

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCYĄ

D-ra Tadeusza Borzęckiego.

Tom CXI. Z. II.

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.

W A R S Z A W A.

Druk K. Kowalewskiego, Piękną 15.
1915.

Druk ukończono 3 Lipca 1915 r.

Biblioteka Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

CZYNNOŚCI
Towarzystwa Lekarskiego
WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY.

Rok 1915.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2 marca 1915 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 38, gość 4.

Treść: *K. Jonscher*. Aglutynacja heterologiczna
laseczników duru w gruźlicy.

- I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.
- II. *F. Malinowski* nadesłał dla Bibl. Tow. Lek. dzieło swe p. t. „Syphilis” w przekładzie na język rosyjski.
- III. Wiceprezes odczytał rezultat konkursu im. *Moczutkowskiego* za najlepszy odczyt, wypowiedziany w Tow. Lek. War. w r. 1914. Nagrodę otrzymał kol. *Feliks Malinowski* za odczyt, wypowiedziany d. 31 marca 1914 r. p. t. „O dermatomykozach”.

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

IV. Prezes wygłosił następującą przemowę do kol. S o m e r a z powodu jego jubileuszu:

„Żyjemy w niezwykłych czasach, jesteśmy świadkami zmagających się walk o wielkie zadania całej, rzecz można, ludzkości, — walk żywiołowych, wśród których zabłysła i dla nas jutrzeńka lepszej przyszłości. Nie dziw więc, że umysły i serca zwracają się ku niej, a ręce i siły nasze skierowane są do zadań chwili obecnej. Na rozpamiętywanie przeszłości, na ocenę zasług tych, którzy wytrwale krajali skiby ziemi ojczystej, rzucając zdrowe ziarna nauki dla przyszłych pokoleń, czasu teraz nie staje. Praca ogólna, zbiorowa pochłania nas wszystkich, wysuwa na pierwszy plan potrzeby ogółu, omijając wszelkie pragnienia osobiste.

Wybacz więc, Szanowny Kolego, że w dniu Twych złoty godów z Towarzystwem Lekarskiem ograniczymy się na razie na bratnim uścisku dłoni, na złożeniu Ci w imieniu Zarządu i nie wątpię, że i wszystkich członków naszego Towarzystwa, wyrazów szczerego uznania za Twą sumienną i owocną działalność dla Towarzystwa i sztuki lekarskiej wogóle.

Na każdym stanowisku, czy jako asystent kliniki prof. Chałubińskiego, czy jako ordynator, czy też jako kierownik Domu Wychowawczego przy Szpitalu Dzieciątka Jezus, jako lekarz naczelny, jak również w praktyce prywatnej, okazywałaś zawsze, Czcigodny Jubilacie, wielką sumiennność i gorliwość w wypełnianiu obowiązków, oddanie się całą duszą cierpiącym, zwłaszcza mniej zamożnym, a wreszcie pełne taktu i etyki postępowanie w stosunkach koleżeńskich.

Rozpocząłeś swój zawód po ukończeniu Akademii Medycznej w r. 1862, a więc również w przełomowych chwilach dla naszego narodu, w epoce powstania Szkoły Głównej. W czasie tych lat pięćdziesięciu widziałeś dużo szlachetnych porywów wśród młodzieży i społeczeństwa, ciężkie zawody i rozczarowania, wiele wysiłków i pracy dla podźwignięcia się z niedoli. Daj Boże, byś ujrział jeszcze jaśniejszą przyszłość i doczekał spełnienia wszelkich naszych narodowych pragnień, zgodnie ze słowami: „*per aspera ad astra*”.

V. Prezes komunikuje obecnym zawiadomienie Kryńskiego, iż z powodu ważnych przyczyn nie mógł przybyć dla wygłoszenia zapowiedzianego odczytu.

VI. J a k i m i a k B. przedstawił chorą p o u r u c h o m i e n i u s t a w u k o l a n o w e g o, dokonaniem z powodu zrośnięcia kostnego tego stawu (*ankylosis ossea genus completa*). Chora, Leokadya K., lat 18, zgłosiła się na wiosnę 1914 roku,

z zupełnem zrośnięciem kostnem lewego stawu kolanowego. Chora prosi, żeby jej koniecznie coś poradzić, aby mogła zgiąć nogę w kolanie, gdyż zupełnie prosta i nieruchoma noga przeszkadza jej chodzić i pracować, a wyprostowana noga przeszkadza jej w pracy (introligatorka). Chora przed 2 laty leżała w jednym ze szpitali w ciągu 6 miesięcy z powodu zapalenia stawu kolanowego; określono to zapalenie jako zapalenie rzeżączkowe. Fotografia, zrobiona przez kol. S k a b o w s k i e g o, potwierdziła rozpoznanie co do zupełnego zrośnięcia kostnego kości uda i podudzia na całej szerokości stawu. Wobec powyższych okoliczności J. zdecydował się na uruchomienie stawu po uprzednim przygotowaniu kończyny. Ponieważ mięśnie lewego uda uległy wybitnemu zanikowi, udo było przez szereg tygodni masowane i, kiedy mięśnie znacznie się wzmocniły, przystąpiono do operacji. Operację wykonano 16 lipca 1914 r. sposobem P a y r a, t. j. poprowadzono cięcia pionowe boczne, przepiłowano piłką G i l i e g o zrośnięte kości, a następnie spiłowano koniec kości udowej od przodu i od tyłu, żeby utworzyć powierzchnię cylindryczną, wypukłą, z kości zaś podudzia powierzchnię wklęsłą. Następnie odseparowano powięź szeroką tegoż uda w ten sposób, że u dołu zostawiono powięź na szy-pule: powięź przekreślono i owinięto nią stawowy koniec kości udowej, przymocowując ją do okostnej kilku szwami strunowymi. Następnie zupełnie zeszyto rzadkim ścięciem rany boczne stawu kolanowego, oddzielnie głębsze warstwy i oddzielnie skórę. Cięcia, przeprowadzone do oddzielenia powięzi, również zeszyto. Po operacji na przeciąg 6 dni nałożono wyciąg, który następnie usunięto i zdjęto szwy. Przystąpiono zaraz do najmożliwszej części leczenia, t. j. do wyrabiania ruchów w kolanie. W tym celu stosowano przewieszanie kolana na przymocowanej do bloku pętli, którą chora mogła sama ręką unosić i w ten sposób zgiąć kolano, i zaczęto zaraz stosować masaż. Zabiegi te z powodu mobilizacji i wojny musiały uleść przerwie i można było do nich przystąpić dopiero w kilka tygodni, kiedy życie w szpitalu trochę się unormowało. W końcu grudnia udało się nabyć aparat wahadłowy i chora już sama codziennie systematycznie mogła robić ćwiczenia. Obecnie chora chodzi zupełnie poprawnie, siedzi ze zgiętym kolaniem, które może zgiąć pod kątem prostym, może chodzić dosyć swobodnie po schodach i wogóle z dotychczasowego wyniku leczenia jest zadowolona.

Przedstawione fotografie, wykonane po operacji przez kol. G r u d z i ń s k i e g o, pokazują, że powierzchnie stawowe uruchomionego stawu mają formę pożądaną. Przy wyprosto-

wanej nodze linia kończyny jest taka, jak w kończynie zdrowej. Mięśnie lewego uda w porównaniu z prawem (zdrowem) są jeszcze wiotkie i udo lewe jest o 3 ctm. cieńsze od prawego.

Jakim i a k dokonał podobnej operacji 2 razy, raz u chorej pokazywanej, drugi raz na tydzień przed tą operacją u mężczyzny z powodu *genu recurvatum* (*ankylosis ossea*). Drugiego przypadku nie może przedstawić, gdyż wobec opróżnienia szpitala dla rannych chory wyjechał na wieś i wiadomości o nim niema.

Autor tej metody, P a y r, do roku 1912, kiedy pokażywał na zjeździe chirurgów w Berlinie swoje przypadki, wykonał 12 uruchomień stawu kolanowego. Krwawe uruchomienie zrosniętego stawu kolanowego, według trafnego wyrażenia P a y r a, jest zadaniem pod względem technicznym trudnym, pod względem wskazania — subtelnym, w okresie zaś pooperacyjnym jest pracowitem, uciążliwym, lecz wdzięcznym zadaniem. Osiągnięty wynik wart wysiłku ze strony chorego i lekarza. Naturalnie, że tego rodzaju operacje można tylko wtedy wykonać, kiedy ma się odpowiednio do nowoczesnych wymagań urządzonej salę operacyjną i jest się pewnym aseptyki. Najmniejsze ropienie w uruchomionym stawie niweczy cały wysiłek. [Streszczenie własne].

VII. K. J o n s c h e r odczytał rzecz p. t. „Aglutynacja heterologiczna laseczników duru w gruźlicy”. W szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci otrzymano w 3 przypadkach dodatni wynik odczynu aglutynacyjnego z zarazkami duru i z surowicą chorych, podczas gdy dalszy przebieg choroby, względnie sekcyja, duru nie wykazały. Na podstawie tych przypadków prelegent badał własności aglutynacyjne surowicy względem zarazków duru u chorych niedurowych dla przekonania się o tem, jak często i w jakich warunkach występuje ta aglutynacja heterologiczna. Na 58 przypadków niedurowych otrzymano dodatni wynik odczynu w 19-tu. Analizując te przypadki łącznie ze znaczną liczbą przypadków podobnych, zebranych z piśmiennictwa, prelegent dochodzi do następujących wniosków:

Aglutynację zarazków durowych otrzymać można również w przypadkach zakażenia niedurowego, najczęściej gruźliczego. W pewnej liczbie tych przypadków można z pewnością wykluczyć jako przyczynę tej aglutynacji dawniej przebyty dur, zakażenie mieszane, działanie zlepników normalnych oraz aglutynacje poboczne; daje się zato stwierdzić w surowicy obecność zlepników heterologicznych.

Możliwość aglutynacji heterologicznej można uzasadnić zarówno teoretycznie, jak i w doświadczeniach na zwierzętach.

Organizm wytwarza prawdopodobnie zlepniki durowe z większą łatwością niż inne.

Z powyższych danych wypływają następujące wskazania praktyczne:

Wobec wysokiego natężenia, w jakim często występuje aglutynacja heterologiczna, nawet przesunięcie jeszcze wyżej granicy rozcieńczenia, poza którą uważamy odczyn za charakterystyczny dla duru, nie uchroni nas od błędów.

Klinicysta powinien uważać zarówno dodatni, jak ujemny wynik odczynu *Widala* wyłącznie za jeden z objawów, narówni z innymi objawami, jakie daje klinika, i nie przypisywać mu znaczenia bezwzględnie rozstrzygającego w razie wyraźnego przeciwstawienia się obrazowi klinicznemu.

W przypadkach klinicznie niepewnych, wobec dodatniego odczynu *Widala* z zawiesiną zarazków durowych i obecności laseczników *Ebertha* we krwi, należy pomyśleć o możliwości ewentualnego przypadkowego zbiegu obu objawów u chorego niedurowego. (W piśmiennictwie spotykamy przypadki niedurowe, w których stwierdzono obecność laseczników duru we krwi). [Streszczenie własne].

W dyskusji:

a) *Dębiński* zgadza się z prelegentem, że odczyn *Widala* w durze brzuszynym nie jest ściśle swoisty. *D.* przekonał się, szczególnie przy badaniu gruźlicy, że wszystkie odczyny biologiczne, jak aglutynacja, met. uchylenia dopełniacza, opsoninowa i t. d., nie są ściśle swoiste i, chociaż występują częściej u chorych gruźliczych, to jednak zdarzają się w innych chorobach, jako też u zdrowych. Co do pokrewieństwa odczynów biologicznych w odrze i gruźlicy, to oprócz aglutynacji *D.* zwraca uwagę na odczyn *Pirqueta*, *Mantoux* i inne, które występują nie tylko w gruźlicy, lecz również niekiedy w durze, gościecu, nowotworach i t. d. O ile odczynów biologicznych nie można uważać za ściśle swoiste, o tyle natomiast stwierdzenie zarazka danej choroby czy to mikroskopowo, jak w gruźlicy, czy też za pomocą hodowli, jak w durze, *D.* uważa za patognomiczne i pod względem dyagnostycznym dające pewność niemal matematyczną. Przypadki, przytoczone przez prelegenta, w których za życia wyhodowano ze krwi laseczniki *Ebertha*, a na sekcji stwierdzono gruźlicę, *D.* uważa za niepewne, gdyż dotychczas nie były przez nikogo potwierdzone. [Streszczenie własne].

b) *Puławski* zapytuje, czy w przypadkach, w których odczyn *Widala* był dodatni, a klinicznie lub anatomicznie okazała się gruźlica, było wykonane badanie na

ilość leukocytów, albowiem leukopenia jest bardzo charakterystycznym objawem duru, występując bardzo rzadko w innych zakażeniach; zaznacza, że stwierdzenie w wywiadach duru jest niezmiernie trudne, a fakt, że przebyty dur, zdaniem większości badaczy, chroni na długo od ponownego zapadnięcia, dowodzi obecności przez czas długi pewnych swoistych właściwości serologicznych we krwi.

c) A. Sokołowski uważa za słuszne poddanie w wątpliwość nieomyślności odczynu Widala, o czym zresztą mówca miał sposobność nieraz przekonać się na własnym oddziale szpitalnym; leukopenia zasługuje na bardzo ważne uwzględnienie; natomiast mówca obawia się, żeby nie uległa dyskredytowaniu ważna, niezawodna, zdaniem jego metoda, jaką jest znajdywanie swoistych drobnoustrojów we krwi i wyraża pewne wątpliwości, co do prawdziwości odnośnych spostrzeżeń, przeczących tej metodzie.

d) Brudziński podnosi, iż badania prelegenta podjęte były na jego oddziale nie w celu wykazania nieswoistości odczynu Widala, a w celu wyświetlenia faktu, znanego zarówno w praktyce szpitalnej, jak i domowej, że przebieg gruźlicy podostrej bywa niekiedy u dzieci ludzko podobny do przebiegu duru brzuszego i że w dodatku odczyn Widala wypada dodatnio i wprowadza wtedy w błąd klinicystę, zwłaszcza co do rokowania. Badania prelegenta i dane, zebrane przez niego z piśmiennictwa, fakt ten dostatecznie tłómaczą; nie zmniejszając znaczenia odczynu Widala, nakazują jednak ostrożność nawet co do tego odczynu wtedy, gdy dane przebiegu klinicznego wręcz mu zaprzeczają. W sprawie, podniesionej przez kol. Dębińskiego częstego występowania odczynu Pirqueta u chorych na dur brzuszny, mówca ma inne doświadczenie na oddziale durowym szpitala im. Karola i Maryi; szczepienia Pirqueta stosowane u dzieci durowych były często ujemne w ostrym okresie choroby, a u tych samych dzieci szczepienie w okresie zdrowienia dawało wynik dodatni; fakt ten znany jest zresztą u dzieci i dla innych chorób zakaźnych, które w ostrym okresie wpływają hamująco na wystąpienie odczynu Pirqueta. [Streszczenie własne].

e) Pawiński zaznacza, że wyjaśnienie kwestyi spornych między badaniem klinicznym i serologicznym jest ważne; należałoby sprawę tę sprawdzić i w innych zakażeniach; zapytuje, czy dokonywano badania kału na laseczniki durowe, zwłaszcza u t. zw. przenośników.

W odpowiedzi kol. Puławskiemu Jonscher zaznacza, że większość autorów stwierdza zanik zdolności agluty-

nacyjnej już w ciągu pierwszego roku po przebytych durze i że własności aglutynacyjne surowic nie odpowiadają najczęściej sile odpornej danego organizmu; kol. P a w i ń s k i e m u, że surowica klinicznie zdrowych roznościcieli zarazków nie zlepia zarazków durowych; kol. S o k o ł o w s k i e m u, że przypadki gruźlicy, w których stwierdzono laseczniki duru we krwi, zdarzają się nadzwyczaj rzadko, że należy je jednak uznać wobec tego, że najróżnorodniejsze zarazki chorobotwórcze mogą znajdować się w organizmie ludzkim bez wywoływania jakichkolwiek objawów. [Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Za Sekretarza *A. Lande*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16 marca 1915 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 41, gości 6.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

T r e ś ć: 1) Prezes. W sprawie kursów epidemiologii, mających się odbyć w Pracowni Towarzystwa. 2) L. K r y ń s k i. Z kazuistyki wojenno-chirurgicznej. Rany klatki piersiowej i jamy brzusznej.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Sekretarz Stały zawiadamia, iż na konkurs im. K o z z o r o w s k i e g o nadesłano pracę p.t. „Przyczynę do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze przy działaniu na nią olejku dziegciowego, nalewki dziegciowej i maści W i l k i n s o n a”, pod godłem „*Labor dispersit tenebras*”.

III. Prezes zawiadamia, iż Zarządzający pracownią Tow. Lek. kol. P a s z k i e w i c z zgodził się na prowadzenie wykładów z epidemiologii według następującego planu: 1. P o j ę c i e o g ó l n e o c h o r o b a c h z a k a ż n y c h. Ź r ó d ł a z a r a z y. W ł a ś c i w o ś c i ź r ó d e ł z a r a z y. Z a p o b i e g a n i e i n i s z c z e n i e t y c h ź r ó d e ł. D e z y n f e k c y a. 2. S p o s o b y z a k a ż a n i a.

3. Skłonność i odporność osobista. Przyczyny skłonności i odporności. Przyczyny zewnętrzne. Przyczyny wewnętrzne. a) Fagocytoza. b) Substancje zapobiegawcze krwi i wydzielin organizmu (antytoksyny, aglutyniny, precypityny, cytolizyny). Odporność sztuczna i szczepionki zapobiegawcze. Uodpornianie czynne za pomocą wstrzykiwań zarazków lub też ich czynnych części składowych. Uodpornianie bierne za pomocą surowic zwierząt uodpornionych. 4. Czasowa i miejscowa skłonność do chorób zakaźnych. 5. Choroby zakaźne. Cholera azyatycka. Dur brzuszny. Czerwonka. Błonica. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Dur wysypkowy. Cholera dziecięca. Dżuma.

Szczegółowych informacji zasięgnąć można w pracowni.

IV. Prezes zawiadamia, iż kol. Malinowski w liście do Tow., dziękując za przyznaną mu nagrodę im. Moczułkowskiego, przypadającą mu z tego tytułu kwotę dopełnia do sumy rb. 100 i przeznaczają ją na nagrodę za najlepszą samodzielną pracę, poświęconą walce z chorobami zakaźnymi.

Zgodnie z powyższem ogłasza się konkurs na najlepszy samodzielny przyczynek w sprawie walki z chorobami zakaźnymi, ogłoszony w czasopismach lekarskich polskich lub oddzielnej publikacji w ciągu roku 1915. Prezes Tow. Lek., zgodnie z regulaminem konkursowym, wybierze na posiedzeniu styczniowym 1916 roku 3 członków Tow. Lek., którzy pod przewodnictwem Wiceprezesa na 1 kwietnia 1916 roku uwieńczą odnośną pracę.

V. Higier przedstawia 4 przypadki ran postrzałowych kręgosłupa szyjnego z uszkodzeniem rdzenia, opon i korzeni, wyleczonych bez zabiegu chirurgicznego.

W 1-ym przypadku kanał postrzałowy drażył na wysokości 4 do 7 kręgu szyjnego, dając początkowo niedowład ogólny, a następnie porażenie jednej kończyny górnej z pasem wybitnego przeczulenia i opaczem odczuwaniem klucza jako zimna.

W 2 im przypadku kanał postrzałowy sięga od wyrostka sutkowego jednej strony do 4 kręgu szyjnego przeciwległej, przyczem porażeniu uległa jedna kończyna górna, istnieje upośledzone oddawanie moczu i wybitny niedowład n. zwrotnego po drugiej stronie.

W 3 przypadku kanał postrzałowy ma prawie przebieg taki sam, jak poprzedni; dotknięte są atoli obie kończyny górne ruchowo i czuciowo. Towarzyszące znieczulenie połowicze bez zajęcia narządów zmysłowych jest natury czynnościowej, prawdopodobnie histerycznej.

Najciekawszym jest 4-ty przypadek, w którym otwór wejściowy kuli karabinowej znajduje się w bliskości kąta żuchwy, a wyjściowy na wysokości 5-go kręgu szyjnego przeciwnej strony. *Hemiparesis spustico-atrophica* z odruchem Babinskięgo i stopotrząsem jednej strony, znieczuleniem cieplikowo-bólowem przeciwnej połowy ciała i teźże połowy twarzy (Brown-Séquarda typ skrzyżowany) z opacznym odczuwaniem zimna. Ciekawem w tym przypadku było zupełne porażenie jednostronne n. przeponowego, stwierdzone przy pomocy radiogramu i objawu Littena, porażenie po stronie hemiparetycznej kilku nerwów opuszkowych (*n. accessorius, vagus, glossopharyngeus*), двоjenie z drżeniem gałek ocznych i syndrom sympatyczny Hornera ze zwężeniem źrenicy, opadnięciem powieki, okiem zapadłym i porażeniem skrzyżowaniem n.n. potowydzielniczych i naczyńioruchowych. Rozpoznanie brzmi: wylew krwawy rdzenia na wysokości 4 — 5 odcinka i następna hematomyelia rurkowata (*haematomyelia tubularis*) ku górze, ku opuszcze, w której ostre porażenie opuszkowe nosi zupełnie cechy tych jednostronnych porażzeń, jakie w klasycznym i typowym obrazie zakrzepu *art. cerebelli post. inf.* spotykamy nierzadko.

Ciekawą rzeczą jest ze stanowiska prognostycznego we wszystkich 4-ch przypadkach ran postrzałowych odcinka szyjnego kręgosłupa, że przebieg był zupełnie pomyślny przy leczeniu zachowawczem. Rozpoznanie wszędzie brzmiało: złamanie lub naderwanie kręgow z uciskiem na rdzeń lub wylewem krwawym wewnątrzoponowym lub wewnątrzrdzeniowym.

[Streszczenie własne].

IV. L. Kryński wygłosił rzecz p. t. „Z kazuistyki wojenno-chirurgicznej. Rany kl. piersiowej i jamy brzusznej”.

Po przedstawieniu danych liczbowych, dotyczących częstości ran postrzałowych klatki piersiowej w szeregu ostatnich wojen i śmiertelności z ich powodu, omówił Kryński zapatrywania, panujące w dzisiejszej chirurgii wojennej na postępowanie lecznicze w tych przypadkach, i streścił swoje poglądy w tej mierze, oparte na materiale swego oddziału w lazarecie miejskim.

Według dzisiejszego naszego doświadczenia postępowanie nasze w przypadkach postrzałów płuc i opłucnej winno być zupełnie zachowawcze. A więc, po opatrzeniu rany zewnętrznej, unieruchomienie chorego w łóżku w pozycji uniesionej, półsiedzącej i obfite dostarczanie mu narkotyków w celu uśmierzania kaszlu i duszności w ciągu kilku dni pierwszych, dopóki istnieje niebezpieczeństwo krwotoku z rany płucnej.

I to wszystko. Leczenie chirurgiczne dotyczy dopiero następstw urazu, występujących w postaci: *haemothorax*, *pneumothorax*, *pyothorax* i *emphysema subcutaneum*, gdzie wykonywamy odpowiednie zabiegi. Interwencja operacyjna pierwotna w celu doraźnego zeszcicia rany płucnej lub zatamowania krwotoku może mieć zastosowanie w przypadkach wyjątkowych, tam tylko, gdzie otrzymujemy chorych w czasie jak najkrótszym, w kilka godzin po zranieniu. Możliwe jest to tylko w lazaretach pierwszej linii bojowej lub w praktyce pokojowej. W naszych zaś warunkach pracy trzymać się winniśmy wymienionych zasad postępowania, ściśle zachowawczych. [Streszcz własne].

W dyskusji nad pierwszą częścią odczytu:

a) S k a b o w s k i zaznacza, że większość rannych dopiero po kilku dniach przychodzi do rentgenografii; konstatuje bardzo często minimalne uszkodzenia od kul karabinowych, natomiast szrapnele zazwyczaj powodują nacieki duże, wchłaniające się dopiero po kilku tygodniach, o ile nie przechodzą w ropienie; kul karabinowych uwięzionych w płucach mówca ani razu nie widział, odłamki szrapnelowe zaś spostrzegał dość często; czy tkwią one w samym płucu, czy też w tkance otaczającej, przekonać się zwykle można na tej podstawie, że pierwsze poruszają się wraz z ruchami oddechowymi płuca; to samo mniej więcej powiedzieć można o ranach serca; jak głęboko siedzi kula, określić można za pomocą zdjęć podwójnych lub dwóch projekcji.

b) Z a w a d z k i A l. Przypadek działania kuli wybuchowej, podany przez kol. K r y ś k i e g o wzbudza we mnie nieco wątpliwości, bo i ja widziałem podobne, zależne od odłamków żeber lub uderzenia bokiem kuli. Prof. Z e g e M a n t e u f e l opowiadał mi, że na polu walki widział obok trupa płuca i serce, co odpowiadałoby obrazowi postrzału czaszki K r o n l e i n a, ewentualnie K o c h e r a; mówiłoby to o możliwości podobnych warunków i w klatce piersiowej. W razie wybrczynny śródopłucnej (*haemotorax*) wypuszczam krew dość wcześniej, o ile chory ma objawy duszności lub gorączkuje. W razie odmy powietrznej wystarczają nakłucia skóry lub morfina, czasami trzeba uciec się do sposobu T h i e g e l a: nacięcie nad wcięciem szyjnym mostka, dojsście palcem na tępo do śródpiersia i nałożenie bańki B i e r a. Znaczna liczba wybrczynny śródopłucnych daje ropotoki opłucnej, które trzeba leczyć, jak zwykle, za pomocą wycięcia żebra. W jednym przypadku ograniczyłem się do wycięcia bardzo niewielkiego kawałka żebra, założyłem do worka opłucnej cewnik P e t z e r a, poczem obszyłem ranę wokoło, do P e t z e r a

przystosowałem syfon. Jest to sposób czasami dobry, bo chory leży w suchym opatrunku. [Streszczenie własne].

c) Grudziński wypowiedział swoje spostrzeżenia nad przypadkami zranień przepony, które towarzyszą często ranom postrzałowym klatki piersiowej. Przypadki takie zasługują na uwagę, ponieważ w odnośnym piśmiennictwie mało były uwzględniane. Rany przepony są wdzięcznym przedmiotem badania radioskopowego; główne objawy cierpienia są: 1) nieruchomość przepony podczas oddechu, 2) wysoki stan przepony, połączony zwykle z wzdęciem okrężnicy. Trafność rozpoznania radiologicznego stwierdzoną była w paru przypadkach przez badanie pośmiertne. Rokowanie w omawianem cierpieniu bywa różne, zależnie od stopnia choroby. W dwóch przypadkach (na pięć spostrzeganych) chorzy powrócili do zdrowia. Cierpieniu towarzyszy zazwyczaj *haemothorax* lub wysięk opłucnej. Przepukliny przeponowej Grudziński nie spostrzegł ani razu. [Streszczenie własne].

d) Higier w sprawie ran postrzałowych przepony zwraca uwagę na obraz klasyczny, jaki spostrzegł w 2-ach przypadkach takich ran kręgosłupa na wysokości 4 — 5-go kręgu szyjnego z porażeniem jednostronnem n. przeponowego i odpowiedniej połowy przepony; objaw przeponowy Littena, obraz radiograficzny i częsta czkawka rozstrzygają rozpoznanie w zupełności. [Streszczenie własne]

e) Ruppert przypomina wogóle rodzaje kliniczne odmy piersiowej, wskazuje na te, które mogą stanowić wskazanie do cięcia klatki piersiowej; odma, wynikająca z rany przełyku, również może być wskazaniem do zabiegu operacyjnego; tego rodzaju przypadek z powodu raka przełyku mówca przed laty opisał, do interwencji jednak w tym przypadku nie doszło.

f) Sawicki Br. godzi się z prelegentem, że ropny otok opłucnej po ranach postrzałowych zdarza się stosunkowo rzadko, zwykle po ranach rozleglejszych, gdy kula szeroko otworzyła opłucną. W takich razach najczęściej wypada wykonywać pleurotomię. Sposób, podany przez kol. Zawadzkiego, proponowano już dawno, lecz nie utrzymał się on z powodu zatykania się sączków gumowych skrzepami krwi lub włókniaka. S. zwraca uwagę na częste występowanie przewlekłych zapaleń płuc po ranach postrzałowych w obecnej wojnie. Zwłaszcza długo utrzymuje się podniesienie ciepłoty; stan podgorączkowy nieraz trwa w ciągu kilku tygodni. Zależy to w części od gatunku pocisku (naprz. po kulach szrapnelowych), być może jednakże, iż wpływa na to i nasz klimat, do którego z trudnością przystosowują się mieszkańcy Cesarstwa i Syberji.

g) K r a u z e L. sądzi, iż nie jest rzeczą konieczną, aby w przypadku dużego wylewu krwi do jamy opłucnej po 12 dn. część krwi wypuścić. Po zwykłym przekłuciu próbnym, kilkakrotnie wykonanem, taki wylew może się wessać. Spostrzegalem chorego, u którego stwierdziłem duży wylew krwawy w jamie opłucnej po postrzale, otrzymanym w klatkę piersiową. Chory przez dłuższy czas gorączkował; w przypuszczeniu, że wylana krew zropiała, wykonałem przekłucie próbne klatki piersiowej; wyostałem jednak czystą krew. Po tym zabiegu ciepłota spadła i chory czuł się lepiej. Po kilku dniach, gdy ciepłota znów się podniosła, znów wykonałem przekłucie, poczem znów ciepłota spadła. Po raz trzeci wykonałem przekłucie z tym samym wynikiem. Chory więcej nie gorączkował. Po pewnym czasie objawy wylewu krwawego w opłucnej znikły. Próbne przekłucie płynu w klatce piersiowej nie wykazało. W przypadkach ropniaka opłucnej drenowanie jamy opłucnej za pomocą cewnika nie odpowiada zadaniu. Cewnik taki zatyka się często gęstą ropą. Lepszy jest sposób B u e l a u a, polegający na przekłuciu klatki piersiowej trójgrańcem i wprowadzeniu drenu przez pozostawioną pochwękę trójgrańca do jamy opłucnej. Jest to sposób prostszy i nie wymagający przecięcia klatki piersiowej i wycinania kawałka żebra.

[Streszczenie własne].

W drugiej części odczytu K r y Ń s k i zaznacza przede wszystkim, iż odmienne warunki przedstawiają nam postrzały brzucha. Tu stoimy zawsze wobec konieczności wyboru odpowiedniego postępowania — operacyjnego, czy wyczekującego, a to zależnie od rozstrzygnięcia zasadniczego pytania: czy kanał postrzałowy draży przez jamę otrzewnej i jaki jest stan zawartych w niej narządów. Zespół objawów klinicznych daje nam w większości przypadków możność stanowczej odpowiedzi, mimo to jednak zdarza się niejednokrotnie, że sprawę zmian, wywołanych w narządach brzusznych przez pocisk, rozstrzyga dopiero otwarcie brzucha.

Do pewnych objawów przedziurawienia jamy otrzewnej należą: 1) Wydzielina krwawa z jednego z 3-ch otworów ustroju — ust, odbytu, cewki moczowej, a więc krwawe wymioty, krwawy stolec i krwimocz. 2) Wydobywanie się przez ranę wydzieliny czy zawartości którego z narządów brzusznych, a więc miazgi pokarmowej, kału, żółci, soku trzustkowego, mocz. 3) Wypadnięcie nazewnątrz części narządu (pętla jelitowa, sieć). 4) Krwotok wewnętrzny. Wobec wymienionych objawów wskazany jest jaknajrychlejszy zabieg operacyjny — laparotomia—w ciągu pierwszych 12, co najpóźniej 24 godzin.

Niestety, jest to możliwe tylko w warunkach normalnych praktyki pokojowej, na wojnie zaś tylko w lazaretach czołowych, otrzymujących chorych bezpośrednio z pola walki w ciągu najbliższych godzin. W naszej działalności tu w Warszawie, a więc w lazaretach drugiej linii, warunki są odmienne, albowiem otrzymujemy chorych po upływie paru, kilku, albo i więcej dni po zranieniu, a więc wówczas, gdy organizm rozpoczął walkę obronną z zakażeniem w postaci zlepów i zrostów zagrożonych miejsc w otrzewnej. Tu więc zadanie nasze w większości przypadków zmienia się zasadniczo i na plan pierwszy występuje leczenie zachowawcze, a więc dyeta głodowa (z odżywianiem przez odbytnicę), bezwzględny spokój, uniesione ułożenie w łóżku (Fowler), lód na brzuch i morfina. Jedynie tylko przypadki rozwiniętego już zapalenia otrzewnej należy operować zaraz, jednakże prognoza i wyniki operacyjne są tu bardzo złe.

Tą drogą postępowania wyczekującego udaje się nam często zapobiedz zapaleniom rozlanym otrzewnej i umiejscowić sprawę zapalną, która przybrać może wówczas postać ograniczonych ropni, wymagających później odpowiedniego otwarcia. Również za pomocą operacji późniejszych usuwamy następstwa skaleczeń kiszek lub pęcherza moczowego w postaci różnych braków, przetok lub nieprawidłowych zrostów.

[Streszczenie własne].

W dyskusji Zawadzki Al. zaznacza, że w ranach postrzałowych brzucha odgrywa znaczną rolę odległość postrzału, rodzaj kuli, szybkość lotu kuli, stopień napełnienia kanału pokarmowego, kąt pod jakim uderza pocisk, histologiczna budowa narządów, napotkanych przez pocisk. W naszych warunkach o zabiegach rzadko może być mowa, bo otrzymujemy po większej części nie chorych z ranami postrzałowymi brzucha, lecz ze skutkami tych postrzałów—kałowym zapaleniem otrzewnej—wobec najnierozsądniejszego z nimi postępowania: transportu takich rannych, karmienia ich i t. p. Jeżeli wypadkowo, dzięki zrostom, taki chory zostaje z początku przy życiu, to transport zrosty te niszczy i chory na 4—5 dzień po postrzale przybywa do szpitala po to, by na drugi dzień już w całej pełni ujawniło się kałowe zapalenie otrzewnej. O leczeniu tych rannych mówić trzeba by zbyt wiele; dodam tylko, że obrazów podobnych, jakie widziałem tydzień temu w Łomży, zapomnieć niepodobna; brak wody, pożywienia, obsługi, lekarzy, odpowiedniego pomieszczenia wobec prawie nagłego zwiezienia 8000 rannych do Łomży—oto obraz podczas walk w jej okolicach. W szczególności wdawać się nie będę, zaznaczę tylko, że ten, kto nie widział w Łomży

w tym okresie czasu rannych, nie może mieć wyobrażenia o całej grozie wojny nawet w kraju tak gęsto zaludnionym, jak Królestwo. Przyczyniły się do tego szosy, zajęte przez obozy, i odległość stacji kolejowej o wiorst 14, przy zakorkowaniu, że się tak wyrażę, stacji kolejowej pociągami. Sądzę, że zwiezienie chirurgów z pobliskiej Warszawy mogłoby nieco polepszyć warunki pomocy dla rannych, urządzane zaś w czasie pokoju mobilizacye próbne szpitali wojskowych oraz obowiązkowe wykłady chirurgii polowej podniosłyby sprawność pomocy lekarskiej podczas wojny. [Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący *J. Pawiński*.

Za Sekretarza *Lande*.

Posiedzenie kliniczne z d. 30 marca 1915 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 22.

Treść: 1) *E. Zylberlastówna*. Nedorozwój ustroju nerwowego ze szczególnem uwzględnieniem mózdkowych objawów.
2) *Skabowski*. Rany postrzałowe w świetle promieni Roentgena (z pokazem przezroczy).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadamia, iż *Sterling Wład.* nadesłał pracę p. t. „*Studia kliniczne nad eunuchoidyzmem oraz pokrewnymi typami*” (Odb. z *Neurologii polskiej* r. 1913) na konkurs imienia *Helbicha*.

III. *Korybut-Daszkiewicz* przedstawił na dziecku, mającem dużą przepuklinę pępkową, sposób leczenia tych przepuklin przy pomocy plastra lepkiego; przyczem przytacza swe wnioski, oparte na wieloletniem w tym kierunku doświadczeniu. Wnioski te dadzą się streścić, jak następuje:
a) wszechświatowe rozpowszechnienie dla leczenia przepuklin

pępkowych opatrunku z pelotą, lub używanie, a bardzo powszechnie stosowane, kawałków gazy lub waty, wtykanych w pierścień przepukliny,—nie mają żadnych podstaw i, rozszerzając ten pierścień, mogą tylko przeszkadzać sprawie leczenia przepuklin, które zresztą mają i tak tendencję do samoleczenia; b) sposób stosowany z powodzeniem przez mówcę polega na: 1) wprowadzeniu przepukliny, 2) zbliżeniu brzegów pierścienia przez utworzenie fałdy na linii białej i równoległe do niej idącej, 3) utrwaleniu tej pozycji przy pomocy kilku pasków plastra lepkiego, 4) w przypadkach cięższych na opasaniu dookoła na wysokości pępka całego brzuszka dziecka za pomocą opaski z tegoż plastra na szerokość 3 palców (aby się ta opaska równomiernie przylepiała, należy brzegi opaski ponacinać lekko w różnych miejscach). Najczęściej używał mówca Leukoplastu *Beiersdorfa* lub „*Colleplastrum*” wiedeńskiego; c) nawet przepukliny linii białej leczą się dobrze w ten sposób; d) wogóle niemal wszystkie przepukliny pępkowe, nawet te, których pierścień przepuszcza swobodnie palec, leczą się pomysłnie u osesków, nie mających więcej, niż $\frac{1}{2}$ roku życia; w wieku późniejszym mówca bywał zmuszony do stosowania zastrzykiwań alkoholowych, lub do polecania operacji doszczętniej; e) wyprysk skóry w następstwie pokrywania jej przez czas dłuższy plastrem zdarza się, jednak rzadko stanowi przeszkodę istotną do prowadzenia leczenia; f) dziecko, mając założoną wyżej opisaną opaskę, może być kąpane bez jej zdejmowania; g) dla skuteczności leczenia chodzi o jak najdłuższe utrzymanie opaski bez jej zdejmowania (7 do 21 dni).

[Streszczenie własne].

K o r y b u t - D a s z k i e w i c z przedstawia dwie mniej więcej czteroletnie dziewczynki, pochodzące z oddziału jego w Warszawskim Domu Wychowawczym, które mają obszerne zniszczenie narządów płciowych zewnętrznych wskutek zgorzeli.

Jedna z dziewczynek, **Helenka N.**, zachorowała nagle, a mianowicie u zupełnie zdrowego i tego wyglądającego dziecka w d. 4 marca r. b., przy ciepłocie, z górą 40°C sięgającej, wystąpiły objawy zgorzeli narządów płciowych zewnętrznych; około 8-go dnia choroby ciepłota spadła w czasie, kiedy wydątniła się linia demarkacyjna. Badanie bakteriologiczne wydzielin i nalotów wykazało hodowlę gronkowca złocistego; — laseczek błonicy nie wykryto.

Druga dziewczynka — **Mania M.**, 4 lata i 4 miesiące mająca, zachorowała na objawy zgorzeli narządów płciowych zewnętrznych w czasie przebywania w szpitalu z powodu lewostronnego zapalenia płuc włóknikowego przy zresztą bardzo

dobrym wyglądem i doskonałym odżywianiu. Pierwsze objawy zgorzeli wystąpiły w dniu 8 marca r. b. i już 10/11 915 dały widoczną linię demarkacyjną, poczem wkrótce wydzielily się części uległe zgorzeli, pozostawiając znacznie mniejsze, niż w przypadku pierwszym zniszczenia. Badanie bakteriologiczne wykryło — lasecznika okrężnicy przy braku laseczek błonicy. Przypadki przedstawione uważa K o r y b u t-D a s z k i e w i c z za nie zwykłe rzadkie, opierając swe wnioski na przejrzanem piśmiennictwie odnośnem, według którego zgorzel narządów płciowych jest objawem niemal zawsze wtórnym, występującym po przebyciu długotrwałych, wyniszczających chorób; tymczasem u chorej pierwszej objawy zgorzeli wystąpiły w czasie zupełnego zdrowia, u świetnie wogóle wyglądającego dziecka, u drugiej zaś 5 dnia od początku zachorowania na zapalenie płuc przy również bardzo dobrym wyglądzie ogólnym. Na potwierdzenie zdania swego K o r y b u t-D a s z k i e w i c z przytacza zdanie E p s t e i n a, który, przypominając o dwóch opisach przypadków zgorzeli pierwotnej narządów płciowych u dziewczynek (przypadki: H e n o c h a i P o l i t z e r a), sądzi, że są one zupełnie wyjątkowe, być może nawet są pochodzenia urazowego i nie powinny być zaliczane do „zgorzeli” w znaczeniu ścisłym tego słowa, t. j. jako do oddzielnej jednostki nosologicznej. [Streszczenie własne].

W dyskusyi:

Sławiński przypomina oddawna panujący pogląd, iż przepukliny u dzieci w pierwszych sześciu miesiącach życia same przez się ulegają wyleczeniu, wobec czego kwestyonuje, czy można przypisywać metodzie Daszkiewicza tak wyrażne działanie.

IV. E. Zylberlastówna odczytała rzecz p. t. „Niedorozwój ustroju nerwowego ze szczególnem uwzględnieniem mózdkowych objawów”. Istnieje postać niedorozwoju ustroju nerwowego u dzieci, która klinicznie przejawia się wadą statyki i kinetyki oraz zaburzeniami mowy; dzieci te wcale nie chodzą lub chodzą chwajnie na szerokiej podstawie; rączkami posługują się wadliwie. Jakkolwiek psychicznie często są normalne, to jednak sprawiają na otoczeniu wrażenie matolek, na skutek wybitnego upośledzenia mowy i ubóstwa mimiki.

Przypadki te wykazują zespół objawów mózdkowych, a zatem wskazują na schorzenie wzgl. niedorozwój mózdku. Etiologia cierpienia jest zupełnie nieznaną. C a s s i r e r notował prawie we wszystkich swych przypadkach pokrewieństwo między rodzicami, myśmy zwrócili uwagę na podeszły wiek ro-

dziców, silnie rozwiniętą u nich krzywicę, oraz ogólnie zły stan zdrowia.

Cierpienie jest wrodzonym i przejawia się od pierwszych miesięcy życia. Najważniejszym punktem pod względem praktycznym jest p o p r a w a, jaką prawie zawsze można notować w przebiegu cierpienia. Zależy ona najprawdopodobniej od interwencji mózgu, który przyjmuje na siebie rolę mózdzka.

Cierpienie należy zaliczyć do rzędu dziecięcych porażeń o umiejscowieniu mózdkowym. [Streszczenie własne].

V. S k a b o w s k i pokazał za pomocą epidiaskopu szereg zdjęć rentgenograficznych, dotyczących ran postrzałowych czaszki i dolnej szczęki.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący *J. Pawiński*.

Za Sekretarza *Lande*.

Posiedzenie kliniczne z d. 20 kwietnia 1915.

Przewodniczący Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 45, gości 2.

- T r e ś ć:
- 1) K. Zieliński. Sprawozdanie komisji rewizyjnej.
 - 2) Higier. Z dziedziny przesądów w neuropatologii polowej.
 - 3) J. Matusewiczówna. Zaburzenia wzroku na tle zatrucia spirytusem skażonym.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes, z powodu otwarcia kursów sanitarnych, komunikuje członkom Tow. co następuje: „Główny Naczelnik kraju, ks. Engałyczew, w przewidywaniu mogącej wybuchnąć na wiosnę lub latem, z powodu wojny, epidemii chorób zakaźnych, zwrócił się przed dwoma tygodniami do przedstawicieli polskich Towarzystw: Naukowego, Lekarskiego i Higienicznego z życzeniem, aby zajęli się urządzeniem Kursów Sanitarnych, w celu przygotowania obywateli kraju do walki z chorobami zakaźnymi.

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

mi. Zgodnie z powyższym zamiarem odbyło się kilka narad u Głównego Naczelnika kraju i u Kuratora Okręgu Naukowego. Wynikiem tych narad było zatwierdzenie w dn. 10 kwietnia przez Naczelnika Kraju Komitetu, złożonego z przedstawicieli wyżej wspomnianych Towarzystw polskich: prof. Leona Kryńskiego, d-ra Józefa Pawińskiego, d-ra Alfreda Sokołowskiego, d-ra Józefa Polaka i d-ra Józefa Jaworskiego. Komitet ten wypracował plan i program Kursów, jak również wybrał odpowiednich prelegentów. Kursy mają trwać 3 tygodnie. Przeznaczone są dla osób ze sfery inteligentnej, a zwłaszcza młodzieży płci obojga, która ukończyła szkołę średnią, lub kształci się w wyższych zakładach naukowych. Kursy mają charakter dydaktyczno-praktyczny. Na dyrektora wybrano d-ra Józefa Jaworskiego, redaktora czasopisma higienicznego „Zdrowie”. Wykłady będą się odbywały w języku polskim. Koszta pokrywa skarb państwa, środków naukowych i technicznych dostarczają wspomniane Towarzystwa. Słuchacze korzystają z wykładów bezpłatnie. Uroczystość inauguracyjna odbyła się w sobotę, dnia 17 kwietnia r. b. w sali zebrań Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Po wstępnym przemówieniu dyrektora kursów d-ra J. Jaworskiego, miał pierwszy wykład prof. d-r E. Przewoski z dziedziny anatomii opisowej”.

III. K. Zieliński odczytał protokół komisji rewizyjnej Tow. Lek. Warsz.

Sekretarz stały zawiadamia, że po śmierci kol. Dobrskiego dla sprawdzenia rachunków za cały szereg lat ubiegłych i dla przekonania się, czy księgi prowadzone są zgodnie z obecnym stanem wiedzy buchalteryjnej, Zarząd, korzystając z prawa dobierania sobie biegłych, zaprosił prof. Rzeszotarskiego, który znalazł wszystko w największym porządku, ale uważał, że sposób prowadzenia ksiąg buchalteryjnych wymaga gruntownej reformy; wobec tego Zarząd postanowił proponowaną reformę wprowadzić; koszta tej inowacji wyniosą niespełna 200 rb., co zresztą w niczem nie obciąży budżetu bieżącego, albowiem istnieje odnośna suma do rozporządzenia.

Na propozycję Prezesa zgromadzeni uchwalają wniosek Zarządu i zatwierdzają kredyt odnośny. Kolegom komisji rewizyjnej zgłoszono podziękowanie za poniesione trudy.

IV. Prezes wita gości: Wojno Zofię i Wład. Müllera.

V. Z powodu zgonu kol. M. Halperna Prezes wygłosił następującą przemowę: „Zgon kol. Mieczysława Halperna, członka naszego Towarzystwa, dotknął nas bardzo

żywo, straciliśmy bowiem wybitnego pracownika na niwie naukowej, a przytem człowieka wielkich zalet osobistych i skromności, taktu lekarskiego i koleżeńkiego. Padł na stanowisku, jako ofiara zawodu lekarskiego, zaraziwszy się dudem wysypkowym; kol. Sekretarz stały wypowie wspomnienie pośmiertne o zmarłym, — ja zaś proponuję uczcić Jego pamięć przez powstanie”.

VI. Sekretarz stały odczytał życiorys M. H a l p e r n a : „Wojna, ta odwieczna a najstraszniejsza klęska narodów, wywiera swój niszczycielski wpływ na społeczeństwa najmniej stosunkowo bezpośrednio, t. j. wywołując olbrzymie straty drogą morderczej nowoczesnej broni wśród osobników młodych, wyrwanych ze swego środowiska, w zakresie najintensywniejszego rozwoju pracy społecznej. O wiele jednakże większe ofiary ponoszą narody z powodu najróżnorodniejszych klęsk, towarzyszących nieodłącznie wojnom. Do tych najstarszych współtowarzyszy wojny zaliczyć należy bezspornie najrozmaitsze choroby, szczególnie zakaźne, które już nietylko trapią i nieraz dziesiątkują armię, lecz szerzą się dalej wśród całej ludności, dotkniętych surmą wojenną krain. Choroby zakaźne, szczególnie tyfus i cholera, zabierają, jak to wykazało doświadczenie ostatnich wojen, więcej ofiar, niżeli kule, szrapnele i granaty stron wojujących. Stąd też i słusznie państwa wojujące zwróciły wielką uwagę na walkę z temi straszniemi plagami, oddając kierownictwo tej akcji w pierwszej linii lekarzom, których rolę śmiało porównać można z działaniem żołnierza, i to walczącego na czołowych pozycjach. Jest to jednakże walka cicha, nie obfituje w doraźne tryumfy, nie jest nigdy prawie wynagradzana odznaczeniami i poklaskiem tłumów; to walka społeczna. Walka idei nauki z groźnem widmem śmierci, przynosząca jej przodownikom moralne jedynie zadowolenie wzamian za wyczerpanie fizyczne i duchowe, a nawet nie tak rzadko, jak to wykazują statystyki wojen, śmierć nie na polu chwały, lecz na łożu ciężkiej boleści. A tak samo, jak kula podczas bitwy nie wybiera, również i zaraza śmiertcionośna nie szczędzi ni młodych, ni starych, a porywa w swe objęcia zwykłych pracowników sanitarnych, skromnych lekarzy szpitalnych, narówni z wybitnymi przedstawicielami nauki, rokującymi na przyszłość wiele. Do tej ostatniej kategorii bezspornie należał zmarły dnia 15 kwietnia r. b. wskutek duru wysypkowego, członek naszego Towarzystwa M i e c z y s ł a w H a l p e r n .

Była to jednostka wybitna w naszym społeczeństwie lekarskiem, jeden z tych rzadkich pracowników, który obok medycyny praktycznej znalazł czas na pracę, i to gruntowną, w kierunku

teoretycznym naszej nauki, t. j. chemii fizyologicznej, a przede wszystkim chemii przemiany materii. Cały szereg jego prac, ogłoszonych w tym kierunku w latach między 1901 a 1913, nosi na sobie piętno gruntowności, znacznej dozy krytycyzmu i niezwykłego wkładu pracy, niezbędnej w tej dziedzinie dociekań laboratoryjnych. Prace jego poruszały przytem najżywotniejsze kwestye naukowe doby współczesnej ulubionej przez niego dziedziny, a zaletą ich niemałą było to, że H. wiązał je stale z kliniką, unikając t. zw. tematów teoretycznie abstrakcyjnych. Opracowywał więc ze znaną mu gruntowną sumiennością sprawy hemolizy, trawienie trzustkowe, albuminozurę, pentozurę, wpływ soku żołądkowego na gnicie i t. p. Z badań klinicznych ogłosił: „O leczeniu tętniaków aorty za pomocą wstrzykiwań żelatyny”, „O zawartości acetonu we krwi”, „Współczesne poglądy na dnę”, „Leczenie artrytyzmu” i t. p. Wszystkie powyższe prace, jak to już wspominałem, nosiły piętno indywidualności i gruntownego opracowania i stawały się prawdziwą ozdobą naszego piśmiennictwa lekarskiego. A niektóre z nich, jako to podstawowa praca: „O zachowaniu się chlorków w ustroju i ich stosunku do powstawania obrzęków”, jako też praca „O siarce w przemianie materii” stanowią prace nawskroś oryginalne i są istotnym i trwałym przyczynkiem ogólnego dorobku naukowego. W ciągu więc tych lat 12 wiele i bardzo wiele dokonał H. na polu polskiej nauki wśród trudnych wielce warunków, w jakich u nas wypada pracować naukowo. Zmarł w sile wieku, doskonale przygotowany do dalszej owocnej pracy dla społeczeństwa, które być może w niedalekiej przyszłości będzie mogło pracować dla nauki polskiej wśród zmienionych na jego korzyść warunków. A w szeregach nowo powstałych kadrów stanąłby bezspornie zmarły kolega Halpern między przodownikami. Społeczeństwo więc nasze traci ze śmiercią Halperna pierwszorzędnego pracownika naukowego. Toż samo i nasze Towarzystwo, w którym w czasie swej działalności jako członek czynny (od r. 1908 do śmierci) wypowiedział większość prac, ogłoszonych w tymże okresie. Wszystkie te odczyty wywoływały żywe zainteresowanie się i ożywioną dyskusję wśród członków.

Jako człowiek H. był niezwykle sympatycznym osobnikiem; skromny i uczynny wzbudzał żywą sympatyę w każdym, co poznał go bliżej; mimo gruntownej wiedzy nie starał się nią nigdy imponować. Był człowiekiem zasad uczciwych, przejętym duchem nawskroś humanitarnym i obywatelem, spełniającym bez zarzutu wzięte na siebie społeczne obowiązki. Cześć Jego pamięci.

Mieczysław Kalpern urodził się w Warszawie w 1877 roku; tu też skończył nauki gimnazjalne i następnie wydział lekarski, który ukończył w 1900 roku. Od chwili ukończenia uniwersytetu pracował jako asystent na oddziale ś. p. d-ra Dunina w szpitalu Dz. Jezus. W latach 1902 i 1903 przebywał w Berlinie, gdzie studiował medycynę wewnętrzną w klinice Senatora, w pracowni pr. Salkowskiego o chemię fizyologiczną. W latach od 1904 do 1906 był wojskowym lekarzem na Dalekim Wschodzie. Od roku 1909 aż do śmierci pełnił obowiązki lekarza w szpitalu na Czystem“.

Ogłosił drukiem następujące prace:

- 1) W sprawie leczenia tętniaków aorty za pomocą podskórnych wstrzykiwań żelatyny. Księga Jubileuszowa d-ra Dunina, 1901. Toż samo po niemiecku w Zeitschft. f. Kl. med. Bd. 46.
- 2) O własnościach hemolitycznych surowicy ludzkiej. Gaz. Lek., 1902. Toż samo w Berl. Kl. Woch., 1902.
- 3) O albumozuryi doświadczalnej. G. Lek., 1903. Toż samo w Berl. Kl. Woch., 1903.
- 4) O wpływie zczynu autolitycznego na trawienie trzustkowe. Gaz. Lek., 1903. Ibidem Zeitsch. f. Phys. Chemie T. 39.
- 5) O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych. Medyc., 1903. Ibidem Zeitsch. f. Kl. Med. 1903.
- 6) O pentozuryi. Medycyna, 1903.
- 7) O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczenie w dyetyce przy zapaleniu nerek. Gaz. Lek., 1904. Ibidem Festschrift f. Prof. Salkowski, 1904.
- 8) O stosowaniu diety małosolnej w przebiegu zapalenia nerek. Nowiny Lekarskie, 1904.
- 9) Wspólnie z Landauem. Ueber d. Acetongehalt des Blutes. Zeitschrift f. Exp. Pathologie, 1906.
- 10) O Lewozuryi. Medycyna, 1906.
- 11) Przypadek zakażenia gronkowcowego. Medyc., 1907.
- 12) Wspólnie z Landauem. Przyczynek do badań nad składem chemicznym płynu mózgowordzeniowego (Med. 1908) Ib. Biochemsch Zeit., 1908.
- 13) Studya nad higieną w zapaleniu nerek. Med., 1908. Ib. Deut. Arch. f. Kl. Med. 1908.
- 14) O siarce w przemianie materyi. Med., 1908.
- 15) Przyczynek do przemiany materyi w głodzeniu. Toż samo w Bioch. Zeitsf., 1908.

- 16) O wpływie soku żołądkowego na powstawanie gnicia w kiszkach. Med. 1909.
- 17) Przyczynki do przemiany siarki w ustroju. Med. 1910.
- 18) O przemianie materji w myastenii. Med. 1910.
- 19) O rozczłonkowaniu siarki w moczu w stanach patologicznych. Pamięt. Tow., 1910.
- 20) O wpływie kwasów i alkali na przemiany siarki w ustroju. P. Tow., 1910.
- 21) Współczesne poglądy na dnę. Medycyna, 1911.
- 22) O przemianie materji w przypadkach astenii. Medycyna, 1911.
- 23) Z Oderfeldem. Przypadek wycięcia śledziony. Przegł. Chir. 1911.
- 24) Przypadek chłonicy niebiałaczkowej. Med., 1912.
- 25) Kilka słów w sprawie leczenia dyetetycznego t. z. artrytyzmu. Med., 1912.
- 26) O leczeniu dyetetycznem stanów obrzękowych. Medycyna, 1912.
- 27) O morfologicznych własnościach krwi w moczówce cukrowej. Med. 1913.

VI. Higier przedstawił: a) Ciężki przypadek porażenia L a n d r y e g o, zakończony pomyślnie.

24-letni rymarz, bez powodu zachorowuje na bezgorączkowe porażenie wiotkie górnych kończyn, następnie dolnych, a pod koniec nerwów opuszkowych. Po upływie tygodnia od początku choroby stan jest tak ciężki — niemożność łykania, oddychania, sinica, tętno nitkowate, absolutny brak ruchów w kończynach, — że jedynie sztuczny oddech, tlen, kamfora, strychnina, kofeina ledwie podtrzymują czynność serca. Chory obecnie w 7-m tygodniu choroby o tyle się poprawił, że potrafi ruszać wszystkimi kończynami, przejść 2 piętra bez pomocy, łyka i mówi wyraźnie. Pozostał jedynie brak odruchów ścięgniętych rzepekowych i Achillesa. Ciekawą jest w dalszym przebiegu okoliczność, że dopiero na 5 — 6 tydzień uwydatnia się zgrubienie niektórych nerwów, pewna bolesność uciskowa mięśni i osłabienie pobudliwości galwanicznej i faradycznej drobnych mięśni dłoni, — co wszystko przemawia za tem, że mimo absolutnego braku zaburzeń czuciowych i bolesności w pierwszym miesiącu choroby, mieliśmy jednak do czynienia z *polyneuritis acutissima*, przebiegającej pod postacią t. zw. choroby L a n d r y, kończącej się w większości przypadków zejściem śmiertelnem. Zasługuje na uwagę fakt, że chory w czasie najcięższych objawów sercowo-oddechowych, pochodzenia opuszkowego, miał kilka ognisk płucnych wysłuchowo-opukowych, prawdopodobnie

zatorowych, a jednak zwycięsko wyszedł z nieożpieczeństwa. Możliwym jest, że ogromne dawki strychniny podskórnie (co 2 godz. po 1 mlgr.) podtrzymywały czynność wyczerpanego mięśnia sercowego.

b) Przypadek *hyperostosis multiplex cranii s. leontiasis ossea* (Virchow). U osobnika lat 40-tu rozwinęły się przed kilku laty po durze brzuszny 3 kostniaki ograniczone na czaszce. W ostatnim półroczu liczba ich powiększyła się do 20-tu z górą. Kostniaki nie przeszły dotychczas na kościec twarzy i nie dały zniekształcenia twarzy, które Virchow spotykał w tych razach i opisał jako *leontiasis ossea*. Cierpienie to jest nader rzadkie (Bockenheimer w klinice berlińskiej Bergmanna znalazł w ciągu 22 lat w ambulanse z 80 tysięcy osób zaledwie 3 odnośne przypadki) i należy je umiejętnie odróżnić od gigantyzmu i od *hyperostosis diffusa*, czyli *megaloccephalis*, z którymi często się wikła. Choroba ta jest identyczna co do tła anatomo-patologicznego z chorobą Pagenta, zwaną *osteitis deformans s. osteomalacia chronica hypertrophica deformans*, umiejscowioną zwykle w kośćcu kończyn. Najstarszy przypadek *leontiasis osseae* opisał przed laty 250 Malpighi. Różne muzea anatomiczne Europy posiadają pojedyncze egzemplarze tych czaszek, dotkniętych eburnizacją kości, kraniosklerozą. W przebiegu choroby są znane dłuższe zwolnienia i obostrzenia. Gdy kostniaki przypadkowo usadowią się głębiej lub na podstawie czaszki, to dają objawy bólu głowy, ślepoty, głuchoty i t. p. Przedstawiony chory mimo braku wyraźnych objawów uciskowych cierpi w ostatnich miesiącach na dotkliwe bóle głowy, których dawniej nie znał. Chorób wenerycznych nie przechodził. Radiogram nic ważnego nie wykazuje. Jediną uleczalną postać *osteomata multiplicia* spotyka się w fabrykach, przepojonych pyłem macycy perłowej (*Conchiolinostitis*—Gussenbauer), gdzie kostniaki rozwijają się podostro i siedzą względnie często na szczęcie dolnej, rzadziej na czaszce.

c) Przypadek skurczów klonicznych głębokich mięśni szyi po urazie postrzałowym. Żołnierz, przestrzelony poprzecznie przez szyję na wysokości między 1—4 kręgiem szyjnym z lewa na prawo, ma objawy hematomyelii w obrębie lewej połowy rdzenia z porażeniem ruchowo-czuciowym lewej kończyny górnej i zajęciem czucia twarzy tejże strony (*radix ascendens spinalis n. trigemini*). Po upływie 6 tygodni, gdy chory zaczął — po ustaniu bólów w przestrzelonym kręgu — ruszać nieco swobodniej szyją w stronę lewą, wystąpiły nader silne ruchy kloniczne, które ustają w zwykłej pozycji głowy. Drgawki te

o amplitudzie dość rozległej i głównie w kierunku poprzecznym, są bardzo przykre i nieco bolesne. Przypominając nieco *torticollis de la tête*, *Salaamkrämpfe*, *spasmus nutans* i ruchy wahadłowe pagod indyjskich, skurcze chorego posiadają jednak charakter swoisty i nie są natury psychopochodnej, jak np. *torticollis mental*. Prawdopodobnie zajęte są głębokie mięśnie szyi (*mm. recti capitis ant., post. et lateral. longus colli, splenius capitis et colli*, w mniejszym stopniu *obliquus inf. et sternocleidomastoideus*) w zależności od blizny, uciskającej górne nerwy szyjne. Interwencja chirurgiczna może być w razie uporczywości cierpienia wskazana (wycięcie blizny, przecięcie korzonków nerwowych lub ścięgien mięśniowych).

d) Przypadek niezwykłego stanu duchowego („hypnoza bitwy”) po wstrząsie ogólnym. Żołnierz, po ogólnej kontuzji po wybuchu bomby w bliskości okopu, zachorował na miejscu. Od chwili wybuchu do chwili obecnej (około 6 tygodni) nie pamięta prawie nic, co z nim zachodziło. Do szpitala przywieziony na 5-ty dzień po wypadku, leżał nawpół przytomny, w śpiączce, z której go budzić się udawało. Oczy miał przymknięte lub mocno rozwarte, przed siebie błędnie w dal patrzące. Żrenice reagowały prawidłowo, czucie było zniesione, ruchy i odruchy zachowane. Na bodźce otaczające mało albo prawie nie oddziaływał. Mocz oddawał pod siebie. Przyjmował pokarmy, o ile mu się je wlewało do jamy ustnej. Po upływie 2—3 tygodni zaczął stopniowo więcej oddziaływać na bodźce zewnętrzne, siadał, otwierał oczy, sam brał łyżkę w rękę i nabierał pokarmy z talerza, wychodził z łóżka, omijając przeszkody, na pytania nie odpowiadał, dźwięków wogóle nie wydawał. Od początku choroby głowa wykonywa stałe ruchy wahadłowe drobne w kierunku poprzecznym i podłużnym, rzadziej bierze w nich udział cały tułów. Po pierwszych 3 zawijaniach w zimne koce, chory zaczął się budzić, wydawał pewne nieartykułowane dźwięki, następnie wymawiać cicho i niewyraźnie pojedyncze wyrazy. Obecnie mówi wszystko, odpowiada na pytania, ale luki pamięciowe są ogromne i nie pamięta prawie nic z ostatnich 6 tygodni, nie pamięta też wiele z tego, co wczoraj czynił, co doń mówiono, o co go się pytano i jakie dawał odpowiedzi (*amnésie retro-antegrade*). Poprawa z każdym dniem większa. Przez cały czas choroby ciepłota podgorączkowa (36°8—37°6) bez widocznej przyczyny. Omamów nie było. Przypadek, przypominający somnambulizm histeryczny pourazowy, najbardziej odpowiada temu, co ostatnio z kampanii obecnej Millia n opisał pod nazwą „hypnozy bitew”.

[Streszczenie własne].

VIII. H i g i e r odczytał rzecz p. t. „Z dziedziny przesądów w neuropatologii polowej”. Odczyt ten zawiera krytyczny szczegółowy rozbiór na zasadzie własnego materiału, obejmującego z górą 100 przypadków mózgowych i 40 rdzeniowych:

1) głównych przesądów w poglądach, rozumowaniu i postępowaniu interwencyonistów i abstynencyonistów chirurgów w dziedzinie neurochirurgii polowej, zwłaszcza mózgu i rdzenia;

2) błędów w rozpoznawaniu różniczkowem spraw ośrodkowych chirurgii wojennej;

3) podstawowych różnic w semiotyce, prognostyce i technice chirurgii polowej i pokojowej;

4) wad i braków elementarnych obecnej statystyki polowo chirurgicznej. [Streszczenie własne].

W dyskusyi P a w i ń s k i czyni uwagę, czy nie byłoby właściwiej zamiast wyrazu „przesady” użyć słowa „błędy naukowe”.

IX. J. M a t u s e w i c z ó w n a wygłosiła rzecz p. t. „Zaburzenia wzroku na tle zatrucia spirytusem skażonym”. Prelegentka miała sposobność obserwowania 23 przypadków zatrucia. Obraz chorobowy przedstawia się jako t. zw. zapalenie pozagalkowe nerwu wzrokowego. Charakterystycznym objawem, nie spotykanym w innych postaciach tego cierpienia, jest występujące wtórne pogorszenie wzroku, prowadzące w cięższych przypadkach do ślepoty bezpowrotnej. Trucizną działającą jest zdaniem preleg. spirytus drzewny. Rokowanie jest b. poważne: na 23 przypadki było 8 zupełnej ślepoty, a tylko w 3 zejście pomyślne (w jednym powrót do normy obustronny). Leczenie polega na stosowaniu środków napotnych (salicyl, łaźnia parowa, obfite podawanie płynów), na zastrzykiwaniu strychniny, podawaniu przetworów jodu. Próbowiała również Mat. galwanizacyi, ale bez wybitnego wyniku.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi a) K. T o k a r s k i zaznacza, że w kilku obserwowanych przez siebie przypadkach w okresie początkowym zatrucia spostrzegął nieruchomość gałek ocznych i zapytuje prelegentkę, czy objaw ten również notowała.

b) S t e r l i n g W ł a d. przypomina, iż niedawno przedstawiał kilka odnośnych przypadków; obecnie rozporządza materiałem 11 obserwacji, na których podstawie potwierdza symptomatologię cierpienia, omówioną przez Mat.; zaznacza, że amauroza powstać może sposobem apoplektycznym, co bywa nawet powodem błędów dyagnostycznych; niesłuchanie dotkliwy ból głowy, towarzyszący zatruciu, jest tak uparty, iż nie ustępuje przed żadnymi środkami analgetycznymi; rokowanie wogóle złe; w jednym tylko przypadku, i to dopiero po 3^{1/2} tygodniach,

wystąpiła taka poprawa, iż chory mógł powrócić do pracy, reszta wyszła z większym lub mniejszym upośledzeniem wzroku; jako środki lecznicze St. zaleca salicyl i koce.

[Streszczenie własne].

c) Higier, opierając się na szeregu własnych przypadków, podkreśla 2 nader ciekawe fakty, obserwowane przezeń w ostatnich miesiącach podczas napływu zatruc denaturatem. Pierwszym faktem, który go uderza, jest to nadzwyczajna ostrość wystąpienia objawów zatrucia, tak że tu i owdzie wypada mówić o napadzie udarowym. W jednym przypadku starzec pamięta, że z bóźnicy wychodził zupełnie zdrow, a tuż obok na podwórzu upadł prawie już nic nie widząc. Taka *névrite a plectiforme* należy w zwykłych warunkach do wielkich rzadkości. Drugą godną zaznaczenia cechą zapaleń wskutek denaturatu stanowi to, że w wielu przypadkach w przebiegu choroby po znacznej poprawie następuje nieoczekiwane pogorszenie siły widzenia. Objaśnienie tego zjawiska jest wcale nie łatwe, o ile nie przypuszczać zaburzeń w przemianie materii, które warunkują stałe wytwarzanie się toksyn endogennych. Tłómaczenie zapalenia pozagałkowego acidozą ostrą, t. j. wytwarzaniem się kwasu mrówczanego, krążącego we krwi wskutek niedostatecznego spalania się spirytusu metylowego, jest hypotetyczne. Ten sam obraz zapalenia spotykamy, wprawdzie o wiele rzadziej i przewlekłej, po zatruciach zwykłym spirytusem etylowym, który się nie rozpada na kwas mrówczany. Leczenie tej acidozy dużemi dawkami sody również chyba celu. Alkohol metylowy, mniej etylowy, jeszcze mniej nikotyna stanowią jad nerwowy, a wśród nerwów n. wzrokowy, a po części i błędny, stanowią w tym razie *locum minoris resistentiae*. Z włókien n. wzrokowego głównie cierpią tu i tam pęczek tarczowo-plamkowy (*funiculus papillo-maculosus*), którego zniszczenie daje znane skotomaty centralne w polu widzenia. Tu i owdzie towarzyszące ślepotcie porażenia mięśni ocznych (*ophthalmoplegia externa*), nie mówiąc o porażeniu mięśni żrenicznych, zależnych od ślepoty samej, są zazwyczaj też objawem toksycznej *ophthalmoplegiae externae acutae*. Że autorzy, jak Bielschowski, nie znajdowali przy pośmiertnem badaniu zmian zapalnych w nerwie, zastanawiać musi, gdyż klinicznie się stwierdza nierzadko obrzęk nerwu, zatarcie granic duże, słowem, objawy zapalenia wysiękowego pochwy nerwu. Zwrodnienie tłuszczowe komórek tarczy jest objawem wtórnym, prawdopodobnie pozapalnym.

[Streszczenie własne].

d) Cetnarowicz podkreśla, iż okuliści mają inny nieco materiał, niż neurologdzy, stąd płyną pewne różnice w ob-

serwacyach; zapytuje o stosunek ilości wypitego wysokoku do natężenia zmian zapalnych w oku, albowiem sam spostrzegął, iż już po 1 — 2 kieliszkach występowały czasem duże zmiany.

e) Sterling Wł. zaznacza, że w wielu przypadkach chorzy wypili nie więcej nad jeden kieliszek, a były ciężkie objawy zatrucia; w dwóch przypadkach nie notował mówca skotomatu centralnego.

f) Gepner R. oznajmia, iż obserwował prawie wszystkie przypadki Matusewiczówny; za nieuleczalne uznano te, które po wszelkich usiłowaniach terapeutycznych nie dawały żadnej poprawy; w jednym przypadku G. widział bardzo pomyślny wynik po leczeniu napotnem (łaźnia), uważa więc za wskazane stosowanie tej metody w najwcześniejszym okresie zatrucia; danych co do ilości wysokoku skażonego, koniecznej dla wywołania zaburzeń, nie może ściśle ze swych obserwacji wyprowadzić.

g) Matusewiczówna dodaje, że najwcześniejszy przypadek obserwowany był na trzeci dzień po zatruciu; nieruchomości źrenic i oczopląsu nie notowała ani razu; ból głowy widywała często, chorzy ci doznawali ulgi po pijawkach; powtórne pogorszenie wzroku jest zjawiskiem zupełnie swoistem jedynie dla zatrucia denaturatem; objawy zapalne występują głównie w postaci obrzmienia; tolerancya względem denaturatu bywa bardzo rozmaita, tak iż nic określonego M. nie może w tej kwestyi powiedzieć.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Za Sekretarza *Lande*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 27 kwietnia 1915 roku.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 39, gości 3.

Treść: 1) *Erlichówna M.* Przypadek niedokrwistości złośliwej leczony za pomocą wstrzykiwania krwi ludzkiej.

2) Bronowski. O walce ustroju ludzkiego z zarazkami infekcyjnymi, ze szczególnem uwzględnieniem roli w tej walce jamy brzusznej.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Erlichówna M. wygłosiła odczyt p. t. „Przypadek niedorwistości złośliwej, leczony za pomocą wstrzykiwania krwi ludzkiej”.

Dziewczynce 7 $\frac{1}{2}$ -letniej, u której stwierdzono typowe objawy anemii złośliwej, prelegentka wstrzykiwała 5-krotnie śródmięśniowo 10 — 15 ctm.³ krwi i doprowadziła dziecko bardzo ciężko chore do stanu bardzo dobrego i krew do normy (16% hemoglobiny i 500.000 czerwonych ciałek do 68% hemoglobiny i 4.320.000 czerwonych ciałek). Jednoczesne stosowanie arseniku i żelaza nie przeszkadzało do zorientowania się w wynikach leczenia krwią, gdyż stwierdzano bezpośredni związek czasowy między każdym wstrzyknięciem a poprawą stanu dziecka. Po 3 miesiącach dziecko powróciło do szpitala w okresie rozwijania się powtórnie, wskutek nie dającej się ustalić przyczyny, złośliwej niedokrwistości; dziecko będzie podlegało w dalszym ciągu obserwacji i leczeniu tą samą metodą.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi: a) Puterman, zaznaczając, iż *Bothriocephalus latus* często bywa przyczyną złośliwej anemii, zapytuje, czy w przypadku prelegentki badany był kał w tym kierunku, oraz czy przeprowadzano badania krwi na fermenty w sensie Abderhaldena, albowiem ustrój za pomocą ich wytwarzania reaguje na zastrzykiwanie ciał obcych.

b) Szokalski, opierając się na danych literatury i swych własnych obserwacjach, sceptycznie zapatruje się na wyniki leczenia bezkrwistości złośliwej wprowadzaniem do ustroju obcej krwi. Z siedmiu w ten sposób leczonych przypadków przez Waltera pięć dało wyniki bardzo zachęcające, jednak w następnej monografii autor zaznacza, że wyniki te były krótkotrwałe i wszystkie przypadki skończyły się mniej więcej po upływie roku śmiercią. Ciekawymi są również dane, przytoczone przez Porta w zeszłorocznej monografii o chorobach krwi. Jeden z jego chorych w ciągu pół roku otrzymał 13 zastrzyknięć dożylnych przeciętnie po 60 ctm.³ krwi bez widocznych wyników. Sz. stosował ten sposób leczenia w dwóch przypadkach anemii złośliwej. W jednym przypadku, leczonym w oddziale d-ra Skłodowskiego, polepszenie było istotne, lecz taka sama poprawa nastąpiła po

zastrzykiwaniu arszeniku. W celu uniknięcia gwałtownego rozpuszczania się krwinek w ustroju (przypadek *Türcka*) należy przy zastrzykiwaniu dożylnem badać krew na izohemolizyny, lub przechować krew w ciągu 12 godzin.

Szukano przyczyny anemii złośliwej w hemolizującym działaniu śledziony. Wycinanie tego organu daje również krótkotrwałą poprawę, o czym Sz. przekonał się, obserwując przypadek, leczony przez kol. *Kijewskiego* i operowany przez kol. *Czarkowskiego*.

[Streszczenie własne].

c) *Rzętkowski* w zakomunikowanej przez prelegentkę historii choroby 2-o dziecka podkreśla dwie okoliczności: 1) szybki wzrost ilości erytrocytów przy znacznie powolniejszym wzmaganiu się ilości Hb, co świadczy o podrażnieniu układu erytrotwórczego przez krew zastrzykiwaną, tak jak to bywa odnośnie do innych środków lekarskich; 2) wzmaganie się wydzielania żołądkowego równoległe do poprawy krwi, co świadczy o tem, że achylia z bezkrwistości jest zjawiskiem wtórnem, zależnem od składu krwi, a nie pierwotnem. Okoliczność ta zasługuje na uwagę zwłaszcza w świetle metody leczenia bezkrwistości złośliwej żelazem i kwasem solnym. Wreszcie *Rz.* stwierdza, że zastrzykiwania prawdopodobnie działają właśnie dla tego, że pobudzają ustrój do wytwarzania odnośnych izolizyn, które drażnią układ krwiotwórczy. Zdumiewająca poprawa w przypadku omawianym świadczy, że ta metoda leczenia, wbrew obawom kol. *Szokalskiego*, jest nie tylko nieszkodliwa, ale wprost wielce skuteczna.

[Streszczenie własne]

d) *Kramsztyk J.* zaznacza, że u dzieci dotychczas nie stosowano tej metody; zapytuje, czy krew działa tu jako taka, czy w sensie opoterapii; przypomina, iż w przypadkach anemii złośliwej *Heubner* z pomysłuym wynikiem stosował szpik kostny.

e) *A. Sokółowski* sądzi, iż osiągnięta przez prelegentkę znakomita poprawa zaleca omawianą metodę, uważa jednak, iż dla ścisłości obserwacji w następnych próbach należałoby zaniechać dodatkowego stosowania arszeniku i żelaza, które same przez się, jak wiadomo, częstokroć pomyślnie wpływają na niedokrwistość złośliwą.

f) *Erlichówna* odpowiada, iż pasorzytów żadnych w kale nie znaleziono; fermentów krwi nie badano; prelegentka w odczycie swym nie mówi o wyleczeniu zupełnem, lecz tylko o leczeniu anemii; niezależnie od arszeniku i żelaza poprawa zawsze występowała wyraźnie natychmiast po zastrzyknięciu

krwi; zjawisko, że liczba krążków szybciej wzrasta, niż ilość hemoglobiny jest bardzo ciekawe; prelegentka zjawisko analogiczne spostrzegła wraz z kol. Hertzem przy wytwarzaniu sztucznej hyperglobulii u zwierząt.

III. Bronowski Szczęsny wygłosił odczyt p. t. „O walce ustroju ludzkiego z zarazkami infekcyjnymi ze szczególnem uwzględnieniem roli w tej walce jamy brzusznej”.

W kształtowaniu ustroju ludzkiego celem przyrody jest w walce z zarazkami infekcyjnymi zabezpieczyć centralny system nerwowy, ulokowany w mocno opancerzonej kostnej jamie czaszkowej i w kostnym kanale kręgowym, od wtargnięcia drobnoustrojów; od zatrucia toksynami, wzgl. od porażenia ważnych dla życia ośrodków nerwowych.

Na wstępie swej pracy prelegent wymienia te zabezpieczenia i środki obrony, jakie posiadają skóra i błony śluzowe dla uchronienia ustroju od wtargnięcia zarazków do wewnątrz, przytaczając odpowiednie dane z historii, fizjologii i bakteriologii. Ze szczególnym naciskiem zaznacza, że migdałki, położone w cieśninie nosogardzielowej, nie mogą być uważane za organ szczątkowy, zgoła dla ustroju niepotrzebny, jak chcą lekarze amerykańscy, lecz że ich przeznaczeniem jest zatrzymać i zwalczać moc zarazków, przeciskających się przez tę cieśninę do narządów oddechowych i trawiennych. Na poparcie swego twierdzenia autor przytacza niektóre fakty z dziedziny patologii ludzkiej. Ponieważ leukocyty, limfa, gruczoły chłonne i krew posiadają bardzo silne środki i własności bakteriobójcze, przeto przyroda celowo ulokowała gęste sieci naczyń limfatycznych i krwionośnych, tkankę limfoidalną i gruczoły chłonne w tych właśnie miejscach ustroju, które są najbardziej zwykle atakowane przez inwazyę drobnoustrojów. Jedne z nich, jak drogi oddechowe i trawienne z jamą noso-gardzielową włącznie, bywają stale prawie drażnione i nadwyrężane przez ciała obce i pokarmy i naskutek tego są łatwiej przepuszczalne dla drobnoustrojów; inne, jak opłucna, otrzewna, osierdzie, błony maziowe stawów — przez ciągły ruch żołądka, kiszki, płuc, serca, stawów. Rzecz można, że niektóre z tych zagrożonych miejsc naszego ustroju, będąc szczególnie obficie zaopatrzonymi w tkankę limfoidalną, łącznie z gęstą siecią krwionośną i limfatyczną i pobliskimi gruczołami chłonnymi mogą być nazwane prawdziwymi twierdzami ustroju. Do takich można zaliczyć gardziel łącznie z otaczającymi ją gruczołami chłonnymi, kanał kiszkowy, obie otrzewne z siecią i gruczołami chłonnymi włącznie, opłucną. Na szczególne uwzględnienie zasługuje sieć, która jakoby została wstawiona między obie otrzew-

ne dla wzmocnienia jej siły obronnej i czynnej pomocy w walce z najściem drobnoustrojów.

Na zasadzie obrazów chorobowych, przebiegu rozmaitych chorób infekcyjnych obserwować można i wnioskować, że na tych twierdzach ustroju przedewszystkiem rozpoczyna się walka i wre na nich najbardziej zażarta. Tak zwane naloty na błonach śluzowych, zgrubienia, zrosty, przetoki, ropnie otorbione i t. d. to są tylko bardziej świeże lub dawniejsze pobojuwiska. Można obserwować w przebiegu chorób infekcyjnych jeszcze twierdze broniące się, jak np. migdałki w zwykłej błonicy gardzielowej, lub już kapitulujące, jak np. w błonicy zgorzelinowej (*diphtheritis gangraenosa*). Inne natomiast miejsca w ustroju są to t. zw. „*loca minoris resistentiae*“, które są względnie skąpo zaopatrzone w sieć limfatyczną i krwionośną (jak np. stare blizny i ich okolice, przepracowane narządy, wygasłe lub wygasające ogniska chorobowe) i które biorą udział w przebiegu walki nieco później. A dzieje się to z tego względu, że chociaż inwazyja bakteryjna również prędko tych miejsc dosięga, ale walka widoczna dla klinicysty następuje dopiero wtedy, kiedy przybędą do miejsc tych, słabo bronionych, posiłki w postaci zapalnego przyływu krwi, wędrujących zdaleka nieraz leukocytów i t. d. Dla tego też nieco później spostrzegamy zapalenia wyrostka robaczkowego, woreczka żółciowego, przydatków macicznych, miedniczek nerkowych, ucha i t. d. Na tem miejscu prelegent zaznacza, że dotychczasową naszą terminologię niektórych chorób, biorącą początek od *V i r c h o w a*, a która oznacza zwykle umiejscowienie wtórnych ognisk po przebyciu ogólnych chorób zakaźnych, już nadszedł czas zamienić na inną, bardziej ogólną i odznaczającą bliżej naturę cierpienia danego narządu lub tkanki.

Na poparcie poprzednich swoich wywodów prelegent daje liczne przykłady z dziedziny patologii, a między innymi cytuje dur brzuszny i plamisty, których przebieg kliniczny, zależny: 1) od jakości wzgl. jadowitości zarazka, 2) od miejsca wtargnięcia zarazka do ustroju i 3) od poszczególniej odporności danego ustroju, niewątpliwie przeważnie jest w związku z tem, czy zarazek był po drodze do wnętrza ustroju zatrzymany przez rozmaite obronne zagrody, jak to ma miejsce w durze brzuszny, czy też wprost bez przeszkody trafił do krwiobiegu, jak to bywa podczas zakażenia zarazkiem duru wysypkowego przez ukąszenie owadów. Jeżeli zarazki poprzez rozmaite przeszkody, wyżej wymienione, dostały się w większej lub mniejszej ilości do obiegu krwi i limfy i nie zostały zbyt osłabione w swej jadowitości, to następczą rolę obronną w ustroju bierze na sie-

bie krew i limfa, gdzie, wedle badań Miecznikowa, Erlicha i innych rozmaite antitoksyny, aleksyny, substancje uczulające, bakteryolizyny i inne ciała mogą nieraz zupełnie zniszczyć zarazki i zniwelować działanie toksyn. Ramy niniejszego odczytu nie pozwalają prelegentowi podnieść w całej rozciągłości owej potężnej roli krwi i limfy; jednakże bardzo często bakteryobójcze i antitoksyczne własności krwi i limfy są niedostateczne, a ustroj musi się dalej bronić, aby uchronić swoje głębiej położone narządy ważne dla życia ustroju od inwazyi bakteryjnej.

Manfredi, Nenciki, Wrzosek i inni wyraźnie udowodnili, że nawet u zdrowych zupełnie ludzi liczne zarazki chorobotwórcze i niechorobotwórcze dają się wykryć we krwi i narządach wewnętrznych, czyli że dalsza pomoc w walce innych czynników jest konieczna.

Prelegent wymienia błony surowicze, jak opłucną, osierdzie, otrzewną, błony mózgowe i inne, które stanowią dalszą przegrodę dla inwazyi bakteryjnej i, opierając się na badaniach Gengou, który udowodnił, że wysięki zapalne surowicze posiadają daleko silniejsze własności bakteryobójcze, niż surowica krwi, przypuszcza, że wysięki owe w jamach surowicznych stanowią również pewną pomoc w zatrzymaniu i niszczeniu zarazków, mogących przeniknąć do organizmów zzewnątrz, tak i tych, które mogą się dostać z organów już zakażonych nazewnątrz do obiegu krwi i limfy. Popiera to swoje twierdzenie prelegent również licznymi przykładami z patologii ludzkiej, cytując między innymi postać chorobową, zwaną *polyserositis*, w której przebiegu narządy wewnętrzne prawie zostają nietknięte przez inwazyę bakteryjną.

Dalszy przebieg walki ustroju z zarazkami jest taki, że nasze narządy wewnętrzne same mogą się bronić, zawdzięczając to własnościom swych komórek, jak np. płuca. Zwykle włóknikowe zapalenie płuc, podług prelegenta, to przeważające umiejscowienie dwoinek Frenkla i innych w tkance płucnej, gdzie płuca walczą z całą nawałą bakteryjną biorąc prawie wyłącznie na siebie, chroniąc przez to cały ustroj od t. zw. *diplococcaemiae*, której przykłady kliniczne autor przytacza. Tkanka łączna, na nowo powstająca po rozmaitych sprawach zapalnych, również chroni ustroj od dalszej inwazyi drobnoustrojów, stanowiąc prawdziwe szańce obronne, jak to bywa np. w włóknistej postaci gruźlicy płucnej. Do budowy szanćów dla zniszczenia i umiejscowienia zarazków ustroj używa również nieraz wapna zamiast betonu, używanego w akcyi okronnej podczas

toczącej się obecnie wojny. Stąd powstają zapalenia wsierdzia sklerotyczne, złogi wapienne w płucach i t. p.

Zdarza się, niestety często, że poprzez wszystkie te przeszkody wróg sięga dalej, niby do stolicy, t. j. do najbardziej ważnych ośrodków mózgowych i nerwowych, i, jeżeli je zajmie w swe posiadanie, to wtenczas ustrój kapituluje i ginie, pokonany w walce.

[Streszczenie własne].

W dyskusji: a) S o k o ł o w s k i pochwała dążenie prelegenta do syntezy, ale zaznacza, że fakty stają czasem w przeciwieństwie do jego teorii; nauki V i r c h o w a nie można uważać już za przepadłą, a nowsze pojęcia o t. zw. „coccyach” nie w każdym przypadku dają się zastosować; wysięk surowiczy opłucnej uważa prelegent za baryerę obronną, tymczasem doświadczenie uczy, że bardzo rzadko robi się gorzej pacjentowi po wypuszczeniu płynu; należy też zaznaczyć, że wysięki ropne też nie są zawsze złe, bo np: pneumokokowe dobrze się same wysysają w przeciwieństwie np.: do streptokokowych, które muszą być bezwarunkowo usuwane; teorii prelegenta przeczy również np.: przebieg kliniczny durów, gdyż brzuszny, pomimo tylu obronnych szansów w przewodzie kiszki, jest chorobą ciężką, a powrotny, gdzie bez żadnych obron zarazek wkracza odrazu do krwiobiegu, jest cierpieniem względnie łagodnym; różnice te tkwią oczywiście nie w zarządzeniach ochronnych, lecz w istocie samej zarazki.

b) S z o k a l s k i zaznacza, iż prelegent zbyt przeocenia działanie bakterycydnego systemu limfatycznego, zapominając o tem, że fagocytoza jest jednym tylko z przejawów działania ciał ochronnych w ustroju.

c) B r o n o w s k i w odpowiedzi S o k o ł o w s k i e m u zaznacza, że naturalnie zmiana nomenklatury nie może nastąpić raptownie; nadto bardziej przyczynowa nazwa chorób i przytem ogólniejsza, byłaby celowszą, albowiem określałoby musiała istotę zarazki, co ułatwiałoby wskazania lecznicze, jakie wysięki surowicze mogą być wypuszczane niezwłocznie, z wypuszczaniem zaś jakich spieszyć się nie należy. Co zaś się tyczy przyczyn różnych obrazów klinicznych w durze brzusznej i wysypkowej, to, jak zaznaczył już prelegent w swoim odczycie, takowa różnica zależna jest od kilku przyczyn, jedną z najważniejszych zaś stanowi ta okoliczność, czy zarazek przenika bez przeszkód do obiegu krwi i limfy, czy też na swej drodze napotyka jakie przegrody, o których była mowa w jego odczycie.

S z o k a l s k i e m u na zarzut, że nie uwzględnił poglądów M i e c z n i k o w a i E h r l i c h a co do znaczenia krwi

w zwalczaniu zarazków infekcyjnych, odpowiada, że w odczycie swoim o tem ważnem zadaniu krwi nadmieniał, nie mógł jednakże wyczerpywać tej obszernej dziedziny w całej jej rozciągłości, albowiem na to potrzebaby było co najmniej paru posiedzeń.
[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Za Sekretarza *Landę*.

Posiedzenie kliniczne z d. 4 maja 1915 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 28, gości 4.

T r e ś ć: 1) *A. Zawadzki*. Rany postrzałowe naczyń krwionośnych; tętniaki urazowe.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości: *Higiera*, *Wójcickiego*, *Nasiłowskiego* i *A. Zawadzkiego*.

III. Dla Biblioteki Tow. nadesłano: Prawo o samorządzie miejskim w Król. Polsk., oraz Statut miejski cesarstwa z r. 1892 w zastosowaniu do miast Król. Polsk. Wydawn. Tow. popier. pracy społ.

IV. *Higier* przedstawił: a) *Przypadek choroby ankylosante progressive et chronique Raymonda*. U młodej, 16-letniej dziewczyny rozwija się od 8-go roku życia stopniowo wśród bardzo nieznacznych bólów i obrzmienia stawów zeszywnienie obu stawów łokciowych i uapięstkowych. Niezależnie od tego stawy palcowe prawej dłoni są nabrzmiałe, rozdęte, niebolesne, w znacznie mniejszym stopniu stawy stopowe. Wyraźnych zmian w innych stawach niema. Układ nerwowy prawidłowy. Chód powolny wskazuje na rozpoczynające się zmiany w stawach biodrowych i kolanowych. Wzrost pacjentki przypomina wzrost dziecka 8 — 9 letniego; miesiączkowania nie było nigdy. Cierpienie najbardziej przypomina *spondylose rhizomélique Strümpell-Marie* i odmianę jej *spondylose*

olomélique congenitale (A p e r t) et *infantile*, w której zmiany anatomopatologiczne, swoiste dla *spondylarthrititis ankylopoëtica*, zaczynają się we wczesnem dzieciństwie i postępują w kierunku od dołu ku górze. Najmniej odpowiada nazwa, proponowana dla tej nader rzadkiej choroby przez R a y m o n d a: *Maladie ankylosante progressive et chronique*. Pokrewieństwo między tą ostatnią a zwykłą *arthrititis nodosa s. deformans* jest blizkie. H i g i e r wypowiada pogląd, że zmiany te, pochodzenia troficznego, pozornie endogenetycznie powstające, mogą zależeć od bliżej nam nieznaney choroby jednego z gruczołów o wydzielinie wewnętrznej. Znane są liczne cierpienia takich wewnątrzwydzielniczych gruczołów (jajnika w zmiękuieniu kości, przysadki w akromegalii, jąder w eunuchoidyzmie), dające znaczne zaburzenia kośćca, więzów i stawów. W danym przypadku przemawia za tem jeszcze zбочzenie w odżywianiu ogólnem, niedorozwój (infantyлизм somatyczny) i brak miesiączki.

b) Przypadek symulacji histerycznej porażenia urazowego w obrębie n. promieniowego. U 14-letniej dziewczyny powstaje nagle porażenie rozginaczy lewej dłoni tuż po upadnięciu i mocnem uderzeniu jej o deskę w maksymalnym rozgięciu. Uporczywość cierpienia, trwającego już kilka miesięcy, urazowe pochodzenie, czy też inny, bliżej nie dający się dociec powód zachęcił lekarza prowincjonalnego do nałożenia opatrunku gipsowego na kilka tygodni. Stan kończyny nie tylko się nie poprawił, ale pogorszył. Dokładniejsze badanie po upływie 6 miesięcy stwierdza: nietypowy rozkład porażenia mięśni rozginaczy, brak zaników i zmian w pobudliwości elektrycznej, znaczne, rozległe i głębokie zaburzenia czucia wyłącznie na przedramieniu (*analgesie à manchette*), napadowe i przemijające skurcze ramienia i przedramienia. Porażenie więc pourazowe jest pochodzenia psychogenego, histerycznego i znakomicie naśladuje na pierwszy rzut oka porażenie n. promieniowego. Gipsowanie było poważnym błędem terapeutycznym.

c) Przypadek płaczu jednostronnego w zwykłym gościcowym porażeniu n. twarzowego.

Bliżej rozbierając przedstawiony przypadek porażenia obwodowego n. twarzowego z jednostronnym brakiem wydzielania się łez podczas płaczu, bólu, przejawów duchowych, wzruszeń, H i g i e r dochodzi do wniosku, że nerw głównie ucierpiał w najgórniejszej swej części, uad miejscem wyjścia n. strzemiennego (n. *stapedius*) i n. struny bębenkowej (n. *chordae tympani*), a mianowicie w tem miejscu, gdzie znajduje się zwój ruchowy

nerwu t. zw. ciałko kolankowate (*ganglion geniculatum*) i gdzie odchodzi od n. twarzowego n. skalisty (*n. petrosus superficialis major*), autonomiczny łzowydzielniczy nerw. Ów nerw skalisty stanowi ruchową czyli białą gałąź, łączącą zwoju klinowo-podniebiennego (*ramus communicans ganglii sphenopalatini*), podczas gdy czuciowy czyli szary tworzy n. łzowy łącznicy. Objaw jednostronnego płaczu, spotykany w cierpieniach n. twarzowego, jest zaledwie kilka razy notowany w piśmiennictwie lekarskiem (J e n d r a s s i k, K o e s t e r).

[Streszczenie własne].

V. A l. Z a w a d z k i przedstawił a) żołnierza po ranie postrzałowej w okolicy lewego pasa barkowego; brak tętna z lewej strony w tętnicy promieniowej; zagojenie bez wytworzenia się tętniaka.

b) chorego z tętniczo-żylnym tętniakiem prawej pachowej tętnicy i żyły.

VI. A l. Z a w a d z k i wygłosił odczyt p. t. „Rany postrzałowe naczyń krwionośnych; tętniaki urazowe“. Rany postrzałowe naczyń należą do obrażeń bezpośrednio najgroźniejszych, bo ranny ginie częstokroć bezpośrednio po postrzale. Statystyka poucza nas, że 30% takich rannych ginie na placu boju, a wobec dzisiejszego sposobu walki nawet marzyć o tem niepodobna, by ich można było uratować. Taki ranny musi ograniczyć się na indywidualnym opatrunku i oczekiwać, o ile sam się nie przychyli do pierwszego punktu opatrunkowego, zmroku; wówczas dopiero sanitarysze mogą doń dotrzeć i oddać do rąk lekarzy. Powodowani tymi względami niemcy dodali do indywidualnego opatrunku gumową opaskę. Częstość tych ran zwiększyła się wraz z wprowadzeniem małokalibrowych pocisków, bo gdy P i r o g o w nie widział ani jednego krwotoku podczas kampanii Sewastopolskiej, wymagającego podwiązania wielkich pni naczyniowych, i ani jednego tętniaka, a w wojnie francusko-pruskiej naliczono tętniaków 44, — w wojnach południowo-afrykańskiej, japońsko-rosyjskiej i bałkańskich rany te stały się częstszymi. 70% ran naczyń dają kule karabinowe, 20% — szrapnele, 50% — odłamki kostne. Najmniejsze rany dają kule karabinowe z odległości 1800—500 metrów, bliższe postrzały oraz szrapnele dają rany wielkie—szarpane, miażdżone.

Do rąk lekarzy dostają się więc tacy ranni, gdy, dzięki niewielkim otworom zewnętrznym, kurczliwości mięśni i skrzepom, krwotok się zatrzymał, lub gdy wobec wielkich otworów zewnętrznych szybko powstały skrzepy ze zmiążdżonych tkanek, szczególnie zaś mięśni, posiadających własności skrzepotwórcze.

Na 1-y m punkcie opatrunkowym tylko krwawiący ranni są załatwiani bezpośrednio, częściej drogą opatrunku uciskowego, niż podwiązania krwawiącego naczynia, czasami drogą tamponacji, która daje złe wyniki — bo wywołuje zakażenie. Wadą opatrunków tych jest niedostateczne unieruchomienie lub całkowity jego brak; to też znaczna część tych rannych ginie w drodze z krwotoków wskutek oderwania się skrzepów.

W lazaretach widzimy trojakiego rodzaju krwotoki: 1) gdy skrzep wypadł wskutek złego ustalenia na czas przewozu; 2) gdy ręka chirurga, usuwając odłamek kości lub pocisku, usunie jednocześnie i skrzep; 3) gdy wskutek zakażenia skrzep się rozpuści,—t. zw. wtórny krwotok.

W przypadkach niewielkich otworów powstaje krwiak — a po wessaniu się jego tętniak.

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego rozróżniamy 3 rodzaje postrzałowych urazów naczyń: 1) boczne naderwanie tętnicy, żyły lub obojga; 2) przebicie naczynia; 3) zupełne rozzerwanie.

Kliniczny obraz w lazaretach zależy od rodzaju rany i okresu, w jakim widzimy rannego: 1) Zgorzel kończyny: a) wskutek zupełnego rozerwania naczyń, b) wskutek septycznych skrzepów przy stłuczeniu naczyń. 2) Świeże krwotoki wskutek wypadnięcia skrzepów. 3) Wtórne krwotoki w sprawach septycznych. 4) Krwiaki. 5) Tętniaki. 6) Brak tętna w kończynie, rana w naczyniu zagojona bez tętniaka.

Tętniaki rozwijają się w ciągu 3—4 tygodni; krwiak wssysa się, z otaczających tkanek powstaje ściana worka, wewnętrzną ścianę jego wyściełają fibroblasty i blaszki *B i z z o z e r o*. Prawie wszystkie postrzałowe tętniaki są rzekome, gdyż nie posiadają właściwej ściany naczyniowej. Stosownie do rodzaju urazu powstają tętniaki tętnicze i tętniczo-żylny. Tętnicze dają rytmicznie przerywany skurczowy szmer i tętnienie. Tętniczo-żylny bezustanny szmer, silniejszy nieco podczas skurczu, podobny do kociego mrużenia, guz właściwie nie tętniący, a drgający. Tętniczo-żylny tętniak zależy od rodzaju urazu dzieli się na żyłaki tętniakowe (*S c a r p a*) czyli zespolenie tętniczo-żylny—wówczas worka niema, są tylko znacznie rozszerzone żyły, — i na żyłotętniaki (*aneurysma varicosum*): tętnica i żyła nie komunikują się bezpośrednio, lecz obie są połączone za pomocą worka.

H e r c e n na 192 tętniaki zanotował 10 razy obrzęki i bóle, 14 razy porażenia, 27 razy krwotoki i 7 razy zgorzel. *M a k i n s* na 283 tętniaki — 36.3% udowych, 15.5% podkolanowych, 10.9% ramieniowych, 10.2% pachowych. (Oдносне та-



blice i obrazy przedstawiają rozmaite rodzaje zranień naczyń i rozmaite postaci tętniaków).

Leczenie ran postrzałowych naczyń zależy w zupełności od stanu chorego, w jakim go znajdujemy. Więc na pierwszym punkcie opatrunkowym, gdy krwawi, należy podwiązać naczynie lub nałożyć opatrunek uciskowy, kończynę unieruchomić. Gdy zraniony jest jeden z pni, którego podwiązanie grozi zgorzelą kończyny—należałoby nakładać szew naczyniowy. Przy nakładaniu podwiązki — tę ostatnią należy nakładać w samej ranie powyżej i poniżej miejsca zranienia; podwiązka według H u n t e r a na odległości może dać wtórny krwotok.

Szew naczyniowy (tablice rozmaitych sposobów nakładania szwów według G l u c k a, P a y r a, C a r r e l a, S m i t h a, D o r r a n c e a i t. p.), szczególnie większych pni naczyniowych, jest bardzo łatwy: szyjemy ściany naczynia szwem ciągłym, dbając o stykanie się błon wewnętrznych, skrzepy usuwamy, wypłukując je fiz. roztworem soli.

Leczenie tętniaków polega na usuwaniu ich drogą operacyjną, gdyż wyleczenie bez zabiegu należy względnie do rzadkości.

Ze sposobów: H u n t e r - A n e l a, A n t y l l u s a, S y m e a, P h i l o g r i u s a, bodaj najlepszym okazał się ten ostatni. Jeżeli sposób podany przez K o r o t k o w a lub O p p e l a dowodzi, że podwiązanie naczyń spowoduje zgorzel, wówczas należy wykonać szew naczyniowy; w tętniczo-żylnych tętniakach obowiązkowo oddzielić żyłę od tętnicy; daje to najlepsze wyniki. Nawet gdy wytworzy się skrzep na miejscu szwu, powolne jego powstawanie sprzyja rozwinięciu się obocznego krążenia według szematu K a t z e n s t e i n a. Gdy podwiązanie tętnicy wywołuje objawy obumierania kończyny, stosownie do teorii O p p e l a o redukowaniem krążeniu, należy podwiązać jednoznacznie żyłę. (Tablice wyników operacyjnych tętniaków S a i g o - K i k u r i).

W lazarecie Szp. Dzieciątka Jezus osobiście Z. spostrzegął 14 przypadków na 1500 rannych: 3 przypadki tętniaków podobojczykowych tętniczo-żylnych, zranienie odłamkiem kostnym: a) podwiązanie żyły podobojczykowej—zgorzel kończyny—zejście śmiertelne; b) w stanie septycznym 39.6% i krwotoku — podwiązanie tętnicy i żyły poczwórne; zejście śmiertelne wskutek 3-krotnych krwotoków w ciągu 6 dni; kończyna nie uległa zgorzeli; c) podwiązanie żyły, szew tętnicy, następnie w 15 dni wskutek krwotoku podwiązanie tętnicy; kończyna zachowana, wyzdrowienie.

2 przypadki tętniaków podkolanowych tętniczo-żylnych: a) podwiązanie żyły, szew tętnicy boczny z obu stron, kończyna dobra, wyzdrowienie; b) szew okrężny żyły i szew okrężny tętnicy, kończyna dobra, wyzdrowienie.

1 tętniczo-żylny tętniak udowy, obejmujący i tętnicę głęboką udową; podwiązanie żyły, szew tętnicy, zgorzel kończyny, amputacja, wyzdrowienie.

1 rozerwanie naczyń udowych, zgorzel poczynająca się kończyny; szew okrężny tętnicy udowej, zgorzel postępuje, amputacja, wyzdrowienie.

2 podwiązki tętnicy ramieniowej przy fałdzie pachowej: a) wskutek rozpuszczenia się skrzepu kończyna zachowana, wyzdrowienie; b) wskutek rozpuszczenia się skrzepu zgorzel kończyny, amputacja.

1 przypadek podwiązania tętnicy udowej po rozpuszczeniu się skrzepu (pod więzmem P o u p a r t a), kończyna zachowana, wyzdrowienie.

1 przypadek bocznego szwu tętnicy i żyły ramieniowej przy *neurolysis* (w naczyniach były boczne rany postrzałowe, przyrost do nerwów i otaczających tkanek), kończyna zachowana, wyzdrowienie.

1 przypadek bocznego szwu tętnicy biodrowej zewnętrznej przy wtórnym krwotoku (rozpuszczenie się skrzepu), kończyna zachowana.

1 przypadek, stwierdzony podczas badania pośmiertnego: do rany w tętnicy podobojczykowej przyklepiony wierzchołek płuca, w tętnicy skrzep (za życia tętna w odnośnej kończynie nie było, kończyna była normalna). Śmierć wskutek rany postrzałowej rdzenia.

1 przypadek zranienia tętnicy podobojczykowej, tętna w tętnicy promieniowej niema, kończyna dobra, tętniaka niema, wyzdrowienie samoistne (chory przedstawiony na posiedzeniu).

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński.*

Za Sekretarza *Lande.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 18 maja 1915 r.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Członków obecnych na posiedzeniu 35.

T r e ś ć: 1) *J. Pawiński*. Wojna a serce. Przyczynę do patogenyzy zaburzeń cyrkulacyjnych.
2) *Z. Srebrny*. Z kazuistyki zwężeń tchawicy.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadamia o śmierci osób następujących:

a) Cezarego Kossowskiego, członka Tow. Lek. Warsz.

b) Franciszka Kosickiego, b. ass. prof. Girsztowta, lek. szpit. w Radomiu.

c) Grzegorza Ziembickiego, prof. chirurgii w Uniwersytecie Lwowskim.

d) Emanuela Machbeka, prof. okulistyki w Uniwersytecie Lwowskim.

Na wniosek prezesa uczczono przez powstanie ich pamięć.

III. Sekretarz stały odczytał wspomnienie pośmiertne o *C. Kossowskim*. „Jak wiadomo powszechnie, z chwilą zamknięcia naszej wspaniałej uczelni, jaką była Szkoła Główna, i zastąpienia jej uniwersytetem, prace naukowe prowadzili jedynie ci profesorowie, którzy przeszli do tegoż uniwersytetu, stanowiąc, choć w ciężkich i zmienionych warunkach, przynajmniej przez pewien szereg lat dalszy ciąg tradycyi naukowej naszej uczelni. Stąd też do pracowni prof. *Brodowskiego*, *Nawrockiego*, a przede wszystkim *Hojera*, cisnęła się żadna czystej wiedzy młodzież polska, tam się uczyła badania ścisłego i krytycznego myślenia, tak niezbędnego dla młodego adepta wiedzy lekarskiej. Z powyższych pracowni bezspornie postawić należy na pierwszym miejscu pracownię *Hojera*, w której pracowano nie tylko nad histologią, lecz i patologią doświadczalną, a później i nad najnowszą gałęzią wiedzy lekarskiej, t. j. bakteryologią. Z pracowni tej w latach najbujniejszego jej rozwoju, t. j. między rokiem 1867 a 1883, wyszło przeszło 40 prac ścisłych, ogłoszonych w większości przez młodzież polską, a z prac tych niektóre posiadały nawet znaczenie

prac podstawowych w nauce. Większa zaś część tych prac, jak to zaznaczył słusznie w swojej ocenie działalności naukowej Hoyerera Matlakowski, „należy do liczby sumiennych i porządných badań, nie należących do rodzaju rozpraw, mizernie skleconych przy pomocy profesora celem osiągnięcia stopnia naukowego; ktokolwiek bowiem przychodził pracować do pracowni histologicznej Hoyerera, musiał pracować sumiennie i pilnie, jak sam przewodniczący. Hoyerer bowiem dbał o to, aby lichota nie osłaniała się płaszczem naukowym”. Nic więc dziwnego, iż prace, wyszłe z pod stępla Hoyerera, nosiły dużą markę naukową, a pracownicy byli wybornie przygotowani do dalszej pracy naukowej, aby wzorem Zachodu wyrobić się na ścisłych badaczy i zająć odpowiednie katedry uniwersyteckie. Niestety, smutna dola, jaka dotknęła nasz kraj, nie ominęła nawet uczonych; i do nich stosowano Dantejski napis: „*Lasciate ogni speranza*”, — „Tam wam wejść nie wolno”. Stąd też z trzydziestu kilku wybitnych lekarzy-współpracowników Hoyerera ani jeden nie wstąpił na stopnie katedry uniwersyteckiej, a jedynie z konieczności zadowolnić się musieli mniej lub więcej wybitną karierą lekarza-praktyka w Warszawie lub na odległej prowincyi, lub ciężką dolą lekarza wojskowego w kraju lub na dalekich Cesarstwa kresach. Jednym słowem robili zwykłą karierę lekarską, o całe nieba niższą, niż ich rojenia młodzieńcze w czasie pracy naukowej pod kierunkiem Hoyerera.

Do kategorii powyższych osobników należał od roku 1886 członek czynny naszego Tow. ś. p. dr. Cezary Kossowski, który, pracując sumiennie przez lat kilka w pracowni Hoyerera, ogłosił ściśle naukową pracę z dziedziny histologii porównawczej p. t.: „Przyczynki do histologii górnej części kanału pokarmowego”, wydrukowany w r. 1880, w tomie 76 naszego Pamiętnika. Praca ta, ogłoszona po rosyjsku, posłużyła autorowi za dysertację na stopień doktora medycyny, który otrzymał w uniwersytecie warszawskim w r. 1880. Odtąd mimo odpowiedniego przygotowania, żadnej już więcej pracy naukowej Kossowski nie ogłosił, życie bowiem wypełniła troska o chleb powszedni i ciężka służba lekarza wojskowego, w której był przerzucany z jednego krańca państwa na drugi (Bałkany, Taszkient, Mandżurya, wreszcie Turkiestan). Wreszcie ostatnie lat kilkanaście spędził w spokoju w Warszawie, pozostawiwszy wśród bliżej go znających dobre wspomnienie. Cześć jego pamięci!

Cezary Kossowski urodził się w r. 1849, ukończył gimnazjum w Wilnie w r. 1866, Petersburską Akademię Me-

dyczną w r. 1871; doktoryzował się w uniwersytecie warszawskim w r. 1880. Był lekarzem wojskowym; w czasie wojny Tureckiej przeszedł piechotą Bałkany. Po r. 1894 wyjechał do Taszkientu, gdzie jednak nie mógł zostawać dłużej ze względu na zdrowie; wrócił do Warszawy, gdzie pełnił obowiązki ordynatora w szpitalu na Pradze. Podczas wojny Japońskiej wyjechał znowu do Turkiestanu nad granicę Afganistanu, gdzie niemałe położył zasługi w organizacji pomocy lekarskiej w tym oddalonym kraju, pozbawionym wtedy instytucji lekarskich, jak: przytułków położniczych, ambulatoryów oftalmologicznych i t. p.; dzięki jego staraniom zakłady te powstały dla dobra biednej półdzikiej ludności tubylczej. Wyszedszy do dymisji ze służby wojskowej, powrócił do Warszawy, gdzie sprawował obowiązki lekarza gimnazjum 2-go warszawskiego, a w ostatnim roku swego życia spełniał czasowo obowiązki lekarza przy instytucji głuchoniemych i ociemniałych. Na członka Tow. Lek. Warsz. był wybrany w 1886 roku“.

IV. Prezes P a w i ń s k i odczytał rzecz p. t.: „Wojna a serce. Przyczynek do patogenezy zaburzeń cyrkulacyjnych“. Wojna, której świadkami jesteśmy obecnie, przewyższyła chyba swą grozą wszystkie, jakie dotychczas ludzkość pamięta. Wojna ta, tocząca się nie tylko na wielkich przestrzeniach lądu i morza, lecz i w powietrzu, wywołuje tyle przewrotów materialnych i moralnych w stosunkach społecznych i rodzinnych, że odbić się musi i na sercu ludzkim.

Le coeur physique est doublé d'un coeur moral, powiedział znany klinicysta francuski P e t e r. Narząd ten nie tylko cierpi fizycznie, wskutek różnych wysiłków, niewygód, nieodłącznych od wojny, lecz podlega również głębokim wstrząśnieniom moralnym, które obniżają znowu jego sprawność fizyczną.—Materiał obserwacyjny, jaki zdołaliśmy zgromadzić w ciągu ostatnich sześciu miesięcy, pochodzi z praktyki prywatnej, obejmuje 120 przypadków, co stanowi 12% ogólnej liczby chorób serca i naczyń. Ze względów praktycznych podzieliliśmy spostrzeżenia swe na dwa działy:

I) Obserwacje, dotyczące się osób biorących czynny udział w walce na pozycjach czołowych, lub w blizkiem ich sąsiedztwie, np. w lotnych oddziałach sanitarnych lub w szpitalach położnych;

II) Spostrzeżenia nad osobami cywilnymi obojga płci, mających swych najbliższych na terenie walk, lub będących sami poszkodowanymi materialnie lub moralnie.

Dział I obejmuje 30 przypadków: 28 mężczyzn, przeważnie oficerów wyższych i niższych stopni (pomiędzy nimi 3 lekarzy) i 2 kobiety sanitaryuszki czynne na froncie.

Co do chorób mieliśmy 5 dawnych wad zastawek serca, 8 przewlekłych zapaleń mięśnia sercowego w związku ze stwardnieniem naczyń, ogólnem otłuszczeniem lub cierpieniem nerek. Nadto 16 nerwie serca, przeważnie świeżo powstałych. U 4 osób, z wyrównanemi wadami zastawek serca, trudy wojenne odbiły się głównie na unerwieniu serca; wystąpiły: bicie serca, przestanki, niemiarkowość tętna, lęk przysercowy, napady *tachycardiae paroxysmalis*.

Co się tyczy 16 przypadków nerwie bez zmian organicznych układu krwionośnego, to występowały w nich powyżej wymienione objawy nerwowe serca z mniej lub więcej wydatnymi objawami podniecenia lub przygnębienia całego systemu nerwowego i uporeczywa bezsenność, wymioty, zawroty głowy, niemożność utrzymania się na nogach, na koniu, wreszcie różne zaburzenia w sferze naczynioruchowej. Dość często zjawiały się różne bóle w klatce piersiowej o typie duszniczy bolesnej, która u pewnego chorego przeszła nawet w dusznicę prawdziwą. Zaznaczyć mi wypada, iż inny chory, który poprzednio cierpiał na ciężkie napady anginy nerwowej, pozbył się swych dolegliwości podczas kilkodniowego bronienia obleganej fortecy.

Wreszcie w 8 przypadkach, w których wywiady pozwalały przypuszczać istnienie pewnych zmian chorobowych w mięśniu serca i w naczyniach, tylko w dwóch wystąpiły objawy właściwe t. z. przemodze serca, a więc przedewszystkiem rozszerzenie serca i wielka duszność.

Na zasadzie własnej obserwacji, jak również opinii kolegów, ordynujących w szpitalach wojskowych, dochodzimy do wniosku, iż przeciążenie serca występuje rzadko i to przeważnie u osobników, mających już pewne zmiany chorobowe w mięśniu serca lub w układzie naczyniowym. Dzieje się to w pewnej mierze wskutek zmienionego sposobu prowadzenia wojny, a mianowicie ułatwień komunikacyjnych, zastępujących dawne forsowne marsze.

Podawane w literaturze przypadki nieomogi serca, cechujące się rozszerzeniem tegoż, a dotyczące ludzi młodych o zdrowym układzie krwionośnym, należy przyjmować z zastrzeżeniem.

Potwierdzają to liczne i sumienne badania (zwłaszcza de la C a m p a) na ludziach i na zwierzętach nad wpływem wysiłków fizycznych na serce. Doświadczenia te, kontrolowane za pomocą roentgenoskopii, wykazały, iż rozszerzenie serca z przyczyny maksymalnych wyćżeń mięśniowych następuje tylko wówczas, kiedy mięsień serca jest w stanie patologicznym. Niezrównaną tę siłę zawdzięcza serce swej subtelnej, skompliko-

wanej budowie, obliczonej na nieustanną pracę, i najkorzystniejszemu przerabianiu odżywczego materiału.

Właściwie więc wyraz zmęczenie, znużenie nie jest odpowiednim określeniem dla stanu serca, gdyż mięsień jego nie podlega zmęczeniu w ścisłym znaczeniu, a powtórne uczucie zmęczenia jako objaw fizjologiczny odczuwają tylko mięśnie ciała, a nie serca, które na nadmierny wysiłek reaguje szybszym biciem, częstszym oddechem, a nawet dusznością.

Dział II-gi obejmuje spostrzeżenia, dotyczące osób, które tylko pośrednio odczuły skutki wojny, a których układ krwionośny uległ ważnym zaburzeniom.

Przyczynami ich cierpienia stały się:

- 1) tęsknota i niepokój o osoby bliskie, biorące udział w walkach, lub internowane na obczyźnie;
- 2) przymusowy pobyt za granicą, brak środków materialnych i wiadomości z kraju, trudy drogi powrotnej i t. p.;
- 3) przebywanie w miejscowościach zajętych przez wojsko nieprzyjacielskie i ucieczka przed zbliżającym się niebezpieczeństwem;
- 4) przestraszenie z powodu rzucanych z aeroplanów bomb i różnego rodzaju pocisków.

Materiał nasz obserwacyjny wynosi w tym dziale 90 spostrzeżeń, z tych 40 czystych nerwic, a 50 zaburzeń cyrkulacyjnych na tle dawnych zmian organicznych.

a) Co się tyczy *nerwic*, to 15 przypadało na mężczyzn, a 25 na kobiety. Różnorodność zaburzeń w sferze innerwacji serca i naczyń, a w pewnej mierze i w ogólnym układzie nerwowym była bardzo wielka. Natężenie i trwanie tych objawów pozostawały oczywiście w ścisłym związku z poprzednio istniejącym usposobieniem neuropatycznym osób, podlegających powyżej wymienionym czynnikom chorobotwórczym. Do najczęstszych przejawów należały i bicie serca, występujące przy najmniejszym wrażeniu, wzruszeniu, prędszym ruchu, niekiedy w postaci napaadowej tachykardji.

Przykre uczucie drżenia serca (*tremor*), jak również niepokojące zamierania serca, połączone z przestankami tętna (*extrasystole*) stanowiły często przedmiot skarg chorych.

Najwięcej jednak trwogi o możliwość istnienia ciężkiej choroby serca sprawiały chorem, zwłaszcza kobietom, napady nerwowe serca o charakterze naczynioruchowym. Z dość licznej kazuistyki zasługuje na wyróżnienie spostrzeżenie, dotyczące 18-letniego chłopca wiejskiego, u którego pod wpływem przestraszenia, spowodowanego niespodziewanym wejściem wojska nieprzyjacielskiego, powstało silne bicie serca, bezsenność, a następnie choroba Basedowa.

W kilku przypadkach wystąpiła ciężka nerwica serca u dzieci wskutek przestraszenia, wywołanego bombami rzuconymi na Warszawę.

Wzruszenia, wywołane okolicznościami wojny, nie posiadają oczywiście nic swoistego; w oddziaływaniu na organizm różnią się tylko od innych swem natężeniem i zabarwieniem, wskutek obawy o życie własne i bliskich, o utratę mienia, często ciężko zdobytego.

b) Najgorsze skutki wywarły, wspomniane czynniki, nieodłączne od wojny, na stan osób, dotkniętych już poprzednio zmianami organicznymi serca, naczyni i nerek. Na 50 chorych tej kategorii przypadło 30 mężczyzn, 20 kobiet w wieku przeważnie starszym. Co do rodzaju chorób było: wad zastawek serca 11, cierpienia mięśnia sercowego 26, stwardnienia naczyń 11, powiększenia gruczołu tarczowego (struma) 2.

Pod wpływem wzruszeń (z obawą o życie), a zwłaszcza połączonych z wysiłkiem fizycznym w czasie ucieczki z miejscowości zagrożonych najazdem nieprzyjacielskim, występowały ciężkie obrazy niedomogi. Serce ulegało bardzo wydatnemu rozszerzeniu, zjawiała się duszność, arytmia, a w późniejszym przebiegu obrzęk nóg, słowem objawy mniej lub więcej groźnej dyssystolii serca.

Dusznicza bolesna powstawała niejednokrotnie wśród burzy wojennej lub ulegała znacznemu pogorszeniu.

Kilka razy spostrzegaliśmy u osób, dotkniętych stwardnieniem naczyń, tworzenie się zawałów płucnych (*infarctus*), zatycek mózgowych, pod wpływem przerażenia wskutek blizkiego wybuchu bomby.

Większość chorych z wyrównanymi wadami zastawek serca, zaskoczonych wypadkami wojennymi u wód zagranicą, znosiła odpornie wszelkie trudy i przykrości. Niektórzy z nich, a zwłaszcza kobiety, okazywały nieraz niezwykłą energię i odporność wśród ciężkich okoliczności właściwych stanowi wyjątkowemu, wojennemu.

Pogorszenie w stanie chorych, dotkniętych cierpieniami mięśnia sercowego i stwardnienia naczyń, a zwłaszcza tętnic wieńcowych, pod wpływem różnych niepomyślnych dla ważnych funkcji organizmu czynników w czasach obecnych, jest łatwo zrozumiałe. Zwiększonej pracy serca przy znacznych wahanach w ciśnieniu tętniczym mogą przyjść w pomoc tylko wyrównawcze mechanizmy ośrodków innerwacyi i dostateczny dopływ materiału odżywczego do serca i innych organów. Zmiany sklerotyczne w tętnicach wieńcowych serca, jak również w innych

obrębach cyrkulacyjnych, a zwłaszcza w jamie brzusznej, stają się ważnymi przeszkodami dla normalnej sprawności samego mięśniowego utkania serca i jego unerwienia.

Na mocy powyżej przytoczonych danych możemy wysnuć następujące wnioski:

1) W obecnych warunkach prowadzenia wojny na pierwszy plan występują zaburzenia w inervationi serca i systematu nerwowego wogóle, specjalnie zaś uwidoczniają się, rzecz zrozumiała, u cierpiących na *ang. pectoris*.

2) Objawy t. z. przemogi serca (przeciążenia) zdarzają się rzadko i tylko u osób, u których mięsień serca ulegał poprzednio pewnym zmianom patologicznym.

3) Ujawnia się natomiast wybitnie wpływ podnieć psychicznych, moralnych na wzmożenie działalności serca. Czynniki te należy zawsze mieć na uwadze i wyzyskiwać go umiejętnie nie tylko przy leczeniu czynnościowych, lecz i organicznych cierpień serca.

Ta właśnie zdolność wzmaganie się energii serca pod wpływem czynników moralnych, uczuciowych staje się nieraz źródłem wielkich, bohaterskich czynów, poświęceń, bo w sercu, według trafnego aforyzmu *Hucharda*, tkwi nadzieja, siła i życie („*In corde spes, vis et vita*“). [Streszczenie własne].

W dyskusji *a) Rzętkowski* na zasadzie własnych obserwacji potwierdza zdanie kol. *P.*, że pod wpływem udziału bezpośredniego w wojnie dzisiejszej u tych głównie rozwijają się objawy ciężkiej niedomogi serca, którzy już przed wojną chorowali na układ naczyniowy (wady, stwardnienie tętnic i t. p.). Tu, zdaniem *Rz.*, prócz wstrząsów natury psychiczno-nerwowej w charakterze momentów przyczynowych głównie działają: wysiłki, przemęczenie fizyczne, forsowne marsze i t. p. Co się tyczy t. zw. „nerwic serca“, to pojęcie „nerwicy“ serca jest tak mało klinicznie scharakteryzowane, że używać go należy z największą oględnością. To, co kol. *P.* nazywa nerwicą „serca“, może być po prostu całozbiorem objawów nerwozy, a więc neurastenii, histeryi, nerwicy lękowej. Nieliczenie się z tem wprowadza pewien zamęt do patologii chorób serca i prowadzi na błędne tory leczenie tych spraw. Widuje się bowiem często chorych neurasteników z objawami banalnymi ze strony krążenia, którym lekarze dają środki nasercowe (naparstnica, *strophantus* i in.), zaniedbując sprawę zasadniczą, nerwicową ogólną.

[Autoreferat].

b) Kopczyński St. podnosi, iż wzruszenia wogóle, a w danym razie wojenne, poza oddziaływaniem bezpośrednim

na psychikę, na ośrodki nerwowe w mózgu i na ośrodki, zarządzające aparatem naczynioruchowym, mogą przez nerwy naczynioruchowe powodować zmianę w czynności gruczołów o wydzielinie wewnętrznej (nadnerczy, gr. tarczowego i innych), a te zmiany wtórnie mogą powodować zaburzenia w czynności nerwu współczulnego lub błędnego. Tem też możemy objaśnić np. przypadki choroby *B a s e d o w a*, cierpienia, jak wiadomo, polegającego na dysfunkcji gruczołów o wydzielinie wewnętrznej pod wpływem wstrząsu psychicznego. W ostatnich dniach *K.* miał sposobność właśnie spostrzeżać przypadek choroby *B a s e d o w a* u kobiety, przybyłej z pod Kielec z terenu walk. Wstrząs psychiczny niewątpliwie odegrał tu rolę czynnika, wywołującego chorobę. [Streszczenie własne].

c) *P a w i ń s k i* w odpowiedzi zaznacza, iż dla oznaczenia zaburzeń czynnościowych serca, tak przedmiotowych jak i podmiotowych, posługujemy się nazwą: nerwice serca. Występują one zazwyczaj ze zwiększoną pobudliwością układu nerwowego u neurasteników, histeryczek. Bywają często jakby umiejscowieniem podobnych stanów, stają się głównym przedmiotem skarg chorych. Niekiedy są pochodzenia odruchowego z organów płciowych lub trawienia.

Oczywiście, że z postępem wiedzy niektóre z nerwic wogóle, a zwłaszcza serca i naczyń, uważane poprzednio za czyste nerwice, włączone zostały do chorób organicznych. Niektóre zaburzenia w rytmie serca (niemiarowości) uznano za cierpienia włókien mięsnych serca lub drobnych naczyń, przenikających do ośrodków ruchowych, znajdujących się w przedsionku prawym lub w przegrodach serca. To samo możnaby powiedzieć o anginie piersiowej, którą wielu dawniejszych autorów poczytywało za czystą nerwicę. Niektóre nerwice żołądka i kiszek uznano za zależne od zmian anatomicznych elementów, wchodzących w skład utkania tychże organów. Choroba *B a s e d o w a* z nerwic przeniesioną została do kategorii cierpień gruczołów o t. zw. wydzielaniu wewnętrznym.

Zaznaczyć należy również, że cierpienia funkcjonalne mogą z postępem choroby przejść w choroby o zmianach anatomicznych, mogą stanowić pierwszy ich okres. I tak np. objawy właściwe neurastenii bywają często zwiastunami ciężkiej choroby—paraliżu postępowego. Niekiedy znowu zaburzenia funkcjonalne mogą istnieć obok zmian organicznych, nie pozostając z sobą w bezpośrednim związku. Oczywiście, że znajomość powyższych stanów powinna istnieć w umyśle każdego lekarza-praktyka, aby go uchronić od pomyłek w rozpoznaniu i rokowa-

niu, nie może być wszakże przeszkodą dla posługiwania się w odpowiednich przypadkach nazwą — „nerwica“.

[Streszczenie własne].

V. Srebrny Z. odczytał rzecz p. t. „Z k a z u i s t y k i z w ęż e ń t c h a w i c y.“

Prelegent przytoczył spostrzeżenia, dotyczące zwężeń tchawicy, a mianowicie:

1) Zwężenia wskutek ucisku ze strony rozszerzonej tętnicy głównej i nowotworów śródpiersia, w których spostrzegał częste nawroty chrypki i kaszel krzykliwy, podobny do krupowego.

2) Zwężenie, wywołane uciskiem ze strony powiększonej grasicy u 3-letniego dziecka, leczone paliatywnie za pomocą cięcia tchawicy i zakończone śmiercią w 3 tygodnie po operacji.

3) Zwężenia skutkiem ziarniniaków po cięciu tchawicy i na tle sprawy wrzodziejącej, wyleczone za pomocą operacji wewnątrztrchawicznej.

4) Zwężenie, wywołane nowotworem tchawicy u 9-letniego dziecka i usunięte za pomocą operacji wewnątrztrchawicznej (tracheoskopia górna bez uspiania).

5) Zwężenie, powstałe po przecięciu tylnej ściany tchawicy i przedniej ściany przetyku podczas tracheotomii z następczem wdrażeniem ściany przetyku do światła tchawicy i uwięzieniem jej między brzegami rany tylnej ściany tchawicy. Zwężenie to zostało usunięte po okrwawieniu brzegów i zeszcyciu ran obu narządów oraz uwolnieniu uwięzionej ściany przetyku.

Ze spostrzeżeń tych S r e b r n y wyprowadził wnioski następujące:

a) Częste nawroty chrypki zazwyczaj bez objawów podmiotowych podrażnienia — kaszlu i drapania w gardle — powinny zwrócić uwagę w kierunku ucisku na tchawicę ze strony rozszerzonej tętnicy głównej lub nowotworu śródpiersia.

b) Szczególny, krzykliwy, podobny do krupowego kaszel jest objawem zwężenia tchawicy, najczęściej uciskowego (rozszerzenie tętnicy głównej, nowotwór śródpiersia).

c) Rozpoznanie zwężenia tchawicy, wywołanego uciskiem ze strony powiększonej grasicy, jest rzeczą trudną i wymaga szczegółowego i wszechstronnego zbadania. Leczenie takiego zwężenia powinno polegać na częściowem wycięciu grasicy.

d) Ziarniniaki tchawicy, czy to po cięciu tchawicy, czy też na tle sprawy wrzodziejącej powstałe, powinny być usuwane na drodze naturalnej (tracheoskopia górna).

e) To samo dotyczy nowotworów, zwłaszcza łagodnych, tchawicy.

f) Do przeszkód w usuwaniu rurki tracheotomijnej przybywa zwężenie tchawicy, wywołane przecięciem podczas tracheotomii tylnej ściany tchawicy i przedniej przełyku z następczym uwięźnięciem ściany przełyku w ranie tylnej ściany tchawicy. Leczenie powinno polegać na okrwawieniu brzegów i zeszyciu ran obu narządów. Takież leczenie stosować należy w przypadkach nie gojących się przetok przełykowo-tchawicznych, wywołanych sprawami uleczalnymi.

[Streszczenie własne].

W dyskusji: a) P u ł a w s k i omawia trudności rozpoznawania grasicy; np.: w chorobie B a s e d o w a, gdzie często mamy do czynienia z t. zw. *thymus perstans*, badanie promieniami R. daje prawie zawsze wynik ujemny, albo tylko wątpliwy; inne metody kliniczne również zawodzą; jedynie tylko badanie krwi daje wynik dodatni, a mianowicie leukopenia i wysoka limfocytoza (zamiast normalnych 25% limfocytów otrzymujemy 35 — 48% i więcej) cechują t. zw. *status thymico-lymphalicus*.

S r e b r n y w odpowiedzi P u ł a w s k i e m u dodaje, że w przypadku przerostu grasicy prześwietlono klatkę piersiową na ekranie, nie robiono fotografii, zaś o badaniu krwi w przypadkach *status thymico-lymphalicus* w odczycie wspomnia.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący *J. Pawiński*.

Za Sekretarza *A. 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 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.

2) Dwie nagrody pieniężne każda w kwocie około Rb. 250 z funduszu imienia D-ra JÓZEFA WSZEBORA za najlepsze dwie prace oryginalne, w języku polskim, na dowolny temat z dziedziny patologii ogólnej lub higieny, przedstawić się mające w terminie od dnia 1 kwietnia 1914 do dnia 31 marca 1918 roku.

3) 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.

4) Dwie nagrody pieniężne każda w kwocie rb. 180, z funduszu imienia D-ra ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO, przyznać się mające za pracę 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.

5) 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 odnośnem 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.

6) Dwie zapomogi w kwocie każda około rb. 180, z zapisu D-ra ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO, mające być przyznane w połowie czerwca r. 1916 delegatom na jeden lub więcej 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 wymieniem zajęć lub prac kandydatów w dziedzinie psychiatrii i podaniem dokładnych adresów.

7) 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.

8) Dwie nagrody pieniężne, każda w kwocie Rb. 375 z funduszu imienia D-ra LEONA KONITZA, mające być przyznane 15 października 1917 roku, za najlepsze dwie prace oryginalne, w języku polskim, poświęcone wyłącznie chorobom kobiecym lub akuszeryi i ogłoszone drukiem w terminie od d. 1 Kwietnia 1911 r. do dnia 31 Marca 1917 r. lub w tymże terminie w rękopisach dla ubiegania się o nagrody złożone. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne albo też laboratoryjne badania we zmianowanej specjalności, jak podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych w ogóle. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Komitet konkursowy weźmie pod uwagę **wszystkie** wogóle prace z powyższej specjalności, jakie wyszły z druku w sześcioletnim okresie konkursowym z dołączeniem prac nadesłanych na konkurs w rękopisach.

U w a g a o g ó l n a. Wszystkie prace naukowe nadryłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) c 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.*

TREŚĆ ZESZYTU II-go.

	<i>Str.</i>
1. Protokóły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:	
z dnia 2 marca 1915 r.	41
„ 16 „ „	47
„ 30 „ „	53
„ 20 kwietnia „	57
„ 27 „ „	67
„ 4 maja „	74
„ 18 „ „	80
2. Ogłoszenia	90

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.

Дозволено Военною Цезурою Варшава 25 июня 1915 г.