

D.30214

# PAMIĘTNIK KLINICZNY

Szpitala Dzieciątka Jezus.

WYDAWNICTWO BEZTERMINOWE.

ZESZYT I

z 19 rysunkami i 4 portretami w tekście.

---

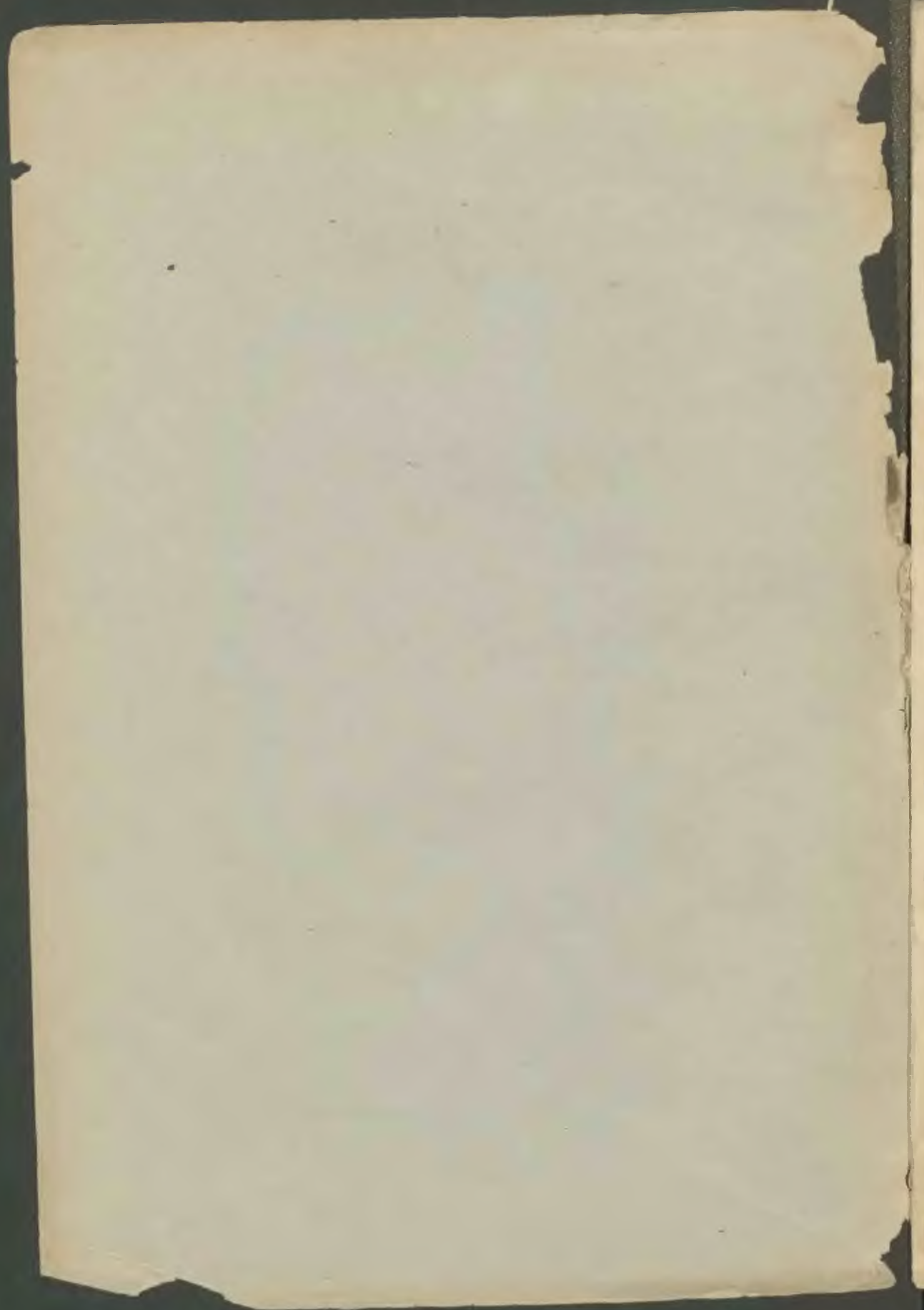
Nakładem Koła Lekarzy Szpit. Dz. Jezus.

---

WARSZAWA 1917.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

**Cena 3 Mk.**



PAMIĘTNIK KLINICZNY  
Szpitala Dzieciątka Jezus.



P.30214

# PAMIĘTNIK KLINICZNY

Szpitala Dzieciątka Jezus.

WYDAWNICTWO BEZTERMINOWE.

ZESZYT I

z 19 rysunkami i 4 portretami w tekście.

---

Nakładem Koła Lekarzy Szpit. Dz. Jezus.

---

WARSZAWA 1917.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

Cena 3 Mk.

61(047)

Geprüft u. freigegeben Presseverwaltung Warschau 25. VII. 1917.

T. № 6503. Dr. № 80.

Odbito w DRUKARNI KRAJOWEJ  
(Krawczyński, Egert, Więcfawski).  
ŻELAZNA № 89. Telefon 188-70.

## SPIS RZECZY.

Lande. \* \* \* Str. 1—2.

### POSIEDZENIE I. Str. 3 — 12.

I. **Karwowski**. Przemówienie inauguracyjne 3 — 5. II. **Anders**. Przedstawienie projektu regulaminu posiedzeń klin. 5 — 7. III. **Starkiewicz**. Przypadek tętnic nadliczbowych 7—8. IV. **Puławski**. Pokaz dwóch przypadków choroby Basedowa 8 — 11. V. **Lande**. A) Przypadek zapalenia n. strzałkowego po zatruciu CO. B) Zapalenie n. łokciowego w przebiegu przewlekłej żółtaczki 11. VI. **Lipski**. Demonstracja preparatów anatom. (rak żołądka, mięsak dwunastnicy, wrzód zrakowaciay) 11 — 12.

### POSIEDZENIE II. Str. 12 — 29.

I. **Grudziński**. A) Szereg rentgenogramów, przedstawiających ciała obce w ustroju (sztuczne zęby, moneta, gwoździk, agrałka, iglica). B) Szereg radiogramów z dziedziny rozpoznawania wrzodu żołądka 12 — 15. II. **Chelmoński**. Wartość próby Gluzińskiego w rozpoznawaniu raka żołądka 15 — 18. III. **Oczesalski**. Przypadek nowotworu mózgu 18 — 21. IV. **Czajkowski**. A) Przypadek przepukliny lędźwiowej 21 — 28. B) Przypadek płamicy krwotocznej 28 — 29.

### POSIEDZENIE III. Str. 29 — 42.

I. **Bauer**. Zeszytnienie kręgosłupa 29 — 31. II. **Müller**. Pokaz drobnowidowy ciałek Negri'ego w mózgu we wściekliznie 31 — 35. III. **Sawicki**. Przyczynek do plastyki końca nosa 34. IV. **Czarnomski**. Pokaz włosieni skręconych w mięsie 34 — 35. V. **Szokalski**. Kilka słów o patogenecie tyfusu plamistego z demonstracją domniemanego zarazka 35 — 39. VI. **Mutermilch**. Angina Vincenti 40 — 42. VII. **Sawicki**. W kwestyi regulaminu 42.

### POSIEDZENIE IV. Str. 42 — 57.

I. **Karwowski**. Wspomnienie pozgonne o ś. p. Teofilu Szpocie 42. II. **Bauer**. Uzupełnienie pokazu zeszytnienia kręgosłupa 42 — 45. III. **Mutermilch**. Bakteryologia drętvice karku 43 — 45. IV. **Mutermilch**. Przypadek posocznicy wywołanej przez laseczkę okrężnicy 45 — 47. V. **Lande**. Przypadek zapalenia miedniczek nerkowych za życia nie do rozpoznania, z ciężkimi następstwami i zejściem śmiertelnem 47 — 50.

## II

VI. Kijewski. Pokaz kilku chorych (operacje z powodu porażenia dziecięcego i wypadnięcia kiszki stolcowej; rozszczepienie kręgosłupa) 50—51. VII. Landstein i Grudziński. Przypadek niezwykle rozmieszczonych trzewiów 51. VIII. Grudziński. Pokaz radiogramów z dziedziny raka żołądka 51 — 53. IX. Lipski i Wajsberg-Biszofswerderowa. Przypadek nowotworu dwunastnicy z pokazem preparatu 53. X. Lipski. Przypadek pierwotnej gruźlicy ropadowej płuc u niemowlęcia zmarłego w wieku 2½ miesiąca 53 — 54. XI. Bacia. Stosowanie dłużej trwającej diety owsianej w cukrzycy 54 — 56. XII. Stabholz. Z kazuistyki chirurgicznej: dwa przypadki po prostatectomii i jeden po resekcji jelita 56 — 57. XIII. Karwowski. W kwestyi regulaminu 57.

### POSIEDZENIE V. Str. 57 — 75.

I. Chelmoński. Przyczynek do leczenia zniepodobniających zapaleń stawów 57 — 62. II. Minkiewicz i Grudziński. Zęby sztuczne w przełyku u 19 letniej panny z pokazem rentgenograficznym 62 — 63. III. Pyrowicz. Kilka słów o przedziurawieniu żołądka z powodu spostrzeganego przypadku 64 — 67. IV. Lande i Lipski. Przypadek nowotworu mózgu z pokazem preparatu anatomicznego 67 — 68. V. Szokalski. Przypadek erythema caloricum 68 — 69. VI. Grzankowski. Przypadek wczesnie rozpoznanego raka trzonu macicy 69 — 70. VII. Sawicki i Lipski. Przypadek pęknięcia przewodu wątrobowego 70 — 72. VIII. Lewenstern. Pokaz preparatu wgłobienia kiszki, usuniętej drogą operacyjną 73 — 75. IX. Lewenstern. Usunięcie kostki z tkanki podskórnej 75. X. Karwowski. Kilka słów z powodu mającej nastąpić przerwy wakacyjnej w posiedzeniach 75. XI. Gajkiewicz. Podziękowanie prezesowi honorowemu 75.

### POSIEDZENIE VI. Str. 76 — 86.

I. Śmiechowski. Nowy rodzaj protezy przy amputowanych kończynach dolnych 76—77. II. Szper. A) Pokaz chorej operowanej z powodu pierwotnej gruźlicy sutki 77—78. B) Pokaz chorej p. t. zw. gastroenterostomia post. anterocolica 78. III. Starkiewicz. Przypadek puchliny głodowej 78 — 79. IV. Szteyner i Lipski. Przypadek wrzodu dwunastnicy powikłany ogólnym zapaleniem otrzewnej z niezwykle przebiegiem 79 — 81. V. Lipski. Mięsak pierwotny żołądka u 70 letniego mężczyzny 81. VI. Chelmoński. Z dziedziny błędów rozpoznawczych (przepuklina ścienna, zarośnięcie worka sercowego, zapalenie serowate płuc) 81—85. VII. Lande. Moliki mączne w kale 85 — 86.

### POSIEDZENIE VII. Str. 86 — 94.

I. Gajkiewicz. A) *Tabes dorsalis. Osteoarthropathia tabica pedum.* B) *Neuritis radicularis scoliotica.* C) Trzy przypadki *meningomyelitis luetica* 86 — 91. II. Grzankowski. Przypadek posocznicy połogowej paciorkowcowej zakończony wyzdrowieniem przy stosowaniu surowicy przeciw paciorkowcowej wieloważkiej wyrobu Tow. Nauk. Warsz. 91 — 94. III. Grzankowski. Kilka przypadków ropni okołomaciczych, otwierających się do pochwy, kiszki stolcowej i pęcherza 94.

### POSIEDZENIE VIII. Str. 95 — 108.

I. Chelmoński. Esica wielka. 95 — 98. II. Dyskusja nad odczytem Grzankowskiego 98. III. Kijewski i Lipski. *Struma malignum* z przerzutami do mięśnia sercowego 98 — 99. IV. Kaczyński. Preparat anatomiczny

### III.

czny i mikroskopowy raka łechtaczki 99 — 100. V. Kijewski. A) Przedstawienie wyciętej esicy z powodu skrętu. B) Przypadek pęknięcia pęcherzyka żółciowego 100 — 102. VII. Lipski i Lewenstern. Pokaz preparatu torbieli macicy z przydatkami 102. VII. Mutermilch i Grauberżanka. Uwagi nad teorią, techniką i wartością kliniczną odczynu Wassermana 102 — 107. VIII. Szokalski i Goldberżanka. Wynika badań bakteriologicznych z ostatniej epidemii dysenterji w szpitalu Dz. J. 107 — 108.

#### POSIEDZENIE IX. Str. 108 — 125.

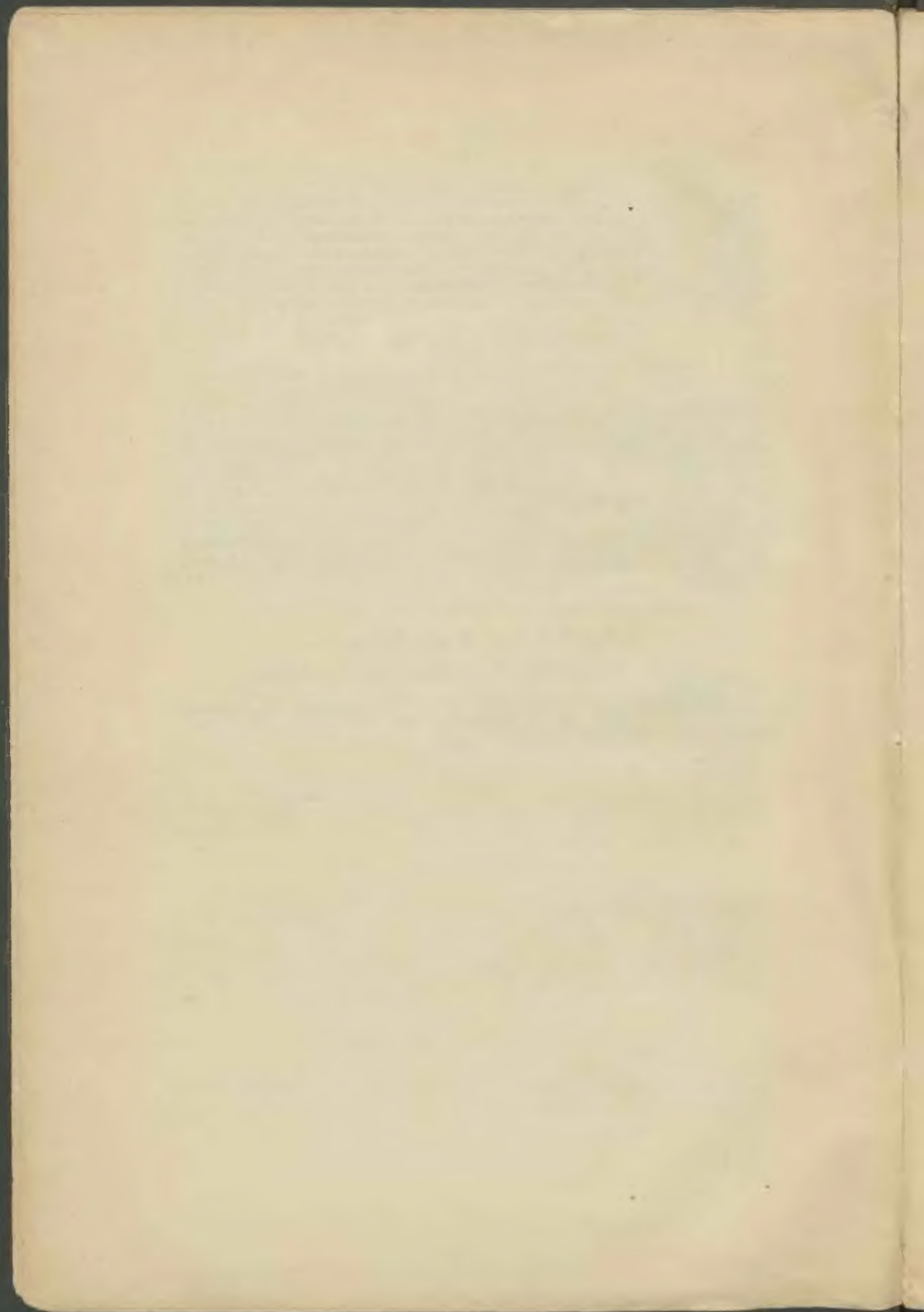
I. Tryjarski. A) Wynik leczenia operacyjnego w przypadku niedrożności przewodu nosowego 108 — 109. B) Przypadek *angina Vincenti* oraz pokaz preparatu ze zdjętego nalotu 109 — 111. II. Bauer. Pokaz chorego ze *spondylitis rhizomelica* 111. III. Karpiński. Dane statystyczne, przebieg kliniczny i leczenie czerwonki na zasadzie spostrzeżeń na oddziale dysenterijnym w szpit. Dz. J. 111 — 113. IV. Czarnomski. Niezwykłe lekkie objawy kliniczne w ciężkim organicznym cierpieniu kości krzyżowej 115 — 116. V. Szokalski. Przypadek zwracań wodnistych 116 — 119. VI. Grudziński. Zwężenie kiszek cienkich w obrazach rentgenograficznych 119. VII. Lipski. Kilka przypadków pojedynczych wrzodów gruźliczych jelita cienkiego z następczem zapaleniem otrzewnej 119 — 120. VIII. Szokalski. Przyczynek do leczenia gruźlicy otrzewnej 120 — 121. XI. Chełmoński i Lipski. Torbiele nerek 121 — 123. X. Lande. Przypadek nowotworu mózgu 123 — 125.

### KARTA ŻAŁOBNA

#### lekarzy pracowników szpit. Dziec. Jezus.

Teofil Szpot nap. Chełmoński 127 — 128. Kazimierz Chełchowski nap. Lande 128 — 131. Ignacy Dąbrowski nap. Skłodowski 131 — 132. Stanisław Zawadzki nap. Lande 132 — 134.

---



\* \* \*

Myśl o zorganizowaniu posiedzeń klinicznych w szpitalu Dz. Jezus przez szereg lat kiełkowała w umysłach wielu jego ordynatorów, dążących do rozwoju życia naukowego w murach tego szpitala. Dopiero wszakże w r. 1916 udało się myśl tę urzeczywistnić.

Posiedzenia kliniczne, jakkolwiek rozpoczęły się podczas niesłyszanej w dziejach świata zawieruchy wojennej, a więc w warunkach bynajmniej nie sprzyjających spokojnej pracy naukowej, były jednak bardzo ożywione i dały plon nadspodziewanie obfity, a pod wielu względami nawet bardzo interesujący i cenny. Aby plon ten, zawarty w protokółach posiedzeń, nie leżał bezużytecznie w archiwach szpitalnych, lecz mógł się stać dorobkiem całego naszego świata lekarskiego, postanowiono sprawozdania te *in extenso* ogłosić drukiem. Większość komunikatów, wygłoszonych na posiedzeniach klinicznych z rozmaitych powodów — czy to ze względu na charakter przedmiotu, będącego ich treścią, czy też ze względu na sposób jego opracowania — nie nadawała się do umieszczenia w naszych czasopismach lekarskich; wobec tego zjawiała się potrzeba założenia nowego organu, któryby mógł w całej pełni uwzględnić ten gromadzący się swoisty materiał naukowy. Wśród dobrze zorganizowanych społeczeństw zachodu oddawna istnieje specjalny odłam prasy lekarskiej, poświęcony tego rodzaju pracom. Placówka więc świeżo do życia powołana przez grono lekarzy p. t. „Pamiętnik Kliniczny szpitala Dzieciątka Jezus“ ma wypełnić tę dotychczasową lukę w naszym piśmiennictwie.

Oczywiście pożądanem by było, aby organ taki, mający na celu ożywienie i pogłębienie pracy w oddziałach szpi-

talnych i podniesienie w ten sposób sprawności zawodowej lekarzy, obejmował materyał, dotyczący wszystkich szpitali warszawskich i wychodził przy poparciu pieniężnem władz miejskich, zawiadujących materyalnemi i moralnemi potrzebami naszego szpitalnictwa.

Niesłychanie jednak trudne warunki ekonomiczne, z jakimi walczyć muszą obecnie władze miasta, nie mogące zadość uczynić tak elementarnym potrzebom, jak dostateczne zaopatrzenie w żywność i środki lekarskie licznych rzesz chorych, wykluczały możność uzyskania w tym roku od Magistratu zasiłku na proponowane wydawnictwo. Z drugiej strony względy techniczne, a przede wszystkim obfitość materyału, jakiego dostarczyły posiedzenia kliniczne naszego szpitala, sprawiły, że tymczasem postanowiono się ograniczyć jedynie do drukowania komunikatów, ogłoszonych na posiedzeniach szpitala Dziec. Jezus i zeszyt pierwszy „Pamiętnika Klinicznego“ dla szybszego urzeczywistnienia zamierzeń wydać własnym kosztem.

Koło wydawców niniejszego zeszytu stanowią:

Anders Ludwik, Adamski Jan, Arkinówna Helena, Babski Stanisław, Bacia Kazimierz, Bauer Jan, Biehler Wacław, Bondy Ludwik, Butkiewicz Leon, Chelmoński Adam, Chrzanowski Zygmunt, Ciechomski Andrzej, Cykowski Stanisław, Czajkowski Adolf, Ettinger Witold, Gajkiewicz Władysław, Gaszyński Stefan, Goldberżanka Jadwiga, Grudziński Zygmunt, Grzankowski Bolesław, Honowski Stanisław, Jakowski Maryan, Jarniński Franciszek, Kaczyński Kazimierz, Karpiński Bronisław, Karwowski Konstanty, Kępiński Witold, Kielkiewicz Jan, Kijewski Franciszek, Kmita Jan, Korzon Tadeusz, Kunig Edmund, Kurella Tadeusz, Lande Adam, Landstein Ignacy, Lewenfisz Markus, Lewenstern Eugeniusz, Minkiewicz Kajetan, Mutermilch Stanisław, Müller Władysław, Niewiński Władysław, Oczesalski Kazimierz, Puławski Ark. Antoni, Rzętkowski Kazimierz, Sawicki Bronisław, Simonson Kazimiera, Skarzyński Kazimierz, Skłodowski Józef, Śmiechowski Antoni, Stabholz Henryk, Staniszewski Władysław, Starkiewicz Władysław, Stróżewski Konstanty, Szokalski Kazimierz, Szper Józef, Szteyner Władysław, Tryjarski Eugeniusz, Turkiewicz Euzebiusz, Wajsberg-Biszofswerderowa Balbina, Wretowski Tadeusz, Zakolski Franciszek, Zdanowicz Stanisław, Zembrzusi Stanisław, Zielińska Antonina, Zieliński Leon.

*A. Lande*

Sekretarz posiedzeń klinicznych.

## POSIEDZENIE I.

*Dnia 12 lutego 1916 roku.*

Przewodniczący Anders.

### **I. K. Karwowski. „Przemówienie inauguracyjne“.**

W r. 1886 Warszawska Rada Miejska Dobroczynności publicznej zaleciła zarządom lekarskim szpitali warszawskich urządzać przynajmniej raz na kwartał posiedzenia ordynatorów pod przewodnictwem lekarzy naczelnych. Program takich posiedzeń był bardzo obszerny: miały być na nich roztrząsane wszystkie sprawy, dotyczące się szpitalnictwa w danym szpitalu, tak w zakresie administracji lekarskiej, leczenia chorych, jakoteż wszelkich potrzeb i specjalnych ulepszeń, których wprowadzenie z biegiem czasu zostało uznane za niezbędne. Od tej pory posiedzenia te stale się odbywały; w pierwszych latach co kwartał, następnie znacznie częściej, stosownie do chwilowej potrzeby. O każdym zamierzonym posiedzeniu należało wprzód zawiadomić inspektora szpitali i kuratora danego szpitala, którzy też często brali w nich udział. Protokoły posiedzeń, porządnie redagowane, zawarte w dwóch księgach, które tu Panowie widzicie, są najlepszym dowodem ciągłego zajmowania się ordynatorów sprawami szpitalnemi. Wywoływały one nieraz bardzo ożywione dysputy. Protokoły te stanowią jakby historię szpitala i zasługują na opracowanie, które w swoim czasie nastąpi. W rozprawach tych najżywszy udział brali ci koledzy, którzy, rozpoczynając pracę w naszym szpitalu w charakterze asystentów lub lekarzy miejscowych, dochodzili już następnie jako ordynatorzy, do sławy i majątku, pozostając na stanowisku aż do czasu, kiedy ich śmierć przedwczesna zabierała. Że wspomnę tu między innymi Krajewskiego i Dunina, z których pierwszy został już upamiętniony płaskorzeźbą artystyczną na froncie pawilonu I, ufundowaną przez uczniów swoich i towarzyszy pracy; pamięć zaś drugiego — Dunina — niemniej zasłużonego, jeszcze na taki dowód wyczekuje. Dalej wspomnę niezapomnianych kolegów: Dorantowicza, Mühl-

hausena, Matlakowskiego, Orłowskiego, Kraszewskiego, Wójcikiewicza, Modrzejewskiego, Obrębskiego, Anteckiego, Korzeniowskiego, Karczewskiego, Koronkiewicza, Turskiego, Kamińskiego; lekarzy naczelnych: Kobyłańskiego i Wszębora, wreszcie ostatnio zmarłego Beniego, który u nas rozpoczął swoją pracę szpitalną. Wszyscy oni byli zacnymi kolegami, zasłużonymi społeczeństwu i krajowi; wszyscy oni wytrwali aż do śmierci i brali stale udział w poprzednich posiedzeniach szpitalnych, o czym świadczą zachowane ich własnoręczne na protokołach podpisy; więc przy wprowadzeniu nowych porządków proponuję pamięć ich uczcić przez powstanie.

Faktem jest, że wprowadzenie posiedzeń klinicznych rozpoczyna nową erę w naszym szpitalnictwie. Potrzeba tego oddawna się odczuwała. Że niejednokrotnie się tego domagano ze strony ordynatorów, dowodzą protokoły poprzednich posiedzeń ordynatorskich. Tak np. na posiedzeniu 31 października 1906 roku Leśniowski uzasadnia potrzebę posiedzeń klinicznych szpitalnych, dowodząc, że przyczynią się one do podniesienia poziomu wykształcenia lekarskiego ordynatorów, i w większym jeszcze stopniu pracujących w oddziałach młodszych kolegów, którzy mają utrudniony wstęp do Towarzystwa Lekarskiego. Jako mającą bezpośrednią z tem łączność tenże kolega podnosi potrzebę uporządkowania czytelni i biblioteki szpitalnej i ułatwienia korzystania zarówno z pism bieżących, jak i książek. Projekt ten w zasadzie zostaje przyjęty z powołaniem Winiarskiego i Leśniowskiego do opracowania szczegółów. Następnie w protokole posiedzenia 1 grudnia 1906 roku napisano: „Leśniowski odczytuje wypracowany wraz z Winiarskim projekt wprowadzenia w życie posiedzeń klinicznych. Wywołało to ożywione rozprawy. Zastanawiano się, w jaki sposób należałoby prowadzić te posiedzenia; ostatecznie uchwalono, że obecnie, wobec innych pilniejszych spraw, sprawa posiedzeń klinicznych musi być odłożona na później, przynajmniej na czas powakacyjny“. Co więc stało dotąd na przeszkodzie wprowadzeniu tak pożądanej inowacyi? Różne się na to składały przyczyny; między innemi głównie to, że szpital nasz ciągle jeszcze pozostaje w okresie rozwoju i ulepszeń, których wprowadzanie pochłania dużo pracy i czasu ze strony ordynatorów. Myśl jednak o takich klinicznych zebraniach ciągle kielkowała, i obecnie dopiero na jednym z ostatnich ordynatorskich posiedzeń Chełmoński w imieniu grona pewnej liczby kolegów wystąpił z projektem regulaminu, który, przez wszystkich obecnych przyjęty, został przezemnie nie-

zwłocznie przesłany dla zatwierdzenia Sekcji Szpitalnej Zarządu m. st. Warszawy. Prezydium sekcji, przyjąwszy projekt z zadowoleniem i sympatya, postanowiło go wprowadzić w wykonanie we wszystkich szpitalach, zakomunikowawszy o tem poprzednio naczelnym lekarzom z prośbą o przejrzenie i porobienie swych uwag, tyczących się potrzeby zaprowadzenia w nim zmian w stosowaniu praktycznem, odnośnie do miejscowych warunków każdego szpitala. Obecnie już otrzymałem upoważnienie do zaprowadzenia posiedzeń klinicznych od Sekcji Szpitalnej za № 2997/IV. 27 marca.

Zbiegiem smutnych okoliczności mnie jednemu pozostałemu na służbie w szpitalu z liczby ordynatorów, obecnych na posiedzeniu 1881 roku, przypada zaszczytny obowiązek inauguracji posiedzeń klinicznych jako nowej działalności ordynatorskiej, która rozwijając się, musi przynieść bezspornie błogie owoce polskiemu naukowemu szpitalnictwu. Ciesząc się z tego niewymownie, pozwalam sobie, jako obecny przewodnik lekarski szpitala Dzieciątka Jezus, złożyć szanownym kolegom ordynatorom serdeczne podziękowanie za ich pracę, poświęcanie się i niespożytą energię, wykazaną w dążeniu wytrwałem do urzeczywistnienia pięknego zamierzonego przez nich dla dobra nauki i ludzkości celu.

**II. L. Anders.** Przedstawiam Panom **Projekt regulaminu posiedzeń klinicznych lekarzy szpitala Dzieciątka Jezus**, przyjęty przez ogół ordynatorów szpitalnych na posiedzeniu d. 30 stycznia 1916 r.

#### § 1.

Cel i treść posiedzeń klinicznych.

Posiedzenia kliniczne mają za zadanie uzupełnianie i pogłębianie wiadomości naukowych lekarzy szpitalnych i doskonalenie leczenia szpitalnego. Uzupełnianie i pogłębianie wiadomości naukowych osiągać się ma przez wykorzystanie całego materiału szpitalnego. W tym celu na posiedzeniach klinicznych odbywają się: demonstracje chorych, zasługujących na to ze względu na rozpoznanie, przebieg choroby, rokowanie i leczenie; demonstracje preparatów anatomicznych i mikroskopowych, kultur bakteryi, odczynów chemicznych i serologicznych, nowych i ulepszonych przyrządów medycznych i pielęgniarских; komunikowanie nowych metod badania i leczenia; komunikowanie wyników badań pośmiertnych w zestawieniu z wynikami badania za życia, o ile to z jakiegobądź względu zasługiwałoby na uwagę; komunikowanie błędów rozpoznawczych i t. p.

W celu udoskonalenia leczenia szpitalnego na posiedzeniach klinicznych wygłaszane będą referaty, dotyczące spraw pomieszczenia, segregowania i izolacji chorych, spraw ogrzewania, oświetlania, wentylacji, dezynfekcji pościeli i ubrań chorych szpitalnych, kuchni i leczenia dyetetycznego, obsługi, ambulatorium, hydro- i balneoterapii, leczenia farmaceutycznego i wszelkich wogóle zabiegów leczniczych.

U w a g a. W referatach, tu odnoszących się, należy rozpatrywać daną kwestyę z punktu widzenia ogólnego w związku z zaletami lub brakami urządzeń miejscowych.

## § 2.

W posiedzeniach klinicznych szpitalnych biorą udział wszyscy lekarze szpitala, instytutu położniczego, domu wychowawczego i ambulatorium szpitalnego, pracownicy bakteriologicznej, rentgenograficznej oraz anatomopatologicznej.

## § 3.

Prezydyum posiedzeń stanowią: stały prezes honorowy, lekarz przewodniczący i sekretarz.

Prezesem honorowym jest z urzędu lekarz naczelny szpitala. Obowiązki lekarza przewodniczącego pełnią ordynatorzy szpitalni po kolei według porządku alfabetycznego, zmieniając się co posiedzenie. Sekretarza wybierają na początku roku gremialnie lekarze na rok jeden z pośród kandydatów drogą tajnego głosowania.

## § 4.

Lekarze szpitalni, mający zamiar wystąpić na najbliższym posiedzeniu z referatem, zawiadamiają o tem sekretarza, który łącznie z przewodniczącym mającego się odbyć posiedzenia, układa porządek dzienny.

## § 5.

Posiedzenie zagaja prezes honorowy, a prowadzi je lekarz prezydujący. Sekretarz na żądanie odczytuje protokół z poprzedniego posiedzenia; po przeczytaniu i podpisaniu protokołu przez przewodniczącego i sekretarza, rozpoczyna się posiedzenie.

## § 6.

Przemówienie trwać nie może dłużej nad minut 15, zabierający głos w dyskusyi przemawiać może nie dłużej nad 5 minut.

§ 7.

Posiedzenia kliniczne odbywać się mają raz na miesiąc w drugą niedzielę po pierwszym o godzinie 12 z rana w sali posiedzeń szpitalnych.

Jako uzupełnienie powyższego regulaminu dodam, iż na pierwszym miejscu zawsze stać będą pokazy chorych, na drugim — pokazy preparatów, rentgenogramów i t. p., na końcu przemówienia. Posiedzenia trwać nie będą dłużej niż 1½ godziny. Co spadnie wobec tego z porządku dziennego, stać będzie na pierwszym miejscu na posiedzeniu następnem.

III. W. Starkiewicz. „Przypadek tętnic nadliczbowych“. (Pokaz chorej).

U chorej A. K., lat 75-iu, poza objawami ogólnego stwardnienia tętnic stwierdzam dość silny rozwój tętnic nadliczbowych na klatce piersiowej i brzuchu. Dwie z nich rozpoczynają się po obu stronach mostka na poziomie 2-go żebra i biegną ku dołowi i ku zewnątrz aż do 5-go międzyżebra i sięgają do 6-go żebra. Ściana tętnic tych twarda, pulsacya wyraźna. Prócz wymienionych, dwie tętnice nadliczbowe wyczuwają się symetrycznie wzdłuż linii pachowych średnich, dwie — odpowiednio do przebiegu tętnic nadbrzuszných powierzchownych w dolnej części brzucha, wreszcie para drobniejszych gałązek na plecach poniżej grzebienia łopatek i równolegle do wewnętrznej ich powierzchni. Silniejszy rozwój tętnic nadliczbowych nie był notowany w patologii jako zjawisko samoistne, bez celowości czynnościowej, zdarza się natomiast niejednokrotnie jako zjawisko wyrównawcze w razie poważnych przeszkód w krążeniu (zatknięcie lub zmniejszenie światła wielkich tętnic przez guzy, tętniaki, zakrzepy, *endarteriitis obliterans*). Rozwój tętnic nadliczbowych typu powyższego opisywano jako objaw rzadkiego zboczenia rozwojowego — zwężenia aorty u ujścia przewodu zarodkowego Botall'a. W tych przypadkach stanowi on wyraz krążenia obocznego, mającego na celu dostateczne ukrwienie dolnej połowy ciała drogą połączeń pomiędzy tętnicami sutkowymi wewnętrznymi, międzyżebrowymi i nadbrzusznymi. Częste następstwo tej wady stanowi tętniak łuku aorty. Z innych (niestałych) jej objawów wymieniano przerost lewego serca, szmer skurczowy u podstawy lub u wierzchołka serca, czasem zapóźnienie tętna w tętnicach udowych w porównaniu z promieniami. W danym przypadku tętniaka nie stwierdzono klinicznie, ani ra-

dioskopowo. Uderzenie wierzchołkowe serca wyczuwa się w VI międzyżebżu nazewnątrz sutki i tony serca są czyste. Tętno w tętnicach kończyn dolnych silne i równoczesne z tętnem promieniowem. Ciśnienie krwi (Riva-Rocci) — 128. Przypadek ten, w razie sprawdzenia się rozpoznania, należałby do najstarszych wiekiem (zresztą w przypadku Raynaud'a chory dożył 92 lat wieku). Przypadki takie, jak również brak w nich wyraźnych zaburzeń czynnościowych i odżywczych w zakresie kończyn dolnych, świadczą dowodnie o wielkiej sprawności wyrównawczej ustroju w zakresie układu krwionośnego obwodowego.

Przypominam wreszcie przypadek zwężenia aorty u ujsia, opisany przezemnie w 1909 roku, w którym powikłanie wady rozwojowej stanowił wielki tętniak łuku z zakrzepem w worku tętnicowym i z zaniknięciem światła wszystkich pni tętniczych, wychodzących z łuku.

#### IV. A. Puławski. „Pokaz dwóch przypadków choroby Basedowa (jeden po operacji)“.

O ile dawniej choroba B. była rzadko notowana w naszych statystykach szpitalnych, o tyle teraz spotyka się znacznie częściej. Tak np. w ciągu pięciolecia (1883 — 1888) w drobnych sprawozdaniach ze szpitala Dzieciątka Jezus zanotowano tylko 3 odnośne przypadki, w ostatnim zaś pięcioleciu (1910 — 1915) przez jeden tylko oddział mój przesunęło się 28 takich chorych. U 15-tu z nich była wykonana strumektomia. Ten większy przypływ do szpitala wspomnianej kategorii chorych zależy głównie od tego, że lekarze i chorzy nabierają zaufania do operacyjnego jej leczenia, a także i dla tego, że umiejętność rozpoznawania tej choroby rozpowszechniła się wśród ogółu lekarzy.

Pierwsza chora, której w czerwcu 1914 r. Kijewski wykonał strumektomię (usunięcie prawego płatu tarczycy, wężyny — *isthmus* i połowy płatu lewego) przybyła na oddział w 8 miesięcy po operacji w okresie najwyższego rozwoju wszystkich objawów chorobowych, to jest w stanie takim, w jakim była przed operacją: wychudzenie, poty, rozwolnienia, przyśpieszona czynność serca, drżenie rąk, osłabienie i t. d. Objawy te podobno ustąpiły po operacji, ale wróciły już po upływie 5 — 6 miesięcy. Gruczoł tarczowy nie powiększył się. Po odpowiednim leczeniu, a zwłaszcza po naświetlaniach okolicy gruczołu tarczowego promieniami Röntgena (seryi 14 po 3 posiedzenia w odstępach 2 — 3 tygodniowych) stan chorej się poprawił: przybyło jej 7 klg., zmniejszyły się poty i *tachycardia*, ustały rozwolnie-

nia, siły wróciły, ale chora przedstawia jeszcze wszystkie objawy ch. B. w lżejszej tylko postaci. W danym przypadku strumektomia, zwłaszcza co do trwałości poprawy, zawiodła. Nie zależało to ani od zbyt skąpego wycięcia gruczołu, ani od przerostu grasicy, gdyż chora, sądząc z wyników badania krwi (hemoglobiny 62%, ciałek czerw. 3 mil., ciałek b. 6250, w tem 70% wielojądrowych, 26% limfocytów, 2% eozynofilów) niema objawów stanu grasico-limfatycznego. Chora za to ma usposobienie neurasteniczno-histeryczne, gruźlicę płuc w lekkim stopniu i pewne cechy zwyrodnienia. Choroba B. na takim podłożu wogóle nie poddaje się żadnemu leczeniu, dlatego też przypadki tego rodzaju dyskredytują tylko leczenie chirurgiczne tego cierpienia. Opierając się na wynikach strumektomii, wykonanej u kilkunastu chorych szpitalnych, można wywnioskować: 1) Ani razu nie zdarzył się przypadek śmierci wskutek operacji, ani po niej. 2) Narazie otrzymywano zawsze wyraźną albo znaczną poprawę. 3) O trwałości wyleczenia trudno sądzić wobec tego, że chorzy ci znikają często z pod obserwacji; z 15 spostrzeganych przypadków w 6 tylko zebrano dalsze wiadomości: w 2 nastąpiło wyleczenie zupełne, trwające do tychczas (3 i 4 lata), w 4-ch pozostałych chore noszą na sobie piętno ch. B. (lekki wytrzeszcz, *tachycardia* przy lada okazji), ale pracują na chłeb. Nawet Kocher na 900 operowanych przez siebie chorych zebrał wiadomości tylko o  $\frac{1}{3}$  (to jest 300); z nich połowę uważa za wyleczonych nawpół, to jest pracujących, ale mających objawy ch. B.; z 22 nie jest zupełnie zadowolony. 4) Leczenie chirurgiczne ch. B. wskazane jest tam, gdzie inne leczenie nie pomaga, gdzie występują częste nawroty, gdzie chorzy nie są w stanie leczyć się długo i prowadzić oszczędzający tryb życia. 5) Degeneranci, tak zwane Basedowoidy, nie wykazują trwałej poprawy po żadnem leczeniu.

Druga chora, która ma być dopiero operowana, dostała choroby B. przed 8 miesiącami. Początkowe objawy brano u niej za zdenerwowanie, zależne od nieznacznego cierpienia ginekologicznego (rozerwanie szyjki macicznej), wskutek czego poddała się małej operacji. Gdy w dalszym rozwoju choroby zjawily się wymioty, uważano to za objaw pooperacyjnego zapalenia otrzewnej. Dopiero zjawienie się wola wzbudziło podejrzenie choroby B. Ale i wtedy zastosowanie jodu (wprawdzie z bromem) pogorszyło tylko wszystkie objawy. Chora zdradza typowe oznaki omawianego cierpienia: drżenie, wole tętniące, przyśpieszoną czynność serca, mały wytrzeszcz, objaw Stellwag'a, poty, śpie-

szenie się, rozwolnienie i t. d. Spokój łagodzi te objawy, ale wszelki powrót do zajęcia znacznie je pogarsza. Dla tego też chora zdecydowała się na operację.

#### D Y S K U S Y A.

G a j k i e w i c z. Przypominam operowany przed kilkunastu laty przez Jawdyńskiego przypadek, który w 48 godz. po zabiegu zakończył się śmiercią. Na podstawie własnego, dość obfitego materiału, przypisuję spokojowi psychicznemu i fizycznemu ważną rolę w leczeniu choroby Basedowa; dopiero w tych warunkach leczenie klimatyczne, zimną wodą i ogólnie wzmacniające daje dobre wyniki. U chorych, którzy nie mogą mieć tych warunków i czasem nie rozporządzają, zalecam leczenie chirurgiczne.

S k ł o d o w s k i. Jeden z pierwszych ogłoszonych w piśmiennictwie przypadków leczenia choroby B. promieniami R. był przezemnie spostrzegany (naświetlał Koronkiewicz na oddziale Krajewskiego). Wskutek protestu chirurgów metoda ta przez czas pewien zaniedbywana była i dopiero znów w ostatnich czasach zyskuje zwolenników. Posługuję się też nią chętnie.

G r u d z i ń s k i. W żadnym z kilkunastu przezemnie naświetlanych przypadków nie widziałem zmniejszenia się wola nawet tam, gdzie następowała poprawa ogólna i gdzie leczenie ciągnęło się więcej, niż  $\frac{1}{2}$  roku. Widocznie, działanie promieni jest tu specjalne, odmienne od tego, co spostrzegamy w przypadkach z gruczołami limfatycznymi i nowotworami.

L i p s k i. U chorych omawianych istnieje czasem powiększona grasicca (*status thymolymphaticus*), a wczesna śmierć po operacji właśnie spostrzega się u takich osobników.

S a w i c k i. Śmierć po operacji przytrafia się u osób z powiększoną grasicą; nie należy więc przypadków takich operować; przy stosowaniu znieczulenia miejscowego bez narkozy — zejść niepomyślnych się nie spostrzega; chirurgowie nie chętnie operują chorych uprzednio naświetlanych nie tyle z powodu zrostów, wytwarzających się na skutek działania promieni, ile wskutek skłonności do krwawień; należałoby więc najprzód operować, a potem dopiero poddawać pacjentów rentgenoterapii.

P u ł a w s k i. Obecnie niema zejść śmiertelnych przy ostrożnem kwalifikowaniu do operacji. Jestem też zwolennikiem rentgenoterapii i obszernie omawiam tę metodę w od-

czycie klinicznym „O chorobie Basedowa“; stosuję ją często na oddziale, gdy chora nie chce poddać się operacyi; ilość przypadków sekcyjnych jest bardzo mała: w literaturze zanotowano odnośnych przypadków 180.

**V. A. Lande.** (Oddział Chełmońskiego). **A) „Przypadek zapalenia nerwu strzałkowego po zatruciu CO.“** (Pokaz chorej).

38 letnia chora przed 5 miesiącami po zacczadzeniu (CO) dotknięta została zapaleniem nerwu strzałkowego. Obecnie mamy obraz niezupełnego porażenia tego nerwu z odpowiedniami zaburzeniami w dziedzinie ruchu i czucia, z zanikami w stopniu nieznacznym i dość wybitnem upośledzeniem odczynu na oba prądy elektryczne; w analogicznych przypadkach zazwyczaj moment urazowy (ucisk) gra rolę bardzo wybitną, doprowadzając do odleżyn, wylewów, obrzęków i t. p.; w danym razie, co stanowi osobliwość pewną, czynnik ten odegrał rolę bardzo nieznaczną.

**B) „Zapalenie nerwu łokciowego w przebiegu przewlekłej żółtaczki.“** (Pokaz chorej).

Chora 50 letnia z objawami marskości przerostowej wątroby, u której widzimy typowy obraz zapalenia nerwu łokciowego, od lat kilkunastu cierpi na żółtaczkę; przed 12 laty z powodu żółtaczki, która była źródłem nieznośnego swędzenia, chora była operowana (Krajewski i Landstein) i wtedy skonstatowano niedrożność przewodu żółciowego wskutek ucisku nań zapalnie powiększonej główki trzustki; po zabiegu (przewód przecięto i wszyto do kiszek) żółtaczka się znacznie zmniejszyła, ale nie znikła; z braku wszelkich innych momentów etyologicznych (przymiot, alkoholizm itp.) należy upatrywać tu, jak sędzę, przyczynę cierpienia w zatruciu przewlekłem składnikami żółci.

**VI. E. Lipski.** „Demonstracya preparatów anatomicznych“.

Dwa pierwsze preparaty pochodzą od chorych z jednego oddziału i dotyczą przypadków, które dawały powód do błędnego rozpoznania klinicznego biegunki krwawej. Pierwszy preparat jest to r a k, wychodzący z błony śluzowej dna żołądka, wielkości dłoni, o powierzchni rozpadłej, owrzodziałej. Przeszkód w krążeniu treści pokarmowej nie było.

Drugi — to dość rzadki okaz anatomiczny, tak ze wzglę-

du na swą naturę i umiejscowienie, jako też na sposób szerzenia się. Jest to mięsak dwunastnicy o budowie mikroskopowej t. zw. *lymphosarcoma*. Zajmuje on całą część poziomą dolną dwunastnicy. Nacieczenie nowotworowe zajmuje cały obwód tej części jelita i największe jest w ścianie tylna-dolnej. Rozrost tkanki nowotworowej odbywa się nie dośrodkowo, a odśrodkowo. Guz niejako pociąga za sobą dolną ścianę jelita, tworząc rodzaj szerokiego uchylka. Wewnętrzna powierzchnia guza jest rozpadła. Rozszerzone światło jelita pod postacią wspomnianego uchylka wypełnione jest masą skrzepłej krwi. Takież skrzepy krwi wypełniają całe jelito cienkie. Przerzutów drogą krwi lub limfy nie stwierdzono. Tkanka nowotworowa szerzy się na trzustkę i tkankę przedkregosłupową. Preparat pochodzi od 32 letniego mężczyzny.

Trzeci preparat, odnoszący się do przypadku, w którym klinicznie rozpoznano rak wątroby, przedstawia obraz jednocześnie raka żołądka, pod postacią *ulcus carcinomatousum* i przewlekłego wrzodu trawiennego. Obie te sprawy umiejscawiają się w części przedodźwiernikowej żołądka, a mianowicie wrzód na przedniej ścianie, rak zaś niżej, — na krzywiźnie dużej. W brzegach wrzodu trawiennego makroskopowo tkanki nowotworowej nie widać. W wątrobie olbrzymich rozmiarów bardzo liczne mniej więcej jednakowej wielkości przerzuty rakowe. Osobnik w wieku lat 37. Można by przypuszczać, że mieliśmy pierwotnie dwa wrzody trawienne, i na tle jednego z nich rozwinął się rak; lub też, że owrzodzenie rakowe jest przerzutem rozwijającej się w brzegach wrzodu trawiennego tkanki nowotworowej. To przypuszczenie jest najprawdopodobniejsze. Udowodnienie trzeciej ewentualności, że mamy do czynienia z dwiema, zupełnie od siebie nie zależnymi sprawami patologicznymi, jest rzeczą niemożliwą, gdyż wykazać, że w brzegach wrzodu trawiennego nie ma bujących nabłonków nie jest wykonalne ze względów wprost technicznych.

---

## POSIEDZENIE II.

Dnia 9 kwietnia 1916 roku.

Przewodniczący Bondy.

I. Z. Grudziński. Pozwalam sobie pokazać: A) Szereg rentgenogramów, przedstawiających ciała obce w ustroju, a mianowicie: a) sztuczne zęby w przełyku;

b) sztuczne zęby w żołądku; c) monetę w przełyku u dziecka; d) gwoździak w oskrzelach u dziecka; e) agra-fkę w pęcherzu u onanisty; f) dużą igłę (iglicę) w okolicy wątroby u obłąkanej.

Prócz przypadków 2 i 6 we wszystkich innych obecność ciał obcych była stwierdzona drogą operacyjną: ciała były wydobyte.

**B) Szereg radiogramów z dziedziny rozpoznawania wrzodu żołądka.**

Bezpośrednich obrazów radiograficznych wrzodu żołą-

Rys. 1.



Żołądek dwudzielny. Nisza małej krzywizny tuż obok kanału łączącego górną i dolną komorę żołądka (przypadek operowany).

dka jest niewiele: należą tutaj t. zw. uchylki Haudeka (lub nisza rys. 2 i 3) i żołądek dwudzielny (rys 1). Objawy te mają szczególne znaczenie w rozpoznawaniu wrzodów małej krzywizny, przy wrzodach bowiem odźwiernika posiadamy liczne objawy radiograficzne zwężenia odźwiernika. Jednocześnie przedstawiam 4 przypadki uchylków Haudeka. W dwóch z tych przypadków obecność wrzodu

Rys. 2.



Nisza krzywizny małej żołądka (przypadek operowany).

Rys. 3.



Nisza krzywizny małej żołądka (przypadek operowany).

małej krzywizny była stwierdzona operacyjnie. Uchylki w przypadkach demonstrowanych nie odpowiadają w zupełności opisowi, jaki podał Haudek, nie zawierają bowiem pęcherzyka z powietrzem; są one raczej jakby osadem, jaki powstaje na dnie wrzodu. Dla rozpoznania uchylka lepszą jest płynna mieszanka, niż kasza kontrastująca. Często dla uwydatnienia uchylka należy poczekać na częściowe opróżnienie żołądka, aby cień żołądka nie zasłonił uchylka.

## **II. A. Chełmoński. „Wartość próby Gluzińskiego w rozpoznawaniu raka żołądka“.**

W raku żołądka podczas badania chemizmu trawienia stwierdza się, jak wiadomo, albo brak wolnego kwasu solnego, co zdarza się najczęściej, bo w 90%, albo też jego obecność. W razie podejrzenia na raka brak wolnego HCL sam przez się nie wystarcza wprawdzie do rozpoznania raka, lecz wobec częstości występowania tego objawu rozpoznanie to potwierdza. Przy obecności w. HCL badanie chemizmu, według powszechnego mniemania, nie przyczynia się do wyświeatlenia sprawy; z objawu tego nie korzysta się wcale. Tymczasem Gluziński \*) wykazał, że i w tym razie, t. j. przy obecności w. HCL, wyniki badania chemizmu żołądka mogą dać cenne wskazówki i przyczyniać się do postawienia właściwego rozpoznania, byle je umiejętnie wykorzystać. W przypadkach, w których można podejrzewać obecność raka w następstwie wrzodu żołądka, G. poleca wykonać tego samego dnia trzy próby: naczno, po próbie białkowej i po obiedzie Leube-Riegel'a.

„W czystym wrzodzie żołądka stale przy wszystkich tych trzech próbach otrzymuje się wolny kwas solny. Brak przy którejkolwiek z tych prób w. HCL, lub mały jego ślad mimo jego obecności przy innych próbach, w tym samym dniu podjętych, stanowi zapowiedź rozwijającego się kataru śluzowego, którego znaczenie jest nader ważne dla rozpoznania rozpoczynającego się raka“. Tak się wyraża autor o wynikach wzmiankowanych prób. Pomijam rozmyślnie objaśnienie, jakie daje G. swej próbie, gdyż wydaje mi się ono nietrafne. Sądziłbym, że zjawisko, zaobserwowane przez G., dostatecznie tłumaczy się nieomogą wydzielniczą śluzówki żołądka, jej łatwą wyczerpywalnością. Omawiany objaw stwierdził G. w czterech przypadkach i Siegel w czte-

\*) Gazeta Lek. 1902.

rech. Wielu lekarzy w Niemczech stosuje próbę G., tymczasem u nas próba ta, o ile mi wiadomo, mało jest znana.

W celu wykazania wartości omawianej próby pozwolę sobie przytoczyć dwa odnośne przypadki.

1. H. F., l. 38, rzemieślnik, żonaty, od 8 — 9 m. miewa bóle ostre w okolicy dołka, promieniujące do krzyża, prawie stałe. Nudności, wymiotów nie bywa. Apetyt średni, chory bardzo mało jada, bo się obawia obostrzenia bólów. Bardzo wychudł. Przed bieżącą chorobą F. uważał się za zdrowego. Przymiotu nie przechodził, nadużyć nie popełniał. Z powodu wzmiankowanych dolegliwości F. wstąpił do szpitala przy ul. Złotej, gdzie po zbadaniu uważano go za dotkniętego nadkwaśnością i wrzodem żołądka. To samo rozpoznanie postawił Rejchman, który leczył chorego po wypisaniu go ze szpitala. Widziałem pacjenta w końcu roku zeszłego. Chory dobrego wzrostu, prawidłowej budowy, nadzwyczaj wyniszczony, przypominający fotografię indyan podczas lat głodowych, chory rakowatej jednak nie widać. Brzuch zapadnięty; dołek nieco bolesny; guza nigdzie wyczuć nie można; objawów zwężenia odźwiernika niema; żołądek nie rozszerzony i nie opuszczony; nadkwaśność żołądka: wolnego HCL—koło 60; trochę śluzu; kwasu mlecznego niema. Jakkolwiek prześwietlenie, dokonane przez Grudzińskiego, dało typowy obraz nowotworu (niewypełnienie części odźwiernikowej bi-kaszą), to jednak ze względu na wiek (38 lat), dotkliwe bóle w dołku z promieniowaniem do krzyża, brak guza, wreszcie nadkwaśność, która zdarza się względnie rzadko, bo tylko w 10% przy raku, skłaniałem się do rozpoznawania raczej wrzodu, niż raka. Zapisalem chorego na oddział Ciechomskiego w celu wykonania próbnej laparotomii. Przed operacją jednak poddałem chorego badaniu metodą Gluzińskiego i oto rezultat: 1) naczcho — nie otrzymano żadnej zawartości; 2) po próbnem śniadaniu—og. kw. 76, woln. HCL. 60; 3) po obiedzie Leube-Riegl'a—odczyn obojętny, śluz, woln. HCL = 0. Wynik ten, jak widzimy, przemawiał za rozpoznaniem raka. Próbną laparotomią, wykonaną przez Ciechomskiego, w zupełności potwierdziła wynik próby G., wykazała mianowicie obecność twardego nierównego guza na małej krzywiznie i po części na tylnej ścianie żołądka, nieruchomego, przyrośniętego do trzustki i kregosłupa. Gruczoły chłonne powiększone, twarde.

2. Drugi przypadek dotyczył 74-letniej chorej, która przybyła na mój oddział przed 2 tygodniami. Chora skarżyła się na uczucie przelewania i burczenia w okolicy żołądka, które przemienia się w uczucie bólu w okolicy dolnej części mo-

stka, poczem zwykle występują nudności i zwracanie wodnistego płynu, a niekiedy wymioty ciemnymi masami. Bóle te nie mają związku z przyjmowaniem pokarmów. Choroba rozpoczęła się przed 6 miesiącami. Chora schudła. Badanie chemiczne żołądka wykazuje: naczczo ogólna kwasność = 52, wolnego kwasu solnego = 18; po próbie białkowej — og. kw. 42, woln. HCL. 22 (związanego 17); po obiedzie Leube-Riegl'a — og. kw. 89, woln. HCL 20 (związanego 21). Rentgenogram nie wykazuje żadnych zmian w żołądku. Chora średniego odżywiania, bladawa, lecz cech chery rakowatej nie widać. Powyżej pępka na linii środkowej wyczuwa się guz w kierunku poprzecznym, grubości wielkiego palca, długości 5 ctm., ruchomy, nieco bolesny; punkt bolesny w dołku poniżej wyrostka mieczykowatego i po lewej stronie kręgosłupa w okolicy 8-go międzyżebra. W przypadku tym późny wiek, wyraźny guz, ubytek na wadze, dolegliwości w dołku i pod mostkiem niezbyt silnego napięcia, nie będące w związku z przyjmowaniem pokarmów, ani ich jakością, przemawiały za rakiem żołądka, próba zaś G. i rentgenogram — przeciw. Wobec tego postanowiono wykonać próbną laparotomię. Przed 3 dniami Ciechomski przystąpił do operacji. Znalczono na krzywiznie małej i po części na tylnej ścianie żołądka bliznowate stwardnienie z pewnem wciągnięciem; gruczoły nieco powiększone, lecz miękkie; jeden z nich został usunięty i poddany badaniu przez Lipskiego, który nie znalazł żadnych oznak raka w poddanym badaniu gruczole. Wobec tego według wszelkiego prawdopodobieństwa mamy tu do czynienia jedynie z wrzodem, czyli i ten przypadek stwierdza użyteczność próby Gluzińskiego.

Przytaczając powyższe dwa spostrzeżenia, wykazujące istotną wartość omawianej próby, miałem na celu zachęcenie Panów do stosowania w odpowiednich przypadkach niesłusznie zapoznawanej próby.

## D Y S K U S Y A.

**M u t e r m i l c h.** Przypominam, iż zazwyczaj we wrzodzie przemijająco, a w raku stale znajduje się krew w kale.

**P u ł a w s k i.** Gluziński miał na celu różniczkowe rozpoznanie między rakiem i wrzodem, a przede wszystkim uchwycenie momentu, kiedy wrzód zwłaszcza odźwiernika, zaczyna przechodzić w raka, a to dla wykonania możliwie wcześniej radykalnej operacji.

**C i e c h o m s k i.** Na zjeździe w Berlinie (1912 r.) podnoszono wartość próby Gluzińskiego; zgrupowały się tam

dwie partye: radykaliści, którzy skłonni są do rezekowania każdego żołądka z wrzodem, albowiem bujanie nabłonka na krańcach wrzodu według nich odbywa się już bardzo wcześnie, zanim badanie chemiczne jest w stanie ujawnić cokolwiek; i konserwatyści, którzy przyszli do wniosku, że rak wcale nie tak często rozwija się na tle wrzodu, niema więc tak naglącego wskazania do operowania każdego wrzodu. Przypominam sobie parę przypadków, gdzie wszystko przemawiało za istnieniem nowotworu, a mimo to po dokonaniu zespolenia żołądkowokiszkowego chorzy znakomicie się poprawiali.

**Chełchowski.** Przypominam, że Gluziński podniósł nanowo omawianą sprawę na jednym ze zjazdów lekarzy polskich i na podstawie większej kazuistyki potwierdza swe wywody. Sam stosuję zawsze w odnośnych przypadkach próbę Gluzińskiego na swym oddziale; w kilkunastu przypadkach dała ona wynik pozytywny; przypominam sobie nadto przypadek, w którym ani podczas operacji, ani nawet po autopsji nie można było postawić dyagnozy, albowiem z dwóch anatomopatologów (Przewoński i Dmochowski) jeden rozpoznał raka, a drugi — wrzód.

**Czajkowski.** Pracując ostatnio na klinice Gluzińskiego, przekonałem się, że zaprowadzono tam pewne zmiany w technice badania (dają tam obecnie tylko  $\frac{1}{4}$  funta mięsa i badają zawartość po 5 godzinach); Rydygier przywiązuje wielką wagę do próby Gluzińskiego i liczy się bardzo we wskazaniach operacyjnych z jej wynikami.

**Gajkiewicz.** Wyniki badania byłyby pewniejsze, gdyby próbę tę stosowano nie jednokrotnie, lecz powtarzano ją kilka razy w ciągu pewnego czasu.

**Jakowski.** Przypominam, że Gluziński na ostatnim zjeździe internistów polskich (1914 r.) stwierdził, iż coraz częściej udaje mu się uchwycić ten ważny moment przecho-

### III. K. Oczesalski. (Oddział Janowskiego). „Przypadek nowotworu mózgu”. (Pokaz chorego).

30. XI. 1915 r. przybył na oddział 15-letni S. L. ze skargami na osłabienie ogólne, trudności chodzenia, bóle głowy i krzyża. Chory w stanie przytępienia umysłowego, wobec czego bliższych szczegółów dowiedzieć się odeń nie można. Ojciec chorego opowiada, że syn od pół roku (dotąd był najzupełniej zdrowy i ciężkich chorób nie przecho-

zdradzać objawy niepokoju (częsty płacz) i ośpienia umysłowego. Kilkakrotnie obserwowano drgawki. Dziedzicznie nie obciążony, rodzice na przymiot nie chorowali. Budowa prawidłowa, odżywianie bardzo dobre, obfity podkład tłuszczowy, cera blada, błony śluzowe różowe, rumieńce na twarzy. Zupełny brak owłosienia na twarzy, pod pachami, nad spojeniem łonowym. Narządy płciowe jak u 5 — 6 letniego chłopca, pozatem normalne; obrzęków niema. Przytomny, na pytania odpowiada logicznie, lecz powoli i z zupełną obojętnością. Stan psychiczny cechuje wielka apatya (nie mówi całemi dniami) i bierność; cały zakres czynności sprówdza się do czysto wegetacyjnych; pamięć znacznie ograniczona, inteligencya jak u małego dziecka; łatwo płacze (np. podczas bólu); mowa niewyraźna, nosowa, bez zaburzeń artykulacyjnych i afatycznych. Ze strony nerwów cząszkowych brak zmian, (które wystąpiły dopiero później). Siła kończyn górnych zachowana, parestezyi niema, czucie zachowane, bezład i drżenia zamiarowego niema, odruchy ścięgnięte z mięśni i z okostnej b. żywe. Siła kończyn dolnych wybitnie osłabiona, zwłaszcza w mięśniach przedudzi. Chód chorego typowo paralityczny: chory ślania się, po kilkunastu krokach przewraca się; bezład niema, odruchy wybitnie wzmożone; paluchy stale w położeniu Babińskiego; czucie zachowane; odruchy skórne mosznowe i brzuszne żywe. W przebiegu choroby — podczas 4-o miesięcznej obserwacji szpitalnej — wystąpiły następujące zmiany i objawy nowe: chory chodził z coraz większą trudnością, a od 3-ch miesięcy nie jest w stanie ani chodzić, ani stać; porażenie kończyn dolnych nie jest zupełne, gdyż leżąc, może jeszcze na krótką chwilę unosić nogę w górę; siła mięśniowa kończyn dolnych jest obecnie żadna; wystąpił obustronny kolanotrząs, stopotrząs, objaw Babińskiego; siła mięśniowa kończyn górnych zmniejszyła się; sprawność ruchów obu dłoni jest obecnie niewielka (nie może sam jadać); łaknienie stale dobre; nie schudł; miewał drgawki kloniczne ogólne (tułowia i wszystkich kończyn) dość często (co parę dni) w grudniu i w styczniu, rzadziej w lutym; w marcu drgawek nie miał; podczas drgawek źrenice rozszerzają się *ad maximum*, chory traci przytomność; po napadzie wie, że miał drgawki; podczas napadu mocz i kał oddaje pod siebie; w czasie wolnym od drgawek posiada poczucie potrzeby oddania moczu lub stolca, lecz nieraz zanieczyszcza się, albo we śnie, albo wówczas, gdy nie jest szybko obsłużony; w styczniu wystąpiły objawy opuszkowe: chory z trudnością łykał, zwracał pokarmy, mó-

wił zupełnie niewyraźnie; objawy te po kilku dniach ustąpiły i nie powróciły; w końcu grudnia uwydatniły się porażenia mięśni ocznych: w prawem oku prosty górny, skośny dolny i prosty wewnętrzny; w lewem — prosty górny i skośny dolny, a w ostatnich czasach dołączyło się porażenie lewego n. odwodzącego o natężeniu zmiennem; oddziaływanie źrenic pozostało sprawne; siła widzenia stopniowo uległa pogorszeniu; obecnie wynosi dla lewego oka  $\frac{1}{10}$ , dla prawego — prawie 0; na dnie oka z obu stron wybitna tarcza zastoinowa z wylewami krwi na siatkówce (*neuroretinitis haemorrhagica*); badanie pól widzenia nie mogło być dokonane; na bóle głowy chory skarży się bardzo rzadko; opukiwanie czaszki niebolesne, wypuk wszędzie jednakowy; objawów oponowych (sztywności karku, objawu Kernig'a, Brudzińskiego) nie spostrzegano nigdy; chory nie wymiotuje; zwolnionego tętna nie miewa; moczu, badany trzykrotnie, białka ani cukru nie zawiera; płyn mózgowo-rdzeniowy wytryska strumieniem pod ciśnieniem ok. 600 mm., jest zupełnie bezbarwny i przezroczysty, zawiera 2 limfocyty w 1 ccm.; próba Nonne-Apelta ujemna; odczyn Wasserman'a w płynie mózgowo-rdzeniowym — ujemny; zdjęcie rentgenowskie czaszki wykazało dwukrotnie (18.II. i 16.IV.) wyraźne zatęszczenie zarysów siodła tureckiego, zwłaszcza rogów przednich.

Jak widać z powyższego, rozpoznanie nowotworu mózgu ze względu na wybitne objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego (cechy płynu mózgordzeniowego, tarcza zastoinowa) i powolny przebieg cierpienia — nie natrafia na większe trudności. Wyłączyć można przymiot, gruźlicę i zapalenie opon ograniczone — ze względu na brak danych. Również brak danych dla rozpoznania stwardnienia wieloogniskowego i innych nerwowych cierpień przewlekłych. Za nowotworem przemawia również obok ogólnego pogorszenia się stanu chorego owa zmienność niektórych objawów (brak lub obecność drgawek, objawy oponiskowe i in.). Objawy ogniskowe nie pozwalają wprowadzić na zupełnie ściśle umiejscowienie guza, jeżeli jednak zważywszy brak danych zarówno dla umiejscowienia guza w tylnej (brak porażenia nn. błędnego, twarzowego i słuchowego) jak w przedniej (brak zmian w węchu) jamie czaszkowej, to z drugiej stwierdzić musimy, że żaden objaw nie przeczy umiejscowieniu guza w jamie czaszki środkowej, a przeciwnie, objawy ze strony nerwów okoruchowych przypuszczalnie to popierają. Wreszcie, oceniając dane radiografii nawet z największą ostrożnością, przyznać trzeba, że dane te, zwłaszcza w związku z tak ważnymi objawami, jak otłuszc-

czenie, brak uwłosienia i niedorozwój narządów płciowych, pozwalają co najmniej przypuścić, że rozpoznanie nowotworu przysadki mózgowej jest w tym przypadku zupełnie uzasadnione.

#### DYSKUSYA.

Gajkiewicz. Uważam przypadek za skomplikowany i trudny dla dokładnego rozpoznania; przy guzach przysadki pierwsze objawy zazwyczaj dotyczą wzroku, a nie psychiki i kończyn dolnych, jak w danym razie, tak iż można tu również dobrze podejrzewać istnienie guza, umiejscowionego nieco bardziej ku tyłowi, np. w obrębie ciałek czworaczych.

Grudziński. Zalecam ostrożność przy ocenianiu danych rentgenograficznych, dotyczących mózgu, zwłaszcza, gdy idzie o rozpoznanie guzów; nie należy nigdy opierać się jedynie na zdjęciu.

Sawicki. W danym przypadku „*degeneratio adiposogenitalis*“ zaczęło się bardzo wcześnie, co dla rozpoznania ma ważne znaczenie.

#### IV. A. Czajkowski. A) „Przypadek przepukliny lędźwiowej“ (Pokaz chorej).

62-letnia chora przybyła na oddział wewnętrzny z powodu ogólnego osłabienia i bólu w krzyżu. Badanie przedmiotowe wykazało upośledzone odżywianie, lekką niedokrwistość i wiotkość wszystkich mięśni, przy braku zmian organicznych w narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej. Stwierdzono obecność dwóch przepuklin: pachwinowej i brzusznej.

Podczas badania okolicy lędźwiowej z powodu skarg na ból w krzyżu znaleziono po stronie prawej tuż powyżej grzebienia talerza biodrowego w miejscu, odpowiadającym trójkątowi Petit'a, miękki guz wielkości połówki mandarynki, wypuklający się szczególnie wyraźniej podczas kaszlu (rys. 4). Wypuk nad guzem bębinkowy w przeciwstawieniu do stłumienia w symetrycznym miejscu po stronie lewej. Guz nie jest przesuwalny w bok, z łatwością jednak znika po naciśnięciu palcami. Podczas obmacywania jest on niebolesny. Na zasadzie powyższych objawów rozpoznano przepuklinę lędźwiową, co potwierdziła konsultacja z Ciechomskim i Sawickim i ustaliła, że wskazania do operowania tej przepukliny nie było; możliwość zaś uwięźnięcia kiedykolwiek tej przepukliny była prawie wy-

kluczona. Ból krzyża nie był w związku z przepukliną lędźwiową, wywołany był cierpieniem mięśni lędźwiowych (*lumbago*).

Wobec tego, że przepukliny lędźwiowe są bardzo rzadkie, stanowią one pewną trudność dyagnostyczną, wskutek czego przyjmowano je nieraz za tłuszczaki lub ropnie

Rys. 4.



opadowe i postępowano błędnie w leczeniu. Autorowie zwracają uwagę na brak wrot i worka przepuklinowego; etyologicznie zaś odróżniają przepukliny wrodzone, a wśród nabytych: wywołane urazem, wiotkością mięśni, długotrwałym kaszlem lub licznymi ciążami.

W przypadku opisanym powyżej niewątpliwie przypu-

szczać można, że wiotkość mięśni powłok brzusznych i li-che odżywianie, w braku innych przyczyn, wywołało po-wstanie trzech przepuklin. Przepukliny lędźwiowe umiej-scawiają się zazwyczaj w trójkątach Petit'a lub Leshaft'a. Braun zebrał takich przepuklin 29 (20 samoistnych i 9 urazowych, później ogłoszono ich więcej). Z polskich auto-rów Barącz (ze Lwowa) rozważał przepukliny lędźwiowe specjalnie u dzieci na podstawie własnych spostrzeżeń (*Archiv für Klinische Chirurgie* 1902), a razem z Burzyń-skim opisali warunki anatomiczne do powstawania przepu-kin lędźwiowych (tamże: *Arch. f. Kl. Ch.* 1902).

#### D Y S K U S Y A.

C i e c h o m s k i. Przepuklina lędźwiowa należy do rzadkości; tylko w podręcznikach chirurgicznych dawniej-szych, zwłaszcza francuskich, znajdujemy dość szczegółowy opis tego cierpienia, natomiast podręczniki nasze mówią o niem dość pobieżnie, a w literaturze bieżącej trudno od-naleźć odpowiednie spostrzeżenia.

Przepuklina lędźwiowa nosi przytem miano J. L. Pe-tit'a, który pierwszy opisał dokładnie tę sprawę.

Grynfelt w roku 1866 i wkrótce po nim Lesshaft wypowiedzieli nieco odmienne zapatrywanie na przepuklinę lędźwiową, wreszcie w roku 1869 Larrey wygłosił w akade-mii lekarskiej obszerny odczyt, po którym nastąpił szereg prac, roztrząsających różnicę zdań autorów w omawianem cierpieniu.

J. L. Petit nakreślił dla przepukliny lędźwiowej na-stępujące granice: ostatnie żebro i grzebień kości biodrowej z jednej strony, z drugiej zaś—powieź krzyżowo-lędźwiową i brzeg tylny m. skośnego brzucha zewnętrznego, właściwy zaś trójkąt, stanowiący drogę dla przepukliny, ma stosunki anatomiczne następujące: u dołu—grzebień kości biodrowej, od tyłu — brzeg przedni mięśnia najszerszego grzbietu, od przodu—brzeg tylny mięśnia skośnego brzucha zewnętrznego, na ostatek dno trójkąta stanowi mięsień skośny brzucha wewnętrzny oraz powieź tylna mięśnia poprzecznego brzu-cha; właśnie pomienione dno przepuklina albo rozsuwa, albo wypukła.

Henle oznacza trójkąt lędźwiowy (*trigonum lumbale s. petiti*) dość krótko, mianowicie: brzeg tylny mięśnia skośnego brzucha zewnętrznego graniczy z przednim brzegiem m. najszerszego grzbietu; między nimi często powstaje mała

szczelina trójkątna, której podstawę stanowi brzeg miednicy; w trójkącie tym są widoczne włókna m. skośnego wewnętrznego.

Grynfeldt i Lesshaft a później i Bayer oznaczyli dla przepukliny lędźwiowej inny trójkąt, usadowiony powyżej 1-go, a granice jego są następujące: u góry — żebro 12-te oraz brzeg m. zębatego tylnego dolnego, od tyłu — brzeg przedni m. czworobocznego lędźw., od przodu — brzeg tylny m. skośnego brzucha wewnętrznego; ztąd powstaje trójkąt lędźwiożebrowobrzuszny (*triangulum lombo-costo-abdominale Grynfeldti*), a dno jego stanowi powięź tylną m. poprzecznego brzucha, przez którą draży gałęź brzuszna ostatniej tętnicy międzyżebrowej oraz gałązki nerwowe 2-iej i 3-iej pary lędźwiowej.

Przepuklina lędźwiowa bywa albo prawdziwa, co prawda bardzo rzadko, albo wrzekoma. W pierwszym razie worek jej powstaje z sieci, a zawartość worka stanowi kiszka gruba, jedna lub obie nerki. We wrzekomej jedynie skóra i podściółka tłuszczowa stanowią powłokę zewnętrzną, a okrężnica wstępująca lub zstępująca wypukła się nie poprzedzona przez otrzewną. Pozatem nie wyczuwa się pierścienia przepuklinowego.

Ravaton w przypadku wyjątkowym stwierdził w powłoce zewnętrznej pokrycie z włókien mięsnych.

Przepuklina lędźwiowa wrodzona jako następstwo wady rozwojowej w ścianie brzusznej jest zjawiskiem rzadkiem, przypadki takie były opisane przez Monro'a, Colles'a i Basset'a. Wogóle u osobników młodych i u dzieci spotyka się wyjątkowo, u starszych zaś zazwyczaj jako następstwo ropni opadowych, które tedy torują sobie drogę od kręgosłupa.

O statystyce Brauna wspomniał już Czajkowski; dodam więc tylko, że płeć nie ma wpływu na częstsze lub rzadsze powstawanie przepukliny. Z lewej strony spostrzegano ją 8 razy, tymczasem z prawej tylko 4; w 2 przypadkach stwierdzono nawet przepuklinę obustronną. Jako czynniki usposabiające do niej należy uważać: częstą ciążę, mocny wysiłek przy kaszlu, osłabienie ogólne po jakiejś chorobie i t. p. Co się tyczy objawów i rozpoznania, to należy mieć na względzie szczegóły następujące: położenie anatomiczne, wypuklanie przy kaszlu, bulgotanie podczas odprowadzania przepukliny, a po odprowadzeniu określenie drogi, którą przebyła przepuklina, np. trójkąt Petit'a czy Grynfeldta. Rozpoznanie różniczkowe nastęrcza niekie-

dy nader poważne trudności; nawet doświadczeni chirurdzy popełniali tu błędy.

Dolbeau naciął przepuklinę jako ropień opadowy, powstała ślad przetoka kałowa, oczywiście wskutek zranienia кишки. Basset rozpoznał przepuklinę jako tłuszczak, Coze zaś jako przepuklinę mięśniową.

Należy zwracać uwagę na chębotanie i drganie (*vibratio*); obecność okrężnicy w przepuklinie łatwo można wykazać za pomocą ławatywy; niekiedy rozpoznanie ułatwiają zaburzenia czynnościowe, jak np. bóle, wymioty i t. p.

Zazwyczaj uwięźnięciu przepukliny takiej towarzyszą objawy nader ciężkie, zwłaszcza jeżeli uległa zaciśnięciu okrężnica. Jedynem słusznym postępowaniem jest natychmiastowa operacja doszczętna, a więc z usunięciem worka przepuklinowego. Odprowadzenie całkowite bez otwierania worka, jak to niegdyś wykonał z dobrym skutkiem Owen, należy uważać jako postępowanie niepewne i nie licujące z obecnym stanem wiedzy chirurgicznej.

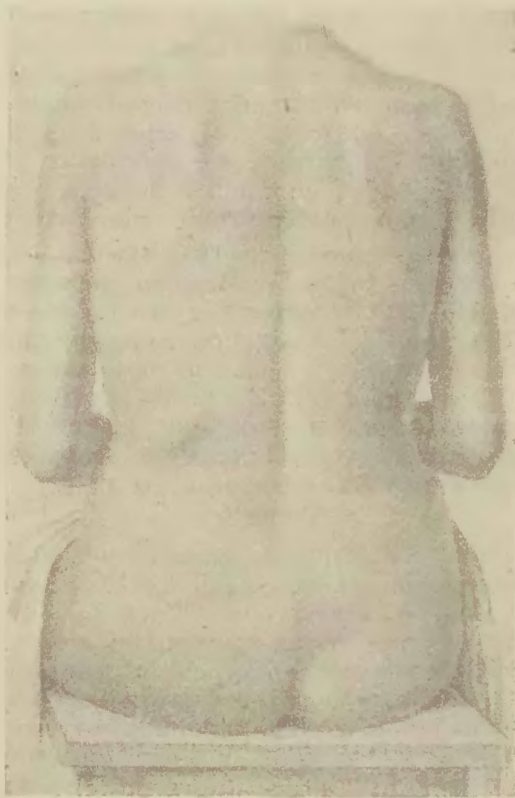
Przepuklinę lędźwiową widziałem sam raz jeden tylko przed kilkunastu laty u kobiety, która radziła się z powodu bólów w brzuchu, zależnych od starych zmian zapalnych w narządach płciowych; tymczasem przepuklina nie sprawiała jej żadnych dolegliwości. Zarówno umiejscowienie i elastyczność guza, jak również objawy wypukowe i odprowadzalność guza świadczyły wyraźnie o słuszności rozpoznania. Pacjentka zginęła mi z oczu, o dalszym jej losie nie wiem.

S a w i c k i. Przepukliny lędźwiowe należą do rzędu rzadszych przepuklin. Grange do r. 1896 zdołał zebrać ogółem 45 przypadków, z których tylko w 20 dokładnie określono umiejscowienie bramy przepuklinowej. Powstawaniu przepuklin lędźwiowych sprzyjają stosunki anatomiczne, a przede wszystkim odstęp pomiędzy mięśniami grzbietowymi i mięśniami brzuszными, wypełniony tylko powięzią lędźwiowogrzebietową. W tym właśnie odstępnie anatomowie opisują dwa trójkąty, przez które najczęściej wychodzą przepukliny. Jeden z tych trójkątów leży w górnej części omawianego wyżej odstępu i granice jego stanowią: od góry — 12 żebro; przyśrodkowo — m. krzyżowo-grzbietowy (*m. sacro-spinalis*), względnie ku przodowi — m. czworoboczny lędźwi (*m. quadratus lumborum*); bocznie — m. skośny brzucha wewn. (*m. obliquus abd. int.*). Drugi trójkąt (t. zw. *trigonum Petiti*) leży w dolnej części odstępu, i granice jego tworzą: od dołu — grzebień kości biodrowej, przyśrod-

kowo — m. najszerszy grzbietu, bocznie — m. skośny brzucha zewn.

Przypadek, demonstrowany przez Czajkowskiego, należy do rzędu przepuklin, wychodzących nazewnątrz przez trójkąt Petit'a. Natomiast przed 20 z górą laty spostrzegalem przypadek, w którym przepuklina wyszła przez trójkąt, le-

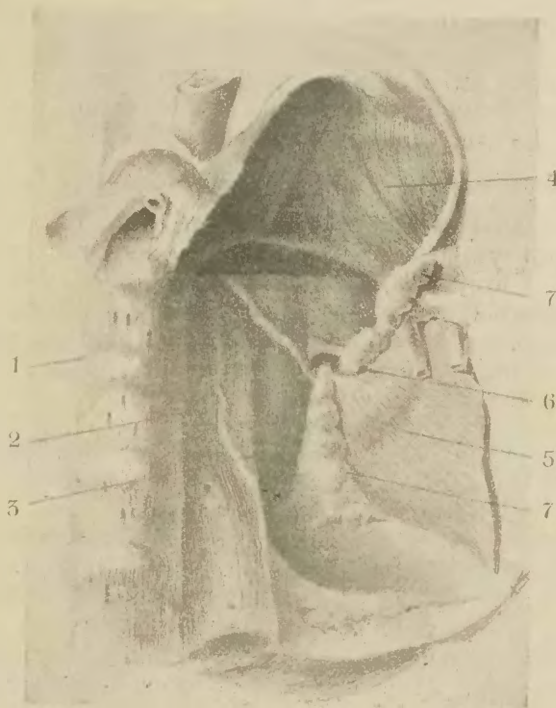
Rys. 5.



żący pod 12 żebrem. Przypadek ten dotyczył 70 letniej staruszki, która w lewej okolicy lędźwiowej miała guz wielkości średniej pomarańczy, występujący przy kaszlu, nadymaniu się, i łatwo znikający przy spokojnem zachowaniu się, a zwłaszcza przy ułożeniu chorej na brzuchu. Guz leżał nieco poniżej 12 żebra i żadnych delegliwości nie sprawiał

chorej, która o nim nawet nie wiedziała. Chora zmarła i na sekcji sprawdzono, że przez otwór, leżący w górnej części lędźwi, pod 12 żebrem, wypukła się nazewnątrz otrzewna, tworząc worek, który był pusty. Worek ten do otaczających tkanek przymocowany był bardzo luźno tak, że bez

Rys. 6.



Preparat anatomiczny okolicy lędźwiowej od przodu.

- 1) kręgosłup
- 2) m. lędźwiowoudowy
- 3) m. czworoboczny lędźwi
- 4) przepona
- 5) mięśnie płaskie brzucha
- 6) otwór przepuklinowy
- 7) sznury tłuszczowe.

trudności można go było przez otwór wciągnąć do wewnątrz prawie całkowicie. Przez tenże otwór przechodziły dwa sznury dość twardej tkanki tłuszczowej, które łączyły dno worka z wewnętrzną ścianą jamy brzusznej. Sznurowe te mu

siały się w ciągu dłuższego czasu wytwarzać z tkanki tłuszczowej przedotrzewnowej wskutek pociągania tejże przez wychodzący nazewnątrz worek. Zarówno obraz guza na chorej, jak i sam preparat wówczas odrysowano, i rysunki te (rys. 5 i 6) pokazują. Preparat anatomiczny (rys. 6) przedstawia okolicę lędźwiową, widzianą od przodu. Otrzewna wraz z workiem przepuklinowym usunięta. Otwór przepuklinowy ograniczają: przyśrodkowo — mięsień czworoboczny lędźwi, bocznie — mięśnie płaskie brzucha (właściwie m. skośny brzucha wewn.) i od góry pasmo twardej tkanki łącznej, przebiegające pod 12 żebrem. Sznury tkanki tłuszczowej, usuwając otrzewną z workiem, pozostawiono, i one są na rysunku uwidocznione.

#### B) „Przypadek plamicy krwotocznej“. (Pokaz chorej).

Chora 46 letnia, niedawno operowana z powodu raka powieki, pokryta jest bardzo licznymi wybroczynami na całym ciele. Chora w ostatnich miesiącach odżywała się gorzej, niż dawniej, lecz czuła się zdrową. Przed tygodniem wśród dreszczów wystąpiły obfite krwawe wymioty z wytworzeniem obfitych skrzepów w ustach, pojawiły się jednocześnie bardzo liczne wybroczyny na skórze, niektóre bardzo duże i kilka wybroczyn w jamie ustnej. Wszystko to stało się nagle w ciągu nocy, tylko wymioty krwawe przedłużyły się do 48 godzin. Wypróżnienie było czarne. Krwawienia z narządów rodnych nie było. Inne narządy bez zmian. We krwi 71% hemoglobiny według Sahli'ego; czerwone krążki krwi nie zmienione; nieco zwiększona liczba białek białych. Skaza krwotoczna u danej chorej nie stoi w związku z cierpieniem zasadniczym (rakiem); wobec zaś braku zmian na dziąsłach i sporadyczności wypadku nie może być przyjęta za skorbut; jest pochodzenia nie jasnego, i określić się daje jako *purpura haemorrhagica fulminans* (Henoch?). Przebieg i zejście pomyślne.

#### D Y S K U S Y A.

S z t e y n e r. W danym przypadku nie można wykluczyć skorbutu; w tej chwili na oddziale moim leży dziewczynka z objawami podobnymi do omawianych, a mianowicie z bardzo dużym krwotokiem nosowym i drobnymi wynaczieniami w skórze; obecnie czuje się ona dobrze.

K o r y b u t - D a s z k i e w i c z. Często widuję sprawy analogiczne u dzieci, przyczem fenomenalne wyniki terapeutyczne osiągam przez zastrzykiwanie jakiegokolwiek surowicy, np. dyfterytycznej, którą najłatwiej jest dostać.

Gajkiewicz. Nie mógłbym również w przypadku Czajkowskiego wykluczyć skorbutu; przypadki takie niejednokrotnie spostrzegałem.

Mutermilch. Podejrzewam też skorbut, zwłaszcza, że chora tak szybko się poprawiła w szpitalu; ogromne znaczenie dla wzmożenia krzepliwości krwi, a więc dla wstrzymywania wszelkiego rodzaju krwotoków, posiada zastrzykiwanie jakiegokolwiek obcej surowicy; nawet wyjałowione mleko w ilości 5 cct., zastrzyknięte zaskórnie, działa podobno bardzo pomyslnie.

---

### POSIEDZENIE III.

*Dnia 14 maja 1916 roku.*

Przewodniczący Chełmoński.

I. J. Bauer. (Oddział Chełchowskiego). „Zesztywnienie kręgosłupa (*spondylosis rhizomelica*)”. (Pokaz chorego).

Chory W., lat 49, rolnik, przybył ze skargami na kaszel, duszność, niemożność wyprostowania się i trudności przy poruszaniu kończynami dolnymi i górnymi. Kręgosłup zupełnie sztywny, jakgdyby zbudowany z jednolitej masy kostnej; żadnych ruchów pomiędzy poszczególnymi kręgami wykonać niepodobna. Głowa jakby wmurowana, nieruchoma. Wskutek wybitnego skrzywienia kręgosłupa ku tyłowi w piersiowej jego części, głowa silnie pochylona ku przodowi prawie pod kątem prostym; klatka piersiowa przy oddychaniu nieruchoma; poruszają się bardzo nieznacznie tylko dolne żebra, wskutek tego typ oddychania—brzuszny. Przestrzeń między łukami żeber i grzebieniem kości biodrowej bardzo niewielka. Dalej widzimy silne upośledzenie ruchów w stawach barkowych, szczególnie przy podnoszeniu ramion do góry, stawach krzyżowobiodrowych i biodrowych; niewielkie upośledzenie ruchów w stawach kolanowych i łokciowych; wreszcie dość wybitne ograniczenie ruchów w stawach żuchwowych. Mięśnie, odpowiadające upośledzonym w ruchach częściom kośćca, rozwinięte słabo, miejscami w stanie zaniku. Odruchy ścięgnowe i skórne wszędzie zachowane. Zucie na dotyk, ból i ciepłotę normalne. Zaburzeń w oddawaniu kału i moczu niema. Zdjęcia rentgenograficzne, wykonane przez Grudzińskiego, wykazują zmiany dnawe w stawach biodrowych i in.; w kręgosłupie zarysy poszczególnych kręgów zatarte, przestrzenie międzykręgowe miej-

scami zwężone, nierówne, miejscami zupełnie zanikłe; niewielkie wyrosła kostne na kręgach.

Cierpienie powyższe zaczęło się w młodym wieku, przed 18 laty, od zajęcia stawów biodrowych. W wywiadach prócz przemijającego gościa żadnych innych momentów etyologicznych wykazać niepodobna. Z powyższego opisu choroby widać, iż mamy niewątpliwie do czynienia z postacią chorobową, zw. „*spondylosis rhizomelica*” typu Marie-Strümpel.

W literaturze utrzymuje się podział choroby omawianej na dwa typy: Marie-Strümpel’a i Bechterewa. Opierając się na danych, znalezionych przeze mnie w piśmiennictwie, wnoszę, iż istnienie typu Bechterewa, opartego głównie na jednym przypadku sekcyjnym, gdzie znaleziono zmiany w rdzeniu, co mogło być zresztą zbiegiem dwóch odrębnych cierpień, dotychczas przekonywających potwierdzeń w literaturze nie znalazło. W przypadkach opisywanych jako typ Bechterewa za przyczynę zmian nerwowych można by brać ucisk korzonków nerwowych w zwężonych otworach międzykręgowych.

W naszej literaturze spotykamy się prawie wyłącznie z opisami typu Marie-Strümpel’a. Pewna część autorów uważa opisywaną postać chorobową za odmianę przewlekłego gościcowego zapalenia stawów. Demonstrowany przypadek potwierdza to zdanie: zaczęło się tu od gościa stawów biodrowych, a następnie sprawa przeszła na kręgosłup i inne stawy.

Zanik mięśni można w zupełności wytłomaczyć ich bezczynnością.

## D Y S K U S Y A.

G a j k i e w i c z. Francuzcy autorowie wiążą omawiane cierpienie z przebytą rzerzączką. Przed kilku laty demonstrowałem w T. L. W. przypadek analogiczny z oddziału swego; całkowity kościec tego chorego został zachowany przez prof. Pożaryskiego.

L i p s k i. W zeszytnieniach kręgosłupa rozróżniamy dwa zasadniczo odmienne procesy.

1) Zmiany, prowadzące do zeszytnienia, ograniczają się wyłącznie do trzonów kręgów i tarcz międzytrzonowych. Drobne stawy międzykręgowe oraz kręgowo-żebrowe udziału w procesie nie biorą. Tarcze ulegają rozwłóknieniu, rozmięknieniu i uciśnięciu przez trzony. Od okostnej tych ostatnich buja kostnina; tworzą się mostki kostne, przerzucające

się od jednego trzonu do drugiego, i tym sposobem powstaje unieruchomienie kręgosłupa. Dotyczy to najczęściej kręgów piersiowych i lędźwiowych i spotyka się wyłącznie w wieku starszym. Sprawa ta nosi nazwę „*Spondylitis deformans*“.

2) Drugi typ zeszywnienia kręgosłupa, t. zw. „*Spondylitis ankylopoetica*“, odpowiadający typowi Bechterewa, spotykamy w wieku młodszym. Polega on na kostnieniu drobnych połączeń stawowych kręgów, dalej stawów kręgowo-żebrowych; zresztą i inne stawy, jak np. barkowy, biodrowy zostają również dotknięte tym procesem. Trzony kręgosłupa, w przeciwieństwie do pierwszego typu, są wolne, to znaczy, nie są połączone mostkami kostnymi, zaś tarcz międzykręgowe mogą dopiero w następstwie ulegnąć kostnieniu. Demonstrowany przypadek przez Bauera uważam właśnie za „*Spondylitis ankylopoetica*“.

Puławski. W etyologii omawianego cierpienia, podobnie jak w gościecu i dnie, często spotykamy się z wpływami atmosferycznymi (przemoczenia i t. p.), jako z momentem przyczynowym. Dla przykładu przytoczyć mogę pewnego kucharza w Nałęczowie, oddającego się z ogromnym zamiłowaniem bez względu na pogodę polowaniom; zaczął on cierpieć na bóle w stawach, które pod wpływem salicylatów i kąpieli w Busku ustępowały; z biegiem czasu bóle minęły, ale rozwinęło się stopniowo takie skrzywienie kręgosłupa, iż chory chodził prawie na czworakach; zaników mięśniowych nie było.

Grudziński. Spostrzeżenia radiologiczne, odnoszące się do *spondylosis rhizomelica* zgadzają się z badaniami anatomopatologicznymi. Z radiogramów, przedstawionych przezemnie, widać, że istnieją dwie postacie zeszywnienia kręgosłupa: w postaci pierwszej sprawie chorobowej podlegają trzony kręgów, w postaci drugiej—małe stawy. Postać pierwsza jest zwykłą dną zniekształcającą, której postacie lżejsze spotykają się względnie często. Druga postać jest do pewnego stopnia swoistą dla *spondylosis rhizomelica*. Zresztą przy tem ostatniem cierpieniu spotykamy się najczęściej z połączeniem obu opisywanych spraw chorobowych.

## II. W. Müller. „Pokaz drobnowidzowy ciałek Negri'ego w mózgu we wściekliznie“.

Sekcja psa, podejrzanego o wściekliznę, wykonana przez weterynarza okręgowego, nie stwierdziła obecności zmian charakterystycznych dla wścieklizny, mianowicie ani wylewów krwawych na błonie śluzowej żołądka, ani też

obecności w przewodzie pokarmowym ciał obcych (kawałków drzewa, kamieni, piasku, trawy i t.d.).

Wobec rozbieżności objawów klinicznych i danych, zebranych w czasie sekcji, przesłano mózg do instytutu Palmirskiego dla dalszego badania w celu ustalenia dyagnozy.

Dla stwierdzenia wścieklizny istnieją dwie metody badania:

1) próba biologiczna, polegająca na zastrzykiwaniu podoponowo lub śródmięśniowo królikom zdrowym zawiesiny badanego mózgu w 0,5% roztworze fenolu. O ile mózg pochodzi od zwierzęcia wściekłego, to po okresie wylegania, trwającym od 8 dni do 3½ miesiąca, występują u królika objawy wodowstrętu. Próba ta, bezwzględnie pewna, ma jednak swą ujemną stronę: na wynik badania, jak widzimy z powyższego, czeka się długo.

2) poszukiwanie mikroskopów<sup>ca</sup> ciałek Negri'ego.

Metodę tę, mniej pewną, niż próba biologiczna, zalecić wszakże można we wszystkich przypadkach, gdy chodzi o szybkie postawienie rozpoznania. W tym celu odrobinę szarej substancji z przekroju rogu Ammona rozciera się na szkiełku przedmiotowym; po utrwaleniu w absolutnym wyskoku metylowym zabarwia się sposobem, podanym przez Lentz'a: preparat zanurza się do 0,5% roztworu eozyny w 60%-ym spirytusie na przeciąg trzech minut; po dokładnem opłukaniu przenosi się go do roztworu błękitu metylenowego Löffler'a na 40 sekund, znów opłukuje, poczem wysusza się dokładnie bibułą; następnie w celu różniczkowania traktuje się preparat w ciągu 3-ch minut wysokiem alkalicznym (*Alcohol absol. 60,0 sol. spirituosae natrii caustici (10% gtt V)*), poczem w ciągu jednej minuty wysokiem kwaśnym (*Alcohol absol. 60,0 Ac. acet. glac. gtt. I*), wreszcie czystym wysokiem w ciągu jednej minuty; po prześwietleniu w ksylole rozpatruje się preparat pod imersją. Sposób Lentz'a daje wyniki o wiele lepsze, niż zabarwienie sposobem Giemsa'y, Van Gieson'a, Borrel'a, Mann'a i in. Na preparatach, zabarwionych sposobem Lentz'a, przedstawiają się ciałka Negri'ego (po raz pierwszy opisane przez ich odkrywcę w 1913 roku), jako różowe twory okrągłe, owalne, trójkątne lub półksiężycowate rozmaitej wielkości, począwszy od form ledwo dostrzegalnych aż do ciałek o średnicy krwinek. Negri opisuje ciałka jeszcze większe o średnicy 27  $\mu$ .

Wewnątrz ciałek, szczególnie większych, daje się zauważyć substancja wybitnie zasadowo-chłonna w formie ziarnistości, pałeczek, kulek lub rozetek, zabarwiających się na czarno-niebiesko.

Ciała Negri'ego leżą przeważnie wewnątrz dużych piramidalnych komórek; w największej ilości spotykamy je w rogu Ammona i w komórkach Purkinje'go w korze mózdku, o wiele rzadziej w rdzeniu przedłużonym i w rdzeniu kręgowym oraz w zwojach n. współczulnego. Po za ustrojem nerwowym opisali je Stefanescu i Babes w śliniance oraz w kanale śliniankowym. W przypadkach wścieklizny, stwierdzonej za pomocą próby biologicznej, obecność ciałek udaje się stwierdzić przecięciowo w 96% (Volpino w 100%, D'Amato — 100%, Luzzani i Macchi — 95%, Pirone — w 98,5%, Heymann — w 88%). Według Pirone'go tem rzadziej stwierdza się obecność ciałek Negri'ego w mózgach, im we wcześniejszym okresie wścieklizny zabija się zwierzę.

Kwestya co do istoty ciałek Negri'ego pozostaje nierozstrzygnięta. Gdy Negri uważał twory, przez siebie zaobserwowane, za pasorzyta swoistego, Babes poczytywał je za zmiany anatomopatologiczne komórek nerwowych, spowodowane jadem wścieklizny. Volpino obrał drogę pośrednią: jedynie substancję bazofilową ciałek uważa za zarazek swoisty, natomiast — eozynochłonną, w myśl zapatrywań Babes'a, za produkt komórki nerwowej.

Pewien zwrot w zapatrywaniach na istotę ciałek Negri'ego w kierunku pasorzytniczej teorii ich odkrywcy datuje się od roku 1913, w którym Noguchi ogłosił wyniki swych badań nad hodowaniem zarazka wścieklizny na podłożach sztucznych. Na skrawkach nerek w płynie przesiekowym udało się Noguchiemu z mózgu zwierząt wściekłych wyhodować nadzwyczaj drobne azurofilowe ziarenka. Po kilkakrotnem przeszczepianiu na świeże podłoża zauważył Noguchi w hodowlach twory nieco większe, nadzwyczaj podobne do małych postaci ciałek Negri'ego. Hodowle zarazka, zastrzyknięte podoponowo, wywoływały u zwierząt objawy wścieklizny. Do podobnych wyników doszedł również i amerykańnin Moon, stosując nieco odmienne podłoża, mianowicie skrawki mózgu w płynie Ringer'a. Przeciwnie Noguchiemu wystąpił Kraus z zarzutem, twierdząc, iż wyhodowane przez N. azurofilowe ziarenka spotyka się stale w każdym jałowym płynie przesiekowym.

Wobec powyższego należy się narazie wstrzymać z ostatecznym sądem co do istoty ciałek Negri'ego.

**III. B. Sawicki. „Przyczynek do plastyki końca nosa“. (Pokaz chorej).**

Przedstawiam chorą l. 25, której odgryziono, rzekomo z zazdrości, koniec nosa. Wykonałem operację plastyczną sposobem Rouge'a. W tym celu tuż ponad brakiem na grzbiecie nosa wyciąłem dwoma równoległymi cięciami poprzecznymi płat skórny o 2 ch szypułach, leżących na bocznych powierzchniach tegoż nosa. Płat ten zsunąłem na dół i pokryłem nim ubytek w tkankach nosa (rys. 7). Płat przyrósł zupełnie dobrze. Niewielki brak na miejscu, skąd wzięto płat, pokryto małym płatkim Thierscha. Ostateczny wynik operacji pod względem kosmetycznym zupełnie zadowalniający.

Rys. 7.



Plastyka końca nosa.

**DYSKUSYA.**

Sztejner. Przedstawiam chorą ze zgorzelą przymiotową kości czołowej. Chorej tej przed kilku miesiącami z powodu polipa nosa wykonano operację (Sołowiejczyk)—rino-plastykę. Rana na czole nie tylko się nie zagoiła, ale się powiększyła i kość czerniała. Podczas badania okazało się, że chora przed 3 laty zaraziła się przymiotem i niedostatecznie była leczona wcieraniami rtęci. Przypadek ten dowodzi, jak niebezpiecznym jest wykonywanie rinoplastyki w okresie czynnego, nie wyleczonego przymiotu. Po przeprowadzeniu kuracji swoistej mam zamiar przystąpić do trepanacji części zgorzelińowych.

**IV. J. Czarnomski (oddział Chełmońskiego). „Pokaz włosów skręconych w mięsie“.**

Brak mięsa w mięście sprawił, że ostatnimi czasy rozwinął się pokątny handel mięsem wieprzowem. Jak należy być ostrożnym w nabywaniu mięsa, które nie podlegało kontroli, dowodzi fakt zatrucia całej rodziny trychinami. Ojciec tej rodziny leczył się w domu, matka i córka przybyły na oddział Chełmońskiego. Chore te, dotknięte ciężkimi objawami włośnicy (charakterystyczne bóle mięśniowe, utrudniony oddech i połykanie, obrzęki i t. d., wydatna eozynofilia = 45%), spożyły szynkę wędzoną, niegotowaną, dostarczoną im przez pokątnego handlarza z N. Miasta. Na załączonym

preparacie drobnowidowym widać włosienie mięśniowe otorbione, znajdujące się w szynce, której część spożyły chore. Pokazem tym chcę zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo, wynikające dla ogółu z pokątnej sprzedaży mięsa.

#### D Y S K U S Y A.

C h e ł c h o w s k i. W Warszawie dopiero od 10 lat zdarzają się epidemie włośnicy. Jakkolwiek widziałem bardzo dużą liczbę tego rodzaju chorych, to jednak ani razu nie spotkałem się z zejściem śmiertelnem. W nadgranicznych natomiast powiatach bywały epidemie z przypadkami śmiertelnymi.

S z o k a ł s k i. Przed dwoma laty obserwowałem epidemię trychinozy, dotyczącą 40 osób w Ciechocinku; żaden z tych chorych nie umarł.

K o r y b u t - D a s z k i e w i c z. Włośnica u nas bywa rzadko i kończy się pomyślnie, nawet w ciężkich zakażeniach.

M u t e r m i l c h. Przebieg kliniczny trychinozy jest czasem bardzo zbliżony do tyfusu brzuszego. Jako wybitną cechę różniczkową należy podkreślić eozynofilię, która w trychinozie dochodzi czasem do wysokich cyfr, w tyfusie natomiast zwykle nie znajdujemy zupełnie komórek eozynofilowych.

#### V. K. Szokalski. „Kilka słów o patogenie tyfusu plamistego z demonstracją domniemanego zarazka“.

Amerykańscy badacze Ricketti i Wilder przed kilku laty opisali w tyfusie plamistym krótkie pałeczki z ziarenkami na biegunach, barwiące się na jasno czerwono Giemzą, leżące w zarodki komórek. Próby hodowli nie dały jednak żadnego wyniku.

Gavino i Girard znaleźli w preparatach roztartych śledziony małpy, zakażonej tyfusem plamistym, bardzo małe ciała szczególnie w leukocytach, lecz również i w dużych ciałkach jednojądrowych, lub też odosobnione, podobne do opisanych mniej więcej w tym samym czasie przez Nicolle'a i jego uczniów.

Wyżej przytoczeni badacze uważali te ciała za wytwory zwyrodnienia komórek. Pierwszy Prowazek powziął myśl zaliczenia do rzędu drobnoustrojów ciałek Ricketti'a, Nicolle'a i Gavino. Autor ten znajdował je zarówno u chorych na tyfus plamisty, jak u zwierząt, zarażonych tyfusem plamistym. Prowazek opisuje je, jako barwiące się Giem-

zą, karminowo czerwone, zaledwie dostrzegalne, podłużne lub okrągłe ciała, często w postaci ciałek podwójnych, różniących się od ziarenek neutrofilowych, barwiących się czerwono. Ciała te najczęściej występują na obwodzie zarodki leukocytów; nigdy nie znalazł ich w jądrach komórek.

Pomijając spostrzeżenia innych autorów, zaznaczę, iż badania zarazka tyfusu plamistego w związku z przenoszeniem go przez wszy rozwinął należycie dopiero brazylijczyk Rocha Lima, który w r. 1914 na preparatach, rozartych z zakażonej wszy, widział olbrzymie mnóstwo ciałek, barwiących się Giemzą na czerwono, o kształcie biszkoptu lub hantli. Podczas studyów nad tymi tworami, prowadzonych wraz z Prowazek'iem, padł ofiarą badań ten ostatni, zaraził się również sam Rocha Lima.

Prowadząc w dalszym ciągu rozpoczęte badania po wyzdrowieniu, Rocha Lima doszedł do następujących wniosków:

1-o Mikroorganizm, nazwany przezeń Rickettsia Prowazeki, znajduje się w znacznej ilości na preparatach rozartych prawie wszystkich wszy, zebranych od chorych lub trupów osób zmarłych na tyfus plamisty w okresie późniejszym choroby. Natomiast brak go na preparatach z rozartych wszy normalnych. W przypadkach wątpliwych, zresztą bardzo rzadkich, znajdują się jednak ciała podobne na preparatach z wszy nie zakażonych, z czego wynikałby wniosek, że badanie preparatów z rozartych wszy nie jest środkiem dostatecznie pewnym do utożsamiania tego zarazka z owymi ciałkami (zgodnie zresztą z prawem, ustalonym w bakteriologii, na którego podstawie badanie preparatów drobnowidowych nie wystarcza do ustalenia czynnika chorobotwórczego).

2-o Jako cechy biologiczne opisanego zarazka autor przytacza: zarazek ten dostaje się do komórek nabłonkowych kiszek i żołądka wszy, szybko rozmnaża się, wywołuje jakby pęcznienie komórek, które w końcu rozrywają się i wyrzucają do światła kanału pokarmowego tysiące ciałek Rickettsia. (rys. 8 i 9). Badanie prawie 200 zdrowych wszy dało bez wyjątku wyniki ujemne. Nigdy nie zauważono podobnego pasorzytnictwa, gdy natomiast 95% wszy zakażonych zawierały uszkodzenia nabłonków kiszkowych i większą lub mniejszą ilość tych ciałek.

3-o Przerabiano na wszach, zdjętych z chorych na tyfus plamisty i z trupów, badania doświadczalne. W tym celu zrobiono małe klatki, w każdej umieszczono setkę wszy, dostarczonych z krajów, w których tyfus wysypkowy nie

panuje. Jedne klateczki zostały przymocowane do ciała chorych na tyfus plamisty, inne do ciała zdrowych lub ozdrowieńców. Jedynie wszy, przystawione do chorych na tyfus plamisty w okresie gorączki, zakażały się Rickettsią i to

Rys. 8 (według Rocha Lim'y).



Nabłonek przewodu pokarmowego wszy normalny  
(powiększenie 1000 razy).

Rys. 9 (według Rocha Lim'y).



Komórki nabłonkowe pod wpływem zarazka miejscami napęcznia-  
łe, miejscami rozerwane, a sam zarazek masami dostał się do  
światła kanału pokarmowego.

wszystkie bez wyjątku. Z tego autor wyprowadza wniosek, że tylko krew chorych na tyfus plamisty gorączkujących ma własność zakażenia wszy.

Barwione przezemnie. Gienią preparaty z wątroby i śledziony zmarłych na tyfus plamisty, które panom przed-

stawiam, przy dokładnem ich przejrzeniu wykazują dość znaczne ilości w komórkach miąższu ziarenek o budowie trudnej do określenia, oraz wyraźne twory dwoinkowe znacznie mniejszych wymiarów, niż diplokokki bakteryjne, barwiące się Giemzą na czerwono. W połowie badanych przezemnie przypadków znalazłem na preparatach te twory i uważam je za identyczne z *Rickettsia Prowazeki*.

Identyczność jadu, pochodzącego ze wszy, z jadem, otrzymanym z krwi świnki morskiej po zaszczepieniu jej tego jadu, była udowodniona poza tem za pomocą próby skrzyżowanej odporności. Świnki morskie wyleczone, z seryi „*Lausvirus*“, nie reagowały na zakażenie jadem z krwi i na odwrót, gdy natomiast nie szczepione poprzednio zwierzęta (nie uodpornione) bez wyjątku wszystkie zachorowały.

Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na badania doświadczalne nad jadem tyfusu plamistego, musimy zaznaczyć, że szkoła francuska odegrała tu wybitną rolę.

Twórca teorii wszy w tyfusie plamistym Nicolle pierwszy przynosił zarazek tyfusu plamistego z wszy i z człowieka na małpy; najlepiej udawało mu się to na małpach człokształtnych. Z objawów, występujących u małp poza wysypką na twarzy i uszach (sposzrzaną niestale), najważniejszą cechą zakażenia jest gorączka, zjawiająca się po 5—8-dniowym okresie wylegania; ciepłota zwykle podnosi się nagle do 40 — 41° i często po kilku lub kilkunastu dniach spada krytycznie do normy. Nicolle'owi udawało się głównie zarażać małpy krwią chorych na tyfus plamisty, lecz w kilku opisanych przypadkach badacz ten wywołał typowy obraz tyfusu plamistego po zastrzyknięciu wyciągu z wszy zakażonych.

Inne zwierzęta, z wyjątkiem świnek morskich, posiadają wrodzoną odporność.

Tyfus plamisty u świnek morskich przebiega w ten sposób, że po 7—21 dniach wylegania podnosi się ciepłota, i stan gorączkowy trwa od 4 do 10 dni, jak wykazują krzywe, które Panom demonstruję. Dla wywołania zakażenia wystarcza 2—3 ccm. krwi chorych na tyfus plamisty; ilość krwi ponad 4 ccm. działa trująco na świnkę, wywołuje wyniszczenie i spadek ciepłoty. Zastrzykiwanie do otrzewnej daje wyniki najpewniejsze. Przy sposobności zwrócę uwagę, że podług obliczeń Rocha-Lima do zakażenia świnki morskiej jadem wszy wystarcza 0,0003 gr. wypitej przez nią krwi człowieka zarażonego (wszy były ważone przed i po ukąszeniu chorego), z czego wyprowadza wniosek, że zara-

zek w ustroju wszy musi rozmnażać się, tak małe bowiem ilości krwi nie mogą zarazić świnki.

Badaczowi temu w jednym przypadku udało się przeprowadzić z jadem 23 pasaża na świnkach morskich. Jedna małpa (*macacus sinicus*), zaszczipiona jadem z 11 przeszczepienia, zachorowała po ośmiu dniach wylegania, i krwią jej znów została zarażona świnka morska.

Robiono też badania na ludziach. Motchoutkowsky (?), po zastrzyknięciu sobie pod skórę krwi chorego na tyfus plamisty, zachorował po upływie 18 dni. Otero wywołał u jednego osobnika zakażenie tyfusowe w 11 dni po zastrzyknięciu 0,2 ccm. krwi. Yersin i Vassal za pomocą 0,5 krwi wywołali objawy tyfusu plamistego po upływie 14 dni; choroba trwała 11 dni. Krew chorego w piątym dniu choroby zastrzyknęli drugiemu osobnikowi w ilości 0,5 ccm.; tym razem okres wylegania trwał 21 dni, z gorączką—12.

Co się tyczy odporności, nabytej u ludzi po tyfusie plamistym, jest ona bardzo wybitna i długotrwała. Małpy są mniej czułe na zarazek tyfusu plamistego i już po zastrzyknięciu małych dawek nabywają odporności. Nicolle i Conseil u dwu małp mogli stwierdzić pewne trwanie odporności po roku, Anderion — po dwu latach od czasu choroby.

Gavino i Girard wykazali, że jad tyfusu plamistego pod wpływem półgodzinnego działania surowicy rekonwalescentów *in vitro* traci własności szkodliwe.

Nicolle i Conseil nie widzieli wyników pomyślnych od stosowania surowicy ozdrowieńców u małp i, w przeciwieństwie do wielu badaczy, te same ujemne wyniki obserwowali po stosowaniu nawet bardzo dużych dawek surowicy ozdrowieńców (od 70 do 265 ctm.) u ludzi chorych na tyfus plamisty. Moje próby, w tym kierunku przeprowadzone w szpitalu św. Stanisława podczas zeszłorocznej epidemii, nie dały również żadnych wyników.

## D Y S K U S Y A.

Mutermilch. Trudności badania polegają na bardzo nikłych wymiarach zarazka (0,2 — 1,0 mikronów), którego kształt dowodzi, że nie jest on bakterią. Stempel zastosował ostatnimi czasy nową metodę fotografowania zarazków w świetle ultrafioletowym. Wszy zazwyczaj przenoszą zarazę przez ukąszenie, ale ponieważ zarazki znajdują się też w kale, który może ulegać rozpylaniu, więc oczywiście infekcja może nastąpić również i przez wziewanie zarazka, jakoteż przez uszkodzenie naskórka.

VI. S. Mutermilch. „Angina Vincenti”. (Przypadek z oddziału Korybut-Daszkiewicza z pokazem preparatów).

Przedstawiam 2 preparaty drobnowidowe nalotu z przypadku *angina Plaut-Vincenti*; jeden barwiony rozcieńczoną fuksyną karbolową, drugi odczynnikiem Giemsa'y. (Porów. pokaz Tryjarskiego na posiedzeniu IX i rys. 17). Przypadek dotyczy dziecka z oddziału Daszkiewicza, przebiegający pod postacią zwykłej błonicy. Dwukrotnie dokonane badanie bakteriologiczne nalotu (mikroskopowe i posiewy na pożywkach surowiczych) na obecność prątków błoniczych dało wynik ujemny. Obraz drobnowidowy na preparatach z nalotu jest charakterystyczny dla anginy Plaut-Vincenti. *Angina Vincenti* zdarza się nie często: na kilkadziesiąt zbadanych przypadków błonicy z Domu Wychowawczego spostrzegam postać tę poraz pierwszy; Abel na wiele setek badań odnośnych zanotował tylko 6–8 przypadków; Salomon na 800 — trzy razy. Na przedstawionych preparatach mikroskopowych widzimy bardzo liczne typowe prątki wrzecionowate oraz liczne krętki. Na preparacie, barwionym kilka godzin Giemsa, wyraźnie odróżnić można dwa rodzaje prątków wrzecionowatych: jedne grubsze, czerwono-fioletowe z wakuolami, drugie cieńsze, delikatne, niebieskie, z wyraźnymi ciałkami chromatynowymi. Rzecz ważną stanowi stwierdzenie w każdym przypadku, czy mamy do czynienia z czystą postacią *angina Plaut-Vincenti*, czy też z infekcją mieszaną. Zakażenie mieszane prątkami wrzecionowatymi spostrzegamy, jak wiadomo, w błonicy lub sprawach przymiotowych. Gdzie sprawa przebiega pod postacią błonicy, należy koniecznie robić posiewy z nalotu na pożywkach surowiczych, aby przekonać się, czy nie zachodzi powikłanie błonicy wtórnem zakażeniem prątkami wrzecionowatymi. W przypadkach, gdzie zachodzi podejrzenie co do przymiotu, należy zbadać krew na odczyn Wassermann'a, ewentualnie dokonać badania mikroskopowego (najlepiej ultramikroskopowo) wydzieliny, otrzymanej przez podrażnienie brzośców owrzodzenia, na obecność krętków białych. Szczegółne niebezpieczeństwo zachodzić może w zakażeniach mieszanych. Czyste postaci anginy Vincenti naogół kończą się pomyślnie. Co się tyczy leczenia, otrzymywano pomyślne wyniki przez stosowanie salwarsanu (Gerber, Rumpell, Plaut, Achard i Feuillet). Salwarsan stosujemy miejscowo, posilkując się glicerynowymi wacikami, zmaczanymi w salwarsanie. W ciężkich postaciach Plaut radzi stosować małe dawki salwarsanu dożylnie. Zakażenie mieszane prątkami wrzecionowatymi, t. zw. „*symbiose fusio-spirillaire Comandon'a*”, spo-

tykamy w najrozmaitszych sprawach wrzodziejących i ropnych, jak: zapalenie jamy ustnej wrzodziejące, rak wodny (*noma*), zgorzel szpitalna, rozszerzenia oskrzelowe, ropnie płuc, szankier miękkie, ropotok zębodołowy, ropniak i t. d. We wszystkich tych powikłaniach, zwłaszcza o przebiegu ciężkim, należy próbować leczenia salwarsanem.

#### DYSKUSYA.

K o n o p a c k i. Sprawa omawiana w zupełności przypomina błonicę tak, iż w danym przypadku nie zawahałbym się zastrzyknąć surowicę, gdyby rzecz odbywała się w domu prywatnym, a badanie drobnowidowe nie było wykonane. Ciepłota dochodziła do 38°; notowano prostracę ogólną, zaczerwienienie gardła i powiększenie gruczołów; chora wyzdrowiała.

K o r y b u t - D a s z k i e w i c z. Widziałem kilka niewątpliwych przypadków *angina Vincenti*; cechuje je przede wszystkim cuchnienie z ust, jak przy raku wodnym; przebieg kliniczny jak w błonicy: ciepłota nie wysoka, najwyżej 38° z kreskami; najgorsze są przypadki, powikłane błonicą, ale i te zwykle nie kończą się śmiercią. Korzystam ze sposobności, aby podkreślić doniosłość badań bakteriologicznych wszelkich wydzielin, a szczególnie wydzielin nosa: często dzięki tym badaniom, znajdując laseczniczki błonicy, pomyślnie leczyłem surowicą swoistą bardzo ciężkie, długotrwałe, wszelkiemu innemu leczeniu opierające się katarz nosa.

L i p s k i. O ile mi wiadomo, koledzy w szpitalu Karola i Maryi przez ostatnie dwa lata obserwowali z górą 20-cia przypadków „*angina Vincenti*”; w tej liczbie parę było powikłanych błonicą Löffler'owską. Klinicznie i anatomicznie „*angina Vincenti*” różni się od błonicy: ciepłota, jakkolwiek niezbyt wysoka, jest wyższą niż w błonicy; naloty na migdałach są barwy więcej zielonkawej, nie są płaskie, a bardziej niejako kalafiorowate, swoście cuchnące; proces anatomiczny nie ogranicza się wyłącznie do powierzchni migdałka, lecz sięga głębiej — daje obraz t. zw. „*angina necrotica*”.

Co się tyczy wpływu „*angina Vincenti*” na przebieg błonicy Löffler'a w przypadkach powikłanych, to według obserwacji kolegów ze szpitala „Karola i Maryi” wpływ ten w każdym razie nie jest ujemnym.

T r y j a r s k i. Sprawa należy do rzadkich; widziałem 5 przypadków tej choroby (3 za granicą i 2 w kraju), stwierdzonych bakteriologicznie. Ciepłota wogóle bywa nie

wysoka, ale zazwyczaj wyższa, niż w błonicy; owrzodzenia są bardziej podobne do przymiotowych, są szarozielonkawej barwy i głębokie; leczenie winno być miejscowe; sprawa trwa 2—3 tygodnie.

**VII. B. Sawicki.** Zgłaszam projekt, aby do obrad dopuścić i inne szpitale (przedewszystkiem św. Rocha i szpital na Złotej), aby posiedzenia z powodu niemożności wyczerpania porządku dziennego urządzać częściej lub czas trwania ich przedłużyć.

Po przeprowadzonej w tej sprawie dyskusyi, w której zabierali głos Mutermilch, Skłodowski, Puławski, Sawicki, Ciechomski i Chełmoński, postanowiono ze względów technicznych tymczasem nie zapraszać oficjalnie kolegów z innych szpitali, a obrady rozpoczynać o g. 11<sup>1/2</sup> rano.

---

#### POSIEDZENIE IV.

*Dnia 18 czerwca 1916 roku.*

Przewodniczący Chełchowski.

**I. K. Karwowski.** „Wspomnienie pozgonne o ś. p. Teofilu Szpocie“ \*).

Do grona kolegów, którzy w naszym szpitalu pracowali, a których świeżo zabrakło, przybył w ostatnim czasie Teofil Szpot, były asystent oddziału Chełmońskiego, a następnie Ciechomskiego. Kolega Szpot odznaczał się zdolnościami, wiedzą i sumienną pracą. Zmarł na stanowisku, zaraziwszy się tyfusem wysypkowym w Pinczowie. Cześć jego pamięci, którą proponuję uczcić przez powstanie.

**II. J. Bauer.** W uzupełnieniu demonstrowanego na zeszłym posiedzeniu przypadku *spondylitis rhizomelica*, podaję kilka charakterystycznych szczegółów, zebranych z naszej literatury. Cierpienie to spotyka się prawie wyłącznie u mężczyzn (na 20 przypadków — 1 kobieta) — w wieku od 20 do 40 lat (na 20 przypadków — w 16-tu). Notowano 2 przypadki wyprostowania kręgosłupa z pozycji nachylonej do pionowej, chociaż kręgosłup pozostał sztywnym, jak

---

\*) P. niżej „Karta żałobna“.

przedtem. Objaśnić by to można zluźnianiem stawów krzyżowo-miednicowych.

**III. S. Mutermilch. „Bakteryologia drętwicy karku“.**  
(Z pokazem preparatów i hodowli).

Przedstawiam Kolegom preparaty mikroskopowe i hodowle z przypadku drętwicy karku (*meningitis cerebro-spinalis epidemica*), spostrzeganego w naszym szpitalu (oddział Müllera). Chorobę tę wywołują ziarniki (*diplococcus intracellularis meningitidis*), obecnie nazywane powszechnie meningokokami. Przedstawiają się one, jak to widzimy na związanych preparatach drobnowidowych płynu mózgowordzeniowego, w postaci dwoinek, ładząco podobnych do gonokoków; są one na podobieństwo ostatnich Gram — ujemne, leżą bądź swobodnie, bądź wewnątrz leukocytów. Jako cechę morfologiczną, odróżniającą je w pewnym stopniu od gonokoków, należy zaznaczyć obecność na preparatach mikroskopowych zarówno z płynu mózgowordzeniowego, jak i z hodowli, nawet już 24-godzinnej, postaci zanikowych, mianowicie dwoinek jakby napęczniałych, znacznie większych od zwykle spotykanych, silnie barwiących się. Liczba znajdujących w ropnym płynie mózgowordzeniowym meningokoków może być bardzo duża, jak np. w pokazywanym przezemnie płynie, niekiedy jednakże jest ich tak mało, że z wielkim tylko trudem udaje się znaleźć kilka dwoinek.

Rozpoznanie bakteriologiczne drętwicy karku winno się opierać nie tylko na badaniu drobnowidowym płynu mózgowordzeniowego; celem pewnego ustalenia dyagnozy, należy się starać o otrzymanie czystej hodowli meningokoków, co niezawsze jest rzeczą łatwą.

Posiewu płynu mózgowordzeniowego na odpowiednich pożywkach dokonywamy możliwie szybko po wykonaniu nakłucia lędźwiowego; o ile nie rozporządzamy gotowymi pożywkami, płyn wypuszczony należy przechowywać nie w ciepłocie pokojowej, lecz w cieplarni przy 37°. Niektórzy autorowie radzą nawet pozostawiać płyn w ciągu 24 godzin w cieplarni; niekiedy posiew, dokonany z takim płynem, udaje się, podczas gdy posiew płynu bezpośrednio po jego wypuszczeniu daje wynik ujemny. Meningokoki rosną wyłącznie na pożywkach z dodatkiem surowicy i krwi. Bardzo dobrym podłożem dla tych drobnoustrojów jest agar, przygotowany według Cantani'ego (agar z dodatkiem glicerolatu krwi i glicerolatu ascytycznego), jak miałem możność przekonania się w licznych przypadkach drętwicy karku, spostrzeganych w Warszawie przed wojną. Postępuję zwykle

w ten sposób, że pipetką jałową wpuszczam po kilka do kilkunastu kropli płynu mózgowordzeniowego na kilka skośnych agarów Cantani'ego, starając się, aby płyn zetknął się możliwie z całą powierzchnią agaru. W razie dodatniego wyniku posiewu widzimy po 24 albo 48 godzinach na powierzchni agaru kolonie czasami bardzo liczne, czasami zaś tylko pojedyncze, a niekiedy tylko tuż nad wodą kondensacyjną. Kolonie są okrągławe, drobne, szarawoprzezroczyste, zlekka wzniesione, po 24 godzinach dochodzą do 1—2 mm.

Celem odróżnienia meningokoków od gonokoków oraz od saprofitujących w jamie nosowogardzielowej dwoinek (*micrococcus catarrhalis*, *diplococcus pharyngis flavus*, *diplococcus crassus* i in.), posługujemy się pożywkami z dodatkiem cukrów oraz aglutynacją z surowicą swoistą zwierzęcą. Meningokoki rozkładają cukier gronowy i maltozę, nie rozkładają lewulozy i innych cukrów. To też, jak widzimy na pokazywanych płytkach, kolonie na pożywkach z cukrem gronowym i z maltozą są czerwone, na pożywce zaś z lewulozą niebieskie. Co się tyczy aglutynacji, to surowica swoista nie aglutynuje zbyt wysoko meningokoków; w demonstrowanej aglutynacji z wyhodowanym szczepem meningokoków wynik dodatni otrzymano w rozcieńczeniu do 1:500; niekiedy aglutynacja występuje dopiero w wyższej cieplecie, mianowicie 55–56°. To różniczkowanie meningokoków od innych podobnych drobnoustrojów ma doniosłe znaczenie w sprawie wyszukiwania t. zw. nosicieli zarazków; w tym celu, jak wiadomo, badamy śluz, zebrany z jamy nosowogardzielowej przy pomocy zakrzywionej sondy.

Przypadki zapalenia opon mózgowordzeniowych pochodzenia meningokokowego leczymy obecnie surowicą swoistą, wstrzykiwaną do kanału kręgowego; stosujemy przytem dawki możliwie duże, codzień lub co drugi dzień, sprawdzając, o ile to możliwe, skuteczność leczenia przez każdorazowe badanie bakteriologiczne wypuszczonego płynu mózgowordzeniowego. W przypadkach ciężkich można stosować, idąc za radą Flatau, wstrzykiwanie surowicy oraz przemywanie kanału kręgowego fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Wspomnieć też należy o polecanej ostatnio przez Lewkowicza (Kraków) metodzie zastrzykiwania surowicy nie śródlędźwiowo, lecz do komór mózgowych, a w przypadkach bardzo ciężkich nawet namóżgowo (epicerebralnie). Zaznaczyć należy, że surowica jest bezskuteczna w przypadkach, gdy drętwa karku jest wywołana przez t. zw. parameningokoki (Dopter); bakterye te różnią się od meningokoków jedynie tem, że nie aglutynują się surowicą swoistą. W takich przy-

padkach Dopter miał dobre wyniki, stosując surowicę t. zw. parameningokokową.

Co się tyczy zapalenia opon mózgowordzeniowych pochodzenia pneumokokowego, to zazwyczaj rozwija się ono bądź po zapaleniu płuc, bądź na skutek urazu czaszki; niekiedy jednakże spostrzegamy samoistnie występujące przypadki drętwy karku pochodzenia pneumokokowego, co ustalić winno badanie bakteryologiczne.

Przedstawiam Kolegom preparaty mikroskopowe i hodowle z przypadku *meningitis cerebro spinalis pneumococcica* (z oddziału Rzętkowskiego). Płyn mózgowordzeniowy, w przypadku tym wypuszczony, posiadał szczególne cechy. Pomimo, że zawierał tylko nieliczne leukocyty, był on jednakże zupełnie mętny; zmętnienie zależało od olbrzymiej wprost liczby pneumokoków, tak że płyn robił wrażenie czystej jakby hodowli. Zawartość białka wynosiła 1,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. Takie płyny spostrzegałem kilkakrotnie, zazwyczaj jednakże mamy tu do czynienia z płynami wyraźnie ropnymi, tak jak w zwykłej drętwy karku.

#### D Y S K U S Y A.

A n d e r s. W szpitalu można jeszcze pozwolić sobie na zastrzykiwanie dokomorowe, ale w praktyce prywatnej uważam zabieg ten prawie że za niemożliwy; wszak nawet przy lędźwiowym zastrzykiwaniu natrafia się często na opór nie do zwalczenia. Co się tyczy danych statystycznych, to za rządów rosyjskich w dziale chorób zakaźnych drętwa karku nie istniała, wobec czego trudno było coś stanowczego orzec w tej sprawie.

**IV. S. Mutermilch.** „Przypadek posocznicy, wywołanej przez laseczkę okrężnicy“. (Instytut położniczy, oddział Zdanowicza).

Chora gorączkowała około 3 tygodni. Ciepłota 38—39°. Dwukrotnie dokonywano posiewu krwi, otrzymanej z żyły (20 cm. krwi do 200 cm. bulionu). Pierwszy raz wynik posiewu był ujemny, za drugim razem wyrosły obficie pałeczki, odpowiadające pod każdym względem (morfologia, hodowle, zachowanie się względem rozmaitych cukrów i t. d.) laseczce okrężnicy (*bac. coli communis*). Surowica krwi chorej aglutynowała wyhodowane prątki w rozcieńczeniu do 1:400. Chora wyzdrowiała.

Przypadki zakażeń krwi, wywołanych laseczką okrężnicy, nie należą do częstych. Najpospolitszą przyczyną posocznicy są, jak wiadomo, paciorkowce, rzadziej gronkowce,

pneumokoki, jeszcze rzadziej laseczka okrężnicy i in. Aczkolwiek ta ostatnia jest bardzo częstym sprawcą miejscowych spraw zapalnych (np. miedniczek nerkowych), to jednakże nader rzadko staje się przyczyną posocznicy, nie znajduje bowiem odpowiednich warunków do swego wzrostu we krwi; nawet w przypadkach ogólnych zakażeń znajdujemy laseczkę okrężnicy we krwi nie stale w przeciwieństwie do tego, co bywa np. w posocznicach paciorkowcowych. Najlepiej dokonywać posiewu krwi na wysokości gorączki.

Z nowych prac, poświęconych sprawie „colisepsis“, przytaczam następujące:

Jacob (*Deut. Archiv. f. klin. Medicin* 1910 T. 97) spostrzegł 12 przypadków zakażenia krwi, wywołanego przez laseczkę okrężnicy; punktem wyjścia dla „colisepsis“ są, jak wiadomo, drogi moczowe, pęcherzyk żółciowy, kiszki i t. d.; na 50 przypadków „colisepsis“, zebranych przez Jacoba, w 11 punktem wyjścia były kiszki, w 15 — drogi żółciowe, w 12 — drogi moczowe, w 9 — narządy płciowe kobiece. Przebieg „colisepsis“ jest względnie łagodny; rokowanie lepsze, niż w innych posocznicach; śmiertelność wynosi około 40%, podczas gdy w zakażeniach paciorkowcowych dochodzi do 83%, gronkowcowych nawet do 88%, w pneumokokowych — 52%.

Kohler opisuje (*Zentralblatt für Gynäkologie* 1912) 2 przypadki „colisepsis“ *post abortum*: jeden wyleczony, w którym laseczki okrężnicy znajdowano we krwi nie stale; drugi śmiertelny, w którym *b. coli* znajdowano we krwi stale.

Brian (*D. Archiv. f. klin. Med.* 1912. T. 106) opisuje 7 przypadków zakażenia krwi, wywołanego przez laseczkę okrężnicy; śledziona była powiększona w połowie przypadków; gorączka typu stałego lub przepuszczającego; punktem wyjścia zakażenia były przeważnie drogi moczowe i żółciowe; co się tyczy wogóle częstości zakażenia pęcherzyka żółciowego przez laseczkę okrężnicy, to na 120 pęcherzyków żółciowych w stanie zapalnym *b. coli commune* znaleziono w 26 pęcherzykach; w 15 — znaleziono gronkowce, w 13 — paciorkowce, w 6 — prątki durowe i t. d.

Wreszcie wspomnę o t. zw. „febris herpetica“, opisanej przez Schottmüllera (*Beiträge z. Klinik. d. Inf. u. Immun.* 1912. I); autor ten opisał 50 przypadków miejscowego i ogólnego zakażenia, wywołanego przez laseczkę okrężnicową z mniej lub więcej obfitą opryszczką na twarzy, co tłumaczy wpływem endotoksyn, wytwarzanych przy rozpadzie laseczek okrężnicowych.

Surowica chorej, jak wspomniano, aglutynowała wyho-

dowane ze krwi laseczki okrężnicowe w rozcieńczeniu 1:400. Aglutynacyi laseczek okrężnicy nie można przypisywać większego znaczenia rozpoznawczego, bowiem i surowice krwi osobników zdrowych posiadają w pewnym stopniu zdolność zlepiania *b. coli commune*, dochodzącą, zdaniem niektórych autorów, do dość wysokiego miana. Aglutynacja nie ma również znaczenia rozpoznawczego dla zidentyfikowania wyhodowanych laseczek, jak to ma miejsce np. dla prątków durowych. Aglutynacja *b. coli commune* jest ściśle homologiczna, to znaczy surowica zwierzęca aglutynuje tylko ten szczep laseczek okrężnicowych, który użyty został do wywołania czynnej odporności. Nie można wobec tego oczywiście posilkować się dla celów rozpoznawczych wysoko aglutynującą surowicą zwierzęcą, jak to np. czynimy z prątkami durowymi, dysenterycznymi i in.

V. A. Lande. (Oddział Chełmońskiego). „Przypadek zapalenia miedniczek nerkowych za życia nie do rozpoznania, z ciężkimi następstwami i zejściem śmiertelnem“.

D. 3 kwietnia przybyła na nasz oddział 32-letnia służąca w stanie nieprzytomnym po silnym napadzie drgawek, któremu uległa w domu na kilkanaście godzin przed przywiezieniem do szpitala. Według opowiadania domowników choroba zaczęła się mniej więcej przed 2 tygodniami od bólów głowy i wymiotów. W wywiadach nic zasługującego na uwagę.

*St. pr.* Chora budowy normalnej, średnio odżywiona; stan bezgorączkowy; głowa i wzrok dość uparcie zwrócone na prawo; w narządach kł. piersiowej i jamy brzusznej wybitniejszych zmian nie znaleziono; lewe kończyny w stanie porażenia wiotkiego, górna wybitniej, niż dolna; prawe kończyny, zwłaszcza górna, w stanie, przypominającym t. zw. „*flexibilitas cerca*“; czucie i odruchy zachowane; źrenice jednakowej szerokości na światło nie oddziałują. Mocz o c. wł. 1025, kwaśny, przezroczysty; białka i cukru nie zawiera; w osadzie, otrzymanym za pomocą wirówki, znaleziono nieco nabłonków płaskich, pojedyncze leukocyty (1—3 na polu widzenia), trochę śluzu. Po upływie tygodnia chora zaczęła stopniowo odzyskiwać przytomność oraz władzę w kończynach porażonych; natomiast zaczęła się skarżyć na ból w kończynie dolnej lewej, która jest wyraźnie obrzmiała, zwłaszcza na przedniej powierzchni uda; wzdłuż żyły udowej wyczuwa się sznurek mniej więcej grubości palca, bolesny na ucisk. Ciepłota 37,3°. W następnym tygodniu, gdy ból i obrzmienie wspomniane zdawały się nieco zmniejszać,

a chora widocznie zaczęła wracać do zdrowia — nagle występuje duszność, sinica, bóle gwałtowne w piersiach; chora pokrywa się zimnym potem; tętno staje się nitkowate, potem niewyczuwalne i chora niebawem umiera.

Streszczając pokrótce historię choroby, możemy powiedzieć: chora młoda po 2-tygodniowej jakiejś chorobie nagle traci przytomność, dostaje ataku drgawek, poczem występuje bezwład lewej połowy ciała; po kilkunastu dniach bezwład stopniowo zaczyna ustępować, przytomność wraca i wtedy stwierdzamy objawy zakrzepu żyły udowej; po tygodniu zaś śmierć prawie nagła. Po pewnym okresie wahania się — pomijam tu sprawę rozpoznania różniczkowego — zatrzymaliśmy się na rozpoznaniu: *trombophlebitis v. femoralis sinistrae*, w następstwie zator mózgowy, wreszcie zator tętnicy płucnej. Niezrozumiała była dla nas przyczyna tak groźnego w skutkach swych zapalenia i zakrzepu żyły udowej, gdyż żadnych nie posiadaliśmy danych klinicznych dla wytłumaczenia sobie patogenetyz tego cierpienia w danym przypadku. Badanie pośmiertne (Lipski) dopiero rzuciło światło na sprawę całą. Oto w streszczeniu protokołu sekcji: *hyperplasia folliculorum solitarium intestini crassi et glandularum lymphaticarum mesenterii, tumor lienis subcutis, pyelitis purulenta bilateralis, degeneratio parenchymatosa organorum, ramollitio occipitalis dextra rubra, embolia arteriae pulmonalis bilateralis, thrombophlebitis femoralis sinistra*. Z ropy, wydobytej na sekcji z miedniczek, Mutermilch i Szokalski wyhodowali czystą kulturę *b. coli communis*.

Wobec danych powyższych możemy sobie odtworzyć z dużą dozą prawdopodobieństwa w sposób następujący przebieg sprawy chorobowej: chora dotknięta została zapaleniem miedniczek, spowodowanym przez łaseczkę okrężnicy; zarazek ten stał się przyczyną zakażenia ogólnego — *colisepsis*, które się ujawniło w zmianach patologicznych narządu gruczołowego jelita i śledziony oraz w zmętnieniu miąższowem narządów wewnętrznych; na tle tego zakażenia ogólnego rozwija się powoli i skrycie „*thrombophlebitis*“, dając zator tętnicy mózgowej; z powodu ciężkiego stanu chorej zakrzep ten pierwiastkowo był nie rozpoznany i dopiero podczas ogólnej poprawy zdrowia pacjentki zwrócił na siebie naszą uwagę i wreszcie stał się źródłem śmiertelnego zatoru tętnic płucnych.

Chcielibyśmy w tej notatce podkreślić dwa momenty: 1) nierozpoznawalne za życia zapalenie obu stron miedniczek i 2) ciężkie zakażenie ogólne, spowodowane łaseczką

określony z przebiegiem prawie bezgorączkowym. Co się tyczy pierwszego, to zwrócić należy uwagę, że mocz badaliśmy kilkakrotnie i bardzo starannie, już choćby z tego względu, że podejrzewaliśmy z początku u naszej chorej mocznicę, zanim się sprawa wyświetliła, a mimo to wyniki badania były zawsze ujemne. Zjawisko podobne opisywano przy jednostronnem zapaleniu, gdyż moczowód chwilowo może być zatkany czopem ropnym, albo przy pewnych anatomicznych zboczeniach np. zakrzywieniu się osi miedniczek w stosunku do światła moczowodów. W naszym przypadku, jak wykazała sekcja, ani jedno ani drugie nie było powodem niewydzielania się ropy z moczem. Jak więc sobie zjawisko to w danym razie wytłumaczyć? Być może, iż do wydostawania się gęstej ropy z miedniczek nie jest dostateczną siłą samego prądu sączącego się moczu, a koniecznym jest współudział czynny gładkich włókien mięsnych, kolisto otaczających miedniczki i moczowody i których skurcz wyciska ropę do moczowodu. Otóż w stanach ciężkich umieszczenie to, być może, ulega do pewnego stopnia porażeniu, co uniemożliwia wytłaczanie ropy na zewnątrz.

#### DYSKUSYA.

Mutermilch. Zapalenie miedniczek nerkowych może przebiegać, jak wiadomo, z bardzo dużymi wahaniami w swem nasileniu, tak że nawet w przypadkach wyraźnie ropnego zapalenia miedniczek w pewne dni liczba leukocytów w osadzie może być tak nieznaczna, że zapalenie miedniczek łatwo może ująć uwagi badającego. Gdzie istnieje podejrzenie zajęcia miedniczek nerkowych, badanie winno być ewentualnie powtórzone kilka razy; i na inne objawy kliniczne winna być w tym kierunku zwrócona bacznie uwaga. Na znaczne wahanie w nasileniu sprawy zapalnej miedniczek nerkowych i mogące stąd powstać błędy rozpoznawcze zwrócili uwagę w naszym piśmiennictwie Fawicki i Orłowski (Przegląd Lekarski 1913). Źródłem błędów rozpoznawczych może być również okoliczność następująca: normalnie, jak to wykazują badania radiograficzne (*pyelography*), zawartość miedniczek jest minimalna; wynosi ona do 2—3—4 cm. sz., w stanach patologicznych zaś podnosi się ona do 5—150 cm. sz. (Voelcker); w przypadkach ropnego zapalenia miedniczek nerkowych nadto powstawać może rozszerzenie ich w postaci ślepego worka z podniesieniem ujścia moczowodu. Oczywiście w podobnych przypadkach ropa może zalegać w miedniczce, mocz zaś może być zupeł-

nie lub prawie zupełnie przezroczysty; tylko w razie silniejszego prądu przepływającego moczu ropa przedostaje się na zewnątrz. Taka ewentualność ma doniosłe znaczenie tam, gdzie przy chorej jednej nerce (np. gruźlica) powstaje sprawa usunięcia na drodze operacyjnej drugiej pozornie zdrowej. Przypadek podobny miałem sposobność spostrzegać.

Anders. Intermitujące wydzielanie się ropy przy zapaleniu miedniczek niejednokrotnie obserwowałem w praktyce dziecięcej i podkreślam, iż może ono w błąd wprowadzić lekarza w rozpoznawaniu cierpienia.

## VI. Fr. Kijewski. „Pokaz kilku chorych“.

A) H. F., 14 lat, od dzieciństwa dotknięta jest porażeniem (*paralysis infantilis*) prawej nogi. Staw skokowy zupełnie nieczynny, skutkiem czego stopa opuszczona ku wewnątrz i ku dołowi. W stawie kolanowym zginanie i rozginanie możliwe, również w stawie biodrowym ruchy częściowo zachowane (chora unosi kończynę w górę, aczkolwiek z trudnością). Podczas chodzenia chora nie może stanąć na stopie prawej, a tylko opiera się na końcach stopowych gołeni i strzałki, stopa zaś cała odwrócona ku środkowi. Zadecydowano odjęcie kończyny powyżej kolana, na prośbę jednak rodziny postaraliśmy się zachować nogę i zastosować odpowiedni aparat. W tym celu zamknęliśmy staw gołenistopowy. Po uprzednim przecięciu ścięgna Achillesa i obnażeniu kości gołeni i piętowej wbiliśmy 22. V. r. b. klamrę metalową w obie te kości. Skutkiem tego zabiegu zniesiono ruchy w stawie skokowym, oraz utrzymano stopę w normalnem położeniu; po zagojeniu rany przez rychłozrost nałożyliśmy aparat Hessing'a na całą kończynę, co umożliwiał chorej chodzenie. Chora opuściła szpital 20. VI. w stanie zadawalniającym.

B) H. M., 41 lat, muzyk, od 10 lat cierpi na wypadnięcie kiszki stolcowej, która sterczy nazewnątrz w postaci kiełbasy długości około 40 ctm., uniemożliwiając choremu zajmowanie się swoim zawodem. Operację doszczętną wykonaliśmy metodą Ren-Delorme'a 12. V. r. b. przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego. Cięciem kolistem na granicy pomiędzy skórą a błoną śluzową oddzieliliśmy całą błonę śluzową odbytnicy. Oddzielenie błony śluzowej dokonano na przestrzeni całej wypadniętej części kiszki pod postacią cylindra długości 40 ctm., poczem ten cylinder obcięto. Pozostałą warstwę mięsną kiszki nanizaliśmy na szwy (8) w kierunku podłużnym do osi kiszki, skutkiem czego cały cylinder pozostałych części kiszki

zmniejszył się do wysokości 4—5 ctm. Na obnażony zwieracz zewnętrzny, wiotki i mocno rozluźniony, nałożyliśmy kilka okrężnych szwów dla wzmocnienia jego czynności. Brzeg błony śluzowej pozostałej kiszki zeszyto ze skórą i wszystko to odprowadzono do światła kiszki. Po 10 dniach zdjęto szwy zewnętrzne. Przy wypróżnieniach wypuklenia kiszki i błony śluzowej niema. Obecnie (po upływie 6 tygodni od chwili operacji) wnioskować o trwałości wyniku operacji nie możemy, jednakże wynik ten, jak obecnie, przedstawia się nader świetnie. Łatwość wykonania zabiegu przy znieczuleniu miejscowem zachęca do częstszego stosowania tej metody. Nadmienić przytem należy, że przy miejscowem znieczuleniu krwawienie podczas operacji nie jest zbyt obfite.

C) Dziewczynka 6-cio miesięczna z r o z s z c z e p i e n i e m k r ę g o s ł u p a (*spina bifida*). Rentgenogram wykazuje rozszczepienie kręgosłupa od 1-go kręgu lędźwiowego ku dołowi; zamknięcie ubytku na drodze operacyjnej niemożliwe; dziecko zupełnie nie rusza kończynami dolnemi, aczkolwiek zaniku ich niema; oprócz tego dziewczynka dotknięta jest wodogłowiem wewnętrznem.

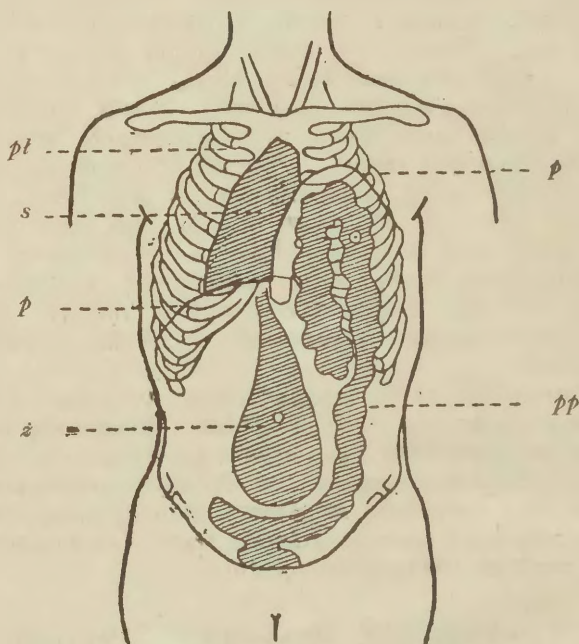
**VII. I. Landstein i Z. Grudziński. „Przypadek niezwykle rozmieszczonych trzewiów“.** (Pokaz chorego).

Młodzieniec 16-letni od 5-go roku życia cierpi na okresowe wymioty i biegunkę. Badanie stwierdza u chorego przemieszczenie serca do prawej połowy klatki piersiowej; w lewej natomiast znajdują się: część kiszek cienkich, kiszka ślepa i poprzecznicą; ta ostatnia po napełnieniu miazgą bismutową leży na 1 ctm. poniżej lewego obojczyka; żołądek znajduje się w małej miednicy. Zdjęcia rentgenograficzne, jak wykazuje przytoczony rysunek (rys. 10), potwierdzają to osobliwe rozmieszczenie trzewiów. Trudno orzec, czy mamy tu do czynienia z nieprawidłowością wrodzoną, czy też ze sprawą chorobową nabytą.

**VIII. Z. Grudziński. „Pokaz radiogramów z dziedziny raka żołądka“.**

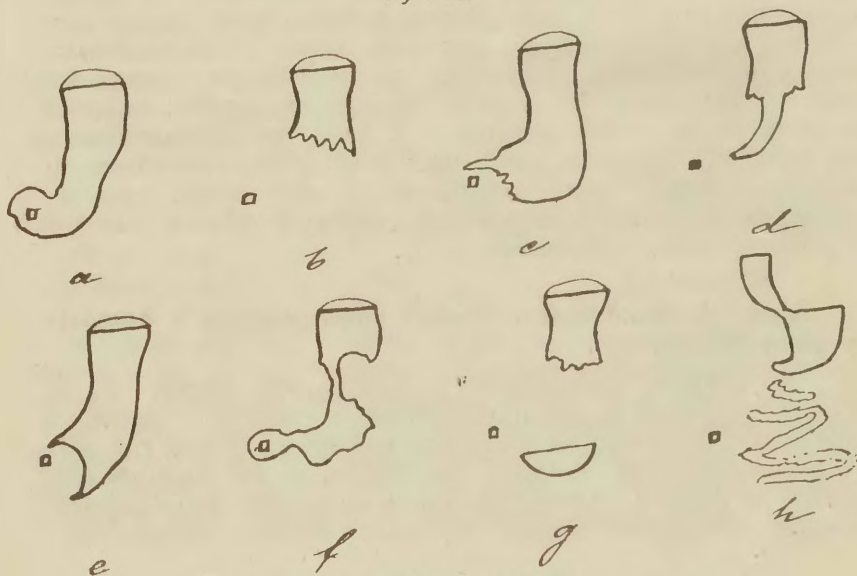
W rakach rdzeniastych ograniczonych zmiany są b. charakterystyczne (t. zw. ubytki cieniowe rys. 11) i zależne od umiejscowienia nowotworu; najtrudniej skonstatować rak małej krzywizny i dna żołądka; najłatwiejsze do rozpoznania są raki w pobliżu odźwiernika lub wywołujące dwudzielną narząd. Odmienne obrazy daje rak włóknisty rozlany, po-

Rys. 10 (zdjęcie rentgenograficzne).



s.—serce; z.—żołądek; pp.—poprzecznicą; p.—przepona brzuszna; pt.—płuco.

Rys. 11.



a — zarys żołądka normalnego.  
b—h zarysy żołądków rakowatych.

wodujący utratę sprężystości ścian żołądka; objawy takiego raka są następujące: 1) silne zmniejszenie narządu; 2) pozostawanie pokarmu w przełyku; 3) niedostateczność odżywienia.

**IX. E. Lipski i B. Wajsberg - Biszofswerderowa.** (Oddział Sawickiego). „Przypadek nowotworu dwunastnicy z pokazem preparatu“.

Przedstawiony przypadek raka dwunastnicy jest ciekawy z kilku powodów. W przebiegu swoim dawał niewielkie objawy kliniczne; chora przybyła do szpitala dopiero w stanie ogólnego wycieńczenia, którego objawem było zjawienie się wolnego płynu w jamie otrzewnej, a później objawy niedrożności i niepomierne rozszerzenie żołądka i górnej części dwunastnicy do rozmiarów rzadko spostrzeganych; rozszerzony żołądek tworzył guz, który wypełniał całą jamę brzuszną. Na sekcji okazało się, że niedrożności w ścisłym znaczeniu tego wyrazu nie było, otwór dwunastnicy przepuszczał swobodnie palec; ponieważ nowotwór zajmował przednią i boczną powierzchnię dwunastnicy, należy więc przypuszczać, że wskutek ogólnego osłabienia chorej i zmniejszonego napięcia tkanek guz samym swoim ciężarem zamykał światło kiszki i wywoływał objawy niedrożności.

**X. E. Lipski.** „Przypadek pierwotnej gruźlicy rozpadowej płuc u niemowlęcia zmarłego w wieku 2 i pół miesiąca“. (Pokaz preparatu).

Opierając się na danych wywiadowczych i głównie anatomopatologicznych w dyagnozie różniczkowej pomiędzy sprawą wrodzoną a nabytą, dochodzę do wniosku, że zakażenie nastąpiło drogą powietrzną w pierwszych dniach życia od matki gruźliczej.

#### D Y S K U S Y A.

A n d e r s. Autorowie francuscy żądają, aby dziecko matki gruźliczej było natychmiast po urodzeniu odłączane od matki, albowiem zdaniem ich gruźlica niemowląt jest zawsze nabyta.

L i p s k i. Obecnie podczas badań pośmiertnych częściej bywa konstatawana gruźlica niemowląt, niż poprzednio; być może, że zależy to od dokładniejszego badania: nieraz należy wykonać mnóstwo cięć, nim się natrafi na drobne ognisko gruźlicze.

A n d e r s. Pierwotne ogniska mogą się goić, jak dowodzi spostrzegany przeżemnie przypadek, sekowany przez Przewóskiego.

C h e ł c h o w s k i. Zestawiając fakt, że u nas znacznie częściej, niż w innych prosektoryach znajduje się u niemowląt ogniska gruźlicze z faktem, iż wszystkie oddziały szpitalne przepełnione są suchotnikami i to bardzo ciężkimi, *en masse* umierającymi, sędzę, iż mamy tu do czynienia wprost jakby z epidemią w zależności od lichego nad wyraz odżywiania się ludzi w dobie obecnej; zapytuje, czy i inne narządy również częściej obecnie bywają dotknięte gruźlicą.

L i p s k i. Gruźlica skóry trafia się znacznie częściej, jak również i prosówka, wybuchająca często nieraz u ludzi starych, mając za punkt wyjścia małe jakieś stare ognisko gruźlicze; proszę p. ordynatorów Domu Wychowawczego o dostarczanie bliższych szczegółów wywiadowczych, dotyczących niemowląt sekowanych i zapytuje, czy wykonywana jest próba Pirqueta.

A n d e r s. Dzieci z Domu Wychowawczego są po większej części niewiadomego pochodzenia, a więc wywiady są niemożliwe; próba Pirqueta będzie wprowadzona; wreszcie pozwalam sobie przy sposobności wyrazić żal, że wśród personelu szpitalnego znajdują się osoby z otwartą gruźlicą.

#### XI. K. Bacia. (Oddział Chełchowskiego). „Stosowanie dłużej trwającej diety owsianej w cukrzycy“.

Przy stosowaniu diety owsianej w przebiegu cukrzycy okazuje się, że wpływa ona dodatnio nie tylko na znikanie acetonu i kwasu aceto-octowego, lecz również na  $\%$  cukru i dobową ilość moczu.

W obserwowanych trzech przypadkach ciężkiej postaci cukrzycy podawałem chorym 300 — 400 gr. kaszy owsianej, co po przygotowaniu dawało 4—6 litrów kleiku, wzgl. kaszy. Chorzy pozostawali na dyecie 1 miesiąc, 3 tygodnie i dwukrotnie po 2 tygodnie. Okazało się, że:

1) Zawartość cukru, wynosząca powyżej 70%, obniża się systematycznie i dochodzi do najniższych liczb, mniej, niż 10%, dopiero w końcu 2-go, wzgl. 3-go tygodnia diety owsianej; przy powtórnej dyecie znajdujemy tylko ślady cukru.

2) Dobowa ilość moczu zmniejsza się bardzo znacznie, bo z 287 gramów spada do 24 gr.; przy powtórnej dyecie owsianej znaleźliśmy zaledwie ślady cukru.

3) C. wł. moczu spada b. szybko, a w jednym przypad-

ku obniża się do 1009, przy powtórnej dyecie owsianej do 1007, a podczas dwutygodniowej dyety zwykłej podnosi się tylko do 1017.

4) Dobowa ilość moczu w 2-u pierwszych obserwacjach obniża się więcej, niż dwukrotnie i wynosi 2 litry, pomimo olbrzymich ilości pokarmów; po przejściu do dyety zwykłej podnosi się, jednak b. nieznacznie; w 3-ej obserwacji dobową ilość moczu podnosi się z 2,5 litrów na 3,5.

5) Ciężar ciała w 1-ym przypadku nie wykazuje wahań; 4-ego dnia zjawił się obrzęk nóg, który, potęgując się nieznacznie, trwał przez 2 tygodnie, aby ustąpić bez stosowania środków moczopędnych; po powrocie do dyety zwykłej chory w ciągu tygodnia stracił 3,5 kilo; w 2-im przypadku systematyczny przybytek na wadze, bez obrzęków; w 3-im wreszcie ciężar ciała obniża się o 4 kilo; podczas dwutygodniowej dyety zwykłej podnosi o 1,5 kilo, aby przy powtórnej dyecie owsianej podnieść się o 0,5 kilo w porównaniu z wagą, notowaną podczas pierwszej dyety owsianej.

6) Pragnienie i łaknienie niezbyt wielkie zniknęło zupełnie i chorzy poprzestawali na owsiance i niewielkiej ilości herbaty, oczywiście bez cukru; po powrocie do dyety zwykłej pragnienie wróciło ponownie, jednak w formie znacznie słabszej.

7) Samopoczucie znacznie lepsze, wygląd czerstwiejszy.

8) Aceton i kwas acetoctowy zniknęły na początku drugiego tygodnia dyety owsianej.

9) Znakomita poprawa uporczywego wyprysku na nogach.

10) Stolce to papkowate, to sformowane; zaburzeń nie notowano.

Streszczając się, pozwolę sobie podkreślić, że oprócz znanego dobroczynnego działania na znikanie acetonu i kw. acetoctowego dyeta owsiana, stosowana przez dłuższy czas, wpływa znakomicie na obniżenie procentu i dobowej ilości cukru, na znaczny spadek c. wł. moczu; czy jednak poprawa ta trwać będzie długo, trudno orzec, bo nieliczne i względnie krótko trwałe obserwacje nie upoważniają do wniosków ostatecznych. Co do ciężaru ciała, to albo pozostaje on bez zmian i zjawiają się obrzęki, albo następuje przybytek na wadze przy zmniejszonej w obu wypadkach dobowej ilości moczu, albo wreszcie ciężar ciała spada przy jednoczesnym wielomoczu.

To różne zachowanie się wagi ciała i dobowej ilości moczu można by było w sposób dwojaki wytłumaczyć.

1) albo chlorki zatrzymują się w ustroju i przyciągają

wodę; odnośne badania robił przed kilku laty na oddz. Chełchowskiego Danecki (w braku liczniejszych obserwacji wyników nie ogłaszał) i doszedł do wniosku, że ilość chlorków w moczu podczas diety owsianej ulega znacznemu zmniejszeniu; 2) albo też wodany węgiel, zawarte w owsie, ulegają jakiejś dehydratacji, jakiemuś łatwemu odszczepianiu cząsteczek wody, która albo daje obrzęki widoczne, albo przybytek na wadze, (w spostrzeżeniach Chojki po 1 tyg. diety owsianej przybytek wynosił 4,8 i 4 Ko), mający swe wytłomaczenie w nagromadzeniu płynów w tkankach; organizm wreszcie pozbywać się może nadmiaru wody przez wielomocz.

### D Y S K U S Y A.

C h e ł c h o w s k i. Wobec rozpaczliwych w dobie obecnej warunków szpitalnych pod względem odżywiania chorych wogóle, a dyabetyków w szczególności, pomyślnie próby diety owsianej zasługują na szczególną ze strony ordynatorów uwagę.

K o r z o n. W jednym przypadku (cukromocz powikłany gruźlicą) dwukrotnie próbowałem stosować dietę owsianą, ale zawsze z wynikiem ujemnym: jakkolwiek ilość cukru się zmniejszała, ale ilość acetonu i kwasu acetooctowego się powiększała, a chora wogóle źle znosiła tę dietę; zmarła na gruźlicę; zaznaczam jako zjawisko charakterystyczne, że obecnie chorzy często z braku cukru piją herbatę ze solą.

**XII. H. Stabholz.** (Oddział Kijewskiego). „Z kazuistyki chirurgicznej: dwa przypadki po prostatectomii i jeden przypadek po rezekcji jelita“. (Pokaz chorych).

a) Przedstawiam dwu mężczyzn, operowanych z powodu „*prostatismus sine prostata*“; zgadzam się ze zdaniem Kummla i Groszlika w sprawie powstawania tego cierpienia i jestem bezwzględnym stronnikiem zabiegu operacyjnego, mianowicie usuwania znajdującego się przeważnie w stanie zaniku sterczu, który stanowi zaporę mechaniczną w kroczonej części cewki. Wyniki pooperacyjne uważam za zupełnie zadowalające pod względem czynnościowym.

b) Dla wykazania niebezpieczeństwa, na które może być narażony chory przy nieumiejętnie podjętych próbach odprowadzenia przepukliny uwięźniętej, przytaczam następujący przypadek: 42-letnia kobieta przywieziona została w 5 godzin po nastąpieniu uwięźnięcia przepukliny pachwinowej

w bardzo ciężkim stanie; chora trupio blada, pokryta zimnym potem, tętno drobne, nieregularne, 140 na minutę. Po zastrzygnięciu podskórnym dużej dawki olejku kamforowego oraz wprowadzeniu dożylnie 500 ccm. roztworu fizyologicznego soli kuchennej przystąpiono do operacji. Po otwarciu worka przepuklinowego stwierdzono w nim obecność skrzepów krwi oraz pętlę cienkiego jelita w stanie rozpoczynającej się zgorzeli i z oderwaną kreską na przestrzeni około 25 cm.; wobec żywego krwawienia z jamy brzusznej zrobiono laparotomię i stwierdzono rysę w krezce, idącą od samego przyczepu trzonu do kręgosłupa; rozerwaną kreskę zeszyto, jelito cienkie rezekowano na długości 40 cm., końce zespolono *end to end*, do jamy otrzewnej wprowadzono sączki. Chora opuściła szpital po 4-ch tygodniach z raną zupełnie zagojoną. Z wywiadów ustalono, że podejmowane były przez felczera próby odprowadzenia przepukliny.

**XIII. K. Karwowski.** Z powodu demonstracji Kijewskiego i Landstejna, nie objętych porządkiem dziennym, proponuję następującą dodatkową uwagę do regulaminu: 1) rozprawy i demonstracje toczyć się mogą jedynie co do przedmiotów, znajdujących się na porządku dziennym, rozsyłanym kolegom przed posiedzeniem; 2) na posiedzeniach szpitalnych nie należy pokazywać przypadków z praktyki prywatnej.

---

## POSIEDZENIE V.

*Dnia 9 lipca 1916 roku.*

Przewodniczący Gajkiewicz.

**I. A. Chełmoński.** „Przyczynek do leczenia zniepodbijających zapaleń stawów”. (Z pokazem chorych).

W systematyce przewlekłych cierpień stawowych niema dotąd zgody. W każdym niemal podręczniku spotykamy się z innym podziałem i innemi nazwami. Nazwa „*Arthritis deformans*”, wprowadzona przez Virchow'a, powszechnie stosuje się do cierpienia *sui generis*, rozpoczynającego się od bólów i obrzmienia najczęściej drobnych stawów palców u rąk i napięstka (80%); rzadziej widzi się chore kolana (70%), stopy (34%), bark (25%). Stopniowo rozwija się sztywność w stawach i zniekształcenia, skrzywienie palców rąk w stronę łokciową, wrzecionowate zgrubienie palców,

zaniki mięśni i skóry. Wymienione zmiany są symetryczne. Choroba zaczyna się najczęściej bez gorączki zarówno u młodych, jak i u starych, trwa dziesiątki lat i uważana jest za nieuleczalną. Przyczyna choroby jest niewiadoma. Prócz jednak wymienionej, jakoby samoistnej choroby, niepodobnienia stawów widuje się podobnież w przebiegu różnych cierpień, a przedewszystkiem w przebiegu dny i trypra. Dalej opisywano pojedyncze przypadki zniekształceń stawowych po szkarlatynie, odrze, błonicy i in. chorobach zakaźnych. Co do zniekształceń, występujących u osobników dnawych, to odróżnić je od zniekształceń stawów t. zw. pierwotnych, opisanych wyżej, jest nieraz bardzo trudno. Zdarza się to mianowicie wtedy, kiedy jeszcze nie wystąpiły charakterystyczne bóle, kiedy niema widocznych złogów moczanowych. Bardzo pomocnem może być w tych razach badanie rentgenologiczne; albowiem w cierpieniach dnawych widuje się na fotografii jasne plamy w kościach u ich nasady, w miejscach odkładania się złogów moczowych, które lepiej, niż kość, przepuszczają promienie Röntgena. Patogenezę niepodobnień stawowych pochodzenia zakaźnego wyjaśnia przebyte cierpienie. Jak widzimy, niepodobnienia stawów spotykają się w przebiegu najrozmaitszych stanów chorobowych. Dlaczego jednak u pewnych osobników gościec stawowy nie pozostawia po sobie żadnych niemal śladów, u innych natomiast prowadzi do niepodobnień i staje się chorobą nieuleczalną, dlaczego dna u jednych może być poczytywana za chorobę łagodną, wywołującą zmiany przemijające, u innych zaś wywołuje ciężkie zniekształcenia stawowe? Te same pytania odnoszą się i do chorych, dotkniętych tryprem, do chorych, którzy przebyli odrę, szkarlatynę i inne choroby zakaźne. Te refleksye, jakoteż znany fakt skutecznego działania jodu w przewlekłych cierpieniach stawowych i wcierania szarej maści w okolice obrzmiałych stawów, naprowadziły mnie na myśl, że w powstawaniu niepodobniających zapaleń stawów prócz zakażenia (gościec, rzeżączka, płonica, odra i t. d.) lub dny, odgrywać może pewną rolę przebyty przymiot. Dlatego też zacząłem stosować wcierania szaruchy u chorych, dotkniętych niepodobniającemi zapaleniami stawów zarówno dnawego, jak i zakaźnego pochodzenia.

I. K. S. lat 50, u której zastosowałem takie leczenie, przybyła do szpitala 25. IX. 1915 r. w stanie bezgorączkowym, skarżąc się na zeszytnienie i ból w stawach napiętkowych, palcowych, w łokciach, barkach i kolanach. Chora zmuszona była leżeć, poruszała się z trudnością. Choruje od lat 10, pogorszenie od 5 tygodni. Trzy razy rodziła.

raz ronila. Stawy palcowe u obu rąk zgrubiałe, ruchy w nich ograniczone, nieco bolesne przy ucisku. To samo stwierdzamy w stawach palcowodłoniowych, napięstkowych, kolanowych, łokciowych i ramieniowych; przy ruchach biernych występuje ból. Zalecono wcierania szarej maści przez miesiąc po 3,0 dziennie. Po 10 dniach — bóle w stawach zaczęły się zmniejszać, a po miesiącu zupełnie ustały, chora zaczęła chodzić, ruchy rąk stały się swobodniejsze, obrzmienie stawów zmniejszyło się wybitnie.

II. I. K., lat 60, przybyła 16.XIII. 1915 r., wypisana I.IV. 1916 r. Ma od lat 20 bóle i zeszywnienie stawów obu rąk, stawów barkowych i kolan, głównie prawego, tak że stać ani chodzić bez pomocy nie może. Wybitne i charakterystyczne zniekształcenie rąk, sztywność w stawach palcowych i napięstkowych; ruchy bierne w tych stawach niemożliwe; ograniczenie ruchów w stawach barkowych; kolano prawe obrzmiałe, o dwa ctm. w obwodzie grubsze od lewego, znajduje się stale w stanie zgięcia pod kątem tępyym, wyprostować się nie daje; mięśnie rąk, przedramienia i ramienia w stanie zaniku. Prześwietlenie wykazało charakterystyczne głębokie zmiany powierzchni stawowych i ubytki cienia, charakterystyczne dla dny. Zalecono wcieranie szaruchy po 3,0 przez miesiąc. Stan chorej po 3 tyg. zaczął się wybitnie polepszać i po 6 tyg. chora mogła swobodniej poruszać palcami rąk, unosić ręce do góry, chodzić bez pomocy; bóle w rękach i nogach ustały zupełnie; obrzmienie stawu kolanowego zmniejszyło się znacznie.

III. E. Z., lat 43, przybyła 7.III., wypisana 20.IV. 1916 r. Chorą przyniesiono na oddział w bardzo ciężkim stanie; bóle w kolanach, stopach i we wszystkich stawach kończyn górnych; ruchy w stawach barkowych zniesione zupełnie, w łokciowych wyprostowanie niemożliwe, zginanie zniżenia kąt prosty na kąt  $70^{\circ}$ , w napięstkowych ruchy zniesione; palce odchylone od linii podłużnej w kierunku kości łokciowej, i ruchy nie mogą być wykonane w żadnym stawie; stawy mocno zgrubiałe; kończyny dolne w stawach kolanowych tworzą kąt  $160^{\circ}$  i nie mogą być wyprostowane; ruchy w stawach kolanowych zniesione. Choroba rozpoczęła się przed jedenastu laty, a od półtora roku chora stale leży. Cztery porody, dziesięć poronień. R. Wassermann ujemna. Mięśnie i skóra w stanie zaniku. Po wypuszczeniu 500,0 surowiczego płynu z prawej opłucnej, mimo podgorączkowego stanu, zalecono wcierania szarej maści po 3,0. Po miesiącu bóle ustąpiły, chora może stać i chodzić, wprawdzie

z trudnością, przy obcej pomocy, lub opierając się o łóżko; ruchy bierne w stawach kolanowych zaledwie nieco ograniczone, ręce w stawach łokciowych chora wyprostować może; w stawie barkowym ruchy rąk o wiele swobodniejsze. Po sześciu tygodniach chora wypisuje się ze znacznem polepszeniem.

Dodać muszę, że we wszystkich trzech przypadkach po dwu tygodniach kuracyi wykonywane były codziennie ruchy bierne i chore zmuszane były do chodzenia. Oprócz wymienionych trzech chorych stosuję takie same leczenie jeszcze u dwu chorych w szpitalu; oprócz tego na mieście leczenie wcieraniami jeszcze w dwóch przypadkach niepodobniającego zapalenia stawów dało również względnie dobry wynik.

W sześciu przypadkach niepodobniającego zapalenia stawów badano krew na odczyn Wassermanna. W trzech wynik był dodatni. Z trzech zaś przypadków, w których był ujemny, w dwóch można było podejrzewać przymiot, w jednym bowiem były wybitnie powiększone gruczoly łokciowe, w drugim zdarzyło się dziesięć poronień.

Przeglądając literaturę poruszanej kwestyi, spotkałem się z doniesieniem tymczasowem Heckmanna w New-Yorku, p. t. „*Zur Aetiologie der Arthritis deformans*“, (*Munch. Med. Woch. 1909 Nr. 31*), w którym autor donosi, że na 11 przyp. *Arthr. def.* w siedmiu występował odczyn Wassermanna wybitnie, u 2 słabo, u 2 wątpliwie. Na zasadzie tego spostrzeżenia H. uważa omawiane cierpienie za przewlekły reumatyzm, który rozwija się u syfilityków. Co do leczenia, to autor nie wypowiada się w tym względzie stanowczo, zaznacza tylko, że jodek potasu przez osoby anemiczne bywa źle znoszony, a za najodpowiedniejsze w tych razach uważa zastrzykiwania rtęciowe.

Jeżeli uznać za prawdziwą zasadę wnioskowania o istocie choroby „*ex juvantibus*“, to po zestawieniu otrzymanych przezemnie względnie dobrych wyników leczenia niepodobniających zapaleń stawów rtęcią z częstością występowania odczynu Wassermanna w tych przypadkach, stwierdzoną przez Heckmanna i przezemnie, możnaby ztąd wyprowadzić wniosek, że tego rodzaju cierpienia są przymiotem stawów. Wniosek jednak taki byłby niesłuszny: przymiotowe cierpienie stawów istnieje jako odrębna jednostka nozologiczna, o pewnych charakterystycznych zmianach anatomicznych i o swoistym przebiegu klinicznym: cechują ją przede wszystkim zmiany w okostnej u nasady kości. Z dru-

giej strony dobry wynik leczenia rtęcią widziałem w przypadku, w którym na zasadzie obrazu rentgenograficznego stwierdzić było można udział dny w powstaniu cierpienia.

Wnioski, jakie wyprowadzić można z powyższego doniesienia tymczasowego, są następujące: 1) niepodobniające zapalenie stawów stanowi odrębną jednostkę nozologiczną, zależną od dwóch czynników: pierwszy czynnik — to zarazek syfilityczny, drugi — to albo zarazek innej choroby zakaźnej (gościec, rzeżączka, szkarlatyna, zakażenie septyczne i t. p.) albo dna; 2) leczenie przeciwsyfilityczne w niepodobniającem zapaleniu stawów odgrywać winno rolę pierwszorzędną.

#### D Y S K U S Y A.

P u ł a w s k i. Przy dużym upadku odżywiania, które nieraz towarzyszy późniejszym okresom omawianego cierpienia, należałoby być ostrożnym w stosowaniu rtęci, tembardziej, że i inne metody leczenia np. hydroterapia, zastrzykiwania arsenu mogą w takich razach dawać względną poprawę.

G r u d z i ń s k i. Z szeregu rentgenogramów, jakie tu przedstawiam, łatwo wywnioskować, iż zapalenie stawów niepodobniające i dna w obrazach rentgenograficznych nie mają nic ze sobą wspólnego, choć mogą występować jednocześnie. Podagrę cechują: 1) okrągławe ogniska niewielkich rozmiarów, zniszczenia tkanki kostnej w nasadach członków palców, w pobliżu stawów; złogi moczanowe uwidaczniają się tutaj, jako ubytki cienia; 2) zwapnienia miękkich części okołostawowych; uwidaczniają się one w postaci drobnych cieniów o dość silnem natężeniu (dodatki cieniowe).

Dla zapalenia niepodobniającego są charakterystyczne: 1) nawarstwienia kostne na końcach stawowych kości; 2) zgrubienia i zniekształcenia nasad kości; 3) zbliżenie do siebie kości stawu (zeszlifowanie chrząstek stawowych); 4) nadwichnięcia w stawach.

G a j k i e w i c z. Nie można kwestyi omawianej bezwzględnie uogólnić, ale z pewnością syfilis często się spotyka w etyologii niepodobniającego zapalenia stawów.

S z t e y n e r. Opierając się na zdaniu Kopytowskiego, sądzę, iż odczyn dodatni Wassermanna nie jest dowodem bezwarunkowo przebytego syfilisu.

A n d e r s. Widywałem u dzieci notoryczny przymiot, gdzie odczyn Wassermanna wypadł ujemnie.

K a r w o w s k i. Przypominam zdanie prof. Trousseau:

„gdy nie wiem, z czym mam do czynienia daję rtęć i jestem zadowolony“; przyłączając się do zdania Chełm. w omawianej kwestyi, dodam, że wracamy poniekąd w ten sposób do dawno stwierdzonych spostrzeżeń.

**Starkiewicz.** Przymiot nie może być jedynym powodem, ale tylko jednym z powodów zapalenia zniepodobniającego stawów; nie można zapoznawać poglądu pewnych badaczy francuzkich, wiążących sprawę tę z sekrecją gruczołów wewnętrznych, a przedewszystkiem tarczycy; dobre wyniki odpowiedniej opoterapii dowodzą słuszności tego zapatrywania; należy pamiętać, że rtęć ma znaczenie dysolwujące; wszak i w przypadkach nowotworów mózgu osiągnęto czasowe i wybitne nieraz poprawy, to też we wnioskowaniu „*ex juvantibus*“ trzeba być bardzo ostrożnym.

**Anders.** W jednym przypadku widziałem ogromną poprawę po tyreoidynie; w innych środek ten zawiódł.

**Korybut-Daszkiewicz.** Że dodatni Wassermann nie zawsze dowodzi przebytego syfilisu, służyć może za dowód spostrzegany przezemnie przypadek sarkomatu.

**Starkiewicz.** Przymiot trzeba czasami aktywować; a więc przy ujemnym wyniku próby Wassermanna po kilku wcieraniach rtęciowych, gdy badanie ponowić, można otrzymać niekiedy wynik dodatni.

**II. K. Minkiewicz (oddział Ciechomskiego) i Z. Grudziński.** „Przypadek ciała obcego (zęby sztuczne) w przełyku u młodej 19-letniej panny, z pokazem rentgenograficznym“.

Przy raptownem zakasłaniu się dwa sztuczne siekacze szczęki górnej, połączone kauczukiem i utrzymujące się z zębami sąsiednimi zapomocą haczyków metalowych, wpadły do przełyku. Wypadek zdarzył się nad wieczorem d. 23.V. r. b. Chora tego samego dnia wieczorem zgłosiła się o poradę z uczuciem bólu w przełyku. Badanie gardzieli okiem, palcem, badanie przełyku od zewnątrz szyi i zgłębnikiem żołądkowym nie wykazało obecności ciała obcego. Następnego dnia, t. j. 24.V., gdy ból w przełyku nie ustępował, zrana chora została poddana prześwietleniu, które wykazało obecność zębów sztucznych w przełyku na wysokości szóstego kręgu (rys. 12). Chorą odesłano do szpitala, gdzie zaraz zostały dokonane próby usunięcia ciała obcego zapomocą kleszczyków przełykowych z wynikiem ujemnym. Po dokonanych zabiegach bezpośrednio chora była prześwietlona powtórnie, i ciało obce okazało się ponad wpustem żołądka (rys. 13). Dnia 25.V., t. j. po upływie 48 godzin, podczas

ponownego prześwietlenia ciało obce znajdowało się w kisz-  
kach poniżej żołądka ze strony lewej, prawdopodobnie  
w okrężnicy. Nad wieczorem dnia następnego, 27.V., t. j.  
po upływie 96 godzin od czasu samego wypadku, przy wy-  
próżnieniu zęby sztuczne wyszły z kałem. W czasie pobytu  
chorej w szpitalu była stosowana morfina i obfite pożywie-  
nie z jarzyn.

Rys. 12.



Zęby sztuczne w górnej części przelyku.

Wnioski: 1) Przy stawianiu rozpoznania rzeczowego  
ciał obcych w przelyku — unikać należy stosowania zgłę-  
bników, a natomiast posługiwać się prześwietlaniem i wzier-  
nikiem przelykowym. 2) Przy usuwaniu ciał obcych z prze-  
łyku posilkować się wziernikiem przelykowym lub też świa-  
tłem Röntgena.

**III. L. Pyrowicz. (Oddz. Chełmońskiego)., Kilka słów o przedziurawieniu żołądka z powodu spostrzeganego przypadku“.**

Chora 43-letnia, H. Ch., przybyła do szpitala w stanie ciężkim ze skargami na silne bóle w lewej połowie brzucha, na silną biegunkę (do 8 stolców dziennie, mocno cuchnących, ale bez krwi i bez śluzu), na zupełny brak snu i ciągle pragnienie. Z wywiadów okazuje się, że choroba zaczęła się przed 18 dniami; nagle chora dostała wymiotów i gwałto-

Rys. 13.



Zęby sztuczne w dolnej części przetyku.

wnych boleści w lewej połowie brzucha tak, iż nie mogła o własnej sile powrócić do domu. Chora przypomina sobie, że miewała i przedtem od czasu do czasu boleści w brzuchu, ale nie tak silne. Przeżyła w dzieciństwie odrę i sześć razy rodziła; nie roniła; ostatni peryod—4 miesiące temu. Podczas badania przedmiotowego stwierdzamy, że chora jest wyniszczona w wysokim stopniu, budowy prawidłowej. Tętno 120, zaledwie wyczuwalne, oddechów — 30. T. — 38°. Tętno serca czyste. W narządach oddechowych zmian wybitnych nie znajdujemy. W lewej połowie brzucha wyczuwamy wypu-

klenie w kształcie wałka grubości 2—3 palców, przebiegającego równoległe do linii środkowej ciała od dolnego brzegu lewego łuku żebrowego na wysokości *spina ilei anter. sup.* z nieznacznym przewężeniem pośrodku. Skóra na wałku ma zabarwienie czerwono-brunatne, ku dołowi coraz wybitniejsze. Przy obmacywaniu wałek okazuje się miękkim, dającym przy opukiwaniu odgłos bębenny. Podczas naciskania, które chorej silny ból sprawia, występuje w obrębie wałka wyraźne przelewanie z bulgotaniem, wskazującym na obecność gazów, tak że wałek jest czasem więcej, czasem zaś mniej nalany. Dalej spostrzegamy obrzęk kończyn dolnych; język suchy; macica — wielkości zwykłej, ruchoma; sklepienia wolne; *per rectum* żadnej guzowatości się nie wyczuwa; mocz zawiera białko w ilości 1%. Chora po porozumieniu z Sawickim, jako podlegająca operacji, została przepisana na oddział chirurgiczny, gdzie jednak operacji nie dokonano, a to z powodu ciężkiego stanu chorej, która po upływie 1½ doby zmarła.

Na sekcji stwierdzono na krzywiźnie małej stary wrzód żołądka z przedziurawieniem, ropień podprzeponowy lewostronny, łączący się w okolicy śledziony z ropniem rozlanym w ścianie brzusznej, t. j. z owym wałkiem, o którym wyżej mówiłem.

Rozpoznanie w tym przypadku nastroczało wielkie trudności, ponieważ ciężki stan chorej, w jakim przybyła, wykluczał możliwość dokładniejszego zbadania narządów trawienia, i ponieważ objawów ropnia podprzeponowego za życia nie było, a to z tego powodu, że ropy pod przeponą zebrało się b. mało, gdyż cała niemal jej masa przedostała się do ściany brzusznej. Tylko jedynie nagły początek danego cierpienia (ból, wymioty) i obecność znacznej ilości gazów w ropniu ściany brzusznej nasuwały przypuszczenie przedziurawienia żołądka.

Wrzód żołądka w 75% przypadków kończy się wyzdrowieniem. Jeżeli wykluczyć przypadki zejścia wrzodu żołądka w raka (co się zdarza w 10% przypadków), a następnie przypadki przejścia w bliznowate zwężenie odźwiernika, to pokaże się, że przedziurawienie żołądka, jako następstwo wrzodu, zdarza się względnie rzadko.

Przedziurawienie żołądka bywa dwojakiego rodzaju: 1) przedziurawienie bez poprzedniego zlepnego zapalenia z otaczającymi narządami i 2) z poprzedzającymi okleinami.

Co do pierwszego — zdarza się ono zwykle przy wrzodzie na przedniej ścianie żołądka. Jako momenty wywołujące przytaczane są: wymioty, wysilek przy oddawaniu stol-

ca, przejedzenie się, uraz. Przedziurawienie takie występuje nagle; tętno staje się małym, częstem, ciepłota zwykle opada niżej normy, tępość wątroby i śledziony znika z powodu dostania się gazów do jamy brzusznej. Traube zwraca uwagę na brak wymiotów w podobnych stanach. W ciągu kilku godzin zwykle sprawa kończy się śmiercią; jeżeli zaś przedziurawienie nastąpiło przy pustym żołądku, to możliwe jest wyzdrowienie. Do tego rodzaju perforacyi, jako rzadkie powikłanie, może przyłączyć się rozedma podskórna. Co do drugiego—jeżeli wrzód powoli zbliża się do otrzewnej, to wtedy rozwija się *perigastritis*, które staje się powodem zrostów z narządami sąsiednimi. Rozpoznanie obecności zrostów jest często bardzo trudne; w podobnych przypadkach dolegliwości wzmagają się zwykle przy większem napelnieniu żołądka, głębokim wdechu, wymiotach. Rosenheim proponuje opierać rozpoznanie zrostów na bezskuteczności racjonalnego leczenia wrzodu żołądka. Wymienione zrosty sprawiają, że przy przedziurawieniu żołądka zawartość jego dostaje się nie do jamy brzusznej, lecz do otorbionych przestrzeni, lub też draży przetokę nazewnątrż. Opisano przypadek przedziurawienia do serca, do żyły wrotnej, do osierdzia, do opłucnej. W roku 1880 pierwszy Leyden opisał przypadek zejścia wrzodu żołądka w ropień podprzeponowy, dając mu paradoksalną nazwę „*pyothorax subphrenicus*”. Jakkolwiek różne są przyczyny ropni podprzeponowych (wrzód dwunastnicy; wrzodziejące procesy kiszkiowe, a głównie dysenterya, zapalenie wyrostka robaczkowego, ropienie w drogach żółciowych, ropień wątroby, zropiały bąblowiec wątroby, zropiałe gumaty, rozpadający się rak wpustu; zapalenie miedniczek nerkowych, ropne zapalenie opłucnej i osierdzia), to jednak zwykłą przyczyną ropni podprzeponowych lewostronnych jest wrzód żołądka. Objaśnia się to tem, że wrzód żołądka umiejscawia się zwykle na tylnej ścianie żołądka i na krzywiźnie małej. W rozpoznawaniu ropnia podprzeponowego należy mieć na uwadze: 1) że i on również zawierać może gazy i wtedy przypomina obraz ropniaka opłucnej z odmą (*pyopneumothorax*), i 2) że w odpowiedniej opłucnej często rozwija się surowicze jej zapalenie. Dane, na których opiera się rozpoznanie ropni podprzeponowych, są następujące: brak kaszlu; dolegliwości, które mają swe siedlisko przedewszystkiem w dołku lub podżebrzu; ból i sztywność w plecach przy siadaniu; pozycja chorego nawznak, (chory z wysiękiem opłucnej unika takiej pozycyi, chętniej leży na chorym boku); obrzęk skóry po stronie chorej, wskutek czego fałda skóry jest tu grubsza

od fałdy strony przeciwnej; ruchomość granic płucnych; względnie małe rozszerzenie wdechowe chorej połowy klatki piersiowej; znaczne opuszczenie wątroby lub podniesienie ku górze serca; charakter granicy tępości, mianowicie: przy zapaleniu opłucnej tępość zaczyna się wyżej od tyłu, niż od przodu, czego w ropniu niema; niekiedy przy prawostronnym ropniu linia tępości nad wątrobą tworzy garb, a przy lewostronnym — na miejscu przestrzeni Traube'go występuje odgłos tępy; przy wysłuchiwaniu szmer oddechowy wysłuchuje się w ropniu aż do górnej granicy ropnia; szmer dzbanowy w ropniu z gazem występuje tylko w najniższej części klatki piersiowej; dalej bywa pluskanie przy wstrząsaniu, niekiedy daje się stwierdzić chełbotanie w podżebrzu; podnoszenie się ciśnienia manometrycznego przy wdechu; objaw Chełchowskiego: podnoszenie się podczas wdechu strzykawki wkłótej do ropnia; badanie promieniami Röntgena w ropniu wykazuje mniejszą ruchomość przepony i podniesienie ku górze w porównaniu ze stroną zdrową.

Zejściem ropni podprzeponowych bywa przedziurawienie do żołądka, albo przez przeponę do opłucnej, lub do płuc, skąd ropa wydala się przez drogi oddechowe, czasem do osierdzia, niekiedy do okrężnicy (wtedy występuje biegunka z ropą), wreszcie przez ściany brzuszne nazewnątrż, co Matthes zalicza do rzadkości.

Wogóle, jak widzimy, przedziurawienie, które sprowadza ropień podprzeponowy a w następstwie ropień ściany brzusznej, jak w naszym przypadku, należy do spraw bardzo poważnych, nie często występujących i nastęrczających duże trudności rozpoznawcze.

Dla tego też ośmieliłem się przypomnieć PP. rzeczy choć znane, lecz wymagające szybkiego rozpoznania i decyzji.

#### IV. A. Lande (oddział Chełmońskiego) i E. Lipski. „Przypadek nowotworu mózgu z pokazem preparatu anatomicznego“.

Chora 34 letnia przybyła na oddział d. 29 maja r. b. ze skargą na silne bardzo bóle głowy, dotkliwsze w nocy, niż podczas dnia, wymioty i ogólne osłabienie; dolegliwości te wystąpiły przed kilku miesiącami bez widocznego powodu, a natężenie ich stopniowo się wzmagalo; przemijające bóle głowy miewała chora oddawna. Prócz błonicy i płonicy w dzieciństwie innych chorób nie przechodziła. Rodziła dziewięć razy, ostatnio przed kilku tygodniami; poronień nie było.

Pod względem klinicznym, oprócz objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego (ból głowy, wymioty, sennaść, apatia, zwolnienie tętna do 50 uderzeń na minutę i zastoina obu brodawek), istniały lekkie opadnięcie powieki prawej, rozszerzenie prawej źrenicy, bardzo słabo oddziałującej na światło; mała wogóle ruchomość gałki ocznej prawej, która na zewnątrz i ku górze nie porusza się zupełnie; mamy więc z objawów ogniskowych porażenie prawostronne mniej lub więcej wybitne wszystkich trzech nerwów okoruchowych: wspólnego, odwodzącego i boczowego.

Odruchy ścięgnięte ze strony prawej osłabione. Czucie naogół zachowane. Odczyn Wassermanna ujemny. Nakłucia lędźwiowego wobec domniemanego guza nie wykonano. Rozpoznaliśmy guz podstawy mózgu, a wobec objawów lokalnych nie trudno było umiejscowić sprawę w średnim dole czaszkowym, gdzie się skupiają trzy nerwy okoruchowe w przejściu do oczodołu. Chora leżała na oddziale tydzień. Wobec ustalonego rozpoznania i grożącej zupełnej utraty wzroku, przepisaliśmy chorą na oddział Sawickiego dla dokonania przynajmniej trepanacji dekompresyjnej, której się jednak nie doczekała, gdyż na drugi dzień po przepisaniu zmarła.

#### DYSKUSYA.

Szteyner. Gdyby chora skierowana była wcześniej do szpitala, to przy stanie ogólnym pomyślniejszym, można by było myśleć o operacji, o ile nb. guz nie byłby przykryty przez substancję mózgową i o ile nie byłoby zrostów z tętnicami sąsiednimi.

Lipski. Ponieważ guz wychodzi z samego mózgowia, więc jego usunięcie mogłoby mieć jedynie znaczenie symptomatyczne, ale nie mogłoby uratować życia chorej.

Gajkiewicz. Nie widzę możliwości operowania w danym przypadku, gdyż umiejscowienie guza uniemożliwia dostęp do niego.

**V. K. Szokalski.** (Oddział Chełmońskiego). „Przypadek erythema caloricum”. (Pokaz chorej).

Chora, szwaczka, z braku zarobków zawodowych zajęła się pracą w ogrodnictwie i podczas tej pracy uczuła silne swędzenie twarzy i kończyn; po upływie kilku godzin spostrzegła obrzęk na twarzy oraz prawie symetrycznie umiejscowione plamy czerwone wraz z obrzękiem na grzbietowej powierzchni rąk i nóg. Szczególnie wybitnym zmianom ule-

gła stopa prawa: na części grzbietowej stopy wystąpiło obrzmienie, skóra stała się jakby zwęglona, o barwie ciemnoczerwonej. Po kilku dniach na palcach nóg pokazały się plamy szarobiałe. Później na ich miejscu potworzyły się pęcherzyki. Godne jest zaznaczenia, że spośród równocześnie pracujących z chora 300 towarzyszek żadna nie uległa podobnym zmianom. Tętno chorej w pierwszych dniach, pomimo nieznacznego podniesienia ciepłoty, nie przekraczało 48—50 uderzeń; we krwi znaleziono wybitną eozynofilię (do 20%); zwracała na siebie uwagę też silna pobudliwość naczynioruchowa: przekrwienie bierne skóry występowało przy temp. 32° R. już po 1½ minuty.

Istota cierpienia polega na rozluźnieniu naczyń tętniczych, które pochodzi od porażenia nerwów, zwężających naczynia wskutek wzmożonego podrażnienia obwodowego; indywidualność osobnika oraz zapewne rodzaj promieni grają tu znaczną rolę.

#### D Y S K U S Y A.

Grudziński. Podobne przypadki zapalenia skóry widuje się wskutek naświetlania: u chorego np., któremu naświetlałem głowę normalnemi dawkami promieni R., po kilku posiedzeniach wystąpiła wysypka na całym ciele z pęcherzami; powstaje ona prawdopodobnie na drodze odruchowej.

**VI. B. Grzankowski: „Przypadek wczesnie rozpoznanego raka trzonu macicy“.** (Pokaz chorej).

Franciszka R., l. 47, wieloródka, miesiączkowała 3 dni co 4 tygodnie; od roku miewa miesiączki bardzo obfite, długotrwałe, nieregularne; od 6 tygodni krwawi bez przerwy bardzo obficie. Przybyła do szpitala bardzo blada i osłabiona w końcu lutego r. b. Badanie ginekologiczne wykazało część pochwową macicy prawidłową, bez owrzodzeń, trzon macicy powiększony, sięgający na 2 palce ponad spojenie, twardy, z ruchomością ograniczoną, wiązadła maciczne zgrubiałe, szczególnie prawostronne. Krwawienie bardzo obfite. Przy badaniu zgłębnikiem macicznym wyczuwałem w jamie macicy nierówności. Z pomocą łyżeczki łyżeczką tępa usunięto dużo kawałków kruchych wielkości grochu, fasoli. Przypuszczenie nowotworu złośliwego nakazywało zbadać mikroskopowo wyskrobiny, czego dokonała Marya Zielińska i rozpoznała gruczolak rakowaty (*adeno-carcinoma uteri*) trzonu macicy. W marcu usunąłem całą macicę drogą pochwową. Chora, jakkolwiek bardzo wyniszczona, zniosła zabieg

dobrze. Po operacji tylko w ciągu pierwszego tygodnia bywał niekiedy stan podgorączkowy, zwykle zaś gorączki nie było. W 6 tygodni po operacji usunąłem ostatnie podwiązki i rana zagoiła się dobrze. Nawrotów miejscowych niema. Chora poprawia się ogólnie, utyła i nabrała sił już podczas pobytu w szpitalu.

Przypadek ten jest dowodem, że w wielu razach nawet najdoświadczeńszy klinicysta-ginekolog nie może rozpoznać raka macicy bez badania drobnowidowego wyskrobin. W każdym więc podejrzanym przypadku wyskrobiny powinny być badane anatomopatologicznie. Wobec tego zapytuję naczelnego lekarza oraz zarządzającego pracownią anatomopatologiczną, czy mogą być badane wszystkie wyskrobiny podejrzone, gdyż wobec istnienia 5 oddziałów chirurgicznych mógłby powstać taki nadmiar materiału, iż badania by nie mogły być skutecznie.

#### D Y S K U S Y A.

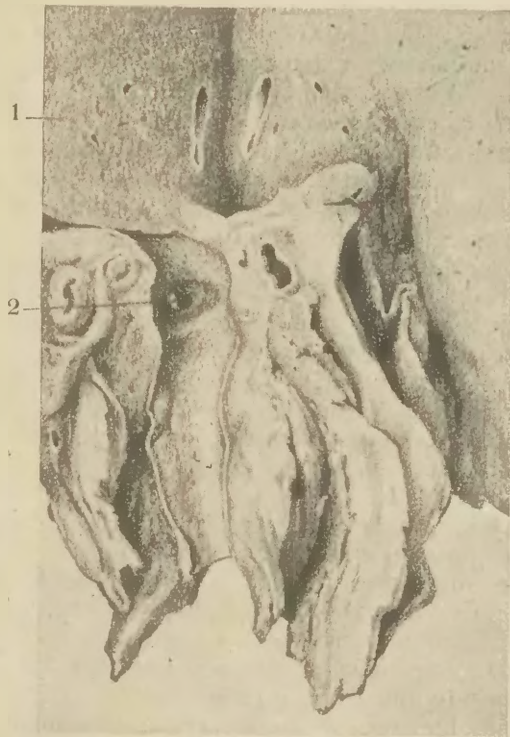
Lipski. Wszystkie wyskrobiny są i mogą być badane: jest to obowiązkiem pracowni, któremu ona może podołać.

#### VII. B. Sawicki i E. Lipski. „Przypadek pęknięcia przewodu wątrobowego“. (Pokaz preparatu).

Przypadek dotyczył 20 letniej chorej, która przybyła w stanie ciężkim do szpitala w d. 13. II. 1916. Chora, o ile się od niej można było później dowiedzieć, zawsze była wątła, lecz ciężkich chorób nigdy nie przechodziła. Przed tygodniem dostała nagle silnych bólów w brzuchu. Dopiero po śmierci chorej, od jej rodziny dowiedzieliśmy się, że nastąpiło to po silnem pobiciu przez męża, z którym pożycie pacyentki nie było szczęśliwe. Bólom towarzyszyły odbijania; wymiotów nie było. Taki stan trwał dni kilka. Chora wzięła na przeczyszczenie, lecz to bóle jeszcze powiększyło. Wreszcie wezwano lekarza, który rozpoznał sprawę zapalną z przedziurawieniem wyrostka robaczkowego i zalecił niezwłocznie odwieźć chorą do szpitala. Tu znaleźliśmy: chora szczupła, blada, w stanie zupełnej zapaści; tętno zaledwie wyczuwalne; brzuch wzdęty, na ucisk bardzo wrażliwy, zwłaszcza w prawej dolnej okolicy, gdzie wypukujemy stępienie. Potwierdziliśmy rozpoznanie lekarza, który chorą przysłał, a wobec bardzo ciężkiego stanu chorej zdecydowano z operacją się wstrzymać, zalecając narazie środki podniecające. Na drugi dzień rano stan nieco lepszy, tętno bardzo słabe, lecz lepiej wyczuwalne, brzuch wzdęty i bolesny, jak dnia poprzedniego. Pod miejscowem znieczuleniem wykonano cięcie nad prawym więzłem Pouparta.

Tkanka przedotrzewnowa i otrzewna nacieczone i brudno-zielonawo zabarwione. Po otwarciu jamy brzusznej wy-lewa się duża ilość brunatnozielonawego płynu. Pętle jelit cienkich posklejane i mocno przekrwione. Kątnica nacieczo-na, szarozielonawo zabarwiona. Wyrostka robaczkowego wśród sklein niemożna było narazie odszukać, zresztą wy-gląd płynu zwrócił naszą uwagę w innym kierunku. Wobec

Rys. 14.



1. Mięsz w wątroby. 2. Owrzodzenie przewodu wątrobowego.

bardzo ciężkiego stanu chorej wypadło narazie zaniechać dal-szych poszukiwań i ograniczyć się do wprowadzenia trzech pasów gazy do jamy brzusznej, nadając chorej w łóżku po-łożenie na pół siedzące. Po operacyi chora poczęła się szy-bko poprawiać. Tętno po paru dniach nabrało większej mocy, 100 uderzeń na minutę; brzuch opadł, stał się miękki, na ucisk niebolesny; stan ogólny i wygląd chorej zmieniły

się na lepsze. Jedynie ciepłota wieczorami stale dochodziła do 38,5° a nawet 39°. Wydzielina z jamy brzusznej w ciągu pierwszych dni była bardzo obfita, zawierała barwniki żółci, bakteryologicznie zaś — paciorkowce i laseczniki okrężnicowe. Od 24. II. ciepłota zaczęła przekraczać wieczorami 39°, dochodząc niekiedy do 40°. Jednocześnie w nadbrzuszu zarysowała się płaska twarda, na ucisk bardzo bolesna guzowatość. Guz ten szybko się powiększał. Chora na operację, pomimo uporczywych namawiań, nie godziła się. 27. II. Wystąpiły wymioty. Chora silnie słabnie. Wydzielina z rany obfita, ropna. 2. III. Guz w nadbrzuszu daje chęłbotanie. 3. III. Chora wreszcie zgodziła się na operację. Pod miejscowym znieczuleniem wykonano cięcie w nadbrzuszu. Wylała się obfita ilość ropy. Jama ropnia leży pod wątrobą, ograniczona od dołu i z boków zlepiami jelit. Następnego dnia ciepłota obniżyła się, chora poczęła się poprawiać. Od 20. III. stan chorej znowu się pogorszył: poczęła ona słabnąć, tętno słabe 120; zjawily się wymioty, które coraz częściej się powtarzały, występując w końcu po każdym jedzeniu. 24. III. Chora zmarła. Sekcja wykazała (p. niżej) owrzodzenie i przedziurawienie przewodu na tle kamicy. Jak się okazuje, małe ostre kamyki, znajdujące się na miejscu przedziurawienia, musiały wywołać owrzodzenie w przewodzie, a na tem tle uraz mógł już spowodować przedziurawienie przewodu (rys. 14). Jedno wydaje się tu dziwnem: chora, pytana parokrotnie, przeczyła stanowczo, by doznawała uprzednio cierpień, charakteryzujących kamienie wątroby.

E. Lipski. Na sekcji stwierdzono opadający po za okrężnicą wstępującą ropień, który schodził do miednicy małej; rozległe silne zlepy sieci i jelit cienkich oraz kiszki grubej; zrosty najwydatniejsze naokoło pęcherzyka żółciowego, który jest wierzchołkiem zrośnięty z zagięciem wątrobnem (*flexura hepatica*) okrężnicy; w okolicy pęcherzyka żółciowego i więzu wątrobnodwunastniczego silny rozrost i bliznowate zwyrodnienie tkanki łącznej; w pęcherzyku obecność drobnych kamyczków i piasku, błona śluzowa jednak wszędzie prawidłowa. W górnej części tegoż u samego początku przewodu wątrobowego znajduje się głębokie owrzodzenie, zajmujące prawie cały obwód, a na dnie jego widać drobnutkie ostre kamyczki. Owrzodzenie sięga przez całą grubość ściany i przebija ją na wylot. Brzegi owrzodzenia, które mają kształt okrągły, są równe i niepodminowane.

**VIII. E. Lewenstern. (Oddz. Ciechomskiego). „Pokaz preparatu wgłobienia кишки, usuniętej drogą operacyjną“.**

Przypadek dotyczył 12-letniej dziewczynki, która dnia 27.VI. nagle w nocy po spożyciu zwykłego posiłku wieczornego dostała bóleści i wymiotów. Nazajutrz miała wypróżnienie płynne (z domieszką czarnej krwi) podług opowiadania matki chorej. W ciągu tygodnia stan chwilami poprawiał się, chwilami pogarszał; chorej podawano naprzemian środki czyszczące lub też zatrzymujące (makowiec). Wreszcie stan zaczął się znacznie pogarszać; dnia 3.VII. zapisano ją do szpitala. Dziewczynka wątłej budowy, źle odżywiona, leży bez ruchu nawznak, robi wrażenie ciężko chorej. Tętno 120, drobne, kończyny i nos zimne. Ciepłota 37°. Język suchy, szary. Brzuch bardzo wzdęty; wzdęcie największe w okolicy pępka; w częściach dolnych nieco płynu wolnego; w głębi jamy brzusznej nic nie wyczuwa się, zresztą na tego rodzaju badanie nie pozwala wzdęcie; rozlana bolesność brzucha samoistna i podczas nagniatania, zwłaszcza w okolicy dołu biodrowego prawego. Częste wymioty; wymiociny ilościowo skąpe, ze znaczną domieszką żółci, bezwonne. Mocz oddaje chora w bardzo małej ilości; rozbiór nie wykazuje nic nieprawidłowego. Wiatry nie odchodzą wcale. Przez kışkę prostą chorej nie badano. Rozpoznano (mając zresztą na myśli możność błędu rozpoznawczego) zapalenie otrzewnej wskutek sprawy wyrostkowej i wnet przystąpiono do operacyi w półuśpieniu eterowem, którą dokonała A. Zielińska.

Cięcie powłok na brzegu zewnętrznym mięśnia prostego prawego długości 12 ctm.; po otwarciu otrzewnej, na której nigdzie nie znaleziono zmian zapalnych, z jamy jej począł się wydobywać płyn surowiczo-krwisty, co odrazu nasunęło myśl istnienia przeszkody mechanicznej. W ranę wstawiała się pętla jelita cienkiego, mocno rozdętego, nie mającego na sobie zresztą żadnych innych zmian. Wprowadzony palec w jamę otrzewnej po chwili wyczuł, kierując się ku pępkowi, zgrubienie na jednej z pętli kışzek; część tę dość łatwo udało się palcami wyciągnąć całkowicie nazewnątrz przez istniejącą ranę. Mieliśmy przed oczami obraz typowy wgłobienia jelita cienkiego w cienkie (jak daleko od kışki ślepej położonego, nie próbowaliśmy badać). Wgłobienie zajmowało przestrzeń około 12 ctm. długości, przedstawiając się w postaci walca o średnicy około 6 ctm. Kışka na granicy wgłobienia mocno skurczona; brzeg wgłobienia odcinka górnego (ustnego) przewężony niezmiernie; przy lekkim odchyłaniu go widać poczynającą się zgorzel

kiszki i jelita wgłobionego. Na jelicie wgłabiającem naskutek nader mocnego napięcia w kilku miejscach szarawosine plamy poczynającej się zgorzeli.

Najdelikatniejsza próba odgłobienia powoduje pękanie błony surowiczej na jelicie. Postanowiono wyciąć całkowicie część chora, łącząc odcinki кишки — koniec z końcem zapomocą szwu trzypiętrowego ciągłego jedwabnego, co też w wykonaniu nie nastreżało żadnych trudności. Po nałożeniu szwu część jelita odprowadzająca — do tej pory zapadnięta — wypełniła się zawartością i rozděła do wymiarów odcinka doprowadzającego. Jelito wprowadzono do jamy brzusznej; założono worek Mikulicza częściowo do dołu biodrowego prawego. Ranę powłok zmniejszono trzema szwami do góry. Chora zniosła zabieg zupełnie pomyślnie; ilość zużytego eteru była minimalna. Przebieg pooperacyjny: wzdęcie brzucha wcale nie ustępowało w ciągu pierwszych dni; wymioty zjawiały się niemal codziennie; ciepłota trzymała się w granicach 37,5—38°; tętno 120—130; piątego dnia w szczycie prawego płuca wystąpił oddech zaostrozony z podniesieniem jeszcze wyższem ciepłoty. Obecnie stan nie przesłaja budzić obaw, mimo iż wymioty ustały, a wiatry zaczęły odchodzić. Na przedstawionym preparacie, przeciętym podłużnie po utrwaleniu w formalinie, widać dobitnie wszystkie warstwy wgłobionego jelita, w stropie zaś wgłobienia, między błoną śluzową a mięśniową, leży gruba warstwa świeżego wylewu krwawego w kształcie półksiężyca o wymiarze najszerszym 1¼ ctm. Zaciśnięcie odcinka doprowadzającego jest nadzwyczaj wielkie: średnica jelita tuż przed miejscem wgłobienia wynosi zaledwie 3 m.m.

Przyczyny, któraby mogła wywołać wgłobienie (polip lub t. p.), na preparacie nie widzimy.

#### D Y S K U S Y A.

**L i p s k i.** Grubość ściany jelita rodzi podejrzenie, czy niema tam zmiany nowotworowej, jako podkładu dla wgłobienia, wobec czego zachodzi potrzeba zbadania preparatu pod względem histologicznym.

**C h e ł m o ņ s k i.** Krwawienia z żołądka i nerek, spostrzegane niekiedy przy zapaleniu wyrostka, uważać należy za objaw septyczny.

**S z t e y n e r.** Przy sposobności zaznaczam, że wgłobienie może powstać również i wskutek pobicia, i że w podobnym przypadku niedawno stawałem w sądzie jako rzeczoznawca; istnienie jednak pewnych poprzedzających uraz zmian zapalnych jest, zdaje się, w tych razach konieczne.

**Lipski.** Spostrzegałem często u niemowląt na sekcjach wglóbiecie jako objaw agonalny; sądzę, że uraz brzucha, wywołując na drodze nerwowej zatrzymanie się ruchu robaczkowego pewnej części jelit, może być przyczyną wglóbiecia.

**Anderś.** Widywałem często wglóbiecia u niemowląt i to nawet w kilkunastu miejscach u jednego i tego samego osobnika, czasem z pewnemi zmianami zapalnymi.

**IX. E. Lewenstern.** Pokazuję usuniętą w tych dniach choremu twardą kostkę w postaci guzika, którą pacjent zauważył już przed 15 laty w tkance podskórnej nad łopatkami.

**X. K. Karwowski.** „Kilka słów z powodu mającej nastąpić przerwy wakacyjnej w posiedzeniach“.

Kończąc pierwszą seryę naszych szpitalno-klinicznych posiedzeń, poczytuję sobie za przyjemny obowiązek złożyć szanownym kolegom serdeczne podziękowanie za chętne branie w nich udziału i za ostateczne ich wyniki, które nie tylko spełniły, ale nawet przewyższyły pokładane pierwotkowo co do ich powodzenia nadzieje. Słyszeliśmy tu bowiem komunikaty i oglądaliśmy preparaty, rentgenogramy i różne okazy, godne figurowania w pierwszorzędnem naukowo-klinicznem towarzystwie. Wszyscy biorący w nich udział koledzy ordynatorzy, asystenci, jako też zarządzający specjalnemi pracowniemi, składali dowody sumiennej pracy, zamięłowania i głębokiej znajomości odnośnych przedmiotów. Korzystając przytem ze sposobności, muszę tu wspomnieć o jednym z tego dowodów, mianowicie, o dokonanej w zwykłej pracowni pawilonowej, jak to sam autor zaznacza, przez Rzętkowskiego, i obecnie ogłoszonej kapitalnej pracy: „O zachowaniu się w ustroju ludzkim kwasów aminowych“, pracy, która każdej pierwszorzędnej klinice zaszczyt by przyniosła, i za którą od nas wszystkich należą się Rzętkowskiemu wyrazy uznania i podziękowania. Kończąc dziś tę pierwszą seryę naszych zebrzań, składam życzenia, abyśmy za dwa miesiące rozpoczęli drugą również owocną i przy sprzyjających naszej pracy warunkach.

**XI. W. Gajkiewicz.** W imieniu uczestników zebrania jako przewodniczący, dziękuję prezesowi honorowemu Karwowskiemu za przewodniczenie na posiedzeniach szpitalno-klinicznych.

---

POSIEDZENIE VI.

*Dn. 10-go września 1917 roku.*

Przewodniczący Grzankowski.

**I. A. Śmiechowski.** (Dom Wychowawczy). „Nowy rodzaj protezy przy amputowanych kończynach dolnych“. (Pokaz chorego).

Edward K. (dziecko 5 letnie) uległ wypadkowi kolejowemu, wskutek czego utracił prawą kończynę dolną w ko-

Rys. 15.



Proteza kończyny dolnej.

lanie. Dziecko po wykonanych amputacjach zostało unieszczone w Domu Wychowawczym. Ażeby pomóc tak ciężkiemu kalectwu i umożliwić dziecku poruszanie się, (chłopczyk podczas chodzenia stawał na kolanie zdrowem i kikutu poamputacyjnego używał jako drugiej kończyny) trzeba było zastosować jakąś protezę, odpowiednio lekką i taną, gdyż rosnącemu dziecku trudno dawać protezy kosztowne,

które zbyt często musiałyby być zmieniane, a z powodu ciężaru metali i skór byłyby dla młodocianego wieku pacjenta bezużyteczne. W tym celu, do worka, zrobionego z 2 pończoch wewnątrz wywatowanych, dopasowałem gilzę z tektury plastycznej, lejkowato zwężającej się ku dołowi, na spodzie zaś przybiłem kołek, otoczony gumą; protezę troczkami przymocowywuję do brzucha i ramienia lewego. Dziecko na tej protezie od 3 tygodni bez ustanku znakomicie chodzi; proteza trzyma się doskonale, a kosztuje grosze. Waga protezy 390 grm. Waga dziecka 12,800 grm. (rys. 15).

**II. J. Szper.** (Oddział Ciechomskiego). **A) „Pokaz chorej, operowanej z powodu pierwotnej gruźlicy sutki“.**

Gruźlica sutki to cierpienie, spotykane rzadko; w piśmiennictwie np. polskiem ogłoszono zaledwie kilka postrzeżeń. W przypadku, o którym mowa, rozpoznano gruczolak. Usunięty guz zawierał płyn opalizujący. Badanie drobnowidowe (Lipski) wykazało gruźlicę. Z przeglądu piśmiennictwa okazuje się, że rozpoznanie z początku bywa bardzo trudne, przynajmniej, gdy chodzi o postać ograniczoną. Co do leczenia zachodzi poważna różnica zdań. Niektórzy uważają nie tylko leczenie zachowawcze za niewystarczające, ale nawet nie wierzą w skuteczność zabiegu radykalnego. Przebieg dobry.

**DYSKUSYA.**

**Lipski.** Badanie drobnowidowe z całą pewnością wykazało w tym przypadku gruźlicę. Wewnątrz guza znajduje się jama o własnych ścianach gładkich, jak to się spotyka w płucach. W otoczeniu jamy na rozległej przestrzeni buja ziarnina gruźlicza. Czy mamy tu do czynienia rzeczywiście ze sprawą pierwotną w sutce, to decydować stanowczo jest rzeczą dość trudną, za życia bowiem nie można wykluczyć istnienia ogniska pierwotnego w płucach lub gruczolach chłonnych. Jak chcą niektórzy, np. Lubarsch, Fischer, do niewątpliwych przypadków pierwotnej gruźlicy innych narządów zaliczyć można te, gdzie zmiany w płucach istnieją tylko w postaci stwardnień zwapniałych.

**Chełmoński.** Sprawa omawiana często występuje u krów, gdzie bywa przeważnie wtórną. Czy są dane, ułatwiające rozpoznanie charakteru gruźliczego sprawy tej u ludzi?

**Szper.** Do pewnego stopnia za wskazówkę służyć mogą duże gruczoly, które nie napotyka się przy gruczolakach.

S z t e y n e r. Gruczolak zwykle ma przebieg dłuższy, gruczlica rozwija się szybciej; pod wpływem silniejszego nacisku daje się zauważyć pewną bolesność w gruczlicy, czego w gruczolakach nie bywa — najczęściej jednak rozpoznanie stawia się dopiero podczas samej operacji.

B) „Pokaz chorego po t. zw. *gastroenterostomia posterior anterocolica*“.

Operacji dokonał Ciechomski. Ta odmiana zespolenia żołądka z jelitem, wykonana jedynie z powodu warunków anatomo-patologicznych, utrudniających odmianę — *posterior retrocolica*, najczęściej dokonywaną, zdarza się b. rzadko. W danym przypadku krezka poprzecznicy była przewężona, pokryta zrostami i daleko odsunięta od tylnej ściany żołądka; bieg kiszki poplątany wskutek zakrętów i pętlic. Droga przed kiszką grubą do tylnej ściany żołądka ułatwiona. Przebieg bardzo dobry.

III. W. Starkiewicz. „Przypadek puchliny głodowej“.

Według wiadomości prywatnych, przypadki t. zw. puchliny głodowej coraz częściej pokazują się na oddziałach, byłoby więc pożądanem komunikowanie sobie wzajemne spostrzeżeń odnośnych. W tym właśnie celu zaznaczam, że leży w tej chwili u mnie na oddziale chora 50-paroletnia, z obrzękami wysokiego stopnia i puchliną jam wewnętrzných ciała (opłucnej, otrzewnej), u której badanie ogólne nie wykryło przyczyn pospolitych puchliny (cierpienia serca, nerek, nowotworu), a wywiady wskazywały długotrwałe odżywianie się niedostateczne i wadliwe (kartoflanką i zupą komietową). Przesiek brzuszny, wypuszczany dwukrotnie w ilości 8 litrów, mocno opalizował, ciężar właściwy miał 1006, zawartość białka 3,75%, chlorków 7%. We krwi znaleziono krążków czerwonych 4 mil., ciałek białych 5600 w 1 mm. sz., Hb—60%.

Dodatkową przyczynę choroby (usposabiającą) możnaby upatrywać w danym przypadku, wzorem autorów niemieckich, w uciążliwej pracy fizycznej (praczka).

D Y S K U S Y A.

Lipski. Miałem możność obserwowania na stole sekcyjnym paru przypadków z rozpoznaniem klinicznym puchliny głodowej. U jednego tylko osobnika młodego (30 kilka lat) nie znalazłem żadnych innych zmian, jak tylko

obraz uwiadu starczego, wyrażającego się w zaniku brunatnym znacznego stopnia mięśnia sercowego, wątroby oraz wogóle w zanikach narządów mięsaszowych. Inne przypadki powikłane były ogólną miażdżycą tętnic ze zmianami w nerkach i mięśniu sercowym. W jednym stwierdziłem ogólną amyloidozę (skrobianicę), którą wobec braku jakichkolwiek zmian możnaby kłaść również i na karb przymiotu.

Chełmoński. Wobec faktu, iż istnieją przypadki zapalenia przewlekłego nerek bez białkomoczu, należy być ostrożnym w rozpoznawaniu „puchliny głodowej“.

Rzętkowski. W rozpoznawaniu należy być bardzo wymagającym i wykluczyć przedewszystkiem nefrozę, gruźlicę, nowotwór ukryty; omawiane obrzęki odznaczają się długotrwałością i opornością wobec wszelkich środków lekarskich; ważnym objawem jest rozwolnienie, przyczem bardzo często znajdowałem w stolcach, ale tylko zupełnie świeżych, *balantidium*; te rozwolnienia uważałbym nawet za jeden z najgłówniejszych powodów wyniszczenia odnośnych chorych; wpływ pracy na powstawanie obrzęków jest żaden, widywałem je bowiem u więźniów, którzy żadnej pracy nie wykonywali; wyniki nieukończonych jeszcze badań moich nad krwią w omawianych przypadkach będą później ogłoszone; co do zaburzeń wzroku, to należy być bardzo ostrożnym przy ich ocenie i wystrzegać się pilnie sugestyi.

Chełchowski. Podczas epidemii w Sosnowcu ślepoty zmierzchowa (*hemeralopia*) występowała niezawodnie bez żadnej sugestyi, i gdy z otwarciem pola pracy nęcza zniknęła, przeminęły jednocześnie puchlina i ślepoty. W Warszawie ślepoty nie spostrzegałem; ruch nie wpływa na powstawanie obrzęków; wszak najcięższe przypadki zdarzają się w więzieniach i przytułkach; często widywałem na sekeyach *colitis*; w piśmiennictwie również notowano zmiany w grubych kiskach, natężeniem swoim przypominające nieraz błonicę.

#### IV. W. Szteyner i E. Lipski. „Przypadek wrzodu dwunastnicy, powikłany ogólnem zapaleniem otrzewnej z niezwykle przebiegiem“.

Szteyner. Przypadek, który opisać mamy, pod względem klinicznym należy do niezmiernie rzadkich, niezwykle ciekawych i nadzwyczaj trudnych do rozpoznania; prosiliśmy do narady kilku internistów, bakteriologów i chirurgów; nawet nekropsya nie mogła wyjaśnić w zupełności sprawy chorobowej i dopiero badanie drobnowidowe i szczepienie

na zwierzętach rozstrzygnęło kwestyę i potwierdziło zasadnicze rozpoznanie, t. j. gruźlicę.

Niezamężna 45-letnia chora, przybyła do oddziału chirurgicznego, opowiada, że przed 6 dniami zachorowała na bóle brzucha, wymioty, zaparcie stolca i gorączkę (do 40° wieczorem). Przedtem podobno przechodziła chorobę Basedowa i miała nieokreślone bóle brzucha. Podczas badania znaleziono mocne wzdęcie brzucha oraz bolesność w całym brzuchu, największą jednak z lewej strony na wysokości pępka. Były więc wszystkie objawy ogólnego zapalenia otrzewnej. Ale skąd ono wzięło początek? W okolicy wyrostka robaczkowego nie było nadmiernej bolesności, ani też żadnego nacieczenia, toż samo w okolicy przydatków macicznych i pęcherzyka żółciowego. W dalszym przebiegu okazało się, że ciepłota po kilku dniach zaczęła się obniżać, bolesność zmniejszać, a więc, że zapalenie to nie miało charakteru zbyt złośliwego (jak to bywa w zapaleniu wskutek przedziurawienia). Wobec tego, wykluczając inne przyczyny, zatrzymaliśmy się na rozpoznaniu gruźliczego zapalenia otrzewnej. Od laparatomii wstrzymaliśmy się ze względu na niepewne pochodzenie choroby, brak umiejscowienia i inne sprzeczne dane; mianowicie w moczu znaleziono bardzo liczne laseczki okrężnicy. Nieco później stwierdzono obecność wysięku otrzewnej i przy nakłuciu wydobyto  $\frac{1}{4}$  l. płynu surowiczego, który zastrzyknięto świnie morskiej. W końcu wystąpiły objawy ogólnego osłabienia, trudności w połykaniu, odleżyny i śmierć po 24 godzinach.

Lipski. „Pokaz preparatu anatomicznego“. Prócz bardzo małych blizenek zwapniałych, pylczo podbarwionych w szczytach płuc obu, nigdzie zmian gruźliczych nie znaleziono i nie stwierdzono. Jedynie gruczoły u krzywizny małej powiększone i zserowaciałe, a jeden z nich największy rozmiękł i stał się punktem wyjścia dla rozlanego zapalenia gruźliczego otrzewnej. Drobny gruczołek chłonny, przylegający bezpośrednio do surowicówki, stanowiącej dno owrzodzenia w najgłębszym jego miejscu, wykazuje zmiany gruźlicze niewątpliwe i bardzo liczne laseczniki w tkance gruczołowej. Przypuszczać należy, że pierwotnie musiały wystąpić zmiany na powierzchni błony śluzowej z innych przyczyn, i dopiero następnie przyszło do zakażenia prątkami gruźliczymi z pokarmu.

Owrzodzenia dwunastnicy wogóle nie są częste, gruźlicze zaś są bardzo rzadkie; spotyka się je łącznie z owrzodzeniami żołądka, które usadawiają się zazwyczaj w części odźwiernikowej i przechodzą na początek dwunastnicy.

Szersze omówienie tego ciekawego przypadku i patogenyzy wrzodu gruzliczego zastrzegam sobie w osobnym referacie.

**V. E. Lipski.** „Mięsak pierwotny żołądka u 70 letniego mężczyzny“. (Pokaz preparatu).

Naciek nowotworowy obejmuje cały żołądek, począwszy od wpustu aż do odźwiernika. Największa grubość ściany żołądka wzdłuż krzywizny małej wynosi 4 — 5 cm., najcieńszą zaś jest ona w części odźwiernikowej, dochodząc do 1 cm. Drobnowidowo stwierdza się obraz mięsaka wielkomórkowego o komórkach nabłonkowatych (*epitelioidsarcoma*).

Przerzutów nie stwierdzono nigdzie. Osobnik w wieku 70 lat. Przypadek należy do rzadkich. Klinicznie rozpoznawano rak żołądka.

**VI. A. Chełmoński.** „Z dziedziny błędów rozpoznawczych“.

Błędy rozpoznawcze pouczyć nieraz więcej mogą, niż trafne, choćby trudne rozpoznanie. Świadczą one, jak dalece są niedostateczne nasze zmysły, nasze metody badania; chronią nas od pewności w rozpoznawaniu tam, gdzie tej pewności być nie może, a przytem pamięta je się dobrze. Pozwolę sobie przytoczyć kilka przykładów błędów w rozpoznawaniu z ostatnich paru miesięcy.

A) H. P., lat 68, przybyła 13. IV. r. b., skarżąc się na bardzo silne zawroty głowy, wskutek których chora przy usiłowaniu chodzenia padała na ziemię, obrzęk całego ciała i ból w okolicy pępka. Wszystkie te objawy miały wystąpić przed pięciu tygodniami. Podczas badania stwierdzono: ogólny stan bardzo ciężki, obrzęk całego ciała, objawy stwardnienia tętnic, ślady białka w moczu przy c. wł. 1024. T<sup>o</sup> 35,8; oddechów 24; tętno 80. Następnego dnia chora skarżyła się na ból w okolicy górnej przedniej części uda; wtedy w okolicy wspomianej znaleziono trzeszczenie, świadczące o obecności gazów w tkankach; nadto poniżej więzu Poupart'a bolesny, zlekka zaczerwieniony guzik wielkości małego orzecha włoskiego.

Rozpoznawano stwardnienie tętnic i przewlekłe zapalenie nerek. Bólu w okolicy uda i trzeszczenia nie umiałem sobie wyjaśnić. Tego samego dnia chora zmarła. Na sekcji znaleziono: *Sclerosis arteriarum ad pe-*

*ripheriam, aortae, aa. coronariarum cordis; hernia cruralis Littriana incarcerata cum perforatione.*

Przypomina nam przypadek ten, że nawet uwięźnięta przepuklina biodrowa, która zakończyła się przedziurawieniem i stała się przyczyną śmierci, przebiegać może przy tak nieznacznych, niemal nieuchwytnych objawach. Chora podczas pierwszego badania mówiła o zawrotach głowy, o obrzęku, a na przepuklinę mógł wskazywać chyba jedynie ów ból w okolicy pępka. Brak wzdęcia brzucha, wymiotów, zaparcia, objaśnia się tem, że mieliśmy do czynienia z przepukliną ścienną (*H. Littriana*).

B) M. S., 36 lat, przybyła 7.III. na oddział Sawickiego z objawami wysiękowego zapalenia prawego stawu kolanowego, z gorączką do 39° C. Badanie bakteriologiczne płynu, otrzymanego z kolana, dało wynik ujemny.

Ponieważ po 3 miesięcznym pobycie na oddziale chirurgicznym do cierpienia stawu przyłączył się obrzęk obu kończyn dolnych i wysiękowe zapalenie prawej opłucnej, chorą przepisano na oddział wewnętrzny.

Dn. 6. VI. znaleziono prócz objawów wyżej wskazanych co następuje: tętno 130, małe, puste, nieco niemiernowe; falowanie żyłne na szyi rozkurczowe; stan gorączkowy (koło 38°C); granice tępości serca nie powiększone; uderzenia wierzchołkowego wyczuć nie podobna, tony serca czyste o rytmie embryokardyalnym; w urynie ślady białka. Wogóle chora robi wrażenie ciężko chorej, skarży się na ból w kolanie i osłabienie. Rozpoznanie: *Gonitis dx. Endocarditis acuta*.

Objawy wyczerpania mięśnia sercowego (obrzęk, falowanie żyłne) wobec braku powiększenia tępości serca, wobec prawie miarowego choć częstego tętna nie zupełnie mieściły się w postawionem rozpoznaniu. Zresztą i samo rozpoznanie zapalenia osierdzia przy stałym braku szmeru, braku akcentuacji, charakteru tętna i t. p. nie było pewne. Wiadomem było tylko, że mamy do czynienia w danym razie z nieomąganą mięśnia sercowego zapewne w związku z zakażeniem, które sprowadziło owo uporczywe zapalenie kolana. Po 5 tygodniach chora przy objawach wzmagających się obrzęków, gorączki, wreszcie rozwolnienia, zmarła.

Podczas badania zwłok znaleziono: zgrubienie zastawek i nitek ścięgniastych w lewej połowie serca, ale bez objawów niedomykalności lub zwężenia; zarosnięcie zupełne worka sercowego obostrzone. (*Concretio cordis c. pericardio exacerbata*).

Zarosnięcie worka sercowego przebiega zwykle bez żadnych objawów, lub też sprowadza pewne zmiany w mię-

śniu sercowym i jego niedomogę, co zaszło też w naszym przypadku. Pick i Rosenbach opisują obraz chorobowy, podobny do marskości wątroby, p. t. „*Pseudocirrhosis hepatis pericardiaca*, rozwijającej się w przebiegu zarośnięcia worka sercowego na skutek niedomogi przedewszystkiem—prawej połowy serca i przechodzenia sprawy zapalnej po żyłach na wątrobę, w której rozwija się tkanka łączna. Zarówno zastój, jak i rozwój tkanki łącznej w wątrobie sprawia, że wtedy nad całym obrazem chorobowym góruje obecność płynu w jamie brzusznej. Dalej zlepne zapalenie osierdzia dawać może obraz chorobowy, przypominający dusznicę bolesną (Mackenzie). Najczęściej jednak, jak powiedziałem, sprawa ta przebiega bez żadnych objawów: chorzy tacy mogą jeszcze jakiś czas pracować, uważają się za zdrowych, jedynie nieco osłabionych. Dla czego suche zapalenie osierdzia przebiega bez żadnych bólów, wtedy gdy także zapalenie opłucnej sprowadza ból, nie wiadomo.

C) Do rzadkich, a trudnych niekiedy do rozpoznania form gruźlicy należy t. z. zapalenie serowate płuc, nazywane też suchotami zapalnymi lub pneumoniczną postacią suchot (*pneumonia caseosa*). Forma ta, zarówno pod względem anatomicznym, jak i klinicznym, ma sobie właściwe cechy i przeto zasługuje na wyodrębnienie. Zapalenie płuc serowate jest sprawą wtórną i rozwija się zwykle w dolnych płatach wskutek nagłego przeniesienia łaseczników gruźliczych żywych lub martwych, albo ich toksyn z pierwotnych ognisk, ew. z jam płucnych do zdrowych części płuc drogą aspiracji, bądź wydzieliny oskrzeli lub jam, bądź wreszcie po krwotokach płucnych drogą krwi, zawierającej bakterie. Ogniska, w ten sposób powstałe, mogą być mniejsze, obejmując obszar jednego mniejszego oskrzela, lub większe, zajmując nieraz cały płat płuca wskutek zlania się mniejszych ognisk, lub wskutek zakażenia obszaru jednego większego oskrzela. Cechą charakterystyczną tej sprawy jest to, że tu nie wytwarzają się gruźelki, lecz powstaje ognisko zapalne z wysiękiem surowiczowo-włóknikowym, obfitem łuszczeniem nabłonka (dawna *pneumonia desquamativa*) i nieznaczną ilością leukocytów. Ognisko to, t. j. wysięk i ściany pęcherzyków, ulega rozpadowi serowatemu. Łaseczniki znajdować się mogą w pęcherzykach w znacznej ilości, albo wcale ich niema. Proces ten niektórzy porównują do ognisk, jakie się widuje po zastrzyknięciu tuberkuliny (Müller). Jeżeli omawiana sprawa obejmuje cały płat, to rozpoczyna się i przebiega z początku zupełnie tak, jak zapalenie płuc włóknikowe: ten sam nagły po dreszczach

początek, te same zmiany fizykalne, gorączka o typie stałym, płwocina różowawa lub zielonkawa (kolor zielonkawy jest uważany nawet za charakterystyczny), nie zawierająca łaseczników gruźliczych; rumień na twarzy; nawet leukocytoza neutrofilowa. Sprawa ta albo kończy się w ciągu jednego lub kilku miesięcy śmiercią wskutek szybko rozwijającego się rozpadu (*phthisis florida*), lub też rozejściem się i względnem wyzdrowieniem.

3.V. r. b. przepisana została na nasz oddział chora P. N., l. 37, z oddziału chirurgicznego z rozpoznaniem: *ulcera cruris, pneumonia crouposa*. Z karty dowiedziałem się, że chora jeszcze kilka dni temu zupełnie nie gorączkowała i przed 2 dniami nagle dostała dreszczów, bólu w lewym boku, kaszlu. Znalaziono w lewej okolicy podłopatkowej tępość, oddech oskrzelowy, trzeszczenia. C. r. 38,4°, w. 38,8°. Od. 34. T. 120. Stwierdziliśmy te same fakty, zauważyliśmy jeszcze rumień na policzku lewym; płwocina z nieznaczną domieszką krwi, nie rdzawa, nieco zielonkawa. Ilość białych ciałek neutrofil. we krwi 33,000. Po kilku dniach temperatura ranna obniżyła się prawie do normy, a wieczorowa pozostała podwyższoną do 38,8°; wkrótce też leukocytoza ustąpiła. Ponieważ powyżej oskrzelowego oddechu wysłuchiowano oddech dzbanowy, a płwocina taka sama, nie stawała się cuchnącą, rozpoznanie pierwotne zaczęło się chwiać. Zbadano płwocinę na łaseczniki gruźlicze i znalaziono je w bardzo dużej ilości. Po miesiącu 6.IV. chora zmarła.

Na sekcji znaleziono starą sprawę włóknistą w obu szczytach, jamę w lewym oraz zapalenie płuc serowate w dolnym lewym płacie, uległe już znacznemu rozpadowi, bo z licznymi jamami.

#### D Y S K U S Y A.

R z ę t k ó w s k i. W trzecim przypadku Chełmońskiego można byłoby myśleć i o zapaleniu płuc Friedländera, które dochodzić też może do wytwarzania jamy; co do drugiego przypadku, to wątroba Picka, czyli t. zw. „*Zuckergussleber*“ zależeć może od zastoju, albo od gruźlicy (*hepatitis tbc.*), odznacza się małą bolesnością.

S a w i c k i. *Hernia Littriana* nie należy do rzadkości. Spotykamy ją nieraz zarówno w przepuklinach pachwinowych, jak i udowych. Niedawno operowałem przepuklinę brzuszną, która powstała sztucznie na miejscu blizny po laparatomii i dała objawy uwięźnięcia. Podczas operacji oka-

zało się, że pętla jelita cienkiego była uwięźnięta w  $\frac{2}{3}$  swego obwodu. Mechanizm tego rodzaju przepuklin niezupełnie jest wyjaśniony. Prawdopodobnie najprzód powstaje tu przyklejenie się ściany jelita do ściany worka, a dopiero następnie objawy uwięźnięcia z przedziurawieniem ściany tegoż jelita. Co do drugiego przypadku Chełmońskiego zaznaczam, że podczas pobytu chorej na mym oddziale zwracałem uwagę na stałe znaczne przyspieszenie tętna, które nie odpowiadało ani ciepłocie, ani innym objawom. Już wówczas kilkakrotnie wyrażano przypuszczenie, że musi to zależeć od jakiejś sprawy chorobowej w sercu, lecz badanie chorej nic pewnego w tym kierunku nie dawało.

**S k ł o d o w s k i.** Niedawno miałem sposobność przekonania się, jak trzeba być ostrożnym w sądzeniu, czy w danym razie jest zaciśnięcie przepukliny, czy nie; nikłość objawów przemawiała w mem spostrzeżeniu przeciwko temu; gwałt jednak przezemnie wszczęty okazał się usprawiedliwiony, jak wykazał wkrótce dokonany zabieg chirurgiczny. Następnie, jako ilustrację do trzeciego przypadku Chełmońskiego, przytoczę obserwację, dotyczącą chorej, która, jako dotknięta dysenterią, została zapisana na mój oddział; przypadkowo wykryto u niej sprawę płucną w dolnej części płata górnego, czyniącą wrażenie wysięku ograniczonego międzypłatowego (*pleuritis interlobaris*), co potwierdził Röntgen; laseczników Kocha nie znaleziono; ognisko to zaczęło się stopniowo powiększać, wystąpiły rzężenia, a w płwocinie laseczniaki Kocha; mimo to stan ogólny chorej nawet się poprawił. Przypadek nadawał się do leczenia odną, lecz wobec trudności technicznych zaniechano tego zabiegu, czego zresztą nie żałuję, bowiem chora i bez tego zabiegu znacznie się poprawiła.

**VII. A. Lande.** (Oddział Chełmońskiego). „**Moliki mączne w kale**“. (Z pokazem preparatu).

Badając z polecenia Chełmońskiego w pracowni oddziałowej kał na jaja pasorzytów kiszkowych, znalazłem, ku wielkiemu mojemu zdziwieniu, w dużej liczbie twory wyższej organizacyi, a mianowicie typu arthropoda, które w przewodzie pokarmowym żadną miarą pasorzytować nie mogą. Sądziłem, że to może sztuczna domieszka, zanieczyszczenie powierzchowne, ale, biorąc cząstki z samego środka kału, znalazłem to samo; w kilka dni potem dla kontroli zbadana druga próbka kału dała wynik zupełnie identyczny. Twory wspomniane, oczywiście martwe, po części były zachowane w całości, jako szkielety chitynowe, po części mniej lub wię-

cej zniekształcone; znajdowałem też sporą liczbę poszczególnych odłamków ustroju, jak to kadłub, kończyny, szczęki i t. p. Przyglądając się bliżej tym organizmom, można było zaliczyć je do działu Arachnoidea, a wyglądem zbliżone one były do kleszczy (*acarus s. sarcoptes scabiei*).

Pyrowicz, który był obecny przy tem badaniu, zwrócił naszą uwagę, że w mące czasem znajdować się mogą t. zw. kleszcze, i że w kale przezemnie znalezione twory mają duże do nich podobieństwo. Zwróciliśmy się tedy z zapytaniem do pacyenta, czy nie posiada zapasu mąki, z którego chleb wypieka. Po otrzymaniu odpowiedzi twierdzącej zażądaliśmy próbki owej mąki, w której znaleźliśmy całą masę owych kleszczy, pospolicie zw. molikami mącznymi, żywych, poruszających się dość żwawo i przy pewnej wprawie dających się nawet gołym okiem rozpoznać. Jest to t. zw. „*tyroglyphus farinae*“ z rodziny *Sarcoptidae*, pokrewny świerzbowcowi ludzkiemu.

Z powodu remontu oddziału naszego zaginął słoik z owym kałem, w którym znaleziono wspomniane szczątki molików, tak iż odnośnych preparatów przedstawić nie mogę. Przedstawiam natomiast preparat, zawierający pewną liczbę tych stworzeń, wprost z mąki przeniesionych i utrwalonych w balsamie kanadyjskim. Jednocześnie przedstawiam próbkę samej mąki.

W czasach obecnych, kiedy większe ilości mąki przechowywuje się prawie wszędzie po domach w warunkach nie zawsze odpowiednich, ewentualność taka, iż można spożywać w ten sposób zakażoną, jeżeli tak można się wyrazić, mąkę, zasługuje na uwagę pilniejszą, tembardziej, iż zostało stwierdzone, że przypadkowy ten dla człowieka pasorzyt może wywoływać objawy nieżyty kiskowego, którego etiologię w takich przypadkach bardzo łatwo można zapoznać i być wskutek tego bezradnym w terapii.

---

## POSIEDZENIE VII.

Dnia 8 października 1916 roku.

Przewodniczący Ciechomski.

I. W. Gajkiewicz. A) „*Tabes dorsalis. Osteoarthropathia tabica pedum*“. (Pokaz chorego).

Sz. A., kawaler, ślusarz, lat 36. Przed 18 laty szankier. W szpitalu św. Łazarza zrobiono mu 2 zastrzyknięcia pod-

skórne; później nie leczył się. Od 11 lat doznaje „darcia“ w nogach, napadami. Od 10 lat głuchy na prawe ucho. Od 8 lat źle chodzi. Od kilku miesięcy zauważył zgrubienie kości obu stóp; gdy mu to utrudniło noszenie butów i chodzenie, chory zapisał się do szpitala, z początku do Św. Ducha, a następnie do Dzieciątka Jezus.

Chory przedstawia wszystkie objawy wiađu rdzenia: wąskość źrenic, objaw Argyll-Robertson'a, objaw Romberg'a, bezład, brak odruchów kolanowych i Achillesa, zniesienie czucia dotykowego i bólowego na tułowiu i kończynach dolnych, osłabienie czucia mięśniowego, parestezye w obrębie piątego palca ręki prawej, niemoc płciową, osłabienie pęcherza moczowego. Przedstawiam chorego z powodu zmian w kościach i stawach śródstopowych (*osteoarthropathia*), które nie powodują żadnego bólu, są obustronne i względnie do dużych zmian (*hyperostosis, atrophiae, fractura*), wykrytych przez Grudzińskiego podczas badania Röntgenoskopowego — nie wiele utrudniają chodzenie. Zmiany odżywcze w kościach stóp w przebiegu wiađu są bez porównania rzadsze, niż w kolanach i barkach.

B) „*Neuritis radicularis scoliotica*“. (Pokaz chorego).

R. F., 45 lat, murarz; syfilisu nie przechodził; ma 4 dzieci zdrowych; poprzednio zdrów. Od 10 miesięcy ból w kończynie dolnej lewej, powoli zwiększający się tak, że pacjent od 2 miesięcy porzucił zajęcie i więcej leżał, niż chodził. Prócz bólu, zwiększającego się przy chodzeniu i kaszlu, ma stale uczucie drętwienia i zimna w chorej nodze; wszystkie ruchy kończyn dolnych dowolne zachowane; wyraźny objaw Lasegue'a i Kernig'a; brak odruchu Achillesa na lewo. Ciepłota skóry 32° z obu stron. Czucie osłabione na wszystkie bodźce w obrębie L<sub>4</sub>—S<sub>1</sub>.

Pobudliwość nerwu kulszowego na prąd elektryczny niezmiéniona jakościowo; tylko nieco słabsza na lewo. Mocz oddaje dobrze. Wassermann ujemny. Skrzywienie kręgosłupa w stronę lewą. Po kilkotygodniowym pobycie w szpitalu poprawa: bóle mniej dokuczliwe, znieczulenie dotyka głównie powierzchwni zewnętrznjej goleni lewej i połowy zewnętrznjej stopy lewej.

Przypominam, iż dawne „*ischias*“ obecnie rozdziela się na 2 główne grupy: na nerwoból kulszowy (*neuralgia ischiadica*) i zapalenie nerwu (*neuritis*). Pierwsze cierpienie cechuje początek nagły, ból w nodze, przeważnie napadami, a przy odpowiedniem ułożeniu nogi może go nie być całe godziny; badanie obiektywne, prócz punktów bolesnych, zmian przedmiotowych w ruchach i czuciu nie wykrywa. W za-

paleniu natomiast zazwyczaj powoli, stopniowo, lecz stale, rozwijają się ból lub dokuczliwe sensacje w nodze; nacisk na nerw kulszowy powiększa ból; objaw Lasegue'a wyraźny; powoli rozwijają się objawy osłabienia ruchu, czucia, odruchu Achillesa i zmiany odżywcze w mięśniach i skórze. Przyczyną cierpienia drugiej grupy, jak powiedziałem, jest zapalenie nerwu pnia kulszowego (*neuritis ischiadica*). W tej drugiej grupie odróżniają: *neuritis ischiadica truncularis* i *radicularis*. W postaci pierwszej zaburzenia przedmiotowe są natury ruchowej i czuciowej; te ostatnie w obrębie gałęzi obwodowych nerwu kulszowego, znieczulenie ma postać jak w cierpieniu nerwu obwodowym. Natomiast w *neuritis radicularis* dotknięte są korzenie spłotu krzyżowego, t. j. korzenie tylne czuciowe nerwów rdzeniowych na przestrzeni między rdzeniem a zwojami międzykręgowymi, co wywołuje znieczulenie typu segmentarnego, pasami równoległymi do osi nogi; nadto w tej postaci brak porażenia mięśni, parestezye są stałe i wyraźny wpływ kaszlu i kichania na ból (*signe de toux et d'eternument*), gdyż korzenie tylne w miejscu cierpienia otoczone są oponami miękkimi rdzenia i wypełniającą je cieczą mózgowordzeniową, która przy kaszlu i kichaniu ulega większemu ciśnieniu, odbijającemu się na korzeniach nerwowych.

C) „Trzy przypadki Meningomyelitis luetica“. (Pokaz chorych).

1) N. G., 38 lat, służący, wdowiec. Przed 5 laty rzeżączka. W 3 lata później wskutek uporczywych bólów głowy nocnych i oka udał się pacjent do lekarza, który po dokonaniu badania Wassermanna zalecił choremu 30 wciekań i 15 zastrzyknięć rtęciowych, a potem jodek potasu. W grudniu 1915 r. i styczniu r. b. chory zaczął doznawać bólu w podżebrzu lewym, potem prawem (opasywanie), nogi zaczęły mu słabnąć i trudniej oddawał mocz. W szpitalu (28.II. 1916): *paraplegia motorica et sensitiva completa*, znieczulenie na wszystkie bodźce dochodzi do łuku żebrowego; odruchy ścięgniste bardzo żywe, *clonus patellarum et pedum*; Babiński z obu stron; *retentio urinae et alvi*; odleżyny. W ciągu 6 miesięcy pobytu w szpitalu dostał 30 wciekań (po 3,0), 20 zastrzyknięć enesolu i 25 zastrzyknięć sublimatu, a nadto KaJ. Poprawa duża.

Podczas demonstrowania chorego: ruchy dowolne we wszystkich stawach możliwe, tylko utrudnione z powodu silnych objawów spastycznych; chód z pomocą obcą możliwy; mocz i stolec oddaje z pewną trudnością. Wyraźne objawy Brown-Sequard'owskie, t. j. zmiany ruchowe więcej

się uwydatniają na nodze prawej, czuciowe zaś — na lewej. Wassermann w początkach robiony — dał wynik ujemny.

2) D. J., stróż, lat 44. Dziedzicznie nie obarczony (ojciec zmarł w 79, a matka w 80 r., za życia podobno nigdy nie chorowali). Sam zawsze zdrow. Żonaty; 4 dzieci zdrowych; poronień nie było. W początkach lipca r. b. wystąpiło drętwienie i słabnięcie nóg oraz bezwiedne oddawanie moczu. Ponieważ objawy te ciągle się zwiększały i uniemożliwiały zajęcie, więc zapisał się do szpitala. Dn. 29/VII. znaleziono: zniesienie ruchów dowolnych zupełne w kończyźnie dolnej lewej, a niezupełne w prawej; czucie—odwrotnie, osłabione więcej na prawo i sięga do linii pępka; napięcie mięśni zwiększone; odruchy ścięgniste bardzo silne; skórnych brak; odleżyna na krzyżu; potrzeba cewnikowania; gruczoły bicipitalne lewe bardzo powiększone; ogromne zgrubienie obu goleni, potwierdzone badaniem Roentgena, które wykazało nadto zgrubienie i kości strzałkowych, lekkie rozszerzenie łuku aorty, brak zmian w płucach; zgrubienie 4-go wyrostka ciernistego grzbietowego. Wassermann ujemny.

Po 40 zastrzyknięciach sublimatu i po KaJ ogromna poprawa: chory może stać, chodzić i wykonywać dowolnie wszystkie ruchy, prawą jednak kończyną dolną stale słabiej; odruchy mniej silne, niż z początku, lecz jednak ciągle bardzo wzmożone (*clonus patellae dextrae*); mocz i stolec oddaje dobrze.

3) O. B., malarz, lat 21. W ciągu 3 lat ostatnich po raz trzeci leży na oddziale z powodu bezwładu kończyn dolnych, zniesienia w nich i na brzuchu (do pępka) — czucia na wszystkie bodźce, bezwiednego oddawania moczu i stolca. Podczas pierwszego pobytu w szpitalu prócz kończyn dolnych zajęta była, choć w mniejszym stopniu, i kończyna górna prawa. Sam podobno przymiotu nie przechodził; rodzice zdrowi; Wassermann ujemny; na goleni kilka blizn ciemno zabarwionych. Za każdym razem po kuracji rtęciowo-jodowej polepszenie ogromne. I obecnie chory po przebyciu kuracji jodkiem potasu prawie zdrow: stoi, chodzi, i wogóle porusza kończynami dolnymi we wszystkich stawach; mocz i stolec oddaje dobrze; *erectio* bywa. Pozostało tylko, jak i u poprzednich chorych, wzmożenie odruchów ścięgniastych, choć w mniejszym, niż u nich, stopniu.

Z trzech chorych wymienionych żaden podobno nie przechodził syfilisu; u pierwszego jednak w początkach odczyn Wassermanna był dodatni, u drugiego znaleziono charakterystyczne dla przymiotu zmiany w kościach, u trzecie-

go wreszcie nie znaleziono nic, coby przemawiać mogło za przebytym syfilisem. U wszystkich trzech w okresie wystąpienia objawów cierpienia opon i rdzenia, Wassermann był ujemny, u wszystkich trzech mimo to leczenie swoiste dało mniej lub więcej znaczne polepszenie. W klinice więc nie można terapii opierać na wyniku ujemnym Wassermanna, bo i całość obrazu chorobowego może do pewnego stopnia wskazywać na naturę cierpienia.

#### DYSKUSYA.

Starkiewicz. Co do leczenia rwy kulszowej mogę zaznaczyć, że wyniki pomyślne otrzymywałem dzięki zastrzykiwaniom epiduralnym kokainy.

Skłodowski. O skuteczności metody wspomnianej przez Starkiewicza mogłem się osobiście i ja przekonać.

Higier. Istnieją trzy rozmaite postacie cierpienia zw. *ischias scoliotica* a mianowicie: homologiczna (skrzywienie po stronie bólu), skrzyżowana i naprzemienna; od czasu gdy ogłosił pracę w tej kwestyi, nauka nic nowego nie dorzuciła do ich patogenezy. W trzecim przypadku Gajkiewicza mamy do czynienia, być może, ze swoistą postacią stwardnienia wieloogniskowego.

Mutermilch. Ujemny odczyn Wassermanna oczywiście nie wyłącza możliwości istnienia swoistej sprawy na tle przymiotowem. W każdym bądź razie pożądane byłoby w przypadkach prelegenta dokonanie badania płynów mózgowo-rdzeniowych zarówno na odczyn Wassermanna, jak i w kierunku cytologicznym i chemicznym. Co się tyczy odczynu Wassermanna, to z licznych badań wiadomo, że w znakomitej większości przypadków płyny mózgowo-rdzeniowe dają odczyn Wassermanna dodatni wówczas, gdy i odpowiednie surowice są dodatnie. Jednakże zdarzają się przypadki, o czym kilkakrotnie mogłem się przekonać, że płyn mózgowo-rdzeniowy, zwłaszcza w większej ilości (0,5; 1 ccm.) do odczynu Wassermanna używany, może dać zupełne odchylenie dopełniacza wówczas, gdy surowica krwi daje bardzo nieznaczne odchylenie, lub też zachowuje się zgoła ujemnie. Fakt ten z punktu widzenia teoretycznego tłumaczy się prawdopodobnie tem, że w płynie mózgowo-rdzeniowym brak antagonistycznego wpływu albumin względem globulin, składników, które dają w obecności antygeny odchylenie dopełniacza w przypadkach syfilisu. W każdym bądź razie nawet przy odczynie ujemnym Wassermanna po-

winniśmy stwierdzić w przypadkach prelegenta plejocytozę i obecność globulin (próba Nonne-Apelta), jeżeli istotnie mamy do czynienia ze sprawą zapalną opon mózgowo-rdzeniowych.

**III. B. Grzankowski.** „Przypadek posocznicy połogowej (bacteriaemia) paciorkowcowej, zakończony wyzdrowieniem przy stosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej wieloważkiej wyrobu Tow. Nauk. Warsz. w ilości 430 ccm. w sumie“.

Przypadek omawiany należy do ciężkich zakażeń połogowych. W ciągu 7 tygodni ciepłota sięgała powyżej 40° — 41°; silnych dreszczy było około 60, połączonych zwykle z obfitymi potami. Badanie krwi robione przez Mutermilcha co 10 — 14 dni wykryło cztery razy obecność paciorkowców długich, silnie hemolizujących, oraz cztery razy, przeważnie w końcowym okresie choroby—brak ich; liczba leukocytów wzrastała stopniowo z 4600 do 12200. Żadnych ognisk zapalnych w narządach rodnych nie było. Stwierdziliśmy natomiast po przybyciu chorej na oddział zapalenie płuc i opłucnej lewostronne, które znikło dopiero po siedmiu tygodniach ze spadkiem ciepłoty. Zapalenie stawów lewostronnych barkowego i kolanowego rozwinęło się w środkowym okresie choroby, a ślady ich pozostały w okresie wyzdrowienia. Ten przypadek nie należał do najcięższych, bo tętno nie przekraczało 130, nie było długotrwałej bezsenności, omamów, a także odleżyn pomimo długiej choroby. Na podstawie prac Heynemann'a i Barth'a z kliniki Voit'a, oraz własnych spostrzeżeń nad surowicą Palmirskiego, dochodzę do wniosku, że dotychczasowa surowica przeciwpaciorkowcowa bywa dość rzadko lekiem swoistym przeciw posocznicy paciorkowcowej.

Przypominam sobie przypadek posocznicy po poronieniu, w którym badanie krwi przez Mutermilcha nie wykryło drobnoustrojów, a sekcya w kilka dni potem wykazała: *Endometritis, salpingitis ichorosa, peritonitis purulenta, pneumonia*. Następnie przypadek ropnicy również po poronieniu, gdzie badanie krwi, w tej samej pracowni wykonane, dało również wynik ujemny, a mimo to na sekcji znaleziono rozsiane ropnie macicy, ropne zapalenie jajowodu, rozsiane ogniska ropne w płucu lewym, ropne zapalenie opłucnej lewej. Przypadki te dowodzą, że wynik ujemny badania bakteriologicznego nie jest równoznaczny z dobrem rokowaniem. W zatruciu krwi toksynami (*toxinaemia*) i miejscowych ogniskach, jak również przy ropnicy i ogniskach prze-

rzutowych, niema stale pasorzytów we krwi; w bakteryemii krew staje się podłożem, na którym one żyją i mnożą się, a niezależnie od tego, tak jedne jak drugie postacie chorobowe dają ogromną śmiertelność.

## D Y S K U S Y A.

M u t e r m i l c h. Z trzech podanych przez prelegenta przypadków tylko w jednym badanie bakteriologiczne krwi stwierdzało wielokrotnie obecność paciorkowców hemolitycznych. To też tylko w jednym przypadku możemy o istotnem zakażeniu krwi, to jest stanie, w którym bakterye chorobotwórcze znajdują we krwi żywego ustroju odpowiednie dla rozwoju swego podłoże i tu ulegają rozmnażaniu. W takich też jedynie przypadkach spodziewać się można dobroczynnego wpływu od stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej. Oczywiście nie może tu być mowy o działaniu równem surowicom swoście przeciww jadowym, jak np. surowicy przeciwbłoniczej. Działanie lecznicze surowicy przeciwpaciorkowcowej tłumaczyć należy prawdopodobnie przede wszystkim swoistym jej wpływem bakteryobójczym, a w części być może także wpływem jej, jako białka obcego, pobudzającym narządy krwiotwórcze, jak szpik kostny i in., to jest te narządy, którym przypada rola wytwarzania swoistych niweczników. Tak lub inaczej, o wartości praktycznej surowic leczniczych rozstrzygać może ostatecznie tylko empirya. W sprawie skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej, jak to usłyszeliśmy z ust prelegenta, zdania autorów są podzielone. To jedno tylko powiedzieć możemy napewno, że surowica przeciwpaciorkowcowa może działać swoście przeciwko zakażeniu paciorkowcami, jak tego dowodzą liczne doświadczenia na zwierzętach. Pod względem praktycznym, to jest w zastosowaniu do terapii ludzkiej, trudność polega przede wszystkim na tem, że istnieją, jak wiadomo, rozmaite szczepy paciorkowców, wykazujące odrębne, indywidualne cechy, tak że surowica, używana np. przez wstrzykiwanie zwierzęciu jednego szczepu, wykazywać będzie działanie swoiste względem tegoż szczepu, obojętną zaś będzie względem szczepu innego. Innemi słowy, surowica przeciwpaciorkowcowa tylko wówczas działa swoście, gdy jest, jak się, wyrażamy, homologiczna. Z tego też powodu w zakładach serologicznych, zajmujących się wyrobem surowic przeciwpaciorkowcowych, używa się do uodporniania koni możliwie wielu szczepów (surowice wielowartościowe). Oczywiście w danym przypadku chorobo-

wym nie mamy nigdy pewności, czy surowica kupna jest również „nastawiona“ na wyhodowane z przypadku tego paciorkowce. W przypadkach zakażeń bardzo przewlekłych możnaby, za radą niektórych autorów, próbować kosztownej metody leczenia surowicą zwierzęcą (końską) przeciwpaciorkowcową, otrzymaną *ad hoc* przez wstrzykiwanie zwierzęciu paciorkowców, wyhodowanych z danego przypadku od chorego.

Bądź jak bądź, wobec nieszkodliwości wstrzykiwania człowiekowi surowic zwierzęcych, oraz niewątpliwej swoistości surowic przeciwpaciorkowcowych, jestem zwolennikiem stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej w odpowiednich zakażeniach krwi. Obawy co do wywołania objawów wstrząsu anafilaktycznego uważam za przesadne. Co najwyżej, należałoby zachować pewną ostrożność podczas pierwszego zastrzyknięcia surowicy, zwłaszcza wówczas, gdy mamy pewność, że chory już dawniej był leczony surowicą (np. przeciwbłoniczą). W podobnych przypadkach możemy zresztą stosować metodę t. zw. antyanafilaksyi, podaną przez Besredkę i in., polegającą na tem, że wstrzykujemy naprzód małą dawkę surowicy i dopiero po kilku godzinach całą jej ilość. Surowicę przeciwpaciorkowcową wstrzykujemy zresztą podskórnie, co czyni obawy względem anafilaksyi bardzo nikłemi wobec faktu, że nawet w doświadczeniu laboratoryjnym na świnkach morskich anafilaksję udaje się wywołać jedynie wówczas, gdy surowicę (powtórnie) wstrzykujemy wprost do obiegu krwi. Co się tyczy ilości stosowanych surowic przeciwpaciorkowcowych, to jestem wogóle zwolennikiem dużych dawek często powtarzanych, aczkolwiek należy pilną zwracać uwagę na wpływ surowicy na stan ogólny chorego, wobec możliwości przejściowych pogorszeń; te ostatnie tłumaczyć by można wyzwaniem pod wpływem surowicy endotoksyn, które, jak sądzą niektórzy autorowie, są jednoznaczne z t. zw. agresynami, to jest ciałami, zgubnie działającemi na energię żerną białych ciałek krwi. Co się tyczy przytoczonych przez prelegenta badań Heynemann'a i Barth'a, dotyczących braku wydajniejszych ilości w surowicach przeciwpaciorkowcowych opsonin, bakteryotropin i antyagresyn, to fakt ten jest interesujący z punktu widzenia praktycznego, nie przesadza jednakże zgoda o działaniu leczniczem tych surowic w ustroju ludzkim.

R z ę t k o w s k i. O celowości zastrzykiwań w omawianych przypadkach trudno jest coś stanowczego orzec z dwóch powodów: po pierwsze w poszczególnych przy-

padkach mogą być czynne rozmaite drobnoustroje nie tylko ze względu na swą jakość, ale i jadowitość, a powtórę mamy tu zwykle do czynienia z bardzo rozmaitemi postaciami chorobowymi, których nie można ze sobą porównywać; np. błonica stanowi jednostkę nozologiczną ściśle określoną w znakomitej większości przypadków, podczas gdy w zakażeniach septycznych nie ma zupełnie takiej jednolitości typu, a przy wnioskowaniu o skuteczności metody leczniczej należałoby porównywać tylko przypadki zupełnie analogiczne; mimo wielokrotnych prób stosowania surowic przeciwpaciorkowcowych nigdy prawie nie widziałem pomyślnego ich działania, nie jestem jednak przeciwnikiem tej metody; w każdym razie należałoby się zawsze starać o surowicę indywidualną; wskazanemi by były próby stosowania surowicy krwi od odpowiednich ozdrowieńców.

Grzankowski. Co jest właściwsze, stosowanie surowicy, czy metalów koloidalnych?

Mutermilch. W przypadkach ciężkich zakażeń paciorkowcowych, gdy surowica zawodzi, należy próbować stosowania metali koloidalnych; aczkolwiek działanie tych ostatnich jest niewytlómaczone (wpływ na narządy krwiotwórcze? zmiany fizykalne cieczy ustrojowych?), to jednakże empirya poucza o niewątpliwie skutecznem ich działaniu w niektórych przypadkach chorób zakaźnych.

**III. B. Grzankowski. „Kilka przypadków ropni okołomaciczych, otwierających się do pochwy, kiszki stolcowej i pęcherza”. (Pokaz chorych).**

W ostatnim roku zjawia się więcej, niż zwykle, ropni okołomaciczych; trzy przypadki tych ropni, otwierających się do pochwy, stolca i pęcherza przedstawiam Panom. Zaznaczam, że przetoki ropne pochwowe i stolcowe goją się dość prędko; w sprawach położowych następuje wyleczenie trwałe, a w sprawach rzeżączkowych nieraz tylko czasowe, zdarzają się bowiem nawroty. Przetoki ropne pęcherzowe goją się bardzo trudno; ropnie tą drogą opróżniają się nader powoli; chore nieraz umierają z zakażenia. Leczenie operacyjne tych chorych napotyka liczne trudności, sprawa ta więc powinna podlegać ponownemu rozpatrzeniu przez chirurgów i ginekologów.

POSIEDZENIE VIII.

Dnia 12 listopada 1916 roku.

Przewodniczący Jakowski.

I. A. Chełmoński. „Esica wielka (megasigmoideum)“.

W 1886 r. opisał Hirschsprung p. t. „*Megacolon congenitum*“ dziecięcą chorobę, jako osobną jednostkę nozologiczną. Chorobę tę cechuje bardzo uporczywe, wkrótce po urodzeniu występujące zaparcie stolca i powiększenie brzucha. Dziecko coraz więcej wędnie i zwykle po kilku mie-

Rys. 16.



siącach lub latach umiera. Przyczyną takiego obrazu chorobowego jest b. znaczne rozszerzenie okrężnicy, a niekiedy także esicy, prostnicy i kiszki ślepej. Zmiany te powstają, według mniemania H., samoistnie już w życiu płodowym. Jeżeli powiększenie okrężnicy ma inną genezę, jak np. przeszkodę mechaniczną w wydalaniu kału pod postacią zwężeń, zbroceń w położeniu, skurczów spastycznych i t. p. i rozwi-

ja się w późniejszym wieku, to takich stanów chorobowych nie nazywa już H. „*megacolon congenitum*“, lecz „*pseudo-megacolon*“.

Inni wszakże takiego podziału nie uznają. Jako pewną odmianę syndromu H. opisali trzej francuzi (Bondsande, Gilarde, Rouneux) p. t. „*Megacolon proctosigmoidem*“ obraz chorobowy, zbliżony do typowej choroby H., spostrzegany u dwóch młodzieńców, a mianowicie: bardzo uporczywe po kilkanaście dni trwające zaparcie stolca, bóle brzucha, niekiedy wymioty, bębniaca, ruchy wsteczne jelit. W obu przypadkach rentgenogram wykazał bardzo znaczne rozszerzenie jedynie tylko esicy i górnej części prostnicy. Przypadek, który chcę panom pokazać, uważać należy za wyżej opisaną odmianę choroby H. I tu widzimy olbrzymie wydłużenie i rozszerzenie jedynie esicy, dochodzącej do podżebrza prawego i części prostnicy (rys. 16); i tu dolegliwości sprowadzają się do bólów brzucha, wymiotów (raz jeden) i tu występują ruchy wsteczne jelit. Osobliwość przypadku stanowi brak zaparcia: chora codzień wychodzi na stolec. Jak znacznie jest rozszerzona esica w danym przypadku, świadczy prócz rentgenogramu fakt, że można przez kışkę stolcową wprowadzić naraz przeszło garniec wody. Choroba u naszej 32 letniej chorej trwa koło 3 — 4 lat, pogorszyła się po „ucieczce przed strzałami“. Stan chorej podczas 3 tygodniowego pobytu w szpitalu nie polepszył się, i dla tego będzie ona operowana \*)

#### D Y S K U S Y A.

Le wen stern. Jako przyczynek do spostrzeżenia Chełmońskiego przytoczę przypadek następujący: mężczyzna 50 letni, który miewał jedynie przemijające zaparcia, nagle zapadł na ciężkie boleści i wymioty; po 4-ch dniach przywieziono go do szpitala z objawami ciężkiej zapaści, spowodowanej całkowitą niedrożnością z przypuszczalną zgo-

\*) W uzupełnieniu dodaję, że chora operowana była przez Sawickiego w lutym 1917 r. Podczas operacji zamiast oczekiwanego powiększenia esicy znaleziono liczne zwężenia kışzek w zależności od gojących się wrzodów gruźliczych. Po tygodniu chora zmarła i na sekcji znaleziono: esica prawidłowa, lecz ściany jej blade, zwiotczałe; krezka jej była może nieco dłuższa, niż normalnie. Wynik badania pośmiertnego dowodzi, że mieliśmy tu do czynienia z rzekomem *megasigmoidem*, zależnem od wyjątkowej wiotkości ścian esicy, na co wskazuje zresztą fakt, iż za życia chorej można było wprowadzić do kışzek przeszło garniec wody.

rzelą kiszek; bez operowania — wynik śmiertelny! Oględziny pośmiertne (Lipski) dały obraz następujący: po otwarciu jamy brzusznej rzuca się w oczy wielka pętla кишки grubej, ułożona jak typowa esica skręcona, leżąca swym wierzchołkiem w górnej lewej połowie jamy brzusznej. Skrętu właściwego kieszka ta przy podstawie nie miała, i przyczyną niedrożności być nie mogła, co potwierdziły dalsze oględziny: mianowicie, po odchyleniu zwojów kieszki cienkiej okazało się, iż istotna esica mocno skręcona i wydłużona leży schowana pod podstawą krezki kieszki cienkich w prawej połowie jamy brzusznej, dochodząc wierzchołkiem do okolicy pęcherzyka żółciowego; przy podstawie skręconej esicy ściana ostatniej (część doprowadzająca) jest przyrośnięta na przestrzeni około 5 ctm. drogą bardzo mocnego starego zrostu ze ścianą jelita biodrowego w odległości 10 ctm. od jej wpustu do kątnicy. Przypadek zasługuje na uwagę pozatem z tego względu, iż w razie operacji chirurg niewątpliwie przyjął by rzucającą się w oczy pętlę poprzecznicy za skręconą esicę, a zabieg dokonany na niej (wyłonienie lub t. p.) nie usunął by istotnej przyczyny cierpienia z racyi przesunięcia i ukrycia esicy pod kieszką cienką.

S z t e y n e r. O ile *megacolon* jest chorobą rzadką (ani razu go nie spostrzegalem), o tyle częste są częściowe powiększenia okrężnicy; występują one w postaci niedrożności: wielki brzuch, brak stolca i wiatrów; wymiotów zwykle niema, albo są bardzo nieznaczne; nie zawsze jednak na podstawie tych objawów udaje się postawić właściwe rozpoznanie, albowiem podobny obraz kliniczny daje rak kieszki zwłaszcza, gdy guz leży na granicy między esicą i prostnicą; podczas wczesnie wykonywanej operacji widzimy zwykle zmiany zapalne świeże, ale często obok nich i stare po uprzednio przebytych sprawach zapalnych; przypominam sobie chorego, który był trzykrotnie operowany.

S t a b h o l c. Należy unikać mieszania pojęć: *megacolon* Hirschsprunga jest sprawą wrodzoną, *megasigmoidum* — nabytą; przyczyną niedrożności w omawianych sprawach są zmiany sklerotyczne.

A n d e r s. Niewłaściwym jest zestawienie *megacolon* Hirschsprunga z *megasigmoidum*; — typowy przypadek Hirschsprunga widziałem raz jeden na sekcji: zmiany dotyczyły tylko okrężnicy, w samej esicy zmian nie było.

L i p s k i. W skręcie esicy odgrywa rolę usposobienie anatomiczne tego narządu, przejawiające się w wąskiej u podstawy i wysokiej jego krezce. W tym razach zawsze pra-

wie mamy mniej lub więcej rozległe zmiany bliznowate w samej krezce. Niekiedy są one tak znaczne, że wskutek skurczenia się krezki ramiona esicy są zupełnie do siebie zbliżone, jakby zrośnięte. Są to zmiany przewlekłe, rozwijające się na tle okresowych wahań w ukrwieniu krezki, wywoływanych zagięciami, niezupełnymi skrętami i t. p. esicy. Zmiany te jednak nie są identyczne z tak zw. *perisigmoiditis*.

## II. Dyskusya nad odczytem Grzankowskiego. P. w. (str. 94).

**Stabholz.** Postępowanie przy sprawach zapalnych w przymaciczach, powikłanych przetokami do prostnicy i pęcherza moczowego, nastrocza dużo trudności, gdyż prócz ciężkiego zakażenia przymacicz mamy do czynienia w tych przypadkach z niemniej ciężkiem zakażeniem prostnicy i pęcherza, szczególnie z ropnem zapaleniem tego ostatniego, które zwykle szybko prowadzi do wstępującego zakażenia nerek i niepomyślnego zejścia. Jeżeli zakażenie przymacicz jest natury gruźliczej, zwykle zabiegi nasze nie prowadzą do celu. W przypadkach pochodzenia popołogowego lub w przypadkach, mających związek z przebytem zapaleniem wyrostka, można starać się o usunięcie ropnych ognisk w przymaciczach, lecz zwykle tego rodzaju próby nie udają się, gdyż operowanie jest niezmiernie utrudnione z powodu wzrostów z jelitami i może prowadzić do ciężkiego uszkodzenia tych ostatnich. W przypadkach pochodzenia rzeżączkowego, które zazwyczaj stanowią olbrzymią większość ropnych zapaleń przymacicz, próby usunięcia ropnego ogniska w przypadkach owej, że tak powiemy, ciepłarki zakażenia, również nie udaje się dla wyżej wspomnianych powodów. Należy postępowanie zwrócić na inną drogę. Mianowicie, spostrzeżenia ostatnich lat wykazały, że przy dłuższem stosowaniu wieloważnej szczepionki przeciwrzeżączkowej wygasają dwoinki w przydatkach, a tem samem ustaje ropienie i późniejsza operacya na prostnicy i pęcherzu nie nastrocza większych trudności.

## III. F. Kijewski i E. Lipski. „Struma malignum z przerzutami do mięśnia sercowego i do opłucnej”. (Pokaz preparatu).

**Kijewski.** D. J., lat 32, robotnik żonaty. Od czterech lat guz w okolicy gruczołu tarczowego; od 3 — 4 miesięcy szybki wzrost guza. 20. X. 1915 r. przybył do szpita-

la. Rozpoznano „*Struma colloides*“. Guz wyluszczone, pozostawiając część gruczołu z prawej strony. Badanie drobnowidowe usuniętego guza wykazało, że mamy do czynienia ze sprawą złośliwą (*sarcoma*). Po trzech tygodniach chory wypisany ze szpitala z zagojoną przez rychłozrost raną. Wkrótce potem na bliźnie powstaje wygórowanie niewielkie, a następnie owrzodzenie. W grudniu 1915 r. nawrót cierpienia, skutkiem czego chory ponownie został przyjęty do szpitala. 7. XII. 1915 r. usunięto guz z śródpiersia przedniego, jak również guz, rozwijający się wzdłuż naczyń wielkich z lewej strony; pozostałą część gruczołu tarczowego wycięto; tamponowanie całej rany; w kilka tygodni śmierć przy objawach charłactwa.

Lipski. Jak widać na preparacie drobnowidowym, guz posiada utkanie mięsaka wielkokomórkowego — *Struma sarcomatosum*—wychodzącego ze śródbłonka naczyń krwionośnych. Guzy tego rodzaju w tarczycy nie są zbyt częste. Spotyka się je przeważnie u osobników pomiędzy 45 — 70 rokiem życia. Charakterystycznym dla nich jest, że początkowo wole rośnie powoli bez żadnych cech złośliwości. Po dojściu do pewnej zresztą nieznacznej wielkości zatrzymuje się we wzroście. Przerwa taka może trwać nieraz bardzo długo, aż wreszcie, raptownie guz zaczyna się powiększać, daje przerzuty do okolicznych gruczołów, do narządów wewnętrznych, kości i t. d. W przypadku tym obok licznych przerzutów do płuc i opłucnej widzimy również dość liczne przerzuty do mięśnia sercowego, a w jednym miejscu wytworzenie się nawet drobnej torbieli w mięśniu sercowym.

#### IV. K. Kaczyński. (Oddział Kijewskiego). „Preparat anatomiczny i mikroskopowy raka łechtaczki“.

Pochodzi on od 69-letniej chorej, której przed dwoma miesiącami wykonano na oddziale doszczętną operację wspomnianego guza. Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że punktem wyjścia dla raka była właśnie łechtaczka, co zdarza się niezmiernie rzadko. Statystyka Jacoby'ego z roku 1905 wykazuje wszystkiego 67 przypadków tego rodzaju, których część jednak zaliczono do wątpliwych, liczeni bowiem autorzy podają za pierwotny rak łechtaczki guzy, pochodzące najczęściej z dużych warg sromowych, lub ze szpary pomiędzy dużymi i małymi wargami. Bosset w 1912 r. wykazuje 147 przypadków wogóle złośliwych pierwotnych nowotworów łechtaczki. Rokowanie przy złośliwych nowotworach zewnętrznych narządów płciowych jest niepomysłne.

Odsetek wyzdrowień, według licznych autorów, wynosi za-  
ledwie 12.

### D Y S K U S Y A.

S z t e y n e r. Pierwotny rak łechtaczki należy do rzad-  
kości; zazwyczaj chorzy przybywają już z dużym guzem,  
o którym wtedy trudno jest powiedzieć, czy wychodzi z łe-  
chtaczki, czy ze skóry; operacja też zwykle wykonywana  
jest zapóźno, gdy gruczoły sąsiadnie są zajęte, stąd roko-  
wanie zazwyczaj jest złe, regeneracja łatwa, a gojenie się  
pooperacyjne idzie słabo.

V. F. Kijewski. A) „Przedstawienie wyciętej esicy  
z powodu skrętu“.

W. W., 67 lat, wyrobnik, przywieziony do szpitala 2.X.  
1916 r. z objawami niedrożności kiszek. Ustalono, że zam-  
knięcie nastąpiło przypuszczalnie w kioskach grubych. Na  
operację natychmiastową chory się nie zgodził. Choroba  
obecna trwa od 4 dni, lecz objawy podobne występowały  
już kilkakrotnie u chorego i same przechodziły. Następnego  
dnia, kiedy wymioty zmęczyły chorego, bóle w brzuchu się  
wzmogły, a tętno stało się częste, nitkowate, pacjent sam  
prosił o operację.

3.X. 1916 r. w uśpieniu chloroformem wykonano lapa-  
rotomię i znaleziono: zawężenie (*volvulus*) okrężnicy eso-  
watej, zgorzel jelita, zapalenie rozlane otrzewnej. Okrężnica  
esowata była skręcona około swej osi, kiszka zabarwiona  
zielonkawo, rozpoczynające się zapalenie otrzewnej. Rese-  
kcję okrężnicy esowatej można było wykonać bardzo łatwo.  
Do jamy brzusznej — sączki, tampony. Pomimo stosowania  
wszelkich środków podniecających stan chorego się nie po-  
prawił i chory przy objawach wzmagającej się zapaści zmarł  
dnia następnego.

Spostrzeżenie to potwierdza zdanie, że w przypadkach  
niedrożności wczesna operacja jest wskazana.

B) „Przypadek pęknięcia pęcherzyka żółciowego“.

Chora K. W., lat 28, mężatka, która przed 3 miesiąca-  
mi urodziła dziecko, od 2 lat miewała dolegliwości żołądka  
tak zwane kurcze żołądkowe i pozostawała pod nadzorem  
lekarskim. W ciągu tego czasu nie było żółtaczki i sprawa  
ze strony wątroby niczem się nie zaznaczała. Nagle 4. IX.  
1916 r. bez żadnej widocznej przyczyny nastąpiły nader sil-  
ne bóle w brzuchu w okolicy pępka, wymioty, bębnica.

Rozpoznano ostre zapalenie wyrostka. Po 4 dniach chora była przywieziona do szpitala w stanie rozpaczliwym, pokryta zimnym potem, bez tętna; wymioty, bębniaca. Po zastosowaniu rozmaitych środków, podnoszących działalność serca (dożylnie adrenalina, podskórnie kamfora etc.), 9. IX. 1916 r. mogliśmy przystąpić do laparotomii. Ze względu na rozpoznanie zapalenia wyrostka, cięcie zrobiłem równoległe do ściegna Pouparta. Wylała się z jamy brzusznej znaczna ilość płynu żółto zabarwiona, z małej miednicy—ropa z żółtą cieczą. Appendektomia. Zmiany w wyrostku robaczkowym nie usprawiedliwiały istnienia ogólnego rozlanego zapalenia otrzewnej i obecności żółci w jamie brzusznej. Przedłużyłem przeto cięcie ku górze i dotarłem do wątroby. Po oczyszczeniu pola okazało się, że woreczek żółciowy pokryty jest złogami włóknika; z okolicy tej wypływa żółć. Wobec ciężkiego stanu chorej ograniczyłem się do oczyszczenia jamy i starannego wytamponowania całej okolicy woreczka żółciowego. Częściowy szew na ściany brzucha. Po upływie 3 dni śmierć przy objawach zwiększającej się zapalenia.

Badanie pośmiertne wykazało, że w woreczku żółciowym znajdowały się liczne drobne kamienie, które spowodowały owrzodzenie błony śluzowej i w następstwie przedziurawienia ściany pęcherzyka żółciowego. Przedziurawienie nastąpiło na przedniej ścianie przy wyjściu przewodu pęcherzykowego i było przyczyną przedostania się zawartości do jamy otrzewnej, wywołując ostre zapalenie otrzewnej.

#### D Y S K U S Y A.

L e w e n s t e r n. Spostrzegalem niedawno przypadek, bardzo podobny do podanego przez Kijewskiego, a mianowicie przed 5 dniami na pawilon I przyniesiono chorego z objawami ciężkiego zapalenia otrzewnej; początek choroby przed niespełną dobą; dawniej poza zaparciami na nic nie chorował; żółtaczkę nie miewał. Bolesność powłok brzusznych przeważnie na miejscu, odpowiadającym wyrostkowi robaczkowemu; tam również stłumienie wyraźne. Cięcie brzuszne nazewnątrz od m. prostego prawego w dolnej części; z jamy brzusznej wycieka dużo płynu podejrzanie żółtego, ropiastosurowiczego. Wyrostek robaczkowy, przytwierdzony zrostami starymi do talerza miednicy, amputowano; na śluzówce jego wybroczyny krwawe, miejscami owrzodzenia powierzchowne; na błonie surowiczej zmian szczególnych, względnie owrzodzenia niema. Przedłużono cięcie ku górze

i dotarto do wątroby, która przytwierdzona jest przez mocne stare zrosty do przedniej ściany brzusznej w okolicy przyczepu mięśnia przepony; z trudem dotarto do pęcherzyka bardzo skurczonego, pokrytego złoziem ropiastym; na powierzchni dolnej przedziurawienie, przepuszczające czubek palca. Jamę brzuszną wyłożono gazą w dole biodrowym i pod wątrobą. Stan zdrowia chorego do tej pory jest bardzo dobry.

#### DYSKUSYA.

Chełmoński. Kijewski niesłusznie robi zarzut internistom, którzy nie rozpoznali kamicy żółciowej w spostrzeżanym przez niego przypadku, gdyż rozpoznanie w tych razach nastrocza nieraz wiele trudności. Jako jeden ze sposobów rozpoznania kamicy żółciowej polecam postępowanie, które stosuję od lat kilkunastu. W pozycji stojącej lub klęczącej chorego uderza się pięścią w okolicę pęcherzyka żółciowego, t. j. podżebrze prawe w linii przymostkowej. W obecności kamieni pęcherzyka — wstrząsanie to sprowadza nagły ból, rozpromieniający się do dolka; ból ten występuje zarówno w okresie ostrym, t. j. w okresie zapalnego podrażnienia pęcherzyka i wtedy jest bardzo silny, jako też w okresie kamicy utajonej, i wtedy nie jest tak dotkliwy. Objaw wstrząsania nie występuje przy obecności kamieni w samej wątrobie, a z drugiej strony chory odczuwa ból przy wstrząsaniu dużej zastoinowej wątroby oraz nerki ruchomej. Bóle te wszakże nigdy nie są tak dotkliwe i nie promieniają do dolka.

V. E. Lipski i E. Lewenstern. (Oddział Ciechomskiego). „Pokaz preparatu torbieli macicy z przydatkami“.

Lewe przydatki macicy operacyjnie usunięto już dawniej. Po stronie prawej tuż od macicy wzdłuż jej ciała odchodzi torbiel. Przypadek ten dość skomplikowany i niezupełnie jeszcze anatomicznie zbadany, najprawdopodobniej jednak punktem wyjścia dla tej torbieli było więzadło szerokie.

VI. S. Mutermilch i O. Grauberżanka. „Uwagi nad teorią, techniką i wartością kliniczną odczynu Wassermann“.

Lat 10 mija od chwili, gdy Wassermann ogłosił serologiczną swą metodę rozpoznawania przymiotu, opartą na známym odczynie odpornościowym Bordet-Gengou. Polega on,

jak wiadomo, na tem, że antygen w połączeniu z odpowiadającym mu niwecznikiem, wywołuje wiązanie, odchylenie komplementu, co stwierdzamy przy pomocy układu hemolitycznego, np. krwinek baranich, odpowiadającego im amboceptora, t. j. surowicy królika uodpornionego przeciw tym krwinkom i komplementu, czyli świeżej surowicy świnki morskiej; odchylenie komplementu ujawnia się przez brak hemolizy, przez jej, jak się wyrażamy, zahamowanie. Jak wiadomo, Wassermann w braku hodowli krętków białych pośliskował się jako antygenem wodnym wyciągiem z wątroby płodów syfilitycznych i sądził, że dodatni wynik odczynu odchylenia komplementu dowodzi istnienia swoistych niweczników w surowicy krwi osobników, dotkniętych przymiotem. Jednakże obecnie nie może już być mowy o tem, abyśmy tu mieli istotnie do czynienia z odczynem odpornościowym swoistym. Również odrzucić należy przypuszczenie, aby obok odczynu nieswoistego zachodziło równoległe zjawisko swoiste odchylenia komplementu: przeciwko temu przemawiają choćby doświadczenia autorów amerykańskich (Kolmera, Williams, Laubagh), którzy dokonywali badań równoległych nad odczynem Wassermanna z jednej strony z antygenem nieswoistym, z drugiej strony—z wyciągiem wodnym z hodowli krętków białych, otrzymanej metodą Noguchiego; stwierdzili oni, że surowice, dające dodatni odczyn z nieswoistym antygenem, tylko w 50% wykazywały wynik dodatni z wyciągiem wodnym hodowli krętków, ale odczyn wypadł bardzo słabo; wyciąg zaś alkoholowy hodowli krętków dawał stale wynik ujemny. Obecnie uważać już należy za pewnik, że surowice przymiotowe mogą dawać odczyn odchylenia nie tylko z wyciągiem z narządów syfilitycznych, lecz również z alkoholowymi wyciągami prawidłowych narządów, jak serca świnki morskiej, serca ludzkiego, a wreszcie i z czystymi ciałami chemicznymi, jak lecytyną, cholesteryną i in., słowem, ze związkami o charakterze ciał t. zw. lipoidalnych. Obecnie niemal powszechnie przyjęty został pogląd, że w odczynie Wassermanna mamy do czynienia ze zjawiskami natury fizyko-chemicznej, zachodzącymi pomiędzy ciałami o własnościach koloidalnych, mianowicie pomiędzy lipoidami, zawartymi w antygenie a globulinami surowicy krwi syfilityka; globuliny te w porównaniu z normalnymi są bardziej labilne, o grubszej dyspersyi. Na skutek tego odczynu koloidalnego zachodzi precypitacja, wywołująca wtórnie absorbcyę, znikanie komplementu. Precypitacyę tę uwidocznic można, jak to pierwszy ogłosił Jakobsthal, pod ultramikroskopem; widzimy ją wyraźnie na demonstro-

wanym preparacie pod ultramikroskopem: prócz mnóstwa drobniuchnych ultramikroskopowych błyszczących na czarnem tle cząsteczek spostrzegamy liczne mniejsze i większe skupienia; preparat ten dotyczył surowicy z silnym odczynem Wassermanna.

Wspomnieć godzi się nadto o przypuszczeniu, wyrażonem przez Embdena i Mucha, jakoby odczyn Wassermanna polegał na wzmożonej zawartości kwasów aminowych w surowicy krwi syfilityków wskutek nieprawidłowej przemiany materii w tkankach.

Technika badania odczynu Wassermanna klasycznego i rozmaitych jego modyfikacji (Bauera, Hechta, Sterna i t. p.) polega na tem, że posiłkujemy się komplementem, bądź niwecznikiem baranin, a przedewszystkiem na tem, że badanie przeprowadzamy z surowicą czynną, podczas gdy do odczynu Wassermanna klasycznego surowicę unieczynniamy przez półgodzinne ogrzewanie przy 56°. Co się tyczy komentowania wyniku Wassermanna, to jedynie wyraźne odchylenie komplementu w klasycznym odczynie (+ + + lub + + + +) uważać należy za bezsporny wynik dodatni. Co się zaś tyczy modyfikacji czulszych, np. stosowanej przez nas metody Bauer-Hechta, to wynik dodatni jej przy ujemnym klasycznym Wassermannie należy uważać za wynik słabo dodatni, czyli wątpliwy lub podejrzany. Jedynie w przypadkach, gdy śledzimy za wynikami leczenia niewątpliwego syfilityka, dodatni odczyn Bauera-Hechta może dawać pewne wskazówki co do trwania choroby, wzgl. w kierunku terapeutycznym.

U dzieci w pierwszym roku życia odczynu Bauer-Hechta najczęściej przeprowadzić nie możemy, gdyż surowica krwi nie zawiera amboceptorów baranich. Z płynem mózgowo-rdzeniowym, nie zawierającym komplementu, przeprowadzamy oczywiście tylko odczyn klasyczny. Przypadki niezgodnych wyników odczynu Wassermanna u jednego i tego samego osobnika w kilku pracowniach tłumaczyć należy bądź zmiennością nasilenia zmian swoistych w surowicy krwi, jak to zresztą bywa i z innymi odczynami serologicznymi np. aglutynacją, bądź też pewnemi różnicami czysto technicznymi, jak mniejszą lub większą czułością antygeny, siłą komplementu świnki morskiej i t. d.; zresztą zdarza się to jedynie wówczas, gdy surowica krwi danego osobnika wykazuje słaby odczyn Wassermanna. W ten sposób również można tłumaczyć zjawisko surowicy t. zw. paradoksalnej, t. j. takiej, która w rozmaite dni badana, daje raz odczyn ujemny, innym razem słabo dodatni.

Fakt, że odczyn Wassermanna nie jest swoistym w znaczeniu odpornościowym, czyni zrozumiałem, że dodatni wynik otrzymujemy nie tylko w syfilisie, lecz i w innych sprawach chorobowych, jak np. w trądzie i framboezyi podzwrotnikowej; wynik dodatni otrzymywali również niektórzy autorowie w okresach gorączkowych zimnicy, w przebiegu szkarlatyny, w durze powrotnym, w przypadkach drgawek porodowych i t. d. Co się tyczy guzów złośliwych, to podczas gdy jedni autorowie zaprzeczają możliwości dodatniego odczynu Wassermanna, inni jak Oppenheim, Forster, Cohn, Nonne twierdzą, że w cierpieniu tem otrzymywali dodatni wynik u niesyfilityków. Oczywiście trudno tu o ścisły krytycyzm, nigdy bowiem nie możemy mieć bezwzględnej pewności, czy dany osobnik z dodatnim odczynem Wassermanna nie przechodził kiedyś przymiotu, lub też, czy nie jest, obciążony przymiotem dziedzicznym. Zarówno za życia jak i po śmierci, z zupełną pewnością tylko wówczas mówić możemy o sprawie przymiotowej, gdy wykrywamy krętki blade, a te oczywiście nie zawsze stwierdzić możemy. Wobec nieswoistości odczynu Wassermanna przyjąć należy, że w przypadkach wyjątkowych, prócz wyżej wspomnianych chorób (trąd, malarya), surowica krwi może naskutek pewnych bliżej nieznanych nam zmian fizyko-chemicznych dać dodatni odczyn Wassermanna. Wiadomo wszak, że i normalne surowice zwierzęce (królicza, barania i t. p.) mogą dawać dodatni odczyn Wassermanna.

Zastrzeżenia powyższe nie zmniejszają zgola doniosłości praktycznej odczynu Wassermanna; zarówno syfilidolog, jak internista i chirurg uznać muszą wartość kliniczną tej metody.

Jeżeli co do surowicy krwi mogą niekiedy zachodzić wątpliwości, czy pomimo wyraźnie dodatniego odczynu Wassermanna mamy do czynienia istotnie ze sprawą przymiotową, to inaczej rzecz się ma, gdy badamy płyny mózgowo-rdzeniowe. W przypadkach, gdy płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje pleocytozę i daje dodatni odczyn Wassermanna, możemy z zupełną pewnością twierdzić, że mamy do czynienia bądź ze sprawą przymiotową, bądź po-przymiotową (wiąd, paraliż postępowy).

Co do częstości występowania odczynu Wassermanna w przebiegu przymiotu, to wogóle powiedzieć możemy, że w pierwszym jego okresie wynik dodatni otrzymujemy w 50%, w drugim i trzecim—prawie w 90%, w okresie utajonym—w 50%; sprawy parasyfilityczne dają wynik dodatni w 90 do 95%. W tych ostatnich cierpieniach (wiąd, paraliż

postępujący) zdarzyć się może, że płyn mózgowo-rdzeniowy daje wyraźny wynik dodatni wówczas, gdy odczyn z surowicą krwi wypada ujemnie, lub słabo dodatnio (wątpliwie). Pewne znaczenie rozpoznawcze ma również to, z jaką ilością płynu mózgowo-rdzeniowego występuje odczyn dodatni. Jeżeli już mała ilość płynu (0,2 ccm.) wywołuje zupełne odchylenie komplementu, to okoliczność ta przemawia za paraliżem postępującym; jeżeli zaś wynik dodatni występuje tylko z większymi ilościami płynu mózgowo-rdzeniowego, mianowicie z 0,5 ccm., a nawet dopiero z 1 ccm., przemawia to za sprawą przymiotową opon lub wiadem.

Co do odczynu Wassermanna surowicy krwi w cierpieniach wewnętrznych, to podkreślić należy częstość jego występowania, zwłaszcza w schorzeniach aorty; cierpienia kości rzadziej dają wynik dodatni.

Co się tyczy przymiotu wrodzonego ssawców, to poglądy autorów na częstość występowania tu odczynu Wassermanna są rozbieżne: podczas gdy jedni otrzymują prawie zawsze wynik dodatni, inni (Thomsen i Boas) twierdzą, że często dodatni wynik występuje dopiero w dalszym przebiegu choroby; inni znowu, jak Lesser, dowodzą, że wynik dodatni niekiedy otrzymuje się tylko z pewnymi wyciągami, np. eterowymi.

Wspomnieć należy o tak zwanym prowokacyjnym odczynie Wassermanna; stosujemy go wtedy, gdy podejrzewamy przymiot, a odczyn Wassermanna daje wynik ujemny; wówczas postępujemy w ten sposób, że na 24 do 48 godzin przed wzięciem krwi do badania wstrzykujemy choremu dożylnie 0,4 salwarsanu lub 0,6 neosalwarsanu. Sposobem strzegaliśmy tego rodzaju przypadek przymiotu krtani (oddział Starkiewicza), w którym dodatni odczyn Wassermanna otrzymano dopiero w przebiegu leczenia.

W przypadkach przymiotu wrodzonego oraz w utajonym okresie przymiotu, t. j. wówczas, gdy często zawodzi odczyn Wassermanna, duże nadzieje pokładać należy w odczynie skórnym, dokonywanym z t. zw. luetyną czy palladyną, to jest wyciągiem z hodowli krętków, lub też z narządów płodów syfilitycznych. Zdaniem większości badaczy, za-chodzi tu ściśle swoisty odpornościowy odczyn.

## D Y S K U S Y A.

C h e ł m o ņ s k i. Sądzę: 1) że pozytywny wynik odczynu Wassermanna poczytywać należy za niezawodny dowód sprawy przymiotowej w ustroju; wyjątki, o których mówił Mutermilch, nie nastroczają trudności rozpoznawczych;

2) że odczyn W. wyjaśnił, iż zarazek przymiotu znajdować się może w ustroju o wiele dłużej, niż przypuszczano dawniej; spostrzeżenia moje wykazują, że jeszcze po 40—50 latach po infekcyi odczyn W. występować może wyraźnie; 3) że zapomocą odczynu W. stwierdzić można przymiot dziedziczny u kilkunastoletnich osobników w takich razach, gdzie oprócz chery żadnych innych objawów przymiotu niema.

Śmiechow ski. Opierając się na materyale dziecięcym, twierdzą, że dodatni wynik Wassermanna nie zawsze dowodzi istnienia przymiotu.

**VII. K. Szokalski i J. Goldberżanka. „Wyniki badań bakteriologicznych z ostatniej epidemii dysenterji w szpitalu Dzieciątka Jezus“.**

Wyodrębniony przez Shiga w 1898 r. w Japonii podczas epidemii czerwonki z kału lasecznik nie utracił dotychczas dominującego znaczenia etyologicznego w powstawaniu większości masowych zasląbnień na dysenterję. Główne jego cechy, opisane przez Kruse i Shiga, a więc nieruchomość, nierozkładanie cukrów mlecznego, gronowego i manitu, niebarwienie się podług Grama, oraz wytwarzanie silnego jadu utrzymały się dotychczas z nieznacznemi zastrzeżeniami. Przekonano się, że prątki Shiga-Kruse, wyhodowane w ustroju, po pewnym czasie mogą tracić niektóre z właściwych im cech, jak np. zachowanie się wobec cukrów i surowic aglutynujących.

Bakterye pseudodysenteryjne są zwykle nieruchome, nie tworzą zarodników, odbarwiają się Gramem. Główne własności tej grupy bakterji dysenteryjnych polegają na obfitym rozroście na wszystkich zwykłych pożywkach, tworzeniu się niebieskich kolonii na agarze z cukrem mlecznym (Conradi, Drigalski), bezbarwnych kolonii na Endo-agarze; bakterye te nie wytwarzają gazu na agarze z glukozą, lecz kwasy, nie rozpuszczają żelatyny, tworzą kwas na podłożach z dodatkiem mannitu; chociaż przeważnie nie zmieniają mleka, lecz zarówno przez Kruse'go, jak i przez Flexnera były opisane bakterye rzekomo dysenteryjne, ścinające mleko. W zasadzie bakterye te tworzą indol, jednak Lentz i Kruse opisali szczepy, nie wytwarzające indolu.

Przy różniczkowaniu pseudodysenteryi zwykle odróżnia się 3 typy: Flexner, Strong i typ Y. Typy te dają się wyodrębnić na podstawie niejednakowych własności fermentacyjnych wobec maltozy i sacharozy. Wszystkie trzy zaczerwieniają mannit-agar, typ Y zaczerwienia jeszcze maltozę, typ Strong

— sacharozę. Kruse uważa system podziału, na fermentacyi oparty, za niedający się zużytkować ze względu na niestałość cech i na podstawie ilości głównych i współrzędnych aglutynogenów, zawartych w bakterjach, uważa za konieczne wyodrębnienie co najmniej 8 typów bakteryi pseudodysenteryjnych.

Shiga i Amabo wyodrębnili 15 różnorodnych, zupełnie odrębnych szczepów bakteryjnych, stanowiących podług nich, zróżniczkowanie bakteryi Shiga-Kruse.

Ogółem w pracowni bakteryologicznej szpit. Dziec. Jezus było badanych 240 stolców; z 70 stolców udało się otrzymać hodowle dysenteryjne, kilkanaście razy—pseudodysenteryjne. Na podstawie prób aglutynacyjnych u większości ozdrowieńców przychodzę do wniosku, że w naszej epidemii typ Shiga-Kruse był dominujący. Na zakończenie zaznaczę konieczność badania w pierwszych dniach choroby świeżo oddanego kału, z danych bowiem Meyer'a okazuje się, że o ile kał badany w pierwszych dniach w 90% dawał wyniki dodatnie, w czwartym tygodniu choroby autorowi temu nie udawało się wykryć ani w jednym przypadku zarazków swoistych. O ile przypadki, wywołane przez zarazki pseudodysenteryjne, przebiegały w naszej epidemii łagodnie, o tyle dysenterye, wywołane przez bakterye Shiga-Kruse, były ciężkie.

---

## POSIEDZENIE IX.

*Dnia 10 Grudnia 1916 roku.*

Przewodniczący Kijewski.

**I. E. Tryjarski.** (Ambulatoryum). A) „Wynik leczenia operacyjnego w przypadku niedrożności przewodu nosowego“.

Przedstawiam Panom 15 letniego ucznia Ch., który przyszedł do ambulatoryum ze skargami na złe oddychanie nosem, a czasem zupełną niedrożność, stały katar nosa i osłabienie chwilami słuchu. Już powierzchowne badanie nosa wykazywało niedrożność prawej jego połowy, spowodowaną przez prawie poprzeczne ustawienie przegrody esowato wygiętej; z drugiej strony przegroda była odpowiednio wgięta, a muszla zwłaszcza dolna mocno powiększona. Obraz ten w zupełności usprawiedliwiał skargi chorego. Ze względu na to, że wadliwe oddychanie przez nos wogóle źle odbija się na organach oddechowych, a w szczególności na

organach słuchu, jak w danym przypadku, uważałem za właściwe usunięcie skrzywionej przegrody na drodze operacyjnej. Operację wykonałem sposobem Kriega-Killiana, polegającym na tem, że po nacięciu i odseparowaniu śluzówki ze strony skrzywienia przecina się samą chrząstkę w ten sposób, aby nie uszkodzić śluzówki ze strony przeciwnej; tę ostatnią również odseparowuje się na żądanej przestrzeni, poczem wycina się samą skrzywioną chrząstkę. Po usunięciu tej ostatniej oba płaty śluzówki zlepia się i utrzymuje w żądanej pozycji przez tampony, założone w obu przewodach nosa. Z czasem na miejscu wyciętej chrząstki wytwarza się zbita, twarda tkanka łączna. Operacja ta należy do zabiegów trudnych pod względem technicznym, strzedz się bowiem należy takich powikłań, jak zapadnięcie się nosa i zrobienie otworu w przegrodzie i t. d. Wynik zabiegu operacyjnego w danym przypadku można nazwać doskonałym zarówno pod względem estetycznym, jako też i leczniczym; wyciętą chrząstkę pozwałam sobie pokazać.

**B) „Przypadek angina Vincenti oraz pokaz preparatu ze zdjętego nalotu“.**

Chory M., urzędnik lat 32, przed 10 dniami (30 listopada) zaczął uskarżać się na lekki ból gardła przy niewielkich ogólnych objawach, jak łamanie w kościach, brak apetytu etc. i nieznacznem podniesieniu ciepłoty, jak twierdził, chociaż jej nie mierzył. Na 3 — 4 dzień przy względnie dobrem samopoczuciu (pracy nie przerywał) i nieznacznym bólu gardła wystąpił nalot biały na lewym migdale, który powoli rozszerzał się i przybierał kolor szarobiały. W 6-y m dniu choroby widziałem pacjenta poraz pierwszy: na lewym migdale (rys. 17) obrzmiałym nalot szarobiały w niektórych miejscach zielonkawy, pulchny, pokrywał całą wewnętrzną i część przedniej powierzchni migdałka; gruczoł podszczękowy obrzmiały i bolesny. Samopoczucie dobre; ból gardła niewielki. T. 36,6°. W celu ustalenia rozpoznania zdjąłem część nalotu wacikiem sterylizowanym i odesłałem w probówce sterylizowanej do badania. Szerypo znalazł liczne laseczniki wrzecionowate i mniej liczne spirylle, obok innych nietypowych postaci (rys. 18). Powoli z każdym dniem nalot zaczął się zmniejszać przy względnie dobrem samopoczuciu i T<sup>0</sup> wieczornej 36,9, 37,1 i 37,4. W 14-y m dniu choroby nalot zmniejszył się znacznie, pozostały niewielkie plamki białawe na brzegach owrzodzenia.

Rys. 17.



Rys. 18.



## DYSKUSYA.

Mutermilch. Obecność w naloście z owrzodzenia na migdałkach prątków wrzecionowatych i spiryl nie dowodzi jeszcze z zupełną pewnością, że mamy do czynienia z t. zw. *angina Vincenti*; wiadomo bowiem, co obszerniej uzasadniłem na jednym z poprzednich posiedzeń szpitalnych (pos. III str. 40), że t. zw. *symbiose fuso-spirillaire* może być sprawą wtórną, wikłającą inną sprawę chorobową jak błonica, przymiot. W danym przypadku ze względu na owrzodzenie tylko jednego migdałka, brak gorączki, wiek chorego jest konieczne dokonanie odczynu Wassermanna w celu wyłączenia sprawy przymiotowej.

Sztejner. Sprawa z pozoru robi wrażenie przymiotowej.

Chełmoński. Wobec nie wykonania próby Wassermanna mam też wątpliwości co do przymiotu.

Karwowski. Z pozoru sądzićby można, że mamy do czynienia ze zwykłą „*tonsillitis lacunaris*“.

## II. J. Bauer. „Pokaz chorego ze spondylitis rhizomelica“.

Powołując się na mój komunikat z d. 14 maja (p. str. 23) zaznaczam, że osobliwość dzisiaj demonstrowanego przypadku polega na tem, iż kręgosłup jest co prawda zupełnie nieruchomy, ale mocno wyprężony, jak sztaba.

## DYSKUSYA.

Chełmoński. Ponieważ istnieje pewna analogia pomiędzy *spondylosis rhizomelica* a *arthritis deformans*, w którym, według mego mniemania (p. posiedzenie z d. 5/VII str. 46), przymiot odgrywa rolę pierwszorzędną, należałoby w danym przypadku zbadać krew na odczyn Wassermanna.

## III. B. Karpiński. „Dane statystyczne, przebieg kliniczny i leczenie czerwoni na zasadzie spostrzeżeń na oddziale dysenterycznym w szpitalu Dzieciątka Jezus (od d. I. X. 1913 do d. I. X. 1916)“.

Z 600 przypadków z rozpoznaniem czerwoni do opracowania nadawało się 440, gdyż w reszcie przypadków obserwacya na oddziale nie była dostateczną z przyczyn, od nas niezależnych. Na 215 badań bakteryologicznych wypróżnień 52 razy wykryto prątki Shiga - Kruse, 15 — prątki

rzekomo dysenteryczne i 148 razy wynik był ujemny. Badania wypróżeń były dokonywane jednorazowo i nieraz w późniejszym dopiero okresie choroby. Śmiertelność w przypadkach Shiga-Kruse dla wieku dziecięcego—50%, dla starszego—60%, średniego—20%, przeciętna śmiertelność—29%. Podobnaż odsetka śmiertelności dla przypadków z wynikiem ujemnym badania, oraz przypadków niebadanych. Zestawienie danych tych ze statystyką Krusego (śmiertelność przeciętna 10%), Rosenthala (Rosya—12--17%), Vaillarda i Dop-tera (Francya—6%) przekonywa, że śmiertelność w naszych przypadkach była bardzo wysoka, co tłumaczyć należy znacznie zmniejszoną odpornością uboższych warstw naszej stolicy podczas wojny obecnej. W przypadkach pseudodysenteryi, wywołanej przez prątki niejadowite, śmiertelność = 0. Pod względem klinicznym wszystkie przypadki bez względu na wynik badania dają się podzielić na: 1) lekkie, krótkotrwałe, 2) średniociężkie z zejściem pomyślnem i 3) bardzo ciężkie: a) o przebiegu ostrym z zejściem śmiertelnem i b) o przebiegu przewlekłym z zejściem śmiertelnem.

Z powikłań naogół w 10% spostrzegaliśmy obrzęki bez białkomoczu, w 3% zapalenie nerek, w 2% — *myocarditis*, w 0,6% zator tętnic z następczą zgorzelą kończyn dolnych. Zgodność pod względem statystycznym oraz klinicznym pozwala przypuszczać, że mieliśmy do czynienia przeważnie z czerwonką, wywołaną przez prątki Shiga-Kruse. Surowica w przypadkach omówionych stosowana nie była. Leczenie polegało na podawaniu przetworów makowca w ostrym okresie choroby, z widocznym skutkiem adrenaliny przy znacznie później domieszce krwi, oraz preparatów bismutu i tanniny w późniejszym okresie choroby. Z bardzo dobrym skutkiem stosowaliśmy ławatywy z odwaru jagód czarnych przy znacznej domieszce ropy w późniejszym okresie choroby.

#### D Y S K U S Y A.

M u t e r m i l c h. W badanych pod względem bakteriologicznym przypadkach dysenteryi w szpitalu Dzieciątka Jezus podnieść należy znaczny odsetek dodatnich wyników badania na obecność prątków Shiga-Kruse. Bezwątpienia liczba wyników dodatnich byłaby jeszcze większa, gdyby poszukiwania dokonywane były kilkakrotnie u tego samego chorego, a przede wszystkim, gdyby badania bakteriologiczne przeprowadzane były w pierwszych dniach choroby; ważną rzeczą jest również otrzymywanie do badania możliwie świeżych wydzielin, prątki bowiem Shiga-Kruse łatwo

giną w walce o byt z laseczką okrężnicy. Co się wogóle tyczy przypadków z ujemnym wynikiem pod względem bakteriologicznym, to dawniej zaliczano je do t. zw. *colitis ulcerosa* (Boas); obecnie jednakże większość autorów skłania się do zdania, że i te przypadki w znakomitej większości zaliczyć należy do dysenteryi, ujemny zaś wynik badania bakteriologicznego tłumaczyć należy raczej trudnościami technicznymi; niekiedy badanie własności aglutynacyjnej surowicy w rozcieńczeniu conajmniej 1:50 względem prątków Shiga-Kruse, 1:100 względem prątków pseudodysenterycznych ułatwia rozpoznanie.

Jest rzeczą niezmierniej wagi stwierdzenie, czy dana epidemia wywołana jest przez jadowity prątek Shiga-Kruse, czy też przez prątki t. zw. pseudo- lub paradysenteryczne. Ma to doniosłe znaczenie nie tylko z punktu widzenia epidemiologicznego, lecz także ze względu na rokowanie i leczenie. Co się tyczy rokowania, to dysenterya Shiga-Kruse według statystyki rozmaitych autorów w dojrzałym wieku daje śmiertelność niewielką (2 — 3%), u dzieci natomiast śmiertelność dochodzi tu do 20 — 50%. Duża śmiertelność, podana w statystyce prelegenta, tłumaczy się najprawdopodobniej złym stanem odżywiania chorych. Co się tyczy leczenia swoistego, to jestem zwolennikiem seroterapii, należy jednak stosować dawki duże (kilkadziesiąt cent. sz.) i powtarzać je codziennie aż do złagodzenia objawów klinicznych. Niektórzy autorowie radzą stosować surowicę przeciwdysenteryczną dożylnie lub śródmięśniowo. W wieku dziecięcym, o ile przebieg dysenteryi jest cięższy, nie należy zwlekać ze stosowaniem surowicy nawet wówczas, jeżeli w danym przypadku badanie bakteriologiczne na obecność prątków Shiga-Kruse wypada ujemnie, zwłaszcza, jeżeli charakter danej epidemii jest typu Shiga-Kruse. W sprawie terapii środkami farmakologicznymi przypomnę o polecany przez wielu autorów węglu; stosowanie środka tego ma swe uzasadnienie teoretyczne, działa on bowiem silnie adsorbująco na bakterye, tak że polecano go nawet w technice bakteriologicznej jako metodę t. zw. „wzbogacenia“.

Podana przez prelegenta znaczna liczba przypadków dysenteryi, powikłanych rozległymi obrzękami, tłumaczyć należy z jednej strony złem, niedostatecznem, wadliwym odżywianiem danych osobników w okresie przedchorobowym, z drugiej strony ważną rolę odgrywa tu prawdopodobnie, na co ostatnio zwrócił uwagę Rumpel, niedostateczne wchłanianie tłuszczów i zubożenie krwi w lipoidy. Brak ciał tłuszczowych i wogóle t. zw. lipoidalnych powoduje, mojem

zdaniem, wzmożoną przepuszczalność śródbłonek naczyń włosowatych, co obszerniej uzasadniałem w dyskusyi na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego po odczycie Chełchońskiego.

S z o k a l s k i. Śmiertelność podczas epidemii dysenteryi w szpitalu św. Stanisława od 1908 do 1913 r. wahała się od 9,8% do 14,6%; tak duży odsetek śmiertelności w szpitalu Dziec. Jezus należy tłumaczyć osłabieniem odporności wskutek złych warunków życiowych w czasach wojennych. Na oddziale, prowadzonym przezemnie w szpitalu św. Stanisława, spostrzegałem często podczas dysenteryi, poza wymienionemi przez prelegenta powikłaniami, obostrzenie procesu gruźliczego. Co do leczenia, uważam za wskazane bardzo oględne stosowanie preparatów makuwca, gdyż daje on w ciężkich przypadkach tylko chwilową ulgę choremu, w walce zaś z zakażeniem sam nie gra roli dodatniej. Na oddziale mym stosowałem przeważnie środki czyszczące; w samym początku choroby olej rycynowy, później siarczany sodu; ten ostatni był najchętniej przyjmowany przez chorych, zmniejszał ruch robaczkowy kiśzek, napięcie jamy brzusznej i t. d. Materyał mój bardzo nadawał się do wypróbowania działania surowicy; nie widziałem jednak wcale wyników pomyślnych od jej stosowania, jakkolwiek do leczenia wybierałem przypadki z bakteryologicznie stwierdzoną dysenterją Shiga-Kruse. Dla wyprowadzenia ścisłych wniosków o działaniu surowicy należy stosować ją tylko w samym początku choroby i w przypadkach bardzo i średnio ciężkich, gdyż większa połowa chorych bez żadnego leczenia po kilku dniach przychodzi do zdrowia. Dziwię się, czemu inni autorzy otrzymywali dawniej świetne wyniki, stosując małe dawki surowicy; obecnie zaś powszechnie przyjętym zwyczajem jest zastrzykiwanie dużych dawek. Zastrzykiwałem jednorazowo nawet po 100 ccm. surowicy i podobnie, jak przy małych dawkach, nie zauważyłem żadnego widocznego wpływu na przebieg czerwonki. Surowica sama przez się może pomagać jako *haemostaticum*; prawdopodobnie dla tego też niektórzy badacze otrzymywali dobre wyniki, stosując nawet surowicę przeciwbłoniczą.

A n d e r s. Zawsze stosuję w pierwszych dniach choroby kalomel z olejem rącznikowym i wlewania z dodatkiem jodyny. Często widywałem objawy toksyczne podczas poprawiania się stanu ogólnego. Obrzęki spostrzegałem niejednokrotnie u dzieci i w czasach przedwojennych, co tłumaczę sobie tem, iż zalecana przez lekarzy w chorobie ścisła dyeta przestrzegana bywa wśród biedniejszej ludności zbyt długo.

C h e ł m o ń s k i. W ciężkich przypadkach dysenteryi otrzymywałem dodatnie wyniki za pomocą postępowania hydroterapeutycznego; stosuję mianowicie okłady lodowe po  $\frac{1}{2}$  godziny z godzinowymi przerwami, lub nasiadówki ciepłoty  $10^{\circ}$ — $12^{\circ}$  R. po  $\frac{1}{2}$  godziny 3—5 razy dziennie.

**IV. J. Czarnomski.** (Oddział Chełmońskiego). „Niezwyczajne lekkie objawy kliniczne w ciężkiem organicznem cierpieniu kości krzyżowej”. (Pokaz chorej).

Przedstawiam 54-letnią chorą, która przybyła do szpitala 2 miesiące temu ze skargą na ogólne osłabienie, bóle w całym ciele, bóle w nogach i w okolicy kości krzyżowej nieznacznego zresztą natężenia. Bóle te przy zmianie położenia wzmagają się. Chora stać i chodzić może, unika jednakowoż chodzenia z powodu bólu. Choroba rozpoczęła się  $\frac{1}{2}$  roku temu; przedtem już na kilka miesięcy wykrzywiło jej twarz. 3 razy rodziła, poronień nie było. Przy badaniu znajdujemy porażenie obwodowe nerwu twarzowego lewego; objaw Lassegue'a obustronny; ból, występujący w okolicy kości krzyżowej, przy ucisku na głowę i barki; czucie wogóle zachowane; oddawanie moczu prawidłowe, częstsze niż normalnie. Odczyn Wassermanna ujemny. Na rentgenogramie, wykonanym wkrótce po przybyciu chorej do szpitala, jako też po przeprowadzeniu kuracji rtęciowej — widać odwapnienie i zniszczenie tkanki kostnej kości krzyżowej i dolnych kręgów lędźwiowych; krąg 5-ty z lewej strony spłaszczony, co wytwarza skrzywienie boczne kręgosłupa; według opinii Grudzińskiego, podejrzewać tu można sprawę złośliwą, prawdopodobnie nowotwór. Uderzającym w tym przypadku był wynik prześwietlenia kości krzyżowej i kręgosłupa wobec tak nikłych objawów klinicznych, jak widzieliśmy. Znaleziono głębokie zmiany w kości krzyżowej, świadczące o sprawie poważnej, prawdopodobnie nowotworowej. Nadmienić należy, że po leczeniu przeciwpriymiotowem bolesność w okolicy kości krzyżowej przy ucisku na barki i głowę ustąpiła; chora chodzi obecnie lepiej, niż poprzednio.

**D Y S K U S Y A.**

Grudziński. Nowotwory złośliwe kości krzyżowej cechuje silne odwapnienie kości i ogólne zniszczenie jej rysów cieniowych, najczęściej przy braku oddzielnych ognisk (w przeciwieństwie do gruźlicy).

**V. K. Szokalski.** (Oddział Chełmońskiego). „Przypadek zwracań wodnistych“. (Pokaz chorej).

Pokazuje Panom rzadko opisywany przypadek skojarzenia zwracań wodnistych płynnych ze skurczami napadowymi przełyku i kwaśnym katarem żołądka. Natychmiast po przyjęciu pokarmu płynnego, a tembardziej stałego, chora doznaje uczucia rozpierania w piersiach i zwraca przyjęty pokarm ze znaczną domieszką ciągnącego się wodnistego płynu. Że płyn ten nie przechodzi do żołądka, przekonywa nas wynik zgłębnikowania zaraz po przyjęciu przez chorą wody; przez zgłębnik wówczas wydziela się nieco większa od wprowadzonej wody ilość ciągnącego się płynu o odczynie alkalicznym. Płyn ten trawi krochmal, a więc posiada cechy śliny, chociaż nie udało się nam otrzymać dodatniego odczynu na sinorodek potasu. Po upływie pewnego czasu część przyjętego pokarmu chora przełyka, lecz po chwili doznaje w górnej części brzucha uczucia „jak by się coś przekręciło“, wtedy następuje z początku zwracanie wodnistego pniącego się płynu o cechach wyraźnych śliny, a następnie — wodnistego galaretowatego płynu ze znaczną domieszką treści pokarmowej; zwracanie takie powtarza się nieraz kilkakrotnie podczas jedzenia, a ilość wydzielonego płynu co najmniej dwukrotnie przewyższa ilość przyjętego pokarmu. Objawy wspomniane u naszej chorej trwają od dwóch lat; początkowo występowały kilka razy na tydzień, od roku męczą chorą podczas każdego jedzenia. Dawniej żadnych chorób nie przechodziła, oprócz ospy w drugim roku i zapalenia pęcherza moczowego w 11 r. życia. Rodziła 4 razy; pierwsze dziecko urodziło się przedwcześnie nieżywc. Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik ujemny. Mąż chorował na brak władzy w nogach; ostatnie 6 lat życia nie chodził. Badanie dokonane przez nas w lipcu r. b. zaraz po przybyciu chorej do szpitala wykazało co następuje: chora średnio odżywiona, cera blada; w narządach klatki piersiowej nie zauważono nic nieprawidłowego; brzuch nieco wzdęty, zwieszający się; przy obmacywaniu brzucha chora uczuwa ból w podżebrzu prawem; odruchy kolanowe i Achillesa zachowane; odruchy ze spojówek ocznych i gardzieli osłabione.

Przy zgłębnikowaniu chorej natrafia się na dwie przeszkody: jedną przy wejściu sondy do przełyku, nie zawsze dającą się stwierdzić, oraz drugą znacznie wydatniejszą i prawie stale towarzyszącą zgłębnikowaniu — przy wpuście żołądka. Zarówno treść żołądkowa jak i płyny zwracane badano kilkakrotnie. Przy badaniu pierwszym otrzymano nieznaczną zawartość pokarmową słabo-kwaśną z dużą domie-

szką śluzu bez wolnego kwasu solnego. Po próbnym śniadaniu otrzymano zawartość ze znaczną domieszką śluzu; wolnego kw. s. 16, og. kw. 30. Badanie powtórne dokonane przed miesiącem dało nast. wyniki: naczczo otrzymano 20 ccm. treści pokarmowej, og. kw. 30; wolnego kw. s. 11; po próbnym śniadaniu og. kw. 60, wolnego kw. s. 32. Pod drobnowidzem ciała Jaworskiego.

Zwracany płyn wodnisty był badany w pracowni Mu-termilcha na obecność ptyaliny, sinorodka potasu, pepsyny i trypsyny: obecność ptyaliny stwierdzano przy każdym badaniu, pozostałe odczyny dawały wynik ujemny. Chora była prześwietlana kilkakrotnie przez Grudzińskiego, który stwierdził istnienie skurczu przełyku w okolicy wpustu z nieznacznym rozszerzeniem dolnej części przełyku, nieznaczne rozszerzenie żołądka z przesunięciem wybitnem żołądka naprawo, co wskazuje na możliwość wrzodu odźwiernika.

Podobne zwracania wodniste były opisane w r. 1888 przez Chełmońskiego, a w 10 lat później przez Rejchmana. W przypadkach, obserwowanych przez tych autorów, tłem objawów powyższych były zanikowe postacie nieżytu żołądkowego (*gastritis atrophicans*). Uczucie bólu w dołku, nudności i zwracanie wodniste stanowią podług Rejchmana zespół, cechujący zanikowy nieżyt żołądka, „przy żadnej innej chorobie nie spotykany“. Przypadek nasz od powyższych różni się tem, że objawy wyżej wymienione występują u naszej chorej nie na tle stopniowego zaniku wydzielania się soku żołądkowego, a raczej na tle nieznacznej nadkwaśności; następnie płyn, zwracany przez naszą chorą, zawiera stale ptyalinę, której w opisanych przez Chełmońskiego i Rejchmana przypadkach nie wykrywano. Z danych literatury, referowanych przez Robina na posiedzeniu sekcji gastrologicznej Tow. Lek. wynika, że na 105 przypadków zwracań wodnistych zespół wyżej opisany występował w 95% na tle zaniku, lub znacznego upośledzenia czynności wydzielniczej żołądka, natomiast w 5% chemizm żołądkowy był zupełnie prawidłowy. Robin objawy, występujące w tych 5%, nazywa pseudosyndromem i odróżnia dwa jego rodzaje, różniące się od zespołu Rejchmana tem, że w jednym z nich smak zwracań jest kwaśny, w drugim zaś zamiast zwracań chory wydziela znaczną ilość śliny wprost z jamy ustnej.

Pierwszemu pseudosyndromowi ze zwracaniem kwaśnem towarzyszy bądź prawidłowy chemizm, bądź nadkwaśność, drugiemu ze ślinotokiem towarzyszy zazwyczaj wyraźna nadkwaśność. Należy przypuszczać, że ów drugi pseu-

dosyndrom ze ślinotokiem odpowiada objawom, występującym u naszej chorej. Prawie stałe występowanie podobnego ślinotoku było stwierdzone przez wielu autorów w uszkodzeniach przedwpuustowych; istnieje też we wrzodach małej krzywizny, gdzie saliwacja obfita wytwarza się podczas każdego jedzenia wraz z nudnościami i wymiotami; opisywano ślinotok również w uszkodzeniach odźwiernika, rzadziej przy wrzodach dwunastnicy.

We wrzodach wpustu podczas przechodzenia pokarmów przez przełyk zetknięcie z żołądkiem wywołuje natychmiast skurcz wpustu i ślinienie; we wrzodach odźwiernika objaw ten występuje później. Patogeneza i mechanizm tych zwracań wodnistych, jako wzmożenie objawu fizyologicznego, zależy prawie zawsze od podrażnienia nerwu błędnego. Terenem najwięcej ślinotokotwórczym żołądka jest bez wątpienia teren wpustu, gdzie włókna nerwu błędnego są bardzo liczne. Odruch jakby robi sobie stację u wpustu żołądka, gdzie wywołuje skurcz, nim dotrze do ośrodków mózgowych i wywoła odruch w gruczołach ślinowych.

Mechanizm powstawania zwracań wodnistych w naszym przypadku objaśniam sobie w sposób następujący: z powodu prawdopodobnego owrzodzenia odźwiernika, ewentualnie dwunastnicy, na co wskazuje rentgenogram, powstaje zwężenie czynnościowe w okolicy wpustu; na skutek zwężenia powstaje wzmożone wydzielanie śliny; połknięta ślina zatrzymuje się w rozszerzonym przełyku powyżej wpustu, odruchowo wywołuje uczucie „jakby się coś przewróciło w żołądku“ i wówczas następuje zwracanie wodnistego płynu z przełyku.

Co się tyczy leczenia, nadmienię, że początkowo stosowaliśmy brom, jod, atropinę, hydropatyę bez żadnych wyników; dopiero często powtarzane zgłębnikowanie z zatrzymywaniem sondy na kilka minut w przełyku i żołądku wpłynęło na zmniejszenie ilościowe zwracań; chorej, przedtem głodzącej się, przybyło na wadze 9 kilo. Zwracania jednak są jeszcze bardzo dokuczliwe i chora domaga się operacji.

## D Y S K U S Y A.

G r u d z i ń s k i. W przypadku Szokalskiego interesujący jest związek pomiędzy skurczem wpustu a wrzodem żołądka. Badania rentgenologiczne wykazały, że wrzodom żołądka towarzyszą trójakiego rodzaju stałe stany skurczowe: 1) skurcze wpustu, 2) skurcze mediogastryczne, wytwarzające dwudzielność spastyczną żołądka i 3) skurcze odź-

wiernika. Skurcze powyższe niezawsze odpowiadają umiejscowieniu wrzodu; na przykład, we wrzodach dwunastnicy spotykamy nieraz skurcze wpustu lub dwudzielność spastyczną. Skurczowe stany żołądka są o wiele częstsze od zwężeń organicznych.

**VI. Z. Grudziński. „Zwężenie kiszek cienkich w obrazach rentgenograficznych“.**

Przedstawiam cztery rentgenogramy z przypadków zwężenia cienkich kiszek. Przypadki takie, powstałe przeważnie na tle sprawy gruźliczej, zasługują na uwagę, są bowiem rzadsze, niż przypadki zwężeń okrężnicy. Zwężenie jelit cienkich najlepiej badać w 24 godzin po obiedzie kontrastującym. Odróżniamy trzy postacie tych zwężeń: najlżejsza postać nie daje objawów rentgenologicznych; dla zwężeń średniego stopnia charakterystyczne jest zaleganie zawartości kontrastującej w cienkich кишkach w 24 godz. po obiedzie kontrastującym; najsilniejsze stopnie zwężeń cechują prócz zalegania, jeszcze i rozszerzenia części cienkich kiszek, które stają się wtedy podobne do okrężnicy i wypełniane bywają płynną zawartością, a niekiedy i gazami.

**VII. E. Lipski. „Kilka przypadków pojedynczych wrzodów gruźliczych jelita cienkiego z następczem zapaleniem otrzewnej“.** (Pokaz preparatów).

Pokazuję Panom trzy przypadki pojedynczych okrężnych wrzodów gruźliczych jelita cienkiego u osobników z bardzo małemi zmianami w płucach w postaci drobnych ognisk zwapnienia, otoczonych tkanką bliznowatą. We wszystkich tych przypadkach były powiększone, zserowaciałe i rozmiękłe tylko te gruczoły krezki, które odpowiadały odcinkom, zawierającym wrzód. Zmiany w gruczołach stały się następnie punktem wyjścia dla rozlanego zapalenia otrzewnej. Umieszczenie tych wrzodów jest następujące: w 1-yim przypadku w jelicie czczem w odległości 90 cm. od dwunastnicy, w dwu pozostałych przypadkach — w jelicie biodrowem w odległości 2 m. i 1 metra od кишки cienkiej. Powstanie tych pojedynczych wrzodów możnaby sobie tłomaczyć warunkami anatomicznymi, mianowicie, nadmiernym wrodzonym rozwojem narządu chłonnego w danych odcinkach jelita.

## D Y S K U S Y A.

C h e ł m o ń s k i. Spostrzeżenia Lipskiego są bardzo doniosłe, gdyż objaśniać one mogą genezę gruźlicy otrzewnej u mężczyzn, jako też u kobiet w tych przypadkach, w których nie znajdujemy zmian gruźliczych w narządach płciowych, będących, jak wiadomo, najczęstszem źródłem powstawania gruźlicy otrzewnej u kobiet.

VIII. K. Szokałski. (Oddział Chelmońskiego). „Przyczynek do leczenia gruźlicy otrzewnej”. (Z pokazem chorych).

Przedstawiam trzy chore z rozpoznaniem zapalenia gruźliczego otrzewnej, leczone mieszaniną dwujodku rtęci z tuberkuliną; czwarta chora, leczona w ten sposób na oddziale Ciechomskiego, została już wypisana. Z tych 4 chorych tylko jedna miewa jeszcze od czasu do czasu nieznaczne podskoki ciepłoty, pozostałe pomimo uprzedniej długotrwałej gorączki typu „*hectica*” i dużej ilości płynu w otrzewnej obecnie wcale nie gorączkują, a wysięk nie zbiera się już w jamie brzusznej; przybyło im na wadze; u jednej obwód brzucha na poziomie pępka zmniejszył się o 9 cm., pomimo że płyn nie był wypuszczony. Leczenie trwało przeciętnie sześć tygodni. W jednym ze wspomnianych przypadków, pomimo zastosowania laparotomii i iniekcji jodoformu do jamy otrzewnej, polepszenie nie nastąpiło, płyn zbierał się w coraz większej ilości; poprawa nastąpiła szybko dopiero po kilkakrotnem zastrzyknięciu dwujodku rtęci z tuberkuliną. W jednym przypadku osad z płynu ascytycznego był zastrzyknięty świnie morskiej; preparaty ze śledziony tej świnki wykazały obecność prątków gruźliczych; we wszystkich przypadkach była wybitna limfocytoza w płynach jamy brzusznej. Zastrzegam się jednak, że ubogi materiał oraz brak przypadków kontrolujących, gdzie stosowanoby samą tuberkulinę, oraz sam dwujodek potasu, powstrzymuje mnie od wyprowadzenia ostatecznego wniosku o działaniu omawianego środka.

## D Y S K U S Y A.

M u t e r m i l c h. Aczkolwiek terapia tuberkulinowa nie ziściła tych wielkich nadziei, jakie pokładał w nich Koch, to jednakże obecnie racjonalne stosowanie małych dawek tuberkuliny, zwłaszcza w przypadkach gruźlicy umiejscowionej, ma wielu zwolenników. Co się tyczy stosowania tuber-

kuliny w związku z pewnymi ciałami chemicznymi, to, jak wiadomo, środki takie nie są nowością; przypominam między innymi jodtuberkulinę Cantani'ego, arsentuberkulinę Benario, ferumtuberkulinę Dittborna. Preparat, o którym mówił Szokalski, jest, jak wynika z dalszych wyjaśnień prelegenta, nie związkiem chemicznym tuberkuliny z dwujodkiem rtęci, lecz mieszaniną t. zw. „*bacillen-emulsion Kocha*” i roztworu dwujodku rtęci. Co się tyczy przypuszczenia, że, być może, mamy tu do czynienia z chemoterapeutycznym działaniem dwujodku rtęci, dostającym się wraz z tuberkuliną do ognisk chorobowych, to oczywiście miarodajne tu będą przede wszystkim odpowiednie doświadczenia zarówno próbowkowe, jak na zwierzętach.

**G r u d z i ń s k i.** Wobec dobrych wyników, osiąganych przezemnie w leczeniu gruźlicy otrzewnej promieniami R., mogę zachęcić Panów do systematycznych prób w tym kierunku.

**B a c i a.** Spostrzegalem kilka przypadków gruźlicy otrzewnej świeżej, leczonych promieniami Röntgena z dobrym wynikiem.

#### **IX. A. Chełmoński i E. Lipski. „Torbiele nerek”.**

**C h e ł m o ń s k i.** Torbiele nerek należą do rzadkich spraw chorobowych; występują one zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, jako cierpienie wrodzone. W pierwszym przypadku proces chorobowy rozwija się w czasie życia płodowego w 2-ej połowie ciąży; nerki dochodzą do olbrzymich rozmiarów i stanowią przeszkodę podczas porodu, stając się niekiedy powodem embryotomii. Jeżeli płód się urodzi, to i wtedy wkrótce umiera z powodu uduszenia, zależnego od ucisku. Klinikystów interesować mogą jedynie torbiele nerek, występujące u dorosłych. Choroba, której początek, jak już wspomnieliśmy, odnieść należy do życia płodowego, daje znać o sobie zwykle po 40 roku życia. Przed 20 rokiem życia nie obserwowano jej nigdy. Widuje się ją częściej u mężczyzn, zwykle w obu nerkach, bardzo rzadko w jednej (na 60 przypadków tylko raz była jedna nerka zajęta). Nerki powiększają się, najczęściej bardzo znacznie. Zmieniona nerka (rys. 19) ważyć może 10 razy więcej, niż normalna. Przedstawia się ona jako guz o nierównej powierzchni, wytworzonej przez liczne pęcherze z płynną lub lepłą zawartością. W zawartości tej znajduje się mocznik, kw. moczowy, chlor, fosforany, niekiedy białko. Na przekroju widać liczne jamy, rozdzielone cienkimi ścianami. Z mięszu nerkowego pozostają tylko nieznaczne resztki.

Powstawanie torbielowatego zwyrodnienia nerek nie jest dotąd wyjaśnione dostatecznie. Jedni, jak Virchow, uważają sprawę tę za będącą pochodzenia retencyjnego, inni za sprawę nowotworową. Co się tyczy obrazu klinicznego, to omawiana choroba albo nie daje żadnych objawów i wtedy chory umiera niespodziewanie przy objawach mocznicy, albo mamy obraz śródmiaższowego zapalenia nerek

Rys. 19.



Torbielowato zwyrodniała nerka. Obie połowy wzdłuż przekrojonej nerki rozsunięto za pomocą włożonej między nie bagietki dla pokazania budowy wewnętrznej. Zdjęcie fotograficzne  $\frac{1}{4}$  naturalnej wielkości.

(wzmoczone wydzielanie uryny o niskim ciężarze; białko-mocz; niekiedy obrzęk; przerost serca; objawy mocznicy). Niekiedy występują w okolicy lędźwiowej bóle słabsze lub mocniejsze, nawet przypominające kolkę nerkową, czasem pojawia się krwimocz. Ogólny stan chorego zwykle jest dobry; widziano brązowe zabarwienie skóry. Choroba ma przebieg przewlekły; śmierć następuje albo wskutek przyłączonej się nowej przypadkowej choroby, lub, co zwykle

się zdarza, wskutek mocznicy. Rozpoznanie najczęściej jest niemożliwe. Naprowadzać na właściwą drogę może jedynie wyczuwanie dużych o nierównej powierzchni guzów obu nerek.

W spostrzeganym przez nas przypadku mieliśmy do czynienia z 44 letnią chorą względnie dobrze odżywioną z objawami śródmiąższowego zapalenia nerek, (mocz błądy koło 2000 cm. na dobę o c. wł. 1004, ślady białka), anemii (hemoglobiny 45%, c. czerwonych 4,000,000 c. białych 9,000) i nieznanym obrzękiem całego ciała. W obu podżebrzach wyczuwały się duże guzy, twarde, nierówne, robiące wrażenie nowotworu. Dokładniejsze określenie guzów, jak ruchomość etc. było utrudnione, gdyż oprócz omawianej sprawy mieliśmy w danym przypadku do czynienia z objawami gruźlicy otrzewnej, na co wskazywał stan podgorączkowy chorej oraz płyn z otrzewnej, dający dodatni odczyn Rivalt'y i zawierający 4% białka, 65% limfocytów i 35% wielojądrowych leukocytów.

Chora zmarła przy objawach dychawicy mocznicowej.

Lipski. Przedstawiam olbrzymich rozmiarów nerki: 27 cm. długości i 13 cm. szerokości; badanie drobnovidowe wykazuje, że torbiele wysłane są nabłonkiem płaskim; w przegrodach pomiędzy torbielami wśród tkanki włóknistej widać jednak resztki utkania nerki, a miejscami zupełnie prawidłowo wykształcone kanaliki nerkowe o nabłonku, który musiał niewątpliwie funkcjonować.

#### X. A. Lande. (Oddział Chełmońskiego). „Przypadek nowotworu mózgu“.

Chora, którą przedstawiam, ma lat 18, pochodzi z rodziny zdrowej, żadnych dotychczas chorób nie przechodziła. Przed 8 miesiącami zaczęła doznawać dość silnych bólów głowy, występujących od czasu do czasu jakby napadowo, na które zresztą obecnie nie uskarża się, a przed 2 miesiącami zauważyła stopniowo wzmagające i rozwijające się osłabienie wzroku, które w dość szybkim tempie doprowadziło do zupełnej utraty zdolności widzenia; nadto od 3 miesięcy ustała miesiączka, występująca dotychczas w prawidłowych odstępach czasu.

Przy badaniu przedmiotowem zanotowaliśmy pewną, względną otyłość ogólną; palce, zwłaszcza u rąk, stosunkowo drobne; owłosienie wzgórka łonowego bardzo skąpe, jak na wiek chorej; rozszerzenie i nieruchomość żrenic, a przy

badaniu wziernikiem dna oka zanik obu nerwów wzrokowych.

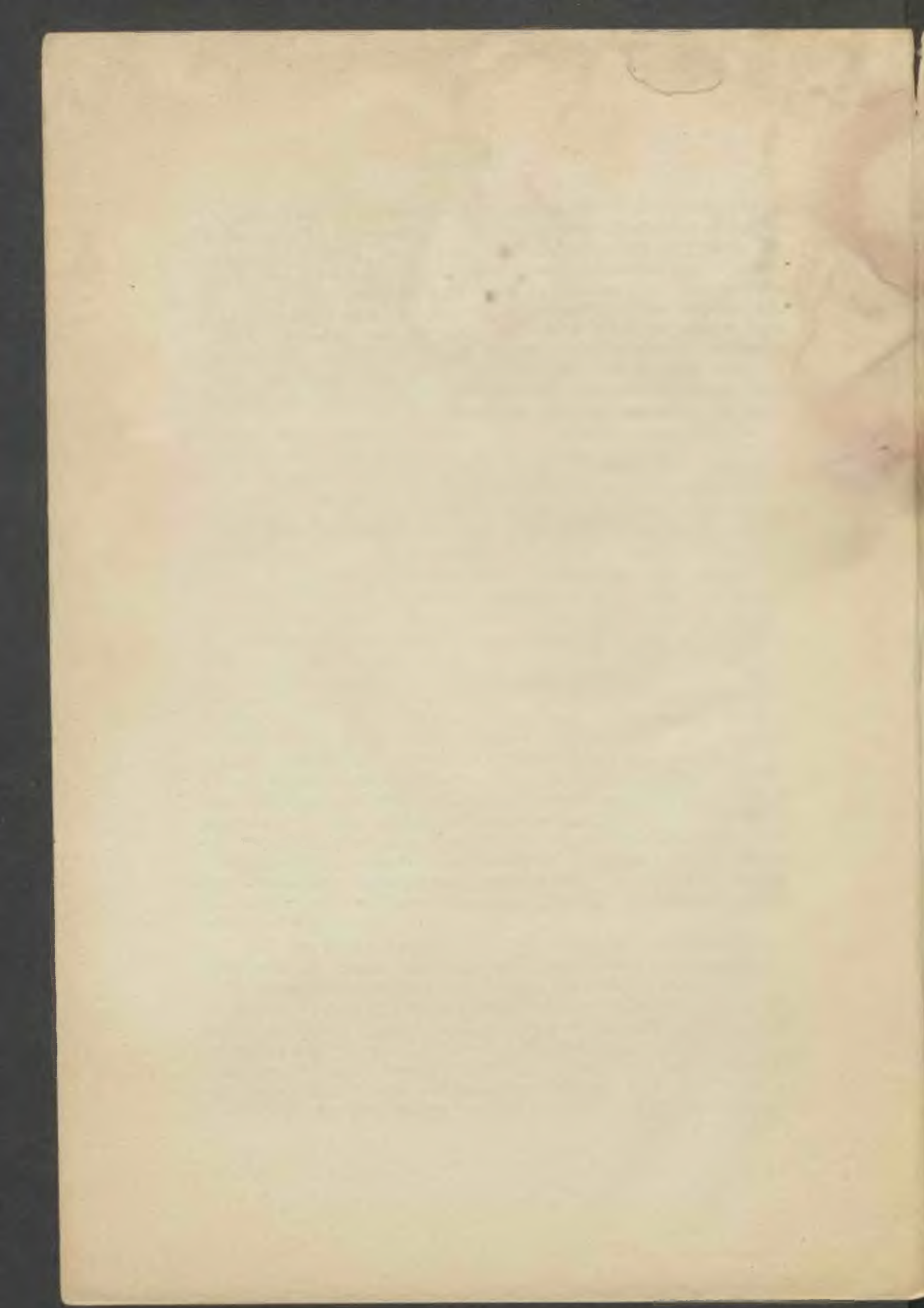
Jednem słowem mamy do czynienia z zespołem objawów, opisanych po raz pierwszy w r. 1901 przez Fröhlicha pod mianem *adipositas hypogenitalis*, a w 5 lat później przez Bartelsa jako *dystrophia adiposogenitalis*. Cierpienie to zależy od schorzenia tylnej części przysadki mózgowej, a klasyczne badania doświadczalne, wykonane przez Aschnera na psach i ogłoszone w r. 1910 na zjeździe fizyologów w Wiedniu, w zupełności potwierdziły to, co głosiła klinika.

Pozwolę sobie przypomnieć, że przysadka mózgowa (*hypophysis cerebri*), leżąca w zagłębieniu kostnem kości klinowej, czyli w t. zw. siodle tureckiem i pokryta podwójną fałdą opony twardej, składa się z 2 części: przedniej, mającej charakter gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem i części tylnej o budowie tkanki nerwowej. Otóż schorzeniu może uleżeć przysadka w całości, albo też każda z tych części oddzielnie, dając oczywiście odmienny obraz nozologiczny. Gdy sprawa patologiczna, najczęściej guzy dobrotliwe, dotyka części przedniej, gruczołowej, rozwija się obraz chorobowy, zwany akromegalią, gdy zaś umiejscawia się w odcinku tylnym, mamy do czynienia z t. zw. *dystrophia adiposogenitalis*, na którą składają się przede wszystkim trzy objawy zasadnicze: zanik narządów płciowych, otyłość i zaburzenia wzrokowe, zależne od zaniku nerwów wzrokowych. Zazwyczaj najwcześniej rozpoczyna się powolnie postępujący zanik narządów płciowych, co w pierwszych okresach choroby albo uchodzi uwagi pacjenta, albo ze względu na drażliwość sprawy bywa dopiero w następstwie ujawnione; zaburzenia wzrokowe mają zwykle przebieg bardzo charakterystyczny, zaczynają się bowiem od hemianopsyi skroniowej jednostronnej wskutek ucisku na skrzyżowanie nerwów wzrokowych. Rentgenogram, który przedstawiam, ujawniający rozszerzenie siodła tureckiego z częściowym zanikiem substancji kostnej, potwierdza nasze rozpoznanie.

Co się tyczy terapii, to, jak wiadomo, w podobnych przypadkach może być mowa o interwencji chirurgicznej i dla rozstrzygnięcia tej sprawy przedstawiam chorą. Z wielu metod operacyjnych utrzymały się te, które dążą do podstawy mózgu poprzez jamę nosową — sposób ektonasalny, wypróbowany przez Schoffera i Eiselsberga i sposób endonazalny, którego propagatorem jest Hirsch; są też zwolennicy operowania przez podniebienie, jak np. Kuhn i Preysing. Statystyki ostatnie, które miałem w ręku, ogłoszone w pra-

cy Preysinga w r. 1913, wykazują śmiertelność, przy poszczególnych metodach operowania wahającą się od  $11\frac{1}{2}\%$ —40%. W naszym przypadku nieco spóźnionym, wobec skonstatowanego już zaniku nn. wzrokowych, pacjentka nie ma szans odzyskania wzroku, znika więc bezwzględne wskazanie do zabiegu operacyjnego, zwłaszcza, że stan ogólny chorej jest zadawalniający i że ma ona szanse dalszego życia, a operacja jest ciężka i wynik niepewny. Jedną okoliczność nasuwa tylko pewne wątpliwości, a tą jest względna szybkość rozwoju choroby, co mogłoby naprowadzić na przypuszczenie istnienia sprawy złośliwej.

---



# Karta żałobna

## lekarzy pracowników szpitala Dziec. Jezus.

I.

TEOFIL SZPOT

ur. w r. 1870 zm. 17 maja 1916.

Teofil Szpot, b. asystent szpitala Dz. Jezus, zmarł w Pińczowie d. 17 maja 1916 r. na tyfus wysypkowy. Urodził się w Sandomierzu w 1870 r. z ojca Teofila, lekarza, cieszącego się powszechnym szacunkiem, i Maryi z Kudelskich. Po ukończeniu gimnazjum w Łomży wstąpił do Uniwersytetu warszawskiego, gdzie pierwotnie uczęszczał na wydział przyrodniczy, wkrótce jednak przeniósł się na wydział medyczny, który ukończył w Dorpacie.

Dla uzupełnienia swych wiadomości uczęszczał przez lat kilka do szpitala Dz. Jezus na oddział chorób wewnętrznych, przezemnie prowadzony, następnie poświęcił się chirurgii: przeniósł się do szpitala Ewangelickiego, gdzie pracował pod kierunkiem Stankiewicza, zkąd przeszedł do szpitala św. Rocha na oddział Ciechomskiego. Obok pracy szpitalnej oddawał się S. z całym zaparciem siebie chorym robotnikom, z którymi, jako lekarz fabryczny, miał styczność. W 1908 r. przeniósł się do Łodzi, gdzie objął posadę w szpitalu Szajblera. W 1912 r. osiadł w Pińczowie i tam pełnił obowiązki lekarza szpitala św. Juliana.

Charakter bez skazy, umiłowanie wszystkich nieszczęśliwych i pokrzywdzonych, nieprzeparta chęć ulżenia ich doli cechowały zmarłego. O sobie nie myślał, pracował dla innych. Jako lekarz wymagał od siebie bardzo dużo, sumien-



nie i długo przygotowywał się do zawodu, któremu się poświęcił. Brzydził się wszelkim fałszem i pozorem. Kompromisu życiowego nie znał, to też kilkakrotnie zmieniać musiał placówkę swej pracy.

Cześć Jego pamięci!

*A. Chełmoński.*

---

II.

**KAZIMIERZ CHEŁCHOWSKI**

ur. 20 lutego 1858 r., zm. 12 stycznia 1917 r.

---

Kazimierz Chełchowski, jedna z najwybitniejszych postaci naszego świata lekarskiego, ujrzał światło dzienne

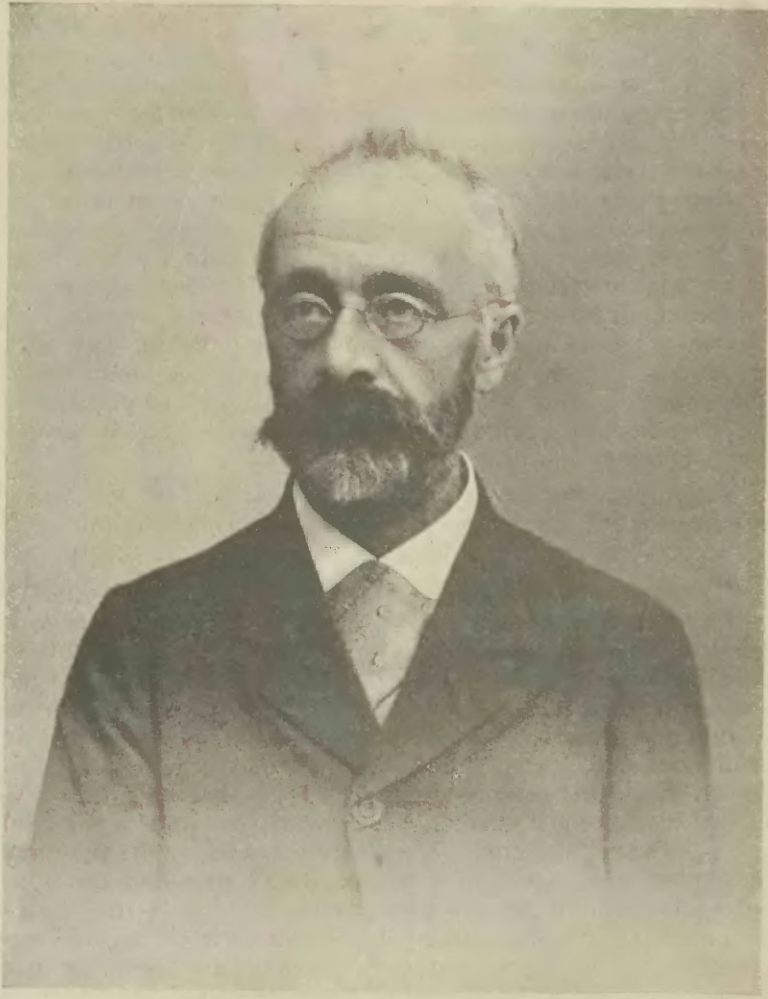
w rodzinnej wsi Chojnowo w Płockiem 20 lutego r. 1858; studia uniwersyteckie odbywa w Warszawie i po kilkoletniej pracy jako asystent, a później ordynator kliniki terapeutycznej wyjeżdża na czas pewien za granicę dla pogłębienia swej wiedzy zawodowej w głównych ogniskach nauki Zachodu; w r. 1891 otrzymuje drogą konkursu stanowisko ordynatora w naszym szpitalu i na tym posterunku trwa bez mała w ciągu ćwierćwiecza jako pieczołowity kierownik oddziału, bystry badacz kliniczny, autor \*), współpracownik i inspirator wielu cennych prac lekarskich, wreszcie jako uzdolniony nauczyciel, życzliwy i dbały o los uczniów swoich. Nie wdając się tu w rozbiór pisarskiej działalności Chełchowskiego, zaznaczyć muszę tylko ogólnikowo, iż w znakomitej większości prac jego donośnie dźwięczy pewna nuta swojskości, czy to ze względu na poruszane tematy, ściśle związane z najżywotniejszymi interesami kraju, czy też ze względu na metodę ich opracowania: autor w możliwie szerokim zakresie stara się oprzeć na badaniach swych poprzedników rodaków, czyniąc skrzętne poszukiwania w piśmiennictwie ojczyziem.

Zajmując się stale praktyką lekarską w Warszawie, przez szereg lat spędza miesiące letnie jako konsultant w Nałęczowie, gdzie zyskuje wziętość niemałą i dla rozwoju tej ulubionej przez siebie miejscowości kładzie wielkie zasługi.

Poza owocną pracą zawodową praktyczną i teoretyczną Chełchowski roztacza niezwykle intensywną o rozmachu szerokim działalność społeczną na polu oświaty i higieny ludu, nie szczędząc na cel ten ani czasu, ani sił, ani środków materialnych w słusznem przeświadczeniu, że przedewszystkiem na kulturze ludu wesprzeć się może rozwój pomyślny kraju całego. To było właściwem życia Jego dziełem, które wykonywał z ujmującą skromnością, twardym uporem i z niezłomną zawsze, pomimo wielu przeszkód, konsekwencyą; a że umiłowanie samej idei, której służył, przesłaniało w nim stale wszelkie ambicje osobiste, więc tak umiejętnie potrafił usuwać w cień własną swą osobę, że częstokroć szeroki ogół nie wiedział zgola, że właśnie Chełchowski był inicjatorem tej lub owej instytucji lub hojnym, nieraz ponad możność, jej mecenasem. A miał przedziwną zdolność organizowania pracy społecznej, której ogniska niecił wszędzie na ziemi oj-

---

\*) Dokładny spis prac (z górą 50 №№) z oceną ważniejszych znajduje czytelnik w szczegółowym życiorysie Chełchowskiego, skreślonym przez Starkiewicza w Gaz. Lek. (№ 7 z r. 1917).



*Simon Mitchell.*

czyste, gdzie tylko stąpnął, dokąd tylko los choćby chwilo-  
wo Go rzucił.

Za miarę uznania i sympatii, jakie uzyskał nieboszczyk w najszerszych warstwach inteligentnego ogółu, służyć może cały szereg uroczystości, urządzonych dla uczczenia Jego pamięci. A więc jedno z posiedzeń klinicznych szpitala Dz. Jezus poświęcono całkowicie rozważaniu Jego zasług, postanowiono zawiesić portret Jego w sali posiedzeń, salę zaś, na której lat tyle i tak owocnie pracował, nazwać Jego imieniem i u wejścia wmurować tablicę z odpowiednim napisem, którą w d. 4 marca 1917 r. w rocznicę Jego imienin bardzo uroczyście poświęcono. Następnie d. 7 lutego w Tow. Higienicznym urządzono obchód uroczysty, na którym szereg mówców w obecności szerokiego koła inteligencji uwydatnił zasługi zmarłego. Wreszcie pamięci Chełchowskiego poświęcono całkowicie zeszyt 3 „Zdrowia“, który, obok pracy oryginalnej z pozostałego po zmarłym rękopisu, zawiera szereg mów, wygłoszonych na pogrzebie (Puławski, Polak, Rząd), w Tow. Higienicznym (Starkiewicz, Polak, Rząd i Bączkiewicz) i w Radzie miejskiej (Suligowski).

W ten sposób społeczeństwo złożyło hołd należny pamięci tego niestrudzonego oracza na niwie ojczystej, który za życia z rozbrajającą wprost skromnością a twardym uporem usuwał się od wszelkich zaszczytów i wyrazów uznania, oddany duszą i ciałem narodowi i Ojczyźnie. Po znojnym dla nich trudzie w najposępniejszych i najtragiczniejszych czasach niewoli politycznej, której piołun niejednokrotnie zaprawiał goryczą własne Jego życie, zgasł Chełchowski omal że nie w chwili pękania okowów tej niewoli, tak iż żrenica Jego, przed którą zaledwie błysnął świt zmartwychwstania Ojczyzny, nie miała już ujrzeć w pełnym blasku dnia chwili jej ostatecznego wskrzeszenia

*A. Lande.*

---

### III.

## IGNACY DĄBROWSKI

ur. w r. 1862, zm. 8 marca 1917.

---

Kłęski i ofiary, przez które naród polski rwie się ku lepszej przyszłości nie oszczędzają zaiste naszego stanu lekarskiego. Z przerażeniem i żalem patrzymy na coraz wię-

ksze szczerby w naszych szeregach, a jednocześnie z dumą wspominamy tych dzielnych rycerzy obowiązku, którzy z całą świadomością niebezpieczeństw trwają i giną bez szemrania na zagrożonych placówkach. Na długiej, okrutnej ich liście zapisujemy znów ze szczerym bólem nazwisko zasłużonego kolegi Ignacego Dąbrowskiego, który w pełni lat męskich zmarł w Łomży na tyfus plamisty dnia 8 marca.

Ś. p. Ignacy Dąbrowski urodził się w roku 1862 w Warszawie, gdzie też ukończył nauki średnie i uniwersyteckie. Przez czas krótki pracował przy prof. Baranowskim, a następnie, obrawszy sobie za specjalność chirurgię, wstąpił na oddział chirurgiczny w szpit. Dziec. Jezus, gdzie przez lat kilka pracował pod kierunkiem nieodżałowanego Władysława Krajewskiego. Aresztowany w r. 1891 za przekonania polityczne, a głównie za działalność na polu oświaty ludowej, więziony był przez 1½ roku w cytadeli, a następnie wydalony administracyjnie z granic Królestwa na lat parę, które spędził w Rydze.

Cichy i skromny pracownik po powrocie do kraju nie usiłował już nawiązać zerwanej raz nici praktyki wielkomiejskiej, lecz wkrótce przyjął ofiarowane Mu miejsce lekarza szpitalnego i fabrycznego w Zakł. Ostrowieckich, gdzie przebył do r. 1907, t. j. do czasu zmniejszenia liczby lekarzy fabrycznych z powodu ograniczenia produkcji i usunięcia znacznej liczby robotników. Wówczas przeniósł się Dąbrowski na taką samą posadę do fabryki Scheiblerów w Łodzi, gdzie pozostawał przez 2 lata. W roku 1909 został starszym lekarzem szpitala miejskiego w Łomży. Na wszystkich tych stanowiskach pracował bardzo sumiennie i gorliwie, głównie w zakresie chirurgii praktycznej. Wyniósłszy ze szkoły Krajewskiego gruntowną znajomość tego działu medycyny, był ś. p. Dąbrowski jednym z nielicznych, a tak pożytecznych pionierów naszej chirurgii prowincjonalnej, podnosił jej poziom i krzewił do niej zaufanie wśród pacjentów i sąsiednich kolegów. Pochłonięty działalnością zawodową i społeczną, pisał niewiele. Największą, źródłową swoją pracę: „W sprawie podwiązywania żyły szyjowej” ogłosił w II tomie Przeglądu Chirurgicznego.



Tracimy w Nim dobrego lekarza, prawego obywatela,  
zaczego i powszechnie lubianego kolegę.

Cześć Jego pamięci.

*J. Skłodowski.*

IV.

## STANISŁAW ZAWADZKI

ur. 10 grudnia 1872, zm. 13 maja 1917.

Ś. p. Stanisław Zawadzki należał do niestety dość licznego już grona tych bojowników sanitarnych, którzy, walcząc w dobie obecnej z epidemią tyfusu plamistego, sami padli jego ofiarą.

Zawadzki urodził się 10 grudnia 1872 r.; uczęszczał do gimnazjum w Suwałkach, a następnie w Kałudze; studia uniwersyteckie odbył w Warszawie i po pewnym czasie pogłębił je za granicą, kształcąc się przeważnie w akuszerii na klinikach w Pradze Czeskiej. Od czasu ukończenia uniwersytetu w r. 1899 aż do chwili zachorowania ostatniego z dwiema tylko przerwami, przez wojnę spowodowanymi, pracował nieustannie w naszym szpitalu w początkach przez szereg lat na oddziale wewnętrznym Chełmońskiego, potem w instytucie położniczym, a w latach ostatnich na oddziale ginekologicznym Grzan-



kowskiego; dla lepszego poznania pedyatryi zajmował się też czas dłuższy w Instytucie higieny dziecięcej bar. Lenvala.

Ciężką, materyalnie licho opłacającą się praktykę prywatną rozpoczął Zawadzki w Mokotowie, gdzie się osiedlił wkrótce po uzyskaniu dyplomu lekarskiego. A gdy dzięki dobremu przygotowaniu zawodowemu i rzadkiej swej sumienności przełamał pierwsze trudności i zaczął zyskiwać powodzenie, musiał z wybuchem wojny japońskiej przerwać swą pracę, powołany zaraz w pierwszym szeregu do armii

czynnej; w Mandżuryi spędził pełne dwa lata ciężkiej, wytechnienia nie znającej pracy jako lekarz przy transportach na linii Laojan — Mukden — Charbin. Po szczęśliwie odbytej kampanii wraca z powrotem do Mokotowa, którego ludność wita go z niekłamana radością i obdarza szybko wzrastającym zaufaniem. Niestety świeża zawierucha wojenna r. 1914 wyrywa ponownie Zawadzkiego z progów domowych, powołując go znowu na ciężkie trudy bojowe. Przeznaczony do Modlina jako lekarz szpitalny, przebywa tu groźne chwile oblężenia twierdzy i szturm, a wzięty do niewoli wraz z licznymi towarzyszami niedoli, zostaje wywieziony do Niemiec. Otrzymawszy w r. 1916 pozwolenie powrotu, dzięki usilnym staraniom osobistym i wstawiennictwu władz gminnych, wraca do ulubionego Mokotowa, obejmując stanowisko lekarza sanitarnego XVI, XX i XXI Okręgu i na tym posterunku dziwnym losu zrządzeniem, wyszedłszy ręką obronną z dwu twardych kampanii wojennych, ginie podczas pracy pokojowej.

Dla rozwoju dzielnicy, z którą sprzęgły go losy, położył niezawodne zasługi, biorąc czynny udział w życiu społecznym Mokotowa i wolne od zajęć zawodowych chwile poświęcając na urządzanie odczytów z higieny, ratownictwa i t. d. Dzięki łagodności swego charakteru, wielkiemu taktowi w postępowaniu i niezmordowanej a ofiarnej, wypożyczynku nie znającej pracy dla dobra ludności miejscowej, ś. p. Stanisław zyskał nader wielkie uznanie wśród liczного szeregu swych pacjentów, a w gronie towarzyszków, którzy mieli sposobność bliżej Go poznać, zostawił pamięć serdecznego, zacnego i uczynnego kolegi.

Ogłosił drukiem w Gaz. Lek. 1910 r. pracę z oddziału Chełmońskiego p. t. „O płukaniach gardła“, w której na podstawie prób doświadczalnych dowodzi bezużyteczności płukań w sprawach patologicznych gardzieli.

*Ad. L.*

---

# SKOROWIDZ RZECZOWY.

|                                                                                          | Str.     |                                                                      | Str. |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------|------|
| Angina Vincenti (pok. prep.) . . . . .                                                   | 40       | Negri'ego ciała w mózgu (p. pr.) . . . . .                           | 31   |
| " " (pok. ch. i prep.) . . . . .                                                         | 109      | Nerek torbiele (z pok. prep.) . . . . .                              | 121  |
| Basędowa choroba (pok. ch.) . . . . .                                                    | 8        | Nosa niedrożności operacya (pok. chor.) . . . . .                    | 108  |
| Błędy rozpoznawcze ( <i>hernia Littriana, pericarditis, pneumonia caseosa</i> ). . . . . | 81       | Nosa plastyka (pok. ch.) . . . . .                                   | 34   |
| Ciała obce w ustroju (p. rad.) . . . . .                                                 | 12; 62   | Odbytnicy wypadnięcie operowane (pok. ch.) . . . . .                 | 50   |
| Drewnica karku (z p. pr. i hod.) . . . . .                                               | 43       | Opon i rdzenia zapalenie przymiotowe (pok. ch.) . . . . .            | 88   |
| Dwunastnicy mięsak (p. prep.) . . . . .                                                  | 12       | Opon mózgowych zapalenie pneumokokowe (p. prep.) . . . . .           | 45   |
| Dwunastnicy nowotwór (p. pr.) . . . . .                                                  | 53       | Owsiana dyeta w cukrzycy . . . . .                                   | 54   |
| Dwunastnicy wrzód powikł. zapaleniem og. otrzewnej (z pok. prep.) . . . . .              | 79       | Plamica krwotoczna (pok. ch.) . . . . .                              | 28   |
| Dysenterya . . . . .                                                                     | 107; 111 | Porażenie dziecięce nogi operowane (pok. ch.) . . . . .              | 50   |
| Erythema caloricum ex insolatione (pok. ch.) . . . . .                                   | 68       | Posocznica spowodowana przez laseczkę okrężnicy . . . . .            | 45   |
| Esicy wycięcie z powodu skrętu (pok. prep.) . . . . .                                    | 100      | Posocznica popołogowa wyleczona surowicą . . . . .                   | 91   |
| Gastroenterostomia post. anterocolica (pok. ch.) . . . . .                               | 78       | Proteza nosa przy amputowanej nodze (pok. ch.) . . . . .             | 76   |
| Gluzińskiego próba w rozpoznawaniu raka żołądka . . . . .                                | 15       | Przepuklina lędźwiowa (p. ch.) . . . . .                             | 21   |
| Gruźlica pierwotna płuc u niemowląt (pok. prep.) . . . . .                               | 53       | Puchlina głodowa . . . . .                                           | 78   |
| Gruźlica sutki pierwotna . . . . .                                                       | 77       | Rak pierwotny łechtaczki (p. pr.) . . . . .                          | 99   |
| Gruźlicy otrzewnej lecz. (p. ch.) . . . . .                                              | 120      | Rak trzonu macicy wcześniej rozpoznany (pok. ch.) . . . . .          | 69   |
| Gruźlicze wrzody w kiszka ch cienkich (pok. prep.) . . . . .                             | 119      | Rak żołądka (pok. prep.) . . . . .                                   | 11   |
| Jelit resekcyja . . . . .                                                                | 56       | Rak żołądka w radiogramach . . . . .                                 | 51   |
| Ischias scoliotica (pok. ch.) . . . . .                                                  | 87       | Ropnie okołomaciczne . . . . .                                       | 94   |
| Kiszek cienkich zwężenie w obrazach rentgenol. . . . .                                   | 119      | Spondylosis rhizomelica (pok. ch.) 29; 42; (pok. ch.) . . . . .      | 111  |
| Kiszki wgłobionej operacya (z pok. prep.) . . . . .                                      | 73       | Stawów zapalenia zniepodobniającego leczenie ręką (p. ch.) . . . . . | 57   |
| Kostka jak guzik usunięta (p. pr.) . . . . .                                             | 75       | Sterczu wycięcie (pok. ch.) . . . . .                                | 56   |
| Kręgosłupa rozszczepienie ( <i>spina bifida</i> ) (pok. ch.) . . . . .                   | 51       | Strzałkowego n. zapalenie po zaccadzeniu (pok. ch.) . . . . .        | 11   |
| Krzyżowej kości cierp. organ. z nikłymi objaw. klin. (p. ch.) . . . . .                  | 115      | Tętnice nadliczbowe (pok. ch.) . . . . .                             | 7    |
| Łokciowego n. zapalenie przy żółtaczce (pok. ch.) . . . . .                              | 11       | Torbiel z przydatków (p. prep.) . . . . .                            | 102  |
| Megasigmoideum . . . . .                                                                 | 95       | Trzewiów niezwykle rozmieszczenie (pok. ch.) . . . . .               | 51   |
| Miedniczek nerkowych zapalenie bez zmian w moczu . . . . .                               | 47       | Tyfusu plamistego patogeniza . . . . .                               | 35   |
| Moliki mączne w kale (p. pr.) . . . . .                                                  | 85       | Wassermann'a odczyn, teoria, technika i klinika . . . . .            | 102  |
| Mózgu nowotwór (pok. ch.) 18; (pok. pr.) 67; (pok. ch.) . . . . .                        | 123      | Wątrobowego przewodu pęknięcie (z pok. prep.) . . . . .              | 70   |
|                                                                                          |          | Wiad rdzenia ( <i>osteoarthropathia</i> ) (pok. ch.) . . . . .       | 86   |

|                                                         |     |                                                           |     |
|---------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------|-----|
| Włosienie skręcone w mięsie<br>(pok. prep.) . . . . .   | 34  | Żołądka przedziurawienie . . .                            | 64  |
| Wole złośliwe z przerzutami<br>(z pok. prep.) . . . . . | 98  | Żołądka rak i wrzód trawien-<br>ny (pok. prep.) . . . . . | 12  |
| Zwracania wodniste (pok. ch.)                           | 116 | Żołądka wrzód w radiogramach<br>(pok. radiogr.) . . . . . | 13  |
| Żołądka mięsak pierwotny (p. pr.)                       | 81  | Żółciowego pęcherzyka pękn.                               | 100 |

## SKOROWIDZ IMIENNY \*)

osób, które zabierały głos na posiedzeniach.

|                                                                                |                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anders 5, 45*, 50*, 53*, 54*, 61*,<br>62*, 75*, 97*                            | Landstein 51                                                                                                       |
| Bacia 54, 121*                                                                 | Lewenstern 73, 75, 96*, 101*, 102                                                                                  |
| Bauer 29, 42, 111                                                              | Lipski 10*, 11, 30*, 41*, 53, 53*, 54*,<br>67, 68*, 70*, 70, 74*, 75*, 77*, 78*,<br>79, 81, 97*, 98, 102, 119, 123 |
| Chelchowski 18*, 35*, 54*, 56*, 79*                                            | Minkiewicz 62                                                                                                      |
| Chelmoński 15, 57, 74*, 77*, 79*, 81,<br>95, 102*, 106*, 111*, 115*, 120*, 121 | Mutermilch 17*, 29*, 35*, 39*, 40,<br>43, 45, 49*, 90*, 92*, 94*, 102,<br>111*, 112*, 120*                         |
| Ciechomski 17*, 23*                                                            | Müller 31                                                                                                          |
| Czajkowski 18*, 21, 28                                                         | Oczesalski 18                                                                                                      |
| Czarnomski 34, 115                                                             | Puławski 8, 10*, 17*, 30*, 61*                                                                                     |
| Gajkiewicz 10*, 18*, 21*, 29*, 30*,<br>61*, 68*, 75, 86, 87, 88                | Pyrowicz 64                                                                                                        |
| Goldberżanka 107                                                               | Rzętkowski 79*, 84*, 93*                                                                                           |
| Grauberżanka 102                                                               | Sawicki Br 10*, 21*, 25*, 34, 42,<br>70, 84*                                                                       |
| Grudziński 10*, 12, 21*, 30*, 51, 61*,<br>62, 69*, 115*, 118*, 119*, 121*      | Skłodowski 10*, 85*, 90*                                                                                           |
| Grzankowski 69, 91, 94*, 95                                                    | Śmiechowski 76, 106*                                                                                               |
| Higier 90*                                                                     | Stabhołc 56, 97*, 98*                                                                                              |
| Jakowski 18*                                                                   | Starkiewicz 7, 62*, 78, 90*                                                                                        |
| Kaczyński 99                                                                   | Szokalski 35*, 35, 68, 107, 114*, 116,<br>120                                                                      |
| Karpiński 111                                                                  | Szper 77, 77*, 78                                                                                                  |
| Karwowski 3, 42, 57, 61*, 75, 111*                                             | Szteyner 28*, 34, 61*, 68*, 74*, 78*,<br>79*, 97*, 100*, 111*                                                      |
| Kijewski Fr. 50, 51, 98, 100                                                   | Tryjarski 41*, 108, 109                                                                                            |
| Konopacki 41*                                                                  | Wajsberg-Biszofswerderowa 53                                                                                       |
| Korybut-Daszkiewicz 28*, 35*, 41*,<br>62*                                      |                                                                                                                    |
| Korzon 56*                                                                     |                                                                                                                    |
| Lande 11, 47, 67, 85, 123                                                      |                                                                                                                    |

\*) Cyfra z gwiazdką oznacza głos w dyskusji.



P.30214



