

**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

**POD REDAKCJĄ
ZDZISŁAWA GORECKIEGO**

TOM CXXIII.

**WARSZAWA
1929**



www.dlibra.wum.edu.pl

CZYNNOŚCI
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ KLINICZNYCH

ODBYTYCH W ROKU 1928



**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCJĄ
ZDZISŁAWA GORECKIEGO

TOM CXXIII.

**Biblioteka Główna
WUM**

WARSZAWA
1929



www.dlibra.wum.edu.pl

Druk. A. BIAŁOBRZFSKIEGO, Warszawa, Żórawia V. Telefon 245-83.



www.dlibra.wum.edu.pl

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 17 stycznia 1928 r.

Przewodniczący — prezes kol. **K. Zieliński.**

Obecnych członków T-wa 66. Wprowadzonych gości 21.

I) Kol. Prezes dziękuje za wybór i składu hołd pracy poprzedniego Prezesa prof. Br. Sawickiego.

II) Kol. Sekretarz Stały T-wa oddaje hołd pamięci Ant. Ossuchowskiego. Pamięć ś. p. Ossuchowskiego uczczono przez powstanie z miejsc.

III) Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia wyborczego z dnia 3 stycznia 1928 r.

IV) Kol. Prezes powitał nowych członków Towarzystwa.

V) Do Biblioteki Towarzystwa wpłynęły następujące prace:

1. Aham in Baking powder Royal Baking Powder Company New-Jork 1927.

2. O zasobie zasad krwi Fr. Goebel 1927.

3. Przemiana cholesterynowa a ukł. siat. śródbł. Fr. Goebel i H. Gnoiński.

4. La cholestérine et la réaction de Bordet-Wassermann Fr. Goebel 1927.

5. Lostéomalacie comme acidose. Tenże 1927.

6. Dootrzewnowe działanie insuliny. Tenże 1927.

7. O kwasicy. Tenże 1927.

8. Z dziedziny badań nad wydzielniczą czynnością żołądka. Prof. W. Orłowski 1927.

9. Recherches sur l'influence des sucres de legumes sur la sécretion gastrique. Tenże 1926.

10 Fizyczne objawy gruźlicy płuc. Tenże 1927.

11. Rozwój finsenoterapii. E. Bruner 1927.

12. Varsovia 1927. Rafael Roldan y Querrero 1927. Madrid.

13. I Rocznik Polsk. Komitetu pomocy dzieciom 1927.



14. O ładzie i nieładzie w dziedzinie płciowej. A. Kozerski. 1927.

15. Pamiętnik jubileuszu 25-lecia Tow. Lek. Częstochowskiego. 1901—1926.

16. Postępy w organizacji Służby Zdrowia w powstaniu Styczniewem. Dr. Fr. Białokur.

17. Dalsze przyczynki biografji Michała Bergonzoniego Dr. L. Zembrzuski.

18. Ostra postać posoczniczej zgorzeli płuc u dziecka. Wł. Mikułowski. 1927.

19. Lecznicze zastosowanie tlenu w klinice dziecka. Tenże. 1927.

20. Przyczynek do rozpoznawania ostrego zapalenia trzustki o przebiegu łagodnym. W. Kruszewska. 1927.

VI) Kol. H. Higier. Rzadka postać hematomyelji u 5-letniego hemofilika, naśladująca porażenie ostre dziecięce (pokaz przypadku).

Przed 4-u miesiącami rozwinęło się prawie zupełnie typowo z gorączką i bólami porażenie wiotkie jednej nóżki z zanikami, arefleksją i odczynem zwyrodnienia, rozpoznane przez lekarzy jako *poliomyelitis infantilis acuta*.

Dokładna analiza stwierdziła atoli obecność hemofilji rodzinnej z klasycznym typem dziedziczenia, nazwanym ongi przez H. *hereditas masculino matriarchalis*. Wywiady stwierdziły też poprzedzający uraz dolnej części kręgosłupa, który dał wobec skazy krwotocznej ogromny, bardzo bolesny, z gorączką przebiegający wylew domięśniowy pośladka i prawdopodobnie jednocześnie wylew dordzeniowy (*haematomyelia centralis anterior lumbalis*).

Pojedyncze przypadki analogiczne u dzieci hemofilicznych opisali Cassier i Regmond. Dokładne późniejsze badanie uzupełniające wykazało poważne zaburzenia bólowe i ciepłotne u demonstrowanego dziecka. Praktycznie ciekawe jest, że przebycie *poliomyelitis* wyrabia odporność i chroni też przed powtórnie zachorowaniem, podczas gdy *haematomyelia*, zwłaszcza w wieku dziecięcym przebyta, usposabia do bujania oleju, do miejscowej gliozy, a nawet do syringomyelji, czyli jamiistości rdzenia postępującej.

W dyskusji Kol. M. Semerau-Siemianowski mówił o przypadku padaczki Jacksona, spostrzeganym przez siebie, a powstałym na tle krwawiaczki.

VII) Kol. Semerau-Siemianowski M. Zaburzenia krążeniowe na tle hypohormonozy płciowej.

Autor rozpatruje na wstępie pojęcie hypohormonozy płciowej i zastanawia się nad wartością cech ogólnych i miejscowych, które ułatwiają takie rozpoznanie. Ponieważ wnioski, wysnute z agenitalizmu doświadczalnego i ludzkiego dają się tylko wyzyskać z pewnemi zastrzeżeniami, określanie zaś biologiczne krążącego w ustroju ludzkim hormonu, mimo nowoczesnych metod napotyka na trudności, przeto można w tym kierunku polegać

prawie wyłącznie na metodach klinicznych. Do takich należy stwierdzenie przesunięć morfologicznych w narządach płciowych, ocena wydolności wewnątrz-wydzielniczej gruczołów płciowych na mocy wywiadów, wreszcie ustalenie cech konstytucjonalnych. Uzupełniają te dane badania przemiany materji ogólnej i szczególnie, badania odczynu farmakodynamicznego na różne leki, badanie napięcia układu wegetacyjnego, rozmazów krwi i t. p.

Przechodząc do części klinicznej, S. S. stwierdza, że zaburzenia krążenia w hypohormonozy płciowej stanowią zjawiska częste i spotykają się w ostatnich latach coraz częściej. Przyczyny tego należy szukać w coraz trudniejszych warunkach bytu, które drogą ciągłych ujemnych pobudzeń nerwowych upośledzają u usposobionych osobników jeszcze bardziej wydolność hormonalną gruczołów płciowych. Omawiając następnie symptomatologję, autor wymienia poszczególne objawy sercowe (bicie serca, uczucie ucisku, wahania częstości, tętno rzadkie, zaburzenia miarowości, brak zmian organicznych oraz objawy naczyniowe) mrowienia, parestezje, wazalgje, przesunięcia w ciśnieniu krwi i t. p.

Objawy te skupiają się u kobiety zależnie od różnych przełomów życia płciowego w szeregu dość charakterystycznych zespołów, które występują w okresie pokwitania, ciąży po ciężkich porodach, podczas miesiączkowania, przed, w czasie i po klimakterjum. U niektórych osobników żeńskich nasilenie poszczególnych objawów zaznacza się albo trwale, albotę okresowo, niezależnie od zmianokowanych przełomów. Opisywane wszakże zjawiska krążeniowe stwierdza się nietylko u kobiet, lecz także u odpowiednio usposobionych mężczyzn, nacechowanych omówionemi na wstępie własnościami.

Zjawiska te zbliżają się zupełnie do obrazów klinicznych, napotykaných u kobiet, choć zewnątrznie mniej łatwo je rozpoznać. Łącznie z tem S. S. zajmuje się rozpoznaniem, różniczkowaniem, patogenezą oraz rokowaniem w przedstawionych stanach krążeniowych na tle hypohormonozy płciowej. Na końcu zestawia po krótko zabiegi i środki lecznicze. (Streszcz. wł.)

W dyskusji: kol. W e r t e n s t e i n zaznacza, że hypohormonozy u kobiet zdarzają się nie tylko w okresie przekwitania, jaktoby się zdawało z odczytu prelegenta, ale w równej, a może większej mierze i w innych okresach. A m e n o - o l i g o m e n o r r h o e a e zjawiają się u młodych kobiet, dziewcząt czy matek nie wywołując żadnych objawów wypadowych. Również nie sprostregano ich podczas masowego występowania a m e n o r r h o e a e wojennej. Patogeneza więc tych wszystkich zaburzeń krążeniowych sympatiko — lub wago-tonicznych, inkretorycznych nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Być może, że rzuci na nią nowe światło organoterapja, gdy będziemy w stanie stosować hormon jajnikowy w większych ilościach niż to dotychczas jest możliwe. Otrzymywanie bowiem tego hormonu jest bardzo utrudnione z powodu małej jego zawartości w jajnikach zwierząt. W ostatnich jednak czasach udało się stwierdzić, że większe ilości tego hormonu znaj-

dują w łożysku, we krwi, a szczególnie w moczu ciężarnych kobiet, które wydzielają go do 1000 mysich jednostek dziennie.

(Streszczenie wł.).

Kol. **Pręgowski** jest zdania, że twierdzenie prelegenta o pochodzeniu zaburzeń krążeniowych na tle hypohormonozy znalazłoby najsilniejsze potwierdzenie w wynikach odnośnej organoterapii. Zaburzenia w dokrewnym wydzielaniu gruczołów płciowych zdają się prowadzić niekiedy do zmian w sferze psychicznej. Probieżem tego jest fakt dodatniego wpływu leczniczego odnośnych hormonów płciowych na te zaburzenia psychiczne. Kol. **Pręgowski** widział dodatni wynik stosowania agomenzyny w stanach manjakałno-deliryjnych a systomenzyny w stanach depresyjno-stuporowych okresu miesiączkowania. Takie same dwie postaci zaburzeń psychicznych cyklicznych, o takich samych krótkich cyklach można spotkać także u mężczyzn. Leczenie 3-ch takich chorych hormonami jądrowymi dało kol. **Pręgowskiemu** dodatnie wyniki. (Str. wł.).

Kol. **Goebel** zaznacza, że do tej pory niema dokładnej metody standaryzowania przetworów zawierających wyciągi z gruczołów płciowych. Wiadomo, że przetwory te są często nieczyenne.

Wobec tego trzeba być bardzo ostrożnym w wysnuwaniu wniosków o ich własnościach terapeutycznych.

Kol. **Gluziński** podkreśla, iż okres przekwitania odbija się i na innych gruczołach, zwłaszcza na gr. tarczowych, którego czynność staje się niedostateczną. Przetwory gr. tarcz. w takich stanach oddziałują znakomicie na ustrój kobiety, która wskutek karmienia przez 4 lata zachorowała na obrzęk śluzowy.

Kol. **Semerau-Siemianowski** w odpowiedzi kol. **Wertensteinowi** wyjaśnia, że niezawsze zaburzenia w sferze płciowej muszą iść w parze z zaburzeniami krążeniowymi. Aby zab. krąż. mogły wystąpić, potrzeba, żeby odpowiednie osobniki były upośledzone specjalnie co do układu krążeniowego. Co do spostrzeżeń kol. **Pręgowskiego** dotyczących zaburzeń umysłowych w miesiączkowaniu, to **S. S.** uważa je za przejaw hypohormonozy płciowej tylko już nie w układzie krążeniowym, ale w dziedzinie psychicznej u osobników dysponowanych.

Co do wywodów kol. **Gluzińskiego**, to **S. S.** wykazuje, że przytoczone przez mówcę spostrzeżenia, przebiegające jako obrzęk śluzowaty lub choroba Basedowa, są mu bardzo dobrze znane, lecz nie należą do omawianego przez prelegenta zespołu.

Prezes: **K. Zieliński**

Sekretarz doroczny: **Klemens Gerner.**

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO**w dniu 24 stycznia 1928 r.**Przewodniczący — prezes T-wa **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 27. Wprowadzonych gości 28.

I) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II) Do Biblioteki T-wa wpłynęły następujące wydawnictwa:

1) Główne drogi rozwoju myśli lekarskiej i wpływ anatomii patologicznej na medycynę wewnętrzną — L. Skubiszewski, 1927.

2) W sprawie powstawania nerczycy brodawkowej mikrobowej. Tenze, 1927.

3. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ostéite fibreuse. W. Dega, J. Zegland, 1927.

4. Kieszonkowy kalendarz lekarski „Medycyna“ 1928.

III) Wdowa po ś. p. drze Mieczysławie Malczu złożyła Towarzystwu 35 tomów dzieł lekarskich, za co prezes składa jej podziękę.

IV) Kol. Messing Z y g m.: „Połowiczny zespół wzgórzowo-parkinsonoidalny w kile mózgu“ — (pokaz przypadku).

Chory, którego przedstawiam, ma lat 37, żonaty, z zawodu szewc. Przed 10 laty zaraził się kiłą, prawie wcale nie leczył się. 3 miesiące temu osłabła mu prawa dłoń. Wtedy zaczął się leczyć i w czasie kuracji powoli wystąpiły bóle i opaczne uczucia w całej prawej połowie ciała. Chory narzeka na uczucie pieczenia w prawej dłoni, prawem przedramieniu i prawym policzku, a w całej prawej dolnej kończynie ma uczucie mrowienia. Badanie krótko mówiąc, potwierdziło przedewszystkiem obecność kiły u chorego (odczyn B.-W. w krwi słabo dodatni, nierówność źrenic i objaw Argyl-Robertsona), ponadto wykazała dwa zespoły nerwowe, mianowicie zespół wzgórzowy, wyrażający się osłabieniem wszystkich rodzajów czucia skórniego i objawami bólami na prawej połowie ciała oraz zespół prążkowania, wyrażający się osłabieniem mimiki, brakiem balansowania pr. g. kończyną, objawem podłopadkowym, pozapiramidowym ułożeniem palców prawej dłoni, odruchami zatrząskowymi i antagonistycznymi pr. k. obok braku oznak uszkodzenia torów piramidowych. Tłem anatomicznem sprawy chorobowej mogą być następstwa syfilitycznego zapalenia błony zewnętrznej naczyń lewego prążkowania, albo stan zapalny tegoż, więc striatitis luetica. Ujemny wynik odczynu B.-W. w płynie i brak zmian chemiczno-cytologicznych popierają drugie przypuszczenie.

Przedstawiono ten przypadek wobec rzadkości parkinsonizmu kiłowego. Dotąd mamy w piśmiennictwie notowane tylko przypadki parkinsonizmu w okresie trzeciorzędowym lub w metaluesie. Wolfart zebrał odnośnych przypadków 26, a Brzezicki dodał jeszcze dwa. Z naszego pokazu można wyciągnąć wniosek, że zespół parkinsonowski niekoniecznie musi być klasyczną postacią choroby Parkinsona, lub parkinsonoidem pościączkowym, ale

może powstawać wskutek innych przyczyn, np. wieloogniskowego stwardnienia mózgu i rdzenia, ucisku, wywieranego przez guz III (IV) komory, bądź wzgórza wzrokowego, bądź zraza czołowego, zatracia zewnątrz—i wewnątrzpochodnego, wreszcie wskutek kiły.

V) Kol. Melanowski Władysław wygłosił referat p. t. „Zaćma i jej leczenie w świetle nowych pojęć“.

Dla rozejrzenia się w całokształcie pojęć o zaćmie i jej leczeniu poruszymy kolejno etjologję zaćmy, sposoby badania, rodzaje zaćmy oraz leczenie różnych postaci zaćmy, uwzględniając nowe zdobycze w tej dziedzinie.

Etjologia zaćmy. Badania doświadczalne Boucharda Charrina oraz Józefa Kolińskiego (1889) nad zaćmą naltalinową wykazały, że znaczne schorzenia układu naczyniowego wogóle i oka w szczególności powodują też zmiany wsteczne w torebce soczewki, jej nabłonka oraz wywołują zaćmę.

Badania autorów rosyjskich Tieplaszyna i Kortniewa nad zatruciem sporyszem wykazały, że zatrucie to, powodując drgawki, często wywołuje nadpęknięcie torebki soczewki, oraz zmętnienie soczewki—zaćmę. Cierpienia inne, połączone z drgawkami, jak epilepsja, tężyczka, drgawki ciężarnych, a nieraz być może i skurcz nagły mięśnia nastawczego, np. wskutek przestachu, spowodować może wystąpienie zaćmy. Główne zmiany w podobnych przypadkach, jak wykazał Peters, dotyczą warstwy barwikowej tęczówki, nabłonka ciała rzęskowego i nabłonka torebki soczewki wraz ze zmętnieniem napęczniałych włókien korowych soczewki.

Oddawna też obserwowano wystąpienie zaćmy u osobników z cukrzycą i tu pierwszy Kamocki (1887) opisał zmiany obręzkowe i wsteczne w tylnej powierzchni tęczówki i w ciałku rzęskowym. Zmiany te mają wielkie znaczenie dla losu chorych, gdyż, jak wykazał Vossius (1910) i nasze własne doświadczenie, oczy takie, operowane z irydektomją, często ślepną, operowane natomiast bez irydektomji, zresztą po odpowiedniem odcukrzeniu ustroju zwykle odzyskują wzrok.

W każdym bądź razie, pogląd na powstawanie samoistne zaćmy w świetle pojęć współczesnych przedstawia się, według Schütza oraz Weilla i Nordmanna (1927) jako wynik zaburzeń w gruczołach dokrewnych. Brak wydzieliny gruczołu przytarczowego dać może zaćmę tężyczkową, trzustki — cukrzycową, gruczołów płciowych — zaćmę starczą. Prócz tego wzmożona czynność nadnerczy i przysadki spowodować też może zmętnienie soczewki. Zresztą badania Fischera i Triebensteina (1914) wykazały, że w zwykłej zaćmie starczej w 88% przypadków znaleźć możemy wydatne objawy tężyczki: np. objawy Chwostka, Erba, Troussseau. Uraz, porażenie prądem elektrycznym też może spowodować zaćmę, drogą zniszczenia torebki soczewki i zadrażnienia tęczówki i ciała rzęskowego.

Badania ostatnie zwróciły też uwagę na zmiany w chemizmie soczewki w zaćmie, a więc zmniejszenie ilości lecytyny i chole-

styryny, przenikanie ciepłoopornych elektrolitów z cieczy wodniastej. Prócz tego badania szeregu autorów starały się ustalić zmiany we krwi u osobników z zaćmą np. Gourfein—Welt (1925) stwierdziła różnicę refraktometryczną między surowicą krwi osobników z zaćmą a surowicą osobników zdrowych, Giannatoni (1927) znalazł w zaćmie zwiększoną ilość mocznika we krwi, Römer, Salus, Dori, Lavagna — jady soczewkowe.

W każdym bądź razie ważne znaczenie dla powstania zaćmy ma dziedziczność.

Anatomja Patologiczna. W zaćmie jądrowej badania Hessa i Cirincione oraz moje własne wykazują jednolitą budowę jądra w zaćmie jądrowej czarnej; zwykłymi sposobami barwika nie stwierdzono.

W zaćmie korowej główne zmiany dotyczą nabłonka torebki, mianowicie komórki nabłonka torebki układają się w kilka rzędów, zwykle są one niejednakowych rozmiarów, prócz tego czasem stwierdzić można w zaćmie nabłonek na tylnej torebce soczewki, czego w soczewce niezmetnionej się nie spotyka. Włókna soczewkowe, zaczynając od obwodu, są napęczniałe, ulegają rozpadowi i wśród resztek tych włókien widać, barwiące się eozyną, kuliste masy rozpadu, kule Morgagniego i sole tłuszczowe, które obecnie wykazać można barwieniem barwikiem Sudan III.

Sposoby badania.

Do sposobów badania w oświetleniu ogniskowym i do prześwietlenia przybyło obecnie badanie lampą szczelinową i mikroskopem rogówkowym, który to sposób pozwala ustalić dokładnie jakość zmian i ich umiejscowienie. W każdym bądź razie nigdy nie należy polegać na zbadaniu zewnętrznem i rozpoznawać zaćmę, kiedy soczewka wyda się nam mętną, gdyż uważniejsze zbadanie często nam dowiedzie, że wydająca się mętna soczewka jest przejrzysta i oko dobrze widzi.

Zawsze też powinniśmy ustalić, co badany widzi, i mówić o swych podejrzeniach, co do zmetnienia soczewki tylko wtedy, kiedy źrenica się nie przeświecła. Pozatem, tylko dokładniejsze zbadanie, ustalenie, czy chory prawidłowo wskazuje skąd pada światło, czy ma reagującą źrenicę, pozwolić nam może na zaopiniowanie, że zabieg będzie dla chorego pożyteczny.

Dla operacji pozatem, konieczny jest dobry stan spojówek i pozatem drożność kanału nosowołzowego.

Głównejsze postaci zaćmy.

Odróżniamy zaćmę wieku dziecięcego, zaćmę starczą i zaćmę powikłaną.

Zaćma wieku dziecięcego jest najczęściej wrodzona i nie postępująca. Dotyczyć ona może przedniego bieguna soczewki, tylnego bieguna, jądra soczewki, wzgl. jądra i warstw korowych, i tylko wyjątkowo całej soczewki.

Wszystkie te zaćmy nie postępują i jeśli widzenie jest dostateczne, operacji nie wymagają; o ile widzenie jest poniżej $\frac{1}{10}$, to w razie, gdy po atropinie wzrok jest lepszy, należy zrobić irydekomię optyczną—wtedy wzrok się poprawi, nastawność będzie

zachowana. O ile zaś rozszerzenie źrenicy nie wykaże poprawy wzroku, to u osobnika przed dwudziestką robimy rozcięcie zaćmy, a po pewnym czasie obserwacji stwierdzimy, że soczewka się wchłania i wzrok się poprawia.

Zaćma starcza. O ile zmętnienie soczewki jest tak znaczne, że wzrok jest w obu oczach poniżej $\frac{1}{10}$, to nie należy czekać, by „zaćma dojrzała“, ale należy ją wydobyc. Wydobycie zaćmy bez irydekromji, z pokryciem rany płatem spojówkowym, z zerwaniem torebki przedniej kleszczykami torebkowymi da nam prawie zawsze dobre wyniki. W każdym bądź razie, w ciągu 7-miu lat ostatnich tak operując, nie miałem ani jednego przypadku zakażenia pooperacyjnego. O ile tęczęwka po tem wypadnie, można ją albo wprawić, albo i wyciąć bez szkody dla chorego.

Nowoczesne sposoby wydobycia zaćmy w torebce sposobem szerokiego cięcia w rogówce, wycięcia tęczęwki i wyciskania zmętniałej soczewki — (sposób Smitha 1900), wydobycie soczewki pętlą Pagenstechera (1877), lub też wydobycie soczewki pętlą — z cięciem bocznem rogówki (sposób Szymańskiego (1923) względnie wydobycie przyrządem ssącym Hulena (1910) lub Barraquera (1917), są to zabiegi ryzykowne i właśnie w zaćmie niedojrzałej, dla której powinny być przeznaczone, często zawodzą.

Ostatnio szereg autorów jak Davis (1922—25), Meyersteineg (1925), Gilbert i Schoute próbować zaczęli stosowania surowic przeciwzaćmowych zdobywanych uodpornieniem królików na soczewki innych zwierząt i na soczewki ludzkie. Zastrzyki podspojówkowe tych surowic przeciwzaćmowych, wraz z stosowaniem doustnem przetworów jodowych i środków czyszczących w zaczynającej się zaćmie, dały tym autorom nadzwyczajne wyniki, bo do 65% poprawy wzroku. Czy te dane się potwierdzą pokaże przyszłość. Podobnie pod znakiem zapytania oceniać tymczasem należy stosowanie borosalicylatu oczaru (Hamamelis), który wraz z jodem i środkami czyszczącymi radzi stosować Borsch z Paryża (1925).

Zaćma powikłana.

Uraz oka, drogą wstrząsu lub przebicia torebki soczewki, spowodować może przenikanie cieczy wodnistej do torebki oraz zmętnienie włókien. O ile pozatem uraz nie wniósł zakażenia, to u osobnika młodego taka zaćma może się wchłonać i tym sposobem sprawa zakończyć się może samowyleczeniem.

W razie skaleczenia i zakażenia układu naczyniowego oka, obok zaćmy wystąpi zapalenie jagodówki i albo sprawa zakończy się zropieniem całego oka, albo zapaleniem jagodówki z odwarstwieniem siatkówki, a czasem i zapaleniem współczulnym drugiego oka, szczególnie o ile w oku pozostało ciało obce.

Dłuższe samoistne schorzenie jagodówki i odwarstwienie siatkówki, obok zrostów i zaniku pozapalnego tęczęwki, doprowadza często do zmętnienia, a czasem zwapnienia soczewki.

Ogniska zwapnienia w soczewce są najczęściej wynikiem odwarstwienia siatkówki i taka zaćma nie nadaje się do wydobycia.

Podobnie oko twarde, z rozszerzoną, o zarysach owalnych, żrenicą, z zanikłą tęczęwką, z czarnymi, wężykowatymi naczyniami spojówki, oko z brakiem rzutowania światła — wskaże nam, że mamy do czynienia z zapuszczoną jaskrą i o jaskrze tu przede wszystkim myśleć należy, gdyż zaćma jest w takim oku zwykle powikłaniem wtórnym.

Po udatnej operacji zaćmy po pewnym czasie, najlepiej po miesiącu; choremu przepisujemy szkła, które zastąpić mają operowanemu utraconą soczewkę. Widzenie np. w naszych, w ciągu ostatnich lat 7 operowanych przypadkach, w 40% przyp. było $\frac{1}{2}$ prawidłowej ostrości wzroku i wyżej, w 40% przyp. od $\frac{1}{2}$ do $\frac{1}{10}$ prawidłowej ostrości wzroku. w 9% przypadków ostrość wzroku była do $\frac{1}{20}$ i tylko w 1% przypadków poprawy wzroku nie było — były to 2 przypadki zaćmy w oczach z niepewnym rzutowaniem.

Przypadki te operowaliśmy, ulegając usilnym prośbom chorego.

Prezes: **K. Zieliński**

Antoni Kaczyński

Zastępca sekretarza dorocznego

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 31 stycznia 1928 r.

Przewodniczący — prezes T-wa **K. Zieliński**.

Obecnych członków Tow. 39. Wprowadzonych gości 39.

I) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II) Prezes zawiadamia zebranych, że zgodnie z uchwałą Zarządu z dnia 10 stycznia 1928 r., posiedzenia T-wa będą się rozpoczynały punktualnie o godz. 8-mej wiecz. bez względu na liczbę obecnych. Prelegent, który się spóźni, będzie zmuszony zrezygnować ze swej prelekcji.

III) Prezes T-wa zawiadamia obecnych o II Międzynarodowym Kongresie Radiologicznym, mającym się odbyć w dn. 23 — 27 lipca 1928 r. w Sztokholmie.

IV) Kol. Wojnarowska Antonina wygłosiła referat p. t. „System Rankego i podział gruzlicy metodą Neumanna” (nie nadaje się do streszczenia).

Dyskusja:

Kol. Świder nie zgadza się z prelegentką jakoby ognisko pierwotne (Rankego-Kussa-Ghona) lokalizowało się w szczycie raczej przeciwnie: umiejscowienie w szczycie jest rzeczą względnie rzadką, bo występującą w jakich 6% przypadków. Z reguły zaś ognisko pierwotne usadawia się w środkowej oraz dolnej

części płuca. Nie jest również ściśle twierdzenie prelegentki, że ogniska przerzutowe w szczytach różnią się od prawdziwych ognisk pierwotnych pod tym względem, że ogniska pierwotne właściwe są zupełnie zwapniałe, ogniska zaś przerzutowe wykazują na przekroju masy serowate. Otóż jeśli chodzi o prawdziwe przerzuty w szczytach z ognisk pierwotnych, czyli t. zw. ogniska szczytowe Simona, to wejrzeniem swem nie różnią się one wcale od typowych ognisk pierwotnych Rankego: są one również zupełnie zwapniałe i otorbione; różnica jedyna polega na tem, że nie towarzyszą im zmiany w gruczołach rejonowych. Natomiast mniejszą skłonnością do wapnienia odznaczają się t. zw. ogniska szczytowe Puhla, będące przypuszczalnie następstwem nie przerzutów endogennych, ale zakażenia egzogenego. Zwraca wreszcie S. uwagę na to, że genialność klasyfikacji Rankego polega na ustaleniu związku między pewnymi zmianami anatomopatologicznymi a różnymi zjawiskami immunologicznymi; łącznie z tem wspomina też o ciekawem spostrzeżeniu immunologicznem, że zmiany gruźlicze o charakterze drugorzędym lokalizują się zwykle nie w tem płucu, w którym znajduje się ognisko szczytowe Simona, stwarzające zatem miejscową odporność tkanki płucnej po tej stronie.

Kol. Chmielewski. Dla celów praktycznych klasyfikacja Neumanna się nie nadaje, gdyż jest zbyt skomplikowana, i zbyt pretensjonalna. Jest to właściwie rozszerzona i przystosowana do teorii Rankego klasyfikacja Bard-Piery. Umieszczenie chorego w odpowiedniej szufladce tej klasyfikacji przesądza już o wszystkim: o rokowaniu, sposobie leczenia etc., jakby nauka i podział gruźlicy płuc znajdowały się w stadium zakończonem, ustalonem, tymczasem wszystko jest dotychczas w stanie płynnym. Klasyfikacja Sterlinga, pomimo pewnych braków, dla celów praktycznych wystarcza. To co mówi Neumann o powiększeniu śledziony na początku gruźlicy płuc, było opisane już dawniej przez kilku autorów ale tylko w przypadkach wyjątkowych. Jako objaw stały, patognomiczny, tych zwiększeń śledziony zwykle nie spotyka się, autor przynajmniej w ogromnej liczbie badanych przypadkach gruźlicy nie spotykał go ani razu. Zresztą książka Neumanna jest warta czytania i zawiera wiele ciekawych myśli. Trzeba jednak się do nich ustosunkować krytycznie.

Kol. Szczepański podkreśla z naciskiem doniosłość podziału gruźlicy metodą Neumanna, która będąc trudną do opanowania, daje jednak wiele korzyści, jeśli chodzi o stronę terapeutyczną a nadto zmusza lekarza do nader starannego badania chorego gruźliczego.

Kol. W. Orłowski zaznacza, że klasyfikacja Neumanna jest b. ładna w założeniu, ale b. złożona, a z praktycznego punktu widzenia bez większej wartości. Trafne zaliczanie chorego gruźliczego do tej, czy innej grupy jest zadaniem b. trudnem. Nawet najbliżsi współpracownicy Neumanna, jego asystenci, często nie rozumieją swego szefa, gdy chodzi o klasyfikację różnych postaci gruźlicy.

Kol. Gluziński. Książka Neumanna jest b. ciekawa, zawierająca wiele najzupełniej słusznych spostrzeżeń. Jednakże nie należy zbyt wiele oczekiwać od tej klasyfikacji, gdyż nie jest ona w stanie ustalić nam rokowania i leczenia w danym przypadku. Życie bowiem uczy, że rokowanie w gruźlicy jest b. trudne i często dające nam wiele niespodzianek. Dodatnią stroną klasyfikacji Neumanna jest ta okoliczność, iż zmusza ona do ścisłej obserwacji i nader dokładnego badania chorych gruźliczych, którzy dziś, niestety, nie zawsze podlegają należytemu zbadaniu.

Spostrzeżenia Neumanna co do śledzony (przypadki hemato-genne) nie są nowością. Już dawno zauważono powiększenie się śledziony w przypadkach disseminacji gruźliczej (Polylymphadenitis tbc. Polyarthritus rheumatica acuta toxica tbc. i t. d.).

Książkę Neumanna, kończy mówca, „można i należy czytać z pożytkiem, pamiętać zawsze o dokładnem badaniu chorych gruźliczych, ale nie silić się na zbędną i zawikłaną schematyzację.

W odpowiedzi głos zabierała prelegentka: oznajmia, iż czas pewien pracowała pod kierunkiem Neumanna w Wiedniu, wobec czego odczyt nie jest-li tylko produktem przestudjowania dzieła tego uczonego, lecz rezultatem osobistych spostrzeżeń poczynionych w tamtejszej klinice. Rozpatrzenie się dokładne w podziale Neumanna daje, zdaniem prelegentki stanowczo niezaprzeczone korzyści. Wszakże nigdy nie należy zapominać, że w przyrodzie nic się nie dzieje według utartego schematu, co zresztą podkreśla zawsze sam Neumann.

V) Kol. Świder, N. Kon i M. Mancewiczówna: Grupy serologiczne krwi a przebieg kliniczny gruźlicy.

W 2 doniesieniach pierwszych, przedstawionych na zesłorocznym Zjeździe Internistów Polskich w Poznaniu oraz ogłoszonych w ostatnim zeszycie Archiwum Med. Wewn. podaliśmy, że u gruźlików grupa krwi A występuje częściej, niż u ludzi zdrowych, wobec czego skłonni jesteśmy traktować tę grupę krwi, jako cechę konstytucji gruźliczej.

W pracy niniejszej wykazaliśmy, że grupy krwi odgrywają również rolę w przebiegu klinicznym gruźlicy, a mianowicie:

1. wartości grupy krwi A wzrastają w miarę posuwania się od I okresu gruźlicy według Turbana do III-go;

2. u chorych szpitalnych grupa A występuje o wiele liczniej, niż u lżej chorych—pacjentów poradni przeciwgruźliczej;

3. w przypadkach gruźlicy o przebiegu cięższym spotykamy większe wartości dla grupy A, niż w przypadkach łagodniejszych.

Stąd wynika, że:

Grupa serologiczna krwi A jest wyrazem nie tylko pewnego usposobienia osobniczego do gruźlicy wogóle, ale zarazem oznaką skłonności osobniczej do cięższych postaci klinicznych gruźlicy“.

Prezes: **K. Zieliński**

Antoni Kaczyński

Zastępca Sekretarza dorocznego.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO**z dnia 7 lutego 1928 r.**Przewodniczący, Prezes T-wa — **K. Zieliński.**

Obecnych członków T-wa 46. Wprowadzonych gości 14.

I) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II) Kol. Pręgowski P.

1. a) Przedstawienie przypadków psychiatrycznych, leczonych preparatami z gruczołów płciowych oraz propidonem;

b) pokaz: modyfikacji dowargowego stosowania leków, łyżki do karmienia przymusowego, sposobu ułatwiania zażycia, zabiegów pomocniczych do wywoływania odruchu kolanowego, wanny dla górnej połowy ciała;

2. a) Stopniowe przesycanie arsenikiem ustroju, zakazanego kiłą,

b) do leczenia neurastenji;

3. a) odrębny psychiatryczny zespół chorobowy,

b) do sprawy istoty uwagi.

Kol. Pręgowski: 1) przedstawia kobietę lat 39, zamężną, 2 dzieci, która 31 sierpnia 1926 r. przybyła na oddział kol. Pręgowskiego z rozpoznaniem *vitium cordis* oraz *status deliriosus*, z ciepłotą powyżej 38° C, tętnem 108, objawami zapalnymi na miękkim podniebieniu i migdałach, językiem silnie obłożonym, wargami spieczonemi, pokrytymi ropą. W dniach 2, 6 i 9 września wstrzyknięto chorej po 4 cm. sz. propidonu obok równoczesnego energicznego wzmocnienia serca. Już dnia 4.IX. stwierdzono poprawę w stanie umysłowym. Poprawa ta stale wzrastała i dnia 24.X. zanotowano zupełną normalność psychiczną, utrzymującą się po dzień dzisiejszy. Więcej o tej metodzie leczenia, stosowanej na większej liczbie chorych, P. traktuje w swych publikacjach o tej sprawie (*Le Progrès médical*, 1927, nr. 8). 2) przedstawia dwie chore rozpoznawane jako schizofreniczki, 27 i 31 lat mające, panny umysłowo chore od 7-u i 8-u lat. U pierwszej w ciągu roku, u drugiej w ciągu około 9 u miesięcy stwierdzono w okresie każdorazowej miesiączki podniecenie, dochodzące do furji i stanu delirijnego, nadto u pierwszej chorej w czasie między temi podnieczeniami było znaczne odrętwienie (*stupor*). Zauważono także, że miesiączki tych chorych były skąpe. Po tych obserwacjach stosowano przez cztery miesiące u tych chorych agomenzynę. Stany podniecenia od początku leczenia stopniowo stawały się mniejsze i po 4-ch miesiącach ustąpiły.

Nadto u chorej pierwszej osłabło odrętwienie okresów międzymiesiączkowych. Bardziej wyczerpujące dane i opis większej liczby przypadków odpowiednich Pr. podał w swej publikacji „Zur Frage der sog. Menstruationspsychosen“ (*Psychiatr. neurol. Wochenschrift. Internationales Korrespondenzblatt*, 1927, nr. 32).

3. a) podaje używany przez siebie sposób stosowania leków płynnych w małych ilościach (kroplami) między wargi po

przyciśnięciu przez kogoś szczęki dolnej chorego do górnej, odciągając wargę dolną, wlewając lek łyżką dużą i zatrzymując ją, o ile chory wydmuchuje lekarstwo; b) p o k a z u j e ostatni model dawniej opisanej przez siebie w mniej doskonałej formie łyżki do przymusowego karmienia lub wlewania większych ilości lekarstwa. Łyżka ta stosowana być winna, zdaniem Pr., tylko w braku sondy; u osób delirujących zaś jedynie celem doprowadzenia wody, z obawy aspiracji. Łyżki te wyrabia pracownia szpit. św. Jana; c) z a l e c a wobec długotrwałych, nawykowych bezsenności słabego i średniego stopnia wyłącznie, bądź równocześnie z lekami nasennymi kłaść chorego brzuchem na małą poduszkę, bądź na ogrzewacz o ciepłocie nie większej, niż ciepłota letniej wody; obecność w krwiobiegu toksyn lub bakterij stanowi przeciwskazanie, gdyż położenie takie może mianowicie, wywołać podrażnienie przewodu pokarmowego; d) p o k a z u j e opisany przez siebie (Deutsche medizin. Wochenschr 1925 nr. 42), wyrabiany przez firmę J o d ł o w s k i e g o w Warszawie przyrząd, ułatwiający wywoływanie odruchu kolanowego (podłużną płytkę gumową kładzie się na ściegn o młotkiem zaś podłużnym — modyfikacja młotka Berlinera, — uderza się w ową płytkę), — e) p o k a z u j e modele dwóch przyrządów do kąpieli górnej połowy ciała: wannę, zawieszoną w innej, zwykłej wannie, i mającą odpowiednio zaopatrzony otwór w dnie, w którym to otworze znajduje się tułowiem osoba kąpiąca się, oraz stojący na odpowiedniej podstawie przyrząd kształtu krótkiej beczki, w której dnie jest otwór do pomieszczenia osoby, używającej kąpieli.

4) streszcza swą dawną pracę („La Progrès Médical“, 1921, nr. 40) o stopniowem przesycaniu ustroju, zakażonego kiłą, przetworami arsenowemi (Ac. arsenicosum i arsenicum, Natr. kakydylicum i Arsycodil). Pierwsze 2 przetwory stosowano, zaczynając od 1 miligr. i codziennie powiększano dawkę o 1 miligr; ostatnie 2 przetwory zaczynano od 1 centigr. i dawkę powiększono codziennie o 1 centigr. Leczeniu poddani byli chorzy z paralyse progressiva także i ostatnich okresów choroby pod kontrolą reakcji W a s s e r m a n n a, dokonywanej w laboratorium d-ra S e r k o w s k i e g o. Leczenie trwało od 10 do 32 tyg. w ciągu ostatniej $\frac{1}{3}$ leczenia dawki zmniejszano. Na 48-u chorych, w 6-u serjach; a) w 14 przypadkach (29%) próba W a s s e r m a n n a okazała poprawę, w tem w 12-u przypadkach z dodatniej stała się ujemną; b) w 25-u przypadkach (53%) odczyn W a s s e r m a n n a pozostał bez zmiany; c) w 9 przyp. (19%) odczyn W a s s e r m. uległ pogorszeniu. We wszystkich przypadkach z poprawą odczynu W a s s e r m a n n a, oraz w większości przypadków z niezmiennym odczynem W a s s e r m a n n a wystąpiła poprawa w stanie ogólnym i psychicznym chorych, przetem 3-ch chorych I-ej grupy wróciło na stałe do swych zajęć zawodowych.

5) o p i s u j e stosowaną przez siebie metodę leczenia cierpień neurastenicznych, opartą na własnej teorii o istocie tych cierpień, z powołaniem się na szczegółowe przedstawienie i uzasadnienie tych poglądów w pracach „Les maladies neurastheniques“

Paris, 1927. F. Alcan oraz „Zur Pathogenese u. Bedeutung der Cyclothymie. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. t. 83 i „Zur Pathogenese u. Therapie d. Neurasthenie“. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. International. Korresp. blatt. 1926, nr. 43. Wychodząc z założenia, że pierwotną zmianą w neurastenji i punktem wyjścia dla wszystkich innych zaburzeń i objawów tej choroby są zmiany w ośrodkach wegetacyjnych — naczynio-ruchowych, powodujące niedostateczną rozszerzalność naczyń obwodowych, Pręgowski usiłuje oddziaływać na te ośrodki: a) bezpośrednio bodźcami termicznymi (ciepłem), oraz mechanicznymi (kręgarstwem), oraz b) pośrednio znanymi zabiegami, wywołującymi rozszerzanie naczyń obwodowych, a zwłaszcza natryskami biczowemi (poza 8—10 minut trwającymi i powtarzanymi nie częściej jak 5—7 dni), kąpielami gazowemi, kąpielami gorącymi, masażem całej powierzchni ciała (z użyciem do tego punktrolleru). W przypadkach długotrwałych, w których przypuszcza się powstanie już zmian w samych naczyniach, Pręgowski zaleca lekką kurację jodową. Podczas stosowania najważniejszego w leczeniu zabiegu — kompresów ciepłych na część krzyżową, piersiową oraz nieraz na okolicę podpotylicową (z przechyleniem głowy ku przodowi) należy zdaniem Pręgowskiego: a) nie przekraczać optimum ciepła (po wielu doświadczeniach Pręgowski najbardziej zaleca worki gumowe podłużne z wodą, ogrzaną nie wyżej 48° C, na których chory leży), b) nie stosować tego zabiegu w przypadkach zatrucia krwi (toxicemia) i bakterjemji, oraz w przypadkach podejrzananej arteriosklerozy, — c) stosować dany zabieg nie częściej, niż 6 razy w pierwszych 2 tygodniach, a następnie 3 razy na tydzień po 2—3 godziny na raz. Leczenie podane daje wyniki dodatnie także bez porzucania przez chorych ich zwykłych zajęć.

6) podaje krótką charakterystykę wyodrębnionej i opisanej przez siebie (patrz „Un groupe particulier des maladies psychiatriques fonctionnelles“ Paris, 1927, F. Alcan. oraz „Über eine besondere Gruppe der funktionellen psychischen Erkrankungen“ Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, t. 86) grupy cierpień psychicznych. Symptomatologicznie — na główny plan występują 4 objawy: wzmożone i bardzo zmienne życie afektywne, omamy zmysłowe, zwłaszcza wzrokowe oraz urojenia, podobne do paralitycznych (chorzy są bogami, królami, dziećmi papieży i t. d.), dezorientacja pierwotnego charakteru (zamroczenie wiadomości) obok dobrego spstrzegania, pojmowania i dialektyki, wreszcie występujące mniej lub więcej często lucida intervalla. W przebiegu zaznacza się przeważnie ostry początek, oraz skłonność do poprawy lub wyleczenia. W etiologii odgrywają niejaką rolę wstrząsy psychiczne. Patogeneza zdaje się być endokrinogenna.

7) przytacza w skróceniu swą teorię istoty uwagi, zaznaczając, iż jej szczegółowe przedstawienie pojawi się niezadługo w książkowym opracowaniu w języku francuskim. Pręgowski jest zwolennikiem Brentanowskiego poglądu na istotę sądów. Atoli oprócz 2 rodzajów sądów, stwierdzających istnienie (existentiam) i zachodzenie dla organizacji umysłu

ludzkiego (*essentiam*), Pręgowski odróżnia jeszcze 3-ci rodzaj sądów: sąd stwierdzający zachodzenie dla mnie, dla mego umysłu w danej chwili. Na wydawaniu tego sądu 3-go rodzaju polega, zdaniem Pręgowskiego, czynność uwagi.

W dyskusji głos zabierali:

Kol. Głuziński, który wspomina, że w praktyce swej w ciężkich przypadkach tyfusu brzuszego stosował karmienie przez nos zapomocą sondy i uważa, że w tych przypadkach łyżka, demonstrowana przez kol. P., niespełniłaby należycie swego zadania.

Kol. Zieliński Kaz. również jest zdania, że np. w przypadkach szczękościsku (zatrucie strychniną), sonda stosowana przez nos, umożliwiłaby zupełnie dostatecznie niezbędne przemywanie żołądka bez posiłkowania się łyżką kol. Pręgowskiego.

Kol. Trzeciński zabiera głos w sprawie stopniowego przesycania organizmu arsenikiem. Dawniej ten sposób był b. modny (pigułki azjatyckie). Dziś, gdy mamy potężny środek jakim jest *salvarsan*, zarzuciliśmy już tę metodę i stosujemy lek wprost do żyły.

W sprawie odczynu Wassermann'a stale musimy pamiętać, iż ma on jedynie wtedy istotne znaczenie gdy: 1) wypada dodatnio, 2) gdy wyłączone są wszelkie inne schorzenia, dające tenże odczyn.

Kol. Głuziński zaleca pewną ostrożność, gdy chodzi o długotrwałe przesycanie organizmu arsenikiem. Mówca przytacza przypadek, w którym po stosowaniu sol. Arsenic. Fowleri z wodą po 40 kp. 3 razy dziennie, — po 3 tygodniach wystąpiła *neuritis arsenicalis*.

W innym przypadku, w którym rozpoznano *tuberculosis* (ból, drętwienia w krzyżu, brak odruchów, W.R. ujemny), ktoś zwrócił uwagę, czy nie zachodzi tu przewlekłe zatrucie arsenikiem (zielone tapety w sypialni). I rzeczywiście, po przeniesieniu do innego miejsca, chory po upływie 3-ch miesięcy powrócił do zdrowia. Rzecz charakterystyczna, że żona chorego, która wraz z nim przebywała, nie uległa zatruciu.

W odpowiedzi zabierał głos kol. Pręgowski. Proponowana łyżka nie może i nie powinna oczywiście, mieć zastosowania w przypadkach szczękościsku pochodzenia niepsychicznego. We wszystkich innych razach, jak poucza doświadczenie psychiatryczne, rozwarcie przymusowe szczęk jest możliwe. łyżka ta jest do polecenia tylko, gdy nie można zastosować sondy, i to z ograniczeniami, przytoczonymi w referacie.

W praktyce psychiatrycznej, w porażeniu postępującym Wassermann'a ma duże znaczenie, natomiast *salvarsan* nie uleczają. Podstawą idei stopniowego przesycania ustroju arsenikiem jest istniejący pogląd, iż wobec krótkotrwałego, nieczęstego a maksymalnego wysycania ustroju środkiem arsenowym, nie wszystkie miejsca ustroju w organizmie są poddane działaniu środka, co może łatwiej następuje wobec polecanej przez Pręgowskiego metody długotrwałego, stałego wysycania. Zaczynając od 1 miligr. *Acid. arsenic.* lub od 1 centigr. *Natr. kakodylici* lub *arsykodilu*, nie po-

daje się dawek najwyższych, a zatem mniejsze jest niebezpieczeństwo zatrucia. Oczywiście przytoczone przetwory użyte były tylko do celów teoretycznych, aby wykazać wartość tej metody. Proponowana metoda długotrwałego, w ciągu wielu miesięcy przesyłania ustroju arsenem jest czem innym, aniżeli wspomniane przez kol. Trzcińskiego krótkotrwałe (w ciągu kilku tygodni) podawanie wzrastających dawek arsenowych.

Prezes: **K. Zieliński.**

Antoni Kaczyński

Zastępca Sekretarza Dorocznego.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 21 lutego 1928 r.

Przewodniczący — Prezes T-wa **K. Zieliński.**

Obecnych członków T-wa — 37. Wprowadzonych gości—19.

I) Protokół z posiedzenia z dnia 7. II. 1928 r. odczytano i przyjęto.

II) Do biblioteki T-wa wpłynęły następujące prace:

1. Elephantiasis familiaris — Stefan Rudzki.
2. Sur la sclérose tubéreuse cérébrale. Tenże i J. Hornowski. 1910.
3. Leczenie gruźlicy za pomocą sanokryzyny. S. Rudzki.
4. The study of tuberculosis in Poland (1772 — 1914). Tenże. 1923.
5. Stwardnienie guzowate mózgu. S. Rudzki i J. Hornowski. 1909.
6. Pierwszy ogólnopolski zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie, S. Rudzki. 1925.
7. Odślonięcie portretu ś. p. gen. prof. Z. Dmochowskiego. 1926.
8. Wrażenia z Danji. St. Rudzki. 1925.
9. Leczenie gruźlicy swoiste, farmaceutyczne i objawowe. S. Rudzki.
10. Ś. p. Generał prof. Stanisław Przybytek. S. Rudzki.
11. Ustawodawstwo przeciwgruźlicze. Tenże. 1926.
12. Klasyfikacja gruźlicy z punktu widzenia społecznego. Tenże. 1925.
13. Ś. p. gen bryg. Dr. Stefan Buchowiecki. Tenże. 1927.
14. Odezwa do Wielebnego Duchowieństwa w sprawie walki z gruźlicą czyli suchotami.
15. Über die klinische Bedeutung der Moroschen Tuberkulin-reaktion. Dr. K. Dłuski i S. Rudzki. 1912.
16. Erytromelalgia. S. Rudzki. i J. Hornowski. 1912.
17. Gruźlica a dobór rekruta. Dr. St. Rudzki. 1925.

18. Stwardnienie guzowate mózgu, St. Rudzki i J. Hornowski. 1910.
19. VI sprawozdanie z działalności Sanatorjum dla chorych piersiowych w Zakopanem, K. Dłuski i S. Rudzki. 1910.
20. Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro. K. Dłuski i S. Rudzki. 1913.
21. Sprawozdanie Komisji, wysłanej przez generalną dyrekcję służby zdrowia do Kopenhagi dla zapoznania się ze stanem obecnych badań nad działaniem sanokryzyny. K. Dąbrowski, L. Hirszfeld, S. Rudzki, Z. Szymanowski.
22. Służcaj gnojnawo angiocholita s ischodom w wyzdrowienie S. Rudzki. 1901.
23. Gruźlica w wieku dojrzewania. Tenże.
24. W sprawie pomijania niemieckiego przemysłu lekarskiego. S. Rudzki. 1908.
25. Działalność Rządu Polskiego i organów samorządu miejscowego w zakresie walki z gruźlicą w 1917 — 1918 latach. S. Rudzki. 1918.
26. Dziesięć przypadków choroby Addisona. Tenże. 1905.
27. O kokluszu w wieku dziecięcym. Wł. Mikułowski. 1928.
28. Au sujet de l'encephalite post-vaccinale. Wł. Mikułowski. 1927.
29. Badania nad zawartością kwasu moczowego w moczu u dzieci. Wł. Mikułowski i J. Jaroszevska. 1927.
30. Oxycephalie dans l'ictère hémolytique. Wł. Mikułowski. 1927.
31. L'application de la chromoneuroscopie d'après la méthode de Flatau en clinique infantile. Wł. Mikułowski.
32. Zastosowanie chromoneuroskopji metodą Flataua w klinice dziecięcej. Wł. Mikułowski. 1927.
33. Eine fieberhafte Lues congenita der Leber bei einem 14 jährigen Knaben. Mikułowski. 1927.
34. Badania nad lepkością krwi u dzieci. Wł. Mikułowski i H. Chmielewska.
35. Zastosowanie przesączu buljonowego Besredki w leczeniu ropnego zapalenia opłucnej u dzieci. Wł. Mikułowski.
36. Konjunktura Gospodarcza w Polsce 1924—1927. E. Lipiński. 1928.
37. Hodowanie prątków gruźlicy z plwociny. J. Roguski. 1928.
38. Remarques sur la preparation des crachats pour la culture des Bacilles de la tuberculose. Tenże. 1927.
39. Modification apportée à la preparation du milieu nutritif de Petroff. Tenże. 1927.
40. Antivirus. S. Serkowski. 1928.
41. Przyczynek do ostrego zapalenia płuc włóknikowego. Artur Irlicht. 1928.
42. Religja absolutna. 4. Brayer. 1927.
43. Regjon ducha. Poezje. W. S. Łysakowski. Tom I, II, III. 1922.

III) Kol. Prezes odczytał 2 listy:

Wileńskiego T-wa Lekarskiego — podziękowanie za przesłany dar od T-wa Lek. Warsz. w postaci 616 tytułów różnych książek.

D-ra Henryka Nusbauma — podziękowanie za mianowanie go członkiem honorowym Tow. Lekarskiego Warsz.

IV) Kol. Tyczka W. Jamistość rdzenia — Pęcherzyca.

Prelegent przedstawia chorą, cierpiącą na syringomyelię z powodu objawów troficzno-skrónych. Chora zauważyła po raz pierwszy w r. 1920, że na skórze przedramienia lewego po wewnętrznej stronie utworzył się pęcherz, wielkości jaja gołębiego. Zrazu był on wypełniony zawartością jasną, która w kilka dni później uległa zmetnieniu. Po pęknięciu pęcherza i wylaniu się zawartości ropnej pozostało owrzodzenie, bardzo trudno gojące się. Od tego czasu aż do dnia dzisiejszego tworzą się u chorej okresowo na skórze pęcherze, bez jakiegokolwiek uchwytnej przyczyny. Wyprzedza je zwykle gorsze, przez dwa dni trwające samopoczucie, lekkie dreszcze, a czasem nawet gorączka. Z chwilą wystąpienia pęcherzy objawy te ustępują, a dalsza sprawa aż do wygojenia przebiega zupełnie bezboleśnie. Miejscem wytwórczem pęcherzy, rozmaitej zresztą wielkości od małych aż do wielkości dłoni, jest: okolica prawej łopatki, podżebrza po tej samej stronie, oba barki i łokcie. Jako ślady po pęcherzach utrzymują się rozległe, przerosłe blizny.

Występowanie całego szeregu najrozmaitszych zmian na skórze w przebiegu jamistości rdzenia nie należy do rzadkości — szczególnie, gdy chodzi o pęcherze. Zwykle występują one jednak wskutek bodźców cieplnych w obszarach analgetycznych, rzadziej zaś — jak to się dzieje w tym przypadku — bez widocznej przyczyny, a więc samoistnie i z tak częstymi nawrotami.

Okresowe stałe pojawienie się pęcherzy prawie tylko w tych samych dermatomach i to właśnie w tych, które najwięcej ucierpiały wskutek jamistości — a nie pojawianie się ich mniej albo wcale niezajętych, świadczy o ścisłej ich zależności od schorzenia rdzenia. Zmiany pęcherzowe należałoby w tym przypadku wiązać z zajęciem przez sprawę anatomiczną jąder sympatycznych w rdzeniach. Za tem zdają się też przemawiać skórne plamy barwikowe dość symetrycznie zgrupowane, dalej zaburzenia potowe i włosoruchowe, w tych właśnie obszarach przedewszystkiem występujące.

(Streszcz. własne).

V) Kol. Goldberg H. Dwa przypadki gruźlicy in luetico.

Prelegent przedstawia dwa odpowiednie przypadki i dowodzi, że gruźlica płuc u osobników z kiłą w późnych okresach przebiega w postaci tuberculosis fibrosa.

VI) Kol. Landau A., Jochweds B. Pekelis R. Dwa przypadki infantylizmu.

Prelegenci przedstawili przypadek I — Zaburzenie wielogruzołowe w postaci zahamowania rozwoju na poziomie lat 12-tu u chłopca 18-letniego i przypadek II — Niedomoga gruczołów płciowych i przysadki u chłopca 20-letniego w postaci smukłej i wysokiej budowy, braku uwłosienia i niedorozwoju jąder i prącia.

(Streszczenie własne).

VII) Kol. Jan Zaorski. Dwie rany kłute serca, wyleczone operacyjnie (pokaz przypadku).

W nocy 1 lutego przywieziono do kliniki chorego z raną kłutą klatki piersiowej, zadaną przed 20-tu minutami. Lekarz dyżurny (dr. Rumanińska) stwierdziła ranę kłutą długości 1,5 ctm. nad IV żebrem, na palec w lewo od brzegu mostka Tętno 130 o wypełnieniu zmiennym. Granica stłumienia serca powiększonego w lewo i w prawo. Tętno serca głucho, zlewające się. W kilkanaście minut później tętno przerywane, granice stłumienia serca narastają, sinica warg, chory chwilami traci przytomność. Wobec powyższego rozpoznano drażącą ranę kłutą serca, krwotok do osierdzia, tamponadę serca.

Wezwany natychmiast do kliniki potwierdziłem rozpoznanie i przystąpiłem do zabiegu.

W uspianiu morfinowo-eterowem wykonałem cięcie płatowe, którego podstawa leżała na mostku, język zaś płatowy leżał nad II, IV, i V chrząstką żebrową. Przecinając w ten sposób płat skórny chciałem następnie przeciąć podokostnowo III i IV żebro i odchylając płat skórno-żebrowy w kierunku mostka, umożliwić sobie dojście do osierdzia. Stan jednak chorego pogarszał się, trzeba było się spieszyć, więc zamiast odchylić wyciąłem zupełnie chrząstkę III i IV żebra. W ten sposób uzyskałem dostęp do wnętrza klatki piersiowej — odsłoniłem okolicę osierdzia i stwierdziłem, że tkanka łączna i tłuszczowa, pokrywając w tym miejscu przednią jego ścianę, jest obficie nacieczona krwią; widoczne płuco lewe zupełnie skurczone. Chcąc odsłonić ścianę osierdzia, przeciąłem nacieczone tkanki i doszedłszy w ten sposób do osierdzia, otworzyłem je na długość 5 ctm. W tej chwili wielka ilość krwi płynnej i skrzepów wylała się z osierdzia, wyciśnięta rozkurczem serca. Powtórzyło się to jeszcze znacznie podczas następnego rozkurczu i wtedy spostrzegałem ranę serca, z której podczas skurczu komory prawej wylewała się obficie krew. Natomiast uchwyciłem ją jednym szwem, zakładając następnie 2 dalsze. Po zeszytciu tej rany, okazała się później druga większa, też mocno krwawiąca. Założyłem i na to 3 szwy katgutowe. Zeszywszy serce, opróżniłem z krwi wylanej i skrzepów osierdzie i opłucną lewą. Każdy z tych worków zeszyłem następnie na głucho, tak samo jak ranę skórą.

W pierwszych dniach wystąpiło wzniesienie ciepłoty, nieregularność tętna i „bolesność“ podczas ruchów oddechowych, które wkrótce ustąpiły i chory po 3-ch tygodniach opuścił klinikę — uleczony.

(Streszczenie własne).

VIII) Kol. Karbowski. Technika bronchografji.

Technika wprowadzania środków kontrastowych do oskrzeli nie jest jednolita. We Francji stosują przeważnie metodą chirurgiczną. Zapomocą trójgrańca przekłuwają przestrzeń między chrząstką pierścieniową a tarczycową. Prostsze są metody wewnętrzkraniowe. Można się w nich posługiwać zgłębnikiem dwunastniczym, bronchoskopem. Galitser podał metodę połykową—gardziel, krtań, tchawicę i oskrzela należy możliwie dokładnie znieczulić, po wystąpieniu dostatecznego znieczulenia dajemy choremu do picia 40%-ową jodipinę; część płynu dostaje się do oskrzeli. Metodą prostą, a dla chorego mało uciążliwą jest wprowadzenie zarówno środka znieczulającego, jak i płynu kontrastowego zapomocą zwykłej strzykawki kraniowej. Jeżeli chcemy wprowadzić płyn kontrastowy do pr. płuca, to kierujemy prąd środka kontrastowego na prawą stronę głosową, a chorego przychylamy w stronę prawą. Badając lewe płuco, wykonywamy takie same czynności po stronie lewej. W ten sposób udaje się nastrzyknąć oskrzela dolnych płatów. Nadając choremu położenie poziome lub Trendelenburga i zmuszając jednocześnie chorego do pokasływania, udaje się nastrzyknąć i górne płaty. Przeciwwskazaniem do bronchografji są: ostre stany dróg oddechowych, gruźlica, ogólny b. ciężki stan.

(Streszczenie własne).

IX. Kol. Landau A., Jochweds B. i Pekelis R
Stosowanie kliniczne bronchografji.

Wskazania: rozstrzenie oskrzelowe, ropienia głębokich odcinków narządu oddechowego, zabiegi chirurgiczne, „nieme“ jamy, przetoki płucne, nowotwory płuc.

Przeciwwskazania: gruźlica płuc, ciężki stan ogólny, ostra choroba gorączkowa.

Chorzy znoszą zabieg (wstrzykiwania zapomocą strzykawki kraniowej) doskonale. Masa kontrastowa pozostaje w płucach przez szereg miesięcy. Wpływ leczniczy jest b. nieznacznym.

(Praca ukaże się w druku—streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Wąsowicz St.

W wyjątkowych przypadkach udaje się wprowadzić do płuca oliwę jodową inną drogą, niż przez tchawicę. Mówca przytacza przypadek, dotyczący chorego po przebytem wysiękowym zapaleniu opłucnej, u którego po trzech miesiącach choroby stwierdzono nakłuciem klatki piersiowej obecność zbiorowiska ropy. Przypuszczając istnienie ropniaka międzypłatowego, wprowadzono oliwę jodową bezpośrednio po wydobyciu ropy. Jednak badanie radiologiczne wykazało, że wbrew danym wywiadu, wykryte zbiorowisko ropy nie było ropniakiem międzypłatowym, lecz ropniem w dolnym płacie płuca, powstałym po przebytem zapaleniu opłucnej.

(Streszcz. własne).

Kol. Grudziński Z. W spotykanych przez mówcę przypadkach bronchografia okazywała się niezmiernie pożyteczną dla kliniki, gdyż rozpoznanie, które przedtem było niepewne i nasuwało różne wątpliwości, mogło być dzięki omawianej metodzie zupełnie ściśle ustalone. Decydującym momentem w rozwoju bronchografji było udoskonalenie techniki. Dawniej, kiedy wykonywano ją drogą operacyjną, była ona przykrą dla chorego i niebezpieczną. Dziś po jej ulepszeniu i uproszczeniu stopniowo zyskuje sobie prawo obywatelstwa w nauce i klinice i można być pewnym, że nie będzie tylko przelotną efemerydą.

Kol. Paradistal. Nawiązując do przemówienia kol. Landaua, który między innymi wyliczył i te przypadki, w których wykonanie bronchografji decyduje o zastosowaniu takiego lub innego zabiegu, mówca omawia taką postać kliniczną, w której wykonanie bronchografji może powstrzymać lekarza od wykonania poważnego zabiegu operacyjnego. Mowa jest o postaci chorobowej, w której stwierdza się obecność cienia trójkątnego, przylegającego do kręgosłupa. Według Chaffarda, Davica i Savy obraz ten był uważany za wskazujący na istnienie ropnego zapalenia opłucnej śródpiersia. Rist w r. 1927 wykazał zapomocą bronchografji bardzo często w tych przypadkach obecność rozstrzeni oskrzelowych, które są przyczyną zapalenia opłucnej śródpiersia, ale że najczęściej jest to zapalenie suche. Przed Ristem w omawianych przypadkach często dokonywano zabiegów operacyjnych, chcąc usunąć ropę z opłucnej, której-to ropy nie znajdowano.

Mówca zwraca uwagę na to, że bronchografia umożliwiała ocenę, w jakim stopniu odma sztuczna powoduje ucisk oskrzeli.

Z powikłań mówca wspomina o jodzicy, która niekiedy przybiera dość ciężkie postacie.

Kol. Dobrowolski Z. Zaznacza, że już, przed 30-tu laty, chcąc bezpośrednio wpłynąć na chore płuca u suchotników, próbował wlewać rozmaitych płynów leczniczych do płuc strzykawką krtaniową swego pomysłu. Najprzód wypróbował swą metodę na żywych i zabitych psach i królikach. U psów uprzednio wykonywano tracheotomię i przez rurkę tchawicową wlewano roztwór błękitu metylenowego, następnie wykonywano sekcję. Takie wlewanie przez krtan stosował Heryng na ciałach ludzi, następnie zaś u suchotników w pierwszych i ostatnich stadiach gruźlicy płuc. Zauważyliśmy, że u zwierząt i na ciałach ludzi płyn rozmieszczał się stosownie do pozycji obiektu. Przeto stosowano rozmaite pozycje ciała i przekonano się, że najtrudniej płyny lecznicze dostają się do szczytów płuc. U chorych nie zauważyliśmy pogorszenia, przeciwnie w paru przypadkach notowano spadek temp. o $\frac{1}{2}$ — 1 stopnia, wprawdzie krótkotrwały, ale połączony ze zwiększeniem odpluwaniami płwociny. Żadnych groźnych i przykrych objawów nie sprostregaliśmy. Początkowo wlewano chorem 2—5 ctm. sz., stopniowo powiększając ilość płynu. Płyn wysał się b. prędko i niebawem zjawiał się w moczu. Metodzie Herynga nie przyznawano znaczenia, szczególnie oponował

Sokołowski, twierdząc, że może ona być b. szkodliwa dla chorych, gdyż płyn, opadając do dolnych części płuc, może powodować zachłystowe zapalenia płuc.

(Streszczenie własne).

Kol. Gluziński A. Każda metoda nabiera pewnego znaczenia praktycznego. Poważnych korzyści bronchografia jeszcze nie przyniosła. W przypadkach, omówionych przez prelegentów, o rozpoznaniu mogłoby zdecydować badanie fizykalne łącznie z obserwacją. Mogą się zdarzyć i wyjątkowe przypadki, w których te dwa czynniki nie wystarczą. Wlewanie do płuca nie jest rzeczą obojętną. Lekarz, wlewając jodipinę, musi na-przód już wiedzieć, które miejsce należy nastrzyknąć, a te wiadomości uzyskuje badaniem fizykalnym. Płuco reaguje na obecność jodipiny, jak na obecność obcego ciała wogóle. Chłopiec, o którym mowa w referacie, i który dobrze się czuł po bronchografji, prawdopodobnie potrzebował leczenia jodem.

Kol. Wojnarowska A. uważa, że bronchografia winna być stosowana tylko w przypadkach istotnych trudności rozpoznawczych. Dość częste zatrucia jodipiną skłoniły szkołę niemiecką do wprowadzenia bromowych przetworów, jako mniej niebezpiecznych.

Mówcom odpowiadali prelegenci.

Prezes: **K. Zieliński.**

Klemens Gerner

Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 28 lutego 1928 r.

Przewodniczący — prezes T-wa **K. Zieliński.**

Obecnych członków T-wa 41. Wprowadzonych gości 20,

I) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II) Prezes odczytuje pismo nadesłane przez Min. Spr. Wewn. zawiadamiające o:

1. zorganizowanych przez związek docentów w Berlinie od I/III do 23/IV. r. b. dokształcających kursach dla lekarzy zagranicznych;

2. stałych konferencjach lekarskich t. zw. „Journées Médicales“, które odbędą się w Brukseli w czasie od 21 — 25 kwietnia r. b.

3. międzynarodowym kongresie thalassoterapii, który odbędzie się w dn. 21—25 maja r. b. w Bukareszcie.

4. dorocznym Kongresie angielskiego królewskiego Instytutu Sanitarnego, który odbędzie się w Plymouth w dniach 16 — 21 lipca r. b.

III) Do T-wa nadesłano zaproszenie do wzięcia udziału w uroczystym posiedzeniu Warsz. Oddziałów T-wa Anatomicznego w dn. 17 marca b. r. celem uczczenia 30-lecia pracy naukowej prof. D. ra Jana Tura.

IV) Polskie Towarzystwo Eugeniczne zawiadamia o cyklu odczytów p. t. „Porady przedślubne a małżeństwo“, które wespół z Tow. Ginekologicznem urządza specjalnie dla sfer lekarskich, poczynając od d. 1 marca r. b.

V) Kol. L. Karwacki wygłosił odczyt p. t. „Prątek Kocha jako postać rozwojowa grzybka“ (str. wł.).

Po zacytowaniu danych z piśmiennictwa, dotyczących klasyfikacji prątka gruźliczego, i po podaniu charakterystyki rodziny *Microsiphoneae*, do której prątek ten jest przez niektórych zaliczany, prelegent omówił swoje poszukiwania w tej sprawie, datujące się od r. 1911.

Powiodło mu się przetworzyć wszystkie swoje hodowle gruźlicze w liczbie 69 w streptotryksy i dowieść w ten sposób, że prątek kwasoodporny Kocha jest postacią rozwojową grzybka.

Odczyt był ilustrowany pokazami hodowli preparatów mikroskopowych i licznych rysunków barwnych.

Dyskusja:

M. utermilch Stanisła w zaznacza, że prelegent zajął się w badaniach swych niezmiernie doniosłym zagadnieniem przynależności prątka Kocha do grzybic, w szczególności stosunkiem tego prątka do włoskowca (*streptothrix*). Że istnieje pokrewieństwo pomiędzy prątkiem gruźliczym a grupą grzybic, którą autorzy niemieccy nazywają *trichomycetes*, a francuscy *oosporosis*, — to nie ulega wątpliwości. Sprawę tę pod względem klasyfikacji bardzo umiejętnie ujęli bakterjolodzy amerykańscy który dzielą drobnoustroje zasadniczo na dwie grupy: bakterje w ścisłym tego słowa znaczeniu (*eubacterales*) i t. zw. *actinomycetales*, do których zaliczają z jednej strony *actinomycetales* (promienica, *streptothrix*), z drugiej strony niektóre bakterje, przede wszystkim prątki gruźlicze (nadto prątki Löfflera i nosacizny), które obejmują nazwą *mycobacteriacea*; te stanowią formy przejściowe do istotnych bakteryj. Co się tyczy „*oosporosis*“, to w praktyce napotykamy niekiedy na wielkie trudności rozpoznawcze, czy mamy do czynienia z promienicą, czy też z „*streptothrix*“.

Mówca cytuje przypadek, jaki spostrzegął z kol. M. ora wiecką (klinika prof. Orzechowskiego) i który dotyczył ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; w ropie znajdowano bardzo liczne gram — dodatnie, długie rozgałęziające się faliste nici; ani razu nie udało się stwierdzić charakterystycznych dla promienicy grudek, kolb, i t. d. Grzybek ten rósł bujnie na zwykłych pożywkach w sposób, jak to przedstawił prelegent w jednym przypadku swym *streptothrix*; na skośnym agarze w postaci szarawych

blaszek, wzrastających wgłąb agaru; w buljonie w postaci licznych opadających na dno grudek. Szczepienie na świnie morskiej dało wynik ujemny. Zdawało się że mamy do czynienia z typowym *streptothrix*; pomimo to na skrawkach mikroskopowych znaleziono na twardówce grudki promienicze z promienisto ułożonymi kolbkami na obwodzie.

Co się tyczy twierdzenia prelegenta, iż w badaniach jego zachodziła mutacja prątka gruzliczego i przejście w „*streptothrix*“, to mówca jest zdania że nie może tu być mowy o istotnym w ścisłym słowa tego znaczeniu zjawisku mutacji; pogląd taki trudnobyłoby pogodzić z przytoczonym przez prelegenta spostrzeżeniem, — mianowicie, że po zaszczepieniu świnie morskiej prątka gruzliczego, który uległ „mutacji“ w *streptothrix*, rozwinęła się gruzlica z obecnością prątków *Kocha*. Zdaniem mówcy, w opisanych przez prelegenta zjawiskach mówić należy nie o mutacji, lecz o pewnych zmiennych grzybicowych postaciach rozwojowych prątka *Kocha*.

Kol. L. Kryński podkreśla doniosłość wyników badań Kol. Karwackiego, opartych na tak dużym materiale. Po za spostrzeżeniami, dotyczącymi zmian postaciowych w rozwoju laseczników gruzliczych, byłoby rzeczą nader pożądaną zbadanie własności chorobotwórczych każdej z tych postaci drobnoustrojowych przez szczepienia na zwierzętach. Może mogłoby to rzucić pewne światło na genezę tej różnorodności obrazów anatomicznych, jaką widzimy z przebiegu gruzlicy u człowieka.

Kol. K. Gerner. Mówca nie może się pozbyć wrażenia, czy w przypadkach podanych przez prelegenta, nie zachodziły dodatkowe zanieczyszczenia podłoża postaciami przesączalnymi prątka, tak iż obok *streptothrix* wyrastały sformowane prątki. Można również przypuścić i odwrotną możliwość t. j. istnienie przesączalnych postaci *streptothrix*, które mogą zanieczyszczać hodowle prątków.

Kol. R. Nitsch przypomina o pracach ś. p. docenta Drobny, który przed blisko 30-tu laty utrzymywał, że prątki gruzlicze pochodzą od niższych ustrojów roślinnych (pleśni). Podnosi trudności rozpoznawcze bakterjologii między promienicą a *streptothrix*. Sądzi, że praca doc. Karwackiego zasługuje na baczną uwagę świata lekarskiego.

Kol. Żurkowski A. Sądzi, że materiał przedstawiony przez prelegenta, jest tak przygniatający liczebnie, że stanowi niewątpliwie niemal dowód słuszności jego poglądów. Jednocześnie sądzi, że nie należy używać tu wyrazu mutacji, wogóle źle rozumianego przez bakterjologów, bo zjawisko opisane przez prelegenta jest napewno tylko zjawiskiem ewolucyjnym odwracalnym.

Kol. Michalski Z. Nie mogę zabierać głosu w sprawie badań bakterjologicznych doc. Karwackiego. Muszę jednak podkreślić, że hipotezy Karwackiego o ścisłym wzajemnym stosunku pomiędzy prątkiem gruzliczym a wymienionym grzyb-

kiem, nie potwierdzają doświadczenia anatomo patologiczne ani kliniczne.

Karwacki podkreśla, że niedogodne warunki rozwoju powodują przestoczenie się prątka gruźliczego w grzybek. Trudno o mniej dogodne warunki rozwoju, niż się to dzieje u człowieka z gruźlicą włóknistą, a zwłaszcza wapniejącą. Jednak w zwapniałych ogniskach stwierdzano prątki gruźlicze, a nie omawiany grzybek, jak tego z hipotezy Karwackiego spodziewać się należałoby. W ropiejących gruczołach chłonnych t. zw. dawniej niesłusznie „skrofulach“, nie udawało się przez czas długi stwierdzić prątków gruźliczych. Prawdopodobnie dzięki zaczynowi, obecnemu w limfocytach, niszczacemu prątki gruźlicze. Jednak obecnie wobec lepszych metod hodowli prątka gruźliczego, otrzymywanego również z tych hodowli, a w każdym razie otrzymywanego zawsze jego postać przesączalną, która w następnych hodowlach występowała w postaci typowego prątka gruźliczego. Nie negując możliwości pochodzenia prątka gruźliczego ze świata grzybków, uważam, że hipoteza Karwackiego wobec braku danych doświadczalnych z zakresu gruźlicy ludzkiej jest nieudowodniona.

Kol. Sterling-Okuniewski przypuszcza, że właśnie w bakterjologii, w której tak łatwo przeprowadzić badania biologiczne na setkach pokoleń; można spostrzegać zjawiska mutacji. Ale jest ono nieodwracalne — a więc cechy, raz powstałe, muszą być przekazywane na dalsze pokolenia i nie powraca już typ poprzedniego gatunku, z którego nowy gatunek powstał. Dlatego w badaniach kol. Karwackiego, wobec tego, że nowopowstałe cechy były odwracalne, t. zn. to znikwały, to zjawiały się znowu, trudno mówić o zjawisku mutacji, która stanowi pojęcie, w ogólnych słowach ujęte powyżej.

Kol. Dąbrowski W. Muszę tu przypomnieć, że przed 30-tu laty w okresie największego rozwoju bakterjologii i osiągania przez nią najwspanialszych zdobyczy, sprawa przekształcania się drobnoustrojów była przedmiotem nader ożywionych sporów. Obecnie znowu daje się zauważyć pewien zwrot ku tym poglądom. Przedstawiony nam przez kol. Karwackiego materiał, jest tak bogaty i tak starannie opracowany, że przedstawia bardzo poważny dorobek naukowy i zmusza do liczenia się z nim podczas kształtowania się naszych poglądów na tę sprawę. Byłoby nader pożądane przeprowadzenie doświadczeń nad zmianami anatomicznymi, wywołanymi przez tak zmienione postacie drobnoustrojów. Nasuwa się tu myśl, o domniemanem przez wielu, powinowactwie drobnoustrojów gruźlicy i promienicy, gdy tymczasem zmiany, powodowane przez nie w tkankach, są nader odmienne, wymieniając tu choćby kolosalne bujanie tkanki łącznej w promienicy, z którym nie może iść w porównanie rozwój tkanki łącznej w postaciach włóknistych gruźlicy.

Kol. Zieliński K. zaznacza, że w przemówieniu kol. Mutermilcha bynajmniej nie można było zauważyć traktowania pracy kol. Karwackiego „per non est“, ale przeciwnie pracę jego kol. Mutermilch, uznał za cenną, za jaką również uwa-

za ją i przewodniczący, zachęcając kol. Karwackiego do dalszego zamierzonego jej uzupełnienia. Praca ta może mieć doniosłe dla kliniki gruźlicy znaczenie, bo nie wszystko, co wiemy w danej chwili o gruźlicy, jest dostatecznie jasne. Już teraz na zasadzie tego, cośmy od kol. Karwackiego usłyszeli, do pewnego stopnia możemy starać się wyjaśnić sobie, dlaczego np. pewne postacie zapalen opon gruźliczych, albo dotąd za gruźlicę uważanych, poddają się leczeniu zastrzykiwaniami dożylnymi jodku potasu, inne zaś — nie.

Wiele można objaśnić różnym odczynem każdego ustroju, lecz wiele zależeć może od jakości i zmienności zarazka.

W odpowiedzi Karwacki zaznacza, że zarzuty w sprawie używania terminu „mutacji“ są słuszne, ale jest to sprawa czysto dyalektyczna, jak widać z całości odczytu. Kol. Mutermilchowi odpowiada, że kol. Muttermilch przechodzi do porządku dziennego nad całą pracą prelegenta, co uwalnia prelegenta od obowiązku odpowiadania. Kol. Kryńskiemu i Nitschowi odpowiada, że określił u niektórych szczepów chorobotwórczość dla świnek i w jednym przypadku uzyskał obraz gruźlicy po zaszczepieniu świnki hodowlą streptothryksa. W zmianach chorobowych wykazał prątki kwasoodporne i uzyskał hodowlę; miazgą z narządów zaraził drugą świnkę z wynikiem dodatnim.

Kol. Michalskiemu odpowiada, że wykrywanie prątków w starych, zwapniałych ogniskach u człowieka, nie wyklucza możliwości przejścia ich w streptothryksy w hodowli. Robi też zarzut anatomji patologicznej, że nie zajmuje się poszukiwaniem postaci niekwasoodpornych w tkankach. Podnosi fakt, że tak trudno o prątki kwasoodporne w piorunujących sprawach gruźliczych, w których powinniśmy się spotykać w olbrzymich wprost ilościach.

Jaki związek zachodzi pomiędzy postaciami przesączalnymi a streptotryksem, oraz pomiędzy postaciami Mucha a streptotryksami, prelegent nie umie powiedzieć.

Prezes: **K. Zieliński.**

A. Kaczyński

zastępca sekretarza dorocznego.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 6 marca 1928 r.

Przewodniczący prezes **K. Zieliński**

Obecnych członów T-wa 45 — Wprowadzonych gości 27.

1) Prezes T-wa Dr. Kazimierz Zieliński otwiera posiedzenie następnym przemówieniem: Szanowne Panie i Panowie, Koledzy i Koleżanki!

Miło mi jest powitać Szanownych Gości a przedewszystkiem Panów Członków Konsulatu, Przedstawicieli Królestwa Włoskiego, Prezesów Towarz. Leonardo da Vinci i Dante Alighieri w sali Towarzystwa naszego, w której dzisiaj uczcić mamy pamięć Męża wielkich zasług, jakie dla Ojczyzny naszej przed stu kilkudziesięciu laty położył, przybывая do nas z pięknej Italji i ofiarowując krajowi naszemu wszystkie siły swoje, aż do chwili swego zgonu. Dr. Michał Bergonzoni przybył na wezwanie Króla naszego Stanisława Augusta Jęgomości. Król nasz ostatni dbał, jak to zobaczymy, nietylko o naukę i sztuki piękne, otaczając siebie ludźmi najprzedniejszymi w literaturze i w sztuce, że wspomnę tutaj budowniczego Merliniego, malarzy Bacciarelliego i Balloto Conaletta, również synów Italji, Bergonzoniemu polecił zająć się urządzeniem sanitarjatu Wojsk Polskich. Zajął się tem, chlubnie dzieła dokonał, zżył się z krajem naszym, patrzył i sam przeszedł tutaj dole i niedole swoją i naszą, wszedł do Towarzystwa Przyjaciół Nauk Staszica, przewodniczył w ciągu kilkunastu lat w Wydziale II-gim (przyrodniczo-matematyczno-lekarskim) tego Towarzystwa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w roku 1821 powstałe, było niejako emanacją tego Wydziału Towarzystwa przyjaciół Nauk, to też Zarząd obecny Towarzystwa naszego z dostojnym Rektorem Głuzińskim na czele podjął się z przyjemnością wprowadzenia w czyn myśli, powstałej w Towarzystwie Polsko-Włoskim im. Leonardo da Vinci, aby uczcić należycie pamięć d-ra Michała Bergonzoniego, który „z ziemi włoskiej do polskiej” przybył i stał się Mężem tak wielce dla Rzeczypospolitej Polskiej zasłużonym! Tem chętniej tośmy uczynili, że dr. Bergonzoni jest niejako protoplastą duchowym naszego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Część Jego pamięci!

II) Słowo powitalne w języku włoskiem wypowiedział doc. dr. L. Karwacki.

III) P. Julia Wieleżyńska, prezes Towarzystwa Polsko-Włoskiego im. Leonarda da Vinci w gorących słowach dziękuje inicjatorom za urządzenie tak pięknej uroczystości dla idei, której hołduje T-wo Leonardo da Vinci. Ideą tą jest dążenie do wzajemnego przesiąknięcia się dwu kultur, wprowadzenie w życie polskie nowych wartości drogą zbliżenia się kulturalnego Włoch i Polski.

IV) P. Senator Jabłonowski, prezes warszawskiego oddziału Tow. Dante Alighieri wyraża podziękowanie Towarzystwu Lekarskiemu za zorganizowanie uroczystości, poświęconej pamięci dra Michała Bergonzoniego. W przemówieniu swem mówca podnosi, iż związki między Polską a Włochami, oparte o kulturę łacińską, trwały już oddawna. Pierwszym organizatorem Wydziału lekarskiego na Uniw. Jagiellońskim był włosk Joannes de Sacio de Pavia (1425). Również włochem był twórca Wydziału lek. w Wilnie — Jan Frank z synem Józefem. Ludzie ci wydali szereg lekarzy, którzy niejednokrotnie wstawili się swą wiedzą i działalnością. Kultura łacińska pozosta-

wiła w kraju naszym niezatarte ślady. Dzisiejsze zebranie jest hołdem, oddanym tej kulturze.

V) Sekretarz stały T-wa prof. dr. A. Gluziński wygłosił odczyt p. t. „Kilka słów o stanie medycyny w wiekach XVI do XVII.

Myśl, jaką Zarząd naszego Towarzystwa podjął, by na dzisiejszem posiedzeniu uczcić pamięć Michała Bergonzonego, myśl, którą podjęliśmy za inicjatywą Tow. włosko-polskiego Leonada da Vinci, o której wspomniął tak kolega Prezes, jak i kol. Karwacki, zanim głos zabierze kol. Zembruski, wymaga pewnego objaśnienia, pewnego tła, na którym zarysuje się jasna postać dra Michała Bergonzonego. Tłem tem – to skreślenie choć w najkrótszych słowach obrazu medycyny naszej i jej rozwoju od chwili jej wspaniałego rozwoju, w wieku XVIII-go, w którym to czasie przybywa do Polski, dr. Bergonzoni. Czasy panowania królów naszych Zygmunta Starogo. Zygmunta Augusta, to szczyty naszego rozwoju kulturalnego we wszystkich kierunkach, szczyty rozwoju Akademji Krakowskiej, a więc i medycyny, która z dumą liczyła do swoich uczniów i profesorów Mikołaja Kopernika, Macieja z Miechowa, Feliksa, Szymona i Cyprjana z Łowicza, a zwłaszcza Marcina z Urzędowa, Wojciecha Oczkę, Sebastjana Petrycego, Józefa Strusia i tylu innych.

A musiał tedy stan lekarski w Polsce być w znacznem poważaniu, jeżeli król Zygmunt Stary, tak dbający o rozwój kulturalny, o rozwój Akademji Krakowskiej, by zachęcić młodzież do kształcenia się w ojczyźnie i dla przyciągnięcia profesorów do Akademji Krakowskiej, wydaje ustawę publiczną: iż wszyscy doktorowie medycyny Akademji Krakowskiej, wszyscy, którzy się uczą medycyny w tejże Akademji lub z rozporządzenia Rektora gdziekolwiek w Królestwie, niemniej teologowie i w prawie biegli, dopuszczeni są do wszystkich dostojenstw stanu rycerskiego i senatorskiego. A nie tylko królowie nasi z uznaniem byli w tym czasie dla nauki i stanu naszego, ale i społeczeństwo.

Z dumą się chodzi po Lwowie, gdy się wie, że w wieku XVI-tym byli tam lekarze, których powoływano, do najwyższych godności grodzkich, że uczczono pamięć ich przez nadawanie ulicom miasta ich nazwiska, jak ulica Sykstuska od lekarza Sykstusa, lub ulica Kampiana od lekarza tego nazwiska.

Z końcem wieku XVI-go załamuje się znaczenie Akademji Krakowskiej, nie potrafiła się ona otrząść ze swego scholastycznego kierunku, a było to przecież w tym czasie, gdy cały rozwój humanizmu tak szeroko opanowywał Uniwersytety zachodnie, zwłaszcza włoskie. Były to czasy, gdy nauka Galena i lekarzy arabskich podważana była coraz bardziej, były to czasy, gdy wychodzi dzieło anatomji ludzkiej Valsalvy, gdy w Padwie wykładają profesorowie tej miary jak Fallopius, Arantius, Eustachius, Fabricius ab Aquapendente. Toteż

podobnie, jak w poprzednich czasach, po ukończeniu Akademii Krakowskiej udawali się jej uczniowie do Uniwersytetów włoskich, zwłaszcza do Padwy. Tak dzieje się to jeszcze i z końcem XVI-go i coraz rzadziej, niestety, już w pierwszej połowie wieku XVII-go. Chodząc po krągankach Uniwersytetu Padewskiego, widzimy między tabliczkami, oznaczającemi doktorów promowanych w Padwie i nazwiska Polaków, doktorów medycyny z tych czasów. Druga połowa wieku XVII-go — to dalszy upadek Akademii Krakowskiej, a z nią upadek nauki medycyny, a w następstwie i stanu lekarskiego w Polsce. Nic dziwnego, że O'Connor, Szkot rodem, przyboczny lekarz króla Jana Sobieskiego, tak ówczesny stan lekarski przedstawia: „Co się tyczy lekarzy, tych niewielu się tu znajduje, a ci, którzy się tu znajdują, są po większej części Francuzi, Włosi albo Niemcy. Rodowici Polacy rzadko się do tej nauki przykładają, gdyż w swoim kraju nie mają do tego żadnej sposobności, aby się czego dokładnego nauczyć, a możni — pisze on dalej — którzyby środki mieli z tego powodu do obcych krajów jechać nie chcą, że są albo zbyt leniwi, albo za dumni, aby się mieli uczyć profesji, której nauka tyle trudów, a praktyka takiej umiejętności i ostrożności wymaga“.

Dodać tu winienem, że w wieku XVI-ym mieszczaństwo, z którego rekrutowali się w znacznej części przyszli doktorzy medycyny, było zamożne, że tak królowie, jak mecenas nauki wysyłali zdolniejszych uczniów po skończeniu Akademii Krakowskiej do Padwy. Z końcem XVII-go wieku zmieniają się zasadniczo te warunki, a wynikiem tego był stan, jaki opisuje wymieniony wyżej O'Connor.

Wiek XVIII-ty, czasy saskie, przedstawiają się jeszcze gorzej, gdy nie tylko lekarzy Polaków nie było, ale wogóle prawie lekarzy niema. Arnold w opisie ówczesnego stanu Polski wspomina, że za „Augusta III-go“ wszystko uchodziło; któż się u nas bowiem pytał, jakim prawem i za czyjem pozwoleniem wykonywa u nas ktokolwiek zawód lekarski? Polska co do tego była ucieczką i schronieniem wszystkich szarlatanów, empiryków i awanturników“.

Nieliczni lekarze, sprowadzani najczęściej na dwory panów polskich, naturalnie z zagranicy, musieli to być często ludzie małej moralnej wartości i ze wstydem i z oburzeniem czyta się ich charakterystykę, skreśloną przez Erndtela, Niemca, w słowach następujących: „Et hoc eo quidem magis, quod non sine magna offensione viderim, tot ex Polonia redire Medicos, atque inter hos etiam non paucos, auro et divitiis bene onustos, qui abstersa impudenti fronte et or, frui quidem partis, gratam autem mentem pro beneficiis acceptis pendere nullo modo currant“.

W drugiej połowie wieku XVIII-go razem z chęcią naprawy smutnych stosunków w naszej Rzeczypospolitej nie zapomniano i o podniesieniu upadłego nauczania medycyny, a stąd wytworzenia znów polskiego stanu lekarskiego. Na sejmie w 1768 roku zapadła uchwała założenia akademii lekarskiej i nauk przyrodni-

czych w Warszawie, na co ma być corocznie 400.000 zł. ze skarbu koronnego przeznaczone. Już brakło czasu, by uchwała ta była w czyn wprowadzona. Szczęśliwsze nieco było polecenie Stanisława Augusta, dane Tyzenhausowi, podskarbiemu litewskiemu, założenia także dla Litwy akademii lekarskiej. Tyzenhaus obrał Grodno, jako miejsce tego zakładu naukowego, sprowadza francuza D-ra Gilberta i otwiera tę placówkę w r. 1775. Pamiętne są słowa, jakie Stanisław August ułożył i polecił napisać na frontonie theatrum anatomicum: „Tu się sama śmierć na korzyść ludzkości obraca“.

Szkoła ta wkrótce, bo w r. 1781, zostaje zamknięta, a zbiory jej przeniesiono do organizowanego przez Komisję Edukacyjną wydziału lekarskiego sławnej w czasach już porozbiorowych Akademii Wileńskiej. Początki tego były jednak niepomyślne; dość przytoczyć ustęp z listu Jędrzeja Śniadeckiego, pisanego do wizytatora szkół hr. Tadeusza Czackiego: „Tutejsze Collegium Lekarskie, pisze Śniadecki, zawsze było wypełnione samymi cudzoziemcami, a kiedy wypadła potrzeba, żadnego Rzeczypospolita stąd ani chirurga ani medyka nie miała. Profesor kliniki zjadał przez lat szesnaście płaconą pensję, a kliniki nie uformował, lekcji nie dawał albo kiedy niekiedy zbutwiały, przywieziony z Wiednia sextern z patologii kaczkatym głosem czytał, był śmiechem samych swoich uczniów, wszelako na końcu, zebrawszy tu majątek, po wyliczeniu swych nieskończonych zasług, wziął emeryturę i do Wiednia pojechał“.

Czyż te słowa nie przypominają zdania Erndtela, które przytoczyłem po łacinie, o ludziach, którzy wtedy do Polski jako lekarze przybywali, ba, nawet jako profesorowie i wiemy, że rozwój prawdziwy tej niezapomnianej Akademii Wileńskiej rozpoczyna się z chwilą, gdy dzięki staraniom kuratora Uniwersytetu ks. Adama Czartoryskiego na katedrach, w czasach już porozbiorowych, zasiadają ludzie tej miary, co Jani Jędrzej Śniadeccy, przywiązany do kraju Józef Frank, założyciel klinik wileńskich i Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego Jun d z i ł ł i t. d.

Wiekopomna dla nas Komisja Edukacyjna, której staraniom zawdzięcza początek i Akademia Wileńska, zabrała się do reorganizacji naturalnie i Akademii Krakowskiej, której stan był smutny, jeżeli wspomnę, że na wydziale lekarskim zastała ta Komisja tylko 2 profesorów. Komisja Edukacyjna organizuje ten wydział z takim zrozumieniem rzeczy, że już w r. 1778 daje początek powstaniu klinik krakowskich, a fakt ten tem jaśniejszy będzie, gdy wspomnę, że wiedeńskie kliniki datują się tylko z r. 1753, a berlińskie dopiero z r. 1798.

Wydziały te lekarskie w obydwóch Akademjach, a więc w Krakowskiej i Wileńskiej, Komisja Edukacyjna organizuje widocznie z braku sił naukowych polskich, na odrębnych zasadach, które z pewnem może rozdrażnieniem określa Jędrzej Śniadecki

w liście do kuratora Akademji Wileńskiej ks. Adama Czartoryskiego.

„Spójrzj Wasza Książęca Mość na czynności dawnej Komisji Edukacyjnej w Polsce. Przyjęła ona była dwa przeciwne sobie plany. Akademię Krakowską osadziła rodakami, których sama formowała, do Wilna sprowadzono cudzoziemców. Co za okropna była między dwoma tymi Uniwersytetami różnica. Krakowski urządził najporządniej szkoły w całym kraju i dobrymi nauczycielami opatrzył, edukacja prywatna miała stamtąd najlepszych guwernerów; wojsko chirurgów i medyków i t. d.; w Wilnie nie było nauk, prowincja została bez szkół albotęz bez profesorów, żaden stąd nie wyszedł doskonały medyk, żaden chirurg“.

Z końcem zatem XVII-go wieku jedyna Akademia Krakowska, zorganizowana przez Komisję Edukacyjną, rozpoczęła dostarczenia lekarzy polaków. Trwało to jednak krótko: nieszczęścia Ojczyzny, rozbiory dokonane zamknęły te usiłowania usunięcia złych stron nauki naszej i stanu naszego.

Nie do mnie już należy kreślenie tych spraw wieku XIX-go, aż do naszych czasów — chodziło mi tylko o skreślenie tła, na którym jaśniej może wystąpi postać D-ra Michała Bergonzoniiego, pamięć którego pośrednio związana jest także z powstaniem naszego Towarzystwa przed przeszło sto latami, a którego postać skreśli nam kol. Zembruski.

VI) Pułk. Dr. Ludwik Zembruski wypowiedział odczyt p. t. „Dr. Michał Bergonzoni“.

Prelegent przedstawił charakterystykę działalności Bergonzoniiego w Polsce, do której przybył on w r. 1775 z Włoch i w ciągu 40-letniego pobytu na ziemi naszej zaznaczył się wybitnie na polu medycyny społecznej i wojskowej. Do r. 1790 Bergonzoni przebywał najpierw na dworze Księcia Sanguszkii w charakterze lekarza przybocznego, następnie przez 7 lat praktykował w Lublinie, gdzie napisał traktat o higienicznych potrzebach tego miasta, za co został zaszczycony przez króla Stanisława Augusta Poniatowskiego tytułem nadwornego konsyljarza. Po krótkim pobycie u boku hetmana Rzewuskiego, osiadł na stałe w Warszawie, gdzie został wykładowcą w szkole niższej chirurgicznej. Równocześnie król powołał go na stanowisko protomedyka wojska koronnego do urzędzenia służby zdrowia w odradzającej się armji polskiej. Bergonzoni, wywiązał się z tego zadania, jak na ówczesne warunki, doskonale, postawiwszy na odpowiednim poziomie zaopatrzenie oddziałów i szpitali wojskowych w personel służby zdrowia, przeprowadzając doszkolenie chirurgów wojskowych przez wysyłanie ich na kursa dokształcające do wyższych uczelni krajowych i zagranicznych, oraz dzięki zarządzeniom w dziedzinie poprawy stosunków higienicznych w wojsku. Bergonzoni był też twórcą pierwszego wydziału lekarskiego, t. j. organu kierowniczego wojskowej służby zdrowia w Polsce. Po drugim rozbiore Bergonzoni wystąpił z wojska i poświęcił się pracy spo-

łeczno - lekarskiej, propagując w Warszawie ideę szczepienia ochronnego ospy.

Próbował też wskrzesić zamkniętą niższą szkołę chirurgiczną, lecz zamiaru tego doprowadzić nie mógł z powodu oporu władz okupacyjnych pruskich, które zajęły Warszawę na mocy traktatu rozbiorczego. W r. 1802 został przyjęty do Tow. Przyjaciół Nauk, poczem w r. 1805 był wybrany na przewodniczącego wydziału II-go nauk matematyczno-przyrodniczych z sekcją medycyny i chirurgji. Tym sposobem B. był niejako poprzednikiem pierwszego prezesa utworzonego później Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, którego poprzedniczką i zaczątkiem była owa sekcja medycyny i chirurgji przy Tow. Przyjaciół Nauk. Bergonzon i przewodniczył Wydziałowi II-mu przez lat 14 i nie opuścił ani jednego posiedzenia, dbając o odpowiedni poziom rozpraw i szerząc wśród członków zamiłowanie do badań naukowych, popierając zawsze inicjatywę i myśl polską. W r. 1807 został powołany powtórnie na stanowisko naczelnego lekarza wojska polskiego w Księstwie Warszawskim przez Ks. Józefa Poniańskiego. Na tem stanowisku zorganizował na nowo służbę zdrowia, dbał o rozwój i odpowiedni poziom szpitalnictwa wojskowego, o należyty stan higieny i o uzupełnienie wykształcenia lekarzy, aptekarzy i chirurgów wojskowych. W r. 1812 podał się do dymisji, którą otrzymał z tytułem „dostojnego weterana“ i z pensją dożywotnią (6.000 zł. p.).

Po wyjściu z wojska został członkiem Warsz. Tow. Dobroczynności i założycielem oraz przewodniczącym wydziału lekarskiego w tem Towarzystwie. Na tem stanowisku B. rozwinął żywą działalność filantropijną, tworząc bezpłatne ambulatorja dla najbiedniejszych chorych, dbając o los sierot po inwalidach i poległych, zabiegając o fundusz dla Towarzystwa i t. p. W r. 1816 został odznaczony orderem Św. Stanisława za zasługi, położone na polu działalności społeczno-lekarskiej.

W r. 1818 Rada lekarska obchodziła uroczyste 50-letni jubileusz otrzymania doktoratu przez Bergonzonego, ofiarowując mu przytem piękny pierścień pamiątkowy. Bergonzon umarł w r. 1819 w wieku 71 lat i pochowany został na cmentarzu Ś-to Krzyskim w Warszawie.

Prelegent wyliczył następnie kilka prac naukowych Bergonzonego oraz przytoczył charakterystykę ogólną tego niepospolitego cudzoziemca—obywatela polskiego, szczerze przywiązanego na naszej Ojczyźnie i poważnie dla Niej zasłużonego.

Prezes: **K. Zieliński.**

Antoni Kaczyński

Zastępca Sekretarza Dorocznego.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 20 marca 1928 r.

Przewodniczący: — prezes **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 44. Wprowadzonych gości 26,

I) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II) Prezes wyraża podziękowanie wdowie po ś. p. d-rze Józefie Zielińskim za nadesłanie do Biblioteki T-wa zbioru dzieł i broszur lekarskich.

III) Prezes zawiadamia obecnych o odczycie prof. d-ra Grynfeldta z Montpellier p. t. „De la dégénérescence muqueuse de la neurologie“, mającym się odbyć w dniu 24 marca w „Anatomicum“.

IV) Prezes **K. Zieliński** w kilku słowach daje sprawozdanie z uroczystości jubileuszowych, urządzanych na cześć prof. d-ra Jana Tura z okazji trzydziestolecia jego działalności naukowej, jakoteż sprawozdanie z otwarcia Instytutu Kanalizacyjno-Wodociągowego, którego działalność przyczynia się niewątpliwie do podniesienia zdrowotności naszych miast i osiedli.

V) Do Biblioteki T-wa nadesłano:

1. Poronienie z punktu widzenia sądowno-lekarskiego, **W. Grzywo-Dąbrowski**. 1927.2. Postępy w organizacji służby zdrowia w powstaniu stycziowem. **Fr. Białokur**. 1927.3. Dychawica oskrzelowa. **E. Wajs i H. Waserman**. 1928.4. VI Międzynarodowy zjazd historii i medycyny w Lejdzie i Amsterdamie 18 — 23 lipca 1927 r. **L. Zembruski**. 1928.5. Znaczenie badania uwagi w schizofrenji. **Handelsman**. 1928.6. O tak zwanej chorobie Osgood Schluttera (Apophysitis tibiae). **Z. Stankiewicz**. 1927.7. Hémiplégie et syphilis chez l'enfant. **W. Mikułowski**. 1928.8. **Władysław Matlakowski** jako student medycyny. **L. Zembruski**. 1928.

9. Lekarz kolejowy Nr. 1, luty 1928.

VI) **Kol. Brokman Henryk** wygłosił odczyt p. t. „O patogenezie płonicy“.

Prelegent omawia pokrótce prace nowsze nad etjologją płonicy, zaznaczając, że potwierdziły one koncepcję o roli przyczynowej paciorkowca w płonicy. Wychodząc z założenia, że paciorkowiec płonicy posiada dwa sposoby działania na ustrój ludzki: 1) zatrutowania go swemi jadami i 2) wywoływania spraw zapalnych o charakterze ropnym, prelegent analizuje mechanizm tych dwóch zjawisk. Odbiciem ich jest z jednej strony odczyn Dicka (działanie toksyny), z drugiej zaś odczyn paciorkowcowy (działanie bakterji i jako takiej, niezależnie od toksyny). W działaniu toksyny prelegent podkreśla dwie ce-

chy: 1) stopień powinowactwa do tkanek, 2) zubożenie przez antytoksyny, co w sumie dopiero warunkuje wynik odczynu Dicka, czyli działanie toksyny na ustrój. Ten pogląd odbiega od pierwszego poglądu Dicków, lecz jest zdaniem prelegenta, bliższy prawdy. Odczyn paciorkowcowy dodatni jest wskaźnikiem zdolności ustroju do walki z zarazkiem, odczyn ujemny — wskaźnikiem załamania się sił obronnych. W dalszej części odczytu prelegent analizuje poszczególne okresy przebiegu płonicy pod względem ustosunkowania się ustroju do toksyny i paciorkowca. Zwraca szczególną uwagę na występowanie ujemnego odczynu paciorkowcowego w przebiegu powikłań. W końcu omawia środki zapobiegawcze, jakie winny być stosowane wśród otoczenia chorego oraz przedstawia przeprowadzoną obecnie reformę rozmieszczenia chorych na płonicę w szpitalach.

VII) Prezes T-wa Kazimierz Zieliński wręcza obecnemu na sali doktorowi Henrykowi Nusbaumowi dyplom na członka honorowego Tow. Lek. Warsz. podkreślając w krótkim przemówieniu żywą i płodną działalność nowego członka w zakresie wiedzy przyrodniczo-lekarskiej, jakoteż specjalne zasługi, przezeń położone, dla Towarzystwa Lekarskiego.

VIII) Kol. Ławrynowicz Aleksander wygłosił rzecz p. t. „Wyniki szczepień ochronnych w płonicy“.

Referent składa sprawozdanie z akcji szczepień ochronnych przeciwploniczych, przeprowadzonej w r. 1925—26; sprawozdanie obejmuje materiały Państwowego Zakładu Higieny i Miejskiego Instytutu Higienicznego; sprawozdanie niniejsze w drodze wzajemnego porozumienia zostało uzgodnione i jest wspólne.

I) Badania wrażliwości metodą Dicków na podstawie badania 25.037 osób daje średnie 54,4% wrażliwych. Z wiekiem odsetek wrażliwych ulega obniżeniu. Są pewne sprzeczności między wrażliwością środowiska miejskiego (60%) a wiejskiego (45%). Wyniki te zależą mogły od czynników związanych z metodą miareczkowania toksyny paciorkowej.

II. Objawy poszczepienne ogólne i miejscowe wypadają rozmaicie; uwagę należy zwracać na możliwość odczynu nerkowego. Obowiązuje badanie moczu przed szczepieniem i podczas szczepienia.

III. Odczyn kontroli Dicków po zastrzyknięciu 3.500 jednostek skórnych toksyny dał całkowite uodpornienie osobników wrażliwych w 20,4%.

IV) Wyniki epidemiologiczne. Zachorowania u osób szczepionych, spostrzeganych w ciągu 3 — 18 miesięcy dały w materiale:

Państw. Zakł. Higj.	na 16,345 szczepionych	0,37%	zachorowań
„	89,818 nieszczepion.	1,9%	„
Miejs. Instyt. Higj.	na 7,887 szczep. w szk. pow.	0,4%	„
„	63.920 nieszcz.	1,09%	„
„	583 w przedszkol.	2,2%	„
„	4,157 nieszcz. w przedszk.	3,5%	„

Wnioski:

1. Należy w drodze porozumienia międzynarodowego ustalić sposób sporządzania i miareczkowania toksyny paciorkowcowej;
2. Pierwszeństwo ma szczepionka typu G a b r y c z e w s k i e g o (toksyna plus paciorkowce);
3. Zamiast toksyny należy używać anatoksyny;
4. Szczepić należy osoby wrażliwe na toksynę paciorkowca płoniczego;
5. Należy kontrolować stan moczu przed szczepieniem i podczas szczepień;
6. Należy w 6 tygodni po ukończeniu szczepień sprawdzić odczyn Dicków, o ile odczyn wypadła dodatnio szczepić dalej;
7. Szczepienia należy wykonywać w okresie, poprzedzającym epidemię płonicy — w kwietniu — maju każdego roku.

IX. Kol. C e l a r e k J ó z e f: „Metody przygotowania szczepionek i surowic przeciwploniczych“.

Szczepionki płonicze przyrządza się z toksyn paciorkowca hemolitycznego, otrzymanego z przypadków szkarlatyny.

Toksyna musi być uprzednio wymiareczkowana na ludziach. Obecnie Państw. Zakład Higjeny w Warszawie wypuszcza t. zw. szczepionkę G a b r y c z e w s k i e g o, która obok toksyny zawiera jeszcze zabite ciała bakteryjne paciorkowca. Niezależnie od tego Zakład przyrządza szczepionkę szkarlatynową atoksyczną, która jest anatoksyną płoniczą. Jeśli do takiej szczepionki dodać ciała bakteryjnych, zabitych formaliną, to będziemy mieli atoksyczną szczepionkę płoniczą, której własność uodporniająca będzie podobna, a mianowicie powinna ona spowodować u szczepionego odporność antytoksyczną i antybakteryjną.

Co się tyczy surowicy leczniczej, to Zakład wyrabia obecnie surowicę metodą szczepień koni zapomocą toksyny ciał bakteryjnych. Oznaczenie miana takiej surowicy jest trudne, ale mimo to przeprowadza się zawsze i tylko surowica wysokowartościowa dochodzi do rąk lekarza. Jest nadzieja, że w najbliższym czasie miareczkowanie surowicy błoniczej będzie ustalone i że, podobnie jak dla surowicy płoniczej, będziemy mieć zawsze podaną liczbę jednostek antytoksycznych i dla tej surowicy. Prace w tym kierunku zapoczątkowała Liga Narodów.

Po wygłoszeniu powyższych odczytów otworzono dyskusję:

Kol. Ż u r a k o w s k i oświadcza, że wszelka teoria ma istotną wartość wtedy, gdy tłumaczy wszystkie zjawiska w tym obrębie, który obejmuje. Temu zadość nie czyni teoria G a b r y c z e w s k i e g o paciorkowcowego pochodzenia szkarlatyny. Pomijając nawet, niedający się dotąd wytłumaczyć fakt, zupełnego podobieństwa paciorkowca szkarlatyny do innych paciorkowców chorobotwórczych, teoria ta nie tłumaczy zjawiska, że po szkarlatynie człowiek nabywa bądź co bądź niemałej odporności, gdy po innych zakażeniach paciorkowcowych odporność jest nietylko znikoma, ale nawet widzimy zwiększoną wrażliwość. Takich teoryj, pośpiesznie przez bakterjologów ogłaszanych jest całe mnóstwo. Przykładem jest choćby teoria patogenezy wąglika kiszkiowego,

tyfusu brzuszego i cholery, głoszona za nieomylną przez szkołę Kocha, wbrew badaniom Pasteura, Chamberlanda i Roux; teoria się okazała zupełnie fałszywą w świetle badań Sanarelli'ego najwierniejszego ucznia Pasteura. Można powiedzieć, że dotąd niema dowodu, by paciorkowiec hemolizujący był powodem szkarlatyny. To zupełnie nie przeskadza, że dążenie do uodporniania ludzi przeciw paciorkowcowi t. zw. szkarlatynowemu należy powitać z zadowoleniem i jeśli tylko rzeczywistość odpowie nadziejom, pokładanym w sposobie uodporniania, podanym przez kol. Ławrynowicza, to będzie to doniosłym postępowaniem w walce ze szkarlatyną, bo paciorkowiec hemolizujący, stanowiąc przyczynę groźnych powikłań niemal stale jej towarzyszy.

Kol. Hirszfeld L. Zagadnienie walki z płonicą obejmuje zarówno sprawę nosicielstwa, a zatem swoistości łańcuszkowca szkarlatynowego i jego jądów, jak i sprawę uodporniania. Otóż badania, wykonane w Zakładzie przez d-ra Rosnerównę wykazują, że serologicznie łańcuszkowce szkarlatynowe różnią się od łańcuszkowców innego pochodzenia; różnice są, co prawda, nie absolutne, ale ilościowe. Bynajmniej to nie przesądza możliwości mutacji i zamiany łańcuszkowców zwykłych na szkarlatynowe. Jady łańcuszkowców są na mocy badań d-ra Hirszfeldowej, Mayznera i Przesmyckiego odmienne. A zatem akcja szkarlatynowa ma swoje głębokie uzasadnienie teoretyczne i powinna być moim zdaniem, przeprowadzona wspólnie z uodpornianiem przeciwko błonicy, albowiem patogenesa tych chorób jest dość podobna i jednocześnie uodpornianie anatoksyną płoniczą i błoniczą nie powinno przedstawiać trudności.

Kol. Mutermilch Stanisław wyraża pogląd, że sprawę etjologii i patogenazy szkarlatyny należy wciąż uważać za otwartą. Aczkolwiek akta, dotyczące teorii Dicków nie są zamknięte, to jednakże godzi się podkreślić wielkie jej znaczenie pod względem heurystycznym: stała się ona bodźcem dla szeregu instytutów i bakterjologów do ponownego podjęcia wszechstronnych badań nad patogenazą tej choroby. Jeżeli spojrzeć na teorię Dicków z punktu widzenia teoretycznego, to najważniejszym, pytaniem do rozstrzygnięcia ostatecznego jest, czy mamy tu do czynienia z toksynami istotnymi w ścisłym tego słowa znaczeniu — na podobieństwo np. jadu tężcowego, błoniczego. Mówca przypomina bardzo ważne argumenty, jakie przytoczył prof. Groerze Lwowa w odczycie swym na ostatnim zjeździe bakterjologów w Warszawie, argumenty, przemawiające przeciwko pogładowi, że paciorkowce „szkarlatynowe“ wytwarzają prawdziwe toksyny. Co się zaś tyczy strony praktrycznej, t. j. wartości szczepień ochronnych przeciwskarlatynowych, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że metoda ta spełnia swoje zadanie. Przemawiają za tem dane liczbowe, przytoczone przez prelegentów; aczkolwiek z drugiej strony, możnaby uczynić pewne zastrzeżenie co do ścisłości wprowadzonych wniosków. Tak np. kol. Ławrynowicz podaje, że wśród szczepionych zachorowało na szkarlatynę 0,4%, wśród

nieszczepionych 1,1%; pierwsza cyfra wyprowadzona została na podstawie 7,800 przypadków, druga zaś 63.000; oczywista, że wobec jednakowych możliwie wysokich liczb odsetki, powyżej podane, mogłyby wypaść nieco inaczej.

Kol. K a r w a c k i zaznacza, że cechy, składające się na charakterystykę paciorkowca „płoniczego“, w ostatnich latach kurczą się coraz bardziej a paciorkowiec ten zbliża się coraz bardziej do innych odmian zarówno, pod względem krwiobójczości, toksyczności, jak i odczynów serologicznych. W pracowni szpitala wojskowego na Zakroczymskiej, powiodło się powtórzyć doświadczenie C a n t a c u z e n'a, z wytworzeniem zdolności aglutynowania się u różnych odmian paciorkowców przez surowice chorych płonicznych.

Kol. Dą b r o w s k i W. Nie mając zamiaru omawiania podstaw teoretycznych, na których opierają się wygłoszone tu odczyty, nie mogę jednak pozostawić bez sprostowania tej części przemówienia kol. B r o k m a n a, w której wspomniał o osiągniętych w walce z chorobami atutach przez oddzielenie rekonwalescentów po płonicy, t. j. tych, których choroba trwa już 2 tygodnie, od świeżo przybyłych na oddziały chorych. Postulaty, wynikające ze spostrzeżeń niemieckich autorów, wskazujących na to, że przebywając z chorymi będącymi w początkowych okresach płonicy, ozdrowieńcy mogą się ponownie zarażać nowymi, więc aktywnymi zarazkami i po powrocie do domu zarażać nowymi zarazkami zdrowych członków rodziny, są niewątpliwie racjonalne, ale kol. B r o k m a n przedstawił sprawę lepiej, niż ona jest w istocie i niż może być wogóle osiągnięta w naszych warunkach.

Gdyby bowiem wszyscy chorzy część choroby mieli pozostawać w jednych oddziałach, a część w innych, to trzeba by rozporządzać przynajmniej dwa razy większą liczbą łóżek szpitalnych, niż ta, jaką dotąd zajmowali ci chorzy, a wiadomo jest, jak bardzo niedostateczna jest liczba łóżek u mnie wogóle. Prócz tego poważną przeszkodę do oddzielenia ozdrowieńców stanowią przytrafiające się na wszystkich oddziałach inne zachorowania, głównie odra i ospa wietrzna, nie pozwalające na przenoszenie chorych z takich oddziałów, na oddziały rekonwalescentów, gdzie mogliby zarażać innych chorych. Z tych wszystkich względów w szpitalu św. Stanisława poprzestajemy na oddzieleniu chorych w 5-tym tygodniu choroby, t. j. blisko terminu wypisania się do domu, a przytem takich tylko, którzy nie mają już powikłań i przebywali na oddziałach, nie zakażonych innymi cierpieniami (odrą, ospą wietrzną).

Kol. P r e z e s. pomijając pięknie przedstawioną przez kol. B r o k m a n a patogenезę płonicy w świetle badań najnowszych, pragnąłby zwrócić uwagę na stronę praktyczną, dotyczącą sprawy zarazka płonicy i leczenia tej choroby. Dzięki wspaniałym wynikom leczenia płonicy surowicą, wyrobianą w Instytucie Państwowym, surowicą tak dobrą, jakiej nie mieliśmy dotąd wcale, możemy twierdzić, że paciorkowiec hemolityczny jest dla płonicy zarazkiem, jeżeli nie swoistym, to w każdym razie odgrywającym

najważniejszą w niej rolę. Nie przeczy temu odmiennosc lub zmienność postaci tego zarazka, spotykana niekiedy w przebiegu tej choroby i odporność na działanie lecznicze swoistej surowicy w bardzo nielicznych przypadkach płonicy. Potwierdza zaś to piękny odczyt kol. C e l a r k a, w którym szczegółowo omawiana jest sprawa przygotowania szczepionek i surowic przeciwplonicznych. Prezes składa podziękowanie wszystkim prelegentom dzisiejszym, których odczyty złożyły się na całość niezwykle interesującą.

W odpowiedzi głos zabierali:

Kol. B r o k m a n H e n r y k:

Kol. Ż u r a k o w s k i e m u. Odporność, powstająca po płonicy znajduje całkowite wytłumaczenie w ujęciu D i c k ó w, którzy uważają, że po płonicy zjawia się w ustroju chorym odporność antytoksyyczna; wobec tego płonica, jako główna toksemja, nie może się ujawnić po raz wtóry, choć paciorkowiec ploniczy może jeszcze objawić u takiego człowieka własności ropotwórcze.

D-rowni M u t e r m i l c h o w i. Prelegent nie znajduje zasadniczo odmiennych cech pomiędzy jadem błoniczym a ploniczym, istnieją tu tylko różnice ilościowe.

D-rowni Ł a w r y n o w i c z o w i. Prelegent najzupełniej zgadza się, że walka z nosicielami zdrowymi jest bezowocna. Natomiast środki zapobiegawcze w obliczu chorego i ozdowieńca są celowe.

Przytoczone w referacie prace kliniczne mogły być wykonane jedynie dzięki gościnności D-ry R o d y s a i ordynatora kol. P i o t r o w s k i e g o w szpitalu przy ul. Kopernika.

Kol. Ł a w r y n o w i c z. Nawiązując do poruszonej sprawy nosicielstwa w płonicy, chcę zaznaczyć, że pod tym względem istniejące dane posiadają bardzo ograniczone znaczenie epidemiologiczne. Jeśli z pewnemi zastrzeżeniami mówić można o nosicielstwie ozdowieńców, to żadnego trwałego oparcia nie można znaleźć dla badania nosicielstwa osób zdrowych. Paciorkowiec ploniczy ma tak niestałe cechy biochemiczne i biologiczne, że dokładne jego rozpoznanie w szeregu przypadków nastęrcza trudności. U osób ze środowiska nieploniczego paciorkowce hemolityczne spotykamy również często. W ciągu paru ostatnich tygodni, badając otoczenie chorych na błonicę ra obecność paciorkowców hemolitycznych w 29 z 83 stwierdziliśmy paciorkowce hemolityczne. Znaczenie badania nosicielstwa paciorkowca ploniczego w chwili obecnej ma znaczenie przede wszystkim dla badań teoretycznych. Praktyka epidemiologiczna nie może tych badań włączyć obecnie w zakres swoich badań codziennych.

Prezes: **K. Zieliński.**

Kl. Gerner
Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO**z dnia 27 marca 1928 z.**Przewodniczący: Prezes T-wa **Kazimierz Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 59. Wprowadzonych gości 46.

I) Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 20-go marca b. r.

II) Sekretarz stały T-wa oddaje hołd pamięci prof. Browicz a T a d e u s z a, jako wielkiego lekarza, człowieka i członka honorowego Tow. Lek. Warszawskiego.

III) Do Książnicy T-wa wpłynęły następujące prace:

1. Kwartalnik Statystyczny r. 1928. T. V z. 1.
2. Higjena Życia codziennego r. 1928. Nr. 1 i 2.
3. Rocznik Statystyczny Warszawy. 1926—1928.
4. Wiadomości Statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego. R. VI, zeszyt. 1, 2, 3, 4, 5, 6 — 1928.
5. Dr. Med. Franciszek Gluziński, Komisarz rządu narodowego na pow. kolski. Dr. Fr. Białokur. 1928.
6. Operation slose Behandlung der Krampfadern durch künstliche Verödung. Siebert i E. Wreszyński. 1928.
7. Leczenie zaparcí nawykowych chininą. E. Wajs i H. Wasserman. 1928.
8. Badania nad płonimą. J. Bogdanowicz i Wł. Szenajch, 1928.
9. Badania anatomiczno-patologiczne nad zaburzeniami odżywiania u niemowląt (żołądek i jelita). S. Machrburg. 1928.
10. Bibliographie des livres français de Médecine et de Sciences. 1919 — 1928. Bailliére, Doin, Maloine, Masson. Vigot.

IV) Kol. Dębicki. Przypadek urazowego tętniaka tętniczko-żylnego tętnicy udowej.

Kol. Dębicki przedstawił chorego, który przed 8-ma miesiącami otrzymał postrzał w okolicę prawej pachwiny poniżej wiązu P o u p a r t ' a na przebiegu wielkich naczyń. Bezpośrednio po urazie tętno w tętnicy grzbietowej stopy było wyczuwalne, toteż nie wkraczaliśmy operacyjnie. Po paru dniach w okolicy rany postrzałowej pojawiło się wzniesienie, nad którym wysłuchiwało się wybitny szmer skurczowy. Rozpoznaliśmy wówczas tętniak zwykły i zaleciliśmy choremu zgłosić się po upływie paru miesięcy. Obecnie stwierdzono wybitny szmer bulgocący „thrillement“ w okolicy pachwinowej promieniujący powyżej i poniżej miejsca urazu. Szmer ten ginie po uciśnięciu tętnicy biodrowej zewnętrznej. Tętno 80—96. Wybitnie zaznaczone tony serca i powiększenie jego granic. Parcie tętnicze $Mx=120$. $Mn=55$. Skali V a q u e z ' a.

Pozatem zniesienie czucia na zewnętrznej powierzchni prawego podudzia, opuszczenie stopy i jej zewnętrznego brzegu. Zgięcie grzbietowe i uniesienie zewnętrznego brzegu zniesione.

Podobnych spostrzeżeń dostarczyła bardzo dużo doba powojenna. W roku 1927 sprawa tętniaków urazowych była programowym tematem posiedzeń Francuskiego Towarzystwa Chirurgów. Światne są obserwacje L é r i c h e'a poparte doświadczeniami na psach.

L é r i c h e zauważył, że u jednego z chorych na pierwszy plan wysuwały się zmiany w ośrodkowym układzie naczyniowym. Po uważniejszym badaniu chorych stwierdził, że jest to prawie stałe zjawisko. Badania na psach wykazały że po założeniu przetoki tętniczo żyłnej występuje stopniowo przerost całego serca (hyperthrophia totalis cordis), że tętno jest częstsze, a po uciśnięciu tętnicy, aż do zniknięcia szmerów opada do 60 i mniej uderzeń na minutę, że przerwanie farmakologiczne albo mechaniczne ciągłości nerwu błędnego żadnego wpływu na te zmiany niema, że zmiany w sercu są często czynnościowe i że po upływie 6-ciu miesięcy trwania przetoki już się nie cofają. Wszystkie te zmiany przeżyciowe możemy wykazać dosadnie na naszym chorym, a więc podczas badania chorego przed ekranem widzimy rzadsze skurcze serca po uciśnięciu tętnicy biodrowej. Zdjęcia wykonane w tych samych warunkach wykazują zmniejszenie się wymiarów o 1,2 cm., tętno spada z 96 do 60. Ciśnienie początkowo zmienia się: $M_x=115$. $M_n=70$, by po chwili powrócić do poprzedniego poziomu, t. j. $M_x=120$. $M_n=55$.

Fakt, że zmiany w sercu postępują, że mogą stać się główną dolegliwością chorego, nakazuje wkroczenie operacyjne. Dowiodło tego doświadczenie dwóch wielkich wojen — Japońskiej i Europejskiej.

Mogą tu być zastosowane trzy typy zabiegów:

1. W razie istnienia przetoki łączącej oba pnie naczyniowe, podwiązanie jej od strony obu naczyń. Zabieg ostrożny, ale niepewny co do trwałości skutku.

2. Idealne odtworzenie tętnicy przez t. zw. aneurysm o r r h a p h i e — sposób podany przez M a b o s a, bardzo trudny technicznie. Daje się on wykonać w nielicznych przypadkach.

3. Radykalny — podwiązanie obu pni naczyniowych powyżej i poniżej przetoki. Ze względu na trudności, jakie stwarza przewanie światła naczyń wielkich dla układu naczyniowego, L é r i c h e zaleca obok tego przecięcie obu pni. Ma to wpływać dobroczynnie na cały układ naczyniowy kończyny.

Samo podwiązanie naczyń przeważnie nie grozi zgorzelą kończyny. (Streszcz. wł.).

W dyskusji: kol. G l u z i ń s k i mówi o niezrozumiałym wpływie omawianego tętniaka na tętno i parcie krwi. Mówca przypuszcza, że odgrywa tu rolę przedostawanie się krwi do układu żylnego i tą drogą powstały wpływy toksyczne.

V) Kol. Higier. Rzadka postać rodzinno-dziedzicznego porażenia napadowego wszystkich kończyn.

Pokaz rodziny, której drzewo genealogiczne wykazuje, iż 12 osób, przeważnie mężczyzn w 4-ch pokoleniach dotkniętych jest tem bardzo rzadkiem cierpieniem, opisanem po raz pierwszy przez Westphala, dokładnie zaś zbadanem przez Goldflama i Oppenheima, ostatnio zaś przez K. A. Schmidta. Napady trwają kilka dni, zaczynają się już od czwartego roku życia, przygasają w tej rodzinie w 50 roku. Występuje porażenie wiotkie wszystkich kończyn z zupełnym brakiem wszystkich odruchów oraz wszelkiej pobudliwości mechanicznej i elektrycznej mięśni i nerwów przy zachowanym czuciu i czynności zwieraczy. Usilne ruchy, taniec, gorące napoje z wyjątkiem wysokowych, czasem przerywają napad, który zjawia się przeważnie po obfitej wieczerzy (zwłaszcza białe pieczywo) lub we śnie nad ranem w odstępach czasu bardzo nierównych.

Higier w pięciu, sześciu rodzinach, które bliżej zna, widział napady kilkudniowe i kilkugodzinne, ale nie spotykał porażenia śmiertelnego nerwów opuszkowych, chociaż znane mu są tego rodzaju przypadki innych lekarzy. Higier zwraca uwagę: 1) na zupełnie podobne porażenia występujące w chorobie Landry, zazwyczaj fatalnie kończące się, które obserwował niejednokrotnie z objawami opuszkowemi (opisał je w r. 1912); 2) na porażenia wiotkie z arefleksją w zatruciu siarczanem magnezu, stosowaniem przezeń obficie doleńdźwiowo w tężcu (opisał je w roku 1916); 3) na zupełnie podobne do obserwowanych porażenie napadowe wiotkie i przemijające (opisał je w r. 1922) jako otrucia ciężkimi solami baru, któremi była zafałszowana droga mąka pszenna podczas wojny i tuż po niej.

Omawiając dość ciemną patogenezę (autointoksykacja, napady naczyniowo-ruchowe, napady podobne do padaczki okresowej, związek z zachorzeniem tarczycy), Higier dość sceptycznie zapatruje się na poprawę, którą sobie pacjent chwali po śródmięśniowo stosowanej adrenalinie w okresach międzynaapadowych. Z środków, które on wypróbował, uważa tyreoidynę za szkodliwą, gdyż wyzwała napady. Orzechowski widział napady po adrenalinie.

Wiele danych przemawia za wielogruczołowem pochodzeniem tego wielce ciekawego cierpienia. (Streszcz. wł.).

VI) Kol. Bronowski Szcz. Leżenie w łóżku jako metoda lecznicza.

Na wstępie prelegent zaznacza, że leżenie w łóżku w otoczeniu jednakowego ciepła uspakaja psychikę oraz układ nerwowy, zmniejsza przemianę materji, oraz sprzyja budowie i odbudowie tkanek. W dalszym ciągu zaoszczędza i zwiększa pożyteczną pracę serca, nerek, czyli jest prawdziwem *cardiacum et diureticum*, w końcu ochrania narządy jamy brzusznej od nadmiernego ruchu i oziębienia i również sprzyja pomyślniejszemu

przebiegowi wszelkich spraw zakaźnych w jamie brzusznej oraz w całym ustroju.

Klinicznie prelegent pokrótce wymienia te stany chorobowe, w których leżenie w łóżku więcej znaczy, niż liczne leki i inne stosowane sposoby lecznicze. A więc stosowanie tej metody leczniczej w skrytych postaciach zapalenia osierdzia, w endocarditis lenta, w zapaleniu ścian tętnicy głównej, w miażdżycy tejże, w rozmaitych rodzajach niedomogi mięśnia sercowego, we wszelkich stanach zapalnych narządu oddechowego, a zwłaszcza w gruźlicy czynnej, w zapaleniu miedniczek nerkowych, w zapalnych stanach otrzewny i narządów jamy brzusznej, we wszelkich sprawach zakaźnych, stanach wyniszczenia ustroju, w błędnicy, w stanach wyczerpania nerwowego lub psychicznego i w końcu w stanach podgorączkowych niewiadomego pochodzenia, noszących nazwę „gorączek nerwowych“.

Zbyt długie leżenie w łóżku nie jest wskazane:

a) po przebytych chorobach zakaźnych, b) w niektórych postaciach bólu głowy, c) u niektórych chorych obarczonych neuropatycznie lub psychopatycznie.

(Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Wertenstein podnosi, że stanowisko prelegenta w kwestji stosowania metody leżenia w łóżku u rekonwalescentów zgadza się z nowoczesnymi poglądami ginekologii na leżenie w łóżku kobiet w okresie normalnego położu. Normalne położnice są bowiem także rekonwalescentkami. Dawniej zabraniano im wszelkich żywych ruchów i trzymano w łóżku bardzo długo. Przekonano się atoli, że nieczynność mięśni jest przyczyną wielu dolegliwości porodowych, a nawet, że osłabiona vis a tergo może spowodować powstanie aseptycznych zakrzepów w kończynach dolnych.

Należy tedy zalecić położnicom już od 3-go dnia przewracanie się w łóżku (samej lub z cudzą pomocą), w następnych dniach siadanie w łóżku bez pomocy rąk, przejście do pobliskiego hotelu, leżenie przez kilka godzin na kozetce i t. d. co bardzo ułatwia ostateczne porzucenie łóżka w dzień i powrót do normalnego trybu życia, i do wyrównania doznanych podczas porodu uszkodzeń.

(Streszczenie własne)

Kol. Orłowski W. mówi, iż leczenie w łóżku w ostrem zapaleniu nerek powoduje przekrwienie ich zgodnie z prawem Marath-Dæstra, wprowadzając nietylko wzmogoną ilość moczu, lecz jak wykazują doświadczenia Debreffa również ilościowy wzrost mocznika, fosforanów i siarczanów w moczu. Wreszcie leżenie w łóżku oszczędzająco działa na serce, którego stan ma duże znaczenie w zapaleniu nerek.

Kol. Tuchencler A. Ideałem naszego postępowania leczniczego zawsze było, jest i będzie zadośćuczynienie wskazanom przyczynowym, ale niestety, rzadko kiedy udaje się nam

wypełnić te wymagania, płynące z *indicatio causalis*. Chirurdzy są pod tym względem w szczęśliwym położeniu, kiedy wypada im wyciąć chory wyrostek, owrzodzenie żołądka lub woreczek żółciowy, wypełniony kamieniami. My terapeuci zmuszeni jesteśmy w licznych przewlekłych cierpieniach ograniczyć się do oszczędzania danego narządu lub jego czynności za pomocą dostarczenia temu narządowi spokoju przede wszystkim, a to najpewniej osiągamy przez zastosowanie leżenia w łóżku. Większość dolegliwości i objawów u chorego — to rezultat rozmaitych bodźców życiowych, które dają się usunąć przez leżenie w łóżku. Że tak jest, mamy na to moc przykładów z naszej codziennej praktyki no i cały szereg dowodów teoretycznych.

Tuchendler przytacza przykłady z praktyki wyleczenia przewlekłych wrzodów żołądka i dwunastnicy (przypadków z niyszami) jedynie za pomocą długiego leżenia w łóżku.

I wielkim błędem lekarskim jest zaniedbanie tego środka — jako ważnej metody leczniczej.

Kol. Bronowski ma tedy zupełną rację, że przypomina nam ją w swoim dzisiejszym odczycie.

(Streszczenie własne).

Kol. Gluzinski A. pochwała wysiłek prelegenta, który zechciał przypomnieć, że należy pamiętać o metodzie leczniczej, jaką jest leżenie w łóżku. Mówca zastanawia się dalej nad szkodliwością zbyt długiego leżenia. Przytacza przypadek zakrzepów poporodowych, które dotąd trwały, dopóki chora nie opuściła łóżka. Ułożenie i położenie chorego w łóżku również odgrywa rolę. Mówca podaje jeden przypadek ze swej praktyki, w którym chora, pozostająca przed porodem stale w łóżku w pozycji na wznak doszła do niezwykłych obrzęków i przestała oddawać mocz. Mówca zdecydował wówczas, aby chorą ułożono na brzuchu. Obrzęki ustąpiły, prawie natychmiast, mocz zaczął obficie odchodzić. W zaskrzepach poporodowych chorą należało przez pierwsze 6 tygodni pozostawić w łóżku, aby nastąpiła konsolidacja skrzepu.

Kol. Grott J. W odczycie swym prelegent poruszył znaczenie leżenia w łóżku, jako głównej metody leczenia, a mimochodem tylko dotknął leżenia jako środka pomocniczego w innych metodach leczniczych. Tymczasem codzienna obserwacja wykazała, że cały szereg zabiegów leczniczych tylko wtedy przynosi pożądane skutki, gdy się ją łączy z krótkotrwałym położeniem chorego do łóżka choćby tylko na 1 — 2 godz.

W pierwszym rzędzie do tego rodzaju zabiegów należy zaliczyć wszelkiego rodzaju kąpiele. Chory bardzo często po kąpielu otrzymanej ambulatoryjnie nie leży, albo dlatego że niema gdzie, albo też dlatego, że nie wie o tem, gdyż lekarz nie wytłumaczył mu tego należycie.

Bardzo często nienormalne pod tym względem warunki spotykamy w naszych uzdrowiskach, gdzie szczególnie po kąpielach borowinowych, wskutek braku odpowiednich urządzeń oraz braku odpowiedniego pouczenia chorych, niejednokrotnie lekarz i uzdro-

wisko sami niechcący niweczą korzystne działanie, jakie bezwątpienia powoduje kąpiel borowinowa połączona z leżeniem.

Rozszerzenie ram odczytu w druku i bardziej mocne podkreślenie przez prelegenta znaczenia leżenia w łóżku nie tylko jako metody leczniczej głównej, lecz przede wszystkim dodatkowej, należałoby powitać jako rzecz wielce pożyteczną (streszcz. wł.).

Kol. Bronowski dawał odpowiedzi mówcom.

VII) Kol. Dąbrowski K. i Glass M. Gruźlica płuc a ciąża.

Prelegenci po ogólnem rozpatrzeniu powyższego zagadnienia, podają 45 przypadków gruźlicy płuc, oraz współistniejących ciąży, na zasadzie których dochodzą do następujących wniosków:

1. Ciąża bezwzględnie wywiera wpływ ujemny na przebieg jawnej i czynnej gruźlicy płuc, i wpływ ten jest tem większy, im bardziej jest rozwinięte cierpienie.

2. Przypadki gruźlicy wyleczonej lub utajonej, bez objawów ogólnych i bez prątków Kocha, w płwocinie, aczkolwiek mogą czasem pod wpływem ciąży ulec pogorszeniu — są jednak rzadkie. Przerywanie ciąży w tych razach jest niewłaściwe i nie powinno być przeprowadzane.

3. W okresie początkowym gruźlicy płuc, winno być przeprowadzone poronienie, niezależnie od tego, czy sprawa jest umiejscowiona, czy ma charakter postępujący, przyczem zespół objawów ogólnych czynnościowych i fizykalnych, świadczący o sprawie gruźliczej czynnej wraz z konieczną obecnością prątków w płwocinie, będzie jedyną, dostateczną podstawą do przerywania ciąży, które winno być przedsięwzięte przed upływem 3-ch miesięcy jej trwania.

4. Każdy przypadek gruźlicy rozwiniętej winien być rozpatrzony indywidualnie. Przypadki z przeważającymi zmianami włóknistymi, jak również włóknisto-serowate, które do pojawienia się ciąży były umiejscowione, względnie postępowywały przewlekłe, będą się również nadawały do zabiegu. W tych zaś przypadkach, które, przed ciążą, w ciągu dłuższego czasu ostro postępowywały, przedstawiając rokowanie złe, nie należy przerywać ciąży w interesie dziecka.

5. W przypadkach gruźlicy wyniszczającej, przeprowadzone poronienie nie wiele będzie mogło zdziałać, wobec tego troska nasza winna być skierowana do otrzymania zdrowego potomka.

6. Jeśli matka, pomimo, iż cierpienie płucne daje wskazanie do przerywania ciąży, na zabieg powyższy się nie zgadza, pragnąc mieć dziecko, wówczas należy ją umieścić w jaknajlepszym warunkach zdrowotnych i uczynić dla niej wszystko, co może wpłynąć dodatnio na polepszenie stanu zdrowia i na rokowanie.

7. Śmiertelność dzieci matek gruźliczych, można w przybliżeniu określić na 60%.

8. Należy zapobiec zakażeniu dziecka, przez odłączenie go od chorej matki.

9. Karmienie winno być cierpiącej matce bezwzględnie zakazane.

(streszcz. wł.).

W dyskusji Kol. Bronowski Szc. podkreśla, że ponieważ dotąd nie zostało w nauce ustalone, w jakim stopniu cięża wpływa na rozwój sprawy gruźliczej i w jakich warunkach, przeto posiłkuje się swoim doświadczeniem, a mianowicie: w przypadkach gruźlicy czynnej stanowczo doradza sztuczne poronienie, o ile chora daje gwarancję, że po dokonaniu zabiegu będzie się nadal leczyła i secundo o ile nie będzie uprawiała sztucznego przerywania ciąży stale co kilka miesięcy.

(strzeszcz. wł.)

Kol. Wertenstein zwraca uwagę, że skuteczne przerwanie ciąży nie jest zabiegiem niewinnym nawet wtedy, gdy wykonane jest w najidealniejszych warunkach aseptycznych i przeszła bez żadnych powikłań. Spostrzegamy bowiem po niem bardzo poważne zaburzenia czynnościowe (bez zmian anatomo patologicznych) narządów płciowych, jako to: czasowa lub zupełna amenorrhoea, dłuższa lub zupełna bezpłodność, albo samoistne poronienia, z drugiej znów strony nieprawidłowe częste miesiączkowanie, nadmierne utraty krwi (menorrhagia), kataru macicy i t. d.

Należy także liczyć się z psychiką ciężarnej, dotkniętej gruźlicą czynną, ale pragnącej zostać matką. Taka i cięższą formę gruźlicy lepiej zniesie, niż lżej chora, a czująca się wskutek ciąży nieszczęśliwą i pełną troski. Dostosowanie jednak dla tej kategorii ciężarnych znośnych warunków życia, zachowa niejedno życie ludzkie, bez uciekania się do sztucznego poronienia.

(streszcz. wł.).

Kol. Chmielewski J. uważa tezy prelegenta naogół za słuszne. W rokowaniu u chorej na gruźlicę w okresie ciąży należy uwzględnić stanowisko społeczne, warunki życiowe, stan majątkowy, gdyż inny przebieg będzie u kobiety, znajdującej się w dobrych warunkach materialnych, inny zaś u robotnicy, obciążonej liczną rodziną, zmuszoną do ciężkiej pracy. Statystyka Forstnera, która zrobiła tak silne wrażenie na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwgruźliczym, nie jest bez zarzutu i ma mniejszą doniosłość, niż to się pierwotnie wydawało. Nie można zgodzić się prelegentem, że dla przerywania ciąży niezbędną jest obecność laseczników Kocha w płwocinie. Często choroby z wyraźną gruźlicą płuc w ciągu pierwszych miesięcy płwociny nie oddają, winnych przypadkach wielokrotne badanie płwociny laseczników nie wykrywa. Laseczniki często zjawiają się i znikają okresowo. W ciągu 1 — 2 miesięcy, które ma lekarz dla przerywania ciąży można ich nie znaleźć, gdy stan ogólny, dane fizykalne, Rentgen nie pozostawiają wątpliwości co do istoty choroby.

(streszczenie własne).

Kol. Orłowski W. Rok temu, mianowicie 24 marca 1927 roku miałem zaszczyt przedstawić na posiedzeniu Warsz. Tow.

Ginekologicznego wskazania do przerwania ciąży ze stanowiska medycyny wewnętrznej. Udzieliłem wtedy dużo uwagi i krytycznie oświetliłem wszystkie dane, przytaczane na dowód szkodliwego działania ciąży na gruźlicę. Wykazałem, że dane statystyczne, na których opiera się to zapatrywanie, nie wytrzymują krytyki naukowej. Materiał statystyczny jest przede wszystkim przeważnie zbyt szczupły, ponadto nie czyni zadość wymaganiom dokładnego spostrzegania. Istotnie nie można wysuwać żadnych wniosków ze statystyki, operującej przypadkami, w których ciążę przzerwano odrazu, gdy się rozpoznało gruźlicę, zwłaszcza, gdy przerwanie ciąży wykonano we wczesnym okresie ciąży, wiadomo bowiem, że gruźlica sama przez się i bez przerwania ciąży może dać w dalszym przebiegu poprawę i nawet przejść w stan nieczynny. Dotychczas nikt nie udowodnił dodatniego wpływu przerwania ciąży na przebieg gruźlicy. Przytaczają na dowód szkodliwego działania ciąży na gruźlicę, fakt częstego wybuchu gruźlicy podczas pierwszej ciąży. Jeżeli jednak przypomnimy, że mamy tu do czynienia przeważnie z kobietami w wieku, który nie daleko odbiega od okresu dojrzewania płciowego, a w tym wieku gruźlica często ujawnia się i bez ciąży, to siła dowodząca tego faktu staje się wątpliwą. Bez znaczenia dla naszego zagadnienia jest również fakt, że gruźlicę płuc spostrzega się rzadko wśród wieloródek, znaczna bowiem ilość chorych na gruźlicę płuc umiera i bez ciąży w ciągu paru lat i od samej gruźlicy. Spostrzeżenia poszczególnych przypadków gruźlicy w okresie ciąży również nie rozwiązują zagadnienia, ciąża bowiem trwa 10 miesięcy, a wiemy przecież, że w tak długim okresie gruźlica wykazuje i sama przez się pogorszenia i poprawy. Do rozstrzygnięcia zagadnienia, czy ciąża wywiera wpływ szkodliwy na gruźlicę, trzeba przeprowadzić badania na materiale obfitym, należącym do jednej warstwy społecznej, a obejmującym chore na gruźlicę, które zachodziły w ciążę, obok chorych, które w ciążę nie zachodziły. Wielką zasługą Forstnera stanowi zebranie właśnie takiego materiału. Dowiódł on, że ciąża sama przez się nie pogarsza gruźlicy. Zarzut uczyniony przez prelegenta, że statystyka Forstnera niema dla nas znaczenia, bo dotyczy narodu żyjącego wśród warunków, bez porównania lepszych, niż nasze nie jest słuszny, bo przecież obydwie grupy kobiet Forstnera znajdowały się w warunkach jednakowych. Dane Forstnera mają dla nas doniosłe znaczenie i dlatego, że wykazują, że odpowiednim postępowaniem można zniwelować szkodliwy wpływ porodu. Obowiązkiem Tow. Lekarskiego Warszawskiego jest podkreślić dla rządu i społeczeństwa prawidłową drogę postępowania w rozwiązaniu zagadnienia ciąży u kobiet gruźliczych przez odpowiednie ustawodawstwo społeczne i przeciwstawić się postępowaniu bez wątpienia łatwiejszemu mianowicie: przerywaniu ciąży. W końcu przemówienia mówca skreśla wskazania do przerwania ciąży u kobiet gruźliczych tak, jak je ujął w Tow. Warsz. Ginekologicznem.

(streszcz. wł.)

Kol. Sobieszczanski w gruźlicy ciężarnych na podstawie pewnych wskazań doradza się poronienie, jako zabieg nieszkodliwy, lecz, że zabieg ten nie jest niewinny pouczają dane statystyczne.

Wiec Crede-Hoerder (100 przypadków) przytacza po poronieniu u gruźliczych 19% śmierci i 33% pogorszeń.

Scherer u 72 chorych po poronieniu notuje 64% pogorszeń, u 31 chorych bez poronienia 9,7% pogorszeń.

Warto się nad tem zastanowić, gdyż są to liczby autorów niemieckich, a w Niemczech naogół znacznie liberalniej patrzy się na poronienie, niż u francuzów.

Przypisać to należy mniejszemu znacznie przyrostowi ludności we Francji, bowiem:

gdy w Niemczech	w 1905 r.	przyrost wynosił	910.000
	" 1928 r.	" "	491.000
			J. Wolf.
we Francji	" 1905 r.	" "	380.000
	" 1926 r.	" "	tylko 53.000

(Streszcz. wł.).

Kol. Gromadzki H. zaznacza, że z punktu widzenia położnika z wielką radością powitać może zdanie referenta w sprawie wzajemnego ustosunkowania się ciąży i gruźlicy płuc, a nadewszystko w sprawie istotnej konieczności przerywania ciąży wobec współistniejącej gruźlicy płuc. Zdanie to wypowiedziane zresztą w może bardziej stanowczej formie przez prof. Orłowskiego na jednym z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego jest wyrazem wieloletnich dążeń położników do ograniczenia wskazań lekarskich do poronień sztucznych. Przerwanie ciąży jest zabiegiem ciężkim i bardzo niebezpiecznym wbrew twierdzeniu tych, którzy przerywają ciążę z lekkim sercem. Jako zabieg ciężki, operacja przerywania ciąży winna być stosowana nader względnie i tylko tam, gdzie chodzi istotnie o ratowanie zagrożonego życia, jeżeli są rzeczywiście widoki, że ratunek ten jest możliwy. Co się tyczy wielokrotnie podtrzymwanego zdania, że przerywanie operacyjne ciąży jest mniej niebezpieczne w pierwszych trzech miesiącach jej rozwoju, niż później, to zdaniem Gromadzkiego jest to pogląd niesłuszny. Ciążę można przerwać w każdej chwili jej rozwoju, z jednakowem m. w. ryzykiem, trzeba tylko w odpowiednich okresach jej rozwoju stosować odpowiednie metody operacyjne. Bowiem skrobanie po uprzednim rozszerzeniu kanału szyi do trzeciego miesiąca ciąży, dające się stosunkowo łatwo wykonać wprawnemu operatorowi, może być dla niego niewykonalne w późniejszych okresach ciąży. Hysterotomia vaginalis anterior podług Dührsona usuwa w znacznym stopniu niebezpieczeństwo rozszerzenia kanału szyi zapomocą rozszerzaczy Hegara, lub zakładania bougies wobec ciąży zaawansowanej.

W odpowiedzi kol. Chmielewskiemu, Gromadzki podnosi, że dowodem ciężkości i nieobliczalności zabiegów ope-

racyjnych, zdążających do przerwania ciąży może posłużyć fakt, że nawet najbardziej wprawni operatorowie nie są w stanie ręczyć za to, czy podczas operacji nie przebiją ściany macicy i nie spowodują tem samem ciężkich powikłań do zejść śmiertelnych włącznie. Fakty takich perforacyj nie są odosobnione i winny w zupełności wystarczyć na potwierdzenie słuszności zapatrywania na sprawę ciężkości i nieobliczalności sztucznego poronienia.

Słuszne żądanie referenta, żeby przerywanie ciąży wobec gruźlicy płuc było podejmowane po odpowiedniej obserwacji klinicznej, jest zdaniem Gromadzkiego w warunkach warszawskich niewykonalne. To samo się tyczy propozycji kol. Dąbrowskiego w sprawie gromadzenia materiału statystycznego z tego zakresu. Przypadki, w których istotnie zachodzi potrzeba przerwania ciąży z powodu gruźlicy płuc są nader rzadkie. W większości przypadków po dokonanej obserwacji klinicznej wypada odrzucić konieczność interwencji operacyjnej. Ponieważ w liczbie kobiet zgłaszających się do przerwania ciąży z powodu gruźlicy płuc jest dużo takich, które chcą pozbyć się ciąży za wszelką cenę, a gruźlicę płuc traktują jako pokrywkę sankcjonującą przerwanie ciąży, nie udają się one tam, gdzie sprawa będzie dokładnie i wszechstronnie oceniona przez obserwację, ale wolą iść do instytucji, gdzie sprawa zasadniczo bywa rozstrzygana bez obserwacji, tylko na zasadzie jednorazowych, ale komisyjnych oględzin.

Kol. Chmielowski: Wbrew temu, co powiedział przedmówca ginekolog, zdaje się, że w Warszawie, szczególnie w praktyce prywatnej stosuje się aborcum arteficialem largamannu, jak gdyby był to zabieg lekki. Nie można się zgodzić z tem, że ocena społeczna, t. j. warunków życia i otoczenia kobiety ciężarnej nie należy do lekarza, nie jest rzeczą nauki lekarskiej i że lekarz niema nawet środków do sprawdzenia słów pacjentki. I przychodnie przeciwgruźlicze, i ambulatorja Kasy Choryck środki te posiadają. Wszak lekarz przy rokowaniu i ustaleniu leczenia chorego na gościec lub dnę uwzględnia warunki bytowania i możliwości ekonomiczne chorego i dostosowuje do nich swoje zlecenia oraz uzależnia rokowanie; dlaczego więc niema tego robić u kobiety chorej na gruźlicę? Kuracja kliniczna zająbia się o kwestję społeczną. Zamiast wykonywania poronień, naukowo uzasadnionych, lepsze byłoby zapobieganie ciąży i lekarz ma prawo dawać odpowiednie wskazówki. Sprawa ta staje się aktualną na zachodzie i prędko stanie się palącą i u nas.

(Streszcz. wł.).

Kol. Dąbrowski K. dawał odpowiedzi i wyjaśnienia mówcom.

Prezes: **K. Zieliński.**

Klemens Gerner
Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO**z dnia 8 maja 1928 r.**Przewodniczący Prezes T-wa **Kazimierz Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 28. Wprowadzonych gości 24.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 24 kwietnia 1928 r.

II. Prezes odczytuje podziękowanie od prof. Kiroffa za wyrazy współczucia, przesłane przez Zarząd Towarzystwa na ręce prof. Kiroffa dla Bułgarii z powodu trzęsienia ziemi; od profesorów Syllaby i Kiroffa podziękowanie za przyznanie im tytułu członków honorowych T-wa; podziękowanie od komitetu uczczenia pamięci Mecenasa A. Osuchowskiego za przesłane ofiary T-wa w kwocie 145 zł.

III. Prezes przedstawił opinię T-wa w sprawie zakładu wodociągowego dla Pragi. We wrześniu r. z. do Zarządu T-wa naszego zwrócił się inż. technolog L. Gembarzewski, przysyłając odbitkę swej pracy, ogłoszonej w Przeglądzie Technicznym (Nr. 36 z. r. 1927). Sprawa ta dla Pragi jest bardzo ważną, bo wszyscy w pamięci jeszcze mamy rok 1915, kiedy to w miesiącu sierpniu, jednej nocy Praga znalazła się bez gazu, światła elektrycznego, tramwajów i t. p. Dzięki tylko usilnym zabiegom ówczesnego prezesa Komitetu Obywatelskiego dla przedmieścia Pragi Dr. med. Jana Gromadzkiego, który pod gradem odłamków wysadzanych mostów nad ranem, formalnie wyzebrał u odstępujących moskali, aby nie niszczyli jedynej studni artezyjskiej w gmachu monopolu na Pradze, (ze studnią tą był połączony jeszcze wcześniej, staraniem komitetu, wodociąg praski) i dzięki tym tylko staraniom Praga miała na dolnych piętrach trochę wody artezyjskiej.

To też poczynania Magistratu w celu zaopatrzenia Pragi we własną wodę należy powitać z wielkim uznaniem i życzeniem, aby ta woda była dobrą i jaknajrychlej przeprowadzoną. Zarząd po otrzymaniu wyżej wzmiankowanego artykułu inż. Gembarzewskiego wyłonił komisję, składającą się z Prezesa Towarzystwa Higjenicznego dr. Polaka, z bakterjologa wodociągów miejskich, D-ra A. Żurakowskiego i z obecnego prezesa, a wówczas wice-prezesa naszego Towarzystwa Dr. K. Zielińskiego. Komisja ta po wszechstronnem zbadaniu tej kwestji i wysłuchaniu szeregu debat nad tą kwestją, przeprowadzonych w Towarzystwie Higjenicznem, przy udziale rzeczoznawców inżynierów, doszła do wniosków konkretnych i sporządziła w tej sprawie protokół oraz obecnie prosi zebranie Towarzystwa o przyjęcie tego protokołu. Protokół opiewa, jak następuje:

Komisja wybrana przez Zarząd Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w celu zbadania kwestji „Zaopatrywania Pragi w wodę do picia“ po zaznajomieniu się z artykułem inż. L. G e m b a r z e w s k i e g o: „W sprawie zakładu wodociągowego dla przedmieścia Pragi w Warszawie“, oraz z obradami w tej sprawie w Warszawskim Tow. Higjenicznem na posiedzeniu Wydziału Inżynierji sanitarnej W. T. H. (w dniu 20 stycznia 1928 r.), zarówno jak i na posiedzeniu w Towarzystwie Techników (U. Z. U. P.), doszła do wniosków następujących:

1. Jest rzeczą pierwszorzędną wagi, aby Praga co do zaopatrywania w wodę została uniezależnioną od Warszawy.

2. Woda w wybudowanej już t. zw. studni goćławskiej — jako zawierająca żelazo i mangan i niezabezpieczona od zanieczyszczenia wodami zaskórnymi, w chwili obecnej nie nadaje się do użytku.

3. Jest rzeczą niezmiernie wagi, aby tempo robót mających na celu zaopatrzenie Pragi w dobrą wodę, było znacznie przyspieszone, chociażby ze względu na to, że Praga dzisiaj ma mniej wody warszawskiej, aniżeli przed wojną wszechświatową, bo jedna z rur pod mostem Kierbedzia nie została od czasu wojny naprawioną.

4. Wobec tego, że doświadczenie wykazało, iż woda ze studni artezyjskiej na Pradze (w gmachu monopolowym przy ul. Żąbkowskiej) odpowiada wszystkim wymaganiom, należałoby zwrócić uwagę na ten, a nie inny sposób zaopatrywania Pragi w wodę.

5. W razie ujemnego wyniku wierceń głębokich w różnych częściach Pragi należałoby zwrócić się do wody z Wisły z zastosowaniem oczyszczania, odpowiadającego ostatnim wymaganiom wiedzy.

Podpisane (—) *Józef Polak*

(—) *Kazimierz Zieliński*

(—) *Aleksander Żurkowski*

Warszawa, dnia 12 marca 1928 r.

IV. Sekretarz Stały T-wa zakomunikował o zgonie członków T-wa ś. p. D-rów.: P i a s z c z y Ń s k i e g o i D u d r e w i c z a. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie z miejsc.

V. Kol. Grott J. Glikemja w ostrych chorobach zakaźnych. U 60 chorych gorączkujących z powodu różnych chorób zakaźnych, autor zbadał zachowanie się cukru we krwi na czczo, oraz co godzinę w ciągu trzech godzin licząc od chwili spożycia 50 gr. glukozy. Na podstawie swych badań autor doszedł do następujących wniosków:

1. Zgodnie z pracami innych badaczy, w ostrych chorobach zakaźnych zawsze mamy zaburzenia w przemianie węglowodanowej; stopień tych zaburzeń zależy przede wszystkim od ciężkości choroby;

2. Prawidłowy poziom cukru we krwi naczczo, bynajmniej nie dowodzi braku zaburzeń w przemianie węglowodanowej;

3. W ocenie stopnia odchyień przemiany węglowodanowej od normy, nie można opierać się na danych badaniach cukru jedynie naczczo. Konieczne i zupełne wystarczające jest zbadanie glikemji po 1, 2 i 3 godzinach, licząc od chwili podania doustnie, na czczo 50 gr. glukozy.

5. W okresie zdrowienia szybkość powrotu krzywej cukru we krwi do normy zależy od ciężkości przebytej choroby; w tym okresie o przywróceniu równowagi w ustroju w przemianie węglowodanów stanowi szybkość powrotu krzywej cukru we krwi do normy.

6. Badania systematyczne krzywej glikemji w okresie zdrowienia wykazują, że stałe opóźnianie się powrotu krzywej cukru we krwi do normy stanowi dowód zmniejszonej wydolności przemiany węglowodanowej.

7. O pogarszaniu się przemiany węglowodanowej stanowi wzrost glikemji oraz opóźniony powrót krzywej cukru we krwi do normy, natomiast o poprawie świadczy zmniejszenie glikemji oraz szybszy spadek tej krzywej do poziomu cukru we krwi naczczo. Dyskusji nad referatem nie było, natomiast prezes podniósł wyjątkowe bogactwo zbadanych przypadków oraz ogrom trudu, jaki prelegent włożył w opracowanie tematu.

VI) Kol. Leśniowski St. (junior). Przypadek polimyozitis (z pokazem). We wstępie autor omawia historję, etiologję, przebieg kliniczny oraz poszczególne postaci polimyozitis primaria podnosząc trudności rozpoznawcze w przypadkach przewlekłych. Następnie przedstawia 11-letnią chorą, która przed dwoma laty po parodniowym niedomaganiu dostała silnej gorączki, bólów w kończynach dolnych i okolicy łądźwiowo-krzyżowej, obrzmienia podudzi i plamistych wykwitów skórnych. Stan chorej po paru dniach poprawił się, jednak chora miała nadal stany podgorączkowe, chudła, co pewien czas występowało wzniesienie ciepłoty, obostrenie bólów i powoli rozwijały się przykurcze w kończ. dol. Przed rokiem wśród gorączki pojawiły się bóle i obrzmienia także w kończ. g., poczem w nich również wystąpiły przykurcze. Przedmiotowo grudzień 1927: bardzo wyniszczona, stan podgorączkowy, narządy wewnętrzne bez zmiany, B. W. we krwi i w płynie m. rdz, zresztą prawidłowym, ujemny. Posiew krwi ujemny. Skóra sucha, hyperkeratyczna, tkanka podskórna pogrubiała i zbitsza, na powierzchniach przyprostnych stawów kolanowych, łokciowych, śródrečno-członeczkowych i członeczkowych bliznki zaróżowione. Na głowie głębsze blizny w związku z przebyłą pyodermją. Kyphoza łądźwiowej części kręgosłupa, nieruchomego przy ruchu w następstwie przykurczu długich prostowników grzbietu. Stawy bez zmian; na roentgenogramie kości długich, zresztą bardzo bolesnych na ucisk, zmiany

podobne do obrazu w gnilcu po wyleczeniu krwawień śródkostnych. W mięśniach przykurcze różnego stopnia przywodziciele ramion, zginaczy przedramion, rąk i palców oraz zginaczy i przywodziciele ud i mięśni podudzi, stóp i palców. Przykurcze warunkują ułożenie odcinków kończyn, ograniczenie wychyleń ruchów, zresztą siła mięśniowa jest niewiele upośledzona. Wyraźniejsze zaniki w mięśniach naramiennych i podgrzebieniowych, kłębach, kciuków, w długich prostownikach grzbietu i pośladkach. W stanie nerwowym brak zmian z wyjątkiem wtórnego braku odr. kolanowych. W wyciętym kawałku mięśnia znaleziono zmiany, odpowiadające polymyositis interstitialis chronica, w skórze zmian mikroskopowych nie wykazano, jakkolwiek udział jej w procesie chorobowym jest niewątpliwy. Leczenie polegało zrazu na nieswoistej proteinoterapii, następnie duże dawki salicylu, obecnie prowadzimy leczenie szczepionką Pondorfa. Chora znacznie się poprawiła i poprawa stale postępuje od 2 miesięcy.

W przypadku przedstawionym rozpoznanie dermatomyositis jest pewne; autor zwraca uwagę na niewątpliwe oznaki zajęcia również okostnej, przeto liczyć się należy z tem czy nie mamy przed sobą polydermatomyositis.

(Streszcz. wł.).

VII. Kol. Tyczka. Padauczka Jacksonowska wskutek ograniczonej sprawy zapalnej oponowokorowej (z pokazem).

Prelegent przedstawia chorą l. 26, która w 13-ym roku życia podczas przebiegu duru brzuszego straciła na 3 tygodnie władzę w k. g. prawej, w 1925 r. chora zauważyła w okolicy pachy lewej guzek wielkości orzecha włoskiego, który zropiał. W 1927 r. podobne guziki pojawiły się w okolicy pachy i szyi, po stronie prawej. Od 1926 r. często gorączkuje. Przed rokiem pojawiły się napady Jacksonowskie prawostronne, zaczynające się od skurczów klonicznych mięśni barku prawego i zaciskania palców ręki tej strony. Zrazu napady powstawały 1 raz na tydzień, po preparatach bromowych i luminalu co 3 — 4 tygodnie. W stanie wewnętrznym u chorej z konstytucją hypoplastyczno-eunuchoidalną stwierdzono zmiany w osierdziu, otrzewnej, stale stan podgorączkowy obok powiększonych, twardych gruczołów na szyi i karku. Natomiast w stanie nerwowym brak przekonywujących zmian, poza objawami zapalnymi w cieczy m.-rdz. Rentgenogramy poddmowe wykazały, że komora boczna lewa jest większa i że nad korą po tej stronie, jest więcej powietrza.

Prelegent odnosi zmiany w gruczołach, otrzewnej, osierdziu i stały stan podgorączkowy do gruźlicy. O ile chodzi o zespół neurologiczny, to zależy on od blizny popalnej oponowomózgowej na co wskazują: zdjęcia poddmowe, charakter zapalny cieczy m. rdz., nie postępowanie sprawy i brak ogólnych obja-

wów guza. W dalszym ciągu prelegent zaznacza, że gdyby się chciało uzależnić zmiany w gruczołach, narządach wewnętrznych i układzie nerwowym od wspólnego podłoża gruczołowego, to należałoby przypuścić, że powodem ogniska oponowo-mózgowego jest albo ograniczone zapalenie opon natury toksycznej, albo gruzełek pojedynczy, albo wreszcie ograniczone zapalenie oponowo-mózgowe gruczołowe. Łagodny przebieg cierpienia, brak prątków Kocha w cieczy m. rdz. i ujemny wynik szczepienia świnki morskiej, zniewalają raczej do przyjęcia przypuszczenia że źródłem ogniska oponowo-mózgowego było zakażenie durowe powikłane wówczas bezwładem prawej k. g. Późne wystąpienie napadów padaczkowych Jacksonowskich tłumaczy sobie prelegent aktywowaniem, pozostałego po durze, ogniska bliznowatego przez toksyny gruczołowe.

VIII) Kol. Stępień. a) Padaczka Jacksonowska u chorej z ogniskiem oponowo-korowym pozapalnym (z pokazem).

Przypadek dotyczy 24-letniej chorej, która przybyła do kliniki z powodu napadów padaczki Jacksona. Chora dziecinnie nieobciążona, do 14-go r. życia zawsze zdrowa. W 14-ym r. życia przechodziła tyfus brzuszny, miała zaburzenia psychiczne i prawdopodobnie przejściową afazję. Przed 2-ma laty odbyła poród, a w 3 miesiące po porodzie, po nadużyciu alkoholu, przez 2 tygodnie miała bóle głowy, nudności i musiała leżeć, a po następnych 3 miesiącach wystąpił pierwszy napad, polegający na drętwieniu prawej ręki, szarpaniu żuchwy i prawej połowy twarzy, a od tego czasu w pewnych chwilach nie mogła nazwać przedmiotów właściwie, miewała absences na ulicy. W tym czasie zaszła drugi raz w ciążę. W 2 tygodnie po tym porodzie t. j. przed 7 miesiącami, dostała znowu napadu, tym razem z utratą przytomności, pianą na ustach i moczeniem, po napadzie senność. Tego samego dnia miała 10 podobnych napadów, a po dwóch tygodniach paury znowu serję złożoną z 8 napadów. Od tego czasu chora miewa napadowe drętwienie twarzy, w żuchwie i dźwiękach z niemożnością mówienia, palenie w prawej ręce, a w pewnych chwilach uczucie obrzmiewania wszystkich członków.

Przed 2-ma miesiącami zaszła znowu w ciążę.

Przedmiotowo stwierdza się: lekkie skrzywienie boczne kręgosłupa, nierówność źrenic, oddziaływanie na światło i przystosowanie sprawne, minimalne upośledzenie siły ucisku prawej ręki, brak obustronny odruchów brzusznych, pozatem w stanie neurologicznym nic szczególnego. Na rentgenogramach poodmowych widoczne niewielkie wodogłowie, asymetria komór. lewa komora jest większa, jej zewnętrzny kąt zaokrąglony. W przypadku tym mamy więc do czynienia z padaczką czuciowo-ruchową, dla której przyjąć należy zmianę organiczną w ośrodkach dla ręki i twarzy. Guz należy wykluczyć z powodu braku objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, a przedewszystkiem obrazu rentgenologicznego po odmie, który w takim razie musiałby wykazać zwiększenie komory bocznej strony chorej. Rozszerzenie zaś komory

jest typowe dla zbliznowaceń pozapalnych. W wywiadach stwierdzamy ciężki epizod mózgowy w czasie duru brzuszego. Należy więc przypuszczać, że obok rozlanych zmian toksyczno-zakaźnych całego mózgowia, dotknięta była wówczas stanem zapalnym okolica ośrodków ruchowych kończyny górnej, twarzy i ośrodek mowy, i że stan ten zakończył się zbliznowaceniem tych obszarów, co znalazło swój wyraz w obrazie podmowym. Ta zmiana anatomiczna, zrazu obojętna dla ustroju, stała się źródłem padaczki pod wpływem szkodliwości późniejszego życia: okresu ciąży-laktacyjnego, i wogóle za częstych ciąż. Czynnikiem podtrzymującym obecne objawy chorej, jest zajście wśród okresu karmienia w nową ciążę. (streszcz. wł.).

b) Padaczka Jacksonowska u chorej ze zwapnieniem w ogniskach, prawdopodobnie pokilakowych (z pokazem).

Przypadek dotyczy 16-letniej chorej z napadami padaczki Jacksonowskiej. W wywiadach brak danych, przemawiających za kiłą u rodziców, W 3-cim i w 6-tym r. życia owrzodzenia na podudziu, na czaszce, w okolicy potylicznej i na szyi. W 2-im r. życia napad drgawek ogólnych, zresztą choroby mózkowej nie przechodziła w dzieciństwie. Od 11-go roku życia do obecnej chwili napady drgawek w kończynie górnej lewej, w twarzy niekiedy i w kończynie dolnej lewej, czasami drgawki ogólne z utratą przytomności, przygrzyzieniem języka i moczeniem.

Objektywnie stwierdza się: blizenki na wargach naokoło kątów ust i nozdrzy, skórną bliznę zwinętą z ubytkiem kostnym w okolicy potylicznej, bliznę zrosniętą z pogrubiałą kością goleńową. W stanie neurologicznym niedorozwój i mierny niedowład ze wzmożeniem odruchów ścięgniostookostnowych i dodatnimi objawami Bab. Ross. po lewej stronie. Wassermann u chorej, rodzeństwa i matki we krwi i w płynie ujemny.

Na rentgenogramach czaszki widać zwapnienia w prawej półkuli. Jedno wielkości mandarynki w płacie potylicznym łączy się poprzez oponę twardą z wymienionym już ubytkiem kostnym, drugie w okolicy zwoju środkowego, podłużnie ustosunkowujące się do twardówki i kości, trzecie wolno leżące w głębi płata potylicznego.

Na zdjęciach podmowych widoczny jest hydrocephalus prawej komory

Należy przypuszczać, mimo ujemnych wywiadów co do kiły rodziców i ujemnego wyniku próby B.-W., że ogniska zwapniałe odpowiadają zwapnieniom w samoistnie wyleczonych kilakach u dziewczyny z kiłą wrodzoną. Dwa kilaki rozwinęły się z kości, przeszły na twardówkę i stąd na miąższ mózgowy, jeden zaś rozwinął się samoistnie w miąższu mózgu.

(streszcz. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **K. Zieliński**

Klemens Gerner

Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO**z dnia 22 maja 1928 r**Przewodniczący prezes T-wa **Kazimierz Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 8. Wprowadzonych gości 24.

I) Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 8 maja 1928 r.

II) Sekretarz stały wygłosił krótkie, lecz serdeczne przemówienie, w którym przypomniał zebranym, iż obecny Prezes T-wa w ostatnich dniach obchodził uroczystość swej czterdziestoletniej pracy w szpitalu Przemienienia Pańskiego. Kol. G l u z i ń s k i, z powodu tej rocznicy złożył życzenia jubilatowi, które znalazły żywy oddźwięk wśród zebranych.

III) Prezes T-wa odczytał list prof. I v k o v i c'a, w którym prof. I v k o v i c' dziękuje za nadanie mu godności członka honorowego Towarzystwa.

IV) Kol. A r e n d R. Z m i ę k n i e n i e k o ś c i a p r z e k w i t a n i e (z pokazem 2-ch przyp.).

Pokaz trzech przypadków zmięknienia kości, które zbiegły się z okresem przekwitania; przyp. I. dotyczy 46-letniej chorej, znajdującej się w okresie przekwitania, u której od $\frac{1}{2}$ roku datują się bóle kostne w żebrach, miednicy, kręgosłupie i w nogach. Przedmiotowo prócz zmiennego odruchu A c h i l l e s a po prawej (rwa kulszowa), jedynie bolesność uciskowa kości o umiejscowieniu typowym dla zmięknienia. We krwi 64% limfocytów. W przyp. II. chodzi o nawrót zmięknienia u 35-letniej chorej, u której jednocześnie pojawiły się zaburzenia menstruacyjne i uderzenia krwi do głowy. W ciągu dwu ciąży przed 15-u i 10-u laty zmięknienie trwające po kilka miesięcy. Od $1\frac{1}{2}$ roku bóle w kościach, zmniejszenie o 4 cm., przybranie 16-u kg. wadze. Przedmiotowo: wybitna bolesność uciskowa kości, przedewszystkiem miednicy, balonowate wypięcie brzucha, niedowład kończyn dolnych, skrócenie odcinka lędźwiowego kręgosłupa z powodu wciśnięcia się kręgosłupa w miednicę. W przyp. III. chodzi o chorą 45-letnią w okresie przekwitaniowym, u której po powrocie z Rosji, skąd przybyła wychudzona do szkieletu, dopiero w $\frac{1}{2}$ roku później w kraju wśród najlepszego wyglądu pojawiły się bóle kostne. Przedmiotowo: podatność uciskowa żeber, przykurcze przywodzicieli ud, niedowład mięśni kończyn dolnych, głównie biodrowych, znaczna bolesność kości o umiejscowieniu typowym dla zwiększenia skrócenia tułowia. Rentgenologiczne odwapnienie kości, zmniejszenie trzonów kręgów grzbietowych, znacznie lędźwiowych i mostki kostne pomiędzy trzonami (przyjęte przez nas, jako sprawa naprawcza wobec istniejącej skłonności do zapadania się miękkich trzonów). Istnieje niewątpliwa łączność pomiędzy zmięknieniem

w przyp. przedstawionych a okresem przekwitaniowym. Skłonni jesteśmy pojmować bóle, tak często występujące w okresie przekwitaniowym (na bóle te zwrócił uwagę Fehling, Leriche nazywa je „pseudorhumatisme par carence“), jako zespół zmięknieniowy. Jest on niejako normalnym zjawiskiem w okresie nerwicy przekwitaniowej, analogiczny do „zmięknienia ciążowego fizjologicznego“ Hanana i jego uczniów. Przypadki zmięknienia przekwitaniowego stają pozornie w rażącej sprzeczności z pojmowaniem zmięknienia, jako nadczynność jajnika, pozornie, gdyż trzebieenie Fehlinga niezawsze powstrzymuje sprawę, przerost zaś gruczołu śródmiąższowego w zmięknieniu, podywany przez Wallarta, R. Sterna i Seitz a, nie jest charakterystyczny, występuje bowiem przed każdym pokwitaniem i w każdej ciąży, od 3-go miesiąca począwszy. Podobnie dawne metropatje, pojmowane dziś jako schorzenie, zależne od nadczynności jajników, występują w tej samej postaci w przekwitaniu tak, że raczej musimy wszystkie te schorzenia pojmować jako dysfunkcję, nie zaś jako hiperfunkcję jajników. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że w zmięknieniu cały szereg innych gruczołów o wydzielaniu wewnątrzem wykazuje zmienioną czynność (warunkującą niekiedy powstanie osteomalacji), to przypadki zmięknienia przekwitaniowego, a więc okresu, w którym fizjologicznie równowaga aparatu wewnątrzwydzielniczego ulega zachwianiu—nie powinny nas zupełnie dziwić.

(streszcz. wł.).

W dyskusji kol. Higier H. uważa za bardzo wskazaną i chwalebłą demonstrację przypadków osteomalacji u nas, gdyż są nierzadkie i zazwyczaj zostają rozpoznane błędnie. Niewątpliwie znaczna liczba osteoartropatji, notowanych u nas w okresie głodowym wojennym, bezpośrednio po obrzękach głodowych, była pochodzenia alimentacyjnego, awitaminowego. Te przypadki zjawiały się jednocześnie z rha chitis tarda u młodzieńców i poprawiły się po tranie z fosforem — Higier opisując je. jeden z pierwszych zwrócił uwagę na ich charakter osteomalacyjny i wyraził przypuszczenie unitaryzmu wczesnej endemji osteomalacji i późnego rachityzmu. Nie jest wyłączone, że endemja osteomalacji, obserwowana wówczas w Galicji, była pochodzenia bakteryjnego, aczkolwiek jadu nie odkryto.

Ostatnia grupa demonstrowana przez Aręnda, niezależna od czynników z zewnątrzpochodnych, jest par excellence natury dokrewnej, przedewszystkiem jajnikowej, a może nawet wielogruczołowej, jak dowodzą liczne objawy ze strony gr. tarczowego, gruczołów przytarczowych i nadnerczy. Na nie przed wielu laty zwracał uwagę Latzko. ostatnio Curschmann. Żałować należy, że kastracja niezawsze pomaga, a organoterapia pozostaje często bezsilna.

Kol. Gluziński przypomina, że on właśnie był jednym z pierwszych, którzy podnieśli, że w stanach klimakterycznych mamy często do czynienia z niedomogą wielogruczołową. Mówca podkreśla znacze-

nie gruczołów przytarczowych i przysadki w przemianie mineralnej ustroju. Mówca nie wierzy w istnienie t. zw. osteomalacji endemicznej. W leczeniu osteomalacji najczęściej pomaga stosowanie fosforu i tranu, rzadziej wyciągu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym.

Kol. A r e n d dodał, że w omawianych przypadkach przetwory jajnikowe nie pomagały, natomiast fosfor i tran wkrótce dały dobre wyniki.

V) Kol. C i ą g l i ń s k i A d a m. O l e c z e n i u b a l n e o l o g i c z n e m w z d r o j o w i s k a c h f r a n c u s k i c h V i c h y i R o y a t.

Vichy i Royat, dwa uzdrowiska wodne, z których pierwsze znane od czasów rzymskich, dziś zwane „królową uzdrowisk wodnych“ — drugie bardzo pokrewne co do pochodzenia wód, do niedawna prawie u nas nieznane, dopiero w ostatnich 25-ciu—30 latach wysunęło się na czoło uzdrowisk wodnych, mających za cel główny leczenie chorób serca i naczyń.

Vichy sławne jest nie tylko swymi wodami, ale może bardziej jeszcze swymi urządzeniami kąpielowymi i wodoleczniczymi.

Cechą wodolecznictwa francuskiego jest, że w porównaniu z wodolecznictwem innych krajów: daje pierwszeństwo w stosowaniu natrysków przed innymi zabiegami wodoleczniczymi. Ale zato wykazuje wielką pomysłowość i różnorodność w sposobie stosowania tych natrysków.

A więc różnorodność pod względem ciśnienia, ciepłoty stosowanej wody, kierunku strumienia wody i czasu stosowania wody. (Natryski o słabem ciśnieniu — douche Caveuse Beni-Barda, natryski o ciśnieniu mocnym, o temperaturze wody wysokiej lub niskiej, stałej lub zmiennej — douche allemande, natryski z góry (rzadko!) poziome i z dołu (douche ascendante, nat. kroczywo lub hemoroidalny, — douche ascendante pour les femmes speciales — n. pochwoy).

Następnie rozróżnić należy natryski, stosowane u chorych, znajdujących się w kąpeli — t. zw. douche sousmarine. Zwykle wtedy temperatura natrysku jest wyższa, niż temperatura kąpeli.

Od kilku lat stosowany jest douche en hamac, podczas którego kobietom, zanurzonym w ciepłej kąpeli na rodzaju hamaku — dość powierzchownie (tylko pośladki i uda), stosuje się przez założony wziernik natrysk 80 — 100 litr. wody o rozmaitej temperaturze i ciśnieniu w ciągu 10-ciu minut. Zabieg b. chwalony.

Wreszcie znany powszechnie masaż pod wodą. Kąpiele wannowe (wanny wysłane prześcieradłem) wydawane są z wody źródlanej ochłodzonej zapomocą zimnej wody źródlanej. Osiąga się przytem łagodzenie zbytniej alkaliczności wody. W sezonie wydaje się od 3.000 do 3.500 kąpeli dziennie. Kąpeli kwasowęglowych naturalnych Vichy nie wydaje. Stuczne są nasycone kw. CO₂ zapomocą gazu, napuszczonego pod ciśnieniem przez rurę, znajdując się na dnie wanny.

Leczenie kąpielami świetlnymi, gorącym powietrzem (ogrz. elektrycznością) według zasad ogólnych.

Ujemną stroną stanowi nie stosowanie podczas tych zabiegów ochraniań głowy i okolicy serca.

Z pośród zabiegów elektrycznych na pierwszym miejscu postawić należy diatermję, którą stosują zawsze w podrażnieniach pęcherzyka żółciowego (Dr. A i m a n d, szef działu elektroterapii).

Mechanoterapia na modłę niemiecką.

Podnieść należy b. staranne wycieranie pacjentów po zabiegach wodnych ogrzewaniami prześcieradłami, dostarczanymi każdemu choremu w ilości aż nadto dostatecznej.

Po kąpeli z gorącego powietrza chory jest okrywany kocami dla dobrego transpirowania (do 7 koców na jedną osobę).

Zato ujemną stroną takiego zabiegu jest wypuszczenie chorego po takim zabiegu bez obmywania go z potu, ochłodzenia skóry, choćby letnim natryskiem.

Wody Vichy są alkaliczne, zawierające w 1 litrze 6.0 grm. dwuwęglanów, w tem 5,0 grm. dwuwęglanu sodowego; źródło jest 14.

Podzielić je można na 3 klasy:

I) Źródła alkaliczne szczerze. Grande Grille (41°), l'Hôpital (31°), Celestins (14,15°).

II) Alkaliczne żelaziste. Sources des Mesdames (16,5°), Puits Lardy (33°), Houterive.

III) Alkaliczne siarczane. Du Pare (23°), Puits Chomel (44°).

Chociaż wody Vichy są wybitnie wodami alkalicznymi, to jednak odczyn ich przy źródle jest słabo kwaśny, dzięki wolnym jonom CO₂; St. pH = 6,5 — 7,2.

Ostatnie badania lekarzy z Vichy, komunikowane na Kongresie międzynarodowym w Lyonie (Gl é n a r d, M a t h i e u d e F o s s e y e t M a n c e a u) wykazały, że nawet w przypadkach alkalozji, umiejętne leczenie wodami Vichy sprowadza powrót do równowagi kwasozasadowej w organizmie, a więc w źródłach Vichy działają nie tylko sole alkaliczne, ale i inne, może w chwili obecnej nie zupełnie dokładnie zbadane pierwiastki.

R O Y A T.

Royat leży w Owernji w departamencie Puy de Doine. Teren skalisty nosi wybitne cechy pochodzenia wulkanicznego: resztki lawy, liczne kratery wygasłych wulkanów! W pobliżu zakładu zdrojowego tak zwana psia grota, w której stale wydziela się CO₂, wypełniający zagłębienie groty do wysokości mniej więcej 1,5 metra. Cechą wód Royat jest bogactwo kwasu węglowego, dlatego też w obecnej fazie działalności, główny kontyngent chorób, leczonych w zakładzie, stanowią choroby serca i naczyń.

Typem leczenia w Royat są kąpiele o wodzie bieżącej, napływającej do wanien wprost ze źródła (kąpiele B), lub też z rezerwoaru, w którym woda przebywała kilka godzin (kąpiel A).

Do kąpeli stosowana jest woda z następujących źródeł:

Eugenji kąp. A. i B.
St. Mart. „ B.
César „ A. i B.

Temperatura źródeł: Eugenji 35,5°, St. Mart 31° i César 28°. Stosuje się albo naturalne, albo też niekiedy z lekkim ogrzewaniem (1° — 2°).

Działanie kąpeli A jest łagodniejsze, nie wywołuje podniesienia parcia krwi, stąd kąpiel A stosowana bywa u chorych ze wzmożonym ciśnieniem. Kąpiele o niższej temperaturze i o większej zawartości CO₂ działają wybitnie na wzmożenie czynności mięśnia sercowego.

Z innych zabiegów, stanowiących cechę leczenia w Royat wymienić można leczenie chorych sercowych z objawami zastojów lub nieżyków w płucach oddychaniem w zamkniętej przestrzeni powietrzem, przesyconem suchą mgłą, otrzymaną z rozbicia na najdrobniejsze cząsteczki wody ze źródła Eugénie — nebulisation. We mgle takiej chorzy przebywają od 1/2 do 1 godzin, przyczem mogą czytać — i okulary ich nie potnieją — odzież nie przemięka.

Ale mgła jest tak silna, że niekiedy nie widać wcale palącej się lampy elektrycznej, wskazującej kierunek ku wyjściu.

Wody Royat są to solanki (Eugénie), zawierające dwuwęglany, a po części żelazo i arsenik (St. Victor) i chlorek lithium (St. Mart.).

Stąd też La Source Eugénie albo Grande Source stosuje się w nieżytach oskrzeli, St. Mart — zwany fontaine des goutteux — w atretyzmie, César — w nieżytach żołądka, a St. Victor w niedokrwistościach. Źródła Vellede b. słabo mineralizowane, hipotoniczne — stosuje się jak naszą Naftusię do przepłókiwania organizmu (l'eau de lavage).

Źródło jest pięć:

Nazwa	Temp.	Zawart. CO ₂ w lit. wody	Minerali- zacja	Wydajność
St. Mart	31°	1,709	4,4741	225.030
St. Victor	20°	1,492	4,7829	30.000
César	28°	1,229	2,8577	34.500
Eugénie	35,5°	0,377	5,623	1,440,000
Vellede	14,5°	—	0,2740	240,000
				1,969,530

Widzimy z tego zestawienia, że największem bogactwem Royat jest obfitość wody i bogactwo jej w CO₂.

VI. Kol. Kramsztyk Stefan. O wodach mineralnych, naturalnych i sztucznych i żelazie aktywnem.

Badania, jakie w ciągu ostatnich dwóch lat były dokonywane przez B a u d i s c h a i W e l o w Instytucie R o c k f e l l e r a oraz F r e s s w i n s a i H a r p u d e r a w W i e s b a d e n i e nad przyczyną „starzenia się” świeżych wód mineralnych, doprowadziły do nowych, a ważnych wyników. Okazało się, że składnikiem, który powoduje szereg własności biologicznych i fizykalno-chemicznych świeżej wody mineralnej, są zawarte w niej nawet i w nader nieznacznej ilości związki żelaza. Związki te znajdują się w wodzie świeżej w postaci chwiejnej „aktywnej”, która podczas starzenia się wody przechodzi w stan stały „nieczynny”.

Badacze amerykańscy poddali te związki „aktywne” żelaza subtelnym badaniom i wykazali, że np. tlenek żelaza ($Fe_2 O_2$), zachowując jeden i ten sam skład chemiczny, może występować w „dwóch postaciach”. „Jedna postać „czynna” ma własności żelazo-magnetyczne, daje odczyn benzydnowy i wywiera wpływ, podobny do wpływu krwi na wzrost bakteryj, druga zaś — nieczynna wszystkich tych własności jest pozbawiona.

B a u d i s c h i V e l o zdołali w dalszym ciągu wykazać, że podczas zastosowania metody interferencyjno-rentgenograficznej postać aktywna $Fe_2 O_2$ przedstawia się w formie cząsteczek o strukturze krystalograficznej sześcienniej; nieaktywna zaś w formie romboedrycznej. Dalszym wynikiem powyższych doświadczeń były próby stwierdzenia działania żelaza aktywnego na ustrój. I oto w ciągu ostatniego roku udało się prof. B i c k e l o w i i jego współpracownikom w Berlinie drogą badania przemiany materji u królików wykazać, że tlenek żelaza, otrzymany sposobem podanym przez B a u d i s c h a, okazuje przede wszystkim wpływ niezmiernie intensywny na przemianę białkową, następnie i na przebieg utleniania tłuszczów i węglowodanów.

Podawanie zwierzętom żelaza aktywnego p e r s e, jak i zawierającej to żelazo wody mineralnej, pociągało za sobą lepsze wykorzystanie pokarmu w kiszkiach, zatrzymanie azotu, ograniczenie utlenienia białka, a także wzmożenie utleniania substancji, niezawierającej azotu.

Pierwsza praca kliniczna o działaniu żelaza aktywnego ukazała się w połowie października r. b, M o l d a w s k y z kliniki prof. C z e r n e g o (Klinische Wochenschrift 1927 r. z dnia 15.X, Nr. 42), stosując żelazo aktywne w niedokrwistościach niemowląt, noworodków i to często w formie, wobec której medycyna była dotychczas bezradna, otrzymał niezmiernie szybko wyniki decydujące.

Wyniki, otrzymane podczas badania wód naturalnych, musiały odbić się i na próbach uzyskania możliwie doskonałych wód sztucznych. W r. 1926 W a r b u r g a za nim S c h o e l l e r i R o t h e wprowadzają podwójne tabletki, dzięki którym udało się otrzymać roztwór, mający odpowiednią koncentrację jonów wodorowych oraz wykazujący dodatni odczyn benzydnowy.

Prelegent przedstawia wynik swoich badań nad stężeniem jonów wodorowych w wodzie naturalnej butelkowanej, w roztworze zwykłej soli mineralnej oraz w rozworach, otrzymanych z różnego rodzaju tabletek. Prelegent wykazuje na niektóre cechy dodatnie produkowanych już dawniej w kraju tabletek, które udało się zbliżyć możliwie do naturalnego pierwowzoru przez dodanie żelaza czynnego, również w kraju otrzymanego. Dzięki subtelnym badaniom metodą interferencyjno-rentgenograficzną w Zakładzie Fizyki Doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego, udało się stwierdzić, że żelazo czynne demonstrowane przez prelegenta pod względem swej struktury atomowej istotnie odpowiada cechom podanym przez badaczy amerykańskich. Związek ten jest silnie magnetyczny, daje dodatni odczyn benzydynowy, a więc na podstawie prac Bickla i inn. powinien być czynny pod względem biologicznym i posiadać wybitne działanie na przemianę materji i regenerację krwi. Prelegent w końcu daje krótki pogląd na fizjologiczną podstawę działania żelaza czynnego w związku z zachodzącymi tu zmianami w budowie atomowej, oraz demonstruje szereg przeźroczy, uwidaczniających zasadę i technikę metody interferencyjno-rentgenograficznej i widma filmowe zarówno żelaza czynnego, jak i nieczynnego.

(Streszcz. wł.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **K. Zieliński**.

Klemens Gerner

Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 29 maja 1928 r.

Przewodniczący — prezes T-wa **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 11. Wprowadzonych gości 9.

I) Prezes komunikuje o czasowej nieobecności sekretarza dorocznego i jego zastępcy. Do pełnienia funkcji czasowego zastępcy sekretarza uproszono na pozycję prezesa, kol. **J ó z e f a G r o t t a**.

II) Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dn. 22.V 1928 r.

III) Prezes odczytał tytuły czasopism i książek ofiarowanych do Biblioteki:

1. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie XXV rocznik (wyd. w r. 1928).

2. St. M a h r b u r g: Badania anatomo-patologiczne nad zaburzeniami odżywiania niemowląt (żołądek i jelita)
3. St. K o s s o b u d z k i: Tu i tam (odgłosy Parańskie).
4. J. Z a o r s k i: Podręcznik mięsienia leczniczego.
5. J. B o g d a n o w i c z i Wł. S z e n a j c h. Badania nad płoniącą.
6. Dwudziestopięciolecie zakładu dla umysłowo chorych w Drewnicy 1903 — 1928.
7. Sprawozdanie Warszawskiego Towarzystwa pomocy lekarskiej i opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi za r. 1927
8. Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka, Biuletyn Nr. 4.
9. L. W e r n i c: Zboczenia płciowe a małżeństwo, cykl: „o poradach przedślubnych“. 1928 r.
10. Higjena pracy Nr. 1. 1928 r.
11. Kwartalnik statystyczny, r. 1928 Tom V. zes. 1.
12. Rocznik Statystyczny Warszawy — 1926.
13. Fukuoka-Ikwadaigaku zasshi Fukuoka acta Medica, (czasopismo lekarskie japońskie vol. XXI z 2 i 3 za r. 1928).

IV) Kol. F l i e d e r b a u m J. Badania doświadczalne kliniczne nad wpływem układu nerwowego autonomicznego i gruczołów dokrewnych na wodochłonność skóry. (z oddz. wewn. Dra Lewina szpital na Czystem).

Jak wykazały badania Aldricha i Mc. Clure a, Landberga i Fliederbauma, Wąsowicza i inn. szybkość wsysania się rozczyну fizjologicznego Na Cl, wprowadzonego do skóry, jest miarą wodochłonności skóry: gdy wodochłonność wzmagą się, wessanie przyspiesza się—gdy zmniejsza się wówczas wessanie zwalnia się. Autor badał wpływ różnych środków farmakologicznych na wodochłonność skóry, mierzoną tym sposobem. Doświadczenia przeprowadzone ogółem u przeszło 250 chorych, ze wzmożoną pobudliwością układu nerwowego autonomicznego lub z zaburzeniami ze strony gruczołów dokrewnych wykazały stosunki następujące.

U osobników z wysokiem napięciem n. błędnego, środki pobudzające u. n. przywspółczulny (pilokarpina), zwiększają wodochłonność skóry; środki porażające u. n. przywspółczulnego (atropina) zmniejszają ją. Przy wysokiej pobudliwości n. współczulnego środki sympatykotoniczne (ephetonina, ephedryna, proteino-terapia, pepton, metale koloidowe przy podawaniu pozajelitowem) zmniejszają; środki sympatykolityczne (ergotamina), zwiększają wodochłonność skóry.

Przy zaburzeniach wewnątrz-wydzielniczych poszczególnych gruczołów, hormony pobudzające lub uczulające u. n. przywspółczulny (retrohypophysina, insulina) zwiększają wodochłonność skóry, natomiast wydzieliny, (tarczyca, gr. przytarczyczne, wyciągi z jąder, follikulina) zmniejszają wodochłonność.

Badania niniejsze są jednym z dowodów słuszności wypowiedzianej przez autora koncepcji, że gospodarka wodna jest regulo-

wana przez układ nerwowy autonomiczny oraz, że podrażnienie u. n. przywspółczulnego zwiększa magazynowanie wody przez tkanki i wywołuje powstawanie obrzęków, n. współczulny zaś działa antagonistycznie.

V) Kol. Raciązek G. Gościec jako choroba społeczna.

Opierając się na szeregu danych statystycznych, zaczerpniętych z wielu krajów Ameryki i Europy, — prelegent podkreślił niezmiernie szkody, jakie wynikają dla gospodarstwa narodowego z ogromnego rozpowszechnienia się reumatyzmu, pociągającego za sobą długotrwałą niezdolność do pracy, często z ostatecznym inwalidztwem włącznie.

Podczas, gdy gruźlica, wedle słów prelegenta „wykreśla tyśiące istnień z listy żyjących, to natomiast reumatyzm wykreśla dziesiątki tysięcy z listy pracujących“.

W wielu krajach zawiązały się specjalne komitety, mające na celu skoordynowaną walkę z reumatyzmem, a nadewszystko dokładne studia nad tem cierpieniem.

Prelegent podkreślił liczne trudności, jakie napotykają badania nad reumatyzmem, którego mianownictwo oraz klasyfikacja pozostawiają wciąż jeszcze wiele do życzenia, poczem zajął się szczegółowiej przedstawieniem obecnych pojęć o etiologii reumatyzmu.

W sposób krytyczny podkreślił prelegent teorie amerykańskie i angielskie o tak zwanej „focal-infection“, tudzież jej podziałów: „dental, oral, tonsillar-infection“.

Wskazując na przesadę, jakiej się dopuścili niektórzy autorowie w ocenie tych zakażeń ogniskowych — prelegent podkreśla jednak wybitną rolę, jaką odgrywają w danem zagadnieniu ziarniaki zębów (granuloma dentis).

Reasumując prelegent nawołuje do:

1. niezwłocznego opracowania w Polsce statystyki gośćca, ze szczególnem uwzględnieniem ewentualnego związku z alkoholizmem.
2. ścisłej współpracy w tej dziedzinie kliniki wewnętrznej ze stomatologiczną,
3. rozszerzenie, zwłaszcza na terenie Kas Chorych interwencji rentgenologicznej we wszystkich przypadkach gośćca,
4. zatroszczenie się o dalsze losy rekonwalescentów gośćcowych drogą dostarczania im odpowiednich warunków pracy i stałego utrzymywania ich w ewidencji.

Na zakończenie prelegent odczytuje list D-ra J. von Breeme'a (Amsterdam), sekretarza generalnego międzynarodowego komitetu do Walki z Reumatyzmem, zapraszającego klinicystów polskich do utworzenia sekcji polskiej wymienionego komitetu, poczem odczytuje nadesłany mu statut tejże instytucji.

Na zapytanie prof. Dr. W. Orłowskiego, prelegent wyjaśnia,

że polski komitet miał się, w swoim czasie zawiązać, lecz do chwili obecnej nie doszedł do skutku.

(Streszcz. wł.)

Dyskusja, Prof. Orłowski W., nasze zapatrywania na ostry gościec stawowy uległy ostatnio gruntownej zmianie. Jeszcze niedawno gościec rozpatrywano jako ostrą, przemijającą chorobę stawów ze skłonnością do ponownego zarażenia ustroju, przyczem uważano zajęcia stawów za istotę choroby, a zajęcie serca jako powikłanie. Dziś utrzymujemy, że gościec nie jest chorobą ostrą z nawrotami, lecz cierpieniem przewlekłym z obostreżeniami, w przebiegu jakich zapalne zmiany stawowe odgrywają rolę ostrych epizodów, głównym natomiast zajęciem, jest zajęcie serca. Zakażenie gościcowe może przebiegać nawet bez zajęcia stawów, tymczasem uszkodzenie serca w postaci endo— lub pericarditis lub zwłaszcza zapoznawanej myocarditis należy do stałych objawów choroby. Przejawia się ono przedewszystkiem pewnym wzmoczeniem pobudliwości serca, które przypisują zwykle gorączce, lub osłabieniu, albo zaburzeniem miarowości, występującem już wcześniej. Pod względem swego przebiegu gościec wykazuje analogję do gruźlicy, kiły, i zimnicy w których ostre objawy świadczą o obostreżeniu choroby, trwającej w ustroju latami i w okresach utajenia. Tak samo i w gościcu, w okresach po wygaśnięciu ostrych objawów stwierdza się w torebkach stawowych, w powięziach, okostnej i w mięśniu sercowym swoiste guzki Aschoffa, stojące względem zarazka gościcowego, zdaje się w takim samym stosunku, co gruźleńki do prątka bladego. Oprócz tych guzków świadczących o niewygaśnięciu zakażenia, o przejściu jego w stan utajenia świadczą trwające nadal zmiany humoralne np. zwiększenie ilości włóknika we krwi i t. p.

Wyjaśnień udzielał prelegent, poczem posiedzenie zamknięto.

Prezes: **K. Zieliński.**

Józef Grott.

zastępca sekretarza dorocznego.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 5 czerwca 1928 r.

Przewodniczący prezes **K. Zieliński**

Obecnych członów T-wa 43 — Wprowadzonych gości 24.

I) Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia z dn. 29. V. 1928 r.

II) Prezes odczytał tytuły czasopism i książek ofiarowanych dla Biblioteki T-wa:

1. S. Trzebiński. a) Projekt różnych instytucji naukowych i lekarsko-administracyjnych w Warszawie z drugiej połowy XVIII w.

b) „Ojcowie i dzieci” we współczesnej ideologii lekarskiej.

c) Absurdualność w medycynie.

d) Ś. p. Dr. Władysław Zahorski.

e) Materiały do życiorysu Wincentego Herberskiego.

2. J. Celarek i S. Sasaki. Badania nad uodpornieniem anatoksyną tężcową.

3. J. Zaorski. a) Przypadek 1-ej choroby Köhlera.

b) Torbiel nadnercza.

4. Osmański W. Zaniedbane drogi wychowawcze.

5. St. Wąsowicz. Spostrzeżenie kliniczne nad wodnym odczynem doskórnym. (próbą Aldricha).

6. B. Jakimiak. Rozwój, organizacja i stan obecny szpitalnictwa warszawskiego.

III. Prezes odczytał zaproszenie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego na III zjazd Ogólnokrajowy przeciwgruźliczy w Poznaniu, odbyć się mający w dniach 29-30 czerwca i 1 lipca b. r. pod protektoratem pana Prezydenta R. P. Ignacego Mościckiego.

IV. Luxenburg J. Poronne leczenie duru brzuszego przesączami Besredki.

Po krótkim wstępie teoretycznym o przesączach Besredki (antivirus) Luxenburg przytacza w formie doniesienia tymczasowego wyniki swoich spostrzeżeń nad 33-ma przypadkami duru brzuszego, leczonemi przezeń w szpitalu na Czystym wstrzykiwaniami dożylnymi przesączu buljonowego z bakterji Eberta. Zastrzyknięcie wywołuje po 1½ godz. odczyn ogólny bardzo żywy; duże podniesienie ciepłoty, dreszcze, sinicę, niekiedy wymioty, z rzadka rozwolnienie — jednak zawsze z zakończeniem pomyślnem. W ciągu doby ciepłota spada znacznie poniżej normy. Średnio po 4-ch codziennych wlewaniach gorączka, a wraz z nią inne objawy duru ustępowały zupełnie. Najlepsze wyniki dawały przypadki wczesne. Dotychczasowe wyniki zachęcają do dalszych spostrzeżeń. Odczyt ilustrowany był, przezroczami 14-u wykresów, rzuconemi na ekran. (Dane szczegółowe — patrz Warszawskie Czasopismo Lekarskie, nr. 18 z dn! 21. VI. 28).

Dyskusja:

Kol. Celarek J. Teoria Besredki, ujmująca zjawiska odporności lokalnej jest nowa i nie jest jeszcze ogólnie przyjęta. Mimo to ma już dzisiaj licznych zwolenników, którzy starają się wykorzystać praktycznie przesączek Besredki w zapobieganiu i leczeniu różnych spraw zakaźnych. Stosowanie przesączów z hodowli bakteryjnych czyli t. z. antivirus w sprawach ropnych dało wyniki zdumiewające. Przeciwnicy Besredki usiłują udowodnić, że wyniki te należy przypisać nieswoistemu działaniu buljonu, nie dają jednak niezbitych dowodów na swoje

twierdzenie. Antivirus można stosować lokalnie w formie okładów, przemywań i t. p., lub też wszykiwać dożylnych.

Prof. Modrakowski wspomina o zastrzykaniach dożylnych deuterioalbumozy, stosowanych podczas wojny światowej, jednak niebezpiecznych oraz peptonu Wittego w razie powolnego wprowadzenia zupełnie bezpiecznego, które dają bardzo podobny odczyn i podobne wyniki leczenia.

Kol. Karwacki. Oprócz mniejszych lub większych ilości wylugowanego białka bakteryjnego przesącz zawiera pepton, który również wywiera wpływ wstrząsowy i leczniczy (Nolf, Modrakowski). Karwacki od 14-tu lat zajmuje się sprawą leczenia poronnego duru brzuszego, a wyniki przedstawiał przed kilku laty w Towarzystwie. Ze wszystkich metod leczenia poronnego najefektowniejszą jest metoda wstrzykiwania zawiesiny prątków do żył (Ichikowa, lekarze południowo-amerykańscy), Metoda daje około 40% wyleczeń błyskawicznych, ale i wysoki odsetek śmiertelności zarazem. Toteż Karwacki woli stosować zastrzykiwania złota koloidalnego i innych metali w stanie znacznego rozproszenia cząstkowego. W czasie wojny Karwacki przekonał się, że nawet zastrzykiwania wody przekroplonej do żył, mogą dać wyleczenie doraźne duru brzuszego. Chodzi tu nie tyle o rodzaj leku, co o wstrzyknięcie śródżylnie i wstrząs. Wstrząs ten w chorobie o typie tak wagotonicznym, jak dur brzuszny (bradycardia, leukopenia) często sprowadzać może wyleczenie doraźne. W chwili obecnej Karwacki ma na oddziale przypadek duru wyleczonego doraźnie po jednym wstrzyknięciu złota koloidalnego do żyły.

Kol. Michalski. Należy się z naszej strony uznanie kol. Luxenburgowi za przeprowadzenie prób poronnego leczenia duru brzuszego. Co do swoistości przytoczonej terapii, to można by było o niej mówić, gdyby prelegent u szeregu chorych analogicznych zastosował wlewanie samego buljonu, którego używał do przygotowania „antivirusa“, albowiem w postępowaniu leczniczym Dr. Luxenburga musi wystąpić poważny wstrząs po wprowadzeniu dożylnym takiej ilości i jakości białka.

Drugą drogą wykazania swoistości metody byłoby przygotowanie „antivirusa“ na podłożu bezbiałkowym lub możliwie bezbiałkowym.

Jeżeli się cofniemy do historii leczenia duru szczepionkami to przypomnimy sobie, że u wszystkich badaczy zwyciężył pogląd, że zachodzi tu proteino-terapia nieswoista. Z. Michalski omawia metodę Stejskalla poronnego leczenia duru. Polega ona na wprowadzeniu domięśniowo 5 ctm. sz. mleka i nazajutrz 20 ctm. sz. 50%-go cukru gromowego. Asystentka oddziału, prowadzonego przez Z. Michalskiego, przeprowadziła odpowiednie próby w 10-tu przypadkach duru brzuszego. W 2-gim tygodniu choroby otrzymywano stale wyniki dodatnie (przebieg poronny). W porównaniu więc z metodą prelegenta — metoda Stejskalla ma zakres bardziej ograniczony; dr. Luxenburg otrzymywał wyniki

już w 1-ym tygodniu duru. Jednak metoda Stejskale jest dla lekarza mniej kłopotliwa i mniej denerwująca.

Kol. Gluziński. Wedle słów prelegenta najlepsze wyniki otrzymuje się w pierwszym tygodniu choroby; tymczasem w znacznej liczbie przytoczonych przypadków występował dodatni odczyn Widala oraz leukopenja, t. j. objawy, świadczące o późniejszych okresach choroby; a w tych okresach objawy same ustępują.

Kol. Gluziński podkreśla trudności w określaniu dnia choroby u chorych tyfusowych, którzy nie leżą.

Kol. Zieliński Kazimierz, przeprowadzając w latach 1917, 1918, i t. d. leczenie duru plamistego zapomocą wstrzykiwań płynu mózgowo-rdzeniowego (autoliquidotherapie) bądźto podskórnie, bądź śródżylnie z bardzo dobrym nieraz wynikiem — próbował stosować również ten zabieg w kilkunastu przypadkach duru brzuszego i u niektórych chorych, zwłaszcza w okresie późniejszym, mógł zauważyć pewien wpływ dodatni tego leczenia, aczkolwiek nie tak dobry, jak w durze wysypkowym. Leczenie to, patrząc retrospektywnie, należy prawdopodobnie tak, jak i zabieg kol. Luxemburga również sprowadzić do protei-noterapii, ponieważ płyn mózgowo rdzeniowy u chorych na dur plamisty jest zawsze zmieniony (ilość białka zwiększona) i to w większym stopniu, niż w durze brzuszynym. Wstrząsu w swoich przypadkach Zieliński nie obserwował, pomimo wybitnego nieraz wpływu na ciepłotę ciała. Praca kol. Luxemburga w każdym razie zasługuje na baczną uwagę, bo wyniki, jakie kol. L. otrzymał ze stosowania buljonu Besredki, są bardzo zachęcające tem bardziej, że zabieg ten zdaje się wywierać wpływ na zniszczenie doszczętnie zarazka w krwiobiegu i w drogach jelitowych, o czem świadczy nieobecność prątków Ebertha w kale u wszystkich chorych kol. Luxemburga.

Kol. Bronowski zwraca uwagę, że materiał doświadczalny był przeważnie dziecięcy, a u dzieci przecież tyfus zwykle przebiega lekko i krótko, t. j. w ciągu 10 dni, 2-ch tygodni, a nawet 5-ciu dni.

Kol. Raciażek zapytuje, jakimi kryterjami kierował się prelegent dyskwalifikując chorych dla metody. Jaki był stosunek pomiędzy zdyskwalifikowanymi a zakwalifikowanymi do tej metody.

Kol. Owczarewicz. Prace francuskie podały, że króliki, którym wstrzyknięto dożylnie przesącz hodowli prątków tyfusowych, dawały wysokie miano zlepane w stosunku do prątków Ebertha. Sprawdzaliśmy to w pracowni bakterjologicznej Of. S. S. i okazało się, że rzeczywiście miano zlepane surowicy takich królików wzrastało nieraz do kilku tysięcy. Część królików padła, część dawała słabsze miano aglutynacje, jednak u każdego w miarę wstrzyknięć odczyn dodatni Widala wzrastał.

W tem widać pewną analogję z tem, co mówił dr. Luxemburgo wroście odczynu Widala u chorych, leczonych przesączami tyfusowemi.

W odpowiedzi na uwagi prof. Gluzińskiego, kol. Luxemburg zaznacza, że jak wiadomo, nigdy niema zupełnej pewności co do okresu choroby w danym przypadku duru. Jeżeli więc niektóre z okazanych wykresów oznaczały błędnie zbyt wczesne przypački — to nie zmienia to istoty rzeczy, a wiarę w metodę obalą lub wzmocnią jedynie dalsze spostrzeżenia. Oddawna czynione są próby przerywania duru, ale w praktyce do dziś nie znamy leczenia poronnego ani zapomocą wstrząsów od dożylnych wlewań peptonu, jak przypomina prof. Modrakowski, ani od iniekcji metali koloidalnych lub nawet wody destylowanej, jak twierdzi dr. Karwacki. Wszelkie dotychczas stosowane metody — przeważnie wstrzykiwania podskórne lub dożylnie — pozbawione są charakteru specyficznego i równają się, jak słusznie powiedział dr. Milewski, staniu z opuszczonemi rękami. O spostrzeżeniach Ichikawy w Japonji nad działaniem uczulonych laseczników tyfusowych dr. Karwacki sam mówi, że śmiertelność nie przemawia na korzyść metody. Uwagi dra Owczarowicza, pod którego kierunkiem czyniono w szpitalu Ujazdowskiem spostrzeżenia na zwierzętach, podobne do spostrzeżeń aglutynacji na chorych Luxemburga, przemawiałyby za specyficnością metody, stosowanej przez prelegenta.

V. Kol. Gutowski B. Nauczanie medycyny teoretycznej w uniwersytetach angielskich.

Młodzież przyjmowana jest do uniwersytetów nie na zasadzie matur, lecz egzaminów wstępnych, obejmujących następujące przedmioty:

1. Język angielski
2. matematyka elementarna,
3. jeden z obcych języków,
4. jeden dodatkowy przedmiot z załączonej listy,

Studja medyczne trwają sześć lat, w tem jeden rok studjów przedmedycznych.

Studja przedmedyczne

I-szy rok.

1. Fizyka,
2. Chemja,
3. biologia.

Studja ściśle medyczne:

II-gi rok:

Anatomja,
histologia,
embrjologia,
chemja organiczna,
fizjologia elementarna,
farmakologia.

III-ci rok:

Anatomja,



chemia fizjologiczna,
farmakologia.

Następne trzy lata obejmują studia kliniczne.

Nauczanie medycyny teoretycznej odbywa się przez:

- a) wykłady teoretyczne,
- b) demonstracje,
- c) ćwiczenia praktyczne.

W wykładach teoretycznych stale podnoszona jest łączność poszczególnej nauki z resztą umiejętności medycznych. Idea współmierności w nauczaniu jest cechą dominująca w uniwersytetach angielskich. Brak tutaj obciążenia jednym przedmiotem lub mnogością szczegółów. Wiedzę medyczną traktują oni jako współmierne skojarzenie różnych umiejętności biologiczno medycznych.

Drugą cechą nauczania jest stopniowe podawanie wiadomości. Dla przykładu przytoczę nauczanie fizjologii. Okres fizjologii rozciąga się na dwa lata.

W pierwszym roku wykładane są zasadnicze pojęcia z fizjologii w ścisłej łączności z morfologią i chemią fizjologiczną.

W drugim roku wykłady teoretyczne prowadzone są obszernie, a nawet niektóre działy wyczerpująco przez specjalistów.

Zajęcia praktyczne z fizjologii również odbywają się w ciągu dwóch lat, równoległe z wykładami.

Na ćwiczeniach tych potraktowana jest obszernie fizjologia człowieka w zakresie:

- pracy,
- wymiany gazowej,
- zasadniczej przemiany materji,
- próby czynnościowej serca i t. p.

Sale ćwiczeń i badań wyposażone są w przyrządy mniej lub więcej kosztowne i w ilości wystarczającej.

Również w zakresie farmakologii wykonywane są na ćwiczeniach doświadczenia na narządach izolowanych i ludziach.

Uzgodnienie pracy pedagogicznej i teoretycznej rozwiązane jest w ten sposób, że wykłady teoretyczne prowadzą nie tylko profesorowie, ale i docenci i asystenci, a w ćwiczeniach są pomocni demonstratorzy. Czynności administracyjne zakładu załatwiają specjaliści urzędnicy zakładowi.

W niektórych zakładach fizjologii są t. zw. foulerton profesorowie, którzy otrzymują pensję z Król. Tow. i mają za cel tylko badanie naukowe.

Prezes: **K. Zieliński.**

Józef Grott

W zastępstwie Sekretarza Dorocznego.



PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 26 czerwca 1928 r.

Przewodniczący — Prezes T-wa **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa — 32. Wprowadzonych gości—21.

I) Prezes Kaz. Zieliński zwraca się w jęz. francuskim do prelegenta prof. D-ra Baillard'a z Francji, podnosząc, że czuje się szczęśliwym, iż w sali najstarszego Towarzystwa Lekarskiego Warszawy może powitać kolegę francuskiego, którego rodzinną ziemię z dumą nazywamy wszyscy drugą naszą Ojczyzną.

II) Powitalne przemówienie (również w języku francuskim) wygłosił w zastępstwie Sekretarza Stałego, prof. Gluzińskiego, Skarbnik T-wa **Leon Babiński**.

Panie Profesorze!

Uproszony przez Sekretarza Stałego naszego Towarzystwa, prof. Gluzińskiego, który w tej chwili, niestety, zmuszony jest brać udział w urzędowym posiedzeniu Uniwersytetu, pragnę wyrazić Panu naszą szczerą wdzięczność za Jego do nas przybycie.

Jednocześnie pozwalam sobie podkreślić, że wzajemne stosunki, a nawet pewne nici łączności między Pańską Wielką Ojczyzną, a Towarzystwem Lekarskim Warszawskim, trwają o wiele dłużej i są bardziej bliskie, niżby się to mogło wydawać.

Jestem szczęśliwy, że mogę w tem miejscu przytoczyć tak drogie dla nas imię **Wiktora Szokalskiego**, którego ten oto piękny portret wywołuje wspomnienia jego niezwykłych zasług. Wielki patriota, wybitny lekarz, niezwyklej miary uczonec, twórca polskiej oftalmologii, pierwszy Sekretarz Stały Tow. Lek. Warsz. i jego organizator, twórca Kasy Wdów i Sierot, Szokalski, dzięki swemu dziełu o tak wielkiej wartości, dzięki niewyczerpanej wprost działalności, dzięki wreszcie niezwyklej szlachetności swej duszy, był wyrazicielem wielkich idei Francji, tej Francji, która przygarnęła go z właściwą sobie szlachetnością w czasie długich lat jego przymusowej emigracji politycznej.

Panie Profesorze, zechciej Pan wierzyć, że jeśli pozwoliłem sobie może nadużyć Jego uprzejmej uwagi, to uczyniłem to po to jedynie, by dowieść, że przeszłość ta istotnie była prawdziwie owocna, co sprawia, że Pańska dzisiejsza konferencja staje się dla nas szczególnie uroczystą.

III) Prof. Dr. **P. Baillard** z Paryża wygłosił odczyt „O krwiobiegu śródocznym”.

Na wstępie prelegent dziękuje za serdeczne przyjęcie, które mu tu zgotowano i w imieniu całego świata lek. Francji wogóle, a Tow. Oftalmologicznego Paryskiego w szczególności, składa gorące wyrazy sympatji dla zgromadzonych.

Autor, pracujący już od r. 1909 nad zagadnieniami krwioobiegu śródocznego podał wyniki swych badań, dotyczących krążenia krwi w tętnicach, żyłach i naczyniach włosowatych siat-

kówki. Jak wiadomo napełnienie krwią naczyń siatkówki, jest tylko wtedy możliwe, kiedy ciśnienie śródoczne jest niższe od ciśnienia krwi w tętnicach siatkówki, zarówno w czasie skurczu, jak i rozkurczu, to też w razie wzmocnionego napięcia gałki ocznej, tylko zwiększone parcie krwi może umożliwić mniej więcej prawidłowy krwiobieg siatkówki. Poza to badanie napięcia tętniczego ma wielkie znaczenie, jako badanie napięcia w tętnicach mózgowych, gdyż siatkówka jest właściwie częścią mózgu, a jej unaczynienie jest podobne do unaczynienia mózgu. Zarówno tętnice, jak i żyły siatkówki mają charakter naczyń końcowych. Badanie ciśnienia krwi w tętnicach siatkówki za pomocą dynamometru pomysłu autora, odbywa się według niego w sposób dość prosty; badanie krwiobiegu włoskowatego odbywa się najprościej sposobem entoptoskopowym.

Według autora, ciśnienie skurczowe w tętnicach siatkówki wynosi 50—70 mm. Hg., ciśnienie rozkurczowe 25—30 mm. Hg., ciśnienie żyłne zaś wynosi około 52 — 26 mm. Hg

Po skończonym odczycie głos zabrał kol. **M e l a n o w s k i**, który podkreślając wielką zasługę prac autora, podziękował za piękny i treściwy wykład. Zdaniem jego, sposób autora badania ciśnienia w tętnicach i żyłach siatkówki jest może zbyt skomplikowany i wymaga pewnych ulepszeń, czyto w kierunku, zapoczątkowanym przez **Bliedunga**, czy też zapomocą badania naczyń powierzchownych oka, tętnic i żył rzęskowych długich, które to badanie, zapoczątkowane przez **Seidela** jest dużo prostsze, a daje dobre pojęcie o napięciu w tętnicach i żyłach śródocznych.

Prezes: **K. Zieliński**.

Antoni Kaczyński

Zastępca Sekretarza Dorocznego.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 25 września 1928 z.

Przewodniczący: Prezes T-wa **Kazimierz Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 57. Wprowadzonych gości 33.

I) Po odczytaniu przyjęto protokół z dnia 5.VI., 12.VI., 19.VI., 26.VII. b. r.

II. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne po ś. p. kolegach:

Tadeusz Jasiński — ur. w r. 1864, gimnazjum ukończył w Siedlcach w r. 1884, wydział lekarski w Warszawie w roku 1892. Po otrzymaniu dyplomu pracował na oddziale chorób we-

wewnętrznych D-ra D u n i n a. jako asystent. Członkiem Towarzystwa Lek. Warsz. został w r. 1898. Zmarł dnia 17-go sierpnia r. b.

J a n G r o m a d z k i, zmarły w dniu 31 lipca b. r., urodził się w r. 1857 w Różanie, ziemi Łomżyńskiej, gimnazjum ukończył w Warszawie w r. 1876, a w r. 1881 otrzymał stopień lekarski cum eximia laude i ze stopniem „doctoranta„. Wkrótce został asystentem kliniki uniwersyteckiej prof. T y r c h o w s k i e g o, a po kilku latach powołany był na zarządzającego Miejskim Zakładem położniczym na Pradze. Na tym stanowisku spędził ś. p. J a n G r o m a d z k i lat 40 swego czynnego życia, nie szczczędając i własnych funduszków na sprawianie łóżek, narzędzi, a nawet w chwilach krytycznych utrzymując całkowicie Zakład własnym kosztem. Podziwiać trzeba, że ten człowiek, zajęty dzień i noc, już w Zakładzie, już rozległą praktyką prywatną, znajdował czas na pracę społeczną. On to w chwilach wolnościowych przed wojną utworzył i prowadził jako przewodniczący praskie Koło Macierzy Szkolnej, on tołożył z własnych funduszków na wyposażenie szkół, ochron, tworzenie bibliotek i t. p. on to w czasie ostatniej wojny w r. 1914 stanął na czele praskiego komitetu obywatelskiego, rozszerzając dalej swoją pracę społeczną w rozmaitych kierunkach, a patrząc proroczym niejako okiem, postarał się o zaopatrzenie Pragi w osobny wodociąg ze studni artezyjskiej i wyjednał u cofających się wojsk rosyjskich cofnięcie rozkazu zniszczenia tej studni.

Członkiem Towarzystwa naszego został w r. 1896. Podziwiać znów trzeba, że ten człowiek, mając tyle zajęć, był częstym uczestnikiem naszych posiedzeń, a życzliwą pamięcią otaczał to Towarzystwo, tworząc w niem stałą fundację stypendjalną im. ś. p. swej żony dla uczniów wydziału lekarskiego naszego uniwersytetu, którą do ostatniego roku zwiększał. O tych przyszłych kolegach naszych myślał, ustanawiając w Kole Medyków Uniwers. Warsz. wieczysty fundusz zapomogowy również imienia swej żony. Nic dziwnego, wśród tego pracowitego żywota nie stało Mu wiele czasu na czynny udział w naszym piśmiennictwie, ale i tu go nie brakło.

Ogłosił: 1. Przytułek dla rodzących na Pradze. Medycyna 1885.

2. Przypadek ropnia w ścianie ciężarnej macicy. Medycyna. 1885.

3. Przypadek zupełnego zarośnięcia ujścia zewnętrznego macicy u rodzącej. Medycyna. 1885.

4. Dwa przypadki pęknięcia macicy przy porodzie, leczone na drodze operacyjnej. Medycyna. 1895.

Oto w krótkości rys życia tego zasłużonego lekarza obywatela, typu prawdziwego lekarza polskiego starszej daty, który bodaj był przykładem dla młodej generacji, o którą tak dbał w swoich fundacjach. Cześć jego pamięci!

Dr. J ó z e f P o l a k, znany i wielce zasłużony higienista polski. Do grona członków naszego Towarzystwa ostatnio nie należał.

Zebrani przez powstanie z miejsc.

III) Kol. Landau A. O klasyfikacji spraw goścowych.

Prelegent uważa za najpraktyczniejszy i najlepiej obrazujący stan dzisiejszej wiedzy następujący podział:

A. Gościec stawowy ostry (*arthropatia s. arthritis acuta*).

B. Gościec stawowy przewlekły (*arthropatia s. arthritis chronica*).

A. Gościec stawowy ostry (*arthropatia s. arthritis acuta*).

I) Gościec stawowy ostry, infekcyjny (*arthropatia s. arthritis acuta infectiosa*).

1. Ostry reumatyzm stawowy lub zapalenie stawów reumatyczne (*rheumatismus articulorum acutus s. polyarthritis rheumatica acuta*).

2. Gościec stawowy ostry, występujący w przebiegu rzeźączki, szkarlatyny, dżętwicy karku, zakażenia popołowego, krępowego zapalenia płuc, róży i t. p.

II) Gościec stawowy ostry, toksyczny (*arthropatia s. arthritis acuta toxica*).

1. Zapalenia stawów posurowicze.

2. Ostra dna stawowa.

B. Gościec stawowy przewlekły.

I) Gościec pierwotny zniekształcający (*arthritis primitiva deformans*).

1. Gościec pierwotny, zniekształcający, wielostawowy postępowy (*polyarthritis deformans primitiva progrediens*).

a) Postać zanikowa.

b) Postać przerostowa Köhler.

2. Gościec zniekształcający odosobniony (*osteoarthritis deformans, oligoarthritis deformans*).

3. Zniekształcający gościec kręgowy (*spondyloarthritis deformans, s. osteophylica*).

II) Gościec przewlekły pochodzenia infekcyjnego.

1. Gościec przewlekły reumatyczny.

2. " " rzeźączkowy.

3. " " gruźliczy.

4. " " kiłowy.

5. " " kręgowy zeszywniający lub unieruchamiający (*spondylitis rhizomelica s. ankylopoëtica*).

III. Gościec przewlekły na tle skaz.

1. Gościec przewlekły dnawy.

2. Dna wapniowa.

3. Guzki Heberdena.

4. Guzki Boucharda.

5. Przykurczenia Dupuytręna.



6. Gościec przewlekły zależny od skażonej czynności gruczołów dokrewnych, żółtaczk i marskości zanikowej nerek.

7. Gościec przewlekły w chorobach rdzenia — w wiądzie jego i jamistości.

W dyskusji: kol. Michalski Z dz. podaje, że w czerwcu r. b. w Minneapolis Stoner wygłosił odczyt p. t. „Etjologja i leczenie gościa przewlekłego“. Dyskusja w znacznym stopniu dotyczyła właśnie klasyfikacji różnych postaci gościa. Otóż dyskutanci, wyłączwszy dnę, jako zupełnie oddzielną jednostkę chorobową, odróżniali dwie postaci gościa: wytwórczą — pochodzenia zakaźnego i postać zanikową — pochodzenia toksycznego. Podział bardzo schematyczny, nie mniej jednak bardzo prosty, zwłaszcza w porównaniu do przedstawionego przez kol. Landaua, Klasyfikacja ta ma swoje zalety w praktyce codziennej, a mianowicie daje pewne odrębne wytyczne co do leczenia różnych postaci.

Co się tyczy etjologii, poruszanej w odczycie kol. Landaua, Z. Michalski przypomina, że wymieniają jeszcze dwa czynniki, nie podane przez prelegenta. mianowicie bezsoczność żołądkową i zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych. Pewna niedomoga gruczołu tarczowego została udowodniona w licznych przypadkach gościa stawowego. Małe dawki tyreoidyny w tych stanach były niekiedy stosowane z dobrym skutkiem.

(Streszcz. wł.).

Kol. Chmielewski wyjaśnia, że słowo „gościec“ w języku polskim oznacza ściśle to samo co i „reumatyzm“.

Kol. Grudziński i kol. Drozdowicz omawiali zagadnienie z punktu widzenia rentgenologii.

Mówcom odpowiedział prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: **K. Zieliński.**

Kl. Gerner

Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO**z dnia 2 października 1928 r.**Przewodniczący: — prezes **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 31. Wprowadzonych gości 7,

I. Po odczytaniu przyjęto protokół z dn. 25.IX. 1928 r.

II. Kol. **Mikułowski Włodz.** Demonstruje przypadek choroby Gee'a t. zw. Coeliakji albo infantilismus Hertera, u chłopca $4\frac{1}{2}$ letniego.

Chłopiec ma obecnie $4\frac{1}{2}$ lat i jest od $\frac{1}{2}$ roku w obserwacji. Chorobę, która wystąpiła powoli w 2-gim roku życia, charakteryzuje: wielki brzuch o mięśniach wiotkich, o żyłach rozszerzonych, bez widocznego ruchu robaczkowego kiszek, imitujący obraz gruźliczego zapalenia otrzewnej, objawy przewlekłej dyspepsji ze stolcami, które bywają nienormalnie obfite, tłuszczowe, cuchnące, objawy neuropatii, pragnienia i zmiennego apetytu, okresowe spadki wagi i umiarkowane zahamowanie rozwoju fizycznego obok ogólnej wątłości ciała bez wyniszczenia i bez ciepłoty podwyższonej.

Dyskusja: kol. **Gluziński**. W danym przypadku ściśle rozpoznanie nie może być ustalone bez dokonania badania promieniami Rg. Badanie ręczne brzucha pozwala stwierdzić pewne nierówności; odnosi się wrażenie, że jelita nie są jednakowych rozmiarów i są jakgdyby porozszerzane. Należałoby przewyciężyć trudności techniczne i dokonać prześwietlenia całego przewodu pokarmowego.

Kol. **Orłowski W.** uważa, iż nie jest słuszne wyłączenie w danym przypadku choroby **Hirschsprunga** na tej podstawie, że nie było tu *occlusio* i *subocclusio*, co podkreślił kol. **Mikułowski**. **Orłowski** sam obserwował 5 przypadków niezawodnej choroby **Hirschsprunga**, w których objawy te zgoła nie występowały. Rektomanoskopia i Roentgen niewątpliwie wyjaśniłyby nasuwające się wątpliwości. W każdym razie nie można i nie tak łatwo wyłączać w omawianym przypadku tej postaci chorobowej.

Kol. **Mikułowski** w odpowiedzi prof. **Gluzińskiemu** powołuje się na ujemny wynik badań rentgenologicznych **Wimbergera** z Wiednia w szeregu przypadków klinicznej coeliakji.

Prof. **Orłowskiemu** dodaje, że tak wywiady, jak i przebieg kliniczny danego przypadku przemawiały przeciw możliwości istnienia choroby **Hirschsprunga**.

III. Wspomnienie pośmiertne po ś.p. Doktorze **Ludwiku Bondym** wygłosił Sekretarz Stały T-wa kol. **Gluziński**. W dniu 22 września r. b. zmarł członek naszego Towarzystwa ś. p. Dr. filozofji i medycyny **Ludwik Bondy** Urodził się na Ukrainie w r. 1859, gimnazjum skończył w Moskwie, a należąc, jako 18 letni chłopiec do kółek konspiracyjnych, był

zmuszony uciekać do Szwajcarii. Wraca do Warszawy, by wstąpić na tutejszy Uniwersytet, zamiast jednak studjów uniwersyteckich odbywa za dawny udział w kółkach konspiracyjnych w Moskwie, karę dwuletniego wygnania w gubernji Wołogodzkiej. Wróciwszy stamtąd, kończy wydział lekarski w Warszawie, pracuje na oddziale ś. p. d-ra D u n i n a, a potem obejmuje posadę lekarza fabrycznego w cukrowni w Orszynie. Nie zadowala go ta praca, wyjeżdża do Wiednia, by wyspecjalizować się w chorobach wieku dziecięcego i jako pedjatra osiada w Łodzi. Tu obok pracy zawodowej rozwija szeroką działalność społeczną, a dom jego staje się przybytkiem dla wszystkich, którzy krzewili w ówczesnych czasach ducha narodowego; a kończy się ta praca więzieniem w Piotrkowie. Uwolniony nie wraca do Łodzi, ale po ponownych studjach w Berlinie i Paryżu osiada jako ordynator Zakładu Wychowawczego szpitala Dzieciątka Jezus. Członkiem naszego Towarzystwa zostaje w r. 1910. I tu w Warszawie działalność jego społeczna nie ustaje: ś. p. B o n d y daje impuls do powstania w czasie wojny komitetu dożywiania dzieci; sił fizycznych było jednak coraz mniej, sterane zdrowe tyłu przejściami podupało coraz bardziej i zmuszało ś. p. B o i n d y' e g o do szukania zaciszna domowego.

Ubył typ sumiennego lekarza dobrego człowieka, zacnego Obywatela kraju; niechże Mu ta ziemia, którą tak ukochał lekka będzie, a my oddajmy Mu cześć przez powstanie z miejsc.

IV. Prezes Towarzystwa oznajmia zebrany, iż osobiście brał udział w posiedzeniu Związku Obrony Kresów Zachodnich, które odbyło się w dn. 28 września r. b. Debatowano nad organizacją wielkiego wiecu protestacyjnego w związku ze znanymi prowokacyjnymi wystąpieniami feldmarszałka H i n d e n b u r g a. Wiec ten ma odbyć się w najbliższą niedzielę. Pożądany jest najliczniejszy udział kolegów.

Jako delegaci na posiedzenie komitetu wyborczego Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, mające się odbyć w dniu 3 października r. b. zostali wybrani koledzy: B r u n e r, J a k i m i a k, i D o b r o w o l s k i.

VI. Kol. G e r n e r K l e m e n s wygłosił odczyt p. t. „O a e r o f a g j i“.

Autor skreślił tło fizjopatologiczne aerofagji; wyszczególnił przyczyny jej powstania, odtworzył obraz kliniczny tego cierpienia oraz podał zasady leczenia chorych, dotkniętych aerofagją. Prelegent położył nacisk na to, że aerofagja jest cierpieniem nader częstym i poparł to twierdzenie osobistym doświadczeniem, zdobytem na licznym materiale ambulatoryjnym.

D y s k u s j a.

Kol. G l u z i ń s k i. Objawom aerofagji podlega w najważniejszej części ludności żydowska, toteż w Polsce możemy rozporządzać dostatecznie wielkim materiałem, odnoszącym się do tej dziedziny. We Francji ruch, związany z badaniem aerofagji, zaczął się dopiero od lat 3-ch, t. j. od chwili ogłoszenia przez L e v e n a monografji p. t. „L' a e r o p h a g i e e t a e r o c o l i t e“. G l u z i ń

s k i jest zdania, że $\frac{3}{4}$ przypadków aerofagji powstaje wskutek urazu psychicznego (przestrach, zmartwienie i t. p.) tak, że chory b. często może podać najdokładniej chwilę, kiedy mianowicie i w jakich okolicznościach objawy te po raz pierwszy wystąpiły. Ze gra tu poważną rolę ośrodek korowy, można się przekonać b. łatwo.

Nieraz odwrócenie uwagi chorego powoduje na dość długi czas zniknięcie objawów *ructus hystericus*; gdy chory znowu pomyśli o swem cierpieniu głośne odbijania powracają. Mówca przytacza ciekawy przypadek wrzodu żołądka z kliniki lwowskiej, dotyczący jednocześnie aerofagji u chorego, będącego również typowym neurastenikiem. W pewnym momencie doszło do niebывałego rozszerzenia żołądka, wyraźnie uwypuklonego i bolesnego na dotyk. Jednakże napięcie powłok nie były tak doskonałe, jak to bywa w perforacji wskutek skurczu *pylori et cardiae*. Miało tu miejsce to, co nazywamy ostrym rozszerzeniem żołądka, *dilatatio ventriculi acuta*. Wobec kolosalnego wzdęcia żołądka zdecydowano się na użycie sondy, która jednakże początkowo utkwiała na wpuście, dopiero zmieniona na bardziej twardą, poszła dalej sprowadzając gwałtowne zagrożenie żołądka z zawartości pokarmowej.

W dalszym ciągu swego przemówienia mówca omawia pewne strony monografji *Levena*, zatrzymując się dłużej nad kwestją usuwania szeregu objawów, nieraz b. groźnych, drogą odpowiedniego ułożenia chorego. Chodzi o to, że czasem gra rolę nie tylko sama sprawa połykania powietrza, ale i sprawy fermentacyjne powstające w kiszkaach. Istnieją pewne punkty predylekcyjne dla tych właśnie spraw (*sphincter Bauchini*, *S. romanum*, *flex. hepatica lienalis* i t. d.)

Według *Levena* w miejscach tych mogą powstawać napady bólów, imitujące czyto kolkę wątrobową, czy nerkową, czy wreszcie *appendicitis*. Tymczasem, gdy gazy odejdą, następuje wyraźne polepszenie, co znowu wiąże się ściśle z odpowiednim ułożeniem chorego.

Mówiąc o leczeniu aerofagji, *Gluziński* zwraca uwagę, że obok podawania zwykłych środków uspakajających, (brom i t. p.) winna mieć w leczeniu tego cierpienia szerokie zastosowanie również psychoterapia.

Kol. *Wąsowicz S.* wspomina o spostrzeżeniach *Meuniera*, który uważa, iż aerofagja występuje częstokroć jako zjawisko pomocnicze w przypadkach upośledzonego opróżniania się żołądka. Badając warunki, w jakich opróżnia się żołądek, autor ten stwierdził, że odźwiernik przepuszcza zawartość żołądka, wtedy, gdy Δ zawartości żołądkowej osiągnie liczbę 0.38. Gdy aerofagja pomocnicza sprawia choremu dolegliwości, należy ułatwić opróżnianie się żołądka i w tym celu podaje szereg formułek farmaceutycznych, których Δ równa się 0,38. Wraz z opróżnieniem się fizjologicznem żołądka zmniejszają się dolegliwości, powodowane przez aerofagję.

Kol. Orłowski W. Omawiając wtórną aerofagję, prelegent wspomina o sialofagji. Otóż należy podkreślić, że istnieje jeszcze jeden czynnik, będący w związku z aerofagją. Jest nim tachyfağa. Połykając szybko duże kęsy, chory jednocześnie połyka znaczne ilości powietrza. Orłowski nie przypisuje jednak temu zbyt ważnego znaczenia, gdyż ustrój potrafi sobie w tym wypadku poradzić bez wielkiego trudu.

Co do przypuszczenia prelegenta, że w przypadkach ostrego rozszerzenia chodzi o skurcze pewnych odcinków przewodu pokarmowego wskutek działania chloroformu, to jest to niezrozumiałe, gdyż chloroform powoduje właśnie rozkurcz mięśni, nie zaś skurcz i faktem jest, że nieraz po zachloroformowaniu takie właśnie stany przemijają. Tak czy inaczej można powiedzieć, na podstawie spostrzegania, że punkt ciężkości w dziedzinie aerofagji nie jest zależny od połykania, lecz że podłożem jego jest układ nerwowy.

Kol. Zaorski J. Kwestja rozstrzeni pooperacyjnej żołądka, powstającej rzekomo wskutek wydzielenia się eteru, czy chloroformu, błąka się jeszcze do dziś dnia w literaturze. Tymczasem wiadomo, że taka rozstrzeń może również powstać i po operacji dokonanej bez użycia narkotyków. Mówca omawia obszernie daną kwestję i jako przyczyny rozstrzeni pooperacyjnej żołądka ostatecznie wymienia: 1) ograniczony stan zapalny otrzewnej, stojący w związku z dokonanym zabiegiem operacyjnym, 2) porażenie jelit pooperacyjne (układ nerwowy), albo też powstające wskutek stanu zapalnego.

Kol. Zawadowski Witold omawia mechanizm zjawiska aerofagji. W pewnym momencie następuje skurcz przepony (ruch oddechowy) i zamykanie się głośni, która wydaje ructus hystericus; jednocześnie przez rozszerzony przełyk opada powietrze i wypełnia żołądek. Po pewnym czasie powietrze to wychodzi przez przełyk, zastępuje znowu beknięcie, przyczem żołądek powtórnie się wypełnia. Zawadowski wspomina o przypadku w którym obok kolosalnej aerofagji występowały często objawy cardio spasmus, wskutek czego przełyk uległ wielkiemu rozszerzeniu dochodząc do wymiaru 4-ch palców (oesophagoaeria).

Kol. Gluziński podkreśla, że spasmus cardia e, występujący w stawach nerwowych, może niekiedy przede wszystkim zależeć od cierpień miejscowych. Tak np. bywa w ulcus duodeni i pylori. Chorzy tego rodzaju obok bólów mają również i trudności w połykaniu. W tych przypadkach spasmus pylori czy cardia e nie stoi w związku z jednocześnie występującą aerofagją, lecz ze sprawą zasadniczą, t. j. owrządzeniem żołądka czy dwunastnicy.

W odpowiedzi głos zabierał prelegent, kol. Gerner K. poczem posiedzenie zamknięto.

Prezes: **K. Zieliński**

Antoni Kaczyński

Zastępca Sekretarza Dorocznego.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO**w dniu 23 października 1928 r.**Przewodniczący — prezes T-wa **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 26. Wprowadzonych gości 20.

I) Protokół posiedzenia z dnia 16/X po odczytaniu przyjęto.

II) Do ksiąźnicy T-wa wpłynęły następujące prace:

1) Wyniki spisu powszechnego z r. 1921 na terenie m. stoł. Warszawy. Prace wydziału statystycznego magistratu m. stoł. Warszawy Nr. 3 r. 1928.

2. Krótki podręcznik do ćwiczeń z histologii patologicznej— Anna Siedlecka. 1928.

3. Sbornik pracy na pocest sedesatych narożenin prof. D-ra Lud. Syllaby. 1928.

4. Surowice i szczepionki P. Zakł. Higjeny. 1927.

5. Szpital Jana Bożego. 200 letni jubileusz 1728 — 1928. T. Łapiński 1928.

6. Trudy Smolenskoho obszczestwa Jestiestwoispytatielej i Wraczej pri Smolenskom uniw. T. 1 z. 2 1926.

7. Naucznyja Izwjeslja T. V. z. 2. Uniwersytet Smoleński 1927 r.

8. Łysakowski. Katalog przedmiotowy Cz. I Uniwersytecka biblioteka publiczna w Wilnie. 1928.

9. Łuck na Wołyniu A. Wojnicz. 1922.

10. Istota raka i sprawa jego trwania w świetle ostatnich badań. J. Laskowskiego. 1927.

11. Badania kliniczne i anatomo-patologiczne nad zmianami w oczach w zapaleniu nerek. W. H. Melanowski. 1925.

12. Wykład kliniczny o rozpoznawaniu chorób serca. Dr. Z. Michalski. 1928.

13. Wartość kliniczna badania ciśnienia żylnego. H. Ruziński. 1928.

III) Sekretarz Stały Towarzystwa wygłosił wspomnienie pośmiertne po członku Towarzystwa ś. p. D-rze Bronisławie Karpieńskim.

Dr. Bronisław Karpieński urodził się w r. 1880, w Białej Cerkwi na Ukrainie, tamże ukończył gimnazjum w r. 1896 wydział lekarski w Kijowie w r. 1904. Po ukończeniu uniwersytetu był lekarzem Dominikanek w Wilanowie uczęszczając jednocześnie na oddział D-ra Janowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus. W r. 1917 pracował na oddziale wewnętrznym szpit. Czerwonego Krzyża. Został członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w roku 1918. Zmarł dnia 19/X r. 1928.

Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc.

IV) Kol. Leśniowski A. O kamieniach w moczowodach.

Prof. A. Leśniowski omówił sprawę kamicy moczowodowej z punktu widzenia częstości tej choroby, jej pochodzenia, przyczyn zatrzymywania się kamieni w moczowodzie, zmian anatomopatologicznych, wywołanych przez nie w układzie moczowym, obrazu klinicznego, rozpoznawania i leczenia. Wobec zmian anatomopatologicznych, jakie są nieubłaganiem następstwem kamicy moczowodowej w narządzie moczowym, mianowicie wobec postępującego zniszczenia jego, kamień pozostający w moczowodzie nie jest zjawiskiem obojętnym dla organizmu, jak sądzą niektórzy i winien być z moczowodu wydalony. Jakkolwiek czasami udaje się wydaląć kamień z moczowodu zapomocą stosowania leków wewnętrznych (wód mineralnych i t. p.) to skoro tylko stwierdzimy zapomocą promieni X, że kamień jest umocowany i pozostaje uporczywie na swoim miejscu, należy wydaląć go zapomocą operacji. Wydalanie zapomocą cewników moczowodowych, zapomocą wstrzykiwania do moczowodu wyjąłowanej oliwy, gliceryny, zazwyczaj nie prowadzi do celu, nierzadko przyczynia się do wprowadzenia zakażenia. Im wyżej mięsi się kamień w moczowodzie, tem operacja jest technicznie łatwiejsza. Wobec tego, jak również wobec obawy poważnych zmian w narządzie moczowym, głównie w nerce, należy nie zwlekać długo z operacją.

(Streszczenie własne).

W dyskusji; Kol. Kryński L. mówił o rozpoznawaniu kamicy moczowodowej, podkreślając wartość kombinowania radjografji i zgłębnikowania moczowodów. I tu jednak mogą być pomyłki, jeśli zdjęcia nie zostaną wykonane w kilku płaszczyznach.

Kol. Grudziński podaje, że do niedawna uważano, że 10% kamieni moczowodowych nie daje się wykazać rentgenologicznie, Nowe metody pozwalają uchwycić cień i ocenić go. Ostatnio wchodzi w użycie i daje dobre wyniki pneumopyelografia i pneumoureterografia.

Kol. Elekrowicz podnosi wartość rozpoznawczą pyeloskopji, która nie tylko pozwala stwierdzić zmiany w miedniczce, ale i badać jej funkcję i nieprawidłowości tej funkcji.

Kol. Sabat stwierdza, że wykrywanie kamieni moczowodowych zapomocą promieni Rentgena nie jest tak łatwe. Mówca wylicza szereg możliwych pomyłek, podkreślając zarazem, że nie wszystkie kamienie zatrzymują promienie R. i to w zależności od swego składu chemicznego.

Kol. Gluziński mówi o czasach, gdy jeszcze nie posługiwano się promieniami Rentgena. Wówczas lekarz był zdany na własne zdolności rozpoznawcze. Dziś pomimo Rentgena te zdolności nadal odgrywają decydującą rolę. Wspominając o bezmoczach, mówca przypomina własne próby na zwierzętach, które dowiodły istnienia odruchów na drugą nerwę. Bezmocz powstaje również w nerce, w przypadkach ucisku na żyłę nerkową. Po usu-

nięciu przeszkód może dojść do moczenia krwinek wskutek naglego przekrwienia nerki.

Kol. **Z a o r s k i** podkreśla, że w przypadkach koniecznej decyzji operacji w obrazie zap. wyrostka rob. gdy należy wyłączać kamień moczowodowy, duże zasługi oddaje mierzenie ciepłoty w odbyticy. Różnica pomiędzy ciepłotą pachową a odbytnicową, wynosząca 1 — 1,5^o przemawia za zapal. wyrostka.

Kol. **D r o z d o w i c z** prostuje, że zadaniem rentgenologa nie jest odpowiedzieć, który z powodów, mogących wprowadzić w błąd, wchodzi w grę, lecz zwyczajnie dać odpowiedź, czy kamień jest, czy go nie ma. Obecny stan rentgenologii pozwala na to pytanie odpowiedzieć dość biegle.

Kol. **S a w i c k i** zapytuje prelegenta, jakie wyniki otrzymał po operacji na moczowodach, gdyż z wielu stron zwracają uwagę na łatwość powstawania zwężeń w moczowodach, co prowadzi często do usuwania nerki, Kol. Prelegent odpowiadał mówcom, Kol. **S a w i c k i e m u** wyjaśnił, że w naszych warunkach uzyskanie ścisłych danych co do losu chorych po operacjach na moczowodach jest niemożliwe. Z paru spostrzeżeń prelegent wnosi, że do zwężenia nie doszło, lecz w jednym przypadku kto inny usunął nerkę z powodu rzeczonego zwężenia moczowodu. Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes: **K. Zieliński**
Klemens Gerner
 Sekretarz Doroczny.

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 13 listopada 1928 r.

Przewodniczący — prezes kol. **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 39. Wprowadzonych gości 5.

I) Odczytano i przyjęto protokół z posiedzeń z du. 23.X. i z dn. 6.XI. 1928 r.

II) Do Biblioteki T-wa wpłynęły następujące wydawnictwa, których tytuły odczytał Prezes:

1. **K o n o p k a S t a n i s ł a w**: Polska biblijografia lekarska za r. 1926 — 1927.

2. **D a b r o w s k i K. i K r u s z e w s k a W.**: Przyczynek do częstości i umiejscowienia gruźlicy płuc przewlekłej, 1928. („Gruźlica“).

3. **D a b r o w s k i K. i K r u s z e w s k a W.**: Wyniki leczenia gruźlicy płuc antygenem metylowym **B o q u e t a i N e g r e ' a**. 1928. („Gruźlica“).

4. Dąbrowski K. i Kruszevska W., Przypadek rzekomo gruźliczej postaci kiły płuc. 1928. („Gruźlica“).

5. Śliwiński R., Zawadowski W. i Sołtyś R.: O radjodjagnostyce narządów rodnych kobiecych ze szczególnem uwzględnieniem metrosalpingoskopji i metrosalpingografji. 1928.

6. Mikułowski W.: L'application du fitrat du bouillon de Besredka dans le traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant. 1928. (Folia clinica, chimica et microscopica).

7. Offenbergl J.: Przyczynek do patogenezy gruźlicy. (Polska Gaz. Lek. 1928),

8. Handelman J.: Próby leczenia schizofrenji metodą Walbuma (Warsz. Czas. Lek.). 1928.

III) Prezes K. Zieliński zabiera głos w sprawie zakupionego przez T-wo nowego epidiaskopu systemu Hensoldta z firmy E. Gerlacha. Stary epidiaskop jeszcze z czasów Dunina okazał się niezdolny do użytku. Fachowcy orzekli, że naprawa jego nie będzie się opłacała. Prezes K. Zieliński wyraża gorącą podziękę panom prof. Głuzińskiemu i Orłowskiemu za łaskawe kilkakrotne wypożyczenie epidiaskopu z II-giej kliniki wewnętrznej, co umożliwiałoby zorganizowanie szeregu odczytów z przezroczami.

Bezpośrednio potem nastąpiła demonstracja nowonabytego przyrządu, która wypadła bez zarzutu.

IV) Kol. Trzciniński demonstrował przypadek liszaja czerwonego płaskiego (lichen ruber planus) o burzliwie szybkim początku i bardzo ciężkim przebiegu. Po zastosowaniu dożylnem salvarsanu przez czas dłuższy i po znacznej poprawie wystąpiła recydywa bardzo silna i rozległa. Recydywa ta skłoniła do zaprzestania terapii dożylnnej i rozpoczęcia stosowania arseniku przez usta. Po wielu tygodniach u chorego występują coraz gęściej pigmentacje skóry pod postacią czarnych plamek i plam, co jest w związku ze względem przysyceniem ustroju arsenikiem.

Dyskusja. Kol. Głuziński zapytuje, czy składniki w postaci piper i opium, wchodzące do t. zw. pigułek azjatyckich mają znaczenie zasadnicze, czy też są dodatkami bez znaczenia?

Kol. Trzciniński (w odpowiedzi): Opium ma tu zadanie łagodzenia drażniącego działania arseniku w stosunku do błony śluzowej żołądka. Co do pieprzu — trudno dać odpowiedź jaka jest jego rola. Pigułki azjatyckie przygotowuje się według starej średniowiecznej formułki, być może gwoli tradycji nie poddawanej żadnym zmianom.

V) Kol. Higier. Napady senności i zamroczenia. (Pokaz przypadku). Omówienie przypadku napadów senności i zamroczenia u 18-letniej dziewczyny, trwających z przerwami 2 lata. Rozpoznanie różniczkowe: 1) Stany podgorączkowe, częste podrygiwania ciała, senność, bóle głowy kierowały uwagę w stronę utajonej śpiączki nagminnej.

2. Młody wiek, typowa napadowość śpiączki, krótkotrwałość napadów pozwalały myśleć o narkolepsji Gelineau pomimo nieobecności wzruszeniowego osłabienia napięcia mięśni.

3. Wykrzykiwanie tu i ówdzie przed napadem, niepokój ruchowy, podczas napadów ze spadaniem z łóżka lub krzesła, reakcja leniwa żrenic po na napadzie, nasuwały myśl o równoważniku epileptycznym.

Atoli sam charakter napadów, od kilkunastu minut do kilkunastu godzin trwających, cechy kataleptyczne, letargiczne i somnambuliczne, automatisme ambulatoire, zamroczenia halucynacyjne z amnezją następczą, absolutna niemoc bromków i luminalu czynią prawdopodobną histerję mimo braku konstytucji, czynników warunkowych, agent provocateur i stygmatów historycznych.

VI) Głos zabiera Prezes K. Zieliński w sprawie następującej: Zarząd Towarzystwa w dn. 8 listopada, na swem nadzwyczajnym posiedzeniu postanowił wystąpić do Szan. Kolegów z propozycją mianowania Kol. Leona Babińskiego, Bronisława Sawickiego i Maksymiljana Zweigbauma członkami honorowymi Towarzystwa naszego oraz poddać ich balotowaniu na posiedzeniu styczniowym roku przyszłego. Zasługi tych kolegów dostatecznie są znane i dlatego Zarząd bliżej sprawy nie uzasadnia, ale przypomina tylko, że kol. Leon Babiński jest członkiem czynnym naszego Towarzystwa od r. 1891, 'był Zarządzającym Kasą Wsparcia od r. 1911 do r. 1919. Podskarbin zaś naszego Towarzystwa jest od r. 1919 i na tych stanowiskach położył wielkie zasługi; również wielce zasłużonym jest kol. Bronisław Sawicki. b. Prezes Towarzystwa od r. 1924 do 1927 oraz jeden z twórców wydziału szpitalnego przy Tow. Lek. Warsz., zarówno jak i kol. Maksymilian Zweigbaum, od r. 1887 członek czynny T-wa, a od r. 1911 wielce zasłużony bibliotekarz Tow. Naszego. Dzięki nieustannej, owocnej pracy Jego biblioteka rozwija się wspaniale i posiada katalog rzeczowy, dający możność znalezienia natychmiastowe dzieł dotyczących danej kwestji lekarskiej.

Propozycję Zarządu Towarzystwa zebrani koledzy powitali oklaskami.

VII) Kol. Goebel Fr. Wątroba a przemiana związków azotowych.

Po ustaleniu procentowego stosunku azotu mocznika, amonjaku, kwasów oksyproteinowych i związków rozpuszczalnych w eterze, w moczu u psów normalnych, zajęto się zachowaniem tych związków po wyłączeniu wątroby (przetoka Ecka). Wyłączenie wątroby z krwiobiegu pociąga za sobą naruszenie normalnego stosunku azotu, amonjaku i mocznika w moczu w stosunku do azotu całkowitego. Naruszenie tego stosunku spowodowane jest zaburzeniem syntezy mocznika; a w tym czasie równowaga kwasowo-zasadowa nie ulega naruszeniu.

Pozatem spostrzegano u psów z przetoką Ecka zwiększenie się ilości kwasów oksyproteinowych w moczu, wobec czego bardzo prawdopodobne jest przypuszczenie, że w wątrobie odbywa

się rozkład tych związków, Również występuje w moczu u psów z przetoką E c k a zwiększona ilość azotu związków rozpuszczalnych w eterze, Stwierdzono dalej, że wyciąg eterowy moczu zawiera tę część azotu, którą do tej pory nazywano azotem resztkowym moczu.

VIII. Kol. Grudziński Z. Wrażenia i uwagi z kongresu radiologicznego w Sztokholmie, (Rzecz ukaże się w Polskim Przeglądzie Radiologicznym).

Prezes: **K. Zieliński**

Zastępca Sekretarza Dorocznego:
Antoni Kaczyński.

PROTOKOŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 27 listopada 1928 r.

Przewodniczący — prezes kol. **Kaz. Zieliński.**

Obecnych członków T-wa 32 Wprowadzonych gości 18.

I) Protokół posiedzenia z dnia 13. XI 1928 r. odczytano i przyjęto-

II) Prezes odczytuje tytuły następujących publikacji lekarskich nadesłanych do biblioteki T-wa:

1. **K. Zieliński, E. Wajs, Szpital Przemienienia Pańskiego 1828—1868—1928.**

2. Zbiór prac Bolesława Grzankowskiego.

3. IV Kongres międzynarodowy Medycyny i farmacji woj-skowej t. I i II (1928).

4. Seventh annual report on the tropical diseases library, 1927 — 27. (London School of Hygiene and Tropical Medicine).

5. Dottor Pietro Capparoni — „Magistri salernotani nondum cogniti“.

III) Prezes **K. Zieliński** zdaje sprawozdanie z przebiegu jubileuszu 40-tolecia wydawnictwa „Nowiny Lekarskie“, w którym to jubileuszu brał osobiście udział wraz z Sekretarzem Stałym T-wa prof. Gluzińskim. W życzeniach złożonych redakcji Nowin Prezes podniósł żywotność pisma tego, które trwało w czasie niewoli niemieckiej, pracy swej nie przerwało w czasie ciężkiej wojny, trwa i rozwija się nadal w chwili obecnej i może być wzorem dla wszystkich innych pism naszych.

IV) Wice-Prezes **W. Orłowski** odczytał następ. komunikat w związku z przyznaniem nagrody im. Piramowicza na r. 1928:

XII posiedzenie Komitetu Konkursowego im. Grzegorza P ir a m o w c z a, odbyte w dniu 26 listopada 1928 r. o godz. 8¹/₂ wiecz.

Obecni: przewodniczący Wice-Prezes T-wa Lek. Warsz. prof. Witold Orłowski, D-r Stanisław Kopczyński, D-r Wł. Światopełk-Zawadzki, p. Aleksandra Dargielowa i p. dyr. P. Sosnowski.

Komitet rozpatrzył 4 przedstawione prace, zreferowane przez naczelnego wizytatora higieny szkolnej Ministerstwa Oświecenia D-ra Stanisława Kopczyńskiego.

Mianowicie:

1. Książkę D-ra Janiny Rauch-Sobolewskiej p. t. „Pogadanki o higienie“, Warszawa 1928. Wyd. „Naszej Księgarni“.

2. Pracę D-ra H a b e r k a n t ó w n y p. t. „Uwagi w sprawie nauczania higieny w gimnazjach“ artykuł drukowany w „Wychowaniu fizycznym“, Nr. 6, 7, 8.

3. Artykuł D-ra Wisłoskiej Wandy p. t. „Gimnastyka lecznicza“, „Wychowanie Fizyczne“, Nr. 6. 7. 8.

4. Sprawozdanie z opieki hig. lek. w szkołach powszechnych w Wilnie D-ra G r o k o w s k i e g o za r. 1927/28. Wilno 1928.

Po dyskusji zebranej jednogłośnie przyszedł do wniosku, że nagrodę im. P ir a m o w i c z a na r. 1928 należy przyznać p. D-r Janinie Rauch-Sobolewskiej za książkę p. t. „Pogadanki o higienie“. Jest to bowiem podręcznik dla nauczycielstwa oraz lekarzy szkolnych, dający im wzory, jak należy za pośrednictwem pogadań higienicznych, przystosowanych do poziomu umysłowego ucznia oddziaływać na jego uczucie i wolę i wdrażania od najmłodszych lat do wykonywania zabiegów higienicznych.

Warszawa, 26.XI. 1928 r.

Podpisy (—) *Witold Orłowski*, (—) *St. Kopczyński*,
(—) *Sw. Zawadzki Wł.* (—) *Al. Dargielowa*, (—) *P. Sosnowski*.

V) Sekretarz Stały T-wa prof. A. G l u z i ń s k i wygłosił następujące wspomnienie pośmiertne o ś. p. Doktorze A d a m i e W i z l u.

W dniu 15 listopada b. r. zmarł ś. p. D-r A d a m W i z e l członek naszego Towarzystwa od r. 1894.

Urodził się w Warszawie w r. 1865 — gimnazjum ukończył w r. 1883 w Warszawie — wstąpił na wydział przyrodniczy, gdzie studjował 1¹/₂ roku — potem przeniósł się na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w r. 1889. — Po ukończeniu wstąpił do szpitala Starozakonnych, był asystentem przez 2 lata na oddziale chorób nerwowych. Wyjechał do Paryża,

dzięki zapomnodze uzyskanej z Kasy Mianowskiego i tam pracował w klinikach przez 8 miesięcy. Po powrocie do Warszawy wstąpił na oddział chorób nerwowych D-ra G a j e w i c z a, a następnie został mianowany ordynatorem oddziału psychiatrycznego w szpitalu na Czystem, Drukiem ogłosił szereg prac, z których najważniejsze wymieniamy:

1) Z dziedziny hysterji. 2) Najnowsze poglądy na kwestję agrafji. 3) Kilka słów o hypnozie i leczeniu hypnotyzmem. 4) O urojeniach wstecznych jako postaci odrębnej urojeń. 5) Kilka słów o nowoczesnych badaniach w dziedzinie histologii układu nerwowego. 6) Dowcip u obłąkanych oraz parę słów o ich talencie artystycznym. 7) Metoda leczenia w łóżku chorych umysłowych. 8) Stosunek psychologii do psychjatrij. 9) Patogeneza swoistego bredzenia paralityków. 10) Przyczynek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptaka. 11) O istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego. 12) Zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego. 13) Zjawiska psychogalwaniczne u umysłowo chorych. 14) Sprawozdanie z pierwszych prób leczenia schizofrenji zimnicą.

Pamięć zmarłego uczono przez powstanie z miejsc.

VI) Kol. Z e m b r z u s k i L u d w i k wygłosił odczyt p. t. „Szkoła w Salerno jako pierwsza wyższa uczelnia lekarska w Europie“.

Ścisłjsza data powstania szkoły lekarskiej w Salerno jest nieznaną, wiadomo jednak prawie napewno, że kwitła ona już w IX wieku naszej ery. Od początku swego powstania nosiła ona charakter świecki, wyemancypowawszy się z pod wpływów medycyny mnichów. Zdrowy klimat, obfite źródła mineralne i piękna natura Salerno, położonego nad zatoką Neapolitańską: przyciągały do tej miejscowości chorych i lekarzy z całego świata od czasów najdawniejszych. Lekarze tam osiedli, połączyli się zrazu w collegium, z którego rozwinęła się następnie szkoła lekarska. Nauczali w niej profesorowie różnych narodowości, jak również kobiety-lekarki, a na słuchaczy mogli się zapisywać wszyscy—bez różnicy pochodzenia i narodowości. Szkoła przeżyła dwa okresy: wpływów medycyny grecko-rzymskiej z Galenem na czele i wpływów medycyny arabskiej. Szczytu sławy dosięgła Szkoła Salerneńska w XI i XII wiekach. dążąc do pewnego stopnia po drodze samodzielnego rozwoju i nie hołdując bezkrytycznie autorytetowi. Anatomii uczono na podstawie nietylko pism Galena, lecz przy pomocy sekcji zwierząt. Chirurgja stanęła dość wysoko, a jeden z nauczycieli, P o g e r z Palermo, napisał pierwszy podręcznik sztuki chirurgicznej. Duży nacisk kładzono na wyszkolenie kliniczne lekarzy, przy łóżku chorego, aczkolwiek wątpliwem jest, czy miało ono miejsce w istniejących już w Salerno przyklasztornych szpitalach. Badanie chorego polegało wówczas na zbieraniu wywiadów, oglądaniu pacjenta, określeniu charakteru tetna i rozpatrywaniu zewnętrznych cech moczu. Na przełomie XI i XII wieku

napisane zostało wierszami po łacinie znane dzieło: *Regimen Sanitatis Salernitanum*, stanowiące zbiór wskazówek praktycznych i aforyzmów z dziedziny praktycznego leczenia, higieny i dietyki. Prelegent przytacza urywki tego dzieła w tłumaczeniu trzech autorów polskich: Olszewskiego (wiek XII), J. Załuskiego (wiek XVIII i Chotowskiego (wiek XIX).

Przełomowym i nader doniosłym momentem w dziedzinie Szkoły Salerneńskiej było nadanie jej w XII wieku charakteru wyższej uczelni (za króla Rogera) przez zaprowadzenie egzaminów i tytułów lekarskich. W 100 lat później na mocy edyktu cesarza Fryderyka II Hohenstaufa Szkoła otrzymała ustawę, która posłużyła za wzór do ustaw tworzących się następnie uniwersytetów we wszystkich krajach Europy,

Od XVI wieku zaczyna się upadek Szkoły, sława jej już nigdy potem nie odżyła i w r. 1811 Szkoła uległa zamknięciu na podstawie dekretu Napoleona I.

Szkoła lekarska w Salerno odegrała poważną rolę w dziejach medycyny, a wśród mroków średniowiecza stanowiła zjawisko niepospolite. Jeśli nie pchnęła nauki na zupełnie nowe tory, to jednak ocaliła bogatą spuściznę greków i rzymian w dziedzinie wiedzy lekarskiej i przekazała ją następnym pokoleniom. Dzięki Szkole w Salerno, medycyna wyszła z ukrycia klasztornej i stała się własnością ogółu.

Na rozwój wiedzy lekarskiej i nauczania medycyny w Polsce, Szkoła Salerneńska za czasów swego istnienia nie zdążyła wywrzeć wpływu, rozkwit jej bowiem przypadł na okres dopiero tworzenia się państwa polskiego wśród ciężkich przejść politycznych.

D y s k u s j a :

Kol. Wartenstein przypomina, że nie tylko chirurgowie z czasów Salerneńskich ponosili dotkliwą odpowiedzialność za nieudane operacje, ale że i chirurgom daleko późniejszych stuleci nie działa się pod tym względem lepiej. Skutek tego był taki, że im który z nich wyższe zajmował stanowisko i im arystokratyczniejszą miał klientelę, ten bardziej unikał wszelkich śmielszych rękoczynów w obawie, by nie został obwiniony, że spowodował śmierć operowanego, (czy operowanej).

Mauriceau w swem sławnem dziele, „*Tractatus de praequantium et parturientium morbis*“ wydanem w 1683 r. opowiada o kilku głośnych za jego czasów wypadkach śmierci z krwotoku podczas porodu (prawdopodobnie placenta praevia) spowodowanej, jego zdaniem, obawą wydobycia łożyska ręką.

Mauriceau utrzymuje, że nic nie powinno wstrzymywać lekarza od użycia środka nie zawsze pewnego, ale w danym razie jedyne go (asceps remedium, quod unicum est).

Kol. Chmielewski. Chcę tu przypomnieć jeden ciekawy szczegół, o którym nie wspomniał prelegent. Tytuły magistra i doktora po raz pierwszy zostały wprowadzone w Szkole Salerneń-

skiej, dokąd przyszły prawdopodobnie od arabów lub żydów. Prawnicy nie mogli otrzymywać stopnia doktora: *et in medicina possunt doctorari, non autem possunt doctorari in iure civili et canonico*. Pomimo swojej doskonałej, prawie współczesnej, bardzo liberalnej organizacji, Szkoła Salerneńska mało przyczyniła się do rozkwitu nauki lekarskiej, prawie nie wydała wielkich imion i ani jednego reformatora. Zdawałoby się że zupełne uprawnienie narodowości poważna ilość wśród słuchaczy i profesorów: arabów, żydów, greków, dopuszczenie kobiet do wykładów i obejmowanie katedr, brak ingerencji ze strony kleru, przywileje nadane studentom i wykładowcom — wywołają rozkwit badania przyrody i reformę starych dogmatów medycyny greckiej. A jednak szkoła w Salerno ograniczyła się do studjów nad Hipokratesem i Galenem, a później podległa wpływom arabów, dla nauki zgubnym. Uczelnia w Salerno może służyć tylko za wzór organizacji praktycznej szkoły lekarskiej. I ta jałowość naukowa szkoły, która kwitła przez cztery stulecia, nie znalazła dotychczas tłumaczenia.

Kol. L o t h E. W roku bieżącym poznałem burmistrza m. Salerno w Neapolu i w przyjacielskiej pogawędce zacząłem go wypytwać o ślady sławnej szkoły lekarskiej, Jakież było moje zdziwienie gdy okazało się, że burmistrz tego 100,000 miasta nic o tem nie wiedział. To też mocno mnie zainteresowało powołanie się prelegenta na autentyczne źródła salerneńskie, zacytowane przez profesora historii medycyny z Rzymu, D-ra C a p p a r o n i.

Kol. H i g i e r H e n r y k, uzupełnia ciekawy odczyt Z e m b r z u s k i e g o, kreśląc tło historyczne, na którym mogła powstać i rozwijać się szkoła Salerneńska, założona pono w VI wieku przez benedyktynów z Monte Casino, a zwłaszcza omawia wpływ mało znanej „akademii Hippokratesowskiej“, istniejącej w Syrii, okupowanej przez rzymian, blisko starożytnej stolicy Suzy, a jednoczącej naukę grecką i perską. Istny duch życia wlewała wówczas w stary hellenizm: Syryja początkowo perska i grecka, później rzymska i arabska. Nauka Hipokratesa z Kos i Galena z Pergamum wsiąknęła dzięki lekarzom syryjskim i greckim, a później zwłaszcza arabskim i żydowskim, do nowej kultury krajów zawojowanych. Obok tej medycyny „poważnej“ i późniejszej medycyny „klastornej“, obok powstałych z rozwojem islamizmu i pod protektoratem mecenasów kalifów szkół lekarskich w Bagdadzie, Kufie i Bassoru z wykładem syryjsko - arabsko - hebrajskim, zaczęła się rozwijać medycyna „ludowa“ w lepszym stylu. Jej to zawdzięcza swe powstanie „Civitas Hippocratica“ w Salerno, która kwitła najbardziej w IX wieku, a następnie w XI wieku, gdy wystąpił na arenę mnich Konstanty Afrykański, znawca kilku języków, który dał impuls do przetłumaczenia arabskich dzieł i hebrajskich na łacinę (Arch. Historji i Filozofji Medycyny 1928). Studjując przed laty galerję znakomitych lekarzy-żydów średniowiecza, H i g i e r natknął się i na Szkołę Salernytańską, na kilku jej profesorów: Josefa 845 r. Joszni 856 r. Samuela z Werony (XII w.), wykładających po hebrajsku, łacinie i grecku tłumaczących z tych ostatnich ję-

zyków na hebrajski (np. Chirurgia Bruni ex Latina in Hebraeam translata), oraz na cały szereg uczniów-żydów, późniejszych lekarzy przybocznych papieży i królów (Bonifacego VIII i IX, króla Karola II, Roberta i Karola z Anjou i t. d.).

Ze względu na ten polyglotyzm ciekawe są szkoły konkurencyjne, jakie powstały w Europie południowej (Narbonne, Paryż, Montpellier), z których jedna we Francji, hebrajska, z rektorem Abonem na czele (1025). Ciekawą jest również wymiana wykładowców, jak np. Profatius Judaeus (1306), dawny profesor szkoły w Salerno, a późniejszy dziekan wydziału lekarskiego w Montpellier.

Kwestja narodowa i narodowościowa nie odgrywała wówczas wielkiej roli, a sprawa wyznaniowa również zaogniła się dopiero znacznie później i wtedy dopiero wszyscy lektorzy i docenci niechrześcijanie musieli opuścić swoje stanowiska.

Kol. S a b a t Duch czasu, środowisko umysłowe średniowiecza nie sprzyjały wogóle rozwojowi nauki. Jedną ze szczegółowych przyczyn, że szkoła Salerneńska mimo kilkunastowiecznego istnienia nie stworzyła nic wybitnego i wcale nie przyczyniła się do postępu medycyny, — zdaje się, — było i to, że do wykładania w niej dopuszczano każdego, kto uzyskał w Salernie stopień magistra, wskutek czego profesorowie tej szkoły, — oceniani nawet według miary współczesnej. — nie stali na wysokości swego zadania. Uzyskanie stopnia magistra zależało od odbycia nauki siedmioletniej, z których 3 pierwsze lata przypadały na filozofję (logikę), od ukończenia 21 lat życia i od zdania egzaminu według dzieł Hippokratesa, Galena i autorów arabskich. Kandydat musiał publicznie objaśniać rozdział z aforyzmów Hippokratesa, articellam Galena i wiersz księgi Avicenny, a także był egzaminowany z fizyki Aristotelesa. Po promocji każdemu doktorowi czy tam magistrowi wolno było natychmiast zostać profesorem. To też Gilbert Langley, lekarz arcybiskupa z Canterbury w swoim poemacie satyrycznym biada nad upadkiem szkoły Salerneńskiej, którego przyczynę widzi w tem, że do wykładania tam dopuszczano niedouczone „młodych niedorostków“.

Zasługą Salerno było to, że propagowano tam w sposób popularny dietetykę i higienę życia codziennego. Przepisy „de conservanda bona valetudine“, ujęte w zręczne wiersze, które są zebrane w słynnym i wielokrotnie na rozmaite języki tłumaczonym „Regimen sanitatis“, rozchodziły się po wszystkich krajach. Dodatnią cechą Salerno było i to, że w czasach, w których medycyna, jak wogóle nauka była zupełnie zagarnięta pod opiekę kleru, szkoła ta była przybytkiem wolnego lekarskiego działania i swobodnej wymiany zdań między ludźmi rozmaitych narodowości i wyznań. Imponuje nam, jak na one czasy, niezwykła tolerancja, dzięki której Salerno wywarło wpływ międzynarodowy. Przez Salerno szedł prąd nauki na zachód. Nietylko rozmaite nauki: teologia, fizjologia, medycyna i prawo lecz i rozmaite żywioły na-

rodowościowe wyznaniowe jednoczyły się w tej szkole. Na tem polega „universitas Salernitana“; dlatego też głównie możemy szkołę Salerneńską uważać za poprzedniczkę późniejszych uniwersytetów.

W końcu głos zabiera prelegent kol. Z e m b r u s k i: Lekarze nawet w XVI i XVII wiekach nie dlatego sami nie operowali, że obawiali się jakoby o swą reputację, lecz dlatego, że pogardzali zawodem chirurga. Pierwsze cięcie cesarskie w Polsce wykonano na królowej Elżbiecie, żonie Zygmunta III, przyczem lekarz pokazał tylko cyrulikowi kierunek cięcia, a ten wykonał ze szczęśliwym wynikiem cały zabieg do końca.

Lekarze Salerneńscy dlatego nie posunęli wiedzy lekarskiej naprzód, ale utrzymali ją tylko na odpowiednim poziomie, że i oni zarówno jak Arabowie i Galeniści byli tylko komentatorami i kompilatorami, przepisując i komentując bezkrytycznie błędy poprzedników. Zasługa Szkoły w Salerno polega na tem, że potrafiła ona wyzyskać ówczesne wiadomości medyczne dla celów dydaktycznych i ująć nauczanie poraz pierwszy w pewien system.

VII) Kol. Filiński Wł. Badania nad wpływem środków odkwaszających czynność wydzielniczą żołądka. Z badań autora wynika, że oprócz wpływu zobojętniającego środki odkwaszające pobudzają jeszcze lub hamują czynność wydzielniczą błony śluzowej, o czem świadczą krzywe zawartości chloru całkowitego w treści żołądkowej. Można przypuszczać, że duże dawki wywierają wpływ hamujący, a małe pobudzający. Nasuwa się też myśl, iż w okresie początkowym antacidum przy dużej zawartości w żołądku będzie działać hamująco, a później — pobudzająco, kiedy już większa jego część opuściła żołądek. Ten lub inny wpływ odnośnej dawki uzależnia się także różnicami osobniczymi.

Wobec tego, że działanie środków odkwaszających jest przejściowe, przeto w leczeniu wrzodów trawiennych należy podawać antacida bardzo często łącznie z djetą cogodzinną, aby w okresie gojenia utrzymywać stale niski poziom kwasoty żołądkowej.

Dobre wyniki daje połączenie środków odkwaszających rozpuszczalnych (sody) z nierozpuszczalnymi.

D y s k u s j a:

Kol. Gluziński. Zagadnienie, które poruszył kol. Filiński należy do spraw niezmiernie ważnych. Rozwiązania jego, jak to słusznie zaznaczył prelegent, trzeba szukać na dawnej drodze frakcyjnego badania treści żołądkowej. W swoim czasie wiele wysiłków poświęcił tej sprawie J a w o r s k i. Jego badania nad solą i wodą karlsbadzką wykazały, że sól ta działa jednakowo niezależnie od tego, czy się ją pije w dużych, czy też w małych porcjach. Wykazano tam, że jeśli chodzi o sprawę leczenia wrzodu żołądka, to woda karlsbadzka przyczyniła się nie tylko do uspokojenia objawów właściwych tej sprawie, lecz goi ją i wogóle może dać do pewnego stopnia stałe i trwałe wyniki lecznicze.

Mówca próbował w swoim czasie przeprowadzać leczenia wrzodu żołądka na drodze zadziałania lokalnego przy pomocy płukania z odpowiednich roztworów argenti nitrici lub zinci sulfurici. Okazało się, że zabiegi te jednak zamiast spodziewanego obniżenia kwasoty, zwiększały ją, przyczem występowały wyraźne objawy działania drażniącego (zwiększenia ilości śluzu w treści żołądkowej).

Wobec dobrych wyników, jakie otrzymywał J a w o r s k i, stosując duże ilości soli karlsbadzkiej, mówca próbował też płukać żołądki przez długi przeciąg czasu roztworami tej soli względnie roztworem soli fizjologicznej posiłkując się w tym celu odpowiednio skonstruowaną sodą. Płukania takie trwały od 2—3 god. i stosowane były regularnie przez czas dłuższy.

Okazało się, że wyniki kuracji były różne. W pewnych bowiem przypadkach sprawiły one znaczną ulgę chorym, w innych zaś wogóle żadnego rezultatu nie dawały.

Tę indywidualność w działaniu środków o których mowa trzeba podkreślić, na co też słusznie zwraca uwagę kol. Filiński.

Tu należy zaznaczyć jeszcze, że takie częste alkalizowania, jeśli działa dodatnio, to jednak samej sprawy chorobowej zasadniczo nie rozwiązuje, Mówca przytacza fakt, że po operacji wycięcia wrodu, hypersecretio trwała nadal, w ciągu 3 — 4 lat. pomimo wysiłków zmierzających do jej powstrzymania. Badania kol. Filińskiego mają swe niezaprzeczone znaczenie jednak, co do wartości omówionych przezeń środków alkalizujących, pamiętać trzeba, że działają one tylko chwilowo i niestale.

Kol. O r ł o w s k i w. Mówiąc o środkach alkalizujących czynność wydzielniczą żołądka, należy odróżnić dwojakiego rodzaju ich działanie: bezpośrednie i pośrednie. Na bezpośredniemu działaniu tych środków S i p p y opiera swą metodę leczenia choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. — Podaje on przez cały dzień i nawet w nocy alkalja i przez to stale utrzymuje w żołądku odczyn zasadowy, W działaniu bezpośredniemu występują, na co słusznie zwraca uwagę kol. Filiński, i indywidualne cechy poszczególnych środków alkalizujących. Ta właściwość może częściowo polegać na tem, że jeden i ten sam osobnik w różnych dniach nie jednakowo reaguje na te same odczyny. Zgodnie z tem, można nieraz spostrześć, że zupełnie zdrowy człowiek jednego dnia wydziela sok żołądkowy odmienny, niż nazajutrz, pomimo tożsamości śniadania próbnego.

Trzeba również pamiętać i o tem że stosując środki zobojętniające, stwarzamy dogodne warunki do zarzucenia do żołądka alkalicznej treści dwunastnicy. To zarzucenie może być co do swej intensywności rozmaite w różnych dniach. Stąd niejednakowy stopień obniżenia kwasności soku żołądkowego u różnych osób, oraz u tych samych osób w różnych dniach. Dodam, że bezbarwność treści żołądkowej nie jest jeszcze dowodem, że treść dwunastnicy nie jest zarzucona do żołądka.

Co się tyczy pośredniego działania alkalji na czynność wydzielniczą żołądka, zbadanie jego wymaga zastosowania metody odmiennej, niż zastosowana przez prelegenta. Mianowicie, w tym celu należy podać naczczo roztwór środka alkalizującego, a w godzinę śniadanie próbne i przekonać się czy niema teraz odchyłeń czynności wydzielniczych żołądka w porównaniu do tych czynności po próbnem śniadaniu, podanem w 1 godz. po wodzie przekroplonej. Dla przekonania się czy środek alkalizujący nie wywiera działania na czynność wydzielniczą żołądka, należy podawać środek alkalizujący naczczo 2 — 3 razy dziennie przez kilka tygodni, a później dopiero zbadać czynność wydzielniczą żołądka na próbne śniadanie o składzie tym samym co na początku badania.

Badania prelegenta nie rozstrzygają sprawy tego pośredniego działania srogków odkwaszających.

W dalszej dyskusji głos zabrał powtórnie kol. G l u z i ń s k i, zwracając uwagę, że do badań tych nie nadają się śniadania z alkoholu, który o ile podawany jest przez czas dłuższy, wywołuje hypersecretio.

Również tę samą myśl wypowiadał kol. W. O r ł o w s k i podkreślając, że śniadanie alkoholowe nie jest odpowiednie dla badań, alkohol bowiem nie jest bodźcem właściwym dla żołądka. Do badań tego rodzaju mówca zaleca stosowanie śniadań próbnych z soków jarzynowych.

W o d p o w i e d z i głos zabrał kol. F i l i ń s k i podkreślając, że chociaż śniadanie alkoholowe jest bodźcem нефизjologicznym, to jednak wybrał je dla udogodnienia, jakie ono daje w pracy doświadczalnej ze względu na przezroczystość i łatwe wydobywanie przy badaniu frakcyjnem treści żołądkowej.

Prezes: **K. Zieliński**

Antoni Kaczyński

Zastępca Sekretarza Dorocznego

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

z dnia 4 grudnia 1928 r.

Przewodniczący, Prezes T-wa — **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 37. Wprowadzonych gości 20.

I) Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia klinicznego z dnia 27. XI. r. 1928.

II) Do ksiąźnicy T-wa wpłynęły następujące prace:

1. Katalog wystawy rękopisów i druków przyrodniczo-lekarskich XIII — XVI wieku. Biblioteka Jagiellońska.

2. Małopłytkowość. H. Klein. 1928.

3. Katalog wydawnictw Szkoły podchorążych sanitarnych i „Lekarza Wojskowego“, 1928.

4. Józef Dietl. 1928.

III. Kol. Sobieszczański. *Spondylosis rhisomelica ascendens* (Pokaz przypadku). Pokaz dotyczy chorej lat 33, która w 15 tym roku życia przebyła ospe naturalną, następnie toczeń pospolity twarży i lewego ramienia, wyleczony radem. Przed 4-ma laty poczuła bóle w krzyżu i biodrach oraz trudność w chodzeniu: od 3-ch lat — sztywność w plecach, od 2-ch lat w szyji, od roku ograniczenia ruchów w stawach barkowych. W pozycji stojącej attitude en Z, typ oddechu przeważnie brzuszny. W płucach zmiany szczytowe, w innych narządach — zmian niema. Odczyn Bordet — Wassermanna we krwi ujemny. W moczu dwoinek Neisser'a nie wykryto. Stan krwi i rozmaz bez zmian istotnych. Zdjęcie rentgenologiczne kręgosłupa wykazuje odwapnienie w kręgach lędźwiowych, oraz zwapnienie więzów pomiędzy wyrostkami kolczastymi, niekiedy i poprzecznymi (*colonne en bambou*). Zdjęcia miednicy — odwapnienie talerzy biodrowych, zwapnienie więzów i panewek stawów biodrowych. Po wyłączeniu cierpień podobnych (*arthrititis deformans*, *malum Potti*, *osteocondritis juvenilis Calvé*, *pseudo-tabes spondylosica Babińskiego*, *kyphose héréditaire Bechtierewa*) możemy rozpoznać: *Spondylosis rhisomelica ascendens* (*Strümpell-Marie*), *oligoarthrititis deformans ankylosans in articulationibus coxarum et brachiorum*, *condensatio apicis utriusque pulmonis praecipue dextri adenopathia tracheobronchialis*. Po omówieniu etiologii tej choroby (*P. Marie*, *Lévi*, *Teissier*, *Marinesco*, *Roque*, *Rathery*, *Mohr*) wskazano na możliwe tło gruźlicze w danym przypadku typu *rhumatisme tuberculeux atténué* (*Poncet et Leriche*). Następnie omówiono pokrótce leczenie tego cierpienia oraz rzadkość, jego u kobiet (u mężczyzn znacznie częściej, *Rzętkowski*). Pokazano również zdjęcie rentgenowskie kręgosłupa chorego z podobnym cierpieniem (zwapnienie więzów międzykolczastych), który nie przybył na pokaz, (*Streszcz. własne*).

IV) Kol. Mikułowski Wł. O konstytucji kiłowej.

Pojęcie konstytucji wymaga rozróżnianie dwóch zasadniczych typów: genotypu i phaenotypu. Genotyp jest wykładnikiem czynników sumujących się na bezwzględny fatalizm dziedziczności, przenośny przez plazmę zarodową, phaenotyp jest sumą czynników świata zewnętrznego wpływających na ustrój, a więc sumą warunków takich, jak klimat, odżywianie, ruch, wychowanie, choroba i t. p. Kiła jest czynnikiem chorobowym, zewnętrznym, phaenotypowym, który nie jest w znaczeniu biologicznym wogóle dziedziczny, jest nim natomiast w znaczeniu klinicznym w przeciągu jednego, dwu, trzech pokoleń. Kiła może sprowadzić w ustroju zakażonym szereg zmian morfologicznych, fizycznych i humoral-

nych, których znaczenie ma charakter przejściowy ze stanowiska przyrodniczego. Jakkolwiek posługiwanie się nazwą konstytucji lub dziedziczności kiłowej jest nieściśle w znaczeniu przyrodniczym, to jednak nie jest to szkodliwe pod względem klinicznym, o ile lekarz nie odnosi się do owej konstytucji, jako do właściwości ustroju genotypowej, która istotą swojej niezmienności może wpływać zniechęcająco i porażająco na inicjatywę leczniczą, Przeciwnie: uświadomienie phaenotypowego, czyli zakaźnego charakteru „konstytucji“ kiłowej — a więc konstytucji uwarunkowanej przez zakażenie — podnieca lekarza do śledzenia i do odkrywania tego czynnika chorobowego, którego objawy dają się, jak wiadomo, usunąć przez zastosowanie odpowiedniego leczenia. Poznanie bogatej wielopostaciowości kliniki kiły zmusza lekarza do krytycznego ustosunkowania się wobec różnych patologicznych typów konstytucjonalnych, których ukrytą etiologią bywa często kiła. Wykrycie tej etiologii jest ważnem dla rozpoznania, i ujawnia często uleczalne tło zakaźne pozornie niezmiennej i nieuleczalnej konstytucji. (Streszcz. własne.).

V) K. Paradistał St. Znaczenie kliniczne bronchografji.

Ze wszystkich narządów, do których zastosowano bronchografję, najwięcej skorzystały z tej metody układ nerwowy i drogi oddechowe. Ta nowa metoda posiada wybitne znaczenie kliniczne jako: 1) metoda rozpoznawcza w licznych chorobach dróg oddechowych, 2) metoda, która wzbogaciła nasze wiadomości ogólne w zakresie patologji narządu oddechowego i umożliwiła rewizję niektórych wiadomości, zmieniła pojęcia klasyczne, dotyczące pewnych jednostek chorobowych (szczególnie rozstrzeni oskrzeli owych) i rzuciła nowe światło na etiologję innych chorób, 3) pozwoliła nam na niezmiernie ciekawe badania płuca uciśniętego (odma sztuczna) i na wyciągnięcie ciekawych wniosków, dotyczących fizjopatologii odmy sztucznej.

Do zabiegu używa się następujących 3 metod: a) nadgłośniowa, b) śródgłośniowa i c) śródpierścieniowo-tarczowa.

Wskazaniem do stosowania metody kontrastowej, poza badaniami teoretycznemi są z reguły wszystkie choroby przewlekłe narządu oddechowego z pewnem ograniczeniem dla zmian gruczlicznych. Przeciwszkazania są bardzo nieliczne. Do najważniejszych należą postaci serowate gruczlicy i nadwrażliwość wobec jodu.

Powikłania występują rzadko — w postaci zatrucia jodowego i pochodzą one raczej z wchłaniania jodu przez przewód pokarmowy, niż przez drogi oddechowe. (Streszcz. własne.).

W d y s k u s j i:

Kol. Dobrowolski Kazimierz przedstawił szereg rentgenogramów, wykonanych w pracowni rentgenologicznej szpitala Wolskiego. (Kierownik: Dr. Marja Werkenhówna) u chorych ze swego oddziału po właniu oliwy jodowej w różnych cierpieniach dróg oddechowych, jak skrzywienie pod kątem tchawicy, niedrożność oskrzela głównego lewego, rozstrzenie oskrzeli walcowate, paciorkowate, workowate i t. p.

Należy podkreślić doniosłość metody lipiodolowej w dagnostyce chorób dróg oddechowych. Jest ona dzisiaj metodą ułatwiającą rozpoznanie w przypadkach wątpliwych lub podejrzanym, potwierdzającą je zaś w tych, w których zachodzi potrzeba zabiegu chirurgicznego.

Są jednakże przypadki rozstrzeni oskrzeli, w których zwykły rentgenogram wyraźnie wykazuje rozstrzenie, natomiast metoda lipiodolowa ich nie wykrywa. Są to przypadki rozstrzeni workowatych, kolbkowatych, w których rozstrzenie połączone są z oskrzelem za pomocą bardzo wąskiej szyjki przez którą lipiodol nie może przedostać się z oskrzela do rozstrzeni. Jakkolwiek Sergent twierdzi, że w takich przypadkach płwocina jest zazwyczaj cuchnąca, badania mówcy tego nie potwierdzają.

Jednocześnie mówca nadmienia, że posiłuje się oddawna wlewaniem oliwy jodowej również jako metodą uzupełniającą w cierpieniach wysiękowych opłucnej, ropniach płucnych i t. p.

(Streszczenie własne).

Kol. G e r n e r mówi o przypadkach, w których bronchografia bywa stosowana w celach pogłębienia naszych wiadomości rozpoznawczych.

Przytacza on dwa przypadki, w których dość znaczne grupki drobnych rzeń pod kątem łopatek, bez zmian wypuku i oddechu, uporczywie utrzymujące się nasuwały mu przypuszczenie istnienia roztrzeni oskrzelowych. Klinicznie objawy te nie dały o sobie znać ani kaszlem ani innymi dolegliwościami. Przypuszczenie co do rozstrzeni znalazło potwierdzenie w bronchografii. Mówca radzi zwracać bacniejszą uwagę na wrażliwość chorych na kokainę. W jednym ze swych przypadków mówca miał do czynienia z zapaścią po znieczuleniu dróg odechowych.

Kol. D ą b r o w s k i K. stwierdza, że nie spostrzegął zapaści po znieczuleniu kokainowem.

Kol. S a b a t omawia t. zw. cień prostomierza, o którym wspominał prelegent, a który występuje w obrębie cienia serca. Mówca jest zdania, że cień ten nie zawsze pochodzi z rozstrzeni oskrzelowych, lecz i z powodu ropnia lub wysięku śródpiersiowego. Bronchografii mówca nie uważa za niewinny zabieg. To też pomimo jej wartości rozpoznawczej zależy stosowanie jej ograniczyć tylko do koniecznej potrzeby. Lipiodol lepiej zastąpić mniej trującą bromipiną.

Kol. G o d l e w s k i podaje, iż zapaść po kokainie naogół zdarza się rzadko, nieraz powstaje niezależnie od ilości zużytej kokainy. Mówca spostrzegł bardzo ciężką zapaść po dwukrotnem posmarowaniu kokainą błony śluzowej nosa. Do zupełnego znieczulenia krtni wystarczy 4 — 5 cm.³ 10% roztworu kokainy.

Kol. G r u d z i ń s k i Z. powołuje się na opinię większości klinicystów, którzy twierdzą, że największem niebezpieczeństwem w bronchografii jest znieczulenie kokainowe, skąd płynie naturalne dążenie, aby jej używać jaknajmniej w czasie zabiegu, co niektórym wprawnym technikom łatwo się udaje. Dalej mówca

wspomina o próbach wrażliwości na jod przed podawaniem jodiny. Wprawność wykonawcy czyni bronchografię znacznie mniej przykrą.

Kol. Paradiśtal, odpowiadając mówcom, wspomina między innymi o wskazaniach społecznych do stosowania bronchografji i przytacza przykład młodego człowieka, który miewał krwiopłucia i nie mógł dostać posady, gdyż był brany za suchotnika. Bronchografja dostarczyła dowodu istnienia nie gruźlicy, lecz rozstrzeni oskrzelowych, jako źródła krwiopłucia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes **K. Zieliński.**

Sekretarz Doroczny **Klemens Gerner.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA KLINICZNEGO

w dniu 18 grudnia 1928 r.

Przewodniczący — Wice-Prezes T-wa **W. Orłowski.**

Obecnych członków Tow. 25. Wprowadzonych gości 16.

I) Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 4 grudnia odczytano i przyjęto.

II) Kol. Mikułowski W. przedstawia i omawia przypadek duru brzuszego z zespołem plamicy małopłytkowej towarzyszącej krwotokom kiszczkowym u dziewczynki 5-letniej.

Stasia D. zachorowała 12.X. b. r., wśród gorączki dochodzącej do 40°, której towarzyszyło pojawienie się wybroczyn na różnych miejscach skóry oraz częste, wolne, krwawe stolce. Po 11 dniowym stanie gorączkowym przybyła chora 24.X. do szpitala gdzie po 5 dniach bezgorączkowych od 29.X. do 11.XI. znów utrzymywała się gorączka od 38° — 39. 8°. Na skórze przez ten czas pojawiają się naprzemian w różnych miejscach wynaczynienia plamicowe, którym towarzyszą krwotoki kiszczkowe. Krew=Hb, 77%. Cz. c. : 4.5000.000. B. C : 8.100, płytek 15 000. Czas krwawienia 4¹/₂ min. Czas krzepnięcia 6 min. Krzepliwość upośledzona, odczyn ułkucia Kocha dodatni, objaw opaskowy ujemny. Odporność krwinek 0,32%. Odczyn Wassermana ujemny, odczyn Widala kilkakrotnie ujemny. Posiewy krwi ujemne. Posiewy moczu i kału na żółci — dają szczep prątków Ebertha.

Przebieg duru bardzo ciężki z zespołem złowróbnym Hutinela, z niemiarowością tętna, z obniżeniem ciśnienia krwi, z rytmem galopującym, z sennością. Na pośladkach, w okolicy stawu kolanowego i łokciowego — rozległe długo się gojące martwice

skóry i obustronne ropne zapalenie ucha środkowego. Po miesiącu choroby obraz krwi wykazywał umiarkowaną niedokrewność, nie wykazywał już jednak małopłytkowości.

Dziecko od 5 tygodni bez gorączki znajduje się zdrowe w domu.

Przypadek opisany pozwala na zrozumienie mechanizmu powstawania krwotoków kiszkiowych w przebiegu duru brzuszno-go. Krwotoki te nie są wyrazem jedynie miejscowego krwotoku odosobnionego, ale są one objawem, zespołu krwiotocznego.

Przypadek ten ma dużo cech wspólnych z opisanymi przez referenta w Pol. Gaz. Lek. w 1927 r. Nr. 18 przypadkami duru brzuszno-go u dzieci.

Dyskusja:

Kol. Dąbrowski Witosław. Przedstawiony przypadek należy zaliczyć do rzadkich i nader ciekawych. Jak wiadomo, krwotoki kiszkiowe w tyfusie brzuszno-m wyzależnione są długotrwałością i intensywnością sprawy chorobowej (drażnienie wgląb ściany kiszkiowej poprzez błonę wewnętrzną do błony naczyńowej z przeżeraniem naczyń krwionośnych). Krwotoki takie zdarzają się i w środkowych okresach i w późniejszych, jednakże tak wczesne, jak w danym przypadku, i to z objawami wynaczyńien na skórze — muszą być zaliczone do niezmiernie rzadkich.

Według danych literatury, niema chorób wysypkowych, któreby nie mogły przebiegać w postaci krwotocznej (ospa, szkarlatyna, odra); dur brzuszno-m nie daje zazwyczaj tych objawów na powłokach skórných. Mówca nie widział ani razu duru brzuszno-go, przebiegającego w postaci krwotocznej. W wieku dziecięcym zdarzają się być może odchylenia i do nich właśnie należy zaliczyć przedstawiony przypadek.

Kol. Sterling-Okuniewski. Nasuwa się zastrzeżenie co do czasu wystąpienia krwotoku; ustalenie z którym dniem choroby ma się do czynienia jest b. trudne, gdyż jak wiadomo, sprawa może trwać już pewien czas, nie dając wyraźnych objawów. Trudno zatem powiedzieć, czy w tym przypadku chodzi o 8, 9 czy też 12-ty dzień choroby, Tylko w specjalnych warunkach ustalenie początku choroby jest możliwe. W czasie wojny mierzono codziennie temperaturę w obozie jeńcom francuskim i na tej podstawie stwierdzano w 11 dniu choroby w przypadkach duru śmierć z powodu krwotoku. Jako przyczynę podnoszono tu zmienione czynniki konstytucjonalne, między innymi złe odżywianie.

Mówca zgadza się kol. Dąbrowski m, że przedstawiony przypadek jest rzeczywiście niezmiernie rzadki. W czasie wojny opisywano przypadki zachorowań na dur brzuszno-m w Małopolsce, przebiegający z obfitości, rozległymi wybroczynami, dochodzącymi do wielkości dłoni. Sądzono, że chodzi tu o działanie specjalnego zarazka chorobotwórczego. Podobny przypadek przedstawiał

w ub. roku kol. Mikułowski. Niewątpliwie oba te przypadki należałoby uzależnić od pewnych czynników konstytucjonalnych. Warto by zbadać, jak dziecko to zareaguje na szczepionkę duru brzuszego w $\frac{1}{2}$ roku po wyzdrowieniu, czy mianowicie nie wystąpią wówczas też same objawy krwotoczne. Przypadek omawiany należy uważać w każdym razie za wyjątkowy, w którym zasadniczą rolę gra jakiś czynnik osobniczy.

Kol. K. Gerner przytacza przypadek spostrzegany przed 10 laty w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze. Był to przypadek krwotoku i śmiertelnego przebiecia owrzodzeń u człowieka, który zachorował na 5 dni przed ich wystąpieniem. Badanie sekcyjne wykazało, że chory uległ nawrotowi duru, który spowodował to przebiecie. Można było stwierdzić szereg blaszek pigmentowanych, odpowiadających skończonemu procesowi obok blaszek zupełnie świeżych. W przypadkach, w których występują wczesne krwotoki należy pamiętać o tej możliwości. Mówca odnosi wrażenie, że w omawianym przypadku chory przechodził pierwszy okres duru; nawrót spowodował gorączkę a w następstwie doszło do krwotoków.

Kol. W. Orłowski. Wczesne krwawienia jelitowe i obfite wybroczyny na skórze w przebiegu duru należą do wielkiej rzadkości. W części przypadków, opisanych w piśmiennictwie, a obserwowanych przez mówcę, okazało się, że przyczyna takiego przebiegu leży w mieszanym zakażeniu stafilkokami i streptokami. Należy podnieść fakt, po raz pierwszy poruszany w piśmiennictwie niemieckim, występowania wczesnych krwotoków wraz z objawami krwotocznymi przy zachorowaniu na dur w przypadkach, które dotyczą chorych na skorbut (gnilec). Objawy skazy krwotocznej występują tu b. dobitnie, powstaje obraz przypominający dżumę gruczołową z wyraźnym powiększeniem gruczołów. Jest ciekawe, czy w przedstawionym przypadku robiono posiew krwi i czy nie chodziło tu właśnie o zakażenie mieszane.

Kol. W. Mikułowski (w odpowiedzi):

W przypadku przedstawionym chodziło o krwotoki kiszkowe wczesne, których początek przypadał już na 8-my dzień choroby. Trousseau opisał był krwotok kiszowy w 9-y m dniu duru, krwotok ten spowodował ciężką niedokrewność. W przypadku przedstawionym nie mieliśmy prawa rozpoznawać gnilca, bo w jamie ust zmian nie było, ani zakażenia streptokowego, bo posiewy krwi były ujemne. Trudno jest ocenić, jaką rolę w tej plamicy durowej odgrywała konstytucja — to pewna, że anamnestycznie dziecko nie przedstawiało żadnych zaburzeń o charakterze skazy krwotocznej — a obraz krwi w miarę zdrowienia wrócił do normy.

Przeciwnie za momentem zakaźnym, właściwym danej epidemii duru, a nie za momentem konstytucyjnym przemawiaćby mógł fakt, że w 10 dni po tej dziewczynce przybył do szpitala chłopiec 6-letni z typowym durem brzuszynym, który się rozpoczął wśród krwotoków żołądkowo - kiszkowych, trwających przez kilka dni.

III) Kol. Ławrynowicz A. Czynniki epidemiologiczne duru brzusznego w Warszawie.

Mimo stałego i znacznego napięcia epidemji durowych w Polsce znajomość czynników epidemiologicznych, powodujących te epidemie, nie jest dostateczną.

Referent przedstawia na podstawie materiałów Miejskiego Instytutu Higienicznego m. Warszawy charakterystykę poszczególnych czynników epidemiologicznych duru brzusznego w Warszawie.

A, Czynniki wodny: 1) Woda wodociągowa zawiera w 1-y m. sz. średnio 6 — 12 bakterji; wyjątkowo tylko więcej. Laseczkę okrężnicową spostrzegano tylko wyjątkowo rzadko (2 razy na 22 badania) i tylko w dużych objętościach wody (800 i 100 cm. sz.). 2) Studnie badane w kierunku bakterjologicznym i chemicznym dały 84,7% prób wody niezdatnej do użytku i tylko 15,3% prób dobrych (na podstawie badania 327 studzien).

3) Lód, pochodzący przeważnie z glinianek, w większej części jest zanieczyszczony; zbiorowiska wodne badane w 55% miały wodę nie nadającą się do użytku.

Wnioski. W epidemiologii duru brzusznego woda wodociągowa nie posiada znaczenia, studnie stanowią niewątpliwie czynnik epidemiologiczny, lód naturalny może odgrywać rolę.

B. Czynniki kontaktu. a) Chory w małym stopniu (gdyż w latach 1926 — 27 wydzielano do szpitala 87% chorych); znaczenie posiadają nietypowe lekkie zachorzenia durowe i zachorzenia u dzieci b) Zdrowi nosiciele w Warszawie dają na podstawie badań Miejsk. Instytutu Higienicznego od 0,35 do 0,5% osobników badanych, co stanowi dla Warszawy 3,500 — 5,000 nosicieli (szczegóły Polska Gazeta Lekarska 1928 — Nr. 50). Złe warunki mieszkaniowe oraz brak systematycznej kontroli nad nosicielstwem osób stykających się z produktami spożywczymi, sprzyjają bardziej intensywnemu działaniu tego czynnika. c) Produkty spożywcze. Mleko przede wszystkim posiada znaczenie pod tym względem. Stan zanieczyszczenia bakteriologicznego mleka warszawskiego jest wyjątkowy — 95,6 prób badanych zawiera więcej niż 1.000,000 bakterji. Charakteryzuje to panujące w przemyśle mleczarskim stosunki (Szczegóły — M. Hryniewicz. Zdrowie 1928, Nr. 4).

Rola kontaktu na podstawie danych powyższych występuje wyraźnie.

Warszawa nie jest terenem jednolitym. Poszczególne czynniki powyższe w różnej mierze występują w poszczególnych dzielnicach. Wnioski: Epidemie duru brzusznego w Warszawie mają typ kontaktowy — drogą kontaktu pośredniego.

Plan akcji zapobiegawczej wynika z powyższego:

A) Czynniki wodny. Możliwie szybka i zupełna rozbudowa sieci wodociągów i kanalizacji.

B) Czynniki kontaktu. 1) Kontrola rekonwalescentów wychodzących ze szpitali. Systematyczna kontrola nosicielstwa u osobników zatrudnionych przy produktach spożywczych. Konieczność dostosowania prawodawstwa sanitarnego do walki z nosicielstwem. Polepszenie warunków mieszkaniowych. 2) Mleko — wprowadzenie pasteryzacji mleka, usunięcie handlu domokręznego. 3) Szczepienie ochronne, zwłaszcza łatwe w postaci szczepień dojelitowych.

Dyskusja:

Kol. Szulc. Sprawa walki z dudem brzuszny ma między innymi, b. doniosłe znaczenie dla wojska. We wszystkich pułkach stosuje się systematyczne szczepienia przeciwdurowe, przy czym należy tu zaznaczyć, że liczba zachorowań utrzymuje się od szeregu lat mniej więcej na jednym i tym samym poziomie, zbliżonym 1%. Wskazywałoby to na to, że wpływ tych szczepień jest czemś ograniczonym. Tu właśnie wysuwa się zagadnienie podniesienia kultury i polepszenia bytu. Kol. prelegent opuścił ten ważny postulat walki z dudem, mianowicie walkę z zakażeniem kałowym. Ciągłe zanieczyszczanie kałem i moczem ulic stanowi moment pierwszorzędnej wagi w sprawie roznoszenia zarazków. Z tem można i trzeba walczyć, a jeśli chodzi o miasto nasze, należałoby bezwarunkowo zwiększyć ilość szalek. Walka powinna także objąć nosicieli, jednakże sprawa ustalenia kto jest tym nosicielem, nie jest rzeczą łatwą. Są niewątpliwie nosiciele, którzy przez szereg lat nie wydzielają prątków durowych, a potem zaczynają je znów wydzielać. Toteż skierowanie wszystkich wysiłków przeciwko temu, by zarazek się nie rozsiewał, racjonalne zorganizowanie nadzoru nad niebezpieczeństwem kałowym — należy uważać za zagadnienie niezmiernie ważne. Jeśli chodzi o wpływ szczepień to byłoby rzeczą b. ciekawą wyjaśnić porównawczo, jak często spotykają się zachorowania wśród ludności męskiej i żeńskiej. Jak wiadomo w czasie wojny cały materiał męski zdolny do walki podlegał szczepieniu, takie szczepienia są przeprowadzane w wojsku i obecnie.

Tego rodzaju statystykę przeprowadzono w Niemczech przy czym okazało się, że po wojnie notowano większość zachorowań wśród kobiet, podczas kiedy przed wojną większość pod tym względem dotyczyła mężczyzn. Fakt ten był powodem przypuszczeń, że wpływ szczepienia trwa około 6 lat.

Kol. Owczarewicz obszernie omawia sprawę nosicielstwa. Chodzi o to, że większość nosicieli tyfusu, to nie są nosiciele stali, lecz okresowi i uchwycenie momentu, kiedy wydzielają oni prątki — nie jest rzeczą łatwą. Mówca badał treści dwunastnicy szeregu osób, które kilkanaście lat temu przebyły dur brzuszny, przy czym okazało się, że niektóre z nich zawierały prątki durowe. Kilkakrotne poszukiwania prątków w kale u jednego z tych osobników dały jednak wynik ujemny. Zaczęto poszukiwać bakteriofagów i znaleziono je, choć były b. słabe. Otóż osobnik ten będąc nosicielem prątków tyfusowych tracił je w je-

litach, gdzie ulegały one zniszczeniu przez bakterjofagi. W żółci bakterjofagi nie działają, gdyż w tym środowisku żywotność ich ulega zahamowaniu, stąd pewna sporadyczność nosicielstwa: jeżeli bakterjofagi są w pełni aktywności — prątków w kale nie znajdujemy, gdy zaś tę aktywność tracą — prątki znowu zjawiają się w tym środowisku. Badając nosicieli należałoby zatem zbadać również wydzielinę dwunastnicy. Należałoby także pomyśleć o leczeniu nosicieli, gdyż obecnie nie leczy się ich wcale. Należy przypuszczać, że jeżeli nie wszyscy nosiciele, to większość z nich mogłaby być wyleczona.

Co do szczepień, mówca niema przekonania do szczepień jelitowych uważając je za znacznie słabsze w porównaniu z podskórnymi. Jeżeli mamy tu pewne statystyczne, dodatnie wyniki to należy je raczej przypisać czynnikom ubocznym (szczepieniom tym poddają się zazwyczaj ludzie inteligentni, bardziej dbający o higienę). W wojsku szczepienia czerwonki doustne dały wynik zupełnie ujemny, toż samo możnaby powiedzieć o tego rodzaju szczepieniach duru. Odporność po zastosowaniu szczepień podskórnych może być pod względem długootrwałości rozmaita; w grę wchodzi tu pewien rodzaj konstytucji serologicznej. Trzeba się zgodzić z tem, że b. wielu osobników może zachować odporność na długi szereg lat. W stosunku do nosicieli należy zaznaczyć, że szczepienia podskórne leczyć ich nie mogą, choć z drugiej strony przyczyniają się one znakomicie do zmniejszenia ilości zachorowań wogóle.

Kol. Bronowski. Zapytuje czy epidemie duru brzuszego w wojsku spotykają się w jesieni, czy też w innych porach roku. Obserwacja uczy, że epidemie te nasilają się najbardziej wtedy, gdy ludzie ulegają silnemu przepracowaniu (żniwa, okres kopania kartofli i t. d.) i dlatego należy przypuszczać, że te czynniki, właściwie okresowi jesiennemu obok innych, dobrze znanych (obfitość owoców, jarzyn) przyczyniają się w tym właśnie okresie do wybuchu epidemii. Też same czynniki muszą odgrywać rolę nawet w miastach (na jesieni roboty są bardziej wyęczone np. roboty ziemne, mularskie i t. p.). Nie można stanowczo stwierdzić, że jest tak istotnie, ale teoretycznie dane te uzasadniają dostatecznie wybuchy epidemii jesiennych. Bronowski wspomina, że kiedy sam był w wojsku, epidemie duru trwały nie w przeciągu kilku (2 — 3) miesięcy, lecz ciągnęły się przez okres 8 — 9 m. Ciekawą jest rzeczą, jakie jest obecnie ustosunkowanie tego zagadnienia w wojsku naszym.

Kol. Dąbrowski W. Jednym z najgłówniejszych czynników dopomagających szerzeniu się duru brzuszego ma być wg. szkoły Petenkofera ścieśnienie mieszkań. Jest to czynnik niewątpliwie ważny, ale nie wyłączny. W dzisiejszych warunkach mielibyśmy z natury rzeczy b. liczne przypadki zachorowań a nawet epidemie. Fakt, że zjawiska tego nie obserwujemy — dowodzi, że bywają przypadki b. lekkiego przebiegu, które nie opierają się już o szpital. Zresztą czynniki przyczyniające się do rozszerzania

durowa są b. rozmaite. Jednym z nich jest czynnik związany z jakością wody, używanej przez ludność. W pierwszych latach wojny mówca dotykał się tej sprawy bliżej, należąc do specjalnej komisji Wydziału zdrowia Magistratu. Wykonano pracę zbadania 1.000 studni—wyników jednakże nie ogłoszono. Należy zaznaczyć że wynik badań wody studziennej był smutny. Niekiedy uderzała b. duża ilość pałeczek okrężnicy, przyczem w domach właścicieli tych studzien panowały często przypadki duru brzuszego. Ciekawe było i niewytłomaczone, dlaczego w tych przypadkach nie znajdowano innych bakterji poza pałeczkami okrężnicy, Te przesłanki dają do myślenia, że badanie bakteriologiczne wody studziennej może niekiedy wprowadzić w błąd.

Wypowiadając walkę nosicielom tyfusowym należałoby przede wszystkim szczególną uwagę zwrócić na sprawę wody studziennej, jak długo podmiejskie okolice nie będą zaopatrzone w centralne urządzenia wodociągowe. Należy też zwrócić uwagę na wodę wiślaną, wobec coraz większego jej zapotrzebowania. Akcja walki z durum drogą zabezpieczania się od nosicieli zapomocą szczepień jest z wielu względów trudną (brak odnośnego prawodawstwa, niezamożność społeczeństwa) tembardziej, że wyniki szczepień ochronnych nie są jeszcze tak pewne, by na nich wyłącznie można było oprzeć walkę z durum.

Kol. Szulc (w odpowiedzi kol. Bronowskiemu) Nasilenie duru brzuszego w wojsku bywa różne i idzie równolegle do natężenia zachorowań, jakie obserwuje się wśród ludności cywilnej. Podnoszenie się krzywej w jesieni należy tłómaczyć przypadającym na ten czas momentem wcielenia nowego rocznika, jakoteż okresem manerwu i ćwiczeń.

Kol. Mikułowski wyraża przekonanie, że dyskusja nad epidemiologją i zapobieganiem przeciw durowi brzuszemu jest zależna od ustosunkowania się naszego do zasadniczego zagadnienia: czy dur brzuszny należy uważać za febris a putredine orta, jak za czasów przed Eberthem, czy za enteritis infectiosa specifica, jak sądzono w okresie po odkryciu Eberth'a, czy też wogóle przestaniemy uważać dur za chorobą kiszkiową, jak tego chce teoria Sanarelliego z roku 1894.

W świetle teorii Sanarelliego dotychczasowe poglądy na słusność profilaksji wodnej wymagają rewizji. Autor ten zaskoczony faktem skąpej obecności prątków durowych w kale i trudnością ich wyodsobienia; jakoteż faktem trudności przenikania do krwiobiegu jądów bakteryjnych, wprowadzonych do przewodu pokarmowego o niezmięnionej powierzchni błony śluzowej, udowodnił zapomocą doświadczeń na zwierzęciu, że prątek Eberth'a osiedla się w układzie chłonnym, w którym się rozmnaża, a pojawienie się jego we krwi jest tylko wyrazem, najazdu drobnoustrojów. Zwierzęta, którym podawano doustnie jad durowy w dawce działającej śmiertelnie po podskórnem prowadzeniu, nie okazywały żadnych objawów chorobowych, ponieważ nabłonek jelitowy, nie wchłaniając jądów nie ulegał uszkodzeniu. Po zastrzyknięciu zarazka durowego zwierzęta te ginęły jak zwykle,

z tą tylko różnicą, że nie okazywały zmian anatomicznych w jelitach. Ta nieczułość miejscowa wobec jadu durowego nie była swoistą, skoro bowiem zamiast jadu durowego podano doustnie inny jad bakteryjny, lub przesącz zgniłego mięsa, wtedy otrzymano ten sam wynik. Ściany jelit reagują tem mniej na działanie jadów bakteryjnych, im bardziej były przyzwyczajone do obcowania z innymi jadami, nawet nie swoistymi. Doświadczenie to tłumaczyłoby w pewnym stopniu niższość szczepienia doustnego wobec szczepienia podskórnego. Tłumaczy ono także brak odczynów jelitowych lub zahamowanie ich w przebiegu duru brzuszno-gruźliczych, które znajdują się pod wpływem stałej toksemji.

Prelegent, kol. Ł a w r y n o w i c z A. (w odpowiedzi). Podane liczby odsetkowe są niewątpliwie niższe od rzeczywistych a to ze względu na okresowość nosicielstwa i trudności metodyki. Nawet liczby otrzymane na materiale sekcyjnym obejmują tylko jedną grupę nosicieli — (mianowicie badania nad pęcherzykiem żółciowym —) pozostawiając poza nawiasami inne typy nosicielstwa (wrostek robaczkowy, nerki). Badania treści dwunastnicy, posiadają duże znaczenie praktyczne, jednakże napotykają one stale na trudności organizacyjne i nie nadają się dla badań masowych.

Szczepienia ochronne posiadają niewątpliwą wartość praktyczną. Metodyka dojelitowa ułatwia organizację szczepień; wpływ szczepień na zachorowania miałem sposobność wykazać na materiale woj. poznańskiego (p. Polska Gaz. Lek. 1925. N. 2). Po zastosowaniu szczepień ochronnych pozostaje pewne minimum zachorowań, nie ulegające likwidacji — zależeć to może od konstytucjonalnej niezdolności poszczególnych osobników do wytwarzania przeciwciał. Schemat patogenezy duru brzuszno-gruźliczego, podany przez S a n a r e l l e g o, wymaga jeszcze dalszych badań doświadczalnych.

Walkę z durem brzuszno-gruźliczym możemy z całkowitem powodzeniem prowadzić na podstawie dotąd ogólnie przyjętych poglądów na patogenezę duru brzuszno-gruźliczego.

Wiceprezes: **W. Orłowski.**

Antoni Kaczyński

Zastępca Sekretarza dorocznego.



PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONY SPRAWOM SZPITALNICTWA

w dniu 2 stycznia 1928 r.

Przewodniczący — Vice-prezes: kol. **K. Zieliński**.

Obecnych członków 40. Wprowadzonych 6.

I) Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia z dnia 14 listopada 1927 r.

II) Wice-prezes wita gości p. D-ra Sikorskiego, D-ra Przywieczerskiego i D-ra Stefańskiego.

III) Kol. Jakimiak B. W sprawie nowego projektu ustawy Szpitalnej.

W dyskusji: Kol. Michalski Zd. Jest zwolennikiem przymusowego wykonywania sekcji. Projekt konkursów na obsadzenie stanowisk lekarskich, zdaniem mówcy jest groźny dla przyszłości. Należy czynić wszelkie wysiłki, aby utrzymać obecną postać konkursów i ich zasadę.

Kol. Piestrzyński zapewnia, że ostatni projekt już nie zawiera tych punktów, o których mówił kol. referent i kol. Michalski.

Kol. Czyżewicz Ant. wyraża obawę co do pewnych punktów ustawy. Konkursy winny pozostać w tej formie, w jakiej dziś istnieją w poszczególnych miastach Rz. plitej. Sprawa autopsji dobrze jest ujęta w ustawie.

Kol. Sawicki jest zdania, że tylko wojewódzwa mogą podjąć się prowadzenia i organizacji szpitali.

Co do obsadzania stanowisk: w Europie wszędzie sądy konkursowe składają się z lekarzy. U nas winien być wprowadzony konkurs naukowy, jako *conditio sine qua non*. Zresztą nie idzie o formę konkursów, lecz o skład sędziów.

Należy wprowadzić do ustawy punkt o emeryturach.

Co do sekcji — należy pozostawić redakcję tego punktu w tej formie, jaka jest w starej ustawie.

Co do przychodni, to należy je podzielić na takie, które są obliczone na zysk i na te, które nie są obliczone na zysk.

Co do szpitali, to pominięto sprawę klas, które tak wielką

rolę odgrywają w rozwoju chirurgji i bez których żaden chory oddany wyłącznie szpitalowi, nie jest w stanie utrzymać się.

Sprawa dobroczynności jest bardzo subtelna; lepiej przeto nie załatwiać tej sprawy w drodze dekretu, ale raczej oddać pod rozwagę sejmu. Nieostrożny krok może przerwać wszelką ofiarność publiczną. Mówca zwraca uwagę na złą stylizację ustawy.

Kol. Filiński nawiązując do punktu w ustawie który przyznaje samorządom prawo układania statutów dla szpitali, zapytuje, czy wypadnie to na korzyść tych szpitali.

Kol. Szenajch podkreśla, że ustawa jest mało kategori czna i zawiera zbyt wiele „może“.

Kol. Michałski Zdz. z naciskiem podkreśla, że tylko obecny stan konkursów może zapewnić wysoki poziom lekarzy szpitalnych.

Kol. Altkaufer wobec przymusu wykonywania sekcji jest zwolennikiem redakcji tej, jaka jest w starej ustawie. Co do sądów szpitalnych, to uważa za niewłaściwe wprowadzenie do nich z prawem głosów ludzi, nie mających odpowiedzialności.

Kol. Jakimiak wypowiada się przeciw rozporządzeniom wykonawczym, które mają dopełniać ustawę, a które zawsze są zagadką, zanim się ukażą.

Co do klas w szpitalach — mówca jest ich wielkim zwolennikiem. Mówca proponuje wyłonić komisję do opracowania wniosków i komentarzy do ustawy. Mówca jest zdania, że zarówno dotychczasowa forma konkursów, jak również dotychczasowy punkt (w ustawie starej) o sekcjach winny być przeniesione do nowej ustawy.

Kol. Piestrzyński jest zdania, że samorzady muszą być w pewnej formie obdarzone władzą w szpitalach, jako ich zwierzchnie władze.

Kol. Zieliński K. i kol. Sawicki przemawiają za sprawą klas w szpitalach.

P. Sikorski dawał wyjaśnienia mówcom, ujmując sprawę tylko ze stanowiska prawnego.

Vice-prezes: **K. Zieliński**

Sekretarz doroczny: **Klemens Gerner**



PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONY SPRAWOM SZPITALNICTWA

w dniu 17 kwietnia 1928 r.

Przewodniczący — Vice-prezes kol. **W. Orłowski**.

Obecnych członków 40. Wprowadzonych gości 8.

I) Prezes T-wa wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. d-rze Władysławie Janowskim i o ś. p. d-rze Andrzeju Ciechomskim w następujących słowach.

Mam honor i smutny obowiązek zakomunikować Sz. kol. że w dniu 11 kwietnia r. b. rozstał się z tym światem członek czynny Towarzystwa naszego, kilkuletni redaktor „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“, ś. p. Władysław Janowski, po ciężkim napadzie dusznicy bolesnej. Każdy z nas uznać musi ogrom pracy naukowej zmarłego i zasługi Jego dla medycyny wogóle, a dla polskiej nauki naszej w szczególności. Naukę tę w zaraniu ukochał i jeszcze na ławie uniwersyteckiej nią się zajął, wzorując się na umiłowanych przez siebie nauczycielach ś. p. prof. Brodowskim i ś. p. d-rze Teodorze Duninie, jakto sam zaznaczył w swem ostatniem przemówieniu na posiedzeniu Towarzystwa Internistów Polskich w dniu 18 marca r. b. W Towarzystwie naszym często pracami swemi się dzielił i przykładem swym innych do pracy zachęcał. Zasługą Jego wielką było wzorowe redagowanie „Pamiętnika“ naszego i „Przeglądu Piśmiennictwa“. Lata redakcji ś. p. Janowskiego (rok 1898 — 1899) należą do najlepszych lat wydawnictw.

W dniu 13 kwietnia r. b. rozstał się z tym światem ś. p. Andrzej Ciechomski, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, znakomity chirurg, członek czynny naszego Towarzystwa, współtowarzysz pracy ś. p. Matłakowskiego i Jawdyńskiego. Zaraz po ukończeniu gimnazjum i Uniwersytetu Warszawskiego poświęcił się chirurgji i doszedł do wyżyn dostępnych fachowcom pierwszorzędnej sławy. Napisał szereg prac umiłowanym przez siebie dziedzinom chirurgji poświęconych. Niejednokrotnie w Towarzystwie naszym z wynikami prac swych się dzielił, często bardzo w dyskusjach rzeczowych głos zabierał, brał udział w redakcji „Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego“. Prawy charakter człowieka, dobrego Polaka, dobrego Syna i dobrego męża rodziny cechował go zawsze, dla innych mógł świecić przykładem. Oceny prac Jego podejmie się kto inny na jednym z posiedzeń następujących.

Pamięć tych zmarłych na propozycję prezesa uczczono przez powstawanie i jednominutowe milczenie.

II) Po odczytaniu przyjęto protokół z posiedzenia z dnia 2 stycznia 1928 r.

III) Kol. Jakimiak B. Dotychczasowe i nowe prawodawstwo szpitalne polskie.

Przewodnia myśl prelegenta była następująca: Dotychczasowe prawodawstwo szpitalne nie jest ani rosyjskie, ani francuskie, lecz ściśle polskie. Należy wyrazić żal, że autorzy nowej ustawy pominęli zgoła ten stary wzór. Powyższą myśl prelegent uzasadnił, zestawiając niektóre punkty dotychczasowej ustawy i nowego projektu.

W dyskusji: Kol. Mutermilch St. Ustawa szpitalna z roku 1842 obejmuje całokształt spraw szpitalnych i reguluje je w najdrobniejszych niemal szczegółach.

Nowa ustawa szpitalna, podobnie zresztą do innych ogłaszanych obecnie ustaw, ma charakter ustawy „ramowej“, co mówca tłumaczy tą okolicznością, że obecnie życie płynie wartkim strumieniem i warunki dzięki postępom nauki i innym czynnikom ulegają szybkim przeobrażeniom; może i lepiej przeto stało się, że ustawa ma charakter ogólny, a szczegóły regulować będzie statut. Dlatego też należy dążyć do wielce starannego opracowania statutu, zwłaszcza, że może on (art. 32) ustanowić „fachowy sąd konkursowy“ przy obsadzeniu posad ordynatorów i inn.

Wielkim postępem nowej ustawy jest okoliczność, że na czele szpitala publicznego stoi dyrektor-lekarz, który jest „odpowiedzialnym kierownikiem szpitala oraz zwierzchnikiem sił lekarskich, pielęgniarskich, administracyjnych i gospodarczych“ (art. 20). Rada zaś szpitalna ma (art. 24—25) zadania opiniodawcze, i dlatego nie jest rzeczą zasadniczą sprawa przewodniczenia na radzie.

Wreszcie mówca porusza sprawę dokonywania sekcji. Ustawa z r. 1842 rzecz tę reguluje w sposób dokładny, bez zarzutu. Co się tyczy nowej ustawy, to art. 40 wyraźnie mówi, że sekcji zwłok nie można zaniechać, chyba że tego wymagają inne ważne względy publiczne lub naukowe. Ustęp następny tego artykułu mówi o zaniechaniu sekcji wyraźnie „poza temi przypadkami“, pod tym więc względem sprawa, zdaniem mówcy, ujęta jest dobrze. Natomiast mówca uważa za nieodpowiednią redakcję ustępu 1 art. 40 mianowicie, że „zwłoki osób, które zmarły w szpitalach publicznych należy z reguły poddawać sekcji w 24 godziny po niewątpliwem stwierdzeniu śmierci przez lekarza szpitalnego“. W tej redakcji artykuł ten może być przeszkodą do wcześniejszego wykonywania sekcji, co może być konieczne ze względów naukowych.

Ustawa z roku 1842 sprawę tę ujęła lepiej, ponieważ w sprawie terminu mówi tylko o konieczności przybywania zwłok w ciągu 12 godzin po śmierci w odpowiednio urządzonych pomieszczeniach.

Pan Zaleski podaje, że jeszcze odnośne komisje do rozpatrzenia projektu ustawy w sejmie nie zostały stworzone.

Kol. Dąbrowski Wit. pokłada wielkie nadzieje w statutach, które uregulują wiele spraw, np. stosunek szpitali do Kas Chorych. Co do zarządu szpitali, to mówca uważa za najwłaściwsze ujęcie tego punktu w tym sensie, że zwierzchnią władzą jest

lekarz naczelny. Tak również ujmują sprawę niemcy. Co do sekcji, to należy przywrócić poprzednią redakcję ze starej ustawy.

Kol. **Szenajch Wł.** mówi o dobrych stronach ustawy. Jednak ustawa ta jest typowo kompromisowa.

Kol. **Altkauffer.** Dyrektor szpitala nie powinien być tylko referentem przed radą. W „radzie“ niema mowy o lekarzach, którzy dziś na radach szpitalnych tak skutecznie pomagają w pracy lekarzowi naczelnemu. Przewodniczącym w radzie nie może być zwierzchnik w samorządzie.

Kol. **Wiśłocki** zapytuje, kto będzie układał statut. Kol. **Jakimiak** odpowiadał na uwagi mówców.

IV) Kol. **Szenajch Wł.** Sprawczdanie szpitalne i statystyka szpitalna.

Prelegent podnosi, że należy wrócić do zwyczaju sporządzenia dokładnych sprawozdań szpitalnych. Takie sprawozdanie winno być do pewnego stopnia spowiedzią lekarską lekarza naczelnego i ordynatorów. Powinny w niem znaleźć miejsce zarówno plusy jak i minusy, bo ze wszystkich danych można wyciągnąć korzyści na przyszłość. Między innymi winna być poruszona sprawa t. zw. patologji rodzinnej, szczególnie w sprawach chorób zakaźnych. Dalej kwestja służby, np. niewłaściwy sposób obliczania kosztów w wg. ilości łóżek. Należy stworzyć odpowiedni schemat statystyki ścisłej, gdyż dotychczasowy jest zły. Specjalną klasyfikację chorób winna opracować specjalna komisja.

W dyskusji: Kol. **Jakimiak**, wspomina, że kiedyś był projekt stworzenia pisma, poświęconego statystyce szpitalnej, lecz nie znaleziono redaktora. Takie pismo jest konieczne.

Kol. **Witosław Dąbrowski.** Statystyki magistratu nie są interesujące dla lekarza, mają one tylko znaczenie w gospodarce miejskiej. Mówca uważa, że wydawanie pism nie zaspokoi potrzeb z dziedziny statystyki. Raczej każdy szpital winien mieć fundusz na wydawanie własnych sprawozdań. Do tej pracy możnaby wciągnąć młodszych kolegów.

Mówca wnosi, aby zebranie uchwaliło następującą rozulację: „Wydział szpitalnictwa winien w budżetach wszystkich szpitali corocznie wstawać sumę, przeznaczoną na opracowanie i wydawanie naukowych sprawozdań rocznych.

Wniosek ten został przyjęty. Na tem posiedzenie zakończono.

Vice-prezes: **W. Orłowski.**

Sekretarz doroczny: **Klemens Gerner**



PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONY SPRAWOM SZPITALNICTWA

w dniu 15 maja 1928 r.

Przewodniczący Vice-prezes: kol. **Orłowski W.**

Obecnych członków 34. Wprowadzonych gości 11.

I) Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 17 IV. 1928 r.

II) Kol. Gozdziecki W. Terapia fizykalna w szpitalach na zasadzie doświadczenia, nabytego w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Referent po wstępie, w którym omawia warunki powstania Gab. Ter. Fizykal. w Szp. Dz. Jezus przedstawia okoliczności, które nadały im charakter prowizoryczny, czasowy, wylicza główne ich braki na podstawie tablic, ilustrujących ruch chorych w ciągu 7 lat istnienia Ter. Fizyk. w Szpit. Dz. Jezus i wyprowadza wniosek że ilość chorych korzystających z leczenia metodami przyrodnictwami w porównaniu z zagranicznymi szpitalami jest o połowę mniejsza, gdyż wynosi 3,3%—4% ogólnej liczby chorych.

Przy tej sposobności objaśnia przyczyny tego zjawiska. Na zasadzie danych statystycznych z ilości zabiegów dokonanych w Gab. Ter. Fiz. dochodzi do wniosku, że niektóre działy Ter. Fizykalnej, jak elektroterapia i hydroterapia nie są tak wyzyskane, jakby być mogły. Powodzeniem cieszą się w szpitalu głównie masaż, naświetlanie częściowe światłne i mechanoterapia, co każe mu żądać zwiększenia personelu pomocniczego, który w tych warunkach pracować z pożytkiem nie jest fizycznie zdolny, są bowiem okresy kiedy dziennie wypada uskutecznić jednej osobie 20—24 zabiegów, głównie zaś masaż.

Tablica statystyczna chorób wykazuje, że główny kontyngens chorych, korzystających z terapii fizykalnej są to chorzy ze schorzeniem systemu kostnego i stanowią oni 63% wszystkich chorych, a w stosunku do chorych wewnętrznych 81%.

Przypadki nerwowe stanowią 32%.

Na zasadzie tych danych oraz podziału chorych na przychodzących i leżących, a korzystających z zabiegu terapii fizykalnej (pierwsi stanowią 66% wszystkich chorych), referent wyprowadza następujące wnioski.

I. Terapia fizykalna w Szp. Dz. Jezus, pomieszczona w specjalnym budynku, w tak zwanym projektowanym pawilonie Nr. 7 nie ma mieć charakteru zamkniętej, lecz pół otwartej, t. j. z urządzeń terapii fizykalnej powinni korzystać także i chorzy przychodzący z miasta. Przemawiają zatem względy zarówno ekonomiczne, jak i społeczne.

2. Terapia fizykalna nie powinna być złączona stale z oddziałem, gdyż typ oddziału terapii fizykalnej nie da się uzasadnić. Terapia fizykalna powinna mieć charakter instytutu, zakładu, przychodni, a nie oddziału.

3. Kierownictwo terapii fizykalnej ze względu na kontyngens chorych chirurgicznych—(63%) pomimno spoczywać w ręku dwóch specjalistów: chirurga ortopedysty i internisty fizyko-terapeuty.

(streszcz. własne)

III) Kol. Prezes wręczył dyplom członka honorowego kol. D-rowi Arkadiuszowi Puławskiemu.

IV) Kol. Rotstadt J. Terapia fizykalna w szpitalach na zasadzie doświadczenia, nabytego w szpitalu na Czystem w Warszawie.

Rotstadt przystępując do omówienia zagadnienia fizjoterapii w ewolucji lecznictwa szpitalnego, przypomina, że w roku 1920 zdał sprawę z działalności oddziału terapii fizykalnej w Szpitalu na Czystem, na posiedzeniu Sekcji szpitalnej W. T. L. — R. wówczas szczególnie podkreślał społeczne znaczenie fizjoterapii w ewolucji lecznictwa szpitalnego, a dał wyraz poglądom swoim na całokształt tego zagadnienia w specjalnej uzupełnionej odcitce odczytu swego, którą przedstawia uwadze prezydium posiedzenia. Od 1920 roku sprawa szpitalnego leczenia fizykalnego posunęła się u nas nieco naprzód; w dwóch większych szpitalach warszawskich: Dz. Jezus i im. Marszałka Piłsudskiego stworzono oddziały fizjoterapeutyczne, w których drugi imponuje zasobem środków leczniczych, przyrządów i aparatów we wszystkich działach fizjoterapii, szczególnie mechanoterapii. — Oddział fizjoterapeutyczny w szpitalu na Czystem, gdzie R. jest kierownikiem, otworzono w r. 1913, oddział ten rozwija się b. pomyślnie, dziś stał się on już niezbędnym współczynnikiem podstawowym w całokształcie leczenia metodycznego, b. wielu postaci chorobowych. Liczba zabiegów w 1927 r. przekroczyła 50.000 (1913 r. 30,000). Z oddziału korzystają też chorzy ambulatoryjni, z przychodni szpitala; ci muszą mieć własną bieliznę kąpielową i odzież czystą. Następnie R. na okazanych tablicach podkreśla wykresy, świadczące o niezwykle dodatnich wynikach na oddziale, zwł. w przypadkach cierpień pourazowych. Ostatnio choroby urazowe układu kostno-mięśniowego, jako zagadnienie chirurgiczne i fizjoterapeutyczne — były przedmiotem: specjalnej pracy oddziału i stanowiły treść odczytu (D-ra G r a b e r a), nagrodzonego na konkursie odczytowym szpitala w roku 1927/28; praca ta niebawem ukaże się w druku. Omawiając całokształt fizjoterapii, R. pokreśla, że jednak rozwój tej dziedziny lecznictwa w szpitalach u nas należy uznać za niezwykle powolny, a w obecnej chwili za zupełnie zatamowany, z wielką szkodą dla bardzo wielu chorych (zwł. poza Warszawą) i całego państwa. — W związku z klęską wojny ostatniej, kalectwem, inwalidyzmem setek tysięcy ludzi, zarówno u zwycięzców, jak i zwyciężonych, szczególnie wypukliło się pierwszorzędnej wagi

znaczenie fizjoterapii. — Ameryka Północna pierwsza zagadnienie fizjoterapii szpitalnej praktycznie rozwiązała. — Aby, najszybciej, zgodnej ze wskazaniami współczesnej nauki lekarskiej, rozpocząć zwalczanie skutków okaleczeń wojennych, tworzono już w szpitalach wojskowych, na terenie walk, małe zakłady fizjoterapii, aby nie zaniedbać zabiegów, niezbędnych dla najlepszego postępowania pourazowego. Po wojnie uznano w Ameryce północnej za konieczne tworzenie w każdym szpitalu zakładu fizjoterapeutycznego, aby sprowadzić — przez metodyczne leczenie fizykalne — do minimum straty skarbu państwa, związane z potrzebą płacenia rent inwalidom wojennym. Iluż to ludzi u nas pozostało inwalidami i ciężarem skarbu państwa na skutek uchybień w postępowaniu pourazowym wojennym, związanem z jaskrawym brakiem w kraju dostatecznej liczby zakładów fizjoterapii, dzięki zupełne błędnie często ujętym względem oszczędnościowym. — Omawiając w dalszym ciągu zagadnienie fizjoterapii szpitalnej, R. sądzi, że pozatem jedną z najgłówniejszych przyczyn zahamowania rozwoju tej odrębnej, samodzielnej gałęzi wiedzy lekarskiej u nas, jest też brak ognisk dla skupionej pracy twórczej w tej dziedzinie medycyny praktycznej i teoretycznej. Kierownicy oddziałów fizjoterapeutycznych w szpitalach muszą mieć do swego rozporządzenia chociażby małe własne oddziały kliniczne z chorymi, wymagającymi dla zupełnego wyzdrowienia (wzgl. choćby częściowego) przedewszystkiem postępowania fizjoterapeutycznego, z wyłączeniem natomiast chorych nieuleczalnych, kwalifikujących się do przytułków. Tylko żywy, świeży, własny materiał kliniczny może stać się źródłem ciągłości w pracy twórczej oddziału; korzystanie dla tego celu jedynie z chorych ambulatoryjnych jest pod względem technicznym często bardzo trudne. — Zastanawiając się nad przyczynami braku zainteresowania fizjoterapią u młodego pokolenia lekarzy, którzy często z lękiem, niedowierzaniem lub wogóle sceptycznie ujmują zakres zadań fizjoterapii, R. przychodzi do następujących wniosków.

1. Fizjoterapia powinna stać się w najbliższym czasie przedmiotem obowiązujących (nie dowolnym) wykładów uniwersyteckich (z katedry fizjoterapii) w planie kształcenia studentów 7—8 semestrów wydziałów lekarskich. Poza wykładami teoretycznymi niezbędne tu jest praktyczne szkolenie w fizjoterapii (w okresie studjum uniwersyteckiego) w odpowiednich instytucjach specjalnych wzgl. oddziałach szpitalnych,

2. Konieczne jest włączenie poszczególnych działów fizjoterapii do planu kursów dokształcających dla lekarzy, najlepiej w miejscowościach zdrojowych;

3. Konieczne jest włączenie fizjoterapii, jako przedmiotu obowiązującego, do planu nauk szkół pielęgniarских, wzgl. innych pomocniczych, lekarskich.

(Streszcz. wł.)

W dyskusji: Kol. Puławski A. mówi o potrzebie katedr fizjoterapeutycznych. Zakład szp. Dzieciątka Jezus posiada

dużo braków, gdyż był zaimprovizowany bez większych środków. To, że chorzy rzadko korzystają z pewnych zabiegów, pochodzi najczęściej z nieuświadomienia lekarzy, którzy nie wiedzą, jak i kiedy należy stosować te zabiegi. W obecnych szpitalach, przepełnionych ciężko chorymi, brak ponadto pewnego kontygentu (neurasteników) chorych, którzy odnoszą największy pożytek z fizjoterapii. Ambulatoryjni chorzy nie mogą korzystać z fizjoterapii z wielu względów: obawa zawleczenia chorób do szpitala, zbyt odległa droga dla chorych, mieszkających na krańcach miasta. Mówca jest zwolennikiem oddziałów połączonych z gabinetami fizjoterapii, aby nie było potrzeby noszenia chorych, co zwłaszcza w zimie jest wprost niewykonalne.

Kol. B r o n o w s k i mowi, że przed wojną terapia fizykalna stała w Polsce dość wysoko. Obecnie panuje moda na światłolecznictwo, zapomniano natomiast o innych metodach. Mówca jest zwolennikiem zbudowania instytutu, do którego wpływałyby odpowiednie materiały ze szpitali.

Kol. C i ą g l i ń s k i utrzymuje, że cyfra 3,5% w zakładach jest bardzo wysoka. Kontygent chorych się zmienił. Dziś chorzy poszukują przedewszystkiem ciepła. Fizjoterapia zbyt mało przeniknęła do umysłów lekarskich. Charcot był jednym z tych lekarzy, który zarażał swych kolegów umiłowaniem przyrodolecznictwa. Mówca uskarża się na zbyt rzadkie stosowanie diatermji w przypadkach miażdżycy i dusznicy bolesnej, w których daje ona cenne wyniki. Prądy sinusoidalne znakomicie oddziałują na sprawy nerwowe serca. Należy lekarzy przyzwyczajać do stosowania przyrodolecznictwa. Mówca nie jest zwolennikiem aparatów diatermicznych, które obsługują kilku chorych naraz, a o których mówił kol. R o t s t a d t.

Kol. D y d y ń s k i L. uważa za defekt w wykształceniu lekarskiem niestosowanie terapii fizykalnej. Nawet nasze uzdrowiska niedostatecznie są urządzone w kierunku fizjoterapii. Uniwersytet winien dać podstawy przyrodolecznictwa. Ważne jest urządzenie kursów dla lekarzy asystentów szpitalnych. Winny być stworzone instytuty fizykalnej terapii w szpitalach, następnie również i dla przychodzących chorych. Kasy Chorych winny tworzyć osobne instytucje tego rodzaju. Ważną rzeczą jest tworzenie personelu pomocniczego, który byłby nauczony sprytnie wykonywać szereg zabiegów w domu u chorego.

Kol. Z i e l i ń s k i K. jest zdania, że zanim zostanie wybudowany wielki instytut, pożądane jest tworzenie małych, w wielkich szpitalach.

Kol. Z a o r s k i J. zwraca uwagę na mięsienie gdyż jest zdania, że ono niedostatecznie zostało podkreślone przez prelegentów. Szpitale nie posiadają etatów dla masażyistów, którzy są tak konieczni zwłaszcza na oddziałach chirurgicznych.

Kol. O r ł o w s k i W. podnosi sprawę konieczności wprowadzenia wykładów fizjoterapii na uniwersytecie. Jest nadzieja, że wkrótce fizjoterapia będzie osobną katedrą. Dziś nie da się

stworzyć kursów fizjoterapii, gdyż brak instytucji odpowiednich na wydziałach lekarskich. Instytuty w szpitalach winny być oddzielone od reszty szpitala. Centralny instytut nie byłby praktyczny z wielu względów.

Mówcom odpowiadali prelegenci.

Na tem posiedzenie zakończono.

Vice Prezes **W. Orłowski**

Klemens Gerner

Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONY SPRAWOM SZPITALNICTWA z dnia 19 czerwca 1928 r.

Przewodniczący wice-prezes **W. Orłowski**,

Obecnych członków T-wa 28, — Wprowadzonych gości 4.

I) Protokół z dnia 15. V. 1928 r. odczytano i przyjęto.

II) Wice-prezes zawiadamia o nadesłaniu zaproszenia do wzięcia udziału w VI-tym zjeździe Higjenistów we Lwowie, mającym się odbyć w dniach 7 i 8 lipca b. r.

III) Kol. **Moszyński M.** (z Wilna) wygłosił referat p. t. „W sprawie organizacji szpitalnictwa“.

Początki rozwoju lecznictwa ludowego w odrodzonej Polsce nie wzbudziły dostatecznego zainteresowania ogółu lekarzy. Dzięki temu wprowadzenie w życie ubezpieczenia na wypadek choroby i cała organizacja Kas Chorych odbyły się, według przestarzałych zagranicznych wzorów, bez należytego opracowania przez krajowe siły lekarskie, znające warunki lokalne i potrzeby lokalnej ludności. W rezultacie — chorobliwy przerost systemu poradniczego z zupełnym nieraz pominięciem możliwości zrealizowania otrzymanej porady, wobec złych ogólnie warunków bytowania, uniemożliwiających leczenie domowe, nawet we względnie prostych przypadkach.

Stan lekarski powinien z całą stanowczością opowiedzieć się przeciwko podobnemu postawieniu sprawy i wziąć w swe ręce inicjatywę opracowania racjonalnego planu całokształtu lecznictwa w kraju. Nie należy dopuścić do powtórzenia pierwotnego błędu: decydowania w sprawach lekarskich bez udziału samych lekarzy.

Sprawę rozwoju szpitalnictwa można rozpatrywać z trzech punktów widzenia,

Po pierwsze, jako zasadniczą formę leczenia. Zarząd ubezpieczeń na wypadek choroby i samorządy winny, przedewszystkiem zabezpieczyć ludności leczenie szpitalne.

Oprócz szpitali miejskich należy utworzyć w tym celu planową sieć szpitali powiatowych ze szpitalem wojewódzkim na czele, w ten sposób, by w swym zespole zapewniły ludności racjonalną pomoc we wszystkich działach leczenia.

Utwierdzają nas w przekonaniu o konieczności tej akcji, z jednej strony rozwój techniki leczenia, zbyt skomplikowanej do leczenia w domu i w poradni, z drugiej zaś strony — nastroje ludności, potrzebującej i dążącej do pomocy operacyjnej i dokładnych sposobów badania (Roentgen), a chętnie garnącej się do oddalonych nieraz i drogich szpitali.

Po drugie — sprawę rozwoju szpitalnictwa rozpatrywać należy, jako niezbędną w całokształcie wykształcenia lekarskiego placówkę pedagogiczną. Jakąkolwiek formę nauczania ustali Szkoła Polska, szpital zawsze będzie niezbędnym ogniwem w strukturze nauczania i szkolenia lekarskiego, czy jak we Francji podczas studjów uniwersyteckich (internat), czy jak w Ameryce po ich ukończeniu, jako obowiązujący przed praktyką staż szpitalny. Dalej, tylko w systematyczny sposób przeprowadzany i przekontrolowany już kilkoletni staż szpitalny nadawać może prawo na wykonywanie zabiegów operacyjnych i tytułu specjalisty.

Nakoniec to trzecie — szpitale, szczególnie na kresach, należy uważać za niezbędną i oczekiwaną przez ludność placówkę kulturalną.

Każdy nowy szpital na wsi jest jednocześnie cegiełką gmachu naszej młodej państwowości, a szkołą zdrowia i obyczajności dla ludu i znaczenia tego nie należy lekceważyć.

Wobec powyższego, ogół lekarzy szpitalnych, ciężko i z poświęceniem pracujących w dzisiejszych trudnych warunkach, ma nie tylko prawo, ale i obowiązek zabrać głos w tej, ważnej dla całego kraju i naszej nauki, sprawie. Tylko zrzeszeni lekarze szpitalni, znający dokładnie braki i potrzeby naszego leczenia, mogą stworzyć systematyczny i gruntowny plan rozwoju sieci szpitalnej Państwa Polskiego i opracować wewnętrzny regulamin szpitalny.

W tym celu należy zawiązać we wszystkich miastach stołecznych kraju Stowarzyszenia Lekarzy Szpitalnych, które muszą przedewszystkiem zająć się pracą organizacyjną i jak najprędzej zwołać zjazd ogólnopolski lekarzy szpitalnych. Zjazd ten musi ustalić podział i program pracy, potrzebnej do wielkiego dzieła — reformy szpitalnictwa i leczenia w naszym państwie.

Na zakończenie muszę nadmienić, że Stowarzyszenie Lekarzy Szpitalnych w Wilnie egzystuje już od roku, ma własny zatwierdzony statut i rozwija się pomyślnie.

Dyskusja: Kol. J a k i m i a k wyraża obawę, czy celem

byłoby stwarzanie specjalnego towarzystwa dla omówienia spraw, które poruszył prelegent. Zadanie to, zdaniem J. mogłoby spełnić Towarzystwo Lek. na swych posiedzeniach, poświęconych sprawom szpitalnictwa.

Stworzenie specjalnego organu byłoby niewątpliwie rzeczą nader pożyteczną, lecz mówca nie wierzy, aby mogło ono mieć istotny wpływ na czynniki miarodajne. Tak np. ostatnimi czasy lekarze nasi dużo wkładali własnej inicjatywy bezpośrednio lub przez odpowiednie izby, celem osiągnięcia pewnych zmian w związku z nowym prawodawstwem (ustawa o zwalczaniu chorób wenerycznych, gruźlicy, szpitalnictwo i t. d.). Wysiłki te miały pewien wpływ, lecz nie duży. Wszelka nowa ustawa jest wg. J., niejako kompromisem — zlepkiem szeregu różnorodnych czynników dodatkowych (inne ministerja), wskutek czego przeprowadzenie zmian nawet pozornie drobnych natrafia nieraz na wielkie trudności. W zakończeniu swego przemówienia kol. J a k i m i a k wspomina, iż w swoim czasie podnosił konieczność zwołania specjalnego zjazdu lekarzy z całej Polski dla omówienia kwestji, którą porusza w swym referacie kol. prelegent.

Kol. B. S a w i c k i wita prelegenta kol. Moszyńskiego, jako przedstawiciela szpitalnictwa wileńskiego. S. wspomina, że ruch, polegający na naukowem traktowaniu spraw, wchodzących w zakres szpitalnictwa, w swoim czasie b. żywotny w Wilnie, w Warszawie został zapoczątkowany 25 lat temu, koncentrując się w specjalnej sekcji Tow. Higjenicznego Tow. Lekarskiego. Przewodniczącym wspomnianej sekcji był Dr. D u n i n. Jednakże oddźwięk na prace tam podjęte wśród ogółu lekarzy był b. słaby, zainteresowanie minimalne. Dziś stosunki muszą się zmienić. Inicjatywa kol. M o s z y ń s k i e g o powinna zainteresować społeczeństwo lekarskie, a nasze władze muszą mieć chęć liczenia się z fachową opinią ogółu lekarzy. Wyłania się cały szereg kwestji, które tu właśnie winny znaleźć omówienie i rozwiązanie. Taką jest np. kwestja budownictwa szpitalnego, dziś będąca w zupełnem zaniedbaniu (w swoim czasie M ą c z k o w s k i i K o r a l e w s k i projektowali założyć specjalny organ, poświęcony tej dziedzinie, lecz śmierć M ą c z k o w s k i e g o sprawę pogrzebała).

Inną bolączką jest praca chirurgów na kresach. Ludzie ci pracują niejednokrotnie w b. trudnych warunkach, pozbawieni zupełnie wykwalifikowanej pomocy. Taką pomoc wykwalifikowaną i płatną należy im stworzyć; dać im trzeba również odpowiednią pomoc naukową (np. ułatwienie badań anatomopatologicznych skrawków i t. p.).

Ważną jest, między innymi, kwestja praktyki dla młodych, świeżo ukończonych lekarzy, wybór i klasyfikacja szpitali, na ten cel przeznaczonych. Tu również wysuwa się niezmiernej doniosłości kulturalne znaczenie szpitalnictwa w stosunku do włościan (wdrażanie zamięłowania do czystości i porządku), kwestja djetetyki szpitalnej dla ludu i t. d. Projekt pierwszorzędnej wagi i jako taki godny powitania.

Kol. M u t e r m i l c h St. Układ dzisiejszych stosunków jest tego rodzaju, że społeczeństwo kładzie miliony w lecznictwo ale, niestety uzyskuje tylko poradnie, gdy tymczasem łóżek w szpitalach stale jest brak. Zainteresowanie szpitalnictwem wśród ogółu lekarzy byłoby bezwątpienia większe, gdybyśmy mieli specjalny organ, omawiający sprawy z nim związane. Dziś mamy kilka różnych sekcji z tej dziedziny, pracujących oddzielnie, tymczasem chodzi o ciągłość pracy, stwarzanie zwartej opinii i wywieranie wpływu na miarodajne czynniki. Dla osiągnięcia tych celów zjazdu nie wystarczą — trzeba stworzyć specjalne towarzystwo i własny organ. Projekt kol. prelegenta staje się wobec tego niezmiernie aktualnym i godnym poparcia.

Prezes kol. Zieliński K. Podzielając całkowicie wywody prelegenta w kwestji stworzenia stałego stowarzyszenia, czy stałej krajowej rady lekarzy szpitalnych, mających na względzie dobro szpitalnictwa, oraz myśl, poruszoną w dyskusji przez kol. J a k i m i a k a — zwołania zjazdu lekarzy szpitalnych oraz wydawania pisma specjalnego, poświęconego szpitalnictwu, mówca pragnąłby zwrócić uwagę, że niesłuszny jest uczyniony tutaj zarzut obojętności lekarzy na sprawy szpitalnictwa u nas. Przypomina przede wszystkim prace wydziału szpitalnictwa Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego (lata 1900, — 1, — 2 i cały szereg następných) pod przewodnictwem niezapomnianej pamięci T e o d o r a D u n i n a, następnie Z y g m u n t a K r a m s z t y k a. Na wydziale tym żywo opracowane były tematy szpitalnictwa dotyczące, a mianowicie plany Sanatorjum w Rudce (Dunin i budowniczy Lilpop), plan szpitala prowincjonalnego w Nowomińsku (Szwajcer), konkurs na plan szpitalika małego (bud. Lilpop); zwiedzenie szpitali (Starozakonnych na Czystem, Tworki i t. p.) sprawy pielęgniarek (Bronisław Sawicki), „Patronage familiale“ (Rychliński) i wiele innych. Następnie zwraca uwagę na sekcję szpitalną Towarzystwa Lekarskiego, później Stowarzyszenia i znowu wznowione posiedzenia, poświęcone sprawom szpitalnym pod przewodnictwem wiceprezesów Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Z drugiej zaś strony nie należy się dziwić, że zapał nie ogarnia wszystkich kolegów szpitalnych bo praca ta lekarzy szpitalnych nie dawała zwykle żadnych wyników doraźnie widocznych i była i jest na każdym kroku ze strony miarodajnych czynników lekceważona. Jak za czasów moskiewskich, tak i za naszych wszystko się rozbijało i rozbija o brak funduszu, które szły i idą na inne cele. Szpitalnictwo i w Warszawie i na prowincji nie rozwijało się dostatecznie. Jeżeli wziąć, jako przykład szpital Przemienienia Pańskiego na Pradze, to rozwój jego pomimo nawoływań i pracy lekarzy szedł bardzo powoli i to niezawsze w kierunku pożądanym. Pierwszy nowy pawilon powstał dzięki staraniom i osobistym wpływom ówczesnego lekarza naczelnego dra J. R a u m a (przez prof. Ł u k j a n o w a, późniejszego „oberprokuratora świątějšíego sinoda“), a dzisiaj fundamenty, założone przed trzema laty pod gmach nowy, zaczynają się rozsypywać w gruzy, bo fundusze, na nie przeznaczone, przelewane są na dokończenie innych gmachów,

wznoszonych pod szczęśliwszą gwiazdą. A Warszawa i kraj cały łóżek szpitalnych ma mało i odczuwa ich brak na każdym kroku. Kasy Chorych i Rząd dla swych pracowników żądają miejsc szpitalnych, lecz ani kasa ani Rząd funduszków na rozbudowę szpitali nie daje, a Kasa Chorych za połowę tylko ceny chorych swych w szpitalach leczy. Tylko wspólnymi siłami (Rząd, Samorząd i Kasy Chorych) mogą się znaleźć środki a z niemi i większe zainteresowanie się sprawami szpitalnictwa ze strony większej liczby lekarzy szpitalnych. Trudno dzisiaj wymagać od lekarzy szpitalnych zapału w pracy, gdy nawet pisma i wydawanie ustaw szpitalnych odbywa się przeważnie bez lekarzy obeznanych ze szpitalnictwem naszym.

Kol. B a b i ń s k i L. Obserwuje szpitalnictwo i jego koleje od l. 40-tu. Rozwój, czy też cofanie się szpitalnictwa stały zawsze w ścisłym związku z tem, kto był na jego czele. Urzeczywistnienie wielkiego zadania, jakim jest opieka nad zdrowiem — racjonalne szpitalnictwo — nie jest do pomyslenia bez rozumnego kierownictwa. Dziś niestety, tego właśnie czynnika nie posiadamy, ale musimy go mieć i mieć będziemy. Kto brał udział w rozprawach, dotyczących szpitalnictwa w ostatnich 10-ciu latach, musi wynieść przekonanie, że te ręce są coraz lepsze. Musimy być cierpliwi — za lat kilkanaście przyjdą ludzie, którzy pchną zaniedbaną dziś dziedzinę na nowe tory.

Kol. B e ł k o w s k i nawołuje do działania w myśl projektu kol. M o s z y ń s k i e g o. Z instytucjami doraźnymi czynniki miarodajne się nie liczą, natomiast instytucja stała miałaby napewno powagę, z którą liczyłyby się czynniki rządowe i niewątpliwie sameby się doń zwracały w kwestjach zasadniczych i spornych. B. gorąco przemawia za ideą, którą podniósł prelegent.

Kol. M o s z y ń s k i dziękuje za uwagi i za żywe zainteresowanie, jakie wzbudził jego referat. Moszyński wierzy, iż wszelkie dobre poczynania będą mile widziane przez Rząd. Chodzi teraz o drogę praktyczną, któraby w czyn wprowadziła omówiony projekt.

Wice-prezes O r ł o w s k i W, Z referatu i dyskusji prelegenta wyłaniają się dwa zasadnicze punkty: 1) potrzeba zorganizowania lekarzy, celem omawiania spraw, dotyczących szpitalnictwa, 2) sprawa założenia specjalnego organu.

Wice- prezes oznajmia w formie wniosku, iż gotów jest zachęcić Zarząd Towarzystwa Lek. Warsz. do wykonania tych dezyderatów w sensie zapoczątkowania akcji (organizacja zjazdu i t. d.). Zebrani jednogłośnie wnioszek przyjmują.

IV) Kol. M u t e r m i l c h S t. wygłosił referat p. t. „Pracownice chemiczno-bakterjologiczne w szpitalach“.

Prelegent przed przystąpieniem do właściwego tematu — celów i organizacji pracowni (centralnej) chem. bakt. dużego szpitala od 500 do 1000 łóżek — omawia w ogólnych zarysach sprawę analiz lekarskich, ich znaczenie dla diagnostyki oraz stosunek analityka do klinicysty.

Po przedstawieniu zarysu historycznego pracowni szpital. Dziec. Jezus, starego i nowego prelegent twierdzi, że pracownia „centralna” powinna zasadniczo mieć za zadanie — dokonywanie badań trudniejszych, skomplikowanych, wymagających nie tylko specjalnych urządzeń, lecz i odpowiednich fachowych sił wykonawczych. Do tego rodzaju badań należą np. odczyny odchylenia dopełniacza, aglutynacji, posiewy krwi, badania bakterjologiczne ropy, wydzielin, nalotów, wysięków, płynów mózgu. rdzeniowych, kału i t. d.; chemiczne badania krwi; ilościowe i bakterjologiczne badania moczu; eksperymenty na zwierzętach; przygotowanie auto-szczepionek i t. d.

Dalej prelegent omawia stosunek pracowni do: 1) oddziałów wewnętrznych, 2) chirurgicznych, 3) oddziału obserwacyjnego. Dla ilustracji przytacza statystykę badań, dokonanych w r. 1927 z podziałem na grupy.

Pracownia winna być tak urządzona, aby również lekarze, pracujący w oddziałach szpitalnych mieli możliwość wykonywania badań trudniejszych pod kierownictwem zarządzającego pracownią.

Do zakresu zadań pracowni należą również badania higieniczne (produkty spożywcze) i epidemjologiczne (nosiciele zarazków).

Wreszcie w miarę sił i środków pracownia powinna nie tylko starać się o utrzymanie się na poziomie współczesnych wymagań naukowych, lecz również o dokonywanie badań naukowych samodzielnych.

Sprawy powyższe wiążą się ściśle z odpowiednią organizacją pracowni.

Obecnie pracownia szpital. Dziec. Jezus zajmuje lokal prowizoryczny, składający się z trzech małych pokoi i maleńkiej „kuchni”, przyczem ogólna przestrzeń użytkowa wynosi tylko sześćdziesiąt kilka m².

Prelegent przedstawia opracowany przez się plan projektowanej nowej pracowni w mającym powstać gmachu obserwacyjnym na rogu ul. Żelaznej i Oczuki. Na parterze ma być oddział obserwacyjny na dwadzieścia kilka łóżek, na piętrze zaś pracownia z własną klatką schodową, ogólna powierzchnia użytkowa pracowni wynosiłaby około 150 m².

Co się tyczy personelu, to prócz kierownika i laborantki, jak to jest obecnie, pracownia dla sprawnego funkcjonowania powinna posiadać również asystenta; z wnioskiem występuje rada opiekunów do Wydziału celem wstawienia odpowiedniej pozycji do budżetu.

Kol. Z a w a d z k i L. wypowiada się za zniesieniem pracowni oddziałowych. Zdaniem Z., lekarze oddziałowi nie mają czasu na pracę laboratoryjną, wszelkie badania winny być wykonywane w pracowni centralnej. W szpitalu Przem. Pańskiego, gdzie mówca jest kierownikiem laboratorium, skasowano ostatnio wszelkie pracownie dodatkowe. Utrzymanie baranów obok pracowni

jest niepraktyczne. Krew baranią do użytku pracowni winny dawać zakłady centralne miejskie.

Kol. **O w c z a r e w i c z** Projekt pracowni, przedstawiony przez kol. **M u t e r m i l c h a**, jest naogół b. dobry, jednakże pracownia ta wkrótce niewątpliwie okaże się zbyt małą. Przestrzeń 157 m.² dla tej miary szpitala, jakim jest szpital Dz. Jezus, gdy się weźmie pod uwagę jego niewątpliwy przyszyły rozwój — jest stanowczo za małą. O. wypowiada pewne zastrzeżenia co do samego projektu: połączenie pokoju dla zwierząt i dla t. zw. chemii brudnej ogólnym korytarzem jest niefortunne (zapachy); poddasze dla zwierząt źle pomyślane (w zimie za zimno, w lecie upał); jedna laborantka — stanowczo z mało, natomiast wprowadzenie systemu korytarzowego należy podkreślić z uznaniem.

Kol. **S a w i c k i**. W Niemczech już od dawna praca laboratoryjna została podzielona na oddzielne, niezależne oddziały (bakterjologia, serologia, chemia). Taki podział musi być z czasem i u nas. Co do oddziału badań produktów spożywczych to winien on stanowczo mieć pomieszczenie oddzielne. Oddział obserwacyjny nie powinien się znajdować na froncie budynku. Pomieszczeniem dla zwierząt powinna być oddzielna ubikacja (przybudówka). Również niewłaściwe jest pomieszczenie dla zwierząt szczepionych (względnie na niebezpieczeństwo rozszerzenia się infekcji). Wobec głosu, że pracownie oddziałowe szpitalne należałoby znieść, kol. **S.** sprzeciwia się temu twierdząc, że mają one rację bytu (drobne, częste analizy, rola ordynatora, jako nauczyciela i t. d.).

Kol. **J a k i m i a k** również jest zdania, że teren pod nową pracownię jest stanowczo za mały. Wobec szczupłości placu należałoby budowlę podwyższyć o jedno piętro. J. powtarza wypowiedziane już zastrzeżenia co do oddzielnych pomieszczeń dla zwierząt i pokoju dla chemii brudnej. Pracownia w/g projektu tu przedstawionego ze względu na swą szczupłość nie przewiduje możliwości pracowania większej liczby młodych lekarzy — pod okiem kierownika, co winno być wzięte pod uwagę.

Wice-prezes **O r ł o w s k i** nie zgadza się z poglądem, że pracownie oddziałowe są zbyt cenne. Również nie może się zgodzić ze zdaniem kol. **M u t e r m i l c h a**, że można je zostawić internistom, gdyż ci nie mają zbyt wiele pracy. Pracownie podręczne winny stanowczo istnieć na oddziałach szpitalnych, przy czem na internie mogłyby być nieco większe w porównaniu z innymi oddziałami.

Mówiąc o pracy w laboratorium, należałoby podnieść niezdrowy objaw, jaki się szczególnie zarysowuje obecnie wśród młodzieży lekarskiej — jest nim pęd do wszelkich badań laboratoryjnych z pominięciem, czy zaniedbaniem ścisłej obserwacji chorego. Jest to objaw stanowczo nie zdrowy.

W zakończeniu swego przemówienia O. twierdzi, że występując z zadaniami nowych inwestycji, należy przedstawić projekt, będący istotnym wyrazem potrzeb szpitala w chwili obecnej

i w przyszłości — zbyt skromność w tym wypadku nie powinna mieć miejsca.

Kol. Puławski. Projekt oddziału obserwacyjnego jest b. daleki. Najważniejszą i najpilniejszą sprawą dla szpit. Dz. Jezus w chwili obecnej jest kwestja kuchni i pralni.

Pracownie oddziałowe stanowczo muszą istnieć nawet kosztem zmniejszenia poszczególnych oddziałów. Oddział obserwacyjny należałoby umieścić zupełnie oddzielnie. P. w zupełności zgadza się z poglądami prof. Orłowskiego co do „zarazy“ badań laboratoryjnych i zaniedbania badań klinicznych. Powtórnie głos zabierał kol. Owczarewicz, poczem wyjaśnień udzielał kol. Mutermiloh.

Prezes: **W. Orłowski**

Antoni Kaczyński

Zastępca sekretarza dorocznego

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONY SPRAWOM SZPITALNICTWA z dnia 16 października 1928 r.

Przewodniczący Wice-prezes **W. Orłowski**.

Obecnych członków T-wa — 26. Wprowadzonych gości — 10.

1) Kol. Drodzowicz G. „Stan i potrzeby pracowni rentgenologicznych w miejskich szpitalach warszawskich“.

Stan obecny pracowni rentgenologicznych warszawskich szpitali miejskich rozpatruje referent z 3-ch punktów widzenia:

1) Personel pracowni, 2) jej zaopatrzenie techniczne, 3) pomieszczenie, 4) zabezpieczenie personelu i chorych od ujemnych stron przeświełań i naświełań promieniami X.

Co do punktu 1-go szybki wzrost zajęć pracowni wymaga odpowiedniego powiększenia personelu. Stan obecny stoi znacznie poniżej tego wymagania. Liczba zabiegów pracowni szpit. Dzieciątka Jezus w porównaniu z liczbą w roku 1914 powiększyła się w czwórnasób, liczba personelu z 3-ch osób wzrosła do 4-ch.

Co do punktu 2-go — zaopatrzenie techniczne — aczkolwiek udoskonala się i powiększa we wszystkich pracowniach, nie stoi jednak na istotnej wysokości obecnych wymagań techniki i nauki i pod wielu względami ustępuje nawet pracowniom prywatnym.

3. Pomieszczenie wszędzie bez wyjątku jest za szczupłe. Ta sprawa tak już dojrzała, że w nowoprojektowanych pracowniach znalazła już pewne zadośćuczynienie swym niezbędnym dezyderatom.

4. Zabezpieczenie personelu składa się z 2-ch czynników a) niedopuszczenie do bezpośrednich uszkodzeń przez promienie X., b) udogodnienie wszechstronnych warunków pracy, która powinna być traktowana, jako jedna z najbardziej szkodliwych dla zdrowia, więc powinna być wykonywana w obszernych, widnych, doskonale przewietrzanych lokalach. Personel przytem powinien mieć skrócone lata wysługi emerytalnej, powiększone terminy urlopów i zwiększone pobory, jak to już się stało w wielu państwach.

Jako najważniejsze warunki szybkiego i celowego dalszego rozwoju pracowni szpitalnych uważa referent zpopularyzowanie jaknajszersze wiedzy lekarskiej radjologicznej wśród ogółu lekarzy i zaprowadzenie w magistracie istającego lub choćby tylko fakultatywnego referenta rentgenologicznego, którego zadaniem byłoby fachowe informowanie władz miejskich o potrzebach pod tym względem szpitali i miarodajne ocenianie budżetów przedstawionych miastu przez kierowników pracowni.

II) Kol. Grudziński Z. Przedstawienie planu Zakładu Rentgena w nowym gmachu administracyjno-leczniczym szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Wobec stosunkowo niskiego poziomu, na jakim stoi większość pracowni rentgenologicznych w naszym kraju, powstanie nowego zakładu rentgenologicznego u nas jest wydarzeniem ważnym, mającym doniosłe znaczenie dla rozwoju rentgenologii polskiej.

Taki zakład powstaje obecnie w szpitalu Przemienienia Pańskiego. Podczas projektowania zakładu wychodziliśmy z następujących założeń:

1) Zakład musi posiadać obszerne pomieszczenie, aby mógł się swobodnie rozwijać i rozszerzać.

2) Powinien odpowiadać najnowszym wymaganiom nauki.

3) Powinien posiadać wszelkie urządzenia higieniczne i zabezpieczające od promieni X i prądu wysokiego napięcia.

4) Powinien umożliwiać pracę jednocześnie w kilku punktach.

5) Powinien posiadać dodatkowe urządzenia pomocnicze, jak: archiwum, bibliotekę i t. p., aby umożliwiać i ułatwiać personelowi lekarskiemu pracę naukową.

6) Powinien uwzględniać w zakresie niezbędnym obok leczenia promieniami Rentgena również i leczenie radem oraz fototerapię.

Projektowany zakład rentgenowski odpowiada wszelkim wyżej wyliczonym wymaganiom. Pomieszczenie jego składa się z 20 oddzielnych ubikacji. Posiada dwie duże sale djagnostyczne, pracujące jednocześnie: jedną do prześwietleń, drugą do zdjęć. Terapia rentgenologiczna urządzona będzie systemem trzykomorowym. Zakład posiadać będzie swój własny transformator prądu miejskiego. Aparatów rentgenowskich zakład będzie posiadać pięć: trzy djagnostyczne i dwa terapeutyczne. Posiadać będzie również salę operacyjną. Pomieszczenia dla zabiegów będą miały podwójną wentylację i zabezpieczone będą ścianami ochronnymi (6-cio milimetrowa warstwa ołowiu). Zakład posiadać będzie wreszcie osobne pomieszczenie na archiwum oraz na spisywanie orzeczeń i obrad z lekarzami szpitalnymi.

Dyskusja: kol. Sabał: niedomagania szpitali warszawskich pod względem wyposażenia ich w odpowiednie, do potrzeb dostosowane pracownie rentgenologiczne są bardzo wielkie i dlatego zamierzenia szpitala Przemienienia Pańskiego, mające na celu utworzenie w nim wzorowego zakładu rentgenologicznego witamy bardzo chętnie. Przedstawiony przez kol. Grudzińskiego plan lokalu, przeznaczonego na zakład ten przedstawia się imponująco pod względem jego rozległości i liczby sal. Kol. Grudziński nie podał nam jednak, jakie przyrządy będą w tym zakładzie, ile będzie punktów pracy i jaki będzie potrzebny personel lekarski i pomocniczy do obsługiwanego zakładu. Te trzy rzeczy: lokal, dobór przyrządów i personel powinny być rozważone jednocześnie i muszą być do siebie dostosowane i uzgodnione. Większa liczba sal—jeśli te mają być należycie uzyskane — wymaga więcej punktów pracy, t. j. większej liczby aparatów, większa zaś liczba aparatów wymaga liczniejszego personelu lekarskiego i pomocniczego. Nasuwa się pytanie, czy nie lepiej za tą samą kwotę kupić mniej aparatów o większej sprawności, niż więcej aparatów o sprawności mniejszej. W pierwszym przypadku będziemy potrzebowali mniej sal i mniejszego personelu. Widzimy zatem, że w lokalu o mniejszej liczbie sal — naturalnie w pewnych granicach rozległości lokalu, — można urządzić zakład rentgenologiczny lepszy, a jednak tańszy, niż w lokalu o większej liczbie sal; w pierwszym bowiem przypadku posiadamy lepsze aparaty i oszczędzamy na lokalu i na personelu. Zdaje mi się, że ze względu na wielkie niedomagania wszystkich miejskich szpitali warszawskich pod względem urządzeń rentgenologicznych, wskazane jest podjęcie akcji wspólnej przez wszystkie szpitale miejskie i uzgodnienie ich wymagań, ażeby ich potrzeby mogłyby być uwzględnione już w najbliższym czasie.

Jedną z głównych rzeczy podczas urządzenia zakładu rentgenologicznego jest wzgląd na higienę pracowni rentgenologicznej, przede wszystkim zaś na dobrą wentylację i na ochronę personelu od uszkodzenia promieniami Rentgena. Mam tu na myśli przede wszystkim nieraz bardzo ciężkie uszkodzenia narządów krwiotwórczych, jakie mogą być spowodowane przez drobne

dawki promieniowania zarówno pierwotnego (bezpośredniego) — jak wtórnego (rozproszonego), otrzymywane codziennie przez personel, pracujący wobec niedostatecznego urządzenia ochronnego i utrzymujące się przez szereg miesięcy i lat. Dawka największa, jaką rentgenolog może znieść bez jakiegokolwiek uszkodzenia promieniami w czasie swego zajęcia, trwającego przez szereg lat, wynosi — jak to twierdził *MutscHELLER* na podstawie danych z rozmaitych amerykańskich zakładów rentgenologicznych: $\frac{1}{100}$ dawki rumieniowej na miesiąc. To znaczy, że jeśli liczymy 200 godzin pracy na miesiąc, natężenie promieniowania w tych miejscach pracowni, w których pracownicy rentgenowscy przebywają w czasie działania lampy *Rentgena*, nie powinno przekraczać $\frac{1}{20 \cdot 000}$ dawki rumieniowej na godzinę. Wyższe, a jednak drobne i na pozór niewinne dawki promieniowania zsumowane w ciągu lat, mogą mieć dla zdrowia pracowników następstwa fatalne. Urządzenia ochronne, zapobiegające złym skutkom, powinny być uwzględnione już w planie zakładu, w instalacji jego przewidziane dokładnie i racjonalnie. Pod względem urządzeń tych często się grzeszy już to ich niedostatecznością, już to ich nadmiarem, powodującym niepotrzebne koszty.

Przechodząc do szczegółów, wspomnianych przez kol. *Grudzińskiego*, zdaje mi się, że sala rentgeno-operacyjna ze względów praktycznych powinna być umieszczona nie w dziale terapeutycznym, lecz w dziale dagnostycznym lokalu zakładu.

Śluzę świetlną, jakie w nowych zakładach rentgenologicznych bywają urządzone i jakie projektuje kol. *Grudziński*, mają tę ujemną stronę, że przynoszą do sali prześwietlań szmery i hałasy przyrządów ze sal sąsiednich, co utrudnia, a nawet uniemożliwia opukiwanie i osłuchiwanie chorych w sali prześwietlań. Ażeby jednak uzyskać potrzebny spokój, radzę śluzę świetlną zaopatrywać we drzwi tłumiące głos, lub co może lepsze, urządzić w salach prześwietlań specjalne komory, zabezpieczające od szmerów zewnętrznych.

Kol. *Sawicki*. Musimy być wdzięczni kolegom prelegentom za przedstawienie dezyderatów, jakie mamy w stosunku do rentgenologii. Bolączki są liczne, a jeśli chodzi o oddziały chirurgiczne, to daje się odczuwać między innymi brak przenośnych aparatów i oddzielnych sal operacyjnych, zaopatrzonych w aparat *Rentgena*. Pod tym względem jesteśmy w tyle w porównaniu z zagranicą, o jakich lat 15. Mówca dzieli się wrażeniami, jakie odniósł we Francji, zwiedzając oddział *Duvala*, gdzie przy pewnych zabiegach chirurgicznych (wyjęcie kuli, złamanie i t. d.) posiłkują się na szeroką skalę promieniami *Rentgena*, przyczem sama technika zabiegów doszła tu do niebywałej precyzji. *Sawicki* podnosi, że prócz pokoju, przeznaczonego na operacje pod kontrolą promieni, co przewiduje projekt, należałoby również pomyśleć o konieczności dalszych pomieszczeń (salka do wygotowywania narzędzi, ubikacja do umieszczenia szafy z narzędziami, wreszcie pokój, gdzie chory mógłby od 2 do 3 godzin spokojnie położyć po dokonywaniu zabiegu operacyjnym).

Kwestja kopji błon fotograficznych jest b. szczęśliwie pomysłana, dziś bowiem pod tym względem odczuwa się wielki brak radu.

W zakończeniu mówca podkreśla ważność wspólnego poruszania i omawiania bolączek szpitalnych, tem więcej, że ogół lekarzy, oddany całkowicie swej pracy zawodowej, mało interesuje się szpitalnictwem, jako takim.

Kol. Me s z pokrótce odtwarza plan pawilonu rentgenologicznego w szpitalu na Czystem. Opisuje poszczególnie pomieszczenia, robi porównania i dowodzi, że plan, przedstawiony przez kol. Grudzińskiego, nie tylko nie zawiera zbyt wiele pomieszczeń, ale może się pod tym względem okazać z czasem nie wystarczającym. Oddział swój prowadzi Me s z od roku, stwierdza jednak, że praca nie może iść jak należy, gdyż ze strony magistratu niema należytego, akoniecznego współdziałania. Przykład: rok rocznie, poczynając od r. 1924, wstawia się do budżetu sumę, 3.000 złotych na aparat przenośny, co jest systematycznie skreślane. Potrzeba wiele wyrozumiałości, ale dopóki personel nie zostanie odpowiednio skompletowany i nie nabędzie się niezbędnych przyrządów, sprawa nie posunie się z martwego punktu.

Kol. Zieliński K., podobnie jak i przedmówca uważa, że projektowany zakład Rentgena dla szpitala Przemienienia Pańskiego bynajmniej nie jest pomysłany, co do miejsca, za szeroko i za rozrzutnie. Szpital obecnie liczy czterysta kilkadziesiąt łóżek, w niedalekiej jednak przyszłości może, a raczej ze względu na katastrofalny brak miejsc szpitalnych w Warszawie, powinien mieć łóżek przeszło dwa razy tyle, na co teren szpitalny i opracowane już plany rozbudowy szpitala w zupełności pozwalają. W inwestycjach tego rodzaju należy zawsze pamiętać o przyszłości, łatwiej bowiem obecnie nie zająć wszystkich na razie przeznaczonych dla zakładu Rentgena pomieszczeń, niżli później w celu rozszerzenia go nie mieć ich wcale. Warunki pracy przytem powinny być dla chorych, a tem bardziej dla pracujących, jak najlepsze, praca bowiem w takich warunkach, w jakich pracuje się w szpitalu Przemienienia Pańskiego obecnie, jest kategoriycznie przeciwwskazana! „Rentgen ciasnoty pomieszczeń nie znosi“.

Kol. Gądek: Ośrodek leczenia radem jest kwestją b. poważną. Zjawia się pytanie, czy miasto nasze stać na ilość radu, jaka jest potrzebna do terapii. Pamiętać należy, że wyniki lecznicze można bardzo poprawić, stosując głęboką terapię rentgenologiczną. Terapii dla praktyki ginekologicznej czy chirurgicznej można prowadzić bez sali operacyjnej i to odpowiednio urządzonej. Aparatura musi być osobna, założenie musi być kontrolowane odpowiednimi aparatami. Nie mniej ważną jest kwestja łóżek (unieruchomienie na kilka dni chorego na raka, obserwacja chorych, zbyt silnie reagujących na rentgenoterapię i t. d.). Jeśli zakład ma być urządzony wzorowo, to łóżka te bezwzględnie powinny być zorganizowane i ściśle z nim związane. Stoimy wobec ery, kiedy promienie będzie się dawkować według skutków do-

rażnych, jakie zachodzą u chorego. W pewnych przypadkach musimy rentgenoterapię, czy terapię ściśle kontrolować, co znow łączy się z kwestją stałych łóżek. Dochodzi tu jeszcze ewentualnie przeprowadzenie ścisłych badań przemiany materji podstawowej, aby stwierdzić skutki, jakie wywołują promienie Rentgena u chorego.

Kwestja łóżek została na zachodzie rozwiązana pozytywnie. Tam zakłady tego rodzaju mają ich po 20 i więcej.

Kol. Z a w a d o w s k i. Sprawa obliczenia pojemności projektowanego zakładu jest b. ważna i niesłychanie trudna. Aby się zorientować w tym względem nie wystarczy wziąć pod uwagę jedynie liczbę łóżek w szpitalu. Należałoby tu obliczyć przeciętną liczbę badań dla jednego chorego, dojść w ten sposób do pewnej ogólnej cyfry badań, rozdzielić to na dni pracy i w ten sposób pozyskać pewne konkretne wnioski co do liczby punktów pracy i potrzebnej liczby personelu. W ten sposób zyskalibyśmy materiał, na którym możnaby się oprzeć. Amerykanie te rzeczy zbadali dokładnie i wyliczyli jaka winna być pracownia dla normalnego szpitala, jaka ma być powierzchnia w metrach kw., liczba ubikacji, jakość przyrządów, jakoteż liczba personelu lekarskiego i pomocniczego.

Kol. M e s z. Jeśli chodzi o sprawę gromadzenia większej ilości radu w szpitalach, to we Francji istotnie każdy szpital powiększa rok rocznie swój zapas radu. Mówca w swym czasie podał projekt, któryby zapoczątkował podobną akcję i u nas, lecz magistrat dał odpowiedź odmowną.

Kol. Bruner (junior) uważa, że sprawę zakupienia większej ilości radu należałoby uzgodnić z potrzebami innych szpitali. Jeśli chodzi np. o szpital św. Łazarza, to początek już zrobiono. Za 2—3 tygod. nadejdzie z Brukseli 52 mgr. radu; trzeba wierzyć, że za tym skromnym początkiem pójdą dalsze ilości. Mówca podkreśla konieczność wspólnie zorganizowanej w tym względzie akcji dla wszystkich pracowni: Inną kwestją niemałej wagi jest sprawa technicznej naprawy aparatu Rentgena. Trzeba by mieć stałą pomoc w osobie mechanika specjalisty, któryby się tem zajmował. W końcu Bruner wspomina o pracowni rentgenologicznej, którą zwiędzał ostatnio w Kopenhadze. Jest to duży, nowoczesny urządzony zakład, obsługujący szpital na 80 łóżek. Personel lekarski i pomocniczy nader liczny i samych asystentów posiada 6 czy 7.

Kol. G ą d e k. Myśl zaopatrzenia wszystkich pracowni w pewną ilość radu jest niepraktyczna i niewykonalna ze względu na to, że w sumie należałoby kupić zbyt dużą jego ilość. O wiele korzystniejsze jest stworzenie jednego punktu zaopatrzenia w możliwie dużą ilość radu. Kandydaci do leczenia właściwą curieterapią mogliby tu nawet specjalnie przyjeżdżać, gdyż przewożenie radu jest zbyt kosztowne, a raczej kosztowna jest każda

stracona chwila. Chodzi o to, że rad trzeba wyzyskać co najmniej w ciągu 20-u godzin na dobę. A zatem zasadniczą przewodnią linię powinno być nie rozdrabnianie, ale gromadzenie w jednym miejscu posiadanych zapasów radu.

Kol. D r o z d o w i c z. Pracownia z oddzielną salą operacyjną rozstrzyga niewątpliwie wiele kwestyj, ale nie wszystkie. Tak np. pracownia D u v a l a posiada pracownię, specjalnie przeznaczoną dla oddziału chirurgicznego. Nasuwa się tu myśl o konieczności zakładania pracowni podręcznych w oddziałach chirurgicznych. Pracownia centralna nie podoła temu, aby na 4 oddziały chirurgiczne dostarczyć aparatów przenośnych. Pomijając już kwestję potrzebnego personelu, trzeba i to wziąć pod uwagę, że samo przeniesienie nie jest rzeczą tak łatwą i że możnaby sobie na nie pozwolić nie częściej, jak raz na dobę. W naszych warunkach należałoby skierować wysiłki na to, by powstała możliwie dobra i celowo urządzona pracownia centralna, a z aparatów przenośnych wogóle zrezygnować. Ideałem pod tym względem może być szpital w Lyonie, gdzie istnieje pracownia centralna a niezależnie od tego wszystkie oddziały mają pracownie podręczne. Co do rozmiarów projektowanego lokalu, D r o z d o w i c z, podobnie jak i inni przedmówcy, jest zdania, że nie będzie to pracownia zbyt duża, że raczej okaże się za szczupłą.

Prelegent kol. G r u d z i ń s k i zgadza się całkowicie z poglądami, jakie wypowiedział kol. G ą d e k. Nowoczesny prawidłowy zakład winien mieć urządzenia do curieterapii łącznie z rentgenoterapią, oddzielnie łóżka dla chorych leczonych i tych, którzy podlegają badaniom djagnostycznym. Co do jakości aparatów dla przyszłego zakładu, to mówca wyraża pewność, że będą najlepszej jakości. Rozmieszczenie aparatów będzie następujące: 2 na oddziale djagnostycznym, 2 do terapii i 1 aparat do sali operacyjnej. Istnieje troska o racjonalne zabezpieczenie pracującego personelu, W tym celu odbywają się konferencje ze specjalistami inżynierami. Co do przyszłego personelu, to przedstawia się on w ten sposób: kierownik, dwóch asystentów starszych (jeden do terapii, drugi do djagnostyki), laborant, służąca. Czy da się tu coś więcej osiągnąć — niewiadomo. W skład personelu niewątpliwie wejdą jeszcze liczni wolontariusze. Co do rozmiarów, to słusznym jest, że dąży się do tworzenia możliwie największych pomieszczeń, gdyż szpital rozwija się szybko i trzeba działać tak, by potem nie wypadło żałować.

Kol. S a w i c k i w odpowiedzi kol. D r o z d o w i c z o w i. Aparaty przenośne są w naszych warunkach rzeczą niezbędną, bo nie można marzyć o tem, aby każdy pawilon miał swój własny aparat.

Zresztą należy zaznaczyć, że potrzeba stosowania aparatów przenośnych nie będzie u nas znów tak bardzo częsta, a co zatem idzie techniczna strona zagadnienia nie przedstawia się tak kłopotliwie, jak sądzi kol. D r o z d o w i c z.

Co do sali operacyjnej, zaopatrzonej w aparat R o e n t g e n a,

to oczywiście, lepiej byłoby mieć ją na każdym oddziale, lecz w naszych warunkach można śmiało urządzić ją wyłącznie w centrali.

Vice-prezes:

W. Orłowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego
Antoni Kaczyński

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA
POŚWIĘCONEGO SPRAWOM SZPITALNICTWA
z dnia 20 listopada 1928 r.

Przewodniczący: — Vice-prezes **W. Orłowski.**

Obecnych członków T-wa 29. Wprowadzonych gości 21,

I) Po przeczytaniu przyjęto protokół posiedzenia, poświęconego sprawom szpitalnictwa, z dnia 16 X. r. 1928.

II) Pan inż. Borowski Władysław.

Najnowsze inwestycje w szpitalach m. stoł. Warszawy (pokaz przeźrocy).

Długoletnie rządy zaborcy w sposób bardzo dotkliwy zaciążyły na rozwoju miejskiego szpitalnictwa; rosyjska Rada Dobr. Publ. przeprowadzała na terenie szpitali swoją politykę rusyfikatorską, mało się troszcząc o zwiększenie miejsc dla chorych, o lepsze urządzenia lekarskie i inwentarz gospodarski. Od r. 1907 szpitale zwrócone zostały pod zarząd miasta i wówczas sytuacja uległa pewnej poprawie.

Po odzyskaniu niepodległości Wydział Szpitalnictwa przystąpił do ścisłego rozpatrzenia właściwych potrzeb szpitalnictwa stolicy, powołując specjalną Komisję i wyjednał znaczniejsze kredyty na urzeczywistnienie wytyczonego na szereg lat programu. Główną troską było przysporzenie miastu jaknajwiększej ilości łóżek szpital. co też uskutecznił przez nadbudowanie lub dobudowanie pawilonów w szpitalach: Starozakonnym, Przemienienia Pańskiego, św. Stanisława, w zakładzie położniczym Ks. Anny Mazowieckiej i św. Zofji. Ta akcja budowlana dała około 600 nowych łóżek. Niestety wkrótce po przystąpieniu do robót zaczął się katastrofalny spadek marki i Magistrat z trudem wykończył te inwestycje. Dopiero po ustaleniu złotego w r. 1925 za-

czyną nanowo rozbudowywać się Szpitalnictwo i Opieka Społeczna.

Z większych robót zaczętych w owych czasie i obecnie znajdujących się na ukończeniu wymienić należy:

1. W szp. Św. Stanisława pawilon obserwacyjno-zakaźny na 170 łózek, mieszczących na parterze 18 pokoiów odosobnionych dla wstępujących do szpitala chorych. Całość sprawia bardzo dodatnie wrażenie i jest doniosłą placówką w walce z chorobami zakaźnymi: tam też wznosi się kuchnia nowoczesna, kotłownia i budynek gospodarczy.

2. W szp. Przemienienia Pańskiego zbudowano nową pralnię i kuchnię, oraz stawia się gmach administracji.

3. W Gł. Domu Starozakonnych stanął pawilon dla 220 starców.

4. W Otwocku na zakupionym terenie, miasto wybudowało całe Sanatorium dla chorych płucnych na 250 łózek, zaopatrujące je w najdoskonalszą urządzenia wewnętrzne.

5. W szp. Św. Łazarza powiększono ilość miejsc dla przymusowo leczonych kobiet przez budowę nowego pawilonu na 110 łózek, rozbudowano pralnię, kuchnię i trupiarnię.

6. W szp. Św. Jana Bożego nadbudowano pawilon dla chorych leżących na 50 łózek.

7. W szp. Starozakonnych przedłużono dwa skrzydła paw. chorych psychicznie na 80 łózek.

W schronieniu dla sług na Przyryнку dobudowano nową część pawilonu dla 54 pensjonariuszy i t. p.

Zakończone w obecnym sezonie roboty przysporzą miastu około 647 łózek; w ten sposób Warszawa w chwili obecnej rozporządza 5446 łózkami w szpitalach miejskich.

Powyższa liczba jest niewystarczająca dla potrzeb miljonowego miasta, obsługującego też w znacznej mierze chorych z prowincji i powinna być conajmniej podwojona.

Do najważniejszych potrzeb należy wzniesienie zakładu psychiatrycznego (na Bielanych), położniczego (na Pradze), dla chorych gruźlicznych, oraz rozbudowa zakładów opiekuńczych w celu usunięcia ze szpitali chorych przewlekłych nieuleczalnych.

Zmiany na lepsze zaszły w wewnętrznym urządzeniu szpitali i wyposażeniu ich w urządzenia naukowe, najnowsze środki techniczno-lecznicze i różne mechaniczne urządzeń gospodarcze, jak np. w szpitalu św. Łazarza zainstalowano jedyny w Polsce aparat Finzenowski oraz nabyto rad dla leczenia raka, w szp. Dz. Jezus otwarto pracownię do badań nad przemianą materji i udoskonalono gabinet Rentgenologiczny i t. p.

Trzeba zaznaczyć, że w miarę lepszego funkcjonowania szpitali i ambulatorjów (liczba ich w okresie sprawozdawczym zwiększa się o 4), w miarę cywilizowania się społeczeństwa, rozgałęzienia się kas chorych i t. d. zapotrzebowanie na leczenie szpitalne będzie wzrastać, co musi znaleźć wyraz w racjonalnej rozbudowie tych istniejących szpitali, które nadają się na ten cel,

jak również w założeniu całej sieci nowych t. zw. centralnych szpitali na krańcach miasta. (Streszcz. własne).

W dyskusji:

Kol. Jakim i a k wypowiada się za odroczeniem terminu budowy sanatorium na wybrzeżu bułgarskim, gdyż w kraju mamy zbyt wiele pilniejszych potrzeb. Mówca porusza dalej sprawę planów rozbudowy szpitali i jest zdania, że należy opracować takie projekty, któreby już nie ulegały gruntownym zmianom, gdyż wszelkie większe poprawki dają w wyniku złe rozplanowanie szpitali.

Kol. S a w i c k i rzuca kilka pytań jako to: dlaczego kuchnia w szpitalu na Pradze znajduje się koło trupiarni? Jak ma się odbywać przyjmowanie chorych w szpitalu św. Stanisława? Dalej porusza sprawę klas dla chorych w szpitalach warszawskich, gdyż należy się liczyć z dużą liczbą chorych, dla których prywatne zakłady są za drogie. Ci chorzy chętnie opłaciliby nieco lepsze warunki w szpitalach miejskich, co zasiliłoby skutecznie dochody szpitalnictwa. Mówca przestrzega przed bezplanową rozbudową szpitala na Bielanach, jak to się stało ze szpitalem w Otwocku, na czym ucierpiało rozplanowanie gmachów.

Kol. Zieliński K. porusza sprawę usamodzielnienia Pragi pod względem szpitalnictwa. Praga winna mieć własny szpital zakaźny, choćby dla uniknięcia konieczności wożenia zakaźnych chorych przez całe miasto. Mówca podkreśla znamienne fakt, że budowa domu administracyjnego w szpitalu na Pradze pociągnęła za sobą zburzenie pawilonów na 40 łóżek. Takich metod należy unikać. Raczej trzeba zamiast 40 zburzonych budowal pomieszczenia na 200 łóżek.

Kol. Dąbrowski Wit. na zapytanie kol. S a w i c k i e g o daje wyjaśnienia, jak ma się odbywać przyjmowanie chorych w nowym pawilonie obserwacyjnym szpitala św. Stanisława. Mówca porusza dalej sprawę klas w szpitalach i jest zdania, że klasy przedewszystkiem winny być zaprowadzone w szpitalach zakaźnych. Szpital św. Stanisława jest wogóle przestarzały. Należy wybudować gdzieś w okolicy Bielan nowoczesny szpital zakaźny.

Kol. S u r a w s k i wypowiada zdanie, że sposób obliczania potrzebnej liczby łóżek metodą Petenkoppera daje za wysokie cyfry. Należy wziąć pod uwagę, że do Warszawy licznie napływają chorzy z prowincji, którzy zostaną u siebie na miejscu, gdy zostaną pobudowane szpitale powiatowe. Mówca jest zdania, że zamiast obliczonych przez magistrat 12.500 łóżek, jako potrzebnych Warszawie, wystarczyłoby 7.000. Dalej mówca dotyka sprawy wielkości szpitali. Za optimum dla szpitali psychiatrycznych należy uważać 1.500 łóżek. Inne szpitale ze względów na trudności administracyjne nie powinny przekraczać 600 łóżek. Co się tyczy rozplanowania szpitali, to mówca jest zdecydowanym przeciwnikiem systemu pawilonowego bez połączeń.

Plany projektowanych szpitali winny być corocznie przeglądane i poprawiane odpowiednio do postępów w dziedzinie budow-

nictwa szpitalnego. W żadnym razie nie można tworzyć dziś planów, któreby miały obowiązywać za 10 lat.

Kol. S a w i c k i uważa wielkość szpitala na 600 łóżek za niepraktyczną. Zresztą w Niemczech sprawa norm co do wielkości szpitali nie została zakończona. Atoli, jeśli się zważy, że nowoczesny szpital winien mieć urządzenia przyrodolecznicze, to za normę liczby łóżek należy przyjąć 1.000 do 1.500 łóżek, aby te urządzenia miały kogo obsługiwać. System pawilonów połączonych jest pod względem administracyjnym za drogi, nprz. samo opalanie szpitala takiego w Düsseldorfie kosztowało w r. 1926—600 tys. marek. Mówca również nie jest zwolennikiem wielkich bloków. Za najbardziej odpowiedni uważa system pawilonowy z połączeniami korytarzowymi, lecz pawilony winny być wyższe, niż obecnie w szpitalach warszawskich.

Kol. S u r a w s k i nie widzi powodu, dla którego system pawilonowy miałby być lepszy od blokowego.

Jeśli chodzi o powietrze, to w systemie blokowym można je mieć tak samo dobre. Ogródki w szpitalach nie są konieczne, gdyż chory, który może tam spacerować, winien być leczony nie w szpitalu, lecz w domu dla uzdrowieńców. W Ameryce tacy chorzy są wysyłani poza miasto w lepsze warunki. Jeden wzgląd przemawia przeciwko rozrostowi szpitali w kierunku pionowym, a mianowicie że mogą one być doskonałym celem dla nieprzyjacielskich samolotów. Poza ten blok jest lepszy i tańszy, bo wymaga mniej licznej służby i dostarczenie pożywienia jest szybsze i tańsze.

Kol. S a w i c k i broni systemu wysokich pawilonów. W związku ze wzmianką kol. S u r a w s k i e g o o chorych spacerujących po ogródkach, mówca porusza sprawę t. zw. przetrzymywania chorych w szpitalach. Otóż na podstawie danych europejskich można wnosić, że nasi chorzy są znacznie krócej leczeni w szpitalach, niż naprz. w Niemczech — u nas 24 — 27 dni na jednego chorego, w Niemczech średnio 37. Należy liczyć się z przyrostem ludności, jak to czynią w Niemczech, gdzie po ukończeniu jednego szpitala przystępują do opracowywania planów nowego, mimo że liczba łóżek jest na obecną chwilę wystarczająca. Warszawa jako stolica zawsze będzie miała duży procent przyjezdnych, nawet wtedy, gdy szpitale prowincjonalne zostaną pobudowane w wystarczającej liczbie. Należy również wziąć pod uwagę, że ludność coraz bardziej oswaja się i garnie się do szpitali. Obecny mamy tylko 49% potrzebnych łóżek. Brak nam jednak jeszcze tej liczby uzdrowisk dla chorych płucnych, jaką posiadają w Niemczech, co również odciąża szpitale.

Kol. D ą b r o w s k i Wit. zabiera głos w sprawie systemów i wypowiada się za pawilonowym, z tem, że pojedyncze gmachy będą większe, niż obecnie.

Kol. B r u n e r uważa za szkodliwe dla sprawy twierdzenie, że przyrost łóżek o 7.000 będzie dostateczny dla Warszawy. Co do wysokich bloków, to mówca twierdzi, że Niemcy, u których technika budowlana stoi wysoko, oświadczają wręcz, że nie odważyliby się budować gmachów wyższych ponad 4 piętra, gdyż

nie mogliby zapewnić sprawności w ich funkcjonowaniu. My możemy budować pawilony nie wyżej, jak na 2 — 4 piętra. Należy mieć na uwadze niebezpieczeństwo pożaru. Dostarczenie pożywienia można uskuteczyć sposobem mechanicznym. Co do wielkości szpitali to za najważniejsze należy uważać te, które mają 1.400 — 1.600 łóżek. Administracja w nich odbywa się najsprawniej i najtaniej.

Kol. Sawicki jest zdania, że każdy wielki szpital winien posiadać oddziały wszystkich specjalności.

Prelegent: Co do planów szpitala na Bielanach wyjaśnia, że ich niema, gdyż miasto nie ogłosiło jeszcze odpowiedniego konkursu. Co do liczby łóżek na Helu, to miasto przystępuje do budowy 200 miejsc, aby na tych 200 łóżkach nabyć doświadczenia co do wartości klimatycznej miejscowości, i aby później przekroczyć nawet liczbę preliminowanych 300 łóżek.

Na tem posiedzenie zakończono.

Vice-prezes: **W. Orłowski**

Klemens Gerner

Sekretarz doroczny.



PROTOKÓŁ UROCZYSTEGO POSIEDZENIA T. L. W.

z dnia 12 czerwca 1928 z.

poświęcony ś. p. **Andrzejowi Ciechomskiemu**

i ś. p. **Władysławowi Janowskiemu**

Przewodniczący: Prezes T-wa **Kazimierz Zieliński.**

Obecnych członków T-wa 63. Wprowadzonych gości 19.

a) pierwsza część posiedzenia.

Obok stołu prezydjalnego ozdobione kwieciami portrety ś. p. **Andrzeja Ciechomskiego** i ś. p. **Władysława Janowskiego**. W pierwszych rzędach krzesel członkowie Rodziny Zmarłych.

I) Prezes T-wa **K. Zieliński** otwiera posiedzenie powitaniem Rodziny po zmarłych członkach T-wa i wzywa obecnych do uczczenia ich pamięci przez powstanie.

II) Prof. **Kryński Leon** wygłosił następujące wspomnienie o ś. p. **A. Ciechomskim**:

Na dzisiejszem posiedzeniu uroczystem Tow. Lek. poświęconem uczczeniu dwóch wybitnych lekarzy polskich, pragnę zabrać głos, aby imieniem Tow. Chirurgów polskich złożyć hołd pamięci **D-ra Andrzeja Ciechomskiego**, jednego z członków założycieli tego Towarzystwa, jego byłego Przewodniczącego i Sekretarza Stałego.

Przerzedzają się bardzo szeregi starszej generacji naszych lekarzy, tej generacji, której sądzone było żyć i działać w najcięższych warunkach politycznych naszego kraju, w tej zdawałoby się, atmosferze beznadziejnej, stworzonej przez terror rządów zaborczych. Mimo te warunki i może właśnie dzięki nim, pokolenie to wyrobiło w sobie odporną moc i wytrwałość umysłów, tę tarczę, od której odbijały się wynaradawiające zamierzenia zaborców. Rozumiano dobrze, że najważniejszym czynnikiem obrony jest rozwój nauki i kultury polskiej, ku czemu prowadzić przedewszystkiem rozwój istniejących, niestety nielicznych, ognisk tej nauki i tworzenie nowych. To ostatnie trafiało na nieprzezwyciężone

przeszkody ze strony władz i trzeba było dużo wysiłków i pomysłów z naszej strony, aby móc doprowadzić do skutku swe zamierzenia.

Drobny obraz przedstawia geneza naszego T-wa Chirurgów polskich, instytucji, rozwiniętej dziś w wolnej Polsce obszernie i łączącej w sobie całokształt polskiego świata chirurgicznego. Powstanie jej w Warszawie miało narazie postać wątlą i bardzo skromną. Mianowicie, przed laty dwudziestu pięciu po powrocie do Warszawy po kilkunastoletnim pobycie w Krakowie, poruszyłem w gronie kolegów chirurgów myśl utworzenia Tow. Chirurgicznego Warszawskiego, jako odpowiednika do instytucji Zjazdów Chirurgów polskich, założonej w roku 1889, przez Rydygiera w Krakowie. Myśl ta została przyjęta b. przychylnie przez kolegów warszawskich, którzy jednakże lepiej odemnie zdawali sobie sprawę z trudności i przeszkód ze strony władz rosyjskich. Jednym z najbardziej oddanych tej myśli był ś. p. A. Ciechomski. Razem z nim rozpoczęliśmy „sondowanie“ czynników decydujących w biurach generał-gubernatora, z wynikiem, niestety, ujemnym. Nie można było marzyć o uzyskaniu pozwolenia, wobec czego, nie dając za wygrane, postanowiliśmy na początek utworzyć, jako Związek przyszłego Towarzystwa Chirurgów, sekcję chirurgiczną w Tow. Lek. Warsz., co, jako sprawa wewnętrzna, nie wymagało pozwolenia władz. I tu ś. p. Kolega Ciechomski wkładał dużo zapału w rozwój i pierwsze poczynania tej naszej sekcji chirurgicznej, biorąc udział w jej organizacji, w pracach i obradach. Pamiętam, kilkanaście lat później, kiedy w wolnej Polsce zatwierdzona została ustawa Tow. Chirurgów polskich, z jakim rozrzewnieniem wspominał On te „dawne“, przedwojenne czasy, kiedy to na początek musielibyśmy według jego wyrażenia „kucnąć“ w gościnnym przybytku Tow. Lekarskiego.

Sprawy nauki polskiej interesowały Go zawsze żywo, czego wyrazem jest ogłoszony przezeń szereg prac z różnych dziedzin chirurgji, stały i czynny Jego udział w Zjazdach Chirurgów polskich i posiedzeniach chirurgicznych w Warszawie. Nie był obojętny również na sprawy kongresów chirurgicznych zagranicą. Choć sam udziału w nich nie brał, interesował się żywo udziałem chirurgów polskich, ich zadaniami i czynnością na tem polu pracy międzynarodowej.

Dziś Go niestało między nami. Z nauki nieubłaganych praw przyrody odszedł On w zaświaty, zostawiając po sobie żal i pamięć zacnego człowieka, wybitnego lekarza i kochanego Kolegi.

III) Prof. A. Leśniowski wygłosił przemówienie p. t. „Ś. p. Andrzej Ciechomski, jak chirurg“.

Mówca, po podaniu wyczerpujących danych biograficznych, scharakteryzował postać zmarłego, jako ordynatora oddziału, podkreślając w obszernem swem przemówieniu jego wyjątkowe zalety umysłu i serca (przemówienie wydrukowano w „Przeglądzie chirurgicznym“).

Po 5-ciu minutowej przerwie nastąpiła

b) druga część posiedzenia.

Przewodniczący — wice-prezes T-wa Lek. Warz., kol. W. Orłowski powitał Rodzinę zmarłego ś. p. W. Janowskiego i wezwał kolegów do uczczenia Zmarłego przez powstanie.

1) Kol. St. Saski wygłosił wspomnienie poświęcone ś. p. Władysławowi Janowskiemu.

Podkreślając niepowetowaną stratę, jaką poniosła nauka i świat lekarski polski przez przedwczesny zgon Władysława Janowskiego, zgasłego w pełni sił twórczych w dn. 11. kwietnia 1928 r., prelegent podaje Jego ścisły życiorys wraz z rozbiorem prac naukowych, których liczba (100 oryginalnych polskich i 104 tłumaczeń w językach obcych) i przedewszystkiem, treść, zadziwiająca swą wszechstronnością, swem dokładnem i ściśle naukowem opracowaniem, a przedewszystkiem polotem, świadczy wymownie o niestrudzonej pracy tego uczonego dla chwały nauki ojczystej, co było głównym celem Jego żyoia. Prelegent podnosi zasługi Janowskiego na niwie długoletniej Jego pracy redaktorskiej, której poświęcał się z zapałem i zamiłowaniem utrzymując wydawane pismo, dzięki właściwej sobie energii i znajomości pracy, na bardzo wysokim poziomie, zwraca uwagę na wielce pożyteczną i owocną działalność Janowskiego przez współudział i pracę w licznych towarzystwach naukowych, zwłaszcza w Tow. Naukowem Warszawskiem, w którym na stanowisku wice-prezesa w 1912 r. kierował przerobieniem gmachu Szkolnego na pracownię naukowe. Wreszcie prelegent mówi o szczytnie spełnionem przez Janowskiego zadaniu jako pedagoga, zwłaszcza w latach przedwojennych, kiedy oddziały szpitalne stanowiły jedyne placówki, umożliwiające pracę naukową w dziedzinie medycyny.

Obszerny życiorys ukaże się w zesz. II-gim tomu VI-go, „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej“.

Prezes: **K. Zieliński.**

Antoni Kaczyński

Zastępca Sekretarza Dorocznego.



PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA, POŚWIĘCONEGO ZMARŁYM CZŁONKOM TOWARZYSTWA

z dn. 6 listopada 1928 r.

Przewodniczący: prezes **K. Zieliński**.

Obecnych członków T-wa 58 — Wprowadzonych gości 20.

1) Kol. Loth E. wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś.p. profesorze **Laskowskim**.

Zygmunt Władysław Laskowski urodził się w Warszawie 20 stycznia 1841 r. Szkoły średnie ukończył w miesiącu rodzinnym już w r. 1855 i jako młodzieniec wstąpił na organizowaną podówczas Akademię Medyko-Chirurgiczną. Tu na samym wstępie swej kariery naukowej zetknął się z anatomem Ludwikiem Hirszfeltem, który potrafił zainteresować młodego adepta anatomją do tego stopnia, że upodobanie to stało się następnie gwiazdą przewodnią Laskowskiego na przeciąg całego życia.

Akademię Medyko-Chirurgiczną przekształcono niebawem w Szkołę Główną i w tej uczelni zaskoczyły Laskowskiego wypadki 1863 r. Młody zapaleniec nie mógł pozostać obojętnym wobec wielkiego porwywu Narodu, więc też niebawem widzimy go w szeregach Rządu Narodowego. Zamknięty przy końcu 1863 r, w Cytadeli Warszawskiej, zdołał zbiec i udał się do Paryża, gdzie wstąpił ponownie na wydział lekarski.

Genjusz Cruveillera, Sappeya, Nélatona i innych opromienił młodego uczonego, który już w 1865 wydaje cały podstawowy tom o balsamowaniu zwłok a w r. 1867 uzyskuje doktorat na zasadzie rozprawy: "L'hydropsie enkysté de l'ovaire et son traitement chirurgical". W dwa lata później Laskowski był już profesorem nadzwyczajnym, w którym to charakterze pozostawał do r. 1875. Krótką przerwę w tej działalności stanowiły epizody 1870 - 1871 r.; Laskowski zaciągnął się do armii francuskiej i jako naczelnny chirurg szpitala polowego Cours-la-Reine przetrwał całą kampanję wskutek czego otrzymał następnie Legję honorową i medal pamiątkowy.

W r. 1875 przybył do Paryża prof. Julliard z Genewy, mając sobie powierzone zaproszenie szeregu profesorów i uczonych do nowego organizującego się wydziału lekarskiego. Między innymi zwrócił się też do Laskowskiego.

W Genewie Laskowski przede wszystkim zajął się organizacją zakładu anatomji i całego nauczania; założył muzeum anatomiczne i za piękne preparaty zdobył niebawem szereg nagród, między innymi np: złoty medal na powszechnej wystawie w Paryżu 1889 r, dystynkcje kawalera St. Maurice et Lazare i t. p.

Na pracę naukową mało pozostawało czasu, więc też w tym kierunku Laskowski się nie odznaczył. Na wyróżnienie zasługuje atlas anatomiczny, sporządzony na 16-tu dużych tablicach, dla wykonania którego przygotowano 200 klisz i wykonano 160.000 odbitek. Tem nie mniej z pracowni Jego ukazało się kilka prac, a więc: M. A. d'Eternod „Un cas d'amyelencephalie partielle (1885)“. M. T. Laskowski „Quelques anomalies du système circulatoire (1909).“ J. Oumański „Sur la resistance de la diaphyse du femur (1910)“. S. Miłoślawski „Sur quelques anomalies musculaires (1912)“.

Działalność pedagogiczna i profesorska, oto pole które pochłaniało niemal cały czas i całą energję Laskowskiego; więc też wydział lekarski kilkakrotnie mianował go swym dziekanem, tak w r. 1891 — 1892 jak i w latach 1907 — 1912. Należy tu podkreślić jeszcze jeden rys z życia Laskowskiego: jego działalność patriotyczną. Nie było bowiem żadnego poczynania na emigracji, w któremby on nie przyjmował czynnego udziału. Widzimy go więc wśród organizatorów Muzeum w Rapperswilu, do rady nadzorczej którego należał przez długie lata, widzimy go wśród propagatorów obrony czynnej i rzeczników Skarbu Narodowego a wreszcie widzimy w nim opiekuna polaków, a zwłaszcza młodzieży akademickiej.

Laskowski swej polskości się nie wstydził i raczej wszędzie ją zaznaczał a mimo to zdobył powszechny szacunek czego dowodem były słowa D-ra Audeoud, prezesa Towarzystwa lekarskiego w Genewie, wypowiedziane na uroczystości jubileuszowej w 1916 r., kiedy Laskowski przechodził na emeryturę.

„Nous savons quel indissoluble attachement votre âme g nereuse a toujours eu pour sa première patrie: la Pologne. Permettez nous de vous dire notre ardente sympathie pour ce malheureux pays, dont le martyre actuel emeut tous les coeurs. Notre voeux est que vous puissiez assister au reevement de ces ruines et le voir enfin libre, independant et marchant vers ses nouvelles destinées de gloire et d'immortalité“.

Uroczystość jubileuszowa 1916 r., o której wspomniałem była świętem podniosłem. Wśród powodzi adresów, dyplomów i doktoratów honorowych, nie brakło ani jednego od wybitniejszych organizacji i placówek lekarskich polskich. Widzimy tam więc adresy uniwersytetów w Warszawie, Krakowie i we Lwowie, adres Towarzystwa przrodników im. Kopernika, Towarzystwa Lekarskiego w W-wie i t. p.

W swem pożegnalnem przemówieniu Laskowski po 40-letniej działalności profesorskiej zaznaczył, że pozostałe dni postanowił poświęcić swej pierwszej Ojczyźnie — Polsce oraz badaniom astronomicznym nieba, które zawsze były dlań źródłem najczystszych i najpodnioslejszych uczuć, gdyż pozwalały mniemać, że żyje w bezkresie czasu i przestrzeni.

Z tych dwóch życzeń tylko drugie sprawdziło się w zupeł-

ności. Polski nie ujrzał więcej, gdyż w pierwszym okresie chaosu i tarć politycznych bał się rozczarowań, a później na przyjazd nie starczyło już sił.

W roku 1926 Wydział Lekarski mianował go swym profesorem honorowym. Ale to były już ostatnie radości Laskowskiego, który gasł z dnia na dzień i wreszcie zmarł w kwietniu 1928 r.

Pomimo, że już przed kilkunastu laty opuścił katedrę, pozostawił po sobie żywy i szczery żal społeczeństwa lekarskiego Genewy i Uniwersytetu.

Cześć Ci patryjoto, co w młodości umiałeś walczyć o najświętsze ideały wolności, coś następnie przez długie lata wysoko dzierżył sztandar patriotyzmu, nauki i człowieczeństwa.

II) Kol. Czarnocki W.

Wspomnienie pośmiertne o ś. p. profesorze Browiczu.

Dnia 20 marca r. b. zmarł w Krakowie w 81 roku życia senior anatomo-patologów polskich, prof. Tadeusz Browicz, znany ze swej działalności naukowej szerokim warstwom lekarzy na całym obszarze Polski.

Prof. Tadeusz Browicz pochodził z Kresów, urodził się we Lwowie dn. 15 października 1847 roku. Zmarły odznaczył się energją i hartem zarówno w życiu prywatnym, jak też i publicznym — na licznych placówkach życia polskiego, na których przez długie lata pracował. Po ukończeniu szkół średnich w Czerniowcach. studjował nauki lekarskie na wszechnicy Jagiellońskiej, gdzie uzyskał tytuł doktora w roku 1872. W przeciągu paru lat był asystentem prof. Biesiadckiego przy katedrze anatomji patologicznej w Krakowie i już w r. 1875 otrzymał *veniam legendi*, a w roku następnym po powołaniu prof. Biesiadckiego na stanowisko protomeyka Galicji, został mianowany profesorem nadzwyczajnym i kierownikiem Zakładu Anatomji Patologicznej U. J., w cztery lata potem (1880) otrzymał tytuł profesora zwyczajnego, którą to godność piastował bez przerwy do roku 1914, pracując szereg lat w niezmiernie ciężkich warunkach, niesprzyjających pracy naukowej. W uznaniu zasług naukowych i pedagogicznych na wniosek Wydziału Lekarskiego w Krakowie został mianowany profesorem honorowym tegoż Wydziału.

W czasie swej długoletniej profesury trzykrotnie — w r. 1886, 1893 i 1903 — był wybierany dziekanem Wydziału Lekarskiego, a w r. 1894 piastował najwyższą godność akademicką — rektora uniwersytetu. W tymże roku został mianowany członkiem Akademii Umiejętności w Krakowie, a w kilka lat później (1901) Czeskiej. Za zasługi naukowe został odznaczony Krzyżem Komandorskim „Polonia Restituta“. Szereg towarzystw lekarskich — w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Lublinie, Łodzi, Poznaniu i Wilnie — wybrał Go wym członkiem honorowym. Takż zaszczytny tytuł ofiarował Mu „Spolek“ lekarzy czeskich.

W 50-tą rocznicę pracy naukowej (1925) w uznaniu jego zasług naukowych Rady Wydziału Lekarskiego w Krakowie, Lwowie i Poznaniu nadesłały uroczyste adresy, a Wydział Lekarski w Warszawie nadał Mu Doktorat honorowy. Polskie czasopisma lekarskie uczciły Go również swemi wydawnictwami.

Dorobek naukowy zmarłego Profesora był bardzo obfity. Pierwszą pracę Prof. Browicz ogłosił w I tomie Rozpraw Wydziału matematyczno - przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie (1874 r.) Była ona zapowiedzią szeregu publikacji, których liczba przekroczyła 130. Pracy naukowej zmarły profesor oddawał się niemal bez przerwy do samego schyłku swego życia, zachowując przez cały czas wszystkie właściwości swej żywej umysłowości. Jeszcze w kwietniu roku ubiegłego przykuty na stałe do fotela, żywo interesował się nie tylko twórczością naukową z zakresem medycyny, lecz wogóle wszelkimi przejawami życia polskiego.

Ś. p. Profesor Browicz odznaczył się niezwykle odważną cywilną; zwalczał publicznie cały szereg niepożądanych przejawów, czy to z całokształtu ówczesnego życia polskiego, czy też w szczególności z życia świata lekarskiego. Bolały Go niezmiernie wszelkie wykroczenia natury etycznej, wobec których nie pozostawał bierny, ale zawsze je zwalczał publicznie, czem wywierał niezmiernie dodatni wpływ, zwłaszcza wśród swoich uczniów. Zmarły posiadał umysł twórczy; nie poprzestawał na zwykłej rejestracji spostrzeganych faktów, lecz starał się wykryć związek między poszczególnymi zagadnieniami, ustalić wspólną przyczynę pewnych, pozornie odległych zmian. Zawsze miał na widoku całość zagadnienia, nigdy nie gubił się w szczegółach. Był przeciwnikiem prostego zapisywania spostrzeżeń, nie pogłębionego dążnością do syntezy. Gorąco zwalczał wszelką jednostronność w poszczególnych dziedzinach wiedzy lekarskiej, czemu niejednokrotnie dawał wyraz nie tylko w rozmowach lecz i w publikacjach. Obok właściwości syntetycznej posiadał dar analizowania; skoro nowo spostrzeżone fakty lub zjawiska wpływały na zmianę jego zapatrywań, nie omieszczał nigdy uczynić korekty w swych poglądach dawniejszych. Poglądów swych nie bronił, zasłaniając się autorytetem swego wieku lub stanowiska; w szermierce naukowej uznawał, jako dowody, tylko niezaprzeczone fakty i ich łączność przyczynową. Stąd też być może, płynęła pewna oporność zmarłego na szereg modnych nowoczesnych poglądów, które nieraz są przyjmowane na wiarę bez przemyślenia. Browicz był wymagający przede wszystkim od Siebie i taką samą metodę stosował do innych, kierując się przede wszystkim poszukiwaniem prawdy naukowej, a pomijając całkowicie wszelkie względy natury ubocznej, nie mające z naukowością nic wspólnego.

Umiał i chciał pracować, uwzględniał zdobycze naukowe rozmaitych gałęzi nauk lekarskich i zużytkował je do oświetlenia zjawisk patologicznych. Chętnie się dzielił swemi poglądami z uczniami i współpracownikami, służąc im radą i wskazówkami.

W swej dążności do poznania istoty danego zagadnienia dbał tylko o samą sprawę, mniej zaś o rozgłos swego imienia lub o zdobycie pierwszeństwa.

Przechodząc do charakterystyki ogromnej działalności naukowej ś. p. prof. Browicza, muszę ograniczyć się do naszkicowania głównych wytycznych Jego prac, nie zagłębiając się w ich wybór szczegółowy.

Studując Jego prace z dziedzin, którym najwięcej poświęcił uwagi widzimy, że opierały się one początkowo na gromadzeniu pewnych tylko przyczynków, uwypuklających lub uzasadniających ós zagadnienia; są to prace przygotowawcze, w których autor, przystępując do rozważania trudnych, nieraz zawiłych zagadnień, stara się gromadzić fakty. W miarę gromadzenia spostrzeżeń czy to materiału sekcyjnego, czy też doświadczalnego, zjawiają się prace, ujmujące coraz szerzej całość zagadnienia, wreszcie — po zestawieniu wszystkich zdobyczy — autor wypowiada swe poglądy wciągając w ich orbitę szereg zagadnień pozornie odległych, lecz w swej łączności uzasadnionych poprzednimi pracami przygotowawczymi.

Najbardziej interesował się ś. p. prof. Browicz dziedziną badań nad wątroba. Do tego zakresu należy 28 prac, ogłoszonych drukiem w latach 1897—1906. Krok za krokiem, badając zmiany w patologicznie zmienionych wątrobach (muszkatułowej lub w zastoju żółci) lub opierając się na wynikach badań doświadczalnych, ustala ś. p. Browicz swe poglądy na rolę komórki wątrobowej — ewentualnie jej jądra — w przemianie hemoglobinowej, i w wytwarzaniu barwnika żółci; studjuje drogi żółciowe i nie tylko precyzuje ich umiejscowienie, lecz wbrew ówczesnym poglądom wykrywa nowe (kanaliki wśródprotoplazmatyczne i wśródjądrowe); następnie bada stosunek naczyń krwionośnych włoskowatych do komórki wątrobowej, wypowiadając pogląd o przypuszczalnym istnieniu kanalików śródkomórkowych, doprowadzających materiał odżywczy do zarodki, względnie do jądra komórek wątrobowych. W tym samym miesiącu i roku, co Kupffer zwraca Browicz uwagę na istnienie komórek śródnacyniowych w naczyniach krwionośnych włoskowatych (1894) i nie tylko odróżnia je od zwykłych śródbłonek, lecz wskazuje na zmienność ich wyglądu morfologicznego, co jest wyrazem tego lub innego ich stanu czynnościowego. Wreszcie opierając się na wszystkich poprzednich, już odpowiednio skorygowanych badaniach, Browicz wypowiada ogólny pogląd na patogenezę żółtaczek (1900). Pogląd ten, mimo najnowszych zdobyczy z lat ostatnich, do dnia dzisiejszego ma pierwszeństwo przed innymi, dzięki jednolitości ujęcia całego zagadnienia żółtaczek, czem bynajmniej nie odznaczają się poglądy innych badaczy nowoczesnych.

Omówiwszy w najogólniejszych zarysach prace zmarłego profesora nad wątroba, nie mogę pominąć milczeniem całego zagadnienia o układzie siateczkowo-śródbłonkowym, zaprzatającego w latach ostatnich umysły klinicystów i anatomo-patologów. Nazwisko ś. p. Bro-

w i c z a jest stale pomijane w piśmiennictwie przy omawianiu tego zagadnienia, co jest tembardziej niesłuszne, że B r o w i c z a jednocześnie i całkiem niezależnie od K u p f f e r a, spostrzegł i opisał wśródnaczyńniowe komórki wątroby oraz dwa lata przed H e i l e m zwrócił uwagę na obrazy morfologiczne, odpowiadające rozmaitym stanom czynnościowym tych komórek. W dziedzinie żółtaczek, które, jak wiadomo, odgrywają pierwszorzędną rolę w rozstrzyganiu sporu między zwolennikami i przeciwnikami udziału U. S. S. w wytwarzaniu barwników żółciowych, nie można pominąć dorobku naukowego Zmarłego, zwłaszcza wszystkich nagromadzonych przez Niego faktów, które stanowią niezmiernie ważki argument w toczącym się obecnie sporze a niekoniernie przemawiają na korzyść poglądów nowoczesnych. Wykrycie charakterystycznych zmian w budowie zrazików wątroby, znanych dzisiaj pod mianem rozczłonkowania (*dissociatio*) komórek wątroby, a zwłaszcza prawidłowe wyświetenie ich patogenezy jest zasługą Zmarłego (1897).

Spostrzeżenia te łącznie z wynikami pracy nad dyssocjacją i fragmentacją mięśnia sercowego (1893), na którą pierwszy zwrócił uwagę R e n a u t, pobudziło do rewizji ówczesnych poglądów i do wyodrębnienia znanego dzisiaj i uwzględnianego w podręcznikach działu spraw chorobowych—patologii wzajemnego stosunku komórek w tkance.

Dziedzina badań nad nowotworami również żywo zajmowała s. p. B r o w i c z a. Przyczynki, rozważania szczegółowe i ogólne z tego zakresu obejmują 20 prac. I tutaj wnikliwość i zdolność do szerokiego ujmowania badanego zagadnienia sprawiły, że wypowiadziany przez Niego pogląd (1882) na t. zw. pasorzyty raka został następnie potwierdzony przez badania innych, które ustaliły, że rzekome pasorzyty są wtętami lub wytworami zwyrodnienia, a tem samem potwierdziłyby poglądy B r o w i c z a. Pracując przez pewien czas w pracowni C o h n h e i m a, B r o w i c z był do pewnego stopnia zwolennikiem poglądów C o h n h e i m a na powstawanie nowotworów, przyjmując jednak konieczność całego szeregu czynników, w ten lub inny sposób uzależniających rozwój i bujanie zawiązków nowotworowych. Podczas swych wykładów Zmarły wielokrotnie podkreślał, że przyczyny rakowacenia należy szukać w zmienionym stanie fizyczno-chemicznym komórek nowotworowych, a wypowiedziana przez Niego myśl znalazła oddźwięk w całym szeregu prac doświadczalnych doby ostatniej. B r o w i c z był i pozostał przeciwnikiem teorii zakaźnej powstawania nowotworów, uzasadniając swój pogląd szeregiem dowodów morfologicznych, dla których nie znajdował wytłumaczenia w razie przyjęcia zakaźności raka.

Inne dziedziny anatomii patologicznej również były przedmiotem Jego dociekań naukowych. Wspomnieć tu muszę o pracy p. t. „O zmianach pozimnicznych wątroby, śledziony i szpiku“, ogłoszonej w r. 1886, a więc jeszcze przed odkryciem pełzaków

zimniczych przez Lave rana, w której obala istniejące podówczas poglądy na pochodzenie barwnika zimniczego, za źródło tegoż uznając zmiany, zachodzące w krwinkach czerwonych. Pogląd ten jest do dnia dzisiejszego obowiązujący. Pierwszy B row i c z zwrócił uwagę, że przyczyną ślepoty, towarzyszącej czasami zimnicy, są zatory barwnikowe rozgałęzień tętnicy siatkówki.

Prątki duru brzuszego, powszechnie znane pod mianem prątków E b e r t h a - G a f f k y e g o, zostały opisane przez ś. p. Profesora w Jego pierwszej pracy p. t. „Pasorzyty roślinne w durze jelitowym“ w roku 1874 czyli na 6 lat przed publikacją E b e r t h a

Szereg badań, przeprowadzonych nad czerniakiem, (1899) skłania go do przyjęcia poglądu, że melanina jest pochodną hemoglobiny, a nie wytworem czynności metabolicznej komórek nowotworowych. Przytaczane argumenty nie straciły nic ze swej ważkości do czasów ostatnich.

W pracach nad skrobawicą tkanek (1901) B row i c z zwracał uwagę na istnienie związku przyczynowego między zmianami skrobiowatemi z jednej strony a zmianami w błonie śluzowej jelita grubego z drugiej. Współczesność tych zmian niejednokrotnie można ustalić na stole sekcyjnym. Badania nad skrobiowatą zmienioną wątrobą skłoniły Zmarłego do wypowiedzenia poglądu, że zmienione krwinki czerwone są materiałem, z którego powstaje amyloid. Pogląd ten oparty jest na spostrzeżeniach morfologicznych i popiera teorię skrobawicy, wypowiedzianą przez O b r z u t a.

Badania B row i c z a nad kilakami (1878) stały się podstawą prawidłowego poglądu na pochodzenie i znaczenie komórek olbrzymich, które przedtem były uważane za swoiste tylko dla gruźlicy, a które, jak wiemy dzisiaj, mogą powstawać nawet w sprawach nieswoistych.

Po ustąpieniu z kierownictwa katedry anatomji patologicznej rozpoczyna się drugi okres w dorobku naukowym ś. p. B row i c z a. Wszystkie prace, które się ukazały w tym czasie w druku, zdradzają brak bezpośredniego kontaktu z warsztatem pracy. Zszeregować je można w sposób następujący:

1. Grupa pierwsza, obejmuje dziewięć prac. Są to prace polemiczne, dotyczące bądź prac autorów polskich (R o s n e r a, H o r n o w s k i e g o, P a s z k i e w i c z a), bądź obcych (Y a m a g i v a i i inne prace doświadczalne z zakresu wywoływania raka).

2. Grupa druga obejmuje prace, będące właściwie odbiciem działalności naukowej i dydaktycznej lat poprzednich. Tutaj należą „Szkice anatomiczno-patologiczne“ i szereg artykułów (7), dotyczących poszczególnych zagadnień z anatomji patologicznej. Są one niejako dalszym ciągiem lub uzupełnieniem „Szkiców“. Wszystkie te prace odzwierciedlają poglądy Zmarłego, a pośrednio są wykładnikiem metody pedagogicznej, stosowanej przez Niego podczas długoletniej działalności profesorskiej.

3. Grupa trzecia obejmuje nieliczne przyczynki, dotyczące metod nauczania anatomji patologicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim oraz reformy studjum lekarskiego. Przytaczam najbardziej

może charakterystyczny pogląd ś. p. Browicza na znaczenie dydaktyczne medycyny wewnętrznej dla studjum medycyny. Głosi on: „Medycyna wewnętrzna to macierz, podstawa dla wszystkich innych gałęzi, bez medycyny wewnętrznej w żadnej innej gałęzi medycyny obyć się nie można. Słusznie się domagał Brudziński, „aby kandydaci na stanowiska nauczycielskie w działach klinicznych wydziału lekarskiego wykazali się odbyciem dwuletniej praktyki w charakterze asystentów kliniki chorób wewnętrznych. Wszelkie wady i jednostronności w nauczaniu w zakresie wszelkiej specjalności wypływają z niedostatecznego przygotowania wykładających w zakresie medycyny wewnętrznej. Do tego słusznego żądania dołączyłbym jeszcze dalsze, że tego przygotowania w zakresie medycyny wewnętrznej wymagałoby należałoby od wszystkich profesorów medycyny, a więc i części teoretycznych, przede wszystkim od profesorów patologii ogólnej, anatomji patologicznej i farmakologii. Zaznajomienie się z medycyną wewnętrzną daje gruntowniejszy pogląd na całość nauki lekarskiej. Dlatego też z powodu ważności i znaczenia tej gałęzi nauki lekarskiej należy rozszerzyć czas, wyznaczony na studjum medycyny wewnętrznej, zaopatrzyć klinikę obficie w siły pomocnicze, czasowe i stałe, środki naukowe, lecznicze i laboratorja”.

Prócz tego „należy dążyć, by profesorowie patologii ogólnej, anatomji patologicznej i farmakologii, mieli sobie powierzone małe oddzialiki szpitalne, nie o charakterze klinicznym, ale dla osobistej styczności bezpośredniej z żywym organizmem ludzkim, dla badań naukowych”.

Pogląd ten, wypowiedziany przez ś. p. Browicza na parę lat przed śmiercią (1918 i 1923), jest wywołany troską, spowodowaną coraz to większem wzajemnem oddaleniem się medycyny praktycznej i teoretycznej i grożącemi stąd szkodami dla medycyny, jako całości.

Do ostatniej grupy zaliczyć należy „Notatki językowe“, umieszczone w Przeglądzie Lekarskim (1918, 1919) i w Nowinach Lekarskich (1921, 1923). Były one dalszym ciągiem siedmioletniej, żmudnej pracy, poświęconej wraz z profesorem S. Ciechanowskim, S. Domańskim i L. Kryńskim opracowaniu i wydaniu Słownika Lekarskiego Polskiego (1905). Większą część czasu lat ostatnich swego życia poświęcił ś. p. Browicz opracowywaniu nowego Słownika, gromadząc około 1700 nazw nowych, częściowo poprawionych dawniejszych. Z przyczyn od Zmarłego niezależnych nie ukazało się nowe wydanie Słownika Lekarskiego Polskiego.

Kończąc na tem charakterystykę działalności naukowej ś. p. Prof. Tadeusza Browicza, chcę jeszcze raz podkreślić, że był to umysł twórczy, który wielokrotnie wyprzedzał współczesnych Mu w rozwiązywaniu zagadnień naukowych, nie szczędził swej energii i pracy dla nauki polskiej, idąc ciężko przez swe długie życie.

Cześć Jego Prochom!

Prezes: **K. Zieliński**
Sekretarz doroczny **Klemens Gerner**

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA WYBORCZEGO

z dnia 3 stycznia 1928 r.

Przewodniczący — prezes kol. **Sawicki**.

Obecnych członków T-wa — 93.

I) Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia administracyjnego z dnia 27 grudnia 1927 r.

II) Sekretarz doroczny przedstawił sprawozdanie z działalności naukowej T-wa za rok 1927.

III) Kol. Goebel Franciszek odczytuje sprawozdanie z prac kandydata na członka Gnoińskiego Henryka.

Kol. Dąbrowski Witosław odczytuje sprawozdanie z prac kandydata na członka Szczęsnego Kazimierza.

IV) Wybory.

Na prezesa wybrano kol. Kazimierza Zielińskiego.

Na wiceprezesa w drugim głosowaniu wybrano kol. Witolda Orłowskiego.

Na sekretarza dorocznego — wybrano kol. Klemensa Gernerera.

Na zastępcę sekretarza dorocznego — wybrano kol. Antoniego Kaczyńskiego.

Na członka Zarządu wybrano — kol. Wacława Kowalskiego.

Na członków Kasy Wsparcia wybrano — kol. Gruszczynskiego, Szumlańskiego, Łazarowicza, Chodakowskiego i Krzyczkowskiego.

Na członków Komitetu Bibliotecznego wybrano: kol. Bączkiewicza, Giedroycia i Zembruskiego.

Na członków czynnych T-wa wybrani zostali: kol. Ciosłowski Tadeusz, Demant Piotr, Dębicki Kazimierz, Gawiński Witold, Gnoiński Henryk, Golakowski Jan, Grodzki Zygmunt, Grycewicz Marja, Gumiński Wacław, Kruszevska

Wanda, Martyszewski Paweł, Roszkowski Jan, Szczęsny Kazimierz i Venulet Franciszek.

Na członków honorowych T-wa zostali wybrali: prof. Nusbaum Henryk, Dr. Puławski Arkadiusz, Dr. Ivkovic z Belgradu, Dr. Kirow Borys z Sofji i Dr. Syllaba z Pragi.

Prezes: **Sawicki**

Kl. Gerner.

Sekretarz doroczny.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA ADMINISTRACYJNEGO

z dnia 27 grudnia 1928 r.

Przewodniczący prezes **K. Zieliński**

I) Sekretarz Stały i Podskarbi T-wa przedstawili preminiarz budżetowy za rok 1929.

Preliminarz budżetowy został przyjęty.

II) Sprawozdanie Sekretarza Stałego.

III) Bibliotekarz przedstawił sprawozdanie o stanie biblioteki na rok 1928.

IV) Wiceprezes przedstawił sprawozdanie komitetu bibliotecznego za rok 1928.

V) Sprawozdanie z prac kandydatów na członków czynnych:

Sprawozdanie przedstawili:

1. Kol. Babiński Leon	z prac	Arciszewskiego Władysł.
2. „ Michalski Zdzisław	„	Leśniowskiego Stefana.
3. „ „ „	„	Jurkowskiego Jerzego.
4. „ „ „	„	Kruszówny Mirosławy.
5. „ „ „	„	Ligęzy Leona.
6. „ „ „	„	Okońskiego Michała.
7. „ „ „	„	Rudolfa Aleksandra.
8. „ „ „	„	Wawrzyńskiej Marji.
9. „ Niewiadomski Franc.	„	Opackiego Kazimierza.
10. „ „ „	„	Witkowskiego Edwarda.
11. „ Proszowski Wiktor	„	Zawadowskiego Witolda.
12. „ Szczepański Zdzisław	„	Lewandowskiego Zyg.
13. „ Wąsowicz St.	„	Balukiewiczówny Ireny.
14. „ „	„	Kokalj-Kowalewskiej Bożen- żenny.

15.	Kol. Wąsowicz St.	z prac	Kucleba Witolda.
16.	" "	"	Sobocińskiej Wandy.
17.	" Zieliński Kaz.	"	Dąbrowskiego Bogusława.
18.	" " "	"	Jaworskiego Czesława.
19.	" " "	"	Kosińskiego Władysława.
20.	" " "	"	Łysakowskiego Stefana.
21.	" " "	"	Woyny Rocha Domorada
22.	" Zakrzewski Z.	"	Zahorskiego Karola.

Prezes: **K. Zieliński**

Klemens Gerner

Sekretarz doroczny.



TREŚĆ TOMU CXXIII.

Posiedzenia Kliniczne.

	Str.
Protokół posiedzenia w dniu 17 stycznia	5
H. Higier: Rzadka postać hematomyelji u 5 letniego hemofilika, naśladująca porażenie ostre dziecięce. (Pokaz przypadku). Dyskusja.	
M. Semerau-Siemianowski: Zaburzenia krążeniowe na tle hypohormonozy płciowej. Dyskusja.	
Protokół posiedzenia w dniu 24 stycznia	9
Z. Messing: Połowiczny zespół wzgórzowo-parkinsonoidalny w kile mózgu. (Pokaz przypadku).	
Wł. Melanowski: Zaćma i jej leczenie w świetle nowych pojęć.	
Protokół posiedzenia w dniu 31 stycznia	13
A. Woynarowska: System Rankego i podział gruźlicy płuc metodą Neumanna. Dyskusja.	
Z. Świder, N. Kon i M. Mancewiczówna: Grupy serologiczne krwi a przebieg kliniczny gruźlicy.	
Protokół posiedzenia w dniu 7 lutego	16
P. Pręgoski: Przedstawienie przypadków psychiatrycznych, leczonych preparatami z gruczołów płciowych oraz propidonem.	
„ Pokaz modyfikacji dowargowego stosowania leków, sposobu ułatwiania zaśnięcia, wywoływania odruchu kolanowego i wanny do górnej połowy ciała.	
„ Stopniowe przesycanie arsenikiem ustroju, zakażonego kiłą.	
„ Do leczenia neurastenji.	

- P. Pręgowski: Odrębny psychiatryczny zespół chorobowy.
 „ Do sprawy istoty uwagi. Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 21 lutego 20

- W. Tyczka: Jamistość rdzenia. Pęcherzyca. (Pokaz przypadku).
 H. Goldberg: Dwa przypadki gruźlicy in luetico. (Pokaz przypadku).
 A. Landau, B. Jochweds i R. Pekelis: Dwa przypadki infantylizmu. (Pokaz).
 J. Zaorski: Dwie rany kłute serca, wyleczone operacyjnie. (Pokaz).
 Karbowski: Technika bronchografji.
 A. Landau. B. Jochweds i R. Pekelis: Stosowanie kliniczne bronchografji. Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 28 lutego 26

- L. Karwacki: Prątek Kocha jako postać rozwojowa grzybka. Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 6 marca 30

(posiedzenie ku czci D-ra Michała Bergonzoni'ego).

- K. Zieliński wygłosił słowa powitalne w języku polskim.
 L. Karwacki wygłosił słowa powitalne w języku włoskim.
 J. Wieleżyńska przemawia w imieniu Tow. polsko-włoskiego im. Leonarda da Vinci.
 Jabłonowski przemawia w imieniu Tow. imienia Dante Alighieri.
 A. Gluziński: Kilka słów o stanie medycyny w wieku XVI i XVII tym.
 L. Zembrzusi: Dr. Michał Bergonzoni.

Protokół posiedzenia w dniu 20 marca 37

- H. Brokman: O patogenezie płonicy.
 A. Ławrynowicz: Wyniki szczepień ochronnych w płonicy.
 J. Celarek: Metody przygotowania szczepień i surowic przeciwploniczych. Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 27 marca 43

- Dębicki: Przypadek urazowego tętniaka tętnico-żylnego tętnicy udowej. (Pokaz przypadku). Dyskusja.

- H. Higier: Rzadka postać rodzinno-dziedzicznego porażenia napadowego wszystkich kończyn. (Pokaz).
- J. Bronowski: Leżenie w łóżku, jako metoda lecznicza. Dyskusja.
- K. Dąbrowski i M. Glass. Gruźlica płuc a ciąża. Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 8 maja 53

- Prezes K. Zieliński: W sprawie zakładu wodociągowego dla Pragi.
- J. Grott: Glikemją w ostrych chorobach zakaźnych, St. Leśniowski (junior): Przypadek polimyositis. (Pokaz).
- W. Tyczka: Padaczka Jacksonowska wskutek ograniczonej sprawy zapalnej oponowo-korowej. (Pokaz).
- Stępień: Padaczka Jacksonowska u chorej z ogniskiem oponowo-korowem pozapalnym. (Pokaz).
- „ Padaczka Jacksonowska u chorej ze zwapnieniem w ogniskach prawdopodobnie pokilakowych. (Pokaz).

Protokół posiedzenia w dniu 22 maja 59

- R. Arend: Zmięknienie kości a przekwitanie. (Pokaz przypadków). Dyskusja.
- Cz. Ciągliński: O leczeniu balneologicznem w zdrojowiskach francuskich Vichy i Royat.
- A. Kramsztyk: O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i żelazie aktywnem.

Protokół posiedzenia w dniu 29 maja 59

- J. Fliedebaum: Badania doświadczalne kliniczne nad wpływem układu nerwowego autonomicznego i gruczołów dokrewnych na wodochłonność skóry.
- G. Raciażek: Gościec jako choroba społeczna. Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 5 czerwca 68

- J. Luxemburg. Poronne leczenie duru brzuszego przesączami Besredki, Dyskusja.
- B. Gutowski: Nauczanie medycyny teoretycznej w uniwersytetach angielskich.

Protokół posiedzenia w dniu 26 czerwca	74
prof. P. Baillard (z Paryża): O krwiobiegu śródcnym. Dyskusja.	
Protokół posiedzenia w dniu 25 września	75
A. Landau: O klasyfikacji spraw gośćcowych. Dyskusja.	
Protokół posiedzenia w dniu 2 października	79
Wł. Mikulowski: Przypadek choroby Gee'a t.zw. coeliakji. (Pokaz przypadku). Dyskusja.	
Kl. Gerner: O aerofagji. Dyskusja.	
Protokół posiedzenia w dniu 23 października	83
A. Leśniowski: O kamieniach w moczowodach. Dyskusja.	
Protokół posiedzenia w dniu 13 listopada	85
Trzciniński: Przypadek liszaja czerwonego płaskiego. (Pokaz). Dyskusja.	
H. Higier: Napady senności i zamroczenie. (Pokaz przypadku).	
Fr. Goebel: Wątroba a przemiana związków azotowych.	
Z. Grudziński: Wrażenia i uwagi z kongresu radiologicznego w Sztokholmie.	
Protokół posiedzenia w dniu 27 października	88
Wiceprezes Orłowski W.: Komunikat o przyznaniu nagrody im. Piramowicza.	
L. Zembrzusiński: Szkoła w Salerno jako pierwsza wyższa uczelnia w Europie. Dyskusja.	
Wł. Filiński: Badania nad wpływami środków odkwaszających czynność wydzielniczą żołądka. Dyskusja.	
Protokół posiedzenia w dniu 4 grudnia	96
Sobieszczański: Spondylosis rhisomelica ascendens. (Pokaz przypadku).	
Wł. Mikulowski: O konstytucji kiłowej.	
St. Paradistal: Znaczenie kliniczne bronchografji. Dyskusja.	
Protokół posiedzenia w dniu 18 grudnia	100
Wł. Mikulowski: Przypadek duru brzuszego z ze-	

społem plamicy małopłytkowej, towarzyszącej krwotokom kiszkiowym u dziewczynki 5-letniej. (Pokaz przypadku). Dyskusja.

A Ł a w r y n o w i c z: Czynniki epidemiologiczne duru brzuszego w Warszawie. Dyskusja.

Posiedzenia poświęcone sprawom szpitalnictwa.

Protokół posiedzenia w dniu 2 stycznia 108

B. J a k i m a k: W sprawie nowego projektu ustawy szpitalnej. Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 17 kwietnia 110

B. J a k i m i a k: Dotychczasowe i nowe prawodawstwo szpitalne polskie. Dyskusja.

Wł. S z e n a j c h: Sprawozdanie szpitalne i statystyka szpitalna, Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 15 maja 113

W. G o ź d z i e c k i: Terapia fizykalna w szpitalach na zasadzie doświadczenia, nabytego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

J. R o t s z t a d: Terapia fizykalna w szpitalach na zasadzie doświadczenia, nabytego w szpitalu na Czystem w Warszawie. Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 16 czerwca 117

M. M o s z y ń s k i: W sprawie organizacji szpitalnictwa. Dyskusja.

St. M u t e r m i l c h: Pracownie chemiczno-bakterjologiczne w szpitalach. Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 16 października 124

G. D r o z d o w i c z: Stan i potrzeby pracowni rentgenologicznych w miejskich szpitalach warszawskich.

Z. G r u d z i ń s k i: Przedstawienie planu zakładu Rentgena w nowym gmachu administracyjno-leczniczym w szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Dyskusja.

Protokół posiedzenia w dniu 20 listopada 131

lnż. Wł. B o r o w s k i: Najnowsze inwestycje o szpitalach m. stoł. Warszawy. Dyskusja.

Protokóły posiedzeń uroczystych ku czci Zmarłych.

Protokół posiedzenia w dniu 12 czerwca 136

- L. Kryński: Wspomnienie pośmiertne o ś. p.
A. Ciechomskim.
- A. Leśniewski: Ś. p. Andrzej Ciechomski,
jako chirurg.
- St. Sasaki: Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Władysławie Janowskim.

Protokół posiedzenia w dniu 6 listopada 139

- E. Loth: Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Zygmuncie,
Władysławie Laskowskim.
- W. Czarnocki: Wspomnienie pośmiertne o ś. p.
Tadeuszu Browiczu.

Nekrologja.

Ś. p. Antoni Osuchowski	5
Ś. p. Tadeusz Browicz	43
Ś. p. Piaszczyński	54
Ś. p. Dudrewicz	54
Ś. p. Tadeusz Jasiński	75
Ś. p. Jan Gromadzki	76
Ś. p. Józef Polak	76
Ś. p. Ludwik Bondy	79
Ś. p. Bronisław Karpiński	83
Ś. p. Adam Wizel	89
Ś. p. Władysław Janowski	110 i 138
Ś. p. Andrzej Ciechomski	110 i 136
Ś. p. Zygmunt Władysław Laskowski	139
Ś. p. Tadeusz Browicz	141

