

U C Z E S T N I K O M  
I-GO OGÓLNEGO ZJAZDU  
LEKARZY SŁOWIAŃSKICH  
W W A R S Z A W I E  
(26 — 29 MAJA 1927 R.)

P O Ś W I Ę C A  
T O W A R Z Y S T W O L E K A R S K I E  
W A R S Z A W S K I E

**PAMIĘTNIK  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO  
WARSZAWSKIEGO**

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCJĄ

**D-ra med. WITOLDA SZUMLAŃSKIEGO**

---

---

**TOM CXIX.**

---

---

**Biblioteka Główna  
WUM**

**WARSZAWA**

1927



# CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

## PROTOKÓŁY

Rok 1924

### POSIEDZENIE WYBORCZE

d. 8 stycznia 1924 r.

Przewodniczący prof. A. Gluziński.

I. Przewodniczący wygłasza krótkie przemówienie poświęcone pamięci zmarłego członka Towarzystwa b. prezesa ś. p. Zdzisława Dmochowskiego.

Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

II. Sekretarz doroczny odczytuje sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa za rok 1923

III. Wybory dały wynik następujący: na prezesa wybrano prof. A. Leśniowskiego; na wiceprezesa kol. Kazimierza Zielińskiego; na sekretarza dorocznego kol. Wacława Kowalskiego.

Do Zarządu Towarzystwa wybrano kol. Władysława Starkiewicza.

Na członków Komitetu Kasy wsparcia wybrani zostali kol. Szumlański, Śmiechowski i Sawicki Bronisław, z poza Towarzystwa kol. Chodakowski i Żera.

Na członków czynnych Towarzystwa zostali wybrani: kol. Czarnota-Bojarski, Górecki, Gutowski, Jakowicki, Krasnowolski, Milewski, Misiewiczówna, Moczarski, Niewiadomski, Niewiński, Obarski, Sabat, Szerypo, Szper, Wilga Hil. Zdz. i Zalewski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: A. Leśniowski.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

**POSIEDZENIE POŚWIĘCONE PAMIĘCI**  
**ś. p. ZDZISŁAWA DMOCHOWSKIEGO**  
**d. 29 stycznia 1924 r.**

Przewodniczący prof. A. Leśniowski.

Prezes wita rodzinę zmarłego ś. p. prof. Dmochowskiego i gości, poczem w przemówieniu swem podkreśla, jakie znaczenie miało i ma Two-Lekarskie w życiu lekarskiem; zaznacza, że ś. p. prof. Dmochowski już w początkach swej działalności lekarskiej został przyjęty do T-wa jako członek czynny. W ciągu całego życia brał czynny udział w pracach T-wa, bądź wygłaszając odczyty zawsze głęboko obmyślane i szczegółowo opracowane, bądź też zabierając głos w dyskusji. W dowód uznania dla pracy ś. p. Z. Dmochowskiego, jego charakteru i zaufania w roku 1920 członkowie T-wa wybrali go na prezesa Twa. Zaszczytne to stanowisko zmarły piastował w ciągu 1920 i 1921 roku, w latach najcięższych; umiał jednak utrzymać działalność T-wa. Stan zdrowia nie pozwolił Dmochowskiemu na dalszą pracę w T-wie i zmusił go do usunięcia się od pracy społecznej i naukowej. Po dłuższej chorobie ś. p. prof. Dmochowski zmarł 6 stycznia 1924 r. Cześć jego pamięci.

Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Prof. Kryński skreślił działalność ś. p. prof. Z. Dmochowskiego w Towarzystwie Naukowym. Wiele pracy poświęcił zmarły w okresie organizacyjnym Towarzystwa Naukowego. Dzięki Jego usilnym staraniom i zabiegom udało się Towarzystwu Naukowemu uzyskać znaczne fundusze i nabyć odpowiedni gmach. Ś. p. prof. D. zapoczątkował utworzenie pracowni naukowych i był wybrany na wiceprezesa Towarzystwa.

Kol. Z. Sławiński w swem przemówieniu przedstawił życie ś. p. Z. Dmochowskiego. Było ono ciągiem wytężonej pracy przy niespożytej energii i wytrwałości, poświęcone ukochanej gałęzi wiedzy lekarskiej — anatomji patologicznej.

Prof. Gluziński przemawiał od Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Prof. G. przedstawił stosunek władz Uniwersytetu do zmarłego ś. p. Dmochowskiego i pełne uznanie dla jego pracy. W końcu przemówienia prof. Gluziński składa wyrazy głębokiego żalu i współczucia pozostałej rodzinie.

Kol. L. Paszkiewicz szczegółowo rozpatruje prace anatomo-patologiczne zmarłego ś. p. Zdz. Dmochowskiego, podnosi ich wartość, szczególnie obszernego podręcznika Djagnostyki Anatomji Patologicznej.

Kol. Stefan Rudzki omawia działalność ś. p. Dmochowskiego w W. P. i przedstawia ogrom pracy, jaką włożył zmarły w organizacji Rady Sanitarnej i szerokie ujęcie pomocy sanitarnej. Prezes składa wyrazy współczucia pozostałej rodzinie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: A. Leśniowski.

Sekretarz doroczny. W. Kowalski.

**POSIEDZENIE OGÓLNE****d. 5 lutego 1924 r.**Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

- Treść:
- 1) Wręczenie dyplomów nowym członkom.
  - 2) Uczczenie pamięci zmarłego d-ra Konstantego Sierpińskiego.
  - 3) Wybory — Zastępcy Sekretarza Stałego, członka Zarządu i członków Komitetu bibliotecznego.
  - 4) J. Rutkowski. Wstęp do nauki o konstytucji.

I. Protokoły posiedzeń z dnia 4 grudnia i 18 grudnia 1923 roku oraz protokoły posiedzeń z dnia 8 stycznia i 29 stycznia 1924 roku odczytano i przyjęto.

II. Prezes składa podziękowanie ustępującym członkom prezydium prof. A. Glużyńskiemu i Władysławowi Starkiewiczowi i członkowi Zarządu A. Kozerskiemu.

III. Prezes wita nowowybranych członków Towarzystwa i wręcza im dyplomy.

IV. Prezes komunikuje o śmierci czynnego członka Towarzystwa ś. p. Konstantego Sierpińskiego i wzywa zebranych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie. Zebrani uczcili pamięć zmarłego ś. p. Sierpińskiego przez powstanie.

V. Do Biblioteki Towarzystwa nadesłano. 1) Dr. Med. Adam Huszcza „Dur brzuszny“. 2) Dr. Wiktoryn Kosmowski „50-lecie pierwszej lecznicy dla przychodzących chorych w Warszawie r. 1872 — 1922“. 3) Dr. Zdzisław Szczepański „Gruźlica a gruźlicy przytarczyczne“. 4) Zdzislaus von Szczepański, Jakob Węgierko „Über die Jodzahl des Harnes“. 5) Dr. Med. i Fil. Piotr Pręgowski „Ostatnie zamierzenia reorganizacyjne w szpitalnictwie warszawskim“. 6) Fr. Giedroyć. Kolega Kat i jego apteczka. 7) Główny Urząd Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Statystyka Pracy. Rocznik II Zeszyt 7 — 12. Lipiec grudzień 1923 r.

VI. Sekretarz Stały A. Sokołowski i Podskarbi Babiński przedstawiają wniosek Zarządu, aby podnieść składkę członkowską za I kwartał do wysokości czterech milionów mkp. (4.000.000 Mkp.). Zebrani przyjęli jednogłośnie wniosek Zarządu.

VII. Wiceprezes Zieliński przedstawił w imieniu Zarządu konieczność dania Sekretarzowi Stałemu Zastępcy i wystąpił z wnioskiem, aby upoważnić Zarząd do wybrania zastępcy Sekretarza Stałego. Zebrani jednogłośnie przyjęli ten wniosek i upoważnili Zarząd do wybrania zastępcy Sekretarza Stałego.

VIII. Do Zarządu Towarzystwa wybrano kol. Wacława Łapińskiego. Przedstawionych przez Zarząd na zasadzie § 74 regulaminu, kandydatów na członków Komitetu Bibliotecznego w osobach kol. Jana Bączkiewicza, prof. Giedroycia Fr. i kol. Zembrzuskiego Ludwika zebrani zatwierdzili.

IX. Kol. J. Rutkowski wygłosił odczyt p. t. „Wstęp do nauki o konstytucji”. (Drukowany w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim Nr. 1 i 2 r. 1924).

W dyskusji 1) prof. Loth zaznacza, że tego rodzaju wykłady należy powitać bardzo gorąco, ponieważ zaznajamiają świat lekarski z pewnymi zjawiskami biologicznymi. Prof. Loth pragnąłby, aby w Polsce nie mówić o konstytucji lecz o konstytucjonalizmie. W swym przemówieniu prof. Loth prostuje twierdzenie prelegenta, że Mendel odkrył prawo dziedziczności na zwierzętach i roślinach. Mendel robił swoje spostrzeżenia jedynie na roślinach, później dopiero spostrzegano wykryte przez Mendla zjawiska i na ślimakach i nakoniec na licznych zwierzętach. Niesłusznie mówimy o dziedziczeniu cech według Mendla, gdyż tych praw jest więcej, Plate'go i innych. Prof. Loth stał na tem stanowisku, na którym stoi i prelegent. Rzeczowe krytyki tego poglądu poważnych badaczy zmusiły prof. Lotha do krytycznego rozpatrzenia tego poglądu.

Jakie np. podłoże organizmu zostało odziedziczone w hemofilii; na jakim podłożu rozwija się skaza moczanowa; dziedziczne obrzęki, które występują dopiero w 40-ym roku życia, jakie mają podłoże do swojego powstania. Badania Hirszfelda nad zjawiskami Mendelizmu w surowicy krwi zastanawiają, na jakim podłożu i na jakich produktach się rozwijają. Prelegent mówił o teorii dziedziczności w sensie absolutnie laboratoryjnym. W naturze odbywa się to jednak inaczej, tam istnieje prawo doboru naturalnego. Wielki przewrót zrobiła ostatnia wojna.

Czyste typy wyginęły; zmienił się przez to stosunek, zmieniała się procentowość czystych cech; zbliża się ona do 50%, ale pozostaje ponad 50%, gdyż przy obniżeniu się poniżej 50% nie można mówić o typie.

Choroby zakaźne również gwałtownie zmieniają całe ustosunkowanie. W ocenie zjawisk dziedziczności wskazana jest daleko idąca ostrożność.

2) Kol. Hirszfeld wspomina o dziedziczności grup serologicznych we krwi. Grupy te dziedziczy się według prawa Mendla. Surowica krwi to nie mieszanka, surowica posiada swój wyraz. Przy badaniu surowic następuje się pytanie, czy przeciwciała normalne mają też swoje zastosowanie, czy się je dziedziczy według praw. Grupy surowicze A i B dziedziczy się według praw Mendla.

Jeżeli surowica matki A daje odczyn Schicha dodatni, surowica ojca B daje odczyn Schicha ujemny, to jeżeli dzieci dają odczyn Schicha dodatni, to dowodzi że odziedziczyli surowicę krwi po matce; jeżeli odczyn Schicha wypada ujemny, to dzieci odziedziczyły surowicę krwi po ojcu. Na tej podstawie będziemy mogli ustalać rokowania.

3) Kol. Sabat omawia spostrzegany przez siebie przypadek początkowego okresu gruźlicy u dwóch sióstr: 11-letniej i 13-letniej. Jedna z nich była podobna do ojca, druga do matki. Pomimo zewnętrznej różnicy obraz na rentgenie, jak u jednej tak i u dru-

giej, był zupełnie podobny: takie samo umiejscowienie pierwotnego zakażenia w szczycie dolnego płatu prawego, te same smugi gruczołów i ten sam stosunek spostrzeganych zmian do konturów klatki piersiowej.

4) Prof. Orzechowski jest zwolennikiem zapatrywania, że konstytucja odgrywa rolę w etiologii chorób. Badania nad konstytucją napotykają na trudności i kończą się bez wyniku. Prof. Orzechowski, opierając się na dużym materiale osteomalacji, począł szukać pewnej konstytucji ustroju w powyższem cierpieniu. Po dłuższych badaniach zdawało się prof. Orzechowskiemu, że wynik będzie przejrzysty. Wszyscy chorzy, badani przez prof. Orzechowskiego wykazywali typ wybitnie trawienny. Dalsze badania wykazywały konstytucję mieszaną. W życiu przeważają typy mieszane, stwierdził to Sigaut. W tych mieszanych typach jeden typ bierze przewagę i daje wybitniejsze rysy. Przy badaniu takich typów zdani jesteśmy na subiektywizm badacza. Opierając się nawet na obfitym materiale, mogłoby się zdawać, że to typ konstytucyjny, usposabiający do danego cierpienia. Jeżeli zaś wziąć pod uwagę typ przeważający w danej okolicy, to może się okazać, że typ przyjmowany za konstytucyjny, jest jedynie typem przeważającym w danej okolicy. Tę ostatnią trudność prof. Orzechowski podkreśla. Zdarza się, że konstytucja chorobotwórcza jest zamaskowana. Mogą być astenicy, którzy przy bliższem badaniu nie robią wrażenia asteników.

W odpowiedzi kol. Rutkowski wyjaśnia przyczyny, dlaczego zajął się tą sprawą. Wyraża wdzięczność prof. Lothowi za zwrócenie uwagi na pewne niedokładności, które postara się wyjaśnić.

Następnie Rutkowski wyjaśnia, że przeprowadza badania nad konstytucją w cierpieniach chirurgicznych.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

---

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 19 lutego 1924 r.

Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

Treść: 1) F. Goebel. Osteomalacja jako zakwaszenie organizmu.

1) A. Landau i M. Fejgin. Wskazanie i metodyka stosowania insuliny.

I. Protokół posiedzenia z dnia 3 lutego 1924 r. odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Dr. Jerzy Świętochowski (z Londynu) dwa roczniki pisma *The Lancet* z 1922 i 1923 r. 2) Roger Glénard. *L'hygiène des Hépatiques.*

3) Spis prac D-ra Serkowskiego i z Pracowni tegoż. 4) Dr. Med. A. Wasilewski. Z życia komarów w związku z malarją w Polsce. 5) J. Rutkowski. a) W sprawie bezmoczu cdrochowego. b) usypianie chlorkiem etylu. c) Mesenterite cicatricielle. d) Nerwoból nerwu trójdzielnego i jego leczenie wstrzykiwaniem alkoholu w świetle własnych spostrzeżeń. e) W sprawie leczenia złamań kostek podudzia typu Dupuytren'a. f) O t. zw. wybroczynach operacyjnych w wyrostku robaczkowym. g) Badanie dróg żółciowych za pomocą zgłębnika dwunastnicowego. h) Bliznowate stwardnienie krezki jelita cienkiego. Mesenteritis chronica fibrosa. 6) A. Wojciechowski. L'étude experimentale de la sympactomie périartérielle.

III. Kol. Fr. Goebel. wygłosił rzecz p. t. Osteomalacja jako zakwaszenie organizmu.

W siedmiu przypadkach zmięknienia kości dokonano 17 badań w rozmaitych okresach tego schorzenia. Badano w moczu kwasowość ogólną, ilość wydalonego amonjaku, oznaczano azot całkowity moczu oraz współczynnik  $\frac{N \text{ amonjaku } 100}{N \text{ azotu}}$ , siarkę całkowitą, siarkę siarczanów i etero-siarczanów, oraz siarkę obojętną. Dalej oznaczano  $P_2O_5$  oraz ilość Ca wydalonego z ustroju drogą moczu. Ze związków organicznych oznaczano N kwasów oksyproteinowych i ilość kwasów organicznych rozpuszczalnych w eterze; w niektórych przypadkach oznaczono kreatyninę. We krwi badano zasób zasad metodą van Slyke'a. Z wykonanych badań wynika, że podczas osteomalacji występuje zakwaszenie ustroju:

1. „Współczynnik“ zakwaszenia  $\frac{N \text{ amonjaku } 100}{N \text{ całkowitego}}$  ulega zawsze zwiększeniu od 5,4—26,12 (podczas gdy w stanie zdrowia = 3,5—4,5) przyczem u jednej i tej samej chorej w okresie nasilenia choroby współczynnik ten zwiększa się — w okresie poprawy ulega zmniejszeniu — a po wyzdrowieniu (samoistnem lub wskutek wytrzebień) powraca do normy.

2. Równoczesne badania krwi wykazują kwasicę dość znacznego natężenia (pojemność osocza na  $CO_2$  w temp.  $0^{\circ}$  przy ciśnieniu barometrycznym 760 mm. Hg wynosi od 27,0 — 35,0  $cm^3$ .  $CO_2$  w 100  $cm^3$ . osocza, podczas gdy prawidłowo pojemność ta wynosi 53 — 65  $cm^3$ ).

3. Ilość wapnia wydalonego z moczem (wapń w moczu i pocie występuje tylko jako powstały z rozbudowy tkanek w czasie przemiany materji — wapń z pożywienia wydala się z kałem) idzie równolegle z nasileniem choroby i stopniem zakwaszenia.

Ilość CaO, wydalanego z moczem w osteomalacji może dochodzić do 1 grama na dobę (podczas gdy prawidłowo wydala się z moczem 0,2 — 0,3 gr. w ciągu 24 godzin).

4. Zarówno z obliczeń S obojętnej (która według Gawińskiego odpowiada w 98% S. kw. oksyproteinowych), jak również i z bezpośredniego oznaczania N tych kwasów wynika, że związki te biorą udział w zakwaszeniu, powodującym zmięknienie kości.



5. Ilość kwasów organicznych rozpuszczalnych w eterze nie ulega znacznieszemu zwiększeniu ponad normę, jednakże w okresie poprawy stanu chorobowego ilość tych kwasów zmniejsza się.

W jednym przypadku po wytrzebieniu równocześnie z poprawą stanu zdrowia w moczu znaleziono powrót do normy badanych składników. W drugim przypadku, gdzie nie było po wytrzebieniu początkowo znacznieszej poprawy, badanie moczu nie wykazało powrotu do normy z wyjątkiem ilości wydalonego CaO, która uległa znacznemu zmniejszeniu. Badanie krwi wykazało zmniejszony tylko stopień zakwaszenia. Badanie drugie po wytrzebieniu, przeprowadzone już w okresie poprawy, wykazało ustąpienie stanu zakwaszenia.

Wobec powyższych badań należy przyjąć, iż zakwaszenie ustroju wywołuje w osteomalacji odwapnienie kości (nadmiar wytworzonych kwasów wiąże Ca kości i opuszcza ustrój).

Gdzie zaś leży przyczyna tej patologicznie zmienionej przemiany materji, trudno jest orzec. Jednakże wydaje się bardzo prawdopodobnem, iż pierwotną przyczynę tego schorzenia stanowi zaburzenie w wydzielaniu gruczołów dokrewnych (co potwierdzają badania chemiczne, dokonane u chorych po wytrzebieniu).

(Streszczenie własne).

W dyskusji kol. Pawiński zapytuje prelegenta, jakie były warunki odżywiania jego chorych. Przy tak dokładnem badaniu stopnia zakwaszenia ustroju odżywianie niewątpliwie miało wpływ.

Kol. Goebel wyjaśnia, że odżywianie pod względem jakościowym, ciepłostkowym było podczas badań w granicach normy.

IV. A. Landau i M. Feigin wygłosili rzecz p. t. Wskazania i metodyka stosowania insuliny wraz z pokazem działania porównawczego insuliny angielskiej i warszawskiej wyrobu d-ra K. Funka.

W dyskusji 1) prof. Gluziński dziękuje d-rowsi Funkowi i kolegom amerykańskim z Philippolis za nadesłaną insulinę. Do tej pory prof. G. nie posiadał insuliny zupełnie, a więc stosować jej nie mógł. Prof. G. podług pewnych zasad rozpoczynał leczenie, które różni się od postępowania prelegenta. Prof. G. usuwa węglowodany, przeprowadza badanie, czy po usunięciu węglowodanów znika cukier, następnie określa tolerancję węglowodanową u danego chorego. Jeżeli po usunięciu wpływu węglowodanów na powstawanie cukru, cukier w moczu występuje, prof. G. obniża ilość białka. Prof. G., postępując w ten sposób przez szereg tygodni podnosi tolerancję węglowodanów u danego chorego. W przypadkach bardzo ciężkich przy djecie bezwęglowodanowej odcukrzyć chorego nie można; zmniejszając jednak ilość wprowadzonego białka, udaje się chorego odcukrzyć, ilość acetonu jednak podnosi się. W jednym przypadku tolerancja węglowodanowa dochodziła do 100,0 węglowodanów, cukier nie występował, aceton stale utrzymywał się w moczu, jak również i kwas acetoctowy. Ilość cukru we krwi stale pozostawała zwiększoną. Otóż w takich przypadkach czy stosować insulinę i w jakiej dawce?

2) Kol. J. Bączkiewicz chciałby się dowiedzieć, czy prelegent nie obserwował cukrzycy u dzieci, czy też ma jakie dane z piśmiennictwa co do stosowania insuliny. Czy w przypadkach acetonemji i śpiączki u dzieci stosować insulinę? Z przedstawionych danych wynika, że pod wpływem insuliny stan chorych poprawia się. Nasuwa się pytanie, jak długo stosować insulinę?

3) Kol. Goebel zapytuje jak się zachowuje krzywa wskaźnika zakwaszenia w związku z insuliną. W cukrzycy występuje zaburzenie w spalaniu cukru, tłuszczu i białka. Czy pod wpływem insuliny bilans zasad, dotyczący wapnia, też się poprawia.

4) Kol. Landsberg uważa, że przebieg ropnych spraw w cukrzycy nie zależy od przecukrzenia krwi, gdyż po zastosowaniu insuliny, pomimo iż stale ilość cukru we krwi pozostawała wyższą niż normalnie, zapalenie ropne ucha środkowego miało przebieg wybitnie łagodny. Po dużych dawkach insuliny aceton i kwas acetooctowy nie ginęły, a sprawa ropna szła łagodnie. Po stosowaniu insuliny spostrzegano znaczne obrzęki, które miały podobieństwo do obrzęków sercowych: Środki moczopędne w podobnych przypadkach nie działają. Landsberg składa podziękowanie d-rowi Funkowi za udostępnienie środka leczniczego insuliny szerszemu ogółowi chorych, dzięki dość umiarkowanej cenie.

5) Kol. Gutowski zwraca uwagę, że zastrzykiwanie pod skórę i śródżylnie z powodu różnicy wchłaniania ma duże znaczenie. Wyciągi z trzustki, zastrzykiwane pod skórę, nie dawały spadku ciśnienia, zastrzyknięte śródżylnie szybko obniżały ciśnienie. G. zapytuje, czy prelegent, stosując insulinę, zwracał uwagę na ciśnienie.

W odpowiedzi kol. Landau wyjaśnia, że usunięcie cukru z moczu to usunięcie objawów; obecność acetonu dowodzi, że zaburzenia w przemianie ustroju trwają dalej. Kwasica jest nie mniej ważnym objawem cukrzycy, jak obecność cukru. W razie obecności acetonu L. radzi stosować insulinę, aby podnieść bilans węglowodanowy. U dzieci należy trzymać się tych samych zasad co i u dorosłych. Co się tyczy wymiotów okresowych, to mamy do czynienia z dużą kwasicą, a więc z teoretycznych przesłanek wynika, że należy stosować insulinę i cukier gronowy. W przypadkach ciężkiej cukrzycy insulinę należy stosować stale. Landau jest za stosowaniem insuliny podskórnie, stosowanie śródmięśniowe działa źle, dożylnie należy stosować jedynie w przypadkach ciężkich piorunujących, gdzie zależy na szybkim podziałaniu. Co się tyczy bilansu Ca i Mg, to już Naunyn dowiódł, że w stanach kwasicy wydzielają chorzy więcej niż normalnie.

Sprawy kwasicowej L. nie opracowywał do tej pory, wskaźnika zakwaszenia nie określał u swoich chorych. L. porównując działanie polskiej insuliny z amerykańską, różnicy nie spostrzegał. Działanie polskiej insuliny jest zupełnie bez zarzutu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: A. Leśniowski.

Sekretarz doroczny: W Kowalski.

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 26 lutego 1924 r.**

Przewodniczący prezes prof. A. Leśniowski.

- Treść: 1) Uczczenie pamięci zmarłego d-ra Aleksandra Jaworowskiego.  
2) Trzeciński. Słoniowatość kończyny dolnej (pokaz chorego).  
3) Zaorski. Rezekcja żołądka (pokaz rentgenogramów).  
4) Hirszfeld. Sprawozdanie z ankiety w sprawie standaryzacji odczynu Wassermana.  
5) Apatowa. Sprawozdanie z epidemii czerwonej w roku 1923 w Warszawie.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadamia o śmierci członka honorowego d-ra Aleksandra Jaworowskiego. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

III. Do Biblioteki Towarzystwa nadesłano: 1) The Journal of Organotherapy Nr. 1. 1924. 2) „Kalendarz Nowin Lekarskich”. 3) Prospekt pisma „Archiwum Historji i Filozofji Medycyny”.

IV. Kol. Rutkowski Pokaz chorej po operacji radykalnej usunięcia nowotworu złośliwego lewego migdałka typu nabłonkowego.

V. Kol. Trzeciński przedstawił chorego ze znaczną słoniowatością lewej kończyny dolnej.

Człowiek niektóry w 12 lat po zakażeniu przymiotowem a w 9 lat po ostatniej swoistej kuracji — spostrzegł zniecka sinicę całej lewej górnej kończyny; sinica wystąpiła po godzinnym paroksyzmie formikacji w całej kończynie. W 2 tygodnie później zjawił się u Trzecińskiego. Cała kończyna była sinawo-czerwona, powiększona w objętości, ciastowato nacieczona. Rozpoznano obliterację głównego pnia żylnego, a po 5 tygodniach traitement mixte—było to w epoce przedsalwarsanowej—nastąpiła restitutio ad integrum.

Analogiczny przypadek, odnoszący się do dolnej lewej kończyny, zjawił się w oddziale szpitalnym T. przed kilkoma miesiącami. U człowieka młodego cała lewa kończyna była olbrzymio powiększona w wymiarach, skóra na niej ciemno-szara, spoistość uda miejscami deskowato twarda, miejscami gąbczasto miękka. W dolnej części lewego podbrzusza, ponad stawem biodrowym i na całym udzie olbrzymie kiełbaskowato-wężowate żyłaki; żyłaki o wiele mniejsze na goleni. Na goleni w pośrodku obszerne powierzchowne atoniczne owrzodzenie. Sprawa trwa już około 4 lat; rozwijała się stopniowo. Chory nigdy nie był leczony swoiście. Wasserman wypadł silnie dodatnio. Rentgenogram wykazał zupełnie normalne stosunki kostne miednicy i stawu biodro-

wego. Rozpoznano obliterację głównego pnia żylnego, zastosowano wysokie ułożenie kończyny i energiczne leczenie salwarsanowo-bizmutowo-jodowe. Podczas kuracji z powodu uzury żyłaka goleni silny krwotok, przyczem krew wytryskała z żyły, jak z tętnicy.

Wynik leczenia był bardzo pomyślny: cała kończyna zmalała i zmiękła, ale gdy chory zaczął chodzić, wszystko wróciło do dawnego stanu. Wobec bezskuteczności leczenia dotychczasowego choremu zaproponowano operację Condolleveu'go. (Str. wł.).

W dyskusji kol. Racinowski skłania się do rozpoznania nowotworu, gdyż rzadko się zdarza, aby leczenie swoiste nie wpłynęło na sprawę kiłową i nie dało poprawy.

Kol. Trzeciński sądzi, że nie można uważać za prawidłowe, że leczenie swoiste zawsze prowadzi do wyleczenia. Każdy widział nieraz przypadki, w których naczynie obliterowane już od dłuższego czasu nie poddaje się leczeniu swoistemu. Wobec wieloletniego trwania sprawy i zupełnie negatywnego rentgenogramu istnienie nowotworu nie jest prawdopodobne.

VI. Kol. Zaorski. Pokaz 3 rentgenogramów po rezekcji żołądka.

W leczeniu wrzodów żołądka stoimy na stanowisku że wrzody te są objawami chorobowymi wtórnymi. Jako chorobę pierwotną, podstawową przyjmujemy przewlekłe zapalenie błony śluzowej, wraz ze zmianami, jakie ono pociąga za sobą, szczególnie w tkankach nerwowych, tkwiących w okolicy odźwiernikowej i przyodźwiernikowej żołądka. Zmiany powyższe polegają na zapaleniu około a także śródnerwowem. Zwoje nerwowe własne żołądka, będąc samodzielnie odpowiedzialnymi za prawidłową czynność unerwionych przez siebie ścian, zmienione chorobowo, nie mogą dać im normalnych podnieć życiowych i tej ochrony, jaką im zapewniają w stanie nieuszkodzonym. Każde przypadkowe zranienie błony śluzowej, tak często występujące u ludzi, powstałe w tym krytycznym okresie, podnosząc samo przez się zwiększoną kwasotę i ilość soku żołądkowego, nie potrafi przeciwstawić się trawiącej sile tegoż soku i nie mogąc się zagoić, daje wrzód, który wydrążany coraz głębiej, przybiera swój charakterystyczny kształt, mogący w stanach ciężkich doprowadzić do przedziurawień. Pewne stopnie omawianego zapalenia można wyleczyć djetą lub zabiegiem krwawym np. zespoleniem żołądkowo-jelitowym. W okresach późniejszych środki te zawodzą i tu należy postąpić radykalnie. W tym celu należy wyciąć odźwiernik wraz z częścią odźwiernikową i tą drogą wsunąć zmienione chorobowo zakończenia nerwowe, prowadzące do opisanych zaburzeń.

Ten krwawy sposób daje obecnie najlepsze i najszybsze wyniki lecznicze.

Między różnymi odmianami tego zabiegu na czoło wysuwa się sposób najstarszy, podany przez L. Rydygiera. Polega on na wycięciu odźwiernika wraz z częścią przyodźwiernikową i zespoleniu przekrojów ze sobą. Różnice przeciętych części Rydygier wy-

równywa w ten sposób, że marszczy szerszy przekrój żołądka na węższym dwunastnicy. Uzyskane w ten sposób warunki usuwają doszczętnie schorzałą w myśl poprzednich wywodów część żołądka i zapobiegają powikłaniom, jak np. wrzody trawienne jelita cienkiego.

Dziś właśnie przedstawiam 3 przypadki leczone w powyższy sposób.

Jeden dotyczy wrzodu krzywizny małej, zwężającego odźwiernik; w drugim znaleźliśmy wrzód odźwiernika, przechodzący na dwunastnicę, wreszcie trzeci, w którym mieliśmy do czynienia z przedziurawionym wrzodem przedniej ściany żołądka w  $\frac{1}{3}$  długości jego, bliżej odźwiernika. W obu pierwszych przypadkach mieliśmy zrosty z trzustką, w drugim trzeba było nawet część jej wyciąć wraz z usuwaną częścią żołądka.

Wszyscy 3 chorzy czują się dobrze, mimo zaleczonej diety ani jeden się do niej nie stosuje. Jedzą i piją wszystko, jeden (trzeci) nawet nadużywa alkoholu. (Str. wł.).

W dyskusji kol. J. Rutkowski uważa, że słusznie Zaorski podniósł zasługi Rydygiera w sprawie chirurgii żołądka. Sposób Rydygiera nie nadaje się przy nowotworach, gdyż często po usunięciu ściany żołądka z guzem, nie można zbliżyć kikutów.

VII. Kol. Ludwik Hirszfild przedstawił sprawozdanie z ankiety międzynarodowej w sprawie standaryzacji odczynu Wassermana.

W dyskusji Kol. St. Mutermilch zaznacza, że od pewnej metody nie można wymagać więcej, niż ona dać może w rzeczywistości ze względu na jej istotę. Jeżeli chodzi o odczyn Bordet-Gengou-Wassermana lub zastępujące go odczyny kłaczkujące, to już z góry można powiedzieć, że wszelkie próby, usiłujące doprowadzić je do idealnej czułości lub takiego ujednostajnienia, aby wszystkie badane surowice krwi dawały w rękach rozmaitych badaczy stale obsolutnie zgodne wyniki, muszą zakończyć się mniejszym lub większym niepowodzeniem.

Odczyn odchylenia dopełniacza w przypadkach kiły nie jest swoisty w sensie odpornościowym, jak to pierwotnie przypuszczał Wasserman; jest on oparty na zjawisku fizyko-chemicznym. Antygen zawiera drobne cząstki lipoidalne o ujemnym ładunku elektrycznym, obdarzone żywymi ruchami Brown'a, jak to mówca miał możliwość przedstawić w Tow. Lek. w odczycie swym o ultramikroskopowym odczynie Wassermana. Zmienienie chorobowo pod względem fizykalnym globuliny surowicy kiłowej (grubsza dyspersja) zmieniają ładunek elektryczny cząstek lipoidalnych antygeny wskutek zachodzącej prawdopodobnie adsorbcji globulin. Wszystkie inne zjawiska, jak odchylenia (adsorbcja) dopełniacza lub kłaczkowania są wtórne w ścisłej zależności od zmian pierwotnych. Otóż zważywszy, że 1) rozmaite antygeny, chociażby były przygotowane pozornie w jednakowych warunkach, zawsze wykazywać będą różnice natury fizykalnej (liczba cząstek lipoidalnych, ich rozmaita wielkość); 2) pod względem chemicznym rozmaite

wyciągi z serc będą się różniły co do ilości i jakości lipidów i 3) przy dokonywaniu odczynu z surowicą krwi albuminy, wykazujące działanie do pewnego stopnia antagoniczne w stosunku do globulin, muszą mieć wpływ na wynik odczynu, musimy przyjść do wniosku, że w obecnym stanie nauki o koloidach nie może być mowy o ujednostajnieniu serologicznych odczynów kiłowych. Co się zaś tyczy większej lub mniejszej czułości, zależnej od różnic w samej technice, to jest to poniekąd rzeczą indywidualną badacza. Badane w pracowniach surowice podzielić można na 3 kategorie. Jedne z nich o wybitnym odczynie dodatnim (zupełne odchylenie dopełniacza); inne o odczynie zupełnie ujemnym w rękach rozmaitych badaczy dają zgodne wyniki. Rozbieżność w wynikach występuje dopiero wówczas, gdy mamy do czynienia z surowicami słabo dodatnimi, pochodzącymi bądź od chorych kiłowych, bądź od osobników zdrowych lub dotkniętych innymi chorobami. Oczywiście badacz posiłkujący się bardziej czułą metodyką (np. surowice nieogrzewane) będzie miał większy odsetek wyników dodatnich. Mówca wypowiada zdanie, że osobiście woli pracować metodami mniej czułymi, wychodząc z tego założenia, że większą krzywdę wyrządzi, wykazując u osobnika zdrowego odczyn dodatni, niż nie wykazując czasami odczynu słabo dodatniego u chorego kiłowego; do rozpoznawania syfilisu mamy prócz odczynu Wassermana inne sposoby czysto kliniczne; nadto jest wiadomo każdemu lekarzowi, że ujemny odczyn Wassermana zgoła nie wyklucza z zupełną stanowczością kiły.

Mówca zapytuje prelegenta, czy na Kongresie w Kopenhadze wszyscy badacze operowali temi samymi surowicami, w przeciwnym bowiem razie liczba badanych surowic byłaby zbyt małą do wyprowadzania danych statystycznych. Dalej mówca zapytuje, czy na omawianym Kongresie badane były również płyny mózgowo-rdzeniowe i z jakimi wynikami. Przy badaniu płynów tych odpada ważny czynnik, mianowicie obecność większej ilości białka, zwłaszcza w płynach prawidłowych; to też przy wykonywaniu odczynu Wassermana z płynami mózgowo-rdzeniowymi naogół nie zdarzają się takie rozbieżności w wynikach, jakie dawać mogą surowice krwi.

Wreszcie mówca zapytuje, jaką próbę z żywicą miał prelegent na myśli. Mówca przypomina, że odczyn t. zw. benzoesowy ma zastosowanie tylko przy badaniu płynów mózgowo-rdzeniowych; okazał się on jednakże, jak wykazało również doświadczenie mówcy, mniej czułym, niż odczyn Bordet-Wassermana.

(Streszczenie własne).

W odpowiedzi kol. Hirszfild wyjaśnia, że zbadanych było 500 surowic; prawie wszystkie surowice zbadane były przez wszystkich autorów.

Główną przyczyną niejednorodnych wyników są różnice fizykalne wyciągów. Badając porównawczo wyciągi, przygotowane przez Sachsa i przez asystentkę, można było stwierdzić w wynikach drobne różnice. Dla odczynu Meinickego z surowicami czyn-

nemi, autor używa wyciągu dla D. M. (III modyfikacja) dodaje balsamu peruwiańskiego. Nie wszystkie balsamy się nadają do tego odczynu, i to sprawia największą trudność tego odczynu. (Str. wł.).

VIII. Kol. A. Apatow wygłosiła rzecz p. t. „Sprawozdanie z epidemji czerwoni w roku 1923 w Warszawie (Badania bakterjologiczne, objawy kliniczne — leczenie).

W dyskusji 1) Kol. Witosław Dąbrowski zaznacza, że z wiosną 1923 spodziewano się w Polsce groźnej epidemji czerwoni, a to ze względu na możliwość zawleczenia jej ze wschodu. Dzięki naszym warunkom kulturalnym i dobrobytowi ludności, epidemja czerwoni w 1923 okazała się średnią epidemją. Pod względem etjologicznym czerwona jest pojęciem zbiorowym. Pod względem klinicznym spotyka się dużo rozmaitych postaci. Czerwona może przebiegać z podniesieniem ciepłoty, lub bez podniesienia, z wypróżnieniami krwawymi. Postaci zgorzelinowe przebiegają z wysoką ciepłotą, nieustannem dęciem, z obfitemi płynnymi wypróżnieniami z domieszką krwi. Czysta krew występuje głównie przy głębokich owrzodzeniach, drażących do surowicy, przytem powstaje czkawka, wymioty, słabe tętno. Objawy otrzewnej nastroczają pewne trudności przy rozpoznaniu czerwoni. Przypadki czerwoni przewlekłej należy uważać jako następstwo ostrej wskutek niezachowania djety. Często u osób starych i charłacznych czerwona zaczyna się jako przewlekła. Te przewlekłe przypadki stanowią łączność pomiędzy jedną epidemją czerwoni, a drugą. Leczenie swoiste nie daje zadowolenia. Lekkie przypadki leczą się przez zachowanie spokoju bez środków leczniczych. W ciężkich przypadkach środki czyszczące doprowadzały do złych wyników i są przeciwwskazane.

W stanach zapalnych otrzewnej należy zalecić absolutny spokój, makowiec lub morfinę. Po ostrym okresie środek czyszczący często uspakaja, gdyż usuwa zebrany kał, który wywoływał stałe dęcie. Djeta—głodowa. W miarę poprawy stanu chorego występuje apetyt i dochodzi do wilczego apetytu.

2) Kol. Stanisław Muter milch zaznacza, że dyzenterja z punktu widzenia bakterjologicznego nie jest jednostką tak ściśle i jasno ujętą, jak np. dur brzuszny lub cholera.

Opisywano epidemję czerwoni, w których nie udało się wyosobnić żadnego ze znanych dotychczas prątków dyzenterycznych. Z drugiej strony taki np. prątek rzekomodurowy B. może dawać objawy klinicznej dyzenterji.

Kwestja ta ma duże znaczenie, zwłaszcza jeżeli chodzi o stosowanie zapobiegawcze per os szczepionek (vaccins biliés). W durze i cholercie sprawa postawiona jest jasno. W dyzenterji zaś, ze względu na liczne luki w etjologii bakteryjnej, napotykamy na duże trudności praktyczne. (Str. wł.).

3) Kol. Chmielewski uważa za najlepsze stosowanie Iawatyw z ciepłej wody z taniną kilka razy dziennie, lub w cięższych

przypadkach lawatywy z emulsją jodoformową (0,5—20 Jodoformii na litr wody) i traie opii simpl. 20—30 kropel. Następuje wtenczas uspokojenie na kilka godzin, przebieg łagodniejszy. Po stosowaniu jodoformu Ch. widywał lekkie zatrucie, które ustępowało szybko. Ze środków czyszczących najlepszy według Ch. olej rycynowy w początkach choroby w ciężkich przypadkach.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 4 marca 1924 r.

Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

- Treść: 1) **Zaorski.** Próba ustalenia warunków powstawania wrzodu okrągłego żołądka.  
2) **Komocki.** O normalnej ilości czerwonych ciałek krwi u człowieka.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. **Kol. J. Zaorski** wygłosił rzecz p. t. Próba ustalenia warunków powstawania wrzodu okrągłego żołądka.

Autor na podstawie literatury, doświadczeń laboratoryjnych i spostrzeżeń klinicznych dochodzi do następujących wniosków:

Pod wpływem często powtarzających się nieżyłtów kwaśnych żołądka, powstaje przewlekłe zapalenie błony śluzowej, szczególnie części przyodźwiernikowej. Schorzenie to powoduje daleko sięgające zmiany we wszystkich tkankach, wchodzących w skład ściany żołądka tej okolicy. Zwoje nerwowe własne żołądka, jako samodzielnie odpowiedzialne za czynność prawidłową unerwionych przez siebie ścian, zmienione chorobowo, nie mogą dać im normalnych podniet życiowych i tej ochrony, jaką im zapewniają w stanie własnym nieuszkodzonym. Stąd każde przypadkowe zranienie błony śluzowej, tak często występujące u ludzi, jeżeli powstaje w tym krytycznym okresie, podnosząc samo przez się zwiększoną kwasotę i ilość soku żołądkowego, nie potrafi przeciwstawić się trawiącej sile tegoż soku i nie mogąc się goić (Riegel), daje wrzód, który, stając się coraz głębszym, przybiera swój charakterystyczny kształt i może w stanach ciężkich doprowadzić do przedziurawień.

Tak formułując powstawanie wrzodu okrągłego, autor sądzi, że do czasu, dopóki medycyna wewnętrzna nie potrafi uleczyć daleko posuniętego przewlekłego zapalenia błony śluzowej żołądka, a więc i schorzałych zakończeń nerwowych, objętych temi zmianami, do tego czasu chirurgia musi okazywać swą pomoc



i radykalnie usuwać przyczynę powstawania i niegojenia się wrzodów, wraz z ich siedzibą — częścią przyodźwiernikową żołądka. (Str. wł.).

W dyskusji 1) prof. G l u z i ń s k i podkreśla, że przedmiot poruszony przez prelegenta ma wielkie znaczenie. Przyjęcie poglądu prelegenta wywołałoby radykalne zmiany w chirurgicznym leczeniu okrągłego wrzodu żołądka. Prof. G. stoi na tem stanowisku, że wrzód okrągły żołądka nie jest sprawą pierwotną, lecz wtórną. Prof. G. badając 11.000 sekcji zmarłych, wybierał te sekcje, w których zmiany powstałe w ustroju mogły wywołać owrzodzenie ściany żołądka, i ustalił kilka przyczyn do powstania wrzodu żołądka. Już oddawna trwa różnica zdania co do leczenia wrzodu żołądka pomiędzy chirurgami a lekarzami chorób wewnętrznych. Leube twierdzi, że wyleczył około 70% chorych na wrzód żołądka, prelegent na podstawie danych z kliniki i z literatury uważa, że leczenie wrzodu żołądka należy do chirurgów. W pewnych stanach chorobowych w obecności świeżych wrzodów żołądka prof. G. spotykał blizny po zagojonych wrzodach, a więc wrzód żołądka zagoi się może. Co jest pierwotną chorobą, czy owrzodzenie żołądka w części odźwiernikowej, czy też kwaśny katar, szczególnie na który kłaść musimy nacisk? Na 100 wrzodów żołądka w 80% stwierdzał prof. G. wrzód w części odźwiernikowej i kwaśny katar żołądka. Wrzody przy wpuszcie żołądka nie rozwijają się z kwaśnym katarzem żołądka, a nawet mogą przebiegać ze zmniejszoną kwasotą żołądka lub zupełnym brakiem kwasu solnego. Kwaśny katar żołądka jest czynnikiem sprzyjającym, poza nim musi być coś innego, co powoduje powstanie wrzodu, i to jest właśnie tą pierwotną sprawą. Układ nerwowy gra pewną rolę w powstawaniu wrzodów żołądka — teoria czysto nerwowa. Prof. G. polecił kol. Czarneckiemu zbadanie rodziny, w której 5 członków chorowało na okrągły wrzód żołądka, wszyscy oni byli operowani. Jeżeli uwzględnić pracę Edwarda Zielińskiego, że opadnięcie poprzecznicy u ludzi ze status astenicus wywołuje wrzód żołądka, to znowu potwierdza, że układ nerwowy gra pewną rolę w powstawaniu omawianego cierpienia. Dziś chirurdzy wycinają  $\frac{1}{3}$  żołądka, aby zapobiec powstawaniu wrzodu. Prof. G. przypomina, że jest metoda leczenia wrzodu żołądka, polegająca na przecięciu rozgałęzień nerwów (dekapsulacja). Wobec tego nasuwa się pytanie, czy wycięcie  $\frac{1}{3}$  żołądka nie jest skuteczne właśnie wskutek przecięcia rozgałęzień nerwów, a zatem, należy rozstrzygnąć, czy wykonywać rezekcję żołądka, czy też przecięcie rozgałęzień nerwów (dekapsulację).

2) Kol. J. Dą b r o w s k a, opierając się na pracach autorów duńskich i francuskich oraz na własnych badaniach, wysuwa możliwość powstawania wrzodu okrągłego żołądka z wysepek nabłonka jelitowego, które daje się wykazać w śluzówce żołądka, jako pozostałości rozwojowe lub też jako sprawę nabytą wskutek metaplazji nabłonka pod wpływem niezytu przewlekłego w śluzówce żołądka. Komórki nabłonkowe o cechach odmiennych, nie bę-

dąc w stanie obronić się przeciwko trawiącemu działaniu soku żołądkowego, ulegają martwicy. Takie same wysepki, nabierając siły wzrostowej przy pewnej aktywacji, a tracąc zdolność różniczkowania się, mogą doprowadzić do powstawania nowotworu złośliwego. (Str. wł.).

3) Kol. K. Tokarski zaznacza, że wszelkie sztucznie wywołane, mniej lub więcej gwałtowne i rozległe uszkodzenia błony śluzowej żołądka u zwierząt wrzodu żołądka nie wytworzyły i zbliżniły się szybko. Do fizjo-patologicznego myślenia o powstawaniu wrzodu żołądka przeszkadza ta okoliczność, że dotąd histologicznie nie zostało stwierdzone połączenie nerwu błędnego z właściwymi i samoistnymi splotami nerwowymi żołądka, a związek ten wydaje się niewątpliwym. Wrzód żołądka powstaje wskutek endoarteritis obliterans. Jeśli przewiązywanie oddzielnych tętniczek żołądka u zwierząt wrzodu nie wytworzyło, to wskutek tego, że krążenie wyrównało się drogą uboczną. Lecz jeśli ograniczone odcinki błony śluzowej żołądka ulegną miejscowym zaburzeniom w krążeniu krwi, to wrzód żołądka powstanie. My wiemy, że komórki ośrodkowego układu nerwowego znoszą brak dopływu krwi najwyżej przez dwanaście minut, a po tym terminie następuje zwyrodnienie i obumarcie komórki. Lecz my nie wiemy, jaki okres czasu bez dopływu krwi przeżyć może każda z oddzielnych warstw żołądka, okres ten bezwątpienia istnieje. Kliniczny sprawdzian tego widzimy we wrzodzie żołądka na tle luetycznym, gdzie wyleczenie następuje po kuracji specyficznej, nawet bez leczenia djetycznego. Następnie u osobników w młodocianym wieku, w anemjach, blednicach bez dłuższej obserwacji, nigdy nie możemy powiedzieć, czy mamy do czynienia jeszcze z gastralgją, z rwą żołądkową, czy też już z wrzodem żołądka. Wszelki ból żołądka zależy od zaburzeń w wydalaniu treści, a zaburzenie zostaje wywołane spastycznym klepsydrowatęm przewężeniem żołądka, które znów w dalszym swym biegu i powtarzaniu się wywołuje brak dopływu krwi na oddzielnych odcinkach żołądka i obumarcie ściany. Pomiędzy gastralgją i wrzodem żołądka istnieje różnica przedewszystkiem ilościowa, a dopiero następnie jakościowa. Na wrzód żołądka zapatrywać się musimy tak, jak patrzemy na chorobę Raynoda, symetryczną gangrenę, wywołaną trwałym, ograniczonym kurczem naczyń. (Str. wł.).

4) Kol. Trzciniński przypuszcza, że u chorych z kilką, o których wspominał Tokarski, prawdopodobnie był kilak, a nie wrzód żołądka, dlatego też leczenie swoiste dało takie szybkie wyleczenie bez zastosowania djety.

5) Kol. Tokarski w odpowiedzi kol. Trzcinińskiemu zaznacza, że kilak żołądka jest rzeczą rzadką. Na kilkanaście tysięcy sekcji w szpitalu Przemienienia Pańskiego ani razu nie stwierdzono kilaka żołądka. Kilak żołądka nie daje obfitych krwotoków.

6) Kol. Grundzach twierdzi, że wrzody żołądka w części odzwiernikowej dają odruchy w części wpustu do przełyku, wpływ-

wają na małą krzywiznę i tu mogą powstawać owrzodzenia wskutek wspomnianych odruchów. Usunięcie części odźwiernikowej żołądka może wpłynąć na owrzodzenie wpustu.

W odpowiedzi kol. Zaorski uważa, że żołądek mniej zależy od centralnego układu nerwowego, a głównie od własnego układu nerwowego rozmieszczonego w części odźwiernikowej. Ten układ nerwowy zniszczony przez sprawę zapalną, powoduje zniszczenie ściany żołądka na odległość nawet przy wpuście. Zaorski przypuszcza, że sympaticectomy nie da tych wyników, których się spodziewano. Prof. Gluziński twierdzi, że prelegent zanadto podkreśla, że centralny układ nerwowy niema większego wpływu na żołądek. Są jednak osobnicy-wagotonicy, którzy mają większą skłonność do nadkwasoty, mają też inny ruch robaczkowy, co daje się stwierdzić. Prof. G. nie twierdzi, że sympaticectomy odnosi się jedynie do nerwu współczulnego, gdyż nerwy błędny i współczulny splatają się. Wobec tych rozważań pozostaje do ustalenia, czy w obecności wrzodu w części wpustu, nie ruszać wrzodu przy wpuście, a operować w części odźwiernikowej.

III. Kol. W. K o m o c k i wygłosił rzecz p. t. O normalnej ilości czerwonych ciałek krwi u człowieka. W wyniku swych badań K. doszedł do wniosków następujących:

1) U zupełnie zdrowych mężczyzn w wieku lat 20 — 40 ilość czerwonych krążków we krwi waha się pomiędzy 5.500.000 i 6.000.000 w 1 mlm. sz.; u kobiet zaś pomiędzy 5.000.000 i 6.000.000.

2) Nie można wyprowadzać ilości przeciętnej erytrocytów, ponieważ ilość ta (tak jak i ilość hemoglobiny) ulega wyżej wskazanym wahaniom fizjologicznym.

3) Naukę o niedokrwistości należy przejrzeć i dostosować do istotnych norm fizjologicznych.

4) Wobec subtelności techniki i możliwych omyłek przy badaniach djagnostycznych należy określać i ilość hemoglobiny i ilość czerwonych krążków, przyczem porównywać otrzymane wyniki, mając na względzie, że niedokrwistość można wykluczyć tylko wtedy, jeśli u mężczyzny ilość hemoglobiny nie jest niższą niż 80 (podług Sahli) oraz ilość czerwonych krążków nie mniejsza niż 5.500.000; u kobiety zaś nie mniej niż 70 (podług Sahli) hemoglobiny i 5.000.000 krążków w 1 mlm. sz.

5) Badając cały szereg ludzi zdrowych, widzimy, że naogół większej ilości hemoglobiny odpowiada również większa ilość erytrocytów; w każdym zaś poszczególnym wypadku zupełnie ścisłego stosunku ilościowego obu cyfr nie można ustalić.

6) Nie należy posługiwać się nadal formułą arytmetyczną (tak. zw. wskaźnikiem), która rzekomo ma świadczyć o większej lub mniejszej ilości hemoglobiny w każdym erytrocycie w porównaniu z normą, w formułce tej bowiem 5.000.000 erytrocytów i 100% hemoglobiny przyjęte są za normę. Znaczniejsze różnice pomiędzy ilością hemoglobiny i ilością czerwonych krążków widoczne są i bez posługiwania się jaką bądź formułą.

7) Wobec tego, że z jednej strony u całego szeregu ludzi, którzy podają się za zdrowych, wykrywamy jednak anemię, z drugiej zaś strony mając na względzie wielkie znaczenie składu krwi dla całego ustroju, należy badania krwi wprowadzić do codziennej praktyki lekarskiej, tak jak to już zostało dokonane w stosunku do moczu.

8) Na podstawie bladej skóry i błon śluzowych możemy wykrywać tylko silne stopnie niedokrwistości; słabsze stopnie anemii wykazać może tylko badanie ilości hemoglobiny i czerwonych krążków.

9) Obliczając u jednego i tego samego osobnika kilkakrotnie ilość erytrocytów w ciągu kilku dni, otrzymujemy czasami cyfry zupełnie jednakowe, niekiedy zachodzą różnice, nieprzekraczające jednak 200.000 w 1 młm. sz. (Str. wł.).

W dyskusji kol. Mutermilch podnosi, iż normy fizjologiczne ciekawsze są dla fizjologów, niż dla klinicystów. W patologii zwraca się uwagę na odchylenia od minimum i od maximum, co ma znaczenie dla lekarza, małe odchylenia od przeciętnej nie mają znaczenia

Kol. K o m o c k i wyjaśnia, że jego badania stwierdzają wadliwość samych aparatów, co pociąga za sobą omyłki i może je zwiększać przy stosowaniu jednej metody, i zmniejszać przy innej metodzie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 18 marca 1924 r.

Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

- Treść: 1) Uczczenie pamięci zmarłego Sekretarza Stałego prof Alfreda Sokołowskiego.  
 2) Szczepański i Szeŕszyński. Torakoplastyka (pokaz chorego).  
 3) Węgierko. Pokaz chorej po zespoleniu żołądkowo-jelitowem.  
 4) Milewski. Szybkość opadania krwinek i jej znaczenie dla kliniki.  
 5) Zawisza. Parę słów prawdy o rzeźączce.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadamia o śmierci Sekretarza Stałego s. p. Alfreda Sokołowskiego i wzywa zebranych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

III. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) prof. K. Rzętkowski: Ś. p. Dr. Med. Józef Stanisław Hornowski; 2) Dr. Med. Juljusz Wiśniewski: „Kilka uwag o patogenezie chorób skórnych“; 3) Samorząd Miejski 1923 r.

IV. Kol. Szczepański przedstawia chorego po dokonanej operacji torakoplastyki z powodu męczących objawów, wywołanych przez rozszerzenie oskrzeli.

Kol. Br. Szerszyński opisuje zabieg, jaki zastosował u przedstawionego chorego.

V. Prof. Rzętkowski odczytuje odezwę Państwowego Zakładu Higjeny do Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego następującej treści: Komitet insulinowy w Toronto zawiadomił nas przez Biuro Zdrowia Ligi Narodów, że gotów jest wysłać na swój koszt jednego chemika fizjologicznego i jednego klinicystę, ażeby zaznajomili się z wyrobem, działaniem i kliniką insuliny. Chwilowo bliższych szczegółów nie posiadamy, wiemy jednakże, że ostateczny wybór będzie zależał od Komitetu w Toronto. Prosimy zatem Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego o przesłanie nam danych z krótkim życiorysem: jednego lub kilku lekarzy z pomiędzy klinicystów, którzy w zasadzie zgodziliby się wyjechać w razie ich wyboru. Dane te dostarczymy zaraz czynnikom kompetentnym do ich ostatecznej decyzji. Za Dyrektora Zakładu Sierakowski, zastępca Dyrektora Zakładu.

VI. Kol. Węgiérko przedstawia chorą po zespoleniu żołądkowo-jelitowem z powodu bólów o charakterze kamicy żółciowej. Szczegółowe badanie, jak również analiza krwi z dodatnim odczynem Wassermana skłoniły do rozpoznania jedynie kiły wątroby. Swoiste leczenie dało wyniki skuteczne.

W dyskusji 1) prof. Gluziński stwierdza, że w danym przypadku potwierdziło się to, co już podnosił w swych pracach i odczytach, że duża, gładka, twarda wątroba i duża śledziona przemawiają za kiłą. W danym przypadku przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego należało pamiętać o kile i przeprowadzić odpowiednie leczenie. Francuzi nie wstydzą się podawać hepatitis pseudochirurgica, gdyż podobnych chorých skierowywali na operację. Przy operacji szukali oni ropnia wątroby, kamicy wątroby, znajdowali przy nakłuciu gładką, dużą, twardą wątrobę. Na drodze więc chirurgicznej przekonywali się, że w nabytej kile w wątrobie mogą powstać takie same zmiany, jak w kile wrodzonej. Dunin pisał, że w wielu przypadkach kamicy żółciowej pomaga kali jodatum; te przypadki prawdopodobnie były przypadkami kiły wątroby.

2) Prof. Rzętkowski zgadza się, że przedstawiony przypadek jest rzadki. Brak żółtaczki, brak odbarwienia kału i inne objawy kliniczne nasuwały myśl o kile. Prof. Rz. zgadza się, że można było skierować chorą na operację, ale nie rozumie w jakim celu wykonano zespolenie żołądkowe-jelitowe, szczególnie po stwierdzeniu na operacji powiększenia gruczołów.

3) Kol. Trzeciński podkreśla, że w szpitalach specjalnych rzadko spotyka się podobne przypadki. T. opisuje świeżo spostrzegany przez siebie wspólnie z Tokarskim przypadek.

Starszy człowiek tabetyk zachorował przy objawach ropnicy: ciepłota wybitnie wysoka, która następnie stała się skaczącą; chory czuł się dobrze. Wątroba była duża, twarda, gładka. Pod wpływem salwarsanu wątroba malała. Klinicznie przypadek podobny był do sprawy ropnej.

4) Prof. Gluziński wyjaśnia, że przypadki kiły wątroby z bólami są rzadsze; częstsze są przypadki bez bólów z piemiczną ciepłotą, a jednak z leukopenją i limfemją. Wątroba duża i gładka, a więc kilaka niema. W podręcznikach syfilidologów spotykamy się nie z dużą wątrową lecz z małą (jak u Neumanna), dlatego że syfilidolodzy widują ostatnie okresy.

5) Kol. Węgierek nie może powiedzieć, jaka była żółtaczka, gdyż w klinice chora żółtaczki nie miała.

VII. Kol. T. Milewski. Szybkość opadania krwinek i jej znaczenie dla kliniki.

W dyskusji 1) Kol. Mutermilch podnosi, iż sprawa poruszona przez prelegenta przedstawia podwójne zainteresowanie i z punktu teorii i w związku z kliniką. Objawy opadania krwinek wskazują, że jest zaburzenie w stanie koloidalnym krwi, ale twierdzenie to nie jest pewne. Ujemną stroną omawianego objawu są braki w technice. Na szybkość opadania krwinek wpływają: ich wielkość, globuliny, inne białka,  $\text{CO}_2$ . W odwłóknionej surowicy krwi czerwone ciała opadają wolno, w plazmie zaś szybko, dowodzi to, że na opadanie krwinek wpływa fibrynogen.

2) Kol. Węgierek. Przyspieszone opadanie krwinek (dodatni odczyn Biernackiego) w przeważającej liczbie przypadków występuje równolegle ze zwiększeniem się „chwiejności koloidowej“ osocza i surowicy krwi — czyli, że osocze, w które krwinki opadają szybko, skłacza się łatwo pod wpływem bodźców zewnętrznych (ciepła, roztworów solnych, wysokości i t. p.). Jedynie w tych przypadkach, w których opadanie krwinek zależy jeszcze w dużej mierze od samych krwinek, np. od ich ilości (stany chorobowe ze znacznym zmniejszeniem lub zwiększeniem ilości krwinek), możemy zauważyć pewną nierównoległość w występowaniu obu tych zjawisk („skłaczania“ i sedymentacji). Przypadki te są naogół dość rzadkie. To też uważam, że w przeważającej liczbie przypadków, zarówno odcz. Biernackiego, jak odczyn „skłaczania“ prowadzą do tego samego celu. W. opracował mikrometodę, za pomocą której można wykonywać „odczyn skłaczania“ b. szybko, posiłkując się zaledwie kilku kroplami krwi, które pobiera się z opuszki palca i w ten sposób badać zmiany chwiejności koloidowej osocza pod wpływem rozmaitych bodźców zewnętrznych. Mikrometoda pozwala wykonywać na jednym osobniku serje badań. W. nie sądzi, aby opadanie krwinek wzgl. wzmożenie chwiejności koloidowej osocza („skłaczanie“), zależało od ilości fibryno-

geny. W surowicy daje się również zauważyć opadanie krwinek, aczkolwiek nie tak szybko jak w osoczu (w surowicy chorego na gruźlicę rozpadową krwinki opadają stokroć szybciej, niż w surowicy człowieka zdrowego). Zresztą znane są dobrze przypadki, w których krwinki opadają b. szybko, a fibrynogenu we krwi jest b. mało, lub też odwrotnie. Zjawisko opadania krwinek, a także zjawisko „skłaczania“ osocza i surowicy jest zależne w dużej mierze od nieznanego bliżej „czynnika zlepiającego“, dzięki któremu mają się wytwarzać coraz większe cząstki białkowe, przez zlepianie się ich, aż do rozmiarów widzialnych nieuzbrojonym okiem (tworzenie się kłaczków). Dzięki temu czynnikowi mają się zlepiać ciała czerwone i tem samem szybko opadać. Czynniki ten obniża napięcie powierzchniowe i zwiększa lepkość osocza przez co adsorbuje się na powierzchni c. czerwonych. Podczas odwłókniania (lub krzepnięcia krwi) w znacznej mierze adsorbuje się na dużych cząstkach włókniaka. (Str. wł.).

3) Kol. O b a r s k i jest zdania, że opadanie czerwonych krwinek nie może być metodą rozpoznawczą. Obarski wspomina o badaniach Chanickiego z przed 25 lat. Chanicki zwracał uwagę na szereg pobocznych okoliczności, a mianowicie: na krzepliwość krwi i zawartość tlenu.

Na szybkość opadania krwinek wpływa również ustawienie rurki, wysokość słupa krwi, stopień rozcieńczenia, ilość gazu, w odwłóknionej krwi sposób wstrząsania pałeczką. Wobec tego metoda sedymentacji nie może być metodą kliniczną. Potwierdzenie tego zdania Chanickiego znajdujemy u licznych niemieckich autorów.

4) Kol. L u x e n b u r g zaznacza, że pomimo bardzo licznych prac, dotychczas ogłoszonych, znaczenie kliniczne odczynu Biernackiego nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione i ustalone. W swoich „Przyczynkach do hematologii nerwic czynnościowych“ (Pamiętnik Warsz. Tow. Lek. 1898) L. na podstawie 40 przypadków już wtedy potwierdził pogląd Biernackiego na znaczenie fibrinogenu, względnie na sprawy utleniania, co prelegent znajduje w nowszej literaturze zagranicznej niezależnie od powyższych danych. Dalej jednak nauka nie posunęła się. Technika odczynu ma doniosłe znaczenie w ocenie zjawiska. Liczne odmiany metodyki mają wspólną wadę nieustalonych momentów, jak siła skłócenia cieczy krwawej, dodanie roztworu cytrynianu, rozmiar cylindra i t. d. Możliwie największą stałość posiada oryginalna metoda Biernackiego, szczegółowo opracowana i opisana w rzeczonyj pracy przez Luxenburga, i godne jest podziwu, że w ojczyźnie twórcy odczynu autorzy uciekają się do metod obcych, wcale nie lepszych. Wszystko to nakazuje ostrożność we wnioskowaniu. Stany asfityczne, przytoczone przez prelegenta, dają najczęściej przyspieszenie opadania w pierwszym rzędzie z powodu rozwodnienia krwi. Naodwrot — hyperglobulija daje zwolnienie sedymentacji. Po uwzględnieniu tych momentów L. stwierdził przyspieszenie sedymentacji w przypadkach niewątpliwej hysterji. Należy to uwzględnić przy ocenianiu spostrzeżeń Fahroens'a.

L. przyłącza się do wniosku o konieczności ustalenia jednej metody we wszystkich poszukiwaniach, co dałoby możliwość lepszej go porównania i wnioskowania (Str. wł.).

5) Kol. Górecki uważa, że  $\text{CO}_2$  wywiera pewien wpływ na alkaliczność krwi, pojemność kwasową białek; drażnienie za pomocą adrenaliny wywołuje pewien wpływ na krew i na opadanie krwinek.

6) Kol. Brokman podkreśla, że przy opadaniu krwinek należy uwzględniać czynniki istotne i nieistotne. Istotnymi czynnikami są zmiany w osoczu i krwinkach; nieistotnymi stosunek i ilość krwinek; czynnik niedostatecznie oceniany przez innych autorów oprócz polskich. Następnie Brokman przedstawia metodę, używaną w klinice dziecięcej prof. Michałowicza.

7) Kol. Komocki zwraca uwagę, że na różnice opadania krwinek może wpływać płeć osobników, stany fizjologiczne, jak przed spożyciem pokarmów, lub po spożyciu, pora dnia. Po wyjaśnieniu wszystkich warunków fizjologicznych dopiero będzie można mówić o znaczeniu danego objawu dla patologji.

8) Prof. Gluziński w swem przemówieniu podkreśla, iż coraz szersze koła zaczynają się zajmować omawianą sprawą. Prof. Gluziński zgodnie z uchwałą Zjazdu Wileńskiego Internistów przemawia za tem, aby nazywać omawiane zjawisko objawem Biernackiego, który głęboko myślał o tej sprawie i która długie lata leżała odłogiem.

9) Kol. Altkaufer Henryk nie zgadza się ze zdaniem jednego z przedmówców, że odczyn Biernackiego nie posiada żadnej wartości praktycznej.

W oddziale swoim A. stosuje od roku odczyn Biernackiego sposobem Linzenmeier'a. Na jednostronnym (kobiety), dość już stosunkowo obfitym materiale mówca przekonał się, że omawiana metoda daje pewne wskazówki praktyczne. Mianowicie, w przypadkach zakażeń połogowych i ostrych spraw zapalnych narządów rodnych kobiety, gdy ciepłota przez pewien czas trzymała się na poziomie normy, i zdawało się, że chorą należy już wypisać z oddziału jako zdrową, szybkie opadanie ciałek krwi wskazywało, że proces chorobowy nie jest zakończony, że należy oczekiwać nawrotu objawów cierpienia, które na razie przycichły.

Wspomniane spostrzeżenie potwierdziło się dotychczas we wszystkich przypadkach bez wyjątku.

Dlatego też A. przy wypisywaniu wszystkich chorych tej kategorii kieruje się wynikami objawu Biernackiego.

Niedawno w jednym przypadku, tylko na zasadzie odczynu Biernackiego, mówca wykluczył ciążę, co upoważniło go do wykonania zabiegu w jamie macicy.

Przypadek ten dotyczył czterdziestokilkuletniej chorej, która przybyła do oddziału ze skargą na b. znaczne opuszczenie ścian pochwy i brak od 3-ch miesięcy miesiączkowania.

Macica znajdowała się w tyłzgięciu, była powiększona i miękka i trudno było na zasadzie badania dwuręcznego stwierdzić,



czy mamy do czynienia z narządem ciężarnym, czy nieciężarnym Odczyn Biernackiego, dokonany sposobem Linzenmeier'a, wykazał przeszło dwugodzinne opadanie krwinek.

Ponieważ, w razie ciąży, objaw Biernackiego bywa przyśpieszony, przeto z całą pewnością przystąpiono do wykonania zabiegu, który w zupełności potwierdził dane, otrzymane na zasadzie odczynu Biernackiego.

Powołując się na dotychczasowe swoje spostrzeżenia, A. przestrzega przed zbyt niemiernym lekceważeniem znaczenia praktycznego omawianego objawu i radzi w dalszym ciągu stosować jaknajszerszej tę wysoce interesującą metodę badania. (Str. wł.).

VIII. Kol. W. Zawisza. Parę słów prawdy o rzeżączce. Mówca zwraca uwagę na brak w uniwersytetach polskich katedry urologji. W następstwie tego niema wprost szkoły, w której młodzi lekarze mogliby poznać ten odłam wiedzy lekarskiej, który u nas jest wyjątkowo po macoszemu traktowany. Bezpośrednim skutkiem tego jest niezwykle partactwo w leczeniu rzeżączki, spotykane na każdym kroku. Z drugiej strony pacjenci, nie wiedząc, że istnieje urologja t. j. nauka, która między innymi opracowała naukowe metody leczenia rzeżączki, nie wiedzą do kąd się mają udać o fachową poradę.

Leczenie — spotykane u nas ogólnie — rzeżączki polega na stosowaniu tych dawno minionych metod, które miały prawo obywatelstwa przed powstaniem urologji, która zawdzięcza swe istnienie prof. Guyon'owi i całej plejadzie francuskich lekarzy.

Metoda wyczekiwania, bierna, nie interwenjowania aktywnego od początku samej rzeżączki jest dzisiaj anachronizmem. Prowodzi ona do szeregu przykrych powikłań, które metoda nowoczesna aktywnej niezwłocznej interwencji prawie zawsze usunąć potrafi. Szeroko stosowane dotychczas zastrzykiwanie do cewki rozmaitych preparatów srebra, których istnieją setki, używając 10 — 15 cm<sup>3</sup> roztworów mniej lub więcej stężonych, jest ostatecznością. Jedyne obfite irygacje Janetowskie pozwalają zahamować sprawę i zapobiegają w znacznym stopniu powikłaniom. Przy leczeniu rzeżączki przewlekłej konieczne jest wyszukanie wszystkich bez wyjątku ognisk cierpienia zarówno w ścianach cewki męskiej (grucz. Littré), jak i w innych gruczołach, mających komunikację z cewką. Rzeżączka przewlekła to prawie zawsze wyłącznie zajęcie gruczołów większych i mniejszych, i leczenie jej polegać musi na masażu tych gruczołów bezpośrednim, czyli na mechanicznym wyciskaniu ich. W tych razach nieocenione usługi daje wewnątrzmięśniowe zastrzykiwanie szczepionek gonokokowych (Gonococin Spiess'a) — w ilości do 5 miliardów na dawkę — oraz mleka.

Przy stosowaniu tych nowoczesnych, ściśle naukowych metod zniknie raz na zawsze ogólnie utarte mniemanie, wynikające ze stosowania ogólnego starych metod, że rzeżączka jest cierpieniem „zaleczalnem, ale nie uleczalnem“. (Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. Edward Bruner zaznacza, iż metoda Janeta dobrze jest znana większości lekarzy-wenerologów warszawskich. B. miał możność zaznajomienia się z nią szczegółowo w klinice dr. Motza w Paryżu. Stosowanie przemywań w ostrym okresie rzeżączki może według B. dawać niekiedy doskonałe wyniki, często jednakże zawodzi i nie chroni chorego przed wystąpieniem powikłań. W razie obecności obfitej wydzieliny ropnej z cewki należy używać rozczywnów hydrargyri oxycyanati, a nie kali permanganici. Ten ostatni bowiem lek zazwyczaj drażni wtedy śluzówkę i wywołuje pogorszenie sprawy chorobowej. W praktyce trzeba indywidualizować i kombinować leczenie Janetowskie z metodami bardziej konserwatywnymi.

Stosowanie szczepionek wbrew twierdzeniu Zawiszy jest bardzo rozpowszechnione wśród wenerologów warszawskich. Szczepionki mogą być bardzo dzielnym środkiem pomocniczym w leczeniu powikłań rzeżączki. Niestety jednakże działanie ich często zawodzi, jak to ogólnie podkreślano i na ostatnim kongresie urologów francuskich. W wielu przypadkach, zwłaszcza w reumatyzmie stawowym rzeżączkowym, wskazane są wysokie dawki (1 do 5 miliardów). Nie należy jednak zapominać nigdy o ostrożnym dawkowaniu, gdyż często już b. małe dawki mogą wywoływać silne odczyny ogólne. Nie przesądzając bynajmniej potrzeby utworzenia specjalnych katedr urologji, B. stwierdza, iż sprawa leczenia rzeżączki, posiadająca bardzo duże znaczenie społeczne, powinna być należycie uwzględniona w wykładach klinicznych o chorobach wenerycznych (Str. wł.).

2) Kol. Trzeciński przemawia gorąco przeciw stosowaniu metody Janeta w ostrej rzeżączce, jako zabiegu zbyt gwałtownego z powodu możliwości wywołania powikłań, jak zapalenie pęcherza, gruczołu krokowego, zapalenia wsierdza, stawów. Zbyt słabe roztwory, o jakich wspominał prelegent, nie działają bakterjobójczo.

W dyskusji kol. Zawisza przemawia w obronie stosowania metody Janeta, uważając ją w pierwszych okresach rzeżączki za jedynie skuteczną.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: A. Leśniowski.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

**Uroczyste posiedzenie poświęcone pamięci zmarłego Sekretarza Stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego**  
**Ś. p. prof. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO**

**d. 1 kwietnia 1924 r.**

Przewodniczący prof. A. Leśniowski.

Przewodniczący prof. A. Leśniowski podnosi zasługi ś. p. prof. Sokołowskiego jako członka T-wa i jako Sekretarza Stałego tegoż T-wa i komunikuje, że zgodnie z wolą zmarłego ś. p. prof. A. Sokołowskiego nad grobem przemawiał jedynie ks. Marceł Nowakowski. Zarząd T-wa pragnąc uczcić pamięć zmarłego poświęcił dzisiejsze uroczyste posiedzenie jego pamięci. Sekretarz doroczny W. Kowalski odczytał nadesłane depešy od Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego ś. p. prof. Sokołowski był członkiem honorowym, od Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego, od Towarzystwa Lekarskiego w Zagłębiu.

Prof. Kryński w imieniu Towarzystwa Naukowego przedstawia działalność ś. p. prof. A. Sokołowskiego w okresie organizacyjnym T-wa Naukowego i następnie jako członka tegoż T-wa.

Prof. Gluźniński przemawiając w im. Uniwersytetu Warszawskiego, dał obraz pracy ś. p. prof. Sokołowskiego na polu nauczania młodzieży lekarskiej w skromnym gabinecie szpitalnym w ukryciu przed czujnym śledzącym okiem rosyjskich władz w ciągu długich lat. Za tę owocną pracę Un. Warsz. dał ś. p. Sokołowskiemu najwyższą godność, jaką posiada, godność Honorowego Profesora.

Prof. A. Górski w imieniu Wolnej Wszechnicy uwydatnił wybitne zasługi jako profesora zmarłego ś. p. prof. A. Sokołowskiego, jego głęboką wiedzę, szeroki pogląd na zjawiska społeczne, budzenie zamięłowania wśród słuchaczy do studjów nad zjawiskami społecznymi.

Kol. Kaz. Dąbrowski w imieniu Towarzystwa Przeciwigruźliczego wygłosił przemówienie następujące:

„Należy tylko wytrwać i wytrwać w pracy, aby doczekać się owego zbawiennego promienia słońca“.

*Dr. med. Alfred Sokołowski:*

*„Wielkie kłeski społeczne“.*

Oto zasada którą stale głosił i w życiu się kierował ś. p. prof. dr. Alfred Sokołowski, założyciel i prezes honorowy Warsz. Tow. Przeciwigruźliczego.

W ciągu lat niewoli społeczeństwo polskie broniąc swych praw narodowych, jednocześnie musiało się bronić przed innymi kłeskami społecznymi, wśród których gruźlica największe czyniła spustoszenia.

Spoczeństwo było bezradne, nieuświadomione i nie mogło oczekiwać pomocy od ówczesnych władz zaborczych.

Złe warunki zdrowotne, brak wszelkich urządzeń przeciwgruźliczych nie dawały nadziei na polepszenie się sytuacji.

W takich to ciężkich warunkach życia polskiego prof. A. S. w roku 1903 podniósł myśl założenia Towarzystwa do walki z gruźlicą.

Projekt ustawy Tow. uzyskał zatwierdzenie w 1904 roku.

W myśl tej ustawy Tow. Przeciwgr. zostało upoważnione do rozpoczęcia czynności w chwili, gdy zbierze się przynajmniej 50 osób na członków i gdy suma kapitału początkowego dojdzie do wysokości 5.000 rb.

Zawdzięczając zapobiegliwości i nadzwyczajnej energii prof. A. S-go warunki powyższe zostały szybko wykonane i Tow. zorganizowane.

Lecz wypadki dziejowe 1905 roku i niepokój w kraju w latach następnych wpłynęły, iż dopiero w 1908 r. Tow. rozpoczęło swoją działalność.

Prezesem Tow. został prof. A. S. Rozporządzając skromnymi środkami, prof. A. S. skierował rozpoczętą działalność na jaknajszersze uświadamianie ogółu o szkodliwości i zaraźliwości gruźlicy, o sposobach i środkach zapobiegania, szerzenia się lub przynajmniej zmniejszenia się jej rozrostu. A więc zadania Tow. były przedewszystkiem pedagogiczne i profilaktyczne.

W miarę powiększania się funduszków o które zabiegał i wydedywał prof. A. S. zawdzięczając swoim bardzo rozległym stosunkom w Warszawie i kraju, Tow. starało się otoczyć swoją opieką lekarską, materialną i moralną nie tylko suchotników, lecz i ich rodziny.

Dzięki staraniom prof. A. S. uruchomiono przychodnie przy szpitalu Św. Ducha i w Instytucie higieny dziecięcej im. Lenwała, otworzono sanatorium ludowe w Leśniczówce.

Cel i zadania Tow. były pilnie przestrzegane w przychodniach, gdyż prof. A. S. dbał; by nie zeszyły one do roli zwykłych ambulatorjów z rozdawnictwem leków.

W czasie wielkiej wojny działalność Tow. Przeciwgr. nie tylko nie zmniejszyła się, lecz dzięki bezustannym zabiegom prof. A. Sokołowskiego zdobywano fundusze nawet od okupantów, za które założono dwie nowe przychodnie na Woli i na Pradze.

W końcu 1921 r. nadmiar pracy i nadwątlone zdrowie zmusiły prof. A. S. do ustąpienia ze stanowiska prezesa czynnego.

Członkowie Tow. w uznaniu wybitnych zasług, położonych przez Niego na polu walki z gruźlicą, wybrali Go na prezesa honorowego.

Do końca życia nie przestał być duchem opiekuńczym założonego przez siebie Tow., witając radośnie wszelkie nowe poczynania w walce z gruźlicą w stolicy i kraju.

To też w imieniu W. Tow. Przeciwgruźl. składam hołd zasługom i pamięci prof. A. S., założyciela T-wa, ideowego bojownika na polu społecznej walki z gruźlicą w Polsce.

Cześć Jego pamięci!

Prof. Gluziński w imieniu Koła Internistów w Krakowie oraz Towarzystwa Internistów oddaje cześć dla pracy ś. p. prof. Sokołowskiego, który tak wybitnie przyczynił się do podniesienia medycyny wewnętrznej w Polsce i dał możność zagranicy poznania pracy polskiej na polu lekarskiem.

Kol. W. Szumlański przedstawia całokształt pracy naukowej ś. p. prof. Sokołowskiego, ocenia wartość jej naukową i znaczenie dla medycyny polskiej <sup>1)</sup>.

K. Zieliński w imieniu uczniów ś. p. prof. A Sokołowskiego przemówił w te słowa:

Ś. p. prof. Alfred Sokołowski, po objęciu w roku 1881 ordynatury w szpitalu Św. Ducha, wsparty już wielkim zasobem wiedzy i doświadczenia osobistego, obok pracy nad chorymi, samorzutnie zaczął uprawiać działalność pedagogiczną. Wrodzony talent pedagogiczny, jasność sądu, swoboda wyśławiania się w pięknym rodzinnym języku uczyły go wcześniej popularnym wśród studentów profesorem Wszechnicy „In partibus infidelium“, a raczej tego moralnego fakultetu, jakim go nazwał przedmówca prof. Gluziński, zanim jeszcze doczekał tej szczęśliwej chwili, gdy ten tytuł, ceniony przezeń najwięcej ze wszystkich tytułów, mogła mu ofiarować wskrzeszona Alma Mater zmartwychwstałej, a ukochanej przez niego Ojczyzny. Ze względu na warunki ówczesnego naszego bytowania szpitalnego, prof. Sokołowski małym tylko grupom, składającym się rok rocznie z kilku dziesiątków studentów kursu IV-go, w małym gabinecie szpitalnym, skrycie przed zwierzchniemi władzami szpitalnemi, mógł poświęcić kilka godzin w tygodniu na piękny rzeczowy rozbiór odpowiednich przypadków klinicznych, przeważnie z umiłowanej i przestudjowanej gruntownie przez siebie dziedziny fizjologii i wogóle chorób dróg oddechowych Sala chorych, ze względu na argusowe oczy ówczesnych moskiewskich inspektorów szpitalnych, dla studentów była niedostępna. Pamiętam dobrze te jego wykłady, tę piękną linię wytyczną w badaniu chorego, prowadzącą do właściwego rozpoznania, a następnie i planowego wskazania leczniczego. Mogłem to stwierdzić z całą przyjemnością dzisiaj jeszcze, odczytując notatki w roku 1887 przeziemnie poczynione. To też do ugrupowań kursowych, tak zwanych wówczas w gwarze studenckiej „Sokołowszczyków“, tłoczono się ochoczo, i co najważniejsze, z niesłabnącą natężoną uwagą słuchano wykładów profesora Sokołowskiego w ciągu roku całego i w końcu z wielkim żalem się z nimi rozstawano. Dość jest powiedzieć, że wykłady prof. Sokołowskiego u Św. Ducha były najmiłszem wspomnieniem ze wszystkich ówczesnych klinicznych poczyniń naszych. Urok ładnej polszczyzny oczywiście podnosił jeszcze ceną wartość wykładów i przykuwał uwagę słuchaczy, czego nie można było powiedzieć o wykładach ówczesnych bezdusznym profesorów,

<sup>1)</sup> Przemówienie wydrukowane w całości w Polskim Przeglądzie Otolaryngologicznym. T. I. Z. II—1924 r.

ze Wschodu do nas przybyłych. Niestety, wykłady w zamkniętym nawet gabinecie z biegiem czasu, dzięki inspektorowi szpitalnemu, zwolna musiały być co do liczby słuchaczy ograniczane, a w końcu i zupełnie zawieszane. Polski język miał być wyrugowany ze szpitalnictwa w zupełności?! Młodzież, poświęcającą się zawodowi lekarskiemu prof. Sokołowski ukochał oddawna. Tom 3-ci swoich wykładów o chorobach dróg oddechowych (rok 1906) młodzieży tej poświęcił. Uwolniony z pod władzy moskiewskich opiekunów, jako aktualny już profesor, prowadząc wykłady propedeutyki lekarskiej na Uniwersytecie Warszawskim, zaraz na wstępie, w pierwszym swym wykładzie za wzór do naśladowania wskazał tej młodzieży największego w Polsce Lekarza - Obywatela - Polaka - Patriotę - Człowieka czynu — Karola Marcinkowskiego! Wydał te wykłady w książce oddzielnej, którą zaopatrzył napisem takim: Słuchaczom swoim studentom medycyny Warszawskiego Uniwersytetu 1918 r., którzy, wezwani przez Matkę - Ojczyznę, rzucili wszystko i pobiegli na Jej obronę—pracę tę poświęcam. Z dedykacji tej zarówno jak i przedstawionego w wykładzie I-ym ideału lekarza mieści się cały człowiek czynu, pracy, patriotyzmu, jakim był ś. p. prof. Sokołowski.

Z tych ugrupowań studenckich, z którymi ś. p. prof. Sokołowski w ciągu roku całego obcował, wychodziły w ciągu lat wielu całe szeregi jego asystentów — współpracowników, jak ich sam nazwał, poświęcając im tom I-szy wykładów o chorobach dróg oddechowych (rok 1902).

Praca asystentów na oddziale prof. Sokołowskiego zacieśniała z nim spójnię duchową na długie lata, na życie całe. Pracował wspólnie z nami, kierował pracami naszymi, oceniał należycie samodzielną myśl naszą, wspomagał niektórych z nas czynnie, materialnie i to w sposób nigdy nam nie uwłaczający. Z niektórymi ze swych asystentów uczył się wspólnie i przeprowadzał nawet studia - baterjologiczne i anatomo - patologiczne. Wieczory spędzane przez niektórych z nas na pracy sekretarskiej były dalszym ciągiem pogłębiania wiedzy naszej. Podziwialiśmy nieraz wtedy zdolność Sokołowskiego do utrwalenia swych myśli: dyktował je bowiem z pamięci w wykończony już ostatecznie gotowej do druku formie. W czasie obcowania z Nim utrwaliłiśmy sobie wiele myśli nowych ówczesnej medycyny światowej, której Sokołowski był wybitnym znawcą i jednym z pierwszych u nas pionierem. Na pierwszym miejscu stały poglądy o uleczalności suchot płucnych, o leczeniu sanatoryjnym tej choroby (Görbersdorf) o włóknistej postaci suchot, o skrytych postaciach i o wczesnym rozpoznawaniu gruźlicy płucnej i t. d.

Tam też mogliśmy się należycie wyszkolić we władaniu reflektorem czołowym, oraz przekonać się jak ważną jest dla każdego lekarza praktyka, zwłaszcza internisty, umiejętność władania wziernikami i jak wielce pomocną jest ta umiejętność w rozpoznawaniu nawet chorób, pozornie nic wspólnego z laryngologią nie mających. Władając precyzyjną techniką specjalną laryngologiczną nie zasklepiął się ś. p. Sokołowski w wązkich

ramkach tego ciekawego skądinąd działu nauk lekarskich, a zawsze wzrokiem swym głębiej wnikał i szerzej dział ten ogarniał. I dlatego zrozumiałym stał się fakt, że z pośród licznych asystentów—uczniów jego, tylko niewielu w swej dalszej działalności lekarskiej poświęciło się specjalnie laryngologii—rynologii i otjatrji, dochodząc na tej drodze do wybitnych nawet wyżyn. Większość natomiast obierając sobie inne działy, jak medycynę wewnętrzną lub pedjatrję, korzystając z nabytego doświadczenia na oddziale ś. p. Sokołowskiego chętnie posiłkowała się wzniernikiem krtaniowym jako metodą pomocniczą w rozpoznawaniu chorób i ich leczeniu.

Na zakończenie nie mogę się powstrzymać od zaakcentowania, że zadzierzgnięta w czasie asystentury nić sympatji spójni duchowej a nawet i przyjaźni nie zrywała się z chwilą, gdy zaczęliśmy samodzielną pracę, nieraz bardzo zmuśną, ciężką nieopromienioną małymi nawet błyskami twórczości naukowej! W najcięższych chwilach rękę zawsze podał, antagonizmy życiowe wpływem swym i autorytetem łagodził i tem wytrwale na stanowisku nieraz bardzo ciężkiem umożliwiał.

Cieszył się tem, co nas cieszyło, popierał to, co było poparcia godnem. Każde nasze posunięcie w hierarchji lekarskiej niepomierną radość mu sprawiało. Gościnne progi domu Sz. Profesorstwa dla nas były zawsze otworem. Mile i serdecznie nas tam witano. Cześć pamięci, pracy i niespożytej Jego sile duchowej, która pozwoliła mu tak bardzo wiele dokonać i która była i jest dla nas niedościgłym wzorem.

Prof. Leśniowski zwraca się do rodziny zmarłego ś. p. prof. A. Sokołowskiego z wyrazami współczucia, prosząc aby cześć, jaką zebrani żywią dla ś. p. A. Sokołowskiego, była dla nich pociechą w tem nieszczęściu.

W imieniu rodziny jako najstarszy jej członek składa gorące podziękowanie brat zmarłego Pan Sokołowski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

## POSIEDZENIE OGÓLNE

d. 15 kwietnia 1924 r.

Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

- Treść: 1) **Wojnarowska.** O leczeniu gruźlicy t. zw. pierwotną metodą Panndorfa a szczególności gruczołów śródpierśiowych u dzieci.  
2) Wybór prof. Antoniego Gluzińskiego na Sekretarza Stałego.  
3) **Jelenkiewicz.** Zgłębnikowanie dwunastnicy.

I. Odczytano i przyjęto protokoły posiedzeń z dnia 18 marca i 1 kwietnia 1924 r.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Podręcznik chorób zakaźnych zeszyt VI. 2) Lucjan Sobieszczański. Przypadek przewlekłego unieruchamiającego zapalenia kręgosłupa. 3) L. Sobieszczański i Zdzisław Michalski. Badania nad znaczeniem odczynu Pirquet'a. 4) L. Sobieszczański. O wynikach próby biologicznej Pirquet'a u dzieci szkolnych. 5) Dr. Med. Robert Bernhardt. Zarys chorób wenerycznych i skórnych wieku dziecięcego. 6) Dr. K. Jabłczyński. Pierwiastki promieniotwórcze i budowa atomu. 7) Upton Sinclair. Dom Cudów, tłum. A. Motylińska. 8) Biuletyn Pol. Komitetu do zwalczania raka.

III. Kol. Wojnarowska wygłosiła rzecz p. t. „O leczeniu gruźlicy t. zw. pierwotną metodą Panndorf'a a szczególności gruczołów śródpiersiowych u dzieci“.

Metoda, znana w piśmiennictwie od r. 1924, polega na śródskórnym wprowadzeniu tuberkuliny do organizmu chorego gruźliczo przez Ca; jak twierdzi jej wynalazca, stwarzamy filtr, chroniący organizm od zbyt silnych reakcji. Przestrzeń skóry 6—8 cm.<sup>3</sup> skaryfikuje się powierzchownie, wcierając następnie w to miejsce 2—3 krople tuberkuliny starej Kocha. Otrzymujemy reakcje trzech stopni: 1) zaczerwienienie, 2) wystąpienie perełkowatych bąbelków wzdłuż zadrażnień skóry, 3) nekrozę. Panndorf operuje prawie wyłącznie reakcją trzeciego stopnia—prelegentka przeprowadzała kurację jedynie reakcjami pierwszego stopnia — powtarzając je częściej i w zwiększonej ilości. Wyniki szczeg. u dzieci w scho-rzeniu gruźliczem gruczołów śródpiersiowych były dobre i do dalszego stosowania zachęcające. (Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. Chmielewski przyłącza się do optymistycznego poglądu prelegentki. Metody leczenia przez skórę zasługują na poparcie. Leczenie to nie chroni od powikłań, które prawdopodobnie miała i prelegentka. Przy leczeniu tuberkuliną można obserwować poprawę w ciągu 2—3 miesięcy, a jednak po powrocie do pracy sprawa postępuje czasem szybko. Ch. uważa, że metoda Panndorfa jest więcej ryzykowna od innych. Dlaczego więc prelegentka wybrała tę metodę, a nie metodę Morro lub Petrusky.

2) Kol. Sobieszczański uważa, że Panndorf przecenia swoją metodę. Zastrzykiwania śródskórne są czynniejsze. Chlorek sodu w ilości 0,3 zastrzyknięty śródskórnie powoduje zapalenie nerek. Po oparzeniu po kilku miesiącach stwierdzano gruźlicę. Sobieszczański zapytuje, czy metoda nie dała prelegentce wskazówek, jakie jest działanie tuberkuliny w tych razach, toksyczne, czy też przez system nerwowy.

3) Kol. Bączkiewicz zwraca uwagę, że przebieg gruźlicy różny pod względem anatomicznym, klinicznym nie słusznie przypisywany jest jedynie lasecznikowi. Wszak mamy do czynienia z żywym ustrojem, w którym działają różne czynniki, jak dziedziczność. Zanim znaleźmy tuberkulinę walczyliśmy z gruźlicą i nawet dość skutecznie, stosując leczenie klimatyczne.



W odpowiedzi Wojnarowska wyjaśnia, że przed rozpoczęciem leczenia metodą Panndorfa przeprowadza próbę Pirquet'a i o ile próba daje wynik ujemny, nie stosuje metody Panndorfa. W sanatorjum leczyli ciężkie przypadki omawianą metodą. Otóż w tych przypadkach raczej szkodzono ustrojowi, a nie otrzymywano dodatnich wyników. Prelegentka, stosując leczenie metodą Panndorfa, kieruje się subiektywnym wrażeniem i o ile nie otrzymuje dodatniego wrażenia po 2—3 reakcjach, przerywa leczenie. Metody Morro, Petruscky W. uważa za zbyt słaby bodziec; ciężkich przypadków ambulatoryjnie nie leczy. Działanie omawianej metody Panndorf objaśnia teorią Ehrlicha.

IV. Przystąpiono do wyborów Sekretarza Stałego. Złożono głosów 80. Prof. Głuziński otrzymał 49 głosów. Pawiński — 21. Sawicki — 10. Na Sekretarza Stałego wybrany został prof. A. Głuziński.

V. Kol. L. Jelenkiewicz wygłosił rzecz p. t. „Zgłębnikowanie dwunastnicy“. (Ogłoszone w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. II. Z. I. — 1924 r.).

W dyskusji 1) kol. Filiński stwierdza, że trudno określić, gdzie znajduje się oliwka, wszystkie próby kontroli są niepewne. Wydzielinę oliwki otrzymujemy raz przezroczystą, to znowu mętną, nawet metoda Roentgena nie jest w stanie odpowiedzieć, gdzie się znajduje oliwka, najlepiej przed prześwietleniem wstrzyknąć powietrze. Dotąd nie można twierdzić napewno, skąd pochodzi żółć jasna, skąd ciemna. Mówca przytacza przykład, gdzie po zapuszczeniu roztworu  $MgSO_4$  przed operacją otrzymano żółć ciemną, pęcherzyk, jak się okazało na operacji, był przepelniony ropą, to znowu otrzymano żółć ciemną w przypadku, gdzie pęcherzyk był usunięty przed 16 laty. Wątroba odgrywa rolę w wytwarzaniu ciemnej żółci pod wpływem pewnych substancji. Stwierdzenie składników nieorganicznych w otrzymywanej żółci jest rzeczą rzadką. Większe znaczenie ma drobnowidzowe badanie elementów, niż stwierdzenie ciałek ropnych.  $MgSO_4$  przyspiesza prąd żółci przechodzącej i może wypchnąć ciała ropne. Próba z  $MgSO_4$  może dać korzyść, ujemny odruch nic nie znaczy; w dodatnim zaś odruchu, jeżeli spotykamy ciała ropne w I żółci, przemawia za zmianami w dwunastnicy; w II żółci—za zmianami w drogach żółciowych; w III żółci—z woreczka. Mówić o plejochromji żółci nie można, gdyż żółć się zmienia, miesza się. Wykrycie stosunku barwników żółciowych, kwasów żółciowych, cholesteryny będzie miało znaczenie dla kliniki.

2) Kol. Rutkowski J. sprawdzał na ekranie u siebie samego, gdzie znajduje się oliwka. Przy przesuwaniu zgłębnika tworzy się pętla. Żółć b. ciemna pochodzi z woreczka. W ostatnich czasach podczas operacji dokonywał nakłucia woreczka i zawsze otrzymywał żółć zabarwioną na ciemno.

3) Kol. Cytronberg czyni uwagę, że jeżeli ciemna żółć powstaje wskutek zagęszczenia, to powinna zawierać więcej azotu, jako składowej części barwników soli żółciowych. Otóż w nie-

których przypadkach ciemna żółć zawiera więcej azotu, w innych natomiast połowę tego azotu, co jasna. Zwierzętom ustawiano zgłębnik w dwunastnicy, następnie podawano  $MgSO_4$  i po otwarciu jamy brzusznej drażniono pęcherzyk żółciowy, nie otrzymano jednak treści pęcherzyka żółciowego.

4) Kol. Janowski Władysław zaznacza, że zgłębnikowanie dwunastnicy, nie może, z natury warunków anatomicznych, dawać wyników tak jasnych i prostych, jakie daje zgłębnikowanie miedniczek nerkowych. Stanowi ono jednak niewątpliwy postęp w metodyce klinicznej i nie będzie mogło być w przyszłości w pewnych przypadkach zaniechane. Np. kliniczne stwierdzenie t. zw. plejochromji żółci wymagać będzie zawsze tej metody badania. Następnie tylko podług niej da się w przypadkach wątpliwych ustalić zupełną niedrożność przewodu żółciowego głównego, gdyż, jak tego dowodzi przypadek kol. Jelenkiewicza, zupełne odbarwienie kału możliwe jest nawet przy normalnej drożności dróg żółciowych. Również badania kliniczne nad zawartością urobiliny w żółci w różnych stanach chorobowych wogóle i w cierpieniach wątroby nie będą mogły obyć się bez zgłębnikowania dwunastnicy. Stwierdzenie w żółci dwunastniczej piasku wapniowobilirubinowego, względnie złogów cholesteryny rozstrzygać będzie w trudnych przypadkach rozpoznawczych sprawę na korzyść kamicy żółciowej. To samo dotyczy wyraźnej zawartości ropy w treści dwunastniczej. Należy mniemać, że przy dalszem wyrobieniu techniki badanie grać będzie nadto rolę w rozpoznawaniu cierpień trzustki i t. d. Jak zawsze, tak i tu, opierać się jednak można tylko na danych wyraźnych pod względem liczbowym, o ile idzie o stopień stężenia żółci, oraz na zestawieniu zdobytych tą drogą danych z otrzymanymi przy pomocy innych metod klinicznych.

(Str. wł.).

5) Kol. Zaorski przypomina, że przy badaniu dwunastniczem w żółci B znaleźli ropy i na tej podstawie rozpoznali zapalenie pęcherzyka żółciowego; na operacji jednak stwierdzono brodawkazaka pęcherzyka żółciowego. Uniknąć niebezpieczeństw można, pamiętając o wszystkich możliwych powikłaniach.

6) K. Al. Zawadzki uważa, że w sprawach chorobowych, jakie chirurdzy otrzymują, zgłębnik daje małe wyniki. Otrzymanie ropy nie jest miarodajnem. Z drugiej zaś strony zgłębnikowanie dwunastnicy może dać nieszczęśliwe wyniki, np. w przypadku, gdy wrzód dwunastnicy zrosnięty jest z trzustką, która stanowi jego ścianę, najmniejszy uraz w tym przypadku może wywołać silny krwotok. Spotyka się pęcherzyki z uchyłkami, z zarośnięciem przewodu żółciowego, gdzie ucisk na pęcherzyk palcem nie wywołuje wydalania żółci.

W odpowiedzi kol. Jelenkiewicz komunikuje, że w jednym przypadku kryształki widoczne były gołym okiem. Stwierdzenie plejochromji jest rzeczą trudną i należy uwzględnić cały szereg zastrzeżeń. Żółć jest miarą rozpadu czerwonych ciałek krwi, plejochromja stwierdza ten rozpad. Badania te mają znacze-

nie w żółtaczkach hemolitycznych i stanach pokrewnych, mówca nie może się zgodzić z Al. Zawadzkiem, że badanie dwunastnicze nie ma znaczenia, gdyż można stwierdzić sprawę zapalną pęcherzyka, lub niedrożność przewodów żółciowych.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny **W. Kowalski.**

---

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 29 kwietnia 1924 r.

Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

Treść: 1) Krzemiński. Pokaz chorych a) z pseudosclerosis b) z wieloogniskowem stwardnieniem rdzenia.  
2) Loth. Pokaz modeli różnych narządów z masy trwałej.  
3) Loth. Podłoże anatomiczne kamicy żółciowej.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Sekretarz stały prof. A. Gluziński składa podziękowanie członkom T-wa za zaufanie, jakim go obdarzyli, wybierając na Sekretarza Stałego i przyrzeka pracować dla dobra T-wa.

III. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Roger. Questions actuelles de Biologie Médicale. 2) W. Kopaczewski. Doniosłość koloidów w Biologii i Medycynie. 3) Archiwum Historji i Filozofji Medycyny T. I. Z. I. 4) Dr. Stanisław Serkowski. Przyrząd do badania bakteryjnej zawiesiny powietrza.

IV. Kol. Krzemiński. Pokaz chorego z pseudosclerosis wraz z pokazem chorego z wieloogniskowem stwardnieniem rdzenia (sclerose en plaques).

V. Prof. Loth. Pokaz modeli różnych narządów wykonanych z masy lekkiej i trwałej.

Z Cyklu wykładów w sprawie kamicy żółciowej.

VI. Prof. Loth wygłosił rzecz p. t. „Podłoże anatomiczne“.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 6 maja 1924 r.**Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

- Treść: 1) Głuziński. Radiculitis luetica (pokaz chorej).  
 2) Paszkiewicz. Anatomja patologiczna kamicy żółciowej.  
 3) Elektorowicz. Radjologia kamicy żółciowej.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto

II. Prof. Głuziński. Pokaz chorej dziewczynki z „radiculitis luetica“.

III. Kol. L. Paszkiewicz wygłosił rzecz p. t. Anatomja patologiczna kamicy żółciowej.

IV. Kol. Elektorowicz przedstawił rzecz p. t. „Radjologia kamicy żółciowej“.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.****POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 20 maja 1924 r.**Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

- Treść: 1) Uczczenie pamięci i nekrolog ś. p. d-ra Kazimierza Ostaszewskiego.  
 2) Janowski W. Kamica żółciowa ze stanowiska kliniki wewnętrznej.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes Kazimierz Zieliński ofiarował do Biblioteki T-wa na własność 137 tomów dzieł i pism (przeważnie w oprawie), wśród których znajdują się bardzo cenne i rzadkie wydawnictwa, jak 1) Słownik Geograficzny Królestwa Polskiego wyd. Chlebowskiego i Sulimierskiego tomów 15. 2) Wszechświat tygodnik popularny poświęcony naukom przyrodniczym, tomów 26. 3) La Semaine Médicale roczników 17. 4) Zentralblatt für die Gesamte Therapie roczników 11. 5) Münchener medizinische Wochenschrift roczników 8. 6) Wiener Archiv für innere Medizin roczników 6. 7) Clinique Homéopatique Bauwars'a tomów 5. 8) Wraczebnaja Gazeta. Roczników 14.

Pozatem do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Dr. Licutte in: Nervöse Herzerkrankungen und ihre Behandlung. 2) Valeur séméiologique des écoulements anormaux par le mamelon. 3) C. B a c h e n: Arzneitherapie des praktischen Arztes. 4) Dr. Wilhelm

Müller: Kompendium der Lungentuberkulose für praktischen Aerzte.

III. Prezes zawiadamia o śmierci członka czynnego T-wa ś. p. Leona Kazimierza Ostaszewskiego, który zmarł 17 maja 1924 r. i wzywa do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

Zebrani uczcili pamięć ś. p. Leona Kazimierza Ostaszewskiego przez powstanie.

Sekretarz Stały przedstawił życiorys ś. p. Leona Ostaszewskiego.

Zmarły w d. 17 maja 1924 r. ś. p. Dr. Leon Kazimierz Ostaszewski urodził się d. 3 marca 1868 r. w Warszawie, początkowo nauki pobierał w progimnazjum w Pułtusk, ukończył III gimnazjum w r. 1889 w Warszawie, wydział zaś lekarski również w Warszawie w r. 1894. Po ukończeniu wydziału lekarskiego pracował cały czas aż do śmierci w szpitalu Przemienienia Pańskiego na oddziale chirurgicznym D-ra Rauma, później zaś D-ra Zawadzkiego. Niejednokrotnie oddziały te prowadził zastępczo przez czas dłuższy i wywiązywał się z tego należycie. Dla szpitala praca Jego była bardzo owocna.

Napisał w roku 1898 pracę: „O stosowaniu szwu kanałowego przy operacji przepuklin pachwinowych“, drukowaną w Pam. Tow. Lek., a opartą na 75 przypadkach przepuklin operowanych na oddziale D-ra med. Rauma. Od r. 1899 był członkiem Tow. Lekarskiego. Cześć Jego pamięci!

IV. Bibliotekarz kol. Z w e j g b a u m podał do wiadomości, że T-wo nabyło dla swej Biblioteki drogą wymiany z Biblioteki Wojskowej Służby Sanitarnej 12 dzieł angielskich z dziedziny dentystryki, chirurgii wojskowej służby sanitarnej Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej.

V. Kol. W ł. J a n o w s k i wygłosił rzecz p. t. Kamica żółciowa ze stanowiska kliniki wewnętrznej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes A. Leśniowski.

Sekretarz doroczny W. Kowalski.

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 27 maja 1924 r.

Przewodniczący prof. A. Leśniowski.

- Treść: 1) A. Leśniowski. Kamica żółciowa ze stanowiska chirurga.  
2) A. Landau i J. Heida. O stanach żółtaczkowych i o stanach chorobowych z hipobilirubinemią.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto. Prezes oddaje prowadzenie obrad w ręce Sekretarza Stałego prof. A. Gluzińskiego.

II. Prof. A. Leśniowski wygłosił rzecz p. t. „Kamica żółciowa ze stanowiska chirurga”.

Prelegent przedstawił najpierw w krótkim zarysie zmiany anatomopatologiczne w przebiegu kamicy, z których widać, jak sprawa zrazu zupełnie niewinna powoli może stawać się coraz bardziej powikłaną, coraz bardziej groźną, coraz bardziej niebezpieczną dla ustroju. Mieszcząc się najpierw tylko w pęcherzu żółciowym, powoli może ogarnąć cały organ żółciowy, organy sąsiednie, organy mniej lub bardziej odległe. Nie zatrzymując się bliżej nad obrazem klinicznym, podnosi tylko, że: trwanie choroby jest niezbitym dowodem niemożności samoistnego wydalenia się kamienia, posiadamy obecnie możność wczesnego rozpoznawania ujawniającej się kamicy, kamica żółciowa pozornie jest chorobą niewinną, w rzeczywistości—często wielce niebezpieczną. Doświadczenie wykazuje, że leczona środkami wewnętrznymi daje 10—15% śmiertelności. Czy posiadamy sposoby otrzymania lepszych wyników leczenia kamicy? Posiadamy na drodze operacyjnej, bowiem tu usuwamy z ustroju ognisko chorobowe i w ten sposób przerywamy dalsze rozwijanie się choroby. Ogólna śmiertelność wynosi wprawdzie w przecięciu 7—10%, lecz może być zredukowana znakomicie, a to w zależności od szeregu czynników: od doświadczenia chirurga, od tego, na jakim organie wykonywamy operację, od tego czy operowany organ jest, czy nie jest zakażony. Wszystko to zaś sprowadza się do okresu, w jakim operujemy: im wcześniej, tem niebezpieczeństwo jest mniejsze. O ile operacja w przypadkach późnych ze względu na kolosalne trudności daje wysoką śmiertelność — na zakażonym przewodzie wspólnym 50—78%, operacje we wczesnym okresie wykonywane na pęcherzu żółciowym, dają 1—2% śmiertelności. O ile zestawimy ze sobą 10—15% śmiertelności kamicy leczonej środkami wewnętrznymi, 7—10% śmiertelności po operacjach późnych i 1—2% po operacjach wczesnych, nie będziemy wahać się kwalifikować chorych na kamice żółciową do wczesnego leczenia operacyjnego. U nas w Polsce sprawa leczenia operacyjnego kamicy żółciowej stoi w tyle za innemi krajami: wobec 200.000 chorych na kamice u nas operuje się zaledwie nie całe 1.000 rocznie, co dowodzi, że są operowane wyłącznie przypadki zapóźnione, nie dziw, że i wyniki nie zawsze są pomyślne, operujemy w swoim czasie, wyniki będą zupełnie inne. (Str. wł.).

III. Kol. A. Landau i J. Helda wygłaszają rzecz p. t. a) O stanach żółtaczkowych, b) O stanach chorobowych z hipobilirubinemią.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes A. Leśniowski.

Sekretarz doroczny W. Kowalski.

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 3 czerwca 1924 r.**Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

- Treść: 1) Stef. Leśniowski. Przypadek botulizmu (pokaz chorej).  
2) Dyskusja z powodu cyklu odczytów o schorzeniach dróg żółciowych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki T-wa nadesłano: Prof. Edw. Żebrowski. Istota i podział anemji.

III. Kol. Stef. Leśniowski przedstawił przypadek botulizmu z kliniki chorób nerwowych prof. Orzechowskiego. 17-letnia wieśniaczka zachorowała w parę godzin po spożyciu podejrzanego mięsa wśród nudności, wymiotów oraz bólów w nadbrzuszu. Na trzeci dzień choroby dolegliwości żołądkowe ustąpiły, natomiast wystąpiło porażenie akomodacji oraz podwójne widzenie, czwartego dnia przyłączyła się silna chrypka i ciężkie zaburzenia połykania. Przedmiotowo chora sprawia wrażenie ciężko chorej; w stanie cielesnym uderza niezwykła suchość skóry i śluzówek; twarz chorej ma wyraz senny, powodowany przez opadnięcie powiek, małą ruchomość samorzutną mięśni twarzowych oraz prawie nieruchomość gałkoruchowych. Maksymalne rozszerzenie źrenic, całkowite porażenie mięśni wewnętrznych oczu oraz znaczny niedowład wszystkich mięśni gałkoruchowych zewnętrznych, natomiast ostrość wzroku, pole widzenia i dno oka bez zmian. Prawie nieruchomość łuków podniebiennych i tylnej ściany jamy nosowogardłowej przy fonacji; brak odruchów podniebiennych i gardłanych; znaczny niedowład mięśni i krtani. Pewna opieszałość wszystkich ruchów czynnych. Odruchów głębokich z kończyn górnych brak z wyjątkiem z mięśni trójgłowych, z dolnych zaś znaczne ich osłabienie. Odruch Oppenheima z kończyny dolnej prawej. Nakłucie łądźwiowe wykazało stosunki prawidłowe, odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym i w surowicy krwi ujemny. Narządy wewnętrzne bez zmian; przez jeden dzień nieco gorączki, potem stan bezgorączkowy; nieznaczne przypieszenie tętna. Po 25-u dniach od zachorowania chora opuściła klinikę tylko z nieznacznymi zaburzeniami okoruchowemi.

W rozpoznaniu różniczkowym I. wyklucza polyneuritis, myasthenję oraz nagminne zapalenie mózgu, do którego przypadek jest pozornie zbliżony (z powodu małej samorzutnej ruchliwości mięśni twarzy oraz zaburzeń okoruchowych — natomiast brak dłużej trwającej gorączki, zaburzeń snu, omamów, bólów i ruchów mimowolnych). Na zakończenie podnosi, że chociaż w przedstawionym przypadku nie było można przeprowadzić badania bakteriologicznego w kierunku botulizmu, tem niemniej zarówno wywiady jak początek i przebieg cierpienia nie nastroją wątpliwości. —

(Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. Tokarski wyjaśnia, że jad kiełbaśny wywołuje silne zatrucie u ludzi, dla zwierząt, a właściwie dla psów nie jest trucizną zupełnie. W jednym wypadku, gdzie stwierdzono zepsute mięso, psy przez 2 dni jadły mięso i nie zachorowały.

2) Prof. Gluziński odróżnia 2 postaci zatrucia jadem kiełbaśnym: 1) są gotowe produkty substancji trującej, jak w danym przypadku, i takie przypadki nie są tak rzadkie. 2) Druga postać daje obraz kliniczny silnego zakażenia. Prof. G. wspomina o przypadku, w którym cała rodzina najadła się galarety z nówek. Wystąpiły objawy ostrego zakażenia. Jad kiełbaśny podobny jest w działaniu do jadu błonicznego.

3) Kol. Leśniowski uważa, że, być może, szczepienie dla tego dało wyniki ujemne, że było zrobione nieodpowiednim zwierzętom — szczirom, a nie świnkom morskim, jak zaleca Semerau.

IV. Dyskusja nad cyklem odczytów o schorzeniach dróg żółciowych.

1) Kol. Tokarski. Sprawa kamicy żółciowej jest bardzo aktualna, gdyż jeżeli lekarze chorób wewnętrznych, na dziesięciu chorych kwalifikują do operacji trzech, to obecnie odzywają się głosy chirurgów, że należy wszystkich chorych na kamice żółciową operować i można mówić tylko o wskazaniach, dlaczego należy operacji zaniechać. Sądzę że, w takim orzeczeniu jest więcej postępu niż słuszności.

Operować należy: 1) W razie napadów powtarzających się tak często jeden za drugim, że ze względów socjalnych powstaje kwestja zdolności lub niezdolności do pracy; 2) Gdy pierwsza — druga strzykawka morfiny trafiły na grunt neuropatyczny, wzbudzający obawę morfinizmu; 3) we wszelkich ostro lub przewlekłe przebiegających napadach, świadczących o ogólnym zakażeniu, w ropnym zapaleniu dróg żółciowych, w lekkiej żółtaczce, małym częstym pulsie, zwalnającej gorączce, dreszczach, potach, suchym języku, — operować należy nie czekając objawów ze strony otrzewnej; 4) w przewlekłej stałej żółtaczce, w razie zupełnego lub niezupełnego zamknięcia przez kamień przewodu żółciowego wspólnego; 5) w razie podejrzenia raka pęcherzyka, przy ziemistej cerze, nieznanych bólach, lecz postępującym upadkiem odżywiania.

Operować nie należy: 1) W kolce pęcherzykowej nieprodukcyjnej, gdy kamień jak wentyl zamknął światło szyjki pęcherzyka, lecz wzmozona wydzielina pęcherzyka rozszerzyła jego ściany; wentyl się zwolnił, zawartość odpłynęła i cała sprawa bez żółtaczki, wygasa w ciągu kilku dni; 2) W kolce przewodu żółciowego wspólnego produkcyjnej, kamyk przeszedł przez przewód pęcherzykowy, lecz na krótko zatrzymał się u brodawki Vatera, na 2 — 3 dni wystąpiła lekka przemijająca żółtaczka, wreszcie przewód wspólny i brodawka wskutek parcia żółci rozszerzyły się, kamyk się przecisnął i napad skończony; 3) u posia-



daczy, nosiciele kamieni żółciowych w stanie ukrycia, utajenia, lecz nie chorujących na kamienie żółciowe, pęcherzyk żółciowy po jednym lub kilku zapalnych napadach kolki uległ ściągnięciu się, skurczeniu, zgrubieniu modelowatemu ścian, marskiemu zwyrodnieniu, nieomal zarośnięciu wraz z kamieniami. Dokuczają tylko nieznaczne przemijające dolegliwości. Ból występuje tylko przy głębokim ucisku pęcherzyka; 4) U kobiet bardzo otyłych, ze śladami cukru i białka w moczu. Chyba w razie ropnia.

Do powstawania kamieni żółciowych niezbędne jest odpowiednie ziarno i odpowiedni grunt. Jedna przyczyna nie wystarcza. Chory na wrzód okrągły żołądka spożywał codziennie przez 4 lata od ośmiu do dwunastu jajek na miękko, półtora litra mleka i dwieście gramów masła — literalnie nic więcej. Spożył więc bez przerwy przeszło 6 klg. cholesteroliny i wątrobę z pęcherzykiem nie były dotknięte. Dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy kamcią pęcherzyka żółciowego i wrzodem okrągłym żołądka ważnym jest wspomniany prawostronny punkt bolesny pomiędzy dwoma nóżkami mięśnia sutko-mostko-obojczykowego przy ucisku na nerw przeponowy. Nerw przeponowy jest to nerw mieszany, którego włókna czuciowe unerwiają przeważnie szyjkę pęcherzyka. W stanie zapalnym pęcherzyka powstaje stan neuropatyczny nerwu przeponowego, podczas napadu ostrej kolki częstokroć uśmierza ból u chorego pozycja Trendelenburga przez 10 — 15 minut. W tej pozycji trzewa wywierają ucisk na wątrobę, powstaje szybszy pęd żółci i kamień szybciej się przeciska. (Str. wł.).

2) Kol. Z a w a d z k i A l e k s a n d e r. Z powodu ograniczonego do 8-iu minut czasu na przemówienie zmuszony jest ograniczyć się do przedstawienia jedynie statystyki osobistej, opartej na materiale szpitalnym i lecznicowym w ciągu ostatnich dziewięciu lat. Wszystkich przypadków 181, po wyłączeniu przypadków, połączonych z ostrem zapaleniem trzustki, bąblowca oraz raka wątroby i pęcherzyka żółciowego, odsetek śmiertelności wynosi 8.8% — wśród tych przypadków tylko 3 bezpośrednio po zabiegu, inne z powodu zapalenia płuc. (4), lub ropnego zapalenia opłucnej (w 5 tyg. po op.) (1 przyp.). Zabiegi stosowane polegały przeważnie na usunięciu pęcherzyka żółciowego, wielokrotnie na otwieraniu dróg żółciowych (60), sączkowaniu ich nazewnątrz (51) lub za pomocą zatopionego sączka poprzez przewody do dwunastnicy (8). W przypadku, gdy sączek zatopiony, założony do przewodów, dawał po 6-ciu tygodniach bóle, a obecność jego została stwierdzona rentgenologicznie, założono zgłębnik dwunastniczy, wprowadzono przezeń 25% roztworu siarczanu magnezu, następnie badanie promieniami wykazało, że sączek odszedł. Sposób ten łatwy i prosty w tych przypadkach może ułatwić odejście sączka. Przypadki wogóle bardzo ciężkie z licznymi zrostami, przedziurawieniami do jamy otrzewnej, do żołądka, dwunastnicy, a nawet poprzecznicy. Raz jeden wykonane było okrażne częściowe wycięcie przewodów ze szwem okrężnym. Z. nawołuje do

zebrania polskiej statystyki. Jest za wczesnym zabiegiem, operuje w okresie ostrym, wyniki w tych przypadkach ma dobre, zabieg jest względnie łatwy. Po zabiegu chory winien być pod opieką lekarza wewnętrznego, gdyż pozbył się tylko kamieni, bynajmniej zaś wyleczony nie jest.

Należy zwrócić uwagę na wczesne rozpoznanie, które nie jest łatwe, ku czemu jednak dąży współczesna medycyna wewnętrzna. Przy operowaniu ciężkich przypadków statystyką się nie powoduje, bo nawet 1% szans uratowania chorego przemawia za zabiegiem. Krwawien w żółtaczce z powodu zatrzymania się żółci resp. zatkania kamieniem przewodów nie boi się, w swoich przypadkach stracił zaledwie jednego chorego — w dodatku okazało się, że krwawiło niepodwiązane naczynie skórne. Krwawienia te udaje się łatwo opanować a przy dobrej technice uniknąć ich. Liczne przypadki operowane w żółtaczce, trwającej po 2—3 miesiące, a w jednym przypadku nawet w ciągu dwóch lat są tego dowodem, zresztą tegoż samego zdania jest i Pörte. — Kładzie nacisk na przygotowanie chorego przedoperacyjne, ewentualnie wykarmienie obficie cukrem lub zastrzykiwania glukozy, przygotowanie serca, nieosłabianie chorego środkami przeczyszczającymi.

Momentem rozstrzygającym kwalifikowanie chorego do operacji winno być badanie sprawności wątroby i nerek; gdy ta spada, z zabiegiem zwlekać nie wolno.

Z liczby badanych bakterjologicznie 61 przypadków, 42 okazało się zakażonych; prof. Nitsch znalazł rozmaite rodzaje drobnoustrojów, najczęściej *b. coli*, trzy razy pałeczkę duru brzuszego, W pooperacyjnym przebiegu stosowane były szczepionki, przygotowane w pracowni prof. Nitscha. W przypadkach ciężkich stosowanie szczepionek skraca przebieg zdrowienia, wyniki wogóle daje dobre, a w jednym przypadku ropni w wątrobie dało wyzdrowienie (*staph. aureus*). (Str. wł.).

3) Kol. Sa bat podkreśla, że w sprawie rozpoznawania promieniami Roentgena są znaczne różnice zdań między rentgenologami. Jedni nie przypisują rentgenogramom w kamnicy żółciowej żadnego znaczenia, inni twierdzą, że są liczne przypadki, w których można rozpoznać kamienie pęcherzyka żółciowego. Jedni określają odsetek możności rozpoznania przypadków na 5 — 10% inni do 30% Kess 50 do 80%. Wykazanie kamieni zależy od licznych warunków i składu chemicznego kamienia, jego wielkości, zdolności wchłaniania promieni rentgenowskich przez kamienie i otoczenie; mnóstwo też warunków istnieje poza obrębem chorego: metoda, twardość i kierunek promieni, trudność interpretowania cieni na rentgenogramie. Źródłem błędów może być obecność kamieni nerkowych, kamienie kałowe, kamienie trzustkowe, zwapnienie chrząstek żebrowych, złogi wapniste w tkankach. Największy odsetek wykrywania kamieni żółciowych wykazują badacze amerykańscy. Badają oni pokilkakrotnie w różnych pozycjach. Wynikami dodatnimi mogą być zrosty pęcherzyka z otaczającymi narządami, powiększenie lub przemieszczenie pę-

cherzyka żółciowego. Nakoniec naświetlanie promieniami Roentgena stosowano jako środek analgetyczny.

4) Kol. Węgierko zwraca uwagę na zachowanie się fibrynogenu we krwi. W żółtaczkach kataralnych, hemolitycznych, kamicy nie powikłanej, ilość fibrynogenu zostaje dość mała, osocze krwi stabilizowane, skłaczanie daje wynik ujemny. W przypadkach nowotworów, w żółtaczkach w skutek przyczyn mechanicznych W. stwierdzał dużo fibrynogenu.

5) Prof. Paszkiewicz przytacza dane statystyczne dotyczące kamicy i jej powikłań, stwierdzone na materiale sekcyjnym Zakładu Anatomji Patologicznej. U. W. — Według statystyki Paszkiewicza u mężczyzn w 2-ch przypadkach operowanych i w 5 nieoperowanych stwierdzono kamice klinicznie, w 98 przypadkach sekcyjnie. Powikłanie kamicy stwierdzał w 43 przypadkach. Zapalenie pęcherzyka żółciowego w 2; przedziurawienie w 1; nowotwór w 4; przewlekłe zapalenie włókniste pęcherzyka w 27; puchlinę wodną pęcherzyka w 2. Przyczyną śmierci w 1 przypadku była kamica, co stanowi 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; w 4 przypadkach — nowotwór pęcherzyka, co stanowi 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> śmiertelności w związku z kamica. U kobiet na 416 przypadków kamicy w 33 przypadkach rozpoznano kamice, co stanowi 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; powikłania stwierdzono w 172 przypadkach, co stanowi 47<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; zapalenie pęcherzyka w 18 przypadkach; zarośnięcie przewodu w 7-iu, nowotwór w 3—4-ch; przedziurawienie w 5 u; przewlekłe włókniste zapalenie pęcherzyka w 125-u, puchlinę pęcherzyka w 4 przypadkach.

Kamica była przyczyną w 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; nowotwory w 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, co stanowi razem 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> jako przyczyna śmierci ze strony kamicy pęcherzyka.

6) Prof. Głuziński uważa, że trudno operować każdy przypadek kamicy, jak tego żądają chirurdzy, nawołując aby dawać chorych do operacji jak najwcześniej. Ze statystyki widać, że z 500 przypadków nie w każdym był napad kolki, następnie, że tylko nieznaczny odsetek chorych na kamice żółciową umiera wskutek kamicy. Śmiertelność po operacji nawet w najwcześniejszych okresach wynosi 1—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Po radykalnem usunięciu pęcherzyka żółciowego powtarzają się nawroty bólów, które zmuszają do ponownej operacji. Tu właśnie jest różnica pomiędzy zapaleniem wyrostka robaczkowego i kamica żółciową. Po pierwszym ataku zapalenia wyrostka, odsetek śmiertelności jest minimalny. Trudno zdecydować się internście na operację na początku choroby, gdyż odsetek śmiertelności nie jest taki niski jak po operacji na wyrostku; a przytem zdarza się, że napadu nie było 15 lat.

Dzisiaj musimy skłaniać się do tego, że o ileby powtórzył się 2--3 razy atak, należy nakłaniać chorego do operacji.

7) Kol. Czarkowski Józef uważa, że statystyka prof. Paszkiewicza nie odpowiada rzeczywistości. Ciężkie przypadki chirurdzy ratują często od śmierci. Nawroty po operacji kamicy są częste nawet po usunięciu pęcherzyka żółciowego. Gdyby chirurdzy mieli możność przepłukiwania dróg żółciowych, aby nic nie pozostało w drogach żółciowych, nie widywanoby wznowy.

W 5 przypadkach, operowanych z powodu kamieni we wspólnym przewodzie żółciowym, Cz. sprawdzał skrupulatnie, a jednak po operacji wychodziły duże kamienie i b. liczne. To znowu w rok po operacji występowały ataki kolki i wychodziły kamienie. W kamicy należy rozszerzyć wskazania do operacji, a śmiertelność będzie b. mała. We wczesnych okresach można będzie wykonywać operację bez żadnego uśpienia. Wyniki uśpienia są ujemne w przypadkach zapuszczonych.

Długotrwała żółtaczką powoduje stany krwawiączki (hemofilji), co pociąga za sobą niebezpieczeństwo śmierci. Śmiertelność w tych razach dochodzi do 20%. Cz. widywał takie przypadki, w których chorzy pomimo wszelkich zabiegów ginęli po 8 dniach po operacji wskutek krwotoku. Cz. skłonny jest uważać termin 3—4 tygodniowy żółtaczką za ostateczny, aby chorego operować, gdyż później grozi większe niebezpieczeństwo.

8) Kol. Szteyner jest zdania, że nie należy operować w ostrych przypadkach. Obserwował jednak przypadki operowane w ostrym stanie i to z dobrym wynikiem.

9) Prof. Sawicki Bronisław. Kwestja operowania w przypadkach kamicy omawiana jest wszędzie i nawet w Niemczech nie jest rozstrzygnięta. Do Karlsbadu lekarze posyłają takich chorych, którzy nadają się do operacji. To też Dr. Finck wykonywa operacje u licznych chorych. Wskazania do operacji wyrabiają się. Duży odsetek chorych żyje dziesiątki lat i niema napadów, jest jednak duży odsetek zejść śmiertelnych. Sawicki wspomina 60 letniego chorego, który jadąc na leczenie do Karlsbadu, w drodze, dostał ataku i zmarł. Operacja w górnej części brzucha rzeczywiście jest cięższa niż w dolnej. W większości przypadków chorzy giną od zatrucia i martwicy wątroby.

Sawicki kilkakrotnie widywał nawroty po operacji, operował też powtórnie. Ciężkość operacji względna, wykonana w młodym wieku nie przedstawia niebezpieczeństwa.

10) Prof. Radliński w ostrem zapaleniu pęcherzyka żółciowego, gdzie niema żółtaczką radzi przeczekać napad ostry, i następnie operować. Prof. R. w ostrym ataku zaleca spokój, okład i obserwuje. — Prof. R. zwraca się do internistów, aby opracowali metody wczesnego rozpoznania schorzeń dróg żółciowych. Prof. Radliński stanowczo twierdzi, że niema sposobu, aby rozpoznawać skurczony obliterowany pęcherzyk żółciowy wbrew twierdzeniu Tokarskiego. Rozpoznanie takiego pęcherzyka możliwe jest jedynie na operacji.

11) Kol. Zawadzki nie widywał takich obfitych krwawień po operacjach w stanie długotrwałej żółtaczką, aby chorzy umierali. Raz tylko widział zejście śmiertelne wskutek krwotoku.

12) Kol. Tokarski wyjaśnia, że na zasadzie wywiadów, oporu mięśniowego w okolicy pęcherzyka można rozpoznać skurczenie „obliterację“ pęcherzyka.

13) Prof. Leśniowski zaznacza, że celem odczytów było zainteresowanie ogółu lekarzy i cel ten osiągnięto. Z całego szeregu przemówień wynika, że w kamicy należy chorego opero-

wać i to możliwie najwcześniej. W kamicy żółciowej główną rolę odgrywa nie ból, lecz istota choroby. Kamica nie ustaje, choć bóle ustąpiły, lecz postępuje. Na operacjach chirurgicy stwierdzają znaczne zmiany w pęcherzyku żółciowym i jego okolicy. Duże statystyki wykazują 10<sup>0</sup>/o śmiertelności wskutek kamicy, Naunyn podaje nawet 15<sup>0</sup>/o. Kamicy żółciowej nie należy leczyć, lecz wyleczyć drogą operacyjną. We wczesnym okresie da się wyleczyć. Wczesne eperowanie zależy jest od wczesnego rozpoznania.

14) Kol. Janowski Wł. wyjaśnia, że podkreślił wyraźnie, że do powstania kamieni nie prowadzi sama tylko niedomoga żółciotwórcza wątroby, że niezbędnym jest też do tego warunkiem zastój żółci. Dopiero na tem wspólnem tle błędy dietetyczne oraz szereg innych, wyliczonych warunków prowadzi do kamicy jałowej, a dodatek zakażenia — do zapalenia dróg żółciowych i kamicy t. zw. mieszanej. — Podkreśla i wyjaśnia jeszcze raz, że chirurgów nie może interesować sama tylko żółtaczką mechaniczną, że, przeciwnie, powinni dążyć do rozpoznania, względnie ustalenia u badanych przez siebie chorych żółtaczkę czynnościowej, gdyż objaw ten na tle innych cech niedomogi wątrobowej może ich uprawnić do nalegania na zabieg operacyjny już wtedy, gdy chory, po przebyciu jednego lub szeregu napadów, wydaje się pozornie zdrowym. W końcu podkreśla jeszcze raz, że zabieg operacyjny jest w przebiegu kamicy żółciowej w szeregu przypadków, już poprzednio przez niego wyliczonych, zabiegiem nieuniknionym, często bezpośrednio ratującym życie. Zabieg ten jest jednak tylko ważnym etapem w leczeniu, którego doprowadzenie do końca jest możliwe tylko w drodze systematycznego traktowania dietetycznego i balneologicznego każdego chorego po operacji. (Str. wł.).

15) Prof. Leśniowski zastrzega się, że mówił najwyraźniej, że internista rozpoczyna leczenie kamicy, i chory po wykonanej operacji wraca znowu do internisty dla dalszej kuracji.

16) Prof. Sawicki podkreśla, że wskazania do operacji nie uzależnia od statystyki, ale w przypadkach, nie nadających się do operacji, ze względu na pewność złego wyniku, z całą świadomością nie będzie chorego operował.

17) Prof. Gluziński zwraca uwagę, że nie uwzględniano tego, jak odpowiada wątroba na żółtaczkę. Pod wpływem żółtaczkę wątroba wydziela coraz mniej kwasów. Przy podawaniu psom soli żółciowych, występują silne zaburzenia, czego u ludzi nie spostrzegano. — Słuszne było, że Dunin dawał jod w przypadkach ataku bólów, przypominających atak kolki, ale prof. Gl. zwracał kilkakrotnie uwagę na posiedzeniach i poruszał w prasie lekarskiej, że są to przypadki kily wątroby.

18) Przemawiał kol. Czarkowski Józef i zwracał uwagę na możliwość istnienia uchyłków w drogach żółciowych.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes A. Leśniowski.

Sekretarz doroczny W. Kowalski.

**POSIEDZENIE KLINICZNE**

d. 17 czerwca 1924 r.

Przewodniczący prof. A. Leśniowski.

- Treść: 1) Semerau-Siemianowski. Wpływ naświetlania śledziony na krew, w szczególności na krzepliwość.  
2) Z. Górecki. Parę uwag nad mechanicznym powstawania płynów w jamach surowicznych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Kol. Semerau-Siemianowski wygłosił rzecz p. t. Wpływ naświetlania śledziony na krew, w szczególności na krzepliwość <sup>1)</sup>.

III. Kol. Zd. Górecki wygłosił rzecz p. t. Parę uwag nad mechanizmem powstawania płynów w jamach surowicznych.

Prelegent nawiązuje do badań własnych, przedstawionych w Tow. Lek. Warsz. dn. 2.X.1923 i nadal kontynuowanych. Przedstawia obecne poglądy na powstawanie limfy w przestrzeniach międzytkankowych i jamach surowicznych w świetle poglądów chemii fizykalnej i w uwzględnieniu teorii Heidenheina i Ludwiga. Skład chemiczny płynów jam surowicznych od hydremicznych aż do zapalnych różni się jedynie ilościowo a nie jakościowo, skład limfy jest zupełnie podobny. Prelegent omawia warunki w stanach prawidłowych oraz w stanach patologicznych, które wpływają na stan przegrody koloidowej, jaką jest błona surowicza i ściany naczyń. Przedstawia następnie zmiany fizykalno-chemiczne, jakim podlega błona surowicza, a w szczególności stopień przechodzenia koloidów ze stanu „gel” w stan „sol”, za czem idzie wzmożona przepuszczalność dla ciał o drobinie większej. Następnie opisuje prelegent odpływ limfy i płynów jam surowicznych, opierając się na rozległych badaniach szeregu autorów, którzy wykazali wpływ ciał wielkdrobinowych drogami chłonnymi, a odpływ ciał drobnocząsteczkowych—drogami krwi. Przyczynę powstawania płynów prelegent widzi 1) w tworzeniu się produktów drobnocząsteczkowych w błonach surowicznych, dysjonji, wahaniach stężenia H<sup>+</sup> i t. d. pod wpływem czynnika chorobotwórczego, 2) w zmianach fizykalno-chemicznych ścian naczyń oraz surowicówki, 3) w warunkach odpływu płynu drogami krwi lub chłonki. Zmienne nasilenie tych trzech czynników warunkuje wahania w składzie ilościowym poszczególnych składników o cząsteczce większej w płynach. Prelegent w pracach poprzednich i teraz podnosi względną częstość płynów mieszanych i przejściowych, które łączą przesieki z wysiękami, omawia ich etiologję i podkreśla zmiany nieżytowe, oraz tło drobnoustrojowe tych zmian w narządach, leżących bezpo-

<sup>1)</sup> Drukowano w „Medycynie Doświadczalnej i Społecznej“ T. II, Z. 3--4 str. 170, 189 w pracy pod ogólnym tytułem: Badania nad wpływem naświetlania śledziony na krew i w szczególności na krzepliwość.

średnio obok surowicówki, której jama zawiera płyn początkowo czysto przesiękowy, przechodzący w przejściowy płyn a następnie nawet zapalny. Prelegent skłania się do przyjęcia procesu dializy o różnym nasileniu, jako mechanizmu powstawania wszystkich płynów w jamach surowicznych. (Str. wł.).

W dyskusji 1) prof. R z ę t k o w s k i podkreśla, że przesięk i wysięk są to dwie zupełnie inne sprawy, skład chemiczny każdego z nich jest inny co do ilości składników chemicznych, każdy z nich ma również inny cel. Przejściowe płyny nie istnieją. Prof. Rzętkowski, badając płyny w przypadkach marskości wątroby, stwierdzał w niektórych z nich znaczne ilości białka, jak w płynach wysiękowych, a to wskutek tego, że na otrzewnej b. łatwo przyjmuje się gruźlica, która w tych razach wywołuje płyny mieszane. Odczytem swoim prelegent nie przekonał nikogo, że mechanizm powstawania przesięków jest jednakowy, nie przytoczył na dowód tego żadnych faktycznych danych. Rzecz ta nie przedstawia się tak prosto, należy uwzględniać fakty rzeczywiste zebrane z kliniki.

2) Prof. G ł u z i ń s k i zgadza się z przedmówcą, że każdy klinicysta musi stać na tem stanowisku, że różnica pomiędzy przesiękami a wysiękami być musi, chodzi w danym razie o mechanizm powstawania. Dalsze badania wykażą, czy mechanizm okaże się jednakowy pomimo, że są inne zadania i inny cel. Rzecz, przedstawiona przez prelegenta, jest skreślona teoretycznie na podstawie licznych badań, które będą ogłoszone.

3) W odpowiedzi kol. G ó r e c k i zaznaczył, że badania jego opierają się na przeszło 70 przypadkach płynów, w których dokonano oznaczeń kw. tłuszczowych, chłonnych, białka (globulin, albumin), c. gat. soli, cukru, prób Sochańskiego i Rivalty. Profesorowi Rzętkowskiemu odpowiada, że wprawdzie trudno dziś ogarnąć i ocenić doniosłość praw, które chemja fizykalna wniosła do medycyny, nie mniej nauka ta ustaliła szereg faktów niezbitych, tłumaczących zagadki, dotychczas nierozwiązane. Pewne luki, niewątpliwie istniejące, nie powinny być przyczyną do odrzucenia całości, ale pobudką do dalszych dociekań.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

**POSIEDZENIE OGÓLNE****d. 24 czerwca 1924 r.**Przewodniczący prezes **A. Leśniowski**.

- Treść: 1) Sprawa podniesienia składki członkowskiej.  
2) Wniosek Zarządu w sprawie przeniesienia do Warszawy wydawnictwa Polskiej Gazety Lekarskiej i wybór komisji.  
3) Węgielko. Wpływ równoczesnego podawania insuliny i dwufosforanu sodowego na ludzi zdrowych i dotkniętych cukrzycą.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Sekretarz Stały A. Gluziński i Podskarbi L. Babiński przedstawiają do zatwierdzenia wniosek Zarządu W. Tow. Lek. aby podnieść składkę członkowską do 8 złp. za 3-i kwartał.

W dyskusji kol. Wł. Janowski uważa wniosek Zarządu za słuszny, lecz samo podniesienie składki do 8 zł. za zbyt niskie i proponuje podnieść składkę do 12 złp. kwartalnie. Sekretarz Stały wyjaśnia, że Zarząd zamierzał podnieść składkę do wysokości przedwojennej, lecz liczył się z tem, że składka ta może obciążyć kolegów, szczególnie młodszycy. Wobec równości głosów za jednym i za drugim wnioskiem, postanowiono na podstawie decyzji prezesa podnieść składkę do 8 złp. kwartalnie na III kwartał r. b.

III. Sekretarz Stały A. Gluziński odczytuje wniosek Zarządu: Wobec zamiaru przeniesienia pisma Polskiej Gazety Lekarskiej do Warszawy, Spółka Wydawnicza zwróciła się do Zarządu T-wa, by Gazeta ta stała się organem Warsz. Tow. Lek. Zarząd T-wa oceniając doniosłość sprawy dla obydwóch stron zgłasza wniosek: Warsz. Tow. Lek. wybiera Komisję dla rozpatrzenia sprawy i przedstawienia wniosku, na jakich warunkach T-wo propozycję tę mogłoby przyjąć. Komisja obowiązana jest przedstawić wyniki swej pracy Zarządowi Warsz. T-wa Lek. na jednym z najbliższych posiedzeń powakacyjnych.

W dyskusji 1) kol. Pawiński przemawia za powołaniem komisji.

2) Kol. W. Janowski przestrzega, aby komisja miała na uwadze § 25 Ustawy, który głosi, że organem W. T-wa Lek. jest „Pamiętnik“ T-wa.

3) Sekretarz Stały podkreśla, że komisja rozpatrzy sprawę wszechstronnie i przedstawi Zarządowi swój wniosek.

4) Prezes daje wyjaśnienia w sprawie komisji i oddaje pod głosowanie wniosek Zarządu.

Za komisją głosowali wszyscy obecni.

Sekretarz Stały w imieniu Zarządu proponuje wybrać do komisji 5 członków. Wniosek przyjęto i zdecydowano, aby głosowanie było tajne kartkami. Przy głosowaniu kartkami otrzy-



mali kol. Ark. Puławski 29 gł. Stankiewicz Cz. — 29. Łapiński Wacł.—28. Koelichem—28. Guranowski—27, którzy zostali członkami komisji.

IV. Kol. Węgiérko wygłosił rzecz p. t. Wpływ równoczesnego podawania insuliny i dwufosforanu sodowego na ludzi zdrowych i dotkniętych cukrzycą.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

---

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 16 września 1924 r.

Przewodniczący **A. Leśniowski.**

Treść: 1) Milewski. O kapilaroskopji i jej znaczeniu dla kliniki.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki nadesłano: 1) wiceprezes Zieliński: La Nature; 2) prof. Józef Hornowski: Pasorzyty ciała ludzkiego i walka z niemi; 3) K. I. Gerner: Tarczycza a gruźlica płuc; 4) J. Dąbrowska: Czy są swoiste obrazy anatomopatologiczne dla niedokrwiistości złośliwej? 5) Anna Siedlecka: a) O wrodzonych wadach serca, b) Kilka uwag o histopatologii nagminnego zapalenia mózgu na podstawie spostrzeganych przypadków; 6) Wł. Zahorski: Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w Wilnie w XIX stuleciu; 7) Hornowski: O zapaleniu guzkowatym okołonaczyniowem; 8) Przegląd Wiedzy Wojskowej. T. I. 1924; 9) Prace Zakładów Anatomji Patologicznej Uniwersytetów Polskich. T. I Zesz. 1—2.

III. Kol. Milewski wygłosił rzecz p. t. O kapilaroskopji i jej znaczeniu dla kliniki.

W dyskusji 1) Sekretarz Stały prof. Gluźniński zaznacza, że do kapilaroskopji odnosi się z pewnem uprzedzeniem, choć być może źle jest uprzedzać się. 8 lat temu Groer mówił o badaniu naczyń włoskowatych u człowieka za pomocą mikroskopu i wtenczas powstały wątpliwości co do badania dokładnego naczyń włoskowatych wobec braku światła z dołu. Gluźniński badał obrazy naczyń włoskowatych u żab i przekonał się, że obrazów tych nawet w przybliżeniu nie można porównać do obrazu mikroskopowego u człowieka. Kto widział w pletwie żab cudowne obrazy, ten, patrząc na naczynia włoskowate u człowieka, nie mógł nabrać przekonania, aby ta metoda dała jakieś wskazówki rozpoznawcze. Być może, przez wprawę dojdzie się do pewnych

wyników, które będą miały znaczenie dla kliniki; G. podkreśla, że prelegent, wspominając o pracach obcych badaczy, nie wspominał o badaniach Raczyńskiego nad działaniem toksyn błonicy na naczynia, dokonanych w pracowni patologii ogólnej doświadczalnej.

2) Kol. P a w i ń s k i przypomina, że Malpigijs pierwszy zajął się badaniem naczyń włoskowatych w 30 lat po stwierdzeniu przez Harvey'a istnienia krwiobiegu. Krążenie włoskowate odgrywa ważną rolę i można powiedzieć największą w wymianie elementów odżywczych dla tkanek. Nowsze badania wykazały, że jeśli spotyka się duże ciśnienie w tętnicach, to w naczyniach włoskowatych Landerer'a ono może nie być duże. Istnieje pewna samodzielność tych naczyń, pewna niezależność. Wykazano, że w drobnych naczyniach włoskowatych istnieją rozgałęzienia nerwu współczulnego i że to odgrywa pewną rolę. W nerkach stwierdzają duże zmiany w naczyniach włoskowatych w cukrzycy i miażdżycy. Huchard pierwszy podniósł wpływ zatrucia na naczynia; zarzucano mu, że wpływ ten nie może trwać wiecznie. Naczynia odgrywają wielką rolę u zimnokrwistych, a szczególnie u węgorza—rete mirabile. Zmiany w naczyniach włoskowatych odgrywają wybitną rolę w czynności serca.

3) Prof. K. R z ę t k o w s k i wyjaśnia, że prelegent nie mówił o kapilaroskopji wogóle. Oglądamy naczynia włoskowate skóry, a nie narządów wewnętrznych. Tu można mówić o zjawiskach w skórze, wywołanych przez czynniki cieplne w obrzękach. R. rozumie, że nie należy przystępować do badania z optymizmem. Metoda daje niewiele, jest subiektywna, fotografowanie obrazów utrudnione, a to dałoby pewną ścisłość w badaniu. Dziś stoimy na punkcie subiektywności, co jest źródłem błędów. Widząc częsteczkę naczyń włoskowatych, spostrzegamy rzeczy ciekawe. W przyszłości uda się rozszerzyć metodę do rozpoznawania nie tylko stanów miażdżycy i obrzęków. Obecnie chodzi o ustalenie pewnych typów naczyń włoskowatych skóry, które odpowiadają pewnym typom konstytucyjnym o korelacji wydzieliny wewnętrznej, o oddziaływaniu naczyń na czynniki farmakologiczne. Badania te będą miały znaczenie dla chirurgji. Będziemy mogli ocenić szybkość gojenia się ran.

4) Kol. G u t o w s k i stwierdza, że do oceny szerokości światła naczyń włoskowatych metoda anatomiczna nie nadaje się, gdyż daje pojęcie o stanie naczyń tylko w pewnym momencie statycznym. Naczynia włoskowate można rozszerzyć tak, że zwierzę może się wykrwić do naczyń włoskowatych. Histamina u psów działa tak, że ciśnienie nie daje wahań, serce jednak działa—cała krew znajduje się w naczyniach włoskowatych. W szokach urazowych spotykamy taki sam obraz, jak po histaminie u psów. W zapaleniu otrzewnej występuje znowu porażenie naczyń obwodowych. Pod mikroskopem jedne naczynia włoskowate rozszerzają się, inne zwężają. Nie wiemy, na czym polega mechanizm tego zjawiska, czy działa tu brak tlenu, czy też inne substancje. Ruch robaczkowy naczyń włoskowatych kwestjonują, uważając to zjawisko za niewyjaśnione. Ujęcie całokształtu naczyniowego,

jako zagadnienia nerwowo mięśniowego, da się porównać z innymi sprawami nerwowymi.

5) Kol. Trzcicki czyni zastrzeżenia w sprawie przedstawionego przypadku, który, jego zdaniem, nie wygląda na chorobę Reynaud'a, odpowiada więcej endoarteritis obliterans, czy też przestankowemu chromaniu. Obserwowane przez T. schorzenia Reynaud'a wyglądały inaczej.

6) Kol. Kołodziejcki uważa, że przedstawiony przypadek nie jest chorobą Reynaud'a; przeciw temu przemawia zanik tętna, różnica w zachowaniu się tętna pod wpływem czynników cieplnych. W danym przypadku jest sprawa nieznaną, niespecyficzną jednak, jak sprawa endoarteritis obliterans. K. proponuje wykonać zespolenie tętniczożylnę.

7) Kol. Kamocki uważa, że pomiędzy tętnicami i żyłami naczynia włoskowate stanowią rzecz podstawową, wyłączyć tego układu i rozpatrywać go oddzielnie nie można. Układ włoskowaty stanowią nerki, ale otoczone tkankami. W naczyniach włoskowatych skóry również odbywa się wymiana materji.

W odpowiedzi kol. Milewski zaznacza, że w swoim przemówieniu kładł nacisk na metodykę badania. Prace ściśle określa zmiany chorobowe w różnych schorzeniach. Obecnie już można rozpoznać niektóre cierpienia na zasadzie obrazu kapilaroskopji. W chorobach nerek jest pewien charakterystyczny obraz, w innych schorzeniach inny, stale się powtarzający w danym schorzeniu. Milewski podkreśla, że nie jeden objaw kapilaroskopji, ale całokształt objawów stanowi o rozpoznaniu. Główna przyszłość kapilaroskopji polega na określaniu czynności naczyń włoskowatych.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: A. Leśniowski.

Sekretarz doroczny: W. Kowalski.

---

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 30 września 1924 r.

Przewodniczący prezes A. Leśniowski.

- Treść: 1) Uczczenie pamięci zmarłych: d-ra Teofila Żery i d-ra Aleksandra Karolego.  
2) Rutkowski. Badania nad izoaglutyninami.  
3) Cieszyński i Gileczek-Hacowa. Częstość czerwii u dzieci warszawskich.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadamia o śmierci długoletniego członka Zarządu Kasy Wsparć wdów i sierot po lekarzach z pośród kolegów nienależących do Towarzystwa Lekarskiego ś. p. Teofila Żery,

oraz o śmierci członka czynnego T-wa ś. p. Aleksandra Karolego i wzywa zebranych do uczczenia pamięci zmarłych przez powstanie! Zebrani wstają z miejsc, aby uczcić pamięć zmarłych.

III. Do Biblioteki Towarzystwa nadesłano: T. Trzciniński  
W sprawie salwarsanoterapii.

IV. Kol. J. Rutkowski wygłosił rzecz p. t. „Badania nad izoaglutyninami“.

V. Kol. Cieszyński i Gileczek-Hacowa. Wygłosili rzecz p. t. „Częstość czerwi u dzieci warszawskich“<sup>1)</sup>.

W dyskusji 1) kol. Kopczyński wypowiada przypuszczenie, że żydzi dlatego wykazują mniejsze zakażenia czerwiami, ponieważ jadają dużo cebuli i czosnku. K. żałuje, że w badaniach swych prelegent nie zwracał uwagi na objawy kliniczne przy czerwiach.

2) Kol. Świdorski uważa, że kwestja eozynofilji odchylenia dopełniacza w literaturze nie jest dostatecznie wyjaśniona. S. przytacza przypadek, w którym u staruszki zmarłej bez żadnych objawów klinicznych stwierdzono 29 egzemplarzy botriocephalus latūs. Tasiemca najczęściej można spotkać na Kaukazie, gdzie znaczna liczba gryzoniów dostaje się do składów z żywnością, do szpiżarni i zanieczyszcza je. Prelegent nie spotykał botriocephalus latūs w Warszawie; na Pomorzu spotyka się ich dużo.

3) W odpowiedzi kol. Cieszyński uważa wyjaśnienie kol. Kopczyńskiego za przypuszczenie jedynie, nad którym się zastanawiał. Uwagi kol. Świdorskiego zachęcają, aby się zająć badaniami nad obecnością czerwi w różnych stronach kraju i określić geograficznie ich rozpowszechnienie.

4) Kol. K. Zieliński zapytuje, jaką liczbę żydów wogóle badano i uważa, że ze stosunku 100 badanych żydów do 800 badanych chrześcijan nie można wyprowadzać wniosku, że u żydów pasorzytów spotyka się mniej, choćby nawet brać stosunek w odsetkach.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

1) Drukowane w dwumiesięczniku „Pedjatrja Polska“. T. VI. Z. VI—1924.

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 7 października 1924 r.**Przewodniczący prezes **A. Leśniowski.**

- Treść: 1) **Higier H.** Epilepsia genuina, przerywana zapomocą ucisku (pokaz przypadku).  
2) **Pawiński.** Chinidyna jako lek przeciw niemiarności ruchów serca.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. **Kol. H. Higier.** Epilepsia genuina, dająca się stale przerywać zapomocą ucisku kończyny dolnej.

25-letnia panna, od 12-go roku życia dotknięta padaczką klasyczną. Aura stale w lewej łydce. Gdy się udaje w porę mocno nogę uciskać, to przykre parestezje i drgawki w niej ustają i napad się przerywa. O ile pomoc ta w porę nie nadchodzi, a sensacje, idąc ku górze, dosięgają łuku żebrowego, drgawki się uogólniają i chora traci przytomność, poczem budzi się z napadu z bólem głowy, okaleczeniem języka, mimowolnem moczeniem i t. p. Chora się nauczyła przerywać te napady tak dobrze, że, mimo kilka razy dziennie występującej aury z drgawkami łydki, napady zupełne zdarzają się zaledwie raz na kilka lat. Lekarze zazwyczaj nie dają wiary chorym, którzy opowiadają o przerywaniu napadu przez energiczne i forsowne, czasem brutalne zginięcie lub rozginanie kończyny drgającej. Higier kilku takich chorych obserwował (przed laty jednego demonstrował) i zaopatrzył ze skutkiem w mocny pasek rzemieniowy ze sprzączkami w celach zapobiegawczych. O metodzie tej wspominają już starożytni lekarze greccy; we Francji pisał o tym zabiegu Bravais. Należałoby się przekonać, czy irne doraźne a silne bodźce tak samo skutkują. Higier, przeprowadzając analogję między działaniem środków odciągających na skórę (derivantia) w chorobach wewnętrznych, a tym zabiegami, usiłuje wytłumaczyć działanie tamujące na korę mózgową. Studja nad pasami hyperestetycznymi i nad défense musculaire, słowem nad odruchami trzewowo-ruchowymi w organopatjach piersiowych i brzusznych, ułatwiają zrozumienie patogenezy. Tu i owdzie niuch tabaki świeżej lub łyk soli kuchennej też przerywa napad. (Str. wł).

W dyskusji **kol. Pawiński** uważa pokaz za ciekawy. Przedstawiony przypadek przypomina obserwacje Nothnagel'a postaci angina pectoris vasomotorica. Bodziec do ataku padaczki idzie z obwodu, a mianowicie skurcz naczyń obwodowych wywołuje w ośrodkowym układzie nerwowym zmiany, prowadzące do powstania ataku.

III. **Kol. J. Pawiński** wygłosił rzecz p. t. „Chinidyna jako lek przeciw niemiarności ruchów serca“ (arythmia perpetua s. completa).

Chinidyna ( $C_{20}H_{24}N_2O_2$ ) jest jednym z czterech alkaloidów kory chinowej, któremi są: chinina, cynchonina, chinidyna i cynchonidyna. Bywa stosowana najczęściej w przypadkach zaburzeń rytmu serca, jako siarczan chinidyny: chinidinum sulfuricum.

Frey był pierwszym, który w r. 1918 wprowadził w użycie zamiast chininy, chinidynę w celu usuwania ciężkich zaburzeń w niemiarowości ruchów serca. Na mocy badań Frey'a, Kopffa i Deschamp'a, potwierdzonych elektrokardjogramami okazało się, że w 50% przypadków (przeszło 300) arytmja ustępowała pod wpływem chinidyny. Stosowano ją przeciw arytmji w różnych cierpieniach serca, tak w dawnych jak i świeżych wadach zastawek, w chorobach mięśnia sercowego, w stwardnieniu naczyń, w zapaleniach płuc, niekiedy w chorobach zakaźnych i gorączkowych.

Chinidynę stosuje się do wewnątrz w postaci proszków lub pastylek w dawce 0,2 z początku dwa do 3—a następnie do 5 razy dziennie, a więc do 1 grama dziennie. Próbowano też stosować lek ten dożylnie w dawkach 0,2 do 0,4. Występowanie jednak groźnych objawów zatrucia zniechęciło lekarzy do dalszych tego rodzaju prób.

U chorych ze znacznymi zmianami w mięśniu serca w okresie jego niedomogi, należy rozpoczynać leczenie od środków pobudzających ośrodkowy układ nerwowy, jak kamfora, kofeina, strychnina, a następnie przejść do chinidyny, która wybitnie obniża i przytępia główne właściwości aparatu mięśnia sercowego a mianowicie: częstość skurczów, pobudliwość, przewodnictwo i kurczliwość.

Chinidyna działa bardzo niejednolicie na arytmję serca; w przypadkach na pozór ciężkich działa pomyślnie, a w lekkich zawodzi często. Dla wytłómaczenia tego trzeba sobie zdać sprawę z przyczyn powstawania podobnej niemiarowości.

Pierwszą jest niedomykalność, a zwłaszcza zwężenie otworu żylnego lewego, które wywołuje znaczny zastój krwi i rozszerzenie prawego przedsionka.

2) Zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych (zwłaszcza w prawej). One to hamując ana- i katabolizm komórek aparatu mięśniowo-ruchowego, prowadzą do wytwarzania trujących produktów przemiany materji, mogących wywoływać zaburzenia w automatyzmie serca i stać się źródłem arytmji.

3) Nie tylko zmiany w gałązkach tętnicy wieńcowej prawej, lecz także i w lewej mogą dać powód do wystąpienia arytmji. (Badania dr. Radoszewskiego z kliniki prof. Dehio w Dorpacie).

4) Niektóre choroby płucne, a zwłaszcza rozedma i miażdżycy tętnicy płucnej, bywają również źródłem znacznych zaburzeń w tętnie serca.

5) U ludzi młodych, nie dotkniętych zmianami organicznymi serca, przyczyną arytmji bywają częste zaburzenia innerwacyjne.

Powyżej wyłuszczone przyczyny, wyjaśniają nam do pewnego stopnia różnorodność działania chinidyny, zależnego przede wszystkim od zmian organicznych serca, zwłaszcza naczyń

i od indywidualnej wrażliwości aparatu ruchowego mięśniowo-nerwowego.

Jaką właściwie rolę odgrywa chinidyna w leczeniu? Nie usuwa ona przyczyny arytmji, lecz działa symptomatycznie przez obniżenie pobudliwości aparatu automatycznego.

Ten jej wpływ depresyjny należy jednak uważać za bardzo pożyteczny z dwóch względów. Usuwa ona przykre, niepokojące uczucia zbyt częstej i nieregularnej czynności serca, a zmniejszając ilość skurczów przedsionka i komórek, zapobiega prędkiemu wyczerpaniu włókien mięsnych tychże.

Z dotychczasowych badań elektrokardjograficznych, wykonanych bądź to na ludziach, bądź to na zwierzętach, należy przypuszczać, że chinidyna działa najwydatniej w arytmji zupełnej, zależnej od zmian organicznych lub czynnościowych prawego przedsionka a niekiedy także od zmian w węzle zatokowym i we włóknach mięsnych łączących go z przedsionkiem

Wpływ chinidyny na inne rodzaje niemiaryowości serca jak extrasystole, tachycardia paroxysmalis jakkolwiek nie da się zupełnie wyłączyć, w każdym jednak razie jest o wiele słabszy.

Na zasadzie danych, zebranych z literatury i osobistego doświadczenia, dotyczących wpływu chinidyny na arytmję serca, dochodzimy do następujących wniosków:

1. Leczenie arytmji zupełnej powinno opierać się przede wszystkim na leczeniu przyczynowem, a o ile to zawodzi należy przejść do leczenia objawów za pomocą chinidyny.

2. Unikać należy chinidyny w przypadkach arytmji, połączonej z niedomogą serca, a w każdym razie rozpoczynać leczenie od leków tonizujących, pobudzających serce, jak naparstnica, strofant, kamfora, kofeina.

3. Jednoczesne stosowanie z chinidyną naparstnicy, strofantyny nie jest pożądane, można stosować leki te naprzemiennie.

4. Leczenie chinidyną należy rozpoczynać od małych dawek 0,2 gr. 2—3 razy dziennie, a w miarę tolerancji organizmu stopniowo zwiększać dawki do 1—2 gr. dziennie. W razie nieosiągnięcia pożądanego działania leku, należy po kilku, lub kilkunastu dniach zrobić przerwę, i znowu próbować podawać go.

5. Z góry niepodobna przewidzieć wpływu chinidyny, zależnego od rodzaju choroby serca, jak również kiedy wystąpi działanie leku i jak długo trwać będzie. Wogóle można powiedzieć, że odsetek dodatniego działania wynosi 40—50% i że w przypadkach zastarzałych chorób serca, chinidyna działa gorzej, aniżeli w świeżych.

6. Wystrzegać się trzeba podawania chinidyny w arytmji, przebiegającej ze zwolnieniem tętna (bradycardia), aby przez zahamowanie przewodnictwa w pęczku Hissa nie doprowadzić do t. zw. bloku serca. (Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. Semerau-Siemianowski przedstawia wyniki swoich badań nad działaniem chinidyny w 14 przypadkach, poparte krzywymi kardjograficznymi.

2) Kol. Puławski obserwował w częstoskurczu napadowym działanie chinidyny. Czasami w ciężkim stanie, gdy napady występowały co 10–12 dni i trwały kilka dni, chinidyna po 0,2 1–2 razy dziennie działała dodatnio i lepiej niż inne środki, tak że ataki częstoskurczu napadowego nie powtarzały się. Chininę Puławski stosował w częstoskurczu w chorobie Basedowa z bardzo dobrym wynikiem. Dwaj lekarze amerykańscy (Jackson) leczyli częstoskurcz w chorobie Basedowa chininą bromową i stwierdzili wyleczenie w 42%.

3) Prof. Rzętkowski K. omawia sprawę mechanizmu działania chinidyny w chorobach serca. Stosowanie chininy zaczęło się dawno; stosował ją u nas Chałubiński w niemiarywości serca zupełnej. Na środki nasercowe, jak naparstnica, baryt, wapno, chinidyna, chinina, Rz. zapatruje się jak na trucizny. Chinidyna działa w mniejszych dawkach, niż chinina. Środki nasercowe, hamując rozbijają komórki sercowe, uspakajają je, anabolizm przedłużają i odżywiają lepiej. Wzmacniają one serce pośrednio. Chinidyna nie wpływa na wydolność skurczów serca. Przeglądanie krzywych elektrokardjograficznych w piękny sposób charakteryzuje działanie chinidyny. Hamuje ona pobudliwość do skurczu mięśni przedsionka, następnie zaczyna występować załamek przedsionkowy wcześniej, niż normalnie, t. j. wpływa chinidyna na przewodnictwo, które staje się utrudnionem. Pod wpływem poprawy krzywa elektrokardjograficzna przybiera charakter normalnej krzywej. Działanie chinidyny upodabnia się do działania naparstnicy. Chinidyna może działać jedynie na komórki odwracalne, t. j. takie, których czynność może powrócić. Sposób wchłaniania chinidyny do ustroju nie jest wyjaśniony. Pomimo niebezpieczeństwa Rz. uważa, że przyszłość chinidyny leży w stosowaniu jej dożylnie. Chinidyny nie należy stosować tam, gdzie naparstnica łatwo może usunąć objawy. W tych przypadkach, w których naparstnica nie usuwa objawów, wskazane jest w końcowym okresie podawania naparstnicy wstawiać chinidynę w ciągu 3–4 dni jednocześnie. Naprzemian z naparstnicą należy stosować wapno. Najlepiej podawać chinidynę tam, gdzie chodzi o usunięcie niemiarywości oraz u osób wrażliwych na naparstnicę.

4) Kol. Higier podkreśla, że przypadków z niemiarywością stałą u zwierząt nie widuje się. Leyden przed 40 laty, oraz Nothnagel radzili stosować chininę w ciężkich przypadkach niemiarywości. Wenckenbach wznowił podawanie chininy, a następnie chinidyny. H. stosował chinidynę w częstoskurczu napadowym u chorej, której cierpienie trwało 10 lat, ale wyniku dodatniego nie stwierdził, jak również nie widział go w skurczach dodatkowych. Znane są przypadki, kiedy chory w napadzie częstoskurczu serca przerywa atak przez wywołanie palcem wymiotów. Napady mogą zniknąć również po ucisku na gałki oczne.

5) Kol. J. Kramsztyk stosował chinidynę w dawce 0,5 dziennie podzielonej na 2 części w częstoskurczu napadowym w przypadku bardzo ciężkim, w którym ataki powtarzały się co



12—14 dni i trwały od 10 do 14 godzin, i stwierdzał zupełne ustąpienie napadów.

6) Wiceprezes kol. K. Zieliński zwraca uwagę, że pomimo najdokładniejszej fabrykacji chininy, czystej chininy w sprzedaży nie było, zawsze była domieszka chinidyny, cynchoniny, może być, że właśnie ta domieszka wpływa dodatnio na czynność serca.

7) Kol. Tokarski zaznacza, że w działaniu klinicznym chininy i chinidyny wybitnej różnicy nie zauważył; stwierdził jedynie, że chinidyna jest więcej trującym środkiem niż chinina.

W odpowiedzi kol. Pawiński daje wyjaśnienia w sprawach poruszonych przez mówców.

Na uwagę, że wnioski, co do działania chinidyny nie były poparte kazuistyką, odpowiada, że na mocy dokładnej znajomości kardiografji i elektrokardiografji, jak również osobistych, licznych spostrzeżeń i na zasadzie danych, zaczerpniętych z literatury postanowił przedstawić w streszczeniu stosowanie i działanie chinidyny. Szło mu o to, aby koledzy mogli bez pomocy, rzadkiego dziś jeszcze, elektrokardiografu orjentować się w stosowaniu chinidyny i wiedzieli, czego można od leku tego oczekiwać. Na twierdzenie, że leków, należących do grupy glikozydów sercowych, nie można nazwać tonizującymi, bo wszystkie są truciznami dla serca, nie zgodziłby się żaden klinicysta, ani fizjolog. W dużych dawkach, które obecnie często są używane, leki te mogą być truciznami, lecz stosowane odpowiednio, posiadają niewątpliwie własności, krzepiące mięsień serca i tonizujące układ naczynioruchowy. Zdanie, że chinidyna i naparstnica działają jednakowo jest zupełnie błędne. Wprawdzie obie zwalniają ruchy serca, zupełnie inną jednak drogą. Naparstnica przez podrażnienie nerwu błędnego, chinidyna zaś przez przytępienie czterech własności aparatu mięśniowo-ruchowego serca (chronotrop, badlimotrop, drotrop, inotrop). Identycznego z chinidyną działania w arytmji zupełnej chininy zwykłej, o którym wpominali niektórzy koledzy, spostrzeżenia P. nie potwierdzają. (Str. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 21 października 1924 r.**Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

- Treść: 1) Petrynowski. Wrodzona wada serca (pokaz chorego).  
 2) Węgierko. O wartości klinicznej, określenia stopnia chwiejności koloidowej osocza.  
 3) Beck. O znieczuleniu lędźwiowo-krzyżowym nadoponowem.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki Towarzystwa nadesłano: 1) Jan Offenberg. O osłuchiwanii odgłosów opukowych. 2) The Boston Medical and Surgical Journal, 4 numery 1924 r. 3) Władysław Kowalski. Nowotwory złośliwe grasicy. 4) Organtherapy in General Practice. 5) H. Higier. a) Z kliniki i patogenezy miejscowej endarteritis obliterans i nietypowych postaci chromania przestankowego. b) Z dziedziny dagnostyki i chirurgji rzadkich guzów kąta mózdkowo-mostkowego. 6) Anatomja Ciała Ludzkiego 3 tomy z r. 1857 — 1858 Dr. Ludwika Adolfa Neugebauera.

III. Kol. Petrynowski. Pokaz chorego z wrodzoną wadą serca (Drożność przewodu Botalla).

Chłopiec M. R., l. 15, niedorozwinięty fizycznie i umysłowo, od najwcześniejszego dzieciństwa przedstawiał objawy wrodzonej wady serca w postaci sinicy, duszności i bicia sarca, występujące po wysiłku. Przed 1/2 rokiem przebył ciężką zimnicę; od tego czasu nastąpiło znaczne pogorszenie. Po omówieniu kazuistyki wad wrodzonych serca, wobec stwierdzenia u chorego następujących objawów: wybitnego powiększenia rozmiarów prawej komory (md = 7,9 cm., ms. = 5,7 cm.), stłumienia Gerhardta, znacznego powiększenia cienia naczyń od podstawy ku górze, chropowatego, długiego szmeru skurczowego, najwyraźniej słyszalnego nad tętnicą płucną, promieniującego ku tętnicom dogłowymym, ku grzbietowi na poziomie grzebienia lewej łopatki oraz ku prawemu sutkowi, b. słabo słyszalnego nad koniuszkiem oraz pod lewą pachą, wobec wyczuwalnego drżenia skurczowego i mocnego, kłapiącego II tonu nad tętnicą płucną, pomimo braku rozszerzenia łuku tętnicy płucnej P. przychodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia z trudnym i zakłętym pod względem rozpoznawczym przypadkiem wady wrodzonej serca, najprawdopodobniej ze zwężeniem tętnicy płucnej i jednocześnie z przetrwałym przewodem Botalla. Zaznacza przytem że ilość CO<sub>2</sub> w wydechanem powietrzu w spokoju pomimo sinicy jest zmniejszona (zamiast powyżej 5 litrów na 1 m<sup>2</sup> i godz. — 4,2 litra) oraz, że istnieje różnica pomiędzy ciśnieniem maksymalnym kończyn górnych na korzyść kończyny prawej (120 110 mmHg).

P. wspomina, że w literaturze Abelmann przytacza b. rzadkie przypadki podobne, t. j. bez rozszerzenia łuku tętnicy płucnej. (Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. Pawiński zaznacza, że rozpoznanie wad wrodzonych serca jest trudne i bardzo zawodne, w niektórych przypadkach prawdopodobne. Przypadki wrodzonych wad serca są ciekawe nie tyle pod względem klinicznym, ile anatomopatologicznym. Cierpienia te są nieuleczalne, postępują w rozwoju lub też wikłają się innymi cierpieniami, jak gruźlicą.

2) Prof. Gluziński podkreśla, że rozpoznawanie wad może być łatwe i bardzo trudne. Pozostały otwór owalny lub otwór pomiędzy przegrodami dają typowe obrazy. Czasami są drobnotki, które pozwalają rozpoznać wrodzoną wadę serca, np. zator w tętnicy mózgu z jednoczesnym skrzepem żylnym w dolnej kończynie pozwolił Gl. rozpoznać niezarośnięcie otworu owalnego w jednym przypadku w klinice Lwowskiej. W danym przypadku zastanawia wzmożone silne tętnienie tętnic szyi jak z lewej, tak też i z prawej strony, co mogłoby nasuwać myśl, że tętnica główna wychodzi dwoma pniami z lewego i prawego serca (Reitende Aorta niemieckich autorów).

3) Prof. Kryński omawia los tego rodzaju chorych, wspomina o jednym przypadku niezarośniętego otworu owalnego, wady stwierdzonej przez lekarzy wewnętrznych całej Europy. Obecnie osobnik ten ma lat 16, uczy się dobrze, objawy ustąpiły zupełnie.

4) Prof. Gluziński potwierdza, że z niezarośniętym otworem owalnym można dożyć do pewnego wieku. Sam obserwował chorego 29-letniego z niezarośniętym otworem owalnym; wzięto go nawet do wojska, co dowodzi, jak małe były zaburzenia wskutek tego zбочenia.

5) Kol. Łyskawiński na podstawie materiału sekcyjnego ze szpitala Karola i Marji uważa, że nie należy doszukiwać się rozpoznań wrodzonych wad serca, a pozostaje jedynie stwierdzić wrodzoną wadę, wady te bowiem mogą być bardzo rozmaite.

IV. Kol. Węgierko wygłosił rzecz p. t. O wartości klinicznej określenia stopnia chwiejności koloidowej osocza.

W dyskusji 1) Sekretarz Stały prof. Gluziński podnosi, że metoda, którą opracował Węgierko, powinna mieć zastosowanie na rozmaitych oddziałach. Dodatni odczyn w ciąży może mieć znaczenie rozpoznawcze, co do obumarcia płodu. Metoda ta daje możliwość różniczkowania pomiędzy rakiem a innym cierpieniem.

2) Kol. Gutowski omawia zjawisko dispersji, teoretyczne zagadnienie drobin białkowej. Gutowski uważa przypuszczenie prelegenta, że przyczyną skłaczania jest jakaś bliżej nieznaną substancję, za słuszne. Funkcja pewnego stanu ogniwa w drobinie białkowej może wyjść dopiero podczas procesu skłaczania. Frakcje albumin, globulin w osoczu krwi zmieniają się stale.

V. Kol. Beck wygłosił rzecz p. t. O znieczulaniu lędźwiowo-krzyżowym nadoponowem \*).

\* ) Rzecz drukowana w całości w Ginekologii Polskiej T. IV. Z. 1 — 3.

W dyskusji 1) Kol. Zaorski przemawia przeciw stosowaniu znieczulenia lędźwiowokrzyżowego, gdyż łączenie dwóch zabiegów stwarza powikłanie, które nic więcej nie daje niż zwykłe nakłucie lędźwiowe. W klinice chirurgicznej prof. Radlińskiego wprowadza się 0,08 nowokainy, zastrzykując jednocześnie pod skórę kofeinę i kamforę. Zapady zdarzały się bardzo rzadko i słabe.

2) Prof. Czyżewicz uważa znieczulenie krzyżowlędźwiowe za b. cenne. Lędźwiowe znieczulenie jest niebezpieczne wskutek stosunkowo dużej ilości płynu wprowadzanego. Zasługą Radlińskiego jest zmniejszenie wprowadzanego płynu o mniejszej toksyczności. Do lędźwiowego znieczulenia Czyżewicz nie chce wracać, aby nie spotykać się z powikłaniami i szkodliwymi następstwami.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.**

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 28 października 1924 r.

Przewodniczący prezes **A. Leśniowski.**

- Treść: 1) Higier H. Poprawa objawów naciekowych ze strony guza mózgu po naświetlaniu czaszki promieniami Roentgena (pokaz chorego).  
 2) Sprawa przeniesienia do Warszawy wydawnictwa Polskiej Gazety Lekarskiej. Wnioski Komisji.  
 3) Orzechowski O działaniu antineuralgicznym jądów roślinnych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki Twa nadesłano: Dr. Med. Grzybowski. Zarys Medycyny Sądowej.

III. Kol. H. Higier. Znaczna poprawa objawów uciskowych ze strony guza mózgu po kilkakrotnem naświetlaniu czaszki promieniami Roentgena.

13-letni chłopiec z rodziny zdrowej bez spraw ropnych, bez kiły i gruźlicy w wywiadzie i badaniu kliniczno-serologicznem. Przed  $\frac{1}{2}$  rokiem raz drgawki ogólne, w ostatnich miesiącach bóle głowy i wymioty. Postępujące osłabienie siły widzenia. Nieco ogólnego bezładu i niezgrabności rąk, pareza dolnej połowy prawego n. twarzowego. Nieznaczna bolesność lew. przedniej części czaszki. Zniekształcenie siodła tureckiego. Tarcza zastoinowa obu-

stronna, biała z krwotokami. Hemianopsia homonyma dextra. Rozpoznanie guza jest prawie pewne, lokalizacja i charakter nie określone. Wobec niezgodzenia się ze strony chorego na trepanację dekompresyjną zastosowano całą serję naświetlań czaszki twardemi promieniami Roentgena, poczem ustały bóle głowy i wymioty, tak że chory od miesiąca prawie nie używa leków. Postępującemu osłabieniu siły wzroku Roentgen nie zapobiegł. Gdyby poprawa okazała się długotrwałszą, to po dłuższej przerwie należałoby powtórzyć serję naświetlań. (Str. wł.).

IV. Wiceprezes K. Zieliński odczytuje wnioski Komisji składającej się z wiceprezesa K. Zielińskiego, Al. Żurakowskiego, A. Puławskiego, Guranowskiego, Wacł. Łapińskiego, w kwestji przeniesienia Pol. Gazety Lekarskiej ze Lwowa do Warszawy.

Po szczegółowej dyskusji komisja doszła do następujących wniosków:

1. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w razie przeniesienia do Warszawy Polskiej Gazety Lekarskiej może uznać ją za swój organ.

2. Członkowie Tow. Lek. obowiązani będą prenumerować P. Gazetę Lekarską.

3. Warszawskie Tow. Lekarskie wybiera redaktora i zastrzega sobie wpływ na skład komitetu redakcyjnego.

4. Warsz. Tow. Lek. nie ponosi żadnych zobowiązań finansowych.

*K. Zieliński.*

*A. Puławski.*

*Guranowski.*

*W. Łapiński.*

*A. Żurakowski.*

Po dyskusji, w której zabierali głos L. Kryński, Pręgowski, Karwacki, Pawiński, Komocki, Higier, Janowski, i po wyjaśnieniach wiceprezesa K. Zielińskiego przewodniczącego Komisji oraz Prezesa A. Leśniowskiego wnioski Komisji oddano pod głosowanie. Przez głosowanie (jednogłośnie) przyjęto wnioski Komisji i postanowiono sprawę omówienia warunków przeniesienia Pol. Gaz. Lekarskiej powierzyć Zarządowi T-wa Lek.

V. Prof. Orzechowski wygłosił rzecz p. t. O działaniu antineuralgicznym jądów wegetatywnych.

W pewnych wypadkach ból ma swoje źródło w stanie podrażnienia nerwów sympatycznych, a wówczas zwykłe antineuralgica, a nawet narkotyki grupy morfinowej zawodzą. W przypadkach tego rodzaju jady podrażniające układ parasympatyczny, lub porażające układ sympatyczny, znoszą ból lub go łagodzą. Z pierwszych okazała się wybitnie skuteczną pilokarpina, zastrzykiwana w dawkach od 0,75 do 1,2 centygrama, rzadziej i w słabszym stopniu działa fizostygmina ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  miligrama na wewn.). Ze środków, które w pewnych warunkach mogą wywierać działanie porażające nerwy sympatyczne, chociaż pierwszym z wymienionych przypisuje się działanie porażające, tylko obwodowe, stosował O. rhodazile, papawerynę i kofeinę. Najskuteczniejszym

w tej grupie okazał się rhodazile, podawany do wewnątrz, ustępując jednak działaniu antineuralgicznemu pilokarpiny. Adrenalina i atropina bóle tego typu pogarszają. Świetny był wynik leczenia kryz żołądkowych z syndromem sympatycznym (Tachycardia, Dalrymple, Gräffe, zaczerwienienie twarzy), w 3 przypadkach neurytów kausalgicznych toksycznego, względnie infekcyjnego pochodzenia, wreszcie w jednej typowej kausalgji po przestrzale okolicy n. kulszowego. W kausalgjach urazowych i nieurazowych pilokarpina nie tylko znosi ból, lecz działa z czasem wprost leczniczo, czyniąc w pewnych przypadkach zbytecznym zabieg Leriche'a. Leczenie wymienionemi środkami wegetatywnemi zaleca się w kontrakturach fizjopatycznych Babiński — Froment, w kausalgicznej postaci rwy kulszowej. Autor spostrzegał wreszcie korzystny wpływ tej metody leczenia w bólach w jamistości rdzenia i w 2-ch przypadkach claudication intermittente. Chodzi tu zawsze o elektywne działanie przeciwbólowe pilokarpiny, nic wspólnego nie mające z jej działaniem napotnem. Ból pochodzenia sympatycznego prawdopodobnie doprowadza z czasem do stanu ogólnej sympatykotonji, dzięki któremu chorzy znosili doskonale pilokarpinę.

(Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. Koelichen wspomina o przypadku kausalgji urazowej, która wystąpiła po postrzale ramienia, wskutek drażnienia nerwów pośrodkowego i łokciowego odłamkami kości. Po operacji zaburzenia ruchowe poprawiły się, bóle zaś kausalgiczne nasiliły się. K. zastosował pilokarpinę; po pierwszych zastrzykach nastąpiła poprawa, później zastrzyki nie sprawiały ulgi. W rwie kulszowej pilokarpina dawała dobry wynik na początku leczenia, później zastrzyki pozostawały bez skutku. W kausalgji urazowej twarzy nie pomagały ani żadne środki przeciwbólowe, ani promienie roentgenowskie, zawiodła również pilokarpina. U chorego po postrzale w okolicy kręgosłupa na wysokości VI kręgu grzbietowego, wystąpiła nadczułość pomiędzy VI i IX żebrem po obu stronach, dokuczalo stałe palenie; po pilokarpinie nastąpiła poprawa. Przełomy wiądowe pod wpływem adrenaliny łagodniały.

2) Kol. H. Higier tłumaczy, dlaczego poszczególne jady (adrenalina, pilokarpina) działają zależnie od dawkowania to na pewien obręb to na cały układ sympatyczny, dlaczego jednocześnie bywają czasem sympatyko- i wagoporażennymi. Cała nauka Eppingera i Hessa o wagotonji kuleje pod tym właśnie względem. Stosował H. długie lata pilokarpinę przy innych wskazaniach, gdy szło o szybkie wywołanie potów i ślinienia (mocznica, ciężkie reumatyzmy, neuritis optica retrobulbaris), rzadziej w czkawkach histerycznych. Kausalgiczne bóle urazowe są zawsze organiczne, mimo iż są często w zależności od utrwalonego uczucia pobudzenia, co im pozornie nadaje chrakter psychogeny. Niema zapalenia nerwów bez zajęcia włókien sympatycznych, w jednym przeważają objawy ruchowe, w innym czuciowe, jeszcze w innym współczulne. W endarteritis obliterans wpływ gry naczy-

niowo-ruchowej jest wybitny, czem się tłumaczy, że pozornie brakujące tętno wraca nieraz po miesiącach. Na tej grze naczyniowo-ruchowej oparł też H. swoją koncepcję dawną sympatektomji okołonaczyniowej, później operacją Lérique'a zwanej. H. stosuje w chromaniu przestankowem sole azotynowe ze strychniną z niezłym skutkiem, gotów jest stosować pilokarpinę. Wreszcie H. rozwija myśl, dlaczego nie jest wykluczonem, że wogóle czucie bólowe jest pochodzenia sympatycznego, gdyż wszelkie inne rodzaje czucia są niezbędne i pożądane, jedynie czucie bólowe jest zbędne i niepożądane, że włókna dotykowe przebiegają przez tylne białe pęczki rdzenia, podczas gdy bólowe wprost się dostają do szarej substancji rdzenia, że bólowych włókien nie posiada naskórek i nabłonek, że ból powstaje dopiero, gdy szpilka niszczy naskórek i wnika w subcutis, gdzie już rządzi układ współczulny. (Str. wł.).

3) Kol. Janowski Wł. uważa, że leczenie pilokarpiną będzie skuteczne u osobników, którzy są hypowagotonikami. Następnie J. wyjaśnia, że dany osobnik może nie być hypowagotonikiem zupełnie, lecz przy przewodze układu współczulnego, będzie on względnym hypowagotonikiem. To samo może mieć zastosowanie u hyperwagotoników względnych w razie przewagi układu wagotonicznego nad współczulnym. Janowski podkreśla, że wysłuchał odczytu Orzechowskiego z całą przychylnością, gdyż prelegent poruszył najistotniejsze jądro kwestji układu wegetatywnego.

W odpowiedzi prof. Orzechowski podkreśla, że w odczycie uwzględnił materiał zadawniony. Sprawa, która wywołała bóle, już dawno ustąpiła. Przypadków ostrych O. spostrzegał mało i przypuszcza, że w ostrych przypadkach leczenie to będzie zawodziło, gdyż przyczyna wywołująca bóle trwa. Kaufmann, o którym wspominał kol. Higier stosował pilokarpinę, jako środek napotny, o działaniu na bóle nie myślał. Próbę Danielopolu robił, ale 2 przypadki, w których metoda ta dała zupełnie inne wyniki niż inne metody, zupełnie zachwiały zaufanie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za prezesa vice prezes **K. Zieliński.**

Sekretarz Doroczny **W. Kowalski.**

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 4 listopada 1924 r.**Przewodniczący wiceprezes **K. Zieliński.**

Treść: 1) Zwoliński i Truszkowski. Badania nad kwasotą pochwy.  
 2) Semerau-Siemianowski i Misiewiczówna. Typy kliniczne skaz krwotocznych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Prof. Dr. Wiktor Grzywo-Dąbrowski: Wskazówki do wykonania sądowolekarskich oględzin zwłok. 2) Józef Hornowski. Anatomja Patologiczna Repetitorium. Tom I i II. Dar Pani profesorowej Hornowskiej.

III. Kol. Zwoliński i Truszkowski wygłosili rzecz p. t. Badania nad kwasotą pochwy.

IV. Kol. Semerau - Siemianowski i Misiewiczówna wygłosili odczyt p. t. Typy kliniczne skaz krwotocznych.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**Sekretarz doroczny: **W. Kowalski.****POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 18 listopada 1924 r.**Przewodniczący prof. **A. Leśniowski.**

Treść: Zapis ś. p. prof. Alfreda Sokołowskiego.  
 Uczczenie pamięci zmarłego członka D-ra Adama Chełmońskiego  
 Wynik konkursu im. Grzegorza Piranowicza.  
 1) Erlichówna. Trzy przypadki trombopenji (pokaz chorych).  
 2) Misiewiczówna. O technice badań krwi.  
 3) Kramsztyk. O astenji wieku dziecięcego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes odczytuje pismo rodziny zmarłego Sekretarza Stałego ś. p. prof. Alfreda Sokołowskiego:

Ś. P. Mąż mój Prof. dr. Alfred Sokołowski testamentem własnoręcznym z dnia 26 września 1920 r. zapisał Warszawskiemu Towarzystwu Lekarskiemu bibliotekę lekarską oraz portret swój



wykonany przez Lenca. Ponieważ obliczenie podatku spadkowego zostało już dopełnione, pragnęłabym wykonać zapis ś. p. męża mojego i wydać Towarzystwu jego legat. Proszę więc uprzejmie o delegowanie przedstawiciela Towarzystwa do odbioru biblioteki wraz z szafą biblioteczną oraz o potwierdzenie wydania przeze mnie portretu Towarzystwu.

Jednocześnie zgłaszam następującą prośbę:

Ponieważ wśród książek pozostałych po ś. p. Mężu moim przy wcielaniu ich do biblioteki Towarzystwa okaże się zapewne wiele dubletów, pragnęłabym, ażeby te dublety zostały przekazane Przychodni Przeciwgruźliczej imienia Doktora Alfreda Sokołowskiego, znajdującej się przy ulicy Wolskiej Nr. 11.

Warszawa 10 listopada 1924

Śniadeckich 14

(podpisali)

*Marya Sokołowska*  
*Dr. Eug. Sokołowski*  
*Dr. W. Sokołowski*

Powyższy legat zebrani przyjęli jednogłośnie.

III. Prezes komunikuje, iż z funduszu ofiarowanego przez Warszawsko-Białostocką Izbę Lek. na rzecz Biblioteki Tow. Lek. Warsz. nabyto następujące podręczniki lekarskie: 1) Szymonowicz Wład. Podręcznik histologii i anatomji mikroskopowej, wyd. II, r. 1924. 2) Rosner Aleksander. Ginekologja 1923—1924 w dwóch tomach. 3) Godlewski Emil. Embrjologja, część ogólna rok 1924. 4) Sabatowski Antoni. Klimatoterapja oraz hydroterapja z opisem uzdrowisk polskich 1923. 5) Beck. Fizjologja wyd. II.

IV. Prezes wspomina o śmierci zmarłego członka czynnego W. T. Lek. ś. p. Adama Chełmońskiego i wzywa obecnych do uczczenia Jego pamięci przez powstanie.

Obecni wstają z miejsca, aby uczcić pamięć zmarłego s. p. Adama Chełmońskiego.

V. Do Biblioteki T-wa nadesłano: 1) Robert Bing. Zarys nauki o rozpoznawaniu umiejscowienia zmian w mózgu i rdzeniu kręgowym. T. I. Wydawnictwo Podręczników Lekarskich Wojskowej Szkoły Sanitarnej. 2) Dr. Stefan Walkowski Leczenie gruźlicy angiolimfą. 3) Witold Komocki. a) Krótki zarys obecnego stanu nauki o genezie i etjologii nowotworów. b) Über eine Geschwulst von eigenartigen Bau (Reticuloma s. Adenoidoma). c) Zwei Tumoren der weichen Hirnhaut von eigenartigen Bau (Perithelioma und Endethelioma). d) Ein Fall von Endometrioma.

VI. Sekretarz doroczny Wacław Kowalski odczytuje protokół VII posiedzenia Komitetu Konkursowego im. Grzegorza Piranowicza.

Po rozpatrzeniu prac konkursowych Komitet przyszedł do wniosku, że żadna z prac nie zasługuje na nagrodę, natomiast

na wniosek piśmienny członka Komitetu Kol. St. Kopczyńskiego i zgodnie z punktem 2-im warunków konkursowych postanowiono nagrodzić następujących lekarzy szkolnych za szczególnie wydatną i gorliwą pracę higienicznoszkolną, a mianowicie D-ra Aleksandra Macieszę, lekarza szkolnego w gimn. państw. im. Władysława Jagiełły w Płocku; Marję Rytlównę lekarzkę szkolną w gimn. państw. im. królowej Jadwigi w Siedlcach; Jana Karchowskiego lek. szkolnego w gimn. państw. im. Marji Magdaleny w Poznaniu; Janinę Szepelską lek. szkolną w gimn. prywat. Zdziennickiej i Popielewskiej w Warszawie.

VII. Kol. M. Erlichówna. Pokaz 3 chorych z t. zw. tromboopenją (dawną chorobą Werlhoof'a u wszystkich 3-a dzieci) zwaną przez Semeraua krwotocznością małopłytkową. Rozpoznanie zaświadczamy przypadkowi.

15-letnia Helenka B. poza pewną skłonnością do tworzenia się wybroczyn i krwawienia z dziąseł była dotąd zdrowa. Rok temu wystąpiło pierwsze miesiączkowanie, które trwało 10 dni, bez powikłań. Po upływie 3 miesięcy drugie miesiączkowanie, trwające 18 dni i zakończone silnem krwawieniem. Wtedy w stanie niezmiernie ciężkim ze wszystkimi objawami ostrej niedokrwistości (Hb. 10, cz. c. milion) została przewieziona do kliniki. Po odratowaniu dziecka przystąpiono do szczegółowego badania krwi, które wykazało: krzepliwość normalną, czas krwawienia wydłużony do 6—10 minut, złą kurczliwość skrzepu, liczbę płytek 0—2000 (norma 200—30000). Objawy Rumpel-Leede i Kocha dodatnie. Niedokrwistość została wyleczona za pomocą wstrzykiwania śródmięśniowo krwi ludzkiej nieodwłóknionej. Po upływie 2-ch miesięcy powtórzył się krwotok z takimi samymi objawami i podobnym wynikiem leczenia. Wtedy pozostała na klinice aż do następnej menstruacji, którą udało się ograniczyć do 5 dni przez codzienne zastrzykiwanie hipofizyny. Obecnie stan jest dobry, ale zmiany typowe we krwi trwają, tylko czas krwawienia jest nieco krótszy (10 minut) brak też arytmji w krwawieniu. Dziewczynka ta wymaga ciągłej obserwacji lekarskiej, rokowanie jest niepewne.

15-letni Staś S. po wycięciu przerośniętej muszli nosowej dostał wielkiego krwotoku z nosa, z powodu którego został oddany do kliniki w stanie prawie beznadziejnym. Wywiady zebrane o wiele później wykazały, że chłopiec, który żył w bardzo ciężkich warunkach w Bolszewji miał często wybroczyny i krwawienia ze śluzówek. Po wyleczeniu z krwotoku stwierdzono we krwi: krzepliwość normalną, płytki olbrzymie 0—6000, czas krwawienia wydłużony od 6—20 minut, złą kurczliwość skrzepu, Rumpell-Leede + Koch +. Zmiany te, oraz skłonność do krwawień utrzymują się stale, objawy te nasilają się pod wpływem czynników, działających na naczynia włoskowate (słońce, zimna kąpiel).

Przypadek 3-ci dotyczy dziewczynki 9-letniej, której rodzicó w władze szkolne oskarżyły o bicie z powodu zauważenia na ciele licznych sińców. I tu stwierdzono wybitną łamliwość naczyń, krzepliwość normalną, znacznie wydłużone i arytmiczne krwawienie (do

18 minut) i złą kurczliwość skrzepu. Liczba płytek waha się od 1—8000. Demonstracja skrzepu i objawu Duke'a z 3 przypadków. (Str. wł.).

VIII. Kol. Misiewiczówna wygłosiła odczyt „O technice badań krwi“, którą posługiwała się wraz z doc. Semerau-Siemianowskim do badania typów klinicznych skaz krwotocznych.

W dyskusji 1) kol. M. Erlichówna podkreśla, że wyniki jej badań nie są zgodne z wynikami badań prelegentów, a mianowicie wahania ilości płytek nie były proporcjonalne do stanu zdrowia; pomimo poprawy płytki utrzymywały się stale na niskim poziomie. W przypadkach trombopenji płytki nie skleją się; tam, gdzie ilość płytek dochodziła do kilku tysięcy, płytki nie sklejały się, a wobec tego metoda rozklejania płytek staje się zbyteczną. W trombopenji Erlichówna stwierdzała zmienione właściwości płytek: jak brak właściwości sklejanania się płytek; zmianę wielkości płytek — wielkość ich dochodziła do wielkości czerwonego ciała a nawet spotykało i większe; płytki barwią się gorzej i są mniej różniczkowane—przeważa zabarwienie różowe.

2) Kol. Popowski omawia sprawę metod badania krzepliwości krwi. Metodę Czubalskiego P. uważa za mniej dogodną, najdogodniejszą metodą jest zdaniem P. metoda z olejem parafinowym. W krzepliwości krwi skóra rzeczywiście odgrywa rolę. Łatwiejszą aglutynację krwinek w hemofilji P. uzależnia od przypadku; w obserwowanych na klinice przypadkach tego zjawiska nie stwierdzano.

3) Kol. Misiewiczówna daje wyjaśnienia przedmówcom w poruszonych przez nich sprawach.

4) Kol. Wł. Janowski jest przekonany, że podane przez prelegenta mianownictwo i podział na 3 grupy będą bez najmniejszej wątpliwości przyjęte. Janowski uważa, że każdy z 3 typów może być ukryty i może występować dopiero w stanach chorobowych lub fizjologicznych, a zatem to nie jest objawowa krwawiczka lecz ukryta. J. przypuszcza, że prelegent nie domówił, że objawy wszystkich 3 grup mogą występować i w innych cierpieniach, np. w żółtaczkach, w kamicy, raku; przy obecności znacznej ilości bilirubiny we krwi spostrzegął choroby skrzepu.

5) Kol. Semerau-Siemianowski wspomina o ukrytych stanach krwawiczki jakie rozróżniają autorowie francuscy. Jest on jednak tego zdania, że w nabytych krwawiczkach toksycznych niema tych charakterystycznych dla krwawiczek cech, jak wybroczyny do stawów i t. d.

IX. Kol. St. Kramsztyk wygłosił rzecz p. t. O astenji wieku dziecięcego <sup>1)</sup>.

W dyskusji 1) kol. H. Higier analizując bliżej sprawę konstytucjonalizmu anatomicznego i funkcjonalnego w medycynie praktycznej i teoretycznej wogóle, wyraża wątpliwość, czy się uda

<sup>1)</sup> Drukowane w „Czasopiśmie Lekarskiem“ Nr. 3, r. 1925.

wywalczyć na stałe prawo obywatelstwa „stanowi astenicznemu“ w klinice, zwłaszcza w tej mglistej formie, jaką mu nadał dawno Stiller, i jaką propaguje poniekąd prelegent. Pogranicze z neuropatją, endokrynologją, infantyлизmem, zachorzeniem układu wegetatywnego jest tak szerokie, konkurencja czynników endogennych wrodzonych z zewnątrzpochodnymi nabytymi jest tak dominująca, a wnioskowanie ex juvantibus w tej właśnie dziedzinie tak niepewne, że dużo jeszcze materiału dowodowego ze strony klinicysty, farmakologa i anatoma potrzeba będzie, aby pojęcie status s. habitus asthenicus wprowadzić ze skutkiem do medycyny. (Str. wł.).

2) Kol. J. Wiśniewski zwraca uwagę na uzębienie u dzieci i zapytuje, jak często dzieci badane były obciążone kiłą.

3) Kol. St. Kopczyński obserwował dzieci leniwe i inne łatwo męczące się fizycznie i psychicznie. Prelegent badał dzieci od 11 lat do 14 w okresie dojrzewania. Łatwość wyczerpania można wiązać z tym właśnie okresem. Wtenczas dzieci wstępują w okres całego szeregu zaburzeń fizycznych i psychicznych. Wyodrębnienia stanu przedstawionego przez prelegenta nie da się obronić. Podczas wojny występowały objawy tężyzki wskutek złego odżywiania.

4) Kol. St. Kramsztyk wyjaśnia, że badał i dzieci od 7—8 lat. Objawy osobliwe w ostatnich czasach występują częściej, okres powojenny wpłynął na to. Różni lekarze zwracali uwagę na te stany. Charakterystyczne jest to, że w tych stanach wapno działa dodatnio.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes A. Leśniowski.

Sekretarz dorocznego W. Kowalski.

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 25 listopada 1924 r.

Przewodniczący Sekretarz Stały A. Gluźński.

Treść: Skórczewski. O działaniu leczniczem wody ze źródła Zuberu.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący odczytuje odezwę wydziału IV-ego Magistratu m. st. Warszawy w sprawie delegowania przez Tow. Lek. przedstawiciela na posiedzenie w d. 28.XI.

Na wniosek przewodniczącego delegowano sekretarza dorocznego kol. W. Kowalskiego.

III. Kol. Skórczewski wygłosił rzecz p. t. „O działaniu leczniczem wody ze źródła Zuberu“.

W dyskusji 1) Kol. T u c h e n d l e r komunikuje, że od kilku lat bywa na zjazdach lekarskich w Karlsbadzie, na których każdy z prelegentów stale ma coś do powiedzenia o wodzie karlsbadzkiej o leczeniu tą wodą.

Na ostatnim zjeździe farmakolog Strauch dowodził, że rozważania teoretyczne nie wyjaśniają zupełnie działania wody karlsbadzkiej, a już skład chemiczny zupełnie nie daje wyjaśnień.

Sztuczne wody, według Strauch'a nie mają znaczenia. Sztuczna woda nigdy nie będzie podobna do naturalnej.

Prelegent podkreślał, że woda ze źródła Zuberera jest niesmaczna. Otóż ten sam Strauch podniósł, że instykt samoleczenia jest tego rodzaju, że to, co najgorzej czuć i najgorzej smakuje, najwięcej pomaga. Badania za pomocą krioskopji rzuciły ciekawe światło, lecz nie wyjaśniły istoty działania wód mineralnych.

Rozgłos wód mineralnych opiera się na tem, co chorzy czują. Tuchendler uważa, że należałoby się zająć przesyłką wody Zuberera.

2) Prof. G ł u z i ń s k i zwraca uwagę, że największą zasługę w badaniu wód i szczególnie wody karlsbadzkiej ma zmarły prof. Jaworski z Krakowa. Wykonał on taką pracę, jakiej nikt nie wykonał. Wykład kol. Skórczewskiego powinien pobudzić lekarzy do podjęcia badań wód mineralnych. Kopaczewski wykonał badania wód francuskich nad działaniem ich anafilaktycznym. Obowiązkiem naszym jest zbadać nasze wody. Dobrze byłoby, gdyby koledzy, którzy pracują w uzdrowiskach pracowali zimową porą tam, gdzie są pracowni. Właściciele zdrojowisk winni wspomagać badaczy. Zarząd Krynicy powinien wyasygnować pewien fundusz na odczynniki, przyrządy, aparaty. W końcu swego przemówienia prof. Gluziński, jako przewodniczący, dziękuje prelegentowi za poruszenie ciekawego tematu.

3) Kol. R u d z k i P r z e m y s ł a w jest zdania, iż Rada Balneologiczna powinna zająć się tem, aby były przeprowadzone w klinikach badania wód Ciechocinka, Krynicy. Tow. Balneologiczne powinno wywrzeć nacisk na Zarządy zdrojowisk, aby mogły rozporządzać funduszami, które pozwoliłyby przesyłać wodę do klinik.

4) Kol. G o r s k i (z Krakowa) potwierdza wyniki, jakie podał prelegent i wyjaśnia, że skład chemiczny wody Zuberera jest określony, dokonał tego prof. Marchlewski. Badania wszystkich wód co pewien okres czasu, ostatnio co rok wykonywane są w Zakładzie Chemji lekarskiej w Krakowie. Zarząd Krynicy wywalcza dotacje i o ile znajdzie się pracownik wspiera prace. Od zeszłego roku nad działaniem wody Zuberera w przemianie materji badania prowadzi doc. Tempka. Wyników jeszcze nie ogłosił, gdyż praca to zmusna i kosztowna.

5) Kol. S u r a w s k i stwierdza, że w budżecie Krynicy już są wstawione pewne sumy. Jeneralna Dyrekcja Służby Zdrowia stara się przyznawać dotacje, aby wspierać prace. Praca w kierunku badania wód jest już rozpoczęta i będzie dalej prowadzona.

6) Kol. Simon podkreśla, że nie zna wód, które by tak dobrze działały, jak woda ze źródła Zuber. Klinczych badań na miejscu w Krynicy nie można przeprowadzić z powodu braku pracowni, i braku czasu podczas sezonu. W Nauheimie istnieją zakłady naukowe z wszelką pomocą. Simon uważa, że jest obowiązkiem kliniki i ordynatorów szpitalnych zająć się badaniami nad działaniem wód mineralnych. W naszych uzdrowiskach są braki natury higienicznej, co powstrzymuje od wyjazdu. Największy wysiłek winien pójść w kierunku podniesienia uzdrowisk pod względem higienicznym.

W odpowiedzi kol. Skórczewski dziękuje za podjętą dyskusję, co dowodzi zainteresowania się sprawą uzdrowisk. Zaczętkowanie zalecania chorym wody ze źródła Zuber było zasługą prelegenta; nie łatwo było uzasadnić stosowanie tej wody szczególnie wobec twierdzenia prof. Marchlewskiego, że woda ze źródła Zuber nie nadaje się dla chorych. W praktyce jednak okazało się, że nietylko rozcieńczona woda Zuber, ale i skoncentrowana nie szkodzi, lecz pomaga.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes A. Leśniowski.

Sekretarz doroczny W. Kowalski.

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 2 grudnia 1924 r.

Przewodniczący prezes A. Leśniowski.

- Treść: 1) Landau. Zapalenie kości udowej na tle zakażenia durowego (pokaz przypadku).  
 2) Landau i Fejgin. O odrębnych postaciach zakażeń prątkiem durowym.  
 3) Michalski. Wnioski z porównań Warszawskiej Szkoły Lekarskiej z obcokrajowami.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto

II. Do biblioteki nadesłano: 1) Płk. lek. Ludwik Zembrzowski, Służba Zdrowia w Pułku Lekkonnym Polskim Gwardji Napoleona I. 2) Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka Nr. 5. 3) Chirurgisch-Technisches Korrespondenz Blatt für Chirurg. Mechanik Nr. 40—44.

III. Kol. Anastazy Landau. Pokaz przypadku zapalenia lewej kości udowej (panostitis femoris sin) na tle przypuszczalnie utajonego zakażenia durowego.

IV. Kol. Landau wraz z kol. Fejginem wygłosili rzecz p. t. O odrębnych postaciach zakażeń prątkiem durowym.

W dyskusji 1) Prof. A. Głuźniński uważa za niesłuszny podział cierpień, wywołanych przez prątki durowe na dwie grupy: t. j. na dur brzusny i na „infekcję durową“, jak to przeprowadza prelegent. Zmiany w przewodzie pokarmowym uważane są za obowiązkowe, bo stale znajdujemy je na stole sekcyjnym; umiejscowienie zmian może nie być jedynie w kiszkiach, może być dur brzuszny bez umiejscowienia w kiszkiach. Wszystko jedno, czy są zmiany w kiszkiach, czy nie, o ile stwierdzono dur, uważamy dane cierpienie za dur. Leukocytoza wielojądrzasta w przeciwstawieniu do duru nie przekonywa. Przypadki z żółtaczką są rzadkie, ale nie tak rzadkie, występuje ona w III tygodniu duru. G. przypomina, że w jednym zakładzie dla umysłowo chorych operowali jedną chorą z żółtaczką, jako nosicielką duru brzusnego, który przebyła przed kilkunastu laty. Wbrew twierdzeniu prelegenta nie tylko dur lecz i każda inna sprawa zakaźna może zająć 3 organy. W przypadku prelegenta z zapaleniem miedniczek dopiero wówczas można twierdzić, że to było zakażenie durowe, gdyby w moczu stwierdzono laseczniki durowe. Podczas duru laseczniki durowe znajdują się w moczu całymi masami. Co do przypadku kostnego, to można twierdzić, że stan zapalny kości jest pochodzenia durowego, gdyby udało się stwierdzić prątek durowy.

2) Kol. M. Erlich ó w n a prostuje przypuszczenie prelegenta, że u dzieci leukopenja występuje w  $\frac{1}{3}$  przypadków. Zastrzykiwania prątków durowych u zwierząt wywołują leukopenję.

3) Kol. Otto badał przypadki tyfusu mikroskopowo w tych razach, kiedy przebieg kliniczny dawał obraz tyfusu brzusnego, a na sekcji makroskopowo zmian tyfusowych nie stwierdzono. W tych właśnie przypadkach zawsze w kiszkiach stwierdzał mikroskopowo nacieczenia grudek chłonnych.

4) Kol. K o w a l s k i z pośród 200 chorych w 3-ch przypadkach widział, jako powikłanie duru brzusnego, zapalenie pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych. Obraz kliniczny (wygląd chorego, język, majaczenie), był charakterystyczny dla duru brzusnego. Samo cierpienie durowe trwało dłużej, wahania ciepłoty powtarzały się przez dłuższy okres czasu następnie ciepłota obniżała się, przebiegała na niskich stopniach, wracało podniecenie łaknienia, tak charakterystyczne dla duru brzusnego. Nakoniec następowało wyzdrowienie. Codzienne badania moczu i kału bakterjologicznie wykonywane przez kol. Michalca w pracowni prof. Nitscha wykazały, że prątki durowe w moczu są wydalane całymi masami, czasami następuje jednodniowa przerwa. W ciężkim przypadku duru brzusnego ze śluzu z jamy ustnej wyhodowano streptokokki i stafylokokki. Te właśnie domieszki często wpływają na obraz kliniczny duru brzusnego. W przedstawionych przypadkach nie można twierdzić, że wywołało je zakażenie durowe.

5) Kol. O si ń s k i Eug. Rozpoznanie duru brzusnego opiera się na całokształcie obrazu chorobowego, przyczem różyczka,

jako objaw patognomiczny z jej znamionym wyglądem i umiejscowieniem, ma w rozpoznaniu znaczenie rozstrzygające.

W ostatnich paru dziesiątkach lat klinika pozyskała nowe środki rozpoznawcze w zlepnym odczynie Widala i w badaniach krwi i wydalnin chorych na prątki Ebertha.

Serologiczne jednak badania krwi należy uważać jedynie jako cenny środek rozpoznawczo-pomocniczy, uzupełniający obraz kliniczny choroby. Brak odczynu zlepnego nie wyłącza duru brz. W razie zaś odczynu dodatniego uwzględniamy skalę odczynu, t. j. wysokość miana aglutynacyjnego i jego wahanie, t. j. wzrastanie i zmniejszanie się miana w przebiegu choroby. Nadto należy pamiętać, że po przebytych durze brz., po szczepieniach zapobiegawczych przeciwdurkowych, wreszcie u t. zw. zdrowych nosicieli bakterji (porteurs des germes), jako wskaźnik istniejącego w ustroju uodpornienia, może wskazywać surowica krwi dodatnie miano zlepane, które zwiększa się w razie zapadnięcia na dur brzuszny, ale które może zwiększać się również w razie zachorowania na każdą inną chorobę zakaźną. Stąd oczywiście jest rzeczą, że wartość odczynu Widala należy oceniać współrzędnie z obrazem choroby.

Posiewy krwi wypadają dodatnio (100%) w 1-ym tyg. duru brz., gdy dane kliniczne nie dają jeszcze pewnej podstawy do rozpoznania ścisłego, w dalszym przebiegu choroby odsetek posiewów dodatnich zmniejsza się. Wogóle krew nie jest dobrym podłożem dla prątków duru brzuszego; we krwi prątki durowe giną szybko wskutek bakterjobjęczego działania surowicy krwi.

Badania bakterjologiczne kału i moczu wykonywamy rzadziej w celach rozpoznawczych, gdy na początku choroby badania te zawodzą, w późniejszych zaś okresach wypadają dodatnio, ale wówczas wystarcza do rozpoznania obraz kliniczny. Za to niezbędne są badania kału i moczu dla stwierdzenia nosicielstwa.

Zachowanie się białych ciałek krwi w durze brzuszny jest b. znamienne: poza nieznacznym wzmożeniem się białych ciałek krwi w pierwszych dniach choroby, w dalszym przebiegu występuje wyraźne zmniejszenie się liczby białych ciałek krwi (leukopenia) kosztem spadku wielojądrazastych b. c. krwi (neutropenia) przy znacznym wzroście limfocytów (lymphæmia), eozynochłonne b. c. krwi znikają. W okresie zdrowienia ustalają się zarówno prawidłowe liczby b. c. krwi, jak i wzór leukocytów, aczkolwiek limfocytoza utrzymuje się długi czas w okresie zdrowienia.

W sprawie patogenyzy duru brzuszego najlepiej trzymać się poglądu (Schotmüller), że dur brzuszny jest schorzeniem układu chłonnego jamy brzusznej, co potwierdzają badania anatomo-patologiczne i bakterjologiczne. Pęcherzyk żółciowy jest częstym siedliskiem prątków durowych, ale schorzenia pęcherzyka żółciowego w durze brzuszny należą do rzadkości. Na 100 z górą przypadków duru brzuszego mówca spostrzegał zaledwie parę razy zapalenie pęcherzyka żółciowego: 1 raz zapalenie to poprzedziło dur brzuszny o lekkim reształą przebiegu, parę razy wystąpiło dopiero w okresie zdrowienia. Żółtaczką nieznacznego natężenia jest



również w durze brz. zjawiskiem rzadkiem i występuje w okresie zdrowienia. (Str. wł.).

6) W odpowiedzi kol. Landau wyjaśnia, że na odróżnienie tych postaci wpadł przypadkowo. Z głosów, które się odezwały, padła krytyka, ale uważa, że nowa myśl stopniowo może zdobyć sobie uznanie.

7) Prof. Gluziński uważa, że prelegent mógłby twierdzić, że dany przypadek jest postacią durową, gdyby w przypadku sekcyjnym z ropy w wątrobie wyhodował prątki duru brzuszno-ego. Zmiany w obrazie białych ciałek krwi zależne są nie od prątka duru brzuszno-ego w przedstawionych przypadkach lecz być może od streptokoków lub stafiloczków.

Nie można przypuścić aby zarazek durowy w postaciach przedstawionych przez prelegenta, mógł inaczej wpływać na obraz krwi, niż w innych postaciach.

V. Kol. Z. Michalski wygłosił rzecz p. t. Wnioski z porównań Warszawskiej szkoły lekarskiej z obcokrajowami.

W ciągu ostatnich lat Warszawa miała niejednokrotnie możność słyszeć sprawozdania lekarzy powracających z Francji. Poza-tem szkoła lekarska francuska jest wogóle, po części dzięki polsko-francuskiemu towarzystwu lekarskiemu, dobrze w Warszawie znana. Dzięki poparciu swego szefa, prof. Rzętkowskiego i prof. Czubalskiego i Modrakowskiego miałem możność ubiegły rok spędzić na studjach we Francji, już dobrze znanej i w Anglii, która, mam wrażenie, jest znacznie mniej znana w Warszawie dla różnych względów. Szkic o szkole angielskiej, moim zdaniem niezbyt sprawiedliwy, podał Dybowski w Pol. Gaz. Lekarskiej. Nie jest tu jednak moim zamiarem przedstawienie całokształtu pracy naukowej lub szpitalnej, chciałbym tylko zupełnie szkicowo przedstawić te dobre strony, które uderzyły mnie w tych krajach w naszej dziedzinie wiedzy i pracy i zastanowić się, czy byłoby możliwym do przeszczepienia na grunt warszawski, częściowo lub w całości.

Dotychczasowa szkoła nasza opierała się niewątpliwie na szkole niemieckiej z pierwszej ręki lub z drugiej — przez Rosję. Nie mam zamiaru ani odmawiać zasług szkole niemieckiej, ani w szczególności krytykować, wydaje mi się jednak, że drobne uniwersytety niemieckie w Heidelbergu, Bonn, w Strassburgu etc. zawsze odgrywały w rozwoju medycyny niemieckiej taką rolę, jakiej nasze prowincjonalne uniwersytety najprawdopodobniej wobec Warszawy odgrywać nigdy nie będą. Jeśli za czasów niewoli Kraków, a częściowo i Lwów, odgrywał w życiu intelektualnem Polski tak dużą rolę, to dlatego, że przy stosunkowo najbardziej tolerancyjnym rządzie, austriackim, praca tam, jako taka, była możliwa i że te dwa ośrodki skupiały najwybitniejsze jednostki z całej Polski. Już w owych czasach szereg wybitnych lekarzy warszawskich, został powołany na katedry do Małopolski, a praca na oddziałach szpitalnych w Warszawie szła w żywym tempie.

Otwarcie Uniwersytetu Warszawskiego stwierdziło odrazu, że nie Warszawa pójdzie za szkołami prowincjonalnymi, a będzie wręcz odwrotnie. Wielu najwibitniejszych uczonych z obu uniwersytetów objęło katedry w Warszawie, stwierdzając tem, że pracę w stolicy uważają za cenniejszą i szerszą.

Mimo to jednak Uniwersytet Warszawski zorganizowano według obcego dla wielkiego miasta wzoru — wzoru szkoły niemieckiej. Zgoła odmienne plany miał ś. p. Brudziński, pierwszy rektor Uniwersytetu Warszawskiego.

Sądzę, że Warszawa, jako milionowe miasto, winna się oprzeć raczej na wzorach wielkomiejskich, dlatego też uważam porównanie jej szkoły lekarskiej z paryską lub londyńską za wskazane, nie poto aby kopjować całość lub części, ale by dostosować do swego charakteru rzeczy dobre i możliwe, a błędów innych uniknąć.

Zostały mi wspomnienia z odczytów naszych prelegentów, coprawda tylko o medycynie francuskiej. Przeważało raczej zadowolenie, że u nas jest nie gorzej, a pod pewnymi względami i lepiej. Wydaje mi się sąd taki w znacznym stopniu zależnym od kąta patrzenia — czy się doszukuje stron dobrych czy złych. Ja złych nie mogłem nie widzieć, ale starałem się doszukiwać przedewszystkiem dobrych i z wielkim żalem przyznaję, że czuję się upokorzony. Odcięty, zwłaszcza w Angiji, od wszystkiego co polskie, długie chwile spędzałem nad rozmyślaniem, jakie czynniki przyczyniają się do wyższego rozwoju szkół w tych krajach, które obserwowałem. Nauce lekarskiej przypisuję wyjątkowe znaczenie, zgoła ważniejsze niż każdej innej gałęzi wiedzy. Oparta o duszę i ciało człowieka w każdym budzi duże zainteresowanie. Pracuje też w dziale medycyny naukowo więcej ludzi niż w jakiejbyś gałęzi wiedzy ludzkiej, być może, że więcej niż we wszystkich gałęziach wiedzy razem. Stanowi ona wyjątkową specjalność, że pozwala godzić życie codzienne z badaniami naukowymi, gdzie praktyka stanowi naukę, a nauka praktykę. Brak mi w tej chwili danych cyfrowych, jak wielki odsetek z prac i dzieł naukowych w literaturze wszechświatowej przypada na medycynę, ale pamiętam, że ten odsetek jest kolosalny. Dlatego też rozwój medycyny wogóle, ilość i jakość prac w znacznej mierze służyć będzie za wskaźnik rozwoju kultury i siły ducha danego narodu. Stąd rozwój medycyny, szkoły lekarskiej, rozumiejąc pod tem całokształt medycyny pracującej systematycznie t. j. uniwersytet i szpitale, wydaje mi się zagadnieniem pierwszorzędnej wagi pod względem państwowym.

Szkoła francuska i angielska, mimo pozorów odmiennych w zasadniczej organizacji mają wiele cech wspólnych. I we Francji i w Anglii podstawą nauczania jest szpital. Gdy jednak w Paryżu wszystkie szpitale związane są z sobą wzajemnie przez Wydział lekarski w jedną wspólną, doskonale zgraną organizację, w Londynie szereg oddzielnych szkół lekarskich, rozbitych po szpitalach, pozostaje w bardzo luźnym wzajemnym związku. Któ-

ra organizacja jest lepsza? Niewątpliwie francuska, to też Londyn przygotowuje się do zmian pod tym względem.

Postaram się jaknajkrócej scharakteryzować typ organizacji szkoły paryskiej.

Przed wstąpieniem na medycynę student musi odbyć rok studjów na Wydziale przyrodniczym. Wstępując na pierwszy rok medycyny, idzie odrazu do szpitala, przyczem kliniki uniwersyteckie przeznaczone są do odbywania praktyki właśnie studentów pierwszego roku. Już po pierwszym roku student obowiązany jest przedstawić zaświadczenie z odbytej praktyki, pół roku medycyny wewnętrznej i pół chirurgji. To samo ma miejsce na dalszych kursach, tak że w ciągu 10 półroczy student 5 lat spędza na praktyce w szpitalu według określonego wzoru z pozostawieniem natomiast wolnego wyboru co do oddziału szpitalnego lub kliniki. Dzień studenta paryskiego jest rozłożony w ten sposób, że do godziny 2 pp. niema żadnych wykładów, czas ten jest całkowicie przeznaczony na pracę w klinikach, względnie w szpitalach. Od godz. 2 pp. w gmachu Wydziału lekarskiego odbywają się wykłady, tak teoretyczne, jak i kliniczne i wszelkie ćwiczenia laboratoryjne.

Oficjalne wykłady kliniczne, prowadzone przez profesorów (Achard, Chauffard, Gilbert, Sergeant, Vaquez, Widai) odbywają się raz na tydzień, przyczem w różne dni, tak że jest umożliwione uczęszczanie na wykłady wszystkich profesorów klinik. Wykłady te stoja rzeczywiście na poziomie akademickim i niektórzy z profesorów (Achard) systematycznie ogłaszają każdy wykład drukiem. Jasnym jest tedy, że wykłady w tych warunkach przynoszą korzyść i profesorom, którzy je na poziomie współczesnej wiedzy utrzymać mogą.

Drugą charakterystyczną i dodatnią cechą kliniki francuskiej stanowią ciągłe konkursy. Student już na trzecim semestrze przystępuje do konkursu na stopień eksterna, na siódmym — na interna, wreszcie po skończeniu do długiego i niezmiernie trudnego konkursu na ordynatora szpitala. Skutkiem tego jest to nadzwyczajne wyrobienie lekarzy francuskich i przyzwyczajenie do występów publicznych.

Parę słów o wykładach na Wydziale. Wykładają tam oczywiście wszyscy profesorowie prócz klinicznych. Ale wyklada również cały szereg lekarzy, nie mających innego stopnia niż doktorat. Wykłady te odbywają się publicznie i nie należą, rzecz prosta, do obowiązkowych, ale są ogłaszane przez dziekana Wydziału. U kogo ma prawo odbywać student praktykę szpitalną? Począwszy od drugiego kursu — teoretycznie u ordynatora szpitala, który ma tytuł „chargé de cours“ — praktycznie u każdego ordynatora.

Jeszcze parę cech świata lekarskiego paryskiego, zupełnie obcych na naszym gruncie. Przedewszystkiem, wszyscy bez wyjątku profesorowie przedmiotów teoretycznych, jak Roger — patolog, Besançon — bakterjolog, są jednocześnie ordynatorami szpitali, które to stanowisko zdobyli oczywiście drogą konkursu. Klinika

jest uważana poniekąd za ostatni szczebel kariery naukowo-lekarskiej, skąd niekiedy teoretyk dostaje ostatecznie katedrę kliniczną. Pozatem stopień „agrégé”, odpowiadający mniej więcej naszemu docentowi, nie stanowi bynajmniej pośredniego stopnia niezbędego dla otrzymania katedry. Otrzymują je również bezpośrednio ordynatorzy (Sergent). Tak zwani interni, pełniący niejako funkcje naszych asystentów szpitalnych, są wiecznymi wędrownikami. Co pewien określony czas obowiązani są zmieniać szefa i oddział.

Nie brak oczywiście i stron ujemnych.

Przedewszystkiem ilość czasu, jaką poświęcają lekarze paracyści właściwej pracy szpitalnej jest bardzo mała. Pomimo systemu wielkich oddziałów wynosi ona przeciętnie dwie godziny. Chorzy są traktowani niedbale, w niektórych klinikach historii chorób nie prowadzi się wcale, istnieją zaledwie karty gorączkowe. Gros pracy szpitalnej spada na studentów t. zw. internów. Intern taki dzięki dobrej organizacji stosunkowo szybko dochodzi do dobrego wyrobienia, mimo to w początku jest tylko studentem trzeciego roku.

Ogólny poziom szpitalnictwa stoi bardzo nisko, niewątpliwie niżej niż u nas. Obsługa szpitalna na salach chorych równie nieliczna, jak u nas i prawie równie niedbała. Przyczyna tego jest jasna. Szpitale są rządowe—należą do t. zw. „Assistance publique”. Niewątpliwie wszędzie i zawsze, przynajmniej przy istniejącej obecnie formie parlamentaryzmu w Europie, najgorszymi organizacjami będą zawsze organizacje rządowe, i instytucje, pozostające pod bezpośrednią opieką rządową czy municypalną będą zawsze gorzej i kosztowniej prowadzone od tych, w których przeważa inicjatywa prywatna. Z tej zasadniczej przyczyny wpływają inne. Nadzwyczaj niskie opłaty — asystent kliniki 300 fr. miesięcznie — 75 złp., pielęgniarka 500 fr. — 125 złp. — powodują nadzwyczaj lichą i ograniczoną co do czasu pracę dla szpitala. Wreszcie starość budynków szpitalnych czyni je nieodpowiedniami do współczesnych wymagań wiedzy i higieny. Gmachów w rodzaju szpitali Charité i Baujon — Warszawa na szczęście już nie posiada.

Reasumując cechy dodatnie szkoły francuskiej ograniczę się do następujących punktów:

1. Wyzyskanie dla celów nauczania wszystkich szpitali paryskich.
2. Dobrze zrozumiana tolerancja w dopuszczaniu do nauczania lekarzy uniwersyteckich. Skutkiem tego: w Paryżu uczy medycyny wewnętrznej (nie licząc asystentów klinicznych) 40 osób, w Warszawie—2 przy tej samej liczbie studentów; praca naukowa nie jest zamknięta w ramach uniwersytetu, a rozchodzi się na szereg nieutytułowanych lekarzy.
3. Mała liczba studentów praktykujących na oddziale (20—40), co pozwala im rzeczywiście korzystać z materiału chorych i nie męczyć chorych.

4. Rzadkie wykłady profesorów zmuszają do utrzymania ich poziomu akademickiego.
5. Ścisłe przestrzeganie obsadzania wszelkich stanowisk lekarskich wyłącznie drogą konkursu.

Przechodząc do szkoły angielskiej, muszę się zastrzedz, że wszelkie dane jest o wiele trudniej wprowadzić ze względu na to, że w Londynie niema całkowitego ujednostajnienia przez pewną jednostkę, jaką w Paryżu odgrywa Wydział lekarski. Kilkanaście szkół lekarskich, istniejących w Londynie, różnią się pod wieloma względami jedna od drugiej. Łączy je wspólna komisja egzaminacyjna i wyjątki z pośród nauczycieli w nich, mających tytuły uniwersyteckie. Tak np. w szkole św. Tomasza tytuł profesora ma jedynie kierownik kliniki wewnętrznej Hughes Maclean. W ogólnych zarysach jednak możnaby powiedzieć, że system nauczania angielski jest czemś pośredniem pomiędzy typem francuskim a przyjętym u nas — niemiecko-rosyjskim. Przez pierwsze dwa lata student poświęca się przygotowaniu przyrodniczemu, ostatnie trzy podzielone między teorię lekarską a klinikę, przyczem jednak również godziny poranne przeznaczone są wyłącznie na praktykę szpitalną. Jest to dziwactwo czysto angielskie, że student już od pierwszego kursu klinicznego wybiera sobie zasadniczą specjalność t. j. medycynę albo chirurgję i po skończeniu otrzymuje odpowiedni stopień bakałarza chirurgji lub medycyny (następny jest — doktor medycyny lub mistrz chirurgji).

Muszę zaznaczyć, że mimo tego chaosu te szkoły i kliniki, które dłużej obserwować miałem możność prowadzone są bardzo dobrze. Mam na myśli klinikę Maclean'a i Uniwersytet Edynburski. U Maclean'a każdy student praktykant (było ich wszystkiego 12) ma aż 6 łózek. Wskutek małej liczby studentów zarówno Maclean, jak i dr. Jones, jego pierwszy asystent zna oczywiście każdego studenta nietylko z imienia i nazwiska, ale, co ważniejsze, i z wiadomości. Wykłady przy łóżku chorego — wizyta kliniczna odbywają się 4 razy na tydzień w godzinach porannych; w popołudniowych zaś dwa razy na tydzień ćwiczenia laboratoryjne. Zastępuje na uwagę, że drobne zabiegi dżagnostyczne, jak zgłębnikowanie żołądka i dwunastnicy, punkcje żyłne, studenci po raz pierwszy przerabiają nawzajem na sobie.

Systematyczne wykłady kliniczne prowadzone są jeszcze rzadziej niż w Paryżu. Tak np. Maclean poza salą chorych wykłada raz na dwa tygodnie.

Co jednak każdego czy z Polaków, czy z Francuzów uderzyć musi, to poziom opieki szpitalnej. Szpitale co do organizacji wewnętrznej wydają mi się ideałem tak dla nas, jak i dla Francji. Z nielicznymi wyjątkami szpitale londyńskie znajdują się pod opieką poszczególnych towarzystw dobroczynnych. Na bieg życia szpitalnego ani rząd, ani zarząd miejski nie mają zgoła wpływu. To też wzorowe szpitale londyńskie, jak np. Szpital Narodowy dla chorób serca nie mogą się równać z żadnym szpitalem warszawskim, a tembardziej z paryskim. Pomijając idealną czystość i wzorową opiekę, podziwiać należy niezwykłą delikatność, jaką

każdy członek personelu szpitalnego otacza chorych. Liczba pielęgniarek jest bardzo wielka. W Royal Infirmary w Edynburgu na tysiąc łóżek jest aż 400 pielęgniarek, czyli prawie jedna na 2 chorych. Na salach szpitalnych znajduje się szereg parawanów i w każdej potrzebie chory, którego widok mógłby być przykry dla otoczenia, jest osłaniany. Na każdej sali pełno kwiatów a na kobiecych nawet fortepiany. Opieka pielęgniarska jest wyszkolona doskonale. Każda pielęgniarka przechodzi przez szereg stopni, przez dość długi termin, zanim zostanie wykwalifikowaną. Anglja rozumie dobrze, że jednym z najważniejszych warunków zdobycia dobrych wyników leczenia szpitalnego jest dobre pielęgniarstwo.

W większych szpitalach, jak szpital św. Tomasza w Londynie i Royal Infirmary w Edynburgu, na zasadzie porozumienia ordynatorów istnieje szereg ustalonych djet leczniczych. Tak więc djeta Sippy w chorobie wrzodu żołądka, typ djet cukrzycowych Maclean'a, djety t. zw. alkaliczne dla chorych nerkowych.

Drugim punktem, zasługującym na podkreślenie, jest organizacja ambulansów szpitalnych. W wielu szpitalach obowiązek przyjmowania ambulatorjum włożony jest na ordynatorów oddziałów tychże szpitali. W szpitalach nowoczesnych, jak np. w wymienionym wyżej szpitalu dla chorób serca do gabinetu lekarza przylegają 4 małe rozbieralnie. Chory wchodzi więc do badania już rozebrany i ubiera się po skończonej konferencji z lekarzem. Roentgena i elektrokardiograf obsługują laboranci, są w bezpośrednim związku z ambulansem i w ciągu kilkunastu minut są przedstawiane zdjęcia na żądanie lekarza ordynującego. Chorzy ambulatoryjni mają własne książeczki badań, w których lekarz wpisuje wyniki badań i leczenia. System ten oddaje duże usługi lekarzom, przysyłającym chorych z prowincji. W ten sposób chory zostaje przyjęty przez ordynatora na oddział, a po wypisaniu ordynator ma możliwość dalszej obserwacji chorego. Muszę jednak się zastrzedz, że w Londynie przyjęty jest system oddziałów małych (do 12 łóżek), a nawet duże oddziały w szpitalu św. Tomasa nie przenoszą 60 łóżek. Chciałbym podkreślić specjalną dążność szkoły angielskiej do tworzenia t. zw. szpitali specjalnych. Poza zwykle przyjętymi szpitalami dla chorób zakaźnych lub wenerycznych istnieją w Londynie następujące szpitale:

Szpital dla suchot i chorób klatki piersiowej, obejmujący i chirurgię płucną.

Szpital dla chorych rakowatych.

Szpital urologiczny.

Szpital dla chorych na odbytnicę.

Szpital dla chorych sercowych, noszący chlubny tytuł Narodowego szpitala do badania i leczenia chorób serca.

Wreszcie obecność prawie w każdym większym szpitalu szkoły lekarskiej była przyczyną stworzenia w nich bardzo okazałych i dobrze utrzymanych muzeów anatomo-patologicznych.

Ujemne strony szpitalnictwa szkoły londyńskiej scharakteryzował Dybowski w wspomnianej wyżej pracy. Muszę zaznaczyć

ze swej strony, że wahania w jakości poszczególnych szpitali, dzięki inwidualnemu kierownictwu są znacznie silniej zaznaczone w Londynie niż w Paryżu.

Streszczając się i nie powtarzając cech dodatnich szkoły paryskiej, pozwolę sobie zestawić dodatnie cechy szkoły angielskiej w następujących punktach:

1. Niekrepowanie życia szpitalnego przez niedołączne władze municypalne lub rządowe.

2. Wzorowe pielęgniarstwo.

3. Organizacja ambulatorjów szpitalnych a zwłaszcza prowadzenie ich przez ordynatorów szpitalnych.

4. System ustalonych djet.

5. Szpitale specjalne.

Z dziesięciu punktów dodatnich szkoły francuskiej i angielskiej cały szereg trudności natury finansowej nastęrczałyby punkt 2 i 5 szkoły angielskiej. Inne przy dobrej woli mogłyby znaleźć zastosowanie na terenie Warszawy.

Sprawa obsady ordynatur szpitalnych w Warszawie nie wymaga zasadniczych zmian, można tylko zrobić przykre zastrzeżenie, iż z pod obowiazkowego konkursu wyłamał się cały szereg ordynatorów, zdobywając te stanowiska dzięki nominacjom, czy b. władz rosyjskich, czy okupacyjnych, czy wreszcie, niestety polskich. Natomiast obsada t. zw. ordynatury ambulatoryjnej w szpitalach odbywa się drogą zupełnie dowolną, względnie drogą protekcji. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że dobre prowadzenie przychodni wymaga również poważniejszych kwalifikacji od lekarza. Dla podwyższenia więc poziomu i dla większego poszanowania tego stanowiska konkurs, jak i na ordynatora szpitalnego, winien mieć decydujące znaczenie. Odróżniłbym przytem dwa typy ordynatur ambulatoryjnych: ze specjalności, której w danym szpitalu niema oddziału, jak np. neurologji i dermatologji w szpitalu św. Ducha, lub otolaryngologji w szpitalu Dzieciątka Jezus i ze specjalności reprezentowanych przez oddziały szpitalne. Pierwszy typ dla rozszerzenia zakresu kompetencji szpitala winien pozostać, drugi należałoby oddać w ręce kierowników odpowiednich oddziałów, a przynajmniej każdy oddział winien mieć swoją reprezentację ambulatoryjną (asystent oddziału). Dałoby to nietylko możność wyboru chorych, ale, co wydaje mi się nadzwyczaj ważne — obserwacji po kuracji szpitalnej.

Punkt 4-ty szkoły angielskiej zależy wyłącznie od naczelnych lekarzy i zgodnego porozumienia ordynatorów. Stosowanie djety leczniczej w szpitalu przedstawia obecnie niesłychane trudności.

Czy zamiast szpitali specjalnych nie warto byłoby chwilowo wprowadzić trzech oddziałów specjalnych do studjowania leczenia zasadniczych plag: suchot, raka i chorób serca; nad tem należałoby się zastanowić. Oddziały dla gruźlików już istnieją, jak również szpital dla rakowatych (Królikarnia). Należałoby zmienić jedynie ich charakter — z wymieralni na placówki naukowe, opatrzone odpowiednią pomocą (Roentgen, prosektorjum i pracownia bakterjologiczna). Na oddział dla chorób serca łatwo moż-

na byłoby zamienić jeden z oddziałów warszawskich kardiologów, usuwając im pozostały materiał z oddziału.

Przechodzę do podstawowych punktów 1, 2, 3, szkoły francuskiej, pozostałe znalazły już dostateczne wyjaśnienie. Chciałbym tedy rozważyć czy wprowadzenie praktyki kliniczno-szpitalnej zamiast istniejących wykładów klinicznych 1) byłoby możliwym do wprowadzenia w Warszawie, 2) czy byłoby korzystnym dla Wydziału, studentów i szpitali i 3) czy nie byłoby niezgodne z charakterem medycyny warszawskiej, co przecież jest bardzo ważne.

Musimy przede wszystkim stwierdzić otwarcie, że w Warszawskim Uniwersytecie kliniki są dla dla pracy naukowej, dla chorych, dla profesorów, asystentów, młodych lekarzy, ale ich niema dla studentów. Dla nich są wykłady kliniczne i skąpe zajęcia praktyczne. Nie mogę bowiem uważać za klinikę pokazową na wykładzie jednego czy dwóch chorych, ani też przeprowadzenia jednego, dwóch, trzech chorych przez studenta w ciągu roku. Na obserwacji w najlepszym razie tedy 9 chorych z medycyny wewnętrznej nie może się oprzeć lekarz, otrzymujący po skończeniu wszelkie prawa praktyki. Dobrej woli studenci ratują się od takiego stanu rzeczy pracą pozaprogramową na klinikach, czy też na oddziałach szpitalnych. W tym razie jednak Wydział Lekarski już wyraźnie przeszkadza pracy tych pilniejszych studentów, którzy się chcą czegoś rzeczywiście nauczyć. Cały ranek jest tak obłożony wykładami, że albo student musi postępować wbrew regulaminowi i na wykłady nie chodzić, co może dla niego pociągnąć przykre konsekwencje w postaci słusznego odmówienia podpisu końcowego przez profesora, albo też odłożyć zdobywanie wiadomości praktycznych na czas po otrzymaniu dyplomu, co znów dla większości niezamożnych studentów jest niemożliwe.

Wyjście z tej sytuacji jest jedno tylko. Nie rujnując obecnej organizacji Wydziału należy skasować wszelkie wykłady poranne, począwszy od 3-go roku studjów, jakto ma miejsce w Anglii (we Francji w ciągu 5 lat) i poświęcić ten czas od 9-ej do 1-ej wyłącznie na praktykę kliniczną i szpitalną. Jasną jest rzeczą, że kliniki na to nie wystarczą. 200 łóżek, którymi rozporządzają obie kliniki wewnętrzne nie mogą wystarczyć dla 600 studentów. Sprawę tę należałoby załatwić w sposób podobny jak w Paryżu i w Londynie z pewnemi zresztą zastrzeżeniami dla uniknięcia zmian zbyt gwałtownych. Należy pozwolić ordynatorom szpitalnym (oczywiście tylko tym, którzy przeszli przez konkurs) zaliczać ograniczonej liczbie studentów — przypuśćmy 20-u — niezbędną do absolutorjum praktykę szpitalną, ów „stage“ paryski. Zaznaczam przytem, że nie wyobrażam sobie, aby do odbywania praktyki na tym lub innym oddziale studenci byli zmuszani; odwrotnie, należałoby pozostawić studentom wolny wybór pomiędzy poszczególnymi oddziałami i klinikami. Rzecz prosta, wszelka kontrola w formie egzaminów etc., pozostałaby w rękach profesorów.



Co do podziału praktyki pomiędzy specjalności, sądzę, że z 6 półroczy klinicznych 3 należałoby przeznaczyć na medycynę wewnętrzną, 2 na chirurgję, i po 3 miesiące na akuszerję i choroby skórno-weneryczne. Pomijam tu świadomie szereg klinik. Dla nich musiałby pozostać popołudniowy wykład kliniczny. Nie mamy bowiem dostatecznej liczby oddziałów pediatrycznych, neurologicznych i ocznych, aby w nich stażjerów-praktykantów rozlokować. Praktykę na oddziale pediatrycznym lub neurologicznym możnaby uważać za równoważnik interny — w ciągu jednego półrocza. Klinika oczna, laryngologiczna i psychiatryczna i tak prowadzi wykłady w godzinach popołudniowych.

Coby było z wykładem systematycznym chirurgji i interny? Wydaje się, że jeden wykład na tydzień, opracowany przez dyrektora kliniki byłby wystarczający a może i cenniejszy. Obecnie zresztą kontrola uczęszczania studentów na wykłady jest faktycznie niemożliwa. Jak można żądać, aby 200 studentów chodziło na wykład w szpitalu św. Ducha, gdzie w sali wykładowej jest zaledwie miejsc 70. Mimowoli więc Wydział Lekarski pozostawia studentom pod tym względem zupełną swobodę.

Skończyłem przegląd swych wniosków. Jaka korzyść byłaby z nich? Wyliczę tylko 3 punkty: 1) studenci mieliby możliwość praktycznego przygotowania się; 2) poziom oddziałów szpitalnych warszawskich znacznie by się podniósł; 3) kliniki uniwersyteckie zyskałyby konkurencję — a co zatem idzie żywszy bodziec do pracy.

Jako wolny obywatel Rzeczypospolitej uważam, że mam prawo i obowiązek wystąpić z każdym wnioskiem, o którym sądzę, że przyczyni się do rozwoju działu, w którym pracuję. Nie mam wątpliwości, że projektowane zmiany będą wprowadzone. Obawiam się jedynie, że przejdzie jeszcze szereg lat, pod tym względem zmarnowanych.

W dyskusji zabierali głos Pręgowski, Czyżewicz, Bączkiewicz, Składkowski, Szperl, Otto.

W odpowiedzi dawał wyjaśnienia Michalski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **A. Leśniowski.**

Sekretarz dorocznego **W. Kowalski.**

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 16 grudnia 1924 r.

Przewodniczący Wiceprezes K. Zieliński.

- Treść: 1) Semerau-Siemianowski. W sprawie epidemji w Henrykowie (pokaz chorych).  
 2) Z. Dobrowolski. Wyniki leczenia radem raka szczęki górnej (pokaz chorego).  
 3) Zaorski. Pokaz rentgenogramów z kamieniem w moczowodzie.  
 4) Składkowski. Lotnictwo Sanitarne w Maroku.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do Biblioteki T-wa nadesłano. 1) S. Rabow. Przepisy lekarskie. 2) Prof. dr. L. Wachholz. Medycyna sądowa. 3) Joseph Brassine. Rapports officiels allemands sur les déprédations allemands a l'université de Liège (Dar Biblioteki uniwersytetu w Liège). 4) Société des sciences Medicales et Biologiques R. 1924. Nr. I, II, III, IV, V.

III. Kol. Semerau-Siemianowski. W sprawie epidemji w Henrykowie. (Angio-dermotoxicosis exsudativa epidemica) pokaz 2 chorych.

W październiku r. b. w Henrykowie pod Warszawą wybuchła epidemja zagadkowej początkowo choroby, która dotknęła 40 osób, 7 z pośród nich, przeważnie dzieci, zmarło. Warunki mieszkaniowe chorych były złe, odżywianie mieszane, ilościowo niedostateczne. Badanie produktów spożywczych oraz wody nie dało żadnych wyników dodatnich. Przebieg choroby w przypadkach o średnim natężeniu był następujący: zachorzenie rozpoczynało się od bólu nóg i klucia pod podeszwami, chorzy skarżyli się na ogólne osłabienie, gorączkę, ból głowy, brak łaknienia, rozwolnienie, uczucie palenia w gardle, chrypkę i kaszel, obrzęki nóg. Po 10—14 dniach zjawiała się w okolicach stawów na kończynach różowa swędząca wysypka, zajmująca przestrzeń około dłoni dziecka. Jednocześnie skóra na tułowiu przyjmowała brudno brunatne zabarwienie, a następnie poczyniała się łuszczyć. Skóra na dłoniach i stopach była zgrubiała i żółto zabarwiona. Natężenie choroby wahało się w szerokich granicach: od przebiegu zupełnie lekkiego do stanu b. groźnego z wysoką ciepłotą, ogólnem osłabieniem, bólem gardła i głowy, rozwolnieniami i duszącym kaszlem.

Osobiście spostrzegaliśmy na oddziale B. Szp. Św. Łazarza 18 chorych, przywiezionych niestety dopiero w 4—5 tygodniu choroby, tak że byli to już ozdrowieńcy bez objawów ostrych. Badanie ich poza charakterystycznymi zmianami skórными (brunatne zabarwienie i łuszczenie na tułowiu, oraz hyperkeratoza w okolicach stawów) nie wykazywało już prawie żadnych cech chorobowych.

Badanie krwi, moczu i treści żołądkowej wykazało stosunki prawidłowe.

Przebieg choroby i jej nagmienne wystąpienie wskazują, że mamy tu do czynienia z chorobą zakaźną dla której proponujemy nazwę angio-dermatotoxicosis exsudativa epidemica. Z pośród chorób skórnych najbardziej zbliża się ona do erythema exsudativum multiforme. Przeciwno możliwości awitaminowej w sensie pellagry przemawiają zarówno dane kliniczne jak i sposób odżywiania chorych. (Str. wł.)

IV. Kol. Dobrowolski. Pokaz chorego z bardzo dodatnim wynikiem zastosowania radu w przypadku raka szczęki górnej lewej.

Chory w wieku 64 lat, rolnik z Siedleckiego, znajduje się w obserwacji Dobr. od 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat.

Pierwszy raz zgłosił się do D. z guzem na podniebieniu twardem, guz ten drażył przez kość do jam nosa; przy badaniu drobnowidzowem cząstki guza Dr. Serkowski stwierdził carcinoma plastycellulare. Wobec powyższego, że chory przymiotu nie przechodził (Wasserman ujemny i t. p.), zaproponowano mu częściową rezekcję górnej szczęki. Operację wykonał dr. Orzeł w zakładzie d-ra Solmana w lipcu 1921 r. Przez 3 lata chory miał się dobrze, dopiero przed 3—4 miesiącami za miejscem dawnego guza na podniebieniu twardem zjawiał się nowy guz, rosnący dość szybko. Przytem nastąpiły silne bóle głowy, bezsenność, gorączka 38° i t. p.

Wobec tego przed 5-ciu tygodniami chory zjawiał się do Dobr., który znalazł guz na podniebieniu twardem wielkości kurzego jaja, stan ogólny zły, wychudnięcie, wybitna skleroza naczyń, głuchota w lewym uchu, t. j. po stronie guza, cuchnienie z ust. Wobec powyższego należałoby wykonać całkowitą rezekcję górnej szczęki, co wobec wieku chorego i jego stanu ogólnego byłoby bardzo ryzykowne. Przeważnie zastosowano leczenie radem. Wkluto w guz 7 igieł radowych, które pozostawały około 48 godzin. Kurację zastosował bezpłatnie doktor Murdziński.

Po 5-ciu tygodniach pacjent zgodnie z poleceniem zjawiał się znowu, odmłodzony co najmniej o 10 lat. Guz zmniejszył się przynajmniej o <sup>3</sup>/<sub>4</sub> dawnej objętości, znikły przykre objawy: trudność spożywania pokarmów, cuchnienie z ust, gorączka, bóle głowy, bezsenność i t. p. Obecnie chory znowu będzie poddany działaniu radu. (Str. wł.)

Na zapytanie d-ra Szteynera Dobr. odpowiada, że zastosowano u chorego 400 milligram godzin radu.

W dyskusji 1) kol. Horodyński zaznacza, że leczenie radem nie jest taką prostą rzeczą, jak to się ogólnie uważa. Na zasadzie swego doświadczenia z leczenia radem nie może być zadowolony. H. usunął doszczętnie u kobiety mięsak. Po paru miesiącach nastąpiła wznowa, wkluto 1 igłę (48 g.) na razie wynik był nadzwyczajny, guz po tygodniu znikł. Po 2-ach miesiącach nastąpiła wznowa wkluto 7 igieł (72 g.) nowotwór jednak po-

większył się. U generała Iwaszkiewicza były stosowane duże dawki radu, bezskutecznie, jak wiadomo. Do poprawy udaje się doprowadzić dzięki leczeniu radem, ale osiągnąć stałe wyzdrowienie trudno.

V. Kol. Zaorski. Pokaz rentgenogramów dziewczynki z kamieniem w moczowodzie prawym. Drogą operacyjną usunięto z moczowodu kamień wielkości  $1\frac{1}{2} \times 1 \times 0,5$  cm.

VI. Kol. Składkowski wygłosił rzecz p. t. Lotnictwo Sanitarne w Maroku.

W dyskusji 1) kol. Horodyński zwraca uwagę na to, iż podczas pokoju dużo jest przypadków, które wymagają szybkiego przewozu. Prelegent wspominał o zapaleniu wyrostka, a inne stany zapalne w jamie brzusznej, a ciąża pozamaciczna? Horodyński gorąco popiera myśl utworzenia lotnictwa sanitarnego i uważa, że należy ideę lotnictwa sanitarnego propagować. Horodyński zwraca się do prezydium, aby T-wo Lekarskie stanęło na tem stanowisku, że lotnictwo sanitarne jako środek przewożenia ciężko rannych i chorych jest wysoce humanitarne i celowe.

2) Kol. Bączkiewicz komunikuje, że Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka postanowiła ufundować samotot sanitarny. Za tym przykładem pójda inne izby lekarskie. Z tego widać że ogół lekarzy popiera ideę lotnictwa sanitarnego.

3) Prof. Loth przypomina, że przed paru laty, kiedy był w Paryżu, chciano postępować tak, jak z pociągami, t. j. samoloty bojowe po pewnem przystosowaniu do przewożenia chorych zamieniać na samoloty sanitarne.

4) Prof. Gluźński, wobec apelu mówców do T-wa Lekarskiego, daje odpowiedź, że gdyby nie uchwała Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, Tow. Lekarskie podjęłoby sprawę lotnictwa sanitarnego. Obecnie jednak ta sprawa stanęła szerzej i T-wo Lekarskie może dać poparcie moralne.

5) Kol. Składkowski wyraża wdzięczność za zainteresowanie się sprawą lotnictwa sanitarnego i zwraca się z apelem do T-wa Lekarskiego o poparcie rozwoju lotnictwa sanitarnego, aby tym sposobem oddać wielkie usługi ludności cywilnej przez ułatwienie szybkiego przewozu chorych, szczególnie potrzebujących natychmiastowej operacji, do wielkich dobrze urządzonych lecznic i szpitali.

6) Prof. Gluźński zwraca się do zebranych, aby upoważnili Zarząd T-wa Lek. do rozpatrzenia sprawy Lotnictwa Sanitarnego. Zebrani zgadzają się na propozycję Sekretarza Stałego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **A. Leśniowski.**

Sekretarz doroczny: **W. Kowalski**

**POSIEDZENIE ADMINISTRACYJNE****d. 30 grudnia 1924 r.**Przewodniczący Wiceprezes **K. Zieliński.**

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Sekretarz Stały i Podskarbi przedstawili projekt budżetu na r. 1925. Projekt został zatwierdzony.

III. Bibliotekarz przedstawił sprawozdanie z biblioteki za r. 1924, poczem Wiceprezes odczytał sprawozdanie Komitetu Bibliotecznego.

Postanowiono wyrazić podziękowanie kol. Zweigbaumowi za gorliwą i mozolną pracę w bibliotece.

IV. Sprawozdania z prac kandydatów na członków czynnych odczytali:

Kol. Bełkowski . . . .	z prac Wojno Zofji i Czyżewskiego Ludwika.
Bruner Edward . . . .	„ Rodziewicz Franciszka
Gurbski Stanisław . . . .	„ Piaszczyńskiego Jana
Gluziński . . . . .	„ Węgierki Jakóba
Kopczyński St. . . . .	„ Mitkiewicza Karola
Lorentowicz . . . . .	„ Graba-Łęckiego Wacława
Messing . . . . .	„ Skubiszewskiego Feliksa Morawieckiej Janiny Tyczki Witolda
Michalski . . . . .	„ Grotta Józefa
Nitsch . . . . .	„ Światopełk-Zawadzkiego Ludwika
Noiszewski . . . . .	„ Malanowskiego Władysława
Obarski . . . . .	„ Krasuskiego Aleksandra
Orłowski Edw. . . . .	„ Gernerera Klemensa
Wiśniewski T. . . . .	„ Cybulskiego Witolda
Zieliński K. . . . .	„ Wojnarowskiej Antoniny

Na tem posiedzenie zakończone.

Wiceprezes **K. Zieliński.**Sekretarz doroczny **W. Kowalski.**

## TREŚĆ TOMU CXIX.

	Str.
Protokół posiedzenia wyborczego dn. 8 stycznia 1924 r. . . . .	3
Posiedzenie poświęcone pamięci ś. p. Zdzisława Dmochowskiego . . .	4
Protokół posiedzenia ogólnego dn. 5 lutego 1924 r. . . . .	5
T re ś ć: 1) Wręczenie dyplomów nowym członkom. 2) Uczczenie pamięci zmarłego d-ra Konstantego Sierpińskiego. 3) Wybory — Zastępcy Sekretarza Stałego, członka Zarządu i członków Komitetu bibliotecznego. 4) J. Rutkowski. Wstęp do nauki o konstytucji.	
Protokoły posiedzeń klinicznych:	
Dnia 19 lutego 1924 r. . . . .	7
T re ś ć: 1) F. Goebel. Osteomalacja jako zakwaszenie organizmu. 2) A. Landau i M. Fejgin. Wskazania i metodyka stosowania insuliny.	
Dnia 26 lutego 1924 r. . . . .	11
T re ś ć: 1) Uczczenie pamięci zmarłego d-ra Aleksandra Jaworowskiego. 2) Trzeciński. Słoniowatość kończyny dolnej (pokaz chorego). 3) Zaorski. Rezekcja żołądka (pokaz rentgenogramów). 4) Hirszfeld. Sprawozdanie z ankiety w sprawie standaryzacji odczynu Wassermana. 5) Apatowa. Sprawozdanie z epidemji czerwonej w roku 1923 w Warszawie.	
Dnia 4 marca 1924 r. . . . .	16
T re ś ć: 1) Zaorski. Próba ustalenia warunków powstawania wrzodu okrągłego żołądka. 2) Komocki. O normalnej ilości czerwonych ciałek krwi u człowieka.	
Dnia 18 marca 1924 r. . . . .	20
T re ś ć: 1) Uczczenie pamięci zmarłego Sekretarza Stałego prof. Alfreda Sokołowskiego. 2) Szczepański i Szereszynski. Torakoplastyka (pokaz chorego). 3) Węgiętko. Pokaz chorej po zespoleniu żołądkowo-jelitowym. 4) Milewski. Szybkość opadania krwinek i jej znaczenie dla kliniki. 5) Zawisza. Kilka słów prawdy o rzeźączce.	
Uroczyste posiedzenie poświęcone pamięci zmarłego Sekretarza Stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego ś. p. prof. Alfreda Sokołowskiego . . . . .	27
Protokół posiedzenia ogólnego dn. 15 kwietnia 1924 r. . . . .	31
T re ś ć: 1) Wojnarowska. O leczeniu gruźlicy t. zw. pierwotną metodą Pannendorfa, a w szczególności gruźliczów śródpiersiowych u dzieci. 2) Wybór prof. Antoniego Gluzińskiego na Sekretarza Stałego. 3) Jelenkiewicz. Zgłębnikowanie dwunastnicy.	
Protokoły posiedzeń klinicznych:	
Dnia 29 kwietnia 1924 r. . . . .	35
T re ś ć: 1) Krzeziński. Pokaz chorych a) z pseudosclerosis, b) z wieloogniskowym stwardnieniem rdzenia. 2) LOTH. Pokaz modeli różnych narządów z masy trwałej. 3) LOTH. Podłoże anatomiczne kamicy żółciowej.	

	Str.
Dnia 6 maja 1924 r. . . . .	36
T re ś ć : 1) G l u z i ń s k i. Radiculitis luetica (pokaz chorej). 2) P a s z k i e w i c z. Anatomja patologiczna kamicy żółciowej. 3) E l e k t o r o w i c z. Radjologja kamicy żółciowej.	
Dnia 20 maja 1924 r. . . . .	36
T re ś ć : 1) Uczczenie pamięci i nekrolog ś. p. d-ra Kazimierza Ostaszewskiego. 2) J a n o w s k i W. Kamica żółciowa ze stanowiska kliniki wewnętrznej.	
Dnia 27 maja 1924 r. . . . .	37
T re ś ć : 1) A. L e ś n i o w s k i. Kamica żółciowa ze stanowiska chirurga. 2) A. L a n d a u i J. H e l d a. O stanach żółtaczkowych i o stanach chorobowych z hipobilirubinemją.	
Dnia 3 czerwca 1924 r. . . . .	39
T re ś ć : 1) S t e f. L e ś n i o w s k i. 1) Przypadek botulizmu (pokaz chorej). 2) Dyskusja z powodu cyklu odczytów o schorzeniach dróg żółciowych.	
Dnia 17 czerwca 1924 r. . . . .	46
T re ś ć : 1) S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i. Wpływ naświetlania śledziony na krew, w szczególności na krzepliwość. 2) Z. G ó r e c k i. Parę uwag nad mechanizmem powstawania płytek w jamach surowicznych.	
Protokół posiedzenia ogólnego dnia 24 czerwca 1924 r. . . . .	48
T re ś ć : 1) Sprawa podniesienia składki członkowskiej. 2) Wniosek Zarządu w sprawie przeniesienia do Warszawy wydawnictwa Polskiej Gazety Lekarskiej i wybór komisji. 3) W ę g i e r k o. Wpływ równoczesnego podawania insuliny i dwufosforanu sodowego na ludzi zdrowych i dotkniętych cukrzycą.	
Protokoły posiedzeń klinicznych:	
Dnia 16 września 1924 r. . . . .	49
T re ś ć : M i l e w s k i. O kapilaroskopji i jej znaczeniu dla kliniki.	
Dnia 30 września 1924 r. . . . .	51
T re ś ć : 1) Uczczenie pamięci zmarłych: d-ra Teofila Żery i d-ra Aleksandra Karolego. 2) R u t k o w s k i. Badania nad izoaglutyninami. 3) C i e s z y ń s k i i G i l e c z e k - H a c o w a. Częstość czerwici u dzieci warszawskich.	
Dnia 7 października 1924 r. . . . .	53
T re ś ć : 1) H i g i e r H. Epilepsia genuina, przerywana zapomożą ucisku (pokaz przypadku). 2) P a w i ń s k i. Chinidyna jako lek przeciw niemiarkowości ruchów serca.	
Dnia 21 października 1924 r. . . . .	58
T re ś ć : 1) P e t r y n o w s k i. Wrodzona wada serca (pokaz chorego). 2) W ę g i e r k o. O wartości klinicznej określenia stopnia chwiejności koloidowej osocza. 3) B e c k. O znieczuleniu lędzwiowo-krzyżowym nadoponowem.	
Dnia 28 października 1924 r. . . . .	60
T re ś ć : 1) H i g i e r H. Poprawa objawów naciekowych ze strony guza mózgu po naświetlaniu czaszki promieniami Roentgena (pokaz chorego). 2) Sprawa przeniesienia do Warszawy wydawnictwa Polskiej Gazety Lekarskiej. Wnioski Komisji. 3) O r z e c h o w s k i. O działaniu antineuralgicznym jądów wegetatywnych.	

	Str.
Dnia 4 listopada 1924 r. . . . .	64
T r e ś ć : 1) Z w o l i ń s k i i T r u s z k o w s k i . B a d a n i a n a d k w a s o t ą p o c h w y . 2) S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i i M i s i e w i c z ó w n a . T y p y k l i n i c z n e s k a z k r w o t o c z n y c h .	
Dnia 18 listopada 1924 r. . . . .	64
T r e ś ć : Z a p i s ś . p . p r o f . A l f r e d a S o k o ł o w s k i e g o . U c z c z e n i e p a m i ę c i z m a r ł e g o c z ł o n k a d - r a A d a m a C h e ł m o ń s k i e g o . W y n i k k o n k u r s u i m . G r z e g o r z a P i r a n o w i c z a . 1) E r l i c h ó w n a . T r z y p r z y p a d k i t r o m b e p e n j i ( p o k a z c h o r y c h ) . 2) M i s i e w i c z ó w n a . O t e c h n i c e b a d a ń k r w i . 2) K r a m s z t y k . O a s t e n j i w i e k u d z i e c i ę c e g o ,	
Dnia 25 listopada 1924 r. . . . .	68
T r e ś ć : S k ó r c z e w s k i . O d z i a ł a n i u l e c z n i c z e m w o d y z e ź r ó d ł a Z u b e r a .	
Dnia 2 grudnia 1924 r. . . . .	70
T r e ś ć : 1) L a n d a u . Z a p a l e n i e k o ś c i u d o w e j n a t ł e z a k a ż e n i a d u r o w e g o ( p o k a z p r z y p a d k u ) . 2) L a n d a u i F e j g i n . O o d r ę b n y c h p o s t a c i a c h z a k a ż e ń p r ą t k i e m d u r o w y m . 3) M i c h a ł s k i . W n i o s k i z p o r ó w n a ń W a r s z a w s k i e j S z k o ł y L e k a r k i e j z o b c o k r a j o w e m i .	
Dnia 16 grudnia 1924 r. . . . .	82
T r e ś ć : 1) S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i . W s p r a w i e e p i d e m j i w H e n r y k o w i e ( p o k a z c h o r y c h ) . 2) Z . D o b r o w o ł s k i . W y n i k i l e c z e n i a r a d e m r a k a s z c z ę k i g ó r n e j . 3) Z a o r s k i . P o k a z r e n t g e n o g r a m ó w z k a m i e n i e m w m o c z o w o d z i e . 4) S k ł a d k o w s k i . L o t n i c t w o s a n i t a r n e w M a r o k u .	
Protokół posiedzenia administracyjnego dnia 30 grudnia 1924 r. . . .	85

