

**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

**POD REDAKCJĄ
ZDZISŁAWA GORECKIEGO**

TOM CXXI.

**WARSZAWA
1928**



www.dlibra.wum.edu.pl

**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCJĄ
ZDZISŁAWA GORECKIEGO

TOM CXXI.

**Biblioteka Główna
WUM**

WARSZAWA
1928



CZYNNOŚCI
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ KLINICZNYCH

ODBYTYCH W ROKU 1926



PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA WYBORCZEGO

z dnia 5 stycznia 1926 r.

przewodniczy prezes kol. Sawicki
obecnych członków T-wa. 70.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia administracyjnego w dn. 29 grudnia 1925 r.

II. Kol. Gutowski odczytuje sprawozdanie z prac kol. Goebbla Franciszka.

III. Sekretarz doroczny odczytuje sprawozdanie z działalności naukowej T-wa za rok 1925.

IV. Kol. Łapiński zdaje sprawę ze zjazdu lekarzy jugosłowiańskich w Dubrowniku we wrześniu 1925 i referuje projekt utworzenia wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego.

V. Wobec stwierdzonego quorum (67 obecnych członków) wymaganego przez ustawę, przystąpiono do wyborów. Na skrutatorów zostali proszeni przez Zarząd: kol. kol. Gerner, Gromadzki, Kędzierski, Łyskawiński, Meyer, Michalski, Mutermilch, Niewiadomski, Obarski, Wojnarowska, Zawadzki, Zembrzuski.

Wyniki wyborów:

na prezesa został wybrany kol. B. Sawicki (61).

na wiceprezesa kol. K. Zieliński (53),

na sekretarza kol. T. Byszewski. (63),

na pomocnika sekr. kol. K. Gerner. (59),

do Zarządu — kol. W. Starkiewicz (41).

Do Komisji rewizyjnej:

Kol. M. Ryłko,

„ S. Gurbski,

„ S. Zembrzuski.

Do Komitetu Kasy Wsparć:

Kol. A. Gruszczyński (57),

„ K. Łazarowicz (56),

„ W. Szumlański (55),

„ G. Chodakowski (58),

„ A. Krzyczkowski (58).



Na delegatów na zebranie przedstawicieli Towarzystw Lekarskich w sprawie założenia Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego:

Kol. B. Sawicki, kol. L. Babiński 21.

Na członków czynnych T-wa.

- 1) kol. Bartoszek Tadeusz 63.
- 2) „ Bohdanowiczówna Zofja 63.
- 3) „ von Hertz Włodzimierz 62.
- 4) „ Goebel Franciszek 64.
- 5) „ Kaczyński Antoni 64.
- 6) „ Konopnicki Jan 63.
- 7) „ Leyko Emil 63.
- 8) „ Ławrynowicz Aleksander 63.
- 9) „ Mikułowski Włodzimierz 63.
- 10) „ Petrynowski Marjan 63.
- 11) „ Pieńkowski Stefan 63.
- 12) „ Oziębłowski Juljan 63.
- 13) „ Sikorski Henryk 63.
- 14) „ Walc Jan 61.

Na tem posiedzenie zakończono.

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

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 19 stycznia 1926 r.

przewodniczący prezes: kol. Sawicki.

obecnych 67.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia wyborczego w dniu 5. stycznia 1926 r.

II. Prezes T-wa zawiadamia, że na posiedzenie delegatów Towarzystw Lekarskich w dniu 10. b. m. w Warszawie, w sprawie organizacji wszechsłowiańskiego związku Lekarskiego, wybrano na delegatów polskich; prof. A. Gluzińskiego, który przyjął mandat warunkowo, i D-ra B. Jakimiaka, oraz na zastępcę D-ra Łapińskiego. Delegaci będą reprezentować Polskę na Zjeździe Lekarzy Jugosłowiańskich w r. 1926. w Belgradzie, oraz w Komitecie Organizacyjnym Związku Wszechsłowiańskiego.

III. Prezes T-wa wita nowoobраниch członków T-wa i wręcza im dyplomy.

IV. Kol. Filiński Wł. przedstawia dwóch chorych z bielnią (vitiligo) wywołaną przez działanie promieni słonecznych.

Dyskusja:

Kol. Trzciński. Vitiligo daje plamy różnej wielkości aż do bardzo dużych, ale te plamy są nieforemne o brzegach nieprawidłowych. To, co demonstrował kol. Filiński t. j. plamy prawidłowo okrągłe, małe, conajwyżej wielkości 2 groszowej monety jest to leukoderma. Aż do czasów względnie ostatnich leukoderma było signum patognomoniczne przymiotu. Jeżeli lekarz widział u pacjenta leukoderma rozpoznawał natychmiast syfilis. Niestety okazało się, że czasami nb. bardzo rzadko leukoderma powstaje po wessaniu się wykwitów łuszczycy. Trzciński obserwował jeden taki przypadek.

Gdyby się okazało że insolacja może wywołać również leukoderma, byłby to fakt wielkiej wagi, ale wyznać trzeba, że demonstrowano przypadki nie rozstrzygające.

Należałoby w obu wyłączyć przedewszystkiem lues. (Str. wł.)

Kol. Horodyński spostrzegł, że Europejczycy w strefach podzwrotnikowych mają często wyjątkowo białą skórę.

V. Kol. Landau A. Przedstawia chorego z ciężką postacią moczwówki cukrowej, leczonego insuliną.

VI. Kol. Kiełkiewicz przedstawia dwa przypadki kamicy moczowej, pierwszy przypadek kamicy moczowodowej, drugi nerkowej. Oba przypadki stanowią rzadkość i osobliwość kliniczną, obie bowiem chore mają tylko jedną nerkę i właśnie na tej jednej nerce były dokonywane ciężkie zabiegi operacyjne.

Pierwszy przypadek dotyczy 50-letniej osoby, której przed kilku laty usunięto prawą nerkę z powodu nowotworu. Chora ta raptownie dostaje bólów w podżebrzu lewym, wymiotów i bezmocz. Bezmocz trwa 4 doby. W ciężkim stanie przewieziono chorą do szpitala. W chwili przybycia chora prawie nieprzytomna. Ciepłota prawidłowa, tętno = 150 na minutę. Oczy wpadnięte. Cera szaro żółta. Język suchy, zupełny bezmocz. Cewnikowaniem lewej nerki stwierdzono przeszkodę w odległości 12 cm. od ujścia moczowodu. Rentgen wykrył trzy kamienie w moczowodzie (część miedniczna).

Mocznik krwi = $3\frac{0}{100}$. Wykonano nacięcie nerki. Do miedniczki włożono sącdek gumowy. Po zabiegu stan chorej zwolna zaczął się poprawiać. Po tygodniu $Az=1,78\frac{0}{100}$, po miesiącu mocznik krwi spadł do normy. Po 2 mies. przystąpiono do operacji radykalnej t. j. do usunięcia kamieni z moczowodu. Cięcie równoległe do więzła Poupart'a i następnie od kolca przedniego do łuku żebrowego. Po udostępnienu moczowodu, na kamienie natrafiono na poziomie, gdzie moczowód przechodzi poprzez żyłę biodrową wspólną. Na moczowodzie zrobiono dwa nacięcia, przez jedno nacięcie usunięto jeden kamień, przez drugi dwa. Na rany nałożono po dwa szwy z cienkiego katgut. Znajdujący się w nerce sącdek, mający na celu odprowadzanie moczu, utrzymano. W pierwszym tygodniu po operacji przebieg był zupełnie poprawny. Po tygodniu chora zaczęła gorączkować. Wykryto głęboki ropień pod dolnym biegunem nerki. Chora jednak gorączkować nie przestała. Po tygodniu wykryto drugi ropień w małej miednicy, i będący w ścisłym związku z moczowodem. Ropień opóźniono i wysączkowano. Ciepłota spadła do normy. Chora zaczęła szybko powra-

cać do zdrowia Cewnikowanie moczowodu już po zupełnem wyzdrowieniu i zagojeniu ran odbywa się z łatwością. Zwężenia nie stwierdzono. Czynność nerki zupełnie poprawna. Mocz aseptyczny, patologicznych składników nie zawiera.

Drugi przypadek dotyczy 25 letniej osoby, której przed kilkunastu miesiącami usunięto lewą nerkę z powodu kamicy, powikłanej wodą czy ropniczem. W kilka miesięcy po zabiegu zaczęła doznawać bólów w okolicy prawej nerki i w dole biodrowym lewym. Przed kilkoma tygodniami zauważyła krew w moczu. Odżywiona nieźle, zbudowana prawidłowo. Powłoki i śluzówki blade. Tętno miarowe 85. W okolicy lewej nerki blizna pooperacyjna. W płucach zmian klinicznie nie stwierdza się. W sercu nieznaczny szmer skurczowy. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. W dole brzucha z lewej strony od pępka wyraźna bolesność. Mocz: c. g. 1010, alkaliczny, białka $0,3\%$, w osadzie liczne ciąłka czerwone, białe, pojedyncze. Na rentgenogramie nerki prawej widać szereg kamieni, z których jeden większy wypełnia miedniczkę, pozostałe mniejsze kielichy. Na przebiegu moczowodu prawego kamieni nie widać. W moczowodzie lewym, tuż przy ujściu do pęcherza widać spory cień okrągławy o ostrych zarysach.

Ciśnienie max. 150, minimalne 130. Krew zawiera $0,18\%$ mocznika. Próba P. S. P. = 45 Próba indigo karminowa świadczy o dobrej czynności nerki. Wszystkie te badania i próby, świadczące o dobrej funkcji nerki, upoważniły K. do wykonania zabiegu 12/XI, w znieczuleniu lędźwiowem (2 cm.^3 allokainy 5%). Dokonano nacięcia nerki i usunięcia kamieni. Wykonano cięcie nerki anatomicznie. Po rozchyleniu obu połów nerki przekonano się, że bez dodatkowych nacięć kielichów kamieni usunąć nie można. Nacięto więc każdy kielich lub jego rozgałęzienie oddzielnie i w ten sposób dopiero usunięto kamienie.

Na nerkę nałożono siedm szwów, do miedniczki założono sącdek gumowy, przed nerką pozostawiono drugi sącdek. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy tętno 100—140. Trzeciego dnia, po operacji ilość mocznika we krwi zwiększyła się wybitnie ($1,1\%$). Przez pierwsze trzy dni ilość moczu nie przekraczała 500 cm^3 .

Czwartego dnia chora oddała drogą naturalną około litra moczu. Piątego dnia krew zawierała $0,57\%$ mocznika. Szóstego dnia usunięto sącdek z nerki. Na 17-ty dzień rana była zagojona całkowicie. Zawartość mocznika we krwi = $0,55\%$. W końcu trzeciego tygodnia chora nieco gorączkowała. Po cytotropinie T_0 opadła do normy. Po 4 tygodniach mocznik krwi = $0,43\%$. Chora zaczęła wstawać. Ogólny stan chorej zaczął się wyraźnie poprawiać. Sen i łaknienie powróciły.

Pierwszy przypadek należy do kategorii przypadków nagłych. Po sprawdzeniu, iż istotnie mamy przeszkodę, która nie pozwala wydostać się moczowi, należało bezwzględnie wykonać operację, nie bacząc na jedyną nerkę i stan chorej b. ciężki. Celem operacji było ratowanie chorej od niechybnej śmierci.

W drugim przypadku K. przystąpił do zabiegu operacyjnego opierając się na wszechstronnych badaniach i próbach, stwier-

dzających dobrą czynność nerki, po rozważeniu wszystkich czynników za i przeciw, a celem tej operacji było z jednej strony uwolnienie chorej od b. dokuczliwych i przykrych dolegliwości, z drugiej ratowanie nerki od niechybnej zagłady, która musiałaby nastąpić wskutek stopniowego zanikania szlachetnych elementów nerki. (Str. wł.)

VII. Kol. Orzechowski wygłosił rzecz: W sprawie zmięknienia kości, w szczególności jego lekkich postaci.

Dyskusja.

Kol. Goebel. U siedmiu chorych na osteomalację, przeprowadzono siedemnaście badań w różnych okresach tego schorzenia.

Badania te, których celem było rozstrzygnięcie zagadnienia, czy w osteomalacji występuje zakwaszenie ustroju, powodujące następowo odwapnienie kości—wykazały, iż w osteomalacji rzeczywiście występuje kwasica:

1) współczynnik N amonjaku. 100: N całkowitego w moczu ulega zawsze zwiększeniu; przyczem u jednej i tej samej chorej w okresie pogorszenia stanu chorobowego, występuje zwiększenie tego wskaźnika; w okresach zaś znacznej poprawy lub wyzdrowienia, powrót do normy. W jednym z przypadków, najłżejszym klinicznie, wysokość tego współczynnika była znacznie niższa, niż w przypadkach cięższych.

2) Zasób zasad krwi w zmięknieniu kości spada bardzo znacznie.

3) Ilość wapnia wydalonego z moczem idzie równoległe z nasileniem choroby i z stopniem zakwaszenia.

4) Zarówno z ilości S obojętnej, jak i z bezpośredniego oznaczenia azotu kwasów oksyproteinowych wynika, że wymienione kwasy biorą udział w zakwaszeniu, powodującym zmięknienie kości.

5) Ilość kwasów organicznych moczu. rozpuszczalnych w eterze, zmniejsza się znacznie w okresie poprawy stanu chorobowego.

6) Trzy badania, przeprowadzone po wytrzebieciu chorych, (stan ich uległ wtedy znacznemu polepszeniu) wykazały, że w okresie tym ustąpił stan zakwaszenia; badania krwi i moczu wykazały wtedy stosunki zupełnie prawidłowe. (Str. wł.)

Kol. Drozdowicz podkreśla decydujące znaczenie rentgenodjagnostyki w nieco dalej posuniętych przypadkach osteomalacji — zwłaszcza tam, gdzie już doszło do nieznacznych choćby zniekształceń kości. Okresy wczesne, — z zaczątkami zaledwie odwapniania, — dają obrazy mało miarodajne i zbyt podległe subiektywizmowi badającego. (Str. wł.)

Kol. Gluziński. Nie uważam za usprawiedliwione mówić o „epidemicznym” występowaniu osteomalacji, z pojęciem tem bowiem łączymy podkład „zakażenia”, a uderza fakt, że byłaby to „epidemia”, której przeważnie ulegają kobiety — tego uczą statystyki, własne doświadczenie i statystyka kol. Orzechowskiego odnośnie do „osteomalacji poronnej”, w której na 66 przypadków było tylko 3 mężczyzn. Kol. Orzechowskiemu zawdzięczamy zwrócenie

uwagi na objawy, na które mało lub wcale nie zwracano uwagi a dzięki którym jesteśmy w stanie przypadki te rozpoznać i leczyć. Odnosnie do ostatniego celu naszego, muszę zwrócić uwagę, że choćby nawet dało się wykazać we wszystkich tych przypadkach „zakwaszenie”, jak to podnosi kol. Goebel, to ajiologia tych przypadków jest różna, i różne muszą być przyczyny, które w ten sposób działają na układ kostny, a wykrycie tych przyczyn wpływa i na nasze postępowanie lecznicze. Zdaniem mojem grają tu także rolę poważną gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu. Przemawia zatem, że przeważają kobiety i to w okresie przekwitania, że u tych kobiet widziałem obok objawów, które kol. Orzechowski uważa za właściwie dla „osteomalacji”, nadto cechy zaznaczone myxoedematyczne, to znów nadmiernej otyłości, a więc obok ustania funkcji jajników nadto hyperfunkcję gruczołu tarczycowego. W przypadkach tych obok podawania fosforu z tranem, dopiero uzupełnienie leczenia przez podanie gruczołu tarczycowego skutek odnosiło. Że w innych przypadkach może grać rolę brak witaminów, brak odżywiania — świadczyłyby opisane przypadki choroby kości pochodzenia głodowego. W każdym razie w przypadkach tych obok rozpoznania należy nam szukać za ajiologją, bo leczenie wtedy będzie skuteczniejsze. (Str. własne).

Kol. Higier zgadza się w głównych zarysach z poglądem referenta, że zmiękczenie kości bywa często zapoznawane u nas i że przy dobrych chęciach rozpoznanie jest nietrudne. Niestety, rentgenografia ułatwia rozpoznanie jedynie w późnych okresach. Co do osteoartropatii czasu wojennego, H. miał możność demonstrowania w okresie między 1916 a 1921 kilkakrotnie szeregu odnośnych przypadków a następnie, opisanie tychże w „Lekarzu Wojskowym a następnie w Gazette des Hopitaux (Sur une endémie d'ostéoarthropathie, d'ostéomalacie, d'ostéoporose et d'ostéorachitisme tardif survenues comme conséquences d'avitaminose pendant la guerre).

Higier, mówiąc wówczas o endemji, podkreślał liczebność i topografię; o epidemji wbrew prelegentowi nie mówiłby, nie mając danych, że istnieje czynnik zakaźny. Niewątpliwym był atoli czynnik głodowy, który H. wówczas sprowadzał do zaburzeń w przemianie materji — a następnie w sferze wewnątrzsekrecyjnej, — do awitaminozy, zaczem zdawały się przemawiać poprawy i wyleczenia pod wpływem obfitszego odżywiania, tranu i fosforu. H. chętnie by odróżniał tą „osteomalację“, bardzo zbliżoną do rhachitis tarda, która jednocześnie z nią wybuchła podczas wojny, od osteomalacji podręcznikowej, kobiecej idącej stale z rozmiękczeniem kości, skróceniem tułowia, zwężeniem miednicy i złamaniami samostnemi, które jednocześnie z głodową w r. 1918 H. demonstrował. H. podtrzymuje też dawne mniemanie co do częstości osteomalacji poronnej i do identyczności anatomopatologicznej rhachitis tarda i osteomalacia praecox, mniemanie, któremu nowsze badania histologiczne (Looser, Pommer, Schmorl) dają coraz poważniejszą podstawę. Pewnej korekty wymaga dawna koncepcja Higiera,

wypowiedziana w r. 1916 w okresie zupełnego przerwania komunikacji naukowej między Polską, a pozostałą Europą. (Str. wł.)

Kol. Landau.

Kol. Sawicki podkreśla, że sprawa tego cierpienia jest dotychczas mało opracowana, w szczególności zaś jego anatomja patologiczna. Zwroćenie na nią uwagi prelegenta da bodziec do badań w tym kierunku. Czy te badania dadzą jakiś dodatni wynik, jest rzeczą wątpliwą gdyż, jak twierdzi Cunco, rozmaite sprawy chorobowe dają w kościach te same zmiany.

W odpowiedzi kol Orzechowski nie przypisuje większego znaczenia rentgenografji, bo zniekształcenia i bez niej można wykazać, o ile są. Z drugiej strony rysunek i zawartość wapniowa kości mogą być pozornie prawidłowe przy kości zupełnie odwapnionej i dającej się krajać drewnianym nożykiem. Co do wyników Goebela miałby zastrzeżenia, bo możliwe, że podobne stany zakwaszenia zdarzają się w pewnych nerwicach wegetatywnych, z którymi ostatecznie zmięknienie kości jest bardzo spokrewnione. Z drugiej strony, ponieważ kwasica długotrwała w cukrzycy nie prowadzi do zmięknienia, należy podkreślić moment konstytucyjny, na skutek którego kościec osteomalatyczek, jako osobników cierpiących na pewien stan jakby niedorozwoju wrodzonego kośćca, łatwiej oddaje wapń w stanach kwasicowych, niż kości osobników z konstytucjonalnie normalnym układem kostnym. W odpowiedzi na uwagi Gluzińskiego przyznaje, że termin endemji jest może na razie najwłaściwszy. jednak osobiście nie wyklucza ani w osteomalacji ani w tężycze gromadnej czynnika zakaźnego. Objawy wielogruczołowe same przez się narzucają obok tranu i fosforu, jako leczenie pomocnicze; organoterapję, zwłaszcza tyreoidynę u osteomalatyczek otyłych. Przytacza taki uporczywy przypadek, powikłany objawami basedowoidalnymi i psychastenicznymi, bardzo rychło wyleczony tyreoidyną. Popiera jako klinicysta Higiera, zwłaszcza, że i przeważna część anatomów patol. stoi obecnie na stanowisku unitarnego ujęcia krzywicy i zmięknienia. Natomiast w ocenie obrzędów głodowych w zmięknieniu zaleca przezorność, bo obrzęki należą do przeciętnego obrazu objawowego w osteomalacji jakiegokolwiek pochodzenia. (Str. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes Br. Sawicki.

Sekretarz doroczny: T. Byszewski.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dn. 26 stycznia 1926 r.

przewodniczący kol. Sawicki

obecnych 75

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dniu 19 stycznia 1926 r.

II. Kol. Łyskawicki. Przedstawił przypadek białaczki szpikowej typu przewlekłego u 12 l. dziewczynki.

Pacjentka przybyła do szpitala im. Karola i Marji w końcu czerwca 1925 r. z powodu skarg na ból w bokach, trwający od 2 tygodni przy objawach podniesionej ciepłoty ciała, wzmagającego się osłabienia ogólnego oraz wyraźnego powiększania się brzuszka. Co do przeszłości dziecka, matka, która go nie wychowywała sama niewiele mogła powiedzieć, zaznaczając tylko, że dziewczynka była zawsze dzieckiem wątłym, że przed 2 laty była dotknięta jakąś sprawą pasorzytniczą na głowie, z powodu której była leczona promieniami Rentgena (obecnie ma bardzo skąpe owłosienie na głowie) i że od roku często się poci. Matka sama podaje się zdrową (badanie krwi wykazało normalne własności morfologiczne i odczyn Wassermanna ujemny); ojciec zmarł przed 10 laty z powodu „przeziębienia”.

Przy badaniu dziecka stwierdzono, co następuje: dziewczynka osłabiona, apatyczna, o budowie wątłej, odżywieniu lichem; skóra i śluzówki blade z odcieniem sinicowym na wargach oraz palcach rąk i nóg. Widoczna siatka powierzchownych naczyń żylnych na skórze brzucha, częściowo na klatce piersiowej; ciepłota ciała (in recto) do 38⁵⁰ popoł.; dłonie i stopy wilgotne; na szyji, pod pachami i w pachwinach drobne niezbyt liczne gruczóły chłonne, śluzówka jamy ustnej i gardzieli bez zmian patologicznych; głos przytłumiony, lekko ochrypnięty; w płucach objawy rozsianego nieżyty oskrzeli; oddech przyspieszony (32 na l'); serce przemieszczone ku górze i nieco powiększone w wymiarze poprzecznym tony głuchawe; ton I nad mostkiem oraz nad dużymi pniami naczyniowymi, szczeg. tętnicą płucną — nieczysty; tętno przyspieszone (do 120 uderzeń na l'); zwraca uwagę bolesność przy opukiwaniu mostka (samoistnej brak) i brzuch duży, napięty, niebolesny; wątroba powiększona; brzeg jej wyczuwa się w linii środkowej na 3 palce powyżej pępka, w l. sutkowej prawie na wysokości tegoż; śledziona bardzo duża, gładka, o twardym brzegu wyraźnie zarysowuje się swymi konturami tuż pod skórą brzucha i wypełnia $\frac{1}{3}$ lewej jego połowy, opuszczając się dolnym swym biegunem do amy miednicy; w dolnej części brzucha obecne chęłbotanie; stolec stały, bądź wolnostaly, nieczęsty; w moczu — liczne moczany sodu. Ze strony uszu zauważono lekkie osłabienie słuchu; ze strony oczu — przy normalnej ostrości wzroku, poza lekkiem wysadzeniem gałek ocznych, na dnie obojga oczu stwierdzono (kol. Melanowski i Matusewiczówna): zabarwienie

dna blade-pomarańczowe, granice tarcz zatarte; dość silne pokręcone i rozdęte naczynia krwionośne, trudno jest odróżnić tętnice od żył; miejscami wśród obrzękłej tkanki płomykowane plamy (wybroczyny) oraz białawe, otoczone czerwoną obwódką plamki (guzki białaczkowe). Badanie krwi wykazało: krew gęsta, o wyraźnie zwiększonej lepkości; odczyn Wassermana z antygenem kiłowym ujemny; z antygenem zimniczym również ujemny, natomiast z białaczkowym — wybitnie dodatni; wskaźnik refraktometryczny 1,3528; Hb (określa się trudno) $\pm 35\%$; czerw. c. = 2,350,000; b. c. — 986,000; na preparatach barwionych (kol. Erlichówna) prawie wszędzie wyraźna przewaga białych ciałek nad czerwonymi, ciała białe przedstawiają wszystkie przejścia od komórki macierzystej do wielojądrowej; zaznacza się przewaga niedojrzałych myelocytów; skład białych ciałek następujący: myeloblastów — 3,2%, promyelocytów — 24,8; myelocytów obojętnochłonnych (dojrzałych) — 6,5%; m. eozynochłonnych — 11,5%, zasadochłonnych — 2,5%; metamyelocytów — 10,25%; pałeczkowatych obojętnochłonnych 9%; segmentowanych obojętnochłonnych — 28,3%, s. eozynochłonnych — 2,5%, s. zasadochłonnych — 0,5%; komórek plazmatycznych — 0,2%; limfocytów — 0,25%.

Dziewczynkę zaczęto leczyć arsenikiem; przez cztery tygodnie czuła się względnie nieźle; w piątym tygodniu pobytu w szpitalu dostała silnego krwotoku kiszkiowego, który trwał 4 dni przy objawach podrażnienia otrzewnej (ból brzucha, wymioty) i doprowadził chorą do silnego wycieńczenia, a stan jej krwi do wybitnego zubożenia w czerwone ciała (do 800.000 w 1 młm sześć. przy 1.200.000 białych ciałek). Po przejściu krwotoku pod wpływem odpowiedniego leczenia stan dziewczynki stopniowo poprawił się o tyle, że w d. 14 IX r. ub. przy wypisywaniu jej do „Domu Zdrowia dla dzieci w Mokotowie“ znaleziono w 1 młm. sześć. 2,600,000 cz. c. i 450000 b. c.; śledziona i wątroba nieco mniejsze; samopoczucie ogólne i łaknienie nieźle. Po dwu miesiącach pobytu w wymienionej instytucji dziewczynka (w d. 30/XI) powróciła do szpitala z powodu większego ogólnego osłabienia. Stan krwi był następujący: Hb. = 40% cz. c. — 3.170.000; b. c. — 889000; wskaźnik refraktometryczny — 1.3521, w obrazie cytologicznym na preparatach barwionych okazało się: myeloblastów — 2%, promyelocytów — 41%; myelocytów obojętnochłonnych, dojrzałych — 11%, eozynochłonnych — 5%; zasadochłonnych — 0,5%; metamyelocytów — 1,5%; pałeczkowatych obojętnochłonnych — 9,5%, p. eozynochłonnych — 0,5%; segmentowanych obojętnochłonnych — 27,5%; normoblastów — 1,5%. W moczu przemijający ślad białka, pojedyncze białe i czerwone krwinki, b. nieznaczne wałeczki szkliste. Po miesiącu ponownego leczenia arsenikiem bez widocznego wyniku przystąpiono, nie przerywając podawania powyższego środka, do stosowania naświetlań śledziony promieniami Rentgena (Kol. Z. Stankiewicz w zakładzie d-rów Drodzowicza i Grudzińskiego). Leczenie to rozpoczęto w d. 4.I r. b.; z powodu wystąpienia w 2 dni po naświetlaniu bardzo silnych bólów w okolicy wątroby z mło-

ściami (trwały 2 dni), dość wysoką gorączką (wstrząs promienny?), która trwała 7 dni, następne naświetlanie odbyło się dopiero w 2 tygodnie po pierwszym (18.I), trzecie—20.I i czwarte—22.I; każdorazowo stosowano 1 dawkę (4) na jeden z czterech odcinków, na które została podzielona śledziona, po tych trzech ostatnich naświetlaniach, dotychczas nie było żadnych powikłań. Natomiast wyniki lecznicze są wyraźnie widoczne, zarówno w ogólnym stanie chorej (poprawa, humoru i łaknienia, przyrost wagi¹), jak w zachowaniu się wątroby i śledziona (wyraźne zmniejszenie się tych narządów), i wreszcie, w zachowaniu się krwi; badanie jej w dniu dzisiejszym wykazało: Hb—47%; cz. c.—3.215 000 b. c. 226.000(I), wskaźnik refraktometryczny—1.3490; obraz cytologiczny: myeloblastów — 0; promycyotów 7%; m. obojętnochłonnych — 35%, m. eozynochłonnych — 2%; zasadochłonnych — 1%; metamyelocytów — 2%; pałeczkowatych obojętnochłonnych — 12%, eozynochłonnych—2%; segmentowanych obojętnochłonnych — 33%; eozynochłonnych — 5%; normoblastów — 1%.

Podkreślając w danym przypadku pomyślny zwrot w przebiegu cierpienia pod wpływem leczenia promieniami Rentgena, prelegent zdaje sobie sprawę, że na poprawę tę należy zapatrywać się, jako na zjawisko przejściowe, które prędzej lub później będzie musiało ustąpić miejsca ponownemu pogorszeniu.

Na szczególną uwagę, zdaniem prelegenta, zasługuje przypadek powyższy ze względu na wiek pacjentki—specjalnie z punktu widzenia polskiego piśmiennictwa pediatrycznego (dotychczas bowiem znajdujemy w niem tylko wzmiankę o jednym przypadku przewlekłej białaczki szpikowej u 10-letniego chłopca również leczonego promieniami Rentgena, którą zawdzięczamy obecnemu profesorowi pedjatrii w Uniwersytecie Wileńskim, d-rowsi W. Jasińskiemu).

(Streszczenie własne).

III. Kol. J. Kołodziejski. wygłosił rzecz p. t. Chirurgja układu współczulnego.

Dyskusja nad odczytami o układzie wegetatywnym.

Kol. Tokarski. Kolega referent z dziedziny anatomji nerwu współczulnego zapatruje się na sploty Meissnera i Auerbacha w ścianie żołądka, jako na zwoje nerwu współczulnego, a koleżanka referentka z dziedziny kliniki uważa je za oddzielną, automatyczną jednostkę czynnikową w przewodzie pokarmowym. Sprzeczność, różnica ta polega na tem, że koleżanka zapatruje się tak, jak Langley, który nie widząc anatomiczno—mikroskopowego połączenia nerwu błędnego i sympatycznego z powyższymi splotami, uważa te sploty za oddzielny „enteric system“. Kolega referent zaś przechyla się w stronę tych badaczy, którzy twierdzą, że aczkolwiek dotąd styczność, connexio nerwów ze zwojami dowiedzioną nie została, to jednak istnieć ona musi, i będzie z czasem dowiedzioną, gdyż tak nam każe przypuszczać fizjologiczne rozumowanie i kliniczna obserwacja. Istnieją liczne i codzienne spostrzeżenia przemawiające za łącznością pomiędzy uniesieniem, wzruszeniem umysłu podniecającem, a szczególnie przygnębiającem a organami wewnętrznymi i wydzielaniem we-

wnętrznem. Lecz jakie są drogi bezpośredniej komunikacji bez przesiadania pomiędzy psyche i trzewiami, gdyż przyroda skoków nie zna? Brak równowagi systemu nerwu współczulnego wywiera wielki wpływ na lokalizację i czynność jadów, trucizn. Jednostki z brakiem równowagi nerwu współczulnego mają odmienne powinowactwo, chłonność, tropizm względem leków. Gdy zużyte w celu wywołania poronienia jednorazowo 2.50—3.00 gr. chininy sprowadza utratę wzroku na kilka dni, to basedowianki znoszą duże dawki chininy bez powikłań. Obserwuję mężczyznę, lat około 40, który w celu oswobodzenia się na przeciąg 6 godzin od dolegliwości chromania przestankowego, bezkarnie czasami zażywa jednorazowo 15 gramów chininy, gdy dawka śmiertelna chininy wynosi 10—11 gramów! Ten człowiek musi mieć tropizm przywabiający jady spalonych papierosów, a odpychający działanie chininy. Ogłoszono przypadki dwóch chorych, którzy w celu zapobiegawczym napadom dychawicy oskrzelowej zastrzykują sobie adrenaliny: jeden 800 iniekcji rocznie à 0.001, a drugi w ciągu 13 lat zrobił sobie 31000 zastrzyknięć adrenaliny, i obydwaj bez żadnej szkody dla swego systemu nerwowo-naczyniowego. Przy tej okazji należy poruszyć kwestję, czy adrenalina działa tylko w zastrzyknięciach, czy też zażyta per os.

Cała kwestja chirurgicznego leczenia dusznicy bolesnej jest oparta na śliskich i wiotkich podstawach: np. von Bergman dowodzi, że dusznica bolesna powstaje nie wskutek ischaemji, lecz wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrz naczyń wieńcowych serca. (Str. wł.)

Kol. Sławiński.

Kol. Sterling-Okuniewski prosi prof. Modrakowskiego, o wyjaśnienie czy dobrze go zrozumiał, iż dawki atropiny, stosowane w klinice, są zbyt małe i że należałoby w patologji ludzkiej używać większych dawek. St. Ok. w szeregu przypadków o wybitnie zaznaczonej wago-tonji podawał atropinę w dawkach, przepisanych przez naszą farmakopeję z wynikiem wyraźnie dodatnim, przypuszcza więc, iż stosowanie dotychczasowych dawek jest w wielu razach zupełnie wystarczające.

Co do ciekawego wykładu kol. Goreckiego, Sterling-Okuniewski jest zdania, iż z punktu widzenia biologicznego należy stanowczo odróżniać wstrząs anafilaktyczny, jako zjawisko występujące po powtórnem wstrzyknięciu ciał białkowych i tak zawsze pojmowane od pierwszych doświadczeń Magendiego z białkami, od wstrząsu anafilaktoidnego, rzekomo—anafilaktycznego, spostrzeganego po wielu preparatach farmaceutycznych, przygodnego jednak i niepołączonego z pewnemi zjawiskami biologicznymi, właściwemi wstrząsowi uczuleniowemu (anafilaksja bierna, in vitro i in.). Chociaż mechanizm obu rodzajów jest może bardzo do siebie zbliżony, a nawet—jak przypuszczają niektórzy—jednakowy, to jednak same zjawiska biologiczne nie są identyczne, pomimo zbieżności wywoływanego przez siebie skutku.

Dalej Sterling-Okuniewski zatrzymuje się na poruszonym przez kol. Reicherównę w jej wyczerpującym referacie, stosunku

układu współczulnego do gruźlicy i podkreśla, że najważniejszym—jego zdaniem — momentem w tem zagadnieniu byłoby zbadanie stosunku układu współczulnego do sprawy tworzenia się tkanki łącznej—kwestja, której, o ile prelegentowi wiadomo, dotychczas nie badano dokładnie. Dopiero ustalenie na drodze doświadczalnej tej zawiłej kwestji mogłoby prowadzić do praktycznych wniosków co do znaczenia układu wegetatywnego dla przebiegu gruźlicy wzgl. dla ukształtowania tego przebiegu w sposób, dla chorego korzystny.

Wreszcie, co do ostatnio wygłoszonego wykładu d-ra Kołodziejskiego o chirurgji układu wegetatywnego, Sterling-Okuniewski stwierdza że prawdopodobnie, nie wszystkie próby stosowania zabiegów chirurgicznych znajdują dostateczne uzasadnienie. Jeśli, naprz., w dusznicy bolesnej zabieg chirurgiczny ma jedynie usunąć ból, a nie wpłynąć na przebieg samego cierpienia, to należałoby się raczej dobrze zastanowić, czy korzystać z proponowanego zabiegu, czy też nie lepiej pozostawić ból, jako wskaźnik, którym posługuje się natura dla zwrócenia uwagi na niebezpieczeństwo toczącej się sprawy i na konieczność przedsięwzięcia możliwych środków ostrożności. Z chwilą usunięcia takiego wskaźnika, choremu na dusznicę bolesną może grozić większe niebezpieczeństwo życia bez hamulca, jakim jest ból, aniżeli właśnie przy działaniu tego hamulca. (Str. wł.).

Kol. Laskowski. W uzupełnieniu referatu kol. Skubiszewskiego omówić trzeba sprawy nowotworowe układu wegetatywnego. Na zasadzie embriogenezy podzielić je można na: 1) złośliwe, spotykane u dzieci — Sympathogonioma i Sympathoblastoma, 2) dobrotliwe, występujące również u starszych osobników — Ganglioneuroma. Obecność pólek sympatogonicznych jest cechą charakterystyczną pierwszej kategorii, drugiej zaś powtórzenie niedokładne budowy zwojowej. Punktem wyjścia tych nowotworów jest okolica przykręgosłupowa. Oprócz tego istnieją guzy zbudowane z elementów obwodowych t. zw. nerwiaki bezmyelinowe, opisywane w przewodzie pokarmowym i może najczęstsze w wyrostku robaczkowym (w związku z t. zw. karcynoidami—Masson).

Następnie podkreślić należy pewien stosunek układu wegetatywnego do spraw nowotworowych. Ilustrują go następujące fakty:

1) obecność włókien nerwowych, wykrytych przez Itchikawę i Uwatoko w guzach ludzkich,

2) przyspieszenie wzrostu guzów doświadczalnych u królików po przecięciu nerwów współczulnych (Itchikawa i Kotzareff, Remond i Sendrail),

3) gromadzenie w sokach pod wpływem działania nerwów autonomicznych jonów, które mają znaczenie dla wzrostu nowotworowego (sympatyczny—Ca, parasympatyczny—K). Jony Ca hamują ten wzrost, K zaś wzmagają go. Poza doświadczeniami wskazuje na to stosunek zawartości K/Ca w utkaniu guzów złośliwych (wysoki) i dobrotliwych (niski)—Beebe, Clowes, Friesbie, Haendel, Remond.

4) rzadkie występowanie nowotworów u osobników z nadczynną tarczycą (Dercum) i odwrotnie częstość ich i złośliwość w stanach jej niedomogi (np. w Szwajcarii — Lewin, Engel).

5) stwierdzenie przez Morgolina u osobników rakowatych w 77% stanu wagotonicznego wzgl. osłabienia całego układu autonomicznego.

Ostatnio Itchikawa wspomina o artykule Grekowa, dotyczącym neurektomji, jako środka leczniczego w nowotworach. Tak więc piśmiennictwo upoważnia nas do przypuszczenia, że pewne wpływy hamujące, lub sprzyjające napięciu układu nerwowego w stosunku do terenu nowotworowego lub nawet samego nowotworu są do pomyslenia, a przynajmniej, że mogą one mieć pewne uzasadnienia teoretyczne i doświadczalne. (Str. wł)

Kol. Pręgoski podkreśla zbyt teoretyczny charakter odczytów, brak w nich właściwie klinicznego przedstawienia spotykanych obrazów chorobowych, niedostateczne uwydatnienie roli układu współczulnego w ustroju, niemal całkowite nieuwzględnienie tych licznych zaburzeń tego układu, z jakimi mają do czynienia dermatolodzy, neurologi i psychiatry. Prel. wymienia dla przykładu szereg autorów, którzy się zaznaczyli w nieuwzględnionej w cyklu odczytów dziedzinie neurologiczno-psychiatrycznej, jako to: Martin, Cahen, Chapman, Nothnagel, Cassirer, Solis=Cohen, Hertz pisali o nerwicach naczynioruchowych, dwaj ostatni jedną z tych nerwic nazwali „ataxia vasomotoria”; Luys i Meynert sprawdzali niektóre stany psychotyczne do anemji bądź hyperemji mózgu; Zichen mówił o kongestywnych i angioplastycznych stanach zamroczeń, A. Jakob—o psychozach cyrkulacyjnych (Kreislaufpsychosen). Tu należy także pogląd Pręg., powtórzony przez Höflmayera o naczynioruchowej patogenezie cierpień neurastenicznych oraz pogląd Pręg., częściowo powtórzony przez Rosenfelda, Knappa, Ballera o ważnej roli patogenetycznej kurczowych zmian naczynioruchowych w otępieniu wczesnem (dementia praecox).

Pręg. nie powtarza niektórych innych, tu odnoszących się uwag, jakie wypowiedział w swoim czasie (w r. 1912) po odczycie o układzie wegetatywnym kol. Higiera (sen.), natomiast zaznacza odnośnie do poczynąń terapeutycznych w cierpieniach ukł. współ. — że w tym kierunku należy zwracać uwagę nie tylko na drogi obwodowe tego układu, ale i na jego właściwe ośrodki nerwowe; — że około połowy zeszłego wieku lekarz angielski Chapman zalecał w tej myśli zabiegi, zwłaszcza wodne, na okolice kręgosłupa w cierpieniach czynnościowych układu współczulnego, — że myśl tę Pręg. z dobrym skutkiem, choć inaczej, niż Chapman, stosuje w niektórych cierpieniach swojej specjalności, polegających zdaniem Pręg. na zaburzeniu układu współczulnego.

Wreszcie Pręg. na zasadzie swej znajomości ośrodkowego układu nerwowego, zdobytej blisko 4-letnią pracą u Nissl'a i Alzheimer'a, wątpi, aby naokoło komórek nerwowych współczulnych istniała, jak to podawał kol. Skubiszewski, torebka. Nadto zaznacza, że (jak doszedł do przekonania w swej większej, nieogłoszonej pracy

nad zmianami w elementach komórkowych kory mózgowej) wspomniana przez Skubisz., zmiana w komórce nerwowej, znana w Niemczech pod nazwą „Schrumpfung” jest zmianą słabszą, aniżeli zmiana druga „Schwellung”, i bywa często w stosunku do tej ostatniej pierwszym jej stadjum. (Str. wł.)

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes B. Sawicki
Sekretarz doroczny T. Byszewski.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA

poświęconego pamięci ś. p. prof. K. Rzętkowskiego

w dniu 3 lutego 1925 r.

Przewodniczący, prezes — kol. Sawicki.

I. Sekretarz stały: Idąc za tradycją, za obowiązkiem piastowanego urzędu, wreszcie za potrzebą własną wewnętrzną, zabieram ten głos, by rozpocząć dzisiejsze nasze zebranie, poświęcone uczczeniu pamięci człowieka, który tak niedawno był wśród nas, którego prawie widzę i słyszę, jak podnosi się ze swego miejsca do udzielenia nam swoich cennych myśli, spostrzeżeń i zapatrywań.

Iluż węzłami był związany ś. p. Prof. Rzętkowski z naszym Towarzystwem! Patrząc i rozbierając spokojnie bieg Jego życia i pracy, mimowolnie wyrывa się skarga, dlaczego ustępują w sile wieku z placu pracowitej walki, tacy, jak On, ludzie, których tak nam dzisiaj potrzeba.

Boć życie to, od zarania zdradzało niepośledni umysł, silną wolę i silny charakter, który potrafił i musiał to zdziałać, że ś. p. Prof. Rzętkowski stał się wybitnym uczestnikiem nauki polskiej i Uniwersytetu, a temsamem chlubą nas, członków Towarzystwa naszego.

Trzeba było hartu i zamiłowania wiedzy, by w tych ciężkich warunkach, w jakich rozpoczął swój zawód jako młody lekarz, nie zrazić się do pracy naukowej. Szczęściem było że ten młody lekarz znalazł pokrewną niejako duszę w swoim nieodżałowanym kierowniku, jakim był ś. p. Teodor Dunin.

Żądza tej pracy i wiedzy sprawia, że ś. p. Prof. Rzętkowski, czy to pracując na oddziale ś. p. Dunina, czy w oddziałach Beucharda i Hayema i Babińskiego w Paryżu, czy w klinikach Leydena, Senatorsa, Gerhardta w Berlinie, czy w pracowni Noordena w Frankfurcie nad Menem, czy jako ordynator Szpitala wolskiego lub Szpitala Dzieciątka Jezus, czy wreszcie na doczekanej katedrze w nowo powstałym fakultecie lekarskim, nie zostawił nullam diem sine linea, a szereg prac naukowych świadczyć będzie nie tylko o Jego zdolnościach, wiedzy i pracowitości, ale stanowić

musi przykład i zachętę, co zdziałać można w najtrudniejszych warunkach, gdy się ma obok talentu tę wytrwałość i silną wolę służenia swemu społeczeństwu w raz obranym kierunku. Podziwiać naprawdę trzeba, jak można było tyle i takich prac dokonać w tych skromnych warunkach, jakie ówczesnie panowały w tych pracowniach, które trzeba było stwarzać własną ofiarnością. A poza oddziałem szpitalnym, poza pracą w tym skromnym zakątku laboratoryjnym chciał i umiał znaleźć czas ś. p. Rzętkowski na pracę w tylu innych kierunkach, jak przypomną nam dalsze przemówienia.

Mnie, jako sekretarzowi naszego Towarzystwa, należy przywołać na pamięć Jego czynny udział w pracach tego Towarzystwa, Jego częsty udział, jako prelegenta w naszych posiedzeniach, Jego częsty udział w dyskusjach, wypowiadającego otwarcie swoje zapatrywania i poglądy, wreszcie Jego pracę, którą z zapalem poświęcił Towarzystwu, redagując od r. 1908—1910 Pamiętnik nasz. A jak to wypełnił, świadczy ustęp w protokule z posiedzenia z dnia 25 października 1910, w którym czytamy, że na wniosek sekretarza generalnego ś. p. Prof. Sokołowskiego zebrani jednomyślnie i przez akklamację złożyli ś. p. Rzętkowskiemu podziękę za tę trzyletnią pracę, tak jako redaktorowi Pamiętnika, jak i za pracę położoną w roli członka Zarządu.

Dziś, w lat piętnaście znów zebrani w tej samej sali, już nie przez akklamację mamy dziękować za Jego działalność, lecz w smutnym obchodzie oddać cześć Jego pamięci, przywołać sobie przed oczy w krótkich wspomnieniach działalność Jego naukową, społeczno-szpitalną i pedagogiczną, a nadto w imieniu członków naszego Towarzystwa złożyć czcigodnej małżonce Jego wyrazy szczerego i głębokiego współczucia, a tak Jej, jak i dzieciom Jego złożyć przyrzeczenie, że pamięć Ojca ich zostanie w tem Towarzystwie we czci i wdzięcznej pamięci. — Niech to zebranie dziś ulży Ich bólowi, jeżeli to możliwe.

Przez powstanie z miejsc naszych złożmy cześć pamięci zasłużonego człowieka naszego Towarzystwa ś. p. Kazimierza Rzętkowskiego. (Str. wł.).

I. Kol. I. Muttermilch przemawia w sprawie działalności Rz. na polu naukowym. Zmarły pracował w pierwszej pracowni naukowej oddziałowej prof. Dunina. Zanim jeszcze został asystentem w 1906 r. brał udział i był duszą w kółku biochemicznym lekarzy. Z inicjatywy jego wspólnymi siłami przełożyli Richtera: Przemiana materji i jej choroby. W wykładach przejawia nadzwyczajny dar wysławiania.

II. B. Sawicki. Działalność społeczno-lekarska Ś. p. K. Rz.

Powszechnie znany jest fakt, że umysły, ogarniające szersze horyzonty, rzadko zasklepiają się w swej specjalności. Zmiana wrażeń, a co zatem idzie, i wyobrażeń stanowi rodzaj wypoczynku

dla mózgu, pracującego usilnie w jednym kierunku. Lekarze pod tym względem nie stanowią wyjątku. Wiemy o tem, że Dubois-Raymond poza fizjologią zajmował się astronomją i socjologją, Billroth i Mikulicz — muzyką, Albert — poezją, że już nie wspomnę o wielu innych. My pod tym względem nie stanowimy wyjątku, choć u nas rzadziej lekarz — uczony w chwilach wolnych mógł kierować myśl swoją ku sztuce lub poezji; ciężkie warunki życiowe zmuszały naszych uczonych, by nawet w chwilach wypoczynku od zajęć zwykłych, zwracali się raczej ku bolączkom społecznym i szukali na nie środków zaradczych.

Otóż i ś. p. Rzętkowski obdarzony wybitnymi zdolnościami od natury, nie mógł się zasklepić tylko w specjalności, którą zresztą szczerze umiłował. Ogromne braki w naszej nauce, rażące wady w naszym życiu społecznym, wreszcie te ciężkie chwile, jakieśmy wszyscy przeżywali; — wszystko to, jak w zwierciadle, odbijało się w duszy Jego i zniewalało do odpowiedniej reakcji. Okruchy z tych przeżyć Jego przechowały się w piśmiennictwie naszym, a nie jedna z Jego myśli dotąd nic nie straciła na swej aktualności.

Przed 25 laty zastanawia się Rz. nad niewystarczającym kształceniem naszych lekarzy i radzi, by studenci medycyny z 3 miesięcy wakacyj letnich, w ciągu 2 pracowali obowiązkowo w szpitalach. To dałoby w sumie 8 miesięcy pracy szpitalnej już podczas studjów Uniwersyteckich.

Opierając się na rocznikach Przeglądu Piśmiennictwa, Rz. zestawia poszczególne dane i wyprowadza wniosek alarmujący, że nauka, a zwłaszcza wytwórczość biologiczno-lekarska u nas zanika.

Bliższe zetknięcie się ze szkołą średnią zniewala Rz. do wytknięcia niezupełnie dokładnego pojmowania zadań lekarza szkolnego. Zdaniem Rz., lekarz szkolny powołany jest do czuwania nie tylko nad fizycznym, lecz i nad psychicznym rozwojem ucznia.

Pracując w roli lekarza w jednym z towarzystw ubezpieczeniowych, Rz. wygłasza w Warsz. Towarzystwie Lek. bardzo interesujący odczyt z tej dziedziny. Statystyka ubezpieczeniowa wykazuje, że największa ilość ubezpieczonych umiera z powodu gruźlicy (17,3%), spraw sercowo nacyniowych i wreszcie z kiły (8%). Towarzystwa ubezpieczeniowe, zdaniem Rz., nie powinny odmawiać ubezpieczenia się chorym, dotkniętym powyższymi cierpieniami, lecz powinny przy ubezpieczaniu ich wyznaczać im odpowiednie stawki ubezpieczeniowe.

Rzętkowskiego interesują i zagadnienia z zakresu etyki lekarskiej. Występuje on surowo przeciwko wydawaniu świadectw lekarskich, niezgodnych z prawdą, chociażby dyktowanych względami współczucia.

Nasze uczucia z lat ostatnich znalazły silny oddźwięk w gorącym sercu i zapalnym umyśle Rzętkowskiego. Niezwłocznie po rozpoczęciu się wojny rosyjsko-japońskiej, gdy powołano u nas całe zastępy lekarzy na plac boju, Rz. zwraca się do grona pozostawionych w domu kolegów i przyjaciół, aby wzięli udział w wojnie. W tym celu

stałych kolegów, organizuje wraz z nimi „Komitet pomocy koleżeńskiej dla rodzin lekarzy, powołanych na „daleki Wschód“ i obejmuje w tym Komitecie skromny, a pracowity obowiązek sekretarza. W ciągu 25 miesięcy działalności Komitetu udzielono pomocy 30 rodzinom lekarskim w ogólnej sumie bez mała 12 tysięcy rubli.

Gdy w r. 1914. z powodu wojny głód zawitał do wielu rodzin, Rzętkowski, opierając się na danych naukowych i na rynkowych cenach produktów, obmyśla najtańsze a jednakże wystarczające sposoby żywienia ludności.

Gruźlica, ta wielka klęska społeczna, nie uszła uwagi Rzętkowskiego. Począwszy od r. 1901 (Zdrowie) nieraz powracał On do tej sprawy, a niejednen z proponowanych przez Niego środków zaradczych wszedł już w życie.

Najwięcej stosunkowo czasu i wysiłku umysłowego, poza pracą naukową i kliniczną, poświęcał Rz. szpitalnictwu. Z tej dziedziny pozostawił on nam prace, na których nieraz wypadnie się oprzeć obecnym i przyszłym kierownikom naszego szpitalnictwa. Oprócz drobniejszych, a niemniej przeto wartościowych artykułów, jak naprz. o szkole pielęgniariskiej, o przebudowie kuchni w Szpitalu Dzieciątka Jezus, pozostawił Rz. dwie wybitne prace: „O żywieniu chorych w szpitalach Warszawskich“ i „Odbudowa kraju a szpitalnictwo“. Ta ostatnia praca, wydana w 1917 r. funduszem Kasy Mianowskiego, zajmuje się szpitalnictwem w t. zw. Kongresówce i podaje szczegółowy projekt rozbudowy szpitali w całym kraju. Obie wyżej wymienione prace opierają się na dużym materiale cyfrowym i stanowią znaczny dorobek w ubogim dziale naszej literatury szpitalnej.

Ostatnią pracą Rz. z dziedziny nietyle ściśle lekarskiej, co społecznej, była drukowana w *Ekonomiście* w 1918 r. „Wytwarzność spożywcza Królestwa Polskiego w stosunku do potrzeb jego ludności“. Autor na mocy obliczeń statystycznych dochodzi tu do wniosku, że Królestwo Polskie wytwarza produktów spożywczych więcej, niż tego wymaga pokrycie potrzeb jego mieszkańców. Jedynie tylko t. zw. używki (kawę, herbatę, korzenie oraz sól kuchenną) muszą sprowadzać z zagranicy mieszkańcy Królestwa.

Obraz działalności społecznej Rzętkowskiego byłby niezupełny, gdybyśmy nie wspomnieli, że brał on czynny udział w Radzie szpitalnej w latach 1917 i 1918 oraz w Delegacji Szpitalnictwa od połowy 1919 do końca prawie 1923 r. t. j. do czasu, gdy ta Delegacja została zwinęta.

Kończąc na tem krótki rys tak rozległej działalności lekarsko-społecznej ś. p. Rzętkowskiego, nie mogę się powstrzymać od wyrażenia żalu, że ubył nam w sile wieku tak dzielny pracownik. Dziś, gdy zachwaszczoną niwę naszego życia społecznego, a zwłaszcza naszego szpitalnictwa, trzeba nanowo przeorywać, ubytek tej miary pracownika musi troską zasępić czoła nasze. (Str. wł.)

IV. Dziekan wydziału Lek. prof. Czubałski przedstawia udział ś. p. Rzętkowskiego w Uniwersytecie.

Przedmówcy scharakteryzowali już postać ś. p. Kazimierza Rzętkowskiego, jako męża nauki i działacza społecznego, mnie przypadło w udziale w krótkich choćby rysach nakreślić sylwetkę Zmarłego Kolegi na tle Jego pracy w ramach Uniwersytetu, jako członka Wydziału Lekarskiego Stołecznej Wszechnicy. Profesor Kazimierz Rzętkowski wszedł do organizującego się dopiero Wydziału Lekarskiego w kwietniu roku 1918/19, jako profesor djagnostyki i ogólnej terapii chorób wewnętrznych; od początku zaraz bierze On czynny udział w pracach i zabiegach, mających na celu zdobycie i urządzenie swego warsztatu pracy, a następnie skompletowanie odpowiedniego pomocniczo-naukowego personelu. W roku 1919 Wydział Lekarski powierza Mu kierownictwo t. zw. II-ej Kliniki chorób wewnętrznych w szpitalu św. Ducha i na tym posterunku pozostaje On do końca. Jak z powyższego wynika ś. p. Kolega Rzętkowski nie przyszedł w Uniwersytecie do rzeczy gotowych, lecz stając niejako u kolebki wskrzeszonego Wydziału Lekarskiego, sam własną energią i własnym wysiłkiem, popartym przez Wydział Lekarski tworzył swój warsztat naukowy, starając się, o ile na to pozwalały fatalne niestety warunki terenowe i lokalowe, podnieść go na możliwie wyższy poziom, nawiązując jednocześnie do zerwanej w latach ucisku tradycji rodzimej szkoły klinicznej polskiej w Warszawie. Na tle tych właśnie prac i poczynań zarysowała się w Wydziale Lekarskim postać ś. p. Kolegi Rzętkowskiego bardzo dodatnio. Był to z jednej strony człowiek energiczny, pełen temperamentu, zapału i chęci służenia Wydziałowi, nie uchylał się On nigdy od przyjęcia na swoje barki nawet najcięższych obowiązków, jeżeli zażądał tego Uniwersytet; z drugiej zaś strony otwarty i szczery entuzjasta ukochał duchem całym Stołeczną Wszechnicę, był jej wiernym i miłującym ją synem, godnością sztandaru Uniwersytetu Warszawskiego strzegł zawzięcie, bacząc, by ten błękitny z orłem białym symbol Wszechnicy i Nauki powiewał możliwie wysoko. Ś. p. prof. Rzętkowski wierzył w to głęboko, że na platformie szacunku i miłości do Uniwersytetu Stołecznego zejść się mogą wszyscy, aby służyć Wszechnicy, a przez nią Nauce Polskiej. Takimi właśnie kryterjami kierował się Zmarły w ocenie ludzi i faktów i sąd swój, czy zdanie czasem gorące, czasem może i ostre wygłaszał otwarcie i bronił go z całą siłą przekonania człowieka-entuzjasty. Jeżeli się kiedy nawet mylił w ocenie otaczających Go zjawisk życia, intencje miał zawsze dobre i czyste. Nic też dziwnego, że w tych warunkach zdobył sobie przyjaźń i poważanie w gronie swych kolegów z Wydziału Lekarskiego, którzy dwukrotnie dali dowód dużego doń zaufania i uznania i powierzyli Mu zaszczytny mandat reprezentowania Wydziału Lekarskiego w Senacie Akademickim, wybierając Go w roku 1918/19 delegatem, a w roku 1921/22 Dziekanem Wydziału Lekarskiego. Na tem ostatniem stanowisku ś. p. prof. K. Rzętkowski pracował z całym zaparciem się siebie. Były to ciężkie czasy dla Wydziału. Życie akademickie było wtedy zdezorganizowane z powodu uprzedniego powołania młodzieży, asystentów, częściowo i profesorów w szeregi Obronców Ojczyzny.

Rok Dziekanatu ś. p. Kolegi Rzętkowskiego to dalszy ciąg masowego powrotu zwolnionej z wojska młodzieży, to napływ nowych kandydatów, przyjeżdżających z Rosji, pozbawionych częstokroć, przez zawieruchę wojenną, potrzebnych papierów i dokumentów, pozwalających na ustalenie ich stanowiska w szeregach uczniów Wydziału. Oprócz tego należało w tym czasie kończyć organizację samego Wydziału oraz prowadzić intensywną działalność pedagogiczną, aby zapełnić luki w nauczaniu, spowodowane służbą wojskową studentów. Oto ogrom trudności, z którymi walczył ś. p. Kolega Rzętkowski, jako ówczesny Dziekan Wydziału Lekarskiego.

Spełniwszy swe ciężkie i trudne obowiązki, którymi obarczył Go w swem zaufaniu Wydział, ś. p. prof. Rzętkowski cofnął się w zacisze pracy klinicznej i naukowej, starając się przez uzupełnienie organizacji Kliniki oraz wyposażenie jej w szereg nowych i cennych aparatów, o podniesienie poziomu pracy naukowo-pedagogicznej — na ten okres wypada też wyjazd ś. p. prof. Rzętkowskiego do klinik paryskich. Praca kliniczna nie odrywa Go jednak całkiem od spraw Wydziałowych — przeciwnie interesuje się on bardzo żywo każdą kwestją, która przychodzi pod obrady Wydziału; bierze gorący udział w dyskusji, rzuca niejedną cenną myśl — to też z opinią i zdaniem Prof. Rzętkowskiego Wydział liczył się zawsze poważnie. Nie dziw też, że Wydział Lekarski Warszawski odczuł silnie tę nagłą i nieoczekiwaną stratę, jaką poniósł przez Jego śmierć. Odszedł on w sile wieku i w środku pracy, niedoczekawszy się należnej Mu w całej pełni najwyższej nagrody i odznaczenia, jakie może spotkać Profesora Uniwersytetu — łańcucha i berła Rektorskiego, jako symbolu władzy i rządów w Rzeczypospolitej Akademickiej, którą szanował, kochał i której wiernie służył. Tych kilka słów, które pozwoliłem sobie w imieniu własnem i Wydziału Lekarskiego U. Warsz. powiedzieć na tej uroczystej Żałobnej Akademji, niechaj będzie wyrazem naszych gorących uczuć dla pamięci Zmarłego Kolegi. (Str. wł.).

V. A. S t e f a n o w s k i. Działalność pedagogiczno-kliniczna Zmarłego.

Zmarły profesor Rzętkowski w czasach, gdy jeszcze nie był nauczycielem młodzieży uniwersyteckiej, był ośrodkiem przyciągającym młodych lekarzy do pracowni i oddziałów przez siebie prowadzonych w Szpitalu Wolskim, czy też Dzieciątka Jezus. Nie szczędził swego czasu, by nauczyć klinicznie myśleć i rozumieć choroby i zawsze zachęcał do pracy naukowej, zwłaszcza laboratoryjnej, czy to we własnej oddziałowej pracowni, czy też w pracowni Dr. Mutermilcha, sprzymierzonej z oddziałem. Pracownia oddziału, którym zarządzał Zmarły Profesor, aczkolwiek mieściła się w lokalu niewystarczającym pod względem objętości, wyposa-

żona była sumptem własnym profesora w zespół tak przyrządów do badań klinicznych, jak szkła laboratoryjnego, jak wreszcie i w dużej ilości odczynników chemicznych i barwników tak, że dokonywać można było w niej wszelkich nawet bardzo zawiłych badań laboratoryjnych. Profesor szczerą rękąłożył na owe oddziałowe pracownie, nieraz mawiając, że nigdy się nie żałuje pieniędzy własnych, wkładanych w instytucję żywą. To też ruch na oddziale i pracowni był bardzo żywy w latach 1916, 1917 i 1918.

Znać było duży dar pedagogiczny Zmarłego: pobudzał on do samodzielnego myślenia, popychał do samodzielnych prac w charakterze więcej teoretycznym i naukowym, niż praktycznym. Uderzał już wówczas nas, młodych lekarzy, duży zmysł krytyczny Zmarłego w stosunku do utartych przepisów i formuł; wymagał od uczniów rozumowanego, dyskusyjnego myślenia, nie zaś pamięciowego zatrzymywania rzeczy utartych. Porywał już wówczas żywością wykładu, starając się jednak zejść z piedestału uczonego do poziomu dusz początkujących adeptów medycyny. Znając bardzo stanowczy ton i twarde utrzymywanie zajętego stanowiska profesora tak na posiedzeniach szpitalnych, jak i w rozmowie ze starszymi lekarzami-kolegami, uderzała nas pobłażliwość na błędy młodych. Rozumiał Rzętkowski, że młodzi musimy się mylić, że trzeba wytykać nam nasze usterki, aby były przez nas uświadomione i naprawione, ale że nie są one rzeczą do potępienia. Młodzi lekarze czuli się bezpiecznie pod opiekuńczymi skrzydłami starszego Kolegi i garnęli się też chętnie na oddział.

Z chwilą, gdy Zmarły Profesor otrzymał nominację na dyrektora Kliniki Uniwersyteckiej, zaczęła się żmudna praca organizacyjna, praca nietylko urządzania pracowni, ale i dobierania ludzi na stanowiska. Dla Zmarłego Profesora nietylko już istniejące prace naukowe i duże wyrobienie kliniczne były wartością przy ocenie, ale i wysoki poziom aspiracji, owe młodzieńcze porywy poszczególnych kolegów, którzy starali się nieraz zbyt może pochopnie rozstrzygać według swych wiadomości zawiłe kwestje naukowe. Czuł Zmarły Profesor, że człowiek taki, acz potrzebujący hamulca, swym żywym impetem i dużą dozą zainteresowania dla spraw teoretycznych, przedstawiać może w przyszłości niepoślednie walory. Rozpoczęły się wykłady dla studentów i zajęcia praktyczne — i tu, na sali wykładowej, czy też na sali szpitala wykazywał Zmarły Nauczyciel oryginalne ujęcia i wielki dar krasomowy.

Przy łóżku chorego nietylko rysował zajmująco i dokładnie przyczyny, rozwój i ostateczny wynik procesu chorobowego, ale nawet cały szereg zupełnie oryginalnych poglądów, trafnych spostrzeżeń o funkcjach ustroju i dynamice procesu chorobowego. Był wówczas umysłem wysoce twórczym, skarbnicą pomysłów naukowych; na banalnym napozór wypadku rozwijał cały szereg zagadnień, możliwych sposobów ujmowania. Nie było to przekazywanie słuchaczom rzeczy uświęconych tradycją i dogmatycznie ustalonych, nie był to, że się tak wyrażę, pewien dialektyczny sposób rozumowania, roztrząsania, był to rodzaj dowodzenia.

Przy takich to a takich warunkach chemiczno-fizycznych

powstaje w ustroju takie to zjawisko, jest ono wypadkową całego szeregu materialnych działań i jeżeli zmienimy warunki to i wynik będzie inny. Jeżeli w danym przypadku jest możliwość zadziałania terapeutycznego, to użyć należy środka tego a nie innego też z pewnych wyrozumowanych racji.

Nie było też tutaj nigdy pogoni za środkiem o efekcie nie-zrozumiałym, że się tak wyrażę, środka terapeutycznego mistycznego, ale było usiłowanie rozumowego tłumaczenia sobie każdego kroku lekarskiego postępowania.

Ta metoda wnioskowania na zasadzie zdobytych obserwacji danych, była wdrażana w umysły uczniów tak lekarzy, jak i słuchaczy medycyny. Jeżeli jako naczelną zaletę przyjęto rozumowanie to i zgóry też przyjąć należało możliwość odmiennych poglądów, wyprowadzonych przez innych. To też Zmarły Profesor nie broił mieć innego zdania, jeżeli tylko ono było wyrozumowane, prze-myślane; jeżeli nie było paplaniną, powtórzoną na pamięć za kimś bez należytego zrozumienia.

Brak więc wszelkiego dogmatyzmu, duża tolerancja ale tylko dla rozumową drogą zdobytych poglądów, były to cechy zasadnicze Zmarłego Pedagog. Nie zostawi zapewne Rzętkowski po sobie uczniów, którzy będą niezmiennie trwali w przekonaniach nabytych, naodwrot raz krytycznie obudzony umysł będzie dalej wątpił i próbował, zadawał sobie pytania i szukał odpowiedzi w eksperymencie. To rozbudzanie myślenia u młodzieży uniwersyteckiej, jak często zmuszanej do banalnego kucia, będzie jedną z większych zasług przedwcześnie Zmarłego Wychowawcy przyszłych pokoleń lekarzy.

Zmarły bolał, że w medycynie tak mało rozumiemy wiele zjawisk, że tak dużo jest zagadnień nierozwiązanych, że wielokroć razy stajemy bezradnie przed chorobą z przekonaniem — non possumus, usiłował też o ile mógł zdzierać zasłonę z tajemnych a niezbadanych kart życia.

Możnaby powiedzieć, że za otworzeniem jednego ukrytego safe'u, ukazywał się drugi, zanim dalszy i szedł szereg zagadnień od infinitum et indefinitum.

Umysł pracownika niwy pańskiej silił się i mozolił, szukał wyjścia z dylematów i zagadnień. Był Zmarły jednym z tych, którzy, jak w przypowieści biblijnej, talentów nie zmarnowali, a uwielokrotnili ręką tak swoją, jak i tych, na których część swej duszy przelali.

Na łożu śmierci musiał sobie jednak powiedzieć, że tyle jest niezbadanego, tyle niewiadomego, że ręce opadają w wysiłku, że powstaje w duszy żal, że wiedza lekarska tak jest jeszcze małą, a możliwości działania terapeutycznego tak jeszcze niewielkie. W tem widzimy wielki rys pokory opornego, żywego z umysłu bojowni-

ka wiedzy, który w czasie burzy w gwiazdach szuka oparcia i ochłody dla rozpalonego czoła, a w końcu patrząc w oczy wiecznej tajemnicy mówi sobie: słaby i mały jestem, jestem tylko człowiekiem. (Str. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **Br. Sawicki.**

Sekretarz doroczny **T. Byszewski.**

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 9 lutego 1926 r.

Przewodniczący Sekretarz stały kol. **Gluziński**

Obecnych członków T-wa 40.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dn. 26 stycznia 1926 r.

II. Sekretarz stały zawiadamia zebranych o śmierci ś. p. Dra Antoniego Kędzierskiego oraz Dra Tomasza Zbigniewa Reutta, podając krótkie życiorysy zmarłych. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Życiorys ś. p. Antoniego Kędzierskiego.

Ś. p. Dr. Antoni Kędzierski urodził się w roku 1866 w Radomiu, gdzie ukończył również gimnazjum klasyczne w roku 1886-ym. Kończył Uniwersytet Warszawski i po odbyciu rocznej praktyki w szpitalu Dzieciątka Jezus praktykował przez lat 2, jako lekarz fabryczny w Drzewicy, w ziemi Radomskiej, a następnie przez lat 16-cie w mieście Serocku ziemi Warszawskiej. W ciągu tych lat kilkakrotnie wyjeżdżał dla uzupełnienia wiedzy lekarskiej do Wiednia na klinikę prof. Nothnagla, do Pragi Czeskiej w zakładzie położniczym Uniwersytetu Praskiego i do Lwowa na klinikę wewnętrzną prof. A. Gluzińskiego. W roku 1911-ym przeniósł się do Warszawy i objął posadę asystenta oddziału 2-go wewnętrznego w szpitalu Przemienia Pańskiego na Pradze. Na oddziale tym pracował następnie, jako starszy asystent, prawie do chwili zgonu. Z prac lekarskich ogłosił drukiem: „Euchinina w kokluszu“ w czasopiśmie lekarskim Łódzkim; „Pomoc lekarska na wsi“ w Zdrowiu; „Przypadek nabłoniaka kosmówkowego u 21-letniej po porodzie wczesnym“, „Patogeneza wysięków krwawych“, „Sclerosis disseminata jako zejście grypy“ w Gazecie Lekarskiej.

W czasie działalności swej na prowincji i w Warszawie brał żywy udział w pracy społecznej i społeczno-lekarskiej. W Serocku zorganizował straż ogniową ochotniczą, której był prezesem, urządził warsztaty koszykarskie wspólnie z Dr. Karolem Bennim pod

Zarządem Muzeum Handlu i Przemysłu. Brał udział w utworzeniu kasy pożyczkowo oszczędnościowej, w pracach Macierzy Szkolnej i w stronnictwie demokratyczno-narodowym. W Warszawie pozyskał wkrótce uznanie wśród kolegów i brał również żywy udział w pracach Stowarzyszeń Lekarskich. Był członkiem Tow. Lekarskiego Warszawskiego, był długoletnim przewodniczącym Komisji Wyborczej Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, był wiceprzewodniczącym Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Poza pracą zawodową poświęcał czas studjom filozoficznym, dowodem czego były prace jego nad filozofją Kanta, wygłoszone w Stow. Lekarzy Polskich i w Tow. Filozoficznym Koła Towiańczyków. (Str. wł.)

Kol. Goldman junior przedstawia przypadek nietypowy małopłytkowości samoistnej dotyczący 17 letniej chorej.

Przypadek zasługuje na uwagę ze wzgl.: 1. na nietypowy zespół obj.; 2. na jaskrawą rozbieżność między przebiegiem klinicznym, a wynikami badań laboratoryjnych.

Spostrzeżenie dotyczy 17 let. panny, pracownicy fabr. Chorą przywieziono do Szpita. w stanie ostrej niedokrwistości, przy zupełnem wyczerpaniu ogólnem, temp. 38,7°, tętno 130, 32 oddechów na min., silnych bólach i zawrotach głowy. Stan ten rozwinął się po silnym krwotoku macicznym, który powstał na tle przedłużającego się od 3-ch tyg. perjodu. Chora krwią nigdy nie pluła, czarnych stolców nigdy nie miała. Perjody od 15 r. życia, po 6 dni, regularne z bólami przed perjodem. W 4 r. życia—I-y krwotok z nosa, potem od 13 r. życia okresowo krwawienie z nosa; dwukrotne krwotoki z nosa zmusiły ją do leżenia po kilka tyg. w szpita. Rzadko miała krwawienie z dziąseł po jedzeniu. Spostrzegła długie krwawienie po najdrobniejszych skaleczeniach. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Badanie przedm.: budowa prawidłowa, powłoki skórne i błony śluzowe wybitnie blade; na podudziach duże plamy sino-czerwone, średnicy 3 cm., pozatem plam żadnych nie stwierdza się. Serce, płuca—bez zmian szczególnych. Wątroba i śledziona,—niemacalne. Narząd rodny wykazuje niedorozwój dużego stopnia. Ukł. nerw.—bez zmian.

Mocz—chemicznie i morf. bez zmian.

Badanie krwi przeprowadzone systematycznie wykazało: dużego stopnia niedokrwistość, która pod wpływem leczenia ustąpiła (cz. c. z 900000) wzrosła do 3800000), ciałka białe — bez zmian szczególnych; liczba płytek utrzymywała się stale (podczas miesiąca spostrzegania) poniżej 20000, a nawet poniżej 10000; czas krwawienia w chwili przybycia wynosił 3', po blisko 2 tygodniach wydłużył się do 14', poczem z pewnemi wahaniami utrzymywał się około 10'; krzepliwość wykazywała duże wahania: od 46' — w chwili przybycia sięgała do 3' (46¹, 21¹, 3¹, 48¹, 31¹, 3¹, 19¹, 4', 26¹, 50¹); ilość Ca—90 m gm ‰; sedymentacja — 2 mm w ciągu 2 godz.; obj., Kocha stale dodatni, objaw opaskowy początkowo ujemny, po 2 tyg. stał się wybitnie dodatni. Aglutynacja krwinek chorej w surowicach zdrowych — wybitnie dodatnia.

Kurczliwość skrzepu początkowo dobra, przy powtórnym badaniu po 7 dniach—zero. Ten zespół objawów stawia nasz przypadek b. blisko postaci przejściowej, opisaney przez Weila, jako „hémogéno-hémophilie“, wykazując jednocześnie, że dotychczas opisywane klasyczne obrazy nie wyczerpują całkowicie istoty cierpienia. Doskonała poprawa kliniczna nastąpiła po domięśniowem wprowadzeniu krwi (po 10 cm³) i wyciągów z ciała żółtego, wykazując zupełną niezależność skłonności do krwawień od liczby płytek.

Przypadek nasz potwierdza spostrzeżenia Weila, Roskama, Hynecka i in., których szczegółowe badania, przez podkreślenie czynników dotąd nie uwzględnianych, przenoszą punkt ciężkości na płaszczyznę zaburzeń we wzajemnem współdziałaniu gruczołów dokrewnych, podkreślając jednocześnie rolę narządu rodneg (corpus luteum) w patogenezie małopłytkowości. (Str. wł.)

Dyskusja: kol. Modrakowski zapytuje o dawkowanie coagulenu w danym przypadku, będąc zwolennikiem podawania dużych dawek dożylnie lub domięśniowo.

Kol. Higier senior zapytuje, jak tłumaczy G. okoliczność którą stwierdził, a przed nim podawali i inni autorzy, że przy terapii w ciągu pierwszych kilku dni, pomimo pogorszenia wszystkich zasadniczych objawów obiektywnych, jak ilość płytek, krzepliwość etc., stan ogólny chorej poprawił się.

Kol. Głuziński podnosi, że sprawa trombopenji wymaga jeszcze rozważań. Istnieje koncepcja, że ilość płytek może być sztucznie pomniejszona. Przy zranieniach płytki zbierają się w miejscu zranienia, tworząc skrzep — wówczas w krwi jest ich mniej. Ilość płytek w krwi po próbie opaskowej może się zmniejszyć. W danym przypadku chora przyszła na oddział po krwotokach — więc ilość płytek w krwi może być z tego powodu mniejszą.

Kol. Goldman podnosi że teoria mechanicznego zaczopowania płytkami podlega rewizji. Ostatnie badania Hyneka przenoszą punkt ciężkości na zaburzenia we wzajemnem współdziałaniu gruczołów dokrewnych, podkreślając rolę corpus luteum w patogenezie małopłytkowości.

IV. Dyskusja nad odczytami o układzie współczulnym.

Kol. Wertheim. Opierając się na pracach Rümmell'a, wykonałem sympatektomię lewostronnego pnia współczulnego wraz ze zwojami u dwóch kobiet, dotkniętych ciężką postacią dychawicy oskrzelowej, nie poddającej się leczeniu wewnętrznemu, stosowanemu w ciągu długich miesięcy. Przypadek pierwszy, operowany w czerwcu 1925 r. dotyczył kobiety 19-letniej. Po operacji narazie napady ustąpiły, ale powróciły po miesiącu z dawną siłą, poczem chorą straciłem z oczu. Niepowodzenie przypisuję tej oko-

liczności, że, nie będąc jeszcze zupełnie pewnym swojej techniki, nie zdołałem dotrzeć do ganglion stellatum, które w tych przypadkach zawsze usuwać należy.

W przypadku drugim, kobiety 35-letniej usunąłem pień nerwu współczulnego lewego wraz ze zwojami górnym, średnim, dolnym i gwiaździstym. Nastąpiła na razie wybitna poprawa, ale po upływie kilku tygodni napady dychawicy wróciły; natężenie ich jest jednak słabsze, występują rzadziej. Chorą obserwuje w dalszym ciągu. U obu chorych bezpośrednio po zabiegu wystąpił zespół Hornera, suchość połowy języka i bóle w lewym boku.

Technika operacji jest precyzyjna, wymaga bardzo starannego przygotowania na zwłokach, przy pomocy silnego światła skoncentrowanego. Obie operacje wykonałem, kierując się wskazówkami Jonnesco. (Str. wł.)

Kol. Witkowski. Na zjeździe chirurgów w 1924 r. wygłosiłem odczyt z II oddziału chirurg. Szpitala Przem. Pańskiego (kier. Al. Zawadzki) p. t. „Sympatectomia periarterialis w świetle dalszych spostrzeżeń“*). Rozporządzałem wtedy materiałem w ilości 15 przypadków, obecnie dorobek oddziału zwiększył się o 10 przypadków (razem 25 przypadków), ale wyniki niestety są taksamo różne przy takich samych sprawach chorobowych i przestrzeganiu warunków technicznych, o których wtedy mówiłem; również i wiek chorych nie odgrywa tu żadnej roli. — Że wyniki otrzymane przez nas nie są z winy nieumiejętnej techniki, ani źle dobieranego materiału, potwierdzają to rezultaty otrzymywane przez innych np. Kummel'a, Jenckel'a, Kapis'a, Rieder'a, Partch'a, Loewen'a, Lérique'a, Praust'a, Platona, Robineau, Mochler'a, Byszewskiego, Węglowskiego, Goldsteina, Sławińskiego i innych. Że zabieg ten nie zawsze jest obojętny, ale czasem może dać dotkliwe powikłania, wiemy z doniesień Miginiac'a z Tuluzy, Bordan'a i Mathey-Carnat'a, Kreutera, Pels-Lendsena, Wojciechowskiego (zmiany bliznowate i możliwość powstawania tętniaków) i 3 przypadki, opisanie przezemnie, z których 2 skończyły się amputacją kończyny a jeden śmiercią, wskutek zatoru. —

Co się tyczy techniki operacyjnej, to wykonywaliśmy albo zabieg Lérique'a albo Lérique'a + Oppel'a, albo Lérique'a + naciąganie nerwów sąsiadujących z tętnicą. — Te dodatkowe zabiegi też niewiele wpływały na ujednostajnienie rezultatów. — Często wykonywaliśmy Lérique'a, jako zabieg dodatkowy i jednocześnie usuwaliśmy żylaki, jako przyczynę choroby (przy owrzodzeniach). Ostatnio stosujemy zaraz po zagojeniu się rany diatermję, miejscowo na zgorzeliny masę insulinową (Lanolini 30,0, Vaselini 65, Insulini 30,0 8 jed. na 1 cm.)

*) Tom III zeszyt 4 Polski Przegląd Chirurgiczny.

Statystyka: z 25 przypadków:

endoarteriitis ze zgorzela	8	}	poprawa 7, bez 3, powikłania 2
„ z bólami bez gorzeli	4		
owrzodzenie goleni na tle	8	}	poprawa 6, bez 3, powikłania 1
żyłaków			
„ pięty urazowe	1	}	poprawa 6, bez 3, powikłania 1
rana po niegojąc. się absce- sie przedramienia	1		
zgorzel palca V ręki lewej	1	poprawa	
neuromat po odjęciu uda	1	poprawa	
na tętnicy nerkowej wskutek krwiomoczu przy opuszczo- nej nerce	1	poprawa	

Razem 25 poprawa 16, bez 6, powikłania 3 (36%)

Wiek chorych od 13 do 76 lat.

Prócz sympatectomia periarterialis stosowano jeszcze w 6 przypadkach operację Latargette'a na żołądku w przypadkach bólów bez owrzodzeń i widocznych zmian na żołądku i dwunastnicy z wynikiem dodatnim. (Str. wł.)

Kol. Higier junior stwierdza, że cykl odczytów o układzie współczulnym nie posiadał nuty optymizmu, na którą dziedzina ta zasługuje. Tłumaczy się to przede wszystkim poważną luką — brakiem specjalnego odczytu o znaczeniu układu wegetatywnego w neurologji i psychjatrji, gdzie nie tylko terapia i symptomatologia, ale i patogeneza całych grup chorobowych pod kątem widzenia zjawisk wegetatywnych się rozwija. Zanadto ścieśniono również znaczenie fizjologiczne układu powyższego, tak np. pominięto milczeniem rolę unerwienia współczulnego mięśni dowolnych, mimo, że liczne badania zarówno histologiczne (de Boerr, Peckel-harring), jak i farmakodynamiczne i kliniczne (Kure, Golantkattner) przemawiają niezbicie za wybitnym wpływem układu wegetatywnego na czynności tych mięśni.

H. sądzi, że w dziedzinie badania czynnościowego układu współczulnego posiadamy już pewne instrumentum w postaci czterech reprezentacyjnych jadów wegetatywnych, przyczem z punktu widzenia klinicznego zalicza ergotaminę do środków swoiście sympatykoporażnych, a więc przeciwnicznych względem adrenaliny.

Wreszcie, w stosunku do chirurgji układu wegetatywnego, H. pragnie tłumaczyć sprzeczne wyniki zabiegów u różnych autorów, nie dość jeszcze dokładną znajomością anatomji, fizjologii i fizjopatologii omawianego układu, szczególnie daje się to zauważyć w ocenach sympathectomji okołotętnicznej, gdzie dotychczas nie bierze się pod uwagę antagonizmu między długimi, przytępnymi drogami wazokonstrykcyjnymi a krótkimi — wazodylatacyjnymi (Str. wł.)

Kol. Horodyński zaznacza w obronie chirurgji polskiej że pierwsza operacja na układzie wegetatywnym została wykonana w r. 1896 w klinice w Szp. S-go Ducha przez prof. Kosińskiego, mianowicie wykonał on w przypadku choroby Basedowa wycięcia zwojów szyjnych. Wynik doraźny b. dobry — zwolnienie tętna, zniknięcie wytrzeszczu. O dalszych losach chorej H. nie wie. Przypadek ten nie był ogłoszony.

H. zna go, ponieważ asystował przy operacji. (Str. wł.)

Kol. Melanowski. W rozpoznaniu stanu układu współczulnego pewne dane otrzymamy: 1^o badając czucie włosowe, 2^o stosując do odczynu farmakologicznego kokainę np. wkraplaną do worka spojówki. Niewiadomo dlaczego w ostatnich pracach odczyn ten jest pomijany.

Co do chirurgji układu współczulnego: 1^o zadrażnienie chorobliwe tego układu zmniejszyć możemy usuwając, choćby jakieś ognisko bolesne, np. stosując operację dekompresyjną przy jaskrze. W jednym z podobnych przypadków operacja przeciwjaskrowa zmniejszyła współistniejące objawy choroby Basedowa.

2^o Osobliwym jest też, jak stosunkowo szybko ustępuje długotrwały zespół Hornerowski po usunięciu przyczyny, np. woła uciskającego na zwoje współczulne. Mamy więc tu albo niezupełne porażenie, albo szybką regenerację. (Str. wł.)

Kol. Leyko.

Prof. Czubalski zaznacza, że żaden z prelegentów w serii wykładów o układzie nerwowym autonomicznym nie wspomniał o podstawowej w tym dziale fizjologii pracy Popielskiego, ogłoszonej w Gazecie Lekar. w 1901 r., w której autor przeprowadza dokładną analizę objawów, występujących w doświadczeniach przewlekłych po wycięciu aseptycznie splotu trzewowego (plexus coeliacus), jako to: krwawe biegunki, złuszczenie się nabłonka jelitowego, owrzodzenia w żołądku, dwunastnicy i górnej części jelit cienkich. Na podstawie tej analizy autor ściśle określa rolę fizjologiczną splotu trzewiowego.

Co do wykładu o związku między układem autonomicznym ze zjawiskiem anafilaksji, Czubalski podnosi, że prelegent nie podał całości kształtu panujących dziś poglądów na mechanizm anafilaksji, której istota zdaje się polegać przedewszystkiem na zmianach fizykochemicznych płynów ustrojowych i komórek (zmiana koncentracji jonów wodorowych we krwi, zmiany w przepuszczalności warstwy zewnętrznej komórek, i t. p. czemu towarzyszy zmieniony odczyn fizjologiczny tkanek i narządów). Obserwowane w klinice objawy podrażnienia czy porażenia którejs z części układu autonomicznego w stanach anafilaktoidalnych i to nie we wszystkich przypadkach, niekoniecznie musi być wyrazem istotnego związku przyczynowego między pewnymi charakterystycznie zmienionymi stanami napięcia układu autonomicznego a zjawiskiem anafilaksji; można to zupełnie dobrze zrozumieć, jako jeden z wyrazów zaburzenia równowagi fizjologicznej przez istniejący stan anafilaksji. To zaburzenie równowagi może się w pewnych przypadkach przejawiać głównie przez układ autonomiczny, w innych przypadkach w spo-

sób odmienny. Możliwość wywołania zjawisk anafilaksji w narządach wyodrębnionych, a więc sztucznie odżywianych także przemawiałyby raczej za takim właśnie ujęciem sprawy. Jedyne tylko badania Czubalskiego, o których prelegent nie wspomniał, mogłyby z dużym prawdopodobieństwem służyć jako argument pozytywny na korzyść istotnego związku między stanem napięcia układu autonomicznego (ściśle parasympatycznego) a zjawiskiem anafilaksji. Czubalski wykazał mianowicie, że stanowi fizjologicznego napięcia nerwu błędnego towarzyszą zawsze charakterystyczne dla anafilaksji zmiany we krwi (zmiany krzepliwości krwi, liczby płytek Bizozzero i ciałek białych), wobec tego należy przypuszczać, że stany anafilaktoidalne są właściwie zjawiskiem fizjologicznym.

Wreszcie Czubalski przypomina wyniki pracy Radwańskiej a następnie swojej co do działania adrenaliny na czynność mięśni szkieletowych. Okazało się mianowicie, że adrenalina wybitnie dodatnio wpływa na pobudliwość nerwów ruchowych w mięśniach prążkowanych, co by pozwalało przypuszczać, że i w warunkach normalnych układ nerwowo-mięśniowy szkieletowy znajduje się stale pod wpływem adrenaliny. (Str. wł.).

Kol. Higier senior dając rzut oka na rozwój nauki nowoczesnej o fizjologii i farmakologii klinicznej i terapii układu autonomicznego, broni autorstwa i pierwszeństwa na zasadzie cytata z własnych prac nad sympatektomią okołonacyniową, którą opisał, uzasadnił i polecał 17 lat wcześniej od Lérique'a. Nowsze objaśnienia fizjologiczne niczem się nie różnią od tych, jakie on podawał w r. 1900, licząc się z inervacją sympatyczną samej *adventitia e* i segmentalnym dopływem do niej gałązek autonomicznych od nerwów obwodowych, z konstytucjonalną niedomogą ścianki nacyniowej, z nadpobudliwością nerwów nacyniozwiązaczy. (Str. wł.)

Kol. Szumlański komunikuje, że w ostatnim zeszycie *Archiv des maladies des oreilles et du larynx* (grudzień 1925) Dr. Jacod z Lyonu ogłosił 3 przypadki gruźlicy krtani z trudno gojącymi się i powodującymi bolesne łykanie owrzodzeniami, leczone z pomyślnym wynikiem za pomocą sympatektomji metodą Lérique'a. 1) W pierwszym przypadku było głębokie owrzodzenie jednostronne struny prawdziwej i rzekomej, zachodzące na okolicę chrząstki nalewkowej. Obnażono tętnicę tarczową górną od wyjścia z tętnicy szyjnej aż do odgałęzienia tętnicy krtaniowej. 2) W drugim przyp. niewielkie nacieczenie okolicy nalewkowej i więzu nalewkowo—nagłośniowego; owrzodzenie całej prawej struny głosowej, zachodzące na nalewkę — operacja na tętnicy krtaniowej. 3) W 3-cim wreszcie naciek obydwóch okolic nalewkowych, głębokie owrzodzenie prawej struny głosowej, nieruchomość prawej połowy krtani. — Operacja za tętnicę krtaniowej. We wszystkich trzech przypadkach stan bezgorączkowy, stan płuc względnie dobry, bez objawów rozpadowych. W takich tylko przypadkach można stosować tę metodę leczenia.

Wynik bezpośredni b. pomyślny; poprawę w krtani można było zauważyć począwszy od 6-go dnia po operacji; po 12-tu,

względnie 15-u dniach zabliznienia. Nacieki i nieruchomość bez zmiany. — Poprawa subiektywna b. znaczna.

Tylko w 3-cim przypadku wynik był trwały: w 10 miesięcy po operacji nie było nawrotu, zabliznienie owrzodzeń zupełne; nacieki mniejsze, nieruchomość jak przed operacją; żadnych dolegliwości. W 1-em i 2-im przypadku zejście śmiertelne w 4 wzgl. 6 miesięcy po operacji z powodu postępow sprawy płucnej. Stan krtani do końca życia dobry, bóle nie powróciły — owrzodzenie zabliznione. (Str. wł.)

Kol. Głuziński.

Kol. Modrakowski. Wobec uwag dyskusyjnych co do braku różnych szczegółów w wykładach o układzie współczulnym, należy podkreślić, że ograniczone te—co do czasu—wykłady nie mogły kusić się o uwzględnienie wszystkich szczegółów i spraw mniej lub więcej związanych z układem autonomicznym, jak np. jego stosunek do skóry, lub szczegółowe omówienie związku jego z narządem krążenia. O stosunku układu autonomicznego do mózgowo-rdzeniowego wspomniano, natomiast „pola korowe autonomiczne“ Bechterewa nie były omówione, gdyż istnienie ich nie jest udowodnione, a jako hipoteza do objaśnienia faktów są one zbyt czyste. (Porównaj podręcznik Fizjologii wyd. przez A. Becka T. I str. 234.) Zresztą znaczenie układu autonomicznego dla psychiatrii i neurologii nie było objęte programem wykładów. Modnego sposobu posługiwania się układem autonomicznym dla wyjaśnienia różnych zjawisk patologicznych i terapeutycznych bez liczenia się z ustalonymi faktami fizjologicznymi i farmakologicznymi, nie można uznać za właściwy, gdyż wprowadza głośłowne twierdzenia, miasto ścisłych podstaw doświadczalnych. Do takich należy reklamowanie papaweryny, jako środka porażającego układ współczulny na podobieństwo porażającego działania atropiny na układ parasympatyczny; badania doświadczalne bowiem ustaliły, że działanie papaweryny wogóle nie jest skierowane na nerwy autonomiczne, lecz wprost na mięśnie gładkie, których tonus obniża, zresztą w sposób mało energiczny. Na mięśnie prądkowane środki autonomiczne w istocie działają, niema jednak dostatecznych dowodów, że dzieje się to za pośrednictwem nerwów autonomicznych. Mechanizm tego działania może być niezależnym od nerwów tembardziej, że dotychczas parasympatycznych włókien w mięśniach prądkowanych wogóle nie znaleziono. Wniosek, że mięśnie szkieletowe posiadają nerwy parasympatyczne, ponieważ odnośne jady na nie działają, jest oczywiście niedopuszczalnym.

Działanie ergotoksyny (ergotaminy gynergeny) na podstawie badań farmakologicznych ogranicza się tylko do włókien motorycznych nerwów współczulnych, co nie przeszkadza różnym autorom zaliczać alkaloid ten do jądów porażających ogólnie układ współczulny, a nawet parasympatyczny.

Korzystne działanie chininy u chorych na morbus Gravesa-Basedowa, oraz wytrzymałość ich na duże dawki tego alkaloidu może tłumaczyć doświadczalnie wykazany antagonizm pomiędzy chi-

niną i tyroksyną. (Kosmos 1924. T, 49. oraz Cpts. r. Soc. Biologie 1925. XCIII str. 939).

Znanem jest powszechnie i od kilkunastu lat omawianem w pracach naukowych, a nawet w podręcznikach, że małe dawki atropiny mogą mieć działanie paradoksalne, tj. odpowiadające drażnieniu włókien parasympatycznych, które to działanie w większych dawkach przechodzi w porażające, właściwe atropinie. Z tym faktem m. in. liczy się jak najdokładniej sposób badania napięcia nerwu błędnego podany przez Danielopolu (por. T. Krause: P. Gaz. lek. 1926 Nr. 3 i 4, str. 314). (Stresz. włas.)

Kol. Kołodziejski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz stały A. Gluziński.
Sekretarz doroczny T. Byszewski.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 16 lutego 1926 r.

Przewodniczący wiceprezes kol. K. Zieliński.

Obecnych członków T-wa. 56.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dniu 6. II. 1926.

II. Przewodniczący ogłasza o wpłynięciu do biblioteki T-wa następujących dzieł:

a. Geschichte des städtischen Krankenhauses und der öffentlichen Krankenanstalten in Thorn. D-ra Mocarskiego z Torunia.

b. Union Internationale contre la tuberculose.

c. Zarys Hygieny. Prof. Karaffa - Korbutta (nabyta).

d. Zapalenie mózgu ze śpiączką i płasawicą. Maks Bira.

e. O stosowaniu metody osłuchowo-dotykowej. Jan Offenbergl.

f. Sur la culture de l'omentum. J. Zwejbaum i A. Wojciechowski.

g. O sztucznej odmie piersiowej. Żdzisław Szczepański.

h. S. p. D-r. Józef Pawiński. Maks Biro.

i. Czy i jak oddziałują mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. D-r. H. Higier.

j. Kwartalnik statystyczny R. 1925 T. II z. 3.

k. Nowe drogi w lecznictwie. Homeopatja. D-r. St. Breyer.

III. Kol. Held przedstawia przypadek marskości zanikowej nerek wraz z ostrem krwotocznym zapaleniem pajęczynówki.

IV. Kol. Węgiérko wygłasza odczyt: Podstawowa przemiana materji w przebiegu cukrzycy. (Ukaże się w druku)

Dyskusja:

Kol. Szulc: Obliczanie przemiany podstawowej w centymetrach pochłoniętego tlenu na minutę nie daje nam odpowiedzi, czy w badanych przypadkach było zwiększenie, czy zmniejszenie przemiany gazowej, co jest rzeczą najciekawszą. Należałoby obliczyć te dane na kalorie i porównać je z liczbami uzyskanymi przez Benedicta i Harrisa, uwzględniając budowę, płeć i wiek badanych osób. Wprawdzie aparat Krogha nie daje możliwości określenia współczynnika oddechowego i dokładnego oznaczenia wartości kalorycznej jednego litra pochłoniętego tlenu, to jednakże bez obawy większego błędu można przyjąć, jako współczynnik oddechowu przy cukrzycy liczbę 0,7 z takim samym prawdopodobieństwem, jak przyjmujemy współczynnik 0,9 dla wszystkich innych badanych aparatem Krogha. (Streszcz. własne).

Kol. Fejgin: Według dokładnych badań szeregu autorów, podstawową przemianę materji należy obliczać nie w stosunku do jednostki wagi, lecz w stosunku do jednostki powierzchni. W wykresach, otrzymanych przez kol. prelegenta zwraca uwagę okoliczność, że wahania w ilości zużywanego tlenu są bardzo znaczne w stosunkowo krótkim czasie. Wiadomo, że poziom podst. przemiany jest cechą stałą i ulegającą wahaniom pod wpływem różnych czynników stopniowo i dość powoli. W tablicach kol. prelegenta widzimy znaczne zmiany ilości tlenu, występujące niemal z dnia na dzień. Zmiany te zresztą są w zadziwiającej zgodzie z krzywą azotu, wydalanego z moczem, t. j. ze stopniem i natężeniem rozpadu białka w ustroju. Nasuwa się więc mimowoli przypuszczenie, czy nie mamy tutaj do czynienia ze swoiście dynamicznym wpływem białka, na które choroby na cukrzycę są właśnie bardzo wrażliwi i czy mierzona w tych warunkach przemiana tlenu odpowiada rzeczywiście temu, co nazywamy przemianą materji podstawową, t. j. wolną od wszelkich wpływów ruchu wzruszeń i trawienia. (Streszcz. własne).

Kol. Węgiérko odpowiada kol. Fejginowi, że wahania w ilości zużytego tlenu nie były nagłe, ilość zaś podawanego chorem białka była stale jednakowa.

V. Przewodniczący podaje do wiadomości o mającym się odbyć posiedzeniu sekcji sanit. dnia 19. 2; b. r.

VI. Kol. Landau wygłosił referat: W sprawie leczenia choroby Basedowa jodem (pokaz chorego)—Praca ukaże się w druku.

W dyskusji: kol. Tokarski zaznacza, że twórcą metody jest Neisser ze Szczecina, który był zdania, że jod należy stosować tylko przy błyszczących oczach, lecz nie przy wytrzeszczu. Tokarski podkreśla wielkie niebezpieczeństwo stosowania jodu w niektórych przypadkach wola. Jako przykład podaje przypadek, dotyczący starszej kobiety, w którym wystąpiły poważne zaburzenia z rodzaju nadczynności tarczycy.

Kol. Gluziński jest zdania, że podawanie jodku potasu w stanach Basedowa jest niedopuszczalne. Rozczyn Lugola mniej silnie oddziałuje na tarczycę. Chorobę Basedowa znamy naogół niedostatecznie, aby ustalić ściśle wskazania do stosowania jodu.

Kol. Landau odpowiada kol. Tokarskiemu, że Niemcy często przywłaszczają sobie autorstwo niektórych poczynań naukowych w ten sposób, że nie podają pierwotnego źródła. Nad obserwacjami badaczów amerykańskich, poczynionych na tysiącach chorych, nie można przechodzić do porządku dziennego.

Starszym osobnikom wogóle jodu nie należy podawać. Po 30 roku życia pacjenta należy już być ostrożnym z podawaniem jodu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes K. Zieliński.

II. Sekretarz doroczny K. Gerner

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dn. 23 lutego 1926 r.

przewodniczący wiceprezes kol. Zieliński

obecnych członków T-wa. 47.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dn. 16 lutego 1926 r.

II. Przewodniczący zawiadamia o mających się odbyć w dn. 1 marca 1926 r. odczytach Dr. Dr. Bertranda i Martin Peridier organizowanych przez T-wo Polsko-Francuskie w Sali T-wa Lek. Warsz.

III. Nadesłano do Księżnicy T-wa

1) Dr. med. L. Zembruski. — Służba Zdrowia w wojskach starożytnego świata.

2) Dr. med. L. Zembruski — Michał Bergonzoni.

IV. Kol. F. Przesmycki. Wygłosił rzecz p.t. „Paciorkowce i etologia płonicy“.

V. Kol. H. Brokman wygłosił rzecz p.t. „Patogeneza płonicy“.

Po przeglądzie dawnych poglądów na patogenезę płonicy, a opartych na fakcie znajdowania paciorków w 100% prawie przypadków płonicy (teoria anafilaktyczna, Schontagh'a), prelegent charakteryzuje prace szkoły amerykańskiej (Dick'owie, Zmgher). W myśl tych poglądów pierwszy okres płonicy wywołany jest działaniem jądów paciorkowca płoniczego, poczem ustrój wytwarza przeciwwiad. Ustrój posiadający antytoksynę, jest nadal częstokroć wrażliwy na działanie paciorkowca — ztąd występowanie bakteryjnych objawów drugiego okresu płonicy, lecz nie da nigdy

obrazu płonicy, uwarunkowanego działaniem jadu. Ztąd odczyn Dick'a, wykazujący obecność antytoksyny, jest wskaźnikiem wrażliwości na płonicę. Prelegent popiera poglądy szkoły amerykańskiej spostrzeżeniami własnymi, dokonanymi na 800 dzieciach i na szeregu zwierząt oraz przytacza obserwacje epidemiologiczne.

Istnienia drugiego dodatkowego zarazka, który niejako aktywuje paciorkowiec, nie da się wykluczyć, choć dowodów bezpośrednich, pewnych nie posiadamy. Za tą koncepcją przemawiają doświadczenia zakażenia zwierząt zapomocą przesączów krwi chorych oraz uodporniania dzieci metodą autorów włoskich (zarazek przesączalny hodowany na podłożach z narządów zwierzęcych). Badania Włochów zostały zachwiane przez badania własne (razem z Hirszfelową, Przesmyckim, Fejginówną, i Mayznerem), gdyż udało się uzyskać odporność na toksynę paciorkowców zapomocą uodporniania jałową zawiesiną samych narządów. Ewentualnie istniejący zarazek przesączalny może być niewidzialną postacią przejściową paciorkowca. Te ostatnie zagadnienia muszą być tematem dalszych prac, jednakże już obecnie pierwszorzędna rola paciorkowca płoniczego, panująca nad całym obrazem chorobowym w płonicy, nie ulega wątpliwości. Paciorkowiec nie jest jedynie powikłaniem płonicy, lecz co najmniej równorzędnym co do znaczenia do drugiego nieznanego zarazka w etiologii tej choroby (Str. wł.)

Dyskusja.

Kol. Mutermilch Stanisław zaznacza, że badania Dicków, wniosły wprawdzie wiele cennego materiału w sprawie patogenezy szkarlatyny i biologii paciorkowców, to jednakże własności paciorkowców nie harmonizują z charakterem szkarlatyny pod względem epidemiologicznym, z trwałością nabywanej odporności po przebyciu tej choroby oraz ze znanymi cechami zarazka szkarlatynowego, jak jego lotnością i t.p. To też należy być wysoce ostrożnym w ocenie, podanych przez Dick'ów, twierdzeń. Jak wielki krytycyzm winien być zachowany w podobnych razach, posłużyć może np. historia bakterjologii grypy. Dziś nikt już chyba nie wierzy w swoistość pałeczek Pfeiffera; pomijając kwestję, czy opisany przez Olitsky'ego i Gates'a prątek przesączalny (*bacterium pneumosintes*) jest istotnie swoistym zarazkiem grypy, możemy z całą stanowczością twierdzić, że zarówno pałeczki Pfeiffera, jak pneumokoki i inn. są sprawcami jedynie wtórnych zakażeń. Drugi przykład: w t. zw. choleryze świń (hog — cholera) okazało się, że wywołują ją nie pałeczki Salmona, uważane dotychczas za swoiste dla tej choroby, lecz niewidzialny i przesączalny zarazek (Dorsett).

Gdyby uważać za pewny fakt, przytoczony przez prelegentów, jakoby Dick'om udało się w eksperymentach na ludziach (!) wywołać zapomocą hodowli paciorkowców szkarlatynę, — przesącz zaś okazał się nieczynnym: to istotnie należałoby poważnie zastanowić się, czy nie jesteśmy bliscy prawdy. Lecz godzi się zapytać, czy kilka eksperymentów dokonanych na ludziach dorosłych może mieć wartość przekonywującą? Sądzić należy, że nie.

Zresztą gdyby nawet istotnie udało się stwierdzić, że przesącz hodowli paciorkowcowej jest nieszkodliwy, nie możnaby wyprowadzić stąd wniosków pewnych, mając na uwadze znane doświadczenia Vallée'go i Carré'go nad adsorbcją drobnoustrojów, wywołujących zarazę pyskową bydła (fièvre aphteuse), przez czerwone krążki, a nawet przez gronkowce. Mówca, streszczając się, twierdzi, że nie jest dowiedzione, aby paciorkowce hemolityczne były sprawcami szkarlatyny. Raczej sądzić należy na zasadzie wyżej przytoczonych motywów, że paciorkowce, jako takie, nie mają nic wspólnego z etiologią szkarlatyny, lecz, że mamy tu być może do czynienia z symbiozą ich z istotnym nieznanym zarazkiem szkarlatyny (adsorbcią?), lub też, że uważać je należy za czynnik wtórny t. zw. bakterje „wyjściowe“ (bact. de sortie — Nicolle'a). (Str. wł.).

Kol. Mikulowski. Ocena odporności na chorobę zakaźną prowokuje równocześnie zagadnienie chorobowości i śmiertelności na tę chorobę i porusza sprawę t zw. genius epidemicus. Wniosków co do odporności z odczynu skórniego Dicka wyciągać nie można, bo odporność zależna jest nie tylko od samej ilości przeciwciał, czego klasycznym przykładem jest paradoksalny objaw Kretz'a z królikiem uodpornionym przeciw tężcowi, który mimo to pada na tężec po wstrzyknięciu obojętnej dla zwierzęcia normalnego mieszaniny jadu i przeciwciał. Równie dobrze zależy odporność od tkanek, od soków tkankowych, od oporności, czyli rezystencji, od funkcji gruczołów wydzielania wewnętrznego i t. p. Z klinicznych obserwacji nad płonicą można wnioskować po części o biologii i morfologii zarazka a mianowicie: na lotność zarazka wskazuje fakt, że nie ośmielamy się trzymać chorego na szkarlatynę, podobnie jak chorego na ospę wietrzną lub odrę, na sali wewnętrznych chorych, na której śmiało trzymamy chorych z durami i paradurami. Na swoistość i na rezystencję zarazka wskazują dawne fakty, stwierdzone przez Pospischilla, Weissa, Leinera z okazji płonicy z oparzenia i płonicy przyrannej. (Str. wł.)

Kol. Michałowicz.

Kol. Karwacki. Prace Dicków nie wnoszą nic nowego do etiologii płonicy, natomiast — dużo do biologii paciorkowców. Funkcje toksyczną zaczyna się wykrywać i u innych typów paciorkowcowych. Doświadczenie z wywołaniem płonicy przez hodowle paciorkowcowe nie jest dla Karwackiego zupełnie wolne od zastrzeżeń, i tu cytuje Karwacki swoje dawne doświadczenia, w których zapomocą trzeciego przesiewu agarowego prątków, wyhodowanych ze krwi chorego na ospę, udało mu się wywoływać wykwyty ospowe u cielęcia. W hodowli tej istniała symbioza jadu ospowego z bakterjami tak, jak w doświadczeniach Dicków mogła istnieć symbioza paciorkowców z jadem płoniczym. Już Gabryczewski zwrócił uwagę, że paciorkowce do szczepień powinny być używane z pierwszych hodowli ze krwi, to znaczy, że z czasem z hodowli coś znika, co może zaważyć na wartości szczepionki.

Karwacki powstaje przeciwko traktowaniu paciorkowców w dru-

kach pracowni państwowej, jako zarazka swoistego płonicy, gdyż jest to jeszcze, jak dotąd, tylko hipotezą, w którą obaj prelegenci wkładają zbyt dużo pozorów faktu naukowego. Dla Karwackiego zarazek swoisty płonicy jest odrębny od paciorkowca, być może, że czasowo żyje on w postaci ultra w symbiozie z paciorkowcem.

Nie godzi się też z Brokmanem na możliwość istnienia w ustroju odporności takiej, która pozwala występować w całej rozciągłości pewnym zaburzeniom chorobowym, zapobiegając całkowicie innym. Zachowanie się odczynu Dicków nie uważa Karwacki za wolny od wszelkich zastrzeżeń wykładnik odporności antytoksyicznej, gdyż można go zmienić oddziaływaniami nieswoistymi, jak zastrzykiwaniami wyciągów z narządów zdrowych zwierząt. (Str. wł.)

Kol. Sterling-Okuniewski wobec tego, iż poprzedni mówcy poruszyli już niektóre sprawy, które i jemu nasunęły uwagi, pomija je tu zatem, przechodzi natomiast do zagadnienia, które kol. Brokman poruszył tylko mimochodem w zakończeniu swego pouczającego i ciekawego referatu, a które zdaniem St. Ok. od dawna, od czasu gdy przed kilkunastu laty w Tow. Naukowem pracował nad paciorkowcem Gabryczewskiego i nad przygotowaniem szczepionki ochronnej przeciw szkarlatynowej, wydawało mu się prawdopodobnym rozwiązaniem sprawy etjologii płonicy. Mianowicie: paciorkowiec jest stałym towarzyszem przebiegu chorobowego, ale prawdopodobnie we współzyciu z jakimś zarazkiem przesączalnym, dotychczas niewykrytym. Obecnie przemawiają za tem do pewnego stopnia również doświadczenia autorów włoskich, którym udało się wywołać odczyny podobne do odczynu popaciorkowcowego, nawet po podawaniu narządów zwierząt zakażonych.

Ponieważ kol. Brokman wspomniał o skutkach praktycznych, jakie wypływają z tych badań, mianowicie o szczepieniach ochronnych przeciwko płonicy, przeto Sterling Okuniewski porusza tu tę sprawę, chociaż nie miał pierwotnie tego zamiaru; w poglądach swoich znajduje jednak poparcie w tem, co usłyszał tego samego dnia z ust prof. Złotogorowa., który powrócił właśnie z Ameryki, gdzie zajmował się specjalnie odczynem Dicków (prof. Z. miał być na dzisiejszem posiedzeniu Tow. Lek. i zabrać głos w dyskusji). Otóż dr. Złotogorow ku swemu zdumieniu przekonał się, iż w Ameryce odczyn Dicków po dziś dzień był wykonany zaledwie na 5000 dzieci; Sterling Okuniewski zapytuje więc, czy nie zbyt pochopnie przeprowadza Polska te badania w tak wielkich rozmiarach, skoro w ojczyźnie odczynu Dicków stosowano go na niewielką skalę. Nie mając, naturalnie, żadnych zarzutów do przeprowadzania badań na materiale dobrze spostrzeganym i w sposób ściśle naukowy, a nawet przeciwnie gorąco je popierając, Sterling-Okuniewski wątpi jednak, czy metoda jak najszerzego stosowania, wprowadzona w Polsce (w lecznicach i t. p.), nieraz nawet dla celów handlowych, da istotnie wyniki, jakich należałoby się spodziewać od tego rodzaju badań. Na tak wielką skalę badania były przeprowadzone tylko w sąsiedniej Rosji, inne państwa robią ostrożne próby, a dopiero po stwierdzeniu istotnej

wartości odczynu będzie on wprowadzony do życia codziennego (Str. wł.)

Kol. Gluziński podnosi że pracy oryginalnej Dicków nie zna, zapytuje jakie objawy wystąpiły po wtarcia hodowli paciorkowca hemolizującego w migdałki ludzi zdrowych. Czy Dick podał historie choroby tych przypadków doświadczalnej szkarlatyny i czy to była z całą pewnością typowa szkarlatyna? Znane są przypadki, gdzie w gorączce połogowej wyhodowano też streptococcus haemolyticus i ten ostatni dawał obraz zbliżony do płonicy. Na podstawie spostrzeżeń i doświadczeń dotychczasowych zbyt śmiałym jest twierdzenie, że etiologia płonicy została w zupełności wyjaśniona.

Kol. Bukowska referuje przypadek 8-o letniego chłopca, który od dłuższego czasu jest przez nią obsewowany i leczony na adenopathia tracheo-bronch. Na nim zostało dokonane ochronne szczepienie szkarlatyny metodą Dicka, przyczem dwa pierwsze szczepienia nie dały reakcji natomiast trzecie, dokonane w czterotygodniowym odstępie czasu od ostatniego, dało w wyniku: po 8-miu godzinach wysypkę typową dla szkarlatyny z podniesioną ciepłotą do 39°, wymioty obfite i angina. Ciepłota do obecnej chwili jest podniesiona i stwierdzono zapalenie mięśnia sercowego ze znacznym rozszerzeniem granic serca w prawo oraz z osłabieniem i rozdwojeniem pierwszego tonu. Kaszel typu kokluszewego przemijający oraz powiększenie gruczołów chłonnych węzkowych i oskrzelowych świadczy o nasileniu pierwotnego cierpienia u dziecka limfatycznego. Przypuszczać należy, że ostatnie szczepienie Dicka zastało organizm w stanie alergji i braku reaktywizacji.

Wobec powyższego referentka ostrzega przed powszechnymi szczepieniami tego rodzaju, zalecając ostrożność w stosowaniu tej metody.

W odpowiedzi przemawiali: kol. Przesmycki.

Kol. Brokman. Kol. Mutermilchowi. Fakt przenoszenia płonicy drogą pośrednią, (przez 3-ą osobę) przemawia za trwałością zarazka płonicy, nie zaś za jego lotnością, odporność trwała w stosunku do paciorkowców, jako bakterji, nie istnieje, po przejściu płonicy mamy do czynienia z odpornością antytoksyczną. — Analogji pomiędzy dżumą świńską a płonicą nie da się przeprowadzić; tam bac. suipestifer nie odgrywa żadnej znanej nam roli w patogenezie, tutaj paciorkowiec hemolityczny panuje nad obrazem chorobowym.

Kol. Mikułowskiemu. Zarzut, że prelegent nie wspomniał o genius epidemicus jest nieuzasadniony, gdyż to zagadnienie, zresztą pozwalające na różną interpretację, nie wiąże się bezpośrednio z tematem odczytu. Zarzut oponenta, że nie wszystkie dzieci, pozbawione antytoksyny, zachorowują po zetknięciu się z chorym, nie przeczy wartości odczynu Dick'a, gdyż obecność antytoksyny nie wyczerpuje zjawisk odpornościowych: ztąd ustrój pozbawiony antytoksyny może nie zachorować, natomiast posiadający antytoksynę nie ulega chorobie — „Odporność“ w gruźlicy

polega na zupełnie odmiennym mechanizmie odpornościowym, aniżeli odporność w płonicy. Zupełnie nie odpowiada elementarnej wiedzy w dziedzinie epidemjologii twierdzenie oponenta, że zarazek płonicy jest równie lotny, jak zarazek wietrznej ospy. Są to dwa przeciwieństwa i na świadomości tego faktu oparte są metody zapobiegania tym dwom chorobom: płonica nie udziela się, o ile pomiędzy chorzym, a osobnikami narażonym zachowana jest pewna odległość, natomiast za pomocą tej metody nic nie osiągniemy w stosunku do wietrznej ospy. Tak więc spostrzeżenia epidemjologiczne nie przeczą możliwości przyjęcia paciorkowca za zarazek płonicy.

Prof. Gluzińskiemu. Zakażenie ludzi przez Dicków hodowlą paciorkowców szkarlatynowych dały w wyniku postaci chorobowe o cechach płonicy (wymioty, wysypka, angina). Doświadczenia te samo przez się nie są absolutnym dowodem etjologii paciorkowcowej płonicy, dopiero w zespole z innymi przytoczonymi przez prelegenta faktami.

Doc. Karwowskiemu. Prelegent przeciwstawia się twierdzeniu oponenta, że od 20 lat nauka o etjologii płonicy nie przesunęła się naprzód. Zaprzeczeniem tego jest treść odczytu. Podobnie też prelegenci nie operowali hipotezami, ale efektami, które pozwoliły im dość do konkretnych wniosków, potwierdzających dawne poglądy Gabryczewskiego, obecnie pogłębione i poparte doświadczeniem. Już w odczynie prelegent podkreślił, że istnienie drugiego zarazka przesączalnego, który w symbiozie z paciorkowcem wywołuje płonicę, nie da się wykluczyć, choć bezpośrednich dowodów na to niema. W każdym bądź razie cały obraz płonicy i jej patogeneza tłumaczy się całkowicie działaniem li tylko paciorkowca płoniczego. Swoistości tego ostatniego dla płonicy nie przeczy bynajmniej, jak by to się wydawało oponentowi, znajdywanie tego drobnoustroju u ludzi zdrowych; mamy tu do czynienia z nosicielstwem, analogicznem do nosicielstwa w błonicy, durze brzuszny i t. d.

Doc. Sterling-Okuniewskiemu. Zarzut dokonywania uodpornień na zbyt dużą skalę nie dotyczy prelegentów. Spostrzeżenia ich obejmują 800 dzieci, będących w zakładach zamkniętych i doświadczenia na zwierzętach. Argumenty Złatoroff'a, na które wciąż powoływał się oponent, brzmiały nieco odmiennie; i ten badacz, uważa że paciorkowiec odgrywa pierwszorzędną rolę w patogenezie płonicy, przyjmuje on tylko istnienie dodatkowego niewidzialnego zarazka. Wyraził się on, że wyniki szczepień ochronnych w Rosji metodą Gabryczewskiego — Dicków są „wspaniałe“.

Kol. Bukowskiej. Skrętne zbieranie spostrzeżeń klinicznych po szczepieniu jest konieczne, opieranie swych wywodów na jednym przypadku nie może być brane poważnie pod uwagę.

W kwestji formalnej. Kol. Karwacki podkreśla, że przypadek przytoczony przez kol. Przesmyckiego, dotyczący zakażenia pneumokokkiem u koni nie jest miarodajnym, gdyż pneumokokki wogóle nie dają antytoksyn, natomiast jako przykład jedyny mogłoby służyć tylko zakażenie błonnicze.

Kol. Sterling-Okuniewski podkreśla, że nie wspominał o 150.000 przypadkach szczepień ochronnych wykonanych w Rosji, gdyż nie mamy o tem żadnych danych, potwierdza jednak stanowczo, że w Ameryce szczepienia te nie są na szeroką skalę dotychczas wprowadzone.

W odpowiedzi zabierali głos kol. Przesmycki i Brokman.
Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes **K. Zieliński.**
Sekretarz doroczny **T. Byszewski.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 2 marca 1926 r.

Przewodniczy Sekretarz stały kol. **Gluziński**

Obecnych członków 41.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dn. 23 lutego 1926 r.

II. Kol. **Mikułowski** wygłosił rzecz p.t. „Postępy pedjatrii francuskiej — próba syntezy.“

III. Kol. **Karwacki** wygłosił rzecz p.t. „Badania bakterjologiczne i serologiczne płynów wysiękowych w gruźlicy“ (część pierwsza).

W dyskusji kol. **Gluziński** podnosi, że wielce zajmującą sprawą będzie wyjaśnienie łączności prątków gruźliczych ze streptotrixem. W klinice spostrzegamy objawy klinicznie zupełnie podobne, lecz bakterjologicznie istnieje jednak różnica przy zakażeniu streptotrixem. Kalium jodatum jest środkiem swoistym, co nie może być tylko zbiegiem okoliczności.

Mówca zapytuje, jakie wyniki można otrzymać przy zaszczepieniu świnkom morskim dalszych postaci niekwasoodpornych prątków.

Kol. **Karwacki** obserwuje 2 chorych, u których stwierdzono streptotrix i stosowano płyn Lugola, jednak u jednego z nich wykryto ostatnio prątki kwasoodporne. Mówca przed laty zaszczepił hodowlę streptotrixu śwince i otrzymał gruźlicę gruźelkową.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz stały **A. Gluziński**
Sekretarz doroczny **T. Byszewski**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dn. 16 marca 1926 r.

przewodniczący Sekretarz Stały, kol. A. Gluziński.

Obecnych członków 37.

I, Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dniu 2 marca 1926 r.

II. Kol. J. Konopnicki przedstawił przypadek ciężkiej cukrzycy powikłanej gruźlicą płuc, leczony insuliną i odmą.

Stanisław K., lat 15, gimnazista. Na cukrzycę zachorował w grudniu 1927 r.: miał zawroty głowy, silne pragnienie, oddawał dużo moczu, chudł mimo wielkiego apetytu. W marcu 1924 r. był skierowany do szpitala dla dzieci im Karola i Marji w stanie ciężkim, prawie prekomatycznym, jak widać z opisu choroby dokonanej przez d-ra Kopcia. W marcu stwierdzono wówczas 7% cukru, diurezę powyżej 5 litrów na dobę i dużą ilość ciał ketonowych w moczu. W organach wewnętrznych, a w szczególności w płucach, zmian wówczas nie stwierdzono. Odczyn Pirquet'a był słabo dodatni. Pierwszy tydzień leczenia w szpitalu dla dzieci, bez insuliny nie dał żadnego wyniku. W następujących 4 tyg. wobec obfitej diety, zawierającej ogółem 2200—3000 kal., w tem 300 gr. węglowodanów i przy insulinie, 40—60 jednostek na dobę, chory znakomicie się poprawił, przybyło mu na wadze 6 kg., stracił zarówno aceton, jak i cukier w moczu. Po wyjściu ze szpitala objawy cukrzycy wkrótce wróciły, wobec czego zalecono mu stosowanie diety i insuliny w domu, którą z reguły pobierał 2 razy dz. po 20 jednostek. Czuł się przytem tak dobrze, że w lecie 1925 r. przestał regularnie pobierać insulinę i co ważniejsze, nie przestrzegał diety. Stan jego stopniowo się pogarszał, zwłaszcza od połowy grudnia r. ub., 29/XII 1925 przybył na oddział d-ra Skłodowskiego w szpitalu Dz. Jezus w stanie b. ciężkim. Nad ranem następnego dnia chory stracił przytomność, stwierdzono głęboki oddech, sinicę twarzy, zimne kończyny, upadek tętna. Niezwłocznie zastosowano 50 jednostek insuliny, kamforę podskórną, czarną kawę z cukrem i koniakiem. Chory zaraz oprzytomniał i skarżył się na ból w lewym boku. Stwierdzono t^0 37,8, tarcie opłucnej z lewej strony na znacznej przestrzeni, oraz stłumienie nad lewym szczytem, sięgające z tyłu do grzebienia łopatki, bez rzężeń. W prawem płuciu zmian nie stwierdzono, serce niepowiększone, tony serca czyste, tętno 124. Pęcherz moczowy wypełniony moczem. Odruchy kolonowe i brzuszne zniesione. Żrenice bez zmian. Mocz: diureza dobową 5500 cm^5 , c. g. 1023, cukru 4,5%, czyli na dobę 257 gr., kw. acetoctowy wyraźnie obecny, aceton 11 gr. na dobę. Tego dnia chory przyjął tylko czarną kawę z cukrem (100 gr.) i trochę alkoholu, insuliny razem 130 jednostek, w tem 40 jedn. dożylnie, oraz podano mu doustnie 50 gr. sody. Przez cały następny tydzień chory był na diecie kleikowej, (125 gr. płatków owsianych i tyleż masła = 1430 kal.), stan jego był bardzo ciężki, gorączka utrzymywała się powyżej 38^o, chory pobierał insulinę 2 r. dz., przez

pierwsze 2 dni po 80 J., wobec jednak niezmnieszenia tej ketonurji, powiększyliśmy ilość insuliny do 100 — 150 J. na dobę w sześciu dawkach. Dopiero na 7 dzień udało się opanować ketonurję i cukromocz, natomiast uwydatniło się znaczne pogorszenie sprawy gruźliczej w lewym płucu: pojawiły się liczne dźwięczne rżenia z tyłu do grzebienia łopatki, z przodu pod obojczykiem. Chory prawie zupełnie nie kaszłał i nie odpluwał, w b. skąpej płwocinie znaleziono kilkanaście prątków Kocha w polu widzenia. Tarcie utrzymywało się nadal i chory zaczął się skarżyć na dotkliwy ból i klucie pod lewą łopatką. Po kilku dniach stwierdzono zmiany gruźlicze i w środkowej części tegoż płuca. W prawem płucu zmian nie było, co potwierdziło i badanie rentgenowskie. Wobec szybkiego rozwoju sprawy gruźliczej i utrzymywania się temperatury, co niewątpliwie czyniło bezcelowem dalsze leczenie cukrzycy i wogóle uniemożliwiłoby utrzymanie chorego przy życiu nawet i przy insulynie, dokonano założenia odmy sztucznej lewostronnej. W ciągu 6 tyg. dokonano 11 insuflacji. Otrzymał dość znaczny, aczkolwiek niecałkowity, ucisk lewego płuca (patrz załączone rentgenogramy). Już po 6 insuflacjach, w 10 dni po założeniu odmy, nastąpił zupełny spadek gorączki, rżenia prawie zupełnie zniknęły, chory czuje się fizycznie i psychicznie coraz lepiej. Zaczął przybywać na wadze, ogółem przybyło mu 6 kg. Przez ten czas chory znajdował się na stałej djecie, zawierającej do 1000 gr. jarzyn, 120 gr. tłuszczu, 4 jaj, 50 gr. sera białego i 100 gr. kartofli, razem 1920 kl., co wynosi 35 kal. na kg. wagi ciała. Jestto cyfra najwyższa, jaką stosujemy w ciężkiej cukrzycy. Mimo to, że w 7 tyg. po 11 insuflacji pojawił się wysięk, połączony z gorączką, stan chorego nie pogorszył się. Coprawda gorączka po tygodniu spadła, wysięk nieznaczny zresztą nie zwiększa się, co potwierdza stała kontrola radiologiczna. Powikłanie to niema ujemnego wpływu na przebieg odmy, również nie wpłynęło ujemnie i na przebieg cukrzycy, być może dlatego, że natychmiast po podniesieniu się gorączki wzięto chorego na djetę kleikową z niewielką ilością jarzyn, tak, że ilość kaloryj dotychczas pobieranych 1900 zredukowano do 1500. Oczywiście nie przerwano insuliny w dotychczasowej ilości (60J.). W ciągu tego tygodnia gorączki, stan chorego pod względem cukrzycy uległ pewnej poprawie, glikemja jego w tym właśnie okresie spadła do najniższej cyfry 0.1%. Tłumaczymy to redukcją kaloryj z 35 na 25 na kg. wagi. Stan chorego obecnie fizycznie i psychicznie dobry. W obecnym stanie chory może być utrzymany w równowadze, która jest dość chwiejna, nawet przy b. skąpej djecie, tylko dzięki insulynie. Wszelkie wykroczenia djetetyczne lub też nietylko odstawienie, ale nawet próby zmniejszenia dziennej dawki insuliny niżej 60 jednostek, burzą uzyskaną równowagę.

Powyższy przypadek pozwoliłem sobie przedstawić, jako zasługujący na uwagę:

1. jestto przypadek cukrzycy dziecięcej, a więc z natury rzeczy ciężki i kończący się zazwyczaj śmiercią w krótkim czasie.

2. jestto przypadek obserwowany prawie od samego początku

powstania choroby i przedstawia jedną z najdłuższych obserwacji klinicznych przebiegu cukrzycy, leczonej insuliną.

3. w znacznej mierze dzięki insulinie jest utrzymywany przy życiu, a wyłącznie dzięki insulinie był, w przeciągu przeszło 2 lat, 2 krotnie uratowany ze śpiączki.

4. jak zaznaczyliśmy wyżej, może być obecnie utrzymany przy życiu dzięki insulinie i odmie sztucznej, niejako na 2 protezach. Ostatnia śpiączka u chorego została wywołana niewątpliwie ostro rozwijającą się sprawą gruźliczą w lewym płucu. Mimo opowania śpiączki, uratować chorego nie udałooby się, gdybyśmy nie zatrzymali w jaknajkrótszym czasie procesu gruźliczego, a można było tego dokonać tylko dzięki odmie sztucznej. (Str. wł.).

W dyskusji kol. Gluziński podkreśla, że przypadek przedstawiony może służyć, jako przykład dodatniej i ujemnej strony stosowania insuliny, która jest mieczem obosiecznym w razie powikłania cukrzycy gruźlicą. W klinice mówca miał przypadek, w którym u chorej na cukrzycę wystąpił dur brzuszny, co zmusiło do zastosowania insuliny, która ze swej strony była powodem obostrzenia dotychczas dobrotliwie przebiegającej sprawy gruźliczej w szczycie. Za pomocą odmy sprawę niebawem zlokalizowano. Przy obecności zmian gruźliczych u cukrzycowych należy bardzo oględnie stosować insulinę—gdzie można trzeba jej unikać.

Kol. Skłodowski. Przypadek niniejszy jest przykładem pomyślnego współdziałania dwóch, nawskroś nowoczesnych metod leczniczych. — Gruźlica u diabetyków cieszy się wogóle złą opinią i może dlatego rzadko stosuje się u niej odmę. W znanej monografji Dumarest i Brette'a z 1923 r. znajduje się wzmianka tylko o jednym przypadku gruźlicy u diabetyka, leczonym odmą przez Forlaniniego. Nie wątpię, że szczegółowy przegląd literatury wykazał by ich więcej, w każdym jednak razie nie należą one do codziennych, w naszym zaś materiale jest to przypadek pierwszy. Co do wpływu insuliny na gruźlicę różnie się wypowiedano. Blum uważał go pierwiastkowo za szkodliwy, natomiast Labbé i Bith doszli u swoich badaniach do przeciwnego wniosku. Nasz przypadek przemawia także w obronie insuliny, ponieważ stałe jej użycie w niczem nie przeszkodziło szybkiemu opowaniu sprawy gruźliczej przez odmę. — Na jeden jeszcze szczegół pragnę zwrócić uwagę. Niedawne są czasy, kiedy zarówno w gruźlicy, jak i w chorobie cukrowej główną niemal troskę stanowiło obfite żywienie chorego, w gruźlicy ogólne, w cukrzycy przekarmienie białkiem i tłuszczem.

Dziś i w gruźlicy tuczenie straciło już nieco na dawnej szablonowości, każdy zaś, kto zajmuje się leczeniem diabetyków, wie, jak wiele korzyści wyciągnąć można nieraz przez redukcję ich pożywienia, nawet jeżeli chodzi o poprawę wagi. Chory nasz mimo diety dość ograniczonej i mimo wystąpienia, czy też obostrzenia sprawy płucnej, zyskał w pewnym okresie około 6 kilo na wadze (rzeczywistej). Kiedy zaś następnie, podczas wytwarzania się wysięku, zredukowano mu jeszcze bardziej dietę, nie odbiło się to wcale ujemnie na jego odżywieniu. (Str. wł.)

Kol. Landau — podkreśla, że moczówka cukrowa uważaną była za przeciwwskazanie do odmy w gruźlicy płuc. Mówca już dawniej wskazywał, że pod wpływem insuliny następuje obostrzenie sprawy gruźliczej, jednak w cięższych przypadkach gruźlicy należy stosować insulinę, gdy w lżejszych — należy jej raczej unikać.

Kol. Konopnicki. W sprawie poruszonej przez prof. Gluzińskiego, jakoby insulina sprzyjała rozwojowi utajonej gruźlicy płuc pragnę zaznaczyć, że pogląd ten początkowo dość rozpowszechniony, ulega obecnie rewizji. Nie przesądzając tej sprawy, odnoszę wrażenie, że w naszym przypadku stanowczo to nie miało miejsca. Chory jest na insulinie od 2 lat, obecna śpiączka, naszym zdaniem, została wywołana procesem gruźliczym w okresie, w którym chory właśnie zaniedbywał pobieranie insuliny. Kiedy zaś chorego wzięto na duże dawki insuliny i jednocześnie założono odmę, proces gruźliczy został zatrzymany w swym fatalnym rozwoju. Zresztą nie mamy wyboru: chory nasz musi pobierać insulinę w dużych ilościach, jest niejako „skazany” na insulinę. (str. wł.).

III. Kol. Held przedstawia przypadek zgorzelinowego zapalenia płuc — wyleczonego za pomocą odmy piersiowej.

Przedstawiony przypadek jest 4-y tego rodzaju spostrzeganym na oddziale D-ra Landaua. Chory, l. 37-iu, przybył w stanie b. ciężkim na oddział — z umiejscowieniem zgorzeli w pr. górnym płacie płuc. Po 3-krotnem założeniu odmy (650 cm. + 800 + 700) został zupełnie wyleczony.

Warunki niezbędne dla stosowania odmy sztucznej w zgorzeli płuc są: 1) umiejscowienie jej w górnym płacie, albowiem dolnopłatowe zgorzele w b. krótkim czasie prowadzą do zrostowego zapalenia opłucnej; 2) możliwie wczesne zastosowanie odmy — jeszcze przed wytworzeniem zrostów.

Dla uniknięcia b. niebezpiecznego w tych razach wtórnego zakażenia opłucnej — zaleca się:

1) Wykonanie nakłucia przy 1-iej odmie w znacznej odległości od zgorzelinowego ogniska;

2) wpuszczanie tylko tyle gazu, by ciśnienie wewnątrzopłucnowe sprowadzić do 0; wystarczy to do opróżnienia ogniska zgorzelinowego i następczego zablźnienia się. (Str. wł.).

W dyskusji: kol. Michalski w Klinice Wewnętrznej w Szpitalu Św. Ducha miał możność b. często spostrzegać zgorzel płuc, być może dlatego, że chorzy, ze zgorzelą płuc specjalnie do kliniki byli kierowani.

Nie wdając się zasadniczo w omawianie metod leczniczych zgorzeli płuc, kol. Michalski podnosi:

1) są przypadki zgorzeli, które poprawiają się pod wpływem prawie każdego zastosowanego środka, ale są i takie, które nie poddają się wcale wysiłkom leczniczym.

2) we wszystkich przypadkach zgorzeli płuc w płatach dolnych, Michalski widział poprawę po bronchoskopji, zastosowanej przez prof. Erbricha, prócz jednego przypadku pod koniec ubiegłego roku. Przypadek ten dotyczył 20-letniej dziewczyny ze zgo-

rzelą płuc lewostronna. Stan chorej poprawił się znakomicie po dwukrotnej bronchoskopji. Zapalenie płatowe drugiego płuca, które również doprowadziło do zgorzeli — spowodowano śmierć chorej (Str. wł.).

Kol. Karwacki podnosi, że jeden z autorów francuskich za pomocą bronchoskopji wstrzykiwał do ogniska środek przeciwnilny — gomenol — i otrzymywał wyniki bardzo dobre.

Kol. Landau stwierdza, że zgorzel płuca nie jest zawsze typową, jest wiele jej postaci. Metody bronchoskopji mówca nie próbował. Zasadniczym warunkiem dobrego wyniku przy odmie jest wczesne jej zastosowanie. Skojarzenie metody bronchoskopji i odmy dla dolno i górno płatowych zgorzeli jest bardzo pożądane.

Kol. Gluziński podkreśla znaczną różnicę między dolno i górno płatową zgorzelą płuc. Górne — powstają jako skutek zapalenia płuc włóknistego u ludzi z wadliwą budową klatki piersiowej, dolne — wskutek rozedmy, wówczas mamy liczne zrosty utrudniające odmę. W danym przypadku jest okolicznością bardzo szczęśliwą, że szczyt został przez odmę zupełnie prawie zgnieciony.

IV. Kol. Karwacki wygłosił rzecz p. t. Badania bakterjologiczne i serologiczne płynów wysiękowych gruźliczych (część druga).

W dyskusji kol. S. Mutermilch.

Kol. Karwacki dawniej robił doświadczenia z zawiesiną wodną, wiele też prób wykonał podwójnie z zawiesiną wodną i wyskokową, prelegent chce dowieść wieloszczepowości prątków gruźliczych. Przeciwniej tezy dotychczas nikt nie dowiódł, a w nauce sprawa stoi tak, jakby był jeden tylko szczep gruźliczy. Autor stoi na tem stanowisku, że szczepów tych jest olbrzymia ilość.

V. Kol. Reicherówna i Apfelbaum wygłosili rzecz pod t. „O badaniach czynnościowych wątroby”.

Kol. Michalski podnosi, że wątroba jest gruczołem różnorodnym, więc prób wydolności jest też znaczna ilość, która się stale powiększa. Jednak praktyczne znaczenie będą miały tylko próby najmniej skomplikowane. Jedną z najprostszych i pożytecznych prób — jest próba na urobilinogen.

Kol. Mutermilch.

Kol. Landau. Liczny materiał powinien być opracowany według grup chorobowych. Mówca nie zgadza się na podział na żółtaczkę hemolityczną i cholemiczną, oraz na nazwę — żółtaczką nieżytną. Wniosków klinicznych z przytoczonych prac wyciągnąć nie można. Czynności wątroby są wielorakie, więc można mówić o niedomodze całego narządu.

Kol. Gluziński podkreśla, że prelegentka przedstawiła tylko materiał swoich badań, bez wysnuwania wniosków. Podział żółtaczk na zastoinową, hemolityczną i mięszową nie jest klinicznie przeprowadzalny. Szukanie nowych dróg jest koniecznym, gdyż dotychczasowe próby, nie są pewne i polegają na nich nie można.

Kol. Reicherówna stwierdza, że o wartości prób mówi załączona tabela; o każdej próbie można wiele mówić, niektóre z tych prób dają nikłe wyniki. Praca prelegentki wykazała, że właśnie 3 najwięcej przyjęte próby (na urobilinogen, opadanie krwinek i próba wodna) mają największe znaczenie praktyczne.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz stały A. Gluziński
Sekretarz doroczny T. Byszewski.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 13 kwietnia 1926 r

Przewodniczący prezes kol. Sawicki.

Obecnych członków 47.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dniu 16 marca 1926 r.

II. Do ksiąźnicy T-wa nadesłano:

1. Szpital im. Karola i Marji dla dzieci. Doc. Dr. Med. Wł. Szenajch.

2. Michał Bergonzoni. Dr. L. Zembrzuski,

3. Służba zdrowia w wojskach starożytnego świata. Dr L. Zembrzuski.

4. Gospodarka sanitarna samorządów ziemskich na podstawie budżetów z r. 1924. Dr. J. Polak.

5. O zębach w sudiebno medycynskom odnoszenji. Prof. Dr. H. Wilga.

7. Alweolarnaja piorreja i jeja leczenie. Prof. H. Wilga.

8. K. kazuistieke zubow w roli inorodnych kieł. Prof. H. Wilga.

9. Pomozek na frontie ranenym w czelust. Prof. H. Wilga.

10. W sprawie reformy studjów dentystycznych w Polsce. Prof. H. Wilga.

11. W sprawie klasyfikacji zapaleń miazgi. Prof. H. Wilga.

13. Zęby w medycynie sądowej Prof. H. Wilga.

14. W sprawie nieprawidłowego wyrzynania się zębów stałych. Prof. H. Wilga.

15. Błędy w zakresie zębolecznictwa z punktu widzenia Medycyny Sądowej. Prof. H. Wilga.

III. Kol. W. Ręczajski pokazuje chorą z ductus Botalli persistens sub forma aneurismatis art. pulm. in individuo cum lute viscerali. (Przeznaczone do druku).

IV. Kol. Mikułowski. Zespół vasculo endocrino vegetatywny u chłopca 13 lat. (Do druku).

W dyskusji kol. Sawicki zapytuje kol. prelegenta, jaki

charakter miały wymioty. Przytacza wypadek okresowych wymiotów u pewnej chorej.

Kol. Brokman jest przeciwny objaśnieniu, jakie prelegent dał dla wytłomaczenia alkaliczności moczu u przedstawionego chorego.

V. Kol. Marta Erlichówna wygłosiła rzecz pod tytułem: „Wartość kliniczna badań nad białymi ciałkami krwi.“

Po krótkim wstępie historycznym prelegentka przedstawia zarys stanu nauki o białych ciałkach w świetle nowych poglądów oraz na podstawie dalszych badań (mniej więcej 300 przypadków, 1000 badań). Arneth pierwszy starał się wprowadzić do kliniki metodę badania zmian morfologicznych w obrazie obojętnochłonnym. Pomysł A. zmodyfikował i skorygował Pappenheim, który przyjął koncepcję przesunięcia obrazu obojętnochłonnego w lewo. W tem też ujęciu Schilling usystematyzował metody badania białych ciałek krwi i spopularyzował je dla celów klinicznych. Prelegentka uwzględnia w swoich badaniach stopień przesunięcia obrazu, oraz studjuje według Naegeli'ego zmiany degeneracyjne, występujące w ciężkich zakażeniach. Wyjaśnia istotę leukocytozy: zwiększenie się ogólne liczby białych ciałek i % segmentowanych, potem przesunięcie w lewo, nieproporcjonalne do stopnia leukocytozy, przeciwnie liczba ogólna białych ciałek może spaść, i to nawet poniżej normy. Tę leukopenję, która jest okresem leukocytozy należy odróżnić od leukopenji występującej od początku choroby bez zmian w obrazie obojętnochłonnym (dur, odra), zmiany t. zw. toksyczne w zarodki i ziarnistości powstawać mogą pod wpływem toksyn, albo fagocytozy. Z innych właściwości białych ciałek zasługuje na podkreślenie: 1) leukocytoza fizjologiczna u dzieci, aż do okresu pokwitowania; 2) leukocytoza w ostrych chorobach zakaźnych u niektórych osobników; 3) występowanie młodych postaci leukocytów w leukocytozie:

a) W ostrych chorobach zakaźnych (pneumonia, pleuritis, pyelitis, peritonitis i inne) omawiane zmiany w obrazie obojętnochłonnym, pozwalają odrzucić z dużym prawdopodobieństwem inne sprawy, jak dur, prosówkę, w których te zmiany nie występują. b) Badanie krwi pomaga do zróżnicowania pomiędzy zapaleniem opon ropnem a gruźliczem (brak zmian, czasem monocytoza) i chorobą Heine—Medina (leukopenja z eozynofilją) i płonicą (leukocytoza z eozynofilją), odrą (leukopenja), różyczką (leukopenja z plazmatycznymi komórkami). W durze i paradurach występuje leukopenja stale u dorosłych — u dzieci często jej brak, u niemowląt widzimy nawet leukocytozę. W różnicowem rozpoznaniu między durem a posocznicą, w której liczba białych ciałek znacznie się obniżyła, głębokie zmiany w obrazie obojętnochłonnym przemawiają za posocznicą.

W dyskusji kol. Landau podkreśla znaczenie badania białych ciałek krwi. Przypomina, że podał przypadek, w którym występowała wysokiego stopnia limfocytoza. W drugiej pracy była omawiana hematologia duru, w trzeciej wpływ usadowienia się laseczki durowej na obraz hematologiczny. Kol. L. podaje

jeszcze mechanizm powstawania zarówno leukocytozy, jak i leukopenji według najnowszych badań niemiecko - amerykańskich.

Kol. S w i d e r s k i. Pojęcie leukopenji i leukocytozy, wysnu-
te z ilości leukocytów w 1 mm. sześć. krwi nie odpowiadają czę-
sto istotnemu zwiększeniu się lub zmniejszeniu ilości krwinek
w organizmie; dane z obliczeń w kamerze zależą w znacznej mierze
od stopnia rozrzedzenia krwi, ulegającego znacznym odchyleniom
w przebiegu niektórych chorób. Pewne pojęcie o stopniu rozrze-
dzenia krwi może nam dać refraktometria (np. 10,000 leukocy-
tów w 1 m. sz. przy nD odpowiadającym pg. Reissa 10% białka świe-
żego nie może odpowiadać 10,000 leukocytów przy nD = 4% białka);
jednakże w wielu przypadkach byłoby wskazaniem obliczać ogólną
ilość krwi — chociażby za pomocą jednej z dość prostych
metod barwinkowych (np. met. Seyderhelm'a i Lampego). Co się
tyczy limfocytozy wieku dziecięcego, to byłoby ciekawem zba-
dać, o ile może to pozostawać w związku z pewną, swoistą djetą
tego wieku, gdyż wiemy, że np. zmiana pożywienia może się
mocno odbić na wzorze krwi (np. obfite pożywienie mięsne pro-
wadzi do zwiększenia się leukocytów wogóle, zwłaszcza zaś do
narastania % obojętnochłonnych a przeciwnie strawa węglowoda-
nowa powoduje limfocytozę i to dość znaczną).

Kol. E r l i c h ó w n a odpowiada na zarzuty kol. Landaua, że
wogóle nie przytacza nazwisk autorów za wyjątkiem imion wielce
zasłużonych w hematologii.

Kol. C y g i e l s t r e i c h wygłasza odczyt — Achylia gastro
pancreatica. (Do druku).

W dyskusji: Kol. G e r n e r zapytuje kol. prelegenta, dlacze-
go w przypadkach, zamieszczonych na tablicy, nie zostało wyko-
nane określenie pepsyny. Wobec braku badań na pepsynę nie
można mówić o achylia gastrica; w dwóch przypadkach zaś, w któ-
rych mamy cyfry wolnego kwasu solnego i ogólnej kwasoty, wo-
góle nie można mówić o achylia gastrica.

Kol. L a n d a u odpowiada kol. Gernerowi, że spodziewał się
podobnego zarzutu. Badania na pepsynę nie zostały wykonane
przez niedopatrzenie. Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes Br. Sawicki.

II. Sekretarz doroczny Gerner.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 27 kwietnia 1926 r.

Przewodniczący prezes kol. Sawicki

Obecnych członków 53.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia w dniu 13. 4. 26.

II. Do księżnicy T-wa nadesłano:

1. Przypomnienie starego zdroju i starego o nim dzieła (Szkło i Syxt) Dr. W. Ziembicki.

2. Kartka z dziejów naszego szpitalnictwa. Tenże.

3. Baltazar Haquet. Tenże.

4. Uszkodzenia ciała w projekcie kodeksu. Prof. Grzywo-Dąbrowski.

5. Psychologia prostytutek. Tenże.

6. Sur l'ictère infectieux. Dr. Mikułowski.

7. Le diagnostic de l'adénopathie tracheo-bronchique. Tenże.

8. O próbach uodpornienia przeciw gruźlicy za pomocą szczepień Calmetta. Tenże.

9. Cholera infantum w świetle poglądów Marfana. Tenże.

10. O bakterjofagach d'Hérelle'a. Tenże.

11. Sprawozdanie z działalności w roku akademickim 1924/25 Wolna Wszechnica Polska.

III. Kol. P. Baumritter. Pokaz przypadków na temat:

Pokrzywka napadowa w związku z hemoglobinurją napadową (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabrał głos kol. Landau.

IV. Kol. B. Łopieński i T. Marjanko. Pokaz przypadku:

Anaemia haemolytica gravis, achylia gastrica, hypochylia pancreatica.

Uzyskano poprawę po zastosowaniu dużych dawek arsenu.

V. Kol. Jochweds i Seidenbeutel. Pokaz przypadku:

Pneumonia gripposa abscedens z wtórną rozstrzenią oskrzeli. U chorej l. 41 stwierdzono po przybyciu jej na oddział szp. Wolskiego objawy grypowego zapalenia płuc, obok wyraźnych cech niedokrwistości. Niedokrwistość leczono z dobrym skutkiem przetworami arsenowymi łącznie ze wstrzykiwaniami mleka, aby pobudzić wytwórczą zdolność szpiku kostnego. Po spadku ciepłoty, po stronie, gdzie stwierdzono objawy zapalenia płuc, wystąpiło zapadanie się kl. piersiowej. Prześwietlenie kl. piersiowej wykazało kilka jasnych plam, pochodzących z rozszerzonych oskrzeli. Ze względu na powolny rozwój sprawy gorączkowej, brak laseczników w płwocinie, neutropenię i leukopenię rozpoznawano zapalenie płuc odoskrzelikowe grypowe, ze wzgl. zaś na zapadnięcie się klatki piersiowej, trwanie stłumienia i oddechu oskrzelowego, odpluwanie soczewkowatych kawałków w większej ilości, jako zejście uważano marskość płuca z rozstrzeleniami oskrzeli.

VI. Kol. Z. Michalski wygłosił referat pod tytułem:

Uwagi w sprawie mianownictwa, podziału i rozpoznawania chorób serca. (Rzecz przeznaczona do druku);

W dyskusji kol. Paszkiewicz oświetlił sprawę myocarditis z punktu widzenia anatomo patologicznego.

Kol. Semerau-Siemianowski: Należy się wdzięczność kol. Michalskiemu za poruszenie tego tematu, gdyż w pojęciach i mianownictwie, dotyczących całego szeregu zachorzeń sercowych panuje wciąż jeszcze wielkie zamieszanie. Inna rzecz, czy można tak konsekwentnie opierać rozpoznanie kliniczne na zmianach anatomopatologicznych, jak to uczynił prelegent. Zdaje się, że na porozumienie w tej mierze jeszcze za wcześnie, tak jak niema go wciąż w dziedzinie chorób nerkowych, mimo wysiłków ostatnich lat 15. Zaburzenia czynności bowiem nie odpowiadają równomiernie albo nie odpowiadają wcale stwierdzonemu nekrotycznie stanowi narządów krążeniowych, które przedstawiają się, jako zakończenie różnych procesów chorobowych. Mimo tych zastrzeżeń, próba porozumienia jest celową, gdyż niepodobna w klinice i pokoju sekcyjnym mówić dwoma, odrębnymi językami.

Przechodząc następnie do szczegółów S. S., podobnie, jak i prelegent zwraca się przeciw nadużywaniu określeń zapalenia wzgl. zwyrodnienia mięśnia sercowego wtedy, kiedy się ma do czynienia tylko ze stanami niedomogi serca lub z przygodną arytmia. Miano zapalenia mięśnia sercowego rezerwuje dla pewnych spraw przebiegających z gorączką i czynnościowym upośledzeniem mięśnia sercowego a występujących najczęściej w gośccu stawowym, niektórych posocznicach i chorobach zakaźnych rzadko w gruźlicy. Zwyrodnienie mięśnia sercowego, niezależnie od przyczyny, która je wywołuje, scharakteryzowane jest całym szeregiem objawów klinicznych, które zupełnie się pokrywają z zespołem, spotykanym przy niedomogach przewlekłych na tle zaburzeń hemodynamicznych. Nawiasem mówiąc S. S. proponuje używać zamiast słowa mięsień sercowy, słowa sierdzie, odpowiednio do określenia wsierdzie i osierdzie. Przytem uważa, że należy z pośród zaburzeń sierdzia wyodrębnić stan, nie odpowiadający ani zwyrodnieniu, ani zapaleniu a który jest spowodowany jedynie czynnościowym osłabieniem narządu pod wpływem różnych szkodliwości, jak silne zmęczenie, wyczerpanie nerwowe, ozdrowienie po niektórych ciężkich chorobach, zaburzenia przemiany materji, stan, który w piśmiennictwie francuskim określony jest mianem „myocardie“. Po polsku można by go nazwać sierdzącą, analogicznie do nazwy „nerczycy“ Browicza.

Określenie chorobą Corrigan'a lub Hodgson'a, mówca zgodnie ze zdaniem prelegenta uważa za zupełnie zbędne, gdyż nie daje nic nowego a wprowadza zamęt w mianownictwie.

Co się tyczy stanów drżenia włókienkowego przedsionków, klinicznie przebiegających pod postacią t. zw. „trzepotania“ wzgl. „migotania“, to mówca nie godzi się na zmiany proponowane przez kol. Michalskiego. Nazwa „drzenie porażenne“, stosowana przez niego dlatego posiada podwójną wadę, naprzód, że składa się z dwóch

słów a powtóre że nie odpowiada podkładowi biologicznemu, „migotanie“ nie wynika bowiem z porażenia; lecz przeciwnie z nadmiernej i nieskoordynowanej ich czynności, która się mechanicznie nie zaznacza wcale, lub tylko drobnymi poruszeniami. Dlatego też nie widzi racji do odstępowania od nazwy „migotania“, którą mówca przed 13 laty wprowadził do piśmiennictwa i która się przyjęła.

Zastanawiając się uważnie nad mianownictwem zaburzeń, dotyczących układu przedsionkowo-komorowego, S. S. radzi poza ogólnie przyjętem określeniem rozkojarzenia przedsionkokomorowego dla t. zw. „bloku“, używać miana porażenia przewodzenia. Dla wyższych stopni zaburzenia, poczynwszy od wydłużenia okresu P—R do połowicznej częstości i tem podobnych stanów włącznie, uważa określenie zahamowania przewodzenia za odpowiednie.

(Str. wł.)

Kol. Jochweds. Trzepotanie przedsionków może przejawiać się wolnem, a nawet b. wolnem tętnem (np. 28, 48 uderzeń na l' na tętnicy sprychowej i 280, 480 fal „a“ na żyłę).

Niedomoga serca może być pochodzenia neurogennego-tachycardia paroxysmalis, vagotoniczne osłabienie kurczliwości i napięcia mięśnia sercowego. Pozatem t. zw. nastawienia sympatyko, wzgl. vagotoniczne narządów nie mają przeciw odpowiednika anatomiczno - patologicznego.

Należy wspomnieć również o postaci chorobowej, którą jedni nazywają „przewł. włókn. zapaleniem wsierdzia przysściennem“, inni „zwłóknieniem wsierdzia“. (Str. wł.)

Kol. Offenberg po krótkim rysie historycznym rozwoju klasyfikacji chorób wogóle, stwierdza, że wszystkie dotychczasowe podziały posiadają wspólną wadę: jednostronne ujęcie sprawy. Etjologiczna klasyfikacja chorób nie jest wolną od szeregu wad: zaniedbuje ona, mianowicie, znaczenie ustroju, jego sił odpornych, lekceważy znaczenie konstytucji.

Idealna klasyfikacja chorób winna dążyć do uwzględnienia wszystkich zjawisk, rozgrywających się w ustroju i do harmonijnego ich powiązania. Winna ona osiągnąć syntezę tych zjawisk. Wówczas każda jednostka chorobowa będzie posiadała swój odrębny obraz kliniczny, odrębną patogenezę, odrębną etjologję.

Prelegent na drogę stworzenia takiego właśnie podziału chorób serca wkroczył i to stanowi jego zasługę. (Str. wł.)

Kol. Tokarski jest zdania, że podział chorób serca zawsze się będzie opierał na anatomji patologicznej, bowiem zarówno wstrząsy psychiczne, jak i fizyczne mogą w ostatecznym wyniku dać te same zmiany anatomopatologiczne.

Rozpoznanie „myocarditis“ najczęściej bywa błędne. Myocarditis przy dzisiejszym stanie wiedzy nie da się odróżnić od myodegeneratio. (Str. wł.)

Kol. Wł. Janowski uważa słowo schorzenie, tak często teraz używane, za nieudatne. Mówca jest zwolennikiem zatrzymania nadal terminu „migotania“. Termin „endocarditis lenta“ mówca tłumaczy, jako zapalenie wsierdzia powolne.

W dyskusji zabierał głos jeszcze kol. L a n d a u.

Kol. Michalski w odpowiedzi kol. Jochwedsowi zaznacza, że pojęcie trzepotania zostało ograniczone przez Lewisa do stanów powyżej 200 uderzeń na minutę. Przekłady niemieckie, stare z angielskiego widocznie nie uwzględniają tej zmiany. Prelegent wskazuje na „metody graficzne“ Haig'a wydane w r. 1920 i poprzedzone wstępem Mackenziego, gdzie nowa terminologia dotycząca zaburzeń w przewodnictwie serca jest uwzględniona.

Kol. Semerau-Siemianowskiemu i Janowskiemu prelegent replikuje, że używanie dwóch różnych określeń dla t. zw. bloku serca całkowitego i częściowego, uważa za niewskazane, gdyż częściowy „blok serca“ może przejść w całkowity; u tego samego więc osobnika w różnym okresie choroby musielibyśmy używać dwóch terminów dla określenia jednego schorzenia. Migotanie jest terminem nie odpowiednim, stale płątanym przez początkujących z trzepotaniem. Proponowany przez kol. Michalskiego termin „porażenne drżenie przedsionków“ wyklucza wszelkie nieporozumienia. Wreszcie prelegent protestuje przeciw przypisywaniu mu dążności do oparcia klasyfikacji wyłącznie na podstawach anatomo-patologicznych. We wstępie odczytu prelegent zaznaczył, że pragnąłby uwzględnić czynniki zaburzeń czynnościowych, czynniki etiologiczne i w miarę możliwości i anatomiczne, pragnie jednak przede wszystkim wzajemnego porozumienia między anatomopatologiem i klinicystą.

Kol. L a u d a u o w i prelegent odpowiada, iż nie można twierdzić, że w każdym przypadku zapaści są zmiany dotyczące serca, gdyż możemy mieć do czynienia z porażeniem naczyń obwodowych i nadnerczy i wreszcie porażenie na drodze odruchowej, nerwowej.

Prezes **Br. Sawicki**
Sekretarz doroczny **Kl. Gerner.**

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dn. 4 maja 1926 r.

Przewodniczący prezes kol. Sawicki.

Obecnych członków 38.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z dnia 27 kwietnia 1926.

II. Sekretarz stały komunikując zebrany o zgonie członka czynnego T-wa, Dra Wacława Dobrowolskiego; odczytuje życiorys zmarłego. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

III. Prezes komunikuje, iż pod adresem T-wa wpłynęły zaproszenia na VI Zjazd. Psychjatrów oraz III Historyków i Filozofów medycyny.

IV. Kol. J. Morawiecka, przedstawia przypadek: krwotok śródrzeniowy po zatruciu tlenkiem węgla.

U chorego lat 18, bezpośrednio po zatruciu tlenkiem węgla wystąpiło porażenie i znieczulenie lewej kończyny górnej. Przejściowo miał zaburzenia połykowe i zmienioną mowę. Od czasu zatrucia stał się powolny i senny.

Badanie przedmiotowe wykazało, obok pewnej maskowatości twarzy, oczopląsu poziomo obrotowego, obustronnego i niedowładu dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego, zaniki i niedowłady po stronie lewej w zakresie mięśni karku, szyji, niektórych mięśni pasa barkowego i całej lewej kończyny górnej. Najwybitniejsze zaniki dotyczyły mięśni karku, mięśnia czworobocznego, nad i podgrzebieniowego oraz naramiennego, słabsze mięśni szyji, piersiowego dużego i mięśni kończyny górnej. W niektórych mięśniach badanie elektryczne wykazało częściowy odczyn zwyrodnienia, mięśnie karku były niepobudliwe na prąd galwaniczny i faradyczny. Objawom tym towarzyszyły zaburzenia czucia powierzchownego po stronie lewej na wszystkie rodzaje w zakresie dolnej gałązki nerwu trójdzielnego, na zewnętrznym skraju policzka, w okolicy potylicy, karku, łopatki i na promieniowej stronie przedramienia i kciuka lewego. Na kończynach dolnych stwierdzono wygórowanie napięć mięśniowych i odruchów kolanowych, odruch Babińskiego obustronnie i Oppenheima po stronie lewej. Przy chodzeniu stwierdza się lekkie osłabienie mięśni tułowiowo-miednicowych.

Zespół tych wszystkich objawów przemawia za umiejscowieniem śródrzdnieniem cierpienia i to w górnej części szyjnej. Ponieważ wszystkie objawy wystąpiły bezpośrednio po zatruciu tlenkiem węgla, które wywołuje zazwyczaj krwotoki, należy przypuszczać, iż miał miejsce krwotok śródrzeniowy, który sądząc ze zmian stałych, umiejscowił się głównie w szarej istocie lewej połowy rdzenia. Krwotok musi przechodzić na część zewnętrzną

sznurów tylnych t. j. okolicę wpadową korzonków tylnej lewej strony, czem tłumaczy się brak rozszczepienia syringomyelitycznego. Zaznaczone objawy pozapiramidowe (maskowatość, zwolnienie ruchowe) są najprawdopodobniej spowodowane drobnymi krwotokami w zwojach podstawowych. Za podłożem krwotocznym w tym przypadku, a nie myelitycznym, przemawia nagłość wystąpienia, ograniczenie się zmian do szarej istoty, cofanie się objawów w bardzo powolnym tempie i trwałe pozostałości. (Str. wł.)

W dyskusji kol. Zieliński wspomina o przypadku obserwowanym, gdzie po zatruciu tlenkiem węgla, prócz porażen rozwinęły się zmiany troficzne, na kończynach z owrzodzeniami— przypadek stwierdzony sekcyjnie— w rdzeniu znaleziono ognisko rozrzedzenia.

Kol. Higier przypomina przypadek opisany przez siebie, gdzie prócz zatrucia był ucisk na ramię (chory leżał dobę na ramieniu). W danym przypadku zmiany były widocznie tylko powodowane intoksykacją. Przypadek przedstawiony należy do ciekawych i bardzo pomyślnie przebiegających.

V. Kol. Ł. Freyówna. Przypadek: myelitis gestationis.

Chora lat 30, służąca, po normalnie odbytym porodzie w listopadzie r. z., wróciła już po 8 dniach do pracy fizycznej, mimo obfitych odchodów, utrzymujących się jeszcze około trzech miesięcy. Karmiła do 20 I. 1926. W 4 tygodnie po porodzie wystąpił silny ból w krzyżu i darcie kkd., które nasilając się stopniowo, zmusiły chorą w lutym do udania się do kliniki wewn. l., gdzie obok gorączki dochodzącej do 38° i parezy kkd. nie stwierdzono nic nieprawidłowego w stanie wewnętrznym, ani w szczególności w narządach rodnych. Stan się pogarszał, a w marcu wystąpiło zupełne porażenie kkd.

Z chwilą przybycia na klinikę neurolog. (13. III.) chora wykazywała zupełne porażenie kkd., z początku wiotkie, z objawem Babińskiego, później przykurczowe i zniesienie czucia aż po pępek. Röntgenogram z okolicy kręgosłupa i płyn m.— rdz. pod każdym względem normalny. We krwi mierna limfocytoza. Wass. ujemny. W moczu białka brak. Stan wkrótce zaczął się poprawiać, obecnie chodzi przy pomocy laski, zaburzenia czucia mniejsze.

Przy rozpoznaniu poprzecznego zapalenia rdzenia piersiowego dolnego, wchodzi w grę pod względem różniczkowym jedynie stwardnienie rozsiane, które jednakowoż jest mało prawdopodobnym, jeśli się uwzględni wiek chorej, początkową gorączkę i ujemny odczyn benzoesowy. Trudniejszą jest sprawa etiologii, jeśli chodzi o myelitis nie sklerotyczną. Znane są w literaturze przypadki, w których myelitis występowała podczas każdej ciąży. Cofając się po porodzie (Hösslin), przypadki te przemawiają za istnieniem myelitów na tle zatrucia ciążowego. W poszczególnych przypadkach nie można jednak wykluczyć, czy nie wchodzi w grę jeszcze inne czynniki, same przez się, lub jak przypuszczamy w naszym przypadku, łącznie z toxykozą ciążową. Świeżo przebyty poród przy braku innej etiologii, nasuwa w przedstawionym przypadku prawdopodobieństwo tła ciążowego. Możemy jednak

spotkać zarzut, że myelitis wystąpiła zbyt późno, bo aż 4 tygodnie po porodzie. Jednak toksyny ciężowe, choć w coraz mniejszej ilości, muszą przecież przez dłuższy czas krążyć w organizmie, a zmniejszona nawet ich ilość przy obecności innych warunków, może wystarczyć do wywołania objawów. Tym czynnikiem uspasabiającym u chorej mogły być długotrwałe, obfite odchody i zbyt wczesny powrót do pracy fizycznej. Należy też liczyć się z możliwością, że zapalenie rdzenia zostało wywołane przez banalne zakażenie u osobnika podatnego wskutek gestacji, lub też przez zesumowanie się takiego zakażenia z działaniem jadu ciężowego. Myelitis gestationis późna znajduje analogję w tych rzadkich przypadkach zapalenia wielonerwowego, które występują nawet w 2—3 miesiące po przebyciu prawidłowego porodu i połogu. (Str. wł.)

Kol. Wertenstein. Sprawa nie jest jasną zupełnie, o bakteryjnym zatruciu mowy niema; może być wędrowanie komórek z kosmków, ale nie jest jasne dlaczego w 4 tygodnie po porodzie wystąpiły objawy myelitis: patogeneza jest niejasną.

Kol. Higier. We wszystkich przypadkach popołożowych nasuwają się 2 pytania, neuryty możemy tłumaczyć uciskiem podczas porodu, ale przy sprawie myelitycznej patogenezę ustalić jest trudno. Teoria intoksykacji ciężowej jest prawdopodobną przy neurytach, mówca uważa jako przyczyną — infekcję — i ta sprawa może być też infekcyjną, drogi chłonne mogą prowadzić do rdzenia.

Kol. Orzechowski. W literaturze neurologicznej jest podnoszona możliwość toksykozy ciężowej. Jeszcze mechanizm tego zatrucia jest niejasny, ale fakt jest faktem. Znanym jest późne powstawanie neurytów. W danym przypadku jest bezwarunkowo myelitis, patogeneza jest hypotetyczną, ale ma podstawy poważne.

Kol. Sawicki sądzi, że trudno przypuścić przechodzenie zakażenia drogami chłonnymi z narządów rodnych do rdzenia. Nie widzimy nigdy myelitis po ciężkich sprawach zapalnych narządów kobiecych, jednak zapalenie nerwów spotykamy często.

VI. Kol. St. Leśniowski przedstawia przypadek kaulgji ramienia.

42-u letni chory zaraził się kiłą przed 8-u laty. Od 3, 5 lat odczuwa bóle w okolicy łopatki lewej i kończyny górnej prawej. Po dłuższem leczeniu (analgetica, zabiegi fizykalne, operacja Lérique'a i przecięcie ramus superficialis nervi ulnaris na dłoni prawej) w Paryżu, które ulgi mu nie przyniosło, zgłosił się do Kliniki Neurologicznej w lutym r. b. W okolicy łopatki lewej, w kończynie górnej prawej i czasami w ramieniu lewem czuje on stale niezbyt silny ból, daleko dotkliwsze dla chorego są bóle napadowe, przy których w łopatce i ramionach ma uczucie krajanina, w rękę zaś prawym pieczenia i rozsadzania. Napady bólu występują co 5—10 minut, są tak gwałtowne, że nie pozwalają choremu usnąć, potęguje ból dotykane oraz emocja i zmiana pogody, łagodzący wpływ ma zanurzenie do zimnej wody. Pozatem chory cierpi na objawy lekkiego zatrzymania moczu.

W stanie obecnym zwracają uwagę ustawienie kończyny gór-

nej prawej, tułowia i głowy, zaburzenia naczyniowo-troficzne, nieznaczne wtórne upośledzenie ruchów i siły mięśniowej w rękę i palcach, zaburzenia czucia, wysepkowate braki gęsiej skórki w obrębie $C_7 - D_1$ przy wywoływaniu odruchu włosoruchowego, wreszcie mniejsze skurczowe ciśnienie krwi i słabsze oscylacje w aparacie Pachona w kończynie g. pr. Chory jest hypoamfotoniakiem z przewagą hypowagotonji. Poza tem wykazuje leniwe oddziaływanie żrenic, lekkie zataczenie się przy chodzie z zamkniętymi oczami, dyskretne zaburzenia czucia powierzchniowego, przy dodatnim odczynie Wassermanna we krwi, ujemnym w płynie m.-rdz., który poza tem wykazuje zdwojoną zawartość białka i dodatni odczyn Nonne-Apelta.

Opierając się na przytoczonych objawach, L. rozpoznaje u chorego wczesny okres wiądu rdzenia, bóle zaś kauzalgiczne, jako następstwo radiculitis tabetica, z zajęciem włókien sympatycznych. Ze względu na uporczywość i małą przystępność leczeniu, bóle przypominają kryzy. Stosowano obfite upusty płynu m.-rdz. z odmą co 7—14 dni, ogółem dotychczas 4-krotnie: od tej pory datuje się stała poprawa. Ze środków farmakologicznych najlepiej działał gynergen, słabiej pilokarpina, kolchicyna i morfina, zaś atropina, adrenalina, wazotonina potęgowały bóle. (Str. wł.).

Dyskusja: kol. Wertenstein zapytuje, czy nie próbowano hypophysiny, jako środka działającego podobnie do gynergeny.

Kol Orzechowski zwraca uwagę na pozycję górnej partji tułowia, szyi i chorej kończyny. To patologiczne ustawienie jest po części, mianowicie w zakresie odsiebny m. kończyny, utrwalone wskutek wtórnych zmian stawowo-ścięgniowych. Nie podobna nie widzieć w pozycji chorego i ułożeniu kończyny podobieństwa z ustawieniami pozapiramidowemi. Jeżeli się zważy, że kauzalgicy wykazują nadto ruchy mimowolne np. palców, chociaż bez swiostego typu, mamy dalszy rys podobieństwa z cierpieniami pozapiramidowymi ośrodkowymi. Zajęcie włókien sympatycznych obwodowych może więc wywołać odruchowo zespoły pozapiramidowe, co popiera hipotezę Babińskiego o pochodzeniu jego fizjopatycznych zaburzeń.

W przypadku przedstawionym pilokarpina dawała choremu ulgę niewielką. Bywa tak nieraz w przypadkach, w których sprawa patologiczna, będąca tłem kauzalgji jeszcze się toczy lub nasila. Gynergen, który jako czysty antagonist adrenaliny powinien ból znosić, z reguły w bólach kauzalgicznych, jakiegokolwiek pochodzenia i w kryzach tabetycznych zawodził lub, co najczęściej bywało, bóle wzmagił. W przypadku przedstawionym obserwowaliśmy stale wybitne, długotrwałe, dodatnie działanie. O. przytacza w związku z tem, obserwacje działania pilokarpiny w kryzach obserwowanych w ostatnim roku. W czystych kryzach żołądkowych, pilokarpina przeważnie daje mniejszą lub większą ulgę. Niektórzy chorych oddziałują lepiej na dawki śródżylne. W jednym przypadku identycznie działała fizostygmina. Raz wstrzyknięto przypadkowo tabetykowi 0,03 pilokarpiny śródżylnie

bez ujemnego wpływu. W kilku przypadkach chromania przestankowego działała pilokarpina dobrze, w jednym (cukrzyca, nikotynizm i alkoholizm), mimo ciężkiego natężenia i długiego trwania sprawy, wprost świetnie. Wreszcie w szeregu przypadków bólów syringomyelitycznych pilokarpina doustnie podawana była jedynym środkiem znoszącym lub łagodzącym bóle. Tylko niektóre przypadki rwy kulszowej nadają się do leczenia pilokarpiną, i w nich wynik może być doskonały. Podawanie równocześnie pilokarpiny i soli potasowych do wewnątrz nie potęgowało działania dodatniego. Do pilokarpiny chorzy przyzwyczajają się, niektórych ona wybitnie euforyzuje i prowadzi do nawyki. Od takiego jednak pilokarpinizmu łatwo chorych odzwyczaić. (Str. wł.).

Kol. Higier również nie widział poprawy przy bólach natury kausalgicznej ze stosowania morfiny. Co do dawkowania, to należy przypuszczać, że maksymalne dawki alkaloidów — zwłaszcza strychniny, morfiny, skopolaminy, pilokarpiny i atropiny — są zbyt niskie, co do niektórych można śmiało powiedzieć, że dobrze działają dopiero w 2 — 3, a nawet 10 krotnej dawce.

Higier skłonny jest przypuszczać, że chory jest dotknięty lekką postacią władu, która atoli niema nic wspólnego z kausalgią. Ta ostatnia zdaje się być zależną od współistnienia torbieli międzyoponowej (*Meningitis serosa cystica circumscripta adhaesiva*) w dolnej części rdzenia szyjnego. Przemawia zatem charakter kausalgiczny bólu, napadowość jego, dobry wpływ częstych przekuć leżdziowych, ból w dolnej części szyjnej kręgosłupa przy wpuszczeniu powietrza na miejsce wypuszczonego płynu.

Gdyby pilokarpina i punkcje zaczęły odmawiać posłuszeństwa, Higier poddałby dyskusji interwencję chirurgiczną, która w tych razach święci w rdzeniu tryumfy. Zwykła *radiculitis luetica* poddaje się leczeniu swoistemu bardzo dobrze, *radiculitis tabetica* o wiele mniej, a zupełnie nie *radiculitis compressiva cystica*.

Co do nowych preparatów sporyszowych, (gynergen, ergotamina), H. nigdy ich nie stosował w bólach, w jednym przypadku ciężkiego Basedowa — wprawdzie uprzednio leczonego homeopatycznymi dawkami jodu, widział dużą i trwałą poprawę po ergotaminie, podskórnie stosowanej. (Str. wł.).

Kol. Leśniowski w odpowiedzi na uwagi Kol. Higiera, stwierdza, że chory odczuwał ból przy odmie w okolicy C_2-C_4 .

VII. Kol. Fejgin wygłosił rzecz p. t. „Oznaczenie podstawowej przemiany materji i jej znaczenie kliniczne.“

W dyskusji kol. Landau podnosi, że jest to metoda teoretyczna, która ma duże znaczenie praktyczne np. w chorobach grucz. tarczowego, cukrzycy i otyłości. Jeżeli w ciągu kilkudziesięciu lat wskaźnik podstawowej przemiany materji jest zawsze ten sam, przeto zmiana wskaźnika ma duże znaczenie przy kierowaniu na operację przypadków ze wzmożoną czynnością tarczycy. Ma ta metoda znaczenie b. doniosłe, gdyż przy wzmożeniu wskaźnika nie należy operować, gdyż wynik operacji jest niepomysłny. Badania wykazały,

że są 2 postacię hypotyreozy. Dzięki badaniom została pogrzebana stara metoda obarczania białkiem i tłuszczem chorych na cukrzyce. Niewłaściwa djetetyka była dawniej przyczyną dużej ilości kwasic.

W otyłości znaczenie wielkie ma badanie podstawowej przemiany materji dla ustalenia dawki tyreodyny.

Kol. Węgiérko podnosi, że aparat Krogha niczem nie ustępuje innym przyrządom, jest natomiast prostszy. Brak współczynnika oddechowego możemy kompensować a priori ustalonym wskaźnikiem dla odpowiedniej djetetyki. Badania podstawowej przemiany materji w stosunku do wagi i czasu określają ją tylko porównawczo. Mówca badał chorego z m. Addissoni w ciągu 10 dni zawsze otrzymując te same dane.

Kol. Orzechowski podnosi znaczenie podstawowej przemiany materji w przypadkach pseudo-tyreotoksykozy. Dopiero normalna przemiana skierowała ku rozpoznaniu sympathicotonji symulującej Basedowa.

Także wielkie znaczenie ma określenie podstawowej przemiany materji w obrzuku śluzakowym.

Kol. Landau. Przyrząd Krogha można zastosować w wszystkich sprawach — tylko nie w cukrzycy, gdzie nie można a priori ustalić współczynnika oddechowego.

W odpowiedzi zabrał głos kol. Fejgin.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes B. Sawicki.

Sekretarz doroczny T. Byszewski.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 25 maja 1926 r.

Przewodniczący—prezes, kol. Sawicki.

Obecnych członków 43.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dn. 4 maja 1926 r.

II. Do Książnicy T-wa nadesłano:

- 1) Sbornik praci ortopedicne.
- 2) Dr S. Wąsowicz. Szybkość opadania krwinek a wskaźnik refraktometryczny surowicy krwi w gruźlicy płuc.
- 3) Przegląd antropologiczny.
- 4) H. Kretschmer. Primary carcinoma of the ureter.
- 5) H. Kretschmer. Aethylene anaesthesia in genito-urinary surgery.
- 6) H. Kretschmer. Graduate teaching of urology.

7) Organizacja Służby Zdrowia i Stan Sanitarny m. st. Warszawy.

8) I-a Miejska Stacja Hygieny Zapobiegawczej w Warszawie.

9) IV Zjazd Lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Krakowie. 1925.

10) Źródź Ciechociński Nr. 2.

III. Kol. M. Goldman junior przedstawia przypadek usunięcia śledziony w przypadku choroby Werlhoffa.

W dyskusji kol. Erlichówna zapytuje o kurczliwość skrzepu i krzepliwość w danym przypadku.

Kol. Goldman zaznacza, że wobec wąskich żył u pacjentki trudnem było wykonanie badania kurczliwości skrzepu.

IV. Kol. Trzciniński przedstawił 3 przypadki przymiotu skóry twarzy, nosa i uszu,—przebiegającego w postaci tocznia.

Dwie młode dziewczyny dotknięte były sprawą wrzodziejącą nosa—chłopiec 9-letni rozległem nosa zniszczeniem. Wszystkie trzy przypadki były rozpoznawane jako toczeń i leczone miejscowo przez 3 lata resp. rok. Wasserman był ujemny. Po przeprowadzeniu leczenia swoistego u obu dziewcząt restitutio ad integrum,—u chłopca zabliznienie zupełne. Czwarty przypadek dotyczył trzynastoletniej dziewczyny z rozległemi zmianami na twarzy, tułowiu i kończynach,które to zmiany twarzy trwały już lat 5 i były leczone wyłącznie miejscowo. Wassermann ujemny. Wobec zastosowania leczenia swoistego wykwity bardzo szybko się resorbują. Trzciniński kładzie wielki nacisk na to, że nie należy wyprowadzać wskazań leczniczych z ujemnych wyników odczynu Wassermanna. W przedstawionych przypadkach trzem dziewczętom groziło straszne dla kobiet kalectwo—dzięki zaufaniu do odczynu Wassermana, który jak wiadomo bardzo często zawodzi. (Str. wł.).

W dyskusji kol. Gluziński podkreśla widocznie złą standaryzację odczynu Wassermana w różnych pracowniach. Wyniki są czasem uderzająco różne. Należy sprawę tę należycie wyjaśnić.

V. Kol. J. Oziębłowski wygłosił rzecz p. t. „Zagadnienie ciśnienia wewnątrzopłucnowego i jego praktyczne zastosowanie do kliniki.“

Oziębłowski omawia teorię mechanizmu oddychania w świetle dzisiejszych poglądów. Teoria klasyczna wiąże się ściśle z pojęciem o tak zwanem ujemnem ciśnieniu śródopłucnowem. Arthus rozumie to ciśnienie, jako siłę równą i o kierunku odwrotnym do siły elastyczności płuca. Rist i Strohl dążą do bliższego wyjaśnienia istoty tej siły, widząc w dyfuzji gazów mechanizm, który w zadawalniający sposób tłómaczy zespolenie blaszek opłucnowych podczas oddychania. West, Foster, Stoevensandt, Brauer i inni tłómaczą zespolenie blaszek opłucnowych isnieniem siły przylegania pomiędzy temi blaszkami. Stwierdzając rozbieżność poglądów wśród fizjologów na sprawę mechanizmu oddychania, referent zastanawia się nad tem, że zjawiska patologiczne w opłucnej po-

spolicie są tłumaczone ze stanowiska klasycznej teorii, która nie jest jednak wystarczająca.

Patogeneza samoistnej odmy piersiowej w rozmaitych jej przejawach, staje się łatwiejszą do ujęcia ze stanowiska teorii o sile przylegania pomiędzy blaszkami opłucnowymi. Pojęcie o ujemnym ciśnieniu śródopłucnowem nie jest niezbędne do wyjaśnienia patogeny odmy piersiowej.

W związku z wyjaśnieniem mechanizmu tworzenia się sztucznej odmy piersiowej referent zaznacza, że tak zwane początkowe ciśnienie, które się wymierza za pomocą manometru przy zakładowaniu sztucznej odmy przed wprowadzeniem gazu, nie jest fizjologicznym śródopłucnowym ciśnieniem. Liczby, które nam daje w tych warunkach manometr, są tylko miarą ciśnienia w małej sztucznie utworzonej odmie. Przytoczony pogląd jest poglądem Bernau i Cardis'a i Muralt'a.

Na podstawie analizy zjawisk, towarzyszących tworzeniu się samoistnej odmy piersiowej, referent jest zdania, że momentem patogenetycznym tego stanu chorobowego nie zawsze jest dostanie się powietrza do jamy opłucnowej zewnątrz, lub wytworzenie się gazów na tle procesów mikrobiologicznych w tej jamie. Poza powyższymi momentami patogenetycznymi istnieje jeszcze inny, który znajduje wyraz w następującem ujęciu sprawy.

Kryterjum do rozpoznania odmy piersiowej jest stwierdzenie, że blaszki opłucnej, ścienna i trzewna, są w jakimkolwiek bądź miejscu oddzielone od siebie i przestrzeń między nimi wypełniona jest powietrzem, względnie gazem. Przyczyną oddzielania się blaszek opłucnych może być nie tylko powietrze lub gaz. Mogą one być oddzielone od siebie płynem, jak to bywa w przypadkach wysięków, zajmujących całą jamę opłucnową, bądź też otorbionych. W miarę wysysania się płynu wysiękowego nie zawsze następuje całkowite zespolenie blaszek opłucnych. Nie zawsze również przestrzenie zajęte uprzednio płynem wypełniają się całkowicie zrostami. Słowem, mogą się wytworzyć warunki, w których gazy z otaczających tkanek dostają się drogą dyfuzji pomiędzy blaszki opłucne, względnie do przestrzeni pomiędzy wytworzonymi zrostami. Przestrzenie wypełnione tą drogą gazami mogą być dostępne do wykrycia przy pomocy badania fizykalnego, o ile są znacznych rozmiarów, mniejsze mogą być wykryte za pomocą badania rentgenograficznego.

Różniczkowanie momentów patogenetycznych odmy ma niesłychanie ważne znaczenie w klinice.

W przypadkach jednej kategorii mamy do czynienia z rozpadem tkanki płucnej, względnie z nienormalnemi procesami mikrobiologicznymi, w przypadkach drugiej — płuco może być nieknięte, żadnych nienormalnych procesów mikrobiologicznych może nie być: choroba ogranicza się do opłucnej.

Przypadki drugiej kategorii, referent proponuje określać nie mianem odmy opłucnowej, tylko rzekomej odmy opłucnowej, nie pneumothorax tylko pseudopneumothorax. Nazwa pseudopneumothorax

tem jest uzasadniona, że nie mamy w tej postaci dostawania się powietrza zzewnątrz do jamy opłucnowej.

Szczególnie wyraźnie występuje konieczność liczenia się z wyżej zaznaczonymi różnicami etjologicznymi w przypadku hydro-pneumothorax'u bez objawów uszkodzenia płuca. (Str. wł.)

W dyskusji kol. Kryński stwierdza, że trzeba sobie dokładnie uprzytomnić mechanizm oddychania, aby dyskutować o ciśnieniu wewnątrzopłucnowym. W pewnej chwili t. j. przy wdechu tworzy się u dołu klatki piersiowej t. zw. sinus costo-phrenicus dając ujemne ciśnienie w odcinkach jam surowicznych, wytworzonych przez te zatoki. Ujemne ciśnienie w opłucnej znajduje najczęściej potwierdzenie podczas operacji, kiedy to powietrze ze świsłem wpada do jamy opłucnej.

Kol. Czubalski przemawia w sprawie fizjologii oddechu. Na istnienie ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej jest bardzo wiele danych. Można dyskutować, jakie czynniki wpływają na ujemne ciśnienie, ale istnienie jego jest niezaprzeczalne, dowodów jest na to dużo. Całe krążenie, krwi jest właściwie oparte na ujemnym ciśnieniu w klatce piersiowej. Przy wdechu i wydechu zmienia się ciśnienie wewnątrzopłucnowe, ale zawsze pozostaje ujemnym.

Kol. Głuziński podkreśla, że w klinice nie możemy zejść ze stanowiska ciśnienia ujemnego wewnątrz opłucnej. Przy raptownym wdechu zapadają na chwilę przestrzenie międzyżebrowe—przemawiając za wzmożeniem ujemnego ciśnienia. Przy nakłuciu opłucnej nawet w obecności wysięku, może nastąpić wessanie powietrza do opłucnej. Na to, żeby się utworzyła odma piersiowa samoistna, nie potrzeba rozpadu płuc,—wystarczy niewielkie ognisko w pobliżu opłucnej. W odmie rzekomą mówca nie wierzy,—cały wysięk może być następstwem odmy piersiowej. Trudno przypuścić, aby po wessaniu wypociny mogła powstać próżnia.

Kol. Michalski.

Kol. Czubalski podkreśla, że ruchy listków opłucnowych istnieją we wszelkich kierunkach

Kol. Oziębłowski w odpowiedzi: uwagi Szanownych Oponentów moich zgodnie dążą do utrzymania ogólnie przyjętej zasady o realnem istnieniu ujemnego ciśnienia śródopłucnowego. Do jakiego jednak stopnia koncepcja o ujemnym ciśnieniu śródopłucnowem nie jest ściśle sprecyzowana, dowodzi i to, że prof. Kryński ze stanowiska anatoma i chirurga inaczej ujmuje rzecz, niż prof. Czubalski, jako fizjolog.

Podług prof. Kryńskiego pomiędzy przeponą i płucem, względnie pomiędzy blaszkami opłucnowymi, wysielającymi przeponę i dolną powierzchnię płuca realnie wytwarzają się wolne przestrzenie w t. zw. zatokach opłucnowych, i w tych właśnie przestrzeniach ma mieć miejsce ujemne ciśnienie. Sposób ujęcia rzeczy przez prof. Czubalskiego jest inny: istnienie ujemnego ciśnienia śródopłucnowego nie jest uzależnione i nie wiąże się z istnieniem wolnej przestrzeni pomiędzy blaszkami opłucnowymi. Zgodnie z poglądem ogółu fizjologów, prof. Czubalski jest zdania, że blaszki opłucnowe przylegają do siebie i wolna przestrzeń pomiędzy nimi nie istnieje.

Niezgodność w ujęciu sprawy przez przedstawicieli dwóch gałęzi wiedzy, w których zakres wchodzi omawiane zagadnienie, uważam za argument na poparcie twierdzenia, że klasyczna koncepcja o ujemnym ciśnieniu tego zagadnienia nie rozwiązuje.

Ja w referacie swoim ująłem sprawę mniej szeroko, niż można było by sądzić na podstawie słów moich oponentów.

Dążę tylko do wykazania, że niektóre objawy z dziedziny fizjologii patologicznej, których patogenezę dotąd opierano na pojęciu o ujemnym ciśnieniu śródopłucnowym, dają się wytłumaczyć bez posługiwania się tem pojęciem.

Czy to pojęcie jest wogóle zbędne? Ja sądzę, że tak, nie będąc zresztą, wypowiadając to zdanie, odosobnionym, ale kwestji w tak szerokim znaczeniu nie podnosiłem, wysuwając tylko możliwość innych koncepcji w zastosowaniu do określonych objawów.

Możliwość wytwarzania stanu, który nazwałem odmą piersiową rzekomą, prof. Czubalski ze stanowiska fizjologa nie zaprzecza, co z naciskiem podkreślam, bo chodzi tu o wyodrębnienie sprawy, chorobowej dotąd nie rozpoznawanej. Prof. Gluziński omawiając przytoczony przeze mnie przypadek, gdzie rozpoznaję rzekomą odmę piersiową, przypuszcza możliwość błędu ze strony radiologa.

Obraz radjoskopowy, o którym mowa, t. zw. obraz kielicha wypełnionego atramentem, jest o tyle typowy, że wydaje mi się trudnem przypuszczać tutaj istnienie błędu w radjoskopowym rozpoznaniu. (Str. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes B. Sawicki.

Sekretarz doroczny T. Byszewski.

POSIEDZENIE KLINICZNE

w dn. 1 czerwca 1926 r.

Przewodniczący prezes Kol. Sawicki.

Obecnych członków 27.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego z dn. 25 maja 1925 r.

II. Nadesłano do księżnicy T-wa:

1) L. Skubiszewski. — Wzrost przesadzanych tkanek zarodkowych a powstawanie nowotworów.

2) L. Skubiszewski. Dane liczbowe do sprawy gruźliczej pierwotnej przewodu pokarmowego.

3) F. Białokur, O winogronach leczniczych.

4) „ O leczeniu wzmacniającem zapomocą zastrzykiwań podskórnych żelaza ze strychniną.

- 5) F. Białokur. W sprawie szczepień przeciwgruźliczych.
- 6) " Służba zdrowia w bitwie pod Kannami.
- 7) " Jeszcze słów kilka w sprawie leczenia czerwonki.

8) F. Białokur. Z dziedziny patologii wyrostka robaczkowego. F. Białokur, S. Tur i J. Wasilewski. Kilka uwag o zapaleniu przyusznicy nagminnem w wojsku polskim na jesieni 1919 r.

III. Kol. J. Goldfeil wygłosił rzecz p. t. „O rozpoznawaniu i leczeniu poszczególnych postaci nadmiernie wzmożonego ciśnienia krwi”.

W dyskusji zabrali głos: kol. Typograf.

Jak wynika z odczytu kol. Goldfeila, jest on zwolennikiem Kahlerowskiego podziału nadciśnień. Osobiście uważam, że podział Kahlera jest zbyt sztuczny i zawiły i że poszczególne przypadki nadciśnienia chyba z wielkim trudem dadzą się wcisnąć w jego schemat. Sposób zaś rozpoznawania poszczególnych postaci, polegający według Kahlera i według kol. Goldfeila, na różnych odczynach na środki farmakologiczne, jest wielce zawodny z powodu niestałości wszelkich odczynów farmakologicznych i trudności wyciągnięcia z tego powodu pewnych wniosków.

Ordynator oddziału, na którym pracuję, doc. dr. Semerau-Siemianowski przeprowadził wraz ze mną badania chorych, dotkniętych tą postacią nadciśnienia, którą nazywamy samoistną. Szczegółowe sprawozdanie z osiągniętych wyników było wygłoszone na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w r. u.

Studując z okazji tych badań dostępną mi literaturę w sprawie nadciśnienia, przekonałem się że sprawa ta pozostaje dotychczas zupełnie niewyjaśnioną. Prawie, że każdy badacz podaje swe odrębne poglądy na nadciśnienie, które przy sprawdzaniu przez innych nie są w stanie ostać się krytyce. Z tego powodu utkwiła mi w pamięci opinia tak znakomitego znawcy chorób narządu krążenia, jak Mackenzie, który powiedział, że w sprawie nadciśnienia mówiono i pisano już tyle niedorzeczności, że uważa za potrzebne zaznaczyć, że zarówno o przyczynach, jak i skutkach wzmożonego ciśnienia nie wiemy nic. (Str. wł.)

Kol. Węgierko.

Kol. Janowski podnosi wielką zasługę autora, który postawił sobie za zadanie wyjaśnienie przyczyn nadciśnienia. Zasługą kol. Goldfeila jest wybór i sprawdzenie prób, które się przyczyniły do klasyfikacji nadciśnienia. Znaczenie badań tych jest doniosłe z tego powodu, iż nie idziemy już poomacku. Pewne błędy tłumaczone być mogą wprowadzaniem do organizmu jonów sodu, potęgujących ciśnienie, i tu prelegent przez zastąpienie ich jonami potasu, wykazał możliwość leczenia odpowiednich przypadków za pomocą azotynów. Ważnym zadaniem jest umiejscowienie cierpienia, aby je móc zwalczać należycie.

W odpowiedzi kol. Goldfeil.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes B. Sawicki.

Sekretarz doroczny T. Byszewski.

POSIEDZENIE KLINICZNO - ADMINISTRACYJNE

w dniu 15 czerwca 1926 r.

Przewodniczący — prezes, kol. **Sawicki**.

Obecnych członków T-wa — 53.

I. Po przeczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dn. 1 czerwca 1926 r.

II. Do Książnicy T-wa wpłynęło:

1) W. Grzywo-Dąbrowski. Przerwanie ciąży z punktu widzenia społecznego, prawnego i lekarskiego.

2) Katalog biologicznych czasopism zagranicznych znajdujących się w księgozbiorach instytucji naukowych w Polsce.

III. Prezes powiadamia zebranych o mającym się odbyć polskim zjeździe lekarskim w Katowicach w dn. 23, 24 i 25 września r. b.

IV. Kol. **Z. Dobrowolski** przedstawia chorego z **uchyłkiem przełyku**.

Chory zgłosił się do D. ze skargą na utrudnione połykanie pokarmów, obfite ślinienie, nudności i ból nad lewą łopatką.

Objawy powyższe wystąpiły $\frac{1}{2}$ roku temu. Nie znajdując wyraźnych zmian w gardle, sercu i płucach, D. wprowadził ostrożnie zgłębnik przełykowy, który zatrzymał się odległości 20 cm. od siekaczy, wkrótce zaś swobodnie przeszedł do żołądka. Pacjent został przesłany do rentgenizacji, która wykryła guz wielkości orzecha włoskiego — pomiędzy tylną ścianą przełyku i 1-ym kręgiem piersiowym.

Wtedy D. założył rurę ezofagoskopową i spostrzegł na tylnej ścianie przełyku gładkie obrzmienie, a w niem otwór, wypełniony śluzem i resztkami jedzenia.

Nie ulegało więc wątpliwości, że mamy **Zenkerowski uchyłek przełyku z wypuklenia (e pulsione)**. Pierwszym, który opisał taki uchyłek, był angielski lekarz **Ludlow**, 150 lat temu.

Co się tyczy etiologii uchyłków z wypuklenia, to mamy 2 teorie. Jedni (**Klebs, König, Bergman, Virchow**) stawiają je w zależności od niezarośniętych przetok wrodzonych łuków zarodkowych, inni zaś (**Zenker, Ziemmsen, Storck**) twierdzą, że powstają one wskutek wrodzonego lub nabytego osłabienia warstwy mięśniowej przełyku, tembardziej, że 1) widzimy je na miejscu najsłabszego utkania mięśniowego ściany przełyku (dolna część zwieracza gardła, przechodząca na przełyk), 2) że najczęściej znajdujemy je u mężczyzn w wieku 50—60 lat życia, kiedy kostnieje chrząstka obrączkowa i w tak zwanych ustach przełyku powstaje najwęższy jego odcinek.

Mężczyźni podlegają 3 razy częściej tym uchyłkom, niż kobiety, wskutek szybszego jedzenia, trauma oraz wąskiego ubrania. Uchyłek w małych rozmiarach może istnieć bardzo długo, nie dając przykrych objawów, dopiero gdy się powiększy, zatrzymuje pokarmy i uciska przełyk, i wtedy występują objawy zatrzymania

się pokarmów, zwracania ich, fermentacji z b. przykrą wonią z ust oraz ucisku na nerwy, naczynia i sąsiednie narządy. Co się tyczy leczenia wypuklonych uchyłków, to o ile powodują one wybitne zwężenie lub niedrożność przełyku, grożącą choremu śmiercią głodową, jedynym sposobem jest usunięcie ich przy pomocy operacji.

Zesas zabrał 42 przypadki operacji tych uchyłków, z nich 34 zakończyły się pomyślnie.

Przedstawiony pacjent ma dopiero początkowe objawy, wystarcza tutaj odpowiednie zachowanie się: powolne jedzenie, spożywanie pokarmów płynnych, rzadkich lub rozmoczonych, popijanie płynami i płukanie ust i gardła.

Uchyłki z wypuklenia zdarzają się wogóle b. rzadko, znacznie częściej występują uchyłki z pociągania ściany przełyku (*diverticula e tractione*).

Spostrzegamy je na całej długości przełyku, najczęściej jednak na miejscu krzyżowania tegoż z lewym oskrzelem. Mają one formę lejkowatą i zwykle powstają wskutek zapaleń i gruźlicy gruczołów chłonnych oraz spraw chorobowych w śródpiersiu a dotykają głównie dzieci i młodszych osobników.

Przytem D. przedstawia preparat uchyłków z pociągania z Muzeum Anatomo-Patol. prof. Paszkiewicza. Wreszcie 3-ci rodzaj uchyłków przełyku stanowią uchyłki z pociągania i wypuklenia (*diverticula oesophagietractione et pulsione*), kiedy nad zwężeniem, wytworzonym przez uchyłek z pociągania, wypukla się ściana przełyku i tworzy uchyłek wypuklony. W naszej literaturze znajdujemy prace o uchyłkach napisane przez Kostaneckiego, Ciechanowskiego, Gębarskiego, a najwięcej przez S. Mintza i M. Rajchmana.

Rentgenogramy uchyłków przedstawiali Rubinroth, Judt, Gębarski, Mintz, Meyerson, Szmurło i inni. Z obcych autorów najwybitniejsze dzieła napisane są przez Zenkera, Ziemssena, Storcka, Goldmana. (Str. wł.)

W dyskusji: kol Sawicki operował przed wielu laty przypadek podobny. Objaw ciekawy, że chory wymiotował jedzenie, które spożywał naprzód. Wynik operacji był b. pomyślny.

Kol. K r y Ń s k i przypomina przypadek, w którym po najedzeniu się występował guz nad obojczykiem, który opróżniony był przez chorego za pomocą masażów. Przełyk jest trudnym terenem do zabiegów. Wielu chirurgów postępuje stale, gojąc rany per secundam.

Odpowiadał kol. D o b r o w o ł s k i.

V. Kol. H i g i e r senior przedstawia chorą z *coxalgia hysterica*.

U młodej dziewczyny po spadnięciu ze schodów rozwija się w ciągu kilkunastu tygodni częściowo obraz zapalenia stawu biodrowego z klasycznym chromaniem, irradjacją bólu do kolana, znacznym wychudnieniem i potami nocnymi, częściowo obraz *coxae deformatis juvenilis Perthes-Calvé'go* z bezbolesnością przy ucisku na okolicę stawu, częściowo obraz rwy kulszowej z drętwieniem palców i *points douloureux* w przebiegu *n. ischiadici*. Higier, analizując przebieg i rozwój choroby (trzydniowy okres inkubacyjny, ruchliwość stawu biodrowego znieczulenie koń-

czynny dolnej, zwężenie koncentryczne pola widzenia, obraz radiograficzny normalny), rozpoznaje nerwoból histeryczny (Coxitis s. coxalgia hysterica), znakomicie naśladowujący zapalenie gruźlicze u chorej, zkądinąd istotnie tuberkulicznej. Proponowane u tej pacjentki przez kilku lekarzy gipsowanie i unieruchomienie stawu, Higier uważa pod każdym względem, jako przeciwwskazane, za formalny Kunstfehler, jak przed laty wielu już ostrzegał lekarzy Charcot podczas pokazu tego rodzaju chorych przed i po mylnie dokonanych operacjach. Psychoterapia w każdej postaci jest jedynie wskazaną. (Str. wł.).

VI. Kol. Michalski wygłosił rzecz p. t. „Wyniki prób leczenia gruźlicy Sanokryzyną i aurosaniem“.

VII. Część administracyjna:

1. Podskarbi kol. L. Babiński. Sprawa konwersji listów zastawnych. Referent wnosi: aby odroczyć termin wymiany listów do dnia 1. III. 1927 t. j. do chwili, kiedy ministerstwo skarbu zdecyduje ostatecznie o wartości listów.

W głosowaniu większością 5 głosów przyjęto wniosek.

2. Prezes kol. B. Sawicki. Sprawa likwidacji pracowni T-wa.

Referent wnosi: aby pracownię i fundusz żelazny przekazać T-wu Naukowemu.

Kol. Babiński wnosi, aby ten wniosek rozdzielić na dwa: 1) zwinięcie pracowni i 2) decyzja co do funduszu żelaznego, która winna być odłożona do czasu, póki nie zostanie wypowiedziane ostatecznie przewartościowanie wszystkich fundacji.

Wniosek kol. Babińskiego całkowicie przyjęto. Jednogłośnie (12 głosów) zdecydowano zwinąć pracownię.

3. Wiceprezes kol. K. Zieliński. Przyjęcie funduszu stypendjalnego ś. p. Izabeli z Romanowskich Gromadzkiej.

Kol. Gromadzki proponuje powiększyć dotychczasowy zapis o 15.000 złotych.

Prezes: **Br. Sawicki**

II. Sekretarz doroczny: **Klemens Gerner.**

PROTOKÓŁ Z NADZWYCZAJNEGO WALNEGO ZEBRANIA

w dn. 6 lipca 1925 r.

Przewodniczący prezes kol. **Sawicki.**

Obecnych czł. 12.

I. Sekretarz stały, kol. Głuziński w krótkich słowach przedstawił ciężką sytuację Towarzystwa z powodu dewaluacji zapisów, a w szczególności trudności, w jakich się znajduje fundacja im Koczorowskiego.

II. Podskarbi kol Babiński przedstawia smutny stan, w jakim się znajduje posesja w Piotrkowie z zapisu ś. p. Koczorowskiego, grożąca zawaleniem, motywuje konieczność jaknajszybszego

tylko niezbędnego remontu i przedkłada zebrany wniosek, aby zgromadzenie ogólne upoważniło Zarząd do zaczerpnięcia z funduszów ogólnych T-wa 6.000 zł., jako pożyczki dla fundacji im. Koczorowskiego, na koszt wspomnianego domu, którą to sumę fundacja zwróci T-wu przy pierwszej możliwości.

Wniosek przyjęto jednogłośnie.

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

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z d. 21. września 1926 r.

Przewodniczący, prezes kol. **Br. Sawicki**

Obecnych członków T-wa 47.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z Walnego posiedzenia w dn. 6 lipca 1926.

II. Prezes odczytuje zaproszenie a) na uroczyste posiedzenie Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego z powodu 25-lecia T-wa i w celu uczczenia ś.p. Dr. Biegańskiego; — Zarząd deleguje Wice-prezesa Dr. K. Zielińskiego na dzień 17 października do Częstochowy jako przedstawiciela T. W. L.

b) na 3-ci zjazd historyków i filozofów medycyny w Poznaniu 10/; 11/X 1926 r.

III Nadesłano do Książnicy T-wa;

1) S. Sterling Okuniewski — Ideał lekarza u Żeromskiego.

2) Sprawozdanie Zarządu K. Ch. nr. W. za r. 1925.

3) Kwartalnik statystyczny 1926 I. III 2. I.

4) Die Thermen von Agnano.

5) L. Zembrzuski. — Lazaret Radziwiłłowski.

6) L. Zembrzuski. Ojciec chirurgji polskiej Rafał Józef Czerwiakowski.

7) M. Gromski i L. Bartel. Stacja opieki nad matką i dzieckiem.

8) W. Gądzikiewicz. Hygiena książki.

9) W. Gądzikiewicz. Tlen rozpuszczony w wodzie, i jego znaczenie dla oceny stopnia zanieczyszczenia wód.

10) W. Gądzikiewicz. Strój górali podhalański pod względem higienicznym.

11) M. Spissowa. Podręczny aparat destylacyjny do wody.

12) T. Białokur. Udział felczerów w powstaniu styczniowym r. 1863.

13) D. Hellin. Ucho jako narząd równowagi i orjentacji.

14) M. Skowroński. Ocena sposobów badania szybkości ruchu powietrza.

15) S. Kościeszka. Bezwodnik kwasu węglowego, rozpuszczony w wodzie i jego znaczenie higieniczne.

- 16) I. Cwojdzńska. Badanie elementarzy polskich pod względem higienicznym.
- 17) Siódmy Kongres chirurgiczny Międzynarodowy w Rzymie 1926 r.
- 18) Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rz. pol. r. 1924.
- 19) T. Giedroyć. Lekarze cudzoziemscy w Polsce w r. 1831.
- 20) T. Giedroyć. Miana Polskie w botanice lekarskiej F. P. Chaumetona.
- 21) H. Nusbaum. Filozofja medycyny.

IV. Kol. Byszewski przedstawił chłopca 5-letniego z rozpoznaniem osteochondritis infantilis deformans ossis navicularis, skreślając przebieg choroby i omawiając w krótkich słowach patogenezę.

W dyskusji: kol. Grudziński komunikuje, że przypadki te nie są tak bardzo rzadkie. Mówca zebrał 3 własne przypadki, chciał je przedstawić na Zjeździe chirurgów, lecz nie doszedł do głosu. Decydujące znaczenie dla rozpoznania ma zdjęcie rentgen.

Kol. Higier uważa, że prelegent zbyt kategorycznie wypowiedział się co do patogenezy choroby Köhlera, zwłaszcza gdy powoływał się na analogję z podobną chorobą w obrębie stawu biodrowego. Te ostatnie cierpienie obserwował H. kilkakrotnie i posiada liczne radjogramy. Osteochondritis juvenilis jest cierpieniem bardzo mało znanem, aczkolwiek wielokrotnie opisanem i tłumaczonem (choroba Perthesa, Legga, Calvégo, Schlatte-ra), ale w istocie swej zupełnie dotąd niewyjaśnionem, jak tego dowodzą liczne hipotezy patogenetyczne. Faktem jest, że dotyka ono głównie płci męskiej i wieku dziecięcego (od lat 5 do 12) czyli okresu drugiego ząbkowania, że przebiega z małemi bólami, nieznacznymi zaburzeniami funkcjonalnemi, mimo dużych zmian anatomicznych i radjograficznych i że daje rokowania pomyślne. Podejrzewano wpływ urazu, podwichnięcie stawu, rha-chitis tarda łagodną postać gruźlicy, wrodzoną wadę rozwojową, skażę natury dziedzicznej, (diathesis fibrosa), zaburzenie wewnątrzwydzielnicze, rodzinne zmiany konstytucjonalne, chorobę od obciążenia kośćca zależną, a nawet cierpienie bakteryjne od drobnych zatorów mykotycznych w naczyniach chrząstki zależne. Jak dotąd wyłaniać się zdaje pogląd upośledzenia ossyfikacji enchondralnej w obrębie epifyz i apofyz, nie zaś diafyz, jak w krzywicy zwykłej, że chodzi tu o specjalną postać cierpienia systemowego, o pewną odmianę osteochondrozy konstytucjonalnej z wadliwym, często skąpym odkładaniem się w osteoidzie soli wapnia. (Str. wł.)

Kol. Drozdowicz polemizuje z przedmówcą i stwierdza, że właśnie dla choroby Köhlera jest najwięcej charakterystycznym nawapnienie kości widoczne na rentgenogramach, zaś odwapnienie kości wskazuje zawsze na gruźlicę.

Kol. Sawicki nawiązuje sprawę obecną do t. zw. choroby Calvégo w kręgach, gdzie również mamy do czynienia ze sprawą niespecyficzną, przebiegającą łagodnie i cechującą się nawapnieniem chorego kręgu.

V. Kol. Biske pokazuje chorego ze zwichnięciem kości łonowych.

W dyskusji kol. Kryński podkreśla rzadkość tego przypadku, zastanawia się nad mechanizmem tego zwichnięcia; zna przypadek, gdzie łącznie z oderwaniem kości biodrowych nastąpiło rozejście się spojenia. K. radzi próbować w tych przypadkach osteosyntezy.

Kol. Higier zwraca uwagę, że zaburzenia pęcherza zależą prawdopodobnie nie od uwięźnięcia przedniej ścianki pęcherza między odłamkami spojenia łonowego, lecz od sprawy nerwowej, ośrodkowej, gdyż sądząc z historii choroby, pacjent dotknięty też był hematomyelią centralną w odrębnie zgrubienia lędźwiowego rdzenia, za czym przemawia niedowład nóg, zatrzymanie i nietrzymanie moczu, uraz silny kręgosłupa. Porównywanie przedmówcy bolesności i osłabienia nóg przy rozejściu się spojenia łonowego u niektórych ciężarnych w ostatnim miesiącu ciąży z przedstawionem rozszczeniem spojenia i takimiż objawami ze strony kończyn dolnych, należy traktować jako daleką analogię. Tam chodzi o poronne postaci osteomalacji ciężarnych z pseudoparazą, bólami kości i stawów, przykurczeniem mięśni dolnych uda, tutaj chodzi o paraplegję dolną i bóle, zależne od wylewu krwawego do rdzenia i drażnienia lub porażenia torów ruchowo-cuciowych. (Str. wł.)

Kol. Altkaufer stwierdza, że często spotyka się rozstępy kości łonowych u ciężarnych. Po porodzie rozstępy się zrastają samoistnie, ale zawsze z tendencją do wznowy. Wogóle kiedyś nawet w praktyce akuszeryjnej była proponowana operacja symphysotomji, ale wobec złych wyników i trudności w ponownym spojeniu — zaniechano jej.

Kol. Biské podkreśla, że operowanie tych przypadków jest dosyć ryzykowne ze względu na ciężkie powikłania z powodu zakażenia cavi Retzii. Stan chorego wyśmienicie się poprawił w zastosowanym opatrunku.

VII. Kol. Trzciniński przedstawia chorą z leukoderma.

VIII. Kol. Mikułowski wygłosił rzecz p. t. „O zespole hypsifikcji u wago-toników“.

W dyskusji kol. Gerner: Prelegent zasadniczo przecenia wartość próby Ashnera, gdy uważa, że jest ona w stanie rozgraniczyć vago od sympatikotonji. Badacze ostatniej doby odnoszą się do próby Ashnera sceptycznie, jeśli chodzi o właściwości, które jej przypisuje prelegent.

Są wysiłki, aby próbie tej nadać wartość miernika stanu układu autonomicznego przez wprowadzenie do niej pewnych stałych składników, jako to: zamiast ucisku palcami wprowadzić ciężarki o rozmaitej wadze, określić dokładnie czas trwania ucisku.

Co do przypadków, które podał prelegent, to I. z nich posia-

da wszystkie cechy stanu, który nosi nazwę hypothyreoidismus. Dobre wyniki po podaniu przetworów tarczycy potwierdzają jeszcze, że przypadek ten właśnie należy do stanów niedomogi tarczycy. (Str. wł.)

W odpowiedzi kol. Mikułowski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **B. Sawicki.**

Sekretarz doroczny **T. Byszewski.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 5 października 1926 r.

Przewodniczący wiceprezes kol. **K. Zieliński.**

Obecnych członków T-wa 41.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia, odbytego w dniu 21 września 1926 roku.

II. Do biblioteki T-wa wpłynęły następujące dzieła:

1. Asile pour les Enfants de la ville de Paris à Heudaye.

2. Un nouvel Hôpital — La Pitié.

3. L'hôpital Claude-Bernard.

4. L'hôpital Saint Antoine.

5. Compte moral et administratif de l'exercice 1923.

6. " " " 1921.

7. " " " texte 1920.

8. " " " tableaux 1920.

9. " " " texte 1919.

10. Badania nad zjadliwością różnych szczepów pneumokoków i ich zmiennością. Czesław Klott 1920.

11. Wskazówki do obliczenia strat oddziałów walczących, ich rozmieszczenie oraz zapotrzebowania środków transportowych.

Dr. **K o ń c z a c k i** Andrzej 1927.

12. O przetaczaniu krwi ze stanowiska biologicznego i klinicznego. Dr. med. **F. Z a l e w s k i** 1926.

13. Stosunek sportu do wychowania fizycznego. Dr. **Wład. O s m ó l s k i**.

14. Zasada kierownictwa technicznego w służbie zdrowia w polu. Dr. **W a g a**.

15. Roztwory fizjologiczne, ich znaczenie i rola w lecznictwie. Dr. **W. P o p ł a w s k i**.

16. Sprawozdanie ze zjazdu zarządu międzynarodowego związku do zwalczania zarazy wenerycznej. Dr. **Henryk S z c z o d r o w s k i**.

17. Przyczynek do analizy chemicznej przedmiotów kauczukowych. Dr. **Henryk B e c k e r**.

18. Sprawozdanie z trzechletniej działalności oddziału ocnego wojskowego Szpit. Okręg. Nr. III. Dr. **A b r a m o w i c z** 1926.

19. O wpływie wysięków opłucnej na czynność serca i naczyń. Dr. Tadeusz Widmański 1926.
20. O katalogach biblioteki podręcznej oficerskiej Szkoły Sanitarnej.
21. Szczur i walka z nim. Babecki i Szulc 1926.
22. Polowa służba zdrowia w kawalerji. Dr. Kończacki Andrzej 1926.
23. Kilka uwag w sprawie oszczędzania materiału opatrunkowego. Dr. Węglowski Rom. 1926.
24. Panika jako zjawisko wojenne. Dr. Stanisław Ruppert 1926.
25. Lazaret Radziwiłłowski. Dr. Ludwik Zembrzusi.
26. Eugenika, służba wojskowa a wojna. Karaffa-Korbutt.
27. Odsłonięcie portretu ś. p. Gen.-Prof. Z. Dmochowskiego.
28. O stosowaniu t. zw. proteinoaterapii przez lekarzy oddziałowych. Dr. Zang Antoni.
29. Wpływ arseninu sodu, sody oraz formaliny na kiełkowanie zarodników mączniaków. Zofja Zweigbaumówna 1926.
30. Organizacja wojskowej służby zdrowia w chwili wybuchu powstania listopadowego i wysiłki do jej naprawy w ciągu roku 1831. Sławoj Składkowski.
31. Memento des divers Modes de Secours 1925.
32. Hôpital maritime de Berck-Sur-Mer 1911.
33. Zaburzenia równowagi humoralnej u dziecka. Włodz. Mikulowski 1926.
34. Z kliniki kokluszu i kiły wrodzonej u dziecka. Tenże 1926.
35. Les consultations externes des enfans et la prophylaxie des maladies infectieuses. Tenże 1926.
36. Z przebiegu podzwrotnikowej czyli złośliwej zimnicy mózgowej. Dr. Henryk Higier 1925.
37. Syphilis et metasypilis. Zestawienie krytyczne. Tenże.
38. Extrapiramidium i napięcie mięśni a układ wegetacyjny. Streszczenie zbiorowe. Tenże.

III. Kol. W. Filiński wygłasza odczyt pod tytułem: „O znaczeniu rozpoznawczem opukiwania wątroby.“ (Rzecz przeznaczona do druku)

W dyskusji:

Kol. Bronowski omawia przyczyny powiększenia wątroby w chorobach zakaźnych. Dla duru czynnikiem działającym są zarazki, krążące we krwi, to samo dotyczy i innych spraw septycznych.

Kol. K. Zieliński wspomina o możliwości pomyłek między powiększoną wątrobą a płynem w opłucnej, na co zwracano uwagę już od bardzo dawna.

Kol. Filiński odpowiada kol. Bronowskiemu. Nie wszystkie stany septyczne łączą się z powiększeniem wątroby, naprz. przy durze są powiększenia wczesne i znaczne, przy posocznicach popołogowych niema żadnych.

IV. Kol. Gorecki wygłasza rzecz pod tytułem: „Badania nad

wentylacją płucną w przebiegu niektórych schorzeń wewnętrznych (Rzecz przeznaczona do druku*).

Badania czynnościowe płuc podzielić można na dwie grupy: do pierwszej należą badania nad pojemnością życiową, powietrzem uzupełniającem, zapasowem i zalegającym i t. d., t. j. badania nad tem, czem ustroj rozporządzać może, — do grupy drugiej zaś należą badania nad wielkością powietrza oddechowego, nad ilością oddechów i nad wentylacją płucną, gdyż to badanie okazuje w jaki sposób i w jakiej mierze płuca istotnie czynność swą spełniają.

Badania nad wentylacją płucną t. j. nad ilością powietrza wprowadzonego do płuc w danej jednostce czasu, są u ludzi dość nieliczne (patrz Achard et Binet). Badania te są bardzo utrudnione przez fakt istnienia wielu bardzo wpływów dowolnych, mimowolnych i bezwolnych na wentylację płucną, dlatego prel. badania swe przeprowadzał u ludzi wypoczętych, naczczo, zawsze w pozycji leżącej, nadto starał się wpłynąć perswazją na możliwą eliminację wpływów dowolnych. Warunki powyższe, uwzględniając też i djetę badanych, pokrywały się z warunkami, podanymi przez Krogh'a dla pomiarów podstawowej przemiany materji, wobec czego prel. nazywa „wentylacją podstawową“ te dane, które się otrzymuje przy zachowaniu powyższych ostrożności. Według danych fizjologicznych podstawowa wentylacja płucna u osobników zdrowych obraca się między 4—7 litrów na minutę. Według badań własnych na 40 osobnikach zdrowych, ilość ta może być i wyższa (do 8,14 litra). Ponieważ wentylacja podstawowa służy przedewszystkiem dla wymiany gazowej, t. j. dla przemiany materji ustroju, a ta zawsze zależy od wagi względnie powierzchni ciała osobnika badanego, przeto narzuca się wprost porównanie wentylacji podstawowej do powyżej wymienionych danych. Stąd otrzymujemy wskaźnik podstawowej wentylacji, który u zdrowych wahał się między 0,06 — 0,14 (w porównaniu z wagą ciała) i 2,73—4,50 (w porównaniu z powierzchnią ciała). Prel. omawia bliżej pierwszy wskaźnik i podaje, że według jego badań najczęściej wynosił on 0,1, to znaczy, że osobnik zdrowy odдыcha o danych warunkach $\frac{1}{10}$ swej wagi ciała (w kgr.) wyrażoną w litrach, na minutę.

Głębokość przeciętna każdego oddechu wynosiła 0,499 litra, ilość oddechów na minutę 8,8—21,4.

Ze względu na to, że wentylacja podstawowa ma przedewszystkiem na celu wymianę gazową, a więc zależy od podstawowej przemiany materji, prel. jest zdania, że wentylację podstawową należy porównać też z ilością wydzielonego bezwodnika węglowego lub, co na jedno wychodzi w wyżej podanych, ściśle prze-

* „O duszności“. zagadnienie wentylacji płucnej w stanach chorobowych, stron 162. — Lwów 1927. Skład główny w Księgarni Narodowej.

strzeganych warunkach, z ilością zużytego, pochłoniętego tlenu oczywiście w tej samej jednostce czasu. To porównanie wyrazić można ilorazem $\frac{\text{podstaw went}}{\text{ilość tlenu}}$ który u osobników zdrowych, według badań prel. wynosi między 20 — 30 (wskaźnik zużycia tlenu).

W chorobach serca spotykamy oba wskaźniki t. j. wskaźnik podstawowej wentylacji i wskaźnik zużycia tlenu podwyższone nieraz przeszło dwukrotnie.

W chorobach ze wzmożoną przemianą materji, wskaźnik podstawowej wentylacji jest zawsze podwyższony przy prawidłowym wskaźniku zużycia tlenu (o ile nie ma równoczesnego upośledzenia akcji serca)

W chorobach płuc wyniki są rozbieżne. Np. przy gruźlicy z gorączką, wobec wzmożonej równocześnie przemiany materji, mamy wyniki takie, jak w poprzedniej grupie; przy rozedmie płuc raczej podwyższenie obu wskaźników.

Prel. wyjaśnia bliżej mechanizm wentylacji płucnej, oraz warunki wymiany gazowej przy zmianach płucnych i zmianach w krążeniu, które tłumaczą w zupełności otrzymane wyniki. Na tej podstawie podzielić można wentylację płucną na normowentylację prawdziwą i względną i na hyperwentylację. Tą ostatnią zaś na 4 grupy (w każdej jest podwyższony wskaźnik podstawowej wentylacji).

I. grupa: przypadki ze wzmożoną przemianą materji przy prawidłowym wskaźniku % użycia tlenu.

II. przypadki sercowe.

III. przypadki o powiększonej pojemności płuc (rozedma płuc).

IV. przypadki nerwowe.

Celem powyższej pracy było zwrócenie uwagi na to, że dawno znane w fizjologii fakty, dotyczące wentylacji płucnej, dają się ująć w pewne prawa biologiczne, co jest szczególnie ciekawem z tego względu, że dotyczą one tej czynności naszego ustroju, którą możemy świadomie kierować i wydalnie zmieniać w szerokich względnie granicach, niezależnie od tych potrzeb ustroju, które nazwać można: zwierzęcemi (Str. wł.).

W dyskusji kol. Michalski.

Odpowiadał kol. Gorecki.

Wiceprezes **K. Zieliński.**

II Sekretarz doroczny **K. Gerner**

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA

poświęconego pamięci zmarłych ś. p. Ludwika Guranowskiego
i ś. p. Juljana Kramsztyka.
w dn. 19 października 1926 r.

Obecnych członków 47.

przewodniczy wiceprezes K. Zieliński.

I. Sekretarz stały. Czas nie stoi, biegnie rok po roku, a wśród grona naszego Towarzystwa zaznacza on ustępowaniem z placu boju tych, którzy wśród ciężkich a tak niebezpiecznych warunków dla bytu naszego narodowego, dbali o spuściznę otrzymaną po poprzednich pokoleniach i oddali ją nam, o ile byli w stanie, nie naruszoną. I co roku prawie zbieramy się na tej uroczystości, czujemy jej potrzebę, aby oddać cześć i hołd pamięci tych, którzy jako członkowie naszego Towarzystwa zasłużyli sobie działalnością swoją, życiem swoim, trzymając bez zmiany sztandar naszego zawodu, na szczerą naszą wdzięczność, uznanie i stałą pamięć. Obchody te nasze mają nadto i ten cel, by przez oddanie tego hołdu przywołać na pamięć, że Ci, których pamięć czcimy, chyba nie w lepszych warunkach, niż dzisiaj, znaleźli w sobie siłę wytrwania, pracowania nie schodząc z drogi honoru, umiłowania zawodu i etyki lekarskiej. Przykładem są oni nie tylko dla nas, którzy z pola schodzimy, ale szczególnie dla tych, co z siłą młodości wstępują w te progi — obchody też nasze żałobne mają i ten cel. Dzisiaj zgromadziliśmy, się by oddać naszą cześć pamięci dwóch zasłużonych członków Tow. ś. p. L. Guranowskiego i Kramsztyka Juljana i przez powstanie tą cześć naszą zaznaczyć. (Str. wł.).

II. Z. Dobrowolski streszcza życiorys i działalność ś. p. L. Guranowskiego.

Ś. p. Ludwika Guranowskiego cechowały wielkie zalety charakteru: patriotyzm, uczciwość, sumiennosc w obowiązkach i pracowitość dla polskiej nauki i społeczeństwa.

Ten typ szlachetny, pełen dobroci i usłużności dla kolegów powinien przejść do Panteonu zasłużonych lekarzy polskich.

Ś. p. Guranowski urodził się w Kaliszu w r. 1853, zmarł w Warszawie w Sierpniu 1926 r.

Szkoły ukończył w Kaliszu, wydział lekarski zaś w Dorpacie w r. 1876, podczas okresu największego rozkwitu tej uczelni.

W dorpackim uniwersytecie wykładałi wtedy słynni uczeni: Bunge, Aleksander i Karol Schmidt Runge, Kraepelin, Vogel, Hoffmann, Adam Wikszemski, Wahl, Betteter, Dehio i inni.

Zpośród wybitnych Polaków w tym okresie studjowali: Prof. Baranowski, Dybowski, Wincenty Lutosławski, Dr. Watraszewski, Prof. Kader, bracia Kleccy i t. d.

Ś. p. Ludwik w pracy naukowej nigdy nie ustawał i był jednym z pierwszych lekarzy polskich, którzy ocenili znaczenie rynootyatrji w medycynie.

Godnie piastował honorowe urzędy lekarskie w kasie oszczędnościowo-pożyczkowej, w Stowarzyszeniu, w Izbie lekarskiej.

Około 40-tu lat był członkiem Tow. Lek. Warsz. pełniąc przez kilka lat obowiązki członka zarządu i gospodarza domu i lokalu Towarzystwa. Tutaj razem z D-rem Kosmowskim, Dobrzyckim, Prof. Brodowskim, Konradem Dobrskim i Sokołowskim przyczynił się do wyrestaurowania i większej dochodowości domu Towarzystwa.

Przez 20 lat wydawał *Medycynę*, a potem połączone *Medycynę i Kronikę Lekarską*, założył i wydawał *Polski Przegląd otolaryngologiczny*—pierwsze pismo polskie w tej dziedzinie; w uznaniu zasług w *Oto-Laryngologii* był wybierany na prezesa, a następnie członka honorowego Tow. Oto-laryngologicznego.

Napisał dwadzieścia kilka prac naukowych. Ważniejsze z nich:

1) Ocena 2-go wydania podręcznika otyjatrji J. Grubera w *Monat, für Ohrenheilkunde*.

2) O ciałach obcych w uchu. *Medycyna*

3) O ostrem zapaleniu ucha średniego w przebiegu grypy—*Medycyna*.

4) Przypadek nekrozy błędnika: po polsku i niemiecku.

5) Obecny stan wiedzy o t. zw. otosklerozie.

6) Ubezpieczenia na życie a choroby narządu słuchu. *Med. i Kron. Lek. 1912 r.*

7) O organizacji pracy umysłowej. *Med. i Kron. Lek. 1912 r.* W pracy tej Guranowski daje cyfrowy system kolekcjonowania dzieł naukowych podług Melwila Dewey'a.

8) O wskazaniach do operacji doszczętnej w przebiegu zapalenia ucha środkowego. *Med. i kron. Lek.*

9) Badania uszów, nosa i gardła w szkołach powszechnych—oddzielna broszurka.

Wybitnym dowodem pracowitości i umiłowania medycyny polskiej przez ś. p. Ludwika może służyć jego dzieło o pracach naukowych lekarzy naszych.

Pracę tą zainicjował i był jej głównym redaktorem, a kontynuował ją wspólnie z kilku kolegami, jako dalszy ciąg wiekopomnego dzieła Stanisława Koźmińskiego p. n. „*Słownik lekarzy polskich*“.

Dzieło powyższe z okresu czasu 1885 — 1916 r. w rękopisie o kilkunastu zeszytach zostało odstąpione Prof. Dzierzgowskiemu dla Akademii lekarskiej, gdzie od kilku lat czeka na wydawcę.

Sławne, a rzadkie dzieło Koźmińskiego nosi tytuł „*Słownik Lekarzy polskich* obejmujący oprócz krótkich życiorysów lekarzy Polaków oraz cudzoziemców, osiadłych w Polsce dokładną bibliografię lekarzy polskich od czasów najdawniejszych aż do roku 1885“.

W dziełach Koźmińskiego i Guranowskiego każdy lekarz, czy to polak, czy cudzoziemiec znajdzie szczegółowe dane z bio- i bibliografii naszych lekarzy.

Słownikiem lekarzy polskich i *Przeglądem Oto-laryngologicznym* Guranowski postawił sobie trwały pomnik w pamięci rodaków. (Str. wst.).

III. M. Michałowicz streszcza życiorys i daje ocenę pracy ś. p. Juliana Kramsztyka.

Ś. p. Julian Kramsztyk w zaraniu swej działalności lekarsko-naukowej położył wielkie zasługi, jako jeden z pierwszych tych lekarzy wychowawców, którzy dobrowolnie wzięli na swe barki myśl uzupełnienia braków nauczania w ówczesnym Warszawskim Uniwersytecie i myśl tę w czyn przyoblekli. Pracą tych lekarzy, tych profesorów in partibus infidelium wobec rządu, ocenić należycie mogą ci tylko koledzy, którzy zmuszeni byli wtedy prowadzić studia uniwersyteckie.

Uniwersytet Warszawski w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia, t. j. zaraz prawie po swem powstaniu na gruzach Szkoły Głównej, wyzbywał się ostatnich sił naukowych polskich i to sił nieraz pierwszorzędnych, zastępując je siłami naukowymi rosyjskimi, najczęściej miernotami. — Atmosfera uniwersytecka była ciężka, wszędzie odczuwało się tylko pięść moskiewską, przygniatającą i gaszącą wszelkie porywy naukowe młodzieży.

Głównem zadaniem tych sił naukowych, rosyjskich była rusefikacja za wszelką cenę, nawet na wydziale lekarskim. — Jedyłą stroną budzącą chęć do nauki było obcowanie z asystentami katedr uniwersyteckich, w czasie owym wyłącznie jeszcze Polakami, przeważnie członkami naszego towarzystwa, jedynej na owe czasy ostoji nauki lekarskiej polskiej w Warszawie.

Jednym z tych asystentów przy katedrze Chemji Analitycznej i Lekarskiej był właśnie ś. p. Julian Kramsztyk, zawsze żywo odczuwający potrzeby studentów, pomagający im z wielkiem zamiłowaniem i znajomością przedmiotu.

Obcowanie z nim nadawało wiele barw światlejszych ponurej atmosferze, w jakiej działał ówczesny kierownik, świeżo przybyły ze Wschodu dla objęcia katedry Chemji lekarskiej i analitycznej po znanym w świecie naukowym i wielce cenionym prof. Fudakowskim, u którego jak wiadomo ś. p. Julian Kramsztyk rozpoczął swą pracę w Uniwersytecie.

W ówczesnym Uniwersytecie Warszawskim jakość profesorów oczywiście nie mogła zadowolnić uczącej się młodzieży, bo o mianowaniu tych profesorów na miejsca po zasłużonych dla nauki polskiej mężach, zawsze stanowiła nie wartość ich prac naukowych, lecz tylko ich prawosławie i dobrowolne zaofiarowanie swych zdolności żandarmeryjno-rusefikacyjnych na użytek Państwa Rosyjskiego

Lepsze jednostki z pośród profesorów ze wschodu przybyłych, których sumienie zupełnie zanikowi nie uległo, po rozejrzeniu się w stosunkach naszych, szybko stąd się usuwały. — Nie tylko jednak ta okoliczność wpływała na niski poziom całokształtu uniwersyteckiego nauczania.

Były braki w obsadzie katedr, zarówno jak i w całokształcie nauk lekarskich ówczesnego wydziału.

Całe odłamy medycyny wyrzucone zostały poza nawias nauczania uniwersyteckiego. — Nie było między innymi Katedry Pedjatrii wcale i to w tym czasie, kiedy w Krakowie jaśniała już całym

blaskiem klinika Pedjatryczna prof. Jakubowskiego.—Całe zastępy lekarzy, otrzymujące dyplomy na uniwersytecie, pozbawione były obserwacji klinicznej dziecka chorego, nie umiało badać wziernikami ucha, nosa i gardła i. t. p. Dzięki tylko dobrej woli lekarzy pracujących na niwie nauki, do których zaliczał się ś. p. Juljan Kramsztyk można było tym brakom zapobiec.

Ś. p. Juljan Kramsztyk, przezwyciężając wiele przeszkód, nie szczędząc swej pracy i czasu, prowadzi wykłady Pedjatrii całym grupom studentów wyższych kursów medycyny, zaprasza do szpitalika przy ulicy Śliskiej, gdzie praktycznie przy nim i przy kol. Koralu, studenci zaznajamiają się z chorem dzieckiem, uczą się rozpoznawać najprostsze, a tak często spotykane formy chorobowe dziecięce. To jest właśnie tą wielką zasługą ś. p. Juliana Kramsztyka, którą mu przyznają ludzie naszego pokolenia i za którą wdzięczni mu są i będą.—Umiejętność postępowania z dzieckiem, z otoczeniem i nadewszystko takt w postępowaniu z kolegami młodszymi od siebie, co słusznie podniósł w swoim przemówieniu w Towarzystwie Pedjatrycznym Kol. Koral, czyniły ś. p. Juliana Kramsztyka i w późniejszym z nim obcowaniu, wielce wyrozumiałego i rozumnego Konsultanta.—Warszawskie Towarzystwo Lekarskie składa mu w dniu dzisiejszym hołd pośmiertny za tę Jego pracę zbożną dla dobra ogólnego w warunkach rozwoju pracy i nauki polskiej o wiele, wiele trudniejszych, niż w dobie obecnej.—Cześć Jego Pamięci.

IV. K. Zieliński dzieli się z obecnymi garścią wspomnień o ś. p. Julianie Kramsztyku.

V. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dniu 5 października r. b.

VI. Kol. K. G e r n e r, wygłosił rzecz pod tytułem „Aktywacyjne zdolności surowicy krwi ludzkiej w stosunku do soku żołądkowego”

W dyskusji kol. Gluziński podkreśla, że myśl wykazania podstawowych przyczyn powstawania wrzodów żołądka wydaje mu się prawidłową. Edward Zieliński wykazał, że stwierdzone sekcyjnie opuszczenie żołądka i trzew było często powikłane wrzodami. Dziedziczność więc wrzodów możemy tłumaczyć dziedzicznością enteroptozy. Własności surowicy krwi mają bezsprzecznie bardzo duże znaczenie, droga, którą obrał prelegent wydaje się G. prawidłową.

Kol. Zaorski przypomina, że przed rokiem jeszcze wskazywał na ważną rolę unerwienia żołądka w powstawaniu wrzodów. Doświadczenie chirurgów wskazuje na to, że po odpowiednim usunięciu wpływu wadliwego unerwienia, a więc po rezekcji żołądka — nie spotykamy nawrotów, należałoby badać też chorych po dokonanej rezekcji.

Kol. Światopełk-Zawadzki podnosi, że należałoby wykluczyć myśl o ubocznem działaniu bakterji, które mogą zaćmić próbę prelegenta, chyba że mielibyśmy do czynienia ze środowiskiem kwaśnem.

Kol. Gluziński w odpowiedzi kol. Zaorskiemu zaznacza że widział przypadek rezekcji żołądka z powodu wrzodu, wyko-

nanej przez prof. Rydygiera, gdzie stwierdził nawrót wrzodu po 3 latach

Kol. Zaorski podkreśla, że obecnie robi się tylko wycięcie części odźwiernikowej z pozostawieniem nawet samego wrzodu, co daje świetne wyniki i prowadzi do zagojenia wrzodu.

Kol. Orłowski podnosi, że rzadkość zjawiania się wrzodów żołądka w innych jego częściach po wycięciu części odźwiernikowej tłumaczy się tem, że dla powstawania wrzodu okrągłego w żołądku, oprócz czynników ogólnych, konstytucjonalnych, potrzebne są jeszcze miejscowe, które układają się w sposób najbardziej sprzyjający powstawaniu wrzodów właśnie w części odźwiernikowej; tu mianowicie nowsze badania, wykonane kapilaroskopem, wykazały wybitniejsze zmiany w budowie i funkcjach najdrobniejszych naczyń tętniczych i żylnych oraz włosowatych które, niezawodnie, sprzyjają powstawaniu wrzodu. Zmiany te objęte pojęciem skazy naczyniowo nerwowej, u chorych z chorobą wrzodową żołądka, występują i w innych częściach ustroju, lecz w stopniu o wiele słabszym. Z usunięciem więc części odźwiernikowej usuwa się jednocześnie najlepszy teren dla wrzodów żołądkowych. (Str. wł.)

Kol. Gerner podnosi, że po rezekcji części odźwiernikowej żołądka sekrecja znika, powstaje tylko worek; skoro niema czynnika trawienego, niema też i wrzodu.

W odpowiedzi koledze Światopełk-Zawadzkiemu, prelegent zaznacza, że wpływ bakteryjny jest równorzędny we wszystkich próbach, więc przyjmujemy, że działanie to jest zrównoważone.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes B. Sawicki.

Sekretarz doroczny: T. Byszewski.

POSIEDZENIE KLINICZNE

w dniu 2 listopada 1926 r.

przewodniczy prezes kol. Sawicki

obecnych członków 111.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dn. 19 paźdz.

II. Do ksiąźnicy nadesłano:

1. W sprawie gruźlicy krtani u dzieci. Dobrowolski Zdzisław 1905.

2. Guziczki limfatyczne błony śluzowej przełyku etc. Dobrowolski Zdzisław 1892.

3. Kilka słów o dziedzicznym przymiocie ucha. Tenże 1914.

4. O polipach ucha zewnętrznego Tenże 1924 r.

5. Les effets de l'organisation de la lutte antituberculeuse sur la diminution de la mortalité tuberculeuse. Sir Robert Philip.

6. Existe—t—il dans la nature, ou peut—on créer artificiellement des formes saprophytiques du bacille de Koch qui soient capables de se transformer en bacille tuberculeux virulent?
A. Calmette.

7. Les relations entre l'état de gestation et la tuberculose.
H. Forssner.

III. A. Landau, J. Cygelstreich, A. Grochowski.
Sprawozdanie kliniczne z półtorarocznego stosowania sanochryzyny w gruźlicy płuc.

IV. Z. Szczepański. Sprawozdanie ze stosowania sanochryzyny w II klinice Chorób Wewnętrznych U. W.

V. K. Dąbrowski i S. Wąsowicz. Dotychczasowe wyniki w leczeniu gruźlicy tiosiarczanem złota i sodu (sanokryzyną).

Autorzy przedstawiają wyniki leczenia sanokryzyną 27 chorych, z których 26 dotkniętych gruźlicą płuci I — gruźlicą otrzewnej.

Po omówieniu techniki i dawkowania, oraz rozpatrzeniu materiału klinicznego (wiek, płeć, postaci kliniczne, ilość zastosowanego leku), autorzy przeprowadzają podział według otrzymanych wyników.

I-sza grupa, w której uzyskano znaczną poprawę, składa się z 5 osób; II-ga grupa — z poprawą — 8 chorych; III-cia grupa — bez poprawy — 9 osób, z których 6 zmarło po wypisaniu się ze szpitala; IV-ta grupa mieści 5 obserwacji chorych, którzy zmarli na oddziale.

Z powikłań, występujących w czasie leczenia sanokryzyną, wstrząsu tuberkulinowego nie obserwowano ani razu; prawie zawsze występował białkomocz i cylindrurja. U 7 chorych obserwowano wysypkę. Pozatem spostrzegano swędzenie skóry, nudności, wymioty, biegunkę, ślinotok, zaburzenia nerwowe, oraz krwioplucia.

Surowica nie zapobiegała, ani nie zubożniała szkodliwego działania sanokryzyny, to też stosowano ją jedynie u pierwszych 6-ciu chorych.

Ze względu na małą liczbę leczonych przypadków, autorzy nie wyprowadzają ostatecznych wniosków o wartości leczniczej sanokryzyny. Podkreślają jednak dodatni wpływ psychiczny zastrzykiwań, oraz wpływ dobrego odżywiania i długotrwałego leżenia w szpitalu na salach dobrze przewietrzanych. Z drugiej zaś strony, stwierdzają brak bakterjobjęczego działania sanokryzyny, gdyż w przypadkach badanych pośmiertnie wykrywano stale świeże serowate i prosówkowe zmiany gruźlicze.

W dyskusji K. Dąbrowski zaznacza, że chorzy pochodzili z warstwy proletariackiej więc przebywali w warunkach materialnych i mieszkaniowych o wiele gorszych, aniżeli w szpitalu. Dla dokładnego otrzymania wyników leczenia niezbędnem jest dowiadywać się o dalszych losach chorych, wypisanych po przeprowadzonym leczeniu. (Str. wł.).

W dyskusji: Kol. Zieliński Kazimierz.

„ „ Kol. Michalski Zdzisław

„ „ Kol. Gluziński przeprowadza analogię do tuberkuliny; usposobiony jest b. pesymistycznie widzi w całej spr-

wie interes jednostek. Należy być b. ostrożnym w stosowaniu sanochryzyny, stosować ją jednak należy, lecz wnioski wysnuwać ostrożnie. Dawki winny być małe, obserwacja dokładna.

Kol. Tokarski jest zdania, że nasze wyniki są lepsze, niż wyniki obce. Uważa, że jest to wyrazem różnic rasowych. Nie zgadza się z nazwą hemoterapii dla leczenia sanochryzyną.

Kol. Wojnarowska przeprowadza te same analogie, co kol. Gluziński.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes B. Sawicki
II Sekretarz doroczny K. Gerner.

POSIEDZENIE KLINICZNE

w dn. 23 listopada 1927 r.

Przewodniczący prezes, kol. Sawicki.

Obecnych członków 35.

Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dn. 2 listopada 1926 r.

I. Do księżnicy T-wa nadesłano:

I. Sprawozdanie z działalności Kasy Mianowskiego za rok 1925,

II. Kol. Mikułowski pokazuje dziecko 3 letnie po przebytym durze brzuszonym o niezwykłym przebiegu (nephro-tyfus).

Przypadek dotyczy dziecka 3 letniego, płci żeńskiej, które przybyło 10. IX do szpit. Karola i Marji z obrazem rozwiniętej nephritis haemorrhagica i z plamicą krwiotoczną. Przebieg ciepłoty nietypowy dla duru brzuszego. Badanie krwi ustaliło małopłytkowość objawową. Posiewy krwi i aglutynacja z zawiesiną durową ujemne. Posiew moczu na żółci w 7 dniu pobytu w szpitalu a 20-ym dniu choroby wykazuje obecność prątków durowych, aglutynujących z surowicą durową wysokoaglutynującą. Odczyn Widala wypadł w 28-ym dniu choroby dodatnio. Przebieg choroby ciężki wśród objawów oponowych, następowego nawrotu, obustronnego zapalenia ucha środkowego i późnej rekonwalescencji.

U chorej stosowano autoliquidoterapię metodą Zielińskiego i osiągnięto ustąpienie objawów niepokoju nerwowego. Mikułowski przytacza opinię szeregu autorów świadczącą o rzadkości duru nerkowego w patologji dziecięcej. (Str. wł.)

W dyskusji: kol. Gluziński podkreśla, że nie tylko u dzieci ale i u dorosłych nephro-tyfus jest zjawiskiem niezmiernie rzadkiem. G. widział przypadek podobny u dorosłego raz jeden tylko. W danym wypadku leukocytoza wielojądrzasta mo-

głaby wskazywać na sprawę zapalną, lokalną na śluzówce jamy ustnej, jako na powód, dający zmienione cechy krwi.

III. Kol. Pokorny pokazuje chorobą, 53 letnią kobietę, u której rozpoznano rzekomą marskość wątroby typu Pick'a.

Dyskusja.

Kol. Głuziński podnosi, że mamy tu do czynienia z tak zw. polyserositis (osierdzie, opłucna, i otrzewna), gdyż nazwa pseudo cirrhosis jest zupełnie nieodpowiednia. Na podstawie ogólnych objawów można przypuścić, że w mediastinum toczyła się sprawa zapalna, ale może nie zrosty, ale wprost powiększone gruczoły były przyczyną ucisku na żyłę próżną.

III. Kol. Kolasinski przedstawia przypadek spondylitis rhizomelica u 26 letniego mężczyzny.

J. M., 26 lat z zawodu szewc, zachorował przed 9 laty wśród bólów w krzyżach. Bóle te objęły z czasem kręgosłup lędźwiowopiersiowy oraz stawy biodrowe, lewy staw kolanowy, barkowy, i doprowadziły po 7-8 latach do zupełnego zeszywnienia w stawach międzykręgowych, utrudnienia ruchomości w lewym kolanie i lewym barku.

Przechodził w r. 1914 wiewióra, w r. 1915 zapalenie migdałka i nerek. Obiektywnie stwierdzamy zeszywnienie kręgosłupa w formie łuku wypukłego ku tyłowi, unieruchomienie w stawach biodrowych w nieznacznej fleksji i obdukcji; ograniczenie ruchomości w lewym kolanie i lewym barku oraz wybitne utrudnienie w chodzeniu i siedzeniu.

Prześwietlenie kręgosłupa wykazuje skostnienie wiązań międzykręgowych i zrost kostny w stawach biodrowych, gdzie znajdujemy też nieliczne exostozy,

Dane te wskazują na to, że mamy do czynienia ze spondylitis rhizomelica typu mieszanego z przewagą objawów opisanych przez Pierre Marie i Strümpell'a (Str. wł.)

W dyskusji kol. Sawicki dodaje jeszcze, że należy przy różniczkowaniu rozpoznania wziąć w rachubę osteochondritis juvenilis opisaną przez Calve'go. Wszelkie jednak cierpienia jak gruźlica, kiła, osteochondritis, dotyczyłyby tylko kilku kręgow. W danym przypadku rozległość porażenia potwierdza postawione przez prelegenta rozpoznanie.

IV. Kol. Petrynowski wygłosił rzecz p. t. „Stosunek cholesteroliny wolnej do związanej w surowicy krwi ze szczególnem uwzględnieniem żółtaczek” (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Goebel komunikuje, że przed tygodniem udało mu się wyodrębnić z moczu cholesterolinę wolną (prawdopodobnie oksycholesterolinę). To potwierdziłoby wywody prelegenta, gdyż do moczu może przejść tylko cholesterolina ze krwi. Związek ten jest zupełnie odrębnym, odrębny ma też punkt topliwości, odrębnie się krystalizuje

Kol. Michalski podkreśla, że badania Petrynowskiego wykazują, jak pojęcie jedynej, związanej cholesteroliny jest błędne. Metoda, którą pracował kol. Petrynowski jest syntezą różnych metod.

Kol. Zieliński przypomina że kol. Goebel w swoim czasie akt stwierdzenia przez siebie obecności cholesteryny w płynie mózgowo rdzeniowym,

Kol. Cytronberg badał ogólną cholesterynę we krwi. Wyniki różne tłumaczy sobie mówca tem, że odgrywa tu rolę czas, w którym przystąpiono do strącania cholesteryny po wzięciu krwi od badanego osobnika. Gdy krew w próbówce stoi pewien czas, stosunek ten zmienia się.

Kol. Zawistowski wygłosił rzecz p. t. „Kapilaroskopia w gruźlicy płuc“.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes B. Sawicki.

Sekretarz doroczny: T. Byszewski

POSIEDZENIE KLINICZNE

w dniu 30 listopada 1926 r.

Przewodniczy prezes kol. Sawicki

Obecnych członków T-wa 82.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dniu 23 listopada r. b. z poprawką kol. Michalskiego.

II. Prezes komunikuje zebrany, iż nadeszło pod adresem T-wa zaproszenie na 100 letni obchód Laënnec'a w dniach 13, 14, 15 grudnia r. b. w Paryżu.

III. Do księżnicy T-wa nadesłano:

1) Kwartalnik statystyczny na r. 1925.

2) H. Higier. Der Schmerz als sympathische Erscheinung und seine Stellung zum animalen und vegetativen Nervensystem in Allgemeinen.

3) H. Higier. Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby.

4) S. Wąsowicz. Ogólne zakażenie łańcuszkowcem zieleniejącym,

5) Samorząd — tygodnik

6) Troisième Congrès international de Medecine militaire.

7) Revue internationale de l'enfant.

8) W. Komocki. Etudes cytologiques et hematologiques,

9) T. Zawodziński i A. Spiro. W sprawie techniki salpingografji.

10) T. Zawodziński i A. Spiro. W sprawie salpingografji.

11) W. Mikułowski. Pogadanki o zdrowiu dziecka.

12) W. Mikułowski. Przyczynek do anemji złośliwej spowodowanej przez bródzdogłowca szerokiego.

13) W. Mikułowski. Zaburzenia równowagi humoralnej u dziecka.

14) W. Mikułowski. O zespole hyposphyxji u wagotoników.

15) L. Zembruski. Szczepienie ospy w dawnym wojsku polskim.

IV. Kol. W. Orłowski po krótkim, a nacechowanym dużą dozą uczucia i serdeczności przemówieniu wstępem, skierowanem pod adresem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, wygłosił rzecz p. t. „Wpływ soków jarzynowych na zdolność wydzielniczą żołądka“.

W dyskusji kol. Czubalski podnosi nadzwyczaj ciekawy wynik badań prelegenta, podkreślający potężne znaczenie soków jarzynowych, jako bodźców stosunku do wydzielania soku żołądkowego. Cz. proponuje sprawdzenie wyników otrzymanych przez prelegenta w doświadczeniach na psie z żołądkiem Pawłowa — Heidenhain'a — na psie zoperowanym według Heidenhain'a, aby usunąć możliwość bodźca psychicznego, a podkreślić wpływ czysto obwodowy.

Kol. Gluziński przypomina, że badanie wpływu środków spożywczych na wydzielanie soku żołądkowego, zapoczątkowane w swoim czasie przez Beamonta'a, prowadzone w Polsce przez Gluzińskiego i Jaworskiego w Krakowie (nad białkiem), przez Reichmana, miały zawsze kolosalne znaczenie. Badania nad działaniem soków jarzynowych mają olbrzymie znaczenie. Należy podziwiać skrupulatność, systematyczność i tę mnogość badań — jaką nam zobrazował prelegent. Wykazują one, że jarzyny nie są tak obojętne dla żołądka, jakby się zdawało. Należy wyrazić żal, że prelegent nie ogłosił wcześniej wyników swych 5 letnich badań. W ostatnich dniach autor amerykański, Boldyrew ogłosił podobne badania, wykonane jednak tylko na psach. Autor ten dokonał doświadczeń na psach operowanych sposobem Heidenhain'a. Z szeregu doświadczeń prelegenta wynika, że w przypadkach wrzodu żołądka nie jest rzeczą obojętną podawanie choremu pokarmów jarzynowych które w znacznej nawet mierze takiemu choremu mogą szkodzić.

Kol. Gutowski.

Kol. Żebrownki podnosi, że po ogłoszeniu tymczasowego doniesienia w Po'skiej Gazecie Lekarskiej przez prof. Orłowskiego o wpływie soków jarzynowych — mówca stosował sok z kapusty, jako bodziec do wydobywania soku żołądkowego przy badaniach, zamiast śniadania Boas — Ewald'a z dużym powodzeniem, gdyż ilość wydzielonego i wydobytego przez zgłębnik soku, była zawsze znacznie obfitsza. Mowca nie zgadza się z twierdzeniem, jakoby na podstawie badań prelegenta należało twierdzić, że przy nadkwaśności nie należy stosować diety jarzynowej. Jarzyny gotowane i papki mogą mieć wręcz odwrotne działanie, niż sok z jarzyn świeżych.

Kol. Orłowski w odpowiedzi zaznacza, że w postaci tymczasowego doniesienia podał swoje badania 1 1/2 lata temu w sekcji i ternistycznej VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, ogłaszając jednocześnie główne wnioski w Polskiej Gazecie Lekarskiej, Pracy Bołdyreffa, której wyniki podano w ostatnim numerze C. r. de la Societé biol., ocenić nie może, bo w niej nie przytoczono,

w jaki sposób otrzymywano wyciągi z jarzyn. Co do życzeń, aby były wyodrębnione z soków jarzynowych substancje działające i aby był zbadany ich wpływ na czynności wydzielnicze żołądka, prelegent zaznacza, że zagadnienie działania soków jarzynowych jest bardzo rozległe, wymagające przy krytycznym jego ujmowaniu pracy wielu lat i niejednej osoby, i prosi raczej o rzeczową krytykę tego, co zrobił, niż o podnoszenie tego, co by dobrze było jeszcze zrobić. (Str. wł.)

V. Kol. Wierzychowski wygłosił rzecz p. t. „Cukrzyca florydzyńska na tle nauki o przemianie materji“.

W dyskusji:

Kol. Węgierko. Traktowanie cukromoczu phlorydzyńskiego, jako cukrzycy phlorydzyńskiej, wydaje mi się nie zupełnie odpowiednim. Nie mówiąc już o tem, że cukromocz phlorydzyński nie prowadzi do przecukrzenia krwi, tem nie mniej i inne dane świadczą na niekorzyść podobnego mianownictwa. Najważniejszą cechą, różniącą cukromocz phlorydzyński od cukrzycy klinicznej, to czasowe i krótkotrwałe występowanie objawów patologicznych. Noorden zgodził się jedynie cukromocz po wycięciu trzustki nazwać cukrzycą, ale tylko dlatego, że mamy wówczas do czynienia z cierpieniem przewlekłym, trwającym aż do śmierci. Skoro cukromocz phlorydzyński nazwiemy cukrzycą, to będziemy również upoważnieni w ten sposób nazywać cukromocz poadrenalinowy oraz wszelkie inne krótkotrwałe pojawianie się cukru w moczu (po zatruciu CO a nawet po nadmiernem spożyciu cukru). Jestem zdania, że nawet cukromocz po wycięciu trzustki, który bardziej jest zbliżony do cukrzycy klinicznej, niż cukromocz phlorydzyński, nie mamy prawa nazywać cukrzycą. Szereg objawów, występujących u wytruskowanego psa, różni zasadniczo tę postać chorobową od cukrzycy klinicznej. U psa z wyciętą trzustką spostrzegamy prawie stale wybitne wzmoczenie podst. przemiany materji, ujemny bilans azotowy, wybitne przetłuszczenie wątroby, nierzadko lipemję, w cukrzycy zaś klinicznej nie zawsze i nie tak jaskrawo objawy te występują. Najbardziej jednak różni oba te stany chorobowe *ketonuria*. Po całkowitem wycięciu trzustki mamy do czynienia z wybitnym przecukrzeniem krwi oraz wybitnym cukromoczem, który trwa nawet podczas zupełnego głodzenia zwierzęcia (w cukrzycy klinicznej podczas głodzenia zazwyczaj cukier w moczu ginie), to jednak nie zawsze spostrzega się wtedy aceton w moczu. Zdawałoby się, że u psa z wyciętą trzustką warunki do powstawania acetonu są ogromnie dogodne, opierając się naturalnie na badaniach dotychczasowych. Nie będę się tu rozwodził nad własnymi w tym kierunku badaniami, z których wkrótce zdam sprawozdanie, jednakże wspomnę, że u 8-iu psów z całkowicie wyciętą trzustką nie udało mi się stwierdzić acetonu w moczu, chociaż mogłem wykazać u tych zwierząt zużywanie tłuszczu ustrojowego oraz wchłanianie tłuszczu pokarmowego.

Przechodząc do badań prelegenta, stwierdzam, że trudno byłoby sobie wyobrazić inaczej przemianę materji w cukromoczu phlorydzyńskim, niż to przedstawił nam prelegent. Niezaprze-

czenie podczas cukromoczu phlorydzynowego cukier ulega spalaniu. Noorden jeszcze w czasie przedinsulinowym powiedział, że w cukromoczu phlorydzynowym spalanie cukru odbywa się w sposób zupełnie prawidłowy, gdyż prawa biologiczne nie mogą się zmieniać z dnia na dzień, z godziny na godzinę. Dlaczego właściwie w cukromoczu phlorydzynowym miałyby się cukier nie spalać, wszak pies phlorydzynowany niczem nie różni się pod tym względzie od psa normalnego. Pod wpływem phlorydzyzny, jak nam wiadomo, odbywa się wzmożona mobilizacja cukru, oraz wytwarzanie się jego z białka (może i z tłuszczu?), ale nie jest to jeszcze powodem do zakłócenia lub zupełnej niemożliwości spalania. Wszyscy prawie autorzy, którzy podawali psom phlorydzynowanym cukier gronowy, wykazywali jego niedobór w moczu, zwiększanie się współczynnika oddechowego, oszczędzanie azotu, oraz działanie przeciwketonowe. Wystarczy wspomnieć, że przeważnie tylko u psów głodzonych i jednocześnie phlorydzynowanych występują c. ketonowe, że u psów nie głodzonych zastrzyknięcie phlorydzyzny nie prowadzi jeszcze do ketonurji (rozmaici autorzy, własne badania). Fakt ten wyraźnie przemawia za tem, że spalanie cukru u psów phlorydzynowanych istnieje, niepotrzebne jest wcale podawanie cukru gronowego i stwierdzanie wskutek tego zmniejszania ketonurji, gdyż z góry można przewidzieć, że tak być musi. Jednym słowem badania prelegenta jeszcze raz dowiodły szeregiem dokładnych i rozległych badań, że w cukromoczu phlorydzynowym istnieje niezawodnie spalanie cukru w ustroju. (Str. wł.)

Kol. **W i e r z u c h o w s k i** w odpowiedzi zaznacza, że przypuszczenie, jakoby między psem florydzynowanym a zdrowym nie było różnicy, uważa za niemożliwe do przyjęcia. Szereg najważniejszych badaczy cukrzycy florydzynowej, uważa ją za cukrzycę „pełną“ w stosunku do tych ilości, jakich **Wierzuchowski** używał w swoich doświadczeniach, i nigdy dotychczas nie został przeprowadzony ścisły i zupełny dowód czegoś przeciwnego. Apriorystyczne twierdzenia von Noorden'a nie mogą żadną miarą rozstrzygać o faktach, podobnie szereg badań na psach florydzynowanych, wykonanych wadliwą techniką. O ile kol. **Węgierko** nie mógł stwierdzić we wszystkich swoich doświadczeniach na psach wytrzustkowanych ani śladu wzmożenia ilości ciał acetonowych w ustroju, to dowodzi, że u psów tych prawdopodobnie trzustka nie była dość dokładnie usunięta, gdyż cały szereg badaczy, choć stwierdza, że u psów wytrzustkowanych ketoza może być niska, kapryśna i zmienna, to jednak stwierdza się ją w przebiegu cukrzycy trzustkowej. (Str. wł.)

Prezes **B. Sawicki**

Sekretarz doroczny **T. Byszewski**.

POSIEDZENIE KLINICZNE

w dniu 7 grudnia 1926 r.

Przewodniczący prezes kol. Sawicki.

Obecnych członków T-wa 92.

I Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego 30 listopada 1926 r. z poprawką kol. Gluzińskiego.

II Kol. Mikulowski przedstawia przypadek: Hepatitis gummosa lewego płata wątrobowego u chłopca.

Wywiady stwierdzają liczne poronienia matki i wczesną śmierć 6-ga rodzeństwa w 1-ym roku życia.

Brak stygmatów kiłowych. Chłopiec ma od 3 lat gorączkę o typie nieregularnym z wahaniami do 39°. Z tego powodu był umieszczony w sanatorium dla piersiowych w Maurycie przez szereg miesięcy. Obecnie od 3 miesięcy doznaje, oprócz gorączki, silnych, napadowych bólów brzucha i wymiotów. Badanie stwierdza guz lewego płata wątroby, twardy, bolesny przy ucisku. Brak zmian ze strony płuc. W moczu stale urobilinogen, badanie treści dwunastniczej wykazuje upośledzone działanie niektórych zczyńców i zwiększoną ilość urobilinogenu. Opadanie krwinek przyspieszone. We krwi eozynofilia. Odczyn Wassermana silnie dodatni. Precypitacja i odchylenie dopełniacza z 4 antygenami bąblowca ujemne. Po wykluczeniu schorzeń serca i sprawy ropnej (w postaci ropnia podprzeponowego) rozpoznano: lues tarda congenitalis, hepatitis luetica. Zastosowane leczenie swoiste po 10 dniach dało w skutku spadek ciepłoty i zupełne ustąpienie objawów żołądkowo nerwowych. (Str. wł.)

W dyskusji kol. Trzciniński stwierdza, że w danym przypadku istniał rozlany proces kiłowy w wątrobie, a nie kilak. Hepatitis luetica, jak wiadomo z prac prof. Gluzińskiego, przebiega z ciepłotą o charakterze posocznicowym — kilak zaś wątroby nie wywołuje wahań gorączkowych. Trzciniński przytacza krótki opis kilaków wątroby z własnych wspomnień, które-to kilaki rozpoznane za życia i wyleczone, przebiegały zupełnie bezgorączkowo. (Str. wł.)

Kol. Gluziński podkreśla, że tacy chorzy z reguły są przesyłani do sanatoriów. Tylko dokładne badanie może nas ustrzec przed omyłką. W kilakach wątroby niema podniesień ciepłoty, ciepłota podnosi się przy hepatitis diffusa luetica. Rozpoznanie kiły narządów wewnętrznych nie jest łatwe. Przytacza przypadek, który został rozpoznany na podstawie zębów Huchinsona.

Kol. Węgierko.

III H. Sparrow i Kaczyński O szczepieniu przeciwpłoniczem w związku z epidemią bieżącą. (Do druku.)

Akcja przeciwpłonicza ogromnie się rozrosła wraz rozwojem epidemii 1926 roku. P. Zakład Higieny wyekspedjował w 1925 r. 115 litrów szczepionki, w 1926 r. 1045 litrów, ilość potrzebną, aby zaszczepić $\frac{1}{1}$ miliona dzieci. Liczby, którym rozporządzamy do-

tyczą 19809 dzieci zbadanych (odczyn Dick'a) i 11521 dzieci zaszczepionych przez P. Z. H. na terenie Warszawy i na prowincji, oraz 18304 dzieci zbadanych i 19092 zaszczepionych przez Wydział Zdrowia, przeważnie w szkołach powszechnych Warszawy.

Ogólnie w W. zbadano na wrażliwość około 25256 dzieci, z tej liczby 13890 okazało się wrażliwych (55%) i 11366 (45%) niewrażliwych. Z liczby dzieci wrażliwych zanotowano 97 zachorowań, z liczby niewrażliwych tylko 3. Dane te podtrzymują nasze przekonanie co do swoistości odczynu Dick'a.

Zachorowania na płonicę wśród dzieci zaszczepionych w szkołach (45057 dzieci) od 7 do 13 lat dawka pełna szczepionki 3500 d. s. wynoszą 0,22% (33 zachorowania), wśród dzieci niedoszczepionych do końca (6179 dzieci) 0,41% (25 zachorowań), wśród dzieci tegoż wieku (7—13 lat) nieszczepionych wcale (113900 dzieci) 0,62% zachorowań (707 przypadków płonicy). Kontrola odczynów skórnych dokonana w 2 miesiące po ukończeniu szczepień u 3385 dzieci dało 64,4% dzieci całkowicie (Dick —) lub częściowo uodpornionych. Zebrano wiadomości o przebiegu choroby u 57 dzieci zaszczepionych 3 razy pełną dawką 3500 d. s.

Przebieg lekki 20 dzieci (temperatura do 38°)

Przebieg zwykły 28 dzieci.

Płonica z powikłaniami 5 razy.

Zgonów 4.

Wśród dzieci niedoszczepionych do końca było 48 zachorowań, zebrano wiadomości o 45 dzieciach:

Przebieg lekki 28.

„ zwykły 9.

Z powikłaniami 7.

Zgonów 1.

W porównaniu z rokiem ubiegłym zrobiono dużo, aby ulepszyć szczepionkę. P. Z. H. produkuje obecnie szczepionkę Gabryczewskiego, składającą się z toksyny wymiareczkowanej i zabitych paciorkowców. Szczepionka jest poliwalentna. Do przygotowywania toksyny używa się podłoża z krwią ludzką, co obniża odsetek odczynów poszczepiennych oraz liczbę odczynów rzekomych. Toksyna używana do odczynów skórnych jest stabilizowana i nie wykazuje takich wahań, jakie były obserwowane w roku ubiegłym. (Str. wł.)

IV. W. Szenajch i Bogdanowicz. O leczeniu płonicy surowicą. (Do druku.)

W czasie epidemji płonicy w w 1925/26 i 26/27 r. stosowano w celach leczniczych w Szpitalu im. Karola i Marji surowicę przeciwpłoniczą, wyrabianą przez Państw. Inst. Higjeny.

Wyniki lecznicze były następujące.

Surowicę zastrzyknięto 90-iu chorym, przyczem podawano ją podskórnie lub domięśniowo.

W czasie pierwszej epidemji (1925/26) przeciętnie chory dostawał jednorazowo od 40—50 cm³ surowicy, w 1926/27 przeciętnie 70 cm³. Ogółem zużytkowano powyżej 5 litrów surowicy.

Choroba posurowicza wystąpiła 36 przypadkach czyli w 40% w ostatnim okresie częściej, przeciętnie co 2-gi przypadek.

W pierwszym lub drugim dniu choroby zastosowano sur. u 27 chorych.

w 3-cim	"	"	"	"	u 29-ch.
4-ym	"	"	"	"	u 13-ch.
5-ym lub późnej	"	"	"	"	u 21-ch.

czyli, że w pierwszych 3-ch dniach choroby stosowana była surowica w 56 przyp. czyli 62% przyp.

W celu porównania wartości leczniczej surowicy, pozostawiono 90 przyp. płonicy bez leczenia surowicą.

W obu grupach prawie nie było różnicy co do wieku dzieci

	Dzieci lecz. sur.	Dzieci nie lecz. sur.
Od 0—2 l.	14-	15-
2—7	56-	58-
powyżej 7-iu	20-	17-

Stopień ciężkości płonicy w obu grupach był różny Według skali Mocera było:

	Dzieci lecz. sur.	Dzieci nie lecz. sur.
I	4	34
II	49	43
III. IV	37	13

Wśród tych przypadków było przyp. śmiertelnych i powikłań— jak niżej:

Przyp. leczone surowicą

Skala Moc.	Liczba ogólna przyp.	Powikłania					
		Zmarło	Bez powikł.	Nerki.	Uszy.	Gruzc.	Inne.
I.	4	—	4	—	—	—	—
II.	49	—	37	7	2	6	1
IV. III.	37	7	14	5	15	11	4
	90	7	55	12	17	17	5

Przyp. nie leczone surowicą

I.	34	—	24	4	2	6	2
II.	43	—	10	19	10	14	3
III.	13	5	2	8	8	6	3
	90	5	36	31	20	26	8

Wśród dzieci leczonych surowicą było 7-em przyp. śmiertelnych

w tem 2 przyp. płonicy powikłanej błonicą

3 przyp. " " zap. płuc.

2 przyp. " " anginą Ludovisi

Wśród dzieci nie leczonych surowicą było 5 przyp. śmiertelnych

w tem 2 przyp. płonicy powikłanej błonicą

1 przyp. " " zap. płuc.

2 przyp. ciężkiej septycznej płonicy.

Obserwacja wykazała, że najlepsze rezultaty daje surowica stosowana w przyp. toksycznych, w przeciwieństwie do b. małych

otrzymywanych w przyp. septycznych lub płonicy powikłanej błonicą.

Stosując podział na 3 powyższe grupy otrzymujemy następujące dane.

Przyp.	ogólna liczba	Śmiertelne przyp.	Bez powikł.	Powikłania					
				I okres			II.		
				uszy	grucz.	stawy serce	uszy grucz.	Nerki	stawy serce
Toksyczne	47	—	44	—	—	—	2	2	—
Septyczne	32	5	7	10	5	1	5	6	2
Płonica+błonica	11	2	4				2	4	2
	90	7	55(61%)	10	5	1	7	12	4

W podobnym podziale przyp. płonicy nie leczonych surowicą przeciwpłoniczą mamy

	liczba ogólna	Śmiertelne	Bez pow.	Powikłania						
				I okres			II.			
				uszy	grucz.	stawy	uszy nerki	grucz.	stawy	
Toksyczne	56	—	33	—	—	—	—	16	10	2
Septyczne	29	3	2	13	5	3	5	12	9	2
Płonica+błonica	5	2	1				2	3	2	1
	90	5	36(40%)	13	5	3	7	31	21	5

Z porównania tych danych wynika brak różnic co do powikłań w I okresie (uszy, gruczoły), duże różnice co do powikłań nerkowych i gruczołowych II. okresu.

Powikłania w I okresie		% dane	
		uszy	gruczoły
przyp. lecz. surowicą		11	6
„ nie lecz. sur.		14,5	6
Powikłania w II okresie		% dane	
		grucz.	nerki uszy
przyp. leczone surowicą		13,5	13,5 8
„ nie lecz. surowicą		24,5	33 8

Wpływ surowicy na spadek ciepłoty w grupie toksycznej chorych i septycznej, w zależności od dnia zastosowania surowicy wpływa z następujących danych:

Przyp. toksyczne.

Zastrzyknięto surowicę	Ogólna liczba przyp.	Spadek ciepłoty	
		po 24 godz. do normy lub przynajmniej o 2 stopnie	przyp. z powikł.
w 1 lub 2-im dniu chor.	15	15	0
w 3-im dniu lub później	32	19	3
	47	34	3



Przyp. septyczne.

Zastrzyknięta surow.

1 lub 2-go dnia	6	1	3
3-go lub później	<u>26</u>	<u>—</u>	<u>22</u>
	32	1	25

Ogólne wnioski z dotychczasowych badań są następujące:

1^o Surowica, przygotowana przez Państw. Inst. Higieny, jest swoistym środkiem leczniczym w postaciach toksycznych płonicy tj. w tych postaciach, w których w ciągu 1-go tygodnia brak jest wszelkich powikłań ze strony gruczołów, uszu, nosa, wybitnych zmian w gardle (dyfteroid) i t. d.

2. W tych przyp. stwierdza się:

- obniżenie ciepłoty, niejednokrotnie już po 24 godz. do normy,
- obniżenie częstości tętna,
- szybsze wygasanie wysypki i zupełne zniesienie lub ograniczenie łuszczenia,
- poprawę w działalności narządów krążenia,
- poprawę ogólnego samopoczucia.

3. Surowica wpływa na zmniejszenie się liczby powikłań wtórnego okresu płonicy, zwłaszcza na liczbę zapalenia nerek i gruczołów.

4. Nie daje się stwierdzić wyraźnego działania surowicy w przyp. septycznych, co między innymi wyraża się w braku wpływu na ilość powikłań w pierwszym okresie choroby (uszy, dyfteroid, gruczoły).

5. Należy stosować surowicę możliwie jaknajwcześniej t. j. w pierwszych 2—3 dniach choroby (działanie surowicy w 5-ym lub późniejszym dniu choroby jest już niepewne) i w ilościach nie mniejszych, niż 50 cm³, a w zależności od ciężkości przyp. podnosić dawkę do 100 cm³, przyczem stosować należy surowicę jednorazowo w powyższej dawce — lepiej domięśniowo, niż podskórnie. (Str. wł.)

V. K. Dąbrowski i W. Sobocińska. Wyniki leczenia płonicy surowicą swoistą w czasie tegorocznej epidemii. (Do druku).

W okresie od 15 sierpnia do 9 grudnia 1926 roku w Szpitalu Wolskim przebywało na kuracji 523 chorych na szkarlatynę, w tem 296 dziewcząt i 227 chłopców. Zmarło ogółem 33 osoby tj. 6,31%. Surowicę przeciwpłoniczą Państw. Zakł. Hyg. w Warszawie stosowano u 116 chorych, z tej liczby zmarło 17 osób tj. 14,66%. Na oddziale dra K. Dąbrowskiego przebywało 281 chorych: 209 dziewcząt i 72 chłopców. Przeważały dzieci do lat 6, przytem najwięcej, bo 15,30%, było dzieci w wieku od 2 do 3 lat. Chorzy zgłaszali się najczęściej w IV, III i II dniu choroby.

	L. chorych	Powikłania	Wczesne	Późne	Nerki	Gruczoły	Uszy	Zapal. wyr. sutk.	Angina szkarlatyn.	Zapalenie stawów	Zapalenie oplotowej	Zapalenie mięśnia sercowego	Ropnica	Posocznica	Wyzdrowiało	Poprawa	Do szpitali	Zmarło
Przypadki leczone surowicą	61	34 (55,74)	19 (31,15)	34 (55,74)	12 (19,67)	18 (29,51)	11 (18,03)	2 (3,28)	10 (16,39)	1 (1,64)	1 (1,64)	—	1 (1,64)	—	31 (50,82)	16 (26,22)	7 (11,48)	7 (11,48)
Przypadki nieleczone surowicą	220	98 (48,55)	22 (7,83)	98 (48,55)	53 (24,09)	18 (8,18)	34 (15,45)	—	13 (5,91)	3 (1,36)	1 (0,45)	3 (1,36)	3 (1,36)	1 (0,45)	122 (55,46)	88 (40,00)	3 (1,36)	7 (3,18)

Chorzy leczeni surowicą.

Stan chorych w chwili przybycia	L. chorych	Powikłan	Wyzdrowiało	Poprawa	Do szpitali	Zmarło
bardzo ciężki	11 (18,03%)	11 (100,00)	1 (9,09)	4 (36,37)	1 (9,09)	5 (45,45)
ciężki	21 (34,43)	16 (76,19)	10 (47,62)	3 (14,29)	6 (28,57)	2 (9,52)
średni	22 (36,07)	7 (31,82)	15 (68,18)	2 (31,82)	—	—
lekki	7 (11,47)	—	5 (71,43)	2 (28,57)	—	—

Chorzy nieleczeni surowicą.

Stan chorych w chwili przybycia	L. chorych	Powikłania	Wyzdrowiało	Poprawa	Do szpitali	Zmarło
bardzo ciężki	6 (2,73)	5 (83,33)	—	1 (16,67)	—	5 (83,33)
ciężki	19 (8,64)	17 (89,47)	4 (21,05)	12 (63,16)	1 (5,26)	2 (10,53)
średni	81 (36,82)	63 (77,77)	29 (35,80)	50 (61,73)	2 (2,47)	—
lekki	114 (51,81)	13 (11,40)	89 (78,07)	25 (21,93)	—	—

Surowicą leczono 61 chorych: w tej liczbie 50 dzieci do 7-miu lat, 6 — od 7 do 13 lat i 5 osób powyżej 20 lat. Surowicę stosowano podskórnie, według metody Besredki, w dawkach od 20 cm³ do 100 cm³, przeważnie po 40 i 60 cm³. W I dniu choroby otrzymało surowicę 4 chorych, w II dniu — 11 chorych, w III — 18, w IV — 14, w V i VI — 14. 35 chorym wstrzyknięto surowicę jednorazowo, 11 — dwukrotnie, 10 — trzykrotnie, 4 — czterokrotnie i jednemu choremu pięciokrotnie.

Całkowite dawki, wstrzykniętej surowicy, wynosiły 40 cm³, 50 cm³, 60 cm³ i 100 cm³, około 200 cm³ zaś u pięciu chorych. Choroba posurowicza wystąpiła u 26 chorych, tj. w 42,62%, przebiegając kilkakrotnie z podniesioną ciepota. W 2 przypadkach wystąpiła rozległa wysypka z wybroczynami, oraz obrzęki i ciepłota powyżej 39°. Wyraźnego wpływu surowicy na spadek ciepłoty nie stwierdzono. Powikłania występowały niezależnie od ilości wstrzykniętej surowicy, gdyż z 5 chorych, którzy dostali po 120 cm³ surowicy, u wszystkich wystąpiły powikłania; z 20 chorych, którzy dostali po 40 cm³ surowicy powikłania miało 6 chorych. Z pośród przypadków, które doprowadziły do zgonu, 2 chorych dostało po 40 cm³, 1 chory — 50 cm³, 1 — 90 cm³, 1 — 110 cm³, 1 — 120 cm³, 1 — 200 cm³. Z 15 chorych, którzy otrzymali surowicę w I lub II dniu choroby, nikt nie zmarł, chociaż 2 chorych przybyło w stanie bardzo ciężkim, zaś 4 w stanie ciężkim. Z 18 chorych, którym wstrzyknięto surowicę w III dniu choroby, zmarło 2; z 14 chorych, którzy dostali surowicę w IV dniu, zmarło 3 chorych, wreszcie z 14 chorych, którym zastosowano surowicę w V dniu, zmarło 2 chorych. Wyraźnego związku między dniem zastosowania surowicy i występowaniem powikłań nie dało się ustalić. Przy rozpatrywaniu wszystkich przypadków, leczonych i nieleczonych surowicą, okazało się, że na przypadki leczone surowicą przypada wyższy odsetek śmiertelności i powikłań. Jednakże, o ile uwzględnić stan chorych w chwili przybycia, to okazuje się, że w przypadkach bardzo ciężkich, leczonych surowicą, odsetek zgonów wynosi 45,45%, w odpowiednich przypadkach, nieleczonych surowicą jest prawie dwukrotnie wyższy: 83,33%. W przypadkach średnio ciężkich i lekkich analogiczny stosunek stwierdza się w częstości powikłań: 31,82% w przypadkach leczonych surowicą, 77,77% w przypadkach nieleczonych surowicą.

Wnioski: Wyniki stosowania surowicy płoniczej P. Z. H. u 61 chorych, na ogólną liczbę 281 chorych, wykazały:

1) w stanach bardzo ciężkich prawie o połowę mniejszą śmiertelność, aniżeli u nieleczonych surowicą.

2) w stanach ciężkich większą liczbę wyzdrowień, aniżeli u nieleczonych surowicą.

3) Wpływ dodatni na objawy ogólnego zatrucia.

4) Brak wyraźnego wpływu na zapobieganie powikłaniom.
(Str. wł.).

W dyskusji: kol. Dąbrowski Witosław.

Kol. Maćzkiewicz zapytuje, czy był brany pod uwagę stan nerek przed i po szczepieniu.

Kol. Roszkowski.

Kol. Szenajch wypowiada się za swoistością odczynu Dicka.

Kol. Zawadzki L. u. Państwowy Instytut Higieny słusznie zaprzestał stosowania szczepionki przygotowanej według metody Dick'ów i powrócił częściowo do bardziej swojskiej metody Gabryczewskiego, która nie wywołuje szkodliwego działania miejscowego, ani ogólnego i której stosowanie daje bardziej trwałe wyniki. Pożądanem było by stosowanie szczepionek przygotowanych według oryginalnej metody Gabryczewskiego. (St. wł.)

Kol. Hirszfeld.

Kol. Ławrynowicz. Akcja szczepienna Wydziału Zdrowia m. Warszawy w r. 1925—26 dała możność wyciągnięcia pewnych wniosków i zastosowania ich do akcji podczas obecnej epidemji. Biorąc pod uwagę chwiejne wyniki badania odczynu Dick'a w roku ubiegłym, nie stosujemy wcale w roku bieżącym odczynu na wrażliwość przy szczepieniach masowych. O ile stabilizacja toksyny zostanie osiągnięta, odczyn próbny znów zostanie wprowadzony, jako część integralna akcji szczepiennej. W roku bieżącym, zamiast toksyny Dick'owskiej dla szczepień ochronnych, używany zmodyfikowanej szczepionki Gabryczewskiego, tak zwanej szczepionki modo Celarek Państwowego Zakładu Higieny (składającej się z zawiesiny paciorkowców + anatoksyna paciorkowcowa miareczkowana). Szczepionka ta posiada większe uzasadnienie teoretyczne, gdyż prowadzi do wytworzenia się bardziej wszechstronnej odporności. Nadto przez zadziaływanie formaliny wpływ toksyny występuje w postaci bardziej łagodnej. Ta okoliczność posiada niemałe znaczenie praktyczne ze względu na możliwość zadziaływania toksyny na nerki. Akcja obecna sprawia wrażenie, że odczyn nerkowy występuje w postaci bardziej łagodnej. Po opracowaniu nagromadzonego materiału będą podane dokładne cyfry. Doświadczenie roku ubiegłego zwróciło naszą specjalną uwagę na kontrolę stanu nerek. Podczas akcji szczepiennej, obecnej Wydziału Zdrowia badanie moczu stanowi część obowiązującą zabiegu i naogół tylko pojedyncze osoby pozostają pod tem względem niesprawdzone.

Co do wyników akcji — dadzą się one wyciągnąć przede wszystkim z dokładnego zbadania przypadków zachorowań po szczepieniach. Zachorowania te naogół, przy wejrzeniu głębszem, przemawiają na korzyść szczepień, gdyż mają łagodniejszy przebieg.

Cała koncepcja szczepień ochronnych przeciwploniczych w postaci rozmaitych odmian preparatów paciorkowcowych ma uzasadnienie teoretyczne i praktyczne. Dotąd nie posiadamy jeszcze ostatecznie ustalonej metodyki. Mimo, jednakże, zastrzeżeń co do poszczególnych metod, stwierdzić należy, że przy obecnym stanie wiedzy naszej, szczepienia ochronne przeciwplonice, w postaci preparatów paciorkowcowych, stanowią jedyną możliwą drogę oddziaływania na przebieg plonicy. (Str. wł.).

Kol. Gluziński mówi, że należy prowadzić doświadczenia

ze szczepieniami. Wyniki obce są podobne do naszych. Metodyka wymaga opracowania. Należy zwracać uwagę na stan zdrowia dzieci po szczepieniach. Jak długo utrzymuje się wynik szczepień dodatnich? Co do łańcuszkowca hemolitycznego, to on niezawodnie jest winowajcą płonicy, lecz dowodów niezbitych na to niema. Należy stare przepisy epidemjologiczne szanować po dawnemu.

Kol. Brok mann.

Kol. Dąbrowski W.

Kol. Hirszfeld.

W odpowiedzi kol. Sparrow.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes B. Sawicki
II Sekretarz doroczny K. Gerner.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dn. 14 grudnia 1926 r.

Przewodniczący: prezes kol. Sawicki.

Obecnych 104.

I. Wiceprezes odczytał protokół X posiedzenia Konkursowego im. Grzegorza Piramowicza odbytego w dn. 11 grudnia 1926. w wyniku którego nagrodzony został Dr. med. i fil. Stefan Szuman za szereg prac i artykułów z dziedziny higieny szkolnej.

II. Kol. Piotrowski wygłosił rzecz p. t. „Wyniki leczenia płonicy surowicą.

Na wstępie prel. zaznacza, że w warszawskim szpitalu dla dzieci od lat 23 u chorych płoniczych stosuje się surowicę swoistą. Leczenie surowicą rozpowszechniło się również w praktyce prywatnej. Pomimo to klinika dotąd nie ustaliła jasnego poglądu o wpływie surowicy na przebieg szkarlatyny. W czasie epidemji roku 1925/1926 prel. na ogólną liczbę chorych 574, leczyl surowicą swoistą 60. Leczeniu surowicą były poddane przypadki ciężkie; stopień nasilenia choroby prel. dzieli na 3 grupy: I. przypadki o dość ciężkiem nasileniu, jednak z tak zwaną „ładną“ wysypką, II przypadki toksyczne, III przypadki toksyczno-septyczne. Z tych 60 przypadków, leczonych surowicą wyzdrowiało 29, zmarło 31, co czyni 52% śmiertelności. Wpływ surowicy na płonicę, prel. chce widzieć w spadku ciepłoty po zastrzyknięciu ale jednocześnie dzień spadku ciepłoty prel. zestawia z dniem spadku ciepłoty od początku choroby. Zależnie od spadku ciepłoty dają się wyodrębnić 3 typy: I. o spadku przeciętnie w dniu 6-tym od zachorowania, II przeciętnie w dniu 13-tym III w dniu 23-cim od zachorowania.

Dalej prel. stawia spadek ciepłoty w zależności od dnia zastrzyknięcia surowicy. Okazało się, że u chorych którym zastrzyknięto w drugim dniu choroby, ciepłota spadała i w 6-tym i w 13-tym i 18-tym dniu od początku choroby; u tych, którym zastrzyknięto

w 3-im dniu ciepłota również spadała i w 6-tym i w 12-tym i w 26-tym dniu; u tych, którym zastrzyknięto w 5-tym dniu również ciepłota spadała w 6-tym 22-im i 37-ym dniu.

Zestawiając poszczególne przypadki prel. nie może znaleźć takiego efektu leczniczego, któryby można było odnieść do działania surowicy. A więc w przypadkach o spadku ciepłoty przeciętnie w dniu 6-tym od początku choroby, były przypadki, którym zastrzyknięto w dniu 2-im choroby, ale również były i przypadki którym zastrzyknięto w dniu 5-tym choroby. Trudno rozstrzygnąć, gdzie zadziałała surowica, a gdzie nastąpił zwykły spadek ciepłoty. Dzień zastrzyknięcia również nie decyduje o spadku ciepłoty, bo chory, któremu zastrzyknięto w 2-im dniu, jak również i w 5-tym okazywali spadek ciepłoty i w 6-tym dniu i w 13-tym i w 18-tym i w 22-im. A więc i w ten sposób zestawiając przypadki, prel. wpływu surowicy nie mógł dostrzec. Procent śmiertelności powiększał się w miarę późniejszego zastrzyknięcia, ale to w wielkiej mierze tłumaczy się spóźnieniem i zaniedbaniem.

Ogólny procent śmiertelności wynosił 11% w czasie omawianym, w roku 1923—7 1/2%, 1924—7,8%, 1925—9 1/2%, a więc w okresie stosowania surowicy śmiertelność nieco się wzmogła.

Na 29 wyzdrowień prel. obserwował u 12-tu chorych 18-cie powikłań:

Lymphad. colli simp.	3
Ot. med. pur.	6
Mastoidit. pur.	3
Suppuratio. gl. colli et infilt. col.	6
Nephritis haem.	3
Polyarthrit. ac. cox. ser.	1

Powikłaniom również surowica nie zapobiegła. Surowica stosowana w ostatnich miesiącach w dawkach 50,0 dała 85% posurowiczej choroby.

Pomimo rezultatów mało zachęcających, prel. stoi na stanowisku swoistości surowicy ale o małej leczniczej wartości, poleca jednak stosować w cięższych przypadkach i to możliwie wcześniej. (Str. wł.)

Dyskusja.

Kol. Zieliński na zasadzie swoich 6-iu przypadków nie ośmiela się wyrzec swego zdania o działaniu i swoistości surowicy przeciwpłoniczej Instytutu Państwowego, jakkolwiek ma wrażenie, że surowica ta działa najlepiej ze wszystkich stosowanych dotąd surowic przeciwpłoniczych. Nie może się jednakże powstrzymać od wypowiedzenia swego zdania na zasadzie przedstawionych tutaj i w Tow. Pedjatrycznem djagramów, że ilości zastrzykiwanej przez prelegentów surowicy są zbyt wielkie. Zastrzykiwano bowiem w wielu razach surowicę ponownie już wtedy, gdy pierwsza jej porcja wstrzyknięta dnia poprzedniego, jeszcze działania swego wyrzec nie mogła. I małe ilości tej surowicy działały w przypadkach Z. bardzo dobrze. Wielka ilość surowicy nie jest obojętną dla ustroju, chociażby ze względu na możliwość powstania choroby posurowiczej, o której każdy lekarz, nie tylko nauczony

swem własnem, nieraz smutnem doświadczeniem, pamiętać powinien. (Str. wł.).

Kol. Osiński wspólnie z kolegami Bartoszkim i Rajperem od 1. 7. do 1. 12. r. b. spostrzegł w szp. Św. Stanisława 521 przyp. płonicy, z czego zmarło 45 przyp. (8.6%).

Surowicą przeciwploniczą wyrobu Państwowego Zakładu Higieny leczono 45 przyp., z czego zmarło 10 przyp.

Stosowano surowicę w przyp. b. ciężkich i ciężkich, parę razy tylko w przyp. lekkich, zwykle podskórnie, rzadko domięśniowo; wiek chorych 1 r. — 37 lat; dzień choroby: starano się zastrzykiwać surowicę jaknajwcześniej, ale materiał szpitalny napływał późno, niekiedy dopiero w 2-m tygodniu choroby; 2-gi dz. 5 przyp., 3-ci: 7 przyp., 4-ty: 6 przyp.; od 5 do 7 dnia: 18 przypadków, w 2 tyg.: 9 przyp. Jednokrotnych zastrzykiwań zrobiono 39 razy, dwukrotnych i trzykrotnych tylko w 1 tyg. po 3 razy.

Minimum jednokrotne = 20 cm.³, minimum ogólne = 20 cm.³ Maximum jednokrotne 50 cm.³ (ostatnio nawet 70 cm.³), maximum ogólne 120 cm.³ Ani razu nie spostrzegano przecięcia choroby. Co się zaś tyczy wpływu surowicy na przebieg choroby, to w 4 przyp. po jednokrotnem zastrzyknięciu surowicy na 2 i 3 dzień, dnia następnego wystąpiło wyraźne osłabienie objawów chorobowych: spadek ciepłoty do normy, zblednięcie wysypki, poprawa samopoczucia i dalszy przebieg lekki, jednakże w jednym z tych przypadków spostrzegano zapalenie ucha śr, ropne.

W 41 przyp. nie stwierdzono wybitniejszego wpływu na przebieg choroby i na częstość powikłań (ścisłych obliczeń porównawczych jeszcze nie zrobiono).

Stosowana w powikłaniach od 3 do 5 razy, w dawkach min. $3 \times 20 = 60$ cm.³ max. $4 \times 40 = 160$; śred. $3 \times 30 = 90$ cm.³ surowica wpływu leczniczego nie wywiera; a mianowicie w zapaleniach nerek (7 przyp.) zauważono jedynie zmniejszenie krwotoczności, właściwe zresztą wszystkim surowicom; w zapal. ropnych ucha śr. (2 przyp.)

Objawy posurowicze zauważono w 10 przyp. (22%) nawet po małych dawkach (30 cm.³), częściej po dużych (150 cm.³) w 5-14 dni, jeden raz 3-go dnia po zastrzyku (ostatnim) w postaci wysypki różyczkowej, rzadziej odrowej lub pokrywki, podniesienia ciepłoty do 40° przez 3—4 dni z powolnym spadkiem do normy, obrzmienia jednego lub wielu stawów z wyraźnie zaznaczoną bolesnością (parę razy); biegunkę (rzadziej).

Objawy te trwały parę, do kilku dni, nie pogarszając wybitnie stanu chorego, i znikwały bez śladu. (Streszczenie własne).

Kol. Korzonówna. W czasie ostatniej epidemii płonicy, w ciągu pięciu miesięcy (1. VII — 1. XII) r. b. na oddz. IX i X w Szp. Św. Stan. leczyło się 432 chorych w wieku od 4 do 15 lat. Zmarło 46 czyli 10,7%. Leczonych surowicą przeciwploniczą wyrabianą w Inst. Epidemjol. w Warsz. było 55 osób, z tych zmarło 23 czyli 41,8%. Nieleczonych surowicą było 377-miu, zmarło 23 czyli 6,1%. Leczone surowicą osoby należały do najciężej, ciężko i dość ciężko chorych. W ciągu 1-go tyg. choroby zmarło bez powikłań

8 osób, w ciągu III-go — V-go tyg. wskutek powikłań 15. Stan chorych, które zmarły, przedstawiał się rozpaczliwie od początku, z wyjątkiem 10 m. dziecka, które było b. ciężko chore i stan nadspodziewanie pogorszył się znacznie nazajutrz po zastrzyku 30 cm. sz. surowicy. Leczone surowicą 32 osoby które wyzdrowiały (bez powikłań 9, z powikłaniami 23) były przeważnie w stanie ciężkim, a 12 z nich w najcięższym i dostały po jednorazowym zastrzyku: 10 cm. s. — 20 c. s. — 30 c. s. — 40 c. s. Powikłania posurowicze 2; na 4-ty dzień po zastrzyknięciu 10 cm. s. sur. wystąpiła pokrzywka. Zastrykiwalśmy surowicę podskórnie w I-szym tyg. choroby w małych dawkach jednorazowych, których wysokość zależała od stanu chorego, a któreśmy w razie potrzeby powtarzali codziennie lub co parę dni. Zwykła dawka przeciętna 20 — 30 c. s. Najniższa jednorazowa 10 cm. s., najwyższa 40 cm. s. Najniższa ogólna 10 cm. s. Najwyższa ogólna 100 cm. s., Przeciętnie chory dostawał 40 — 60 cm. s. w 2-ch lub 3 dawkach.

1) Działania ujemnego surowicy nie stwierdziliśmy.

2) Stan chorego często mniej lub więcej się poprawił, czasem przemijająco, w tym sensie, że samopoczucie i łaknienie się poprawiło.

3) Ciepłota czasem spadała nazajutrz rano o 1° — 2° , ale wieczorna wracała do poprzedniej normy. Raz jeden spadła nazajutrz wieczorem o 2° na 5-ty dz. choroby, stan ogólny znacznie się poprawił i utrzymał i dziecko wyzdrowiało z powikłaniem nerkowym. Drugi przypadek pomyślnego działania surowicy u chorej w stanie niezwykle ciężkim, pomimo b. wysokiej wciąż temperatury, stan ogólny b. się poprawił i po trzykrotnem zastrzyknięciu po 20 cm. s. surow. temp. wróciła do normy per lysin 11-go dnia ch. Musimy jednak zaznaczyć, że w tym samym okresie mieliśmy trzech chorych, u których T° spadła o 2° — 3-go i 5-go dnia chor., a u 2-ch innych nawet o 3° — 5-go: 8-go dnia choroby zakończone wyzdrowieniem. Wszyscy ci chorzy surowicy nie dostali.

Na tętno ani na wysypkę wpływu surowicy nie zauważyliśmy. Naszem zdaniem surowicę p. płon. z Instytutu Epidemjologicznego w Warszawie należy w dalszym ciągu badać. Na toksynę płoniczą ani na powikłanie późniejsze, wybitnego wpływu nie miała. Stosowanie w małych dawkach jest nieszkodliwe. Stosowaliśmy je, bo uważaliśmy, że wprowadzenie do ustroju ogromnej ilości surowicy niedostatecznie zbadanej nie może być dla tegoż ustroju obojętne.

Primum non nocere. (Str. wł.)

Kol. Jaworski w szpitalu Sw. Stanisława stosował surowicę płoniczą w 20 ciężkich przypadkach, u chorych w wieku od 10 mies. do 47 lat w dawkach małych, minimum 10 cm.³, maximum 60 cm.³ i w żadnym przypadku nie obserwował powikłań posurowicznych. Dodatni wpływ surowicy obserwował w 12 przypadkach, w których ciepłota w ciągu 48 godz. obniżyła się o 2—3 stopnie i chory ze stanu ciężkiego przechodził w stan zadawalniający. W 8 przypadkach działania surowicy nie było. W tych przypadkach, z których 5 zakończyło się zejściem śmiertelnem

a 3 wyzdrowiało, stwierdził ciężkie powikłanie płonicze na początku choroby już w 1-szym tygodniu. Wpływu surowicy na zmniejszenie się powikłań ze strony narządów wewnętrznych w 2-im okresie choroby nie zauważył. W przypadkach, w których surowica nie działała w ciągu 48 godz. powtórny zastrzyk surowicy, nawet w dawce większej, był bezskuteczny.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń, J. uważa, że surowicę należy stosować w niewielkich dawkach, w każdym przypadku ciężkiej płonicy. (Str. wł.).

Kol. Palmirski: Poznanie istoty płonicy jest trudne i zawile, ponieważ nie mamy możliwości przeszczepiania jej na zwierzęta. Pomimo to trudność tę przezwyciężyli badacze amerykańscy Dickowie swoim skórny, swoistym odczynem i drogą zakażenia ludzi. W tym celu wcierali oni w błonę śluzową jamy nosogardzielowej u ludzi hodowlę paciorkowców, pochodzących od chorych na płonicę. Część osób tak szczepionych uległa zakażeniu i zapadła na typową płonicę. Kol. Sparrowa swemi statystycznymi zestawieniami udowodniła, że odczyn skórny Dicków jest swoisty dla płonicy i przychodzi do wniosku, że paciorkowiec hemolityczny, wydzielany z trupów dzieci, zmarłych na płonicę jest swoistym zarazkiem dla płonicy, co potwierdzają szczepionki przeciwpłonicze.

Ja przed 26 laty pracowałem nad etiologią płonicy. Na zasadzie swoich badań bakterjologicznych trupów dzieci, zmarłych na płonicę i podczas choroby, wydzielałem specjalny typ paciorkowców, który Kurth i Klejn nazywali conglomeratus i który uważałem za swoisty zarazek płonicy.

Wygląd tego paciorkowca pod drobnowidzem jest bardzo charakterystyczny, przedstawia się on w postaci długich zwiniętych w kłębek łańcuszków, których ogniwa składają się z 2 połówek cokolwiek spłaszczonych. Jest również bardzo charakterystyczna hodowla buljonowa z dodatkiem 0,1 cukru gronowego. Buljon w próbówce klarowny, na dnie wykazywał obfity osad w postaci grudek wielkości prosa.

Bardzo pouczające jest zestawienie naszych badań bakterjologicznych trupów dzieci, zmarłych na płonicę, które rzucają pewne światło na charakter samego zakażenia (płonicy). Wnioski tego zestawienia się następujące:

1. Piorunująca postać płonicy jest postacią płucną płonicy. Paciorkowce płonicy otrzymywaliśmy tylko z płuc.

2. Nie otrzymujemy ich przy przewlekłym przebiegu płonicy, w których to przypadkach śmierć następowała przy objawach charłactwa.

W innych przypadkach, kończących się śmiercią, wyodrębniany był jeden i ten sam typ paciorkowca płoniczego, jeżeli nie ze wszystkich narządów, to przynajmniej z części ich.

Nadto paciorkowca tego wyodrębniano ze zropiałych gruczołów podszczękowych, przy zapaleniu ucha średniego, z naltów i śluzu z gardzieli, z wysięku z otrzewnej, z opłucnej, osierdzia, z pryszczów i bąbli na skórze, ze spraw zapalnych (phleg-

mona) oraz z naskórka i ze krwi za życia. Te wyniki pozwalają na przypisywanie paciorkowcowi płoniczego charakteru zarazków, wywołujących ropnicę.

To też w czasie intoksykacji surowica wykazuje swe swoiste działanie, a przy powikłaniach już nie daje tego efektu. Na dowód swoistości tego paciorkowca przytoczę fakt, który miał miejsce w mojej pracowni w 1901 r.

Mieszanka Pasteurowska, zakażona przypadkowo paciorkowcem płoniczym wywołała:

1) u 3 dzieci chorobę z objawami ostrej intoksykacji (piornująca postać płonicza).

2) u 3 dzieci typową płonicę z łuszczeniem się naskórka.

3) u 3 osób — ogólne zakażenie o typie septycznym (obszerna phlegmona).

4) u 11 osób miejscowe zakażenie z wysypką płoniczą w okolicy zastrzyknięcia i z przejściem w ropienie.

Z przypadków tych, badanych bakterjologicznie, otrzymywałem typową postać paciorkowca płoniczego. Na zakończenie nadmieniam, że konie uodpornione paciorkowcami z naszych przypadków, paciorkowcem otrzymanym z przypadku płonicy ze szpitala i mieszaniną kilku paciorkowców, wydzielonych z przypadków płonicy, dały surowicę działającą jednakowo. (Str. wł.)

Kol. B a c z k i e w i c z. Jeżeli dziś przemawiam w sprawie szkarlatyny, która tu przeważnie postawiona została na gruncie bakterjologicznym, to czynię to w tem przekonaniu, że i obserwacje czysto kliniczne w rozwiązaniu tej kwestji powinny mieć także swoje miejsce. Wszak tylko obserwacja kliniczna pozwoliła i sprawiła, że szkarlatyna została wyodrębniona, jako oddzielna forma nosologiczna z pośród ostrych wysypek wieku dziecięcego. Dawnemi laty nie odróżniano odry od szkarlatyny, a dziś dla tych wyodrębnionych form chorobowych poszukujemy istotnego i swoistego zarazka.

Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że na podstawie obserwacji klinicznej mam to przekonanie (podobnie jak prof. Gluziński), że wykrycie streptococcus haemolyticus nie rozstrzyga całkowicie o etiologii szkarlatyny, że obok niego, może wspólnie z nim, istnieje jeszcze jakiś inny zarazek swoisty.

Najcharakterystyczniejszą cechą szkarlatyny jest jej wysypka. Jeżeli od najróżnorodniejszych postaci szkarlatyny odejmiemy wysypkę, to w większości przypadków będziemy mieli obraz kliniczny podobny do najróżnorodniejszych postaci anginy z tą różnorodną florą, jaką spotykamy zarówno w szkarlatynie, jak i w anginie. Że jest pewne pokrewieństwo między temi dwiema chorobami, wskazuje na to ten fakt, że w domach, w których jest chore dziecko na szkarlatynę, dorośli z otoczenia zapadają na anginę. Mniemam, że jeżeli gdzie poszukiwać należy istotnego zarazka szkarlatyny, to nie w tych ciężkich postaciach szkarlatyny, warunkowanych najróżnorodniejszą symbiozą bakterji ale w tych lekkich, że się tak wyrażę, czystych postaciach szkarlatyny nieskomplikowanych a takie wszak często nie w klinikach ale w praktyce prywatnej spotykamy.

Są to przypadki zwykle z lekką gorączką od 37° z dziesiątym do 38_0 z dziesiąt. obok wysypki mniej lub więcej wyraźnej spotykamy lekką anginę (zwykle zaczerwienienie łuków i migdałków, niekiedy bardzo słabe). Spotykamy niekiedy tak lekkie przypadki, że wahać się można, czy to jest szkarlatyna, a jednak wahać się nie należy, na dowód czego przytoczę takie obserwacje. Chłopiec lat 7 przy temp. $37^{\circ} 4$ dostaje lekkiej, bardzo bolesnej wysypki na piersiach, brzuchu i plecach, przy bardzo lekkim zaczerwienieniu gardła. Nazajutrz wysypka prawie znika, a trzeciego dnia zupełnie znikła. Zalecono leżenie w łóżku i djetę mleczno—mączno—jarzynową w ciągu 3 tygodni, poczem miałem chorego odwiedzić. Aż tu w początkach 3-go tygodnia zostałem wezwany z powodu zapalenia nerek krwotocznego (glomerulo—nephritis). Są to więc niewątpliwie przypadki szkarlatyny i takie właśnie częste przypadki powinny służyć za podstawę do badań bakteriologicznych.

Wszystkie ciężkie skomplikowane przypadki szkarlatyny są wynikiem symbiozy zarazka szkarlatynowego z innymi. Za tem właśnie przemawiają te wyniki, jakie nietylko ja, ale i wszyscy tu koledzy przedstawiający otrzymali. Dotychczasowe wyniki leczenia surowicą według moich obserwacji i, jak widzę innych, nie są bardzo wybitne i nic dziwnego, bo streptococcus haemolyticus nie rozstrzyga kwestji. Na podstawie mego doświadczenia ze stosowania obecnej surowicy można podzielić przypadki szkarlatyny na 3 grupy: 1. jest ta, w której surowica wybitnie swoiście działa na przebieg szkarlatyny, (spadek temperatury, poprawa stanu ogólnego, a co najważniejsze w obrazie dyfteryty w gardzieli spotykamy ten sam efekt, jak w działaniu surowicy przy dyfterycie. Wypadki te przebiegają dalej pomyślnie), 2 grupa, w której działanie surowicy nie wykazuje wybitnych cech swoistości, jednak przy przewlekłym stosowaniu daje się zauważyć pewien wpływ dodatni i często zejście jest pomyślne, nawet w ciężkich wypadkach, Są to przypadki, w których surowica spełnia rolę proteinoterapii biernej, ale jej udział jest znikomy, w 3 grupie są przypadki b. ciężkie, gdzie surowica ani swoistego ani proteino-anafitaktycznego działania niema. Są to przypadki najcięższe z najcięższymi powikłaniami.

A wśród tych komplikacji uderza mnie, nie tylko w moich przypadkach ale i wypadkach kolegów, ta względnie rzadka postać komplikacji: angina Ludovici. Nie chcę twierdzić, ale nasuwa mi się podejrzenie, czy surowica stosowana w tych przypadkach, nie dając objawów dodatnich, nie usposabia do tych ciężkich komplikacji. Jeżeli wietrzna ospa usposabia do szkarlatyny, to czy niemożliwym jest, że pewne antytoksyny mogą także usposabiać do pewnych infekcji. Jeszcze raz podkreślam, że nie mam zupełnie podstawy do takiego twierdzenia, ale uważam, że stosując surowicę baczyć należy pilnie, jak ona działa, jakie daje wyniki dodatnie, ale zároveň baczyć należy pilnie, czy nie daje wpływów ujemnych.

Mam to przekonanie, że streptococcus haemolyticus bierze czynny udział w patogenezie szkarlatyny w pewnych przypadkach a to

widać szczególnej na dodatnich wynikach przy stosowaniu surowicy w pewnych przypadkach.

Czy jest on tym poszukiwanym zarazkiem szkarlatyny, któryby we wszystkich jej postaciach był odnajdywany — pokażą dalsze badania.

Ciężkie obrazy skomplikowanej płonicy są niewątpliwie przypadkami mieszanego zakażenia.

Stosowanie surowicy jest wskazane, ale gloryfikacja streptokoka jest conajmniej przedwczesna. Jest ona tylko godna wielkiego uszanowania tembardziej, że wyszła z pracowni naszych rodaków; szczeniaka Gabryczewskiego na podstawie strept. haemolyticus powinna być stosowana w warunkach czysto klinicznych badań, w przypadkach, gdzie możliwie długoletnia obserwacja metodę ustali; szerokie stosowanie może więcej sprawie zaszkodzić i podkopać wiarę w jej skuteczność i w medycynę.

Kol. Dąbrowski. Zgodnie z wnioskiem p. Prezesa ograniczam się do sprawy szczepień zapobiegawczych, zastrzegając sobie głos przy omówieniu leczenia płonicy surowicą. Zestawienie wyników, otrzymanych przy tych szczepieniach czyni zadość oddawna odczuwanej przez ogół lekarzy potrzebie i jest niemałą zasługą prelegentów, których praca posiadałaby jeszcze większą wartość, gdyby autorzy uzupełnili ją danymi o ubocznem działaniu szczepionki, niewątpliwie zdarzającym się i wymagającym jawności. Jakkolwiek autorzy rozporządzają sporemi cyframi, to jednak są one dalekie od tych, na jakich oparte były wnioski, wyprowadzone o skuteczności innych szczepionek, jak np. przeciwtyfusowej, którą stosowano całym armjom, nie mówiąc o tem, że swoistość samego zarazka była tu bezsporną. Osiągnięcie większej liczby spostrzeżeń, które potwierdziłyby wnioski autorów, wymagać będzie dłuższego czasu. Materiał szpitalny dotąd mało dostarcza danych. Wśród chorych płoniczych w szpitalu Św. Stanisława w ciągu ostatnich trzech miesięcy zanotowano 30 przypadków zachorowania szczepionych zapobiegawczo. Ta cyfra jedynie pozwala wnosić, że szczepienie zapobiegawcze nie wyłącza możliwości zachorowania na płonicę, jest zaś zbyt małą, żeby można było mniejszy nieco odsetek śmiertelności w porównaniu z rokiem ubiegłym, gdy szczepienie zapobiegawcze zaledwie zaczęto stosować, temi właśnie kilkudziesięcioma przypadkami tłumaczyć.

Odczyn Dicków, jako wskaźnik wrażliwości na płonicę był stosowany przez kolegów Szczęsnego i Koczorowską, których praca wkrótce ogłoszona będzie w „Nowinach lekarskich“. Autorzy doszli do wniosku, że odczyn ten dla rozpoznania płonicy niema znaczenia, że w przebiegu płonicy wypada tak rozmaicie, iż to dyskredytuje jego wartość, jako wskaźnika wrażliwości.

Wogóle metodę zalecaną przez Dicków należy uważać za podlegającą dopiero obserwacji i w zwalczaniu płonicy nie zaniedbywać stosowania tych środków zapobiegawczych, jakie dotąd stosowaliśmy. (Str. wł.)

Kol. Paschalisówna: W 50 przypadkach płonicy stosowaliśmy surowicę przeciwploniczą z Państwowego Instytutu Higieny. Dawka jednorazowa wynosiła od 20 — 60 cm.³. Stosowano 1 — 2,

niekiedy 3 razy, zwykle w pierwszych dniach choroby, najpóźniej 6—7 dnia. Początkowo tylko w bardzo ciężkich przypadkach, później i w lżejszych, jednak zawsze z wysoką ciepłotą i bardzo obfitą wysypką.

W przypadkach septycznych ze znacznym obrzękiem gruczołów i tkanki okołogruczołowej wyniki były niepomysłne.

W ciężkich przypadkach następowała zwykle wybitna, szybka poprawa stanu ogólnego, obniżenie się ciepłoty, znikanie wysypki, poprawa tętna, odzyskiwanie przytomności, uspokojenie się chorego, jednocześnie z poprawą samopoczucia.

W dalszym przebiegu leczonych surowicą, powikłania występowały stosunkowo rzadziej.

Objawy posurowicze występowały rzadko w postaci pokrzywki lub rumienia, wyjątkowo spostrzegano bóle w stawach. W ostatnich 2-ach miesiącach wysypki posurowicze notujemy znacznie częściej, w jednym przypadku miała ona charakter krwotoczny, przebieg był jednak łagodny bez podniesienia ciepłoty; w innym bolesność stawów i ciepłota koło 40° trwały w ciągu kilku dni.

W każdym ciężkim i średniociężkim przypadku płonicy należy jaknajwcześniej zastrzykiwać surowicę przeciwpłoniczą. (Str. wł.)

Kol. Brokman.

Kol. Offenberga: W „Czasowym Szpitalu dla chorych na szkarlatynę“ przy ul. Przebieg — chorych na płonicę było 184 osoby, z tych u 31 była zastosowana surowica. Dawka surowicy wynosiła minimum dwa flakony a' 10 cm³, maximum 12 flakonów. Zastrzykiwano surowicę przeważnie pomiędzy 2 a 6 dniem choroby. Wysypka posurowicza objawiła się u 6 chorych. Z pomiędzy 31 chorych leczonych surowicą — powikłania spostrzeżono u 26 osób w postaci: zapalenia nerek u 8 chorych (26%), zapalenia ucha środkowego u 9, (29%), schorzenia gruczołów chłonnych u 15 osobników (50%), podczas gdy u nieleczonych surowicą powikłania ze strony nerek wystąpiły w 33%, uszne powikłania w 17%, gruczołowe w 43%.

Na ogólną liczbę zmarłych w ilości 12 osób, co czyni 6, 5^o ogólnej śmiertelności, wybitną większość stanowią ci, którzy otrzymali surowicę, gdyż 8 osób. Spadek ciepłoty po surowicy i poprawę w ogólnym stanie spostrzegano u 4 chorych, zmiany jednak takie ku lepszemu notowano też i wśród nieleczonych surowicą.

Na wyróżnienie zasługuje 1 przypadek wybitnie ciężkiej płonicy u osoby dorosłej (St. Trzonk...), leczonej intensywnie surowicą (12 flakonów), w którym nastąpiło wyzdrowienie, mimo najgorszego rokowania. Efekt istotnie mógł zależeć od surowicy, ale jako od leku, zawierającego ciała proteinowe (proteinoterapia), a nie antytoksynę, gdyż stan bezprzytomności i zupełnego zamroczenia trwał jeszcze przez kilka dni po wstrzyknięciu surowicy.

Dla oceny skuteczności surowicy przeciwpłoniczej byłoby bardziej wskazane dokładne badania jej wpływów w przypadkach bardzo ciężkiej płonicy, analogicznych do przytoczonego, niż posługiwanie się metodą statystyczną, która jest miarodajną tylko

wtedy, gdy operuje się wielkimi liczbami. Poza tem statystyka wówczas tylko daje możność orjentowania się w materjałach klinicznych, gdy jest gromadzona podług jednego wzoru, czego dotąd nie było można uczynić, gdyż wzory takie nie są opracowane.

Czy surowica przeciwpłonicza wywiera działanie swoiste? Na to pytanie może być dana odpowiedź zadawalająca wówczas tylko, gdy nauka potwierdzi, 1) że sprawcą płonicy jest paciorkowiec hemolizujący. 2) gdy będą poznane dokładniej toksyny płonicy i 3) gdy będziemy posiadali surowicę miareczkowaną. (Str. wł.)

Kol. Szenajch.

Kol. Hirszfeld.

Kol. Sawicki podnosi ważną sprawę utworzenia komisji, któraby sprawę stosowania surowicy ujednostajniła, któraby rzeczywiście uprościła stosowanie surowicy, przez szybkie dostarczanie chorych do szpitala, ułatwienie otrzymania surowicy.

Potrzebny jest ogólny schemat, S. proponuje, aby 5 szpitali utworzyły schemat.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes B. Sawicki

Sekretarz doroczny T. Byszewski.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA ADMINISTRACYJNEGO

w dn. 28 grudnia 1926 r.

przewodniczy prezes kol. Sawicki

obecnych członków Tow. 30

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klinicznego w dniu 14 grudnia 1926.

II Sekretarz Stały zdaje krótkie sprawozdanie o czynnościach Zarządu T-wa, komunikując, że w roku bieżącym zostały wykonane najpilniejsze prace przy konserwacji gmachu T-wa, a więc pokryto dach nad salą posiedzeń i biblioteką, przeprowadzono nową bezpieczną instalację elektryczną w lokalu T-wa, doprowadzono wreszcie do porządku rury kanalizacyjne i wodociągowe w całej posesji, wymalowano okna, raz zostały zdjęte i sprzedane zmurszałe figury z piaskowca, umieszczone od lat wielu na frontowym gmachu.

W sprawie funduszków T-wa i zapisów, Sekretarz Stały komunikuje, że zapisy ś. p. Edwarda Zielińskiego i ś. p. dr. Stadnickiej są już przez T-wo podniesione, zapis ś. p. D-ra Sommera jest już prawie zrealizowany, najdalej w ciągu 4 tygodni będzie również podniesiony. Zapis ś. p. D-ra Wesołowskiego jest o tyle uporządkowany, że nie przynosi T-wu strat, co zaś do uporządkowania zapisu—jest to sprawa niełatwa, gdyż na zapisie T-wa ma dożywocie osoba prywatna. Co się tyczy zapisu ś. p. Kocz-

rowskiego, to i ten zapis nastęrczył Zarządowi wiele kłopotów, po pierwsze ze względu na rozpaczliwy stan posesji w Piotrkowie, wymagającej natychmiastowego remontu, a nie dającej dostatecznych dochodów, po wtóre ze względu na proces wytoczony T-wa przez niejakiego p. Rzeszutko, roszcążącego sobie pretensje do spadku po ś. p. Koczorowskim. W pierwszej instancji sprawę wygrało T-wo Lekarskie, obecnie sprawa poszła do apelacji. Fundacja ś. p. Sieragowskiego również prowadzona przez radcę prawnego T-wa mec. Zabłockiego jest również trudną do zrealizowania, gdyż procedura sądowa jest tak powikłana, że sprawa ciągnie się b. powoli.

III. Kol. Podskarbi przedstawił zebjanym preliminarz budżetowy na r. 1927.

Prezes odczytuje wniosek 5 kolegów o wstawienie do budżetu 1000 zł. na stenografowanie posiedzeń klinicznym. Prezes prosi o przekazanie tej sprawy Zarządowi do załatwienia.

Preliminarz na r. 1927 przyjęto.

IV. Kol. Podskarbi przedstawia sprawę konwersji listów Zastawnych miejskich i Ziemskich — własności T-wa i Kasy wsparć na listy złotowe i zgłasza imieniem zarządu wniosek o natychmiastowe przystąpienie do konwersji, motywując to tem, że T-wo zyska parę tysięcy złotych rocznie na procentach.

Wniosek Zarządu przyjęto jednogłownie.

V. Kol. Bibliotekarz składa sprawozdanie o stanie biblioteki T-wa.

VI. Kol. Wiceprezes odczytał Sprawozdanie Komitetu bibliotecznego za rok 1926 i postawił wniosek o wyrażenie gorącego podziękowania Kol. Zwejgbaumowi za zasługi, jakie poniósł przy tak wzorowym prowadzeniu biblioteki T-wa.

Zebrani wyrazili gorące uznanie kol. Bibliotekarzowi.

VII. Sprawozdanie z prac naukowych kandydatów na członków czynnych T-wa odczytali.

Kol. Gerner Klemens z prac Ręczajskiego Waclawa

„ Gorecki Zdzisław „ Elektorowicza Adama

„ Michalski Zdzisław „ Roguskiego Jana

„ Moczarski Witold Trzebińskiego Jana

„ Osieński Eugenjusz Proszowskiego Wiktora

„ Semerau Siemianowski M. Wąsowicza Stanisława

„ Typografa Józefa

„ Starkiewicz Władysław Rachoń Klementyny

„ Szczepański Zdzisław Szendzikowskiego Wł.

„ Szulc Gustaw Reicher Eleonory

„ Zieliński Kazimierz Owczarewicza Leona

„ Orłowskiego Witolda

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes B. Sawicki

Sekretarz doroczny

T. Byszewski.

TREŚĆ TOMU CXXI.

Protokoły posiedzeń klinicznych.

- Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 5. I. 1926.** . . . 5
 Łapiński: Sprawozdanie ze zjazdu lekarzy jugosłowiańskich. Wybory.
- Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 19. I. 1926.** . . . 6
 Filiński Wł.: Pokaz dwóch chorych z vitiligo (Dyskusja).
 Landau A.: Pokaz chorego z moczówką cukrową leczonego insuliną.
 Kiełkiewicz: Pokaz dwóch przypadków kamicy moczowej.
 Orzechowski K.: W sprawie zmięknienia kości w szczególności jego lekkich postaci. (Dyskusja)
- Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 26. I. 1926.** . . . 12
 Łyskawiński: Pokaz przypadku białaczki szpikowej typu przewlekłego u 12 letniej dziewczynki.
 Kołodziejcki J.: Chirurgia układu współczulnego
 Dyskusja nad odczytami o układzie wegetatywnym.
- Protokół posiedzenia poświęconego pamięci prof. Kazimierza Rzętkowskiego w dniu 3. II. 1926.** 18
 Sekretarz stały: Słowo wstępne.
 Mutermilch St.: Działalność ś. p. Rzętkowskiego na polu naukowym.

Sawicki B. Działalność społeczno-lekarska ś. p. Rzętkowskiego.

Czubalski: Działalność ś. p. Rzętkowskiego w Uniwersytecie.

Stefanowski A: Działalność pedagogiczno-kliniczna ś. p. Rzętkowskiego.

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 9. II. 1926. . . . 26

Sekretarz Stały: Życiorys ś. p. Antoniego Kędzierskiego.

Goldman jun.: Pokaz przypadku nietypowej małopłytkowości. (Dyskusja).

Dyskusja nad odczytami o układzie wegetatywnym. (c. d.)

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 16. II. 1926. . . . 34

Held: Pokaz przypadku marskości zanikowej nerek wraz z ostrem krwiotocznym zapaleniem pajączynówki.

Węgierko J.: Podstawowa przemiana materji w przebiegu cukrzycy. (Dyskusja).

Landau A.: W sprawie leczenia choroby Basedowa jodem. (Dyskusja).

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 23 II 1926 . . . 36

Przesmycki F. Paciorkowce a etjologia płonicy.

Brokman H: Patogeneza płonicy.

Dyskusja nad powyższymi odczytami.

Protokół posiedzenie klinicznego w dniu 2. III 1926 . . . 42

Mikułowski Wł.: Postępy pedjatrii francuskiej—próba syntezy.

Karwacki: Badania bakterjologiczne i serologiczne płynów wysiękowych w gruźlicy. Część pierwsza. (Dyskusja).

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 16. III. 1926 . . 43

Konopnicki J.: Pokaz przypadku ciężkiej cukrzycy powikłanej gruźlicą płuc, leczonej insuliną i odmą. (Dyskusja).

Held.: Pokaz przypadku zgorzelinowego zapalenia płuc wyleczonego za pomocą odmy piersiowej. (Dyskusja).

Karwacki: Badania bakterjologiczne i serologiczne płynów wysiękowych gruźliczych. Część druga (Dyskusja).

Reicherówna E. i Apfelbaum E.: O badaniach czynnościowych wątroby. (Dyskusja).

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 13. II. 1926 . . . 48

Ręczajski W.: Pokaz chorej z ductus Botalli persistens sub forma aneurismatis art. pulm. in individo cum lue te viscerali.

Mikułowski Wł.: Zespół vasculo-endocrino-wegetatywny u chłopca 13-letniego. Pokaz (Dyskusja).

Erlichówna M.: Wartość kliniczna badań nad białymi ciałkami krwi. (Dyskusja).

Cygielstreich: Achylia gastro-pancreatica. (Dyskusja).

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 27. IV. 1926 . . . 51

Łopieński B. i Marjanko T.: Pokaz przypadku anaemii haemolytica gravis, achylia gastrica, hypochylia pancreatica.

Jochweds i Seidenbeutel: Pokaz przypadku pneumonia gripposa abscedens z wtórną rostrzenią oskrzeli.

Michalski Zdz.: Uwagi w sprawie mianownictwa, podziału i rozpoznawania chorób serca. (Dyskusja).

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 4. V. 1926 . . . 55

Morawiecka J.: Pokaz przypadku z krwiotokiem śród-rdzeniowym po zatruciu tlenkiem węgla (Dyskusja).

Freyówna Ł. Pokaz przypadku z myelitis gestationis. (Dyskusja).

Leśniowski St; Pokaz przypadku kausalgji ramienia (Dyskusja).

Fejgin: Oznaczanie podstawowej przemiany materji i jej znaczenie kliniczne (Dyskusja).

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 25. V. 1926 . . . 60

Goldman jun. Pokaz przypadku usunięcia śledziony w chorobie Werlhoffa. (Dyskusja).

Trzeciński. Pokaz trzech przypadków przymiotu skóry twarzy, nosa i uszu, przebiegającego w postaci tocznia. (Dyskusja).

Oziębłowski J. Zagadnienie ciśnienia wewnątrzopłucnowego i jego praktyczne zastosowanie do kliniki. (Dyskusja).

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 1. VI. 1926 . . . 64

Goldfeil J. O rozpoznawaniu i leczeniu poszczegól-

nych postaci nadmiernie wzmożonego ciśnienia krwi. (Dyskusja).

Protokół posiedzenia kliniczno-administracyjnego w dniu 15. VI. 1926 66

Dobrowolski Z. Pokaz przypadku z uchyłkiem przełyku (dyskusja).

Higiersen. Pokaz przypadku z coxalgia hysterica.

Michalski Z. Wyniki prób leczenia gruźlicy sanochryzyną i aurosanem.

Podskarbi Babiński L. Sprawa konwersji listów zastawnych. (Głosowanie).

Prezes Sawicki Br. Sprawa likwidacji pracowni T-wa (Dyskusja i głosowanie).

Wiceprezes Zieliński K. Przyjęcie funduszu stypendjalnego śp, Izabeli z Romanowskich Gromadzkiej.

Protokół nadzwyczajnego walnego zebrania w dniu 6. VI. 1926 68

Sekretarz stały Gluziński A.: O dewaluacji zapisów.

Podskarbi Babiński L.: Stan posesji z zapisu śp. Koczorowskiego.

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 21. IX. 1926 . . . 69

Byszewski T.: Pokaz przypadku z osteochondritis infantilis deformans ossis navicularis. (Dyskusja).

Biske: Pokaz chorego ze zwichnięciem kości łonowych (Dyskusja).

Trzcziński: Pokaz chorego z leukoderma.

Mikułowski Wł.: O zespole hyposfiksji u wagotników.

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 5. X. 1926 . . . 72

Filiński Wł.: O znaczeniu rozpoznawczem opukiwania wątroby. (Dyskusja).

Gorecki Z.: Badania nad wentylacją płucną w przebiegu niektórych schorzeń wewnętrznych. (Dyskusja).

Protokół posiedzenia poświęconego pamięci Zmarłych Członków ś. p. Ludwika Guranowskiego i ś. p. Juliana Kramsztyka w dniu 19. X. 1926. 76

Sekretarz stały. Słowo wstępne.

Dobrowolski Z. Życiorys i działalność ś. p. L. Guranowskiego.

Michałowicz M.: Życiorys i działalność ś.p. J. Kram-
sztyka.

Zieliński K.: Wspomnienie o ś. p. Kramsztyku.

Gerner Kl. Aktywacyjne zdolności surowicy krwi
ludzkiej w stosunku do soku żołądkowego. (Dys-
kusja).

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 2. XI. 1926. . . . 80

Landau A., Cygielstreich J. i Grochowski A.:
Sprawozdanie kliniczne z półtorarocznego sto-
sowania sanochryzyny w gruźlicy płuc.

Szczepański Z.: Sprawozdanie ze stosowania sano-
chryzyny w II Klinice Chorób Wewnętrznych
Un. Warsz.

Dąbrowski K. i Wąsowicz S: Dotychczasowe wy-
niki w leczeniu gruźlicy tiosiarczanem złota i so-
du (sanochryzyną).

Dyskusja nad powyższymi odczytami.

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 23. XI. 1926. . . . 82

Mikułowski Wł.: Pokaz chorego po przebyłym durze
brzusznym o niezwykłym przebiegu (nephroty-
phus). (Dyskusja).

Pokorny G. Pokaz przypadku z marskością wątroby
typu Picka (Dyskusja)

Kolasiński: Pokaz przypadku spondylitis rhizomelica.
(Dyskusja)

Petrynowski; Stosunek cholesteryny wolnej do
związanej w surowicy krwi ze szczególnem
uwzględnieniem żółtaczek.
(Dyskusja).

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 30. XI. 1926 . . . 84

Orłowski W: Wpływ soków jarzynowych na zdol-
ność wydzielniczą żołądka. (Dyskusja).

Wierzuchowski: Cukrzyca florydzynowa na tle
nauki o przemianie materji (Dyskusja).

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 7.XII.1926 . . . 88

Mikułowski Wł.: Pokaz przypadku z hepatitis gum-
mosa lewego płatu wątrobowego u chłopca
(Dyskusja).

Sparrow i Kaczyński: O szczepieniu przeciw-
płoniczem w związku z epidemią bieżącą.

Szenajch W. i Bogdanowicz.: O leczeniu płonicy
surowicą.

Dąbrowski R. i Sobocińska W.: Wyniki leczenia
 płonicy surowicą swoistą w czasie tegorocznej
 epidemji.

Dyskusja nad powyższymi odczytami.

Protokół posiedzenia klinicznego w dniu 14.XII.1926 . . . 98

Piotrowski.: Wyniki leczenia płonicy surowicą.

Dyskusja nad odczytami „O leczeniu pło-
 nicy surowicą”. (c. d.).

**Protokół posiedzenia administracyjnego w dniu 28.XII.
 1996 105**

Sekretarz Stały: Sprawozdanie o czynnościach
 Zarządu.

Podskarbi Babiński L.: Preliminarz budżetowy
 na rok 1927.

Podskarbi Babiński L.: Sprawa konwersji listów
 zastawnych.

Bibliotekarz Zwejgbaum M.: Sprawozdanie
 o stanie biblioteki.

Wiceprezes Zieliński K.: Sprawozdanie komitetu
 bibliotecznego.

Sprawozdanie z prac naukowych kandydatów na
 członków czynnych T-wa.

