

PAMIĘTNIK KLINICZNY SZPITALA ŚW. DUCHA

WYDAWNICTWO BEZTERMINOWE

Tom IV

PRZYGOTOWAŁA DO DRUKU
Z. CZYŻEWSKA
SEKRETARZ POSIEDZEŃ KLINICZNYCH W SZP. ŚW. DUCHA

WARSZAWA
1933



Sp. 500.

1932.

I. Posiedzenie kliniczne dnia 23 stycznia pod przewodnictwem Doc. Dra Goreckiego.

1. **Doc. Melanowski.** Pokaz przypadku śluzowiaka oczodołu lewego u kobiety 39-letniej.

Chora od lat 8 cierpi na stopniowo zwiększający się wytrzeszcz lewostronny. Badanie prom. Roentgena wykazuje rozszerzenie się lewej zatoki czołowej. Na granicy poniżej wewn. kąta górnej krawędzi oczodołu widać dwa występujące wyrostki piłowate, w których rozpoznano hyperostosis nasofrontalis Rollet. Obraz roentgen. oraz dane przy badaniu, obok dobrego zachowania ruchomości gałki ocznej pozwoliły rozpoznać śluzowiak zatoki czołowej i oczodołu. Chora została zoperowana. Po 12 dniach od operacji obecnie obrzęk oczodołu z wolna ustępuje, wytrzeszcz z wolna zmniejsza się. Prelegent sądzi, że po paru miesiącach ustawienie oka będzie prawidłowe podobnie, jak w szeregu poprzednio leczonych przez niego przypadków.

2. **Dr. J. Neumann.** Przeszczepienie płatu z na-pletka w-g Szymanowskiego oraz operacja plastyczna w-g Melanowskiego w przypadku bliznowatego odwinięcia powiek.

Po oparzeniu twarzy w danym przypadku powstało znaczne całkowite odwinięcie dolnej powieki lewego oka, oraz nosowej połowy dolnej powieki prawego oka. Na powiekę dolną lewego oka przeszczepiono w rok po wypadku wolny płat skóry z na-pletka. Płat przyjął się w całości. Zabarwienie z delikatnem pomarszczeniem nie różni się od normalnej skóry powiekowej. Czynności powieki nie utrudnia. Na dolnej powiece prawego oka dokonano operacji plastycznej w-g Melanowskiego. Cięcie przeprowadzono w postaci odwrócone litery y, a zaszyto, tworząc odwróconą literę v.

3. Dr. Bartoszek. Zmiany w tkankach okołożębowych w przebiegu ostrych chorób gorączkowych.

W chorobach gorączkowych często dają się wykazać zmiany w tk. okołożębowych. Zwłaszcza dużą rolę w schorzeniach tych tkanek odgrywa kieszonka śluzówki kołożębowej, w której najłatwiej zagnieżdża się proces zapalny i przewlekłe ropienie. Kamień zębowy w 86% jest przyczyną pyorrhea alveolaris. Z ropy wysiewano paciorkowce, krętki, nawet pierwotniaki. Kiła, gruźlica, cukrzyca, sprzyjają rozwojowi tego schorzenia. W przebiegu chorób gorączkowych powstają mniej lub więcej rozległe zmiany w śluzówce jamy ustnej. Prelegent zbadał 22 przypadki sekcyjne w których miał do czynienia ze schorzeniami takimi jak gruźlica, dur brzuszny, plamisty.

DYSKUSJA. Doc. Melanowski zna przypadki w których cierpienie tęczówki i rogówki związane było ze stanem chorobowym tkanki kołożębowej. Po usunięciu chorych zębów stan oczu uległ poprawie. Dr Neuman. Nerwobóle twarzy, przewlekłe bóle głowy mają nieraz związek ze schorzeniem jamy ustnej. Dr Grott. podkreśla związek jaki istnieje między stanem tk. okołożębowych, a schorzeniami organów wewnętrznych jak serce, bólami głowy, migrenami.

4. Dr. Rytel i Dr. Konarska. Dwa przypadki wad wrodzonych serca. (*Peromelus cum etrodactylia, fissura sterni, vitium congenitum cordis*).

Zagadnienie wad wrodzonych serca nigdy nie traci na swej aktualności. Z tych właściwie powodów w piśmiennictwie okresu są podawane opisy wad odosobnionych jak również i ich różnorodnych zespołów. Niedorozwoje mogą dotyczyć zarówno kilku narządów jak i poszczególnych części ciała.

Takie właśnie skojarzenie niedorozwoju w jednym ustroju pozwalamy sobie przedstawić.

Franciszek K-n zgłosił się o poradę z powodu ogólnego osłabienia i braku apetytu. Uprzednio miał nigdy nie chorować. Ojciec jego zmarł na gruźlicę, matka chorowała na serce, zmarła przy 3-cim porodzie. Brat chory na serce.

Stan ogólny: Chory F. K., lat 11, wzrost 1,31 cm., budowy wątłej, o odżywianiu upośledzonym (wagi 25 kg., 200 gr.), słabo rozwiniętych mięśniach, białych powłokach skórnych.

Już przy pierwszym spojrzeniu rzuca się nam w oczy niedorozwój górnych kończyn polegający na wybitnem zmniejszeniu ich wymiarów długości.

Szczegółowo oglądając te kończyny stwierdzamy:

- 1) brak kości ramieniowej lewej,
- 2) brak dużych palcy obu rąk,
- 3) niedorozwój kości przedramienia,
- 4) niedorozwój kości ramieniowej prawej,

5) zarysowanie się rozwoju palca dodatkowego na palcu II-gim ręki prawej posiadającego kształt palca V-go.

Obmacywaniem na przedramionach stwierdza się przytem tylko jedną kość.

Kośćciec głowy, szyji nie wykazuje odchyień od normy.

Oglądając kl. piersiową od przodu stwierdzamy:

1) zapadnięcie się mostka, idące od 2-go żebra ku dołowi,

2) uwypuklenie się lewej połowy kl. piersiowej najwybitniej zaznaczone na wysokości 2-go międzyżebra,

3) wąskie przestrzenie międzyżebrowe.

Badając mostek stwierdzamy prawidłowo ukształtowaną rękojeść do której przyczepiają się dwa żebra.

Obmacując trzon mostka w jego części pośrodkowej od wysokości przyczepu II-go żebra stwierdzamy głęboką szczelinę idącą równolegle do jego długiej osi (fissura sterni) aż do wysokości przyczepu V-tych żeber, gdzie mostek rozsuwa się zupełnie i żebra poniżej leżące (VI, VII, VIII i IX) łączą się, tworząc symetryczne listewki kostne, zspalające się z górną częścią trzonu w jedną wspólną całość. Listewki te w górnej części posiadają szerokość 4 cm. z obu stron, na wysokości 8-ych żeber posiadają szerokość 1 cm. i ustawiają się one pod kątem ostrym. Mięśnie piersiowe przyczepiają się do zewnętrznych części listewek kostnych. X-te żebra obustronnie wolne. Łopatki małe, odstające. Łopatka lewa jest mniejsza od prawej, uwypukla się bardziej ku górze niż łopatka prawa, ustawiona jest od niej wyżej.

Ruchy oddechowe obu połów klatki piersiowej symetryczne. Poza temi odchyleniami od normalnej budowy szkieletu zmian innych w kośćcu nie stwierdzamy.

Dalsze badanie przedmiotowe dało następujące wyniki:

Na skórze prawej połowy klatki piersiowej na wysokości 1 — 2 — 3 żebra uwidacznia się siatka rozszerzonych naczyń żylnych. Taką siatką na skórze kl. piersiowej po stronie lewej o mniejszem zaznaczeniu się.

Obmacywaniem stwierdza się miarową akcję serca z uczuciem słabo zaznaczającego się pomruku kocięgo w drugim międzyżebżu po stronie lewej w linii przymostkowej. Opukiwaniem stwierdzamy powiększenie stłumienia serca przeważnie lewego. Granica górna na III-m żebrze, prawa na 1 palec w prawo od linii mostkowej prawej, lewa niedochodzi na dwa palce do linii pachowej lewej. Opukując międzyżebrza po stronie lewej stwierdzamy w pierwszym i drugim międzyżebżu stłumienie idące od linii przymostkowej do mostka.

Przy obśluchiwaniu stwierdza się w linii przyrostkowej lewej na wysokości I-go międzyżebrza najwyraźniej słyszalny szmer telesystoliczny, promieniujący w kierunku lewostronnym naczyń szyjnych i stanu barkowego lewego, oraz akcent 2-go tonu.

W tejże linii oraz w linii mostkowej w drugim międzyżebrowym szmer ten słabnie, natomiast występuje wybitne zaakcentowanie 2-go tonu. Szmer słaby skurczowy wysłuchuje się również po stronie prawej w linii mostkowej drugiego międzyżebrowego. W dolnej części mostka i na koniuszku szmer skurczowy jest niesłyszalny. Akcent 2-go tonu w tych trzech ostatnich miejscach słabiej akcentowany jak w linii przymostkowej i mostkowej drugiego międzyżebrowego. Akcja serca wysłuchuje się również dobrze na wysokości przestrzeni międzyłopatkowo kręgosłupowej lewej na wysokości 2—3—4 żebra.

W pozycji leżącej dane osłuchowe wzmagają się. Przy ucisku brzucha szmery wybitnie nasilają się. Tętna na kończynach w zwykłych punktach obmacywania nie wyczuwa się.

Płuca bez zmian.

Badanie jamy brzusznej zmian nie wykazuje. Śledziona nie macalna. Odruchy ścięgnowe nie wzmożone.

W ten sposób przedstawiałoby się badanie bezpośrednie. Obecnie przejdziemy do ustalenia rozpoznania.

Omówiony zespół niedorozwojów dotyczących kończyn górnych zaliczonych do t. zw. *monstrua per defectum* pozwalamy sobie je określić jako:

1. PEROMELUS.

Aczkolwiek niektórzy autorzy utrzymują, iż nazwa peromelus i mikromelja wzajemnie się pokrywają, to jednak nazwę peromelus jesteśmy skłonni pozostawić dla niedorozwojów w różnym stopniu występujących u poszczególnych części kośćca kończyn, wówczas gdy nazwę mikromelja pozostawiliśmy dla równomiernego rozwoju wszystkich kości kończyn.

Brak palcy wielkich u obu rąk nosi ogólną nazwę *ectrodactylia* (adaktylia, perodaktylia). To jakby wyrastanie palca dodatkowego z palca 2-go ręki prawej może być ujęte nazwą *syndactylia* (zlanie się palcy). Rozszczepienie mostka znane jest pod nazwą *fissura sterni*. Zespół objawów stwierdzonych badaniem bezpośrednim nad sercem, a polegający na:

- 1) powiększeniu wymiarów serca; w wymiarze poprzecznym i podłużnym, z zaznaczeniem się w 2-m lew. międzyżebrowym stłumienia dochodzące do linii przymostkowej,
- 2) stwierdzeniu szmeru telesystolicznego najwyraźniej słyszalnego w 1-szym międzyżebrowym i z tyłu kl. piersiowej,
- 3) zaakcentowaniu 2-go tonu najwyraźniej występującego nad rzutem tętnicy płucnej,
- 4) zaznaczeniu się lekkiego mruku kociowego w 2-m międzyżebrowym,
- 5) zarysowaniu się na kl. piers. szczególnie na wysokości 2—3 żebra garbu sercowego, zmusza nas do rozstrzy-

gnięcia zasadniczego zagadnienia, jakiej wadze serca odpowiadałby najbardziej przytoczony zespół, wrodzonej czy nabytej.

Wady nabyte zawsze pozostają w związku z jakimiś chorobami zakaźnymi, mogącemi powodować zapalenie osierdzia. Spraw takich chory nasz nie przechodził, zresztą i opisane objawy kliniczne nie odpowiadają żadnemu z zespołów wad nabytych.

Stwierdzone niedorozwoje w kośćcu już mogą skierowywać myśl naszą w kierunku wad wrodzonych. Z wad wrodzonych przytoczone objawy pozwalają nam wnioskować, że mamy do czynienia z *ductus Botalli persistens*, chociaż na zasadzie doświadczenia trudno wyłączyć możliwość i innych wad wrodzonych.

Akcent wybitny 2-go tonu, stłumienie w 2-gim międzyżebrowym, uzależnione od rozszerzenia tętnicy płucnej, brak sinicy i rozszerzenia prawej komory pozwala wyłączyć nam *stenosis ost. art. pulmonalis*.

O ile jednak zwrócimy się do badań radiologicznych tu poniżej opisanych przez kol. Konarską, to rozpoznanie nasze utwierdza się.

Badanie radiologiczne: Klein Franciszek lat 12, lewa połowa klatki piersiowej zwężona, międzyżebrowa w części dolnej i środkowej zwężone. Po stronie prawej międzyżebrowa szersze niż w normie, zwłaszcza w $\frac{1}{2}$ górnej klatki piersiowej. Powyższa zmiana jest spowodowana wygięciem środkowego odcinka kręgosłupa piersiowego łagodnym łukiem ku stronie prawej. Ruchy oddechowe przepony po stronie prawej swobodne i rozległe. Kąty żebrowo-przeponowe wolne. Cień wnęki prawej szeroki, zawiera zwiększone gruczoły i pojedyncze swapniałe ogniska. Tuż nad przeponą po stronie prawej w V międzyżebrowie od przodu widoczne jest okrągłe ognisko zwapnienia wielkości małego grochu. Cień wnęki lewej niewidoczny. Pole płucne lewe o rysunku prawidłowym, prawe o rysunku zlekka wzmożonym zwłaszcza w okolicy wnęki podobojczykowej. Szczyty przymgłone. zwłaszcza prawy, przy kaszlu lewy wyjaśnia się nieźle, prawy niedostatecznie.

Serce o zwiększonej lewej komorze, zaokrąglonym wierzchołku i nieco uwypuklonym prawym dolnym zarysie. Zarys tętnicy płucnej szeroki, nadmiernie uwypuklony, tętnienie to jest synchroniczne z tętnem łuku tętn. głównej i udziela się w okolicę wnęki w II-gim międzyżebrowie. Ruchy skurczowe serca przyspieszone. Obraz serca przemawia za *ductus Botalli persistens*.

Obie łopatki spoczywają na bocznych powierzchniach klatki piersiowej, przyczem łopatka prawa jest wielkości odpowiadającej wiekowi chorego, lewa w porównaniu z nią znacznie mniejsza. Wyrostek barkowy prawej łopatki nadmiernie rozwinięty,

poniżej zaś panewka stanu barkowego nieco zniekształcona, płytka i wydłużona. Łopatka lewa wykazuje brak wyrostka barkowego a w miejscu odpowiadającym panewce stawowej znajduje się grzybiasto wywinięta powierzchnia stawowa. Kość ramieniowa prawa wybitnie skrócona, przyczem górna nasada niedorozwinięta, o małym ośrodku kostnienia w miejscu główki z szeroką szparą międzynasadową. Dolna nasada tej kości zniekształcona, szeroka u podstawy. Kości ramieniowej lewej brak, zamiast niej widoczny jest nieregularny, trójkątny zarys kości, o charakterze kości krótkiej. Kości przedramienia są pojedyncze, przyczem górna nasada każdej z nich przypomina kość łokciową, zaś dolna kość promieniową. Jądra kostne nasady dolnej kości przedramienia prawej spłaszczone, jakgdyby w postaci dwóch jąder kostnych. U lewej jądro pojedyncze i również spłaszczone. Ośrodków kostnienia kości garstki u prawej ręki — sześć, u lewej — cztery. Kości śródrecza 4. Po lewej i prawej stronie brak i kości śródrecza, przyczem dłoń ręki lewej ma kości śródrecza mniejsze i słabiej wykształcone. Obie dłonie wykazują brak kciuków. Drugi palec dłoni prawej wykazuje niedorozwinięty 1 i 2 człon kciuka.

Badanie rengenologiczne mostka wykazuje:

- 1) prawidłowe zarysy rękojęści,
- 2) trzon i wyrost mieczykowaty w pozycji skośnej są niewidoczne i nie dają zarysów. W pozycji profilowej widoczne są 3 dość symetryczne segmenty kostne do których dochodzą II, III i IV żebra.

Różniczkowanie radiologiczne pomiędzy zwężeniem tętnicy płócnej a *dictus botalli persistens*.

Radiologicznie jeżeli prawa komora jest normalna, niemożna myśleć o zwężeniu tętnicy płucnej.

Jeżeli serce przyjmuje konfigurację en A. Sabot z uniesionym ku górze koniuszkiem serca, z rozszerzeniem przerostowym prawej komory, z normalną lewą komorą, z rozszerzeniem zarysów tętnicy płucnej, obraz przemawia za zwężeniem tętnicy płucnej, rozszerzenie zarysów serca prawego jest charakterystyczne dla powyższej wady. Rozszerzenie zarysów tętnicy płucnej nie jest decydujące, ponieważ występuje w obu schorzeniach. Bordet i Vaquez na zasadzie obserwowanych przez nich przypadków dotyczących *ductus botalli persistans* podają: łuki naczyniowe tętnicy głównej i płucnej są obydwie uwypuklone, jednak łuk tętnicy płucnej ma rzadko uwypuklenie tak znaczne jak przy zwężeniu tętnicy płucnej. Ze strony serca nie stwierdza się zmian w pojemności serca prawego, natomiast komora lewa jest przeważnie powiększona. Krew przechodząc z tętnicy głównej do płucnej stwarza warunki wzmagające czynność komory lewej powodując jej przerost. Prace Bordet, Laubri i Perri opi-

sujące zwężenie tętnicy płucnej wykazują, iż mamy przeważnie do czynienia ze zwężeniem ujścia zastawkowego, znacznie rzadziej ze zwężeniem w okolicy stożka tętnicy płucnej. Brzeg tętnicy płucnej w wielu wypadkach jest uwypuklony, w innych bardzo nieznacznie. Pień naczyniowy wydaje się szeroki. Prace Millera wykazują iż przy *ductus botalli persistans* wielkość i konfiguracja serca mogą być normalne bez znaczniejszego przerostu komór częściej z uwypukleniem zarysu tętnicy płucnej zależnem od jej rozszerzenia. Bywają jednak przesunięcia granic serca przeważnie w lewo. Przy zwężeniu zaś tętnicy płucnej mamy przeważnie zwiększony zarys prawy.

Łączne zestawienie obrazu klinicznego i radiologicznego pozwala ustalić nam rozpoznanie *ductus botalli persistans*.

DYSKUSJA. Dr. Gerner podkreśla, że wrodzone wady serca najczęściej są skombinowane. Dr. Górecki. Wrodzone wady serca często kombinują się z innymi wadami wrodzonymi, w danym przypadku dotyczy to kończyn górnych. Rozpoznanie przyżyciowe często nie pokrywa się z rozpoznaniem sekcyjnem. Dr. Rytel. Szmer Roger (opis 1879) jest charakterystyczny tylko w takich przypadkach gdzie jest duży defekt.

5. Dr Abramowicz. Pokaz chorej po plastycznej operacji nosa.

W 6 roku życia chora upadła, uderzyła się nosem o kamień. Nos uległ znacznemu zniekształceniu, spłaszczenie. W 16 roku życia (obecnie) zrobiono jej operację plastyczną nosa — wszczepiając chrząstkę żebra — z doskonałym wynikiem kosmetycznym.

II. Posiedzenie kliniczne dnia 20 lutego pod przewodnictwem Dra S. Wąsowicza.

1. Dr Makowski. Przypadek torbieli trzustki.

Cysty trzustki bywają rzekome i właściwe. Rzekome zbudowane są z tkanki łącznej, a właściwie mają wyściółkę nabłonkową; zawsze mają kontakt z trzustką przy pomocy szypuły. Pochodzenie cyst bywa traumatyczne lub zapalne ostre. Rzekome cysty tworzą się przy zastojach, kamieniach, zwężeniach kanałów. Adenocystoma, echinokok, rozpad nowotworu, to są również rzekome cysty. Pseudo cysty liczbowo stanowią $\frac{1}{4}$ wszystkich cyst trzustki.

W omawianym przypadku chory przed 3-ma miesiącami został przygnieciony przez belkę. Zemdlął. Pod wieczór tegoż dnia zauważył nadmierne uwypuklenie się ściany brzusznej. Zwisający brzuch przeszkadzał mu następnie w pracy i z tem przyszedł do szpitala, gdzie rozpoznano pourazową torbiel trzustki, jako guz ogona trzustki, który przebił się do gastrocolicum.

DYSKUSJA. Dr. Trojanowski demonstruje rentgenogram żołądka dotyczący tego przypadku. Kontrast ułożył się poprzecznie pod samą przeponą. Peristaltyka żołądka szybka. Po 24 godzinach minimalne resztki w okrężnicy, kontrast ułożył się po prawej stronie jamy brzusznej. Obraz ten przemawia za guzem, wychodzącym z ogona trustki. Dr. Makowski. Obraz krwi danego chorego jest normalny. Eozynofilji nie stwierdzo. Echinokok wykluczony. Operacja będzie polegała na otwarciu jamy brzusznej, odseparowaniu guza i drenowaniu. Dr. Gerner. Guzy jamy brzusznej bardzo trudno rozpoznać. W etiologii dużą rolę odgrywa uraz. Przypomina sobie z własnej obserwacji w 1917 r. sanitariusza, który został uderzony w dołek podsercowy skrzynią. W kilka miesięcy żołnierz zachorował. Rozpoznano ropień ogona trustki. Dr. G. przypomina sobie drugi przypadek pourazowego ropnia ogona trustki po uderzeniu kolbą. Doc. Bronowski. Sprawę patogenezy guza rozstrzygnie operacja. Okaże się czy jest tam wylew krwawy i jaki.

2. Dr. Kahan. Przypadek ropnicy dotyczy chorej przepisanej z kliniki wewnętrznej na chirurgiczną z powodu ropni przerzutowych po poronieniu w 3 miesiącu ciąży.

W kilka dni po zabiegu temperatura ciała podniosła się. Leukocytoza wynosiła 14,000. Stwierdzono ropień w okolicy krętarza dużego. Po transfuzji krwi stan chorej poprawił się, lecz wystąpiły rozlane bardzo liczne ropnie na całym ciele (głównie ręce i nogi). Wlano chorej dożylnie 33 cm³ alkoholu + 67 cm³ wody. Po paru dniach zabieg powtórzono. W 4 dni po ostatnim wlewaniu temperatura ciała chorej obniżyła się. Z ropy wyhodowano mieszaną staphylo-strzeptococową florę.

3. Dr. Iwaszkiewicz omawia przypadek z kazui styki szpitalnej gruźlicy płuc.

DYSKUSJA. Dr. Wąsowicz. Niedomoga serca w danym przypadku pochodzi z toxemii gruźliczej. Nastąpiła generalizacja procesu w płucach, równocześnie zaś glomerulonephritis i osłabienie serca na tle toksycznym. Obecnie niedomoga przeszła, gdyż chora miesiąc już leży w szpitalu. Dalszy przebieg procesu w płucach pozwoli na dokładniejszą klasyfikację według Sterlinga — przejdzie w formę serowaciejącą lub włóknistą.

4. Dr. Lewenfisz. Przypadek po rezekcji krtani.

Chory przybył do szpitala z powodu gwałtownej duszności, której przyczyną był nowotwór złośliwy wewnątrzkrtańowy. Choremu zrobiono rezekcję krtani. Obecnie czuje się dobrze, pracuje, mówi szeptem.

Całkowitą rezekcję krtani robi się na 1 lub 2 tempa. Czas na 2 tempa jest dłuższy. Czeka się 2 tygodnie, co nie jest pożądane. Na zasadzie doświadczenia kliniki laryng. operacje na 1 tempo dają zapalenie płuc rzadko. Lepszy lub gorszy przebieg pooperacyjny zależy od techniki operacyjnej. Dotychczas operowano przy pomocy tak zwanego „fartuszka” — trzeba było podwiązywać bardzo dużo naczyń. Operacja trwała 3 godziny. Obec-

nie w klinice laryngolog. U. W. operuje się w linii środkowej ciała, oddziela się krtani, a następnie wyluszcza się ją. Operacja taka trwa 45 minut do 1 godziny i stan chorych po niej jest zadowalający. Łykanie dobre powraca w 3 tygodnie po operacji. Przy tej metodzie operacyjnej jest b. małe ropienie. Operacja ta uważana jest dzisiaj za groźną niesłusznie, wyniki naogół są dobre i nie dają śmiertelności. Operowano na klinice 9 przypadków z dobrymi wynikami naogół.

III. Posiedzenie kliniczne dnia 9 kwietnia pod przewodnictwem Dr. W. Kowalskiego.

1. Dr. Siedlecka. Dwa przypadki zwapnienia pęcherzyka żółciowego — preparat anat. patolog.

Kamienie pęcherzyska żółciowego — spotykane są często, lecz zwapnienie należy do zjawisk rzadkich. Zwapniałe pęcherzyki dzielą się na duże i małe. Niema w nich utkania ściany pęcherzyka. Klinicznie może nie być żadnych objawów, czasem występują objawy kolki wątrobowej — bóle. Radjoskopja daje ciekawy obraz — owalnego tworu, nie przypominającego ani kamienia wątrobnego, ani nerkowego. W zropniałym pęcherzyku najczęściej bywają kamienie. Etjologia ÷ hipoteza mechaniczna i zapalna.

2. Doc. Kaczyński. Wczesny wpływ strumektomii w chorobie Basedowa — przypadek pooperacyjny.

Przed dwoma tygodniami wycięto chorej połowę gruczołu tarczowego. Niektóre z objawów nadczynności tarczycy zmniejszyły się (tremor, nystagmus). Ciągłe złe samopoczucie, przyspieszone tętno do 140, kołatanie serca — również. Obecnie tętno 90—100. Potliwość zmalała. Naogół dopiero roczny okres czasu decyduje o poprawie. Chora przechodziła przygotowania internistyczne na kl. prof. Orłowskiego przez 2 tyg. M. B. ważyła się $+ 39 + 16\%$. Na kl. chirurgicznej przygotowawczo podawano jej lugol. W ławatywie podano awertynę, celem uspienia eter. Po operacji tętno podniosło się do 150, nastąpił kollaps. Pierwsze 2 doby po operacji były b. ciężkie. Wielce pomocnym środkiem w ratowaniu chorej okazał się gynergen (0,001). Badanie anat. patolog. guza wykazało zaledwie *struma parenchymatoza*. *Struma basedoniana* anatomicznie nie zawsze pokrywa się z obrazem klinicznym.

3. Dr. Rytel. Przypadek choroby Dercuma leczony z dobrym rezultatem preparatami jajnikowymi.

4. Dr. Uliński. *Lupus eritematodes faciei.*

Chora leczona naświetlaniami lampą finsenowską z bardzo dobrym rezultatem.

IV. Posiedzenie kliniczne dnia 5 maja pod przewodnictwem dra Hinza.

1. Dr. Raszke. Przypadek anemji złośliwej opornej na leczenie wątrobą.

Przypadek ten oporny na działanie wątroby, zareagował bardzo dobrze na leczenie arsenikowe stosowane uderzeniami. Po dacie wysokokalorycznej, oraz podawaniu wątroby po 250 gr. dziennie waga chorej podniosła się, lecz ilość czerwonych ciałek i hemoglobiny, poikilo i anizocytoza utrzymywały się bez zmiany. Po 3 tyg. leczeniu wątrobą podano chorej wentremon — bez rezultatu prawie. Odstawiono wówczas wątrobę, natomiast zostawiono na 2 tyg. wentramon. Po tym okresie czasu zaczęto podawać arsenik 0,003—0,006—0,009 jednocześnie z ferrum reductum. Obraz krwi wówczas zmienił się Hb—80, c. cz.—4,000,000, b. c.—7,000, anizocytoza z makrocytami słaba poikilocyteza utrzymuje się, index 0,93. Samopoczucie chorej b. dobre. Waga 59,5—62 kg. Śledziona i wątroba nie wyczuwają się. Urobilinoglen w moczu jeszcze dodatni.

DYSKUSJA. Doc. Borowski. Obserwacja jest cenna. Niedokrwistość złośliwa zwykle jest objawem tr—tłem często bywa sepsa. Chora gorączkuje, w sercu jest stenoza mixalna — może to resztki sepsy. Dr. Bratkowski. W aplastycznej anemji jest b. mało ciałek i niema w młodych form. Anemje Biermerowskie dają często remisje i najczęściej na wiosnę. Wykluć remisję tu — niepodobna. W uporczywych przypadkach leczonych na klinice z inicjatywy prof. Żebrowskiego starano się odtruć chorych stosując inj. soli fizjolog. i glukozy. Obraz krwi nieraz zmieniał się po tem leczeniu. W danym przypadku możliwe, że jeżeli niema remisji, to poprzednie leczenie stworzyło podłoże do zadziałania arseniku. Dr. Kowalski. Chora od 20 lat chorowała na żołądek. Schorzenie przewlekłe jelit i serca należy w etjologii anemji złośliwej brać pod uwagę. Neisserowskie uderzenia arsenikowe trafiły w danym wypadku na grunt prawdopodobnie przygotowany przez poprzednią terapię. Gdy zawodzi organoterapia należy stosować leczenie arsenikowe.

2. Dr. Kahan. Demonstruje 2 przypadki thoracoplastyki po ropnem zapal. opłucnej.

Zabieg ten ma na celu zbliżenie ściany klatki piersiowej do płuca.

DYSKUSJA. Doc. Bronowski. Thorakoplastyka przywraca zdolność do pracy — wartość społeczną tego zabiegu jest duża. Potrzebna jest propaganda ku uświadomieniu lekarzy o wartości tego zabiegu np. w gruźlicy, empjematach. Dr. Grycewicz. Wybór przypadków jest trudny, chodzi o spra-

wy jednostronne i przewlekłe. Zależy bardzo na współpracy szpitala z sanatorjami w tym przypadku, aby chorzy mogli po zabiegu dalej leczyć się. Jeżeli chodzi o empiematy — wartość tego zabiegu jest b. duża. Przy dużej deformacji klatki piersiowej praca serca jest utrudniona — co należy brać pod uwagę przy klasyfikacji zdolności do pracy. **Dr Kahan.** Po wygojeniu ran chorzy mają otrzymać gorsety celem zabezpieczenia przed deformacją.

3. Dr. Kahan. Demonstruje przypadek po operacyjnej z powodu pourazowej torbieli trzustki.

Chory był referowany uprzednio na posiedzeniu przed zabiegiem op.

4. Dr Lewenfisz. Torbiel przysadki mózgowej u chorej i chorego.

DYSKUSJA. Prof. Erbrich. W obu przypadkach mamy zaburzenia wzrokowe. Zmiany zatem mieszczą się w okolicy chiasma nervi optici lub w III komorze. Gdy tumor wychodzi z przysadki zabieg operacyjny można wykonać drogą przez nos, gdy z poza jej obrębu — z mózgu, przez pokrywę czaszki jedynie. W 1-ym przypadku założono experimentualnie rad. **Dr. Zaleski.** W 2-gim przypadku guz sąsiaduje z przysadką. Naogół lepsze wyniki terapeutyczne daje roentgen niż rad. Rad działa na niewielką przestrzeń. Igły radowe trzeba uzupełniać Roentgenem. **Dr. Lewenfisz.** Chory otrzymywał naświetlania, lecz stan jego pogorszył się. **Dr. Kahan.** Obserwować trzeba chorego bacznie co do ciśnienia śródczaszkowego i myśleć o odbarczeniu — objawy ucisku na chiasmę mogą się wzmóc.

5. Dr. Abramowicz. Zwężenie tchawicy pochodzenia kiłowego, leczone elektrokoagulacją.

6. Dr. Uliński. Przypadek wilka rumieniowatego twarzy (*Lupus erythematoses*).

Chora B. W., lat 29, zgłosiła się do ambulatorjum skórno-go szpitala św. Ducha przed 8 tygodniami z objawami chorobowymi skóry twarzy, a mianowicie: Na grzbiecie nosa — blaszka barwy szarej z różowym odcieniem. Brzegi tego wykwitu otoczone rozszerzonymi naczynkami krwionośnymi. W obrębie blaszki skóra nacieczona. Na lewym grzbiecie nosa — blizna po stosowaniu zamrażania stałym Co_2 . Na policzkach pod oczami skóra nacieczona czerwona z sinawym odcieniem. Gruczoły łojowe w miejscach wzmiankowanych — rozszerzone.

Choroba trwa od 5-ciu lat. Leczyła się w ciągu tego czasu maściami i zamrażaniem Co_2 . Przed trzema tygodniami skierowałem ją do gabinetu światłoleczniczego przy szp. św. Łazarza, gdzie była dwukrotnie naświetlana promieniami Finsena. Obecnie stan choroby skóry znacznie się poprawił. Blaszka i łuski na nosie znikły, a skóra znacznie mniej nacieczona o kolorze lekko sinym. Na policzkach chore miejsca są również słabiej nacieczone i lżej zabarwione.

Wskazane jest dalsze naświetlanie Finsenem, lecz chora, nauczycielka, odłożyła te zabiegi, wywołujące odczyn zapalny na twarzy, do czasu wakacyjnego.

Przypadek opisany rozpoznajemy jako liszaj (wilk) rumieniowaty.

Przyczyny powstawania liszaja rumieniowatego: Jedni autorzy przeczą wszelkiej łączności choroby tej z gruźlicą. Inni uważają ten związek za dowiedziony. Jeszcze inni zajmują stanowisko ugodowe, przyjmując liszaj rumieniowaty za schorzenie zespolowe, w którego powstawaniu gruźlica bierze mniejszy lub większy udział. Ostatniemi czasy większość dermatologów przychyliła się do gruźliczego pochodzenia liszaja rumieniowatego. Przemawia za tem wykrycie prątka Koch'a w wykwitach niektórych przypadków oraz wyniki dodatnie szczepienia. Odczyn tuberkulinowy ogólny i miejscowy występuje często. Co się tyczy strony klinicznej zagadnienia, daje się zauważyć częstość współistnienia liszaja rumieniowatego z innemi sprawami gruźliczemi (skóra, gruczoły chłonne, kości, narządy wewnętrzne).

Leczenie: 1) Metoda Hollaender'a (podawanie 0,5 chlorku chininy 2—3 r. dziennie i jodynowanie blaszek w 10 minut po zażyciu leku). Po 5 dniach przerwa 5-ciodniowa i t. d., 2) zamrażanie stałym CO_2 , 3) rad'owe, 4) Finsene i rentgenoterapia, 5) leczenie ogólne.

7. Dr. Uliński. Przypadek *Xanthomatosis*.

Dane dotyczące tego przypadku otrzymałem od docenta dra M. Grzybowskiego wraz z zezwoleniem na przytoczenie ich przy demonstracji chorej.

Sz T. I. 55. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie odra i ospa, później 5 razy zapalenie płuc i „powiększenie serca”. Wogóle jest bardzo nerwowa, wrażliwa. Od 24 roku życia leczy się ciągle „na nerwy”. Miesiączkowała od 24 do 48 r. życia z kilkoma przerwami dłuższymi (3 miesiące do 1½ roku). Menses trwały 3—4 dni, były średnio obfite. Nie roniła. Rodziła 2 razy. Dzieci rodziły się żywe (jedno zmarło w 1½ roku po urodzeniu, drugie żyje i jest zdrowe).

Choroba obecna rozpoczęła się w 1916 r. żółtawemi plamkami początkowo na powiekach, potem na szyi i głowie. Występowanie twardych guzów spostrzegła po raz pierwszy przed 2½ laty. Zaobserwowała ujemny wpływ zdenerwowania się na podstawie zmian chorobowych.

Stan obecny: Budowa asteniczna. Podściółka tłuszczowa b. skąpa. Odruchy żrenicowe i ścięgnowe prawidłowe. Tarczycza nie powiększona. Płuca: przytłumienie nad lewym szczytem, rozsiane rzężenia nad całym lewym płucem, oddech pęcherzykowy zaostrozony, miejscami chuchający. Serce powiększone w kierun-

ku lewym, uderzenia koniuszkowe na lewej linii pachowej przedniej, tony głuche. Tętno 90 na 1 minutę, równe, miarowe, słabo napięte i wypełnione. Wątroba i śledziona nie powiększone. Skóra naogół łojotokowa, mało elastyczna. Uwłosienie na wzgórku łonowym skąpe o typie kobiecym, pod pachami zaledwie zaznaczone. Na kończynach dolnych — żyłaki. Obrzęków niema. Zmiany chorobowe o charakterze występujących współrzędnie i zlewających się z sobą, żółtych kępek płaskich i guzkowatych zajmują umiarkowo:

- 1) powieki górne i dolne i najbliższe okolice oczodołów, przechodząc wąskim pasmem na boczne powierzchnie nosa i skronie,
- 2) powierzchnie boczne szyi, okolice obojczyków i górną część mostka w kształcie ślimaka,
- 3) skórę uwłosioną głowy — całkowicie na tyłogłowie oraz w postaci blaszek pojedynczych, częściowo pozbawionych włosów na przedniej i bocznych powierzchniach głowy,
- 4) wykwit pojedynczy guzkowy na lewym ramieniu,
- 5) ze śluzówek widocznych zajęte jest jedynie podniebienie miękkie, gdzie widzimy rozlane zabarwienie żółte bez zmiany spoistości.

Powierzchnia wykwitów jest przeważnie gładka, słomkowo żółta, miejscami tylko brudno żółta i lekko zbrózdzona (powierzchnie boczne szyi). Granice zmian są ostre, odgraniczone od skóry zdrowej pasmem wąskim skóry zaróżowionej.

Zmian w moczu niema. Badanie krwi morfolog. krwinek — 3.920000, Hb. 67%, Leukoc. 5.600, neutrof. — 64%, eozynof — 1%, monocytów — 4,5%, limfocytów 30,5%.

Badanie chemiczne — hypoglicaemia — 0,74‰, Cholesteryna — 1‰.

Po demonstracji chorej prelegent wspomniał o podziale żółtych kępek na postacie pospolitą (x. vulgare) i moczówkową (x. diabeticum).

Pospolita miewa dwie odmiany: a) płaska (x. planum) i b) buzowata (x. tuberosum).

Dalej wspomniał o budowie k. żółtych i o przyczynie rozsianych uogólnionych postaci. W końcu omówił sprawę leczenia ż. kępek.

8. Dr. Uliński. Przypadek wilka rumieniowatego (*Lupus erythematodes*).

Przypadek, nie leczony dotychczas, dotyczy mężczyzny lat 55, dotkniętego tą chorobą w postaci głębokiej (l. erith. discoides) łuski na obu policzkach i małżowinach usznych od 6½ lat. W środku ognisk policzków blizny, a po brzegach —

białoszare łuski, po zeszkrobaniu których widać od spodu czopki tkwiące mocno w rozszerzonych gruczołach łojowych. Na małżowinach usznych również blizny, a obok łuski.

9. Dr. Uliński. Przypadek zliszajowacenia skóry (*lichenificatio*).

Chłopiec, lat 12, od roku dotknięty jest w dolnych odcinkach obu przedudzi zmianami skóry, które występowały i rozszerzały się współrzędnie i umiarkowo. Obecnie skóra tam zgrubiała, zatraciła zwykłą sprężystość, stała się suchą, szorstką i zabarwioną na kolor brudnawy; poletkowata budowa powierzchni skóry stała się bardziej wyraźna.

Powyższy zbiór objawów znany jest pod nazwą zliszajowacenia skóry. Brak jest tutaj jeszcze grudek płaskich o powierzchni gładkiej i błyszczącej, zjawiających się nieco później.

Przyczyna: tarcie butów. Leczenie: usunięcie momentu tarcia przez zmianę butów na półbuciki. Pozatem — maści redukujące. Mniemać należy, że zliszajowacenie wytwarza się tylko u ludzi skłonnych do tego rodzaju zmian skóry, można się bowiem przekonać, że w licznych przypadkach zjawisko to nie występuje wcale pomimo silnego drapania lub tarcia.

V. Posiedzenie kliniczne dnia 16 czerwca pod przewodnictwem dra Serafińskiego.

Dr. Bartoszek T. i Dr. Pniakówna Z. *Pneumothorax spontaneus dextr. Asthma bronchial. Phthisis incip. manif. fibrosa progr. pulm.*

Chory E. S. lat 32. Na miesiąc przed przybyciem do kliniki podczas napadu dychawicy oskrzelowej u chorego powstała odma samoistna. Autorzy przedstawili wywiady, stan obecny i wynik badań laboratoryjnych. Przypadek demonstrowano ze względu na rzadkość zestawienia odmy samoistnej z dychawicą oskrzelową, przy b. nieznaczących zmianach gruźliczych w płucach.

DYSKUSJA. Doc. Bronowski podkreśla współistnienie odmy i dychawicy oskrzelowej w danym przypadku. W wielu przypadkach astmy przyczyną schorzenia są gruczoły oskrzelowe, które uciskają na spłoty nerwowe.

2. Dr. Gerner. Ostra białaczka.

Chora lat 29 przybyła ze skargą na gwałtowny ból pod łukiem żebrowym lewym. Przy badaniu stwierdzono sinicę, osłabienie, duszność. Gruczoły chłonne powiększone, zwłaszcza na szyi, ruchome. Tętno serca głucho. Nad końcem serca szmer skurczowy i akcent II tonu nad art. pulmonalis. Wątroba wy-

suwa się z pod łuku żebrowego na 4 palce. Chora w bardzo szybkim czasie zmarła.

DYSKUSJA. Dr. Galinowski podnosi, że nazwa białaczki o ostrym lub szybkim przebiegu dla danego przypadku jest słuszną. Ostre przypadki białaczki limfocytarnej, jak u danej chorej są rzadkie, częściej zdarzają się szpikowe. We krwi w białaczce musi być duża ilość macierzystych komórek krwi. Dr. Bratkowski. Białaczka o tak ostrym przebiegu zdarza się rzadko; w swojej obserwacji miał 3 przypadki ostrej limfatycznej białaczki. Zawałów i krwioplucia nie obserwował. Dominowały powiększone gruczoły i śledziona. Białaczki te robiły wrażenie ciężkiej posocznicy. Jeżeli etiologia białaczki jest infekcyjna, zawały są zrozumiałe, jak w sepsie. Dr. Zaleski. Poruszano kwestię rentgenoterapii u tej chorej. W ostrej białaczce leczniczego wyniku zwykle nie bywa. Dr. Górecki. Przebieg schorzenia był ostry, jak w chorobie zakaźnej. W białaczce ostrej bywa skłonność do zgorzeli, a gruczoły i śledziona mogą być niewielkie. Ogólny przebieg schorzenia przypomina posocznice. Dr. Gerner. Ogólna odpowiedź anatomicznej patologii co do danego przypadku leukaemia lymphatica. Chora miała powiększone gruczoły przed chorobą obecną. Zawały w płucach i śledzionie w białaczce limfat. są rzadkie.

3. Dr. Hinz. Przypadek Morbus Banti u 7-letniego chłopca.

DYSKUSJA. Doc. Bronowski. Ascit w danym przypadku był bardzo duży. Obecnie po naświetlaniach lampą kwarcową zmniejszył się znacznie, jak również wątroba i śledziona. Chłopiec pochodzi z okolicy malarycznej, może właśnie to jest przewlekła malarja. Dr. Górecki. W przypadkach Morbus Banti płyn z jamy brzusznej ma charakter przesączynowy, w gruźlicy zaś zapalny. W tych postaciach, gdzie płyn nagromadza się może dochodzić do wtórnej infekcji gruźliczej. W danym przypadku trzeba myśleć o polyserositis ze sprawami włóknistymi w mediastinum, stąd utrudnienie w krążeniu krwi i stąd duża wątroba. Może być też i zwykły peritonitis. Proponuje próbną punkcję i badanie płynu z jamy brzusznej na świnie morskiej. Doc. Bronowski. Gdy chłopiec przybył, myślano raczej o gruźlicy niż o Bantim. Dr. Zaleski. Dobry efekt kwarcówki przemawia za gruźlicą. U dzieci lepszy efekt leczniczy daje kwarcówka, u dorosłych lepiej stosować roentgen. Dr. Bratkowski. Przy badaniu chorego widać dobrze stawianie się jelit, przemawia to za gruźlicą. Dr. Wąsowicz. Należy powtórzyć odczyn Pirqueta w okresie poprawy, jakoś tego odczynu pozwoliłaby na wyjaśnienie etiologii.

4. Dr. P. Zarecki. *Cholecystitis et cholelithiasis sponttyphosa.*

Chora W. M. lat 25 przybyła na nasz oddział dnia 25.V b. r. z powodu żółtaczk i bolesności w okolicy dolka i pod prawym łukiem żebrowym.

W sierpniu 31 roku leżała w szpitalu św. Stanisława z powodu duru brzuszego; w trzecim tygodniu choroby pojawiła się żółtaczka, która trwała do końca choroby.

Podczas żółtaczk żadnych bólów nie odczuwała.

Po dwutygodniowym okresie rekonwalescencji pojawił się nawrót duru, który trwał 2 tygodnie.

Do grudnia 31 roku chora czuła się dobrze; w pierwszych dniach grudnia chora dostała napadu bólu pod prawym łukiem żebrowym, promieniującego do łopatki. Od tego czasu napady powtarzały się co 2—3 tygodnie, poczem w kwietniu b. r. po jednym z napadów pojawiła się żółtaczką, która utrzymywała się do przybycia chorej na oddział. Pozatem anomneza chorej jak i rodzinna bez znaczenia.

Chora rodziła 2 razy — ostatni poród przed trzema laty. Podczas ciąży ani w okresach późniejszych żadnych objawów bólowych brzucha nie miała.

Powłoki skórne chorej po przybyciu na oddział były wybitnie złocisto-złoto zabarwione.

Białkówki żółte.

Stolec odbarwiony.

Mocz barwy ciemno-piwej.

Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, średniej konsystencji, okolica pęcherzyka żółciowego bolesna przy ucisku.

Pozatem w jamie brzusznej ani w innych narządach wewnętrznych odchyień wyraźnych od normy nie stwierdzono.

Na zasadzie badania klinicznego i badań dodatkowych rozpoznaliśmy *cholelithiasis, obturatio ductus choledochi*.

Nasilenie żółtaczki po przybyciu do szpitala zaczęło się stopniowo zmniejszać, kał zaczął się zabarwiać, w moczu pojawił się urobilinogen.

Ponieważ chora w zeszłym roku przechodziła dur brzuszny z nawrotem i z żółtaczką, a po przebytych poprzednio ciężkich żadnych temu podobnych dolegliwości nie miała, zachodziło przypuszczenie, czy nie istnieje ścisły związek przyczynowy między przebyłym drem a obecnym cierpieniem.

Dnia 23 maja r. b. zgłębnikowaliśmy dwunastnicę i z otrzymanej żółci wychodowano w pracowni dra Milewskiego prątki Ebarta.

Również i badanie kału na obecność prątków durowych, wykonane w tejże pracowni dało dnia 4—VI b. r. wynik dodatni.

Przypadek powyższy, którego zademonstrować nie możemy, gdyż w międzyczasie chora się wypisała, klinicznie nie przedstawia sobą nic szczególnego; przedstawiliśmy go li tylko dlatego, iż udało nam się stwierdzić w żółci zarazki durowe, a tem samem potwierdzić łączność cierpienia z przebyłym drem brzuszny, który obok ciąży odgrywa dużą rolę w powstawaniu zapaleń pęcherzyka żółciowego. W danym przypadku dwukrotnie przebyta ciężka pozostała bez wpływu na cierpienie.

Przypadki duru, w przebiegu których prątki Ebarta przenikają i usadowiają się w drogach żółciowych, dają często nawroty z następownymi schorzeniami dróg żółciowych, jak to miało miejsce u naszej chorej.

W tych przypadkach przebywanie prątków durowych trwać może przez czas dłuższy, powodując stałe wydalenie zarazków chorobotwórczych, co ma wielkie znaczenie z punktu widzenia epidemiologicznego.

Czas przebywania prątków durowych u naszej chorej wynosi trzy miesiące.

DYSKUSJA. Dr. Bratkowski omawia chorobę, przybyłą na klinikę z powodu cholecystitis po durze brzuszny. Płukano pęcherzyk żółciowy i dezynfekowano go stale, lecz prątki utrzymywały się. Dr. Górecki. Prątki duru długo zalegają w pęcherzyku żółciowym. Żółtaczką w przebiegu duru zdarza się rzadko. Zapalenie pęcherzyka występuje raczej po infekcji, a nie w czasie infekcji. Podobno leczniczo dobrze działa rtęć. Doc. Bronowski twierdzi, że żółtaczką w przebiegu duru nie jest rzadkością.

VI. Posiedzenie kliniczne dnia 5 listopada pod przewodnictwem dra Michalca.

1. Dr. Abramowicz. Przypadek utrudnienia w przełykaniu wywołanego przez anomalję wyrostka rylcowego kości skroniowej. (*Dysphagia styloidogenes*).

Mężczyzna, lat 48, zgłosił się ze skargami na utrudnione przełykanie; od 2-ch lat ma podczas przełykania uczucie obcego ciała w gardle po stronie lewej, czasami klucie promieniujące do ucha lewego. W obawie przed rakiem leczył się u kilkunastu specjalistów, którzy stwierdzali, że gardło jest zdrowe i że cierpienie powstało „na tle nerwowem”. Badanie gardzieli, nosogardzieli i krtani żadnych zmian nie wykryło; badanie bocznej lewej ściany gardzieli palcem wykryło twór kostny przebiegający skośnie od góry i od zewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz. Rozpoznano anomalję w budowie wyrostka rylcowego kości skroniowej; badanie rentgenologiczne potwierdziło to rozpoznanie.

Pokaz rentgenogramów.

Prelegent wskazuje na niedostateczną znajomość tej sprawy chorobowej, którą proponuje wyodrębnić pod nazwą *dysphagia styloidogenes*. Chorzy dotknięci tem cierpieniem byli dotychczas uważani zbyt pochopnie za neuropatów i ze skargami na utrudnione przełykanie wędrowali od lekarza do lekarza. Po stwierdzeniu mechanizmu kostnienia wiązadła rylcowo-gnykowego, jako powodu omawianego utrudnienia w przełykaniu oraz leczenia operacyjnego tej sprawy chorobowej, prelegent wskazuje na konieczność dwuręcznego badania bocznej ściany gardzieli w każdym przypadku, w którym za pomocą oglądania nie znajdujemy w gardle zmian, usprawiedliwiających skargi chorych na zaburzenia w przełykaniu.

2. Dr. Rytel. *Osteophytia generalizata* u dziewczynki lat 11.

Choroba zaczęła się bólami w lewej ręce rzekomo po przewróceniu się na gimnastyce. Ból ten trwał miesiąc i przeszedł, natomiast zaczęły się uwydatniać bujania kostne w przebiegu wielu kości. Schorzenie to dotyka przeważnie chłopców i, według piśmiennictwa, przez potomków męskich jest przenoszone. Prelegent obserwuje 2 dziewczynki. Jako tło podają kiłę, gruźlicę, alkoholizm. W danym przypadku mamy do czynienia z symetrycznym bujaniem wyrosła kostnych, większem po stronie lewej niż prawej. Wyrosła te idą od powierzchni stawowych. Jako wynik etiologiczny należy wziąć pod uwagę: 1) czynnik nerwowy, 2) zmiany anatomopatologiczne — bujania rozwijają się z związków chrząstkowych, 3) czynnik infekcyjny, 4) nieprawidłowy rozwój okostnej. Ze względu na symetrię należy przypuszczać czynnik neurotroficzny za podłoże procesu w demonstrowanym przypadku. Nieraz sprawa chorobowa zaczyna się bardzo wcześnie — w 1 roku życia rozwijają się narośla kostne, bujające od chrząstki.

DYSKUSJA. **Dr. Wąsowicz.** Przysadka mózgowa odgrywa dużą rolę w rozwoju kości. W danym przypadku można mieć pewne podejrzenie w kierunku wadliwej jej czynności. Konfiguracja ciała chorej nie jest dziecięca, mimo 11 lat. wyraźny rozwój sutek, wykształcenie sylwetki kobiecej, lewe oko daje pewien zez, stopy są płaskie. Oprócz zaburzeń kostnych, mogła przysadka wpłynąć na rozwój danego obrazu chorobowego. **Dr. Rytel.** W piśmiennictwie nie łączy się tego schorzenia z przysadką. Schorzenia tego gruczołu dają raczej symetryczne rozrosty kończyn.

3. Dr. Naumann. Przypadek raka płuca.

Chory Bad. Szcz., lat 54, z zawodu felczer kasy chorych na prowincji, przybył do szpitala dn. 20.IX 1932 r. z powodu bólów po stronie prawej klatki piersiowej, uniemożliwiających pracę i powodujących bezsenność.

Brat chorego zmarł na raka, siostra na suchoty—kontaktu z nią chory nie miał; pozatem rodzina zdrowa.

Z chorób przebytych podaje odrę, szkarlatynę, ospę prawdziwą w dzieciństwie; cierpienia wątroby, połączone z żółtaczką i napadami bólów w prawym podżebrzu przed 15 l.; operacyjne usunięcie gruczołów krwawniczych w r. 1920. W r. 1925 suche lewostronne zapalenie opłucnej.

Alkoholu używał dużo do 1920 r., od tego czasu pije b. mało; palił dużo, do 40 papierosów dziennie, ostatnio mniej.

Choroba zaczęła się w pierwszych dniach marca 1932 r. lekkim pokłuwaniem w prawej połowie klatki piersiowej. Chory poczuł się b. źle. Zwrócił się do lekarzy, którzy rozpoznali grypę o lekkim przebiegu. Miał stosowane bańki i nacierania. Nie gorączkował. Kłucia jednak nie ustępowały. Nie mógł pracować

należycie, skarżył się na łatwe męczenie się. Przy kilkakrotnych badaniach lekarskich nie stwierdzano odchyień od normy. Przez kilka miesięcy chorego podejrzewano o symulację.

W lipcu zjawiły się stany podgorączkowe, bóle znacznie nasiliły się, miały charakter promieniujący w kierunku łopatki. przez cały czas choroby podobno na wadze nie stracił. Apetyt miał dobry.

Na początku sierpnia w okolicy nadobojczykowej prawej zjawił się maleńki, wielkości ziarnka prosa, guziczek, coraz się powiększający, bolesny. Jednocześnie zauważył zgrubienie palców kończyn połączone z drętwieniem palców.

Dopiero wówczas skierowany został do szpitala. Na kilka dni przed przybyciem do Warszawy zaczął kaszlać, kaszel jest bolesny. Odpluwał sporo plwociny krwistej. Mocz i stolec oddawał prawidłowo, ze strony przewodu pokarmowego dolegliwości nie miał.

Badanie przedmiotowe:

Wzrost średni, budowa prawidłowa, stan odżywiania dobry. Uderza niespokojne zachowanie się chorego, który jest b. podniecony. Skóra prawidłowo zabarwiona. Gruczoły podszcękowe wielkości fasoli, szyjne drobne, pachwinowe wielkości grochu. W okolicy nadobojczykowej prawej guz wielkości drobnego orzecha laskowego, zrośnięty z podłożem, o powierzchni zrazikowatej. Głowa bez odchyień od normy. Żrenice równe prawidłowo reagują na światło i odległość. Szyja miernie długa, prawidłowo ruchoma. Klatka piersiowa nieznacznie powłóczy po str. prawej przy oddychaniu, pozatem bez zmian. Płuca: od przodu po stronie prawej nad obojczykiem lekkie skrócenie wypuku, poniżej do 3 żebra również. Drżenia i przewodnictwa w miejscu skrócenia nieznacznie wzmożone, pozatem bez zmian. Po stronie lewej oraz od tyłu stosunki prawidłowe. Serce w granicach prawidłowych. Pień naczyniowy szeroki na 4 palce. Tętno serca głucho. Nad aortą szmer skurczowy. Tętno dość twarde, miarowe 96 na min., dobrze wypełnione i napięte. Brzuch w skórze w okolicy wątroby drobny, dość liczne tłumiaki. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku niebolesna; brzeg i powierzchnia gładkie. Sledziona niemacalna. Na kończynach górnych palce pałeczkowato zgrubiałe.

Badanie moczu: kilkakrotnie wykazało ślad białka, silnie wzmożony urobilinogen; w osadzie brak składn. patol.

Badanie krwi morf.: Hb. 70/90%, krw. czerw. 4.500.000, krw. białych 9200. Wzór: N. 50% E. 1% B. 2% M. 4% L. 41% Türk 2%.

Badania plwociny: sluzowo-ropna z przewagą obojętnochołonnnych, początków Kocha i włókien sprężystych nie znaleziono.

O. Wassermana we krwi ujemny.

O. Biernackiego met. Linsenmajera trwał 22 min.

Odczyny Roffo i Bofellho we krwi dodatnie.

Badanie rentgenologiczne: 21.IX 32 r. Ruchy oddechowe przepony swobodne. Prawy cień wnękowy zbyt duży i zawiera zwiększone gruczoły. Prawe pole podobojczykowe dość intensywnie zaćmione na obwodzie. Szczyt prawy zaciemniony również. (Dr. Zaleski).

26.XI. Badanie wykazuje zbyt duży i zatarty cień wnękowy, który w projekcji bocznej pierwiej zaciemnia środkową część śródpiersia tylnego. Prawie całe pole, prawa szczytowa i obwodowa część pola podobojczykowego są zaciemnione, przez twór, wypuklający się wgłąb klatki piersiowej w kształcie nieregularnego półkola. Opisane objawy przemawiają za nowotworem płuc. (Dr. Zaleski).

W cztery dni po przybyciu chorego pobrano wycinek z guza w okolicy nadcojczykowej prawej i przesłano do zbadania do pracowni anatomo-patologicznej. Rozpoznanie anatomo-pat. (Dr Sidelecka) brzmiało: *carcinoma epidermoidale*.

Wobec powyższych danych opierając się raczej na badaniach pracownianych przy b. nikłych danych fizykalnych rozpoznano: *carcinoma pulmonis destri c. metastaribus ad lymphoglandulam supraclavicul. destr.* Zmiany w obrębie kończyn odniesiono na koszt zaburzeń neurotroficznych, co zostało potwierdzone zdjęciem rentg. kończyn.

Rokowania od początku niepomyślne potwierdziła dalsza 1½ miesięczna obserwacja chorego, który w chwili demonstracji przedstawia obraz chery nowotworowej. Chory stracił 5 kilo na wadze, guz nad obojczykiem znacznie się powiększył (wielkości gruszki), w płucach od tyłu do grzebienia łopatki wystąpiło słumienie z osłabieniem drżenia, przewodnictwa i oddechu. Obraz krwi zmienił się w kierunku neutrofilozy. Gruczoł pachowy prawy powiększył się do wielkości dużej śliwki.

Przypadek, który w chwili demonstracji nie nastrocza większych wątpliwości rozpoznawczych demonstrowany jest ze względu na interesującą od początku choroby, a stwierdzoną w chwili przybycia chorego do szpitala niewspółmierność między znacznymi dolegliwościami podmiotowymi chorego, które uniemożliwiały mu jakąkolwiek pracę — a minimalnymi objawami fizykalnymi, co utrudniało lekarzom rozpoznanie wczesne i kierowało ich myśl w kierunku agrawacji ze strony chorego.

Leczenie: Chory w szpitalu leczony jest naświetlaniami Rentgena. Do wewnątrz dostaje sol. ac. mur. dil z pepsyną oraz iniekcje z Natr. kakod.; ostatnio podaje się pantopon w kroplach na noc.

4. Dr. Stypułkowski. Przypadek raka wątroby z jednoczesną kamicią woreczka żółciowego.

Chory K. J., lat 49, przybył na oddział dn. 21 września 1932 r. z powodu bólów przy ucisku w dołku podsercowym oraz żółtaczki. Choroba obecna zaczęła się przed 2-ma tygodniami. Wtedy chory po libacji, dostał bólów w dołku podsercowym i biegunki. W parę dni potem wystąpiła żółtaczka. Ból i żółtaczka trwają do dnia dzisiejszego. Przedtem miał nie chorować. Obecnie innych dolegliwości nie ma. Badanie wykazało żółtaczkowe zabarwienie skóry i spojówek. Wątroba duża, występuje na dłoń z pod łuku żebrowego, niebolesna, o brzegu zaokrąglonym. Śledziona macalna, niebolesna, wystaje na 1 palec z pog łuku żebrowego. Z badań laboratoryjnych w moczu wzmożenie barwików żółciowych, krew—leukocytoza 10.800 wzór normalny, kał — nieco odbarwiony, żółty; krwi w kale nie wykryto. Badanie treści dwunastniczej: żółć B o wyglądzie podobnym do A, żółć C zawiera pasma leukocytów po kilkadziesiąt w polu widzenia. Fotografia woreczka żółciowego (wykonana w I instyt. rentgen. U. W.) po dożylnnej iniekcji jod-tetra-gnostu wykazała cień obrączkowa, wielkości śliwki w woreczku żółciowym. Na podstawie tego obrazu można było sądzić, że mamy do czynienia z kamicią woreczka żółciowego. W 5 dni po przybyciu chorego wątroba zmniejszyła się o 2 palce i wtedy dało się wymacać guz wielkości jabłka, spoistości kości znajdującej się tuż poniżej wyrostka mieczykowatego.

Ponieważ powstała kwestja, czy to nie jest jakiś kostniak, wychodzący z wyrostka mieczykowatego, przystąpiono do badania rentgen. w I Inst. Rent. U. W., które wykazało, że wyrostek jest mały i kończy się ponad guzem. Wątroba jest duża i uciska z jednej strony na żołądek, ze strony przeciwnej uciska powiększona śledziona, tak, że zostało tylko wąskie światło żołądka. Żadnych guzów ani ubytków w żołądku nie udało się stwierdzić. Przystąpiono znów do badań laboratoryjnych.

Treść żołądkowa wykazała tylko bardzo niewielką niedokwaśność. krwi ani kwasu mlekowego w treści nie wykryto.

Odczyn Wassermann'a we krwi wypadł ujemnie. Odczyn Weinberga, wykonany w P. Z. H., także wypadł ujemnie, zresztą nie było eozynofilii we krwi i sam charakter guza (twardy, niezbyt gładki) pozwalał na wykluczenie bąblowca wątroby.

Natomiast odczyn na raki w surowicy krwi chorego—Roffo i Bothello wypadły dodatnio. W międzyczasie zauważono wzrost guza oraz przrzut do prawego płata wątroby wielkości orzecha laskowego. Żółtaczka trwa w dalszym ciągu. Bilirubina we krwi określona metodą Glassa wynosi 70 mg %. Reakcja van Hymans'a bezpośrednia ujemna, pośrednia dodatnia. Leukocytoza we krwi wzrosła do 20.800. Cukier we krwi określony metodą Mac Lean'a

wynosi 0,045. Chory poza żółtaczką i bólem przy ucisku w ok. dołka podsercowego niema innych dolegliwości. Spadku na wadze mimo przeszło 6 tygodniowej obserwacji nie zauważono z powodu pojawienia się obrzęków na kończynach dolnych i płynu w jamie brzusznej, tak że spadek na wadze wyrównał się. Chory nie jest przygnębiony, a nawet znajduje się w stanie pewnej euforii, chyba tylko dzięki stosowaniu autohemoterapii, która jak wykazały badania na naszym oddziale w tych stanach poprawia znacznie samopoczucie. Od kilku dni chory ma biegunkę, stolce są zupełnie odbarwione i cuchnące, i to znacznie odebrało siły pacjentowi.

Przypadek jest o tyle ciekawy, że zaczęła się choroba jak przy kamicy żółciowej (która zresztą i jest) i dopiero skrupulatne badanie wątroby pozwoliło na znalezienie guza o spoistości nie spotykanej przy rakach i umiejscowieniu niezupełnie typowym. Miejsce wyjścia dla sprawy nowotworowej nie udało się wykryć i należy tylko postawić hipotezę, że prawdopodobnie rak wychodzi z woreczka lub przewodów żółciowych.

VII. Posiedzenie kliniczne dnia 10 grudnia pod przewodnictwem dra Raszke.

1. **Dr. Trzebiński** demonstrowa przypadek kiły płuc u mężczyzny lat 55, który choruje od lat 6. War $\dagger \dagger$. Kurację specyficzną ukończył we wrześniu 1932 r. Sprawa dotyczy lewego płuca.

DYSKUSJA. Dr. Zaleski podnosi, że obraz rentgenologiczny jest w tym przypadku nietypowy, może być charakterystyczny tak dla kiły jak i gruźlicy. Obie te sprawy chorobowe dają rozrost tk. łącznej z przemieszczeniami, które znowu dla nowotworu nie są charakterystyczne. Dr. Górecki. Dany przypadek może być z całą pewnością zdiagnozowany tylko na autopsji. Być może, że pewna część przypadków dychawicy oskrzelowej jest pochodzenia kiłowego. Zwłaszcza dotyczy to młodych osobników.

2. **Dr. Bartoszek, Dr. Trzetrzewiński i Dr. Dobrowolski.** Przypadek nowotworu płuca u kobiety.

Choruje od 2-ch miesięcy, ubywa jej sił, cierpi na mdłości, wymioty, bóle głowy i bóle klatki piersiowej.

DYSKUSJA. Dr. Dobrowolski podkreśla, że ścisłych danych na stwierdzenie nowotworu badania kliniczne nie dostarczają. Dr. Górecki. Ten przypadek jest przypadkiem neurologicznym. Zmiany płuca są niewielkie, ograniczone do środkowej części płuca. Fizykalnem badaniem nie można stwierdzić tego nowotworu. Można myśleć również o kile. Bywają kilaki, które mogą dawać jamy nawet. W danym wypadku należy po prowokacji zrobić odczyn Wassermanna.

3. **Dr. Bartoszek, Dr. Trzetrzewiński i Dr. Baraban.** Przypadek ropnia płuca.

DYSKUSJA. Dr Lewenfisz podkreśla znaczenie bronchoskopowania w ropniach płuc. W praktyce kliniki laryngolog. znaleziono wielokrotnie obce ciała w przypadkach ropnia płuca. Bronchoskopia w leczeniu obu przypadków dała duże przysługi.

4. Dr. Stypułkowski. Przypadek ropienia płuc.

Chory G. A., lat 38, rolnik, zamieszkały w pow. węgrow-skim, przybył 12.XI b. r. ze skargami na kaszel, kłucie w lewym boku i gorączkę wieczorem.

Papierosy palił do 20 sztuk dziennie. Alkoholu nie używał. Chorób przebytych nie pamięta.

Do lipca b. r. czuł się zupełnie zdrow. W lipcu „przeziębł się” dostał kaszlu, kłucia w bokach i temperatury do 39° . Stan ten trwał przez 3 dni. Potem czuł się zupełnie dobrze do września b. r. We wrześniu znów dostał kaszlu i kłucia w lewym boku. Temperatura wahała się przez 8 dni od 37° do 39° . Od tego czasu już nie pracował; szybko męczył się. Temperatura opadła, lecz kaszel trwał. Od 2-ch miesięcy miewa skoki temperatury i kaszel niezbyt silny. Odpluwa niewiele i to szczególnie zrana. Po kaszlu ma często kłucie w lewym boku. Apetytu niema. Spadek na wadze niezbyt wielki.

Badaniem fizykalnem stwierdzamy budowę naogół prawidłową, odżywianie dostateczne. Klatka piersiowa lekko asymetryczna, lewa połowa nieco wciągnięta i węższa o 2 cm. niż prawa. Płuco prawe bez odchylen od normy. W lewym od przodu opukowo przytłumienie prawie na całej przestrzeni. Drżenie głosowe wzmożone w okol. podobojczykowej, pozatem na całej przestrzeni osłabione. Osłuchowo w okol. obojczyka i pachy szmer oskrzelowy z odcieniem jamistym tubalnym, poniżej pęcherzykowy z wydechem wydłużonym. Przewodnictwo głosowe osłabione prawie na całej przestrzeni z wyjątkiem okolicy podobojczykowej.

Od tyłu po stronie lewej przytłumienie od połowy łopatki w górę, poniżej jawny z lekkim odcieniem bębenkowym. Drżenie głosowe w miejscu przytłumienia osłabione. Osłuchowo od połowy łopatki w górę szmer pęcherzykowy z wydechem wydłużonym, oskrzelowym, miękkim; poniżej szmer pęcherzykowy z wydechem nieco zaostrozonym. Przewodnictwo głosowe w miejscu przytłumienia osłabione.

Serce bez zmian.

Wątroba występuje na 2 palce z pod łuku żebrowego, o brzegu zaokrąglonym, giadka niebolesna.

Z badań laboratoryjnych w ciągu prawie miesięcznej obserwacji stale jest niewielkie wzmożenie indykanu w moczu. We krwi leukocytoza 13.100 w dniu przybycia, narastała do 19.900 (dn. 8.XII — 17.400).

6-ciokrotne badanie płwociny wykazało płwocinę śluzoworopną o zabarwieniu biało-żółtawo-zielonawem. W preparatach znaczna przewaga neutrofilów. Prątków Kocha ani grzybków promienicy nie znaleziono. Włókna sprężyste w niewielkiej ilości znaleziono w 1 z ostatnich badań.

Pirquet 100% dodatni, 10% słabo dodatni. Sedymentacja 18 m/m — 19 minut. Wassermann krwi + (słabo dodatni).

Próba Roffo i Bothello niewyraźne.

Fotografie kl. piersiowej wykonane przez p. Dr Marję Werkenthin w Pracowni Rentgenolog. Warsz. Tow. Przeciwgruźliczego wykazały: szczyt lewy i górna $\frac{2}{3}$ części lewego pola płucnego są intensywnie jednostajnie zacienione, tylko szczyt jest nieco jaśniejszy. Zacienienie leży więcej od przodu, tylna część płuca jest wolna, jak wykazuje zdjęcie profilowe. W dolnej swej części zacienienie nie dochodzi ani do przedniej ani do tylnej ściany klatki piersiowej. Na wysokości 3-go żebra przedniego małe rozjaśnienie nasuwające podejrzenie jamki zawierającej powietrze. Obraz przemawia najbardziej za płynem otorbinowym w szczelinie międzypłatowej lub w opłucnej od przodu. Nie wykłuczony jest jednakże rozległy nacisk miększy płucnego za czym przemawiałaby obecność małej jamki (?).

Mając te dane zwróciliśmy się do p. Dr Lewenfisza z prośbą o zjrzenie do oskrzela.

Przy bronchoskopji dn. 22.XI po wprowadzeniu wziernika do oskrzela płatu górnego, w miejscu odpowiadającym mniej więcej „rozjaśnieniu z poziomem” na kliszy, natrafiono na oskrzele znacznie zwężone, z dużą ziarniną i wydobywającą się ropą. Wydzielinę tą pobrano na posiew i otrzymano czystą hodowlę *staphylococcus pyogenes aureus*.

Dn. 26.XI wykonano próbne nakłucie opłucnej lewej w l. pachowej na wysokości IV żebra. Igłą na żadne opory nie natrafiono, weszła zupełnie miękko. Przy nakłuciu wydobyto około 2 cm³ ropy pomieszaną z krwią. Ropę tę wysłano na posiew i znów otrzymano hodowlę *staphylococcus pyogenes albus*.

Dn. 30.XI znów Dr Lewenfisz wykonał bronchoskopję i w oskrzelu na poziomie II międzyżebra widać było ziarninę zatykającą prawie całe oskrzele, przez którą wydobywało się nieco ropy. Żadnego zgłębnika przez tę ziarninę nie można było przeprowadzić. Następnie po wlewie 23 cm³ lipiodolu 20% do oskrzela wykonano zdjęcie w I-ym Instytucie Rentgen. U. W. przez Dra Zaleskiego. Lipiodol rozłożył się równomiernie i symetrycznie w dolnych odcinkach dróg oskrzelowych, natomiast do górnych intensywnie zaciemnionych $\frac{2}{3}$ lewego pola płucnego nie przedostał się. Wobec tego, że bronchoskopja i bronchografia wskazywały na zatkanie oskrzela ziarniną powstała koncepcja wyskrobania ziarniny celem odetkania go i ewentualne zbadanie histopatolog. w celu wykluczenia nowotworu.

Lecz tu spotkała nas niespodzianka.

Bronchoskopia wykonana d. 5.XII przez Dra Lewenfisza wykazała rozszerzenie oskrzela głównego. Ziarnina, tkwiąca w oskrzelu dalszem, znikła na skutek prawdopodobnie częstej bronchoskopji. Wszystkie oskrzela odchodzące od oskrzela głównego są znacznie zwężone i poskręcane, tak jakby były uciśnięte od zewnątrz. Tylko jedno z tych oskrzeli było drożne dla zgłębnika, lecz także jest znacznie zwężone.

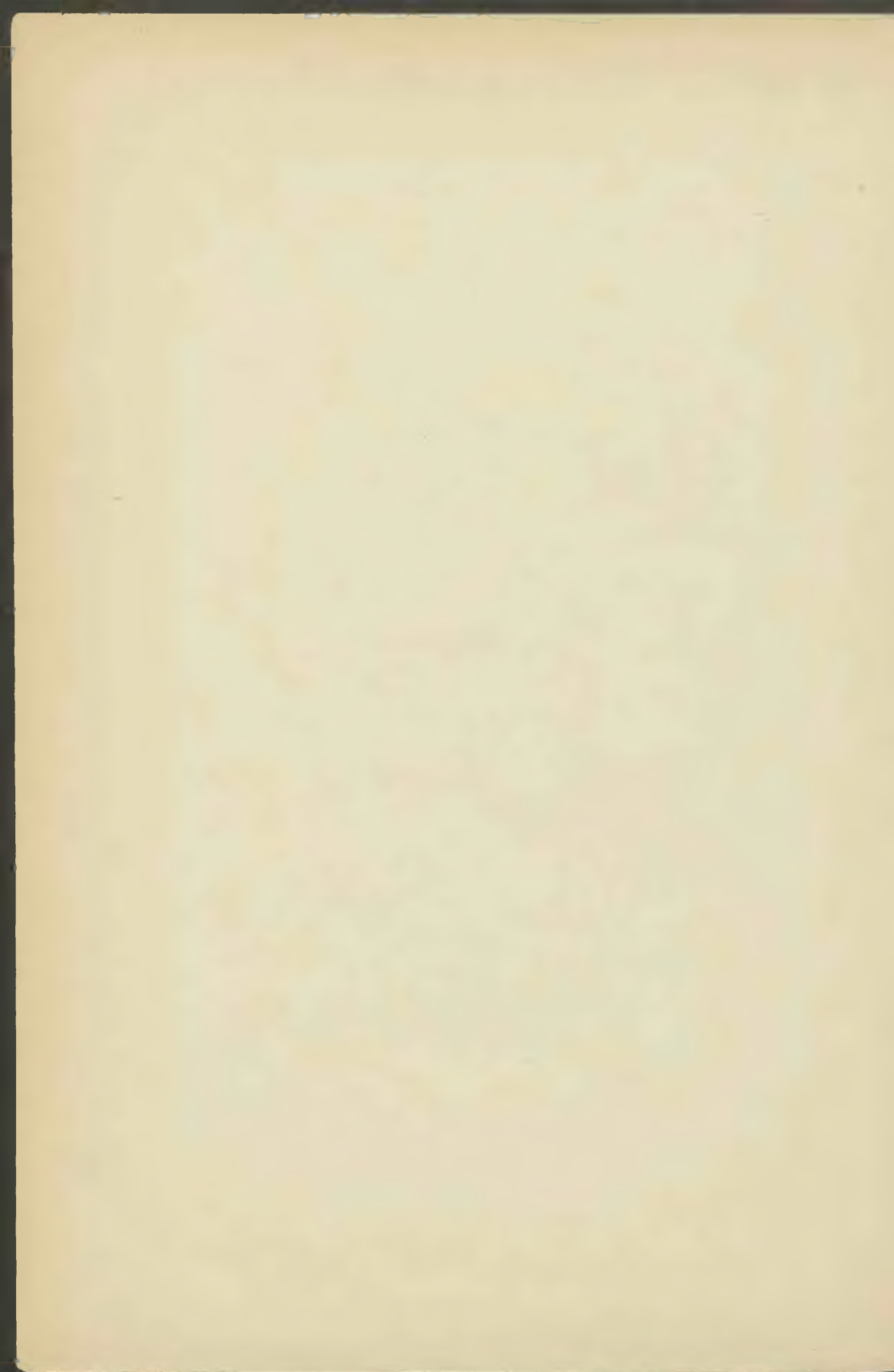
Z tego co dotąd zrobiono wynika tylko jedna rzecz pewna, a mianowicie, że jest ropienie w obrębie górnego płata płuca lewego. Natomiast tło tej sprawy jest zupełnie nie jasne. Mało jest prawdopodobne przypuszczenie istnienia gruźlicy ze względu na wygląd kliszy oraz brak prątków w płwocinie.

Dla kiły płuc nie mamy żadnych danych w wywiadach (żona i dzieci zdrowe, poronień nie było) i w badaniu fizykalnem chorego. Trudno jest natomiast wykluczyć nowotworów płuca i ropień międzypłatowy.

Nasza hipoteza przyjmuje zwężenie lewej strony klatki piersiowej, jako skutek dawno przebytego zapalenia płuc, które następnie, przez sprawę włóknistą, doprowadziło do bronchektazji i zwężeń oskrzeli.

Bronchektazje te były „suche” do tego roku i nie dawały objawów. W b. roku na skutek choroby dodatkowej, o której chory wspomina w wywiadach, bronchektazje te zamieniły się w „wilgotne” i jako następstwo dały ropień płuca z obocznem zapaleniem.

DYSKUSJA. Dr Lewenfisz. Bronchoskop daje się wprowadzić do oskrzeli dzięki ich elastyczności. W danym przypadku mamy do czynienia raczej ze sprawą zapalną. Dr Górecki. Niewątpliwie zapalna, lecz jaka—niewiadomo.



SPIS RZECZY.

SZPITAL DZIECIĄTKA JEZUS.

	Str.		Str.
Arkadiusz Puławski. Wspomnienie pośmiertne	17	Przewlekłe zapalenie nerek z mocznicą i plamicą krwotoczną . .	31
Białaczka aleukemiczna	9	Przewlekłe zapalenie szpiku kości udowej leczone zachowawczo	36
Białaczka o nadoстрыm przebiegu	20	Pseudoscleroza	54
Chroniczne zapalenie kości udowej powikłane ciężkiem zakażeniem ogólnem	20	Przypadek późnego krwotoku po urazie śledziony	52
Dwustronne torbielowate rozszerzenie dolnego odcinka moczowodu	52	Ropień płuca	4
<i>Fistulae gastrocolicae post gastroenterostomiam inventeratae</i> .	12	<i>Renes pyelocystica</i>	24
Guz zapalny w prawym dole biodrowym	20	Rak żołądka z przerzutami do skóry	32
<i>Hydrops articulorum intermittens</i>	43	Ropnie gruźlicze płuc w przebiegu cukrzycy	34
Konstytucja hemolityczna po wycięciu śledziony	3	Ropień płuca	39
Kamienie w moczowodzie	27	Rażeni piorunem	39
<i>Lamblija intestinalis</i>	19	Rzadkie powikłanie po usunięciu gruczołu krokowego	24
<i>Myelosis funicularis</i> jako objaw zwiastunny anemii złośliwej .	26	Stwardnienie wieloogniskowe zwanianiami leukocytozy przy leczeniu szczepionką durową .	6
Niedokrwistość złośliwa z żółtaczką hemolityczną na tle zakażenia brzośdogłowcem szerokim	20	Torbiel u mężczyzny wypełniająca małą i dużą miednicę	39
<i>Nephritis luetica</i>	50	Złamanie kości ramieniowej leczzone operacyjnie	50
Ognisko naczyniowe w rdzeniu przedłużonym	52	Zwężenie odźwiernika	49
Pęknięcie tętnicy podkolanowej pochodzenia zakaźnego	34	Zwężenie odźwiernika wskutek blizny po zagojonym wrzodzie współistniejące z wyczuwalnym guzkiem zależnym od bąblowca wątroby	55
<i>Peritonitis luetica</i>	50	Żółtaczka miąższowa po leczeniu salwarsanem	47
<i>Pleuritis luetica</i>	50		
<i>Polyserositis</i>	4		
Porażenie nerwu łokciowego . .	45		

SZPITAL ŚW. DUCHA*).

	Str.		Str.
Anemja złośliwa (p. ch.) . . .	68	Rak wątroby (p. ch.) . . .	79
Choroba Dercuma (p. ch.) . . .	67	Rak płuca (p. ch.) . . .	80
<i>Cholecystitis et cholelithiasis post-</i>		Rezekcja krtani (p. ch.) . . .	61
<i>typhosa</i> . . .	73	Ropnica (p. ch.) . . .	66
<i>Dysphagia styloidenes</i> (p. ch.) .	75	Ropień płuca (p. ch.) . . .	80
Gruźlica płuc (p. ch.) . . .	66	Ropienie płuca (p. ch.) . . .	81
Kiła płuc (p. ch.) . . .	80	Śluzowiak oczodołu (p. ch.) . .	59
<i>Lichenificatio</i> (p. ch.) . . .	72	Thoracoplastyka (p. ch.) . . .	68
<i>Lupus erithematodes</i> (p. ch.) . .	68	Torbiel trzustki (p. ch.) . . .	65
" " <i>faciei</i> (p. ch.) . . .	69	Torbiel trzustki (p. ch.) . . .	69
" " " " " " " " " " " " " "	71	Torbiel przysadki mózgowej (p.ch.)	69
<i>Morbus Banti</i> (p. ch.) " " " " " "	73	Wrodzone wady serca (p. ch.) .	60
<i>Osteophytia generalisatia</i> (p.ch.)	76	Zmiany w tkankach okołozębo-	
Ostra białaczka (p. ch.) . . .	72	wych w przebiegu ostrych cho-	
Plastyczna operacja nosa (p. ch.)	65	rób gorączkowych . . .	60
<i>Pneumothorax spontaneus dex.</i>		Zwapnienie pęcherzyka żółcio-	
(p. ch.) . . .	73	wego (p. pr.) . . .	67
Przeszczepienie płatu z naplotka		Zwężenie tchawicy pochodzenia	
(p. ch.) . . .	59	kiłowego . . .	69
Rak płuca (p. ch.) . . .	76	<i>Xanthomatosis</i> (p. ch.) . . .	70

*) (p. ch.) oznacza pokaz chorego, (p. pr.) — pokaz preparatów.

SPIS IMIENNY*)

SZPITAL DZIECIĄTKA JEZUS.

Belkowski 12*, 17, 25*, 30*, 45*
 Białokur 20
 Byszewski 16*, 24, 25* 38*
 Cholewicki 20
 Dobryszycki 9, 11*, 32, 49
 Drozdowicz 16*, 25*, 36*, 38*
 Eisenfarb 4, 49*, 50
 Fiszhautówna 52
 Goldfeil 50
 Goździcki 34
 Grabarz 45
 Holcberg 12*
 Jaffe 39
 Jakimowicz 54
 Klimkiewicz 39
 Kołakowski 39, 43*
 Konopnicki 12
 Kuleszyna 3, 24
 Kuligowski 24*, 26, 43
 Landau 6, 20, 50
 Leśniowski 27, 31*
 Lipsztat 4
 Luxemburg 50

Masiukiewicz 50
 Miklaszewska 20
 Modrzejewski 52
 Moszyńska 50
 Mutermilch 12*, 23*, 56*
 Okolski 49*
 Orłowski 56*
 Ostrzycki 9, 36
 Poradistal 6, 20
 Piechowska 20, 31
 Raschpichler 19
 Rybicowa 31, 34
 Szerszyński 25*, 31*, 34, 38*, 39,
 50*, 52
 Skłodowski 3, 11*, 16*, 24*, 25*,
 27*, 30*, 34, 36, 38*, 49*, 56*
 Sławiński 24*
 Starkiewicz 23*, 49*
 Szper 4, 39
 Temerson 19
 Trojanowski 47, 55
 Walc 36

SZPITAL ŚW. DUCHA.

Abramowicz 65, 69, 75
 Bartoszek 60, 72, 80
 Baraban 80
 Bratkowski 68*, 73*, 75*
 Bronowski 66*, 68*, 7*, 73*, 75*
 Dobrowolski 80*
 Erbrich 69*
 Galinowski 73*
 Gerner 65*, 66*, 72, 73*
 Gorecki 65*, 73*, 75*, 80*, 83*
 Grott 60*
 Grycewicz 68*
 Hinz 73
 Iwaszkiewicz 66
 Kahan 66, 68, 69*, 69
 Kaczyński 67
 Konarska 60
 Kowalski 68*

Lewenfisz 66, 81*, 83*, 69, 69*
 Makowski 65, 66*
 Melanowski 59, 60*
 Naumann 76
 Neumann 59, 60*
 Pniakówna 72
 Raszke 68
 Rytel 60, 65*, 67, 76, 76*
 Siedlecka 67
 Stypułkowski 79, 81
 Trojanowski 66*
 Trzebiński 80
 Trzetrzewiński 80
 Wąsowicz 66*, 73*, 76*
 Uliński 68, 69, 70, 71, 72
 Zaleski 73*, 80*
 Zarecki 73

*) Gwiazdka oznacza głos w dyskusji.







MIEJSKIE ZAKŁADY GRAFICZNE

Miodowa 23.

Tel. 11-05-17