada podwyższonym ciśnieniem krwi, to Romberg dowodzi, że 90% arteriosklerozy trzewiowej ujawnia się bez podwyższonego ciśnienia krwi i właśnie ta trzewiowa arterioskleroza jest najczęstszą i najczęściej niepoznawaną, bo jej tłem jest najczęściej nie starość, nie zużycie, lecz intoksykacja, infekcja.

Skoro wszystkie komórki, narządy zespala altruizm, (bo nawet kopciuszek tkanka łączna odgrywa rolę w wymianie materii), to szczególnie nerki spełniają pracę osmotyczną, wyrównującą koncentrację surowicy, zapobiegającą hipotonii w ustroju, zwalniającą od hipertonii. I właśnie Abderhaldenu wskazuje na tę czynność nerek osmotyczną, gdyż ona tylko tłumaczy i wyjaśnia tyle chorób, tyle skaz, ile że wykazuje cały szereg zaczynowego oddziaływania rozszczepiającego białko; i nerki wydalają zaczyny tak samo, jak wydalają inne końcowe produkty rozpadowe. A więc myśl przewodnią Abderhaldena ująć można w kilku słowach, t. j. że skoro w nerkach znajdujemy zaczyny—enzymy, to przyjąć można, iż narząd chory, czy podrażniony (np. w ciąży) oddaje krwi, oprócz fizyologicznej wydzieliny swojej, także inne materje, które zwykle nie dostają się do krwi, więc enzymy. I tym badaniom zaczynów odpowiada teoria odczynów, że chwytniki z powodu nieprawidłowej podniety uodpornienia z komórek przechodzą do krwiobiegu, jako niweczniki.

Na grze osmotycznej polega Hamburgera objaw rozpoznawczy kryoskopowy dla schorzenia nerek.

Na grze osmotycznej polega leczenie przepłukiwaniem ustroju, albo odwodnieniem i głodówką, —i polega na tem zachowawcze leczenie ginekologiczne, np. tampon, Anvard, Pinkus, Polano, sucha para, Thure Brandt. Woda mineralna wprowadzona do żołądka — (zależy od koncentracji), podobnie jak pokarm jakiś — (zależy od indywidualizmu, od ciepłoty strawy K e j c h m a n) tak długo zalega w żołądku, i kwas solny i za-

czynny dopiero wtedy się wydzielają, gdy miazga lub roztwór wody zbliżą się do izosmozy, t. j. do punktu marznięcia, jaki posiada kwas solny — $0,45^{\circ}$. Tak samo następuje izosmoza w jelicie.

Jak słusznie twierdzą Boas, Rejchman, Strauss, nie powinna być uznawaną granicą między formami dualistycznymi zaparcia stolca nawykowego, jakie podał Fleiner, który twierdzi, że w zaparciu stolca istnieje silniejszy ruch wsteczny w okrężnicy proksymalnej, stąd nadmiernie spotęgowane haustralne przewężenia i nieprawidłowo wzmożone zagęszczanie kału. W następstwie długotrwałego rozdęcia kałem częściowych odcinków okrężnicy wytworzyć się może częściowe zwiotczenie, atonia (*typhlatonia—typhlostasa—proktosigmoidstaza* Straussa). Przeciwnie Schmidt twierdzi, że tłem zaparcia przewlekłego jest atonia, a hipertonia następstwem, np. kurcz po długotrwałej, jednostronnej (jarskiej) dyecie, albo po zbyt częstych ławatywach, zwłaszcza b. chłodnych lub z dodatkiem mydła, gliceryny, oliwy. Magnus dowiódł w przezroczu Roentgena, że każda ławatywa i ze zwykłej wody wywołuje kurcz kątniczo-okrężniczy. Albo, jak Schmidt powiada, pierwszą podniecią spastycznego zaparcia stolca, jako kompensacyjnego, jest poprzedzająca biegunka przewlekła, i że *appendicitis* nie jest wcale w zależności bezpośredniej od zaparcia stolca.

Skoro utrudnienie wypróżnień w niedosprawności tłoczni brzusznej, przepony i dna miednicy u kobiet, albo niedostateczna ilość spożywanego pokarmu z powodu obniżenia uczucia głodu, stąd niedostateczne tworzenie kału, albo zbyt skąpe a prawie regularne wypróżnienia, nie mogą być nazwane zaparciem nawykowym, również u osób, wiodących życie siedzące, gdy zbyt skąpe bywa wydzielanie gruczołów trzustki, jelit, wątroby (Rejchman), to z drugiej strony t. zw. indywidualizm chłonięcia, gdy także celuloza bywa w jelicie cienkim zbyt dokładnie wchłoniętą, powoduje, iż do okrężnicy proksymalnej dostaje się zbyt mało treści, by tworzyło się sporo kału, i ten moment jest bardzo częstym obrazem zaparcia stolca nawykowego.

W najnowszych czasach coraz częściej bywa rozpoznawaną formą hipertoniczną zaparcia. I ta właśnie jest najczęściej tłem czynnościowym zaparcia stolca u kobiet, a więc nie atonia, lecz przeciwnie hipertonia okrężnicy, i to albo z przyczyny nerwowej (neurastenia, hipochondrya, histerya, samogwałt, spółkowanie przerywane, pochwica, rozpadlina odbytnicy, krwawnice), albo powikłanie w szeregu chorób płciowych,

w zastojach, zaburzeniach, stanach zapalnych (endometritis, urethritis, wysięk, zmiana położenia np. tylne i boczne pochylenie, ty ozgięcie, zrosty, blizny np. po adnexo i appendektomii.

U kobiet zastanawia etyologicznie tak częste wikłanie za palenia przydadków macicy z zap. wyrostka robaczkowego, który z upodobaniem gości w zatoce Douglasa, sprawa zapalna (ropna) może naprzemian zajmować pierwotnie poszczególne narządy. Podobnie *sigmoiditis* jest często przyczyną np. *parametritidis Freundi*. W leczeniu zaparcia nawykowego rozstrzyga jedynie indywiduizm. W każdym razie leki czyszczące są przeciwwskazane.“ [Streszczenie własne.]

W dyskusyi:

a) Rejchman zaznacza, że dzielenie nawykowego zaparcia stolca na atoniczne i spastyczne, jakto uczynił prelegent, bynajmniej nie wyczerpuje całej obszernej patogenetyki tego cierpienia. Bywają przecież inne sposoby powstawania przewlekłego zaparcia stolca, nawet po wyłączeniu bardzo dużej grupy powszechnie znanych przyczyn mechanicznych. Nie mogę, z powodu spóźnionej pory, wdawać się w szczegółowe rozważanie tej kwestyi, ale wspomnę pokrótce o dwóch bardzo często napotykanych formach zaparcia stolca, których nie można uważać ani za atoniczne, ani za spastyczne, mianowicie: zaparcie stolca, powstające skutkiem wytwarzania się bardzo małej ilości kału, i zaparcie stolca, powstające skutkiem siedzącego trybu życia; ta ostatnia postać zaparcia stolca niewątpliwie rozwija się skutkiem zaburzeń w obiegu krwi w przewodzie pokarmowym i, co jeszcze ważniejsze, skutkiem złego funkcjonowania wątroby (wydzielanie niedostatecznej ilości żółci). [Streszcz. wł.]

b) Askenaży zaznacza, że bodźcem właśnie do jego sprawozdania były prace naszych autorów, zwłaszcza w tym kierunku (co do zaparcia stolca i oddziaływania wód) pouczające prace Rejchmana. Oto zupełnie zgodnie z R., jest zdania, że podobnie jak podział niedokrwistości na pierwotną i wtórną, jest nieuzasadniony, również podział zaparcia stolca na atoniczną i spastyczną formę jest bezcelowy, jak to właśnie Rejchman podnosi w dyskusyi, ile że trudno rozstrzygnąć, która z tych form stanowczo jest pierwotnem tłem czynnościowem. Jako pogląd nowy mówca chciał to podnieść, iż u kobiet ujawnia się przeważnie spastyczna forma zaparcia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes A. Puławski.

Pomocnik Sekretarza T. Jaroszyński.

Posiedzenie kliniczne z dnia 19 maja 1914 roku.

Członków obecnych na posiedzeniu 54, gość 1.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

- Treść: 1) *W. Szczawińska*. Beztlenowce i ich udział w patologii ludzkiej.
2) *J. Jaworski*. O zmianach serca podczas ciąży.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego przeczytano i przyjęto.

II. Prezes odczytał zawiadomienie od Zarządu o darach, które otrzymało Towarzystwo Lek. Warszawskie:

1) za pośrednictwem kol. *Lebensbauma* — od rodziny zmarłego członka Towarzystwa, *Ludwika Chwata*, księgozbiór lekarski tegoż, zawierający 86 dzieł w 145 tomach;

2) od kol. *Konrada Dobrskiego*, członka honorowego i skarbnika — kompletny zbiór pamiętnika *T. L. W.* do roku 1910 włącznie, — egzemplarz dobrze zachowany w pięknej oprawie.

3) od kol. *Ludwika Paszkiewicza*, zarządzającego Pracownią Towarzystwa — 7 dzieł w 17 tomach.

Prezes podniósł wartość darów, otrzymanych przez Towarzystwo, zaznaczając, że zwłaszcza cenną jest ofiara kol. *K. Dobrskiego* i nader pożądaną dla Biblioteki.

III. Prezes odczytał zaproszenie *T. L. W.* przez Towarzystwo Lekarzy ziemi Lubelskiej z racji uroczystego posiedzenia, mającego się odbyć w dniu 30 maja, w przeddzień 2-go Zjazdu lekarzy prowincjonalnych w Lublinie. Prezes zawiadamia, że na posiedzenie to wybiera się prezydium Towarzystwa *L. W.* w osobach Sekretarza Stałego, Prezesa i Wiceprezesa.

IV. Prezes odczytał zawiadomienie o I Zjeździe Hygienistów Polskich, mającym się odbyć w dniach 19—22 lipca 1914 roku we Lwowie, i zaproszenie *T. L. W.* do wzięcia udziału w Zjeździe przez wysłanie delegata.

V. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa *Gorzdowskiego*.

VI. *W. Szczawińska* wygłosiła odczyt p. t.: „Beztlenowce i ich udział w patologii ludzkiej“.

W pierwszej części swego odczytu S. mówi o pracach P a s t e u r a nad pierwszym beztlenowcem, o ustaleniu przez tegoż uczonego podziału bakterii na tlenowce i beztlenowce, do którego L i b o r i u s wniósł dodatek przez wprowadzenie terminów „względne i bezwzględne“, wreszcie o znaczeniu beztlenowców jako fermentów, nadewszystko w fermentacjach gnilnych, w których, w zespole z tlenowcami, tak ważną odgrywają rolę w procesach rozkładu materii. Tenże charakter fermentów zachowują beztlenowce w organizmie ludzkim, jako czynniki zmian chorobowych.

W drugiej części S. po rozbiorze zasad, na których wspierała się dawna technika hodowania beztlenowców, przeszła do opisu techniki znacznie uproszczonej przez L i b o r i u s a — V e i l l o n a, przez T a r o z z i — W r z o s k a, polegającej na wprowadzaniu do zwykłych podłoży, jak agar, żelatyna, buillon, związków redukcyjnych, jak cukier gronowy w metodzie L i b o r i u s a — V e i l l o n a, albo tkanek zwierzęcych czy roślinnych, te związki zawierających, według wskazań T a r o z z i i W r z o s k a.

W trzeciej części swego odczytu S. mówiła o znaczeniu beztlenowców w organizmie ludzkim. W historii nauki o beztlenowcach, dotyczącej tego działu, S. rozróżniła dwa kierunki: jeden niemiecki, drugi francuski. Badania niemieckich uczonych dotyczyły głównie beztlenowców w powikłaniach septycznych ran, skaleczeń, złamań, a więc zawsze w tych samych chorobach, jak w obrzęku złośliwym (*Malignes Oedem*), w zgorzeli gazowej (*Gasbrand*), u zwierząt znów w *Rauschbrand*; dalej w botulizmie, wreszcie w tężcu. Wyrazem tego kierunku poszukiwań jest praca źródłowa Hiblera z 1908 r., obejmująca beztlenowce, wywołujące powyższe choroby. Tu S. przytoczyła przypadek obrzęku złośliwego, wywołanego przez *B. des malignen Oedems* G h o n — S a c h s a, który zakończył się śmiertelnem zejściem w 48 godzin po rozpoczęciu choroby pochodzenia urazowego.

Ogromna już dziś literatura francuskiej szkoły, zawarta głównie w monografiach, dotyczy beztlenowców żyjących u ludzi na skórze, w jamie ustnej, w przewodach uszu, w organach zewnętrznych aparatu moczopłciowego, w kanale kiszkiowym, gdzie szkoła wykryła obecność nowych gatunków beztlenowców w stanie normalnym. Wykazała ona dalej, że wśród tych beztlenowców większość należy do bakterii bardzo złośliwych, które jednak w organach przez się zamieszkiwanych wywołują zaburzenia lokalne natury ropnej, przeważnie o charakterze gnilnym, zaburzenia po większej części przewlekłe, ale nie przed-

stawiające swym przebiegiem żadnych poważniejszych objawów zagrażających życiu, jak: *otitis, mastoiditis, sinusitis*, próchnicę zębów, *bartholinitis, urethritis*; w kanale kiszki, choć badania tej szkoły, nie wykryły beztlenowców wywołujących zaburzenia swoiste, jak to ma miejsce dla tlenowców: *b. typh. abdom., b. dysenter., b. cholerae asiatic.*, zwróciły jednak uwagę na ważne punkty nierozstrzygniętej jeszcze kwestyi, mianowicie znaczenie bakteryi wogóle w przewodzie pokarmowym i w różnorodnych jego zaburzeniach w szczególności.

Badacze tej szkoły wykazali nadto, że beztlenowce z tych zewnętrznych ognisk przenikają do wnętrza organizmu, czy to przez powolne rozszerzanie się procesów ropnych, czy przerzutowo, dość że znajdowano je w zgorzelach płucnych, w wysiękach gnilnych opłucnej, w odmach, w jamach gruźliczych, w salpingitach, w zgorzeli włókniaków macicy, w naciekach dróg moczowych, w ropniach tychże dróg, w zapaleniach wątroby, w ropniach tejże, w angiocholitach, w zapaleniach ślepej kiszki, w zapaleniach wyrostka robaczkowego, otrzewnej, opon mózgowych, w ropniach mózgu. W wyżej przytoczonych sprawach chorobowych beztlenowce występują albo jako pierwszorzędne czynniki tych spraw, albo zaszczepiają się wtórnie, wywołując zmiany chorobowe sobie właściwe. Wykrycie beztlenowców w tej grupie chorób wyjaśniło wiele ciemnych punktów patogenezy. Tutaj S. przytacza znów jeden przypadek, ilustrujący zaburzenia chorobowe, wywoływane przez beztlenowce. W przypadku tym ogniskiem infekcyjnym pierwotnym było ucho, skąd beztlenowce dostały się do płuc. W ognisku pierwotnem beztlenowce wywoływały chroniczne ropienie, ujawniające się przewlekłym wypływem, który trwał przez trzy lata bez powikłań; w płucach też beztlenowce sprawiły rozsiane i zlokalizowane ogniska zgorzeli zakończone śmiertelnem zejściem. Zacytowany przypadek jest z tego względu ciekawy, że nie pozostawia żadnej wątpliwości co do związku między temi dwoma odległemi grupami ognisk infekcyi, bowiem u tegoż chorego wystąpiły ogniska pośrednie, znacząc drogę, jaką infekcyja się szerzyła, a więc *mastoiditis*, z ropowicą karku z jednej strony, i z *thrombo-phlebitis* zatoki bocznej, gdzie wzięły początek zatory septyczne, które wywołały zgorzel płucną.

Pobudką do tej grupy badań nad znaczeniem beztlenowców w organizmie ludzkim dał Veillon, dawny kierownik laboratorium klinicznego w szpitalu Enfants Malades, obecny kierownik laboratorium przy szpitalu Instytutu Pasteura. Towarzyszył mu w pracach liczny zastęp współpracowników, jak: Zuber, Hallé, Rist, Guillemot, Szczawińska i wielu innych.

Zmiany chorobowe, wywoływane w tkankach przez beztlencowce, w oświetleniu badań tej grupy uczonych, dają się streścić w sposób następujący: beztlencowce sprowadzają ropienia o charakterze bardzo wybitnym, z ropą różniącą się zasadniczo od dwóch innych gatunków ropy—*pus des abcès chauds* i *pus des abcès froids* — oraz zgorzeli.

Ropa w procesach ropnych wywoływanych przez beztlencowice składa się z płynu przezroczystego, najczęściej czekoladowej barwy. Zawiera ona kawałki narządów, jest cuchnąca, woni kału. Mikroskopowo zawiera trudne do rozpoznania elementy histologiczne, szereg proteinowych ziarnistości, a nadewszystko ogromną ilość różnorodnych bakteryi, „*vraie purée de microbes*“.

Zgorzel jest procesem chorobowym, specjalnie wytworzonym przez beztlencowce. Istnieją wprawdzie bakterye, powodujące martwicę tkanek, jak *b. diphther.*, jak *staphyl. aur.*, *streptoc. pyogen.*, ale nie zmieniają one natury chemicznej dotkniętych martwicą tkanek. Beztlenowce, jako prawdziwe fermenty, nie tylko zabijają elementy histologiczne, ale jeszcze wywołują w nich procesy gnilne, wytwarzające gazy i woń smrodliwą.

W niektórych procesach patologicznych beztlencowce występują pojedynczo; w większości jednak wypadków działają zbiorowo, albo z innymi beztlencowcami, albo z tlenowcami. Dlatego doświadczalnie nie można przez nie wywołać chorób prostych — *maladies simples*.

Beztlenowce wywołują nadto ogólną reakcję organizmu: stan tyfoidalny, zabarwienie żółciowe (*teinte subictérique*), *facies putride*; szybkie tętno z niską względnie temperaturą, wreszcie, jako objaw końcowy upadek czynności serca.

S. przedstawiła technikę hodowania beztlencowców według metody *Liborius — Veillon a i Tarozzi — Wrzowska*.

VII. **J ó z e f J a w o r s k i**, w odczycie p.t.: O z m i a n a c h serca i w mięśniu sercowym podczas ciąży, na wstępie wspomina o stosunku wzajemnym i wpływie obojętnym serca i narządów płciowych w okresie pojawiania się pierwszej regularności i w okresie przekwitowym u kobiet — wzmaganie się ciśnienia ze wszelkimi jego objawami, a rzadziej obniżanie się, t. z. *hyposthenia cardio-vasculosa climacterica*. Tem większy, potężniejszy wpływ na zmiany, nawet zaburzenia w krwiobiegu wywiera ciąża. Podczas ciąży następuje wzmożona praca serca z powodu: 1-o zwiększonej masy krwi, 2-o zwiększonych oporów w krwiobiegu z przyczyny włączenia krwiobiegu łożyskowego do ogólnego, co

powoduje zwiększenie ciśnienia tętniczego; powtórę, z przyczyny ucisku przez macicę ciężarną wielkich żył brzusznych; potręcie, z przyczyny zmniejszenia ruchów oddechowych klatki piersiowej. Drugim czynnikiem, który wpływać może na zmianę wielkości, często pozornej, a także położenia serca, jest jego stosunek do narządów sąsiednich, których położenie uzależnione znów bywa od ciężarnej macicy. Stopień uniesienia, wypuklenia przepony brzusznej wpływa na zmianę granic stłumienia sercowego. Dlatego z opuszczeniem główki do małej miednicy, górna granica stłumienia sercowego znacznie się obniża. Mówca przed podaniem własnych badań za pomocą reutgenoskopii, rozmiarów, objętości serca, a także jego położenia w końcowym okresie ciąży, przyłącza odnośne badania, w tym kierunku otrzymane przez innych autorów na drodze poszukiwań anatomo-patologicznych oraz klinicznych przez perkusję.

Pierwszy prowadził na drodze analogicznej badania (w 1826—1827 r.) L a r c h e r, którego praca stanowi epokę w kwestyi przerostu serca, t. z. fizyologicznego, podczas ciąży, uznawanego przez szkołę francuską, w przeciwstawieniu do większości autorów niemieckich, z G e r h a r d t e m na czele, którzy po większej części zaprzeczają, aby przerost taki istniał. Według L a r c h e r a grubość ścianek komory lewej serca pod koniec ciąży i przez pewien czas po porodzie powiększa się o $\frac{1}{4}$, a nawet o $\frac{1}{3}$ poprzedniej grubości swojej, D u e r e s t na podstawie 100 przypadków kobiet, w wieku 20—30 lat „*mortes en couches*“, podał wymiary lewej komory, której grubość wyniosła przeciętnie 15 mm. czyli, że cyfra ta przewyższa grubość, przeciętną nie podczas ciąży o 5 mm.

B l o t ważył serca 20 kobiet zmarłych podczas porodu i ciąży, a waga przeciętna wykazywała: 291 grm. 85 centygram, gdy u kobiety młodej, nieciążarnej, serce waży nie więcej niż 220—230 grm. Stąd wniosek, że serce pod koniec ciąży powiększa się więcej niż o $\frac{1}{5}$ wagi całkowitej.

Gerhardt na podstawie badań za pomocą perkusji (4-y przypadki) wnioskuje, iż objawy przerostu serca podczas ciąży zależą od podniesionej przepony, wskutek czego serce się styka ze ścianą klatki piersiowej bliżej i na znaczniejszej przestrzeni, co daje powiększony obszar tępości. Jest to pogląd, który tylko w sposób odmienny formułują obecnie niektórzy klinicyści niemieccy z H e r t z e m na czele, że powiększenie serca podczas ciąży bywa pozorne, zależne od zmian, warunkowanych ograniczeniem przestrzeni, otaczających serce, głównie ugniecionej i napiętej przepony, co powoduje nieodpowiednie przemieszczenie serca (H e r z b e e n g a n g). Mówca przytacza

jeszcze poglądy D u r o s i e z a, L e t u l l a, P o r a k a, L o e h l e i n a, nareszcie, M ü l l e r a i D r e y s e l a. Ci ostatni oznaczyli względną wagę serca, t.j. że 1 kilogr. wagi ciała ciężarnej odpowiada 4,99 grm. wagi serca i że przerost serca podczas ciąży bywa proporcjonalny do dodatkowej wagi ciała w tym okresie życia kobiecego. Według wyliczenia tego powiększenie serca w końcu ciąży wyraża się cyfrą otrzymaną od pomnożenia 5 na 4.99 grm.

Następnie J. J a w o r s k i podaje wyniki własnych badań, przeprowadzonych na 14 przypadkach kobiet w końcowym okresie ciąży; uzasadnia, dlaczego wybierał kobiety młode (aby uniknąć; t. z. *physiologische Altersdilatation*), średniego wzrostu, o prawidłowej klatce piersiowej, 1 lub 2-i razy w ciąży będące; dalej kreśli różnice, podnosi braki i zalety ortodiagrafii i telerentgenografii, jako metod badania rozmiarów i położenia serca podczas ciąży. Wyniki badań swoich ujmuje w następującą tablicę, po uprzednim podaniu przeciętnych danych D r e t l e u n a dotyczących kobiet nieciężarnych.

Przeciętne wymiary serca w stosunku do wagi ciała według ortodiagramów D i e t l e r a, są następujące:

Waga 40—44 klgr.	T=11,3,	L=12,1,
„ 50—54 „	T=12,4,	L=13,5,
„ 60—64 „	T=13,1,	L=14,1.

Wymierzania, dokonane na ortodiagramach w spostrzeżeniach swoich, J a w o r s k i zestawil w poniższej tablicy.

Objasniwszy dane, zawarte w tablicy, zwłaszcza dotyczące przypadków 11 i 12-go patologicznych: *myocarditis i struma, insuff. valvulae mitralis*, a także przypadek 13-y z hypoplazją serca, mówca okazuje szereg ortodiagramów, zdejmowanych w pracowni szpitala ś-go Rocha przez F. S m u ż y Ń s k i e g o, a także rentgenogramy, wykonane przez T. S k a b o w s k i e g o w jego własnym zakładzie.

Wnioski na podstawie własnych badań mówca streszcza w ten sposób: Serce w końcowym okresie ciąży wogóle się powiększa w obu wymiarach, aczkolwiek znacznie wyraźniej w poprzecznym. Obok powiększenia wtedy serca *in toto*, najwyraźniej i najczęściej następuje powiększenie lewej komórki. Powtóre, serce, jako organ ruchomy, podczas ciąży, ulega może nawet znacznym zmianom w położeniu swem, wprost przemieszczeniu. Wskazuje na to b. wyraźnie i rentgenogram Nr. 1. Dalej, potwierdza, na podstawie rentgenogramu, na parę dni przed rozwiązaniem ciężarnej zdjętego, że podczas ciąży istnieje

ograniczenie przestrzeni, otaczającej serce, niedostateczne pomieszczenie dla serca (*Herzbeengung*). W końcu mówca na podstawie porównań ortodiagramów i rentgenogramów wnioskuje, że serce w końcowym okresie ciąży bliżej przysuwa się do klatki piersiowej. Wyraża zdanie, że z badań jego z pewnemi zastrzeżeniami wnioskować można także o wpływie wzrostu i wagi na rozmiary serca.

W drugiej części odczytu zastanawia się mówca nad zmianami w mięśniu sercowym podczas ciąży i stawia własną hipotezę, co do przyczynowości powstawania tych zmian wstecznych. Polega ona na przypuszczeniu — zadziałania toksycznego, trującego, głównie elementów płodowych (kosmków kosmówki) na mięsień serca, czyli na t. z. *syncytiotoxaemii*. J a w o r s k i uzasadnia takie cierpienie mięśnia sercowego w pewnej kate-

№	Wiek	Wzrost	Waga	Okres ciąży (miesiąc)	Ortodiagramy			
					OP (MR)	OL (ML)	S	D (L)
1	30	160	62	9	5,8	8,6	14,4	15,1
2	29	162	70	9	5,2	7,5	12,7	13,9
3	22	154	—	9	4,2	8,8	13,0	14,5
4	26	158	—	9	4,5	8,6	13,1	14,2
5	24	154	62	9	5,3	8,5	13,8	14,6
6	22	154	63	9	4,3	8,5	13,6	14,3
7	31	160	—	8	5,0	7,0	12,0	13,2
8	18	154	60	8 $\frac{1}{2}$	4,9	7,5	12,4	13,5
9	24	162	62	8 $\frac{1}{2}$	7,6	4,8	12,4	13,7
10	25	156	—	8	4,0	8,5	12,5	13,5
11	30	162	68	8 $\frac{1}{2}$	4,7	10,8	15,5	16,5
12	28	160	70	9	4,7	10,6	15,3	16,6
13	23	156	—	9	3,6	6,5	10,1	13,3
14	24	165	68	8	4,0	8,8	12,8	13,0

gory ciążarnych: całozbiorem objawów niedomogi serca u nich, przy jednoczesnem występowaniu ostudy ciążarnych (*chloasma gravidarum*), zmianami w moczu — obniżeniem wskaźnika osmotycznego, według Poela zmniejszeniem sprawności nerek (np. 12,5 zamiast 16,04) wreszcie, zmianami ilościowymi i jakościowymi we krwi ciążarnych (zubożenie w hemoglobinę i czerwone ciała krwi, — w ilość białka; duży % komórek eozynofilowych, pojedyncze mikrocyty i makrocyty).

[Streszczenie własne.]

W dyskusji:

a) J. Pawiński zaznacza, że pytanie, czy serce zdrowe podczas ciąży ulega przerostowi, nie zostało jeszcze stanowczo rozwiązane. Szkoła francuska na mocy badań Larchera odpowiada na nie twierdząco, szkoła zaś niemiecka w osobie Gerharta, Löchleina — przecząco. Dokładne rozpoznanie przerostu serca nie jest tak łatwe, jakby się tu na pozór zdawać mogło. Nadmierna pobudliwość serca, przy jednoczesnej wzmóżonej wrażliwości układu naczynioruchowego może nieraz stać się powodem do przyjęcia przerostu serca tam, gdzie on nie istnieje. Dalej powiększenie wymiarów serca, wydatne uderzenie wierzchołkowe bywa często zależne nie od przerostu, lecz od rozszerzenia jam serca. Rozszerzenie to może być dopiero wstępem do przerostu, jak się to według badań Bollingera u piwośzów monachijskich zdarza. — Wreszcie powiększenie tępości, serca jakie się spotyka u ludzi otyłych, zwłaszcza z pełnokrwistością brzuszną, zależy często od podniesienia przepony, wskutek czego serce na danej przestrzeni przylega do klatki piersiowej. To tamo zdarza się u kobiet ciążarnych — co niejednokrotnie na karb przerostu przyjmowano. Wreszcie na stole sekcyjnym trudno jest nieraz z wielkości serca i grubości ścianek wnosić o stosunkach anatomicznych, istniejących za życia, a to wskutek zmian, jakie zachodzą w sercu podczas konania i po śmierci. Tym sposobem może nawet wiotkie, nieco rozszerzone serce przybrać pozór przerostu, skoro śmierć nastąpiła podczas skurczu komórki.

Dlatego też dopiero przez porównanie zmian pośmiertnych wagi serca z objawami klinicznymi można wnosić o istnieniu przerostu za życia.

Nie ulega wątpliwości, że praca serca, a zwłaszcza lewej komory wzmaga się u kobiet ciążarnych, a to wskutek zwiększenia masy krwi, jak również przeszkód w krwiobiegu. A zatem istnieją wszelkie dane do powstania przerostu. Trzeba jednak brać pod uwagę tę ważną okoliczność, iż serce zdrowe posiada

wielki zapas siły rezerwowej, który pozwala mu pokonywać przeszkody stosunkowo nawet dość znaczne, bez uciekania się do przerostu. Prócz tego w pomoc przychodzi mu wielka sprawność przyrządów wyrównawczych, jak ośrodków naczynioruchowych i gruczołów o wydzielinie wewnętrznej. Cięża jest aktem fizyologicznym, więc z góry można powiedzieć, że w zwykłych normalnych warunkach ustroj powinien posiadać zapas samoobrony do spełnienia tak ważnego zadania. Że tak jest w rzeczywistości, na to wskazuje obserwacja kliniczna, t. j., że zaburzenia w czynności serca u kobiet zdrowych podczas stanu odmiennego należą do wyjątkowych i w tym ostatnim razie dotyczą więcej zaburzeń funkcjonalnych, nerwowych, niż mechanicznych.

Oczywiście mamy tu na myśli osobę zdrową, gdyż serce chore podczas ciąży narażone jest na ciężkie przejścia, zagrażające nieraz życiu.

Koledze **Jaworskiemu** należy się uznanie, że poruszył temat bardzo ważny, interesujący każdego lekarza praktyka, że opracował go wszechstronnie, przedstawivszy dokładnie literaturę przedmiotu. Prócz tego wprowadzivszy do swych obserwacji klinicznych badania za pomocą prześwietlania promieniami Roentgena, stwierdził, że wymiary serca podczas ciąży ulegają zwiększeniu. Tym sposobem praca ta jest niezawodnie ważnym przyczynkiem do wyświetlenia tej spornej kwestyi.

[Streszczenie własne].

b) **Rzętkowski** rozważa mechaniczne przyczyny możliwości zaburzeń krążenia podczas ciąży (wysokie ustawienie przepony ze zmniejszeniem inspiracyjnej pojemności kl. piersiowej, powstawanie w ścianach macicy ciężarnej nowych naczyń, powiększanie się masy krwi i t. d.) Zjawisko powyższe wystarczy do wyjaśnień tych objawów ze strony serca podczas ciąży, o jakich mówił prelegent.

[Streszczenie własne].

c) **Jaworski** w odpowiedzi **Pawińskiego** w zaznacza, że na podstawie ortodiagramów i rentgenogramów można właściwie tylko o rozmiarach, wielkości serca; przerost serca, ściśle rzeczy biorąc, rozpoznawany być może tylko za pomocą badania histologicznego. Aby wykluczyć materiał patologiczny przy określaniu przerostu serca podczas ciąży, czynione były badania nad sercem zwierząt ciężarnych, głównie krów i owiec, u których cięża dłużej trwa. Wynik tych badań mikroskopowych był taki, że powiększenie ścianek, głównie lewej komórki, następuje z powodu powiększenia się włókien mięśnia sercowego. Szerokość włókna mięśniowego u zwierząt ciężarnych była większą prawie 2 razy w porównaniu z nieciążarnymi.

R z ę t k o w s k i e m u odpowiada J a w o r s k i, że pewne zaburzenia w krążeniu u ciężarnych zachodzą wskutek wzmożonej pracy serca, warunkowanej przeszkodami podczas ciąży, o czym na wstępie odczytu mówił.

Zdarza się jednak pewna kategoria ciężarnych kobiet, których ustroj nie zdolny bywa przystosować się do nowych, zmienionych warunków, wytworzonych przez ciążę. U tych ciężarnych występują objawy zapalenia mięśnia sercowego. J a w o r s k i uzależnia cierpienie takie od zatrucia ustroju, głównie przez elementy zarodkowe. Ta *syncytiotoxaemia* przejawia się zmianami w moczu. C z y ż e w i c z znajdował w moczu przy zatruciu ciążowem leucynę i tyrozynę; stwierdzić się także daje duże zmiany ilościowe i jakościowe we krwi i t. d. Zatrucie następuje drogą deportacji kosmków kosmówki, nad czem mówca pracował pod kierunkiem H o y e r a. Przypadki nagłej śmierci podczas ciąży, porodu, pozornie z nieuzasadnionej przyczyny, bynajmniej nie są rzadkie, mówca przypadek taki obserwował z kol. P a w i ń s k i m przed 18-tu laty, drugi, badany sekcyjnie w klinice. W Tow. Lek. Warsz. przed paru tygodniami demonstrowano preparaty mikroskopowe *myocarditis* od kobiety, pozornie zdrowej, zmarłej wkrótce po porodzie. Z oddziału prof. v. H e i f f a w Bazylei, wyszła niedawno praca o przypadkach śmierci podczas porodu, gdzie na sekcji najczęściej odnotowano: *myocarditis*, *myodegeneratio cordis*, *fragmentatio myocardii*. O terapii w tych razach prelegent w odczycie nie miał zamiaru mówić.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Pomocnik Sekretarza *T. Jaroszyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 26 maja 1914 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 87, gości 4.

T r e ś ć. 1. L. K r y ń s k i. Wrażenia chirurgiczne ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej.

2. I. Ś w i ę t o c h o w s k i. Podstawy badania tętna.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego przeczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił zebranych o śmierci członka czynnego Towarzystwa, ś. p. M i k o ł a j a B r u n n e r a, poczem zebrani, na wniosek Prezesa, uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc.

Sekretarz Stały, A. S o k o ł o w s k i, odczytał życiorys zmarłego D-ra M i k o ł a j a L u d w i k a B r u n n e r a (1840 + 1914): „Młodzież polska, kończąca nauki w okresie między powstaniem listopadowym a rokiem 1857, była w fatalnych warunkach. W kraju brakło wyższej uczelni, a wyjątkowe tylko jednostki mogły się udawać na wyższe studia do uniwersytetów w Cesarstwie, jedynie b. wybrane do zagranicznych wyższych uczelni. Stąd też i najzdolniejsze jednostki marniały, wstępując z musu w kadry biurokracyi, lub wedle starej tradycyi uprawiały niwę ojczystą bez odpowiedniego przygotowania do tego zawodu.

Inne pola pracy nie istniały wówczas wcale i przemysł literalnie był jeszcze w kolebce, a handel na podstawach kramarskich znajdował się przeważnie w obcych rękach.

Nic więc dziwnego, że w r. 1857, gdy po ćwierćwiekowej martwocie duchowej, otwartą została w Warszawie, choć tylko częściowa, wyższa uczelnia pod nazwą Akademii Medyko-Chirurgicznej z wykładem w języku polskim, w otwarte jej wrota wszedł zwarty tłum młodzieży polskiej, poczynając od młodych maturzystów do ludzi już od dawna poświęcających się z musu różnym zawodom. Widziano więc w liczbie tych nowych adeptów medycyny osiwiiałych biurokratów, aptekarzy, chemików, rolników i t. p. A całe te rzesze pędził do wyższej uczelni nie jakiś powstały raptownie zapał do nauki lekarskiej, nie chęć zdobycia lepszej kariery, lecz jedynie ów długo duszony w ich duszach żar poznania wyższej wiedzy, duchowych szczytów, tem bardziej, że dostęp do niej był łatwym w stolicy kraju, nie wymagał ani znajomości obcych języków, ani kosztownych wydatków, jakie pociąga za sobą pobyt w Cesarstwie, a zwłaszcza za granicą. Toż samo odnosiło się do świeżych maturzystów; wielu z nich kończyło studia w wybornem na owe czasy gimnazjum realnem, będącem doskonałą szkołą przygotowawczą do wyższych studiów technicznych; posiadali więc doskonałe przygotowanie wstępne, niektórzy z nich nawet wysokie uzdolnienie do studiów ścisłych przyrodniczych, a jednakże warunki i okoliczności wyżej wspomniane popchnęły ich na pole nauki lekarskiej.

Do tej ostatniej kategorii młodzieży należał i 18-letni wychowaniec Gimnazjum Realnego **Mikołaj Brunner**. Już w wyższych klasach gimnazjum zdradzał wybitne zdolności w kierunku mechaniki i fizyki, nie więc dziwnego, że poniekąd z musu wsunięty w kadry medycyny, przez cały ciąg swych studyów, a następnie przeszło półwiekowej działalności, jako lekarz praktyk, zwracał stale swój umysł w kierunku nauk przyrodniczych i mechaniki. W zaraniu swej praktyki lekarskiej pracuje gorliwie w dziedzinie chemii organicznej pod kierunkiem tak niepospolitego mistrza, jakim był profesor Akademii **Jakób Natanson**; wydaje w roku 1862 oryginalną pracę: „O nowej metodzie oznaczania kwasu moczowego w urynie i kamieniach moczowych za pomocą nalewki jodowej”. W czasie swojego następnie blisko dwuletniego pobytu za granicą (1865 do 1866) umysł jego i praca skierowują się znowu w kierunku nauk ścisłych nad najmłodszą podówczas gałęzią wiedzy lekarskiej, t. j. neuropatologią, i z nią związaną podówczas ściśle elektroterapią. Tę ostatnią gałąź wiedzy studyuje pod kierunkiem **Benedicta, Duchena** i innych. Po powrocie do Warszawy obiera sobie jako ulubioną specjalność elektroterapię i w tej dziedzinie ujawnia wybitne zdolności w kierunku fizyki i mechaniki, obmyśla bowiem szereg nowych aparatów dla celów elektroterapeutycznych, stosuje maszyny dynamo-elektryczne do celów leczniczych, modyfikuje statywy do mikroskopów, podaje model nowego mikrotomu i t. p. Z chwilą wykrycia promieni **Roentgena**, owego wiekopomnego wynalazku (1896), w **Brunnerze**, już człowieku starszym i do tego nurtowanym poczynającą się ciężką niemocą, powstaje nowy zapal i żywe zainteresowanie się tą nową i wielką dziedziną fizyki w zastosowaniu do naszej nauki. Urządza on pierwszą u nas w kraju pracownię **Roentgena** w szpitalu Św. Ducha, sam nią kieruje, wprowadza pewne modyfikacje aparatów, wpada na pomysł otrzymywania rentgenogramów prostych zamiast odwrotnych, urządza w naszym Towarzystwie odczyty i demonstracje z dziedziny rentgenografii. Na tych odczytach demonstruje liczne zdjęcia, np. ciekawe okazy położenia serca u emfizymatyków i t. p. Jednym słowem odkrywamy w nim i w tej dziedzinie wiedzy istotny zmysł przyrodnika i fizyka, i byłby niezawodnie jednym z wybitniejszych pracowników na tem polu, gdyby nie ciężka niemoc, która pozbawiała go powoli energii i siły do pracy. W dziedzinie neuropatologii pozostawił również ś. p. **Mikołaj Brunner** szereg różnorodnych mniej lub więcej wartościowych przyczynków większych, które ogłaszał na posiedzeniach na-

szezo Towarzystwa, członkiem którego czynnym był przez lat przeszło czterdzieści.

Obok pracy zawodowej M. B. przez ostatnie 20 lat swego życia zajmował się pracą w dziedzinie szpitalnictwa naszego, jako naczelny lekarz w szpitalu Ewangelickim (1884 do 1899) a następnie w szpitalu Św. Ducha od 1899 do samej śmierci. Nurtująca go od lat kilkunastu choroba nie pozwoliła mu na tych stanowiskach rozwinąć tej energii i działalności, jakiej wymagała ważna społeczno-lekarska placówka, zwłaszcza w szpitalu Św. Ducha.

Jako lekarz praktyk, cieszył się Brunner w swoim czasie liczną bardzo praktyką, szczególnie w dziedzinie chorób nerwowych. Pozostawił u kolegów i chorych dobre i życzliwe po sobie wspomnienie. Cześć jego pamięci.

Mikołaj Brunner, syn lekarza, urodził się w Warszawie w r. 1840. Po ukończeniu realnego gimnazjum wstąpił do nowopowstałej Akademii Medyko-Chirurgicznej, ukończył ją ze stopniem lekarza w r. 1862. Po 2 letnim pobycie za granicą osiedlił się na stałe w Warszawie. Stopień doktora medycyny osiągnął w uniwersytecie warszawskim w roku 1874 po obronie rozprawy: „O wpływie strumienia stałego na nerwy człowieka”, od r. 1865 był członkiem czynnym Tow. Lek. War. Czynności sekretarza dorocznego spełniał w ciągu roku 1873. W roku 1907 był przewodniczącym Sekcji neurologicznej naszego Towarzystwa”.

Spis prac ogłoszonych drukiem:

1. Czynności podniebienia miękkiego i gardzieli. Tyg. Lek. 1861 Nr. 39 i nast.

2. O kwasie moczowym, pod względem chemicznym, fizyologicznym, patologicznym, sądowno lekarskim i terapeutycznym. Tyg. Lek. 1864 Nr. 29 i nast.

3. O ilościowym oznaczeniu kwasu moczowego w moczu i kamieniach moczowych. Pam. War. Tow. Lek. 1864 i 1864.

4. Sprawozdanie z czynności instytutu leczenia elektrycznością. G. L. 1868 str. 209 i nast.

5. *Apoplexia spinalis traumatica*, Klinika 1869 str. 17 i nast.

6. Przyczynek do kazuistyki chorób nerwu sympatycznego. Tamże str. 113 i nast.

7. Pobudzanie diplegiczne. Tamże str. 413 i nast.

8. O dochodzeniu alkaloidów w przypadkach policyjno i sądowno-lekarskich. Dodatek do Klin. 1869 str. 51 i nast.

9. Niektóre uwagi nad leczeniem przetok pochwowo-pęcherzowych. Nowa igła ruchoma i zgłębnik maciczny. Przegl. Lek. 1866 Nr. 11.

10. Dwa nowe elektrody z kommutatorem. Tamże 1869.

11. O t. zw. magnetyzmie zwierzęcym czyli o hypnotyzmie i t. zw. zjawiskach magnetycznych. Medyc. 1882 str. 124.

12. Dzisiejszy stan elektroterapii. Medyc. 1882. Nr. 20 i nast.

13. Wyleczenie róży morfiną wstrzykniętą podskórnice. Med. 1882 str. 103.

14. O porażeniach dyfterytycznych. Medycyna 1883 str. 17.

15. Dwa mikrotomy własnego pomysłu. P. T. L. W. 1888 str. 151.

16. Przypadek ciężkiego cierpienia mózgu pochodzenia wczesnego. Gaz. Lek. 1890 str. 547.

17. O zwyrodnieniach następczych pęczków piramidalnych w mózgu w mleczu po uszkodzeniu kory mózgowej Gaz. Lek. 1890 str. 132.

18. Chorea rhythmica. Pamiętnik Tow. Lekarsk. Warsz. 1894 str. 501.

19. O dynamomachinach w medycynie P. T. L. W. 1894 str. 208.

25. O najnowszych postępach na polu rentgenografii i rentgenoskopii Gaz. Lek. 1898 Nr. 29 i nast.

21. O nowym sposobie diagrafowania za pomocą promieni Roentgena. Pam. Tow. Lekarsk. Warszaw. 1899 str. 581.

Niezależnie od tego w Pam. Warsz. Tow. Lek. zanotowano około 30 demonstracyi Brunnera przeważnie z dziedziny neurologii.

III. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: A. Zawadzkiego, Kruga, Jakimowicza i prof. J. Sosnowskiego.

IV. Sekretarz Stały, A. Sokołowski ofiarował dla ksiąźnicy T. L. W. ostatnią swą pracę p. t. „O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej“.

F. Neugebauer nadesłał kilkanaście odbitek różnych prac i artykułów oraz N-rów czasopism z dziedziny ginekologii i akuszeryi.

V. L. Kryński wygłosił odczyt p. t. „Wrażenia chirurgiczne ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej“.

Mówca zdał sprawozdanie z podróży naukowej do Ameryki z racyi IV kongresu Towarzystwa Chirurgicznego Między-

narodowego, omawiając wrażenia, jakich doznał przy zwiedzaniu szpitali i instytucji naukowych w kilku większych miastach Stanów Zjednoczonych, a mian.: Nowym-Yorku, Filadelfii, Baltimore, Washingtonie, Chicago, Rochesterze, Montréalu i Bostonie.

VI. Ś w i ę t o c h o w s k i J. wygłosił odczyt p. t.: „Podstawy badania tętna“. Prelegent zaznacza, że badanie tętna jest jednym z najczęściej stosowanych zabiegów rozpoznawczych i dla tego zdawałoby się, że musi być dobrze naukowo opracowane i jednocześnie dawać poważne wskazania naukowe. Tymczasem ani jedno, ani drugie nie ma miejsca, a to dla tego, że sama istota tętna dotąd należycie nie była wysświetlona.

Prelegent, chcąc ująć i wysświetlić ową istotę, obrał jedyną po temu drogę, a mianowicie odtworzył sztucznie tętno zdrowego człowieka i wykreślił je graficznie we wszystkich jego normalnych modyfikacjach, a następnie dopiero odtworzył tętno patologiczne, wykazując jakie czynniki nowe należy wprowadzać, ażeby stopniowo od owego normalnego tętna mózdz przejść do takiego lub innego patologicznego. Zestawienie wszystkich owych czynników doprowadziło prelegenta do następujących konkretnych wniosków: 1) największą przeszkodą w normalnym rozwoju nauki o tętnie było wprowadzenie (przeważnie przez F r e y a, K r e h l a i K r i e s a) teorii o t. zw. odbitej fali, która, jak wykazał prelegent, nie ma wcale miejsca, 2) dawniejszy podział wzniesień na części zstępującej tętna na t. zw. zwrotne odbicie i elastyczne drgania jest w znacznym stopniu fałszywym, a w pozostałym źle tłómaczonym, 3) powstawanie katakrotycznych wzniesień jest stworzone przez wahadłowy ruch przeważnie krwi wtłoczonej do aorty podczas skurczu, 4) sprężystość i rodzaj materiału, czyli łącznie biorąc stopień wiotkości tętnicy w miejscu badanem, wpływa w pewnym, określonym stopniu na kształt krzywej tętnicznej, 5) najistotniejszą rzeczą w badaniu krzywej tętnicznej jest okres wahanania, zarówno fali pierwotnej, jak i wtórnych 6) interferencya fal na krzywych, otrzymywanych od ludzi, jest tylko pozorną, skutek bezustannych zmian w t. zw. średnim ciśnieniu krwi, a istotna zdaje się spotykać tylko przy znacznej niedostateczności zastawek aorty.

Prelegent zakończył pokazem krzywych, zarówno sztucznie osiągniętych, jak i otrzymanych od ludzi, a udowadniających graficznie powyżej wzmiankowane postulaty. [Streszcz. wł.]

W dyskusji:

a) R z ę t k o w s k i stwierdza dużą pomysłowość prelegenta, którego „fantom” krążenia odtwarza różne rodzaje tętna.

Pam. Tow. Lek. CX, Z. II.

Atoli z przemówienia prelegenta R. nie mógł wytworzyć sobie jasnego pojęcia, jaka właściwie jest myśl przewodnia badań Św. i czego pragnie on dowieść.

Niezrozumiała też dla Rz. jest rzeczą, od czego zależyć mogą tak uderzające różnice różnych odcinków jednej i tej samej krzywej ludzkiej. Widzieliśmy bowiem odcinki tętna zupełnie prawidłowego, które bez wyjaśnionej przez prelegenta przyczyny bezpośrednio przechodzą w prostą nieledwie linię, delikatnie zazębianą. Zjawisko to, którego żadnymi innymi sposobami badania i rysowania tętna nie udaje się stwierdzić, nie znalazło żadnego wyjaśnienia w wywodach prelegenta. Mimowoli nasuwa się tu przypuszczenie jakiejś niedokładności badania, czy przyrządu.

[Streszczenie własne].

b) J. P a w i ń s k i zaznacza, że badania Ś w i ę t o c h o w s k i e g o, wykonane na rurkach sprężystych, naśladujących naczynia krwionośne, pod różnym ciśnieniem wody, przyczyniły się dzięki sfigmografowi własnego pomysłu do wyjaśnienia niektórych ciemnych stron powstawania tętna, a zwłaszcza genezy wzgórek t. z. fali odbitej.

Doświadczenia tego rodzaju na przyrządach, naśladujących krwiobieg, mają jednak tę ujemną stronę, że brak im czynnika tak niezmiernie ważnego, jakim jest czynnik nerwowo-naczynioruchowy, który w wysokim stopniu na mechaniczne warunki krwiobiegu wpływa i zmienia je znacznie. Dotyczy to nie tylko badań sfigmograficznych, lecz i sfigmomanometrycznych.

c) J a n o w s k i żałuje, że odczyt został wskutek braku czasu skrócony, dał mało materiału, przez co stał się mniej zrozumiałym.

d) J. S o s n o w s k i zaznacza, że badając krzywą jakiegoś zjawiska fizyologicznego dwojaki cel możemy mieć na widoku. Albo chodzi nam o stwierdzenie faktu, że dany charakter krzywej odpowiada takiemu zespołowi zjawisk fizyologicznych, który uważamy za normalny, pewne zaś odstępstwa od tego charakteru krzywej odpowiadają ściśle określonym zmianom patologicznym, stwierdzonym drogą inną np. obserwacji klinicznych. Zależność przyczynowa między wyglądem krzywej i warunkującymi go zjawiskami może być dla nas zupełnie wtędy niezrozumiała; znajdujemy się w krainie empiryi, gdzie często możemy zejść na manowce. Wtedy od naszych aparatów rejestracyjnych żądamy tylko, żeby były dostatecznie czułe. Mogą one oddawać przebieg zjawiska niedokładnie;

o ile zniekształcenie krzywej jest zawsze jednakowe, to przyrząd jest zdalny do użytku.

Wyższy szczebel pojmowania zjawisk fizyologicznych osiągnąć bywa wtedy, jeżeli krzywą możemy zrozumieć, to jest możemy uchwycić i wyrazić—najlepiej wzorem matematycznym—zależność wyglądu krzywej od takiej lub innej kombinacji wywołujących ją czynników.

Ponieważ praca p. Świątchowskiego należy właściwie do drugiej kategorii, więc taką miarką należy ją mierzyć, czyli dążyć do zdania sobie sprawy, o ile zrozumienie samej istoty krzywej tętna zostało naprzód posunięte przez p. Świątchowskiego. Co się tyczy samej techniki rejestracyjnej, to trzeba jej wobec tego postawić duże wymagania. Przyrząd powinien być nie tylko czuły, ale i wierny. Otóż w pracy p. Świątchowskiego nie znajduję danych, co do mechanicznej sprawności jego sfigmografu. Łatwo sprawdzić, że jest on czuły, ale zbadanie jego dokładności wymaga jeszcze dłuższej pracy.

Model układu naczyniowego jest bardzo pomysłowy, krzywe tętna sztucznie zeń otrzymane są lepsze, niż wszystkie, które mi się zdarzyło widzieć. Nie wchodząc w bliższe szczegóły, sądzę, że p. Świątchowskemu udało się zebrać obfity materiał, dowodzący, że charakter pulsu wytwarza się w aorcie. Względny czas skurczu i rozkurczu serca, masa krwi wpędzonej do naczyń, oraz charakter ścianek aorty i ciśnienie panujące w układzie tętniczym—oto czynniki warunkujące charakter tętna. Naczynia obwodowe, zjawiska wazomotoryczne w organizmie grają rolę o tyle tylko, o ile zmniejszają średnie ciśnienia krwi. Wyniki te, ciekawe same przez się, wskazują drogę badaniom dalszym. Chodzi nam nie tylko o to, od czego zależy charakter tętna, ale w jaki sposób zachodzi ta zależność. P. Świątchowski zbadał charakter tętna jakościowo, teraz można przystąpić do badań ilościowych, które dopiero będą mogły ostatecznie potwierdzić wyniki dotychczasowe, a wtedy patolodzy i klinicyści będą mogli w ocenie działania układu tętniczego stanąć na gruncie o wiele pewniejszym, niż dzisiaj.

[Streszczenie własne].

e) W odpowiedzi kol. Rzętkowskemu prelegent zaznacza, iż rzędna krzywej sfigmograficznej jest rzędną o zmiennej podstawie. Podstawą jest średnie, panujące w danej chwili w tętnicy ciśnienie i zmienność jego pociąga za sobą zmianę punktu wyjścia rzędnej. Wszystkie krzywe, jakie dotąd widywaliśmy, były wykreślane aparatami, w których cały zapisujący

mechanizm był poruszany przez siłę fali tętna, przeto i pelota uciskająca tętnicę musiała być obciążoną zbyt silnie, ażeby subtelniejsze zmiany w stopniu napelnienia tętnicy, wzgl. w wewnątrz tętniczym ciśnieniu krwi mogły się ujawnić. Zdaniem prelegenta ta właśnie zmienność rzędnych tętna niewątpliwie w przyszłości będzie stanowić jedną z cenniejszych naszych dyagnostycznych zdobyczy, wskazujących na możliwość oryentowania się w ilości energii potencyalnej, ujawnianej przez poszczególne odcinki krzywej.

W odpowiedzi p. Sosnowskiemu zaznacza, że jedynym konkretnym zarzutem, stawianym przez p. S., zdaje się być wątpliwość, czy używany do danej pracy sfigmograf posiada prócz właściwej mu czułości jeszcze i dostateczną wierność w odtwarzaniu ruchu. Na to posiada prelegent tylko jedną, ale zupełnie dostateczną odpowiedź. Używany przez niego sfigmograf jest zmodyfikowanym mikrofonem, a jeżeli przy rozmowie telefonicznej jesteśmy w stanie odróżnić nawet tembr głosu naszego interlokutora, gdy częstość drgań fali głosowej dochodzi do kilku tysięcy razy na sekundę, to tam, gdzie drgań takich jest 3 lub 4 na sekundę, mowy być nie może o jakimś zniekształceniu. [Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński.*

Pomocnik Sekretarza *T. Jaroszyński.*

BIBLIOTEKA

Towarzystwa Lekarskiego Warszawsk.

W II kwartale 1914 r. nabyto dzieła następujące:

- R o c z n i k statystyczny Królestwa Polskiego za rok 1913.
- M i n e r w a. Jahrbuch der gelehrten Welt. 1913 — 1914. Strassburg 1914.
- F o r t s c h r i t t e auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Tom. XXII. (w prenumeracie).
- I I a n d b u c h der Tuberkulose. Tom drugi 1914.
- K r a u s i B r u g s c h. Spezielle Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten, zeszytów 21 (od 9-go do 29-go).

Otrzymano w darze między innymi:

- R o z p r a w y Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie za r. 1913 A. i B. Tom. XIII.
- K o ł a k o w s k i F e l i k s. Anatomia i fizjologia zębów człowieka. Warszawa - Lwów.
- B i e h l e r M a t y l d a. O nadnerczach, ich budowie, składzie i czynnościach fizjologicznych. Warszawa 1914.
- R z ę t k o w s k i i S a w i c k i. W sprawie zamierzonej reorganizacji kuchni i pralni w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. 1914.
- S e r k o w s k i S t a n i s ł a w. Bacillus s. Granulobacillus putrificus nov. specificus (Odb. ze Sprawozdań Tow. Nauk. Warsz. 1913).
- H e i m a n Th. L'oreille et ses maladies, 2 części. Paris 1914.

Bibliotekarz, *Zweygbaum*.

OGŁOSZENIE

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

1) Dwie nagrody pieniężne po Rub. 300, z funduszu imienia D-ra **WAŁENTEGO KOCZOROWSKIEGO**, przeznaczone za najlepsze dwie prace złożyć się mające Towarzystwu Lekarskiemu w rękopisach, w języku polskim, w terminie do dnia 31-go marca 1915 roku. Nagrody te przyznane będą pracom, opartym na własnych samodzielnych badaniach z zakresu: a) nauk biologicznych; b) patologii doświadczalnej wraz z neuropatologią i hematologią oraz bakteriologią; c) z działu anatomii patologicznej, — pozostawiając samym autorom ściśle sformułowanie tematów swych z dziedzin powyższych. Rozprawa nagrodzona wydrukowana będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego; 300 odbitek stanowić będą własność autora.

2) Nagroda pieniężna w kwocie rub. 200 imienia D-ra **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.

3) 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 dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Termin ostateczny do nadsyłania prac 1 marca 1915 roku.

4) Nagroda pieniężna w kwocie około Rb. 250 z funduszu imienia D-ra JÓZEFA WSZEBORA, za najlepszą pracę oryginalną, w języku polskim, na dowolny temat z dziedziny patologii ogólnej lub higieny, przedstawić się mającą w terminie od dnia 1 kwietnia 1914 do dnia 31 marca 1918 roku.

5) Nagroda pieniężna w sumie około 1000 franków (około 400 rubli) z funduszu imienia D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, za najlepszą pracę oryginalną ogłoszoną drukiem, w oddzielnej pracy lub też w czasopiśmie polskim albo złożoną w rękopisie w czasie od dnia 1 stycznia 1914 roku do dnia 1 września 1917 r., z dziedziny chorób dróg oddechowych (anatomia patologiczna, patologia doświadczalna lub klinika i t. d.) z pierwszeństwem dla monografii.

6) Dwie nagrody pieniężne w kwocie po rb. 180, z funduszu imienia D-ra ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO, przyznać się mające za prace z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszone drukiem w języku polskim w terminie od 1 kwietnia r. 1914 do 1 kwietnia 1916 r. bądź też w rękopisach Towarzystwu Lekarskiemu przedstawione. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia powstawania rozwoju chorób umysłowych.

7) 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 (t. j. 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 odnośnym pięcioleciu, z zakresu nauk lekarskich wogóle, bez względu na opracowany temat. Nagrodzona praca, bez względu na rozmiary, powinna być ściśle naukową i wnosić do nauki choćby najskromniejszy, lecz oryginalny, przyczynek

8) Dwie zapomogi w kwocie każda około rb. 180, z zapisu D-ra ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO, mające być

przyznane w połowie czerwca r. 1916 delegatowi na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju, czy też za granicą. Termin próśb do d. 1 kwietnia r. 1916, z wymienieniem zajęć lub prac kandydatów w dziedzinie psychiatryi i podaniem dokładnych adresów.

9) W końcu roku 1915 przyznane będą dwie nagrody z zapisu JANA WILHELMA KNOLLA, każda po rub. 475, za dwie prace naukowe napisane w języku polskim, jedna z dziedziny chirurgii, druga 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.

U w a g a o g ó l n a. Wszystkie prace naukowe nadsyłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7), z nadmienieniem, że je autor do danego konkursu przeznacza. Do prac w rękopisach przedstawionych dołączane być mają godła, z nazwiskami autorów, w kopertach zabezpieczonych. Bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego ul. Niecała № 7.

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

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z początkiem roku akad. 1914/15 wakować będą stypendya i zapomogi w rozporządzeniu Towarzystwa zostające, a mianowicie:

1) sześć stypendyów, każde po rb. 300, z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w roku 1878 w Piotrkowie. dla niezamożnej młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko katolickiego, z pierwszeństwem dla studentów: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich, z linii prostej Stanisława Chilewskiego, c) Strojeckich, synów po Adolfe Strojeckim i ich następców, d) Lechowskich, synów i ich następców po Kacprze Lechowskim.

2) jedno stypendyum, w kwocie rb. 200, z zapisu dra Ignacego Gołębiowskiego, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce powiecie Olgopolskim, dla niezamożnego studenta Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, z pierwszeństwem dla krewnych zapisodawcy.

3) trzy stypendya po rb. 300 każde, imienia dra Konstantego Marcinkiewicza, dla studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, katolików, pochodzenia polskiego, niezamożnych, z pierwszeństwem: a) dla krewnych dra Konstantego Marcinkiewicza, b) dla urodzonych w powiecie Nowogródzkim gub. Mińskiej, c) urodzonych w innych powiatach gub. Mińskiej, d) dla urodzonych w guberniach Grodzieńskiej, Kowieńskiej, Mohylowskiej, Wileńskiej i Witebskiej, bez wszelkiego między wymienionemi guberniami pierwszeństwa.

4) jedno stypendyum w sumie rb. 310, imienia prof. dra Polikarpa Girsztowta, dla studenta kursu V Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, odznaczającego się szczególnem zamiłowaniem do chirurgii.

Ubiegający się o stypendya wyżej wymienione, złożyć winni przed 1 Października r. b. (n. s.) podanie do Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ul. Niecała N-r 7) i załączyć a) świadectwo władzy naukowej (Uniwersytet, Przełożeni Zakładów naukowych wyższych) z ostatniego egzaminu przejściowego, b) metrykę urodzenia, c) opis biegu życia, d) wiarogodny dowód niezamożności. Pragnący korzystać z praw pierwszeństwa składają, oprócz wymienionych dowodów, nadto akty stanu cywilnego lub też inne urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z rodziny uprzywilejowanych przez zapisodawców.

5) zapomoga w sumie rb. 400, z funduszu imienia Dra Med. Alfreda Sokołowskiego, na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego (przedewszystkiem w Sanatorium w Rudce) młodemu lekarzowi, polakowi, bez różnicy płci i wyznania, dotkniętemu poczynającemi się okresami gruźlicy. Pierwszeństwo do zapomogi mają asystenci szpitali cywilnych w Warszawie. Podania wraz z załączeniem *curriculum vitae* składać należy na imię Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w Kancelaryi Towarzystwa (ul. Niecała Nr. 7). Termin podania do 1-go października (u. s.) r. b.

6) zapomogi z zapisu dra Tadeusza Żłobikowskiego, mające być udzielonemi we wrześniu i grudniu r. b. każdym razem około rb. 400, na kształcenie dzieci płci obojga. Pierwszeństwo do zapomóg mają, zgodnie z wolą zapisodawcy, zupełne sieroty, niezamożne, po lekarzach (polakach pozostałe; następnie także półsieroty, a po nich do zapomóg mają pierwszeństwo uczniowie niezamożni, pochodzący z rodziny Żłobikowskich, po Macieju Fiłonowiczu, Ludwiku Członkowskim i Feliksie Marczewskim. Podania o zapomogi składać można (w kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr. 7) do d. 1 Października (n. s.) r. b., a w drugim terminie — do dnia 15 grudnia r. b.

Podania z dołączeniem metryki, świadectwa szkolnego i polecenia 2-u wiarogodnych osób oraz wiadomości osobiste o kandydatach składać tamże mają ich prawni opiekunowie ze wskazaniem dokładnego adresu.

Sekretarz Stały Dr Med. A. Sokołowski.

TREŚĆ ZESZYTU II-go.

	<i>Str.</i>
1. Witold Nowicki. Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego. (c. d.)	137
2. Protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:	
z dnia 2 marca 1914 r.	176
" 17 " "	181
" 31 " "	193
" 7 kwietnia "	201
" 21 " "	210
" 28 " "	216
" 5 maja "	227
" 19 " "	235
" 26 " "	244
4. Biblioteka Tow. Lek. Warsz.	253
6. Ogłoszenia.	

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.
