

**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

WYDANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCJĄ

D-ra med. WITOLDA SZUMLAŃSKIEGO

TOM CXVIII.

**Biblioteka Główna
WUM**

WARSZAWA

1926



CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

PROTOKÓŁY

Rok 1923

POSIEDZENIE WYBORCZE

dnia 2 stycznia 1923 r.

Przewodniczący Wiceprezes: **Starkiewicz.**

Przed porządkiem dziennym prof. Kryński odczytał sprawozdanie z prac kandydata na członka kol. Rutkowskiego Jerzego, kol. Ambroziewicz z prac kol. Wojciechowskiego Adolfa i kol. Wertheim z prac kol. Byszewskiego Tomasza.

I. Sekretarz doroczny Wł. Kowalski odczytał sprawozdanie z naukowej działalności T-wa za rok 1922.

W roku sprawozdawczym 1922 wygłoszono 34 odczyty i przedstawiono 20 pokazów, w dyskusji zabierało głos 119 osób. W odczytach poruszano zagadnienia ze wszystkich dziedzin medycyny. Odczyty cechowało sumienne opracowanie na podstawie długich a mozolnych badań, poparte całkowitym dorobkiem piśmiennictwa lekarskiego obcego i ojczystego. W odczytach i dyskusjach często były wygłaszane spostrzeżenia, które mogą stanowić temat dla nowych badań; to znowu prelegenci przedstawiali nowe oświecenie i wyjaśnienie spostrzeganych faktów.

Należy podkreślić wybitnie uwydatniającą się w roku sprawozdawczym współpracę pp. profesorów i ich współpracowników, a także czynny udział w pracy lekarzy szpitalnych cywilnych i wojskowych.

Zasługują na uwagę odczyty z dziedziny medycyny wojskowej, których słuchano z wielkim zainteresowaniem.

II. Wybory dały następujący wynik:

Na prezesa T-wa na rok bieżący wybrano prof. Antoniego Głuźńskiego 69 głosami; (na 81 złożonych głosów).

Na wiceprezesa kol. Władysława Starkiewicza 66 głosami na 79 złożonych głosów; na sekretarza dorocznego Wacława Kowalskiego, 66 głosami na 79 złożonych głosów.

Do komisji rewizyjnej wybrano: kol. Gurbkiego 34 głosami; kol. Ryłkę 28 głosami i kol. Zembrzusińskiego Stanisława 26 głosami.

Do Kasy wsparć wdów i sierot po lekarzach z poza członków T-wa kol. Reutta i Żerę.

Na kandydatów na członków czynnych T-wa głosowało 82 członków.

Zostali wybrani: Biron Zygmunt, Byszewski Tomasz, Filiński Włodzimierz, Offenberga Jan, Orzechowski Kazimierz, Rutkowski Jerzy, Szczodrowski Henryk, Sobieszczański Lucjan, Szczepański Zdzisław, Stefanowski Antoni, Wojciechowski Adolf.

W. Z. Prezes: **Starkiewicz.**

Sekretarz doroczny: **Wł. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 16 stycznia 1923 r.

Przewodniczący Wiceprezes: **Starkiewicz.**

I. Protokoły posiedzeń z dnia 5 grudnia, z dnia 27 grudnia 1922 roku i z dnia 2 stycznia 1923 r. odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes wezwał zebranych do uczczenia przez powstanie pamięci zmarłych członków T-wa ś. p. Antoniego Kuczyńskiego, ś. p. Ludwika Krauzego, ś. p. Marjana Borsuka, ś. p. Bronisława Chrostowskiego, ś. p. Edwarda Jakimowicza.

Sekretarz Stały prof. A. Sokołowski odczytał wspomnienia pośmiertne zmarłych członków¹⁾.

III. Przewodniczący wręczył dyplomy T-wa nowoprzyjętym członkom. Bironowi Zygmuntowi, Byszewskiemu Tomaszowi, Filińskiemu Włodzimierzowi, Offenbergowi Janowi, prof. Orzechowskiemu Kazimierzowi, Rutkowskiemu Jerzemu, Szczodrowskiemu Henrykowi, Sobieszczańskiemu Lucjanowi, Szczepańskiemu Zdzisławowi, Stefanowskiemu Antoniemu, Wojciechowskiemu Adolfowi.

IV. Do biblioteki T-wa nadesłano: 1) Dr. Gromski nadesłał 13 prac jako dar od Wydziału Higienicznego Lekarskiego P. A. K. P. D. 2) Prof. Bujwid: „Pasteur i jego odkrycia”. 3) Dr. Med. H. Higier: a) „Z dziedziny djaгностиyki i chirurgji rzadszych guzów kąta mózdkowo-mostowego”, b) „Zaburzenia naczynioruchowe oraz owrzodzenia troficzne i ich leczenie za pomocą przecinania spłotów i włókien współczulnych okołonaczyniowych”. 4) L. Zembrzusiński ppł.-lek.: „Przyczynek do opatrywania ran po zabiegach operacyjnych z powodu przewlekłych schorzeń kości”. Odbitka z Nr. 11 „Lekarza Woj-

¹⁾ Pomieszczone na końcu rocznika.

skowego". 5) Dr. S. Serkowski: „W sprawie artykułu D-ra Rosenowa": „O zakażeniach przez jamę ustną ze szczególnem uwzględnieniem zakażeń kropelkowych i możliwości zabezpieczenia za pomocą masek ochronnych“.

V. Kol. Higier przedstawia chorego 28-letniego, 5 lat żonatego. Do ślubu abstynent, nie uprawiający i samogwałtu. Narządy płciowe prawidłowe. Przy dobrze zachowanej potencji, erekcji i orgazmie nie dochodzi nigdy do wytrysku mimo kwadransa trwającego stosunku. 3 i 4 krotne próby w ciągu godziny udają się doskonale, ale zawsze z tymże skutkiem. Erotyczne nocne sny też przebiegają bez pollucji. Ponieważ mu się 2 razy udało przy doświadczalnej masturbacji wywołać prawidłowy wytrysk, zamierza przeto wywołać zapłodnienie kochającej go małżonki przez immissio penis ad vaginam bezpośrednio przed mającym nastąpić wytryskiem samogwałtowym. Mocz bez białka, cukru i nasienia.

To rozszczepienie erekcyjno-ejakulacyjne jest zjawiskiem dość rzadkiem. Fürbringer i Marcuse zestawili niedawno odnośne piśmiennictwo. Dość rzadkie są przypadki z dobrą potencją i brakiem orgazmu i wytrysku. Wyjątkowo rzadkie są wypadki, jak demonstrowany oraz wspomniane przez Löwenfelda i przez Stekla z zachowanym orgazmem przy braku ejakulacji w wieku męskim, tak iż pacjent dopiero od partnerki dowiaduje się o niedokonanym wytrysku. Choroba jest nerwową, z rokowaniem ciężkiem. Hypotezy o różnej pobudliwości ośrodka ejakulacyjnego i erekcyjnego lub o wpływie hamującym kory mózgowej na ośrodek ejakulacyjny są tylko opisem faktu samego. Zastępuje w każdym razie na uwagę ze stanowiska fizjologicznego możliwość takiego rozszczepienia. Higier nazywa tę chorobę: aspermatismus functionalis psychicus s. impotentia ejaculatoria. (Str. wł.).

W dyskusji: 1) prof. Orzechowski komunikuje, że w swojej praktyce obserwował chorego, który w ciągu 8 letniego pożycia małżeńskiego przy normalnym stosunku płciowym pomimo libido i orgazmu nie wydzieliał plemników, nigdy nie dochodziło do ejakulacji. Po stosunku płciowym zbadano mocz tego chorego i w moczu znaleziono plemniki b. obficie.

Objaw ten tłumaczono tem, że następowały wsteczne ruchy cewki moczowej w kierunku pęcherza moczowego. Przedstawiony przypadek i wogóle pewna grupa podobnych przypadków może być wytłumaczona w ten sposób.

2) Kol. Szczepański na podstawie literatury wspomina o funkcji jąder w celu przekonania się, czy są obecne plemniki w razie, gdy niema wypływu plemników przez cewkę.

W odpowiedzi kol. Higier odrzuca możliwość regurgitacji nasienia do pęcherza, gdyż badanie moczu nie wykazało nigdy obfitości nasienia. Zresztą przy masturbacji wytrysk następuje prawidłowo. I regurgitacja w tył bez organicznej przeszkody w cewce stanowiłaby wynik poważnego zaburzenia nerwowego, kiedy zamiast skurczu znanej grupy mięśni ejakulacyjnych (bulbo-cavernosus, perineus), następują skurcze zupełnie odrębnego zespołu mięśni. (Str. wł.).

VI. Kol. Skubiszewski wygłosił rzecz p. t. „O ciężowym i porodowym porażeniu nerwów obwodowych” i przedstawił 3 chore.

W dyskusji 1) kol. Higier uważa, że słusznem jest twierdzenie o błędnem tłumaczeniu Huerschmanna przewagi w porażeniach obrębu n. piszczelowego przez ucisk na truncus lumbosacralis w okolicy linea innominata miednicy. Uraz zdaje się wogóle być rzadkim w porodach zwykłych, po których się jednak obserwuje porażenia poszczególnych nn. obwodowych kończyn dolnych. Że sprawy zapalne okołomaciczne mogą per contiguitatem przedostać się na spłoty i wywołać stan zapalny, jest to pewnem. Atoli zajęcie u demonstrowanych n. cutanei femoris posterioris oraz nerwów kończyn górnych mówi przeciw temu bezpośredniemu zakażeniu nerwów, jak również zajęciu nn. czaszkowych. Wprawdzie są toksyny we krwi ciężarnych, ale mimo to ciąża jest zjawiskiem fizjologicznem u osobników ze zdrowymi nerkami, wątrobą i układem gruczołowym dokrewnym. (Str. wł.).

2) Kol. Kopczyński Stanisław podkreśla zasługę prelegenta, że podniósł współrzędność kilku czynników na powstawanie porażen nerwów. Jeżeli dotyczy chorej chloroformowanej, to przywiązanie kończyn może dać porażenie w górnych kończynach. W ciąży mamy zaburzenia w bilansie wapnia i to może powodować zmiany w nerwach, które pod wpływem bodźców mechanicznych dają porażenia. Prelegent słusznie zaznacza w powstawaniu porażen udział zmian biochemicznych, urazów i elekcyjności.

3) Prof. Kryński uważa, że dla powstawania porażen nerwów w kończynach dolnych uraz wystarcza. Powstawanie porażen w kończynach górnych można by objaśnić zaczopowaniem tętniczek włosowatych w nerwach.

4) Prof. Czyżewicz stwierdza, że toksyny ciężowe istnieją, że mniej więcej znamy ich składniki i dochodzimy, jak one działają. Zatrucie ciężowe istnieje u każdej ciężarnej — przeciwtrucziny neutralizują działanie toksyn ciężowych. Ucisk na nerw kończyn dolnych jest rzeczą ważną, ale nie jest wszystkiem. Wszak u pierwiastek w ciągu 6 tygodni ustala się główka, u wieloródki nawet główka zmienia kilkakrotnie położenie i wywiera nacisk, nie u każdej jednak rodzącej powstaje porażenie nerwów. Muszą więc drogą zadziałania jądów na nerwy powstawać w nerwach pewne zmiany. Do jądów ciężowych należą 1) ciało, które daje typ degeneracyjny; 2) jad przy rzucawce porodowej, tężycze, specjalnie zaznacza się wrażliwość układu nerwowego. Jad ten mógłby również działać toksycznie na pnie nerwów obwodowych; 3) jad działający na krew i powodujący zawsze leukocytozę wielojądrową na lewo obrazu Arnetta. Zatory tworzą się w naczyniach przy ciąży; znane są zatory kosmkowe w płucach, zatorów w naczyniach włosowatych dowieść trudno.

5) W odpowiedzi kol. Skubiszewski wyjaśnia, że jady ciężowe nie są identyczne i oddziałują na narządy różnie. Wywołują zwyrodnienie w nerkach, działają na komórki przednich rogów,

inne powodują wymioty, są przyczyną powstawania półpaśca opasującego (herpes zoster). Dopóki chemizm jądów nie będzie dokładnie zbadany, będziemy stwierdzali jedynie jego działanie i przejawy. Higierowi prelegent wyjaśnia, że przedstawia 2 przypadki o pochodzeniu mieszanem, w których wskutek wybiórczości porażone zostały jedynie niektóre nerwy.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes: **Starkiewicz**,
Sekretarz doroczny: **W. Kowalski**.

—o—

POSIEDZENIE POŚWIĘCONE UCZCZENIU PAMIĘCI L. PASTEUR'A.

dnia 30 stycznia 1923 r.

Przewodniczący: w.pr. **Wł. Starkiewicz**.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki T-wa nadesłano: 1) Koło Medyków S. U. W. Sprawozdanie za rok 1921/22. 2) Czarnecki i Starorypiński—Czy zaliczać czerwiaki do grupy nowotworów nabłonkowych, czy łącznotkankowych? 3) Zofja Dobijowa—Przyczynek do tak zwanej „Ochronosis“. 4) Anna Piotrowska „O ilości barwnika w czerniakach“. 5) L. Paszkiewicz „Kilka uwag w sprawie czerniaków (melanomata)“. 6) Anna Siedlecka, „Związek pomiędzy zabarwieniem skóry i włosów, a pewnemi schorzeniami. 7) Janina Dąbrowska, „Charłactwo barwnikowe krwiopochodne“. 8) A. Siedlecka, „Przypadek uwięźnięcia przepukliny wewnętrznej“. 9) W. Czernocki, „Drucik z igły strzykawki w lewej połowie serca“, odb. Pol. Gazety. Lek. Nr. 36.1922. 10. L. Paszkiewicz, „W sprawie doświadczalnego wywoływania nowotworów przez drażnienie smołą pogazową“. 11) J. Dąbrowska, „Przyczynek do nowotworów nerwu słuchowego“ (Newrinoma). 12) J. Hornowski, „Przyczynek do podziału nowotworów wedle ich pochodzenia z listków zarodkowych“. 13. A. Siedlecka, „O tak zw. raku z komórek podstawowych“. 14. J. Hornowski, „Rys krytyczny nauki o istocie i pochodzeniu barwników ciała ludzkiego“. 15) L. Skubiszewski, „O powstaniu czerniaków skóry“. 16) Josè Hornowski, „Investigaciones sobre el agüjero oval del corazon en los adultos y sobre su diagnostico“.

III. Prof. N i t s c h wygłosił odczyt pod tytułem: „Działalność naukowa Pasteura“.

IV. L. K a r w a c k i wygłosił rzecz p. t. „Badania hematologiczne w gorączce powrotnej“.

V. J. C z y ż wygłosił rzecz p. t. „Wydalanie odmieńców typu X.19 w durze plamistym“.

W dyskusji 1) kol. Karwacki stwierdza, że łatwiej dają się wykryć bakterje w moczu, niż we krwi. Znajdywanie w moczu bakterji przez przedmówcę w durze plamistym dowodzi, że w tem cierpieniu zachodzi taki sam mechanizm, jaki się spotyka w posocznicach, w których bakterje zostają wydalone z ustroju w moczu.

2) Kol. Kazimierz Zieliński: Praca kol. Czyża rzuca niezwykle ciekawe światło na przebieg kliniczny duru plamistego. Na zasadzie najnowszych prac, zdaje się nie ulegać kwestji, że Rikettoza Prawatzeki jest przyczyną duru plamistego i głównie jest czynna w pierwszej połowie tej choroby, gdy w drugiej połowie okresu gorączkowego na plan pierwszy wysuwa się działanie odmienca i ponowne wznoszenie się ciepłoty ciała, ciężkie stany chorobowe i zejścia śmiertelne zwłaszcza u osób starszych. Z tego punktu widzenia wyjaśnia nam praca kol. Czyża, dlaczego odczyn Weil Felix'a nie zjawia się w początkach duru, tylko nieco później.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes: **Starkiewicz.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 6 lutego 1923 r.

Przewodniczący Wice-Prezes: **Wł. Starkiewicz.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki T-wa nadesłano: 1) Dr. A. Puławski: „O tem, co to jest ospa”. 2) Wł. Janowski, „Zbiór 3 serji prac oddziału Szpitala Dieciątka Jezus własnych i asystentów”.

III. Wiceprezes odczytał list D-ra Xawiera Rittera, który w imieniu Biblioteki Ambrosiana nadesłał podziękowanie za przesłane książki oraz list Konsulatu Rzeczypospolitej Polskiej w Medjolanie z zawiadomieniem o przesłaniu książek do Biblioteki Ambrosiana.

IV. Kol. Higier przedstawił chorego z objawami hemianopsji, wywołanej przez zator tętnicy mózgowej tylnej czyli głębokiej. 56-letni osobnik ze znośnie skompensowaną wadą serca (stenosis mitralis) w ciągu kilku miesięcy zapadł dwukrotnie bezpośrednio po silnem wzruszeniu: raz na uporczywy i tygodnie trwający ból prawej łydki, połączony z chromaniem przestankowem przy chodzeniu, drugi raz na hemianopsję prawostronną. H. sprowadza obie sprawy do zatorów, które się umiejscowiły raz w obrębie głębokiej gałązki art. tibialis posticae, drugi raz w obrębie art. calcarinae, gałązki tętnicy potyliczej, zaopatrującej ośrodek wzrokowy, położony prawdopodobnie w fissura calcarina według badań anatomicznych Heuschena, klinicznych Wilbrandta i histologicznych Cajala. H. bliżej uzasadnia oba-

dwa rozpoznania zwłaszcza ostatnie, wykluczając umiejscowienie w tractus opticus, corpus geniculatum externum, corona radiata i cuneus. Zatory tej gałązki należą do rzadkości. H. tłumaczy, dlaczego hemianopsja ogromnie przeszkadzała w pierwszych tygodniach pacjentowi jako dentyście, który wyjątkowo przy pracy trafiał na chory ząb. Dzieliąc prostą linię pacjent stale popełniał tenże błąd, zmniejszając połowę strony hemianoptrycznej, co Higier tłumaczy błędem w obrębie zmysłu mięśniowego gałek ocznych, z inną siłą unerwionych w normalnem, a z inną w hemianoptrycznem polu widzenia. H. zwraca też uwagę, że niezależnie od aleksji, która czasem wikła hemianopsję (gyrus angularis), czytanie przy jednakowej hemianopsji inaczej jest upośledzone u chrześcian i żydów, czytających z prawa na lewo. W końcu H. stawia hipotezę, tłumaczącą zachowanie środkowego pola widzenia po stronie hemianoptrycznej. Przeprowadza analogię między inervacją obustronną sfery ruchowej w obrębie mięśni bliżej środka ciała położonych (fonacyjno-artykulacyjno-respiracyjnych), a inervacją czuciową, która również dla linii środkowej tułowia i twarzy jest obustronna. Jak w hemianestezji mózgowej linja, bliżej środka położona, jest nietknięta, tak prawdopodobnie bywa i z linią środkową pola widzenia, która odpowiada mniej więcej włóknom plamkowym siatkówki. W ranach pstrzałowych potylicy z zajęciem obustronnem bieguna zrazów potyliczych nie spotyka się, jak doświadczenie wojenne poucza, zachowania widzenia środkowego.

Doc. Orłowski Stanisław, prostując powiedzenia prelegenta, zaznacza, że w sprawach wzrokowych i widzenia wogóle corpora quadrigemina nie odgrywają roli, a jedynie corpus geniculatum.

V. Kol. Józef Polak odczytał rzecz p. t. „W setną rocznicę zgonu Jennera.”

VI. Kol. Z. Michalski miał wykład p. t. „Badania nad rolą cholesteryny w ustroju”.

VII. Kol. Z. Michalski i J. Dąbrowska przedstawili rzecz p. t. Powstawanie i rozwój miażdżycy naczyń w tłumaczeniu fizyko-chemicznym.

Dyskusję nad odczytami odłożono do następnego posiedzenia. Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes: Starkiewicz.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 20 lutego 1923.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący wezwał zebranych do uczczenia przez powstanie pamięci ś. p. Bolesława Ryszarda Gepnera. — Wiceprezes

odczytał nadesłane przez Sekretarza Stałego wspomnienie pośmiertne.*)

III. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Prof. Orzechowski zbiór prac własnych w ilości około 30. 2) Świątecki Jan. Najczęstsze samouszkodzenia i udawanie chorób chirurgicznych u rekrutów i żołnierzy. 3) Handelsman Józef a) Wiek podeszły a psychozy, b) Zaburzenia psychiczne w zespole parkinsonowskim poencephalitycznym.

IV. Wiceprezes Wł. Starkiewicz zakomunikował, że komitet konkursowy przyznał jednomyślnie nagrodę im. Moczułkowskiego za najlepszą pracę odczytaną w Warszawskim Tow. Lek. w r. 1922 prof. Orzechowskiemu p. t. „O unerwieniu pozapiramidalnym”, ogłoszoną na posiedzeniu T-wa d. 25 kwietnia 1922 r.

Komitet konkursowy przyznał jednomyślnie nagrodę D-ra med. Władysława Janowskiego za najlepszą pracę odczytaną w Warszawskim Tow. Lek. w r. 1922 przez lekarza, który nie przekroczył wieku lat 50 D-rowi Bronisławowi Szerszyńskiemu p. t. „Badania układu sercowonaczyniowego podczas operacji”, ogłoszoną na posiedzeniu T-wa d. 28 listopada 1922 r.

V. Wiceprezes Wł. Starkiewicz podał do wiadomości, że Dr. Jan Gromadzki złożył T-wu sumę w papierach wartościowych wynoszącą około 30,000,000 mkp., od której odsetki mają być przeznaczane na stypendjum dla studenta wyższych semestrów Warsz. Uniwersytetu i w roku po ukończeniu studiów.

IV. Kol. K. Dąbrowski przedstawił 1) chorego z wysiękiem ropnym w opłucnej, który był wypuszczany kilkakrotnie i następnie zastępowany przez gaz-azot.

W dyskusji Prof. Gluziński przypomina, że leczenie wypocin ropnych przez wypuszczanie i wpuszczanie azotu opisał profesor Wiczkowski ze Lwowa. Prof. Gluziński w jednym przypadku dopiero po roku zdecydował się po wypuszczeniu ropy z opłucnej nie wpuszczać gazu, przypuszczając, że otwór w płucu zabił się.

2) Chorego chłopca z bronchiektazjami — rozszerzeniem oskrzeli w okolicy węki płuc.

VII. Dyskusja nad odcytem Z. Michalskiego p. t. „Badania nad rolą cholesteryny w ustroju”, oraz nad odcytem Z. Michalskiego i Janiny Dąbrowskiej p. t. „Powstawanie i rozwój miażdżycy naczyń w tłumaczeniu fizykochemicznym”.

1) Kol. M u t e r m i l c h zaznacza, że prelegent wypowiedział, że: 1. miażdżycę tętnic wywołuje zakwaszenie ustroju i 2. cholesteina zobojętnia w ustroju kwaśne produkty przemiany materji, i rola jej sprowadza się w pierwszej linii do działania ochronnego przeciwko zakwaszeniu ustroju. Koncepcje swe prelegent oparł głównie na teorii Marcina Fishera o wpływie kwasów na pęcznienie

*) Pomieszczone na końcu rocznika.

koloidów. Bez wątpienia badania M. Fishera wniosły dużo cennego materiału do nauki o koloidach; jednakże poglądy jego na rolę kwaśnych związków w patologii nie są przekonujące i spotkały się niemal z powszechną surową oceną patologów i klinicystów. Fisher naprzykład tłumaczy powstawanie obrzęków w zapaleniu nerek wpływem kwasów na koloidy; gdyby nawet istotnie chodziło o zakwaszenie, to należałoby raczej spodziewać się pęcznienia komórek, a nie ogólnych obrzęków; z drugiej strony Fisher nie uwzględnia czynników takich, jak nieprzepuszczalności nerek dla soli kuchennej, a właściwie dla kationów Na; wpływu szkodliwego tych czy innych czynników toksycznych na przepuszczalność śródbłonek naczyń włosowatych i in. Nie sposób zresztą w miejscu tem wdawać się w szczegóły krytyki teorii Fishera.

Czy można przyjąć, jak to twierdzi prelegent, że w rozmaitych sprawach chorobowych, między innymi miażdżycy tętnic zachodzi zakwaszenie ustroju? Sądzę, że taki pogląd nie jest zgodny z danymi fizjologii i patologii. Wprawdzie w prawidłowej przemianie materji w ustroju powstaje stale cały szereg kwasów, ustrój jednakże rozporządza iście misternymi, rzecz można, mechanizmami obronnymi, za pomocą których skutecznie przeciwdziała zwiększeniu koncentracji jonów wodorowych. Pomijając utlenianie niektórych kwasów, wchodzi tu w grę czynniki takie, jak: wydalanie silnych kwasów (siarczany, fosforany) przez nerki; wpływ zobojętniający zasad, przede wszystkim amoniaku; każdorazowe minimalne nawet zwiększenie jonów wodorowych we krwi powoduje wskutek podrażnienia ośrodka oddechowego wzmożone wydalanie CO_2 , co prowadzi do zmniejszonego napięcia CO_2 we krwi; same zresztą ciała białkowe, jako związki amfoteryczne mogą wiązać jony wodorowe i t. d. Nawet w tak zw. kwasicy (acidosis) w przebiegu np. moczołki cukrowej dzięki właśnie omówionym mechanizmom obronnym nie zachodzi istotne zakwaszenie ustroju: koncentracja jonów wodorowych we krwi nie odchyła się tu od normy. W acydozie możnaby co najwyżej mówić o szkodliwym działaniu pewnych anionów kwasowych pomimo zobojętnienia ich przez amoniak lub inne zasady, a nie o zakwaszaniu ustroju. Ustrój żywy zakwaszenia nie zniósłby, spowodowałoby ono śmierć osobnika. Również badania nad tkankami wykazały, że koncentracja jonów wodorowych utrzymuje się na prawie niezmiennym poziomie, aczkolwiek odrzucić a limine nie można, że nawet minimalne wahania w tę lub drugą stronę koncentracji jonów H^+ mogą odgrywać ważną rolę w fizjologicznych przejawach komórek ustroju. Nie mogę wobec tego zgodzić się z poglądem referenta, że miażdżycę tętnic powoduje zakwaszenie ustroju. Możnaby co najwyżej zrobić przypuszczenie, że w pewnych zaburzeniach przemiany materji ogólnej, lub miejscowej, powstają w nadmiarze produkty kwaśne, wywierające szkodliwe działanie na tętnice; w każdym bądź razie nawet w podobnym przypadku chodziłoby nie o istotne zakwaszenie tkanek, t. j. zwiększenie koncentracji jonów wodorowych, lecz o działanie anionów kwasowych. Czy w powstawaniu miażdżycy istotnie wchodzi w grę szkodliwe działanie kwaśnych produktów przemiany materji, czy też być może

innych związków: — rozstrzygnięcie tej kwestji należy do przyszłości. Przypominam, że zdaniem np. Oswalda Loeba winne tu są związki aldehydowe, powstające w przemianie cukrowej (Deut. med. Woch. 1913).

Następnie prelegent stawia tezę, że cholesteryna łączy się w ustroju z kwasami oraz, że hipercholesterynię stwierdzać będziemy w stanach zakwaszenia ustroju. Otóż przedewszystkiem nie jest zgodne z wiadomościami naszymi o cholesterynie, aby mogła ona tak łatwo wchodzić w ustroju w połączenie z najrozmaitszymi kwasami, powstającymi w przemianie materji. Znane nam są w ustroju połączenia cholerystyny z kwasami tłuszczowymi (estry); nic poza tem w tym względzie nie wiemy. Zgodnie z założeniem prelegenta należałoby spodziewać się hipercholesteryni przedewszystkiem w t. zw. kwasicy; tymczasem wiadomo z prac Chauffarda, Aperta i in., że w moczówce cukrowej z acydozą względnie rzadko na miejsce hipercholesteryni. Z drugiej strony znajdujemy jako prawidłowo zwiększoną zawartość cholesteryny we krwi w kamicy żółciowej również w przypadkach bez niedrożności przewodów żółciowych, a tu chyba nie może być mowy o „zakwaszeniu” ustroju. Cały dział zatem t. zw. hipercholesteryni biernej, wywoływanej przez niedomogę komórki wątrobowej, już z góry należało zdaniem mojem wyłączyć z rozważań o przypuszczalnej roli zubożniającej cholesteryny w stosunku do kwasów. Ale nawet w przypadkach hipercholesteryni czynnej współczesny stan wiadomości naszych nie daje podstaw do uzależnienia jej od zakwaszenia ustroju i upatrywania w objawie tym mechanizmu ochronnego. Zresztą prelegent nie przedstawił dowodów, aby np. w miażdżycy tętnic, nie mówiąc już o „zakwaszeniu ustroju” zachodziło nieprawidłowe wzmożenie kwaśnych produktów przemiany materji. Mam tu na myśli takie np. dane, jak ilość wydzielonego z moczem amoniaku, a przedewszystkiem wzmożenie napięcia CO_2 w wydechanem powietrzu, jak to widzimy np. w acydozie u chorych, dotkniętych moczówką cukrową.

Prelegent, zgodnie ze swemi założeniami twierdzi, że rola zubożniająca kwasy przypada cholesterynie wolnej. Sądzę, że gdyby już przyjąć działanie ochronne cholesteryny względem pewnych szkodliwych „kwaśnych” produktów przemiany materji, to raczej, działanie to należałoby przypisać estrom cholesterynowym, które mogłyby łatwiej niż wolna cholesteryna adsorbować je i w ten sposób poniekąd unieszkodliwiać; oczywiście i w tym względzie nie mamy żadnych pożytywnych danych. Słówek jeszcze o stosowanej przez prelegenta metodzie dygitoninowej określania „wolnej” cholesteryny we krwi: Zdaniem mojem trudno przypuścić, aby w surowicy krwi, w której cholesteryna znajduje się w stanie zawiesiny, dygitonina mogła tak łatwo i całkowicie dawać połączenie chemiczne z cholesteryną; raczej sądzą, wchodzi tu w grę zjawisko adsorbcji, a w takim razie metoda ta dawałaby nam pojęcie nie tylko o wolnej cholesterynie, lecz i o estrach. Znane nam jest wprawdzie połączenie cholesteryny z dygitoniną, lecz związek taki zachodzi w istotnym roztworze, t. j. w alkoholu. (str. wł.).

2) Kol. Otto zaznacza, że obserwacja kliniczna nie zawsze jest w zgodzie z przedstawionymi przez prelegenta faktami. Tak np. w ciąży w I i II miesiącu mamy przeważnie bardzo nieznacznie wzmożoną cholesterynemję (do $2.10^{0/100}$, zamiast $1.80^{0/100}$), natomiast w VIII i IX miesiącach ciąży dochodzi ona do $2.45^{0/100}$, a wyjątkowo tylko w pojedynczych przypadkach spotyka się $3.90^{0/100}$; w pozostałym okresie ciąży cholesteryna we krwi nie przekracza fizjologicznych granic. Wychodząc z założenia prelegenta, należałoby obserwować w tym okresie wybitną hipercholesterynemję. Tak samo i w okresie chorób zakaźnych, jak tyfus, influenza, zapalenie płuc, znajdujemy zawsze z chwilą podniesienia się ciepłoty powyżej normy znaczne obniżenie cholesteryny we krwi: hipcholesterynemję, która niekiedy sięga cyfr bardzo małych $\pm 0.45^{0/100}$; z chwilą wyzdrowienia i powrotu ciepłoty do normy zauważyć się daje hipercholesterynemję, która po kilku dniach znów powraca do normy. W myśl twierdzenia prelegenta należałoby i tutaj obserwować zawsze hipercholesterynemję, jako zjawisko czysto obronne dla przeciwdziałania hemolizie krwi, spotykanej bardzo często w chorobach zakaźnych. Jeżeli jednak hipercholesterynemji nie znajdujemy, to widocznie powstają w ustroju jakieś bliżej nam nieznane warunki, hamujące nadprodukcję cholesteryny, których jednak nie możemy obecnie określić. Co się tyczy nowej teorii powstawanie miażdżycy, to przedewszystkiem nie należy przypisywać włóknom Dürka dominującego znaczenia w myśl twierdzenia Baracha i innych, albowiem Otto widział zachowane włókna Dürka w miażdżycy naczyń, powstającej pod wpływem alkoholu, i odnośne preparaty demonstrował w swoim czasie w Tow. Lek. podczas odczytu swego „Wpływ przewlekłego zatrucia alkoholem na rozwój miażdżycy” (praca doświadczalna). Wtedy też podkreślił on konieczność powtórnej rewizji kwestji włókien Dürka w powstawaniu miażdżycy naczyń. Czy w powstawaniu miażdżycy naczyń mamy do czynienia z przekwaszeniem ustroju, Otto powątpiewa i powołuje się na swe prace o wpływie nikotyny na rozwój miażdżycy. W pracach tych dowiódł on niezbiecie, że nikotyna wywołuje miażdżycę naczyń. Badanie alkaliczności krwi u zwierząt nikotynizowanych wykazało jej obniżenie o ± 80 mlgm n_{20} H_2SO_4 i dlatego na każde 100 kub. krwi należałoby zastrzyknąć 80 mlgm. 1 : 1000 nikotyny, gdy tymczasem w rzeczywistości zastrzyknięto królikom przez 10 miesięcy ± 100 mlgm. Przeczy więc to wyliczenie możliwości kwaśnego zatrucia w obserwowanych przypadkach, natomiast skłania do przyjęcia wpływu nerwowego na budowę molekuly białkowej, inaczej bowiem fakt obniżenia alkaliczności krwi byłby niezrozumiały. Jeżeli prelegent doświadczalnie na zwierzętach wykaże przy odpowiednim barwieniu, w miażdżycowo zmienionych naczyniach kwaśne ziarnistości, to wtedy dopiero można będzie uznać słuszność jego teorii. (str. wł.).

3. Kol. Pawiński zaznaczył, że kol. Michalski poruszył kwestję patogenezy miażdżycy tętnic, bardzo wogóle zawiła; utrzymuje on, że źródłem miażdżycy są kwaśne produkty przemiany materji, krążące we krwi i płynach organizmu i wywołujące zmiany choro-

bowe we włóknach sprężystych ścian naczyń — a więc stopniowy ich zanik.

Na pomoc, w roli samopomocy organizmu, ma przychodzić cholesterolyna, łączyć się z temi kwaśnemi produktami koloidów włókien elastycznych i zapobiegać tym sposobem dalszemu ich zanikowi.

Sprzyjać zaś tej sprawie ratunkowej ma wzmożona czynność substancji korowej nadnerczy, wskutek oddziaływania na nią tych kwaśnych produktów, przez dostarczanie organizmowi większej, niż zwykle, ilości cholesterolyny. Co się dotyczy samej patogenetyzacji miażdżycy, to zapatrywania kol. Michalskiego nie różnią się w zasadzie od zapatrywań powszechnie przyjętych przez autorów francuskich, zwłaszcza Hucharda o t. zw. patogenecie toksycznej, według której zmiany w naczyniach są następstwem oddziaływania produktów zmienionego metabolizmu komórek (bradytrophia Bouchard) przezwaznie kwaśnego odczynu.

Kol. M. sądzi jednak, że produkty te wywołują zmiany bezpośrednio we włóknach elastycznych ścian naczyń, bez udziału wzmożonego ciśnienia tętniczego. Większość zaś klinicystów, do których i ja się zaliczam, utrzymuje, że właśnie to zwiększone ciśnienie tętnicze, powstające drogą pobudzenia układu naczyniowo-ruchowego produktami nieprawidłowej przemiany materji komórek, jest źródłem uposłedzenia czynności włókien sprężystych i mięsnych tętnic (zwłaszcza w okresie, kiedy sprawność organów wydzielnicznych podupada). Za tem przemawia wczesne występowanie hipertensji — przed wyraźnemi zmianami w naczyniach — w okresie t. zw. pre-sklerozy i to w przeważnej liczbie przypadków, bo według mych obliczeń, opartych na bardzo dużym materiale, w przybliżeniu w 75% sklerozy.

Powtórę, nie może ulegać wątpliwości, że hipertensja naczyniowa jest wogóle najpoważniejszym czynnikiem w powstawaniu sklerozy, nawet w przypadkach, w których nie może być mowy o wpływach toksycznych, a tylko wprost mechanicznych. (Miażdżycy tętnicy płucnej przy zwężeniu ujścia żylnego lewego).

Do pewnego stopnia przemawiają za tym sposobem powstawania miażdżycy i doświadczenia nad wpływem środków, wzmagających ciśnienie boczne naczyniowe u zwierząt (adrenalina, naporstnica, strofant i t. p.).

Trudno zaprzeczyć, aby nie zdarzały się przypadki miażdżycy o normalnem lub nawet niskiem ciśnieniu (w 25%). — Dotyczy to głównie miażdżycy tętnic wieńcowych (o patogenecie bardzo skomplikowanej), a głównie miażdżycy powstającej na podłożu zakaźnem — septycznem. Co się zaś tyczy cholesterolyny, lub jej związków — estrów cholesterolinowych, to obfitość jej w tkankach organizmu, zwłaszcza w tkance nerwowej mózgu, w śledzionie, wątrobie, w ciałku żółtem jajników, w ciałkach czerwonych i białych w surowicy krwi, jak również w pokarmach, zwłaszcza roślinnych, pozwala przypuszczać, że cholesterolyna posiada ważne znaczenie w różnych sprawach fizjologicznych i patologicznych ustroju ludzkiego. Znaczenie to nie jest jednak dotychczas, pomimo wielu badań, ściśle określone.

Co zaś do twierdzenia, że cholesteryna odgrywa w miażdżycy rolę środka samopomocy organizmu, to sędzę, że jest to jeszcze hipoteza, która wymaga dalszych dociekań, tak ze strony klinicznej jak też i anatomo-patologicznej.

Kol. Michalski, który z takim zamięlowaniem dotychczasowe badania prowadził, niezawodnie dociekań tych nie zaniecha, tymczasem zaś należy mu się podziękowanie za poruszenie tematu, który tak żywą wywołał dyskusję (str. wł.).

4) Kol. G e b e l zabiera głos w sprawie występowania kwasów w ustroju i możliwości zakwaszenia tkanek. Mocz ekstrahowany eterem wykazuje normalnie kwasów 20 razy więcej niż kwasu moczowego, nie można jednak mówić o zakwaszeniu tkanek. Przy spalaniu wysoku występuje kwas octowy. U nałogowych alkoholików krzywa spalania wysoku spada stromo, u zwykłych osobników przez czas dłuższy. Schmitman dawał zwierzętom proszek z roztartej wątroby, żółtko jaja kurzego i znajdował u zwierząt zmiany podobne do arteriosklerotycznych w naczyniach. Zmian tych Schmitman nie przypisuje roli obronnej. W chorobie Adissona stwierdzano wzmózoną ilość cholesteryny we krwi. Rotschild po usunięciu nadnerczy stwierdzał wzmózoną ilość cholesteryny we krwi. Krew żylna śledziony zawiera więcej cholesteryny niż tętnicza. Krew z prawego serca również wykazuje większą ilość cholesteryny niż z lewego, co dowodzi, że znaczna ilość cholesteryny spala się w płucach.

5) Prof. H o r n o w s k i nie zgadza się z kol. M u t e r m i l c h e m, jakoby przypuszczenie F i s h e r a nie miało zastosowania w patologii. Wprost przeciwnie można niem objaśnić szereg faktów, jak: 1) Przerost kory nadnercza w starości i przy głodzeniu, gdy inne organy zanikają (wytwarzanie związków cholesterynowych dla zubożenia kwasów). 2) niewystępowanie obrzęków istoty mózgowej (znaczna ilość cholesterynianów które zubożniają kwasy). 3) Częsta obecność lipidów w złogach w skazie moczanowej. 4) Zjawienie się związków cholesteryny w ogniskach martwicy (zawały, martwica Bolsera). 5) Zjawianie się lipidów w skrobiowicy (zubożnienie kwasu chondroitynosiarkowego). 6) Zjawianie się lipidów w śródbłonkach naczyń w niedokrwistościach (zmniejszenie alkaliczności błony wewnętrznej, która już w normie głoduje tlenowo, wskutek braku naczyń) i t. d.

Odnosnie miażdżycy przypuszczenie kolegów Michalskiego i Dąbrowskiej znajduje piękne potwierdzenie w badaniach Schultza (Virchows Archiv. 1922) nad stałą obecnością kwasu chondroitynosiarkowego w tętnicach, którego ilość zwiększa się w miażdżycy i który jest istotą macierzystą dla włókien sprężystych (chromotropja tkanek).

Przeciwdowody kol. Muttermilcha i Otto jedynie potwierdzają przypuszczenie kol. Michalskiego — hypocholesterynemja jest sprawą naturalną i zrozumiałą w przebiegu chorób zakaźnych, hypercholesterynemja zaś po spadku ciepłoty.

Przeciwdowód kol. Muttermilcha o hypercholesterynemji w jednych przypadkach moczówki cukrowej, a hypocholesterynemji

w drugich, również tylko potwierdzić może założenie kol. Michalskiego. Wszak bywają różne postaci moczówki cukrowej co do przebiegu — lżejsze, gdy ustroj wytwarza dostateczną ilość cholesterynianów dla zobojętnienia kwasów (xanthoma tuberosum multiplex diabeticorum) i cięższe, gdy ilość ta jest niedostateczna (retinitis, katarakta, objawy zatrucia i śpiączka).

Również zrozumiała jest rzeczą różna ilość cholesterynianów w różnych okresach ciąży, zależnie od potrzeb w nich ustroju matki i płodu i pracy fabryk tych związków (nadnercza i ciała żółtego) — w ustroju nie może być nigdy tak, jak twierdzi kol. Otto, iż jeżeli jest hypercholesterynemia, to powinna być przez cały czas danego stanu chorobowego.

Również nie twierdził mówca, iż w przypadkach kol. Otto włókna Dürka w tętnicach nie były zmienione, o czym nie można było wnioskować z preparatów, które nie były barwione w sposób swoisty.

Kol. Gebłowi odpowiada, iż choroba Addisona nie jest schorzeniem kory, lecz istoty rdzeniowej nadnerczy, nie może zaś uwierzyć w życie długie i badanie dokładne psów, którym jakoby były wycięte obadwa nadnercza.

Na zakończenie mówca omawia rozwój miażdżycy, opierając się na badaniach Thoma'y i jego szkoły, jako też na badaniach własnych, Dąbrowskiej i innych. (Str. wł.).

6) W odpowiedzi kol. Michalski wyjaśnia, jakie stanowisko zajął Fisher w badaniach nad obrzękami i zapaleniem nerek. Ustrój walcząc z zakwaszeniem, nie może szafować amoniakiem i nie może przejść pewnej normy, broni się za pomocą cholesteryny.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

POSIEDZENIE OGÓLNE

dnia 6 marca 1923 r.

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

I. Protokół poprzedniego posiedzenia klinicznego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Dr. fil. Stefan Moycho: „Podstawy fizyczne aparatu rentgenowskiego. 2) Dr. Henryk Berger: „Amputacja i ekstyrpacja“.

III. Sekretarz Stały prof. **A. Sokółowski** przedstawił zebrany propozycję przyjęcia sumy 15 milionów, złożonej przez d-ra Jana Gromadzkiego w 8% Pożyczce Państwowej złotej, co w dniu 12 lutego stanowiło 28 milionów marek i w 15 Miljonówkach, jako fundusz stypendjalny im. Izabeli z Romanowskich Gromadzkiej. Odsetki od powyższej sumy będą stanowiły stypendjum dla studenta

medycyny U. W. oraz na dopełnienie studjów w ciągu roku po ukończeniu uniwersytetu. Na I ratę stypendjalną Dr. Gromadzki złożył 100.000 (sto tysięcy) mkp.

Kol. Zieliński Kazimierz odczytał warunki przedstawione przez ofiarodawcę, na jakich stypendjum ma być ufundowane. Dar D-ra Gromadzkiego przyjęto jednogłośnie.

Sekretarz Stały w swoim przemówieniu zaznaczył, że zbyt rzadko byliby rozwodzić się nad tem, jak szlachetny jest dar, oraz podniósł, że została wznowiona tradycja, kiedy składano znaczne ofiary na stypendja, aby wspierać polską naukę.

IV. Prezes odczytał zawiadomienie firmy Masson et Cie, że na mocy rozporządzenia i na rachunek Ministerstwa Spraw Zagranicznych we Francji będzie przysyłał T-wu „Bulletin de l'Institut Pasteur et Annales de l'Institut Pasteur na rok 1923.

V. Prezes wezwał zebranych do uczczenia przez powstanie pamięci zmarłego członka T-wa ś. p. Romana Skowrońskiego.

Sekretarz Stały odczytał wspomnienie pośmiertne*).

VI. Kol. Dąbrowska Janina przedstawiła nader rzadki przypadek schorzenia układowego w gruczołach limfatycznych, śledzionie i wątrobie.

Pod mikroskopem widać tylko bardzo wybitny przerost układu siateczkowo-śródbłonkowego, pomimo, iż makroskopowo sprawa wyglądała na ziarnicę złośliwą, lub mięsak, wychodzący z gruczołu limfatycznego. (Str. wł.).

W dyskusji 1) prof. Hornowski podkreśla, że przypadek przedstawiony przez Dąbrowską jest ciekawy i dotychczas jeszcze nieopisany.

2) Kol. Zieliński K. wyjaśnia, że w omawianym przypadku badanie krwi wykazało odczyn Wassermana dodatni, zmian białaczkowych nie wykryto. Leczenie przeciwkłowe nie pomogło. Badanie promieniami Rentgena wykryło próchnicę kręgów. Na sekcji znaleziono zmianę w kręgach, lecz zmianę tę wywołał nowotwór.

3) Kol. Trzeciński zapytuje, czy chory przechodził kiłę, co K. Zieliński na podstawie zeznań chorego potwierdza.

VII. Kol. Semerau i Milewski wygłosili rzecz p. t.: „O dożylnem wprowadzeniu wody dystylowanej jako próbie czynnościowej układu krwiotwórczego“. Przedstawiwszy w ogólnych zarysach mechanizm utrzymywania się liczby czerwonych krążków na pewnym poziomie, prelegenci stwierdzają, że jednym z najważniejszych bodźców układu krwiotwórczego jest fizjologiczne rozpadanie się tychże czerwonych krążków w śledzionie i współdziałającym z nią układzie śródbłonkowo-siateczkowatym. Odczyn taki układu krwiotwórczego można, zdaniem prelegentów, naśladować przyspieszeniem procesów rozpadowych, czyli erytroftenicznych wedle nomenklatury

*) Pomieszczone na końcu rocznika.

Rzętkowskiego, zapomocą dożylnego wprowadzenia ściśle określonych ilości wody dystylowanej i w ten sposób określać wydolność szpiku kostnego.

W tym celu prelegenci omawiają wyniki swoich doświadczeń, przedsięwziętych na 50-ciu zdrowych osobnikach obu płci, przeważnie młodych medykach, którym z uwzględnieniem pewnych metodycznych środków ostrożności wstrzykiwano dożylnie 1 — 2 cm. sz. wody przekroplonej na 1 kg. wagi. U osobników powyższych badano przeważnie w odstępach 20 minutowych do 3½ godzin po zabiegu; zachowanie się czerwonych krążków, białych ciałek, hemoglobiny i wskaźnika refraktometrycznego, a pozatem także w pewnej ilości przypadków dodatkowe parcie tętnicze, suchą substancję i lepkość krwi, zawartość bilirubiny w surowicy, odporność krwinek oraz zawartość barwików krwiopochodnych w moczu.

W sprawie zachowania się innych składników i właściwości krwi poza czerwonymi krążkami prelegenci ograniczają się do określenia ich odczynu jako wstrząsu koloidowego i odsyłają zainteresowanych do wykładu swego w Tow. Biologicznem i do rozprawy odanej do druku Akademii Lekarskiej. Co się tyczy czerwonych krążków, zaznaczają, że u 78% badanych osobników stwierdzano wyraźne narastanie tych ciałek zwykle w drugiej połowie 2-ej i pierwszej połowie 3-ej godziny po zabiegu. Narastanie to wynosiło przeciętnie 20% cyfr wyjściowych, niekiedy znacznie więcej, i dotyczyło mężczyzn w silniejszym stopniu, niż kobiet. Krzywa hemoglobiny, opadającej przeważnie od 3% do 20%, wskazywała, że rozpad czerwonych krążków w układzie erytroftenicznym musiał mieć pewne natężenie, by spowodować odczyn erytrocytowy; jeśli zaś rozpad ten był względnie za duży, układ krwiotwórczy nie mógł ponieść straty w czasie, służącym do obserwacji, wyrównać. W przypadkach ujemnych, względnie brakującego odczynu erytrocytowego (22% badanych) zawsze znaleźć się dały przyczyny kliniczne, tłumaczące zachowanie się takie czerwonych krążków. Zastanawiając się nad genezą spostrzeganego przez siebie u osobników zdrowych narastania czerwonych krążków w wymienionych powyżej warunkach, prelegenci skłaniają się do przypuszczenia, że jest ono przeważnie wynikiem pobudzenia szpiku kostnego z jednej i zahamowania układu erytroftenicznego przez nasycenie go produktami rozpadu z drugiej strony. Że zagęszczenie osocza względnie zmieniony rozdział czerwonych krążków w poszczególnych częściach układu krwionośnego odgrywa przytem wszyskiem rolę raczej drugorzędną tego dowodem: 1) zupełnie niezależny od krzywej erytrocytovej przebieg krzywej suchej substancji, parcia tętniczego, i wskaźnika refraktometrycznego; 2) niewystąpienie odczynu erytrocytowego po wprowadzeniu roztworu hipertonicznego, a przedewszystkiem izotonicznego soli kuchennej, mimo pojawienia się zjawisk „wazomotorycznych”; 3) trwanie reakcji erytrocytovej w niektórych przypadkach do 48 godzin i dłużej; 4) równoległy przebieg odczynu erytrocytowego w naczyńach włoskowatych, gdzie zwykle był śledzony, i w żyłach; 5) pojawianie się w kilku specjalnie badanych przypadkach młodych krwinek z zasadochłonną ziarnistością w okresie narastania czerwo-

nych krążków. Zarazem nie wydaje się, aby taka reakcja była skutkiem „erytropowego” działania wstrząsu koloidowego. W każdym razie erytropowa reakcja układu krwiotwórczego po podskórnym zastrzyku mleka przebiega inaczej. Mechanizm powstawania narastania liczby czerwonych krążków po wprowadzeniu wody dystylowanej prelegenci przedstawiają sobie w sposób następujący: wskutek zabiegu, w miejscu wlewania pewna ilość czerwonych krążków wobec przesunięcia się koloidalnej i osmotycznej równowagi osocza oraz zmiany koncentracji jonowej jego soli zostaje fizykochemicznie uszkodzona i staje się łatwiejszym łupem komórek układu erytroftenicznego. O hemolizie w zwykłym znaczeniu tego słowa nie może być mowy, jak wynika z osobnych doświadczeń. Powyższy wzmożony rozpad krwinek zależny jest od normalnego działania układu erytroftenicznego, zwłaszcza komórek Browicz-Kupfera. Jeśli komórki te znieczula się przez nasycenie ich, jak to robili prelegenci, mieszaniną koloidalnego srebra i błękitu metylowego w postaci „argochromu” lub „argothionu” Klawego, to poprzednio dodatni odczyn erytrocytowy staje się ujemnym, lub niema go wcale. Ostatecznie wszystko jednak zależy od wydolności szpiku kostnego, pobudzonego wytworami rozpadu krwinek do wzmożonej działalności. Że bodziec ten szpiku kostnego pochodzi prawdopodobnie z rozpadniętych krwinek, tego dowodzą doświadczenia, w których reakcja erytrocytowa, nie występująca po roztworze fizjologicznym soli kuchennej, zjawia się natychmiast po dodaniu kilku cm. sz. zlakowanych przemytych krwinek ludzkich. Celem udowodnienia prawdopodobieństwa swoich wywodów, prelegenci przedstawiają wyniki doświadczeń Bantie’go, Brulé’go, oraz Jakowitsch’a i Ilkewitsch’a. Opierając się na przedstawionych spostrzeżeniach własnych i innych autorów, prelegenci uważają, że stosowane przez nich wlewanie wody dystylowanej może być przy pewnych uproszczeniach wyzyskane jako sposób określenia wydolności aparatu krwiotwórczego, a przede wszystkim szpiku kostnego. Wobec tego, że przeprowadzona metoda z wodą dystylowaną okazała się prostą i nieszkodliwą, a wyniki jej wyraźne, stałe, szybko występujące i indywidualnie dostosowane do badanego osobnika, próby z innymi substancjami, jak krwinki zlakowane, koloidalne żelazo i podskórne zastrzyki mleka, zostały zarzucone.

W końcu prelegenci omawiają korzyści, które mogłyby wynikać dla oceny pewnych zjawisk fizjologicznych i patologicznych przy klinicznym zastosowaniu ich metody jako sposobu klinicznego badania wydolności aparatu krwiotwórczego. (Str. wł.).

W dyskusji 1) prof. Gluziński stwierdza, że prelegenci przedstawili fakty zwiększonej ilości czerwonych ciałek krwi w przeprowadzonych badaniach, ale nie dali przekonującego dowodu, któryby niezbicie przemawiał za tem, że to zwiększenie odbywało się wskutek wzmożonej działalności szpiku kostnego. Wystąpienie we krwi wyraźniejszych normoblastów mogłoby być dowodem. Prof. Gluziński, wysłuchawszy początku odczytu był przekonany, że wystąpi we krwi zwiększona ilość czerwonych ciałek, ale opierał swój wniosek na pracy Steskala „Osmoterapia”. Autor ten przeprowa-

dził badania z rozczynami hipertonicznymi, hypotonicznymi i z wodą dystylowaną. Z doświadczeń tych wynika, że przy rozczynach hipertonicznych ciśnienie w kanale mózgowordzeniowym spada, objętość mózgu zmniejsza się. Woda dystylowana wywołuje znaczne wzmoczenie ciśnienia w kanale mózgowordzeniowym, objętość mózgu powiększała się. Z tego wynika, że w badaniach prelegentów musiała nastąpić zmiana w stosunku między plazmą i czerwonymi ciałkami krwi.

2) Kol. O t t o jest zdania, że wzmoczona ilość erytrocytów we krwi po dożylnem zastrzyknięciu wyjałowionej i przekropionej wody nie dowodzi jeszcze wzmoczonej funkcji działania szpiku kostnego. O funkcji tej można by dopiero mówić, gdyby prelegent doświadczał na zwierzętach po zastrzyknięciu wody do żyły, znalazł wzmoczoną mitozę w komórkach śródbłonkowych. Otto robił doświadczenia na żabach, królikach i kurach nad regeneracją krwi, stosując u wyżej wskazanych zwierząt upusty krwi, a u psów zawłoki, i z tych doświadczeń okazało się, że na upusty krwi, małe jak i większe, szpik kostny odpowiadał pewną wzmoczoną mitozą komórek śródbłonkowych dopiero po 8, 10, a nawet 12 godzinach. W doświadczeniach z zawłokami, mitocy w komórkach śródbłonkowych naczyń, sąsiadujących z zawłokami, pojawiały się najwcześniej (pierwsze zmiany na jądrach) po 6 godzinach. Nie może więc i szpik kostny dać nadprodukcji erytrocytów, powstających drogą mitozy z śródbłonka w szpiku, w przeciągu dwóch do czterech godzin od chwili zastrzyknięcia wody: za mały przeciąg czasu na wytworzenie się nowego erytrocytu drogą mitozy. W doświadczeniach prelegentów mamy raczej do czynienia ze zjawiskiem wymywania nagromadzonych zapasów erytrocytów w zatokach szpiku kostnego, a nie z jego wzmoczoną funkcją. (Str. wł.).

3) Kol. B r a t k o w s k i E. (gość) zapytuje, w jakich warunkach byli badani chorzy? Czy był badany odczyn czerwonych krwinek i wogóle zmiany we krwi poprzedniego dnia i następnego po próbie.

4) W odpowiedzi kol. S e m e r a u, odpierając zarzuty p. prof. Gluzińskiego, powołuje się na ustęp w odczycie, w którym szeroko jest omawiana zależność odczynu erytrocytowego od czynników „wazomotorycznych”. Wobec tego ponowne rozważanie tych przytoczonych przez prof. Gluzińskiego możliwości błędu wydaje się prelegentom już nieaktualne. Pozatem podane przez prof. Gluzińskiego jako rzekome wyjaśnienie wahań w liczbie czerwonych krążków procesy endo- i eksosmozy, zależnie od wprowadzenia hipertonicznego roztworu soli kuchennej czy wody dystylowanej, zupełnie nie tłumaczy, czemu u niektórych osobników, pozornie zupełnie zdrowych, po wodzie dystylowanej zwykły odczyn erytrocytowy nie wystąpił, ani też — na co również już w odczycie zwracano uwagę — czemu poprzednio dodatni odczyn erytrocytowy stał się ujemnym po kilkodniowym zadziałaniu roztworami srebra koloidalnego. Co się tyczy powiedzenia prof. Gluzińskiego, że narastanie czerwonych krążków uważałby dopiero wtedy za wynik pobudzenia szpiku kostnego, gdy-

by w rozmazie znaleziono normoblasty, to S. uważa ten zarzut za niesłuszny, gdyż pojawienie się normoblastów w krążącej krwi należy pojmować jako skutek wyczerpanej do ostateczności, a może chorobliwie zmienionej działalności szpiku kostnego. Do takiego zaś wyczerpania szpiku kostnego wlewanie 2 cm. sz. na 1 kg. wagi wody dystylowanej u zdrowego osobnika zupełnie nie daje powodu, z drugiej zaś strony ukazanie się na wysokości reakcji erytrocytowej młodych krwinek przemawia wyraźnie za pobudzeniem szpiku kostnego.

Kol. Ottemu S. odpowiada, że analogiczne do ludzkich doświadczenia na zwierzętach są już w toku, i wtedy będzie się można przekonać dowodnie o stanie szpiku kostnego w czasie reakcji. Zresztą późne stosunkowo pojawienie się komórek mitotycznych, bo w 12 godzin po zabiegu, w doświadczeniach na kurczętach doktora Otta mogło polegać na tem, że Dr. Otto stosował jako bodziec szpiku kostnego krwotoki, osłabiające na pewien czas wydajność krwiotwórczą całego ustroju.

Wobec kol. Bratkowskiego prelegenci zaznaczają, że doświadczenia były, jak już podkreślano w odczycie, zawsze wykonywane w pewnych ściśle określonych warunkach z uwzględnieniem środków ostrożności, wymienianych przez kol. B. (Str. wł.).

VIII. Kol. Jan Ś w i ą t e c k i wygłosił rzecz p. t. „O chorobach kesonowych”.

Prelegent przypomina, że w r. 1904 mówił już w Towarzystwie o chorobach kesonowych; obecnie, wobec rozpoczęcia budowy nowego mostu kolejowego na Wiśle pod Warszawą, sprawa ta stała się znów aktualną i nadarza się znów dobra sposobność wyzyskania kesonów, wzgl. szluzu leczniczej w celu pogłębienia naszej wiedzy o wpływie powietrza ścięsnionego na organizm zwierzęcy. W r. 1898 Św. wykazał we krwi kesoniarzy oraz zwierząt, trzymanych w kesonach zmiany, świadczące o rozwijaniu się u nich niedokrwistości; byłoby bardzo pożądanem, aby ktokolwiek z kolegów obeznanych z hematologią zechciał sprawdzić i uzupełnić zauważone przezeń zjawiska, rzuciłoby to także światło na powstającą w klimacie górskim, w atmosferze zmniejszonego ciśnienia barometrycznego, policytemję, o której także wiemy bardzo niewiele. Objaśniwszy, co to jest keson i rolę jego przy opuszczaniu w grunt na dnie rzeki podwalin mostowych, prelegent wyjaśnia, co jest przyczyną chorób kesonowych (zatykanie tętnic końcowych serca i mózgu przez pęcherzyki azotu, rozpuszczonego we krwi w ilości nadmiernej podczas pobytu w atmosferze powietrza ścięsnionego i uwalniającego się przy zbyt szybkim przejściu, do atmosfery normalnej); chociaż teoretycznie można przewidywać nieskończoną ilość chorób kesonowych, w zależności od tego, gdzie mianowicie nastąpi przerwanie krwiotoku, jednak w praktyce ustalić można tylko kilka częściej spotykanych, klinicznie łatwo dających się odróżnić postaci chorobowych, a mianowicie: 1) *asthma caissonicum*, 2) *apoplexia caiss*, 3) *paralysis ew. paresis c.*, 4) *vertigo c.*, 5) *cephalalgia c.*, 6) *oedema c.*, 7) *myalgia, arthralgia caissonica*.

Zapobieganie chorobom kesonowym polega na przestrzeganiu, aby dekompresja, t. j. przejście z atmosfery powietrza ściśnionego trwała jak można najdłużej, aby organizm miał możność oddać stopniowo nadmiar rozpuszczonego we krwi i tkankach ciała azotu przez płuca; leczenie zaś polega: 1) na wdychaniu tlenu, gdyż wtedy pęcherzyki gazowe, składające się przeważnie z azotu, łatwiej rozpuszczą się w atmosferze czystego tlenu, niż w powietrzu zwykłym, zawierającym $\frac{1}{5}$ azotu (gaz rozpuszcza się w atmosferze innego gazu jak w przestrzeni pustej); w mieszaniu gazu działa prawo ciśnienia cząsteczkowego, 2) na natychmiastowym ponownym wszluzowaniu chorego, przez co powstałe już we krwi pęcherzyki gazowe znów rozpuszczą się we krwi, poczem następuje bardzo powolne wyszluzowanie; w tym celu dzięki inicjatywie i energii kierownika robót mostowych inż. Ciszewskiego, urządzona została szluzownia lecznicza, zaopatrzona w specjalne krany automatyczne, pozwalające na wyszluzowanie w dowolnym okresie czasu. (Str. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 20 marca 1923 r.

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

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki nadesłano: 1) S. Łyskawiński: „W sprawie retrospektywnej djaгностиyki płonicy”. 2) A. Huszcza: „Au problème de l'influence de la pression atmosphérique augmentée sur la composition du sang.

III. Prezes wezwał zebranych do uczczenia przez powstanie pamięci zmarłego członka Towarzystwa ś. p. Ludwika Brühla. Sekretarz Stały prof. Sokołowski odczytał życiorys zmarłego*).

IV. Kol. **L a n d a u A n a s t a z y** przedstawił 29-letniego mężczyznę z objawami ciężkiej anemii z żółtaczką. Przebieg kliniczny i szczegółowe badanie krwi przemawia przeciw rozpoznaniu żółtaczki hemolitycznej, nie odpowiada również klinicznej postaci anemii złośliwej. U chorego L. zastosował przetoczenie krwi i dopiero po tym zabiegu stwierdził poprawę.

W dyskusji 1) kol. **M u t e r m i l c h** wyłącza u przedstawionego chorego rozpoznanie niedokrwistości złośliwej na podstawie wskaźnika hemoglobiny. Ferrumindex.

*) Pomieszczony na końcu rocznika.

2) Kol. S e m e r a u uważa, że przedstawiony przez Landaua obraz kliniczny przemawia za postacią anemji hemolitycznej o typie anemji nabytej.

V. Kol. P o ł t o r z y c k a przedstawiła przypadek nowotworu, wychodzącego z kłębka szyjnego i omówiła jego cechy charakterystyczne, oraz rozwój.

Dany przypadek jest trzecim, spostrzeganym w Zakładzie anatomji patolog. Uniw. Warszaw., a różni się od tamtych złośliwymi cechami klinicznymi i anatomopatologicznymi. (Str. wł.).

Prof. K r y Ń s k i zaznacza, że przedstawiony guz jest postacią rzadką, że zwykle przebiega powolnie i ma charakter dobrotliwy.

VI. 1) Kol. H u s z c z a zabiera głos w sprawie odczytu Świąteckiego Jana „O chorobach kesonowych”. H. w ciągu 3 lat prowadził badania przy budowie mostu pałacowego w Petersburgu; zaznacza, że fakt powstawania anemji pod wpływem wzmożonego ciśnienia jest ciekawy pod względem powstawania, przebiegu i ustępowania. Przyczyna tego zjawiska tkwi we wzmożeniu ciśnienia cząsteczkowego tlenu we krwi według badań autorów francuskich. Stwierdzono doświadczalnie, że samo przejście od wzmożonego ciśnienia do normalnego ciśnienia nie wpływa na powstawanie anemji. Zdolność pochłaniania tlenu przez czerwone krążki krwi obniża się przed zmniejszeniem się ilości czerwonych krążków krwi. Zwiększona ilość białych ciałek krwi szczególnie limfocytów występuje u zwierząt po przejściu do normalnego ciśnienia. Rozedma płuc rozwija się podczas pracy w kesonie. Według badań angielskich lekarzy, ciśnienie można obniżać znacznie odrazu, a następnie stopniowo doprowadzać do normy. Przy obniżeniu ciśnienia z $2\frac{1}{2}$ atmosfery do 1 atmosfery, nie spostrzegano powstawania chorób. H. objaśnia dusznicę bolesną u pracujących w kesonach powstawaniem zatorów nie w tętnicach serca, lecz w tętniczkach płucnych. Obrzęk występuje wskutek gromadzenia się pęcherzyków powietrza pod powiezią, dlatego też nie można ich stwierdzić pod skórą.

2) Prof. A. S o k o ł o w s k i zastanawia się nad tem, że u osób pracujących w kesonach, występuje rozedma płuc. W swoim czasie w celu leczenia rozedmy płuc urządzono w Reichenhalu kamery pneumatyczne, które wpływały na chorych dobrze. Zastosowanie kamer takich w Warszawie nie dawało wyników dodatnich. Prawdopodobnie też w danym przypadku na poprawę wpływał cały szereg różnych czynników, nie tylko wzmożone ciśnienie. Obecnie należałoby skorzystać z kesonów, aby przekonać się, czy to rzeczywiście jest rozedma płuc, czy też ogólne rozdęcie płuc.

W odpowiedzi kol. Ś w i a t e c k i zaznacza, że z powodu spóźnionej pory w odczycie swoim nie mógł omówić szczegółowiej ani literatury, ani działania powietrza ściśnionego na organizm zwierzęcy. Co do powstającego w kamerze pneumatycznej rozdęcia płuc, to zależy ono: 1) od zmniejszenia objętości gazów kiszgowych, wskutek czego jama brzuszna wywiera wpływ ssący na przeponę, co powoduje energiczniejsze rozszerzenie się pęcherzyków płucnych nawet w okresie paazy oddechowej, 2) wydychanie do powietrza ściśnionego stanowi pewną przeszkodę dla tkanki płucnej, która jako

tkanka elastyczna bierze w tym akcie udział czynny. Dalej Św. nie może się zgodzić na twierdzenie kol. Huszczy, że napad duszniczy kesonowej nie zależy od zatoru tętnic wieńcowych serca przez pęcherzyki gazowe, a od powstawania pęcherzyków tych w naczyniach włoskowatych płuc: gdyby tak było, to napady te zdarzałyby się znacznie częściej; zresztą w spostrzeganym przez Św -go przypadku tętno zaraz i w kilka godzin po napadzie było 50, w ciągu kilku dni następnych 120 — 110, i dopiero po tygodniu wróciło do normy, a więc porażone tu było serce, a nie płuca. (Str. wł.).

VII. Prof. H o r n o w s k i wygłosił rzecz p. t.: „Kilka uwag o zapaleniu”. H. omawia sprawę klasyfikacji zapaleń i zbija pojęcie zapalenia z uszkodzeniem (alteratywnego), a w znacznej części i zapalenia wytwórczego, która często jest tylko naprawą braków, zastępstwem, lecz nie zapaleniem.

Jeżeli zapatrywać się na zapalenie, jako na odczyn obronny ustroju przeciw szkodliwościom, to rolę tej obrony pełnią tylko tkanki, rozwijające się z mezenchymy.

Obrona ta występuje nie tylko jako odczyn miejscowy, lecz i jako odczyn ogólny ze strony różnych tkanek mezenchymalnych, jak szpik kostny, śledziona, gruczoły. Zatem w zasadzie można mówić tylko o mesenchymosis, a nie o ektodermosis, jak chce Levaditi.

(Str. wł.).

W dyskusji kol. M u t e r m i l c h zaznacza, że pogląd prof. Hornowskiego jest ciekawy. Zastanawia się, czy zapalenie można określić jako obronną funkcję mezenchymy. Levaditi widział powinowactwo pewnych bakterii do ektodermy, innych do entodermy. Gdzie się wytwarza odporność ustroju w zakażeniach ektodermy? Jakże należałoby wprowadzić mianownictwo różnych postaci, które do tej pory są uważane za zapalne.

W odpowiedzi prof. H o r n o w s k i wyjaśnia, że w zakażeniu ektodermy np. mózgu odczyn ustroju występuje ze strony mezenchymy. Jeżeli w tkankach spotykamy ciała Russel'a, to dowodzi że tkanka dana przeszła zapalenie. Wogóle nie jesteśmy w stanie wywołać ektodermozy bez odczynu mezenchymy.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 10 kwietnia 1923 r.

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

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes wspomina o śmierci członka T-wa ś. p. Stanisława Orłowskiego, podnosi zasługi, jakie zmarły jako wiceprezes T-wa i członek Zarządu położył dla T-wa i wzywa zebranych do uczczenia jego pamięci przez powstanie.

Sekretarz Stały prof. A. Sokołowski odczytuje wspomnienie pośmiertne o zmarłym.

III. Do biblioteki T-wa nadesłano: 1) Ludwik Skubiszewski „Mikrofizjologia przysadki mózgowej w związku z nadmiernem wydalaniem moczu w przewlekłym samoistnym zapaleniu nerek śródmiąższowem”. 2) St. Kopczyński „Szkice Higieniczno-wychowawcze z dziedziny higieny domowej i szkolnej”. 3) L. Paszkiewicz „Sposób otwierania przełyku na sekcji in situ”. 4) Dr. Józef Zielczak: a) „Jak karmić i pielęgnować niemowlęta”, b) „Poradnik dla kobiet, które chcą być zdrowymi”. 5) Dr. Wertheim nadesłał „Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie”.

VI. Kol. Kaz. Zieliński przedstawił: 1. Trzyletniego chorego Stasia K. z martwicą trzonów 7-go kręgu szyjnego i 1-go piersiowego w połączeniu z wielkim ropniem opadowym śródpiersia. Choroba trwa niespełna 4-ry miesiące, a rozpoczęła się od objawów krupu fałszywego. Główne objawy obecnie są: stan podgorączkowy, ustawienie głowy ku tyłowi w pozycji „opisthotonus”, utrudnione ruchy głowy, stępienie pod prawym obojczykiem, oraz osłabienie w tym miejscu oddechu. Na dwóch przedstawionych rentgenogramach można dokładnie rozpoznać: na jednym, zdjętym za pomocą lampy twardej, zmiany w trzonach kręgowych, gdy na drugim, zdjętym przy pomocy lampy miękkiej, zauważyć można lepiej wyraźnie zarysowujące się kontury ropnia opadowego. Leczenie projektowane jest konserwatywne za pomocą gorsetu gipsowego i odpowiedniego wzmożonego odżywiania.

2. Jako dopełnienie do demonstrowanego w dniu 3/X r. ub. przypadku nowotworu śródpiersia u chorego S; Kol. K. Z. przedstawił drugi rentgenogram, otrzymany w 3 miesiące po pierwszym na kilka dni przed śmiercią chorego, która to śmierć nastąpiła w połowie stycznia r. bieżącego przy objawach niedomogi serca, sinicy górnej połowy ciała. Na przedstawionym obecnie rentgenogramie, w porównaniu ze zdjęciem dokonaniem na początku choroby, wyraźnie zarysowuje się znaczny rozwój nowotworu. (str. wł.).

V. Kol. S z e r s z y ń s k i przedstawił 55-letniego chorego, który przybył do I kliniki chirurgicznej z powodu trwających od 3 godzin ostrych bólów brzucha. Od dwudziestu lat miewał zgagę, od pół roku bóle w dołku po jedzeniu. W klinice stwierdzono: ogólny stan dobry, tętno 80, pełne, brzuch na obmacywanie mało bolesny, niewielkie napięcie ściany brzusznej. Podczas zabiegu, wykonanego w 4 godziny po wystąpieniu objawów, S. znalazł duży, modelowaty, dziurawiący wrzód na przedniej ścianie pierwszej części dwunastnicy; otrzewna blada, jelita nie wzdęte, obecność niewielkiej ilości płynu mętnego w jamie brzusznej. S. wyciął odcinek dwunastnicy wraz z wrzodem i z przylegającą częścią żołądka, ogółem 8 cm., zaszył oba kikuty i zespolił jelito czcze z żołądkiem. Jamę brzuszną zamknęto całkowicie. Przebieg pooperacyjny gładki, płyn w jamie brzusznej okazał się jałowym (pokaz preparatu anatomicznego).

Sprawa operowania wrzodu dziurawiącego żołądka i dwunastnicy jest obecnie na parządku dziennym w prasie na Zachodzie. Scierają się ze sobą dwa kierunki: jeden—umiarkowany, zalecający stosowanie minimum zabiegu, mianowicie tylko zeszyście otworu we wrzodzie, a to ze względu na ciężki częstokroć stan chorego i zakażony teren operacyjny, drugi kierunek—bardziej radykalny, stawiający sobie za cel nie tylko usunięcie przedziurawienia i jego skutków, ale i możliwe wyleczenie wrzodu przez wytworzenie zespolenia żołądkowo-kiszowego lub wykonanie rezekcji samego wrzodu czy też części żołądka. Dla uzasadnienia swego stanowiska przedstawiciele ostatniego kierunku powołują się: 1) na fakt, że 33% chorych po zaszyściu otworu z przedziurawienia ma w dalszym ciągu dolegliwości żołądkowe, a 20% poddaje się powtórnie operacji (Pool i Dinnen), 2) na częstą jałowość płynu w jamie brzusznej po przedziurawieniu wrzodu (w 57% w statystyce Duval'a, a w 100% u Brennera), 3) na dużą wytrzymałość wcześniej operowanych chorych (Deaver naprz., oprócz zespolenia żołądkowo-kiszowego, wykonywa w razie potrzeby wycięcie wyrostka robaczkowego i pęcherza żółciowego).

W obecnej dobie niepodobna jeszcze wytworzyć sobie zdania o wyższości tego czy innego kierunku na zasadzie statystyki. Zarówno Gibson, przedstawiciel umiarkowanego kierunku, jak Deaver, zwolennik zasadniczego stosowania zespolenia lub Duval i Schnitzler, zalecający rezekcję żołądka lub dwunastnicy, mają mniej więcej jednakowy odsetek wyzdowień (od 85 do 95%). Potrzebne jest dalsze gromadzenie spostrzeżeń, a zwłaszcza zbieranie danych co do późniejszych losów chorych operowanych, gdyż chodzi tu o wyleczenie nie tylko przedziurawienia, ale samego wrzodu. Na razie jednak S. jest zdania, że u chorych z ogólnym stanem dobrym, operowanych wcześniej, po upływie kilku godzin od wystąpienia objawów przedziurawienia, należałoby nie poprzestawać na zaszywaniu otworu z przedziurawienia, lecz mając na względzie dalsze losy chorego, wykonywać zespolenie lub rezekcję, w zależności od warunków; w późnych jednak przypadkach, przy ogólnym stanie lichym wskazane jest ograniczenie zabiegu do minimum. Wrzód modelowaty, którego przedziurawienie trudno zaszyć, nadawałby się raczej do wycięcia, gdy we wrzodach małych, o brzegach miękkich, zaszyście przedziurawienia nastęca mniejsze trudności, a możliwość samowyleczenia jest większa, częściej można by poprzestać na zaszyściu otworu we wrzodzie. (str. wł.).

IV. P r e z e s zawiadamia, że dnia 13 kwietnia r. b. o godz. 3-iej w sali T-wa odbędzie się posiedzenie zjazdu Czerwonych Krzyżów wschodnich, o 5-iej rozpocznie się przyjęcie towarzyskie.

VII. Prof. G l u z i ń s k i wygłosił rzecz p. t. „Skaza krwotoczna w następstwie leczenia preparatami arsenobenzolowemi (neosalwasanem).

W dyskusji 1) kol. S e m e r a u stwierdza, że prof. Gluziński poruszył sprawę ze wszech stron interesującą, szczególnie ze względu na wpływ gruczołów dokrewnych w powstawaniu omawianego cierpienia. Następnie S. omawia obserwowany przez siebie przypadek

skazy krwotocznej, która występowała stale i coraz w wyższym stopniu, po zastrzykiwaniu neosalwarsanu. Sprawa dotyczyła chorej, 54 lat liczącej, z tętniakiem tętnicy głównej i zmianami na zastawkach tejże tętnicy. S., powołując się na francuskich autorów, uważa, że czynnik benzolowy dość znacznie oddziałuje na krew i powstawanie krwawień. W końcu S. wspomina o leczeniu skaz krwotocznych za pomocą peptonu, zastrzykiwania autosurowic, podawania siarki doustnie, czasami dożylnie tiosiarczanu.

2) Prof. H o r n o w s k i przypuszcza możliwość, że przyczyna skazy krwotocznej nie leży w zmianach gruczołów dokrewnych. Takie objawy, jak żółtaczka, leukopenja, zmniejszenie ilości czerwonych krążków krwi, mniejsza ilość płytek Bizzozero, nasuwa myśl, że następuje podrażnienie układu siateczkowośródbłonkowego. Wskutek tego zwiększa się krwiobójące działanie śledziony na czerwone krążki krwi, na płytki Bizzozero, mogą występować zmiany w śródbłonkach nacyn, takie jak stłuszczenie, i powodować krwawienia. W przypadkach zatrucia salwarsanem występuje ksantochromja opon w rdzeniu wskutek nadmiernego wytwarzania się bilirubiny.

3) Kol. W a t r a s z e w s k i Ks. uważa przedstawione przez prelegenta objawy za skutek stosowania zbyt silnych dawek neosalwarsanu. Mówca od 10 lat używa do zastrzyków dawek 0,10—0,15 do 0,30 neosalwarsanu i nigdy nie widział cięższych powikłań. Wyniki kuracji po małych dawkach są dobre i trwałe. Mówca stosuje skombinowane leczenie rtęcią i neosalwarsanem, gdyż sam neosalwarsan nie daje takich wyników.

4) Kol. W o j c i e c h o w s k i badał, kiedy zaczyna się wydzielanie As. i jak długo trwa, i stwierdził, że arsenobenzol, który miał się wydzielać zaledwie przez 4 dni, wydzielał się 32 do 35 dni. Tak znacznie przedłużone wydzielanie As. świadczy, że o ile zastrzykujemy arsenobenzol zbyt często, to ilość jego nagromadza się w ustroju i wywołuje zatrucie. Szczególniej będzie miało to miejsce w razie upośledzonej czynności nerek. Dlatego też twierdzi, że budowa anatomiczna usposabia do powikłań po zastrzykiwaniach arsenobenzolu, ale czynność nerek gra wybitną rolę przy powstawaniu powikłań.

5) Kol. H i g i e r nie nazwałby sprawy opisanej „skazą krwotoczną”, pod czem rozumiemy coś ustrojowego. Nie wyłącznie dawka wysoka odgrywa rolę, lecz sam preparat, sposób stosowania i usposobienie osobnika: jednemu szkodzi 0,2, drugiemu nie zawadzi 0,45, u jednego następują wylewy po pierwszym cyklu salwarsanu; u drugiego dopiero po czwartym. Skaza krwotoczna nie odgrywa żadnej roli. Jedni podejrzewają działanie spiryllotoksyczne, inni winią benzol lub derywat siarki, a słuszność, zdaje się, ma hipoteza zatrucia arszenikiem salwarsanu. Wytlumaczenie jest trudne. Nie-domoga tarczycy jest mało prawdopodobna. Zachodzi toksyczne uszkodzenie samych naczyń włoskowatych i nerwów naczyniowych. H. szczególną zwraca uwagę na t. zw. śmierć salwarsanową po wylewach drobnych w substancji mózgowej, zazwyczaj rozsianych (En-

cephalitis haemorrhagica), wyjątkowo dużych. Wbrew przypuszczeniu prelegenta znajdowano nie zakrzepy, lecz jedynie petocie w obrębie sieci, odpowiadającej rozgałęzieniu *venae magnae Galeni*. Zakrzepy w tła chorioidea, które akcentuje Wedelmann, znajduje się nader rzadko. Podobną *Enc. haemorrh.* obserwuje się po zatruciu gazem świetlnym lub gazami wojennymi. Zapalenie mózgu po salwarsaniu rzadko kończy się pomyślnie, zazwyczaj, jak w jednym z przypadków Higiera po 4—5 dniach śmiertelnie. H. stwierdza, że wierzy mocno w działanie salwarsanu, ale boi się go, gdyż nigdy dawniej przy rterci i jodzie nie spotykał tak wczesnego zajęcia mózgu, a nawet opon. Niedawno omal nie stracił młodego studenta z ciężką *meningitis luetica praecox* w 5 miesięcy po zakażeniu i po energicznym leczeniu salwarsanem.

6) Kol. Mutermilch podkreśla, że sprawa poruszona przez prof. Gluzińskiego jest ważna i pod względem teoretycznym i pod względem praktycznym. Z teoretycznego punktu widzenia wysuwają się na pierwszy plan te przypadki, które idą z purpurą, ze zmniejszoną ilością trombocytów. Otóż dopóki mechanizm powstawania tego objawu nie będzie wyjaśniony, nie będzie można wyjaśnić działania neosalwarsanu. Neosalwarsan może mieć wpływ na szpik kostny, na śledzionę, przyczyna może leżeć i w wątrobie. M. uważa, że układ siateczkowo-rodzłonkowy nie ma nic wspólnego z przedstawionymi objawami. Aby uniknąć możliwości wystąpienia skazy krwotocznej po zastrzykiwaniu neosalwarsanu, należałoby zbadać, jaki u każdego chorego daje objaw zastosowanie opaski, zbadać również objaw Duca.

7) Kol. Trzciński przestrzega przed stosowaniem zbyt dużych dawek neosalwarsanu oraz przed zbyt częstym zastrzykiwaniem, co powoduje często śmierć w pierwszych okresach kiły, czego dawniej tak często nie spotykano. T. przytacza przykład śmierci dziecka, u którego stosowano zastrzykiwania neosalwarsanem co tydzień 4 razy.

8) Kol. Komocki przeprowadzając badania na zwierzętach nad działaniem arsenu fosforu, mógł stwierdzić, że na duże dawki wszystkie zwierzęta reagują jednakowo śmiercią. Przy zastosowaniu dawek średnich lub małych, spostrzegał już wybitne różnice indywidualne: jedna grupa zwierząt reagowała silnie, dawała znaczne zmiany, inne grupy dawały niewielkie zmiany, lub nie dawały żadnych.

9) Kol. Pręgowski komunikuje, że w 1910 r. podał sposób leczenia salwarsanem, następnie w 1921 r. przedstawił bliższe dane dotyczące się leczenia objawów metaluetycznych salwarsanem. Leczenie neosalwarsanem P. przeprowadza bez przerwy w ciągu długich miesięcy, stosując małe dawki. Przy tem leczeniu Pręgowskiemu chodzi o to, aby nie przesycać ustroju arsenem odrazu, lecz stopniowo.

10. Prof. Hornowski uważa, że termin purpura z punktu anatomopatologicznego nic nie mówi i dla tego na tym objawie nie można opierać rozpoznania skaz krwotocznych. Ilość skaz krwo-

tocznych stale zmniejsza się dzięki poznaniu przyczyn, które je wywołują i tworzą jednostki chorobowe, powstałe jedynie jako czysta postać haemophilia. Za odczynem ze strony układu siateczkowo-śródbłonkowego przemawia objaw opaskowy.

11) Kol. Mutermilch nie zgadza się z przedmówcą, gdyż w obecności objawu opaskowego krew otrzymana od chorego w naczyniu skrzepnie dobrze, po nakłuciu zaś krwawi długo.

12) W odpowiedzi prof. Gluziński zaznacza, że postanowił przedstawić swoje spostrzeżenia dlatego, że rzadziej ze skazą krwotoczną spotykają się dermatolodzy niż lekarze wewnętrzni. Drugi dział, którego również nie widują syfilidolodzy stanowią choroby nerek. Takiej liczby schorzeń nerek prof. G. przed leczeniem salwarsanem nie widywał, kwestję tę prof. G. zamierza omówić w przyszłości.

Pozostaje obecnie bardzo dokładne badanie krwi na szeregu przypadków, jak zachowują się ustroje, o których wspominał w swem przemówieniu (przy zmianach w tarczycy i wogóle w gruczołach dokrewnych). Prof. G. z teoretycznego punktu widzenia skłonny jest zgodzić się z prof. Hornowskim, co do odczynu ze strony układu siateczkowośródbłonkowego, ale klinicznie teoria ta nic nie wyjaśnia i przeto prof. Gluziński zmuszony jest szukać przyczyny w konstytucji chorego i w gruczołach dokrewnych. Higierowi prof. G. zwraca uwagę na pracę Danysza i Kopaczewskiego, która jest przeprowadzona b. poważnie i najzupełniej przekonywa czytelnika. Nieznalezienie zakrzepów w tętnicach mózgu przez Henneberga niczego nie dowodzi.

Dla lekarzy syfilidologów i lekarzy wewnętrznych sprawa skaz krwotocznych jest ważna i wymaga szerokiego badania w rozmaitych kierunkach.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 17 kwietnia 1923 r.

Przewodniczący prof. A. Gluziński.

I. Przewodniczący zawiadamia o śmierci członka honorowego T-wa ś. p. Franciszka Chłapowskiego, podnosi zasługi zmarłego na polu naukowem, jako lekarza i działacza społecznego wielkiej miary, który w czasach ucisku potrafił jednoczyć wszystkie dzielnice i podnosić ducha narodowego. Przewodniczący składa cześć jego pamięci! Zebrani powstałi z miejsc, aby uczcić pamięć zmarłego.

II. Do biblioteki T-wa Francuskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych nadesłało: Journal de Chirurgie Nr. 1—2 r. 1923. Revue

d'orthopédie Nr. 1 — 2 1923 r. Bulletins et memoires de la Sociéte de Chirurgie Nr. 10 r. 1923. Bulletin de l'Institut Pasteur Nr. 1, 2, 3, 4 r. 1923. L'Enseignement Médical à Paris.

III. Kol. F. Wichert przedstawił chorą ze szpitala Jana Bożego z kliniki psychiatrycznej z objawami nadmiernej otyłości i przedwczesnej dojrzałości płciowej, pod względem psychicznym zupełnie nie rozwiniętej, w stanie dochodzącym do idjotyzmu.

Dyskusja: 1) Kol. Wiśniewski Juliusz zapytuje o rodziców chorej, czego z braku wywiadów prelegent nie jest w stanie wyjaśnić.

2) Prof. Głuziński zaznacza, że w okresie dojrzewania płciowego przy obecności wodogłowia występuje nadmierna otyłość bądź skutek ucisku na okolicę przysadki mózgowej, bądź też na okolicę szyszynki.

3) Kol. Higier uważa za niemożliwe w braku wywiadów u psychopatki rozstrzygać kwestje etiologiczne. Co do rozpoznania, to H. znajduje u niej 2 choroby, nie będące ze sobą w związku przyczynowym: 1) idjotyzm wrodzony lub wczesny i 2) pubertas praecox cum obesitate. Pierwsza sprawa jest skończona, druga się zaczyna i należy analizować wszelkie możliwości patogenetyczne. Choroba może być zależna od: 1) cierpienia przysadki, 2) od przebytej przed 2 laty choroby zakaźnej (Encephalitis lethargica z ogniskiem zapalnym w okolicy regionis hypothalamicae lub tuberis cinerei z jej ośrodkami wegetatywnymi), 3) od rozwijającej się sprawy nowotworowej szyszynki (glandula pinealis), zazwyczaj potworniaka tego gruczołu wkręwnego). To ostatnie przypuszczenie uważa Higier jako najbardziej prawdopodobne mimo braku objawów ogólnouciśkowych. O ile do otyłości nadmiernej, do wczesnego owłosienia wżgórka łonowego, do hiperplazji sutek przyłączą się porażenia mięśni i inne objawy ze strony wżgórków czworaczych, rozpoznanie będzie pewne. (Str. wł.).

4) Prof. Hornowski uważa, że szyszynka w danym przypadku może odgrywać wybitną rolę i przytacza kazuistyczne przypadki sekcyjne. W danym przypadku można mówić o zmianach w szyszynce i następstwach wodogłowia, które przez ucisk na ośrodki wywołuje podobne zmiany.

5) Prof. Mazurkiewicz stwierdza, że otyłość zaczęła występować równocześnie z pokwitaniem. Na tyfus brzuszny chora zapadła w szpitalu Jana Bożego i została odesłana do szpitala Św.-ego Stanisława, gdzie przeprowadzono szczegółowe badanie, tak, że nie może być mowy, aby przechodziła śpiączkę. Zakażenie durowe wpłynęło na rozwój objawów. Uzasadnić trudno, od jakich gruczołów zależy otyłość u danej chorej.

IV. Kol. Wichert przedstawił chorego wysokiego wzrostu, szczupłego z objawami zaburzeń w gruczołach dokrewnych.

W dyskusji 1) prof. Hornowski zwraca uwagę na zabarwienie włosów — wczesna siwizna i wystąpienie białych plam na skó-

rze — i na związek tych objawów z nadnerczami. Badania Blocha wykazały związek zmian na skórze z istotą rdzeniową nadnerczy.

2) Prof. Ma z u r k i e w i c z podkreśla objawy ze strony tarczycy, słabe rozwinięcie gruczołów rodnych, a także pewne objawy, które daje przysadka mózgowa, jak również objawy ze strony nadnerczy i wyprowadza wniosek, że u danego osobnika mamy do czynienia z wielorakiem zaburzeniem w gruczołach dokrewnych.

3) Kol. H i g i e r zaznacza, że poszczególne objawy u chorego są nader mało charakterystyczne, mimo to zespół ich upoważnia do rozpoznania sprawy wielogruczowej z przewagą nadnerczy i ich układu chromochłonnego. Wyczuwalność tarczycy nie objaśnia nam wiele, o zajęciu przysadki nie decydują małe zwężenia pola widzenia, lekkie przekrwienie tarczy bez zatarcia jej granic i względnie prawidłowy radiogram. Siwizna pasemkowata włosów jest analogią utraty barwnika skóry (wystąpienie białych plam). Zasługuje na uwagę stan psychiczny chorego w okresie siwienia. H. podkreśla wygląd młodzieńczy i nieproporcjonalność kończyn do tułowia, przypominający eunuchoidyzm z typu wysokorosłych (Hochwuchs). Ta okoliczność przemawiałaby poniekąd za niedomogą gruczołów płciowych. (Str. wł.).

4) W odpowiedzi kol. W i c h e r t wyjaśnia, że robiono badania z adrenalina, pilokarpiną i atropiną. Chory dawał silny odczyn na pilokarpinę.

V. Kol. L. P a s z k i e w i c z wygłosił rzecz p. t.: „O istocie i przyczynach otyłości nadmiernej w związku z gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym”. (Badania anatomopatologiczne).

W dyskusji 1) kol. G u t o w s k i wspomina o pracach doświadczalnych Hartha, który brał istoty wodne w stanie larwalnym i podawał im grasicę, wpływało to na wzrost wagi; kiedy podawał tarczycę występowała utrata wagi i twory utracaly charakter larwalny. Przy wyższych ciepłotach dochodziło do zmniejszenia wagi, przy niższych do zwiększenia. Przy obrzękach głodowych spotykano zmiany w tarczycy.

2) Prof. G ł u z i ń s k i uważa za rzecz słuszną wysuwanie w pewnych stanach wpływu gruczołów dokrewnych i zdawałoby się, że otyłość zależy tylko od zmian w tych gruczołach, szczególnie jak to przedstawił prelegent od zmian w tarczycy. Szczegółowe badania nad wymianą energii, współczynnikami między tlenem i bezwodnikiem węgla u otyłych zaburzeń nie wykryły. Na 12 badań Simona tylko w 2-ch przypadkach stwierdzono zmiany. Tarczycza odgrywa pewną rolę. Wiele kobiet w okresie przekwitania tworzy otyłość myxoedematyczną. Sprawa gruczołów płciowych nie jest jasna. Inaczej wpływa na organizm trzebieenie u kobiet, inaczej u mężczyzn. Kobiety tyją w tych samych częściach ciała, w których gromadzi się tłuszcz normalnie. Organizm męski po trzebieieniu nabiera cech kobiecych, tworzy się typ pośredni. Gruczoły płciowe mają więc wpływ, ale skóra też posiada pewną płciowość. Wysuwanie gruczołu tarczowego na pierwszy plan w otyłości, prof. G. uważa za słuszne. Klinika

dowodzi jednak, że są przypadki otyłości bez zmian w tarczycy. Rzeczywiście samem zużytkowaniem tlenu nie da się objaśnić, gdyż przemiana tlenowa przy podrażnieniu dróg pozapiramidowych dowodzi, że przemiana może się odbywać i bez tlenu, anaerobiotycznie. Przeciwnie wyłącznemu wpływowi gruczołu tarczowego na otyłość, jak to podkreśla prelegent, przemawia przypadek, spostrzegany przez prof. G. Chora, która w ciągu 5 lat nie miesiączkowała, doszła do wagi 94 kg., wystąpiło owłosienie na twarzy, po menstruacji waga spadła do 53 kg., owłosienie na twarzy znikło.

3) Prof. H o r n o w s k i zgadza się, że anatomja patologiczna nie może rozstrzygnąć przyczyn otyłości. Prof. H. podkreśla, że otyłość powstaje wskutek zmian wielogruzołowych i różnie zarysowywa się w razie wciągnięcia do spraw większej lub mniejszej ilości gruczołów.

4) Prof. M a z u r k i e w i c z zaznacza, że są typy, które nie poddają się wpływom zewnętrznym. Stany psychiczne wpływają na stan otyłości. Paralitycy podnieceni, kiedy się uspakajają, zaczynają tyć. W katatonji, występującej okresowo, chory normalny ma 60 kg. wagi, podczas ataków traci połowę swej wagi i dochodzi do 30 kg. tak samo i w innych przypadkach katatonji amnestycznych po cierpieniach zakaźnych. Podczas stanu amnestycznego następuje spadek wagi; jeżeli podniecenie mija, a nie dochodzi do wyzdrowienia, rozwija się otyłość w warunkach szpitalnych. Tego rodzaju otyłości mają przyczyny endogenne. Badania kol. Paszkiewicza są ciekawe; we wszystkich przypadkach tarczycy wykazuje pewne zmiany. Jednak trudno przypuścić, aby upośledzenie czynności tarczycy, które zwykle oprócz kretynizmu daje pewne objawy natury psychicznej, intelektualnej, ciepłoty ciała, zachowania skóry, nie zdradziło innych objawów oprócz otyłości.

5) Kol. H i g i e r dowodzi, że prelegent w części referencyjnej nie wszędzie jednakowo krytycznie odnosił się do materiału, zwłaszcza gdy przytacza fakty przemawiające za pochodzeniem neurogennem otluszczenia, jak otluszczenie miejscowe po uszkodzeniu n. kulszowego, otluszczenie jednostronne symetryczne jednej połowy ciała, lipodystrofia Simonsa i t. p. W części oryginalnej podkreślić należy to, że P. podaje ściśle określone podłoże anatomopatologiczne dla mistycznie dotąd brzmiącej hiper i hipofunkcji pewnych gruczołów wkrewnych. Znajdywał on przy otyłości w pewnych gruczołach (tarczycy, nadnercze, przysadka) stale przewagę tkanki łącznej nad substancją gruczołową, natomiast w innych (trzustka, jajnik) przewagę miększu nad substancją łącznotkankową. Inna jest rzecz, czy hipoi hiperglandulizm obejmuje zawsze pojęcie dysglandulizmu, to znaczy, czy nadmiar lub ubytek czynności gruczołu obejmuje wszelką czynność patologiczną gruczołu. Czasem, prawdopodobnie, mniej szkodzi ilość wydzieliny od jakości, od chemicznego jej składu, a to anatomja patologiczna nie zawsze stwierdzić może. Drugi zarzut dotyczy nieliczenia się z kliniką, która daje nam ściśle określone obrazy tyreoplasji i tyreohiperplazji wrodzonej i nabytej w postaci miernej. Jeśli P. istotnie znalazł w blisko 90%, otyłości nadmiernej

te zmiany w gruczołach wewnątrzwydzielniczych, to wypadnie uzupełnić cenne skądinad wyniki zbadaniem kontrolnem normalnych gruczołów, t. j. u osób młodych, nagle lub przypadkowo zmarłych. Histologia dokładna tych gruczołów jest dopiero zdobyczą ostatnich lat dwudziestu. Dla H. narazie nie ulega wątpliwości wpływ na przemianę materji tłuszczowej: 1) konstytucji rodzinno-dziedzicznej, 2) okresu przekwitania u kobiet i mężczyzn, 3) gruczołów rodnych (otyłość rzezańców, eunuchoidów, skopców) i 4) przysadki dystrophia adiposo-genitalis hypophysica, cachéxie hypophysaire). Wszystkie te postaci czasem się wikłają, są ze sobą w związku korelacyjnym i dają się klinicznie łatwo rozróżnić. Wpływ gruczołu tarczycowego, jak dotychczas wiadomo, jest natury, przyspieszającej bieg przemiany materji (wychudnienie w chorobie Basedowa). (Str. wł.).

6) Kol. Komocki proponuje, aby przeprowadzić badania kontrolujące, które polegałyby na tem, aby zbadać 100 osobników chudych.

7) Prof. Hornowski daje wyjaśnienia, tyżące się oceny, czy dany gruczoł był czynny, czy też czynność jego była osłabiona. Zmiana stosunku między tkanką łączną i tkanką gruczołową z przewagą w stronę tkanki łącznej przemawia za mniejszą czynnością danego gruczołu. Gruczoły dokrewne wpływają na ustrój, lecz są ośrodkami niższemi, dla których ośrodkiem wyższym jest mózg.

8) Kol. Starkiewicz Wł. podkreśla, że gdyby oprzeć się na danych anatomji patologicznej, leczenie otyłości doszłoby do zupełnej negacji. Klinicysta jednak spotyka się z osobnikami, którzy dużo jedząc i mało używając ruchu tyją, przy odpowiednim leczeniu jednak chudną. W takich przypadkach należałoby przypuścić, że zaburzenia gruczołów dokrewnych są przejściowe. Pozatem istnieją postaci otyłości uleczalne.

9) Prof. Gluziński zgadza się, że w wielu przypadkach zmiany w tarczycy mogą odgrywać rolę w rozwoju otyłości. Nie można jednak przyjąć, aby przyczyna leżała w zmianach gruczołów dokrewnych. W rodzinach otyłych nie wykrywano zmian hypofunkcji i po usunięciu przyczyn egzogennych następowała poprawa. Osobnicy, z t. zw. „status tymicolymphaticus” mają skłonność do bujania tkanki łącznej. Zbytni rozwój tkanki łącznej nie jest przyczyną, lecz wynikiem pewnych przyczyn. Prof. G. uważa, że należałoby zbadać u osobników chudych gruczoły dokrewne, aby się przekonać, czy się nie znajduje w nich zmian.

10) Kol. Paszkiewicz w odpowiedzi stwierdza, że przypadki, o których wspomniał Komocki nie poddają się obserwacji, zmiany nie są wybitne. Następnie P. podkreśla, że otyłość należy uważać jako schorzenie wielogruczołowe.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE**dnia 1 maja 1923 r.**Przewodniczący: prof. **A. Gluziński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) P. D-rowa Romanowa Skowrońska 54 dzieła z księgozbioru męża swego ś. p. Romana Skowrońskiego. 2) Dr. J. M. Dobrowolski „Uprawa roślin lekarskich”. 3) Eleonora Reicher i Zdzisław Szczepański „Spostrzeżenia nad zachowaniem się krwi w zimnicy ostrej i przewlekłej na podstawie badań przypadków tej choroby w pow. Kobryńskim”. 4) Offenbergl. „Morszyn pod względem leczniczym”. 5) Zdzisław Szczepański „Podręcznik badań chemicznych drobnowidzowych i bakterjologicznych przy łóżku chorego”. 6) Higier a) „Vasomotorisch-trophische Störungen und deren Heilung mittels periarterieller Sympathektomie”. Odbitka z Zeitschrift für Klinische Medizin, b) „Endemie dysalimentärer Osteoarthropathie Osteomalacie und Spätrachitis und ihre Stellung zur neuen Lehre von den Vitaminen oder Nutraminen”.

III. Kol. L a n d a u An. przedstawił chorobę ze zmianami w stawach łokciowym, biodrowym lewym i kolanowym bez podniesionej ciepłoty pochodzenia kiłowego w okresie II rzędnym.

IV. Kol. K a r w a c k i L. przedstawił 39-letniego chorego z wrzodem żołądka, drażącym modzelowatym przypuszczalnie pochodzenia kiłowego.

W dyskusji 1) kol. T o k a r s k i zaznacza, że wrzody żołądka na tle syfilitycznem nie są rzadkością, gdyż od czasu, gdy na to pochodzenie zwraca uwagę, w ciągu ostatniego roku miał możność demonstrować na posiedzeniach klinicznych szpitala Przemienienia Pańskiego trzy przypadki podobnych wrzodów. We wszystkich trzech przypadkach nastąpiło wyleczenie za pomocą salwarsanu i ręci przy ogólnej diecie szpitalnej. Wyleczenie dotąd trwałe, pomimo tego, że chorzy nie zachowują diety i pijają trunki wysokokowe. (Str. wł.).

2) Kol. S t a r k i e w i c z wspomina o przypadku wrzodu pochodzenia kiłowego, opisanym pierwszy raz przez Józefa Zawadzkiego. Chory zmarł z powodu krwotoku, badanie sekcyjne stwierdziło wrzód żołądka na tle kiły.

3) Kol. L a n d a u nie zgadza się, aby każdy wrzód żołądka był pochodzenia kiłowego.

4) Prof. H o r n o w s k i zaznacza, że zaczynają twierdzić, że kiła jest przyczyną wielu cierpień. Zmiany, które są charakterystyczne dla kiły, występują również w późnych okresach wrzodu żołądka. Wrzód żołądka pochodzenia kiłowego spotyka się bardzo rzadko.

5) W odpowiedzi kol. K a r w a c k i podkreśla, że rozpoznaje wrzód żołądka u chorego z kiłą. Zalecił przeto przeprowadzić leczenie swoiste i następnie, o ile zajdzie potrzeba, zoperować.

V. Koł. J. Dąbrowska wygłosiła rzecz p. t. „Czy niedokrwistość złośliwa jest jednostką chorobową“.

W dyskusji 1) prof. Gluziński zwraca uwagę na tytuł odczytu i uważa tytuł ten za niewłaściwy. W przypadkach, w których wykrywamy przyczynę, gruźlicę, lub kiłę, nie mówimy o anemji złośliwej, a mianem tem określamy cierpienia bez wyjaśnionej przyczyny.

Nie wolno na podstawie krwi rozpoznawać anemję złośliwą, gdyż krwotok z wrzodu żołądka, który powtarzał się w ciągu 2-ch tygodni, dał obraz krwi anemji złośliwej. Również i w przypadku, gdzie stwierdzono zapalenie nerek przewlekłe, nie było anemji złośliwej, lecz anemja wtórna. Obraz kliniczny opiera się na całym zespole objawów klinicznych. Pewne postaci gruźlicze dają powód do rozpoznania anemji złośliwej, lecz jest to gruźlica; możliwe, że typ zwierzęcy (bovinus) daje podobny obraz. W jednym przypadku sekcyjnym kiły z osteitis sclerotica stwierdzono, że punktem wyjścia dla niedokrwistości złośliwej był szpik kostny. Należy więc zawsze szukać przyczyny niedokrwistości złośliwej.

2) Kol. Klejn zwraca uwagę, że niedokrwistość złośliwa jest cierpieniem, które na stole sekcyjnym nie daje zmian możliwych do wykrycia. Klinicznie oprócz zmian we krwi i szpiku kostnym mamy pewien zespół objawów, które stale się powtarzają. Zmiany na języku są bardzo częstym objawem niedokrwistości złośliwej, nawet w okresach początkowych. Zmiany te dają pewien kierunek w różniczkowaniu. Oprócz zmian na języku w okresach remisji, pomimo normalnej ilości czerwonych krwinek i hemoglobiny, spotykamy wyrażną makrocytozę, mikrocytozę, erytroblasty, jak również achylia gastrica. Objawy te świadczą, że szpik kostny już nie jest normalny. Z biegiem rozwoju cierpienia występuje zwiększona ilość bilirubiny we krwi, a także zwiększa się zdolność hemolityczna. Schaumann opisał przypadek, w którym po usunięciu tasiemca wystąpiła niedokrwistość złośliwa. W niedokrwistości złośliwej znajdujemy zmiany w szpiku kostnym, zdarzają się jednak przypadki, które nie dają obrazu zmian w szpiku kostnym. Sama istota cierpienia leży w szpiku kostnym kości krótkich, w pewnej astenji, zwyrodnieniu szpiku kostnego. Dlatego też niedokrwistość złośliwa może powstać pod wpływem różnych czynników, ale u osobników usposobionych. Wszystkie objawy, które spotykamy w niedokrwistości złośliwej, pojeńdźczo spotykamy i w innych cierpieniach, w sumie jednak spotykamy je tylko w anemji złośliwej.

3) Kol. Landau An. przytacza przypadek chorej z objawami niedokrwistości złośliwej i ze strony serca. U chorej stwierdzono tasiemca. Po usunięciu tasiemca dolegliwości ustąpiły, następnie wróciły i trwały rok. W innym przypadku niedokrwistości złośliwej po hiszpance i wstrząsie posurowiczym nastąpiło wyzdrowienie. L. zwraca uwagę, że u chorych na anemję złośliwą uderza obfitość tkanki tłuszczowej podskórnej i wylewy krwawe na dnie oka.

4) Kol. Tokarski zaznacza: jeśli dzisiaj twierdzimy, że przyczyną wiądu rdzenia nie jest kiła, ale mała odporność tylnych

pęczków rdzenia, bo na tysiące luetyków przypada jeden tobetyk, jeśli na gruźlicę zapada nie ten, kto dużo obcuje z kochowskim robactwem, lecz ten, kto ma do gruźlicy odpowiednie usposobienie, jeśli uważamy, że przyczyną artrytyzmu nie są popełnione grzechy w jedzeniu i piciu, tylko wrodzona słabość, schorzenie osnowy tkanki łącznej w organizmie, jeśli na zapalenie wsierdza zapatrujemy się w ten sposób, że przyczyną sprawy są nie tyle paciorkowce, ile teren, na którym się sprawa odgrywa, — to i niedokrwistość złośliwą musimy uważać za samodzielną jednostkę morfologiczną, za chorobę krwi, jako tkanki. Krew, jakkolwiek płynna, jest tkanką i pomiędzy tkankami jest jedną z pierwszych, która się rozwija i jedną z ostatnich, która się ma ku schyłkowi, ku upadkowi. Niedokrwistość złośliwa, to wspomniany przez prelegentkę powrót do okresu zarodkowego, to przedwczesna starość krwinek. By niedokrwistość złośliwa powstała, potrzeba dwóch czynników: 1) usposobienia czerwonych ciałek krwi do przedwczesnej starości, i 2) szkodliwego wpływu na czerwone ciała krwi. Usposobienie, to dziedziczność. Znamy szkodliwe wpływy dla niedokrwistości złośliwej wtórnej, lecz nie znamy przyczyny powstawania niedokrwistości pierwotnej, samoistnej, essencjalnej. Jeśli jednak nie znamy tej przyczyny, tem nie mniej z całą stanowczością twierdzić możemy, że ta przyczyna istnieje, ponieważ w medycynie niema skutku, efektu bez przyczyny.

Co do strony klinicznej, to oprócz wspomnianych przez przedmówców cech specjalnego wyglądu języka, achyliae gastricae i właściwego obrazu krwi, zaznaczyć należy występujące już przed tem na wiele miesięcy, a może i lat: ból piekący, odczuwany z boków języka, ból przy ucisku w dole mostka i parestezje w kończynach, szczególnie dolnych. (Str. wł.).

5) Kol. S t a r k i e w i c z Wł. nie może się zgodzić z twierdzeniem prelegentki, że odrębna postać chorobowa istnieje tylko wtenczas, kiedy można stwierdzić zmiany chorobowe anatomiczne. Klinicyści oddawna doszli do tego punktu, że o ile mogą stwierdzić przyczynę niedokrwistości złośliwej, nie mówią o niedokrwistości złośliwej, jako o odrębnej postaci klinicznej. Jedynie w przypadkach bez ustalonej przyczyny niedokrwistości o wyraźnym obrazie klinicznym niedokrwistości złośliwej, rozpoznają to cierpienie. Pappenheim uznaje istnienie niedokrwistości złośliwej jako odrębnej postaci klinicznej na podstawie nietylko obrazu hematologicznego, lecz i odrębnego przebiegu klinicznego. Następnie St. wspomina obserwowany przez siebie przypadek niedokrwistości złośliwej, wywołanej przez zatrucie nikotyną.

6) Prof. H o r n o w s k i zwraca uwagę na ujęcie przez prelegentkę wzajemnego stosunku z jednej strony szpiku kostnego, jako organu krwiotwórczego, z drugiej śledziony i wątroby jako antagolistów. Od wzajemnego stosunku tych organów zależy norma. Od zaburzeń w szpiku kostnym zależy niedokrwistość złośliwa, od zaburzeń w śledzionie, od zwiększonej czynności hemolitycznej śledziony zależy żółtaczką hemolityczna.

7) W odpowiedzi kol. Dąbrowska zgadza się z prof. Gluzińskim, że, aby rozpoznać niedokrwistość złośliwą należy mieć obraz kliniczny w całości. Nie wszystkie dane kliniczne są stałe, a więc i obraz kliniczny nie jest stały. W badaniach swoich D. opierała się na danych, dostarczonych przez klinicystów. Nawet charakterystyczne zmiany na języku, o których wspomniał kol. Klejn, spotykamy i w kile. W żołądku również znajdowano przerost śluzówki, lub też nie wykrywano żadnych zmian. Niestąłość obrazu klinicznego przemawia przeciw niedokrwistości złośliwej, jako jednostce chorobowej.

VI. Kol. Filiński wygłosił rzecz p. t.: „Nowa próba badania czynności wątroby”.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **Wł. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 15 maja 1923 r.

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

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Prof. Dr. Leon Wachholz „Psychopatologia sądowa”. 2) W. H. Melanowski „Krótki podręcznik chorób ocznych. N. Bishop Harman. Tłomaczenie z angielskiego.

III. Kol. B. Sabat przedstawia przypadki twardzieli, wyleczone promieniami Roentgena. Do chorób, w których naświetleniami rentgenowskimi można uzyskać znakomite wyniki lecznicze i zupełne wyleczenie, należy twardziel (scleroma). Wszystkie inne dotychczas stosowane środki wewnętrznego i zewnętrznego leczenia tej choroby, która nas tem więcej obchodzi, że na znacznych obszarach ziem polskich jest ona endemiczną, okazały się albo bezskutecznymi albo o większej lub mniejszej wartości środków leczenia objawowego. Rhinoskleryna Pawłowskiego, mająca być środkiem leczniczym swoistym, zawiodła. Zabiegi chirurgiczne twardzieli ograniczają się jedynie do leczenia objawowego. Doszczętne usunięcie nacieków twardzielowych nigdy się nie udało; kuszenie się o nie spowodza wielkie uszkodzenia, nigdy zaś radykalnego wyleczenia. W następstwie wycięcia guzów twardzielowych w okolicy nosa powstają zniekształcenia, w oszpeceniu twarzy współzawodniczące ze zmianami, jakie z biegiem czasu spowodza niczem nie wstrzymany dalszy rozwój choroby. Bezkrwawe, rozszerzające leczenie zwężonej krtani i tchawicy, wycinanie śródkrtaniowe, laryngofissura, kombinowanie zabiegów krwawych z następstwem leczeniem uciskowym, rozszerzanie zwężonych przewodów nosowych za pomocą celowo ukształtowanych bougies, skrobanie łyżeczką i t. d. mają na celu

ułatwienie oddychania. Niekiedy zachodzi potrzeba doraźnego usunięcia dusznicy za pomocą tracheotomji. Nowy okres leczenia twarzdzieli zainaugurowali w r. 1902. A. Rydygier (jun) i Gottstein, z których pierwszy na Zjeździe chirurgów polskich, drugi w Śląskiem Towarzystwie laryngologicznem, donoszą o skutecznem leczeniu twarzdzieli zapomocą naświetlań promieniami Roentgena. Następnie szereg autorów opisał przypadki twarzdzieli, w których naświetlaniem promieniami Roentgena osiągnięto dobre wyniki, a nawet zupełne wyleczenie. Mówca rozporządza dość bogatym doświadczeniem, gdyż obejmującem 38 przypadków twarzdzieli, które w ostatnich kilkunastu latach leczył promieniami Roentgena. Leczenie wymagało cierpliwości ze strony chorych i lekarza, gdyż rozciągało się na kilka do kilkunastu miesięcy, to też nie wszyscy chorzy wytrwali w leczeniu. W 18 przypadkach mówca uzyskał wyleczenie. Jako przykład klasycznego wyleczenia może posłużyć przypadek, który mówca omawiał z pokazem fotografii na Zjeździe rentgenologów w Berlinie w r. 1912. Obrazy te reprodukował H. Schmidt w swoim „Kompendium der Röntgentherapie“. Była to 45-letnia kobieta z ziemi Lubelskiej dotknięta daleko posuniętą twarzdziłą nosa, górnej wargi, na której się znajdował guzowaty ziarniniak (t. zw. postać twarzdzieli Herby), jamy nosowogardłowej i krtani. Chora była w przeciągu 16-tu miesięcy naświetlana 13 razy; pojedyncze posiedzenia w odstępach 1 — 2 miesięcy. Naświetlane były następujące okolice: 1) warga górna (guzowaty ziarniniak), 2) nos zewnątrz, 3) nos wewnątrz, 4) szyja zewnątrz, 5) jama nosowogardłowa; okolice 3 i 5 naświetlano przy użyciu wzierników ze szkła ołowiowego. Dawka na każdą okolicę 3 — 5 H. Dawki te wystarczały do zupełnego wyleczenia ze znakomitym wynikiem pod względem kosmetycznym. (Mówca pokazuje fotografie chorej przed i po wyleczeniu).

Jako przykład twarzdzieli, która rozpoczęła się w krtani, poczem zajęła górne odcinki dróg oddechowych (typ wstępujący), przytacza mówca następujący przypadek, w którym uzyskał naświetlaniami zupełne wyleczenie: M. M. lat 26, z ziemi siedleckiej. Od lipca 1920 roku suchość w gardle i chrypka przemijająca, często powtarzająca się. Kilka miesięcy później chrypka stała, suchy kaszel, duszność. Z początkiem roku 1921, zgłosił się do szpitala Ujazdowskiego, gdzie 27/I—1921 r. zrobiono mu tracheotomję. W parę miesięcy później stan chorego znacznie się pogorszył. Wystąpiły zachłyśnięcia przy przyjmowaniu pokarmów, co świadczyło o unieruchomieniu nalewek. W dalszym ciągu twarzdziel zajęła gardło i nos. W drugiej połowie listopada zgłosił się chory znów do szpitala do ppłk. Dr. Pęskiego, który go natychmiast skierował do mnie do naświetlań rentgenowskich. Stan obecny przed naświetlaniem: nos znacznie powiększony, zniekształcony, twardy. Rhinoskopia: twarde guzy białawe na dolnej ścianie przewodów nosowych i na muszlach dolnych, zewężające oba przewody nosowe do paru milimetrów średnicy. W okolicy otworów tylnych rozlane nacieczenia, zewężające wejście do choan do przekroju średnicy około pół cm. Podniebienie miękkie podciągnięte do góry, prawie nieruchome. Wygląd tylnej ściany gardła robi wrażenie bliznowatego zwyrodnienia śluzówki. Światło krtani

tak zwężone, że zaledwie drucik o przekroju paru milimetrów można by przepchnąć. Struny głosowe zupełnie unieruchomione. Głos chorego zachrypnięty o dźwięku nosowym. Chory po zatkaniu lub wyjęciu rurki nie może oddychać. Chory był naświetlany: 1) 20.10.1921 r., 2) 23.11.21 r., 3) 23.12.21 r., 4) 3.I.22 r., 5) 7.II.22 r., 6) 10.III.22 r., 7) 2.IV.22 r., 8) 24.V.22 r., 9) 22.VI.22 r., 10) 22.VII.22 r., 11) 23.IX.22 r. Naświetlano: 1) prawą stronę nosa, 2) lewą stronę nosa, 3) nos od przodu, 4) stronę prawą szyi, 5) stronę lewą szyi, 6) szyję od tyłu. Promienie twarde (10—12 We), przez filtry glinowe 3—4 mm. grubości, dawki 8—10 H. Polepszenie stanu podmiotowego i przedmiotowego następowało w miarę naświetlań. Oddech stawał się swobodniejszy, duszność zmniejszyła się (chory po zatkaniu rurki, lub jej wyjęciu, mógł oddychać przez coraz dłuższy przeciąg czasu, nos znacznie, zmniejszył się i zmiękł już w styczniu 1922 r. Z końcem roku 1922, chory uznany za wyleczonego. Stan przedmiotowy z dnia 10.V.23 r.: Nos prawidłowo ukształtowany, prawidłowej wielkości o prawidłowej twardości, guzki i nacieczenia w nosie znikły, drożność przewodu nosowego zupełna. Muszla dolna prawa nieco powiększona, miękka. Wejście do choan prawie o prawidłowym przekroju. Podniebienie miękkie o ustawieniu prawidłowym, ruchome. Mowa nie ma charakteru nosowego jak dawniej, pozostała nieznaczna chryпка. Światło krtani (wejście do krtani) okrągławe zapewne wskutek blizny w okolicy commissura anterior, o przekroju $\frac{3}{4}$ prawidłowego. Ruchomość nalewek i strun głosowych zadawalająca. Oddychanie po wyjęciu rurki i zatkaniu otworu tracheotomijnego jest zupełnie swobodne.

IV. Kol. Rutkowski Jerzy przedstawia zagojonego pacjenta po operacji nałożenia szwu na wątrobę z plastyką wolnego kawałka mięśnia prostego brzucha. Chory przybył na klinikę chirurgiczną II-ą z powodu rany postrzałowej okolicy wątroby z objawami krwotoku wewnętrznego. Po otwarciu jamy brzusznej (cięcie Kochera na wątrobę) Rutkowski stwierdził głęboką o nierównych brzegach ranę wypukłej powierzchni wątroby długości około 12 cm. Po ułożeniu w ranie odpowiedniego kawałka mięśnia prostego, wziętego od pacjenta, na ranę założono pięć głębokich szwów strunowych. Zaszycie powłok na głucho. Szew wątroby należy do rzadkości. Do niedawna rany wątroby tamponowano wyjałowioną gazą wskutek obawy przed krwawieniem, brzucha nie zaszywano na głucho wskutek kruchości miąższu wątroby szwy bardzo łatwo go przerzyły. Dopiero w ostatnich czasach zaproponowano szew z plastyką sieci na ranę.

Pacjent jest już dwa miesiące po operacji, czuje się dobrze. Badanie moczu upośledzenia sprawności wątroby nie wykryło. (Str. wł.).

V. Kol. Krzemiński przedstawił chorego z wybitnem drżeniem zamiarowem; drżenia znacznej rozległości w dolnych, górnych kończynach i tułowi, szczególnie wyrażone w pozycji stojącej przy ścianie. U chorego stwierdzono zmiany w czynności wątroby i ograniczone stwardnienie na wątrobie. Po analizie objawów Krzemiński wyłącza stwardnienie wieloogniskowe rdzenia (sclerose

en plaque) oraz rzekome stwardnienie wielogniskowe (pseudosclerose en plaque) i rozpoznaje chorobę Wilsona. Odczyn Wassermana ujemny.

W dyskusji 1) kol. Trzciński wspomina, że przedstawiał chorego z objawami zupełnie dobrze wyrażonego klinicznie stwardnienia wielogniskowego przy powiększonej wątrobie i śledzionie. T. pamiętając omawiane przez prof. Gluzińskiego przypadki, przeprowadził kurację swoistą przeciwkiłową i chory wyzdrowiał.

2) Kol. H. Higier nie sądzi, aby choroba ta była w związku z przymiotem, gdyby się nawet stwierdziło przypadkiem odczyn Wassermana. Obraz kliniczny jest typowy dla t. zw. pseudosklerozy, opisanej przez Westphala i Strumpla, a zbadanej po raz pierwszy dokładnie histologicznie przez Alzheimera. Jasna rzecz, że cierpienie, przebiegające z zaburzeniami psychiki, mowy, stwardnieniem wątroby i zmianami w rogówce, nasuwa przede wszystkim myśl o przymiocie. Jeszcze bardziej nasuwała się ta myśl w rodzinie, którą opisał Higier w r. 1915 — pierwszy w piśmiennictwie polskim. Był bowiem dotknięty ojciec młodocianą drżączką porażenną, a z dwóch synów jeden chorobą Wilsona, a drugi pseudosklerozą. Higier wypowiedział też wtedy zdanie o bliskim pokrewieństwie lub identyczności obu tych postaci, co wreszcie w r. 1920 na drodze histologicznej ostatecznie stwierdził Spielmeyer. Choroba ta nabiera wielkiej aktualności wobec tego, że główne zmiany anatomiczno-patologiczne stwierdza się w zwojach podstawowych (nucleus lenticularis, striatus, caudatus), w których wielka epidemia encephalitis lethargicae przeważnie umiejscawiała swoje podostre ogniska zapalne. Choroba demonstrowana jest, niestety, postępującą i nieuleczalną i nie poddaje się terapii swoistej. (Str. wł.).

3) Prof. Orzechowski zwraca uwagę na charakterystyczny szczegół w postaci obwódki na rogówce o zabarwieniu żółtawo-zielonkawym, które potwierdza rozpoznanie. Następnie prof. O. opisuje drżenie, jego rozległość i podkreśla charakterystyczne cechy.

4) Prof. Gluziński wspomina o 2 przypadkach, które obserwował w czasach, kiedy był asystentem. Przypadki ciekawe ze względu na etiologję. Obaj chorzy pracowali w fabryce kapeluszy, gdzie używano rtęci. Możliwe, że opary rtęciowe wywoływały owo drżenie. Prof. G. uważa, że cierpienie może być pochodzenia toksycznego, obok zakaźnego.

VI. Kol. Tokarski przedstawił przypadek przymiotu ośrodkowego układu nerwowego, który był zupełnie odporny na leczenie neosalwarsanem, rtęcią i jodem, a uległ znacznej i szybkiej poprawie po śródmięśniowym zastrzykiwaniu bismutem citricum.

N. N. lat 36, urzędnik, zaraził się przymiotem przed 19 laty. Leczenie niedostateczne. Dziesięć miesięcy temu chory zaczął doznawać niezborności ruchów i bólów w kończynach dolnych. Przez sześć miesięcy otrzymuje dwie łącznicze serje, polegające na 16 wstrzykiwaniach dożylnych neosalwarsanu i 32 śródmięśniowych zastrzykiwaniach preparatu rtęci. Jednocześnie zażywa jodek potasu. Chodzi coraz gorzej, w końcu już z pomocą drugiej osoby. Wreszcie

w tydzień po ostatniem zastrzyknięciu śródmieśniowem w biurze przy pracy doznaje napadu lewostronnej jacksonowskiej epilepsji. Napady powtarzają się codziennie i w ciągu tygodnia rozwija się obraz kliniczny meningomyelitidis lueticae chronicae disseminatae obok jednoczesnego kilaka na oponie w okolicy prawostronnej brzozy Rollanda. W tym stanie przywieziono chorego do szpitala Przem. Pańskiego. Porażenie zupełne dolnych kończyn w zakresie ruchu i wszelkiego czucia, porażenie pęcherza i odbytnicy, na lewym pośladku postępująca odleżyna, porażenie wiotkie, brak odruchów rzepkowych i ze ścięgna Achillesa. Silne bóle w kończynach dolnych świadczyły o podrażnieniu tylnych korzeni przez współudział w cierpieniu opon mózgowych. Należało przyjąć kilka drobnych ognisk lub jedno duże ognisko w ledźwiowym i kuprowym odcinku rdzenia kręgowego. Duże osłabienie władz umysłowych. Tylko równe i żywo reagujące źrenice nie pozwalały na rozpoznanie taboparalipseos. Przystąpiłem do leczenia bizmutem. Chory otrzymał pięć śródmieśniowych zastrzyknięć bismutum citricum, co trzy dni, po 0,05. Następnie wskutek stanu zapalnego dżiąseł i wyraźnej czarnej obwódki na dżiąsłach chory otrzymywał co trzeci dzień już tylko po 0,01 bismutum citricum, — razem z poprzedniami 12 zastrzyknięć. Wyraźną poprawę zauważono po trzeciem zastrzyknięciu. Chory zaczął odzyskiwać władze umysłowe i przestał zanieczyszczać się pod siebie. Obecnie poprawa jest w tym stopniu, że chory jakkolwiek ataktycznie, lecz chodzi bez pomocy i bez laski, może stać z zamkniętymi oczami, chwiejąc się lekko. Czucie na kończynach powróciło prawie zupełnie, lecz nie powróciły odruchy. Odleżyna uległa zagojeniu. Źrenice reagują dobrze, jak i poprzednio. Psychicznie poprawa w tym stopniu, że chory powraca do swego zajęcia biurowego. (Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. H i g i e r podziwia efekt leczniczy soli bismutowej, nie ma atoli pewności co do związku przyczynowego terapii u chorego, który ostatnio był leczony nader energicznie jodem, rtęcią i salwarsanem, a pod koniec minimalnemi dawkami soli bismutowej. Pozatem rozpoznanie jest niepewne, gdyż szereg objawów mózgowych, dezorientacja zupełna, niedowład kończyny górnej, upośledzenie przysadki obok objawów rdzeniowych z analgezą i arefleksją zupełną nie wyklucza — mimo braku objawu Argyle-Robertsona — taboparalysis, która tu i owdzie daje znaczne remisje samoistne i przemijające poprawy posalwarsanowe. Myetitis luetica transversa, zwłaszcza ze zniesieniem odruchów przebiegająca, leczy się bardzo uporczywie. Rozpoznanie różniczkowe między taboparalysis, gummatosis cerebrosplanialis multiplex, a myelitis transversa nie zostało przekonywająco przeprowadzone. Higier ma wrażenie, że odruchów ścięgowych brakło już przed ostatnim napadem paraplegicznym. (Str. wł.).

2) Kol. Trzciński uważa, że rozpoznania cierpienia u przedstawionego chorego niema. T. nie widział, aby małe dawki bizmutu dawały takie poprawy w kile. Myelitis transversa po wielkiej wojnie spotykamy częściej. Jedne przypadki przebiegają ciężko

i trwają długo, to znowu w innych poprawa występowała szybko. T. sceptycznie odnosi się do entuzjastycznie opisywanych dobrych wyników po stosowaniu nowych preparatów.

VII. Kol. Rutkowski Jerzy wygłosił odczyt p. t. „Badanie dróg żółciowych za pomocą zgłębnika dwunastniczego”. (v. Polski Przegląd chirurgiczny, Tom I, zeszyt 4.1922).

Po zapoznaniu z historją i techniką metody i po krótkim przeglądzie odnośnego piśmiennictwa, R. przedstawił w streszczeniu wyniki swoich badań w 50-u przypadkach, prawie wszystkich sprawdzonych operacyjnie. U osobników ze zdrowymi drogami żółciowymi w każdym przypadku (również i u siebie) prelegent po wprowadzeniu przez zgłębnik do dwunastnicy 25 ctm³ 25%-ego roztworu siarczanu magnezowego otrzymywał kolejno: jasną żółć z przewodu żółciowego wspólnego (żółć A), następnie ciemną — z woreczka (żółć B), w końcu znowu jasną z przewodów wątrobowych (żółć C). Nieotrzymanie żółci B. dowodzi zatkania przewodu woreczkowego, nieotrzymanie żadnej żółci świadczy o niedrożności wspólnego przewodu żółciowego. W jednym przypadku na samym początku badania otrzymano żółć B, co nasunęło podejrzenie na istnienie połączenia między czynnym woreczkiem żółciowym, a żołądkiem; podejrzenie to na operacji sprawdziło się. Wykrycie w osadzie z żółci B. dużej ilości wielojądrazastych białych ciałek krwi i komórek walcowatych świadczy o stanie zapalnym woreczka. Z badań swoich prelegent wyciąga wnioski, że metoda Meltzer'a i Cyon'a powinna stać równorzędnie obok innych klinicznych sposobów badania dróg żółciowych, gdyż zapowiada z rozwojem dokładniejszego rozbioru otrzymanej żółci wiele cennych danych rozpoznawczych i nie jest pozbawioną pewnej wartości leczniczej, jak to mógł zaobserwować prelegent w niektórych lżejszych przypadkach, gdzie po zastosowaniu zgłębnikowania nastąpiła szybka poprawa. (Str. wł.).

W dyskusji kol. Z a o r s k i wspomina o obserwowanym wspólnie z kol. Landsbergiem przypadku, w którym trudno było różniczkować rozpoznanie pomiędzy pęcherzykiem żółciowym i zapaleniem wyrostka robaczkowego, badanie zgłębnikiem dwunastniczym wykryło w żółci B. ropę. Na operacji stwierdzono papilloma vesicae feleae.

VIII. Kol. Elektorowicz i Tyczka wygłosili rzecz p. t. „Encefalografia”.

Tyczka omówił metodę odmy mózgowej, polegającą na wpuszczaniu powietrza do kanału mózgowordzeniowego za pomocą nakłucia lędźwiowego, wskazania i przeciwwskazania do jej stosowania, objawy kliniczne, towarzyszące odmie mózgowej i dane, które otrzymujemy po zastosowaniu odmy.

Elektorowicz przedstawił obrazy rentgenograficzne różnych grup schorzeń mózgowych i uzasadniał rozpoznanie zmian w związku z danymi klinicznymi, uważając rentgenogramy za pomocniczy środek rozpoznawczy.

W dyskusji 1) kol. Węgierko zakomunikował, że przeprowadzał badania chemiczne krwi po stosowaniu odmy mózgowej. W tych przypadkach, w których powietrze weszło do komór mózgowych, W. stwierdzał wzmożenie odsetka cukru we krwi. Ilość białych krwinek stale się zwiększała, eozynochłonnych podnosiła się z 3 do 9⁰/₀. Wnioskuje, że w odmie mózgowej występuje podrażnienie układu parasympatycznego.

2) Kol. Sabałt zaznacza, że encefalografia na podstawie dotychczasowych doświadczeń zdaje się być metodą wiele obiecującą; ażeby jednak przyczyniła się istotnie do wzbogacenia naszych metod dajagnostycznych, powinna odpowiadać dwom warunkom: 1) niebezpieczeństwo jej powinno być dokładnie oznaczone i małe; wskazania i przeciwwskazania powinny być ustalone; 2) interpretacja rentgenogramów powinna opierać się na ustalonych pewnych podstawach. Odnośnie do p. 1 zgodności zapatrywań autorów jeszcze niema. Podczas, gdy twórcy metody Dandy i Bingel i za nimi kilku innych autorów uważają wpuszczanie powietrza do przestrzeni mózgowordzeniowych za zabieg nieszkodliwy, spotykamy się z zapatrywaniem również poważnych autorów, że zabieg ten przedstawia dla chorych niemałe niebezpieczeństwo. Niektórzy autorowie, jak Schott i Eitel (Kolonja) z powodu nieszczęśliwych przypadków dalszego stosowania metody zaniechali, inni znów, jak Denk z kliniki Eiselsberga ograniczają je tylko do przypadków, w których inna dajagnostyka zupełnie zawodzi. Również i pod względem przeciwwskazań niema zgodności zapatrywań. Charles Martin i Claude Uhler cytują jako przeciwwskazania: meningitydy, stany hemorragiczne i przypadki, w których się podejrzewa guz w najniższej okolicy mózgu. gdzie przez wpuszczenie powietrza do kanału kręgowego zachodzi niebezpieczeństwo wywołania ucisku rdzenia przedłużonego w otworze wielkim. Udoskonalenie techniki, ustalenie przeciwwskazań, odpowiedni dobór przypadków i zachowanie ostrożności przy stosowaniu encefalografii zmniejszy ew. usunie jej niebezpieczeństwo. Odnośnie do p. 2 mówca zaznacza, że interpretacja rentgenoencefalogramów jest trudna i pozostawia wiele dowolności. Trudności te zwiększa okoliczność, że obrazy w wysokim stopniu są zależne od techniki. Braki wypełnienia mogą być spowodowane błędami technicznymi. Celem uzyskania realnych podstaw interpretacji, encefalogramy powinny być przy nadarżającej się sposobności kontrolowane anatomicznie, jak to zalecają Oskar David i Gerhard Gabriel. Autorowie ci w przypadkach, w których nastąpiło zejście śmiertelne, uzyskiwali obrazy anatomiczne i porównywali je z poprzednio sporządzonemi rentgenoencefalogramami. W tym celu wstrzykiwano formalinę do tętnicy szyjnej, przez co utrwalano mózg in situ. Po wyjęciu mózgu i dalszem jego utrwaleniu sporządzano odpowiednie cięcia prostopadle do promienia centralnego. Porównanie rentgenogramów anatomicznych okazywało możliwość wielkich błędów, na jakie się jest narażonym przy encefalografii przy małej odległości płyty fotograficznej od ogniska antykatody. Aby uniknąć błędów i skoszlawień obrazów, wynikających z projekcji ogniskowej, wymienieni autorowie zastosowali telerentgenografię. Zdjęcia ortocentryczne nadają się lepiej do kon-

troli anatomicznej i ułatwiają interpretację. Na tej drodze będzie można uzyskać pewniejsze podstawy interpretacji encefalogramów i wyrobić sobie krytyczną ocenę użyteczności metody, która obecnie znajduje się jeszcze w stadium próby i doświadczeń. (Str. wł.).

3) Kol. Zieliński K. zapytuje o dalszy los chorych z encephalitis cerebrosppinalis po kilkodniowym polepszeniu, o jakim wspominał prelegent.

4) Prof. Orzechowski nie podziela obaw kol. Sabata. Podobne obawy istniały na początku stosowania nakłucia lędźwiowego, które zyskało sobie jednak tak szerokie zastosowanie. Odmę mózgową należy robić uważnie, ostrożnie, powoli, biorąc pod uwagę stan chorego i wszystkie możliwe powikłania. W odmie mózgowej zyskujemy sposób rozpoznawczy, jakiego do tej pory nie było. Można rozpoznać blizny w corona radiata. Prof. Orzechowski próbował zastosować odmę na zwłokach. Obraz rzeczywiście nie był zachęcający. Po otwarciu twardówki i zapuszczeniu powietrza pod dużym ciśnieniem mózg szybko się powiększa, płyn mózgowordzeniowy wycieka przez wszystkie otwory; powierzchnia mózgu sucha pokrywa się licznymi pęcherzykami powietrza, które z trzaskiem pękają. Przy zastosowaniu częściowej odmy ograniczonej do rdzenia, można określać dokładnie wysokość przeszkody, gdyż w tych miejscach występują bóle. Następnie odma może wpłynąć na mózg tak głęboko, jak żaden inny środek, np. przez ucisk na przestrzenie okołonaczyniowe, które mają komunikację z podpajęczynową, może wpływać na przemianę materji. Może mieć więc zastosowanie lecznicze w cierpieniach, jak epilepsja, migrena.

5) W odpowiedzi kol. Tytka zaznacza, że podkreślał w odczycie, że nie uważa odmy za zabieg niewinny. Brak przypadków śmiertelnych przemawia za jej stosowaniem. Bingiel na 1000 przypadków, miał jeden przypadek śmierci, kiedy wprowadził CO₂ zbyt szybko. CO₂ wchłania się szybciej, niż wytwarza się ciecz. Z chorych z zapaleniem opon mózgowych jeden pozostaje w poprawie miesiąc.

6) Kol. Elektrowicz podkreśla, że w swoich przypadkach opierał się na danych klinicznych. Dalsze badania w celu ustalenia obrazów rentgenowskich z danymi anatomicznymi są prowadzone na zwłokach.

7) Prof. Gluziński stwierdza, że kiedy prof. Orzechowski zwrócił się z propozycją stosowania odmy mózgowej, zgodził się chętnie, gdyż był pewny, że przy ostrożnem, obmyślonem do najdrobniejszych szczegółów stosowaniu, zabieg ten nie będzie niebezpieczny. Stosowanie odmy oprócz praktycznych wyników, może dać duże usługi nauce teoretycznej przez możność wywoływania podrażnień w różnych częściach mózgu w warunkach prawie normalnych. Prof. G. dziękuje za piękny odczyt.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

POSIEDZENIE KLINICZNE**dnia 29 maja 1923 r.**Przewodniczący: prof. **Głuziński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Dr. Med. i fil. Stefan Sterling-Okóniewski „Dur wysypkowy”. 2) Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka. 3) Bulletin international de l'Académie des sciences médicales a Varsovie. 4) Higier: a) Zur Symptomatologie und Prognose der selteneren Formen epidemischer cerebrospinaler Meningitis, b) Zur Differenzialdiagnose des akuten und chronischen Stadiums der sporadischen und epidemischen Encephalitis lethargica und mancher striopalidärer Spätsyndrome.

III. Prezes odczytał zaproszenie na Międzynarodowy Kongres Badań Psychicznych, który ma się odbyć w Warszawie w ostatnich dniach sierpnia lub pierwszych dniach września r. b.

IV. Kol. Jastrzębski przedstawił preparat samorodnego pęknięcia śledziony. Samorodne pęknięcia torebki śledzionowej z śmiertelnym krwotokiem należą do przypadków bardzo rzadkich. Spostrzegano je w zimnicy, durze i zmianach skrobiowatych. Natomiast w przypadkach posocznicy zwykle znajdujemy zawały septyczne, które powodują powstawanie ropni.

Zasadniczym warunkiem dla samorodnego pęknięcia torebki śledzionowej jest powiększenie narządu i zmniejszenie jego spistości. Wtenczas, nawet nieznaczne przyczyny mechaniczne, np. kaszel, kichanie, gwałtowne ruchy i t. p., są w stanie wywołać pęknięcie. W zależności od wielkości pęknięcia zejście będzie niejednakowe. Pęknięcia torebki na małej przestrzeni zwykle goją się bez poważniejszych następstw, pozostawiając po sobie czasami blizny, czasami wypuklenia na powierzchni narządu. Przeciwnie, pęknięcia bardziej rozległe prowadzą do śmiertelnych krwotoków.

Do tej ostatniej grupy należy przypadek, który miałem możność obserwować w szpitalu na Czystem 23 maja r. b. Niestety, badanie pośmiertne było niepełne, gdyż była zastrzeżona sekcja tylko jamy brzusznej.

Zwłoki mężczyzny 47 lat. Rozpoznanie kliniczne „Abscessus pulmonis”, Septicopyaemia. Jama brzuszna zawiera dużo krwawego płynu i ciemno czerwonych galaretowatych skrzepów. Po wyjęciu śledziony i oczyszczeniu jej powierzchni ze skrzepów okazało się znaczne powiększenie narządu: przy grubości ponad 5 cm. wymiar podłużny dochodził do 20 cm. Torebka była gładka, napięta, ciemno sina. W okolicy górnego bieguna na powierzchni przeponowej w torebce znajduje się szczelina zygzakowata około 7 cm. długości, wypełniona mocno trzymającym się skrzepem. Zmian w torebce w okolicy pęknięcia nie widać. Na przekroju podłużnym przez narząd na wysokości pęknięcia rzuca się w oczy klinowaty zawał, wyróżniający się swym szarozółtawym zabarwieniem na tle ciemno czerwonego miąższu śledziony. Środek

zawału uległ rozmiękczeniu. Drobne ogniska rozmiękczenia występują również gdzieś i na obwodzie. Bezpośrednio pod torebką na przeponowej powierzchni śledziony na przestrzeni górnej połowy narządu znajduje się ciemno-czerwona warstwa skrzepłej krwi. W tem miejscu spostrzega się zupełne odwarstwienie torebki.

W omawianym przypadku zwraca na siebie uwagę obfity wylew krwawy pod torebką śledziony przy równoczesnem istnieniu rozległego jej pęknięcia. Powstanie wylewu mogło albo poprzedzić pęknięcie torebki, albo nastąpić już po niem. Według mego zdania wszystko przemawia za przypuszczeniem pierwszym. Mianowicie: krwotok powstał gdzieś w okolicy zawału; wylewająca się krew początkowo odwarstwiała torebkę i stopniowo krzepła. Natomiast w okolicy zawału torebka, prawdopodobnie nieco zmieniona, pod ciśnieniem wylewającej się krwi pękła, powodując śmiertelny krwotok do jamy brzusznej. (Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. P a s z k i e w i c z podają że zdolność pęknięcia śledziony szczególnie w zimnicy bywa wyzyskiwana w celach zbrodniczych. Przez uderzenie w okolicę śledziony następuje pęknięcie śledziony, następnie krwotok i śmierć.

V. Kol. M. S e m e r a u przedstawił krzywe elektrokardiograficzne, normalną i ze skurczami dodatkowymi i migotaniem przedsionków. Na krzywych przedstawione zostały jednocześnie krzywe tętna żylnego i tonów serca.

W dyskusji 1) kol. P a w i ń s k i przypomina, iż pierwszy spostrzegwał w przypadkach arytmji, zwłaszcza w wadach zastawek serca brak wzgórek, zależnego od skurczu przedsionków wskutek ich niedomogi. Zjawisko to było trudno wyjaśnić. Nie chcąc być narażonym przy ówczesnych poglądach co do inervacji serca na zarzut ignorancji podstawowych zasad fizjologii, lub też niedokładności badań elektrokardiograficznych, unikał P. wyodrębnienia tego niezwykłego zjawiska. Okazuje się, jaki ważny postęp zrobiło badanie czynności serca za pomocą elektrokardiografu. Jak wielkie znaczenie ma przy badaniu serca to, że chory może spokojnie leżeć, często nawet w innym pokoju, P. zastrzega się, że wszelkie wskazówki laboratoryjne, elektrokardiograficzne mają znaczenie, ale jednocześnie ze szczegółowym badaniem klinicznym.

2) Kol. J a n o w s k i Wł. stwierdza, że nie jest rzeczą przypadkową, że z II kliniki wewnętrznej prof. Rzętkowskiego wyszły pokazy, gdyż prof. Rzętkowski jeden z pierwszych pisał o tej sprawie. J. podkreśla, że pierwszy zdyął krzywą z przedsionka przez przełyk, wykonał to zdjęcie w Wiedniu. Elektrokardiograf wyjaśnia w sposób łatwy takie rzeczy, jakich nie można było rozpoznać za pomocą innych metod, jak np. możność wykazania migotania i trzepotania przedsionków, powstawania skurczów w różnych odcinkach serca.

3) Kol. L a n d a u An. składa podziękowanie prof. Rzętkowskiemu i Semerauowi za podjęcie starań w ufundowaniu elektrokardiografu i za przedstawienie krzywych. Wszystkie krzywe L. uważa za ciekawe, ponieważ pierwszy raz zostały zdjęte w Warszawie. Najciekawsze są krzywe migotania przedsionków i trzepotania przed-

sionków, gdyż wykazują, że przy miarowym tętnie mogą występować tak znaczne zaburzenia w sercu.

4) Kol. S a b a t wspomina o kombinacji elektrokardjografji z rentgenokinematografją, jako też o zapoczątkowanej przez Franciszka i Theo Grodel ów kombinacji elektrokardjografji z wynalezioną przez mówcę metodą rentgenograficznego przedstawiania ruchów serca linjami falisto-krzywemi z t. zw. rentgenokardjografją czyli kymografją serca. Metodę tę przedstawił mówca na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego dnia 7 lipca 1911 r. i opisał ją w Lwowskim Tygodniku Lekarskim Nr. 28 1911, następnie zaś w Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XX 1912. W 14 miesięcy później Gött i Rosenthal w München. medizin. Wochenschr. Nr. 38, 1912 opisali metodę tę jako zupełnie nową i przez nich odkrytą. Autorowie ci jednak, dowiedziawszy się o znacznie wcześniejszej publikacji mówcy, w sposób lojalny przyznali mu pierwszeństwo autorstwa i odkrycia metody. Położyli też oni niemałe zasługi około jej rozwoju. Zasada metody tej jest następująca: jeżeli prześwietlamy klatkę piersiową badanej osoby w kierunku tylnoprzodnym, umieściwszy między ekranem rentgenowskim i klatką piersiową płytę ołowiową z poprzeczną wąską szparą, ustawioną tak, by obraz szpary znajdował się poziomo mniej więcej na wysokości sutków, widzimy na ekranie obraz szpary w środkowej części ciemny, w bocznych jasny. Ciemna część obrazu szpary odpowiada odcinkowi serca, znajdującemu się poza szparą, boczne zaś jasne odcinki szpary odpowiadają odcinkom płuc. Punkty graniczne między środkowym ciemnym odcinkiem obrazu szpary i obydwojma jasnymi odcinkami odpowiadają częściom konturów sylwetki serca, mianowicie po lewej stronie konturu komory lewej, po stronie prawej konturu przedsionka prawego. Odcinek ciemny szpary nie znajduje się w spokoju, lecz odbywa ruchy tętniące, zależne od skurczu i rozkurczu serca. Jeżeli zamiast ekranu rentgenowskiego przed płytą ołowiową umieścimy płytę (film) fotograficzną i przesuwamy ją w kierunku pionowym (prostopadłym do obrazu szpary), otrzymamy na płycie fotograficznej szereg zlewających się ze sobą rentgenograficznych obrazów szpary wzgl. za szparą znajdujących się części serca i płuc. Dwie linje falisto krzywe, odgraniczające z obu stron środkową powierzchnię jasną od bocznych powierzchni ciemnych, będą wyrazem tętnienia serca, linja po stronie lewej jest rentgenokardjogramem (kymogramem) komory lewej, linja po stronie prawej rentgenokardjogramem przedsionka prawego. Regstrując równocześnie na płycie fotograficznej szybkość jej ruchu za pomocą metody, stosowanej do tego celu w graficznie regstrujących przyrządach fizjologicznych, otrzymamy możność studjowania na podstawie rentgenokymogramów czynność ruchową serca w danym czasie. Przez odpowiednie ustawienie przyrządu możemy poddać obiektywnemu badaniu i ścisłej analizie objawy ruchowe każdego przybrzeżnego punktu serca. Podobnież metodą tą możemy badać ruchy przepony (rentgenofrenografją, czyli kymografją przepony). Kymografją dotychczas nie używano zastosowania praktycznego. Kymogramy serca pouczają, że serce ani w skurczu, ani u szczytu rozkurczu nie zatrzymuje się w ru-

chu. Mówca pracuje nad udoskonaleniem metody pod względem technicznym i nad analizą rentegenokymogramów. Zdejmując równocześnie elektrokardjogram i rentegenokymogram serca i umieszczając na filmie obie krzywe jedna pod drugą, możemy kymogramów użyć do analizy elektrokardjogramów. Prace odnoszące się do tego przedmiotu ogłosili między innymi bracia Theo i Franz Groedel jako też Becker: „Die Analyse des Elektrokardiogramms mittels der Röntgenkymographie“ w Deutsches Arch. f. klin. Med. 1914. Bd. 113. (str. wł.).

5) Kol. Goldbaum podnosi korzyści, jakie elektrokardjograf daje w badaniach farmakologicznych i balneologicznych. G. przypomina o swej pracy nad działaniem kąpieli kwasowęglowych, dokonanej wspólnie z lekarzem niemieckim w Berlinie.

6) Prof. Gluziński z dyskusji dowodzi w jakich szczęśliwych warunkach był Kraków i Lwów. W Krakowie Surzycki w zakładzie Cybulskiego, we Lwowie Rencki u prof. Becka zdejmowali krzywe elektrokardjograficzne. Nie ogłaszali o tem, gdyż nie wykrywali nic nowego.

7- Kol. Semeran dziękuje Kol. Elektorowiczowi za bardzo udatne diapozytywy.

VI. Prezes komunikuje, że d. 8—9 lipca odbędzie się zjazd internistów w Wilnie i zachęca zebranych do wzięcia udziału w zjeździe.

VII. Prezes podaje do wiadomości, że powstał projekt wydawania w Warszawie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, narazie jako kwartalnika.

Prezes zachęca zebranych do zapisywania zadeklarowanych sum na powyższe wydawnictwo. Komitet redakcyjny zostanie wybrany w Wilnie.

Prof. Nitsch komunikuje, że zacznie wychodzić pismo: „Medycyna Doświadczalna i Społeczna“, w której będą wychodziły wszelkie prace z zakresu medycyny teoretycznej.

VIII. Prof. Hornowski i Rotfeld ze Lwowa wygłosili rzecz p. t.: Dalsze badania nad wpływem zastrzykiwania płynu mózgowordzeniowego z przypadków stwardnienia wroloogniskowego, jamistości rdzenia i stwardnienia zanikowego sznurów bocznych.

Mówcy omawiają wyniki swych badań doświadczalnych nad rozszaniem stwardnieniem mózgu i rdzenia; nie mogli oni nigdy znaleźć krętków, które Kuhn i Steiner uważają za swoiste dla tego cierpienia.

Zmian występujących w mózgu i rdzeniu również nie uważają za swoiste, gdyż przy zastrzykiwaniu płynu mózgowo-rdzeniowego z przypadków jamistości rdzenia i sclerosis amyotrophica lateralis otrzymywali w mózgu i rdzeniu zmiany podobne do tych, jakie występują po zastrzykiwaniu płynów ze stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia. Natomiast H. i R. stwierdzili u królików zmiany w śledzionie takie, jakie widzimy u ludzi w złośliwych postaciach niedo-

krwistości (haemisiderosis, bujanie tkanki łącznej i t. d. Na tej podstawie uważają zmiany otrzymane w mózgu i rdzeniu za toxicosis, a nie bacteriosis. (Praca w całości drukowana w N-rze 1 Medycyny doświadczalnej i społecznej). str. wł.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 5 czerwca 1923 r.

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

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki T-wa nadesłano: 1) Dr. Jan Adamski, „Służba zdrowia publicznego we Włoszech”. 2) Prace z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego. Rok 1923. Zeszyt III i IV.

III. Kol. Z. Michalski przedstawia 5 chorych z gruźlicą płuc i krtani, leczonych według metodyki własnej tuberkulinoterapii wśródskórnej. Metodyka ta ulega ciągle jeszcze modyfikacjom. Polega ona na przeprowadzeniu na krzyż powierzchownych nacięć skóry, o tyle powierzchownych, aby krew nie występowała. Liczba nacięć zależy od siły próbnej próby Pirqueta. Dążyć należy do tego, aby wielkość odczynu wynosiła 2 — 3 cm.

Szczepienia te wykonywa się codzień przez 10 — 12 dni, po czem następuje kilkudniowa przerwa i ponowna seria szczepień (maximum dotychczas pięć serii). Prelegent podkreśla, że nie jest to jeszcze metoda lecznicza, a tylko jedynie próby terapeutyczne, które na większym materiale i przez czas dłuższy należy sprawdzać. Dotychczas II klinika posiada około 40 przypadków, w czem około 70 procent wyników dodatnich. Szkodliwego wpływu dotychczas nie zauważono. (str. wł.)

IV. Prof. Wilga wygłosił rzecz p. t. „Rany postrzałowe szczęk i ich leczenie.

W dyskusji: 1) Kol. Sławiński stwierdza, że sprawa poruszona przez prelegenta jest ciekawa ze względu na sposób leczenia ran postrzałowych szczęk. Przed wojną zwracano głównie uwagę na części miękkie, mało podejmowano leczenia uszkodzeń kości. Materiał wojenny wykazał, że byliśmy na złej drodze. Obecnie zaczynamy od leczenia uszkodzeń kości, ustawienia szczęk, a dopiero na końcu leczenia wykonywamy plastyczną operację. Sławiński zapytuje prelegenta, jakie są stałe wyniki przedstawionego przez prelegenta leczenia i czy zmuszony był uciekać się do przeszczepień kości.

2) Prof. Kryński w przypadkach ciężkich, gdzie leczenie ortopedyczne nie wystarczało, wykonywał osteoplastyczną opera-

cję, wszczepiał części żebra i otrzymywał ustawienie stałe. Prof. Kryński podkreśla, że technika prelegenta daje dobre wyniki.

3) Prof. Gluziński zapytuje, w jaki sposób chorzy z tak ciężkimi uszkodzeniami jamy ustnej byli odżywiani.

W odpowiedzi prof. Wilga objaśnia, że chorzy otrzymywali pożywienie w płynnej postaci przez rurkę gumową, i że tacy chorzy łatwo się do tego przystosowują. Kwestja odżywiania w pierwszych dniach po zranieniu jest ważna i pierwszorzędna. Dużo chorych ginęło z tego powodu, że nie mogli jeść, a na froncie i podczas przewozu nie zastosowano odpowiedniego sposobu odżywiania. Co się tyczy plastyki kostnej prof. Wilga radzi stosować ją dopiero po kilku miesiącach po zagojeniu się ran. Następnie prof. Wilga przestrzega przed usuwaniem kawałeczków kości. Można zeszywać tylko w tych przypadkach, kiedy niema zębów, należy wtenczas rozszerzyć odłamki i wszyć szynę. Kiedy prof. Wilga przy pomocy szyn nie był w stanie nic osiągnąć, dokonywał plastycznej operacji. Najlepsze wyniki prof. W. widział przy przeszczepieniu z kości goleniowej, radzi przytem zakładać szynę, aby przeszczepiony kawałek kości nie podlegał uciskowi. Przeszczepianie żebra dawało gorsze wyniki.

V. Kol. A. l. Żurkowski wygłosił odczyt p. t. „O filtrach paskowych“, w którym przedstawił wnioski oparte ra długoletniem badaniu wody wodociągu warszawskiego. Już wprędce po rozpoczęciu swych badań doszedł do wniosku, że zawartość bakterji w filtracie zależy, biorąc z gruba, od mętności wody wiślanej, ponieważ zaś z mętnością tą idzie w parze (z wyjątkiem łań piaszczystych letnich) zwiększona liczba bakterji, więc zawartość bakterji w filtracie zależy od zawartości bakterji w wodzie surowej. Liczba bakterji maleje już w t. zw. osadnikach, jeszcze bardziej po przefiltrowaniu i wtedy wynosi około 1 procent. Ta liczba powinna być uznana za normę. Wniosek powyższy jest w zupełnej niezgodzie ze słynnemi w swoim czasie twierdzeniami Kocha. Na liczbę bakterji w filtracie wszystkie zabiegi techniczne wpływają niepomyślnie; źle wpływają na filtrat wszelkie przypadkowe zaburzenia w filtracji, źle wpływa zbyt wielka szybkość filtracji, zbyt wielkie ciśnienie, zbyt „młody wiek“ filtru, wreszcie wady konstrukcyjne. Rzecz prosta, gdy wpływy niepomyślne sumują się, to filtrat wypada tem gorszy.

Bakterje w filtracie pochodzą z dwóch źródeł: z wody surowej i z materiału filtrującego; dowodzi tego pewien rachunek, który wykonano przez zestawienie graficzne wyników badania; otrzymano mianowicie dwie krzywe, które w układzie współrzędnych przecinały się nie w punkcie zerowym, a poza nim, z czego wynikał prosty wniosek, że z filtratu niepodobna usunąć bakterji. Że bakterje (wbrew Kochowi) przenikają przez filtry, tego dowodzi fakt, że każdy gatunek bakterji z wody surowej można znaleźć w filtracie, a jeszcze bardziej fakt epidemicznego występowania niektórych gatunków w wodzie wiślanej i przedostawania się ich do filtratu.

Przechodząc z kolei do teorii filtracji, Ż. wspomina o próbach różnych tłumaczeń tego zjawiska [hipoteza przyciągania molekularnego, przyklejania i ciężenia (grawitacji)], poczem uzasadniając swój

pogląd szeregiem spostrzeżeń technicznych, wypowiada zdanie, że akt filtrowania wody przez piasek jest zjawiskiem adsorbcyjnym, w którym wielką rolę trzeba przypisać rozpuszczonym związkom glinu. Znane, a zupełnie szczególne własności tych związków (słaba zdolność dyssocjacji, łatwość przechodzenia ze stanu hydrozolu do stanu hydrogelu, charakter amfoteryczny), wyzyskane w praktyce farmaceutycznej przy t. zw. bejcowaniu tkanin, niewątpliwie wpływają na to, że drobne zaburzenia w fizycznym stanie ich roztworu (jakim jest woda surowa) mogą łatwo wpływać na ich strącalność, zarazem na pociąganie wraz z osadem różnych drobnych ciał zawieszonych. W ten sposób akt filtracji jest do pewnego stopnia zjawiskiem molekularnym. Za tym poglądem przemawia doskonały wynik filtracji w t. zw. filtrach francuskich systemu Puech - Chabal o odwrotnym układzie warstw filtrujących, a bardzo znacznej szybkości filtracji, bo przenoszącej co najmniej pięciokrotnie szybkość w filtrach angielskich.

Dalej Z. porusza t. zw. teorię biologiczną filtracji, opracowaną przez Kisskaltę w nader pomysłowych doświadczeniach laboratoryjnych. Teorii tej Z. stawia szereg zarzutów następujących:

1) Zimą, gdy temperatura wody wynosi 1 — 2°, gdy więc plankton działać nie może, filtrat jednak nie jest gorszy (przynajmniej w Warszawie) niż latem;

2) trudno wytłumaczyć wpływ ujemny zaburzeń i nadużyć w ciśnieniu i szybkości filtracji;

3) dosypanie do filtru piasku płókanego, a więc napewno nie zawierającego planktonu, o wiele mniej pogarsza filtrat, niż dosypanie piasku niepłókanego;

4) niestaranie założenie zupełnie nowego filtru odbija się całymi latami na dobroci filtratu;

5) niepodobna wytłumaczyć działania filtrów francuskich;

6) niepodobna wytłumaczyć faktu zasadniczego, że zatrzymaniu w filtrze ulegają nie tylko bakterje, ale bez porównania drobniejsze od bakterji ciała zawieszone mineralne, na które przecież plankton działać nie może.

Planktonowi można przypisać inną rolę, a mianowicie niszczenia bakterji, zatrzymanych przez filtr.

Z. zakończył wykład słowami żywego uznania dla obecnych kierowników warszawskiej stacji filtrów. (str. wł.).

W dyskusji: P. Inżynier Piotrowski nie może zgodzić się z twierdzeniem prelegenta, że jakość filtratu zależy od ciśnieniaaa w filtrze. Przemawiają przeciw temu wykresy. Rzeczywiście zwiększenie ciśnienia w filtrze następuje, o ile nagromadziła się grubsza błonka, w tych warunkach może powstać zasklepienie częściowe filtru, wtenczas woda szuka sobie ujścia, przerywa okienka i może przechodzić przez warstwy, o złożu więcej zanieczyszczonym; w tych warunkach następuje zły filtrat. Przy użyciu do nowych filtrów piasku przepłókanego, filtrat jest czysty i więcej jednolity.

2) Prof. Wysłouch zaznacza, że prócz wymoczków znajdują się wiciowce bezbarwne. W warstwach górnych porasta

więcej wiciowców niż wymoczków. Wymoczki i wiciowce mogą żyć przy różnej temperaturze, np. przy temperaturze Oceanu Północnego. Być może, że zielone glony na otwartym powietrzu wzmagają utlenianie i wpływają na niszczenie bakterji.

3) Prof. Gluziński zastanawia się nad tem, co zabezpieczało filtrat przed wtargnięciem bakterji przy warstwie zawierającej 2 miliony bakterji w 1 ctm.³.

W odpowiedzi kol. Żurkowski wyjaśnia, że podług niego bakterje uległy adhezji lub adsorbcji, do czego przyczyniła się zawiesina glinowa, dla tego bakterje nie dostały się do wody. Następnie Ż. zaznacza, że mówiąc o planktonie miał na względzie cały świat mikroorganiczny. Duże wahania ciśnienia i szybkość wody w filtrze wpływają na filtrat.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 19 czerwca 1923 r.

Przewodniczący prof. **A. Gluziński.**

I. Prezes odczytał wspomnienie pośmiertne zmarłego członka T-wa św. p. Zygmunta Fiedorowicza (pomieszczony na końcu rocznika 1923) i wezwał obecnych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

II. Prezes komunikuje, że w Poznaniu odbyła się uroczystość przeniesienia do kościoła św. Wojciecha na skałkę Poznańską zwłok ś. p. Karola Marcinkowskiego, wybitnego lekarza i działacza społecznego, który położył wielkie zasługi na polu pracy społecznej i budzenia ducha narodowego. Zarząd T-wa uznał za słuszne wzięcie udziału w uroczystości w osobach wiceprezesa kol. Starkiewicza i kol. Kozerskiego członka Zarządu.

III. Kol. Kozerski wygłasza charakterystykę ś. p. Karola Marcinkowskiego i jego działalności.

IV. Kol. Z. Michalski i L. Sobieszczański wygłosili rzecz pod tytułem „Badania odczynu Pirqueta”.

Kol. Sobieszczański przemawia za stosowaniem metody Pirqueta w celach leczniczych z tego względu, że już Koch stwierdził, że po zastrzyknięciu pod skórę laseczniki zostają przez całe miesiące bez zmian, Petruschy zaś przekonał się, że laseczniki Kocha zastrzyknięte w skórę giną już po 48 godzinach. W celu wzmocnienia i przyśpieszenia odczynu Koch brał pożywkę buljonową laseczników i rozcierał je. Zastrzykiwania podskórne okazały się szkodliwymi, jak to stwierdzili nasi i obcy badacze.

Przy stosowaniu leczenia metodą Pirquet'a prelegenci nie zauważyli żadnych powikłań. Za stosowaniem tej metody przemawia jej taniaść. 1 gram alttuberkuliny Luciusa albumosefrei wystarczy dla dużej liczby chorych.

W dyskusji: 1) Kol. S z e n a j c h robi zastrzeżenia co do techniki. Cięcia na skórze to nie jest Pirquet. Przy stosowaniu metody Pirqueta należy używać boru Pirqueta, co daje możność obliczenia ilości obrotów, następnie robi się trzy znaki: dwa z tuberkuliną i jeden z wodą. W razie dodatnich wyników rozpoznanie można opierać jedynie w pierwszym względnie w drugim roku życia. W ciężkich stanach prosówki zapalenia opon mózgowych odczyn Pirquet'a nie występuje, ale stan ciężki można w tych razach stwierdzić i za pomocą innych objawów. Duży odczyn Pirquet'a otrzymujemy przy objawach skórnych; w sprawach płucnych odczyn bywa różny. Odczynu do 60 mm. nie otrzymujemy. Skóra sucha daje słabszy odczyn, skóra pulchna soczysta duży. Pod względem rokowania metoda Pirquet'a nie daje żadnych wskazań. Co się tyczy leczenia naskórnego, ogłoszono dużo prac, każdy badacz ma inną myśl. Ocena jest trudna. Szenajch stosuje od dłuższego czasu angiolimfę i widuje poprawę, ale obawia się zachwytyłów nad tą metodą.

2) Kol. E u g. O s i ń s k i przed wojną badał metodą Mantoux i odczynem Pirquet'a; przy metodzie Mantoux otrzymywał lepsze wyniki i łatwiej mógł wymierzyć odczyn. Metoda Morro daje kilka pęcherzyków. Stosowanie metody Pirquet'a jego igłą daje dobre wyniki. Odczyn Pirquet'a daje duże zmiany w przypadkach, kiedy się nie leczy. Leczenie metodą Pirquet'a daje odczyny ale słabe. Wakcynoterapia ma bardzo ograniczone pole działania, gdyż jest metodą b. uciążliwą.

3) Prof. A. G l u z i ń s k i uważa, że w kierunku rozpoznawczym metoda, przedstawiona przez mówców, nic nie mówi. O wskazówkach, jakie by mogła dać omawiana metoda, prof. G. nie powiedzieć nie może, gdyż nie zwracał na to uwagi. O działaniu leczniczym omawianej metody prof. G. może sądzić, gdyż przed 12 laty stosował już leczenie szczepieniami tuberkuliny: wykonywał I-sze szczepienie, i o ile reakcji nie otrzymywał, na drugi dzień drugie, w 3 punktach i znów stosował szczepienia o ile reakcja minęła, stale powiększając liczbę nacięć, dochodził w ten sposób do 60. Prof. G. zastrzega, że o skutecznem działaniu metody nie można sądzić na podstawie przypadków płucnych, gdyż, nie stosując tej metody, widywał poprawy w płucach. Przypadki zajęcia krtani, dające się stwierdzić naocznie i obserwować dokładnie, przemawiałyby za tem, że ustrój ma tendencję do wytwarzania tkanki łącznej i w płucach. Dokładne obserwacje można przeprowadzić na przypadkach gruźlicy kości. Prof. G. obserwował gruźlicę główki ramienia, Roentgen dawał obraz zupełnego odwapnienia, po szeregu miesięcy zaczęło się odkładać wapno.

4) Prof. R z ę t k o w s k i uzupełnia przemówienie Michalskiego. Widząc rozpaczliwy beznadziejny stan chorych gruźliczych, na klinice wykonywano dużo najrozmaitszych prób, próbowano le-

czyć chorych tych surowicą ozdrowieńców, krwią ludzi starych, którzy nie gorączkowali już, zastrzykiwaniami dożylnymi cholestearyny, nakoniec zupełnie przypadkowo spostrzeżono, że tuberkulina działa silniej. Co się tyczy rokowania, to udało się stwierdzić, że ciężko chorzy nie dawali odczynu Pirquet'a, pozwala więc ta metoda odróżnić takich chorych, którzy dają szanse na wyleczenie od beznadziejnych chorych. Co się tyczy alergji, to odczyn nie występował u dzieci po odrze; w Paryżu Prof. Rz. widział chorych na wątrobę, którzy nie reagowali na tuberkulinę. Leczenie omawianą metodą, prof. Rz. zaznacza, dało wyniki takie, jakich się spodziewał. Przypadki z zajęciem krtani i języka są zachęcające, również i obserwowane przypadki płucne. Omawiając teoretyczne zastosowanie podanej metody prof. Rz. uważa, że skóra posiada własności wytwarzania pewnych związków, które odgrywają dużą rolę w odporności ustroju, inaczej trudno zrozumieć odporność ustroju przy obecności w skórze całego szeregu otworów, przez które skóra przepuszcza drobnoustroje. W klinice prof. Rz. stosuje się tę metodę w stanach gorączkowych i można było stwierdzić, że temperatura spadała, stan chorych poprawiał się pomimo warunków szpitalnych.

W odpowiedzi kol. Michalski podkreśla, że był przygotowany na duży pesymizm. Metodę będzie stosował dotąd, dopóki się nie przekona, że jest szkodliwą. W obserwowanych przypadkach poprawa następowała w ciągu tygodni. M. nie przypuszcza aby sala szpitalna wywierała wpływ, gdyż inne oddziały w tym samym szpitalu i w tych samych warunkach nie dawały tych wyników.

V. Kol. Komocki wygłosił rzecz p. t. „Krótki zarys obecnego stanu nauki o genezie i etiologii nowotworów“.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE

POŚWIĘCONE PAMIĘCI ZMARŁYCH CZŁONKÓW

dnia 18 września 1923 r.

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

Prezes po powitaniu rodzin zmarłych kolegów, którym posiedzenie to poświęcono: Walentego Kamockiego, prof. Antoniego Jurasza, prof. Józefa Hornowskiego, wygłasza następujące przemówienie: W smutku rozpoczynamy pracę, mówi prezes prof. Gluziński, gdyż aż trzech wybitnych członków zmarło w ciągu przerwy letniej. Zmarł ś. p. Walenty Kamocki długoletni członek T-wa, jego wiceprezes i następnie prezes w ciągu 7 lat. Ś. p. Kamocki wiele pracy i trudu poświęcił T-wu, stale służył radą i pomocą. Pamięć więc po nim na długo pozostanie w T-wie. Cześć jego pamięci! Pamięć zmarłego zebrani uczcili przez powstanie.

Zmarł również honorowy członek T-wa ś. p. prof. Antoni Jurasz. Przez długie swe lata ciężkiej, a owocnej pracy ś. p. prof. Jurasz służył nauce i wybitnie przyczynił się do jej rozwoju, szczególnie w dziedzinie laryngologii. Zdobyłą wiedzę i doświadczeniem jako prof. Uniw. w Heidelbergu, następnie Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, a na koniec Uniwersytetu w Poznaniu dzielił się ze słuchaczami, lekarzami i młodzieżą akademicką, budząc w nich zapał do nauki. Zmarł wielce strudzony.

Cześć Jego Pamięci! Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Ś. p. prof. Hornowski pracował z nadzwyczajną energią, nie ustając ani na chwilę w pracy, nie zaznawszy żadnego wypoczynku, nagląc do pracy innych, w stałym pośpiechu, jak gdyby czuł, że wkrótce ta praca może być przerwana. Ś. p. prof. Hornowski pracował z tem samem napięciem i w T-wie, wygłaszając liczne odczyty z ukochanej przez siebie anatomji patologicznej; ciekawie i jasno wypowiadał się w dyskusji, często zabierając głos w różnych gałęziach wiedzy lekarskiej. Strata po ś. p. prof. Józefie Hornowskim dla T-wa jest wielka. Odczuwa ono też tę stratę głęboko.

Cześć Jego pamięci!

Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Kol. Wł. Janowski przedstawił całokształt pracy społecznej, politycznej, naukowej i jako prezesa T-wa ś. p. Walentego Kamockiego.

Kol. Ruszkowski zanalizował pracę naukową ś. p. Kamockiego, przedstawił jej charakter i doniosłość dla nauki.

Prof. Szmurło podniósł zasługi ś. p. Jurasza dla nauki wogóle, i dla polskiej laryngologii w szczególności.

Kol. L. Paszkiewicz podniósł osobiste zalety charakteru ś. p. prof. Hornowskiego w przedstawionym życiorysie, jego usilną pracę, wielkie zamiłowanie i poświęcenie dla nauki, a szczególnie dla anatomji patologicznej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 25 września 1923 r.

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

I. Protokoły posiedzeń z dnia 19 czerwca, 18 września r. b. odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes Starkiewicz odczytuje list Pani doktorowej Handelsmanowej, która zawiadamia o zaofiarowaniu do biblioteki Towarzystwa 124 dzieł po zmarłym mężu.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłano: 1) Dr. med. i fil. Stefan Sterling-Okuniewski: Podręcznik chorób zakaźnych. 2) Klinika Oczna. Rok I. Zeszyt 1. r. 1923. 3) Aleksander Maciesza: Praca naukowa lekarza na prowincji. 4) Leopold Brenneisen: Technika Dentystyczna. 5) Polskie Archiwum medycyny wewnętrznej. T. I. Zeszyt I. Wydawane pod redakcją prof. Antoniego Gluzińskiego. 6) Janowski Wł.: Sobre el Papel que Juegan los vasos (el corazón periférico) en la circulación. 7) Od prof. Lotha: The Alumni Record of the University of Illinois i American College of surgeons. Tenth Year Book 1923. Thisty-seventh annual edition Chicago Medical Blue Bouk 1922—1923. 8) Prof. Dr. Kuflewski z Chicago: Mallellan George Regional Anatomy in its relations to Medicine and Surgery.

IV. Kol. Jerzy Rutkowski: Pokaz chorej po wycięciu poprzecznem żołądka z powodu nawracającego owrzodzenia. Pokaz preparatu wyciętego żołądka z tkwiącą wewnątrz nitką jedwabiu po wykluczeniu odźwiernika. Pacjentka przybyła na klinikę chirurgiczną 2-ą 1-go września r. b. z powodu znacznych dolegliwości w jamie brzusznej, częstych (do 30 razy na dzień) i obfitych wymiotów pokarmami niestrawionymi. Choruje od przeszło 10 lat. Przechodziła duże operacje na żołądku, jak powiedziano jej, z powodu owrzodzenia; jedną cztery lata temu, drugą 3 lata temu. Na czym polegał zabieg, chora nie umie powiedzieć. Od kilku lat chora kaszle, od pół roku cierpi na chrypkę. Badanie przedmiotowe wykazało w płucach objawy phtisis fibrosa (prątków w płwocinie nie wykryto), na brzuchu w okolicy linii środkowej duże krzyżujące się blizny pooperacyjne, sięgające od wyrostka miedzykowatego do pępka, bolesność przy wymacywaniu w dolku sercowym. Badanie rentgenologiczne: żołądek duży opuszczony, krzywizna duża 4 palce poniżej pępka, ruchy robaczkowe żywe, część odźwiernikowa rozszerzona. Żołądek opróżnia się z wielkim trudem przez dwunastnicę. Po 6 godzinach większa część spożytej papki kontrastowej zalega w żołądku. W obrębie wstępującej części dwunastnicy pozostaje plamka bolesna na ucisk. Badanie soku żołądkowego wykazało niewielką nadkwaśność i obecność krwi. Na zasadzie powyższych badań rozpoznano nawracający wrzód w górnej części dwunastnicy ze wskazaniem do leczenia operacyjnego. Dnia 14/IX. R. przystąpił do operacji. Uśpienie eterowe, cięcie Lenander'a z lewej strony. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono, co następuje: nieczynne, dość wysoko położone zespolenie żołądkowo-jelitowe, tuż za odźwiernikiem na tylnej ścianie dwunastnicy wymacano twór, który bez wahania przyjęto za wrzód okrągły. Wobec nawrotu cierpienia wskazany był zabieg radykalny; wykonano poprzeczną rezekcję żołądka z przylegającą częścią dwunastnicy metodą Rydygiera (niemcy sposób ten nazywają Billroth I). Chora zabieg zniosła dobrze. Oglądanie preparatu wyciętego żołądka dało niespodziankę, mianowicie po rozcięciu żołądka wymacywany wrzód okazał się kółkiem z potrójnego grubego jedwabiu, który, teraz stało się jasne, był podwiązką, założoną podczas jednej z poprzednich operacji w celu wyłączenia

odźwiernika. Podwiązka ta trzymała się na cyplu śluzówki. Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki. Chora przestała wymiotować. Od operacji upłynęło 11 dni, pacjentka straciła dawne dolegliwości, czuje się dobrze.

Przypadek ten jest ilustracją do tego, jaki los spotyka podwiązkę, założoną w celu wyłączenia odźwiernika: przecina ona wszystkie warstwy żołądka i dostaje się do światła. W danym przypadku podwiązka, jako ciało obce drażniła i spowodowała częściową niedrożność. Metoda wyłączenia odźwiernika za pomocą podwiązki jest przyjęta w chirurgji. Wyłączamy odźwiernik, ażeby uchronić wrzód od drażnienia przechodzącymi pokarmami i stworzyć przez to lepsze warunki gojenia. Następnie mówią, że zamknięcie odźwiernika chroni zespolenie od zarośnięcia. W danym przypadku tak nie było. Najwłaściwszem postępowaniem przy operacyjnem leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy jest takie, aby tam, gdzie na to siły chorego i stosunki anatomiczne pozwalają, wycinać chorą część. (str. wł.).

W dyskusji 1) Prof. S a w i c k i zapytuje, co się stało z właściwym wrzodem. W doświadczeniach na psach przekonano się, że podwiązka przecina stopniowo ścianę żołądka i zanim przetnie ścianę zupełnie, ściana żołądka zrasta się. U ludzi podobnego zjawiska nie obserwowano.

2) Prof. G ł u z i ń s k i zwraca uwagę na to, że dokonano dwóch operacji. We Lwowie prof. Rydygier w szeregu przypadków nie zamykał odźwiernika, lecz robił jedynie zespolenie żołądkowo-kiszkowe. Po upływie lat prof. Rencki spostrzegł, że otwór po zespoleniu nie działał. W Warszawie zdarzało się to częściej. Po samem zespoleniu żołądkowo-kiszkowem oba otwory działały sprawniej. Wyłączanie odźwiernika wydaje się mniej korzystne dla chorego, nawet szkodliwe dla żołądka. Następnie prof. Gluziński zwraca uwagę, jakie może dawać następstwa podwiązka jedwabna. W danym przypadku ciekawem jest, gdzie był wrzód i jakie operacje przechodziła chora.

3) Prof. K r y ń s k i wyjaśnia, że sprawa zamykania odźwiernika powstała przed 20 laty w celu przecięcia naturalnej drogi żołądka i skierowania na drogę otworu zespolenia. Twórca tej metody Eiselsberg zarzucił ją. Obecnie zaczęto wysuwać pierwotną metodę Rydygiera, jako rzecz godną stosowania.

W odpowiedzi kol. R u t k o w s k i stwierdza, że nie jest w stanie dać wyjaśnienia, gdzie był wrzód; jest jedno miejsce podejrzané, ale napewno nie wie. Wycięty pierścień nie tworzył wrzodu, gdyż krater był na tylnej ścianie. Jakie operacje były wykonane u chorej, pomimo starań, dowiedzieć się nie mógł. W klinice prof. Radlińskiego zarzucono wyłączenie odźwiernika, gdyż zabieś ten szkodliwy. Gdy siły chorego zezwalają, a stosunki anatomiczne są pomyślne, najlepszym zabiegiem jest wycięcie owrzodzenia.

W związku z pokazem R u t k o w s k i e g o i dyskusji prof. G ł u z i ń s k i wyraża żal, że lekarze podzielili się na tyle kół, przez

co ogół lekarzy traci na tem. Pożądane byłoby, aby w Towarzystwie wygłaszane były odczyty z różnych specjalności; w oddzielnych kołach, żeby były omawiane jedynie sprawy techniczne danych specjalności.

V. Kol. T. J a r o s z y ń s k i wygłosił rzecz p. t.: O nowoczesnych metodach psychoterapeutycznych.

Mówca zastanawia się przedewszystkiem nad istotą nerwic i psychonerwic, podkreślając znaczenie spraw wzruszeniowych w etiologii tych cierpień. Jednocześnie uwydatnia rolę układu współczulnego w ustroju i zmiany w czynności tego układu pod wpływem wzruszeń, które w ten sposób pośrednio wpływają na szereg funkcji organicznych. Omawiając metody psychoterapeutyczne, prelegent zatrzymuje się przedewszystkiem na metodzie hipnotycznej, przy czem podaje nieliczne naogół wskazania do stosowania tej metody. Co się tyczy psychoanalizy, to mówca, powołując się na zdania autorów francuskich (między innemi na tegorocznym Zjeździe Neurologicznym), sądzi, że metoda ta, mimo słuszne ujęcie pewnych zagadnień, zawiera wiele przesądów i często może być raczej szkodliwą, niż pożyteczną. Interesujące jest spostrzeżenie psychologów francuskich, polegające na tem, że teoria Freuda rozpowszechnia się przeważnie w Niemczech i krajach anglosaksońskich, omijając narody łacińsko-romańskie, które więcej mają skłonności do mistycyzmu i u których nauka ma charakter bardziej przedmiotowy. Mówca omawia szereg innych metod, jak perswazję i dyalektykę Dubois i Dejerine'a, reedukację Babińskiego, autosugestję Levy ego, metody optymistyczno-religijne w Ameryce, metodę oszczędzania i nabywania psychologicznego Janeta i t. p. Za najbardziej skuteczne metody psychoterapeutyczne mówca uważa te, które oddziałują na sferę uczuciową, i sądzi, że te metody emocjalne mają największą przyszłość. Jednocześnie pierwszym warunkiem racjonalnej psychoterapii jest stosowanie jak najszerzej pojętej indywidualizacji oraz umiejętność wzbudzenia przez lekarza u chorego zaufania i wiary w wyzdrowienie. (str. wł.).

W dyskusji 1) kol. P r ę g o w s k i uważa, że histerja tworzy zbyt obszerny zespół objawów, aby ją można było sprowadzić jedynie do rozdwojonej osobowości. P. zwraca uwagę, że neurastenja nie należy do nerwic; prelegent sprowadza ją do zaburzeń naczynioworuchowych. Uczucia przyjemne nie zawsze są dodatnie, bardzo silne są ujemne. Nadzwyczajna radość wyprowadza z równowagi. Co się tyczy analizy Freuda, to w Niemczech występują przeciw niej i już na początku występowali. Spostrzegają jednak, że wydobywanie pierwiastków erotycznych ma dodatni wpływ. Wydobywanie to daje nowe zespoły psychiczne, kompleksy silne, oparte na stronie żywiołowej.

2) Kol. S t. K o p c z y ń s k i podkreśla z naciskiem zasługę Jaroszyńskiego, że przypominał o medycynie francuskiej. Następnie Kopczyński zwraca uwagę na znaczenie emocji, na jej wpływ na wewnętrzną wydzielinę i system współczulny. Ma to i praktyczne zastosowanie. Oddziaływanie lekarza musi być na każdego chorego.

Wskutek tego oddziaływanie lekarzy w zdrojowiskach winno być dłuższe niż obecnie i więcej ugruntowane.

3) Kol. Koelichen wspomina o tem, że sprawy czynnościowe zależą od zaburzeń układu współczulnego. Wobec tego, że znamy układ współczulny obwodowy, nie znamy dokładnie układu współczulnego w jądrach, szczególnie połączeń kory mózgowej i wspomnianych jąder, nie możemy wyjaśniać sobie wpływu mózgu na układ współczulny. Stosunek układu współczulnego i gruczołów dokrewnych i ich wzajemne na siebie oddziaływanie również nie jest dostatecznie wyjaśnione. Gdzie punkt wyjścia? nie wiemy. Na gruncie tych niewyjaśnionych stosunków powstała rozbieżność w metodach leczniczych.

4) Kol. Chmieliński stwierdzał u większości chorych chronicznych objawy organiczne i czynnościowe. Niema jednej metody skutecznej, są różne metody. Metoda du-Bois wymaga talentu, Freudyzm wielkiej subtelności, aby nie było brutalnego szperania w duszy ludzkiej. Powodzenie metody zależy od uzdolnienia lekarza. Psychastenja i histerja są jednostkami chorobowymi, które najtrudniej poddają się leczeniu. Neurastenja nie stanowi jednostki chorobowej, są właściwie stany neurasteniczne wywołane przez zatrucie wewnętrzne.

5) Kol. Bychowski uważa, że psychoanaliza Freuda nie upada, gdyż jest szeroko stosowana w klinikach wiedeńskich, w Budapeszcie i Berlinie. Metoda Freuda jest stosowana i w innych dziedzinach.

6) Prof. Gluziński miał możność obserwowania w Szwajcarii stosowania metody Freuda u dzieci. Takie brutalne zagłębianie się w duszę dziecka dawało złe wyniki. Trzeba było przez długi czas leczyć te dzieci, i następnie całemi tygodniami wykorzeniać zaszczone idee.

W odpowiedzi kol. Jaroszyński zastanawia się bliżej nad określeniem psychoterapii oraz nad istotą psychonerwic, histerji i psychostenji, omawia ich podłoże psychologiczne, wreszcie podkreśla znaczenie paralelizmu psychofizycznego, który odgrywa rolę w ustroju przy powstawaniu cierpień psychicznych i jednocześnie powinien być uwzględniany w leczeniu tych stanów chorobowych.

(str. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 2 października 1923 r.

Przewodniczący prof. A. Gluziński.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) W. H. Melanowski: „Przyczynek do anatomji patologicznej jaskry. 2) Ruszkowski

i J. Dąbrowska: „Przyczynę do nauki o nowotworach złośliwych gruczołu łzowego.” 3) Siedlecka: „Pierwotny nowotwór złośliwy wątroby.” 4) Dąbrowska: „Przyczynę do śmierci po operacji wrzodu okrągłego żołądka w związku z niedomogą wątroby i nerek.” 5) W. Czarnocki: „Czy słuszną nazwą jest „linitis plastica.” 6) Skubiszewski: Rzadki przypadek jednoczesnego naczyńniaka mięsakowego wątroby i śledziony.” 7) J. Hornowski: „Technika badania gruczołów wydzielania wewnętrznego.” 8) Ludwik Paszkiewicz: „Badania nad zachowaniem się gruczołów wydzielania wewnętrznego w przypadkach otyłości.” 9) Wydawnictwa Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Serja naukowa. Nr. 4. „Nowotwory”, prace z zakładów Anatomji patologicznej uniwersytetów polskich. 10) Archivos de Cardiología y Haematología vol. IV. Nr. 4. Abril 1923. 11) Mitteilungen aus der Medizinischen Fakultät der Kaiserlich. Kynstru-Universität. Tokuoka-Japan. B. VII. 1923. 12) Rocznik statystyczny m. st. Warszawy 18—19—20. 13) Rozprawy Akademii Nauk Lekarskich. Warszawa. Tom II. 1923. 14) Nasze Źródła, przewodnik po polskich zdrojowiskach, stacjach klimatycznych i kąpielach morskich. 15) Dr. Stefan Otolski: Znaczenie produkcji farmaceutycznej w przemyśle chemicznym. 16) W. Popiel: O postępowaniu przy łożysku przodującym”. 17) Prof. Muszyński: „Chlorofil jako środek krwiotwórczy i jego pokrewieństwo z hemoglobina. The Doctors These. 18) Sprawozdanie Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego za 1922 rok. 19) Bulletin international de l'Academie des sciences médicales à Varsovie.

III. Kol. Z. Górecki wygłosił rzecz p. t. „Badania nad płynami jam surowicznych.”

Na wstępie omawia prelegent krótko właściwości fizjologiczne błon surowicznych, poczem przechodzi do badań płynów przejrzystych. Potwierdzając znane zachowanie się ciężaru gatunk. i ilości białka w przesiekach i wysiekach, podkreśla, za Runebergiem, względnie częste występowanie płynów przejściowych (zapalno-przesiekowych) o zawartości białka ok. $2.5_{0/0}$ i c. gat. 1012—1015. Ilość cukru i chlorków wahała się nieznacznie i niezależnie od jakości płynu. Zachowanie się włókienka nie pozwala sądzić o jakości płynu, gdyż prelegent widział przesieki z wyraźnym wydzielaniem się włókienka i wysieki typowe, w których włóknik, po dniach, nie wydzieliał się, lub bardzo skąpo. Omawiając próbę Rivalty, prelegent zaznacza, że nie znamy jeszcze dokładnie ciała, którego obecność próba ta wykazuje, podkreśla prace Politzera, Umbra, Rivalty i Stähelina. W zastosowaniu tej próby prelegent wymaga za Sahli'm, aby tylko zupełnie dodatni lub ujemny wynik uważać za rozpoznawczo wartościowy, wskazując występowanie słabszych odczynów Rivalty w płynach przejściowych, a nawet w pewnej części przesieków wartościowych. Prelegent badał zachowanie się innych ciał w płynach jam surowicznych, a mianowicie: kwasów tłuszczowych, cholesteryny, fermentu lipodietetycznego (odkrytego we krwi przez Roger'a i Binet'a) i próby Sochańskiego. Ferment lipodietyczny znajduje się we wszystkich prawie płynach, wahania się jego jednak nie po-

zwalają na odróżnienie wysięku od przesięku, natomiast zachowanie się kwasów tłuszczowych (określonych met. Kumagawa-Suto) i cholesteroliny pozwala na wykreślenie granicy: dla kwasów tłuszczowych 0.1%, dla cholesteroliny 0.02—0.03%, poniżej której znajdują się będą przesięki, powyżej niej wysięki. Próba Sochańskiego oparta na właściwościach kwaśnych płynu wobec fenoltaleiny, jako nadzwyczaj prosta i wymagająca małej ilości badanego płynu (1 ccm) nadaje się ze wszechmiar na wprowadzenie jej do kliniki i praktyki tem bardziej, że posiada cechy próby ilościowej. Zachowanie się ilości białka, ciężaru gatunkowego, ilości kwasów tłuszczowych, cholesteroliny, jak i próby Rivalty i Sochańskiego, wykazują w różnych płynach przejrzystych analogię, utrzymując zarazem pewną indywidualną odrębność, czem podnoszą poważnie wyrazistość i barwność obrazu chemicznego płynów. Badania te pozwalają, z jednej strony, na rozróżnianie czterech rodzajów płynów: hydremicznych, zastoinowych, przejściowych (przesiękowo-zapalnych) i zapalnych — z drugiej strony świadczą o chwiejności granic pomiędzy poszczególnymi rodzajami płynów i na okoliczność, klinicznie bardzo ważną, że płyny mogą w czasie trwania swego zmienić zarówno cechy swej grupy, jak i tworzyć mieszaniny grup, nieraz odległych od siebie. W płynach krwawych i ropnych ilość kwasów tłuszczowych znajdować się może poniżej granicy, jaką ciała te osiągały we krwi, może ją jednak nawet kilkakrotnie przekraczać. Podobnie rzecz ma się i z cholesteroliną, co zależy od utraty przepuszczalności błon surowiczych i rozległości zmian anatomo-patologicznych. W końcu prelegent podkreśla brak danych drobnowidzowych w błonach surowiczych w przypadkach płynów przejściowych, co utrudnia zrozumienie mechanizmu przechodzenia różnych ciał przez przybłonek błon surowiczych, (str. wł.).

W dyskusji 1) kol. M u t e r m i l c h podkreśla, że sprawa przenikania płynów w ustroju jest sprawą aktualną, i za poruszenie tej sprawy należy się prelegentowi wdzięczność. Ze wszystkich prób, o których wspominał prelegent, próba Rivalty jest najlepsza. M. wspomina o tem, iż przed kilku laty razem z R. Hertzem przeprowadzał badania, czy dopełniacz znajduje się w płynach, które się gromadzą w ustroju i stwierdził, że płyny zapalne zawierają dopełniacz, płyny ropne nie zawierają dopełniacza. To samo zjawisko obserwował i w płynach przesiękowych. Badania na obecność dopełniacza w płynach dają takie same wyniki, jak i próba Rivalty, wobec tego próbie Rivalty należy dać pierwszeństwo. Dla odróżnienia, czy dany płyn jest krwawy czy też krew wystąpiła wskutek zranienia naczynia, należy określić ilość bilirubiny, która występuje w krwawych płynach po kilku dniach.

2) Kol. S t a r k i e w i c z zapytuje prelegenta, czy posiada jakie dane odnośnie do płynów puchliny głodowej i czy widywał odchylenia w składzie chemicznym wysięków wypuszczanych kilkakrotnie.

3) Kol. W ł. J a n o w s k i uważa, że ze wszystkich prób najważniejsza jest próba Rivalty. W płynie krwawym w nowotworach próba Rivalty jest nie do zastąpienia. O ile krwawy płyn jest pochodzenia zapalnego, próba Rivalty występuje dodatnio, w przypadku nowotworu próba ta jest bardzo słaba. Zdarzają się wypadki,

że jeżeli chorego kłuje się kilkakrotnie, to próba Rivalty występuje słabo. Zawartość białka w płynach jam ustroju jest rzeczą względną, gdyż nawet w płynach przesiekowych, o ile te ostatnie przez dłuższy czas pozostawały w ustroju, ilość białka bywa dość znaczną, do 3%. W płynach, które szybko nagromadzają się w ustroju, białka bywa mało. Obniżenie punktu zamarzania poniżej 0.48° nasuwa podejrzenie, że mamy do czynienia z wysiękiem. Badania drobnowidzowe dają również pewne wskazówki: duża ilość limfocytów przemawia za gruźlicą, większa ilość neutrofilów przeciw gruźlicy. J. popiera zdanie Mutermilcha, że ilość bilirubiny w krwawym płynie z jamy brzusznej, który miał możność badać, przewyższała ilość bilirubiny we krwi w jednym przypadku 78 razy, w innym 50 razy.

4) Prof. G l u z i ń s k i zwraca uwagę, że próba Sochańskiego jest bardzo prosta. Próba ta została przyjętą przez Niemców, a więc zasługuje na to, aby ją stosować.

W odpowiedzi kol. G o r e c k i zaznacza, że nie badał przypadku z głodowymi obrzękami, o których wspomniał kol. Starkiewicz, w sprawie zaś zachowania się płynu, przy powtórnym nakłuciu, mógł on potwierdzić spostrzeżenie Jonszera, że wówczas płyn ten okazywał się bardziej rozrzedzonym, jeśli pierwsze nakłucie było znaczniejsze, a czas, dzielący obie punkcje, krótki; natomiast płyn okazywał pewne zagęszczenie, jeśli czasokres dzielący był dłuższy, a zwłaszcza, jeśli płyn znajdował się w okresie znikania. Sprawę zachowania się dopełniacza w płynach prelegent nie zajmował się, podobnie i odróżnianiem płynów krwawych i artefaktów. Uwaga doc. Janowskiego, że jedna próba nie wystarcza do odróżnienia płynów, wydaje się prelegentowi b. słuszną i usprawiedliwioną i dlatego poleca gorąco próbę Sochańskiego, która jest nie tylko prostą w wykonaniu, ale posiada tę wyższość nad próbą Rivalty, że daje łatwe do ujęcia różnice ilościowe. Jeśli bowiem próba Sochańskiego wykaże tylko częściowo zabarwienie, wówczas można dodawać kroplami płynu badanego, aż do zupełnego odbarwienia. Liczba kropli mogłaby być wówczas wskaźnikiem. Obie te próby nadają się szczególnie do praktyki prywatnej, gdyż określenie c. gat. wymaga większej ilości płynu, określenie białka Erstadem wymaga nadto i czasu, jeszcze w wyższym stopniu wymagające są określenia ilościowe kw. tłuszczowych i cholesteryny. (str. wł.).

IV. Kol. W ę g i e r k o wygłosił rzecz p. t. „Ważniejsze dane chemii fizycznej dla patologii”.

W dyskusji kol. M u t e r m i l c h uważa, że w ustroju odgrywają rolę nie tylko własności chemiczne, lecz chemiczno-fizyczne drobin koloidów komórek i cieczy. Nie posiadamy pewnej metody, która pozwoliłaby wykryć zaburzenia w koloidach u chorego. Nie można określić, czy te drobin są grubsze, większe, czy też rozproszone mniejsze. Choc celloido-classique Vidal'a nie sprawdził się. Badanie zjawisk fizykochemicznych wymaga gruntownego przygotowania z matematyki i z tego względu dla lekarza jest znacznie utrudnione.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes. G l u z i ń s k i.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 16 października 1923 r.

Przewodniczący prof. A. Gluziński.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes wygłasza przemówienie poświęcone pamięci zmarłego członka honorowego T-wa Lekarskiego ś. p. Heljodora Święcickiego, rektora Uniwersytetu Poznańskiego, który całe swe życie poświęcił nauce i pracy społecznej dla dobra kraju. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

III. Do biblioteki T-wa nadesłano: 1) A. B. Dobrowolski „Historja naturalna lodu”. 2) Ligue des sociétés de la Croix-Rouge. Conférence des Croix Rouges de l'Europe Orientale 9—14 kwietnia 1923 r. 3) Higier: „Zur Frage der therapeutischen periarteriellen Sympathektomie bei neurovaskulären Erkrankungen.” b) Ueber seltene Typen motorischer und sensibler Lähmung bei corticalen Hirnherden.” c) „Z dziedziny zatruc chlebem zanieczyszczonym solą barową.”

IV. Kol. T. Marjanko: „Pokaz chorego wyleczonego z zapalenia płuc zgorzelinowego za pomocą odmy sztucznej.”

W dyskusji 1) kol. Grundzach zapytuje, dlaczego nie zastosowano w danym przypadku t-rae aliae sativae, jak to zalecają francuscy klinicyści.

2) Kol. Trzciński przestrzega znowu przed zbyt częstym stosowaniem neosalvarsanu, jak to miało miejsce w przypadku przedstawionym, gdzie w tydzień po pierwszym zastrzyknięciu, pomimo że nie dało ono wyniku dodatniego, zrobiono powtórne zastrzyknięcie z wynikiem opłakany.

3) Prof. Gluziński nie przecząc rozpoznaniu, analizuje, jaki wpływ mogła wywrzeć odma na zgorzel płuca w II międzyżebżu. Odma płucna działa w zgorzeli jak również i w ropniu przez ucisk. Aby wynik odmy był dodatni, trzeba było zastosować ucisk na miejsce zgorzelinowe, a więc wprowadzić odnę pod ciśnieniem. Jeżeli ciśnienie było dodatnie, to należałoby wskazać, jakie było ciśnienie po założeniu odmy. W przedstawionym przypadku prof. G. nie może znaleźć czynników, które przemawiałyby za wpływem odmy sztucznej.

4) Kol. Starkiewicz zapytuje, czy stosowano środki balsamiczne. St. u siebie na oddziale widywał przypadki wyleczone środkami balsamicznymi, bez uciekania się do innych środków, jak odma i zastrzykiwanie neosalvarsanu.

5) Kol. Marjanko wyjaśnia, że po zastosowaniu I odmy ciśnienie było dodatnie.

V.. Kol. Czarnota-Bojarski wygłosił rzecz p. t. „O wpływie bodźców fizycznych (kąpieli) na pracę tętna”.

Kol. Starkiewicz stwierdza, że wnioski prelegenta zupełnie zgadzają się z warunkami, do jakich doszli lekarze na zasadzie

obserwacji. Świat lekarski pod względem wskazań do kąpieli kwasowęgłowych doszedł do pewnej przesady. W Krynicy widuje się dużo chorych ze wzmożonem ciśnieniem, co jest przeciwwskazane. Fraca prelegenta ma swoją doniosłość. Ścisłejsze przestrzeganie wskazań jest potrzebą chwili.

VI. Kol. E. Reichertówna wygłosiła rzecz p. t. „O wpływie sportów na pracę tętna.”

W dyskusji 1) kol. Trzciniński podkreśla, że badania Reichertówny są piękne, ale jest w nich pewna jednostronność. R. badała nie miłośników sportu, lecz profesjonalistów sportowych. T. nie uważa cyklizmu za sport gimnastyczny. Atletyka również jest tylko parodią sportu gimnastycznego. Zmiany w pracy tętna u lotników należy przypisywać nagłym zmianom w ciśnieniu. T. przed laty należał do grupy ludzi, którzy zapoczątkowali ćwiczenia gimnastyczne. Obecnie T. z przykrością stwierdza, że starania jego poszły na marne, gdyż tak prowadzony sport, jak obecnie w Warszawie, przynosi tylko krzywdę jego zwolennikom. Ogólniejsze ćwiczenia sportowe dostępne są dopiero od 19-go roku życia, czego u nas zupełnie się nie przestrzega.

2) Prof. Głuziński twierdzi, że prawdziwej gimnastyce u nas ludzie mało się oddają, za to posunęliśmy się w nadużywaniu gimnastyki. Football doprowadzony jest do przesady. Prof. G. u 20 footballistów, którzy codziennie ćwiczyli się, stwierdził wybitny przerost lewego serca. Ćwiczenia w atletyce ciężkiej dla młodzieży są zabójcze. Prof. G. widział młodego człowieka atletę, którego przywieziono do kliniki, bez tętna, bladego z wybitnem wyczerpaniem serca. Chory ten zmarł. Już we Lwowie prof. G. w swem przemówieniu, wygłoszonem na prośbę klubu sportowego ostrzegał przed nadużywaniem sportów.

3) Kol. Drabczyk stwierdza, że wśród młodzieży jest źle, gdyż nadużywa się ciężkiej atletyki i footballu. Drabczyk wzywa T-wo Lekarskie, aby wystąpiło do Ministerstwa z wnioskiem o zabronienie młodzieży ćwiczenia się w różnych klubach bez systemu i bez dozoru lekarskiego.

W odpowiedzi kol. Reichertówna komunikuje, że pracę swoją wykonała w lecie, dalsze badania ma zamiar przeprowadzić u osób oddających się racjonalnej gimnastyce. Z zawodowców badała jednego cyklistę. Footballiści nie byli zawodowcami, byli to przeważnie urzędnicy biurowi, którzy w chwilach wolnych uprawiali football.

VII. Kol. Rutkowski wygłosił rzecz p. t. „Leczenie nerwobólu n. trójdzielnego zastrzykiwaniami alkoholu w świetle własnych spostrzeżeń”.

W dyskusji 1) kol. Sławiński na mocy osobistego doświadczenia potwierdza, że technika zastrzykiwania do nerwu jest rzeczą niełatwą i niepewną, ponieważ trudno stwierdzić, czy się jest w nerwie. Znieczulenie nowokainą przed zastrzyknięciem alkoholu wywoła znieczulenie obwodu, co dowodzi, że igła znajduje się w nerwie, wówczas możemy zastrzyknąć alkohol. Śl. nie może podzielać

zdania prelegenta, że zastrzykiwania na obwodzie są skuteczne. Chorzy tacy po jakimś czasie zmuszeni są szukać porady zwłaszcza przy nerwobólu pierwszej gałęzi. Metoda ta nie jest bezkarna, gdyż zdarzają się zgorzele podniebienia miękkiego i twardego. Sł. miał przypadek nagłej śmierci 70-letniego chorego, u którego przedtem już dwukrotnie wykonał ten zabieg. Autorzy wykazują 25 do 27^o/₁₀ nieudatnego zastrzyknięcia.

2) Kol. B r e n n e i s e n wspomina, że prelegent słusznie zaznaczył, że należy doszukiwać się przyczyn, do których Br. dodaje zatrzymane zęby nadliczbowe. Br. zapytuje prelegenta, czy robił zdjęcia rentgenowskie?

3) Kol. H i g i e r podkreśla, że prelegent słusznie podzielił nerwobóle na symptomatyczne i idjopatyczne, przy których chorzy tygodniami nie jedzą i nie piją. W tych przypadkach neurologzy mają gorsze wyniki. Obwodowe znieczulanie daje poprawę, ale i nawroty. Znieczulanie zwoju Gasser'a stosuje się w przypadkach bardzo uporczywych lub w razie zajęcia wszystkich trzech gałęzek. Widywano powikłania różnego rodzaju, jak porażenie nerwu okoruchowego, dwojenie, keratitis neuroparalytica, w katarze nosa gęściejszą wydzielinę po stronie operowanej.

4) Kol. S ł a w i ń s k i zastanawia się nad rozpoznaniem; często nie można zdecydować, którą gałąź znieczulać. W tych wypadkach pomaga wywiad. Należy znieczulać gałąź, w której najpierw wystąpiły bóle. Można wywołać ból przeniesiony, ale tylko wówczas, jeżeli trafi się na gałąź chorą (zony dolorogenetyczne). Z powikłań Sł. wspomina o zeszytwnieniu stawu żuchwowego.

W odpowiedzi kol. R u t k o w s k i wyjaśnia, że stosował nowokainę i alkohol. R. w swojej statystyce podaje również 25^o/₁₀ niepowodzeń. Zatrzymanych zębów nie badał. R. miał przypadki, gdzie pozornie były zajęte trzy gałązki, lub dwie, po zastrzyknięciu do gałązki najbardziej podejrzanej bóle ustępowały i w innych.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: A. Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 30 października 1923 r.

Przewodniczący: prof. A. Gluziński.

L Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Wydawnictwa Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Serja Naukowa Nr. 3. 2) Dr. Med. Mikołaj Rejchman: „Diagnostyka ogólna chorób przewodu pokarmowego”. 3) Doc. Dr. Med. L. Paszkiewicz „Technika sekcji zwłok”. 4) Główny Urząd Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Miesięcz-

nik Statystyczny. Tom VI. Nr.Nr. 1 do 7. 5) An. Landau i Marjan-kówna. Opis przypadku endo-myocarditis chronicae fibrosae totalis bez udziału zastawek z pokazem rentgenogramu i preparatu makro- i mikroskopowego serca.

III. Kol. Dobrowolski. Pokaz chorego chłopca z mięsakiem w jamie nosa.

Około 2-ch miesięcy temu pacjentowi opuchł nos, dosięgając kilkakrotnie zwiększonych rozmiarów, głównie w wymiarze poprzecznym.

W chwili wstąpienia do szpitala na grzbiecie nosa wyczuwało się chęłbotanie rzadkiego płynu pod skórą, w tem miejscu skóra siniego koloru. Oba nozdrza zatkane bladysinemi guzami. W stanie ogólnym — nie osobliwego.

Podczas usuwania guza z lewej nozdrzy wystąpił silny krwotok, który zatomowano gązą wyjałowioną.

Po operacji zjawiała się drożność nosa. Przy różniczkowym rozpoznaniu należy wziąć pod uwagę raka, syfilomat, t. j. kilak, w danym przypadku wrodzony, tuberkulomat oraz nowotwory łagodne: włókniak, i polip krwawiący przegrody nosowej. Przeciw wszystkim powyższym nowotworom, prócz włókniaka przemawia konsystencja guzów, wyjętych u chorego, które są twarde.

Przeciwko rakowi przemawia wiek pacjenta. Przeciwko rozpoznaniu łagodnych nowotworów nosa przemawia niszczące działanie danego nowotworu, który zniszczył przednią część przegrody nosa oraz wytworzył przetokę z otworkiem wyjściowym na skórze w okolicy prawej kości nosowej. Przedstawiony przypadek Dobrowolski uważa za b. rzadki i pouczający. Podczas 30-to letniej swej praktyki lekarskiej D. spostrzegał parę razy mięsaki w jamach nosowych, lecz w podobnej formie widzi po raz pierwszy.

Co się tyczy leczenia, to należy zastosować najprzód naświetlanie radem ewentualnie rezekcję górnej szczęki i radykalne usunięcie nowotworu. (Str. wł.).

IV. W szeregu wykładów o cierpieniach wyrostka robaczkowego prof. E. L o t h wygłosił rzecz p. t. „Anatomja i antropologja wyrostka robaczkowego”.

V. Doc. L. P a s z k i e w i c z: „O zapaleniu wyrostka robaczkowego ze stanowiska anatomji patologicznej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 6 listopada 1923 r.

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

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes odczytuje pismo Ministerstwa Zdrowia Publicznego, skierowane do wojewodów. W piśmie tem Min. Zdrowia zawiada-

nia o odczytach D-ra Burneta w języku francuskim z dziedziny chorób zakaźnych.

III. Kol. A. Landau, B. Łopieński i M. Feigin przedstawiają wyniki leczenia insuliną w przypadku ciężkiej cukrzycy (opis przypadku z pokazem krzywej).

W dyskusji 1) kol. Pawiński przytacza przypadek ciężkiej cukrzycy, leczonej insuliną. Leczenie rozpoczęto od 5 jednostek insuliny, dawka ta stopniowo była powiększana do 20 jednostek.. Po kilku dniach ilość cukru zwiększyła się, stan chorej pogorszył się, wystąpiły ciężkie zaburzenia ze strony serca: bicie serca, niepokój. Podobne spostrzeżenia nasuwają myśl że wytwarzanie cukru zależy nie tylko od trzustki, lecz i od innych głębszych przyczyn. Insulinę należy uważać za środek pożądany, ale oceniać go lepiej z pewnem niedowierzaniem.

2) Prof. Gluziński dziękuje Landauowi, że podjął sprawę insuliny w naszym Towarzystwie. Sprawę insuliny prof. G. uważa za jedną z najpoważniejszych zdobyczy w medycynie w ostatnich czasach. Z tego też względu polecił opracowanie zbiorowego referatu o insulinie, który ukazał się w Polskiej Gazecie Lekarskiej. Prof. G. zwrócił się do Rady Lekarskiej w Anglii o uprzejme nadesłanie insuliny dla kliniki i wiadomości w sprawie jej wytwarzania. Rada Lekarska w Anglii nie mogła nadesłać insuliny ze względu na wysoki koszt produkcji tego środka, jednak dała wszelkie wskazówki dr-owi K. Funkowi w celu rozwinięcia tego przemysłu w Polsce. Mamy nadzieję, że starania, które od pewnego czasu zostały u nas podjęte, doprowadzą do tego, że będziemy mieli insulinę własnego wyrobu.

IV. W dalszym ciągu wykładów o wyrostku robaczkowym prof. K. Rzętkowski wygłosił rzecz p. t. „O zapaleniu wyrostka robaczkowego ze stanowiska kliniki”.

V. Prof. Z. Radliński wygłosił rzecz p. t. „Zapalenie wyrostka robaczkowego ze stanowiska kliniki chirurgicznej”.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 20 listopada 1923 r.

Przewodniczący: prof. A. Gluziński.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano. Prof. Gluziński zastrzegł uzupełnienie do podanego w protokole swego przemówienia.

II. Do Biblioteki Towarzystwa nadesłano: 1) Zbiór Prac z zakresu ludzkiej patologii wewnętrznej. Wydał prof. K. Rzętkowski.

Tom I. 2) Podręcznik Chirurgji Ogólnej. Prof. Antoni Leśniowski.
3) Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Sprawozdanie z działalności Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku.

III. Wiceprezes Wł. Starkiewicz odczytał protokół Posiedzenia Komitetu Konkursowego im. Grzegorza Piramowicza z dnia 8 listopada 1923 r.

Komitet Konkursowy w składzie: wiceprezes Wł. Starkiewicz, jako przewodniczący. P. prof. P. Sosnowski, Pani A. Dargielowa, Dr. Wł. Światopełk Zawadzki i Dr. Stanisław Kopczyński, przyznał jednomyślnie nagrodę konkursową (zwiększoną o sumę 25 mil. mkp. z darowizny Polskiej Składnicy pomocy szkolnych), czasopismu „Wychowanie fizyczne”, jako skupiającemu prace z zakresu higieny szkolnej i wychowania fizycznego. Komitet postanowił wypłacić nagrodę konkursową redaktorowi i wydawcy tego czasopisma prof. E. Piaseckiemu na cele wydawnictwa.

Zebrani upoważnili Zarząd do złożenia podziękowania Polskiej Składnicy pomocy szkolnej za hojną ofiarę.

IV. Prof. Bronisław Sawicki wygłosił rzecz p. t.: „O powikłaniach po operacjach, wykonanych z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego”.

V. Prof. A. Czyżewicz wygłosił rzecz p. t. „O zapaleniu wyrostka robaczkowego u kobiet”.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Gluziński.**

.Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 27 listopada 1923 r.

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

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Kol. Z. Grudziński wygłosił rzecz p. t. „Rentgenografja wyrostka robaczkowego”.

Należy oddzielnie traktować sprawę właściwej rentgenografji wyrostka robaczkowego i jej stan współczesny i oddzielnie sprawę roli rentgenografji w rozpoznawaniu zapaleń wyrostka.

Do roku 1912 wyrostek robaczkowy nie był przedmiotem rentgenodjagnostyki. Poważni rentgenolodzy jak Holzknacht, Rieder i Grödel, twierdzili, że wyrostek robaczkowy tylko przypadkowo i bardzo rzadko udaje się wypełnić masą kontrastującą i uczynić uchwytnym dla rentgenografji. Dopiero od roku 1912 rozpoczęli lekarze amerykańscy (Case, George i Gerber), a za nimi niemieccy (Cohn i inni) sumienne prace nad rentgenografją wyrostka. Okazało się, że przy zastosowaniu właściwej techniki obraz wyrostka udaje się otrzymać w 20% — 80% badanych przypadków. Metoda otrzy-

mywania cienia wyrostka drogą wlewania masy kontrastującej przez odbytnicę nie jest właściwą do badania rentgenodjagnostycznego, przy jej pomocy bowiem otrzymujemy obraz w warunkach nienormalnych, нефизиологических. Jedynie właściwą i ogólnie przyjętą jest metoda badania po obiedzie kontrastującym. Obraz otrzymany drogą powyższą daje nam pojęcie:

1. O położeniu wyrostka; bywa ono 5-ciu rodzajów: *positio ileo-coecalis*, *latero-coecalis*, *pelvinea*, *praecoecalis* i *retro-coecalis*; w dwóch ostatnich przypadkach wyrostek jest niewidzialny na obrazie. 2. O szerokości i długości wyrostka; ta ostatnia wynosi 3 — 25 cm. 3. O kształcie wyrostka; różnorodne kształty wyrostka przyrównywać można do trąbki pocztowej, świńskiego ogona, liter S i U, a najczęściej do mniej lub więcej zgiętej linii. 4. O wypełnieniu wyrostka; wypełnionym może być bądź cały wyrostek, bądź też tylko jego szerszy, lejkowato zwężający się początkowy odcinek. 5. O ruchach wyrostka; na podstawie rentgenografji stwierdzono w wyrostku trojakiemu rodzaju ruchy: a) wahadłowe ruchy wyrostka w całości, b) ruchy faliste czyli węzowe i c) ruchy perystaltyczne, wyrażające się w segmentacji jego obrazu. 6. O czynności ruchowej wyrostka; wypełnienie jego zaczyna się w 6 — 7 godzin po Bi-obiedzie, kończy się zaś w 24 — 36 godzin; opróżnienie odbywa się pod wpływem własnej perystaltyki wyrostka, wypełnienie zaś, jak się zdaje, jest sprawą bierną.

Rentgenografja daje nam pojęcie również i o zmianach chorobowych w obrazie wyrostka. Dawniej utrzymywano (Stierlin), że już sam fakt otrzymania cienia wyrostka jest zjawiskiem niezupełnie prawidłowym i, ponieważ towarzyszy on bardzo często zastojowi krętniczko-kątnicowemu (*stasis ileo-coecalis*), jest objawem jeśli nie samej sprawy zapalnej wyrostka, to przynajmniej skłonności do niej. Późniejsze, jednak sumienne obserwacje wykazały, że z faktu otrzymywania cienia wyrostka żadnych wniosków rozpoznawczych wyciągać nie można. Warunki otrzymania cienia wyrostka są dwa: aby był on drożny i aby nie był ukryty poza cieniem okrężnicy. Wyrostki chore często nie dają cienia wskutek niedrożności (obliteracja, obrzęk błony śluzowej); wypełniooe zaś i uwidocznione na obrazie wyrostki bardzo często okazują się zdrowymi. Niewątpliwie zastój krętniczko-kątnicowy wpływa na łatwość otrzymywania cienia wyrostka.

Z właściwych zmian chorobowych w obrazie wyrostka wymienić należy: 1) zmiany w kształcie; wyrostek wyprężony jak struna, lub załamany pod ostrym kątem spotyka się jedynie w przypadkach zrostów, 2) zmiany w ruchomości wyrostka; nie zmieniający nigdy swego położenia wyrostek jest mocno podejrzanym w kierunku zrostów, 3) w wielkości i długości wyrostka; 4) w czynności ruchowej wyrostka; jeżeli w 48 lub więcej godzin po Bi-obiedzie znajdujemy wyrostek wypełnionym Bi-zawartością, to nasuwa nam się podejrzenie zrostów wyrostka, jakkolwiek objaw ten wzięty pojedynczo nie jest patognomonicznym; o ile zaleganie ogranicza się tylko do samego wyrostka, nie dotycząc kątnicy i dalszych odcinków okrężnicy, to nazywamy je izolowanem, czyli uchyłkowem.

Przechodząc do oceny roli rentgenografii w sprawie rozpoznawania zapaleń wyrostka robaczkowego, trzeba przedewszystkiem stwierdzić, że sprawa ta często niewiele ma wspólnego z rentgenografią wyrostka i dlatego rozpatrujemy ją osobno. W rozpoznawaniu spraw zapalnych ostrych wyrostka rola rentgenografii jest minimalna i rentgenolog z takimi sprawami prawie nigdy nie ma do czynienia. Zato sprawy przewlekłe, połączone ze zrostami, bywają często dziedziną rentgenodjagnostyki i tutaj często rentgenolog nie jedno ma do powiedzenia klinicyście. Dane swe czerpie on przytem nietylko z obrazu samego wyrostka, ile na podstawie urpiejętej oceny wszystkich danych rentgenografii całego przewodu kiskzkowego. Rola rentgenologii w przypadkach tego rodzaju jest trojaka. Przedewszystkiem rentgenologia ułatwia w dużym stopniu rozpoznanie zrostów wyrostka robaczkowego i organów z nim sąsiadujących, oraz przewlekłych stanów zapalnych tych organów. Objawy spraw powyższych odnoszą się do 4 odcinków narządu kiskzkowego: do samego wyrostka robaczkowego, do zastawki Bauhina, do doprowadzającego odcinka krętnicy i do kątnicy wraz z wstępnicą i całą okrężnicą.

Najważniejszym objawem rentgenologicznym cierpienia przewlekłego wyrostka jest zgodność jego cienia z punktem bolesnym na skórze. Dalej mocno podejrzanym na zrosty jest wyprężony lub ostro załamany kształt wyrostka, zwłaszcza, jeżeli mu towarzyszy zupełne unieruchomienie tegoż. Mniej charakterystycznym, jakkolwiek również podejrzanym w kierunku zrostów jest izolowane zaleganie w wyrostku. Wreszcie w wyjątkowo rzadkich przypadkach udaje się otrzymać cień zwapniałego kamienia w wyrostku.

Z objawów zrostów wyrostka, dotyczących zastawki Bauhina, wymienić należy cechy jej skurczu (zaleganie w krętnicy) lub niedomogi. Stwierdzenie załamania Lane a w doprowadzającym odcinku cienkich kiskzek świadczy z dużem prawdopodobieństwem o zrostach w okolicy wyrostka. Ze zmian w kątnicy i okrężnicy, świadczących o zrostach, wymienić należy charakterystyczne przemieszczenia i unieruchomienia tych organów.

Drugą usługą, jaką oddaje rentgenologia klinice, a w szczególności chirurgii, jest możność przedstawienia przed operacją chirurgowi całej topografii jamy brzusznej, a w szczególności prawego dolnego kwadrantu. Dość tu wspomnieć o przeróżnych ektopjach kątnicy wraz z wyrostkiem lub o „situs viscerum inversus”.

Wreszcie bardzo znaczną, a może najważniejszą rolą rentgenologii, jako współpracownicy kliniki, jest pomoc w ustaleniu rozpoznania różniczkowego pomiędzy zapaleniem wyrostka, a licznymi cierpieniami, dającymi podobne objawy. Nie potrzeba tu wspominać o roli rentgenografii w rozpoznawaniu cierpień żołądka, dwunastnicy, dróg żółciowych i kamic. Zaznaczyć jednak należy trzy cierpienia, z jakimi może najczęściej zdarzało się spotykać autorowi, jako dającymi powód do trudności rozpoznawczych. Są to: duża opadnięta kątnica (megacoeum), gruźlica krętniczno-kątnicowa oraz niektóre cierpienia esicy, jak stany zapalne, a nawet nowotwory. (Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. Ł a p i ń s k i W a c ł a w omówił sprawę zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci i jego cech odrębnych na

podstawie przypadków, spostrzeganych w Szpitalu im. Karola i Marii w okresie świeżo zakończonego dziesięciolecia Szpitala. Z ogólnej liczby 186 przypadków, leczonych na oddziałach chirurgicznym i wewnętrznym Ł. do swej statystyki zalicza jedynie przypadki operowane z wyłączeniem oczywiście przypadków usunięcia wyrostka w worku przepuklinowym oraz tych, w których stwierdzono gruźlicę otrzewnej. Ogółem operowano 115 chorych, u których wykonano 118 operacji. Ł. rozważania swe streszcza w szeregu następujących wniosków:

1. Należy ustalić związek pomiędzy schorzeniami jamy nosowogardłowej (wyrośla, migdały) u dzieci, a sprawami zapalnymi wyrostka robaczkowego (analogiczne podłoże anatomiczne). 2. Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci jest chorobą o typie wybitnie przewlekłym, napady zaś ostre są to mniej lub więcej gwałtowne obostrzenia tlejącej przewlekłej sprawy zapalnej często ze współudziałem postronnych przyczyn, sprzyjających (infekcja, uraz, uchybienia djetetyczne). 3. W przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci (26% wszystkich operowanych przypadków) istnieją zazwyczaj jedynie słabe, pozorne mało znaczące, często niedoceniane objawy, jak oto: krótkotrwałe, szybko przemijające, za to dość często powtarzające się bóle brzucha, zwłaszcza po stronie prawej, dalej zaparcie stolca, rzadziej biegunka, lub na przemian zaparcie i biegunka, mdłości, czasem wymioty; niekiedy — stan podgorączkowy; b. często brak przyrostu wagi. Mniejszy lub większy zespół tych objawów oraz niemal zawsze im towarzyszący objaw Mac Burney'a ustalają rozpoznanie; bezwzględnie zaś wskazany zabieg operacyjny leczniczy i zarazem zapobiegawczy stwierdza często niewspółmierność łagodnych objawów klinicznych z poważnymi zmianami anatomo-patologicznymi w wyrostku i jego okolicy. 4. W razie napadu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci, wskazana jest natychmiastowa bezpieczna operacja w ciągu pierwszych 24, najdalej 36 godzin (t. zw. operacja wczesna) z widokami pełnego powodzenia i zabezpieczenia się przed powikłaniami. 5. Najczęściej spostrzegane klinicznie przypadki ostrego zapalenia wyrostka u dzieci w końcu drugiej doby, na 3 — 4 dzień choroby (należy wyłączyć poczynające się niekiedy u dzieci w ten sam sposób zapalenie płuc) pozwalają na stosowanie wyczekującego t. zw. ochładzającego leczenia jedynie w razie zdecydowanie łagodnego przebiegu. Obecność t. zw. (Ombrédanne) groźnych objawów — zwiastunów nadciągającego rozlanego zapalenia otrzewnej — w zespole lub pojedynczo (napięcie mięśni prostych brzucha, szybkie rozszerzanie się bolesności z dołu biodrowego na cały brzuch, względnie niewysoka ciepłota przy niewspółmiernie szybkim tętnie, początkowo niezwykle gwałtowny ból, ciepłota 39° nazajutrz rano po napadzie) stanowi wskazanie do natychmiastowego zabiegu usunięcia wyrostka jako siedliska zakażenia, zazwyczaj z zeszyciem rany i następnie stosowaniem leczenia ochładzającego. Zwlekanie z wykonaniem zabiegu wybitnie pogarsza rokowanie wskutek szybko postępującego słabnięcia sił obronnych ustroju dziecięcego w walce z zakażeniem (zwyrodnienie tłuszczowe narządów mięsnych i mięśnia

sercowego). 6. Przypadki ropnego wyraźnie ograniczonego zapalenia otrzewnej — o ile nie ulegają samoistnemu wysysaniu się — wymagają nacięcia z rozważnym dążeniem do usunięcia wyrostka. W razie niemożności łatwego usunięcia wyrostka (przypadki najczęstsze) — w przyszłości — niezbędny zabieg operacyjny na zimno. 7. W przypadkach stwierdzonego rozlanego zapalenia otrzewnej wskazana jaknajszybsza operacja opróżnienia jamy brzusznej z ropy i usunięcia wyrostka. Nowe poglądy w kierunku całkowitego zaszywania w tych razach jamy brzusznej z następczem leczeniem ochładzającym i stosowaniem szczepionek (propidon) zasługują na dalsze badania kliniczne. (Str. wł.).

2) Kol. Zieliński Kazimierz nie zgadza się ze zdaniem prof. Radlińskiego, słyszanem już po raz drugi, że odsetek śmiertelności po operacji wyrostka równałby się zeru, gdyby chirurdzy otrzymywali od terapeutów chorych na zapalenie wyrostka w pierwszym dniu choroby. Otóż wogóle terapeuci rzadko kiedy widują takich chorych w pierwszym dniu choroby i o wiele częściej widzą ich wtedy, gdy doszło już do nacieczenia w okolicy kiszki ślepej. Następnie są takie przypadki, które odrazu przebiegają nadzwyczaj ciężko z zajęciem ropnem całej otrzewnej i w ciągu 24 godzin kończą się śmiercią. Zależy to od złośliwości zarazka i braku skłonności do tworzenia zlepow ochronnych. Z. widział sam dwa takie, stwierdzone sekcyjnie przypadki. Nie należy lekceważyć leczenia wewnętrznego ostrych przypadków zapaleń wyrostka. Terapeuci, którzy powinni działać w tych razach łącznie z chirurgami, od czasu unikania przeczyszczeń i stosowania opium lub morfiny, jak to czyni prof. Rzętkowski, ułatwiają tę współpracę i stanowczo przy leczeniu konserwatywnem w późnych okresach choroby nie mają 25% śmiertelności, do którego to odsetku w razie operowania po 48 godzinach od początku choroby przeznają się chirurdzy. Również uważa Z. za przedwczesną jeszcze radę usuwania, w celach zapobiegawczych, zdrowego nawet wyrostka, podczas jakiegokolwiek bądź innej laparatomji, bo kwestja, czy wyrostek jest tylko organem szczątkowym, czy też gra on inną jaką wydzielniczą rolę, pozostaje jeszcze otwartą. Zabieg więc taki może tylko powiększyć i tak dosyć pokazywany odsetek wyjętych przez chirurgów wskutek domniemanego rozpoznania wyrostków zdrowych. Należy pamiętać, że nawet po takich niewinnych operacjach mogą powstawać zrosty, narażające chorych później na mniej lub więcej poważne dolegliwości, doprowadzające nieraz do ponownych laparatomji w celu usuwania tych zrostów i t. d., nie mówiąc już o różnych nieszczęśliwych wypadkach w czasie lub po operacji: zakażenie, chloroform i t. d. (Str. wł.).

3) Kol. Tokarski: Do wywołania zapalenia wyrostka robaczkowego siła zarazka, jego jadowitość jest przyczyną niedostateczną. Potrzebny jest odpowiedni grunt, teren. Wyrostek robaczkowy nazwano migdałkiem brzuszny z powodu bogactwa w tkankę chłonną, wrażliwość na zakażenie i na powtórne zakażenie u dzieci i u osób młodych.

Jak u jednych osobników migdałek jest sterylizatorem, a u innych cieplarką, tak i wyrostek robaczkowy u jednych osobników

chłonie zarazek, pochłania i przetrawia, u innych zaś chłonie jak gąbka, zatrzymuje zarazek, lub przepuszcza, przesącza poprzez swoją ścianę, nawet bez przedziurawienia do otrzewnej. Od właściwości biologicznych otrzewnej zależy, czy otrzewna uformuje miejscowy pancerz, barjerę, — czy też bezbrinnie podda się na miejscowej lub rozlanej przestrzeni. Za terenowem usposobieniem przemawia również *appendicitis familiaris*. Anatomja patologiczna nie dała nam dotąd ścisłej odpowiedzi, czy wyr. rob., znajduwany podczas operacji lub na sekcji zwłok, wypełniony mniej lub więcej płynnym kałem, jest zjawiskiem fizjologicznym, czy też patologicznym. I właśnie od włókienniczego wrodzonego utkania wyrostka będzie zależało, czy wyrostek bądź sam, lub wraz z otrzewną będzie reagował na zarazkową zawartość, czy też nie będzie. Zapalenie wyrostka robaczkowego przedstawia się jako zapalenie tkanki chłonnej, ropnia grudki chłonnej, *folliculitis*, przynajmniej na samym początku choroby. Jeśli jest mowa o tem, że przy operacji na zimno znaleziono wyrostek zdrowy zupełnie lub pozornie, to nigdy nie można ręczyć, że ten wyrostek takim był podczas ostrego napadu kilka tygodni lub miesięcy wstecz. I tutaj jest analogja z cierpieniem migdałków. Angina *follicularis* przedstawia się zawsze dramatycznie, a już po kilku dniach migdałek przedstawia się normalnym i co do wielkości i co do zewnętrznego zabarwienia. Często operacyjnie stwierdzone przypadki przekonywują nas, że po bardzo ciężkim ostrym napadzie w ciągu 6 — 8 bezgorączkowych tygodni następuje samowyleczenie.

Co do leczenia, to jeśli brak zgody chorego lub jego rodziny, albo też chory mieszka na prowincji i w pierwszych 48 godzinach operacja nie może być dokonana, a wyczuwa się już choćby rzekomy guz, to wtedy nie wystarcza leczenie wewnętrzne za pomocą diety płynnej, lodu i morfiny, a uciec się należy do lodu i do 48 godzinnego bezwzględnego postu. Nie należy choremu podawać ani kropli mleka, ani wody, nie podawać nawet kroplowej lewatywy, nawet nie połykać własnej śliny, gdyż tylko tą drogą możemy zupełnie unieruchomić kiszki, wywołać skleiny, zrosty, otorbienia. Na trzeci dzień diet płynna, lód dalej.

Pod nazwą przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego pojmujemy przewlekłe zapalenie od samego początku, bez lub z małym udziałem otrzewnej, to jest, gdy poprzedzającego ostrego napadu nie było, lub był tak nikły, że go nie zauważono. Rozpoznanie tej niepełnej postaci choroby, która trwa całemi latami, jest bardzo trudne, ponieważ ani wywiady, ani badania końcami palców, ani pomocnicze sposoby badania nie dają żadnych wskazań. Chorych tych charakteryzuje nie zmęczenie, nie neurastenja, lecz gnuśność, odrętwienie, *torpiditas*, jakby zatrucie. Główne skargi chorego są następujące: stan podgorączkowy z przerwami, rozmaite niemiłe uczucia w brzuchu, apetyt nierówny, wstręt do niektórych potraw, niechęć do pracy, zaparcie naprzemian z burzliwemi przeczyszczeniami, napady naczynioruchowe, wrażliwość na zimno, zawroty głowy, bóle po lewatywie, *colica umbilicalis*, u dzieci język obłożony i t. d. Usunięcie wyrostka powraca zdrowie i psychiczne i cielesne. Po wyjęciu otwarty wyrostek wydaje się mało zmienionym: nieco ropy, albo

zbliznowaciale wysepki, albo punkty krwotoczne, albo śluzówka błada i obrzmiała. Histologicznie: folliculitis chronica. (Str. wł.).

4) Kol. Anastazy L a n d a u uważa, że połykana ślina w pewnym odsetku zapaleń wyrostka robaczkowego może być przyczyną tego zapalenia, jak o tem wspominał prof. Rzętkowski, ale nie we wszystkich przypadkach. W pewnym odsetku przypadków zapalenie wyrostka powstaje wskutek zakażenia przez prąd krwi. Podobne przypadki według L. stanowią przewlekłe zapalenia wyrostka robaczkowego pochodzenia gruczliczego. Ustalić stosunek zapalenia wyrostka robaczkowego do gruczlicy trudno. L. stwierdzał, że rodziny z usposobieniem do gruczlicy łatwiej zapadają na zapalenie wyrostka. Prof. Radliński wspominał o błędach, jakie zdarzają się nawet w klinice przy rozpoznaniu zapalenia wyrostka. L. podkreśla, że rozpoznanie zapalenia wyrostka w pierwszej dobie jest bardzo trudne, opiera się ono na drobnych objawach i ich zespole. W celu ułatwienia rozpoznania L. proponuje zwracać uwagę na kolejność powstawania objawów zapalenia wyrostka — chronologię. Kolejność objawów jest następująca: ból, wymioty, gorączka z dreszczami. Pomiedzy powstaniem każdego z tych objawów upływa kilka godzin. Bez tej „chronologii” rozpoznanie jest wątpliwe. Drugim objawem, który może chronić od błędnego rozpoznania jest leukocytoza. Duża leukocytoza powyżej 20% pozwoli uchronić nas od błędu. Aby chorego skierować na operację, należy dokładnie postawić rozpoznanie. Landau nie zgadza się z prof. Radlińskim, aby operować chorego w każdym okresie choroby. Mówca stoi na stanowisku bezwzględniego operowania wyrostków jak najwcześniej w 1-ej dobie, gdyż uważa to za jedyne racjonalne leczenie. Klinika braci Mayo dowiodła, że operowanie po 24 godzinach daje gorsze wyniki, niż konserwatywne leczenie. L. zgadza się z prof. Rzętkowskim na morfinę, absolutny spokój i łód. Najczęstszymi powikłaniami zapalenia wyrostka są owrzodzenia dwunastnicy.

5) Kol. Jerzy R u t k o w s k i wspomina o swoich badaniach, które przeprowadził w II-ej klinice nad wyrostkami z wybroczynami krwawymi, jako jedyne stwierdzonymi zmianami. Powstawanie wspomnianych wybroczyn R. uzależnia od ostatecznego prądu krwi w naczyniach. Następnie R. zwraca uwagę na to, iż rokowanie w zapaleniu wyrostka robaczkowego jest zawsze niepewne, co potwierdzają przytoczone przypadki, obserwowane w klinice.

6) Kol. J a k i m i a k zabiera głos w sprawie pokazów kol. Grudzińskiego. Niektóre z pokazów rentgenograficznych nasuwają pewne wątpliwości, czy to są rzeczywiście wyrostki, czy też pasma zrostów. Rozpoznania rentgenowskie mogą nie odpowiadać rzeczywistości. Na dowód tego twierdzenia J. wspomina o przypadku, w którym chora, operowana z powodu zapalenia wyrostka, który podczas operacji był usunięty, wskutek bólów zwróciła się do J. o poradę. J. skierował chorą do zbadania rentgenem. Na rentgenogramie stwierdzono obecność wyrostka wyjątkowo wyraźnie. Dokonana przez J. operacja wykazała jedynie zrosty i brak wyrostka.

7) Kol. C z a r k o w s k i J ó z e f zgadza się, że kiedy rozpoznamy zapalenie wyrostka robaczkowego, należy operować. Rozpoznanie zapalenia wyrostka w przypadkach bez wyraźnego ostrego początku jest trudne. Nawiązując do przemówienia kol. Łapińskiego, Cz. zwraca uwagę na to, że dzieci podczas zapalenia wyrostka zachowują się nadzwyczaj spokojnie. U dzieci i u starszych osobników stwierdzano jedynie wysoką ciepłotę, bez wymiotów i bez bólów; na operacji jednak znajdowano martwicę wyrostka nawet bez bólów w okolicy Mac Burney'a. W przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka należy chorego ściśle badać. Na zasadzie wykluczenia można dojść do rozpoznania. Cz. staje na stanowisku, aby operować w każdej chwili. W zapaleniu otrzewnej rozlanem na początku wylewa się płyn bez zapachu, następnie należy bardzo starannie zabezpieczyć ranę i jamę otrzewnej, aby móc dojść do głównego ogniska zapalnego, przestrzegając ściśle, aby z Douglas'a nie dostał się do góry płyn cuchnący. W przypadkach, gdzie spotykamy się z dużymi naciekami, mamy wyniki mniej pomyślne.

W razie zrostów Cz. radzi od ślepej kieszki kierować się do podstawy wyrostka, nacinać otrzewną, odseparować cały walec mięśniowośluzowy, aż do samego końca wyrostka, nie ruszając zrostów. W ten sposób można zawsze doszczętnie wyluszczyć wyrostek. Co się tyczy objawów, o których wspominał Landau, to Czarkowski widywał chorych bez tych objawów. Rozpoznanie zapalenia wyrostka u kobiet jest trudne, jednostronność cierpienia stała przemawia za zapaleniem wyrostka.

8) Prof. G l u z i ń s k i stwierdza, że wszyscy jesteśmy jednego zdania: zostało rozpoznane ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, należy chorego oddać w ręce chirurgów. Prof. G. wspomina o przypadku, który obserwował w swojej rodzinie. Rano u chłopca 12-letniego wystąpiło jedynie rozwolnienie, następnie ból bez podniesionej ciepłoty, w kilka godzin potem szybkie tętno, na operacji, dokonanej przed 24 godzinami stwierdzono martwicę wyrostka i nacięcie otrzewnej. Okres zdrowienia trwał 2 miesiące, z powikłaniami: zapalenie żył, zator żylny w prawej nodze. Nagłe gwałtowne powstanie bólu w okolicy wyrostka nigdy nie zawodziło w rozpoznaniu zapalenia wyrostka. W czasach studjów starych lekarzy nie mówiono o zapaleniu wyrostka, lecz o zapaleniu ślepej kieszki typhlitis, paratyphlitis. W końcu XVIII w. francuscy autorowie zaczęli twierdzić, że te ostatnie cierpienia pochodzą od wyrostka robaczkowego. Walka trwała długo, jakiego pochodzenia są typhlitis i paratyphlitis. Badania internistów francuskich dowiodły, że są one pochodzenia z wyrostka. W pewnych sprawach zapalnych odgrywa rolę ślepa kieszka, a wyrostek robaczkowy jest zdrowy. Biegunki świadczą, że jelito grube jest schorzone. Stwierdzano na stole sekcyjnym przedziurawienia ślepej kieszki; 3 takie przedziurawienia stwierdzono w Londyńskich szpitalach. Zamknięcie światła kieszki przez nowotwór, (jeden przypadek przedstawił Grudziński), powoduje zmiany w tkance kieszki ślepej. Może powstać cwrzodzenie i przedziurawienie. Przypadki ulcus simplex coeci doprowadzają do zapalenia i do przedziurawienia. U starych osobników, u których utkanie

folikularne utrzymuje się, podczas gdy w samym wyrostku nastąpiły zmiany zanikowe, prawdopodobniejsze nawet jest zapalenie ślepej кишки. W przypadkach przewlekłych z objawami zapalnymi w wyrostku, o ile nigdy nie było ostrego ataku, nie należy śpieszyć się z operacją. W przypadkach z owrzodzeniem dwunastnicy i zapaleniem wyrostka najczęściej było fałszywe rozpoznanie owrzodzenia dwunastnicy, jako przewlekłego zapalenia wyrostka. Badania należy prowadzić w pierwszym kierunku z uwzględnieniem pewnego szeregu przypadków zapalenia ślepej кишки.

9) Kol. Ciechomski zabiera głos w sprawie badania rentgenowskiego, w tych przypadkach, w których wyrostek jest niedrożny. W podobnych przypadkach badanie rentgenowskie może również być pomocne. Wyjaśnia ono np. istnienie ruchomej ślepej кишки. W podobnych przypadkach zaleganie w ślepej kiszce wywołuje stany, które nasuwają myśl o zapaleniu wyrostka. W tych przypadkach operujemy chorego, usuwamy wyrostek, który okazuje się niezmiennym. Badania rentgenowskie dają ściśle rozpoznanie.

10) Kol. Grudziński w odpowiedzi kol. Jakimiakowi wyjaśnia, że w celu uniknięcia błędu bada wyrostek 4—5 razy. Rozpoznanie sweje G. sprawdza za życia na operacji, po śmierci na sekcji.

11) Prof. Rzętkowski zgadza się z prof. Gluzińskim, aby operować w okresie wczesnym, wątpi jednak, aby było słusznem twierdzenie, że należy operować w każdej chwili. Sami chirurdzy leczą konserwatywnie, jak to mieliśmy możność przekonać się z dyskusji. Chirurg operujący w piątym dniu zachorowania szkodzi choremu. Sprawę tę podniósł Landau, z czem najzupełniej zgadza się prof. Rz. Operacja ma tyle niebezpiecznych momentów, jak możliwość zapalenia płuc, chloroform, zapalenia żył.

Prof. Rz. nie podziela stanowiska chirurgów, którzy usuwają wyrostek przy każdej operacji. Prof. Rz. podkreśla, że jest przeciwny stosowaniu środków przeczyszczających i przemawiał za spokojem, absolutną dietą, lodem i morfiną. Schematyzowanie w kierunku rozpoznawczym i leczniczym, prowadzi na manowce.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

—o—

POSIEDZENIE KLINICZNE

dnia 4 grudnia 1923 roku.

Przewodniczący wiceprezes: Wł. Starkiewicz.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący wiceprezes Starkiewicz odczytuje zaproszenie Rady Stowarzyszenia Techników w Warszawie na Akademję, która odbędzie się w dniu 8 grudnia r. b. o godz. 12-ej w poł. z powodu Jubileuszu XXV letniego istnienia Stowarzyszenia Techników.

III. Przewodniczący odczytuje listę kandydatów na członków czynnych Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

IV. Kol. Wacław Łapiński przedstawił czteroletnią dziewczynkę, dotkniętą rzadkiem zбочeniem wrodzonym wysokiego położenia łopatki. Budowa dziecka prawidłowa; lewa okolica barkowa wraz z łopatką wybitnie wzniesiona ku górze, lewa łopatka mniejsza od prawej ma kształt mniej więcej kwadratowy (wymiar podłużny prawej łopatki wynosi $8\frac{1}{2}$ ctm., lewej zaś $6\frac{1}{2}$ ctm.) i zajmuje położenie poprzeczne; górny brzeg łopatki wyraźnie wygięty haczykowato i wyraźnie uwydatnia się pod skórą. Ruchy w stawie barkowym na ogół wolne z wyjątkiem znacznie ograniczonego ruchu odwiedzenia; dziecko podnosi kończynę nie wyżej niż do poziomu.

Zniekształcenie to nosi w Niemczech nazwę choroby lub zniekształcenia Sprengla, który w r. 1891 podał dokładny opis czterech odnośnych przypadków. Znałe są jednak o wiele wcześniejsze opisy tego zбочenia wrodzonego, jak Eulenburga (1862), Mac Burney'a i Sands'a (1886) i in. Ł. rozpatruje kolejno poglądy i teorie odnośnie patogenezy zбочenia, zwraca uwagę na fakt, że mamy tu do czynienia nie z podniesieniem się łopatki, lecz z niedostatecznem jej opuszczeniem się w życiu płodowem: u zarodka bowiem łopatka (kształtu więcej szerokiego) znajduje się na wysokości 4-ch szyjnych i 2-ch grzbietowych żeber, zбочenie zatem tworzy się wskutek zatrzymywania się normalnego procesu opuszczania się łopatki (descensus scapulae). Późniejsze badania anatomiczne i zwłaszcza radiologiczne stwierdziły, że poza zmianą położenia i kształtu łopatki istnieją zazwyczaj i inne wrodzone wady rozwojowe w okolicy całej obręczy barkowej, jako to: listwy kostne pomiędzy łopatką i kręgosłupem, także listwy pomiędzy wyrostkami kręgów, powstrzymany rozwój kręgów szyjnych i grzbietowych, zmiany żeber, niekiedy ubytki mięśnia kapturowego (m. trapezius); ostatnio zwrócono uwagę, na wrodzone skrócenie obojczyka (wstrzymany rozwój lub następstwo złamań wewnątrzmacicznych) z następsem zahamowaniem opuszczania się łopatki. W przypadku, przedstawionym przez Ł. radiogram wykazuje — poza zmianą kształtu i położenia łopatki — znaczne zmiany żeber, a mianowicie zrost 1-go żebra z 2-em, częściowy zrost zniekształconych żeber 3-go z 4-m i 5-go z 6-m, nierówne przestrzenie międzyżebrowe, zmiany w trzonach kręgów w miejscu połączenia ze zmienionymi żebrami, szczeliny w trzonach 6-go i 7-go kręgu szyjnego. Na zniekształcenie patrzymy dzisiaj jako na jeden z objawów zwyrodnienia, Ł. omawia kolejno sposoby leczenia tego kosmetyczno-czynnościowego zniekształcenia, podziela bezsilność wszelkiego leczenia mechanicznego i zatrzymuje się na dość licznych sposobach operacyjnego uruchomienia, ściągnięcia ku dołowi i ustalenia łopatki w położeniu pożądanem. Ł. zamierza w swoim przypadku wykonać zabieg operacyjny według Ombredanne'a: w razie potrzeby czasowe przecięcie obojczyka, uruchomienie łopatki przez przecięcie przyczepów mięśniowych, odcięcie górnej części łopatki do grzebienia, czasowe przyszycie drutem dolnego kąta łopatki do 7-go żebra, przyszycie przyśrodkowej krawędzi łopatki do mocnego więzadła (lig. supraspinale), ew. zeszyty obojczyka. (str. wł.).

V. Prof. L. Kryński przedstawia „Rzut oka sprawozdawczy na wyniki tegorocznego zjazdu międzynarodowego chirurgów w Londynie.”

Przewodniczący dziękuje prelegentowi za wygłoszenie sprawozdania i zaznacza, że należałoby wygłaszać takie sprawozdania i z naszych zjazdów.

VI. Kol. Z w a d z k i A l e k s a n d e r odczytuje nazwiska Polaków członków Zjazdów Międzynarodowych. Nawołuje chirurgów do zapisywania się na członków. W dalszem przemówieniu Z. uzupełnia sprawozdanie prof. Kryńskiego.

VII. Kol. M. R a c z y ŋ s k i wygłosił odczyt p. t. „Z zakresu zagadnień walki z rakiem.” W zakończeniu podał następujące wnioski:

1. Wycinanie próbnych kawałków z tkanki zrakowaciałej w celu badania drobnowidzowego grozi rozsianiem sprawy chorobowej po ustroju. Tyczy się to również i wyskrobywania błony śluzowej macicy do badania drobnowidzowego. Z tem się szczególnie liczyć potrzeba, gdy można przypuszczać, że rak jest jeszcze umiejscowiony.

2. Jednem z zagadnień techniki operacyjnej w raku powinno być usunięcie tego niebezpieczeństwa w postaci wszczepiania komórek rakowych w ranę operacyjną i rozsiewania ich po polu operacyjnem, jakie towarzyszy wyluszczeniu pierwotnego ogniska rakowego, jak również wyluszczeniu sąsiednich gruczołów i naczyń chłonnych.

3. Ponieważ, jak to wskazuje anatomja układu chłonnego narządów płciowych kobiecych, operacja brzuszna usuwania macicy w raku szyjki macicznej nie może być uważana za doszczętną, radykalną, a wyluszczenie gruczołów i naczyń chłonnych grozi rozsianiem po polu operacyjnem komórek rakowych, zawartych w tych gruczołach i naczyniach, przeto należy szukać innych dróg leczenia raka macicy.

4. Wobec tego, iż miejscowe leczenie raka jest niezadawalające, z drugiej zaś strony uwzględniając pogląd na raka, jaki wywołują dziś niektórzy badacze, jako na chorobę o pochodzeniu ogólnem, należy skierować uwagę na badanie środków na raka o działaniu ogólnem: szczepionki, surowice, autohemoterapia, proteinoterapia, sterylizacja ustroju za pomocą odpowiednich środków chemicznych, hypertermja, szczepienie zarazków chorób drobnoustrojowych.

5. Statystyka trwałej pooperacyjnej uleczałości raka, dzięki dowolności, brakowi ścisłości i dokładności, jest niewystarczająca, a w Polsce jej wcale niema: więc pożądane byłoby, jak to już zapoczątkowano w Stanach Zjednoczonych Ameryki, stworzyć specjalną organizację, któraby się zajmowała prowadzeniem ewidencji wszystkich chorych po operacji raka.

6. Należy dążyć do utworzenia w Polsce „ośrodków okręgowych dla walki z rakiem” przy wydziałach lekarskich uniwersytetów

o charakterze leczniczo-naukowo-pedagogicznym, na wzór ośrodków, założonych obecnie we Francji.

W dyskusji 1) Prof. Kryński zaznacza, że temat został pięknie przedstawiony przez prelegenta. Mówca wyraża chęć poparcia projektów prelegenta. Prof. K. podkreśla, że w danej chwili leczenie raka opiera się o chirurgję. Po naświetlaniach widziano pogorszenia sprawy. Postęp leczenia sprawy polega na radykalizmie chirurgicznym; w raku sutki usuwa się nawet daleko leżące gruczoły. Takie leczenie daje 53% wyleczeń raka sutki, biorąc nawet 5-letni okres wyleczenia. Nawroty guza dowodzą pewnej bezsilności chirurgji, która stara się wszystkie podejrzane o nowotwór miejsca usunąć.

2. Kol. Starkiewicz uważa, że walka społeczna z rakiem, jakkolwiek prowadzono ją nawet z pewnym wysiłkiem i energją, nie miała stałej ciągłości, brak jej było wytrwałości. Powstanie ośrodka do walki z rakiem zebrałoby jednostki energiczniejsze i wytrwalsze, któreby się poświęciły tej walce. Pierwszem zadaniem takiego ośrodka byłoby zestawienie geografji raka w Polsce. Prelegent wspominał, że najwięcej chorych na raka spotyka się w Krakowie, mówca znowu za najwięcej zagrożone uważa Łomżyńskie, a mianowicie okolice Czyżewa. Zadanie walki z rakiem jest bardzo trudne, ankiety po większej części pozostają bez skutku. Komitet do walki z rakiem winien postawić sobie za cel usiłowanie w celu otrzymania substancji promieniotwórczych.

3. Kol. Sterling-Okuniewski jest zdania, że poruszona przez prelegenta kwestja djaгностиyki raka na zasadzie wycinania kawałków podejrzanych miejsc podlegała dyskusji. W braku innej pewnej metody rozpoznawania nowotworów musimy się do tego sposobu uciekać. Projekt prof. Bergogné miał na celu leczenie raka i walkę z jego szerzeniem się. Koszty urządzenia odpowiedniej centrali leczniczej wyniosłyby pół miliona franków. Zdobycie takiego funduszu u nas jest bardzo trudne. Idea urządzenia ośrodka walki z rakiem przy uniwersytecie trwa i u nas.

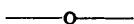
4) Kol. Zawadzki Al. omawia sposób Taylora operowania raka zimnem żegadłem. Operacja straszna, ale daje najlepsze wyniki. Naświetlanie rentgenem i radem przed operacją ułatwia operację. Przypadków, niekwalifikujących się do operacji, nie należy poddawać leczeniu naświetlaniem.

Kol. Raczynski w odpowiedzi wyjaśnia, że instytuty, mające czysto praktyczne cele, nie będą krokiem naprzód; podobne instytuty w Moskwie nie dały nic dla nauki. Sprawa naświetlania po operacji wbrew opinii kol. Zawadzkiego nie została rozstrzygnięta.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes: Starkiewicz.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.



POSIEDZENIE ADMINISTRACYJNE**dnia 18 grudnia 1923 roku.****Przewodniczący: prof. A. Gluziński.**

I. Sekretarz Stały prof. A. Sokołowski i podskarbi Leon Ba-
biński przedstawiają preliminarz budżetu na I kwartał 1924 roku.

D o c h o d y:

Przelew z domu w kw. I-ym . . . Marek 100 milionów

W y d a t k i:

Kancelarja za 3 miesiące	Marek 150 milionów
Światło	" 25 "
Druki	" 26 "
Opał	" 65 "
Telefon	" 15 "
Porto	" 6 "
Różne drobne	" 6 "
Potrzeby biblioteki	" 60 "
" Pamiątnika	" 60 "
Razem	Marek 413 milionów
Odliczając zapomogę z domu	" 100 "
Pozostaje niedobór	Marek 313 milionów

Przy zestawieniu preliminarza budżetu Sekretarz Stały i podskarbi wychodzą z założenia, że komorne przedwojenne z domu wynosiło 15.000 rb., po odliczeniu zaś komornego za sklep Lewego, obecnie Banku Powszechnego, w sumie 5000 rb. komorne wynosiłoby 10.000 rb., co przy obliczeniu po 20.000 mkp. za rubla wyniesie 200.000.000 mkp. Przewidywane straty wyniosą 100 tysięcy mkp., pozostanie dochodu 100 tysięcy mkp., co uczyni w stosunku kwartalnym:

Dochód z domu I-ym kw. 1224 r.	Marek 25 milionów
Komorne Banku Powsz. 250 zł. à 500.000	" 125 "
Razem	Marek 150 milionów
Po uwzględnieniu dodatkowej straty	Marek 50 milionów
Pozostaje	Marek 100 milionów

jako subsydjum funduszu własnego.

Rozchód z domu pokryją lokatorzy świadczeniami.

Niedobór 313 milj. marek muszą pokryć składki członków. Przyjmując jako średnią liczbę 300 członków, wypadnie składka członkowska za I kw. milion mkp.

Sekretarz Stały i Podskarbi w imieniu Zarządu proponują za-
twierdzenie składki za kwartał I w wysokości miliona marek, z pra-
wem zwaloryzowania jej w przyszłości.

Zebrani przyjmują wniosek Zarządu.

W dyskusji kol. L e b e n s b a u m wyraża opinię, że budżet praktyczniej byłoby zestawiać w złotych i zachęca kolegów do za-
brania głosu nad budżetem.

Prof. R z ę t k o w s k i zapytuje, jak stoi sprawa stypendjów, i zwraca się do Zarządu, aby zwrócił uwagę na posesje, zapisane T-wu, np. w Piotrkowie, ażeby dochód z posesji pokrywał remont. Następnie prof. Rz. przemawia za tem, aby budżet i wykonanie budżetu były umieszczone w pamiętniku. Prof. Rz. porusza kwestję wydawnictwa Przeglądu Piśmiennictwa i Pamiętnika T-wa.

Podskarbi B a b i ń s k i daje wyjaśnienia w sprawie preliminarza budżetu stanu stypendjów. Stypendja przekazane T-wu, na skutek prawa spłaty po 216 mkp. za 100 rb. zostały zupełnie unicestwione, tem więcej, że według przepisu prawa musiały być pomieszczone w papierach pupilarnych lub na hipotekach, co daje zupełnie nikły dochód.

Prof. G ł u z i ń s k i wyjaśnia, że Zarząd starał się, aby mógł wyrelnić zadania i wydać po pierwsze Pamiętnik, po drugie Przegląd piśmiennictwa. Pensje pracowników zostały określone w złotych i wynoszą dość znaczne sumy.

Kol. S t. K o p c z y ń s k i wyraża żal, że stypendja złożone w T-wie, zbierane przez ofiarodawców z wielkim trudem, poszły na marne.

Kol. W ł. S t a r k i e w i c z przedstawia, że na wydawnictwo Przeglądu piśmiennictwa posiada T-wo fundusz 250 złp.: wydawnictwo Pamiętnika T-wa ma zabezpieczony fundusz na przyszły rok. Starkiewicz przedstawia, jak zostało zanulowanie stypendjum im. Chwiećkowskiego, Zarząd jednak opierając się na niewypełnieniu formalności hipotecznej, stara się wszelkimi siłami uchronić stypendjum od zagłady.

Prof. R z ę t k o w s k i uważa, że stypendjum im Chwiećkowskiego jest funduszem natury publicznej, wobec tego należy wyjaśnić opinii publicznej, w jaki sposób powyższe stypendjum zostało unicestwione. Prof. Rz. wzywa Zarząd do wydania odezwy do społeczeństwa. Prof. Rz. uważa, że Zarząd w podobnych sprawach winien zwrócić się do dwóch instancji, po 1-e do opinii publicznej, po 2-ie do członków T-wa, którzy też mogą mieć duży wpływ.

Prof. G ł u z i ń s k i stwierdza, że oburzenia na sposób załatwienia sprawy stypendjum Chwiećkowskiego odczuwa każdy z nas. Dlatego też pomimo tego, iż suma została spłacona przed 3-ma laty na skutek przymusu prawnego, Zarząd T-wa skorzystał z tego, że Sędzia Hipoteczny na podstawie nowej ustawy T-wa nie zgodził się na wykreślenie danej sumy z hipoteki, zwrócił się do sądu i sprawę prowadzi z całą wytrwałością.

Prof. R z ę t k o w s k i stawia wniosek, aby Zarząd T-wa na jednym z przyszłych posiedzeń zdał sprawę ze stanu fundacji, jakie T-wo posiada. Wniosek prof. Rz. przyjęto. Preliminarz budżetu na I kwartał roku 1924 przyjęto.

II. Bibliotekarz kol. Z w e j g b a u m przedstawił sprawozdanie ze stanu biblioteki za r. 1923.

W końcu roku 1922 znajdowało się w Bibliotece skatalogowa-

1. Dzieł, pism, broszur i odbić oddzielnych	44.770
2. Foljantów	480
3. Dzieł w szafie Placzkowskiego	117
4. Dzieł i pism w Bibliotece Krajewskiego i Karczewskiego	2.767
5. Słowników w szafie Pląskowskiego	71
6. Rękopisów	179

W roku 1923 do katalogów wpłynęło:

1. Dzieł, pism, broszur i odbić oddzielnych	800
2. Foljantów	15

a więc w końcu roku 1923 znajdowało się w Bibliotece skatalogowanych

1. Dzieł, pism broszur i odbić oddzielnych	45.570
2. Foljantów	495
3. Dzieł w szafie Placzkowskiego	117
4. Dzieł i pism w Bibliotece Krajewskiego i Karczewskiego	2.767
5. Słowników w szafie Pląskowskiego	71
6. Rękopisów	179

Dzieł treści nielekarskiej posiada Biblioteka 66.

W r. 1923 do Księgi wpływów wpisano tytułów 1570.

W roku 1923 Biblioteka otrzymała w spuściznie po zmarłych kolegach kilka cennych księgozbiorów. Przedewszystkiem na zaznaczenie zasługuje piękny dar ś. p. Edwarda Zielińskiego, niegdyś Bibliotekarza naszego Towarzystwa, który w r. 1920 zapisał testamentem Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu swoje „książki treści lekarskiej”. Po skatalogowaniu tego księgozbioru okazało się, że składa się on z 900 jednostek. Z tego jednak trzeba było wyłączyć 328 dubletów. Tem niemniej jednak przybytek dla naszej Biblioteki przedstawia się z tego źródła w pokażnej liczbie 572 jednostek. Ale ofiarowany nam przez Zielińskiego księgozbiór imponuje nie tylko liczbą. I co do jakości dzieł jest to zbiór wielkiej wartości, rzadko obecnie w prywatnych bibliotekach lekarskich napotykanym. Składa się bowiem w przeważnej liczbie z podręczników i monografii tak pożądanym w bibliotekach naukowych. Nadmienić jeszcze trzeba, że dzieła te są prawie wszystkie świeższej daty (z lat ostatnich do 1918 włącznie), a więc nie przestarzałe i zupełnie przydatne do studiów.

Dzięki wszechstronności, którą odznaczał się umysł ś. p. Edwarda Zielińskiego, w bibliotece jego spotkać można dzieła, należące do najrozmaitszych dziedzin wiedzy lekarskiej.

Zajmowały go bowiem zarówno nauki lekarskie teoretyczne jak i medycyna praktyczna. Jako gruntowny znawca anatomii patologicznej chętnie nabywał dzieła i atlasy, tego przedmiotu dotyczące. W ten sposób w bibliotece jego znalazło się 5 atlasów i 9 dzieł odpowiednich. Zajmowała go też anatomja opisowa, anatomja topograficzna, antropologja, chemja lekarska, fizyka lekarska, botanika lekarska, farmakognozja, o czem świadczą dzieła z tych odłamów wiedzy teoretycznej znalezione w jego bibliotece. Naliczyłem ich 23. Jako lekarz praktyk pilnie śledził postępy medycyny praktycznej, chętnie więc nabywał dzieła dotyczące rozpoznawania, metod bada-

nia i leczenia chorób wewnętrznych. Samych podręczników dyagnostycznych naliczyliśmy 18. Sporo też otrzymaliśmy podręczników i monografii, dotyczących kliniki chorób wewnętrznych (około 50). Wiadomo też, że ś. p. Edward Zieliński należał do pierwszych w Warszawie, którzy ocenili ważność prześwietlań promieniami Roentgena dla celów rozpoznawczych i własnym sumptem pierwszy w Warszawie urządził gabinet roentgenologiczny w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze. To też sporą liczbę dzieł w przedmiocie działania i zastosowania promieni Roentgena posiadała jego biblioteka. Prócz tego pozostawił nam Zieliński kilka encyklopedji lekarskich i dużą liczbę dzieł, mających za przedmiot najrozmaitsze zagadnienia wiedzy lekarskiej, jak: odporność, drobnoustroje, seroterapia, terapia doświadczalna, terapia dietetyczno-fizykalna, masaż, diatermia i cytotekcja, białkomocz ortostatyczny, organoterapia i wiele innych. Wreszcie wspomnieć należy o dwu pięknie ilustrowanych dziełach Eugenjusza Hollaendera, mających za przedmiot związek medycyny ze sztuką, a mianowicie: „Medycyna w malarstwie klasycznym” i „Plastyka i Medycyna”.

Jeśli nieco zbyt długo pozwoliłem sobie zatrzymać uwagę szanownych kolegów na księgozbiorze ś. p. Edwarda Zielińskiego, to uczyniłem to głównie dlatego, aby przy sposobności raz jeszcze przypomnieć Towarzystwu świetlaną postać naszego nieodżałowanego kolegi, po części zaś uczyniłem to w nadziei, że szczegółowsza wiadomość o tym pięknym nabytku naszej Biblioteki zachęci szanownych kolegów do liczniejszego z niej korzystania.

Z innych ofiar należy wspomnieć dar rodziny ś. p. d-ra Romana Skowrońskiego, która oddała Bibliotecę naszej na własność księgozbiór jego, złożony z 54 dzieł z dziedziny ortopedji i gimnastyki leczniczej, jako też dar rodziny ś. p. d-ra Juliana Handelsmana, od której Biblioteka otrzymała księgozbiór lekarski, zawierający 194 dzieła.

Po wyłączeniu z tych 3-ch księgozbiorów 427 dubletów, pozostaje Bibliotecę Towarzystwa przybytek 721 dzieł lekarskich.

Prócz tego Biblioteka otrzymała 4 dzieła z książek ś. p. Bronisława Chrostowskiego, zbiór odbitek w liczbie 139 od Redakcji dawnej Gazety Lekarskiej, 5 dzieł od Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej. Kolega Władysław Janowski nadesłał zbiór prac (58) z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie od r. 1911 do 1922, profesor E. Loth ofiarował 3 dzieła w języku angielskim, dr. Kuflewski z Chicago cenny atlas topograficzny Mc. Clellana. Od d-ra Zweigbauma Biblioteka otrzymała 4 dzieła od prof. Sawickiego 3, od d-ra Bączkiewicza 1 dzieło. Profesor Rzętkowski nadesłał „Zbiór prac z zakresu ludzkiej patologji wewnętrznej Tom I z r. 1923. Ministerstwo Spraw Zagranicznych w Paryżu nadesłało w ciągu roku bezpłatnie 6 pism lekarskich francuskich.

Własne prace złożyli w Bibliotecę następujący koledzy i koleżanki: Adamski (1), Biehler (1), Brenneisen (1), Bujwid (1), Czarnocki (1), Czarnocki i Starorypińska (1), Dąbrowska (3), Dobijowa (1), Frey i Orzechowski (1), Gawłowski, Wichrowski i Wasilewski (1), Handelsman (2), Higier (11), Hornowski (5), Huszcza (1),

Janowski (2), Kopczyński (1), Łyskawiński (1), Maciesza (1), Michalski (1), Melanowski (2), Mucha i Orzechowski (1), Nowicki i Orzechowski (1), Offenbergl (1), Orzechowski (22), Orzechowski i Meisels (1), Orzechowski i Walichowicz (1), Orzechowski i Wiczyński (1), Paszkiewicz (5), Piotrowski (1), Popiel (1), Puławski (2), Ruszkowski i Dąbrowska (1), Reicherówna i Szczepański (1), Siedlecka (4), Skubiszewski (3), Sterling-Okuniewski (2), Szczepański (1), Świąteck⁴ (1), Wejnert (1), Wojciechowski (3), Wachholz (1), Zieliński Józef/Zielczak (2). Prócz tego Redakcja Podręcznika chorób zakaźnych nadesłała Bibliotece zeszyt tego podręcznika i pan inżynier Lewicki dziełko swoje.

Następujące Instytucje społeczne i naukowe nadesłały Towarzystwu sprawozdania i wydawnictwa: Uniwersytet w Fukuoka w Japonji, Dyrekcja Służby Zdrowia Misji Wojskowej Francuskiej w Polsce (zbiór broszur i pism lekarskich francuskich), Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Akademia Nauk Lekarskich, Główny Urząd Statystyczny, Magistrat m. Warszawy, Polski Komitet zwalczania raka, Zakład Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, Koło Medyków, Ubezpieczenia Krajowe w Poznaniu, Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze.

Pisma. W roku sprawozdawczym Towarzystwo Lekarskie Warszawskie prenumerowało 14 pism lekarskich a mianowicie: Polska Gazeta Lekarska, Nowiny Lekarskie, Medycyna Doświadczalna i Społeczna, Annales de l'Institut Pasteur, Archives de Médecine des Enfants, Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition, Annales de Médecine, Bulletin de l'Académie de Médecine, Gynécologie et Obstetrique, Journal de l'Urologie Médicale et Chirurgicale, Lyon Médical, La Presse Médicale, Revue Neurologique i Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Bezpłatnie nadsyłało Towarzystwu następujące pisma polskie: Biologia lekarska, Głos Zakopiański, Kwartalnik kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie (2 egzemplarze), Kronika Dentystyczna, Klinika Oczna, Lekarz Wojskowy, Opieka nad Dzieckiem, Przemysł i Handel Chemiczny, Pedjatria Polska, Polski Przegląd Chirurgiczny, Przegląd Dermatologiczny, Przegląd Dentystyczny, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, Samorząd, Miesięcznik Statystyczny Magistratu m. Warszawy, Biuletyn Tygodniowy Wydziału Statystycznego Magistratu m. Warszawy, Miesięcznik Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego, Wiadomości Bibliograficzne, Wiadomości Farmaceutyczne, Zdrowie, a z zagranicznych: Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires, Archives des Maladies du Coeur, des Vaisseaux et du Sang, Archives Internationales de Neurologie, l'Avenir Médical Bulletin de l'Institut Pasteur, Bulletins et Mémoires de la Société Médicale de Paris, Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris, Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, Bulletin de la Société d'Obstetrique et de Gynécologie de Paris, Clinique et Laboratoire, Gazette des Hôpitaux, Journal de Chirurgie, Paris Médical, Revue Metapsychique, Revue d'Orthopédie.

Ruch w Bibliotece. Z Biblioteki w roku bieżącym korzystano nieco więcej niż w roku zeszłym:

Wypożyczono

Dzieł i Broszur 55 (w r. 1922 46)

Roczników i oddzielnych numerów pism 145 (w r. 1922 105)

Zwrócono:

Dzieł i Broszur 62 (w r. 1922 79)

Roczników i oddzielnych numerów pism 123 (w r. 1922 150)

Razem 185

Czytelnię w roku sprawozdawczym odwiedziło:

Członków 412

Gości 408

Razem: 820 (w r. 1922 708)

Dubletów pozostało z r. 1922 1069

Przybyło w roku 1923 511

Razem 1580

Oddano w r. 1923 76

Pozostaje 1504

Z dubletów oddano: 1) Bibliotece „Ambrosiana“ w Medjolanie 20 tomów Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego od 1887 do 1916 i jeden tom pod tytułem „Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od 1831 do 1890 włącznie. 2) Bibliotece Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie Zbiór Sprawozdań ze Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich, ze Zjazdu Chirurgów Polskich i t. p. razem 11. 3) Klinice Położniczej Uniwersytetu Wileńskiego dzieło (Akuszerja Vogela w polskim przekładzie). 4) Państwowemu Zakładowi Epidemiologicznemu 24 numery Presse Médicale z r. 1922.

Wiceprezes Starkiewicz odczytał sprawozdanie Komitetu Bibliotycznego za r. 1923 i przedstawił wniosek, aby wyrazić Bibliotekarzowi Zwejgbaumowi podziękowanie za gorliwą i mozolną pracę.

Wniosek Komitetu Bibliotycznego zebrani przyjęli.

III. Sprawozdania z prac kandydatów na członków odczytali:

Kol. Brenneisen L. odczytał sprawozdanie z prac kol. Hil. Zdz. Wilgi, kol. Byszewski — z prac kol. Krasnowolskiego, prof. Czyżewicz — z prac kol. Jakowickiego, prof. Czubalski — z prac kol. Gutowskiego, kol. Lade — z prac kol. Obarskiego, kol. Lewenstern — z prac kol. Szpera, kol. Mutermilch Stanisław — z prac kol. Szerypy, kol. Stefanowski — z prac kol. Misiewiczówny, kol. Starkiewicz Wład. — z prac kol. Niewińskiego i kol. Zalewskiego, kol. Szczepański — z prac kol. Moczarskiego, Czarnota-Bojarskiego i Góreckiego, kol. Wejnert — z prac kol. Niewiadomskiego, kol. Zembruski Ludwik — z prac kol. Sabata.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Gluziński.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE

o zmarłych członkach Towarzystwa Lekarskiego.

Wygłoszone przez Sekretarza Stałego prof. A. Sokołowskiego.

Dr Antoni Kuczyński.

Ś. p. A n t o n i K u c z y ń s k i, członek rzeczywisty naszego Towarzystwa (od r. 1895) należał do grona tych nielicznych pracowników, którzy w epoce rusyfikacji naszego uniwersytetu stali wytrwale przez długie lata na skromnych stanowiskach asystentów i szerzyli wśród młodzieży uniwersyteckiej ducha polskiego, dokumentując przytem, że rusyfikacja, krzewiona przez niedołężnych pedagogów, obcych nam duchem i kulturą, nie osiąga pożądanego celu, a my protestujemy stale, wierząc w lepszą przyszłość. Ś. p. Kuczyński był takim skromnym pracownikiem przy katedrze fizjologii pr. Nawrockiego i po jego śmierci pozostał przy uniwersytecie aż do zamknięcia takowego; był oprócz tego docentem fizjologii instytutu weterynaryjnego, położywszy na tych posterunkach niemałe zasługi przez pomaganie młodzieży w zdobywaniu tak ważnej gałęzi wiedzy, jaką jest fizjologia. Nie mogąc utrzymać się z rodziną ze skromnej nad wyraz pensji, jak również dla braku jakichkolwiek widoków ziszczenia swoich marzeń o pracy naukowej w uniwersytecie, z konieczności zajął się, po przebyciu zagranicą odpowiednich gruntownych studiów, medycyną praktyczną z dziedziny otjatrji. Założył wspólnie z kolegą prof. Dmochowskim specjalną lecznicę, w której przez lat kilkanaście t. j. do r. 1920 zyskał sobie stanowisko wybitnego fachowca przez swoją gruntowną wiedzę i sumienne traktowanie chorych. Był to człowiek charakteru nieposzlakowanego: cichy, skromny, lecz wybitny pracownik. W r. 1890 ogłosił pracę histologiczną na wskroś oryginalną pod tytułem: „Przyczynek do histologii gruczołów Brunnera”. Potem w zbiorowej histologii, wydanej w 1901 r. opracował samodzielnie układ trawienia, trzustkę i wątrobę. Dalej ogłosił w Gaz. Lek. ciekawą pracę: „O białaczkę u myszy białej”. Oprócz tego wykład fizjologii w popularnej pracy dla samouków, dalej O ultramikroskopie i wiele innych.

Ś. p. Kuczyński urodził się w Warszawie, gimnazjum i uniwersytet ukończył w temże mieście w 1891 r. Zmarł na wsi w Lubelskiem po długich cierpieniach natury gruźliczej dn. 18 grudnia 1922 r.

Cześć jego pamięci!

Dr Ludwik Krauze.

Zmarły 19 grudnia roku ubiegłego ś. p. L. K., członek czynny naszego T-wa (od r. 1888) był typem dzielnego chirurga, sumiennego lekarza i człowieka z wysokiem pojęciem o humanitarnych obowiązkach lekarzy. Urodzony w Kaliszu w r. 1856 ukończył tamże gimnazjum, a uniwersytet w Warszawie w r. 1881. Od tej to pory, z wyjątkiem rocznego przeszedł pobytu w celu naukowym i doktoryzacyjnym w Dorpacie, cały swój pracowity żywot poświęcił szpitalowi starozakonnych, gdzie był kolejno lekarzem miejscowym, asystentem przy oddziale chirurgicznym, a wreszcie przez lat 26 ordynatorem oddziału chirurgicznego tegoż szpitala. Obok pracy zawodowej pozostawił w literaturze naszej chirurgicznej, wybitny ślad przez ogłoszenie kilkunastu prac z dziedziny kazuistyki chirurgicznej, wśród nich, ogłoszona w r. 1889 praca obszerna „O tracheotomji przy krupie i dyfteryście”, oparta na 200 przypadkach, była w swoim czasie wyborną monografią, która posłużyła mu do rozprawy doktorskiej. Krauze był człowiekiem prawym i szlachetnym, stąd i pozostawił po sobie żal powszechny. W naszym Tow. niemal do ostatnich czasów zabierał głos w dyskusjach, dotyczących się dziedziny chirurgji.

Cześć Jego pamięci!

Dr Marjan Borsuk.

Zmarły w d. 1 stycznia 1923 r. ś. p. Marjan Borsuk był dzielnym chirurgiem, skromnym, a rzetelnym, pracownikiem na niwie chirurgji praktycznej, jako wieloletni ordynator przychodni chirurgicznej w szpitalu Wolskim. Charakterem prawym, fanatycznym przywiązaniem do kawałka ziemi ojczystej, odziedziczonej po przodkach na Litwie, potrafił pozyskać u tych wszystkich, co znali go bliżej, rzetelną sympatję, a u chorych szczerą wdzięczność. Urodzony w r. 1860 w Wileńszczyźnie, ukończył gimnazjum w Wilnie, a Uniwersytet w Warszawie. Był przez długie lata asystentem w szpitalu Dz. Jezus oraz na klinice położniczej w tymże szpitalu. Ogłosił kilka prac z dziedziny kazuistyki chirurgicznej.

Cześć Jego pamięci!

Dr Bronisław Chrostowski.

Zmarły w dniu 6 stycznia 1923 r. na stanowisku, bo przy łożu chorego, ś. p. Chrostowski był jednym z dziś zanikających typów ogólnego lekarza internisty, który zaopatrzony w rozległą wiedzę praktyczną, pełen zapału a nieraz i zaparcia się siebie, niósł w ciągu prawie pół wieku w Warszawie pomoc lekarską w dzień i w nocy; zamożnym i biednym bez wytchnienia do ostatniej chwili swego pracowitego żywota, a niósł ją skutecznie, gdyż posiadał dwa ważne przymioty: wielkie doświadczenie kliniczne, zdobyte prawie półwiekowem doświadczeniem szpitalnem, oraz serce, miłujące chorych gorąco. Stąd wszędzie gdzie przybył, niósł pomoc w cierpieniu,

pociechę w zwątpiałe dusze swoim łagodnym i humanitarnym obejściem. Ś. p. Bronisław zyskał tą drogą rozległe powodzenie wśród wszystkich warstw naszego społeczeństwa, nie opuszczając go do późnej starości, a wielkie tłumy, które go odprowadzały na miejsce wiecznego spoczynku, i wielki żal były najlepszym dowodem, że nie był to człowiek tuzinkowy, lecz wybitny lekarz, człowiek o szerokich podstawach humanitarnych, istotny filantrop. Cały swój pracowity żywot, od chwili ukończenia studjów w Warszawie t. j. od r. 1874 spędził na służbie szpitalnej i pracy społeczno-lekarskiej. Był więc kolejno asystentem i lekarzem miejscowym w szpitalu Św. Rocha, wieloletnim asystentem kliniki dżagnostycznej (prof. Baranowskiego) ordynatorem, pomocnikiem naczelnego lekarza szpitala Dz. Jezus, a wreszcie do chwili zgonu naczelnym lekarzem szpitala Św. Ducha. Zajęty w ten sposób stale, nie miał, mimo wielkiego doświadczenia, literalnie czasu na prace naukowe, odczuwał jednakże doskonale potrzebę postępu wiedzy, stąd był gorliwym uczestnikiem polskich zjazdów lekarskich, brał stale udział w posiedzeniach naszego T-wa, którego był czynnym członkiem od r. 1881. Z nielicznych prac kazuistycznych, jakie ogłosił, zasługuje na uwagę ogłoszony w r. 1882 artykuł „O pęknięciu samodzielnem śledziony”. Żył lat 70.

Cześć Jego pamięci!

Dr Edward Jakimowicz.

Zmarły w kwiecie wieku bo w 35 r. swego życia należał do grona tej młodej generacji lekarzy, którzy obok pocucia głębokiego potrzeby wiedzy wzorowo spełniali najrozmaitsze obowiązki społeczne lekarskie w okresie ciężkiej wojny i organizacji naszego państwa, a więc zaraz po ukończeniu studjów lekarskich na uniwersytecie Jagiellońskim, został wciągnięty w sferę ciężkiej pracy. Widzimy go kolejno jako pracownika oddziału wewnętrznego szpitala Dz. Jezus dalej w czasowym lezarecie miejskim na oddziale chirurgicznym w szpitalu Komitetu Amerykańskiego, w zakładzie św. Józefa. A wszędzie na tych ciężkich posterunkach był wzorowym pracownikiem. Czując jednakże potrzebę pracy teoretycznej w kierunku anatomicznym, zostaje w końcu roku 1915 asystentem przy katedrze anatomji opisowej młodej naszej wszechnicy. Na tem stanowisku pozostawał jako wzorowy pracownik do chwili, w której ciężka a nieuleczalna niemoc oderwała go na zawsze od ukochanej przez niego nauki. Ogłosił drukiem w roku 1917 ciekawą pracę o leczeniu odmrożeń na podstawie własnych spostrzeżeń w lazarecie chirurgicznym. Ogłosił również kilka prac z dziedziny popularno-naukowej jako to: O pochodzeniu barwnika skóry, Biologiczne podstawy nauki o odporności i inne. Zmarł w sanatorjum w Rudce dn. 7 stycznia 1923 roku.

Cześć Jego pamięci!

Dr Bolesław Ryszard Gepner.

W dniu 11 lutego 1923 r. zmarł nagle w sile wieku, bo niespełna w sześćdziesiątym roku życia, od lat niemal trzydziestu członek naszego T-wa Bolesław Gepner. Był on dzieckiem Warszawy, tu urodzony i wychowany, syn niepospolitego okulisty, poszedł drogą tradycji ojcowskiej a gruntownym wykształceniem fachowym, sumiennością w spełnianiu swoich obowiązków, humanitaryzmem i poczuciem obowiązku narodowego i społecznego zasłużył się dobrze krajowi, nauce i społeczeństwu. Po ukończeniu uniwersytetu Warszawskiego w 1888 r., odbył dłuższą podróż zagranicę, gdzie w Berlinie, Frankfurcie, Heidelbergu, Paryżu i Londynie studjował gruntownie nie tylko praktyczną okulistykę, lecz i anatomię patologiczną w słynnym instytucie Senkenberga, we Frankfurcie. Po powrocie do kraju w r. 1891 poświęcił się całkowicie, aż do samej śmierci, pracy w Warszawskim Instytucie Oftalmicznym, jako asystent, a później ordynator, spełniając z wielką sumiennością włożone nań obowiązki; a praca ta była wielce owocna, dała mu rozgłos jako wybornemu praktykowi i uznanie kolegów, którzy go wybrali na przewodniczącego Tow. Oftalmologów Polskich. Te prace zawodowe nie przeszkadzały mu brać czynnego udziału w życiu społeczno-lekarskiem, a jego gorliwą pracę w Szkole przy ul. Solnej, zorganizowanej przez lekarzy warszawskich, pamiętamy dobrze. Obok pracy zawodowej i społecznej brał Gepner również udział w pracy literackiej z dziedziny oftalmologii, w latach między 1898 — 1915 ogłosił dwadzieścia kilka prac w naszych czasopismach lekarskich z dziedziny kazuistyki, etiologii, bądź terapii chorób przyrzędu wzrokowego, prócz tego ogłosił w roku 1911 cenną pracę teoretyczną z dziedziny histologii patologicznej p. t. „O komórkach pałeczkowatych w układzie nerwowym centralnym”. Jako człowiek prawego charakteru, dobry obywatel kraju, sumienny lekarz pozostawił po sobie żal powszechny.

Cześć Jego pamięci!

Dr Roman Skowroński.

W dniu 1 marca 1923 r. zmarł nagle w Warszawie od lat niemal 30-u czynny członek naszego Tow., ś. p. Roman Skowroński. Był on u nas jednym z napierwszych pionierów fizykalnej terapii, a przede wszystkim racjonalnej gimnastyki szwedzkiej i ortopedji, opartej na podstawach naukowych. Wykształcony gruntownie w odnośnych metodach przez dłuższy pobyt w Szwecji, po powrocie do kraju w r. 1893 założył instytut gimnastyczno-ortopedyczny i wzo-rowo prowadził go przez lat niemal 30. Gruntowna znajomość i zamiłowanie przedmiotu zjednały mu stałe powodzenie i spopularyzowały tę ważną dziedzinę fizycznego rozwoju naszej młodzieży. Niezależnie od tego przyczynił się ś. p. S. wspólnie z gronem osób dobrej woli do założenia w latach 90-tych instytucji filantropijnej nad Wisłą pod wezwaniem św. Antoniego, gdzie z gronem lekarzy niósł pomoc biednej ludności Powiśla. W życiu społeczno-lekarskiem i ogólnospołecznem brał czynny udział, odczuwając głęboko prądy

wolnościowe, a jako człowiek na wskroś uczciwy, szlachetny i dobry syn Ojczyzny, pozostawił po sobie wśród kolegów i licznej rzeszy pacjentów żal powszechny.

Cześć Jego pamięci!

Ś. p. Roman Skowroński urodził się w Jędrzejowie w 1862 r. Gimnazjum ukończył w Kielcach, a Uniwersytet w Warszawie w 1892 r., poczem odbył dłuższą podróż po Szwecji, Finlandji i Niemczech. Po powrocie w 1893 roku osiadł na stałe w Warszawie. Ogłosił drukiem w r. 1897 gruntowną pracę „O gimnastyce szwreckiej“, następnie „O zatruciu chronicznem ołowiem“ (1899) i „Przypadek chordoscoliosis lumbalis“ (Pam. Tow. Lek. 1899).

Dr Ludwik Brühl.

W dniu 18 marca 1923 zmarł nagle w Warszawie wybitny akuszer i ginekolog ś. p. Ludwik Brühl, od lat trzydziestu członek naszego Towarzystwa. Urodził się w Warszawie w 1858 r. Szkoły kończył w Dreźnie, a Uniwersytet w Dorpacie w r. 1884 i tam otrzymał tytuł doktora medycyny po obronie rozprawy z dziedziny akuszerji. W ciągu lat trzech (1885 — 87) był asystentem przy klinice akuszerjno-ginekologicznej w Bernie szwajcarskim. Tamże habilitował się w r. 1888 jako prywat-docent. W r. 1890 osiedlił się na stałe w Warszawie. Gruntownie wykształcony w swojej specjalności, taktowny i uprzejmy w obęjsiu, zyskał niebawem liczną klientelę, którą się cieszył niemal do śmierci. Wśród grona osób bliżej Go znających, pozostawił po sobie wspomnienie zacnego człowieka i dobrego kolegi. Oprócz pracy doktorskiej i habilitacyjnej napisał kilka prac kazuistycznych po niemiecku, ogłoszonych w czasopismach fachowych.

Cześć Jego pamięci.

Dr Zygmunt Fiodorowicz.

Urodzony w r. 1874 skończył gimnazjum w Petersburgu w 1892 r. Akademię wojskowo-lekarską w 1897. Po otrzymaniu dyplomu lekarskiego pracował 3 lata w Wilnie w szpitalu św. Jakuba; przez ten czas był członkiem Wileńskiego Tow. Lek., potem dwa lata zajmował posadę lekarza kolejowego w Brjańsku gub. Orłowskiej. Po pięciu latach praktyki wyjechał do Lozanny i tam w ciągu 10 mies. pracował u prof. Roux, stamtąd udał się do Paryża na studia do prof. Pinard'a, gdzie bawił też około roku. Powróciwszy do kraju w 1904 r. osiadł w Warszawie od grudnia tegoż roku i zaczął pracować w szpitalu Wolskim jako ginekolog.

W tym też czasie zreferował dwie prace francuskie z zakresu chirurgji brzusznej, mianowicie: „O rozpoznawaniu i leczeniu przewlekłej niedrożności kiszki i O operacyjnem leczeniu pewnych form przerostu śledziony“. Obie te rzeczy były drukowane w Gazecie Lekarskiej w 1906 roku.

Członkiem czynnym Warsz. Tow. Lekarskiego był od r. 1911.

TREŚĆ TOMU CXVII.

	Str.
Protokół posiedzenia wyborczego dn. 3 stycznia 1922 r.	3
Protokoły posiedzeń klinicznych:	
dnia 17 stycznia 1922 r.	5
„ 31 stycznia 1922 r.	10
„ 7 lutego 1922 r.	14
„ 21 lutego 1922 r.	18
„ 7 marca 1922 r.	21
„ 21 marca 1922 r.	24
„ 27 marca 1922 r. (posiedz. nadzwyczajne)	29
„ 4 kwietnia 1922 r.	29
„ 25 kwietnia 1922 r.	33
„ 9 maja 1922 r.	38
„ 16 maja 1922 r.	41
„ 6 czerwca 1922 r.	42
„ 20 czerwca 1922 r.	47
„ 19 września 1922 r.	49
„ 26 września 1922 r.	52
„ 3 października 1922 r.	56
„ 24 października 1922 r.	59
„ 31 października 1922 r.	62
„ 7 listopada 1922 r.	66
„ 28 listopada 1922 r.	68
„ 5 grudnia 1922 r.	71
Protokół posiedzenia administracyjnego dn. 27 grudnia 1922 r.	73

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE O ZMARŁYCH CZŁONKACH

Pechkranc Stanisław	75
Lasocki Wacław	75
Białobrzeski Aleksander	76
Męczkowski Wacław	77
Ołtuszewski Władysław	78



TRĘŚĆ TOMU CXVIII.

	Str.
Protokół posiedzenia wyborczego dn. 2 stycznia 1923 r.	79
Protokoły posiedzeń klinicznych:	
dnia 16 stycznia 1923 r.	80
„ 6 lutego 1923 r.	84
„ 20 lutego 1923 r.	85
„ 6 marca 1923 r.	92
„ 20 marca 1923 r.	98
„ 10 kwietnia 1923 r.	100
„ 17 kwietnia 1923 r.	105
„ 1 maja 1923 r.	110
„ 15 maja 1923 r.	113
„ 29 maja 1923 r.	121
„ 5 czerwca 1923 r.	125
„ 19 czerwca 1923 r.	128
„ 25 września 1923 r.	131
„ 2 października 1923 r.	135
„ 16 października 1923 r.	139
„ 30 października 1923 r.	141
„ 6 listopada 1923 r.	142
„ 20 listopada 1923 r.	143
„ 27 listopada 1923 r.	144
„ 4 grudnia 1923 r.	152
Posiedzenie poświęcone pamięci Pasteur'a	83
„ „ „ J. Hornowskiego, A. Jurasza i W. Kamo-	
ckiego	130
Protokół posiedzenia administracyjnego dn. 18 grudnia 1923 r.	156

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE O ZMARŁYCH CZŁONKACH

Kuczyński Antoni	162
Krauze Ludwik	163
Borsuk Marjan	163
Chrostowski Bronisław	163
Jakimowicz Edward	164
Gepner Bolesław Ryszard	165
Skowroński Roman	165
Brühl Ludwik	166
Fiodorowicz Zygmunt	166

