

CZYNNOŚCI
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ

ODBYTYCH W ROKU 1929

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

TOM CXXIV.

POD REDAKCJĄ

SEKRETARZA DOROCZNEGO

JANA ROGUSKIEGO

**Biblioteka Główna
WUM**

WARSZAWA

1 9 3 0



DRUKARNIA
R. OLESIŃSKI, W. MERKEL I S-KA
WARSZAWA, UL. CHŁODNA Nr. 37
TELEFON 69-46.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA WYBORCZEGO

z dnia 2 stycznia 1929 r.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 58.

I. Sekretarz doroczny, kol. K. Gerner odczytał sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa za r. 1928.

W roku sprawozdawczym 1928, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie odbyło 21 posiedzeń klinicznych, na których wygłoszono 37 odczytów i przedstawiono 19 pokazów. W dyskusji zabierało głos 129 osób.

Odczyty, wygłoszone w Towarzystwie, cechowała sumienność opracowania, a w niektórych wypowiedziano niejedną myśl oryginalną.

Frekwencja kolegów, członków Towarzystwa, była ogółem 794 osoby, średnio na 1 posiedzenie 38. Największa liczba członków na 1 posiedzeniu była 66 osób, najmniejsza 11.

Gości zawitało na posiedzenie kliniczne 428 osób, średnio 20 osób na 1 posiedzenie. Największa liczba 46 osób, najmniejsza 5.

Poza posiedzeniami klinicznymi odbywały się posiedzenia, poświęcone sprawom szpitalnictwa. Takich posiedzeń odbyło się 6. Wygłoszono 8 odczytów, w dyskusji zabierało głos 60 osób. Frekwencja członków ogółem 158 osób, gości 56. Naogół sprawy poruszane na posiedzeniach poświęconych szpitalnictwu budziły wielkie zainteresowanie wśród obecnych.

Odczyty były nacechowane głębokiem ujęciem przedmiotu i troską o dobro szpitalnictwa.

Odbyło 2 uroczyste posiedzenia, poświęcone pamięci zmarłych zasłużonych członków T-wa: Andrzejowi Ciechomskiemu, Władysławowi Janowskiemu, Władysławowi Laskowskiemu i Tadeuszowi Browiczowi.

Odbyło się 1 posiedzenie poświęcone pamięci Doktora Michała Bergonzonego.

Wszystkie protokoły posiedzeń zostały przygotowane do druku.

II. Prezes ogłasza o mającym się odbyć V Międzynarodowym Zjeździe Medycyny i Farmacji Wojskowej w Londynie od 6 do 11.V. 1929 r.

III. O godz. 9.30 Prezes oznajmił, że posiedzenie wybor-

cze zostało w myśl regulaminu T-wa odłożone do dnia 15 stycznia. Przyczyna odroczenia: brak quorum (69 czł.).

Sekretarz doroczny: **Klemens Gerner.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNO-WYBORCZEGO z dnia 15 stycznia 1929 roku.

Przewodniczący: Prezes **K. Zieliński.**

Obecnych członków T-wa 88, wprowadzonych gości 8.

I. Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 18.XII. 1929 r. przyjęto.

II. Prezes zawiadamia o zorganizowaniu przez Towarzystwo Eugeniczne kursów dla lekarzy na temat „Syfilis a dziecięć”, mających się odbyć w czasie od 18 do 28 lutego 1929 r.

Towarzystwo Eugeniczne prosi usilnie o wsparcie rzeczowej inicjatywy.

III. Kol. Humiecki K. i Jochweds B. Przypadek wrodzonej wady serca. (Pokaz).

Chory 19-letni, od 3-go do 15-go roku życia miewał częste napady padaczki; od 16-go roku życia do chwili obecnej co rok, na jesieni, występują obfite krwotoki płucne. Chory od najmłodszych lat skarżył się na duszność, bicie serca i sinicę twarzy po wysiłku.

Przedmiotowo stwierdzono: Płuca bez zmian. Serce: powiększone w wymiarze poprzecznym, słumienie przymostkowe z lewej strony („Gerhardt”), szmer skurczowy o charakterze głośnym i szorstkim, promieniujący do grzbietu i tętnic szyjowych, najlepiej słyszalnych nad III ż. po stronie lewej tuż przy mostku, b. słabo nad koniższkiem; II ton w punkcie Erba kłapiący. Ortodiagram serca: znaczny przerost prawej komory, wypuklenie łuku tętnicy płucnej; wnęki płucne znacznie wzmożone. Na podstawie wyników badania fizykalnego i rentgenologicznego referent (J) wyłącza wady lewego serca. przeciwko możliwości istnienia zwężenia tętnicy płucnej przemawiają objawy nadmiernego przekrwienia płuc, wzmożony II ton nad p. Erba, duże wnęki, krwotoki płucne; te same objawy przemawiają za drożnością przewodu Botalla. Wobec braku jednakże niektórych objawów tego ostatniego cierpienia, jak naprz. tętnienia wnęk można przypuszczać, że poza drożnością przewodu kryje się jeszcze zwężenie t. płucnej, jako sprawa towarzysząca, ale nie samodzielna.

Na zakończenie referent podkreśla współistnienie padaczki i wrodzonej wady serca w tym przypadku. (Streszczenie własne).

IV. Kol. Bronowski Szcz. i Siedlecka A. Pokaz anatomicznego preparatu serca, jako przyczynek do powstawania metalicznego pierwszego tonu sercowego, słyszanego zdala.

Przed 4-ma laty kol. Bronowski leczyl chorą B. przy

watnie i w szpitalu św. Ducha. Rozpoznawał wówczas endocarditis chronica exacerbata. Oprócz, jak zwykle to bywa w tych przypadkach, powiększonych wymiarów serca (endocarditis sub forma insuff. et stenosis ostii venos.) i szmerów sercowych prelegent i jego asystenci słyszeli nad koniuszkiem serca, w okolicy lewej podłopatkowej i w lewej pasze wyraźny, silnie wzmocniony 1-szy ton sercowy o brzmieniu metalicznym, słyszalny nawet z oddalenia 5 — 6 kroków. Mąż chorej w ciszy nocnej słyszał ten dźwięk w przyległym pokoju.

Po 4-ch lat w październiku 1928 r. chora zgłosiła się znowu na oddział szp. św. Ducha, gdzie wkrótce zmarła na mocnicę. Podczas powtórnego pobytu dźwięk metaliczny, o którym była mowa, już nie był słyszalny.

Sekcja zwłok wykazała: Otwór przedsionkowo - komorowy serca lewego nie przepuszcza palca, struny ścięgliste zastawki dwudzielnej znacznie skrócone i naciągnięte; lewy przedsionek bardzo rozszerzony — prawie w dwójnasób, wypełniony świeżą skrzepliną; ścianka tego przedsionka zgrubiała niemal w dwójnasób, ujawnia spoistość prawie chrząstkowatą; jama osierdzia nie istnieje wskutek zrośnięciu obu błon osierdziowych, serce w całości powiększone też prawie w dwójnasób, lewe płuco w dolnym płacie w stanie indurationis fuscae. W nerkach — zmiany odpowiadają przewlekłemu zapaleniu nerek.

Wobec opisanych danych sekcyjnych należy wnosić, że przy dosyć silnej akcji sercowej skrócone i naciągnięte struny ścięgliste wydawały silnie wzmoczony 1-szy ton, który skutkiem rezonansu w silnie rozszerzonym lewym przedsionku o gładkich, grubych i twardych ścianach nabierał zabarwienia metalicznego, a w dodatku zrosty osierdziowe, stwardnienie miąższu lewego płuca oraz przyleganie serca do ściany klatki wzmagwały znakomicie przewodnictwo głosu, co razem wzięte tłumaczy powstawanie wyżej opisanego, tak rzadkiego zjawiska osłuchowego. (Streszcz. własne).

W dyskusji:

Kol. Horodyński podaje, że sam przebył pleuro-pericarditis sicca. W czasie choroby mógł dowoli wywoływać u siebie metaliczny ton, słyszalny na odległość, przy odpowiednim ustawieniu tułowia. Miał wówczas wrażenie, że ton ten zależał od napinania się wzrostów osierdziowo płucnych. Z ustaniem sprawy chorobowej zniknęła i możność wywoływania tonu.

Kol. Offenbergl jest zdania, że rezonatorem, który potęgował 1-szy ton i nadawał mu odcień metaliczny mógł być żołądek.

Kol. Jochweds zapytuje, czy ton o którym mowa, był skurczowym, czy może przedskurczowym. Czy tętno było miarowe, czy też nie?

Kol. Bronowski wyjaśnia, iż żołądek nie mógł być rezonatorem, gdyż autopsja wykazała, że był on razem z poprzeczną przyrośnięty powyżej spojenia łonowego. Prelegent pozostaje przy twierdzeniu, że rezonans pochodził z przedsionka.

Głos zabierał jeszcze kol. Moczarski.



V. Kol. Fejgin M. i Jochweds B. Przypadek niemiarowego zwolnienia tętna znacznego stopnia, pochodzenia zatokowego, powikłanego prawostronnym zespołem Hornera.

52-letnia pacjentka, została przywieziona przez Pog. Ratunk. z powodu omdlenia na ulicy. Od dłuższego czasu miewała dolegliwości stenokardjalne, duszność po wysiłkach i obrzęk na stopach. Badanie przedmiotowe wykazało prawostronny zespół Hornera, tętno 45 na minutę, niezupełnie miarowe, ciśnienie 145/90 mm. Hg. 1-szy ton nad koniuszkiem serca niezupełnie czysty. Próby farmakologiczne (atropina, amylum nitrosum) i czynnościowe (ruch, wzruszenia psychiczne) oraz analiza krzywej elektrokardiograficznej i stigmogramu chorej wykazało, iż chodzi tu o rzadkie tętno typu zatokowego, które powstało wskutek uszkodzenia prawego zwoju gwiaździstego wzgl. włókien przyspieszających nerwu współczulnego, wychodzących z prawego zwoju gwiaździstego i w następstwie przewagi włókien sercowych hamujących, należących do układu n. błędnego. Uszkodzenie zwoju gwiaździstego prawego tłumaczy również współistnienie zespołu Hornera, albowiem przez ten zwój właśnie przebiegają włókna współczulne, wychodzące z centrum ciliospinalne z rdzenia i zdążające do m. Müllera i do m. rozszerzającego źrenicę, krzyżując się tutaj z najważniejszą grupą wspomnianych już wyżej, włókien przyspieszających akcję serca (nn. accelerantes).

Wobec braku jakichkolwiek bądź danych, przemawiających za zakażeniem kiłowcem w tym przypadku lub za jakąś sprawą uciskową — trudno jest ustalić etiologię schorzenia. Prelegenci przypuszczają, iż chodzi tu o zmiany miażdżycowe w naczyniach krwionośnych, zaopatrujących zwój gwiaździsty i upośledzenie jego odżywiania. (Streszcz. własne).

Wybory władz i urzędników T-wa oraz członków z wycajnych i honorowych. Ilość członków T-wa 347, członków głosujących 88.

1. Prezesem T-wa został wybrany kol. Kazimierz Zieliński.

2. Na Wiceprezesa żaden z kandydatów nie otrzymał dostatecznej liczby głosów.

3. Sekretarzem Dorocznym został wybrany kol. Jan Trzebiński.

4. Zastępcą Sekretarza dorocznego kol. Tadeusz Bartoszek.

5. Na członka Zarządu na miejsce ustępującego kol. Starkiewicza żaden z członków nie otrzymał dostatecznej liczby głosów.

6. Do Komitetu Kasy Wsparcia zostali wybrani kol.: Gruszczyński, Szumlański i Łazarowicz, z poza Towarzystwa: kol. Chodakowski G. i Krzyczkowski Antoni.

7. Do Komitetu Rewizyjnego zostali wybrani: kol.

Zembrzuski St., Gurbski Stanisław i Ryłko Marjan.

8. Na członków honorowych zostali wybrani: kol. Babiński Leon, Sawicki Bronisław i Zwejgbaum Maksymiljan.

9. Na członka korespondenta: kol. Zahorski Karol z Sosnowca.

10. Na członków czynnych zostali wybrani: Arciszewski Władysław, Balukiewiczówna Irena, Dąbrowski Bogusław, Jaworski Czesław, Jurkowski Jerzy, Kokalj - Kowalewska Bożenna, Kosiński Władysław, Kruszówna Mirosława, Kucleb Witold, Lewandowski Zygmunt, Leśniowski Stefan, Ligęza Leon, Łysakowski Stefan, Okoński Michał, Opacki Kazimierz, Rudolf Aleksander, Sobocińska Wanda, Wawrzyńska Marja, Witkowski Edward, Woyno Roch Domoradi Zawadowski Witold.

Przedstawieni przez Prezesa kandydaci na członków Komitetów Konkursowych zostali zatwierdzeni przez aklamację.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny: **Klemens Gerner.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA.

z dnia 22 stycznia 1929 r.

poświęconego sprawom szpitalnictwa.

Przewodniczący: Prezes **K. Zieliński.**

Obecnych członków Towarzystwa 95, wprowadzonych gości 17.

I. Protokół posiedzenia kliniczno - wyborczego z dn. 15.1. 1929 r., przyjęto.

II. Kol. członek honorowy Dr M. Zwejgbaum wygłosił wspomnienie pośmiertne po ś. p. Wacławie Sterlingu.

Dnia 12 stycznia r. b. zmarł w Badenie pod Wiedniem, po długiej chorobie, Dr Wacław Sterling, ordynator oddziału chorób skórnych i wenerycznych w Szpitalu Starozakonnych w Warszawie.

Wacław Sterling urodził się w Warszawie w 1870 roku. Po ukończeniu gimnazjum tutejszego wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego i w r. 1895 otrzymał dyplom lekarski cum eximia laude. Będąc na 5-ym kursie, wykonał samodzielną pracę naukową, zajmując się zbadaniem powietrza na sali 15 i 6 szpitala D-ka Jezus, oraz na sali wykładowej kliniki terapeutycznej. Po półrocznej pracy na klinice terapeutycznej, został w r. 1896-ym asystentem oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu Starozakonnych.

Pod kierunkiem ordynatora Dra Elzenberga, wytrawnego dermatologa i anatomopatologa, Sterling wykształcił się na dobrego lekarza specjalistę i dał się poznać szerszemu ogółowi lekarskiemu, ogłosiwszy drukiem kilka prac naukowych. Toteż po śmierci Dra Elzenberga w r. 1910 powołano Sterlinga na stanowisko ordynatora oddziału, w którym przez lat 15 był asystentem.

Oddział prowadził wzorowo, zyskując sobie coraz większe uznanie wśród swych asystentów i uczniów, którzy chętnie się do oddziału garnęli, dzięki wielkim zaletom Sterlinga, jako dzielnego lekarza i najlepszego kolegi, jak również wśród chorych, których otaczał wielką pieczołowitością i serdecznością.

Sterling brał żywy udział w ruchu naukowospołecznym Warszawy. W Towarzystwie naszym, którego członkiem czynnym został w 1908 roku, często przedstawiał chorych ze swego oddziału; był też bardzo czynnym członkiem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, był także jednym z założycieli i współredaktorem Przeglądu Dermatologicznego, nauczycielem kursów dokształcających dla felczerów, członkiem bardzo czynnym Towarzystwa Ochrony Zdrowia, szerzącego higienę wśród ludności żydowskiej.

Na wszystkich tych placówkach potrafił Sterling zjednać sobie przychylną ludzką dzięki zaletom serca i umysłu, w które natura bogato go uposażyła.

Zeszedł z tego świata przedwcześnie, w 68-ym roku życia, żalowany serdecznie i szczerze przez współpracowników i uczniów, dla których pozostanie na zawsze światłym i niezapomnianym kierownikiem, jak również przez liczne grono przyjaciół i życzliwych, którzy wyrozumiałość, serdeczność i dobroć Jego, na długo zachowają we wdzięcznej pamięci!

Prace naukowe Wacława Sterlinga.

1. Badanie powietrza na sali 15 i 6 Szpitala D-ka Jezus oraz na sali wykładowej kliniki diagnostycznej. Zdrowie, 1895.
2. Prof. Alfreda Furniera: Pierwotne owrzodzenie syfilityczne, umiejscowione na częściach poza narządami płciowymi. Gazeta Lek. 1897.
3. Z fizjologii i patologii muzyki. Zarys literacko - krytyczny. Kryt. Lek. 1898.
4. Białkomocz podczas rzeżączki. Gazeta lekarska 1899.
5. W sprawie pomocy lekarskiej dla biednych w Warszawie. Kryt. Lek. 1900.
6. Mięsak rozlany serca, nerek, i gruczołu krokowego, Gaz. Lek. 1901.
7. Trąd. Odczyty kliniczne 1901, Nr. 155 i 156.
8. Przedstawienie chorego z cwrzodzeniem przymiotowem pierwotnem na języku. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1902.
9. Kilka uwag w sprawie walki z syfilisem. Krytyka Lek. i Zdrowie 1902.
10. Syfilis nerek. Gaz. Lek. 1903.
11. W sprawie piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Kryt. Lek. 1903.

12. Nie wyzyskany przywilej. Kryt. Lek. 1904.
13. Antoni Elzenberg. Med. i Kron. Lek. 1910.
14. Leczenie promieniami Roentgena. Medycyna 1912.
15. O wartości leczniczej hektyny w przymiocie. (Razem z Jermułowiczem Stefanem) Medycyna 1912 r.
16. Arsenobenzol Billona. Medycyna 1914.
17. Przypadek trzeciorzędnego syfilisu. Gaz. Lek. 1914.

III. Prezes wyraził podziękowanie ustępującemu sekretarzowi dorocznemu kol. Gernerowi za gorliwą i owocną pracę, jak również ustępującemu zastępcy sekretarza dorocznego kol. Kaczyńskiemu Antoniemu.

IV. Prezes wręczył dyplomy nowowybranim członkom Towarzystwa.

V. Kol. Dąbrowska Janina. Przebicie tętniaka wrzekomego tętnicy głównej do tchawicy. (Pokaz).

Kobieta lat 76 zmarła nagle z objawami duszności i krwotoku z dróg oddechowych. Klinicznie przypuszczano krwotok z jamy gruczołowej płuca oraz niedomogę mięśnia sercowego.

Na sekcji prelegentka znalazła:

1) Rozednię płuc i obrzęk prawego płata górnego; w tchawicy i oskrzelach krew skrzepłą.

2) w przedniej ścianie tchawicy tuż nad rozwidleniem na oskrzela otwór, przepuszczający cienki zgłębnik; z otworu tego przy ucisku wydobywała się krew płynna i skrzepy krwi.

3) w tętnicy głównej zmiany miażdżycowe, część wstępująca t. głównej rozszerzona, w ścianie tylnej części wstępującej t. głównej ubytek miażdżycowy, drażący wgłąb; zgłębnik wprowadzony do niego, daje się wyprowadzić przez otwór w ścianie tchawicy.

Zdaniem prelegentki mamy tu do czynienia z przebiegiem ubytku miażdżycowego tętnicy wstępującej i wytworzeniem tętniaka wrzekomego, który przedziurawił do tchawicy.

4) W sercu prelegentka stwierdziła otłuszczenie i rozszerzenie komór.

VI. Wybory na wiceprezesa i członka zarządu Towarzystwa.

W wyborach brało udział 87 członków na ogólną liczbę 347.

W wyniku wyborów na członka zarządu zastał wybrany kol. Marjan Ryłko.

Na stanowisko wiceprezesa nikt nie uzyskał dostatecznej liczby głosów.

VII. Kol. Surawski Jan wygłosił odczyt p. t. „Szpitale amerykańskie z punktu widzenia administracyjnego”.

Prelegent omówił zagadnienie wewnętrznej administracji szpitalnej, dając pojęcie o środkach, zadaniach i wynikach pracy różnych instytucji, mających na celu uzgodnienie i usprawnienie pracy szpitali.

VIII. Ponowne wybory na wiceprezesa.

W wyborach wzięło udział 76 członków. Na stanowisko wiceprezesa został wybrany kol. Ludwik Paszkiewicz.

IX. Kol. Sławiński Zdzisław. Wrażenia ze szpitali Ameryki Północnej (z przezroczy.).

Prelegent przedstawia opis i zdjęcia nowych szpitali w Filadelfji (szpital ogólny — Philadelphia General Hospital), ośrodka lekarskiego (Medical Center w Nowym Yorku), oraz szpitala i kliniki w Rochester, Minnesota, prowadzonych przez braci Mayo, jak również prywatnych szpitali i szkół pielęgniarstkich. Jako zasadnicze cechy szpitali amerykańskich Ameryki Północnej podaje: Połączenie pacjentów płatnych z bezpłatnymi. Bezpłatna praca lekarska. Odmienna organizacja. Połączenie szpitali z nauczaniem. Specjalizacja lekarzy i oddziałów. Opieka społeczna podczas pobytu i po wyjściu ze szpitala. Brak przeciążenia szpitali dzięki dostatecznej liczbie przytułków dla starców i domów dla ozdrowieńców. Poziom wykształcenia, wyrobienia i ilość pielęgniarek. Dążenie do łączenia szpitali mniejszych w większe, o pionowym układzie pawilonów, wreszcie bezprzykładna ofiarność publiczna. Ogólnie biorąc szpitale nowe w Stanach Zjednoczonych Am. P. odznaczają się wzorową czystością, ciszą i ładem, organizacją doskonałą acz kosztowną, rozrzutnością co do służby ogólnej i pielęgniarstkiej oraz obfitością dodatkowych pomieszczeń i urządzeń nowoczesnych, bez których np. tutaj obywać się musimy. Amerykanie Północy słusznie są dumni ze swego szpitalnictwa, my zaś nie powinniśmy poprzestać i zadowolić się tem przeświadczeniem, że u nas jest inaczej iecz z otuchą i wytrwale dążyć do naprawy obecnych smutnych stosunków i wzorować się na cudzem doświadczeniu. (Streszczenie własne).

X. Prezes wygłosił przemówienie, w którem dziękował nieobecnemu na posiedzeniu z powodu choroby, ustępującemu wiceprezesowi prof. Witoldowi Orłowskiemu za wielce owocną pracę, podkreślając szczególnie zasługi jego około rozdawnictwa funduszków konkursowych, stypendjalnych i zapomogowych Towarzystwa.

Praca sekretarza stałego A. Gluzińskiego, który uprządkował wspomniane fundusze w roku ubiegłym, oraz ustępującego wiceprezesa będzie wielkiem ułatwieniem dla następców.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny: (—) Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 29 stycznia 1929 r.

Przewodniczący: Prezes **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 38, wprowadzonych gości 11.

I. Protokół posiedzenia z dn. 22/I 1929 r., poświęconego sprawom szpitalnictwa i dodatkowym wyborom przyjęto.

II. Prezes odczytał tytuły następujących publikacji lekarskich, nadesłanych do biblioteki T-wa:

1. Min. Spraw Wewn. (departament służby zdrowia). Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w r. 1926 (1928).

2. A. Bolland. Pogotowie gospodarcze Polski (1928).

3. E. Flusser. Der schreiende Säugling (Beihefte z. med. Klinik 1928).

4. H. Deicher. Behandlung und Verhütung von Masern, Scharlach und Diphtherie (Beihefte z. med. Klinik 1928).

5. M. Pappenheim. Die Lumbalpunktion (1922).

6. F. Plaut, O. Rehm, H. Schottmüller. Leitfaden zur Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit (1913).

7. A. Dieudonné und W. Weichardt. Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie (1918).

8. M. Loewit. Inspektion und Immunität (1921).

III. Kol. N. Ambaszówna. Pokaz preparatów mikroskopowych przypadku „vésicule fraise“.

„Vésicule fraise“ został po raz pierwszy opisany dokładnie w 1910 r. przez Mac Carthy'ego, który też pierwszy wprowadził ten termin.

Wygląd mikroskopowy takiego pęcherzyka charakteryzuje się obecnością na błonie śluzowej żółtych, połyskliwych ziaren, jakby wszczepionych w śluzówkę. Mikroskopowo ziarna te odpowiadają skupieniom bardzo dużych jasnych komórek, zawierających ciała lipinowe, barwiące się sudanem na kolor rdzawy lub żółty. Te komórki najczęściej umiejscowione są na wolnym brzegu kosmków, tuż pod nabłonkiem.

„Pcziomkowatość“ pęcherzyka żółciowego nie należy do rzadkości. Według statystyki Mac Carthy'ego na 5.000 operowanych pęcherzyków przypadki te stanowiły 18%.

Klinicznie, według autców francuskich, „vésicule fraise“ przebiega prawie zawsze z podwyższoną ciepłotą i bólami o charakterze napadowym. Często, ale nie zawsze, występuje on równocześnie z kamicą.

Co do znaczenia i przyczyny tych zmian istnieją 3 teorie:

1. która głosi, że te ziarna są pierwszym okresem tworzenia się kamieni cholesterynowych w pęcherzyku (Cosset, Loewi i inni),

2. uzależniająca obecność dużej ilości lipidów od zastojów żółci i wzmożonej resorpcji tych lipidów przez nabłonek pęcherzyka (Policard).

3. wiążąca te zmiany ze sprawą zapalną o łagodnym przebiegu (Lecène, Moulounguet).

Nasz przypadek pochodzi z Oddz. Dr. Sławińskiego, a dotyczy 35-letniej kobiety, operowanej z powodu choletithiasis. W woreczku usuniętym znalazł się kamień; do badania przystano ścianę pęcherzyka.

IV. Prezes komunikuje, że kol. Bartoszek Tad. zrzekł się godności zastępcy sekretarza dorocznego. Również należy dokonać wyboru członka Komitetu Rewizyjnego na miejsce kol. Ryłki M., który został wybrany na członka zarządu T-wa. Wybory zastępcy sekretarza dorocznego oraz jednego członka komitetu Rewizyjnego wyznaczono na dzień 5 lutego 1929 r.

V. Kol. Mikułowski Włodz. wygłosił odczyt p. t. „Przyczynek do kliniki schorzeń mózgowych u dzieci”.

Referent przytacza poszczególne opisy choroby przypadków kokluszowego zapalenia mózgu, tak pod względem klinicznym, jak i anatomopatologicznym. Częstym obrazem anatomicznym spotykanym na sekcji bywa przekrwienie i obrzęk mózgu, albo zakrzep zatoki żyłnej. Oprócz tego spotyka się krwotoki w mózgu i rdzeniu, miejscowe procesy martwicze i ropne oraz stany zapalne opon mózgowych.

Każdy ciężki koklusz, z powodu impulsywnej pobudliwości patologicznej kaszlu, z powodu aury, stanów senności, półomdlenia i z powodu równocześnie kaszlu, jak wymiotów i stanów epileptycznych — stanowi mniej lub więcej poronną postać zapalenia mózgu.

Ponieważ koklusz nie jest tylko 6-tygodniową chorobą przebiegająca z kaszlem (Hustenkrankheit), ale w wielkim procencie długotrwałą w nawrotach swoich i najbardziej śmiertelną chorobą pierwszego dzieciństwa i ponieważ nosi znamiona ogólnego zakażenia ustroju — należy stany schorzeń mózgowych odnieść do toksycznego-infekcyjnego działania jadu kokluszowego na mózg, układ nerwowy i układ naczyniowy.

Jakkolwiek ogólnie przyjęta hipoteza o mechanicznym działaniu kaszlu, jako o przyczynie stanów przekrwienia żylnego, obrzęku i wynaczynień krwawych w mózgu może w pewnym odsetku przypadków tłumaczyć stany zaburzeń mózgowych w kokluszu — to jednak referent nie uważa tej teorii mechanicznej za dostateczną i przytacza szereg okoliczności klinicznych, stojących w sprzeczności z tą pozornie prostą hipotezą.

Referent omawia analogiczne zagadnienie patogenetyki krwotoków kiszkowych w durze brzusznej i wypowiada opinię, że również i patogeneta obserwowanych wynaczynień w przebiegu koklusu tkwi w pewnym stopniu w stanach przejściowej skazy krwotocznej, spowodowanej przez dysfunkcję zatrutej jadłem chorobowym wątroby.

Dyskusja:

Kol. Orzechowski Kaz. zastanawia się nad nowym, jak się zdaje, poglądem prelegenta, mianowicie, że istnieją równoważniki napadów kaszlowych pod postacią napadów padaczkowych.

Zjawisko to możemy tłumaczyć w sposób następujący: w kokluszu przebiegającym ze skazą krwotoczną, możemy przyjąć istnienie skłonności do zaburzeń naczynioruchowych, a więc i do skurczu naczyń mózgowych; ten ostatni czynnik uważany jest dziś za *ultimum movens* napadu padaczkowego.

Prelegent słusznie odrzuca przyczyny mechaniczne drgawek i obrzęk mózgu; niewiadomo, skąd tego rodzaju tłumaczenie zakra-
dło się do literatury pediatrycznej, gdyż niema go w piśmiennictwie specjalnem. Nie można jednak negować wpływu zastojów żylnych w mózgu, jako czynnika, wywołującego napad padaczkowy (napady u uratowanych wisielców, zasypanych i t. p.).

Należy zgodzić się z prelegentem, że bywają przypadki zaburzeń mózgowych w przebiegu kokluszu; jednak oprócz tej kategorii przypadków, cytowanych przez prelegenta istnieją zmiany zapalne opon mózgowych, które występują nawet w przypadkach, przebiegających bez objawów klinicznych.

Na dowód, że zdarzają się czasem w kokluszu przypadki zaburzeń mózgowych, prelegent wspomniał o zmianach w korze mózgowej. Zazwyczaj jednak są to zmiany polegające na niedokrwistości mózgowej na tle kurczu naczyń krwionośnych, spostrzegane w padaczkę o jakiegokolwiek bądź etiologii, jeżeli kurcze te często się powtarzają.

Kol. Cieszyński. Prelegent, w poglądach swych na klinikę kokluszu, idzie za swym mistrzem Pospiszylem, autorem książki o kokluszu, który, oddając się obserwacji bardzo licznych przypadków kokluszu, dochodzi do tego, że bardzo często widzi przyczynę jakiejś choroby w kokluszu, i mniema, że osobnik, po przebyciu kokluszu, do końca życia pozostaje kokluszowym. Spostrzeżenia pediatrów przemawiają za tem, że dziecko, po przebyciu kokluszu, może mieć kaszel kokluszowy, chociaż zapadło na inną chorobę zakaźną.

Kaszel, jako taki, odgrywa niewątpliwie dużą rolę w powstawaniu wylewów krwawych przy jednoczesnem istnieniu skazy krwotocznej.

Koklusz jest chorobą zakaźną, odgrywa niewątpliwie dużą rolę w powstawaniu wylewów krwawych przy jednoczesnem istnieniu skazy krwotocznej.

Koklusz jest chorobą zakaźną, której towarzyszy bardzo silny kaszel, powodujący wynaczynienia w różnych narządach, również i w mózgu, co prowadzi do występowania drgawek.

Kol. Kopczyński Stanisław. Jeżeli napady drgawkowe występują nagle, to za przyczynę ich należy uważać raczej wylewy krwawe do tkanki mózgowej.

Kol. Trzciński Tadeusz często obserwuje koklusz u dzieci, jako kierownik oddziału skórno-ginekologicznego dla dzieci. Patrząc na dziecko kaszlące, ma się wrażenie, że podczas kaszlu wzrasta znacznie ciśnienie, co nie jest bez wpływu na powstawanie wybroczyn. Kol. Trzciński widział, jak u kobiety zdrowej i silnej podczas porodu, gdy wystąpiły silne bóle pracujące, ukazały się na skórze ramion wybroczyny. Prelegent może zanadto lekceważyć czynnik ra-

stoinowy. Kol. Trzciński zaskoczony jest poglądem prelegenta co do możliwości nawrotów koklusu i prosi obecnych kolegów pedjatrów o wyjaśnienie w tej sprawie.

Kol. Pręgowski Piotr ma wrażenie, że prelegent przeciwstawia znaczenie rozpoznania klinicznego takiemuż rozpoznaniu anatomo-patologicznemu. W większości przypadków psychiatrycznych zmiany, obserwowane w klinice, nie mają odpowiednika anatomopatologicznego. Ale w tych przypadkach, które, jak wiadomo, przebiegają ze zmianami anatomopatologicznymi, kol. Pręgowski nie odważyłby się na ustalenie rozpoznania, którego anatomopatolog stwierdzić nie jest w stanie.

Kol. Mikułowski zaznacza, że nie jest w możności odpowiedzieć na wszystkie poruszone w dyskusji zapytania. Celem jego odczytu było wykazanie, że istnieją właśnie takie formy zaburzeń mózgowych (encephalopathia) na tle koklusu. Objawy te były w związku z odrą, która wywołała nawrót koklusu. Sam kaszel, jako taki, niewątpliwie może wywołać przekrwienie żyłne, ale nie tylko czynnik mechaniczny decyduje o powstawaniu przekrwienia. W przypadkach z objawami mózgowymi stwierdza się u dziecka na sekcji objawy przekrwienia żylnego mimo to, że dziecko nie miało kaszlu. Nawroty koklusu bezwzględnie istnieją. Jest wiele chorób, których anatomja patologiczna nie rozpoznaje, jak np. cukrzyca.

Rozpoznanie idealne winno być czteroprzymiotnikowe (kliniczne, anatomopatologiczne, fizjologiczne, etjologiczne). Nie zawsze jednak wymagania te można wypełnić. Np. w chorobie Basedowa, we wrzodzie żołądka czynnik etjologiczny nie jest nam dokładnie znany.

VI. Odczyt kol. Leśniewskiego Stefana, ze względu na spóźnioną porę, spadł z porządku dziennego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny (—) Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 5 lutego r. 1929.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 23, wprowadzonych gości 9.

I. Protokół posiedzenia klinicznego z dn. 29.I. r. 1929 przyjęto.

II. Sekretarz stały kol. Gluziński Antoni wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Janie Kiełkiewicz:

W dniu dzisiejszym odprowadziliśmy na miejsce wiecznego spoczynku zwłoki ś. p. Jana Kiełkiewicza od r. 1908 członka czynnego naszego Towarzystwa, zmarłego w Warszawie w dn. 2 lutego r. b.

Urodził się dn. 20 grudnia 1875 r. w Nieszawie. — Po ukończeniu gimnazjum w Piotrkowie w r. 1896, wstąpił na wydział lekarski Uniwers. Warsz., który ukończył w r. 1901. W zakresie chorób wew-

nętrznym kształcił się przez rok na oddziale ś. p. Janowskiego, a następne już lata stale w obranym przez się kierunku, t. j. w chirurgji, pracując na oddziałach chirurgicznych u Karczewskiego, Krajewskiego, Korzeniowskiego, już to jako wolontariusz już to, jako asystent szpitalny. Wiadomo nam wszystkim, że tak przygotowany wytknął sobie specjalny kierunek t. j. chirurgję narządu moczowego, którą szczególnie rozwinął, rozporządzając bogatym materiałem oddziału w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze, gdzie był kierownikiem. W tym też kierunku poszła i Jego praca naukowa, jak o tem świadczy następujący szereg prac z tej dziedziny ogłoszonych:

1. Wycinanie pęcherza moczowego. Wytworzenie nowego pęcherza i cewki. Przegląd Chirurg. i Ginekol. 1913.

2. Technika operacyjna prostatektomji. Pol. Gaz. Lek. 1922.

3. Leczenie chirurgiczne gruczolicy narządów płciowych u mężczyzn. Pol. Gaz. Lek. 1925.

4. Rozpoznawanie nowotworów nerki ze szczegółowem uwzględnieniem pyelografji. Księga Pamiątkowa XII Zjazdu Chirurgów Polskich. 1925.

Wszak to nie tak dawno, gdy widzieliśmy Go w tej sali, biorącego udział w zbiorowych wykładach o gruczolicy narządów moczopłciowych, a wdzięcznym Mu być muszę, jako urządzający z ramienia Towarzystwa Przeciwgruczliczego I kurs dla lekarzy o „Gruczolicy”, że nie odmówił mi swego współudziału i wygłosił wykład p. t. „Gruczolica narządu moczopłciowego u mężczyzn i jej zwalczanie”, ogłoszony w zbiorowym dziele, obejmującym wszystkie wygłoszone na tym kursie wykłady.

Żal bierze, że ustąpił z szeregów naszych w siłę wieku, zostawiając pamięć dobrze zasłużonego lekarza, którą uczymy przez powstanie z miejsc.

Zgromadzeni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłano:

1. Dr. J. Świtalska. Kobieta nowoczesna (1927).

2. „ Jak należy pielęgnować włosy.

3. „ Mój system piękności.

4. Doc. Łapiński W. Z historii Zjazdów Lekarzy Słowiańskich (P. G. L. 1927).

5. Doc. Łapiński W. Przypadek włóknistego schorzenia krętarza małego. (1928)

6. Prof. Grzywo-Dąbrowski. Kazyistyką sądowo-lekarską. (Czas Sąd. Lek.).

7. Prof. Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwa w Warszawie w r. 1927. (Czas. Sąd. Lek.).

8. Prof. Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwa rozszerzone w Warszawie. (Czas. Sąd. Lek.).

9. Dąbrowski K. i Irlicht A. Skrzywienie tchawicy o objawach rzekomojamistych (Medycyna 1929).

10. Pręgowski P. Les maladies neurastheniques (1927).

11. „ Un groupe particulier des maladies psychiatrique fonctionelles (1927).

12. Doc. Sterling-Okuniewski. Ueber gewisse Tuberkuloseformen und ihre Beziehungen zum filtrierbaren Virus (Wien. kl. Woch. 1928).

13. Doc. Sterling-Okuniewski. Krótki rys historyczny nauki o chorobie Brighta (Nowiny Lek. 1923).

14. Doc. Sterling-Okuniewski. O samoistnem rozszerzeniu przelyku (Gastrologja Polska 1928).

15. Doc. Sterling-Okuniewski. L'hérédité tuberculeuse (Revue de la tuberculose 1927).

16. Doc. Sterling-Okuniewski. O rozszerzeniu tętnicy głównej. (Pol. Gaz. Lek. 1927).

17. Doc. Sterling-Okuniewski. Odczyn skórny na działaniu przesączu gruźliczego u chorych na gruźlicę. (Gruźlica 1928).

18. Doc. Sterling-Okuniewski. Znaczenie zarazka gruźliczego przesączalnego dla ftizjologii. 1928).

19. Doc. Sterling-Okuniewski. Próby leczenia gruźlicy płuc antygenem metylowym. (1927).

20. Doc. Sterling-Okuniewski. Contribution à l'étude de l'influence du système végétatif sur l'évolution de l'infection tuberculeuse experimentale (Comp. rendues des séances de la Société de biologie. 1927).

21. Doc. Sterling-Okuniewski. Réaction cutanée au filtrat tuberculeux chez les sujets atteints de tuberculose (Compt. r. d. seances de la Soc. de biolog. 1927).

22. Sterling-Okuniewski i Węgieńko. Le métabolisme basale et les maladies du reins.

23. Mikułowski W. Encéphalite coquelucheuse a l'age infantile (Rev. franc. de Péd. 1928).

24. Mikułowski W. Emiplegia spastica a lue congenita nell'infanzia. (Rivista di Clinica Ped. 1928).

25. Białokur Fr. Materiały do opracowania służby zdrowia w powstaniu styczniowym 1928).

26. Białokur Fr. Materiały do historii służby zdrowia w powstaniu styczniowym (1928).

27. Prof. Szumowski. Materiał do dyskusji w sprawie doktoratów medycyny w Polsce (1928).

28. Prof. Szumowski. Sprawa doktoratów medycyny w Polsce. (1929).

IV. Prezes komunikuje, iż członek T-wa naszego prof. Dr. L. Kryński został wybrany przez T-wo Chirurgów belgijskich na członka honorowego.

V. Kol. Paszkiewicz L. Pokaz niezwykle rozległego wybroczynowego błoniastego zapalenia wewnętrznej powierzchni opony twardej.

Kobieta lat 66. Choroba zasadnicza — rozległa miażdżyca ośrodkowa i obwodowa. Przyczyna zejścia śmiertelnego klinicznie: „wylew krwi do mózgu“.

Na sekcji stwierdzono duże, grubości 1½ cm. skrzepy krwi, ściśle przylegające do wewnętrznej opony twardej po obydwóch stronach wyrostka sierpowatego. Na obydwóch półkulach znaleziono

wklęśnięcia powierzchni, spowodowane skrzepami. Paszkiewicz omawia patogenezę tego cierpienia, częstość oraz następstwa.

VI. Kol. Leśniowski S. O napadach snu (narkolepsji, i stanach pokrewnych).

Mówca omawia pokrótce fizjopatologię snu, zatrzymując nad rozkojarzeniem snu mózgowego i snu cielesnego w czasie (Economo), oraz nad sprawą umiejscowienia mózgowego aparatu regulującego sen. Wyraża przypuszczenie, że być może, podobnie, jak inne funkcje fizjologiczne, sen posiada parę ośrodków, ułożonych piętrowo, przyczem ośrodek śródmózdzowy (Mauthner-Economo) jest sprzężony z ośrodkiem wzgórzowym (Trömmner).

Przechodząc do schorzeń, w których głównym objawem są napady snu, mówca wymienia na pierwszym miejscu narkolepsję. Omówiwszy narkolepsję pierwotną, wylicza cierpienia, w przebiegu których spostrzegano narkolepsję wtórną, objawową (pozostałości po nagminnem zapaleniu mózgu, guzy mózgu, kiła układu nerwowego, stwardnienie wieloogniskowe, urazy mózgu, padaczka i schorzenia gruczołowe) oraz różniczkuje z pyknolepsją i stanami letargicznymi w hysterji.

Następnie rozpatruje szczegółowo sprawę napadów kataleptycznych, przyczem przytacza trzy przypadki, spostrzegane w Klinice Neurologicznej, analogiczne do opisanych przez Lhermitte'a jako „cataplexie du reveil” z tą tylko różnicą, że obserwowane przez prelegenta napady kataleptyczne występowały zarówno w chwili budzenia się, jak i przy zasypianiu. L. przeto uważa, za słuszniejszą nazwę *katapleksji przysennej*. Te napady kataleptyczne oznaczają się krótkotrwałością, oraz łatwą przerywalnością, np. pod wpływem bodźców dotykowych i słuchowych, najbardziej zaś znamioną jest trwoga, jaką chorzy odczuwają w chwili napadu, w przeciwieństwie do napadów afektywnej utraty napięcia mięśniowego w przebiegu narkolepsji, które same przez się są pozbawione zabarwienia afektywnego. Mechanizm powstawania napadów katalepsji przysennej mówca wyobraża sobie, jako bardzo krótkotrwałe rozkojarzenie w czasie snu mózgowego i cielesnego (uśpienie układu mięśniowego obok nietkniętej świadomości). Napady utraty napięcia mięśniowego w związku ze snem mogą się zdarzać wyjątkowo także u osób nie dotkniętych katalepsją przysenną, lecz wtedy są one pozbawione przykrego uczucia trwogi.

Dyskusja:

Kol. Orzechowski K.

Economo widzi przykłady rozszczepienia snu u chorych na chor. Parkinsona, którzy przedstawiają obraz jakby snu cielesnego, jednak o wiele wybitniej ten sen cielesny uwidacznia się u chorych na zapalenie mózgu w ostrej fazie cierpienia. O. przypomina, że był może jedynym z lekarzy, który podkreślał rzadkość prawdziwego snu u ostatniego rodzaju chorych, że sen ich jest pozorny, że poprostu ci chorzy w stanie ostrego wiotkiego porażenia pozapiramidowego tylko wyglądają, jak ludzie śpiący. Senność i prawdziwy sen u innych chorych na zapalenie mózgu można pojmować jako szczegół wtórny, zależny od bezruchu chorych, bezruchu, który jest zgoła

odmienny od innych znanych nam porażen. Bezruch pozapiramidowy sięga o wiele głębiej, bo idzie w parze z brakiem inicjatywy, popędów ruchowych, z zanikiem myśli twórczej czynu. Dlatego działa on wprost usypiająco. Ośrodkiem zaburzeń w zapaleniu nagminnym mózgu nie jest więc zajęcie hypotetycznego ośrodka snu. Przebieg i zejście tych przypadków dowodzą niezbicie, że od początku chodzi o porażenie zwojów pozapiramidowych, którym towarzyszą epizody zaburzeń snu, dostosowując się do tamtych, a zatem z objawami bezsenności w przypadkach hiperkinez, a z objawem zmiany kolejności snu tam, gdzie jest skłonność do hiperkinezy lub bredzeń w porze nocnej. Ze spostrzeżeń nad epidemjami zapalenia mózgu wyprowadza więc Orz. wniosek wprost odwrotny, że istotnym i pierwotnym czynnikiem snu patologicznego i fizjologicznego jest nagłe wyłączenie funkcji pozapiramidowych.

Doświadczenia nasze nad zapaleniem mózgu wykazały ponadto nieprzypuszczaną dawniej zależność unerwienia powiekowo-ocznego od dróg pozapiramidowych. W unerwieniu tem drogi piramidowe biorą natomiast bardzo skromny udział. W przypadkach mało r. atężonego procesu encefalitycznego obserwowaliśmy objawy ograniczające się tylko do oczu, nawet do jednego tylko oka (chory „spół jednym okiem”). Do tych zespołów ocznych „pseudoletargicznych” nawiązują objawy późniejsze zejściowe, będące wyrazem utrwalonego przykurczowego porażenia piramidowego, które między innymi ujawniają się banalnym w parkinsonoidzie poencefalitycznym objawem „dużych oczu”, podobnych do wytrzeszczu, a u niektórych chorych napadami tonicznymi zwrotu gałek, które, podobnie jak we śnie, zwracają się ku górze i przykrywają się wtedy powiekami.

W myśl poprzednich wywodów napady katalepsji są przykładem nagłego wyłączenia funkcji aparatu pozapiramidowego, mniej nasilonego niż w napadach narkolepsji. Dlatego nie sprowadzają snu.

Co do pyknolepsji, której prelegent właściwie tylko przygodnie kilka słów poświęcił, Orz. uważa ją za swego rodzaju padaczkę. W dwóch własnych przypadkach obserwował w napadach padanie w tył i naprzód oraz napady oczopląsu pionowego. Przypuszcza więc, że źródłem napadów są zmiany na powierzchni mózdzku, może nawet robaka, rzecz jasna, zazwyczaj mało nasilone. Padaczka z takim umiejscowieniem korowo-oponowem ma większe szanse samowyleczenia od przypadków z umiejscowieniem zmiany anatomicznej w mózgu, bo np. zrosty oponowe w pobliżu dużego zbiornika mogą pod wpływem wartkiego tutaj jeszcze prądu cieczy m.-rdz. ulec z czasem rozluźnieniu lub przedarcia. Wyładowania napadowe są w pyknolepsji nikłe, bo podrażnienie napadorodne nie dochodzi do odległych ośrodków dużych dróg ruchowych i do dużego mózgowia. Z tego samego powodu nie dochodzi do utraty przytomności. Słabość wyładowań powoduje ich częstość (w epilepsji im cięższy napad, tem dłuższa po nim przerwa!). O ile zmiany organiczne są rozleglejsze lub postępujące, pyknolepsja przechodzi z czasem w zwykłą padaczkę.

Kol. K o p c z y ń s k i S t. podnosi, że sprawa podścieliska ana-

tomicznego snu, która, zdawało się, będzie rozwiązana dzięki badaniom nad encephalitis lethargica, wciąż pozostaje ciemną.

Uderza spostrzegana niekiedy, a trudna do wytłumaczenia przewrotność (perwersyjność) tego zjawiska fizjologicznego, kiedy chory w dzień nieco śpi, a za to za zbliżaniem się nocy zapada w bezsenność i doznaje różnych ruchów klonicznych. Taki przypadek u dziecka trzyletniego obesrwował mówca na początku epidemii encephalitis lethargica, który to objaw trwał przez szereg tygodni i do rozpacz doprowadził matkę, czuwającą nocami nad dzieckiem.

Co się tyczy narkolepsji, to wbrew temu, co twierdzi prelegent, iż przypadki te spotykamy tylko w drugim dziesięcioleciu i później, mówca utrzymuje, iż spotykamy je we wczesnym dzieciństwie. Powołuje się on na własny przypadek narkolepsji, obserwowany u chłopca pięcioletniego. Mówca po latach 15-tu widział chorego ponownie, gdy wystawiał mu zaświadczenie o niezdolności do służby wojskowej z powodu niedorozwoju umysłowego. Objawy narkolepsji oddawna u niego ustąpiły.

Kol. Leśniowski S. w odpowiedzi kol. Kopyńskiego mu zaznacza, iż w przypadku Jakobsona u chorej 35-letniej wystąpiły po raz pierwszy objawy sclerosis multiplex, a od 8-ego roku życia chora ta miewała napady narkoleptyczne.

VII. Prezes komunikuje, iż zapowiedziane w porządku obrad wybory pomocnika sekretarza i jednego członka Komitetu Rewizyjnego nie mogą odbyć się z powodu niedostatecznej liczby obecnych członków T-wa.

Sekretarz doroczny (—) Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 19 lutego 1929 r.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 54, wprowadzonych gości 25.

1. Kol. Manczarski Stan. Niezwykły wygląd otworu wlotowego przy postrzale czaszki. (Pokaz preparatu).

Określenie wlotu i wylotu nie nastręcza w większości przypadków trudności. Kanał postrzałowy ma kształt stożka ściętego, rozszerzającego się kraterowato w kierunku lotu kuli, a więc przy wlocie otwór rozszerza się kraterowato ku wewnątrz czaszki, przy wylocie odwrotnie. W tym przedstawianym przypadku jeden otwór jest typowym wylotem, co się zaś tyczy drugiego otworu, to ma on jednocześnie charakteru wlotu i wylotu, jak widzimy $\frac{2}{3}$ obwodu otworu rozszerzają się kraterowato ku wewnątrz czaszki, pozostała część rozszerza się kraterowato na zewnątrz. Wytłumaczyć możemy to za pomocą równoległoboku sił, a mianowicie, gdy kula uderza w czaszkę pod kątem rozwartym, czyli kierunek lotu kuli jest zbliżony do stycznej względem czaszki, siły wypadkowe działają w ten spo-

sób, że część ich działa na blaszkę wewnętrzną, część na blaszkę zewnętrzną kości czaszki (schemat); dzięki temu działaniu wlot w danym przypadku miał charakter wlotu i jednocześnie wylotu, odłupana blaszka zewnętrzna zaś spowodowała pęknięcia skóry w kształcie lilii skautowskiej (preparat).

II. Kol. Mańczarski St. n. Niezwykły przypadek samobójstwa przez zadanie ran ciętych i kłutych.

Dnia 19 listopada 1928 r. dokonano w Zakł. Med. Sąd. oględzin i sekcji zwłok mężczyzny lat 20, który, jak wynikało z dochodzenia, popełnił samobójstwo przez zadanie sobie ran nożem rzeźnickim. Na sekcji stwierdzono ranę cięto-kłutą kl. piersiowej o wymiarach 6 cm na 3 cm, połączoną z przebieciem przepcny, lewego płata wątroby, żołądka i sięgającą do nadnercza lewego, cztery rany kłute brzucha, z których trzy były połączone z przebieciem wątroby, ranę ciętą lewego przedramienia, ranę ciętą, szeroko ziejącą na karku o wymiarach 10 cm na 5,5 cm; rana ta pozioma przechodziła przez wszystkie mięśnie karku; dno jej sięgało aż do opony twardej rdzenia, przechodząc pomiędzy 4 i 5 kręgiem szyjnym. Opona twarda nieuszkodzona. W lewej jamie opłucnowej stwierdzono 700 cm³ krwi płynnej i skrzepów, podobnież w jamie brzusznej 500 cm³ krwi, poza tem bładość powłok skórnych i narządów wewnętrznych.

Z karty szpitalnej wynikało, że denat żył po zamachu 21 godzin.

III. Kol. Felc Władysław. Przypadek ochronosis (pokaz preparatów).

W dn. 6 lutego r. b. została wykonana sekcja zwłok 60-letniego mężczyzny, zmarłego nagle. Charakterystyczne zabarwienie chrząstek żebrowych, międzykręgowych, chrząstek większych stawów i błony wewnętrznej tętnicy głównej oraz chrząstek krtani według opisu podanego przypadku, podanego przez Dobijową w r. 1922 — pozwoliły na rozpoznanie ochronosis, cierpienia niezmiernie rzadkiego. W piśmiennictwie lekarskiem wogóle znajduje się opis 25 przypadków ochronosis — z tego 14 badanych pośmiertnie; w literaturze lekarskiej polskiej — 1-szy ogłoszony przez wspomnianą autorkę, niniejszy byłby drugim w Polsce, a 16-tym wogóle w rzędzie badanych anatomopatologicznie. Etiologia tej choroby i pochodzenie barwika ostatecznie niewyjaśnione. U znacznej liczby chorożyków występuje alkaptonurja. Czasami obserwowano zmianę zabarwienia chrząstek w zależności od stosowania okładów z karbolu przez dłuższy czas, w innych jednakże przypadkach przyczyny ustalić nie było można. Cierpienie nieuleczalne i niebezpieczeństwa dla życia nie przedstawiające.

Dyskusja:

Kol. Paszkiewicz L. Ochronosis spotykamy bardzo rzadko. W piśmiennictwie lekarskiem dotychczas ogłoszono zaledwie kilkadziesiąt przypadków. Jeden z nich był ogłoszony przez Dobijową z Zakładu Anat. Patol. U. W. Ochronosis nie sprawia żadnych dolegliwości. W tych przypadkach, w których chrząstki uszu są bardzo znacznie zabarwione, chorzy są oszpececi.

IV. Kol. Landau A., Fejgin M., Glass B., i Marksonówna M.: Przypadek zgorzeli dolno-płatowej prawego płu-

ca w przebiegu ciężkiej cukrzycy, wyleczony przez stosowanie sztucznej odmy piersiowej i insuliny (pokaz).

48-letnia pacjentka z cukromoczem, ujawnionym od roku (od 3% do 5%) przed dwoma miesiącami zachorowała wśród podniesionej ciepłoty, kaszlu z obfitym płwociną, która po kilku dniach zaczęła cuchnąć. Leżała około tygodnia w łóżku, ale od tego czasu czuje się źle, miewa stany podgorączkowe, płwocina i oddech mają zapach cuchnący. Przy badaniu stwierdza się nad prawym obojczykiem przytłumienie, od 3-go żebra do dołu po prawej stronie (z przodu) wdech i wydech zaostrzone, dość liczne rżenia drobno- i średnio-bańkowe, nad resztą płuc — świsty i trochę furczeń; 1-szy ton serca na koniuszku nieczysty, II ton nad tętnicą główną zlekka zaakcentowany; układ nerwowy, jama brzuszna — bez zmian; w moczu ślad białka i 5.3% cukru oraz ślad acetonu; odczyn Wassermanna w surowicy ujemny, cukru we krwi 2.89‰ , leukocytów 9200 w 1 mm^3 krwi — w tem 70% segment., 10% pałeczkowatych, 17% limf.

Na ekranie rentgen. (kol. Werkenthinówna) — w dolnym płacie pr. płuca jama wielkości mandarynki o grubych ścianach i z wyraźnym poziomem płynu.

Na dziecie zawierającej 60 gr. białka, 100 gr. tłuszczu i 115 gr. węglowod. chora wydzielala od 50 do 70 gr. cukru na dobę; samopoczucie miała złe, ciepłotę podgorączkową, płwociny około $\frac{1}{2}$ do 1 kufła na dobę, trójwarstwowej. cuchnącej, nie zawierającej prątków kwasoodpornych, natomiast — pojedyncze ułamki włókien sprężystych.

Na 50 jednostkach insuliny A. B. pacjentka została odcukrzona, zawartość cukru we krwi opadła do $1.7 - 1.8\text{‰}$.

Wówczas (11 dni po przybyciu na oddział) założono odnę prawostronną, po następnych 5-ciu dniach — powtórna, a jeszcze po tygodniu 3-cią. Dopiero po 3-ej odmie stan chorej uległ znacznej poprawie: ciepłota opadła do normy, kaszel i ilość płwociny zmniejszyły się znacznie, cuchnący zapach zginął prawie zupełnie. Cukier w moczu, pomimo zwiększonej nawet diety o 100 gr. białka nie ukazywał się.

W 2 tygodnie po 3-ciej odmie założono 4-tą, doprowadzając ciśnienie do plus 3. Od tego czasu pacjentka nie kaszle, nie odpluwa i nie gorączkuje, cukromocz zginął — do śladów ukazujących się od czasu do czasu, tak, iż można było zmniejszyć dawkę insuliny do 15 jedn. na dobę. Zdjęcie rentg. wykazało: płuco prawe zupełnie uciśnięte, jama niewidoczna.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na pomyślny przebieg tak ciężkiej i złośliwie przebiegającej zazwyczaj sprawy, jak zgorzel płuca w cukrzycy.

Pozatem stanowi on ciekawy przyczynek do aktualnej obecnie kwestji stosowania odmy przy cukrzycy. Ma to, oczywiście, znaczenie przede wszystkim w gruźlicy, dość często spotykanej u djabetyków. Gruźlica, jak i każde zresztą zakażenie w cukrzycy, wpływa bardzo niepomyślnie na tolerancję węglowodanową tych chorych. Odma więc w tych przypadkach, stosowana obok insuliny, wpływając na zwalczenie, wzgl. wstrzymanie procesu gruźliczego,

warunkuje pośrednio poprawę tolerancji. To właśnie zjawisko zaobserwować się daje u wyżej wspomnianej pacjentki, u której, równocześnie z gojeniem się powikłania zakaźnego pod wpływem odmy, nastąpiło znaczne wzmoczenie tolerancji węglowodanowej.

V. Kol. Prezes komunikuje, że w jednym z pism codziennych ukazały się dość obszernie sprawozdania z 2-ch posiedzeń wyborczych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dotyczące poszczególnych osób Zarządu Towarzystwa. Przypomina Szanownym Kolegom Uchwałę Zarządu T-wa oraz Statut i Regulamin, według których posiedzenia T-wa są przeznaczone li tylko dla członków T-wa i wprowadzonych przez nich gości lekarzy i jako takie, są posiedzeniami naukowymi zamkniętymi, nienadającymi się do wzmianek i sprawozdań w pismach codziennych niefachowych. Zarząd uczynił już w tej kwestji stosowne zastrzeżenia w Redakcji pisma, w którym te komunikaty miały już miejsce, i ma nadzieję, że to w przyszłości zdarzać się nie będzie.

VI. Prezes odczytał: a) list prof. W. Orłowskiego do Zarządu T-wa z podziękowaniem za wyrażone mu uznanie za pracę na stanowisku Wiceprezesa T-wa i za życzenia rychłego powrotu do zdrowia; b) zaproszenie na kursa Towarzystwa Eugenicznego „Syphilis a dziecko”; c) zaproszenie na odczyty T-wa Higienicznego w sprawach szpitalnictwa.

VII. Kol. G r u d z i ń s k i zaprasza zebranych na odczyt prof. Lilienfelda z Lipska. Odczyt odbędzie się w sali T-wa Lek. Warsz. w dn. 21 lutego r. b.

VIII. Kol. O r ł o w s k i M. Objawy bezpośrednie wrzodu dwunastnicy w obrazie rentgenowskim (pokaz przezroczy).

Prelegent opisuje technikę zdjęć seryjnych dwunastnicy stosowaną w pracowniach rentgenologicznych pp. Ledou - Lebard'a i Puthemme'a w szpitalu Salpêtrière w Paryżu.

Następnie omawia morfologję i czynność ruchową normalnej opuszki dwunastnicy, która jest siedliskiem wszystkich prawie wrzodów, usadowionych w dwunastnicy. Do pewnych objawów wrzodu dwunastnicy należą: nisza (dodatek cieniowy), wytworzona przez wypełnienie masą kontrastową ubytków w ścianie opuszki i odpowiednie zmiany w rysunku błony śluzowej, jak promienisty układ fałdów śluzówki naokoło wrzodu i t. d. Następnie idą najrozmaitsze zniekształcenia opuszki, jako skutki wrzodu; są one objawem b. ważnym w rozpoznawaniu tego schorzenia, lecz mniej pewnym, niż nisza. Wywołują je zrosty, blizny, zniszczenie ścianek opuszki, również stany patologiczne błony śluzowej oraz skurcze mięśniówki. Zniekształcenia te, opisane przez cały szereg różnych autorów (A k e r l u n d, B é c l è r e, C o l e, S c h w a r z i inni), można podzielić na kilka grup; występują one oddzielnie lub wspólnie, tworząc zmienny i skomplikowany obraz wrzodów opuszki dwunastnicy. Krzywizna mała opuszki, mając normalnie kontur lekko wypukły, staje się linią prostą lub wklęsłą. Następuje to co A k e r l u n d nazywa „Reaktion der kleiner Kurwatur”, a B é c l è r e „restitution de la petite courvature”. Obraz ten może towarzyszyć niszy lub też istnieć bez niej, powstaje wskutek nacieczenia ściany opuszki naokoło wrzodu,

wskutek skurczu mięśniówki podłużnej (Akerlund) lub też przekrwienia i obrzęku śluzówki.

Wyrażenie „ubytek cieniowy” (defekt), dla scharakteryzowania zniekształceń opuszki owrzodzonej, wprowadzili do literatury Cole i George (1914). Opuszka wygląda jakby zatarta, wypełniona wysepkowato, skurczona, poszarpana i asymetryczna. Robi ona wrażenie tworu zniszczonego do tego stopnia, że Freud określił obraz ten jako „phthisis bulbi”.

Jednym z najczęstszych zniekształceń opuszki owrzodzonej jest przewężenie jej części środkowej (sténose mediobulbaire).

Następnie w części podstawowej opuszki tworzą się uchyłki, które powstają wskutek pociągania przez zrosty lub wskutek rozszerzenia prestenotycznego. Rentgenologicznie przedstawiają się one, jako rozszerzenia opuszki, zlokalizowane na jednej lub obu krzywiznach. Różnią się od niszy zmiennością kształtu i wielkością; znajdują się prawie zawsze u podstawy opuszki i przyjmują postać listka koniczyny (Holzknecht). Ten ostatni rodzaj nazywają francuzi „bulbe en en trefle”. Gdy wrzód lub blizna znajdują się blisko odźwiernika, uchyłek może nie powstać.

Materiał, na którym opiera się prelegent, składa się z przeszło 50 przypadków, sprawdzonych operacyjnie.

Prelegent pokazuje szereg przezroczy, gdzie są widoczne wszystkie wymienione wyżej zmiany w opuszcze dwunastnicy.

Dyskusja:

Kol. Drodzowicz G. Odczyt i pokazy zdjęć były dla mówcy bardzo pouczające z tego względu, że rozpoznanie wszystkich przypadków wrzodu dwunastnicy było potwierdzone na operacji. Co do przesłanek teoretycznych zwraca uwagę na następujące rzeczy. To, co można powiedzieć o kształcie żołądka, który bardzo często różni się od przyjętych schematów, to samo można powiedzieć i o dwunastnicy: kształt jej ulega zmianom. Kształt treflowy bardzo często spotyka się w zupełnie normalnej dwunastnicy. Radjolog, zanim rozpozna wrzód dwunastnicy, powinien badanie powtórzyć; można znaleźć dość duże różnice między pierwszym, a powtórnym badaniem. Co do techniki zdjęć, przytoczonej przez prelegenta, a mianowicie, że zdjęcia odbywają się w pewnych odstępach czasu bez wyczekiwania na moment odpowiedni, kol. Drodzowicz ma pewne zastrzeżenia. Jeżeli chodzi o zniekształcenie stałe, zgadza się; ale tam, gdzie są skurcze zmienne, konieczne jest poprzedzenie zdjęć przez uchwycenie radjoskopowe tego momentu.

Kcl. Gluziński A. oświadcza, że zwrócił uwagę na dwa oświadczenia kolegi prelegenta: jedno, wygłoszone na początku, drugie — na końcu jego cennego wykładu.

Na początku zaznaczył kol. prelegent, że trzy „hyper” (hypersecretio, hyperaciditas, hypertonia) nie mają zasadniczego znaczenia dla wrzodu dwunastnicy, bo stwierdzić je można i przy appendicitis, cholelithiasis i t. d. Niema wątpliwości, że przy wymienionych stanach można też stwierdzić te trzy „hyper”; daleko częściej jednak rozpoznaje się appendicitis, operuje się, a stan chorobowy trwa dalej, gdyż popełniło się pomyłkę, rozpoznawczą bo był to ul-

cus ventriculi, czy duodeni, przy których były naturalnie te trzy „hyper”, a nie appendicitis lub cholelithiasis.

Kończąc swój wykład, wspomniał kol. prelegent, że, opierając się na statystykach amerykańskich, wiemy, iż wrzód dwunastnicy, jest 4 razy częstszy, niż żołądka. Z wynikami tych statystyk, zebranych przeważnie przez chirurgów w czasie operacji, pogodzić się nie mogę. Na podstawie anatomo-patologicznego materiału odstąpionego mi przez zakład anatomo-patologiczny w Krakowie, jak i we Lwowie, i obejmującego kilkanaście tysięcy sekcji, mogłem stwierdzić, że statystyka wykazała zupełnie odwrotny stosunek: w pewnej liczbie przypadków można było mówić o wrzodach przyodźwiernikowych (juxtapyloricum) bez stanowczego rozstrzygnięcia, czy zaliczyć je do żołądka czy dwunastnicy. Jak niepewną zaś jest statystyka, zebrana na stole operacyjnym, świadczyć może następująca uwaga. Jak wiemy, była podana, jako wskaźnik dla chirurga, tak zwana żyła Mayo, mająca przebiegać na odźwierniku żołądka. Co leżało na prawo od niej, należało do żołądka, na lewo zaś do dwunastnicy; przebiegiem jej winien się chirurg kierować w czasie operacji, by zaliczyć wymacany wrzód do żołądka czy do dwunastnicy. Wyniki tą drogą zebrane w Ameryce, tak odskakiwały od wyników osiągniętych badaniami sekcijnymi i obserwacjami dotychczasowymi klinicznymi, że chyba należało przyjąć, że wrzód żołądka jest częstszy w Europie, a wrzód dwunastnicy w Ameryce lub też, że zasada, którą się mieli kierować w czasie operacji, nie jest słuszna.

To ostatnie przypuszczenie ma, według mego zdania zupełną podstawę. Będąc przy każdej operacji chorego z mojej kliniki we Lwowie przeniesionego do kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera dla dokonania gastroenterostomji, nie byłem w stanie współ z chirurgiem na podstawie żyły Mayo określić przynależności wrzodu. Nic dziwnego, gdyż drogą badań przebiegu żyły Mayo, przekonałem się, że nie może ona być wskaźnikiem dla chirurga. Dzięki pomocy prof. anatomji opisowej we Lwowie, Markowskiego, który posiadał technikę nastrzykiwań naczyń szkoły T e i c h m a n a, otrzymałem cały szereg żołądków z nastrzykanymi żyłami, a z obrazów, które do dnia dzisiejszego posiadam, przekonać się mogłem, jak różnolity jest przebieg żyły Mayo, i jak błędne wyniki muszą być, jeżeli ją właśnie się weźmie za wskaźnik. Wrzody te wszystkie nazwałbym ulcera juxtapylorica. Dla ich rozpoznania, oprócz równoczesnych innych cech, mają beśprzecześnie wartości i wspomniane przez kol. prelegenta te trzy „hyper”. Przytem warto nadmienić, że wrzody żołądka usadowione in parte cardiaca ventriculi, mogą przebiegać z hypochlorhydrią, a widziałem wrzody, stwierdzone przy operacji in parte cardiaca, z zupełną achlorhydrią.

Niema wątpliwości, że rentgenologia oddaje nam poważne usługi; witamy każdy postęp w tym kierunku, którego odbiciem jest wykład kol. prelegenta, nieomylną ona jednak nie jest; trudno okiem ocenić, jak to podniosłem, czy wrzód stwierdzony jako juxtapyloricum, zaliczyć do żołądka czy dwunastnicy, sądzę też, że i dla obrazu rentgenologicznego te trudności zachodzą mogą.

Kol. P a s z k i e w i c z L. Wrzody dwunastnicy są mniej częste,

niż żołądka. Niezgodność statystyk anatomopatologów i klinicystów zależy od tego, że rozporządzają oni różnym materiałem. Wrzody dwunastnicy umiejscawiają się przeważnie w pars superior; wogóle mogą się umiejscawiać między odźwiernikiem żołądka a brodawką dwunastnicy, t. j. na drodze, przez którą przechodzi sok żołądkowy. Wrzody dwunastnicy zjawiają się częściej u mężczyzn, niż u kobiet.

Kol. Gluziński A. zwraca uwagę, również i na to, że wrzód żołądka jako taki, daje powód do rozwoju sprawy nowotworowej — *ulcus ventriculi in carcinoma vertens*. Na podstawie statystyki zebranej na materiale sekcyjnym, określa częstość występowania tego rodzaju wrzodu do 6%. Dlaczego wrzód przyodźwiernikowy ma tę tendencję, a dlaczego nie widać równie często *ulcus duodeni in carcinoma vertens*?

Przemawiałoby to również za błędnością statystyki amerykańskiej.

Kol. Roguski J. Zwraca uwagę na pewien szczegół w terminologii. Mianowicie, zamiast terminów — krzywizna duża i mała opuszki dwunastnicy, należałoby raczej używać nazw — krzywizna górna i dolna.

Kol. Elektrowicz. Możemy mieć do czynienia z pewnymi błędami w statystykach już choćby dlatego, że, oprócz typowych wrzodów opuszki dwunastnicy, odróżniamy wrzody przyodźwiernikowe, gdzie nie wiemy, czy wrzód należy do żołądka, czy też do dwunastnicy. Jeżeli zaliczać je do wrzodów dwunastnicy, procent wzrasta na korzyść tych ostatnich.

Błąd statystyczny może pochodzić i stąd, że spotykamy niekiedy przypadki, w których objawy wrzodowe były z pewnością kilkakrotnie stwierdzone rentgenologicznie i klinicznie, a jednak po pewnym czasie objawy te znikają. Prof. Paszkiewicz wspomniał, że wrzody dwunastnicy mogą być tak małe i powierzchowne, że po wygojeniu ich anatomopatolog może je na sekcji przeoczyć. Kol. Elektrowicz układa obecnie statystykę z badań, dokonanych w ciągu okresu dziesięcioletniego. Na wrzody dwunastnicy przypada około 26%.

Kol. Paszkiewicz. Raki dwunastnicy spotyka się rzadziej, niż żołądka, prawdopodobnie dlatego, że wrzody dwunastnicy rzadziej mają przebieg przewlekły. Raki dwunastnicy najczęściej spotykamy w okolicy brodawki w miejscu, gdzie wrzody zjawiają się bardzo rzadko.

Kol. Grudziński Z. uważa za pożądane utrzymać dla dwunastnicy nazwy krzywizna duża i mała ze względu na analogię do żołądka.

IX. Prezes komunikuje, że wybory dodatkowe pomocnika sekretarza i członka Komitetu Rewizyjnego znów nie mogą dojść do skutku z powodu niedostatecznej liczby obecnych członków.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny (—) Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 5 marca r. 1929.

Przewodniczący: Prezes **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 49, wprowadzonych gości 22.

I. Protokół posiedzenia kliniczno-wyborczego z dn. 19.II. r. b. przyjęto.

II. Prezes komunikuje, że protokoły przemówień dyskusyjnych kolegów są obecnie stenografowane. Wobec tego autoreferaty dyskusyjne nie będą uwzględniane.

III. Prezes komunikuje o śmierci ś. p. D-ra Władysława Jareckiego.

IV. Kol. Sekretarz Stały odczytał życiorys ś. p. Władysława Jareckiego.

W dniu 1 marca b. r. zmarł po krótkiej chorobie ś. p. Władysław Jarecki, dyrektor Zakładu Głuchoniemych w Warszawie a członek naszego Towarzystwa od r. 1910.

Urodzony w Warszawie w r. 1876 kończy gimnazjum w r. 1899, poczem wstępuje na Uniwersytet Warszawski, na wydział przyrodniczy, a po 2-ach latach przenosi się na wydział lekarski. Ówczesne warunki polityczne, żywy i wybitny udział ś. p. Władysława Jareckiego w życiu młodzieży akademickiej zmuszają go do opuszczenia Warszawy i przeniesienia w r. 1905 na uniwersytet Jagielloński, na którym w r. 1907 otrzymuje dyplom doktora wszechnauk lekarskich, a uprawnia go na państwo rosyjskie w Uniwersytecie Dorpackim w r. 1908.

Wraca teraz do ukochanej Warszawy, kształci się dalej w obranym kierunku t. j. w medycynie wewnętrznej i neurologji, pracując na oddziałach szpitalnych D-ra Szczęsnego Bronowskiego na Pradze, D-ra Stanisława Kopczyńskiego u Św. Ducha i w zakładach leczniczych D-ra A. Puławskiego w Nałęczowie, D-ra A. Tarnawskiego w Kosowie i D-ra B. Malewskiego w Grodzisku. Wtem ostatniem miejscu pełni równocześnie obowiązki lekarza fabrycznego.

Uważa za swój obowiązek wzięcie udziału i w ruchu naszego piśmiennictwa lekarskiego, szczególnie w obranej przez siebie dziedzinie t. j. neurologji. Dość przytoczyć ogłoszone artykuły: 1) „O przewlekłym postępującem porażeniu zewnątrznych mięśni oczu”, 2) „Przypadek migreny oczoporażnej”. 3) Przypadek górnego wiądnienia. *Neurolog. Pol.* 1910. 4) „Przypadek niezwykłego zaburzenia mowy”, *Neurol. Pol. i Gaz. Lek.* 1913. 5) „Przypadek kurczu mięśni i twarzy”. *Medycyna*, 1914.

Przygotowanie przyrodnicze i szerszy jego umysł pozwolił mu i nakazał wziąć udział w pracy nad ulubioną przez niego dziedziną folkloru. Szereg prac ogłasza w wychodzącem wtedy piśmie „Wisła”, a dla przykładu przytoczę rozprawę p. t. „Bydło w życiu i wierzeniach ludu polskiego”.

Nic dziwnego, że tak przygotowany, stanawszy, jako dyrektor na czele Instytutu Głuchoniemych w Warszawie, rozwinął tę owocną działalność, dla której wszyscy musieli być z pełnem uznaniem,

a dzisiaj wyrażają szczery żal, że ta działalność w pełni sił Jego tak nagle i niespodziewanie została przerwana.

Cześć Jego pamięci, którą uczcijmy przez powstanie z miejsc.

V. Kol. Sekretarz Stały odczytał sprawozdanie ze stanu i wykonania niektórych zapisów. Z fundacji, przeznaczonych dla studentów, można było obdzielić tylko piętnastu, łącząc stypendia po kilka, celem otrzymania poważniejszej sumy. Kol. Sekretarz Stały odczytuje nazwiska obdzielonych i sumy. W r. 1928 wypłacono studentom 4.422 zł. i 80 gr., lekarzom — 3.425 zł. i 97 gr., w styczniu r. 1929 z fundacji Żłobikowskich zupełnym sierotom po lekarzach 820 zł., razem 8.668 zł. i 77 gr.

Za pracę nad uporządkowaniem zapisów na wniosek Prezesa złożono podziękowanie kol. Sekretarzowi Stałemu prof. A. Głuzińskiemu, kol. Podskarbiemu D-rowi L. Babińskiemu i b. Wiceprezesowi prof. W. Orłowskiemu.

VI. Kol: Goldbaum M. Leczenie gościa, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul” (z pokazem chorých).

Omówiwszy pokrótce doniosłość społeczną walki z gościem i istnienie komitetu międzynarodowego w Anglii oraz krajowych, narodowych, referent opisał klasyfikację tych cierpień, scharakteryzował każdą z poszczególnych postaci pod względem klinicznym i anatomicopatologicznym, wreszcie zatrzymał się nad etiologią.

Najważniejszą bodaj rolę grają tu: ostre choroby zakaźne, ostry gościec stawowy, kiła, gruźlica (Poncet). Rosenow sądził, że przyczyną jest tu zarazek: *micrococcus theumaticus*. Sprawa jednak pozostaje nadal otwarta. Amerykanie szukają przyczyn gościa w „focal - oral - dental infection”. Najczęstszymi ogniskami mają tu być: migdałki, pierścień chłonny gardzielowy, zęby, ropotok zębodołowy, ropienia w pęcherzyku żółciowym, w wyrostku robaczkowym, w drogach moczowych i t. d. Oprócz zakażeń, przypuszczalnie wchodzi w grę jeszcze zaburzenia wewnątrzwydzielnicze i inne nieznanne jeszcze czynniki. Gudzent przypuszcza, że może i w gościu, podobnie jak w dnie, mamy do czynienia ze zjawiskami allergicznymi. Powszechnie są znane cierpienia stawów w wiądzie i jamistości rdzenia. Urazy, naruszenie równowagi w statyce ciała, wreszcie zaburzenia odżywiania z powodu miażdżycy naczyń krwionośnych, stanowią znów inną kategorię przyczyn.

Omówiwszy następnie 3 teorie, dotyczące istoty dny, a mianowicie: 1) Brugscha i Schittenhelm'a, 2) Thannhausera, i 3) Gudzent'a, tłumaczące dnę, jako skutek allergji, na wzór gorączki siennej, obrzęku Quinckego, dychawicy oskrzelowej, niektórych postaci migreny, padaczki, pokrzywki, wyprysku. hydrops articularum intermittens i t. d., przeszedł referent do właściwego swego tematu, t. j. leczenia szczepieniami „Cutivaccin Paul'a”.

Omówiwszy naprzód ogólne zasady leczenia gościa, dny i nerwobólów za pomocą przetworów salicylowych, atophanu i jego pochodnych, proteinoterapii, klimato- i balneoterapii, metod fizycznych, zastoiny Biera gimnastyki i masażu, operacji ortoped.-chi-

rurg., wreszcie uregulowania diety, referent opisał szczepionkę P o n n d o r f B., którą P a u l zmodyfikował ze względu na jej zbyt ostre odczynu lokalne i ogólne i wprowadził swoją Cutivaccinę składającą się z tuberkulomucyny W e l e m i n s k y' e g o, saprophytyny G ü n t h e r'a i vaccinetoksyny P a u l'a.

Odczyny są tu b. słabe, stosowanie tej szczepionki nieszkodliwe, jednocześnie działanie lecznicze wybitne. Rozpowszechniona jest zagranicą w Wiedniu, Pradze, Frankfurcie nad/M, Gracu, Tuluzie i t. d. U nas ogłoszono prace nad działaniem szczepionki z udziałów D-ra O t t o i B e ł k o w s k i e g o.

Prelegent opisał technikę i metodykę tych szczepień. Pokaz 6-ciu chorych ilustrował wyniki, jakie można osiągnąć tą metodą. Referent miał dotąd w leczeniu około 300 przypadków w ambulatorjum Kasy Chorych, a ze 151 chorych przytacza swoją statystykę, która mu dała 52% wyleczonych, bądź będących na wyleczeniu, 36% popraw i w 12% brak poprawy.

Wnioski referenta są następujące:

Cutivaccina usuwa nader szybko ból, często już po pierwszym szczepieniu. Robić trzeba jednak, dla utrwalenia wyniku, 6 szczepień. Nerwobóle dają 100% wyleczeń. Ograniczenie ruchów natury bólowej, w stawach mogą się wyleczyć doszczętnie, lecz zmiany w otaczających tkankach wymagają dodatkowo leczenia masażem, kąpielami, naświetlaniami i t. p. Arthritis deformans znacznych wyników dodatnich dawać nie może, lecz mogą tu być usunięte bóle, a przewlekłe zmiany zapalne ulec poprawie. Może uda się przy długim stosowaniu Cutivacciny powstrzymać rozwój choroby. Leczenie Cutivacciną jest nader łagodne, wygodne, bo ambulatoryjne a skuteczne nawet tam, gdzie wszystkie inne metody zawodzą. Przeciwwskazaniami są tylko stany characze, niewyrównane wady serca, choroby wątroby i nerek, silna cukrzyca. Obwodowa miażdżyca naczyń wraz z nadciśnieniem nie przeszkadza szczepieniom. Nikłe ślady białka, mały % cukru (0.5%), kilkadziesiąt leukocytów, oraz pojedyncze wałeczki szkliste znikają z moczu właśnie podczas szczepień.

Cutivaccina jest doskonałym „regenerans”. W Wiedniu dokonano doświadczeń na 116 wyścigowcach i wierzchowcach, które pod działaniem „C u p a l'u”, wzorowanego na „C u t i v a c c i n i e”, zdobywały ponownie pierwsze nagrody na wyścigach.

Przez wprowadzenie do lecznictwa Cutivacciny leczenie gości-
ca weszło w nową fazę.

Sekretarz doroczny (—) **Jan Trzebiński.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 19 marca 1929 r.

Przewodniczący: Prezes: **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 46, wprowadzonych gości 19.

I. Protokół posiedzenia z dn. 5 marca r. 1929 przyjęto.

II. Prezes komunikuje, iż stenogramy dyskusyjne z posiedzeń klinicznych będą składane w Bibliotecę T-wa do przejrzenia i ewentualnych poprawek na marginesie przez autorów przemówień.

III. Do Biblioteki T-wa wpłynęły następujące prace:

1. Endocrinolog. Zentralblatt für das Gebiet der inneren Sekretion und Konstitutionsforschung. Bd. I und II. Leipzig — Verlag von Johann Ambrosius.

2. Sterling - Okuniewski S. — Sur l'importance que présente la découverte du virus tuberculeux filtrant pour la phthisiologie. Lyon Medical — 1927 r.

3. Hunger F. W. T. — Bernardus Paludanus (Berent Ten Broecke) — 1928 r.

4. Bornsteinowa J. — Czasopisma w Polsce (1925 — 1927).

5. Sterling - Okuniewski i Rosnowski M. — Przyczynek do epidemiologii i kliniki włośnicy spostrzeżonej w ostatniej epidemii — 1927 r.

6. IV-ty Zjazd Polskich Historyków i Filozofów Medycyny w Krakowie — 1928 r.

7. Higier H. — Stanowisko myotonji zwykłej czyli choroby Thomsena i myotonji dystroficznej czyli choroby Steinera do myokymji i tężyczki — 1928 r.

8. Higier H. — Późne następstwa uszkodzeń czaszki i mózgu. — 1928 r.

9. Kopczyński St. — Zdrowie działwy szkół powszechnych w Polsce — 1929 r.

10. Żebrowski A. — Co każdy o chorobach ucha wiedzieć powinien — 1929 r.

IV. Kol. Sobieszczański. Przypadek wczesnego kiłowego zapalenia tętnicy głównej (pokaz przypadku).

Przypadek dotyczy chorego mężczyzny l. 43, przybyłego 25.I 1929 r. ze skargami na zawroty głowy i bóle w okolicy mostka; wenerolog rozpoznał wrzód twardy (obecnie blizna na członku) i osutkę kiłową (Wassermann — dwa plusy); dwukrotnie poddawał chorego kuracji swoistej. Z wywiadów: żonaty, bezdzietny; nieżył oskrzeli w 1913 r.

W stanie obecnym, prócz zagęszczenia prawego szczytu płucnego z powiększeniem gruczołów węzkowych, stwierdzono sprawę usadowioną w tętnicy głównej, która dawała objawy następujące: 1) przedskurczowy szmer nad tętnicą główną ze wzmocnieniem II-go tonu, 2) nieduże powiększenie serca w wymiarze podłużnym, 3) objaw K. R o Ź k o w s k i e g o, 4) szmer nad tętnicą-

mi szyjowemi i nad tętnicą lewą podobojczykową (objaw *L a n d a u'a* i *H e l d a*), 5) różnica w ciśnieniu krwi na tętnicach promieniowych (p r a w a 115/65, l e w a 115/70). Zmiany fizykalne w układzie krążenia uzależniono od zakażenia kiłowego. Rozpoznanie: *Aortitis luetica praecox cum insufficentia vv. semilunarium aortae consecutiva. Condensatio apicis pulmonis dextri. Adenopathia tracheo-bronchialis. Anaemia*. Chory zaraz (w styczniu) został skierowany na dalsze leczenie swoiste do specjalisty; po przejściu kuracji (III) znacznie się poprawił, stłumienie nadmostkowe i szmery, oraz rozszerzenie tętnicy głównej zmniejszyły się (2 rentgenogramy).

Z powodu wczesnego wystąpienia kiły tętnicy głównej w jej części wstępującej i łuku przypadek ten jest zastanawiający.

Czy odnieść go należy do kiły drugorzędnej naczyń, czy też raczej do wczesnego wystąpienia sprawy trzeciorzędnej, trudno jest rozstrzygnąć. W każdym razie należy myśleć o zadziałaniu bodźca toksyczno - drobnoustrojowego na miejsce o słabszej odporności. *Quoad reinfectionem syphiliticam* danych brak.

Dyskusja:

Kol. *G l u z i ń s k i* podkreśla, iż zmiany opisane w tętnicy głównej u osobników młodych w wieku do 40 lat są wywoływane w 80% przez proces kiłowy. Co się tyczy objawu *V a q u e z a* — to nie jest on ściśle patognomicznych dla zakażenia kiłowego, gdyż zarówno proces miażdżycowy jak i kiłowy, atakując ujścia tętnic odchodzących od łuku t. głównej, mogą dać na tętnicy promieniowej z lewej strony, (gdzie odchodzą tętnica podobojczykowa i szyjna bezpośrednio do łuku t. głównej) tętno słabsze, niż po stronie prawej, gdzie odchodzi t. bezimienna o grubszym przekroju światła od łuku t. głównej.

Kol. *H i g i e r* podkreśla, iż w przedstawionym przypadku zmiany opisane w łuku t. głównej trudno jest ocenić, czy są one wywołane tylko przez zakażenie kiłowe w tak wczesnym okresie, zwłaszcza, iż preleget nie obserwował chorego, przed zakażeniem kiłowym.

V. Kol. *H i g i e r*. Rzadka postać *alopecia areatae neuroticae* (*Area Celsi*) (pokaż przypadek).

Chora lat 10, somatycznie i psychicznie dobrze rozwinięta; wybitnie zdenerwowana. Od półtora roku ma poraz 3-ci okresy wypadania włosów wysepkami. Przy uczuciu chwilowego przeszywającego bólu i kłucia w określonym miejscu czaszki, chora odczuwa i słyszy jakby pęknięcie włosów. W temże miejscu i dokoła niego włosy unoszą się nagle w górę i jakby podkoszone padają tak, iż dają się zebrać dość dużemi pękami. W taki sam sposób chora momentalnie traci całą brew i rzęsy lub też ich połowę. Powierzchnia czaszki robi wrażenie zbiorowiska wysepek zachowanego i utraconego owłosienia. Śladów przebytego zapalenia lub zbliznowacenia nie stwierdza się, skóra gładka, niezaczerwieniona, bez nadwrażliwości lub zneczulenia. Zmian naczyńioruchowych i potowydzielicznych nie stwierdza się, jak również ukrytych lub jawnych oznak zakażeń przymiotem i gruźlicą ze strony zębów i migdałów lub narządów dokrewnych.

Wszelkie metody lecznicze, jak ogolenie i jodynowanie czaszki, 60 naświetlań rentgenologicznych i kwarcowych, stosowanie maści przeciw pasożytniczych, opoterapia, wstrzykiwania arszeniku, środki uspakajające i uśmierzające bóle pozostały bez skutku.

Autor rozpoznaje rzadką postać *area Celsi* bez wyraźnej etiologii, w której uderza okresowość, wybitna neuropatia (lęki nocne, kaszel i wymioty nerwowe, momentalne i bolesne wypadanie włosów, poprzedzane przez unoszenie się włosów dużymi kępkami (*piloarectores*). Na prawdopodobniejsze jest przypuszczenie nerwicy wegetatywno-dokrewnej, prawdopodobnie wielogruczołowej, z okresowym drażnieniem hormonem n. współczulnego. Najnowsze badania Buszke'go na większym materiale wypowiadają się w tym właśnie kierunku.

VI. Kol. Chmielewski J. O stosowaniu „*Cutivacciny* Paula w gościcu i cierpieniach pokrewnych.

Prelegent podaje wyniki leczenia szczepionką Paula, przeprowadzanego w Przychodni Dzielnicy I-szej Kasy Chorych m. Warszawy. Statystyka prelegenta obejmuje 100 przypadków różnych cierpień stawowych przewlekłych: leczenie szczepionką dało w 11 przypadkach wyleczenie, zaś w 47 przypadkach znaczną poprawę. Najlepsze wyniki miał prelegent w leczeniu *arthritis tuberculosa Poncet*; przypuszcza, iż skuteczna działalność szczepionki polega głównie na działaniu tuberculo-mucyny. Mówca uzależnia częstość szczepień (7 — 14 dni) od wielkości odczynu, który dzieli na trzy kategorie. Jeżeli po 5-em szczepieniu brak jest poprawy, prelegent leczenie szczepionką przerywa; w razie zaznaczającej się poprawy wykonuje 8 — 10 szczepień. Urządzanie instytutów lub przychodni dla masowego szczepienia uważa za niecelowe, gdyż zabieg ten może być wykonywany w każdym gabinecie, tembardziej, iż szczepionka nie może być uważana za jedyną metodę walki z gościcem.

W dyskusji:

Kol. Otto. Na zasadzie obserwacji na swoim oddziale przy stosowaniu *Cutivacciny* Paula mówca uzależnia wynik tej terapii od etiologii schorzeń stawowych, które klasyfikuje na: 1) reumatyzm przewlekły pochodzenia zakaźnego, z ostrym początkiem choroby, 2) skazę moczanową czyli dnę, na tle złej przemiany materji i niedostatecznej czynności wątroby, oraz 3) typ mieszany, gdy do skazy moczanowej przyłącza się ostry gościec stawowy. Otóż w grupie I-ej szczepienia dały wynik zupełnie dodatni, w grupie II-ej t. j. w skazie moczanowej wynik zupełnie ujemny tak, iż zaprzestano stosowania tej metody w przypadkach, w których klinicznie była stwierdzona *hyperuricaemia* (ponad 3-mg kwasu moczowego); w grupie III-ej uzyskiwano poprawę głównie u tych chorych, u których w wywiadach początek choroby był ostry.

Kol. Reichert obserwował na oddziale D-ra Bełkowskiego kilkunastu chorych leczonych *cutivacciną* naogół z wynikiem niezadawalającym; zupełne wyleczenie tą metodą widział tylko u jednej chorej z gościcem podostрым, u której dotychczasowe metody lecznicze nie dały wyniku.

Kol. Wojnarowska wspomina o powikłaniach, jakie me-

toda P o n n d o r f a daje w postaci martwicy w miejscu wstrzyknięcia i czasem silnego odczynu z ciepłotą do 40-tu stopni.

Co się tyczy cutivaccyny, to, jak we wszystkich szczepieniach, powinna ona wywoływać odczyn miejscowy i ogólny ustroju. Na kilkanaście przypadków — autorka w dwóch nie otrzymała odczynu miejscowego, ani też ogólnego i zaniechała dalszych szczepień u tych chorych. Z pośród swoich chorych kol. W o j n a r o w s k a wspomina o chłopcu 15-letnim, który prócz bólów w stawach miał trądzik pospolicity (*acne vulgaris*), z powodu którego leczył się u specjalistów bez skutku; po zastosowaniu szczepionki trądzik znikł bez śladu — bóle natomiast w stawach zostały.

Kol. L e ś n i o w s k i przedstawił wyniki stosowania metody Ponndorfa w Klinice Neurologicznej jako dodatnie, a powikłań, o których kol. W o j n a r o w s k a wspominała, nie spotykał. Doświadczenia dotyczyły głównie rwy kulszowej; mówca otrzymał też dobry wynik u chorej ze *spondylitis rhizomelica*, która po IV-y szczepieniu opuściła sama Klinikę i mogła prowadzić dalsze leczenie ambulatoryjnie.

Kol. Z i e l i Ń s k i zapytuje, czy w wyżej wspomnianym przypadku *spondylitis rhizomelica*, była stosowana tylko szczepionka Ponndorfa; podkreśla doniosłość tej metody, gdyż dotychczasowe środki lecznicze nie dawały wyniku dodatniego.

Kol. L e ś n i o w s k i St. w odpowiedzi nadmienia, iż stosowano tylko szczepionkę P o n n d o r f a B.

Kol. O s i Ń s k i, analizując referaty prelegentów i wyniki lecznicze u przedstawionych chorych, leczonych cutivacciną — zachęca do stosowania tej metody w schorzeniach stawowych, nie wyłączając dny i uważa tę metodę jako leczenie bodźcowe nieswoiste, stosunkowo mało jadowite dla ustroju.

Kol. P e k e r uzupełnia przemówienie kol. O t t o w sprawie terminów szczepień na oddziale tem, iż robiono przerwy w ostatnim czasie 7-mio dniowe; w razie zaś braku odczynu po szczepieniu, wywoływano ten odczyn zapomocą proteinoterapii, jak wstrzyknięcie peptonu, Y a t r e n - c a s e i n y; po wywołaniu reakcji przystępowano na II-gi dzień do szczepień cutivaccyny.

Kol. G o l d b a u m uważa cutivaccinę, za dogodną i korzystną modyfikację P o n n d o r f a i zachęca do stosowania tej metody oraz podawania wyników, gdyż dotychczasowe dane liczbowe są niewystarczające. W statystyce swojej mówca podaje, iż miał u 52% chorych wynik zupełnie dobry; do grupy tej zaliczył wyleczonych i będących na „drodze do wyleczenia”. Stan ich polepszał się po każdym następnym szczepieniu, mimo że kuracja całkowicie nie była ukończona. Mówca uważa cutivaccinę za bodziec rezorpcyjny dający poprawę nawet w stawach zniekształconych. Kol. W o j n a r o w s k i e j w odpowiedzi podaje, iż stosował dodatkowe środki, jak bromural, salicyłaty i t. p. tylko w przypadkach z dużym odczynem po szczepieniu.

Kol. C h m i e l e w s k i w odpowiedzi kol. O t t o nadmienił, że podział schorzeń stawowych na grupę zakaźną (gościec typowy) i dnę, powstałą na tle wadliwej przemiany materji jest nie-

słuszny. Do której grupy np. zaliczyć należy klasyczny gościec zniekształcający Garrod'a? Dotychczas niewiadomo, czy to jest choroba zakaźna, czy trophoneurosis jak chce Teissier i Roque — czy też powstaje pod wpływem czynników atmosferycznych, jak chcą niektórzy, np. wilgoci. Zwiększenie ilości kwasu moczowego we krwi nie jest dowodem dny — a raczej więcej miarodajnym jest obraz kliniczny. Wykluczenie przez kol. Otto chorych z hyperuricaemia od leczenia zapomocą szczepionek było niecelowe, gdyż w tych przypadkach cutivaccina daje również niekiedy wyniki b. dobre.

Prelegent nie zdaje sobie sprawy, dlaczego kol. Wojnarowska nie otrzymała odczynu ogólnego i miejscowego w kilku swoich przypadkach, gdyż zarówno prelegent jak też większość autorów obserwowali odczyny różnego natężenia, natomiast brak odczynu spotyka się b. rzadko.

Podczas stosowania C. V. mówca nie dawał innych środków leczniczych z wyjątkiem przetworów salicylowych i to tylko wrazie silniejszego odczynu ustroju.

Kol. Goldbaumowi w odpowiedzi podaje, iż rozbieżność w statystyce kol. Goldbauma i mówcy polega nie na pesymizmie prelegenta, lecz na tem iż kol. Goldbaum podał w rubryce wyleczonych również grupę chorych „będących na drodze do wyleczenia” — tę grupę należałoby umieścić w rubryce znacznej lub nieznacznej poprawy.

Sprawa leczenia gościa szczepionkami wymaga dłuższej jeszcze obserwacji klinicznej, bez której statystyki wielkich cyfr będą miały małe znaczenie.

Zast. Sekretarza dorocznego (—) Władysław Kosiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 9 kwietnia 1929 r.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 30, wprowadzonych gości 16.

I. Protokół posiedzeni az dn. 19.III r. 1929 przyjęto.

II. Kol. Prezes oddaje hołd pamięci ś. p. D-ra Eugenjusza Lewensterna, a obecni uczcili zmarłego przez powstanie z miejsc.

Kol. Zwegbaum M. w zastępstwie Sekretarza Stałego odczytał następujący życiorys zmarłego:

Ś. p. Eugenjusz Lewenstern urodził się w 1873 roku we wsi Ołtarzewie ziemi Warszawskiej. Po ukończeniu w 1892 roku gimnazjum, wstąpił na Uniwersytet Warszawski i w r. 1898 ukończył wydział lekarski w stopniu lekarza. Następnie został asystentem oddziału chirurgicznego Dra Ciechońskiego i na tem stanowisku pozostawał przez lat 17 z przerwą trzyletnią (lata 1904, 1905, 1906) służby przymusowej w wojsku rosyjskiem. Wówczas to jako chirurg był wysłany na front Dalekiego Wschodu, gdzie przez

czas wojny rosyjsko-japońskiej zarządzał szpitalami polowemi i był jednocześnie lekarzem szpitala Czerwonego Krzyża w Chobarowsku.

Powróciwszy do Warszawy w r. 1906, objął na nowo dawną asystenturę oddziału chirurgicznego i ku wielkiemu pożytkowi chorych wytrwał na tym posterunku do roku 1915.

W 1915 roku za czasów okupacji niemieckiej zajął się jeden z pierwszych organizowaniem szpitali Polskiego Komitetu Pomocy ofiarom wojny. Następnie już po wskrzeszeniu Państwa Polskiego został ordynatorem szpitala Polskiego Czerwonego Krzyża. Cały rok 1920, rok wojny z nawałą bolszewicką, upłynął *Lewensternowi* w ciężkiej pracy, związanej ze świadczeniami wojennymi w wojsku Polskiem, i na pełnieniu ponownie obowiązków ordynatora-chirurga w szpitalu Czerwonego Krzyża. Po wojnie pozostał na tem stanowisku i aż do ostatniej chwili swego życia spełniał tam swą pracę ofiarną.

Ile pożytecznego i dobrego wyświadczył *Lewenstern* przez cały okres swej zawodowej działalności w szpitalach cywilnych, wojskowych i szpitalach Czerwonego Krzyża, o tem wiedzą i z głęboką wdzięcznością wspominają ci wszyscy, którzy doznali od niego skutecznej pomocy lekarskiej i prawdziwie ojcowskiej opieki, jak i ci także, którzy byli świadkami tej nadwyraz humanitarnej i samarytańskiej działalności *Lewensterna*.

Pomimo licznych i uciążliwych zajęć w szpitalu i na mieście, przez szereg lat pochłaniających całkowicie siły jego fizyczne i duchowe, znalazł *Lewenstern* jednak czas jeszcze na zajmowanie się nauką, na kształcenie się i spisywanie swych spostrzeżeń, poczynionych u łóżka chorego, a często także na branie udziału i zabieranie głosu na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, którego w roku 1907 został członkiem czynnym, jak również na posiedzeniach sekcji chirurgicznej Towarzystwa, a następnie Towarzystwa Chirurgów Polskich, którego był współzałożycielem.

Prac naukowo-literackich pozostawił *Lewenstern* około 30-u. Są to przeważnie prace kazuistyczne, świadczące o wybitnym zmyśle obserwacyjnym i o rozległej jego wiedzy lekarskiej. Tu należy zaznaczyć, że Zmarły cieszył się wśród kolegów opinią uczonego chirurga i bardzo wprawnego operatora.

Nad wszystkimi jednak zaletami lekarza chirurga i biegłego wykonawcy górowało w *Lewensternie* dobre serce, którego ciepło ożywcze ogrzewało liczne rzesze cierpiących i upośledzonych. Dobroć, łagodność, wyrozumiałość i skromność były niepospolitemi cechami jego charakteru. Czynom zaś jego towarzyszyła zawsze ofiarnosć i bezinteresowność, graniczająca prawie z poświęceniem. A wszystkie te cnoty i zalety jego opromieniała niezamącona prawie pogodą usposobienia, która oddziaływała zbawiennie na cierpiących

Zmarł po długich i ciężkich cierpieniach, przeżywszy zaledwie 56 lat na tej ziemi, którą kochał całym sercem i duszą.

Świetlaną pamięć zacnego kolegi uczcijmy przez wstanie z miejsc!

III. Kol. Prezes odczytuje zaproszenie nadesłane do T-wa

przez T-wo Polsko-Włoskie im. Dante Alighieri w Warszawie w sprawie wycieczki do Włoch, mającej się odbyć od 15 maja do 16 czerwca r. b.

IV. Sekretarz Stały T-wa kol. Głuziński wręczył dyplomy honorowe kol. L. Babińskiemu i kol. M. Zwegbaumowi za zasługi i pracę, poniesioną dla T-wa. Kol. Zwegbaum wygłosił następujące podziękowanie:

Szanownemu Prezydium, Szanownym Kolegom i Koleżankom dziękuję najserdeczniej za zaszczytne odznaczenie, którym mnie za moje bardzo skromne zasługi obdarzono. Odznaczenie to cenię sobie bardzo wysoko, a dyplom ten będzie mi miłą pamiątką życzliwości, której doznawałem od Zarządu i współpracowników, i tej przyjaznej atmosfery, którą otaczany byłem w Towarzystwie przez cały czas 18-letniego mego urzędowania.

V. Do biblioteki T-wa wpłynęły następujące prace:

1. A. Głuziński. Ułożenie chorego jako czynnik rozpoznawczy, leczniczy i etiologiczny. 1928.
2. A. Głuziński. Białaczka (leukaemia) a kiła (syphilis) 1928.
3. A. Głuziński. O moim sposobie postępowania przy określaniu charakteru zmiany w części oddźwiernikowej żołądka (czy ulcus ventriculi chr. czy już in carcinoma ventris) 1928.
4. A. Głuziński. Sposoby wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc.
5. A. Głuziński. Rozpoznanie różniczkowe gruźlicy płuc.
6. J. Grott. Cukrzyca. Podręcznik dla lekarzy i chorych.. 1928.
7. J. Mackenzie (przetł. J. Grott). Choroby serca, zasady, rozpoznawanie i leczenie. 1928.
8. S. Sroczyński. Inowrocław jako uzdrowisko. 1929.
9. H. Lubieniecki i L. Skubiszewski. Przypadek wrzodzonego zwężenia stożka prawego tętniczego z jednoczesnym ubytkiem podoortowym przegrody międzykomorowej serca u osobnika 54-letniego rozpoznany za życia, jako zwężenie ujścia lewego żylnego. 1928.
10. S. Winter. O karcynoidach wyrostka robaczkowego. Lwów 1928.
11. R. Wierzbicki. Kalendarz Lekarski na rok 1929.
12. Virchow's Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie Berlin. 1929.

VI. Kol. Kuligowski i Mackiewicz: Nawrót śródbłoniaka płata czołowego. (demonstracja chorej z Kliniki Neurologicznej).

Chora lat 22, nauczycielka, była przedstawiona już w T-wie naszym w roku 1927 przez kol. Sławińskiego i Freyównę po operacji guza, wychodzącego z opon w okolicy płata czołowego. Po operacji objawy neuropatologiczne i psychiczne znikły i chora czuła się dobrze. W styczniu bież. roku wystąpiły serjami napady Jacksonowskie i dawny zespół objawów neurologicznych i psychicznych, jak poziomy oczopląs, utrudnienie ruchów gałek ocznych, odruch zuchwowy kloniczny, wzmożenie odruchów

po stronie prawej, pewne cechy charakteru epileptycznego, podniecenie psycho-motoryczne — lekki stan morji i mowa zwolniona o cechach oligofayii. Przy powtórnyim zabiegu operacyjnym (Dr. Sławinski) w lutym bież. roku usunięto guz wielkości śliwki, również śródbłoniak dobrotliwy, który najprawdopodobniej rozrósł się z pozostawionej przy poprzedniej operacji części guza. Obecnie chora czuje się zupełnie dobrze.

VII. Kol. Krasuski A.: Erythremia lub choroba Vaqueza-Oslera (demonstracja chorego).

Prelegent przedstawił chorego w wieku lat 54, u którego przebieg cierpienia i badania kliniczne, jak wzmożona zawartość hemoglobiny i krwinek czerwonych, powiększenie wątroby i śledziony przemawiają, iż mamy do czynienia z chorobą Vaqueza-Oslera.

VIII. Kol. Krasuski A. wygłosił referat: O klinicz-nem znaczeniu badania zasobu zasad krwi. (Streszczenie własne).

Autor, po omówieniu stężenia jonów wodorowych we krwi i jego znaczenia dla biologji i kliniki, przechodzi do omówienia znaczenia badań nad zasobem zasad krwi w literaturze polskiej i obcej.

Po omówieniu literatury i podaniu metodyki w zarysie, przechodzi autor do omówienia własnych spostrzeżeń.

Autor przeprowadzał badania nad zasobem zasad krwi, stosując metodę Van Slyke'a przy gruźlicy płuc, wadach serca, chorobach nerek, durze brzusznyim, włośnicy, chorobach żołądka oraz po naświetlaniach lampą kwarcową. Prócz tych badań przeprowadził badania na zwierzętach w sprawie działania czynników termicznych i wpływu gazu świetlnego.

Przy gruźlicy zasób zasad wahał się w granicach 30 — 57,6%. Należy więc podzielić przypadki gruźlicy na przypadki o zasobie zasad obniżonym i normalnym. Zasób zasad obniżony autor stwierdzał w przypadkach ciężkich oraz w przypadkach z krwotokami.

Przy wadach serca z zakłóceniem wydolności stwierdzał obniżenie się poziomu zasobu zasad, który powracał do normy, przy wyrównaniu kompensacji. W durze brzusznyim notowano zasób zasad krwi obniżony (26.2 — 41.4%). W okresie zdrowienia zasób zasad podnosił się. Pod wpływem naświetlań lampą kwarcową notowano obniżanie się zasobu zasad.

W doświadczeniach na królikach ustalono normę zasobu zasad w granicach 31.9 — 55.7%.

Ogrzanie królików i wdychanie przez nie gazu świetlnego powodowało spadek poziomu zasobu zasad.

Autor w konkluzji przypisuje duże znaczenie badaniom zasobu zasad krwi jako czynnikowi ostrzegającemu przed kwasicą i mówiącemu bardzo wiele o stanie organizmu i jego soków.

W dyskusji.

Kol. Głuziński zaznacza, że ciekawe byłoby porównanie zasobu zasad krwi u chorych z gruźlicą płuc podczas naświetlania lampą kwarcową i u chorych z gruźlicą kostną, u których heljoterapia daje wynik b. dobry. Również wartoby było w tym kierunku przeprowadzić badania, czy jest różnica pod względem zasobu za-

sad krwi u tych chorych z gruźlicą płuc, u których heljoterapia daje wynik dobry i w tych przypadkach, gdzie daje wynik zły. Jednocześnie mówca zapytuje, jak zachowuje się zasób zasad krwi w chorobach skórnych.

Kol. K r a s u s k i w odpowiedzi podaje, opierając się na danych z piśmiennictwa, iż zasób zasad krwi bywa obniżony w chorobach skórnych.

Kol. O t t o podkreśla również doniosłość badań powyższych u chorych z gruźlicą płuc, u których bywa obniżony zasób zasad krwi — a heljoterapia wywołuje jeszcze większe jego obniżenie; można tem tłumaczyć, zły wynik naświetlania kwarcówką, jaki się niekiedy otrzymuje. W chorobach nerek, gdzie zwiększenie znaczne ilości azotu pozabiałkowego niezawsze wywołuje objawy azotemii, stwierdzono zwiększony zasób zasad krwi. W badaniach powyższych przyjęto za normę 40 — 60% V. S. (dane autorów francuskich); byłoby pożądané na własnym materiale określić, jakie warunki będą odpowiadały typowi normalnemu.

IX. Kol. K r a m s z t y k wygłosił odczyt p. t. Nowe kierunki w nauce o żywieniu. (Streszcz. własne).

Po krótkim wstępie historycznym prelegent scharakteryzował wyniki doświadczalnych prac amerykańskich, jakie w drugim dziesięcioleciu zostały wykonane na dużą skalę po tamtej stronie oceanu, a które wstrząsnęły podstawami, jakimi dotychczas kierowaliśmy się w omawianej dziedzinie wiedzy. Prace te wykazały, że najbardziej rozpowszechnione obecnie na kuli ziemskiej środki spożywcze, badane nie chemicznie, lecz za pomocą metody biologicznej odznaczają się wybitnym niedoborem pokarmowym, wyrażającym się w niedostateczności składników pokarmowych pierwszorzędnej wagi. Dotyczy to przede wszystkim tak rozpowszechnionych pokarmów, jak mąka pszenna, ryż łuskany i mięso z mięśni zwierzęcych. Badacze amerykańscy wskazują na to, że głównymi cechami dodatkami pożywienia są: jakość ciał białkowych, dostateczna zawartość wapnia oraz dopełniających czynników pokarmowych t. j. witamin, a zwłaszcza witamin rozpuszczalnych w tłuszczu.

Następnie prelegent podał poglądy amerykańków na sprawę karmienia osesków i na zależność dobrostanu niemowląt od sposobu żywienia się matki karmiącej, który to fakt nie był dotychczas należycie uwzględniony. W drugiej części referatu prelegent zobrazował sposób, w jaki Mc. Collum i Simmonds starają się wyniki badań doświadczalnych przenieść w dziedzinę stosunków ludzkich i przedstawić, jak ten czy inny sposób żywienia się wpływa na stan fizyczny i sprawność poszczególnych plemion i narodów.

W końcu scharakteryzowane zostały kiełkujące obecnie w Europie prądy, dążące do reformy naszego sposobu odżywiania się, który właściwie w tej rozciągłości istnieje dopiero lat kilkadziesiąt; prądy te przyobiekły się w czyn w postaci powstałej latem 1928 roku w Berlinie Międzynarodowej Organizacji badań problemów odżywiania.

Po odczycie został wyświetlony szereg przezroczy, które ujmowały najbardziej charakterystyczne ustępy referatu.

Zast. Sekretarza dorocznego: **Władysław Kosiński.**

PROTOKOŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 23 kwietnia 1929 r.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Głuchych członków T-wa 4, wprowadzonych gości 26.

I. Protokół posiedzenia z dnia 9.IV. 1929 r. przyjęto.

II. Prezes zawiadamia: a) o mającym się odbyć w W. T. H. dn. 25.IV r.b. odczycie inż. Piotrowskiego p. t. „Woda warszawska i jej oczyszczanie”; b) o koncercie — akademii, mającym się odbyć dn. 26.IV r. b. w Filharmonji, dla uczczenia rozwiązania kwestji rzymskiej, a urządzonym przez T-wo Polsko-Włoskie im. Dante-Alighieri w Warszawie.

III. Prezes odczytuje tytuły publikacyj lekarskich nadesłanych do biblioteki T-wa:

1. Zofja Kunciewicz i Antoni Borowski — Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej. Część I. (r. 1928). Część II (r. 1929).

2. Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Un. Warsz. za r. 1928 (r. 1928).

3. K. Dąbrowski i W. Sobocińska — O zwapnieniach w gruźlicy płuc (r. 1929).

4. S. Wąsowicz — Spostrzeżenia kliniczne u chorych nieprątkujących (r. 1929).

5. L. Zembruski — Szkoła w Salerno jako pierwsza wyższa uczelnia lekarska w Europie (r. 1929).

6. a) Zofja Kunciewicz — Postęp w poglądach na patogenę gruźlicy płuc.

b) H. Popławska — Lasecznik Kocha w świetle nowych badań.

c) F. Wasilewski — Wartość badań pomocniczych w gruźlicy płuc (Wileńskie T-wo Przeciwgruźlicze r. 1929).

Prezes komunikuje, że zaofiarowali dla biblioteki T-wa większą ilość dzieł: kol. Lande, D-rowa Nielubowiczowa oraz inż. Leszczyński (z biblioteki ojca ś. p. D-ra L. Leszczyńskiego).

IV. Wice-Prezes odczytuje protokół Komisji Rewizyjnej T-wa, z dnia 17.IV r. b.

V. Kol. Zaorski Jan wygłasza odczyt p. t. „Lecznictwo chirurgiczne wrzodów okrągłych żołądka i dwunastnicy w świetle statystyki operacyjnej”.

Przed przystąpieniem do objaśnienia tablicy statystycznej, obrazującej wyniki leczenia operacyjnego wrzodów żołądka i dwunastnicy, kol. prelegent poddaje rozbirowi krytycznemu środki, któremi rozporządza medycyna wewnętrzna w leczeniu choroby wrzodowej i dochodzi do wniosku, że bezpośrednio na owrzodzenie medycyna wewnętrzna nie jest w stanie zadziałać.

Mimo to, medycyna wewn. w wielu razach doprowadza do dobrych wyników, szczególnie wtedy, kiedy cierpliwość chorego i jego

zasoby materialne pozwalają na przeprowadzenie leczenia długo-trwałego.

Gdybyśmy jednak przyjęli, że środki powyższe są wystarczające w leczeniu owrzodzeń, to wyniki ostateczne osiągnane w ten sposób nie mogą zadowolić naszych ambicji leczniczych.

Chirurgia uczestniczy od 50 lat w lecnictwie owrzodzeń. Na pierwszy plan wybiły się tu 2 kierunki: zachowawczy, którego przedstawicielem jest zespolenie żołądkowo-jelitowe i radykalny, który każe wycinać odźwiernik i część odźwiernikową, jako tę „czynną część” żołądka, którą uważamy obecnie za tło powstających owrzodzeń.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na różnicę, jaka zachodzi w ustroju po operacji w przeciwieństwie do zespolenia i wycięcia. Zespolenie, w myśl wskazań medycyny wewnętrznej, działa tylko pośrednio na samo schorzenie, przez polepszenie warunków gojenia. Badania późniejsze wykazały, że usiłowania te w wielu przypadkach nie dają się osiągnąć. Stąd nic dziwnego, że statystyka nasza, oparta na długotrwałej obserwacji, określa wygojenie na 60,2%. Wycięcie odźwiernika i części odźwiernikowej atakuje najczęściej samo owrzodzenie, usuwając je doraźnie.

W innych razach zmienia tak radykalnie chorobowy stan żołądka, że sprowadza o wiele częściej wyleczenie. Tu należy przypomnieć, że kardynalnymi warunkami leczenia ran jest zapewnienie im niedrażnienia i spokoju, bezruchu. Tym warunkom odpowiada wycięcie „czynnej części” żołądka. Badania po tym zabiegu wykazują spadek kwasności treści często do 0 i zmniejszenie się skurczów ścian do minimum. Pomimo to przechodzenie papki pokarmowej do jelit nic na tem nie cierpi i odbywa się w normalnym czasie.

Na tym tle należy rozpatrywać tablicę, która została zebrana i przedstawiona w przeciętnych procentach z 8 zakładów leczniczych, działających w rozmaitych miastach Polski. Są to: Klinika Uniwers. Łwów. (Schramm), oddz. chir. szpit. powszechn. we Lwowie (Ostrowski), oddz. szpit. miejsk. w Poznaniu (Nowakowski), oddz. szpit. w Bydgoszczy (Dziembowski), oddz. szpit. w Łodzi (Dengel), oddz. szpit. w Łodzi (Goldman), oddz. szpit. na Pradze (ś. p. Zawadzki), II klin. chirurg. Uniwers. Warsz. (Radliński).

Na pierwszym miejscu mają Szan. Państwo liczbę sumaryczną przypadków (1421), następnie objawy, na podstawie których owrzodzenie rozpoznawano. Dalej wymieniono liczby ogólne zespolień (677) i wycięć (568) z wyszczególnieniem rozmaitych sposobów. Tu należy podkreślić, że jakkolwiek w metodach radykalnych zasadniczym działającym leczniczo czynnikiem jest wspólna im zasada: wycięcie odźwiernika i części odźwiernikowej, to jednak najbardziej fizjologicznym wśród nich jest sposób Pean-Rydygiera. Łączy on żołądek wprost z dwunastnicą i przywraca w ten sposób normalne stęskunki w krążeniu papki pokarmowej.

Liczyby ostateczne, tu wykazane, są oparte nie na obserwacji bezpośredniej po operacji, ale na spostrzeganiu i badaniu tych chorych w ciągu 1 — 12½ lat.

Ostateczne cyfry przedstawiają się w dobrych wynikach dla ze-

spolenia w 60,2%, dla wycinania w 92,4%. Zwraca uwagę wysoki odsetek śmiertelności po wycięciach. Z jednej strony należy go odnieść do wyrabiającej się z czasem techniki operacyjnej, z drugiej — do chorych, którzy w stanie dużego zaniedbania i upadku sił są kierowani do leczenia chirurgicznego.

Zagranica, znana prelegentowi z osobistych spostrzeżeń, niema lepszych chirurgów, jak Polska, ale ma przypadki świeższe, a przez to lepsze i dlatego osiąga lepsze wyniki pooperacyjne.

Dyskusja:

Kol. K r y ń s k i L. Gastroenterostomia, którą dawniej chętnie stosowano, straciła na kredycie, ponieważ występują często powikłania: nawrót albo ulcus jejuni. W ostatnich 50 latach chirurgja staje się radykalniejsza i chętniej stosuje wycięcie części odźwiernikowej. Zabieg ten ma jedną słabą stronę — wypacza czynność fizjologiczną żołądka. Choremu, w ten sposób zoperowanemu, trzeba przez całe życie podawać odpowiednią dietę. Ważną życiową sprawą jest zrakowacenie następowe wrzodu po gastroenterostomji. Pod tym względem ciekawe są statystyki, jak często przychodzi do przemiany nowotworowej. H a r t m a n n oblicza ilość przypadków zrakowacenia na 4 — 5%, w innych statystykach spostrzegamy kilkanaście i więcej %. L e t u l l e uczynił ciekawe spostrzeżenie: w 63 przypadkach rozpoznaje przed zabiegiem ulcus callosus; wykonywa rezekcję i nie stwierdza odpowiednika anatomopatologicznego. Dopiero badanie mikroskopowe w 18 takich przypadkach wykazało obecność ognisk rakowych.

Statystykę kol. Z a o r s k i e g o, która będzie przedstawiona na kongresie chirurgicznym, należy przyjąć z wdzięcznością. Uderza w niej 20% śmiertelności — to jest dużo. R o c h e t w nowej pracy podaje niecałe 11% śmiertelności, H a b e r m a n n — tylko 3%. W końcu mówca skłania się do stosowania rezekcji, uważając gastroenterostomię za zabieg wskazany w przypadkach wrzodu dwunastnicy bez hyperchlorhydrii.

Kol. C z a r k c w s k i J. Statystyka naszej chirurgji, dająca względnie duży, w porównaniu z zagranicą % zejść niepomysłnych, zależy nie tylko, jak słusznie zaznaczył prelegent, od stanu zaniedbania chorych, trafiających na stół operacyjny, lecz również od zbyt gwałtownej interwencji chirurgicznej. W niektórych ciężkich przypadkach operacji na żołądku, podobnie jak w ciężkich przypadkach kamicy żółciowej, należy ograniczać się do zabiegów mniejszych.

Mówca nie może odrzucić zupełnie gastroenterostomji, ponieważ daje ona dobre wyniki w takich właśnie ciężkich przypadkach, gdzie trzeba oszczędzać siły chorego. Czasem należy narazie założyć przetokę, aby po paru tygodniach przystąpić do operacji radykalnej i w ten sposób podzielić mu zabieg na dwa tempa. Dalej gastroenterostomia daje bardzo trwałe wyniki w przypadkach zupełnego zwężenia odźwiernika. Należy przypuszczać, że często przyczyna wtórnych owrzodzeń po gastroenterostomji jest wadliwa technika. Jeżeli podczas zabiegu będziemy unikali klampów, miażdżenia ścian żołądka, niedokładnego zakładania szwu, z pewnością będzie stokrotnie mniej

owrządzeń pooperacyjnych. Mówca jest naogół zwolennikiem operacji dużej z radykalnem wycięciem odźwiernika i części przyodźwiernikowej.

Co się tyczy wykonania samego zabiegu jest to kwestja, zależna od przypadku. Metoda Billrotha II, względnie Rydygiera, jest najlepsza w przypadku owrzodzenia, usadowionego bliżej odźwiernika. Co się tyczy metody Billrotha, mówca zwraca uwagę na jeden szczegół: należy zakładać przetokę w kierunku poprzecznym do osi żołądka, otwór powinien leżeć jaknajbliżej szwu, a dolny koniec tworzy tuż przy krzywiznie dużej. Nie spostrzega się wtedy zalegania i wymiotów. Mówca operuje najczęściej metodą Billroth II.

Omówiwszy inne szczegóły techniki operacyjnej, mówca przechodzi do kwestji leczenia wrzodu wogóle i staje w obronie medycyny wewnętrznej, która tutaj winna mieć głos pierwszy i to nie w ciągu 2 — 3 tygodni, lecz okresu dłuższego.

Decydując się na leczenie wewnętrzne czy też chirurgiczne, musimy uwzględnić stanowisko społeczne i zawód chorego. Jeżeli chory może sobie pozwolić na dłuższe leczenie w zakładzie, to leczenie wewnętrzne niepowikłanych owrzodzeń w warunkach odpowiednich daje wyniki bardzo pomyślne. Medycyna wewnętrzna posiada potężny środek leczenia — promienie Roentgena, pod działaniem których kwasota zmniejsza się w znacznym stopniu. Nie można więc twierdzić, że jeżeli chory po 2 — 3 tygodniach leczenia zachowawczego nie wyleczy się, to należy go już skazywać na zabieg ciężki i poważny.

Kol. Gluziński Antoni. Mówca sądzi, że będzie wyrazicielem Zarządu T-wa, dziękując Kol. prelegentowi za to, iż przedstawił temat, który jest wprawdzie codziennym chlebem, ale który tu na posiedzeniach daje dowód, że potrzebne są rzeczywiście wspólne usiłowania, aby można było sprawę jasno przedstawić. Tu, w T-wie Lek., jest to miejsce, na którem należy zagadnienie omawiać, bo w specjalnych towarzystwach taką sprawę rozstrzyga się nieraz zbyt jednostronnie. W kwestji przedstawienia pojęcia „wrzodu żołądka” u internisty i chirurga trzeba dojść do porozumienia. Chirurgja ma do czynienia z tym stanem, który nazywamy *ulcus rotundum ventriculi chronicum*, a są owrzodzenia żołądka, które nie mają ściśle charakteru *ulcus ventriculi rotundum*, a tem mniej — *chronicum*, mogące się zablizniać, nie pozostawiając śladów lub małe zaledwie blizny mimo to mogą one dawać objawy bardzo burzliwe, które internista właściwem leczeniem usuwa.

Mówca powołuje się na pracę swoją p. t. „Nadżerki i owrzodzenia żołądka”, pomieszczoną w Pamiętniku, wydanym dla uczczenia jubileuszu ś. p. Prof. D-ra Edwarda Korczyńskiego.

Mówca uważa za swój obowiązek podkreślić, że chirurg ma do czynienia z wrzodem okrągłym przewlekłym, doprowadzającym do zwężeń, przebicia — uporczywego ciężkiego stanu chorobowego, gdy internista, oprócz tego, także z szeregiem przypadków owrzodzeń więcej powierzchownych, ulegających, przy odpowiednim postępowaniu, wyleczeniu.

Czyż zadziwi wobec tego, że np. na zjeździe lekarzy niemieckich

podaje internista Leube 92% wyleczenia wszystkich wrzodów, a Mikulicz, chirurg, twierdzi, że liczba przypadków śmierci z powodu wrzodów żołądka wynosi przeszło 30%. Napewno w takich statystykach różnice w zapytraniach na wrzód żołądka będą grały zasadniczą rolę. Odnośnie do statystyki przechodzenia wrzodu okrągłego przewlekłego w raka, w której powołuje się kol. prelegent na statystykę Letulle'a i inne francuskie, — mówca zwraca uwagę, że nas obchodzą żołądki polskie, które mogą być inne zależnie od konstytucji, sposobu odżywiania i t. p.

Statystyk takich nam nie brakuje; kol. Gluziński powołuje się na statystykę własną, wykazującą rozwój raka na tle wrzodu w 8%. Do wzmianki kol., że Letulle wykazuje przypadki wrzodu żołądka, u których pod mikroskopem stwierdzono ogniska rakowe, mówca przypomina, że przed 25 laty pracy swojej „O zachowaniu się kwasu solnego w przypadkach wrzodu żołądkowego, przechodzącego w raka” o takich przypadkach pisał.

Co się tyczy powstawania nowych wrzodów w żołądku lub w miejscu spojenia po dokonaniu gastroenterostomji, to kol. Gluziński badał z ówczesnym asystentem kliniki prof. Renckim przypadki po 1 — 8 latach od dokonanej operacji, mimo gastroenterostomji, mimo, że ludzie ci czuli się dobrze, była w poważnej liczbie przypadków stała *succorhoea*. Nic dziwnego, że w tych warunkach mogą powstawać, na szczęście rzadko, nowe wrzody.

Wychodząc z założenia, że przyczyną tego stałego wydzielania soku żołądkowego może być stan nieżytywy błony śluzowej, stosowaliśmy środki przeciwwzapalne, jak *argentum nitricum*, *zincum sulfuricum*. Opierając się na doświadczeniach Jaworskiego, że duże dawki wody karlsbadzkiej doprowadziły z biegiem czasu hipersekrecję do jej obniżenia, po 2 — 3 godziny płókailiśmy żołądek pooperacyjny, używając zgłębnika *à double courante*, rozczyntem soli karlsbadzkiej przez kilka tygodni i nie mogliśmy powstrzymać hipersekrecji.

W wyborze między gastroenterostomią a *resectio pylori*, zależnie od przypadku, kol. Gluziński przechylał się na stronę pierwszej z wyjątkiem przypadków, w których dzięki metodzie swego sposobu badania miał podejrzenie, że wrzód ma skłonność do przechodzenia w raka, — wówczas uważał, że o ile tylko możliwe, należy dokonać rezekcji. Statystyka śmiertelności po operacji skłoniła kol. G. do tego wyboru. Na śmiertelność tę wpływają rozmaite okoliczności, niezależnie od operującego. Są jednak i takie. Mówca przypomina sobie okres w klinice lwowskiej, w którym operator tej miary co Rydygier w 20 po sobie następujących przypadkach, nie miał ani jednego przypadku śmierci. Był to okres, w którym Rydygier, ulegając życzeniu mówcy, dokonywał operacji w znieczuleniu miejscowym. Wobec trudności, jakie się nasuwały przy tym sposobie operowania, przeszedł ten sam operator do usypiania, a mówca miał wrażenie, że wyniki co do śmiertelności były gorsze. Chorzy ci po operacji ginęli najczęściej wskutek zapalenia płuc. Zastanawiając się

nad tem, dlaczego ci ludzie tak łatwo ulegają podrażnieniu narządu oddechowego, mówca doszedł do wniosku, że zamało zwraca się uwagę na tych chorych, leżących na stole operacyjnym; stwierdzał np., jak nieraz po zabiegu, który trwał 20 — 30 minut, nogi tych chorych były zimne, jak lód. Nie może to być bez wpływu na przekrwienie narządów wewnętrznych. Zamało zwraca się uwagi na to, że chorzy ci z gorącej sali operacyjnej przeważnie przenoszeni są od razu do znacznie chłodniejszej sali chorych.

Wdzięczni możemy być kol. Z a o r s k i e m u za jego zajmujący wykład. Zaznaczyć należy, że większa część pewnej kategorii owrzodzeń żołądka leczeniem internistycznym doprowadzić można do uspokojenia, a zostaje pewna część *ulc. ventr. rotundum chronicum*, które należą do zakresu chirurgji. Nie czas tu bliżej określać, które to przypadki obejmuje chirurgja.

Kol. B u t k i e w i c z. Jeżeli chodzi o zobrazowanie sprawy leczenia wrzodu żołądka na zasadzie statystyki, to nie przedstawia się ona ta prosto, przynajmniej w statystykach innych i w obradach na ostatnich zjazdach naszym i w Paryżu, gdzie nie przychyłono się ostatecznie do żadnej ze stron. To samo można powiedzieć o Rosji, gdzie materiał jest ogromny.

Gastroenterostomię zaczęto stosować prawie 40 lat temu, rezekcję — od 1915 - 1918 roku, a więc to ostatnia operacja jest znacznie młodszą.

Ze statystyki kol. Z. wynika, że gastroenterostomia daje 30 — 60% wyleczeń, rezekcja — do 92%. Tymczasem z innych statystyk, jako to R o u x, K o c h e r a, B a l f o u r a, W y d l e r a, J u r a s z a, widzimy 75% do 80% wyleczeń po gastroenterostomji. Rezekuje się obecnie $\frac{3}{5}$ żołądka nawet tam, gdzie są b. małe owrzodzenia.

Ta młoda stosunkowo operacja, która jednakże staje na drodze każdemu z nas, ma swoje mało jeszcze znane strony. Co do *ulcus pepticum* po rezekcji, H a b e r e r podał w grudniu 1923 r. 5 przypadków, H a l p e r n zebrał w kilka lat później 44 przypadki, mówca zaś zebrał już 52 takie przypadki.

Jeżeli brać pod uwagę tempo rozwoju *ulcus pepticum* po gastroenterostomji i po rezekcji, to odnosi się wrażenie, że powstawanie wrzodu trawiennego po gastroenterostomji jest wolniejsze; mianowicie pierwsze 45 przypadków wrzodu trawiennego po gastroenterostomji zebrano w ciągu lat 10, 52 przypadki takiegoż wrzodu po rezekcji — w ciągu 5 lat. Znane są przypadki wrzodu trawiennego po g.-e. dopiero po upływie 20 lat. Jeżeli chorzy po rezekcji doczekają się tego wieku, wtedy możemy otrzymać zupełnie inne liczby. Jest wielu chorych, których w tych statystykach porównywać nie można, ponieważ rezekcję robi się w przypadkach b. łatwych, a g.-e. często w przypadkach b. trudnych.

Statystyka kol. Z. musi być wzięta pod uwagę, ale bynajmniej kwestji nie rozstrzyga.

Jeżeli chodzi o powikłania, które są najbardziej zarzucane gastroenterostomji, to wymienić trzeba, oprócz *ulcus pepticum jejuni*, zrakowacenie wrzodu, krwotoki, przedziurawienie, *circulus vitiosus* (tu

mówca przytacza liczne statystyki, dochodząc do wniosku, że odsetki wymienionych powikłań nie stanowią liczby przerażającej.

Największa rozbieżność panuje co do kwestji zwyrodnienia rakowego. Zwolennicy poglądu, że w każdym przypadku wrzodu żołądka mamy *gastritis*, twierdzą, iż kwestja zwyrodnienia rakowego jest niełatwa do rozstrzygnięcia. Może być zwyrodnienie rakowe wrzodu, ale może być i owrzodzenie raka. Momentem rozpoznawczym miałyby być okres 2 — 3 lat. Największe statystyki nie wykazują takiej zaskarzającej częstości zrakowacenia wrzodu.

Trzeba tedy powiedzieć, że wszystkie te sprawy nie są tak proste, przedstawiona nam statystyka jest bardzo pouczająca, jeżeli chodzi o rezekcję, ale nie jest decydująca.

W odpowiedzi zabierał głos prelegent kol. Z a o r s k i.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny: Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dn. 30 kwietnia r. 1929.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 25, wprowadzonych gości 28.

I. Protokół posiedzenia z dn. 23.IV r. 1929, przyjęto.

II. Prezes wnosi, aby przesłać życzenia prof. Henrykowi Nusbaumowi, członkowi honorowemu T-wa, z powodu obchodu 80-letniej rocznicy Jego urodzin. Wniosek zaakceptowano oklaskami.

III. Kol. Stępień Br. Przypadek choroby K ü m m e l - V e r n e u i l ' a (pokaz).

Chory K. D., lat 24, mechanik, uderzony pasem przy pracy w kręgosłup szyjny, leżał w szpitalu prowincjonalnym z powodu bólów w kręgosłupie szyjnym i osłabienia lewej kończyny górnej przez 3 tygodnie, poczem wrócił do swoich zajęć, pomimo, że ból w raku i niedowład lewej kończyny zaczął się nasilać; ponadto wystąpiło osłabienie obu kończyn górnych. Stan chorego stale się pogarszał tak, że w ciągu następnych kilku tygodni przestał zupełnie poruszać lewą kończyną górną i obu kończynami dolnymi.

W okresie największego pogorszenia się stanu chorobowego stwierdzono w klinice: ograniczenie ruchów głowy z powodu bólów w kręgosłupie szyjnym, hypotonję kończyny górnej lewej i obu kończyn dolnych, niedowłady mięśni trójgłowych, mięśni przedramion, małych mięśni rąk, (ostatnich z zanikiem i odczynem zwyrodnienia) odruchy z kości promieniowej i łokciowej l. były w stanie inwersji, pozostałe wygórowane; brak odruchów brzusznych, zupełne porażenie kończyny dolnej lewej, znaczny niedowład prawej, odruchy kolanowy i Achillesa kloniczne, objaw Babińskiego po prawej dodatni, Rossolimo obustronnie dodatni, brak odruchów obronnych. Czuć ułożenia zachowane na kończynach górnych i dolnych, czucie dotyku nie-

znacznie obniżone tylko na podudziach i na brzuchu, natomiast rozleglejsze zaburzenia czucia temperatury na brzuchu, kończynie górnej lewej i podudziach. Zdjęcie rentgenowskie wykazało złamanie 5-go i 6-go kręgu szyjnego oraz pęknięcie więzadła przedkręgosłupowego w zakresie od 2-go do 5-go kręgu.

Nakłucie lędźwiowe wykazało drożność przestrzeni podpajęczy nówkowej w okolicy złamania kręgów szyjnych.

Po zastosowaniu wyciągu części szyjnej kręgosłupa objawy neurologiczne w ciągu kilku tygodni ulegają znacznej poprawie, tak że obecnie stwierdza się: nieznaczne ograniczenie ruchów głowy kuprzodowi i na boki, nieznaczny zanik i niedowład mięśni międzykostnych, niedowład mięśni trójkłowych, wyprostnych i znięgaczy nadgarstka, większy po str. l. wzmoczenie odruchów na kończynach górnych, w zakresie kończyn dolnych napięcie mięśniowe w granicach normy, siła jeszcze nieco opóźniona i dotąd chód paretyczny; ze znaczniejszego wzmocnienia odruchów pozostał tylko stopotrząs lewostronny i Rossolimo, lecz objawu Babińskiego już nie ma, a czucie niemal zupełnie prawidłowe.

Przypadek powyższy jest podobny pod względem rozwoju objawów po urazie i pod względem wyniku leczniczego ortopedycznego do t. zw. *spondylitis traumatica Kümmele-Verneuil'a*. Różni się jednak od typowej choroby K. - V., tem, że objawy złamania kręgów i niektóre objawy porażne były odrazu obecne. Mechanizm objawów neurologicznych należy uzależnić nie od ucisku rdzenia, lecz od zmian zapalnych pourazowych więzadeł, twardówki, a nawet i rdzenia. Pod wpływem wyciągu zmiany zapalnoobrzękowe w ścianie kanału kręgowego cofnęły się i dzięki temu poprawiły się towarzyszące im objawy myelityczne.

IV. Mackiewicz Stan. Crampi centrale u chorej z guzem przysadki (pokaz).

48-letnia chora z wybitnym *habitus infantilis* (wzrost 135 cm), o budowie wątej, szczupła, proporcje ciała normalne, wygląd wybitnie starczy. Do obecnej choroby zupełnie zdrowa. Urodziła 4-ro zdrowych dzieci. Przed 2½ miesiącami zaczęła doznawać bólów w lewym kolanie, tak że musiała leżeć. Po miesiącu zjawily się bolesne skurcze w tej kończynie i ustawienie stopy końskoszpotawę, zgięcie w stawie kolanowym i biodrowym. Kurczom towarzyszył ból. Z danych przedmiotowych stwierdzono radiologicznie zniszczenie siodła i zatoki klinowej, pole widzenia obustronnie zwężone koncentrycznie, *visus* dobry, dno oka prawidłowe. Pocienie się twarzy po stronie lewej, nasilające się po środkach napotnych, działających centralnie. *Tremor capitis*, drżenie myokloniczne lewego kącika ust, kończyna lewa dolna stale zgięta nieco w stawie kolanowym i biodrowym, stopa w ustawieniu końsko-szpotaawem, paluch w ekstencji, często niepokój reszty palców. Dotykanie, klucie szpilką, bierne zgięcie w kolanie prowokują wśród bólu kurcze, które potęgują się normalną pozycją kończyny. Natomiast bierne silne wyprostowanie kolana i zgięcie stopy lub palców łagodzą kurcz. Brak parrez, zaburzeń odruchów i czucia, brak objawu Babińskiego i innych spastycznych. W odróżnieniu od zwykłych crampi, napady kurczowe chorej zadługo trwają, nie zaczynają się ani kończą wśród myokimii,

zresztą istnieje stała hipertonia mięśni, biorących udział w kurczach, i odpowiednie nienormalne stałe ułożenie kończyny.

Przypuszczać więc należy pochodzenie striarne kurczów (F o e r s t e r). Do schorzenia zwojów podstawnych możnaby odnieść także myoklonję lewego policzka, tremor capitis i może nadmierne pocenie się lewej połowy twarzy. Prawdopodobnie jesteśmy w obliczu pierwszego okresu rozwoju kurczu torsyjnego. Guz przysadki, który, trwając około 30 lat nie powodował objawów podmiotowych ani ze strony jajników, ani dystrofji tłuszczowej, ma prawdopodobnie wpływ bezpośredni (ucisk) lub pośredni (zmiany anatomiczne w striatum na tle dyshormonalnem) na powstanie przedstawionego zespołu kurczowego.

V. Piechowska J. i Puszet H. Spostrzeżenia nad azotemją, związaną z brakiem chlorków.

Badania lat ostatnich wykazały, że azotemja zależy może od braku chlorków. Stwierdzono to przedewszystkiem w wysokim zamknięciu jelita. Obok zagęszczenia krwi; wywołanego przez wymioty występuje tu zwiększenie się azotu niebiałkowego, wzrost zasobu zasad i spadek poziomu chlorków we krwi.

Późniejsze spostrzeżenia kliniczne wykazały, że azotemja w mniej lub więcej podobnym zespole występować może również i w innych cierpieniach. W przypadkach tych hypochloremja wywołana jest najczęściej utratą chlorków przez przewód pokarmowy wskutek długotrwałych i obfitych wymiotów lub biegunek.

Przyczyna powstania azotemji w związku z hypochloremją jest dotąd niewyjaśniona.

Wyrównanie poziomu chlorków we krwi przez podanie soli kuchennej usuwa azotemję i wpływa korzystnie na stan chorych.

W przedstawionych 3-ch przypadkach azotemja występowała jednocześnie z hypochloremją przy braku głębszych zmian w nerkach. Pod względem etiologii i przebiegu różnią się one od opisanych dotąd w piśmiennictwie

P r z y p a d e k I. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego skomplikowane było ograniczonem ropnem zapaleniem otrzewny, częściowo niedrożnością jelita cienkiego i zapaleniem płatowem płuc. Badanie pośmiertne nie wykazało zmian anatomicznych w nerkach. W obrębie klinicznym na pierwszy plan wysuwały się uporczywe wymioty i biegunka. We krwi stwierdzono 7‰ mocznika, chlorków w osoczu — 4‰ , w krwinkach — $1,2\text{‰}$, zasób zasad — 22. Po podawaniu dożylnem w ciągu 2-ch dni dwuwęglanu sodu w ilości 50 gr. zasób zasad podniósł się do 48. Jednocześnie mocznik obniżył się do $5,5\text{‰}$, co zależęć mogło od stosowanego dwuwęglanu sodu, jak i od przyrostu chlorków (do $4,6\text{‰}$ w osoczu i do $2,5\text{‰}$ w krwinkach — prawdopodobnie w związku z wessaniem się wysięku zapalnego).

P r z y p a d e k II. Obfite 3 dniowe wymioty, wywołane przełomem wadowym i powikłane jednodobowem zatrzymaniem moczu. Chory nieprzytomny, robi wrażenie zatrutego. Mocz bez składników patologicznych. We krwi — mocznika 2‰ , chlorków w osoczu — $5,7\text{‰}$, w krwinkach — $2,6\text{‰}$, zasób zasad 70. Po ustąpieniu wymiotów chory oirzymuje normalnie soloną djetę. Po tygodniu mocznika —

0,23⁰/₁₀₀, chlorków w osoczu — 6,1⁰/₁₀₀, w krwinkach — 3,3⁰/₁₀₀, zasób zasad — 63. Przy powtórznym zatrzymaniu moczu, tym razem bez wymiotów, mocznik we krwi, badany również po jednodobowej retencji wzrósł tylko do 0,69⁰/₁₀₀.

Przypadek III. Zatrucie sublimatem. Przez 18 dni wymioty, przez pierwsze 6 dni biegunka. Anurja trwa 4 doby. W drugim tygodniu choroby diureza przekracza 2 litry na dobę, z moczu składniki patologiczne znikły zupełnie. We krwi mocznik osiąga w 18-tym dniu — 6,4⁰/₁₀₀, a zasób zasad (po uprzednim obniżeniu się do 33) wraca do 65. Poziome chlorków we krwi stale się obniża, aż do 4,8⁰/₁₀₀ w osoczu i 2,1⁰/₁₀₀ w krwinkach. Stan chorego bardzo ciężki. Po podaniu dożylnym chlorku sodu i diety obfitującej w sól zmiany we krwi wyrównują się w ciągu kilku dni, i chory szybko wraca do zdrowia.

W innym przypadku zatrucia sublimatem o przebiegu lżejszym bez wymiotów i anurji z ilością maksymalną mocznika we krwi 3,4⁰/₁₀₀, hypochloremja była tylko słabo zaznaczona. Po podaniu soli w pożywieniu w piątym dniu zatrucia, w ciągu 4-ch dni mocznik we krwi spada do 0,69⁰/₁₀₀.

W przypadkach powyższych współistnienie azotemji i hypochloremji oraz jednoczesne ich ustępowanie pod wpływem podania soli przemawiają za bliższym związkiem przyczynowym między temi zmianami we krwi. Na powstanie azotemji poza rozpadem białka ustrojowego wpływało również w tych przypadkach niedostateczne wydalanie produktów azotowych z moczem. Upośledzenie czynności nerek zależne było od hypochloremji, gdyż ustępowało wraz z jej wyrównaniem.

Dyskusja:

Kol. Mutermilch Stan. Zagadnienie, poruszone przez prelegentów posiada doniosłość pierwszorzędą pod kątem widzenia zarówno praktyczno-klinicznym, jak i teoretycznym.

Przedewszystkiem, jeśli chodzi wogóle o sprawę zachowania się chlorków w ustroju, to ocena zjawisk tu zachodzących jest wysoce złożona w przeciwieństwie do sprawy azotemji. Mocznik, jak wiadomo, posiada wybitne własności łatwego dyfundowania — przeto rozmieszczenie jego w ustroju zarówno w cieczach, jak w tkankach jest naogół równomierne; innemi słowy określenie ilości mocznika we krwi daje nam wierny obraz jego zachowania się, względnie jego zatrzymania w ustroju. Celem stwierdzenia azotemji możemy, jak wiadomo, uciec się do określania ilości mocznika bądź we krwi całkowitej, bądź w osoczu krwi, płynie mózgowo-rdzeniowym, wysięku lub przesięku, a nawet w ślinie. Zgoła inaczej się rzecz ma z chlorkami. Ich rozmieszczenie nie jest jednakowe w tkankach i cieczach ustroju, a w samej krwi inna jest ilość chlorków w osoczu, inna w krążkach czerwonych. Gdy zatem chodzi o chlorki, wchodzą w grę zjawiska takie, jak zatrzymywanie się ich w ustroju (*chloropexia*), zmniejszenie ich ilości (*chloropenia*), nadmierna ilość we krwi (*hyperchloremja*), zmniejszona ilość we krwi (*hypochloremja*). Pewien wgląd w zachowanie się chlorków w ustroju daje zatem określenie ich w moczu, w osoczu i krwinkach, wreszcie w płynie mózgowo-rdzeniowym.

W poruszonej przez prelegentów sprawie chodzi o zależność azo-

temji od zubożenia ustroju w chlorki. Sprawę tę pierwsi wysunęli chirurdzy amerykańscy. W przypadkach takich, jak zamknięcie światła jelita cienkiego i inn., połączonych z obfitemi wymiotami, a także w przypadkach obfitych biegunk następuje zubożenie ustroju w chlorki: to prowadzi w następstwie do azotemji, niekiedy bardzo wybitnej. Wprowadzenie do ustroju w podobnych przypadkach chlorków wywołuje działanie wysoce dodatnie: ilość mocznika we krwi obniża się, ogólny stan chorego ulega wybitnej poprawie. Następnie ciekawem tem zjawiskiem zajęli się autorowie francuscy (Blum, Landot i inn.). Zasługą autorów tych jest zwrócenie uwagi na doniosłość tego zjawiska w długotrwałej kwasicy u chorych na cukrzycę. Zauważono, że w takich przypadkach, pomimo stosowania insuliny, która usuwa nie tylko hyperglikemję, lecz także zakwaszenie ustroju (wzmoczenie zasobu zasad we krwi), — ogólny stan chorych pozostaje ciężki, przyczem we krwi stwierdzamy wysoką azotemję, która zależy od zubożenia ustroju w chlorki. Zubożenie to tłumaczy się znanem prawem, że zakwaszenie ustroju powoduje wędrowanie chloru do tkanek i jego wydalanie z moczem. I w tych przypadkach, wprowadzając do ustroju chlorki, skutecznie zwalczamy azotemję, przyczem stan ogólny chorych znacznie się poprawia. To są te klasyczne przypadki z dziedziny chirurgji i interny, w których w całej pełni stwierdza się wysokie praktyczne znaczenie omawianej zależności azotemji od chloropenji.

Co się tyczy przypadków, przytoczonych w odczycie przez prelegentów, to aczkolwiek ich rozbiór krytyczny w oświetleniu omawianego zagadnienia jest wysoce interesujący i ścisły — to jednakże trzeba stwierdzić, że nie można ich uważać za przypadki klasyczne, w których przejawia się w całej pełni doniosłość nowego tego zagadnienia. Przytoczone trzy przypadki nie są, jeżeli tak się wyrazić można „czyste”, interpretacja zachodzącej tu zależności azotemji od chloropenji jest bardziej złożona ze względu na sam charakter omawianych przypadków.

W pierwszym przypadku mieliśmy do czynienia między innemi z zapaleniem płuc, które musiało mieć wpływ z jednej strony na zachowanie się chlorków w ustroju, z drugiej na stan nerek. W przypadku drugim mieliśmy do czynienia z bezmoczem, który to czynnik musiał odegrać poważną rolę w omawianych zjawiskach. Wreszcie przypadek trzeci dotyczył zatrucia sublimatem. Wiadomo, że u takich chorych pomimo wysokiej azotemji niekiedy występuje nagle poprawa, przyczem ilość mocznika we krwi ulega znacznemu obniżeniu.

Przechodząc do omówienia sprawy pod kątem widzenia ogólnej patologji mówca nie może zgodzić się z poglądem autorów francuskich (Blum), że na zjawisko to (następoza azotemja) należy zapaływać się, jak na objaw samoobrony ustroju celem podniesienia ciśnienia osmotycznego krwi (chlorki, jak wiadomo, grają główną rolę w sprawie zachowania się prawidłowego ciśnienia osmotycznego krwi). Wprawdzie i Blum nie odrzuca wpływu samych nerek, jednakże przypisuje im rolę wtórną, drugorzędą. Mówca nie może zgodzić się z podobnym poglądem. Zwiększenie ilości mocznika we krwi jest zależne wyłącznie lub prawie wyłącznie od niewydolności nerek, powstałej wskutek zmian anatomicznych, lub też od niewydolności czyn-

nościowej. Ta powstawać może pod wpływem rozmaitych przyczyn, jak zaburzenia obiegu krwi, czynniki toksyczne, zmiany w ciśnieniu w kanalikach nerkowych i t. d.

Do kategorii zaburzeń czynnościowych nerek, powodujących niedostateczne wydalenie mocznika, należy, zdaniem mówcy, również omawiana w odczycie dziedzina azotemji: zubożenie tkanek, a więc nerek, w chlorki jest bezwątpienia tym czynnikiem, który upośledza wydolność nerek. Zatrzymanie zatem mocznika, dobroczynne do pewnych granic, jako podnoszące ciśnienie osmotyczne krwi, w przypadkach hypochloremji, należy uważać za zjawisko wtórne, spowodowane niewydolnością nerek.

W zakończeniu mówca jeszcze raz podkreśla praktyczną doniosłość poruszonego w odczycie zagadnienia. Określenie chlorków we krwi staje się taką samą konieczną metodą badania, jak określanie mocznika; dzięki względu na proste metody mikrochemiczne nie zachodzą tu szczególne trudności techniczne.

Kol. K a p l a n A. Omówiony zespół humoralny stanowi ważny przyczynek do roli chlorków w ustroju. Zgodne z tem są obserwacje, że w postępującej anemji w miarę zmniejszania się hemoglobiny, powiększa się ilość chlorków w krwinkach. W całości przemiana soli kuchennej w ustroju jest b. złożona i trudniejsza do oceny, niż zdawałoby się z obserwacji zespołu humoralnego. Trudność badania przemiany soli polega na bardzo nierównomiernym podziale jej w różnych tkankach i płynach ustroju. Z 300 gr. soli w ustroju, 200 gr. znajduje się w tkance podskórnej. Koncentracja soli w surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym jest niejednakowa; w pewnych okresach w płynie bardzo wzmożona. Koncentracja zaś soli w płynach obrzkowych (w nerczycach) jest tem większa, im mniej zawierają one ciał białkowych w stosunku do osocza. Poziom soli w surowicy i krwinkach tylko w przybliżeniu i do pewnego stopnia odzwierciadla te stosunki. W pewnych przypadkach nerki marskiej przy dacie bezsolnej stwierdzaliśmy obniżony poziom chlorków w surowicy i krwinkach. Jednakże po podaniu przez kilka dni umiarkowanych ilości soli, poziom jej w krwinkach szybko podnosił się ponad normę. Większą więc rolę, niż podaż, odgrywało tu zaburzenie w rozmieszczeniu jej w poszczególnych tkankach. Przeprowadzeniu dokładnych bilansów solnych w codziennej praktyce szpitalnej stoi na przeszkodzie trudność określania jej w kale.

Mimo jednak, że nasze ogólne wiadomości o przemianie soli w ustroju są b. nikłe, omawiane obserwacje mają wartość praktyczną.

W przypadku drugim chory początkowo robił wrażenie uremji nerkowej: był nieprzytomny, nie wydzieliał zapachu acetonu, moczu przez dobę nie oddawał, ciśnienie miało podwyższone. Mocznika we krwi przeszło 1%. Tylko znajomość zespołu i dalszy przebieg umożliwiły rozpoznanie. W przypadku nerki sublimatowej przy stałej kontroli zespołu humoralnego — choremu w stanie bardzo ciężkim wprowadziliśmy dożylnie sól kuchenną, poczem stan chorego odrazu wybitnie się polepszył. W przebiegu nerki sublimatowej obserwujemy często polepszenia, nigdy jednakże tak raptownie jak tutaj, lecz stopniowo.

Kol. G o l a k o w s k i J. Mówca zabiera głos z tego względu, że obecnie jest w druku w Przeglądzie Chirurgicznym praca jego na ten temat. Dotyczy ona 10 przypadków ostrej niedrożności jelit, leczonych poza operacją dożylnymi wstrzykiwaniami stężonego roztworu soli. Mówca zwraca uwagę na dwie sprawy, dotychczas nie wyjaśnione. Przedewszystkiem, gdzie się podziewają chlorki, jaką drogą opuszczają ustrój? W moczu ich niema, a więc — nie drogą przez nerki; drogą wymiocin, jak to tłumaczy prelegent — możliwe, ale, według spostrzeżeń badaczy amerykańskich, giną one z ustroju i w tych przypadkach, gdzie wymiotów wcale nie mamy. W przypadku 2-gim prelegenta, nie uważałbym zawartości 5,7‰ za spadek chlorków — odpowiada to mniej więcej normie. Druga rzecz niewyjaśniona — to dawkowanie. Zastrzyknięcie niedostatecznej ilości soli poprawia stan chorego na $\frac{1}{2}$ — 1 godz., poczem następuje znowu pogorszenie. Amerykanie określają, jako przeciętną dawkę, 70 gr. soli na dobę, co nawet w roztworach stężonych wymagałoby wprowadzenia do ustroju olbrzymiej ilości płynu. Francuzi proponują 20% roztwór w dawkach po 20 cm. sz. co 4 godz. My, na oddziale I Szp. Prz. Pańsk., stosujemy 10% roztwór soli w dawkach od 20 do 100 cm. sz. jednorazowo, powtarzając co parę godzin zależnie od objawów klinicznych; wyniki tej dodatkowej terapii mamy doskonałe.

Kol. D ę b i c k i. Zapytuje, w jakich ilościach były stosowane chlorki; następnie opisuje znajdujący się na oddziale przypadek niedrożności jelita i skrętu esicy. Przywrócenie drożności nastąpiło przy dobrym stanie chorego. Przed wejściem na stół operacyjny i po zejściu czuł się dobrze, potem nagle stan ogólny pogorszył się, w ciągu następnej doby po operacji był bez tętna — podano sól stężoną (po 40 — 60 cm³. 10% roztworu NaCl dożylnie 4 razy na dobę, a w ciągu pierwszej doby 5 razy). Dziś jest 4-ty dzień po zabiegu, gazy odchodzi. Było wypróżnienie, chory czuje się dobrze.

Mówca cytuje ten przypadek z tego względu, że był to chory, który ani przed ani po zabiegu nie wymiotował, więc tłumaczenie, że spadek chlorków bywa spowodowany wymiotami, nie jest słuszne. Binet, Gosset i inni nadmienią, czyby się nie dało tłumaczyć spadku chlorków uporczywymi wymiotami i czy wobec tego nie można by zastosować podawania dożylnego chlorków w sprawach chorobowych, połączonych z wymiotami, np. uporczywe wymioty ciężarnych.

Amerykanie skłaniają się do tłumaczenia hypochloremji zobojętnianiem toksyn. Spadek chlorków i podwyższony zasób zasad mają być tego dowodem.

Kol. F i d l e r. Mówca zapytuje jaką metodą prelegent badał chlorki. Jeżeli chlorki były badane metodą M o h r a, to te dwie wartości dla chlorków w 2-gim przypadku nie wchodzi w rachubę, a to z tego względu, że metoda M. daje błędy, wahające się we względnie dużych granicach. 5,7 gr. na litr jest wartością, znajdującą się w granicach normy, o ile oznaczano je metodą M., i dlatego nie można jeszcze w tym przypadku mówić o hypochloremji.

Co do rozważań teoretycznych i omówień przypadków z literatury, mówca nie wdaje się w ich roztrząsanie, gdyż prelegent zademonstrował 3 przypadki i o te właśnie chodzi.

W referacie uderzyło mówcę, że prelegent uważa, iż wskutek wymiotów następuje zubożenie ustroju w chlorki i, jako następstwo tego, podwyższenie mocznika. Czy obu tych zmian, hypochloremji i wzrostu mocznika nie należy sprowadzić do jednego mianownika? Wymioty powodują wszak zubożenie w chlorki i wodę, powodują zagęszczenie krwi oraz przechodzenie do niej produktów tkankowych, i wskutek tego możemy otrzymać wyższe wartości procentowe dla mocznika, nie będące zatem wyrazem wzmożonej jego produkcji. Jeżeliby się okazało, że przez wymioty ustrój traci mocznik, przypuszczenie to upada, a prelegent nie wspominał nic o tem, aby wymiociny były badane na zawartość w nich mocznika.

Kol. Gluziński A. Wyłącza z omówienia przypadki z działu chirurgji, na których głównie oparł prelegent swoje spostrzeżenia, bo w tym kierunku kol. G. nie posiada własnego doświadczenia. Zachowanie się wydzielania chlorków w innych stanach chorobowych mówca zajmował się w pracach swoich, jak i swoich współpracowników, w chorobach żołądka i nerek. Kol. G. przypomina o tem z tego powodu, że przyjemnieby mu było, gdyby wspomniano np. o pracy, która swoim tytułem mogła zwrócić uwagę, a od tego jest przecież wydawany przez nasze Towarzystwo „Przegląd Piśmiennictwa”. Tytuł tej pracy brzmi: „Przyczynek do znaczenia klinicznego wydzielania chlorków w mocznicy i t. d.”. Podstawę do tych rozważań nad udziałem nerek w zahamowaniu wydzielania chlorków dało mówcy spostrzeżenie, jakie uczynił w przypadku płonicy, w którym w 3 tygodnie po przejściu choroby u chłopca 14-letniego, przy djecie skąpej, ale nie pozbawionej chlorków, znikły nagle te ostatnie w moczu, w którym nie można było wykazać ani śladu białka, a wystąpił ból głowy, nudności, wymioty i lekki obrzęk twarzy, i dopiero po 4 czy 5-ciu dniach zjawilo się białko, i rozwinęła się typowa nephritis haemorrhagica, czyli upośledzenie wydzielania chlorków wystąpiło 4 — 5 dni przedtem. Okres tego ostrego zapalenia nerek mówca nazwał stadjum *achloricum sine albumine morbi Brighti acuti*.

Spostrzeżenie to skłoniło kol. G. do zwrócenia uwagi na inne przypadki, których przebiegu nie mógł sobie dokładnie wytłumaczyć. Jeżeli się obserwuje ludzi, dotkniętych miażdżycą tętnic, z napadami *anginae abdominalis*, a więc najczęściej i z *nephrosclerosis*, to można u tych ludzi spostrzegać pewne okresy, nazwane przez mówcę *uremia chlorica*. Chlorki w moczu giną, występuje ból głowy, nudności, wymioty dość obfite, kwaśne, zawierające sporo wolnego kwasu solnego, a więc jakby zastępcze wydzielanie chlorków przez błonę śluzową żołądka. Chory przytomny, pragnienie szalone. Wobec braku chlorków w moczu mówca próbował w tych przypadkach podskórnego wprowadzenia rozczyńców fizjologicznych soli kuchennej z wynikiem jednak ujemnym, bowiem chlorki nie zjawiały się w moczu, a objawy wyżej podane nawet rosły, toteż w tych przypadkach opisany stan za nic innego uważać nie można, jak tylko za następstwo poważnego upośledzenia wydzielania chlorków przez zmienione nerki. Dodać należy, że okresy te u ludzi z tą posuniętą postacią miażdżycy występowały napadowo, trwając krócej, miały lub trwały do śmierci, przy zachowanej przytomności bez drgawek, przyczem kwasota zwymiotowancj

obfitej wodnistej treści żółdkowej, zwłaszcza po zastosowaniu rozczynu fizjolog. NaCl, rosła. W jednym przypadku np. stopień kwasności wynosił 12 lutego 30 cm³ N/10 NaOH, 13 lutego — 28, po wstrzyknięciu rozczynu NaCl podwyższała się kwasota z dnia na dzień po 33, 35, 70 tak, że otrzymywało się wrażenie, iż chory tą drogą pozbywał się wprowadzonego chloru, gdy drogą zmienionych nerek uczynić tego nie mógł. Mówca nazwał ten stan — uraemia chronica; spostrzegał kilka takich przypadków, ale widział i inne. Wspomniano tutaj o tabes dorsalis i odczynie Wassermanna dodatnim. Mówca w swej pracy opisał również przypadek, dotknięty sprawą kiłową, z odczynem Wassermanna dodatnim, w którym chory wydzielał 0,3 chlorków w moczu z całej doby przy skąpej jego ilości, w następnych dniach — 0,8, następnie ilość moczu podnosiła się, chlorki dochodzą do 4,0. Białka w moczu w tych dniach ani śladu, ale jednocześnie z wydzielaniem białka rozpoczyna się i wydzielanie chlorków tak, jakgdyby nerka dopiero wtedy stała się przepuszczalna dla chlorków. Wydzielanie chlorków w moczu zachowywało się podobnie w podanym poprzednio przypadku płonicy, czyli i w tym przypadku we wstępnym okresie do rozwoju ostrej sprawy w nerkach zaznaczyło się to stadium achloricum. Przypadek po 8 dniach pobytu w klinice zakończył się śmiercią. Rozpoznanie, stwierdzone sekcją, brzmiało: *myocarditis acuta cum dilatatione cordis; nephritis parenchymatos in individuo luetico*. Badania histologiczne wykazały poważne zmiany w nerkach, które trzeba uwzględnić, jako mogące upośledzać wydzielanie chlorków.

Wobec tych spostrzeżeń, w przypadkach, którym prelegent poświęcił swoje badania, nie można przejść obojętnie nad rolą nerek w tych stanach. W przypadkach np. zatrucia sublimatem czy zadziwi nas azotemją, jako wynik działania sublimatu na rozpad substancji białkowych z jednej strony, a stanu nerek, z upośledzonym wydalaniem chlorków przez zmienione nerki, z drugiej strony. Podobne warunki spotkać możemy i w przypadkach chirurgicznych; jako przykład mówca przytacza ostre schorzenia, wychodzące z wyrostka robaczkowego lub skądinąd w jamie brzusznej, połączone z poważnym ogólnym zakażeniem, w których na 2-gi lub 3-ci dzień stwierdza się wyraźne objawy zmian w nerkach i poważne zmniejszenie, a nawet brak chlorków w moczu. Niewątpliwie ciężkie zakażenie w tych razach, wpływając na rozpad substancji białkowych, wobec upośledzonej czynności nerek, może powodować i azotemję. W celach terapeutycznych należałoby przeprowadzić badania nad zachowaniem się chlorków we krwi, gdyż wprowadzanie fizjologicznego rozczynu NaCl może spowodować pogorszenie zamiast poprawy.

Kol. Prezes po wysłuchaniu interesującego odczytu i dyskusji pragnie zaznaczyć te wnioski praktyczne, które się same nasuwają. A mianowicie: 1) w przypadkach zatrucia sublimatem widzimy nieraz pozorną wybitną poprawę, znika bowiem anurja, moczu zaczyna odchodzić wiele, białkomocz prawie ustępuje, a jednak stan ogólny chorego nie poprawia się. Należy więc wtedy przeprowadzić badania i szukać przyczyny tego złego stanu w braku chlorków we krwi i w razie stwierdzenia tego objawu zastosować wlewania dożylnie 4% rozczynu NaCl. 2) Również ważnem jest to, o czem mówił kol. Mu-

termilch, że w przypadkach cukrzycy nie zwracano dawniej uwagi na stan chlorków we krwi, gdy insulina wywarła już swój wpływ dodatni na ilość cukru w moczu. W chorobie tej jednakże dzieje się nieraz tak, że, pomimo znacznego zmniejszenia się ilości cukru w moczu, stan chorego czy chorej nie poprawia się, a nieraz się jeszcze pogarsza: zjawia się zupełny brak łaknienia, czasami wymioty, w moczu wykrywa się brak chlorków. Dzięki nowym badaniom przyczynę tego stanu znajdujemy w braku chlorków we krwi. Zastosowanie wlewań dożylnych soli kuchennej w tych razach sprowadza wybitną poprawę stanu ogólnego tych chorych. 3) Następnie zwraca uwagę na to, co mówili kol. Gola k o w s k i i Dębicki o przypadkach ciężkiej okluzji kiszek; w przypadkach, zdawałoby się, beznadziejnych podanie dożylnie soli kuchennej dawało wyniki doskonałe, o czym w szpit. Przem. Pańsk. można było się przekonać.

W odpowiedzi zabrał głos prelegent kol. Pusz e t H., wyrażając żal, że autorzy odczytu nie zaznajomili się z ciekawymi spostrzeżeniami kol. Gluzińskiego. Określenie zawartości chlorków we krwi miałoby w tych przypadkach duże znaczenie. Skąpe wydalanie chlorków z moczem może zależeć od różnych przyczyn. Może ono być wywołane niewydolnością nerek i powodować nadmierne ich gromadzenie w ustroju — wtenczas stosowanie soli jest przeciwwskazane; może być jednak również zależnie od braku chlorków w ustroju i wskazywać na potrzebę ich podania. Wahania poziomu chlorków we krwi są niewielkie, stosunkowo rozleglejsze w krwinkach, niż w osoczu. Już nieznaczne obniżenie się jego we krwi może być przyczyną zaburzeń chorobowych. Określenia chlorków autorzy dokonywali mikrometodą Rusz n i a k a, mocznika — metodą I v o n a. Wbrew opinii kol. Muter milch a, zdaniem autorów, azotemję wywołał przede wszystkim rozpad białka ustrojowego, a upośledzenie czynności wydzielniczej nerek odgrywało rolę drugorzędną. Odnosi się to zwłaszcza do zatrucia sublimatem. Spostrzeżenia autorów odbiegają znacznie od interesujących głównie chirurgów przypadków wysokiego zamknięcia jelita i zasługują tembardziej na uwzględnienie. Zwłaszcza jeżeli idzie o zatrucie sublimatem, są to bodaj pierwsze przypadki pomyślnego stosowania soli kuchennej dla zwalczania azotemji.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny: Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 7 maja r. 1929.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 23, wprowadzonych gości 22.

I. Protokół posiedzenia z dn. 30.IV r. 1929 przyjęto.

II. Prezes oddał hołd ceniom Ś. p. Feliksa Kołakowskiego i odczytał krótki życiorys zmarłego: Ś. p. Dr. Fe-

liks Kołakowski urodził się w r. 1865 — zmarł dn. 5.V r. 1929. Uniwersytet ukończył w Warszawie w r. 1892. Członkiem czynnym T-wa Lek. Warsz. został w r. 1901; w r. 1916 przeszedł na członka korespondenta. Napisał prace:

1. Plombowanie złotem genewskiem. 2. Gingiwotomia, gingiwo-kauteryzacja. 3) Anatomja i fizjologja zębów człowieka.

III. Do Biblioteki T-wa wpłynęły następujące prace:

1. A. Siedlecka. O szybkiej metodzie badania histologicznego (metoda Teryego). 1929 r.

2. Prof. Szumowski. Krakowska Szkoła Lekarska po reformacji Kołłątaja. Kraków. 1929.

3. Z. Kuncewicz i A. Borowski. Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej.

4. Prof. Gądzikiewicz. Zbiór prac i streszczeń poglądowych z Zakładu Higjeny Uniw. Jagiellońskiego. 1927 — 1928.

5. Rocznik Statystyczny Warszawy z r. 1927.

6. Z. Kuncewicz. Postęp w poglądach na patogenezę gruźlicy płuc.

7. F. Wasilewski. Wartość badań pomocniczych w gruźlicy płuc.

8. Popławski. Lasecznik Kocha w świetle nowych badań 1929.

9. W. Mikułowski. 1) O zespole „wiatru południowego” w durze brzuszny. 1929. 2) Przyczynki do mechanizmu krwotoków kiszkowych w durze brzuszny. 1929. 3) Das Auflachen der Lues latens bei Kinder. 4) Contribution à la clinique de la tuberculose fermé chez les enfants. 5) Obudzenie kiły utajonej u dziecka. 1929.

10) K. Kurdaszewicz. 1) Kilka wspomnień z przeszłości. 1929. 2) Kilka uwag historycznych o samowygorzeniu. 3) Kilka wiadomości historyczno-bibliograficznych z przeszłości higjeny. 1924. 4) Drobiazgi bibliograficzne. 1926.

11. M. Konopacki. O komórkach płciowych, ich dojrzewaniu i zapłodnieniu. 1926.

12. M. Konopacki i B. Konopacka. La Micromorphologie du Metabolisme dans les periodes initiales du développement de la grenouille. 1926.

13. M. Konopacki. 1) Ueber den Einfluss der verdünnten Seewassers auf verschiedenen Entwicklungsstadien der Echinidenein 1914. 2) Quelques donnés histochemiques sur le noyau vittelin et sur la formation du vittelin dans les oocytes de la grenouille. 1924. 3) Zachowanie się mitochondriów w czasie rozwoju zarodków żaby. 1926.

14. J. Flaks. Wpływ tarczycy na wzrost mięsaka szczurzego. 1928.

15. A. Wojciechowski. Badanie nad rozwojem sieci ludzkiej. Cz. I i II. 1928.

16. R. Węgliński. La migration du testicule chez l'homme. 1927.

17. Z. Zakolska. Les phenomens cytologiques dans les oeufs activés de la Grenouille Rousse 1925.

18. J. Z w e i b a u m i A. E l k n e r. O układzie wakuolarnym w komórkach tkanki łącznej hodowanej in vitro. 1926.

19. J. Z w e i b a u m. Zjazd Stowarzyszenia Anatomów. 1926.

20. P. S ł o n i m s k i. 1) Sur une modification de l'ultra-micro-méthode de Wu-Hsieu et son application à la recherche de l'hémoglobine dans les disques germinatifs des oiseaux. 1927. 2) O barwieniu drobnych naczyń krwionośnych benzydynam. 1924. 3) Przyczynek do zmienności wrotków rodzaju *Brachionus* Pella. 4) Nowa metoda ujawniania układu naczynio-pokarmowego u meduz. 1926. 5) Sur la variation saisonnière chez *Triarthra*. 6) Sur l'apparition de l'hémoglobine dans laire vasculaire chez le Poulet. 7) W sprawie zmienności sezonowej u *Triarthra longa*. 1926. 8) Un nouveau procédé pour la mise en évidence du système gastro-vasculaire chez les Meduses. 9) Les Thrombocytes contiennent-ils de l'hémoglobine. 10) O architekturze kory mózgowej. 1928.

IV. K o ł. Ż u r a k o w s k i A. wygłosił odczyt: Próby chlorowania wody w wodociągu warszawskim. (Streszcz. własne).

Próby te zostały przedsięwzięte celem uwolnienia wody surowej od nadmiaru związków koloidalnych, zjawiającego się zwłaszcza w lecie. Ponieważ związki koloidalne są jedną z przyczyn, sprawiających, że warstwa filtrująca piasku ulega zatkanii i to tem prędzej, im koloidów jest w wodzie więcej, a wskutek nadmiaru koloidów zmniejsza się wydajność filtrów, przeto postępowaniem racjonalnem byłoby uwolnienie wody surowej od nadmiaru koloidów, bo w ten sposób instalacja istniejąca mogłaby dawać więcej wody bez potrzeby jej rozszerzenia. Ponieważ niezmiernie uciążliwym dla filtrów jest nadmiar koloidów wytwarzanych latem przez glony, a więc przez okrzemki i zielenice, przeto przystąpiono do prób nad przedwstępniem chlorowaniem wody, mając na względzie wyłącznie tępienia glonów, a bynajmniej nie dezynfekcję wody.

Chlorowano wodę okresami. Trzy takie okresy przypadają na rok 1925, dwa na rok 1926. Przerwy miały miejsce bądź wskutek braku chloru, bądź wskutek niepomyślnych wyników chlorowania.

Po opisaniu zjawisk, które bądź towarzyszyły chlorowaniu wody, bądź wystąpiły w instalacji w każdym poszczególnym okresie, prelegent zastanawia się nad wzajemnym wpływem różnych czynników fizycznych na chlorowanie i chlorowania na filtry, a więc nad wpływem mętności wody, jej temperatury zarówno wysokiej, jak niskiej, wpływem chloru na plankton, na bakterje, na żelazo i na wydajność filtrów.

Wniosek ogólny jest zdaniem prelegenta dla stosowania chlorowania niepomyślny. Zabiegu tego stosować nie należy pod grozą zepsucia instalacji.

Przytoczywszy zdania cudze, prelegent w końcu zastanowił się nad tem, w jakich warunkach możnaby mówić o chlorowaniu wody warszawskiej. Mogłaby być mowa o tem tylko podczas wojny w razie umyślnego zakażenia wody przez nieprzyjaciela. Należałoby wtedy chlorować bardzo drobnymi dawkami chloru wodę już przefiltrowaną.

W dyskusji prof. P i e ń k o w s k i podał jakie znaczenie może

mieć promieniowanie wywołane przez drobne cząsteczki chloru dla dezynfekcji wody.

V. Kol. A p f e l b a u m E. wygłosił referat: Odczyn ustroju na bodźce alkaliczne w chorobach wątroby. (Streszczenie własne).

W pracy niniejszej badałem sprawność czynnościową zdrowej i chorej wątroby w kierunku wyrównywania zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej ustroju pod wpływem podanej bądź doustnie (20 gr.) bądź dożylnie (30 ccm. 5% roztworu) sody. Przed podaniem sody oraz po jej podaniu badałem: zasób zasad we krwi; parcie pęcherzykowe dwutlenku węgla, amonjak, stężenie jonów wodorowych i azot resztkowy w moczu oraz stężenie jonów wodorowych i zasób zasad w żółci.

Doszedłem do następujących wniosków i przypuszczeń: w przypadkach podniesienia się zasobu zasad we krwi wyrównanie następuje na drodze: płuc (wzrost parcia CO_2), nerek (wzrost Ph i spadek amonjaku w moczu), żółci (wzrost Ph i zasobu zasad żółci). Ilość amonjaku spada w moczu dlatego, że służy on normalnie do odprowadzania z moczem czynników kwaśnych, które zostały zubożnione przez sodę.

W przypadkach uszkodzenia miąższu wątrobowego ustrój wykazuje następujące odchylenia w wyrównaniu powstałych pod wpływem sody zaburzeń równ. kw. zasad: zasób zasad oraz parcie pęcherzykowe CO_2 wzrasta znacznie mniej, niż u zdrowych, mocz i żółć ulega mniejszej alkalizacji, niż u zdrowych. Wyrażam zgodnie z poglądami innych autorów przypuszczenie możliwości zakwaszenia ustroju w chorobach wątroby. Niezmniejszając się ilość amonjaku w moczu pod wpływem podanej sody tłumaczę sobie bądź wypieraniem go przez sodę z zakwaszonych tkanek, bądź nadmiernym wytwarzaniem go przez wątrobę pod wpływem wprowadzonej sody jako bodźca.

Niejednolitość wyników w przypadkach uszkodzeń nowotworowych wątroby tłumaczę sobie możliwością istnienia dwóch przeciwdziałających w ustroju czynników: zakwaszającego na tle choroby wątroby i ogólnie alkalizującego nowotworowego.

W d y s k u s j i kol. G o e b e l podaje, iż dotychczas przyjęty udział wątroby w regulacji kwasowo-zasadowej nie jest pewny, — przemawia zatem doświadczenie, iż usunięcie wątroby całkowicie jak i częściowe wyłączenie jej z krwioobiegu nie powoduje zaburzeń kwasowo-zasadowych — zmiany powyższe są raczej wywołane zaburzeniami w syntezie tłuszczowej. Autor robił doświadczenia z przetoką Ecka i nie spostrzegł odchylen Ph, jak też nie zauważył odchylen w ilości mocznika przy 9/10 uszkodzonej wątroby. Według mówcy wątroba nie jest tak ważnym narządem w organizmie, za jaki dotychczas była przyjęta.

Kol. W ę g i e r k o. Trudno sobie wyobrazić, żeby wątroba jako główny organ odkażający, nie odgrywała roli w równowadze kwasowo-zasadowej i prawdopodobnie wnioski kol. A p f e l b a u m a są słuszne, iż uszkodzenie wątroby zakwasza ustrój. Mówca potwierdza wywody swe spostrzeżeniem innych autorów: P a r n a s np. twierdzi, iż we krwi krążą 2 rodzaje amonjaku: wolny i drugi związany, stopniowo uwalniający się z tych substancji, z którymi jest złączony. Oka-

zało się, że ten zasób pochodzący z krystaloidów znajdujących się w krwinkach również waha się. Na podstawie 5-ciu przypadków cirrhosis hepatitis autor doszedł do wniosku, że ten drugi amonjak zmniejszał się w tem schorzeniu. Normalnie mamy koło 2 mg., w cirrhosis hepatitis 0,5 — 0,6. To przemawiałoby za zakwaszeniem, wywołanem uszkodzeniem wątroby. (Streszczenie własne).

Kol. **A p f f e l b a u m**. Temat poruszony przez kol. **W ę g i e r k ę** w sprawie wskaźnika amonjakalnego **T a u b e n h a u s e r a** jest bardzo ciekawym przyczynkiem do patogenezy zakwaszenia oraz powstawania amonjaku w ustroju i po opanowaniu przezemnie techniki otrzymywania amonjaku we krwi będzie przedmiotem dalszej mej pracy.

Pogląd kol. **G o e b l a** biernej roli wątroby w regulacji równowagi kwasowo-zasadowej ustroju jest zaprzeczeniem dotychczasowych zdobyczy wiedzy w ostatnim 10-leciu. Już sam fakt, że wątroba jest ośrodkiem całkowitej przemiany materji przeczy tej koncepcji. Szereg prac, a z nich praca **B e c k m a n a** o zobojętnianiu przez wątrobę wprowadzonych na drodze żyły bramnej kwasów oraz praca **C a r n o t ' a** i **G r u ż e w s k i e j** o alkalizowaniu żółci po dożylnem wprowadzeniu sodu również stoją w sprzeczności z temi poglądami. Doświadczenia **M a n a** i **W a g a t h ' a** z wyciętą wątrobą nie mogą być porównywane ze stanami wywołanemi chorobami wątroby, gdyż brak czynności i dysfunkcja — to są rzeczy różne. (Streszcz. własne).

Zast. Sekretarza dorocznego: **Władysław Kosiński**.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONEGO SPRAWOM SZPITALNICTWA z dnia 14 maja 1929 r.

Przewodniczący: Wice-prezes **L. Paszkiewicz**.

Obecnych członków T-wa 34, wprowadzonych gości 10.

I. Protokół posiedzenia z dn. 7.V. r. 1929 przyjęto.

II. Kol. **W i e r z e j e w s k i** wygłosił odczyt: Zakłady lecznicze dla kalek.

Po krótkim wstępie historycznym stwierdza prelegent na podstawie statystyk obcych, zwłaszcza na podstawie wielkiego dzieła statystycznego opracowanego przez Konrada Biesalskiego na materiale państwa pruskiego z r. 1907—1908, że i w Polsce istnieć musi olbrzymia ilość kalek nad którymi dotąd nie roztoczono żadnej opieki. Jak wspomniane statystyki wykazały, istnieje:

a) niezamożnych, potrzebujących tylko leczenia w zakładzie 3,6 na 10.000 ludności — na Polskę 11.000.

b) takich samych ze sfer zamożniejszych 2,9 na 10.000 ludności — na Polskę 9.000 czyli ogółem tylko leczenia potrzebuje w Polsce 20.000 kalek,

c) potrzebujących prócz leczenia także wyszkolenia 6,9 na 10.000 — na Polskę 21.000,

d) potrzebujących li tylko wyszkolenia (leczenie niepotrzebne), 1,3 na 10.000 — na Polskę 4.000,

e) nienadających się ani do leczenia, ani do nauki (nieuleczalni i t. p.) 0,2 na 10.000 — na Polskę 600.

Zatem dłuższej lub stałej opieki potrzebuje (c + d + e) w Polsce prawie 26.000 kalek.

Przejściowego, dłuższego lub stałego pobytu w zakładzie (leczenie, leczenie i nauka, nauka — czyli wszystkie grupy razem) potrzebują przeszło 15 na 10.000 ludności czyli na Polskę 46.000 kalek do 14 roku życia łącznie. Nie są objęte tem obliczeniem osoby ponad 14 rok życia i t. zw. inwalidzi pracy. Statystyki obce wykazały, że 80% kalek można wyleczyć zupełnie, dalsze 13% tak dalece wyleczyć, że mogą same zapracować na życie. Jedynie 7% potrzebuje stałej opieki zakładowej (nieuleczalni i t. p.).

Definicja: Kaleka-ułomny jest to chory, cierpiący na choroby mięśni, kości i nerwów narządów ruchu. W tam zrozumieniu nie są kalekami ślepi, głuchoniemi, idjoci etc., nieobarczeni równocześnie chorobami narządów ruchu.

Dane statystyczne dają wytyczne dla organizacji zakładu dla kalek.

Na czele zakładu stać musi lekarz, wybitny specjalista w nowoczesnej ortopedji, mając do pomocy wybitny personel leczniczy, i wychowawczy. Zakład dzieli się na szereg oddziałów ręką w rękę pracujących:

a) klinika ortopedyczna — nowoczesnie urządzona,

b) poliklinika i poradnia (łącznie pośrednictwo pracy) ewentualnie osobno działająca w dzielnicy robotniczej,

c) mały oddział dla nieuleczalnych, jeżeli niema specjalnych zakładów dla tej kategorii,

d) wychowawczy:

1) szkoła powszechna (łącznie nauczanie przy łóżku chorego),

2) szkoła pomocnicza (dla umysłowo mniej rozwiniętych),

3) szkoła rzemieślnicza z szeregiem warsztatów dla chłopców i dziewcząt zależnie od warunków lokalnych.

W ostatnich latach istnieje kierunek jednoczenia zakładów dla dzieci-kalek z zakładami dla młodocianych. Jest to słuszne, gdyż ogromnie zmniejsza koszty prowadzenia tego rodzaju zakładów, a umożliwia przytem korzystanie starszym z urządzeń warsztatowych, a nawet ze szkoły powszechnej (przejście z jednego zawodu do drugiego, zmniejszenie liczby analfabetów).

Celem racjonalnego przeprowadzenia opieki nad kalekami ułomnymi, stawiam następujące p r o p o z y c j e:

1) Przeprowadzenie rejestracji (statystyki) kalek przez czyniki rządowe, któraby obejmowała nietylko d z i e c i, lecz także m ł o d o c i a n y c h, t. zw. i n w a l i d ó w p r a c y. Inwalidzi wojskowi są już zarejestrowani.

2) Przeprowadzenie ustawy sejmowej, regulującej opiekę nad

kalekami - ułomnymi, podobną do ustawy pruskiej z r. 1920, którą w tłumaczeniu z odpowiedniami komentarzami załączam.

3) Zmiana ustawy o kasach chorych. Nie są one dzisiaj zobowiązane do świadczeń przy schorzeniach przyrodzonych. Nie są zobowiązane do świadczeń za aparaty ortopedyczne.

Dwa te punkty należy odpowiednio zmienić.

4) Zmianę ustawy o samorządach.

Jeżeli czas leczenia np. przy gruźlicy kostnej i stawowej, trwa dłużej niż przepisuje kasom chorych ustawa, należy obowiązek dalszych świadczeń przenieść na samorządy.

5) Zmiana jak najspiesniejsza krzywdzącego rozporządzenia w sprawie pomocy dla urzędników państwowych, by umożliwić im i ich rodzinom nowoczesne leczenie ortopedyczne. W Poznaniu Wojewódzki Urząd Zdrowia nie przyznaje świadczeń nawet za świeże złamania, jeżeli są leczone w zakładzie ortopedycznym, mimo że cały świat złamania kości uważa jako dział ortopedji).

6) Zanim będzie można stworzyć szereg odpowiednich instytucyj, należy rozszerzać działalność istniejących już zakładów, przez odpowiednie subwencje państwowe.

7) Ponieważ do opieki nad kalekami - ułomnymi należy nie tylko leczenie i wychowanie, lecz także zapobieganie kalectwu, należy dbać o lepsze wykształcenie lekarzy i studentów w ortopedji przez stwarzanie katedr zwyczajnych tego olbrzymiego działu z przymusem egzaminowym, tak jak to od dziesiątek lat dzieje się w całej zachodniej Europie i Ameryce.

Brak wykształcenia lekarzy polskich w ortopedji fatalnie odbił się na finansach państwa podczas wojny polsko-rosyjskiej. Fakt ten stwierdziłem porównawczo jako inspektor sanitarny wojskowy z czasów wojny światowej w służbie niemieckiej i jako inspektor sanitarny w służbie polskiej.

Ścisłe z zadaniem zapobiegania powstaniu kalectw łączy się punkt:

8) Należy uchwalić ustawę sejmową przeciw żebractwu zawodowemu z prawem karania za sztuczne wytwarzanie kalectw. (Streszczenie własne).

W dyskusji Kol. Opacki, zgadza się z prelegentem tylko w tej części, że od odpowiedniego nauczania ortopedji na wydziałach lekarskich zależy przyszłość walki z kalectwem. Powody kalectw i postaci ich są tak różne, że zwalczanie ich w jednym zakładzie centralnym nie wydaje się mówcy możliwe. Nie można przecież umieścić w jednym zakładzie chorego z gruźlicą kostną (spondylitis, coxitis i t. p.) wymagającego specjalnego leczenia i opieki przez długie lata i dziecka ze stopą końsko-szpotawą, które może być wyleczone zupełnie w ciągu 3 — 4 miesięcy. Nawiązując do wzmianki profesora Wierzejewskiego o pracy jego w armji pruskiej wspomina swoją pracę w związku ziemstw, gdzie również proponowano założenie szeregu zakładów dla kalek wojennych, czego nie można było dokonać z powodu braku sił fachowych. Zaprzecza, że w byłej Kongresówce nic się nie robi dla leczenia kalek. Pomocy ortopedycznej udzielają: 1) oddziały chirurgiczne szpitali dziecięcych, 2) w warszawskiej Kasie

Chorych od kilku lat istnieje przychodnia ortopedyczna, przez którą przechodzi rocznie do 11.000 chorych. W przychodni tej wykonywane są wszelkie zabiegi, które mogą być przeprowadzane ambulatoryjnie, ewentualnie w domu u chorego. Cięższe zabiegi chirurgiczno-ortopedyczne wykonywane są na oddziale chirurgicznym szpitala Przemienienia Pańskiego, 3) zakład leczniczy dla dzieci w Busku stworzony przez D-ra Starkiewicza w dużej mierze wykonywa zadania walki z kalectwem. Na jego oddziale sanatoryjnym znajduje się do 80% chorych stawowych i kostnych, którym okazuje się pomoc ortopedyczną.

Mówca twierdzi, że w przyszłości musi powstać szereg zakładów dla chorych różnych kategorii. Tak trudny problemat, jak zapobieganie, leczenie kalectw oraz wychowanie kalek i przystosowanie ich do warunków życiowych, nie da się rozstrzygnąć stworzeniem schematycznego zakładu dla kalek, jak to się wydaje p. prelegentowi. (Streszczenie własne).

Kol. Sawicki popiera zdanie kol. Opackiego, iż wspólne, duże zakłady dla kalek różnego rodzaju są mało praktyczne, np. kaleki z niedorozwojem umysłowym wymagają innego leczenia, niż z gruźlicą kostną. Według mówcy należałoby stworzyć zakłady dla 1) kalek gruźliczych, 2) dla niedorozwiniętych umysłowo, 3) dla kalek narządów ruchu pochodzenia niegruźliczego, — wad wrodzonych i dla dorosłych którzy utracili zdolność do pracy; zapytuje również prelegenta, czy z punktu ekonomicznego wskazane są wspólne zakłady dla dorosłych i dla dzieci? Takich zakładów urządzonych doskonale dla gruźlików jak np. w Niemczech my nie posiadamy. W Niemczech obliczają również specjalne komisje, ile zdolności do pracy utracają kaleki zależnie od zawodu i uszkodzenia i tak np. w Brandeburgu komisje powyższe są złożone z lekarza, nauczyciela i inżyniera.

Współpraca społeczeństwa z państwem w opiece nad kalekami jest konieczna.

W odpowiedzi kol. Opackiemu i kol. Sawickiemu prelegent popiera tezy swoje, wyłożone w odczycie, jak zakłady wspólne dla kalek różnego rodzaju (wyłączając gruźlików), liczbę i jakość personelu podaną w odczycie i t. p.

Zast. Sekretarza dorocznego: Władysław Kosiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dn. 28 maja 1929 r.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 29, wprowadzonych gości 18.

I. Protokół posiedzenia, poświęconego sprawom szpitalnictwa, z dn. 14 maja 1929 r. przyjęto.

II. Prezes odczytuje zaproszenie Towarzystwa Dermatologicznego na zjazd dermatologów słowiańskich w dn. 28, 29 i 30 czerwca r. b.

III. Prezes odczytuje tytuły nadesłanych publikacji lekarskich:

1. Małżeństwa, urodzenia i zgony w województwach centralnych i wschodnich. Dane ogólne za lata 1919 — 1926 Warszawa (r. 1929).
2. Zembrzusi L. Stan chirurgji w pierwszej połowie XIX wieku i kilka uwag o współczesnej chirurgji polskiej (Warszawa r. 1929).
3. Zembrzusi L. Ś. p. Dr. medycyny Eugenjusz Lewenstern — wspomnienie pośmiertne. (Warszawa r. 1929).
4. Biro Maksymiljan. O chorobie Heine-Medin'a (Warszawa r. 1929).
5. Rocznik śląskiego oddziału Pol. Tow. Przyrodników im. Kopernika (Katowice r. 1928).
6. L'enseignement médical en France. (Paris).

IV. Wice-prezes komunikuje o wynikach konkursów; przyznano nagrody i zapomogi: 1) z funduszu im. D-ra. Stan. Kopcia — zapomogę na dalsze studia naukowe w kwocie złotych 500 D-rowi Laskowskiemu Józefowi; 2) z funduszu im. D-ra Mieczysława Halperna — 450 złotych nagrody Dr. Marji Skarzyńskiej-Gutowskiej za pracę p. t. „Działanie fizjologiczne wyciągu witaminy B”; 3) z funduszu im. D-ra Mikołaja Rejchmana — 350 złotych nagrody D-rowi Cytronbergowi Sewerynowi za pracę p. t. „Fizjologia, patologia i klinika przewodu pokarmowego”; 4) z funduszu im. D-ra med. i chirurgji Leona Konitzza zakwalifikowano do nagrody w kwocie 670 złotych pracę D-ra Jana Bajońskiego p. t. „Badania bakteriologiczne pochwy w porodzie i położu z uwzględnieniem paciorkowców, gronkowców, prątków okrężnicy i laseczek pochwowych.

V. Prezes wnosi, aby T-wo zechciało podziękować komitetom konkursowym pod przewodnictwem wice-prezesa Prof. D-ra Ludwika Paszkiewicza za pracę podjętą i skuteczną. Wniosek zaakceptowano oklaskami.

VI. Borel Zdzisław i Stein Józef. Przypadek samorodnego pęknięcia serca (pokaż).

Dnia 5 marca r. b. do Szpitala św. Ducha na oddział Doc. D-ra Bronowskiego przybyła chora, lat 54, która podała, co następuje. Kilka lat temu chora po zjedzeniu większej ilości czekolady nagle zasłabła z objawami wątrobowymi: bólami w prawym podżebrzu, oddającymi ku prawej łopatce, wymiotami żółtymi, gorzkiemi. Bóle takie i wymioty trwały w ciągu kilku godzin i dopiero po zastosowaniu przez lekarza wstrzykiwań zmniejszyły się. W ciągu tegoż i następnych 2-ch dni chora nadal wymiotowała, co, jak podała, dało powód do drugiego napadu (3-go dnia wieczorem) lecz już innego niż poprzednio charakteru. Chora odczuła silny ból w okolicy lewej strony klatki piersiowej, przeszywający na wylot. Stan chorej wówczas znacznie się pogorszył. Chora podobno zsiniała i straciła przytomność. Następnego dnia chorą skierowano do szpitala. Z dalszych wywiadów wynika, że chora nie przechodziła chorób zakaźnych, że, poza napa-

dami wątrobowymi od 3-ch lat, innych chorób nie przechodziła. Zawsze była zdrowa, a w ostatnich czasach podupadła na siłę. Chora rodziła 7 razy, roniła 10 razy, w tem kilka poronień samoistnych, a kilka sztucznie wywołanych w pierwszych miesiącach ciąży. Mąż chorej nałogowy alkoholik. Matka chorej zmarła na „sklerozę“, ojciec na „serce“.

Chora po przybyciu do szpitala sprawiała wrażenie ciężko chorej. Zwracało uwagę żółtaczkowe zabarwienie skóry oraz gałek ocznych. Budowa mocna. Odżywienie b. dobre. Zrenice równe, na światło nie reagowały; akomodacja zniesiona; odczyn na zbieżność — zachowany. Język obłożony, szarawy, suchawy. Podniebienie żółtaczkowo zabarwione. Szyja krótka i szeroka. Klatka piersiowa szeroka i krótka. Typ apoplektyczny.

Płuca ustawione rozedmowo. Opukowo na całej przestrzeni płuc odgłos jawny z odcieniem pudełkowym. Oddech na całej przestrzeni pęcherzykowy, nieznacznie zastrzony.

Serce — nieznacznie powiększone w wymiarze poprzecznym. Akcja przyspieszona, miarowa. Rytm zbliżony do płodowego. Tętno bardzo głucho. Nad aortą II-gi ton nieznacznie wzmożony. Tętno 120 na min., małe, niedostatecznie wypełnione, przyspieszone, miarowe. Tętno twarde, pokręcone.

Brzuch duży, lekko wzdęty. Wątroba wystaje z pod łuku żebrowego na szerokość 3-ch palców, miękka o brzęgu okrągłym. Przy obmacywaniu silna bolesność w okolicy woreczka żółciowego.

Badania pomocnicze. Mocz. C. gat. 1017, odczyn kwaśny, białko 0,066‰. Urobilina i urobilinogen. — wzmożone. Mikroskopowo leukocytów 50 — 100 w polu widzenia. Wassermann ujemny. Na zasadzie powyższych danych stwierdzono: Arteriosclerosis, myodegeneratio cordis, emphysema pulmonum, cholecystitis calculosa?

Po zastosowaniu odpowiedniej kuracji chora szybko wracała do zdrowia, zabarwienie żółtaczkowe skóry i gałek znikało, i stan chorej po kilku dniach poprawił się do tego stopnia, że chora, pomimo zakazu, poczęła przechadzać się po sali.

10/III — chora zaczęła się uskarżać na dokuczliwe pragnienie oraz na palenie w żołądku.

11/II — wykonano badanie moczu: ilość dobową 2000 cm. sześć. c. g. 1017. — Białka — ślad. Cukier 0,5%. Urobilina, urobilinogen — zwiększone. 10 — 20 leukocytów w polu widzenia.

Po kilku dniach cukru 1,1%. — Pragnienie mniejsze.

15/III — zastosowano dietę przeciwcukrzycową.

W nocy tegoż dnia chora czuła się osłabioną. Sen niespokojny chora była sina, ciężko oddychała. Rano, po przebudzeniu się, chora spożyła śniadanie i udała się do ubikacji, gdzie znaleziono chorą martwą.

Zwłoki skierowano na sekcję z rozpoznaniem:

Arteriosclerosis, myodegeneratio cordis, emphysema pulmonum. Diabetes mellitus. Cholecystitis calculosa? Mors subita.

Na sekcji na plan pierwszy wysuwają się zmiany w sercu. Trójkąt sercowy jest bardzo duży, przez osierdzie prześwieca zabarwienie sinawe. W jamie osierdziowej skupia się przeszło 200 gr. czerwono-

nych skrzepów krwi; część ich przylega ściśle do nasierdzia. Na nasierdziu tylnno-bocznej ściany komory lewej znajduje się mały otwór, przepuszczający zgłębnik, drążący do komory. Serce jest prawie puste; przedsionki i komory są szerokie, zastawki niezmienione. W tętnicy głównej, a także w tętnicach wieńcowych serca stwierdza się znaczne zmiany miażdżycowe, z dużymi zwąpnieniami i licznymi ubytkami miażdżycowymi.

Przedni mięsień brodawkowy w komorze lewej, oraz cała tylnno-boczna część ściany komory, na przekroju są zupełnie pozbawione budowy, jednolite, żółtawe; znajduje się tu duży zawał niedokrwisty. W obrębie zawału znajduje się właśnie otwór, łączący światło komory z jamą osierdziową; brzegi otworu są postrzępione, z wylewami krwawymi. W pozostałych odcinkach ściany serca stwierdzamy dosyć znaczne nacieczenie tłuszczowe mięśnia sercowego.

Mamy do czynienia z samorodnem pęknięciem lewej komory serca w miejscu zawału, który powstał na skutek znacznej miażdżycy naczyń wieńcowych.

Pęknięcia serca dzielimy na urazowe i samorodne. Urazowe powstają naskutek znacznych urazów, np. upadek ze znacznej wysokości, zmiażdżenie i t. p., ewentualnie ran kłutych i postrzałowych.

Pęknięcia serca samorodne spotyka się stosunkowo rzadko; A s c h e n b r e n n e r — na 15.000 sekcij stwierdził je w 9 przypadkach, co stanowi 0.06%. Najczęstszemi przyczynami pęknięć samorodnych są zawały i blizny po zawałach, oraz ropnie w mięśniu sercowym; z rzadkich przyczyn wymienić należy zanik brunatny i stłuszczenie; spostrzegano parę przypadków pęknięć serca naskutek umiejscowienia w jego ścianie bąblowca, kilaków lub przerzutów nowotworowych. W wielu przypadkach serce pęka w miejscu tętniaka, który wytwarza się wówczas, gdy sprawa w mięśniu sercowym przebiega przewlekłe. Bezpośrednią przyczyną pęknięcia serca jest niestosunek wysokiego ciśnienia wewnątrz-sercowego do małej oporności pewnych odcinków ściany serca. Dawniej próbowano tłumaczyć pękanie serca wylewami krwawymi w jego ścianie (t. zw. a p o p l e x i a c o r d i s); obecnie jednak wylewy krwawe w mięśniu sercowym uważamy za następstwo pęknięcia. Najczęściej pęka lewa komora serca (w przypadkach pęknięcia urazowego — przeciwnie — częściej pęka prawa), zazwyczaj od przodu, w pobliżu koniuszka (M e y e r zebrał z piśmiennictwa w r. 1888 na 32 przypadki — 25 — pęknięć komory lewej i tylko 7 — komory prawej). Przyczyną śmierci nie jest utrata krwi, lecz t. zw. tamponada serca („H e r z t a m p o n a d e"): krew wylewająca się do worka osierdziowego uciska ujścia żył do przedsionków — serce otrzymuje coraz mniej krwi, wreszcie czynność jego ustaje. Pęknięcia samorodne serca spotykamy najczęściej u osobników w wieku powyżej lat 50, znacznie częściej u mężczyzn, niż u kobiet, co się tłumaczy tem, że miażdżycą dotyka częściej mężczyzn, niż kobiety. Dotychczas jest sprawą sporną, czy może pękać samorodnie serce zdrowe — T h o r e l uważa to za niemożliwe, inni autorzy uważają, że może ulegać pęknięciu także serce zdrowe, naskutek znacznego wysiłku.

Dyskusja

Kol. Kryński L. uważa przypadek ten za bardzo ciekawy i rzadki. Mówca ma pewne wątpliwości, czy jednak w wywiadach nie było urazu, bo innej przyczyny pęknięcia serca nie widzi, chyba, że był tętniak t. wieńcowej.

Kol. Gluziński A. zaznacza, że i dla niego przypadek ten nie jest klinicznie jasny. Mówca, na podstawie własnego doświadczenia klinicznego, twierdzi, że tak dużemu zawałowi, jeżeli jest świeży, towarzyszą szalone napady dusznicy bolesnej. Mówca widział taki zawał, że w znacznej części mięśnia sercowego wytworzyła się tkanka łączna, i uderzającym było, że takie serce mimo to mogło tygodniami pracować.

Kol. Paszkiewicz L. Po obejrzeniu serca stwierdza, że przyczyną pęknięcia serca jest rzeczywiście bardzo duży zawał, który zajmuje całą grubość mięśnia. Serce mogło pęknąć podczas wypróżnienia, radymania się co wzmacnia parcie krwi. Kol. Stein, wyliczając przyczyny pęknięć serca, nie wspomniał jeszcze jednej — pęknięcia tętniaka tętnicy wieńcowej z następstwem rozerwaniem przez krew ściany serca.

VII. Grott J. W., Wiesbaum St., i Windyga St.

Badania porównawcze nad działaniem insuliny krajowej i zagranicznej na poziom cukru we krwi u chorych na cukrzycę.

W celu przekonania się o wartości odcukrzającej polskiej insuliny, autorzy przeprowadzali badania u 12 chorych na cukrzycę. Chorzy, po zbadaniu, otrzymywali wszyscy jednakową djetę oraz insulinę. Djeta wynosiła 1760 kaloryj, w tem W. — 93 gr.; B. — 83 gr.; Tł. — 117 gr. Insulinę dawano 3 r. dziennie przeważnie po 16 jedn. przed śniadaniem, po 12 przed obiadem i po 10 przed kolacją. Po 7 — 10 dniach leczenia dietą i insuliną, gdy cukromocz zniknął zupełnie, lub zaczął się ustalać na jednym i tym samym poziomie, przystępowano do właściwego badania. Pierwsze badanie polegało na tem, że chory otrzymywał rano na czczo tę insulinę, którą był leczony, a w pół godziny później swoje normalne śniadanie. Cukier we krwi badano rano naczczo, w pół godziny po insulinie, oraz w ciągu 4-ch godzin, licząc od spożycia śniadania. Po śniadaniu chory co godzinę wypijał szklankę wody i oddawał mocz do badania. Śniadanie zawierało najczęściej: W — 26 gr.; B — 24 gr.; Tł. — 27 gr. W ciągu 2-ch następnych dni powtarzano zupełnie to samo badanie z tą tylko różnicą, że zmieniano kolejno markę insuliny. Ostatniego dnia badano dla kontroli poziom cukru we krwi również po śniadaniu, lecz bez insuliny. Insulinę polską stosowano różnych seryj.

Na podstawie szczegółowej analizy przedstawionych 12 tablic, zawierających około 60 krzywych glikemji, wynika, że, jeśli wziąć pod uwagę działanie insuliny polskiej P. Z. H. na poziom cukru we krwi u chorych cukrzycowych, to okazuje się, że obecnie jest ona preparatem pełnowartościowym, równorzędnym z zagranicznymi.

Oprócz tego w badaniach tych okazało się, że:

1) chorzy na cukrzycę reagują na różne gatunki insuliny nie zawsze w jednakowy sposób.

2) W przytoczonych badaniach zaznaczyły się duże różnice co

do cukromoczu przy stosowaniu insuliny różnego pochodzenia. Z tego wnosić można, że insulina musi wywierać niewyjaśniony swoisty wpływ na zachowanie się filtru nerkowego. Jest to tembardziej godne uwagi, że we wspomnianych badaniach wpływ insuliny na poziom cukru we krwi był prawie, że jednakowy.

3) W naszych badaniach mniej więcej wszystkie rodzaje insuliny stosunkowo mało obniżają maximum przecukrzenia powstałego po obciążeniu; działanie ich raczej polega na tem, że to przecukrzenie szybciej znika. I pod tym względem insulina polska P. Z. H. często działa wybitniej, niż insuliny obcokrajowe (przypadki: 3, 4, 7, 8, 13).

4) Z zestawienia naszych badań wynika, że dla osiągnięcia efektu leczniczego, a mianowicie usunięcia patologicznego przecukrzenia krwi, nie zawsze konieczne jest stosowanie zbyt wysokich dawek insuliny.

Spostrzeżenie to ma duże znaczenie praktyczne, gdyż właśnie stosowanie średnich dawek insuliny zabezpiecza nas przed niebezpieczeństwem hipoglikemji wraz z towarzyszącym jej ogólnym wstrząsem ustroju.

Dyskusja:

Kol. Węgierko J.: Sprawdzaniem działania krajowej insuliny wyrobu P. Z. H. zajmuje się z ramienia II-giej kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warsz., niemal od chwili powstania tej insuliny. Wobec tego mówca uważa za konieczne zdać sprawozdanie z wyniku swej kilkuletniej pracy; uzupełni to do pewnego stopnia wykład prelegenta oraz da możność poznania, jak ulepszała się produkcja insuliny krajowej. Sprawozdanie mówcy jest odzwierciedleniem, jest, można powiedzieć, historją rozwoju insuliny polskiej.

Przed przystąpieniem do powyższego mówca nadmienia w kilku słowach o technice badania, którą się posiłkował, bowiem stosował sposób badania inny, niż prelegent. Postępował mianowicie w sposób następujący: zazwyczaj naczczo zastrzykiwał choremu na cukrzycę 20 jedn. klinicznych insuliny P. Z. H. i określał zawartość cukru we krwi przed zastrzyknięciem oraz w jedną, dwie, trzy i często 4 godziny po zastrzyknięciu. Zupełnie w ten sam sposób postępował po upływie 2-ch dni z insuliną angielską AB - B r a n d, która służyła do porównania. Insulinę krajową i angielską kol. W. zastrzykiwał zawsze temu samemu choremu, będącemu w jednakowych warunkach (jednakowa dieta, zupełny spokój, jednakowy stan chorego). Badania podobne powtarzał zazwyczaj 2 razy na 2-ch chorych i porównywał największy spadek cukru we krwi po zastrzyknięciu insuliny z zawartością cukru u tego samego osobnika naczczo. Spadek ten określano procentowo. W ten sposób można było porównać %-towy spadek cukru we krwi u tego samego chorego, będącego w zupełnie jednakowych warunkach: 1) po insulinie krajowej i 2) po insulinie angielskiej AB - B r a n d. Przez cały czas badania t. j. od 8 rano do 12 w południe chorzy nie otrzymywali żadnego pożywienia.

Wyniki tych badań są jednolite. Podczas gdy pierwsze lata insulina krajowa okazywała o wiele słabsze działanie, niż insulina angielska, a nawet niektóre serie były zgoła bezwartościowe, to insu-

lina wypuszczana w roku ostatnim odpowiadała wszystkim warunkom zupełnie dobrej insuliny. Niektóre serje, badane w miesiącach ostatnich, były nawet silniejsze, niż insulina AB - B r a n d. Nie należy się dziwić, że zdania poszczególnych lekarzy, dotyczące siły działania insuliny krajowej, nie są ujednolajnione. Orzeczenia te są najprawdopodobniej uzależnione od przypadku, gdyż mogą jeszcze znajdować się w handlu serje dawne o działaniu znacznie słabszym, niż insulina AB - B r a n d lub inna insulina wyrobu zagranicznego.

Nie ulega wątpliwości, że dawna produkcja insuliny krajowej, jako słabszej, podważała w znacznej mierze zaufania szerszego grona lekarzy. Wiadomo bowiem, że trudno jest naprawić zło i przekonać już raz zniechęconych ludzi do wyrobu, na którym się zawiedli, tembardziej więc praca prelegenta odegrać powinna tę doniosłą rolę i być bodźcem do zachęcenia lekarzy, aby zwrócili uwagę na insulinę polską.

Badania prelegenta wykonane są na ostatnich serjach, wypuszczonych w okresie produkowania przez P. Z. H. pełnowartościowej insuliny, a więc są zgodne jego wyniki z wynikami mówcy osiągniętymi przy badaniu tych samych seryj.

W końcu kol. W. przyłącza się do wniosków kol. G r o t t a i gorąco poleca insulinę krajową wyrobu P. Z. H., która powinna załatać w zupełności przynajmniej rynkiem krajowym.

Kol. Ż e b r o w s k i E. Wyniki, które otrzymał kol. G r o t t, są dla nas przyjemne. Przypadkowo wśród pracowników mówcy było dwóch, którzy badali przetwory krajowe: kol. K u c h a r s k i i kol. G r o t t. Z badań K. okazało się, że hypofizyna i adrenalina (Spiess), jak z badań G. — insulina (P. Z. H.) są niegorsze od obcokrajowych. My mamy dużo braków i zbyt wiele nie wytwarzamy, ale to, co damy, jest dobre, co świadczy dobrze o naszym przemysle farmaceutycznym. Z drugiej strony mówca uważa za swój obowiązek zaznaczyć, że kol. G. był obiektywnym w swej pracy: brał przetwór z aptek, z różnych miejsc, żeby uniknąć specjalnej serji. Tutaj czynnik wyborowości ze strony wytwórni był usunięty. W końcu mówca prosi o pozwolenie wypowiedzenia kilku słów o samym autorze kol. G. W pracach G. jest coś, że po jego odczycie robi się ciepło w sercu. Wyszukuje on wszędzie społecznej nuty: czy to w swem podręczniku cukrzycy, czy w przekładzie „Chorób serca”, czy w badaniach nad insuliną polską — wszędzie widzi się chęć pracy dla społeczeństwa, za co należy mu się słuszne uznanie.

P r e z e s w imieniu T-wa składa kol. G. podziękowanie za dzisiejszy odczyt i uznanie za moc pracy, jaką musiał włożyć przy dokonaniu 400 badań. Praca kol. G. dała możność stwierdzenia, że mamy przetwór bardzo dobry, który odpowiada wymaganiom i nie jest gorszy od zagranicznego. P. Z. H. wydaje dobre przetwory, np. surowice tak, że nie trzeba używać zagranicznych, jak to wykazało doświadczenie podczas ostatniej epidemji płonicy.

W odpowiedzi zabierał głos kol. P r e l e g e n t.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny: Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 11 czerwca 1929 r.

Przewodniczący: Prezes **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 27, wprowadzonych gości 14.

I. Protokół posiedzenia klinicznego z dn. 28.V r. 1929 przyjęto.

II. Prezes zawiadamia, że Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w związku z zapisem ś. p. D-ra F. Sommera, przyjętym przez Towarzystwo, a wynoszącym zł. 60.000, proponuje przyjęcie portretu ś. p. fundatora, ofiarowanego przez dzisiejszą legatariuszkę p. S. Śmitkowską.

III. Prezes zawiadamia, iż dla uczczenia ś. p. D-ra E. Lewensterna, członka T-wa Lek. Warsz., przyjaciele i koledzy zmarłego zapoczątkowali składkę w dziale Ofiar Kurjera Warszawskiego, na dwa cele: a) na łóżko im. D-ra E. Lewensterna, w szpitalu Czerwonego Krzyża, b) na stypendjum im. D-ra E. Lewensterna, przy T-wie Lek. Warsz. Na fundusz stypendjalny złożono w Kurjerze Warsz. zł. 1.005, oraz bez wymienienia celu zł. 730.— Zarząd T-wa Lek. Warsz., wnosi, aby z sumy wynoszącej łącznie zł. 1.735, utworzyć stypendjum im. ś. p. D-ra E. Lewensterna, od którego odsetki, przeznaczone będą na stypendjum dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. Okres przyznawania stypendjum oznaczony będzie w oddzielnym regulaminie.

Oba wnioski Zarządu jednogłośnie przyjęto.

IV. Prezes wręcza dyplom na członka honorowego T-wa prof. Bronisławowi Sawickiemu, b. prezesowi T-wa, przy ogólnym aplauzie zebrania.

V. Kol. Gluziński Antoni. Wspomnienie o powstaniu naszej insuliny krajowej (w związku z wykładem Grotta J. W., Wisbauma St., Windygi St i dyskusją).

Przemówienie to jest niejako dalszym ciągiem sprawy, poruszonej w wykładzie kol. Grotta i w dyskusji, z nim związanej.

Każdy z nas, starszych lekarzy, ma kilka wspomnień o rozwoju zdobyczy naszej nauki, zdobyczy, które stanowiły potężne etapy, a których dzisiejsi młodzi koledzy nie znają, boć nauka nasza w tych czasach w szybkim tempie posuwała się naprzód. Mówca kilka tych odkryć przeżył, wspomni więc o nich, zanim przejdzie do insuliny.

Za studenckich czasów mówcy, jakże często widywano po operacjach różę, tak zwaną zgorzel szpitalną. Było to w czasach, gdy kpio-no z Semelweissa w Wiedniu, a dla którego uczczenia pamięci po latach stoi pomnik w Peszcie za uratowanie tylu kobietom życia

przez wprowadzenie czystości przy porodzie. Lekarz ten kierował się tylko potężną swą intuicją, boć o bakterjologii, zastosowanej do medycyny mowy jeszcze nie było.

A jak wielkie wrażenie zrobiło odkrycie przez K o c h a prątką gruźliczego, cholery i t. d. W biegu wspomnień nie można nie podkreślić tego nadzwyczajnego wrażenia, jakie wywarło krótkie doniesienie tymczasowe R o b e r t a K o c h a w „Berlin. klin. Woch.” o otrzymaniu t. zw. dzisiaj „starej tuberkuliny”, o działaniu jej na zwierzęta, ale, co najważniejsze, zbawiennych wynikach leczniczych u ludzi w przypadkach gruźlicy płuc, gruźlicy skóry i t. d.

W gronie pielgrzymów lekarzy z rozmaitych stron świata, razem z całym szeregiem pielgrzymek chorych, którzy po swoją zgubę do Berlina jechali, znalazł się i mówca ze ś. p. prof. R y d y g i e r e m.

Coś podobnego działa się po wystąpieniu E h r l i c h a z preparatem salwarsanu 606.

Zanim lekarz miał możność zapoznać się z preparatem, zanim pisma fachowe wypowiedziały swoje zdanie, przedostawały się ogłoszenia o nowych preparatach, najczęściej przesadnie podane, a nie-raz i jako reklamy kupieckie, do pism niefachowych, powodując ze strony chorych, szukających ratunku, napór na lekarzy.

Coś podobnego stało się z chwilą zjawienia się ogłoszenia w pismach lekarskich amerykańskich o „insulinie”. Ileż dramatów się widziało w początku, gdy trudno było zdobyć insulinę na kontynencie Europy. Myśl, by wykonać preparat w kraju, nasuwała się sama.

Po przeczytaniu w „Lancecie”, że urzędowy organ ministerstwa zdrowia w Anglii otrzymał wszelkie dane dla wprowadzenia wyrobu „insuliny” na kontynencie Europy, kol. G. zwrócił się w tej chwili tam z prośbą o udzielenie dokładnego przepisu, gdyż znana nam firma „Spiess” w Warszawie chce się podjąć wyrobu. Odpowiedź brzmiała, że dokładne podanie sposobu wyrobu „insuliny” na Polskę udzielone jest D-rowi F u n k o w i K a z. z Państw. Zakładu Higjeny. Z rozmowy z D-rem F u n k i e m kol. G. odniósł wrażenie, że Zakład zamyśla sam przystąpić do wytwarzania insuliny w Polsce.

W niezbyt długim odstępie czasu otrzymaliśmy wiadomość, że można nabywać insulinę krajową. W tym czasie zaczęły nadchodzić także „insuliny” angielskie, francuskie, duńskie. Zabraliśmy się do badania naszej insuliny, porównyując z działaniem preparatów zagranicznych. Ocena nie wypadła korzystnie dla naszej insuliny. Zawiadomiliśmy o tem Państw. Zakład Higjeny, a w odpowiedzi otrzymaliśmy prośbę, by przeprowadzać dalsze podobne badania i zawiadamiać o wyniku; w tym celu będzie nadsyłana do kliniki z każdej wytworzonej nowej serji odpowiednia ilość insuliny. Pracy tej podjął

się asystent kliniki Dr. J. Węgierko. Przez 1½ roku badana była każda serja nadesłanej insuliny i z radością stwierdzaliśmy, że siła jej jest coraz większa, a serje późniejsze niczem się już nie różniły od np. insuliny angielskiej (Barda).

Że tak jest, mamy potwierdzenie właśnie w wynikach prób, przeprowadzonych obecnie przez kol. Grotta.

Dyskusja:

Kol. Węgierko Jakób. Ze względu na to, że prof. Gluziński tak szczegółowo opowiedział o rozwoju jakości insuliny polskiej, mówca nie jest w możności coś więcej w tej kwestji powiedzieć.

Pragnie tylko podziękować mu za słowa uznania, życzliwie wypowiedziane, i za udzieloną pomoc w czasie prowadzenia badań nad insuliną polską wówczas, kiedy prof. Gluziński był dyrektorem II Kliniki chorób wewnętrznych.

VI. Landau A. i Jochweds B. Bronchopneumonia gripposa multilocularis c. bronchospasmo secundarii. (Pokaz).

W przypadku ciężkiego schorzenia grypowego dróg oddychowych wystąpił, jako najwcześniejszy objaw tego schorzenia, stan kurczowooskrzelowy, czyli bronchospastyczny, zupełnie podobny na pierwszy rzut oka do dychawicy oskrzelowej, znikający na pewien czas pod wpływem astmolicyny i efetoniny i powstały na tle toksyczno-zapalnym.

W ciągu pierwszych dwóch tygodni choroby przypadek ten narażał wielkie trudności rozpoznawcze, a przede wszystkim nasuwał podejrzenie prosówki płucnej ze względu na ciężki stan ogólny, duszność z sinicą, znaczne przyspieszenie tętna i oddechu przy braku na początku wyraźniejszych zmian płucnych; później wystąpienie ognisk zapalno-płucnych, zupełny brak zmian rentgenologicznych, stale ujemny odczyn dwuazowy, brak prątków Kocha w płwocinie oraz leukocytoza neutrofilowa (90% obojętnochłonnych przy 15.000 krwinek białych) pozwoliły rozpoznać ciężką infekcję grypową.

Ponieważ leczenie zwykłemi środkami nie dawało żadnego wyniku, zdecydowano się na zastrzyknięcie 40 cm³ surowicy przeciwpaciorkowcowej wieloważnej; dalszy przebieg choroby wykazuje trzy okresy rozwojowe: I-szy — poprawy częściowej; II-gi — wystąpienie choroby posurowiczej wraz z nasileniem się objawów cierpienia zasadniczego; III-ci — jednoczesnego szybkiego ustępowania objawów posurowiczych i płucnych.

Choroba posurowicza ustąpiła (przejście II-go okresu w III-ci) w kilka godzin po zastrzyknięciu dożylnem 10 cm³ 10% Calc. bromati, wówczas gdy zastrzyknięcie krwi ludzkiej (matki) nie wywarło żadnego skutku.

VII. L a n d a u A. i J o c h w e d s B. O wtórnych stanach kurczowo - oskrzelowych (bronchospastycznych).

Istnieje cały szereg stanów chorobowych, zbliżonych do dychawicy oskrzelowej, różniących się jednak: 1) stałym brakiem eozynofilii we krwi i w płwocinie; 2) obecnością innego jeszcze, podstawowego cierpienia zasadniczego, które jest właśnie tym czynnikiem wywołującym w stosunku do stanu bronchospastycznego.

W ostrych chorobach zakaźnych stany te mogą występować w rozmaitych okresach cierpienia; niekiedy bywają one pierwszym i przez pewien czas prawie że jedynym objawem; zdarza się to szczególnie w ciężkiej infekcji grypowej układu oddechowego i w prosówce płucnej.

Zespół bronchospastyczny wikać może prawie wszystkie schorzenia narządu oddechowego, zarówno ostre jak i przewlekłe, zarówno zapalne, jak i niezapalne. Odróżnienie wtórnego kurczu oskrzeli od pierwotnej i samoistnej dychawicy oskrzelowej bywa niekiedy b trudne i możliwe jest jedynie na drodze dokładnego rozważania całości kształtu sprawy chorobowej.

W cierpieniach narządu krążenia stan bronchospastyczny może iść w parze z całym zespołem objawów niedomogi mięśnia sercowego, może jednak występować jako zjawisko odosobnione, przy względnie zachowanej sprawności mięśnia sercowego, na tle zaburzonego krążenia w obrębie IV komory.

Leczenie omawianych stanów dzieli się na objawowe (adrenalina, efetonina, leki grupy purynowej, atropina, papaweryna i t. d.) oraz na zasadnicze (leczenie cierpienia podstawowego).

Z leków działających objawowo, szczególnie cenną jest efetonina M e r c k a (wzgl. efederyna) dzięki możliwości podawania dostępnego, długotrwałemu działaniu oraz dzięki temu, że nie tylko usuwa napady duszności bronchospastycznej rozmaitego pochodzenia, ale również w wielu przypadkach zapobiega ich powstawaniu.

D y s k u s j a.

Kol. Węgierko J a k ó b. W związku z wystąpieniem kol. J o c h w e d s a pragnę przytoczyć słów kilka, dotyczących obserwacji przypadku ciężkiej dychawicy oskrzelowej, w przebiegu której wystąpiło płatowe zapalenie płuc (pneumonia cruposa).

Dotyczy to mężczyzny lat 30-tu, cierpiącego na astmę oskrzelową od 10-ciu lat. Napady duszności były b. uporczywe, ciężkie, a niekiedy nawet chory znajdował się tygodniami w stanie astmatycznym. Ciekawy jest fakt, że z chwilą, gdy zapadł na płatowe zapalenie płuc, napady dychawicy ustąpiły zupełnie i więcej nie pojawiły się już ni-

gdy. Mówca utrzymuje kontakt z chorym po dzień dzisiejszy, a chociaż minęło już od czasu kiedy przeszedł zapalenie płuc lat 9, chory nie miał więcej ani jednego ataku astmy.

Przytaczam przypadek powyższy dlatego, aby wskazać, że nie tylko w czasie zapalenia płuc mogą występować ataki astmatyczne, lecz może się dzieć i przeciwnie, t. j. zapalenie płuc może doprowadzić do zniknięcia astmy. (Streszczenie własne).

Kol. Łyskawiński Stan. porusza kwestję „bronchotetanji“, wyodrębnionej przez R. Lederera i będącej w swoim czasie przedmiotem żywej polemiki z Pospischillem.

Mówcom odpowiadał kol. prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny (—) Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONEGO SPRAWOM SZPITALNICTWA

z dnia 25 czerwca 1929 r.

Przewodniczący: Wice-Prezes L. Paszkiewicz,

Obecnych członków T-wa 45, wprowadzonych gości 23.

1. Protokół posiedzenia z dn. 11.VI r. b. przyjęto.

2. Kol. Gluziński Antoni wygłosił odczyt: Kształcenie młodych lekarzy. (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Kol. Mutermilch krytykuje wadliwość systemu dotychczasowego praktykowania lekarzy, mianowicie przebywanie asystentów na jednym oddziale i specjalizację ich zaraz po skończeniu studiów w jednym kierunku. Według mówcy asystenci przez dwa lata pierwsze winni być funkcjonariuszami kilku szpitali, by móc się zapoznać z rozmaitemi działami medycyny; utrudnia wykonanie tego brak szpitali, wskutek czego lekarze młodzi nie są dopuszczani do chorych, zwłaszcza do różnych zabiegów chirurgicznych.

Kol. Jakimiak. Sprawa poruszona przez Kol. Prelegenta jest niezmiernie trudnym problemem do rozwiązania ze względów finansowych.

Faktem jest jednak, iż lekarze po ukończeniu studiów nie są przygotowani do samodzielnej pracy, na co się jednak niektórzy odważają i bez odpowiedniego przygotowania wyjeżdżają na prowincję. Według mówcy powinna być wydana specjalna ustawa o przymusowej praktyce lekarskiej, bez której nie wolno byłoby praktykować

lekarzom, lub też należałoby zreorganizować studia, zwłaszcza na semestrach klinicznych, by lekarze byli więcej przygotowani do samodzielnej pracy.

Kol. S z e n a j c h omawia ujemne strony Kas Chorych, zwłaszcza prowincjonalnych, które angażują na stanowiska samodzielne lekarzy młodych, bez doświadczenia szpitalnego, przez co daje im się możliwość zarabkowania zaraz po skończeniu studiów i nie zmusza ich do pracy szpitalnej; zdarza się, iż niema kandydatów na wakuujące stanowiska płatne w szpitalach. Zreformować i przedłużyć znów studia uniwersyteckie według mówcy jest bardzo trudno ze względów finansowych; — natomiast poszczególne miasta, instytucje samorządowe i Kasy Chorych powinny się zdobyć na budowę szpitali i na liczne stypendja dla młodych lekarzy. Jako przykład godny naśladownictwa podaje Zakład dla chorych na gruźlicę w Busku im. Star-kiewicza, w którym oprócz etatowych asystentów są stypendja w liczbie 6 po 100 zł. dla młodych lekarzy celem zachęcenia ich do pracy w tej specjalności.

Kol. S a w i c k i zreferował jak kwestja nauczania lekarzy jest postawiona na zachodzie, jak w Niemczech, Austrii, Francji i Anglii i uważa, iż nigdzie nie jest ona bez zarzutu.

U nas, w byłej Kongresówce, wprowadzono przez 50-ciu laty, t. zw. miejscówki, a w r. 1918-tym w Radzie Miejskiej zostały zdecydowane stanowiska asystentów zawdzięczając kol. M ę c z k o w s k i e m u i Z a w a d z k i e m u; projektodawcy byli za wprowadzeniem sekundarjuszy II-go stopnia t. j. asystentów młodszych, którzy mieli być przenoszeni z oddziału na oddział dla zapoznania się z całokształtem pracy i z pośród tych mianowani mieli być asystenci o typie obecnym t. zw. sekundarjusze I stopnia, którzy specjalizowaliby się w jednej gałęzi medycyny; jednak większością głosów wniosek ten został obalony. Mówca uważa, iż narazie należy powiększyć liczbę asystentów w szpitalach, powiększyć kliniki, by docenci mogli prowadzić kursy dokształcające na szeroką skalę, mianować na stanowiska kierownicze w szpitalach prowincjonalnych lekarzy z odpowiedniem przygotowaniem, by szpitale te również stanowiły placówki naukowe dla młodych lekarzy.

Kol. D ą b r o w s k i uważa za konieczne zreformować studia lekarskie, by dać więcej doświadczenia praktycznego kończącym, oraz stworzenie większej ilości asystentów, t. zw. sekundarjuszy II st. i I st., z których pierwsi byliby przenoszeni co 3 miesiące z oddziału na oddział.

Kol. S z c z e p a ń s k i porównywuje organizację szpitali w b. Kongresówce i w Małopolsce, gdzie dyplomanci zgłaszający się do dyrektora szpitala, wszyscy byli przyjmowani i co 3 miesiące byli przenoszeni z oddziału na oddział. Po przejściu wszystkich oddziałów część z nich wyjeżdżała na prowincję, a pozostali specjalizowali się w jednym kierunku. Ujemną stroną naszych szpitali jest to, iż z wyjątkiem szpitala Starozakonnych nie zawierają one wszystkich działów medycyny.

Kol. G r u d z i ń s k i opisuje wrażenia z pobytu w Szwajcarii

i nadmienia o wysokim poziomie naukowym wśród lekarzy i dużych wymaganiach zwłaszcza na stanowiska kierownicze.

Kol. Altkaufer. Przed 25-ciu laty oprócz „miejscówek” stworzył pierwszy Kramsztyk stanowiska t. zw. „internów” t. j. lekarzy, którzy w ciągu 3-ch lat przechodzili wszystkie oddziały: chirurgja, interna, położnictwo, choroby skórne i weneryczne oraz okulistyka, jednakże stanowiska te nie utrzymały się dotąd.

Według mówcy projekt reformy nauczania lekarzy należy rozpocząć od tych punktów: 1) ograniczyć ściśle kadencję zarówno ordynatorów jak i asystentów i 2) na stanowiska asystentów mianować lekarzy z pewnem już doświadczeniem szpitalnem.

Kol. Zaorski wspomina również o ograniczeniu kadencji asystentów we wszystkich szpitalach na wzór klinik t. j. do 6-ciu lat. Dziwi się bardzo, iż jeden z przedmówców wyraził się, iż brak kandydatów na niektórych oddziałach na stanowiska płatne asystentów, gdyż na zasadzie własnej obserwacji spostrzegł, iż w większości oddziałów na każde stanowisko wolne jest dużo chętnych młodych kolegów.

Kol. Roguski. Wielką bolączką dla stanu lekarskiego jest to, że Kasy Chorych starają się wykorzystać wiedzę lekarską, a wzmian nic nie dają dla podniesienia poziomu naukowego lekarzy.

Kol. Babiński. Sprawa poruszona przez prelegenta i przedmówców sprowadza się do dwóch zasadniczych punktów: 1) niedostateczne wykształcenie lekarzy opuszczających Uniwersytet, 2) w jakim stopniu szpitale mogłyby temu zapobiec. Otóż przed 30-tu paru laty pierwszym człowiekiem, który poruszył sprawę kształcenia lekarzy, był Klebs; dzielił on medycynę na 3 działy: a) naukową t. j. tylko poznawanie, b) nauczającą, która powinna myśleć o kształceniu i c) wojującą t. j. ogół lekarzy praktyków. Otóż pierwszą i drugą grupę należy materialnie uposażyć tak aby nie byli odrywani od pracy naukowej praktyką lekarską, trzecią zaś grupę pozostawiać samej sobie. Życie pokazało, iż Klebs miał rację. Przedłożenie znów studiów lekarskich nie jest racjonalne, gdyż słusznie wyraził się James Mackenzie, iż przy obecnym rozroście nauki program fakultetu powiększył się tak dalece, iż niepodobieństwem jest nawet w ciągu 10 lat objąć całokształt wiedzy lekarskiej pod względem teoretycznym i praktycznym; dochodzi on do wniosku, iż raczej powinna nastąpić symplifikacja studiów. Przy uwzględnieniu 2-go punktu t. j. w jakim stopniu szpitale mogłyby te luki wypełnić należy pamiętać, iż szpitale są instytucją stworzoną przede wszystkim dla dobra chorego, a inne sprawy powinny być na drugim planie.

Kol. Kaczyński. Wielką pomocą w kształceniu młodych lekarzy powinny być takie instytucje jak Kasy Chorych, sejmiki, związki miast i t. p., na koszt których mogłyby być urządzone w szpitalach internaty, trwające około 2-ch lat, w którym to czasie młodzi lekarze mogliby przechodzić co $\frac{1}{2}$ roku z oddziału na oddział dla zapoznawania się z ważniejszymi działami medycyny.

Kol. Zieliński K. całkowicie zgadzając się na to, co mówił kol Kaczyński stwierdza, że w dyskusji mówiono wiele i o asystentach i o lekarzach naczelnym, ale najmniej o chorych, którzy

przy wszelkich zmianach w obsłudze lekarskiej przede wszystkim powinni być brani pod uwagę. Lekarze - wolontariusze kształcący się w szpitalach powinni mieć pomoc materialną zapewnioną, o co Rada Szpitalna niejednokrotnie już zabiegała, jak dotychczas bez skutku; prowadzenie szpitali przy pomocy li tylko wolontariuszów z 3-letnią miesięczną specjalizacją jest absolutnie niemożliwe. Nie chodzi tutaj bowiem o samo zapisywanie chorych do szpitali, lecz o należytą dla nich pierwszą pomoc, należyte ich rozgrupowanie i odpowiednie zarządzania. Żaden ordynator nie zgodzi się na ciągłą wędrowkę lekarzy, a prowadzenie oddziału chirurgicznego przy ciągłej zmianie asystentów stanie się niemożliwe i tylko ze szkodą chorych dążyć to będzie mogło. Prowadzenie szpitali w takich warunkach przy braku łóżek szpitalnych stanie się zanadto uciążliwe, jeżeli nie całkowicie niemożliwe.

Kol. Jakimiak proponuje przerwać dyskusję i wyznaczyć przed ferjami jeszcze jedno posiedzenie w sprawie powyższej.

Kol. Sawicki również popiera wniosek kol. Jakimiaka i proponuje powrócić do sprawy powyższej na następnych posiedzeniach.

Kol. Paszkiewicz nadmienia, iż raz obecnych na dzisiejszym posiedzeniu brak młodych kolegów, których przede wszystkim powinna sprawa omawiana interesować.

Kol. Głuziński. Wobec tak przewlekłej dyskusji, w której poruszono szereg aktualnych punktów, jak przymusowa dwuletnia praktyka szpitalna, konkursy na stanowiska kierownicze lekarskie i t. p. — proponuje wybrać komisję z pośród ordynatorów i naczelników lekarzy, któraby opracowała projekt kształcenia młodych lekarzy, celem przedstawienia go czynnikom odpowiednim.

Zastępca Sekretarza dorocznego (—) Władysław Kosiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 17 września 1929 r.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 31, wprowadzonych gości 16.

I. Protokół z dnia 25.VI r. 1929 przyjęto.

II. Sekretarz Stały T-wa wygłosił wspomnienie pośmiertne po ś. p. D-rze Tadeuszu Gepnerze, ś. p. D-rze Ksawerym Watraszewskim i b. p. D-rze Jakóbie Wertensteinie; jednocześnie zawiadomił, iż odbędzie się wkrótce akademja ku czci ś. p. D-ra Władysława Stankiewicza.

Ś. p. Dr. Tadeusz Gepner, członek czynny naszego Towarzystwa od r. 1912, zmarł dnia 17 czerwca r. 1929. Urodził się w Warszawie w r. 1882. Tutaj też ukończył gimnazjum w r. 1901. Studja lekarskie rozpoczął w naszym mieście; po zamknięciu Uniwersytetu pracował przez rok na oddziale Dr. Jakowskiego, w szpitalu Dzieciątka Jezus, następnie przez rok uczęszczał na Uniwersytet w Krakowie. Dyplom na stopień lekarza otrzymał w r. 1907

w Dorpacie. Przez 2 lata pracował w Kochanówce pod Łodzią, następnie przez rok w Monachjum u prof. K r a e p e l i n a. Wróciwszy objął obowiązki lekarza w Tworkach.

Napisał pracę „O komórkach pałeczkowatych w układzie nerwowym ośrodkowym”.

W dniu 24 czerwca r. 1929 zmarł ś. p. Dr. K s a w e r y W a t r a s z e w s k i, członek czynny naszego Towarzystwa od r. 1908. Urodził się w r. 1853. Świadcstwo dojrzałości otrzymał w II-giem gimnazjum w Warszawie w r. 1871, w tymże roku wstąpił do Uniwersytetu Warszawskiego, następnie przeszedł do Uniwersytetu Dorpackiego. W r. 1875 i 76 był asystentem kliniki chirurgicznej w Dorpacie pod kierunkiem prof. B e r g m a n a. W r. 1876 brał udział jako lekarz w wojnie serbsko-tureckiej. W r. 1877 otrzymał stopień lekarza na Uniwersytecie w Dorpacie, poczem wyjechał na Kaukaz jako lekarz Tow. Czerwonego Krzyża i jako lekarz wojskowy w Aleksandropolu. W Borżomie był lekarzem księcia M i c h a ł a M i k o ł a j e w i c z a i O l g i T e o d o r ó w n y, a następnie objął stanowisko lekarza naczelnego w szpitalu dla rannych oficerów w Tyflisze. W r. 1878 powrócił do Dorpatu, tam się doktoryzował i wyjechał do klinik wiedeńskich i paryskich dla specjalizowania się w chorobach wenerycznych i skórnych. W r. 1880, po powrocie do Warszawy, został ordynatorem szpitala Ujazdowskiego w Warszawie, następnie ordynatorem szpitala św. Łazarza, a w r. 1882 lekarzem naczelnym tego szpitala i na tem stanowisku pozostał do końca życia. Był członkiem korespondentem Towarzystw dermatologicznych: francuskiego, włoskiego, wiedeńskiego i berlińskiego. Przewodniczył na międzynarodowych kongresach lekarskich jako prezes honorowy w Rzymie, Berlinie i Moskwie. Obok sumiennego wypełniania przez tyle lat obowiązków ordynatora oddziału i naczelnego lekarza szpitala św. Łazarza, obok rozległej praktyki prywatnej, dużo czasu poświęcał pracom naukowym, które wyrobiły M i poważne imię tak u swoich, jak i obcych. Prace swoje ogłaszał w językach polskim, rosyjskim, francuskim i niemieckim, a szereg ich poważny, z których najważniejsze tutaj wymieniam:

1. Beitrag zur Behandlung der Oberschenkelsschussfracturen im Kriege. Inaug. Diss. Dorpat, 1879 r.
2. Ueber die Excision Syphilitischer Primaeraffectionen, St. Petersburg. Médic. Woch., 1884 r.
3. Zur Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen, Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syphilis, 1884 r.
4. Bemerkungen ueber einen Fall von Schanker im Mittelohre — artykuł polemiczny. St. Petersburg. Médic. Woch. 1886 r.
5. Ueber die Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Calomel und von Quecksilberoxydaten, Wien. Med. Presse. 1886 r. Toż samo po polsku. Gaz. Lek. 1886 r.
6. Ueber die Behandlung der Syphilis mit Injectionen unloeslicher Quecksilbersalze, odczyt wypowiedziany na IX międzynarodowym lekarskim kongresie w Waszyngtonie, 1887 r. — drukowany po polsku w Medycynie 1887 r. po niemiecku w Monathefte f. pract. Dermatologie; po francusku w Pratique Medicale, w tymże roku.
7. Syphilis und Kopfinsulte, Viertel jahresschr. f. Dermatol. und Syphil. 1887 r.
8. Etude comparative sur l'effet therapeutique des injections mercurielles insolubles

dans le traitement de la Syphilis et sur certaines complications qui peuvent accompagner leur emploi, — odczyt wypowiedziany na I międzynarodowym kongresie dermatologicznym w Paryżu, 1889 r. — drukowany po polsku w *Medycynie*; po francusku w *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1890 r.; po niemiecku w *Vierteljahressch. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1889; po rosyjsku w *Russkoi Wiestnikie Obszczest. Gigieny i Sudiebnoj i Prakticz. Medicyny*, 1889 r. 9. Ueber den Werth der praeventiven Methoden bei der Behandlung der Syphilis, — odczyt wypowiedziany na X międzynarodowym kongresie lekarskim w Berlinie, 1890 r. — drukowany: w *Archiv. f. Dermatol. u. Syphil.* w tymże roku; w *Medycynie*; w *Wiestn. Obszczest. Gigien. Sudieb. i Prakt. Med.* 10. Beitrag zur Behandlung der Chronischen Urethritis, *Allg. Med. Central — Zeitung*. Nr. 20 — 21, Berlin, 1893. 11. Effet du traitement mercuriel sur la syphilis temporairement éteinte, — odczyt wypowiedziany na XI międzynarod. kongr. lek. w Rzymie, 1894 r., drukowany: w *Journal d. Maladies Cutanées et Syph.* *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*; w *Medycynie*. 12. O stosowaniu mydła kalomelowego w leczeniu przymiotu. Przegląd Lekarski, 1894 r. 13. O diejstwiu ciepłych wann pri leczeniu sifilisa, odczyt wypowiedziany na V Zjeździe Lekarzy Rosyjskich imienia Pirogowa, drukowany w 2-gim tomie prac pomienionego zjazdu. 14. Quand doit - on commencer le traitement de la syphilis? Faut - il traiter la syphilis au moment de l'apparition des accidents de cette maladie ou bien faire le traitement provisoire en dehors de ses accidents? Pendant combien de temps le traitement de la syphilis doit — il être continué? — odczyt wypowiedziany na XII międzyn. Zjeździe Lekarskim w Moskwie, 1887 r. drukowany w sprawozdaniach tego zjazdu po francusku i po rosyjsku: w *Archiv. f. Dermat. u. Syph.* w tymże roku. 15. Ueber das Eczem bei Arthritischen, *Allg. Medic. Zentral.* — *Zeit.* 1898 r. 16. Beobachtungen ueber die Wirkung des Dioxymidoarsenobenzol bei Syphilisformen. 17. O wartości leczniczej wcierań rtęciowych u dotkniętych przymiotem. 18. Wyniki badań D-ra Mac Donagh nad rozwojem życiowym drgounstroju przymiotowego.

W czasie wakacyjnym, bo w dniu 24 sierpnia b. r. zmarł bł. p. Dr. Jakób Wertenstein, członek czynny naszego Towarzystwa od r. 1910. Była to postać kolegi, któregośmy stale widywali tak na posiedzeniach naukowych Towarzystwa, jak szczególnie jako stałego codziennego pracownika w naszej czytelni i bibliotece.

Dr. Jakób Wertenstein urodził się w r. 1853 w Warszawie. Nauki elementarne pobierał w szkołce wyznaniowej, poczem oddano go do kantoru; mając jednak zamiłowanie do nauki kształcił się sam, a pracując nad sobą zdołał wstąpić odrazu do 6-ej klasy Gimnazjum II-go, które ukończył w r. 1871. W r. 1878 ukończył wydział lekarski Uniwers. Warszaw. Praktykował w Ciechanowie, poczem przeniósł się do Warszawy, w której zajmował się wolną praktyką lekarską przeważnie w dziale akuszerji i ginekologii.

Ogłosił drukiem:

1. Krwiak poporodowy w jamie kulszowo-odbytniczej. *Gaz. Lek.* 1909. 2. Poronienie i sztuczne przerwanie ciąży w Warszawie w świetle cyfr. (Wygłoszone na I Zjeździe Ginekologów Pol. 1913 r.).

III. Prezes T-wa odczytał odpis zaproszenia przysłanego przez Komitet uczczenia prof. Widala w Paryżu do D-ra Kazimierza Dąbrowskiego celem współpracy i założenia takiego Komitetu w Warszawie. Po przeczytaniu odesłano zaproszenie do rozpatrzenia na zebranie Zarządu T-wa.

IV. Kol. Prezes zawiadomił, iż na zjeździe Higienistów w Inowrocławiu T-wo nasze było reprezentowane przez Pana Rektora Antoniego Gluzińskiego, który był marszałkiem zjazdu i przez Pana Prezesa.

V. Do Biblioteki T-wa wpłynęły następujące prace:

1. B. Vinaver. Le signe d'Argyll-Robertsonne.
2. La prophylaxie de la cécité — Paris 1929.
3. Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociétés 1929. I. II.
4. Księgi jubileuszowe Edwarda Flatau — 1921.
5. Biehler R. Trąd (Lepra) r. 1929.
6. Laskowski J. Istota raka i sprawa jego trwania w świetle ostatnich badań — r. 1927.
7. Pięćdziesięciolecie Jubileusz T-wa Lekarskiego Lwowskiego 1877 — 1927.
8. Rocznik śląskiego oddziału Polskiego T-wa Przyrodników im. Kopernika — r. 1929.
9. Ponadto do Książnicy T-wa ofiarowali:
 - a) Dr. med. Stanisław Mutermilch dzieł i pism treści lekarskiej w liczbie 147 tytułów,
 - b) D-rowsa Helena Ciaglińska 5 pism treści lekarskiej w liczbie 37 roczników i kilkudziesięciu numerów oddzielnych,
 - c) Dr. med. Jan Bączkiewicz dzieła i pisma treści lekarskiej w liczbie 147 tytułów,
 - d) D-rowsa Stefania Wertensteinowa dzieła i pisma treści lekarskiej w liczbie 285 tytułów.

Ofiarodawcom kol. Prezes w imieniu T-wa złożył podziękowanie.

VI. Kol. Grott J. wygłosił referat: W sprawie wczesnego wykrywania cukromoczu.

Prelegent omawia znaczenie wczesnego rozpoznawania cukrzycy z punktu widzenia dobra chorego, oraz z punktu widzenia korzyści społeczeństwa. By uniknąć jaknajwiększej ilości przeoczeń w wykrywaniu cukrzycy należy zwrócić specjalną uwagę na badania moczu wykonywane u zdrowych.

Praktyka życiowa wykazuje, że 1) z jednej strony w znacznej ilości przypadków (około $\frac{1}{3}$) wykrywa się cukrzycę u ludzi uważanych klinicznie za zdrowych podczas przypadkowego badania moczu, i 2) że cukrzyca istnieje już, a cukromoczu lekarz nie wykrywa wskutek pewnych uchybień w metodzie badania. Prelegent, omówiwszy przyczyny niewykrywania cukromoczu w praktyce, proponuje próbnę śniadanie węglowodanowe jako środek najbardziej zabezpieczający przed przeoczeniem patologicznego cukromoczu.

Wnioski:

- 1) Wz wczesnych okresach cukrzycy występowanie cukromo-

czu zależy od przecukrzenia krwi w następstwie obciążenia węglowodanami oraz od progu nerkowego. Bez obciążenia, przy prawidłowym progu nerkowym, cukromoczu nie stwierdza się.

2) Stwierdzenie cukromoczu po obciążeniu węglowodanami nie zawsze jest dowodem patologicznego przecukrzenia krwi i wskazuje ono tylko, że dany osobnik winien być dokładnie zbadany, czyli pozwala tylko na wyeliminowanie z pośród zdrowych, ludzi podejrzanych na cukrzycę.

3) Walkę z cukrową chorobą należy rozszerzyć, dążąc do stałego wyeliminowania ludzi podejrzanych co do tej choroby z pośród zdrowych.

4) W tym celu wszelkie badania moczu należy wykonywać w dwóch porcjach. W moczu rannym należy wykonywać badania zwykłe, zaś badanie na zawartość cukru specjalnie w moczu oddanym w dwie godziny po śniadaniu obfitującym w węglowodany.

5) Jako praktyczne dla wykrywania wczesnego cukromoczu należy uznać śniadanie składające się ze 100 gr. miodu, 75 gr. bułki i z dwóch szklanek nieosłodzonej herbaty.

6) W razie stwierdzenia cukromoczu rozpoznanie cukrzycy zależy od wyników seryjnego badania cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 gr. glukozy. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos:

Kol. Tokarski zapytuje, gdzie leży granica pomiędzy *glycosuria innocens*, a *diabetes mellitus pancreatogenes*. Przy *diabetes mellitus pancreatogenes* z chwilą powstawania marskości nerek, cukier w moczu może zginąć przemijająco lub zupełnie, lecz pozostaje w dużym stopniu we krwi; gdy kobieta cierpiąca na cukromocz stanie się ciężarną, cukier w moczu wystąpi w znacznie wzmożonym stopniu. Czy można w pierwszym przypadku zapomocą przecukrzenia wzmóżyć wydzielanie cukru w moczu i skierować rozpoznanie ku słusznej *praecoma* a odróżnić od niesłusznej *uraemia imminens*; w drugim zaś przypadku czy można zapomocą frakcjonowanego określenia cukru w moczu wyodrębnić *diabetes renalis*. Bo *diabetes gravidarum* jest tylko *diabetes renalis*. W ciąży czasem nerka filtruje cukier z normalnej zawartości cukru we krwi.

Kol. Żebrowski popiera inicjatywę kol. Groffa, która ma na celu spopularyzowanie badań przemiany węglowodanowej, lecz czy próba, o której prelegent mówił nie jest próbą przeciążenia ustroju? Należałoby ją uwzględnić u osobników normalnych, czy nie odgrywa tu roli subtelna gra układu wegetatywnego..

Kol. Orłowski Witold. Zagadnienie poruszone przez prelegenta, jest doniosłej wagi, zwłaszcza dla osób, w których rodzinie są chorzy na cukrzycę, gdzie wobec tego może dziedzicznie być przekazaną mniejsza wartościowość czynnościowa wysepek Langerhansa. Dla wykrycia skłonności do cukrzycy prelegent proponuje obciążenie osobnika pewną ilością węglowodanów z następowem badaniem moczu na cukier. Niestety, ta metoda postępowania niezawsze prowadzi do rozwiązania powyższego zagadnienia. W rzeczy samej, w wyniku jej zastosowania możemy otrzymać próbę na cukier w moczu dodatnią albo ujemną. Otóż wynik ujemny nie wyklucza jeszcze

usposobienia do cukrzycy, jak tego dowodzą spostrzeżenia Umbra, poczynione w cukrzycy po usunięciu cukromoczu przy pomocy leczenia djetetycznego, w których cukromocz nie wystąpił pomimo podania 100 g. glukozy. Dodatni znowu wynik badania moczu na cukier po obciążeniu osobnika węglowodanami nie zawsze przemawia za cukrzycą trzustkową, cukromocz bowiem w tych warunkach występuje i w cukrzycy nerkowej. Słowem, badanie moczu nie zawsze jest rozstrzygające. Rozstrzygnięcie pytania, czy osobnik niema usposobienia do cukrzycy, wymaga badania krzywej cukru po obciążeniu badanego węglowodanami. Poziom cukru naczecz niema tu znaczenia, jak słusznie podkreślił prelegent. Wbrew twierdzeniu prelegenta, nie należy też nadawać znaczenia rozstrzygającego poziomowi cukru we krwi w 45 — 60 minut po obciążeniu, najwyższy bowiem poziom może występować już wcześniej, jak to widzimy u osób z pobudliwym układem sympatycznym. Miarodajny jest natomiast czas trwania wzniesienia krzywej cukrowej u chorych bowiem na cukrzycę krzywa opada do normy o wiele powolniej, niż u zdrowych. Przechodzę teraz do składu pokarmu węglowodanowego, który poleca prelegent. Zamiast glukozy, którą polecił Naunyn, prelegent proponuje śniadanie z miodu, bułki i herbaty. Prelegent wypowiada się przeciwko glukozie, jako lekarstwu, które w dodatku, przygotowane z wieczora, może ulec fermentacji. Te motywy nie są ważkie tembardziej, że roztwór glukozy można przygotować tuż przed podaniem go badanemu. Jeśli teraz uwzględnimy, że cukromocz może nie wystąpić w pewnych warunkach po podaniu 100 gr. glukozy nawet u chorego cukrzycowego po uprzednim przeprowadzeniu leczenia djetetycznego, to trudno zrozumieć, dlaczego środek pewniejszy mamy zastępować śniadaniem mniej pewnem. Tu pragnąłbym jeszcze zaznaczyć, że wprowadzona glukoza działa przede wszystkim jako bodziec, uruchamiający glikogen w wątrobie, wzniesienie bowiem krzywej cukru we krwi po jej podaniu nie raz występuje u chorych cukrzycowych wkrótce po jej spożyciu, gdy nie mogły jeszcze wchłonąć się większe jej ilości. Glukoza więc działa jako bodziec na wzór białka, które równie, jak wykazał Węgiérko i inni podnosi, aczkolwiek w stopniu mniejszym, krzywą cukru we krwi. (Streszczenie własne).

Kol. Cieszyński. Sprawa poruszona przez prelegenta jest nie tylko ważna z punktu widzenia klinicznego, ale też ekonomicznego i społecznego, gdyż przeprowadzenie próby tej jest łatwe i tanie, a przez badanie w pewnych odstępach czasu osobników wykryłoby się wiele przypadków utajonej cukrzycy, co pozwoliłoby zapobiec dojściu do stanu ciężkiego i tem samem do utraty przez społeczeństwo wielu jednostek twórczych.

Kol. Gluziński. Doświadczenie poucza, iż często u osobników zupełnie zdrowych bez zaburzeń w przemianie węglowodanowej występuje cukromocz po spożyciu dużej ilości słodczy; zdarza się, iż analiza moczu robiona rano, cukru nie wykazuje, natomiast u tego samego osobnika po spożyciu obiadu z dużą ilością leguminy i wogóle węglowodanów w innej postaci występuje cukromocz. To są przypadki z *glykosuria alimentaris* i nawiązując kontakt do próby kol. prelegenta możnaby osobników zdrowych niepokoić alarmem o cu-

krzyć po otrzymaniu śladu cukru w moczu. Z punktu praktycznego próba ta nie znajdzie zastosowania, gdyż należałoby u wszystkich osobników bez wyjątku ją przeprowadzać i budować specjalne ambulatorja i laboratorja do wykonywania analiz, natomiast może mieć zastosowanie w T-wach Ubezpieczeń, gdzie jest wielka odpowiedzialność za stan zdrowotny ubezpieczonego.

Kol. Prelegent w odpowiedzi prof. Orłowskiego W. Ponieważ w zupełności podzielał jego poglądy co do rozpoznawania cukrzycy, dlatego też odrazu, na wstępie swego odczytu, podkreśliłem, że w przypadkach podejrzanych należy, niezwlekając, badać zachowanie się poziomu cukru we krwi po obciążeniu glukozą. Co się zaś tyczy obciążenia węglowodanowego proponowanego przeze mnie, to, opierając się na własnem doświadczeniu, sądzić mogę, że w utajonej cukrzycy będzie ono wystarczające.

W przypadkach zaś z wysokim progiem nerkowym i ze znacznem przecukrzeniem mamy do czynienia z cierpieniem dłużej trwającym, wobec czego w tych razach klinicysta najczęściej potrafi wywnieść i inne objawy, nasuwające podejrzenie co do istnienia cukrzycy, a wtedy odrazu zastosuje badanie krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą.

Proponuję śniadanie próbne z miodem nie tylko ze względów psychicznych, lecz i ze względów społeczno-ekonomicznych.

Glukoza jest dość kosztownym środkiem, wobec czego powszechne jej stosowanie obciążyłoby niepotrzebnie Kasy Chorych i t. p. instytucje. Miód jest tańszy i chory bardzo chętnie sam go sobie kupi.

Rozpoznawanie cukrzycy opierać należy nie na cukromoczu tylko, lecz przede wszystkim na badaniu krwi. W rozpoznawaniu utajonej cukrzycy największe znaczenie przypisuje opóźnionemu powrotowi cukru we krwi, do poziomu naczcho po 90', względnie po 120', po obciążeniu 50 gr. glukozy.

Do wniosków tych doszedłem, obserwując zachowanie się krzywej glikemji po glukozie w chorobach zakaźnych w czasie nasilania się cierpienia oraz w czasie rekonwalescencji. Zastosowanie tej zasady w praktyce, w ciągu ostatnich trzech lat potwierdziło tę myśl wykazując, że u chorych wykazujących początkowo tego rodzaju opóźnienie, rozwinęła się później niezaprzeczalnie cukrzyca.

Próba Naunyna w przypadku Umbra cytowanym przez p. prof. Orłowskiego mogła wypaść ujemnie u chorego z podleczoną cukrzycą dlatego, że Naunyn stosował swą próbę w dwie godziny po pierwszym śniadaniu.

Jak wiemy, naczcho przemiana węglowodanowa jest najgorsza, zaś śniadanie węglowodanowe jest doskonałym bodźcem dla tejże przemiany. Wobec tego, jeśli się poda glukozę w 2 godz. po pierwszym śniadaniu t. j. w okresie największego napięcia pracy trzustki (okres wybitnego obniżania się poziomu cukru we krwi), to nic dziwnego, że ta druga dawka węglowodanów nie wywołała spodziewanego przecukrzenia krwi, tembardziej, że u chorych na cukrzycę i próg nerkowy bywa wyższy, niż normalnie. Że tak bywa, wskazują na to dobitnie doświadczenia MacLean'a i Wesselowa, którzy wykazali, że druga dawka glukozy dana po pierwszej w 1½ godziny,

t. j. w okresie spadku krzywej, powoduje znacznie mniejsze przecukrzenie krwi, niż pierwsza.

Panu rektorowi **G l u z i ń s k i e m u**. — Co się tyczy cukromoczu po dobrej kolacji lub po dobrem przyjęciu, to myślałbym, że oprócz przeciążenia węglowodanami odegrał tu rolę wybitną jeszcze inny czynnik a mianowicie: alkohol. Bez toksycznego działania alkoholu u człowieka zdrowego z prawidłowym progiem nerkowym nawet wielka dawka glukozy, do 400 gr., nie powinna spowodować cukromoczu. Jeśli zaś po kolacji z alkoholem zjawiał się przejściowo cukromocz, to należy uważać, że dany osobnik wogóle ma słabszą przemianę węglowodanową, w następstwie czego czynnik szkodliwy łatwo powoduje przecukrzenie krwi i cukromocz. Są to ludzie, u których wraz z ustąpieniem czynnika szkodliwego wszystko wraca do normy, jednak zbyt często powtarzające się działanie tego czynnika może przyczynić się do powstawania istotnej cukrzycy. Z tego powodu w razie stwierdzenia choćby tylko przejściowego cukromoczu należy ich mieć stale w obserwacji.

Prof. **Ż e b r o w s k i e m u**. Obawy co do możliwości przeciążenia węglowodanami w proponowanym śniadaniu nie mogą mieć miejsca, bowiem zbadanie krzywej cukru we krwi u 2 młodych lekarzy na I klinice **W e w n ę t r z n . U . W .** w dniu dzisiejszym wykazało brak patologicznego przecukrzenia krwi.

D-rowni **C i e s z y ń s k i e m u**, mogę tylko serdecznie podziękować za podkreślenie społecznego znaczenia poruszanej przezemnie sprawy. (Streszcz. wł.).

Zastępca Sekretarza dorocznego (—) **Władysław Kosiński**.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA, POŚWIĘCONEGO SPRAWOM SZPITALNICTWA

z dn. 1 października 1929 r.

Przewodniczący: Wice-prezes **L. Paszkiewicz**.

Obecnych członków T-wa 43, wprowadzonych gości 7.

I. Protokół posiedzenia klinicznego z dn. 17.IX 1920 r. przyjęto.

II. Kol. **J a k i m i a k B.** — Rozwój szpitalnictwa w **Warszawie** w ostatnich 20-tu latach.

Kol. Prelegent przedstawił rozwój szpitalnictwa warszawskiego od czasu przejścia szpitali warszawskich pod zarząd magistratu w r. 1907.

Stan tych szpitali był wówczas katastrofalny: było wszystkiego

2.565 łóżek na 751.575 mieszkańców. Zasoby finansowe były b. szczupłe; w szpitalach brak było wielu zasadniczych urządzeń, oddziały szpitalne były bardzo rozdrobnione (1 ordynator na 24 chorych, a nawet na 12).

Celem poprawy ówczesny magistrat powołał dwie komisje: 1) dla zaradzenia brakowi miejsc szpitalnych i polepszenia urządzeń, pod przewodnictwem prof. Kosińskiego, 2) finansową, pod przewodnictwem radcy magistratu Zienkowskiego.

Pierwsza komisja doszła do wniosku, że liczbę łóżek szpitalnych należy podnieść przynajmniej do 5.000. Dla osiągnięcia tego celu Komisja zaprojektowała wzniesienie szeregu nowych budowli lub wyzyskanie gotowych budynków. Urzeczywistniono tylko część tych projektów.

Komisja finansowa obmyśliła specjalny podatek szpitalny, wymierzany stosownie do wielkości mieszkania płatnika. Podatek ten jednak nie wszedł w życie. Po wyjściu Rosjan, wobec nałożenia przez Niemców ogromnych ciężarów na wydział dobroczynności i szpitalnictwa, magistrat m. st. Warszawy przeprowadził podział na wydział szpitalnictwa i wydział opieki społecznej. Jako pomocniczy organ powołano radę szpitalną, złożoną z 15 lekarzy (po 5 kuratorów, ordynatorów i lekarzy naczelnych), wybranych przez współkolegów. Przy udziale tej rady opracowano i wydano szereg przepisów, regulujących wewnętrzne życie szpitalne. Postanowiono przywrócić w całej rozciągłości przepisy z r. 1862 o obsadzaniu stanowisk ordynatorów drogą konkursów. Przeprowadzono też uporządkowanie wielkości oddziałów szpitalnych i wynagrodzenia lekarzy szpitalnych. Urządzono pracownie przy szpitalach. Po wyborach do drugiej rady miejskiej powołano wielką komisję inwestycyjną pod przewodnictwem ówczesnego ławnika magistratu D-ra B. Jakimiaka. Komisja stwierdziła, że we wszystkich szpitalach i zakładach leczniczych było zaledwie 4.867 łóżek, razem zaś ze szpitalami czasowymi i prywatnymi naliczono 6.192 łóżka. Przy zachowaniu niezbędnej kubatury określono, jako maximum, 4.123 łóżka w szpitalach, zarządzanych przez magistrat.

Potrzebną zaś liczbę łóżek w stosunku do ludności, która w roku 1919 wynosiła 921.559 osób, komisja określiła na 12.550. Stwierdzono zatem brak $8\frac{1}{2}$ tysiąca miejsc szpitalnych. Ponieważ urzeczywistnienie początkowo zamierzonych zarządzeń zaradczych wymagało dłuższego czasu, komisja zaproponowała dobudowy i nadbudowy w istniejących szpitalach. Wykonano tylko część tych projektów, skutkiem czego przybyło około 600 łóżek etatowych zamiast przewidywanych 890. Należy wyliczyć z ważniejszych inwestycji budowę sanatorium dla chorych na gruźlicę w Otwocku na 250 łóżek na te-

renie 5-włókowym, budowę pawilonu w szpitalu św. Stanisława, domu administracyjnego w szpitalu Przemienienia Pańskiego i t. p.

Celem uniknięcia na przyszłość bezplanowości opracowano w paru istniejących szpitalach odpowiednie plany rozbudowy. Wystąpiono też o nabycie terenów, niezbędnych do rozszerzenia szpitala Karola i Marji oraz szpitala Przemienienia Pańskiego. Sprawy te jednak od paru lat stoją na martwym punkcie. Wybrano również nad morzem teren pod sanatorium dla cierpiących na gruźlicę chirurgiczną.

Z całego szeregu innych spraw uregulowano — nie w tym jednak rozmiarze, jak tego pragnęli wnioskodawcy — uposażenia personelu lekarskiego w szpitalach i sprawę emerytur dla lekarzy i ich rodzin.

Kol. Prelegent zwraca uwagę, że od pewnego czasu zaniedbano sprawy szpitalne, że stosowanie klucza partyjnego przy powierzaniu stanowisk decydujących w szpitalnictwie odbija się fatalnie na dalszym jego rozwoju. Stanowiska: inspektora szpitali, lekarza naczelnego, ordynatorów miesiącami nie są obsadzone. Brak obecnie w szpitalnictwie myśli twórczej do kontynuowania projektów poprzedników, którzy byliby stawiani na placówkach kierowniczych dlatego, że się sprawom szpitalnych oddawna poświęcali, sprawy te znali, a nie dlatego, że należą do tego czy innego ugrupowania politycznego, chociaż o szpitalnictwie mają słabe pojęcie.

Dyskusja:

Kol. Pręgowski Piotr rozróżnia rozwój instytucji zewnętrzny i wewnętrzny. Kol. Prelegent przedstawił nam smutny obraz przede wszystkim rozwoju zewnętrznego szpitalnictwa warszawskiego, szczególnie smutny, jeżeli chodzi o opiekę miasta nad zakładami psychiatrycznymi. Co się tyczy rozwoju wewnętrznego, to mamy kilka objawów dodatnich, jak unormowanie uposażenia niektórych lekarzy szpitalnych, komasacja oddziałów, należyte zaopatrzenie oddziałów w asystentów. Niestety należy przytoczyć kilka faktów, świadczących, o cofaniu się, a więc: skasowanie lekarzy miejscowych jest niezbyt szczęśliwym pomysłem, zniesienie stopni dla niższego personelu szpitalnego, zaniedbanie bibliotek szpitalnych. Ci, którzy w ostatnich dziesiątkach lat zajmowali się szpitalnictwem, ubolewają nad takim krokiem wstecz, jakim jest wprowadzenie rad opiekuńczych, dzięki którym miała rzekomo powstać autonomia szpitali. Tego przynajmniej usiłował dowieść w Stowarzyszeniu Lekarzy, lekarz, ówczesny wiceprezydent miasta. Chodziło także o utrzymanie szpitalnictwa w rękach pewnego ugrupowania. Mówca wyraża przekonanie, że, gdyby kol. Prelegent, jako ówczesny ławnik i przyjaciel ideowy kol. Rottmunda, przeciwstawił się temu, mógłoby być inaczej.

Kol. B y c h o w s k i Z y g m u n t zabiera głos głównie celem dorzucenia kilku informacji co do powiększenia liczby łóżek szpitalnych. Jakkolwiek oficjalnie mamy tylko o 800 łóżek więcej, w istocie sprawa ta lepiej się przedstawia, dzięki udziałowi przytułków, które znacznie się powiększyły i wpływają skutecznie na zmniejszenie liczby cierpiących na choroby przewlekłe w szpitalach warszawskich. Np. przytułek w G ó r z e K a l w a r j i został powiększony ze 150 łóżek do przeszło 600. Instytucje społeczne w Z o f i j ó w c e, D r e w n i c y, istnieją dzięki zapomogom magistratu. Tak samo zakład w B u s k u jest w wysokim stopniu zasilany przez magistrat. Rzecz prosta, stwierdzony przez mówcę postęp nie oznacza, iż dokonano już wszystkiego. Nastąpiło pewne rozczarowanie co do sanatorium w O t w o c k u, gdzie jest 200 łóżek, a miało być więcej.

Zaprojektowano budowę szeregu pawilonów tańszych w O t w o c k u.

Co się tyczy zaniedbania bibliotek szpitalnych, to jest to wina samych zarządów szpitali, które układają bardzo skromne budżety. Mówca bowiem nie wyobraża sobie, aby wydział szpitalnictwa skreślał drobne sumy, przeznaczone na książki.

Mówca uważa, że szpitale warszawskie stoją na wysokim poziomie naukowym.

Należy mieć nadzieję, że miasto wkrótce przystąpi do budowy szpitala dla umysłowo chorych.

Kol. R o t t e r m u n d S t e f a n uważa, że nieszczęściem szpitalnictwa warszawskiego jest nieuregulowanie spraw jego fundacyj. Gdyby ta najważniejsza przeszkoda została usunięta, można byłoby stwierdzić, czy miasto ma fundusze, a jeśli ich nie ma, należałoby zaciągnąć pożyczkę. Również ważnymi przeszkodami dla rozwoju szpitalnictwa są częste przewroty polityczne i sprawa ustawodawstwa dla samorządów szpitalnych.

Mówcy udało się pracować w szpitalnictwie w ciągu 5-ciu lat. Potem przewrót polityczny spowodował zmiany. Następca mówcy poszedł w innym kierunku. Rozwój szpitalnictwa warszawskiego można podzielić na różne okresy, ale najgorszym był chyba rok 1922: zima, mrozy, brak żywności, brak węgla, Kasy miejskie wypłacały należności kwitami. Należy jeszcze podkreślić niektóre ważne momenty w rozwoju szpitalnictwa. W r. 1917 Warszawa liczyła mniej więcej 900.000 mieszkańców, przy obliczaniu potrzebnej liczby łóżek nie można było przewidzieć takiego przewrotu, jak np. powstanie Kasy Chorych, która bierze duże opłaty, a korzysta z 50% zniżki w szpitalach. Jeżeli kol. Prelegent oblicza, że Warszawa powinna mieć 12.000 łóżek szpitalnych, to nie oznacza jeszcze, że fundusze na ten cel ma

dać wyłącznie miasto. Jeżeli chodzi o budowę zakładów psychiatrycznych, to tutaj główną przeszkodę stanowią nieuregulowane stosunki państwa z władzami miejskimi w rozrachunkach pieniężnych. Co do organizacji wewnętrznej szpitali, mówca zaznacza, że był ostatnim, który zgodził się na wprowadzenie kuratora.

Mówca jest wdzięczny kol. Pręgowskiemu, że ten ostatni dał mu sposobność wypowiedzieć się w tych sprawach publicznie. Ani inspektor szpitalny, ani naczelnik wydziału nie mogą niczego dokonać z chwilą, kiedy społeczeństwo uważa, że nie potrzeba lekarzy, ponieważ zastąpić ich mogą inżynierowie.

Kol. Prezes stwierdza niezawodny postęp co do zwiększenia liczby łóżek i zaopatrzenia szpitali ale niestety niema ciągłości w wykonywaniu zamierzonych planów, co jednak przy dobrych chęciach mogłoby być usunięte. Mówca czerpie dowody na to z instytucji, której kierownictwo mu powierzono Kol. Bychowski wspomniał o rozbudowie przytułków. Niestety przytułki pochłonęły część funduszków przeznaczonych dla szpitali. Tak jednak nie powinno się robić, bowiem budowa domów szpitalnych przeciąga się, koszty wzrastają. Rady szpitalne są dobre, jeżeli skład ich jest dobrany. Złe jest, jeżeli uchwały, zatwierdzone przez radę miejską, nie są wykonywane, a natomiast dokonywa się zmian bez sankcji rady miejskiej i przygodnie.

Kol. Dąbrowski Witosław uważa, iż, dopóki szpitalnictwo jest kopciuszkem dołączonym do innego wydziału, dopóty nie ma widoków rozwoju. W tej chwili nie mamy inspektora szpitalnego, nikt się szpitalnictwem nie interesuje, a nawet krążą pogłoski o wskrzeszeniu idei przyłączenia szpitalnictwa do wydziału zdrowia publicznego. Ten ostatni projekt przedstawia wielkie niebezpieczeństwo, bowiem wydział zdrowia zajęty jest przedewszystkiem zagadnieniami zapobiegawczymi, wobec których zagadnienia z dziedziny szpitalnictwa odejdą na plan dalszy. Mówca uważa za konieczne, aby organ szpitalnictwa przy Towarzystwie Lekarskim Warszawskim wypowiedział się w obronie idei samodzielności wydziału szpitalnictwa. Dalej, szpitalnictwo nie może rozwijać się dobrze, jeżeli budżet zależy od ludzi nefachowych. Wprowadzenie różnic politycznych i narodowościowych na teren szpitalnictwa jest szkodliwe, i zasługuje na najwyższe potępienie.

Kol. Zaorski Jan sądzi, że winę za braki szpitalnictwa ponoszą czasem i lekarze a to dlatego, że nie zawsze należycie interesują się sprawami zdrowia i nie zawsze poczuwają się do obowiązku gorliwej ich obrony. Np. lekarze-posłowie na sejm mało zajmowali się sprawami zdrowia, a w odpowiednich momentach nie podkreślali dostatecznie swojej fachowości. Dalej mówca omawia obszernie orga-

nizację ośrodków zdrowia i sposób udzielania porad ludności przez ich pracowników. Dochodzi do wniosku, że ośrodki zdrowia nie pełnią jakiejś odrębnej, im tylko właściwej roli, a raczej są zwykłymi przychodniami. Okoliczność, że lecznictwo jest rozrzucone po różnych wydziałach i nie jest objęte wspólnym jednolitym planem, prowadzi do trwonienia zasobów pieniężnych.

Kol. Babiński Leon przypomina, że najpiękniejsze czasy szpitalnictwa przypadły na pierwsze lata po objęciu przez magistrat. Wszystkie inwestycje, wykonane od tego czasu do roku 1919 są bardzo cenne, jednak w stosunku do potrzeb Warszawy są niczem. Troska o losy szpitalnictwa jeszcze bardziej się zwiększa, jeżeli wziąć pod uwagę sprawozdania takiego znawcy, jak Michalski, z którego wynika, że z 8 złotych, opłacanych za chorego, przeszło 6 złotych idzie na personel szpitalny. W wydziale szpitalnictwa, jak w innych zresztą, niema urzędnika, odpowiedzialnego za to, co się dzieje. Nie należy jednak zapominać, że życie obecnie tak się zmieniło, iż przy roztrząsaniu aktualnego zagadnienia, czy szpitale mają być urządzone na koszt państwa, czy też gminy, należałoby zdecydować się na pociągnięcie do tego obowiązku przedewszystkiem Kasy Chorych. Wchodzimy obecnie w okres zwrotny w dziedzinie szpitalnictwa — szpitalnictwem winny być obciążone Kasy Chorych.

Kol. Łapiński Wacław stwierdza, że płynne stosunki polityczne w państwie odbijają się niewątpliwie niepomysłnie na samorządach. Samorządy i szpitalnictwo są u nas terenem walk politycznych, a chorzy i jego potrzeby znajdują się na dalszym planie. Szpitalnictwem nikt się nie interesuje i nikt nie ponosi odpowiedzialności. Dalej mówca poddaje szczegółowej krytyce sprawę budowy sanatorium w Otwocku, jako przykład, jak się takich rzeczy nie powinno robić.

Kol. Prelegent. W odpowiedzi na liczne przemówienia w dyskusji, stwierdza, że podniesiono wiele bolączek szpitalnictwa warszawskiego, poruszono wiele tematów, z których każdy może służyć jako odrębny referat. Referentowi powierzono zadanie krótko przedstawić jedynie historyczny przebieg zasadniczych spraw szpitalnictwa warszawskiego w okresie ostatnich 20-tu lat. Obszerniej pisał o tem w pracy swej p. t. „Rozwój, organizacja i stan obecny szpitalnictwa warszawskiego” drukowanej w Lekarzu Polskim.

Co do sprawy Rad szpitalnych przy poszczególnych szpitalach, poruszonej przez kol. Pręgowskiego, referent stwierdza, że istniały one, jako Komisje Gospodarcze już w r. 1918, a drobne zmiany i nazwa były wprowadzone dlatego, żeby odpowiadały tym Radom szpitalnym, które przewidywała obowiązująca jeszcze do dziś Ustawa Szpitalna z 1842 roku. Z chwilą wprowadzenia w życie nowej ustawy szpitalnej sprawa Rad szpitalnych w obecnej postaci stanie się nierealną. (Streszcz. własne).

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny (—) Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 8 października 1929 r.

Przewodniczący: Prezes **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 50, wprowadzonych gości 23.

I. Protokół posiedzenia, poświęconego sprawom szpitalnictwa, z dn. 1.X 1929 r. przyjęto.

II. Prezes odczytuje tytuły nadesłanych do ksiąźnicy T-wa publikacji lekarskich:

1. R. Martial. Conférence programme pour les élèves des Ecoles Normales d'Instituteurs (Paris).

2. A. Marie, R. Martial. Travail et folie. Paris (1909).

3. W. Łapiński. Opieka nad dzieckiem gruźliczem. Warszawa, (1929).

4. T. Łapiński. Cele i zadania społecznej psychiatrii społecznej, ze szczególnem uwzględnieniem potrzeb Warszawy. Warszawa (1929).

6. Wł. Szumowski. Historia medycyny filozoficznie ujęta. Medycyna starożytna. Kraków (1930).

7. W. Łapiński. Przypadek włóknistego schorzenia krętarza małego. Warszawa (1928).

8. H. Higier. Poród jako uraz mózgu oraz dominująca rola porodu w patologii dziecięcej. Warszawa (1928).

9. H. Higier. Nieco z leczenia, dietetyki i higieny żydów starożytnych. Warszawa (1928).

10. W. Mikułowski. O schorzeniach mózgowych w koklusz. Warszawa (1929).

11. W. Mikułowski. Ein Beitrag zum Mechanismus der Darmblutungen beim Bauchtyphus. Leipzig (1929).

12. W. Mikułowski. Biegunka śmiertelna z melanodermją i porfirinurją u cesarza. Warszawa (1929).

13. W. Mikułowski. O powinowactwie klinicznym, epidemiologicznym i profilaktycznym odry i koklusza. Warszawa (1929).

14. W. Mikułowski. Ueber seltene Bauchtyphuskomplaktionen bei Kindern. Schweiz (1929).

15. W. Mikułowski. Die therapeutische Anwendung des Sauerstoffes in der Kinderklinik. Wien (1929).

18. W. Mikułowski. Neuropatie et syphilis congénitale chez l'enfant. 1929.

19. W. Mikułowski. Diarrhée mortelle avec mélanodermie et porphyrinurie chez un nourrisson. Strasburg. 1929.

20. W. Mikułowski. Ein Beitrag zur „geschlossenen“ Tuberkulose bei Kindern. Leipzig 1929.

III. Higier H. Porażenie nerwu okoruchowego i migrena okoporażna. (Pokaz).

Przypadek dotyczy 35-letniego, dotychczas zupełnie zdrowego mężczyzny. Od 10-ciu lat corocznie, pod koniec wiosny, miewa trzydniowe napady bólu głowy w lewej okolicy nadoczodołowej, połączone z wymiotami. Następnie zjawia się porażenie całego nerwu okoru-

chowego z opadnięciem powieki, z rozszerzeniem i brakiem odruchów żrenicy. Stan taki trwa od dwóch do 19 tygodni. Potem pozostaje długo objaw Graefego. W rodzinie nikt nie cierpiał ani na zwykłą migrenę, ani na migrenę oftalmiczną (Charcot), oftalmiczno-spastyczną (Feré) względnie oftalmoplegiczną. Jest to typowa postać okresowej migreny okoprajnej (migraine ophtalmoplegique, ophtalmoplegia periodica). Niekiedy znajdowano łagodne guzy w pobliżu korzonków lub jąder nerwu okoruchowego. Nie wyjaśnia to jednak napadowości i okresowości cierpienia. Prelegent za przyczynę uważa napadowy skurcz miejscowej tętniczki gałazki tylnej tętnicy mózgowej (arteria cerebri posterior). Już po kilkunastu sekundach powoduje to niedokrwienie z następczym zwyrodnieniem jąder. Po ustąpieniu skurczu, jądra odradzają się, jak to bywa w cięższych przypadkach zapalenia mózgu (encephalitis) lub ostrem zapaleniu rogów przednich rdzenia. (poliomyelitis anterior acuta). Schorzenie to jest podobne do zgorzeli symetrycznej (choroba Raynaud), przemijającej ślepoty, niedowidzenia połowiczego i niedowładu połowiczego u osób cierpiących na migrenę. Ostatnio Neuburger i Spielmeyer stwierdzali niekiedy zupełnie zmienione naczynia krwionośne przy starczym porażeniu połowiczem ze zwyrodnieniem ośrodków psychoruchowych. Obaj autorzy przyjmują za przyczynę niedokrwienie wskutek skurczu naczyń. Przed laty Prelegent opisał zupełne porażenie połowicze u starca. Poprzedzało je w ciągu 10 godzin 8 napadów przemijającego porażenia, prawdopodobnie pochodzenia skurczowego. W omawianym przypadku mniej prawdopodobne jest przypuszczenie obecności równoważnika choroby Quinckego (cedema angioneuroticum acutum), jak to przyjmują niektórzy autorzy (Kurschmann, Quincke, Cassirer, Sterling). Pacjent nie miał nigdy obrzęków napadowych ani innych anafilaktyczno-aler- gicznych objawów.

IV. Michalski Zdzisła w wygłosił odczyt p. t.: Podstawy biologiczne sztucznej odporności na gruźlicę.

Prelegent omawia pokrótce powody względnej odporności na gruźlicę, rozróżniając u ludzi: 1) wpływy anatomiczne (niedorozwój układu tętniczego), 2) wpływy humoralne, których wyrazem są te, lub inne „skazy”, wreszcie 3) wpływ samego zakażenia gruźliczego.

To ostatnie zagadnienie jest właśnie tematem odczytu.

Następnie prelegent streszcza historję doświadczeń nad uodparnianiem przeciw gruźlicy zwierząt i ludzi i omawia różne próbowane metody uodparniania, przedstawiając teoretyczne podstawy doświadczeń Behringa, Calmett'a i Guérina, autorów japońskich Arima, Aoyama i Ohnawa nad tak zwaną szczepionką AO.

Przechodząc do faktów, spostrzeganych w klinice, Zdz. Michalski omawia rolę ognisk pozapłucnych i wpływ ich na przebieg zakażenia gruźliczego. Przytacza niektóre tezy wysunięte przez Loewensteina — (1. narządy raz zarażone gruźlicą są miejscem dalszych przerzutów; 2. najodporniejszą jest tkanka mięsna prażkowanego; 3. jeżeli ognisko gruźlicze pierwotne wystąpi w narządzie odpornym. to i cała sprawa ma przebieg względnie łagodny i odwrotnie).

Z obserwacji sztucznego zakażenia gruźliczego u zwierząt labo-

ratoryjnych Zdz. Michalski wyciąga również spostrzeżenie, że miejscowe ognisko gruźlicze, powstałe w miejscach wstrzyknięcia złośliwych prątków gruźliczych, jest jednocześnie bodźcem do wytwarzania ciał odpornościowych w ustroju zwierzęcia.

Na zakończenie prelegent przedstawia wyniki własnych badań doświadczalnych nad uodparnianiem świnek morskich szczepionką z hodowli prątków gruźliczych, przygotowanej w ten sposób, aby z prątków usunąć możliwie dużo tuberkuliny, pozostawiając w niej wszystkie ciała t. zw. „antygenne”.

Prątki gruźlicze szczepu złośliwego poddawano wyciągowi w acetonie, po odsączeniu którego przygotowywano zawiesinę o stężeniu 1 miligramu prątków w 1-y m. sz.

Szczegółowe omówienie wyników tych doświadczeń znajdzie miejsce w doniesieniu 4-em z serii badań doświadczalnych nad gruźlicą, zainicjowanych przez Prelegenta. Względnie dobre wyniki tych doświadczeń Zdz. Michalski uzależnia w zupełności od powstawania miejscowych ognisk gruźliczych w miejscach wstrzyknięcia szczepionki. (Streszczenie własne).

Kol. Szczepański Z. zastanawia się nad tem, czy zapatrywania Calmette'a są teoretycznie słuszne. Każdy z nas przechodzi w wieku dziecięcym zakażenie gruźlicze. Calmette stosując swoją szczepionkę, chciał uchronić dziecko przed późniejszym zakażeniem, czyli właściwie chciał uczynić to, co robi sama natura. O wartości szczepień Calmette'a, sąd ostateczny będzie można wydać dopiero po szeregu lat.

Kol. Szokalski zwraca uwagę, że badania Calmette'a i badania japońskie dotychczas nie dają takich wyników, jakich spodziewaliśmy się. Mówca ma wrażenie, że i kol. Prelegent nie doszedł do wniosku, aby odporność przez niego wywołana, starczyła na długo. Dalej mówca omawia wyniki, jakie otrzymał, badając w 285 przypadkach gruźlicy zawartość we krwi mocznika, kwasu moczowego, cukru i cholesterolu.

W dyskusji zabiera również głos kol. Wojnarowska.

Kol. Prelegent w odpowiedzi kol. Szczepańskiemu zaznacza, że samemu Calmette'owi jest wiadome, iż odporność po jego szczepionce trwa krótko, naogół biorąc, nie dłużej niż rok. Wobec tego Kol. Prelegent uważa, iż niema co czekać 20 lat, gdyż i obecnie jest dość danych dla oceny tej szczepionki.

V. Sobieszczański Luc. O leczeniu głodem.

Leczenie dietetyczne sięga czasów starożytnych. Zauważono od dawna, iż powstrzymanie się całkowite lub częściowe od pokarmów pomaga w niektórych cierpieniach. U Egipcjan, Żydów, Chaldejczyków, dalej Hindusów, znajdujemy szczegółowe przepisy dietetyczne, z których naigrawa się Hippokrates. Ten twórca wiedzy medycznej uznaje znaczenie stosowania ograniczeń w jedzeniu. Zaleca nawet krótkotrwałe głodzenie w czasie ostrych chorób gorączkowych jednak bez przesady. Jeszcze więcej miejsca głodzeniu poświęcają lekarze czasów rzymskich Aulus Cornelius Celsus i Claudius Galenus. Pierwszy jest zwolennikiem cura famis (inedia) w wielu cierpieniach, powściągliwości w jedzeniu zaś

dla wszystkich pracujących. Poglądy djetetyczne, Galena zresztą spekulatywne, dzięki tłumaczeniom arabskim, przetrwały wieki. Ludy germańskie, jako pierwotne, jadły bardzo dużo. Stąd znaczenie w ekonomji gospodarczej postów, krzewionych przez Kościół chrześcijański i zakony regularne. Warstwy bogatsze cierpią na choroby, spowodowane nadużyciami w jedzeniu i piciu.

Długo medycyna naukowa nie chciała się zajmować cierpieniami z przekarmienia, pozostawiając je partaczom i cyrulikom, zwykle ograniczającym się do upustów krwi. Dopiero w połowie zeszłego stulecia zaczęto badać tę sprawę. Pojawiają się teoretyczne prace o głodzeniu (Collard de Martigny, Chossat, Bouchardat, Struve, Bilder i Schmidt, Bischof, Panum, Manassein, Moleschott i in.). Następnie wielu lekarzy (Baucel, Harrey, Ebstein, Oertel, Bouchard i in.) leczy otyłość, dnę i podobne cierpienia ograniczeniem pokarmów. Myśl Celsa o leczeniu głodzeniem podejmują liczni lekarze: Francuzi (Gudja, Martinet), głównie Amerykanie (Carrington, Albu, Dewey), niektórzy Niemcy, (v. Noorden, Naunyn), u nas A. Tarnewski w Kosowie w końcu ub. stulecia. Głodzą 20, 30 nawet 50 dni (Devey), co jest niebezpieczne. W Ameryce (Benedict, Josli) a również w Europie w czasie wojny ostatniej (Brugsch, Carnot, u nas Chelmoński, Chelchowski i in.), piszą piękne studia nad głodzeniem.

Stwierdzono, iż ciepłokrwiste istoty giną z głodu przy stracie 40 — 60% wagi, najprędzej młode. Podaniem pokarmu i ogrzewaniem można nawet bardzo wycieńczone uratować. O stratach narządów w głodzeniu pouczają prace Voita, Manasseina, Ernesta Starlinga. Anatomopatolodzy znajdowali pomniejszenie i zwyrodnienie narządów (Manassein, Podwysockij, Hornowski i in.). Tylko pęcherz moczowy zyskuje na wadze (Manassein). Badanie nad głodującym w doświadczeniu przez 4½ dnia, z pomiarami p. s. wykonane zostały za pomocą przyrządu Douglass-Haldena'a. Wyniki p. s. i badania chemiczne wydzielin podane są w tablicach.

Z analiz otrzymano, iż badany przez 4 dni głodu, przy spadku na wadze 4,8 kg, utracił:

wody: 2452 g., białka: 301,25 g., (co odpowiada 1417 g. tkanki mięśniowej) węglowodanów: 181 g., tłuszczów: 800 gr. Straty soli wynoszą z analiz: dla NaCl — 28,904 g., dla SO₃ — 4,834 g., dla P₂O₅ — 16,735 g. Wzrost krwi wykryto: zagęszczenie (wzrost białka i cholesteryny), obok spadku ciałek czerwonych i białych. Ilość cukru we krwi nieco spadła (1,1 — 0,9%).

Leczenie głodzeniem jest metodą pewną. Można je stosować ostrożnie przez kilka dni. Działa ono korzystnie: 1) w cierpieniach serca i nerek, przy zwiększonym ciśnieniu krwi (sposstrzegano zwięźnienie żył, natomiast nie znajdowano zwięźnienia wielkich tętnic wbrew pracom Guelpy). 2) W chorobach przemiany materji: otyłości, dnies, skazie moczanowej lub szczawianowej, cukrzycy (stosować ostrożnie). 3) W ostrych i przewlekłych cierpieniach przewodu pokarmowego. 4) W cierpieniach neurotonicznych (migrena); należy je wtedy sto-

sować krótko. 5) W schorzeniach gruczołu tarczowego. 6) W cierpieniach alergicznych i anafilaktycznych.

Głodzenie przyspiesza wchłanianie płynów chorobowych. Jest wskazane ctyłym i sportowcom.

Głodzenie prócz straty wagi prowadzi do dużych strat białka, obniża ciśnienie krwi i zmniejsza liczbę krwinek. Dobrze również działa na neurasteników. Jest metodą bodźcową, nieprzyjemną i wysoce męczącą dla pacjenta. Ostrożność w stosowaniu głodzenia jest konieczną. Metoda żywienia niedoborowego przez dni 30 daje podobne, lecz cyfrowo niższe wyniki. Umiar w jedzeniu i picu prowadzi do zachowania zdrowia. (Streszczenie własne).

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny (—) **Jan Trzebiński.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 15 października 1929 r.

Przewodniczący: Prezes **K. Zieliński.**

Obecnych członków T-wa 38, wprowadzonych gości 13.

I. Protokół z dnia 8.X 1929 r. przyjęto.

II. Prezes oznajmia obecnym, iż: a) na XIII-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników reprezentował Towarzystwo Sekretarz Stały kol. **Antoni Gluziński**, którego wybrano na przewodniczącego Zjazdu, b) na uroczystościach 350-lecia Uniwersytetu Wileńskiego Towarzystwo reprezentował członek Zarządu kol. **W. Łapiński**; c) Sekretarz Stały Towarzystwa został odznaczony dyplomem doktora honoris causa Uniwersytetu Wileńskiego.

III. Kol. **A. Fidler** wygłosił referat: Wartość kliniczna mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z uwzględnieniem wpływu na nie: atropiny, adrenaliny oraz kardiazolu, koraminy i kofeiny.

Prelegent badał stan układu krążenia zapomocą określenia ciśnienia tętna oraz proponowanego przez siebie wskaźnika naczyniowego (ilcraz z podzielenia ciśnienia tętna przez ciśnienie rozkurczowe). Wskaźnik naczyniowy ulega zazwyczaj zmniejszeniu pod wpływem podskórnego lub śródżylnego wstrzyknięcia atropiny; pod wpływem zaś śródżylnego podania 0,3 mg. adrenaliny wskaźnik ten zwiększa się. Koramina i kardjazol w dawkach 1 — 5 ctm³ nie mają żadnego wpływu na ciśnienie krwi zarówno u osób zdrowych, jak też chorych. Kofeina, zwłaszcza w przypadkach z ostrą niedomogą serca, wywołuje skurcz naczyń, zwolnienie akcji serca i obniżenie ciśnienia tętniczego.

IV. Kol. **St. Wąsowicz** wygłosił referat: O stosunku wzajemnym ciśnienia tętniczego i lepkości krwi oraz wydajności moczu (stałe Martinet'a) w świetle badań klinicznych.

Badania ciśnienia tętniczego krwi, wydajności moczu i lepkości krwi, oraz obliczanie stałych Martineta wykonaliśmy ogółem u 52-ch chorych. Przeważali chorzy, u których najważniejszym cierpieniem

była miażdżyca tętnic (31 przypadków); u dwóch chorych rozpoznawano łagodną marskość nerek; 10-ciu chorych było dotkniętych cierpieniami nerek; u 5-ciu stwierdzano choroby serca (u 4-ch chorych zmiany umiejscawiały się na zastawkach tętnicy głównej). Poza tem obserwowano jedną chorą z nadciśnieniem po usunięciu jajników, jednego chorego z przewlekłym zatruciem cłowiem, jednego z krwimoczem napadowym i jednego z gościem wielostawowym.

Na zasadzie przeprowadzonych przez nas badań u 52 chorych dotkniętych różnemi schorzeniami, możemy wyprowadzić następujące wnioski.

1. W przypadkach o utrzymanej równowadze w narządach krążenia i wydalania, wskaźnik H/P nie obniża się poniżej 0,2 nawet u chorych, z przewlekłemi cierpieniami nerek.

2. W przypadkach zaburzenia równowagi w narządach krążenia i wydalania wskaźnik H/P utrzymuje się stale poniżej 0,2 (miażdżyca tętnic wraz z niedomogą nerek, okresy obostrzenia cierpienia nerek, wady zastawkowe tętnicy głównej).

3. Znaczne podniesienie stosunku H/P wskazuje bądź na stałe wzmożoną przepuszczalność nerek, bądź też na okres wzmożonego pozbywania się wody nagromadzonej w ustroju.

4. W przypadkach niedomogi czynności serca, przebiegającej z sinicą, wskaźnik P/V opada niżej 1 na skutek znacznego wzmożenia lepkości krwi.

5. Obniżenie wskaźnika nerkowego $\frac{P}{P \cdot V}$ poniżej 1 wskazuje bądź na niedomogę sercowo-nerkową, bądź na cierpienie nerek.

6. Wzmożenie wskaźnika nerkowego $\frac{P}{P \cdot V}$ powyżej 1 w chorobach nerek wskazuje na cierpienie zwyrodniające, ze wzmożoną przepuszczalnością, wiodącą do charłactwa.

7. Obniżenie lepkości krwi poniżej normy (4,2) stwierdzono we wszystkich przypadkach ze znaczną mocznicą.

8. Nie stwierdza się równoległości pomiędzy lepkością krwi a wskaźnikiem refraktometrycznym surowicy krwi.

9. Zwiększenie wskaźnika A m b a r d'a powyżej 0,07 stwierdza się prawie we wszystkich przypadkach, z nawet nieznaczną niedomogą serca, pomimo prawidłowych ilości mocznika we krwi.

10. Obliczanie stosunku ciśnienia tętniczego i lepkości krwi, oraz wydajności moczu jest cennem uzupełnieniem klinicznej obserwacji chorych.

11. W przypadkach z objawami niedomykalności zastawek tętnicy głównej nie można obliczać wskaźników M a r t i n e' a, gdyż ciśnienie rozkurczowe nie odpowiada oporom na obwodzie. (Streszczenie własne).

W dyskusji kol. F i d l e r zwraca uwagę, iż ciśnienie tętnicze w wadach zastawki tętnicy głównej nie odpowiada oporom na obwodzie, natomiast ciśnienie rozkurczowe w niedomykalności zastawek tętnicy głównej świadczy rzeczywiście o ich zmniejszeniu.

Kol. prelegent: w odpowiedzi zaznacza, że w badaniach jego chodziło głównie o ciśnienie, powodowane schorzeniami nerek. Jest to

bowiem jeden z najważniejszych czynników, który oddziałuje na ciśnienie. W przypadkach wady zastawek tętnicy głównej nie można określić stanu naczyń nerkowych.

Zast. Sekretarza dorocznego (—) **Władysław Kosiński.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 22 października 1929 r.

Przewodniczący: Prezes **K. Zieliński.**

Oecznych członków T-wa 31, wprowadzonych gości 7.

I. Protokół posiedzenia z dnia 15.X 1929 r. przyjęto.

II. Sekretarz stały T-wa Antoni Gluziński, przedstawił sprawę fundacji ś. p. D-ra Eugenjusza Lewensterna. Ogólne zebranie jednogłośnie zgodziło się na przyjęcie kwoty zł. 1.840, ze składek ku uczczeniu pamięci ś. p. D-ra Eugenjusza Lewensterna i ustanowienie fundacji im. D-ra Eugenjusza Lewensterna dla udzielenia z odsetek stypendjum studentowi medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, polakowi, wyznania rzymsko-katolickiego. Upoważniono Prezesa i Sekretarza Stałego do sporządzenia aktu rejentalnego fundacji na warunkach według ich uznania.

III. Prof. Grzywo-Dąbrowski wygłosił referat: „Tak zwany stan grasiczo-limfatyczny i jego znaczenie dla medycyny sądowej”.

Wniośki:

1. U osób młodych, przeważnie do lat 25, rzadziej do lat 35 można zwykle odnaleźć dobrze zachowaną grasicę, o ile organizm przed śmiercią nie był wycieńczony przez jakąś cięższą chorobę.

Mniej więcej to samo można powiedzieć o zachowaniu się tkanki limfatycznej w organizmie; zwykle występuje ona wyraźnie u osobników dobrze odżywionych i niezbyt starych.

2. Porównywując osobniki tego samego wieku, stwierdziliśmy, że niema większej różnicy co do stanu grasicy i aparatu limfatycznego w przypadkach nagłych zgonów rozmaitego rodzaju.

3. Obecność grasicy nie jest dowodem skłonności do nagłego zgonu; również nie powoduje ona nagłej śmierci. To samo trzeba powiedzieć i o t. zw. stanie grasiczo-limfatycznym.

4. Brak dowodów obiektywnych, że t. zw. stan grasiczo-limfatyczny istnieje, jako pierwotna zmiana, wrodzona.

5. W przypadkach samobójstw nie stwierdza się częściej, niż w innych przypadkach nagłych zgonów, szczególnie dużej grasicy lub przerosłego układu limfatycznego.

6. Pod wpływem rozmaitych wycieńczających chorób, a szczególnie cierpień przewodu pokarmowego u dzieci, grasicą może ulec tak znacznemu wiałowowi, że nawet mikroskopowo nie można jej wykazać.

7. Przy rozpoznawaniu przyczyny śmierci w przypadkach są-

dowo-lekarskich oględzin zwłok należałoby zaniechać określenia, że śmierć nastąpiła wskutek lub w związku ze stanem grasiczo-limfatycznym, czy też stanem grasiczym. W takich przypadkach jedynie słusznem byłoby powiedzieć, że przyczyna śmierci nie została ujawniona. (Streszczenie własne).

Dyskusja.

Kol. Antoni Gluziński. Na sprawę, którą poruszył prelegent musimy patrzeć z dwojakiego stanowiska, a mianowicie: ze stanowiska klinicznego i medycyny sądowej.

Każdy klinicysta może powiedzieć, że stan limfatyczny ma pewne cechy kliniczne; temi cechami za życia są: powiększony układ limfatyczny i powiększone brodawki okolone języka (a nie gruczoły, jakie spotykamy w latach dziecińczych), również są powiększone migdałki i układ limfatyczny przewodu pokarmowego, głównie grudki samotne i kępki Payera, co na sekcji wykazał pierwszy Paltauf. Budowę zewnętrzną cechuje dość wysoki wzrost, brak uwłosienia pod pachami, typ kobiecy uwłosienia okolicy narządów płciowych u mężczyzn i stan hypotoniczny; na sekcji: tętnica główna jest wązka, serce małe. W przebiegu chorób zakaźnych i innych spraw chorobowych stan grasiczo-limfatyczny pogarsza rokowanie. Mówca przytacza dwa przypadki nagłej śmierci po wstrzyknięciu salwarsanu. W obu na sekcji znaleziono stan grasiczo-limfatyczny. Medycyna sądowa może być w pewnej sprzeczności z medycyną wewnętrzną, gdy w niektórych przypadkach nagłej śmierci nie będzie brany pod uwagę stan grasiczo-limfatyczny. Mówca wspomina o rozstrzygnięciu wydziału lekarskiego w Krakowie, dokąd jako do najwyższej instancji odwołał się sąd po orzeczenie w przypadku takim: nauczyciel uderzył 15-letniego ucznia trzcina przez głowę; uczeń zmarł. Sekcja wykazała tylko dużą grasicę. Chodziło zatem o wydanie orzeczenia, czy nauczyciel zabił chłopca, czy też uraz był przyczyną pośrednią. Uwzględniając stan grasiczo-limfatyczny, wydział wydał orzeczenie, iż nauczyciel był winien tylko pośrednio. Drugi przypadek: wśród aktu defloracji nastąpiła nagle śmierć 17-letniej dziewczyny. Sekcja wykazała stan grasiczo-limfatyczny. Wydano orzeczenie, iż akt gwałtu był przyczyną śmierci; uznano jednak obecność okoliczności łagodzących. Trzeci przypadek: podczas zabawy chłopiec zmarł wskutek upadku z trampoliny. Sekcja wykazała znów dużą grasicę. Mówca przypuszcza, iż t. zw. stan grasiczo-limfatyczny powinno się uwzględnić.

W medycynie sądowej na podstawie tych przypadków nie można zajmować stanowiska, że niema naturalnej przyczyny śmierci.

Kol. Puławski jest również zdania, iż nie należy zupełnie wyłączać by stan grasiczo-limfatyczny nie mógł być przyczyną śmierci. Mówca w swej praktyce szpitalnej obserwował następujące dwa przypadki; 1) pewien chłopiec, epileptyk, będąc w wannie, w której było zaledwie troszkę wody na dnie, zmarł nagle. Na sekcji nie znaleziono dowodów utonięcia, natomiast stwierdzono stan grasiczo-limfatyczny. II-gi przypadek: kobieta młoda przywieziona do szpitala podczas ataku hysterji, po kilkunastogodzinnym pobycie w szpitalu zmarła. Sekcja wykazała również stan grasiczo-limfatyczny (grasica ważyła około 50 gr.). Należy przypuszczać, iż była to śmierć grasicza

(mors thymica). Mówca przypuszcza, iż w pewnych razach należy uznawać stan grasiczo-limfatyczny za przyczynę śmierci. Lekarz sądowy musi być jednak ostrożny z uznawaniem stanu grasiczo-limfatycznego za przyczynę śmierci, gdyż mogłoby to posłużyć do pokrycia zbrodni.

Kol. Prelegent: twierdzi, że w Il-gim przypadku kol. Pułaskiego grasicz, nie była tak duża. Takie grasicz nieraz widywano. Co się tyczy wypadków śmierci w wodzie, to woda zimna przy zadrażnieniu wejścia do krtani może spowodować drogą odruchową śmierć sercową. W przypadku zaś śmierci od uderzenia trzcina w głowę — to wstrząs bólowy może wywołać u człowieka wrażliwego porażenie czynności serca. W przypadkach powyższych dla medycyny sądowej nie jest wystarczające znalezienie stanu grasiczo-limfatycznego jako przyczyny śmierci. U ludzi młodych stan ten w nagłych przypadkach śmierci znajdujemy często. W wielu razach dokładne badanie mikroskopowe np. mięśnia sercowego ustalono przyczynę śmierci. Należy również pamiętać, iż w 15% nagłych zgonów nie można ustalić przyczyny śmierci. Mówca podkreśla jeszcze raz, iż przy badaniu sądowo-legarskim zwłok należałoby zaniechać określenia iż śmierć nastąpiła wskutek lub w związku ze stanem grasiczo-limfatycznym.

Zabierał głos jeszcze kol. Łyskawiński.

Mówca stwierdza fakt istnienia w patologii dziecięcej przypadków wrodzonego przerostu i rozrostu grasicy, jako jedyne, dającego się ściśle ustalić objawu chorobowego. Nie towarzyszą mu jakiegokolwiek inne cechy ogólnej skazy konstytucjonalnej, w których mogą występować niekiedy już w bardzo wczesnym okresie życia dziecka ciężkie, groźne dla życia objawy utrudnienia oddechu. Opisy przypadków nagłej śmierci u dzieci uzależniane od stanu grasiczo-limfatycznego spotykamy w piśmiennictwie lekarskim coraz rzadziej. Dzięki udoskonalonej technice badań klinicznych i anatomo-patologicznych udaje się niejednokrotnie wykryć istotną przyczynę śmierci. Mówca powołuje się na opinię autorów francuskich, wypowiedzianą w tej sprawie na ostatnim zjeździe pediatrycznym w Paryżu w dniach 30.IX — 2.X r. 1929. (Streszczenie własne).

Zast. Sekretarza dorocznego (—) Władysław Kosiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dn. 5 listopada 1929 r.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 47, wprowadzonych gości 16.

I. Protokół posiedzenia klinicznego z dn. 28.X. 1929 r. przyjęto.

II. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Doc. D-rze Zygmuncie Grudzińskim.

Doc. Dr. Zygmunt Grudziński urodził się dn. 19 stycz-



nia 1870 r. Ukończył III-cie gimnazjum warszawskie w r. 1890, poczem wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. W r. 1895-ym przeniósł się do Uniwersytetu Dorpackiego, gdzie ukończył Wydział Lekarski w r. 1896-ym. Po powrocie do Warszawy pracował jako ordynator kliniki dajagnostyczno-terapeutycznej do r. 1898-ego. Następnie wyjechał zagranicę i przez rok jeden studjował, głównie choroby wewnętrzne i nerwowe w klinikach wiedeńskich, lwowskich i berlińskich. Od r. 1899 pracował jako ordynator w klinice dajagnostycznej chorób wewnętrznych U. W. Następnie specjalizował się w rentgenologii, której oddał się z całym zapalem. Zyskiwał coraz większe uznanie. Praca w kierunku naukowym pozwoliła mu uzyskać docenturę rentgenologii w Uniwersytecie Warszawskim.

Ś. p. Grudziński był członkiem czynnym naszego Towarzystwa od roku 1900; ogłosił drukiem: 1) Przypadek tężyczki. *Medyc.* 1900. 2) Światło jako środek leczniczy. Warszawa 1901. Odczyt na posiedzeniu T-wa Warsz. w dn. 3.IX r. 1901. 3) Sowriemiennoje sostojanje swietłoleczenja. Petersburg. *Rusk. Med. Wiestn.* 1902. 4) Działalność oddziału wodoleczniczego w Ciechocinku za pierwsze trzy lata istnienia. Warszawa. *Zdrowie* 1908. 5) Uproszczony sposób określania położenia pocisku w ciele przy pomocy radiografji. *Gaz. Lek.* 1915. 6) Złogi i zwapnienia ze stanowiska rentgenologii. *Med. i Kron. Lek.* 1913. 7) Radjodiagnostyka zwężeń przełyku. *Gaz. Lek.* 1913. 8) O badaniu odruchu rzepkowego. *Kron. Lek.* 1907. 9) Rentgenodiagnostyka chorób narządu trawienia. Warszawa, 1923. 10) O nietypowych postaciach achondroplazji. *Pol. Przegl. Radiol.* 1927. 11) Krótki zarys dziejów radiologii w Polsce i zagranicą. *Pol. Przegl. Radiol.* 1927. 12) Pierwotny zespół gruźliczy w świetle badania rentgenologicznego. *Medyc.* 1928.

Śmierć zaskoczyła go przy doniosłej pracy dla piśmiennictwa naszego. Układał słownik mianownictwa polskiego tej gałęzi wiedzy lekarskiej, którą reprezentował i do której rozwoju przyczynił się zarówno swoimi pracami jak i założeniem Polskiego Towarzystwa Radiologicznego oraz współdziałaniem w powstaniu Polskiego Przeglądu Radiologicznego.

III. Kół. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Prof. D-rze Rafale Radziwiłłowiczu.

Prof. Dr. Rafał Radziwiłłowicz urodził się w r. 1860. W r. 1879 ukończył 4-te gimnazjum w Warszawie i wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu w Dorpacie, który skończył w r. 1886. W r. 1887 po obronie rozprawy p. t. „Ueber Nachweis und Wirkung des Cystizins” otrzymał w Dorpacie stopień doktora medycyny. W latach 1887 i 1888 był asystentem w zakładzie leczniczym w Nałęczowie i pracował w szpitalu Dziec Jezus na oddziałach ś. p. D-ra Orłowskiego i Prof. Baranowskiego. Od r. 1888 do 1891 był ordynatorem w szpitalu św. Mikołaja Cudotwórcy w Petersburgu i równocześnie nadliczbowym asystentem kliniki psychiatrycznej prof. Mierzejewskiego. Od r. 1891 był ordynatorem w szpitalu dla obłąkanych w Twerkach a od r. 1920 — radcą Ministerstwa w Dep. Zdrowia. W r. 1926 był powołany na profesora psychjatrji Uniwers. Stefana Batorego w Wilnie. Oprócz wymienionej już wyżej rozprawy ogło-

sił drukiem prace następujące: 1) Opis szpitala w Tworkach. Gaz. Lek. 1891. 2) Sprawozdanie ze zjazdu psychologicznego w Monachium. Przegl. Filoz. Nr. 1. 3) Artykuł p. t. „Patogeneza synagomystei”. Krytyka Lek. 1899. 4) Opracował dział histologii mózgu w dziele pod red. prof. H o y e r a „Histologia ciała ludzkiego”. 5) Liczne sprawozdania drukowane w Przegl. Filoz. i Kronice Lek. 6) Od r. 1891 był stałym referentem działu psychiatrii i neurologii w Przegl. Piśm. Lek. Pol., wydawanego przez Tow. Lek. Warsz. 7) Projekt nowego szpitala miejskiego dla umysłowo chorych pod Warszawą. Medyc. i Kron. Lek. 1913. 8) Psychiatria sądowa. Kursy przygotowawcze dla lekarzy powiatowych. Warszawa 1917.

S. p. Radziwiłłowicz był członkiem czynnym naszego T-wa od r. 1910, a po wyjeździe do Wilna — członkiem korespondentem.

Krótki Jego pobyt na uniwersytecie wileńskim zaznaczył się poważnie wydaniem podręcznika psychologii, a w czasie ostatniego zjazdu lekarzy i przyrodników był czynnym gospodarzem i kierownikiem sekcji psychiatrycznej. Miał jeszcze jeden cel przed sobą. Widząc, jako lekarz w tylu zakładach dla obłąkanych, jakie nieszczęście sprowadza nadużywanie napojów wysokowych, uważał za wskazaną walkę z tym nałogiem. Brał czynny udział i kierował sprawami dla zwalczania alkoholizmu, sądził że jedynie celową jest zupełna wstrzeżliwość od napojów wysokowych.

Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

IV. Kol. Prezes odczytuje tytuły nadesłanych do ksiąźnicy T-wa publikacyj lekarskich:

1) Księga pamiątkowa ku uczczeniu CCCL rocznicy założenia i X wskrzeszenia uniwersytetu Wileńskiego. Wilno (1929).

2) Vademecum k české literature lékařské. Praha (1929).

3) Dziennik urzędowy Izby Lekarskiej Warsz. - Białostockiej, październik, r. 1929.

4) S t. S z y m a ń s k i. O ambulatoryjnym leczeniu odmą sztuczną. Warszawa, 1928.

5) A. R u d o l f. O leczeniu odmą sztuczną gruźlicy płuc.

6) „ „ O wadliwym i właściwym leczeniu ciężkich ostrych zapaleń gardła(anginy). Warszawa, 1928.

7) „ „ O niektórych zagadnieniach z dziedziny leczenia sztuczną odmą piersiową. Warszawa, 1928.

8) „ „ Posocznica (szepsis, septicaemia) w rozumieniu własnem i cudzem. Warszawa, 1929.

9) „ „ Oddziaływanie mechanizmu odechowego na krążenie krwi. Warszawa, 1929.

10) S t. S z y m a ń s k i. Le traitement par le pneumothorax artificiel en dispensaire. Varsovie. 1928.

11) W ł a d. J a k o w i c k i. Pierwsze pięciolecie kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwers. Stefana Batorego w Wilnie. Wilno 1929.

12) P. P r ę g o w s k i. Le concept, le jugement et l'attention. Paris.

13) J. B u k o w s k a. Wpływ solanki ciechocińskiej na ustrój dziecka. Warszawa, 1929.

14) J. K ö r b e r. Maligni tumori. Karlovac. 1929.

15) H. B e r l i n e r. O umieralności wśród członków (mężczyzn) kas chorych w województwach centralnych zachodnich i południowych. Warszawa, 1929.

Kol. Wiceprezes prof. L. Paszkiewicz ofiarował 36 tomów pisma „Frankfurter Zeitschrift für Pathologie”

Kolega Prezes wita, jako gościa, prof. B u j w i d a z Krakowa.

V. Prof. O. B u j w i d wygłosił odczyt p. t. „Stosunki sanitarne w Brazylii, ze szczególnem uwzględnieniem kolonij polskich (z pokazem przeźrocy).

Z chorób najbardziej dokuczliwych należy wymienić zimnicę złośliwą, która wyludniła już wiele kolonij, a oprócz niej chorobę tęgoryjcową, (ankylostomiasis), trąd, żółtą febrę, leishmaniozę, filariozę. Zwłaszcza pierwsze dwie są groźnym wrogiem kolonij. Mniej wchodzi w rachubę ukąszenia przez jadowite węże i pajaki, przeciwko którym wytwarza się obecnie w 5 instytutach surowice. Najpoważniej pracują: Instytut Oswaldo Cruz w Rio de Janeiro oraz Instytut Vital-Lrazil'a w Nilersy. Nieco mniej wydatnie pracuje instytut Butantan. Rozpoczęto też pracę w tym kierunku w Bäll Horinonte (Stan Minas) oraz w Porto legre (Rio-Grande do Sul.). W polskich kolonjach brak organizacji sanitarnych. Władze sanitarne brazylijskie nie mogą wystarczyć. Praca Dep. Zdrowia, Min. Spr. Wewn. w Rio de Janeiro oddziaływa bardzo skutecznie, ale niema dość ludzi i środków, ażeby oddziaływać na kolonje. Nie wszystkie zresztą stany brazylijskie podlegają jedostajnemu planowi sanitarnemu.

Stworzenie w Polsce placówki sanitarnej, wytwarzającej siły lekarskie i pomocnicze dla kolonij brazylijskich jest bardzo potrzebne. W tym kierunku postawiłem wniosek na Sekcji Higieny Zjazdu Lekarzy w Wilnie. Potrzebny jest również popularny podręcznik, omawiający najważniejsze zasady higieny podwzrotnikowej i podstawy zapobiegania chorobom pasorzytniczym w krajach gorących (znajduje się wdruku).

Kolonje polskie stoją dobrze ekonomicznie i mogą dziś wywozić z kraju, jeżeli da się im należyta organizację. Organizacja sanitarna winna być pierwszą. W niektórych stanach już dziś (Rio Grande do Sul) lekarz polski może pracować bez zdawania egzaminów lekarskich. Inne stany pod tym względem są bardziej wymagające. Można jednak zyskać ułatwienia, jeżeli będzie chodziło o pracę w kolonjach. (Streszczenie własne).

VI. Kol. M e l a n o w s k i W. wygłosił odczyt p. t. „Ropowica podokostnowa oczodołu w przebiegu płonicy (z pokazem chorych i fotografii).

Prelegent podkreśla brak danych, dotyczących tego powikłania w monografiach lekarskich o płonicy. Przypadki te są stosunkowo częste. Poczynając od R i b e r i (1838) szereg autorów zwraca uwagę na te ciężkie powikłania. Z ostatnich publikacji wyszczególnia prace M o l l i s s o n a, M y g i n d a, P a u n z a, M c. M i l l a n e (1919),

Phelpta (1923), Henkesa (1924), Uffenorda i Delage'a (1926).

W piśmiennictwie polskiem sprawa ta dotąd poruszana nie była. Toteż, korzystając ze sposobności, Prelegent przedstawia cztery przypadki podobne, obserwowane i leczone przezeń w ciągu ostatnich trzech lat.

Jak widać z przytoczonych przypadków, powikłania ropowicą oczodołu należy do powikłań płonicy ciężkiej. Powikłania te należy operować, by ratować oko, i uwolnić je od ogniska ropnego. Ropowica oczodołu jest powikłaniem ciężkiej płonicy, toteż niezawsze pomimo zabiegów, chory pozostaje przy życiu, tembardziej, że ropowica obu oczodołów może być nawet wyrazem zapalenia ropnego opon mózgowych.

Dyskusja:

Kol. Pieniążek Jan przytacza przypadek ropowicy podokostnowej oczodołu, który obserwował w szpitalu dziecięcym przy ul. Kopernika. W przypadku tym nie było jednak wytrzęszenia, co utrudniało ustalenie wskazań do zabiegu.

W odpowiedzi przemawiał Kol. Prelegent, podkreślając znaczenie diagnostyczne nakłucia.

VII. Kol. Melanowski W. Pokaz preparatów rogówek z t. zw. pierścieniem Kaiser-Fleischera w przypadku choroby Wilsona.

Prelegent przedstawia preparaty rogówki z t. zw. pierścieniem Kaisera, opisanym przez tego autora w 1902 roku. W 1903 r. Fleischer potwierdził spostrzegany przez Kaisera pierścień i, uznał go za jeden z objawów choroby Wilsona. Zmiany w rogówce dotyczą błony Descemeta. Występują one wydatnie na obwodzie dołka rabka, jako pierścień, szeroki 2 — 2,5 mm barwy zielonkawo brunatnej. Badanie mikroskopowe skrawków mrożonych wykazało, że zabarwienie rogówki spowodowane jest szeregiem ziarenek brunatnych, drobnutkich, przesycających błonę Descemeta i śródbłonek rogówki. Ziarenka te nie rozpuszczają się w alkoholu absolutnym, w alkoholu amylowym, amonjaku i w chloroformie co przemawia przeciw pochodzeniu ich z urobiliny. 10% roztwór KCN rozpuszcza ziarenka natychmiast, co, według Unna'v (1916) i Vogta (1929), ma wskazywać na to, że są to strąty srebra. Tłumaczyłoby to mieniający się wygląd pierścienia. Pochodzenie srebra w rogówce oka nieleczzonego srebrem, tłumaczy się faktem stwierdzonym przez Söldnera (1913), że wątroba i nerki zdręwe zawierają ślady srebra (0.00328 gr), antymonu i miedzi.

Autór zawdzięcza preparat prof. Dr. K. Orzechowskiemu, któremu tu składa podziękowanie. Również dziękuje prof. D-rom L. Paszkiewiczowi, oraz asystentom jego, w szczególności D-rom Pruszczyńskiemu i Zahorskiemu za życzliwą i czynną pomoc w badaniu anatomicznym przypadku. (Streszczenie własne).

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny (—) Jan Trzebiński.

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONEGO SPRAWOM
SZPITALNICTWA
z dnia 12 listopada 1929 r.**

Przewodniczący: Wice-prezes **L. Paszkiewicz**.

Obecnych członków T-wa 41, wprowadzonych gości 10.

I. Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 5.XI 1929 r. przyjęto.

II. Wice-prezes odczytuje zaproszenie warszawskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego na uroczyste zebranie, poświęcone ś. p. Prof. Rafałowi Radziwiłłowiczowi. Zebranie odbędzie się dn. 20.VI r. 1929 w Klinice Psychiatrycznej U. W.

III. Kol. Sze n a j c h W ł a d. wygłosił odczyt p. t.: Walka z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi.

Po krótkim wstępie historycznym, obrazującym naukę o zakażeniach wewnątrzszpitalnych od czasu Lavoisier aż do dnia dzisiejszego, referent — na zasadzie doświadczenia, zdobytego w szpitalu im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie, omawia tezy walki z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi:

1. Głównymi źródłami zakażeń wewnątrzszpitalnych są:

a) nieodpowiednio urządzone i prowadzone ambulatorja;

b) nieodpowiednio urządzone i prowadzone gabinety przyjęć chorych do szpitala;

c) nieodpowiednia budowa i niedostateczne zaopatrzenie pawilonów szpitalnych;

d) wadliwie zorganizowana sprawa odwiedzin chorych;

e) niedostateczny pod względem liczbowym i jakościowym personel szpitalny oraz wadliwa organizacja pracy personelu szpitalnego.

2. W każdym ambulatorjum, gdzie przyjmowane są dzieci, powinna być urządzona: a) sortownia chorych, b) oddzielne pokoje (celki) do pomieszczenia i przyjmowania chorych z chorobami zakaźnymi, c) wspólna duża poczekalnia dla chorych niezakaźnych, d) odpowiednia liczba gabinetów lekarskich dla przyjmowania chorych niezakaźnych, e) ambulatorja powinny być wyposażone w doświadczony personel lekarsko-pielęgniarski.

3. Gabinety przyjęć chorych do szpitala powinny być urządzone systemem celek zamkniętych. W szpitalach małych, gdzie niema stałej i ciągłej służby lekarskiej, powinien być przynajmniej jeden pokój izolacyjny dla umieszczenia nowych chorych do czasu zbadania przez lekarza.

4. Każdy chory przy przyjęciu do szpitala powinien być zbadany przez lekarza dyżurnego, należycie wyszkolonego w rozpoznawaniu chorób zakaźnych. Należy przytem brać pod uwagę wywiady osobiste, rodzinne i mieszkaniowe co do możliwości zakażenia.

5. W każdym szpitalu powinna być urządzona stacja obserwacyjna (jeden lub kilka pokojów izolacyjnych); w szpitalach dziecięcych i w szpitalach dla chorych zakaźnych powinien istnieć oddział (pawilon) obserwacyjny urządzony systemem celek zamkniętych w stosunku 20 celek na 100 łóżek szpitalnych.

6. W szpitalach dziecięcych i w szpitalach dla chorych zakaźnych sale powinny być małe, (nie więcej niż 6 do 8 łóżek). Na salach chorych powinny być urządzone celki w stosunku $\frac{1}{3}$ części łóżek na sali, lub odpowiednia liczba pokoiów oddzielnych.

7. W szpitalach dziecięcych i w szpitalach zakaźnych należy dążyć do podziału dzieci podług wieku, lub podług możliwości zakażenia.

8. Przy urządzaniu oddziałów dla chorych zakaźnych należy uwzględnić możliwość podziału chorych podług okresu trwania choroby. Powinny być oddzielne pododdziały a) dla chorych świeżych, b) dla będących w rozkwicie choroby i c) dla ozdrowieńców.

9. Odwiedziny chorych należy ściśle uregulować do czasu i co do liczby osób odwiedzających. Na oddziały zakaźne i na oddziały niemowlęce nie powinno się zupełnie wpuszczać osób odwiedzających.

10. Nie mury, lecz ludzie są rdzeniem szpitala. Liczby personelu lekarskiego, a zwłaszcza świetnie wyszkolonego personelu pielęgniarskiego w szpitalach dziecięcych, głównie na oddziałach niemowlęcych i zakaźnych, powinny być znacznie większe, niż w szpitalach dla dorosłych z chorobami wewnętrznymi, niezakaźnymi.

Praca personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i służby oddziałowej powinna być należycie zorganizowana, stale kontrolowana i dozorowana.

Stan zdrowia personelu szpitalnego powinien być pod stałym dozorem lekarskim.

11. Poza tem zakażenia wewnątrzszpitalne powinny być zwalczane w sposób immunobiologiczny, zwłaszcza dotyczy to odry, błonicy i płonicy.

12. Można zmniejszyć liczbę zakażeń wewnątrzszpitalnych przez: a) należyte urządzenie szpitala, b) odpowiednie zorganizowanie pracy lekarskiej, pielęgniarskiej i opiekuńczej, c) obfitość powietrza, światła, wody, mydła, bielizny i pościeli, d) zachowanie czystości, e) kontrolę przyjąć chorych, f) przestrzeganie przepisów antyseptyki w pielęgnowaniu, oraz g) odosobnienie i odkażanie.

Świadczy o tem doświadczenie szpitala im. Karola i Marji dla dzieci, gdzie z 375 źródeł zewnątrzszpitalnych udało się zahamować zakażenie odrazu w 323 przypadkach, co stanowi 86,13%; 52 źródła, czyli 13,87% dało 154 przypadki zakażeń wewnątrzszpitalnych. W stosunku do ogółu leczonych w tym czasie chorych (8.390 dzieci) liczba przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych (154 przyp.), stanowi 1,8%. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Kol. Michalski Zdz. stwierdza, że nie wszystkie szpitale warszawskie znajdują się w tak szczęśliwych warunkach, jak szpital Karola i Marji. W szpitalu św. Stanisława, jeden oddział odpowiada mniej więcej całemu szpitalowi Karola i Marji. Oddział obserwacyjny szp. św. Stanisława składa się z jednej sali. Wczesne rozpoznanie płonicy nasuwa czasem wielkie trudności. Jest się bezsilnym wobec częstych zakażeń wewnątrzszpitalnych płonicy, a tymczasem w tym samym szpitalu istnieje 18 separetek, które są gotowe i stoją bezczynnie od roku. Co do zabezpieczenia od zakażenia płonicy zapomo-

ca wstrzykiwań surowicy, mówca niezupełnie zgadza się z Prelegentem, aby miała ona pewnie zabezpieczać. Na poparcie swych wywodów przytacza kilka przypadków zakażenia płonicą pomimo uprzedniego podania czy to surowicy krajowej czy też angielskiej. Uodpornienie przeciwko odrze zapomocą podawania surowicy ozdrowieńców jest niemożliwe do przeprowadzenia na szerszą skalę ze względu na trudność otrzymania tej surowicy w większej ilości. Jest jednak inna droga wyjścia — stosowanie surowicy zdrowych ludzi; według źródeł amerykańskich surowica zdrowego człowieka ma zbliżone własności do surowicy ozdrowieńców.

Kol. Dąbrowski Witosław stwierdza, że Kol. Prelegent poruszył sprawę bardzo ważną. Szpital nie powinien dopuścić, aby chory w jego murach nabył nową chorobę i aby chory, czy też odwiedzający, wynosił chorobę nazewnątrz. Jednakże w naszych warunkach dotychczasowych niepodobna zupełnie tych nieszczęść uniknąć.

Oddanie sprawy zakażenia wewnątrzszpitalnego (Kol. Prelegent w swoim odczycie wspomniał o takim przypadku, wziętym z życia), władcom sądowym do rozstrzygnięcia, mówca uważa za wysoce niepożądane. Nielekarze nie mogą rozstrzygać w sprawie, stanowiącej dotychczas szczyt zagadnień medycyny, nasuwających wiele wątpliwości nawet najbardziej doświadczonym lekarzom.

Walka z zakażeniem wewnątrzszpitalnym dlatego jest ciężka, że do szpitala przybywa znaczna liczba chorych w okresie wylegania innej choroby. Do pewnego stopnia odwiedzający mogą również przynosić nową chorobę.

Niezmierzalnie byłoby pożądane izolować każdego chorego przybywającego do szpitala. Wiedziony tą ideą, mówca powziął myśl urządzenia w szp. św. Stanisława 30 cel wobec przybywających dziennie średnio 20 chorych.

Okazało się jednak, że, ze względu na warunki terenowe, można urządzić tylko 18 cel. Przystąpiono do wykonania tego planu; cele są gotowe, ale teren dookoła nie jest wykończony i dlatego nie będą one jeszcze czynne w ciągu najbliższej zimy.

Możnaby czynić szpital odpowiedzialnym za zakażenie wewnątrzszpitalne dopiero wtedy, gdyby zostały wprowadzone w życie następujące postulaty: dostateczna izolacja chorego i odpowiednio wyszkolony, odpowiedzialny, dostatecznie liczny personel szpitalny. Mówca nie sądzi, aby chorzy, znajdujący się na oddziale szpitalnym, w razie pojawienia się odrzy, wszyscy się nią zakażali. Jeżeli chorzy, którzy ulegli nowemu zakażeniu będą natychmiast odosobnieni, to rzadko zajdzie potrzeba zamknięcia oddziału.

Kol. Łyskawiński Stanisław przypomina, że Kol. Prelegent już przed kilku laty poruszał sprawę zakażeń wewnątrzszpitalnych w Tow. Pediatrycznym. Podkreśla cywilną odwagę Prelegenta, że szczerze przyznaje się do pewnego procentu zakażeń wewnątrzszpitalnych w szpitalu im. Karola i Marii. Zwykle lekarze naczelni nie lubią mówić o takich zakażeniach w swoich szpitalach. Na dowód, jak ważna jest poruszona sprawa dla zakaźnego szpitala dziecięcego, mówca wspomina szpitale austriackie, w których dziecko dostawało

ospy wietrznej, płonicy, błonicy i, jak się nieraz zdarzało, nie wychodziło już ze szpitala. Oddział obserwacyjny w szpitalu powinien być stały. Nie należy dopuszczać, aby, jak to często bywa w szpitalach małych, oddział ten stawał się z konieczności oddziałem dla płonicy, i aby kwestja obserwacji innych przypadków upadła. Mówca uważa, że niepowszednią rolę w powstawaniu zakażeń odgrywa nieodpowiednio urządzone ambulatorjum. Następnie mówca przechodzi do sprawy pojawiających się nierzadko zakażeń noworodków w zakładach położniczych.

Kol. Zaborowski Stan. przypomina, że tylko dzięki wyszkolenemu i sumiennemu personelowi udawało się dawniej uniknąć zakażeń na oddziałach położniczych wobec fatalnych warunków, gdy chora aseptyczna leżała często obok septycznej. Mówca nie nadaje takiego znaczenia, jak pedjatrzy, zakażeniom dzieci w zakładach położniczych z powodu przebywania ich razem z matkami; zakażenia te zdarzają się przecież bardzo rzadko.

Kol. Mutermilch Stanisław omawia doniosłe znaczenie poruszonego zagadnienia dla szpitali ogólnych, niezakaźnych, zwłaszcza większych.

Szpital taki powinien posiadać dobrze urządzony oddział obserwacyjny: postulat ten obecnie powszechnie uznano. Do oddziału takiego kierowani są nietylko zgłaszający się do szpitala chorzy, podejrzani o chorobę zakaźną, lecz również chorzy, u których podczas przebywania na innych oddziałach szpitalnych, występują „podejrzane” objawy. Należy dążyć do tego, aby przypadki zakażenia wewnątrzszpitalnego sprowadzić do minimum. Do celu tego prowadzi z jednej strony ostrożne kwalifikowanie do szpitala chorych gorączkujących; z drugiej — czystość w najszerszem tego słowa znaczeniu, a więc i powietrze. Z punktu widzenia sanitarnego jest rzeczą niedopuszczalną przepełnienie sali szpitalnej ponad przewidzianą etatową liczbę łóżek i pozbawianie w ten sposób chorego dostatecznej ilości powietrza. Dalej we własnym interesie szczególna uwaga winna być zwrócona na czystość całego personelu pielęgniarzkiego, który również winien podlegać systematycznemu oględzinom lekarskim. Bezwzględna czystość również winna obowiązywać budynki, w których mieszka część personelu szpitalnego oraz całe terytorjum szpitalne; bruki w szpitalu ze zrozumiałych względów powinny być gładkie, czysto utrzymywane i t. d. Niezmiernie ważną jest sprawa ścisłego i racjonalnego unormowania odwiedzania chorych przez krewnych i inne postronne osoby.

Wreszcie mówca jest zdania, że w szpitalach ogólnych winna być zwrócona baczna uwaga na możność zarażania się gruźlicą. Chorzy z otwartą gruźlicą tylko w wyjątkowych przypadkach winni być przyjmowani do ogólnych szpitali i to przy zachowaniu odpowiednich ostrożności. Pomijając inne względy, z punktu widzenia sanitarnego chorzy z otwartą gruźlicą nie powinni być przyjmowani nawet na oddziały gruźlicze *ad hoc* stworzone. Tacy chorzy winni być umieszczani w sanatorjach lub specjalnych zakładach leczniczych. (Streszczenie własne).

Kol. Łyskawiński Stan. zabiera głos w sprawie różnicy

poglądów akuszerów i pedjatrów na zakażenia dzieci, przebywających przez pewien czas w zakładzie położniczym.

Kol. Zaborowski Stan. dla przykładu przytacza stosunki w zakładzie położniczym św. Zofji, w którym stale przebywa chorych o 30% więcej, niż na to pozwala etatowa liczba łóżek. Wobec tego zdarza się nieraz, że trzeba umieścić 2 chore na jednym łóżku. Mimo to zakażenia zdarzają się rzadko.

kol. Dąbrowski Witosław stwierdza, że w pewnej ilości przypadków położnice zapadają na płonicę popołożową. Zakłady położnicze powinny zwrócić baczną uwagę na te zakażenia, które często kończą się śmiercią. Odwiedzanie położnic powinno być znacznie ograniczone, a w I tygodniu po porodzie zupełnie wzbronione.

Kol. Ryłko Marjan nadmienia, że od 2 lat odwiedzanie położnic w zakładach jest niedozwolone. Śmiertelność noworodków w zakładach położniczych zależy, zdaniem mówcy, głównie od ich sił wrodzonych — umierają słabe noworodki. Z drugiej strony przeważnie w pierwszych 10 dniach umierają noworodki na zaburzenia w narządach trawienia. Tu już grają rolę przyzwyczajenia matek, których niepodobna oduczyć od przekarmiania dzieci.

W odpowiedzi mówcom zabrał głos kol. Prelegent. Co się tyczy zapobiegania płonicy przez podawanie surowicy, to kol. Michalski, powątpiewając o wartości tej ostatniej, właściwie miał doskonałe wyniki, jeżeli na 50 przypadków, w których stosowano surowicę tylko raz pomimo zapobiegania rozwinęła się płonica. Co się tyczy swoistości surowicy, jest to inna sprawa. Nawet dualiści przyznają duże znaczenie w płonicy łańcuszkowcowi.

Po przemówieniu Kol. Prelegenta zabierali ponownie głos Koledzy: Zaborowski, Dąbrowski, Ryłko, Prelegent.

IV. Wiceprezes dziękuje Kol. Prelegentowi za tak interesujący odczyt, nad którym dyskusja trwała dłużej, niż sam odczyt.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny (—) Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 19 listopada 1929 r.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 34, wprowadzonych gości 19.

I. Protokół posiedzenia z dn. 12.XI r. b. przyjęto

II. Prezes zawiadamia, że T-wo otrzymało od Izby Lekarskiej zaproszenie na konferencję w dniu 24 i 25 bież. mies. w sprawie reorganizacji lecznictwa Kas Chorych. Wydelegowani zostali koledzy: Bolesław Jakimiak, Adam Przyborowski, Antoni Śmiechowski, Antonina Wojnarowska i Józef Mazurek.

III. Do Biblioteki T-wa wpłynęły następujące prace:

1. Gustaw Szulc. Statystyka zachorowań i zgonów w ubiegłym 10-leciu w wojsku polskim 1929 r.

2. Gusta w Szulc. Ogólne podstawy profilaktyki chorób zakaźnych w polu.

3. Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu wychowania fizycznego w Amsterdamie w dniu 1 — 4 sierpnia 1928 r.

4. Jan Szmurło. Choroby nosa i jamy nosowogardzieliwej — podręcznik dla lekarzy i studentów.

5. Stanisław Klein. Żółtaczka hemolityczna. r. 1929.

6. " " Niedokrwistość złośliwa. r. 1928.

7. " " Łączenie niedokrwistości złośliwej

8. Wacław Zaleski. Miednica kobiet Wilna i kresów północno-wschodnich.

9. Adam Leszczyński. Wrażenia z pobytu w Krynicy w sezonie letnim r. b.

10. Fukuoka - Ikwa da igaku - Zasski. Fukuoka Acta Medica. N-rów 7. 1922.

11. Archiv fuer Japanische Chirurgie. Bd. VI. H. 5. 1929 r.

12. Lucjan Sobieszczański. O znaczeniu woni w rozpoznawaniu chorób. 1928 r.

13. Lucjan Sobieszczański. Dwa przypadki unieruchomienia kręgosłupa na tle gruźliczem. r. 1929.

14. Lucjan Sobieszczański. Przypadek wczesnego kiłowego zapalenia tętnicy głównej.

15. Lucjan Sobieszczański O rokowaniu w suchotach płuc przewlekłych.

16. Lucjan Sobieszczański. Spożycie cukru, a cukrzyca oraz jej leczenie w zdrojowiskach krajowych.

17. Jan Chmielewski. O udostępnieniu zdrojowisk krajowych dla szerszych warstw ludności. 1922 r.

18. Jan Chmielewski. Gruźlica a układ nerwowy. 1922 r.

19. Jan Chmielewski. Samobójstwo z punktu widzenia socjologicznego i społeczno - lekarskiego. r. 1924.

20. Jan Chmielewski. O niektórych mało znanych odmianach objawu Lassègue'a i znaczenie ich dla rozpoznawania udawania rwy kulszowej. r. 1922.

21. Jan Chmielewski. O leczeniu gościa szczepionkami Paul'a r. 1929.

22. Jan Chmielewski. Stan psychiczny chorych na gruźlicę. r. 1923.

23. Jan Chmielewski. Samobójstwo ze stanowiska psychopatologii i medycyny społecznej. r. 1922.

IV. Kol. Sobieszczański przedstawił chorego z wczesnym kiłowym zapaleniem tętnicy głównej.

Jest to dalszy ciąg przebiegu cierpienia u chorego, przedstawionego przeze mnie w dniu 19.III r. b., które potwierdza dawne rozpoznanie: Aortitis luetica praecox cum dilatatione arcus aortae, insuffidentia vv. aortalium. Zapalenie tętnicy głównej wystąpiło w 8 miesiącu po zarażeniu się kiłą (objawy: pierwotny i wtórny).

Po intensywnem leczeniu salvarsano - bizmutowem (4 kuracje, Dr. J. Szumski) rozmiar poprzeczny tętnicy głównej na ortodiagra-

mach zmniejszył się z 6,6 cm. do 5,7 cm., co szło równolegle z poprawą stanu podmiotowego.

Chory przez 7 miesięcy nie był leczony swoiście, i w październiku przybył ponownie do mnie ze skargami na ból w okolicy mostka, duszność przy chodzeniu po schodach i innych wysiłkach fizycznych. Stwierdzono u niego 1) prawidłową ciepłotę i chybkie tętno; 2) rozszerzenie stłumienia serca w prawo i w wymiarze podłużnym; 3) przytłumienie nad rękojeścią mostka na przestrzeni 7 cm. (objaw Rożkowskiego); 4) szmer rozkurczowy na aorcie ze wzmożeniem 2 tonu; 5) szmer skurczowy wyraźny na lewej tętnicy podobojczykowej (Vaquez, Landau); 6) wątrobę macalną, czułą na dotyk; 7) odczyn WR słabo dodatni.

Po prześwietleniu promieniami Roentgena otrzymano rzut pionowy sylwetki serca, który porównano z poprzednim.

1) Ortokardiogram z 25.III r. b. (Dr. Rubinrot); rozmiar łuku tętnicy głównej $2,9 + 2,8 = 5,7$ cm.

L. serca = 15; T = md + ms = $5,5 + 8 = 13,5$;

czyli stosunki zbliżone do normy.

2) Ortokardiogram z 5.X r. b.; rozmiar łuku tętnicy głównej $2,9 + 3,3 = 6,2$ cm.

L. serca = 15,4; T = md + ms = $5,2 + 10,4 = 15,6$;

czyli mamy pod 2) wyraźne zwiększenie rozmiarów poprzecznych aorty i serca, mniejsze podłużnego wymiaru serca.

Wymienione dane potwierdzają rozpoznanie dokonane już *ex iuvantibus*. Ponieważ chory w ostatnim półroczu korzystał z urlopów wypoczynkowego i zdrowotnego, oraz przez 8 tygodni był w sanatorium w Świdrze, a mimo to, bez leczenia swoistego stan jego się pogarszał, należy uważać, że zapalenie tętnicy głównej nie było wynikiem ciężkiej pracy zawodowej. Obecnie skierowano chorego na następną (V) kurację do lekarza chorób skórnych i wenerycznych. (Streszczenie własne).

V. Kol. Hellin Dionizy przedstawił wyniki leczenia dwóch przypadków zniekształceń nosa (chirurgja kosmetyczna).

W jednym z nich H. skrócił nos i zwęził jego zbyt mięsisty koniec, który w błoniastej części przegrody zwieszał się charakterystycznie ku dołowi w postaci 6-tyki tak, jakgdyby opierał się na górnej wardze; ustawione ukośnie skrzydła nosa doprowadził H. do pozycji prostokątnej, przyczem śluzówka nozdrzy przestała być widoczną nazewnątrż w przeciwstawieniu do stanu przed operacją.

Przy stosowaniu zabiegów tego rodzaju należy zważać w każdym przypadku by nadana postać nosa tworzyła harmonijną całość z ogólnym wyrazem twarzy oraz liczyć na możliwość kurczenia się blizny pooperacyjnej.

W drugim przypadku sprawa tyczyła się pourazowego zniekształcenia (upadek z wysokości 2 p.). Nos był skrzywiony w części kostnej w lewo, a w dolnej chrząstkowej — w prawo; na dolnym końcu części kostnej z lewej strony wystawał kulisty kawałek kości. Nos wyglądał tak, jakgdyby składał się z dwóch części, zrosniętych pod kątem. Prawa strona nosa była zbyt wysoka, lewa zaś zbyt niska.

Operację wykonano w 3 miesiące po wypadku. Mieliliśmy więc

do czynienia z podwójnem złamaniem: urazowem i operacyjnem — pierwsze nos skrzywiło, drugie wyprostowało.

Złamania samej kości nosowej wraz z jej skrzywieniem powstają przy upadku np. z samolotu, samochodu, z roweru, na lodzie; w walce bokserów natomiast ulega złamaniu przeważnie kostna przegródka, co powoduje wklęśnięcie nosa.

W obydwu przypadkach H. dokonał zabiegu (w znieczuleniu miejscowem) wewnątrznosowo, wskutek tego niema żadnych widocznych śladów operacji. Wynik w obydwóch przypadkach idealny.

Przedstawiając te przypadki H. pokazał fotografie nosów przed operacją. (Streszczenie własne).

VI. Kol. Dąbrowska Janina i kol. Dębicki Kazimierz z omawiają (z pokazem preparatów makro i mikroskopowych) przypadek kamicy przewodów zewnątrz i wewnątrzwątrobowych oraz torbielowatego przekształcenia nerek u mężczyzny 22-letniego z rozlanem ropnem zapaleniem otrzewny z przedziurawienia wrzodu przedniej ściany dwunastnicy.

Rozszerzenie workowate przewodów żółciowych, wypełnienie ich kamieniami barwnikowo-wapniowymi (od wielkości ziarna pieprzu do orzecha włoskiego, o powierzchni gładkiej, przeważnie graniastej), oraz rozrost tkanki łącznej i nacieki ropne dokoła przewodów i ich najmniejszych rozgałęzień, przemawiają za powstaniem tego rodzaju sprawy pod wpływem dwu czynników:

1) rozwojowego, który spowodował również torbielowate przekształcenie nerek,

2) zakaźnego, (prawdopodobnie prątkami duru brzuszego, gdyż ślady po przebytych durze brzusznych stwierdzono na sekcji w postaci siateczki szyfrowej w obrębie blaszek Peyera jelita biodrowego).

Referenci podkreślają wyjątkowo rzadkie występowanie tego rodzaju sprawy w tak młodym wieku.

Z zestawień statystycznych dokonanych przez ś. p. prof. Horncowskiego na materiale sekcyjnym Zakładu Anatomii Patologicznej Un. Lwowskiego wynika, iż na 446 przyp. kamicy wątrobowej tylko w 2 przyp. wystąpiła kamica przewodów wewnątrzwątrobowych. Ze statystyki przeprowadzonej przez Dra E. Siedleckiego w Zakł. Anat. Pat. Un. Warszawskiego również tylko w 2 przyp. notowano kamice przewodów wewnątrzwątrobowych na 512 przyp. ogólnej kamicy wątrobowej.

VII. Kol. Gustaw Szulc wygłosił odczyt: Choroby przewodu pokarmowego w wojsku polskiem w latach 1922 — 1928.

Ze statystyki sanitarnej wojska polskiego wynika, że w ostatnich trzech latach istnieje przyczyna, która powoduje zwiększenie ilości zwolnień z wojska, wskutek chorób narządu trawienia. Zwiększenie to wystąpiło we wszystkich Okręgach Korpusowych w równym stopniu, co świadczyłoby o tem, że czynnik szkodliwy nie jest związany z jakimiś warunkami miejscowymi w poszczególnych okręgach, lecz zależy od warunków wspólnych dla całego wojska. Jest rzeczą mało prawdopodobną, aby to był czynnik klimatyczny, iczkolwiek stwier-

dzieliśmy sezonowe wahania w przebiegu zachorowań. Zwiększenie zachorowań z zadziwiającą regularnością można stwierdzić w ostatnich trzech latach w każdym miesiącu, co wyklucza możliwość wpływu czynnika klimatycznego, gdyż trzeba by przypuścić, że warunki klimatyczne pogorszyły się zupełnie równomiernie we wszystkich miesiącach, co jest rzeczą b. mało prawdopodobną. Tak samo trudno byłoby posądzać o szkodliwość w tym kierunku złe warunki mieszkaniowe. Wprawdzie koszały w wielu miejscach w Polsce pozostawiają dużo do życzenia, jednakże warunki pod tym względem różnią się znacznie w poszczególnych dzielnicach, co musiałoby się odbić na statystyce okręgów korpusu. Można by tedy myśleć o trzech rodzajach czynników, wspólnych dla całego wojska, mianowicie o przemęczeniu wskutek nieracjonalnego ze stanowiska higieny systemu szkolenia, o wpływie nieodpowiedniego systemu żywienia. Zarówno wpływ przemęczenia, jak i ubrania łatwo można wykluczyć głównie na tej podstawie, że zwiększenie zachorowań występuje równomiernie we wszystkich miesiącach, co się nie zgadza ani z natężeniem szkolenia, różniącego się znacznie w poszczególnych miesiącach, ani też nie może być zależne od ubrania, którego wpływ przecież jest w wysokim stopniu zależny od czynników klimatycznych i sezonowych. Pozostaje więc najbardziej prawdopodobne przypuszczenie, że zwiększenie zachorowań i zwolnień zależy od odżywiania żołnierza. Nie zawinił tu prawdopodobnie ani brak staranności o wyżywienie ze strony poszczególnych dowódców, ani jakość produktów, ani zatrucia pokarmowe, gdyż wszystkie te rzeczy podlegają wahanom w kierunku dodatnim i ujemnym i nie mogłyby spowodować tak regularnego wzniesienia krzywej zapadalności w całym kraju. Przyczyny należy doszukiwać się raczej w obowiązującym dla całego wojska systemie zaopatrywania w produkty żywnościowe, który uległ zmianie w ostatnich dwóch latach. Oczywiście nie winien jest temu system ryczałtowej gospodarki, uznany powszechnie za najlepszy ze stanowiska higieny, winę ponosi tu niewłaściwy system obliczania tego ryczałtu, tak że kwota wydawana na jednego żołnierza jest stanowczo nie wystarczająca, aby można było za nią wyżywić go w sposób racjonalny. Zjawisko zwiększenia ilości chorób narządów trawienia znajduje niewątpliwie tu swoje wytłumaczenie.

Bardziej skomplikowanym jest zwiększenie liczby chorób wyrostka robaczkowego. Sprawa tego rodzaju rozpoczęła się w r. 1914, i prawdopodobnie już wtedy musiała istnieć jakaś przyczyna, powodująca częstsze dolegliwości ze strony wyrostka robaczkowego. Zbyt mało mamy dowodów na to, żeby przyczyną było pogorszenie przemiału chleba, jednakowoż tej możliwości nie można odrzucić całkowicie. Jak już wspominałem w r. 1924 wydano zarządzenie, aby wypiekać w wojsku chleb wyłącznie z mąki 82% przemiału. Wskutek tego, że jednocześnie zboże w tym czasie było mniej dorodne (gorsze urodzaje żyta), wartość chleba żołnierskiego uległa jeszcze większemu pogorszeniu. To pogorszenie chleba mogło wpłynąć na zwiększenie chorób wyrostka robaczkowego we wszystkich oddziałach wojskowych, co istotnie można stwierdzić przy rozpatrywaniu zachorowań według Okręgów Korpusu.

Drugi podskok krzywej chorób wyrostka robaczkowego nastąpił w r. 1926 równocześnie ze zwiększeniem się ilości innych chorób przewodu pokarmowego. Wobec znacznego podobieństwa między chorobami przewodu pokarmowego i wyrostka robaczkowego, mamy prawo przypuszczać, że istnieje między nimi pewna zależność. Można ją łatwo ujawnić, porównując zachorowania według miesięcy. Możemy tedy ze znacznym stopniem prawdopodobieństwa przypuszczać, że czynniki szkodliwe, powodujące banalne zachorzenia przewodu pokarmowego, przyczyniają się również do częstszych chorób wyrostka robaczkowego. Wynikałoby stąd, że są one następstwem pogorszenia wyżywienia nie tyle w sensie ograniczenia ilości pokarmów, lecz w sensie jakości produktów, zakupywanych dla wojska. Zgodnie z tem, chleb przemiału 82% należałoby uważać za produkt gorszy, niż dawniej używany do spożycia w wojsku chleb przemiału 70%. (Streszcz. własne).

Dyskusja.

Kol. Babiński zwraca uwagę na duże znaczenie nadzoru higienicznego nad wodą, a na dowód przytacza dwa przykłady z Medycyny wojskowej podzwrotnikowej a mianowicie: ocenę stanu zdrowotności żołnierzy wysłanych na Madagaskar i wyniki badań nad stanem armii Kitchenera w wyprawie do Sudanu.

Na Madagaskarze zginęło 30% żołnierzy, z czego tylko $1\frac{1}{2}\%$ — od kuli, pozostali zaś od chorób zakaźnych, głównie tyfusu i czerwonki. Podczas wyprawy Kitchenera do Sudanu przygotowano zapas wody selcerskiej, wystarczający dla 6.000 żołnierzy i wówczas nie zanotowano ani jednego przypadku tyfusu ani czerwonki; koszty zaopatrywania w wodę były wprawdzie olbrzymie, okazało się jednak, że gdyby ubywało żołnierzy w tym % co na Madagaskarze, to koszty odwożenia do kraju, leczenie i sprowadzanie nowych żołnierzy byłyby daleko większe. To wskazuje na ważność kontroli wody, którą żołnierz otrzymuje.

Kol. A. Gluziński, dziękuje kol. prelegentowi za wygłoszenie ciekawego odczytu; nadmienia, iż sam brał udział w r. 1922 w komisji zwołanej celem ułożenia regulaminu odżywiania żołnierzy. Ułożono wówczas normę o większej ilości ciepłostek, niż podał nam obecnie kolega prelegent; zwrócono również uwagę na odżywienie rekrutów, dla których przez pierwszy okres 3 miesięczny była wyznaczona większa norma, co jest zwłaszcza wskazane dla osób pochodzących ze wsi, przyzwyczajonych do spożywania dużej ilości prostych pokarmów, gdyż raptowna zmiana w ich trybie życia mogłaby spowodować różne przypadłości przewodu pokarmowego.

Jako przyczynę zwiększonej ilości schorzeń narządów trawienia w wojsku naszym w ciągu 3 ostatnich lat, można uważać zły nadzór nad produktami spożywczymi, zwłaszcza zakupowanymi przez licytację in minus i brak ścisłej kontroli mięsnej. Mówca przyznaje słuszność statystyce, podanej przez kol. prelegenta, wykazującej, że jest pewien związek między schorzeniami przewodu pokarmowego, a zapaleniem wyrostka robaczkowego, jakoteż dodaje spostrzeżenie własne, iż na wsi rzadziej spotyka się zapalenie wyrostka robaczkowego, niż wśród ludności miejskiej, spożywającej więcej pokarmów mięsnych.

Kol. K. Dąbrowski uważa, że należałoby się zastanowić, czy rzeczywiście gorsze odżywianie lub brak kontroli mięsnej wpłynęły na wzrost schorzeń przewodu pokarmowego w wojsku w ciągu ostatnich 3-ch lat czy może inne czynniki, jak zwiększenie ilości szpitali wojskowych i łatwość dostania się do nich może mieć pewne znaczenie na ukształtowanie się statystyki.

Kol. K. Zieliński podkreśla cennosc danych przytoczonych przez kol. prelegenta. Nadmienia, iż statystyka wojskowa różnić się musi od statystyki przeprowadzanej wśród cywilnej. Pierwsza obejmuje bowiem wszystkie przypadki, druga zaś tylko urzędowo stwierdzone.

Mówcom odpowiadał kol. Prelegent.

Kol. Komocki W. wygłosił odczyt: Zagadnienia o normalnej liczbie czerwonych krążków krwi u człowieka w świetle badań lat ostatnich.

Na zasadzie przeglądu prac i własnego doświadczenia Prelegent stwierdza, iż nie można już dzisiaj w żaden sposób mówić o 5 mil. krwinek u mężczyzn i 4,5 mil. u kobiet, jako normie, ponieważ prawie wszyscy autorzy wykrywali i w Europie i w Ameryce naogół liczby daleko wyższe.

W celu skróconym prelegent podaje wyniki prac różnych autorów na załączonej tablicy.

Zast. Sekretarza dorocznego (—) **Władysław Kosiński.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 26 listopada 1929 r.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa 83, wprowadzonych gości 68.

I. Protokół posiedzenia z dn. 19.XI 1929 r. przyjęto.

II. Prezes podaje do wiadomości: 1) podziękowanie otrzymane od „Jugoslovensko Lekarsko Društvo” za gościnne przyjęcie lekarzy jugosłowiańskich; 2) zaproszenie od tego towarzystwa na zjazd lekarzy słowiańskich mający się odbyć we wrześniu 1930 roku w Splicie.

III. Do Biblioteki T-wa wpłynęły następujące prace:

1. Czarnota-Bojarski i Eleonora Reicher. Fizykalne sposoby badania klinicznego. Warszawa, 1929.

2. Pamiętnik I-go Zjazdu Anatomo-zoologicznego w Warszawie 30.X — 2.XI 1926 r.

3. Kronika Izby Lekarskiej Lwowskiej. Listopad 1929 r.

4. La Quinzaine critique des livres, des revues. 1929 r.

IV. Prof. W. Orłowski wygłosił odczyt: Znaczenie badań przemiany materji dla kliniki.

Badania przemiany materji dały możność głębszego wejrzenia w przebieg spraw fizjologicznych w ustroju, wzbogaciły nasze wiadomości o poszczególnych sprawach chorobowych i ustaliły istnienie

skryształizowanych jednostek chorobowych z typowym zakłóceniem przemiany materji. Podjęte w ostatnich czasach badania podstawowej przemiany materji okazały się szczególnie cenne w chorobach tarczycy. Potwierdzając istnienie choroby tarczycy i ustalając charakter zaburzenia jej czynności, badanie podstawowej przemiany materji daje nam możliwość odróżnienia choroby B a s e d o w a od nerwicz wegetatywnych, zbliżonych pod względem objawów do tego cierpienia, ułatwia rozpoznawanie nierozwiniętych postaci choroby B a s e d o w a, kontrolowanie skuteczności stosowanych w niej metod leczniczych, oraz rozpoznawanie nierozwiniętych postaci obrzęku śluzowego. W cukrzycy z proteinowem topnieniem tkanek badanie podstawowej przemiany materji daje nam możliwość szybkiego uporządkowania bilansu azotowego, w otęłości przyczynia się niekiedy do ustalenia właściwego leczenia. Ponadto badanie przemiany podstawowej umożliwia kontrolę leczenia miażdżycy przetworami jodu, może pomóc w rozpoznaniu różnicowem aplastycznej postaci niedokrwistości od pewnych okresów niedokrwistości złośliwej, postaci hiperosmotycznej moczówki prostej od postaci hiposmotycznej i t. d. Wobec doniosłości badań przemiany materji jest wysoce pożądane zaopatrzenie klinik i szpitali we wzorowo urządzone specjalne pracownie. (Streszczenie własne).

V. Kol. M. W i e r z u c h o w s k i opisał urządzenie oddziału przemiany materji przy II-giej Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwers. Warsz. — Odczyt urozmaicony był przeżroczami.

VI. Wygłoszono odczyt p. t. Wpływ insuliny na przetwarzanie cukrów prostych, wprowadzanych dożylnie ze stałą prędkością (w czterech częściach). Doświadczenia zostały wykonane w Oddziale Przemiany Materji przy II-giej Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.

W części I-szej kol. P i e s k o w przedstawił technikę doświadczeń. W ciągu 3 godzin wprowadzano dożylnie psom trzy praktycznie ważne monoheksyzy ze stałą prędkością 2 gr. na kg wagi ciała na godz. i badano wpływ tego wstrzykiwania bez insuliny i z insuliną na zawartość ciał redukcyjnych we krwi. Krzywe cukrowe charakterystyczne dla każdego cukru, ulegały zmianom pod wpływem insuliny: przy wprowadzeniu glikozy znikała charakterystyczna dla niej dwufazowość, krzywa galaktozy obniżała się; tylko fruktoza nie zmieniała wyraźnie swego stężenia we krwi, a reszta redukcyjna wogóle zachowywała się biernie. Nic nie wskazywało na to, by fruktoza lub galaktoza przechodziły w okresie wstrzykiwania w glikozę.

W drugiej części kol. E. O w s i a n y mówił, że glikoza i fruktoza, wprowadzane dożylnie w powyżej opisany sposób przyswajane są w jednakowym stopniu, galaktoza zaś w stopniu mniejszym. Insulina tylko nieznacznie polepsza przyswajanie klicyzy (o 2,5%), galaktozy wzmacnia o 11,5% nie polepsza natomiast przyswajania fruktozy. Najstalej reagowały zwierzęta na wstrzykiwanie galaktozy. Krzywe fosforu nieorganicznego we krwi i w moczu opadają wybitnie podczas najwyższego nasilenia przyswajania, wtedy również zmniejsza się zawartość hemoglobiny we krwi, rozcieńczona przez wstrzy-

kiwany rozczyń cukru, i zwiększa się ilość moczu, proporcjonalnie do ilości wydalonego cukru.

W trzeciej części kol. Łaniewski M. opisał przebieg tworzenia się kwasu mlecznego ze wstrzykiwanego cukru, charakterystyczny dla glikozy, fruktozy i galaktozy, opierając się na krzywych kwasu mlecznego we krwi i w moczu. Najsilniej tworzył się kwas mleczny z fruktozy. Nasilenie tworzenia się kwasu mlecznego przy wstrzykiwaniu trzech omawianych mono-heksoz dorównywało powstawaniu tego ciała przy najcięższej pracy mięśniowej. Insulina wzmacniała jego produkcję.

W części czwartej kol. M. Wierzychowski określił wysokość swoisto-dynamicznego działania trzech mono-heksoz i stopień ich utleniania. Z przyswojonej ilości trzech cukrów najwięcej utlenia organizm galaktozy, mniej fruktozy, a najmniej glikozy. Stosunek ilości cukru przyswojonej do utlenionej był w granicach ilorazu oksydacyjnego Hill'a i Meyerhofa. Podczas wstrzykiwania każdego z trzech cukrów, insulina wzmacniała utlenianie, nawet wtedy, gdy nie wzmacniała przyswajania; wzmacniała ona również wytwarzanie ciepła. Prelegent zakończył ogólnymi wnioskami, odnoszącymi się do całokształtu niniejszego odczytu. W. poddał szczegółowej analizie kwasieć kwaso-mleczną, występującą przy przetwarzaniu trzech mono-heksoz, mechanizm działania insuliny i przetwarzania wstrzykiwanych cukrów, jakoteż genezę swoisto-dynamicznego działania węglowodanów. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabrał głos kol. Kapłan. Badania Wierzychowskiego w zupełności zgadzają się z naszym doświadczeniem w cukrzycy:

1) że w dietetyce chorych na cukrzycę ważna jest nie tylko ilość wprowadzonych węglowodanów, lecz także ich jakość. Najgorzej przyswajalny jest cukier mleczny, natomiast węglowodan zawarty w owocach lepiej niż węglowodan ziemniaków — ten zaś lepiej niż węglowodan płatków owsianych lub maki.

2) w średnio-ciężkich przypadkach cukrzycy wpływ insuliny przy diecie owocowej jest względnie mniejszy niż przy diecie ogólnej,

3) przyswajalność węglowodanów wzrasta w miarę poprzedniego spożycia pewnej ilości tychże; wpływ pożywienia na glikemję więcej uwydatnia się rano niż w południe. (Streszczenie własne).

VII. Prezes dziękuje p. prof. Orłowskiemu za poinformowanie T-wa o urządzeniu w Klinice pracowni przemiany materji pracach w niej wykonanych i życzy dalszego rozwoju dla sławy nauki polskiej.

Zast. Sekretarza dorocznego (—) Władysław Kosiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO
z dnia 3 grudnia 1929 r.

Przewodniczący: Prezes **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 54, wprowadzonych gości 29.

I. Protokół posiedzenia z dn. 26.XI r. b. przyjęto.

II. Prezes odczytuje tytuły nadesłanych do ksiąźnicy T-wa publikacyj lekarskich.

1. Jan Offenberg. Stan umysłów wśród młodzieży akademickiej uniwersytetu warszawskiego w latach 1885 — 1890. Warsz. 1929.

2. L. Paszkiewicz, Fr. Venulet, M Semerau-Siemianowski. Anatomja, patologia i klinika układu siateczkowo-sródbłonkowego. Warszawa (1929).

3. J. Stein. Z patologji sutka męskiego. Poznań (1927).

4. Merenlender. Melano-neurinoma cutis. Berlin (1927).

5. A. Pruszczyński. Nabłonkowiec złośliwy jądra z zawiązków ciała Wolffa. Warszawa (1928).

6. A. Pruszczyński. Nabłonkowiec złośliwy jądra z komórek macierzystych plemników. Warszawa (1929).

7) Prace zakładów anatomji patologicznej uniwersytetów polskich. T. II, zes. 1. 1927.

8. J. Laskowski. O tak zwanych karcynoidach smołowych u królika. Warszawa (1927).

9. J. Laskowski. Rzut oka na mechanizm powstawania nowotworów. Warszawa (1929).

10. K. Chodkowski. Mezynchemalne nowotwory złośliwe trzustki w świetle danych piśmiennictwa. Warszawa (1929).

11. K. Chodkowski. Przyczynek do anatomicznej postaci gruczlicy jelit. Warszaważ 1929.

12. L. Hirszfeld, W. Halber, J. Laskowski. Ueber die serologische spezifität der Krebszellen. Klin. Wochenschr. 1929.

13. L. Hirszfeld, W. Halber, J. Laskowski. Ueber gruppenspezifische Differenzierung der Normal - und Krebsgewebe. Jena (1929).

14. L. Hirszfeld, W. Halber, J. Laskowski. Ueber serologische Eigenschaften der Neubildungen. Jena (1929).

15. A. Mańkowski. Insulinitie w oświeetlenije na mikrofizjologiczeskie fauni za strojeża i funkcijata na ostrowitie na Langerhans'a w pancreas'a. Sofia (1927).

16. A. Mańkowski. L'insuline à la lumière des faits microphysiologiques sur la structure des îlots de Langerhans du pancréas. 1929.

17. L'insuline à la lumière des faits microphysiologiques sur la structure des îlots de Langerhans du pancreas. 1927.

18. Polskie monografje i wykłady kliniczne z dziedziny pedjatrii. (1929).

19. T. Hinz. Przyczynek do kazuistyki kiły płuc. (1929).

20. Report on fourth international congres of Military Medecina and pharmacy. Waschington. (1929).

21. St. Pokrzewiński. Wartość porównawcza stałej Ambarda i próby fenolsulfoftaleinowej dla oceny sprawności czynnościowej nerek w chorobach tego narządu. (1928).

22. Szcz. Bronowski. 1) O ostrem i przewlekłym skrytem zapaleniu wsierdza oraz o jego leczeniu, 2) Leżenie w łóżku jako metoda leczenia. (1929).

23. Gw. Pokorny. W sprawie sposobu powstawania zaburzeń trawiennych kiszkiowych fermentacyjnych.

24. S. Serkowski. Zakażenie mleka i próba peptonowa. (1929).

25. W. Mikułowski. O kile konstytucjonalnej. (1929).

26. W. Mikułowski. O t. zw. „Phtisis pneumonica morbillosa” u dzieci. (1929).

III. Wiceprezes kol. L. Paszkiewicz odczytuje uchwałę Komitetu konkursowego fund. im. Grzegorza Piramowicza, zapadłą dn. 20.XI r. b.; nagrodę konkursową przyznano jednogłośnie Drowi Kazimierzowi Zgórskiemu za podręcznik p. t. „Higiena”. Wiceprezes odczytuje następnie list Dra Zgórskiego do T-wa, w którym Dr. Zgórski wyraża podziękowanie za wyróżnienie jego książki na konkursie.

IV. Sekretarz Stały kol. A. Gluziński przedstawia wniosek Zarządu w sprawie ustalenia okresów konkursowych co lat 5 następujących fundacyj: 1) T. Boryssowicza, 2) T. Chałubińskiego, 3) T. Hejmana, 4) A. Helbicha, 5) F. Jabłonowskiego, 6) J. Jaworskiego, 7) K. Karwowskiego, 8) R. Płaskowskiego, 9) J. Wszębora.

Wniosek Zarządu przyjęto jednogłośnie. W imieniu obecnych kol. J. Bączkiewicz podziękował Zarządowi za uporządkowanie zapisów.

V. Kol. Sekretarz Stały zawiadomił o biegu spraw, związanych z fundacjami: ś. p. E. Zielińskiego, Sommera, Sieragowskich, z funduszami na pracownię, zwiniętą przez 6-ma laty.

Sprawozdanie przyjęto.

Kol. Paszkiewicz Ludwik wygłosił odczyt, obficie ilustrowany rysunkami, p. t.: Anatomja patologiczna układu siateczkowo-śródbłonkowego. (Ogłoszony drukiem w P. A. Med. Wewn. Tom VII, zesz. 3. 1929).

Na tem posiedzenie zakończone.

Sekretarz doroczny: **Jan Trzebiński.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z dnia 10 grudnia 1929 r.

Przewodniczący: Wiceprezes **L. Paszkiewicz**.

Obecnych członków T-wa 55, wprowadzonych gości 41.

I. Protokół posiedzenia z dnia 3.XII r. b. przyjęto.

II. Wiceprezes podaje do wiadomości zaproszenia: a) Towarzystwa Nauk. Warsz. na doroczne uroczyste zebranie w auli Collegium Theologicum uniwersytetu w dn. 13.XII r. b., b) Polsk. Związku Przeciwgruźl. na odczyt inż. Borawskiego p. t. „Budownictwo szpitalne i sanatoria gruźlicze w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej w związku z odbytym w r. b. kongresem szpitalnictwa w Atlantic City“, który się odbędzie dn. 11.XII r. b. w małej sali gmachu Towarzystwa Higienicznego.

III. Wiceprezes odczytuje tytuły nadesłanych do księżnicy T-wa publikacyj lekarskich.

1. H. Higier. Współczesny stan rozpoznawania i leczenia chorób nerwowych. (1929).

2. H. Higier. W sprawie klasyfikacji i djaгностиyki pewnych rzadszych postaci przewlekłych chrób mózgowych. (1929).

3. P. Baumritter. Odrębności kliniczne i terapeutyczne cukrzycy wieku dziecięcego. (1929).

4. Endokrinologie. Tom III. (1929).

5. P. Godin. Le tissu élastique. (1928).

6. Travaux de Paul Godin sur la croissance humaine. (1928).

7. Eight annal report on the library. (1928 — 29).

IV. Wiceprezes odczytuje list, w którym kol. Antoni Głuziński zgłasza rezygnację z zajmowanego stanowiska Sekretarza Stałego T-wa.

Kol. Bączkiewicz Jan mówi o zasługach, położonych przez Kol. A. Głuzińskiego dla T-wa i wogóle dla społeczności lekarskiej, oraz o wielkich obowiązkach Sekretarza Stałego T-wa.

Mówca prosi Przewodniczącego, aby zwrócił się do kol. A. Głuzińskiego o cofnięcie jego postanowienia. Obecni długo Niemilknąciami oklaskami popierają prośbę kol. Bączkiewicza.

Wiceprezes wyjaśnia, że Zarząd T-wa na wielu posiedzeniach usilnie zabiegał, aby Kol. Sekretarz Stały cofnął swą rezygnację. Na życzenie członków, których rzecznikiem był kol. Bączkiewicz, przewodniczący wprowadza Sekretarza Stałego na salę posiedzeń.

Kol. Sekretarz Stały, powitany rzęsimi oklaskami w obszernem przemówieniu uzasadnia swoją rezygnację i niemożność cofnięcia postanowienia.

V. Kol. Higier H. Syringomyelja z brakiem obustronnym odruchu rogówkowego oraz rzadkiem umiejscowieniem zaburzeń czucia na twarzy i rogówkach (pokaz).

Pokaz chorego na jamistość rdzenia, która, jak można sądzić z objawów klinicznych obejmuje, 1) szarą substancję rdzenia od odcinka szyjno-opuszkowego (syringobulbia) do krzyżowo-lędźwiowego,

2) częściowo substancję białą, 3) całkowicie czuciowy korzeń zstępujący obu nerwów trójdzielnych.

Zajęcie torów anatomo-fizjologicznych daje się łatwo określić z analizy zaburzeń w obrębie mięśni i skóry, czynności ruchowych i czuciowych (dissociatio syringomyelica), odruchowych, naczynio-ruchowych i potowydzielniczych. Podkreślić wypada kilka ciekawości, szczegółów: 1) brak czucia bólu i ciepła oraz zachowanie czucia dotykowego na całym tułowi z wyłączeniem odcinków $D_8 - D_{10}$, 2) odcinkowy typ znieczulenia twarzy z wyraźną linią ciemieniowo-podbródkową; znieczulenie nosa i błony śluzowej jamy ustnej, 3) zachowanie czynności ruchowych nn. trójdzielnych, 4) znieczulenie obustronne obrębu N. usznego większego z wyłączeniem wysepki z zakresu gałązki usznej n. błędnego, 5) znieczulenie całej potylicy, karku, szyi z przodu i z boków, 6) brak obustronnego odruchu rogówkowego mimo zachowanego czucia powiek, 7) wybiórcze znieczulenie żołądki przy zachowaniu wrażliwości moszny i jąder, 8) zachowanie odruchów pośladkowych mimo znieczulenia skóry tamże, 9) typ znieczulenia tylnorożny, gdzieś tam tylnopęczkowy, 10) mimo postępowania sprawy chorobowej przemijająca poprawa po każdej serii naświetlań rentgenowskich kręgosłupa. Ostatnio zachwalają w ciężkich przypadkach otwieranie jamy i wypuszczanie płynu (Pousséff). (Streszczenie własne).

Dyskusja.

Kol. Melanowski W. porusza sprawę niewrażliwości rogówki. Kol. Higier odpowiada kol. Melanowskiemu.

VI. Kol. Venulet Franciszek wygłosił odczyt p. t.: Fizjopatologia układu siateczkowo-śródbłonkowego. (Ogłoszony drukiem w P. Arch. Med. Wewn. tom VII, zesz. 3 r. 1929).

Dyskusja.

1) Kol. Melanowski W. Układ siateczkowo-śródbłonkowy ma wielkie znaczenie w chorobach ocznych, szczególnie przewlekłych. W grudekch jęgliczych spotykamy opisane przez Oguckiego i Majima (1922) histjocyty - komórki wielojędrzaste, pochłaniające karmin i tusz. Ostatnio (1929) w klinice Averbacha w Moskwie Monjukowa, Fradkin i Heyfetz przeprowadzili badania nad sprawnością układu s. śr. w chorobach ocznych zapomocą wstrzykiwań śródżylnych 1% roztworu czerwieni Kongo i stwierdzili, że obniża się jego wydolność w niektórych chorobach oczu. Spostrzegano to w 4-ch przypadkach gruźliczego zapalenia jęgodówki, w 3 przypadkach zapalenia współczulnego, w 1 przyp. choroby Hippla, w 1 przyp. wodocza i 1 pourazowego zapalenia ciała ręskowego. Szczęólnie ważne byłoby badanie u s. śr. w przypadkach podeirzanych o zapalenie współczulne i rozstrzygnięcie pytania, czy oko chore wyłuszczyć. Obniżenie wydolności układu wymagałoby wyłuszczenia. Przy obniżonej wydolności układu s. śr. proteinoterapia jest przeciwwskazana.

2) Kol. Roguski. Za udziałem układu siateczkowo-śródbłonkowego w walce z zakażeniem przemawiają dane bezpośrednie (obecność bakterji w zarodki komórek układu s. śr.) oraz pośrednie (wytwarzanie przeciwciał w narządach, obfitujących w komórki układu). Jedne i drugie dane stwierdzono jeszcze w ubiegłym stuleciu.

Wprowadzanie t. zw. blokady, jako metody badania układu s. śr. wprowadziło zamęt. Wielu autorów wskazuje na brak wpływu wstrzykiwania t. zw. ciał blokujących na produkcję przeciwciał, zwłaszcza hemolizyn. Dane, dotyczące udziału układu s. śr. w przemianie materji, oparte są na metodzie blokady i są często niezgodne z wynikami, otrzymanymi po wycięciu śledziony. Wstrzyknięciu ciał blokujących towarzyszą b. poważne objawy kliniczne. Objawów tych, jak wykazują między innymi wspólne badania Mówcy z kol. Hromem, nie można wiązać ze stopniem blokady układu s. śr. Nie należy kłaść zjawisk, zachodzących w ustroju po wstrzyknięciu ciał blokujących, wyłącznie na karb t. zw. blokady.

Kol. Prelegent stwierdza, że to, o czym mówił kol. Roguski, poruszył w zakończeniu swego odczytu, a więc nie widzi rozbieżności w poglądach swoich i kol. Roguskiego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny (—) Jan Trzebiński.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 17 grudnia 1929 r.

Przewodniczący: Wiceprezes L. Paszkiewicz.

Obecnych członków T-wa 48, wprowadzonych gości 30.

I. Protokół posiedzenia z dnia 10.XII 1929 r. przyjęto.

II. Wiceprezes odczytał tytuły prac, które wpłynęły do Biblioteki:

1) Goebel. Wpływ tarczycy na „blokade” układu siateczkowo-rórbłonkowego.

2) Goebel. Wątroba a przemiana związków azotowych.

3) Goebel. O wpływie układu wegetatywnego na poziom cholesteryny we krwi.

4) Goebel. Nowy sposób oznaczania aktywności preparatów tarczycy.

5) Kaczyński. Terma Ciechocińska — źródło gorące Nr. 14.

6) Kaczyński. Wahania w stężeniu jonów H w moczu jako czynnik leczniczy w przewlekłych zapaleniach miedniczek nerkowych wywołanych przez lasecznik okrężnicy.

7) Kaczyński. O rozpoznawaniu za życia zakrzepów tętnic wieńcowych serca.

8) Kaczyński. Przypadek choroby Derkuma. Adipositas dolosa.

9) Kaczyński i Kruszówna. Badania nad zawartością fosfolipin w surowicy krwi człowieka.

10. Sprawozdanie Zarządu Kasy Chorych m. Warszawy za rok 1928.

III. Kol. W. Czarnocki przedstawił przypadek czerniaka złośliwego cka, który dał olbrzymie przerzuty do wątroby. Wątroba była b. duża: wymiar poprzeczny = 56 cm; wymiar strzałkowy pra-

wego płuca = 43 cm; tenże wymiar płuca lewego = 36 cm; największa grubość pł. prawego = 13 cm. Wątroba ważyła 8790 gr. Pierwsze dolegliwości ze strony wątroby, według słów chorego, ukazały się przed 6-ma tygodniami.

W dyskusji kol. Bartoszek zaznacza, że w 1925 r. na Klinice Wewn., w szpitalu św. Ducha obserwował chorą, zmuszoną szukać pomocy lekarskiej z powodu powiększenia brzucha, wychudzenia i utraty sił. Objawy te wystąpiły przed 7 mies. 15 lat wstecz chorej wyluszczone jedno oko. Kol. Bartoszek rozpoznał przerzut mięsaka czerniaczkowego do wątroby na zasadzie znacznego powiększenia rozmiarów wątroby, ciemnego zabarwienia skóry, stwierdzonej melaniny w moczu i obecności płynu przesiąkowego w jamie brzusznej. Badanie histologiczne małego guzka skóry rozpoznanie potwierdziło. Na sekcji (Dr. Siedlecka) stwierdzono wątrobę wagi 6 kg., dużą śledzionę i liczne przerzuty czerniaka w wątrobie, skórze, nerkach, mięśniu sercowym, płucach i t. d. W 1923 r. kol. Bartoszek widział podobny przypadek sekcjonowany w szpitalu na Czystem przez Dr. Jastrzębskiego.

Kol. Paszkiewicz nadmienia, iż klinicznie rozpoznawano w takich przypadkach powiększenie śledziony; tłumaczy się to tem, że wcięcie wątrobowe było przesunięte znacznie w lewo, wobec tego płuca wątroby błędy rozpoznawany jako oddzielny twór — śledziona.

Kol. W. Czarnocki uzupełnia szczegóły kliniczne, otrzymane od D-ra Reicherówny a mianowicie: w moczu i we krwi nie było danych do rozpoznania mięsaka czerniaczkowego; pomimo braku dodatniego odczynu Wassermanna podejrzewano kiłowe zapalenie wątroby. Dna oka nie badano, gdyż chory był podobno od urodzenia niewidomy na jedno oko; w żadnym narządzie oprócz wątroby przerzutów nie znaleziono, nawet w nadnerczu, które przecież pozostaje w związku z powstawaniem melaniny.

IV. Wiceprezes oznajmia, że prof. Semerau-Siemianowski jest chory i nie wygłosi zapowiedzianego odczytu.

Zast. Sekretarza dorocznego (—) **Władysław Kosiński.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA ADMINISTRACYJNEGO z dn. 30 grudnia 1929 r.

Przewodniczący: Wiceprezes **L. Paszkiewicz.**

Obecnych członków T-wa 43.

I. Protokół posiedzenia z dn. 17.XII 1929 r. przyjęto.

II. Wiceprezes odczytuje list kol. M. Semerau-Siemianowskiego, wyjaśniający powód (choroba) niewygotowania zapowiedzianego odczytu na posiedzeniu w dn. 17.XII r. b.

III. Wiceprezes odczytuje zawiadomienie o kursie ogólnokształcącym dla lekarzy zorganizowanym przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, mający się odbyć w okresie od 27.III do 9.IV 1930 r.

IV. Sekretarz Stały T-wa kol. A. Gluziński odczytuje sprawozdanie doroczne, (sprawozdanie doroczne jest wydrukowane w Roczniku Zarządu za r. 1929).

Obecni przyjęli sprawozdanie oklaskami.

V. Podskarbi T-wa kol. L. Babiński przedstawia preliminarz budżetowy T-wa na r. 1930.

W sprawie budżetu T-wa na r. 1930 zabierał głos kol. Żurkowski, zapytując, czy suma 5.000 zł., przeznaczona na bibliotekę, nie jest zbyt mała.

Kol. Sekretarz Stały wyjaśnił, że Zgromadzenie na wniosek Zarządu przeznaczyło na bibliotekę odsetki z kilku fundacyj w ogólnej sumie zł. 7.000. Również odsetki z zapisu ś. p. Sommera, przeznaczone na pracownię, której obecnie nie ma, przelano po porozumieniu się z rodziną zapisodawcy, na bibliotekę.

Kol. Podskarbi uzupełnia wyjaśnienia kol. Sekretarza Stałego.

Kol. Żurkowski przyjmuje do wiadomości powyższe wyjaśnienia.

Preliminarz budżetowy został przyjęty.

VI. Bibliotekarz T-wa kol. M. Zwejgbaum złożył sprawozdanie o stanie biblioteki za r. 1929.

W roku 1929 wciągnięto do katalogu dzieł, pism, broszur i odbić oddzielnych — 1263, foliantów — 7, a więc w końcu roku bieżącego Biblioteka posiada: dzieł, pism, broszur i odbić oddzielnych — 50763, foliantów — 519, dzieł w szafie Placzkowskiego — 117, w księgozbiorze Krajewskiego i Karczewskiego — 2767, książek i pism daru Towarzystwa Polsko-Francuskiego — 11, Słowników w szafie Płaskowskiego — 67, rękopisów — 184.

Biblioteka w ciągu roku nabyła: 1 dzieło francuskie, dwa niemieckie, 11 polskich i 14 rozpraw polskich.

W darze Biblioteka otrzymała: od rodzin zmarłych kolegów dzieł 790, od innych osób — 757. Własne prace nadesłało 87 kolegów i 1 osoba postronna.

17 instytucyj naukowych i społecznych nadesłało swe sprawozdania i wydawnictwa.

Pism prenumerowano 40, a mianowicie: polskich — 12, francuskich — 18, niemieckich — 6, w innych językach — 3.

W darze otrzymano pism 68, a mianowicie: polskich — 37, francuskich — 15, niemieckich — 7, w innych językach — 9.

Z Biblioteki w ciągu roku 1929 wypożyczono: dzieł i broszur 94, pism — 125.

Z Czytelni korzystało: członków 505, gości — 786.

Dubletów oddano na własność krajowym instytucjom lekarskim dzieł: 483, członkom Towarzystwa — 2. Pozostało na r. 1930 dubletów 2301.

Sprawozdanie przyjęto oklaskami.

VII. Wiceprezes Kol. L. Paszkiewicz odczytał sprawozdanie Komitetu Bibliotecznego za r. 1929 oraz podziękowanie Komitetu, wyrażone kol. Zwejgbaumowi za wzorowe prowadzenie Biblioteki.

Uchwałę Komitetu zgromadzeni przyjęli żywymi oklaskami.

VIII. Sprawozdanie z prac kandydatów na członków czynnych T-wa przedstawił:

1. Dąbrowska Janina z prac: Chodkowskiego K., Las-kowskiego J., Półtorzyckiej S., Pruszczyńskiego A. i Siedleckiego E.
2. Erlichówna M. z prac: Brokmana H., Michałowicza M., Popowskiego M. i Wierzbowskiej M.
3. Gerner K. z prac: Bratkowskiego E., Ręczajskiego W. i Rytla A.
4. Gorecki Z. z prac: Maya J.
5. Jakimiak B. z prac: Butkiewicza T.
6. Konopnicki J. z prac: Dobrowolskiego K., Korze-niowskiego L., Piechowskiej J. i Korsak I.
7. Krasuski A. z prac: Hinza T.
8. Leśniowski A. z prac: Wajgla E.
9. Łyskawiński S. z prac: Barańskiego R.
10. Mikułowski W. z prac: Piotrowskiego K.
11. Moczarski W. z prac: Markerta W., Pokornego G. i Pokrzewińskiego S.
12. Starkiewicz W. z prac: Krausego A. i Wasilkowskiej-Krukowskiej. H.
13. Szulc G. z prac: Wszelakiego S.
14. Wiśniewski T. z prac: Łatkowskiego M.
15. Wretowski T. z prac: Znajewskiej H.
16. Zaorski J. z prac: Piaseckiego M. (nadesłane piśmiennie).
17. Loth Edward z prac: Jachimowicza J.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny: **J. Trzebiński.**

TREŚĆ TOMU CXXIV.

	Str.
Protokół posiedzenia wyborczego z dnia 2.I. 1929 r.	1
Protokół posiedzenia kliniczno-wyborczego z dnia 15.I. 1929 r.	6
Humnicki i Jochweds. Przypadek wrodzonej wady serca.	
Bronowski i Siedlecka. Pokaz anatomicznego preparatu serca.	
Fejgin i Jochweds. Przypadek niemiernego zwolnienia tętna powikłanego zespołem Hornera.	
Wybory.	
Protokół posiedzenia z dnia 22.I. 1929 r., poświęconego sprawom szpitalnictwa	9
Zweigbaum. Wspomnienie pośmiertne po ś. p. Wacławie Sterlingu.	
Dąbrowska. Przebiecie tętniaka wrzekomego tętnicy głównej do tchawicy (pokaz).	
Wybory (c. d.).	
Surawski. Szpitale amerykańskie z punktu widzenia administracyjnego.	
Sławiński. Wrażenia ze szpitali Ameryki Północnej.	
Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 29.I. 1929 r.	13
Ambaszońska. Pokaz preparatów mikroskopowych w przypadku „vésicul - fraise”.	
Mikułowski. Przyczynek do kliniki schorzeń mózgowych u dzieci.	
Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 5.II. 1929 r.	16
Sekretarz Stały. Wspomnienie pośmiertne po ś. p. J. Kiełkiewiczu.	
Paszkiewicz. Pokaz niezwykle rozległego, wybroczynowego, błoniastego zapalenia zewnętrznej powierzchni opony twardej.	
Leśnicwski S. O napadach snu.	
Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 19.II.1929 r.	21
Manczarski. Niezwykły wygląd otworu wlotowego przy postrzale czaszki (pokaz).	

Tenże. Niezwykły przypadek samobójstwa przez zadanie ran ciętych i kłutych.

Felc. Przypadek ochronosis (pokaz).

Landau, Fejgin, Glas i Marksonówna. Przypadek zgorzeli dolnopłatowej w przebiegu ciężkiej cukrzycy.

Orłowski M. Objawy bezpośrednie wrzodu dwunastnicy w obrazie rentgenowskim.

Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 5.III.1929 r. 28

Sekretarz Stały. Życiorys ś. p. Władysława Jareckiego.

Goldbaum. Leczenie cutivacciną Paula.

Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 19.III.1929 r. 31

Sobieszczanski. Przypadek wczesnego kiłowego zapalenia tętnicy głównej.

Higier. Rzadka postać alopeciae areatae neuroticae.

Chmielewski. O stosowaniu cutivacciny Paula w goścu i cierpieniach pokrewnych.

Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 9.IV. 1929 r. 35

Zweygbaum. Życiorys ś. p. E. Lewensterna.

Kuligowski i Mackiewicz. Nawrót śródbłonika płata czołowego, (pokaz).

Krasuski. Erythrema (pokaz).

Kramsztyk. Nowe kierunki w nauce o żywieniu.

Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 23.4. 1929 r. 40

Zaorski. Lecznictwo chirurgiczne wrzodów okrągłych żołądka i dwunastnicy.

Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 30.IV. 1929 r. 46

Stępień. Przypadek choroby Kümmel - Verneuill'a (pokaz).

Mackiewicz. Crampi centralne u chorej z guzem przysadki (pokaz).

Piechowska i Puszet. Spostrzeżenia nad azotemją związaną z brakiem chlorków.

Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 7.V. 1929 r. 55

Prezes. Życiorys ś. p. F. Kołakowskiego.

Żurawski. Próby chlorowania wody wodociągów warszawskich.

Apfelbaum. Odczyn ustroju na bodźce alkaliczne w chorobach wątroby.

Protokół posiedzenia poświęconego sprawom szpitalnictwa z dnia 14.V. 1929 r. 59

Wierzejewski. Zakłady lecznicze dla kalek.

Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 28.V. 1929 r.	62
Wiceprezes. Wyniki konkursów.	
Borel i Stein. Przypadek samorodnego pęknięcia serca.	
Grott, Wiesbaum i Windyga. Badania porównawcze nad działaniem insuliny krajowej i zagranicznej.	
Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 11.VI. 1929 r.	69
Gluziński. Wspomnienia o powstaniu naszej insuliny krajowej.	
Landau i Jochweds. Bronchopneumonia gripposa multilocularis c. bronchospasmo secundarii (pokaz).	
Landau i Jochweds. O wtórnych stanach kurczowo oskrzelowych.	
Protokół posiedzenia poświęconego sprawom szpitalnictwa z dnia 25.VI. 1929 r.	73
Gluziński. Kształcenie młodych lekarzy.	
Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 17.IX. 1929 r.	76
Sekretarz Stały. Wspomnienie pośmiertne po ś. p. T. Gepnerze, Ks. Watraszewskim i b. p. J. Wertensteinie.	
Grott. W sprawie wczesnego wykrywania cukru w moczu.	
Protokół posiedzenia poświęconego sprawom szpitalnictwa z dn. 1.X. 1929 r.	
Jakimiak. Rozwój szpitalnictwa w Warszawie w ostatnich 20-tu latach.	
Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 8.X. 1929 r.	89
Higier. Porażenie nerwu okoruchowego i migrena okoporażna (pokaz).	
Michalski Zdż. Podstawy biologiczne sztucznej odporności na gruźlicę.	
Sobieszczański. O leczeniu głodem.	
Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 15.X. 1929 r.	93
Fidler. Wartość kliniczna mierzenia ciśnienia tętniczego krwi.	
Wąsowicz. O stosunku wzajemnym ciśnienia tętniczego i lepkości krwi, oraz wydajności moczu.	
Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 22.X. 1929 r.	95
Grzywo - Dąbrowski. Tak zwany stan grasiczo-limfatyczny i jego znaczenie dla medycyny sądowej.	
Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 5.X. 1929 r.	97
Sekretarz Stały. Wspomnienie pośmiertne po	

- ś. p. Z. Grudzińskim i R. Radziwiłłowiczu.
 Bujwid. Stosunki sanitarne w Brazylii.
 Melanowski. Ropowica podokostnowa oczodołu w przebiegu płonicy.
 Tenże. Pokaz preparatów rogówki z t. zw. pierścieniem Kaiser-Fleischera.
- Protokół posiedzenia poświęconego sprawom szpitalnictwa z dnia 12.XI. 1929 r.** 102
 Szenajch. Walka z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi.
- Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 19.XI. 1929 r.** 102
 Sobieszczański. Przypadek wczesnego kiłowego zapalenia tętnicy głównej (pokaz).
 Hellin. Wyniki leczenia dwóch przypadków zniekształceń nosa.
 Dąbrowska i Dębicki. Przypadek kamicy przewodów wątrobowych.
 Szulc G. Choroby przewodu pokarmowego w wojsku polskim w latach 1922 do 1928.
 Kamocki W. Zagadnienia o normalnej liczbie czerwonych krążków krwi u człowieka.
- Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 26.XI. 1929 r.** 112
 W. Orłowski. Znaczenie badań przemiany materji dla kliniki.
 Wierzuchowski. Opis urządzeń oddziału przemiany materji.
 Pieskow, Owsiany, Łaniewski i Wierzuchowski. Wpływ insuliny na przetwarzanie cukrów prostych wprowadzanych dożylnie ze stałą prędkością.
- Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 3.XII. 1929 r.** 115
 Paszkiewicz. Anatomja patologiczna układu siateczkowo - śródbłonkowego.
- Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 10. XII. 1929 r.** 117
 Higier. Syringomyelia z brakiem obustronnym odruchu rogówkowego (pokaz).
 Venulet. Fizjopatologia układu siateczkowo-śródbłonkowego.
- Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 17.XII. 1929 r.** 119
 Czarnocki. Przypadek czerniaka złośliwego.
- Protokół posiedzenia administracyjnego z dnia 30.XII. 1929 r.** 120
 Sprawozdania z działalności Zarządu i sprawozdania z prac kandydatów na członków czynnych.