

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCJĄ
ZDZISŁAWA GORECKIEGO

TOM CXXII.

 Biblioteka Główna
WUM

WARSZAWA
1928

CZYNNOŚCI
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ KLINICZNYCH

ODBYTYCH W ROKU 1927

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 18 stycznia 1927.

Przewodniczący—prezes prof. Sawicki.

Obecnych: członków T-wa 63. Wprowadzonych gości 44.

1) Do Książnicy T-wa wpłynęły:

1. Gospodarka Sanitarna Samorządów Polskich. Dr. J. Polak. 1924.
2. Przewlekłe zapal. płuc odoskrzelikowe z komórkami olbrzymiemi i „atypowym bujaniem nabłonka“. Dr. Zeyland Janusz. 1924.
3. Przypadek tłuszczaka pęcherzyka żółciowego. Zalewska Marja. 1927.
4. O zaburzeniach w krążeniu na tle zatorów tłuszczowych. Skubiszewski Ludwik. 1927.
5. W sprawie mięsaka naczyńotwórczego jądra. Tenże 1927.
6. Przyczynek do powtórnego zakażenia dudem płamistym. Korzonówna Jadwiga. 1925.
7. Szokalski jako pamiętnikarz i historyk medycyny. Wierzbicki Romuald. 1927.
8. Zarys Polskiego Prawa Sanitarnego. Prof. Dr. Hilarowicz Tad. 1926.
9. La contagion tuberculeuse chez les enfants des écoles primaires à Varsovie. Sobieszczański Lucjan. 1925.
10. L'adénopathie trachéo-bronchique chez les enfants des écoles primaires à Varsovie. Tenże. 1926.
11. K woprosu o gnojnikach selezenki pri brjusznom tifie.
12. Zur Frage der Komplikation des Abdominaltyphus mit Gangrän der Extremitäten. J. E. Biron. 1908.
13. K woprosu ob osložnienji brjusznoho tifa omiertwienjem koniecznošej. Tenże. 1907.
14. Kliniczeskaja ocienka niekotorych sposobow izsledowanja funkcjonalnoj diejatelnosti serdca. Tenże. 1908.

15. Podkwoobraznaja poczka i jeja kliniczeskoje znaczenie. Tenze. 1908.
16. Ueber die klinische Beurteilung einiger Methoden der Untersuchung der funktionellen Herztätigkeit. Tenze. 1909.
17. Przypadek olbrzymiego wodogłowia. Kaz. Zieliński. 1926.
18. Corticopleuryty gruźlicze. Dr. K. Dąbrowski. 1926.
19. Polskie Archiwum Psychologii. Nr. 1. 1926—1927.
20. Uwagi o znaczeniu biologicznem wyrostka robaczkowego. Browicz. 1926.
21. Skazy krwotoczne. Dr. Semerau-Siemianowski i Misiewicz J. 1926.
22. Higjena noworodka i niemowlęcia. Dr. Cieszyński Fr. Ks. 1926.
23. Opieka położnej nad noworodkiem i niemowlęciem. Tenze. 1927.

24. Przymiot wrodzony oraz alkoholizm dziedziczny a neuropatje dziecięce. H. Higier. 1926.

25. Zur Diagnostik und klinischen und pathologisch-anatomischen Klassifikation der selteneren, schwererkennbaren Hirnkrankheiten aus dem Grenzgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Tenze. 1926.

26. Polska bibliografja lekarska za rok 1925—1926. St. Konopka. 1926.

II) Kol. Opalski.—Częściowe porażenie n. okoruchowego w przebiegu tężca (pokaz przypadku).

U dwunastoletniego chłopca w 2 miesiące po skaleczeniu się w nogę wystąpił typowy tężec. Leczone chorego wstrzykiwaniami dokręgowo i domięśniowo surowicy przeciwtężcowej w dawkach po 200 cm. sz. Płyn m—rdz. wpływał stale w b. małej ilości i pod nieznacznym ciśnieniem, przyczem początkowo był wybitnie krwawy. W 2 tyg. od początku choroby po kolejnych dwóch zastrzykach surowicy wystąpiło za każdym razem wzniesienie ciepłoty i pojawiło się porażenie lewego wewnętrznego, prostego mięśnia oka i opadnięcie porażne lewej powieki. W następnym tyg. objawy toniczne zaczęły się cofać, natomiast do objawów porażonych przyłączył się lekki niedowład m. prostego górnego oka lewego. W 5 tyg. od początku leczenia surowicą, chory zdradza sztywność lędźwiowej części kręgosłupa i nieznacznym niedowład m. prostego wewnętrznego oka lewego. Objawów posurowicznych nigdy u chorego nie notowano.

Przypadek porażenia odosobnionego n. okoruchowego w przebiegu tężca zwykłego, a nie głowowego, dotąd nie był jeszcze opisany. Jako wytłomaczenie porażenia n. okoruchowego kol. Opalski przypuszcza istnienie meningitis serosa. Odrzuca on wpływ wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, zarówno jak i wpływ zmian anafilaktycznych, posurowicznych.

W dyskusji — kol. Gluziński jest zdania, że przypadki tężca, który ujawnił się późno, jak tylko co przedstawiony, dają przeważnie dobre rokowanie, rodzaj zaś leczenia takich przypadków nie odgrywa większej roli. Ponieważ zaś surowica przeciw-

teżcowa ma swoje ujemne oddziaływanie na ustrój, przeto lepiej jej nie stosować.

Kol. Sawicki stoi również na stanowisku, że surowica jest winną wystąpienia zmian w danym przypadku.

III) Koledzy Tyc zka i Sz n a j d e r m a n—Porażenie nerwu pośrodkowego w następstwie dożylnych wstrzykiwań chlorku wapnia (pokaz chorego).

Prelegenci omawiają 3 przypadki. We wszystkich, obok typowych objawów porażnych i przedmiotowych, czuciowych w obszarze n. pośrodkowego, były nadto obecne silne bóle kaulgiczne oraz daleko posunięte zmiany naczynio ruchowe i odżywcze ręki i palców. W 2-ch przypadkach stan ten utrzymywał się przez 6 miesięcy, w trzecim natomiast trwa dopiero od 5 tygodni. O ile nie nastąpi rychło poprawa w tym przypadku, prawdopodobnie będzie potrzebna interwencja chirurgiczna, u tej bowiem chorej jest zgrubienie wrzecionowate perineuralne, widocznie uciskające pień nerwowy.

Prelegenci są zdania, że CaCl_2 ma szczególną zdolność wywoływania nacieczeń głębokich, czego nie da się powiedzieć o salwarsanie. Radzą oni wybierać do dożylnych wstrzykiwań wapnia żyły, najbardziej odległe od nerwu pośrodkowego.

W dyskusji—kol. Roguski uważa żyłę pośrodkową za najdogodniejszą do wstrzykiwań dożylnych.

Kol. Zieliński Kazimierz jest zdania, że wstrzykujący do żyły winni posiadać dobrą technikę.

Kol. Orzechowski zwraca uwagę na szczególne niebezpieczeństwo, związane z wstrzykiwaniem CaCl_2 . Przychyla się do zdania prelegentów co do wyboru żył.

Kol. Kaczyński Ant. przytacza przypadek niezdolności do pracy, trwającej przez 6 miesięcy, w następstwie uszkodzenia nerwu po wstrzyknięciu CaCl_2 do prawej żyły pośrodkowej; radzi wlewać raczej do lewej żyły pośrodkowej.

Kol. Gluziński jest zdania, że ogólnie zbyt często dokonuje się wstrzykiwań dożylnych. Oprócz podanych uszkodzeń, wlewania dożylnie mogą powodować wstrząsy anafilaktyczne, jak to podał Gorecki.

Kol. Bronowski uważa, że wskazania do wlewań dożylnych można znacznie ograniczyć. Zwraca uwagę na wstrząsy nerwowe u chorych, powstające w związku z dożylnymi wstrzykiwaniami.

IV) Kol. J. Trzebiński wygłosił odczyt: Przyczynę do rozpoznawania skrobiawicy nerek.

Autor opiera się na spostrzeżeniu Senatora, że skrobiawica nerek w znamieny sposób wpływa na stosunek albumin do globulin w białku moczowym, a mianowicie globuliny przeważają. W celach rozpoznawczych autor dokonał ilościowego badania stosunku albumin do globulin w białku moczowym w 33 przyp. białkomoczu różnego pochodzenia, używając swojej metody, w której posługuje się opacymetrem Pageta i Simona.

Wnioski: 1) Opacymetr daje możność łatwego określania albumin i globulin w moczu, dostępnego dla każdego lekarza,

2) przewaga globulin nad albuminami w moczu jest wysoce znamienne dla skrobiawicy nerek,

3) skrobiawica nerek niezawsze przebiega z przewagą globulin, stwierdzenie więc przewagi albumin nie wyklucza skrobiawicy nerek,

4) Przewaga globulin zdarza się i w innych chorobach nerek, ale od mylnego rozpoznania chroni uwzględnienie całego obrazu klinicznego; wobec tego

5) stwierdzenie wielorakiej przewagi globulin w moczu, w przypadkach wątpliwych wysoce przemawia na korzyść skrobiawicy nerek (streszcz. własne).

W dyskusji — Kol. Gluziński podkreśla, że czystej skrobiawicy bez domieszki nefrozy prawie się nie spotyka. Przewaga globulin jest właściwa nefrozie. Na korzyść rozpoznania skrobiawicy przemawia stan wątroby i śledziony, które bywają twarde i powiększone.

V. Kol. Wł. Janowski wygłosił odczyt: Rzękomo neurasteniczna postać gruźlicy płuc.

Prelegent zaznacza, że nie idzie mu o chorych z rozpoznaną gruźlicą płuc, którzy w zwykłym jej przebiegu lub w warunkach leczenia sanatoryjnego zostają przemijająco w tym lub innym kierunku neurastenikami. Omawia tylko te przypadki gruźlicy płucnej, w których wskutek przeoczenia jej objawów fizykalnych, wahań ciepłoty i wywiadów, chorzy, pozostający najczęściej w rękach specjalistów, traktowani są jako zwykli neurastenicy, chociaż objawy ich nerwowe są tylko jednymi z licznych objawów podmiotowych, stwierdzanych w znacznej liczbie przypadków gruźlicy płucnej w początkowym okresie jej przebiegu. Z objawów tych prelegent omawia szczegółowo objawy duchowe, a następnie bóle głowy, objawy ze strony oczu, uszu, gardzieli, krtani, przełyku, bóle tułowia i kończyn, objawy naczynioruchowe w powłokach skórnych, nerwobóle, objawy sercowe, żołądkowe, kiszkowe oraz ze strony narządów płciowych. Wymienia, stwierdzane w takich przypadkach, objawy fizykalne ze strony płuc i wyraża ubolewanie, że umiejętność dokładnego ich zbadania nie jest wśród lekarzy a zwłaszcza wśród specjalistów rozpowszechniona w stopniu, wymaganym przez najżywotniejsze interesy chorych. Powstawanie wszystkich objawów nerwowych w przebiegu początkowych okresów gruźlicy płucnej zależy od nadmiernej gry naczynioruchowej w różnych odcinkach ciała, powstających pod wpływem działania jadu gruźliczego na nerwy naczynioruchowe, mianowicie, na nerw sympatyczny. (Oryginał ogłoszony będzie po polsku w księdze jubileuszowej E. Flataua, po francusku — w „Paris Médical“ 1927; po włosku — w Rassegna medica 1927). Streszczenie własne.

W dyskusji — Kol. Bronowski uważa, że neurastenja przy gruźlicy nie zjawia się niespodziewanie, istnieje ona bowiem i przed zakażeniem. Uwaga ta dotyczy zarówno i hysterji i rozmaitych psychoz.

Kol. Tokarski jest zdania, że lekka neurastenja przy gruźlicy jest bardziej ciekawą, niż ciężka. W zjawiskach naczynioruchowych widzi przewagę vasodilatacji, wywołanej przez działanie jadu gruźliczego. Toksyny różnią się od siebie działaniem: w początkach powodują stany depresji, później euforii.

Kol. Chmielewski mówi o zbyt łatwym ustaleniu rozpoznaniu czynnej gruźlicy płuc. Obraz, jaki podał prelegent odpowiada prawdzie. Mówca podkreśla różnorodność stanów psychicznych przy gruźlicy płuc.

Kol. Kopczyński podaje, że pierwsze opisy neurastenji dotyczyły osobników przemęczonych. Mówca jest zdania, że raczej nasze zakłady lecznicze wytwarzają neurasteników. Objawy neurastenji u dzieci, o jakich mówił prelegent, należy przypisać okresowi przełomowemu, w jakim się znajduje młodzież szkolna, a nie gruźlicy.

Kol. Dąbrowski Kazimierz uważa, że podział Sokołowskiego (postać malaryczna, bronchityczna) przeszedł już do historii. Już dziś postać, jaką podał prelegent, ma wartość historyczną. Mówca podkreśla, że stan nerwów chorego na gruźlicę jest zależny od wrażliwości osobniczej, od środowiska, z którego on pochodzi (chłop czy inteligent). Okoliczności życiowe, które mogą wywierać przemożny wpływ na stan psychiki, winny być brane pod uwagę przy ocenie stanów neurastenicznych przy gruźlicy.

Kol. Mikułowski twierdzi, że polimorfizm gruźlicy nie da się wyczerpać jakimś jednym epitetem. Prątek jest decydującym w rozpoznaniu. Specjalizacja doprowadziła do szafowania zbyt nieostrożnie rozpoznaniem czynnej gruźlicy. Duży odsetek dzieci cierpi na objawy neurastenji i nie choruje na gruźlicę.

Kol. Gluziński wysuwa sprzeciw przeciwko nazwom, do których dodaje się pseudo. Niema pseudoneurastenji, jak niema pseudo influenzy, jest natomiast błędne rozpoznanie gruźlicy. Kobieta, zarażona przez męża rzeżączką, daje całkowity obraz pseudo-gruźlicy, jeśli brać pod uwagę jej stan nerwów.

Gruźlica często bywa rozpoznawana tam, gdzie jej niema. Nie bakterjologia rozstrzyga o rozpoznaniu gruźlicy, ale dokładne badanie kliniczne. Trzeba się doskonalić w metodach badania klinicznego. Nie należy zbyt pośpiesznie otwierać choremu oczu na prawdę, aby nie spowodować szoku moralnego.

Kol. Michalski Zdzisław podaje, że nawet autopsja nie zawsze wykrywa gruźlicę, dopiero dokładne badanie mikroskopowe może dać niebity dowody jej istnienia. Niema dorywczych metod badania, któreby były w stanie rozpoznać początkowe sprawy gruźlicze. Pewne wyniki rozpoznawcze dać może tylko obserwacja chorego.

W replice Kol. Janowski zaznacza, że pozostawia bez odpowiedzi wszystkie przemówienia, musi jednak zastrzec się przeciw głosowi kol. Mikułowskiego, który twierdzi, jakoby prelegent, uważając inne objawy rozpoznawcze gruźlicy za niedostateczne, podawał nerwowe, jako coś nowego, rzekomo pomocnego do rozpoznania gruźlicy w trudnych przypadkach. Prelegent twierdził przeciwnie i powtarza to, że wszystkie przypadki, które omawiał, nie

są bynajmniej gruźlicą „skrytą“, lecz poprostu niedopatrzoną i nierozpoznaną wskutek braku umiejętności badania szczytów płucnych. Tylko dlatego objawy nerwowe gruźlicy płucnej w początkowym jej okresie, tak liczne i czasem uporczywe, prowadzą szereg kolegów do błędnego rozpoznania neurasterji tam, gdzie łatwo stwierdzić można gruźlicę przy jako-tako uważnem zbadaniu płuc. Gdyby koledzy badali należycie płuca, wtedy liczny zastęp chorych nie byłby traktowany, jako materiał nerwowy, żołądkowy, kiszkowy i t. d.

Prezes: **Br. Sawicki**
Sekretarz doroczny **Klemens Gerner**.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dn. 25 stycznia 1927.

Przewodniczący—prezes prof. **Sawicki**.

Obecnych członków T-wa 46, wprowadzonych gości 32.

- I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.
- II. Do księżnicy T-wa. nadesłano:

1) Kilka uwag w sprawie ogólnego zakażenia (sepsis)
A. Gluziński 1925.

2) Adrjan Baraniecki (wspomnienie wygłoszone na zebraniu stowarzyszenia lekarzy warszawskich w dn. 20 listop. 1925 r.)
Tenże, 1925.

3) Fizikalis kémial módszerek klinikal alkaluzasarol. Tenże, 1925.

4) O leczeniu zachowawczem ropnego gruźliczego zapalenia opłucny. A. W. Kapłan i J. Konopnicki, 1926.

5) Ból obwodowy i trzewny jako objaw sympatyczny Dr. H. Higier, 1926.

6) Der Schmerz als sympathische Erscheinung und seine Stellung zum animalen und vegetativen Nervensystem im allgemeinen. Tenże, 1926.

7) Das auriculo-temporale Syndrom und seine Pathogenese. S. Higier.

8) Zbiór prac i streszczeń poglądowych z Zakładu Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego 1925 i 1926 r.

9) Wiadomości statystyczne głównego urzędu statystycznego, rok V., zeszyt I. i zeszyt II.

III. Kol. H. Higier przedstawia przypadek przecięcia nożem tętnicy i żyły oraz n. pośrodkowego.

Po kilkunastu godzinach nerw i naczynia zaszyto. Tętno wróciło, natomiast w kilkanaście miesięcy po zranieniu stwierdzono porażenie mięśni i skóry unerwionych zarówno przez n. pośro-

kowy jak i łokciowy. Ten ostatni, jak wykazała późniejsza operacja, nie był uszkodzony.

Wnioski: 1) uszkodzenie dotyczyło tylko n. pośrodkowego, 2) nerw ten u danego chorego wyjątkowo unerwiał znaczną część mięśni i skóry przynależną normaliter nerwowi łokciowemu, 3) jednocześnie został uszkodzony n. cutaneus antibrachii medialis.

IV. K o l. O z i ę b ł o w s k i wygłosił rzecz p. t. „Patogeneza odmy”.

Odróżniamy trzy rodzaje odmy: opłucną, podskórną i śródmięśniową. Referent omawia szereg przypadków i stara się dowieść, iż wobec tego, że patogeneza różnych postaci odmy jest ze stanowiska fizycznego jedna, ujemne ciśnienie nie może być uważane za moment warunkujący powstanie odmy i odwrotnie: objaw odmy opłucnej nie może być traktowany, jako dowód istnienia ujemnego ciśnienia śródopłucnowego.

Dyskusja:

K o l. G o r e c k i jest zdania, że normalnie blaszki opłucnej przylegają ściśle do siebie; o próżni nie może tu być mowy. Ujemne parcie, jakie stwierdzamy w jamie opłucnej powstaje w warunkach sztucznych, t. j. wtedy, gdy między blaszki wprowadzamy gaz.

K o l. S z c z e p a ń s k i wyraża przypuszczenie, iż zjawisko odmy wśródmiąższowej powstaje drogą przenikania gazu do mediastinum, stąd do szyji, a potem do mięśni w kierunku ku dołowi. Co do ciśnienia w jamie opłucnej, to jest ono doświadczalnie ujemne.

K o l. M i c h a ł s k i twierdzi z całą stanowczością, że ciśnienie ujemne w jamie opłucnowej rzeczywiście istnieje i opiera swój pogląd na eksperymentach z królikami.

K o l. O z i ę b ł o w s k i w odpowiedzi na uwagi powyższe wyjaśnia, że nie silił się zupełnie dowieść w swym referacie czy pojęcie o ujemnym ciśnieniu opłucnowym ma rację bytu, czy też nie, pragnął natomiast wykazać, że, o ile chodzi o warunki wytwarzania się odmy opłucnej, to w tego rodzaju przypadkach koncepcja o ujemnym ciśnieniu śródopłucnem nie ma zastosowania.

V. K o l. A. L a n d a u i J. H e l d: „Kilka uwag o podziale i eczeniu zgorzeli płuc”.

Materiał dotyczy 27 przypadków zgorzeli płuc, w której autorowie odróżniają zgorzel górnopłatową (7 przyp.) i dolnopłatową (20 przyp.). Zg. górnopł. jest tem, co francuzi nazywają „forme pneumonique de la gangraine pulmonaire”—jest to choroba o nagłym zwykle początku i b. burzliwym przebiegu klinicznym, kończąca się przeważnie śmiertelnie. Zg. dolnopł. stanowi w znacznej części powikłanie innych chorób płucnych, najczęściej rozstrzeni oskrzelowych, idących w parze z przewlekłym śródmiąższowym zapaleniem płuc (pneumofibrosis). Autorowie otrzymywali dobre wyniki lecznicze, stosując w zgorzeli górnopłatowej odmě sztuczną, w zgorzeli dolnopłatowej zaś neosalwarsan w dawkach po 0,25—2 r. na tydzień.

Dyskusja:

Kol. Erbrich powtarza myśl wypowiedzianą już w r. 1922, że w każdej zgorzeli ograniczonej mamy zawsze do czynienia z zatłuszczeniem oskrzela (ciało obce, czynniki powstałe na gruncie zapalnym i t. d.). W porę wykonana bronchoskopia daje znakomite wyniki, natomiast rezultat stosowania odmy przy daleko posuniętych zmianach zgorzelinowych jest wątpliwy.

Kol. Dąbrowski Kazimierz. Wyniki lecznicze zależą od rodzaju zgorzeli. Są postaci w których żadna terapia nie pomoże (postać zgorzeli septyczna—ostra). W leczeniu należy nie trzymać się żadnego schematu, indywidualizować każdy przypadek stosując odmę, salwarsan, bądź bronchoskopję.

Kol. Gluziński: Inne są warunki powstawania gangreny płuc górnej, a inne dolnej. Pierwsza jest najczęściej zejściem zapal. płuc włóknikowego, przyczem występuje zwykle u ludzi starych, chłupaczych, pijaków, przy daleko posuniętym procesie miażdżycowym. Gorsze warunki krążenia i mniejsza poruszalność szczytów sprawiają, że zapalenia płuc górnopłatowe dają powód do zgorzeli. Mówca widział niejednokrotnie rzeczywiście dobre wyniki przy stosowaniu salwarsanu w tym cierpieniu.

Kol. Sawicki. Operacyjne leczenie zgorzeli daje wyniki nie świetne (50 i więcej % śmiertelności). Względnie najlepsze rezultaty otrzymuje się w przypadkach zrostów. Jeśli jest wiele ognisk efekt operacyjny zazwyczaj bywa zły.

Kol. Landau w odpowiedzi uważa, że słuszność podziału zgorzeli płuc na górną i dolną potwierdza obserwacja kliniczna. Trzeba odróżnić istnienie pewnych faktów od ich tłumaczenia. Faktem jest, że neosalwarsan daje efekt erapeutyczny w zgorzeli górnej, odma zaś w dolnej. Postaci potsocznicowej, o której wspominał kol. Dąbrowski, mówca nie obserwował. Kol. L. nie może zgodzić się z kol. Gluzińskim, że gangrena płuc górnopłat. jest zejściem zapalenia płuc, twierdząc, że, owszem, może ona być sprawą pierwotną, jak również uważa, że zgorzel górnopłat. występuje właśnie u ludzi młodych, nie zaś starych.

Prezes—Br. Sawicki.

Antoni Kaczyński

Zastępca sekretarza dorocznego.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dn. 1 lutego 1927 r.

Przewodniczący—prezes prof. Sawicki.

Obecnych członków T-wa 36, wprowadzonych gości 27.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Kol. Mikułowski Włodzimierz demonstruje dziewczynkę 11 letnią z żółtaczką hemolityczną dziedziczną i głową stożkowatą (oxycephalia). Przedstawia klisze roentgenolog. stwier-

dzając ścięczenie kości czaszki w okolicy byłego ciemniaczka wielkiego i na przestrzeni kości potylicznej i silne uwydatnienie wycisków palczastych i łęków mózgowych głównie na peryferji obrazu. Turricephalji towarzyszy umiarkowany wytrzeszcz gałek z hyperopią. Inteligencja zachowana. Ojciec dziecka chory na żółtaczkę hemolityczną wykazuje również typ głowy stożkowej. Referent wykazuje niezależność tej anomalji od krzywicy a korelację z żółtaczką hemolityczną, na co wielu autorów zwracało uwagę. W literaturze polskiej jest to drugi przypadek stożkowatości głowy w przebiegu żółtaczki hemolitycznej. (streszczenie własne).

III. Kol. Szper Józef. Przypadek słoniowatości kończyny dolnej i narządów płciowych zewnętrznych leczony operacyjnie (sympathectomia perifemoralis, sympathectomia perihypogastrica dextra, sympathectomia periiliaca communis sinistra).

Leczenie chirurgiczne słoniowatości polega na dążeniu do odprowadzenia płynów zastoinowych do tkanek zdrowych. Metoda ta wykonywana bywa w sposób rozmaity. Liczne odmiany tych operacji dają się ująć w 3 zasadnicze typy. Jedna z tych operacji stara się odprowadzić płyny zastoinowe do tkanek zdrowych wyżej leżących; druga — do tkanek zdrowych głębiej leżących; trzecia — do tkanek zdrowych wyżej położonych oraz do kanek w głębi leżących.

Każdy z tych zabiegów, wobec braku leczenia przyczynowego, jest jedynie paljatywem i nie należy od niego więcej oczekiwać. Nie można więc poprzestać na operacji, lecz trzeba prowadzić leczenie w dalszym ciągu. Następcze to leczenie polega na opatrunkach uciskowych, podwieszaniu kończyny, mięsieniu i t. d.

Przypadek mój dotyczy mężczyzny 26 letniego, u którego w wieku 16 lat na skutek niewyjaśnionej przyczyny (ropa była jałowa) zropiały gruczoły pachwinowe prawostronne dolne i górne. W następstwie rozwinęła się słoniowatość kończyny dolnej tejże strony oraz narządów płciowych zewnętrznych.

W lipcu 1921 roku wykonałem operację pierwszego typu (Handley), która nie dała wyraźnego wyniku. Wobec tego we wrześniu tegoż roku wykonałem operację Lanza (typ drugi) z pewną, niewielką odmianą. W literaturze wspomniany jest jedynie 1 przypadek tego rodzaju wykonany przez autora. Wynik był zdumiewająco dobry i przetrwał około 2-ech lat, bez żadnego do datkowego leczenia, poczem powrócił stan poprzedni, względnie nawet pogorszenie. Przypadek ten przedstawiony był w roku 1921 na Zjeździe Chirurgów Polskich w Warszawie (Polski Przegląd Chirurgiczny 1922).

W kwietniu 1924 roku wykonałem sympathectomię okołotętniczą na tętnicy udowej. Myśl tę zaczerpnąłem od Kümmela jun; który wykonał tę operację w podobnym przypadku (szczegółów brak). Wynik tej operacji był nieoczekiwany: kończyna chora poprostu stopniała w ciągu 8 pierwszych dni po operacji. Stan ten utrzymał się bez zmiany do dnia dzisiejszego; fotografie (patrz Polski Przegląd Chirurgiczny 1924) dają obraz kończyny przed operacją. W literaturze dostępnej nie przytoczono ani jednego

przypadku słoniowatości poza wyżej wspomnianym, leczonego drogą sympathectomii. W przypadku Kümmela wyniku oddalonego nie znamy.

W stosunku do narządów płciowych zewnętrznych postąpiłem podobnie w myśl wykonanej przez Leriche'a operacji w przypadku kraurosis vulvae. Mianowicie w lutym 1925 roku wykonałem sympathectomię okołotętniczą. Złuszczyłem błonę naczyniową zewnętrzną z tętnicy biodrowej dośrodkowej po stronie prawej, z tętnicy biodrowej wspólnej po stronie lewej. I tym razem operacja nie zawiódła. Jak widać z fotografii, poprzedzającej oba te zabiegi, z przed 3-ich i 2-ich lat, wyniki zabiegów są znakomite. Nadmieniam, że w literaturze polskiej nie ogłoszono ani jednego przypadku dotyczącego sympathectomji na tętnicach biodrowych.

IV. Kol. Gerner. Przyczynek do patogenyzy choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy (z pokazem przypadku).

Kol. G. przedstawia przypadek wrzodu jelita czczego, powstałego w 2 miesiące po resekcji odźwiernika i zespoleniu według Raychel-Polya.

Operację wykonano z powodu wrzodu dwunastnicy. Prelegent jest zdania, że w danym przypadku mamy do czynienia z niezwykle skłonnością do wytwarzania wrzodów.

Po omówieniu czynników miejscowych i ogólnoustrojowych, które wchodzą w grę przy chorobie wrzodowej, prelegent podaje ostateczne wnioski:

1) W patogenyzie wrzodu zasadniczą rolę grają czynniki nie miejscowe lecz ogólnoustrojowe,

2) Zabiegi operacyjne, chociaż osiągają duży wynik w kierunku uleczenia wrzodu, to jednak w pewnych przypadkach pozostaną bezsilne, chyba że chirurgowie będą usuwali wszystkie wydzielnicze części żołądka.

3) Leczeniem przyszłości jest wzmaganie w ustroju czynników gojących.

Dyskusja:

Kol. Głuziński zwraca uwagę, że istnieje cały szereg podstaw, na jakich mogą się tworzyć wrzody żołądka. Pewne konstytucjonalne objawy pozwalają niekiedy zgóry przypuścić skłonność w tym kierunku (zapadnięta klatka piersiowa, opuszczony żołądek, costa X. fluctuans—t. zw. status Stillrowski). Edward Zieliński wykazał, że przy opadnięciu colon transv. często można stwierdzić obecność wrzodu żołądka. Przedstawiony przypadek jest o tyle ciekawy, że po dokonaniu rezekcji żołądka nie stwierdzono w nim po 6 tyg. obecności woln HCl. Tymczasem, jak wykazuje obserwacja, nadkwaśność po zabiegu utrzymuje się zazwyczaj przez czas b. długi, nawet do kilku lat (Prace D-ra Ryłskiego).

Ulcus jejuni przy alkalicznem oddziaływaniu treści pokarmowej byłby w danym przypadku w swoim rodzaju rara avis.

Kol. Zaorski podkreśla doniosłość dokładnego i precyzyjnego badania roentgenologicznego w związku z rozpoznaniem wrzodów żołądka. Mówca jest pod wrażeniem tego, co widział w klinice chirur. w Gratzu, gdzie dokładność i pew-

ność badań roentgenolog. ma być posunięta do ostatecznej perfekcji. Leczenie wrzodu odbywa się tam pod kontrolą roentgen. Kuracja chorego trwa tak długo, aż bezpowrotnie zaginie charakterystyczna „plamka“ na obrazie roentgenoskopowym, niezależnie od tego, czy objawy kliniczne choroby trwają nadal, czy też już przeminięły. Jeśli po 2—3 miesiącach prześwietlenie w dalszym ciągu stwierdza obecność wrzodu—chory zostaje oddany w ręce chirurga.

Jeśli chodzi o typ zabiegu operacyjnego, to zdania są podzielone. Mówca jest gorącym zwolennikiem operacji polegającej na usunięciu pylorus, antrum p. i zespoleniu kikuta żołądka wprost z dwunastnicą. Przy tym sposobie operacyjnym owrzodzenia jelita z reguły nie występują. Wprawdzie mogą niekiedy powstać owrzodzenia a raczej rany w pierścieniu zespoleniowym, jednakże będą one jedynie następstwem niedostatecznie opanowanej techniki operacyjnej.

Co do przedstawionego przypadku kol. Gerner, zdaniem kol. Zaorskiego, niema dostatecznych danych na to, aby twierdzić, że tu powstał ulcus jejuni na skutek resekcji (brak krwawienia utajonego, bolesność raczej o charakterze nerwowym, zmienność obrazu roentg. i t. p).

Kol. Sawicki zwraca uwagę, że zaciskadło, używane przy resekcjach żołądka może wywołać odleżynę, zwłaszcza u osobników ze zmniejszoną odpornością. W związku z tem powstają niekiedy owrzodzenia w jelicie. Należy podkreślić, że nieraz nawet b. małe owrzodzenia w żołądku mogą mieć dla chorego następstwa fatalne, na dowód czego przytacza przypadek zejścia śmiertelnego wskutek jedynie drobnych exkorjacji, wywołanych przez zakrzepy naczyniowe w ścianie żołądka.

Kol. Gerner. Brak odczynu kwaśnego żołądka w przedstawionym przypadku należy tłumaczyć zaciekaniami treści jelitowej do żołądka. Częściej przeprowadzane badania niewątpliwie pozwoliłyby uchwycić kwas solny w większej ilości.

Cech typu Stillera u danego chorego nie można było stwierdzić. Dyskusja nad przedstawionym przypadkiem skierowana została na omówienie i ocenę różnych metod operacyjnych, gdy tymczasem prelegentowi chodziło głównie o podniesienie zagadnienia samej patogenezy choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.

Prezes: **Br. Sawicki.**
Antoni Kaczyński
Zastępca Sekretarza dorocznego.

POSIEDZENIE KLINICZNE

w dniu 15 lutego 1927 r.

Przewodniczący prezes kol. Sawicki.

Obecnych członków Tow. 38. — wprowadzonych gości 33.

I. Po przeczytaniu, przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

II, Do ksiąźnicy T-wa wpłynęły następujące prace:

1. Dzieci neuropatyczne i psychopatyczne. Higier H. 1926.
2. Polityka ludnościowa Polski, a stan opieki nad macierzyństwem i najpilniejsze w tej dziedzinie potrzeby. Zakrzewski Zygmunt. 1925.
3. Folia Clinica chimica et microscopica. The hydrogenion concentration of the vaginal secretion in newborn and young girls. Zwoliński T. i Ruszkowski R. 1926.
4. W sprawie badań nad żywotnością plemników in vitro. Zwoliński T. 1926.
5. O znaczeniu określania kwaśności krwi w położnictwie. Tenże 1926.
6. W sprawie spermatoksyn. Tenże 1926.
7. W sprawie badań nad kwasotą pochwy kobiecej. Tenże 1926.
8. Przyczynek do krzywej skurczu izotonicznego. Manson Naum 1926.
9. Przyczynek do badań morfologicznych nad miejscowym odczynem anafilaktycznym t. zw. zjawiskiem Arthusa. Brudnoch M. 1926.
10. Leczenie tuberkulicznie chorego. Taikowicz. P. 1926.
11. Kursy przeszkolenia położnych. Zakrzewski Zygm. 1926.
12. Zbornik praći. Rocznik II. Z. I. 1927.

III. Kol. J. Cygielstreich. Przypadek zgorzeli obydwu dolnych płatów płuc, leczony pomyślnie wstrzykiwaniami dożylnymi neosalwarsanu. (pokaz).

Chory otrzymał 3,9 gr. neosalwarsanu w 14 wstrzyknięciach dożylnych w odstępach 3 dniowych (po 0,3), po których gorączka z 39° wróciła do normy, płwocina cuchnąca z 400 — 500 cm. sz. na dobę cofnęła się do 0—1 cm. sz. i przestała być cuchnąca, kaszel zupełnie ustał, włókna sprężyste, b. obfite przed leczeniem, nie dawały się więcej wykryć, łaknienie i sen wróciły; podczas leczenia choremu przybyło 7 kilo.

W płucach, gdzie przed leczeniem wysłuchiwało bardzo liczne rżenia wilgotne od kątów obu łopatek, przyczem po stronie prawej były one grubobańkowe (gotowanie), po stronie lewej średniobańkowe o charakterze dźwięcznym — po leczeniu wysłuchać można było tylko pojedyncze rżenia średniobańkowe od 10 żebra obydwupłuc. Oddech, wyraźnie oskrzelowy od 1/2 obydwu łopatek przed leczeniem, stał się pęcherzykowym i tylko w dolnej części lewego płuca pozostał odcień lekko oskrzelowy.

IV. Kol. K. Dębicki. Przypadek samoistnej zgorzeli kończyn u mężczyzny 27 letniego (pokaz)

Chory przybył na I. oddz. chir. Szp. P. P. (Dr. Jakimiaka) dnia 6. XI. — 1926 r. z objawami zgorzeli prawej kończyny górnej. przed 4 laty wystąpiła zgorzel na lew. kończynie dolnej, z powodu której wykonano odjęcie kończyny poniżej guzowatości piszczelowej. W miesiącach letnich 26 r. wystąpiło drętwienie w prawej górnej kończynie, która stała się znacznie chłodniejszą, niż lewa. W wywiadach chorób wenerycznych, zakaźnych, oraz nadużywania alkoholu i tytoniu niema. Zimą dolegliwości ze strony kończyn nie było. W 1920. r. zimnica.

Po przybyciu na oddział stwierdzono: objawy zgorzelinowe czubków II, III, IV, i V-go palców ręki prawej oraz plamy martwicowe na pierwszych paliczkach II, III, i V-go palców tejże kończyny. Ze strony serca — tony głuchawe. granice zwykłe. Tętno na zdrowej kończynie 100 na min. drobne, na chorej wyczuwalne dopiero pod pachą. Odczyn Wassermana z krwią i płynem mózgo rdz. ujemny. Leukocytoza wielojądrzasta we krwi. Ciśnienie krwi na zdrowej kończynie 13,5/10,5 (Vaquez). Próba Moszkowicza na przedramieniu ujemna. Próba z oscylometrem na chorej kończynie przed i po ciepłej kąpieli wypadła ujemnie.

Rozpoznano zaczopowanie naczyń tętnicznych na nieznanem tle.

Występowanie zgorzeli w związku z zimnicą, lecz wkrótce po przebyciu tej ostatniej, notowali Villet i Hammond. Najczęściej podawane jest tło sercowe, jako powód dla zgorzeli. Według Leriche'a sympatectomia w tych przyp. nie daje żadnych wyników. Embolektomię wykonuje się w pierwszych godzinach po zaczopowaniu. W danym przypadku leczenie konserwatywne. Po oddzieleniu się II i III paliczków I palca zgorzel nie posuwała się dalej. Roentgenogramy wykazują odwapnienie kości palców, śródrezcza i nadgarstka. Według roentgenologów mamy obraz spraw tropho - neurotycznych. Według luźnego przypuszczenia prelegenta w grę wchodzi nadkwasica lokalna, spowodowana niedostatecznym odżywianiem.

W dyskusji kol. J. Szper. zaznacza że w przedstawionym przypadku nie można liczyć na dodatni wynik sympatectomji. Mówca przytacza wywody von Oppela, który w podobnych stanach przypuszcza istnienie hyperadrenalinaemji i proponuje usunięcie części jednego nadnercza. Wykazanie hyperadrenalinaemji, zdaniem mówcy, jest zadaniem trudnem.

Kol. Modrakowski prostuje zdanie przedmówcy, twierdząc, że dziś wykazanie hyperadrenalinaemji należy do zagadnień łatwych.

Kol. Higier wyraża opinię, że w przedstawionym przypadku istnieją wrodzone zmiany konstytucjonalne w układzie naczyniowym. Mówca radzi uciec się do sympatectomji. Za twórcę tej ostatniej metody nie uważa Leriche'a, jak to powszechnie się mniema, lecz mówca przypomina swe prace z przed 20 lat, kiedy to ściśle,

podał wszystkie zasady i wskazania do sympaticectomji, wprowadzając również ten sam termin.

Kol. Dębicki nie uważa za możliwe ustalenie rozpoznania hyperadrenalinaemji przy ciśnieniu, jak w danym przypadku. Sprawa zgorzelinowa zatrzymała się w rozwoju. Sole jodowe dały dobry wynik leczniczy.

V. Kol. M. Wierzuchowski wygłosił odczyt pod tytułem „Studja nad węglowodanową przemianą materji”, w których zebrał swoje badania nad:

1) wpływem insuliny na ciała redukujące, prawidłowo z moczem wydzielane, przyczem wyłonił się wniosek co do przepuszczalności nerki dla cukru gronowego podczas wstrząsu insulinowego,

2) porównawcze badania nad zachowaniem się dwu najważniejszych cukrów — glikozy i fruktozy na gazową przemianę materji u osobnika ludzkiego, przyczem przemiana materji obu tych cukrów została poddana analizie szczegółowej,

2) nad wpływem insuliny na oba te cukry dożylnie podane; z doświadczeń wynikało jasno, że insulina nie działa na lewulozę przy podobnem zestawieniu doświadczenia.

4) Wreszcie nad przetwarzaniem węglowodanów w tłuszcz, wykonane na zwierzęciu szczególnie się do tego celu nadającym, a mianowicie na świni. Autor zanotował najwyższe działanie swoiste, dynamiczne węglowodanów i najwyższe ilorazy oddechowe, jakie kiedykolwiek zostały otrzymane. (streszcz. własne).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Br. Sawicki.**

Sekretarz doroczny
Klemens Gerner.

POSIEDZENIE KLINICZNE

z dn. 22. lutego 1927 r.

Przewodniczący prezes kol. Sawicki

Obecných członków Tow. 41. Wprowadzonych gości 38.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prezes Sawicki oznajmia o VI Zjeździe Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich, który ma się odbyć w Łodzi w d. 24 i 25 kwietnia 1927.

III. Kol. E. Steffen (junior). Niezwykły przypadek chromania przestankowego wraz z uwagami o działaniu środków rozszerzających naczynia (pokaz chorego).

Mówca przedstawia przypadek chromania przestankowego u osobnika 42 letniego, który zgłosił się na oddział D-ra Landau w pół roku po dokonaniu operacji Higier — Lériché'a (sympathectomia periarterialis) na prawej tętnicy udowej. Dolegliwości w związku z chodzeniem, datujące się od 3-ch lat, kolejno obejmowały prawą stopę i podudzie, potem lewą stopę i podudzie,

wreszcie prawe udo, jako neuralgja paraesthetica i okolicę krzyżową. W chwili przybycia na oddział pacjent mógł przejść bez bólów w kończynach zaledwie parę kroków.

Stwierdzono: brak tętna w obu tętnicach grzbietowych stopy, obu piszczelowych tylnych, podkolanowych i udowej prawej przy słabem tętnie tętnicy udowej lewej. (Wyniki na podstawie palpacji i pomiarów aparatem Pachona), znaczne upośledzenie czucia na zewnętrznej pow. prawego uda (zakres n. cut. fem. lat.) oraz znieczulenie zupełne na wewnętrznej pow. pr. podudzia (zakres n. sapheni dextr.). Odruchy wszelkiego rodzaju prawidłowe, WR ujemny, dobra wydolność czynnościowa nerek.

Po zastosowaniu leczenia zachowawczego zastrzykami azotynu sodowego i papaweryny oraz nagrzewań i galwanizacji, uzyskano daleko idącą poprawę, przedewszystkiem podmiotową przy utrzymującym się jednak braku tętna w wymienionych tętnicach.

Mówca podkreśla znaczny, lecz krótko trwały efekt hypotenzyjny po zastrzykiwaniach azotynu sodowego i papaweryny a w ocenie krytycznej przypadku wysuwa:

- 1) znaczną rozległość sprawy chorobowej w naczyniach,
- 2) współistnienie z chromaniem przestankowem
- 3) zwyrodnienie pooperacyjne nerwu odpiszczelowego prawego (n. sapheni).
- 4) poprawę po kuracji konserwatywnej, brak jej po zabiegu Higier — Lériché'a.

Dyskusja:

Kol. Głuziński. Zmianom w naczyniach towarzyszą często zmiany w pniach nerwowych. 35 l. temu G. ogłosił przypadek przebiegający początkowo jako claudicatio intermittens. Ponieważ doszło do amputacji kończyny, zrobiono szereg badań histologicznych i wykazano, że prócz naczyń, głębokim zmianom uległy również i nerwy wskutek bujania łącznotkankowego. Stąd zjawienie się takich objawów, jak rwa kulszowa, znieczulenia, bóle w kończynach i t. p.

Kol. Kopczyński. Uważa za zbyt ryzykowne tłumaczenie objawów parestezji zmianami w korzonkach. Znieczulenia takie należą do zjawisk b. często spotykanych a tłem ich może być uraz.

IV. Kol. Landau A. Dwa przypadki wrzodu przyodźwiernikowego w postaci rzekomowiadowej (pokaz chorego).

W przypadku I-m, spostrzeganym przez prelegenta od 20 lat, sprawa przebiegała w postaci gwałtownych napadów bólu w dołku, wymiotów i zupełnej nietolerancji pokarmów stałych i płynnych. Napady te, łudząco przypominające t. zw. przełomy żołądkowe w władze rdzenia, występowały po wzruszeniu lub po jakimś błędzie dietetycznym co parę miesięcy, trwały po kilka do kikutu dni — w przerwach pacjent uważał się za zupełnie zdrowego i jadał wszystko.

Długoletnia obserwacja chorego, wykluczając zupełnie wszelkie podejrzenie zakażenia kiłowego, pozwoliła ustalić istnienie owrzodzenia części przyodźwiernikowej dwunastnicy, co zostało potwierdzone zarówno przez dokładną roentgenografię przewodu

pokarmowego, jak i przez szczegółowe badanie chemizmu żołądka, kału etc..

W przypadku II-im, znanym prelegentowi blisko od lat 10-ciu, do kilkuletnich, okresowych bólów nocnych w dołku i prawem podżebrzu, wielce zbliżonych do objawów kamicy żółciowej, przyłączyły się napady gwałtownych wymiotów i bólów, jak i w poprzednim wypadku — zupełnie podobne do przełomów wiądowych. I tu również dokładne i wszechstronne, wieloletnie spostrzeganie chorego przy zastosowaniu badań pomocniczych, laboratoryjnych i roentgenografji wykazało owrzodzenie dwunastnicy w pobliżu odźwiernika, przy zupełnym również braku wszelkich danych na istnienie wiądu rdzenia. Stwierdzając, iż w piśmiennictwie światowym ogłoszono dotąd zaledwie 15 przypadków owrzodzeń żołądka i dwunastnicy o tak szczególnym przebiegu, prelegent zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze i na cechy różniczkowe owrzodzeń żołądka i dwunastnicy z jednej strony, schorzeń pęcherzyka oraz zwykłych przełomów żołądkowych, występujących w wiąd rdzenia z drugiej.

Jak podłoże patogeniczne podobnego przebiegu tych spraw uważa prelegent pewne usposobienie neuropatyczne na tle ustrojowego zaburzenia równowagi w zakresie układu wegetywnego (błédnego i współczulnego).

Dyskusja.

Kol. Czarkowski. Wszechstronne i staranne badanie pozwoli łatwo uniknąć błédów przy rozpoznawaniu ulc. ventr.

Mówca zwraca uwagę na złudność okresów zacisza choroby wrzodowej żołądka, w których, przy nieodpowiednim zachowaniu się chorego, względnie wskutek niedopatżenia ze strony opieki mogą zjawić się momenty wprost groźne dla życia. Bywa tak, że kuracja zachowawcza doprowadza sprawę chorobową do stanu zacisza; objawy bólowe i inne ustępują, chory uważa się za zdrowego, opuszcza łóžko, używa ruchu bez ograniczenia poto, aby wkrótce z objawami ostrego peritonitis znaleźć się na stole operacyjnym.

Kol. Cz. przytacza 3 przypadki z własnej praktyki, ilustrujące dosadnie powyższy pogład.

Obok ważności ustalenia ścisłego rozpoznania sprawy chorobowej, nie mniej ważną jest kwestja, kiedy robić operację, a kiedy leczyć zachowawczo. Zdaniem kol. Cz. wskazaniem do interwencji chirurgicznej są objawy bólów otrzewnowych, zaznaczone już przy bardzo lekkim badaniu.

Dowodzą one, że wrzód zbliża się do otrzewnej, że może nastąpić przebicie lub krwotok groźny dla życia. Dla wrzodów dwunastnicy groza przebicia jest szczególnie duża — tu należy jeszcze wcześniej operować. Drugim ważnym objawem są nieznaczne podniesienia się ciepłoty. Odróżnienie wrzodu żołądka od appendicitis nie jest rzeczą łatwą. Roentgenogram w tym względzie często zawodzi. Mówca miał cały szereg przypadków, po usunięciu wyrostka robaczkowego, bóle, uważane za objawy choroby wrzodowej żołądka, ustępowały.

Kol. G l u z i ń s k i. Podkreśla słusność samego tytułu odczytu kol. Landaua, w którym prelegent nie wymienił ściśle umiejscowienia wrzodu, nazywając go „przyodźwiernikowym“. Istotnie bowiem trudno jest nieraz określić, nawet dla chirurga w czasie operacji, czy leży on w żołądku czy w dwunastnicy.

Granicą ma być v. major, której przebieg bywa zmienny: leży ona bądź na żołądku bądź też na dwunastnicy, jak to wykazały doświadczenia mówcy z nastrzykiwaniami tych narządów.

Co do terminu — postać „rzekomowiadowa“ wrzodu, kol. G. uważa go za niesłuszny. Okresowe przełomy w postaci objawów bólowych żołądka, wymiotów, bólów głowy i t. p., należy uważać za napady pochodzenia nerwowego, mające swe źródło w układzie wegetatywnym. Są to jakgdyby wykładniki tego, co nazywamy migreną. Towarzysząca tym sprawom długoletnia hipersekrecja może usposobić organizm do powstania wrzodu żołądka. Zjawienie się jego nie wyklucza dalszego, okresowego następowania objawów przełomowych.

Kol. K r y ń s k i L. uważa, że wskaźnikiem do operacji wrzodu winny być nie objawy wyraźnie zjawiającej się peritonitis, jak chce kol. Czarkowski, lecz nawet występujący peritonismus (objawy bólowe bez objawów zapalnych i t. d.) Okresowy przebieg sprawy chorobowej (co parę miesięcy), pozornie nie groźny, jest również wskazaniem do operacji.

Mówca uważa, że kol. Landau niepotrzebnie wprowadza element wiadowy do spraw, gdzie właściwie, zdaniem mówcy, chodzi jedynie o pewną nadmierną wrażliwość nerwowopsychiczną u osobników ze sfer inteligentnych w przebiegu wrzodu żołądka.

Termin „crisis“ ma 2 znaczenia: „przełom“ lub „napad“. W danym wypadku należy bezwzględnie użyć słowa napad, nie zaś przełom.

Kol. G l u z i ń s k i zauważa, że wyrażenie „postawić djagnozę“ jest nieprawidłowe (germanizm); prościej należy mówić „rozpoznać“.

Kol. T r z c i ń s k i zaznacza, że nie tylko ulcus ventric. ale i owrzodzenia żołądka natury przymiotowej mogą dać napady pseudowiadowe. Na dowód powyższego przytacza ciekawy przypadek przebiegający z objawami crises gastriques, leczony z powodzeniem salwarsanem. Wiadomości, że chory ten nie miał, przypuszczalnie jednak mógł mieć kilak żołądka.

Kol. L a n d a u w odpowiedzi podaje, że termin wrzodu „rzekomowiadowego“ jest podany w 15 odnośnych przypadkach piśmiennictwa europejskiego, to też prelegent użył go w tym samym brzmieniu. Termin „przełom“ przyszedł z nauki o przełomach anafilaktycznych, jest on równoznaczny z terminem „crise“, i zdaniem kol. L. słuszny.

Minimalne podrażnienia otrzewny w postaci defense nie mogą być wskazaniem do zabiegu operacyjnego, jak chcą inni mówcy, gdyż właściwie w każdym bodaj przypadku musielibyśmy operować. Natomiast nieustępowanie objawów i częste nawroty są wskazaniem do zabiegu. Trzeba jednak powiedzieć, że niestety wyniki operacji są naogół nie zachęcające.

W odpowiedzi kol. Gluzińskiemu L. zaznacza, że trudno jest mieć pewność co do tego, czy naprzód zjawiają się przełomy, a w następstwie dopiero powstaje wrzód; również jest kwestją, czy źródłem przełomu jest zawsze podłoże neuropatyczne.

Odpowiadając kol. Trzcińskiemu L. uważa, iż w przypadku przytoczonym poprawa od salwarsanu nie może dowodzić istnienia wrzodu resp. kilaka. Należałoby zbadać przypadek roentgenologiczne, jakoteż zapoznać się z chemizmem żołądka. Rozp. ex juvantibus w danym przypadku, zdaniem mówcy, nie jest słuszne.

Prezes: **Br. Sawicki.**
Zastępca Sekretarza dorocznego.
Antoni Kaczyński,

POSIEDZENIE KLINICZNE

z d. 1 marca 1927 r.

Przewodniczący—prezes kol. Sawicki.

Obecnych członków Tow. — 52.

Wprowadzonych gości — 53.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes, kol. Sawicki oznajmia, iż w związku z mającym się odbyć zjazdem lekarzy słowiańskich, zostają zorganizowane dla kolegów 20 dniowe kursa języków obcych.

III. Kol. Godlewski przedstawia 4 przypadki twardzieli z kliniki laryngologicznej U. W. W przypadku I. zmiany dotyczyły głównie nosa i gardzieli w II. wyraźne zmiany w nosie i w krtani, w gardzieli początkowe, w III. okres zmian twardzielowych daleko posuniętych w całym górnym odcinku dróg oddechowych z zupełnym zarośnięciem jamy nosowo-gardzielowej. W IV zmiany charakterystyczne w nosie, krtani i tchawicy. Rozpoznanie we wszystkich tych przypadkach trudności nie nastęcza i jako cechy różniczkowe od innych spraw przewlekłych prelegent podkreśla:

1) Charakterystyczne umiejscowienie zmian, obejmujące wyłącznie górny odcinek dróg oddechowych.

2) Przewlekły charakter cierpienia.

3) Zmiany występują symetrycznie.

4) Przebieg zupełnie bezbolesny.

5) Badania pomocnicze a) odczyn Bordet-Gengou ze szczepami twardzieli u wszystkich dodatni b) posiew z krwi na agarze dał charakterystyczne kolonie pałeczek Fritscha.

6) Pomocniczą rolę w rozpoznaniu odgrywa miejsce pochodzenia chorego. Wszyscy demonstrowani pacjenci pochodzili z miejsc, w których twardziel panuje endemicznie.

Co do leczenia, to w klinice stosuje się nasświetlanie promie-

niami Roentgena, tracheoskopja i w przypadkach dużej duszności krtaniowej tracheotomia, jako zabieg ratujący życie chorego.

Prelegent podkreśla, że naświetlanie powinno być zawsze stosowane na cały górny odcinek dróg oddechowych, bo, jak poucza doświadczenie kliniczne, zmiany twardzielowe obejmują zawsze cały górny odcinek dróg oddechowych, chociaż w niektórych narządach mogą być zaznaczone b. dyskretnie.

IV. Kol. Jarkowski Jan wygłosił odczyt p. t. „O obawach chorobowych i ich zwalczaniu”.

Niezliczone odmiany obaw chorobowych (fobij) składają się na jedną formę chorobową, charakteryzującą się następującymi cechami: wyobrażenie natrętne, pozbawione zdaniem chorego sensu, wywołuje w nim stan lęku nie do zniesienia, przeciwko któremu chory walczy za pomocą rytuału czynów obronnych, coraz bardziej skomplikowanych i uniemożliwiających choremu życie normalne.

Ustawianie fobij pod wpływem silnych wzruszeń, większa wybujałość cierpienia u ludzi zamożnych i beczynnych, wreszcie fakt, że wiele osób mających wyraźną skłonność do fobij niemniej pędzi życie czynne, wszystkie te względy stawiają przed lekarzem zadanie wciągnięcia chorego do życia normalnego, pomimo cierpienia, przez co obawy chorobowe stają się mniej dokuczliwe, ewentualnie nawet całkowicie ustają.

Cel ten w wielu przypadkach, zwłaszcza wczesnych, daje się osiągnąć przez tłumaczenie choremu jego błędnej oceny wrażeń, przez zmuszanie go do znoszenia lęku bez uciekania się do czynności obronnych, wreszcie przez zwalczanie jego egocentryzmu i wzmaganie zainteresowania życiem zewnętrznym.

Dyskusja.

Kol. Bornstajn, polemizując z mówcą uważa przedewszystkiem, iż odpowiednikiem dla pojęcia, fobia jest termin „lęk” nie zaś „obawa”. Obawa (Furcht., Angst) jest zawsze przed czemś, lęk zaś może być zupełnie nieokreślony. Mówca nie może się zgodzić z mówcą w kwestji mechanizmu powstawania fobij. Uważa, iż stany lękowe są wynikiem pewnego konfliktu, zachodzącego pomiędzy silną podświadomością (podświadomą wolą, czy popodwołą) dążącą do świadomego uprzytomnienia, i słabszym od niej „Ja”, nie mogącym się jej przeciwstawić.

Pewne stany fizyczne, jak zamieranie, złe samopoczucie, bicie serca itp, muszą być uważane, według mówcy, za sprawę wtórną, nigdy zaś pierwotną.

Stany lękowe rozwijają się zatem, nie na terenie świadomości, ale wprost przeciwnie, źródło ich leży w nieświadomości. Chorzy, podlegający tym stanom, nie wiedzą właściwie czego się lękają i z czasem dopiero niejako dorabiają sobie przedmiot lęku. Działanie w tym wypadku przy pomocy czystej sugestji może dać coprawda chwilową poprawę, jednakże jądra sprawy nie usunie i będzie surogatem leczenia, Cóż więc czynić należy? Oto trzeba uświadomić choremu to, co go nęka, trzeba wyprowadzić

na światło dzienne rzeczy, które warunkują ów lęk, aby przestały być czynne.

Drogą, ku temu wiodącą jest metodyczne posiłkowanie się psychoanalizą. Mówca omawia obszernie 2 ciężkie przypadki fobii z własnej praktyki, wyleczone całkowicie tą właśnie metodą.

Kol. Pręgowski uważa hipotezę kol. preleg., dotyczącą powstawania fobii za nader interesującą i wielce prawdopodobną. Co się tyczy teorii, poruszonej przez kol. Bornsteina, to jest to znana teoria Freunda, obfitująca, jak wiadomo, w nader liczne przypuszczenia i hipotezy. Krytyczna ocena obu tych teorii wypada zdaniem mówcy, na korzyść prelegenta. Jeżeli zaś chodzi o terapię, należy przyznać, że zarówno jedna, jak i druga metoda mogą dać dobry rezultat w zależności od natężenia danego stanu chorobowego. W b. ciężkich przypadkach metoda sugestji może nie byłaby tak skuteczną, jak freudyzm.

Kol. Skłodowski podkreśla, że bardzo podobnego poglądu, jaki usłyszano z ust prelegenta, bronił wytrwale niezapomniany nauczyciel mówcy Teodor Dunin, nie psychiatra i nie neurolog, lecz doskonały obserwator i wzorowy lekarz, który zawsze, w najszerszej mierze uwzględniał nie tylko fizyczne braki pacjentów, lecz i stan ich psychiczny. W odczycie klinicznym p. t. „Zasady leczenia neurastenji i hysterji”, wydanym w r. 1901, kładzie on wielki nacisk na wychowawczą stronę leczenia, na otwartą walkę z przesadną obawą i troską neurasteników o zdrowie, z wybujałym ich egoizmem i częstą skłonnością do próżniactwa. Radzi posiłkować się w tym względzie zarówno rozumną perswazją, jak i działaniem na ambicję pacjentów, niekiedy zaś, o ile lekarz zdołał sobie wyrobić wpływ dostateczny na chorego — wprost nakazem.

Zapewne, że istnieją przypadki fobii b. ciężkie i uparte, które wogóle nie poddają się leczeniu, albo też wymagają szczególnych metod psychoterapeutycznych; w lżejszych jednak, którym prelegent specjalnie poświęcił swoją uwagę, decyduje o wszystkim wpływ i autorytet lekarza, niezależnie od metody przez niego użytej. Nie każdy lekarz, choćby najzdolniejszy neurolog, lub psychiatra, i nie na każdego pacjenta, wpływ taki wyrobić sobie potrafi; o ile jednak go zdobędzie, tem lepiej, im metoda przez niego użyta będzie prostsza. Szybkie nieraz wyniki, otrzymywane przez preleg., podobnie jak te, które podaje Dunin, a które zapewne każdy doświadczony lekarz spostrzegał w swej praktyce, w porównaniu z bardzo powolnymi wynikami osiąganymi przez kol. Bornsteina, przemawiają raczej przeciwko psychoanalizie, a przynajmniej przeciwko jej powszechnemu stosowaniu.

Kol. Trzciniński nawiązując do przykładów fobii, przytoczonych przez prelegenta, dochodzi do wniosku, iż istnieją 2 kategorie tego rodzaju chorych: jedna-to psychopaci, druga zaś to ludzie o niestałej równowadze psychicznej. Pierwsi z nich, cierpiąc na uczucie lęku, starają się go za wszelką cenę uzasadnić, są ofiarą urojonych, nieraz śmiesznych obaw i zasługują na miano degeneratów psychicznych.

Drudzy popadają w b. ciężką fobję pod wpływem drobnych

nieraz czynników zewnętrznych, chwilowego niepowodzenia, złego samopoczucia itp. Są to ludzie, którzy tracą wolę, energję, męskość a czasem nawet kończą samobójstwem. Leczenie tej kategorii chorych napotyka nieraz na niczem nieprzewyciężone trudności.

Kol. Jarkowski podkreśla w odpowiedzi, że nie chodziło mu bynajmniej o zwalczanie fobij drogą stosowania sugestji (fobików prelegent nie utożsamia z histerykami). Idzie o to, aby wprowadzić do tych spraw pewien rodzaj pedagogiki. Musimy postępować z fobikiem, jak z dzieckiem, którego wybryki odpowiednio normujemy; przeciwstawiamy mu więc pewne czynności, płynące z życia normalnego. Nie tyle winno nam chodzić o uleczenie z fobji, ile o to, aby chory tego rodzaju żył względnie normalnem życiem i fobję swą znosił.

Prelegent jest zdania, iż pewne odchylenia od normy w dziedzinie psychicznej nie przeszkadzają bynajmniej prowadzić, przy pomocy woli, życia przeciętnie normalnego. Wszak niemal każdy z nas ma pewną aberację, a jednak pracuje i żyje, jak tyłu innych. Powstaje tylko kwestja w jaki sposób tę wolę pobudzić. Należy uciekać się do czynników uczuciowych, wzruszeniowych itd., wciągając i nakłaniając chorego do życia czynnego, normalnego, przyczem nie zrażać się chwilowem niepowodzeniem i mieć głęboką wiarę w to, że takie narzucania choremu pewnych postulatów jest dlań właśnie jedynie zbawienne. Miłą niespodzianką dla prelegenta było usłyszeć z ust kol. Skłodowskiego, że podobne poglądy wygłaszał już dawniej Dr. Teodor Dunin.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Br. Sawicki.**

Zastępca sekretarza dorocznego.

Antoni Kaczyński

POSIEDZENIE KLINICZNE

w d. 15 marca 27 r.

Przewodniczący—prezes kol. Sawicki.

Obecnych członk. Tow. — 35. Wprowadzonych gości — 49.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił obecnych o zaproszeniu Dyrekcji Źródeł Vittel na Kongres, zwołany na d. 5 — 6 czerwca b. r. do Vittel, poświęcony sprawom artretyzmu.

III. Kol. Kazimierz Zieliński pokazał dwa kamienie żółciowe, jeden wagi 12,8 grm., o obwodzie 10,2 i 8,7 ctm. drugi wagi 12,1, o obwodzie 9 i 9,8 cm. — Kamienie te, pochodzące od chorej Mal., 55 lat mającej, wywołały zaciśnięcie światła kieszek cienkich, powyżej zastawki Bauhin'a na 70 ctm. i doprowadziły chorą do zejścia śmiertelnego, pomimo szczęśliwie dokonanej

operacji w 8 dniu choroby. — Kamienie te znalazły się w kiszce cienkiej po wytworzeniu przez siebie otworu w pęcherzyku żółciowym i dwunastnicy. — Trzeci kamień, mniejszy nieco, znaleziono w ograniczonym ropniu wątrobowym, gdzie się on również znalazł, torując sobie drogę bezpośrednio z pęcherzyka do wątroby. Pomimo tak rozległych zmian chora Mal., wieloródka, nigdy dłuższej kuracji nie przechodziła, nigdy żółtaczką nie miała i tylko okresowo cierpiała na objawy kolki wątrobowej. Po przejściu okresu obostrzenia bólów, powracała do swych zwykłych zajęć domowych.

Kol. Zawadzki Józef, który chorą tę operował, podaje garść szczegółów, dotyczących okresu przed i pooperacyjnego. Chora przybyła do szpitala w stanie ciężkim. Sinica, brzuch wzdęty, tętno 130. Po lewatywach brzuch spadł, sinica jednak trwała, tętno było nadal liche. Zrobiono upust krwi (200 cm.), do żyły wiano roztwór cukru gronow. Stan był beznadziejny. Wobec tego, że chora miała kamieć, nasuwała się możliwość zatkania kamieniami kiszek. Operacja pod znieczuleniem łądzwiowem: кишки czerwone, wzdęte, objawy zapalenia otrzewnej. W odległości 70 cm. od jelita ślepego udało się wymacać dwa ciała obce. Próby ich przesunięcia były bezskuteczne. Należało zrobić cięcie zewnątrz i założyć sączki. Stan bezpośrednio po operacji — ciężki. Wlewania cukru — bezskuteczne. W 13 g. po operacji chora zmarła z objawami zatrucia.

Przypadek powyższy nasunął mówcy następujące uwagi. Sekcja niejednokrotnie wykazuje zespolenie pęcherzyka żółciowego z dwunastnicą; w innych przypadkach znajdujemy owrzodzenie na bł. śluz. pęcherzyka drążące do dwunastnicy (jak w danym przypadku). Wędrowka kamieni może dochodzić do coecum. Przebiecia z pęcherzyka do poprzecznicy należą do rzadkich, najrzadsze są między pęcherzykiem i żołądkiem. Różnice zapatrywań internisty i chirurga co do postępowania przy kamicy żółciow. nie powinny iść za daleko. Zdaniem mówcy nawet w tych przypadkach kamicy, które nie dają widocznie ciężkich objawów, operacja wczesna jest wskazana.

IV. A. Landau i Fejgin M. „O zatruciu sublimatem i sublimatowem zapaleniu nerek.“

W wyniku kilkoletniego dokładnego spostrzegania przypadków ostrego zatrucia sublimatem udało się ustalić szereg szczegółów, dotyczących przebiegu klinicznego i leczenia.

W przebiegu, szczególnie cięższych przypadków, wyodrębnić można 4 okresy.

I-y, czyli wstępny, od chwili zatrucia do wystąpienia bezmoczności, kiedy dominują objawy podrażnienia śluzówki jamy ustnej, przełyku i żołądka, z którymi bezpośrednio zetknęła się trucizna; II-gi czyli okres bezmoczności, trwa zwykle od końca I-szej wzgl. początku II-jej doby w ciągu 1, 2, 3, do 7-u dni. III-ci okres, czyli okres względnej poprawy, rozpoczyna się z wznowieniem diurezy i stanowi krótkotrwałe przejście do okresu IV-go

czyli toksycznego rozkładu białka ustrojowego. Stwierdza się wtedy gwałtowny wzrost azocyjy i wydajności azotu niebiałkowego w moczu, pomimo ściśle bezbiałkowej diety, oraz znaczne pogorszenie stanu ogólnego przy wysokim naogół poziomie diurezy i objawach znacznego uszkodzenia czynności nerek. W okresie tym spostrzegano również w dwóch przypadkach wystąpienie skazy krwotocznej, jako powikłania, z tych w I-ym w związku z poronieniem i stanem zapalnym przypadków. Okres IV-ty jest krytyczny w przebiegu całej sprawy i w przypadkach pomysłnych następuje po nim okres V-ej ostatecznej poprawy.

Dzięki stosowaniu dużych dawek bizmutu doustnie, uzyskano wyniki leczenia stos. pomyslniejsze, najprawdopodobniej dlatego, iż udawało się w ten sposób zapobiegać wytwarzaniu się wrzodziejących powierzchni na śluzówce jelita grubego, związanych ztem męczących biegunek i zakażeń wtórnych, które niewątpliwie przyczyniają się do pogorszenia rokowania w tych przypadkach.

Dyskusja.

Kol- Mutermilch Stan.

W ostrem zatruciu sublimatem mamy do czynienia z cierpieniem nerek szczególnego rodzaju, nefrozą sui generis. Obrzęków naogół nie spostrzegamy. W moczu ilość białka niezbyt duża, krwi nie znajdujemy; w osadzie pod mikroskopem widzimy prócz nielicznych wałeczków i leukocytów głównie duże ilości złuszczonego nabłonków nerkowych w stanie rozpadu. W pierwszym okresie następuje zatrucie sublimatem komórek ustroju: ten też okres winien być uważany za istotnie toksyczny. W dążeniu ustroju do wydalenia sublimatu następuje między innymi zatrucie komórek nabłonkowych kanalików nerkowych, ich jakby zablokowanie. Ta okoliczność jest główną przyczyną bezmoczności, który jest objawem dominującym w pierwszym okresie toksycznym. Azotemja to drugi stały objaw w zatruciu sublimatowym, spostrzegany nie tylko w czasie bezmoczności, lecz również i później, niekiedy nawet przy dość znacznej ilości wydalanego moczu. Azotemja wywołana jest bez wątpienia przede wszystkim przez zatrucie komórek kanalików nerkowych; dalej czynnikiem ważnym jest mechaniczne zaczopowanie kanalików przez obficie łuszczące się komórki nabłonkowe. M. sądzi, że ważną rolę gra tu jeszcze trzeci czynnik, analogiczny do tego, co spostrzegamy w przypadkach przerostu sterczu: w tym ostatnim cierpieniu pomimo dostatecznej ilości wydalanego moczu zachodzi nieraz dość wybitna azotemia, którą tłumaczyć należy w ten sposób, że wskutek niezupełnego opróżnienia dróg moczowych i zalegania w nich moczu powstaje na drodze odruchowej niewydolność komórek nerkowych. Ten sam czynnik, to jest, niedostateczne opróżnianie pewnych odcinków nerek w zatruciu sublimatowym gra bez wątpienia również ważną rolę w patogenezie powstawania azotemii.

Co się tyczy kwestji, czy w późniejszym okresie w przypad-

kach zatrucia sublimatowego istotnie zachodzi wzmożony rozpad toksyczny białka ustrojowego, to zdaniem M., o ile by istotnie tak było, to należałoby spodziewać się wskutek zwiększonego wytwarzania kwasów aminowych, zmienionego stosunku azotu mocznika do azotu całkowitego we krwi; tymczasem zgodnie z badaniami autorów francuskich stosunek ilościowy azotu mocznika (określonego metodą xanthydrolową) do azotu całkowitego w zatruciach sublimatowych jest taki sam, jak w zwykłych mocznicach azotemicznych: mianowicie azot mocznika wynosi 80 — 90% całkowitego azotu niebiałkowego (normalnie u osobników zdrowych około 64%).

Co się tyczy spadku wagi ciała w zatruciu sublimatowym w późniejszym okresie, to czynnikiem głównym jest tu wydalanie z moczem wody, która uległa zatrzymaniu w ustroju w okresie bezmoczny.

Kol - Zieliński Kaz. powołując się na ogłoszoną przez siebie notatkę leczniczą w Gazecie Lekarskiej (R. 1925), w której opisał szereg przypadków zatrucia kwasami i ługami, leczonych przez siebie od lat 20 solami bismutowymi, z wyłączeniem przypadków zatrucia sublimatem. Od czasu ogłoszenia pracy Landaua stosuje i w tych przypadkach bismut i zauważył dodatnie w tych razach, jego działanie.

W odpowiedzi Sekretarzowi Stałemu nie podziela jego obaw co do zatrucia bismutem, bo sole te, osobliwie węglan bismutu, lub nawet czysty, niesfałszowany podsaetrzan bismutu, w ciągu b. długiego czasu podawane, naprzykład podczas leczenia wrzodu, okrągłego żołądka, przechodzą w kiszki pod wpływem H_2S w nierozpuszczalny związek siarczku bismutu i żadnych objawów zatrucia nie wywołują.

Kol. Skłodowski. Podziela w zupełności zdanie, że w zatruciu sublimatem azotem nie daje się całkowicie objaśnić bezmoczem, ani też upośledzeniem czynności eliminacyjnej nerek, lecz zależy w dużej mierze od wzmożonego rozpadu tkanek. Pogląd ten wypowiedziałem już przed 9 laty na podstawie szczegółowej analizy przypadku, który, choć zkaład ciężki, przebiegał jednak bez anurji (Gazeta Lekarska, 1918, Nr. 43). Broniłem ten pogląd też później parokrotnie przeciwko kol. Mutermilchowi na naszych posiedzeniach szpitalnych. Nie został on jednak przez dzisiejszych prelegentów uwzględniony.

Mogę również potwierdzić, na podstawie kilkunastu dokładnych obserwacji, zdanie prelegentów, że objawy ze strony żołądka i kizek w zatruciu sublimatem nie dosięgają zwykle wysokiego stopnia. Lecz właśnie z tego powodu nie jestem tak mocno przekonany, jak oni, o decydującym wpływie uszkodzeń żołądkowo kizkowych na rokowanie. — W przypadkach śmiertelnych widuje się wprawdzie niekiedy znaczne owrzodzenia, nie sędzę jednak, ażeby stosunkowo niewielkie dawki bizmutu, zalecane przez prelegentów, mogły w sposób czysto mechaniczny wiele dopomóc do ich uniknięcia lub wygojenia.

Proponowany przez prelegentów podział na okresy wydaje mi się zbyt schematyczny. Moich przypadków nie umiałbym do niego przykroić. Zwłaszcza zaś nie trafia mi do przekonania, ażeby jeden z późniejszych okresów nazywać okresem rozpadu białka, ponieważ wzmożony rozpad tkanek rozpoczyna się niewątpliwie od samego początku zatrucia.

Kol. K o p c z y ń s k i jest świeżo pod wrażeniem przypadku śmierci po zatruciu sublimatem. Chora, cierpiąca na psychozę manjakałno-depresyjną, w czasie okresu przygnębienia zażyła sublimatu. Bezmocz trwał 4 dni. Po zastosowaniu 20% glukozy mocz się zjawił. Diureza wzrastała. Stan się poprawił. Tętno 140—130. Zdawało się, że chora została uratowana, atoli na początku 3-go tyg. w czasie badania chora zmarła. Objawów mocznicy nie było, a zatem niewątpliwie mieliśmy do czynienia ze zwyrodnieniem mięśnia serc. Z powyższego widać, że nawet w kilka tygodni po zatruciu sublimatem trzeba być b. ostrożnym w rokowaniu.

Kol. C y t r o n b e r g podkreśla doniosłość faktu, że w przypadkach, które się zakończyły śmiercią, sekcja nie stwierdziła zmian wrzodziejących w jelitach. Niewątpliwie należy to przypisać stosowaniu terapii bizmutowej. Mówca próbuje objaśnić, w jaki sposób Bi zapobiega owrzodzeniom. Rtęć, jak i inne ciężkie metale zostaje wydalona drogą wątroby przez żółć do przewodu pokarmowego. O ile nie stosujemy Bi, następuje powtórne wysysanie się. Bi może tu działać, jako środek pokrywający śluzówkę warstwą nieprzenikliwą dla Hg. Jednocześnie rtęć, która wydzielala by się drogą śluzówki jelit, napotyka przeszkodę w postaci warstwy Bi. Wszystko to razem wzięte zapobiega powstawaniu owrzodzeń.

Kol. F i l i ń s k i zapytuje, czy w przypadkach zatrucia sublimatem, gdy występuje już colitis ulcerosa, należy stosować Bi, czy też nie, mając na uwadze możliwość ewent. przechodzenia Bi do krwi i następowego zatrucia tym metalem.

Kol. G l u z i ń s k i zabiera głos w sprawie działania Bi wogóle. Już w klinice lwowskiej wykazano, że duże dawki bismutu carbon. (50 gr.) chorzy znoszą b. dobrze. Bi wchodzi w połączenia z HCl żołądka, dając chlorek bismutu. Można go było wykazać w moczu i stolcu. Jeżeli jednak słusznym jest pogląd, że Bi działa w sposób ochraniający śluzówkę, nie dopuszczając do owrzodzeń, to należało by go podawać nie per os, ale per rectum. Moznaby w ten sposób stosować w lawatywach duże dawki i dochodzić aż do coecum.

Osobiście mówca uważa, że duże dawki Bi (nawet Bismutum carbon.) nie są dla organizmu rzeczą obojętną. Zwrócił już na to uwagę Popielski, robiąc odnośne doświadczenia na zwierzętach. Niekiedy widywano objawy zatrucia u dzieci, którym do ran na skórze przykładano pastę bizmutową.

Kol. Z i e l i ń s k i K a z. Nie podziela obaw przedmówcy co do możliwości zatrucia przy podawaniu preparatów Bi. Wszak przy

ulcus veneric. stosujemy z powodzeniem duże dawki Bismut. carbon. Nawet bismutum subnitricum nie jest trujące o ile jest preparatem idealnie czystym (t. z. Bismutum carbonicum basicum).

Kol. Landau uważa, iż pewna rozbieżność co do poglądów na przebieg zatrucia sublimat. da się może wytłumaczyć pewną niedokładnością poszczególnych obserwacji. Wbrew powiedzeniu kol. Mutermilcha, mówca nie może zaliczyć sublimatowego schorzenia nerek do rzędu nefroz. Również Vollhardt jest podobnego zdania, uważając tę sprawę za nephritis acuta necrotisans. Mówca nie może się zgodzić na pogląd, że objawy azotemiczne są zależne wyłącznie od zatkania dróg wewnątrznerkowych. Przeczy temu 4-ty okres, gdzie mamy znaczną dziurzę, duże ilości wydzielanego mocznika, pomimo ściśle bezbiałkowej diety. Czynniki retencji posiada niewątpliwie pewną rolę, ale na samym początku sprawy chorobowej.

Nie możemy sobie inaczej wytłumaczyć obecności kolosalnych ilości mocznika w moczu i surowicy w tym właśnie okresie jak tylko przez wzmożony rozpad białka ustrojowego. Rtęć uległa związaniu z białkiem organizmu a obecnie podlega rozpadowi i wydziela się.

W odpowiedzi kol. Skłodowskiemu, L. zaznacza, że wczesne okresy zatrucia mogą istotnie przebiegać bez objawów ze strony jelit. Biegunki ustają w ciągu 24—36 g. po zastosowaniu Bi.

W przypadku kol. Kopczyńskiego, mówca uważa za przyczynę śmierci mocznicę azotemiczną. Myodegeneratio m. cordis było jedynie jej następstwem. Badanie krwi i moczu niewątpliwie potwierdziło by ten pogląd.

Co robić w przypadku, gdy mamy do czynienia z colitis ulcerosa? I tu na pierwszym planie należy postawić leczenie bizmutowe, dbając jednocześnie o stronę dietetyczną, pobudzanie akcji serca i t. d. Niestety jest to okres w którym przypadek należy uważać za stracony, Co do kwestji jak podawać Bi, per os czy per rectum, to mówca uważa, że należy wybierać to, co najprostsze.

Jeżeli możemy osiągnąć efekt jednaki, to stosujemy per os. oszczędzając w ten sposób jelita i zostawiając odbytnicę dla innych zabiegów leczniczych. Kwestja dawek przedstawia się następnym: 6 — 10 gr. bism. carbon. i bism. subnitric. ana, z tego 6 gr. p. d. w postaci 4 proszków. Tak postępujemy w samym początku terapii, celem nie dopuszczenia do powstania colitis ulcerosa. W razie wystąpienia objawów zaparcia stolca—stosujemy Rheum, bądź też inne środki czyszczące.

Należy usilnie ostrzec przed stosowaniem w przypadkach zatrucia sublimatem, wstrzykiwań bismutowych, gdyż Bi w tej postaci działa odmiennie i wręcz szkodliwie, dając stomatitis.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Br. Sawicki.**

Zastępca sekretarza dorocznego. **Antoni Kaczyński**

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 22 marca 1927 r.

Przewodniczący prezes kol. Sawicki.

Obecnych członków T-wa 30 — wprowadzonych gości 28.

- I. Po odczytaniu przyjęto prot. pos. z dn. 15 marca 1927. r.
- II. Do księżnicy T-wa wpłynęły:
 1. 52 prace D-ra Stefana Mutermilcha z Paryża.
 2. 15 prac D-ra Ciechomskiego.
 3. Historia wojskowej służby zdrowia. Dr. L. Zembrzuski 1927.
 4. Gruźlica t. zw. chirurgiczna. Dr. J. Zaorski 1927.
 5. Ueber die Besredkasche Tuberculosereaktion bei Kindern. Dr. Wł. Mikułowski 1927.
 6. 12 prac D-ra Gustawa Szulca.
 7. Fukuoka — Ikwadaigaku - Zasseki. Fukuoka acta medica T. XX. Nr. 1. 1927.

III. Koledzy Filiński W. Grodzki Z. i Mąka Z. Spostrzeżenia nad zatruciem zawodowym nitrowymi związkami aromatycznymi.

Objawy ostrego zatrucia nitrowymi związkami aromatycznymi polegają na omdleniu a nawet utracie przytomności, na sinicy, duszności i osłabionej czynności serca. Ostre zatrucie spostrzegali autorowie w trzech przypadkach, które nam wyjaśniają pochodzenie każdego objawu. Sinica uzależniona jest od zabarwienia krwi, utracającej zdolność wiązania tlenu. Methemoglobiny autorowie nie znaleźli; być może, że przeszła ona już powrotem w hemoglobinę.

Przy dłuższem działaniu na ustrój, nitrowe połączenia aromatyczne powodują znaczną niedokrwistość, a niekiedy i żółtaczkę. Spostrzeżone były już dawniej przypadki zaniku wątroby.

Żółtaczka w zatruciach nitropochodnemi toluolu jest uzależniona z jednej strony od rozpadu krwi, co daje nadmierną ilość materiału dla wytwarzania bilirubiny, a z drugiej strony od zmian zachodzących w samej wątrobie. Żółtaczkę tego rodzaju nazywa się icterus haemato -- hepatogenes.

Przewlekłych zatruc spostrzegano piętnaście przypadków, w których stwierdzono wszędzie niedokrwistość.

W moczu znajdowano nitrowe połączenia toluolu, za pomocą odczynu Webstera. Zapobieganie zatruciu polega na uwzględnieniu dróg przenikania związków nitrowych do ustroju i usposobienia osobniczego ludzi. Najważniejszą drogą dla przenikania do ustroju nitrowych połączeń aromatycznych są, według autorów, narządy oddechowe i dlatego ważną rolę w zapobieganiu odgrywa dobre przewietrzanie miejsc pracy.

Kobiety, a zwłaszcza w czasie miesiączek, są szczególnie usposobione do zatruc. Wybitną rolę w zatruciu odgrywa też używanie alkoholu.

Leczenie w ostrych przypadkach powinno być objawowe a w przewlekłych należy chorych usunąć od pracy.

W dyskusji kol. Fegler — Trzy ostre przypadki, o których wspominał prelegent, były następstwem pracy z surowcem zanieczyszczonym dwunitrobenzolem i dwunitrotoluolem. Te dwa związki są nadzwyczaj trujące, w przeciwieństwie do trotylu, który jest słabo trujący i wywołuje zatrucia przewlekłe. Zakłady amunicyjne nie mają wpływu na jakość surowca. Ze zdaniem prelegenta co do dróg przenikania trotylu do ustroju, mówca się nie zgadza, twierdząc, że najważniejszą drogą jest skóra, a dalej przewód pokarmowy. Uszkodzenia wątroby nie zawsze są połączone z plejochromją, gdyż w doświadczeniach na zwierzętach żółtaczką nie występowała, mimo że wątroba uległa ostremu żółtemu zanikowi. Co do robotników, zjawiających się do pracy po wypiciu wódki, — alkohol pobudza oddychanie wewnątrzkomórkowe, co ułatwia redukcję i odbieranie tlenu od związków nitrowych. Co do leczenia — chinina powinna oddziaływać dobrze na zatrucia, gdyż powoduje obniżenie procesów oksydacyjnych komórki, co ze swej strony hamuje przechodzenie nierozpuszczalnych nitrozwiązków w rozpuszczalne aminozwiązki.

Co do methemoglobinemji to ta występuje po zatruciu dwunitrobenzolem i dwunitrotoluolem, nie zaś po trotylu.

Kol. Sterling Okuniewski. W przypadkach, omawianych przez prelegenta, nie chodzi o policholję, lecz o polichromję, która powstała z powodu rozpadu krwinek i z wtórnych zaburzeń w wątrobie; a więc żółtaczką jest hemolityczną.

Kol. Głuziński przytacza ze swej praktyki dwa przypadki, powstałe z zatrucia zanieczyszczoną benzyną. Chodziło w tych przypadkach o częste pranie benzyną rękawiczek. Dłonie dwóch pacjentek były żółte.

Kol. Filiński kładzie nacisk na fakt, że kobiety łatwiej ulegają zatruciu. Opierając się na analizie wyników badania krwi (wyraźna anemia) w trzech ostrych przypadkach, prelegent jest zdania, że należy je interpretować, jako ostry epizod chronicznego zatrucia.

W dyskusji zabierali głos jeszcze kol. Sawicki i kol. Fegler (po raz drugi).

IV. Kol. Stefan Sterling-Okuniewski. O rozszerzeniu tętnicy głównej.

Autor stwierdził podczas badania większego materiału, w ciągu ostatnich paru lat, iż często występuje szmer skurczowy, rzadziej rozkurczowy lub obydwa razem na tętnicy głównej bez możliwości wykazania zwężenia ujścia tętniczego lewego lub niedomykalności zastawek tętnicy, a także bez dających się uchwycić przyczyn tego stanu ze strony aorty.

Prelegent zastanawia się nad wszelkimi sprawami, prowadzącymi do rozszerzenia tętnicy głównej, a więc nad zmianami pod wpływem przebycia ostrej choroby zakaźnej, kiły (omawia szeroko referaty niemieckich badaczy w tej sprawie na ostatnim zjeździe rentgenologów), oraz miażdżycy, przyczem demonstruje trzy przypadki tętniaków u kobiet, pochodzenia przypuszczalnie niekiłowego (panny, brak obarczenia dziedzicznego, Wass. uje-

mny, w jednym przypadku leczenie swoiste bez żadnego wyniku dodatniego). Następnie przechodzi prelegent do szczegółowego omówienia, dokładnie przez 2 lata zgórą postrzeżanego przez siebie materiału (ogółem 51 przyp., w tem 12 mężczyzn, 39 kobiet), w wieku od lat 22 do 50. Na kilkunastu przeżroczach pokazuje najbardziej charakterystyczne zmiany, które niekiedy występują rodzinnie (trzy siostry, dwie siostry). Na załączonych tablicach prelegent udowadnia, iż bez zależności od wieku może być przy małym ciśnieniu tętniczym znacznie rozszerzona tętnica główna, jak również duże ciśnienie z dużą aortą może występować u osobników zupełnie młodych (w wieku lat 22 — 24). Znacznie częstsze występowanie, a przynajmniej spostrzeżenie przez lekarza zjawiska rozszerzonej tętnicy głównej u kobiet, tłumaczy prelegent okresem przekwitania kobiety, w którym zazwyczaj ciśnienie krwi, jak to już wykazały poprzednie spostrzeżenia Pawińskiego, ulega wzmożeniu. Okres przekwitania u mężczyzn występuje naogół później, często przedtem już zjawiają się pewne objawy miażdżycy naczyń, u kobiet natomiast okres przekwitania stanowi czynnik pierwszorzędnej doniosłości, przyczem najprawdopodobniej w wielu przypadkach niezbędne jest tło, na którym odbywa się sprawa chorobowa, a tłem tem niewątpliwie najczęstszym jest dna: zmieniona tętnica główna pod wpływem dodatkowego jeszcze czynnika, jakim jest zanikanie miesiączkowania, nabiera cech chorobowych, uwidoczniionych na demonstrowanych rentgenogramach.

Następnie referent zastanawia się nad przyczynami niskiego lub wysokiego ciśnienia i stawia je w pewną zależność od normalnych typów ciśnienia tętniczego w myśl podziału Luisady.

Wyniki swych badań prelegent streszcza w sposób następujący:

1. Schorzenie tętnicy głównej, zwłaszcza jej rozszerzenie jest zjawiskiem znacznie częstszym, niż się to naogół przyjmuje zwłaszcza u płci żeńskiej w okresie przekwitania. Według przybliżonych obliczeń chorobowe rozszerzenie aorty występuje w około 4—5% ogólnej liczby chorych.

2. Do ogólnie znanych przyczyn etjologicznych, jak kiła i miażdżycy, zaliczyć należy szereg innych czynników, jak przebycie ostrych chorób zakaźnych, dna, okres przekwitania u kobiet, cierpienia tarczycy (choroba Basedowa).

3. Zmiany przedmiotowe mogą niekiedy występować bez objawów przedmiotowych lub te ostatnie mogą być nieznaczne; również dowody przedmiotowe, uzyskiwane drogą zwykłych badań (wypuk tętnicy, wysłuch tonów serca i aorty) mogą być tak nikłe, iż jedynie drogą dokładnego zbadania rentgenologicznego tętnicy głównej, można wykazać istotne zmiany chorobowe naczynia. To też nigdy nie należy pominąć tego doniosłego środka pomocniczego nie tylko w razach, gdy przedmiotowo żadnych zmian nie udaje się wykryć, subiektywne zaś skargi chorego każdą domyślać się tego cierpienia, ale nawet w przypadkach całkiem jasnych, gdy nie ma żadnych wątpliwości co do istoty, choroby: prześwietlenie tętnicy głównej wykaże nam dokładnie stopień i charakter uszko-

dzenia. Badanie rentgenologiczne powinno stać się obowiązującym w każdym przypadku podejrzenia lub pewności co do schorzenia tętnicy głównej.

Tętnieniom in jugulo niezawsze towarzyszy rozszerzeniu łuku aorty. Niekiedy nawet przy bardzo znacznem rozszerzeniu tętnicy głównej nie wyczuwa się tętnienia. Zależy ono bowiem: 1. od ciśnienia wogóle, a zwłaszcza od ciśnienia tętna, 2. od konfiguracji ogólnej serca i tętnicy głównej, zwłaszcza od odległości łuku tętnicy od stawu mostkowo-obojczykowego. Przy niskiem ciśnieniu tętniczem i małej fali krwi, tętnienia nie wyczuwa się niekiedy zupełnie, pomimo znacznego rozszerzenia aorty, jak również wtedy, gdy łuk i całe naczynie nie są dostępne dla palca wymacującego. Brak tętnienia nie przemawia więc przeciwko rozszerzeniu aorty.

4. Rozszerzenie częściowe lub całkowite tętnicy głównej niezawsze idzie w parze ze wzmożeniem ciśnienia skurczowego i rozkurczowego oraz ze wzmożonem ciśnieniem tętna. Naogół można odróżnić dwie grupy chorych: w jednej grupie poważne zmiany chorobowe tętnicy występują przy prawie normalnem ciśnieniu, w drugiej — przy silnie zaznaczonem parciu tętniczem. Duże ciśnienie tętna występuje raczej w przypadkach, w których wybitne rozszerzenie aorty doprowadziło do pewnych wtórnych zmian zastawkowych, zwłaszcza do niedomykalności zastawki półksiężycowej (streszcz. wł.).

W dyskusji: kol. Michalski omawia sprawę występowania rozszerz. tętnicy głównej w okresie pokwitania. Mówca uważa, że w omawianych stanach trudno jest uchwycić istotną etiologję wobec wielkiej chwiejności układu wegetatywnego.

Kol. Kochanowski robi zastrzeżenia co do pomiarów t. głównej, wykonywanych w omawianych przez prelegenta przypadkach.

Kol. Trzciniński wypowiada pogląd że rozszerzenie t. głównej u młodego osobnika zawsze jest patognomoniczne dla kiły, którą można wyłączyć dopiero po długotrwałej obserwacji chorego.

Kol. Kapłan podkreśla, że zdarzają się przypadki z wysokiem ciśnieniem bez zmian nerkowych.

Kol. Zieliński przytacza zdanie Edwarda Zielińskiego: u koni niema nigdy kiły, wódki one nie piją, a jednak często mają aneuryzmaty.

Prelegent w odpowiedzi kol. Kochanowskiemu zaznacza, iż wszystkie pomiary były wykonywane i badania były dokonane w zdjęciu przedniem, ponieważ po próbach w innych pozycjach, te obrazy były najwyraźniejsze. Co do wzmożonego ciśnienia, na które zwraca uwagę kol. Michalski, to autor konstatował tylko fakt, ale jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, iż wysokość ciśnienia tętniczego jest w ścisłym związku ze stanem serca i układem obwodowym naczyń; prawie wszystkie rentgenogramy wskazują jednak na pewien przerost lewej komory, niezależnie od wysokości ciśnienia. Co do wyłącznej etiologii tętniaków — jak mówi kol. Trzciniński, to jednak w pewnych przypadkach, jak właśnie demon-

strowanych tło kiłowe nie daje się dostatecznie udowodnić, a przeprowadzenie leczenia przeciwkiłowego w pewnych warunkach życiowych jest niezmiernie trudne do urzeczywistnienia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Br. Sawicki**
Sekretarz doroczny: **Klemens Gerner.**

POSIEDZENIE KLINICZNE

w dn. 29 marca 1927 r.

Przewodniczący prezes kol. **Sawicki.**

Obecnych członk. Tow. 33. Wprowadzonych gości 35.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. **Trzeciński** Tad. mówi o przypadkach t. z. kiły ciężkiej (Demonstracja)

I chory lat 17, ma olbrzymie zmiany na skórze i zniekształcenie klatki piersiowej, której prawa połowa jest wklęsła z powodu zniszczenia licznych kostnych żeber. Wielkie blizny na skórze były obrzeżone przez nastрупienia; po usunięciu strupów ukazały się kraterowate owrzodzenia, stanowiące geograficzne brzegi blizn. Po za brzeżnemi wrzodami, na bliznach nie było rozsianych guzków ani owrzodzeń, co odróżnia sprawę wilkową od przymiotu późnego. — Podczas pobytu w szpitalu pacjent uległ spontanicznemu złamaniu szyjki prawej kości udowej (wiad rdzenia i nowotwór wyłączone). Chory ten był trzykrotnie leczony szpitalnie (po kilka miesięcy) a zawsze traktowany jako „lupus“ prawdopodobnie z powodu ujemnego Wassermana. Po zastosowaniu leczenia swoistego — sprawa, trwająca lat dziesięć — szybko zaczęła się poprawiać i wszystkie owrzodzenia zablizniły się. Godne jest zanotowania, że chory, który po powrocie z kliniki chirurgicznej — gdzie była leczona fractura — trafił do innego oddziału w szpitalu, był znowu zarejestrowany jako lupus. Należy wreszcie położyć kres ciężkim błędom rozpoznawczym, wynikającym z mistycznej wiary w odczyn Wassermann'a.

II. Młoda kobieta, której przymiot należy uważać za bardzo złośliwy, z powodu wczesnych i rozlicznych objawów mózgardzeniowych przybyła do szpitala z różyczką przymiotową — a więc w bardzo wczesnym okresie choroby i z nierównymi, nieruchomymi źrenicami. Nadto skarżyła się na parestezje w prawej dolnej kończynie a mianowicie: uczucie ciągłego gorąca. Przy badaniu znaleziono zniesienie czucia bólowego w dolnej części podbrzusza, na pośladku i całej nodze, perwersję czucia cieplnego, zaburzenia w czuciu mięśniowym, słaby objaw Babińskiego, gruba siła bez zmian. Odruchy ścięgniowe wzmożone. Lewa noga normalna. Były więc objawy mózgowo (anisocoria, odruchowa nie-

ruchomość źrenic) i rdzeniowe o charakterze bardzo poważnym, w bardzo wczesnym okresie choroby.

Po zastosowaniu energicznego leczenia swoistego — nastąpiło w ciągu 4 tygodni zupełne restitutio ad integrum w nodze, źrenice oczywiście zostały bez zmiany. Chora wypisała się ze szpitala, ale wystarczyło przejście piechotą w wietrzny dzień zimowy 2 kilometrów, aby wróciła po 2 dniach, w stanie o wiele cięższym, bo powłóczyła nogą podczas chodzenia i zjawiły się z powrotem zaburzenia czucia mięśniowego, skórniego i cieplnego. Po dłuższej, swoistej kuracji, kiedy chora była demonstrowana, kończyna była znowu zupełnie normalna, ale mając na uwadze oczywiście zmniejszoną odporność mózgu i rdzenia na zarazek przymiotu — rokowane w tym przypadku należy uważać za niepomyślne (stresz. wł.).

III. Kol. Goebel F. Wygłosił rzecz p. t. „O zasobie zasad krwi“

W większości podręczników spotyka się, zdanie, że normalne osocze człowieka wiąże 53—77 cm³ CO₂; objętość wynosząca mniej niż 53% objętości krwi wskazywać ma na lekką kwasicę, poniżej 40% na średnią, poniżej 30% na ciężką kwasicę. Wykonywując poszczególne oznaczenia, przekonałem się iż normy te nie zawsze odpowiadają rzeczywistości.

W celu dokładniejszego ustalenia norm wykonałem 100 oznaczeń u osobników zdrowych. Wiek osobników badanych wahał się w granicach od 19—61 lat. 59% stanowili osobnicy młodzi w wieku 20—30 lat. Kobiety stanowiły 20% badanych. U 31 osobników zasób zasad wahał się w granicach od 45,0—60,0. U 3% zasób zasad osocza wynosił od 40,1—45,0 przy normalnym współczynniku moczu i prawidłowej jego kwasowości. P_H krwi leżało w granicach normy. Nie można było więc przy tak względnie niskim poziomie dwuwęglanów we krwi stwierdzić kwasicy.

U zwierząt zasób zasad jest nieco większy niż u człowieka, np. u psów znalazłem od 35,0—55,0% CO₂, u koni od 30,0—50,0.

W osteomalacji, w której proces odwapnienia kości, jak stwierdziłem jest spowodowany zakwaszeniem ustroju, znajdowałem niskie wartości zasobu zasad od 27,0—35,0 które po wytrzebieniu chorych, wraz z poprawą sprawy kostnej, powróciły do normy.

Wielu autorów przypisuje wątrobie wybitną rolę w utrzymaniu normalnego oddziaływania krwi. Badania doświadczalne przeprowadzone w tym kierunku nie przemawiają za takim przypuszczeniem. W moich badaniach nad zasobem zasad u psów z przetoką Ecka brak było wybitnych odchyień od normy. Podobne wyniki otrzymałem u psa z wyluszczoną wątrobą; zasób zasad w 20 godz. po zabiegu wynosi 39,2% CO₂ w stosunku do 40,4% przed operacją (stresz. wł.).

Dyskusja.

Kol. Węgieńko przeprowadzał podobne próby na ludziach i zwierzętach. Podobnie jak prelegent otrzymywał liczby odpowiadające zasadowości znacznie niższej, niż autorowie obcy.

Kol. Cytronberg robił doświadczenia na psach. Badając

zasadowość, ani razu nie miał liczby wyższej ponad 52. W mocznicy sztucznie wywołanej otrzymał liczbę 18.

IV. Kol. Węgierko J. „Z badań nad ciałami acetonowemi“.

Na początku omawia ciała acetonotwórcze oraz rolę wątroby w powstawaniu ciał acetonowych w ustroju. Następnie dość szczegółowo przytacza dane dotychczasowe, dotyczące ciał acetonowych u psów beztrzustkowych, wreszcie przechodzi do badań własnych. Z 9-ciu psów pozbawionych trzustki, które dłużej obserwowano, zaledwie u jednego zdołał wykazać aceton w moczu w ilości niewielkiej. Inne psy beztrzustkowe w ilości 10-ciu, obserwowane od 2—7 dni, również nie wykazywały acetonu w moczu. Aby bliżej wejrzeć w przyczynę nieczęstego pojawiania się ciał acetonowych w moczu psów beztrzustkowych, sprawdzono w kilku przypadkach stopień wchłaniania białka i tłuszczu u tych psów.

W końcu prel. podawał psom pozbawionym trzustki acetonotwórcze kwasy tłuszczowe i aminowe.

Na zasadzie przeprowadzonych badań, prel. dochodzi do następujących wniosków:

1) Nagromadzenie się w ustroju c. acetonowych, prowadzące do acetonurji nie zależy od glikogenu wątrobowego. Być może, że w przypadkach acetonurji spostrzega się brak glikogenu w wątrobie, ale nie zawsze brak ich prowadzi do acetonurji.

2) Wchłanianie białka pokarmowego u psów beztrzustkowych odbywało się naogół nieźle, wahając się od 29—79%. Przyczem białko jaja kurzego wchłania się lepiej, niż białko mięsa.

3) Tłuszcze wchłaniają się u niektórych psów dobrze, u niektórych zaś nie wchłaniają się prawie zupełnie. Wahania te wynoszą od 8,5%—61,9%.

4) Badane psy kilkakrotnie (2 od 3-ch razy) wykazywały nie zawsze jednakowe wchłanianie, zarówno białka, jak i tłuszczu. Spostrzegano poprawę lub pogarszanie się wchłaniania szczególnie w odniesieniu do białka.

5) U wszystkich 9-ciu psów, które zginęły już do trzech dni po operacji, a wykazywały cukier w moczu, nie zdołano stwierdzić acetonurji.

6) Z siedmiu psów, które podlegały dłuższej obserwacji, od 7 do 52 dni, zdołano zaledwie u jednego wykazać acetonurję, wynoszącą najwyżej 140 mgr. na dobę.

7) Pies z acetonurją wchłaniał tłuszcz źle (zaledwie 8,5%). Wykazywał wybitną steatoreję.

8) Psy bez acetonurji wchłaniały tłuszcz nieźle lub nawet dobrze.

9) U psa beztrzustkowego z acetonurją pod wpływem podawania kw. tłuszczowych stale podnosiła się ilość acetonu w moczu, inne psy beztrzustkowe nie wykazywały acetonurji po podawaniu kw. tłuszczowych i aminowych.

10) Psy głodzone i florydzynowane wykazywały większą

acetonurję przed usunięciem trzustki, niż po usunięciu, chociaż były w ten sam sposób głodzone i florydzynowane. (streszcz. wł.)

Dyskusja.

Kol. Kaplan uważa, że, aczkolwiek, cukrzyca doświadczalna może spowodować objawy identyczne z cukrzycą ludzką, to jednak wniosków z tego rodzaju badań nie można przeprowadzić bez zastrzeżeń i ryzyka, ze zwierzęcia na człowieka.

Paradoksalne zjawisko, iż u zdrowych ludzi przy głodzeniu występuje w moczu aceton, odwrotnie zaś chorzy na cukrzycę również głodzeni, aceton tracą częściowo lub w całości, mówca tłumaczy w sposób następujący: organizm zdrowy po zużyciu rezerw węglowodanowych żyje na koszt tkanek, a więc białka i tłuszczu, djabetyk natomiast, posiadający jak wiadomo znaczne ilości cukru we krwi i tkankach, nie jest w stanie ich spalić; poddany głodzeniu zmienia swój metabolizm w tym sensie, że tolerancja na cukier zwiększa się, następuje energiczne jego spalanie, rozpad białka i tłuszczu, w rezultacie czego zmniejsza się ketonurja.

Przy sposobności mówca zauważa, że głodówka daje świetne rezultaty w przypadkach cukrzycy lekkiej i średnio ciężkiej, natomiast w przypadkach ciężkich należy ją stosować b. oględnie.

Kol. Cytronberg. Z doświadczeń kol. W. najbardziej zastanawiają 2 zjawiska: 1) w ciężkim przebiegu cukromoczu u psów pozbawionych trzustki, rzadko stwierdzone były ciała ketonowe we krwi, 2) u psów florydzynowanych wydzielanie ich wzrasta się, po wycięciu zaś trzustki ustaje.

Celem objaśnienia tych faktów, mówca wspomina o doświadczeniach Lombroso, który od 30 lat bada zachowanie się ustroju po wycięciu trzustki. Trzustka zdaniem tego uczonego nie tylko produkuje sok ułatwiający resorbcję tłuszczów, ale jednocześnie ma wydzielać pewien hormon, który wpływa na pozajelitową przemianę tłuszczów.

Teoria ta opiera się na następujących spostrzeżeniach: jeżeli u psa normalnego, w pełni trawienia, wyciąć kawałek wątroby i poddać go autolizy, nastąpi w niej zmniejszenie zawartości kwasów tłuszczowych. Jeżeli zrobić to samo z kawałkiem wątroby psa pozbawionego trzustki, ilość kwasów tłuszczowych nie zmniejszy się. W większości wypadków stoimy na stanowisku, że ciała acetowe, ketony, powstają z tłuszczów. Skoro wątroba u psa pozbawionego trzustki nie posiada zdolności przetwarzania tłuszczów na ciała ketonowe, to niema powodu, żeby wytwarzał się aceton. Wycinając psu trzustkę, pozbawiamy go jednocześnie hormonu, który normalnie wywołuje rozkład kwasów tłuszczowych w wątrobie i przyczynia się do powstawania ciał ketonowych.

W tym świetle doświadczenia kol. W. wymagają nieco specjalnego objaśnienia, a mianowicie: u psa głodnego, florydzynowanego, a nie pozbawionego jeszcze trzustki, aceton wystąpił wskutek obecności hormonu trzustkowego, u psów zaś bez trzustki hormonu tego nie było, to też aceton nie mógł się wytwarzać. Teoria powyższa nie może jednak wyjaśnić pewnych danych w przebiegu cukrzycy ludzkiej. Tak np. wypadło by, że u czło-

wieka, który ma cukrzycę ciężką i wydziela dużo acetonu, trzustka produkuje więcej owego hormonu, niż zazwyczaj. Tu nasuwa się przypuszczenie, że wytwarzanie się jego może być wogóle nierównomierne i zależne od innych jeszcze bliżej nieznanych czynników.

Kol. Landau. Badania i wyniki kol. W. nad cukrzycą beztrzustkową, jako przeprowadzane na szeroką skalę, zasługują na bezwzględna uwagę. Wszelako mówca uważa, że wnioski wypro-
wadzone z doświadczeń na psach nie mogą być przenoszone bezpośrednio na organizm ludzki. Wiadomo bowiem, że inną jest przemiana azotowa u ludzi, inną zaś u zwierząt. Szczególnie jas-
krawo występuje to u psów beztrzustkowych, u których nie tylko stwierdzamy brak acetonu, ale także nieobecność kwasicy. Słusz-
nem więc byłoby, zdaniem mówcy, podkreślenie w tytule prelekcji kol. W., że badania nad ciałami acetonowemi dotyczą specjalnie psów.

Trudno zgodzić się z preleg., że zasadniczym warunkiem przy powstawaniu ciał ketonowych jest pewna nadwrażliwość wątroby. Wypadało by zatem, że ludzie zdrowi posiadają jej pod-
wrażliwość. Nie mamy dostatecznych podstaw do takiego twier-
dzenia; należałoby raczej przypuszczać, iż chodzi tu o pewne
zaburzenia równowagi w wątrobie, co w rezultacie prowadzi do
powstawania ciał acetonowych.

W odpowiedzi kol. Węgierko podkreśla, że nie tyle cho-
dziło mu o ostateczne i wyczerpujące objaśnienie pewnych zjawisk,
ile o poczynienie odpowiednich doświadczeń, a więc ustalenie
faktów. Wyjaśnienia kol. Cytronberga ucieszyły preleg, bo choć
z jednej strony naruszyły jego wywody co do psów florydyno-
wanych, z drugiej jednak potwierdziły słuszność wyników obser-
wacji nad psami pozbawionymi trzustki.

Co do uwag, że przenoszenie spostrzeżeń ze zwierząt na
ludzi jest w danym wypadku zbyt ryzykowne, to preleg. uważa,
że istotnie trudno się tu zdobyć na absolutną pewność; w każdym
razie badania tego rodzaju mogą rzucić nowe światło na mecha-
nizm powstawania ciał acetonowych wogóle.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Br. Sawicki

Antoni Kaczyński.

Zastępca sekretarza dorocznego

POSIEDZENIE KLINICZNE**w d. 5 kwietnia 1927 r.**

Przewodniczący, wiceprezes Kol. Zieliński Kazimierz

Obecn. członek, Tow. 68, Wprowadz. gości 63.

I. Prokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Mikułowski Włodzim. Demonstracja przypadku gruźlicy nerek ze zwężeniem cewki moczowej u chłopca 9 letn. z kiłą wrodzoną.

Dyskusja.

Kol. Trzciniński uważa za rzecz b. wątpliwą, ażeby na tle zwężenia powstało owrzodzenie w pęcherzu; bez dodatkowej infekcji jest to wręcz niemożliwe.

Kol. Mikułowski w odpowiedzi tłumaczy powyższe zjawisko długotrwałą zastoiną moczu, co może doprowadzić do owrzodzeń i następnej hematurji.

III. Kol. Michalski „Rozbiór krytyczny metod leczniczych gruźlicy płuc“.

Prelegent dzieli metody lecznicze na 3 grupy:

- 1) środków bakterjobójczych (typ-złoto)
- 2) „ pobudzających (tuberkulina)
- 3) „ wyczekujących (leczenie sanatoryjne)

Omówiwszy wyniki badań doświadczalnych „in vitro“ i „in virvo“ prelegent przedstawia niezbędne dane dla działania środków grupy 1) a więc:

- a) stopień bakterjobójczości
- b) przenikliwość do prątką gruźliczego
- c) przenikliwość do gruzełka.

Prelegent krytycznie omawia badane dotychczas środki, odnośnie do wymienionych trzech własności. Podkreśla, że prawie wszystkie metale ciężkie są mniej lub więcej bakterjobójcze w stosunku do prątką gruźliczego, nie wszystkie natomiast odpowiadają unktom b) i c).

Omówienie poszczególnych preparatów złota, miedzi, rtęci, chlorku kadmu. Prelegent zwraca uwagę, że te same sole wymienionych metali strącają cholinę i co zatem idzie lecytynę, składnik stały prątków gruźliczych.

Co do wapnia i jodu prelegent podkreśla ich wielką zdolność przenikania do ognisk gruźliczych (jak i innych martwicowych) przy żadnej lub prawie żadnej skłonności bakterjobójczej.

Ad 2) Omawiając grupę drugą, prelegent wyraża żal z powodu całkowitego zaniedbania tuberkulinoterapii w Polsce. Dosłownie niema ani jednej kliniki, ani jednego oddziału, ani sanatorium gdzieby młody lekarz praktycznie metody tuberkulinoterapii mógł oznać.

Wśród preparatów tuberkuliny prelegent odróżnia 2 typy, różniące się teoretycznie i praktycznie.

1) stara tuberkulina ostrzej działająca, nie będąca w stanie wywołać w badaniach doświadczalnych uczulenia ogólnego.

2) emulsja bakteryjna — powodująca uczulenie ogólne. Do tej grupy tuberkuliny zalicza tuberkulinę Petruschky, dermatubinę wreszcie partial-antigeny Deycka-Mucha.

Prelegent wylicza cały szereg przetworów, organicznych, zbliżonych w działaniu do tuberkuliny zarówno patentowanych, jak i farmaceutycznych.

Z nieorganicznych przetworów, działanie zbliżone do tuberkuliny przypisuje prelegent fosforowi.

Następuje krótki rozbiór działania leczenia pobudzającego.

Ad 3) Prelegent próbuje nawiązać typ leczenia konserwatywnego, zwłaszcza wysokogórskiego do typów metod poprzednich. Podkreśla bakterjobójcze działanie wyższych koncentracji. CO₂ na prątki gruźlicze, a bakterjohamujące już powyżej 3%.

Ponieważ przeciętna koncentracja w t. zw. powietrzu pęcherzykowem (alveolar air) wynosi około 5% prelegent stwierdza, że w ustroju ludzkim rozwój gruźlicy ma naogół złe warunki rozwoju.

Prelegent omawia metody, prowadzące do możliwego podniesienia stężenia CO₂ w powietrzu pęcherzykowem i zwraca uwagę, że pobyt wysokogórski, a więc zmniejszenie ciśnienia barometrycznego wybitnie się ku temu przyczynia.

Dyskusja.

Kol. Chmielewski. Kol. prelegent słusznie podkreślił, że leczenie tuberkuliną jest u nas w zaniedbaniu, tymczasem metoda ta istotnie mogłaby dać dodatnie wyniki. Do pewnego stopnia zawiął tu autorytet kolegów starszych, którzy naogół byli przeciwnikami jej stosowania.

Wyliczając środki drażniące, preleg. pominął taninę i kreosot. Doświadczenia autorów francuskich wykazały, że preparaty garbnikowe zapobiegają dalszym zmianom, przedłużają życie i stanowczo mają wyraźny wpływ na przebieg sprawy chorobowej. Jeśli tylko organizm je znosi, należałoby je stosować.

Co do krezotu to należy stwierdzić, iż zazwyczaj stosuje się go nieprawidłowo. Krezot wywołuje odczyn ogniskowy, wzmacnia rżenia, podnosi ciepłotę, działając podobnie jak małe dawki tuberkuliny. Z tych właśnie względów winien być stosowany w gruźlicy początkowej, nie zaś rozpadowej. Pewną trudnością w stosowaniu krezotu jest szkodliwy wpływ, jaki wywiera ten środek na przewód pokarmowy.

Niezłe rezultaty daje jod. Według Calmettea możliwym jest, iż z czasem jod będzie ostatnim wyrazem w terapii gruźlicy.

Faktem jest, że np. przy stosowaniu nalewki jodowej można otrzymać pewne, wyraźnie dodatnie wyniki lecznicze w gruźlicy łagodnie przebiegającej. Chodzi o to jednak, aby był dobrze znoszony. Byli chorzy, którzy znosili go dobrze w wysokich dawkach (300 — 400 kropel).

Kol. Kryński. Wykład kol. M. zasługuje na uwagę z tego

względu, że stanowi próbę syntezy. Tę okoliczność należy podkreślić, dotychczas bowiem prób takich nie było.

Mówca uzupełnia obraz podany przez preleg., danemi z zakresu chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc. Wykluczając możliwość leczenia przyczynowego, chirurgja dąży do stworzenia pewnych warunków, w których organizm dałby sobie radę w zwalczaniu sprawy chorobowej. Chodzi o to, aby dać lepsze odżywienie chorej czy też zagrożonej tkance, stworzyć inne warunki krążenia i dopomóc do powstania nowej tkanki bliznowatej. Dla osiągnięcia tego celu stosuje się, w zależności od przypadku, szereg zabiegów operacyjnych, jak: sztuczna odma, phrenicotomia, resectio nn. intercost. thorakoplastyka i in. Statystyka odmy sztucznej wykazuje do 50% znacznego obniżenia ciepłoty i t. p. Na 100 kilkadziesiąt przyp. phrenicot. otrzymywano w 40% przyp. zupełne zniknięcie laseczników gruźl. Są to wyniki b. zachęcające.

Kol. Orłowski Witold omawia znaczenie jodu w terapii gruźlicy. W 70 tych latach zeszłego stulecia jeden z klinicystów wiedeńskich spostrzegł, że jeżeli podać jodek potasu w przypadku, gdzie nie wiemy napewno, że jest gruźlica, to wystąpi obostrzenie. Według tego autora środek ów należy do II, nie zaś do III kategorii. Zaczęto stosować jod szeroko, nieraz z b. dobrym wynikiem, często jednakże z pogorszeniami. Rodzi się pytanie, czy tam, gdzie była poprawa nie chodziło raczej o kiłę płucną, nie zaś o gruźlicę.

Co do tuberkuliny, to duże dawki nieraz przyprawiły chorego o śmierć. Umiejętne stosowanie tuberkuliny daje dobre rezultaty choć nie błyskawiczne. Należy się tu koniecznie uzbroić w cierpliwość, a leczenie prowadzić długiemi okresami.

Kreozot należy zaliczyć do grupy II. Środek ten może dać dobre wyniki lecznicze, o ile jest odpowiednio dawkowany; znany jest jego ujemny wpływ na przewod pokarmowy i nerki, jednakże czasem właśnie przy jego stosowaniu znika dyspepsia phtisica. Stosując kreozot, trzeba mieć na uwadze 2 czynniki: 1) ostrożność i metodyczność stosowania (obserwacja), 2) cechy preparatu, które czynią go niemiłym dla chorego i dla otoczenia.

Kol. Zieliński Kazim. wspomina pracę Webera z przed 30 laty, który dowodził, że CO_2 jest czynnikiem niszczącym gruźlicę. Między innymi opiera się na statystykach robotników pracujących przy wypalaniu wapna, którzy rzadko mieli zapadać na gruźlicę. Objaśniał także dlaczego kobiety, będące w ciąży, mają względnie lekki przebieg gruźlicy, który dopiero w puerperium się pogarsza. Również metoda Bierazależna jest od CO_2 . Z tego powodu autor ów podał m. in. dość naiwną terapię, polegającą na podawaniu sody i popijaniu kwasem.

Kol. Wojnarowska. Odczyt kol. M. dał tuberkulinie niejako rodzaj rehabilitacji. Można twierdzić z całą pewnością, że wyniki tej metody leczenia są dobre, jednakże wymaga ona niezwykłej systematyczności i wytrwałości. Tak np. mówczyni od 3 lat przeprowadza doświadczenia na 3 tuberkulinach: płynnej, półpłynnej i półstałej. Wyniki z tych badań będą mogły być ze-

brane dopiero po upływie 3 lat. Tymczasem matki przyprowadzają swe dzieci wytrwale i nie zdarza się, aby dziecko leczone w pierwszym roku nie było przyprowadzane w roku następnym. To już jest b. wiele i dowodzi, iż matka danego dziecka widzi, iż rezultat kuracji jest dobry. Przedewszystkiem uderza b. znaczny przybytek na wadze. Tuberkulina ma niewątpliwie przyszłość przed sobą; przy jej pomocy będzie leczona nie gruźlica człowieka dorosłego II i III rzędna, lecz przedewszystkiem gruźlica dziecka. 2—3 lata takiej kuracji sprawi, że wogóle nie zapadnie ono na gruźlicę.

Duże znaczenie w terapii gruźlicy ma kamfora. Dawki do 6 ccm. (od 1-go począwszy) działają b. dobrze, sprawiając wielką ulgę choremu bez względu na stopień ciężkości danego przypadku.

Kol. Rudzki. zwraca uwagę, że zarazkiem wywołującym gruźlicę nie jest wyłącznie prątek Kocha, który jest do pewnego stopnia tylko krótkotrwałą fazą. A zatem zniknięcie prątka nie jest jednoznaczne z wygaśnięciem sprawy gruźliczej. Niezmiernie doniosłem byłoby stwierdzić, jakim jest współzycie zarazka, gdyż wtedy dopiero moglibyśmy szukać drogi swoistej. Dotychczasowe metody leczenia dawały nikłe rezultaty najlepszym jeszcze było leczenie djetetyczne.

Prelegent, według mówcy, za mało poświęcił uwagi leczeniu objawów toksycznych, jak również nie wspomniał o organoterapii w zastosowaniu do gruźlicy.

Kol. Roguski. uważa, że przeciwstawianie form nieprzesączalnych prątka formom przesączalnym, jest niesłuszne. Jak wiadomo przy przesączaniu posiłkujemy się wzmożonym ciśnieniem, tak, że formy przesączalne są tworem sztucznym, zniekształconym. To też, jeżeli jakiś środek działa zabójczo na formy nieprzesączalne, to tembardziej działać będzie i na sztuczne twory przesączalne.

W końcu dyskusji zabierał jeszcze głos kol. prelegent dziękując za uzupełnienia i dając szereg wyjaśnień, poczem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes: **K. Zieliński.**

Antoni Kaczyński.
Zastępca sekretarza dorocznego.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO w dniu 26 kwietnia 1927 r.

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

Obecnych członków Tow. — 31. Wprowadzonych gości — 18.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia w dniu 5 kwietnia 1927 r.

II. Kol. **W. Grzywo-Dąbrowski** wygłosił referat pod tytułem: Dzieciobójstwo z punktu widzenia prawnego i społecznego. (Streszczenie własne).

Prelegent szczegółowo omówił zagadnienie dzieciobójstwa z punktu widzenia prawnego i sądowno-lekarskiego, poczem przedstawił swe zestawienie co do rodzaju i liczby dzieciobójstw w Warszawie. Odczyt był ilustrowany tablicami, przeźroczeniami i pokazami preparatów z muzeum Zakładu Med. Sądowej U. W. W końcu prelegent postawił następujące wnioski co do walki z dzieciobójstwem:

1) Polepszenie ekonomicznego bytu kobiet pracujących i zabezpieczenie im zachowania pracy w okresie porodu i połogu, oraz utworzenie w miejscach ich pracy żłobków dla niemowląt, co by pozwoliło matce na pozostawienie dziecka na czas pracy pod odpowiednią fachową opieką.

2) Możliwość umieszczania przez matkę dziecka ślubnego lub nieślubnego w odpowiednio urządzonych żłobkach i przytułkach, bez większych formalności, z prawem odebrania dziecka na każde żądanie.

3) Surowe kary na mężczyznę, sprawcę ciąży, o ile on nie zechce dać kobiecie w okresie ciąży, porodu i połogu odpowiedniej materjalnej a jeśli to możliwe, i moralnej pomocy. Kara powinna być szczególnie surową, jeśli opuszczona kobieta popełni wskutek tego dzieciobójstwo.

4) Do zmniejszenia się ilości dzieciobójstw przyczyniłaby się zmiana poglądów na nieślubne matki i dzieci z nieprawego łoża, co być może spowoduje, że odpadnie moralna pobudka pozbycia się dziecka, która uniemożliwia matce normalną egzystencję w społeczeństwie.

W dyskusji: kol. **Moczarski** kładzie nacisk na to, że surowe karanie mężczyzny, ojca zabitego dziecka, jako współwinnego zbrodni dzieciobójstwa, może być wyzyskiwane w celach zemsty przez zawiedzione dzieciobójczynie.

Kol. **Cieszynski** mówi o dochodzeniu ojcostwa w przypadkach, gdy kobieta miewa stosunki płciowe z kilkoma mężczyznami i wyznalezienie ojca jest trudne. Mówca uważa za wskazane, aby za przykładem Czech pobierać od wszystkich mężczyzn, którzy pozostawali w stosunkach płciowych z kobietą w okresie jej zapłodnienia, pewien haracz. Sumy, uzyskane tą drogą, szłyby na opiekę nad dziećmi. Mówca porusza sprawę żłobków przy fa-

brykach oraz sprawę opieki społecznej nad matką, podkreślając konieczność wybudowania schroniska dla ciężarnych nieślubnych.

Kol. Sawicki wspomina o t. zw. Maternité, instytucji, która miała za cel opiekę nad matką nieślubną po porodzie. Instytucja ta jest w upadku, wskutek ciężkich warunków, jakie się wytworzyły w kraju.

Na przemówienia mówców odpowiadał prelegent.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Prezes: Br. Sawicki.

Klemens Gerner

Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO.

w dniu 4 Maja 1927 r.

Przewodniczący Prezes kol. Sawicki.

Obecnych członków T-wa 22 — Wprowadzonych gości 16.

Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia w dniu 26 kwietnia 1927 r.

II. Do ksiąźnicy T-wa wpłynęło:

1. Oszczędne a racjonalne przepisywanie lekarstw. H. Higier 1926.
2. zur Klinik der rezidivierenden Formen der Polyneuritis, Myelitis und Meningoencephalitis (Meningitis serosa, Pseudotumor cerebri) H. Higier 1926.
3. Schorzenia opłucnej w świetle nowych poglądów. Zdz. Gorecki. 1926.
4. Przyczynę do przewlekłych schorzeń płuc, przebiegających pod postacią suchot płucnych. W. Kruszewska i St. Wąsowicz. 1927.
5. Zakażenia enterokokowe L. Karwacki. 1927.
6. Środki lecznicze wyrobu krajowego. 1927.
7. Materiały do opracowania służby zdrowia w powstaniu styczniowem 1863—1864 r. Fr. Białokur 1927.
8. Higjena wody. Dr. G. Kabrhel 1927. (czeskie).
9. Kiła narządowa wzroku W. H. Melanowski 1927.
10. Atlas anatomji patologicznej oka. J. Szymański i W. H. Melanowski 1927.
11. Polska twórczość pedjatryczna Wł. Szenajch. 1927.
12. La forma pseudo—neurastenica della tubercolosi polmonare. W. Janowski. 1927. 14 i 15 księga pamiątkowa XII zjazdu Lekarzy i przyrodników polskich w roku 1925, T. I i II. 1926.
16. Ząjezd ćeskoslovenskych lékařu do Polska. 1926.
17. Ząjezd ćsl lékařu do Polska. A. Méska 1927.
19. Poznamky ze zajeźdu mlade generae U. J. C. S. L. do Polska. A. Méska, 1927.

Protokół z dnia 4 maja 1927 r.

20. Dajmy ze zajezdu do Polska. Bandis a Mladek.
21. Proslow. proneseny predsedon 1926.
22. Z dziedziny rzadkich powiklań duru brzuszego. Mikułowski Wł. 1927.
23. Ein Beitrag zur Klinik der Vagotonie Tenze 1927.
24. Troubles de l'équilibre humoral chez l'enfant. Tenze. 1927.
25. Sur quelques rares complications de la fièvre typhoide. Tenze 1926.
26. Nauka Sanarellego o durze brzuszny. Tenze 1927.

II. Kol, Jerzy Rutkowski. Uodparnianie miejscowe stawów.

R. przedstawia w skróceniu wyniki pracy swojej, jaką wykonywał niedawno w Paryżu w Instytucie Pasteura. Besredce i jego uczniom udało się udowodnić, że t. zw. antivirus, przesącz starych hodowli buljonowych gronkowca i paciorkowca, przy zetknięciu się ze skórą (opatrunki z antivirus lub zastrzyknięcie doskórne „en nappe“), daje w krótkim czasie odporność miejscową. R. postanowił wypróbować zdolność uodporniającą „antivirus” w stosunku do stawów. Do doświadczeń R. użył króliki, którym jednorazowo, dwukrotnie, bądź trzykrotnie w odstępach jedno lub dwudniowych zastrzykiwał do stawu piszczelowo - udowego antivirus, po jednym zaś lub paru dniach, zakażał staw ten odpowiednim szczepem bardzo zjadliwej, świeżej, 24 godzinnej hodowli buljonowej drobnoustrojów (gronkowca, paciorkowca lub mieszanym). Zwierzęta użyte do kontroli, przed zakażeniem otrzymywały jałowy buljon. W paru przypadkach zakażono staw zawiesiną drobnoustrojów w antivirus. Naogół uodparnianie stawów miało wyniki pomyślne. Zakażenie miało zawsze przebieg łagodniejszy, niż w przypadkach nieuodpornianych. Po trzykrotnem wprowadzeniu antivirus do stawu, otrzymano całkowitą odporność przeciwko zakażeniu $\frac{1}{2}$ uszka platynowego hodowli gronkowca złocistego, ilości, która w stawie nieuodpornionym daje silnie wyrażone ropne zapalenie. Uzyskana odporność jest czysto miejscowa, Wstrzyknięcie do stawu zawiesiny drobnoustrojów w antivirus nie zapobiega rozwojowi ropnego zapalenia stawu. (Praca w całości drukowana w Warsz. Czasop. Lek. Nr. 4 i 5. 1927.) Streszczenia własne.

W dyskusji kol. Kryński podsuwa prelegentowi myśl, aby wstrzykiwania dokonywać do stawu, który uprzednio uległ urazowi. Taki staw wymaga mniejszej dawki drobnoustrojów dla zakażenia go, a przytem doświadczenie takie zbliży się do warunków klinicznych zakażeń, wśród których uraz gra ważną rolę.

Kol. Leśniowski podaje wyniki stosowania antivirus w Zakł. akuszeryjnych przy ul. Karowej. Naogół są one zachęcające, gdyż ropne przypadki mają przebieg łagodny i gojenie ran ropiejących występuje wcześniej.

Kol. Roguski podkreśla różnicę, jaka zachodzi między antivirus a produktami życia drobnoustrojów. Według Gluknofa niespecyficzny antivirus tak samo dobrze działa, jak auto-antivirus.

Kol. H. Higier zastanawia się nad zagadnieniem, dlaczego uodpornienie występuje tylko miejscowo. Mówca proponuje ba-

dać inne stawy (nieuodparniane), aby się przekonać, czy w nich niema odporności.

Kol. Sawicki podaje, że ogólne wrażenie ze stosowania antivirus w przypadkach chirurgicznych jest takie, że działa on korzystnie w wielu ropnych powikłaniach, które skądinąd mają przebieg ciężki.

Kol. Zaorski. Mówi o jednym przypadku zapalenia szpiku kostnego, w którym antivirus nie dał wyników dodatnich.

Mówcom odpowiadał kol. Rutkowski.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Prezes: **Br. Sawicki.**

Klemens Gerner

Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 17 maja 1927 r.

Przewodniczący — Prezes, kol. **Sawicki.**

Obecnych członków T-wa — 32. Wprowadzonych gości — 24.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia w dniu 4 maja b. r.

II. Kol. Gluziński, sekretarz stały T-wa wygłasza wspomnienia pośmiertne *) po ś.p. Doktorach Władysławie Sztajnerze, Bronisławie Szymańskim i Leonardzie Leszczyńskim, członkach T-wa.

III. Kol. Prezes zaprasza członków T-wa na mający się odbyć Zjazd Lekarzy Słowiańskich.

IV. Do Książnicy T-wa wpłynęło:

1. Kwartalnik statystyczny Główn. Urz. Statystycznego Rz. P. za rok 1927. T. IV.

2. Les tumeurs à cellules géantes. J. Zeyland. 1927.

3. Quelques remarques sur le role de la Sonule dans les états glaucomateux de l'oeil. W. H. Melanowski. 1924.

4. Współczesny stan nauki o jaskrze i jej leczenie. W. H. Melanowski. 1927.

5. La forma pseudoneurasténica de la tuberculosis pulmonar. W. Janowski. 1926.

6. Les avantages pratiques de l'examen clinique de la pression artérielle. W. Janowski. 1927.

7. Wrażenia z pobytu w klinice ocznej prof. F. Langrange'a w Bordeaux. W. H. Melanowski. 1924.

8. Rzadki przypadek ciała obcego w okolicy oczodołu. Tenze. 1924.

*) W Gaz. Lek. Nr. 14 z r. 1927.

9. Gruźlica a oko. Tenże. 1926.
10. Kilka uwag w sprawie racjonalnego objaśnienia zjawisk skiaskopji. Tenże. 1926.
11. Przyczynek do anatomji patologicznej jaskry. Tenże. 1923.
12. Wziernikowanie dna oka przy świetle zielonem. Tenże. 1922.
13. Dane pomiarów oczodołów w zależności od wieku i płci. Tenże. 1925.
14. Trzy przypadki amputacji przedniego odcinka oka. W. H. Melanowski. 1928.
15. Przypadek zapalenia urazowego opon mózgowych z obustronną tarczą zastoinową zakończony wyleczeniem. Gromski i Melanowski. 1925.
16. Patologia i anatomja patologiczna jaglicy. W. H. Melanowski. 1926.
17. Leczenie powikłań jaglicy. Tenże. 1926.
18. Walka z jaglicą. Tenże. 1927.
19. Nowe metody badania i nowe metody leczenia w okuliście. Tenże. 1926.
20. Badanie w sprawie większej częstości zapalenia woreczka łzowego u kobiet. Tenże. 1926.
21. Gradówka, jej leczenia i własna odmiana zabiegu wyluszczenia gradówki. Tenże. 1927.
22. Przypadek późnego zapalenia jagodówki po operacji Lagrange'a, zakończony wyleczeniem. Tenże. 1925.
23. Przypadek przemijającej ślepoty w okresie karnienia. Tenże. 1925.
24. Badania kapilaroskopowe w schorzeniach tętnic siatkówki. Tenże. 1925.
25. Przypadek tarczy zastoinowej i zmian zastoinowych w jagodówce w następstwie wylewu krwi do mózgu. Tenże. 1924.
26. Przypadek śluzowiaka załok z wytrzeszczem. Tenże. 1926.

V. Kol. H. Higier. Pokaz przypadku migreny oczoporażnej. 35-letni mężczyzna, bez przymiotu i zimnicy w wywiadach, przechodził w ciągu ostatnich 10 lat, bez powodu w odstępach prawie dwuletnich, napady ciężkiego bólu głowy z wymiotami, trwającymi około 3 dni. Po bólu nadoczodołowym lewostronnym występowało w ciągu kilku godzin zupełne porażenie powieki górnej i wszystkich mięśni gałki zewnętrznych i wewnętrznych (z wyjątkiem odwodzącego) tejże strony. Porażenie trwające zwykle 7—8 dni i znikające bez śladu, powstało onegdaj wraz z mydriazą. Wasserman ujemny, mocz bez zmian. Dno oka bez zarzutu. Mimo braku cech rodzinno-dziedzicznych H. rozpoznaje migrenę. Z 3 ocznych postaci migreny: *M. ophtalmo-spastique* (Fésé), *M. ophtalmique*, *M. ophtalmoplegique* należy rozpoznać tą ostatnią, najrzadszą.

Zastanawia wielce rzadkość napadów, wystąpienie pierwszego napadu po 25 r. życia, brak czynnika rodzinnego i wszelkich momentów etjologicznych. Higier omawia hipotezy z lat ostatnich (zweżenie *foramen Monroi*, *Oedema angioneuroticum meningum*,

autointoksykacje, *crise anaphylactique idiosyncrasique*, zaburzenia dokrewne), Przypuszczać należy, że *Migraena angiospasticum* może dać przelotną, krótkotrwałą ishemję jąder n. okoruchowego z przemięającym ich porażeniem (Streszcz. własne).

VI. Kol. J. P i e n i ą ż e k. Pokaz przypadku uporczywych i licznych nawrotów brodawczaka górnych dróg oddechowych, operowany w szpitalu im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.

VII. Kol. M i k u ł o w s k i W ł o d z i m i e r z wygłosił rzecz pod tytułem: Przyczynę do kliniki kiły wrodzonej.

Kiła wrodzona bywa przez pedjatrię często zapoznawana: 1) z powodu braku objawów chorobowych w 50% przypadków, poza konstytucją neuropatyczną, której etiologję właściwą odkrywa często neurolog lub wenerolog, 2) z powodu nadmiernej specjalizacji pedjatrycznej.

Referent uważa za niezbędne badanie serologiczne na odczyn Wassermanna we krwi u każdego chorego dziecka w szpitalu dziecięcym, ze względu na doniosłość prawa Gougerot i Miliana o zdolności reaktywacji kiły ukrytej i reaktywacji odczynu Wassermanna na skutek banalnego zakażenia (jak zapalenie płuc, szkarlatyna i t. p.).

Referent przytacza na poparcie teorii Landouzy'ego, Jacquinet'a i Sergenta wyjątki z historii chorób 4 kiłowych dzieci, u których w 2 przypadkach istniała symbioza kiły i gruźlicy, w jednym symbioza koklusu i kiły, w jednym zakażenie meningokokowe u kiłowego. We wszystkich tych przypadkach przewlekły przebieg z tendencją do bujania tkanki łącznej bliznowatej, przemawiał za słusznością teorii autorów francuskich.

Prelegent opisuje przypadek całkowitego porażenia połowiczego, dziecięcego u 2-letniej dziewczynki kiłowej na tle schorzenia naczyń mózgu. Rozpoznanie kliniczne znajduje potwierdzenie histopatologiczne co do etiologii powodującej schorzenie tętnic.

Ze względu na dodatni odczyn Wassermanna we krwi stwierdzony za życia i ze względu na potwierdzone anatomopatologicznie zapalenia tętnic—mimo ujemnego wyniku badania na obecność krętków białych, prelegent uważa ten przypadek za dowód kliniczny, dowodzący istnienia związku przyczynowego między porażeniem dziecięcym i kiłą. Jest to zarazem przyczynek na rzecz szkoły francuskiej, która prowadzi od lat nierozstrzygnięty definitywnie spór na ten temat ze szkołą niemiecką. (Streszczenie własne).

W dyskusji kol. V e n u l e t przytacza ze swej praktyki przypadek, w którym ojciec był zakażony kiłą i miał dodatni odczyn Wassermanna we krwi. Zona jego zaś i dziecko odczynu tego we krwi nie wykazywały. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego dziecka wykryło wszystkie cechy luetycznego zakażenia.

Kol. B o r k o w s k i przestrzega przed nadawaniem zbyt wielkiego znaczenia odczynowi Wassermanna po niektórych chorobach zakaźnych. U noworodków odczyn Wassermanna niema wartości rozpoznawczej.

Kol. R o g u s k i kładzie nacisk na konieczność szerszego

uwzględnienia obserwacji klinicznej. Zdaniem mówcy pracownia lekarska nie powinna nigdy usuwać w cień spostrzegania chorego.

Kol. Mikułowski odpowiada kol. Borkowskiemu, że mówiąc o nierozpoznanym przez pediatrę przypadkach kiły nie miał na myśli kiły noworodków. Ta bowiem, jak wiadomo ma takie bogactwo obrazu klinicznego i charakterystycznych objawów zmian skórnych i kostnych, że jest naogół łatwo rozpoznawana.

Referentowi chodziło o wykazanie na przytoczonych faktach klinicznych, że różne zakażenia u osobnika kiłowego nie muszą się bynajmniej w banalny sposób sumować z kiłą, ale że przeciwnie, mogą przybierać na gruncie kiłowym rozmaity obraz kliniczny, nieraz korzystny dla organizmu.

Tak, jak uraz zakaźny zdolny jest nieraz aktywować kiłę ukrytą tak naodwrot uraz zakaźny zdolny jest kiedyindziej wpłynąć dodatnio na sam proces chorobowy kiłowy. To jest podstawą leczenia kiły trzeciorzędnej malarją według Wagnera. Potwierdzają to również doświadczenia Breinla i Kreibicha z Pragi, którzy u królików zakażonych kiłą wywoływali gorączkę przez injekcję *virus rockey — mountains — spotted fever* i uzyskiwali szybką resorbcję wrzodu a nawet wyleczenie.

Jeżeli na przebieg kiły może mieć wpływ ta lub owa infekcja, to naodwrot kiła może mieć wpływ na przebieg i charakter niejednej infekcji. Przy właściwym kile, bogatym polimorfizmie klinicznym, nikt nie zdoła nakreślić schematu dla poszczególnych współistniejących z kiłą zakażeń. Referentowi chodziło o stwierdzenie, że w opisanych przypadkach, z których każdy ma swoją indywidualność kliniczną, mieliśmy prawo dopatrzeć się potwierdzenia poglądów Sergenta o łącznotkankowej tendencji kiły także na materiale dziecięcym, dotkniętym kiłą wrodzoną.

Kol. Roguskiemu: referent stwierdza, że przez kol. Roguskiego nie został zgoła zrozumiany. Cały bowiem odczyt był nawskroś kliniczny i głosił tryumf syntezy klinicznej nad analizą innych gałęzi nauk medycznych.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Br. Sawicki.**

Klemens Gerner
Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

odbytego w dniu 24 maja 1927 r.

Przewodniczący prezes Kol. Sawicki Bronisław.

Obecnych członków T-wa 27. Wprowadzonych gości 41.

I Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia klinicznego z dnia 17 maja b. r.

II. Kol. H. Higier. Współistnienie sklerodermji z chorobą Raynauda.

30 letnia, dotąd zdrowa kobieta bez chorób w wywiadach, matka 2-ga dzieci, dotknięta jest od kilku lat sklerodermją, do której się przyłączyła w ostatnich latach choroba Raynauda we wszystkich 4-ch kończynach. 4 napady dotychczasowe były bardzo bolesne i ciężkie, prowadząc poprzez *syncope locale* i *doigts morts* do *asphyxia et gangraena localis* ze znieczuleniami do hipertensji obok *endarteriitis obliterans art. dorsalis pedis et tibialis posticae*. Leczenie organoterapią i fizykalnymi metodami nie dało poprawy ani w rozwoju sklerodermji, ani też choroby Raynauda. Współistnienie obu tych chorób nie należy do rzadkości; jeden z pierwszych zwrócił na nie uwagę Naunyn z Królewca.

III. Kol. Prezes zaprasza członków T-wa na Ogólny Zjazd lekarzy Słowiańskich, prosząc o liczne przybycie. I

IV. Kol. Goebel Franciszek i Kol. Gnoiński Henryk wygłosili referat p. t. „Przemiana cholesterynowa a układ siateczkowo-śródbłonkowy”.

W celu rostrzygnięcia zagadnienia, czy komórki układu s-śr. stanowią tylko magazyn dla cholesteryny (Aschoff), czy też biorą czynny udział w przeróbce tego związku, wykonaliśmy dwie serie badań.

W pierwszej serji dokonano u 9 psów normalnych, blokady układu s-śr. za pomocą 2% roztworu corgolu po 1 cm. na 1 kg. wagi. Przed blokadą oznaczano poziom cholesteryny we krwi, a po blokadzie robiono te oznaczenia co 1/2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, i 26 godz.

O ile cholesteryna magazynuje się tylko, a nie podlega, przeróbce w układzie s.—śr. powinna ona wskutek zajęcia tego układu przez ciało obce (Ag) przejść do krwi i spowodować hypercholesterynemję. Natomiast, jeżeli układ s. — śr. bierze udział w przeróbce cholesterynowej, to po zablokowaniu jego, nastąpi zahamowanie tej czynności i poziom cholesteryny we krwi obniży się.

Okazało się, że u 8 psów na 9 badanych poziom cholesteryny we krwi zmniejszył się po blokadzie, a u jednego tylko pozostał bez zmiany. Główny spadek poziomu cholesteryny przypadał na 2 — 3 godzinę (37, 6—38, 6%) po blokadzie. W 26 godzin mieliśmy już powrót do normy.

W drugiej serji badań chodziło o ustalenie, w jakim stopniu odbija się na gospodarce cholesterynowej, bezwzględne usunięcie

części układu s.—śr. W tym celu usuwaliśmy psom śledzionę. Okazało się, że splenektomia u psów powoduje hypocholesterynemję (na 10 dzień po zabiegu operacyjnym); % spadku cholesteryny wynosi od 8,3% do 14,2%. Z powyższego wynika, że usunięcie śledziony odpowiada częściowej blokadzie układu s.—śr., a co zatem idzie potwierdza rolę czynnościową układu w przemianie cholesterynowej.

Następnie blokowaliśmy psy pozbawione śledziony (11 psów) i przekonaliśmy się, że i u takich zwierząt występuje hypocholesterynemja, nasilenie której przypada na 2—3 godzin po blokadzie. Po dobie następuje powrót do poziomu cholesteryny przed blokadą.

Zestawiając wyniki otrzymane po blokadzie układu s. — śr. u psów normalnych i pozbawionych śledziony widać, że:

		% spadku cholesteryny krwi po blokadzie			
		1/2 godz.	1 godz.	2 godz.	3 godz.
psy normalne		20,6	34,8	37,6	38,6
psy pozbawione śledziony		11,7	28,9	24,9	24,6

U psów bezśledzionowych poziom cholesteryny krwi po blokadzie jeszcze się obniża, jednak % spadku jest mniej zaznaczony, niż u psów normalnych. Spadek ogólny, to znaczy po usunięciu śledziony, razem ze spadkiem po blokadzie odpowiada w sumie obniżeniu się poziomu cholesteryny u psów normalnych, blokowanych.

Z postrzeżeń tych wnosimy, iż układ s.—śr. nie ma cech wyłącznie magazynu dla cholesteryny, lecz bierze czynny udział w jej gospodarce. (Str. wł.)

V. Kol. Sparow Helena wygłosiła odczyt p. t. „Uodparnianie przeciw durowi plamistemu“.

Celem referatu jest omówienie obecnego stanu sprawy uodparniania ludzi i zwierząt przeciw durowi plamistemu i przedstawienie wyników prac własnych w tym zakresie.

Seroprofilaktyka duru plamistego, tak samo jak seroprofilaktyka odry, została zapoczątkowana przed kilkunastu laty w Tunisie i do dziś dnia jest tam z powodzeniem stosowana wśród personelu lekarskiego, narażonego na zakażenie, oraz w otoczeniu chorego u osób, które okazały się nosicielami wszy. Ponieważ surowica ozdrowieńców d. pl. jest materiałem trudnym do zdobycia, oddawna próbowano otrzymać surowicę ochronną przeciwdurową od większych zwierząt. Dopiero przed 2 laty udało się Nicolle'owi z Conseillem wywołać d. pl. u osłów. Surowica tych zwierząt, jak wykazały nasze doświadczenia, nabywa własności ochronnych.

Uodpornienie czynne, zapomocą zarazka zabitego, w postaci ogrzanej krwi chorych na d. pl., oraz zawiesiny narządów zwierząt chorych, zabitej przez działanie środków bakterjobójczych nie dało żadnych wyników. Jedynie fenolizowana zawiesina jelit wszy zakażonych, wykazuje u świnek morskich pewne działanie

uodparniające. Weigl zastosował ją u ludzi w celu szczepienia ochronnego, jednak wyniki tych szczepień nie były sprawdzone.

Uodparnianie czynno — bierne jadem żywym wraz z surowicą ozdrowieńców po d. pl., przy odpowiednim ustosunkowaniu ilości jadu do surowicy, może dawać utajoną, bezgorączkową postać choroby, w wyniku której powstaje odporność. Liczne doświadczenia w tym kierunku zostały przez nas dokonane jeszcze w r. 1922.

Szczepieniem wielokrotnem małych, stopniowo wzrastających dawek jadu żywego, również udało się nam uodpornić świnki morskie. Jako materiału używaliśmy zawiesiny świnek morskich, chorych na dur plamisty.

Tą drogę uodparniania czynnego zastosowaliśmy w roku ubiegłym w Tunisie u ludzi (Nicolle, Sparrow, Conseil). Pierwsza próba nie udała się. Pierwsze szczepienie podskórne, wynoszące $\frac{1}{2000}$ całego mózgu świnki morskiej, (dawka niezakaźna również dla świnki morskiej przy szczepieniu pod skórę,) przeszło bez odczynu. Lecz ta sama osoba zaszczepiona po 15 dniach dawką 10-krotną — $\frac{1}{200}$ mózgu, (której $\frac{1}{5}$ zakaża świnkę) zachorowała po 10 dniach na typowy dur plamisty, tak samo, jak świnka użyta do kontroli.

Drugą próbę przeprowadziliśmy na dwóch osobach, szczepiąc 3 serjami 6, 4 i 4 dni z rzędu, przerwy 28 dni i $2\frac{1}{2}$ miesiąca. Pierwsza serja szczepień wynosiła w sumie $\frac{1}{1000}$ mózgu, przyczem w pierwszych dniach używano jadu osłabionego przez stanie w ciągu 24 g. w lodówce. Podczas drugiej serji dawkę jadu podwojono. Dawka ogólna, użyta do trzeciej serji, wynosiła już około $\frac{1}{200}$ mózgu, czyli, jak wynikło z pierwszej próby, była to już dawka wybitnie zakaźna dla człowieka. Jednak obaj osobnicy wytrzymali to szczepienie bez odczynu, co wykazało działanie uodparniające pierwszych dwóch seryj. Jeszcze po $2\frac{1}{2}$ miesiącach odporność ich została sprawdzona przez jednokrotne wstrzykiwanie $\frac{1}{200}$ mózgu.

Z powyższego wynika, że za pomocą małych, stopniowo wzrastających dawek jadu, zawartego w zawieszynie mózgu świnki morskiej możemy uodparniać ludzi przeciw durowi plamistemu. (Str. wł)

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Br. Sawicki.**

Klemens Gerner — sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO.

z dnia 7 czerwca 1927 r.

Przewodniczący prezes kol. Sawicki

Obecnych członków T-wa 27. — wprowadzonych gości 15.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 24 maja 1927 r.

II. Kol. Gluziński, sekretarz stały wygłasza wspomnienia pośmiertne po zmarłych członkach Towarzystwa:

Dnia 7 lutego r. b. zmarł Dr. Witold Żurkowski. Urodzony w listopadzie 1866 roku kończy gimnazjum IV z odznaczeniem, w 1892 r. wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego maxima cum laude. W r. 1892 i 93 wyjeżdża na walkę z epidemią cholery. Po ukończeniu studjów uniwersyteckich pracował na oddziale chirurgicznym D-ra Jawdyńskiego, później w Szp. Dzieciątka Jezus na oddziale D-ra Sawickiego, gdzie pozostawał aż do wybuchu wojny. Na wojnie w armji rosyjskiej pracował na oddziale chirurgicznym w Szp. Ujazdowskim, potem w Moskwie jako starszy ordynator odd. chirurgicznego tegoż szpitala. W r. 1918 w Moskwie był ordynatorem dwóch oddziałów chirurgicznych w szpitalach miejskich. Po powrocie do kraju brał udział w wojnie bolszewicko - polskiej i był ordynatorem oddziału chirurgicznego w Szpitalu Mokotowskim. Następnie zmarły był Naczelnym lekarzem szpitala Wojskowego sezonowego w Ciechocinku. Był założycielem lecznicy chirurgiczno - ginekologicznej „Omega” i do końca życia jej współwłaścicielem. Był członkiem naszego i wielu innych Towarzystw, T-wa Opieki nad nieuleczalnie chorymi: był honorowym lekarzem tej instytucji, członkiem zarządu i delegatem do Związku Stowarzyszeń Rzeczypospolitej Polskiej; Członkiem Zarządu T-wa Kropla Mleka, dalej członkiem Polsk. Czerw. Krzyża, Wiceprezesem Koła Ligi Obrony Powietrznej Państwa. Dodać należy, że zbiory, jakie zgromadził, ofiarował Muzeum Narodowemu. Są to olbrzymie zbiory bibliofilskie sfragistyczne, dokumenty historyczne olbrzymiej wartości, tyżące się historii Polski. Zbiory te stanowić będą osobną kolekcję jego imienia. Nie mniej poza pracą chirurgiczną i społeczną, poza rozległą w swoim czasie praktyką prywatną, znalazł czas i na pracę naukową i wzbogacił piśmiennictwo lekarskie następującemi pracami:

1. Przypadek cierpienia stawu nadgarstkowego na tle arthropathiae syringomyelicae.
2. Przypadek pierwotnego raka języka.
3. Przedstawienie chorego z rakiem niezwyklej formy na niezwykłym miejscu.
4. Przyczynek do leczenia promienicy metodą Bevana.

Widzimy tedy, że jako lekarz, jako społeczny działacz zmarły ma wielkie zasługi. Cześć Jego Pamięci!

Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

W dniu 31 maja zmarł w Józefowie Edmund Kurella, urodzony w r. 1863 w Białej Podlaskiej, ukończył to samo gimnazjum, co

ś. p. Dr. Żurakowki, w r. 1887, Uniwersytet Warsz. cum eximia laude. Po skończeniu Uniwersytetu był przez kilka lat ordynatorem Szpitala Ś-go Łazarza, kliniki dermatologicznej, potem poświęcił się praktyce prywatnej. Podczas wojny był lekarzem ambulatorjum przy Szp. na Pradze. Brał udział w prowadzeniu ogrodów im. Raua. Ogłosił następujące prace: 1) Przyczynek do leczenia szprycowaniami ostrej rzeżączki u mężczyzn. 2) Rzut oka na obecny stan leczenia przymiotu salvarsanem. Przez szereg lat umieszczał streszczenia z dziedziny dermatologii i syfilidologii w „Gazecie Lekarskiej” i w „Kronice Lekarskiej”. W 1908 r. ś. p. Edmund Kurella został członkiem Naszego Towarzystwa. Cześć Jego Pamięci! Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie

III. Kol. Apfelbaum Emil wygłosił odczyt pod tytułem: Wątroba a przemiana wodna ustroju.

W złożonym łańcuchu przemiany wodnej ustroju zajmuje wątroba obok innych narządów i gruczołów o wydzielaniu dokrewnem zaledwie jedno ogniwo. Jednakże wpływ jej w tej dziedzinie jest niezawodny. Ujawnia się on w różnych kierunkach

1. Wątroba jest organem pomocniczym serca i wzmacniając na drodze hormonalnej jego skurcz (Roger, Asher), wpływa pośrednio na krążenie krwi.

2. Wpływa na ogólny bilans wodny, stanowiąc sama ośrodek przemiany zarówno węglowodanów, jak białek i tłuszczów, wiążąc lub wydalając wodę.

3. Ze względu na swój układ anatomiczny (łożysko żyły bramnej o dużej pojemności) jest wątroba zbiornikiem nagromadzającej się krwi.

4. t. zw. „zapora żylna wątroby” Arrey i Simonda (Leber-venensperre) w postaci okrężnej mięśniówki żył wątrobowych, stanowi tylko część układu naczyniowego jamy brzusznej i jest regulowana drogą tegoż układu w kierunku zwężania i rozszerzania naczyń, a więc w kierunku „zamykania” i „otwierania”.

5. Z badań moich, polegających na zastrzykiwaniu osobnikom zdrowym i chorym na wątrobę, adrenaliny po uprzednio wykonanej próbie wodnej oraz na określaniu stanu wody we krwi (metodą suchej substancji) wynika, że adrenalina ujawnia swe działanie w kierunku „zamykania” „zapory żyłnej” t. j. zwężania naczyń wątrobowych podobnie, jak to czyni z innymi naczyniami jamy brzusznej.

Prócz tego wpływa przypuszczalnie drogą samej komórki wątrobowej na stabilizację koloidów krwi, gdyż w warunkach normalnych wpływa na jej zgęszczenie, zaś w chorobach mięszu wątrobowego czynić tego nie jest zdolna.

6. Trując psy fosforem (podskórnie oraz bezpośrednio drogą żyły bramnej) stwierdziłem wybitne, dłużej trwające rozwodnienie krwi po podaniu wody zgłębnikiem oraz dożylnie.

Prawdopodobnie wątroba wydziela do krwi hormony, wpływające na jej układ koloidalny, pomagając obok innych czynników w utrzymaniu w równowadze ich uwodnienia, albowiem wą-

troba zatruta fosforem nie daje sobie rady z wyrównaniem wody uprowadzonej.

7) Wpływ wątroby na przemianę wodną bynajmniej nie zmniejsza tem samym znaczenia szeregu niezliczonych czynników, mających swój wpływ na tę przemianę, między innymi szeregu narządów (nerki, skóra, płuca), oraz gruczołów o wydzielaniu dokrewnem (streszczenie własne).

W dyskusji: kol. Węgierko mówi o wpływie wątroby na stany śpiączkowe i o roli jej w ciężkiej cukrzycy. W śpiączce mamy do czynienia z wybitnem zagęszczeniem krwi i wybitnem wysuszeniem tkanek. Po podaniu insuliny lub po owsiance zaczyna się uwodnienie. Śpiączka, według spostrzeżeń mówcy, w stanach obrzękowych jest zjawiskiem rzadkiem. Prawdopodobnie istnieje ścisły związek pomiędzy uwodnieniem życiowem a czynnością wątroby. Jeśli staniemy na tym stanowisku, że śpiączka jest połączona ze wzmoczeniem czynności wątroby, a więc ze zdolnością wytwarzania ciał acetonowych, to wzmózona produkcja acetonu idzie w parze z wysuszeniem, osłabienie zaś wątroby z nawodnieniem. Powstaje pytanie, czy insulina, syntalina i inne środki podobne, nie działają na ustrój drogą osłabienia czynności wątroby.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Br. Sawicki**
Sekretarz doroczny: **Klemens Gerner**.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO z 21 czerwca 1927 r.

Przewodniczący prezes Kol. Sawicki
Obecnych członków Tow. 71 Wprowadz. gości 50.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 7 czerwca 1927 r.

II. Kol. Czubalski Fr. wygłosił odczyt pod tytułem—Nowsze poglądy na funkcję nerek, (nie nadaje się do streszczenia).

III. Kol. Paszkiewicz L. wygłosił odczyt pod tytułem — Zmiany anatomo-patologiczne w gruźlicy nerek, (nie nadaje się do streszczenia).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Br. Sawicki**
Sekretarz doroczny.
Klemens Gerner.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNO-ADMINISTRACYJNEGO

z dnia 28 czerwca 1927 r.

Przewodniczący wiceprezes kol. Zieliński K.

Obecnych członków Tow. 39. Wprowadz. gości 23.

- I. Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 21 czerwca b. r.
- II. Do ksiąznicy T-wa wpłynęły:
 - 1 Podstawy djagnostyki chorób dzieci. M. Biehler. 1925.
 2. L'institut International d'études de Matériel Sanitaire Comité international de la Croix — Rouge. 1927.
 3. 3 prace Dr. Przemysława Rudzkiego.
 4. 3 prace prof. Grzywo-Dąbrowskiego R. 1927.
 5. Referaty zjazdowe czwartego Kongresu Międzynarod. medycyny i farmacji wojskowej. 1927.
 6. Sprawozd. o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej, M. S. W. 1927.
 7. Dalsze spostrzeżenia nad dopełniaczem surowicy krwi żaby wodnej. Owczarewicz L. 1927.
 8. „Otok“ i „Parch“ Giedroyć Fr. 1926.
 9. O syfilimetrji Vernes'a. Owczarewicz L., Nakacki J. Łukasiewicz i Szczodrowski H. 1927.
 10. Pogotowie ratunkowe XXX. 1927.
 11. Rocznik statystyczny Warszawy 1925. Magistrat m. Warszawy 1927.
 12. 3 prace D-ra Puławskiego A.
 13. Wpływ Insuliny na układ nerwowy wegetatywny (Huronowiczówna J. 1927.
 14. Stany astmatyczne jako odległy skutek zakażenia gruźliczego. Białokur Fr. 1927.
 15. 7 prac prof. W. Orłowskiego.
 16. Krótki zarys dziejów Radjologii w Polsce i zagranicą. Z. Grudziński. 1927.
 17. Dotychczasowe wyniki w leczeniu gruźlicy płuc tiosiarczanem złota i sodu. Dąbrowski K. i Wąsowicz St. 1927.
 18. 4 prace Wł. Mikułowskiego.
 19. 2 prace Dr. Ulińskiego.
 20. 5 prac S. St. Kopczyńskiego.
- III. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej Towarz. Lek. Warsz. odczytano protokół Komisji Rewizyjnej, odbytej w dniu 9 kwietnia 1927 r. treści następującej: Obecni Prof. Sawicki, Prezes, K. Zieliński, L. Babiński, M. Ryłko, H. Gurb ski, St. Zembrzusi. Dnia 9 kwietnia r. 1927 niżej podpisani członkowie Kom. Rewizyjnej dokonali rewizji Kas: a) Towarzystwa Lekarskiego, b) Kasy Wsparcia Lekarzy, oraz rachunkowości i bilansów obu instytucyj za

r. 1926. Komisja znalazła stan obu Kas oraz Księgi buchalteryjne w zupełnym porządku, co też zaznaczono w odnośnych księgach.

Podpisano:	Członkowie:	Przewodniczący
	(—) Gurbski	
	(—) St. Zembrzusi	(—) Ryłko

IV. Sprawa funduszu stypendjalnego im. Dr. Med. i chir. Leona Konitza.

Odczytano dokument następującej treści:

W roku 1896 Dr. medycyny Leon Konitz złożył sumę 2000 rubli w 5% L. Z. Tow. Kred. m. Warszawy na fundusz Konkursowy im. Dra Leona Komitza Dra medynyny i chirurgji.

Dnia 9 czerwca r. 1927 syn zmarłego Dr. Józef Konic złożył 8000 zł. w 5% L. Z. Tow. Kred. m. Warszawy na powiększenie tegoż funduszu, zaznaczając w swym liście, „że wartość listów ofiarowanych w r. 1896 została zredukowana“.

Odnośny akt sporządzony został przed rejentem Paszkowskim. Zebranie zaaprobowało przyjęcie dopełnienia zapisu.

V. Kol. Kiełkiewicz J, Klinika gruźlicy nerki (nie nadaje się do streszczenia).

VI. Kol. Fryszman Al. Pokaz nerek gruźliczych (materiał własny). (Nie nadaje się do streszczenia).

W dyskusji: Kol. Tokarski roztrząsa pytanie, czy nerka jest pierwotnem ogniskiem gruźliczego zakażenia. Mówca jest zdania, że najczęściej obok gruźlicy nerki są i inne ogniska zakażenia. Jeśli zaś chodzi o to, który z narządów układu moczopłciowego wpierv się zakaża, to mówca opowiada się za teorią zakażenia zstępującego. Zdaniem mówcy jednostronne zajęcie nerki jest rzadkie, gdyż zwykle chorują obie nerki, tylko jedna z nich łagodniej. Po usunięciu bardziej chorej, lżej chora leczy się samoistne dzięki przekrwieniu czynnościowemu. Mówca nie jest zwolennikiem płukania pęcherza w celach leczniczych.

Kol. Gluziński przypomina etapy rozwoju nauki o leczeniu gruźlicy nerek. W 1895 Albert wypowiedział zdanie, iż wśród metod leczenia gruźlicy nerki, wycięcie jej należy postawić na samym końcu. W 10 lat później Kasper stawia nephrektomię już na pierwszym miejscu. Według materiału, uzyskanego z przejrzenia 3493 protokółów sekcyjnych, mówca wnioskuje, że na 313 przyp. tylko w 103 gruźlica występuje w jednej nerce. Jednak droga operacyjna jest najpewniejszą. Zmiany gruźlicze innych części przewodu moczopłciowego po usunięciu nerki, zazwyczaj same ustępują.

Kol. Leśniowski na podstawie własnych spostrzeżeń jest zdania, że najczęściej idzie proces od piramid. Obserwacja chirurgów raczej przemawia za jednostronnym początkiem gruźlicy nerek (upośledzenie czynności tylko jednej nerki, niewygojalność zmian gruźliczych w nerkach...). Chorą nerkę należy usuwać jak najwcześniej. W rozpoznawaniu przewlekłych spraw chorobowych nerki, gruźlicę zawsze należy brać pod uwagę.

Kol. Roguski podnosi wartość rozpoznawczą posiewów na

pożywkach. Prątki dają się wykryć wcześniej, niż przez szczepienie morświnkom i potrzeba ich mniej w zakażonym materiale, gdyż wystarczy 1 prątek, aby uzyskać kolonię.

Kol. Kryński kładzie nacisk na ból, jako objaw przy gruźlicy nerek.

Kol. Orłowski W. omawia wartość panujących w fizjologii teoryj o czynności nerki i stwierdza, że żadna z nich nie jest w stanie objaśnić czynności nerki w stanach patologicznych. Co do wykrywania prątków w moczu, to z pośród sposobów mówca szczególnie poleca metodę szczepienia prątka w zmiażdżone gruczoły chłonne morświnki.

Kol. Światopełk-Zawadzki podnosi fakt, że znalezienie prątka w moczu, który poza tem nie nasuwa żadnych podejrzeń na gruźlicę nerki, nie wystarcza dla ustalenia rozpoznania tbc. renis.

Kol. Fryszman kładzie nacisk na fakt, że bardzo drobne zmiany przyrody gruźliczej w nerce już wybitnie obniżają jej czynność. W obecności prątków w moczu obniżona czynność zawsze daje prawo rozpoznawać gruźlicę nerki.

Kol. Owczarewicz przestrzega przed omyłkami rozpoznawczymi w związku z b. smegmae, który można zdecydowanie odróżnić przez posianie go.

Kol. Paszkiewicz mówi o sposobach samowyleczenia nerki gruźliczej i o sposobach zakażenia wstępującego.

Kol. Kiełkiewicz również omawia procesy samowyleczenia (wodonercze).

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes: **K. Zieliński**

Sekretarz doroczny

Klemens Gerner.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dn. 4 października 1927 r.

Przewodniczący—prezes **Sawicki.**

Obecnych członków T-wa 39, wprowadzonych gości 22

I. Do księżnicy T-wa nadesłano:

- 1) Z dziejów ofiarności na cele naukowe na obszarze królestwa Kongresowego od r. 1800 do dni naszych—Kazim. Król 1927.
- 2) Biuletyn Nr. 3 — Izba lek. Warsz.—Białostocka.
- 3) Lekarz sanitarny m. st. Warszawy (1914—1927) szkic historyczny — Al. Fruchtmann.
- 4) Jak zachować zdrowie. Al. Fruchtmann.
- 5) Kwasica cukrzycowa — J. Węgiecko.

6) Zarys historii szpitalnictwa wojskowego w Polsce z tablicami — St. Rudzki.

7) Sanokryzyna w gruźlicy płuc w świetle spostrzeżeń autorów polskich. — Wit. Orłowski.

8) Złobki okienne dla niemowląt — M. Gromski.

9) Badania doświadczalne nad powstawaniem acetonurji. — J. Węgiecko.

10) Znaczenie rozpoznawcze badania uwagi w chorobach psychicznych — J. Handelsman i W. Bobrowska.

11) Badania nad ostrym żółtym zanikiem wątroby ze specjalnym uwzględnieniem pochodzenia t. z. kanalików rzekomych — Wilhelm Czarnocki.

12) Służba zdrowia w dawnym Wojsku Polskim — Fr. Giedroyc 1927.

13) Archiv für Geschichte der Mathematik, der Naturwissenschaften und der Technik. — 1927.

II. Kol. Gluziński wita zebranych w świeżo odnowionym lokalu T-wa, obrazuje rozliczne trudności, z jakimi Tow. walczyło od czasu wojny, życzy mu dalszego rozwoju i wyraża nadzieję, iż praca w T-wie pójdzie obecnie jeszcze raźniej niż dotychczas.

III. Kol. Babiński skarbnik T-wa. Wiadomości o powstaniu siedziby Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (z notatek ś. p. Julj. Jankowskiego, długoletniego sekretarza kancelarji).

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie od r. 1821 t. j. od początku swego założenia, przez długie lata odbywało swe posiedzenia w mieszkaniach swych członków, z kolei, według pewnego rozkładu, o którym jednak w aktach Towarzystwa niema śladu. Od r. 1832, po zupełnem zamknięciu Król. Aleksandrowskiego Uniwersytetu w Warszawie, gdy opróżnione zostały pomieszczenia po Wydziale Lekarskim tegoż Uniwersytetu, członkowie założyciele T-wa Lekarskiego, między którymi byli profesorowie wydziału lekarskiego, wyjednali przeniesienie siedziby T-wa wraz z szafami bibliotecznymi do lokalu, zajmowanego przez Gabinet Anatomiczny b. Uniwersytetu Aleksandrowskiego. Gabinet mieścił się w domu rządowym przy ul. Jezuickiej Nr. hypotecznym 73. oznaczonym, który później przeznaczono na szkołę realną rządową. W lokalu owego Gabinetu Anatomicznego odbywały się posiedzenia T-wa Lekarskiego mniej więcej do r. 1857. W tym roku za zewoleniem b. Inspektora Służby Cywilno Lekarskiej, zarazem Prezesa Rady Lekarskiej Król. Polsk. Generała Sztabu Armji czynnej rosyjskiej, D-ra Romana Czetyrkina, członka T-wa Lek. Warsz., posiedzenia odbywały się w sali posiedzeń Rady Lekarskiej Król. Polsk. przy b. Komisji Rządowej Spraw Wewn. i Duch. w b. pałacu Mostowskich przy ul. Przejazd, we wtorki wieczorami, 2 razy na miesiąc od godz. 6-tej wiecz.. Biblioteka T-wa pomimo, że posiedzenia odbywały się w pałacu Mostowskich, ciągle pozostawała przez czas pewien w pomieszczeniach b. Gabinetu Anatomicznego przy ul. Jezuickiej. W październiku r. 1857 z powodu

otwarcia w Warszawie b. Ces. Król. Akad. Medyko Chirurgicznej, gdy Gabinet Anat. wcielony został do zakładów pomocniczych tejże Akademji, która zostawała pod władzą Kuratora Okręgu Naukowego — Towarzystwu Lekarskiemu polecono opróżnić lokal b. Gabin Anatom. z szaf bibliotecnych. Wówczas to za zezwoleniem b. Inspektora Służby Lekarskiej, rz. r. st. D-ra Wiktora Kochańskiego, za zgodą Naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus, D-ra Aleksandra Le Bruna, Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego przeniesiona została do lokalu Instytutu Szczepienia Ospy Ochronnej w Szpitalu Dzieciątka Jezus. W tym to Instytucie był podówczas dyrektorem ordynator tegoż szpitala, członek czynny i bibliotekarz Towarzystwa, lekarz Dr. Józef Mühlhausen. Pomieszczenie biblioteki T-wa Lek. w lokalu Instytutu Szczepienia Ospy Ochronnej było bardzo niedogodne, bo jak się wyraził Dr. Mühlhausen, na posiedzeniach T-wa Lek. dla szczupłości miejsca, i napływu ludności z dziećmi do szczepienia ospy—szyby w szafach bibliotecnych były wybijane, książki się poniewierały, a częstokroć i ginęły. Taki stan rzeczy spowodował Prezydjum T-wa do powołania Prezesa T-wa D-ra Ludwika Köhlera, Wiceprezesa D-ra Jana Kuleszy, Sekretarza Stałego D-ra Wiktora Szokalskiego, Sekretarza dorocznego D-ra Włodzimierza Dybka, Podskarbięgo D-ra Dawida Flamma, Bibliotekarza D-ra Józefa Mühlhausena, do obmyślenia pomieszczenia Towarzystwa wraz z biblioteką, czytelnią i kancelarją w lokalu własnym. Jakoż w tymże roku 1860 Towarzystwo wynajęło w domu p. Adelajdy Brunwey, zwanym domem Petyskusa, przy ul. Wierzbowej (Plac Teatralny róg Senatorskiej) Nr. 473-B (pol. 11), na 2-gim piętrze od frontu, lokal, składający się z obszernej sali o 3-ch oknach i dużego przedpokoju za cenę 180 rubli rocznie. Do lokalu tego została przeniesiona od dnia 1 października 1860 r. biblioteka T-wa, a mianowicie te szafy biblioteczne, które się dziś znajdują w sali posiedzeń T-wa. W lokalu tym odbywały się posiedzenia T-wa Lekarskiego oraz posiedzenia Komitetów, przez T-wo w różnych kwestjach naukowych wyznaczanych, jak i posiedzenia Komitetu Kasy Wsparcia Podupad. Lekarzy oraz Wdów i Sierot po lekarzach pozostałych, instytucji założonej przy T-wie Lek. Warsz., na zasadzie decyzji b. Rady Administracyjnej Król. Polsk. dnia 10/21 listopada 1857 r. W tym też lokalu mieściła się i kancelarja T-wa za szafą, przeznaczoną na akta, księgi rachunkowe, papiery bieżące Sekretarjatu T-wa a zarazem Sekretarjatu Kasy Wsparcia. Lokal powyższy okazał się istotnie daleko dogodniejszym dla T-wa, aniżeli poprzednie pomieszczenia, przygodnie rozrzucone po mieście. Członków czynnych T-wa było podówczas 49-ciu. W lokalu tym T-wo Lekarskie przetrwało do r. 1873. Zapis w testamencie ś. p. D-ra Jana Bączewicza, członka T. L. W. w r. 1865, w sumie 22.500 rb. przeznaczony na kupno placu i wybudowanie domu na pomieszczenie biblioteki i zbiorów T-wa, ułatwił T-wu nabycie na własność posesji przy ul. Niecałej Nr. hyp. 614 pol. 7. Najbliższe zaś

ułatwienie w nabyciu tej posesji okazał T-wu 1872 r. adwokat Józef Helbich, syn czcigodnego b. Prezesa T-wa D-ra Adama Helbicha. Posesja ta zagrożona była subhastacją, a właścicielka jej za staraniem p. Helbicha zdecydowała się, niedopuszczając do sprzedaży przymusowej, ustąpić dom ten T-wu z wolnej ręki za rb. 33.000. Nieruchomość ta zajmuje 4.555 łok. kwadr. gruntu, front jej od ulicy ma 62 łok. dł. głębokość placu liczy przeciętnie 70 łok. Na posesji tej istniały następujące stare bardzo zabudowania:

- 1) dom frontowy murowany o parterze i 1 piętrze, z piwnicami sklepionymi oraz poddaszami mieszkalnymi,
- 2) domek frontowy murowany, obok położony, parterowy z piwnicą, bez poddasza,
- 3) oficyna w podwórzu, pod kątem postawiona, murowana, parterowa, w części na piwnicach, z poddaszami mieszkalnymi,
- 4) oficyna drewniana, pokryta gontem, w stanie złym, ale jeszcze używalna
- 5) komórki drewniane pokryte gontem,
- 6) stajnia drewniana.

Budynki powyższe ubezpieczone były w Kasie Ogniowej Magistratu na sumę 17.030 rb. Dochód brutto z tej nieruchomości wynosił podówczas 3.005 rb. 52 kop., podatki rb., 537 kop. 56, czysty zaś wpływ przedstawiał się 3.105 rb. 54 kop., co stanowiło 10% od żądanego kapitału, kupno więc tej posesji było dla T-wa korzystne. Po nabyciu powyższej posesji w maju 1872 r. i po załatwieniu kwestji prawnych, a mianowicie ułożeniu się z wierzycielami, którzy nadal pozostawili na hipotecę znaczną część wierzytelności, T-wo przystąpiło w tymże roku do budowy domu frontowego po stronie lewej posesji, obecnie mieszczącego salę posiedzeń i część biblioteki. Kosztorys przez budowniczego Bronisława Muklanowicza sporządzony, a przez radcę budowniczego gubernialnego sprawdzony i poświadczony był na rb. 17997. kop. 25. Budowy z licytacji, ogłoszonej przez T-wo podjął się znany w Warszawie przedsiębiorca Onufry Wali-górski za ogólną sumę 17.500 rb. Nadzór nad budową powierzony został budowniczemu Br. Muklanowiczowi.

Po zniesieniu domku frontowego parterowego i odpowiedniem przygotowaniu robót grabarskich, kamień węgielny pod budowę domu z zapisu s. p. Jana Bęcwicza, mieszczącego po dziś dzień salę posiedzeń i część Biblioteki T-wa, położony został w dniu 6 sierpnia 1872 r. przez zebranych w tym dniu na posiedzeniu zwyczajnem T-wa Lek., na które zaproszeni byli tylko członkowie T-wa i członkowie Komitetu Kasy Wsparcia Podupadł. Lekarzy. Uroczystość ta odbyła się bardzo skromnie, w gronie powyższem: do odpowiednio przygotowanej puszki włożone zostały akt założenia kamienia węgielnego na arkuszu pergaminowym spisany, obejmujący listę wszystkich ówczesnych członków T-wa Lek. i członków komitetu Kas. Wsp. Pod. Lek. oraz miejscowe dzienniki. Akt ten brzmi, jak następuje:

Za panowania Najjaśniejszego Aleksandra II Cesarza Wszech Rosji, Króla Polskiego, W. Księcia Finlandzkiego, za Namiestnictwa w Królestwie Polskiem Generała Feldmarszałka Hr. Berga dnia 6 sierpnia 1872 r. członkowie T-wa Lek. Warsz., istniejącego od roku 1821 w Warszawie, położyli kamień węgielny pod budowę domu na pomieszczenie tegoż Towarzystwa na posesji przy ulicy Niecałej pod Nr. hypotecznym 614 polic. 7-ym. Dom ten ufundowany jest z zapisu w sumie rb. 22.500, na ten cel uczynionego przez ś. p. Jana Bęcwicza, D-ra Med. niegdyś członka czynnego i Prezesa T-wa Lek. Warsz. oraz członka b. Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego. Budowa rozpoczęta została dnia 6 lipca 1872 roku, według planu budowniczego Bronisława Muklanowicza, pod kierunkiem Zarządu T-wa Lekarskiego, na rok bieżący wybranego, a który się składa: 1). z Prezesa T-wa a zarazem Prezesa Komitetu istniejącej przy T-wie Lekarskiem od r. 1857. Kasy Wsparcia Podupadłych Lekarzy oraz Wdów i Sierot po lekarzach pozostałych, nadto zajmującego urząd Dziekana Wydz. Lekarskiego i Prof. Anatomji Patologicznej w Ces. Uniw. Warsz. D-ra Med. Włodzimierza Brodowskiego, 2) Wice Prezesa Tow. i Komitetu Kasy Wsp. lekarzy, zarazem Prof. Kliniki Chirurgicznej Szpitalnej w Uniwersytecie Warsz. D-ra Med. Juliana Kosińskiego, 3) członka Sekretarza Stałego T-wa Lek. Zarządzającego funduszami Kasy Wsparcia Lekarzy zarazem Naczelnego Lekarza Instytutu Oftalmicznego w Warszawie, Prof. Okulistyki w b. Szkole Głównej Warsz. a następnie w Uniwersytecie Warszawskim i Członka b. Rady Lekarskiej Król. Polsk. D-ra Wiktora Szokalskiego.

4) członka, Sekretarza Dorocznego, zarazem Redaktora Pamiętnika T. L. W. i Lekarza Ordynującego w Szpitalu Dziec. Jezus D-ra Józefa Wszebora.

5) członka, Podskarbiego T-wa, a zarazem kasjera Komitetu Kasy Wsparcia D-ra Szymona Portnera,

5) członka, Bibliotekarza T-wa D-ra Stanisława Kościńskiego.

Zarząd ten zaważwał do współdziałania w sprawach prawnych Karola Thiemego, obrońcę przy warszawskich Departamentach Rządzącego Senatu i Stanisława Zawadzkiego, rejenta przy Kancelarji Ziemiańskiej Gub. Warsz., oraz w sprawach budowlanych Franciszka Tournelle'a, Radcę budowlanego przy Rządzie Gubernjalnym Warszawskim.

Bezpośredni kierunek budowy domu powierzony został oddzielnemu Komitetowi, złożonemu z Prezesa T-wa Lek. oraz członków: Sekretarza Stałego i Podskarbiego tudzież Budowniczego Muklanowicza.

N/ Uwaga: Lista członków honorowych w r. 1872 znajduje się w Aktach T-wa Nr. 31, lista członków czynnych w Aktach Nr. 67.

Podczas krótkiej, powyższej ceremonji na terenie budowy nie było wypowiedziane żadne przemówienie, i nikt też z osób obcych, z pośród t. zw. publiczności na uroczystość tę zaproszony nie był.

Tegoż dnia 6 sierpnia 1872 r. o godz. 8-ej wiecz. członkowie T-wa upamiętnili tę uroczystość, koleżeńskim zebraniem i skromną kolacją składkową w hotelu Angielskim, gospodarzami tej wieczery byli: Dr. Mikołaj Brunner, Józef Wszebor i Sekretarz Stały Wiktor Szokalski (zob. Pamiętnik T-wa Lek. z r. 1872 str. 392).

Do nowowymbudowanego lokalu, T-wo Lek. przeprowadziło się w październiku r. 1873.

Budowa oficyn w domu przy ul. Niecałej następowała w latach dalszych, w miarę coraz większego rujnowania się starych budowli i w miarę gromadzenia funduszków na budowę potrzebnych. Na budowę tych oficyn przedewszystkiem wypożyczone zostały fundusze stałe Kasy wsparcia Pod. Lek. oraz fundusze stypendjalne T-wa Lek. wreszcie fundusze z pożyczek hipotecznych, zaciąganych przez T-wo Lek. w Tow. Kred. m. Warszawy.

W r. 1875 wybudowana została oficyna 2 piętrowa po stronie prawej. Budowę podjął się na licytacji, odbytej w kolewzwanym do konkurencji przedsiębiorców p. Telesfor Szpadkowski za sumę 14.000, rb. później wszakże okazało się, że z powodu ruchomego, nasypowego gruntu pod starą oficyną drewnianą oraz z powodu konieczności powiększenia rozmiarów pokoiów, koszt budowy zwiększył się znacznie, mianowicie wyniósł w r. 1876 rb. 18.559 kop. 46. Komitet budowy tej oficyny składał się z następujących członków Zarządu: Prez. w Komitecie Dr. Wiktor Szokalski, członek Komitetu: Dr. Jakób Rogowicz, Szymon Portner, oraz budowniczy Gubern. Tournelle. W r. 1890 T-wo przystąpiło do **skanalizowania** swej posesji, a następnie do budowy oficyny poprzecznej, 2 piętrowej w miejsce starej parterowej oficyny drewnianej. Wyznaczony przez T-wo Lek. Kom. Nadzorczy nad budową tej oficyny, złożony z przewodniczącego D-ra Jakóba Rogowicza, Członków Zarządu Jana Brauna i Gepnera Bolesława oraz Inżyniera Karola Szokalskiego i Sekretarza Kancelarji T. L. W. Juljana Jankowskiego, przystąpił przedewszystkiem do skanalizowania posesji i w tym celu na posiedzeniu 14 marca 1890 r. powierzył z liczby zaproszonych do konkurencji 5 biur technicznych. Inżynierowi Marszewskiemu, wykonanie robót kanalizacyjnych i wodociągowych. Komitet przystąpił do budowy 2-piętrowej oficyny poprzecznej i oficyny lewej. Budowę tę pod kierunkiem Budowniczego Tadeusza Zawadzkiego wykonał przedsiębiorca Bolesław Brodzki za cenę 13.900 rb. Budowę ukończono w dniu 25 czerwca 1891 r.

W r. 1904 T-wo Lek. na posiedzeniu 18 maja postanowiło ukończyć całkowite zabudowanie posesji swej przy ul. Niecałej przez wybudowanie domu frontowego po stronie prawej, w miejsce starego, zupełnie zniszczonego, 1-piętrowego domu z mansardami. Do zorganizowanego w tym celu Komitetu Budowy zaproszeni zostali: Dr. Teodor Dunin, jako przewodniczący, Dr. Wikt.

Kosmowski, jako referent, Dr. Wal. Kamocki, Dr. Henryk Hoyer i Dr. Konrad Dobrski. Jako zastępcy zostali powołani D-rzy: J. Winiarski i Ed. Zieliński. Komitet postanowił wykonać budowę według planów budowniczego Franciszka Lilpopa, a przez T-wo przyjętych i pod osobistym nadzorem tegoż budowniczego Lilpopa. Do stałego załatwiania spraw bieżących byli upoważnieni przez Komitet Budowlany Dr. Kosmowski i bud. Lilpop. Budowa całego domu o 3-ch piętrach od frontu i 4-tem od podwórza nie była oddana przez Komitet jednemu przedsiębiorcy za ryczałtową sumę, lecz Komitet zawierał umowy z oddzielnymi przedsiębiorcami, lub biurami technicznymi, powołanymi do konkurencji ograniczonej. Na tej podstawie roboty budowlane uzyskały firmy następujące:

- 1). ogólne roboty oddano majstrowi mularskiemu T. Zamojskiemu.
 - 2). konstrukcje żelazne Braciom Jenike
 - 3). kanalizację, wodociągi i ogrzewanie centralne f. Sikorski i Kurcewski
 - 4). urządzenie oświetlenia gazowego Zakładom Gazowym
 - 5). urządzenie oświetlenia elektrycznego f. Wróblewski i Binzer
 - 6). urządzenie dzwonek elektrycznych f. Bolman
 - 7). urządzenia schodów żelaznych f. Gostyński.
- Koszty całej budowli wyniosły 78.121 rb. 09 kop.
Komitet Rewizyjny T-wa. Lek. w dniu 2 marca 1906 r. wszystkie rachunki sprawdził i przyjął.

W związku z powyższem Kol. Wojciechowski przytacza szereg wspomnień z przeżyć osobistych dotyczących przeszłości T-wa Lek. i osób biorących w nim udział w czasach dawniejszych.

IV. Kol. Sawicki odczytuje odezwę Tow. Kresów Zachodnich, wzywającą do zbierania składek na książki dla studentów polaków studujących w Niemczech. Sporządzono natychmiast listę składek, na którą zapisywali się obecni.

V. Kol. H. Higier przedstawia przypadek współistnienia poronnej postaci padaczki z chorobą Gilles de la Tourette'a — Demonstracja.

Chora ma lat 38. Przed 3 laty napad zamroczenia z bełkotaniem, parafazją i przemijającą niemotą, powtarzającą się od czasu do czasu, na przemian z drętwieniem prawej połowy twarzy lub bólem napadowym w prawem podżebrzu, szarpaniem nogi lub przykurczeniem prawej ręki, bez utraty przytomności. Raz podobnemu napadowi towarzyszył zawrót głowy i wymioty.

Od 1½ roku wystąpiło mimowolne, eksplozywne wymawianie niezrozumiałych dźwięków i jedno lub dwuzgłoskowych wyrazów, jak np.: byk—byk, bitte—bit, pytie—pytie, dzi—dzi, tytyty, buty—but, daj—daj, do—do—do. Zawsze dźwięki te naśladują gęś, kaczkę, indyka; raz wyrwało się chorej: cholera—cholera—cholera.

Chora pochodzi z rodziny zdrowej; odczuwa chorobę, martwi się z powodu utraty posad, wskutek swych mimowolnych kur-

czów fonacyjno-artykulacyjno-oddechowych. Zmian organicznych u chorej nie stwierdzono; energiczne i wielorakie leczenie w klinikach—bez pożądanego skutku (Pacquelinisatio, elektryzacja).

Prelegent występuje przeciw niesłusznie rozpoznanej przez wielu lekarzy i liczne komisje, hysterji z agrawacją i symulacją i rozpoznaje poronną postać choroby des tics impulsifs czyli chorobę Gilles de la Tourette'a u osoby, dotkniętej zarazem padaczką. Rokowanie ciężkie.

W przypadku tym są natrętne ruchy i czyny, brak natrętnych myśli, niema też echolalji i echopraksji, są natomiast ślady koprolalji. Ciekawą jest rzeczą, że spostrzega się w niektórych krajach endemiczną postać tej choroby np. w Ameryce Południowej w Japonji, Korei, na wyspach malajskich i w Syberji Wschodniej.

W dyskusji kol. K o p c z y ń s k i zauważa, że t. z. koprolalja istnieje zazwyczaj na tle zwyrodnienia psychicznego, to też dziwnym się wydaje mówcy takt, iż objaw ten występuje w demonstrowanym przypadku, gdzie przecież zwyrodnienia psychicznego niema.

VI. Kol. S a w i c k i demonstrowuje w związku z odczytem, który za chwilę wygłosi 2 przypadki, w których w swoim czasie wykonał z dobrym wynikiem laminektomię.

Pierwsza z nich, dziś 46 letnia kobieta, była operowana przed 23 laty z powodu porażenia, które wystąpiło nagle przed 5 miesiącami, sprawa gruźlicza w kręgach trwała już przeszło rok. Podczas operacji wycięto łuki VIII, IX i X kręgu grzbietowego, poczem usunięto pierścień z tkanki łącznej, otaczający i zaciskujący rdzeń. Po operacji stan chorej szybko się poprawił; po 10 miesiącach poczęła ona chodzić. Dotąd czuje się zupełnie dobrze, może chodzić dość dużo zarówno na terenie równym, jak i po schodach.

Druga pacjentka, obecnie 55 letnia kobieta, była operowana przed 3 laty, w 7 miesięcy od początku choroby, a w 3 miesiące od czasu, gdy przestała chodzić. Wycięto łuki IV, V i VI kręgu grzbietowego, poczem usunięto grubą i rozległą warstwę ziarniny, pokrywającej oponę twardą rdzenia. Wyrażna poprawa w ruchach kończyn dolnych zaczęła występować w 3 miesiące po operacji. Obecnie chora chodzi zupełnie dobrze, jednakże dotąd nosi jeszcze gorset z kołnierzem.

VII. Kol. M i r a b e l przedstawia nowy aparat do odmy sztucznej własnego pomysłu i porównywuje go z aparatami D-ów Martyszewskiego i Jasińskiego.

Kol. G l u z i ń s k i w związku z powyższem, wspomina o jeszcze jednym aparacie 'pomysłu naszego rodaka — jest to aparat D-ra Sokołowskiego.

VIII. Kol. S a w i c k i B r. wygłosił obszerny odczyt p. t. „Leczenie ucisku rdzenia laminektomią w gruźlicy kręgów“.

Dyskusja.

Kol. Ł a p i ń s k i mówi o laminektomji w zastosowaniu do dzieci. W tym wypadku zabieg ten, zdaniem mówcy jest zbędny—

wystarczą tu: wyciąg i unieruchomienie, które jednakże musi trwać czas dłuższy (kilkanaście miesięcy).

Kol. Mostowska pokazuje obecnym ciekawy preparat — laminektomia i szczepienie kości z podudzia pomiędzy 2 wyrostki poprzeczne. Jak widać wszczepiona blaszka przyjęła się dobrze.

Kol. Drozdowicz i Czarkowski przytaczają szereg ciekawych spostrzeżeń z własnej praktyki w omawianym zakresie.

Kol. Kopczyński, nawiązuje do 2 przypadków demonstrowanych przez kol. Sawickiego, poczem posiedzenie zamknięto.

Prezes: **Br. Sawicki**

Zastępca sekretarza dorocznego **Antoni Kaczyński**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO w dniu 18 października 1927 r.

Przewodniczący wiceprezes Kol. K. Zieliński.

Obecnych członków 58. Wprowadzonych gości 33.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

II Kol. Morawiecka J. Wągrowatość ogona końskiego.

U chorego lat 28, który przed dwoma laty przechodził objawy mózgowo-opuszkowe w związku jakoby z otruciem mięsem, rozwija się od 7 miesięcy proces zrostowo-korzonkowy, dotyczący głównie korzonków L_4 , L_5 i S_1 strony lewej, ze stanami podgorączkowymi, bólami korzonkowymi, objawem Kerniga, bolesnością nerwów kulszowych i porażeniem wiotkiem całej lewej kończyny dolnej, głównie mięśni pośladkowych, napinającego powięź szeroką i mięśni grupy strzałkowej, z zanikami i odczynem zwyrodnienia w wymienionych mięśniach. Na umiejscowienie oponowe sprawy wskazywały limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym, obok nielicznych leukocytów neutrofilnych i komórek żernych, wzmożona dwukrotnie ilość białka i dodatni odczyn Nonne Appelta. Przebieg próby odmowej wykazywał niedrożność przestrzeni podpajęczynówkowych obszaru, zajętego sprawą zapalną. Wśród wtłaczania powietrza zrosty zostały przerwane, w następstwie czego wystąpiła wybitna poprawa subiektywna i wszystkich objawów neurologicznych, trwających od 7 miesięcy, ustąpiły stany podgorączkowe, oraz zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym. W tym okresie obserwacji byliśmy skłonni sprawę chorobową wiązać przyczynowo z zimnicą o typie trzeciaczki, wśród której przebiegu po raz pierwszy objawy neurologiczne wystąpiły.

Powtórne badanie chorego po 2 miesięcznym pobycie w domu, wykazało brak różnicy w stanie przedmiotowym od czasu uzyskanej poprawy. Natomiast obecnie chory skarży się na bóle w prawym nerwie kulszowym. Dwukrotnie nakłucie lędźwiowej wyko-

nane w tym okresie wykazało częściową niedrożność przestrzeni podpajęczynówkowych w okolicy ogona końskiego, w czasie zaś drugiego zabiegu wydostały się pod silnym ciśnieniem przez igłę 4 pęcherzykowate twory, wielkości grochu (jeden analogiczny twór znaleziono potem na ostrzu igły), o typowym wyglądzie wągra, histologicznym typowem utkaniu; haczyków nie znaleziono.

Rozpoznanie wągrowatości opon rdzenia jest, jak dotąd niemożliwe, o ile nie zdarzy się, jak w niniejszym przypadku, że wągrzy wydostaną się na zewnątrz w całości lub częściowo przy nakłuciu łądźwiowem. Zapalenie wągrowcowe opon rdzenia należy do rzadkości, ponieważ wągrzy rozsiewają się najczęściej w oponach mózgu, głównie na podstawie.

Ze względu na brak zgody ze strony chorego co do zabiegu operacyjnego, mamy zamiar próbować leczenia naświetlaniami głębokimi promieniami Rentgena, które dotąd w przypadkach wągrowatości opon nie były stosowane.

W dyskusji kol. H. Higier mówi o drogach, jakimi wągry przedostają się do ogona końskiego. Niekiedy białowiec przeżera kość i opuszcza się w kanale rdzeniowym, opadając do ogona.

III. Kol. M. Erlichówna. Przypadek wyniszczenia u dziecka wskutek nieodpowiedniej diety (pokaz).

Nieodpowiednia dieta polegała na kleikach, podawanych zbyt długo z powodu biegunek. Kleiki te nie zawierają dostatecznej ilości zasadniczych składników pożywienia. Wyniszczenie i śmierć następuje w istocie wskutek zagłodzenia.

IV. Kol. Sławiński i Freyówna. Przypadek operowanego śródbłoniaka mózgu (pokaz).

Chora lat 22, nauczycielka, cierpiała od dzieciństwa na bóle głowy. Od 3 lat częste migreny z wymiotami i napady, jakoby epileptyczne z utratą przytomności obok różnorodnych skarg, jak drętwienie, strzykanie lub ból w różnych okolicach ciała; omamy wzrokowe i słuchowe, złe zapamiętywanie, apatja. W maju 1927, stwierdzało się przy normalnem dniu oczu, jedynie wzmożenie odruchów ścięgniastych i okostnowych i dodatniego Ross. po obu stronach, przy obniżeniu odruchów brzusznych. W 3 tygodnie później po serji napadów, obecnie bez utraty przytomności, wystąpiło przelotne porażenie kk. pr. Stan przedmiotowy z końcem maja wykazywał tarczę zastoinową, zachowanie się odruchów jak wyżej, bolesność uciskową ograniczonego miejsca okolicy czołowej, z dyskretnymi zmianami teje okolicy na rentgenogramie. Psychicznie: niemożność skupienia uwagi, złe zapamiętywanie, apatja, afazja amnestyczna, omamy wzrokowe i słuchowe. Napady chorej charakteryzowały się tonicznymi kurczami mięśni pr. połowy twarzy, i pr. k. g. ze skręceniem głowy w str. pr.

Zespół psychiczny, który wystąpił b. wcześniej i stale się utrzymywał w okresie, gdy nie było jeszcze objawów znacznie wzmożonego ciśnienia, musiał nasuwać podejrzenie w kierunku umiejscowienia czołowego, przy którym i afazję amnestyczną, objaw banalny zresztą przy guzach mózgu, można było odnosić do uszkodzenia pobliskiego ośrodka mowy. Mniej można było wy-

zyskać rozpoznawczo napady toniczne chorej, które mogły zależeć tak od ucisku na zwoje podstawy, jak i od płatu czołowego, któremu przypisuje się funkcje piramidowe. Natomiast omamy wzrokowe były w sprzeczności z umiejscowieniem czołowem. Ostatecznie l. ból kości okolicy czołowej, łącznie ze zmianami rentg. przechyliły szalę na korzyść umiejscowienia czołowego.

Przy operacji odbarczającej, wykonanej przez Dr. Sławińskiego, znaleziono kość silnie przekrwioną, w jednym miejscu pogrubiałą i tutaj przyrośniętą do lejkowatego wgłębienia twardówki. W 2 tygodnie później wyluszczone guz, wielkości małej pomarańczy ważący 80 gr. Guz był zrośnięty na małej przestrzeni z twardówką w miejscu lejka. Ścianę jamy powstałej po usunięciu guza, stanowiły gładkie, ugniecione lecz nie zniszczone zwoje czołowe, z którymi guz nigdzie się nie zrastał. Utkanie histologiczne odpowiadało śródbłoniakowi.

Przebieg pooperacyjny był powikłany krwakiem, który się utworzył w miejscu guza. Z tego powodu stan chorej poprawiony już po operacji odbarczającej, na nowo się pogorszył przyczem do dawnych objawów dołączyła się jeszcze apraksja praworęczna. Powoli jednak chora się poprawiała, od 6 tygodni uważa się za zdrową i wraca teraz do pracy. Z objawów przedmiotowych pozostało obniżenie odr. brz. i lekko zaznaczony Ross.

W dyskusji Kol. H. Higier podkreśla fakt, że po usunięciu guza nastąpiło pogorszenie, które da się wytłomaczyć przesiąknięciem do jamy po guzie. Zrastanie się kości z nowotworem jest powodem powstawania osteomatów, które mogą naprowadzić na dokładne wykazanie miejsca, gdzie się nowotwór usadowił.

V. Kol. Zieliński zachęca kolegów do wzięcia udziału w obchodzie 70-tej rocznicy urodzin prof. D-ra Antoniego Gluzińskiego.

VI. Kol. Sobieszczański L. O rozpoznawaniu chorób przez zapachy.

Zmysł powonienia u zwierząt bywa lepiej rozwinięty, niż u ludzi. W czasie wojny mogłem się przekonać, iż różne armje mają różną woń. Oddawna zauważono przy chorobach gorączkowych, zakaźnych odrębne zapachy, jakoteż i przy niektórych chorobach płuc.

Przy cierpieniach przewodu pokarmowego również mamy swoiste zapachy, które nieraz ułatwiają rozpoznanie różniczkowe.

Z własnych spostrzeżeń i literatury podkreślam specyficzny zapach przy cukrzycy.

Choroby nosa, ucha, gardła i przełyku nieraz dają wonie, które wywoływać mogą obrzydzenie (np. ozaena, scleroma). Nawet normalne wydzieliny ludzkie mają zapach swoisty (nasienie, mocz, kał, pot), który ulega zmianom w czasie choroby.

Środki lekarskie i pokarmy mogą zmieniać zapach moczu. Opisywano mdły zapach położnic i miesiączkujących, b. przykry zapach rakowatych i źle leczonych chorych kiłowych. Zwrócenie uwagi na te dane było celem pracy niniejszej.

W dyskusji, Kol. Gluziński podaje, że zdawna udawało mu się rozpoznawać powonieniem ospę.

VII. Kol. Reicherówna. Organizacja wychowania fizycznego w Niemczech, Francji i Krajach Skandynawskich. (nie nadaje się do streszczenia).

W dyskusji Kol. Kopczyński wyraża wdzięczność prelegentce za wygłoszenie odczytu i zwraca się do prezydium z prośbą, aby podobne tematy były częściej poruszane w Towarzystwie.

Mówca podaje schemat organizacji wychowania fizycznego w Polsce, przyczem zaznacza, że postęp w tym kierunku jest wielki.

Kol. Michalski Zdz. nie jest zwolennikiem wprowadzania przymusowych ćwiczeń cielesnych,

Kol. Cieszyński przestrzega przed lekceważeniem akcji rządu w kierunku szerzenia wychowania fizycznego.

Kol. Reicherówna w odpowiedzi Kol. Michalskiemu podkreśla, że mówiła tylko o tem, co zostało dokonane u obcych, nie wdając się w ocenę tego, co robi się w Polsce.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **Br. Sawicki**
Sekretarz doroczny **Klemens Gerner**.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z d. 25 października 1927 r.

Przewodniczący wice-prezes **Kazim. Zieliński**

Obecnych członków T-wa—52 wprowadzonych gości—43

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. S. Łyskawiński przedstawia przypadek częstoskurczu napadowego (Tachycardia paroxysmalis) u 6-io letn. dziewczynki.

Pacjentka jest dzieckiem wybitnie neuropatycznym; wykazuje przytem wyraźnie wzmożoną pobudliwość układu współczulnego 1) znaczne przyspieszenie tętna, graniczące z napadem częstoskurczu, po iniekcji podskórnej roztworu adrenaliny; 2) bardzo wybitny efekt po wkropleniu do worka spojówkowego tegoż roztworu adrenaliny przy znacznie mniej wyraźnym efekcie po jednoczesnem zapuszczeniu pilokarpiny do drugiego oka. Ze strony narządów oddechowych wykryto jedynie na kliszy Rentgena mały gruczoł wapniejący w prawej wnęce płucnej. Ze strony układu krążenia w czasie wolnym od napadów, przy prawidłowych granicach serca, akcja jest zupełnie prawidłowa (tętno dobrego wypełnienia i napięcia, miarowe, o 70—88 uderzeniach na 1 minutę o ciśnieniu w/g Riva-Rocci—90/50). W zakresie narządów pokarmowych zwracają uwagę: obniżenie ogólnej kwasoty oraz zawar-

tości wolnego HCl w treści żołądkowej zarówno naczczo, jak i po śniadaniu próbnym; obecność jaj glist dżdżownicowatych w kale; skłonność do zaparcia. Ze strony narządów moczowych stwierdzono objawy ich podrażnienia (niewybitny ropomocz z nieznaczną domieszką krwinek czerwonych), a jednocześnie wyraźnie zaznaczony, doświadczalnie sprawdzony białkomocz o charakterze ortostatycznym. We krwi odczyn serologiczny z antygenem kiłowym ujemny.

Napady gwałtownego bicia serca u pacjentki trwają od 2 lat; występują one zwykle nagle wśród zupełnego dobrostanu dziecka, przytem prawie zawsze około południa; towarzyszą im zwykle mniej lub bardziej zaznaczone objawy ogólnej depresji oraz zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego (nudności, odbijania, bóle brzuszne, oddawanie wypróżnień); okres trwania każdego napadu wynosi przeciętnie 6 godzin; częstość powtarzania się napadów początkowo raz na kilka tygodni, przed zgłoszeniem się pacjentki do szpitala — co kilka dni.

Podczas napadów kołatania serca daje się stwierdzić nieznaczne powiększenie jego wymiaru poprzecznego; akcja jest bardzo szybka, dochodząca do 220—240 uderzeń na minutę; rytm płodowy; tętno miękkie, drobne prawie niezliczalne; ciśnienie w/g Riva-Rocci—68/50.

Na napadzie powyższych danych referent rozpoznaje u pacjentki samodzielną, napadową częstoskurcz serca, odrzucając z jednej strony organiczne, klinicznie uchwytnie schorzenie mięśnia i wady aparatu zastawkowego serca, z drugiej—zespół choroby Basedowa w jego nietypowej postaci, charakteryzującej się tylko wyłącznie objawami ze strony serca. Objawy żołądkowo-kiszkowe, zaznaczone wyżej, harmonizują w zupełności z przyjętem przez referenta wzmożeniem pobudliwości układu współczulnego jako zasadniczym tłem cierpienia; obecność askaryd w przewodzie pokarmowym oraz stany podrażnienia dróg moczowych mogą odgrywać rolę czynników, wywołujących napady częstoskurczu; białkomocz zaś ortostatyczny znajduje się w bezpośrednim związku przyczynowym z odbiegającą od przeciętnej normy, konstytucją dziecka, na którą prócz wymienionej sympatykotonji składają się również cechy wątłej budowy, przy lekkim stopniu lordozy oraz dwustronnej płaskiej stopy.

(streszczenie własne)

III. Kol. Semerau-Siemianowski omawia przypadek częstoskurczu napadowego i demonstrowa odnośne elektrokardiogramy. Dyskusja.

Kol. Tokarski nawiązując do pokazu Kol. Łyskawiewskiego, stwierdza, że w przypadkach częstoskurczu napadowego zazwyczaj spostrzegał już w parę godzin powiększenie się wymiaru poprzecznego serca, co pozwala odróżnić tę sprawę chorobową od tachycardji pochodzenia psychogenego.

Kol. Gluziński podkreśla pewne istotne różnice, jakie zachodzą w obu przedstawionych przypadkach. I-szy to przypadek częstoskurczu napadowego pierwotnego, II-gi zaś to często-

skurcz jako wynik pewnych zmian anatomicznych w mięśniu serca (endomyocarditis postreumatica). Należy podkreślić charakterystyczne cechy dla częstoskurczu napadowego: 1) nagle „szarpnięcie“, jak się wyrażają chorzy, występujące bezpośrednio przed atakiem 2) koniec nagły, występujący w ciągu 1 do 2 minut. Mówca obserwował przypadek, który skończył się per mortem.

Klinicznie rozpoznano częstoskurcz napadowy; sekcja pośmiertna żadnych zmian w sercu nie wykazała. Jednakże należy zauważyć, że przy pierwotnej, prawdziwej tachycardia paroxysmalis po szeregu lat mogą się zjawić zmiany anatomiczne, które w następstwie doprowadzą do zupełnej inkompensacji.

Kol. S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i. Częstoskurcz napadowy jest zbiorowiskiem najróżnorodniejszych stanów. Wyodrębniono: 1) stany odruchowe (z dróg pokarmowych, narządów płciowych, na skutek obecności polipów nosowych i t. d.) 2) grupę przyczyn, związanych z podrażnieniem n. błędnego. W przypadku mówcy etiologia jest ustalona: endocarditis i następcze zmiany w m. sercowym.

Kol. Ł y s k a w i ń s k i w odpowiedzi na uwagę kol. Tokarskiego zaznacza, iż podkreślił, że serce w demonstrowanym przypadku było „nieznacznie powiększone”

IV. Kol. M i k u ł o w s k i W ł o d z i m i e r z. Leczenie choroby Heine - Medina. w świetle obrad V kongresu pedjatrów francuskich w Lozannie 29-30 września 1927 r.

Programowe referaty na temat leczenia choroby H - M. objęły zagadnienie seroterapii, fizjoterapii i ortopedji stosowanej w walce z tem cierpieniem. Prof. G. Etienne z Nancy w odczycie o leczeniu surowicą zapalenia rdzenia — omówił najważniejsze podstawy biologiczne seroterapii poliomyelitis i przedstawił pomyślne wyniki praktycznego zastosowania leczniczego tak surowicy ozdrowieńców (met. Nettera) jak i surowicy specyficznej Pettita z Inst. Pasteura.

Duhem z Paryża omówił sposoby fizycznego leczenia porażenia dziecięcego. Dr. Nicod wypowiedział referat o chirurgicznym leczeniu porażenia dziecięcego, demonstrując cały szereg leczonych przypadków.

W dyskusji Kol. K o p c z y ń s k i odnosi się z zastrzeżeniem do pomyślnych rezultatów terapeutycznych przy chorobie Heine Medina. Choroba ta przychodzi zazwyczaj nagle, jak burza ale też często samoistnie przechodzi, to też wyniki lecznicze należy oceniać cum grano salis, co do stosowania surowicy to musi być ono zdaniem mówcy możliwie szybkie, by nie dopuścić do wytworzenia się blizn w rogach przednich.

Kol. H i g i e r zapytuje, czy należy stosować diatermję a w kwestji kąpeli gorących, czy mają być miejscowe, czy ogólne.

Kol. Z i e l i ń s k i K a z. pyta, czy u nas poczyniono kroki celem leczenia choroby H. M. surowicą.

W odpowiedzi Kol. M i k u ł o w s k i zaznacza, że według poglądów wyrażonych na kongresie, djatermję należy stosować, co

do kąpieli winny one być miejscowe. Surowicę Petita sprowadzono do kraju i już rozpoczęto jej stosowanie.

V. Kol. Wąsowicz Stanisław „Spostrzeżenia kliniczne nad próbą Aldricha, czyli wodnym odczynem doskórnym“

Aldrich i Mc. Clure opisali w 1923 i 1924 roku swe spostrzeżenia, wykazujące, że roztwór fizjologiczny soli, zastrzyknięty doskórnie, utrzymuje się w postaci pęcherzyka u ludzi zdrowych zazwyczaj powyżej godziny, natomiast u chorych z obrzękami, przesiekami lub puchliną brzuszną, znikanie pęcherzyka jest znacznie szybsze. Podobne wyniki otrzymali Labbé, Violle i Azerad, oraz Chevalier i Stiffel.

Na oddziale Dra Kazimierza Dąbrowskiego w szpitalu Wolskim przeprowadziliśmy badania nad powyższym odczynem u 73 chorych.

Chorych tych podzielić trzeba na 4 grupy:

- 1) chorych bez zaburzeń w przemianie wodnej, u których badania noszą cechę kontroli,
- 2) chorych z zapalnymi wysiękami w opłucnej,
- 3) chorych z objawami niedomogi serca i
- 4) chorych z niedomogą nerek.

Do pierwszej grupy zaliczyliśmy 30 chorych, u których wykonano 36 badań.

Do drugiej grupy wliczono 14 chorych, u których wykonano 20 badań.

W trzeciej grupie u 18 chorych przeprowadzono 47 badań.

W czwartej grupie u 11 chorych wykonano 96 badań.

Na zasadzie przeprowadzonych spostrzeżeń klinicznych nad wodnym odczynem doskórnym stwierdzić należy, że:

- 1) przyspieszenie wodnego odczynu doskórnego wskazuje na zwiększenie chłonności tkanek;
- 2) przyspieszenie wodnego odczynu doskórnego idzie w ślad za zatrzymaniem wody i chlorków w ostrych zapaleniach nerek, oraz nasyceniem obrzęków w niedomodze serca;
- 3) wodny odczyn doskórny jest czułym wskaźnikiem w przebiegu tak zwanych „nephrite hydropigène“, oraz w ostrym okresie spraw zapalnych. (zapalenie opłucnej z wysiękiem);
- 4) nie stwierdza się ścisłej równoległości między czasem trwania wodnego odczynu doskórnego, a wskaźnikiem refrakto-metrycznym surowicy krwi; zjawiska te są od siebie niezależne.

W dyskusji Kol. Bartoszek wypowiada kilka uwag w związku z techniką próby.

W odpowiedzi Kol. Wąsowicz wyjaśnia iż technika jest taka sama, jak przy odczynie Mauhon: igłę należy wprowadzić w warstwę brodawkową skóry; płyn musi się znaleźć w warstwie skórnej (nigdy zaś podskórnej) co poznajemy po ostrym wyraźnym odgraniczeniu od otoczenia wprowadzonego płynu.

Wiceprezes: K. Zieliński.

Zastępca sekretarza dorocznego.

Antoni Kaczyński

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dn. 8 listopada 1927 r.

Przewodniczący—wiceprezes **K. Zieliński**

Obecnych członków — 24. Wprowadzonych gości — 24.

- I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
- II. Do T-wa nadesłano następn. wydawnictwa i publikacje:
 - 1) Wiener Archiv für innere Medizin (t. XIV) 1927.
 - 2) Igła krawiecka w prawej komorze serca — Zofja Dobijowa 1925 r.
 - 3) Melano-neurinoma (?) cutis — J. Merenlender.
 - 4) Anatomja patologiczna ogólna i szczegółowa wg. wykładów prof. L. Paszkiewicza — St. Hrom 1927.
 - 5) Statystyka nowotworów złośliwych na podstawie materiału sekcyjnego Zakł. Anat. Patolog. U. W. za czas od 1918 do 1925 r. Stella Heybowicz-Kulesza 1927.
 - 6) Torbiel skórzasta mózgu — St. Półtorzycka 1927.
 - 7) Tłuszczaki opon miękkich mózgu (z przypadkiem własnym) — J. Laskowski 1927 r.
 - 8) Nowe poglądy na powstawanie miażdżycy — Janina Dąbrowska 1927.

III. Wiceprezes **K. Zieliński** komunikuje zebrany wynik konkursu im. Piramowicza.

Nagrodę Konkursową im. Piramowicza na r. 1927 w ogólnej sumie zł. 600 postanowiono przyznać Dr. Marjanowi Roszkowskiemu i Dr. Jadwidze Magnuszewskiej za wybitną działalność przeciwgruźliczą na terenie szkolnym (szkół m. stoł. Warszawy).

IV. Wygłoszono następujące odczyty:

1) Kol. **M. Wierzuchowski** i kol. **H. Gadomska** Odczyn psa prawidłowego na długotrwałe dożylnie wlewanie cukru gronowego.

2) Kol. **H. Gadomska** i kol. **M. Wierzuchowski**: Wpływ narkozy amytalowej na odczyn psa podczas długotrwałego, dożylnego wlewania cukru gronowego

W odczycie pierwszym przedstawili prelegenci po większej części nieznane dotąd formy odczynu psa na dożylny ustawiczny, dowóz glikozy, ustalili formę krzywej kwasu mlecznego we krwi podczas tegoż wlewania i prześledzili wpływ insuliny na te formy odczynu. Istnienie ich zdradza różnorodność urządzeń asymilacyjnych u różnych osobników.

W odczycie drugim wykazali oni, że formy odczynu psa na dożylny, ciągły dowóz glikozy podczas narkozy amytalowej, która oszczędza węglowodanową przemianę meterji więcej, niż jakikolwiek inny narkotyk, w większości wypadków zachowują się mniej lub więcej niezmiennione, jakkolwiek zdolność asymilacyjna zwierzęcia dla glikozy wybitnie się zmniejsza, co razem dowodzi, że subtelne, indywidualnie różne, urządzenia asymilacyjne w pierwszym odczycie przedstawione, tkwią jednak tak głęboko w organiz-

mie, że narkoza nie jest w stanie ich zniweczyć, choć je niekiedy zniekształca. (streszczenie własne)

Dyskusji nie było. Na tem posiedzeniu zamknięto.

Wiceprezes **Zieliński Kaz.**
Sekretarz doroczny **Gerner Kl.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z d. 15. listopada 1927 r.

Przewodniczący, prezes **Br. Sawicki**

obecnych członków T-wa 48. Wprowadz. gości T-wa 46.

I Do T-wa nadszedł szereg wydawnictw i publikacji lekarskich:

1) Przyczynek do statystyki samobójstw w Warszawie w ostatnim dziesięcioleciu — W. Grzywo-Dąbrowski 1927.

2) Szpital Jana Bożego w r. 1926 — T. Łapiński.

3) Działalność naukowa Szokalskiego na polu okulistyki — R. Wierzbicki 1927.

4) O masowych zatruciach mięsnych w armji z uwzględnieniem em duru rzekomego „C“ 1927.

5) W sprawie etiologii grypy — tenże 1927.

6) Virchows Archiv f. pathologische Anatomie u. Physiologie,

7) Fifth confarence of the international union against tuberculosis 1926.

8) Hauta teto tuberkuloza u słowena Dr. Swetniczew Steranowicz 1927.

II Kol. Filiński W. Przypadek cukrzycy, jako choroby następowej po durze brzuszny (pokaz chorego).

Prelegent przedstawia chorego, u którego rozwinęła się moczówka cukrowa po ukończeniu sprawy durowej, co należy uzależnić od działania zabójczego toksyn na wysepki Langerhansa.

W dyskusji Kol. Grot Józef podnosi doniosłość częstych, regularnych badań zawartości cukru we krwi i moczu chorych cukrzycowych, konieczność umiejętnego obciążania węglowodanami przy odpowiedniemu stosowaniu insuliny i t. d. Co do danego przypadku, należałoby się upewnić, czy chory nie cierpiał już dawniej na cukrzycę o charakterze utajonym.

Kol. Kaczyński Antoni. — Koncepcja kol. Filińskiego w tym sensie, że jady durowe mogą wpłynąć ujemnie na sprawność trzustki — wydaje się być słuszną. Potwierdzają to obserwacje, jakie mamy nad chorymi cukrzycowymi, którzy następnie zapadli na tyfus brzuszny.

K. przytacza 2 przypadki tego rodzaju (matka z córką), gdzie chora od szeregu lat cierpiała na cukrzycę o charakterze średnio-ciężkim (przy odpowiedniej djecie i regularnej insulinizacji ilość cukru dochodziła przeciętnie od 0,2 — 0,4%). Gdy chore te zapadły na tyfus, cukrzyca miała przebieg znacznie cięższy, pomimo

dogodnych warunków dietetycznych wymaganych przy tyfusie. Ilość cukru wzrosła do 3 — 4%, dawkę insuliny należało znacznie zwiększyć. Rzecz charakterystyczna, że w 3 tyg. po przejściu sprawy tyfusowej, ilości cukru u tych chorych wróciły do dawnych norm, przy stosowaniu dawnych, małych dawek insuliny.

Kol. Wieruchowski zauważa że kol. Filiński nie zaznaczył z jakim rodzajem cukru miano do czynienia w danym przypadku — dextrozą, czy lewulozą ?

Kol. Łyskawiński podnosi możliwość istnienia w danym przypadku utajonej postaci cukrzycy, która ujawniła się dopiero po przebyciu choroby gorączkowej, jaką jest tyfus brzuszny.

III. Kol. Rożkowski K. wygłosił odczyt p. t. „Zagadnienie bólu w świetle współczesnych badań i poglądów“ (rzecz zostanie ogłoszona drukiem).

Dyskusja.

Kol. Higier. Problem bólu, aktualny od wielu tysięcy lat, wypląnął w ostatniem ćwierćwieczu na forum dyskusyjne, a polemika pomiędzy szkołą Freya a Goldscheidera dotąd nie została rozstrzygniętą. Odczyt kol. R. obejmujący wszystkie najnowsze prace z tej dziedziny, stanowi bardzo wyczerpujący, krytyczny referat o problemacie bólu. Higier przed laty 25-ciu, pisząc o sympatektomii okołonaczyniowej (później t. zw. operacji Lérichea) a w lat kilkanaście później w sprawie: „neurologii wegetatywnej czyli trzewnej“ mimochodem poruszył koncepcję powstawania bólu na drodze wyłącznie sympatycznej. Ostatnio, przed kilku laty prawie jednocześnie ze Strümplem wyraził mniemanie i bliżej je w 44-ch punktach uzasadnił, że wszelki ból, zarówno obwodowy, jak trzewny — w przeciwstawieniu do innych rodzajów czucia — jest pochodzenia współczulnego, nie zaś mózgowordzeniowego. Gdyby dawny dogmat o stanowisku bólu, wszechobowiązujący w fizjologii i klinice, został obalony, to zyskałaby wiele sama metodyka rozumowania fizjopatologicznego i psychologicznego, Prelegent, uzbrojony w cały arsenał wiedzy obcej i własnej, zdaje się skłaniać ku tejże koncepcji, posiadającej znaczenie zasadnicze. Słusznie R. wciągnął w orbitę swoich dowodzeń, prócz wspomnianych wyżej: 1) sprawę hyperpatji Foerstera, według której system percepcyjno—epikrytyczny działa hamująco na system bólowy, 2) doświadczenia fizjologiczne z nerwami bólonosnymi, bardziej opornymi na uszkodzenie i bardziej zdolnymi do regeneracji i 3) eksperymentu Lehmana pozornie sprzeczne z prawem Bella, według których przez korzonki przednie biegną tu i ówdzie bodźce czuciowo-bólowe.

Kol. Orzechowski: Słabą stroną hipotez lokalizujących ból w układzie sympatycznym jest to, że jady porażające n. współczulny nie znoszą bólu. Nawet w przypadkach niewątpliwych bólów sympatycznych, więc w kryzysach żołądkowych lub w chromaniu przestankowym ergotamina bólu nie znosi. Co prawda, możnaby na to odpowiedzieć, że jady porażające włókna ruchowe i wydzielnicze w układzie współczulnym nie muszą równocześnie działać na włókna czuciowe n. współczulnego.

Kol. Michalski Zd. podnosi wielką doniosłość teorii bólu

Mackenziego w klinice i praktyce. Należy podkreślić, że bóle trzewne nie zawsze mają charakter chaotyczny, nieokreślony; wprawdzie chorzy wskazują t. z. punkty bolesne czasami fałszywie, tem nie mniej jednak mają one charakter występowania, co do umiejscowienia swego, stały, co ma b. duże znaczenie djagnostyczne. Kwestja bólu w djagnostykach popularnych bywa niestety zazwyczaj zupełnie pomijana; dopiero pod wpływem Mackenziego, Caboli'a wysunięto uczucie bólu na poczesne miejsce.

Kol. Kryński L. zauważa, iż przy omawianiu istoty bólu prelegent pomiął czynniki napięcia siły działającej. Tak np. lekkie uciskanie na n. trigeminus nie da bólu, który powstanie dopiero przy wzmożeniu działania owego ucisku. To też, zdaniem mówcy, odróżnienie uczucia od bólu jest niesłuszne.

Kol. Kopyński stwierdził na zasadzie własnych doświadczeń i obserwacji, że drażnienia pewnych punktów na ciele (w danym przyp. pryszczyku na twarzy) daje uczucie bólu w miejscu odległym ale stale w jednym i tym samym. Istnieją tu najwidoczniej pewne stałe acz niejasne uzależnienia i prawa, które wymagają skrupulatnych poszukiwań, celem ich wyświeślenia.

Następnie zabierał głos kol. prelegent udzielając obszernych odpowiedzi i wyczerpujących objaśnień, poczem posiedzenie zamknięto.

Prezes: **Br. Sawicki**

Antoni Kaczyński

Zastępca sekretarza dorocznego.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dn. 22 listopada 1927 r.

Przewodniczący prezes **Br. Sawicki**.

Obecnych członków T-wa 33. Wprowadz. gości 30.

I. Do Książnicy T-wa nadesłano: Le traitement des tumeurs de la vessie par les agents physiques. A. Fryszman.

II. Kol. Sznajderman Ign. Przypadek guza w okolicy szyszynki (pokaz przypadku).

Chory, lat 35, z zawodu szczotkarz, przebywa w klinice od 10. IX. r. b.

Od roku cierpi na bardzo silne bóle głowy. Początkowo miały one charakter napadowy, występowały w odstępach 2 — 3 tygodniowych, trwały niekiedy cały dzień. Z biegiem czasu stawały się coraz częstsze. W ostatnich dwóch tygodniach trwały stale i były „nie do zniesienia”. Chory lokalizował bóle w lewej połowie głowy, głównie w okolicy skroni i potylicy, towarzyszyły im wymioty. Podczas bólów głowy widzi gorzej. Dziedzicznie nieobciążony. Choroby weneryczne neguje, żona nie ronila, ma jedno dziecko zdrowe. Urazów głowy nie przechodził. Potencja prawi-

dłowa. W badaniu przedmiotowym zwracało uwagę, że chory podczas bólów głowy krzywił się, zrywał, przewracał się niespokojnie na łóżku, postękiwał, postękiwanie dość często przechodziło w jęk. Najczęściej leży na prawym boku, jest błądy. Tętno miarowe, miernie napięte. Chory na zapytania nie daje odpowiedzi pożywienia nie przyjmuje, na ukłucie szpilką reaguje zbyt żywo. Sztywność karku silnie zaznaczona; Kernig obustronny, wybitniejszy ze strony prawej kończyny dolnej. Podczas bólów ogólna hyperestezja mięśni. W przerwie między napadami silnych bólów głowy, chory wykazuje spowolnienie psychiczne i ruchowe oraz niemożność skupiania uwagi. Czaszka niebolesna przy opukiwaniu, źrenice zachowują się prawidłowo. Na dnie oka wybitna tarcza zastoinowa z licznymi krwotokami. Pismo: c. d. $\frac{1}{3}$; o. s. $\frac{1}{2}$; w krańcowych pozycjach na boki kilka drgań nystagmicznych. Objawy oponowe zaznaczone także poza okresami silnych bólów głowy. Przy badaniu na odczyny mózdkowe — mijanie prawego barku nazewnątrz, zresztą stan neurologiczny prawidłowy; czasem skłonność do persewersacji ruchów i kataleptycznych ułożeń. Nakłucie lędźwiowe dało płyn wodojasny, pod ciśnieniem powyżej 800 mm, ze spadkiem po wypuszczeniu 5 ccm. do 620. W płynie m. rdz. rozszepienie cytologiczno-białkowe. Odczyny serologiczne we krwi i płynie ujemne. W narządach wewnętrznych, w moczu i krwi nic szczególnego. Brak uchwytnych zaburzeń w sferze dokrewno-wegetatywnej. Chory otrzymywał codziennie lewatywę z magn. sulfuricum oraz analgetica, przyczem bóle głowy wyraźnie zelzały, silniejsze napady bólów głowy nie pojawiają się, natomiast wystąpił chód lekko zataczający się, niekiedy padanie w lewą stronę. Zdjęcie rentgenowskie czaszki wykazało cień bardzo wysycony, dużych rozmiarów, kształtu mniej więcej czworobocznego, którego część usadowiona jest dokładnie w okolicy, odpowiadającej szyszynce, skąd mniejsza część guza rozszerza się na prawo, a przeważna część rozrasta się ku lewej stronie. Widocznie więc guz usadowiony jest nad namiotem, między powierzchniami środkowymi płatów ciemieniowo-potylicznych mózgu. Na cień guza składa się kilka bardziej zbitych złogów wapniowych; od narożnika dolnego guza idzie szypuła, ostro zarysowana na niektórych zdjęciach, której koniec rozszerza się widełkowato ku dołowi, w okolicy odpowiadającej foramen magnum. Gdyby puścić wodze fantazji, możnaby w tej szypule dopatrywać się odlewu wodociągu Sylwjuza i przedniej połowy dna IV komory. Na zdjęciu poddmowem powietrze wypełniło słabo rowki, cysterne skrzyżowania, nagromadziło się poza guzem i w dolnej partji fissurae medianae, nie dostało się ani do III komory, ani do bocznych.

Obraz rentgenologiczny rozstrzygnął o lokalizacji guza, co do którego należy przypuszczać, że objawy patologiczne u chorego wywołuje on właśnie, jeśli nie wyłącznie, to głównie wskutek utrudnienia a okresowo zupełnego uniemożliwienia odpływu płynu m. — rdz. z III komory. Ponieważ o radykalnej operacji ze względu na okolicę, zajęta przez guz, trudno było myśleć, poddano chorego operacji Antona-Bramann'a z wynikiem, jak dotąd, bardzo dobrym,

bo chory subiektywnie czuje się zdrowym, bóle głowy zupełnie prawie ustąpiły. Ostrość wzroku na prawem oku — $\frac{1}{2}$; wypocina na dnie tego oka cofa się, na lewem oku visus O; tendencję do przejścia tarczy tego oka w zanik obserwowało się nawet bezpośrednio po operacji.

Obecnie poddajemy chorego naświetlaniom promieniami R. Usadowienie cienia rentgenologicznego odpowiada ściśle okolicy szyszynki, co jednak nie przesądza, że guz musi wychodzić z samej szyszynki. Chociaż umiejscowiony w tej okolicy, nie daje objawu ze strony ciałek czworaczych, co tłumaczy się tem, że rozwija się ku górze i na boki między półkule mózgowe, ponad namiotem. Wprawdzie szyszynka jest zaliczana do gruczołów dokrewnych i jej starzenie ma wywoływać wczesne dojrzewanie płciowe oraz wczesny wzrost ciała, lecz brak u naszego chorego powyższych objawów może być następstwem późnego rozwoju guza, gdy szyszynka znajdowała się w okresie inwolucji.

O ile chodzi o charakter histologiczny guza, to możemy wykluczyć ze względu na jego rozmiary i krótki stosunkowo czas trwania objawów chorobowych gruźliczak, bąblowiec i piaszczak t. j., te wszystkie procesy nowotworowe, które mogą dawać cienie wapniowe. Najłatwiej tłumaczyłoby objawy naszego przypadku przyjęcie przypuszczenia, że w okolicy szyszynki znajduje się potworniak, w składzie swym (teratoma) zawierający ew. tk. kostną, czy zębowa, który u chorego istnieje od zarania życia i dopiero w ostatnim roku urósł na tyle, że począł zamykać ujście III komory do wodociągu Sylwjusza. Naturalnie należałoby przyjąć, że guz począł się rozwijać po okresie dojrzewania płciowego.

Hypoteza ta tłumaczyłaby, skąd wziął się tak znacznie zwapniały guz u człowieka, dopiero od roku chorego, jak i niezwykła wieloletnia tolerancja mózgowia wobec guza tak znacznych rozmiarów. Przemawia też na korzyść tej hipotezy to, że właśnie szyszynka jest miejscem rozrostu potworniaków, chociaż z dotąd opisywanych tylko jeden (Fukuo) zawierał tkankę kostną i chociaż guzy te z reguły rozwijają się owalnie, w kierunku ku wzgórkom wzrokowym. O ile rzeczywiście mamy do czynienia z potwornikiem powoli się rozwijającym, nie jest wykluczone, że uzyskana operacją Bramann'a poprawa stanu podmiotowego będzie się utrzymywać przez dłuższy czas.

III. Kol. Jurkowski. Znaczenie djagnostyczne dermatubiny i próby leczenia gruźlicy płuc metodą naskórną.

Dla zbadania znaczenia djagnostycznego Drtb. użył autor jako próby kontrolnej odczyn Pirquet'a. Takich jednoczesnych szczepień dokonał w 114 przyp. i dochodzi do wniosków następujących:

1) Drtb. w zastosowaniu djagnostycznym w porównaniu do odczynu Pirqueta nie jest mniejszej od ostatniego wartości.

2) W pewnych przypadkach odczyn dodatni występuje przy ujemnym odczynie Pirquet'a.

3) Progностyczne znaczenie siły odczynu Drtb. jest równoznaczne z odczynem Pirquet'a.

Do doświadczeń leczniczych, dokonanych przez Gutzmanna

i Sachsa nad ektebiną, którą autor uważa za preparat równoważnościowy w stosunku do Drtb, autor dołącza swoje doświadczenia i dochodzi do przekonania, że

1) Drtb. stosowana w przypadkach ciężkich przez czas dłuższy nie daje pogorszeń, jest więc preparatem nieszkodliwym.

2) Wyniki lecznicze można otrzymać w przypadkach niezbyt daleko posuniętych.

3) Drtb. nie zastąpi tuberkuliny stosowanej podskórnie czy śródmięśniowo.

Wobec tego, że jest środkiem specyficznym, nieszkodliwym i możliwym do stosowania w praktyce ambulatoryjnej, powinna być stosowana szeroko, nawet choćby, jako środek pomocniczy przy leczeniu środkami nieswoistymi.

(Streszcz. własne)

IV. Kol. Michalski Żdz. O zawiesinie Kocha (Nowa Tuberkulina B. E. 1901).

Po omówieniu historii tuberkulinoterapii w Polsce prelegent omawia własności zawiesiny Kocha na zasadzie własnego doświadczenia klinicznego.

Prelegent stosował zawiesinę Kocha u 40 z górą chorych częściowo w Uzdrowisku w Otwocku, częściowo ambulatoryjnie. W zestawieniu porównawczem ze starą tuberkuliną uważa zawiesinę za przetwór o wiele łagodniejszy i wyjątkowo powodujący odczyny termiczne. Prelegent podkreśla przeciwgorączkowe własności zawiesiny, stwierdzone niestety — nie u wszystkich chorych. Własności przeciwgorączkowe zawiesiny prelegent tłumaczy swego rodzaju „odczuleniem”.

Zaznaczając ogólny wpływ dodatni zawiesiny na stan ogólny chorego, zaznacza jednak, że w wielu przypadkach na zmiany w płucach pozostaje leczenie zawiesiną bez wpływu. Prelegent przytacza typy odczynów po zawiesinie, wskazania i przeciwwskazania i przestrzega przed schematyzacją leczenia swojego.

(Streszczenie własne).

(rzecz przeznaczona do druku)

W dyskusji kol. Wojnarowska w sprawie dermatubiny podaje, iż jest ona stosowana w celach djagnostycznych w przypadkach, gdy nie można korzystać z metody Pirqueta, jak naprz. u dzieci, które się boją skaryfikacji. Mówczynie wciera dermatubina szklaną pałeczką na plecach, aby uniknąć rozdrapywania miejsc natartych, które mogą swędzieć. Dermatubina jest pół płynna. Jest ona doskonałym środkiem w lecznictwie żółtawych dzieci. Stara tuberkulina daje dobre wyniki w przypadkach, w których ustrój sam zdobył się na podgojenie sprawy gruźliczej. Neutuberkulina może być stosowana z dobrym skutkiem w przypadkach toksycznych.

Kol. Chmielewski jest zdania, że z pośród metod tuberkulinizacji najlepsze wyniki daje metoda Pondorfa. Dermatubinę i ektebinę mówca stosował bez żadnych widocznych wyników. Co do neutuberkuliny otrzymał on te same wyniki, co i kol. Michalski.

Kol. Kokałj badała morfologię krwi u chorych, leczonych

przez kol. Michalskiego neutuberkuliną. Często mówczynie stwierdzała występowanie limfocytozy we krwi.

Głos zabierali jeszcze kol. Szczepański, Wąsowicz i Sierakowski, kol. Wojnarowska i prelegent. Na tem posiedzenie zakończono.

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

PROTOKÓŁ z POSIEDZENIA SANITARNO-KLINICZNEGO

z dn. 29 listopada 1927 r.

Przewodniczący—Prezes **Br. Sawicki**

Obecnych członków Tow. 41. Wprowadzonych gości 35.

I. Sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Bujalski Jerzy wygłosił referat pod tytułem *Walka z gruźlicą i chorobami wenerycznymi, według naj-nowszych projektów rządowych*“

Prelegent po zapoznaniu obecnych z projektem ustawy o chorobach wenerycznych zwraca uwagę, że punktem wyjścia projektu jest obowiązkowe leczenie chorych wenerycznych. Ten punkt wyjścia zmusił do organizacji kontroli leczenia, polegającej na legitymowaniu chorego dowodem osobistym przy pierwszej wizycie i ewentualnem doniesieniu w razie przerwania leczenia. Chory pozostaje związany z lekarzem, do którego udał się po pierwszą poradę, co daje niesumiennemu lekarzowi poważną broń do ręki; nadto ta policyjna kontrola będzie odstręczała chorych od leczenia się u lekarzy. Obowiązek przychodni dochodzenia źródeł zakażenia w każdym wypadku zamknie przed chorym przychodnie, które staną się ekspozyturami policji sanitarnej. Skoncentrowanie w rękach lekarza powiatowego całej akcji przeciwwenerycznej jest technicznie niewykonalne. Projekt zupełnie nie wspomina o ochronie dziecka, również pomija zupełnie Kasy Chorych. Projekt ustawy jest technicznie niewykonalny, życiowo bez wartości. Błąd leży w założeniu. Punktem wyjścia dla ustawy winna być odpowiedzialność za zarażenie na drodze karnej i cywilnej. Wtedy odpadnie cały skomplikowany mechanizm kontroli leczonych i w ustawie o zwalczaniu chorych wenerycznych usunięty będzie charakter policyjny.

Projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy nie określa dokładnie rodzaju przypadków, podlegających obowiązkowi donoszenia i leczenia, gdyż mówi tylko ogólnie o „gruźlicy płuc i krtani“. Obowiązek donoszenia nie może obarczać ani pielęgniarki, ani głowy rodziny, ani właściciela domu, lekarz zaś nie może odpowiadać za zmiany adresu chorego. Projekt ma znowu raczej charakter

policyjny, niż społeczny. Prócz tego pod wieloma względami jest niewykonalny (odseparowanie wszystkich chorych gruźliczych w ich mieszkaniach na noc od innych współmieszkańców „skłonnych do gruźlicy“.) W dzisiejszych warunkach zawczasie jeszcze na ustawę, obejmującą całokształt zarządzeń przeciwgruźliczych. Najważniejszą sprawą jest organizowanie przychodni i to powinno być objęte ustawą, a dalej izolowanie gruźlicy prątkującej. Akcję zwalczania gruźlicy prowadzić należy ewolucyjnie.

Zbiór ustaw z najrozmaitszych dziedzin życia da razem to, co nazwać będzie można ustawą przeciwgruźliczą.

Dyskusja:

Kol. Wroczyński Czesław wypowiada myśl, że do prowadzenia walki z gruźlicą niekoniecznie potrzebne są specjalne ustawy, dowodem czego może być szereg przychodni przeciwgruźliczych, powstałych w ostatnich czasach.

Niektóre punkty ustawy nasuwają szereg zastrzeżeń. Tak np. zgłoszenia chorych gruźliczych przez opiekę domową, pielęgniarki i t. p. nie może być miarodajne. Wogóle charakter „śledczy“ poradni należy uważać za niewłaściwy.

Również ustawa walki z chorobami wenerycznymi mija się z celem i jest nieżyciowa. Nadzór policyjny zła nie usunie, a raczej przyczyni się do jego rozpowszechnienia (potajemne leczenie).

Nowa ustawa napotkałaby przytem szereg trudności natury finansowej, gdyż Ministerstwo Skarbu stałego budżetu nie daje i obciąża specjalnymi świadczeniami gminy.

Również trudno sobie wyobrazić, aby lekarz powiatowy mógł podołać tym licznym i różnorodnym obowiązkom, jakie wkłada nań projektowana ustawa.

Uderzającym jest, podnosi mówca, że ustawa pomija zupełnie milczeniem rolę instytucji społecznej, jaką jest Kasa Chorych. Ta wielka i bogata instytucja w pierwszym rzędzie powołaną być musi do współpracy w walce z gruźlicą i chorobami wenerycznymi. Jej obowiązkiem winno być zakładanie i budowa przychodni, prowadzenie profilaktyki i t. d. Nie można stwarzać sytuacji, by ludność narażona była na podwójne świadczenia (Kasy Chorych i gminy).

Projekt należałoby odłożyć, aż sprawa społecznie dojrzeje. W każdym razie trudno sobie wyobrazić walkę z gruźlicą i chorobami wenerycznymi, podjętą na wielką skalę bez odpowiedniego skoordynowania wysiłku i wciągnięcia doń instytucji Kasy Chorych.

Kol. Dąbrowski Kazimierz. Z odczytanych przez prelegenta ważniejszych paragrafów projektu ustawy przeciwgruźliczej w opracowaniu departamentu służby zdrowia, stwierdza się zasadnicze różnice w porównaniu z projektem ustawy b. ministerstwa zdrowia publicznego. Gdy w pierwotnym projekcie obowiązkowi zgłoszenia podlegały przypadki gruźlicy „przedstawiającej niebezpieczeństwo dla otoczenia“, to w nowym projekcie obowiązek zgłaszania dotyczy tylko przypadków gruźlicy płuc i krtani bez uwzględnienia stanu zaraźliwości. Z powyższego wynika, że

przypadki gruźlicy innych narządów lub gruźlicy umiejscowionej w narządzie oddechowym, lecz nie w krtani i płucach, nie będą zgłaszane, przyczem stan zaraźliwości lub niezaraźliwości nie odgrywa żadnej roli.

Jest to niezgodne z obecnym stanem wiedzy, oraz z obecnymi wymaganiami dagnostyki gruźlicy. Otóż, przypadki gruźlicy każdego narządu winny być zgłaszane, o ile rozpoznanie lekarskie poparte będzie stwierdzeniem prątków Kocha w wydalinach chorego (w płwocinie, kale, ropie).

Co się tyczy postępowania ze zgłoszonymi przez lekarzy praktykujących chorymi gruźliczymi, polegającego na obowiązkowym skierowaniu ich do przychodni przeciwgruźliczej to sprzeciwia się ono zasadniczej roli tej instytucji. Przychodnia przeciwgruźlicza utrzymująca się z ofiarności publicznej, winna roztaczać opiekę nad niezamożnymi chorymi gruźliczymi, oraz ochronić ich otoczenie przed zarażeniem. Rola niezwykle trudna i złożona, zwłaszcza w obecnych czasach powojennych, by nadto opiekować się tymi chorymi, którzy tej opieki nie chcą lub nie pragną.

W obecnym projekcie ustawy przeciwgruźliczej główny nacisk w walce z gruźlicą kładzie się na powstawanie przychodni, zamiast na t. zw. system edyngburski, w którym przychodnia jest tylko ośrodkiem w zespole takich instytucji, jak szpitale, przytułki, sanatorja, kolonie i t. p. Przychodnia bez tych instytucji pomocniczych niewiele odbiega w swych wynikach od istniejących od dawna ambulatorjów.

Nowy projekt ustawy nie przewiduje odszkodowania dla rodziny, której żywiciel został przymusowo izolowany z powodu gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia, obciąża wyłącznie budżety samorządów wydatkami, związanymi z akcją przeciwgruźliczą, gdy w pierwszym projekcie przewidywany był w wydatkach współudział państwa, samorządów i instytucji społecznych (kas chorych, towarzystw przeciwgruźliczych i tp.)

Kol. M u t e r m i l c h S t a n i s ł a w. Ustawy pisze się na dłuższy okres czasu, nieraz na dziesiątki lat i dlatego nie można uważać za wadę podstawową, jeżeli ustawa w chwili jej wydania nie da się w całej rozciągłości wprowadzić w życie, ze względu na niedostateczne przygotowanie społeczeństwa. O ile w założeniu swem i konstrukcji ustawa odpowiada celowi, któremu ma służyć, to w miarę postępu ogólnego stanu kulturalnego, będzie możliwe coraz to rozleglejsze stosowanie jej w życiu. Rzecz inna, jeżeli ustawa pomimo najlepszych intencji projektodawcy mija się z celem. Tak jest bezwątpienia z projektowaną ustawą o zwalczaniu chorób wenerycznych. Jej charakter policyjny pociągnie za sobą stronienie pacjentów od lekarzy w obawie przed niezachowaniem tajemnicy i przewidywanymi następstwami; chorzy bądź wcale leczyc się nie będą, bądź też będą się zwracali o pomoc do osób niekompetentnych, jak znachorów i in., W konsekwencji ustawa raczej przyczyni się do tem większego szerzenia się chorób wenerycznych. Dobrze zorganizowana, dostępna dla szerokiego ogółu pomoc lekarska z jednej strony, jak największa i umiejętna akcja uświa-

damiająca z drugiej strony: to są główne czynniki, które na drodze ewolucyjnej przyczynić się mogą do zmniejszenia zła.

W związku z projektowaną ustawą przeciwgruźliczą, mówca podnosi, że akcja profilaktyczna, zwłaszcza w stosunku do gruźlicy winna być jedną z głównych trosk Kas Chorych, rozporządzających olbrzymimi funduszami ze składek, przymusowo ściąganych z szerokich mas społeczeństwa. Zamiast wydać nieprodukcyjnie zbędne sumy na nadmiernie rozrośniętą administrację i na budowę kosztownych gmachów ambulatoryjnych, z powodu rozmyślnego niekorzystania z prywatnych gabinetów lekarskich, kasy mogłyby skutecznie zwalczać klęskę gruźlicy, otwierając przychodnie, a przedewszystkiem zakładając tak niezbędne sanatoria ludowe. Byłoby to wielką korzyścią dla społeczeństwa i dla samych Kas pod względem finansowym.

Kol. Trzcіński Tadeusz. Ustawa o walce z gruźlicą i chorobami wenerycznymi opiera się na tem złudzeniu, że rząd mocen jest wpływać gruntownie a stanowczo na rozwój spraw kulturalnych i społecznych; tymczasem sprawy te kształtują się i zmieniają stosownie do praw, rządzących życiem społecznem i działających nieomal z dokładnością precyzyjnych laboratoryjnych przyrządów. Podczas terroru we Francji u schyłku XVIII wieku, kiedy Konwencja starała się ukrócić szalenie rosnącą drożyznę za pomocą dekretów i ustaw a kupiec, nie stosujący się do maksymalnych cen rządowych, kładł głowę pod nóż gilotyny — w rezultacie ceny produktów pierwszej potrzeby doszły do fantastycznych wysokości.

Rząd Jej Ces. Mości Marji Teresy rozpoczął walkę z prostytutcją, (tę właśnie ideę reprezentuje ustawa o zwalczaniu chorób wenerycznych): utworzono wtedy komisarijaty od cnoty i wywożono masowo prostytutki na wyspy Dunaju — a prostytutcja, nigdy tak nie kwitła w Austrii, jak wówczas. Niedole i klęski społeczne, będące następstwem wszechświatowej wojny i zawikłanych po wojnie stosunków międzyludzkich, jedynie zbiorowy wysiłek samego społeczeństwa złagodzić może, wszelka zaś akcja rządowa w tym kierunku zawsze doprowadzi do fiaska.

Przechodząc do niektórych szczegółów tej złowieszczej ustawy zaznaczyć trzeba, że w sprawie walki z gruźlicą jest mowa jedynie o gruźlicy płuc i krtani, natomiast nie wspomniano nawet o gruźlicy kości i skóry, o wilku wreszcie, który szerzy zawsze takie spustoszenie wśród wiejskiej ludności.

Środki proponowane przez ustawę dla walki z prostytutcją i chorobami wenerycznymi gdyby, co nie daj Boże, weszły w życie doprowadziłyby niechybnie, jak słusznie zauważył kol Mutermilch — do niesłychanego spotęgowania chorób wenerycznych. Z chwilą, kiedy lekarz ma żądać od wenerycznego pacjenta osobistego dowodu, kiedy mu grozi kontrolą policyjno lekarską jego prywatnego życia — kiedy jednym słowem pacjent zamiast lekarza, ma przed sobą szpicla i denuncjanta, kończy się stanowczo i nieodwołalnie naukowe leczenie chorób wenerycznych, a zaczyna się epoka znachorstwa i pokątne golecznictwa.

Ponieważ rząd prawdopodobnie nie zwróci uwagi na akademickie rozprawy naukowego towarzystwa, mówca proponuje, aby Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wybrało komitet celem zredagowania krytycznej oceny złowrogiego projektu — i przedstawienia go Prezydentowi Rzeczypospolitej, wprzód, nim ten projekt stanie się obowiązującą ustawą.

Kol. Dąbrowski Witold. Zasadniczą wadą obu nowych projektów ustaw jest to, że nie są one przystosowane do warunków życia, w jakich mają działać, lecz są raczej szablonem wykonanym na obstalunek i nie liczących się zupełnie z żadnymi indywidualnymi wymogami. Przedewszystkiem nie liczono się tu z zamożnością Polski, na którą ustawa nakłada zbyt wielkie obowiązki i obarcza tak kosztownym aparatem administracyjnym, że nawet zamożniejsze kraje nie byłyby go w stanie u siebie zaprowadzić. W dzisiejszych warunkach nie może być nawet mowy o zapewnieniu dostatecznej opieki chorym na gruźlicę, wobec braku odpowiednich sanatorjów, a nawet miejsc w istniejących szpitalach.

Ze społeczeństwem, z jego poczuciem własnej wartości nie liczono się zupełnie. Bez żadnego skrupułu mocno ujęte zostało w kleszcze przymusu i dozoru państwowego to samo społeczeństwo, które jednocześnie na Zjeździe powszechnym Hygienistów Polskich, odbytym w roku bieżącym w Poznaniu, przy licznych udziale lekarzy powiatowych, powzięło uchwałę, aby sprawy zdrowia publicznego pozostawały nie w rękach lekarzy rządowych, lecz samorządowych, z tem jedynie zastrzeżeniem, że mianowania i odwoływania tych lekarzy będą się odbywały w porozumieniu z województwem.

Z lecznictwem załatwiono się krótko, wydzielając ze szpitalnictwa zakłady dla chorych wenerycznych i oddziały dla chorych gruźliczych. Jako klinicysta, mający jednocześnie często do czynienia z przedstawicielami medycyny zapobiegawczej, podkreślam nieraz kardynalne różnice, zachodzące w obu tych dziedzinach, jak również szkodliwość wszelkich poczynań dążących do wydzielania ze szpitalnictwa tych lub owych działów lecznictwa. Podzielim zdanie, że Towarzystwo Lekarskie powinno dokonać tu ocenę zaprojektowanych ustaw zakomunikować władzom Państwowym.

Kol. Zieliński Kazimierz zwraca uwagę na źródło szantażu, jakim mogą być paragrafy ustawy, pozwalające poszukiwania winowajców zakażenia chorobami wenerycznymi. Poszukiwanie tych winowajców we wszystkich prawie przypadkach natrafi na bardzo wiele, wprost niedających się rozwiązać trudności i stworzyć może dla chorego, dla lekarza i dla ściganych przez prawo, a nie zawsze trafnie wskazanych osób, położenie nie do pozazdroszczenia.

Mówca uważa również w projekcie ustawy „Walki z gruźlicą“ za szkodliwe te paragrafy, w których się mówi o obowiązku meldowania gruźlicy przez pielęgniarki, właścicieli mieszkań i t. p. osoby niekompetentne. Wprowadzenie w życie tych paragrafów uczynić może pozycję i dla lekarzy i dla chorych wprost nie do zniesienia.

Jeżeli i dzisiaj popełniane są nieraz omyłki przez lekarzy, to co się stanie wtedy, gdy przypuszczalne rozpoznania stawiać będą pielęgniarze i t. d. Stworzy się z tego szereg reklamacji, sprawdzań, niesłusnych podejrzeń i t. p. powikłań, umiłających życie lekarzy, a nadewszystko biednych i nieszczęśliwych chorych.

W tym samym duchu w krótkich przemówieniach wypowiedzieli się kol. Prezes Sawicki i kol. Gerner.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Prezes Br. Sawicki.

Antoni Kaczyński

Zastępca sekretarza dorocznego

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 6 grudnia 1927 r.

Przewodniczący prezes kol. Br. Sawicki

Obecnych członków 29. Wprowadzonych gości 23.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia z dnia 29/XI b. r.

II. Kol. Freyówna Ł. Przypadek guza retrosplenialnego (pokaz przypadku)

Chory 1.47, cierpi od dzieciństwa na silne bóle głowy. W 1914, wystąpiło drętwienie w pr. połowie ciała, które trwa do-
tąd. Od 9 lat widzi gorzej, mowa stała się wyraźnie zmieniona. W styczniu b. r. wystąpił po raz pierwszy w życiu napad padaczkowy, który powtórzył się w maju. Chory głos miał zawsze wysoki, od 14 lat impotencja, od 1914. stany podrażnienia, z tego powodu zaszła raz konieczność internowania chorego w Szp. J. B. Do kliniki przyjęty we wrześniu 1927.

St. ob. Chory jest eunuchoidem konstytucjonalnym. Pod skórą głowy w okolicy potylicznej dwa małe tętniaki splotowate, obok znajduje się na skórze dość duży naczyniak płaski, na całej czaszce wysłuchuje się szmer tętniczny. Żr. oddziałują dobrze na światło i przystosowanie, dno oczu wydaje się odbarwione, jednak bystrość wzroku dość dobra, ślepotą połowicza prawostronna. Ogólna hypotonja. W kk. g. mierna ataksja po pr. 1. Drżenie rąk szczególnie prawej. Ze strony kk. d. stwierdza się odruch kolanowy prawy i Bab. po stronie prawej występuje niestale. Lekka ataksja pr. k. d. Czucie ułożenia obniżone w palcach pr. ręki i pr. stopy, czucie wibracyjne i powierzchowne obniżone na całej pr. połowie ciała. Astereognoza pr. ręki. Pod względem psychicznym otępienie, euforja, skłonność do konfabulacji. Mowa spowolniona, dysartryczna, utrudnienia amnestyczne. Płyn mózgowo-rdzeniowy normalny. Odumą wykazano niedrożność komór. W ciągu obserwacji wystąpiły 3 napady padaczkowe, z aurą czuciową i drgawkami zaczynającymi się w kończynie pr. g. Na zdjęciach rent genowskich stwierdza się gruby kościec czaszki i znaczne powię-

kszenie siodła tureckiego. Na wysokości piramid widać gruby podługowaty cień, którego dolny koniec znajduje się tuż za splem, a górny zmierza ku płatowi potylicznemu w płaszczyźnie czołowej, przechodzącej tuż za nasadą piramid. Ponadto widoczne są niezwykle rozszerzone kanały Bracheta, liczne i bardzo duże granulacje Pacchioni'ego i wypusty żyłne. Kanały i wypusty żyłne znajdują się tylko z lewej strony, natomiast granulacje Pacch. stwierdza się i po stronie pr.

W przypadku przedstawionym, wątpliwości co do rozpoznania usuwają radjogramy, które zarazem ustalają lokalizację guza. Jego ucisk na wiązkę Gratioleta powoduje ślepotę połowiczą, biegun zaś górny guza dosięgając górnych części zwoju środkowego tylnego i płata ciemieniowego, wywołuje prawostronne zaburzenia czucia i napady padaczkowe poprzedzane aurą czuciową. Afazja amnestyczna jest wynikiem działania z oddali guza na ośrodek Wernickiego a po części i ośpienie. Guz wskutek swej sytuacji doprowadził do wodogłowa wewnętrznego (ucisk żył Galena lub wodociągu Sylwiusza), stąd objawy drżeń, dysartryczne obustronne, wreszcie powiększenie siodła, które częściowo może być także w związku z konstytucją eunuchoida. Przerost uderzający jednego systemu żył Bracheta, uważać należy za wynik kompensacji długotrwałego utrudnienia odpływu krwi żyłnej z uciśniętych żył Galena, szczególnie lewej, jak na to wskazywałoby położenie guza. Ze względu na intensywność zwapnienia w guzie, trudno jest mimo szmeru tętniczego, i tętniaków zewnątrzczaszkowych uważać guz za tętniak. Możliwe, że szmery są wynikiem tętnienia prawidłowego mózgu, udzielonego na zewnątrz z powodu lokalnych zcieńczeń kości, w miejscach odpowiadających niezwykle przerosłym ziarnistościom Pacchioniego. (Streszcz własne.)

III. Kol. Mikułowski W. Trzy przypadki kiły wrodzonej u dzieci (pokaz przypadków)

Przypadek 1. dotyczy dziewczynki 13-letniej Toli N. sieroty, która przybyła do szpitala z rozpoznaniem gruźlicy płuc — celem wydania opinii lekarskiej dla umieszczenia chorej w sanatorium. Badanie stwierdza bronchitis circumscripta, która w przeciągu 10 dni ustąpiła. Oprócz tego: wrodzone obustronne zwicnięcie stawu biodrowego i brak wyrostka mieczykowatego mostka. Odczyn Wassermanna + + +.

Przypadek 2. Dziewczynka 3-letnia Marysia D. zachorowała dn. 11. X. wśród objawów mózgowych z temp. do 39° trwającą przez 5 dni. Po krytycznym spadku ciepłoty wystąpiła żółtaczką, która trwała 5 dni, objawy mózgowy, nieprzytomność, zaburzenia mowy i chodu utrzymują się przez 2 tygodnie — wreszcie pozostaje tylko bezsenność, która po dalszych 3 tygodniach ustępuje. Badanie okul. wykazuje wybitną pigmentację siatkówki. W płynie mózgowym dodatni odczyn Wassermanna. Referent widzi w przypadku tym potwierdzenie teorii Hutinela, Gougerot, Miliana o obudzeniu się kiły utajonej pod wpływem urazu, jakim była żółtaczką zakaźną. Drobną na pozór przyczyną wywołała ciężki obraz encephalitis luetica u dziecka dotąd zdrowego.

Przypadek 3. Chłopczyk 4-letni Zdzisł B. zachorował po kilkudniowej gorączce na żółtaczkę, która się ciągnie 3 tygodnie. Przybywa do szpitala 19. IX. z guzem wątroby i śledziony. Dziecko wykazuje znaczne zahamowanie wagi i wzrostu, odczyn Wassermann+++ Pigmentacja siatkówki. Zastosowanie wcierek szaruchy sprowadza w przeciągu 10 tyg. ustąpienie żółtaczki. Przypadek ten dowodzi obudzenia kiły pod wpływem urazu, jakim była jesienna żółtaczka epidemiczna i porusza sprawy infantilismus hepaticus oraz rolę dokrewną tego gruczołu w zahamowaniu wzrostu. (Streszcz. własne.)

IV. Kol. Szymański Stefan. O ambulatoryjnym leczeniu odmą sztuczną (z pokazem chorych).

Prelegent, opierając się na kilkunastoletniem doświadczeniu szpitalnem, zaczął od 2-ch lat stosować w ambulatorjum płucnem odmě sztuczną zarówno pierwotną, jak i uzupełniającą. Ogółem wykonał dotąd 996 insuflacji, w czem 77 pierwotnych. Powikłań nagłych nie miał, dotychczasowe wyniki są bardzo zachęcające. Sz. z naciskiem podkreśla trudności, z jakimi jest połączone wykonywanie odmy ambulatoryjnej i ustala warunki, w jakich można ją wykonywać, osiągnąwszy zarazem maximum bezpieczeństwa (b. staranny dobór chorych, dokładnie badanych i prześwietlanych, wykonywanie odmy przez 2-ch lekarzy specjalistów, wygodna poczekalnia i wypoczywalnia po zabiegu, wszelkie przyrządy ratunkowe, mały aparat Roentgena do częstych prześwietlań).

We wnioskach prelegent stwierdza, że:

po b. starannem skwalifikowaniu chorych do odmy, posiadając b. dużą wprawę, zachowując jaknajdalej idące ostrożności podczas wykonywania odmy i mając starannie skompletowany aparat ratunkowy, można leczyć odmě sztuczną w ambulatorjum. Na poparcie swej tezy prelegent pokazał kilkunastu chorych, leczonych odmě ambulatoryjną oraz ich rentgenogramy, wykonywane przed pierwszą i po ostatniej odmie (streszczenie własne).

W dyskusji: kol. K. Zieliński opowiada się zdecydowanie zarówno przeciwko ambulatoryjnemu stosowaniu odmy, jak i przeciw zachęcaniu do takiego jej wykonywania.

Kol. K. Dąbrowski podziela zdanie przemówcy i zaznacza przytem, że istotą leczenia odmowego, jak również i sanatoryjnego jest unieruchomienie płuca. Odma ma wielką wartość, jeśli chory wypoczywa w szpitalu lub uzdrowisku w dobrych warunkach.

Kol. Skołodowski podkreśla mocno niestosowność wykonywania odmy pierwotnej w ambulatorjum. Dopełnienia ambulatoryjne są dopuszczalne i wykonywane. Mówca prosi o dane, dotyczące przebiegu choroby w czasie następującym po odmie, również zarzuca brak danych o zgonach, o przerwanych odmach, jako bezcelowych i o powikłaniach odmy, zwłaszcza o wysiękach.

Kol. Bartoszek podaje, że w przychodni przeciwgruźliczej stosuje się tylko dopełnienia i zapytuje prelegenta, jak często miewał wśród powikłań wysięki i przesięki.

Kol. Michalski nie odnosi się tak negatywnie do poczynań prelegenta i wita je, jako wskazywanie nowych możliwości

lecniczych w gruźlicy płuc, zaznacza jednak, że odma, wykonana w ambulatorjum zawsze pozostanie mniej wartościową z braku kontroli nad stanami pogorszenia.

Kol. Szczępański mówi o spokoju, jako warunku koniecznym po wykonaniu odmy. Chory winien być nawet odniesiony na łóżko. Wśród pomyślnych wyników może się wydarzyć i nieudały nawet nieszczęśliwy. O jednym katastrofalnym zejściu podczas wykonywania przez siebie odmy, mówca przytacza szczegóły.

Kol. Szymański w odpowiedzi wypowiada swoje przekonania o słuszności czynionych mu zarzutów, zgadza się na wywody, dotyczące ostrożności w stosowaniu odmy, lecz podkreśla, że do zaprowadzenia ambulatoryjnego wykonywania odmy skłoniła go konieczność życiowa i chęć niesienia pomocy tym chorym, którzy byli rzućeni na los szczęścia.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes: **Br. Sawicki**

Sekretarz doroczny: **Gerner Klemens.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 20 grudnia 1927 r.

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

Obecnych członków 29 — Wprowadzonych gości 8.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia klin. z dnia grudnia 1927 r.

II. Kol. Goldman M. (junior). Badania kliniczne nad wpływem ergotaminy na układ wegetatywny. (Ogłoszone drukiem).

III. Kol. Goldman M. (senior) Wartość kliniczna próby ksantoproteinowej we krwi. (ogłoszone drukiem).

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes: **Br. Sawicki**

Sekretarz doroczny: **Klemens Gerner.**

POSIEDZENIA POŚWIĘCONE SPRAWOM SZPITALNICTWA.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia poświęconego Sprawom Szpitalnictwa w dniu
10 stycznia 1927 r.

przewodniczący wiceprezes **K. Zieliński**
członków T-wa 42.

Po przemówieniu wstępnem prezesa D-ra Sawickiego, kol. Zieliński zagał posiedzenie.

Przypadł mi w udziale zaszczyt przewodniczenia na pierwszym posiedzeniu wznawionych prac Towarzystwa, dotyczących i poświęconych Szpitalnictwu. Towarzystwo nasze wznawiając posiedzenia poświęcone szpitalnictwu chce nawiązać nić z pracami swemi w dawnych czasach — w latach niewoli, z którymi to pracami liczył się nawet rząd zaborczy i nawet do Towarzystwa w pewnych sprawach szpitalnych się zwracał, prosząc o radę i wypowiedzenie w tej lub w innej kwestji swego zdania. Otóż Towarzystwo wznawiając pracę nad szpitalnictwem zwraca się do wszystkich Kolegów, a zwłaszcza do sił młodszych, o wzięcie do serca tych słów pięknych w apelu, rozesłanym do Was napisanych i o żywe wzięcie udziału, w zamierzonych pracach.

Szpitalnictwo nasze niestety nie stoi na wysokości swojego zadania. Wszędzie, nie wyłączając Warszawy, brak jest szpitali, brak miejsc szpitalnych dla wszystkich specjalności; dość powiedzieć, że brak miejsc np. dla umysłowo chorych w Polsce na tysiące liczyć się może.

Istniejące szpitale nie odpowiadają przeważnie wymogom nowoczesnym, a szpitale odpowiednio urządzone, normalnie się rozwijające, należą niestety do nielicznych wyjątków. Jednym słowem szpitalnictwo nie rozwija się ani ilościowo, ani też jakościowo. Oczywiście dzieje się to głównie dla braku odpowiednich środków materialnych, których w państwie naszym zawsze brakowało a które i dziś brakują. Państwo składa wszystko, co się tyczy rozwoju Szpitalnictwa na Samorządy miastowe i wojewódzkie i żadnych za-

pomóg, z małymi wyjątkami, na szpitale nie daje. Samorządy zaś mając bardzo wiele innych potrzeb, szpitalom należycie pomóc nie mogą, teinbardziej, że muszą dbać o inne przedsiębiorstwa miejskie, które nietylko, że się same utrzymują, ale jeszcze dają miastu dochody. Część tych dochodów oczywiście idzie na szpitalnictwo, którego prowadzenie zawsze daje i dawać będzie deficyty. Nie ratuje sytuacji ciągle podwyższanie stawek szpitalnych za dni pobytu chorych w szpitalu, uniedostępnia to tylko wejście do szpitala chorym biednym, nie należącym do Kasy Chorych. Kasy Chorych zaś, mające ten niesłychany przywilej płacenia połowy należności za swych chorych we wszystkich szpitalach miejskich i państwowych, też do rozwoju i budowy szpitali nic się nie przyczyniają. Wytwarza się oczywiście sytuacja godna podziwu i zjawia się węzeł gordyjski do rozwiązania. Zdaje się jednakże, że zamiast stałej odpowiedzi ze strony tych wszystkich miarodajnych czynników, jak Rząd, Samorząd i Kasy Chorych, a później i całego społeczeństwa: „na szpitalnictwo środków nie mamy, a więc stoimy w miejscu i z tego miejsca nie ruszymy się wcale”—przy dobrej woli i chęci, wszystkie razem Samorządy miast i województw, przy pomocy Rządu a głównie przy pomocy Kasy Chorych powinny i mogą znaleźć środki na uruchomienie sprawy dalszego rozwoju i budownictwa szpitali. Wszystkim tym czynnikom zależyć chyba powinno, aby sprawa szpitalna mogła iść naprzód, w przeciwnym bowiem razie pod względem szpitalnictwa będziemy się cofać, co wpłynie fatalnie na stan zdrowotny Kraju, a już, nie mówiąc o innych chorobach, gruźlica sama będzie czynić dalsze postępy i dziesiątkować ludność.

Jak więc widzimy jest tutaj nad czym pomyśleć, rozprawiać i do czynu zagrzewać, to też z całym sercem zachęcam Szanownych Kolegów i do współpracy zapraszam, aby zaniedbane sprawy Szpitalnictwa krajowego pchnąć na żywsze tory. A więc naprzód z wiarą w dobro sprawy i lepsze jutro.

1. Kol. W. Starkiewicz Dotychczasowa działalność sekcji szpitalnictwa,

W dyskusji kol. Sawicki podaje w dopełnieniu informacji kol. prelegenta, że odbyła się wycieczka do szpit. na Czystem, która cieszyła się powodzeniem. Kol. S. podkreśla rozpaczliwy stan, w jakim się znajdują koledzy z prowincji, gdy chcą budować szpital. Pomoc im powinna okazać Sekcja Szpitalnictwa przy T-wie; Kol. S. podkreśla potrzebę wydania podręcznika, gdyż takiego nie posiadamy.

Kol. Michalski uważa sprawę poznania stanu Szpitalnictwa za bardzo palącą. Złą stroną dotychczasowego stanu był udział w decyzjach o szpitalnictwie lekarzy polityków i lekarzy administracyjnych. Kol. Michalski jest zdania, że dotychczasowa praca nie była prowadzona w sposób właściwy, skoro nie przeciągała większej ilości kolegów. Za najważniejszą sprawę uważa organizację szpitali już istniejących.

Kol. Dąbrowski Witosław podkreśla zasługę kol. prelegenta, który zobrazował dotychczasowy stan prac. Mówi o ce-

lowości posiedzeń lekarzy naczelnych szpit. Warsz. Te posiedzenia zdołały osłabić niektóre nieudane punkty projektu ustawy rządowej. W ostatnich czasach odczuto potrzebę kontaktu ze szpitalami, czego wyrazem jest urządzenie posiedzeń tow. internistów kolejno w szpitalach. Za pierwszą sprawę uważa kompetencję i prawa lek. naczelnych.

Kol. Sawicki odpowiada kol. Mich. że nie wszystkie t. zw. tematy interesujące są równie ważne. Organizuje się obecnie t. zw. rada szpit. przy wydz. szpitalnictwa. Do tej rady mogą być kierowane nasze uchwały, które mogą wywierać wpływ.

Kol. Zieliński K. wspomina o owocności prac sekcji szpitalnej przy Tow. higienicznem, która opracowała cały szereg ważnych spraw, jak projekt szpitalika wiejskiego, szpitala na Czystem.

Kol. Trzciniński, jest zdania, że najważniejszą rzeczą jest wynalezienie drogi, aby nasze logiczne postulaty zostały uwzględnione.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Wiceprezes: K. Zieliński.

Sekretarz doroczny: Kl Gerner.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONEGO SPRAWOM SZPITALNICTWA

w dniu 14 lutego 1927.

Przewodniczący kol.wiceprezes ZIELIŃSKI.

członków T-wa 31.

I. Po odczytaniu protokołu z dnia 10/1 27. przyjęto go bez zmian.

II. A. Puławski. W sprawie żywienia chorych w szpitalach. (odczytał kol. Bełkowski).

W dyskusji kol. Sawicki mówi o czasach, gdy dietetyka szpitalna nie była oparta na przystosowaniu do quantum pieniężnego. Wówczas rola lekarza była łatwiejsza. Quantum pieniężne winno być zniesione. Masowe przyrządzanie zawsze daje pokarmy niesmaczne. Kwalifikowanych sił nasze kuchnie nie posiadają. Koniecznością jest stworzenie choć jednej kuchni dietetycznej, gdyż na obczyźnie już małe miasta je posiadają. Należy raczej wrócić do dawnych diet, niż opierać się na stałym quantum pieniężnym. Kol. S. proponuje stworzenie komisji, któraby uregulowała te sprawy.

Kol. Altkaufer zwraca uwagę na nieuwzględnienie w referacie stosunku kuchni do rozmaitego rodzaju chorych ocznych, chirurgicznych, którzy zasadniczo winni być odżywiani jako zdrowi. Ordynator winien posiadać pewne kwoty na wyżywienie swych chorych. Również oddział powinien posiadać swoje zasoby pro-

duktów spożywczych. Próby mówcy w tym kierunku dały dobre wyniki. Co do kuchni djetetycznej — to w utworzeniu jej odgrywają znaczną rolę szkoły pielęgniarskie, odpowiednio szkolone.

Kol. Gluziński. Trzeba sobie stworzyć realny cel: usunąć ujemne strony naszej kuchni. Dawniej w kl. krakowskiej kuchnię prowadził przedsiębiorca i potrawy były indywidualizowane. Obecnie w Krakowie jest ten sam system, lecz na chorego idzie 2,70 przy 6 złotych płacy za dzienny pobyt chorego. W Warsz. ten stosunek jest niekorzystny. Gospodarka w naszych szpitalach nie jest ekonomiczna. Źródłem produktów dla szpitali jest wydział zaopatrywania. Należy zbadać, jak magistrat zużytkowuje pieniądze, pobierane od chorych. Donoszenie chorym pokarmów z miasta jest niedozwolone. Komisja, któraby się zebrała, winna ułożyć relewę, któraby zaspokoiła potrzeby lekarskie. Kol. G. opisuje kuchnię djetetyczną w klinice Budapeszteńskiej, gdzie relewy indywidualizowane kosztują taniej, niż potrawy z kuchni ogólnej.

Kol. Jakimiak. Wydatek na żywienie chorych ogólnie w Europie spadł. Szpitale w Małopolsce są państwowe, miasto Warszawa 1/3 całego budżetu wypełnia potrzebami szpitalnictwa. W sumę 1,20 zł. nie wlicza się służby, węgla i t. d. Krakowski przedsiębiorca za 2.70 musi dać i węgiel i służbę. Uposażenia przedstawiają ogromne obciążenie budżetu. Masowe żywienie nigdy nie zaspakaja smaku chorego. System à la carte, który był jako próba przeprowadzany, upadł z braku poparcia ze str. lekarzy naczelnych.

Kol. Surowski jest zdania, że 1,20 zł. jest sumą zamałą. Szpital kolejowy pobiera mniejsze kwoty od chorych, a więcej wydaje na żywienie. Sumy do dyspozycji ordynatorów są niepraktyczne. W Ameryce każdy szpital posiada kuchnię djetetyczną. Należy przygotować t. zw. djetetyczki. Amerykańskie djetetyczki są szkolone po 2 — 5 lat. Należy wysłać odpowiednie siły na wykszolenie.

Kol. Bruner. Zbiednienie kraju nie pozwala na szersze ujęcie sprawy żywienia. Transport u nas jest zły. Przygotowanie potraw nie zawsze jest dobre, rozdawanie potraw nieumiejętne. Na te braki może wpływać zarząd szpitala. Donoszenie z miasta jest wszędzie. Ilość kalorii w nowem pożywieniu szpitalnem jest dostateczna.

Kol. Borkowski powtarza zarzuty poprzednich mówców.

Kol. Gluziński kładzie nacisk na duże płace, pobierane przez personel niższy. Służba nie stoi na wysokości zadania. Czynniki miarodajne nie wpływają na jej wartość, szpitale się dźwigną pod rządami państwa.

Kol. Sawicki jest zdania, że wiele spraw szpitalnych winno być regulowane z centrum, gdyż centrum winno nadawać kierunek pracom Szpitali, chodzi o inicjatywę. Mówca jest zwolennikiem stworzenia komisji, któraby rozejrzała się w szeregu niedomagań. Jest też zwolennikiem nadal djet określonych.

Kol. Jakimiak uważa, że Rada szpitalna może wziąć na siebie rolę proponowanych komisji.

Kol. Zieliński uważa Radę szpitalną za organ, który mógłby wziąć na siebie rolę doradczą w omawianych sprawach.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Wiceprezes: K. Zieliński.
Sekretarz doroczny: Kl. Gerner.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONEGO SPRAWOM SZPITALNICTWA.

w dniu 14 marca 1927.

Przewodniczący wiceprezes kol. Zieliński

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia w dniu 14 II. 1927.

II. Kol. Jan Jarkowski — Organizacja studjów lekarskich we Francji.

W dyskusji przemawiali: kol. Jakiniak.

Kol. Kryński jest zdania, że przekleństwem dla naszej nauki jest wpływ nauki niemieckiej. Nauka francuska uczy syntezy.

Kol. Pręgowski sądzi, że należy wyśrodkować system, któryby był czemś pośrednim między niemieckim a francuskim.

Kol. Sawicki zadaje szereg pytań prelegentowi. Z obserwacji mówcy wynika, że studenci francuscy nie byli dostatecznie praktycznie szkoleni, z braku kontroli nad niemi.

Kol. Golakowski mówi o braku specjalnych prosektorów w szpit. paryskich.

Kol. Filiński jest zdania, że system francuski ulegnie zmianie, gdyż jest on zbyt dawno praktykowany i nie ulega przystosowaniu.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Wiceprezes: Kaz. Zieliński.
Sekretarz doroczny: Kl. Gerner.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA

poświęconego sprawom Szpitalnictwa

z dnia 14 listopada 1927 r.

Przewodniczący Wice-Prezes K. Zieliński

Obecnych członków T-wa 30 wprowadzonych gości 8.

I) Kol. W. Mikułowski wygłosił odczyt p. t. „O potrzebie stworzenia w szpitalach nowego etatu pielęgniarki społecznej. Zarząd Warsz. Tow. Lekar. popierając uchwałę Pol. Tow. Pediatrycznego wypowiada opinię: że uważa za niezbędną potrzebę stworzenie stanowisk wizytatorek w szpitalach oraz ambulatorjach — a to na wzór stosunków w państwach Zachodnich, głównie we Francji.

Pielęgniarki społeczne winny mieć potrzebne przygotowanie fachowe, dające rękojmię, że posiadając zwykłe warunki fizyczne umysłowe i moralne, znają zasady medyczne z zakresu patogenezy, symptomatologii i profilaksji najważniejszych chorób.

Celem pielęgniarek społecznych, wizytujących jest stałe pośredniczenie między chorym a ciałem lekarskiem instytucji leczącej, a to dla:

1) umożliwienia i ułatwienia lekarzowi jaknajdokładniejszego poznania istoty choroby chorego,

2) dla umożliwienia lekarzowi racjonalnego udzielenia pomocy choremu tak po względem czysto lekarskim, jak i społecznym,

3) dla przyspieszenia przez to tempa wymiany chorych w instytucji szpitalnej.

4) dla ułatwienia instytucji szpitalnej rychłego rekonwaleskowania chorych, nie nadających się do leczenia w tejże instytucji. Przez umiejętne zajęcie się przez pielęgniarkę losem tych chorych, instytucja szpitalna pozbywa się wielkiego ciężaru, jaki stanowią chronicznie chorzy, dla budżetu i dla funkcji tej instytucji.

Obowiązki pielęgniarki społecznej polegałyby:

I) Na zbieraniu wywiadów w kierunku źródła choroby charakteru i historii.

II) Na zapoznaniu się z chorobą przez umiejętne obserwowanie szczegółów dolegliwości (gorączki, stopnia wyniszczenia i t. p.) i na wykrywaniu prawdy w domu tajonej często przez chorego z powodu fałszywego wstydu.

III) Na zajęciu się losem chorego:

A) pod względem leczniczym:

1) na kontrolowaniu, czy plan leczenia chorego w domu jest wykonalny i czy chory go wykonuje,

2) na kontrolowaniu, czy wskazówki trybu życia i higieny mają w domu chorego zastosowanie,

3) na dopilnowaniu, aby chory w oznaczonych terminach był poddany dalszemu badaniu lekarskiemu, a nie zniknął z hory-

zontu obserwacji lekarskiej ze szkodą dla siebie i często dla nauki,

4) na dopilnowaniu, aby w myśl wniosku lekarza załatwione zostały wszystkie formalności potrzebne dla wykonania badania dodatkowego lekarskiego, lub dla umieszczenia chorego w stosownym zakładzie specjalnym lub miejscu klimatycznym, czy w kolonii leczniczej. Funkcje te pielęgniarka wizytująca spełnia według ścisłych wskazań lekarza i w stałym kontakcie i porozumieniu z siecią innych instytucji, opiekujących się dobrem chorego.

B) Pod względem społecznym:

1) na poznawaniu warunków społecznych chorego: a) ekonomicznych, b) intelektualnych, c) moralnych, d) zawodowych,

2) na udzielaniu pomocy w myśl instrukcji lekarza, a więc:

a) w przypadkach chorób zakaźnych nie objętych kontrolą Sanitarjatu państwowo-miejskiego, przez stosowne zarządzenia profilaktyczne i przez udzielanie właściwych wskazań zawsze z myślą usuwania szkodliwych przesądów,

b) przez wyszukiwanie wsparcia za pośrednictwem stosownego wyzyskania pomocy familijnej chorego, odciążając przez to pomoc publiczną,

c) przez ułatwienie pomocy publicznej społecznej w stosownych przypadkach,

d) przez działalność wychowawczą i kulturalną,

e) przez racjonalne usuwanie przyczyn szkodliwych, oraz udzielanie pociechy duchowej i moralnej.

Przez wszystkie te funkcje pielęgniarka społeczna (wizytująca) przyczynić się musi do podniesienia autorytetu i znaczenia społecznego instytucji szpitalnej na zewnątrz i do wzmocnienia węzłów zaufania dla teje instytucji wśród sfer ludności.

Prezes Sawicki dzieli się z obecnymi wrażeniami, jakie odniósł w czasie swych podróży zagranicą (Niemcy, Francja) w kwestji organizacji pielęgnacji społecznej w tamtejszych szpitalach. U nas, zdaniem mówcy, należy zainteresować szersze społeczeństwo koniecznością odpowiedniej organizacji tej opieki wśród chorych, a na pomoc Rządu w tym względzie liczyć nie można i nie należy.

Kol. Bączkiewicz. Słusznie kol. Sawicki podniósł w swem przemówieniu, że przedewszystkiem do rozwiązania omawianej sprawy jest potrzebny grunt w samym społeczeństwie w postaci odpowiednich towarzystw. Muszę zaznaczyć, że przed wojną byliśmy na tej drodze i mieliśmy Towarzystwo Niebieskiego Krzyża, które rozwijało szeroką pomoc i opiekę nad chorymi. Należały do tego Towarzystwa hrabianka Aleksandrowiczówna z p. mecenasową Wrotnowską i p. Karolową Szlenkerową, Hr. Ksawerowa Branicka i wiele innych osób. Organizacja ta tworzyła instytucje ambulatorja, szpital dla dzieci przy ul. Oгородowej, który ja prowadziłem. Wówczas powstały z zapisu Lenvale jedyne w swoim rodzaju instytucje, jak Instytut Hygieny dla dzieci. Przeszła wojna, instytucje te bądź upadły, bądź znacznie osłabły. A z chwilą po-

wstania naszego państwa idea etatyzmu była tak silną, że zapadł do pracy społecznej znacznie osłabł i w warunkach ciężkich dziś ekonomicznych trudno jest rozwijać instytucje społeczne. Tego rodzaju sprawa nie może być wyłącznie rozwiązana przez czyniki urzędowe, bo w tej pracy obok sił czysto kompetentnych, potrzebne są i siły, któreby wniosły w tę sprawę i ducha a więc ludzie poświęcający się tym sprawom.

Kol. Śmiechowski. Działalność społeczeństwa w kierunku opieki pozaszpitalnej nie jest rzeczą nową w Warszawie. Należy się liczyć z psychologią ludu warszawskiego, który niechętnie widzi kontolę nad życiem domowym; były nawet wypadki wyrzucania za drzwi pań, pragnących nieść racjonalną pomoc.

Kol. Głuziński składa dwa wnioski; 1) ułożenie odpowiedniej broszury, któraby wyczerpująco omawiała zadania i cel pielęgniarek społecznych 2) należy zwołać zebranie towarzystw dobroczynnych, dziś istniejących i prosić ich o współpracę, przedstawiając rolę pielęgniarek społecznych. Środki mogą się znaleźć, gdyż liczne sumy są składane, być może jednak, że sumy te nie są dobrze i wydatnie używane.

Kol. Łyskawiński stwierdza przede wszystkim fakt, iż instytucja pielęgniarek społecznych przy szpitalach wykazała swoją istotną celowość i pożyteczność w szpitalnictwie francuskim, o czym mówca przekonał się osobiście podczas swego pobytu w Paryżu i Lugdunie. Przechodząc do naszych stosunków, mówca zaznacza, że wyniki dotychczasowych prób powoływania osób prywatnych do pracy, leżącej w zakresie zadań tej instytucji, nie mogą być miarodajne, a to głównie ze względu na brak fachowego przygotowania tych osób do tej pracy. Zdaniem mówcy może tu być mowa tylko o zawodowych pielęgniarcech.

Odpowiedzi udzielał prelegent.

II. Łapiński W. i Jakimiak B. W sprawie budowy sanatorium dla dzieci z chorobami chirurgicznymi (gruźlica kostna) na Helu.

Kol. Łapiński Wacław daje krótki historyczny zarys rozwoju uzdrowisk dla gruźlicy chirurgicznej w Europie zachodniej, omawia i charakteryzuje 3 typy tych uzdrowisk (sanatorja nadmorskie, górskie i nizinne) daje opis szpitala nadmorskiego w Berck-Plage, górskich sanatorjów w Leysin oraz nizinnych w Hohenluphen i w Luži (Czechy), wskazuje na wielki rozwój uzdrowisk nadmorskich we Francji (całkowite zaspokojenie potrzeb) i wreszcie przytacza dane statystyczne, dotyczące wyników leczenia (75 — 85% wzdrowień).

W dalszym ciągu referatu Ł. stwierdza, że sprawa sanatoryjnego leczenia jest blisko 30 lat omawiana w prasie lekarskiej, poruszana w Towarzystwach Lekarskich, na Zjazdach naukowych i t. d.

W końcu Ł. — po stwierdzeniu, że nasz kraj ma wszelkie warunki geograficzno-klimatyczne do tworzenia wszystkich 3-ech omówionych typów uzdrowisk dla gruźlicy chirurgicznej—

uważa stworzenie takiego uzdrowiska, przedewszystkiem przez miasto stołeczne, za jedno z najpilniejszych zadań społecznych.

Kol. Jakimiak omawia szczegółowo historję projektu budowy Sanatorjum nadmorskiego dla dzieci z gruźlicą kostną i te wszystkie trudności, jakie się wyłoniły w związku z wyborem i uzyskaniem odpowiedniego terenu. Do dziś dnia nie posiadamy sanatorjum nadmorskiego, przyczem nasze wybrzeże morskie jest nader szczupłe.

Po objęciu Pomorza przez władze Polskie powstała myśl oddania części terenu nadmorskiego pod budowę Sanatorjum dla dzieci z gruźlicą kostną. Specjalna komisja (Łapiński, Teplitz, Jakimiak) badała w tym celu dokładnie wybrzeże morskie.

Po długich poszukiwaniach okazało się, że najidealniejszym miejscem na ten cel byłby teren na półwyspie Hel w części południowej, w odległości 2 km. na wschód od wsi Hel. Jest ono pokryte lasem i posiada diuny, ochraniające je od wiatrów północnych. Trudności w uzyskaniu powyższego terenu były duże. Wprawdzie początkowo Ministerstwo poznańskie godziło się na oddanie go Magistratowi m. Warszawy, zastrzegając sobie jedynie określenie warunków, jakie należało postawić temu ostatniemu. Gdy jednakże potem Ministerstwo poznańskie i Centralne połączyły się w jedno, cała sprawa uległa znacznej komplikacji. Wyłoniły się zupełnie inne cele, na które miano przeznaczyć polskie wybrzeże (dzierżawa osobom prywatnym, osiedlanie „dzieci syberyjskich“ i t. p.) Zjawiły się nawet głosy, że nie należy pozwolić na budowę uzdrowiska dla gruźlików, gdyż to doprowadzi do zainfekowania morza (!) wystraszając kuracjuszy nadmorskich.

Należy zaznaczyć, że Władze Wojskowe początkowo nie czyniły żadnych sprzeciwów, ostatnio jednakże (8 listopada 1927) również, Ministerstwo Spraw Wojskowych poczyniło wyraźne zastrzeżenia co do omawianych projektów, mając na względzie cele ściśle wojskowe.

Jak widać z powyższego, kwestja uzyskania terenu pod budowę Sanatorjum dla dzieci z gruźlicą kostną, nie jest dotychczas niestety definitywnie rozstrzygnięta.*

Dyskusja.

Kol. Kaczyński Kazimierz w obszernem przemówieniu podnosi szereg wątpliwości, co do tego, czy warunki atmosferyczne na Helu nadają się w ogóle do zakładania sanatorjum. Należy podkreślić, iż na Helu panują stałe wiatry (ciszy zaledwie 2%); zachmurzenia absolutne są nader długo trwałe; idealnie słonecznych dni w roku około 40.2. (w W-wie 38—1) ciepłota waha się stale, opadów rocznie 153 dni; (w W-wie 164). Charakter wiatrów: są to: wiatry mocne 25,6% w roku, bardzo mocne około 10%, huraganów 9,4%. W tych warunkach pobyt całoroczny staje się wogóle niemożliwym. Czy wobec tego, zapytuje mówca, mamy prawo mówić o konieczności budowy sanatorjum na Helu?

*W ostatnich czasach została podpisana umowa przez Magistrat m. Warsz. z Władzami Rządowemi o dzierżawę terenu przeznaczonego pod budowę Sanatorjum na Helu.

Kol. Sawicki podnosi wobec zastrzeżeń przedmówcy co do stałych wichrów panujących na Helu, że słynne sanatorja zagraniczne mają podobne warunki — panują tam szalone wichry, co wcale nie uważa się za ujemną ich stronę. Kwestja, gdzie budować sanatorjum, na Helu, czy w Otwocku jest otwartą i gra tu rolę także kwestja oddalenia (n. p. wyjazd matki z dzieckiem na odległy Hel). Pod uwagę należy brać przedewszystkiem kwestję sezonu, a potem decydować, czy ma to być sanatorjum całoroczne, czy też tylko na część roku.

Kol. Gluziński radzi bezwzględnie wziąć teren, który ofiarowują, co do obaw kolegi K a c z. K a z i m. przed szkodliwością wiatrów i zimna, Gl. zauważa, że n. p. w klinice Pirqueta w Wiedniu, dzieci leżą w zimie całkiem nagie i czują się dobrze, zresztą jeżeli chodzi o gruźlicę kostną leczy się ona dobrze zarówno w górach, jak nad morzem i na zwykłym terenie

Kol. Zaorski W swoim czasie, zakupiono w Otwocku 5 włók, których nie wykorzystano; należałoby przeznaczyć je pod sanatorjum, rezygnując ze sanatorjum na Helu, gdzie i warunki nie są zupełnie odpowiednie i dokąd transpost chorych byłby niezmiernie kosztownym. Dziś gruźlica kostna jest traktowana w szpitalach po macoszemu; ambulatoryjną jej postacią zajmują się głównie lekarze młodzi i niedoświadczeni, tymczasem leczenie jej należy do zadań wdzięcznych, byle tylko przeprowadzone było w odpowiednich warunkach; te warunki może dać przyszłe sanatorjum w Otwocku.

W dalszej dyskusji, która ostatecznie nie została wyczerpana głos zabierali: prelegenci, kol. Łapiński, Jakimiak, Kaczyński i Zaorski, poczem, wobec zbyt spóźnionej pory posiedzenie zamknięto.

Prezes: Kaz. Zieliński.
Zastępca sekretarza dorocznego Antoni Kaczyński

POSIEDZENIA ADMINISTRACYJNE

Protokół z posiedzenia wyborczego

w dn. 4 stycznia 1927 r.

Przewodniczy prezes kol. Sawicki

Obecnych członków T-wa — 71.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia administracyjnego z dn. 28 grudnia 1926 r.

II. Sekretarz doroczny odczytał sprawozdanie z działalności naukowej T-wa w roku 1926

III. Prezes T-wa komunikuje, że wobec stwierdzonego quorum: 70 obecnych członków stosownie do ustawy T-wa przystąpić można do wyborów.

Na prezesa wybrano Bronisława Sawickiego

Na wiceprezesa — Kazimierza Zielińskiego

Na sekretarza dorocznego — Klemensa Gernerera

Na zastępcę sekretarza — Antoniego Kaczyńskiego.

Na członków Komitetu Kasy wsparcia, — Aleksandra Gruszczyńskiego, Witolda Szumlańskiego, Klemensa Łazarowicza, Antoniego Krzyczkowskiego, i Gustawa Chodakowskiego.

Do komitetu bibliotecznego: Kol. Bączkiewicz, Giedroycia i Zembrzuskiego.

Na członków czynnych T-wa: kol. Elektorowicza Adama, kol. Orłowskiego Witolda kol. Owczarewicz Leona, kol. Proszowskiego Wiktora, kol. Reicheraównę Eleonorę, kol. Roguskiego Jana, kol. Szendzikowskiego Władysława, kol. Trzebińskiego Jana, kol. Wąsowicza Stanisława.

IV. Na wniosek Zarządu uchwalono jednogłośnie umieścić w sali posiedzeń T-wa portrety ś. p. Edwarda Zielińskiego, ś. p. Kazimierza Chełchowskiego i ś. p. Zdzisława Dmochowskiego.

Prezes: **Br. Sawicki**

Sekretarz doroczny **T. Byszewski.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA ADMINISTRACYJNEGO

w dniu 27 grudnia 1927 r.

Przewodniczący prezes kol. Br. Sawicki.

Obecnych członków T-wa 19.

I. Podskarbi T-wa, kol. Babiński przedstawił sprawy finansowe T-wa i preliminarz budżetowy na r. 1928.

Zebrani zaaprobowali przekroczenia w pozycjach budżetu z roku 1927.

W sprawie budżetu T-wa na rok 1928 zabierali głos: kol. Ławrynowicz zapytując referenta w sprawie normalizacji pracy urzędniczek T-wa.

Kol. Orłowski, zapytując na jaką sumę ubezpieczona jest biblioteka T-wa.

Kol. Sawicki wyjaśnił rolę urzędniczek i obowiązki, jakie na nich spoczywają, przyczem stwierdził, że praca obecnie jest znaczna i że istotnie pracowniczki mają zawsze dostateczną ilość pracy.

Kol. Michalski Żdz. jest zdania, że preliminowane płace urzędniczek są zbyt wysokie.

Kol. Ryłko broni preliminowanych sum.

Kol. Michalski Żdz. stawia wniosek konkretny 400 zł. miesięcznie dla sekretarki i 300 zł. miesięcznie dla pomocnicy.

Zarząd proponuje 450 zł. dla sekretarki. Wniosek Zarządu przeszedł 10-ma głosami przeciwko 3-m głosom.

Preliminarz budżetowy został przyjęty.

II. Kol. Zwejbaum złożył sprawozdanie o stanie biblioteki za r. 1927.

III. Kol. Zieliński K. złożył sprawozdanie Komitetu Bibliotecznego za r. 1927.

Zgromadzeni podziękowali Kol. Zwejbaumowi za gorliwą i ofiarną pracę.

IV. Sprawozdanie z prac kandydatów na członków czynnych.

Przed sprawozdaniem prezes porusza sprawę, czy kandydatura kol. Szczęsnego Kaz. może być uwzględniona. Zgromadzeni wyrazili zgodę jednogłośnie (kol. Szczęsny złożył podanie o przyjęcie do T-wa nie na miesiąc, lecz na 3 tyg. przed dzisiejszym posiedzeniem).

Sprawozdania przedstawili:

- | | | |
|-------------------|--------|----------------------------------|
| 1. Gerner Kl. | z prac | Grycewicz Marji |
| 2. Gorecki Żdz. | „ | Grodzkiego Zygmunta i Demanta P. |
| 3. Hertz Wł. | „ | Gumińskiego Wacława. |
| 4. Jakimiak B. | „ | Golakowskiego Jana |
| 5. Ławrynowicz A. | „ | Ciosławskiego Tadeusza |
| 6. Noiszewski K. | „ | Ruszkowskiego Jana |
| 7. Orłowski W. | „ | Venuleta Franciszka |
| 8. Orzechowski K. | „ | Gawińskiego Witolda |
| 9. Rudzki St. | „ | Martyszewskiego Pawła |

10. Wąsowicz St. „ Kruszewskiej Wandy

11. Zieliński Kaz. „ Dębickiego Kazimierza.

Sprawozdawcy Kol. Goebel Fr. — z prac Gnoińskiego Henryka i Dąbrowski Wit. z prac Szczęsnego Kaz. nie zgłosili się, bez zawiadomienia o powodach.

Prezes: **Br. Sawicki.**

Sekretarz doroczny: **Gerner Klemens.**

TREŚĆ TOMU CXXII.

Protokoły posiedzeń klinicznych.

	Str.
Protokół pos. klin. 18. I. 1927.	5
Opalski: Częściowe porażenie n. okoruchowego w przebiegu tężca. Pokaz przypadku (dyskusja).	
Tyczka i Sznajderman: Porażenie n. pośrodkowego w następstwie dożylnych wstrzykiwań chlorku wapnia. Pokaz przypadku (dyskusja).	
Trzebiński J. Przyczynek do rozpoznania skrobia-wicy nerek. (Dyskusja).	
Janowski Wł. Rzekomo neurasteniczna postać gru-zlicy płuc. (Dyskusja).	
Protokół pos. klin. w dniu 25. I. 1927.	10
Higier H. Przypadek przecięcia nożem tętnicy i ży-ły oraz n. pośrodkowego. Pokaz.	
Oziębłowski: Patogeneza odmy. (Dyskusja).	
Landau A. i Held. J.: Kilka uwag o podziale i leczeniu zgorzeli płuc. (Dyskusja).	
Protokół pos. klin. w dniu 1. II. 1927.	12
Mikułowski Wł. Pokaz dziewczynki 11 letniej z żółtaczką hemolityczną dziedziczną i głową stożkową. Oxycephalia.	
Szper J.: Przypadek słoniowatości kończyny dolnej i narządów płciowych zewnętrznych leczony ope-racyjnie (sympathectomia perifemoralis, perihy-pogastrica dextra, periiliaca communis sin.	
Gerner Kl.: Przyczynek do patogenezy choroby wrzo-dowej żołądka i dwunastnicy. Pokaz (dyskusja).	

	Str.
Protokół pos. klin. w dniu 15. II. 1927.	16
Cygielstreich J.: Przypadek zgorzeli obydwu dolnych płatów płuc, leczony pomysłnie wstrzykiwaniami neosalwarsanu. Pokaz	
Dębicki K.: Przypadek samoistnej zgorzeli kończyn u mężczyzny 27 letniego. Pokaz (dyskusja).	
Wierzuchowski M.: Studja nad węglowodanową przemianą materji.	
Protokół pos. klin. w dniu 22. II. 1927	18
Steffen E. (junior): Niezwykły przypadek chromania przestankowego wraz z uwagami o działaniu środków rozszerzających naczynia. Pokaz (dyskusja).	
Landau A. Dwa przypadki wrzodu przyodźwiernikowego w postaci rzekomo-władowej. Pokaz (dyskusja).	
Protokół pos. klin. z dnia 1. III. 1927.	22
Godlewski: Pokaz czterech przypadków twardzieli.	
Jarkowski J.: O obawach chorobowych i ich zwalczaniu. (Dyskusja).	
Protokół pos. klin. z dnia 15. III. 1927.	25
Zieliński K.: Pokaz dwu kamieni żółciowych (dyskusja).	
Landau A. i Fejgin M.: O zatruciu sublimatem i sublimatowem zapal. nerek (Dyskusja).	
Protokół pos. klin. w dniu 22. III. 1927.	31
Filiński W., Grodzki Z. i Mała Z.: Spostrzeżenia nad zatruciem zawodowym nitrowymi związkami aromatycznymi. (Dyskusja).	
Sterling-Okuniewski St.: O rozszerzeniu tętnicy głównej. (Dyskusja).	
Protokół pos. klin. w dniu 29. III. 1927.	35
Trzciniński T.: O przypadkach t. zw. kiły ciężkiej. (Pokaz).	
Goebel Fr.: O zasobie zasad krwi. (Dyskusja).	
Węgiérko J.: Z badań nad ciałami acetonowemi. (Dyskusja).	
Protokół pos. klin. w dniu 5. IV. 1927.	40
Mikułowski Wł.: Pokaz przyp. gruźlicy nerek ze	

zweżeniem cewki moczowej u chłopca 9 letn.
z kiłą wrodzoną. (Dyskusja).

Michalski Z.: Rozbiór krytyczny metod leczniczych
gruźlicy płuc. (Dyskusja).

Protokół pos. klin. w dniu 26. IV. 1927. 44

Grzywo-Dąbrowski W.: Dzieciobójstwo z punktu
widzenia prawnego i społecznego. (Dyskusja).

Protokół pos. klin. w dniu 4. V. 1927. 45

Rutkowski J.: Uodpornianie miejscowe stawów.
(Dyskusja).

Protokół pos. klin. w dniu 17. V. 1927. 47

Gluziński A.: Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Wła-
dysławie Szejnerze, ś. p. Bronisławie Szymań-
skim i ś. p. Leonardzie Leszczyńskim.

Higier H.: Przypadek migreny oczoporażnej. Pokaz.

Pieniążek J. Przyp. uporczywych i licznych nawro-
tów brodawczaka górnych dróg oddechowych.
Pokaz.

Mikułowski Wł.: Przyczynek do kliniki kiły wro-
dzonej. (Dyskusja).

Protokół pos. klin. w dniu 24. V. 1927. 51

Higier H. Współistnienie sklerodermji z chorobą Ray-
nauda. Pokaz.

Goebel Fr. i Gnoiński H: Przemiana cholester-
ynowa a układ śródbłonkowo siateczkowy.

Sparrow H: Uodparnianie przeciw durowi plamistemu.

Protokół pos. klin. w dniu 7. IV. 1927. 54

Gluziński A: Wspomnienie pośmiertne o ś.p. Witol-
dzie Żurakowskim i ś. p. Edmundzie Kurelli.

Apfelbaum E: Wątroba a przemiana wodna ustroju.
(Dyskusja).

Protokół z pos. klin. w dniu 12 VI 1927. 56

Czubalski Fr: Nowsze poglądy na funkcje nerek.

Paszkiewicz L: Zmiany anatomo-patol. w gruźlicy
nerek.

Protokół pos. klin. adm. w dniu 28. VI. 1927. 57

Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej Tow. Lek. Warsz.

Sprawa funduszu stypendjalnego im. Leona Koni-
nitza.

Kiełkiewicz J: Klinika gruźlicy nerek.

Fryszman A: Pokaz nerek gruźliczych.

Dyskusja nad wykładami „O gruźlicy nerek“.

Protokół pos. klin. w dniu 4. X. 1927. 59

Babiński L: Wiadomości o powstaniu siedziby Tow.
Lek. Warsz.

Higier H: Przypadek współistnienia poronnej postaci
padaczki z chorobą Gilles de la Tourette'a. Pokaz
(dyskusja)

Sawicki Br. 2 przypadki laminektomji. Pokaz.

Mirabel: Pokaz nowego aparatu do odmy sztucznej
własnego pomysłu. (Dyskusja).

Sawicki Br. Leczenie ucisku rdzenia laminektomją
w gruźlicy kręgow. (Dyskusja).

Protokół pos. klin w dniu 18. X. 1927. 67

Morawiecka J. Wągrowatość ogona końskiego.
(Dyskusja).

Erlichówna M: Przypadek wyniszczenia u dziecka
wskutek nieodpowiedniej djety. Pokaz.

Sławiński Z. i Freyówna Ł: Przyp. operowanego
śródbłoniaka mózgu. Pokaz (dyskusja).

Sobieszczanski L. O rozpoznawaniu chorób przez
zapachy. (Dyskusja).

Reicherówna El. Organizacja wychowania fizycz-
nego w Niemczech, Francji i w Krajach Skan-
dynawskich. (Dyskusja).

Protokół pos. klin. w dniu 25. X. 1927. 70

Łyskawiński S. Przypadek częstokurczu napadowe-
go (tachycardia paroxysmalis) u 6-letniej dziew-
czynki. Pokaz.

Semerau-Siemianowski M. Przypadek często-
skurczu napadowego i pokaz elektrokardjogra-
mów. (Dyskusja)..

Mikułowski Wł. Leczenie choroby Heine-Medina
w świetle obrad V. Kongresu pedjatrów francu-
skich w Lozannie 20—30. IX. 1927. (Dyskusja). . .

Wąsowicz St. Spostrzeżenie kliniczne nad próbą
Aldricha, czyli wodnym odczynem doskórnym.
(Dyskusja).

Protokół pos. klin. w dniu 8. XI. 1927.

Wiceprezes Zieliński komunikuje wynik konkursu 74
im. Piramowicza..

Wierzuchowski M. i Gadomska H. Odczyn psa prawidłowego na długotrwałe wlewanie cukru gronowego.	
Gadomska H. i Wierzuchowski M. Wpływ nar- kozy amytalowej na odczyn psa podczas długo- trwałego, dożylnego wlewania cukru gronowego.	
Protokół pos. klin. w dniu 15. XI. 1927.	75
Filiński Wł. Przyp. cukrzycy, jako choroby następo- wej po durze brzuszonym. Pokaz (dyskusja). . .	
Rożkowski K. Zagadnienie bólu w świetle współcze- snych badań i poglądów. (Dyskusja).	
Protokół pos. klin. w dniu 22. XI. 1927.	77
Sznajderman I. Przyp. guza w okolicy szyszynki. Pokaz.	
Jurkowski. Znaczenie djagnostyczne dermatubiny i próby leczenia gruźlicy płuc metodą naskórną.	
Michalski Z. O zawiesinie Kocha (Nowa tuberkulina B. E. 1901). (Dyskusja).	
Protokół pos. sanitarno-klin. w dniu 29. XI. 1927.	81
Bujalski J.: Walka z gruźlicą i chorobami wene- rycznymi według najnowszych projektów rządo- wych. (Dyskusja).	
Protokół pos. klin. w dniu 6. XII. 1927.	86
Freyówna Ł.: Przyp. guza retrosplenicznego. Pokaz.	
Mikułowski Wł. Trzy przypadki kiły wrodzonej u dzieci. Pokaz.	
Szymański St. O ambulatoryjnym leczeniu odma sztuczną. Pokaz. (Dyskusja).	
Protokół pos. klin. 20. XII. 1927.	89
Goldman M. (junior): Badanie kliniczne nad wpły- wem ergotaminy na układ wegetatywny.	
Goldman M. (senior): Wartość kliniczna próby ksant- toproteinowej we krwi.	
Protokoły posiedzeń poświęconych sprawie szpitalnictwa	
Protokół posiedzenia w dniu 10. I. 1927.	90
Zieliński K. Zagajenie posiedzenia.	
Starkiewicz W. Dotychczasowa działalność sekcji szpitalnictwa. (Dyskusja).	

Protokół posiedzenia w dniu 14. II. 1927. 92

Puławski A: W sprawie żywienia chorych w szpitalach. (Dyskusja.)

Protokół posiedzenia w dniu 14. III. 1927. 94

Jarkowski J: Organizacja studjów lekarskich we Francji. (Dyskusja.)

Protokół posiedzenia w dniu 14. XI. 1927. 95

Mikułowski Wł. O potrzebie stworzenia w szpitalach nowego etatu pielęgniarki społecznej. (Dyskusja),

Łapiński W. i Jakimiak B. W sprawie budowy sanatorium dla dzieci z chorobami chirurgicznymi (gruźlica kostna) na Helu. (Dyskusja.)

Protokoły posiedzeń administracyjnych

Protokół posiedzenia wyborczego w dniu 4 I. 1927. 100

Sekretarz doroczny odczytał sprawozdanie z działalności naukowej T-wa w roku 1926.

Wybory prezesa, wiceprezesa, sekretarza dorocznego, zastępcy sekretarza dorocznego, członków Komitetu Kasy Wsparcia, członków Komitetu bibliotecznego i członków czynnych T-wa.

Uchwała o umieszczeniu w sali posiedzeń T-wa portretów ś. p. E. Zielińskiego, ś. p. K. Chełchowskiego i ś. p. Z. Dmochowskiego.

Protokół pos. admin. — klin w dniu 28. VI. 1927. 57

Sprawozdanie Komisji Sanitarnej T-wa Lek. Warsz.
Sprawa funduszu stypendjalnego im. Leona Konitza.

Protokół pos. admin. w dniu 27. XII. 1927. 101

Podskarbi T-wa kol. Babiński L. przedstawił sprawy finansowe T-wa i preliminarz budżetowy na r. 1928. (Dyskusja, wnioski i głosowania).

Bibliotekarz T-wa kol. Zwejbaum M. złożył sprawozdanie o stanie biblioteki za rok 1927.

Wiceprezes T-wa kol. Zieliński K. złożył sprawozdanie Konitetu Bibliotecznego.

Sprawozdanie z prac kandydatów na członków czynnych.