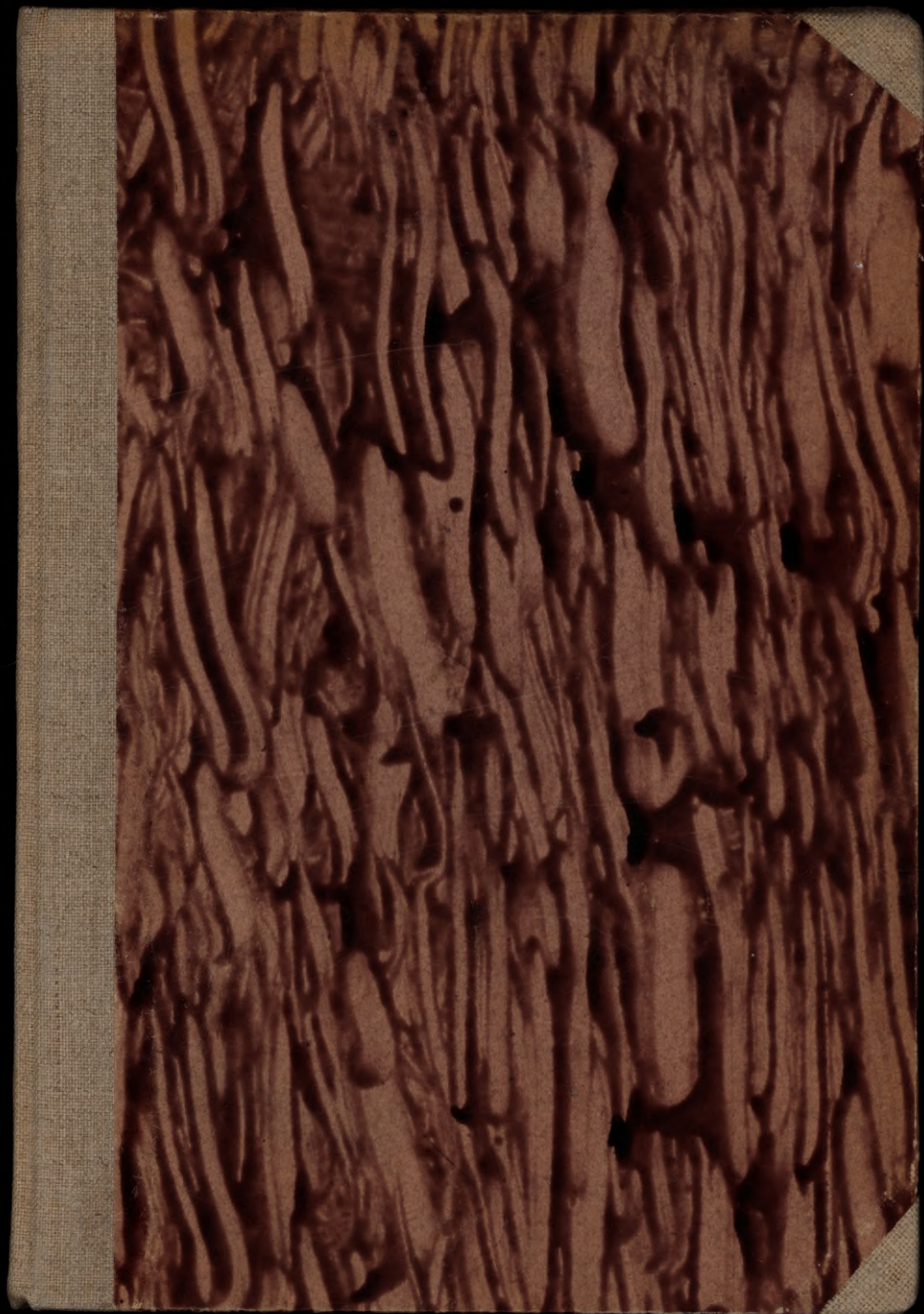




**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCJĄ

D-ra med. WITOLDA SZUMLAŃSKIEGO

TOM CXVII I CXVIII.

WARSZAWA

1926

W interesach redakcyjnych, dotyczących Pamiętnika Tow. Lek. Warsz., zwracać się należy do redaktora d-ra Witolda Szumlańskiego (Marszałkowska 73).—W sprawach, dotyczących wydawnictwa — do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego (Niecała 7) od 12 do 2 w południe.

OMYŁKI, KTÓRE NALEŻY POPRAWIĆ.

Na str. 17, 37, 40, 42, 46, 66, 68, 71, 73, 74, 113 zamiast Wł. Kowalski, winno być W. Kowalski.

Na str. 47 w tytule, zamiast 3 października ma być 20 czerwca.

„ 75 w. 5 od góry zamiast 1925, ma być 1921.

**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCJĄ
D-ra med. WITOLDA SZUMLAŃSKIEGO

TOM CXVII.

**Biblioteka Główna
WUM**

WARSZAWA

1926

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

PROTOKÓŁY

Rok 1922

POSIEDZENIE WYBORCZE

d. 3 stycznia 1922 r.

Przewodniczący Wiceprezes: **W. Starkiewicz.**

I. Protokół posiedzenia administracyjnego z d. 28 grudnia 1921 r. przyjęto.

II. Sekretarz doroczny odczytał sprawozdanie z czynności naukowych T-wa za 1921 r.

Posiedzeń klinicznych w roku 1921 odbyło 18, 1 administracyjne i 1 wyborcze. Przeciętna liczba członków na posiedzeniu 55.

Odczytów wygłoszono 27, w dyskusji zabierało głos 105 członków, przeciętnie 4 przemówienia nad jednym odczytem.

Mówili:

1. **A s z k e n a z y Z.** Kąpiel kwasowęglowa i naparstnica w świetle nowszych badań.

2. **B r o n o w s k i:** O udawaniu i sztucznem wywoływaniu objawów chorobowych w praktyce wojskowo-lekarskiej.

3. **C i e s z y ŋ s k i:** Metody laboratoryjne ułatwiające rokowanie w gruźlicy u dzieci.

4. **C h m i e l e w s k i:** O niektórych mało znanych odmianach objawu Lasègue'a.

5. **D r o z d o w i c z:** Promienie ultrafioletowe, lampa kwarcowa w lecznictwie.

6. **D a s z k i e w i c z K o r y b u t:** Gruźlica serca u dzieci.

7. **D ą b r o w s k a J.** Badania nad stosunkiem nadnerczy do miażdżycy.

8. **E r l i c h ó w n a H.:** Odra a gruźlica.

9. **G e p n e r:** O stosowaniu szkielek w krótkowzroczności.

10. pr. Gluziński: O t. zw. moczówce prostej.
11. Hellin i Szwarc: O roli błędnika w życiu powszednim.
12. prof. Hornowski: Wygląd skóry a niedomoga czynnościowa narządów wewnętrznych.
13. Higier: Z patogenezy i etiologii zatruc chlebem.
14. Jonscher K.: Z kliniki duru brzuszego.
15. Januszkiewicz: Z powodu zatruc chlebem zanieczyszczonym węglanem barytu.
16. Klein: Istota i leczenie dusznicy oskrzelowej.
17. prof. Kryński: Nowsze doświadczenia w leczeniu tętniaków urazowych.
18. Lipińska: Uwagi nad głódówką na podstawie własnych spostrzeżeń.
19. Lorentowicz L. O leczeniu raka macicy energią promienną.
20. Maciejewski K. Nowe zasady metody statystycznej.
21. Paszkiewicz L.: Endocarditis lenta z punktu widzenia anatomopatologicznego.
22. prof. Richet: O leczeniu naprzemiennem (po franc.).
23. Rubinrot: Rentgenoterapia włókniaków macicy.
24. Srebrny: Nieco o tracheotomji nagłej i o rurkach tracheotomijnych.
25. Wojciechowski: O naczyniach chłonnych narządów rodnych kobiecych w związku z operacją raka macicy.
26. Zawadzki Al.: Wrzód trawienny jelita czczego po zespoleniach żołądkowo-jelitowych.
27. Żebrowski E.: W sprawie klasyfikacji niedokrwistości.

Pokazów chorych i preparatów przedstawiono 11.

Prof. Kryński przedstawił:

1. Chorego po usunięciu wielkiego guza szyi wraz z wielkimi naczyniami i nerwami.
2. Przypadek ropnia mózgu o niezwykle przebiegu.
3. Przypadek Linitis plastica.

Kol. Higier przedstawił:

1. Przypadek encephalitis letharg. z następczym zespołem choroby Parkinsona.
2. Przypadek encephalitis epidemica z następczą epilepsia continua Kożewnikowa.
3. Przypadek napadów śpiączki w 15 miesięcy po wybuchu encephalitis lethargica.
4. Przypadek porażenia nerwu strzałkowego po intensywnym wykręceniu podudzia.
5. Przypadek ciężkiej drżączki porażennej w następstwie encephalitis lethargica.
6. 2 przypadki choroby Parkinsona w następstwie encephalitis lethargica.
7. Przypadek epilepsiae procursivae sive hysteriasis.

III. Wiceprezes zakomunikował o śmierci członka honorowego T-wa Kol. Lasockiego i członka czynnego kol. Białobrzeskiego. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

IV. Wiceprezes odczytał list Prezesa T-wa, w którym tenże prosi o niewybijanie ponowne, gdyż zły stan zdrowia nie pozwala mu poświęcać dostatecznej ilości czasu dla Towarzystwa.

V. Wiceprezes zakomunikował, że zarząd T-wa zaprosił prof. Sokołowskiego, prof. Tura i d-ra Paszkiewicza do Komitetu im. Siezagowskiego.

VI. Wybory dały następujące wyniki:

1. Na prezesa T-wa wybrany został prof. A. Gluźński.
2. Na wiceprezesa T-wa wybrany został kol. W. Starkiewicz (ponownie).
3. Na sekretarza dorocznego wybrany został kol. W. Kowalski.
4. W miejsce ustępujących 3 członków Zarządu wybrani zostali kol.: K. Zieliński, Kozerski i A. Żurkowski.
5. Do Kasy wsparcia kol. Sawicki Br., Śmiechowski, Szumlański oraz kol. Reutt i Żera z nienależących do T-wa.
6. Na członka honorowego T-wa prof. Achard z Paryża.
7. Na członków czynnych: Czarnocki W., Chmielewski J. E., Dąbrowska Janina, Huszcza A., Meissner Alfred, Michalski Zdzisław, Szymański J., Siedlecka A., Składkowski Sławoj, Skubiszewski Ludwik.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący: **W. Starkiewicz.**

Sekretarz doroczny: **T. Wiśniewski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 17 stycznia 1922 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. **Gluźński.**

I. Protokół posiedzenia wyborczego odczytano i przyjęto.

II. Prezes wręczył dyplomy Towarzystwa nowowybranym członkom.

III. Prezes prof. Gluźński w krótkim przemówieniu podziękował za zaufanie, jakim go obdarzyli członkowie Towarzystwa, wybierając na prezesa i zwrócił się do członków o poparcie w pracy dla dalszego rozkwitu Towarzystwa.

IV. Prezes wezwał zebranych do uczczenia pamięci przez powstanie zmarłego długoletniego członka T-wa ś. p. Wacława Męczkowskiego. Wiceprezes T-wa w zastępstwie nieobecnego sekretarza stałego odczytał życiorysy zmarłych członków T-wa: Wacława Lasockiego, Aleksandra Białobrzeskiego i Wacława Męczkowskiego. (Wydrukowane na końcu rocznika 1922).

V. Do Książnicy T-wa nadesłano: 1) 2 egzemplarze organu Tow. Czerwonego Krzyża „Czerwony Krzyż Nr. Nr. 23 i 24 z d. 17.XII.1921

wraz z odezwą Zarządu T-wa Czerw. Krzyża. 2) Od misji francuskiej „Etudes sur le traitement des fractures des membres” prof. Guermontprez. 3) Prof. B r o w i c z: „Szkice Anatomico-patologiczne”. 4) „Rozprawy Akademii Nauk Lekarskich — Bulletin international de l’académie des sciences médicales a Varsovie”. 5) Z Min. Zdrowia Publicznego „Sprawozdania z działalności Państwowych zakładów badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie, Łodzi i Krakowie za rok 1920. 6) Prof. Roman N i t s c h „Szczepionki i surowice wraz z nauką o odporności T. I”. 7) Wł. P a l m i r s k i. „Zarys Bakteriologii i chorób zakaźnych dla sanitariuszów i sanitariuszek”. 8) Rocznik Farmacji Rok I. Zeszyt I. 9) Rocznik Chemii T. I. Zeszyty 1, 2, 3, 4, 5, 6. Rocznik 1921 r. organ Polskiego T-wa Chemicznego. 10) Prof. H o r n o w s k i. a) Z Kazuistyki Zakładu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego; b) „Przyczynek do oceny sprawności czynności serca na stole sekcyjnym”; c) „Samorodne pęknięcie serca” podał Ludwik P a s z k i e w i c z; d) „Zmiany anatomiczne w zimnicy w obecnym stanie wiedzy” zestawiał L. P a s z k i e w i c z; e) „Zakrzep wypełniający uszko i cały przedsionek serca” podał Ludwik S k u b i s z e w s k i; f) „Przypadek tętniaka urazowego tętnicy głównej” podała Janina Dą b r o w s k a.

VI. Na wniosek prezesa do komitetu nagrody im. Wszeborza wybrani zostali: M u t e r m i l c h, prof. R z ę t k o w s k i i S k ł o d o w s k i; do komitetu nagrody im. Płaskowskiego — K o e l i c h e n, B r e g m a n, M a z u r k i e w i c z; im. Koczorowskiego — prof. Bronisław S a w i c k i, prof. R z ę t k o w s k i, J a n o w s k i.

VII. Kol. D r o z d o w i c z wygłosił odczyt: **Sztuczna odma brzuszna** (pneumo-peritoneum) jako metoda rozszerzająca zakres badań rentgeno-dyagnostycznych organów jamy brzusznej.

Po omówieniu rozwoju metod kontrastowania w rentgenodjagnosyce, referent przechodzi do opisanie techniki stosowania sztucznej odmy brzusznej, polegającej na wprowadzaniu do jamy otrzewnej powietrza, tlenu lub bezwodnika węgla za pomocą igły, względnie trójgrańca złączonego rurką gumową ze zbiornikiem, zawierającym jedno z powyższych ciał. Nakłucie przedniej ściany jamy brzusznej wykonywa się zwykle powyżej i nazewnątr od pępka (około 3-ch ctm. w obydwóch tych kierunkach) lub na linii środkowej pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowym. Przy wyborze miejsca nakłucia trzeba przede wszystkim powodować się koniecznością uniknięcia zranienia któregoś z organów mięsnych, względnie guza. Nakłucia wolnej pętli jelitowej nie spostrzegano nigdy; nie opisywano również jakichś przykrych powikłań z powodu zranienia pętli, unieruchomionej zrostami. Naogół w literaturze, obejmującej już obecnie opisy tysięcy przypadków stosowania sztucznej odmy brzusznej brak danych, świadczących o niebezpieczeństwie tej metody dla chorych. Spostrzeżanej przez niektórych autorów jak również i przez referenta podskórnej i podpowięziowej odmy łatwo uniknąć przy odpowiedniej technice. Przykre dla chorych uczucie rozpięcia w brzuchu przy stosowaniu powietrza staje się znacznie słabsze i krótsze, o ile powietrze zastąpić przez tlen a zwłaszcza przez bardzo szybko, bo w ciągu

25 do 40 minut, wchłaniający się bezwodnik węgla. Celem sztucznej odmy brzusznej, zapoczątkowanej przed 10 laty przez Webera, Lorega i Alessandrinię, jest uwidocznienie mało dostępnych dotąd dla rentgenodjagnostyki organów mięsnych jamy brzusznej, jak wątroby, śledziony, nerek, kobiecych organów płciowych oraz zmian patologicznych w tych narządach i ich sąsiedztwie. Zadanie powyższe spełnia ta metoda w sposób nie dający się niczem zastąpić zarówno w celu bezpośredniego prześwietlania na ekranie jako też i w celu utrwalenia obrazów na rentgenogramach.

Jako przeciwwskazania należy wymienić poważniejsze cierpienia serca, zwłaszcza połączone z utrudnionem oddychaniem i ostre zapalne cierpienia w obrębie jamy brzusznej.

Przezroczą świetlną z rentgenogramów, demonstruje referent w porządku swych badań, a więc najprzód przedstawia obrazy królików, u których zakładał odmę, następnie chorych, u których powietrze wprowadzono po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej, w końcu chorych prześwietlanych i zdejmowanych bezpośrednio po założeniu odmy.

Zdjęcia powyższe przedstawiają naocznie wartość metody, pozwalając z całą wyrazistością oglądać wątrobę w różnych płaszczyznach, śledzionę z jej wnęką, nerki, zrosty zapalne jelit i guzów.

Miedzy innemi przedstawił D. zdjęcia chorego, z niedającym się bliżej umiejscowić guzem w lewej połowie jamy brzusznej. Za pomocą tej metody udało się wykluczyć udział w tej sprawie wątroby, śledziony, nerek i organów trawienia i zlokalizować punkt wyjścia guza w trzustce — ewentualnie w gruczołach pozaotrzewnych. (Str. wł.).

Dyskusja: 1. Prof. K r y ń s k i rozpatruje stronę anatomiczną zabiegu. Alessandrini z Rzymu a także francuscy autorowie zalecają wykonywać nakłucie na lewo na 2. palec od pępka ku górze. Nakłucie w punkcie tym jednak przedstawia pewne niebezpieczeństwo ze względu na możliwość skaleczenia art. mammariae lub epigastricae sup. Z tego względu prof. Kryński radzi przenieść punkt nakłucia na linię środkową. Na podstawie doświadczenia chirurgów i radiologów twierdzi, że żołądek i gruba kiszka podatniejsze są do uszkodzenia niż kiszki cienkie, które łatwiej się uchylają i tym sposobem mniej ryzykujemy. Do zabiegu należy używać cienkiego trójgrańca i tlenu lub powietrza. Co się tyczy tlenu, to niewiadomo, jaki wpływ czysty tlen wywiera na komórki nabłonkowe, możliwe jest masowe złuszczenie nabłonka i jako następstwo powyższych zmian liczne zrosty. Wszelkie stany zapalne w jamie brzusznej, uważa za bezwzględne przeciwwskazanie do odmy.

2. Kol. S k u b i s z e w s k i zwraca uwagę na różnicę układu jelit, jaka jest u królika i u człowieka, następnie ostrzega przed nakłuciem ściany brzusznej w razie zrostów w jamie brzusznej i powołuje się na prof. Rydygiera, który powtarzał, że chętnie otwiera jamę brzuszną, ale czuje wstręt przed zabiegiem na niewidzianego.

3. Prof. R z ę t k o w s k i stwierdza, że w jego klinice, zaczęto wykonywać odnę brzuszną we wrześniu r. 1920. Od tego czasu robiono ją wielokrotnie i nabrano w tym kierunku doświadczenia pe-

wnego, które przedewszystkiem poucza, że zabieg jest nieszkodliwy. Daje on doskonale wyniki jako cenna metoda rozpoznawcza pomocnicza w rozpoznawaniu spraw chorobowych, umiejscowionych w przestrzeni podprzeponowej prawej i lewej. Prof. Rzętkowski wyjaśnia stosunki anatomiczne w jamie otrzewnej, które sprawiają, że wprowadzone powietrze zbiera się w najwyższych odcinkach jamy otrzewnej. Wprowadzano 2 — 4 litrów powietrza, filtrowanego przez gruby pokład wyjałowionej waty. Wkłuwano igłę niezbyt grubego kalibru w punkt ściany brzusznej, położony na przecięciu lewego brzegu m. recti abdominis sinistri z linią łączącą pępek ze spina ilii ant. sup. sinistra. Mierzenie przytem ciśnienia prof. R. uważa za zbędne. Powikłania zabiegu 1) odma śródmięśniowa ściany brzusznej, sprawiają chorem czasem pewne dolegliwości, 2) bóle w okolicach łopatek, stawów barkowych i obojczyków. Odma powietrzna trwa dość długo, przeto lepiej stosować odnę tlenową lub CO_2 . Odma nie wywiera żadnego wpływu na narządy krążenia. Przeciwwskazaniem do zakładania odmy są ostre stany zapalne otrzewnej. Przy pomocy odmy uwidacznia się doskonale górna prawa boczna powierzchnia wątroby (u stojącego), oraz cała śledziona. Nerek prof. Rzętkowski w swoich przypadkach odmy nie widywał. Nie widywał też okolicy pęcherzykowej. Prof. Rz. zachęca kolegów do dalszych badań w kierunku odmy brzusznej i omawia widoki tego zabiegu w kierunkach terapeutycznych. (Str. wł.).

4. Kol. J u d t stwierdza, że zdjęcia prelegenta są prześliczne, zaznacza jednak, że omawiana metoda przedstawia niebezpieczeństwo, że bywały wypadki śmierci. Z instytutu braci Mayo odzywają się głosy, które przestrzegają przed powyższą metodą. Schlezingier również wypowiada się przeciw stosowaniu odmy brzusznej.

5. Kol. T o k a r s k i, powołując się na dane z piśmiennictwa twierdzi, że metoda omawiana nie dała tych wyników, jakich się po niej spodziewano.

6. Prof. G l u z i ń s k i w swem przemówieniu podkreśla, że przy stosowaniu odmy brzusznej grozi choremu niebezpieczeństwo. W klinice obserwowano przypadki podrażnienia otrzewnej. Badania doświadczalne prof. Cybulskiego i prof. Gluzińskiego wykazały, że odma brzuszna wpływa na znaczne podniesienie parcia w naczyniach krwionośnych a nawet w tętnicy płucnej, z tego względu niebezpieczne jest stosowanie odmy brzusznej w razie zmian w organach krążenia. Należy więc metodę stosować ostrożnie.

7. Kol. S r e b r n y wspomina, że jeden z niemieckich autorów opisał przypadek śmierci, wywołanej przez zator powietrzny z powodu anomalji art. epigastricae. Według Jakobsohna należałoby do odmy brzusznej przystępować po wykonaniu laparatomji.

8. Kol. M e s z zwraca uwagę, że Gotze na 200 przypadków odmy brzusznej miał 1 przypadek śmierci wskutek uszkodzenia kiszek. Mówca uważa, że nakłucie ściany brzusznej jest przeszkodą do omawianej metody. Należałoby lege artis otwierać otrzewną, wprowadzać igłę i powietrze. Rosenstein wprowadza powietrze pozaotrzewnowo

do tkanki tłuszczowej, chodzi mu o zbadanie nerek; dobrze wychodzą przy tem śledziona, wątroba i cavum Retii.

9. Kol. D r o z d o w i c z w odpowiedzi wyjaśnia, że prof. Rzętkowski dlatego widział jedynie górne piętro, ponieważ nie ma w klinice trochoskopu, który pozwala badać i inne odcinki jamy brzusznej. Innym mówcom odpowiedział, że uznaje, że omawiana metoda przedstawia pewne niebezpieczeństwo, ale i przy innych zabiegach również widywano nieszczęśliwe wypadki, jednak metody te mają szerokie zastosowanie np. nakłucie opłucnej.

VIII. Kol. K o m o c k i przedstawił preparaty i rysunki ciąży jajnikowej. Przypadek dotyczył chorej operowanej przez kol. Anteckiego. Z powodu krwotoku wewnętrznego podczas ciąży pozamacicznej; obraz był tak wyraźny, że już na stole operacyjnym kol. A. stwierdził, że ma do czynienia z rzadkim przypadkiem ciąży jajnikowej. W jajniku naogół niezmienionym okazała się dosyć głęboka jama, mająca mniej więcej kształt pękniętej torbieli; jajowód normalny z jajnikiem nie zrosnięty. W pobliżu jajnika w jamie otrzewnej leżało makroskopowo nieuszkodzone jajo płodowe wielkości odpowiadającej mniej więcej jednomiesięcznej ciąży, pokryte na całej powierzchni normalnego kształtu kosmkami.

Badanie histologiczne ustaliło, że w opisanej torbieli jajnikowej rzeczywiście zalegało jajo płodowe, albowiem mikroskopowo na różnych przekrojach wykryto masę typowych kosmek, pokrytych dwoma warstwami nabłonka, ściśle zrosniętych z samą tkanką jajnikową.

Najciekawszą jest w danym przypadku ta okoliczność, że sama tkanka jajnikowa reagowała na wrastanie do niej kosmek w znacznym stopniu wyrażonem przeobrażeniem się decydualem; na preparatach widzimy obszerne okolice złożone z komórek dużych wielokątnych i okrągłych; jednym słowem obraz, w swojej typowej postaci spotykany przy zmianie decydualej błony śluzowej macicy. Odnotowaliśmy również obszerne wylewy krwi do tkanki jajnikowej z następującą jej martwicą, wylewy te objaśniamy różnicą ciśnienia, powstałą wskutek pęknięcia otoczki i przejścia jaja płodowego do otrzewnej.

Jak już zaznaczyliśmy kosmki były pokryte dwoma rzędami nabłonka; należy zgodzić się ze zdaniem większości autorów, że obie te warstwy są pochodzenia płodowego, a nie macicznego, nie mamy bowiem w jajniku ani gruczołów ani wogóle tkanki nabłonkowej, z której ta warstwa zewnętrzna mogłaby powstać.

Nie bacząc na to, że już oddawna autorowie opisywali przypadki ciąży jajnikowej, jednakowoż świat lekarski naogół uważał możliwość ciąży jajnikowej za niedostatecznie udowodnioną; największymi sceptykami w tym względzie byli anglicy; w roku jednak 1899 zjawiała się praca p. Katarzyny van Tussenbroek z Amsterdamu, która dokładnie zbadała histologicznie i opisała przypadek ciąży jajnikowej operowany przez prof. Kouvera; praca ta, w której autorka udowodniła możliwość rozwoju jaja w samym pęcherzyku Graafa, przekonała, zdaje się, już wszystkich. I do dnia dzisiejszego jednak przypadków ciąży jajnikowej, udowodnionych za pomocą badania histologicznego,

jest niedużo; oprócz wymienionej pracy p. Tussenbröck w dostępnem dla nas piśmiennictwie mamy do odnotowania prace Freunda-Thomé, Fürtha, Wydera, Serebrennikowej, Franza, Micholitscha i Raya. Zmiany decydujące w tkance jajnikowej w bardzo małym stopniu wyrażone widział dotychczas tylko Wyder. (str. wł).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 31 stycznia 1922 r.

Przewodniczący: Prezes prof. **Gluziński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto:

II. Do ksiąźnicy T-wa wpłynęło: 1) **Z. Wóycicki.** „Rozwój pylników i pyłków u mniejszańca bezpłodnego”. 2) **Mieczysław Bogucki.** „Badania nad dzieworództwem sztucznym jaj żaby płowej”. 3) **Jan Dembowski.** „Dalsze studia nad wyborem pokarmu u paramesium coutum”. 4) **Erna Sznerówna.** „O przyswajaniu i rozpadzie białka w rozwoju kurczęcia”. 5) **K. Białaszevicz.** „O roli katalazy w oddychaniu zarodków”. 6) **M. Bogucki.** Przyczynek do analizy dzieworództwa traumatycznego”. 7) **Vieweggerowa i T. Viewegger.** „Badania czynników rozwoju kultur colpodium colpoda”. (Ehrberg). 8) **K. Białaszevicz.** „Wpływ ciśnienia osmotycznego na szybkość rozwoju zarodków”. 9) **Halina Mędrkiewiczowa.** „Wpływ wielkości powierzchni cieczy na rozwój kultur wymóczków (Colpodium colpoda). 10) **Fr. Ksaw. Cieśzyński.** „Metody laboratoryjne ułatwiające rokowanie w gruźlicy u dzieci. 11) „O wczesnem rozpoznawaniu raka”. Wydawnictwo Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka. Serja Naukowa N. I.

III. Prezes wezwał członków do składania podpisów na adresie od T-wa Lek. Warsz., wyrażającym wyrazy hołdu i wdzięczności Hooverowi za pomoc jaką przyniósł Polsce.

IV. Kol. **M. Semerau** wygłosił rzecz p. t. „Przyczynek do patogenezy żółtaczk hemolitycznej oraz do fizjologii patologicznej sledziony”.

S. przedstawił szczegółowo 5 przypadków żółtaczk hemolitycznej. Dwa pierwsze przebiegały poronnie. Ostatnie z tych, jedno o typie nabytym, dwa o typie wrodzonym i dziedzicznym, wykazywały zwykle charakterystyczne cechy tego stanu.

U wszystkich po za mniej lub więcej uwydatnioną splenomegalją i innemi objawami spostrzegano wybitnie zmniejszoną odporność krwinek. Pozatem stwierdzono w przypadkach najpóźniej badanych, wyraźną hypcholesterynemję.

Wykonana w jednym przypadku splenektomja doprowadziła skutkiem ciężkich warunków operacyjnych do zejścia śmiertelnego. Natomiast osiągnięty w innym przypadku przez wycięcie śledziony wynik leczniczy uważać należy za bardzo zadawalający.

Odczyn ustroju po splenektomji polegał s u b j e k t y w n i e na wielkiej poprawie samopoczucia, prawie zupełnym zaniku dawniejszych bólów, o b j e k t y w n i e na wyrównaniu anemji aż do lekkiej hyperglobulji, na wzmoczeniu się odporności czerwonych krążków, wszakże bez osiągnięcia normalnego poziomu i na wybitnej leukocytozie, wywołanej prawie wyłączną produkcją limfocytów. Takie zachowanie się układu krwiotwórczego po wycięciu śledziony daje pewne pojęcie o jej czynności.

Niedostateczne wyjaśnienie wszystkich szczegółów w mechanizmie powstawania żółtaczki hemolitycznej przez dotychczasowe teorie daje pochop do poddania dyskusji nieco odmiennego poglądu. Według niego żółtaczka hemolityczna jest wynikiem zachwianej równowagi między układem erytropoetycznym, a układem erytrofennicznym (Rzętkowski), przyczem punkt wyjścia stanowi pewna skaza aparatu erytropoetycznego, polegająca na niedostatcznym zaopatrzeniu krwinek w cholesterynę przez szpik kostny, a przejawiająca się we wzmożonej kruchości czerwonych krążków. Niezaprzeczona aktywność śledziony, która pociąga za sobą wzmożony rozpad krwinek i nadmiar w tworzeniu barwnika żółciowego jest zjawiskiem wtórnem, z przesunięciem się tej równowagi przyczynowo związanem. Dlatego też usunięcie śledziony nie zmienia zasadniczo tła, na którym powstaje zachorzenie, choć w znakomity sposób zmniejsza jego przejawy w ustroju.

W myśl powyższej koncepcji zaleca się z wewnętrznych środków leczniczych podawanie cholesteryny albo w oleistej zawieszynie, albo w pokarmach, które ją zawierają w większej ilości, a to celem poprawienia zaburzonej gospodarki tego lipoidu. Poza próbą takiego przyczynowego leczenia wchodzi głównie w grę splenektomja, jako zabieg nadzwyczaj skuteczny i mało naogół ryzykowny. (str. wł.).

D y s k u s j a: 1) Kol. St. Klejn omawia patogenezę żółtaczki hemolitycznej. Tu należy uwzględnić dwa czynniki, bez których cierpienie jest nie do pomyślenia: 1. Zmniejszona odporność krążków. 2. Czynniki hemolityczne. Co się tyczy zmniejszonej odporności, to samo określenie, iż ustrój wytwarza mniej odporne krążki, nic nam nie wyjaśnia — należy dojść do źródła tego objawu. Wobec zmian fizykalno morfologicznych w krążkach czerwonych (mikrocytoza, ziarnistość przyżyciowa, autroglutyniny etc.) musimy dojść do wniosku, że budowa i skład chemiczny krążków są swoiście zmienione, zmiany te czynią je podatnymi do hemolizy. Zmiany w surowicy nie grają tu roli. Zaburzenia w metabolizmie hemoglobiny nie mogą tu grać roli, w zwykłych anemiach bowiem nie widzimy tych objawów ze strony krążków, jakie widzimy w żółtaczce hemolitycznej. Wiadoczne zatem, że istnieją tu zaburzenia w metabolizmie drugiego ważnego składnika krążków, a mianowicie w lipoidach (cholesterynie i lecytynie). Fakt, że w żółtaczce hemolitycznej znajdujemy mniej

cholesteryny we krwi, fakt, że po wyłuszczeniu śledziony zawartość cholesteryny się zwiększa, fakt, że cholesteryna gra rolę ochronną dla krążków i wpływa dodatnio na odporność i na hemolizę, daje dużo do myślenia. Z drugiej zaś strony szpik kostny, w którym wytwarzają się krążki czerwone, obfituje stale w lipoidy, stanowiące materiał zapasowy dla nich; nie ulega wobec tego kwestji, że zaburzenia w metabolizmie lipoidów mogą niepomysłnie wpływać na jakość krążków. Ze w powstawaniu anemji hemolitycznej wogóle, a w niedokrwistości złośliwej w szczególności, dużą rolę grają lipoidy i wogóle tłuszcze, przemawia fakt dziwny i dotychczas wcale niewytłomaczony, iż pomimo ciężkiego stanu ogólnego takich chorych, anoreksji, rozwolnienia i oligemji podkład tłuszczowy jest tu nie tylko dobrze rozwinięty, ale nawet nadmierny. Podobne zaburzenie w metabolizmie lipoidów ma niewątpliwie podkład konstytucjonalny, być może zależny od zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem.

Z powodów powyższych należy w dalszych badaniach zwrócić baczną uwagę na lipoidy krwi i narządów, a głównie na ich stosunek ilościowy. Uzyskali to już poczęści Chauffard, Eppinger, Rosenthal i inni, a wraz z nimi i prelegent. Badania te jednak nie zostały konsekwentnie doprowadzone do końca, należy bowiem zbadać także zachowanie się lipoidów nietylko we krwi i surowicy, ale i w szpiku i innych narządach, a głównie w krążkach czerwonych i to zarówno przed jak i po wyłuszczeniu śledziony.

Co się tyczy czynnika hemolitycznego, to nie ulega wątpliwości, że główną rolę gra tu śledziona i wątroba. Sprawa obecności hemolityn w tych narządach jest zdaniem K., nie zakończona. Wobec badań Seydenhema nad czynnikami hemolitycznymi w niedokrwistości złośliwej, należałoby zbadać działanie antoksalów tych narządów nie tylko *in vitro*, lecz *in vivo*.

Nie ulega także wątpliwości, że śledziona gra rolę regulatora metabolizmu lipoidów szpiku, a więc wpływa niewątpliwie pośrednio na chemizm i morfologję krążków. (str. wł.).

2) Kol. St. M u t e r m i l c h uważa za najważniejszy czynnik żółtaczki hemolitycznej zmniejszoną odporność czerwonych krążków krwi, o której wspomniał prelegent. Zmniejszenia odporności należy szukać w samej stromie czerwonych krążków krwi, które przedstawiają siatkę substancji białkowej, oczka owej siatki zawierają cholesterynę. — Zmiana w ustosunkowaniu pomiędzy cholesteryną i substancją białkową siatki wywołuje zmianę fizykochemicznej budowy czerwonych krążków krwi i zmniejsza ich odporność. M. nie uważa, aby śledziona była czynnikiem wpływającym na powstawanie żółtaczki hemolitycznej, ale stwierdza brak wyjaśnienia, dlaczego usunięcie śledziony wpływa dobrze na stan chorych.

3) Kol. S t a r k i e w i c z robi pewne zastrzeżenia odnoszące się do 3-ch przypadków omawianych, a mianowicie w dwóch wywiady nie wykazały żółtaczki w dzieciństwie. W innym przypadku we krwi stwierdzono megaloblasty, nie wykonano badania szpiku kostnego po śmierci chorej.

Następnie S t a r k i e w i c z robi zastrzeżenia co do usuwania śledziony szczególnie, że cierpienie nie jest zbyt ciężkie dla chorych, którzy są *plus ictériques que malades*, według wyrażen francuskich autorów. Tem więcej, że sama operacja daje 3—5% śmiertelności. Wpływ usunięcia śledziony jako eksperyment, jest ciekawy, ale według St. niedostatecznie umotywowano wskazania do operacji.

4) Kol. S z o k a l s k i w badaniach osobistych stwierdzał tylko przejściowo zmiany we krwi po usunięciu śledziony, a mianowicie podnosiła się odporność czerwonych ciałek krwi. Pierwsze badania po zastosowaniu ciał hemolitycznych dawały wybitne wyniki, ale chwilowe, po powtórnem zastosowaniu ciał hemolitycznych zmian nie stwierdzał. Po usunięciu śledziony prelegent znajdował do 11.000 b. c. krwi w 1 mm³, Szokalski zaś w doświadczeniach na zwierzętach otrzymywał znaczną leukopenję. W żółtaczce hemolitycznej Sz. radzi zwrócić uwagę na wątrobę, gdyż niektórzy autorowie opisują zmiany w wątrobie i kanalikach. Zdaniem Sz. w leczeniu żółtaczki hemolitycznej należałoby podawać jod, przeprowadzić kurację antyluetyczną, pomimo, że próba Wassermana może być ujemna, jak to sam spostrzegał w jednym ze swoich przypadków. Następnie Sz. zgodnie z Chauffard'em radzi zwracać uwagę na gruźlicę i zimnicę.

3) Kol. M i c h a l s k i przypisuje duże znaczenie zmniejszonej ilości cholesteryny w surowicy krwi, określanie cholesteryny w czerwonych krążkach krwi przy wadliwości metod nie daje dokładnych wyników. Szczególniej zmniejszenie cholesteryny we krwi, następuje w charłactwie.

6) Prof. G l u z i ń s k i opisuje przypadek żółtaczki przy ciężkiej niedokrwistości: odporność czerwonych krwinek była zmniejszona; obraz skazy hemolitycznej, śledziona nie była powiększona — chora zmarła; na sekcji wykryto *distomum haematobium*. Prof. G. stosował cholesterynę bez skutku. W przypadkach usunięcia śledziony z powodu ciężkiej niedokrwistości, jak w chorobie Bantiiego, występowała leukopenja, w 2-ch przypadkach leukocytoza lymphocytica, w 1 przypadku w rok po operacji prawie leukemja. Zachowanie się chorych po wycięciu śledziony nie przedstawia ciężkich objawów. Zabieg chirurgiczny usunięcia śledziony nie łatwy, o czem świadczy choćby przypadek prelegenta, który skończył się śmiercią. Wobec zmniejszonej ilości cholesteryny prof. Gluziński zapytuje, jakiego rodzaju kamienie znaleziono u jednego z chorych prelegenta.

7) Kol. S e m e r a u w odpowiedzi zgadza się z przedmówcami, że zmniejszenie cholesteryny dotyczy i surowicy krwi i czerwonych krwinek, następuje zaburzenie równowagi. Co się tyczy I—II przypadków, to niema pewności, ażeby były wrodzone i prawdopodobniej żółtaczka hemolityczna jest nabyta. — Szpiku kostnego nie badano, gdyż prelegent przejął historję choroby z oddziału chirurgicznego, gdzie badania nie dokonano. Usunięcie śledziony S stosował jedynie w najcięższym przypadku. Chora, która kilka miesięcy na rok leżała, obecnie może lekko pracować, pozbyła się bólów. — Kamienie u ob-

serwowanej chorej zawierały barwniki żółciowe. Nakoniec S. omówił technikę przemawiania czerwonych ciałek i określanie cholesterolu we krwi.

8) Prof. Czubałski zauważył, że prelegent z jednej strony ujmował patologiczne własności śledziony i jej wpływ na patogenezę żółtaczki hemolitycznej; z drugiej zaś strony przenosił przyczynę na szpik kostny i przytaczał jako dowód, że czerwone krwinki są mało odporne.

Przenoszenie wszystkich objawów na szpik kostny prof. Czubałski uważa za niesłuszne z następujących powodów:

Ze śledzioną odgrywa rolę w omawianem cierpieniu dowodzi poprawa stanu chorego po jej usunięciu; przemawiają także powstałe po usunięciu śledziony zmiany w krwi. Śledzioną wpływa na zmianę krzepliwości krwi, jak tego dowodzą badania laboratoryjne. Być może, że w uprawianem cierpieniu wpływ śledziony jest silniejszy niż w warunkach normalnych.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 7 lutego 1922 r.

Przewodniczący: **Prof. A. Gluziński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do księżnicy T-wa wpłynęły: 1) Książka Nr. 1 — styczeń 1922 r., miesięcznik poświęcony krytyce i bibliografii. 2) Kwartalnik kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie. Tom I. Zeszyt I. Styczeń. 3) Dr. Ludwik Anigstein i Zofja Milińska. „Badania nad żółtaczka paratyfusową”. 4) Annuaire général de la France et de l'étranger 1919. Biuro Międzynarodowej wymiany wydawnictw przy Bibliotece Min. Spraw Zagranicznych.

III. Kol. Landsberg wygłosił rzecz p. t. „Badania nad chemizmem ciał białkowych w surowicy krwi”.

Prelegent omówił powstawanie w organizmie kwasów aminowych pepsydów, polipepsydów, ich własności chemiczne w organizmie i powstawanie amonjaku przy ich rozpadzie. Następnie przedstawił badania swoje w niektórych stanach chorobowych nad zachowaniem się ciał białkowych: albumin i globulin i nad ich wzajemnym stosunkiem.

W dyskusji prof. Gluziński zaznaczył, że odczyt poruszył ciekawą sprawę stosunku albumin i globulin we krwi. Badania Filińskiego wykazały, jak się zachowuje stosunek globulin do albumin w różnych cierpieniach oraz jaką rolę odgrywa w przemianie białkowej wątroba.

IV. St. Groszlik wygłosił rzecz p. t. „Stan obecny sprawy doszczętnego leczenia przerostu stercza”.

W krótkim wstępie mówca skreślił ponury obraz leczenia objawowego (cewnikowania) oraz zabiegów paljatywnych (trzebieenie, wazektomja, operacja Bottiniego i t. p.), stosowanych jeszcze do niedawna w celu zwalczania niedomogi pęcherza na tle przerostu stercza. Leczenie doszczętne zostało zapoczątkowane zaledwie w zaraniu bieżącego stulecia najpierw pod postacią prostatektomji kroczonej, która jednak wkrótce musiała ustąpić miejsca prostatektomji nadłonowej. Zalety metody Freyera polegają na tem, że daje ona łatwiejszy dostęp do stercza; pozwala usunąć gruczolaki doszczętniej, dzięki czemu wyniki operacji są pewniejsze i trwalsze; rzadko pozostawia po sobie przetoki moczowe, tak trudne do zwalczania po operacji kroczonej; wyjątkowo tylko naraża na zranienie odbytnicy i wcale albo w małym tylko stopniu upośledza funkcje płciowe. Mimo to mówca uważa prostatektomję nadłonową za zabieg ciężki i niebezpieczny, ponieważ wykonywa się go u osób przeważnie w wieku podeszłym będących, zazwyczaj dotkniętych zmianami miażdżycowymi, częstokroć zatrutych i prawie zawsze zakażonych. Dlatego też wskaaania do operacji winny być ograniczone przeważnie do osób, dotkniętych przewlekłym całkowitem zatrzymaniem moczu, oraz zatrzymaniem moczu przewlekłym niezupełnem z rozstrzelenia pęcherza. Przypadki lżejsze, w których zatrzymanie moczu bywa tylko przemijające i daje się usunąć na dłuższy okres czasu za pomocą krótkotrwałego cewnikowania, należy leczyć objawowo.

Chory powinien być do operacji troskliwie przygotowany zarówno pod względem ogólnym (serce, płuca, narządy trawienia, nerki) jak i miejscowym (odkażenie pęcherza). W przypadkach uporczywego zakażenia pęcherza, w których ani systematyczne opróżnianie i przemywanie, ani cewnik na stałe do celu nie prowadzą, tudzież u osób mocno wyniszczonych długotrwałem cierpieniem lub zatrutych zaleca się operowanie dwuokresowe, polegające na tem, że w pierwszym tempie dokonywa się sączkowania pęcherza po uprzednim założeniu przetoki nadłonowej, po upływie zaś pewnego czasu wyłuszcza się gruczolaki, co snadniej zapobiega tak groźnemu zakażeniu ogólnemu, mającemu za punkt wyjścia przestwór przedpęcherzowy Retziusa.

Mówca operuje w znieczuleniu miejscowym lub ogólnem zależnie od stanu chorego. Znieczulenie lędźwiowe zarzuca z powodu zbyt trujących własności środków dotychczas używanych. Do napełniania pęcherza przed operacją stosuje wodę wyjałowioną; wdmuchiwanie powietrza lub tlenu uważa za niebezpieczne, gdyż może spowodować śmiertelny zator gazowy. Celem zaś uniknięcia zalewu pola operacyjnego płynną zawartością pęcherza radzi przed otwarciem nakłuwać pęcherz trójęgrańcem, zaopatrzonym długą rurką gumową, przez którą wychodzi cała zawartość. Mówca dokonywa operacji w lekkiej pozycji Trendelenburga, nacina powłoki brzuszne podłużnie, ścianę zaś pęcherza w kierunku poprzecznym, daje to bowiem lepszy dostęp do wnętrza pęcherza i ułatwia późniejsze nakładanie szwów.

W celu uprzystępnienia pola operacyjnego G. chwytła wystającą część sterczu kleszczami Muzeux, którymi pociąga gruczoł do góry, i po okólnem nacięciu otoczki chirurgicznej wydobywa guz na tępo en bloc wraz z odcinkiem pęcherzowym cewki kroczonej. Usunięcie tej części cewki ma niewątpliwie duże znaczenie dla doszczętności zabiegu, albowiem gruczolaki, znane pod nazwą przerostu sterczu, powstają w części kroczonej cewki skutkiem bujania t. zw. gruczołów centralnych czyli podszyjowych, założonych w jej tylnej ścianie, a mianowicie w połowie drogi między wewnętrznym otworem cewki a wzgórkiem nasiennym. Nie jest przeto wyłączone, że pozostawienie tej części cewki przy prostatektomji może sprzyjać nawrotowi, o którym tu i owdzie znajdujemy wzmianki.

W dalszym ciągu G. szczegółowo podaje sposoby zapobiegania i zatrzymywania krwawienia z łoża sterczu, opisuje technikę nakładania szwów, opatrywania rany i zwraca szczególną uwagę na postępowanie pooperacyjne.

Najczęstszą przyczyną zejścia śmiertelnego po prostatektomji nadłonowej jest, zdaniem G., mocznica, posocznica i niedomoga serca. Śmierci skutkiem krwotoku ostergo mówca nie spostrzegał nigdy, nie zaprzecza jednak, że obfity upływ krwi podczas operacji lub zbyt długie przeciąganie się krwawienia po zabiegu może spowodować śmiertelny upadek sił.

Obok typowych postaci przerostu sterczu, których cechą charakterystyczną stanowią łatwo wyłuszczalne gruczolaki, wskazaniem do prostatektomji nadłonowej jest również starcza niedomoga pęcherza, rozwijająca się na tle zaniku sterczu i dająca obraz kliniczny zupełnie podobny do niedomogi pęcherza, wywołanej przerostem. Mówca stwierdził, że w tych przypadkach, znanych pod nazwą prostatisme sans prostate, przyczyna niedomogi pęcherza tkwi w głębokiem zniekształceniu szyi pęcherza, ujawniającem się anatomicznie bądź w postaci zwężenia wewnętrznego otworu cewki, bądź też w postaci zastawki, szczelnie zamykającej wylot pęcherza. W celu usunięcia tej zapory mechanicznej dla odpływu moczu mówca jeszcze w r. 1908 zalecał doszczętne usunięcie zwyrodniałego sterczu, czego też dokonał kilkakrotnie z wynikiem pomyślnym. W tych razach jednak operacja narażała na poważne trudności, chodzi tu bowiem nie o wyłuszczenie guzów ze sterczu, lecz o doszczętne usunięcie całego gruczołu, ściśle spojenego z narządami otaczającemi. Jest to prostatektomja w ścisłem znaczeniu słowa. Operacja ta, uważana początkowo przez niektórych za niemożliwą do wykonania, znalazła już obecnie licznych zwolenników (Barth, Mazion i in.).

Na zakończenie G. zaznacza, że jakkolwiek prostatektomja kroczonej straciła całkowicie grunt pod nogami i musiała ustąpić miejsca zabiegowi bez porównania racjonalniejszemu, jakim jest bezsprzecznie cięcie nadłonowe, ma ona przecież tę wielką zasługę, że zasadniczo zmieniła poglądy nasze na istotę prostatyzmu i wprowadziła je na tory właściwe, z których zostały zepchnięte przez teorie błędne, choć nieraz głęboko pomyślane. Prostatyzm jest cierpieniem miejscowem, które polega na zniekształceniu szyi pęcherza, tworzącem zaporę mechaniczną dla swobodnego odpływu moczu. Pod tym ką-

tem widzenia należy się prostatektomji kroczonej zaszczytne miejsce w historii medycyny.

Odczyt przeplatany był krótkimi streszczeniami ciekawszych spostrzeżeń własnych. (str. wł.).

Dyskusja 1) Prof. Kryński porusza sprawę wyboru metod operacyjnych przy usuwaniu sterczu: 1) metodę operowania przez krocze i 2) operowanie nad łonem. Którą z tych metod należy wybrać, uważa za sprawę nierozstrzygniętą w chirurgji. Zdaniem prof. Kryńskiego nie można usunąć jednej metody kosztem drugiej. Blum w swojej pracy podaje 8.9% śmiertelności po operacjach nadłonowych i 6% po operacjach przez krocze; w innej pracy ogłoszonej po francusku jest podane 14% śmiertelności po operacji nadłonowej i 0% przy operacji przez krocze. Są pewne ściśle wskazania, które przemawiają za wyborem operacji przez krocze np. guz wielki idący ku odbytnicy; lub też u ludzi tęgich. Prof. Kryński uważa operację przez krocze za bardziej chirurgiczną.

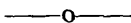
2) Kol. Ciechomski wspomniał o metodzie Willmsa, którą widział w 1914 roku i która przedstawiała się bardzo prostą, łatwą i szybką. Metoda ta polegała na półkolistym cięciu z lewej strony szwu krokowego, dojściu do pęcherza i otwarciu pęcherza, poczem za pomocą szczypców specjalnych pomysłu Willmsa chwymano gruczoł i wrywano. Zdaniem C. nadłonowa operacja jest łatwa, leczenie zaś trudne, ciężkie dla chorych. Śmiertelność po tej operacji duża. Operacja przez krocze bezpieczniejsza dla chorego, choć uciążliwsza dla chirurga, zabezpiecza od wtórnego zakażenia.

3 W odpowiedzi na powyższe uwagi kol. Groszlik zaznacza, że prostatektomja kroczoza została niemal całkowicie wyrużowana z arsenału metod leczenia przerostu sterczu, jako zabieg niebezpieczny, narażający zbyt często na ciężkie powikłania, wynikające ze zranienia kisżki i cewki moczowej (przetoki moczowe, kisżkowe, kloaka, nietrzymanie moczu), oraz w wielu razach nie dość radykalny. Powołuje się przytem na jednomyślną opinię uczestników kongresu urologicznego, odbytego w Paryżu w końcu r. 1920, i przytacza wyrzeczone na tym kongresie zdanie Pawła Delbe'ta, że wszyscy prostaticy, przezeń operowani drogą cięcia kroczonego, musieli bez wyjątku po upływie 2—5 lat powrócić do cewnika z powodu ponownego zatrzymania moczu. Większa śmiertelność po operacji Freyera zostaje sownie okupiona trwałym wynikiem ostatecznym, jaki się osiąga u osób, które operację szczęśliwie przebyły. Zresztą cięcie nadłono-we wywalczyło sobie prawo obywatelstwa nietylko jako akt wstępny przy prostatektomji, lecz stopniowo wkracza nawet w te dziedziny chirurgji moczowej, które do niedawna jeszcze stanowiły niepodzielny teren cięcia kroczonego. Nikt już obecnie nie stosuje cięcia kroczonego do litotomji; ropic sterczu, o ile nie wyszły poza obręb otoczki, łatwiej i bezpieczniej dają się otwierać po dokonaniu cięcia nadłono-wego (co mówca wykonał dwukrotnie z wynikiem pomyślnym); nawet przetoki pęcherzowo-pochwowe zalecają obecnie zaszywać drogą poprzezpęcherzową, dającą łatwiejszy dostęp zwłaszcza w przypadkach trudnych, oraz wyniki pewniejsze.

Co się tyczy licznych odmian cięcia kroczonego, proponowanych różnymi czasami szczególnie przez chirurgów niemieckich w celu ograniczenia powikłań, towarzyszących tej metodzie operacyjnej, G. w odczycie swoim wyraźnie zaznaczył, że żadna z nich nie dorównywa pod względem technicznym klasycznej operacji, opracowanej przez Albarrana i Jounga, wszystkie zaś zbyt żywo przypominają sławetny zabieg Marianiego, znany pod nazwą Methodus cum apparatu magno i stosowany ongi przy litotomji. Nie da się również obecnie obronić ani zabiegu Wilmsa, który tak przypadł do gustu kol. Ciechomskiemu, ani świeżo zaleconej przez Berndta i Praetorusia prostatektomji pośredkowej, ani wreszcie cięcia kulszowo-odbytniczego Voelckera, gdyż i od nich wieje podmuch średniowiecza. (str. wł.).

Prezes **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **Wł. Kowalski.**



POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 21 lutego 1922.

Przewodniczy Prof. **A. Gluziński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do ksiąźnicy T-wa wpłynęły: 1) „Ogólne zasady Toksykologii oraz Patologii i Terapii zatruc gazami bojowymi” D-ra S. Marzeckiego. Styczeń 1922 r. 2) Przepisy o zwalczaniu chorób wenerycznych w wojsku. M. S. Wojsk. San. 15.

III. Kol. S. Składkowski wygłosił rzecz p. t. „Służba sanitarna w bitwie pod Grochowem”.

Po streszczeniu działalności generał sztab-lekarza Karola Kaczkowskiego dnia 25 lutego 1921 roku, której wynikiem było wywiezienie z pola bitwy 7000 rannych w ciągu dziewięciu godzin do szpitali warszawskich, prelegent wyprowadza następujące wnioski:

1) Służba sanitarna w bitwie pod Grochowem znajdowała się w nadzwyczaj trudnych warunkach. Trudności stanowiły: a) komunikacja z tyłami przez jedyny niepewny most pontonowy na Wiśle; 2) warunki terenowe utrudniające wynoszenie rannych, wskutek rowów, błot i jednej tylko drogi na tyły; c) zimowa pora roku i konieczność opatrywania rannych pod gołym niebem, dzięki rozebraniu i spaleni przez żołnierzy domów Grochowa; d) brak opatrunków osobistych, noszy i wyszkolonych sanitariuszy; e) siedemset rannych na godzinę; f) panika na tyłach, wywołana szarżą kirasjerów.

2. Trudności te rozwiązane zostały w sposób niezwykle szybki i szczęśliwy dzięki niezrównanemu męstwu żołnierza polskiego oraz zdolnościom organizacyjnym i taktyczno-sanitarnym generał-sztab-lekarza Kaczkowskiego.

3. Te niezwykle zdolności ujawnione zostały przez: a) zaimprovizowanie i wprowadzenie w Armji Polskiej specjalnych oddziałów

sanitarnych do wynoszenia rannych w bitwie, nieznanych w innych armjach jeszcze w ciągu lat trzydziestu (wojna krymska!) b) celowe użycie tych t. zw. „brankurdierów“ w bitwie; c) korzystne rozmieszczenie w czasie i przestrzeni urządzeń sanitarnych, d) segregowanie rannych i niezwłoczne wysyłanie ich do Warszawy; e) ujęcie oddziałów i zakładów sanitarnych żelazną ręką w karby karności i dyscypliny; f) zastosowanie heroicznego środka rekwizycji zasłanego łóżka z każdego dwupokojowego mieszkania.

4. Bitwa pod Grochowem należy dzięki tym zarządzeniom do unikatów w historii, gdzie ranni strony zwyciężonej znaleźli się w daleko lepszych warunkach, niż zwycięskiej, zarówno w czasie bitwy, jak i po jej ukończeniu.

5. To też „Dzień krwi i chwały“, będąc chlubą oręża polskiego, jest dniem słusznej dumy i blasku sanitarjatu polskiego.

6. Kaczkowski, jako lekarz-taktyk jest wzorem dla naszych lekarzy wojskowych; „brankardierzy“ są żywym wzorem dla obecnych szeregowych wojsk sanitarnych. Słowa Kaczkowskiego: „Jak dalece dobra i szybka pomoc lekarska wpływa na podtrzymanie ducha w żołnierzu, a jak znów rani go i demoralizuje zaniedbanie jej i pozostawienie w tej krytycznej chwili na łasce losu!“ pozostaną na zawsze testamentem dla naszego sanitarjatu wojskowego. (str. wł.).

IV. Kol. S. Rubinrot wygłosił rzecz p. t. „Przyczynę do leczenia guzów śródpiersia“.

W śródpiersiu napotykamy guzy łagodne (tłuszczaki, włókniaki, torbiele skórzaste) i złośliwe (najczęściej gruczolako-mięsaki). Bardzo często rozwijają się tu również złośliwe guzy przerzutowe. Do guzów dobrotliwych, przenikających z zewnątrz do śródpiersia, należą wola wewnątrzkratkowe, dochodzące niekiedy do znacznych rozmiarów.

Znajdujące się normalnie w śródpiersiu twory, jak grasica i gruczoły chłonne mogą być podłożem dla rozwijających się w nich guzów lub też ulegają chorobliwemu przerostowi (hyperplasia) albo schorzeniu (gruczolak złośliwy, choroba Hodgkinsa).

Obraz kliniczny, wspólny dla większości guzów, uwarunkowany jest uciskiem guza na sąsiednie narządy. Przedmiotowo odczuwają chorzy lęk, duszność, często miewają bóle promieniujące, suchy kaszel i świszczący oddech. Podmiotowo stwierdza się zciemnienie twarzy, rozszerzenie żył na szyi i tułowiu (głowa meduzy), objawy porażenia nerwów (powrotnego, współczulnego lub przeponowego), wreszcie stłumienie opukowe nad mostkiem lub z jego boków.

Rozpoznanie, które w początkach choroby może przedstawiać duże trudności, ustalić się daje najczęściej przy pomocy prześwietlenia. Trudność w roentgenodjagnosyce guzów śródpiersia stanowi nieraz odróżnienie ich od dużych tętniaków aorty, względnie rozpoznanie umiejscowienia anatomicznego (grasica, tarczyca, gruczoły chłonne).

Leczenie guzów bywa wewnętrzne (jod lub arsenik), chirurgiczne i promieniolecznicze. Operacja (rozszczipienie mostka Miltona) daje dobry dostęp dla usunięcia guzów (szczególnie dobrotli-

wych); w przypadkach nieoperacyjnych zabieg ten zmniejsza korzystnie ucisk na narządy śródpiersia.

Dzięki ulepszeniu techniki naświetlania mnożą się przypadki uleczenia guzów śródp. za pomocą rentgenoterapii.

Prelegent przedstawia rentgenogramy przypadku dużego guza śródpiersia, uleczonego przez niego naświetlaniem, poczem guz znikł zupełnie. Chorą obserwuje od lat 3, jest obecnie zupełnie zdrowa. Drugi przypadek jest jeszcze w leczeniu (2 serje), rentgenogram po drugiej serji pozwala stwierdzić duże zmniejszenie guza.

Technika naświetlania polega na naświetlaniu głębokiem klatki piersiowej z przodu i z tyłu, a także i wątroby (powiększonej). Serja składa się z 6 — 10 naświetlań, serje w odstępach trzytygodniowych. Poprawa występuje często już po pierwszej serji.

Prelegent pokazuje szereg rentgenogramów, objaśniających trudności rozpoznawcze obrazu rentgenograficznego. (str. wł.).

Dyskusja: Prof. Gluziński na podstawie doświadczenia uważa, że w 3-ch rodzajach guzów można otrzymać dobre wyniki po leczeniu promieniami Roentgena. Słusznie Rubinrot zaznaczył, że najlepiej poddają się leczeniu zmiany gruczolów na tle gruczliczem i granulomata; w mięsakach można otrzymać pewne polepszenie. Przy różniczkowaniu pomiędzy guzem śródpiersia i tętniakiem, prof. G. obok cech znanych zwraca wagę na porażenie lewego n. recurrens; przemawia to za tętniakiem; jeżeli zaś zajęty jest n. recurrens z prawej strony, to raczej mamy do czynienia z guzem. Zasadniczo najlepszym środkiem leczniczym guzów śródpiersia, o których była mowa, są promienie Roentgena.

V. Kol. Komocki przedstawił 2 przypadki nowotworów, pochodzących od chorych, operowanych przez kol. Lewensterna.

I przypadek dotyczył miękkiego guza, usuniętego 67-let. chorej. Charakterystyczną cechą tego guza było to, że nowotwór wychodził z pod skóry; przerastał otaczające go tkanki, tak że powierzchnia skóry stopniowo zcieńczała. Mikroskopowo guz w grubszych częściach przedstawiał obraz mięsaka, przy cieńszych skrawkach można było dokładnie rozpoznać dobrze rozwiniętą tkankę adenoidną. K. rozpoznał lymphosarcoma.

Drugi przypadek dotyczył guza usuniętego z mięśni uda. Guz był wielkości pięści o kształcie kulistym, otoczony otoczką, mikroskopowo przedstawiał się jako sarcoma alveolare. Szczegółowsza analiza guza, jak kształt i układ komórek, jąder komórek, umiejscowienie komórek tuż przy ścianach naczyń, obecność pewnych szpar pomiędzy warstwą zewnętrzną i środkową skłaniają Komockiego do rozpoznania periepitelioma.

Prezes: Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 7 marca 1922 r.

Przewodniczył Prof. A. Gluziński.

Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

I. Prezes odczytał list spółki wydawniczej w Paryżu „Masson et Cie” w sprawie zaofiarowania T-wu Lekarskiemu bezpłatnie Bulletin de la S-té Anatomique de Paris przez D-ra Armanda Delille'a.

II. Prezes odczytał pismo Konsulatu Generalnego Rzeczypospolitej Polskiej w Chicago do T-wa Lekarskiego w sprawie zaznajomienia lekarzy amerykańskich z pracami naukowymi lekarzy polskich przez nadsyłanie prac do pism amerykańskich.

III. Do ksiąźnicy T-wa nadesłano: 1) S. R u b i n r o t „Roentgenoterapia włókniaków macicy” (odbitka z Lekarza Wojskowego); 2) S. R u b i n r o t „Gruźlica chirurgiczna i jej leczenie” (odbitka z Lekarza Wojskowego).

IV. Wiceprezes W. Starkiewicz zakomunikował, że Komitet konkursowy przyznał jednomyślnie nagrodę im. Moczutkowskiego za najlepszą pracę odczytaną w T-wie Lek. Warszawskim w r. 1921 D-rowi Adolfowi Wojciechowskiemu za wykład p. t. „O naczyniach chłonnych narządów rodnych kobiecych w związku z operacją raka macicy” (z pokazem preparatów i przezroczy), ogłoszony na posiedzeniu T-wa dnia 25 października r. 1921.

V. Prof. Leśniowski wygłosił rzecz p. t. „Przyczynę do patologii okrężnicy esowatej”.

Dyskusja. 1) Prof. Kryński stwierdza, że sprawa poruszona przez prelegenta, jest to sprawa rzadka dla klinicystów, nie tak rzadka dla anatomopatologów; nosi ona nazwy cirrhosis mesenterii, mesenteritis chronica. Prof. Kryński w 1913 r. na zjeździe chirurgów w Londynie przedstawił swoją pracę pod tytułem „La cirrhose mésentérique comme unité clinique”, w której to pracy zmiany w krezce uważa za sprawy zapalne o przebiegu przewlekłym. Rozwija się nadmiernie tkanka łączna, która, kurcząc się, staje się twardą, zgrubiałą, zacieśnia naczynia krwionośne i przez to następuje upośledzenie odżywiania; kurczenie się tkanki łącznej pociąga za sobą ograniczenie ruchów robaczkowatych kiszki; upośledzone odżywianie prowadzi do zaniku gładkich mięśni kiszki, i na tem tle powstają wzdęcia, zaparcia.

Operacja prof. Leśniowskiego w swym pomysle przedstawia się bardzo ładnie, prof. K. przypuszcza jednak, że części przeszczepionej sieci do krezki, jak wogóle inne transplanaty, ulegną przemianie w tkankę łączną. Prof. K. uważa, że należałoby już wykonywać sigmoido-sigmoidostomię. Za przyczynę, wywołującą zmiany w krezce prof. K. uważa peritonitis circumscripta tbc.

2) Kol. Grundzach wspomina, że A. Zawadzki z 2-ch podobnych przypadków: raz wykonał colo-colostomię, w drugim przypadku rezekcję esicy.

3) Prof. S a w i c k i, powołując się na prace niemieckich autorów, którzy uważają częste niezupełne skręcenie esicy za przyczynę spraw zapalnych w krezce i jej zbliźnowacenia, uważa, że doświadczenia wykonane przez prof. Leśniowskiego, przemawiałyby za tem. Najczęściej takie zbliźnowacenie spotyka się u nasady krezki, w przypadkach prof. Leśniowskiego zbliźnowacenie idzie od góry. Spostrzegano zbliźnowacenie tkanki krezki, idące od zgięć śledziony w kierunku do krezki, które zbliżało poprzecznicę ze zstępnicą. W takich przypadkach nie mogło być mowy o skręceniu, i inne sprawy musiały powodować te zmiany, może być, że gruźlica. Stany zapalne krezki mogą być wywołane przez owrzodzenia w grubych kiszki, które spotyka się dość często. Sprawa, poruszona przez prelegenta, jest bardzo interesująca, ale jeszcze niedostatecznie opracowana. Co się tyczy leczenia, to prof. S. zgodziłby się z prof. K., że należy wykonywać zespolenie. Prof. Sawicki przeciwny jest rezekcji esicy ze względu na możliwość zakażenia i przychyła się do sposobu operacji, przedstawionego przez prof. Leśniowskiego.

4. Prof. H o r n o w s k i uważa, że do przedstawionych przez prof. L. zaburzeń przyczynia się zbyt długa krezka esicy. Takie wydłużenie krezki najczęściej spotyka się u osób usposobionych do gruźlicy, u chorych z układem trzew, opisanym przez Glenarda i u nas przez Zielińskiego Edwarda.

5. Prof. G l u z i ń s k i stwierdza, że sprawa, którą podnosi prof. Leśniowski, dotycząca zmian w krezce, nie jest opracowana dokładnie. Prof. G. spostrzegał zmiany w kreskach tam, gdzie znajdowano bardzo znaczne zmiany w naczyniach krwionośnych, tak, że i skleroza naczyń musi także grać pewną rolę w omawianych sprawach. Prof. G. przytacza przykład z literatury francuskiej chorego, który w ciągu 20 lat cierpiał na przemijające ataki zamknięcia kiszki, chorego kilkakrotnie chciano operować, lecz on nie zgadzał się na operację. Ostatecznie jednak doszło do operacji, usunięto 1 metr kiszki grubej i znaleziono tętnice krezki tak grube, jak tętnica promieniowa. Autorzy francuscy przechylają się ku stosowaniu rezekcji esicy, w przypadkach megasigma.

6) Prof. L e ś n i o w s k i uważa swoje przemówienie za doniesienie tymczasowe. Badając kreskę esicy, badał wogóle całą kreskę trzew, poczynając od dwunastnicy. Etiologii omawianego cierpienia prof. L. nie podejmuje się tłumaczyć; zaznacza, że nie można mówić o mesenteritis, jak o tem wspominali przedmówcy, lecz o peritonitis mesenterii, gdyż sprawa zapalna obejmuje jedynie listki otrzewnej; naczynia są doskonale zachowane; ani razu nie spostrzegał, aby tkanka była twarda, ściana kiszki pozostawała niezmienną, pętla kiszki kurczyła się dobrze. Wniosków co do dalszego przebiegu po operacji prof. L. robić nie chce, stwierdza jednak, że jeden z chorych operowany przed 2 laty czuje się bardzo dobrze.

VI. Kol. W o j n a r o w s k a wygłosiła rzecz p. t. „Odma sztuczna w lecznictwie gruźlicy płuc“.

Idea zastosowania odmy sztucznej w lecnictwie stanów płucnych zawdzięcza swe powstanie anglikowi Carsan'owi kilkakrotnie podejmowana i znowu zarzucana, ostatecznie znalazła poparcie najpierw u Forlaniniego, następnie u Brauera. Obadwaj oni byli założycielami szkół, które rozbiegały się w poglądzie jedynie na kwestję sposobu przeprowadzania pierwszego napełnienia. Zgadzały się zaś do pewnego czasu co do warunków, w których odma może być stosowana. Warunkami tymi są: 1) proces jednostronny, a posunięty z wyłączeniem formy pneumonicznej, 2) przeprowadzanie poprzednie wszystkich innych sposobów leczenia ze skutkiem ujemnym lub małym. Co do korzyści, jakie chore płuco z ucisku odmy odnosi, możemy je zebrać w dwie grupy: jedną, że tak powiem, anatomico-patologiczną, drugą odnoszącą się do zmian in plus w przebiegu klinicznym. Do pierwszej zaliczamy: a) rozrost tkanki łącznej, co w rezultacie daje zasklepienie ognisk chorobowych, b) przekrwienie żyłne, wspierające ten rozrost. Klinicznie mamy spadek temperatury, jako rezultat złego przepływu limfy, a co za tem idzie przerwy w zatruwaniu organizmu toksynami bakterji, 2) zmniejszenie lub przy kompletnym ucisku, ustanie kaszlu — zaś podniesienie stanu ogólnego i odporności organizmu, jako konsekwencję obu tych razem wziętych czynników. Aby wszystkie wyżej wymienione dane osiągnąć, sama odma musi odpowiadać pewnym warunkom. Po pierwsze musi być tak duża, aby ucisk płuca był w istocie kompletny, po drugie musi być zakładana powoli, tak aby organizmowi dać czas przyzwyczajenia się do nowych warunków, po trzecie, przez cały, zwykle przekraczający rok czasu, okres wysokość ciśnienia odmy musi być utrzymana na tym samym poziomie. Jedną z głównych przeszkód, a raczej trudność w spełnianiu tych warunków, stanowią zrosty opłucne, komplikujące prawie zawsze przypadki dalej posunięte i wysięk, zjawiający się prawie u 70% leczonych odmą chorych. Tak przy kwalifikowaniu przypadków, jak podczas całego przebiegu kuracji musi lekarzowi być pomocnym rentgen.

Szkoła włoska w ostatnim dziesięciu lat rozszerzyła pole działania odmy na przypadki świeże i obustronne, co jednak wzbudza krytykę nawet zagorzałych zwolenników tej terapii i ma w istocie wiele punktów chwiejnych.

Gruźlica u dzieci w ostatnich dwu latach weszła również w okres działania odmy.

Ze względu na rezultaty dodatnie, każdy ftyzjolog musi zabieg ten móżdź wykonać, tem więcej, że cały szereg chorych, nie poprawiających się po stosowaniu innych metod, może dzięki odmie osiągnąć, jeżeli nie zupełne wyleczenie, to ulgę i przedłużenie życia. (str. wł.).

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

POSIEDZENIE KLINICZNE**dnia 21 marca 1922 r.**Przewodniczący prezes **prof. A. Gluziński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes odczytał listy prof. Kostaneckiego z Krakowa, d-ra Zahorskiego z Wilna i prof. Roger'a z Paryża z podziękowaniem za wybór na członków honorowych.

III. Prezes zawiadomił zebranych członków T-wa o przyznaniu przez Min. Wyz. Rel. i Oświaty Publicznej miliona dwustu tysięcy marek (1.200.000 Mk.) na wydanie Przeglądu Piśmiennictwa Polskiego Lekarskiego za ostatnie 5-lecie.

Zebrani członkowie upoważnili prezydium do złożenia podziękowania Panu Ministrowi W. R. i O. P. za udzielone subsydlum na wydawnictwo.

IV. Z powodu Zjazdu Sanitarnego Międzynarodowego Ligi Narodów Prezes T-wa zwraca się do kolegów o poparcie przy przyjęciu przedstawicieli zjazdu w T-wie Lekarskim oraz na bankiecie.

V. Do ksiąźnicy T-wa nadesłano: S. Bronowski „Epidemja grypy w latach 1918 — 1920.

VI. Kol. Higier przedstawił chorą, u której rozpoznaje dystrophia musculorum w kombinacji z paralysis spinalis spastica, dziedziczną według rzadkiego typu wyłącznie przez płęć żeńską w czterech pokoleniach.

19-letnia panna z postępującą dystrofią mięśniową typu Leiden-Moebiusa. 2 jej siostry starsze, matka ojca i siostra jego babki dotknięte temże cierpieniem. Choroba przenosi się w tej rodzinie wyłącznie przez osobniki męskie, którzy sami są nietknięci, a zapadają na chorobę wyłącznie kobiety. Typ ten, opisany przez prelegenta przed laty pod nazwą hereditas matriarchalis-masculina, jest rzadki. Według analogicznego typu dziedziczy się daltonizm, krwawiaczkę, hemeralopję.

Zasługuje na uwagę, że chora obok dystrofji mięśniowej, przemawiającej za wrodzonym upośledzeniem środkowego listka rozwojowego, ma wybitne objawy spastyczne, świadczące o zajęciu bocznych pęczków rdzenia, czyli ektodermalnego listka zarodkowego. Kombinacja ta również należy na ogół do rzadkości. (str. wł.).

VII. Dyskusja z powodu odczytu kol. Wojnarowskiej „Odma sztuczna w lecnictwie gruźlicy płuc”.

1) Kol. Stefan Rudzki podkreśla szkicowość referatu kol. W. i operowanie materiałem cudzym bez przytoczenia własnych spostrzeżeń, które mogłyby rzucić nowe światło na sprawę. Co do strony historycznej odczytu zaznacza, że Forlanini przed 30 laty przypomniał i w celach leczniczych zastosował metodę odmy sztucznej, której pomysł jednak podał Szkot Carson jeszcze przed 100 laty. Metoda Farlaniniego znalazła największe rozpowszechnienie przed laty 10-u. Kol. Rudzki przypomina sobie, jak na Zjeździe międzynarodowym przeciwgruźliczym w Rzymie w 1912 r. tryumfy święciła

sztuczna odma piersiowa, której poświęcono całe 3 dni Zjazdu i ogłoszono na ten temat kilkadziesiąt odczytów z Włoch, Szwajcarii, Francji, Niemiec, Danji, Rosji. Prof. Forlanini, obecny na Zjeździe, był przedmiotem niezwykłych owacji. Założono wtedy Towarzystwo międzynarodowe „Pneumothorax”. We wszystkich sanatorjach zagranicznych, zwłaszcza szwajcarskich, kol. R. spotykał wtedy różne odmiany przyrządów do odmy sztucznej. Zapał ten jednak ostygł nieco pod wpływem faktów, stwierdzających, że odma sztuczna jest metodą nieraz bardzo efektowną, lecz wskazania do niej znajdujemy, ściśle biorąc, zaledwie w kilku % przypadków gruźlicy, leczenie jest bardzo długie, obliczone na lata, w wyniku zaś niezmiernie rzadko następuje wyleczenie. Pomyślnym względnie wynikiem anatomo-patologicznym, opisywanym przez Forlaniniego, Brauera, Beneckiego, Graetza, Silligę, przeciwstawić można badania Kellera, Hymansa, Kistlera, Sangmana i innych autorów, którzy stwierdzili nie tylko szybki rozwój sprawy gruźliczej w drugim płucu, lecz nieraz zupełnie świeże wysiewy w tkance płuca, uciśniętego przez odnę sztuczną. Kol. R. osobiście spostrzegał około 20-u przypadków odmy sztucznej, wyniki na dalszą metę były naogół nielepsze, niż po leczeniu zwykłym higieniczno-dietetycznym. Kol. R. apeluje do zgromadzenia, by podzielono się wrażeniami, opartymi na własnem doświadczeniu. Byłoby ważnem, aby ustalić, jak często stosuje się odnę sztuczną w Warszawie i z jakimi wynikami. Należałoby również sprawę rozszerzyć i omówić przyczyny, dla których bodaj wcale nie stosowano dotąd w Warszawie innych metod leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc, jako to torakoplastyki pozaopłucnowej, plombowania płucnego frenikotomji. Jeśli nawet metody te wogóle nieczęsto znajdują zastosowanie, to jednak na klinikach, chociażby ze względów dietetycznych, powinny być stosowane.

W końcu kol. R. uważa za niedopuszczalne pominięcie zupełne przez prelegentkę polskiego piśmiennictwa. Przytacza ona różne nieraz drobne spostrzeżenia pomniejszych autorów cudzoziemskich, a co do ojczystego piśmiennictwa ogranicza się wzmianką na samym końcu, że pisali u nas o odmie sztucznej Borzęcki, Dębiński, Sterling i Gluziński. Pomija tu kol. W. już nie tylko doświadczenia Dunina z przed 38 lat, lecz najnowsze prace oryginalne o leczniczem stosowaniu odmy sztucznej Dłuskiego, Świerzyńskiego, Szczepańskiego, Tomaszewskiego, Sabata, Czaplickiego Wł., Orłowskiego Witolda, Hellina, Lewina, nie mówiąc już o sprawozdaniach sanatoryjnych Gałęckiego i Sokołowskiego Olg. (str. wł.).

2. Kol. Kazimierz Dąbrowski zaznacza, że istnieją dwie metody odmy sztucznej: włoska i Braerowska, zmodyfikowana przez Sandmana. Następnie D. omawia kwestję wskazań odmy sztucznej. D. uważa, że można stosować odnę sztuczną, o ile zmiany gruźlicze są tylko w jednym płucu, i o ile niema zrostów; w postaciach przewlekłych, o ile są rozległe zmiany w jednym płucu, niewielkie zaś w drugim płucu; a wreszcie przy powtarzających się krwotokach. Powikłania w gruźlicy płuc są przeciwwskazaniem, a mianowicie trudność połykania przy zmianach w krtani, cukrzyca, skrobiowate zmiany w nerkach. Na ankietę Sandmana, rozesłaną

do 450 chorych, odpowiedziało 270 chorych; na 100 chorych 40 pracowało do 3-ich lat; 30 chorych pracowało do 7 lat.

3. Prof. G l u z i ń s k i stosował odnę sztuczną od początku wprowadzenia jej do leczenia przez Forlanini'ego i wykonał szereg doświadczeń w ciągu kilkunastu lat. Prof. Gluziński jest przeciwnikiem stosowania odmy sztucznej w początkowych okresach gruźlicy i stosuje ją w tych przypadkach gruźlicy płuc, w których jedno płuco jest zajęte, drugie zdrowe. Z przeprowadzonych doświadczeń wynika, że rozrost tkanki łącznej rozwija się nie tylko w chorem płucu, lecz i w zdrowym. Doświadczenia prof. Frankego wykazały, że odma sztuczna wywiera wpływ na krążenie. Z powikłań odmy sztucznej najczęściej występuje ropne zapalenie opłucnej. Prof. Gluziński stwierdza, że na ostatnim zjeździe internistów sprawa odmy sztucznej była szeroko omawiana. Referaty wygłosili Dr. Dłuski i Dr. Sterling.

4. Kol. G o l d b a u m przemawia za szerszym stosowaniem leczenia uodparniającego przeciw gruźlicy.

5. Prof. R z ę d k o w s k i uważa sztuczną odnę za bardzo wskazaną w leczeniu cięższych przypadków gruźlicy płuc (Turban II). Wszakże zaznacza, że w praktyce szpitalnej spotykamy stosunkowo mało przypadków, nadających się do leczenia odną (duże zrosty, gruźlica obustronna). R. przypomina, że pierwszym, który badał wpływ ucisku płuca na powstające w niem zmiany anatomiczno-patologiczne był Teodor Dunin. Wobec tych zmian, niewątpliwie powstających pod wpływem długotrwałego ucisku, i pozostających następnie na stałe, Rz. ma wątpliwości, azali należałoby stosować odnę w okresach gruźlicy początkowych. Gruźlicy krtani nie uważa Rz. za przeciwwskazanie do stosowaniu odmy. U chorych z b. małymi zmianami w drugim płucu Rz. stosuje odnę, o ile stwierdza, że po założeniu odmy następuje poprawa. O ile ta poprawa nie występuje, Rz. nie ponawia zabiegu. Rz. wprowadza powietrze i stara się szybko (po 2—3 seansach) doprowadzić do silnego ucisku, który już następnie utrzymuje się. W ten sposób w przypadkach odpowiednich uzyskujemy za pomocą odmy taką poprawę, jakiej u takich chorych nie możemy osiągnąć za pomocą żadnych innych sposobów leczenia. Prócz gruźlicy płuc Rz. stosuje odnę w przypadkach krwawienia płucnego z doskonałym wynikiem. Nadto Rz. wprowadza powietrze do opłucnej w surowiczym zapaleniu wysiękowym tejże, przyczem chodzi mu tutaj o oddzielenie od siebie płatków opłucnej i zapobieżenie zrostom. W tych razach ucisk na płuco powinien być minimalny. Wreszcie Rz. stosuje odnę w przypadkach ropnego zapalenia opłucnej, jak dotychczas z wynikami bardzo zachęcającymi. W gangrenie płuc R. otrzymywał również wyniki bardzo dobre od odmy, skombinowanej z wlewaniem dożylnymi neosalvarsanu. (str. wł.).

W odpowiedzi kol. W o j n a r o w s k a daje wyjaśnienia w kwestiach, poruszonych przez przedmówców. Braki z piśmiennictwa polskiego W. objaśnia tem, że odczyt swój przygotowała podczas pobytu zagranicą, gdzie nie miała dostępu do piśmiennictwa polskiego.

VIII. Prof. Loth przedstawił modele naczyń krwionośnych, wykonane z drutu odpowiedniej grubości, owiniętego sznurkiem barwnym.

IX. Prof. Loth wygłosił rzecz p. t. „Teoria konstytucjonalizmu, a współczesne teorie o normalnej budowie człowieka”.

Dyskusja: 1. Prof. Rędkowski zaznacza, że z wywodów prelegenta widać, że terminu „konstytucja” nie należy ujmować zbyt morfologicznie. Jest to pojęcie b. złożone, na które składają się nie tylko właściwości ustrojowe, ale i charakter warunków zewnętrznych, do których dany ustrój nie dorasta. To stanowi o jego mniejszej wartości życiowej. Właściwości ustroju morfologiczne mogą być uważane tylko jako oznaki diagnostyczne, nie zawsze pewne. Pojęcie „normy” jest pojęciem bardzo względnym; w badaniach nad własnościami ustrojów ludzkich „konstytucjonalnemi” klinicysta nie może zadowolić się stwierdzaniem oznak morfologicznych, ale winien stosować sposoby badania czynności ustroju i jego poszczególnych części. (str. wł.).

2. Kol. Komocki. Wobec tego, że odczyt prof. Lotha porusza zagadnienia podstawowe, a również wskutek tego, że dyskusja schodzi na tory ciągle niestety powtarzającej się między lekarzami sprzeczki, co ma większe znaczenie przy określaniu stanów normalnych i patologicznych, czy budowa i kształt, czy też funkcja organizmu, nie od rzeczy zdaje się będzie zastanowić się nad pytaniem, czy wszystkie nasze zmysły, za pomocą których wszak otrzymujemy wrażenia ze świata zewnętrznego jednakowo są doskonałe; odpowiedź na to pytanie oczywiście jest przecząca.

Wszystkie nasze zmysły oprócz wzroku są rozwinięte bardzo niedostatecznie; czyż możemy naprz. porównać nasz słabo rozwinięty zmysł powonienia z tymże zmysłem u zwierząt naprz. u psa.

Przy badaniu morfologicznem, a więc przy badaniu budowy i kształtu największe usługi oddaje nam oko, słabo zaś rozwiniętym zmysłem dotyku posługujemy się tylko pomocniczo i oczywiście tylko wtedy, kiedy badany obiekt możemy osiągnąć ręką.

Jeśli poddamy analizie skurcz mięśnia, podnoszącego umocowany na jednym jego końcu ciężar, to badaniem morfologicznem stwierdzamy, że mięsień staje się krótszym i grubszym, za pomocą oka wykrywamy również funkcję mięśnia, a mianowicie podnoszenie ciężaru do góry.

Badaniem morfologicznem posługujemy się na każdym kroku i w naukach tak zw. biologicznych — w biologii i fizjologii, i to nic dziwnego, albowiem przy obecnym stanie naszego poznania nie możemy sobie wyobrazić jakiejś materji, nie posiadającej kształtu, doświadczenie zaś uczy, że materja ciągle swój kształt zmienia; nie możemy nakoniec wyobrazić sobie materji oddzielonej od siły. (str. wł.).

3. Kol. Bogacki stwierdza, że organy morfologicznie zmieniają się odpowiednio do walki o byt, i to uważa za konstytucjonalizm.

4. Kol. Higier zgadza się w głównych zarysach z prelegentem, że morfologia anatomiczno-embriologiczna nie potwierdza ważności *costa fluctuans decima* dla typu astenicznego Stillera.

H. nie uważa jednak, aby ten fakt miał dowodzić słabych podstaw całej nauki o konstytucjonalizmie, bez której racjonalnie i przyrodniczo myślący lekarz obejść się nie może. Zwłaszcza jest to trudnem dla neurologa, który bez pojęcia o konstytucjonalnych i endogennych upośledzeniach i niedorozwojach tkanek, o abiotrofach onto- i filogenetycznych rozumować patogenetycznie nie jest w stanie. H. dowodzi na szeregu przykładów z medycyny wewnętrznej i różnych jej pograniczy ważności pojęcia konstytucjonalizmu: na enteroptozie, chorobie Hirschrunga, megacolon, nerce wędrującej, kyfoskopiozie dziedzicznej, wadach refrakcyjnych oczu, ślepotcie rodzinnej Lutera, zwężeniu soczewki, migrenie, dystrofach mięśni i t. d. Choroby konstytucjonalne, zależne od zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, mogą wprowadzić tu i owdzie prowadzić do zmiany typu ludzkiego (akromegalia, infantylizm, kretynizm, lilipuctwo), typu płciowego (eunuchoidyzm, feminizm). Nawet zmiany o charakterze rasowym i antropologicznym występują czasem w tych wypadkach; typ mongolski, etjopski (śluzobrzęk wrodzony, mongolizm, lipodystrophia). Jeżeli są, według prelegenta, rasy, przypominające gigantyzm, akromegalię, karlictwo i t. p. zboczenia ustrojowe, to należy pamiętać, że są one fizjologiczne, nigdy nie prowadzące do uchyleń natury patologicznej, w rodzaju hemianopsji dwuskroniowej, bólów głowy, niedowidzenia, impotencji, niezarastania się kości z chrząstką, dystrophia adiposogenitalis. Że różniczkowanie mięśni twarzy jest różne u różnych rodzajów małp, buszmena i Europejczyka, to jest zrozumiałe, gdyż zależnie od stopnia kultury i rozwoju umysłowego wyraz twarzy i gra mimiczna, odzwierciadlające stan duszy, są bardziej precyzyjne i wymagają odpowiednich do tego narządów (M. risorius). H i g i e r wyraża w końcu przekonanie, że nauka o konstytucjonalizmie utrzyma się w całej rozciągłości i że morfologia anatomiczna będzie, jak była dotychczas, poważną jej pomocnicą. (str. wł.).

5) Prof. H o r n o w s k i nie może się zgodzić z prelegentem. Zwracanie uwagi na morfologiczne zmiany, wyjaśnia nam pewne zaburzenia czynnościowe. Nerka zrazowata wykazuje krótsze kanałiki kręte, nerka taka jest mniej wartościowa. Prof. Hornowski uważa, że prelegent za mało uwzględnił warunki patologiczne. Przy ocenianiu zjawisk biologicznych nie można mówić o celowości, a należy zwracać uwagę na przyczynowość w przyrodzie. Klatka piersiowa asteniczna nie jest to zmiana pierwotna; rozwija się pod wpływem płuc, mięśni. Jeżeli szczurowi wyciąć oba nadnercza, szczur żyje, bo ma cały szereg nadnerczy, które się nie skupiły w jeden organ. Cechy morfologiczne są związane z konstytucjonalizmem. Małpa przywieziona do Europy ginie na gruźlicę.

6) Kol. S z u l c podnosi znaczenie konstytucjonalizmu dla wojska, gdyż pozwala łatwo usuwać słabych osobników. Przy poborze do wojska we Francji posługiwano się pewnymi wskaźnikami, które dla wojsk kolorowych okazały się nawystarczającymi. Jednak cechy te miały znaczenie i dla tych wojsk, gdyż uchYLENIA od normy w kierunku jej obniżenia wykazały znacznie mniejszą odporność na gruźlicę tak, że całe pułki zapadały na gruźlicę i musiano je odsyłać z frontu.

7) Prof. Gluziński uważa, że pojęcie konstytucjonalizmu oparte jedynie na cechach morfologicznych jest zbyt ciasne. Porównanie typów obcych z naszymi jest nieodpowiednie. Klinicyści spostrzegają u chorych około 18 roku życia najczęściej typ Stillera, w wieku przekwitania płciowego typ apoplektyczny. Nie tylko wymiary i budowa mają znaczenie dla konstytucjonalizmu. Barwa włosów, oczu, zabarwienie skóry dla klinicysty ma również znaczenie. Bruneci skłonniejsi są do cukrzycy kamicy żółciowej. Tak więc konstytucja Stillera nie opiera się jedynie na jakiejś pojedynczej cesze.

W odpowiedzi prof. L o t h przyznaje wiele słuszności podniesionym przez przedmówców kwestjom. Uważa jednak, że z punktu widzenia morfologa klinika robi pewne błędy. Jeżeli podniósł jedną cechę, to jedynie, aby wykazać na przykładzie, że cecha ta nie jest degeneracyjną „lecz progresywną”. Wygłoszone w odczycie poglądy nie są jedynie poglądami prelegenta, gdyż już w Anglii sprawa konstytucjonalizmu jest szeroko omawiana.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

—o—

POSIEDZENIE NADZWYCZAJNE

(z udziałem uczestników Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej)
w dniu 27 marca 1922.

Przewodniczył prezes prof. A. Gluziński.

W dłuższem przemówieniu Prezes powitał przybyłych na posiedzenie uczestników Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej.

W zastępstwie chorego prof. Z. D m o c h o w s k i e g o wiceprezes S t a r k i e w l i c z o c y t a ł historję działalności Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w walce z chorobami zakaźnymi cholera, tyfusem plamistym i innemi.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 4 kwietnia 1922 r.

Przewodniczył Prof. A. Gluziński.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Na konkurs im. Koczorowskiego nadesłano pracę „Cholestearyna a gruźlica płuc” godło N. 712.

III. Prof. Wł. Szymonowicz ze Lwowa i prof. Achard z Paryża nadesłali listy z podziękowaniem za zaliczenie w poczet członków honorowych Warszawskiego T-wa Lekarskiego.

IV. Od Ministerstwa Zdrowia Publicznego nadesłano pismo z podziękowaniem za czasopismo „Zdrowie” (dublety), które T-wo przesłało do biblioteki Ministerstwa.

V. Do ksiąźnicy T-wa nadesłano „Mitteilungen aus der Medizinischen Fakultät der Kaiserlichen Kyusho-Universität Fukuoka Japan” Band VI Heft I — 1921 r.

VI. Kol. Juliusz Wiśniewski przedstawił 2 przypadki przymiotu nabytego u 2 siostr. Jeden przypadek tyczył się 13-letniej B. K., córki furmana tramwajowego, u której widać osutkę na tułowiu, przytem na przedniej powierzchni osutka ma charakter małych grudek (eruptio parvo papulosa); na tylnej zaś powierzchni grudek większych w dolnej części łuszczących się, trochę zmacerowanych (eruptio papulo squamosa, in stadio eczematicis). Na sromnych wargach i koło kieszki stolcowej przerostowe łepieże moknące. Młodsza jej siostra B. M. lat 8 ma łepieże przerostowe moknące koło kieszki stolcowej. U jednej i drugiej odczyn Wassermana silnie dodatni. Obie virgines intactae i zarazem obie zaprzeczają, jakoby kto z mężczyzn do nich się przysuwał. Ojciec, matka i brat zdrowi. Skąd zjawiała się zaraza, trudno wyjaśnić. (str. wł.).

VII. Kol. C. z. Jastrzębski wygłosił rzecz p. t. „Zmienność formy miedniczek nerkowych”.

VIII. Prof. Orzechowski wygłosił rzecz p. t.: „O epidemji zmięknienia kostnego we Lwowie”. Epidemja trwa od r. 1915 dotąd podobnie jak w Warszawie. Pod względem objawowym obraz chorobowy pokrywa się ze zmięknieniem przedwojennem, niesłusznie nazywanem połogowem, bo i przed wojną zdarzało się zmięknienie u dziewcząt, starych kobiet i mężczyzn. Różnicę między zmięknieniem klasycznym a obecnem, na gminnem można upatrywać w tem tylko, że obecnie umiejac je rozpoznawać, znajdujemy wiele przypadków lekkich, które na pewno dawniej przeoczałyśmy. Stąd pozornie różnice, lecz tylko ilościowe. Ponieważ w piątej części materiału zmięknienie zaczynało się w ciąży, więc i pod tym względem nie ma zasadniczej różnicy etiologicznej. Jako niezwykłość i jedyną może cechą odrębną należy podnieść tę okoliczność, że w dość znacznej grupie przypadków nie było można wykryć żadnego ze znanych czynników etiologicznych. U kobiet tej grupy, jak się zdaje, właśnie niezachodzenie w ciążę było okolicznością usposabiającą do powstania zmięknienia kostnego. O ile chodzi o istotną przyczynę choroby, to napewno nie jest nią głód, ani hypowitaminoza (brak zmięknienia w różnych miastach, jak Kraków i Łódź, które również cierpiały na braki odżywiania, brak tego cierpienia w Rosji Sowieckiej, kilkanaście przypadków stwierdzonych u dostatniej burżuazji, pojawiania się przypadków jeszcze w obecnej dobie, często ostrawy początek). Powodem epidemji jest prawdopodobnie jad (bakteryjny?) pokrewny z tym, który wywołuje tężyczkę. Za tem przemawia fakt, że w Wiedniu i Lwowie wyprzedziła epidemję zmięknienia epidemja tężyczki, a w Warszawie większa jej częstość, i że zaostżenia zmięknienia przypadają na t. zw. miesiące tężyczkowe.

W rozpoznaniu trzeba pamiętać, że zmiany miednicy zdarzają się tylko w ciężkich przypadkach, nieraz dość późno i że badanie rentgenologiczne może zawieść nawet w daleko posuniętych przypadkach. Dość często zdarzają się obrzęki, obraz bledniczy krwi, czasem odczyn Wassermana dodatni, lekkie zaburzenia w oddawaniu moczu i znamieny zespół neurologiczny, w skład którego mogą wchodzić następujące objawy: wzmożenie pobudliwości mięśni i nerwów, odruchów kolanowych, przykurcze i niedowłady z usadowieniem przypominającym dystrofię, wyjątkowo nawet odruchy spastyczne (Babińskiego, Rossolina i t. p.).

Leczenie daje bardzo dobre wyniki na ogół: leżenie, fosfor w tranie, nasłonecznianie. W lecie zachodzą nawet samoistne poprawy. (Szczegóły wykładu zawarte w pracy ogłoszonej w I tomie wydawnictw Akademii Nauk Lek.). (str. wł.).

Dyskusja:

1) Kol. H. Higier dowodzi, że sprawę endemii kostnej poruszali u nas Chełmoński, który rozpoznawał osteoporozę, Goldflam — swoistą osteoartropatię, Rosenblum krzywicę późną i Higier — osteomalację poronną. Błędny pogląd o wyłącznym zajęciu systemu kostnego, wiele się przyczynił do dezorientacji. Krzywica i osteomalacja są to choroby ogólne, ustrojowe, w których cierpi tkanka kostna, tkanka łączna okostnej i wnetrzokostnej, tkanka chrzęstna i tkanka mięśni poprzecznie prążkowanych. Na materiale H., obejmującym z górą 60 przypadków stwierdzono: bóle samoistne i uciskowe kośćca swoistą postawę ciała, przykurczenie mięśni ksobnych uda, chód kaczkowy, niedowład m-łi ileopsoas, czasem obraz radiograficzny typowy, powolny początek, stopniowy rozwój i częste wyleczenie. Poczęto niesłusznie szukać w wywiadach ciąży, położu lub karmienia, zapominając, że osteomalacja zdarza się u dzieci, dziewcząt i starców. Spraw dekalcyacyjnych, jak miękkość, giętkość, łamliwość kości gąbczastych niesłusznie szukano w pierwszych okresach choroby. Uleczalność nie jest przeciwdowodem rozpoznania osteomalacji. Tran i fosfor są poniekąd specyfikami, jak również i trzebień, które w przypadkach Higiera dało znakomite rezultaty. Przeciw rzadkości osteomalacji u nas przemawia to, że H. sam osobiście w 1919 r. demonstrował 3 przypadki klasyczne radiograficznie stwierdzone z licznymi złamaniami. Gromadność, masowość tej nader rzadkiej endemicznej odmiany osteomalacji poronnej nasuwa słusznie myśl jakiegoś jadu bakteryjnego. Powoływanie się na tężyczkę, którą również często się spotykało podczas lat głodowych, nie wyświeśla sprawy, gdyż nie znamy bliżej jadu tężyczkowego i jego natury bakteryjnej. Letnie i zimowe maximum endemii są mało przekonywujące. Krajewska z Bośni przytacza też tę koincydencję, przemawiającą za zachorzeniem wieloogniskowem, niewykluczającą przytarczyc. Higier jednocześnie z osteomalacją obserwował b. liczne przypadki (8) późnej krzywicy u młodzieńców lat 10 do 19, z klasycznymi zmianami w kości i chrząstce, uważanej za cierpienie nader rzadkie. Opierając się na analogicznym obrazie chorobowym, na współistnieniu obu endemii i na nowszych poglądach

anatomopatologów (Looser, Recklinghausen, Schmorl) H. uważa, że późny rachityzm, jak wczesna osteomalacja są chorobami głodowymi i że są ze sobą patogenetycznie wielce spokrewnione, a może identyczne w myśl dawnego poglądu unitarystycznego Trousseau i wbrew powszechnie przyjętej teorii dualistycznej Virchowa H. odrzuca niedowiedzioną hipotezę bakteryjną, uważając, że niedostateczne i jednostronne pożywienie wywołało chorobę kostną. Powołując się na ściśle badania laboratoryjne Medical Research Committa witamin, H. rozróżnia 3 zasadnicze witaminy, które zależnie od ich tropizmu lub powinowactwa do tej lub owej tkanki nazywa 1) vitaminum osteochopinum, czyli lipoidalną, w tłuszczach rozpuszczalną; 2) V. neurotropinum, czyli w wodzie rozpuszczalną i 3) v. vasotropinum — rozpuszczalną w wysoku. Witaminę lipoidalną, wywołującą eksperymentalnie u zwierząt krzywicę, H. uważa za główną winowajczynię w endemii osteomalacji. (str. wł.).

2) Prof. H o r n o w s k i na podstawie materiału sekcyjnego podczas epidemii zmiękczenia kości widywał odwapnienie kości, jak to bywa w kile i w gruźlicy. Zmiany te nie mają nic wspólnego z klasyczną osteomalacją. Pomiędzy rachitis tarda i osteomalacją niema absolutnie nic wspólnego, są to dwa cierpienia o obrazie zupełnie odmiennym pod względem anatomicznym. Prof. H. stwierdza, że gruczoły przytarczycowe mają wpływ na kości a zatem związek osteomalacji i tężyczki jest uzasadniony. (str. wł.).

3) Prof. S t o r ł o w s k i na zasadzie doświadczenia twierdzi, że w zakładach dla umyślowo chorych wyraźnych przypadków osteomalacji było bardzo niewiele i liczba przypadków nie powiększyła się w czasie objętych przez prelegenta. Przypadków otępienia wczesnego O. spostrzegał dużo, zmiękczenia kości nie spostrzegał.

4) Kol. S t a r k i e w i c z zaświadcza, że przypadki osteomalacji były liczne, zdarzało się po kilka przypadków na sali, szczególnie zimową porą. Choroby odżywcze szły serjami. Podczas choroby głodowej opisanej przez Chełmońskiego, niemieccy lekarze również podkreślali, że przyczyną jej są bakterje. Jednak późniejsi autorowie niemieccy zaniechali tego twierdzenia. Czynniki niedostatecznego, a także jednostronnego odżywiania wysuwa się na pierwszy plan i w statystyce prof. Orzechowskiego. Starkiewicz skłonny jest przypuszczać, że choroby zakaźne były jedynie czynnikiem usposabiającym do schorzeń kości.

5) Kol. M i c h a ł s k i przypuszcza, że być może określanie cholestearyny we krwi w przypadkach prof. Orzechowskiego dałoby wskazówki co do pochodzenia osteomalacji na tle bakteryjnym, gdyż w przebiegu chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych ilość cholestearyny we krwi zmniejsza się. Na tej podstawie też Michalski proponuje, aby dawać takim chorym tran, który zawiera 5% cholestearyny.

6) Prof. G ł u z i ń s k i uważa, że sprawa osteomalacji może być uważana za zaburzenie w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu — osteomalacja pluriglandularis, jak za tem przemawia pow-

stawanie tężyczki, to znowu zaburzenia w jajnikach; Paltauf spostrzegał na sekcjach zanik gruczoła tarczowego. Na powstawanie osteomalacji oprócz powyższych czynników mogą wpływać także witaminy i bakterje.

Prof. Orzechowski w odpowiedzi wspomina, że również jak i Higier miał przypadki krzywicy późnej, które w dalszym przebiegu klinicznym dawały obrazy kliniczne mieszane krzywicy późnej i osteomalacji zwłaszcza u mężczyzn. Co do niedowładów prof. O. przekonany jest, że niezależą one od bólu. W przypadkach z objawem Babińskiego najściślejsze badania nie wykryły, aby był rzeczywiście jakiś ucisk na rdzeń. Brak przypadków osteomalacji w Łodzi, a także w Krakowie, jak również częste przypadki wśród proletariatu robotniczego we Lwowie, pomimo, iż się odżywiał lepiej od urzędniczego, który opierał się omawianemu cierpieniu, pomimo ciężkich warunków odżywiania, przemawiał przeciw przyjęciu czynnika odżywiania czy to niedostatecznego, czy też jednostronnego (witaminy) i zdaje się popierać czynnik bakteryjny. W kilku przypadkach po hiszpance nastąpiło pogorszenie. W 3-ch przypadkach prof. O. spostrzegał jedynie wola.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **Wł. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 25 kwietnia 1922 r.

Przewodniczący Prof. A. **Gluziński.**

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes Starkiewicz odczytał listy nadesłane przez prof. Macheka Emanuela, prof. Wrigt'a i Dr. Allbutt'a z podziękowaniem za wybranie na członków honorowych Warszawskiego T-wa Lekarskiego.

III. Do biblioteki T-wa nadesłano: Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie „Program wykładów w 3 tryestrze 1921 — 1922 r., Bulletins et mémoires de la Société de Médecine Nr. 6 Séance 25.III. 1922. Rocznik Wydziału Statystycznego Magistratu m. st. Warszawy. Miesięcznik Wydziału Zdrowia Publicznego. Rok I. Listopad. Grudzień.

IV. Prezes zawiadomił zebranych, że Zarząd T-wa Lekarskiego na posiedzeniu dnia 8 kwietnia r. b. wydelegował do Komisji Organizacyjnej Izb Lekarskich członków Towarzystwa Babińskiego, Kozerskiego i Żurakowskiego Aleksandra.

IV. Kol. W. Starkiewicz przedstawił chorego głuchoniemego, w wieku lat około 50-ciu, u którego stwierdził objawy choroby Addisona: astenję, zabarwienie brązowe powłok skórnych, rozległe plamy cisawe na błonie śluzowej policzków oraz łącznicy

oczu. Z wywiadów, zebranych na mięgi, stwierdzono, że choroba trwa od kilku miesięcy. Badanie krwi okazało wydatną niedokrwistość typu blednicy, pośród ciałek białych — względną limfocytozę (36%). Wstrzyknięcie 0,001 i 0,002 adrenaliny nie wywołało u chorego cukromoczu adrenaliniowego. Ciśnienie krwi, określone przyrządem Riva-Rocci, wyniosło cyfrę normalną — 110. W ciągu parotygodniowego pobytu w oddziale szpitalnym, poczucie i wygląd chorego uległy znacznej poprawie, waga ciała wzrosła o 3 kgm. Poprawę tę S. uważa za przejściową i przytacza inny przykład choroby Addisona, zakończony niepomyślnie i stwierdzony sekcyjnie, w którym parokrotnie spostrzegano okresy złudnej poprawy i po nich nawroty astenji. Za podstawę cierpienia w przypadku przedstawionym, przebiegającym z lekką gorączką, S. uważa gruźlicę nadnerczy. Terapeutycznie stosowano adrenalsol i arsenik. (str. wł.).

Prof. G l u z i ń s k i uważa, że w przypadkach, w których z wyjątkiem zabarwienia skóry i błony śluzowej jamy ustnej, niema innych cech, jak obniżenia ciśnienia krwi, zaburzeń kiszkowych, podniesienia ciepłoty, podstawa choroby jest niewyjaśniona.

Prof. G. uważa, że występuje hypofunkcja nadnerczy, analogicznie do hypofunkcji tarczycy.

V. Kol. St. K l a j n demonstruje chorą 26 l. z niedokrwistością złośliwą po dokonaniu przed 9 tygodniami przetoczeniu krwi. Zawsze blade, od roku uczucie palenia na języku i na błonie śluzowej jamy ust. W grudniu influenza, po której wystąpiło znaczne osłabienie, następnie kompletny brak łaknienia, nadzwyczaj uporczywe wymioty i bardzo obfita miesiączka, której w żaden sposób nie udało się przerwać. We krwi 1.000.000 kr. cz. Hgl. 25%, obraz mikroskopowy typowy dla niedokrwistości złośliwej. W prawym szczycie objawy zgęszczenia płuc. Pirquet b. wyraźny. 11.II dokonano przetoczenia 350 ctm. krwi cytrynianowej, wziętej od siostry, po uprzednim dokonaniu próby aglutynacyjnej. Bezpośrednio po zabiegu wszystkie powyższe objawy momentalnie prawie znikły, chora poczęła obficie jadać, stopniowo stan ogólny wydatnie się poprawił, chorej przybyło w ciągu miesiąca 23 f., wygląd jest znakomity. Przed tygodniem zjawiała się normalna menstruacja. We krwi przed tygodniem było 3.680.000 cz. kr. HHgl. 76%. W moczu urobilina znikła, zawartość bilirubiny w surowicy (po strąceniu wyskokiem) ledwie widoczna przy próbie dwuazowej Hymans. v. O. Berga.

Z objawów patologicznych, wskazujących, że mamy tu do czynienia jedynie z remisją, zanotować należy: lekki obrzęk nóg po dłuższem chodzeniu, b. silna indykanurja i indykanemja (1.5 mlgr. w litrze), wskaźnik barwnikowy krwi = 1.0, pewna liczba mikrocytów we krwi oraz achylia gastrica. Pozatem zwracają uwagę wydatne zmiany w jamie ustnej, na języku, policzkach, wargach i podniebieniu w postaci czerwonych plam, nie ostro ograniczonych, jakby obnażonych z nabłonka (glossitis ulcerosa, język Huntera).

Ze względu na jednoczesną obecność gruźlicy płuc (K. ma w obserwacji 2-gi podobny przypadek), zwraca K. uwagę na poru-

szoną w r. 1906 przez prof. Gluzińskiego sprawę związku niedokrwistości złośliwej z gruźlicą. K., nie poruszając na razie sprawy polietjologii niedokrwistości złośliwej, która dla niego jest syndromem klinicznym typowym, jest zdania, że o związku etiologicznym będzie mogła być mowa tylko wtedy, gdy uda się jednocześnie z wyleczeniem gruźlicy wyleczyć i niedokrwistość złośliwą. (str. wł.).

Prof. A. Sokółowski wspomina o tem, że w 80-ych latach zeszłego stulecia w chronicznej gruźlicy Fidler z Drezna przetaczał krew z barana. Zabieg ten dawał poprawę.

Prof. Gluziński w ciągu 5 lat obserwował gruźlicę przewodu pokarmowego z objawami niedokrwistości złośliwej. Sprawa gruźlicza zaostrzała się i znowu leczyła, ostatnio nawet była zaleczona. W niemieckiej literaturze prof. Gluziński znalazł 5 przypadków zwężenia kiszek i niedokrwistości złośliwej, którą również spostrzegano i u dzieci z gruźlicą gruczołów, tabes mesaraica. W przypadku Klajna przewód pokarmowy był zdrowy z wyjątkiem achylia gastrica. Prof. G. w pracach swych wykazał, że z pogorszeniem się stanu krwi chorych następowało pogorszenie achylia gastrica. Robiono również przetaczanie krwi z wybitnym wynikiem; rozstrzygnąć, czy poprawa następowała wskutek przetoczenia, czy też nie, trudno. Doświadczenie z przetaczaniem krwi przemawia za tem, aby stosować przetaczanie krwi.

VI. Prof. Stefan Dąbrowski (Poznań). O wyjąłwianiu się jelit podczas głodu. Prelegent przedstawił wyniki pracy, dokonanej wspólnie z ś. p. Stanisławem Kozłowskim nad 13-dniowym głodem, któremu poddał się jeden z uczniów prelegenta. Badania zostały przeprowadzone właściwie w tym celu, aby określić sprawność przeróbki białka ustrojowego w głodzie, która się odzwierciadla w ilościowych wahaniach kwaśnych niedopałków białka, t. zw. kwasów okryproteinowych. Ponieważ nasuwały się wątpliwości, czy ta przeróbka nie doznaje zakłócenia przez procesy gnicia w jelitach i ewentualną autointoksykację, przeprowadzono równocześnie badania nad zachowaniem się gnicia w jelitach. Ta sprawa była właśnie tematem odczytu.

Procesy, sprzyjające wyjąłwianiu jelit, istnieją w ustroju w stanie zwykłym. Należy tu szybkie wchłanianie, które postępuje krok w krok za trawieniem, absorbcja wody i stopniowe wysuszanie masy kałowej w grubym jelicie, ruch perystaltyczny, który nie dopuszcza do tego, aby procesy fermentujące dochodziły do stopnia szczególnego nasilenia. Ale mimo tych czynników u człowieka w stanie prawidłowym istnieją w jelitach fermentacje węglowodanów i gnicie białka, to ostatnie dopiero w grubym jelicie. Oprócz amoniaku, siarkowodoru, bezwodnika węglowego, wodoru, produktami gnicia są ciała aromatyczne, pochodne od kwasów aminowych, tych cegiełek chemicznych, na które rozpada się olbrzymia drobina białka w przewodzie pokarmowym. Mianowicie z tyrozyny powstaje fenol i parakresol. z feniloalaniny — kw. benzoesowy. z tryptofanu — t. j. kwasu indolo- α -aminopropionowego — indol i skatol.

Prócz tego na drodze dekarboksylacji, która ma miejsce w czasie gnicia pod wpływem drobnoustrojów, z kwasów aminowych powstawać mogą ciała o własnościach zgoła nieobojętnych, jak tyramina z tyrozyny, histamina z histydyny, z lizyny kadaweryna, którą prelegent wykrył swego czasu w moczu obok zasady, później powtórnie wykrytej przez Kutzelera i nazwanej nowainą, będącą zresztą jedną z szeregu innych pokrewnych zasad, znalezionych w moczu przez badacza niemieckiego. Wreszcie w czasie procesów gnilnych występują zjawiska redukcji, a świadkami chemicznymi tych procesów są: obecność w kale urobiliny, względnie sterkobiliny, t. j. zredukowanej bilirubiny oraz koprosteryny, wykrytej przez S. Bądryńskiego, która jako uwodniona cholesteryna stanowi stały składnik normalnego kału. Istnienie tych procesów redukcyjnych w większym nasileniu sprawić może, że np. z bismutum subnitricum, używanego do radioskopji wytwarzają się azotyny, które powodują methemoglobinemję, sinicę i nawet zapad. Za miarę gnicia jelitowego uważano dotychczas ilościowe wahanie ciał aromatycznych w moczu, co stanowi równocześnie miarę wzmożenia lub osłabienia produkcji ciał innych toksycznych, nie zawsze jeszcze określonych. W badaniach ograniczono się do określenia ciał aromatycznych esterowo związanych z kwasem siarkowym (eterosiarkanów) lub do oznaczenia osobno indoksyłu jako ciała, z którego łatwo można otrzymać barwne indygo. Pierwszą ścisłą metodę ilościowego określenia indygowych barwników w moczu opracował ś. p. S. Kozłowski. Istnieją dwa izomerony barwika indygowego: indygotyna i indyrubina i te się równocześnie znajdują w moczu. Za pomocą spektrofotometrycznej metody oba barwiki mogą być b. dokładnie określone w jednym pomiarze.

W kale głodowym prelegent szukał cholesteryny i bilirubiny, które powinny były się pojawiać jako dowody jałowości jelit na miejsce zredukowanych ich pochodnych, stanowiących składniki normalnego kału. Wyniki tych badań, ogłoszonych w I tomie Rozpraw Akad. Nauk Lekarsk. były następujące:

1) zawartość kwasu siarkowego związanego z ciałami aromatycznymi, powstającymi w jelitach na drodze gnicia w pierwszym dniu głodu wynosiła 13% całej siarki obliczonej na H_2SO_4 , obniżyła się już w drugim dniu głodu dziesięciokrotnie, a 8-go i 10-go dnia wynosiła 0,25 wzgl. 0,45% całej siarki, podczas gdy w dwu pierwszych dniach żywienia po zaniechaniu głodu ilość jego podniosła się natychmiast do 15 — 17% całej siarki, obliczonej na kwas siarkowy t. j. do wysokości, zauważonej w pierwszym dniu głodu, kiedy zawartość kw. siarkowego estrowego była bliska zwykłej.

2) Nie inaczej było z indykanem moczowym. Gdy ilość jego, wyrażona w gramach barwników indyga (indygotyny i indyrubiny) w pierwszym dniu głodu wynosiła 30,8 mgr. na dobę, to w drugim 10,4 mgr., w czwartym 1,2 mgr., w 13-ym 2,6 mgr.

3) Te wyniki uwypuklają się wyraźniej jeszcze w świetle badań kału głodowego na obecność bilirubiny i cholesteryny, które w zwykłym kale istnieją pod postacią uwodornionych pochodnych,

mianowicie urobiliny i koprosteryny. Gdy kał z 3 dnia głodu zawierał jeszcze tylko te dwa ciała, podobnie jak kał pogłodowy prawidłowy, to kał, zebrany z 4, 5 i 6 dnia łącznie, zawierał tylko cholesterynę i bilirubinę.

4) Z tych doświadczeń wynika, że gnicie w jelitach ludzi, którzy nie dostają pożywienia, o ile został usunięty z kiszek kał zaległy z czasu żywienia, zmniejsza się wyraźnie już w drugim dniu głodu, a w następnych dniach głodu, już poczynawszy od czwartego, spada do minimum, które w dalszym przebiegu głodu utrzymuje się, nie malejąc. Można tedy zauważać, że poczynawszy od czwartego dnia głodu stopa gnicia w jelitach tak dalece się zmniejsza, iż osiągamy, praktycznie rzecz biorąc, stan wyjałowienia jelit.

To spostrzeżenie, poparte dowodem ilościowych wahań ciał aromatycznych i równocześnie zmianą natury chemicznej składników kału, pochodzących z żółci, może mieć znaczenie w praktyce lekarskiej, kiedy za pomocą stosunkowo krótkotrwałej głodówki można osiągnąć tak ważne dla ustroju wyjałowienie jelit bez uciekania się do zbyt już licznych i niezawsze skutecznych przetworów chemicznego przemysłu lekarskiego. (str. wł.).

Dyskusja. 1) Prof. A. Sokołowski zaznacza, że badania, przedstawione przez prelegenta, dotyczyły człowieka zdrowego, zastanawia się więc, czy podobne głodzenie u chorych da dobre wyniki. Stara praktyka wykazuje, że metody głodzenia dają dobre wyniki w tyfusie brzuszny, krwawej bieguncie. Jednak ważne jest dla klinicysty, aby wiedział, jak długo należy prowadzić głodzenie i kiedy ono zaczyna szkodzić i nie może być dłużej prowadzone. Osiągnięcie sterylizacji kiszek wobec tego, że środki odkazające kiszkę zawiodły, ma dla klinicystów duże znaczenie.

2) Prof. Gluziński potwierdza, że głodzenie jest metodą leczniczą. Wystarcza głodzić się 3 dni. Badanie nad zastosowaniem głodzenia pobudza do dalszej pracy. Prof. Gl. zwraca uwagę, że wyciągi z kału zawierają substancje, które wywierają wpływ na narząd krążenia, wywołują spadek ciśnienia.

W odpowiedzi prof. Dąbrowski wyjaśnia, że student, który poddał się głodzeniu, czuł się źle podczas głodu. Badania wykazały, że ustrój spalał białko doszczętnie przy zapasie tłuszczu. Prof. Budzyński spodziewał się acidosis, która jednak nie wystąpiła. Nie tylko w jelicie grubym, lecz i w cienkim mogą powstawać związki, które wywierają silny wpływ na ustrój.

Prof. D. podkreśla, że wystarcza określanie indykanu, ponieważ ze spadkiem indykanu spadają i inne składniki (parakresol — bilirubina).

VII. Prof. Orzechowski wygłosił rzecz: „O unerwieniu pozapiramidalnem“. (Rzecz ukaże się w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

Do głosu w dyskusji nad odczytem prof. Orzechowskiego zapisał się kol. Higier i Koelichen.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Prof. A. Gluziński.

Sekretarz doroczny: Wł. Kowalski.

POSIEDZENIE KLINICZNE**dnia 9 maja 1922 r.****Przewodniczący Prof. A. Gluziński.**

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes odczytał list Ambasady Angielskiej z podziękowaniem za wybór na członków honorowych W. T-wa Lekarskiego Dr. Prof. Wrigta i Dr. Albutt'a, oraz list prof. Vasqueza.

III. Do biblioteki T-wa nadesłano: 1) Archives des maladies du coeur et des vaisseaux et du sang NrNr. 1, 2, 3 roku 1922 z listem, w którym prof. Vasquez zawiadamia, że gotów jest w r. b. przysłać T-wu powyższy miesięcznik. 2) Rozprawy Akademii Nauk Lekarskich T. I. Z. 2. 3) Bulletin international de l'Académie des sciences medicales a Varsovie. 4) Récentes Publications médicales françaises. 5) Dr. Bernhardt. a) Ziarnistość limfatyczna skóry (Lymphogranulomatosis cutis". b) „Osutka trądzikowata wywołana przez stosowanie surogatu waseliny". c) „Erythrodermia congenitalis ichtyosiformis i jej stanowisko w grupie chorób przerostowych naskórka". d) „O pochodzeniu anafilaktycznem niektórych chorób skóry". e) „Liszaj paciorkowaty". f) „Choroby skóry", podręcznik. 6) XV Sprawozdanie Polskiego T-wa Psychologicznego za czas od 1 stycznia 1921 r. do 31 marca 1922 r. 7) Clinique et Laboratoire Nr. 2. 30 marca 1922 r.

IV. W dyskusji nad odczytem prof. Orzechowskiego „O unerwieniu pozapiramidalnem" zabierali głos 1) kol. Higier, który znajduje, że w rozumowaniu prelegenta, opartem na teorii Ramsay Hunta jest bardzo dużo hypotetycznego i szematycznego. Trudno wyrozumieć, czy pod układem klinicznym pojmuje się jedynie mózg i ciało prążkowane, a pod układem statycznym jedynie mózdzek i jego tory, czy pod tonusem pozycyjnym autor pojmuje jedynie plastyczny, nadający formę, a pod tonusem postawy ciała wszystkie inne odmiany, jak vigor, katalepsję, skurcz adaptacyjny, fiksacyjny i poskurcz toniczny. Faktem jest, że skurcz mięśnia poprzecznie prążkowanego jest szybki, jego okres utajony krótki, że czynność jego przebiega z ciepłotą i znużeniem, ale mniej pewnem jest, czy prąd elektryczny czynnościowy cechuje wyłącznie te mięśnie, gdyż i w sarkoplazmie są prądy napięciowe i deformacyjne. Czy przemiana glikogenu odbywa się w niej, nie wiemy dokładnie, jak również nic nie wiemy o znużeniu. Różnice histologiczne, inerwacyjne i co do charakteru skurczu mechanicznego i elektrycznego są niewątpliwe. Jeśli O. rozumie pod ruchami inteligentnemi zmiany celowe i z wyładowaniem energii idące, to każdy się z nim zgodzi, ale mniej już z definicją ruchów automatycznych, które usiłuje lokalizować w ciele prążkowanym. Dotychczas znaliśmy mięśnie dowolne (kończyny, tułów, twarz) i gładkie (narządy wewnętrzne, skóra i naczynia) z działaniem bezwiednem, automatycznym i wzruszeniowem; znaliśmy narządy (przełyk, pęcherz, odbytnicę), w których uzupełniała się wzajemnie czynność mięśni poprzecznie prążkowanych i gładkich. Współistnienie

obu w każdym mięśniu obwodowym nie tłumaczy jeszcze ich współpracy. A może sarkoplazma jest zakończeniem obwodowym układu statycznego, jak myoplazma kinetycznego. W klasyfikacji Orzechowskiego chorób układu ciała prążkowanego i stałego uderza brak jednostki jednolitej, gdyż obok siebie panuje punkt widzenia patofizjologiczny i topograficzny, (str. wł.).

2) Kol. K o e l i c h e n. Wśród zagadnień z dziedziny fizjologii układu nerwowego sprawa ośrodków ruchowych podkorowych i szlaków pozapiramidowych wysunęła się w ostatnich czasach na plan pierwszy dzięki badaniom i pracom małżonków Dejerinów i Vogtów oraz Wilsona i Ramsay Hunt'a, wreszcie dzięki tak licznym w ostatnich czasach spostrzeżeniom, dotyczącym stanów, powstałych po zapaleniu mózgu nagminnem. W wyniku tych badań i spostrzeżeń możemy uważać niemal za dowiedzione, że uszkodzenie t. zw. paleostriatum, czyli globi pallidi sprowadza zaburzenia ruchowe o typie drżączki porażennej, uszkodzenie zaś neostriatum czyli corporis striati i putuminis powoduje występowanie mimowolnych ruchów bezładnych o typie płasowicy, atetozy lub kurczów torsyjnych. Brak nam dotychczas zrozumienia dokładnego, jaki jest mechanizm powstawania tych zaburzeń i jaka jest rola ośrodków ruchowych podkorowych i szlaków pozapiramidowych. W przypuszczeniach, które wypowiada Foerster na ten temat, przypisuje on paleostriatum rolę filogenetycznie starszego od kory mózgowej ośrodka ruchowego wyższego rzędu, który rządzi afektywną reakcją ruchową, wyzwała zespoły ruchowe, które ongiś miały charakter ruchów celowych i tłumia czynność ośrodków mózdkowych, wzmagających napięcie mięśniowe. Dlatego też zniszczenie tego ośrodka zwiększa napięcie mięśniowe, zmniejsza grę reakcji uczuciowej i żywość ruchów. Neostriatum, według tych przypuszczeń, odgrywa rolę ośrodka miarkującego czynność paleostriatum, wobec czego jego uszkodzenie zmniejsza napięcie w mięśniach i wyzwała niepożądane zespoły ruchowe utajone zazwyczaj w paleostriatum.

Prelegent stara się wyjaśnić zaburzenia ruchowe, zależne od uszkodzenia ośrodków ruchowych podkorowych, wychodząc z zupełnie odmiennego i nowego założenia. Zdaniem prelegenta w zespole parkinsonowskim charakterystycznym dla uszkodzenia globi pallidi ujawnia się przewaga skurczów powolnych sarkoplazmy nad żywymi i szybkimi skurczami istoty prążkowanej mięśni. Związek tych zaburzeń z uszkodzeniem paleostriatum wyjaśnia prelegent w sposób następujący: sarkoplazma jest unerwiona przez włókna nerwowe wegetacyjne, które posiadają ośrodki rdzeniowe w rogach bocznych istoty szarej rdzeniowej, wyższe zaś ośrodki mózgowe w paleostriatum. Otóż to ustawienie wzmożonej czynności sarkoplazmy ze zniszczeniem jej domniemanego ośrodka mózgowego w paleostriatum nie jest dla mnie jasne i prosiłbym o wyjaśnienie tej części wywodów prelegenta. (str. wł.).

3) W odpowiedzi prof. O r z e c h o w s k i przyznaje, że mało podkreślił charakter hypotetyczny niektórych spraw, poruszonych w odczycie. O. podnosi znaczenie hipotez dla neurologii; jako przykład przytacza poglądy nowsze na odruchy kolanowe, niedowie-

dzione połączenie dróg piramidalnych z komórkami przednich rogów. Wyjaśnia różnicę pomiędzy sarkoplazmą i mięśniem poprzecznieprążkowanym. Sarkoplazma podczas skurczu nie pochłania tlenu (O) i nie wytwarza kwasu węglowego. Badania wykazały, że mięsień gładki zużywa ciała białkowe, produkuje kreatynę, a więc w moczu wydziela się większa ilość kreatyniny. Sarkoplazma trudno pobudza się z nerwu, przy pracy nie produkuje ciepła, któreby można było określić za pomocą dostępnych metod. Dowiedzionem jest, że sarkoplazma ma odrębne włókiénko nerwowe bezrdzeniowe, po przecięciu nerwu ruchowego nie wyrodnieje. Mięśnie prążkowane produkują specjalne prądy elektryczne o 50 odchyleniach na sekundę. Heidenhein wykrył, że po przecięciu nerwu kulszowego, wystąpieniu zwyrodnienia nerwu, bezwładu, przy podrażnieniu nerwu kulszowego nie otrzymywał skurczu, przy podrażnieniu rami communicantes albi nervi sympatici otrzymywał skurcz powolny. Następnie prof. Orzechowski objaśnia 3 rodzaje tonusu i wpływ na niego nerwów współczulnych. Pewne stany przykurczowe zależą tylko od przykurczu sarkoplazmy, a nie mięśni poprzecznie prążkowanych. Na zwierzętach, zatrutych jadem tężcowym, w mięśniach ze stałym przykurczeniem wykryto, że nie wydziela się CO (bezwodnik węgla), ciepłota nie podnosi się, mięsień taki nie daje prądów czynnościowych. Hoffman, Schaefer, Frank w stanach skurczowych wykrywali prądy czynnościowe; inni, jak Meier, nie wykrywali; jednak na fotogramach widać b. nieznaczny rytm innego rodzaju prądów.

4) Prof. Czubałski uważa, że prof. Orzechowski słusznie podkreślił, że na fotogramach w stanach skurczowych Hoffmana i jego uczniów są widoczne b. nieznaczne wahania rytmu, gdyż oprócz prądów czynnościowych, spoczynkowych istnieją 3-iego rodzaju prądy deformacyjne, które wiążą z sarkoplazmą. Fotogramy Hoffmana dawały drobne wahania prądów, najprawdopodobniej związane ze stanem sarkoplazmy, prądy te należą do prądów deformacyjnych według badań francuskich fizjologów.

V. Prof. A. Gluziński: „Rozpoznanie kiły płuc“.

W dyskusji Prof. A. Sokołowski przypomniał, że poruszył ten temat przez 40 laty, kiedy wystarczało, aby ktoś przebył kiłę, a przy zajęciu przewlekłym płuc stosowano leczenie przeciwkiłowe, co w przypadkach gruźlicy pogarszało znacznie stan chorego. Temat poruszony wówczas wywołał ożywioną dyskusję. Od tego czasu medycyna wewnętrzna zrobiła znaczne, wprost kolosalne postępy w dziedzinie ścisłego rozpoznania. Prof. S. podkreśla, że najlepsze metody badania nie pozwalają jednak rozpoznać kiły płuc. Prelegent wprowadził jeszcze jeden ważny objaw dla rozpoznania kiły, mianowicie dużą wątrobę i śledzionę, które w znacznym stopniu ułatwiają ustalenie rozpoznania.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: A. Gluziński.

Sekretarz doroczny: Wł. Kowalski.

POSIEDZENIE KLINICZNE**z dnia 16 maja 1922 roku.**Przewodniczący prof. **A. Gluziński.**

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki T-wa nadesłano: 1) Podstawowe sposoby Klinicznego Badania Chorób Wewnętrznych, S. Bronowski. 2) Kwartalnik kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie T. I. Zeszyt 2. Kwiecień. 3) Dr. Helène Sosnowska. Therapeutique gynecologique. Indications et Technique de la Methode de Brandt. 4) Die Beeinflussung des Elektrokardiogramms durch indifferente und differente Bäder. Odbitka z Zeitschrift für Experimentalle Pathologie und Therapie. Goldbaum.

III. Prof. F. Czubalski. „Nowsze poglądy na charakter krzywej elektrokardiograficznej”.

Prelegent przedstawia w krótkości poglądy na źródła elektryczności zwierzęcej oraz omawia charakter prądów czynnościowych w tkankach, przechodząc następnie do rozpatrzenia krzywej elektrokardiograficznej i sposobu jej tłumaczenia. Zrozumienie załamek P, Q, R i S nie nastręcza większych trudności, natomiast załamek T przez różnych autorów rozmaicie był ujmowany i tłumaczony. Prelegent, nawiązując do prac de Meyer'a, który źródła różnic potencjałów w mięśniach dopatruje się także nie tylko w sprawach chemicznych ale i w czysto fizycznych stanach tkanki, a mianowicie w różnym stopniu jej rozciągnięcia lub skrócenia (prądy deformacyjne) zgodnie z de Meyer'em przypuszcza, że te właśnie sprawy mogłyby być przyczyną powstawania załamka T na krzywej elektrokardiograficznej. Przemawiałaby za tem ujęciem także i ta okoliczność, że powstanie załamka T wypada na okres zmian mechanicznych serca w przeciwstawieniu do pierwszej części elektrokardiogramu, wyprzedzającej te zmiany. W ten sposób mielibyśmy w krzywej elektrokardiograficznej odbicie spraw biochemicznych (I część krzywej) oraz zmian mechanicznych mięśnia sercowego (II część krzywej; począwszy od załamka T). Prelegent sądzi, że klinika powinna się zainteresować tym nowym ujęciem elektrokardiogramu i wypowiedzieć swe poglądy w tej sprawie. (Str. wł.).

W dyskusji kol. **P a w i ń s k i** dziękuje prelegentowi za dokładne przedstawienie poglądów na krzywą elektrokardiograficzną i zwraca uwagę na 2 punkty praktyczne, jakie daje elektrokardiograf, a mianowicie: łatwo zbierać krzywe elektrokardiograficzne i po drugie chorzy nie podlegają wrażeniom wzruszeniowym. Rezultaty praktyczne dla klinicysty są jednak mniejsze, niż się spodziewano. Za pomocą elektrokardiografu udało się wyjaśnić działanie przedsionków podczas trzepotania przedsionków, tachykardiam paroxysmalem. Dawniej bardzo trudno było zdać sobie sprawę z działalności przedsionków. P. na krzywych kardiograficznych widywał brak skurczów przedsionków — przedsionek nie działał; wyjaśnić tego zjawiska nie mógł. Krzywe, jakie można otrzymać za pomocą kardiografu Ja-

quet'a zbliżone są do krzywych elektrokardiograficznych i dają pojęcie o skurczu przedsionka i komory.

2) Kol. Goldbaum zgadza się z Pawińskim, że elektrokardiografia ma dla kliniki małe znaczenie, są pewne cierpienia, które za pomocą elektrokardiogramu dają się wykryć. Strobl z Drezdna i Nicolai na podstawie badania krzywych elektrokardiograficznych rozpoznawali cierpienia u chorych, których zupełnie nie widzieli. Goldbaum w Berlinie badał za pomocą elektrokardiografu wpływ kąpiei i okazało się, że kąpiele letnie działają tak samo jak świetlne; zimne kąpiele działają analogicznie do kwasowęgłowych. Otóż badania za pomocą elektrokardiografu można zastosować w klinice i przy badaniach farmakologicznych. Sam elektrokardiograf może być źródłem wielu błędów, które trzeba uwzględniać przy rozumowaniu.

3) Kol. Semerau przedstawia krzywą elektrokardiograficzną u człowieka i przedstawia zmiany w załamkach Q i R, jakie spotykał przy badaniu osób umierających. Załamek T starano się wytłumaczyć przewagą lewej komory nad prawą, ale to nie wyjaśniało. Tłumaczenie Meyer'a, że przy końcowym stanie skurczu serca następuje silna deformacja, zdaje się jest najprawdziwsze, jak to wykazywały krzywe, zebrane przez S. na umierających, gdzie powstała zasadnicza zmiana w mięśniu sercowym. Załamek P zmienia się, płaszczy się, staje się nawet ujemnym, o ile punkt wyjścia dla skurczu zmienił się.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **Wł. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

z dnia 6 czerwca 1922 roku.

Przewodniczący prof. **A. Gluziński.**

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Vaquez et E. Bordet „Le Coeur et l'Aorte” 3 Edition. 2) W. Grzywo-Dąbrowski „Wpływ promieni radu na ośrodkowy układ myszy”. Prace Zakładu Neurobiologii Instytutu im. M. Nenckiego. 3) Prace Naukowe Uniwersytetu Poznańskiego Sekcja Humanitarna Nr. 2. 4) „Brata Mikołaja z Polski Pisma Lekarskie”. Ryszard Ganszyniec. 5) Śpiączka (Coma) wykład kliniczny. Wł. Janowski. 6) Der Blut und Pulsdruck bei Arteriosclerosis und Nephritis”. Wł. Janowski, Zeitschrift für klinische Medizin. 7) Centenaire de L'Academie de Médecine 1820 — 1920. 8) Uwagi kliniczne nad ziarnicą złośliwą (lymphogranulomatosis) z okazji trzech własnych przypadków. Dr. med. Puławski. 9) Nowy przyczynnik do t. zw. Śmierci Grasicowej (Mors thymica). Dr. med. Puławski. 10) Sur les Névralgies de la tête et leur traitement par l'écrasement des points douloureux. Wł. Janowski. (Odbitka z Presse Médicale Nr. 55,

1920). 11. Interpretation et dénomination rationnelles des composants de la courbe veineuse normale. Wł. Janowski. (Odbitka z Archives des Maladies du Coeur et Vaisseaux et du Sang.). 12) Stan sanitarno-leczniczy Kasy Chorych m. Warszawy. Dr. Adamskiego (Odbitka ze Zdrowia Nr. 5 r. 1922). 13) „Samorząd” — Tygodnik Zrzeszenia Samorządów Powiatowych. Rok IV. Nr. Nr. 16, 17, 18, 19.

III. Kol. Tadeusz Trzeciński: „Z kazuistyki leczenia neosalwarsanem”.

W dyskusji 1) kol. Chrostowski wspomina, że interniści stosują salwarsan w leczeniu zgorzeli płuc. Otóż w jednym przypadku po zastrzyknięciu dożylnie 0,3 neosalwarsanu wystąpiła nie-
domoga mięśnia sercowego, którą udało się opanować zastrzykivaniami kamfory i adrenaliny.

2) Kol. Janowski Władysław nie jest zwolennikiem zastrzykiwań neosalwarsanu. Dziesięcioletnia próba stosowania neosalwarsanu wykazała skłonność świata lekarskiego do stosowania silnie działających środków. Zastrzykiwania te, jak stwierdza praktyka syfilidologów u młodych ludzi udawały się. Obecnie budzi się wśród lekarzy pewien zwrot. W pismach lekarskich niemieckich z marca i francuskich z maja występują przeciw neosalwarsanowi — artykuł Broca. J. przypomina, że neosalwarsan jest silną trucizną dla szlachetnych organów. Często chorzy po zastrzyknięciu neosalwarsanu dostawali żółtaczkę, cierpieli na wątrobę. Objawy zapaści ze spadkiem ciśnienia wywołało toksyczne działanie neosalwarsanu na nadnercza. W leczeniu tyfusu powrotnego u chorych występowała zapaść, przemijające porażenia, jak o tem wspomniano w Archives des maladies du coeur, ratowano ich dużemi dawkami adrenaliny do 4 mgr. Trucizna ta hamuje i czynność nerek, jak wykazują szczegółowe badania występuje azotemja u znacznej liczby ludzi, leczonych neosalwarsanem. Janowski przestrzega, że neosalwarsan jest bardzo silną trucizną.

3) Kol. Kopytowski powiedział, co następuje: Chociaż z kol. Trzecińskim prowadzimy jednakowe oddziały, ilość stosowanych przezemnie dożylnych wlewań salwarsanu i neosalwarsanu stanowi zaledwie dziesiątą część podanych przez kolegę Trzecińskiego; ale i pomiędzy swymi chorem i widziałem kilkanaście ciężkich przypadków zatrucia. Jeden przypadek ze śmiertelnym zejściem dotyczył pierwszego chorego, któremu w Warszawie zastosowany był w szpitalu na moim oddziale salwarsan podskórnie przez Dr. Malinowskiego. Chory ten figurował nawet jako przypadek uleczony po jednym stosowaniu salwarsanu, okazało się jednak, że chory ten zmarł po 4-ch miesiącach w szpitalu Jana Bożego na encephalitis, haemorrhagica ex arsenico.

Pierwszy stosowany przetwór arszeniku w kile — arsacetyl — powodował zanik tarczy nerwu wzrokowego, Alt--salwarsan powodował dość częste nie-
szczęśliwe przypadki i względnie często powodował głuchotę. K. widział dwa takie przypadki. Neosalwarsan okazał się najmniej jadowitym środkiem, lecz nawet w średnich do-

zach niekiedy wywołuje zapaści po dożylnem stosowaniu. Zazwyczaj taki chory po każdym wlewaniu bądź to niemieckiego, bądź to naszego salwarsanu z Grodziska, reaguje osłabieniem działalności serca. Zapach naszego neosalwarsanu jest odmienny od neosalwarsanu niemieckiego. Przy pierwszej kuracji niemieccy syfilidologowie zazwyczaj stosują 4 gr. neosalwarsanu; licząc 60 kilo przeciętną wagę człowieka, odpowiada to 1 gr. na 15 kilo wagi. Większość niemieckich autorów, a i wielu francuskich, stosując odrazu duże dawki t. j. 0,6 na pierwsze zastrzyknięcie, powtarzają je w odstępach tygodniowych. K. stosuje neosalwarsan grodziski od 0,3 — 0,45, stosownie do przypadku co tydzień, 10 dni i rzadko dochodzi do dawki 0,6 i to tylko u mężczyzn. Przy pierwszej kuracji, jeżeli chory dobrze znosi środek, robią dożylnie wlewania od 4 — 6 razy. (Str. wł.).

4) Kol. Tokarski K. zapytuje, czy nie można stosować neosalwarsanu w enemach. przez odbytnicę.

5) Kol. Kopytowski wyjaśnia, że stosował neosalwarsan w ławatywach u dorosłych w dawkach 0,45, u dzieci po 0,1 — 0,15. Zaleca stosować ławatywę oczyszczającą, a później w 50 gramach wody neosalwarsan wlewa do odbytnicy. Po 12 godzinach przy dawce 0,45 w moczu arszeniku nie wykrywano, jak również po 24 godzinach; po 48 występowały widoczne ślady.

6) Prof. Gluziński z odczytu Trzcińskiego przekonał się, że stosował neosalwarsan częściej, niż radzi prelegent. Poważniejsze niebezpieczeństwo przedstawiały następujące przypadki. Do kliniki przywieziono chorego, lat 30-u, z objawami ciężkiej morbus maculosus Werlhofii. Przed rokiem miało miejsce zakażenie kiłowe, w ciągu roku przeprowadzono kilka serii leczenia neosalwarsanem i rtęcią. Długie stosowanie doprowadziło do skazy krwotocznej, od której chory zmarł. W drugim przypadku u chorego studenta stwierdzono zapalenie nerek (nephritis parenchymatosa) z objawami skazy krwotocznej. Przypuszczano zatrucie sublimatem. Badanie moczu nie wykryło ani śladu rtęci, natomiast duże ilości arszeniku. Objawów ostrego zatrucia arszenikiem nie było.

Prof. Gluziński uważa, że za dużo stosuje się neosalwarsanu i za często powtarza się zastrzykiwania. W aortitis luetica prof. Gluziński przypadków zatrucia arszenikiem nie widywał.

7) Kol. Skłodowski często widywał chorych po odbytej kuracji salwarsanem; chorzy ci zapadają na ciężkie choroby. Obserwował ostry zanik wątroby prawdopodobnie wywołany salwarsanem, gdyż chory przed 3-ma miesiącami rozpoczął bardzo energiczną kurację neosalwarsanem. U innego chorego S. widział ciężką żółtaczkę, która trwała 5 tygodni, wystąpiła zaś w miesiąc po leczeniu neosalwarsanem. Próba Wassermana wykazała dwa plusy; przez ostrożność nie przeprowadzono leczenia salwarsanem, żółtaczka ustąpiła. Chorzy zapadają na żółtaczkę później, w jakiś czas po skończonym leczeniu neosalwarsanem. Coraz więcej chorób wewnętrznych na tle kiłowym jak cierpienia aorty, stawów, gościec zniekształcający, choroby nerwowe wymagają leczenia przeciwikiłowego.

Ostrożność w stosowaniu salwarsanu jest wskazana. Ciężkich przypadków zatrucia po salwarsaniu nie widywał.

8) Kol. Janowski Wł. stawia wnioski, aby dalsze stosowanie salwarsanu bez czynnościowego badania wątroby, nerek, nadnerczy było wzbronione. Zapał do stosowania salwarsanu winien być mniejszy. W tyfusie powrotnym J. nie widywał dodatniego wpływu neosalwarsanu na przebieg choroby. Z tego względu nakaz Ministerstwa Zdrowia stosowania neosalwarsanu w tyfusie powrotnym winien być zmieniony. Stosowanie neosalwarsanu w zimnicy nie jest wskazane, jak również w angina Vincenti, w której wystarczy stosowanie wody utlenionej i 5% kwasu pikrynowego. J. zaznaczył, że Trzcziński oddał wielką usługę, poruszając ten temat.

9) Kol. Wernic stwierdza, że pesymistyczny ton, jaki daje się wyczuć z przemówień, ma dużą rację. Nie można jednak powiślań, wywołanych przez salwarsan, przenosić na neosalwarsan. Salwarsan przygotowywano ze spirytusem metylowym, który dawał pewne powikłania, neosalwarsan jest mniej trujący. Preparaty krajowej fabryki neosalwarsanu po rozpuszczeniu w wodzie nie dają żadnych mętów. Przytem wykonywa się badanie preparatów na królikach, na myszach odpowiednio do wagi ciała. Hoechst wypuścił w ostatnich czasach pewną serję preparatów nieodpowiednich, których Ministerstwo Zdrowia nie dopuszcza do sprzedaży. Ostrożność w stosowaniu neosalwarsanu jest ważna, ujemnych wyników bardzo mało. Dawka poza 0,45 nie jest stosowana, jedynie wyjątkowo u ludzi bardzo silnych i to bardzo rzadko. Bez stosowania neosalwarsanu leczenie przymiotu nie daje takich wyników. Stosowanie dawki 0,3 — 0,45 przy odpowiedniem badaniu krwi i nerek jest odpowiednie. Dużo przypadków zapalenia nerek pochodzenia kiłowego poprawia się.

10) Kol. K. Zieliński wbrew twierdzeniu Janowskiego, odmawiającemu własności leczniczych neosalwarsanowi w tyfusie powrotnym, na zasadzie literatury lat ostatnich, a głównie pracy ś. p. Edwarda Zielińskiego, wygłoszonej w Towarzystwie Lek. w odczytanie uznanym w r. 1920 za najlepszy (nagrodą Moczutkowskiego), widzi w neosalwarsanie środek swoisty dla tyfusu powrotnego. Własne spostrzeżenia utwierdziły go w tem przekonaniu. Ostatnio leczył dwa przypadki tyfusu powrotnego u starszych osób, obadwa z zejściem pomyślnem; w jednym b. ciężkim, u 60-letniego starca, leczonym neosalwarsanem (Dr. Trzcziński) skończyło się właściwie na tym jednym napadzie, bo drugi nawrót został już w pierwszym dniu przerwany. Rekonwalescencja trwała w nim nadzwyczaj krótko. W drugim, u starej 70-letniej kobiety, gdzie obawiał się ze względu na wiek i neosalwarsanu nie zastrzykiwał, miał aż sześć ataków z nadzwyczaj długą, niezakończoną jeszcze rekonwalescencją. Naturalnie wszystkie ostrożności, wskazania i przeciwwskazania dla neosalwarsanu powinny być zachowane.

U dzieci, u których tyfus powrotny bywa lekki i więcej nawrotów niż trzy nie daje, do neosalwarsanu uciekać się nie należy. U do-

rosłych zaś przy stosowaniu go na początku napadu powinien być zastrzykiwany, bo działa szybko i znacznie skraca przebieg choroby. (Str. wł.).

11) Kol. Bronowski widział w szpitalu Mokotowskim razem z kol. Gromskim 40 przypadków tyfusu powrotnego leczonych neosalwarsanem z dobrym wynikiem. Po zastrzyknięciu neosalwarsanu podczas I-go napadu, drugiego napadu nie było zupełnie, lub też był bardzo lekki.

12) Kol. Szmurło stwierdzał dobre wyniki po stosowaniu neosalwarsanu w postaci pędzlowania i zasypywania w najcięższych rozpadowych postaciach angina Vincenti i przemawia za stosowaniem neosalwarsanu.

13) Kol. Szulc przemawia za stosowaniem neosalwarsanu głównie nawet z tego względu, że skraca okres, kiedy chory jest zaraźliwym. Dlatego też w wojsku trudno byłoby się wyrzec stosowania neosalwarsanu, gdyż wtenczas chorych trzeba by było przetrzymywać w szpitalach b. długo, dopóki byliby zaraźliwymi.

W odpowiedzi kol. Trzeciński wypowiada zdanie, że salwarsan nie wyjdzie z użycia w leczeniu przymiotu, ale musi być stosowany bardzo oględnie i z większymi przerwami pomiędzy jednym zastrzyknięciem a drugim.

IV. Kol. Michalski Zdzisław: „Miażdżycza tętnicy płucnej”.

W dyskusji 1) kol. Pawiński zaznacza, że rozpoznanie zmian w tętnicy płucnej należy do bardzo trudnych i wątpliwych. Przy zmianach zastawki dwudzielnej i rozedmie płuc znajdujemy tętnicę płucną nieco rozszerzoną, zmian makroskopowych nie widzimy; w rozgałęzieniach tętnicy płucnej niekiedy znajdowano zmiany. Rozpoznać te zmiany nie jest w stanie nawet doświadczony klinicysta, może je wywnioskować na podstawie innych objawów i domyslać się ich obecności. Rozszerzenie łuku tętn. płucnej na rentgenogramie nie potwierdza rozpoznania. Dusznosc zaś, o której wspomniał prelegent, może być większa lub mniejsza.

2) Kol. Michalski w odpowiedzi wyjaśnia, że nie tylko rozszerzenie łuku tętnicy płucnej, ale cały zespół objawów, a szczególnie wybitna jasność płuc przy obecności sinicy przemawiają za zmianami w rozgałęzieniach tętnicy płucnej. Sinica występuje w tak znacznym stopniu, że pozwala odróżnić omawiane cierpienie od innych.

3) Prof. Gluziński wyjaśnia, że w przypadkach rozedmy płuc są różne typy: jedne przebiegiem przypominają wadę serca, innym znów towarzyszy wybitna sinica. Te ostatnie zależą od zmian w rozgałęzieniach tętnicy płucnej. Obraz rentgenologiczny jest charakterystyczny — uderzają wybitnie jasne pola płuc.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: A. Gluziński.

Sekretarz doroczny: Wł. Kowalski.

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 3 października 1922 r.

Przewodniczący: prof. A Gluziński.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes wezwał zebranych do uczczenia przez powstanie pamięci zmarłego kolegi Władysława Ołtuszewskiego, 30-letniego członka T-wa.

III. Do biblioteki T-wa nadesłano: Samorząd Miejski, T. II. Zeszyt I — II. Miesięcznik Wydziału Zdrowia Publicznego. Rok II. Styczeń — Luty — Marzec. „Badania nad znaczeniem nadnerczy w powstawaniu miażdżycy. Dr. Janina Dąbrowska (Odbitka z Rozpraw Akademii Lekarskiej. T. I (2). Miesięcznik Statystyczny Mag. m. st. Warszawy. Nr. 1. Styczeń. 1922.

IV. Sekretarz Stały prof. Sokołowski odczytał życiorys ś. p. Ołtuszewskiego Władysława. (pomieszczony w całości w końcu rocznika 1922).

V. Wiceprezes kol. Starkiewicz zakomunikował, że na posiedzeniu Komitetu nagrody konkursowej im. Koczorowskiego, które odbyło się dnia 10 czerwca 1922 roku w obecności wiceprezesa Wł. Starkiewicza, prof. Sawickiego i prof. Rzętkowskiego, po odczytaniu opinii członka Komitetu doc. Wł. Janowskiego i po dyskusji, uznano jednogłośnie nadesłaną pracę p. t. „Cholesteryna a gruźlica płuc“ opatrzoną godłem Nr. 712 za kwalifikującą się do nagrody. Po otwarciu koperty okazało się, że autorem pracy nagrodzonej jest dr. Zdzisław Michalski z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.

VI. Na wniosek Sekretarza Stałego upoważniono Zarząd T-wa do udzielenia zasiłku Komisji do spraw wyborczych Izby Lekarskiej w sumie 50000 Mrk. (pięćdziesięciu tysięcy).

VIII. Prof. Czubalski wygłosił odczyt p. t. „Przypuszczalny mechanizm działania adrenaliny na mięśnie szkieletowe“. Związek pomiędzy nadnerczami (względnie adrenaliną) a czynnością mięśni oddawna jest znany zarówno w klinice, jak i w pracowniach teoretycznych. Nie jest jednak jeszcze rzeczą ustaloną, na czym polega mechanizm tego działania. Prelegent omawia szereg prac eksperymentalnych z zakresu działania adrenaliny na mięśnie, zatrzymując się bliżej na pracach Radwańskiej oraz na własnych badaniach nad wpływem adrenaliny na krzywą prądów czynnościowych w mięśniach. Prelegent podnosi, że w doświadczeniach na żabach można stwierdzić z całą pewnością, iż usunięcie obu nadnerczy wywołuje stan łatwego wyczerpywania się aparatu nerwowo-mięśniowego oraz znikania II fazy prądu czynnościowego. Objawy te maleją lub całkowicie znikają po dodaniu adrenaliny w ten sposób można wykazać ścisły związek między adrenaliną a nerwami i mięśniami szkie-

letowemi. Zrozumienie mechanizmu tych spraw staje się dziś łatwiejsze w świetle nowych poglądów na rolę sarkoplazmy oraz włókienek mięśniowych i przypuszczalnego istnienia podwójnego unerwienia mięśni szkieletowych (nerwy ruchowe rdzeniowe i nerwy układu autonomicznego. Ze wszystkiego, co wiemy o adrenalinie, należałoby przypuszczać, że działa ona na mięsień przez nerwy współczulne, co by przemawiało raczej za istnieniem w mięśniach unerwienia sympatycznego, a nie parasympatycznego, jak chce Frank. (Str. wł.).

W dyskusji 1) prof. H o r n o w s k i wygłasza zdanie, że już podczas swojego pobytu we Lwowie wbrew opinii prof. Popielskiego, stale bronił twierdzenia, że adrenalina obecna jest we krwi. Przemawia za tem i obserwowany przez prof. H. przypadek nowotworu części rdzeniowej nadnercza z podniesionem ciśnieniem.

2) Prof. G ł u z i ń s k i spostrzegał dziwne zachowanie się ludzi, u których były hypernefromaty. Mają oni stale podniesione ciśnienie i kończą wskutek apopleksji mózgu.

VII. Prezes wspomina o wielce uroczystym momencie, w którym wojska polskie przyjmują w posiadanie Rzeczypospolitej Polskiej ziemie Górnego Śląska. Zebrani powstają z miejsc, aby uczcić ten historyczny moment.

Zebrani zwrócili się do Prezydium, aby wysłało depeszę do wojewody śląskiego tej treści: Warszawskie T-wo Lekarskie na posiedzeniu dzisiejszem wyraża hołd prastarej dzielnicy piastowej i jej synowi Wojciechowi Korfantomu (podpisano) prof. Gluziński, prof. Sokołowski.

IX. Prof. D a n y s z wygłosił rzecz p. t. „O Enterobakterjoterapii”.

W dyskusji 1) kol. S z e j n a c h zaznaczył, że stosował w ciągu roku enteroantygeny w 45 przypadkach z różnymi cierpieniami. Ocena przypadków szczególnie przewlekłych jest trudna, jednak w niektórych cierpieniach stwierdzono bezsprzecznie poprawę.

Z 10 przypadków ze skazą wysiękową w 8 przypadkach otrzymano takie wyniki, jakich nie otrzymanoby po zwykłym leczeniu. Po 2-ch tygodniach, dziecko zaczęło otwierać oczy, które oczyściły się znacznie; poprawa postępowała w ciągu 3-ch tygodni, później zatrzymywała się. W drugiej grupie na 8 przypadków płasawicy w 7 przypadkach wynik był dodatni. W leczeniu gruźlicy skóry nosa, szyi preparatami prof. Danysza po 4-ch tygodniach dziecko wyszło zdrowe. Z 3-ch przypadków goścca stawowego w 2 przypadkach otrzymano wynik dodatni. 6 przypadków dysenterji klinicznej zakończyło się wyzdrowieniem po 10 dniach do 2-ch tygodni. Podczas ataków astmy po zastosowaniu enteroantygenów, otrzymano przerwę ataków 8-miesięczną. Środek nie szkodzi. Ustępują objawy miejscowe, poprawia się stan ogólny.

2) Prof. C z u b a l s k i skłaniałby się do przypuszczenia, że występują zmiany w płynach tkankowych i normuje się przemiana materji.

3) Prof. S o k o ł o w s k i wspomina, że różne metody z początku dawały wspaniałe wyniki, jak np. metoda laryngologa Hack'a

w 80-ch latach, polegająca na przypalaniu muszli nosowych w astmie; przypalanie lechtaczki przez ginekologów w padaczkę. Wszystkie te metody zawodziły jednak. Pamiętając o zasadzie Hippokratesa „*primum non nocere*”, można stosować metodę prof. Danysza, jako środek nieszkodliwy, prosty i tani.

4) Prof. Bujwid omawia sposób otrzymywania szczepionek i zastanawia się, w jaki sposób mogą oddziaływać na organizm enteroantygeny prof. Danysza, przyjmowane przez usta.

5) Kol. Bączkiewicz przypuszcza, że omawiane ciała mogłyby działać zapomocą systemu nerwowego, za tem przemawia dobry wynik w płasawicy o czem wspominał kol. Szejnach. W mieszanach zakażeniach enteroantygeny mogą dawać pewne wyniki.

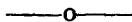
6) Prof. Czyżewicz przypuszcza, że enteroantygeny oddziałują przez system nerwowy, za czem przemawia poprawa w dysmenorrhoea, w którym to cierpieniu jest sprawa mechaniczna, która jak biegła, tak też i biegnie, jedynie chora nie odczuwa jej.

7) W odpowiedzi prof. Danysz wypowiada pogląd, że działanie enteroantygenów najwięcej zbliża się do działania hormonów. Podniecają one dokrewne gruczoły bez żadnej swoistości, to znowu działają jak halony, które wstrzymują działanie gruczołów dokrewnych. Działają one w nadzwyczajnie małych dawkach. Przy wzmożonej czynności tarczycy 1/20.000.000 gr. wywołuje odczyn na skórze. Przez system dokrewny oddziałują na system współczulny.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **Gluziński**.

Sekretarz doroczny **W. Kowalski**.



POSIEDZENIE KLINICZNE

z dnia 19 września 1922 r.

Przewodniczący prezes prof. **A. Gluziński**.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes Starkiewicz odczytał zaproszenie T-wa lekarzy serbskich, przesłane do T-wa lekarzy polskich na wzięcie udziału w uroczystości 5-lecia Uniwersytetu w Belgradzie, oraz zawiadomienie Min. Przem. i Handlu o mającym się odbyć kongresie lekarzy Jugosławii w Serajewie dn. 25 — 27 sierpnia r. b.

W odpowiedzi na zaproszenie lekarzy serbskich, wysłano depeszę: T-wo Lekarskie Warszawskie przesyła bratniemu T-wu Lek. Serbskich w Belgradzie najserdeczniejsze życzenia z powodu jubileuszu 50-lecia. Vivant, crescant, floreat. Podpisano: prof. Gluziński, prof. A. Sokołowski.

III. Wiceprezes odczytał zawiadomienie d-ra Gauthier o tem, że firma paryska Gastona Doin'a zgadza się na odstępowanie swoich wydawnictw po cenie 175 mkp. za franka i o ustępstwie 30% przez firmę wydawniczą Bailliere'a.

IV. Prezes odczytał odezwę Zjednoczonego Narodowego Komitetu Wyborczego do Izby Lekarskiej m. st. Warszawy, wzywającą do materialnego poparcia akcji wyborczej do Izby.

V. Nadesłano do biblioteki: 1) „Ministerstwo Zdrowia Publicznego”. Uwagi co do organizacji, programu działalności oraz budżetu na rok 1922. Podał dr. med. Stefan Karp' Rottermund. 2) Dr. med. St. Orłowski. „Cierpienia Układu Nerwowego. Cierpienia Rdzenia Kręgowego”. 3) Dr. med. Stefan Karp' Rottermund. „Opieka społeczna wobec badań higieny szkolnej”. 4) Dr. Maurycy Bornsztejn. „Zarys Psychologii Klinicznej”. 5) Casimir Funk. „Die Vitamine”. 6) Dr. Wł. Świątoplek Zawadzki. a) „Kilka uwag o ćwiczeniach oddechowych”; b) „Metodyka ćwiczeń cielesnych” — uwagi ogólne. 7) Doc. Kazimierz Frank. „Dalsze studia histologiczne nad nowymi jądrami śródmózgowia u człowieka”. (Z pracowni kliniki chorób nerwowych i umysłowych w Rzymie, oddział prof. Mingazziniego). 8) Dr. Stan. Peszyński. „Odmładzanie zwierząt i ludzi w świetle najnowszych badań”.

VI. Kol. Czesław Otto wygłosił rzecz p. t. „Wpływ alkoholu na rozwój miażdżycy naczyń” (praca doświadczalna).

Do doświadczeń posłużyły psy w wieku jednego roku; ogółem użyto 16 psów do doświadczeń i 2 do kontroli. Psy dostawały alkohol po 0,2 na kilo wagi, rozcieńczony podwójną ilością wody; alkohol wprowadzano do żołądka zapomocą sondy Nelatona przeciętnie co drugi dzień. Dawkę stopniowo powiększano, po miesiącu podawano już po 2 cm³ alkoholu na kilo wagi. Alkohol psy znosiły dość dobrze i nie wymiotowały, o ile był on podany po jedzeniu. Po 3½ miesiącach doświadczeń, 10 psów padło na pneumonję, zapalenie kiszek i charłactwo; pozostało tylko 6 psów, nad którymi robiono badania dalej. Psy te otrzymały:

	Waga	Czas doświadc.	Ilość alkoholu
1.	3,5 k.	4 m.	400 cm. ³
2.	3,6 — 4 k.	5 m.	750 cm. ³
3.	2,5 — 3,5 k.	8 m.	660 cm. ³
4.	2,79 — 4,4 k.	9 m.	900 cm. ³
5.	5,17 — 5,9 k.	10 m.	1200 cm. ³
6.	5,5 — 10 k.	12 m.	2000 cm. ³

Pies Nr. 2 po 5 miesiącach uległ paraliżowi, który z biegiem czasu wyrównywał się, tak że pies mógł z pomocą chodzić. Pies był trzymany bez alkoholu 5 miesięcy i zabity ułotkiem w mlecz przedłużony. Pies Nr. 5 był bez alkoholu jeszcze miesiąc, a Nr. 6 prawie 2 miesiące. Makroskopowe zmiany znaleziono u psów Nr. 5, Nr. 6 i Nr. 2. Zmiany pod drobnowidzem polegały na zaniku włókien sprężystych w media aorty i jej rozgałęzień, na zwyrodnieniu elementów mięsnych w media i na zgrubieniu intymy ponad miejscami wstecznych zmian w media. W intima spotykano także dość silnie wyrażone szkliste zwyrodnienie, które niekiedy wykrywano także i w media.

Prelegent przytacza teorię areteriosklerozy według Thomy i porównywa otrzymane zmiany ze zmianami swoistymi dla tego cier-

pienia u człowieka i przychodzi do wniosku, że dane zmiany u psów odpowiadają całkowicie pierwszym zmianom miażdżycowym u człowieka.

Włóknom Dürka prelegent nie przypisuje tego znaczenia, jakie im chcą wyznaczyć w powstawaniu sklerozy Dürk i jego szkoła. Teoria ta powinna ulegć gruntownej rewizji; prelegent widział zachowane włókna Dürka przy zaniku pozostałych włókien sprężystych medii. (Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. Michalski wyraża wątpliwość, co do wpływu cholestearyny na wzmożenie ciśnienia krwi. M. znajdował wzmożoną ilość cholestearyny we krwi bez podniesienia ciśnienia u chorej na raka pęcherzyka żółciowego. M nie może uważać wzmożonego ciśnienia krwi za przyczynę arteriosklerozy. Na wzmożenie ciśnienia krwi wpływa adrenalina i o tyle silniej, o ile alkaliczność krwi jest silniejsza.

2) Kol. Pawiński uważa, że kwestja, poruszona przez prelegenta, jest niezmiernie ważna i wyraża podziękowanie za ściśle i umiejętne przeprowadzanie badań. Arterioskleroza pozostaje pod wpływem różnych czynników. Zwiększone ciśnienie może wpływać na powstawanie arteriosklerozy, czego dowodzi powstawanie zmian arteriosklerotycznych w tętnicy płucnej, wskutek wzmożonego ciśnienia w tej tętnicy.

Działalność toksyn również wpływa na powstawanie arteriosklerozy, jak to ma miejsce w chorobach zakaźnych, kiedy to zmiany powstają nawet przy obniżonym ciśnieniu krwi. Zmiany arteriosklerotyczne, wywoływane przez adrenalinę, przypisuje toksycznemu działaniu tej substancji na błonę wewnętrzną naczyń. Wyskok również nie podnosi ciśnienia, a zmiany, powstałe w naczyniach, są wywołane przez działanie toksyczne wyskoku. Twierdzenie Thomas'a o powstawaniu arteriosklerozy sprawdza się. Na początku słabną gładkie mięśnie ścian naczyń, następnie występuje zgrubienie błony wewnętrznej naczyń, aby zwęzić światło naczynia, które się rozszerzyło. Badania prelegenta wykazały, że obrazy arteriosklerozy, wywoływanej u zwierząt przez podawanie wyskoku, zbliżają się do obrazów, jakie spotykamy u ludzi. U ludzi jednak sprawa rozwija się raczej na pograniczu, między błoną wewnętrzną i środkową, u zwierząt zaś w błonie środkowej. U ludzi działają i inne czynniki, jak nikotyna.

3. Prof. Skubiszewski uważa, że nie można przypisywać otrzymanych zmian w naczyniach u psów jedynie działaniu wyskoku, gdyż możliwe są i wpływy chorobowe. S. widywał znaczne zmiany arteriosklerotyczne u psów-bernardów w gościec stawowym.

VII. Kol. W. Komocki wygłosił rzecz p. t. Kilka kart z historii nauki o leukocytach.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **Gluziński**,
Sekretarz doroczny **W. Kowalski**.

POSIEDZENIE KLINICZNE**dnia 26 września 1922 r.**Przewodniczący prof. **A. Gluziński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki T-wa nadesłano:

1) „Zasady systemu odżywiania Pirqueta“. Doc. pryw. d-ra Edmunda Nobela. 2) „Czerwony Krzyż“, organ Polskiego Czerwonego Krzyża Nr. 15 i 16, zawierające sprawozdanie z działalności P. T. Cz. K. 3) „Nauka Położnictwa dla położnych“, Dr. Adam Sołowij. 4) „Kurzes Lehrbuch der Kinderkrankheiten“, v. Heinrich Lehndorff. 5) „Die Thermopräzipitinreaktion“, von prof. Dr. Alberti Ascoli. 6) „Die geschlechtliche Aufklärung im Erziehungswerke“. Priv. Dozent. Dr. Jozef Friedjung. 7) „Grundlagen der Osmotherapie“, v. Prof. Dr. Karl Stejskal. 8) „Pelidisi Tafel“, v. Dr. Chemens Pirquet.

III. Kol. Niewiński Wł. przedstawił z oddziału W. Star-kiewicza:

a) Przypadek zapalenia kręgosłupa zniekształniającego (spondylosis rhizomelica) o nader silnym stopniu rozwoju, z zajęciem stawów barkowych i biodrowych. Rentgenografią stwierdzono silne odwapnienie trzonów kręgowych i skostnienie więzadeł międzykręgowych. Wassermann wybitnie dodatni. N. zalicza spostrzeżenie do postaci mieszanych spondylosis rhizom. (Strümpell — Maru — Bechterew).

b) Przypadek syfilisu narządów wewnętrznych i mianowicie płuc oraz przypuszczalnie nerek. Chory lat 34, przybył na oddział w stanie wyniszczenia, z kaszlem, puchliną wydatną kończyn dolnych. W płucu prawem stwierdzono rozległe zmiany opukowe oraz liczne rzeżenia wilgotne dźwięczne i oddech nieokreślony. Wielokrotne badania płwociny na prątki Kocha — ujemne. Serce bez zmian wyraźnych. Śledziona niewyczuwalna, wątroba miernie powiększona. W moczu — ilość dobową około $1\frac{1}{2}$ litra — c. gat. 1013 — 1005, białka $8\frac{0}{100}$, w osadzie liczne wałki ziarniste i szkliste oraz komórki nerkowe, przy braku krążków czerwonych. Ciepłota, poza jednodniowym wzniesieniem do 37,8, przez cały czas prawidłowa.

Ze względu na podejrzaną dane wywiadów, wykonano próbę Wassermanna, która dała wynik w pełni dodatni (+ + + +). Rozpoczęto ogólną kurację specyficzną, mianowicie jodkiem potasu w dawkach średnich wraz z jednoczesnymi wcieraniami szaruchy. Wynik leczenia, podejmowanego z największymi wątpliwościami, okazał się w wysokim stopniu pomyślny. Zmiany płucne wysłuchowe szybko poprawiły się i obecnie chory prawie wcale nie ma rzeżeń wilgotnych (z wyjątkiem nieznacznych pozostałości w okolicy podobojczykowej), pozostało jedynie stępienie opukowe z oddechem za-

ostrzonym. Białkomocz raptownie wprost obniżył się do $0,5^{0/1000}$, ostatnio ponownie się podniósł. Puchlina kończyn zniknęła. Jednocześnie stan ogólny wybitnie się poprawił, waga ciała — mimo zniknięcia obrzęków — wzrosła. Ciśnienie krwi według Riva-Roci'ego dało cyfry raczej niskie (nie wyżej 90^0), zawartość mocznika we krwi — w granicach normy ($0,4$ na litr). Wydalanie chlorów dostateczne. Próba wodna i koncentracyjna wypadły pomyślnie.

Taki wynik leczenia swoistego przemawia nader silnie za przypuszczeniem natury syfilitycznej cierpienia płucnego i każe podobnie wnioskować odnośnie istoty nefropatii chorego.

Sprawa cierpień syfilitycznych nerek zajmowała doniedawna nader skąpe miejsce w piśmiennictwie lekarskiem. W wielkich podręcznikach dawniejszych nieomal o nich nie wspominano, conajmniej odnosząc do pochodzenia syfilitycznego zwyrodnienia nerek skrobio-wate (amyloidosis). Dopiero Dieulafoy poświęcił sprawie tej kilka wykładów z kliniki Hôtel-Dieu (nephrite syphilitique, syphilis tertiaire des reins), ostatnio zaś Munk w opracowaniu monograficznym usiłował ustalić obraz kliniczny i anatomiczny odnośnych cierpień głównie na podstawie ścisłego badania osadów moczowych.

Klinicznie rzecz sprowadza się przede wszystkim do rozwiązania trudnej kwestji, czy w danym przypadku mamy do czynienia z nefropatią w istocie swej syfilityczną, czy też z cierpieniem nerek nieswoistem u osobnika syfilitycznego. Jak dotąd, bezwzględnie pewnego kryterjum w tej mierze nie mamy i wnioski nasze opierać możemy tylko na wyniku 1) próby Wassermanna, 2) leczenia specyficznego.

Według Munka, nefropatia syfilityczna sprowadza się do wysoce typowego obrazu mniej lub więcej ciężkiej nefrozy z ogólną charakterystyczną jej symptomatologją: obrzękami, oligurją, wysokim ciężarem gatunkowym moczu, dużą zawartością białka, brakiem krwi w moczu. Munk dodaje do tego jeszcze jedną cechę charakterystyczną dla nefroz wogóle, a nefrozy syfilitycznej w szczególności, mianowicie obfitą ilość lipoidów.

Jeżeli opierać przypuszczenia odnośnie nefropatii syfilitycznych na porównaniu z obrazem syfilisu w innych narządach ustroju, wypadałoby oczekiwać, że obok cierpień par excellence komórkowych (nefrozy), możliwe byłyby również typy cierpienia o charakterze zmian naczyniowych i rozrostu łącznotkankowego oraz marskości, jak to widzimy w innych narządach ustroju (układzie nerwowym, płucach, wątrobie i t. p.).

Przypadek przedstawiony zaliczyć by należało właśnie do postaci nefropatii mieszanej o cechach pod wieloma względami właściwych nefrozie z jednoczesną wszakże domieszką objawów, wskazujących tendencję ku sprawie marskiej.

Prelegent nadmienia, że jednocześnie przebywa na tymże oddziale syfilityk z objawami typowej ciężkiej nefrozy: uporczywymi obrzękami bardzo dużym, bo do $25^{0/1000}$ dochodzącym, białkomoczem, ciężarze gatunkowym około 1030, obfitym osadem moczowym z dużą ilością wałeczków bez śladu krwinek czerwonych; u tego chorego

jednak, przedstawiającego obraz jakby wyjęty z ramek zakreślonych przez Munka, leczenie specyficzne nie dało, jak dotąd, pomyślnych wyników. (Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. Szokałski uważa, że pokaz chorego ze zmianami w płucach jest bardzo ciekawy i ważny ze względu na rzadkość kiły płuc. Francuscy autorowie stwierdzają, że kiła płuc jest bardzo rzadko spostrzegana. Systematyczne badanie płuc promieniami Roentgena w znacznym stopniu ułatwia rozpoznanie kiły płuc, jak to przeprowadzono w jednym ze szpitali paryskich.

2) Kol. Trzciński w drugim okresie kiły spostrzega u chorych duże ilości białka do 10^{0/100}, obrzęki, przesieki, brak krwi w moczu, niewielką ilość wałków. Powyższe objawy pozwalają, zdaniem Trzcińskiego, na rozpoznanie zapalenia nerek pocrodenia kiłowego ze znacznem prawdopodobieństwem.

3) Prof. A. Gluziński wspomina, że przed kilku miesiącami przedstawił zdjęcia rentgenowskie, wykazujące znaczne zmiany w płucach, które pod wpływem kuracji przeciwikiłowej następnie ustępowały, jak to wykazały powtórne zdjęcia rentgenowskie. W swoich rozpoznaniach prof. G. opierał się na zmianach, spostrzeganych w innych narządach wewnętrznych; prof. G. zawsze stwierdzał u takich chorych dużą wątrobę i dużą śledzionę. Co się tyczy nerek, to trzeba odróżniać zmiany w drugorzędnej kile i trzeciorzędnej.

Rozpoznanie zapalenia nerek kiłowego, według prof. G., nie może się opierać na tych cechach, o jakich wspominał kol. Trzciński, gdyż i w innych stanach chorobowych będą te same objawy nefrozy. W trzeciorzędnej kile przeważają zmiany naczyniowe w nerkach, mamy obraz wczesnej sklerozy, a mianowicie niski ciężar gatunkowy, niewielką ilość białka, niewielkie obrzęki. Przypadki, przedstawione przez kol. Niewińskiego, są bardzo ciekawe.

4) Kol. Starkiewicz wyjaśnia, że postanowił przedstawić omówionego chorego, aby zwrócić uwagę kolegów na zmiany kiłowe na nerkach, które to zmiany są trudne do rozpoznania i nie mają charakterystycznych cech tego cierpienia. Munk, jako charakterystyczną cechę zapalenia nerek kiłowego, podał obecność lipoidów w moczu. Starkiewicz przypuszcza, że uda się ustalić obraz kliniczny zapalenia kiłowego nerek, o ile będzie się więcej zwracało uwagi na nerki.

IV. Kol. Elektrowicz z kliniki prof. Gluzińskiego, przedstawił zdjęcia rentgenowskie ruchomej wątroby, gdzie cała wątroba została przesuniętą na lewo, a z prawej strony pod przeponę wchodziła okrężnica. U chorej klinicznie i na Rentgenie stwierdzono wrzód żołądka.

W dyskusji 1) kol. Szczepański zaznacza, że wspólnie z kol. Sabatem we Lwowie spostrzegali 8 przypadków ruchomej wątroby i to u mężczyzn.

Chorzy ci skarżyli się na przypadłości żołądkowe z objawami zwężenia odźwiernika, uporczywe zaparcia stolca. Jelito grube było długie, wiotkie, na długiej krezce. Klinicznie stwierdzali brak stłumienia w okolicy wątroby. W czasie, kiedy jeszcze nie stosowano

promieni Roentgena, Vierfelder ogłosił 9 przypadków z ruchomą wątrobą.

2) Kol. S a b a t pokazuje klisze rentgenowskie spostrzeganych we Lwowie 8-miu przypadków ruchomej wątroby i zaznacza, że we wszystkich 8-miu przypadkach stwierdzono wrzód żołądka. Ruchomość wątroby powoduje powstawanie wrzodu żołądka.

3) Kol. G r u d z i ń s k i wyjaśnia, że omawiane przypadki spotyka się dość często i że są wyodrębnione 3 postacie: I postać, kiedy grube jelito układa się ponad całą wątrobę; II postać, kiedy zajmuje ponad wątrobą część przestrzeni, i III postać — grube jelito układa się z boku wątroby. Najczęściej ruchoma wątroba nie dawała żadnych objawów klinicznych i tylko przypadkowo można było to stwierdzić. W większości przypadków dotyczy to osobników z objawami charactwa, bez objawów klinicznych.

4) Prof. G l u z i ń s k i podkreśla, że obraz ruchomej wątroby z współistniejącymi objawami zwraca na siebie uwagę. Powstaje pytanie, wskutek jakich przyczyn wątroba staje się ruchomą. Sprawa ruchomej wątroby pozostaje w związku, według prof. Gluzińskiego, z ogólnym stanem astenicznym Stillera. Długa krezka wszystkich jelit daje obraz kliniczny choroby Glenarda, tu znowu powstają wrzody żołądka. Ten zespół objawów choroby Glenarda i obecność wrzodu żołądka potwierdza teorię powstawania wrzodów żołądka Edwarda Zielińskiego. Zbiory Czarneckiego wykazują rodzinne przypadki omawianych cierpień. Wiotkość wiązań wątroby, szczególnie ligament. teres, opadnięcie trzew, zwiotczenie ścian brzusznych pozwala na opadnięcie wątroby i przesunięcie jej na lewo.

V. Kol. M i c h a ł s k i wygłosił rzecz p. t. „Cholesteryna a gruźlica płuc”.

W dyskusji 1) kol. W o j n a r o w s k a wspomina, że jeszcze przed wojną w jednym sanatorium na Śląsku Tutsch leczył chorych gruźliczych lipoidami. Leczenie dawało dobre wyniki: ciepłota obniżała się, rzeżenia ustępowały, zmiany w płucach cofały się. Charakteru lipoidów Wojnarowska określić nie może.

2) Prof. R z ę t k o w s k i zaznacza, że śledzenie przemiany materii cholesteryny jest utrudnione, gdyż nie wiadomo, jaki biorą udział w ogólnej przemianie cholesteryny główne jej składki: nadnercze, mózg. Ludzie chorzy tracą dużo cholesteryny w płwocinie, zmniejsza się ilość jej w nadnerczach, we krwi. Prawdopodobnie jad gruźliczy oddziałuje na system współczulny. Główne składki cholesteryny nadnercze i mózg ulegają zaburzeniu, które ilościowo wzrasta. Nasuwa się dużo zagadnień teoretycznych i wskazówek leczniczych. Może przy pomocy cholesteryny uda się wpłynąć na odporność tkanek. Wykład Michalskiego prof. Rz. uważa za ciekawy.

3) Prof. G l u z i ń s k i wspomina, że przed 10 laty podawał cholesterynę w stanach niedokrwistości, jednak bez skutku.

4) Kol. M i c h a ł s k i daje wyjaśnienia na poruszone przez przedmówców zagadnienia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **Gluziński.**
Sekretarz doroczny **W. Kowalski.**

POSIEDZENIE KLINICZNE**dnia 3 października 1922 r.**

Przewodniczący: prof. A. Gluziński.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki T-wa nadesłano: 1) Dr. Henryk Higier: a) „Ból ramienia, jako wczesny objaw rozpoznawczy sprawy płucnej”; b) „Z dziedziny zatruc chlebem, zanieczyszczonym solą borową”; c) „Z dziedziny przesądów i błędów djaagnostycznych neurochirurgji polowej”. 2) Pani Łukomska nadesłała z biblioteki po ś. p. d-rze Białobrzeskim: Gowers. „Ljেকcji po djaagnostikie boljezniej gołownogo mozga”; Tumasa. „Zapiski po kursu Farmakologii 1886 7”.

III. Dr. K a z i m i e r z Z i e l i ń s k i przedstawił chorego S. J. kontr. tramw., lat 65 mającego, do niedawna zupełnie zdrowego, bez luesu i gruźlicy w wywiadach, z sinicą i obrzękiem tylko górnej połowy ciała, głównie klatki piersiowej, oraz z silnem rozwinięciem się systemu żylnego podskórnego na plecach i na piersiach w postaci licznych, mniej lub więcej widocznych, ponad skórę wystających, rozgałęzień żylnych. Objawy te rozwinęły się niezwykle szybko, bo w ciągu 7-miu do 8-miu tygodni. Z początku obrzęk ten był największy po stronie prawej szyi i pod obojczykiem, zarówno jak i na powiekach górnych, później zwolna przeszedł na całą górną połowę ciała wraz z kończynami górnymi. Chory przebywał w szpitalu Przemienienia Pańskiego od dn. 7 do 21 września r. b. na oddziale d-ra Edwarda Orłowskiego. Podczas pobytu w szpitalu chory nie gorączkował, nie kaszlał, w moczu cukru i białka nie znaleziono, we krwi znaleziono zaledwie 1^o/₁₀ eozynofilów. Rentgenogram, zdjęty wtedy w szpitalu i przedstawiony tutaj, wykrył zacinienie obrazu w okolicy szczytu prawego płuca, pod obojczykiem i pod górną częścią mostka, oraz nieznaczne równomierne rozszerzenie łuku aorty. Obecnie chory nie skarży się na nic, przedtem doświadczał nieco bólu w piersiach i w kończynie górnej prawej. Pokarmy przełyka dobrze, ze strony płuc objawów chorobowych niema, u wierzchołka serca stwierdzić można lekki szmer skurczowy. W krtani znaleziono zaczerwienienie zastoinowe błony śluzowej równomierne, nagłośnię ku tyłowi nieco pochyloną i mało ruchomą. Gruczoły chłonne pod pachą ze stron obu nieco powiększone. Kol. Z. rozpoznaje szybko rosnący nowotwór, uciskający v. cavam superiorem, w górnej części śródpiersia, zakrzep zaś żylny oraz sprawy zapalne gruczołowe, zarówno jak i gruźlicę, wyklucza ze względu na brak zupełny objawów gorączkowych.

(str. wł.)

W dyskusji 1. kol. S t a r k i e w i c z W ł. przypomina, że przed wojną opisał kilka takich przypadków, gdzie był ucisk na żyłę główną górną. W danym przypadkoku obok nowotworu St. bierze pod uwagę możliwość rozszerzenia aorty, obecność gruczołów śródpiersia.

2. Prof. S o k o ł o w s k i zaznacza, że widział dużo przypadków nowotworów płuc. Demonstrowany przypadek odbiega od typu widzianych nowotworów. Całokształt przemawia przeciw tętniakowi tętnicy głównej, wychudzenie ogólne więcej przemawia za nowotworem.

3. Kol. L a n d a u Anastazy analizuje przyczyny, które mogłyby wywołać tak znaczne rozszerzenie żylnie. Rentgenogram nie wykazuje ucisku zzewnątrz; możliwie, że przyczyna kryje się wewnątrz i pochodzi z zapalenia wewnętrznej ściany żył i utworzenia się zakrzepu.

IV. Kol. A n a s t a z y L a n d a u wygłosił rzecz p. t. „O mniej znanych i nieznanych objawach duru brzuszego.”

W dyskusji: 1. Kol. K a r w a c k i L e o n zrobił uwagę, że prelegent cytował po 3—5 spostrzeżeń niemieckich, nie wspomniał o pracy Koskowskiego. Następnie Karwacki podkreśla, że odczyn skórny występuje w durze brzuszny dopiero w okresie zdrowienia, a zatem nie może mieć znaczenia rozpoznawczego. Stężone jady, o których wspominał prelegent, zacierają swoistość odczynu. Zażęcie szpiku kostnego spotyka się w najróżnorodniejszych posocznicach. Bolesność przy opukiwaniu Karwacki spotykał i w grypie. Objaw bolesności goleni, jeżeli nie uwzględnić całości obrazu, sam przez się rozpoznawczego znaczenia nie ma.

2. Kol. S t a r k i e w i c z W ł. bałby się uogólniać jedynie do duru brzuszego objawów, wspomnianych przez prelegenta. Co się tyczy wrażliwości kości, to możliwa jej zależność od zmian w kościach spotykanych w ostatnich latach i stanowi być może właściwość jedynie danej epidemii. Z innych objawów klinicznych, o których prelegent nie mówił, St. wspomina o powiększeniu wątroby i przesunięciu górnej granicy wątroby ku górze po linii łopatkowej (objaw Lesieur'a).

3. Kol. S t e r l i n g uważa, że bolesność piszczelowa jest zjawiskiem pospolitem w krwawej bieguncie i pod względem rozpoznawczym znaczenia mieć nie może. Nadczułość skóry jest objawem raczej rzadkim, niż częstym, dlatego też w rozpoznaniu nie może być brana pod uwagę. Były robione również próby z wyciągami z prątków durowych wyskokowe i acetonowe, ale bez wartości pod względem rozpoznawczym.

4. Prof. G ł u z i ń s k i podnosi na pierwszy plan objawy, na które nie zwracano uwagi, a mianowicie objawy oczne. O specyficzności objawów kostnych nie można mówić, gdyż między innymi cierpieniami spotyka się je w pięciodniówce. W durze brzuszny dochodzi do znacznych zmian w szpiku kostnym. W 2 przypadkach, obserwowanych przez profesora G., doszło do operacji, ropienia nie znaleziono, wyhodowano ze szpiku kostnego prątki Ebertha. Nadczułości skóry prof. G. nie przypisywałby dużej wagi ze względu na wrażliwość ogólną chorych.

5. W odpowiedzi kol. L a n d a u wyjaśnia, że objaw piszczelowy uzupełnia pewną lukę kliniczną. Występuje on nie tylko w tyfusie, ale charakter bolesności piszczeli jest odmienny niż w innych cierpieniach. W durze brzuszny musimy opukiwać bardzo delikatnie, ażeby wywołać ból, w innych cierpieniach bóle są w całych piszczelach. Nadczułości skóry Landau nie może lekceważyć, gdyż spotykał ją w pewnym odsetku ciężkich postaci duru brzusznego.

V. Kol. J ó z e f H e l d wygłosił rzecz p. t. „O wpływie proteinoterapii na hematologię i przebieg duru brzusznego.”

W dyskusji: 1. Prof. G l u z i ń s k i podaje, że spostrzegał leukopenję w II tygodniu duru brzusznego. Ze stopnia leukopenji nie można wnioskować o rokowaniu. W okresie zdrowienia leukopenja trwa przez długi czas, którego nie dało się określić, gdyż chorzy, wypisawszy się z kliniki, nie zgłaszali się do badania. Proteinoterapia jest to nowa nazwa starego dawno stosowanego leczenia. Dr. Jeż ogłosił leczenie wyciągiem wątroby, śledziony.

2. Kol. L a n d a u stwierdza, że pod wpływem proteinoterapii zmienia się formuła hematologiczna. Rodzaj białka zastosowany do zastrzykiwania ma swoje znaczenie, jak wykazały badania prelegenta z surowicą końską i z mlekiem. L. podczas obserwowanej epidemji duru brzusznego znajdował leukopenję już w pierwszych dniach choroby około 4—5 tysięcy b. c. w 1 mm³. Landau zgadza się, że leukopenja nie daje wskazówek co do rokowania, jednak spotykał ją w ciężkich przypadkach zatrucia bakteryjnego.

3. Kol. K a r w a c k i uważa, że trudno wyjaśnić, w jakim związku znajduje się leukopenja z krwotokiem kiszkiowym, z pęknięciem kiszki, jak również trudno jest zrozumieć związek odczynu skórniego i pęknięcia kiszki na miejscu owrzodzenia.

4. Kol. L a n d s b e r g wyjaśnia, że leukocytoza po zastrzyknięciu mleka nie mówi o działaniu szpiku kostnego, ponieważ może zależeć od rozmieszczenia białych ciałek w organizmie. Badania wykazały, że przy choque sérique légère w naczyniach włosowatych skóry spotyka się leukopenję, w naczyniach organów wewnętrznych leukocytozę.

5. Kol. K o p y t o w s k i zastrzykiwał mleko i w chorobach skórnych, ale nie widział dodatnich wyników. K. stwierdził, że zastrzykiwanie serwatki wywołuje taki sam odczyn organizmu, jak zastrzyknięcie mleka.

6. Kol. H e l d w odpowiedzi przytacza badania, które wykazały, że we krwi występowały nawet myelocyty po zastrzykiwaniu mleka, co przemawia za wzmogoną czynnością szpiku kostnego.

VI. Kol. L a n d a u przedstawił chorą z zapaleniem dziąseł, wywołanem przez zastrzyknięcie bismutu w celu leczenia kiły.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

POSIEDZENIE OGÓLNE

dnia 24 października 1922 r.

Przewodniczący Prof. A. Gluźński.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki Twa nadesłano:

1. Pani D-rowa Biegańska nadesłała zbiór prac męża swego ś. p. Dr. Biegańskiego. 2. Dr. K. Zieliński ofiarował do Biblioteki T-wa: a) „Galenī ars medicinalis Nicolaoleonice interpretē 1606.” b) „Atlas der Hautkrankheiten, prof. Herba.” 3. H. Higier: a) Diagnostisches Frühsymptom am Oberarm bei intrathorakaler Erkrankung (Neuralgia intercostalis). b) „W sprawie etiologii i patogenezy stwardnienia wieloogniskowego”. c) Przypadek wzrostu olbrzymiego u 14-letniego chłopca. d) Z kliniki i patogenezy miejscowej endoarteritis obliterans i nietypowych postaci chromania przestankowego. Claudicatio intermittente Charcot. 4. K. W e n d a. Jak dawno posiadamy apteki w Polsce? 5. Dr. Z. G r u d z i ń s k i. Rentgenodjagnostyka chorób narządu trawienia.”

III. W imieniu Zarządu skarbnik T-wa Babiński przedstawił stan finansowy T-wa i uzasadnił potrzebę jednorazowego opodatkowania członków T-wa w sumie 5000 mkp. Zebrani członkowie jednogłośnie przyjęli opodatkowanie wszystkich członków T-wa w sumie po 5000 mkp.

IV. Kol. K i e ł k i e w i c z przedstawił dwóch chorych operowanych: pierwszy z powodu zapalenia nerek bolesnego — drugi z powodu zapalenia nerek krwotocznego. Oba przypadki pod względem anatomo-patologicznym niczem się nie różnią, natomiast klinicznie manifestują się całkiem innymi objawami. Pierwszy przypadek dotyczy chorego l. 28, który przez 14 lat miewał napady bólów w okolicy lędźwiowej prawej, od małych bólów nie był nigdy wolny. W dzieciństwie nie chorował — przymiotu nie przechodził. W narządach wewnętrznych zmian klinicznych nie stwierdzono, pewna wrażliwość przy głębokiej palpacji okolicy nerki prawej. Pojemność pęcherza normalna. Drogi nasienne normalne. Badanie Roentgenem okolicy nerki prawej dało wynik ujemny. Czynność nerki prawej — upośledzona (chromocystoscopia). Badanie moczu, zebranego oddzielnie z każdej nerki stwierdza upośledzenie czynności nerki prawej.

13.9.22 wykonano lumbotomię. Dostęp na nerki trudny — cała nerka w zrostach, z trudem uwolniono oba bieguny. Miedniczka i moczowód normalne. Usunięto torebkę właściwą nerki (decapsulatio) i wycięto kawałek nerki do badania anatomo-patologicznego. Przebieg pooperacyjny — prawidłowy. Bóle ustały. Chory szybko powrócił do zupełnego zdrowia.

Badanie anatomo-patologiczne, wykonane przez kol. Dąbrowską, stwierdziło: ogniskowe śródmiąższowe zapalenie nerek.

Drugi przypadek dotyczy chorego l. 55, który w ciągu 3 miesięcy krwawił z pęcherza. Krwimocz całkowity. Pozatem żadnych innych dolegliwości nie miał. Przedtem nigdy nie chorował. W narządach wewnętrznych żadnych zmian klinicznych nie stwierdzono. Za pomocą cystoskopji stwierdzono krwawienie z nerki lewej. Badanie Roentgenem dało wynik ujemny. W moczu, po za krwią, nie stwierdzono żadnych składników patologicznych. Czynność nerki lewej upośledzona (chromocystoskopia). Po wykluczeniu kamicy, gruźlicy i nowotworu ustalono rozpoznanie: zapalenie nerki krwotoczne. W celach leczniczych przystąpiono 9.9.22 do zabiegu operacyjnego (nephrotomia). Dostęp do nerki łatwy. Nerka na powierzchni normalna, na przekroju makroskopowo normalna. Do nerki założono sączek. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Krwawienie ustało na 3-ci dzień. Chory szybko powrócił do zupełnego zdrowia. Badanie anatomo-patologiczne wykonane przez kol. Paszkewicza stwierdziło: ogniskowe śródmiąższowe zapalenie nerek.

Nephritis dolorosa, jak również nephritis haematurica zaliczyć należy do cierpień rzadko spotykanych i zazwyczaj nie rozpoznawanych. Do rozpoznania dochodzi się drogą wykluczenia. Charakterystyczną cechą obu cierpień jest jednostronność. Jedynym objawem w pierwszym cierpieniu jest ból, w drugim krwi w moczu.

Str. wł.

W dyskusji: 1. Prof. Kryński zauważył, że prelegent nie wspomniał nic o czynności nerek po operacji. W przypadku nephritis dolorosa prof. Kryński uzupełnia rozpoznanie przez dodanie, że zrosty w okolicy nerki przemawiały za „Perinephritis interstitialis”. Prof. Kryński zgadza się, że w zapaleniu śródmiąższowym nerek operacja może wpłynąć na krwiobieg.

2. Prof. Gluziński przypomina, że Israel przedstawił podobne przypadki jako haemophilia renalis. Badanie drobnowidzowe wykryło sprawę zapalną śródmiąższową nerek. Stałe bóle u chorego świadczą, że chory ten przechodził sprawę zapalną pozanerkową (paranephritis).

3. W odpowiedzi kol. Kiełkiewicz przytacza przypadek zapalenia nerek krwotocznego, obserwowany z kol. Puławskim. Wykonano operację. Wynik był dobry, badanie nerki po pół roku wykazało prawie zupełną jej sprawność.

V. Następnie kol. Kiełkiewicz przedstawił niezwyklego chorego, u którego od kilku lat co jakiś czas na skórze moszny ukazują się pęcherzyki, które pękają, i wtedy jakby z małych przetoczek wydziela się w ogromnej ilości mleczny płyn (2 — 3 litry na dobę). Ostatnio stan taki trwa już 5 tygodni. Płyn ten zawiera niewielką ilość ciałek ropnych. Skóra na prąciu i mosznie obrzęknięta,

podobna do słoniowatej. Przypuszczalne rozpoznanie lymphangioma diffusum.

Prof. K r y ń s k i w swoim czasie opisał nowotwory moszny podobne do demonstrowanego i potwierdza rozpoznanie „Lymphangioma diffusum scroti”.

VI. Kol. A. L a n d a u przedstawił 2 chorych: jednego z niedomykalnością zastawki tętnicy głównej pochodzenia kiłowego. Drugi przypadek dotyczy chorego, u którego wykryto znaczny rozrost tkanki łącznej w płucach na tle przymiotu.

Prof. G ł u z i ń s k i podkreśla, że demonstrowane przypadki są potwierdzeniem przypadków omawianych na posiedzeniu w kwietniu r. b.

VII. Kol. G a w i ń s k i przedstawił chorą z wybitnymi objawami nowotworu części wpustowej żołądka. Na podstawie szczegółowego badania G. rozpoczął zmiany kiłowe w żołądku i po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego osiągnął znaczną poprawę, którą można stwierdzić w obrazach rentgenowskich.

W dyskusji: 1. Kol. G r u n d z a c h podkreśla, że przedstawiony przypadek stanowi ostrzeżenie, aby zbyt szybko nie rozpoznawać nowotworu żołądka.

2. Kol. L a n d a u uważa, że różniczkowanie pomiędzy nowotworem i kiłą żołądka w braku kwasu solnego i pepsyny jest trudne wobec niedostatecznych danych anatomopatologicznych.

3. W odpowiedzi kol. G a w i ń s k i wyjaśnia, że u chorych z kiłą żołądka sekcyjnie stwierdzano stosunki normalne co do kwasu solnego i pepsyny. Rozpoznanie kiły żołądka można ustalić jedynie na podstawie całego zespołu objawów kiły ze strony innych narządów.

VIII. Kol. A n a s t a z y L a n d a u wygłosił rzecz p. t. „Parę uwag o przebiegu duru powrotnego leczonego w zimie 1921—1922 roku za pomocą neosalvarsanu i soli bismutowych.”

W dyskusji: 1. Kol. W i t o s ł a w D ą b r o w s k i uważa, że spostrzeżenia przedstawione przez prelegenta mają dużą doniosłość i mogą zaważyć na postępowaniu przy leczeniu podczas zbliżającej się zimy. Do niedawna mieliśmy spostrzeżenia kol. Edwarda Zielińskiego, lub też rosyjskich autorów. Wyniki lecznicze osiągnięte przez tych autorów były bardzo dodatnie. Osobiste spostrzeżenia Dąbrowskiego zgadzają się ze spostrzeżeniami prelegenta. Nie zawsze otrzymuje się efekt bakterjobójczy po zastrzyknięciu neosalvarsanu, niekiedy następował II i III atak gorączki. W neosalvarsanie mamy środek, który daje dobre wyniki, ale należy go stosować z pewną oględnością. Jako przeciwwskazanie trzeba uważać niezadawalający układ naczynioruchowy. Propaganda za stosowaniem soli bismutowych bardzo się rozpowszechnia, wobec tego przestroga, jaką dał prelegent, jest dużej wagi. Podczas ostatniej epidemii spostrzegano mieszane zakażenia, na przykład przypadek duru powrotnego z durem osutkowym. W jednym przypadku stwierdzono dur powrotny i dur

osutkowy, przewlekły przebieg cierpienia nasunął podejrzenie duru brzuszego, co też próba aglutynacyjna potwierdziła. W ostatniej epidemii występowały powikłania w postaci zaburzeń żołądkowych.

2. Kol. Osinski Eugenjusz uważa dur powrotny za chorobę lekką dającą 3% śmiertelności, ale trwającą długo. Z tego względu skrócenie czasu trwania choroby jest ważne, szczególnie podczas epidemii, kiedy, skracając czas trwania choroby, uwalniamy znaczną liczbę łóżek. Stosowanie zbyt dużej dawki neosalwarsanu może dać powikłania. Przed zastosowaniem neosalwarsanu należy organizm szczegółowo zbadać, gdyż zajęcie nerek, zmiany naczyń, lub zmiany w mięśniu sercowym stanowią przeciwwskazania. Kol. Osinski wspomina, że, Karwacki stosował Hydrargol i wyniki otrzymywał zachęcające.

4. Kol. Kuligowski w 3-ch przypadkach z krwotocznym zapaleniem nerek widział zejście śmiertelne w 3 godziny po zastrzyknięciu neosalwarsanu.

5. Prof. Gluziński podczas najścia bolszewików widywał mieszane zakażenia. Zawsze w podobnych przypadkach jedno zakażenie hamowało drugie. Tak np. dur powszechny powstrzymywał wystąpienie duru brzuszego; lub też przebiegał dur brzuszny, a później rozpoczynał się dur powrotny. W innych przypadkach kończył się dur powrotny, występowała zimnica.

6. Kol. Landau w odpowiedzi zwraca uwagę, że w 12 przypadkach duru powrotnego nie stosował zastrzykiwania neosalwarsanu, gdyż w 6 nie znalazł krętków, w 6 zaś ze względu na stan układu naczynioruchowego. Zapalenie nerek krwotoczne jest przeciwwskazaniem lekkie objawy białkomoczu nie stanowią przeszkody w leczeniu neosalwarsanem.

7. Kol. Kazimierz Zieliński przestrzega przed stosowaniem neosalwarsanu u małych dzieci, ponieważ dur powrotny u dzieci przebiega bardzo lekko, Z. nie widział ani jednego wypadku śmierci.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 31 października 1922 r.

Przewodniczący: prof. **A. Gluziński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki T-wa kol. Zembrzusi Ludwik nadesłał „Journal de Chirurgie” na rok 1922 z łaskawem oświadczeniem, że nadal będzie nadsyłał nadchodzące numery.

III. Prezes zakomunikował, że Biblioteka Ambrosiana w Medjolanie zwróciła się do T-wa Lekarskiego z zawiadomieniem,

że jedną z sal biblioteki „Ambrosiana” przeznaczono na czytelnię imienia obecnego Papieża Piusa XI w celu uczczenia Go jako dawnego bibliotekarza tej biblioteki i prosi o wzięcie udziału w urządzeniu tej sali. Zarząd T-wa Lekarskiego zawiadamia, że uchwalił przesłać do wspomnianej biblioteki komplet „Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego”.

IV. Kol. Z. Grudziński przedstawił rentgenogram złamania samoistnego kości śródstopia na tle uwiadu rdzenia, jako jeden z najwcześniejszych objawów.

W dyskusji 1) kol. L a n d a u zwraca uwagę, że odwapnienia kości ze złamaniami są charakterystyczne dla wiadu rdzenia, ale można je spotkać i u chorych z kiłą narządów wewnętrznych, u których niema wiadu rdzenia.

2) Prof. G l u z i ń s k i zaznacza, że właściwiej byłoby nazywać zmiany w kościach i stawach, przedstawione przez prelegenta, osteoarthropatia, a nie arthropatia. W przypadku prelegenta nie zwrócono uwagi na te cechy, które kierują rozpoznaniem i dlatego nie rozpoznano wiadu rdzenia przed zdjęciem rentgenowskim. Szczegółowsze badanie jednak stwierdziło wiad rdzenia.

V. Kol. L a n d s b e r g wygłosił rzecz p. t. „Badania nad wstrząsem hemoklastycznym.

Zespół Widala, t. zw. „crise hémoclasique”, polegający na: 1) leukopenji i stosunkowej limfocytozie, 2) spadku ciśnienia krwi, 3) spadku wskaźnika refraktometrycznego i 4) wzmożenia krzepliwości krwi, świadczy, zdaniem Widala, o zaburzeniu równowagi koloidów ustroju, spowodowanej przez obecność o b c e g o białka w sokach ustroju. Takie zaburzenie koloidów, „koloidoklazja”, jest przyczyną wstrząsów, zaliczanych do rzędu anafilaktycznych, wyrazem czego jest właśnie owa „crise”. W cierpieniach wątroby, kiedy to ustrój jest pozbawiony „proteopektycznej” funkcji tego narządu, białko pokarmowe przedostaje się do tkanek w postaci niezasymilowanej, i jako o b c e białko powoduje wstrząs hemoklastyczny. Dlatego też występowanie leukopenji po spożyciu 300 cm. sz. mleka może być uważane za przejaw niedomogi wątroby.

Wartość praktyczną próby Widala zmniejszają fakty następujące: nie występuje ona w nieznacznych cierpieniach wątroby, zarówno jak i w bardzo rozległych jej schorzeniach; zjawia się natomiast często przy zupełnie normalnej wątrobie. Co się zaś tyczy teorii wstrząsu hemoklastycznego, to, według Widala, mamy tu do czynienia z wpływem obcego białka na koloidy ustroju, z odczynem, którego największe natężenie spostrzegamy we wstrząsie anafilaktycznym. Badania rozmaitych autorów oraz własne spostrzeżenia wykazują, że wstrząs hemoklastyczny można wywołać i przez podanie pokarmów niebiałkowych, jak wody i cukru: w ten sposób odpada wyłącznie białkowe pochodzenie „crise”. Co się tyczy zmiany koloidów w przebiegu „crise”, to w zespole Widala nie znajdujemy na to żadnych dowodów. Badania własne nad zmianami w opadaniu krwinek we własnem osoczu oraz nad zawartością azotu ami-

nowego we krwi w przebiegu „crise” wykazują, iż zachodzą tu pewne zmiany w kierunku przyspieszenia opadania oraz zmniejszenia ilości azotu aminowego. Na podstawie własnych badań autor dowodzi, że świadczy to o zmniejszeniu stopnia rozproszenia, dyspersji koloidów (białek osocza) w przebiegu „crise”. Pewne więc zakłócenie równowagi koloidów zachodzi tutaj, lecz, jak wykazują badania własne i obce nie są one równoznaczne ze zmianami koloidowymi w przebiegu wstrząsu anafilaktycznego, gdyż w tym przypadku mamy do czynienia z pewnem wzmożeniem dyspersji. Z tego więc punktu widzenia anafilaksja i „hemoklazja” nie są sprawami równorzędnymi. Zmiany koloidowe w osoczu krwi, owa „colloidoclasie” Widala nie są przyczyną wstrząsu ani anafilaktycznego, ani wstrząsu hemoklastycznego pokarmowego w cierpieniach wątroby. Wszystkie znamiona hemoklazji Widalowskiej powstają wskutek wzmożonej pracy wątroby, tak samo zresztą jak zmniejszona funkcja wątroby i innych narządów wewnętrznych powoduje niektóre objawy wstrząsu anafilaktycznego klasycznego. Tak samo jak wątroba uczulona, sensybilizowana przez pierwotny zastrzyk białka, reaguje już na minimalną jego dawkę, wątroba, osłabiona przez jakiekolwiek schorzenie, organiczne czy czynnościowe, nawet na takie „urazy”, jak spożycie mleka czy innych niebiałkowych pokarmów, reaguje przez zaburzenie w swem unaczynieniu: czy za pośrednictwem układu sympatycznego lub parasympatycznego, czy przez zadziałanie wprost na śródbłonek naczyń włoskowatych, odprowadzających krew żylną wątroby, występuje ich skurcz. Sprowadza to, dzięki przekrwieniu, hyperfunkcję tego aparatu wątroby, który zarządza prawidłowym chemizmem białek krwi. Prawidłowy stosunek wzajemny poszczególnych frakcji białek osocza ulega zakłóceniu, i zwiększenie lub zmniejszenie globulin, euglobulin czy albumin jest przyczyną zmian w budowie koloidów osocza. Dlatego też „koloidoklazja”, aczkolwiek po raz pierwszy przez autora udowodniona, nie jest przyczyną, lecz skutkiem wzmożonej pracy wątroby, spowodowanej niekoniecznie przez białko, lecz przez jakiekolwiek urazy.

W przypadkach schorzeń wątroby wystarczają urazy, pozostające w zwykłych warunkach bez efektu. I dlatego „crise” pokarmowa może być rzeczywiście dobrym odczynem na pobudliwość, t. j. na „zdrowie” wątroby; wszelkie zaś pojęcia o „koloidoklazji” powinny być zarzucone, jako nieodpowiadające istocie rzeczy i mylnie wysuwające na pierwszy plan sprawy wtórne, niecharakterystyczne. Tak samo i termin hemoklazji nie jest odpowiedni: i tutaj bowiem mieszamy przyczynę ze skutkiem. Przyczyną bowiem pierwotną spraw tych jest, jak to pierwszy wykazał Popielski, — wzmożona praca narządów wewnętrznych. (Str. wł.).

W dyskusji: 1) prof. R z é t k o w s k i analizując przemówienie prelegenta łącznie z danymi z piśmiennictwa, wypowiada pogląd, że wyłania się początek nowego okresu w medycynie. Już w czasach Hippokratesa upatrywano przyczynę chorób w zmianach soków organizmu, jako rzecz humoralną. Zmian w sokach organizmu nie róż-

niczowano. Długo czas trwał pogląd humoralny w medycynie. Rozwój anatomii patologicznej skierował umysły lekarskie w inną stronę, zaczęto wiązać przyczynę choroby ze zmianami w komórce w tkankach. Później znowu zaczęto badać soki tkanek chemicznie. Obecnie powstaje zmiana, wskazująca pewien kierunek nie chemiczny, lecz zdążający do ujmowania stanów chorobowych, jako zaburzeń równowagi jonowej — zatrucie kwaśne. Jeżeli chodzi o równowagę koloidalną, to rozważamy stan tych zaburzeń nie tylko we krwi, lecz wogóle w sokach tkanek. Nasuwa się pytanie, czy jesteśmy w stanie klinicznie określić zaburzenia równowagi koloidalnej. Praca Landsberga, zdaniem prof. R. z., stawia pierwszy krok w kierunku klinicznego określania tych zmian i to dość szczęśliwie, a mianowicie przez badanie opadania krążków krwi i po 2gę przez określanie azotu aminowego. Obie metody wykazały, że przy *crise hémoclasique* zachodzi zaburzenie równowagi koloidalnej wskutek osłabionej działalności wątroby. Chodzi o to, aby do patologii weszły i przyjęły się stany, które nie są jeszcze chorobowymi, ale które dają *crise hémoclasique* przy niedomodze wątroby. Jak nerka utrzymuje równowagę jonową, tak wątroba utrzymuje równowagę koloidalną.

2) Prof. Gluziński uznaje za słuszne podjęcie prac nad omawianym tematem w obu kierunkach, gdyż pierwsi Polacy Popielski i Biernacki zapoczątkowali te badania. Prof. Gluzińskiemu wydaje się wątpliwym, aby badania te zdobyły sobie zastosowanie praktyczne. Wątpliwość taka ma uzasadnienie w tem, że podobne objawy można wywołać za pomocą różnych środków, nie tylko białkowych. Badania Filińskiego wydają się być na dobrej drodze do wyjaśnienia, pod jakim wpływem odbywają się omawiane zmiany.

3) Kol. Łyskawicki zapytuje, czy prelegent przeprowadzał swoje badania w płonicy, gdzie niedomoga wątroby jest faktem stwierdzonym. Próba przedstawiona przez prelegenta mogłaby mieć praktyczne zastosowanie.

VI. Kol. Landau Anastazy wygłosił rzecz p. t. „O leczeniu mieszanem zimnicy”.

W dyskusji 1) kol. Korzon przytacza przypadek zimnicy, wywołanej przez pasorzyty półksiężycowe, u włościanina z pod Modlina i 2-gi przypadek z zimnicą, wywołaną przez pasorzyty półksiężycowe, gdzie zakażenie miało miejsce w Chylicach w 1915 r. Nie posiadamy sprawdzianu, kiedy należy uważać chorego za wyleczonego z zimnicy. Badania krwi nie dają żadnych wyników. Korzon uważa, że neosalwarsan prowokuje pasorzyty i dlatego należy podawać chininę jednocześnie, aby je wytępić. Według Korzona specjalnego systemu nie można stosować, a należy przypadki różniczkować i odpowiednio przeprowadzać leczenie.

2) Kol. Kazimierz Zieliński od 8-iu przeszło lat z bardzo dobrym wynikiem podaje chorym na zimnicę, trzykrotnie w ciągu dnia, błękit metylenowy w połączeniu z solanem chininy oraz z pulv. sem. myristicae (aa 0,10 — 0,15 dla dorosłych). Ten

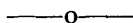
ostatni środek zapobiega zjawianiu się silnych pobudzeń do oddawania moczu, co często zauważyć się daje po podawaniu samego tylko błękitu metylenowego lub w połączeniu z samą tylko chininą. Napady zimnicy szybko giną i ustępują zupełnie pod warunkiem, że lek ten brany będzie przez dłuższy przeciąg czasu (6 do 8 tygodni). Proszki te mają tę zaletę, że są względnie tańsze i że bezkarnie podawać je można w przypadkach ciąży i gdy istnieje idiosynkrazja do chininy, chorzy bowiem tacy wielkich dawek chininy nie znoszą. (Str. wł.).

3) Kol. Landau w odpowiedzi uważa, że metodą, stosowaną przez siebie, dochodził do doszczętnego wyleczenia zimnicy u swoich chorych i nawrotów nie widywał. W utajonych postaciach zimnicy neosalwarsan wywołuje ataki, ra istniejącą trzeciaczkę działa w sposób leczący. Leczenie do pewnego stopnia należy ująć w pewien system. Spostrzeżenia Zielińskiego są bardzo cenne, gdyż pozwalają stosować małe dawki.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Giuziński.**

Sekretarz doroczny: **Wł. Kowalski.**



POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 7 listopada 1922 r.

Przewodniczący: prof. **A. Giuziński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki nadesłano: 1) Wł. Janowski: a) *Les névralgies des parois abdominales au point de vue pratique*", b) Mechanizm powiększania szybkości tętna w różnych stanach chorobowych. 2) Dyrekcja Służby Zdrowia Misji Wojskowej Francuskiej w Polsce złożyła Towarzystwu w darze 137 książek, broszur, odbitek, pism lekarskich. Za nadesłany dar postanowiono wysłać Dyrekcji Służby Zdrowia Misji Wojskowej Francuskiej podziękowanie na piśmie.

III. Wiceprezes Starkiewicz Wł. odczytał protokół Komisji Stypendjalnej imienia D-ra Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy o przyznaniu nagrody konkursowej w sumie 10.000 Mkp. kol. Janinie Dąbrowskiej, asystentce Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, Panu Janowi Mydlarskiemu, asystentowi Zakładu Antropologii Towarzystwa Naukowego i P. Jerzemu Ruszkowskiemu, asystentowi Zakładu Zoologicznego Uniwersytetu Warszawskiego. Protokół podpisali członkowie Komisji Stypendjalnej prof. A. Sokowski, prof. Tur. Wł. Starkiewicz i Ludwik Paszkiewicz.

IV. Kol. Skubiszewski wygłosił rzecz p. t. „Mikrofizjologia przysadki mózgowej w związku z nadmiernem wydzielaniem

moczu w przewlekłym samoistnym zapaleniu nerek śródmiąższowym“.

1) W dyskusji Wł. Janowski poddaje krytycznej ocenie pogląd prelegenta, że pewne zmiany w przysadce mózgowej są powodem zwiększonego moczenia. Zdaniem J. pogląd ten obalili badacze francuscy i angielscy. Usunięcie przysadki nie wpływa na zwiększenie ilości moczu. Natomiast uszkodzenie wzgórka popielatego (tuber cinereum) wywołuje nadmierne moczenie, ilość moczu przekracza połowę wagi zwierzęcia, przyczem u zwierząt starszych pragnienie wzmacnia się, u młodych zwierząt bez wzmożonego pragnienia. Lhermitte wykazał, że jeżeli zmniejszyć nacisk wewnętrzzaskkowy, zmniejsza się ilość wydzielanego moczu, niezależnie od cierpienia. Miejsce, którego stan normalny jest konieczny, aby nie powstał wielomocz, jest guz popielaty i część lejkowata przysadki (infundibulum i tuber cinereum).

2) Kol. H. Higier zgadza się z przedmówcą, że na podstawie mózgu są rozmieszczone ośrodki, które w razie podrażnienia wywołują nadmierne moczenie, są też ośrodki regulujące ciepłotę, rozszerzające źrenice, ośrodki skurczu pęcherza moczowego, macicy, i wpływające na wydzielanie potu. Przysadka mózgowa wytwarza jednak pewne hormony, które działają swoiście i w niej też są ośrodki, które dają wielomocz.

3) Prof. Głuziński obserwując kliniczne przypadki zapalenia nerek śródmiąższowego, zastanawiał się nad tem, dlaczego w powyższym cierpieniu w jednych przypadkach chorzy mają pragnienie, wydzielają dużo moczu, a wyjaśnienia ciśnienia ze strony nerek znaleźć nie można; inne przypadki biegają znowu bez pragnienia. Przypadki zapalenia nerek śródmiąższowego z pragnieniem i wielomoczem przez analogię do moczówki prostej kierowały badania do przysadki mózgowej. Myśl tę prof. G. poruszył w 1914 roku. Badania Skubiszewskiego wykazują związek między zapaleniem nerek śródmiąższowym z nadmiernym moczeniem i zmianami w przysadce. Za przeprowadzenie badań i przedstawienie ich prof. Głuziński składa Skubiszewskiemu podziękowanie.

4) Kol. Skubiszewski w odpowiedzi stwierdza, że przeciwstawił się szkole niemieckiej i częściowo szkole francuskiej. Badania swoje prowadził, nie ograniczając się jedynie do przysadki, lecz badał cały mózg, gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu. W mózgu zmian nie znalazł, jak również i w organach o wewnętrznym wydzielaniu. W końcu przemówienia Skubiszewski składa podziękowanie za pomoc i wskazówki prof. Hornowskiemu.

V. Kol. S. Składkowski miał odczyt p. t.: „Lotnictwo sanitarne“.

W dyskusji: 1) Prof. L o t h podczas pobytu we Francji w 1919 r. w celach zakupów dla armji polskiej z uwagą śledził spór, jaki się toczył o samoloty sanitarne. Jednak wtenczas zwyciężył pogląd, że samoloty nie są konieczne dla armji. Propagowanie u nas idei lotnictwa sanitarnego uważa za przedwczesne. Należy uzupełnić

środki przewozowe kołowe, wozy ambulansowe, samochody ambulansowe. Na wschodzie lądowanie jest prawie że niemożliwe z powodu lasów, błot. Brak również komunikacji telefonicznej, radiotelegraficznej z centralnymi hangarami zupełnie uniemożliwia korzystanie z samolotów sanitarnych.

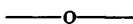
2) Gen. Z w i e r z c h o w s k i wyjaśnia, że od czasu wojny w dziale sanitarnym zrobiono dużo. Opracowano w najdrobniejszych szczegółach plan ewakuacji rannych na przypadek przyszłej wojny. Wyzyskano wszelkie środki w celu uzupełnienia transportu konnego, samochodowego tak, aby odpowiadało współczesnym wymaganiom. Ministerstwo Spraw Wojskowych nie jest w stanie więcej zrobić i chcąc przeprowadzić w armii lotnictwo sanitarne, departament sanitarny zmuszony jest odwołać się o pomoc do społeczeństwa.

W odpowiedzi S k ł a d k o w s k i wyjaśnia, że we Francji wobec wspaniałych dróg, samochodów, rozgałęzionych linii kolejowych i stałego frontu nie było potrzeby utworzenia lotnictwa sanitarnego, w kolonjach zaś ma ono szerokie zastosowanie. Przewiezienie wszystkich rannych samolotami jest niemożliwe i zbyt kosztowne, chodzi o ciężko rannych, którzy wymagają natychmiastowego zabiegu operacyjnego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **Wł. Kowalski.**



POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 28 listopada 1922 r.

Przewodniczący: prof. **A. Gluziński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Prof. W. Szumowski: a) „Le service de santé publique en Pologne”, b) „La Médecine Polonaise à travers les siècles”, c) „Filozofja medycyny jako przedmiot uniwersytecki”, d) „Historja medycyny jako przedmiot, wykładowy medykum”.

III. Wiceprezes Wł. Starkiewicz zakomunikował, że Komitet Konkursowy im. Grzegorza Piramowicza w osobach wiceprezesa T-wa Lek. Starkiewicza, dyr. p. Sosnowskiego, p. Dargielowej, d-ra St. Kopczyńskiego, Dr. Szmurły po rozpatrzeniu prac z zakresu higieny szkolnej, wydanych w roku 1922, przyznał jednomyślnie nagrodę konkursową Panu F. Jarosowi za pracę p. t.: „Rozwój fizyczny dziecka w wieku szkolnym”.

IV. Kol. W. S z t e y n e r wygłosił rzecz p. t.: „O rzekomem przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego”.

W dyskusji 1) prof. Kryński wyraża podziękowanie prelegentowi, że poruszył sprawę ważną i ciekawą. Sprawa leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego w ciągu ostatniego 25-ciolecia stale interesuje chirurgów. Niektórzy chirurdzy wpadają w pewną przesadę, tak, że duża część operacji była robiona niepotrzebnie. Praktyczni Amerykanie w stanie Dacota wydali prawo, które pozwala chirurgowi żądać honorarium za usunięcie wyrostka robaczkowego, o ile zostały stwierdzone zmiany w wyrostku, zbadanym w Instytucie Państwowym.

W razie istnienia objawów brzusznych, które nasuwają możliwość schorzenia wyrostka robaczkowego, należy pamiętać o tem, co francuscy autorowie nazywają syndrom douloureux iliaque droit. Schorzenia wyrostka robaczkowego nie jest w stanie pokryć tego syndromu. Aby uniknąć usuwania wyrostków zdrowych, należy dobrze rozpoznać zapalenie wyrostka robaczkowego. Dobre rozpoznanie opiera się na dokładnem zbadaniu, o ile sami obserwowaliśmy ostre napady u danego chorego, o ile przy badaniu promieniami Roentgera sami osobiście przy obmacywaniu wyrostka wywołamy ból przez ucisk na podstawę ślepej кишки. Nakoniec prof. Kryński zaznacza, że należy dobrze operować. Prof. Kryński jest przeciwnikiem szybkiego operowania przez małe cięcia, jako to robił Doyen, należy wykonać odpowiednie cięcie, aby mieć możność wykonania rewizji jamy brzusznej.

2) Prof. Leśniowski zgadza się z tem, że poddanie rewizji pewnych poglądów jest uzasadnione. Również i odczyt prelegenta przyniesie pewną korzyść. Ograniczenie, o jakim wspominał prof. Kryński, nie ma podstawy, wszak chirurg operuje tylko wtenczas, kiedy jest przeświadczony, że wyrostek jest schorzały i usuwa go. Dolegliwości, które chory uczuwa po operacji, nie przemawiają przeciw zastosowaniu usunięcia wyrostka. Ból jest wskazaniem do operacji, schorzenie wyrostka zmusza chirurga do wykonania operacji. Prof. L. wypowiada się przeciw wspólnemu badaniu wyrostka przez chirurga i rentgenologa jednocześnie, gdyż przed operacją punkt bolesny wyczuwano w jednym miejscu, wyrostek zaś umieszczony był gdzieindziej. Prof. L. ostrzega przed zbytnim pesymizmem. Prof. L. operuje często chorych z cierpieniami wyrostka i spotyka znaczne zmiany, spotyka również i niewielkie zmiany, ale te ostatnie najczęściej stanowią zejście sprawy zapalnej.

3) Kol. Otto wspomina o tem, że czasami trudno odróżnić, z czem mamy do czynienia, z zapaleniem wyrostka robaczkowego, czy też z zapaleniem pęcherzyka żółciowego. W tym celu Otto proponuje uciskać nerwy przeponowe na szyi. Często ucisk prawego nerwu przeponowego wywołuje ból w okolicy pęcherzyka żółciowego, co jest dowodem schorzenia pęcherzyka. Otto, operowany przed 20 laty z powodu ciężkiego zapalenia wyrostka robaczkowego, w ciągu 3 — 4 lat uczuwał bóle, które dopiero stopniowo ustępowały.

4) Kol. Wł. Janowski nie uważa, aby przesada w operowaniu wyrostka robaczkowego była uzasadniona. Często chorzy

z biegunkami przewlekłymi dopiero po usunięciu wyrostka, który był źródłem cierpienia, odzyskują zupełne zdrowie. Janowski przestrzega przed nerwobólami jamy brzusznej, które mogą symulować zapalenie wyrostka robaczkowego. Janowski podał 6 przypadków nerwobólów ściany brzusznej, po francusku już przedstawił 23 przypadki.

5) Prof. Gluziński wyjaśnia, że prelegent, występując z odczytem, miał zamiar zwrócić uwagę nie na te przypadki, które kiedyś przebiegały ostro, lecz na przypadki bez ostrych napadów, które dawały nieokreślone objawy. Takie przypadki wymagają rewizji zapatrywań. Doświadczenie prof. Gluzińskiego, nabyte w Krakowie, we Lwowie i na koniec w Warszawie, wyrobiło to przekonanie, że najwięcej przypadków zapaleń wyrostka operowano w Warszawie. Przemawia to za tem, że w Warszawie chirurdzy operują wobec wskazań, które jeszcze nie są ostatecznymi wskazaniem do operacji w innych miastach. W zapaleniu ślepej kiszki — typhlitis ulcerosa, usunięcie wyrostka pozostanie bez znaczenia. Obok zmian w położeniu kiszek, pęcherzyka żółciowego, znaczna ilość zrostów może powstać z powodu cierpienia grubej kiszki. Zamało zwraca się uwagi na jelito grube wstępujące, poprzeczne; przy prześwietlaniu należy zwracać uwagę i na ruchy kiszek. Obowiązkiem lekarza jest najdokładniej zbadać chorego, gdyż pomimo zapewnień chirurgii, wywiera operacja pewien wpływ na długość życia.

6) Kol. Landau An. wspomina, że syndrome douloureux droit może występować w stanach astenicznych, oraz w stanach spastycznych, w których operacja nie daje żadnych wyników.

7) W odpowiedzi kol. Szteyner dał wyjaśnienia, co do badania przez prześwietlanie i palpację, i wspomniał o badaniu pęcherzyka żółciowego za pomocą zgłębnika dwunastniczego.

V. Kol. B. Szerszyński wygłosił rzecz p. t.: „Badania układu sercowonaczyniowego podczas operacji”.

W dyskusji 1) prof. Leśniowski wyjaśnia, że podjęto tę pracę na klinice, gdyż niewątpliwie jest różnica w działaniu środków chemicznych na tkanki ciała. Chorych bądź usypiano, bądź też stosowano jedynie znieczulenie miejscowe. Jednostronność była w jednym lub też w drugim kierunku. Zdaniem prof. Leśniowskiego, ogólne znieczulanie musi być stosowane. Należy poznać niebezpieczeństwo, jakie może wywołać ogólne usypianie, aby mu zapobiec. Badając różne sposoby znieczulania, prelegent doszedł do tych samych wyników, do jakich doszli amerykańanie. Część niebezpieczeństwa zależy od ośrodków, część zaś grozi z obwodu. Znieczulanie ogólne i miejscowe należy stosować jednocześnie. Przy zastosowaniu obu metod w jednej z klinik amerykańskich, śmiertelność spadła z 6% na 0,5%. W czasie usypiania powinniśmy kontrolować chorego za pomocą przyrządów do badania ciśnienia, zapisywania tętna i t. d.

2) Kol. Starkiewicz Wł. wspomina o pracy Hornowskiego o przyczynach nagłej śmierci od chloroformu, gdzie Hornowski

wykazał, że przyczyną śmierci jest wyczerpanie układu chromochłonnego w nadnerczach. St. uważa, że dopóki dane, otrzymane przez Hornowskiego nie zostaną zachwiane, nie można przyczyny śmierci upatrywać li tylko w obniżeniu ciśnienia wskutek wpływu zabiegów operacyjnych i powstałych stąd odruchów nerwowych oraz bólu.

3) Prof. Cz u b a l s k i zaznacza, że z olbrzymiego materiału prelegent wyprowadził wnioski prawdziwe. Układ chromochłonny może się wyczerpywać, jednak możliwe jest zejście śmiertelne z powodu odruchów nerwowych. Gra tu rolę indywidualność, którą spotykamy i u zwierząt laboratoryjnych np. u królików. Zwrócenie przez prelegenta uwagi na te odruchy nerwowe, które wywołuje zabieg operacyjny, prof. Cz. uważa za zasługę. Przy pełnej narkozie ośrodki oddechowy i naczyniowy działają, zmniejszenie wpływów hamujących przez narkozę daje podstawę, że przy zabiegu operacyjnym odruchy mogą być ułatwione. Przy nagłym spadku ciśnienia może nastąpić zwolnienie tętna wskutek anemji ośrodka oddechowego.

4) Prof. L e ś n i o w s k i podaje do wiadomości, że nosi się z zamiarem podjęcia na klinice prac, w celu wyjaśnienia, jak się zachowują nadnercza, szczególnie system chromochłonny, podczas usypiania chloroformem, eterem i przy miejscowem znieczuleniu. Brak metody klinicznej do tej pory stoi na przeszkodzie podjęciu odnośnych badań.

5) W odpowiedzi kol. S z e r s z y ń s k i wyjaśnia, że miał na uwadze pracę Hornowskiego, nawet uwzględnił ją w swoich badaniach i zaznaczył, że nie wszyscy chorzy reagują jednakowo, a są różnice indywidualne.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: A. Gluziński.

Sekretarz doroczny: Wł. Kowalski.

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 5 grudnia 1922 r.

Przewodniczący: prof. A. Gluziński.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki T-wa nadesłano: Prace z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego 1922 r.

III. Kol. Z. M i c h a l s k i przedstawił dwa rentgenogramy zdjęć klatki piersiowej, na których rozpoznaje zwapnienie tętnicy płucnej.

Prof. G l u z i ń s k i kwestjonuje rozpoznanie zwapnienia tętnicy płucnej i uważa, że przedstawione wypuklenie cienia zależy od uszka serca.

IV. Kol. H a n d e l s m a n pokazuje chorego ze skurczami klonicznymi języka w zespole parkinsonowskim pośpiączkowym.

Kol. H i g i e r w dyskusji zgadza się, że u dzieci po śpiączce występuje zmiana usposobienia, charakteru. Dzieci zmieniają się pod względem moralnym, kradną. U dorosłych podobnych zmian nie spostrzegano. Zapalenie mózgowia śpiączkowe daje kręcz kurczowy, ale może on występować i samoistnie. Maladie de tic daje takie objawy, ale obraz chorobowy jest inny.

V. Prof. K r y ń s k i wygłosił rzecz p. t.: „Kręcz kurczowy (Torticollis spasmodica) i jego leczenie operacyjne”.

W dyskusji kol. J a r o s z y ń s k i podaje, że obserwuje od kilku miesięcy chorą, którą operował w r. bież. Prof. Kryński, prócz tego demonstrował wspólnie z Dr. Orłem w Towarzystwie Neurologicznem inną chorą, również operowaną z niezłym wynikiem z powodu torticollis spasmodica. Mówca omawia szczegóły kliniczne przy różniczkowaniu tików od kurczów, zastanawia się nad etiologią i rozpoznaniem kręczu szyjnego, powołując się na demonstracje takich chorych przed 12 laty w Sekcji Neurolog. T-wa Lek. Dawniej cierpienie to nazywano torticollis mental (Brissaud-Meige), obecnie większość autorów skłania się w kierunku organicznego charakteru cierpienia i stąd leczenie chirurgiczne torticollis spasmodicae staje się bardziej usprawiedliwione. (Babiński, Sicard). Ten fakt, że w obu operowanych przypadkach, o których wyżej była mowa, nie zupełnie znikły kurcze mięśniowe, da się wytłumaczyć przez tę okoliczność, że sprawa chorobowa dotyczy nie tylko m. kapturowego i sułkowo-mostko-obończykowego, lecz i innych mięśni szyi, dlatego też w bardziej rozległych kurczach tego rodzaju należałoby przecinać nie tylko n. dodatkowy, lecz i tylne gałęzie 1-szych par n. szyjnych, które podążają do m. recti capitis, splenius, complexus, scaleni i t. p. (Str. wł.).

VI. Prof. N o i s z e w s k i wygłosił rzecz p. t.: „Leczenie opadnięcia siatkówki djeta bezchlorową”.

W dyskusji 1) prof. G ł u z i ń s k i podkreśla, że równowaga chlorków w organizmie musi iść w parze z przyjmowaniem chlorków, dlatego bez uwzględnienia diety nie można mówić o wydzielaniu chlorków. W przypadku prelegenta, gdzie chory wydzieliał 2.0 chlorków na dobę, nasuwa się przypuszczenie, że chory ten się głodził. Zatrzymanie chlorków nie mogło zależeć od wysięku. Są przypadki zatrzymania chlorków w tkankach, ale wtenczas występują obrzęki. U przedstawionego przez prelegenta chłopca musiał być moment bądź toksyczny, bądź zakaźny, który zmusił tkanki do zatrzymania chlorków. Zdarzają się zapalenia nerek z zatrzymaniem chlorków, jak to głosił prof. G. w pracy o zapaleniu nerek bezchlorowem.

2) Kol. S t a r k i e w i c z Wł. z odczytu wyprowadza wniosek, że opadnięcie siatkówki leczy djeta bezchlorowa. Mażliwe jest zatrzymanie chlorków bez obrzęków, kiedy krew przesyca się nagromadzoną ilością chlorków — chloraemia. Do ustalenia przy-

czynowego związku w przypadkach opadnięcia siatkówki, niedostateczne jest badanie moczu, należy również badać krew.

3) Prof. Noiszewski w odpowiedzi wyjaśnia, że człowiek chory na oko, rzeczywiście jest ogólnie chory. W omawianych przypadkach prof. N. po zastosowaniu diety bezchlorowej widywał znacznie zwiększoną ilość chlorków w moczu i wielomocz. Chodzi, którzy wydzielają mało chlorków, mają słony pot, wzmożony apetyt na chlorki. W piśmiennictwie prof. N. znajdował sprzeczne fakty, dotyczące przemiany chlorowej w ustroju.

Na tem posiedzenie zakończono.

W. z. Prezesa: **Wł. Starkiewicz.**

Sekretarz doroczny: **Wł. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE ADMINISTRACYJNE

dnia 27 grudnia 1922 r.

Przewodniczący: Wiceprezes **Wł. Starkiewicz.**

I. Podskarbi T-wa L. Babiński komunikuje, że złożono w „Kurjerze Warszawskim 400,000 (czterysta tysięcy) Mkp. na Warszawskie T-wo Lekarskie (bez żadnych zastrzeżeń).

II. Następnie Sekretarz Stały prof. A. Sokołowski i Skarbnik Babiński przedstawili preliminarz budżetu na rok 1923, który ułożono na podstawie budżetu na rok 1922 z uwzględnieniem mnożnika $2\frac{1}{2}$. Budżet na rok 1923 wynosi 7,000,000 (siedem milionów) Mkp. W celu pokrycia budżetu Podskarbi na podstawie decyzji Zarządu przedstawia zebrany do uchwalenia wniosek podniesienia składki członkowskiej na rok 1923 do wysokości 20,000 (dwudziestu tysięcy) Mkp. oraz wniosek przyjęcia preliminarza budżetu na rok 1923.

Sekretarz Stały prof. Sokołowski zwraca uwagę na pozycję 400,000 Mkp., złożoną w Kurjerze na cele T-wa do jego dyspozycji bez żadnych zastrzeżeń z całym zaufaniem. Budżet ułożono i przedstawiono, ale przy obecnych stosunkach walutowych, staje się on prowizorycznym, i może wytrzymać próbę kwartalną. Następnie prof. Sokołowski podkreśla, że pierwszy raz od kilku lat do budżetu wstawiona została pozycja 1.200.000 Mkp. (milion dwustutysięcy Mkp.) na wydawnictwo Pamiętnika T-wa Lekarskiego; na wydawnictwo Piśmiennictwa Lekarskiego T-wo uzyskało sumę 1.200.000 Mkp. od Min. W. R. i O. P. Prof. S. podnosi wielką zasługę członków T-wa, że tak poparli T-wo.

Kol. Otto uważa, że suma 300,000 Mkp., wyznaczona na opał i 600,000 Mkp. na oświetlenie jest zbyt niska i należy ją podnieść wobec stale wzrastającej drożyzny węgla i energii elektrycznej. Otto popiera wniosek Zarządu podniesienia składki członkowskiej do 20.000 Mkp.

Po dyskusji preliminarz na r. 1923, przedstawiony przez Podskarbiego Babińskiego, przyjęto.

Podniesienie składki członkowskiej do 20.000 Mkp. rocznie zebrani jednogłośnie uchwalili.

III. Sekretarz Stały prof. A. Sokołowski przedstawił zebrany wniosek Zarządu przyjęcia funduszu konkursowego Wydziału Szpitalnictwa m. Warszawy na prace z zakresu rozwoju szpitalnictwa w Polsce na podstawie pisma tej treści: „W dniu 14 stycznia 1922 r. zmarł w Warszawie naczelnik Wydziału Szpitalnictwa Dr. Wacław Męczkowski. Grono lekarzy przyjaciół zmarłego postanowiło uczcić jego pamięć przez utworzenie przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskim funduszu, od którego odsetki byłyby przeznaczone na prace z zakresu rozwoju szpitalnictwa w Polsce.

Rada Miejska m. st. Warszawy fundusz ten powiększyła o sumę 1.000.000 (Miljon) Mkp. uchwałą z dnia 16 maja 1922 r. Wobec tego fundusz ten nosiłby nazwę: „Fundusz konkursowy Wydziału Szpitalnictwa Magistratu m. st. Warszawy z przeznaczeniem odsetek na nagrody za prace z zakresu rozwoju Szpitalnictwa w Polsce”.

Warunki konkursowe określi Zarząd Tow. Lekarskiego. (podpisano): Z. Paderewski. i Fr. Kowalski.

Fundusz konkursowy Wydziału Szpitalnictwa m. Warszawy na pracę konkursową z dziedziny szpitalnictwa przyjęto. Do podniesienia sumy z Kasy Magistratu zebrani upoważnili podskarbiego Babińskiego.

IV. Bibliotekarz kol. Zwejgbaum odczytał sprawozdanie o stanie biblioteki za rok 1922. Ze zbiórki ogólnej uzyskano 4,000,000 Mkp. na bibliotekę. Zwejgbaum podnosi ofiarność członków na bibliotekę i w imieniu Zarządu składa podziękowanie.

Wiceprezes kol. Starkiewicz odczytał sprawozdanie Komitetu Bibliotecznego za rok 1922 i na wniosek Komitetu Bibliotecznego zebrani złożyli podziękowanie Bibliotekarzowi kol. Zwejgbaumowi za gorliwą, a tak mozolną pracę.

V. Sprawozdania z prac kandydatów na członków odczytali: kol. Bronowski z prac Jana Offenberga,

„ „ Birona,

„ „ Orzechowskiego i Sobieszczańskiego,

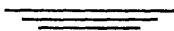
kol. Kozerski z prac Szczodrowskiego.

kol. Konopacki z prac Stefanowskiego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes: **Starkiewicz.**

Sekretarz doroczny: **Wł. Kowalski.**



WSPOMNIENIA POŚMIERTNE

o zmarłych członkach Towarzystwa Lekarskiego.

Wygłoszone przez Sekretarza Stałego prof. A. Sokołowskiego.

Dr Stanisław Pechkranc¹⁾.

Zmarły d. 18.X. 1925. dr St. Pechkranc, członek naszego Towarzystwa od r. 1911, urodził się w Warszawie w r. 1865. Gimnazjum i Uniwersytet ukończył (1891 r.) w mieście rodzinnem. Odtąd jedynie z przerwą w okresie wojny Japońskiej był stałym i gorliwym pracownikiem w Szpitalu Starozakonnych w Warszawie, niemal do samej śmierci, zajmując kolejno miejsca: asystenta, lekarza ambulatoryjnego, a wreszcie ordynatora Oddziału chorób wewnętrznych (1906). Owocem tej sumiennej pracy był cały szereg prac kazuistycznych, ogłoszonych w naszych czasopismach lekarskich z dziedziny medycyny wewnętrznej, chorób zakaźnych, a przeważnie z dziedziny neuropatologii. Z tych prac zasługiwało na uwagę obszernie sprawozdanie z epidemji cholery, ponującej w Warszawie (1892 — 4), spostrzeganej w Szpitalu Starozakonnych, dalej praca o białkomoczu przy zapaleniach nerek; o nowotworach przysadki mózgu, o kamicy żółciowej; obecny stan wiedzy o gruczolach o wydzielaniu wewnętrznym. Oprócz tego w naszym Towarzystwie demonstrował wielu chorych, ciekawych z dziedziny medycyny wewnętrznej. W pracach tych wykazał się jako sumienny i bystry klinicysta oraz wyborny znawca literatury lekarskiej. Był sumiennym lekarzem, człowiekiem o instynktach humanitarnych. Pozostawił też po sobie żal wśród pacjentów i grona kolegów.

Dr Wacław Lasocki.

W końcu grudnia roku 1921 zmarł w Nałęczowie wielce zasłużony dla naszego społeczeństwa dr. Wacław Lasocki, doczekawszy sędziwego wieku, bo lat 85-iu. W roku 1916 nasze Towarzystwo z okazji Jego jubileuszu mianowało Go członkiem honorowym, a szczegółowa Jego biografia pomieszczona została w Pamiętniku Towarzystwa w tomie 113; obecnie więc chcę sz. kolegom przypom-

¹⁾ Do protokołu z d. 25.X. 1921 — Pam. W. Tow. Lek. T. CXVI. str. 55.

nieć tylko niektóre dane, odnoszące się do Jego życia i działalności społecznej. Ś. p. L. urodził się w r. 1837 na Wołyniu, gimnazjum ukończył w Żytomierzu w 1854 r., a studia lekarskie w Kijowie w 1859 r., poczem wstąpił jako asystent do kliniki chirurgicznej tamtejszego Uniwersytetu. Przy wybuchu powstania 1863 r. był niezwykle czynnym organizatorem tegoż, szczególnie w dziedzinie działalności wśród ludu; aresztowany i po długim pobycie w więzieniu skazany na śmierć, ułaskawiony, następnie zesłany na dożywotnie roboty, szedł etapem aż do Wschodniej Syberji. Podróż ta piechotą, wraz z młodą małżonką trwała przeszło 2 lata, podczas tej wędrówki przebył tyfus, a żona ospę. Po kilku latach katorgi pozwolono mu osiedlić się w mieście Kostromie, gdzie zyskał obszerną praktykę i powszechny szacunek. Po powrocie do Warszawy w roku 1873, powołany został na naczelnego lekarza kolei Nadwiślańskiej, na którym to stanowisku rozwinął wielki talent administracyjny, a swoim taktem i uprzejmością zyskał powszechną sympatię u pracowników. Należał wspólnie z dr. Nowickim i dr. Chmielewskim do założycieli znanego zdrojowiska w Nałęczowie i pracą swoją bardzo się przyczynił do rozwoju tejże miejscowości, gdzie też przeniósł się na stałe w roku 1898, i kierował administracją zakładu. Przyczynił się również wspólnie z dr. Malewskim i dr. Puławskim, do założenia muzeum nałęczowskiego, kasy pożyczkowej i domu ludowego. Przez długi szereg lat ś. p. L. zbierał wytrwale ryciny i dzieła, mające związek z dziejami Polski. Zbiór ten, liczący około 10.000 dzieł i kilka tysięcy rycin darował i przesłał do Muzeum Narodowego w Krakowie, wraz ze swoim pamiętnikiem, opisującym pobyt na Syberji i wypadki współczesne. Przesłał też jednocześnie Akademii fundusz na wydanie pamiętnika po swojej śmierci. Przez swą głęboką miłość dla Ojczyzny, ofiarność dla dobra ogółu i niezwykłą szlachetność charakteru zyskał sobie powszechny szacunek i uwielbianie.

Dr Aleksander Białobrzęski.

2-go stycznia 1922 zmarł śmiercią tragiczną, wieloletni czynny członek naszego Towarzystwa, ś. p. Aleksander Białobrzęski, wzięty praktyk internista. Urodził się on na Podlasiu w 1868 roku, gimnazjum ukończył w Siedlcach 1889 roku, a uniwersytet w Warszawie w 1893 roku. Był wieloletnim asystentem w szpitalu św. Rocha i ordynatorem kliniki terapeutycznej Warszawskiego Uniwersytetu. Z chwilą wybuchu wojny powołany został przez Rosjan do służby wojskowej, następnie przeszedł do wojska polskiego i pełnił służbę na Pomorzu do ostatnich czasów. Ś. p. B. odznaczał się gorliwością w służbie dla Ojczyzny, był człowiekiem uczciwym i ofiarnym, stąd pozostawił po sobie w szerokich kołach jak najlepsze wspomnienie. W czasopiśmie warszawskich lekarzy ogłosił kilka prac klinicznych z dziedziny medycyny wewnętrznej i terapii ogólnej. (O zastosowaniu heroiny, błękitu metylowego, o obrzęku śluzowym, o wodach krajowych i inne).

Cześć Jego pamięci!

Dr Wacław Męczkowski.

14-go stycznia roku bieżącego zmarł czynny od lat 20-u członek naszego Towarzystwa ś. p. dr Wacław Męczkowski, który jako lekarz, społecznik i pisarz wielce zasłużył się naszemu społeczeństwu. Człowiek, gorąco miłujący swój kraj, charakter nieskazitelny. Niemal do ostatniej chwili swego życia ciężko pracował głównie w dziedzinie naszego szpitalnictwa, mimo niesłychanych trudności i przeszkód, z jakimi walczyć musiał przy organizacji i prowadzeniu tych instytucji, tak zaniedbanych w ciągu wielu lat niewoli. Ś. p. M. był człowiekiem dobrej woli, więc jeśli w tej dziedzinie swej pracy nie mógł osiągnąć pożądaných przez siebie wyników, to wina nie jego, lecz wielce trudnych warunków, w jakich znajduje się nasze społeczeństwo w epoce organizacji państwa. Niezależnie od pracy nad szpitalnictwem ś. p. M. położył niespożyte zasługi jako pisarz w dziedzinie historii naszego szpitalnictwa i dobroczynności publicznej. Prace jego w tym kierunku posiadają bezspornie nieposlednią i trwałą wartość. Z liczego szeregu tych prac wspomnę: Monograficzną historję szpitala św. Ducha w Kaliszu (1907), Historję szpitali warszawskich (1908), Historję szpitala w Pułtusku, Historję szpitala w Mieni i inne. Z prac, odnoszących się do opieki społecznej, zaznaczyć należy: O opiece nad dziećmi w dawnej Polsce, Medycyna w samorządzie, W sprawie służby szpitalnej, Prowizowanie szpitali w dawnej Polsce, Potrzeby szpitali warszawskich, Służba zdrowia w wojsku polskim i inne. Wszystkie powyższe prace były opracowane gruntownie i źródłowo i bezspornie stanowią będąc cenne źródło dla historii medycyny w Polsce. Dodać przytem należy, że większość tych prac była pisana w epoce, w której prace podobne napotykały u nas liczne trudności i że pisał autor zmuszony pracować jednocześnie jako lekarz szpitalny i praktyk. Drugiego rodzaju prace literackie ś. p. M., to cały szereg rzeczy głównie kazuistycznych z dziedziny medycyny wewnętrznej, a przeważnie neuro-patologii. Prac tych jest około trzydziestu, z ważniejszych wspomnę: Studium o syringomyelii, O zapaleniu nerwów obwodowych, O porażeniu nerwów po zaccadzeniu. O symulacji objawów nerwowych (monografia 1903), O tętniakach naczyń mózgowych, O rozpoznawaniu i chirurgicznem leczeniu wylewów wewnątrzmożgowych (1913) i inne. Wszystkie te prace odznaczały się doskonałą obserwacją, zmysłem krytycznym i dokładną znajomością odnośnej literatury. Na stanowisku lekarza szpitalnego i inspektora szpitali, odznaczał się ś. p. M. uprzejmością i wyrozumiałością względem kolegów, hasłem Jego bowiem stałem była ciągła i bezustanna praca dla dobra społeczeństwa.

Cześć Jego pamięci!

Ś. p. Męczkowski urodził się w 1863 roku w ziemi Siedleckiej. Gimnazjum ukończył w roku 1881-ym w Siedlcach, medycynę w Warszawie w roku 1894-ym; po studjach rocznych w Berlinie wstąpił w 1896 r. jako lekarz miejscowy do szpitala Dzieciątka Jezus, następnie mianowany był ordynatorem tegoż szpitala, a w roku 1910 zarządzającym szpitalem przy ul. Złotej. W roku 1915 po ustąpieniu

rosjan wezwany był na inspektora szpitali cywilnych w Warszawie, a poczynając od roku 1917, aż do chwili zgonu był kierownikiem wydziału szpitalnego Magistratu miasta Warszawy.

Dr Władysław Ołtuszewski.

Zmarły w dniu 9 czerwca 1922 r. ś. p. W. O. od lat przeszło 38-u członek stały naszego Towarzystwa, zasłużył się dobrze naszemu Towarzystwu, nauce lekarskiej i społeczeństwu. Był on jednym z pierwszych, a bodaj i jedynym lekarzem, który w ciągu swojej czterdziestoletniej przeszłości pracy zajął się gruntownie nie tylko z punktu widzenia praktycznego, lecz i teoretycznego, wielce ważną gałęzią patologii t. zw. zaburzeniami mowy. Cierpienia te w swoich rozmaitych postaciach niezwykle częste w naszym społeczeństwie, stanowią w najpospolitszej swojej postaci t. j. ciężkiem jękanium niemal prawdziwe kalectwo. Oł. zajął się tą specjalną gałęzią medycyny po gruntownem kilkoletniem przygotowaniu w klinice wewnętrznej i laryngologicznej, stąd też utworzona przez niego prywatna klinika w ciągu przeszło 30-o letniej działalności, ściągała b. liczne rzesze chorych tej kategorii, którym niezwykle cierpliwa, wytrwała i sumienna praca Oł. przynosiła wielką pomoc, a w większości przypadków i wyleczenie zupełne. Z tej to jego prywatnej kliniki wyszły całe szeregi prac naukowych z dziedziny zaburzeń mowy, które autor wygłaszał w formie sprawozdań na posiedzeniach naszego Tow. i ogłaszał je w czasopismach lekarskich lub też w oddzielnych publikacjach wartościowych, opartych na własnych spostrzeżeniach i najnowszych postępach tej gałęzi wiedzy za granicą. Z tych ostatnich prac wspomnę: 1. „Szkice fizjologii mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego (1893). 2. „Rozwój mowy u dziecka (1896). 3. Psychologia oraz filozofja mowy. (1899). 4. Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jękanie (1891). 5. Zarys nauki o zboczeniach mowy. (1905), i inne.

Ołtuszewski był niezwykle pilnym i sumiennym lekarzem, dobrym kolegą, uczciwym na wskroś człowiekiem. Pracował wytrwale do ostatnich niemal chwil życia, stąd też wśród grona bliżej Go znających i ceniących kolegów, oraz licznej rzeszy chorych, pozostał żał serdeczny.

C z e ś ć J e g o p a m i ę c i !

Ś. p. Wł. Ołtuszewski urodził się w roku 1853 w Lublinie, gimnazjum i Uniwersytet kończył w Warszawie w roku 1878 i od tej pory, t. j. przeszło lat czterdzieści przebywał stale w Warszawie, uprawiając teoretycznie i praktycznie swój umiłowany zawód.
