

**PAMIĘTNIK  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO  
WARSZAWSKIEGO**

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCJĄ

**D-ra med. WITOLDA SZUMŁAŃSKIEGO**

---

---

**T O M C X X .**

---

---

**Biblioteka Główna  
WUM**

**WARSZAWA**

1927



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

# CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

## PROTOKÓŁY

Rok 1925

### POSIEDZENIE WYBORCZE

d. 7 stycznia 1925 r.

Przewodniczący Prezes prof. A. Leśniowski.

Obecnych członków 77.

I. Protokół posiedzenia administracyjnego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił o śmierci członka Towarzystwa prof. Kazimierza Rzętkowskiego, poczem na wniosek prezesa pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

III. Sekretarz doroczny odczytał sprawozdanie z czynności naukowych towarzystwa w r. 1924.

IV. Wybory do władz Towarzystwa dały wynik następujący: Na prezesa został wybrany prof. Sawicki Bronisław (gł. 74). Na wiceprezesa został wybrany kol. Zieliński Kazimierz (gł. 73). Na sekretarza dorocznego został wybrany kol. Byszewski Tomasz (gł. 66). Na członka zarządu został wybrany kol. Kowalski Wacław (gł. 69). Do komitetu Kasy Wsparcia wybrani z grona członków Towarzystwa kol.: Gruszczyński Aleksander, Łazarowicz Klemens i Szumlański Witold; z poza Towarzystwa: kol. Chodakowski Gustaw i Krzyczkowski Antoni.

V. W wyniku wyborów nowych członków przyjęci zostali: kol. Cybulski Witold, Czyżewski Ludwik, Gerner Klemens, Graba-Łecki Wacław, Grott Józef, Krasuski Aleksander, Melanowski Władysław, Mitkiewicz Karol, Morawiecka Janina, Piaszczyński Jan, Rodziewicz Franciszek, Światopełk-Zawadzki Ludwik, Skubiszewski Feliks, Tyczka Witold, Węgierko Jakób, Wojnarowska Antonina i Wojno Zofja.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes A. Leśniowski.

Sekretarz doroczny W. Kowalski.

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 20 stycznia 1925 r.

Przewodniczy Prezes prof. **Sawicki**.

Obecnych członków 45.

Treść: 1) Prof. **Noiszewski**, Nieprawidłowe ujęcia wzrokowe.  
2) **Simon**, Działanie wód mineralnych — proteinoterapia.

I. Protokół posiedzenia wyborczego odczytano i przyjęto

II. Prezes Towarzystwa wygłosił powitanie nowoprzyjętych członków Towarzystwa i wręczył im dyplomy.

III. Prezes zawiadamia zebranych o postanowieniu Zarządu uczczenia s. p. prof. **Kazimierza Rzętkowskiego** przez urządzenie uroczystej akademii w dniu 3 lutego r. b. poświęconej jego pamięci.

IV. Prezes zawiadomił, że członkowie T-wa mogą nabywać w kancelarji Statut Warszawskiego T-wa Lekarskiego za opłatą 1 złotego.

V. Nadesłano do Biblioteki T-wa: 1) Portrety **D-ra Karola Kaczkowskiego** i **D-ra Karola Marcinkowskiego** opracowane przez **Wojskową Szkołę Sanitarną** z polecenia gen. Lek. **Składkowskiego**. 2) **Dr. med. Teodor Drabczyk**, Wychowanie fizyczne młodzieży, jako zadanie społeczne. 3) **Dr. Marta Erlichówna**, Zarys hematologii dziecięcej. 4) *The treatment of Tuberculosis by sanocrisin and serum* — za pośrednictwem paselstwa **Rzplitej Polskiej** w **Kopenhadze**.

VI. Prof. **Noiszewski** wygłosił rzecz p. t. „**Nieprawidłowe ujęcia wzrokowe**“.

Badanie przypadków nieprawidłowego ujęcia wzrokowego ma znaczenie domiosłe dla nauki o ujęciu. Oddawna fizyków, fizjologów i psychologów zajmuje pytanie, dlaczego widziane przedmioty wydają się stojącemi prawidłowo, a nie dołem do góry t. j. tak jak odbijają się na siatkówce naszego oka. Istnieje coprawda przypuszczenie, że obraz odbity dołem do góry na siatkówce oka, odbija się w mózgu powtórnie, ale już prawidłowo. Jednak klinika i spostrzeżenia nad dziećmi w wieku przedszkolnym dowodzą, że góra i dół, strona prawa i lewa, przód i tył znajdują się nie tam gdzie góra i dół odbija się na siatkówce oka, ale gdzie góra i dół są ujmowane.

Nieprawidłowe ujęcie wzrokowe jest zjawiskiem stałym u dzieci w wieku przedszkolnym. Dzieci w wieku przedszkolnym to piszą litery prawidłowo, to znowu w kierunku odwrotnym, a wyrazy nakreślone literami odwrotnemi czytają o wiele łatwiej od swej nauczycielki.

Małe dzieci przypatrują się obrazkom leżącym „do góry nogami“, i poznają przedmioty na tych obrazkach z równą łatwością

jak i na obrazkach leżących prawidłowo. Tak postępują wszystkie dzieci w wieku przedszkolnym, bo dla dzieci w tym wieku obrazy przedmiotów nie mają jeszcze stałych ujęć

Dzieci w wieku przedszkolnym mogą rozpoznawać litery i obrazki tak w ułożeniu prawidłowym jak i w nieprawidłowym; przeciwnie u chorych na nieprawidłowe ujęcie wzrokowe, rozpoznawanie liter możliwe jest tylko w ułożeniu nieprawidłowym i stałe oznaczaniem dla danego przypadku. Tak w przypadku podanym przez Hotza chora nie mogła czytać z książki leżącej prawidłowo, ale ją obracała dołem do góry i wówczas czytała z łatwością. Chory M. H. widział po stronie prawej przedmioty, znajdujące się po stronie lewej i odwrotnie. N., student uniwersytetu brał zawsze do ust papierosa zapalonym końcem, gdyż inaczej osmałał sobie usta.

Jak widzimy uległy w podanych powyżej przypadkach najbardziej pierwotne ujęcia: góry i dołu, prawej i lewej strony, przodu i tyłu.

Zaburzenia ujęć przestrzennych i spostrzeżenia nad osobnikami z wrodzoną ślepotą po przywróceniu im wzroku znajdują się w sprzeczności z nauką Kanta o wrodzoności ujęcia przestrzeni i czasu. (Str. wł.).

VII. Kol. Simon wygłosił rzecz p. t. „Działanie wód mineralnych — proteinoterapia“.

Pomimo niebywałych w historii odkryć i postępów nauk przyrodniczych w ubiegłym stuleciu, pomimo nadzwyczajnego rozwoju nauk lekarskich dzięki ich zastosowaniu, głębsi myśliciele i badacze zrozumieli, że zjawiska życiowe nie dają się wytłumaczyć li tylko w myśl praw fizyki i chemji. Stąd powstał nowoczesny witalizm, którego głośnym przedstawicielem był przed 30—40 laty wybitny chemik fizjologiczny Bunge. W patologji miał ten kierunek poprzedników już w świecie starożytnym, który wielkie przypisywał znaczenie t. zw. *vis medicatrix naturae* w obronie ustroju przed chorobą i w jej zwalczaniu. Do tego samego się sprowadza le *dernier cri* społecznego leczenia, proteinoterapia, która wszak za pomocą ekstrabukkalnego wprowadzenia do ustroju ciał preteinowych chce spotęgować *vis medicatrix naturae*.

Ku temu samemu zmierzają jednakże prawie wszystkie leki skuteczne. Dowodził tego od kilkudziesięciu lat wybitny farmakolog, prof. Hugo Schulz w Gryfji, który długoletnie doświadczenia przeprowadzał na ludziach zdrowych i chorych, przyczem posługiwał się przeważnie przetworami nieorganicznymi, najskrupulatniej zaś badał siarkę. Okazało się przytem, że nawet ważne jest dawkowanie i że działanie leków nieorganicznych w zupełności podlega t. zw. podstawowemu prawu biologicznemu Arndt-Schultz'a. Według tego prawa słabe bodźce ożywiają czynności życiowe, bodźce o średniej intensywności pobudzają je, mocne zaś hamują, a zbyt mocne nawet je zupełnie znoszą.

Wynika stąd, że celem i warunkiem skuteczności większości leków jest wywołanie przez wybór właściwego środka i właści-

wej dawki w schorzałym narządzie pożądanego odczynu, nieprzyjaznego dla czynnika chorobotwórczego czyli wyzwolenie i wzmocnienie vis medicatrix naturae.

Pod tym względem stosowanie wszelakich fizykalnych sposobów leczniczych (hydroterapia, helio-termoterapia i t. d.) i balneologia w najszerszym znaczeniu (picie wód mineralnych, kąpiele mineralne, błotne, inhalacje i t. p.) niczem się nie różni w zasadzie i w swojej istocie od środków farmakologicznych ani proteinoterapii.

I tutaj albowiem zamierzamy przez wybór odpowiedniego dawkowania wywołać dobroczynny odczyn, który jest oddawna znanym przejawem wzmożonej walki komórkowej z czynnikiem chorobotwórczym i warunkiem samowyleczenia z przewlekłej choroby.

Arcystara fizjoterapia, farmakologia i społeczna proteinoterapia sprowadzają się więc w ostatecznym wyniku do jednego mianownika, do wzmocnienia samoobrony i samowyleczenia ustroju i jego narządów. Obronić i wyleczyć się musimy jednakże ostatecznie sami, własnym wysiłkiem. Tak się dzieje zarówno w poszczególnym ustroju jak i w organizmie społecznym (Str. wł.)

W dyskusji 1) Prof. G l u z i ń s k i podkreśla, że myśl połączenia działania wód mineralnych z proteinoterapią nie jest wcale nową. Jeszcze Kopaczewski przeprowadził badania na świnkach morskich. Dziś już i Niemcy przeprowadzają w tym kierunku doświadczenia, odnośnie wód alkalicznych i wapiennych. Zdaniem mówcy wody alkaliczne w małych dawkach powstrzymują wybuch anafilaktyczny w organizmie; odwrotnie dawki duże mogą ten wybuch wywołać. W tym kierunku są prowadzone na klinice doświadczenia nad źródłem Zuberana.

2) K o l. T u c h e n d l e r zaznacza doniosłość współdziałania i współpracy klinicyстів z lekarzami zdrojowymi. Już przed 25 laty na klinikach berlińskich badano wody mineralne, lecz badania te szły innemi torami, prowadzono badania krioskopiczne. W tym też czasie Jaworski bada działanie Wód Karlsbadzkich. Przez szereg lat robione były badania wód naturalnych, wód mineralnych sztucznych; Działanie tych ostatnich okazało się wręcz odrębnem od działania wód naturalnych. Dalej badania szły w kierunku działania wód mineralnych na ciśnienie krwi. Obecnie weszły te badania na nowe tory, modnej dziś proteinoterapii. Pewnych wyników jeszcze niema: można stwierdzić w każdym razie że wody mineralne działają pobudzająco na organizm, działają na ciśnienie krwi, ale dokładnie działanie to nie jest jeszcze ustalone. Wszyscy uważali wody Karlsbadzkie za nader dodatnio działające na kamice, a jednak bardzo wielu stosunkowo chorych poddaje się w tymże Karlsbadzie operacji.

3) Prof. N o i s z e w s k i nawiązuje do 2 przypadków proteinoterapii, jakie obserwował. U pierwszego chorego stwierdził wysięk do przedniej kamory oka, kiłę, stosowano salvarsan, rtęć — bezskutecznie. Po zastrzyku jednorazowem 4 cm<sup>3</sup> mleka — w ciągu

kilku tygodni nadzwyczajna poprawa. W przypadkach keratitis parenchymatosa (lues) trzeba być nader ostrożnym w stosowaniu proteinoterapii, gdyż mówca widział po zastrzykach mleka znaczne pogorszenie. Drugi przypadek starej kiły z bezwładami, leczony przez wenerologa bezskutecznie, mający +++, po zastrzyknięciu mleka wykazał szybką poprawę i Wasserman był w krótkim czasie ujemny. Zdaniem mówcy tam, gdzie zarazek kiły jest jeszcze dosyć silny, proteinoterapia może nawet szkodzić, jednak w przypadkach takich, gdzie zarazek jest znacznie osłabiony przez stosowanie kuracji specyficznej, proteinoterapia może mieć skutki błogosławione i zdaniem mówcy ma wielką przyszłość.

4) Kol. Chmielewski przypomina, że jeszcze Hippokrates dzielił cierpienia na dwa rodzaje: na te, które wywołane są przez podrażnienia i na wywołane przez zanik. Przez wszystkie wieki i teorie przebiega ta myśl. Środki lekarskie możemy też podzielić na drażniące i hamujące. Proteinoterapia jest tylko jednym ze środków drażniących, ale to samo działanie drażniące mają różne wody mineralne. Co prawda protcina działa chemicznie, w przeciwieństwie do fizycznego działania kąpieli. Kąpiele zaś i wody do wewnątrz działają i chemicznie i fizycznie. Dawanie wody mineralnej pod skórę jest bardzo zbliżone do proteinoterapii, gdyż roztwór hypotoniczny lub hipertoniczny wywołuje odczyn w organizmie. Mówca uważa, że nie możemy stawać na jednej płaszczyźnie. Oddając zasługi proteinoterapii, stwierdza, że dotychczas jeszcze trudne jest dawkowanie.

W odpowiedzi kol. Simon podkreśla, że przy działaniu leków i kąpeli należy w pierwszym rzędzie zwrócić uwagę na działanie biologiczne na vis medicatrix naturae.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes: B. Sawicki.

Sekretarz doroczny: T. Byszewski.

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 27 stycznia 1925 r.

Przewodniczący prof. Sawicki.

Obecnych 67 członków.

- Treść: 1) M. Michałowicz. Nowe poglądy na płonice — Dyskusja.  
2) Radliński. Rozpoznawanie schorzeń chirurgicznych okężnicy — Dyskusja.

Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia klinicznego w dniu 20 stycznia 1925 r.

I. Prof. Michałowicz wygłosił rzecz p. t. „Nowsze poglądy na płonice“.

W dyskusji 1) kol. Mutermilch zapytuje prelegenta, czy jest już zupełnie ustalony fakt, że paciorkowiec hemolityczny jest drobnoustrojem, który wywołuje płonicę, czy wszelki paciorkowiec hemolityczny, i czy samodzielnie, czy też łącznie z innym drobnoustrojami. W wielu przypadkach płonicy znajdujemy paciorkowca, ale też łącznie z innymi drobnoustrojami. Był okres w literaturze niemieckiej, że sprowadzano wszelkie objawy do anafilaksji. Jednak podczas walki w organizmie orientacja jest trudna. Długie lata upłynęły, a faktem jest jednak tylko anafilaksja laboratoryjna. Mówca twierdzi, iż nie rozumie możliwości zmiany konstytucji ustroju, o czym mówił prelegent. Konstytucję uważa za rzecz wrodzoną, której zmienić chyba nie można. Prędzej grają tu rolę wpływy nerwowe.

2) Kol. Brokman w sprawie odkrycia paciorkowca hemolitycznego, jako zarazka płonicy, stwierdza, że pomimo upadku tej teorii, obecnie sprawa ta odżywa znowu. W płonicy ze śluzu, z ropy, ze krwi daje się wyhodować paciorkowiec hemolityczny. Czy jest on samodzielnym zarazkiem płonicy, z całą pewnością stwierdzić nie można, gdyż może istnieć jakiś niezany dotychczas drobnoustrój, będący z paciorkowcem hemolitycznym w symbiozie. W każdym razie Dickom udało się otrzymać toksyny, za pomocą których przeprowadzane są badania odporności, dające wyniki zupełnie pewne. W pierwszych dniach płonicy przeciwjadów w ustroju niema, powstają one w 2 tygodniu. Cechą okresu anafilaktycznego jest obecność antytoksyny, cecha zaś okresu antyanafilaktycznego — brak antytoksyn. W świetle tych badań upada teoria, iż płonica jest sprawą anafilaktyczną. Brokman uważa konstytucję za cechę stałą. Jeżeli paciorkowiec hemolityczny jest zarazkiem, wywołującym płonicę, to konstytucją w danym razie jest zdolność organizmu do wytwarzania antytoksyny. Odgrywa rolę też chwilowa wrażliwość, usposobienie.

3) Prof. Michałowicz stwierdza, iż nie wiemy jeszcze dokładnie, czy paciorkowiec hemolityczny jest samodzielnym zarazkiem płonicy. Możliwe, że inny drobnoustrój przygotowuje grunt do działania pac. hemolit. Co się tyczy anafilaksji, jest to sprawa nader zawiła. Konstytucję uważa mówca za pojęcie ogólne, jest to zespół cech danego ustroju; pewne cechy ulegają zmianom, np. z wiekiem. Statystyka anginy wykazuje, że zapadają na nią dzieci od 5 — 12 roku życia. Chorea trwa do okresu pokwitania. Niektóre cechy konstytucji można zmienić np. za pomocą diety bezbiałkowej, kuracji odtłuszczającej, natr. bicarbonicum. Każdy drobnoustrój potrzebuje pewnego optimum do egzystencji, np. bacterium coli w nader kwaśnym lub zasadowym środowisku ginie. Droga, którą możemy dojść do zmiany konstytucji, jest skóra, potężnym zaś środkiem jest słońce. Mówca widział w Leysin rentgenogram z regeneracją 2 kręgów, przedtem zupełnie zniszczonych, po 2-letnim naświetlaniu osobnika na słońcu. Mówca uważa, że układ sympatyczny odgrywa tu dużą rolę.

II. Prof. Radliński wygłosił rzecz p. t. „Rozpoznawanie schorzeń chirurgicznych okrężnicy“.

W dyskusji 1) kol. Bronowski stwierdza, że obmacywanie brzucha powinno być bardzo dokładne i ostrożne. Bóle, jako cecha rozpoznawcza w schorzeniach esicy, są bardzo ważne. Bardzo dodatnim sposobem badania jest masaż brzucha, uwydatniający stawanie jelit. Proktoskopję uważa mówca za sposób badania niepewny, złudny; nieraz niewinne przekrwienia na błonie śluzowej wydać się mogą jak guzy:

2) Kol. Czarkowski Józef stwierdza, że najtrudniejszym zadaniem lekarza jest wczesne ustalenie rozpoznania. Ważną rzeczą są wywiady. Mówca zalicza do nader ważnych objawów: dziecinne, tasiemkowate stolce, odchodzenie wiatrów, bóle, krew w stolcu. Jeżeli spostrzegamy przy badaniu proktoskopem krew, to stanowi to prawie pewną wskazówkę, że mamy do czynienia z guzem. Badanie rentgenem często jest zawodne. Mówca uważa za rzecz wielkiej wagi wysłuchiwanie jelit; zwężenie można rozpoznać, gdy wysłuchując jelito słyszymy plusk (powyżej zwężenia). Mówca nawiązuje do przypadku, w którym chory skarżył się na nietrzymanie wiatrów; stwierdził u tego chorego przy dokładnem badaniu plusk; na stole operacyjnym okazało się zwężenie jelita, wywołane przez przyrośnięty sznur sieci.

3) Kol. Szper nawiązuje do 2 przypadków własnych: 30-letni urzędnik przybył z objawami podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W ciągu ośmiu dni stan chorego poprawił się znacznie. Przed wypisem wyczuwano guz w okolicy poprzecznicy, bolesność nieznaczna w okolicy Mc. Burney'a, jadał, miał wypróżnienia, ale chodził zawsze zgarbiony. Rentgen żadnego zwężenia nie wykazał. 3 stycznia r. b. operacja, zmiany w wyrostku znaczne. Na poprzecznicy twardy guz długości 25 cm. Mówca wykonał operację (ileosigmoidostomia latero-lateralis) na 23 dzień chory opuścił szpital zdrowy, bez śladu guza; badanie guza usuniętego z krezki wykazało zwykły stan zapalny. Drugi przypadek zaczął się również jako apendicitis acuta. Mówca znał chorą od dawna, była zawsze zdrowa; w ciągu 8 dni chora zmarła, na sekcji stwierdzono zupełnie niespodzianie carcinoma sigmæ romanae z przedziurawieniem.

4) Kol. Sabat stwierdza, że badanie rentgenologiczne okrężnicy należy do najtrudniejszych badań rentgenologicznych. Nieumiejętność i brak doświadczenia fachowego może wprowadzić lekarza na błędne drogi. U pewnych osobników dają jelita pewien skurcz spastyczny, ludząco podobny do zwężenia. Mówca stwierdza, że studia rentgenologiczne nie stoją na wysokości zadania.

5) Kol. Czarkowski podkreśla jeszcze raz konieczność uzgadniania badań rentgenologicznych z badaniami klinicznymi.

6) Kol. Zaorski. Podczas badania rentgenologicznego lekarz klinicysta winien być obecny, gdyż to ułatwia zadanie i rentgenologowi i klinicyście.



7) Prof. Sawicki potwierdza wywody kol. Sabata. Klinicysta powinien śledzić przebieg badania rentgenologicznego. Mówca zna przypadek, gdy dwukrotne badanie rentgenologiczne wykazało dwukrotne przewężenie jelita, operacja zaś nie dała żadnej przyczyny zwężenia. Prawdopodobnie był to przypadek skurczu jelita podczas badania. Objaw wywoływania plusku jest objawem znanym, ale w zwężeniach jelit cienkich, gdyż zawartość kiszki grubej jest spoistości papkowatej. Jednym z najtrudniejszych jest rozpoznawanie schorzeń w dolnym odcinku esicy. Tam gdzie trudno jest coś wymacać, mówca zaleca uciekać się do sposobu Rosenheima. Chorego układa się na prawy bok i wówczas łatwiej wyczuwamy zmiany w okolicy esicy. Charakteru guza możemy u wielu chorych nie określić nawet na stole operacyjnym. Po wojnie przypadki nowotworów złośliwych u osobników młodych są częstsze. Mówca nawiązuje do 2 przypadków, w których operował młode dziewczyny z powodu guzów poprzeczniczy. Jeden z nich był złośliwy, chora w ciągu roku zmarła, druga natomiast po pewnym czasie tak się poprawiła, że można było zamknąć jej anus contra naturam.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **Tomasz Byszewski**

## **Posiedzenie poświęcone pamięci ś. p. profesora KAZIMIERZA RZĘTKOWSKIEGO.**

**d. 3 lutego 1925 r.**

Przewodniczący prezes **prof. Sawicki.**

Obecnych 87 członków.

I. Sekretarz Stały Towarzystwa, prof. Głuziński podkreśla stratę, jaką w osobie zmarłego poniosło społeczeństwo, nauka i Towarzystwo Lekarskie. Zalety charakteru, zamiłowanie do pracy naukowej, wszechstronne wykształcenie wysuwały Zmarłego jako jednego z najwybitniejszych członków Towarzystwa, brał on czynny zawsze udział w pracach, posiedzeniach i dyskusjach, jak również położył duże zasługi jako redaktor Pamiętnika T-wa. W imieniu członków T-wa składa Sekretarz Stały wyrazy gorącego współczucia obecnym na sali — żonie i matce Zmarłego.

II. Kol. Mutermilch St. daje szczegółowy obraz prac naukowych Kazimierza Rzętkowskiego. Od początku swej pracy naukowej w pierwszej pracowni oddziałowej prof. Dunina, zanim został jeszcze asystentem, zmarły nader intensywnie pracował nad różnymi zagadnieniami wiedzy lekarskiej. Kol. Mutermilch przedstawia długi szereg prac Zmarłego.

III. Prof. Sawicki przedstawia krótki zarys działalności społeczno-lekarskiej Zmarłego. Wszelkie dziedziny życia społecz-

nego interesowały go i oddawał on się z wielkim zapałem aktualnym sprawom, mając na względzie dobro ludzkości i Ojczyzny. Ubytek takiej miary pracownika na niwie społecznej, jakim był ś. p. Kazimierz Rzętkowski, jest też ciężką dla społeczeństwa stratą.

IV. Dziekan wydziału lekarskiego prof. Czubałski w krótkich słowach skreślił działalność Zmarłego jako profesora, a następnie dziekana wydziału lekarskiego. Postać Zmarłego zarysowała się bardzo dodatnio w Wydziale lekarskim; odszedł on w sile wieku i pełnej sprawności do pracy naukowej.

V. Kol. A. Stefanowski podkreśla nadzwyczajne zalety charakteru Zmarłego, takt, umiejętność i zapał — jako pedagoga. Zanim został profesorem i dyrektorem kliniki jeszcze jako kierownik oddziałów w szpitalu Wolskim i Dzieciątka Jezus, skupiał dookoła siebie młodszych kolegów, z którymi dzięki swym zdolnościom pedagogicznym dzielił się dużym zasobem swej wiedzy i doświadczenia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny **T. Byszewski.**

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 10 Lutego 1925 r.

Przewodniczący prezes prof. **Sawicki.**

Obecnych 136 członków.

Treść: Dąbrowski, Hirszfild, Rudzki i Szymanowski. Sprawozdanie Komisji, wysłanej przez Genewską Dyрекcję Służby Zdrowia do Kopenhagi w celu zapoznania się ze stanem obecnym badań nad działaniem sanokryzyny.

Po odczytaniu przyjęto protokoły posiedzeń w dniu 27 Stycznia 1925 r. i 3 Lutego 1925 r.

Nadesłano do biblioteki Towarzystwa: 1) miesięcznik „Kosmos“ Zeszyty I, II, III. 2) Nagakawa. Ueber die active Immunisierung der Kornea mittels Einträufelung des Variola vaccino-coctoimmunogenes. 3) H. Higier a) Beitrag zur Kenntnis der selternen Symptome und Verlaufsarten der Encephalitis lethargica. b) Zur Klinik und Patogenese der atypischen Formen der Enderteritis obliterans und des angiosclerotischen Hinkens. 4) Hajme Ito. Zur operativen Behandlung der Pericistaltuberculose. 5) Biuletyn Koła psychologicznego. 6) W. Komoccki a) Ueber die Zahl der rothen Blutkörperchen bei gesunden erwachsenen Menschen. b) Histologische Untersuchungen in einem Falle von Ovarialgravität. 7) L. Requant Sobieszczanski a) Zараżanie się gruź-

licą u dzieci szkolnych i jego zwalczanie u chrześcijan i żydów. b) Istota suchot płucnych i poglądy na ich leczenie. 8) L. Brenneisen. W sprawie nowych projektów wykształcenia dentyścycznego w Polsce.

I. Kol. H i r s z f e l d zdaje sprawę z wycieczki do Danii, dokąd pięciu kolegów zostało wysłanych przez Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia w celu zapoznania się z nowym środkiem przeciwgruźliczym sanokryzyną prof. Möllgaarda. Mówca daje krótki rys historii doświadczeń nad działaniem preparatów złota na prątki Kocha. Pierwszym, który próbował działania soli złota, był Robert Koch. Następnie Behring, br. Linden, Feld a ostatnio od czasu dłuższego pracował nad tem Möllgaard. Po wielu próbach otrzymał on preparat  $Au(S_2O_3)_2 Na_3$  — tiosiarczan złota, który nazwał — sanocrysin. Początkowo badania in vitro wykazały, że preparat ten zabija w roztworze 1:1000 prątki Kocha, a w roztworze 1:10000 — osłabia ich rozwój. Badania na zwierzętach dały wyniki dodatnie, ale wiele zwierząt ginęło od wstrząsu, wywołanego, zdaniem autora, przez zabicie dużej ilości prątków w organizmie, oraz z powodu białkomoczu. Około 50% zwierząt ginęło przy badaniach. Möllgaard stwierdza, że wstrząs ten podobny jest do wstrząsu tuberkulinowego. W wyniku badań, udało się Möllgaard'owi zapobiec lub wyleczyć ten wstrząs przez stosowanie surowicy od zwierząt chorych chronicznie. Dzięki temu autor może stosować duże dawki swego środka, starając się osiągnąć zupełne wytepienie prątków w organizmie chorym. Jednak sanokryzyna, pomimo swej wielkiej dyfuzyjności, nie dociera widocznie do mało unaczynionych gruczołków i ognisk rozpadowych, gdyż w tych przypadkach gruźlica sanokryzyna nie działa.

II. Kol. R u d z k i S t e f a n mówił o leczeniu gruźlicy sanokryzyną. Prel. podał wyniki leczenia sanokryzyną u ludzi od pierwszych prób Sechera (6. XI. 1923) do ogłoszenia dzieła Möllgaarda „Chemotherapy of Tuberculosis“ (X. 1924).

Na 135 przypadków gruźlicy płuc, leczonej sanokryzyną, w 25-u nastąpiło zniknięcie objawów klinicznych, w 30-u otrzymano polepszenie, w 41 stan pozostał bez zmiany, w 19-u przypadkach sprawa zaostrzyła się (w tej liczbie było 18 ciężkich przypadków z 7 zejściami śmiertelnymi).

W przypadkach, w których sanokryzynie można przypisywać zejście śmiertelne, zgon spowodowany był bądź to wstrząsem bądź odczynem Herxheimera, bądź zatruciem złotem, lub charactwem.

Prel. podaje szczegóły leczenia sanokryzyną, opierając się na jedyńych dotąd 2 źródłach drukowanych (wspomnianem dziele Möllgaarda i broszurce, podpisanej przez Möllgaarda i Sechera, a przedstawiającej skrót tego dzieła).

Po omówieniu symptomatologii i dawkowania sanokryzyny, prel. zatrzymuje się dłużej nad wynikami, otrzymanymi w gruźlicy płuc, ból surowicznych, gruczołów, kości, stawów i skóry i na mocy dotychczasowego doświadczenia duńskich autorów ustala wskazania do stosowania nowego leku.

Autor uwidoczniła różnice pomiędzy podstawowym dziełem Möllgaarda a później wydaną broszurą i uzasadnia, dla czego koniecznym był wyjazd komisji rządowej na miejsce do Danii, celem ustalenia, czy można polecać wprowadzenie do Polski tego środka, niewątpliwie stanowiącego pewną erę w leczeniu gruźlicy, lecz jak dotąd nie pozbawionego niebezpieczeństwa.

Dobór odpowiedni materjału, wskazania ściśle do leczenia sanokryzyną, oraz dawkowanie zarówno samej sanokryzyny, jak i surowicy Möllgaarda — stanowiły główne zagadnienia, które pragnęły poznać w Danii klinicyści, wchodzący w skład Komisji.  
(Streszczenie własne).

III. Kol. Dąbrowski Kazimierz przedstawił stronę kliniczną stosowania sanokryzyny w gruźlicy<sup>1)</sup>.

Dyskusja; 1) kol. Mutermilch mówi o hemoterapia sterilisans magna. Mówca nie zgadza się z twierdzeniem Möllgaarda, że jest ona wręcz szkodliwa. Zdaniem mówcy prątki Kocha, nie zniszczone w organizmie za pomocą sanokryzyny, będą znacznie odporniejsze w stosunku do tego leku i rozmnażać się będą szybciej. Mówca zapytuje prelegentów, jak się ma sprawa leczenia bydła rogatego chorego na perlicę?

2) Prof. Gluziński stwierdza, że przeżył już cztery wielkie chwile, jakimi były: Koch — tuberkulina, Ehrlich — salvarsan, Banting — insulina i obecnie Möllgaard, — sanokryzyna. Odkrycia te bez wiedzy wynalazców poszły dotychczas na tory niewłaściwe, wyzysku przez ciemne indywidua łatwowierności pacjentów.

Mówca zapytuje prelegentów: 1<sup>o</sup> czy lekarz prywatny może otrzymać sanokryzynę, 2<sup>o</sup> kto wyrabia sanokryzynę, 3<sup>o</sup> czy referenci byli w możności zaznajomienia się z historjami chorób i czy badali chorych.

3) Kol. Szymonowski. Sanokryzyna wyrabiana jest przez laboratorium prywatne, surowica zaś przez instytucję pańswową. Lekarz prywatny sanokryzyny otrzymać nie może, do aptek środek ten nie jest dostarczany. W Danii, Anglii, Niemczech sprawę leczenia ujęły w swe ręce specjalne Komitety. Mówca uważa sanokryzynę tylko za jeden ze środków leczenia gruźlicy, pozostawiając cały arsenał innych środków przeciwgruźliczych. Mówca podkreśla, że prelegenci byli bardzo dobrze przyjmowani w Danii, mogli badać chorych, mieli wszystkie historie chorób do dyspozycji. W maju r. b. ma się odbyć w Kopenhadze generalna rozprawa nad leczeniem sanokryzyną. Obecnie wszędzie sprawa ta jest jeszcze na warsztacie. Generalna Dyrekcja Zdrowia, wysyłając prelegentów, miała na celu zorganizowanie w kraju własnych doświadczeń. Nadzwyczajne działanie sanokryzyny na prątki Kocha jest faktem bezspornym, doświadczalnie na zwierzętach potwierdzonym. Zadaniem kliniki jest, wprowadzenie w życie te-

<sup>1)</sup> Szczegółowe sprawozdanie Komisji zostało wydrukowane w „Medycynie doświadczalnej i społecznej” (T. IV z. I — 2 r. 1925).

go środka w stosunku do ludzi. Najtrudniejsze w tym kierunku zadanie stanowi określenie, kiedy sanokryzyna dotrze do zarazka. Jeżeli chory bez sanokryzyny umrze, a dzięki działaniu tego środka pozostaje przy życiu, jest to już rzeczą wielkiej wagi.

4) Kol. Tuchendler. W literaturze niemieckiej na sprawę leczenia gruźlicy za pomocą sanokryzyny zapatrują się dotychczas dosyć sceptycznie.

5) Kol. Wojnarowska przypomina, że przed laty sole miedzi wywołały te same zachwyty i wątpliwości w leczeniu gruźlicy. Wstrząsy i powikłania były ogromne. W. zapytuje jakie jest dawkowanie sanokryzyny, czy istnieje faza negatywna i jak długo trwa. Nie jest to rzeczą trudną do osiągnięcia, aby w gruźlicy zabić bakterję zupełnie. W leczeniu tuberkuliną dochodzimy do stanu takiego, że organizm nie daje już odczynu. Jakie są powikłania po samokryzynie? Działanie ujemne na nerki; białkomocz jest sprawą bardzo komplikującą.

6) Kol. Bączkiewicz stwierdza, że wszelkie badania naukowe prowadzone są we Francji ściśle naukowo, w Niemczech zaś raczej handlowo. Pomimo że kol. Szymanowski uspokoił zebranych pod względem tych obaw, jednak mówca wyraża powątpiewanie, czy sprawa leczenia sanokryzyną jest na tyle dojrzała, żebyśmy mogli zacząć doświadczenia u nas?

7) Kol. Komocki zastanawia się nad racją i celem tak krótkotrwałej wycieczki do Kopenhagi.

8) Kol. Lubliner pracował w swoim czasie w pracowni Kocha w Berlinie. Często się zdarzało, że ktoś zdobył flaszkę kochiny i pokątnie leczył. Ale wtedy powstał w Warszawie Komitet przy Warsz. Towarzystwie Lekarskim pod przewodnictwem prof. Baranowskiego. Mówca widział w swoim życiu przypadki leczone miedzią, krysolganem — zawsze bywał i optymizm i pesymizm w tych przypadkach. Powinniśmy ująć sprawę sanokryzyny poważnie, przeprowadzić badania własne pod kontrolą instytucji naukowej.

9) Kol. Trzciniński zapytuje czy czyniono próby stosowania sanokryzyny zewnętrznie w wilku.

10) Kol. Hirszfild uważa, że ten naród będzie miał najlepsze wyniki, który najostrożniej postąpi. W Polsce sprawa ta jest bardzo słusznie ujęta od samego początku. Ideał hemoterapiae sterilisantis magnae jest biologicznie osiągnięty, nieosiągnięta jest natomiast jeszcze możliwość dochodzenia do ognisk gruźliczych w organizmie chorych.

11) Kol. Rudzki radzi wszystkim przestudjować książkę Möllgarda; są tam złote ziarna nauki. Mówca uważa że sprawa leczenia sanokryzyną stanowi zupełnie nową drogę w leczeniu gruźlicy. Sanokryzyna w pewnych przypadkach daje poprawę. Referenci byli w Danii około 2 tygodni; zwiedzili wiele szpitali i sanatorjów, widzieli i częściowo badali około 100 chorych, sprawdzali rentgenogramy, historie chorób poglądowe. Wszystkie

przypadki były przedstawiane bardzo poważnie i nigdy zbyt optymistycznie. W Danji stosują obecnie sanokryzynę w 80 szpitalach i sanatorjach.

12) Prezes **Sawicki** podkreśla, jak ważnym jest i jak wiele otuchy przynosi każdy promyczek w sprawie leczenia gruźlicy. Kolegom referentom należy się uznanie za trudy, a za odczyt dzisiejszy — podzięka.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 17 lutego 1924 r.

Przewodniczący prezes prof. **Sawicki.**

Obecnych 38 członków.

- Treść: 1) **Milewski.** Badania nad powstawaniem urobilinogenurji.  
2) **Węgieńko.** Kilka spostrzeżeń dotyczących działania samej insuliny oraz w połączeniu z doustnie podawanym dwufosforanem sodu.

Po odczytaniu przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia klinicznego.

Nadesłano do biblioteki T-wa: Dr. med. **K. Zieliński.** Leczenie tyfusu wysypkowego w związku z tak zwaną „autoliquoreterapią“.

1. Kol. **T. Milewski** wygłosił rzecz p. t. Badania nad powstawaniem urobilinogenurji.

Badania autora wynikły ze spostrzeżeń z okazji badania odczynu Biernackiego, że po wywołaniu zastoju żylnego w większych odcinkach ciała ludzkiego np. w dwu kończynach odczyn aldehydowy na urobilinogen w moczu zjawiał się bardzo wyraźnie w 1 — 3-ch godzin po ucisku, trwającym 15 — 20 minut. Na podstawie dalszych badań doszedł on do przekonania, że ta urobilinogenurja niema nic wspólnego z urobilinogenurją okresową u ludzi gorączkujących, czy też urobilinogenurją trawienną. Dalsze badania doprowadziły do szukania wyjaśnień co do mechanizmu powstawania tej urobilinogenurji. Badania odporności osmotycznej, celem wykazania wzmoczonego rozpadu krwinek we krwi zastoinowej i wzmoczonego dopływu materiałów barwikowych do wątroby nie doprowadziły do żadnych wyników. Natomiast wykryto, że urobilinogenurja nie jest zjawiskiem odosobnionem, lecz że tym zaburzeniem krążenia, wytworzonym sztucznie przez ucisk, towarzyszą dwa inne. Autor obserwował we krwi zastoinowej zespół zjawisk, który **P. E. Weil**, **Bocage** i **Isch-Wall** spotykali w schorzeniach wątroby jako t. zw. zespół hemokrasyczny. Objawami tego zespołu są: obniżenie krzepliwości krwi, gorsze kurczenie

się skrzepu, lub brak tego kurczenia się, oraz szybkie rozplątanie się tego skrzepu. We krwi kończyn nie uciśniętych autor spostrzegał typową kryzę Vidala ze wszystkimi bardzo silnie wyrażonymi objawami tej kryzy. Niejednokrotnie u chorych nie gorączkujących spostrzegano jednodniowe podniesienia ciepłoty o przeszło jeden stopień w kilka godzin po ucisku, lub u gorączkujących spadek, wynoszący przeszło jeden stopień. Kilka przypadków nie wykazało typowego odczynu na ucisk; do nich należały 3 przypadki schorzenia wątroby, 2 schorzenia w zakresie krążenia żyły wrotnej 1 — cukrzyca na ogólną liczbę 40 zbადanych przypadków. Autor w końcu wyraża przypuszczenie, że odczyn przez niego wywołany możnaby również wywołać przez zadziałanie miejscowe na krążenie czynników toksycznych, bakteryjnych, termicznych, psychicznych i t. d. (Str. wł.).

W dyskusji 1) prof. G l u z i ń s k i podkreśla, iż spostrzeżenia prelegenta są ciekawe. Dziś przybywa do odkrycia Filińskiego nowy fakt, że również podrażnienia mechaniczne wywołują ten sam zespół objawów. W klinice znany jest sposób Katzensztejna do określania czynności serca. U ludzi zdrowych po ucisku obu tętnic udowych osłabione parcie krwi wraca w krótkim czasie do normy. U ludzi z osłabionym mięśniem sercowym parcie to nie powraca do normy. W doświadczeniach prelegenta zapewne osłabienie mięśnia sarkowego ma dominujące znaczenie, tem bardziej że doświadczenia były robione na zdrowieńcach.

2) Prof. M o d r a k o w s k i uważa że w tych doświadczeniach działają metody fizyczne i fizykochemiczne. Te same objawy wywołuje wstrzykiwanie histaminy. W Anglii sprawa szoku, wstrząsu, była podczas wojny szczegółowo badana: Louis stara się dowieść że mniejsze wstrząsy wywołują objawy bardzo podobne do opisanych przez prelegenta.

3) Kol. K a r w a c k i stwierdza, że przed kilku laty jeden z badaczy francuskich robił te same badania i doszedł do wniosku, że są to objawy wstrząsu osoczowego. Mówca stosował tę metodę praktycznie w hydrorrhoea nasalis.

4) Prof. S a w i c k i podkreśla, że sprawa, poruszona przez prelegenta interesuje również i chirurgów. Po ucisku operowanej kończyny, otrzymujemy częstokroć przykre objawy w postaci krwotoków, osłabienia. Jak się więc okazuje, jest to sprawa głęboka, tkwiąca w chemizmie organizmu.

5) Kol. M i l e w s k i stwierdza, że rzeczywiście zdrowieńcy wykazywali długotrwały odczyn.

II. Kol. J. W ę g i e r k o wygłosił rzecz p. t. „Kilka spostrzeżeń, dotyczących działania samej insuliny oraz w połączeniu z dostnie podawanym dwufosforanem sodu“.

W. omawia znaczenie insuliny jako leku, przytaczając zdania innych autorów. Z rozważań tych wynika, że 1) jedni podają insulinę tylko w ciężkich przypadkach cukrzyca, inni natomiast i w lżejszych, że 2) nie należy nagle przerywać podawania insuliny, gdyż może to doprowadzić do pogorszenia tolerancji

względem węglowodanów oraz do znaczniejszego zakwaszenia ustroju, 3) w przypadkach śpiączki osiągnano wyniki różne: jednym udawało się uratować życie chorym, inni zaś nie otrzymywali wyników dodatnich.

Przechodząc do omawiania spostrzeżeń własnych, W. zaznacza, że nie zawsze insulina tej samej marki, a nawet z tej samej ampułki zmniejsza w jednakowej mierze hiperglikemję u tego samego osobnika. Zdarza się bowiem, iż ten sam chory raz odpowiada na zastrzyknięcie insuliny nieznacznym spadkiem cukru we krwi, a innym razem hiperglikemją nie ulega zmianie. Wobec tego nie może być mowy o tem, że chory na cukrzycę jest w stanie pod wpływem jednej jednostki insuliny zużytkować o 2—2½ gr. więcej cukru w ciężkiej postaci cukrzycy, a o 5—6 gr. więcej w lekkiej, bowiem nie da się nigdy przewidzieć, w jakim stopniu dany chory oddziała na zastrzykniętą dawkę insuliny. Naogół da się powiedzieć jednak, że w przypadkach lżejszych zmniejszanie hiperglikemji następuje szybciej i wyraźniej niż w cięższych.

W 4-ch przypadkach śpiączki, pomimo stosowania dużych dawek insuliny (100—200 i więcej jednostek dziennie), nie udało uratować życia ani jednemu choremu. Być może zaczęto stosować insulinę zbyt późno (12—15 godzin po wystąpieniu objawów śpiączki).

W. stwierdził również, że w trakcie działania insuliny po okresie hipoglikemicznym występuje stale, mniej lub więcej wyraźnie zaznaczony okres hiperglikemiczny, co również, do pewnego stopnia, wikła leczenie.

Naogół wskazania do podawania insuliny nie są zbyt rozległe. W lekkich przypadkach insulina działa dobrze, ale wówczas można sobie radzić i bez insuliny, w cięższych zaś przypadkach insulina niekiedy zawodzi.

Wreszcie W. opisuje jeden przypadek cukrzycy powikłany ciążą, w którym insulina okazała się zupełnie nieskuteczną (zakwaszenie ustroju nie zmniejszało się również).

W drugiej części pracy omawiany jest wpływ dwufosforanu sodowego, podawanego doustnie, na zawartość cukru we krwi. Z badań tych wynika, że w ten sposób podany dwufosforan sodu nie wywiera widocznego wpływu na zwierciadło cukrowe krwi. Aby nie wywołać podrażnienia przewodu pokarmowego, podawano dwufosf. sodu w roztworze białka jaja kurzego.

Zastanawiając się nad kwestją niedziałania dwufosforanu sodu podanego doustnie w przeciwieństwie do wyraźnego zmniejszenia się hiperglikemji po stosowaniu tego środka dożylnie, W. przychodzi do wniosku, że po doustnem stosowaniu nie otrzymuje się widocznego nigdy tak znacznego stężenia dwufosforanu sodowego we krwi, jak to ma miejsce po dożylnem stosowaniu.

Zauważono również, że po podaniu 10 gr. dwufosf. sodu nie zwiększa się w tym samym stopniu ilość fosforanu, wydzielanego z moczem i kałem. Prawdopodobnie większe jego ilości odkładają się w tkankach i stopniowo, przez czas dłuższy wydają się z ustroju (z moczem i kałem).



W końcu pracy W. podkreśla, że w chwili obecnej trudno jest jeszcze orzec, czy wielkie nadzieje, pokładane w odkryciu insuliny, ziszczą się, gdyż posiadanie w ręku środka, zmniejszającego na pewien czas cukier we krwi, nie rozwiązuje jeszcze bynajmniej sprawy leczenia cukrzycy. Pomimo więc ogromnego już dziś piśmiennictwa, kwestja leczenia insuliną znajduje się w okresie początkowym i dopiero za pomocą dokładnych spostrzeżeń klinicznych i zmuśnych prac laboratoryjnych odkrycie badaczy kanadyjskich nabierze należytego znaczenia (Str. wł.).

Dyskusja: 1) Kol. Grott zgodnie z prelegentem zaznacza, że istotnie mamy wiele spraw spornych, odnoszących się do stosowania insuliny, jednak nie ulega żadnej wątpliwości konieczność podawania tego leku w stanach komatycznych.

Wobec nielicznych danych z naszego piśmiennictwa, dotyczących stosowania insuliny w ciężkiej cukrzycy, powikłanej napadami kwasicy, G. przytacza dane z obserwacji odpowiednich przypadków, spostrzeganych na I klinice chorób wewn. U. W. prof. K. Rzętkowskiego, oraz w praktyce prywatnej. W ciągu ubiegłego roku mówca dokładnie obserwował 8 chorych, z pośród których 3 miało napady kwasicy, powtarzające się kilkakrotnie. Z tej liczby 3 wypisało się z kliniki w stanie poprawy i wróciło do domu na prowincję, wobec czego na razie los ich nie jest znany.

W 2 przypadkach, aczkolwiek przystąpiono do leczenia insuliną, nastąpiło zejście niepomysłne. Działo się to w pierwszych tygodniach leczenia insulinowego w Warszawie, wobec czego w 1 przypadku nastąpiło zejście z powodu podania niedostatecznych dawek insuliny, zaś u drugiego chorego insulinę zastosowano dopiero w tydzień po pierwszym napadzie, czyli zbyt późno.

Natomiast 3 ostatni żyją i od roku codziennie otrzymują w 2 zastrzykach od 50 — 80 jednostek insuliny. W końcu roku 1923, oraz w pierwszej połowie 1924 r. u tych chorych stan prekomatyczny powtarzał się często (u jednej chorej do 2 razy w miesiącu) wskutek podawania niedostatecznych dawek insuliny (drożyzna leku), jednak dzięki wczesnej interwencji insulina zawsze szybko wywierała swój dobroczynny wpływ.

Odnośnie dozowania insuliny G. zaznacza, że nie posiadamy dotąd należytych sposobów mierzenia siły tego leku. Wnioskujemy o sile insuliny na zasadzie jej wpływu na krzywą cukru we krwi, a tymczasem, jak dowodzi praktyka, jest to środek działający w pierwszym rzędzie na zmniejszenie ciał ketonowych w ustroju, a dopiero później na cukier. Winniśmy więc postarać się o biologiczny miernik wpływu insuliny na ciała ketonowe, tak jak go posiadamy dla cukru. Obecnie jest to sprawa trudna, i nie wiadomo, czy da się rozstrzygnąć pomysłnie.

W 2 przypadkach ciężkiej cukrzycy u osobników młodych z powtarzającymi się stanami komatycznymi, G. prócz insuliny stosował glicerofosfat, po którym odnosiło się wrażenie, że chorzy szybciej wracali do względnego zdrowia, niż po leczeniu samą tylko insuliną. (Str. wł.).

2) Kol. Michalski podaje, że po długim stosowaniu insuliny występuje ogólna furunkuloza.

3) Kol. Cytronberg podaje, że zaraz po ogłoszeniu prac Bantinga i Besta, Macleod'a, Collip'a i inn. prac o insulinie, zjawily się artykuły, odnoszące się do niej sceptycznie, zarówno ze względów teoretycznych jak i praktycznych. Roberts krytykował sam sposób otrzymywania insuliny oraz niesłuszne według jego mniemania założenia i wnioski odkrywców. Comunidge dowodził, że insulina, będąc hormonem tylko jednego z gruczołów dokrewnych, mających wpływ na przemianę węglowodanową, nie będzie skuteczna w tych przypadkach cukrzycy, w których istnieje uszkodzenie czynności tarczycy, przysadki mózgowej, nadnerczy, nerwu współczulnego i t. d. Thomson twierdził że działanie insuliny nie jest swoiste, gdyż udało mu się zmniejszyć przecukrzenie krwi u królików za pomocą dożylnych zastrzyknięć peptonów, salwarsanu i pewnych szczepionek. Burn wykazał doświadczalnie na zwierzętach nader złożony wzajemny stosunek działania insuliny i wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej.

Do dnia dzisiejszego w prasie angielskiej (w przeciwieństwie do niemieckiej) dość często odzywają się głosy sceptyczne o insulinie. Wskazywano, że działanie insuliny (tej samej marki fabrycznej), jest nierówne nie tylko u rozmaitych osobników lecz także u tego samego chorego, będącego na tej samej diecie. Wobec tego jest rzeczą niemożliwą, aby stwierdzić, ile gr. węglowodanów można podawać na każdą jednostkę insuliny. Z biegiem czasu działanie insuliny zdaje się słabnąć. Nazajutrz po podaniu insuliny stężenie cukru we krwi jest często większe niż przed leczeniem insulinowem. Stałe podawanie większych dawek insuliny jest niebezpieczne, gdyż, jeżeli dla jakichkolwiek powodów następuje przerwa w leczeniu insulinowem, chorzy są skłonni do objawów kwasicy i śpiączki. Graham stwierdza, że z odkryciem insuliny właściwie niewiele się zmieniło, dieta ścisła musi być zachowana tak samo jak dawniej, w ciężkich przypadkach radzi nie podawać zbyt znacznych ilości insuliny, a lepiej ograniczyć ilość węglowodanów. Ketonurje, nie przekraczającą 1 gr. acetonu na dzień, oraz niewielki cukromocz należy tolerować.

Spostrzeżenia Eljasa i Weissa o silnem działaniu dożylnych zastrzyknięć fosforanów na zmniejszenie hyperglikemji łącznie z poglądami Laqueza, Embdena i inn. na rolę heksosfosforanów, jako ciał powstających przy przemianie węglowodanowej, skłoniły Bluma do podawania insuliny łącznie z fosforanami w celu leczenia cukrzycy doświadczalnej u zwierząt. Wyniki otrzymane przez Bluma dowodzą, że w razie jednoczesnego stosowania insulina i fosforany potęgują nawzajem swoje działanie. (Str. wł.).

4) Kol. Węgierek stwierdza, że różne wyniki leczenia śpiączki zależą od czasu, kiedy się insulinę stosuje.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny **T. Byszewski.**

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 3 marca 1925 r.**Przewodniczący prezes prof. **Sawicki.**

Obecnych członków 39.

- Treść: 1) S. Higier. Przypadek ostrego zapalenia rdzenia podczas szczepień przeciw wściekliznie (pokaz chorego).  
 2) Cieszyński. Przypadek zapalenia okołonerkowego, wyleczonego szczepionką swoistą (pokaz).  
 3) Michalski. Pokaz 3 chorych z rozszerzeniem naczyń skóry w przypadkach gruźlicy.  
 4) S. Leśniowski. Przypadek operowanego guza zardzeniowego—z pokazem chorego.

po odczytaniu przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia klinicznego.

Nadesłano do biblioteki Towarzystwa: 1) Dr. Tamotsu Watanate: Ueber den Einfluss der deppelseitigen intrathorakalen Lymphatico- und Splanchnicotomie auf die motorische Funktion des Magens. 2) Archiv für Japanische Chirurgie Band II. Januar 1925.

I. Kol. S. Higier przedstawia 27-letniego mężczyznę, którego pokąsał wściekły pies. Chory po 3-ch dniach rozpoczął szczepienia przeciw wściekliznie. Po dwunastu szczepieniach całonocna zabawa z tańcami i alkoholem. Nazajutrz pierwsze objawy rozwijającej się w ciągu kilku dni myelitis dorsolumbalis ze stanem lekkiego podrażnienia opon. Obraz chorobowy, zawierający niedowład kurczowy kończyn dolnych, zatrzymanie moczu i kału, brak wzrodu, przeculicę na skórze brzucha i zaburzenia hypesztzjalne poniżej, podwyższoną ciepłotę, wreszcie nieznaczną sztywność karku i mierną pleocytozę w płynie mózgowordzeniowym—po kilku dniach zaczął się powoli cofać. Higier rozpatruje momenty etjologiczne, uzależniając ostatecznie zachorzenie od szczepień. Podaje trzy teorie, usiłujące wyjaśnić powstawanie ostrych zapaleń rdzenia podczas szczepień Pasteurowskich: 1) teorię wodowstrętu poronnego, 2) zatrucia przez szczepiony „virus fixe“ i 3) zaatakowania rdzenia—przez wytworzone przez sam organizm szczepiony czynniki cytolytyczne. Analizując ich prawdopodobieństwo wogóle i w stosunku do przypadku omawianego w szczególności, przyjmuje ostatecznie koncepcję cytolizyn, jako najlepiej wyjaśniającą całokształt i przebieg cierpienia. Wskazuje wreszcie znaczenie takiego zaklasyfikowania etjologicznego zarówno dla leczenia, jak i dla rokowania, które przedstawia się naogół po-  
 myślnie. (Str. wł.).

Dyskusja: 1) Kol. Higier senior stwierdza, że rzadko mamy do czynienia z zajęciem rdzenia na tle wścieklizny, natomiast częściej ze schorzeniem powstałym wskutek zatrucia cytolizynami. Jeżeli tak jest, to najlepszą w praktyce powinna być ta metoda

szczepień przeciwwściekliznianych, w której jaknajmniej wprowadzamy tkanki obcej organizmowi, t. j. metoda Högyes'a.

2) Prof. Orzechowski. Obok najczęstszych postaci zajęcia rdzenia na wysokości lędźwiowo-piersiowej bywają przypadki zajęcia rozleglejszych obszarów oraz kombinacji z objawami korzonkowymi i neurytycznymi. Często się dołącza porażenie nerwu twarzowego, zwykle dobrotliwe. Są znane wcale częste przypadki izolowanego zajęcia n. twarzowego, natomiast za bardzo rzadkie uchodzą przypadki czystych polineurytów w przebiegu szczepień przeciw wściekliznie. Takie 2 przypadki O. obserwował: jeden u alkoholika z łagodnym przebiegiem, drugi u kobiety w okresie przekwitania z miażdżycą tętnic, ciężki i długotrwały, który jednak także zakończył się wyleczeniem. (Str. wł.).

3) Kol. Karłowski. Porażenia poszczepieniowe zdarzają się rzadko, nie częściej, niż 1:2500 osób szczepionych, nietylko przy dawnej słabej, ale i przy wzmożonej metodzie pasteurowskiej. Najczęściej spostrzegano je po stosowaniu metody rumuńskiej (rdzenie ogrzane), najrzadziej po metodzie Högyes'a i Calmette'a. Zupełnie ich nie spostrzegano po metodzie Semple'a i Ferni'ego, w której stosuje się szczepionki karbolizowane z zabitego zarazka. Szczepionkę Semple'a wyrabia Państwowy Zakład Higijeny, a wkrótce większe jej ilości będzie wysyłać na prowincję do stosowania na miejscu. (Str. wł.).

II. Kol. Cieszyński przedstawił przypadek zapalenia okołonerkowego u 16-o miesięcznego chłopca, wyleczonego szczepionką swoistą.

Sprawa zaczęła się w 2 tygodnie po przebyciu influency z ciężkim i długotrwałym zajęciem gardła. Wygórowanie bolesne w okolicy lędźwiowej lewej, wielkości 2-krotnie powiększonej nerki, wyczuwające się w lewej połowie brzucha i brak zmian ze strony kręgosłupa, potwierdzony rentgenologicznie, przemawiały przeciw rozpoznaniu ropnia opadowego, który jest najczęstszy w tym wieku. Z okolicy lędźwiowej wyciągnięto strzykawką  $\frac{1}{2}$  ccm. ropy, z której wyhodowano gronkowiec biały. Leczenie szczepionką, przygotowaną z tej hodowli, dało wynik dodatni, gdyż natychmiast po jej zastosowaniu dziecku zaczęło przybywać na wadze, a guz w jamie brzusznej zmniejszył się. (Str. wł.).

Dyskusja: 1) Prof. Leśniowski podkreśla, że przypadek powyższy ciekawy jest ze względu na wiek pacjenta. U ludzi starszych jest to sprawa częsta. Mówca przypuszcza, że sprawa była umiejscowiona w torebce tłuszczowej. Podobnych przypadków spostrzegął kilka z zejściem pozytywnym.

2) Prof. Sawicki uważa sprawę w miedniczkach za wtórną, i podaje przypadek własny, w którym u 15-letniego chłopca, przy ropniu okołonerkowym, widział zajęcie wyrostka poprzecznego jednego z kręgów; ropień okołonerkowy był cierpieniem wtórnym.

III. Kol. Michalski przedstawia 3 chorych z objawami rozszerzenia naczyń na skórze pleców w okolicy szczytów u osobników gruźliczych.

Kol. M. przedstawia tych chorych jako przykład objawu, niezwykle często przezeń spotykanego. Objaw ten polega na uwidocznieniu się nad szczytami płucnemi od tyłu i nad dolnemi kręgamii szyjnemi, wzgl. górnemi piersiowemi drobnymi naczyń w skórze. Naczynka te sinawo-czerwonawe, uwidaczniające się wyraźnie po ucisku skóry, nie mają charakteru naczyń żylnych. Podobne naczynia występują na policzkach (u alkoholików) i w pewnych schorzeniach tarczycy, rozsiane po całym ciele. Na skórze klatki piersiowej naczynka te występują rzadko w okolicach mostka (w jego części środkowej) i jeszcze rzadziej, jako linja naczyń wzdłuż linji dolnej płuc.

Kol. Michalski, jako przykład, podaje dane z 88 przypadków w I Klinice Lekarskiej Uniw. Warsz. Objaw dodatni w 52 przypadkach, ujemny—w 32. U chorych na gruźlicę spotyka się jeszcze częściej (21 dodatni, 10 ujemny). Starając się wytłumaczyć przyczynę uwidocznienia tego objawu, kol. M. przypuszcza, że zrosty opłucne, tak częste w okolicach szczytów płucnych, są przyczyną, powodującą pośrednio zmiany krążenia i w skórze w miejscach odpowiednich. O objawie tym wspomina Seweryn Sterling w swem Compendium „Suchoty płucne i tłumaczy występowanie naczyń zrostami opłucnej. (Str. wł.).

Dyskusja: 1) Kol. Higier (senior) uważa objaw ten za wątpliwy i trudno dostrzegalny. Gdyby istotnie tak było, to mielibyśmy ten sam objaw w innych przypadkach stanów zapalnych ze zrostami w innych organach; gdyby więc spostrzeżenie kol. Michalskiego potwierdziło się, zyskalibyśmy bardzo ważną cechę rozpoznawczą.

2) Prof. Orzechowski odnosi rozszerzenia do drobnych naczyń tętnicznych. Widzi w nich analogję do podobnych rozstrzeni na policzkach młodych osób z lichym aparatem naczyniowo-sercowym. Chodzi o zboczenia wrodzone, może dopiero z czasem ujawniające się. Umiejscowienie zmian na karku blisko linji środkowej także mogłoby przemawiać za zmianami, uzależnionemi w konstytucji osobnika, wszak na i przy linji środkowej ciała na powierzchni grzbietowej umiejscawiają się różne wrodzone nieprawidłowości. Sprawy szczytowe mogą być czynnikiem, przyspieszającym ujawnienie się tych rozstrzeni naczyniowych z wiekiem osobnika. (Str. wł.).

3) Kol. Górecki. Objaw spostrzegany przez kol. Michalskiego spostrzegałem od roku 1917, zwracając nań uwagę w każdym badaniu chorych. Według moich spostrzeżeń, objaw ten występuje w każdym razie znacznie częściej u chorych z czynną lub przebytą sprawą gruźliczą, a nawet wybitną po stronie, wykazującej większe nasilenie przytłumienia lub stłumienia nad szczytem.

Związek rozszerzonych naczyń ze zrostami opłucnej szczytowej nie jest do odrzucenia, gdyż badania np. prof. Żebrowskie-

go wykazują połączenie naczyń chłonnych płuc przez naczynia, utworzone w zrostach z naczyniami chłonnymi podskórnymi klatki piersiowej. Być może, że tą drogą przechodzą z płuc jady, które wpływają na rozszerzenie tych naczyń bądź to bezpośrednio, bądź też przez działanie na układ wegetatywny. (Str. wł.).

4) Kol. Miśiewiczówna. Trudno ocenić znaczenie objawu, spostrzeganego przez kol. Michalskiego, nie mając dużej ilości spostrzeżeń — a tych dotychczas nie mamy.

Dotychczasowe, względnie nieliczne spostrzeżenia zdają się świadczyć o tem, że właśnie w początkowych okresach gruźlicy objaw ten można znaleźć stale.

Pomimo wszelkich zastrzeżeń teoretycznych zdaje się, że objaw ten może mieć pewne znaczenie narówni z szeregiem innych objawów, spotykanych w gruźlicy początkowej.

5) Kol. Higier junior zwraca uwagę na pokrewieństwo objawu z t. zw. dermografizmem a raczej odczynem naczynioworuchowym „odległooogniskowym“ i indentycznym z nim rumieniem miejscowym na skórze, odpowiadającej choremu narządowi. Tego rodzaju rumień w przebiegu spraw w szczytach niejednokrotnie był opisywany, a jest wielce prawdopodobnem, że u osobników z konstytucyjnie upośledzonym układem krwionośnym obwodowym, może on przy dłuższem trwaniu doprowadzić do zmian już nie czynnościowych, ale anatomicznych, w postaci rozszerzonych naczyń prekapilarnych, głównie żylnych. (Str. wł.).

IV. Kol. Leśniowski S. wygłosił rzecz p. t.: „Przypadek operowanego guza pozardzeniowego” demonstrując jednocześnie chorobę.

Przypadek dotyczył panny 22 letniej, głuchoniemej od dzieciństwa, której cierpienie zaczęło się przed kilkunastu miesiącami bólami w podżebrzu lewem, od 6-u tygodni wystąpiła niemożność stania i chodzenia, zaburzenia moczowe i odbytnicze oraz brak miesiączkowania. Przedmiotowo: kurczowy bezwład kończyn dolnych, masywne zaburzenia czucia, zaburzenia ze strony zwieraczy oraz bolesność kręgosłupa bez zniekształcenia tegoż i bez zmian rentgenowskich. Podejrzewając, że chodzi tu o sprawę uciskową rdzenia kręgowego, wykonano chorej nakłucie lędźwiowe i odmęrdzeniową. Osiągnięte wyniki potwierdziły to przekonanie. Rozważania kliniczne świadczyły o ucisku rdzenia na wysokości wyrostka ościstego 6-o kręgu piersiowego, próba natomiast lipjodolowa, wykonana od góry, przez nakłucie szczytowo potyliczne oraz od dołu, przez nakłucie lędźwiowe, wykazała, że górna granica ucisku pada na wyrostek ościsty 9-o, dolna 10-o kręgu grzbietowego. Ostatecznie u chorej rozpoznano guz zewnątrzrdzeniowy na wysokości wyrostka ościstego 7-o kręgu grzbietowego, chociaż nie można było stanowczo wykluczyć sprawy gruźliczej w kręgach lub twarłowce. Operacja wykonana przez prof. Leśniowskiego, wykazała, że guz leżał odpowiednio do wyrostków ościstych D<sub>8</sub> — D<sub>9</sub>, poniżej zaś znaleziono rozległe zrosty. Badanie histopatologiczne guza stwierdziło nerwiak (neurinoma). Po operacji szybka poprawa: w ciągu 2-ch miesięcy powróciły wszyst-

kie ruchy w kończynach dolnych, znakomita poprawa czucia. Na zakończenie L. rozważa wyniki próby lipjodolowej i porównując je z danymi operacyjnymi, wykazuje, że lipjodol górny zatrzymywał się poniżej guza, dzięki zrostom, również dolny utkwiał w zrostach, ograniczając je zresztą niedokładnie, przeto zaleca pewną ostrożność w odczytywaniu rentgenogramów polipjodolowych (Str. wł.).

Dyskusja: 1) Kol. Kopczyński Stanisław zaznacza, że przedstawiony przypadek poucza, że obserwacja kliniczna daje ściślejsze dane rozpoznawcze aniżeli badanie dodatkowe fizykalne. Gdy chodzi o stosunek uszkodzenia rdzenia to najczęściej przy operacji na rdzeniu w przypadkach ucisku rdzenia chirurg zwykle idzie z nożem zbyt nisko. Otwiera za wiele dolnych kręgów. Dane rozpoznawcze daje w podobnych razach badanie kliniczne w przypadkach uszkodzenia urazowego Brown-Sequarda, gdzie również jest różnica między granicą uszkodzenia a granicą znieczulenia.

Ważnym momentem rozpoznawczym jest pas kompletnego znieczulenia na wszystkie rodzaju czucia, ten pas znieczulenia nie może nam wskazać miejsca uszkodzenia rdzenia, jak to było w danym przypadku gdzie pas znieczulenia na wysokości pępka świadczył o uszkodzeniu rdzenia na wysokości VIII — IX kręgu. (Str. wł.).

2) Kol. K. Zieliński zapytuje, dlaczego u dołu płyn był ksantochromiczny, a u góry nie.

3) Kol. St. Higier podkreśla w demonstrowanym przypadku współistnienie guza rdzenia i towarzyszącej mu rozległej torbieli czyli Arachnitis cystica circumscripta. Zazwyczaj rozpoznaje się towarzyszącą torbiel ze zmiennością górnej granicy znieczulenia lub przeczulenia, czego w danym wypadku nie było. Przypadek ten ilustruje znakomicie wartość rozpoznawczą lipjodolu. Zarówno z góry jak z dołu wprowadzony lipjodol nie zatrzymywał się tam, gdzie teoretyczna koncepcja tego wymaga t. j. nie na wysokości górnego lub dolnego bieguna podłużnego guza, gdyż guz, uciskając rdzeń, nie zamknął szczelnie bocznych kanałów cieczowych. Natomiast zatrzymały go u góry i dołu blizny lub zgrubiałe odcinki zapalne opon. Poprawę należy uważać za dużą, a może ona prowadzić do zupełnego wyrównania. Zanik pooperacyjny odruchów ścięgowych stanowi signum mali ominis, powrót odruchów obronnych jest dobrym prognostykiem. Neurynomyt Verocay'a należą do względnie rzadkich nowotworów rdzenia. (Str. wł.).

4) Prof. Orzechowski: Znajomość guzów pozardzeniowych za mało jest rozpowszechniona między niespecjalistami, choć jest bardzo praktycznie ważna, bo cierpienie przeważnie jest uleczalne operacyjnie. Złe wyniki obecne należy przypisywać późnemu rozpoznaniu w okresie już zbyt długotrwałej paraliżii. Wtedy najlepiej wykonana operacja jest zabiegiem już spóźnionym. W pewnym małym odsetku przypadków powodem złego rozpoznania jest dodatni wynik próby Wassermana. Taki

nieswoisty Wasserman zdarza się tutaj, podobnie jak czasem w guzach mózgu, encephalitis epidemica i zmięknienie kości.

W sprawie stosowania lipjodolu, ponieważ istnieje skłonność do nadużywania tej próby, trzeba ściśle ustalić, że lipjodol nie jest i nie może być ciałem obojętnym, jako związek bardzo trudno się rezorbujący, powtóre, że próba ta ma za zadanie tylko, i li tylko, określenie wysokości odcinka rdzenia, na który działa ucisk. Jest nonsensem stosować lipjodol w sprawach, przebiegających z zajęciem opon rdzeniowych, w których więc może być niedrożność przestrzeni podpajęczyczych, co bywa w sprawach kiłowych tak często, a może być wyjątkowo i w stwardnieniu rozsianym i w jamistości rdzenia, wreszcie w zrostowych, nie torbielowatych, sprawach oponowych różnego pochodzenia. W danych przypadkach chory z określenia ściślejszego odcinka zajętego nie będzie miał najmniejszego pożytku, i tak go do zabiegu krwawego nie przeznaczymy, a spory nabój lipjodolu tkwiący w oponach najprawdopodobniej tylko ujemne może wywrzeć z czasem działanie, jako ciało obce. Zadaniem lipjodolu nie jest rozpoznanie ucisku. Potemu mamy aż nadto prób klinicznych: próba Queckenstedta, zmiany chemiczne cieczy mózgowo-rdzeniowej (Froin-Sicard), wreszcie t. zw. przez nas „odma mała“, czyli „rdzeniowa“, zabieg zupełnie nieszkodliwy.

Odma ma jeszcze jedno doniosłe znaczenie. Jak dotąd, jest to jedyny, prosty, nie do zastąpienia sposób, którym często udaje się rozerwać zlepy i zrosty w oponach miękkich. W pewnych przypadkach ciałem uciskającym jest nie guz masywny, a torbiel oponowa, proces anatomopatologiczny, określaný jako cystis arachnoida lub meningitis serosa circumscripta i t. p. Odma może taką torbiel rozerwać i bez dalszego zabiegu sprowadzić wyleczenie. Taki przypadek obserwujemy właśnie obecnie na klinice Z drugiej strony po odmie spostrzega się poprawy, nawet przy guzach masywnych, ruchliwości, zaburzeń czucia, moczenia, powrót odruchów obronnych i t. p. Oczywiście są to poprawy, krótkotrwałe. Rzadziej i w słabszym stopniu obserwowaliśmy je także po zastrzykach lipjodolu. Poprawy te należy tłumaczyć poprawą warunków krążenia cieczy m.-rdz. w okolicy ucisku, tu bowiem powstrze w pewnej mierze drenuje przestrzenie cieczowe, powtóre usunięciem patologicznego płynu z przestrzeni leżących poniżej miejsca ucisku, płyn ten bowiem otrzymywany po nakłuciu łądźwiowem nie jest prawdziwą cieczą m.-rdzen. i przestał nią być od dawna.

Sposób postępowania, przyjęty na tutejszej klinice i który na podstawie wielu doświadczeń gorąco zalecamy, jest następujący: nakłucie łądźwiowe z próbą Queckenstedta — jeśli jej wynik jest podejrzany, wykonanie odmy natychmiastowe ze staraniem się wypuszczenia całej ilości płynu z zamkniętych przestrzeni. Jeśli pacjent zabieg dobrze znosi, nie ma bólu głowy, nudności, blednięcia, zwolnienia tętna, jeśli powietrze nie chce wchodzić, a natomiast wycieka pienisty płyn, jeśli ciśnienie płynu spada zaraz do zera, dowodzi to niezbitości istnienia przeszko-



dy. Bóle, przy tem występujące, nie dowodzą natomiast niczego. Ostateczny dowód istnienia ucisku zdobywamy przez badanie płynu. Dopiero wówczas przychodzi kolej na zastrzyknięcie podpotyliczne lipjodolu dla zdobycia możności wskazania najściślej-szego chirurgowi, gdzie ma operować. Pamiętać jednak należy, że wynik dodatni wszystkich tych prób nie wyklucza guza śród-rdzeniowego i że w sprawach uciskowych od 4 kręgu lędźwio-wego w dół wszystkie próby mogą zawieść i że wówczas tylko na próbie z lipjodolem będziemy mogli się oprzeć. Przy wstrzy-kiwaniu lipjodolu dolnego dla określenia dolnej granicy guza na-leży nie wypuszczać zupełnie płynu m.rden., inaczej bowiem lipjodol nie chce się przemieszczać. (Str. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **B. Sawicki**.  
Sekretarz doroczny **T. Byszewski**.

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 17 marca 1925 r.

Przewodniczący prezes prof. **Sawicki**.

Obecnych 53 członków.

- Treść: 1) Rutkowski. Pokaz rentgenogramu żołądka chorej połykającej gwoździe.  
2) Bronowski. Kilka słów w sprawie ostrej niedo-mogi mięśnia sercowego.  
3) Semerau i Misiewiczówna. Patogeneza skaz krwotocznych.

Po odczytaniu przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia Nadesłano do biblioteki T-wa. Archiv für Japanische Chi-rurgie Band I 1924 r.

I. Prezes komunikuje, że 1) stosownie do decyzji Zarządu wice-prezes T-wa dr. med. Kazimierz Zieliński będzie reprezentował W. T-wo Lekarskie na Zjeździe lekarskim francusko - pol-skim w kwietniu r. b. w Paryżu.

2) Że stosownie do decyzji Zarządu do Komitetu konkursowe-go im. Piramowicza wszedł na miejsce ustępującego kol. Szmurły Jana, kol. Tadeusz Jaroszyński.

3) Że T-wo lekarskie otrzymało zaproszenie na odsłonięcie tablicy pamiątkowej ś. p. prof. Józefa Hornowskiego w sali wykłado-wej anatomji patologicznej U. W.

II. Kol. Rutkowski pokazuje rentgenogram żołądka cho-rej, która przez 2 tygodnie pod wpływem depresji umysłowej połykała gwoździe, śruby etc. Po otwarciu żołądka, wyjęto 170 gwoździ, 12 igieł do szycia etc. Stan chorej obecnie jest zadawa-lający, wraca ona do zdrowia.

W dyskusji 1) kol. Zieliński stwierdza, że chora musiała być psychopatką.

2) Kol. Kaczyński przypomina przypadek własny z przed kilku lat, kiedy operowany był więzień z powodu połknięcia dużej ilości żelaznych części łóżka więziennego, mówca usunął mu około 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> kilograma żelaztwa z żołądka.

3) Kol. Higier stwierdza, że chorzy ci są to przeważnie psychopatycy.

4) Prof. Gluziński przypomina przypadek podobny prof. Rydygiera. Niedawno czytał mówca opis jednego z chirurgów z Algieru. Jeden ze szczepów tubylczych uprawia kult połknięcia gwoździ podczas uroczystych modłów. Jeden z tubylców połknął w życiu swem około 2.000 gwoździ; drogą operacyjną usunięto mu zaledwie 3 gwoździe zalegające w żołądku.

5) Prof. Sawicki przypomina przypadek własny, w którym młoda kobieta, będąc w ciąży i chcąc wywołać poronienie, połknęła dużą ilość śrótu, wskutek czego nastąpiło silne zatrucie łożem. Podczas operacji i na sekcji stwierdzono znaczny uchyłek żołądka, wyzłobiony przez śrót, chora zmarła z powodu zatrucia łożem.

6) Kol. Rutkowski podaje, że klinika II ma stałą pacjentkę, która już kilkakrotnie łykała gwoździe, opaski płócienne, igły i była już 8 razy z tego powodu na klinice operowana.

III. Kol. Bronowski wygłosił rzecz p. t. „Kilka słów w sprawie ostrej niedomogi mięśnia sercowego“.

Na wstępie referent stwierdza rzadkość przypadków nagłego występowania niedomogi mięśnia sercowego skutkiem nadmiernych wysiłków fizycznych; tłumaczy to tem, że chorzy tacy zwykle prędko umierają bądź zdrowieją, zanim zostaną ulokowani w szpitalu.

Następnie cytuje szereg swoich przypadków:

1) 3 żołnierzy padło ze znużenia podczas marszu forsownego w piasku w dzień nadmiernie upalny. Objawy: częste, nieprawidłowe oddechy, nadmiernie częste, małe, nikłe, przerywane tętno, stan nieprzytomny, bezgłos, wykrztuszanie z kaszlem krwawej pianistej wydzieliny, wymioty krwawe, brak sinicy powłok, brak żył rozdętych na szyi. Nadmierne rozdęcie lewej komory sercowej i lewego przedsiionka oraz objawy przekrwienia i obrzęku płuc. Sekcja jednego zmarłego żołnierza potwierdziła rozpoznanie.

2) Kierujący robotami budowlanymi nowo budującego się domu skutkiem nadmiernego biegania po rusztowaniach nagle zasłabł na 1-em piętrze. Objawy: silna sinica powłok, rozdęte żyły szyjne, duszność, nieprawidłowe powierzchowne oddechy, tętno zbyt częste, małe, nikłe, przerywane, opukowo—nadmiernie rozszerzony obszar obu połów sercowych, krwawe wymioty, wykrztuszanie krwawej pianistej wydzieliny oraz objawy kliniczne przekrwienia i obrzęku płuc.

3) Zajac zganiany przez psa na polowaniu padł przy objawach sekcyjnych rozszerzenia komory lewej sercowej i przekrwie-

nia płuc, a za życia jeszcze w ostatnich chwilach wykrztuszała krwawą pianistą wydzielinę.

4) Panna lat 17-cie dotknięta zwięzieniem i niedomykalnością lewego otworu sercowego żylnego skutkiem forsownego biegania po piętrach nagle dostała niedomogi lewej komory sercowej, której towarzyszyło przekrwienie płuc, wykrztuszanie krwawej pianistej wydzieliny w ogromnej ilości oraz wymioty krwawe. Pacjentka nic nie mówiła, ciało było zimne, brak sinicy, brak rozдутých żył szyjnych, tętno nadmiernie częste (powyżej 160 uderzeń), nikłe, niemiadowe, ledwo wyczuwalne, oddechów ponad 60 nieprawidłowych, powierzchownych.

Profesor Warszawskiego Instytutu Weterynaryj, Józef Gordziałkowski, zakomunikował referentowi co następuje: „dokonywałem osobiście sekcji kilku koni, zagnanych przez żołnierzy w wojsku, odnajdywałem bądź udar mózgowy u koni apoplektyczny, bądź rozszerzenie b. znaczne lewej całej połowy serca obok nadmiernego przekrwienia płuc i wyrzucanie za życia z pyska obfitej krwawej pianistej wydzieliny“. Na zasadzie powyższych swoich i prof. Gordziałkowskiego spostrzeżeń Bronowski wnioskuje:

1) Skutkiem nadmiernych wysiłków fizycznych u ludzi i zwierząt nawet zupełnie zdrowych, a tembardziej u chorych (np. na serce, nerki...) może powstać gwałtowna i wybitna niedomoga mięśnia sercowego, przyczem rozdęciu znacznie częściej ulega komora lewa serca, niż obie komory jednocześnie.

2) Wykrztuszanie z kaszlem obfitej pianistej krwawej wydzieliny ma miejsce skutkiem raptownego nawału krwi do płuc oraz skutkiem nadmiernego podniesienia ciśnienia krwi w sieci włosowatej płucnej, wymioty zaś krwawe — skutkiem tego, że podług Küttnera istnieją połączenia pomiędzy drobnymi rozgałęzzeniami tętnicy płucnej i tętnic drobnych przetyku.

3) Względnie w nielicznych tylko przypadkach ostrej niedomode mięśnia sercowego towarzyszy krwioplucie oraz wymioty krwawe. Następujące okoliczności sprzyjają powstawaniu powyższych objawów chorobowych: a) szok psychiczny podczas wysiłku fizycznego (porażenie naczyń krwionośnych płucnych), b) osobnicze słabe utkanie sieci naczyniowej włosowatej płucnej oraz t. zw. n a b ł o n k a o d d e c h o w e g o pęcherzyków płucnych: c) osłabienie i wyczerpanie skutkiem wysiłku fizycznego sił życiowych całego ustroju, oddzielnych narządów i oddzielnych komórek narządów.

Jeżeli przyjąć tę ostatnią hipotezę, to zrozumiałem się stanie zdanie Cohnheima, że: „ludzie umierają nie dlatego, że ma miejsce obrzęk płuc, a przeciwnie obrzęk płuc ma miejsce dlatego, że już przedtem chory znajdował się w agonji“. W zgodzie z powyższem zdaje się pozostawać spostrzeżenie prof. Gordziałkowskiego, że u koni t. zw. z a g n a n y c h czasami nie można wykryć wcale rozszerzenia serca obok przekrwienia płuc i wogóle żadnej przyczyny zgonu i można jedynie orzec, że koń padł skutkiem ogólnego wyczerpania sił życiowych ustroju.

(Str. wł.)

W dyskusji 1) kol. P a w i ń s k i utrzymuje, że ostra niedomoga serca występuje głównie w dwóch postaciach, jako duszność, obrzęk płuc, lub jako angina piersiowa. Niekiedy nawet po wielkich wysiłkach fizycznych może nastąpić pęknięcie serca lub aorty. Przypadki niedomogi serca u ludzi zdrowych zdarzają się bardzo rzadko a to z powodu, że serce posiada nietylko siłę zapasową bardzo znaczną, lecz i samopomoc, polegającą pomiędzy innymi na zapobieganiu wysokiemu ciśnieniu tętniczemu drogą podrażnienia, obniżającego ciśnienie. Głównym źródłem niedomogi serca jest nadmierne ciśnienie tętnicze wywołane przez forsowny skurcz mięśni. Serce, a właściwie lewa komórka, nie jest w stanie wówczas przewyciężyć tego ciśnienia i ulega rozszerzeniu, poczem następuje zastój krwi w płucach i obrzęk płuc. (Str. wł.)

2) Kol. M i c h a l s k i przypomina, że Fisher z Cincinatti otrzymał obrzęk płuc w każdym przypadku podwiązania art. bronchialis u królików.

3) Kol. G r u n d z a c h. Chciałbym jedynie oświetlić jeden poruszony przez kol. Br. objaw t. j. wymioty. Tłumaczy sobie ten objaw nietylko połączeniem naczyń płucnych z naczyniami przełyku; sądzi, że tu odgrywa rolę: 1) podrażnienie ośrodka wymiotnego, 2) połykanie dużych mas wodnisto krwawych z płuc, 3) przekrwienie bierne żołądka i krwawienie z pękniętych naczyń żylnych (krwi).

4) Kol. H i g i e r zastanawia się, dlaczego tak wielki materiał ludzki, jaki dała wojna i sporty, nie został dla badań należycie wyzyskany.

5) Prof. S a w i c k i zaznacza, że w chirurgji spostrzegano przypadki ostrej rozstrzeni mięśnia sercowego przy położeniu Trendelenburga. Mówca widział takie 2 przypadki.

6) Kol. P a w i ń s k i spostrzegał taki przypadek przed paru dniami.

IV. Kol. S e m e r a u i M i s i e w i c z ó w n a wygłosili rzecz p. t. „Patogeneza skaz krwotocznych”.<sup>1)</sup>

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**

<sup>1)</sup> Wydrukowano w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej T. IV. Z. 3, r. 1926.

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 21 kwietnia 1925 r.**Przewodniczący prof. **B. Sawicki.**

Obecnych członków 22.

- Treść: 1) **Misiewiczówna** Badania ciśnienia żylnego w klinice — Dyskusja.  
2) **Walc.** Powikłania nerkowe w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego.

Prezes zaznacza, że posiedzenie kliniczne w dniu 7 kwietnia 1925 r. nie odbyło się z powodu małej liczby zebranych.

I. Prezes wita jako gości prof. Januskiewicza z Wilna, następnie odczytuje wynik konkursu im. Koczorowskiego za r. 1924, oraz zawiadamia, że z powodu choroby sekretarza dorocznego, protokół ostatniego posiedzenia klinicznego odczytany będzie na posiedzeniu następnym, zaś obowiązki sekretarza na posiedzenie obecne łaskawie przyjął kol. Michalski.

II. Do biblioteki T-wa nadesłano: 1) 90 tomów książek lekarskich przez panią Dr-ową Ołtuszewską ze zbiorów jej męża. 2) **Robert Lenk** — O leczeniu promieniami Roentgena. 3) **Dr. J. Dembicki.** — Ciechocinek — środki lecznicze, sposoby i zakres ich stosowania. 4) Sprawozdanie z działalności państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie za lata 1917 — 1925. 5) *Journal de Physiologie et de Pathologie Generale.* 6) **Z. Zweigbaumówna.** Grzyby okolic Skierniewic. 7) **J. Frietz.** Z dziejów pedjatrji XVI wieku. 8) **H. Higier** a) w sprawie rozpoznania różniczkowego ostrego i przewlekłego okresu zapalenia mózgu letargicznego czyli nagminnego oraz jego następczych zespołów klinicznych, b) Zur Klinik der Impotentia generandi ejaculatoria. 9) Rocznik psychjacyjny r. 1925. 10) Wiadomości statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego № 1 — 7. 11) Rocznik statystyczny m. st. Warszawy. 12) Mitteilungen aus der Medizinischen Fakultät der Kaiserlichen Kyushu-Universität Band VIII Heft 1 i 2 1924. Band IX Heft I. 13) **L. Zembrzuskii** — Przyczynek do historii słownictwa polskiego.

III. Kol. **Misiewiczówna** wygłosiła rzecz p. t. „Badania ciśnienia żylnego w klinice.

W dyskusji: 1) prof. **Modrakowski** kładzie nacisk na wielkie znaczenie badania ciśnienia żylnego dla fizjologii i patologji krążenia. Dotychczas zaniebdywano takich badań zarówno w fizjologii jak i w klinice. Przy niedomodze prawego serca rośnie ciśnienie żylnie, gdyż odpływ z żył do przepełnionych zaległą krwią jam prawego serca jest utrudniony. Istnieją jednak stany zwiększonego napięcia mięśnia sercowego, gdy włókna mięśniowe dopiero pod wpływem wzmożonego ciśnienia dopływającej krwi rozciągają się i pozwalają na odpowiednie napełnienie prawego ser-

ca krwią żylną. To zdarza się np. w razie znacznie zmniejszonej zawartości CO<sub>2</sub> we krwi (stany alkalozy). Badania Sterlinga pracy serca na preparacie płucno-sercowym, na podstawie których wysnuł autor swoje „prawa pracy serca“ były wykonane przy nadmiernej wentylacji płuc, co zmusiło go do stworzenia b. wysokiego ciśnienia żylnego celem napełnienia prawego serca krwią. Oprócz wydolności mięśnia sercowego, skład krwi ma mieć bardzo duże znaczenie dla wysokości ciśnienia żylnego.

Zresztą prelegentka sama stwierdziła, że przy zmniejszonej lepkości krwi (stany anemiczne) ciśnienie żyłne wskazuje niższe liczby od normy. (Str. wł.).

2) Prof. Januszkiewicz prosi o wyjaśnienie, czy prelegentka porównywała absolutne cyfry, które otrzymała swoją metodą z cyframi otrzymanymi metodą krwawą. W klinice terapeutycznej wileńskiej metoda krwawa, stosowana przez użycie przyrządu Clauda do badania ciśnienia płynu mózgowordzeniowego, dawała w badanych przypadkach wielkości naogół mniejsze. Co do stosunku i wpływu parcia tętniczego na ciśnienie żyłne, to należy z pewną ostrożnością i zastrzeżeniami przyjmować tę zależność, gdyż wiemy, że stan tętniczek w niektórych przypadkach wzmagając ciśnienie tętnicze może obniżać jednocześnie ciśnienie w sieci kapilarnej. (Str. wł.).

3) Kol. Michalski podnosi, że wartość praktyczną tej metody stanowi głównie możność odróżnienia obrzęków pochodzenia nerkowego od obrzęków, powstających z powodu niedomogi mięśnia sercowego.

4) Kol. Gutowski, twierdzi, że do czynników, utrzymujących ciśnienie, tętnicze zaliczamy pracę serca, pewną określoną ilość krwi i jej stan fizyko-chemiczny, oraz opory w tętniczkach wzg. w kapilarach.

Wysokość ciśnienia na przebiegu układu krwionośnego świadczy o pokonaniu oporów a zarazem zużyciu popędowej energii serca. Ciśnienie żyłne ulega powiększeniu przy utrudnionym odpływie żylnym, zmianach w czynności serca i zmniejszonych oporach obwodowych. Przypadki kliniczne, które prelegentka przytoczyła, całkowicie potwierdzają powyższe ujęcie ciśnienia żylnego. (Str. wł.)

5) Kol. Misiewiczówna odpowiada, że w pewnej ilości przypadków były wykonane badania równoległe sposobem krwawym i bezkrwawym.

Czynnik pozasercowy w zmianach ciśnienia żylnego rzecz jasna musi mieć znaczenie, tak w sensie skurczu patologicznego naczyń włoskowatych jak i zmian składu krwi — naprz. zmian lepkości lub zmniejszenia się liczby elementów komórkowych krwi. W obserwowanych przypadkach skurczu naczyń nie spotykała, przypadek zaś niedokrwistości wyleczonej potwierdził to wyraźnie. (Str. wł.).

IV. Kol. Walc wygłosił rzecz p. t: „Powikłania nerkowe w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego“. Autor po raz

pierwszy w polskiej literaturze lekarskiej omawia sprawę rzadkiego a zarazem interesującego powikłania w przebiegu spraw zapalnych wyrostka robaczkowego — krwiomoczu nerkowego.

Przytaczając dotychczasowe piśmiennictwo w tej sprawie, autor omawia 4 własne przypadki krwiomoczu nerkowego po zabiegu usunięcia wyrostka robaczkowego. W ten sposób statystykę ogłoszonych przypadków doprowadzono do liczby 41.

Autor podkreśla, że krwiomocz ten zazwyczaj zjawia się nie w czasie największego nasilenia choroby, a przeciwnie dopiero wtedy, gdy objawy chorobowe zaczynają ustępować nie zaraz po wycięciu wyrostka, a dopiero w kilka dni a nawet w kilka tygodni po zabiegu.

Dla celów rozpoznawczych tego powikłania ważne znaczenie ma nagłe występowanie i także ustępowanie krwiomoczu. Patogeneza tego powikłania nie jest dotychczas wyjaśniona. Autorzy angielscy i amerykańscy za punkt wyjścia krwawienia w tych przypadkach uważają moczowód, inni autorzy przyczynę tego zjawiska widzą w podrażnieniu nerek toksynami, Gonget widzi przyczynę krwiomoczu w sprawach chorobowych, toczących się w sąsiedztwie narządów moczowych (pathogenie de voisinage). Niektórzy tłumaczą krwiomocz ten obecnością zawału krwawego wskutek zapalenia rozsianego żył okołowystokowych.

Noré-Josserand i Fayol wypowiadają pogląd, że mamy tu do czynienia z odruchem wyrostkowo-nerkowym, wywołanym przez podrażnienie zapalne nerwu współczulnego. Przytaczając wszystkie te poglądy, oceniając je krytycznie, opierając się na 2 swoich przypadkach oraz na przypadkach Novè-Josseranda i Fayola oraz Burrough-Coseusa W. skłonny jest tłumaczyć powstawanie tego krwiomoczu, jeśli nie we wszystkich przypadkach, to w tych, gdzie w moczu znaleziono kryształki szczawianu wapnia, zwiększonym wydalaniem piasku moczowego pod wpływem czy to odruchu wywołanego sprawą zapalną, czy też pod wpływem urazu operacyjnego. (Str. wł.).

W dyskusji: 1) Kol. Zembrzuski podaje, że spostrzegał krwiomocz u 12 letn. chłopca, dotkniętego appendicis acuta i operowanego w ciągu 24 godzin od zachorowania. Krwiomocz wystąpił po upływie 7 dni po operacji. Krew nie była zmieszana z moczem, lecz ostatnie krople moczu były silnie zabarwione krwią. Dolegliwości żadnych chłopiec nie doznawał. Krwiomocz ten trwał 3 — 4 dni, poczem ustąpił i w ciągu roku więcej nie występował. Bad. drobnowidzowe wykryło czerwone ciała krwi i kryszta. szczawianu wapnia. Z. sądzi, że w etiologii krwiomoczu w przypadkach zapal. wyr. rob. należy uwzględnić kamice.

2) Kol. Skłodowski. Zwraca uwagę na obserwację kol. Zembrzuskiego, krew bowiem w danym przypadku najwidoczniej pochodziła z pęcherza. Wobec tego należałoby zwracać uwagę i na krwawienia z innych narządów moczowych.

3) Kol. Walc w odpowiedzi zaznacza, że krwawienia po operacji wyrostka robaczkowego Anschütz dzieli na nerkowe, pęche-

rzowe i moczowodowe. Prelegent sądzi, że w przypadku kol. Zembrzuskiego należałoby zwrócić uwagę, czy nie mieliśmy do czynienia z polipem pęcherzowym.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczy **T. Byszewski.**

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 5 maja 1925 r.

Przewodniczący prezes prof. **Sawicki,**

Obecnych 21 członków.

Treść: 1) Radwan i Piaszczyński. Z patologii chirurgicznej okolic wątroby.  
2) Krauze. W sprawie napięcia układu nerwowego roślinnego w stanach tarczycowych.

Po odczytaniu przyjęto protokoły posiedzeń klinicznych w dn. 17 marca i 21 kwietnia 1925 r.

Nadesłano do biblioteki Towarzystwa: 1) Kronika Warszawy r. 1925. 2) Doc. Lorentowicz. W sprawie patogenezy torbieli pochwowych. 3) Congrès médical Franco-polonais a Varsovie Septembre 1921. 4) Pamiętnik 30-lecia Dziekanki. 5) Dr. A. Lipka. Tablica uzdrowisk polskich. 6) Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia. Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w r. 1923. 7) Biuletyn polskiej konfederacji pracowników umysłowych. 8) H. Higier a) Die gegenseitige Stellung in klinischer, pathogenetischer und anatomisch - pathologischer Hinsicht der selternen Formen der entzündlichen degeneratischen und blastomatösen Hirnsclerosen im Lichte der neusten Forschungen. b) Zur Therapie der otosclerotischen Schwehrhörigkeit.

I. Kol. Radwan i Piaszczyński wygłosili rzecz p. t. „Z patologii chirurgicznej okolic wątroby“, podając dwa przypadki torbieli rzekomej okolicy lewego płata wątroby, oraz przypadek cystadenoma cylindrocellulare pancreatis papilliferum.

Przypadki te ze względu na swe pochodzenie mogą wzbudzić pewne zainteresowanie.

Przypadek I. Chora lat 51. przybyła do kliniki w lipcu 1921 r. Opowiada, że w lutym tegoż roku, niosąc kubeł wody poczuła bóle w krzyżu oraz pasie. Ból znacznie wzrastał się w czasie czczości i w stanie spoczynku, po jedzeniu zaś, lub przy wykonywaniu ruchów, zmniejszał się lub ustępował zupełnie. W dwa miesiące potem pacjentka potknęła się i upadła, uderzając się w dolną część klatki piersiowej, a mianowicie w okolicę mostka. W kilka dni po upadnięciu, czując się niedobrze, udała się do



lekarza (drogę odbyła na zwykłym wozie; podczas jazdy czuła, silny ból w pasie i krzyżu przy najłżejszym nawet wstrząśnieniu wozu). Lekarz zalecił okłady, oraz jakieś wcieranie. Po powrocie do domu przy stosowaniu zaleconych zabiegów chora zauważyła, że w okolicy dołka podsercowego zjawia się wyniosłość, która powoli lecz stale się zwiększa. Wobec tego przybyła do Warszawy do kliniki wewnętrznej prof. Gluzińskiego.

Badanie wykazało: Ze strony płuc i serca zmian nie stwierdzono. Brzuch miernie wzdęty. W nadbrzuszu widoczne wypuklenie kuliste, nie dochodzące do pępka. Skóra nie zmieniona. Opukiwanie wykrywa stłumienie, idące od łuków żebrowych ponad wypukleniem i sięgające ku dołowi, aż do 3-ech palców powyżej pępka. Stłumienie wątroby bezpośrednio przechodzi w stłumienie nad guzem. Obmacywanie guzowatości belesne szczególnie w okolicy wyrostka mieczykowatego. Na całej przestrzeni ponad guzem wyczuwa się tętnienie współczesne ze skurczem tętna. Wyczuwa się on najwyraźniej w środku guza, po bokach znacznie słabiej. Badanie moczu oprócz śladów białka i 10 leukocytów w polu widzenia zmian nie wykrywa. Badanie krwi 19% limfocytów, 15% neutrofilów, 4% eozynofiliów, 2% ciałek przejściowych. Stan bezgorączkowy.

Po kilkotygodniowej obserwacji i po naradzie z prof. Leśniowskim zakwalifikowano chorą do leczenia operacyjnego i przeniesiono do I kliniki chirurgicznej. Po przybyciu do kliniki chorą zoperował prof. Leśniowski. Znalezione guz wielkości główki noworodka w lewym płacie wątroby na dolnej jej powierzchni, wypełniony płynem surowicznym, zabarwionym krwawo, nie cuchnącym; płyn ten wypuszczono, poczem do jamy guza wprowadzono 2 duże pasy gazy. Brzegi otworu wszyto w górną część rany ściany brzucha, dolną część zaszyto całkowicie szwem trzypiętrowym.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, ósmego dnia usunięto pasy gazy, 24-go dnia pacjentkę wypisano z raną zagojoną.

Skąd powstała ta torbiel wątroby? Zestawiając wywiady, charakter płynu, zawartego w torbieli, szybkość zagojenia się, możemy przyjąć jako najprawdopodobniejsze przypuszczenie, że torbiel powstała na tle wylewu krwi do mięszu wątroby, wskutek urazu, który to wylew dotarł aż do torebki Glissona, lecz torebka nie uległa przerwaniu. W ten sposób torbiel powstała przedtorebkowo.

Przypadek II. Chora lat 57, w drugiej połowie grudnia zachorowała nagle: w czasie zupełnego zdrowia, stojąc spokojnie dostała raptownie silnych bólów w nadbrzuszu, bez specjalnego umiejscowienia. Zrobiło jej się niedobrze, dostała zawrotu głowy, i omal nie zemdląła. Położyła się do łóżka, a następnie po udzieleniu pierwszej pomocy przez felczera, wstąpiła do miejscowego szpitala, w którym przebyła 4 tygodnie, aż do chwili przybycia do Warszawy i zapisania się na oddział chirurgiczny. Bóle te wystąpiły wkrótce po obiedzie, a już wieczorem chora zauważyła, że objętość brzucha w górnej części znacznie się zwiększyła. Uformował się duży guz, który przez cały czas choroby nie zmie-

nił swej objętości. Początkowo uczuwała rozlane bóle w nadbrzuszu, które promieniowały do krzyża, dopiero po 2 tygodniach umiejscowiły się w lewym podżebrzu i promieniowały do lewego barku. Od czasu zjawienia się guza skarżyła się chora na przykry smak w ustach, odbijanie. Stałe pokarmy przyjmowała z trudnością, płyny zaś w ilości prawidłowej do 200 cm<sup>3</sup> na raz; po jedzeniu bóle, odbijanie i gnecenie w nadbrzuszu. W czasie choroby pacjentka dość znacznie schudła, gorączki nie miała, żółtaczki również.

Badanie wykazało nadbrzusze i śródbrzusze guzowato wypukłone, powłoki mocno napięte, połyskujące, widać nieco rozszerzonych żył skórnych. Dolne odcinki klatki piersiowej znacznie odchylone na zewnątrz, szczególnie na stronie lewej. Opukiwanie wykazuje stłumienie ponad całą gurowatością i dosięga ku górze do dolnej granicy płuc ku dołowi zaś do pępka, ze strony lewej do linii pachowej przedniej, ze strony prawej dochodzi do linii sutkowej. W górnej części stłumienie nad guzem przechodzi bezpośrednio w stłumienie wątroby. Naprężenie mięśni brzucha prawidłowe, jedynie nad guzem wzmożone.

Obmacując miejsce wypuklenia stwierdzamy guz większy od głowy człowieka dorosłego. Leży on niesymetrycznie, bardziej ze strony lewej w nadbrzuszu i śródbrzuszu, górny odcinek guza ginie w podżebrzu lewym. Dostępną do wymacywania część guza wyczuwa się dość wyraźnie; kształt mniej więcej kulisty o granicach dość wyraźnych. Obmacywanie niebolesne, guz nieruchomy, wyraźnie chełboczący, o powierzchni gładkiej, przy oddychaniu nieruchomy. Pozatem zmian wybitnych nie stwierdzono.

Przy rozdymaniu żołądka zjawia się wypuklenie obok lewego odcinka guza. Odgłos wypukowy na tem miejscu bębenkowy. Przy rozdymaniu przez kiszkę grubą widać wypuklenie poniżej pępka, przebiegające poprzecznie. Badanie moczu prócz drobnych ilości białka zmian żadnych nie przedstawia. Hb. 50, ciał. czerw. 3.200.000, białych 4.800, neutrofilów 69% limfocytów 20%, eozynofilów 5%. We krwi ilość cukru prawidłowa 0,09% sedymentacja 33 mm. po jedzeniu.

Odczyn Wassermanna ujemny. Odczyn Wajnerberga słabo dodatni. Bilirubina; odczyn pośredni słabo dodatni. Stolce po podaniu chorej tłuszczu i mięsa mikroskopowo: jaj pasorczytów nie znaleziono, niezbyt liczne włókna mięśniowe, komórki roślinne. Badanie kału na utajone krwawienie dało wynik ujemny.

Badanie rentgenologiczne: Treść kontrastowa wypełnia prawidłowo żołądek. Żołądek o kształcie rogalkowatym przemieszczony ku dołowi. Podany wyżej guz nie jest w związku z żołądkiem, część odzwierniakowa bez zmian, treść przechodzi przez odzwierniak prawidłowo, również prawidłowo wypełnia jelita. Można więc tylko stwierdzić, że guz nie jest również w związku z kiszkami; cień jego zlewa się z cieniem wątroby ze strony lewej.

Podczas pobytu w klinice wystąpiło żółtawe zabarwienie skóry. W 3 tygodnie po przybyciu do kliniki, a w 7-ym od początku choroby, zauważono zmniejszenie guza. Mimo to prof. Leś-

niowski zdecydował się na dokonanie operacji, która wykazała, że częściowo guz był przyrośnięty do przedniej ściany brzucha, był zrósnięty z dużą siecią.

W celu łatwiejszego wykluczenia guza, nakłuto go trójgranicem i wypuszczono płyn rzadki. Ściana torbieli była bardzo krucha, i rozerwała się na dużej przestrzeni, przez otwór zaczęła wypływać ciecz gęsta, bezwonna, przypominająca wyglądem skłócone żółtko z białkiem: o barwie bardziej nasyczonej. Wylało się około 1 — 2 litrów płynu. Wtedy można było zobaczyć, że powierzchnia jamy jest pokryta ziarniną. Obmacywaniem stwierdzono, że dolną ścianę torby tworzyła górna powierzchnia lewego zrazu wątroby, górną—dolną powierzchnia przepony w linii środkowej, zraz prawy był przymocowany do przepony. Z tego było widać, że torbiel właściwie nie posiadała osobnej, dobrze rozwiniętej ściany i dlatego o wyłuszczeniu jej nie mogło być mowy. Poza to nie było widać żadnego przerwania ciągłości wątroby. Do jamy wprowadzono 3 duże pasy gazy, brzeg otworu, prowadzącego do jamy torbieli, wszyto w górny odcinek rany ściany brzucha. Dolny odcinek zaszyto szwem trzypiętrowym. Badanie płynu wykazało: płyn surowiczo-ropny, z domieszką żółci. Białka 5,5%. Leukocyty w stanie rozpadu i stłuszczenia. Na preparacie barwionym bakterji nie znaleziono; prątków Kocha również Posiewy dały wynik ujemny. Pod mikroskopem haczyków bąblowca nie znaleziono, badanie na obecność czynników trzustkowych dało wynik ujemny.

Chora po zabiegu przebyła nieżytowe zapalenie płuc. 12-go dnia po zabiegu usunięto sączki, wprowadzono do jamy gruby dren w celu zabierania wydzieliny. W ciągu doby wydobyto 350 cm<sup>3</sup> płynu o barwie brudno-bronzonej. Ilość płynu powoli zaczęła się zmniejszać. Czwartego dnia po usunięciu sączków, 16-ego zaś po zabiegu, chora dostała bólów rozlanych w brzuchu, mdłości i wymiotów. Na drugi dzień ilość wydzieliny zaczęła się zwiększać, tak, że czwartego dnia wydobyło się przez dren około 1 litra płynu o tych samych właściwościach jak poprzednio. Od tego czasu ilość wydzieliny stale się zmniejszała i 14-ego dnia po usunięciu sączków, 26-ego zaś po zabiegu, wydzieliny już nie było.

Kilkakrotne badanie otrzymanego przez dren płynu, jak również i z sączków, wykazuje żółć. Trzykrotnie przemywano żołądek: otrzymano tylko nieznaczną ilość śluzu i resztek pokarmowych. Badanie treści żołądkowej zmian od normy nie wykazało. Powtórnie robione badanie radiologiczne żadnych zmian w ścianie żołądka nie wykryło.

Do operacji przystąpiono z ogólnikowem rozpoznanem torbieli, nawet z przypuszczeniem, że mamy do czynienia z torbielą, powstałą wskutek jakiegoś wylewu prawdopodobnie wylewu krwi. Operacja wykazała, że mamy do czynienia z zbiorowiskiem cieczy o podanych wyżej właściwościach pomiędzy górną powierzchnią lewego płata wątroby i przeponą. Od przodu wytworzyła się ściana wskutek zapalenia zlepnego. Co wykazuje badanie mikroskopowe kawałka ściany? mamy mianowicie tkankę ziarninową nie

całkowicie przeistoczoną w tkankę łączną oraz kryształę hemato-idyny i hemosideryny. A zatem mieliśmy do czynienia z torbielą wrzekomą.

Zachodzi więc pytanie, jak ona powstała, wobec tego, że powstała raptownie bez widocznego urazu i bez jakichkolwiek innych czynników. Wobec podanego wyżej umiejscowienia torbieli możnaby sądzić, że najprawdopodobniej miało miejsce pęknięcie górnej powierzchni lewego płata wątroby. W przypadku I (przytoczonym powyżej) obrażenie wątroby jest zrozumiałe wobec urazu któremu chora uległa. W II przypadku brak w wywiadach urazu, zewnętrznego; należy tedy przypuścić, że tu obrażenie wątroby było następstwem działania jakiegoś czynnika wewnętrznego.

Pęknięcia wątroby podskórne wskutek urazu zarówno na dolnej, jak i na górnej powierzchni są zjawiskiem względnie częstym. Przeglądając statystyki stwierdziłem, że uszkodzenia wątroby stanowią 59,9% obrażeń wskutek urazu wszstkich organów jamy brzusznej. Z tego uszkodzenia podskórne stanowią dość pokazy odsetek 31,7% (średni odsetek z kilku statystyk).

Pęknięcia wątroby podskórne mogą powstać wskutek jakiegobądź widocznego mechanicznego obrażenia, a więc czy to wskutek uderzenia, przejechania i t. d. lub też uraz, powodujący pęknięcie wątroby, może być tak nieznaczny, że uchodzi naszej uwadze. Pęknięcia pierwszego typu dość częste, są znane i stanowią zjawisko dość pospolite. Natomiast drugi, trudno uchwytny sposób powstawania obrażeń wątroby, jest mało znany.

Zdarza się najczęściej u ludzi po przebytych chorobach zakaźnych, w zwyrodnieniach tłuszczowych wątroby u alkoholików, u osobników wyniszczonych, w przewlekłych ropieniach (zwyrodnienie skrobiowate) w gruźlicy, malarji, chorobach nerek, przymiocie. W tych wypadkach wystarcza nawet czasami wzmożone ciśnienie wewnątrzbrzuszne, ażeby powstało pęknięcie wątroby np. podczas oddawania stolca, podczas porodu, padaczki i t. d.

Jednakże główną przyczyną tych samoistnych uszkodzeń jest pęknięcie przymiotowo lub miażdżycowo zmienionych naczyń krwionośnych.

W większości przypadków objawy choroby występują nagle i szybko prowadzą do śmierci. O ile pęknie naczynie wątrobowe, zmienione wskutek zmian zapalnych, wtenczas wylewająca się krew toruje sobie drogę w kierunku powierzchni, następnie unosi otoczkę Glissona, która wreszcie może pęknąć i następuje mniejszy lub większy krwotok do jamy otrzewnej.

W naszym II przypadku nie mamy wyraźnego urazu mechanicznego, jednak mógł tu być uraz tak nieznaczny, że pacjentka mogła go nie zauważyć. Oprócz tego zachorowała wkrótce po spożyciu obiadu, wiadomo zaś, że czynnikiem, sprzyjającym pęknięciu wątroby, jest okres trawienia, wtenczas wątroba staje się więcej ukrwioną i łamliwą.

We krwi, jaka się zbiera w jamie brzusznej wskutek pęknięcia wątroby, daje się zauważyć większa lub mniejsza domieszka

żółci. W przypadku Sprengla wylew robił wrażenie krwi zmieszanej z miodem. W naszym II przypadku badanie krwi wykazuje żółć.

O ile krwawienie z pękniętej wątroby nie jest gwałtowne i stopniowo się zatrzymuje, może dojść do otorbienia i utworzenia torbieli ruchomej. Moor i Schönborn operowali torbiele w których brzeg wątroby był przyrośnięty do ściany brzucha, wycyniona zaś krew zebrała się ponad wątrobą, formując krwiak podprzeponowy.

O ile powstaje pęknięcie wątroby na górnej powierzchni, to przepona jak również i zrosty pomiędzy wątrobą i przeponą uciśkają ranę i nie pozwalają wycynionej krwi swobodnie ściekać do jamy brzusznej. Becker przytacza przypadek, w którym po zranieniu górnego płata wątroby w jamie brzusznej nie znalazł wcale krwi, która gromadziła się jedynie, pomiędzy wątrobą i przeponą.

W naszym II przypadku mieliśmy również do czynienia z torbielą krwawą. Potwierdza to badanie anatomo-patologiczne wyciętej ściany torbieli. We wszystkich wyżej przytoczonych przypadkach pęknięcia wątroby mamy wszędzie płyn o wyraźnych cechach krwawych. W naszym zaś przypadku płyn otrzymany cech tych nie posiadał, co może zależeć od tego, że operacji dokonano w dwa miesiące od początku choroby.

Bezwzględnie moglibyśmy mówić, że mamy do czynienia w tym przypadku z pęknięciem wątroby, o ileby podczas zabiegu udało się odnaleźć pęknięcie. Lecz po tak długim okresie czasu pęknięcie wątroby może uleść pokryciu ziarniną lub też całkowicie zabliźnieniu.

Możnaby tłumaczyć nasz przypadek pęknięciem wrzodu żołądka lub dwunastnicy i gromadzeniem się ich zawartości pomiędzy górną powierzchnią wątroby i przepony. Jednak szereg danych przemawia przeciwko takiemu rozpoznaniu.

Pacjentka w wywiadach nie wspomina wcale o dolegliwościach żołądkowych. Początek cierpienia nie był tak gwałtowny, jak to widuje się w przedziurawieniu wrzodu żołądka lub dwunastnicy. Badanie radiologiczne, dwukrotnie wykonane, nie wykazuje odpowiednich zmian, ani w żołądku, ani w dwunastnicy. Pomimo obfitego wydzielania się żółci z rany pooperacyjnej, badanie zawartości żołądka, wydobytej za pomocą zgłębnika nie wykrywa w niej żółci. Obserwowanie wydzieliny z rany nie stwierdza ani razu w niej obecności spożytych pokarmów. Wreszcie i fakt całkowitego zagojenia się rany w ciągu 30 dni po operacji również przemawia raczej na korzyść przypuszczenia obrażenia wątroby niż przedziurawienia wrzodu trawiennego.

Bąblowiec wątroby można wykluczyć na zasadzie przeprowadzonych badań otrzymanego płynu. Jedną z osobliwości podanych przeze mnie spostrzeżeń jest okoliczność, że obrażenie wątroby mieściło się w lewym płacie wątroby. Statystyki zaś wykazują, że zwykle ulega obrażeniu prawy zraz wątroby. (Streszczenie własne).

W dyskusji 1) prof. S a w i c k i stwierdza, że drugi przypadek nasuwa co do etiologii pewne wątpliwości. Mówca nie wyłącza możliwości istnienia wrzodu żołądka na krzywiznie małej. Bywają owrzodzenia żołądka, o których chorzy dowiadują się dopiero po przedziurawieniu. Owrzodzenia przedziurawione mogą się zagoić samoistnie. W roku zeszłym mówca widział przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka; podczas operacji natrafiono na duże zbiorowisko treści żołądka w otrzewnej; wobec ciężkiego stanu chorego, założono sączki i owrzodzenie wygoiło się samoistnie; chory wyzdrowiał, lecz po roku zmarł na gruźlicę. Na sekcji stwierdzono b. małe owrzodzenie niezupełnie zagojone w okolicy odźwiernika. Mówca stwierdza, że pęknięcia i krwotoki samoistne w wątrobie są nader rzadkie.

2) Prof. L e ś n i o w s k i podkreśla, że najciekawszą stroną tego przypadku jest etiologia tworzenia torbielowatego. Bardzo szczegółowe badanie żołądka rentgenem nie wykazało żadnych zmian. Trudno sobie wyobrazić przedostanie się treści z pękniętej dwunastnicy nad wątrobą, gdybyśmy przyjęli ten moment etiologiczny powstania opisanej torbieli. W cieczy zawartej w torbIELI znaleziono żółć; w treści żołądka żółci nie stwierdzono. Chora czuła się poprzednio zupełnie dobrze, na żadne objawy ze strony żołądka nie cierpiała.

3) Kol. P i a s z c z y ń s k i zaznacza, że w przebiegu pooperacyjnym, przez sączek, założony do jamy torbieli, wydzielala się ciecz z dodatkiem żółci, badanie zaś kilkakrotne treści żołądka żółci nigdy nie wykazało.

II. Kol. K r a u z e wygłosił rzecz p. t. „W sprawie napięcia układu nerwowego roślinnego w stanach tarczycowych“.

Badania układu nerwowego roślinnego, dokonane za pomocą próby atropinowej i ortostatycznej według Daniéłopolu w 10-ciu przypadkach zespołów tarczycowych, a mianowicie u 3 chorych dotkniętych chorobą Basedowa, 2-ch z objawami wyraźnego podrażnienia tarczycy i w 5-ciu przypadkach rzekomo basedowicznej postaci gruźlicy płucnej, i tyżące się wyłącznie kobiet, dały wyniki następujące:

Wbrew twierdzeniu Daniéłopolu, że zespół Basedowa nie jest sympatykotonicznym, lecz amfotonicznym, tylko w jednym przypadku stwierdziliśmy prawdziwą amfotonję, w pozostałych 9-ciu przypadkach mieliśmy do czynienia z przewagą napięcia układu współczulnego, z nich w 6 przypadkach była to czysta sympatykotonja, w jednym przypadku sympatykotonja u amfotonika (S—146, V—62), w pozostałych dwóch sympatykotonja względna wskutek hipowagotonji, (Str. wł.)

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes. **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 19 maja 1925 r.**Przewodniczący prezes prof. **Sawicki**.

Obecnych 44 członków.

- Treść: 1) **Dąbrowski**. Pokaz chorej z owrzodzeniem dookoła odbytnicy pochodzenia luetycznego.
- 2) **Typograf**. Pęknięcie tętniaka tętnicy głównej. Pokaz preparatu.
- 3) **Szczepański**. Zasady podstawowej przemiany materji. Demonstracja przyrządu Krogh'a.
- 4) **Cytronberg**. Badanie sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyco-chemicznych.

Po odczytaniu przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia klinicznego.

I. Sekretarz Stały komunikuje, że Zarząd powziął decyzję urzędzenia uroczystego posiedzenia w celu uczczenia zmarłych prezesów T-wa ś. p. prof. E. Przewoskiego i ś. p. d-ra Pawińskiego. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

II. Kol. **Dąbrowski** przedstawia 17 letnią chorą z dużym płaskim owrzodzeniem dookoła odbytnicy. Wobec wybitnie dodatniego odczynu Wassermana zastosowano kurację rtęciową, w następstwie czego owrzodzenie prawie zupełnie jest już zasklepione.

III. Kol. **Typograf** opisuje przypadek pęknięcia tętniaka części zstępującej tętnicy głównej do lewej jamy opłucnej. Zejście śmiertelne po 3 dniach (Pokaz preparatu).

IV. Kol. **Szczepański** wygłosił rzecz p. t. „Zasady podstawowej przemiany materji (metabolismus) z demonstracją przyrządu Krogha.

W dyskusji 1) kol. **Szulc** podkreśla, że komunikat kol. **Szczepańskiego** jest pierwszą pracą polską w niezmiernie ciekawej dziedzinie badań nad przemianą gazową, za co należy się prelegentowi wdzięczność. Aparat Krogh'a jest szczęśliwem ułatwieniem w zastosowaniu metody badań nad przemianą gazową dla kliniki, ma tę ujemną stronę, że stwarza dla badanego warunki nienormalne, każąc mu oddychać powietrzem bardzo bogatym w tlen.

Metoda Krogh'a jest taka sama jak metoda **Benedicta**, który używa spirometru nieco innych kształtów, opartego na tych samych zasadach. Ostatnio prof. **Benedict** podał do tego celu prosty „Studencki“ aparat kosztujący kilka dolarów, w którym uzupełnianie tlenu pochłoniętego odbywa się za pomocą kilku poruszeń pompki automobilowej o znanej pojemności. Krogh przyjmuje, że w tych warunkach, jakie on przepisuje, współczynnik oddechowy jest 0,9; jest to rzecz niedowiedziona i należałoby oznaczyć najpierw, jaki jest współczynnik oddychania u osobników

normalnych w naszych warunkach żywienia się. Prof. Benedict oznaczył dla studentów amerykańskich współczynnik 0,82. W badaniach w Wojskowym Instytucie Sanitarnym, wykonanych na żołnierzach i oficerach, współczynnik ten wyniósł średnio około 0,84.

Wreszcie obliczania wydatku energii należy sprowadzić do jednostki powierzchni ciała, gdyż daje to stosunkowo najmniejszy błąd (Str. wł.)

2) Kol. Michalski podkreśla, że dla kliniki przyrząd Krogh'a zupełnie wystarcza, i ma specjalne znaczenie w przypadkach niejasnych stanów tarczycowych.

3) Kol. Węgiérko. U chorych niecukrzycowych na współczynniku oddechowym nie zależy nam, gdyż za pomocą odpowiedniej diety można go doprowadzić do 0,9. W cukrzycy, kiedy współczynnik oddechowy pozostaje stale niskim, przyrząd ten nie nadaje się zupełnie do tego, aby wyrazić ilość zużytego tlenu w ciepłostkach. Radzić sobie można w ten sposób, że oblicza się jedynie tylko ilość zużytego tlenu.

W badaniach porównawczych, ilość tlenu wdychanego, wyrażonego w litrach, w zupełności wystarcza.

Najbardziej dodatnia cecha aparatu Krogh'a jest ta, że badanie wykonywa się szybko, nie dłużej bowiem niż w ciągu 15 min. (Str. wł.)

4) Kol. Szczepański stwierdza, że aparat ma swoje dobre i ujemne strony, ale dla kliniki jest bardzo dogodny, gdyż jest prosty w użyciu i badania trwają krótko.

V. Kol. Cytronberg wygłosił rzecz p. t. „Badania sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych“.

C. badał wskaźnik załamania światła, napięcie powierzchniowe oraz  $p_{\text{H}}$  treści żołądkowych wydobytych 1) naczczo oraz 2) w  $\frac{3}{4}$  godz., 3) w  $1\frac{1}{2}$  godziny po spożyciu przez badanego osobnika odpowiednio przyrządzonej mieszaniny białka z wodą; wreszcie 4) w 4 godziny po spożyciu obiadu próbnego. Ogółem zbadał 80 przypadków różnych stanów chorobowych żołądka i innych odcinków przewodu pokarmowego.

W tymczasowym i wstępnym doniesieniu obecnem C. ogranicza się do podania nader zwyciężych wniosków z wyników dotychczas osiągniętych; zastrzega się, że nie są one bynajmniej ostatniem słowem, przeciwnie uważa je raczej za pierwsze prowizoryczne uogólnienia. Otóż:

1) Metody, stosowane do badania treści żołądkowej, są najprostszymi i najmniej czasu wymagającymi metodami fizykalno-chemicznymi. Badanie 4 — 6 treści żołądkowych zajmuje nie więcej niż godzinę.

2) W przypadkach nie połączonych z większym zastojem, niekoniecznie trzeba wydobyć całkowitą treść (wzgl. większą jej część). Wystarczy próbka od 20 — 30  $\text{cm}^3$ , a to dlatego że o wydolności wydzielniczej i ruchowej żołądka możemy za pomocą refrak-



tometriji i stalagmometriji sądzić z kilku centymetrów sześciennych próbki pozornie wodnistej i nie zawierającej mikroskopowych nawet resztek pokarmowych. Dla chorego jest to znaczną ulgą, gdyż cała procedura wydobywania treści skraca się do minimum. Różnice (stwierdzone przez wielu autorów), pomiędzy oddzielnymi warstwami treści żołądkowej dają się zmniejszyć przez 2 — 3 razowe posuwanie wgląd i wyciąganie z powrotem zgłębnika; w każdym razie przy metodach fizyko-chemicznych, stwierdzających właściwości związane z dyfuzją, równowagą jonów, elektrycznym ładunkiem cząsteczek i t. d., nie powodują one tak znacznego błędu, jak przy innych metodach badania.

3) Mierzenie  $p_H$  jest o wiele dokładniejszą i czulszą metodą do oznaczania wartości trawiennej soku żołądkowego, niż miareczkowanie.

4) Oznaczenie  $n$  z jednoczesnym uwzględnieniem zabarwienia płynu,  $p_H$  i  $s$  daje nader cenne wskazówki i umożliwia rozpoznanie odchylenia od stanu fizjologicznego oraz orzeczenie co do sprawności czynnościowej żołądka.

Specyjalnie ważnym jest ono (łącznie z  $p_H$ ,  $s$  i zabarwieniem) w raku żołądka, gdyż zachowanie się wielkości  $n$  i  $s$ , zarówno naczczo, jak w  $3/4$  godz. po spożyciu białka przez chorego, jest tak charakterystyczne, że na tej podstawie mogłem w swoich przypadkach ustalić, względnie wyłączyć rozpoznanie raka.

5) Wyższość łącznej wartości tych metod fizyczno-chemicznych w porównaniu z dotychczas używanymi sposobami badania, polega na tem, że metody fizyczno-chemiczne w sumie dają pewną formułkę, wyrażającą ogólny efekt czynności żołądka, wypadkową wszystkich różnorodnych czynników trawienia, podczas gdy dotychczasowe metody mierzą (i to nieraz fałszywie) tylko pojedyncze czynniki trawienia.

6) Z nielicznych pomiarów lepkości soku (viscosimetria), które C. wykonywał z i powodów od niego niezależnych musiał przerwać, wnioskuje, że wykonywanie viskozymetrii obok mierzenia  $p_H$ ,  $n$  i  $s$  da możność ustanowienia jeszcze bardziej charakterystycznych formułek czynnościowych, możliwie szerzej ujmujących sprawność czynnościową żołądka.

7) Dalsze badania, mające na celu zebranie możliwie większego materiału klinicznego oraz ewentualne ulepszenie metodyki, zwłaszcza pod względem ujednostajnienia właściwości podawanego podłoża białkowego, są w toku. (Str. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski**

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 2 czerwca 1925 r.**Przewodniczący prezes **B. Sawicki**.

Obecnych 44 członków.

Treść: Uczczenie pamięci zmarłego członka ś. p. Zbigniewa Paderewskiego.

1) **Szymanowski**. O bakterjofagach.2) **Zaorski**. Współczesne leczenie wrzodu okrągłego żołądka.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Sekretarz Stały zawiadomił o śmierci jednego z zasłużonych członków T-wa ś. p. D-ra Zbigniewa Paderewskiego. Pamięć zmarłego zebrani uczcili przez powstanie.

III. Kol. **Szymanowski** wygłosił odczyt p. t. „O bakterjofagach“.IV. Kol. **Zaorski** wygłosił rzecz p. t. „Współczesne leczenie wrzodu okrągłego żołądka“.

W dyskusji 1) Kol. **Michalski** podnosi trudności terapii drogą leczenia wewnętrznego, przytacza poglądy Moynihama, i omawia trudności rozpoznawcze w początkowych okresach wrzodu.

2) Kol. **Cytronberg** stwierdza, że w obecnym stanie leczenia najbardziej racjonalnym leczeniem wydaje się operacja i leczenie wewnętrzne — wzajemnie się uzupełniające. C. podaje zasadę operacji Thomas'a: dookoła wrzodu przecina się surowicówkę, podsurowicówkę i mięśniówkę, poczem zaszywa się brzegi rany żołądka, lecząc następnie djetą Lenharza. Operacja ta ma na celu przecięcie możliwie większej ilości gałązek nerwu błędnego i przez to unieruchomienie wrzodu, co, według Thomasa, bardzo sprzyja jego gojeniu. Według Thomasa wyniki tego leczenia są bardzo dobre.

3) Prof. **Sawicki** podkreśla, że leczenie djetetyczne następcza zwykle duże trudności nie tylko na oddziałach szpitalnych, lecz nawet w miejscach, specjalnie przeznaczonych do leczenia chorób żołądkowo-kiszkowych, jak np. w Karlsbadzie. Wrzód żołądka nie wymaga wprawdzie tak rychłej pomocy operacyjnej, jak np. zapalenie wyrostka robaczkowego; niemniej przeto nie należy zwlekać z operacją lat kilka lub kilkanaście, jak to nieraz bywa. S. podkreśla, że przy wrzodzie, zwięzającym odźwiernik, zupełnie dostatecznym zabiegiem jest zespolenie żołądkowo-jelitowe. Co się tyczy wycinania z zasady zawsze części przyodźwiernikowej, to S. uważa, iż lepiej ograniczyć się do wycięcia samego wrzodu tam, gdzie to możliwe, ponieważ w ten sposób nie upośledzamy tak znacznie sprawy trawienia. W przypadkach ciężkich, gdzie owrzodzenie jest dnze i wywołało znaczne zrosty, chirurg jest

w najtrudniejszym położeniu, ponieważ każda z tych operacji przeważnie jest niewykonalna.

S. wątpi, by proponowana przez Thomsona operacja mogła dać dobre wyniki, ponieważ przecięte nerwy mogą się zrastać.

4) Kol. Zaorski odpowiada, że nie miał na myśli tak szybkiej decyzji poddawania chorych na wrzód żołądka operacji. Termin ten określa do 3 miesięcy. Z. uważa, że przypadki, wyleczone przez gastroenterostomię, wyleczyłyby się też samostnie. Nawroty po gastroenterostomji są częste, po rezekcji odźwiernika i części odźwiernikowej—dotychczas nie są znane. Operacja Thomasa, zdaniem mówcy, nie ma racji bytu, gdyż ośrodki ruchowe żołądka położone są w części odźwiernikowej, w samej ścianie żołądka. Na klinice II czyniono już próby przecinania ośrodków.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 16 czerwca 1925 r.

Przewodniczący prezes prof. **Sawicki.**

Obecnych 21 członków.

- Treść: 1) **Melanowski.** Badania kapillaroskopowe w schorzeniach tętnic siatkówki.  
2) **Brokman.** Zagadnienia konstytucji i usposobienia w stosunku do chorób zakaźnych.

Po odczytaniu przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. Kol. **Melanowski** wygłosił rzecz p. t. „Badania kapillaroskopowe w schorzeniach tętnic siatkówki“.

Po raz pierwszy z opisem zmian w tętnicach siatkówki spotykamy się u **Albrechta Graefego**, który w 1858 roku opisał zamknięcie światła tętnic siatkówki i rozpoznał je jako zator tętnicy.

I odtąd do dzisiaj większość przypadków jest rozpoznawana jako zator tętnic siatkówki, pomimo że wątpliwości co do podobnego rozpoznania nasuwały się już dawno wielu autorom, m. in. **Mauthnerowi** (1868), **Gałęzowskiemu** (1886). Zator tętniczy siatkówki bywa wciąż rozpoznawany i pomimo to, że w większości przypadków badanie wewnętrzne, dokonane najskrupulatniej, nic w sercu nie wykrywa (np. **Patin**). Prócz tego zmiany podobne występują często czasowo, czego również nie należałoby oczekiwać przy zatorze. Zresztą badania anatómopatologiczne, zapoczątkowane przez **Manza**, **Raehlmana**, **Reimana** i innych, wyka-

zały, że zmiany w podobnych przypadkach dotyczą głównie naczynia. Skłoniło to Ksawerego Gałęzowskiego do twierdzenia, że obok zatoru tętniczego istnieje dość często zakrzep tętniczy, a Wagenmann (1897 r.) po raz pierwszy dowiódł, że część tego typu schorzeń zależy od skurczu tętnic siatkówki.

Ostatnie prace, a szczególnie prace Baillarda, Policarda, Koby'ego, Weissa oraz kliniki Ottfrieda Müllera w Tubindze, sprawę skurczu tętnic siatkówki wyjaśniają coraz więcej i obecnie zarysowuje się, jako przyczyna skurczu tętnic siatkówki, wahanie w skurczu układu naczyń obwodowych, względnie w naczyniach włoskowatych.

Wychodząc z tego założenia, że już chociażby gruczoły o wydzielinie wewnętrznej nadają ton krwiobiegowi wogóle i krwiobiegowi na obwodzie w szczególności, w przypadkach zwężeń tętnic siatkówki badałem jednocześnie (korzystając z łaskawego pośrednictwa kol. d-ra Milewskiego) naczynia włoskowate ciała i ostatnio w 10 przypadkach stwierdziłem uderzającą zgodność.

Moje przypadki dotyczyły: dwa azotemicznego zapalenia nerek, w którym występuje zawsze bardzo wybitnie zwężenie naczyń włoskowatych; jeden przypadek zwężenia tętnic siatkówki na tle miażdżycy starczej — tu obok wydłużenia, ścięnięcia wężykowatość i wydłużenie pętli naczyń włoskowatych; w trzech przypadkach badałem nagle upośledzenie wzroku, spowodowane, według mnie, nagłym skurczem tętnic siatkówki — tu badanie wewnętrzne nie dało żadnego wyniku i tylko badanie naczyń włoskowatych wykazało znaczne ich zwężenie, krótkość pętli i zmniejszoną ich ilość. Szczególnie podkreślam tu dwa przypadki ostatnie: w jednym nagle upośledzenie wzroku nastąpiło w nocy, podczas obławy na bandytów; w drugim nagle osłepnięcie oka prawego wystąpiło podczas perjodu u kobiety w średnim wieku, u której uprzednio częste podczas perjodu występowały i występują zamglenia wzroku. Przypadki podobne zapewne objaśniają ten dotąd niczem nie wytłumaczony, występujący czasem u osób w średnim wieku. zanik nerwu wzrokowego. W tych przypadkach chorzy zawsze byli bladzi, miewali skłonności do omdleń, mieli kończyny zimne. W jednym z tych przypadków odczyn Wassermana we krwi był dodatni, w pozostałych ujemny. Naczynia tętnicze siatkówki były wybitnie wąskie i miały skłonność do dalszego skurczu — chociaż po leczeniu przeciwskurczowem pole widzenia tych chorych rozszerzało się i wzrok się poprawiał. Naczynia włoskowate we wszystkich tych przypadkach były bardzo wąskie, odcinek tętniczy nie różnił się od żylnego. Przy przejściu odcinka żylnego w tętniczy pętle były rozszerzone. Jeden z tych przypadków dotyczył osobnika, który od czasu do czasu cierpiał na chromanie przestankowe, drugi znów osobnik zaniewidział nagle na oba oczy po silnym wstrząsie nerwowym.

Słowem dane z piśmiennictwa i moje przypadki skłaniają mię do następujących wniosków:

1-o Zwężenia tętnic siatkówki występują jako jeden z objawów skurczu naczyń obwodowych.

2-o Skurcze te są częste.

3-o Występują one u osób skłonnych do skurczów w układzie krwionośnym (bładość, żywy odczyn na kokainę, łatwe omdlenie i t. p.) pod wpływem: a) wad wydzieliny wewnętrznej, b) zatruc, c) wstrząsu psychicznego.

4-o Stwierdzenie skłonności do skurczu naczyń krwionośnych jest przeciwwskazaniem do stosowania podobnych przetworów jak: chinina, arsenik i t. p., które mogą u tych osób spowodować nagłą ślepotę.

5-o Stwierdzenie skurczu tętnic siatkówki ustali nam w tych przypadkach rokowanie, niezawsze beznadziejne i pozwoli zastosować odpowiednie leczenie przetworami amyli nitrici, atropiny lub też większych dawek mieszanki bromowej. (Str. wł.)

W dyskusji prof. Głuziński podniósł sprawę badania krwi w podobnych przypadkach, gdyż według niego i we krwi znalazłoby się wytłumaczenie zwężenia układu krwionośnego obwodowego.

II. Kol. Brokman „Zagadnienia konstytucji i usposobienia w stosunku do chorób zakaźnych“.

Znaczenie cech ustrojowych dla powstawania chorób zakaźnych występuje ponownie dzięki wykryciu nowych zjawisk. Prelegent omawia zdobycze na polu immunobiologii i epidemiologii w stosunku do błonicy, płonicy i czerwoni. Stwierdza, iż obecność przeciwjadu błoniczego we krwi szeregu ludzi, wskutek obecności tej antytoksyny niewrażliwych na zachorowanie, posiada podłoże konstytucyjne. Cechą konstytucyjną jest zdolność do wytwarzania tego przeciwjadu; mamy tutaj do czynienia z właściwością dziedziczną. Zjawianie się we krwi antytoksyny następuje wskutek działania na ustrój wpływów zewnętrznych jako to: przebycie błonicy, nosicielstwo lasecznika Loefflera.

Nie jest wykluczone, że antytoksyna może powstać pod wpływem bodźców nieswoistych lub nawet samoistnie, jako etap rozwojowy ustroju. W każdym razie poza wyjątkami, gdzie mamy do czynienia ze szczególnie wielką złośliwością zarazka, obecność przeciwjadu warunkuje odporność. Brak zaś przeciwjadu niekoniecznie prowadzi do zachorowania w obecności zarazka, lecz aby powstało usposobienie (dyspozycja), prócz nieobecności przeciwjadu konieczny jest jeszcze czynnik uczulający dodatkowy. Tak, młody wiek, pewne właściwości rasowe, jak również wpływ czynników zewnętrznych: jad odrowy, zmiany pogody uczulają ustrój pozbawiony antytoksyny na zarazek.

Z podobnym mechanizmem odpornościowym mamy do czynienia w płonicy i czarwonce. Cechą konstytucyjną jest tutaj również obecność lub brak antytoksyny: 1) zwróconej przeciw toksynie paciorkowca hemolizującego w stosunku do płonicy i 2) antytoksyny zobojętniającej jad Shiga-Kruze w stosunku do czerwoni.

Podobne ujęcie sprawy konstytucji w stosunku do innych chorób zakaźnych rokuje dalsze zdobycze, dotyczące innych chorób zakaźnych. Znalezienie czynników usposabiających stanie się podstawą do postępowania zapobiegawczego. (Str. wł.)

W dyskusji 1) prof. Czubałski zapytuje, czy antytoksynę posiadają tylko te noworodki, które pochodzą od niewrażliwych matek. Dlaczego prelegent uzależnia usposobienie od wpływów zewnętrznych; być może, że mamy do czynienia, prócz obecności lub braku antytoksyny, z innymi jeszcze cechami wewnętrznymi, wpływającymi na usposobienie.

2) Prof. Gluźniński nie pojmuje, w jaki sposób antytoksyna broni przed chorobą, gdyż nie wpływa ona na rozmnażanie się prątków. Antytoksyna zjawia się dopiero pod wpływem działania bakterji na ustrój; jest skutkiem zakażenia. Osobnik, posiadający jad przeciwbłoniczy, musiał przejść błonicę, ale oczywiście musiał posiadać zdolność do wytworzenia przeciwjadu. Ustrój posiada inne sposoby obrony przed bakterjami. Nowsze badania wykazały, że niektóre organizmy potrafią bronić się przed bakterjami, inne zaś nie. Mianowicie w pewnym okresie zapalenia płuc w naczyniach odbywa się walka z bakterjami i spostrzegamy fagocytozę. Wynik walki zależy od właściwości ustrojowych naczyń, od tego, czy zarazki zginą tutaj, czy też nie. Tak więc walkę z bakterjami prowadzą inne siły ustroju, antytoksyna zaś jest tylko wynikiem walki.

3) Prof. Kryński podkreśla pewną jednostronność w badaniach nad konstytucją w chorobach zakaźnych. Niedoceniony jest czynnik infekcyjny, siła wroga, atakującego ustrój. Ma się wrażenie, że nie wykryto dotąd prawa dziedziczenia odporności na błonicę.

4) Kol. Brokman w odpowiedzi, prof. Gluźnińskiemu podkreśla, iż obecność antytoksyny warunkuje zwykle niewrażliwość na błonicę, pominiawszy te wyjątkowe przypadki, kiedy ilość i zjadliwość zarazka jest niezwykle duża. Jest to zupełnie zrozumiałe jeśli weźmiemy pod uwagę patogenność błonicy. Objawy chorobowe zależą li tylko od działania jądów. Stąd też obecność czynnika zubożniającego — antytoksyny nie pozwala na powstanie objawów chorobowych. Zarówno badania doświadczalne jak i kliniczne zgodnie wykazują, że obecność antytoksyny broni ustrój przed błonicą. Nawet rozmnażanie się zarazka na błonach śluzowych nie wywołuje wówczas choroby. Przykład: — zdrowi nosiciele złośliwych zarazków Löfflera. W sprawie genetyki antytoksynowej w ustroju prelegent nie chce wypowiedzieć się kategorycznie. Nie jest wykluczone: że antytoksyna zjawia się niekiedy w ustroju samoistnie. B. zgadza się, że w większości wypadków powstaje ona wskutek zetknięcia się ustroju z lasecznikami błonicy w postaci bądź to utajonej choroby lub nosicielstwa. W każdym bądź razie od chwili zjawienia się antytoksyny człowiek jest niewrażliwy na błonicę. W sprawie zapalenia płuc prof. Gluźniński wspominał o roli czynników komórkowych w odporności. Prelegent mówił tylko o pewnej grupie chorób, gdzie mechanizm odpornościowy antytoksyczny jest na pierwszym planie, zaś odczyn komórkowy odchodzi na plan drugi. B. wyjaśnia, w odpowiedzi prof. Kryńskiemu prawo dziedziczenia odporności na błonicę,

przyznaje, że obecne metody określania złośliwości bakterji dla ludzi nie są wystarczające. W odpowiedzi prof. Czubałskiemu prelegent wspomina o pracach Groera i własnych, świadczących o przechodzeniu antytoksyny ze krwi matki poprzez łożysko do krwi płodu. Niewątpliwie obecność lub brak antytoksyny nie jest jedyną cechą wewnętrzną wpływającą na usposobienie. Odgrywają tu rolę wiek i rasa; prace nad temi zagadnieniami są w toku.

(Streszczenie własne.)

5) Prof. Gluziński podkreśla raz jeszcze różnicę zdań. Twierdzi, iż zjawienie się antytoksyny jest skutkiem choroby. Broni ona tylko przed toksynami a nie przed zakażeniem.

6) Kol. Brokman zaznacza, że w stosunku do płonicy obecność antytoksyny zobojętniającej jad paciorkowca hemolitycznego broni przeciw wystąpieniu objawów szkarlatyny. Bakterie same jednak mogą wywoływać w ustroju ropienia. W danym przypadku rola bakterji jest podwójna.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 15 września 1925 r.

Przewodniczy Prezes prof. **Sawicki.**

Obecnych członków 31.

- Treść: 1) Uczczenie pamięci D-ra Teodora Herynga.  
 2) Zjazd lekarzy Jugosłowian w Dubrowniku.  
 3) Puszeta *Lambliia intestinalis* w przebiegu skazy krwotocznej.  
 4) Jochweds O przewlekłym przyściennym zapaleniu wsierdzia bez zajęcia zastawek.

Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 16 czerwca r. b.

I. Prezes powiadomił członków o stracie jaką poniosło Towarzystwo w osobie zmarłego prof. Teodora Herynga. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

II. Prezes a) wezwał członków do wzięcia udziału w zjeździe ligi antyalkoholowej w Katowicach we wrześniu r. b.

b) Zawiadomił zebranych o wyjeździe prof. Gluzińskiego, D-ra Jakimiaka, Szumlańskiego, Łapińskiego, Jurasza i Karwowskiego z Poznania — na zjazd lekarski jugosłowiański do Dubrownika i o projekcie zwołania w r. p. zjazdu lekarskiego Wszechsłowiańskiego do Warszawy.

III. Nadesłano do biblioteki T-wa. 1) M. Biehlerowa. Podstawy djagnostyki chorób dziecięcych. 2) L. Zembrzuskii. W sprawie leczenia przepuklin pachwinowych i pępkowych u niemowląt. 3) gen. S. Składkowski. Przygotowanie lekarzy wojskowych we Francji. 4) Wł. Janowski. Kamica żółciowa ze stanowiska medycyny wewnętrznej. 5) prof. B. Koskowski. Nauka o przyrządzaniu leków i ich postaciach. 6) Mitteilungen über allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie B. II. H. 2. Die Kaiserliche Universität zu Sendai. Japan. 7) Mitteilungen aus der Medizinischen Fakultät der Kaiserlichen Kyushu-Universität B. IX H. 2. 8) Japanese Journal of Medical Sciences II. Biochemistry. 9) G. Sardou. a) Nice-Station d'hiver, b) Le climat de la côte d'Azur c) Topographie climatique de la Station de Nice. 10) Prospekty uzdrowisk estońskich. 11) E. Techougeres. A propos de rien. 12) Journal des praticiens.

IV. Kol. Puszet wygłosił rzecz p. t. „*Lamblia intestinalis* w przebiegu skazy krwotocznej“.

W dyskusji 1) Kol. Mutermilch podaje, że w ostatnich czasach, gdy na szeroką skalę zaczęto stosować zgłębnikowanie dwunastnicze, przekonano się, że lamblje znajdują się dość często u osobników zupełnie zdrowych; znajdowano je również w przypadkach cierpień żołądkowo-kiszkowych i w stanach zapalnych dróg żółciowych. W tym ostatnim przypadku w zawartości pęcherzyka żółciowego znajdowano niekiedy prócz lamblji bakterie chorobotwórcze. Zdaje się, że lamblje mogą w pewnych warunkach być przyczyną zaburzeń kiszkowych i dróg żółciowych.

Co się tyczy przypadku prelegenta, to mamy tu do czynienia z niedokrwistością złośliwą o typie aplastycznym, krwotoczność zaś uważać należy za jej objaw, zależny między innymi od trombopenji, – to też nie należy używać w przypadku tym nazwy choroby Werlhofa, która stanowi samoistną jednostkę chorobową.

Obecność lamblji w przypadku tym oczywiście mogła się w pewnym stopniu przyczynić do pogorszenia stanu chorobowego.  
(Str. wł.).

2) Kol. Michalski zapytuje o eozynofilję.

3) Kol. Puszet odpowiada: Sądzę, że w daleko posuniętym okresie choroby trudno rozstrzygnąć, czy mieliśmy do czynienia z pierwotną niedokrwistością aplastyczną, czy też z pierwotną skazą krwotoczną.

Na pytanie co do zachowania się barwników żółciowych: w surowicy barwniki żółci były w normalnej ilości, urobilinogen w nich był niestale.

Co się tyczy eozynofilji, to większość badaczy nie znalazła zwiększenia ilości eozynofiliów w przypadkach zakażenia wiciowcami. (Str. wł.).

V. Kol. Jochweds wygłosił rzecz p. t.: „O przewlekłym przyściennym zapaleniu wsierdza bez zająęcia zastawek“.



W dyskusji: 1) Kol. Michalski zaznacza, że zespół objawów, które prelegent podaje, jako charakteryzujące omawiane cierpienie wsierdzia, jest zsumowaniem objawów dwóch dość codziennych schorzeń, mianowicie: objawów przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego i objawów zablokowania częściowego w przebiegu pęczka przedsionkowo-komorowego.

Niesłusznie prelegent omawiane 2 przypadki zalicza do kategorii zapalenń wsierdzia. Zarówno obraz kliniczny — brak wzmożonej ciepłoty — jak i anatomo-patologiczny — włókniste zmiany w okolicy pęczka przedsionkowo-komorowego, świadczą, że mieliśmy tu do czynienia nie ze sprawą zapalną, a ze zwyrodniającą.

Jeśli więc prelegent w słusznym dążeniu do uzgodnienia rozpoznania klinicznego z anatomo-patologicznym chce określić to cierpienie zamiast zwykle w klinice używanego rozpoznania czynnościowego — niedomoga mięśnia sercowego i blok częściowy serca — rozpoznaniem anatomicznym, winien je nazwać „endomyodegeneratio fibrosa”, a w żadnym razie nie „endocarditis chronica”, gdyż to nie odpowiada danym ani klinicznym, ani anatomo-patologicznym. Rzecz jasna, sprawy te były prawdopodobnie następstwem przebytych spraw zapalnych. (Str. wł.).

2) Kol. Tokarski. Obadwa przytoczone przypadki należy rozpoznawać i nazwać jako zwyrodnienie mięśnia sercowego.

Być może, że prelegent miał na myśli, jakkolwiek o tem nie wspominał, iż cierpienie mięśnia sercowego należy uważać nie jako pierwotne wskutek tej czy innej sprawy zakaźnej lub z zatrucia pochodzącej, lecz jako wtórne, wskutek przejścia sprawy zapalnej z wsierdzia na mięsień sercowy jak np. drobnokomórkowe nacieczenie kory mózgowej w cierpieniach opon mózgowych. Lecz jeśli tak, to należy tego dowieść. Wogóle o zapaleniu wsierdzia nie można mówić bez badania krwi na obecność paciorkowców. Pod nazwą przewlekłego przyściennego zapalenia wsierdzia bez zajęcia zastawek należy pojmować te przypadki, w których po długim trwaniu choroba zakończyła się śmiercią i badanie zwłok wykazało rzeczywiście przyścienne zapalenie, a nieuszkodzone zastawki, lecz przebieg choroby wspomina o trwałych choć krócej trwających i potem wyrównanych szmerach nad aortą i szczególnie nad zastawką dwudzielną, gdzie historia choroby wspomina np. o raptownym bólu w lewym boku, a sekcja wykazuje zator tętnicy śledzionowej. Wyobrazili sobie musimy, że w tych przypadkach (rzadkich) zastawki utraciły, pozbyły się swych osiedli bakteryjnych, albo nie uległy schorzeniu, albo się wygoiły. Tak, jak martwa skóra, pokryta przez pewien czas pleśnią, ulega lub nie ulega zniszczeniu.

W medycynie niema nic trudniejszego do zrozumienia niż mechanizm śmierci w przebiegu chorób zakaźnych. (Str. wł.).

W odpowiedzi Kol. Jo ch w i e d s, zaznacza, że omawiane cierpienie jako przewlekłe i trwające lata całe, przebiega bez podniesionej ciepłoty. Anatomja patolog. stwierdza w jednych przypadkach zmiany nekrobiotyczne, w innych — przewlekłe zapalenie (rozwój tkanki łącznej i nacieki drobnokomórkowe); stąd naz-

wa francuska: „fibrose de l'endocarde“. Zawsze jednak blizny zajmują całe wsierdzie oraz podwsierdziowe odcinki mięśnia sercowego.

Wolne tętno nie wyłącza rozpoznania, trzepotania przedsionków zablokowanych; Mackenzie podaje krzywe z 28 uderzeniami tętna na 1<sup>l</sup>, przedsionek zaś wykazuje 280 uderzeń (10 fal „a“ na każdą falę „c“); tu za trzepotaniem przemawiają drobne wzniesienia na krzywej żylny w ilości 4 — 5 na jedną falę „c“.

Wreszcie co do zarzutu, że przytoczone przypadki należą do grupy, „myodegeneratio“ wzg. „myofibromatosis“ cordis referent uważa, że przewl. przejśc. zap. wsierdzia jest jednostką chorobową, obejmującą właśnie te przypadki, w których sprawa zaczyna się od wsierdzia, przechodząc na podwsierdziowe warstwy mięśnia sercowego, oraz w których etiologii brak czynnika nerkowego, naczyniowego (zakrzepy, zawały) miażdżycowego i zwyrodnieniowego (o tyle, o ile ten ostatni działa na cały mięsień). (Str. wł).

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny **T. Byszewski.**

## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 29 września 1925 r.

Przewodniczący prezes prof. **Sawicki.**

Obecnych członków 59.

- Treść: 1) Eiger. Raki doświadczalne na roślinach (pokaz).  
 2) Eiger. Wpływ chemji fizycznej na fizjologję i medycynę współczesną.  
 3) Lachs. Nowsze badania w chemji koloidów.

Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia poprzedniego.

Nadesłano do Biblioteki: Dr. m. W. Melanowski. Badania kliniczne i anatomopatologiczne nad zmianami w oczach przy zapaleniu nerek.

I. Prof. Eiger przedstawia raki doświadczalne na roślinach, mianowicie rak, doświadczalnie otrzymany na słonecznikach przez zaszczepienie bacillus tumefaciens.

II. Prof. Eiger wygłosił rzecz p. t. Wpływ chemji fizycznej na fizjologję i medycynę współczesną (wstęp do fizjologji koloidalnej).

III. Doc. H. Lachs wygłosił odczyt p. t. „Nowsze badania w chemji koloidów“.

Dyskusja. Kol. Węgierko. W ostatnim dziesięcioleciu zebrało się ogromne piśmiennictwo, świadczące o wielkiem zain-

teresowaniu lekarzy całego świata chemją fizyczną i koloidową. Niemniejsze zainteresowanie daje się zauważyć i u nas. Wystarczy wspomnieć, że już przed 20-tu laty prof. Moraczewski i dr. Flaum zabierali w Tow. Lek. głos w tej sprawie, a przed 2-ma laty wypowiedziałem referat p. t. znaczenie chemji fizycznej dla patologji.

Nie da się zaprzeczyć, że ch. fiz. odegra jeszcze wielce doniosłą rolę we wszystkich działach medycyny, że wtargnęła ona już zarówno do djagnostyki, jak i terapii, a nadewszystko do patologji ogólnej. Niemal każdy objaw patologiczny staramy się dziś rozpatrywać pod kątem widzenia ch. fiz.; odegrała ona pewną rolę w medycynie chociażby dlatego, że zmieniała sposób myślenia dzisiejszego patologa, zbliżając go bardziej do takich nauk, jak fizyka i chemja. Jednakże nie jesteśmy jeszcze dziś w stanie twierdzić, że patolog i fizjolog, kroczący tą nową drogą, zdobył już wiele. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że surowica krwi, ten roztwór wielce bogaty pod względem fizyczno-chemicznym, zawierający białko w stanie rozproszenia koloidowego, jony czynne i ukryte, koloidy ochrone, roztwór, w którym mają miejsce zjawiska adsorpcji, odbywa się ruch Brownowski i t. p. jest jeszcze zagadką dla badającego biokoloidy, że nie starczy jeszcze praw chemicznych i fizycznych do wytłumaczenia wszystkich zjawisk zachodzących w tym roztworze, to stanie się jasnym, że niedaleko jeszcze w badaniach swych uszliśmy naprzód. Co dają nam wreszcie w sensie kliniczno-rozpoznawczym fizyczno-chemiczne sposoby badania? Nie wiele wszak osiągamy w klinice danych za pomocą określenia ciśnienia osmotycznego, przewodnictwa elektrycznego, stężenia jonów wodorowych, napięcia powierzchniowego, lepkości, ilości glob. i album. w surowicy, badaniem cząsteczek białka za pomocą ultramiskroskopu, stosowaniem nefelometrii i t. p. Jednakże nie przestajemy stosować fizyczno-chemicznych metod badania, gdyż nie wątpimy, iż tą drogą wiele jeszcze prawd odkryć zdołamy. I chociaż dziś chemja fizyczna posiada dla medycyny znaczenie bardziej teoretyczne, to niezadługo będzie posiadać również znaczenie praktyczne. (Str. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**

**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 6 października 1925 r.**Przewodniczący wiceprezes **K. Zieliński.**

Obecnych członków 38.

- Treść: 1) Karwacki. Zapalenie gruźlicze opon, leczone sanokryzyną i aurosanem (pokaz).  
2) Grzybowski. O wartości klinicznej badania krwi i płynów wysiękowych metodą Besredki w gruźlicy.  
3) Oziębłowski. Odczyn odchylenia dopełniacza jako metoda rozpoznawcza w gruźlicy.

I. Nadesłano do Biblioteki T-wa: 1) Pani profesorowa Rzętkowska 211 tomów ze zbiorów zmarłego prof. Rzętkowskiego. 2) Pani profesorowa Kijewska książki pozostałe po zmarłym prof. Kijewskim. 3) H. Higier a) Z nowszych poglądów na padaczkę samoistną, jej równoważniki i pogranicza. b) Familiäre spastische Paralyse von cerebralem Typus (cerebrale Diplegie) und Heredolues. 4) Kwartalnik statystyczny I, II zes. 2, 1925. 5) S. Groszlik. W setną rocznicę pierwszej litotrypsji. 6) K. Dąbrowski, L. Hirszfeld, S. Rudzki, Z. Szymanowski. Sprawozdanie Komisji wysłanej w celu zapoznania się ze stanem obecnym badań nad działaniem sanokryzyny. 7) M. Biro. Półpasiec a choroby zakaźne. 8) M. Biro. Herpes zoster i jego stosunek do układu nerwowego. 9) Rocznik Psychjacyjny zes. 1. 1923. 10) Jaroszyński. Metody badań psychologicznych w szkole. 11) Glasilo Zdravniske zbornice za Slovenjo zes. 1—5. 12) Liječnički Vjesnik 1925. zes. 1—8. 13) Spomen Kniga. Zbor Liječnika Hrvatske-Slavenije medjumurja 1900—1924.

II. Kol. Karwacki Leon przedstawia przypadek gruźliczego zapalenia opon, leczonego za pomocą zastrzyków dwukrotnych sanokryzyny i aurosanu.

U chorego żołnierza Władysława J. w drugim dniu choroby stwierdzono nieznośny ból głowy, wymioty, niepokój ruchowy, sztywność karku, objawy Kernig'a i Brudzińskiego, bezwiedne oddawanie moczu, mocne zaćmienie świadomości.

Nakłucie ledźwiowe dało płyn przezroczysty z zawartością białka zwiększoną, z plejocytozą (limfocyty), z licznymi prątkami kwasoodpornymi.

Zastrzyknięto śródźylnie 0,25 sanokryzyny i 20 cm. sz. surowicy przeciwgruźliczej Jonset'a domięśniowo.

Ciepłota z 39<sup>02</sup> podniosła się do 39<sup>09</sup>, a nazajutrz spadła do 36<sup>03</sup>. W ciągu paru dni następnych ustąpiły powoli inne zaburzenia. Po 10 dniach ciepłota zaczęła się podnosić znowu, wystąpiły bóle głowy i zarys Kernig'a i Brudzińskiego. Płyn mózgowordzeniowy zawierał zwiększoną ilość białka i wykrywał limfocytozę, kwasoodpornych jednak nie wykryto.

Po podaniu preparatu złota krajowego (aurosanu) wystąpiły silne bóle w krzyżu (odczyn Herxheimer'a), a ciepłota podniosła

się do 39<sup>o</sup>. Podskok ten trwał 24 godziny, i odtąd gorączka więcej nie wracała. Po 10 dniach znowu podano aurosan, na ten raz już bez żadnego odczynu ze strony ustroju.

Płyn mózgowordzeniowy wykazał warunki normalne. W ciągu 3 $\frac{1}{2}$  miesięcy obserwacji szpitalnej chory nie zdradzał żadnych objawów chorobowych.

Prześwietlenie płuc wykazało objawy zagęszczenia w prawym szczycie, powiększenie i częściowe zwapnienie gruczołów wnekowych i objawy peribronchitidis. Próba Pirquet'a dodatnia. Komisja wojskowa uznała, że osobnik ten może pełnić dalej swą pracę podoficera zawodowego bez zastrzeżeń.

Jest to 62-gi przypadek w literaturze remisji, lub wyleczenia gruźliczego zapalenia opon. Działanie złota na przebieg choroby jest tu bardzo wyraźne. (Str. wł.)

W dyskusji prof. 1) G l u z i ń s k i podnosi, że objawy podane nie świadczą bezwzględnie o sprawie gruźliczej. Obecność prątków kwasoodpornych nie jest jeszcze dowodem sprawy gruźliczej, gdyż możliwe są zanieczyszczenia. W danym przypadku limfocytoza przemawia przeciw meningitis serosa i meningitis cerebrospinalis epidemica. Wskazana byłaby w tym przypadku próba biologiczna na śwince.

2) K o l. K a r w a c k i zaznacza, że powtórne badanie nie wykazało prątków. Do badania biologicznego potrzebne są prątki zjadliwe; w danym przypadku próba ta nie wypadłaby korzystnie.

III. K o l. G r z y b o w s k i wygłosił rzecz p. t. „O wartości klinicznej badania krwi i płynów wysiękowych metodą Besredki w gruźlicy“.

IV. K o l. O z i ę b ł o w s k i wygłosił rzecz p. t. „Odczyn odchylenia dopełniacza jako metoda rozpoznawcza w gruźlicy“.

Najistotniejszą część ogólnej metodyki wykonywania odczynu stanowi sposób przyrządzania antygeny. Obecnie autorowie, pracujący nad odczynem odchylenia dopełniacza z gruźlicy, posługują się przeważnie jednym z 4-ch antygenów: Besredki, Negre'a i Boquet'a, Petroffa i Wassermana. Prelegent pracował z antygenem Negre'a i Boqueta. Materiał kliniczny brano ze szpitala Przemienienia Pańskiego (Dyr. Dr. Zieliński). Praca laboratoryjna, wykonana w Zakładzie Bakterjologii Uniwersytetu Warszawskiego (Dyr. prof. Nitsch). Prelegent zbadał 180 surowic, w tem 137 przypadków gruźlicy i 43 przypadki, w których nie było podejrzenia co do gruźlicy.

Wnioski, wysnute na podstawie zestawień wyników badania klinicznego z wynikami badania surowic, są następujące: 1) w przypadkach, gdzie rozpoznanie gruźlicy stwierdzono znalezieniem laseczników w płwocinie, odczyn wiązania dopełniacza przeważnie bywa dodatni (66<sup>o</sup>/o), 2) Wynik odczynu zależny jest od postaci i od obrazu choroby, 3) postaci ze zmianami o przeważającym typie włóknistym dają nieduży odsetek wyników dodatnich (22<sup>o</sup>/o), 4) Wysoki odsetek dają postaci gruźlicy płuc ze znacznymi zmia-

nami serowatemi t. j. postaci guzowato-serowate i wysiękowe w okresie niekachektycznym (85<sup>0</sup>/o), 5) W okresie daleko posuniętej gruźlicy z objawami wyniszczenia odczyn często wypada ujemnie, 6) W przypadkach, gdzie nie było podejrzenia co do gruźlicy, odczyn wypada dodatnio bardzo rzadko (7<sup>0</sup>/o).

Wykazana zależność wyników odczynu serologicznego od postaci gruźlicy wiąże się z poglądem Wassermana na wpływ, jaki wywiera chora tkanka gruźlicza na proces wytwarzania się przeciwciał, a pośrednio na wynik odczynu.

Wyniki przytoczonych doświadczeń wskazują produkty zmian serowatych, jako te substancje, które obok swoistych substancji laseczników powodują wytwarzanie się w surowicy przeciwciał, reagujących z antygenem Negre'a i Boquet'a

Wynik dodatni odczynu serologicznego świadczy nie tylko o istnieniu zakażenia gruźliczego, lecz i o zmianach serowatych.

Praktyczne znaczenie odczynu jest następujące: w tych wątpliwych przypadkach początkowej gruźlicy, w których przed leczeniem powstaje dylemat, czy ma on do czynienia z gruźlicą czynną, wynik odczynu serologicznego, w przypadku, kiedy jest dodatni, powinien rozstrzygać o postępowaniu jak z gruźlicą czynną.

(Str. wł.).

W dyskusji 1) kol. Mutermilch Stanisław zaznacza, że zawsze odczuwano potrzebę wykrycia pewnej metody laboratoryjnej, któraby dawała możliwość odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej, aczkolwiek podkreślić należy, że nie zawsze daje się przeprowadzić ścisłą granicę pomiędzy gruźlicą nieczynną i czynną. Prócz wspomnianych przez prelegenta dotychczas stosowanych metod mówca przytacza kilka innych, jak aktywowanie jadu okularnika przez surowicę chorych gruźliczych w zależności od zwiększonej w niej zawartości lecytyny, dalej metody takiej jak Biernackiego (przyśpieszone opadanie czerwonych krążków), odczyn Wildholca w moczu, metodę opsoninową, i in. Jednakże okazało się, że wszystkie te odczyny są nieswoiste i nie mogą mieć znaczenia rozpoznawczego. To też ze zrozumiałym entuzjazmem przyjęto odczyn odchylenia dopełniacza, zwłaszcza od czasu wprowadzenia przez Besredkę specjalnie przygotowanego antygeny z prątków gruźliczych, hodowanych na żółtku jaj.

Dalej mówca szczegółowo roztrząsa sprawę, czy odczyn Bordet-Sengou w gruźlicy jest istotnie swoisty w pojęciu serologicznym i dochodzi do wniosku, że badania dotychczasowe nie upoważniają do kategorycznego wypowiedzenia się w tym względzie, zwłaszcza wobec faktu, podanego przez Bocquet'a i Nègre'a, że wynik dodatni w gruźlicy otrzymuje się również, gdy użyć jako antygeny wyciągu alkoholowo-metylowego prątków Kocha, a nawet czystej lecytyny. W każdym bądź razie jest pewne, że odczyn Besredki posiada dużą wartość praktyczno-rozpoznawczą. Trudniej wytłumaczyć nieliczne wprawdzie przypadki występowania dodatniego odczynu Besredki w innych sprawach chorobowych; być może następuje tu do pewnego stopnia aktywacja utajonej gruźlicy pod wpływem innego czynnika chorobowego.

Dalej mówca rozważa stosunek, jaki zachodzi pomiędzy obecnością w surowicy krwi swoistych niweczników (sensibilisatrices), a odpornością w gruźlicy. W myśl nowych poglądów, wysuwających w zjawisku odporności na pierwszy plan zmiany w samych komórkach ustroju, mówca sądzi, że dodatni, słabszy lub silniejszy, odczyn Besredki nie będzie miał znaczenia w sprawie rokowania i że lekarz praktyk nie będzie szukał w odczynie Besredki wskaźnika terapeutycznego, jak to ma miejsce w kile i jej stosunku do odczynu Wassermana.

W zakończeniu mówca podkreśla znaczenie praktyczne dokonywania odczynu Besredki z wysiękami opłucniami, otrzewniami i z płynami mózgoworodzeniowymi, zwłaszcza w świetle modnej obecnie teorii odporności miejscowej. (Str. wł.).

2) Kol. Wojnarowska. Metoda Besredki nie zdobyła, i przypuszczalnie nie zdobędzie, takiego znaczenia, jakie ma odczyn Wassermana na lues; prosto dlatego, że istnieje cały szereg innych metod, za pomocą których diagnozę gruźlicy ustalamy, a które są łatwiejsze do przeprowadzenia. To szukanie coraz to nowych dróg w diagnozie gruźlicy, bierze swój początek z usiłowania, aby wyjaśnić wypadki, w których mimo użycia jaknajskrupulatniejszego wszystkich znanych metod i sposobów, nie wykrywamy siedziby bakterji, ani też obecności jej udowodnić nie możemy. Ogromne znaczenie na przyszłość ma fakt stwierdzony, tak przez francuskich, jak niemieckich badaczy, że u dzieci, które klinicznie zmian gruźliczych nie wykazały, jednak należały do dziedzicznie obciążonych, tak antygen Besredki, jak antygen Wassermana, dają odczyn dodatni. Jest to bardzo ciekawe pole do badań na przyszłość. Obecnie wartość metody Besredki powinna przede wszystkim odnosić się do wypadków, w których współrzędność gruźlicy z rozedmą, dusznicą oskrzelową lub przewlekłym katarą oskrzeli tak zaciemnia obraz choroby, że niemożliwym się staje rozgraniczenie objawów kataralnych schorzenia specyficznego; dalej u neurasteników i symulantów, brak objawów klinicznych, poparty negatywnym Besredką, dałby rozpoznanie pewne.

W końcu chcę zaznaczyć, że wynik dodatni nie jest w żadnym stosunku do przebiegu gruźlicy i wraz z tym się zmienia. Tak mały gruzełek jak i gruźlica II stopnia dadzą wynik dodatni z równoczesną niestwierdzalnością aktywności procesu. (Str. wł.).

3) Kol. Mikułowski. W Szpitalu Karola i Marji na materiale 106 dzieci śledziliśmy odczyn serologiczny z endogenem Besredki oryginalnym. Wyniki badań ogłoszono w *Pedjatrii Polskiej* Z. V. 1924. Naogół w przypadkach gruźlicy płuc, błon surowiczych, stawów, kości w 77,5% odczyn był dodatni, w początkowych okresach gruźlicy płuc i gruczołów szczęki w 65% odczyn był dodatni. W przebiegu kilku przypadków duru brzuszego i płasawicy (chorea) odczyn był ujemny (wbrew spostrzeżeniom Aviraquet'a Goldenberga i Peignaux). W przebiegu gruźliczego zapalenia opon czołdyn często bywał ujemny. Naogół stanowi odczyn serologiczny

środek rozpoznawczy pomocniczy, znaczenia rozpoznawczego odosobnionego w gruźlicy dziecięcej nie posiada. Nie jest lepszy niż odczyn skórny Pirqueta i znacznie mniej praktyczny i trudniejszy do przeprowadzenia. (Str. wł.).

4) Kol. Karwacki wspólnie z Groerówną i Krakowską przeprowadzał badania nad wiązaniem dopełniacza przez prątki gruźlicze w pracowni szpitalnej Wojciechowskiego. Chodziło mu nie tyle o wartość odczynu dla rozpoznawania gruźlicy, co o pokrewieństwo, lub odrębność serologiczną prątków gruźlicy. Antygeny ich były jednoszczepowe, sporządzane z hodowli ujednostajnionej z podłoży stałych. Z początku korzystali z zawiesin wodnych, ale wobec szybkiego spadania siły antygeny przeszli na antygeny metylowe. Jako antygenów z prątków kwasoodpornych użyli 7 szczepów ludzkich, 3 bydłowych, 1 ptasi, 1 żółwi i 1 rybi, pozatem używali antygenów i z niekwasoodpornych postaci jadu gruźliczego.

Badania wykazały, że poszczególne szczepy prątków gruźlicy nie są pokrewne serologicznie. Rodzina prątków gruźlicy rozpada się na szereg szczepów o odmiennych funkcjach antygenicznych.

Co się tyczy wartości odczynników do rozpoznawania gruźlicy, to w płynach wysiękowych gruźliczych odczyn wiązania dopełniacza zbliża się do 100% (26 badań), w gruźlicy płuc otwartej — do 90% (60 badań), w gruźlicy utajonej nieczynnej i w innych schorzeniach — do 20% (20 badań). (Str. wł.).

Kol. Oziębłowski podkreśla trudności techniczne w praktyce serologicznej; jest to przyczyną różnic w danych procentowych. Jednak stosunkowo duże odsetki dodatnich odczynów zachęcają do pracy dalszej.

Na tem posiedzenie zakończone.

Wice-prezes: **K. Zieliński.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**



**Posiedzenie d. 27 października, poświęcone pamięci zmarłych prof. E. PRZEWÓSKIEGO i dr. J. PAWIŃSKIEGO.**

Przewodniczący prezes B. Sawicki.

Obecnych członków 62.

I. Prof. Kryński. Wspomnienie o ś. p. prof. E. Przewóskim.

Posłuszny wezwaniu szanownego Prezesa staję tu, aby wziąć udział w dzisiejszem posiedzeniu, poświęconem pamięci zasłużonych kolegów ś. p. prof. Edw. Przewóskiego i ś. p. dr. Józefa Pawińskiego. Pragnę w krótkich słowach podkreślić działalność ś. p. Edw. Przewóskiego jako nauczyciela i kierownika zakładu anatomji patologicznej w Uniwersytecie Warszawskim. Wspomnienia o zmarłych poza zwykłym celem i zadaniem oddania czci ich pracy i zasługom mają jeszcze to w sobie, że zmuszają do odtworzenia w pamięci tych warunków, wśród których sążone było pracować i działać zmarłym, warunków, które, mniej czy więcej oddalone od chwili obecnej, częstokroć pod wpływem zmian i szybkiego biegu momentów historycznych błędą i zacierają się w naszej pamięci. Do tych niedawnych a już odległych czasów należy okres istnienia zakładu anatomji patologicznej dawnego Uniwersytetu Warszawskiego pod kierownictwem prof. Włodz. Brodowskiego, zakładu będącego w ciągu dwóch ostatnich dziesięcioleci ubiegłego wieku i pierwszych lat bieżącego, tere-nem pracy ś. p. prof. Edwarda Przewóskiego, który pełnił w niej długie lata obowiązki prosektora, zanim po ustąpieniu z katedry prof. Brodowskiego zajął jego miejsce. Zalew rosyjski Uniwersytetu Warszawskiego, po zamknięciu Szkoły Głównej, zaczął się w latach 1869 1870, lecz nie wystąpił odrazu w całej rozciągłości. Na wydziale lekarskim pozostały przez dłuższy czas niektóre placówki naukowe w rękach polskich, że wymienię tu trzy nazwiska znanych w nauce i zasłużonych profesorów, fizjologa Nawrockiego, histologa Hoyerera i anatomo-patologa Brodowskiego. I rzecz szczególna, godna uwagi: pomimo pozorów zruszczenia całej wszechnicy warszawskiej, wyrażającego się przedewszystkiem w języku wykładowym i szacie zewnętrznej uniwersytetu, w istniejących w owym czasie pracowniach wymienionych profesorów polaków tętniało życie wyłącznie polskie, asystenci i pracownicy byli wyłącznie polacy, nie słychać było innej mowy, jak tylko polską. W pracowni profesora Brodowskiego spędziłem nad mikroskopem lat kilka: żywo stoi mi w pamięci piękna postać „pana Dziekana“ o długiej siwej brodzie, spieszącego, pomimo chorej nogi, chętnie z radą i wskazówkami do stołu każdego z potrzebujących tej rady pracowników. Prosektor ówczesny Przewóski Edward zawsze ruchliwy i uwijający się po zakładzie, pochłonięty był licznymi sekcjami, które wykonywał codziennie a w których doszedł do nadzwyczajnej umiejętności i artyzmu. Ogromne jego doświadczenie w diagnostyce anatomopatologicznej, biegłość

w badaniach histologicznych, szybkość i trafność orientacji w sprawach zawitych, jasny wykład — wszystko to dawało wielkie korzyści naukowe tym zastępom młodych lekarzy, którzy przez czas dłuższy pragnęli czerpać wiedzę w Zakładzie Anatomji Patologicznej. Szereg pracowników i uczniów tego zakładu stanowi zastęp lekarzy polskich, niestety dziś już przeważnie nieżyjących, którzy zaznaczyli się wybitnie zarówno w literaturze naukowej, jak i na polu leczenia. Wymienię tu nazwiska: Zdzisława Dmochowskiego, prosektora, Franciszka Kijewskiego i Adama Ciąglińskiego, pomocników prosektora Zakładu Anatomji Patologicznej, i szereg innych pracowników jak: Teodor Dunin, Adam Chełmoński, Kazimierz Chełchowski, Władysław Janowski, Władysław Kopytowski, Stanisław Markusfeld, Józef Pawiński i inni którzy, nie zajmując tam stanowiska urzędowego, w ciągu lat szeregu przesunęli się przez ten zakład, pracując nad różnymi zagadnieniami z dziedziny patologji. Wszyscy oni zachowali uczucie wdzięczności za kierownictwo i pomoc naukową, za cenne wskazówki z bogatego arsenału wiedzy ś. p. Edwarda Przewóskego, którego pamięci niech mi wolno będzie złożyć dziś hołd w tym szanownym przybytku nauki lekarskiej polskiej. Siew, rzucony w umysły młodych pracowników przez ówczesnych, zdawało się, ostatnich mohikanów naszych w Uniwersytecie Warszawskim, dał medycynie polskiej plon obfity i tak potrzebny, którego doniosłość cenić winniśmy tem więcej dziś w wolnej Polsce, rozporządzającej na obszarze ziem swoich już pięciu uczelniami uniwersyteckimi wiedzy lekarskiej.

II. Prof. Paszkiewicz przedstawił ocenę działalności naukowej prof. E. Przewóskego.

III. Doc. W. Janowski. Ocena działalności naukowej ś. p. dr. J. Pawińskiego <sup>1)</sup>.

IV. Kol. Kazimierz Wagner. Życiorys i wspomnienie o ś. p. dr. J. Pawińskim.

Odszedł od nas niespodziewanie: był, zdawało się, uosobieniem siły i odporności. Uleciał duch, spiritus vitalis, ta pneuma, nad którą często rozmyślał i której poświęcił jedną ze swych ostatnich prac. Długie pasmo dni Jego życia było całkowicie wypełnione wytrwałą pracą — pracą zawodową i naukową ku chwale ojczystej wiedzy lekarskiej. Czasu nie marnował nigdy, odpoczywał mało, twierdząc zwykle, że praca naukowa jest mu najmilszym wypoczynkiem. Śmierć zaskoczyła go nagle na obczyźnie, dokąd, mimo podeszłego wieku, śpieszył, jako jeden z najpoważniejszych przedstawicieli medycyny polskiej, w celu podtrzymania łącznika wiedzy ze sprzymierzoną Francją.

Wobec dzisiejszej uroczystości, związanej z imieniem ś. p. d-ra Pawińskiego, pragnę poświęcić Mu tych kilka słów, by się przyczynić do scharakteryzowania w pamięci współczesnych tej

<sup>1)</sup> „Nowiny Lekarskie“ Nr. 23, r. 1925.

pięknej postaci niezwykle szlachetnego człowieka, znakomitego lekarza i uczonego.

Ś. p. Józef Pawiński urodził się w Zgierzu 21 stycznia 1851 r. Pochodził ze skromnej, lecz o wyższej kulturze i zahartowanej w pracy, rodziny mieszczańskiej. Starszy brat ś. p. Adolf Pawiński, znakomity historyk i archeolog, profesor Uniw. Warsz., całe życie poświęcił pracy naukowej i społecznej, nie przeto dziwnego że znacznie młodszy Józef cenił wysoko brata i chętnie ulegał jego radom i wskazówkom.

Początkowe nauki ś. p. Józef Pawiński pobierał w Łęczycy, następnie uczęszczał do 3-go gimnazjum w Warszawie. Wydział lekarski Uniw. Warsz. ukończył w r. 1874, poczem pracował w klinice diagnostycznej prof. J. Baranowskiego, korzystając z rad i wskazówek ludzi tej miary co prof. Brodowski, Hoyer, Kosiński i Lambl. Z prof. Baranowskim łączyły Pawińskiego bliższe stosunki, chętnie zawsze snuł wspomnienia o zacnym tym profesorze, a swym serdecznym przyjacielu, jak również o prof. Lamblu, który podsunął Pawińskiemu temat do rozprawy doktorskiej: poradził zająć się arytmją serca, na którą sam cierpiał. Ta rozprawa nadała kierunek dalszej pracy naukowej i klinicznej Pawińskiego. Pomimo opinii znakomitego specjalisty cierpienia narządów krążenia, nie był On zwolennikiem wyłącznego zajmowania się temi cierpieniami, starał się zawsze obejmować całość chorób wewnętrznych, mając na względzie wzajemne na siebie oddziaływanie różnych organów.

Jako lekarz w stosunku do chorych Pawiński był niezwykle psychologiem: to, co nazywał oddziaływaniem na chorego, a czego dar w wysokim stopniu posiadał Chałubiński, było i Jego własnością. Najlepszym tego dowodem była olbrzymia praktyka — około 50.000 zanotowanych chorych prywatnych, praktyka przeważnie w dziedzinie ciężkich nieuleczalnych przypadków. Każdemu ze swych chorych umiał „okazać serce“, potrafił wlać otuchę, zachowywał się niezwykle taktownie, unikał straszenia chorych, określając ostrożnie i umiejętnie rodzaj i przebieg choroby. W swych przepowiedniach był bardzo oględny, w kuracji był zawsze daleki od schematyzacji objawów chorobowych i schematyzacji terapii. W ostatnich czasach skłonny był szczególnie do indywidualizowania podobnych z pozoru objawów i posiadał głębokie przekonanie o indywidualnej odporności mięśnia sercowego oraz najważniejszych dla życia ośrodków mózgowych.

Pod względem etyki koleżeńkiej ś. p. Pawiński był nie-doścignionym wzorem: do chorych lekarzy i ich rodzin spieszył niezwłocznie, uważając to za swój obowiązek. Znając wybujałe nieraz ponad miarę ambicje młodych kolegów, ś. p. Pawiński nie okazywał nigdy swej wyższości: wyrozumiały, ustepliwy, nad wyraz skromny postępował zawsze wysoco taktownie czy to w stosunkach ze swymi asystentami, czy podczas konsyliów z młodszymi lekarzami.

W całej działalności ś. p. Pawińskiego przewija się również nie głębokiego ukochania Ojczyzny. Jego prace naukowe miały zawsze na celu, obok służenia czystej wiedzy, przypomnienie

światu o istnieniu polskiej nauki, co było niezbędne w okresie niewoli, kiedy nauka i sztuka polska były świadectwem istnienia naszego narodu. Podobne znaczenie miał również w tych czasach udział polaków w międzynarodowych zjazdach naukowych. Rozumiał to dobrze ś. p. Pawiński, nie żałował czasu i środków materialnych na udział w tych zjazdach, nie opuścił żadnego ze zjazdów lekarskich, tak krajowych jak i zagranicznych, na każdym wygłaszał referaty, pragnąc zawsze zaznaczyć udział polaków w zjazdach, jako odrębnej sekcji narodowej, co stałe było zwalczane przez te narodowości, które starały się zatrzeć w pamięci świata imię Polski.

I tak w roku 1890 brał udział w Zjeździe lekarskim w Berlinie, w 1897 w Moskwie, w 1903 w międzynarodowym zjeździe internistów w Madrycie, przyczem wygłasza odczyt o „dusznicy bolesnej przy zakażeniu septycznym“. W r. 1904 bierze udział w Kongresie francuskim medycznym w Paryżu, wygłasza referat w Akad. medycznej „Hyposthenia cardio-vasculosa climacterica“. W r. 1914 jeździł do Cannes na kongres międzynarodowy, poświęcony „talassoterapii i heljoterapii“, w r. 1920 do Paryża, jako delegat Tow. Lek. i innych instytucji, na obchód stulecia Akademii Medycznej, w 1921 bierze czynny udział w pracach kongresu lekarskiego francusko-polskiego, wygłasza odczyt o „zaburzeniach funkcjonalnych serca“ i wreszcie w r. 1925, w ostatnim miesiącu swego życia z całym zapalem oddaje się pracy na kongresie polsko-francuskim w Paryżu, wygłasza tam ostatni swój odczyt p. t. „Zarys historyczny rozwoju terapii chorób serca i naczyń od Harweya do ostatnich czasów“.

Podczas zjazdów krajowych wygłasza w Krakowie w r. 1909 odczyt o „Zaburzeniach inercji a cierpieniach serca i naczyń“, we Lwowie w 1914 o „wpływie wysokości na serce i naczynia“, w Wilnie w r. 1923 „Zarys historyczno-krytyczny postępu medycyny w zakresie terapii chorób serca i naczyń w ubiegłym 19 stuleciu i początku obecnego“.

Ś. p. Pawiński położył wielkie zasługi w dziejach szpitalnictwa naszego miasta: około 40 lat był ordynatorem początkowo szpitala Dziec. Jezus, a od r. 1891 do 1923 szpitala Ś-go Ducha. Działalność szpitalna ś. p. Pawińskiego już za życia została należycie oceniona i wyróżniona przez władze miejskie. Niespełna przed rokiem, dnia 16.XI.1924 r. w szpitalu Ś-go Ducha odbyła się niezwykła uroczystość odsłonięcia tablicy pamiątkowej na sali 1-ej kobiet, która otrzymała nazwę Jego imienia, a niezwłocznie po ukończeniu swej pracy szpitalnej w r. 1923 dr. Pawiński został mianowany honorowym konsultantem szpitala Ś-go Ducha.

Szpital ma zawsze niezmiernie znaczenie w wykształceniu lekarzy, a za czasów rosyjskich praca ordynatorów na oddziałach szpitalnych miała wyjątkowe znaczenie. Pod kierunkiem ordynatorów studenci i młodszy lekarze uzupełniali na oddziałach braku uniwersytetu rosyjskiego. Z oddziałów ordynatorzy i asystenci czerpali materiał do swych prac naukowych. Praca ordynatorów na oddziałach, w piśmiennictwie lekarskim, w Towarzystwie Le-

karskiem, Higjenicznem i innych zdołała przez długie dziesiątki lat utrzymać medycynę polską, zgodnie z tradycją Akademii Medycznej i Szkoły Głównej, na poziomie wiedzy europejskiej. Pawiński był jednym z najwytrwalszych bojowników o ten wysoki poziom polskiej wiedzy lekarskiej. Z oddziału Pawińskiego wyszedł liczny zastęp lekarzy, doskonale przygotowanych do pracy zawodowej. W ciągu kilkudziesięciu lat codziennie prowadził wykłady dla asystentów przy łózkach chorych. Nie żałował czasu i energii na tę pracę pedagogiczną, uważając za swój obowiązek dać odpowiednie przygotowanie kliniczne młodszemu kolegom. „Dokładne spełnianie przyjętych obowiązków, zwłaszcza społecznych“ było jego zdaniem „nieodzowną cechą dobrego obywatela kraju“. Od tych obowiązków społecznych ś. p. Pawiński nigdy się nie uchylał. Pamiętamy wszyscy jak godnie piastował wysoki urząd prezesa Towarzystwa Lekarskiego, ile czasu i energii poświęcał pracom, związanym z reprezentacją i sprawami bieżącymi naszego Towarzystwa, od r. 1913 przez cztery lata będąc zaszczytany wyborem na prezesa. Brał czynny udział w pracach kasy im. d-ra Józefa Mianowskiego, będąc członkiem komitetu tej kasy, w Macierzy Szkolnej jako wice-prezes, w Komisji Organizacyjnej Uniwersytetu Warszawskiego, w Warszawskim Towarzystwie Naukowym, wreszcie od r. 1880 był współwłaścicielem i bardzo czynnym członkiem Komitetu redakcyjnego „Gazety Lekarskiej“, w której wszystkie swe liczne prace umieszczał; połączeniu się pism lekarskich w jedną „Polską Gazetę Lekarską“ pozostał do końca życia członkiem Warszawskiego Komitetu Redakcyjnego, pracą swą i radą wspierał niezmiernie wydawnictwo, bolejąc zawsze nad tem, że stolica Polski odrodzonej, Warszawa, nie ma swego czysto polskiego pisma lekarskiego tygodniowego.

Na cele społeczne ś. p. Pawiński nigdy nie żałował środków. Znaczne sumy przeznaczał zawsze na Kasę Wsparcia w Tow. Lekarskiem, na stypendja dla młodzieży akademickiej, a jako członek rzeczywisty Tow. Naukowego zadeklarował temu Tow. w r. 1912 hojny dar w sumie 10.000 rb. na założenie dwóch pracowni naukowych, a mianowicie fizjologicznej i zoologicznej. Zarząd Towarzystwa w uznaniu dla szlachetnego Ofiarodawcy, postanowił przekazać potomności jego nazwisko przez wmurowanie odnośnych tablic w obu wzmiankowanych pracowniach i związaną ich nazwy z nazwiskiem d-ra Józefa Pawińskiego.

Pracował wytrwale i owocnie, zostawił po sobie dobrze zasłużone Ojczyźnie imię.

Prezes: B. Sawicki.

Sekretarz doroczny: T. Byszewski.

**Posiedzenie d. 3 listopada poświęcone pamięci  
prof. J. M. CHARCOT'A.**

Przewodniczący prezes prof. **Sawicki.**

Obecnych 41 członków.

Kol. Jarkowski wygłosił odczyt p. t. J. M. Charcot i rola jego w neuropatologii.

Prezes **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny **T. Byszewski.**

---

**POSIEDZENIE KLINICZNE**

**d. 17 listopada 1925 r.**

Przewodniczący prezes prof. **Sawicki.**

Obecnych 45 członków.

- Treść: 1) Dobrowolski Z. Życiorys ś. p. prof. Herynga.  
2) Lubliner. Ocena pracy naukowej i działalności ś. p. prof. Herynga.  
3) Erbrich. Patogeneza gruźlicy krtani.

I Kol. Z. Dobrowolski podał życiorys ś. p. prof. Herynga.

Dobrowolski zaznaczył pożyteczną działalność naukową pedagogiczną i społeczną ś. p. Herynga oraz omówił ważniejsze jego prace naukowe z zakresu laryngopatologii, medycyny ogólnej i higieny sportów.

W końcu Dobrowolski wspomina o odznaczeniach i nagrodach jakie ś. p. Heryng uzyskał od towarzystw naukowych naszych i zagranicznych za swą wieloletnią, a tak wielce pożyteczną działalność.

II. Kol. L. Lubliner wygłosił wspomnienie pośmiertne o prof. T. Heryngu, który zeszedł ze świata w 78 r. życia dnia 29 sierpnia 1925 r. Był to jeden z najwybitniejszych lekarzy naszych, obdarzony wielką wiedzą, i twórca laryngologii polskiej.

Prof. T. H. po długich studjach w Wiedniu, Berlinie i Paryżu u ówczesnych luminarzy nauki, rozpoczął swoją działalność naukowo-lekarską w mieście rodzinnem. Napisał on przeszło sto prac naukowych, między którymi są prace pierwszorzędnej wartości.

L. wylicza w chronologicznym porządku wszystkie prace Herynga i dłużej zastanawia się nad pracami o wyleczalności gruźlicy krtani i nad pracami o chirurgicznym leczeniu gruźlicy krtani. Prof. T. H. jest twórcą tej metody leczniczej, która została uznana przez najwybitniejszych laryngologów całego świata.

Zmarły prof. T. H. dał nam cały szereg instrumentów i przyrządów własnego pomysłu, jako to: kiurety, inhalator i t. d.

Był prof. H. wielokrotnie nagradzany za prace swoje naukowe i szacowany wyborem na członka czynnego lub też honorowego większości Towarzystw naukowych lekarskich w kraju i zagranicą. Pamięć o tym wielkim lekarzu polskim nigdy zatrzeć się przeto nie może.

III. Prof. Erbrich wygłosił rzecz p. t. „Patogeneza gruźlicy krtani“.

Dyskusja: 1) kol. Melanowski przypomina, że na zjeździe okulistów włoskich w Rzymie w 1924 roku zwrócono uwagę na rzadkość jaglicy u osobników chorych na gruźlicę płuc; objaśniono to tem, że chorzy na gruźlicę płuc mają mało tkanki adenoidalnej w spojówkach. Śluzówka krtani ma zapewne dużo grudek chłonnych i te grudki zapewne bronią od rozwoju gruźlicy śluzówki. Kiedy mało jest tej tkanki, przy więcej wyrażonej sympatykotonji, wówczas może łatwiej wystąpić owrzdzenie. (Str. wł.).

2) Kol. Lubliner. Praca prof. Er. jest bardzo interesująca i może dać w przyszłości ważne podstawy do dalszych badań i do rozstrzygnięcia ciemnych punktów w etjologii gruźlicy krtani. L. nie zgadza się z prelegentem co do wyłączności gruźlicy krtani w zależności od gruźlicy płuc. Są i w literaturze opisane przypadki pierwotnej gruźlicy krtani, i ma własne spostrzeżenia, potwierdzające możliwość wystąpienia gruźlicy krtani bez udziału płuc.

Co do wybitnych bólów w gruźlicy krtani, występujących tak często u chorych, L. jest zdania, że nie owrzdzenia dają ten ciężki objaw, lecz sprawy w perichondrium, występujące bądź jako zapalenia, bądź jako nacieczenia dokoła chrząstek krtaniowych (w nagłośni lub chrz. nalewkowych). (Str. wł.).

3) Prof. Gluziński podnosi, że temat ten nie jest właściwie czysto laryngologiczny. Mówca nieraz zastanawiał się nad istnieniem 2-kiego rodzaju owrzdzeń gruźliczych: pierwszy o charakterze rozpadowym, drugi mający skłonność do zabliznienia. Można stwierdzić, że mamy tu 2 postaci gruźlicy. Jeżeli chory, dotknięty gruźlicą chirurgiczną dobrotliwą, ma sprawę również i w płucach, to i to jest napewno również postać dobrotliwa, łącznotkankowa. Jeżeli u osobnika z rozpadową gruźlicą dostanie się prątek do jelita drogą bezpośrednią, to jest to przypadek ciężki, beznadziejny. Przerzuty gruźlicy drogą krwionośną są, zdaniem mówcy, stanowczo lepsze, organizm w tych przypadkach ma zdolność wytwarzania tkanki łącznej. Znany jest fakt, że zrosty w szczyście płuca mają pewne znaczenie, wchodzi tu jednak w grę jadowitość zarazka, zdolność odporna organizmu (bujanie tkanki łącznej). Jeżeliby główną przyczyną usadowienia się sprawy gruźliczej w krtani były zmiany tróficzne i niedokrwienie, to mielibyśmy bardzo łatwy sposób przeciwdziałania, czy leczenia tego schorzenia, przez przecinanie nerwów skurczających naczynia (vasoconstrictores).

4) Kol. K. Zieliński na zasadzie własnych spostrzeżeń i danych z piśmiennictwa (Sokołowski) oponuje przeciwko twierdzeniu prelegenta, że niema gruźlicy krtani bez gruźlicy płuc. Gruźlica może istnieć samoistnie w każdym organie, jeżeli jest do niej usposobienie ogólne, lub miejscowe. Są przypadki gruźlicy krtani, trwające lata całe, do których gruźlica płuc dołącza się dopiero później. Gdyby rozwój gruźlicy krtani zależał od zmian w nerwach współczulnych, spowodowanych zmianami zapalnymi i zrostami gruźliczego pochodzenia u szczytów płucnych, to byśmy mieli gruźlicę krtani w każdym przewlekłym przypadku gruźlicy płuc, przebiegającej zawsze ze zrostami opłucnej u szczytów, co bynajmniej miejsca niema. Bolesność nacieczeń gruźliczych krtani, osobliwie tylnej ściany i nagłośni, jest w przeciwieństwie do przymiotu właściwością gruźlicy, tak samo jak i owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej gruźlicze są bardzo bolesne, gdy przymiotowe nie dają się odczuwać prawie wcale; zależy to od odmiennych zmian anatomopatologicznych w przypadkach gruźlicy i przymiotu (Str. wł.).

5) Prof. Orzechowski podnosi zastrzeżenia, stąd wynikające, że prelegent nie wspomniał nic o unerwieniu sympatycznym krtani. Nie wiadomo wobec tego, czy włókna sympatyczne dochodzą do krtani właśnie z okolicy wierzchołków płuc, gdzie mają być uciśnięte przez proces zrostowy. Z drugiej strony należałoby poddać krytyczne objawy krtaniowe, które prelegent uzależnia od układu sympatycznego, badaniu farmakologicznemu. Bez takiego badania nie można przecież wadzać się w dyskusję nad pochodzeniem sympatycznym danych objawów, o ile nie chce się pozostawać w granicach zupełnie hypotetycznych. Do środków zwykle w tym celu stosowanych powinnyby się dołączyć gynergen, który ma być czystym antagonistą adrenaliny. Wyniki terapii możnaby także wyzyskać jako argumenty, za lub przeciw przemawiające. Zapytuje prelegenta, jakie wysnuwa wnioski terapeutyczne ze swojej hipotezy. (Str. wł.).

6) Kol. Kaczyński. Pierwotna gruźlica krtani powstać nie może, gdyż przedtem potrzebne jest większe uszkodzenie śluzówki w ten czy w inny sposób, a to dlatego, że śluzówki jamy ustnej, gardła i krtani posiadają w wysokim stopniu urządzenie obronne. Takim czynnikiem uszkadzającym, według koncepcji Erbricha, tłumaczącej gruźlicę krtani, są zmiany troficzne, i z tego powodu wydaje się ta koncepcja bliską prawdy. (Str. wł.).

7) Kol. Z. Dobrowolski zaznacza, że pierwotna gruźlica krtani, stwierdzona sekcjami, była notowana dotąd kilka razy, o czym jest mowa w dziele Denkera i Brüningsa.

Już przeszło 30 lat temu Pogrebiński z Odessy pierwszy opisał przypadek pierwotnej gruźlicy krtani, potwierdzony obdukcją zwłok, w których, prócz krtani, nigdzie nie znaleziono zmian gruźliczych.

Zresztą, zdaniem Dobr., przypuszczenie pierwotnej gruźlicy krtani nie neguje hipotezy prof. Erbricha, wszak prócz angioneu-



rotacyjnych mogą istnieć również inne możliwości powstawania gruźlicy krtani, jak zaszczerpienie laseczników przez nadżarcia bł. śluzowej krtani lub drogą naczyń chłonnych. (Str. wł.).

8) Kol. Zaorski. Teoria, przedstawiona przez prof. Erbricha, zgadza się poniekąd z tem powstawania gruźlicy kości.

Jeżeli chodzi o leczenie gruźlicy krtani za pomocą unieruchomienia, to jest to też warunkiem koniecznym, który się staramy osiągnąć w gruźlicy stawów, a który to czynnik przyczynia się przede wszystkim do wyleczenia tych schorzeń. Co do mniejszej jakoby jadowitości i łagodniejszej formy gruźlicy płuc, która powstaje czy zaostrza się u chorych na gruźlicę pozapłucną, to może jest to ten czynnik, który odgrywa rolę w idei wytworzenia przez Francuzów szczepionki uodporniającej B. C. G. W szczepionce tej chodzi o wprowadzenie do ustroju takich osłabionych szczepów prątka gruźlicy, który wytwarza jady gruźlicze, ale nie potrafi już wywołać powstawania gruzełków. Może być więc, że w przypadkach gruźlicy pozapłucnej płuca zostają zakażone osłabionymi już prątkami, które potrafią wywołać tylko włóknistą formę gruźlicy płuc. (Str. wł.).

9) Prof. Gluziński podkreśla, że jakkolwiek koncepcja zbudowana jest słusznie, brakuje jej podstawy anatomicznej. Trzeba przeprowadzać badania sekcyjne oraz eksperymentalne.

10) Prof. Sawicki podnosi, że prelegent zaznaczył, że czynne przekrwienie ma wywoływać rozrost tkanki łącznej; jest to niezgodne z doświadczeniem chirurgji. Przekrwienie czynne (kąpiele, okłady błotne) zawiodło, następnie przyszło przekrwienie bierne, które również zawiodło pokładane w niem nadzieje, jednak okazało się skuteczniejszym. W chirurgji przekrwienie w gruźlicy zawodzi.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**

**d. 24 listopada 1925 r.**Przewodniczący prezes **Sawicki**.

Obecnych członków 114.

- Treść: 1) Altkauffer H. Opatrunki przezroczyste aseptyczne, 2) Higier S. Zespół nerwu usznoškroniowego. Zmiany w unerwieniu twarzy (pokaz chorej), 3) Laskowski. Pierwotny rak włóknisty głowy trzustki (pokaz preparatu), 4) Koelichen. Anatomja układu wegetatywnego, 5) Skubiszewski. Anatomja patologiczna zwojów współczulnych.

Przyjęto po odczytaniu protokoły z posiedzeń w dn. 27 października, 3 listopada, 17 listopada 1925.

I. Prezes komunikuje, iż nadeszło do członków Towarzystwa zaproszenie od Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego na obchód 120-lecia tegoż Towarzystwa w dniu 13 grudnia 1925 r.

II. Nadesłano do biblioteki T-wa: 1) Archiv für Japanische Chirurgie. B. II H. 2 i 3 B. III H. 3 1925. 2) Książki ofiarowane przez panią prof. Hornowską. 3) Dr. E. Loth, Dr. Fr. Krzysztalowicz, Dr. K. Majewski. Anatomja człowieka. 4) Dr. K. Zieliński. Grypa, influenza. 5) Bulletin mensuel de la Santé publique N. 1 i 2 Belgrad 1922. 6) Podręcznik chorób zakaźnych zes. I i III. 7) Wiadomości Ciechocińskie 1925 r.

III. Kol. Altkauffer Henryk pokazał opatrunki pomysłu własnego. Opatrunki te stosuje mówca od pewnego czasu u siebie w oddziale i nazwał je „opatrunkami przezroczystymi aseptycznymi“.

A. przedstawił na posiedzeniu model opatrunku i dwie chore, u których zastosował swoje opatrunki.

Jedna chora, operowana 7 dni temu (cięcie brzuszne podłużne), miała nałożony opatrunek przezroczysty, druga zaś — już bez opatrunku — przebyła cięcie brzuszne Pfannenstiehl'a przed 15-ma dniami. Pierwsza chora zademonstrowana była celem pokazania opatrunku in situ, następna — dla wykazania korzyści, które zauważono dotychczas przy stosowaniu omawianych opatrunków. „Doniesienie tymczasowe“ o przedstawionych opatrunkach wydrukowane było w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim (Nr. 8, 1925 r.) p. t. „Opatrunki przezroczyste po zabiegach chirurgicznych“.

Dążąc do stosowania przedstawionych opatrunków, mówca miał na względzie dwa cele: 1-mo — możność stałej kontroli nad raną, po-drugie — chciał, aby życiodajne promienie słoneczne działały bezpośrednio na gojącą się ranę. A. już oddawna zadawał sobie pytanie, dlaczego nawet po zabiegach „czystych“, kiedy rana winna się goić przez rychłozrost, nakłada się gazę, watę, ligni-

nę, kilka warstw bandaża, stwarzając, jakby rozmyślnie, warunki celem niedopuszczenia światła do powierzchni rany. A wiadomo na mocy licznych bardzo i dokładnych badań, że promienie słoneczne mogą działać na komórki zwierzęce i roślinne tylko dodatnio, że przeto i blizna pooperacyjna pod wpływem światła będzie się goiła prędzej i dokładniej.

Jak widać na pierwszej chorej, nałożony opatrunek stwarza dla gojącej się pod nim rany warunki, podobne zupełnie do tych, w których rozwija się roślina, umieszczona w cieplarni.

Na drugiej chorej, u której zastosowany był opatrunek przezroczysty, przekonać się można, że pod wpływem światła dziennego blizna dojrzewa prędzej. Przedstawiona blizna, chociaż ma tylko dni 15, sprawia wrażenie blizny 6—7-miesięcznej: jest b. wąska, wciągnięta, nie wystaje ponad poziomem skóry i nie posiada zabarwienia różowego.

Jak widać z przedstawionego wzoru, opatrunek składa się z siatki nejzylbrowej (nie rdzewiejącej). Siatka może być różnej wielkości i różnego kształtu. W danym wypadku długość wynosi 22 cm., szerokość — 17 cm. Drut, z którego zrobiona jest siatka, jest d. cienki i giętki, wksutek czego siatkę można dowolnie wyginać. Kwadraciki siatki mają powierzchnię circa  $1\frac{1}{2}$  cm. na  $1\frac{1}{2}$  cm. Pręciki siatki są do pewnego stopnia rozsuwalne, a to dlatego, aby je można było w razie potrzeby, celem lepszego uwidocznienia linii cięcia, zbliżyć lub oddalać.

Na siatce ułożona jest mika w postaci dość grubego arkusika. Mówca wybrał dla swoich opatrunków mikę (sól podwójna krzemianu glinu i krzemianu potasu) dlatego, iż przepuszcza ona wszystkie pożyteczne promienie słońca, nie zmienia się przy wyjaławianiu w wodzie i w autoklawie, nie podlega działaniu jodiny, benzyny, eteru, kwasów, jest d. giętka, niezbyt łamliwa, kraje się z łatwością zwykłymi nożycami.

Siatkę wraz z miką okłada się z dwóch dłuższych stron, na kilka centymetrów od brzegu, d. grubą warstwą kilkakrotnie złożonej gazy. Gazę przyszywa się w kilku miejscach do siatki. Do węższych brzegów siatki, również w pewnej odległości od nich, przyszywa się warstwę gazy, która pokrywa tylko górną powierzchnię siatki. Dolna powierzchnia siatki w tych miejscach pozostaje nieobłożona gazą. Na 4-ch rogach w ten sposób przygotowanego opatrunku, od strony powierzchni przylegającej do skóry, przymocowuje się podwójne długie nitki jedwabne, które służą do przyszywania opatrunku w 4-ch miejscach do skóry, aby w ten sposób opatrunek unieruchomić (bez plastra).

Prócz tego, na przeciąg 24 — 48 godzin umieszcza się wzdłuż powierzchni rany, pomiędzy skórą i siatką, gruby, ścisły walek z gazy, celem wywarcia silnego ucisku na linję cięcia. Po przytwierdzeniu opatrunku do skóry za pomocą znajdujących się na rogach nitok jedwabnych (szwy winny być mocno ściągnięte, przeprowadzone przez d. grubą warstwę skóry, aby jej przędki nie przecięły, i umieszczone możliwie na wewnątrz od brzegów opatrunku) boczne ściany opatrunku przylegają ściśle do skóry.

Do otworów, pozostałych na dwóch węższych końcach opatrunku, wprowadza się po jednym niegrubym kawałku waty. Brzegi kawałków waty należy zmaczać mastizolem, a jeszcze lepiej, collo-dium, aby nie wypadaly i możliwie szczelnie zakrywały omawiane otwory. Włożone kawałki waty mogą być w każdej chwili z łatwością usuwane celem wyciągnięcia walka z gazy, zajodynowania powierzchni rany i t. p. Opatrunek wraz z walkiem z gazy, razem z serwetami, fartuchami wyjaławia się w autoklawie. Przed włożeniem do autoklawu należy opatrunek odpowiednio wygiąć, aby po nałożeniu go wytworzyła się d. znaczna przestrzeń wolna pomiędzy siatką a skórą.

Przedstawiony opatrunek różni się znacznie od opisanego w Nr. 8 „W. Cz. Lek.“ z 1925 r., gdyż ten ostatni okazał się pod niektórymi względami niepraktyczny. Mianowicie, przy poprzednim sposobie nakładania opatrunków przezroczystych (bez siatki) mika kruszyła się i łamała, plaster zaś już po kilku dniach, głównie pod dolną częścią opatrunku, nad spojeniem, wskutek ciągłej wilgoci, uwarunkowanej bliskością cewki i narządów rodnych, ulegał odklejaniu, a rana pozostawała otwartą.

Chore po zabiegu nakrywa się kołdrami, w których, jak to widać u pierwszej z przedstawionych pacjentek, zrobiony jest odpowiedni wykrój, umożliwiający działanie światła przez mikę na ranę. (Str. wł.).

W dyskusji 1) prof. K r y ś k i stwierdza, iż dobra jest myśl wyzyskania dobroczynnego działania promieni słonecznych, aczkolwiek najcenniejsze promienie—ultrafioletowe—przenikają również dobrze i przez gazę. Zdaniem mówcy, ujemną stroną tego opatrunku jest ciężar opatrunku i ucisk.

2) Kol. G u r b s k i przypomina, że na zjeździe chirurgów w r. 1912 na wystawie były demonstrowane podobne opatrunki z miki, przypinane na guziki do specjalnych bandaży.

3) Kol. A l t k a u f e r w odpowiedzi prof. Kryńskiemu zaznacza, że, bynajmniej, nie upiera się przy przedstawionej przez siebie technice opatrunków przezroczystych, gdyż pokaz swój zgłosił głównie celem rzucenia myśli, aby po zabiegach chirurgicznych nie chronić ran przed promieniami słońca, a przeciwnie, zarzucić dotychczasowy sposób opatrywania ran (szczególnie po zabiegach „czystych“) i stosować takie metody sceptyczne, któreby jednocześnie umożliwiały gojenie się pod bezpośrednim wpływem światła dziennego lub sztucznego.

Zarzut, że „i przez bandaży przenikają promienie ultrafioletowe, które są dla gojenia się ran najważniejsze...“, nie może być zarzutem, gdyż przez przedstawione opatrunki przezroczyste wspomniane promieniowanie przedostają się z zupełną łatwością. Opatrunek przezroczysty ma jeszcze tę wyższość, że przepuszcza także całą masę promieni, szczególnie świetlnych. Fakt ten ma doniosłe znaczenie dla rozwoju komórek, o czym przekonują nas w stopniu dostatecznym cieplarnie, inspekty.

Mówca sądzi, że prof. K. najwidoczniej, nie zwrócił uwagi na słowa A., kiedy ten mówił o wálku z gazy, który umieszcza się zaraz po skończonym zabiegu wzdłuż linii cięcia pomiędzy skórą i siatką celem wywarcia silnego ucisku na ranę. Walek pozostaje na miejscu w przeciągu 24 — 48 godzin, zależnie od poglądów operującego. Jeśli po dwóch dobach na linii cięcia daje się zauważyć jeszcze wydzielanie się jakiejś cieczy, należy wówczas ranę otworzyć i podwiązać naczynie, którego podczas zabiegu nie podwiązano. W ten sposób tłumaczy sobie mówca, dlaczego prof. K. zwrócił uwagę na brak ucisku na ranę przy stosowaniu przedstawionych opatrunków.

A. nie może się zgodzić na zarzut, że pokazany przez niego opatrunek pozbawia operowanego dobroczynnych skutków równomiernego ucisku bandaża na cały brzuch, co, według zdania pana profesora, sprawia choremu dużą ulgę, szczególnie podczas ruchów wymiotnych i. t. p. Mówca jest zdania, że bandaż uciskiem swoim sprawia chorym po operacjach brzusznych tylko przykrości, co najjaskrawiej występuje u operowanych na początku 3-ej doby po zabiegu, gdy przy zjawieniu się ruchów robaczkowych jelit, brzuch bywa najbardziej wzdęty. Zresztą, bardzo wielu operujących i u nas i zagranicą oddawna już unieruchamia zwykle opatrunki za pomocą plastra.

Co do ostatniego żarżutu, dotyczącego przyszywania opatrunku do skóry, mówca przyznaje, że ten sposób unieruchamiania nie jest doskonały. Jednakże ukłucia są tak nieznaczne, że nie pozostawiają po wyjęciu nitki żadnego śladu, chore zaś z powodu nałożonych szwów żadnych dolegliwości nie doznają. Mówca dodaje, że wielu doświadczonych chirurgów, nakładając po dokonanym zabiegu poduszeczki uciskowe na rany, przymocowuje je za pomocą szwów jedwabnych, które przeciągają nie przez skórę tylko, a przez wszystkie warstwy rany, co wcale na proces gojenia się ujemnie nie wpływa.

Kończąc przemówienie swoje A. przychodzi do wniosku, że opatrunki, przedstawione przez niego odpowiadają wszystkim wymaganiom: są lekkie, nie sprawiają chorym specjalnych przykrości, są aseptyczne, niehermetyczne i dlatego przewietrzanie powierzchni rany jest prawidłowe. A jak wielką zaletą jest ich przezroczystość, co umożliwia stałą i ścisłą kontrolę rany, przekonał mówcę następujący przypadek:

U jednej z operowanych zauważył on na 5-ą dobę po zabiegu zaczerwienienie i lekki połysk na przestrzeni kilku (4-ch) klamer. Ciepłota była zupełnie prawidłowa, na bolesność chora się nie skarżyła. Zdjęto klamerki, ranę w tem miejscu rozpruto. Wyciekło kilka kropli mętnego płynu. Powierzchnią zupełnie ranę zajodynowano. Gdy na 10-ty dzień zdjęto resztę klamer, rana była prawidłowo zagojona. Gdyby w danym razie był nałożony zwykły opatrunek, dopiero skok ciepłoty, bolesność zmusiłyby nas do zdjęcia bandaża, a wtenczas, z powodu podminowania skóry na dużej przestrzeni, trzeba by było rozpruć znaczną część rany. W tym przypadku tylko dzięki możliwości stałej

obserwacji rany, chora wypisana została z oddziału z mocną, dobrze zagojoną blizną już na 14-sty dzień po zabiegu (cięciu brzuszmem).

Na przemówienie kol. Gurbskiego A. odpowiada, że, pomimo najbardziej skrzętnych poszukiwań, nie udało mu się odnaleźć dotychczas ani, w naszym, ani we wszechświatowym piśmiennictwie artykułu, w którym poruszona byłaby sprawa opatrunków przezroczystych aseptycznych, lub omawiana metoda aseptycznego gojenia się ran po zabiegach czystych pod bezpośrednim działaniem promieni świetlnych (naturalnych i sztucznych).

Ponieważ pokazane na posiedzeniu opatrunki pod względem konstrukcji i celowości różnią się zupełnie od tych, które kol. G. widział na wystawie w Berlinie, mówca sądzi, że ma słuszne prawo uważać swój pomysł za zupełnie oryginalny. (Str. wł.).

IV. Kol. Higier (junior) przedstawia chorą, u której po przebyciu ostrej sprawy ropnej w śliniance przyusznej lewej stwierdzono szereg zmian w unerwieniu twarzy a mianowicie: niedowład lewostronny mm. twarzy, ruchy o charakterze tic'ów, hypestezję i hypalgezję na policzku, zwężenie zrenicy i zapadnięcie się gałki ocznej lewej, wreszcie objaw, polegający na zjawianiu się rumieńca i potliwości policzka lewego przy spożywaniu pokarmów ostrych i kwaśnych. W całokształcie obrazu H. wyróżnia trzy oddzielne zespoły: Hornera, prozoplegji i t. zw. syndrom n. usznoskroniowego, z których pierwszy okazuje się przy bliższej analizie anamnestycznej wrodzonym, dwa zaś inne zapalne.

Zatrzymując się szczegółowiej nad zespołem n. usznoskroniowego H. widzi w nim odruch, przebiegający od zakończeń smakowych tylnej części języka wraz z włóknami czuciowymi n. językowogardłowego do ośrodka naczynioruchowego metatemerycznego, skąd odpowiednie pobudzenie przenosi się na ohwód przez włókna wegetatywne i naczynioruchowe (w n. petrosus superf. minor i g. oticum) i potowydzielnicze (w zwoju a. sennej) skóry obrębu n. usznoskroniowego.

Droga ta zasadniczo należy do fizjologicznych, natomiast zbyt duża wyrazistość odruchu tłumaczyłaby się odpadnięciem części bodźców czuciowych ze skóry (hypestezja) przez co efekt bodźców smakowych z języka zyskiwałby na sile. Odruch n. usznoskroniowego daje się wywołać tylko bodźcami smakowymi i tylko z tylnej trzeciej części języka, co zostało zademonstrowane przez H. odpowiednimi doświadczeniami.

V. Kol. Laskowski Józef przedstawia przypadek pierwotnego raka włóknistego głowy trzustki, który uciskając na ujście przewodu żółciowego wspólnego, spowodował bardzo znaczne rozciągnięcie wszystkich przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego. Ten ostatni sięgał swym wolnym końcem do talerza biodrowego prawego. Przewody żółciowe: pęcherzykowy, wątrobowe i wspólny były tak szerokie, że można było przesunąć przez nie palec wskazujący. Rozszerzony był również przewód

trzustkowy ze swemi rozgałęzieniami. W wątrobie obok bardzo znacznego zastojów żółci były liczne przerzuty nowotworowe. Przypadek ten, w powiązaniu przyczynowym zupełnie jasny, jest rzadką ilustracją wszystkich zmian, które może wywołać nowotwór, umiejscowiony w okolicy brodawki dwunastnicy (Str. wł.).

VI. Kol. J. Koelichen wygłosił odczyt: „Anatomja układu współczulnego”.

Układ nerwowy wegetatywny rozwija się z układu nerwowego ośrodkowego, przyczem komórki nerwowe tego układu wywędrowują z pierwotnej rurki neuralnej wraz z korzeniami nerwów czaszkowych i rdzeniowych, tworząc zaczątki przyszłych zwojów wegetatywnych. Zwoje te mieszczą się w jamie czaszkowej i ułożone są wzdłuż kręgosłupa, łącząc się za pomocą odnóg międzozwojowych i tworząc powrózki przykręgowe. Prócz tego w jamach ustroju znajdują się zwoje przedkręgowe, wreszcie w ścianach narządów zwoje końcowe. Jednakże punktem wyjścia włókien nerwowych układu wegetatywnego są grupy komórek, znajdujące się w pniu mózgowym i rdzeniu. Te grupy komórek tworzą jądra wegetatywne, z których pochodzą włókna wegetatywne, wychodzące z ośrodkowego układu nerwowego wraz z włóknami nerwów ruchowych czaszki i nerwów ruchowych rdzeniowych. Następnie włókna nerwowe wegetatywne odłączają się od nerwów ruchowych i biegną przez odnogi łączące białe ku odpowiednim zwojom, gdzie kończą się naokoło komórek nerwowych, a z tych komórek poczyna się drugi neuron obwodowy w postaci włókien pozbawionych myeliny, biegnących w odnogach łączących szarych ku nerwom czuciowym i rozgałęziających się wraz z niemi. Mamy więc w układzie wegetatywnym na obwodzie neuron przedzwojowy i pozazwojowy. Neurony przedzwojowe kończą się w zwojach kręgowych i przedkręgowych, neurony pozazwojowe pochodzące ze zwojów kręgowych dążą przeważnie ku odpowiednim nerwom czuciowym, część ich jedynie biegnie ku narządom wewnętrznym zaś neurony pozazwojowe, pochodzące ze zwojów przedkręgowych, dążą wyłącznie ku narządom wewnętrznym. Taki jest ogólny plan przebiegu włókien nerwów wegetatywnych. Jądra tych nerwów tworzą w układzie nerwowym ośrodkowym odrębne grupy: grupę śródmózgowia, grupę opuszkową, grupę rdzeniową, grzbietową i grupę rdzeniową krzyżową. Włókna nerwowe, pochodzące z grupy śródmózgowia, opuszki i rdzenia krzyżowego, posiadają odrębne obszary rozgałęzienia, podczas gdy włókna, pochodzące z grupy jąder rdzenia grzbietowego rozgałęziają się we wszystkich narządach, tworzą one tak zw. układ współczulny właściwy, podczas gdy włókna pierwszych grup jąder tworzą układ przywspółczulny. Prócz tego w ścianach niektórych narządów znajduje się odrębny układ nerwów wegetatywnych w postaci sieci, utworzonej z komórek nerwowych, połączonych rozgałęzieniami i nie posiadających wyrostków osiowych długich. Układ ten, nazwany przez Langley'a układem trzewnym, posiada wielkie podobieństwo do układu nerwowego jamochłonnego.

W opisie dotychczasowym uwzględniono jedynie włókna nerwowe odśrodkowe czyli ruchowe układu wegetatywnego, należy zatem wspomnieć jeszcze o włóknach dośrodkowych czyli czuciowych. Otóż według większości badaczy układ wegetatywny nie posiada odrębnych włókien czuciowych i zaopartywany jest w nerwy czuciowe za pośrednictwem zwojów międzykręgowych, których włókna nerwowe dążą wraz z włóknami ruchowymi ku narządom wewnętrznym.

Część układu wegetatywnego, opisana dotychczas, wykazuje analogię do części obwodowej układu zwierzęcego, nasuwa się zatem przypuszczenie, że układ wegetatywny posiadać musi również ośrodki wyższe w mózgu, któreby regulowały i uzgadniały jego czynność. Badania fizjologiczne potwierdzają to przypuszczenie, wykazując, że w opuszcze i międzymózgowiu istnieją okolice, których podrażnienie lub zniszczenie wywiera wpływ wyraźny na czynności układu wegetatywnego, lecz anatomja nie zdołała dotychczas umiejscowić ściśle tych ośrodków i opisać ich budowę i stosunki przestrzenne. (Str. wł.)

VII. Kol. Feliks Skubiszewski wygłasza rzecz: Anatomja patologiczna zwojów współczulnych. Na treść odczytu złożyły się następujące rozdziały: 1) omówienie piśmiennictwa doby ostatniej, 2) zmiany chorobowe poszczególnych pierwocin zwoju współczulnego, 3) anatomja patologiczna układu sympatycznego w różnych chorobach i 4) o ile zmiany w układzie sympatycznym tłumaczą zespoły kliniczne („ich składową współczulną“). Autor pokazał preparaty mikroskopowe: zmiany ostre i przewlekłe w zwojach sympatycznych; zmiany barwikowe w komórkach współczulnych; zmiany dotyczące włókienek nerwowych wewnątrzkomórkowych i zmiany włókien rdzeniastych w zwojach sympatycznych. (Całość drukowana w Med. Doświadc. i Społecznej).

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**



## POSIEDZENIE KLINICZNE

d. 1 grudnia 1925 r.

Przewodniczący prof. **Sawicki**.

Obecnych członków 114.

- Treść: 1) Sprawozdanie z konkursu im. Grzegorza Piramowicza.  
 2) Messing, Myopatja i vitiligo; pokaz chorej.  
 3) Freyówna Torbiel III komory mózgu — Pokaz preparatów.  
 4) Modrakowski. Fizjologia i farmakologia układu wegetatywnego.  
 5) Górecki. Wstrząs anafilaktyczny a układ współczulny.

Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia klinicznego w dn. 24 listopada 1925 r.

Nadesłano do księżnicy T-wa: 1) Otwock — uzdrowisko. 2) Sprawozdanie Zarządu Kasy Chorych m. Warszawy za r. 1924 3) Archiwum historii i filozofii medycyny T. III z. I. 4) H. Higier a) Klinik der selternen frühinfantilerworbenen Demenzformen, b) pogranicze padaczki. 5) J. Walc. Rzadkie powikłania nerkowe w przypadkach zapalenia wyrostka. 6) Zbiór prac ś. p. prof. K. Rzętkowskiego. 7) Prace prof. K. Orzechowskiego. 8) Prace Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego. 9) Pamiętnik Wileńskiego T-wa Lekarskiego Z. I 1925. 10) prof. Mikulski. Podręcznik psychologii.

I. Wiceprezes T-wa odczytał sprawozdanie z wyniku konkursu im. Grzegorza Piramowicza. Nagrodzona została praca d-ra Piotra Klamrzyńskiego z Białegostoku. „Wyniki badań nad rozwojem fizycznym i psychicznym 131 uczniów męskiego seminarjum nauczycielskiego w Białymstoku, dokonanych w roku szkolnym 1924/1925“. Pozatem wyróżniona była praca mjr. lek. d-ra Włodzimierza Missiuro p. t. „Laboratorium fizjologiczne na usługach wychowania fizycznego i sportu“.

II. 1) Kol. Messing. Myopatja i vitiligo, pokaz chorej. M. pokazując chorą z typowym obrazem postępującego zwyrodnienia mięśni, u której oprócz tego na skórze były bardzo rozległe plamy vitiligo, uzależnia tę ostatnią od zmian anatomicznych w jądrach sympatycznych rdzenia kręgowego. Ponadto mówca wypowiada przypuszczenie współistnienia utajonej jamistości rdzenia, za czem przemawiały nietypowe objawy u chorej (nierówność źrenic, wzmożenie odruchów głębokich, nierównomierne pocenie się po pilokarpinie obu stron ciała). (Str. wł.).

III. Kol. Ł. Freyówna przedstawia preparaty torbieli III komory mózgu. Chory lat 25 dostał bólu „zęba“ z obrzękiem policzka, wkrótce zaś potem wystąpiło osłabienie wzroku. W klinice stwierdzono w kilka miesięcy później neuralgię n. V. pr., hemia-

nopsję nosową obustronną, silnie obniżoną bystrość wzroku reszty pola widzenia przy prawidłowym dniu oczu. W 4 tygodnie później do wciąż nasilających się bólów połowicznych twarzy dołączyły się wymioty, objawy oponowe i wystąpiła tarcza zastoinowa. Rozp. kliniczne: guz podstawy mózgu w pobliżu zwoju Gassera pr. Po przeniesieniu do klin. chirurg. stan się wybitnie pogorszył, chory stracił przytomność, objawy oponowe bardzo się nasiliły a nakłucie łądźwiowe wykazało ksantochromję. Nazajutrz chory zmarł.

Na sekcji stwierdzono torbiel III komory, która wytworzywszy się przedewszystkiem na podstawie, wynicowała i uniosła do góry dno III komory, zacieśniając samą komorę do wąskiej szpary, leżącej pod stropem. Otoczka torbieli składa się też z tkanki glejowej, wysłanej na zewnątrz ependymem, a od wewnątrz i bez związku z nią stwierdza się właściwą otoczkę łącznikową. Sama torbiel wypełniona jest masami nekrotycznymi i skrzepami krwi.

W przyp. tym podkreślić należy brak objawów przysadkowo-lejkowych wobec histologicznie wykazanego stwardnienia glejowego dna III komory i gdy z drugiej strony położenie torbieli wskazywało, że musiał też istnieć ucisk guza na przysadkę. Uporczywą newralgię, wysuwającą się na czoło obrazu klinicznego, należy odnieść do podrażnienia zwoju Gassera pr. przez torbiel, wydymającą się jednym biegunem w tym kierunku. (Str. wł.).

IV. Prof. J. M o d r a k o w s k i wygłosił odczyt pt.: „Fizjologia i farmakologia układu wegetatywnego“.

Mianem układu współczulnego w szerszem znaczeniu (Système holosympathique) oznaczają autorowie francuscy układ nerwowy autonomiczny Langley'a, który się składa z układu sympatycznego właściwego (grand- lub orthosympathique) i parasympatycznego.

Niektórzy polscy autorowie nazywają układ nerwowy autonomiczny „roślinnym“. Jest to niewłaściwe, gdyż rośliny tkanki nerwowej nie posiadają. Taka terminologia więc zaciera jedną z najistotniejszych różnic między roślinami i zwierzętami.

Można jedynie mówić o zjawiskach życia wegetatywnego, wspólnych części zwierzętom i roślinom. Terminologia Langley'a, stosowana w podręczniku Fizjologii wydanym przez A. Becka, powinna odstąpić wyłącznie panować w piśmiennictwie polskiem, tak jak jej używają pisarze niemieccy i angielscy.

Rozdz. VI Tom I podręcznika Fizjologii, str. 226 — 237 zawiera opis układu autonomicznego; wobec tego szczegóły fizjologiczne w niniejszem streszczeniu przytoczone nie będą. (Schemat str. 228, Tablica str. 223 i str. 225).

Wszystkie mięśnie gładkie i gruczoły stoja pod wyłącznem panowaniem układu nerwowego autonomicznego, a tem samem wszystkie zjawiska życia wegetatywnego, na które na ogół działa układ parasympatyczny i sympatyczny antagonistycznie. Prawo to posiada jednak pewne zacieśnienia i wyjątki w szczegółach, jak wykazuje zestawienie na str. 235 w podręczniku Fizjologii. W nowych czasach szereg autorów, zwłaszcza klinicystów, przyjmuje

także antagonistyczne działanie układu współczulnego i parasympatycznego na mięśnie prążkowane. Fizjologowie jednak dotychczas odrzucają możliwość takiego działania wogóle, albo zachowują się conajmniej wyczekająco, gdyż ścisłych dowodów doświadczalnych w tym kierunku na razie niema. Na podstawie zaś jedynie farmakologicznych odczynów, teorii o hamującym, względnie pobudzającym działaniu układu autonomicznego na tonus mięśni szkieletowych, opierać nie można. Odczyny te niekoniecznie muszą zależeć od bezpośredniego działania na zakończenia nerwów autonomicznych w mięśniach prążkowanych, w których zresztą dotychczas wykazano jedynie nerwy współczulne, nie zaś parasympatyczne; wywołane środkami farmakologicznymi działania na mięśnie prążkowane mogą być raczej pośrednie, skutkiem zmian w licznych zjawiskach wegetatywnych wogóle, jak w krwiobiegu przez mięśnie, ich przemianie materji i t. p. Możliwym też jest działanie na same włókna mięśniowe bez pośrednictwa nerwów; są dane doświadczalne, że w ten sposób właśnie działa adrenalina na mięśnie szkieletowe.

Podczas, gdy nerwy mózgowordzeniowe przebiegają drogę nieprzerwaną od układu środkowego aż do obwodowych swych zakończeń, doznają wszystkie włókna autonomiczne jednorazowej przerwy w zwojach kręgowych, lub położonych bardziej obwodowo; nerw błędny zaś ma swoje przerwy dopiero w zwojach, położonych w samych narządach. Stąd jego przedzwojowe włókna są niepomierne długie, pozazwojowe zaś mikroskopowo krótkie. Wobec tego wyodrębnił Langley te zupełnie obwodowe zwoje jako osobną część układu autonomicznego pod nazwą „układu trzewowego“ (enteric system). Zwoje te np. plexus Auerbacha, są prawdziwymi obwodowymi ośrodkami nerwowymi, regulującymi ruchy automatyczne (np. jelita i serca), oraz uwarunkowującymi czynności odruchowe.

Poza włóknami ośrodkowymi posiada układ autonomiczny włókna dośrodkowe, autonomicznie i fizjologicznie o wiele mniej zbadane. Stosunkowo dobrze znane są włókna dośrodkowe parasympatyczne przebiegające w nerwach błędnych. Pojawia się jednak coraz więcej danych o istnieniu i wielkiem znaczeniu włókien dośrodkowych współczulnych, biorących udział w licznych zjawiskach odruchowych trzewowych. Dośrodkowe włókna, prowadząc podniecie do ośrodków autonomicznych w rdzeniu i rdzeniu przedłużonym, wywołują odpowiedzi odruchowe najczęściej bez współdziałania świadomości; wszakże podniecie mogą także docierać do najwyższych ośrodków autonomicznych podkorowych, wywołując reakcje podświadome.

Rzecz jasna, że całe niezmiernie złożone życie wegetatywne ustroju nie może odbywać się w sposób normalny, bez udziału nadzwyczaj czułego mechanizmu, zespalającego i regulującego rozliczne, oddzielne czynności narządów unerwionych przez układ autonomiczny, Musi więc istnieć jakieś skojarzenie pojedynczych ośrodków nerwów autonomicznych, oddawna znanych jak ośrodek n. błędnych, naczynioruchowego, oddechowego i t. d. Ogólny

taki ośrodek odkryli Karplus i Kreidel w międzymózgowiu. W corpus subthalamicum (Luysii) znajduje się centrala unerwienia gładkich mięśni oka i pęcherza moczowego, regulowania ciśnienia krwi i wydzielania potu. Tuber cinereum reguluje przemianę materji i ciepłotę ustroju. Są nawet dane, wskazujące specjalne ośrodki, regulujące pojedyncze rodzaje przemiany materji: białka, węglowodanów i tłuszczów puryn, cholesteryny i wody. Mówi się o ośrodku, regulującym wszystkie czynności, potrzebne do utrzymywania stałego składu krwi w kierunku izochemji, izoosmji, izojonji i izohydri (PH). Jeżeli zdajemy sobie sprawę, że pojęcie takich ośrodków fizjologicznych wogóle jest czysto hipotetyczne, to jednak musimy przyznać, że dotychczas ono jedynie daje nam możność zrozumienia zespolenia zjawisk życia wegetatywnego w jedną całość normalną. Według Fr. Krausa i jego szkoły (Dresel, Zondek i inni) wszystkie wyższe ośrodki autonomiczne łączą się w jednej najwyższej centrali życia wegetatywnego, w ciałku prążkowanym, a mianowicie w jego filogenetycznie starszej części (palaeostriatum, globus pallidus). Jest to niby „dusza wegetatywna“ o pewnym rodzaju ograniczonej świadomości i „podświadomości“.

W ten sposób każdy człowiek i wyższe zwierzę składa się z dwóch osobowości: wyższej—genetycznie młodszej, zespolonej przez pola korowe mózgu, i niższej—prymitywnej, zespolonej przez regio striaria. Z rodzaju zespolenia tych dwóch osobowości powstają różne typy normalne i patologiczne. Psychologicznie podkorowa osobowość reprezentuje między innymi instynkty, intuicję i irracjonalność. Od regio striaria zależą stan snu i obudzenia, pragnienie i głód, ruja, oraz ogólne poczucie zdrowia, nastroj, wogóle owo niedające się bliżej określić poczucie o naszej istocie, naszym „ja“ — niezależnie od czynności zmysłowych (cénesthésie francuskich autorów).

Ośrodki nerwów autonomicznych tak pod względem fizjologicznym, jak i farmakologicznym są o wiele mniej dokładnie poznane od ich rozgałęzień obwodowych. Przedewszystkiem nie znamy środków o zupełnie swoistem, wyborczem działaniu li tylko na te ośrodki. Pikrotoksyna uchodzi za jad podrażniający wyborczo ośrodki parasympatyczne.  $\beta$  trahydronaftyamina zaś działa wybitnie drażniąco na ośrodki nerwów współczulnych, ale równocześnie też na ich zakończenie.

Na pojedyncze ośrodki autonomiczne działa cały szereg środków, których jednakże ze względu na inny zakres działania, występujący na pierwszy plan, nie możemy wcale nazwać sympatyko- lub parasympatykotropowymi środkami. Tak np. drażnią ośrodek nerwów błędnych: akonityna, morfina, glikozydy naparstnicy, strofantyna, a przedewszystkiem scylaina, jak również atropina, oraz pośrednio wskutek powiększenia ciśnienia krwi nawet adrenalina. Pobudliwość zaś tego ośrodka wzmagają kofeina i strychnina. Te dwa alkaloidy powiększają podobnie pobudliwość ośrodka oddechowego, który drażni atropina, lobelina, kamfora i inne, a poraża morfina, skopolamina, oraz anestetyki i hipnotyki. Kofeina i strychnina zwiększają również pobudliwość ośrodka naczy-

nioruchowego. Jeżeli przyjmujemy — co jest rzeczą gustu — osobny parasympatyczny ośrodek, rozszerzający naczynia i oddzielny zwężający współczulny, w takim razie możemy powiedzieć, że ośrodki, rozszerzające naczynia, podrażniają atropina i azotyny; anestetyki i hypnotyki zaś zahamowują, względnie porażają centrum, zwężające naczynia. Ośrodek cieplny możemy także podzielić (według H. H. Meyera) na parasympatyczny obniżający i sympatyczny, podnoszący ciepłość ciała. W takim razie obniża ciepłość pilokarpina i fizostygmina, drażniąc ośrodek parasympatyczny, a atropina, zahamowując go, podnosi ciepłość; ośrodek sympatyczny zaś drażni i przeto powiększają ciepłość ciała: kokaina i toksyny bakteryjne, podczas gdy morfina i antypyretyki obniżają jego czynność. Pobieżne to zestawienie wykazuje dobitnie, że ośrodki tu wymienione należą do najróżniejszych grup farmakologicznych, nie może więc być mowy o jakimś swoistem działaniu ich wyłącznie na ośrodek autonomiczny. To jednak nie wyklucza, że niektóre z tych środków posiadają doskonałe wskazania kliniczne, także w kierunku działania na środkową część układu nerwowego autonomicznego.

Ze względów teoretycznych bardzo jest ważnem, że niektóre alkaloidy, jak nikotyna i cytyzyna, po przejściowem drażnieniu porażają zwoje obwodowe autonomiczne, co równa się porażeniu wszystkich włókien przedzwojowych, podczas gdy pozazwojowe pozostają czynne. Ta właściwość posłużyła Langley'owi, jak wiadomo, do rozwikłania anatomicznego przebiegu i odkrycia czynności fizjologicznych pojedynczych włókien nerwów autonomicznych.

Dotychczas najlepiej bezwarunkowo poznane zostało działanie środków farmakologicznych na zakończenie nerwów autonomicznych, względnie na miejsce łączenia się nerwów z tkanką. Działanie to jest w wysokim stopniu swoiste parasympatyko- lub sympatykomimetyczne, póki stosujemy właściwe niezbyt duże ani zbyt małe dawki. Jeżeli natomiast będziemy stosowali dawki nieodpowiednie, zwłaszcza niepomierne duże, to znajdziemy, że swoistość się zaciera, a występuje działanie amfotropowe, na obiedwie części układu autonomicznego. Przy względności wszystkich zjawisk biologicznych nie może to zadziwić, a tembardziej obalić doskonale uzasadnionego podziału na środki działające parasympatycznie i sympatycznie. Ogólnie można powiedzieć, że adrenalina i chemicznie do niej podobne fenilalkilaminy, jak tyramina, epinina, adrenalon, stryfnon i efedryna (zawarta w roślinach rodzaju Ephedra) działają zupełnie podobnie jak drażnienie włókien współczulnych. Ergotoksyna (ergotamina, gynergen) działa wyłącznie na motoryczne nerwy współczulne, w małych dawkach drażniąc, a więc podobnie do adrenaliny, w dużych zaś porażając. Wówczas środki sympatykomimetyczne grupy adrenaliny mogą działać już tylko na hamujące nerwy; w ten sposób powstają różne objawy na pozór wręcz odwrotne w porównaniu do zwykłego działania tych środków (np. obniżenie ciśnienia krwi, zatrzymanie czynności serca w rozkurczu i t. p.). Pobudliwość układu współczulnego powiększają i przeto uczulają na działanie środków sympa-

tykomimetycznych: kokaina, wydzielina tarczycy oraz wapno. Kofeina i inne pochodne grupy purynowej okazują w niektórych kierunkach wpływ hamujący na włókna współczulne. Środków zaś, porażających ogół nerwów sympatycznych, nie znamy.

Obwodowe zakończenia układu parasympatycznego drażnią: muskaryna, pilokarpina i acetylcholina, fizostygmina zaś i potas powiększa ich pobudliwość. Porażająco działa grupa atropiny oraz błękit metylenu.

Powyższy podział najważniejszych środków, działających na układ nerwowy autonomiczny, aczkolwiek, zasadniczo ścisły i ustalony w licznych szczegółach, nie ostoї się jednakże przy nienormalnych warunkach doświadczalnych lub nieraz w stanach patologicznych. Wówczas występują t. zw. paradoksalne lub odwrotne, względnie amfotropowe działania. Dużą rolę odgrywa przytem dawkowanie. Np. dawka atropiny, niewystarczająca do porażenia zakończeń nerwów parasympatycznych, może wywołać zwolnienie pulsu i skurcz zwieracza pylori, prawdopodobnie wskutek drażniącego działania na ośrodek nerwów błędnych, podczas gdy przy zupełnem porażeniu zakończeń — po większych dawkach atropiny — podniety ośrodkowe nie mogą dotrzeć do narządu. Szereg środków znowuż, stosowanych zwłaszcza w dużych dawkach, wywołuje wzmożone wydzielanie adrenaliny i przeto nabiera po stronie własności sympatykomimetycznych. Należą tu między innymi: morfina, strychnina, kofeina, chinina, a z parasympatykomimetycznych środków: pilokarpina i przede wszystkim fizostygmina. Poza tem w dużej mierze stanowi o przemianie sympatykomimetycznego działania na parasympatykomimetyczne i odwrotnie — stan czynnościowy samych komórek w chwili zadziałania środka, względnie uprzednio wywołany stan podrażnienia lub nadpobudliwości jednej części układu autonomicznego wobec drugiej. I tak po stosowaniu wagotropowego środka, np. acetylcholiny, nie znosi adrenalina działania diastologicznego tego środka, lecz przeciwnie może je powiększyć.

Przewaga napięcia jednej części układu autonomicznego nad drugą, zależy między innymi przede wszystkim od wzajemnego ustosunkowania się elektrolitów w ustroju, zwłaszcza wapnia (Ca) i potasu (K). Już oddawna wiadomo, że drażnienie nerwu błędnego wyswabza jony K, a współczulnego jony Ca. Dalej przekonano się doświadczalnie, że nadmiar jonów K, w płynach fizjologicznych zwiększa pobudliwość układu parasympatycznego; Ca zaś działa wręcz przeciwnie. W dalszym ciągu okazało się, że działanie środków sympatykomimetycznych może przechodzić w parasympatykomimetyczne wskutek przewagi jonów K i odwrotnie przy nadmiarze jonów Ca. Wzrost jonów K w płynie tkankowym zmusza komórki do oddawania jonów OH, wzrost jonów Ca, zaś do oddawania jonów H.

Wskutek tego w pierwszym przypadku odczyn wewnątrz komórek przesuwają się w kierunku kwaśnym, nazewnątrz zaś w kierunku zasadowym, w drugim przypadku odwrotnie. W ten sam sposób przesuwają drażnienie jednego lub drugiego układu autono-

micznego stosunek wzajemny jonów K i Ca oraz odczyn komórek i krwi. (Str. wł.).

V. Kol. Z. Górecki wygłosił odczyt pt.: „Wstrząs anafilaktyczny a układ współczulny“.

Prelegent podaje w krótkości objawy wstrząsu u zwierząt, pomijając omawianie bliżej natury anafilaksji. U psa występują wśród innych objawów: przyspieszenie oddechu, spadek parcia krwi, rozszerzenie naczyń krwionośnych, zwłaszcza w zakresie jamy brzusznej, wymioty i oddawanie wolnego stolca. U świnki morskiej, szczególnie wrażliwej na uczulenie, występują również wymioty, oddawanie wolnego stolca, tętno nierówne i dysпноë.

Zwierzęta te bardzo często padają wskutek wstrząsu. U królików obok zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego występują szczególnie objawy ze strony płuc, polegające anatomicznie na skurczu mięśni gładkich oskrzelików. U innych gatunków zwierząt objawy są podobne i świadczą wyraźnie o zaburzeniu równowagi układu vegetatywnego, w szczególności zaś o podrażnieniu nerwu błędnego. Objawy te w niektórych doświadczeniach dają się osłabić lub nawet znieść przez wprowadzenie zwierzęciu atropiny lub chlorku wapnia dożylnie.

U człowieka występują objawy wstrząsu anafilaktycznego według Pirqueta i Schicka: 1) pod postacią choroby posurowiczej w 8 — 12 dni po wprowadzeniu pewnej dawki ciała uczulającego, wyrażające się zmianami na skórze, gorączką, niekiedy zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego i t. d. 2) natychmiast po wprowadzeniu drugiej, wyzwalającej dawki obcego białka, przy czym objawy są podobne, jak w chorobie posurowiczej, lecz bardziej gwałtowne, na skórze zaś w miejscu wstrzyknięcia zjawia się objaw Arthus'a. 3) natychmiast po pierwszej dawce obcego białka. Objawy są bardzo podobne do tych, które występują u zwierząt: duszność, spadek parcia krwi, rozwolnienie i t. p.

W ostatnich czasach wstrząsy u ludzi spotykamy coraz częściej i to wstrząsy, występujące natychmiast po wprowadzeniu dożylnem ciała wywołującego wstrząs, przy czym okazuje się, że zdolność wywoływania wstrząsu posiadają rozmaite ciała nie tylko białkowe, kolloidowe, ale nawet i krystalloidy, zwłaszcza w roztworach hyper- lub hypotonicznych. Prelegent opisuje przypadek wstrząsu po dożylnem wprowadzeniu złota kolloidalnego.

Tłumaczenie występowania tych wstrząsów jest trudne. Objawy zaś świadczą wyraźnie o współdziałaniu układu vegetatywnego, od którego równowagi, napięcia i wrażliwości na podniety zależy wystąpienie lub natężenie wstrząsu. W odróżnieniu od typowych wstrząsów anafilaktycznych swoistych, względem pewnych ciał uczulających natury białkowej, te wstrząsy po rozmaitych innych ciałach, wprowadzonych drogą pokarmową lub parenteralną nazwano wstrząsami anafilaktoidalnemi.

Widal i jego szkoła wprowadzili do kliniki pojęcie wstrząsu kolloidoklastycznego, opierając się na zmianach morfotycznych we krwi u zwierząt podczas wstrząsu. Spostrzeżenie Widala, wyko-

rzystane przezeń dla wykazania czynności wątroby, powtarzane było i przez polskich autorów (Filiński, Sabatowski, Kmietowicz, Czubalski) przyczem okazało się, że zmiany te zależą od napięcia układu vegetatywnego. Kopaczewski odnosi objawy wstrząsu do zmian w stałości kolloidowej osocza krwi. Górecki i Demant wykazali, że stałość kolloidowa osocza ulega zachwianiu lub ustaleniu pod wpływem bodźców natury termicznej, przyczem może być mowa tylko o zachowaniu równowagi układu vegetatywnego, a nie o wstrząsie anafilaktycznym. Rozliczne inne badania nad zachowaniem się krwi zwierząt i ludzi podczas wstrząsu i pod wpływem drażnienia nerwu błędnego lub współczulnego wykazują uderzające podobieństwo.

Z niektórych schorzeń astma oskrzelowa zasługuje na szczególną uwagę. Chorzy tacy wykazują podobnie znaczną wrażliwość zarówno na niektóre ciała wywołujące u nich wstrząs, jak i na jady wegatatywne (atropina, adrenalina, ezeryna). Przez odpowiednie dobieranie jakości ciał (zwłaszcza białkowej natury) ich dawek jak i za pomocą jądów vegetatywnych można u chorych na astmę oskrzelową wywołać lub znieść napad chorobowy.

Proteinoterapia, tuberklinoterapia, hemoterapia, zabiegi hydroterapeutyczne (o odpowiednim nasileniu) wprowadzanie dożylnie leków z grupą krystalloidów (np. sanokryzyna) wywołać mogą wstrząsy anafilaktyczne u ludzi zwłaszcza chorych, u których układ vegetatywny jest chwiejny, szczególnie w schorzeniach przewlekłych jak np. gruźlica. Na znaczną wrażliwość człowieka wobec wprowadzenia dożylnego ciał obcych ustrojowi zwraca uwagę już odkrywca anafilaksji prof. Richet.

Prelegent wykazuje rolę układu vegetatywnego w powstawaniu wstrząsu anafilaktycznego, wstrzymuje się jednak od indetyfikowania wstrząsu z zachowaniem równowagi omawianego układu i przestrzega przed zbyt pochopnem i niewłaściwem stosowaniem dożylnem leków, opierając się zarówno na materiale, ogłaszany w literaturze światowej jak i na własnych spostrzeżeniach, poczynionych w klinice prof. Gluzińskiego. (Str. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **B. Sawicki.**

Sekretarz doreczny **T. Byszewski.**



**POSIEDZENIE KLINICZNE****d. 15 grudnia 1925 r.**Przewodniczący prezes prof. **Sawicki**.

Obecnych 72 członków.

- Treść: 1) **Morawiecka**. Zespół schorzenia układu wegetatywno-wielogruzołowego. Pokaz chorej.
- 2) **Jochweds**. Pokaz chorego na dusznicę bolesną (kiła).
- 3) **Dąbrowska**. Lymphangitis carcinomatosa pulmonum. (pokaz preparatu).
- 4) **Reicherówna**. Znaczenie układu współczulnego w chorobach wewnętrznych.
- 5) **Węgierek**. Układ współczulny a choroby przemiany materji.

Po odczytaniu przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia klinicznego.

I. Prezes zdaje sprawę z bytności swej na obchodzie 120-lecia Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

II. **Morawiecka**: Pokaz chorej z chorobą Basedowa, sklerodermją i postacią przykurczową zmięknienia kości.

U chorej lat 25 rozwinęły się w r. 1920 objawy choroby Basedowa, a w 1½ r. potem wystąpiły objawy zmięknienia kości i twardziny skóry. We wszystkich wymienionych zespołach uderzała pewna nietypowość, a mianowicie w zespole Basedowa brak było objawów Dalrympla i Graëgo, objawów żołądkowo-kiszkowych, wydzielniczych i nerwicowych, w obrazie twardzinowym skóry zwracało uwagę, że wolne były od nacieków twarz, kończyny górne i stopy; oraz brakowało wybitniejszych zaburzeń naczyniowo-ruchowych. Zmięknienie kości pod względem zniekształceń i niedowładów typowe, wykazywało niezwykle uogólnienie przykurczów mięśniowych (obok przykurczu przewodzących ud przykurcz zgięcia w stawach biodrowych i w kolanach, końsko-szpotawe stopy), przy braku bólów samoistnych i bolesności uciskowej kośćca. Niezwykle powikłanie wymienionych zespołów stanowiły zmiany w kręgosłupie o charakterze spondylo-artretycznym, stwierdzone na zdjęciach rentgenowskich.

Stan chorej w ciągu dwuletniej obserwacji, stałe choć poprawiał w zakresie wszystkich zespołów (podawano małe dawki tyreoidyny i tran z fosforem), jednak tachycardia, astenia i zadyszka przy najmniejszym wysiłku pozostawały bez zmian. Chorą poddano w maju b. r. trzebieniu. Po krótkim okresie objawów klimakterycznych wszystkie inne objawy zasadniczego schorzenia zaczęły się odtąd równomiernie i wybitnie poprawiać, a więc i objawy sercowe i skórne i mięśniowe, chora zaczęła chodzić o własnych siłach.

Omawiane zespoły należałoby odnieść z jednej strony do zaburzeń dokrewnych, z drugiej strony nietypowość poszczegól-

nych zespołów mogłaby przemawiać za pierwotnym umiejscowieniem schorzenia przeważnie w układzie wegetatywnym, głównie sympatycznym. W piśmiennictwie brak podobnej kombinacji zespołów.

Interesującym był wpływ leków u chorej na niektóre objawy, a mianowicie preparatów tarczycy, podawanych okresowo, na zmiany skórne i sercowe, jodu na zespół objawów Basedowa, oraz gynergenu na tachykardję basedowiczną. (Str. wł.).

III. Kol. Jochweds przedstawia chorego na dusznicę bolesną (kiła).

IV. Kol. J. Dąbrowska Lymphangitis carcinomatosa pulmonum.

D. pokazuje płuco z przerzutami raka włóknistego części odzwiernikowej żołądka u 54 letniego mężczyzny. Na opłucnej oraz na przekroju płuca widać niezmiernie obfitą szaro-żółtawą siatkę, składającą się ze sznurków o paciorkowatych zgrubieniach. Gruczoły wnęki płuc poprzrastane przez masy nowotworowe.

Raki żołądka przenoszą się do płuc dwiema drogami:

1) Naciekając szczeliny tkankowe, cząsteczki nowotworu z biegiem limfy przedostają się do przewodu piersiowego i stamtąd przez krwiobieg żylny, tętnicę płucną do płuc, albo też

2) Cząsteczki nowotworu z drobnych naczyń limfatycznych żołądka więzłą w gruczołach okolicznych (żołądka, trzustki) i drogą zatoru wstecznego porażają gruczoły wnękowe i okołoskrzelowe, szerząc się dalej naczyniami limfatycznymi płuc i opłucnej.

W pierwszym przypadku powstają guzy córce w najrozmaitszych narządach, w drugim zostaje zaatakowany cały układ limfatyczny narządu, w którego gruczołach wnękowych nowotwór się rozrasta, co miało miejsce w opisywanym przypadku.

V. Kol. Reicherówna wygłosiła odczyt p. t. Znaczenie układu współczulnego w chorobach wewnętrznych.

VI. Kol. Węgiérko wygłosił odczyt p. t. Układ współczulny a choroby przemiany materji.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**

**POSIEDZENIE ADMINISTRACYJNE****d. 29 grudnia 1925 r.**Przewodniczący prezes prof. **Sawicki**.

Obecnych członków 21.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia klinicznego.

II. a) Podskarbi kol. Babiński w zastępstwie nieobecnego Sekretarza Stałego odczytuje sprawozdanie z czynności Zarządu T-wa w r. 1925, z zapisów i legatów T-wa, oraz z administrowania majątkiem T-wa.

b) Następnie kol. Babiński odczytuje preliminarz budżetowy na rok 1926.

W dyskusji kol. Mutermilch podnosi, iż pożądanem jest sprawę zdeprecjonowania zapisów i majątku T-wa podać do wiadomości publicznej za pomocą prasy, oraz przedstawić smutny ten fakt sferom parlamentarnym.

Prof. Sawicki w sprawie prelininowanych wydatków w r. 1926 na bibliotekę uważa, że suma 1.000 zł. jest znikoma, wobec drożyzny szczególnie pism i książek niemieckich, i przyszły Zarząd winien sprawą tą się zająć w tym duchu, aby możliwie sumę tę powiększyć.

Kol. Mutermilch proponuje, aby sumy zaoszczędzone z pozycji „remont gmachu“ — obrócić na cele biblioteki.

Kol. Babiński nie przypuszcza, aby w jakikolwiek sposób zdewaluowane zapisy można uratować, jednak bolesną tę prawdę należy poruszyć i rozgłosić. W sprawie funduszu na bibliotekę, przyszły zarząd będzie mógł oszczędności z innych działów budżetu przenieść na dział biblioteki.

c) Kol. Babiński referuje sprawę konwersji listów zastawnych rublowych (własność T-wa i Kasy Wsparć) na listy złotowe, stawiając wniosek zamiany listów obecnie.

Kol. Mutermilch proponuje, aby sprawę tą odroczyć na rok jeden, wobec niepewności ogólnej sytuacji finansowej.

Kol. Łuczycki i kol. Łyskawiński proponują, aby wobec nieznacznej liczby obecnych członków, odłożyć decyzję do następnego walnego zebrania.

Kol. Michalski popiera wniosek kol. Babińskiego, aby listy zamienić obecnie, żeby nie tracić procentu, sięgającego sumy 3.000 zł. rocznie.

Uchwalono wobec niewielkiej liczby zebranych sprawę konwersji listów zastawnych umieścić na porządku najbliższego walnego zebrania na początku r. 1926.

III. Bibliotekarz kol. Zweigbaum zdał sprawę ze stanu biblioteki w r. 1925.

IV. Wiceprezes kol. Zieliński odczytał sprawozdanie komitetu bibliotecznego za r. 1925.

Na wniosek Komitetu zebrani wyrażają gorące uznanie kol. Zweigbaumowi za pełne poświęcenia wzorowe prowadzenie biblioteki.

V. Uchwalono postawić wybór pomocnika sekretarza dorocznego na porządku dziennym posiedzenia wyborczego w dn. 5 stycznia 1926 r.

VI. Sprawozdania z prac kandydatów odczytali:

Kol. Byszewski . . .	z prac kol. Walca Jana
Łyskawiński . . .	„ Mikułowskiego Włodzimierza
Łuczycki . . .	„ Konopnickiego Jana
Michalski . . .	„ Petryńskiego i
	Kaczyńskiego Antoniego
Misiewiczówna „	Bartoszka Tadeusza i
	Bohdanowiczówny Zofji
Byszewski . . .	„ Leyko Emila i
	Sikorskiego
Mutermilch . . .	„ Ławrynowicza
Orzechowski . . .	„ Pieńkowskiego
Szumlański . . .	„ von Hertza Włodzimierza
Zieliński . . .	„ Oziębłowskiego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **T. Byszewski.**

## TREŚĆ TOMU CXX.

	Str.
Protokół posiedzenia wyborczego dn. 7 stycznia 1925 r. . . . .	3
Protokoły posiedzeń klinicznych:	
Dnia 20 stycznia 1925 r. . . . .	4
Treść: 1) Prof. Noiszewski. Nieprawidłowe ujęcia wzrokowe. 2) Simon Działanie wód mineralnych — proteino- terapia.	
Dnia 27 stycznia 1925 r. . . . .	7
Treść: 1) M. Michałowicz. Nowe poglądy na płonicę — Dyskusja. 2) Radliński. Rozpoznawanie schorzeń chi- rurgicznych okrężnicy — Dyskusja.	
Posiedzenie poświęcone pamięci ś.p. prof. Kazimierza Rzętkowskiego.	10
Protokoły posiedzeń klinicznych:	
Dnia 10 lutego 1925 r. . . . .	11
Treść: Dąbrowski, Hirszfeld, Rudzki i Szymanowski. Sprawozdanie Komisji, wysłanej przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia do Kopenhagi w celu zapoznania się ze stanem obecnym badań nad działaniem sano- kryzyny.	
Dnia 17 lutego 1925 r. . . . .	15
Treść: 1) Milewski. Badania nad powstawaniem urobilinogenu- nurji. 2) Węgiérko. Kilka spostrzeżeń, dotyczących działania samej insuliny oraz w połączeniu z doustnie podawanym dwufosforanem sodu.	
Dnia 3 marca 1925 r. . . . .	20
Treść: 1) S. Higier. Przypadek ostrego zapalenia rdzenia podczas szczepień przeciw wścieklicznie (pokaz chorego) 2) Cieszyński. Przypadek zapalenia okołonerkowego, wyleczonego szczepionką swoistą (pokaz). 3) Mi- chalski. Pokaz 3 chorych z rozszerzeniem naczyń skóry w przypadkach gruźlicy. 4) S. Leśniowski. Przypadek operowanego guza pozardzeniowego — z poka- zem chorego.	

	Str
Dnia 17 marca 1925 r . . . . .	26
T re ś ć : 1) Rutkowski. Pokaz rentgenogramu żołądka chorej połykającej gwoździe. 2) Bronowski. Kilka słów w sprawie ostrej niedomogi mięśnia sercowego 3) Semerau i Misiewiczówna. Patogeneza skaz krwotocznych.	
Dnia 21 kwietnia 1925 r. . . . .	30
T re ś ć : 1) Misiewiczówna. Badania ciśnienia żylnego w klinice — Dyskusja. 2) Walc. Powikłania nerkowe w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego.	
Dnia 5 maja 1925 r. . . . .	33
T re ś ć : 1) Radwan i Piaszczyński. Z patologii chirurgicznej okolic wątroby. 2) Krauze. W sprawie napięcia układu nerkowego roślinnego w stanach tarczycowych.	
Dnia 19 maja 1925 r. . . . .	40
T re ś ć : 1) Dąbrowski. Pokaz chorej z owrzodzeniem dookoła odbytnicy pochodzenia luetycznego. 2) Typograf. Pęknięcie tętniaka tętnicy głównej. Pokaz preparatu. 3) Szczepański. Zasady podstawowej przemiany materji. Demonstracja przyrządu Krogh'a. 4) Cytronberg. Badanie sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych.	
Dnia 2 czerwca 1925 r. . . . .	43
T re ś ć : Uczczenie pamięci zmarłego członka ś. p. Zbigniewa Paderewskiego. 1) Szymanowski. O bakterjofagach. 2) Zaorski. Współczesne leczenie wrzodu okrągłego żołądka.	
Dnia 16 czerwca 1925 r. . . . .	44
T re ś ć : 1) Melanowski. Badania kapilaroskopowe w schorzeniach tętnic siatkówki. 2) Brokman. Zagadnienia konstytucji i usposobienia w stosunku do chorób zakaźnych.	
Dnia 15 września 1925 r. . . . .	48
T re ś ć : 1) Uczczenie pamięci D-ra Teodora Herynga. 2) Zjazd lekarzy ługosłowian w Dubrowniku. 3) Puszet. Lamblija intestinalis w przebiegu skazy krwotocznej. 4) Jochweds. O przewlekłym przyściennym zapaleniu wsierdzia bez zajęcia zastawek.	
Dnia 29 września 1925 r. . . . .	51
T re ś ć : 1) Eiger. Raki doświadczalne na roślinach (pokaz). 2) Eiger. Wpływ chemji fizycznej na medycynę współczesną. 3) Lachs. Nowe badania w chemji koloidów.	
Dnia 6 października 1925 r. . . . .	53
T re ś ć : 1) Karwacki. Zapalenie gruźlicze opon, leczone sanokryzyną i aurosanem (pokaz). 2) Grzybowski. O wartości klinicznej badania krwi i płynów wysiękowych metodą Besredki w gruźlicy. 3) Oziębłowski. Odczyn odchylenia dopełniacza jako metoda rozpoznawcza w gruźlicy.	
Posiedzenie dn. 27 października, poświęcone pamięci zmarłych prof. E. Przewońskiego i dr. J. Pawińskiego . . . . .	
	58

Posiedzenie dn. 3 listopada, poświęcone pamięci prof. J. M. Charcot'a	63
Protokoły posiedzeń klinicznych:	
Dnia 17 listopada 1925 r. . . . .	63
Treść: 1) Dobrowolski Z. Życiorys ś. p. prof. Herynga 2) Lubliner. Ocena pracy naukowej i działalności ś. p. prof. Herynga. 3) Erbrich. Patogeneza gruźlicy krtani	
Dnia 24 listopada 1925 r. . . . .	67
Treść: 1) Altkaufer H. Opatrunki przezroczyste aseptyczne. 2) Higier S. Zespół nerwu uszno-skroniowego. Zmiany w unerwieniu twarzy (pokaz chorej). 3) Laskowski. Pierwotny rak włóknisty głowy trzustki (pokaz preparatu). 4) Koelichen. Anatomja układu wegetatywnego. 5) Skubiszewski. Anatomja patologiczna zwojów współczulnych.	
Dnia 1 grudnia 1925 r. . . . .	74
Treść: 1) Sprawozdanie z konkursu im. Grzegorza Piramowicza. 2) Messing. Myopatja i vitiligo, pokaz chorej. 3) Freyówna. Torbiel III komory mózgu (pokaz preparatów). 4) Modrakovski. Fizjologia i farmakologia układu wegetatywnego. 5) Górecki. Wstrząs anafilaktyczny a układ współczulny.	
Dnia 15 grudnia 1925 r. . . . .	82
Treść: 1) Morawiecka. Zespół schorzenia układu wegetatywno-wielogruczowego (pokaz chorej). 2) Jochweds. Pokaz chorego na dusznicę bolesną (kiła). 3) Dąbrowska. Lymphangitis carcinomatosa pulmonum (pokaz preparatu). 4) Reicherówna. Znaczenie układu współczulnego w chorobach wewnętrznych. 5) Węgiérko. Układ współczulny a choroby przemiany materji.	
Protokół posiedzenia administracyjnego dnia 29 grudnia 1925 r. . . . .	84

## SPROSTOWANIE T. CXX.

Na str. 11 w. 18 od dołu zamiast G~~e~~newską ma być Generalną.

„ „ 15 „ 12 „ góry „ 1924 „ „ 1925.

---