

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCYĄ

D-ra Tadeusza Borzęckiego.

Tom CX. Z, III i IV.

Pamiętnik wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych.

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

Biblioteka Główna
WUM

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

1914.

Druk ukończono 30 Stycznia 1915 r.

Witołd Nowicki.

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

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

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

(Dokończenie).

ZESTAWIENIE
materyału badanego.

Nr. prot	Plec i zajęcie	Wiek Wzrost	Rozpoznanie główne anatom.	P i u c a	Ogony		C h r z e s t k i				Skost. I-IV mm	Masa Me	U w a g i
					W. mm	K. mm	D i u g o s t						
1	Kobieta przy rodzicach	16/147	Nephritis chr. Hyper- nephria cordis sin.	Zapalenie zrzatkowe.	110x35	11	11	pr. 28-34-45-50-67-98 mm, l. 23-33-38-50-66-87 mm.	—	—	42	+	
2	Kob.	16/152	Tbc. destr. chr. lobu sup. ur. Concretion. pleur.	Gruźlica rozpadowa przewl. korynych płatow	99x44	11	11	pr. 30-37-38-47-58-79 mm. l. 29-36-38-43-57-73 mm.	—	—	46	—	
3	Mężcz.	16/153	Tbc. destr. lobur sup. Concr. pleurae amb.	Gruźlica rozpadowa przewl. górnycy płatow.	105x54	11	11	pr. 32-37-41-50-65-88 mm. l. 32-35-36-54-61-86 mm.	—	—	45	—	
4	Mężcz. uczeń stolarski	17/168	Sarcoma thymi.	Łewy szczyt przyrost- nęty.	113x54	11	11	pr. 31-40-43-54-65-83 mm. l. 34-42-49-57-69-82 mm.	—	—	55	—	
5	Mężcz.	17/161	Tuberculosis conglom. ce- rebr. et cerebelli.	W obu szczytach nie- liczne serowate gruź- ki (od tyłu).	109x41	11	11	pr. 38-40-47-58-69-95 mm. l. 35-42-47-57-60-92 mm.	—	—	51	—	
6	Kob.	18/150	Tbc. peritonei.	Nieliczne serowate gru- zelki. Wolne.	100x58	IV	IV	pr. 35-40-38-46-62-88 mm l. 32-32-37-51-61-92 mm.	—	—	45	—	Między 5 a 6 żebrzem po stronie lewej podażenie chrząstce
7	Kob. służąca	18/148	Sepsis puerperalis.	Ropnie przerzutowe. Wolne.	100x49	I	I	pr. 34-35-40-52-61-80 mm. l. 30-38-44-52-61-88 mm.	—	—	40	—	
8	Mężcz. robotnik	18/161	Tuberculosis pulmo- num et laryngis.	Gruźlica rozp. szerzyłow. Zrosły obustronne.	106x51	I	I	pr. 38-42-44-59-68-105 mm. l. 34-46-49-50-71-95 mm.	—	—	53	—	
9	Kob. robotnica	18/143	Pyæmia.	Ropnie obu płuc. Pra- wostronne zrosły.	88x46	III	III	pr. 30-32-34-43-50-71 mm. l. 30-30-33-43-52-73 mm.	—	—	51	—	
10	Mężcz.	18/154	Otitis Meningitis.	Ropnie przerzutowe. Zap. ropnie oplucnej.	105x44	II	II	pr. 31-42-50-65-84-103 mm. l. 30-47-47-62-82-100 mm.	—	—	47	+	
11	Kob.	18/155	Scrophulosis.	Na podstawie obustron- ne zrosły.	106x48	II	II	—	—	—	—	—	
12	Kob. służąca	19/152	Otitis. Pyæmia.	Zmian niema.	110x46	5	III	pr. 31-32-40-53-68-92 mm. l. 31-41-43-51-65-91 mm.	—	—	48	—	
13	Kob. służąca	20/155	Typhus abdominalis.	Zmian niema.	105x51	I	I	pr. 31-34-41-48-58-80 mm. l. 31-30-44-53-68-87 mm.	—	—	52	—	
14	Mężcz. malarz	20/169	Endocarditis chron. In- sult. v. mtr. Hydrops.	Zasłój tylny. Obu- stronne zrosły.	110x53	I	I	pr. 40-42-43-54-68-82 mm. l. 38-42-45-57-62-97 mm.	—	—	49	+	
15	Mężcz.	20/165	Peritonitis.	Rozszerza. Zrost praw. szczyt.	113x53	I	I	pr. 35-40-55-63-74-98 mm. l. 35-51-53-63-72-101 mm.	—	—	53	—	
16	Kob.	20/145	Endocarditis chron. Sten. et insuff. mtr. et aortae. Incompensatio.	Prawostronne zrosły na podstawie.	105x52	1	I	pr. 29-32-38-46-58-68 mm. l. 29-30-38-46-53-67 mm.	—	—	47	—	



Nr. prot.	Plec i zajęcie	Wiek	Wzrost	Rozpoznanie główne anatom.	P l u c a	Ogólny		C h r z a s t k i		M. Me	U W A G I
						Waga kg	Temperatura C	D i u g o s c	1 2 3		
17	Mężcz. subiekt	21:65	175	Tuberculosis pulm. et laryngis.	Grzyl. rozp. szerzytu, praw. i lew. med. z gruzel. Obustr. zrosty.	106X58X66 n. u.	38,5	pr. 41-38-42-61-63-88 mm. l. 39-38-47-61-67-91 mm.	+	49	-
18	Kob.	21:59	159	Peritonitis chron. Tub. gland. -essen. Fistula sternocralis.	Zrosty obustronne.	102X54X55 n.	36,5	pr. 30-47-55-56-64-91 mm. l. 32-45-50-60-74-94 mm.	-	51	-
19	Kob. zona miazra	21:49	149	Sepsis.	Zrosty prawostronne.	98X50X51 n. u.	35,5	pr. 30-38-49-55-68-89 mm. l. 32-42-47-55-63-93 mm.	-	51	-
20	Kob.	22:57	157	Tbc. destr. pulm. et intestinal.	Grzyl. rozp. stara szczy praw, świeża lew. Zrosty obustronne.	101X50X50 n. u.	35,5	pr. 35-33-41-49-59-71 mm. l. 30-35-42-50-54-70 mm.	-	43	-
21	Kob. przy rodzicach	22:60	160	Endocarditis chron. Eucephalomalacia.	Grzylca rozpadowa, dobiego pnia praw. Gruzelki obu płuc.	108X61X64 n. u.	37,5	pr. 36-38-42-52-67-95 mm. l. 35-38-44-57-70-98 mm.	-	50	-
22	Kob. żona przedsiębiorcy	23:46	146	Deg. myocardi.	Zrost i zwężenie gruzelki szczytu lewego.	100X57X59 n.	37,5	pr. 42-42-56-62-90 mm. l. 40-50-55-65-90 mm.	+	50	-
23	Mężcz. robotnik	23:73	173	Endocarditis et pericarditis. Incompensato.	Zastój żylny.	112X57X61 n.	38,5	pr. 32-33-37-46-62-81 mm. l. 30-37-38-46-58-86 mm.	+	62	+
24	Kob. wyrobnicza	23:57	157	Tbc. destr. chron. pulm.	Grzylca rozpadowa, stara, płatków górnych. Lewostronne zrosty.	105X57X60 n. u.	37,5	pr. 33-43-49-57-66-85 mm. l. 27-32-40-50-70-87 mm.	-	50	-
25	Kob. żona magazyniera	24:54	154	Peritonitis.	Zmian niema.	91X44X61 l.	34,5	+	+	41	-
26	Mężcz. robotnik	24:64	164	Emphysema pulm. Hypertr. cordis d. Hystrosp.	Zastój. Zrosty obustronne na podstawie.	126X61X62 n. u.	38,5	pr. 29-36-46-55-58-72-95 mm. l. 32-39-49-64-71-100 mm.	+	60	-
27	Mężcz. piekarz	24:62	162	Endocarditis chron. Stenosis mitr.	Nieco rozdęte.	116X51X60 n.	36,5	pr. 30-48-45-53-67-89 mm. l. 34-45-48-57-74-90 mm.	-	54	-
28	Mężcz.	25:45	145	Kypcholosis. Hyperthopia cord. d. Incompensato.	Niedorozwój płuca lewego Obustronne zrosty.	100X53X56 n. u.	35,5	pr. 34-35-44-51-64-115 mm. l. 30-39-36-36-37-97 mm.	-	51	+
29	Kob.	25:56	156	Sepsis puerperalis.	Grzylca rozpadowa, górnych płatków św. Zrosty lewostronne.	118X51X59 n. u.	34,5	pr. 35-40-46-56-76-100 mm. l. 32-37-45-53-68-95 mm.	-	52	-

Chrzastki żebra I i 5 uż przy
bramicy chrząstka kostnej
schodził się i łączyła na przem
sierzni okolo I cm. Pozem
znowu się rozchodził, aby się
złączył tuż przy mostku

Nr. prot.	Płeć i nazwisko	Wiek Wzrost	Rozpoznanie główne anatom.	P i u c a	Otwór główny			C h r z a s t k i			Mostek		U w a g i
					Wy- miar	Wsk. Obw.	Kształ.	D ł u g o ś ć			M _a	M _c	
30	Meżcz.	25/168	Otitis. Sepsis.	Zapalenie zrazikowe. Prawostronne zrosty.	90x56/66/78 n. u.	IV n. u.	pr. 38-41-45-49-63-83 mm. l. 40-38-40-53-64-64-89 mm.	-	-	4,8	-		
31	Meżcz. Kowal	26/171	Abscessus hepatis.	Ropne zapalenie. Ro- zedna. Zrosty lewo- stronne.	107x50/45/89/95	I u.	pr. 28-31-39-32-66-89 mm. l. 32-30-30-51-63 87 mm.	+	-	5,8	+		
32	Meżcz. ślusarz	26/161	Gloma cerebri.	Nieco rozdatę.	97x42/43a 290	II n.	pr. — 34-40-49-56-78 mm. l. — 32-40-50-61-83 mm.	+	obs.	6,4	-	Prawa pękna, luz przy że- brze; lewa: 3 pękna, jedno przy żebrze, 2 w części środ- kowej.	
33	Kob.	27/151	Peri-et-parametritis suppurativa.	Zrosty prawostronne.	98x46/47/3 280	I u.	pr. 36-32-36-41-56-76 mm. l. 26-38-41-46-57-80 mm.	-	-	4,4	-		
34	Kob. asprantka zakonu	27/152	Meningitis tbc.	Gruczek obu płuc. Obu- stronne zrosty.	106x56/56/3 300	I n. u.	pr. 30-33-39-47-56-79 mm. l. 28-33-38-47-59-73 mm.	+	+	4,8	+		
35	Kob. żona kucharza	27/154	Tbc. destr. pulm. et mi- litis universalis.	Gruclica rozpadowa sta- ra obu szczytów. Obu- stronne zrosty.	102x56/56/6 800	III u.	pr. 32 42-45-38-68-97 mm. l. 31-43-47-59-69-94 mm.	+	-	4,9	-		
36	Meżcz. malarz pokojowy	27/162	Endocarditis chron. lunssut et sten. mitr. incompensato.	Zawały krwawe.	114x60/52 35	I u.	pr. 30-44-57-66-85-114 mm. l. 31-47-51-70-88-120 mm.	-	-	5,5	-		
37	Kob.	28/152	Meningitis tbc. Tbc. gland. peribr.	Stare gruczki w obu płucach.	107x44/41 260	II n. u.	pr. 36-34-35-47-57-78 mm. l. 30-30 40-45 58-80 mm.	+	-	4,7	-		
38	Kob. żona robotnika	28/161	Nephritis chron. intersti- tialis.	Stare gruczki w obu płucach; stwardnienie i zrost w szczycie praw.	107x49/48 293	I n. u.	pr. 30-36-37-48-54-74 mm. l. 34-35-39-48-59-72 mm.	+	-	5,5	+	Pęknięcia niezpełne.	
39	Kob.	28/159	Peritonitis.	Zrosty prawostronne.	104x56/53/3 290	IV n. u.	pr. 28-47-46-50-61-75 mm. l. 35-39-39-50-59-76 mm.	-	-	5,2	-		
40	Kob.	29/156	Tbc. destr. pulm.	Gruclica rozpadowa płatów górnych. Zro- sty obustronne.	110x49/44/5 328	II u.	pr. 30-35-36-50-66-90 mm. l. 38-34-38-45-65-98 mm.	+	-	5,6	-		
41	Kob. prosywulka	29/166	Tbc. destr. pulm. chron. ta szczytów. Obustron- ne zrosty szczytów.	Gruclica rozpadowa sta- ra szczytów. Obustron- ne zrosty szczytów.	110x56/5 4	I u.	pr. 30-45-48-58-75-96 mm. l. 36-47-48-59-72 roz 2 mm.	+	-	4,3	-		
42	Kob.	29/157	Peritonitis puerperalis.	Zrosty obustronne.	101x54/53a 305	III n.	pr. 30-40-45-58-67-90 mm. l. 35-41-45-57-69-89 mm.	+	-	5,8	+		
43	Kob. szulca	30/149	Chloronephtheloma.	Przerzuty w obu plu- cach.	109x53/51/4 288	I u.	pr. 29-34 36-40-53-75 mm. l. 27-37-36-44-53-74 mm.	+	-	5,9	+	Niezpełne pęknięcia chrz. prawej.	

Nr. prot.	Płeć i nazwisko	Wiek Wzrost	Rozpoznanie główne anatom.	P l u c a	Otwór pry		C h r z a s t k i	Skost. I. ch II. ch	Masa Me	U W A G I
					Wy- miar Śred.	ksz. K				
44	Kob.	30/155	Sepsis puerperalis.	Zrniak niema.	100X54/54 ₂₅	u.	pr. 29-37-41-51-66 86 mm. 31-35-43-49-67-95 mm.	+ I.	5,3	+ Pęknięcie chrz. I, uź przy zehrzej niezupetne pęknięcie chrz. pr.
45	Mężcz. stuchacz praw.	31/170	Tbc. destr. chrton.	Gruczlica rozpadowa przewł. szczytu praw. w lew. płuciu gruczliki. Obustronne zrosty.	111X60/54	IV n. u.	pr. 22-45-48-56 66-97 mm. I. 35-45-48-75-75-103 mm.	+ I d. s. P.	6,1	- Pęknięcie w odległości 2 mm. od zębca. a nadto w cę- ści środ. niezupetne pęknię- cie obu chrzastek.
46	Mężcz. wyrobnik	30/152	Peritonitis.	Nieco rozdzite.	110X52/47	I. u.	pr. 40-36-39-56-67-91 mm. I. 30-40-30-61-72-91 mm.	+ I.	6,0	-
47	Kob. zona handlowca	32/150	Peritonitis puerperalis	Zrniak niema.	94X45	I. u.	pr. 35-40-45-50-58-74 mm. I. 34-43-43-50-62 71 mm.	+ I.	4,3	-
48	Mężcz. wyrobnik	32/166	Tbc. destr. pulm. chrton.	Gruźlica rozpadowa przewł. płuc. Obu- stronne zrosty.	120X60/55	V I u.	pr. 38-40-54-68-75-99 mm. I. 41-46-55-65-72-99 mm.	- I.	6,3	-
49	Kob. zona garbarza	33/150	Sten. et insuff. v. nitr. aortae, tricuspid. Incom- pensatio.	Niedodana uciskowa.	113X52/46 ₀	I n. u.	pr. 25-35-40-54-69 85 mm. I. 27-34-41-53-72-101 mm.	- I.	5,4	-
50	Kob. zona szewca	33/158	Tbc. destr. chr. et rec. pulm.	Gruźl. rozp. przew. w lew. górny, świeża w dolnym płacie. Zrosty.	109X54/49 ₅	I n. u.	pr. 33-35-39-51-70-95 mm. I. 32-34-38-48-70-92 mm.	+ I.	5,3	-
51	Kob. zona strażnika	34/155	Sepsis puerperalis. Cat. cili. gland. peribr.	Nieziel szczytu praw. zwagniałe ognisko i zbliznowscenie.	110X68/61 ₁₀	III n. u.	pr. 37-40 32-45-71-90 mm. I. 39-34-43-53-67-95 mm.	+ I.	5,0	+ W obu chrzastkach po kilka wrgbowatych pęknięć.
52	Mężcz.	34/170	Sarcoma cerebelli.	W szczytce praw. zbliz- nowscenie gruczlicze. Zrosty obu szczytów.	109X45/41 ₃₂	II u.	pr. 37-46-47 56-60-86 mm. I. 39-49-49-56-72-86 mm.	+ I.	6,3	-
53	Mężcz. odlewacz zelaza	34/160	Pneumonia crouposa lobi d.	W szczytce lew. bliz- nowca gruczlica. Le- wostronne zrosty.	112X68X56/51 ₁₀	I u.	pr. 39-39-44-53-63-89 mm. I. 38-32-48 57-70-96 mm.	- I.	5,9	+ W obu chrzastkach po kilka wrgbowatych pęknięć.
54	Mężcz. przy ojcu	34/156	Tbc. Amyloidosis.	Gruczlica rozpad. stara obu szczytów.	99X45/45 ₁	I n. u.	pr. 35-43-46 54-63 71 mm. I. 38-40-40-52-59-70 mm.	+ I.	4,9	-
55	Mężcz. maszynista	34/175	Nephritis chron.	Zrniak niema.	113X59/51 ₃	I u.	pr. 40-44-39-67-76-95 mm. I. 39-48-50-62-61-92 mm.	+ I.	5,8	-
56	Mężcz. dozorca domu.	34/159	Tbc. destr. pulm.	Gruczlica rozpad. stara szczytu lew. W praw. obłokskrzewowa, a w szczytce jamka.	110X52/43 ₅	II n. u.	pr. 33-43-50-59-72-97 mm. I. 23-45-45-60-72-89 mm.	+ I.	5,9	-

Nr. prot.	Plec i zajęcie	Wiek	Wzrost	Rozpoznanie główne anatom.	P i u c a	Owagotny			C h r z a s t i k i			Mastek	U w a g i
						Wy- miar	Wef. Ob.	Ksz.	D i u g o s ć				
57	Mężcz.	39/108		Tbc. destr. pulm.		106X53 50/430	I	pr. 37-35-44-55-71-101 mm. l. 37-38-40-36-71-102 mm.	+	-	4,8	-	
58	Kob. robotnica	36/156		Pneumonia lobul	Zapal. zrazik. płuca lew. Rozzedła. Lewo- stronny zrost podstawy.	100X53 51. 99	III	pr. 33-41-43-50-62-87 mm. l. 32-40-41-51-65-90 mm.	+	-	5,3	-	
59	Kob.	39/149		Combustio III grad.	Rozzedła. Prawostron- ny zrost.	106X41 49 75	II	pr. 21-74-53-43-51-80 mm. l. 21-33-36-40-52-74 mm.	+	ob s.	4,9	-	Po obu stron. w odległ 3 mm od żebry lewej, 2 do pekt. chrzastki lewej, tuż przy 19 kolejści mostka.
60	Mężcz. robotnik	36/162		Gangraena pulm.	Zgorzel. Zrost szczyciu lewego.	106X55 51. 90	I	pr. 33-45-41-46-47-75 mm. l. 28-28-45-47-61-94 mm.	+	-	6,6	+	
61	Mężcz.	36/154		Endocarditis ulcerosa.	Obustronne zrosty.	104X54 51. 85	I	pr. 16-41-43-57-75-104 mm. l. 25-35-43-53-65-98 mm.	+	-	5,7	+	
62	Mężcz. dozorca budowy	37/168		Pneumonia crouposa	Zapal. włóknik. płatu górn. I. Guz rozp. prz szczyt. pr. Guz. blizn. i zrost obu szczyców.	108X51 41. 80	I	pr. 26-32-43-59-68-92 mm. l. 30-35-45-60-72-106 mm.	+	-	5,9	-	
63	Mężcz.	37/166		Haemorrhagia meni- gum	Rozzedła. Obustron- ne zrosty.	107X67 62 285	IV	pr. 31-42-52-56-63-81 mm. l. 28-44-40-54-61-91 mm.	+	-	6,5	+	
64	Kob. żarna wytobienka	37/155		Tbc. destr. pulm.	Grudlica rozpadowa obustronna przewł.	110X52 47 265	I	pr. 31-36-41-51-67-89 mm. l. 33-39-43-53-73-87 mm.	+	-	4,9	+	
65	Mężcz. wytobnik	38/105		Leukaemia	Zmiana niema.	98X53 54 311	IV	pr. 33-31-40-53-64-90 mm. l. 37-37-40-54-63-91 mm.	+	Ida pr.	5,7	-	W chrząstce prawej, tuż przy graniczy kostno-chrzęstnej zc- bra staw wrzeczony.
66	Kob.	38/159		Diabetes mellitus.	Prawostronne zrosty.	100X50 59 266	III	pr. 30-34-34-46-60-85 mm. l. 26-35-42-49-60-86 mm.	+	-	5,1	-	
67	Kob.	38/146		Oa. ventriculi.	Zmiana niema.	95X52 59. 263	IV	pr. 29-39-44-51-60-83 mm. l. 32-38-42-52-60-90 mm.	+	-	5,0	-	
68	Mężcz. robotnik	39/172		Tbc. destr. chron. pulm. et in test.	Grudlica rozpadowa stara obu szczyc. Obu stronne zrosty.	120X70 59. 410	III	pr. 36-46-52-60-70-105 mm. l. 36-49-46-58-71-100 mm.	+	ob s.	7,0	+	Obie pierwsze chrząstki, tuż przy granicy kostno-chrzęst- nej pektorała.
69	Mężcz.	39/102		Pneumonia.	Zapalenie zrazikowe obu płuc.	120X56 46 335	I	pr. 38-48-50-68-78-105 mm. l. 40-46-48-64-83-100 mm.	+	-	5,2	-	

Nr. prot.	Plec i nazwisko	Wiek	Wzrost	Korpozananie główne anatomicz.	P ł u c a	Otwy			C h r z z a s t k i			Mosterk		U w a g i	
						Wy- miar	4 s W s	Ob- j. m.	12 s	D i u g o s c ę			M s		M c
70	Kob. postugaczka	40 149	176	Tbc. destr. chron. pulm.	Gruczlica rozpadowa siar- na szczytu praw. Obu- stronne zrosty.	104X55 52, 310	45	III	12 s	pr. 21-33-33-43, 56-81 mm. l. 21-28-30-43-50-83 mm.	150 145 142	48	+		
71	Kob. postugaczka	40 152	176	Endocarditis chron. Sien. et insulf. mtr.	Zastój żylny.	104X52 50, 317	45	I	u.	pr. 28-34-39-46-65 73 mm l. 27-33-39-46-60-75 mm.	150 145 142	53	+		Chrz. lewa około 3 mm - ograniczy kosmo-ochrzest. zeb- peln. Chrz. pr. 3 niezupełnie dziobowale pękła.
72	Mężcz. ajent handlowy	40 158	176	Atherosclerosis.	Zblinowacenia i ognis- ka w zap. obu szczytów. Lewositr. zrost.	101X50 49, 265	45	I	u.	pr. 40-47-49-59-67-85 mm. l. 39-54-47-61-69 mm.	150 145 142	61	+		Obie chrzastki wykazują nie- zupełnie popękania.
73	Mężcz. kamienniarz	40 168	176	Tbc. pulm. destr. chron.	Gruczlica rozpadowa górnym płacem, Obu- stronne zrosty, szczyt.	109X60 56, 315	45	III	u.	pr. 41-42-47-59-70-90 mm. l. 39-43-48-65-75-99 mm.	150 145 142	49	+		
74	Kob. zona robotnika	40 150	176	Tbc. destr. chron. pulm. et laryngis.	Grzuli. rozp. szczytu praw. Gruczeli całego płuca.	109X57 52, 290	45	III	n. u.	pr. 31-40-43-56-69-96 mm. l. 32-44-40-50-63-92 mm.	150 145 142	52	+		Zebro praw okazuje niedokre- chrzastki ograniczone zgru- bienie bliźnowate prawdp. po złamaniu.
75	Mężcz. siolarz	40 158	176	Tbc. ulceroza laryngis.	Zserowacenie szczytu lewa, w obu płucach gruczlica prosówkowa. Lewositr. zrost szczytu.	123X54 45	45	II	n. u.	pr. 36-39-50-65-77-100 mm. l. 44-40-50-62-75-98 mm.	150 145 142	66	+		
76	Kob. zona gajowego	40 156	176	Peritonitis.	W szczytce lew. zbliz- nowacenie i zwapienie. Obustr. zrosty szczyt.	102X53 51, 298	45	I	n. u.	pr. 29-35-48-55-61-90 mm. l. 31-42-48-55-65-98 mm.	150 145 142	50	+		
77	Mężcz. robotnik	40 162	176	Tbc. destr. chron. pulm.	W obu płucach siward. roztrzonca gruczlica. Obustronne zrosty.	108X56 51, 295	45	I	u.	pr. 31-34-41-54-66-86 mm. l. 31-34-39-54-65-89 mm.	150 145 142	56	+		
78	Kob.	40 148	176	Tbc. destr. pulm.	Gruczeli w obu płuc. Zgrzezi w lewym. Obu- stronne zrosty.	102X50 51, 285	45	III	n. u.	pr. 29-36-40-48-61-88 mm. l. 30-37-43-54-65-98 mm.	150 145 142	60	+		
79	Mężcz. betoniarz	41 160	176	Nephritis chron.	Rozedna. Obustronne zrosty.	102X51 50 -	45	I	n. u.	pr. 33-46-49-59-76-95 mm. l. 38-40-50-57-79-95 mm.	150 145 142	51	+		
80	Mężcz. rzeźnik	41 168	176	Tbc. destr. chr. pulm. et laryngis.	Gruczlica rozpad. obu- szczytów. Kropiak lew. Obustronne zrosty.	123X59 47, 310	45	I	n. u.	pr. 34-43-50-54-78-94 mm. l. 38-48-50-58-76-102 mm.	150 145 142	70	+		Pęknięcie dotyczy cz. sred chrz.
81	Mężcz. robotnik	41 174	176	Sepsis.	W obu szczytach bliz- nowacenie 2/3 gruczeli gruczlica. Zrost szczy- tu lewego.	108X71 60, 322	45	IV	n. u.	pr. 28-47-51-54-60-77 mm. l. 33-35-40-50-64-72 mm.	150 145 142	65	+		

Nr. prot.	Plec i zajęcie	Wiek	Wzrost	Rozpoznanie główne anatom.	P i t u c a	Owory gruczy			C h r z z a s t k i			Mosterk		U w a g i	
						Wy- miar	Wskł. ob.	Kształ.	D i u r o s ń	St	Ma	Me			
82	Mężcz.	42/165		Menigitis chron. (Parajstis Progress).	W szczytach zbliżeni- wacenia, zwapnienia i pozaciągania.	100X51	51/97	IV n. u.	pr. 39-38-42-42-55-103 mm, 39 37-46-54-63-100 mm.	+	150 91	44 21	59	+	Nierogulne popękania w chrząstkach prawej w odłosci skostniałych. Chrząstki i z- zebra lewego częściowo zro- snięte. Strona prawa dwa rza- zy pojmenniejszy niż lewa.
83	Kob.	42/142		Ca. uteri.	Zmian niema.	125X62	57/63	III u.	pr. 27-31-43-49-55-100 mm, 24-32-39-52-78-100 mm.	-			42	-	
84	Mężcz. wyróbnik	42/155		Thc. destr. chr. pulm.	Gruczl. rozpadowa obu pluc. Zrosły lewost.	98X59	57/62	I n. u.	pr. 39-42-42-51-58-69-103 mm, 38-42-41-51-59-73-99 mm.	+			57	+	
85	Mężcz. były woźny	42/166		Pleuritis purul.	Pluco praw. z niedod- mą, w szczycie lewym chrząstkowate siward- nienie oplotne).	120X55	44/30	II n. u.	pr. 38-45-50-62-75-96 mm, 40-52-52-68-85-105 mm.	+			60	+	Niezupelne pekniecia chrz- stek pierwszych.
86	Mężcz. murarz	42/164		Thc. destr. chr. pulm	Gruczlica rozpadowa Przew. obu szczytów. Obustronne zrosły.	104X46	44 9/7	II n. u.	pr. skost. 34-40-47-62-88 mm, skost. 37-38-48-66-84 mm.	+			55	-	
87	Kob zona postalca	44/151		Pneumonia crouposa.	Zapalenie trzazik, planu körtrego praw. Bliżno- wate zaciagn. szczył. praw. Obustr. zrosły.	101X51	50 05	I u.	pr. skost. 40-42-53-75-82 mm, skost. 43-44-47-68-85 mm.	+			63	-	
88	Mężcz. wyróbnik	44/156		Sepsis.	Obustronne zrosły.	103X64	60/60	III u.	pr. 33-40-45-57-86-105 mm, 35-36-38-48-88-96 mm.	+			60	-	
89	Mężcz.	44/166		Thc. destr. pulm. Em- pema.	Gruczlica rozpadowa pluca praw.	115X58	50/61	I n. u.	pr. 36-33-35-49-66-87 mm, 36-44-37-48-62-86 mm.	+			65	-	
90	Mężcz.	45/167		Ca. laryngis. Calcif. gland. peritr.	Zbliznowacenie z zwa- nieniami szczytu pra- wego. Obustronne zro- sły szczytów.	116X47	46/32	II n. u.	pr. 36-48-54-64-80-109 mm, 44-45-47-64-81-111 mm.	+			63	+	Corona pol. ręk. mostka skia- da się z 4 odlinków kostnych kanka łączna ze sobą, połą- czonych. (Wada rozwojowa).
91	Kob. służąca	45/198		Thc. destr. chr. pulm.	Gruczlica rozpadowa. körtnych płatów. Obu- stronne zrosły.	150X50	47/61	I n. u.	pr. 23-31-39-46-62-92 mm, 38-32-36-48-60-89 mm.	+			47	+	
92	Kob. zona murarza	45/147		Pneumonia asthenica.	Zapalenie planu górn- ego lewego. Zrosły pra- wostronnie.	96X52	54 3	III n. u.	pr. 23-31-35-49-61-89 mm, 24-29-36-47-61-91 mm.	+			48	-	Pekniecie niezupelne chrzr. około 5 mm. od granicy chrzr- stno-kostnej zebra.
93	Mężcz	46/158		Peritonitis.	W obu szczytach bliz- nowata gruczlica w płu- cach trzazik okolo- skrztełowe. Obustronne zrosły szczytów.	104X58	53/69	III u.	pr. skost. 46-47-68-67-85 mm, 35-40-52-52-64-86 mm.	+	obs.	66	+	W części środkowej obu chrząstek pekniecia w lewej nadto kilka wrzodów.	

Nr. prot.	Plec i nazwisko	Wiek	Wzrost	Rozpoznane główne anat.	P i u c a	Otwieramy			C h r z a s t k i			Mosiak		U w a g i	
						Wy- miar	Wsk. Obw.	Kształ.	D i u g o ś ć			Skost. I-ch	Pęk. I-ch		Ma.
94	Meżcz.	47/61		Gangraena pulm.	Zgorzeł płuc.	112X55X49/80		I u.	Pr. 31-41-49-59-68-87 mm. 32-45-45-53-68-87 mm.	+	-	6,1	-		
95	Meżcz. robotnik	47/63		Thrombosis v. portae et mesaric.	Rozedma.	110X57/51/85		I u.	Pr. 22-40-51-58-72-88 mm. 24-40-53-60-87 mm.	+	-	6,9	-		W obu chrz. w części środkowej pęknięcia.
96	Meżcz. rolnik	47/69		Hypertrophoma renis sin.	Bliznowate gruźlicze stwardnienie szczytu prawego.	112X60X53/80		IV n. u.	pr. skost. I, skost.	+	Obs.	6,7	-		Obie chrząstki stawu 12 przy granicy chrząstko-kostnej zerwane przy wybitnie cienkiej (Niedorowski)
97	Meżcz. wyrobnik	48/54		Tbc. destr. chr. pulm.	Gruźlica rozpadowa chr. płatków gonnych. Obustr. zrosy szczytu.	114X76/66/315		IV n. u.	Pr. 39-39-50-63-75-103 mm. 39-42-52-68-82-114 mm.	+	-	5,7	+		
98	Meżcz.	48/63		Tbc. destr. pulm. Amyloidosis.	Gruźlica rozpadowa płatów gór. Obustr. zrosy szczytowe.	117X64/54/81		III u.	Pr. 40-45-47-57-70-86 mm. 40-43-49-57-69-88 mm.	+	-	5,5	+		Pęknięcie niezupetne chrz. prawej.
99	Meżcz. wyrobnik	49/62		Nephritis chron.	Rozedma. Obustron- ne zrosy.	133X119/96/84		II n. u.	Pr. 32-48-44-52-82 93 mm. 32-37-46-53-67-90 mm.	+	-	5,7	+		
100	Meżcz. portyer	49/64		Peritonitis.	Jama gruźlicza szczytu praw. Zbliż. gruczkowe w szczycie lewym. Obustrone zrosy.	106X59/47	o	I n. u.	Pr. sk. 48-48-50-60-66-86 mm. sk. 51-50-60-72-89 mm.	+	-	5,7	+		
101	Kob. zona wyrobnika	50/47		Nephritis interst. chron.	Zawaly krwawe.	102X62/60/80		III u.	Pr. 32-36-37-41-55-79 mm. 30-30-39-46-56-85 mm.	+	-	5,3	-		W obu chrząstkach pęknięcia
102	Meżcz. wyrobnik	50/71		Haemorrhagia. Carc. oesophagi.	Zbliżnosc. ze zwąpn. pierzami obu szczytów. Rozedma.	125X75/60/82		III u.	Pr. 36-38-47-55-76-116 mm. 34-36-44-57-80-112 mm.	+	-	5,5	-		
103	Meżcz. rolnik	50/79		Peritonitis.	Rozedma. Obustronne zrosy.	118X60/60/85		I u.	Pr. 28/37-41-50-62-85 mm. I. 37/37-44-52-69-87 mm.	+	Obs.	6,4	+		Lewa chrz.; pęknięcie i cm od granicy kostno-chrzęstnej.
104	Kob. zona buchalcera	50/49		Peritonitis.	Zbliżnowacenie, zserowacenie i zwępnienie szczytu pr.	102X49/48/88		I u.	Pr. sk. 34-40-45-58-76 mm. sk. 35-36-52-53-78 mm.	+	Obs.	6,1	-		Pęknięcia tuż przy granicy chrząstko-kostnej zębów, między kilka włóków.
105	Meżcz. przełożony obszar. ru dworskiego	50/80		Peritonitis.	Rozedma.	114X56/49/85		I n. u.	Pr. sk. 33-40-55-72-100 mm. I, sk. 30-43-57-74-91 mm.	+	-	-	-		
106	Meżcz. pomocnik mika	51/51		Tbc. chron. destr. pulm.	Gruźlica rozpadowa obu szczytów. Obustronne zrosy.	96X50/52/85		III n. u.	Pr. 30-32-40-56-76-90 mm. I, 33-35-40-45-60-85 mm.	+	-	4,8	-		

Nr. prot	Piec i zajęcie	Wiek	Wzrost	Rozpoznanie główne anatom.	P i u c a	Owagorny		C h r z a s t k i		Mosiak		U w a g i
						Wy- miar	Kształt	Długość	Skost. 1/2 1/3	Ma	Me	
107	Meżcz. zwrótniczy	51:163		Tbc. destr. chr. pulm. Ca. ventriculi.	Grzlica rozpadowa płatw górnego praw.	110X58:35-93	I u.	pr. 35-44-48-62-77-100 mm. l. 34-42-51-62-64-117 mm.	+	50	-	
108	Kob. zona robotnika	51:166		Enteritis.	W dole płatw prawego ogniska biżnowate ze zwsp. Obustr. zrosły.	102X43:42-90	II u.	pr. 30-38-45-57-67-94 mm. l. 30-40-40-55-65-100 mm.	+	47	+	
109	Meżcz. rolarz	51:162		Tbc. destr. chr. pulm. tracheae et lict.	Grzlica rozpad prawej górných płatw. Obu. stronne zrosły.	116X61:52-330	I n. u.	pr. 39-49-50-63-77-101 mm. l. 28-47-53-66-77-107 mm.	+	58	-	
110	Meżcz.	52:173		Carc. ventriculi.	Rozedma. Obustronne zrosły.	110X55:50-225	I n. u.	pr. 35-44-47-56-75-86 mm. l. 30-40-54-59-72-92 mm.	+	52	-	Lewa chrz. peknicie tuż przy granicy kostno-chrzestnej ze- bra, również i w prawej W prawej nadto a niez. pekn. chrzastek.
111	Meżcz. wyrodnik wiejski	52:166		Carc. recit. Peritonitis.	Swierdżnienia szczy- tów. (Grucz.)? Rozedma.	117X58:49-315	I u.	pr. 31-40-45-53-70-100 mm. l. 26-41-51-60-80-105 mm.	+	43	+	Peknicia w części środ. obu- chrzastek.
112	Meżcz. handlarz	52:156		Otitis. Sepsis.	Zmiana niema.	119X49:41-365	II u.	pr. 28-46-47-51-64-92 mm. l. 24-40-49-53-66-92 mm.	+	62	-	
113	Meżcz. zarobnik	52:157		Ca. ventriculi	Rozedma. Zgorzel plu- ca lew. (Obustr. zrosły na podstawie.	98X53:54-285	IV u.	pr. 28-34-45-55-68-93 mm. l. 38-38-45-58-67-92 mm.	-	53	-	
114	Kob. krawcowa	52:150		Ca. ventriculi.	Szczytyzbliźniowacie- le. W lewym staro jama gruczleży ponizej pra- wego również stare ja- my grucz.	95X53:53-280	IV u.	pr. 27-31-39-49-59-80 mm. l. 32-34-39-49-53-72 mm.	-	41	-	
115	Meżcz. robotnik rolny	53:164		Peritonitis.	Prawostr. zrosły.	111X70:64-34	IV n. u.	pr. sk. 41-49-50-72-91 mm. l. sk. 45-49-53-76-89 mm.	+	Obs	+	Peknicie w lewej chrzastce tuż przy granicy kostno- chrzestnej w odleg- łości 1/2 od końca zebra.
116	Kob. służąca	53:144		Endocarditis ulcer. Pneumonia couposa in chron. tendens.	Zapalenie grzalki. Płata dolni prawego. Prawo- stronne zrosły.	112X51:46-290	I u.	pr. 25-31-41-48-66-91 mm. l. 26-34-38-51-61-80 mm.	+	47	+	
117	Meżcz. cieśla	53:162		Urorepasis.	W szczycie lewym zbliz- nowacenie gruczleżec. w praw. Żoła branka kłęzista z rozszerznią oskrzeli.	101X60:59-305	IV n. u.	pr. 37-44 40-44-52-69 mm. l. 22-42-39-49-57-70 mm.	+	51	+	
108	Meżcz. woźny	54:161		Tbc. pulm. et laryngis.	W górných płatach gru- zki. Rozedma. (Obu- stronne zrosły.	124X56:45-330	II n. u.	pr. 28-45-51-60-80-107 mm. l. 29-42-52-65-90-119 mm.	+	62	+	

Nr. prot.	Plec i zajęcie	Wiek	Wzrost	Rozpoznanie główne autops.	P ł u c a	Otworony		C h r z a s t k i			Mostek		U w a g i
						Wy- miar	28g	D i a g n o z e	Skor. 1-4	1-4 Pek. 1-4	Ma	Me	
119	Mężcz. robotnik	54	—	Tbc. destr. chr. pulm.	Gruczoła rozpad. przew. płatow. górn. Zrosy obustronne.	113X65X40 n. u.	III	Pr. 35—45—48—61—70—102 mm. l. 37—44—50—58—79—102 mm.	+	—	57	—	—
120	Mężcz.	55	160	Pleuritis.	Rozedma. Obustronne zrosy.	114X47X20 n. u.	II	Pr. 31—42—44—55—60—86 mm. l. 34—40—43—54—69—102 mm.	+	—	55	+	—
121	Mężcz. wyrobnik włajski	56	157	Hemorrhagia. Subu- ran. Calcif. gland per.	Rozedma. Lewostron- ne zrosy.	110X55X84 n. u.	I	Pr. 24—39—46—60—79—116 mm. l. 20—41—47—65—83—113 mm.	+	—	74	+	—
122	Mężcz.	59	162	Sarcomatosis cutis.	Przerzuty.	110X54X42 n. u.	I	Pr. 18—21—31—56—72—100 mm. l. 18—30—38—46—64—101 mm.	+	—	59	—	—
123	Mężcz. wyrobnik	56	161	Tbc. destr. pulm.	Gruczoła rozpad. przew. wielka w szczyt. Obu- stronne zrosy.	98X56X70 n. u.	IV	Pr. 34—39—46—55—68—91 mm. l. 35—39—42—51—73—101 mm.	+	—	60	—	—
124	Mężcz. woźny	56	159	Aneurysma aortae. Dy- senteria.	Zap. opt. Niedodma plu- ca praw. Zrosł. lewostr.	103X56X58 n. u.	IV	Pr. 39—56—41—61—73—96 mm. l. 38—49—49—62—72—97 mm.	+	—	61	—	—
125	Mężcz. wyrobnik	57	170	Gangr. pedis. Sepsis. Tbc. destr. chron. pulm.	Jany gruczołce st. plu- ca praw. Zrosy obustr.	110X56X40 n. u.	I	Pr. 44—48—58—78—110 mm. l. 38—44—50—61—73—100 mm.	+	Obs.	—	—	Tuz przy, rekojści mostka zaagdują się po obu stronach peknienia
126	Mężcz. wyrobnik	57	161	Tbc. chron. pulm. Em- physema.	W obu szczytach od ty- łu zbliznowacenia ze zserowaciami. Roz- dma. Obustron. zrosy.	110X59X30 n. u.	IV	Pr. 34—35—61—98—98—94 mm. l. 34—37—41—60—75—94 mm.	+	—	57	+	—
127	Kob. przy synu	58	151	Peritonitis.	Obustronne zrosy.	102X53X42 n. u.	III	Pr. 34—34—45—54—61—90 mm. l. 39—39—42—53—70—91 mm.	+	—	59	—	—
128	Mężcz.	58	158	Atrophia cerebri (Tabo- paralysis).	Zbliznowacenie z gru- złkami w szczytach le- wym i zrosł. Prawo- stronne zrosy.	101X58X30 n. u.	I	Pr. 30—42—47—61—66—91 mm. l. 33—40—47—58—67—87 mm.	+	—	56	+	W chrzastce prawej pęknie- cie.
129	Mężcz. rolnik	58	117	Morbus infectiosus	Rozedma. Prawostron- ne zrosy.	114X48X35 n. u.	II	Pr. 23—47—51—60—80—106 mm. l. 29—41—52—65—90—115 mm.	+	—	57	—	Niezupełne pęknięcie chrzą- stki prawej młodej w środku.
130	Mężcz. cukiernik	59	164	Tbc. destr. chr. pulm.	W obu płucach stare jamy gruczołce. Obustr. zrosy.	118X51X32 n. u.	II	Pr. 29—45—47—57—98—104 mm. l. 35—50—50—62—71—100 mm.	+	—	66	—	—
131	Mężcz.	60	166	Lipomatosis cordis. My- ocarditis. Marasmus se- nilis.	Rozedma. Szczyłowe zrosy obustr.	103X66X42 n. u.	IV	Pr. 35—40—40—54—76—96 mm. l. 35—47—43—51—71—90 mm.	+	—	60	—	—
132	Kob. wyrobnica	60	152	Cirrhosis hepatis. at.	W szczyłach zblizno- wacenia z serow. (Jau- str. zrosy szczyłowe.	104X50X48 n. u.	I	Pr. 31—31—31—41—58—74 mm. l. 31—32—35—40—54—70 mm.	+	Obs. pr.	58	+	Pęknięcie chrzastki 3 mm. od granicy chrzastno-kostnej ze- bra.

Nr. prot.	Plec i zajęcie	Wiek	Wzrost	Rozpoznanie główne anatom.	P l u c a	Ciężarny		C h r z a s t k i				Mosterk		U w a g i
						Wy- miar	Iz- szk	D i u g o ś ć	4/5 I- II- III- IV-	4/5 I- II- III- IV-	M. M.	M. M.		
133	Mężcz. robotnik	60	161	Morbus infectiosus?	Zrost lewostr. na pod- stawie.	113X56 ⁹⁵	I.	u.	pr. 32-38-45-52-70-98 mm. 32-35-48-56-71-102 mm.	-	-	54	-	
134	Mężcz. wzrostnik	62	139	Ca. pylori.	W szczytce praw zbliz- nowanym stawem gruzelkami Obustrzo- sly.	112X44 ⁹⁵	II.	u.	pr. 36-42-37-45-54-71 mm. 24-39-39-46-53-81 mm.	+	-	66	-	
135	Mężcz. były kupiec	62	168	Pleuritis.	W szczytce lewym zbliz- nowacenie z ogniska- mno strowatemi, pniezej podobno Genniska, Ko- zedna, Obustr. zrosly.	123X60	I.	u. u.	pr. skostniata skostniata	+	-	-	+	W części środk. niezapelnęte pęknięcia po obu stronach.
136	Kob. zona rolnika	63	142	Peritonitis	W szczytce lewym zbliz- nowacenie pozostaga- ne ze zwapnieniami. Prawostr. zrosly.	92X42 ⁹⁵	II.	u.	pr. 22-37-41-59-66-95 mm. 1. 24-41-44-59-71-88 mm.	+	Obs	66	-	Tuż na granicy ochrzestno- kostnej żebra stawy o gład- kich powierzchniach.
137	Mężcz.	64	178	Sepsis.	Rozedma. Obustronne zrosly.	129X59 ⁹⁸	I.	u. u.	pr. skost-41-41-51-58-83 mm. I. skost-39-45-54-56-85 mm.	+	-	69	-	
138	Kob. wdowa	67	151	Pneumonia crouposa.	Zapalenie zraz. górne- go płata lew. Rozeda- ma Prawostr. zrost.	111X55	I.	u.	pr. 32-40-46-55-69-92 mm. 32-42-40-50-60-72 mm.	-	-	52	-	Prawa chrz. około 1 cm. od re- kościści okazuje przewęgnię- cie wierzchniach niżejwanych.
139	Mężcz. wzrostnik	67	157	Peritonitis.	Zapal. przewlekle pła- ta gór. pr. Rozedma. Obustronne zrosly.	105X49 ⁹¹	I.	u. u.	pr. skost-39-39-46-66-88 mm. I. skost-41-41-52-64-84 mm.	+	Jds.	66	+	Prawa chrz. tukowato pek- nięta w odległości około 1 cm od reki, strona wleśia pek- nięcia zwrócona do reki.
140	Kob.	67	154	Empysemata pulm. es- sent.	W szczytach zbliznowa- nie z zapaleniem i rozedmą Zrosly szczy- towe.	118X56 ⁹¹	to I.	u. u.	pr. 32-38-40-48-65-90 mm. I. 26-38-42-53-64-99 mm.	+	-	65	+	
141	Mężcz.	67	165	Card. ventriculi.	Zrost szczytowy lewo- str.	124X58 ⁹¹	IV	u.	pr. 15-36-38-54-65-83 mm. I. 19-45-46-60-59-60 mm.	+	Jds.	55	-	Prawa chrz. okazuje bliżej żebra kostnego staw. W po- łowce cz. kostn. żebra zgru- bienie na też sąsiad. pęk. n.
142	Kob. zona murarza	67	151	Pneumonia lobuli.	Obustr. zrosly. Zapal. żyzak.	98X66	IV	u. u.	pr. 34-43-52-63-79-99 mm. I. 34-47-52-61-76-102 mm.	+	Obs	58	+	W obu chrzastkach po 2 pek- nięcia, w prawej wybitniejsz.
143	Mężcz. wzrostnik	67	168	Tbc. pulm.	Gruzelki obu płuc. Obustr. zrosly.	112X58 ⁹³	IV	u.	pr. 31-41-45-55-65-92 mm. 32-35-45-54-72-100 mm.	+	-	55	-	
144	Mężcz. wzrostnik wiejski	73	153	Ca. ventriculi.	Lewostr. zrost na pod- stawie.	105X49 ⁹¹	IV	u. u.		+	-	55	-	

Nr. prot.	Plec i zajęcie	Wiek	Wzrost	Rozpoznanie główne anatom.	P i n c a	Objętość		C h r z a s t k i		Skost. I-III p. I	Mastek (M ₁ M ₂)	U w a g i		
						Wy-miar	Obw.	D i u g o ś ć	Skost. I-III p. I					
145	Kob. bez zajęcia	76/43		Pneumonia crouposa	Zap. zrzak. płata górni, p. r. (ubust. zrosty szczyt.	120X96	30 ^o	I	pr. 24-45-52-59-80-96 mm. l. 40-39-50-52-82-108 mm.	+	-	48	+	
146	Mężcz.	85/151		Pneumonia crouposa.	W szczytce p. r. zbliżone, waceń. 6-14. Zap. zrzak. w lewym dolnym.	111X60	31 ^o	IV	pr. 38-48-57-65-85 mm. l. 38-48-57-65-85 mm.	+	-	58	+	
147	Mężcz.	81/22		Osteomyelitis cruris utr.	Lewostr. zrosty.	83X34	25 ^o	II		-	-	30	-	
148	Mężcz.	8—		Diphtheria.	Zmian niema.	90X42	25 ^o	I	pr. 26 l. 30	-	-	33	-	
149	Mężcz. syn Kowala	10/22		Menigitis.	Zmian niema.	84X34	24 ^o	II	pr. 34-36-41-48-57-68 mm. l. 34-38-39-44-52-60 mm.	-	-	41	-	
150	Mężcz.	11/23		The case gland. lymph. et des. chr. p. r. „strachese et intestini”	W płucach prawym świeżym, w lewym w korym. płac. Obustronne zrosty.	85X35	25 ^o	II	pr. 27-40-41-48-55-66 mm. l. 30-43-40-47-58-69 mm.	-	-	45	-	
151	Kob.	12/145		Pneumonia haemorrhagica.	Zap. zrzak. krwotoczne.	95X47	26 ^o	I	pr. 33-36-38-43-60-81 mm. l. 33-31-41-52-57-79 mm.	-	-	44	-	
152	Mężcz. uczeln. gimnaz.	12/144		Pericarditis obliterans.	Zastój żylny.	103X45	27 ^o	II	pr. 35-36-40-50-54-54 mm. l. 35-36-43-48-52-76 mm.	-	-	37	-	
153	Kob.	13/148		The destr. chron. pulm.	Gruźlica rozpadowa obu szczytów.	91X54	—	IV	pr. 37-41-44-54-64-88 mm. l. 36-41-48-54-68-87 mm.	-	-	41	-	
154	Kob.	14/32		Sepsis.	W obu szczytach stare gruźlice. Zrosty obustr.	84X36	23 ^o	II	pr. 30-35-40-45-55-72 mm. l. 30-36-31-36-33-62 mm.	-	-	40	-	
155	Mężcz.	14/45		The destr. pulm. et intest. Amyloid.	W szczytce lewym pozachęganym, u dołu jamy gruczołce. W szczytce praw. kilka starych grużeków.	89X50	27 ^o	IV	pr. 36-36-37-48-58-73 mm. l. 37-36-40-51-60-77 mm.	-	-	41	-	
156	Kob.	14/38		Menigitis tbc.	Gruźlica obu płuc. Obustr. zrosty.	94X33	237	II	pr. 32-38-41-51-60-78 mm. l. 35-38-45-50-64-80 mm.	-	-	34	-	
157	Kob. przy rodzicach	15/50		Typhus abdominalis.	Zap. zrzak. obu płuc. Zrost. prawostronny.	96X47	272	I	pr. 38-42-45-55-65-79 mm. l. 41-42-45-52-64-88 mm.	-	-	47	-	

*) M = połączenie rękojęści z ciałem mostka. + skostniałe — niestostniałe, ruchome. M₁ = szerokość rękojęści mostka.

P I Ś M I E N N I C T W O .

1. **A u f r e c h t**. Die Ursache und der örtliche Beginn der Lungenschwindsucht. Wien, 1900.
2. **A u f r e c h t**. Die Genese der Lungenphthise i t. d. Deut. Archiv f. klin. Med. T. 75.
3. **A r n o l d**. Untersuchungen über Staubinhalation und Staubmetastase. Leipzig, 1885.
4. **B a c m e i s t e r**. Die mechanische Disposition der Lungenspitzen und die Entstehung der Lungenspitzentuberkulose. Mitt. aus d. Grenzgebiet, d. Med. u. Chir. T. 23. 1911.
5. **B a c m e i s t e r**. Ref. na XVIII Zjeździe niemieckich internistów w Wiesbaden w r. 1911. Münch. Med. Woch. 1911 (referat).
6. **v. B a u m g a r t e n**. Ueber experimentelle Lungenphthise. IV Vers. der deutsch. pathol. Gesellsch. Hamburg, 1901.
7. **v. B a u m g a r t e n**. Ueber das Verhalten der Tuberkelbacillen an der Eintrittspforte der Infektion. IX. Vers. der deutsch. path. Gesellschaft, Meran, 1905.
8. **v. B e h r i n g**. Ueber Lungenschwindsuchtenentstehung und Tuberkulosebekaempfung. Vers. deutsch. Naturf. und Aerzte. Deutsch. Med. Wochenschr. 1903. Nr. 39.
9. **B e n e k e**. Die anatomischen Grundlagen der Konstitutionsanomalien des Menschen. 1878.
10. **B e r t**, cyt. von den **V e l d e n**: Der starrdilatierte Thorax. Stuttgart, 1910.
11. **B i e r o t t e**. Ueber das Verhalten des **A n g u l u s L u d o v i c i** beim Gesunden. Inaug. Diss. Rostock, 1905.
12. **B i r c h - H i r s c h f e l d**. Ueber den Sitz und die Entwicklung der primären Lungentuberkulose. Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 64, 1899.
13. **B i r c h - H i r s c h f e l d**. Lehrbuch der patholog. Anatomie. 4 wyd. Spez. Pathol. Leipzig, 1894/95.
14. **B o l l i n g e r**. Ueber Entstehung und Heilbarkeit der Tuberkulose. Münch. Med. Woch. 1888. Nr. 29.
15. **B r e h m e r**. Die Aetiologie der chronischen Lungen-

schwindsucht vom Standpunkt der klinischen Erfahrung. Berlin, 1885.

16. B r e i e r. Ueber Rippenknorpelanomalien und ihre pathogenetische Bedeutung. Inaug. Diss. München, 1890.

17. B r i n t o n. American Journal, July 1867. cyt. według R o t h s c h i l d a.

18. C o h n h e i m. Die Tuberkulose vom Standpunkt der Infektionslehre. Leipzig, 1880.

19. C o r n e t. Die Tuberkulose. Nothnagels Handb. der spez. Pathol. und Therapie T. XIV, II cz. Wien, 1900.

20. de la C a m p. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. der Zwerchfellatmung. i t. d. Zeitschr. f. klin. Med. T. 49.

21. E n g e l. Anomale Brustformen. Med. Jahrb. der. Oesterr. Staates. XXVI. 1841.

22. F l ü g g e. Die Ubiquität der Tuberkelbazillen und die Disposition zur Phthise. Deutsch. Med. Woch. 1904. Nr. 5.

23. F l ü g g e. Die Verbreitung der Phthise durch staubförmiges Sputum i t. d. Zeitsch. f. Hygiene. T. 30. 1899.

24. F l ü g g e. Weitere Beiträge zur Verbreitungsweise und Bekämpfung der Phthise. Zeitschr. f. Hygiene. T. 38. 1901.

25. F r a e n k e l. Spezielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten. Berlin, 1904.

26. F r a e n k e l. B. cyt. przez H a r t a.

27. F r e u n d. W. A. Beiträge zur Histologie der Rippenknorpel im normalen und pathologischen Zustande. Breslau, 1858.

28. F r e u n d. W. A. Zusammenhang gewisser Lungenkrankheiten mit primären Rippenknorpelanomalien. Erlangen, 1859.

29. F r e u n d. W. A. Thoraxanomalien als Prädisposition zur Lungenphthise und Emphysem. Verhandl. der Berl. med. Ges. Therapie d. Gegenw. 1902.

30. F r e u n d. A. W. Ueber die Beziehung gewisser geheilter Lungenphthisen zur Gelenkbildung am ersten Rippenknorpel. Berl. klin. Woch. 1902. Nr. 33.

31. F r e u n d. A. W. Die Beziehung der Heilungsvorgänge gewisser Formen der Lungenphthise zur Gelenkbildung am ersten Rippenringe. Verh. d. Hufeland. Ges. Therapeut. Monatsh. 1902. Juni.

32. F r e u n d. A. W. Beiträge zur Behandlung der tuberkulösen Lungenspitzenphthise und des alveolären Emphysems durch operative Mobilisation des in der oberen Apertur stenotischen und des starr dilatierten Thorax. Münch. Med. Woch. 1907. Nr. 48.

33. **G e g e n b a u r.** Vergleichende Anatomie der Wirbeltiere. 1898—1901.

34. **G e s s n e r.** Lässt sich eine Stenose der oberen Thoraxapertur durch eine Messung am Lebenden nachweisen? Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose. T. IV. Z. 2. 1905.

35. **G l i ń s k i.** Usposobienie anatomiczne a t. zw. dzie-
dziczność w gruźlicy. Nowiny lek. XXXIII. 1911.

36. **v. H a n s e m a n n.** Die sekundaere Infektion mit Tuberkelbacillen. Verh. d. Berl. med. Ges. Berl. klin. Woch. 1898. Nr. 11.

37. **v. H a n s e m a n n.** Die anatomischen Grundlagen der Disposition. Deutsch. Klinik, 1903.

38. **H a r t.** Die mechanische Disposition der Lungenspitzen zur tuberkulösen Phthise. Stuttgart, 1906.

39. **H a r t.** Die Beziehung des knöchernen Thorax zu den Lungen und ihre Bedeutung für die Genese der tuberkulösen Lungenphthise. Brauers Beitrage z. Klinik der Tuberk. 1907.

40. **H a r t.** Der Thorax phthisicus. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1908. Z. 23.

41. **H a r t.** Die Schmorlsche Lungendruckfurche, Cblt. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1909.

42. **H a r t** und **H a r r a s.** Der Thorax phthisicus, eine anatomisch-physiologische Studie. Stuttgart, 1908.

43. **H a r r a s.** Mobilisierung oder Immobilisierung der Lunge wegen Tuberkulose. Mitt. aus. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1910. T. 21. Z. 3.

44. **H a s s e.** Die Gesichtsassymetrien. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1887.

45. **H e l m b o l t z.** Verhandl. d. naturh Vers. d. preuss. Rheinl. und Westf. 12 Mar. 1856.

46. **H e n l e.** Lehrbuch der systematischen Anatomie des Menschen.

47. **H o f b a u e r.** Zur Pathogenese der Lungenspitzen-tuberkulose. Verh. d. k. k. Ges. d. Aerzte Wiens. ref. Münch. Med. Woch. 1906. Nr. 6.

48. **H o f f m a n n A.** Welchen Anteil an der Ausheilung der tuberkulösen Lungenspitzenenerkrankung nehmen die Gelenkbildung des Knorpels der ersten Rippe und die gelockerte Verbindung zwischen Manubrium und Corpus sterni? Münch. Med. Woch. 1904. Nr. 7.

49. **H o f f m a n n.** u. **L a n g e r h a n s c y t.** **B a c m e i s t e r.** Nr. 4.

50. **H o l z k n e c h t.** Die röntgenolog. Diagnostik i t. d. Hamburg, 1901.

51. **H y r t l.** Lehrbuch der Anatomie des Menschen. wyd. 14. Wien. 1878.

52. **J u n g m a n n.** Beiträge zur Freundschen Lehre vom Zusammenhang primärer Rippenknorpelanomalien mit Lungentuberkulose und Emphysem, Frankf. Zeitschr. f. Pathol. 1909. III. 1.

53. **K e i t h p a t r z W e n k e n b a c h.**

54. **K o c h.** Aetiologie der Tuberkulose. Mitteil. aus d. K. Gesundheitsamte T. II. 1884.

55. **K ö l l i k e r,** cyt. **S u m i t a.** Nr. 90.

56. **K o r à n y i.** W Eulenburga Realencyklopädie. 1887. T. XII.

57. **K o s t e r.** Untersuchungen ueber die Ursache der chron. Lungentuberkulose beim Menschen. Inaug. Diss. Freiburg, 1892.

58. **K w i a t k o w s k i.** Kilka uwag w sprawie usposobie-
nia dziedzicznego w gruźlicy płuc. Przegl. lek. 1900. Nr. 1.

59. **L a n d e r e r.** Ueber die Athembewegungen des Tho-
rax. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1881.

60. **L e n n h o f.** Diskussion zum Vortrage Rothschilds.
XXII. Kongr. f. inn. Med Wiesbaden, 1905.

61. **L u b a r s c h.** Arbeiten aus d. path. anat. Abteil. d.
hyg. Instituts. Posen, 1901.

62. **L u s c h k a.** Die Verbindung des Handgriffs mit dem
Körper des Brustbeins. Zeitschr. f. ration. Med. 1855.

63. **M a i s o n n e u v e.** Archives générales de médecine,
1842 juillet, cyt. przez **R o t h s c h i l d a.**

64. **M e n d e l s o h n.** Rippenknorpelanomalien und Lun-
gentuberkulose. Arch. f. Kinderhikde. T. 38. Z. 12. 1903.

65. **M e y e r.** Diskussion zum Vortrage Freunds. Verhandl.
d. Berl. med. Ges. 8. Jan. 1902.

66. **M o r d h o r s t.** Zur Entstehung der Skrofulose und
Lungenschwindsucht. Klin. Vorträge, 175, cyt. przez **S c h l i e-
t e r a.**

67. **O e s t r e i c h u, de la C a m p.** Anatomie und phy-
sikalische Untersuchungsmethoden. Berlin, 1905.

68. **O r t h.** Lehrbuch der speziellen pathologischen Anato-
mie. 1887.

69. **O r t h.** Ueber Disposition. Verh. d. Charitéärzte. 1903.

70. **O r t h.** Angeborene und ererbte Krankheiten. **S e-
n a t o r u n d K a m i n e r:** Krankheiten und Ehe. 1904.

71. P o l a ń s k i. Physische Charakteristik der Tuberkulösen, besonders der Lungentuberkulösen. Zeitschr. f. Tuberk. VI. 1904.

72. R i b b e r t. Ueber die Genese der Lungentuberkulose. Deutsch. Med. Woch. 1902. Nr. 17.

73. R i e g e l. Die Atembewegungen an der gesunden und kranken Brust. Würzburg, 1873.

74. R i n d f l e i s c h, w Z i e m s s e n a Handbuch der spez. Pathologie. Cyt. B i r s c h - H i r s c h f e l d a.

75. R o k i t a n s k y. Handbuch der allgemeinen pathologischen Anatomie. Wien, 1846.

76. R o t h s c h i l d. Der Sternalwinkel in anatomischer, physiologischer und pathologischer Hinsicht. Frankfurt. a.M., 1900.

77. R o t h s c h i l d. Zur Charakteristik des Thorax paralyticus. Petersburger med. Woch. 1900. Nr. 18.

78. R o t h s c h i l d. Funktion der ersten Rippe. XX Kongres f. inn. Med. Wiesbaden, 1902.

79. R ü h l e. Die Lungenschwindsucht. v. Ziemssens Handbuch der spez. Pathol. und Therapie 2. wyd.

80. S a n d o z. Cyt. H a r t. Nr. 37.

81. S c h l o s s m a n n. Ueber die Entstehung der Tuberkulose im frühem Kindesalter. Arch. f. Kinderhkte T. 43. 1906.

82. S c h m o r l. Zur Frage der beginnenden Lungentuberkulose. Münch. Med. Woch. 1901. Nr. 50.

83. S c h m o r l. Zur Frage der Genese der Lungentuberkulose. Münch. Med. Woch. 1902. Nr. 33 i 34.

84. S e r v i e r s. Cyt. H a r t. Nr. 37.

85. S o k o ł o w s k i. Statystyczne dane dotyczące niektórych momentów usposabiających do gruźlicy płuc. IX. Zjazd przyr. i lek. polskich z r. 1900. Warszawa, 1901.

86. S o k o ł o w s k i. Statistik betreffend gewisse Momente, welche zur Lungentuberkulose veranlassen. Zeitschr. f. Tuberk. T. II. 1901.

87. S t e r n b e r g. Cyt. H a r t. Nr. 37.

88. S t i l l e r. Habitus phthisicus und tuberkulöse Dyspepsie. Berl. klin. Woch. 1905. Nr. 38.

89. S t i c k e r. Zur Diagnose der angeborenen Schwindsuchtsanlage. Münch. Med. Woch. 1902.

90. S w i o n t e k. Ueber den Zusammenhang der Phthisis pulmonum mit der scheidenförmigen Verknöcherung der Rippenknorpel. Iuaug. Diss. Strassburg, 1877.

91. S u m i t a. Zur Lehre von den sog. Friendschen

primären Thoraxanomalien. Deutsche Zeitschr. f. Ohir. T. 113. Z. 1, 2. 1911.

92. T e n d e l o o. Studien ueber die Ursachen der Lungenkrankheiten. Wiesbaden, 1902.

93. T e n d e l o o. Die Bedeutung der Athmungsgrösse für die Entstehung und Ausdehnung, bezw. Heilung der Lungentuberkulose. Brauers Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 1908. T. 11. Z. 2.

94. T u r b a n. Beiträge zur Kenntnis der Lungentuberkulose. Wiesbaden, 1899.

95. T u r b a n. Die Vererbung des locus minoris resistentiae bei der Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. T. I. Z. 1—2. 1900.

96. V i r c h o w. Diskussion zum Vortrage Friends. Verhandl. der Berl. med. Ges. 11. Dez. 1901.

97. W e i c h s e l b a u m. Wiener med. Jahrbücher T. 34. Nr. 12 i 13.

98. W e n k e n b a c h. Ueber pathologische Beziehungen zwischen Atmung und Kreislauf beim Menschen. Sammlg klin. Vorträge. 1907.

99. W i e d e r s h e i m. Ueber das Altern der Organe in der Stammesgeschichte des Menschen und dessen Einfluss auf krankhafte Erscheinungen. Politischanthropolog. Revue, 2. rocznik. Z. 6.

100. W o l f f. Diskussion zum Vortrage Friends. Verhandl. d. Berl. med. Ges. 18. Dez. 1901.

101. W o l f f. Zur Kenntnis der Haemoptoe. Münch. Med. Woch. 1896.

102. Z i e l i ń s k i. O zбочzeniach w budowie ciała suchotników. Prace sekcyi gruźliczej IX. Zjazdu przyr. i lek. polskich w Krakowie 1900. Warszawa, 1901.

103. Z i e l i ń s k i. Ueber die Veränderungen des Körpers bei Schwindsüchtigen. Fortschritte der Med. 1899. Nr. 32.

CZYNNOŚCI

Towarzystwa Lekarskiego

WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY.

Rok 1914.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2 czerwca 1914 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 35, gości 4.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

- T r e ś ć: 1). D. H e l l i n. O nieznanym dotychczas własnościach surowicy krwi noworodków i ciężarnych.
- 2). Z. S r e b r n y. O ropówkach okołoprzełykowych wskutek obrażeń przełyku.
- 3). M. G a n t z. O usuwaniu ciał obcych z przełyku.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił obecnych o odbytych w Lublinie w dn. 31 maja i 1 czerwca r. b. II Zjeździe Lekarzy prowincjonalnych, który udał się w zupełności i zostawił po sobie bardzo dodatnie wrażenie. W przeddzień otwarcia Zjazdu odbyło się uroczyste posiedzenie Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego z okazji 40-lecia tegoż Towarzystwa. Prezes odczytał listę członków honorowych, mianowanych z powodu tej uroczystości; mianowicie z Warszawy zostali członkami honorowymi następujący członkowie naszego Towarzystwa: K. Chełchowski, W. Gaj-

kiewicz, S. Goldflam, W. Kamocki, Fr. Neugebauer, J. Pawiński, A. Puławski, M. Rejchman, B. Sawicki, Al. Sokołowski, E. Zieliński. Jako delegat Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego wystąpił na zebraniu Prezes, załączając wyrazy hołdu i uznania dla działalności Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego.

III. Prezes powitał obecnych na zebraniu gości: prof. Renckiego ze Lwowa, Wł. Millera, Karbowskiego, Bryknera.

IV. Prof. Rencki przemawia w sprawie II Zjazdu Internistów, mającego się odbyć we Lwowie w dn. 21 — 22 lipca, prawie równocześnie ze Zjazdem Hygienistów Polskich (19—22 lipca). Delegat ze Lwowa zaprasza członków Warsz. Tow. Lek. do wzięcia jak najliczniejszego udziału i zgłaszania się do niego z pracami.

V. F. Erbrich przedstawił rentgenogramy klatki piersiowej, zdjęte w celu wykrycia obecności w oskrzelach ciał obcych, opowiedział historię choroby odnośnych 4-ch przypadków i pokazał ciała obce, które wydo był za pomocą zastosowania bronchoskopii.

1-szy przypadek. Panna l. 23 zaznaczyła, że podczas jedzenia zakrztusiła się mocno, zaczęła kaszlać, poczuła, że coś wpadło jej do rury oddechowej. Od tej pory z powodu suchego męczącego kaszlu zasięgała porady kilkakrotnie w Mińsku i w Warszawie. 2-krotne prześwietlenie klatki piersiowej nie wykazało przypuszczalnego w oskrzelach ciała obcego. Dopiero w 4-ym miesiącu od chwili opisanego wypadku z zakrztuszeniem się, na skutek stanowczo stwierdzonej klinicznie obecności ciała obcego w oskrzelach przez d-ra A. Sokołowskiego, udała się do kol. Judta. Tym razem na rentgenogramie widać ciało obce z prawej strony klatki piersiowej między 4 a 5-m żebrem. Po zastosowaniu bronchoskopii górnej udało się w ciągu kilku minut wydość ciało obce (kostkę), które zalegało w dolnej części głównego oskrzela prawego. W ciągu kilku dni kaszel ustał zupełnie.

2-gi przypadek. 5-letnia dziewczynka, skierowana przez kol. Borsuka z wywiadami, że przed 5 dniami podczas jedzenia raptem zaczęła się dusić, zsiniała. Po krótkiej chwili duszność ustała, natomiast powstał kaszel mocny i gorączka. Badanie klatki piersiowej wykazało oddech oskrzelowy w okolicy międzyłopatkowej prawej na ograniczonej przestrzeni. Ciepłota 38,5. Na rentgenogramie klatki piersiowej, wykonanym przez kol. Skabowskiego, widać ognisko w okolicy prawej wnęki płuc. Dokonano 6-go dnia od chwili wspomnianego wypadku tracheotomii i dolną bronchoskopię. Po upływie mniej więcej pół go-

dziny wydobyto z prawego głównego oskrzela kostkę. Po kilku dniach dziecko przestało gorączkować. Po usunięciu rurki tracheotomijnej i zabliznieniu rany kaszel zaczął słabnąć, plwocina wydzielala się w coraz mniejszej ilości, objawy ogniskowe znikły zupełnie; dziecko wyzdrowiało.

3-ci przypadek. W styczniu 1913 r. kobieta l. 44 podczas obiadu zakrzusila się, zaczęła się dusić, zsiniała. Stan mocznej duszności trwał kilka minut. Stopniowo oddech powracał, natomiast kaszel męczący trwał prawie bezustannie. 3-go dnia zaczęła gorączkować, udała się do szpitala. Próby wydobycia obcego ciała nie odniosły skutku. Na rentgenogramie, wykonanym przez kol. Drozdowicza, widać z prawej strony klatki piersiowej między 4 a 5-em żebrzem bliżej środkowej linii klatki piersiowej kilka porzrzucanych ognisk (plam małych ciemnych na negatywie), oprócz tego nacieczenie tkanki płucnej w dolnych częściach z lewej strony. Chorą widziałem po upływie pół roku w czerwcu 1913 roku. Kaszlała mocno, odpluwała obficie cuchnącą plwocinę, gorączkowała do 37,8. Miałem wykonać próbę wydobycia obcego ciała, ale długotrwała choroba moja, a następnie w zimie 1913 r. samej pacjentki (objawy cuchnącego zapalenia ogniskowego z wysoką do 40^o gorączką) kazały odwlec operację aż do marca 1914. 20-go marca 1914 r. za pomocą górnej bronchoskopii udało mi się wydostać z prawego oskrzela kość wielkości 1 ctm. w obwodzie. Stopniowo chora przestała gorączkować, odpluwała coraz mniej. Już po upływie tygodnia plwocina nie miała przykrego zapachu. Obecnie po upływie 3-ch miesięcy chora ma się dobrze, kaszle od czasu do czasu i odpluwa nieco śluzoropnej plwociny.

4-ty przypadek. 6-letni chłopczyk z Włocławka włożył do ust kulę rewolwerową, raptem zachłysnął się, zaczął się dusić, kaszlać, odrazu stan był ciężki. Gorączka do 39^o trwała przez miesiąc. Po upływie 5 miesięcy od opisanego wypadku przywiozła matka dziecko do Warszawy. Na zlecenie kol. Seidemana wykonał kol. Judt zdjęcie rentgenograficzne klatki piersiowej, które wykazało obecność obcego ciała z lewej strony klatki piersiowej między 4 a 5-em żebrzem podobne do kuli. Po dokonanej tracheotomii i zastosowaniu bronchoskopii dolnej udało mi się po upływie 3-ch godzin wydostać kulę z stalową obwódką. Trudność w wydobyciu zależną była od tego, że gładkiej kuli nie mogłem uchwycić kleszczami odpowiednimi. Pacjent wycieńczony długotrwałą chorobą powoli bardzo wracał do zdrowia. Po 2-ch tygodniach wyjechał do domu. Wiadomości, odebrane od rodziców dziecka, obecnie są b. pomyślne, dziecko ma się zupełnie dobrze. [Streszczenie własne].

VI. Hellin Dyonizy wygłosił rzecz p. t.: „O nieznananych dotychczas własnościach surowicy ciężarnych i noworodków”. Nie tylko podczas ciąży, lecz i po wstrzykiwaniu łożyska samcowi powstają we krwi, według doświadczeń Abderhaldena, zaczyny, rozkładające tkankę łożyska. Z drugiej zaś strony wiadomo, że po wstrzyknięciu antygenów otrzymujemy przeciwciała. Należało więc przypuszczać, że i podczas ciąży powstają precypityny. Dla wykazania ich jest rzeczą niezbędną, by obydwie ciała — antygen i precypityna — były w stanie płynnym. Ponieważ tkanka łożyskowa nie rozpuszcza się całkowicie w żadnym z odpowiednich odczynników, należało więc zrobić szereg roztworów z części składowych łożyska, któreby w sumie tworzyły jej całość, a więc wyciąg wodny, roztwór w kwasie solnym, w solach i t. d. Okazało się, że 1) już wyciąg wodny z łożyska daje osad lub zmętnienie z surowicą ciężarnych i z surowicą noworodków. Surowica mężczyzn dorosłych osadu tego nie daje. Nie dają go również ani wyciąg wodny z łożyska w roztworze fizyologicznym soli kuchennej, ani wyciąg wodny z innych tkanek, np. z mięśnia. 2) Natomiast po dodaniu surowicy do roztworu fizyologicznego NaCl otrzymujemy osad (autoprecypityny), lecz w słabszym stopniu niż po połączeniu z wyciągiem z łożyska. 3) Inaktywując surowicę noworodków i ciężarnych (mniej więcej $\frac{1}{2}$ godziny przy 56° — 58° C) otrzymujemy również zmętnienie i opalescencyę z domieszką zabarwienia na zielono (fluorescencya). Surowica mężczyzn odczynu tego nie daje. Dalsze badania, jako to wpływ reaktywacji, próby z innymi wyciągami z łożyska, badania ilościowe i t. d., stanowić będą przedmiot dalszych doświadczeń, jak również pytanie, kiedy po raz pierwszy zjawiają się u ciężarnych i kiedy znikają u noworodków wymienione własności surowicy. Według Abderhaldena zaczyny jego nie przedostają się do krwi noworodka. W naszych doświadczeniach widzieliśmy, że odpowiednie przeciwciała przechodzą jednak do krwi noworodków. Łożysko przepuszcza zatem przeciwciała, lecz nie przepuszcza zaczynów, którym owe ciała powstanie swe zawdzięczają. Gdyby nawet okazało się, że odczyn nasz nie jest swoisty, to w każdym razie jest on dowodem, iż krew ciężarnych i noworodków ma inny skład niż krew ludzi normalnych. Jaka jest przyczyna tych zmian — czy obecność pewnych soli, czy pewne ciała hamujące, czy odczyn mniej lub więcej alkaliczny, czy obecność innych wogóle ciał — to wyjaśnić mogą dopiero dalsze badania. [Streszczenie własne].

VII. Srebrny Z. odczytał rzecz p. t.: „O ropówkach okołoprzełykowych wskutek obrażeń

przełyku". Zastrzegłszy się, że z powodu ograniczonego czasu traktować będzie właściwy przedmiot odczytu i związane z nim zagadnienia szkicowo, że wielu szczegółów zlekka tylko dotknie, a niektóre pominie, Srebrny przytoczył 4 przypadki ciężkich powikłań ciał obcych w przełyku, z których dwa zakończyły się śmiercią. We wszystkich przyczyną powikłań było manipulowanie w przełyku narzędziami na ślepo, w 3 znaleziono ropówkę okołoprzełykową. Powikłanie to powstaje bądź na skutek przedziurawienia przełyku, bądź i bez niego skutkiem szerzenia się zapalenia z przełyku na tkankę okołoprzełykową z następczem wytworzeniem się przetoki lub bez niej. W innych razach znowu ciało obce, przedziurawiwszy przełyk, dostaje się do tkanki okołoprzełykowej i tu wywołuje ropówkę, otwór zaś w przełyku zamyka się bez śladu. Zdarza się też i tak, że ciało obce, wyjąłowane przez gotowanie, mianowicie kostka lub ość, dostaje się do żołądka, pozostawiwszy w przełyku zadrażnienie, przebiegające bez poważniejszych następstw. Dopiero wprowadzenie do przełyku niewyjąłowanego zgłębnika zakaża ranę i staje się przyczyną ropówki.

Z tkanki okołoprzełykowej zapalenie przejść może na krtań, tchawicę, płuca, opłucną, osierdzie i śródpiersie. Niebezpiecznym wielce następstwem ropówki bywają też krwotoki, nieraz śmiertelne z powodu nadżarcia ścian tętnic szyjowych, a zwłaszcza aorty. Na znaczenie ropówki okołoprzełykowej w przypadkach krwotoków z aorty zwrócił niedawno uwagę H. Chiari, kładąc nacisk na szczegól, że krwotoki te zazwyczaj występują nie bezpośrednio po przedziurawieniu przełyku przez ciało obce, lecz po upływie wielu dni, a nawet wielu miesięcy, co się tłumaczy przejściem zapalenia z tkanki pomiędzy przełykiem a aortą na ścianę ostatniej; ściana ta powoli ulega zniszczeniu, prowadzącemu do przedziurawienia.

Zapobiedz powstaniu ropówki może jedynie właściwe traktowanie ciał obcych w przełyku. A więc przede wszystkim należy zarzucić wszelkie manipulacje, nie kontrolowane okiem, zwłaszcza w przypadkach ciał ostrych, szpiczastych, nierównych oraz szczelnie zatykających przełyk. Jeżeliby można było jeszcze tolerować zgłębnik, koszyki i haki, to chyba tylko w świeżych przypadkach ciał gładkich i niewielkich rozmiarów, i to przy kontrolowaniu ruchów tych narzędzi na ekranie fluorescującym podczas prześwietlania chorego promieniami Roentgena.

Zasadniczo prawo obywatelstwa mieć winny tylko wziernikowanie przełyku i cięcie przełyku zewnętrzne. To ostatnie, wykonane wcześniej, nie stanowi bynajmniej zabiegu tak ciężkiego, za jaki uchodzi; statystyka, zebrana przez Srebrnego, po

krytycznym rozejrzeniu materiału, wykazuje wszystkiego 5,4% śmiertelności. Odsetka ta zapewne byłaby jeszcze mniejsza, gdyby przed operacją nie stosowano metod ślepych.

Leczenie ropówki polega na szerokim jej otwarciu, drenowaniu śródpiersia i ułożeniu chorego w pozycji Trendelenburga. W ten sposób leczona ropówka okołoprzełykowa z zajęciem śródpiersia w wielu przypadkach kończyła się pomyślnie. W razie zajęcia głębszych części śródpiersia wskazane jest otwarcie śródpiersia tylnego (*mediastinotomia dorsalis*); operację tę wykonano dotychczas kilka razy, zawsze z zejściem śmiertelnym. Przebieg zapalenia z tkanki okołoprzełykowej na krtań, tchawicę, płuca, opłucną i osierdzie wymaga odpowiedniego traktowania wspomnianych narządów. Wreszcie krwotok z nadżartych tętnic szyjowych należy wstrzymać tamponowaniem rany, uciskiem lub podwiązaniem krwawiącego naczynia.

[Streszczenie własne].

VIII. Gantz M. wygłosił rzecz p. t.: „O usuwaniu ciał obcych z przełyku“. Rozmaitość ciał obcych, znajdujących w przełyku, jest pozornie tylko mniejsza, niż w drogach oddechowych, gdyż ciała okrągłe, spotykane w tych ostatnich, z przełyku wydostają się samoistnie z kałem. Ciała obce usadawiają się prawie wyłącznie w górnym odcinku przełyku w okolicy t. zw. ust przełykowych, co udowodnione zostało przez liczne dane kliniczne i wyniki badania za pomocą promieni Roentgena (Burger). Badając chorych z ciałami obcymi, trzeba pilnie zbierać wywiady, które z jednej strony pomagają w orientowaniu się, z drugiej nieraz pozwalają wnioskować o „rzekomem“ utkwieniu ciała obcego (histeryczki). Niedocenianie wywiadów i skarg chorego może mieć fatalne skutki, gdyż, choć ciała obce mogą zalegać w przełyku lata całe, nie dając objawów, to jednak w końcu powodują ciężkie dla życia powikłania (przedziurawienia, krwotoki, zapalenie opon mózgowych i t. p.). Inspekcyja i palpacyja szyi dostarczają cennych wskazówek w przypadkach ciał obcych (objawy zapalenia tkanek w głębi, ropowica, odma powietrzna). Podobnie nie bez znaczenia są tętno i ciepłota. Badanie przełyku zawsze winno być dokonywane pod kontrolą wzroku i przede wszystkim ma na celu stwierdzenie obecności ciała obcego. Dopiero stwierdzone ciało obce można próbować usunąć z przełyku. Metody „ślepe“ (chwytnacz guzików i ości) używane są zazwyczaj do usuwania ciał obcych, których nieraz wcale niema w przełyku. Do stwierdzenia ciała obcego posilkujemy się promieniami Roentgena z tem jednak zastrzeżeniem, że wynik ujemny nie wyklucza

jeszcze obecności ciała obcego. Zgłębnikowanie przelyku daje często wynik ujemny tam, gdzie duże nawet ciało obce tkwi w przelyku (nie mówiąc już o ciałach drobnych), poza tem zaś może być niebezpiecznem, gdyż spycha głębiej nieraz ostre ciała obce, powodując ciężkie i niebezpieczne obrażenia. Jedynym racjonalnym sposobem badania i usuwania ciał obcych z przelyku jest ezofagoskopia bez mandryna, która wprawdzie może zakończyć się niepomyślnie,—są to jednak nader rzadkie wypadki. Metody natomiast „ślepe” dają sporą odsetkę przypadków nieszczęśliwych, niestety nie zawsze ogłaszanych. Mimo to znane dotąd tego rodzaju przypadki (gdym nie można było wyjąć przyrządu z przelyku, przedziurawienia, śmierć skutkiem *oesophagitis purulenta*, liczne uszkodzenia śluzówki, *phlegmone colli*, *fistulae oesophagi* i t. p.) zupełnie wystarczają, by przyrządy, działające na „ślepo”, wyszły z użycia. Zastrzedz się trzeba, że ezofagoskopia wymaga wprawy, jak zresztą i inne nieco złożone sposoby badania.

W pewnej odsetce przypadków, o ile ezofagoskopia nie prowadzi do celu, wskazaną jest ezofagotomia, która niekiedy musi być zastosowaną nawet odrazu bez uprzednich prób usunięcia ciała obcego w ezofagoskopie. Są to przypadki z objawami już istniejącego zapalenia tkanki okołoprzelykowej lub przedziurawienia ściany przelyku. Ezofagotomia wykonywana wcześniej dawać będzie lepsze wyniki, niż obecnie.

Ciało obce musi być jak najrychlej usunięte z przelyku, gdyż w przeciwnym razie grozi nieobliczalnymi następstwami, jak tego dowodzą przypadki z literatury. Lekarze na prowincyi winni odsyłać chorych z ciałami obcymi w przelyku do najbliższych szpitali, gdzie powinni być lekarze w ezofagoskopii wyszkoleni.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Zastępca Sekretarza *T. Jaroszyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16 czerwca 1914 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 30, gość 1.

- T r e ś ć:** 1). Wice-Prezes. Wynik konkursu im. W. Koczorowskiego.
2). Dyskusya nad odczytami: *Z. Srebrnego* „O ropówkach okołoprzełykowych wskutek obrażeń przełyku” i *M. Gantza*: „O usuwaniu ciał obcych z przełyku”.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes oznajmia, iż kol. T. Hejman złożył dla biblioteki Tow. dzieło p. t.: „L'oreille et ses maladies”. 2 tomy, 1914 r.

III. Prezes powitał gościa kol. Gorazdowskiego.

IV. Wiceprezes odczytał protokół komitetu konkursowego im. Koczorowskiego. Komitet orzekł jednomyślnie, że prace nadesłane nie kwalifikują się do nagrody. Wobec tego w roku przyszłym wakować będą 2 nagrody.

V. Dyskusya nad odczytami: *Z. Srebrnego* „O ropówkach okołoprzełykowych wskutek obrażeń przełyku” i *M. Gantza*: „O usuwaniu ciał obcych z przełyku”.

a) *Gantz* formułuje swoje wnioski do dyskusyi w sposób następujący:

1. Skargi na obecność ciała obcego wymagają od lekarza wszechstronnego i ewentualnie kilkakrotnego badania, o ile pierwsze badanie wypada ujemnie, a chory nie przestaje się skarżyć.

2. Poszukiwanie i usuwanie ciał obcych z przełyku drogą naturalną winno się odbywać w y ł ą c z n i e p r z y p o m o c y e z o f a g o s k o p u bez użycia mandryna.

3. Wszelkie przyrzady, mające na celu usuwanie ciał obcych „na ślepo”, jako nie poddające się odkażaniu i działające na ślepo, winny być wyrugowane z użycia.

4. Wszelkie ciało obce w przełyku winno być możliwie najszybciej usunięte.

5. W przypadkach ciał obcych, w których ezofagoskopia nie prowadzi do celu lub też nawet nie może być zastosowana, wskazana jest ezofagotomia.

6. Lekarze na prowincyi, nie mogący posiłkować się ezofagoskopem, winni chorych z ciałami obcymi w przelyku skierowywać co rychlej do najbliższego szpitala lub miasta, w którym znajduje się lekarz, obznajmiony z ezofagoskopią.

b) K o e n i g s t e i n zabiera głos w sprawie przypadku, o którym wspominał A. S o k o ł o w s k i.

K. widział chorą na parę dni przedtem, zanim stwierdzono odmę piersiową. Chora zgłosiła się ze zdjęciem rentgenograficznym, na którym widać było obce ciało (protezę) na wysokości kilkunastu centymetrów wyżej wpustu. O ile można było sądzić z wywiadów, chora przechodziła już jakieś manipulacye w przelyku.

K. wprowadził ezofagoskop, idąc krok za krokiem ku dołowi pod kierunkiem oka, nigdzie jednak obcego ciała nie znalazł. Wobec tego nie mogło być mowy o próbach wydobywania obcego ciała. Chora już przed ezofagoskopią narzekała na bóle w brzuchu i w boku.

Wobec bardzo ostrego haczyka protezy mogło nastąpić przedziurawienie przelyku i bez gwałtownego popychania zgłębnikiem, aczkolwiek i to nie jest wykluczone. Ezofagoskop był wprowadzony bez mandryna. [Streszczenie własne].

c) S r e b r n y w odpowiedzi S z m u r ł o zaznacza, że okoliczność, dlaczego w jednym przypadku powstaje ropówka, a w drugim nie, zależy głównie od ilości materiału septycznego, wprowadzonego z zewnątrz; dlatego też ciała obce gotowane, jak kostki lub ości, mniej mogą być pod tym względem niebezpieczne, niż niewyjałowione narzędzia, któremi zazwyczaj posługujemy się przy manipulacjach w przelyku. Ani w jednym, ani w drugim przypadku S r e b r n e g o na powstanie ropówki i ciężki przebieg, względnie zejście śmiertelne, nie mogły mieć wpływu powikłania podczas dokonanych operacji, albowiem powikłania te (nagły obrzęk krtani, zadrażnienie tylnej ściany tchawicy podczas tracheotomii) nic wspólnego z rozwojem spraw ropnych mieć nie mogą. — Przestrzegając przed używaniem zgłębników, koszyków i haków, miał S r e b r n y na myśli głównie ciała obce o brzegach ostrych. Ale i gładkie ciała obce, jak naprz. monety, długo leżące w przelyku, nie nadają się również do wydobywania koszykiem lub spychania zgłębnikiem, gdyż skutkiem powstałej odleżyny łatwo przy tych manipulacjach przedziurawić przelyk. Daleko bezpieczniej więc w tych razach wykonać cięcie przelyku zewnętrzne. Wreszcie zwraca S. uwagę, że S z m u r ł o, przytaczając odsetkę przypadków śmiertelnych po ezofagoskopii, zapomniał dodać, że większość

tych przypadków nieszczęśliwych dotyczy nowotworów, a nie ciał obcych.

E r b r i c h o w i **S r e b r n y** odpowiada, że spychanie ciała obcego, tak niewinnego, jak kawałek mięsa, może także być niebezpieczne, a to z tego powodu, że 1) wraz z mięsem mogła być połknięta i kość, 2) kawałki mięsa zwykle ulegają uwięzieniu w przelyku zwężonym, a przepychanie w takim razie może dać powód do pęknięcia zwężonej części przelyku. To samo dotyczy i dużych, choć gładkich ciał obcych. Jeżeli ciało obce jest zaklinowane w przelyku, to, wydobywając je po zrobionem cięciu przelyku, znajdujemy się bliżej ciała obcego, co ułatwia jego rozkawalenie i usunięcie. Sondowanie w celu przekonania się, czy ciało obce znajduje się w przelyku, nie wytrzymuje krytyki.

Wbrew twierdzeniu **K a z i m i e r z a** **Z i e l i Ń s k i e g o**, że przy dobrej technice koszyk nie może zrobić krzywdy choremu, **S.** mniema, że żadna technika nie pomoże tam, gdzie się manipuluje na ślepo, nie wiedząc, czy ciało obce już nie tkwi końcem lub kantem w ścianie przelyku, gdzie zatem wyciąganie ciała obcego musi się skończyć przecięciem lub rozerwaniem ściany przelyku. Na dowód przytacza znowu przypadek **P i e n i ą ż k a**, którego przecież o brak techniki posądzać nie można. **S r e b r n y** nie występował specjalnie przeciwko koszykowi, lecz przeciwko manipulowaniu w przelyku na ślepo. Wreszcie dodaje, że **Z i e l i Ń s k i** myli się, mówiąc, że przypadek **S r e b r n e g o**, zakończony śmiercią, pochodził z prowincyi; nieszczęśliwy rękoczyn, który w następstwie sprowadził zgon, wykonany był w Warszawie.

Za bardzo trafne uważa **S r e b r n y** uwagi **A. S o k o ł o w s k i e g o**, dotyczące ważności zbierania wywiadów: poznawszy z wywiadów właściwości połkniętego ciała obcego i czas znajdowania się jego w przelyku, lekarz może wyprowadzić wnioski co do postępowania. Wywiady jednak często wprowadzać mogą w błąd, a nieraz, szczególnie, gdy idzie o małe dzieci, niczego dowiedzieć się nie można.

Konserwatywne traktowanie ciał obcych w przelyku, za którym przemawiał **T u c h e n d l e r**, i które ma takiego wyznawcę, jak **G l ü c k s m a n n** w Berlinie, istotnie często prowadzi do celu, nie należy jednak zapominać, że równie często bywa przyczyną ciężkich, a nawet śmiertelnych powikłań.

W końcu stwierdza **S r e b r n y** pożałowania godny fakt, że ezofagoscopia jest postponowana i że w dyskusyi należycie oceniona została jedynie przez **A. S o k o ł o w s k i e g o** i **L u b l i n e r a**.

[Streszczenie własne].

d) Zieliński Kazimierz, powołując się na 65 swoich przypadków (patrz Gazeta Lekarska r. 1913 Nr. 45) chwali koszyczek Graefego. — W przypadkach swoich powikłań żadnych nie miał. Koszyczek Graefego i dzisiaj ma jeszcze zwolenników, pomimo wprowadzenia ezofagoskopu. Przy umiejętnym i ostrożnym stosowaniu daje dobre wyniki; przy odpowiednim dwuręcznym wyjmowaniu go o krtań nie zawadzi i przelyku zbyt nie urazi. Należy wiedzieć, że w razie uwięźnięcia kości, protez i t. d. już te przedmioty same wywołują uraz błony śluzowej przelyku, nie wszystkie więc powikłania instrumentowi przypisywać należy. Co do monet, instrument ten jest absolutnie nieszkodliwy (6 swoich przypadków, w tom jedna duża 5-ciokopiejkówka).

Co się tyczy ostrych kości i protez, to i za pomocą ezofagoskopu uporać się z nimi nieraz bywa bardzo trudno. — Ani przypadki kol. Srebrnego, ani też komunikat kol. Gantza nie przekonały go o szkodliwości koszyczka Graefego. Przedstawia przytem koszyczek nowej konstrukcyi cały metalowy, dający się, wbrew twierdzeniu kol. Srebrnego, sterylizować, ze skrzydłami mniej odstającymi, niż w koszyczku, przedstawionym na zeszłym posiedzeniu przez kolegę Gantza.

Ezofagogoskop wymaga dobrego światła, dobrej, wyszkolonej i licznej obsługi i też nie jest instrumentem niewinnym (Jackson podaje 3% śmiertelności). Nie można winić specjalnie koszyczka Graefego, gdy, jak w jednym przypadku kol. Srebrnego, stosuje się go po drutach i patykach, wprowadzonych do przelyku, lub gdy po niepotrzebnem, ość bowiem tkwiła u nasady języka, wprowadzeniu go do przelyku odchodzi się na rozmówkę do telefonu i chory sam sobie koszyczek z przelyku wyrывa. Co tu przyrząd zawinił? W czasie manipulacyi każdym instrumentem, a zwłaszcza koszyczkiem Graefego, lekarz winien całą swą uwagę na to tylko ześrodkować.

W odpowiedzi kol. Lublinerowi Zieliński Kazimierz zaznacza, iż najzupełniej jest świadomy braków koszyczka Graefego i innych instrumentów, działających na zasadzie zmysłu dotyku i czucia mięśniowego, i najzupełniej rozumie, w myśl wyższości wzroku nad dotykiem, chęć sprowadzenia i zamienienia ich na przyrządy działające, pod kontrolą wzroku. Przy manipulowaniu szczypcami w wąskiej tubie ezofagoskopu też się niewiele, albo wcale nie się nie widzi i cała rzecz sprowadza się znowu do działania na ślepo. Artur Wagner z Lubeki (patrz Deutsche Medic. Wochenschrift Nr. 282 r. 1913) powraca znowu do koszycz-

ka Graefego lub chwytacza Kirmissona, lecz pod kontrolą promieni Röntgena, bo go wazkie pole widzenia ezofagoscopu nie zadawalnia. Tak strasznie potępiane przez kolegów instrumenty (koszyk Graefego, hak Kirmissona) w rękach doświadczonego lekarza-praktyka długi czas jeszcze będą miały znaczenie, bo nie dla każdego chorego możliwy jest przyjazd do Warszawy, a dla bardzo wielu lekarzy-praktyków kosztowne aparaty są niedostępne. Wreszcie, cyfr lekceważyć nie należy, bo one mówią same za siebie. [Streszczenie własne].

e) Gantz w odpowiedzi Skabowskiemu przypomina, że sam uznaje już w odczycie doniosłość Röntgena, lecz powołuje się na statystyki zachodnio-europejskie, między innymi z kliniki berlińskiej Killiana, dowodzące, że ciała obce, nawet dość duże, nieraz nie występują na rentgenogramach (w przypadku Willeta kość pięciocentymetrowa); o mniejszych już niema nawet co mówić. Przypomina doświadczenia Lamerta, który dowiódł, że ciała obce giną często w śródpierściu, małe zaś nawet za żebrem. Gdyby rozumować tak, jak kol. Skabowski, który uważa Röntgena za najlepszą metodę rozpoznawczą, i jak kol. Erbrich, który posiłkuje się ezofagoscopem tylko do celów dyagnostycznych w przypadkach ciał obcych,—należałoby wtedy zupełnie odrzucić ezofagoskopię, jako metodę zbyteczną. Tak jednak nie jest, gdyż zarówno pod względem rozpoznawczym, jak i leczniczym, ezofagoscopia nie ma konkurentów. Kol. Szmurło uważa, że przyrządy, działające „na ślepo”, należy wprowadzać powoli z zimną krwią, jednocześnie jednak sądzi, iż ezofagoscopia nie nadaje się do usuwania ciał obcych, gdyż niema na nią wtedy czasu, należy tu bowiem działać szybko. G. nie wie, dlaczego raz należy działać z zimną krwią, w innych takich samych przypadkach nie. Że ezofagoscopia daje pewną nieznaczną odsetkę śmiertelności, to jest fakt, lecz, jak już w odczycie zaznaczył G., odnosi się to prawie wyłącznie do przypadków nowotworów. G. przytacza przypadek pęknięcia ropnia okołoprzelykowego do kanału rdzeniowego, gdzie miał zastosować ezofagoskopię, a gdzie na pewno pęknięcie owo odniesionoby na niekorzyść ezofagoskopii. Gdyby wszystkie nieszczęśliwe przypadki po zastosowaniu metod ślepych były ogłaszane tak, jak to się obecnie dzieje z ezofagoskopią, różnica na korzyść ezofagoskopii byłaby nader wybitna. Posądzać używających metod ślepych o małą wprawę nie zawsze można, gdyż Pieniążek, Langenbeck chyba byli dość doświadczeni i zręczni ludzie, a jednak Langenbeck przez 1½ godziny nie mógł wy dostać z przelyku wpro-

wadzonego doń chwytaacza monet. Kol. Zieliński ogranicza się, o ile G. go zrozumiał, do usuwania tylko monet chwytaaczem Graefego, lecz przypadki, opisane przez Killiana, Chiarięgo i wielu innych, dowodzą, że często bardzo chwytaacze wprost nie mogą usunąć monet, a poza tem uszkodzają przelyk. Gantz nie może się zgodzić i na zupełnie konserwatywne traktowanie ciał obcych, przytaczając swój przypadek z ością w przelyku (*meningitis purul.* i śmierć) i powołując się na inne z literatury. Ezofagoskopii nie uważa bynajmniej za panaceum w przypadkach ciał obcych w przelyku, jak zresztą już o tem mówił w swym odczycie, w wielu bowiem przypadkach wczesna ezofagotomia może najpewniej uratować życie choremu. [Streszczenie własne].

Oprócz powyższych kolegów w dyskusji głos zabierali: Szmurło, Erbrich, A. Sokołowski, Tuchenler, Heiman, Lubliner, Skabowski i Krauze.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*

Za Sekretarza *Lande.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 15 września 1914 roku.

Przewodniczący: Wice-Prezes *A. Puławski.*

Członków obecnych na posiedzeniu 84, gości 2.

Treść: *L. Kryński*: Nowsze doświadczenia z zakresu chirurgii wojennej.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego postanowiono odczytać na posiedzeniu następnem.

II. Sekretarz Stały zawiadomił zebranych o śmierci członka czynnego T-wa, *Hipolita Oderfelda*, w dniu 16/VII r. b. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc.

III. *A. Sokołowski* odczytał życiorys zmarłego *Hipolita Oderfelda*:

„W okresie wakacyjnym, mianowicie 16 lipca, zmarł po długiej i ciężkiej wycieńczającej chorobie (cukrzycy) członek naszego Towarzystwa, wybitny chirurg szpitala żydowskiego H. O d e r f e l d. O. zyskał w ciągu dwudziestotrzechletniego pobytu w Warszawie szerokie uznanie jako praktyk, który w wybornie zorganizowanym przez siebie oddziale chirurgicznym uprawiał z powodzeniem nowoczesną chirurgię, nie zaniedbując jednocześnie i teoretycznej strony nauki. Wynikiem tej jego działalności był szereg prac, ogłoszonych w naszym piśmiennictwie lekarskim, nie tylko z dziedziny kazuistyki, ale i patologii chirurgicznej. Z chwilą wybrania go w r. 1898 na członka naszego Towarzystwa brał czynny udział w jego pracach, a szczególnie w zorganizowanej w ostatnich latach sekcji chirurgicznej, której przewodniczył przez jedną kadencję.

Był człowiekiem charakteru prawego, współczuł i o ile mógł współdziałał wszystkim szlachetnym dążeniom naszego społeczeństwa i kraju, którego dobrym był synem. Cześć jego pamięci!

H i p o l i t O d e r f e l d urodził się w 1860 r. w Częstochowie, gdzie otrzymał wykształcenie średnie, medycynę studiował w Warszawie, ukończył uniwersytet w r. 1884. Po dłuższym pobycie za granicą praktykował czas pewien w rodzinnym mieście Częstochowie, następnie osiedlił się na stałe w Warszawie, pracując nad chirurgią w oddziale M a t l a k o w s k i e g o, a później J a w d y Ń s k i e g o. W r. 1894 otrzymał samodzielny oddział chirurgiczny w szpitalu żydowskim w Warszawie i na tem stanowisku pracował z niezwykłą gorliwością do samej niemal śmierci.

Ogłosił drukiem następujące prace:

1. O zamknięciu światła kiszek przez uchyłek M e c k e l a. Gaz. Lek. 1890.
2. O gastrotomii sposobem W i t z e l a. Medycyna 1895.
3. W kwestyi szwu kiszkiowego za pomocą guzika M u r p h y e g o. Med. 1895.
4. Przypadek wPOCHWIENIA jelit. Laparotomia. Wyleczenie. Med. 1896.
5. O operacyjnym leczeniu wPOCHWIENIA jelit. Przyczynek do techniki operacyjnej. Medycyna 1896.
6. O operacyjnym leczeniu wypadnięcia prostnicy za pomocą „colopexis”. Medycyna 1898.
7. Przyczynek do chirurgii przymiotu mózgu oraz do znaczenia rozpoznawczego padaczki J a c k s o n a (wspólnie z B r e g m a n e m). Przegląd Lekarski 1902.

8. Przyczynę do kazuistyki przerzutów normalnej tkanki gruczołu tarczowego (wspólnie ze *Steinhausem*). *Medycyna* 1901.

Prócz tego miał liczne pokazy w sekcji chirurgicznej *Warsz. Tow. Lek.* 7.

IV. Sekretarz Stały zawiadomił obecnych, że z powodu wojny zwołane było nadzwyczajne posiedzenie Zarządu w kwestyi finansowej; stwierdzono, że fundusze T-wa są dostatecznie zabezpieczone; nadto na miesiące sierpień i wrzesień r. b. uchwalono podwyżkę pensyi urzędnikom kancelaryi T-wa; obecni na posiedzeniu przyjęli powyższą uchwałę Zarządu.

V. Wice-Prezes zawiadomił, że Biblioteka T-wa otrzymała w ciągu lipca i sierpnia r. b. w darze następujące dzieła i czasopisma:

1) od wdowy po *ś. p. Mikołaju Brunnerze* 373 dzieła w 431 tomach przeważnie z dziedziny neuropatologii i elektroterapii,

2) od *akademii wojskowo-lekarskiej w Piotrogradzie* 65 rozpraw inauguracyjnych,

3) od *d-ra B. Dębnińskiego*: 6 roczników *Annales de l'Institut Pasteur*, 5 roczników *Bulletin de l'Institut Pasteur* i kilkadziesiąt zeszytów *Centralblatt f. Bacteriologie*,

4) od *d-ra Bączkiewicza*: *Premier Congrès international de la protection de l'Enfance*, w 2 tomach,

5) od redakcyi *Gaz. Lek.*: *d-ra Diema*: *Oesterreichisches Bäderbuch*, 1914, w 2 częściach.

Prócz tego nadesłano:

1) *Jaworowski* z *Lublina*: *Zarys historii Towarzystwa Lekarskiego w Lublinie*, 1914,

2) *Hahn*: *Pamiętnik obchodu jubileuszowego Uniwersytetu Lwowskiego*,

3) *Księga Pamiątkowa Zjazdu byłych Wychowawców Szkoły Głównej Warszawskiej w 50-ą rocznicę*.

VI. Wice-Prezes zawiadomił obecnych, iż w sprawie posiedzeń ogólnych T-wa Zarząd postanowił, aby posiedzenia odbywały się według zwykłego porządku.

VII. *Kryński* wygłosił odczyt: „*Nowsze doświadczenia z zakresu chirurgii wojennej*”.

W wykładzie swym przedstawił *Kryński* obecne zadania chirurgii wojennej, oparte na doświadczeniu zdobytem podczas wojen ostatniego dziesięciolecia (wojna rosyjsko-japońska, wojny na półwyspie bałkańskim). I chirurdzy warszawscy mieli sposobność zetknięcia się z działalnością wojenną w latach 1905—1906, obecna zaś wojna daje ogromne pole dla ich dzia-

łałości i doświadczenia. Szpitale i lazarety warszawskie stanowią właściwie 3-ci etap w organizacji sanitarno-wojennej. Nie poruszając tu kwestyi zakresu chirurgii szczegółowej, których omówienie odkłada K r y ś k i na później, kiedy rozporządzać będziemy tu w Warszawie większym materiałem przypadków chorobowych, zasady ogólne postępowania, jakich trzymać się należy w naszej działalności szpitalnej w leczeniu rannych, streszcza w punktach następujących:

1. Segregowanie chorych natychmiast po przybyciu transportu rannych stanowi zadanie ważne. Dzielimy ich na 3 kategorie: lekko, średnio i ciężko rannych i oddzielamy odrazu tych, których stan wymaga natychmiastowej zmiany opatrunku—krwawienie, cuchnący opatrunek, wadliwy opatrunek.

2. Opatrywanie ran oprócz najściślejszej aseptyki wymaga możliwie dokładnego unieruchomienia rany; stąd wiele stosujemy opatrunków ustalających, nawet w braku uszkodzeń kości.

3. U chorych gorączkujących — nacięcia w razie wyraźnych ognisk ropnych; często znaczne nawet nacieczenia zapalne znikają po odpowiednim opatrzeniu rany i ustaleniu kończyny.

4. Co do znieczulania, to najczęściej stosować musimy uspienie chloroformowe czy eterowe, nader zaś rzadko, w przeciwstawieniu do chirurgii pokojowej, używać możemy znieczulenie miejscowe.

5. Wobec panującego dziś w chirurgii wojennej kierunku zachowawczego, stosunkowo rzadko wykonujemy amputacje. Należy jednak nie zwlekać z nią: 1) w razie postępujących szybko objawów zakażenia ogólnego, 2) w razie rozległego zniszczenia na kończynie części miękkich. Ran amputacyjnych lepiej nie zaszywać dokładnie. [Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) R a u m przedstawia 2 rentgenogramy, wyjaśniające działanie kuli karabinowej na kość, i zaznacza, że w pewnych warunkach zwykła kula karabinowa może wyrzucić działanie podobne do kuli dum-dum. Sprawa przewozu rannych ma pierwszorzędne znaczenie dla dalszego przebiegu sprawy chorobowej. W sprawie amputacji R. zaznacza, iż posługuje się metodą K a u s c h a, t. j. gilotynuje kończynę bez zakładania szwów.

b) H e w e l k e podnosi sprawę, czy przygodne sanitaryuszki w szpitalach dla rannych są pożyteczne?

c) O r z e ł zaznacza, iż obecne rany, nawet małokalibrowe, są bardzo ciężkie. Często można widzieć groźne powikłania w postaci posocznicy, tężca i róży; duża liczba amputacji. Za najwłaściwsze znieczulenie uważa O. uspienie ogólne—chloro-

formowe. Odradza tworzenie licznych a małych szpitalików, natomiast zachęca do obracania tychże funduszków na takie cele, jak zakup obuwia, bielizny i ubrania dla żołnierzy, opuszczających lazarety i szpitale.

d) *A. Sokółowski* podtrzymuje ostatni wniosek przedmówcy i radzi, aby *Orzeł* podniósł tę sprawę w prasie codziennej.

e) *Ciechomski* za jeden z głównych postulatów uważa dobre unieruchomienie zranionej kończyny, która to sprawa u nas pozostawia dużo do życzenia; radzi też stosowanie mastisolu na skórę, okalającą ranę. Do rzędu bardzo ciężkich uszkodzeń zalicza rany od szrapneli. Tężec przyranny, zdaniem C., nie daje bezwzględnie złego rokowania w razie odpowiedniego stosowania surowicy swoistej: C. stosował po 60 ctm. sz. surowicy dziennie do rdzenia z wynikiem pomyślnym. Doświadczenie, zdobyte przez chirurgów warszawskich w czasach rewolucyjnych, nie da się zastosować do chirurgii wojennej chwili obecnej ze względu na odmienny charakter ran.

f) *Sztejner* zgadza się z *Ciechomskim* co do ostatniego wniosku. Obecnie wszystkie ciężkie przypadki ran postrzałowych otrzymujemy w stanie zakażenia. Transportowanie chorych jest w wysokim stopniu niezadawalające. W szpitalu Dzieciątka Jezus były dotychczas wśród rannych żołnierzy trzy przypadki tężca, natomiast róży wcale nie było. Wypisywani ze szpitala Dzieciątka Jezus żołnierze otrzymują bieliznę i ubranie. Małe szpitale należałoby przeznaczyć dla ozdrowieńców i dla lekko rannych.

g) *Daszkievicz* zgadza się ze zdaniem, że przy ranach postrzałowych znieczulenie miejscowe jest nieodpowiednie dla wykonywania jakichkolwiek zabiegów operacyjnych; wskazanem jest jedynie uśpienie ogólne.

h) *Orzeł* zaznacza częstość ran postrzałowych prawego wskaziciela.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes *A. Pułowski*.

Sekretarz *W. Dobrowolski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 29 września 1914 r.

Przewodniczący: Wice-Prezes A. Fuławski.

Członków obecnych na posiedzeniu 54, gości 2.

T r e ś ć. K. R z ę t k o w s k i: O palpacyi brzucha.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Pokaz kol. Skabiszewskiego: Preparat anatomiczny z przypadku: *diverticulitis*.

W zapaleniach wyrostka robaczkowego i w wewnętrznych zaciśnięciach jelit winien być brany pod uwagę t. zw. uchyłek Meckela, wzgl. jego zapalenie (*diverticulitis*), nie bacząc na względną rzadkość tej sprawy chorobowej. Mówca opisuje z oddziału A. Puławskiego odnośny przypadek choroby, której przebieg kliniczny (gwałtowne bóle brzucha, wymioty, tętno nitkowate, zapaść, bębnicą) upoważniał do rozpoznania: *peritonitis ex appendicitide*. Na sekcji pomiędzy innymi stwierdzono: krwawy płyn w jamie brzusznej, otrzewna pokryta włóknikiem; na wolnej ścianie jelita cienkiego uchyłek Meckela, przekręcony do połowy wzdłuż osi podłużnej, tworzy niedrożność kiszek; uchyłek i część sąsiadującego z nim jelita—w stanie zgorzeli. Prelegent zaznacza ubóstwo odnośnie do poruszanej sprawy naszego piśmiennictwa, które posiada tylko jedną obszerniejszą pracę Fr. Kijewskiego. Mówca następnie obszernie opisuje rozwój embryonalny uchyłka z przewodu żółtkowego i za Mikuliczem przytacza cztery postacie zatrzymania się procesu wstecznego w tym przewodzie. Przechodząc w dalszym ciągu do etyologii omawianego cierpienia, jego przebiegu, różniczkowania i anatomii patologicznej, mówca dochodzi do wniosków następujących: 1) *diverticulum et diverticulitis* przy łóżku chorego nie różniczkujemy, 2) zwykle stwierdzamy fakt na stole operacyjnym lub sekcyjnym, 3) częściej spotykamy tę sprawę u mężczyzn niż u kobiet, 4) największy procent zapalenia uchyłka przypada na wiek do 25 lat.

III. Kaz. R z ę t k o w s k i wygłosił odczyt p. t. „O palpacyi brzucha”.

Na wstępie Rz. zaznacza, że sprawa palpacyi brzucha utrwała się jako reakcja przeciw wszechwładnemu panowaniu trudno dostępnych dla lekarza praktycznego metod badania w zachowaniu narządów jamy brzusznej, takich, jak badanie promienia-

Pam. Tow. Lek., T. CX, Z. III i IV.

mi Röntgena oraz stosowanie chemiczno-fizyologicznych złożonych metod. Po szczegółowym omówieniu techniki palpacji brzusznej i rozważeniu, co zamierzamy osiągnąć za pomocą metody palpacyjnej, Rz. przechodzi do sposobów palpacji narządów jamy brzusznej, a więc: esicy, kątnicy, wyrostka robaczkowego, okrężnicy wstępującej, poprzecznej i zstępującej, krzywizny dużej żołądka, dwunastnicy, trzustki, wątroby i pęcherzyka żółciowego, nerek i moczowodów, mm. lędźwiowoudowych, śledziony. Przytem Rz. porusza znaczenie kliniczne niektórych danych palpacyjnych, omawiając szczegółowiej między innymi takie sprawy, jak: kątnica ruchoma, zapalenie wyrostka robaczkowego, opuszczenie trzew, kamica żółciowa, guzy odźwiernika i in. Kończy Rz. krótkim omówieniem danych palpacyjnych, dotyczących guzów brzusznych i niektórych spraw zapalnych.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) H e w e l k e żałuje, iż prelegent mówił głównie o topografii narządów wyczuwanych, a za mało poświęcił czasu samej metodzie palpacji; polega ona w dużej mierze na wirtuoźstwie osobistem, co po części odbiera jej cechy obiektywizmu; wymacywanie wyrostka robaczkowego mówca uważa za fantazję.

b) G r u d z i ń s k i wobec tego, iż Rz. przeciwstawił palpację radioskopii, zaznacza, że te metody w niektórych przypadkach łączą się w t. zw. radiopalpacji z zastosowaniem masy bizmutowej; ma ona zastosowanie wobec trojakiemu rodzajowi przypadków: 1) wobec zrostów; 2) dla określenia, do jakich narządów należą punkty bolesne; 3) dla stwierdzenia, do jakich narządów odnieść należy dany guz.

c) S k a b o w s k i podkreśla, iż wyrostek robaczkowy i kiszka ślepa nie mają ścisłych konturów, a położenie ich jest czasem zupełnie dziwaczne; określanie kątnicy ruchomej i *flexurae hepaticae* za pomocą palpacji jest zwodnicze; *flexura lienalis* w zwykłej jej pozycji jest niedostępna dla obmacania; esica często usadowiona jest w tak rozmaitych miejscach jamy brzusznej, że i tu orientacja za pomocą wyczuwania bywa bardzo trudną.

d) K r y ń s k i zarzuca metodzie zbytnią indywidualność; choć często prowadzi do złudzeń, jest mimo to niesłychanie ważną; sekcya daje obraz wcale nie odpowiadający temu, co się dzieje u zdrowego, i tylko palpacja na żywym organizmie oraz rentgenoskopia mogą nam dać obraz prawdziwy; kąć ślepej kiszki lepiej wyczuć można, niż sam wyrostek; mówca postuluje się

z dobrym wynikiem pozycją kolankowołokciową, zwłaszcza dla badania wątroby, wzgl. pęcherzyka żółciowego i kamieni; często przy obecności kamieni pęcherzyk się rozszerza, opuszcza i łatwo się daje wtedy wymacać; nie zawsze kurczy się on w tych warunkach, jak sądzi R z ę t k o w s k i.

e) H o r o d y ũ s k i podkreśla trudności, na jakie natrafia metoda palpacyjna u osób dobrze odżywionych, zwłaszcza u kobiet z grubą warstwą tłuszczu w ścianie brzusznej; palpacja im jest lżejszą, tem dokładniejsze daje wyniki; esicę często można wymacać jako gruby sznurek skurczony, nawet gdy nie jest wypelniona twardym kałem.

f) S a w i c k i B r. dla badania brzucha często stosuje: 1) pozycję T r e n d e l e n b u r g a, gdy idzie o małą i dużą miednicę, 2) pozycję siedzącą (sposób R o v s i n g a) w przypadkach nerki ruchomej; 3) wobec napinania się silnego mięśni brzucha S. naciska jedną ręką mocno brzuch powyżej, a drugą, poniżej leżącą, maca okolicę, gdzie się znajduje ognisko chorobowe; mówca następnie zastanawia się obszerniej nad anatomią i położeniem esicy, dochodząc do wniosku, że można wyczuć tylko górną jej część.

g) K n a p p e zaznacza, że prelegentowi chodziło w odczycie nie o palpację brzucha wogóle, lecz o m e t o d y c z n ą palpację trzew brzusznych, która ma już dużą literaturę, a u nas zupełnie jeszcze leży odłogiem. Prelegent pragnie ją rozpoznać i u nas. Dotychczas palpacja brzucha wykonywana była w ten sposób, że lekarz starał się wyczuć ten narząd, o który mu w danej sprawie najwięcej chodziło, np. nerkę, pęcherzyk, wyrostek, nie troszcząc się zbytnio o inne narządy. M e t o d y c z n a zaś palpacja polega na tem, że lekarz stara się za pomocą wymacywania wyczuć w każdym przypadku wszystkie dostępne dla palpacji trzewia i ustala wzajemny ich stosunek topograficzny. Za narządy, poddające się metodycznej palpacji, uznano dotąd, prócz narządów mięsnych, krzywiznę wielką żołądka, odźwiernik, kątnicę, esicę, część wstępującą i zstępującą kiszki grubej, poprzecznicę, część przykątnicową jelita krętego oraz wyrostek robaczkowy. Praktycznie metoda ta znajduje zastosowanie w rozpoznawaniu następujących spraw chorobowych: opuszczenie żołądka, choroba G l é n a r d a, stan spastyczny i atoniczny nieżyt, katar przewlekły kiszek, zrosty, blizny, zwężenia, nowotwory, — najczęściej zaś chodzi o zachowanie wyrostka robaczkowego. W ostrem zapaleniu wyrostka palpacja wogóle jest niemożliwa, wobec jednak wielu innych typowych objawów napadu (gorączka, złe samopoczucie, rozlany ból w okolicy kątnicy, wzdęcie, défense musculaire, wysięk

i t. p.) jest nawet zbyt duża; natomiast w stanach przewlekłych zapalenia wyrostka metodyczna palpacja jest niezbędna. Często dolegliwości w prawym podbrzuszu mylnie przypisywane bywają wyrostkowi, zwłaszcza gdy podczas palpacji wyczuwa się twór, przypominający zgrubiały wyrostek. Podczas operacji jednak okazuje się nieraz, że wyrostek był zdrowy i nawet nie można go było wyczuwać. Tylko drogą metodycznej palpacji, przez wykluczenie wszystkich innych trzewi, dostępnych wymacywaniu, można uniknąć omyłki wzięcia części jelita za wyrostek. Przy zachowaniu tej ostrożności odsetka wymacywalnych wyrostków spadła niepomieranie: Hausmann podaje 18—20%, gdy Jaworski i Łapiński aż 50%. Ci jednak nie wspominają, żeby obok namacalnego wyrostka wyczuwali wszystkie inne części trzewi, a zwłaszcza część kątnicową jelita krętego, brana często za wyrostek. Mówca nawołuje, ażeby dla uniknięcia pomyłek rozpoznawczych w razie wątpliwych chirurdzy częściej porozumiewali się z internistami, przez co nie jeden chory uniknie bądź co bądź ryzykownego zabiegu operacyjnego

[Streszczenie własne].

h) Skabiszewski podnosi trudność wymacywania wyrostka, o czym przekonał się osobiście, kontrolując wyniki badania za pomocą palpacji z wynikami otrzymanymi na sekcji.

i) A. Sokółowski podkreśla doniosłość metody od dawna już znanej, a obecnie znów wznowionej i udoskonalonej i możliwości kontrolowania metod dawnych i prostych za pomocą nowych i złożonych.

k) Rzętkowski w odpowiedzi Skabowskiemu zaznacza, że nie mówił o wyczuwaniu zagięć (*flexurae*) okrężnicy, które, a zwłaszcza *flexura lienalis*, są niedostępne dla palpacji. Co się tyczy twierdzenia Skab. jakoby kątnica bardzocześnie leżała nie tam, gdzie się jej szuka (prawy dół biodrowy) to Rz. stanowczo oponuje, zwracając uwagę, że np. *gargouillement coecale* w durze brzuszny zawsze występuje tam, gdzie się go szuka, t. j. w prawym dole biodrowym.

[Streszczenie własne].

l) Sławiński stwierdza, iż wskazaniem do operacji dla chirurga wcale nie jest wyczuwanie wyrostka, co się tylko w przypadkach wyjątkowych zdarza, lecz wywiady i rozmaite objawy kliniczne.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes A. Puławski.

Za Sekretarza Lande.

Posiedzenie kliniczne z dnia 6 października 1914 r.

Przewodniczący: Wice-Prezes *A. Puławski*.

Członków obecnych na posiedzeniu 45; gości 2.

T r e ś ć: **G r u d z i ń s k i:** O dokładnej lokalizacji ciał obcych za pomocą promieni R o e n t g e n a (z pokazami).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. **G r u d z i ń s k i** wygłosił odczyt p. t.: „O dokładnej lokalizacji ciał obcych za pomocą promieni R o e n t g e n a.

Zwykle zdjęcia rentgenowskie, wykazujące ciała obce, nie dają dokładnego pojęcia o położeniu ciała obcego, wskutek t. zw. projekcji centralnej cieniów rentgenowskich; przytem nie dają pojęcia o głębokości, na jakiej znajduje się ciało obce. Okoliczność powyższa jest powodem niejednokrotnych pomyłek podczas operacji, a zdarza się, że i sekcye pośmiertne pozornie nie potwierdzają danych radyograficznych. A jednak za pomocą promieni R o e n t g e n a można lokalizować bardzo dokładnie ciała obce, choć fakt ten nie jest należycie znany wśród ogółu lekarzy praktyków. Trzy są zasadnicze metody lokalizacji ciał obcych: radyoskopia, stereoskopia i radyografia. Najczęściej stosowaną jest radyoskopia, jako metoda najłatwiejsza i najprostsza, często jednak radyoskopia najzupełniej zawodzi. Ma to miejsce zwłaszcza w dwóch wypadkach: wobec ciał bardzo małych, nie dających wyraźnych cieni, a także w przypadkach, kiedy pacjenta nie możemy badać w różnych projekcyach (np. badanie tułowia). Stereoskopia daje wyniki efektowne, ale nie odznaczające się dokładnością.

Radyografia, jakkolwiek jest metodą kłopotliwszą i kosztowniejszą, jest jednak jedyną metodą, dającą we wszystkich przypadkach dokładne i niezawodne wyniki. Wszystkie metody radyograficzne (*Sechehayaesa*, *Fürstena* *u* *a*, autora) opierają się na tych samych zasadach. Są one następujące: 1) powinna być usunięta pomyłka wskutek fałszywej projekcji; 2) powinna być oznaczona głębokość położenia ciała, bez względu na możliwość dokonania zdjęcia w różnych rzutach; 3) celem dokładnej lokalizacji jest oznaczenie położenia ciała obcego na ciele pacjenta, a nie na kliszy; 4) dla wypełnienia powyższego warunku zdjęcie powinno być tak robione, aby jego dane mogły być przeniesione z łatwością na ciało chorego.

Badanie odbywa się w sposób następujący: 1) najpierw dokonywamy zdjęcia orientacyjnego dla przybliżonego określenia położenia obcego ciała; 2) wybieramy najodpowiedniejsze dla badania i ewentualnie dla przyszłej operacji położenie pacjenta; 3) w tem położeniu dokonywamy zdjęcia t. zw. lokalizacyjnego, polegającego na zrobieniu dwóch zdjęć na jednej kliszy, zrobionych z dwóch pozycji źródła światła rentgenowskiego, przytem na ciele chorego, jak również i na kliszy oznaczamy punkt, na który pada promień centralny; 4) dokonywamy wyliczeń, potrzebnych dla dokładnej lokalizacji na kliszy; 5) przenosimy dane z kliszy na ciało chorego.

Dla ułatwienia wyliczeń F ü r s t e n a u używa wynalezionego przez siebie cyrkla. Autor w tym celu posiłkuje się metodą graficzną własnego pomysłu.

Z pojedynczych części ciała, w których lokalizujemy ciała obce, zasługują na specjalną uwagę oczodół i gałka oczna. Dotąd znane były dwie dokładne metody lokalizacji ciał obcych w oczodole: metoda S w e e t a i metoda G r o s s m a n n a. Pierwsza polega na badaniu metodą tą samą, jakiej używamy w celu badania pozostałych części ciała ludzkiego. Druga metoda polega na lokalizacji drogą spostrzegania przemieszczeń ciała obcego podczas ruchów gałki ocznej w różnych kierunkach. Autor, biorąc za punkt wyjścia metodę G r o s s m a n n a, opracował sposób graficzny lokalizacji ciał obcych w gałce ocznej tak dokładnie, jak dotąd nigdy to nie miało miejsca. Sposób polega na dokładnem badaniu kierunku linii przemieszczenia ciała obcego podczas poruszeń gałki ocznej w różnych kierunkach i pod określonym kątem. [Streszczenie własne].

W dyskusyi a) S k a b o w s k i zaznacza, iż metoda F ü r s t e n a u a nadaje się tylko do ciał płaskich i okrągłych; natomiast najlepszą jest radyoskopia, o ile przy dokładnem scentrowaniu lampy otrzymamy 4 projekcje; oczywiście dotyczy to przypadków, w których ciało obce można obejrzeć ze wszystkich stron.

b) H e w e l k e zapytuje, jak sobie można wyjaśnić fakt, iż radyoskopia wykazuje obecność ciała obcego, którego na sekcji się nie znajduje.

c) G r u d z i ń s k i w odpowiedzi S k a b o w s k i e m u zaznacza, że o wyższość radyografii nad radyoskopią lub odwrotnie wcale mu nie chodziło. Każda z tych metod ma swój zakres stosowalności. Musi być jednak używana umiejętnie, nie po dyletancku. Celem autora było wykazać różnicę pomiędzy zwykłą kliszą orientacyjną, a właściwą lokalizacją radyograficzną.

Metody radiograficzne nie tylko nie wychodzą z użycia, lecz przeciwnie są i powinny być szeroko stosowane w tych przypadkach, w których radyoskopia zawodzi. Wartość metody radiograficznej autor wypróbował na bardzo licznej materyle klinicznym, zwłaszcza z okresu toczącej się wojny.

[Streszczenie własne].

Hewelkem zaś odpowiada, że sekcyja nie znajduje czasem ciała obcego w tem miejscu, gdzie wskazuje radyoskopia, co bynajmniej nie wyłącza możliwości, że znajduje się ono w innej jakiejś okolicy ciała.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes *A. Puławski*.

Za Sekretarza *Lande*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 20 października 1914 r.

Przewodniczący: Wice-Prezes *A. Puławski*.

Członków obecnych na posiedzeniu 26.

- Treść: 1). Rozstrzygnięcie konkursu im. d-ra Konitza i projekt zmiany regulaminu tego konkursu na przyszłość.
2). Wł. Sterling. Istota karłowatości achondroplastycznej i jej znaczenie kliniczne.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes zawiadamia, że na konkurs im. d-ra Konitza nadesłano 1 pracę drukowaną, którą komitet na posiedzeniu w dn. 10 października, złożony z Wice-Prezesa oraz członków: Neugebauera, Zwegbauma i Staniszeńskiego, nie uznał za kwalifikującą się do nagrody. W przyszłym więc konkursie za 3 lata będą dwie nagrody. Komitet zwrócił się do Zarządu o zmianę regulaminu, mianowicie, aby rozpatrywano nie tylko prace nadesłane, ale i te prace, które wychodziły podczas okresu konkursowego. Zarząd przychylił

się do tej propozycji, wobec czego za trzy lata rozpatrywane będą prace za sześć lat.

III. Sekretarz Stały zawiadamia, iż komitet stypendyalny im. K o c z o r o w s k i e g o na posiedzeniu d. 18 października r. b. przyznał stypendya następującym studentom: 1) Maryi Koczorowskiej, jako uprzywilejowanej, 2) Wacławowi Bakierowskiemu, 3) Bronisławowi Kosiewiczowi, 4) Franciszkowi Grochowskiemu, 5) Stanisławowi Minkiewiczowi, 6) Przemysławowi Niciejewiczowi.

IV. W ł. S t e r l i n g wygłosił rzecz p. t.: „Istota karłowatości achondroplastycznej i jej znaczenie kliniczne“. Mówca omówił przede wszystkim stanowisko karłowatości w stosunku do innych postaci niedorozwoju fizycznego. Odróżnia on mianowicie: 1) i n f a n t y l i z m, jako przetrwanie u osobnika dorosłego cech fizycznych i umysłowych właściwych okresowi znacznie wcześniejszemu, 2) m i k r o s o m i ę, czyli ogólne harmonijne zmniejszenie się wszystkich wymiarów ciała z normalnie zachowaną inteligencją i dobrze rozwiniętymi narządami płciowymi, oraz 3) k a r ł o w a t o ś ć, czyli zmniejszenie się wielkości ciała, polegające na zniekształceniu niektórych jego części, zależne od przyczyn rozmaitych (achondroplazja, krzywica, gruźlicze zmiany kręgosłupa, śluzozbręk, wreszcie zmiany w sercu i naczyniach i t. p.). W odczycie swoim, który opiera się na analizie kilkunastu przypadków własnych i na przeglądzie piśmiennictwa, rozpatruje mówca najważniejsze postaci karłowatości—mianowicie t. zw. a c h o n d r o p l a z y ę (*α—privativum*, *χόνδρος*—chrząstka, *πλάσσειν*—tworzyć).

Cierpienie to jest zawsze poważne, zaś najważniejszym objawem jego jest krótkość kończyn (t. zw. „mikromelia“) przy stosunkowo dobrze rozwiniętym tułowi. Z poszczególnych objawów omawia mówca szczegółowo t. zw. objaw M a r i e g o, czyli nadmierną długość kości strzałkowej w stosunku do kości goleńowej, objaw t. zw. i z o d a k t y l i i, czyli jednakowej niemal długości II, III i IV palców dłoni („main entrident“ badaczy francuskich), objaw E. L e v i e g o czyli nienormalną krótkość IV kości śródstopia i śródpiętki, nieznaczne przegięcia trzonów kości długich oraz ich zgrubienie, skrócenie klatki piersiowej, zwężenie miednicy, powodujące niejednokrotnie konieczność cięcia cesarskiego podczas porodu oraz zmiany kręgosłupa, z których najważniejszą jest tyłozgięcie w części grzbietowej (t. zw. „*ensellure lombaire*“). Specyjalną uwagę poświęca mówca zmianom czaszki achondroplastyków, które dadzą się streścić w punktach następujących: 1) wybitne k r ó t k o g ł o w i e (*brachycephalia*) wraz z skróceniem podstawy czaszki i t. zw. *ky-*

phosis basilaris V i r c h o w a, 2) nienormalne uwypuklenie hydrocefaliczne, 3) prognatyzm, 4) spłaszczenie nasady nosa, 5) zmniejszenie jamy ustnej w kierunku strzałkowym z przemieszczeniem podniebienia twardego w kierunku podstawy czaszki, 6) zwężenie tylnych jam nosowych i 7) zwężenie wielkiego otworu potylicznego. Rozpatrując zmiany kośćca w achondroplazji, mówca poddaje krytyce t. zw. prawo A p e r t a, według którego proces chorobowy w cierpieniu tem oszczędza kości, rozwijające się na koszt tkanki łącznej (czaszka, obojczyki), przeciwko czemu przemawiają zmiany w badaniu podniebienia twardego oraz ustalony przez G e g e n b a u e r a fakt, iż obojczyk nie jest kością o pochodzeniu wyłącznie łącznotkankowem.

Z objawów klinicznych dodatkowych podkreśla mówca doskonały, czasem nadmierny rozwój muskulatury, co uwidoczniła już sztuka starożytna (statuetki greckie, rzymskie i egipskie, wyobrażające „walczących pigmejczyków”), dość znaczną otyłość, szczególne marszczenie się skóry na powierzchniach wyprostnych kończyn, normalne owłosienie i rozwój narządów płciowych, wzmożenie popędu płciowego oraz anomalie psychiczne, przejawiające się częstokroć w zachowaniu się hypomaniakalnem, skłonności do drwinkowania, złośliwych żartów, kłamstw i nieustannej „fermentacji psychicznej“ (L a u r e), które umożliwiały w wiekach średnich królom achondroplastycznym ich stanowisko błaznów nadwornych w orszakach królów i infantów.

Omówwszy następnie powikłania achondroplazji (ślu-zozobrzęk, mongolizm, wrodzone zniekształcenia stawu biodrowego i t. d.) oraz jej poszczególne odmiany kliniczne (postaci poronne opisane przez R a v e n n ę pod nazwą *chondrohypoplasia*, opisane przez A p e r t a, C o u t o n a, S c h r u m p f a postaci a c h o n d r o p l a z y i w r z e k o m e j), mówca zatrzymuje się dłużej na badaniach histopatologicznych nad achondroplazją, które na zasadzie prac H. M ü l l e r a, W i n k l e r a, K i s c h b e r g a, M o c z e k a n d a, K a u f m a n n a, H a n s h a l t e r a, S p i e l m a n n a, M a r f a n a i A p e r t a, a zwłaszcza kapitalnych dociekań P o r a k a i D u r a n t e g o ustaliły, iż achondroplazję pod względem anatomo-patologicznym charakteryzuje pierwotna dystrofia chrząstki zarodkowej, występująca w okresie pomiędzy 3-im a 6-ym miesiącem wraz z początkiem procesu kostnienia i polegająca na niedostatecznym bujaniu chrząstki oraz przedwczesnem zatrzymaniu się kostnienia wewnątrzchrząstkowego, na niedostatecznem wytwarzaniu się kolumnien komórkowych w chrząstce, na powstrzymaniu rozwoju kości wzdłuż przy zachowaniem kostnieniem okostnowem

i normalnej wobec tego, a nawet stosunkowo nadmiernej grubości kości.

Po omówieniu rozpoznania różniczkowego achondroplazyi z t. zw. z a r o d k o w ą k r z y w i c ą, śluzobrzękiem wrodzonym, mikrosomią, fokomelią, t. zw. *osteogenesis imperfecta*, t. zw. „dysplazyą okostnową” (*dysplasia periostalis* D u r a n t e g o) i innymi postaciami karłowatości, poświęca mówca końcowe uwagi odczytu patogenezie i krytycznemu rozpatrzeniu dotychczasowych teorii powstawania tego cierpienia. Podzieliwszy teorie te na dwie grupy: 1) toksyczne w najszerszym znaczeniu tego słowa i 2) mechaniczne, dochodzi do wniosku, że wszelkim teoriom toksycznym (zaburzenia gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem: gruczoł tarczowy, łożysko, przysadka mózgowa) zbywa na dostatecznych danych faktycznych; za niedowiedzione również uważa istnienie specjalnej r a s y achondroplastycznej zarówno u ludzi, jak i u zwierząt. Skłania się natomiast do m e c h a n i c z n e g o pojmowania powstania mechanizmu achondroplazyi, przyczem za najbardziej ugruntowaną uważa hipotezę J a n s e n a, który uzależnia achondroplazyę od wrodzonej wąskości owodni, od mechanicznego ucisku na części płodu i od zwijania się płodu wskutek ucisku owodni.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi a) H i g i e r uważa, że dużo się popełnia błędów w nauce o karłowatości z tego głównie powodu, iż się bardzo niedokładne podaje określenia i niepotrzebnie przeto gmatwa klasyfikację. Ze stanowiska klinicznego rozróżnić należy: 1) infantylizm z opóźnieniem cech psychiczno-somatycznych i jego negatyw-wirilizm, które to stany mogą być pochodzenia mózgowego, naczyniowego i wewnątrz gruczołowego; 2) mikrosomię i jego negatyw makrosomię z harmonijną redukcją wielkości ciała przy zachowanych cechach somatopsychicznych; 3) karłowatość (*nanismus*) i jego negatyw akromegalię ze zmianami zniekształcającymi i nieharmonijnością poszczególnych części ciała. Liliput i olbrzym mogą stanowić wyniki właściwości rasowej, dziedzicznej lub rodzinnej, nigdy zaś karłowatość, która zawsze jest patologiczną, zależną zarówno od achondroplazyi, jak osteomalacyi, krzywicy, jak gruźlicy kręgosłupa. Przykładem rodzinno-dziedzicznej makro- i mikrosomii, częściej wśród zwierząt, mogą służyć odmiany buldoga i pinczerka.

Ze stanowiska etyologicznego zasługuje w nauce o achondroplazyi obok licznych wewnątrz — i zewnątrzpochodnych czynników (zakaźne, toksyczne, gruczołowe) moment mechaniczny, podkreślany ostatnio w oddzielnej monografii przez ho-

lenderskiego lekarza J a n s e n a. Widzi on zarówno w achondroplazji, jak anencefalii i kakomelii jako główną przyczynę ucisk zarodka przez zbytńo wązką i ciasną owodnię. Higier sądzi, że stwierdzenie tych wszystkich anomalii w tych samych rodzinach lub u bliźniąt rozstrzygnie ostatecznie sprawę i zapytuje prelegenta, czy jego badania przemawiają na korzyść nader ciekawej, ze stanowiska embryologicznego przekonywającej hipotezy J a n s e n a. [Streszczenie własne].

b) K o e l i c h e n przytacza spostrzegany przez siebie w szpitalu dla dzieci im. Maryi przypadek *micromelie rhizomelice*; zmiany dotyczyły tylko kończyn górnych, innych natomiast objawów achondroplazji nie było.

c) S t e r l i n g w odpowiedzi Higierowi zaznacza, iż w odczycie swoim aż nadto wyraźnie starał się udowodnić bezpodstawności teorii, starających się sprowadzić mechanizm chondroplazji do samozatrucia, zatruc zewńętrznych lub zaburzeń w wydzielaniu gruczołów, wykazując natomiast znaczenie teorii mechanicznych, zwłaszcza zaś teorii amniotycznej J a n s e n a, której potwierdzenie znalazł w licznych objawach spostrzeganych przez siebie przypadków.

W odpowiedzi K o e l i c h e n o w i zaznacza, że cytowany przez niego przypadek B r u d z i ń s k i e g o najprawdopodobniej należy odnieść do poronnych postaci achondroplazji, określaných przez R a v e n n ę nazwą *chondrohypoplasia*.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes A. Puławski.

Za Sekretarza Lande.

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 listopada 1914 r.

Przewodniczący: Wice-Prezes A. Puławski.

Członków obecnych na posiedzeniu 59, gości 6.

T r e ś ć: K. R z ę t k o w s k i. W sprawie leczenia tyfusu brzuszego.

1. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Gajkiewicz i Neugebauer nadesłali kilka wydawnictw peryodycznych i dzieł, prócz tego Neugebauer odbitkę pracy p. t. „Ueber eine geburt 5 Jahre nach operativer Beseitigung einer puerperalen Uterusinversion durch hintere Hysterokolpotomie nach Piccoli, zugleich eine Frage an die Fachgenossen“.

Józef Jaworski złożył Bibliotece Tow. Lek. następujące swe prace i artykuły: 1) O rokowaniu w ciąży u kobiet chorych na gruźlicę i o znaczeniu dla rokowania t. zw. prawa Veita; 2) Znaczenie sądowo-lekarskie *Missed abortion* i *Missed labour*; 3) O powstawaniu i znaczeniu węzłów prawdziwych pępowiny; 4) O zmianach serca i w mięśniu sercowym podczas ciąży; 5) XVII Międzynarodowy Kongres Lekarski w Londynie i zamierzony udział w nim lekarzy Polaków.

III. H. Higier przedstawił przypadek *dystrophiae adiposo-genitalis* typu eunuchoidyzmu pochodzenia przysadkowego (*adipositas hypophysaris*).

Osobnik lat 25 iu, dotychczas zawsze zdrowy, od lat kilku narzeka na częste i uporczywe bóle głowy, przemijające osłabienie wzroku, uczucie ziębienia skóry i ogólny niedorozwój somatyczny. Szczegółowe badanie stwierdza, co następuje: Skóra blada i delikatna, zbytnia młodość twarzy puculowatej, nalanej. Wygląd i wzrost odpowiadają wiekowi lat 15-tu. Zboczeń w rozwoju kośćca nie widać, wybitnych braków uzębienia niema. Brak przewagi dolnej połowy ciała nad górną, spotykanej u eunuchoidów. Miednica szeroka, przypominająca raczej kobiecą. Otyłość wyraźna, ogólna, umiejscawiająca się głównie w sutkach i brzuchu, mniej w podbródku (*gynaecomastia*). Owłosienie głowy dobre; pod pachami, w pachwinie, na wzgórku łonowym minimalne lub żadne. Niedorozwój narządów płciowych, zwłaszcza jąder, moszny i prącia. *Facultas coeundi* i *libido* zniesione. Napięcie prącia bywa czasem, lecz bez wytryskiwania nasienia. Siła wzrostu niezła. Duo oka prawidłowe. Niema niedowidzenia połowiczego dwuskroniowego. Brak nadmiernego pragnienia i łaknienia. Mocz nie zawiera ani cukru, ani białka. Na radiogramie widać ogromne rozszerzenie dna siodła tureckiego — w czwórnasób — i niewyraźne jego kontury. Inteligencya nieupośledzona. Objawy dystrofii — otyłość, zaburzenie w owłosieniu, niedorozwój płciowy z brakiem wtórnych cech płciowych względnie zniwelowaniem typu płciowego — zwraca podczas rozpoznania uwagę w kierunku eunuchoidyzmu. Atoli brak charakterystycznych zboczeń kośćca, predylekcyjnego typu otyłości i zaburzeń inteligencji z jednej strony, ściśle określenie początków choroby (przed kilku laty)

oraz częste bóle głowy z drugiej strony, zmuszają do rozpoznania zachorzenia pierwotnego nie narządów rozrodczych, — jak to bywa w eunuchoidyzmie, lecz innego z szeregu gruczolów wewnątrzwydzielniczych. Mocno rozszerzone dno siodła tureckiego, pomimo braku niedowidzenia połowiczego i zmian na dzie oka, przemawia z dużym prawdopodobieństwem za zajęciem przysadki. Brak w wywiadach i w radiogramie danych co do przebytego zapalenia surowiczego opon mózgowych, zostawiającego tu i owdzie ograniczone wodogłowie 3-cj komory z wypukleniem jej dna i lejka przysadki, pozostawia jedyną możliwość rozpoznania sprawy nowotworowej, względnie dobrotliwej w przysadce (*struma hypophyseos*), — sprawy prowadzącej czynnościowo do hypopituitarizmu, a klinicznie do klasycznej tryady dystroficznej, opisaniej przez Froehlicha pod nazwą *dystrophia adiposogenitalis*, a przez Bartelsa — *adipositas hypophysar. s.* Objawów zajęcia innych gruczolów wewnątrzwydzielniczych niema (*insuffisance pluriglandulaire*), pomimo znanej korelacji antagonistycznej tych gruczolów.

Chory ów, stający w tych dniach do superrewizji wojsko-lekarskiej, ma wszelkie dane zostać zakwalifikowanym do służby wojskowej, o ile nie będzie poddany dokładnym oględzinom i nie będą brane pod uwagę dane radiograficzne. Zabieg chirurgiczny na razie nie jest wskazany, gdyż brak ciężkich objawów ogólnie uciskowych mózgu.

[Streszczenie własne].

IV. K. Rzętkowski wygłosił rzecz p. t. „W sprawie leczenia tyfusu brzuszego“. We wstępie Rz. zastrzega, że nie ma zamiaru wyczerpywać sprawy poruszanej, prosząc o traktowanie jego przemówienia jako pierwszego głosu w dyskusji w tej sprawie, która zwłaszcza w chwili obecnej jest bardzo na dobie. Rz. zaznacza, że dur brzuszny jest to przewlekła choroba gorączkowa, w której terapeuta nie może i nie powinien pozostać beczynnym. Zasadniczy wpływ na tę sprawę chorobową wywiera bardzo sumienne i umiejętne pielęgnowanie chorego, które nie tylko sprawia choremu ulgę, ale wpływa na natężenie objawów chorobowych. Śród publiczności panuje przekonanie, że można „przerwać“ tyfus brzuszny. W tej kwestyi Rz. stwierdza, że t. zw. poronne leczenie duru jest niemożliwe już choćby z tego względu, że rozpoznanie wczesne tyfusu brzuszego jest b. trudne. Ani środki przeczyszczające (*kalomel*) stosowane od samego początku choroby, ani też urotropina (*Chauffard* — sterylizacja żółci) najmniejszego wpływu na przebieg duru, zdaniem Rz., nie wywierają. Mówiąc o leczeniu, Rz. zastrzega, że nie poruszy sprawy wakcyno- lub serote-

rapii, ponieważ pod tym względem nie ma żadnego własnego doświadczenia. Zresztą badania w tym kierunku nie wyszły jeszcze z okresu początkowego opracowywania. Ztąd też przyczynowe leczenie duru brzuszego jeszcze nie istnieje w praktyce i usiłowania nasze skierowane są wciąż jeszcze ku leczeniu przeważnie objawowemu. Dążenie do obniżania ciepłoty istnieje od dawna, mając za punkt wyjścia tę stwierdzoną klinicznie okoliczność, że przypadki duru brzuszego o ciepłocie niższej przebiegają łagodniej i dadzą się o wiele łatwiej pielęgnować, co bardzo dodatnio wpływa na przebieg całej sprawy. Rz. omawia metody obniżania ciepłoty przy pomocy zabiegów wodoleczniczych, a więc metody klasyczne Liebermeistera, Jürgensa, Branda, stwierdzając, że dokładne stosowanie tych metod jest możliwe tylko wyjątkowo i zgoła niemożliwe w warunkach obecnych w szpitalach naszych (kąpiele po kilka razy na dobę). Rz. stosuje obniżanie ciepłoty przy pomocy leków, używa zaś od lat 6 wyłącznie pyramidonu w dawkach po 0,1 co 2 godziny, stosując to leczenie w cięższych przypadkach przez parę tygodni i podając lek nawet w nocy. W rzadkich przypadkach lek nie wpływa na ciepłotę, częściej natomiast obniża ją w rozmaity sposób: krzywa załamuje się odrazu ku dołowi, krzywa daje wahania i zwolna obniża się, krzywa obniża się o $0,5^{\circ}$ — $1,0^{\circ}$ i na tej wysokości pozostaje przez cały czas choroby. Różne typy działania pyramidonu na ciepłotę Rz. przedstawia na kilkunastu krzywych ciepłoty. Ujemnego wpływu tego leczenia na serce, nerki i t. p. Rz. nie stwierdzał, natomiast w znacznej większości przypadków następowała poprawa stanu ogólnego, bierność chorych i odurzenie ich zmniejszało się, tętno stawało się nieco twardszem, zjawiało się pragnienie, słowem uwydatniał się pomyślny wpływ leku na przebieg sprawy. Silne poty, które rzęsto w tych razach występują i bywają przykre dla niektórych chorych Rz. uważa raczej za pomyślny skutek leku, ponieważ w ten sposób czynność skóry, w durze jak wiadomo upośledzona, wzmacnia się, co do pewnego stopnia sprzyja oczyszczaniu się skóry i przewodów gruczołów potowych. Na zasadzie swego doświadczenia klinicznego Rz. nie może napewno stwierdzić, czy lek skraca trwanie choroby, że jednak pod jego wpływem sprawa przebiega łagodniej, to nie ulega żadnej wątpliwości. To też Rz. zaleca używanie tego leku, zwłaszcza w praktyce szpitalnej. Osłabienia serca w durze brzuszynym należy bać się w tych razach, kiedy częstość tętna przewyższa 120 na 1 m. W tych razach Rz. stosuje kamforę, lecz nie w wielkich dawkach olejku, zastrzykiwanych na raz w jedno miejsce, lecz w kilka miejsc, dzięki czemu olejek lepiej

się wchłania. Prócz tego Rz. stosuje w tych razach adrenalinę domięśniowo. Takie przetwory, jak naparstnica, *strophantus* i t. p., stosowane w specjalnych postaciach zaburzeń działalności serca (niedomoga na skutek wad), tu, gdzie chodzi o zmiany w samym mięśniu (stłuszczenie toksyczne), są zupełnie bezskuteczne. Bardzo pomyślnie wpływają na czynność serca wlewania podskórne i dożylnie roztworów fizjologicznych.

Odżywianie chorych na dur brzuszny jest bardzo ważne, choć nader trudne. Rz. stosuje wyłącznie odżywianie płynne, które nie wymaga zbyt wielkiej pracy trawiennej. Tu Rz. omawia wartość dyetetyczną tego rodzaju pokarmów, jak mleko (szklanka = 134 kalor.), śmietanka (szklanka = 244 kalor.), kefir (szklanka = 100 kalor.), żółtka (jedno = 54 kalor.) oraz przetwory odżywcze sztuczne, z których Rz. najchętniej zaleca sanatogen (78,4% białka; 100 grm. = 399 kalor.) oraz roborat (76,5% białka; 100 grm. = 338 kalor.). Godnym szerszego zastosowania jest mleko z kwasem solnym i z wodą (łyżeczka kw. solnego + 2 szklanki wody + litr mleka zagotować, ostudzić). W odpowiednich przypadkach (bez rozwolnienia) u ciężko chorych Rz. stosuje lawatywy odżywcze (roztwór peptonu w wodzie z solą i z alkoholem) oraz lawatywy kroplowe.

Z powikłań w durze R. zatrzymuje się tylko na 1) k r w o t o k a c h k i s z k o w y c h. Te uważa za powikłanie groźne. Tu Rz. zaleca ucisk dużym tamponem na okolicę pępkową, duże dawki podskórne żelatyny K l a w e g o oraz wlewania podskórne roztworu soli. Ostrzega Rz. przed wlewaniem, dożylnymi zwłaszcza, i adrenaliną; te bowiem wzmagają parcie w tętnicach i powodować mogą usunięcie zakrzepu i ponowienie się krwawienia. 2) P r z e d z i u r a w i e n i e k i s z e k. To powikłanie jest b. groźne. Grozę położenia wzmagają tu okoliczność, że przedziurawienie najczęściej b. trudno wcześniej rozpoznać, tem bardziej, że zdarzają się przypadki wrzekomego przedziurawiania, ograniczonego zlepnego zapalenia otrzewny, które na razie niczem nie różnią się od przedziurawienia. Leczenie przedziurawienia operacyjne, polegające jak dziś na szukaniu otworu lub otworów i zaszywaniu ich, w mniemaniu Rz. pogarsza sprawę i przyśpiesza zejście śmiertelne. Należałoby raczej, nie dążąc do zbyt radykalnego leczenia zaszywaniem otworów, robić sączkowanie otrzewny przez wązki otwór, sadzać chorego w pozycji F o w l e r a, stosować podskórnie lub dożylnie sól fizjologiczną z adrenaliną i czekać. W końcu Rz. raz jeszcze podnosi wielkie znaczenie pielęgnowania chorych.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi a) A. S o k o ł o w s k i zapytuje prelegenta, czy posiada ścisłe dane statystyczne, dotyczące omawianej kwestyi.

b) H i g i e r prostuje na wstępie drobną nieścisłość historyczną: metodę leczenia duru pyramidonem podał nie lekarz amerykański, lecz włoski, ogłaszając swoje wyniki przed laty kilkunastu w Deut. med. Woch. Dawkowania, poleconego przez kol. Rz. (2 grm. na dobę w ciągu 4 tygodni), H i g i e r bynajmniej nie uważa za „niesłychanie niskie”, lecz raczej za bardzo wysokie. W jego działanie obniżające ciepłotę wierzyć należy najzupełniej, ale towarzyszą temu bardzo niepożądane obfite poty, nader osłabiające chorych. Przez to też zarzucano dawne stosowanie pyramidonu (K o b e r t) u gorączkujących gruźliczych. Aby się działanie przeciwgorączkowe i potowydzielnicze pyramidonu odbywało, jak Rz. przypuszcza, na innej swoistej drodze fizyologicznej, niż działanie innych analogicznych, zkądinąd słusznie zarzuconych środków (chinina, salicyl, fenacetyna), H i g i e r wątpi, póki brak odnośnych badań porównawczych w farmakologii. Metoda pyramidonowa tem się tylko zdaje różnić od innych dawnych i podobnych metod, że nie wywołuje przykrych pobocznych działań antipiryny, chininy i t. d. Podawany w ciągu kilku tygodni bez przerwy zapewne i pyramidon źle oddziaływa na serce i przewód pokarmowy. Podawanie nadtrawionych pokarmów chorym na dur brzuszny jest racjonalne; powstaje tylko pytanie, czy rozcieńczone wodą i przygotowane z kwasem solnym mleko, zalecane przez Rz., jest smaczne i czy chętnie bywa przyjmowane przez pozbawionych łaknienia chorych durowych. Metody B r a n d t a, L i e b e r m e i s t e r a i J ü r g e n s e n a posiadają liczne modyfikacje i nie wymagają bynajmniej ryczałtowo kąpania chorego w wannie ochładzającej 12 razy dziennie; późniejsi klinicyści stosowali tę metodę z niemniejszym skutkiem, zalecając chorym 2 do 3 razy dziennie kąpiel z oblewaniem i następnie wycieraniem. Na wkłuwanie igły P r a v a z a z kamforą w kilkunastu miejscach zamiast w jednym, H. się nie zgadza: naraża to bowiem mimowoli ciężko chorego, ze skórą zmacerowaną wskutek kilkutygodniowych potów pyramidonowych, na zakażenie skórne, zwłaszcza tam, gdzie stosowanie kamfory wskazane jest 1 lub 2 tygodnie z rzędu. Słuszną jest uwaga Rz., że się olej kamforowy bardzo ciężko wsysa i że pozostają pod skórą i w mięśniach duże depôt oleju. Już przed 20-tu laty dowodził tego L e u b e, usiłując u ciężko chorych na żołądek obok odżywczych ławatyw wprowadzać oliwę pod skórę; z tej nie ulegającej wątpliwości przesłanki nie wynika atoli, aby

kamfora, rozpuszczona w oliwie, nie ulegała wessaniu, posiadając zupełnie inny współczynnik rezorpcyjny. Badając oliwę podskórną, wyciągniętą po upływie kilku godzin strzykawką z takiego depôt, na zawartość kamfory, łatwo byłoby rozstrzygnąć tę kwestyę. Odsetkę krwotoków kiszkowych u Rz. uważa H. za bardzo wysoką, bodaj czy nie zależną od zbyt obfitego odżywiania mało asymilującymi się pokarmami. Czy istotnie ucisk przez powłoki brzuszne na kiszki wstrzymuje krwawienie, należy wątpić; słabszy ucisk nie dokona tego, a zbyt mocny, na ślepo dokonany ucisk uszkodzić może owrrodziatę jelita.

[Streszczenie własne].

c) Bronowski przypomina, że dur brzuszny jest posocznicą; zdarzające się przypadki duru z potami przebiegają łżej; w obecnej epidemii mówca widywał często krwotoki, w których stosował z dobrym skutkiem kilka pęcherzy z lodem jeden na drugim przymocowanych do brzucha (jako ucisk), nadto unieruchomienie za pomocą związania nóg, a do wewnątrz duże dawki makowca.

d) Wojciechowski zaznacza, że po podawaniu pyramidonu (np. w przypadkach bólów tabetycznych) widywał czasem w moczu urobilinę i barwniki krwi, skąd wnosi, że środek ten działa szkodliwie na krwinki; wyraża przypuszczenie, czy przedziurawienie kiszek w durzę nie bywa po części przynajmniej powodowane przez pyramidon; podkreśla możliwość tworzenia się zakrzepów i zatorów po zastrzykiwaniu dużych zwłaszcza dawek olejków, niezależnie od wysysania się samego środka rozpuszczonego w olejku.

e) Gajkiewicz obecną epidemję duru śród żołnierzy (40 przypadków) zalicza do łżejszych, gdyż miał tylko dwa przypadki śmiertelne; nie stosował kąpieli z powodu trudności technicznych; antipiryna również dobrze działa jak pyramidon; kamforę wstrzykiwał jedynie wyjątkowo; przedziurawienia ani razu nie spostrzegął; wobec braku mleka i jaj nie ma czem odżywiać chorych.

f) Fidler: przebieg duru jest kalejdoskopowy; mówca corocznie w Radomiu spostrzega do 300 przypadków; wypróbował w ciągu 30 lat praktyki najrozmaitsze z biegiem czasu proponowane metody i niezależnie od metody miewał zazwyczaj śmiertelność 5—6%; specyaliue wodolecznictwo nie wywierało wybitnego wpływu na przebieg choroby i odsetkę śmiertelności; obecnie z tej metody mówca stosuje jedynie kąpiele letnie jako środek kojący; sposób Rzętkowskiego, jak i wszystkie inne, jest czysto objawowy; mówca nie godzi się na podawanie

Pam. Tow. Lek. T. CX, Z. III i IV.

choremu lekarstwa w nocy; F. był względnie zadowolony z cytrynianu sodu; kamforę stosuje *larga manu* 20—30 ctm. (20% rozczyn) i sądzi, że nie jeden ciężki przypadek duru uratował dzięki temu; jest przy tem zwolennikiem możliwie nie-licznych ukłuć. Mówca radby posiadać środek przyczynowy, mogący niejako wysterylizować ustroj i zwalczyć chorobę niby atakiem frontowym; niestety musimy się dotychczas ograniczyć do walki sposobem okólnym; mówca w tym celu proponuje duże bardzo dawki kamfory jednorazowo zastrzykiwane, a mianowicie do 100 ctm. 20% olejku i nosi się z zamiarem stosowania tej metody w najbliższej przyszłości.

g) Skłodowski uważa za najkardynalniejszy punkt w leczeniu — właściwe pielęgnowanie chorego; hydroterapią się nie posługuje wobec trudności technicznych, obywa się też i bez środków przeciwgorączkowych; pyramidon pogarszał czasem samopoczucie chorych; uznaje ważność dobrego odżywiania (kleik, herbata, mleko), ale nie lubi przekarmiania; w obecnej epidemii na 44 przypadki spostrzegł jeden śmiertelny, kilka razy przedziurawienie, a krwotoki — rzadko.

h) Karwacki nie ma zamiaru poruszać terapii objawowej, gdyż jest ona, jak się wyraził jeden z poprzedników, „kwestią gustu”. Pragnąłby natomiast zwrócić uwagę na patogenezę duru, na której winna się opierać terapia właściwa (przyczynowa). W pierwszej swej połowie dur jest posocznicą. Prątki, opuszczając obieg krwi, częściowo lokują się w śledzionie, częściowo w gruczołach chłonnych jamy brzusznej i w gruczołach kiszkiowych. W tym okresie poczyna się też wydalanie prątków z ustroju w pierwszym rzędzie z żółcią, później z moczem. Nie ma słuszności prelegent, twierdząc, że wczesne rozpoznawanie duru jest niemożliwe: posiewy krwi w pierwszym tygodniu choroby dawały K. 100% wyników dodatnich. Na zaznaczenie zasługują jeszcze dwie cechy krwi: leukopenia, poza zimnicą nie spotykająca się w żadnej innej chorobie z taką stałością i tak długotrwałe, i osłabienie dwu funkcji globulin osocza — funkcji dopełniacza (komplementu albo aleksyny) i funkcji opsonizującej. W tym okresie, kiedy dur ma charakter posocznicy, miałyby widoki powodzenia terapia wyjąłwiająca. Wyniki jednak dotychczasowe nie wychodzą poza granicę ciekawych prób. Nie udało się otrzymać wyjąłwienia krwi ani za pomorą suowicy przeciwdurowej, którą wprowadził Chautemesse, ani za pomocą różnych odmian szczepionek durowych, które w roku ubiegłym na dużą skalę były stosowane na oddziałach szpitalnych paryskich. Z innych środków sterylizujących był używany kolargol i elektralgol. Przeprowadzając sy-

stematyczną kurację duru w dwu przypadkach za pomocą częstych i dużych dawek elektralgolu, stosowanych domięśniowo, nie widział żadnego wpływu korzystnego. Teoteretycznie duże widoki powodzenia ma stosowanie rozczynu nukleinianu sodu w zastrzykiwaniach, wprowadzone również przez Chantemessa. Z innych prób zasługuje na wymienienie leczenie wyciągiem śledziony jeża, które sprowadza się prawdopodobnie do działania nuklein śledzionowych.

Przed laty mniej więcej 20 M u y e r stosował z dobrym wynikiem zastrzykiwania podskórne własnej całkowitej krwi chorego. W i d a ł zaś w roku ubiegłym zastrzykiwał dożylnie własną surowicę chorego (krew krzepła w cieplarce przy 38°). W jednym przypadku duru otrzymał wyleczenie zupełne w ciągu 36 godzin, w danych razach notował znikanie posocznicy; mimo to dur rozwijał się dalej. Korzystny (w sensie paliatywnym) wpływ zastrzykiwań domięśniowych własnej krwi chorego obserwowałem w 2 przypadkach duru: wpływ ten wyrażał się zniknięciem laseczników ze krwi w 4 dni po wstrzyknięciu, obniżaniem się ciepłoty i wiotkim przebiegiem (trzy tygodnie) choroby. Leukopeuia, osłabienie funkcji dopełniacza i opsonizacji wskazuje, że ustroj broni się dość słabo wobec inwazyi zarazków. Nukleinian sodu, jako środek wywołujący leukocytozę, mógłby może zmobilizować obronę leukocytową. Co do obniżenia działalności dopełniacza, to wiemy, że czynność ta ginie w ciągu 30 minut przy ogrzewaniu do 56°, w 10 godzin przy ciepłocie 45° i w 24 godzin przy 40°. Aczkolwiek funkcya ta w żywym ustroju wciąż się odnawia, to jednak wysoka i stała ciepłota może być przyczyną osłabienia tej czynności, i ten fakt może nam tłómaczyć korzystny wpływ antipirezy w durze: środki, obniżające ciepłotę, sprzyjają tem samem normalnej czynności dopełniacza i opsonin, które mogą rozwijać swe działanie nieodzowne dla destrukcyi laseczników durowych. Dla wzmocnienia funkcji dopełniacza wskazane jest także zastrzykiwanie świeżej obcej surowicy, jako źródło dopełniacza. K. reasumuje swe przemówienie: w pierwszym tygodniu duru (rozpoznanego posiewem krwi) istnieje możliwość sterylizacyi obiegu krwi. Jaki środek chemoterapeutyczny dokaże tego, nie wiemy, w każdym razie trzeba i warto robić poszukiwanie, aby go znaleźć. W późniejszych okresach choroby istnieje miejsce tylko dla terapii objawowej, opartej na patogenezie.

[Streszczenie własne].

2) S a w i c k i B r o n. uważa tamponowanie w krwotokach za mało celowe, jeżeli bowiem jest ono nieznaczne obyć się można bez zabiegu, jeżeli zaś silne, grozić może prze-

dziurawienie; ważniejszym jest zastrzykiwanie rozczynu fizyologicznego podskórnie, ale nie do żył, co zbyt rozcieńcza krew i, podnosząc zbyt ciśnień, może wypchnąć czop, utworzony w naczyniu krwawicem; nadto z badań szpitalnych okazało się, że w $\frac{2}{3}$ przypadków rozczynek fizyologiczny stosowany dożylnie zmieniał czerwoną ciałka krwi; należy brać rozczynek raz jeden tylko gotowany i zastrzykiwać małymi ilościami (400—500 ctm.) choćby kilkakrotnie. Co się tyczy przedziurawienia, to należy podczas operacji odszukać kątnicę, rozpatrzeć jelito na przestrzeni 1 metra powyżej; nie ujawniwszy przedziurawienia, założyć jedynie dren. Do operacji wogóle dochodzą niestety przypadki spóźnione (mówca dwukrotnie operował po 24 godzinach); zapobiedz takim niepożądanym ewentualnościom w szpitalu mogłoby jedynie powtórne, to jest wieczorne odwiedzanie chorych przez lekarza.

ł) K n a p p e jest przeciwnikiem stosowania adrenaliny i alkoholu podczas osłabienia serca w durze, gdyż pierwsza działa kurcząco, a drugi—porażająco na naczynia, co utrudnia krążenie; mówca przepisuje naparstnicę z chwilą, gdy zauważy rozszerzanie się wymiaru serca; dobre pielęgnowanie jest najważniejszą metodą leczenia; uchroni ono od powikłań i odleżyn; odpowiednia higiena nosa i ust zapobiega powikłaniom ze strony ucha.

l) T r z c i ń s k i przypomina rozmaite fazy kolejne, przez jakie przechodziła nauka leczenia duru brzuszego: upusty krwi, nihilizm zupełny w postępowaniu, hydroterapia, wreszcie antypyreza chemiczna z najnowszym środkiem obecnie stosowanym — pyramidonem; należy jednak pamiętać, że leki przeciwgorączkowe wpływają jedynie na ciepłotę, lecz nie na przebieg samej choroby, i że na serce działa szkodliwie nie tyle wysoka ciepłota, ile zatrucie toksynami; odżywianie często jest niemożliwe wskutek niedającego się przewyciężyć oporu chorego.

k) P u ł a w s k i podkreśla, że ani hydroterapia, która zresztą trudną, jest do przeprowadzenia tak w szpitalu, jak i w praktyce prywatnej, ani stosowanie chemicznych środków przeciwgorączkowych nie wpływają szczególnie pomyślnie na przebieg duru brzuszego. Świadczy o tem statystyka i dyskusye, prowadzone w różnych towarzystwach lekarskich. P. przypomina sobie doświadczenia, robione przed laty na oddziale D u n i n a z antifebryną. Chorzy durowi między innymi dostawali systematycznie co kilka godzin po 0,3 tego środka. Rzeczywiście, ciepłota obniżała się, nieraz znacznie, chorzy pocili się, ale przeważnie czuli się źle — miewali liche tętno i znaczne osłabienie ogólne. Mieliśmy wrażenie wtedy, że metoda ta

wpływa na przebieg tyfusu ujemnie. Pomimo to, gdy zjawily się przed kilku laty komunikaty angielskie i francuskie o stosowaniu pyramidonu, P. zaczął stosować ten środek u chorych durowych, ale w dawkach mniejszych, a raczej mniej częstych od podawanych przez prelegenta (po 0,1—3, 4 razy dziennie), dodając do tego kamforę lub kofeinę. Skutek przeważnie był dobry, a mianowicie choroba przebiegała z mniejszą gorączką, chorzy czuli się podmiotowo lepiej, niż to zwykle bywa, zwłaszcza nie dokuczał im ból głowy, byli przytomniejsi i mniej apatyczni. Niektórzy jednak chorzy środka tego nie znosili — dostawali po nim zawrotów głowy i uczucia jakiegoś przykrego osłabienia, co przechodzi po odstawieniu środka. Za najważniejszy moment w leczeniu duru brzuszego i teraz, jak dawniej należy uważać zachowanie przepisów higieny i odpowiednie odżywianie. Co do tego ostatniego P. przypomina, że pierwszym, który zwrócił uwagę na potrzebę dobrego odżywiania chorych durowych był znakomity klinicysta irlandzki Graves, który walczył z panującą za jego czasów, a i dużo później jeszcze metodą głodzenia chorych durowych. Poglądy Gravesa rozpowszechnił po całej Europie Trousseau. Z powikłań durowych krwawienia kiszkowe bardzo znacznego stopnia zdarzają się rzadko i nie poddają się leczeniu, lżejsze — przechodzą przy stosowaniu makuwca i okładów lodowych na brzuch.

[Streszczenie własne].

m) Rzętkowski w odpowiedzi A. Sokółowskiego u zaznacza, że opiera swe wywody na zasadzie obserwacji klinicznej kilkuset z górą przypadków duru brzuszego w oddziale szpitalnym i w praktyce prywatnej; szczegółową statystyką nie rozporządza. W obecnej epidemii na zasadzie 36 przypadków, jakie w ostatnich czasach miał w oddziale, Rz. nie podziela zdania Gajkiewicza, jakoby epidemia była lekka, miał bowiem 3 przypadki zejścia śmiertelnego, z których jeden na zapalenie otrzewny, dwa pozostałe na skutek ciężkich objawów toksycznych. Ztąd wniosek, że na zasadzie niewielkiego i doraźnego materiału oddziałowego nie można wnosić o lekkości epidemii. Zresztą najłżejsze nawet przypadki duru brzuszego (*t. ambulatorius*) nie są zagwarantowane od katastrof (krwawienie, przedziurawienie кишки). W sprawie stosowania przez Fidera z dobrym skutkiem *natr. citricum* Rz. zaznacza, że w ostatnich czasach w najróżniejszych stanach septycznych zalecano z pożytkiem alkalia. Wywierają one pomyślny wpływ na objawy acydozy, rozwijającej się w przebiegu toksycznego rozpadu tkanek w stanach zakażenia. Krzywemi temperatury

Rz. pragnął zobrazować spadek temperatury u chorych leczonych pyramidonem. Wielkie dawki kamfory, zalecane przez F i d l e r a mogą trująco wpływać na ustrój chorych, który nie rozporządza odpowiednią ilością węglowodanów dla wytworzenia kwasu glikuronowego i musi wytwarzać odpowiednie związki z białka, co jest zgoła niepożądane wobec już istniejącego toksycznego rozpadu białka. Sprawa zastrzykiwania w wielu miejscach po 1 grm. 20% olejku, którą Rz. zalecał, nie przedstawia się niebezpieczną dla chorego, robiąc bowiem zastrzykiwania ściśle aseptycznie, zawsze możemy być pewni, że unikniemy zakażenia. W poruszonej przez Br. S a w i c k i e g o sprawie wpływu na krew roztworu fizyologicznego Rz. zaznacza, że ściśle biorąc, każdy chory wymagać może innego roztworu, bowiem natężenie koncentracji roztworu powinno być równe natężeniu koncentracji krwi chorego (izotoniczne). Ta różnica wyrównywa się przez zastrzykiwanie podskórne. Wbrew mniemaniu K n a p p e g o Rz. zaznacza, że przetwory naparstnicowe nie usuwają osłabienia serca w durze, które nie ulega powiększeniu (*dilatatio*), lecz zwyrodnieniu komórek mięśniowych: to też na sekcji serca zmarłych na dur nie bywają powiększone, tak jak to widzimy w przypadkach wad zastawkowych. Stosując przetwory naparstnicowe zamiast poprawy możemy uzyskać zatrucie, jak to widywano w zapaleniu płuc włóknikowym, które w swoim czasie próbowano leczyć naparstnicą. Wbrew zdaniu H i g i e r a mechanizm działania przeciwgorączkowego pyramidonu i chininy jest zupełnie inny.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes *A. Puławski.*

Za Sekretarza *Lande.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 17 listopada 1914 r.

Przewodniczący: Wice-Prezes *A. Puławski*.

Członków obecnych na posiedzeniu 48, gości 4.

- Treść: 1) Wice-Prezes *Puławski*. Rozstrzygnięcie konkursu laryngologicznego z zapisu bezimiennego ofiarodawcy.
2) *Kuligowski*. O parafinomatach (z pokazem preparatów).
3) *A. Sokołowski*. Wojna a suchoty. Parę uwag na dobie.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Sekretarz stały zawiadania o śmierci członka czynnego Tow. Lek. Warsz. *Franciszka Neugebauera*; uczczono pamięć jego przez powstanie z miejsc, poczem Sekretarz stały odczytał życiorys zmarłego:

„*Ś. p. Franciszek Neugebauer*. U nas rzadko, a na Zachodzie, szczególnie w Anglii stosunkowo częściej synowie lekarzy wstępują w ślady ojca — dziedziczą poniekąd nie tylko jego fach, lecz nawet klientelę, zdobytą sumienną pracą i wiedzą rodzica. Ztąd też, przeglądając dzieje wiedzy lekarskiej, spotykamy całe generacje lekarzy praktyków, a nawet uczonych, jak o tem świadczą wśród anglików imiona: *Barlowów, Bennetów, Hunterów*, wśród niemców: *Adelmannów, Arnoldów, Franków, Mekelów*, wśród francuzów: *Larreyów, Lobsteinów, Richettów*, u nas: *Dybków, Janikowskich, Gałęzowskich* i w. in. I rzeczywiście, młodyczłowiek, poświęcający się zawodowi ojca lekarza, ma szczególnie z początku wysoce ułatwioną ciężką lekarską drogę życiową, gdyż korzysta nie tylko z doświadczenia i rady fachowej ojca, lecz i z jego stosunków. A co najważniejsze, często przytem uwolnionym bywa od trosk materyalnych, trapiących szczególnie u nas większość młodych adeptów eskulapa. Do tej katagoryi wybrańców losu należał bezspornie i *ś. p. Franciszek Neugebauer*, członek czynny od lat 32 naszego Towarzystwa, syn *Ludwika Neugebauera*, zmarłego w 1890 r. znakomitego lekarza, profesora anatomii, akuszery i ginekologii Akademii medyko-chirurgicznej i Warszawskiego uniwersytetu. Od niego więc zyskał na początku

swiej karyery lekarskiej odpowiedni kierunek fachowy; tem bardziej, iż danem było prof. Neugebauerowi patrzeć przez szereg lat na rozwój bystrego i zdolnego syna lekarza. Jednocześnie uczony, światły i zamożny ojciec nie żałował niczego, aby studia lekarskie syna były uzupełniane wieloletnimi pobytami w licznych pierwszorzędnym uczelniach nietylko Europy, lecz nawet i Ameryki. Tą drogą mógł ś. p. Franciszek Neugebauer, nie spiesząc się, nabrać gruntownego wykształcenia, czego dowodem jest już jego wybitna inauguracyjna dySSERTacja: „Zur Entwicklungsgeschichte des spondylolisthetischen Beckens und seiner Diagnose”. Dorpat, 1882. Dlatego też po powrocie do Warszawy mógł iść równo i śmiało. Mógł stopniowo rozszerzać i pogłębiać swoją wiedzę, zyskując jednocześnie coraz szersze powodzenie w praktyce.

32-letnią działalność niezwykle czynnego i pracowitego jego życia rozpatrywać można w następujących kierunkach. Jako uczony ginekolog, w szerokim tego słowa na modłę zagraniczną znaczeniu, ogłosił Neugebauer w ojczystym, jakoteż i obcych językach ogromną ilość (około stu) prac przeważnie z dziedziny ginekologii, które jedynie pióra fachowe oceniają bliżej. Były to prace przeważnie kazuistyczne, poruszające jednak najbardziej sporne pytania, będące na dobie. Dopatrzyć się zawsze w nich można sumiennego obserwatora, o niezwyklej erydyceji, która była owocem długoletnich studyów naukowych w uniwersytetach i klinikach, jakoteż pomocy, jaką mu dostarczała swoja i odziedziczona po ojcu wielka lekarska biblioteka. Z większych prac książkowych ogłosił ś. p. Neugebauer dwie: wyżej wzmiankowaną pracę kapitalną, opartą na gruntownych studyach anatomicznych, rzucającą nowe światło na dotychczas ciemną i zawilą sprawę patologiczną, oraz drugą niemniej ważną pracę „O Hermafrodytyzmie”. Niestety, ze względu na wielce kosztowny nakład ostatnie jego dzieło ogłoszono jedynie po niemiecku w roku 1908. Jest to, śmiało powiedzieć można, skarbnica wiedzy w tej kwestyi, zestawiona krytycznie na podstawie własnej dość licznej i ogromnej obcej kazuistyki. Nic więc dziwnego, że prace tej miary zyskały mu szeroki rozgłos w całym świecie naukowym, czego dowodom było zawezwanie go na członka korespondenta licznych towarzystw naukowych Europy i Ameryki, a między innymi nader rzadkie dla cudzoziemca odznaczenie, mianowicie wybór na członka korespondenta Paryskiej Akademii Lekarskiej. W ciągu 32-letniej swojej działalności w naszym Towarzystwie, śmiało powiedzieć można, był ś. p. Fr. Neugebauer jednym z najczynniejszych i najpożyteczniejszych jego członków. Wypowiedział bowiem

w powyższym przeciągu czasu około 200 odczytów, a wszystkie dotyczyły kwestyi bardzo aktualnych lub pokazów rzadkich i pouczających. Wypowiadane przytem były z wielką swadą, przeplatane nieraz humorem, tak że nawet przez niefachowców bywały zawsze -słuchane z wielkiem zajęciem. Z chwilą utworzenia w naszym Tow. sekcji ginekologicznej Neug. był nie tylko jej organizatorem, lecz i jednym z najczynniejszych członków, będąc z wyboru przez lat 7 z rzędu jej przewodniczącym i również jak w Towarzystwie wypełniając posiedzenia licznymi odczytami i pokazami.

Wiedzę swoją lekarską i doświadczenie czerpał szeroko w szpitalnym swoim oddziale, z początku jako ordynator kliniki ginekologicznej (1890 — 1893), a następnie jako samodzielny kierownik oddziału ginekologicznego w szpitalu Ewangelickim, do zorganizowania którego sam w znacznym stopniu się przyczynił (przez zbieranie ofiar i złożenie w darze swego bogatego instrumentarium); na tem to stanowisku pozostawał do śmierci, wykazując tamże podstawowe warunki lekarza szpitalnego, t. j. znakomite fachowe wykształcenie, pracowitość i humanitarność względem chorych. Tą drogą powstawały prace naukowe, świetne wyniki operacyjne i korzyść pedagogiczna dla licznej rzeszy jego wychowañców. Jako zamiłowany biblioman, posiadający obszerną bibliotekę, był niezwykle czynnym i pożytecznym członkiem komisji bibliotecznej naszego Tow., będąc bez przerwy niemal przez lat 20 czynnym jej członkiem. Ofiarowywał teŹże biblioteczce stale liczne dzieła i broszury. W roku zaś 1911 złożył dar wspaniały, bo przeszło 800 dzieł i broszur rzadkich i cennych.

Jako człowiek był usposobienia pogodnego, zawsze uczynny dla kolegów, udzielający im chętnie wskazówek nie tylko w kwestyach lekarskich, lecz bibliograficznych i lingwistycznych, gdyż posiadał gruntownie oprócz starożytnych kilka nowożytnych języków. Odznaczał się charakterem prawym, był sumiennym i biegłym lekarzem. Pozostawił żal istotny pośród swoich przyjaciół, kolegów i licznej rzeszy wdzięcznych pacjentek. Cześć Jego pamięci!

Franciszek Neugebauer urodził się w r. 1856 w Kaliszu, nauki średnie odbywał we Wrocławiu i w Warszawie, studia zaś lekarskie — w Warszawie i Dorpacie, gdzie uzyskał w r. 1881 stopień doktora medycyny. Od r. 1887 do 1890 był ordynatorem kliniki giniatrycznej w szpitalu św. Ducha, od r. 1893 do zgonu ordynatorem oddziału ginekologicznego w szpitalu Ewangelickim. W r. 1907 z okazji 25-letniego jubileuszu wydał osobiście szczegółowy spis wszystkich swoich prac, od-

czytów i pokazów, wynoszący setki numerów i rozesłał je bliższym kolegom ze skromnym napisem: Dla przyjaciół i życzliwych kolegów na pamiątkę. Ta pożyteczna broszura zawiera całość kształt niezwykle obszernej i pożytecznej działalności naukowej ś. p. Franciszka Neugebauera. Po roku 1907 ogłosił Fr. N. w naszym piśmiennictwie jeszcze kilkanaście prac kazuistycznych⁷.

III. Wice-Prezes odczytał protokół posiedzenia komitetu konkursowego w celu nagrodzenia najlepszej pracy z dziedziny rhino-laryngologii z okresu 1913 r. i pierwszej połowy 1914 r. z fundacji bezimiennego ofiarodawcy:

Komitet na posiedzeniu w d. 7 listopada 1914 r., złożony z kol.: Dębińskiego, Lublinera, Meyersona, Puławskiego oraz doproszonego jako biegłego d-ra A. Sokołowskiego, po rozpatrzeniu wszystkich prac ogłoszonych oraz nadesłanych w rękopisie i po wyczerpującej dyskusji jednogłośnie przyznał nagrodę rb. 200 pracy kol. J. Brunnera i Cz. Jakubowskiego pod tytułem: „Leczenie twarzdzieli autowakcyką”.

IV. Kuligowski wygłosił rzecz p. t.: „O parafinomatach”.

Guzowate rozrosty tkanek o charakterze rozrostów zapalnych, powstające na miejscu wstrzykiwania parafiny i nazwane przez De Bucha i Brockaerta parafinomatami, były przedmiotem licznych badań. W piśmiennictwie istnieje cały szereg prac, w których znajdujemy szczegółowe opisy zmian histologicznych powstających w organizmie ludzkim pod wpływem parafiny. Wyniki, do których dochodzą różni badacze, są rozmaite i często sprzeczne między sobą: jedni są tego zdania, że po wstrzykiwaniu parafiny miękkiej zmiany są inne, niż po wstrzykiwaniu twardej; inni zaś nie znajdowali różnicy i przychodzili do wniosku, że twardość parafiny nie gra żadnej roli w odczynie zapalnym. Obrazy drobnowidzowe, przytaczane przez badaczy, są także rozmaite i często sprzeczne między sobą. Według zdania prelegenta sprzeczność w opisach wynika stąd, że przedmiotem badań wszystkich przypadków, opisanych w pracach rozmaitych autorów, były guzy, powstałe po zastrzyknięciu parafiny w celach najczęściej kosmetycznych, dla wypełnienia braku w narządach lub tkankach, spowodowanych rozmaitemi chorobami, najczęściej zaś kiłą, i wskutek tego zmiany, wywołane przez parafinę, mogły być powikłane przez sprawy chorobowe.

Prelegent osobiście zbadał dwa przypadki parafinomatów, rozpoznanych klinicznie jako gruźlica. Obydwa przypadki do-

tyczą nowozacieżnych, którym zastrzyknięto parafinę w celu zwolnienia się od służby wojskowej: jednemu z nich wstrzyknięto miękką parafinę (topiącą się przy 43°) pod skórę szyi, drugiemu zaś twardą (topiącą się przy 63°) pod skórę moszny. Obydwaj rekruci byli ludzie zupełnie zdrowi i zmiany histologiczne, jakie znaleziono przy badaniu drobnowidzowem, powstać mogły tylko pod wpływem podrażnienia tkanek przez parafinę.

Po przytoczeniu szczegółowych opisów makro- i mikroskopowych swoich preparatów, prelegent przychodzi do wniosków następujących: 1) zmiany histologiczne po wstrzykiwaniu parafiny miękkiej i twardej są zupełnie jednakowe, 2) po wstrzykiwaniu parafina dostaje się do szczelin chłonnych, wywołuje obfite bujanie komórek śródbłonna, z którego w ostateczności około złogu parafinowego wytwarza się torebka z włóknistej tkanki łącznej, 3) tkanka łączna nie wrasta w złogi parafinowe, 4) parafina w organizmie ludzkim nie wchłania się, 5) sprawa otarbiania parafiny trwa nader długo—po kilku, a nawet po kilkunastu miesiącach znajdujemy ją w pełni rozwoju, 6) drobnokomórkowa tkanka ziarninowa nie przyjmuje bezpośredniego udziału w otarbianiu złogów parafiny; powstaje ona dopiero w okresach późniejszych jako odczyn wtórny.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi: *a*) **K r y ś k i** przypomina pokrótce historję stosowania parafiny przez chirurgów a mianowicie pierwotny ich entuzjazm i następce rozczarowanie, gdyż zabieg ten sprowadzał czasem kalectwo (np. ślepotę wskutek zatoru tętnicy siatkówki), a nawet śmierć; pod względem klinicznym wyniki dać może tylko parafina twarda, którą mówca stosował w celu poprawienia nosa, twarzy lub usuwania następstw pooperacyjnych; zastrzyknięcia takie są jednak bolesne, mogą wywołać nawet nekrozę miejscową; dla uniknięcia tego należy zastrzykiwać nie w skórę, ale podskórnje przy temp. około 50°; mówca jeszcze w kilka (np. w 6) lat po zastrzyknięciu nie widział rezorbeyi, więc efekt kosmetyczny trwał długo.

b) **O r z e ł** dwukrotnie widział u żołnierzy guz parafinowy (w stawie kolanowym i skokowym); operacya wykonaną była nieodolęźnie w celu uwolnienia się od służby wojskowej i oczywiście rzecz została wykrytą.

W odpowiedzi **K u l i g o w s k i** uważa ciepłotę 52° za zbyt niską.

V. A l. S o k o ł o w s k i wygłosił odczyt p. t.: „Wojna a suchoty. Parę uwag na добie”.

Przytoczywszy zdanie Jędrzeja Śniadeckiego z jego znakomitej pracy „O wychowaniu fizycznym”, że widywał po kampanii Napoleońskiej młodych ludzi zagrożonych suchotami, którzy mimo trudów ciężkiej wojny odzyskiwali zdrowie, S. na podstawie własnych obserwacji, poczynionych w Goerbersdorfie w latach 1874 do 1879, t. j. wkrótce po wojnie francuskiej, oraz podczas wojny rosyjsko-japońskiej i obecnej, dochodzi do wniosków przeciwnych, uważając, że trudy wojenne wpływają i przyspieszają rozwój suchot u osobników zdrowych pozornie, biorących udział w wojnie, a u których gruźlica istniała w okresie spokoju. Te dane ilustruje odpowiednimi przykładami. Dalej S. omawia obszernie rozwój różnorodnych chorób ostrych i przewlekłych, towarzyszących działaniom wojennym, wykazując na podstawie danych statystycznych urzędowych z wojen, odbytych w ciągu lat ostatnich sześćdziesięciu, że w armiach daleko większe spustoszenia wywołują choroby, aniżeli nawet najbardziej udoskonalone narzędzia mordercze. Szczególniej ciekawe dane podaje S. odnośnie wojny rosyjsko-japońskiej, podczas której w obu armiach prawie połowa ogólnej liczby walczących zapadła na najróżnorodniejsze choroby ostre lub przewlekłe. Z chorób największe spustoszenia wywołują w armii ostre zakaźne, a przedewszystkiem dur, dyzenterya, cholera, nie mniej jednakże i przewlekłe, rozwijające się powoli i unieruchamiające w szpitalach na długo, całe miesiące nieraz, najczęściej uprzednio pozornie zdrowych wojowników.

Do tej ostatniej kategorii chorób zalicza S. przedewszystkiem suchoty płucne, przytaczając odnośne dane statystyczne, wykazujące między innymi, że w armii niemieckiej w czasie kampanii w 1871 r. zmarło na suchoty 1 na 1000 ogólnej liczby walczących. Takich samych mniej więcej danych dostarczają statystyki i innych państw w ciągu ubiegłych wojen. Jako przyczynę tego smutnego zjawiska S. upatruje w fakcie stałego szerzenia się suchot wśród kontyngensu armii w czasie pokojowym; podaje na to ciekawe dane statystyczne różnych armii europejskich, dowodzące, że śmiertelność na suchoty wynosiła około $\frac{1}{2}$ do 2 na 1000, a liczba zachorowujących 3—12⁰/₁₀₀. W ciągu jednakże ostatniego dziesiątka lat liczba śmiertelności i zachorowujących z suchot w armiach zmniejsza się stopniowo, zawdzięczając gruntownym reformom sanitarnym, polegającym na poprawie warunków bytu i odżywiania żołnierzy, oraz ścisłym brakovaniu z armii chorych na suchoty, a wreszcie nie przyjmowaniu rekrutów nawet podejrzanych o poczynające się suchoty. Dalej przytacza S. dane, odnoszące się do armii rosyjskiej, w której suchoty, aczkolwiek również się zmniejszają stopniowo, jednak-

że śmiertelność wynosi około 1⁰/₀₀, a liczba zachorowywań przeszło 12⁰/₀₀ (Szczepotiew), co nam wyjaśnia, że tylu suchotników spotykamy w armii czynnej i w wojnie obecnej. Aby usuwać stopniowo na przyszłość to wielkie zło dla armii, ujawniające się w czasie wojny, należałoby obok reform sanitarnych, podobnie jak to ma miejsce na Zachodzie, usuwać szybko z armii dotkniętych nawet poczynającymi się okresami suchot płucnych, a przede wszystkim szczegółowo zreformować sposób badania rekrutów. Należałoby badać ich ściślej, stosując się do odpowiednich paragrafów ustawy poborowej, a szczególnie paragrafu 59 mówiącego wyraźnie o niezdolności do czynnej służby osobników krzywicznych, ze źle zbudowaną klatką, t. j. wogóle usposobionych do suchot. Bliższe szczegóły i liczne dane statystyczne nie kwalifikują się do streszczenia. Praca *in extenso* będzie drukowana w zeszycie grudniowym miesięcznika „Zdrowie”.
[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes *A. Puławski*

Za Sekretarza *Lande*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 1 grudnia 1914 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 60; gości 6.

T r e ś ć: **L. K r y ń s k i:** „Z kazuistyki wojenno-chirurgicznej. Rany czaszki i mózgu”.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Biblioteka Tow. otrzymała w darze: 1) po ś. p. d-rze H. Dobrzyckim dzieł i odbić oddzielnych 682; 2) od d-ra K. Dobrskiego dzieł treści lekarskiej 35; 3) od d-ra J. Pawińskiego dzieł treści lekarskiej 8.

III. J a w o r s k i J. składa dla Biblioteki Tow. następujące odbitki z prac swoich: 1) Neomaltuzyanizm ze stanowiska higieny społecznej i indywidualnej, 2) Profilaktyka raka maci-

cy, 3) O wpływie mechanizmu porodu na przyszły rozwój dziecka, 4) Grzebanie poległych podczas wojny, w bitwach, 5) Zdrojowiska jako szkoła higieny i zdrowia.

IV. Prezes, zdając sprawę ze Zjazdu internistów polskich we Lwowie, przemówił w te słowa: „Czuję się szczęśliwym, że po dłuższej przymusowej nieobecności mej w Warszawie mogę powitać Szanownych Kolegów i stanąć do wspólnej pracy w Towarzystwie naszym, które, pomimo odgłosów wojennych w bliskości naszej stolicy, nie zaprzestało swych czynności naukowych. Ponieważ nasze zjazdy, a zwłaszcza polskie, łączą się ściśle z działalnością Towarzystwa, które delegatów swoich na nie wysyła, wypada mi choć pokrótce wspomnieć o II Zjeździe internistów polskich, odbytym we Lwowie w dniach 21 i 22 lipca r. b. Mowę powitalną wygłosił prof. R e n c k i ze Lwowa, główny gospodarz Zjazdu. Na prezesów honorowych wybrano: Dr. J a w o r s k i e g o, profesora Uniwersytetu Krakowskiego, dyrektora kliniki chorób wewnętrznych, Dr. J ó z e f a P a w i ń s k i e g o, prezesa Tow. Lekarskiego Warszawskiego i prof. Dr. Z a l e s k i e g o z Petersburga. Obradom przewodniczyli: kol. C h e ł c h o w s k i, C h r o s t o w s k i, J a n o w s k i, R e i c h m a n z Warszawy i F i d l e r z Radomia, S t e r l i n g z Łodzi, R u s z c z y c z Kijowa.

Dwa główne tematy przedstawione były na zjazd: 1) „moczówka cukrowa”, omawiana przez członków naszego Towarzystwa kol. J a k o w s k i e g o i L a n d a u a, oraz 2) „sztuczna odma piersiowa w leczeniu gruźlicy płuc”, referent kol. D ł u s k i (Zakopane) i kol. S. S t e r l i n g (Łódź). Obydwa tematy, opracowane bardzo starannie, wywołały ożywioną dyskusję. Zwłaszcza temat drugi zainteresował bardzo słuchaczy, oświetlony był bowiem wszechstronnie przez doświadczonych lekarzy praktyków, którzy wielokrotnie zabieg ten wykonywali i zachęcali kolegów do stosowania tej metody leczniczej.

Z wielu innych kwestyi naukowych, przedstawionych na zjeździe, żywe zainteresowanie wywołały pokazy elektrokordyogramów prof. J a w o r s k i e g o z Krakowa, jak również kolegów M a j e r a i L a t k o w s k i e g o. Cennych wskazówek, dotyczących tłómaczenia elektrokordyogramów, udzielił słuchaczowi prof. fizjologii C y b u l s k i. Odczyty Dr. W. P i s e k a p. t. „*Aortitis syphilitica* w świetle cyfr”, jak również Dr. H o r n o w s k i e g o „Moczówka cukrowa a gruczoły wewnętrznego wydzielania na podstawie własnych spostrzeżeń” zasługują na zaznaczenie.

Do bardzo cennych komunikatów zaliczyć należy „Uwagi

anatomiczne, anatomopatologiczne i kliniczne nad wrzodem dwunastnicy“ prof. G l u z i ń s k i e g o ze Lwowa i „O wrzodzie dwunastnicy“ kol. N o w a c z y ń s k i e g o (Kraków). Brak czasu nie pozwolił na odczytanie wielu ciekawych przyczynków klinicznych. Obfitość materiału, zgłoszonego na zjazd, jest dowodem potrzeby zjazdów i rokuje dobrą nadzieję plonu naukowego w przyszłości. Wogóle można powiedzieć, że zjazd internistów powiódł się doskonale przede wszystkim pod względem naukowym.

Prócz tego, przyglądając się zblizka wydziałowi lekarskiemu wszechnicy Lwowskiej, jego urządzeniom, pracownikom i ich przewodnikom, mieliśmy sposobność nareszcie przekonać się, że Wszechnica ta stoi na wysokości współczesnej wiedzy, jest placówką polskiej nauki, przynoszącą chlubę naszemu narodowi. Daj tylko, Boże, aby zawierucha wojenna nie zgasiła tego cennego ogniska, z którego młodzież nasza czerpie gruntowną wiedzę i zachętę do pracy społecznej.

Ale i pod względem samego urządzenia zjazdu, rozkładu zajęć i zebrań towarzyskich,—zjazd Lwowski dzięki zabiegliwości Komitetu Gospodarczego (a zwłaszcza prof. Renckiego i innych kolegów miejscowych), nie przedstawiał nic do życzenia. Gościnność i serdeczność, nie tylko koleżeńską, lecz rzecz można braterską spotykaliśmy na każdym kroku.

Tożsamość ideałów naukowych i społecznych łączyła nas w jedno serdeczne ognisko. To też niech mi wolno będzie na tem miejscu wyrazić publiczne podziękowanie Komitetowi Gospodarczemu Zjazdu i wszystkim kolegom Lwowskim“.

V. Prezes zdał sprawę z Kongresu międzynarodowego dla talassoterapii i helioterapii, który się odbył na Rivierze francuskiej w Cannes 15—22 kwietnia r. b.: „W kongresie tym, odbywającym się pod przewodnictwem księcia M o n a c o i prof. d' A r s o n v a l a z Paryża, brałem i ja udział. Na posiedzeniu uroczystem Zjazdu pozwoliłem sobie wypowiedzieć w imieniu naszego Towarzystwa lekarskiego kilka słów powitalnych. Z licznych odczytów, dotyczących istoty i zastosowania helioterapii w medycynie, zasługują na wyróżnienie. 1) Odczyt p. B e r t h e l o t a, profesora fizyki fakultetu paryskiego „O istocie promieniowania słonecznego w bliskości morza i o sposobach mierzenia natężenia promieni słonecznych“; — 2) Rozprawa prof. R o b i n a i Dr. B i t h a (Biologia Helioterapii) „O wpływie promieni słonecznych na organizm ludzki, zwierzęcy i roślinny, jak również o stosowaniu helioterapii w medycynie“. Autor podnosi wartość bakteryobójczą słońca. Promienie słoneczne wywołują rozszerzenie naczyń, obniżają tym sposobem ciśnienie krwi,

przyspieszają obieg krwi, tonizują serce. Ilość hemoglobiny we krwi zwiększa się; 3) Odczyt Dr. A n d r i e n „O helioterapii nadmorskiej w cierpieniach chirurgicznych“. Pragnący szczegółów z obrad zjazdu znajdują je w wydaniu francuskim pod tytułem: „I-er Congrès de l'Association internationale de Thalassothérapie. Rapports publiés par le Dr. Georges B a u d o u i n”.

VI. J a w o r s k i J. zdaje sprawę jako delegat Tow. Lek. na I Zjazd higienistów polskich we Lwowie. Prace Zjazdu, zawarte zostały w XI sekcjach, a wyraziły się w kilkudziesięciu referatach ze wszystkich działów higieny. Zjazd liczył około 200 uczestników. Delegatem naszego Towarzystwa był kol. J ó z e f J a w o r s k i, wybrany na jednego z prezesów honorowych Zjazdu. Przemówienie jego, pierwsze w szeregu przemówień innych delegatów z Warszawy i Królestwa, było następujące: „Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w ciągu 100-letniej blisko działalności, jako instytucja naukowa, dążyło zawsze, aby i nauka higieny w pracach jego znajdowała odpowiednie poparcie i przynależne jej w szeregu innych działów medycyny stanowisko.

To też higiena, jako nauka, oraz liczne działy medycyny, jako jej części integralne, bądź pomocnicze, zawsze, w miarę okoliczności w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim stanowiły i stanowią przedmiot badań i dociekań naukowych. Z drugiej strony higiena ze swymi wynikami praktycznymi dla celów zdrowia publicznego interesowała Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, które za pośrednictwem swoich delegatów specjalnych zawsze i każdorazowo, gdy zachodziła tego potrzeba, brało udział w naradach odnośnych i popierało wszelkie przedsięwzięcia z zakresu zdrowotności publicznej.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, przywiązując wielką wagę do rozwoju i postępu nauki higieny oraz jej zastosowania praktycznego, już w połowie ubiegłego stulecia wyodrębniło z zakresu działalności swojej osobny Wydział higieny, który przez długie lata zajmował się gorliwie sprawami zdrowotnymi miasta i kraju.

W miarę czasu i rozrostu zadań higieny nastąpiło zróżniczkowanie pracy na tem polu i część pewna zadań tych przejść musiała z natury rzeczy na Towarzystwo Hygieniczne i zjazdy hygieniczne.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, widząc w nowo powstających obecnie Zjazdach Hygienistów Polskich nową instytucję, sobie pokrewną i bliską, bo mającą na celu słuzenie nauce polskiej, dążącą do zwiększenia jej chwały i znaczenia,

a co najważniejsza do podniesienia fizycznego i duchowego drogiego nam wszystkim Narodu naszego, składa przez usta moje wyrazy wysokiego uznania Komitetowi, który Zjazd ten tak wspaniale zorganizował, uczestnikom zaś Zjazdu gorące życzenia owocnej dla całej Polski w plony pracy”.

Większość wykładów, referatów zjazdowych już wydrukowaną została w czasopismach lekarskich, bygienicznych, technicznych, a niektóre w specjalnem wydawnictwie p. n.: Dziennik I Zjazdu Hygienistów Polskich,—wszystkie zaś streszczenia, zgłoszonych na Zjazd referatów, w osobnem wydawnictwie książkowym. Wnioski i rezolucye, uchwalone w Sekcyach, a przyjęte przez Komisję uchwał I Zjazdu Hygienistów Polskich we Lwowie, ogłoszone drukiem między innymi w „Zdrowiu” w z. z. 11 i 12 z r. b., wypełniły arkusz druku.

Już tylko sama treść wniosków i uchwał Zjazdu świadczy wymownie o doniosłości pracy na polu zdrowia publicznego, podjętą ku pożytkowi Narodu Polskiego przez I Zjazd Hygienistów Polskich.

VII. L. K r y ś k i wygłosił odczyt p. t.: „Z kazuistyki wojenno-chirurgicznej. Rany czaszki i mózgu”.

Prelegent zaznacza ogromną obfitość i różnorodność spotykanych ran, wśród których rany postrzałowe mają przewagę ogromną, przytacza statystykę z ostatnich wojen bałkańskich, dotyczącą stosunku ran głowy, tułowia i kończyn, oraz śmiertelność z nich, notowaną na polu bitwy i w szpitalach; przypomina ustalony w chirurgii podział ran na przenikające i nieprzenikające oraz tangencyalne, które należą do najcięższych, albowiem niszczą substancję mózgową na większej przestrzeni; twierdzi, że wszystkie prawie rany, dochodzące do szpitali, ze względu na warunki, w jakich powstają, są zakażone; następnie K. r. omawia rozmaite teorye, mające na celu wytlómaczenie objawów wybuchowych, dochodząc do wniosku, że działają tu rozmaite czynniki. Co się tyczy terapii, to prelegent twierdzi, że jedynie od wczesnej interwencji chirurgicznej można się spodziewać wyzdrowienia, a na potwierdzenie swego poglądu przytacza kazuistykę własną, dotyczącą 12 ran postrzałowych czaszki (6 drażących i 6 nie drażących), opisując dokładnie rodzaj wykonanego w każdym poszczególnym przypadku zabiegu operacyjnego i pokazując odnośne rentgenogramy. Mówca na 12 przypadków miał tylko jeden śmiertelny, co stanowi ogromny postęp w porównaniu z dawnymi danymi statystycznymi.

W dyskusyi: a) A. l. Z a w a d z k i w obszernem przemówieniu opisuje liczne przez siebie spostrzegane przypadki ran Pam. Tow. Lek., T. CX, Z. 111 i IV.

postrzałowych czaszkowych, w znakomitej większości bardzo ciężkich; mówca dowodzi, że należy zawsze trepanować, albowiem prawie zawsze mamy do czynienia z ranami zakażonemi; dla zapobieżenia wypadnięciu Z a w. poleca smarowanie 40% formaliną.

b) G a j k i e w i c z sądzi, że operacja jest zbyt ciężka, jeżeli kula głęboko tkwi w mózgu, i przytacza spostrzegany przez siebie przypadek, w którym chory, odniósłszy głęboką ranę mózgu odłamkiem bomby, jest na wyleczeniu bez operacji; żałuje, że wogóle obserwacje są niedostateczne z powodu konieczności wczesnego wypisywania chorych; w końcu prostuje niektóre dane objawowe w spostrzeżeniach K r y ũ s k i e g o.

c) H i g i e r, opierając się na własnym doświadczeniu w oddziale chirurgicznym dla kilkuset rannych, przeprowadza paralelę między dyagnostyką, semiotyką i stawianiem wskazań do interwencji w chirurgii pokojowej i polowej, i dochodzi do przekonania, że w obu dziedzinach obowiązują zupełnie odmienne prawa i że zarówno neurolog, jak chirurg, który przystępuje do chirurgii wojskowej, korzystając jedynie z doświadczenia, nabytego w czasie pokoju, często zbacza na manowce. W neurochirurgii polowej mamy zawsze do czynienia ze sprawą skończoną, która się cofa, podczas gdy w neurochirurgii pokojowej ze sprawami stopniowo rozwijającymi się, w których oceniamy, lokalizujemy, przewidujemy przyłączenie się nowych objawów, obserwujemy powolne przystosowywanie się substancji nerwowej do nowych warunków, mamy typowo rozpoczynające się i klasycznie rozwijające się zespoły kliniczne. W neurochirurgii polowej mózgu i rdzenia spotykamy łączenie się przejawów komocyjnych, shocku, diaschizy, wylewu, ucisku, zniszczenia i t. d. Tu i owdzie zależy wiele od właściwości postrzału (kula okrągła, cylindryczna, oponowa, karabinowa, szrapnelowa), od szybkości i dalekonośności, od tkanek, które przebija, nim się przedostaje do mózgu lub rdzenia. Na zasadzie 50 blisko przypadków mózgowych z pierwszych 4-ch miesięcy wojny, jakie H. widział, a próbuje jedynie wniosek prelegenta co do zakaźności wszystkich prawie ran i co do gorszego rokowania między innymi wobec ran szrapnelowych, niż wobec ran karabinowych. Inne wnioski uważa za przedwczesne, które prawdopodobnie ulegną z nabyciem większego doświadczenia poważnym modyfikacyom. [Streszczenie własne].

d) K r a u z e sądzi, iż wszystkie uszkodzenia czaszki, spowodowane postrzałem, wymagają bezwzględnie operacji, jeżeli stwierdzono, że odłamki kostne uciskają na istotę mózgową, lub nastąpił krwotok, który zagraża życiu chorego. Duża jednak

liczba przypadków ran postrzałowych czaszki i mózgu do natchmiaństwowej operacji się nie kwalifikuje, przypuszczając nawet, że rany takie zwykle są zakażone. Przypadki takie, w pierwszej chwili przedstawiające się nawet jako ciężkie, mogą zakończyć się pomyślnie i bez operacji. Miałem sposobność spostrzegania 2 przypadków ran postrzałowych czaszki i mózgu, z których jeden wyzdrowiał bez operacji, drugi zaś ma się dobrze po operacji.

Przypadek pierwszy dotyczył 22-letniego żołnierza, sprowadzonego do szpitala z raną postrzałową czaszki. Otwór wejściowy znajduje się w okolicy potylicowej ze strony prawej, otwór wyjściowy w okolicy prawej kości ciemieniowej. Chory bezustannie śpi, odpowiada na pytania z trudnością, skarżąc się na ból głowy. Tętno dobre 72. Przy badaniu stwierdzić było można zupełne porażenie kończyny górnej lewej i niepełne kończyny dolnej lewej. Odruchy kolanowe i ścięgna Achillesa normalne. Objaw Babińskiego ze strony lewej pozytywny. Odruchy brzuszne po prawej żywe, po lewej normalne. Niedowład górnej gałązki lewego nerwu twarzowego. Chory gorączkuje, ciepłota 38,2, następnego dnia spada do 37,8. Rentgenogram nic nie wykrywa. W ciągu pierwszych kilku dni chory bezustannie śpi; na pytania odpowiada z niechęcią. 7-go dnia po przybyciu chory ma tętno zwolnione—52 na minutę, ciepłota wyżej 37; 10-go dnia chory czuje się nieco lepiciej, a dn. 14 po przybyciu wykonać może minimalne ruchy kończyną górną, obszerniejsze ruchy kończyną dolną. Odtąd z każdym dniem chory się poprawia, ruchy kończyn coraz obszerniejsze. Przy wypisaniu ze szpitala chory władał kończyną górną zupełnie dobrze, tylko ruchy palców i dłoni nieco ograniczone.

Drugi przypadek dotyczy chłopca 16-letniego, który przybył do szpitala z raną postrzałową czaszki w okolicy kości potylicowej blisko kości ciemieniowych na linii środkowej. Rana mała, w średnicy $\frac{1}{2}$ ctm., pocisk przebił kość. Na rentgenogramie widać pęknięcie kości potylicowej, pocisku nigdzie nie widać. Chory nieprzytomny, stracił mowę, porażenie kończyn prawostronne. Chory gorączkuje. Ciepłota 38,1. Gdy w ciągu następnych dni stan chorego się nie poprawia i nakłucie łądźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy mocno krwawy, przystąpiłem w 8 dni po przybyciu chorego do trepanacji czaszki w przypuszczeniu, że znajdę wylew krwawy nad oponą twardą, lub pod nią, albo też odłamki kości. Po otworzeniu jamy czaszkowej w odpowiednim miejscu opona twarda niezmienną, krwi nie było. Mózg nie tętnił. Przeciąłem oponę twardą i również pod nią krwi nie znalazłem, uatomiały wystąpiło silne

wypadnięcie mózgu. Kilkakrotne nakłucie mózgu nic nie wykazało. Wobec tego ranę częściowo zaszyłem i nałożyłem opatrunek. Chory operację zniósł dobrze. Trzeciego dnia zdjąłem opatrunek i znów wykonałem nakłucie mózgu, kierując igłę w bliskości zatoki żyłnej górnej; wyciągnąłem nieco krwi i kilka niedużych skrzepów. Istoty mózgowej nie przeciąłem, gdyż musiałbym przeciąć okolice ruchową. Nazajutrz chory był przytomniejszy. 12-go dnia po operacji zaczęły się zjawiać ruchy w kończynie górnej, chory przytomny, odzyskał mowę i znacznie się poprawił. Odtąd ruchy w kończynach coraz obszerniejsze, chory ma się dobrze i jest nadzieja, że wróci do zdrowia. Być może, że krew wessałaby się i bez operacji, jednakże trepanacja, jako znosząca zbyt silny ucisk, przyczyniła się do szybszego wessania wylewu krwawego i stąd szybka poprawa wkrótce po operacji. [Streszczenie własne].

e) K o p c z y ń s k i S t a n. zaznacza, iż jako konsultant neurologiczny w szpitalu ś-go Ducha i w kilku lazaretach spostrzegwał kilkanaście przypadków obrażeń postrzałowych czaszki i miał do czynienia z chirurgami, z których jedni zbyt pochopnie stosowali zabiegi chirurgiczne, inni leczyli metodą konserwacyjną: pierwsi np. rozpoznany wylew krwawy podoponowy bez pęknięcia czaszki starali się usuwać drogą trepanacji, inni, mając nawet do czynienia z wylewem krwi, drażniącym ośrodki ruchowe korowe (padaczka J a c k s o n a), wyczekiwali i objawy padaczki po wessaniu się wylewu zupełnie przechodziły. K o p. na mocy własnego doświadczenia przechylałby się raczej ku konserwatywnej metodzie postępowania. Nie należy bowiem zapominać, że w ranach postrzałowych czaszki mamy do czynienia z objawami nagłego uszkodzenia ośrodków i dróg nerwowych, z których wiele cierpi ubocznie wskutek przekrwienia, obrzęku, miejscowej lub sąsiedniej anemii, i podobnie, jak porażenia połowicze w następstwie np. spraw naczyńiowych bardzo często nie dlatego ustępują, że chory zażył parę łyżek jodu lub że wtarto mu parę gramów szaruchy, lecz iż ustąpiły objawy obrzęku przekrwienia, ucisku i t. p. dróg piramidowych, tak samo i w przypadkach ran postrzałowych czaszki bardzo często porażenia przechodzą same przez się, skoro warunki krążenia w nieprzerwanych drogach ruchowych się poprawiają. Wskazania do zabiegu operacyjnego musi więc podawać neurolog po ścisłym zbadaniu chorego, przy ocenie wyniku zabiegu należy być bardzo krytycznym, uwzględniać należy zawsze objawy wstrząsu nerwowego (shocku), który symuluje wiele ogniskowych objawów nerwowych (niemotę, porażenia); bezwzględnie należy

stosować zabieg ewent. trepanację w tych przypadkach, w których podejrzewamy istnienie ropnia w tkance mózgowej.

[Streszczenie własne].

f) K o e l i c h e n, zastanawiając się nad patogenezą przepuklin mózgowych, twierdzi, że powodem przepukliny bywa nie tylko krwotok, ale i rozmiękczenie istoty mózgowej, przytaczając dwa własne spostrzeżenia; trzeba operować zawsze, gdy istnieją objawy wzmożonego ciśnienia.

g) H i g i e r w sprawie przepukliny i wypadnięcia mózgu sądzi, że w czasie pokoju obowiązuje правило, że powstają one prawie wyłącznie u osobników z wzmożonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym (nowotwory), nigdy prawie u epileptyków operowanych lub w sprawach urazowych. Podczas obecnej kampanii widzimy je o wiele częściej u operowanych chorych mózgowych. Według H i g i e r a przemawiają one za ukrytym ropniem lub za ograniczonym wodogłowiem zapalnym z podrażnieniem ependymy komory bocznej lub *plexus chorioidei* po stronie operowanej i zakażonej. Postać ta, dająca ciśnienie wzmożone, najbardziej przypomina *meningitis acuta serosa*, wklajając tu i owdzie sprawy ropne ucha, nosa i t. p.

[Streszczenie własne].

h) Z a w a d z k i A l. twierdzi, że w urazach traumatycznych wypadnięcie mózgu jest dowodem istnienia ropnia.

i) K r y ń s k i w słowie końcowem wyraża żywe zadowolenie z obszernej dyskusji, jaka się na temat omawiany wszczęła; G a j k i e w i c z o w i odpowiada, że obecności pocisku nie uważa za rzecz bezwzględnie niebezpieczną; wreszcie zgadza się z K o p e c z y ń s k i m co do konieczności konsultowania z neurologami w każdym przypadku przed dokonaniem operacji.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Za Sekretarza *Lande*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 15 grudnia 1914 roku.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*,

Członków obecnych na posiedzeniu 45, gości 7.

- Treść:** 1). *A. Zawadzki*. Przedstawienie preparatów mózgu i rdzenia.
 2). *A. Zawadzki*. O laminiektomii w złamaniach postrzałowych kręgosłupa.
 3). *Wł. Janowski*. Utrudnione łykanie płynów jako wczesny objaw rozszerzenia tętnicy głównej.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego, oraz posiedzenia z d. 16 czerwca r. b. odczytano i przyjęto.

II. Prezes odczytuje podanie na członków czynnych Tow. kol. *Babskiego i Szulca*.

III. *Wł. Sterling* przedstawił a) przypadek wyleczonego tężca głowy. Przypadek dotyczy 19-letniego chłopca, który d. 16/X r. b. uderzony został przez żołnierza kolbą w nasadę nosa. W kilka dni potem zauważył, że trudno mu poruszać szczękami i że twarz przekrzywiła się w lewą stronę. Od 27/X zupełny szczękocisk, niemożność łykania, odmykanie prawej powieki i kurcze w lewej połowie twarzy. Badanie obiektywne w d. 30/X wykazało brak sztywności karku, zmian w narządach wewnętrznych, różnic źrenic z zachowaniem oddziaływaniem na światło, wybitne porażenie obu gałązek prawego nerwu twarzowego z odczynem zwyrodnienia w mięśniu okrężnym ust, wybitny skurcz lewego nerwu twarzowego (*hemispasmus facialis sinister*) z przekrzywianiem końca nosa, dołkiem podbródkowym (*Babiński*) i t. zw. „synergią paradoksalną”, niemal zupełny szczękocisk, — poza tem brak zmian w nerwach czaszkowych, w sile mięśniowej oraz w sferze czuciowej i odruchowej kończyn górnych i dolnych. Badanie laryngologiczne: *fractura septi nasi cum deviatione dextrorsum* (kol. *Lubliner*). Chory leczony wstrzykiwaniami podskórnymi siarczanu magnezyi, wstrzykiwaniami podskórnymi fizyologicznego roztworu soli kuchennej i chloralem. Przebieg cierpienia początkowo był ciężki, chory był niespokojny, podniecony, raz nawet miał atak drgawek epileptycznych, doznawał silnych bólów w prawej połowie twarzy, ciepłota sięgała 37,5°. Po miesiącu nastąpiła znaczna poprawa,

która stale postępowała, szczękościsk zmniejszał się, porażenie prawostronne nerwu twarzowego wyrównywało się, skurcz lewostronny zwolniał, gorączka i bóle minęły i chory obecnie jest rekonwalescentem. Mówca podnosi rzadkość kliniczną wyzdrowień z przebiegu tężca oraz odrębność kliniczną przypadków „tężec głowy“, zaś jako niezwykle objawy w danym przypadku odczyn zwyrodnienia prawego nerwu twarzowego, objawy połowiczne skurczu twarzy, stany podniecenia oraz drgawki epileptyczne.

b) 4 przypadki nagłego oślepienia po zatruciu wysokim denaturowanym.

Przypadek I dotyczył 50-letniego mężczyzny, który 7 tygodni temu jakoby po przestkach (zajęcie Grójca przez Niemców) nad ranem obudził się ślepy. Poprzedniego dnia wypił 2 kieliszki denaturowanego spirytusu. W następstwie bóle w żołądku, nieznaczny ból głowy, źrenice *ad maximum* rozszerzone, zupełnie nie reagują na światło. Obie tarcze nieco blade, bez wyraźnego zaniku. Na 14-ty dzień zaczął odróżniać światło, wystąpiło słabe oddziaływanie źrenic na światło, na 23-ci dzień zaczął odróżniać przedmioty, zbliżone do oczu. Obecnie prawem okiem widzi ruchy ręki na odległość 1 metra, lewym liczy palce na odległość $\frac{1}{4}$ metra. Granice tarczy wyraźne, naczynia zwężone.

Przypadek II dotyczy 52-letniego mężczyzny, który 5 tygodni nagle obudził się nad ranem zupełnie ślepy, nie odróżniał nawet światła. Poprzedniego dnia wypił 1 kieliszek spirytusu denaturowanego. Nieznaczny ból w okolicy czołowej, źrenice *ad maximum* rozszerzone, zupełnie nie reagowały na światło. *Amaurosis completa*. Tarcze obustronnie nieco zamazane, niezupełnie wyraźnie odgraniczają się, z lewej strony zmiany większe. Prawa tarcza bledsza. Dopiero po 3 i pół tygodniach wystąpiło słabe uczucie światła, proekcyi niema. W lewym oku granice tarczy zupełnie wyraźne, chory widzi ruchy ręki na odległość 1 metra.

Przypadek III dotyczy 63-letniego mężczyzny, który 5 tygodni temu wieczorem nagle upadł na ziemię i jakoby stracił przytomność, którą odzyskał po kilku godzinach. Poza tem żadnych objawów zwiastunnych nie było. W nocy podobno jeszcze widział, gdyż modlił się z książki. Nad ranem obudził się zupełnie ślepy. W przeddzień wypił 1 kieliszek spirytusu denaturowanego. Brak objawów subiektywnych i obiektywnych. Maksymalne rozszerzenie źrenic, zupełne zniesienie reakcyi na światło. Tarcze wzrokowe nieco blade, bez wyraźnego zaniku. Dotychczas *amaurosis completa*.

P r z y p a d e k IV dotyczy 36-letniego mężczyzny, który 6 tygodni temu przestraszył się wybuchu bomby rzuconej z aeroplanu na dach jego domu, nie upadł, nie stracił przytomności, nie poniósł żadnego obrażenia. W 2 dni potem wypił kieliszek spirytusu denaturowanego, poczem wystąpiło ściskanie w żołądku, brak łaknienia. Nazajutrz zauważył, że mu ciemno przed oczami, następnego dnia zupełnie zaniewidział. Bólu głowy nie było. Stwierdzono wtedy maksymalne rozszerzenie źrenic, zupełną ślepotę i zupełne zniesienie oddziaływania źrenic na światło. Obie tarcze nieco blade, prawa bledsza, granice wyraźne, naczynia szerokie. Po 5 dniach chory zaczął odróżniać światło, wystąpiło słabe oddziaływanie źrenic, po 2 tygodniach zaczął odróżniać przedmioty zbliżone do oczu. Obecnie prawem okiem liczy palce na odległość pół metra, w lewym *visus* $\frac{1}{20}$: nie odróżnia kolorów czerwonego i zielonego od białego.

Mówca podkreśla rzadkość zatrucia nerwu wzrokowego spirytusem skażonym, które są niejako aktualnością obecnej wojny. O ile duże dawki spirytusu skażonego, zawierającego alkohol metylowy, pirydynę, fuzle i barwniki, prowadzą do śmierci (76 przypadków dotychczas w samej Warszawie!), o tyle małe dawki wywierają wpływ elektrywny na nerw wzrokowy. Jest to toksyczne zapalenie nerwu wzrokowego, występujące po trwającym przeciętnie dobie okresie utajonym i wywołujące nagle zupełną ślepotę. Od t. zw. „pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego“ (*neuritis retrobulbaris*) odróżnia przypadki te według doświadczenia mówcy brak skotomatu centralnego oraz bez porównania gorsze rokowanie. [Streszczenie własne].

IV. Z a w a d z k i A. przedstawił chorego z raną postrzałową rdzenia: złamanie łuku kręgowego, porażenie poprzeczne; laminektomia z pozostawieniem kuli w częściach miękkich; zupełne wyzdrowienie. 2) Drugi przypadek, również pomyślnie zakończony, został ewakuowany.

V. Wł. Janowski wygłosił rzecz p. t. „Utrudnione łykanie płynów jako wczesny objaw rozszerzenia tętnicy głównej“.

Janowski przez czas długi obserwował chorą, która się skarżyła na niemożność polykania płynów, podczas gdy pokarmy stałe i płyny zagęszczone (np. z kaszą, kluseczkami i t. p.) łykała swobodnie; u chorej tej z biegiem czasu wystąpiły objawy tętniaka aorty, z powodu którego chora zmarła. Badając skrzętnie odnośnych chorych z szczególnem uwzględnieniem wspomnianego zjawiska, prelegent w całym szeregu przypadków rozszerzenia tętnicy głównej spostrzegał w mniej lub bardziej wyraźny sposób uwydatniony ten objaw. Co się tyczy

jego patogenezy, to mówca zgadza się z objaśnieniem objawu tego przez Skabowskiego, który uzależnia go od ruchów robaczkowych powyżej przeszkody.

W dyskusji a) Puławski opisuje przypadek analogiczny, a mianowicie: przed kilku laty zgłosiła się do niego osoba 40-letnia ze skargami na trudności w połykaniu, a co ją najbardziej dziwiło, jak również i mówcę, że łatwiej jej było łykać pokarmy stałe, niż płynne. Objaw ten dokucza jej od lat 8. Sprawa ta zaczęła się od bólów w klatce piersiowej, które z opisu chorej przypominały dusznicę bolesną albo *aortitis*. Następnie zjawilo się dławienie w gardle, a potem pewne trudności w przelżywaniu, które trwają do tego czasu. Naogół łatwiej jest chorej przelżyć pokarmy stałe niż płynne. Jednego dnia przelżyła lepiej, drugiego—gorzej. W ostatnich miesiącach przelżywanie stało się gorsze, tak że chora unika jedzenia, co się miało nickorzystnie odbić na jej odżywianiu (schudła). Chora jednak źle nie wygląda, a samo już tak długie trwanie dysfagii w umiarkowanym stopniu wykluczało raka przelżyku. Badanie przedmiotowe nie wykryło tętniaka ani innych objawów ucisku przelżyku od zewnątrz (wola, gruczołów, choroby kręgów i t. d.). Stwierdzono tylko objawy umiarkowanego stwardnienia tętnic i zwężenie ujścia tętnicy głównej (tętno twarde, nikle, nieznaczne powiększenie tępości serca, słaby szmer skurczowy przy aorcie) Dopiero badanie promieniami Roentgena, wykonane w pracowni kol. Judta (fotografia i teleregentenogram w odległości 180 ctm.), dało następujące dane: wydatne powiększenie wymiarów serca, a mianowicie przekątnej (17 zamiast norm. 13), wymiaru prawostronnego (7 ctm. zamiast norm. 4), a w szczególności przedsiönka lewego. Badanie przelżyku (bizmutem) stwierdziło przeszkodę na wysokości III kręgu grzbietowego bez cech zwężenia organicznego.

Kol. Judt był zdania, że w danym przypadku dysfagia zależała od ucisku silnie powiększonego serca, zwłaszcza przedsiönka lewego na przelżyk.

Przedsiönek lewy, jak wiadomo, przylega u człowieka na wysokości 7—9 kręgu grzbietowego do przelżyku na przestrzeni 5—6 ctm., co daje możność badania ruchów przedsiönka przez przelżyk i otrzymywania krzywych przedsiönkowo-przelżykowych, jak to widzieliśmy na pięknych okazach krzywych, demonstrowanych w swoim czasie przez kol. Janowskiego w naszym Towarzystwie.

To blizkie i bezpośrednie sąsiedztwo przedsiönka lewego z przelżykiem może dać powód w pewnych razach do wywołania opisanego przeze mnie objawu. Przynajmniej w danym przy-

padku nie można było znaleźć innego powodu dysfagii. Gdyby nie badanie rentgenologiczne i gdyby uie analogiczne przypadki Janowskiego, byłbym skłonny uważać to utrudnione łykanie za objaw nerwowy. W dostępnej mi literaturze (np. monografii Krausa o chorobach przełyku w patologii Notthnagla, ani też w podręcznikach chorób serca) nie znalazłem analogicznych opisów, przypuszczam więc, że przypadki podobne są nieznanne, a przynajmniej rzadkie. [Streszczenie własne].

b) Srebrny rozróżnia w materiale prelegenta dwie kategorie chorych: do pierwszej należy chora, dla której łykanie płynów było niemożliwe, drugą stanowią chorzy, którym picie sprawiało tylko pewną przykrość, pić jednak mogli. Pierwsza chora musiała się wyrzec picia, bo było ono połączone z zachłystywaniem się i napadami duszenia się, jako następstwem dostawania się płynów do dróg oddechowych wskutek niedomykalności krtani. Taka niedomykalność krtani powstaje w dwóch przypadkach: raz, gdy tkanki krtani, głównie więzy nagłośniowo-nalewkowe i struny rzekome są naciezione i skutkiem tego nieruchome, jak to najczęściej widzimy w gruźlicy, drugi raz, gdy obydwa nerwy zwrotne uległy porażeniu, i wskutek tego obie połowy krtani są nieruchome i nie zbliżają się do siebie podczas aktu łykania. W przypadku prelegenta o przewlekłym zapalnym nacieczeniu tkanek krtani, specjalnie o gruźlicy, niema mowy, niedomykalność krtani zależeć musiała zatem od porażenia obu nerwów zwrotnych, wywołanego uciskiem na nie ze strony wielkich rozmiarów tętniaka aorty. Dlaczego jednak niemożliwe było tylko picie, innemi słowy, dlaczego podczas łykania dostawały się do krtani tylko płyny, a nie pokarmy stałe? Tłómaczy się to w ten sposób, że kęs pokarmu stałego jako cięższy, gęstszy, bardziej spoisty, łatwiej przesuwają się ku dołowi, niż lekki, rzadki, rozlewny łyk płynu.

Kol. Janowski wśród chorych swoich raz tylko widział zaburzenia w połykaniu płynów wysokiego stopnia. Dowodzi to rzadkości tego objawu. I istotnie jest on rzadki, bo i wywołujący go stan krtani—obustronne porażenie nerwu zwrotnego—jest cierpieniem rzadkiem. Srebrny widział je dwa razy jako następstwo raka przełyku, jako skutek zaś tętniaka aorty jest ono jeszcze rzadsze, trzeba bowiem rozszerzenia tętnicy głównej bardzo wielkich rozmiarów, aby mogło ono wywrzeć ucisk na obydwa nerwy zwrotne. Taki właśnie był przypadek prelegenta. To też zapewne ze względu na rzadkość tego cierpienia jeden z najlepszych znawców chorób nerwowych krtani, Semon, powiada, że nigdzie w piśmiennictwie nie spotykał

się ze wzmianką o niemożliwości łykania płynów przy zachowanej zdolności łykania pokarmów stałych.

Co się tyczy drugiej kategorii chorych kol. J a n o w s k i e g o, tych, którzy doświadczali podczas picia tylko pewnych przykrych sensacyi, ale pić mogli, to kategoria ta przedstawia mniej interesu i zapewne dotyczyła neurasteników. W przypadku kol. P u ł a w s k i e g o trudności w polykaniu zarówno płynów, jak i pokarmów stałych zależały od ucisku lewej komory na przełyk.

W końcu poleca S r e b r n y następujący sposób, umożliwiający picie chorym z niedomykalnością krtani: chory w położeniu na boku z wystającą nieco poza krawędź łóżka lub kanapy głową pije z flaszki, włożywszy jej szyjkę do kąta ust, położonego niżej. Przy takim ułożeniu chorego płyn spływa do zatoki gruszkowatej i, omijając krtani, łatwo może być połknięty.

[Streszczenie własne].

c) A. S o k o ł o w s k i sądzi, że objaw omawiany może wystąpić nawet podczas poczynającego się porażenia jednostronnego nerwu zwrotnego, i dość często go spostrzegał w początkach gruźlicy krtani.

d) P a w i ń s k i zaznacza, iż trudności w polykaniu występujące w przypadkach rozszerzeń aorty, tętniaków aorty wstępującej i łuku nie należą do częstych objawów w porównaniu z zaburzeniami ze strony górnych dróg oddechowych. Pochodzi to stąd, iż przełyk otoczony jest luźną tkanką łączną, może być łatwo przesuniętym na bok, ucisk więc ze strony rozszerzonej aorty nie wywołuje zazwyczaj znacznej mechanicznej przeszkody w polykaniu. Oczywiście, że skoro tętniak będzie dużych rozmiarów, wtedy doprowadzi do znacznej dysfagii.

W większości więc przypadków trudności w polykaniu zwłaszcza płynnych pokarmów należy odnieść do zaburzeń inercyjnych, czynnościowych.

Zaburzenia tego rodzaju towarzyszą dość często anginie piersiowej w połączeniu z innymi objawami żołądkowymi i nerwowymi, jak np. odbijaniem, pieczeniem w dołku (zgaga) polykaniem powietrza (aërophagia), ściskaniem w gardle (globus). Tworzą one zbiór objawów właściwych tak zwanej dusznicy bolesnej o typie żołądkowym.

Podobny typowy przypadek spostrzegalem przed kilkunastu laty. Dotyczył on 56-letniego chorego generała, który w następujący sposób opisywał swe cierpienia: Uskarża się na napady jakby żołądkowe, które głównie w nocy występują. Najprzód ma uczucie jakby mu coś stanęło w przełyku na wysokości średniej części mostka, jak gdyby coś przełknął, a nie

mógł dalej przełknąć. Prócz tego dokucza mu ściskanie w górnej części szyi, jakby w gardle (globus), niepokój, bicie serca, uczucie braku powietrza. Wskutek tego zrywa się zółzka i siada. Dopiero skoro zaczyna mu się odbijać, gazy górą odchodzą, wtedy napad przechodzi. Często podczas tego rodzaju napadów zjawiają się bóle w okolicy mostka a zwłaszcza w łokciach. Napady podobne zjawiają się częściej, skoro na noc więcej, niż zwykle zje, niemniej występują i w ciągu dnia i przy pustym żołądku. Bywają też dnie, że niezależnie od napadów, opisanych powyżej, chory doznaje trudności w przelękaniu pokarmów, zwłaszcza płynnych. Aby powodem zaburzeń w polękaniu, jak utrzymuje kol. Puławski, miał być ucisk rozszerzonego lewego przedsionka na przelęk, sąsiadujący bezpośrednio z nim, to trudno przypuścić. W takim razie w wadach otworu żylnego, którym towarzyszy znaczna dilatacja przedsionka, trudności w polękaniu powinny występować bardzo często, a jednak tego niebywa.—To samo powiedziałbym i o powstaniu trudności w przelękaniu, zależnych jakoby od ucisku rozszerzonego przedsionka na nerw zwrotny.

[Streszczenie własne].

e) Janowski Wł. w odpowiedzi zgadza się, iż objaśnienie Srebrnego i Sokółowskiego jest sprawiedliwe w pewnym procencie przypadków, zgadza się również z możliwością tłumaczenia sobie danego objawu, zgodnie z poglądem Puławskiego.

f) A. Sokółowski na podstawie przypadku autopsyjnego i danych z piśmiennictwa twierdzi, iż znaczne rozszerzenie prawego przedsionka może spowodować porażenie nerwu zwrotnego.

VI. Zawadzki Al. wygłosił rzecz p. t. „O lamiektomii w złamaniach postrzałowych kręgosłupa“.

Urazy rdzenia wskutek postrzału należy podzielić na: A) bezpośrednio wskutek: 1) przestrzelenia rdzenia: a) z pozostawieniem pocisku w rdzeniu, b) przejściem pocisku nawskroś; 2) postrzały kręgow: a) z uciskiem rdzenia przez pocisk w kanale kostnym, b) przez odłamki kostne; B) pośrednie, czyli stłuczenie, wstrząśnienie lub ucisk rdzenia: 1) ucisk rdzenia przez wylew krwawy pod- lub zewnątrzoponowy, 2) wylew krwawy w samej istocie rdzenia (*haematomyelia*), 3) wylew w kanale rdzenia (*haematorrhachis*). Objawy całkowitego poprzecznego porażenia czuciowego i ruchowego mogą być wywołane przez każdy z wyżej wymienionych rodzajów urazu; rozpoznanie całkowitej przerwy rdzenia lub też tylko ucisku jest w wielu przypadkach

bardzo trudne, gdyż wszystkie objawy, towarzyszące całkowitej przerwie, spotkać możemy i przy ucisku; zresztą część rdzenia może być zniszczona, reszta uciśnięta. Prawo Bastiana-Brunsa—brak odruchów—nie dowodzi całkowitej przerwy, wobec czego proponują jako drogowskaz wykonywanie próby na zwyrodnienie za pomocą drażnienia prądem faradycznym. Niemożność ścisłego rozpoznania całkowitej przerwy rdzenia oraz obawa, by długotrwały ucisk, z powodu wtórnych zmian (obrzęku), nie zniszczył rdzenia, zmusza chirurgów w obliczu anatomicznych zmian (odłamki kostne, obecność pocisku) do natychmiastowej interwencji (po ustąpieniu wstrząsu) czynnej; tej zasady trzymają się francuzi i amerykańanie. Inni, wraz ze szkołą niemiecką na czele, są zwolennikami późnego zabiegu—wyczekiwania. Amerykanie po zli tak daleko, że w każdym prawie przypadku poprzecznego urazowego porażenia operują, a niektórzy nawet szyli przerwany rdzeń, jeden zaś transplantaował kawałek rdzenia doga.

Mimo propozycji szycia opony twardej lub miękkiej, sprawa odradzania się rdzenia do tej pory rozstrzygnięta jest negatywnie. Chirurgów obowiązują prawa następujące: a) jeżeli udało się stwierdzić całkowitą przerwę rdzenia—operacja bezowocna, b) obecność pocisku lub odłamków kostnych wobec objawów porażenia poprzecznego—jest wskazaniem do natychmiastowego zabiegu, c) występująca infekcja rany—również rozstrzyga o zabiegu, d) wylew krwawy pod- lub wewnątrzoponowy częstokroć wymaga tylko przekłucia łądźwiowego, e) *hematomyelia* i *hematorrhachis* nie dają wskazania do zabiegu, chyba do dekompresji z uwzględnieniem sposobu Allen'a. Objawy całkowitej przerwy: 1) całkowita utrata dowolnych ruchów poniżej urazu, 2) utrata czucia, 3) brak objawów podrażnienia czuciowego lub ruchowego w pasie porażenia, 4) utrata odruchów ścięgnistych, 5) porażenie naczynioruchowe (niezupełna erekcja), 6) zatrzymanie lub nietrzymanie moczu, 7) próba Sensert-Auraya. Gdy mamy do czynienia z uciskiem lub uszkodzeniem ogona końskiego operować trzeba zawsze, a nawet szyć włókna, jak to czynił Murphy, Tuffier. Technika zabiegu winna być najprostsza (sposoby Urbana, Bickhama i in. nie nadają się), położenie chorego na brzuchu lub według Röpkke-Krausego na boku, odłuszczenie mięśni dłutem na tępo, po zdjęciu wyrostków ciernistych, dojście do kanału za pomocą dłuta lub wiercidła, poczem otwarcie kanału za pomocą szczypadła Luer'a. Po usunięciu więzów tylnych oraz tłuszczu należy dokładnie obejrzeć oponę, zbadać kanał kostny, stwierdzić tętnienie rdzenia, którego brak jest

dowodem ucisku powyżej. W większości przypadków nawet wobec braku pocisku w rdzeniu należy oponę rozszerzyć, by przekonać się o stanie rdzenia, oraz zrobić do pewnego stopnia dekompresję. Wobec urazu postrzałowego dla uniknięcia wtórnych objawów obrzęku lepiej jest opony nie zaszywać, zaszyć ponad nią mięśnie, powięź i skórę, pozostawiając sączek wciągu 24-ch godzin pomiędzy mięśniami. Przed zabiegiem oraz przez parę dni po zabiegu, stosownie do rady *Cushinga*, dobrze jest podawać takim chorym po 6.0 dziennie urotropiny (daje ona w płynie mózgowo-rdzeniowym roztwór 1 : 10000 formaliny). Statystykę urazów rdzenia podali *Haynes*, *Prewett*, *Chipault*, *Lloyd*, *Rothman*.

Materyał, spostrzegany przez referenta, składa się z 10 przypadków urazów rdzenia, oraz 6-ciu ogona końskiego osobistych i jednego przypadku urazu rdzenia z oddziału *d-ra Sztaynera*. Z pomiędzy 10 przypadków urazu rdzenia operowano 5 przypadków, nieoperowanych było 6, z których zmarło cztery wciągu 2 — 6 dni; z pomiędzy operowanych 3 ch żyło po 5 tygodni i zmarli oni wskutek odleżyn oraz infekcyi moczowej; badanie pośmiertne wskazało zupełne zniszczenie rdzenia. W jednym przypadku chory zmarł wskutek gazowej ropnicy biodra, w innym wskutek *haemothorax*. W dwóch przypadkach były pociski w rdzeniu (kula karabinowa, kartacz). Badanie pośmiertne stwierdziło we wszystkich przypadkach całkowite poprzeczne zniszczenie rdzenia, brak objawów zapalenia opon mózgowych. W żadnym z przypadków nie osiągnięto oczywiście wobec całkowitej przerwy poprawy.

W jednym przypadku urazu rdzenia nieoperowanym nie ma objawów całkowitego poprzecznego porażenia, wobec zaś występującej poprawy — chory jest w obserwacji — poprawa zaczęła występować na 3-ci dzień. Z pomiędzy obserwowanych chorych dwóch z kulami w rdzeniu miało płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, bogaty w białko, ksantochromię lub różowe zabarwienie. U dwóch wystąpiła polyurya zaraz od chwili przybycia do szpitala, sięgająca do 10 litrów moczu dziennie. Z pomiędzy czterech, którzy zmarli bez operacji u trzech stwierdzono całkowite porażenie poprzeczne oraz *pleuritis* lub *haemothorax*, jeden z nich miał całkowite porażenie (*paraparesis dextra inferior, haemothorax duplex*). Jeden nieoperowany jest w obserwacji z powodu występującej poprawy, drugi z powodu prawostronnego zapalenia płuc (całkowite porażenie poprzeczne, polyurya 10—12 litrów dziennie). Przypadek *D-ra Sztaynera* zmarł na 10-ty dzień po postrzale, — badanie pośmiertne — czerwone rozmiękczenie rdzenia 4/D (*haematomyelia, haema-*

torrhachis). Z pomiędzy 6-ciu rannych z uszkodzeniem ogona końskiego (operowanych było trzech), dwóch zmarło bez operacji, jeden zmarł z powodu uszkodzenia mózgu i jelit, drugi z powodu posocznicy w miejscu uszkodzenia kręgow. Jeden jest w obserwacji z powodu występującej poprawy. Z pomiędzy operowanych trzech, żyje dwóch; jeden, demonstrowany na posiedzeniu, miał całkowite porażenie dolnych kończyn ruchowe i prawie całkowite czuciowe, nietrzymanie kału i moczu, brak odruchów; obecnie chodzi, zdrow; drugi został ewakuowany—zdrow również; miał brak odruchów, był zainfekowany, przez dni 10 lał się obficie płyn mózgowo-rozeniowy, porażenie czuciowe i ruchowe niecałkowite.

Trzeci miał porażenie czuciowe i ruchowe całkowite, 2 odłamki szrapnela w kanale kostnym, uciskające oponę; po zabiegu w 6 godzin zaczął ruszać nogami, po trzech dobach zmarł wskutek szpitalnej zgorzeli prawego ramienia (była rana postrzałowa prawego barku). W końcu referent zaznacza, że stojąc wobec chorego, który musi zginąć bez zabiegu, może jednak być uratowany, jeżeli okaże się, że niema przerwy rdzenia, lecz tylko ucisk, mając anatomiczne dowody ucisku nie wolno się wahać, należy przystąpić do zabiegu, gdyż lepiej jest narazić swoją statystykę, niż mieć wyrzut sumienia, że chorego, którego można było uratować, pozostawiliśmy bez pomocy.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi: a) K r y Ń s k i zaznacza, iż obecne doświadczenie popiera to, co K r. w tej materji wypowiedział już dawniej; przerwy funkcjonalnej nie można odróżnić od anatomicznej; wobec dzisiejszej techniki operację należy bezwarunkowo robić, a wtedy przekonamy się, z czem mamy właściwie do czynienia; nie nie ryzykujemy, a mamy szanse uratowania chorego; K r. sądzi, że oponę trzeba zeszyć, a sączka nie zostawiać, zwłaszcza jeżeli sami przecinamy oponę; zbyt silne zgięcie kolumny pancerzowej mówca uważa za niewłaściwe, albowiem odnośny rentgenogram może być błędny; K r. operował 3-krotnie; w jednym przypadku z wynikiem dodatnim.

b) K o e l i c h e n zastanawia się nad prawem B a s t i a n a, które może czasem w błąd nas wprowadzić, a następnie tłómaczy i poprawia prawa S c h e r r i n g t o n a.

c) K o p e z y Ń s k i St. podnosi, że badanie prądem elektrycznym mięśni kończyn dolnych, stwierdzanie lub nie stwierdzanie w nich odczynu zwyrodnienia w przypadkach uszkodzenia rdzenia może nam mówić o stanie ich ośrodków odżywczych w części lędźwiowej, przy uszkodzeniu części grzbietowej me-

toż ta nie nam do rozpoznania stopnia uszkodzenia rdzenia nie pomoże. Wogóle przerwa w czynności fizyologicznej nie świadczy bynajmniej o przerwie anatomicznej rdzenia. Wklino-
wanie się kawałka kości w rdzeń nie daje nam prawa do mówienia o ucisku rdzenia w znaczeniu potocznym. Nagłe wdrażenie kości miazdzy rdzeń. Jedynie pozostałe części przekroju poprzecznego rdzenia cierpią wtórnie (obrzęk, przekrwienie lub niedokrwistość) i mogą w razie usunięcia przyczyny, hamującej krwiobieg, wrócić do normy. Tem objaśniamy poprawy pooperacyjne w niektórych przypadkach urazowych rdzenia.

[Streszczenie własne].

d) H i g i e r rozpatruje ze stanowiska ogólnego zasadnicze różnice między dyagnostyką choroby rdzenia w chirurgii pokojowej i chirurgii polowej. Zasadniczo różnią się też wskazania, gdyż w chirurgii pokojowej mamy przede wszystkim do czynienia ze sprawami postępującymi, *par excellence* zewnątrzrdzeniowemi, bądź to kostnemi, bądź też oponowemi. W chirurgii polowej zlewają się zazwyczaj objawy wstrząsu, diaschizy, wylewu oponowego, ucisku kości i zniszczenia rdzenia wskutek rozmiękczenia lub hematomyelii. W większej części przypadków—w kilkunastu na jakie 20 — H i g i e r widział stereotypowo powtarzający się obraz kliniczny: *paraplégie flasque*, ruchowo-czuciową, brak zupełny odruchów ścięguowych, nietrzymanie moczu i kału. Wyjątkowo odruchy po kilku lub kilkunastu dniach wracają. Asymetria lub nierównomierny podział objawów ruchowych, czuciowych i odruchowych w obu kończynach przemawia najczęściej za zajęciem korzonków—zwłaszcza *caudae equinae*, — rozszczepienie czucia syringomyeliczne świadczy za zajęciem rdzenia samego. Uszkodzenia ogona końskiego dają lepsze rokowania z następujących powodów: porażenie i znieczulenie kończyn nie jest zupełne, odleżyny przeto zjawiają się później, regeneracja włókien nerwowych jest możliwa, podczas gdy mlecze daje uszkodzenia bezpowrotne. Rozerwanie żył nadoponowych, jak antopsye H i g i e r a przekonały, jest częste, podoponowych nader rzadkie. Hematomyelia często towarzyszy złamaniom postrzałowym. Częściowe zachowanie ruchu, czucia i odruchów pozwala jedynie wykluczyć całkowitą przerwę rdzenia. Prawo B a s t i a n a daje nierzadkie wyjątki. Gdyby nie infekcyja ze strony pęcherza i odleżyn, to czekanie przez kilkanaście dni dałoby najlepsze wyniki. Zespół kompresyjny rdzenia (obecność globuliny, ksantochromia i limfocytów płynu mózgowo - rdzeniowego) nie na wiele się przydaje w chirurgii wojennej.

Przy laminektomii należy szukać odłamków i na przedniej powierzchni kręgosłupa. Pamiętać też należy, że kula się czasem opuszcza o 2 kręgi pod złamanym.

Higier zwraca uwagę w zakończeniu na następujące szczegóły symptomatologiczne:

1) Z opisywanych przy złamaniu kręgow szyjnych: *satyriasis*, hypertermii i objawów naczynioruchowych H. obserwował często tylko ostatnie.

2) Opisanego przez francuskiego autora i sprawdzonego w jednym przypadku przez fizjologa Lewandowskiego objawu przemijającego powracania odruchów po przerwie rdzenia, Higier w 4 swoich przypadkach nie stwierdził ani razu, pomimo iż przepuszczał według wskazówek powyższych autorów przez $\frac{1}{2}$ godziny prąd przerywany przez kolano.

3) W połowie swoich przypadków Higier stwierdził, że uderzenie młotkiem w kości okółostawowe znieczulonych kończyn wywołuje niewyraźne uczucie na granicy znieczulenia po tejże stronie, rozprzestrzeniające się czasem w postaci pasa.

4) Przy krwawieniach operacyjnych z opon Higier widział niejednokrotnie znakomite działanie hemostatyczne świeżo odkrajanego kawałka mięśni, przykładanego do miejsca krwawiącego, przyczem uderza właściwość adhezyjna obok tromboplastycznej świeżego mięśnia, który mocno przylega do krwawiącego miejsca i szybko hamuje krwawienie.

[Streszczenie własne].

e) Krauze zgadza się z prelegentem co do techniki, zwłaszcza jest zwolennikiem chloroformowania wobec stanu nerwowego pobudzenia żołnierzy; oponę twardą radzi zawsze przeciąć, ale nie jest zwolennikiem zaszycia z powodu wytwarzającego się często obrzęku powyżej; tamowanie krwi kawałkiem mięśnia uważa mówca za sposób dobry.

f) Gajkiewicz nie wierzy w regenerację przez zszywanie mlecza, następnie przytacza wypadki, które należy operować koniecznie.

g) Zawadzki w odpowiedzi Kryńskiemu zaznacza, że chorzy ginęli wskutek zupełnego poprzecznego zniszczenia rdzenia bądź dzięki obecności pocisku w rdzeniu, bądź dzięki zmiążdżeniu go; w operowanych przypadkach badanie pośmiertne stwierdziło lśniące, gładkie opony. Ostatni przypadek, przytoczony przez d-ra Kryńskiego, nie jest urazem postrzałowym, chory spadł z drabiny miesiąc temu, odleżyn niema, porusza palcami nóg.

K o p c z y ń s k i e m u odpowiada, że próby S e n s e r t - A u v r a y a nie stosował, przytoczył ją ze względu na to, że autorzy stwierdzili ją w 4-ch przypadkach operowanych.

H i g i e r o w i Z. odpowiada, że ucisku nagłego nie można porównywać z powolnym; badanie chorego długotrwałe, połączone z 6-ciotygodniowym wyczekiwaniem, daje pewność zupełnego poprzecznego zniszczenia, chory jednak ginie z powodu odleżyn oraz zakażenia moczowego; takiego chorego wobec odleżyn operować już niepodobna, ustrzedz zaś od odleżyn także prawie niepodobna wobec zmian troficznych, braku materaców gumowych, a nawet nieraz kółek gumowych, szczególnie podczas wojny, gdy mimo najlepszych zarządzeń administracyjnych nie może nie zbraknąć rąk ludzkich i odpowiednich przyrządów, gdyż niepodobna wobec nawału ciężko rannych specjalnie dla jednego takiego chorego mieć stale zajętych tylko przy tym chorym paru ludzi. Wobec grozy czekania przy ucisku takie postawienie rozpoznania naraża chorego na bezpowrotne zmiany w rdzeniu, owocny rychły zabieg operacyjny czyni późny niemożliwym lub napewno bezowocnym.

G a j k i e w i c z o w i odpowiada, że podając opis przypadku M a j e r a, nie miał na myśli całkowitego poprzecznego porażenia, lecz jego objawy, występujące i przy ucisku ogona.

K r a u z e m u odpowiada, że chorzy byli chloroformowani, znoszą to bardzo dobrze, otwieranie opony twardej jest bardzo słuszne i dla stwierdzenia zmian i dla dekompresji; lepiej jest pozostawiać ją otwartą. Tamowanie krwawienia za pomocą nakładania kawałków mięśnia stosuje bardzo często z bardzo dobrym wynikiem, o czym w odczycie wspomniał.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący *J. Pawiński.*

Za Sekretarza *Lande.*

Posiedzenie administracyjne z dnia 29 grudnia 1914 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 12.

I. Protokół ostatniego posiedzenia klinicznego odczytano i przyjęto.

II. Prezes proponuje na członków komitetu konkursowego im. *Helbicha* (na czas od 1 marca 1915 r.) wybór tych samych osób, co i w okresie poprzedzającym, t. j. oprócz Wice-Prezesa *Puławskiego*, jako Przewodniczącego w Komitecie, *L. Kryńskiego*, *L. Paszkiewicza* i *W. Starkiewicza*. Obecni członkowie wybór ten przyjmują.

III. Prezes odczytuje odezwę Towarzystwa kursów naukowych powołującą Tow. Lek. do współdziałania w organizacji kursów. Sekretarz Stały uważa, że Tow. Lek. powinno bezwarunkowo wziąć czynny udział w tej pracy i proponuje wybór delegata. Na wniosek Prezesa zgromadzenie akceptują wybór Sekretarza Stałego na tę godność, który zaleca wybór drugiego delegata w osobie Prezesa; ten ostatni, przyjmując wybór, radby widzieć w osobie Wice-Prezesa zastępcę delegata. Zgromadzenie godzą się na te propozycje.

IV. Sekretarz Stały odczytuje list, nadesłany na jego ręce z Piotrogradu, z bezimienną ofiarą 534 rb. dla rodzin lekarskich poszkodowanych wskutek wojny, informując członków, iż na list ten w imieniu Tow. Lek. odpowiedział z podziękowaniem, i proponując przekazanie tej kwoty do rozporządzenia według uznania Zarządowi wspólnie z Zarządem Kasy Wsparcia. Propozycję zgromadzenie przyjęli.

Korzystając z okazji Prezes zawiadamia członków o ofiarze jednego z lekarzy galicyjskich (*d-r Pelczar z Truskawca*), który przeznaczył 500 koron dla potrzebujących królewaków; sumę tę Prezes rozdał według swego uznania w Zakopanem.

V. Sekretarz Stały oznajmia, iż Zarząd nie jest w możności przedstawienia ścisłego budżetu na r. b. z powodu nadzwyczajnych okoliczności wojny, wskutek których dochody domu przedstawiają niedobór przeszło tysiąca rubli, składki wykazują deficyt też około 1000 rb., dochody z domu w Piotrkowie wcale nie napływają i t. d.

Wobec tego stawia wniosek, aby Towarzystwo upoważniło Zarząd do gospodarowania funduszami Towarzystwa prowizorycznie, wzorem ostatniego budżetu, przy zachowaniu możliwych

oszczędności, dotyczących prowadzenia Pamiętnika, Biblioteki i t. p. Sekretarz Stały jednocześnie z zadowoleniem informuje członków, iż Kasa wsparcia nie tylko nie ucierpiała, ale nawet w porównaniu z r. ub. rozporządza sumą o 300 rb. większą. Zgromadzeni wnioski ten przyjmują.

VI. Bibliotekarz *Z w e j g b a u m* odczytał sprawozdanie o stanie biblioteki za rok 1914. Zgromadzeni na wniosek Prezesa wyrazili podziękowanie *Z w e j g b a u m o w i* za gorliwe i umiejętne zajmowanie się sprawami biblioteki, zwłaszcza zaś kwestyą katalogu.

VII. Wice-Prezes odczytał sprawozdanie Komitetu bibliotecznego za rok 1914. Na wniosek Prezesa wyrażono podziękowanie Komitetowi za pracę jego.

VIII. Sekretarz Stały zawiadamia, iż z powodu zbliżającego się za 6 lat stuletniego jubileuszu Towarz. Lek. Warsz. zaproponowaną historię jego rozwoju pisze w dalszym ciągu *P e s z k e*; 15 pierwszych arkuszy obejmujących historię do 1850 r. już wydrukowano.

IX. W imieniu *J. P r u s z y ũ s k i g o* Zastępca Sekretarza Towarzystwa odczytał sprawozdanie z prac kandydata na członka czynnego *S z u l c a Ğ u s t a w a*.

X. *S k a b o w s k i T.* odczytał sprawozdanie z prac kandydata na członka czynnego *B a b s k i e g o S t a n i s ł a w a*.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Za Sekretarza *Lande*.

OGŁOSZENIE.

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

1) Nagroda pieniężna Rub. 300, z funduszu imienia D-ra **WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO**, przeznaczona ka najlepszą pracę, złożyć się mającą Towarzystwu Lekarstwu w rękopisie, w języku polskim, w terminie do dnia 31-go marca 1915 roku. Nagroda ta przyznana będzie pracy, opartej na własnych samodzielnych badaniach z zakresu: a) nauk biologicznych; b) patologii doświadczalnej wraz z neuropatologią i hematologią oraz bakteryologią; 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 zapieczętowanych. Bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego ul. Niecała № 7.

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

Wsparcia dla lekarzy i rodzin po lekarzach.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w roku 1915 wakują poniżej wymienione zapomogi z procentów od funduszków specjalnych, zapisanych na wsparcia dla lekarzy cywilnych, oraz wdów i sierot po lekarzach cywilnych pozostałych, a w szczególności:

1) wsparcie w kwocie rb. 200, imienia ś. p. doktorowej Zenobii Sokołowskiej, mające być wypłacone w dniu 21 kwietnia r. b. wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, ordynatorze w szpitalach cywilnych, mającej dzieci w wieku szkolnym;

2) pięć wsparć, każde po rb. 63 kop. 09, z zapisu ś. p. d-ra Jana Bęcwicza, które mają być wypłacone w dniu 24 czerwca r. b. niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego;

3) wsparcie rb. 276 z zapisu ś. p. d-ra Feliksa Jabłonowskiego, mające być wypłaconem w 2-u ratach: w czerwcu i grudniu r. b. lekarzowi niezamożnemu, rodem z Warszawy, przez kalectwo lub starość znajdującemu się w potrzebie;

4) wsparcie w kwocie rb. 115 kop. 42 z zapisu d-ra Leona Mancewicza, mające być wypłaconem w 2-u ratach; w czerwcu i grudniu po rb. 57 kop. 71, dla jednej lub kilku niezamożnych sierot po lekarzach, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego;

5) wsparcie w kwocie rb. 123 kop. 12, z zapisu ś. p. d-ra Władysława Florkiewicza, mające być wypłaconem w dniu 14 września r. b. wdowie po lekarzu wyznania chrześcijańskiego, wychowującej nieletnie dzieci w szkołach;

5) wsparcie w kwocie rb. 41 kop. 04 z procentów od darowizny Juliuszą Bogusława Wieliczko, mające być wypłaconem w d. 28 września r. b. na kształcenie ubogiego syna, pozostałego po zmarłym lekarzu polaku, chrześcijanina, w wieku od lat 13-u do 18-u, pobierającego nauki

w szkołach krajowych; pierwszeństwo mają młodzieńcy rodem ze wsi Lubomirki w powiecie Czehryńskim na Ukrainie;

7) wsparcie w kwocie rb. 122 kop. 12 z zapisu ś. p. d-ra Aleksandra Heinricha dla 2-u niezamożnych wdów lub sierot po lekarzach, pochodzenia polskiego, bez różnicy wyznania, z wypłatą w 2-u ratach: w czerwcu i grudniu;

8) wsparcie w kwocie rb. 142 kop. 50 z funduszu imienia ś. p. doktorowej Zenobii Babińskiej dla niezamożnej wdowy po lekarzu pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, obciążonej małoletnimi dziećmi, z wypłatą w 2-ch ratach: w czerwcu i grudniu.

9) Wsparcie w kwocie rb. 230 kop. 85 z funduszu imienia ś. p. D-ra Jana Wróblewskiego, wypłacane w 2-ch ratach: w czerwcu i grudniu, ubogiej wdowie po lekarzu, polce, katoliczce, obciążonej nieletnimi dziećmi, pobierającymi nauki w niższych, średnich lub wyższych zakładach naukowych.

Prośby wnoszone lub nadsyłane być mają na imię Komitetu Kasy Wsparcia lekarzy przy Towarzystwie Lekarskim Warszawskim (ul. Niecała N-r 7). Przy prośbie powinno być dołączone poświadczenie 2-ch lekarzy, członków Kasy Wsparcia, o niezamożności podających, z załączeniem przytem krótkich wypisów z metryk urodzenia i cenzur szkolnych dzieci o dobrych postępach ich w naukach i wzorowem sprawowaniu się.

Termin podania co do wsparcia imienia ś. p. Zenobii Sokołowskiej do d. 15-go kwietnia r. b., co do innych wsparć do d. 1-go czerwca r. b.

Zarząd. Kasą Wsparcia, *Leon Babiński*.

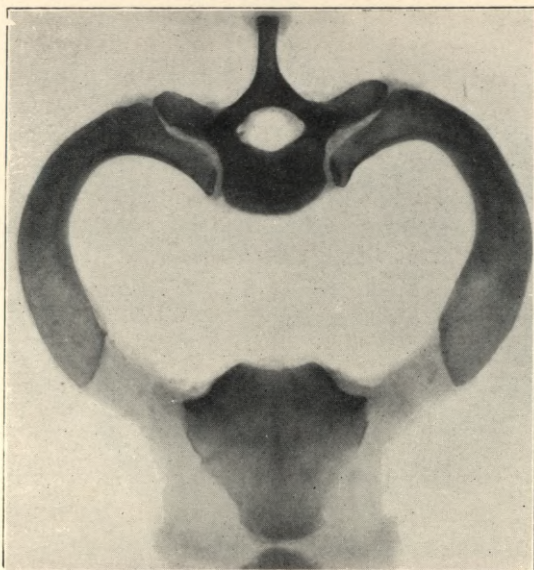


Fig. 1. Przypadek Nr. 29. Kob. l. 25, wzrost 165 cm. Świeża gruźlica rozpadowa obu płatów górnych. Cięża V mies. Otwór typ I, sercowaty przyplaszczony.

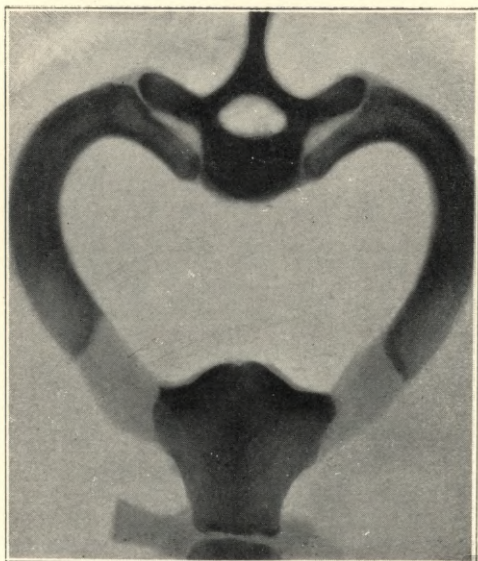


Fig. 2. Przypadek Nr. 18. Kob. l. 21, wzrost 159 cm. Zrosty opłucnowe obustronne i otrzewnowe. Przetoka kałowa. Otwór typ III, sercowaty.

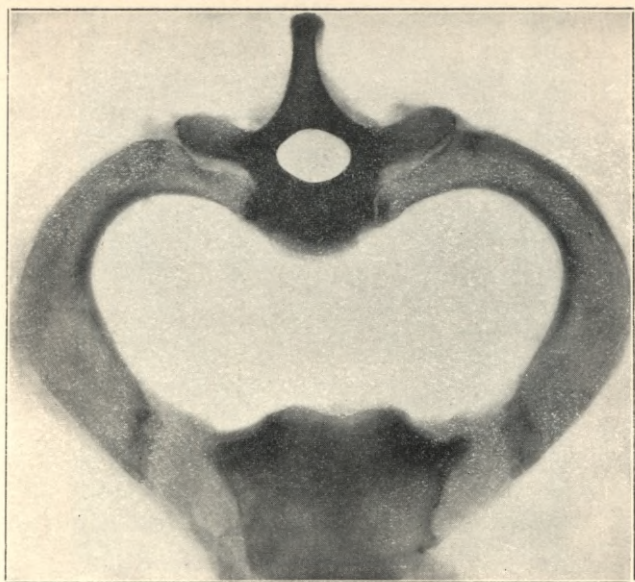


Fig. 3. Przypadek Nr. 99. Mężcz. l. 49, wzrost 162 cm. Rozedma płuc, obustronne zrosty. Zapalenie przewłokle nerek. Otwór typ II, poprzecznie owalny.

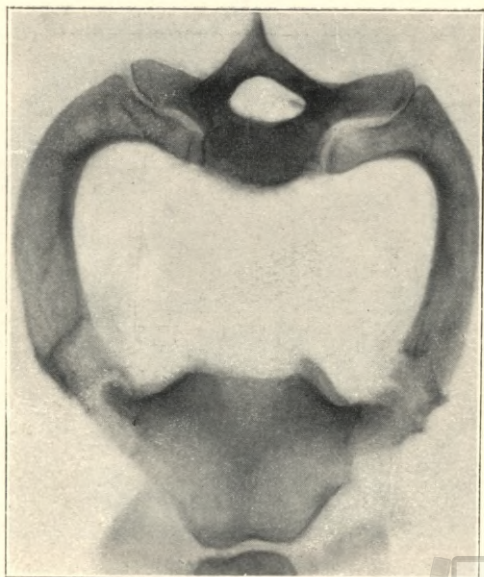


Fig. 4. Przypadek Nr. 123. Mężcz. l. 56, wzrost 159 cm. Stare jamy gruźlicze w obu szczytach, obustronne zrosty. Otwór typ IV, podłużnie owalny.

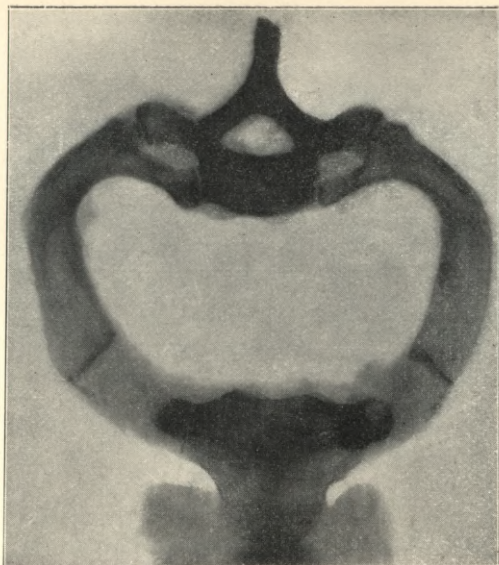


Fig. 5. Pr z y p a d e k Nr. 79. Mężcz. l. 41, wzrost 160 cm. Rozedma płuc, obustronne zrosty. Zapalenie przewlekłe nerek. Otwór typ I; nieznaczne przesunięcie kręgu na stronę prawą. nieznaczne skostnienie obwodowe chrząstki lewej.

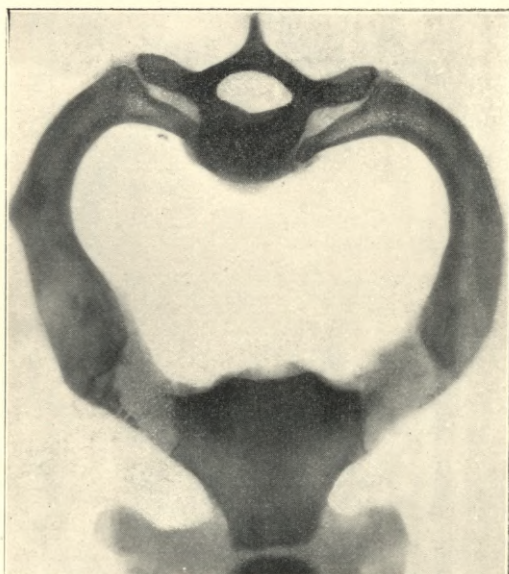


Fig. 6. Pr z y p a d e k Nr. 74. Kob. l. 40, wzrost 150 cm. Stara jama gruzlicza w szczycie prawym, rozsiane gruzelki w obu płucach. Otwór typ III, nieumiarowy. Zgrubienie kostnego żebra prawego od przodu. Częściowe skostnienie obwodowe obu pierwszych chrząstek.

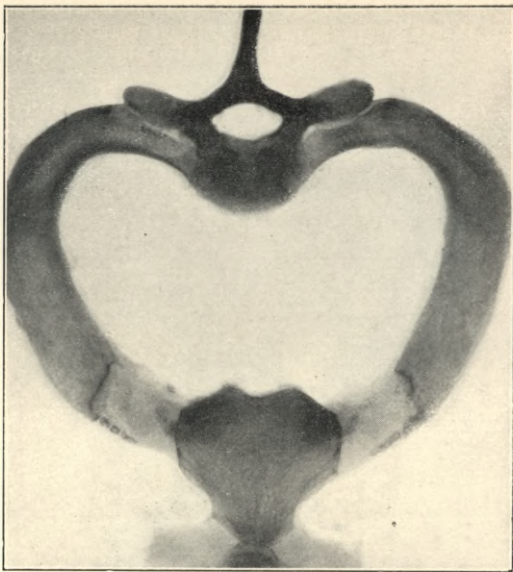


Fig. 7. Pr z y p a d e k Nr. 91. Kob. l. 45, wzrost 138 cm. Stare jamy gruźlicze w obu górnych płatach. Otwór typ I. Skostnienie obwodowe obu pierwszych chrząstek.

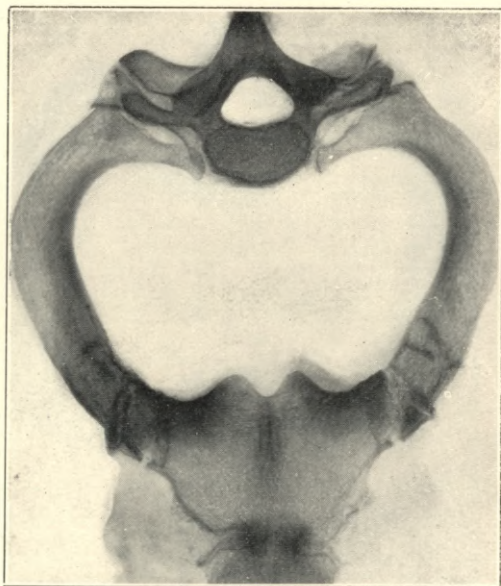


Fig. 8. Pr z y p a d e k Nr. 93. Mężcz. l. 46, wzrost 158 cm. W obu szczytach bliznowata gruźlica i zrosty. Zapalenie ostre otrzewnej po skręceniu jelit. Otwór typ III. Skostnienie zupełne obu pierwszych chrząstek, nieregularne popękania. Połączenie rękojęści z ciałem mostka częściowo skostniałe.

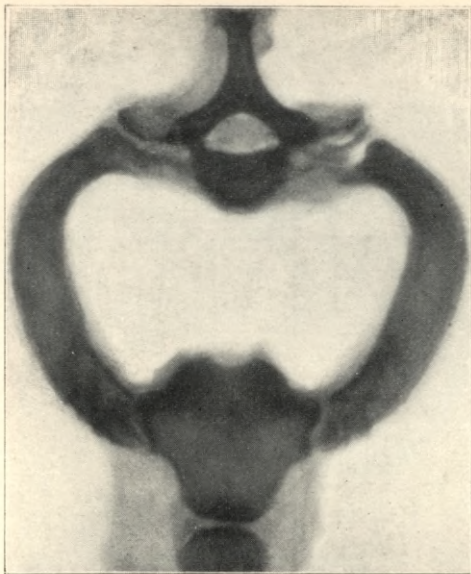


Fig. 9. Pr z y p a d e k Nr. 125. Mężcz. l. 57, wzrost 170 cm. Stara jama gruźlicza w górnym płacie prawym, w całym płucu wysypka gruźleczków, obustronne zrosty. Zgorzel stopy, posocznica. Otwór typ I, duży. Zupelne skostnienie obu pierwszych chrząstek.

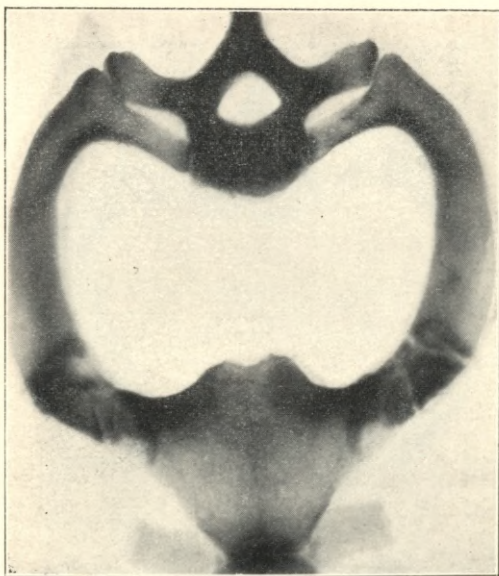


Fig. 10. Pr z y p a d e k Nr. 82. Mężcz. l. 42, wzrost 165 cm. Wszczytach pozaciąganie, zbliznowacenie i zwapnienie. Porażenia postępujące. Otwór typ IV. Pierwsze chrząstki prawie w całości skostniałe, pękane nie-regularnie. Połączenie rękocyści z ciałem mostka skostniałe.

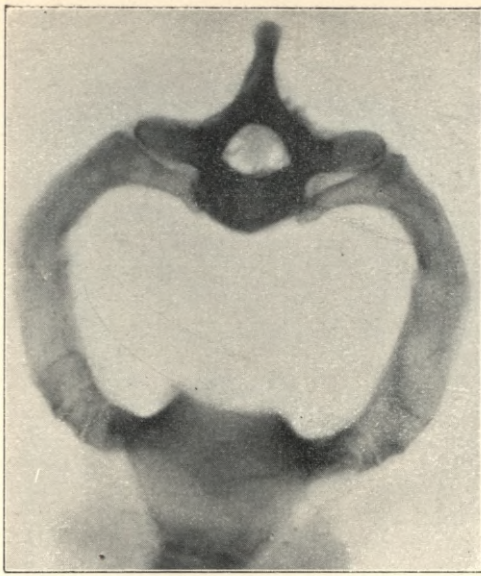


Fig. 11. Przypadek Nr. 143. Mężcz. l. 70, wzrost 168 cm. Wysypka starych gruźledek. Obustronne zrosty opłucnowe i otrzewnowe. Otwór typ IV. Skostnienie prawie zupełne i pęknięcie pierwszych chrząstek, połączenie rąkojeści z ciałem mostka zupełnie skostniałe.

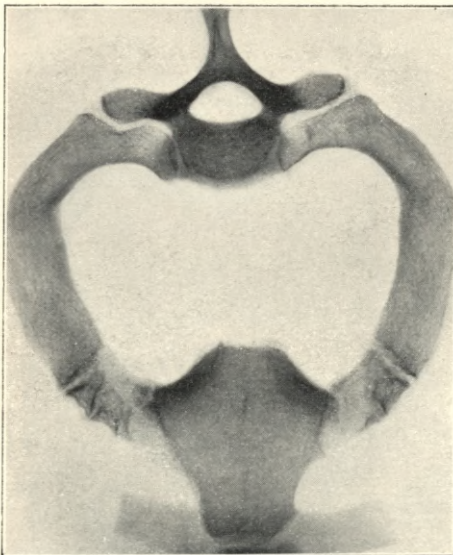


Fig. 12. Przypadek Nr. 110. Mężcz. l. 52, wzrost 173 cm. Rozedma płuc, obustronne zrosty. Rak żołądka. Otwór typ I. Częściowe skostnienie pierwszych chrząstek, pęknięcie lewej tuż przy kostnej części żebr, niepełne 3 pęknięcia prawej.

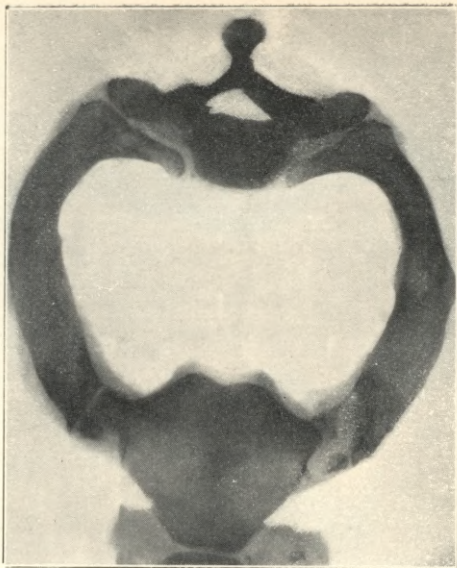


Fig. 13. Pr z y p a d e k N r. 142. K o b. l. 70, w z r o s t 151 c m. O b u -
 s t r o n n e z r o s t y p ł u c, z r a z i k o w e z a p a l e n i e p ł u c. O t w ó r
 t y p I V. Z n a c z n e g o s t o p n i a s k o s t n i e n i e p i e r w s z y c h
 c h r z ą s t e k, p ę k n i ę c i e (s t a w) w p o ł o w i e c h r z ą s t k i p r a -
 w e j, c z ę s t o w e l e w e j. P o ł ą c z e n i e r ę k o j e ś c i z c i ą ł e m
 m o s t k a r u c h o m e.



Fig. 14. P r z y p a d e k N r. 65. M ę z c z. l. 28, w z r o s t 165 c m.
 P ł u c a b e z z m i a n. B i a ł a c z k a. O t w ó r t y p I V, n i e u m i a -
 r o w y. N i e z u p e ł n e s k o s t n i e n i e p i e r w s z y c h c h r z ą s t e k,
 t u ż p r z y k o s t n e j c z ę ś c i ż e b e r p ę k n i ę c i a. P o ł ą c z e n i e
 r ę k o j e ś c i z c i ą ł e m m o s t k a z u p e ł n i e s k o s t n i a ł e.

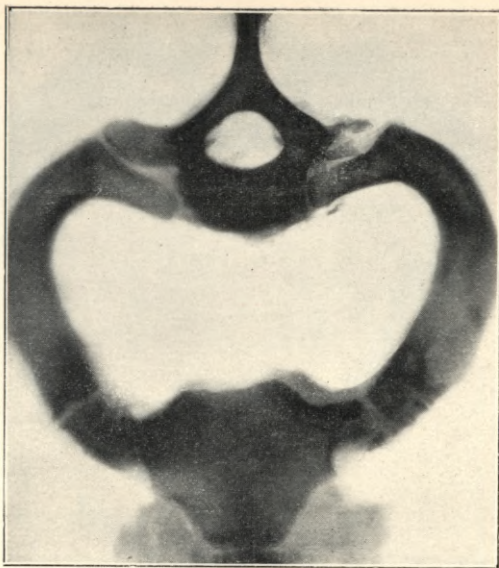


Fig. 15. Przypadek Nr. 32. Mężcz. l. 26, wzrost 161 cm. Nieznaczna rozedma płuc. Glejak mózgu. Otwór typ II, nieumiarowy. Zupełne skostnienie pierwszych chrząstek. Pęknięcie chrząstki prawej przy części kostnej żebra (staw). Połączenie rękkojści z ciałem mostka częściowo skostniałe.

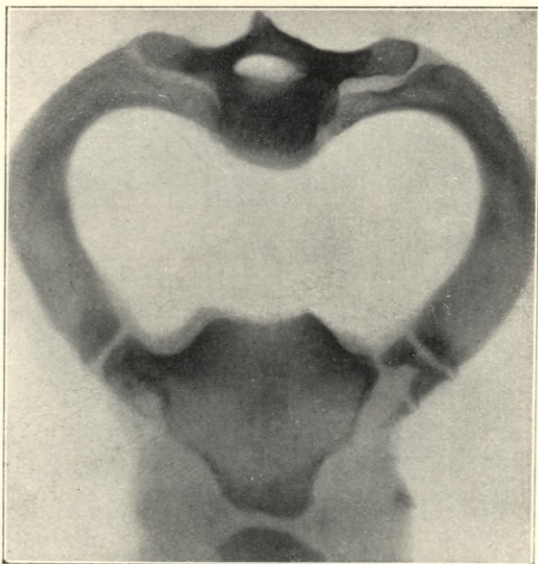


Fig. 16. Przypadek Nr. 59. Kob. l. 35, wzrost 149 cm. Rozedma płuc, zrost prawostronny. Oparzenie III-go stopnia. Otwór typ II. Niezupełne skostnienie i umiarowe zupełne pęknięcia (stawy) po obu stronach pierwszych chrząstek przy części kostnej żeber. Połączenie rękkojści z ciałem mostka ruchome.

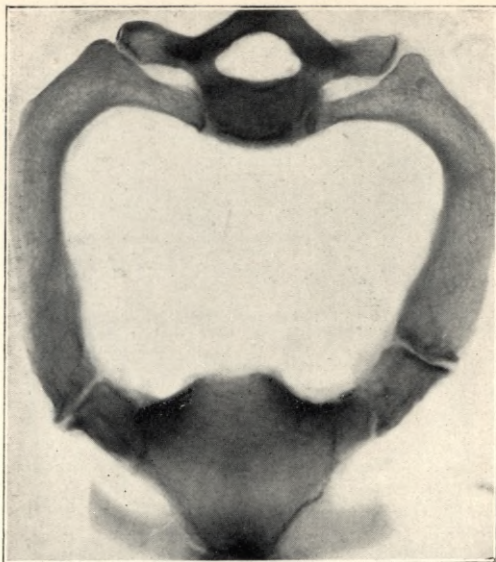


Fig. 17. Przypadek Nr. 115. Mężcz. l. 53, wzrost 164 cm. Płuca bez zmian, prawostronne zrosty. Zapalenie urazowe z przebicia otrzewnej. Otwór typ IV, nieumiarowy. Zupełne skostnienie i całkowite obustronne pęknięcia (stawy) obu pierwszych chrząstek. Połączenie rękójści z ciałem mostka skostniałe.

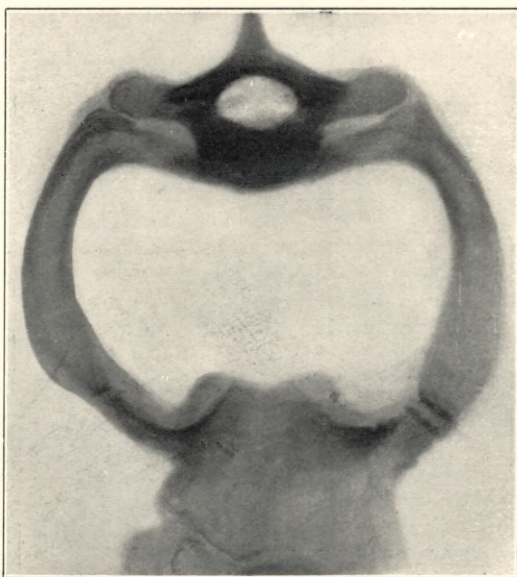


Fig. 18. Przypadek Nr. 96. Mężcz. l. 47, wzrost 169 cm. Bliznowate stwardnienie gruźlicze szczytu prawego. Nadnerczak nerki lewej. Otwór typ IV, nieumiarowy. Skostnienie obu pierwszych chrząstek, obustronne zupełne pęknięcia (stawy).

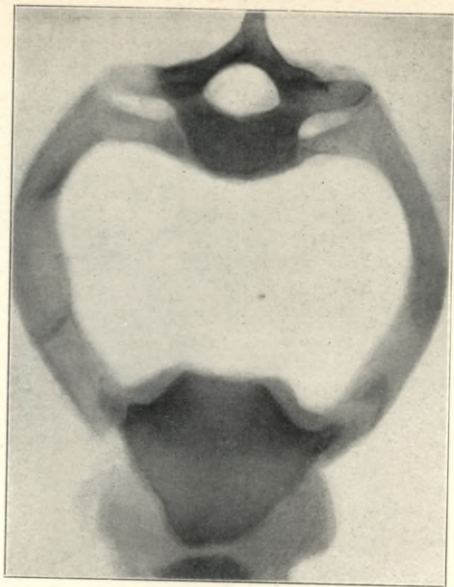


Fig. 19. Przypadek Nr. 117. Mężcz. l. 53, wzrost 162 cm. W szczycie lewym zbliznowacenie gruźlicze, w prawym zbite tkankolącznowe ognisko z rozstrzenią oskrzełową. Posocznica moczowa. Otwór typ IV. Niedorozwój chrząstki pierwszej lewej i części kostnej tegoż żebra.



Fig. 20. Przypadek Nr. 81. Mężcz. l. 41, wzrost 174 cm. W obu szczytach zbliznowacenie gruźlicze, zrost w lewym. Posocznica. Otwór typ IV, nieumiarowy. Wspólna z początku chrząstka dla 1 i 2 żebra prawego. Znaczna nieumiarowość otworu na niekorzyść strony prawej. Połączenie rąkojści z ciałem mostka skostniałe.

TREŚĆ ZESZYTU III i IV.

	<i>Str.</i>
1. Witold Nowicki. Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego. (dok.)	253
2. Protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:	
z dnia 2 czerwca 1914 r.	284
" 16 " "	291
" 15 września "	296
" 29 " "	301
" 6 października	305
" 20 "	307
" 3 listopada "	311
" 17 " "	323
" 1 grudnia "	329
" 15 " "	338
" 29 " "	351
3. Ogłoszenia.	353

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.