

CZYNNOŚCI
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

PROTOKÓŁY ZEBRAŃ

ODBYTYCH W ROKU 1931

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

TOM CXXVI.

POD REDAKCJĄ
SEKRETARZA DOROCZNEGO
KAROLA CHODKOWSKIEGO

**Biblioteka Główna
WUM**

WARSZAWA

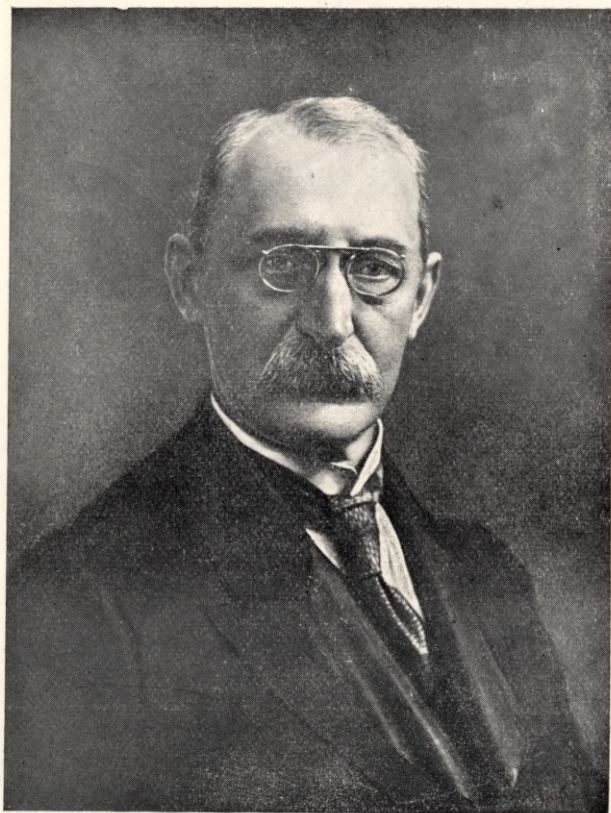
1 9 3 2



www.dlibra.wum.edu.pl

D R U K A R N I A
R. OLESIŃSKI, W. MERKEL I S-KA
WARSZAWA, UL. CHŁODNA Nr. 37
TELEFON 669-46





Ś. p. prof. dr. med. BRONISŁAW SAWICKI
członek honorowy Tow. Lek. Warszawskiego

Prezes w latach 1925, 1926 i 1927
Sekretarz Stały od 7. I. 1930 roku.

** 1860 — † 1931.*

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dnia 20 stycznia 1931 roku.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa—23, wprowadzonych gości—26.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 16 grudnia 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes wygłosił krótkie przemówienie, poświęcone pamięci zmarłego Sekretarza Stałego Towarzystwa, ś. p. Bronisława Sawickiego. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego powstaniem z miejsc i dwuminutową ciszą.

3. Kol. Prezes zawiadomił o poleceniach Zarządu, wydanych w związku ze śmiercią Sekretarza Stałego (uchwała Zarządu z dnia 13 stycznia 1930 roku). Podał również do wiadomości, iż Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wspólnie z Wydziałem Lekarskim U. W., Towarzystwami Chirurgicznymi i innymi w niedługim czasie urządzi uroczystą Akademię ku czci ś. p. prof. Bronisława Sawickiego.

4. Kol. Prezes wyliczył depesze kondolencyjne, nadesłane w związku ze zgonem Sekretarza Stałego, oraz odczytał list prof. A. Gluzińskiego.

5. Kol. Prezes odczytał prośbę Koła Medyków o składki na fundusz pożyczkowy im. ś. p. prof. Br. Sawickiego, utworzony przy Sekcji Pomocy Materjalnej Koła Medyków S. U. W.

6. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Bieliński. Żywot Ks. Adama Jerzego Czartoryskiego. T. I. II. 1905.

Sawicki. Appendicitis perforativa, abscessus cavi Douglasi, adnexitis. 1930.

Gerner. Dalszy ciąg badań nad aktywacyjną zdolnością surowicy krwi ludzkiej w stosunku do soku żołądkowego. 1928.

- Gerner. W sprawie antyptycznych własności surowicy krwi. 1929.
- „ W sprawie patogenezy wrzodów żołądka i dwunastnicy.
 - „ Kilka uwag o wrzodzie jelita czczego wraz z przyczynkiem do sposobu powstawania choroby wrzodowej, żołądka i dwunastnicy. 1927.
 - „ O zaparciach czynnościowych.
 - „ Aktywacyjne zdolności surowicy krwi ludzkiej w stosunku do soku żołądkowego. 1926.
 - „ Aerofagja. 1929.
 - „ Przypadek pęknięcia tętnicy głównej u 24-letniej kobiety w przebiegu nefrosklerozy. 1925.
- Gerner, Petrynowski i Trzebiński. Wlewanie do dwunastnicy 2% kwasu solnego, jako czynnik rozpoznawczy wrzodu dwunastnicy. 1928.
- Gerner. Wartość i znaczenie badania kału w szpitalu i w praktyce. 1928.
- „ Ueber die aktivierende Wirkung des menschlichen Blutserums auf den Magensaft.
- Levit. Zdokonaleni mistniho znečitliveni percaimem. 1930.
- Zembrzuski. Ś. p. prof. Stanisław Trzebiński, 1930.
- Lipińska. Les femmes et le progrès des sciences médicales. 1930.
- Cmunt. Zkusenosti s lecbou Cutivaccinem paulovym. 1929.
- Arbeiten aus der dritten Abteilung des Anatomischen Institutes der Kaiserlichen Universität Kyoto. Serie D. H. 1.1930.
- Koło Medyków — Sprawozdanie Zarządu za rok 1929/30.
- Obywatelski Komitet Pomocy Społecznej w Warszawie — Sprawozdanie z działalności za czas od 16.XII. 1928 do 31.III. 1930.
- London School of Hygiene and Tropical Medicine. Ninth annual report on the library 1929—1930.
- Księgarnia i antykwarnia „Światło” — Katalog Nr. 1, 2, 3, 4, 5.
7. Kol. M. Czyżewski wygłosił odczyt p. t. „Lepkość krwi w chirurgji ze szczególnem uwzględnieniem stanów pooperacyjnych”.
- Lepkość krwi ma szczególne znaczenie dla pracy serca i nerek. Są to bowiem narządy, z których wydolnością czynnościową chirurg musi liczyć się na każdym kroku. Badanie lepkości krwi w chirurgji dostarcza bardzo cennych wskazówek rozpoznawczych, zwłaszcza w różnych powikłaniach pooperacyjnych, stanach ciężkiego zakażenia lub zatrucia (ostra niedrożność jelit) i ostrem zapaleniu otrzewnej. W tych stanach lepkość krwi jest znacznie wzmożona. W przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego badanie lepkości pozwala z jednej strony na dokładniejszą ocenę zmian anatomicznych (zajęcie

otrzewnej), z drugiej zaś — na odróżnienie od innych stanów, jak np. ciąża zewnątrzmaciczna.

W nadczynności tarczycy lepkość krwi obniża się, w niedomozie — zwiększa. Badanie lepkości może być przeto kontrolą przebiegu choroby Basedowa.

Wnioski wyprowadzono na podstawie badań lepkości krwi w 125 przypadkach, z których sto leczono operacyjnie. (Streszczenie własne).

8. Kol. S. Cytronberg wygłosił odczyt z serii: „Badań doświadczalnych nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego”. Doniesienie IV p. t.: „Przebieg wchłaniania cukru gronowego i owocowego”.

Przeprowadzono szereg badań nad przebiegiem wchłaniania cukru gronowego i owocowego u psów z przetoką jelita czczego. Stosując metodę własną, odmienną od dotychczasowych, prelegent stwierdził co następuje:

1. Wskaźnik refraktometryczny roztworów hipotonicznych i izotonicznych, wprowadzonych do wyodrębnionej pętli jelita czczego, w świetle tej pętli wyraźnie zwiększa się. Zwiększanie się wskaźnika trwa aż do chwili osiągnięcia wielkości wskaźnika refraktometrycznego soku jelitowego badanego zwierzęcia.

2. Roztwory hipertoniczne wykazują przeważnie stałe i początkowo bardzo gwałtowne zmniejszanie się wskaźnika refraktometrycznego. Trwa ono do chwili osiągnięcia poziomu wskaźnika soku jelitowego badanego zwierzęcia.

3. Zwiększanie się wskaźnika refraktometrycznego roztworów hipo- i izotonicznych zależy w małej części od wydzielania pewnej ilości ciał nieorganicznych (chlorków i węglanów), głównie zaś od wydzielania ciał koloidowych (śluzu, białka, ciał tłuszczowatych i t. p.).

4. Zmniejszanie się wskaźnika roztworów hipertonicznych odbywa się: a) przez szybkie wessanie nadmiaru cukru rozpuszczonego w roztworze wprowadzonym, b) przez wydzielanie pewnej ilości płynu przez śluzówkę jelita. Ostatnim sposobem posługuje się jelito głównie wtedy, gdy płyn wprowadzony jest bardziej stężony.

5) Powyższe spostrzeżenia dowodzą, że w wchłanianiu jelitowym jest czynny mechanizm, który tak reguluje ogólne stężenie każdorazowej zawartości jelita, by jej wskaźnik refraktometryczny i, mutatis mutandis, jej ogólna zawartość koloidów i krystaloidów zbliżały się jak najszybciej do tychże cech soku jelitowego.

6. Powyższe doświadczenia dowodzą, że w badaniu przebiegu wchłaniania różnych rozczyńców w jelicie należy liczyć się nie tylko z własnościami wprowadzonych ciał, lecz także z ilością i jakością krystaloidów, a głównie koloidów, wydzielonych przez śluzówkę jelita wskutek jej zetknięcia się z wprowadzonym rozczyńcem.

7. Wobec tego, że w dotychczasowych doświadczeniach zwracano uwagę na cechy chemiczne, fizyczno-chemiczne i t. d. wyłącznie tylko płynów wprowadzanych do jelita, staje się zupełnie zrozumiałe, dlaczego szereg spostrzeżeń jakoby przemawiał za istnieniem swoistych sił życiowych, kierujących wchłanianiem jelitowem, niekiedy wbrew podstawowemu prawom chemii fizycznej. (Streszczenie własne).

Zebranie zamknięto o godz. 21 min. 30.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWO - WYBORCZEGO z dnia 27 stycznia 1931 r.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa—113, wprowadzonych gości—59.

C z ę ś ć I.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 20 stycznia 1931 roku przyjęto.

2. Kol. **M. Ryłko**, w zastępstwie Sekretarza Stałego, wygłosił wspomnienie pośmiertne o **ś. p. L a d i s ł a w i e S y l l a b i e**, członku honorowym Towarzystwa oraz o **b. p. M a u r y c y m H e r t z u**.

W dniu 30.XII. r. ub. zmarł niespodziewanie w Pradze Czeskiej prof. **L a d i s ł a w S y l l a b a**. Wybitny lekarz i uczyony pracował i pisał dużo w dziedzinie patologii krwi, serca i obwodowego układu nerwowego. Wszystkie sprawy te ujmował szeroko z biologicznego punktu widzenia. Chodziło mu nie tylko o rozpoznawanie, ale i o leczenie. Był doskonałym nauczycielem i stworzył szkołę, z której wyszli liczni dzielni pracownicy. Działał też dużo w okresie walk o odrodzenie swej ojczyzny. To też liczne organizacje naukowe, społeczne i narodowe zaliczyły go w poczet swych członków za-

służonych, a rozmaite towarzystwa naukowe nadały mu godność członka honorowego.

W uczczeniu jego licznych zasług w różnych dziedzinach Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zaliczyło go w 1928 r. w poczet swych członków honorowych. Część Jego pamięci! (Streszczenie własne).

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego powstaniem z miejsc i jednogłosem ciszą.

W dniu 23 stycznia 1931 r. zmarł nagle w Krynicy członek Towarzystwa, dr. Maurycy H e r t z. Urodził się w styczniu 1872 r. Ukończył Uniwersytet Warszawski w 1899 r. Początkowo pracował w Szpitalu Ewangelickim w ciągu lat 5, następnie wyjeżdżał do klinik zagranicznych, aby pogłębić swoją specjalność, oto-laryngologię, której oddał się z całym umiłowaniem. W 1904 r. pracował na oddziale dra Lubliner'a, a od 1905 do 1908 r. był lekarzem ambulatorjum Szpitala dla Dzieci Wyzn. Mojżeszowego.

Jako wybitny specjalista i zdolny lekarz cieszył się dużym wzięciem. W przedostatniej kadencji był członkiem Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej i przewodniczącym Komisji Rejestracyjnej. Na tym posterunku cieszył się uznaniem pozostałych członków Zarządu, dzięki swej gorliwej pracy oraz zaletom charakteru. Pozatem był wiceprezesem Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej, członkiem koresp. Franc. Tow. Oto-rino-laryngologicznego, członkiem Tow. Chirurgów Francuskich, członkiem Zarządu Głównego Związku Lekarzy Państwa Polskiego oraz członkiem Komitetu Redakcyjnego *Nowin Społeczno-Lekarskich*. Ogłosił drukiem następujące prace: 1. Gruźlica dziąseł, 2. Powikłania przy operacji wyrosła adenooidalnych, 3. Przypadek ostrej gruźlicy gardzieli u 6-cio letniego chłopca, 4. Sześć przypadków ciał obcych w drogach oddechowych. Cześć Jego pamięci! (Streszczenie własne).

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego powstaniem z miejsc i jednogłosem ciszą.

3. Kol. J. M o d r a k o w s k i, członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Sztuczna kwasica i alkaloza, jako czynniki lecznicze“.

Naogół odczyn istotny krwi (pH krwi tętniczej wynosi 7,42, krwi żyłnej — 7,4) jest nadzwyczaj stały w warunkach fizjologicznych i patologicznych. U chorych spostrzegamy znacznie większe odchylenia pH prawie wyłącznie przed samą śmiercią, chociaż zasób zasad krwi w różnych stanach kwasicy może obniżyć się bardzo znacznie. Natomiast zapomocą czynników farmakologicznych z łatwością możemy wywołać znaczne wahania odczynu istotnej krwi,

aż do pH—7,2 w stronę kwaśną lub 7,57 w stronę alkaliczną bez złych następstw dla ustroju. Okazało się jednak, że obniżenie pH np. po odpowiednich dawkach chlorku amonowego, największe trzeciego dnia, powoli wyrównywa się i, pomimo dalszego zużywania salmijaku, powraca do normy około ósmego dnia. Oczywiście, zasób zasad krwi pozostaje niski. Mamy więc stan kwasicy wyrównanej, tak często spotykany w patologii. W przeciągu pierwszych dwóch dni kwasicy sztucznej ustrój traci dużo sodu, potasu i wapna. Zwiększenie się wydzielania amonjaku w moczu pojawia się dopiero powoli i ósmego lub dziewiątego dnia osiąga swój szczyt. W miarę zubożenia kwasu przez amonjak ustaje zużywanie sodu i potasu na ten cel; jednak wapno w dalszym ciągu wydziela się w ilości zwiększonej. Powolne zwiększanie się ilości amonjaku wydalanego z moczem tłómaczy, dlatego pH obniża się gwałtownie w nagłej kwasicy sztucznej, natomiast w powoli wytwarzającej się kwasicy patologicznej utrzymuje się mniej więcej w normie. Sztuczna kwasica pociąga za sobą okres następczej alkalozy.

Alkalozą po odpowiednich dawkach dwuwęglanu lub cytrynianu sodu również wykazuje drugi okres w przeciwnym kierunku, t. j. kwasicowym.

Sztuczna kwasica i alkalozą wywołują w ustroju szereg odczynów, dążących do utrzymywania pH na poziomie prawidłowym. Kwasica pobudza więc oddech, przyspiesza krwiobieg i wzmacnia wydzielanie kwasów i amonjaku przez nerki; alkalozą działa przeciwnie. We krwi występuje w obu stanach szereg zmian przeciwnych sobie, jak zmniejszenie zasobu zasad w kwasicy, zwiększenie w alkalozie; nadto w kwasicy występuje: zgęszczenie krwi przy równomiernym wzroście albumin i globulin. Towarzyszy mu zwiększenie liczby krwinek czerwonych i ilości hemoglobiny, przyspieszenie opadania krwinek, zwiększenie liczby wielojądrowych krwinek białych obojętnochłonnych, wzrost ilości wapnia i chloru, a zmniejszenie ilości fosforu, potasu i sodu, wzrost ilości lipidów oraz zwiększenie ilości cukru we krwi. Alkalozą wywołuje rozcieńczenie krwi przy odsetkowem i bezwzględnem wzmożeniu ilości fibrynogeny, zmniejszenie liczby krwinek czerwonych i w tym stosunku hemoglobiny, zwolnienie opadania krwinek, limfocytozę, obniżenie zawartości wapnia we krwi i t. d. Kwasica wywołuje odpływ wody z tkanek i następcze zwiększone oddawanie moczu, alkalozą zaś — zatrzymanie wody w tkankach. Kwasica wzmacnia stany zapalne. Dzięki jednak następującemu po niej okresowi alkalozy działa gojąco. Alkalozą podczas jej trwania obniża lub znosi zupełnie odczyny zapalne, w następnym zaś okresie kwasicowym pogarsza je. Kwasica wzmacnia przepuszczal-

ność opon mózgowo-rdzeniowych, alkalozia nie oddziałuje wyraźnie w tym kierunku. Kwasica znajduje liczne zastosowanie w różnych sprawach zapalnych, zwłaszcza otwartych, tak np. w pewnych przypadkach gruźlicy, zawodzi zaś w zapaleniu szpiku kostnego, w zamkniętych czyrakach i ropniach, natomiast w ranach gojących się źle powstaje zdrowa ziarnina. Alkalozia zwiększa sprawy wysiękowe, wilgotność ran, sprzyjając przez to rozwojowi drobnoustrojów; ma ona zato działać korzystnie w zakażeniach ogólnych (sepsis), nastawiając ruch płynu w kierunku wysiękowym, co jakby przeciwdziała przedostawaniu się jądów do krwi. Na gruźlicę działa alkalozia ujemnie. Kwasica działa wybitnie moczopędnie, zwłaszcza przy równoczesnym stosowaniu neptalu i ouabainy. Stąd wynika wskazanie zakwaszania w obrzękach sercowych i nerczycowych. W zapaleniach miedniczek i pęcherza kwasica działa leczniczo dzięki zakwaszeniu moczu, w gościu stawowym działa nieraz korzystnie, głównie w pierwotnych przewlekłych postaciach z wysiękami stawowymi. Następnie działa ona leczniczo w dychawicy oskrzelowej i wszystkich rodzajach tężyczki. Stosowana w padaczce działa znakomicie przez pierwsze pięć do siedmiu dni, jednakże potem napady nasilają się wskutek pojawienia się następczej alkalozji; według nowszych autorów sztuczna kwasica ma działać bardzo korzystnie na porażenie postępujące. W 1. Klinice Chor. Wewn. U. W. leczymy obecnie przypadek wiądu rdzenia (tabes dorsalis) z widocznie dodatnim wynikiem. Dla wywołania sztucznej kwasicy lub alkalozji podawane dawki muszą być odpowiednio duże: dla alkalozji — do 0,5 g. dwuwęglanu lub cytrynianu sodu na 1 kg. wagi chorego, dla kwasicy — 0,2 do 0,5 g. chlorku amonowego lub 0,3 g. krystalicznego chlorku wapniowego. Ponieważ roztwór salmijaku ma bardzo przykry smak, w postaci proszków nie może być stosowany. Firma „Motor” podjęła się wyrobu tabletek, zawierających chlorek amonu. Tabletki te wyzwalają go w przewodzie pokarmowym bardzo powoli i stopniowo.

Poza omówioną sztuczną kwasicą i alkalozją, uzyskaną odpowiednimi dawkami środków farmakologicznych, działających w jednym lub drugim kierunku, można wywołać t. zw. kwasicę gazową wdechaniem tlenu z dodatkiem 6—8% CO₂. Wdechowanie tej mieszaniny usuwa natychmiast nadpobudliwość nerwów ruchomych w tężyczce działaniem na sinus caroticus i ośrodk, podnosi ciśnienie krwi i przyspiesza obieg krwi, usuwa szybko z ustroju chloroform i eter oraz zapobiega zapaleniom płuc odoskrzelowym. Stosowanie wdechowania mieszaniny tlenu i dwutlenku węgla jest wybornym środkiem w zatruciach tlenkiem węgla (CO). Dlatego

powyższa mieszanina gazowa będzie objęta nową farmakopeją polską. Usilnem przewietrzaniem płuc, wskutek wydalania czynnika kwaśnego CO₂ z ustroju, u większości ludzi można wywołać alkalozę z objawami tężyczki, a u chorych na padaczkę-napad, co ma znaczenie rozpoznawcze.

Pozatem regularne ćwiczenia oddechowe obniżają ciśnienie krwi w pewnych postaciach nadciśnienia, związanych z nadwrażliwością ośrodka naczynioruchowego na CO₂. (Streszczenie własne).

(Powyższy wykład w rozszerzonej formie ukaże się niedługo w *Kosmosie*, w tomie poświęconym pamięci Leona Popielskiego).

C z ę ś ć II.

1. Po sprawdzeniu *q u o r u m* (do prawomocności wyborów konieczna jest obecność przynajmniej 77 członków Towarzystwa) przystąpiono do wyborów.

2. Na Sekretarza Stałego złożono 108 głosów. Kol. Leon Babiński otrzymał 70 gł., kol. Antoni Leśniowski—25, kol. Łapiński W.—3, kol. Orłowski W.—2, kol. Dydyński L., kol. Sławiński Z., kol. Paszkiewicz L. i kol. Jakimiak B. — po 1, nieważnych — 4 głosy. Wobec powyższego Sekretarzem Stałym został obrany kol. Leon Babiński. Skrutatorzy koledzy: Pokrzewiński S. i Markert W.

3. Na Prezesa oddano 104 głosy. Kol. Witold Orłowski otrzymał 99 głosów; koledzy Antoni Leśniowski Kazimierz Orzechowski oraz Ludwik Paszkiewicz—po 1, nieważnych — 2 głosy. Prezesem Towarzystwa został obrany kol. Witold Orłowski. Skrutatorzy koledzy: Trzebiński J. i Dąbrowski K.

4. Na Wiceprezesa oddano 104 głosy. Kol. Ludwik Paszkiewicz otrzymał 96 głosów; koledzy Jakimiak B., Filiński W., Orzechowski K., Dąbrowski K., Chodkowski K., Orłowski W., Czarnocki W.—po 1 głosie. Złożono 1 kartkę pustą. Wiceprezem obrano kol. Ludwika Paszkiewicza. Skrutatorzy koledzy: Pokorny G. i Bartoszek T.

5. Na Sekretarza Dorocznego oddano 99 głosów. Kol. Jan Roguski otrzymał 94 głosy, kol. K. Chodkowski—4, 1 kartkę złożono pustą. Sekretarzem Dorocznym został kol. Jan Roguski. Skrutatorzy: koleżanka M. Grycewicz i kol. M. Petrynowski.

6. Na Zastępcę Sekretarza Dorocznego złożono

94 głosy. Kol. Karol Chodkowski otrzymał 92 głosy, pustych kartek złożono 2. Zastępcą Sekretarza Dorocznego został obrany kol. Karol Chodkowski. Skrutatorzy: koleżanka J. Misiewicz i kol. S. Czarnota-Bojarski.

10. Na członka Zarządu oddano 100 głosów. Kol. Włodzimierz Filiński otrzymał—76 głosów, kol. Zdz. Michalski—9, kol. K. Dąbrowski—3, koledzy: Łapiński, Kryński, Bełkowski, Rytel i Sławiński—po 1 głosie. Nieważnych — 1 głos. Członkiem Zarządu został obrany kol. Włodzimierz Filiński. Skrutatorzy koledzy: W. Moczarski i St. Wąsowicz.

11. Na członków Komitetu Bibliotecznego złożono 101 kartek wyborczych, z których 1 — pusta. Kol. Franciszek Giedroyć otrzymał 100 głosów, kol. Jan Bączkiewicz — 100 głosów, kol. Ludwik Zembrzuski—98, kol. Zdz. Michalski—2, kol. A. Huszcza—1. Członkami Komitetu Bibliotecznego zostali obrani koledzy: Franciszek Giedroyć, Jan Bączkiewicz i Ludwik Zembrzuski. Skrutatorzy: koleżanka A. Wojnarowska i kol. A. Kaczyński.

12. Na członków Kasy Wsparcia złożono 61 kartek wyborczych, z czego 5 pustych. Kol. Gruszczyński otrzymał 52 głosy, kol. Lazarowicz—49, kol. Szumlański—49, kol. Krzyczkowski—52, kol. Jasielwicz—10, kol. Chodakowski—5. Wobec braku dostatecznej liczby głosów wybory na członków Kasy Wsparcia uznano za nieważne. Skrutatorzy: koleżanka J. Dąbrowska i kol. K. Gerner.

13. W głosowaniu na członków czynnych Towarzystwa złożono 6 kartek nieważnych. Doc. Grzybowski Marjan otrzymał 88 głosów za przyjęciem, 1—przeciw; dr. Jastrzębski Wacław Leonard — 88 głosów „za”, 1 — „przeciw”; prof. Mańkowski Aleksander—86 głosów za przyjęciem, 3—„przeciw”; dr. Berdo Nadziewa — 83 głosy „za” i 6—„przeciw”. Wobec powyższego wszyscy kandydaci na członków czynnych zostali przyjęci do T-wa.

14. Kol. Prezes, W. Orłowski, oraz Sekretarz Stały, L. Babinski, wygłosili krótkie przemówienia, dziękując za wybór.

Zebranie zamknięto o godzinie 22 m. 25.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Doroczny: Jan Roguski.

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWO-WYBORCZEGO z dnia 10 lutego 1931 roku.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa—56, wprowadzonych gości—30.

1. Protokół zebrania naukowo-wyborczego z dnia 27 stycznia 1931 roku przyjęto.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie o ś. p. Władysławie Światopełk-Zawadzki.

Dnia 1 lutego 1931 roku zmarł ś. p. dr. Wł. Światopełk-Zawadzki, członek czynny T-wa od 1889 roku. Ukończył z medalem srebrnym 2-gie gimnazjum w Warszawie. W 1878 roku wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył z odznaczeniem w 1884 roku. W tym roku mianowano go ordynatorem uniwersyteckiej kliniki w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Na tym stanowisku pozostawał do 1890 roku.

Był prawdziwym dzieckiem Warszawy. W myśl świetnych obywatelskich tradycji, które tak pięknie i niezmiennie w najcięższych dla Ojczyzny naszych czasach cechowały lekarza Polaka wszystkich zaborów, ś. p. Władysław Zawadzki rozpoczął żywą i pożyteczną pracę lekarską, społeczną i obywatelską. Członkiem Towarzystwa Higienicznego oraz Stowarzyszenia Lekarzy Polskich ś. p. Władysław Zawadzki był od chwili założenia tych instytucyj.

Brał udział w układaniu *Rocznika Medycyny Polskiej*, był członkiem Komitetu Redakcyjnego *Kroniki Lekarskiej*, a potem jej współwłaścicielem. Został wybrany członkiem Komitetu Redakcyjnego na pierwsze dziesięciolecie reorganizującej się podówczas *Medycyny*. Przyjmował zarazem udział w pracach Towarzystwa Dobroczynności, Towarzystwa Kolonij Letnich, Towarzystwa Wpisów Szkolnych, Towarzystwa Opieki nad Ubogimi Choremi i Towarzystwa Opieki nad Dziećmi. Zainteresowanie się sprawą wychowania fizycznego i rozwój szkolnictwa polskiego sprawił, że ś. p. Wł. Zawadzki cały swój czas wolny od pracy zawodowej poświęcił tym 2 dziedzinom. W 1905 roku był członkiem, a potem wiceprezesem Opieki Rodzicielskiej, Rady Pedagogicznej i Rady Szkolnej przy gimn. gen. Chrzanowskiego. Od 1904 r. był członkiem, potem wiceprezesem, a od 1912 r. — prezesem Komitetu Ogrodów im Raua.

W odrodzonej Polsce został ś. p. dr. Wł. Zawadzki w 1928 r. powołany na stanowisko referenta Sekcji Wychowania Fizycznego Ministerstwa W. R. i O. P., a wkrótce potem kierownikiem kursów

dla nauczycieli gimnastyki. W 1928 r. został mianowany dyrektorem P. I. W. F. W tym też roku otrzymał godność członka honorowego Stow. Bratniej Pomocy Studentów P. I. W. F. W 1929 roku został odznaczony orderem „Polonia Restituta”.

W 1920 roku otrzymał dyplom honorowy od Polskich Związków Sportowych i Polskiego Komitetu Olimpijskiego w uznaniu zasług, położonych w dziedzinie wychowania fizycznego i rozwoju sportów w Polsce.

Jednocześnie w chwilach, zdawałoby się przeznaczonych na konieczne wytchnienie, niezwykle żywotny umysł ś. p. Wł. Zawadzkiego gonił za szerszemi jeszcze widnokrzegami, czego wyrazem było że w 1907 r. został obrany wiceprezesem Polskiego Stowarzyszenia Przyjaciół Pokoju.

Ogłosił drukiem:

1. Przypadek zakażenia krwi spowodowanego wytrwaniem zęba. G. L. 1886.
2. O zakaźnym pochodzeniu i przeciwnilnem leczeniu suchot płucnych. Kr. Lek. 1887.
3. Przyczynek do patologji padaczki położniczej. Med. 1895.
- 4 Higjena jubilera. Zdrowie. 1902.
5. Przyczynek do patologji wylewu mlecza do jam surowicznych. G. L. 1901.
6. Pokój a szkoła. Ludzkość. 1910.
7. Ojczyzna a patriotyzm. Ludzkość. 1911.
8. Metodyka ćwiczeń cielesnych. 1907.

To treściwe wspomnienie o ś. p. drze Zawadzkim mówi jednak wyraźnie, że ten lekarz warszawski chciał i umiał żyć nietylko myślą o sobie, życia nie zmarnował, chociaż mu ono ciężkich ciosów nie szczędziło przedwczesnym zgonem małżonki i dwóch córek, zgasyłych w kwiecie wieku. Był prawym człowiekiem, niósł wysoko sztandar godności stanu lekarskiego, był kolegą szczerym i serdecznym, a przyjacielem wiernym. Cześć Jego pamięci! (Streszczenie własne).

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego powstaniem z miejsc i jednogłminutową ciszą.

3. Kol. Prezes po podaniu do wiadomości drobnych komunikatów przedstawiał program pracy Zarządu na 1931 rok.

Zarząd każdego Towarzystwa, rozpoczynając swoją pracę, powinien nakreślić plan swej działalności i, uzgodniwszy go w swoim łonie, wytrwale dążyć do jego urzeczywistnienia. Wychodząc z tego założenia, jako Prezes obecnego Zarządu, uważał za obowiązek przedłożenie Zarządowi zamierzeń, które będzie się starał wprowadzić

w życie w roku bieżącym, by ożywić działalność Towarzystwa. Naszkicowany przezeń program brzmi w sposób następujący:

W myśl § I Statutu z 1921 r. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ma na celu: 1. przykładanie się do wydoskonalenia nauk lekarskich, 2. zbliżenie do siebie osób, poświęcających się tymże naukom i 3. wzajemne udzielanie sobie uwag, dotyczących rzeczy lekarskich. Dla zadośćuczynienia tym zadaniom uważa za konieczne zabiegać o to, by koledzy podawali na zebraniach Towarzystwa do wiadomości ogółu swoje spostrzeżenia lekarskie oraz badania kliniczne i doświadczalne, wykonane w klinikach, szpitalach i w innych zakładach naukowych. Referaty te nie powinny być przeładowywane szczegółami, przytaczaniem obszernego piśmiennictwa, wliczaniem dużej liczby nazwisk autorów, wreszcie masowem podawaniem liczb własnych doświadczeń. Taka bowiem forma wykładu nuży słuchaczy i jest często przyczyną zniechęcenia i braku rozpraw z wielką nieraz szkodą i dla prelegenta i dla słuchaczy. Należy przyznać, że zrozumienie tego jest zbyt małe. W trosce więc o rozwój Towarzystwa będzie dokładał starań o należyte uregulowanie tej sprawy.

Poza referatami, opartymi przede wszystkim na własnych spostrzeżeniach i badaniach, uważa za pożądane pokazy chorych, preparatów patologoanatomicznych, nowych przyrządów i t. d., uzupełnione krótkimi wyjaśnieniami. Będzie dążył do zapowiadania tych pokazów w porządku obrad zebrań tak, by nie były one niespodzianką dla członków Towarzystwa i mogły skupiać na posiedzeniach wszystkich tych członków, którzy interesują się odpowiednim zagadnieniem. Umieszczając pokazy na pierwszym miejscu, będzie zwracał uwagę, by referenci nie wdawali się w rozległe dziedziny piśmiennictwa, lecz ograniczali się ściśle do własnego pokazu.

Wielką wreszcie uwagę zwróci na referaty, omawiające w sposób syntetyczny nowoczesne zagadnienia, interesujące przede wszystkim lekarza praktyka. Szerokiem rozwinięciem tego kierunku będzie dążył, by z Towarzystwa uczynić uczelnię, mającą na celu ustawiczne kształcenie lekarzy i utrzymywanie ogółu lekarzy na poziomie wiedzy nowoczesnej. Kierunek ten wyodrębni Towarzystwo z pośród licznych w Warszawie towarzystw specjalnych, czyniąc z niego ogólną szkołę syntetyczną, która będzie chronić kolegów, poświęcających się wyłącznie jednej z dziedzin medycyny praktycznej, od zatracenia żywej łączności z całą medycyną i od zbyt ciasnego pograżenia się w swoją specjalność. W ten sposób Towarzystwo nieetylko nie przeszkodzi działalności innych towarzystw, lecz przyczyni się do tego, że ich praca będzie bardziej owocna. Zaznacza

przytem, że, życząc tym towarzystwom pomyślnego rozwoju, będzie starał się utrzymywać ze wszystkimi towarzystwami lekarskimi normalne, życzliwe stosunki i w razie potrzeby będzie wchodził w żywy kontakt z niemi.

Pomyślne rozwiązanie przed chwilą wyłuszczonego zamierzenia będzie wymagało czynnej pracy wszystkich członków Towarzystwa, przede wszystkim zaś tych, którzy kierują praktycznymi i teoretycznymi zakładami naukowymi oraz skupienia dokoła Towarzystwa możliwie wszystkich osób, pracujących naukowo, a nie będących jeszcze członkami Towarzystwa.

Zdaje sobie sprawę, że skierowanie Towarzystwa na powyższe tory, które niezawodnie ożywią jego działalność naukową, i utrzymanie go na wysokim poziomie, będzie wymagało dużego wysiłku. Tej pracy podejmie się chętnie, o ile znajdzie poparcie ze strony Zarządu i całego Towarzystwa. Ułatwi ją wybitnie zmiana przepisów, dotyczących przyjmowania nowych członków do Towarzystwa i udostępnienie w ten sposób Towarzystwa dla ogółu lekarskiego bez szkody dla samego Towarzystwa. Ta okoliczność pociąga za sobą konieczność zajęcia się Statutem T-wa, który pod względem przyjmowania nowych członków jest bardzo wymagający. Sprawa Statutu wyłania się również i ze względu na szereg innych jego usterek, niedomówień i założeń, nie odpowiadających obecnym wymaganiom życia. By nie być gołosłownym, zaznacza tylko, że Statut zupełnie nie określa tak doniosłej sprawy, jak ta, kto ma bezpośredni obowiązek dbać o należyty rozwój Towarzystwa. Pragnąc rozkwitu Towarzystwa, uważa, że nie może ono być zdawane na łaskę losu i przypadkowości, i dlatego jedną z jego trosk będzie stanowić sprawa rewizji Statutu.

Innych spraw, wchodzących w zakres czynności Prezesa oraz Zarządu, nie omawia, nie wymagają one bowiem zmian dotychczasowego ich biegu.

Program powyższy został jednogłośnie zatwierdzony przez Zarząd na posiedzeniu 3 lutego r. b. Podaje go do ogólnej wiadomości, zgodnie z uchwałą Zarządu. (Streszczenie własne).

4. Kol. Prezes powitał nowych członków Towarzystwa i wręczył im dyplomy.

5. Kol. K. Chodkowski, członek T-wa, przedstawił narządy z przypadku „Marskości zanikowej wątroby”.

Narządy pochodzą ze zwłok kobiety lat 64 z rozpoznaniem klinicznym kiłowej marskości wątroby, torbieli jajnika oraz skrzepliny żyły wrotnej.

Kobieta ta zakaziła się kiłą przed 20 laty. Przechodziła dwukrotnie leczenie swoiste. Ostatnio leczyła się stale w Kasie Chorych. Dolegliwości ze strony wątroby zjawyły się przed 8 laty (żółtaczką), powiększenie brzucha zaś od roku. Odczyn Wassermanna we krwi—wybitnie dodatni. 10.I.31 wypuszczono 6 litrów, 28.I—8 litrów płynu przesiękowego (c. g. 1002—1006, białko—0,869%, odczyn Rivalty—ujemny).

Na sekcji znaleziono w jamie brzusznej 12 litrów płynu ciemnobursztynowego z dużą ilością włókniaka oraz oznaki zapalenia otrzewnej.

Wątroba ważyła zaledwie 650 g. (norma—ca 1400 g.). Była ona zrosnięta z przeponą po stronie prawej. Torebkę miała zgrubiałą, powierzchnię zewnętrzną wybitnie gruboziarnistą, w płacie lewym było widać 3 głębsze zaciągnięcia gwiaździste. Powierzchnia przekroju była również gruboziarnista: odcinki wystające — żółte, zapadnięte — szare lub szaro-różowe. Wątroba była bardzo twarda. Żyła wrotna — szeroka, drożna.

Badanie mikroskopowe wątroby (skrawki mrożone) wykazało rozrost ziarniny i tkanki łącznej, głównie dokoła zrazików lub grup zrazików; miejscami były liczne kanaliki rzekome.

Śledziona (waga 345 g., norma—150 g.) przedstawiała obraz obrzmienia przewlekłego.

Przewód pokarmowy: oznaki przewlekłego nieżytu z sztyrowem zabarwieniem śluzówki.

Narządy płciowe — w miejscu prawego jajnika znajdował się spadnięty worek pojemności główki noworodka z otworem, łączącym światło worka z jamą brzuszną. Wewnętrzna powierzchnia worka była zupełnie gładka, tylko gdzie niegdzie były pojedyncze drobne torbielki.

Oznak kiły na sekcji nie stwierdzono.

Przypadek ciekawy jest ze względu na:

1. daleko posuniętą marskość zanikową wątroby,
2. prawdopodobne tło kiłowe marskości,
3. powikłanie pęknięciem jednokomorowej torbieli prawego jajnika.

Zapalenie otrzewnej wystąpiło najprawdopodobniej w następstwie parokrotnych nakłuć jamy otrzewnej, jak to najczęściej się zdarza. Torbiel pękła wskutek zmniejszenia parcia w jamie brzusznej po wypuszczeniu płynu. (Streszczenie własne).

6. Kol. Prezes podaje do wiadomości, iż kol. A. Wojciechowski, członek T-wa, został mianowany ordynatorem I Szpitala Okręgowego w Warszawie; kol. J. Zaorski, członek T-wa,

został habilitowany na docenta z zakresu chirurgji oraz mianowany ordynatorem Szpitala Dziecięcego przy ul. Kopernika; kol. St. Wasowicz, członek T-wa, został mianowany ordynatorem Szpitala św. Ducha.

7. Kol. St. Justman wygłosił odczyt „O odruchach brzusznych”.

Odruchy brzuszne mają duże znaczenie rozpoznawcze. Wczesne ich znikanie jest cechą stwardnienia wieloogniskowego, wybitna żywość charakteryzuje wiał rdzenia. Mają one doniosłe znaczenie w różniczkowaniu między stwardnieniem wieloogniskowem lub zapaleniem wielu nerwów z jednej strony, a stwardnieniem rzekomem Westphal-Strümpella lub wiałem rdzenia z drugiej; niema ich w pierwszych dwóch schorzeniach, są wzmożone w dwóch następnych. Są one zniesione w cierpieniach szlaków piramidowych, są zachowane i wzmożone w cierpieniach układu pozapiramidowego. Uławiają one również ustalenie umiejscowienia schorzenia: niema ich po stronie porażonej w udarze mózgowym i poniżej miejsca ucisku rdzenia. Służą one również do odróżnienia porażenia połowicznego (lub kończyn dolnych) czynnościowego od organicznego: są zachowane w czynnościowym, zniesione w schorzeniu organicznem. Zupełny i trwały brak odruchów brzusznych po urazie kręgosłupa (złamanie kręgow, postrzał) wskazuje na przerwanie ciągłości rdzenia (prawo Bastiana).

W medycynie wewnętrznej odruchy brzuszne nieraz umożliwiają ustalenie umiejscowienia i ocenę rodzaju cierpienia: brak górnego lewego odruchu brzuszego przy zachowaniu pozostałych może świadczyć o istnieniu ciężkiego schorzenia żołądka (wrzód, niezbyt przewlekły, rak), brak górnego prawego odruchu brzuszego wskazuje na poważne cierpienie wątroby, wreszcie brak dolnego prawego odruchu wskazuje w niejasnych przypadkach na schorzenie wyrostka robaczkowego. Ze względów powyżej wyłuszczonej wynika, że nietylko neurologzy, lecz również interniści i chirurdzy powinni badać zachowanie się odruchów brzusznych u każdego chorego. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Dębicki K., członek T-wa, badając odruchy brzuszne na materiale chirurgicznym, stwierdził, że w przypadkach ograniczonego podrażnienia otrzewnej odruchy brzuszne danego miejsca są zniesione. W przypadkach ostrej niedrożności jelit z towarzyszącem znacznem wzdęciem brzucha niema zniesienia odruchów brzusznych. To samo tyczy podrażnienia otrzewnej po krwiotokach w ciąży pozamacicznej. W sprawach przewlekłych, jak np.

wrzody nieprzedziurawione, nie stwierdzano zniesienia odruchów brzusznych.

Kol. Higier H., członek T-wa, zaznacza, że neurologzy nigdy nie lekceważyli zachowania się odruchów brzusznych, zwłaszcza od chwili, gdy Strümpell zwrócił uwagę na nieobecność ich wstwardnieniu rozsianem (sclerosis disseminata). Odruchów tych niema w porażeniach połowicznych, w jamistości rdzenia z rozległym znieczuleniem i w zapaleniu istoty szarej odcinka brzusznego rdzenia. Najmniej jest znane zachowanie się odruchów brzusznych w okresie przedopryszczkowym rozwijającego się półpaśca brzusznego i pachwinowego. Higier tylko raz jeden zgodził się z rozpoznaniem chirurga i z wnioskiem wycięcia wyrostka robaczkowego, opierając się na znacznej przeczulicy prawej połowy powłok brzusznych, wymiotach, braku dolnego odruchu brzusznego i gorączce. Dalszy przebieg przypadku dowiódł (było to w 1918 r., gdy śpiączka była u nas prawie nieznaną), że były to objawy rozwijającej się śpiączki nagminnej (encephalitis lethargica). Błędów takich piśmiennictwo wszechświatowe zna kilkanaście. Zachowanie się odruchów brzusznych ułatwia rozpoznanie neurologowi. Internistom Higier radzi posługiwać się pasami przeczulicy Heada. Przy ich pomocy udało mu się odróżnić zapalenie krupowe płuc od zapalenia wyrostka robaczkowego u dziecka, a niekiedy—zapalenie woreczka żółciowego od kamicy nerkowej. Należy tylko znać topografię odcinkową, czyli rozkład pasów Heada. (Streszczenie własne).

Kol. Mańkowski A., członek T-wa, uważa, że wyraźna odcinkowość układu mięśniowego nie idzie w parze z odcinkowością narządów wewnętrznych. Póki nie jest ustalone dokładnie, jaki narząd odpowiada danemu odcinkowi układu nerwowego, wiązanie odruchów brzusznych z cierpieniami narządów wewnętrznych jest przedwczesne.

Kol. Justman St. stwierdza, że odruchy brzuszne w cierpieniach ostrych, z powodu napięcia mięśni, nie mają znaczenia. Przyczyną zniesienia odruchów w półpaścu jest uszkodzenie części łuku odruchowego. Przeciwno zarzutom kol. Higiera i Mańkowskiego przemawiają fakty kliniczne. Powrót odruchów po wycięciu żołądka tłumaczy ustąpieniem porażenia przy zachowaniu łuku odruchowego, albowiem część żołądka w postaci kikuta pozostała.

8. Kol. J. Rutkowski, członek T-wa, wygłosił odczyt „O potrzebie znajomości anatomji praktycznej wśród lekarzy. Rzuty anatomiczne”.

Potrzeba znajomości anatomji jako fundamentu, na którym opiera się wiedza lekarska, jest jasna. Należy jednak prz., znać, że

wiadomości z tej dziedziny, nabyte podczas studiów uniwersyteckich, bardzo szybko zacierają się w pamięci. Naukę anatomji rozpoczynamy od anatomji opisowej, podstawy wiedzy o budowie ciała ludzkiego. Bardziej praktyczne znaczenie dla lekarza ma anatomja topograficzna. Ale i ta ostatnia, oderwana od człowieka żywego i znacznie upośledzona w porównaniu z anatomją opisową w programie studiów, szybko ulega zapomnieniu. Dokładnej znajomości budowy ciała ludzkiego, wymaga się przedewszystkiem od chirurga. Trudno bowiem wyobrazić sobie dobre i celowe działanie na terenie, którego nie zna się doskonale. Znajomość anatomji jest konieczna nietylko podczas operacji. Dopomaga ona znakomicie w rozpoznawaniu chorób, a zatem jest niezbędna do skutecznego ich leczenia. Dokładne poznanie anatomji jest konieczne zatem nietylko dla chirurga.

W jaki sposób zdobyć tę praktyczną znajomość, ażeby nie obciążać zbytnio pamięci zbędnymi szczegółami, a przytem zdobyte wiadomości utrwalac ustawicznie? Dochodzimy do rozpoznania, operując pojęciami topograficznymi, niekiedy przestrzennymi, a następnie patologicznymi: najpierw zwykle umiejscawiamy cierpienie, a następnie określamy jego rodzaj. Najwłaściwszą drogą do zdobycia i utrwalenia wiedzy anatomicznej dla lekarza będą rzuty anatomiczne na powierzchnię ciała, skojarzone z łatwo dostępnymi badaniu występami kostnymi, wyniosłościami i zagłębieniami, z pewnymi ustalonymi punktami, linjami i płaszczyznami. W dalszym ciągu swego odczytu prelegent przedstawił szereg tablic, przeznaczonych do wykładów o rzutach anatomicznych. Nauczanie odbywa się w ten sposób, że najpierw poznaje się istniejące w danej okolicy występy kostne, wyniosłości, zagłębienia, linje i t. p. twory, dające się wyczuć lub obejrzeć. Na nich urabia się pojęcie o stosunkach prawidłowych. Następnie, posilkując się powyższemi danemi, różnokolorowemi ołówkami rysuje się na skórze żywego człowieka rzuty znajdujących się w głębi narządów. Pomocną w nauczaniu będzie nieraz mnemotechnika. Nie tracąc z oczu głównego celu, do jakiego w końcu dąży się, stale należy kojarzyć podawane wiadomości z zakresu anatomji (w postaci rzutów) z wiadomościami pożytecznymi dla kliniki.

W ten sposób zdobywa się stosunkowo łatwo mocniejszą podstawę dla rozpoznawania i leczenia ku większemu pożytkowi chorych. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y :

Kol. K r y Ń s k i L., członek T-wa, omawia znaczenie anatomji topograficznej oraz anatomji człowieka żywego w przeciwstawieniu do anatomji opisowej.

Kol. Dębicki K., członek T-wa, uważa, iż w nauczaniu anatomji należy kierować się pojęciami przestrzennymi, zamiast rzutami. Nietylko dawny podział brzucha na odcinki, lecz także i podział przedstawiony przez prelegenta, jest sztuczny.

Kol. Rutkowski J., członek T-wa, uważa rzuty anatomiczne wyłącznie za moment pomocniczy w nauczaniu anatomji. W swoich wykładach ujmuje anatomję przestrzennie. Stwierdza, iż w Polsce anatomja chyli się do upadku.

9. Kol. Cytronberg S. wygłosił odczyt „O współdziałaniu ściany jelita cienkiego w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju”.

Badania przeprowadzono na psach z przetoką Villa. Celem badań było wykazanie współdziałania śluzówki jelita cienkiego w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju.

Chodziło o stwierdzenie: 1. czy doustne wprowadzenie większej ilości zasad lub kwasów wpływa na ilość ogólną, pH, zasadowość miareczkowaną i ilość węglanów soku jelitowego, 2. jak oddziaływuje śluzówka pętli wyodrębnionej na miejscowe podrażnienie jej kwasami i zasadami oraz czy i w jakim stopniu jelito reguluje zasadowość swej zawartości, 3. jaki wpływ wywiera dożylnie wprowadzony kwas lub zasada na ilość ogólną oraz na zasadowość czynną i potencjonalną soku jelitowego.

Wyniki osiągnięte dają się streścić w następujący sposób:

1. Kwas, wprowadzany doustnie w ciągu kilku dni, wywołuje obniżenie pH, zmniejszenie się zawartości węglanów i zasadowości miareczkowanej soku jelitowego, którego ogólna ilość nie ulega wyraźnej zmianie.

2. Zasada, wprowadzana doustnie w ciągu kilku dni, wywołuje podwyższenie pH, zwiększenie stężenia i zasadowości miareczkowanej soku jelitowego, którego ilość ogólna pozostaje bez zmiany.

3. Kwas, wprowadzony bezpośrednio do pętli jelitowej, wywołuje silne wydzielanie zasad przez jelito. Wydzielanie to trwa tak długo, aż pH i zasób zasad zawartości pętli zbliży się do tychże cech soku jelitowego. Wydzielanie jelitowe jest w granicach fizjologicznych tem większe, im większe jest stężenie wprowadzonego kwasu.

4. Zasady, wprowadzone bezpośrednio do jelita, nie wykazują właściwości pobudzania wydzielania węglanów. Przeciwnie pH wprowadzonych rozczyń spada wskutek pochłaniania nadmiaru wprowadzonych jonów wodorotlenowych przez śluz, białka i ciała tłuszczowate, wydzielane obficie przez śluzówkę jelita w następstwie jej zetknięcia się z rozczyńmi zasadowymi.

5. Kwas wprowadzony dożylnie powoduje w ciągu 1—2 godzin po wstrzyknięciu obniżenie pH, zmniejszenie się zasobu zasad i zasadowości miareczkowanej soku jelitowego.

6. Zasada wprowadzona dożylnie wywiera stosunkowo słabszy wpływ na cechy wydzieliny jelitowej, albowiem pH soku nie uległo zmianie. Zasób zasad i zasadowości miareczkowanej soku zwiększyły się wyraźnie.

Powyższe wyniki przemawiają za tem, że śluzówka jelita współdziała czynnie w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju. Ta czynna współpraca jelita jest szczególnie wydatna w usuwaniu t. zw. alkalozji pokarmowej, powstającej w następstwie wydzielania kwaśnego soku żołądkowego pod wpływem spożytych pokarmów. Tu bowiem występują 2 ważne czynniki, potęgujące wydzielanie zasad przez śluzówkę jelita: a) samo wydzielanie kwaśnego soku żołądkowego powoduje czasowe przesunięcie się równowagi kwasowo-zasadowej soków ustroju w stronę zasadową, na co ustrój oddziałuje wzmożeniem usuwania zasad przez śluzówkę jelita, b) kwaśna miazga pokarmowa, która dostaje się do jelita cienkiego, jest silnym bodźcem, wzmagającym wybitnie wydzielanie zasad przez śluzówkę jelita. (Streszczenie własne).

10. Kol. Prezes stwierdza, że na zebraniu dzisiejszem, z powodu niedostatecznej liczby obecnych członków Towarzystwa, wybory Komitetu Kasy Wsparcia do skutku nie doszły. Wobec powyższego skład Komitetu Kasy Wsparcia pozostaje taki sam, jak w roku ubiegłym (§ 35 Statutu).

Zebranie zamknięto o godz. 22 min. 30.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dn. 17 lutego 1931 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa—43, wprowadzonych gości—44.

1. Protokół zebrania naukowo-wyborczego z dn. 10 lutego r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Balassa. Taschenwörterbuch der ungarischen u. deutschen Sprache. Berlin—Schöneberg. 1915.

- Moesch u. Diercks. Taschenwörterbuch der spanischen u. deutschen Sprache. Wyd. 3-cie. Leipzig. 1924.
- Alt. Die Taubheit infolge von meningitis cerebrospinalis epidemica. Leipzig-Wien. 1908.
- Aschoff. Die Arteriosklerose. Ein Ernährungs- und Abnutzungsproblem. Odb. 1930.
- Berdo. Los chorych leczonych sanatoryjnie. Odb. 1930.
- „ O stałej Ambarda i próbie fenolsulfofleinowej w gruźlicy płuc. Odb. 1930.
- Blühdorn u. Müller. Ausgewählte Kapitel aus dem Gebiet der Säuglings- und Kinderheilkunde. 1930.
- Butkiewicz. W sprawie rozpoznawania i leczenia operacyjnego bąblewca wątroby. Odb. 1931.
- Doliński. W sprawie ambulatoryjnego leczenia zastarzałych spraw zapalnych narządów rodnych u kobiet. Odb. 1930.
- Giębocki. Leczenie gruźlicy płuc ergosteryną naświetlaną. Odb. 1930.
- Grzywo-Dąbrowski. Alkoholizm a przestępstwo. Odb. 1930.
- „ Uwagi do rozdziału XXIV projektu Kodeksu Karnego Komisji Kodyfikacyjnej. Przesłębstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Odb. 1931.
- „ Polska bibliografia kryminologiczna i sądowo-lekarska za rok 1929. Odb. 1930.
- „ Z sali sądowej. Odb. 1930.
- Jastrzębski i Cioślowski. Stosowanie propidonu i przesączów Besredki na materiale chorych zakładowych. Odb. 1930.
- Jastrzębski i Pruszczyński. Łącznotkankowiec złośliwy gruczołu piersiowego u mężczyzny. Odb. 1930.
- Klose. Rationelle Kinder-Ernährung von der Geburt bis zum alter von zwei Jahren. Odb. 1907.
- Peker. O stosowaniu jodu przy schorzeniach dnawych. Odb. 1930.
- Percheron. Le foie. 1930.
- Suligowski. Józef Szeliga Bieliński, jego działalność i jego prace. Warszawa, 1931.
- Tachau. Spezifische und unspezifische Behandlungsmethoden bei Haut- und Geschlechtskrankheiten. Odb. 1930.
- Wąsowicz i Berdo. Przyczynę do wtórnej zgorzeli płuc, powstającej na tle rozstrzeni oskrzeli. Odb. 1928.
- Weninger. Erfahrungen mit Neurithrit. Odb. 1929.
- Zembrzusi L. Dzieje leczenia ran. Warszawa. 1930.
- Januszkiewicz, Szmurło, Jasiński, Safarewicz, Parczewski. Uroczyste posiedzenie Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego ku czci ś. p. prof. dra Stanisława Trzebińskiego. Odb. 1930.

Internacja Medicina Revuo. Nr. 5 i 6. Rok 1930.

Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie (Pogotowie Ratunkowe). Sprawozdanie za 1929 rok.

XV Piętnastolecie Koła Medyków S. U. W. 1915—1930.

Szenajch Wł. Przysięga i przykazanie Hipokratesowe. Warszawa, 1931.

3. Kol. J. Laskowski, członek T-wa, przedstawił „Śledzionę tarlicową z przypadku ziarnicy u kobiety 76-letniej.

Na uwagę zasługuje dość ostry przebieg choroby (9 tygodni), leukocytoza i limfopenja oraz wystąpienie od 5 tygodni chrypki z dusznością. Na sekcji stwierdzono: 1. pakiety bliznowatych gruczołów z prawej strony szyi, obrastające naczynia i nerwy, 2. wczesne zmiany ziarnicze w gruczołach zaotrzewnowych, krezkowych, pachwinowych i pachowych, 3. typowy obraz śledziony tarlicowej. Pokaz zobrazowano 5 preparatami mikroskopowymi, przedstawiającymi różne okresy rozwoju ziarnicy złośliwej.

4. Kol. Wł. Mikułowski, członek T-wa, przedstawił: a) „Przypadek kokluszowego zapalenia mózgu u 2-letniego dziecka kiłowego” oraz b) „Przypadek niedomogi szpikowej o typie agranulocytozy Schultza u dziecka 4-letniego”.

Danusia W., chora od tygodnia, przybyła do szpitala dn. 15.I. 1931 r. z powodu ogólnych obrzęków twarzy, kończyn i wolnego płynu w jamie brzusznej.

Przed rokiem dziecko przebyło koklusz. Rodzice są zdrowi. U chorej stwierdzono: duszność, przyspieszenie tętna i obustronne zapalenie płuc. Odczyn Pirqueta — ujemny. Badanie radiologiczne nie stwierdziło zmian chorobowych. Prątki Kocha w płwocinie były nieobecne. Kaszel z początku był krótki, płucny, potem — kokluszowy. Ciepłota wzrosła do 39°C. Dziecko było wybitnie sennie. Późatem stwierdzono: oczośląs, zmniejszone napięcie mięśni i bezład (niezborność) mózdkowy. Objawy mózgowo-mózdkowe i płucne po 7 dniach zmniejszyły się. Neurolog (dr. Morawiecka) potwierdził rozpoznanie zapalenia mózgu. Dziecko jest niedorozwinięte fizycznie. Ma olimpijskie czoło, siodełkowaty nos i wrodzony zez zbieżny. Żyłw na głowie i klatce piersiowej są rozszerzone; podniebienie jest gotyckie. Odczyn na luoteste—dodatni, odczyn Wassermanna—mocno dodatni. Badaniem dna oka stwierdzono pierścien barwnikowy na brzegu tarczy.

Płyn mózgowy nie posiadał cech zapalnych. We krwi stwierdzono leukocytozę i niedokrwistość, która po 2 tygodniach zmniej-

szyla się. Pozornie pospolity przypadek, który można było łatwo przeoczyć zwraca uwagę na: 1. patologię obrzęków u dzieci, 2. dykretny charakter niektórych dziecięcych schorzeń mózgowych, 3. istnienie nierozpoznanego przez lekarzy i rodziców koklusz, 4. anatomję patologiczną zapalenń mózgu, 5. anatomję patologiczną zapalenia płuc pochodzenia kokluszowego, 6. zależność duszności od zmian w płucach lub mózgu, 7. rolę uczulenia układu nerwowego przez kiłę, 8. rolę kiły w mechanizmie obrzęków (przez utajoną niedomogę wątroby), 9. zagadnienie pobudzenia odczynu Wassermana pod wpływem zakażenia płucnego i 10. znaczenie pomocniczo-rozpoznawcze plam barwnikowych na dnie oka u dzieci kiłowych.

Przypadek drugi. Ryś D. przybył dn. 7.XII. 1930 r. do szpitala z ciepłotą do 40°C w stanie ciężkiej astenji z odurzeniem. Badaniem stwierdza się: obustronny wyciek surowicy z obu uszu (z komórkami jednojądrowymi) i martwicę błon bębenkowych. Gruczoły chłonne i śledziona były nieobrziałe. Liczba krwinek białych w 1 mm.³ krwi—2500, ziarnistych krwinek białych nie znaleziono (leukopenja, agranulocytoza), wielojądrowych—2%, limfocytów i jednojądrowych—98%. Krwinki białe kwasochłonne—nieobecne. Liczba płytek krwi jest zmniejszona. Zmianom tym towarzyszyła żółtaczką i słumienie odgłosu opukowego na tylnej powierzchni wątroby. 5-go dnia pobytu (11-go choroby) stwierdzono zapalenie migdałków z włóknikowym nalotem, z podnieceniem szalawem i wysoką ciepłotą (40°C). W preparacie bezpośrednim stwierdzono nieliczne laseczki błonicze i wrzecionowce. Posiew wypadł ujemnie. Dziecku wstrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą. Nazajutrz pojawiła się ropa z ucha, równocześnie we krwi znaleziono krwinki białe ziarniste—25%. Zapalenie migdałków po dwu dniach ustąpiło. Wstrzykiwania adrenaliny powodowały obfitsze wydalanie do krwiobiegę krwinek białych, których liczba z 5.000 zwiększyła się do 8.000. Liczba płytek krwi osiągnęła stan prawidłowy. W następnych dniach przy zwiększaniu się liczby krwinek białych i zjawianiu się postaci ziarnistych rozwinęła się niedokrwistość z obniżeniem ilości hemoglobiny i liczby krwinek czerwonych. Rozpoczęto przeto energiczne leczenie masłem arsenikowem, podawaniem wątroby i żelaza. We krwi zjawily się młode postacie krwinek białych szeregu szpikowego (myelocyty do 6%) i zbłąkane jądra jednojądrowych krwinek białych bez zarodzi. Jednocześnie stwierdzono zjawisko niedokrwistości fagocytarnej (M a l i n s, v a n N u y s). Stopniowo obraz krwi wrócił do stanu prawidłowego. Niedokrwistość znikła, pokazały się nieliczne kwasochłonne krwinki białe.

1.II. dziecko opuściło szpital z prawidłowym obrazem morfo-

logicznym krwi i przybytkiem 2.500 g. na wadze. Kilkakrotne badania bakterjologiczne i serologiczne w kierunku duru brzuszego wypadły ujemnie. Wyciek z ucha trwał nadal.

W rozpoznaniu różniczkowym należy uwzględnić błonicę złośliwą, anginę Plaut-Vincenta, dur brzuszny, niedokrwistość aplastyczną i aleukję krwiotoczną Francka. Powołując się na opinię Aubertina, Housera i v. Domarusa prelegent włącza agranulocytozy przemijające z niedokrwistością i równoczesną przelotną skazą krwiotoczną do postaci nieznanej szpikowej agranulocytowej typu Schultza. Uleczalne przypadki choroby Schultza opisał Lauter, Ehrmann, Preuss, Lipiński. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Chodkowski K., członek T-wa, stwierdza, że zmiany anatomiczne w agranulocytocie Schultza dotyczą głównie szpiku, gdzie znajdujemy zmiany zwyrodniające myeloblastów przy zupełnym braku postaci ziarnistych krwinek białych z jądrami wielopłatowymi. W cierpieniu tem martwice występują najczęściej w obrębie migdałków, a następnie w układzie chłonnym przewodu jelitowego (owrzodzenia). W otoczeniu martwicy niema wcale ziarnistych krwinek białych, znajdujemy natomiast tylko limfocyty i komórki plazmatyczne. Badania bakterjologiczne i anatomopatologiczne dowodzą, że brak ziarnistych krwinek białych z jądrami wielopłatowymi (agranulocytosis) jest cierpieniem objawowym, a nie samoistnem. Najwłaściwsza jego nazwa byłaby sepsis agranulocytica. (Streszczenie własne).

Kol. Orłowski W., członek T-wa, uważa, że podobny przypadek należało również różnicować z lymphadenosis aleucamica, przeciwko której przemawia nieobecność skazy krwiotocznej, nieduże zmniejszenie liczby krwinek białych i wyzdrowienie dziecka. Przypadek jest ciekawy, jako przyczynek do zagadnienia samoistności agranulocytozy. Mamy tu bowiem zamianę początkowego odczynu agranulocytarnego na odczyn szpikowy. Ta zamiana, która w prach prof. Tempki i jego uczniów jest jeszcze wyraźniejsza, wskazuje, że agranulocytoza nie jest cierpieniem samoistnem, lecz wtórnem. (Streszczenie własne).

5. Kol. Obstaeender E. i kol. Grabarz J. przedstawili przypadek „Dystrophiae pluriglandularis neurofibromatosa e”.

Przypadek ten, dotąd nigdzie nie przedstawiany, trzykrotnie spostrzegano w Klinice Neurologicznej U. W. Kol. Obstaeender opisał go w n-rze jubileuszowym *Polskiej Gazety Lekarskiej* (1930),

poświęconym ś. p. prof. Piltzowi. Obecnie chory zgłosił się do kliniki z temi samemi skargami, t. j. na lewostronne napady jacksonowskie. Chory podaje, że po opuszczeniu kliniki w lutym 1929 r. miewał napady drgawek i bóle głowy, a ostatnio—niekiedy wymioty. U chorego obok poprzednich zmian wystąpiły zmiany ze strony układu nerwowego. Stwierdzono obustronną tarczkę zastojową. Niedowład dolnej gałązki lewego n. twarzowego zwiększył się. Odruchy brzuszne były słabsze po stronie lewej, niż po prawej. Pozatem znaleziono lekki niedowład lewej kończyny dolnej, żywsze odruchy kolanowy i ścięgna Achillesa po str. lewej. Odruchy Babińskiego i Rossolimo były nadal nieobecne. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego — 600, płyn—bez zmian. Zdjęcia rentgenowskie poodmowe, wskazują na obecność guza półkuli prawej, przesuwającego obie komory boczne w lewo. Na zdjęciu bocznem komory prawej widać zarys guza, wpuklającego się z boku do jej części środkowej. Guz ten najprawdopodobniej wychodzi z prawego płatu skroniowego. Przemawiały za tem halucynacje wzrokowe chorego. Rosnąc ku środkowi, guz omija główną część toru piramidowego i dochodzi do kory płatu skroniowego. Drażni sąsiednią korę ruchową i powoduje lewostronne napady jacksonowskie.

Była to więc postać poronna choroby Recklinghausena. Powiększeniem tego obrazu, dość zresztą częstem, jest u chorego guz mózgu, dający niewątpliwe objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Na uwagę zasługuje współistnienie choroby Recklinghausena z zaburzeniami wielogruzołowymi, których wyrazem jest bardzo niski wzrost, otłuszczenie i hipogenitalizm. Przyczyny jednoczesnego występowania choroby Recklinghausena i zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stosownie do dzisiejszych poglądów, należy dopatrywać się w uszkodzeniu plazmy zarodkowej, a zespoły takie, zgodnie z propozycją niemieckiego autora H. Starcka, najślusniej określać nazwą *dystrophia pluriglandularis neurofibromatosa*. (Streszczenie własne).

6. Kol. Stępień Br. przedstawił przypadek „Pałaczkina na tle wągrowatości opon mózgowych”.

Przypadek dotyczy 55-letniego mężczyzny, któremu przed 3 latai spędzono tasiemca. Obecna choroba datuje się od 5 lat, polega na napadach utraty przytomności bez drgawek, na paresiach w różnych kończynach i migotaniu przed oczyma. Przed 3 latai wystąpiły liczne guzki twarde, ruchome, od wielkości grochu do wielkości orzecha laskowego w tkance podskórnej i w mięśniach kończyn górnych i dolnych oraz klatki piersiowej. Badanie histologiczne stwierdziło, że guzki te są węgrami tasiemca. We krwi — eozynofilia

(9%). W narządach wewnętrznych—stosunki prawidłowe. W układzie nerwowym poza nierównością źrenic niema zmian. Stan psychiczny również jest nie zmieniony. Wybitne zmiany stwierdzono w płynie mózgowo-rdzeniowym. Polegają one na zwiększonej trzykrotnie ilości białka, dodatnim odczynie Nonne Apelta i wybitnej pleocytozie. Wśród komórek płynu zwraca uwagę obecność komórek eozynochłonnych.

Wywiady, obecność wągrów w tkance podskórnej i w mięśniach, eozynofilja we krwi, zmiany zapalne w płynie mózgowo-rdzeniowym, który zawiera znaczną ilość komórek eozynochłonnych, wskazują, że w tym przypadku padaczka ma za anatomiczne podłoże obecność wągrów i zmiany zapalne, wywołane przez nie w oponach mózgowych i to, najprawdopodobniej, głównie na wypukłości mózgu. Zazwyczaj zmiany te są najbardziej wyrażone na podstawie mózgu. Można je określić, jako **wą g r o w e z a p a l e n i e o p o n m ó z g o w y c h** (meningitis cysticercotica). Trwają one u chorego conajmniej od lat 5. Ujawniają się napadami padaczki Jacksona oraz parestezjami w kończynach i mroczkami przed oczyma. Wągrowatość mózgu przebiega klinicznie pod postacią guzów mózgu, padaczki, zespołu Brunsakomory IV, otępienia umysłowego i zespołu Korsakowa. Daje także objawy zrostów korzonkowych. Różniczkować należy z kiłą układu nerwowego, nowotworowością opon pierwotną i wtórną i przewlekłym zapaleniem gruzliczem opon. Przebieg cierpienia jest przewlekły, z częstymi remisjami. W wągrach komór spotyka się nierzadko przypadki śmierci nagłej. Leczenie jest objawowe. W ostatnich latach stosuje się naświetlania rentgenowskie, które czasami dają wynik korzystny. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y :

Kol. H a n d e l s m a n J., członek T-wa, podaje, że chory zgłosił się doń przed rokiem z objawami padaczki z przypuszczalnym tłem miażdżycowym. Po podaniu luminalu objawy ustąpiły. Po upływie pół roku badał chorego powtórnie i znalazł ciężkie porażenie prawostronne z zaburzeniami mowy, które ustąpiły w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny. Obecnie u chorego występują również objawy psychiczne typowe dla padaczki. Możliwe, że wągrowatość wywołała prócz napadów padaczkowych zmiany w psychice chorego.

Kol. S k ł o d o w s k i J., członek T-wa, przed 30 laty spostrzegł padaczkę jacksonowską na tle wągrowatości opon mózgowych w okresie końcowym. Wągry znajdowały się również w skórze i mięśniach (badanie histologiczne). Dokonano trepanacji czaszki i usunięto 3—4 wągry. Chory zmarł, a na sekcji znaleziono około 200 wągrów w mózgu. W innym przypadku wągr umiejscowił się w wodo-

ciągu Sylwjusza i spowodował objawy niecharakterystyczne, które wówczas można byłoby zaliczyć do hysterji.

Kol. T y c z k a W., członek T-wa, uważa rozpoznanie wągrowatości opon za nietatwe. W ciągu ostatnich 10 lat rozpoznano prawidłowo zaledwie dwa przypadki. W pierwszym wągwr przeszedł przez igłę przy nakłuciu lędźwiowym, a w omawianym przypadku znaleziono wągry w skórze i mięśniach (badanie histologiczne). Wśród mniej pewnych objawów należy odróżnić 3 zespoły: 1. mnogość najrozmaitszych objawów zmiennych i narastających, 2. napady padaczkowe nietypowe, szybko przemijające, często ograniczone do jednej grupy mięśniowej, przerywające się z jednej strony na drugą i 3. zaburzenia psychiczne, podniecenie, omamy, a najczęściej zespół Korsakowa. Eozynofilia w płynie mózgowo-rdzeniowym nie jest objawem swoistym wągrowatości opon. Odczyn Wassermanna we krwi nierzadko jest dodatni.

Kol. D r o z d o w i c z G., członek T-wa, zwraca uwagę, że leczenie promieniami rentgenowskimi niekiedy daje dobre wyniki. Stcsuje się małe dawki promieni twardych w serjach 4-minutowych co 4—6 tyg. Większe dawki powodują pogorszenie. Dla dalszych prób leczniczych dobrze byłoby znać zachowanie się chorych bezpośrednio po raświetlaniu.

Kol. M o r a w i e c k a J., członek T-wa, spostrzegła w Klinice Neurologicznej U. W. przypadek wągrowatości opon u chorego, który na parę lat przed zjawieniem się objawów „zatrzał się mięsem”. W czasie jednego z nakłuc lędźwiowych wyszły 4 wągry, poczem stan chorego poprawił się, a nawet chory wrócił do pracy. Eozynofilji we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym nie było.

7. Kol. G r o t t J. W., członek T-wa, kol. S z t a j e r R. i kol. Z a l e s k i M. przedstawili przypadek „Gruźlicy układu chłonnego”.

Prelegenci przedstawili przypadek gruźlicy gruczołów chłonnych u 22-letniej studentki. Chora zgłosiła się na wiosnę 1928 r. do kol. G r o t t a z powodu obrzmienia gruczołów pod pachami, stanów gorączkowych oraz złego stanu ogólnego. Z wywiadów okazało się, że już w 14 r. ż. przechodziła obrzmienie podszczękowych gruczołów chłonnych. Badanie przedmiotowe wykazało nieznaczne zmiany opukowe w szczytach płucnych, a przede wszystkim obrzmienie gruczołów chłonnych podszczękowych, wzdłuż mięśnia sutkowo-mostkowo-obojęczykowego, pod pachami, w V międzyżebżu w lewej linii pachowej, pachwinowych oraz znajdujących się w głębi na talerzu biodrowym.

Gruczoły były dość twarde, niebolesne, niezespalone ze sobą.

Skóra nad nimi była niezmienną. Badanie rentgenowskie nie wykazało poważniejszych zmian w płucach, natomiast ujawniło obrzmienie gruczołów chłonnych wnek i jamy brzusznej. Większość gruczołów dawała intensywne cienie z powodu znacznych złogów soli wapniowych.

Badanie mikroskopowe wyciętego gruczołu wykazało obecność ziarniny gruźliczej z typowymi gruzełkami i serowaceniem.

Dzięki naświetlaniom promieniami Roentgena oraz leczeniu klimatycznemu stan zdrowia chorej szybko poprawił się. Obrzmienie gruczołów wybitnie zmniejszyło się, pozostały jednak cienie od złogów soli wapnia. Obecnie chora znajduje się w dobrym stanie zdrowia, jedynie tylko na jesieni 1929 r. miała lekkie obostwienie z powodu zropienia gruczołu podszczękowego.

Umieszczenie się zmian gruźliczych w gruczołach chłonnych bez jednoczesnego zajęcia płuc lub innych narządów zdarza się rzadko. W dostępnym piśmiennictwie zebrano zaledwie 6 opisów tego rodzaju przypadków. Z pośród nich tylko w 2 stwierdzono wybitne zwapnienia schorzałych gruczołów. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y :

Kol. G e r n e r K., członek T-wa, przypuszcza zakażenie przezszczalną postacią prątka gruźliczego. Przypadki gruźlicy gruczołów chłonnych są niewątpliwie częstsze, niż je opisują. Niektóre są rozpoznawane jako ziarnica złośliwa, dopiero badanie histologiczne ustala właściwe rozpoznanie.

Kol. M o c z a r s k i W., członek T-wa, zapytuje, jakie leczenie stosowano poza promieniami rentgenowskimi. Dobre wyniki dają naświetlania lampą kwarcową, najlepsze — leczenie klimatyczne.

Kol. D r o z d o w i c z G., członek T-wa, uważa połączone leczenie promieniami rentgenowskimi z naświetlaniem lampą kwarcową za konieczne. W ostatnich czasach daje się zauważyć niechęć do leczenia promieniami rentgenowskimi. Zależy to od stosowania zbyt twardych promieni, gdy tymczasem miękkie dają lepsze wyniki.

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, zaznacza, że rozległa gruźlica układu chłonnego nie należy do zjawisk rzadkich.

Kol. S k ł o d o w s k i J., członek T-wa, przedstawił podobny przypadek na posiedzeniu w Szpitalu Dz. Jezus (Warszawa) z powodu skrzepliny żył szyjnych i zaburzeń krążenia w zakresie kończyny górnej.

Kol. Z a l e s k i M. nie stosował w omawianym przypadku naświetlań lampą kwarcową ze względu na wielką liczbę pól naświetla-

nych promieniami Roentgena. Promienie miękkie lepiej tu działają, niż twarde.

Kol. Grott J. W., członek T-wa, podaje, że w większości przypadków podostrych, stosowano prócz leczenia klimatycznego również naświetlania promieniami Roentgena. Wieloogniskowa gruźlica, umiejscowiona tylko w układzie chłonnym, nie należy bynajmniej do zjawisk codziennych. Spotyka się ją natomiast bardzo rzadko. (Streszczenie własne).

8. Kol. Z dz. Galinowski i kol. J. W. Grott, członek T-wa, przedstawili przypadek „Skazy krwiotocznej małopłytkowej u ciężarnej z obrazem ciężkiej niedokrwistości, jako przyczynę do powstawania krwiotoczności małopłytkowej i niedokrwistości aplastycznej“.

Prelegenci opisują przebieg choroby 24-letniej kobiety, u której w 4-tym miesiącu pierwszej ciąży w stanie dobrego dotychczas zdrowia rozwinął się w sposób nagły i nieoczekiwany obraz skazy krwiotocznej z krwawieniami z nosa, dziąseł i płamicą skórną. W miarę nasilania się krwawień obraz krwi zaczął zdradzać skłonność do przeistaczania się w niedokrwistość o charakterze aplastycznym (aleukia). Stosowane środki przeciwkrwiotoczne oraz drażniące szpik (Fe, As, surowa wątroba, przetaczania krwi) pozostały bez wyniku leczniczego, jedynie przerwanie ciąży i następcze przetaczanie krwi spowodowało poprawę stanu ogólnego i ustąpienie krwiotoczności oraz niedokrwistości aplastycznej.

Po krytycznym omówieniu panujących obecnie poglądów na podział, patogenzę i etiologję skaz krwiotocznych prelegenci podają, że zaliczają przedstawiony przypadek do skazy krwiotocznej małopłytkowej (thrombopenia essentialis Francka), czyli choroby Werlhofa, podkreślają znaczenie dwóch czynników, jakie złożyły się na powstanie obrazu krwiotoczności, a mianowicie: podłoża konstytucjonalnego w zakresie cech somatycznych i czynnościowych (zaburzenia czynności jajników i szpiku) oraz ciąży, wpływających w sposób szkodliwy bezpośrednio i pośrednio na krew, narządy krwiotwórcze i układ naczyniowy. Ciąża była przyczyną powstania cierpienia i jej usunięcie rozstrzygnęło o wystąpieniu poprawy. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Orłowski W., członek T-wa, uważa przypadek za bardzo ciekawy. Jest on przyczynkiem do obrazu klinicznego

ciężkiej niedokrwistości na tle zatrucia ciążowego. Zaburzenia w układzie krwiotwórczym w zatruciu ciążowym nie są jeszcze dokładnie znane. Najlepiej znany niedokrwistość złośliwą (anaemia perniosa gravidarum), która zwykle występuje u wieloródek, zwłaszcza, gdy zbyt długo karmią swe dzieci. U pierwiastek spostrzega się ją tylko w przypadkach mniejszej wartości układu krwiotwórczego. W przypadku przedstawionym szpik jest mniej wartościowy. Jakaś bliżej nieznana przyczyna spowodowała jeszcze przed ciążą objawy lekkiej skazy krwiotocznej. W 4 mies. ciąży istniało już bardzo silne uszkodzenie szpiku we wszystkich trzech kierunkach (wytwarzanie płytek, krwinek białych i czerwonych), idące ku panmyelophthisis. Widzimy pogorszenie się cierpienia: liczba krwinek czerwonych i białych ziarnistych spada, zmniejsza się również liczba płytek. Po przerwaniu ciąży obraz krwi narazie pogarsza się. Czynnikiem porażający szpik był tak silny, że trzeba było wielokrotnych przetaczań krwi, ażeby szpik wyszedł ze stanu ciężkiego uszkodzenia. U osobnika z mało wartościowym układem krwiotwórczym ciąża doprowadziła prawie do niedokrwistości aplastycznej, czynnościowej, bez odpowiednika anatomicznego w szpiku. Właściwsze zatem byłoby uzależnienie zmian w obrazie krwi od zatrucia ciążowego. (Streszczenie własne).

Kol. G a l i n o w s k i Z d z. uważa tytuł „przypadek ciężkiej niedokrwistości na tle zatrucia ciążowego“ za zbyt daleko idący. Niewątpliwie ciąża wywarła w przedstawionym przypadku wpływ rozstrzygający na ujawnienie się skazy krwiotocznej i niedokrwistości, jednak trudno tu mówić o swoistości działania właściwych jądów ciążowych. Cierpienie rozwinęło się na odpowiednio przygotowanym podłożu konstytucjonalnem. Niepodobna zaś orzec z całą stanowczością, czy inne czynniki etjologiczne, jak np. zakażenie lub też zatrucie, stwarzając niekorzystne warunki dla pracy wartościowych narządów krwiotwórczych, nie wywołałyby obrazu chorobowego podobnego do tego, jaki spowodowała ciąża w przedstawionym przypadku. (Streszczenie własne).

Kol. G r o t t J. W., członek T-wa, zwraca uwagę na pewne zagadnienia, związane z leczeniem tego rodzaju chorych. Los chorej wielokrotnie zawisł od przetaczania krwi. Tymczasem chora, pochodząca z rodziny robotniczej, zamieszkała na prowincji, nie mogła uzyskać odpowiedniej ilości krwi od krewnych, ani też nie mogła opłacić wysokich kosztów obcego dawcy krwi. Stworzyło to kilkakrotnie trudne położenie dla chorej, a wielce nieprzyjemne dla lekarzy. Wobec powyższego jest konieczne należyte uregulowanie przez Uniwersytet i Wydział Szpitalnictwa Magistratu m. st. War-

szawy sprawy dostarczania chorym w klinikach i w szpitalach krwi w tych przypadkach, w których życie chorego zależy od przetoczenia krwi. (Streszczenie własne).

Zebrańie zamknięto o godz. 23 min. 6.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego **K. Chodkowski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWO-WYBORCZEGO z dn. 24 lutego 1931 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 62, wprowadzonych gości — 88.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 17/II-31 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał: a) wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Damskij. Dechłorirjuszczetje diejstwie moczegonnych w swjazi s uczeniem o poczczonj siekrecji. 1915.

Hadjisky. Ueber akute Pankreasnekrose an der Hand von 35 Fällen, Diss. 1925.

Heidecker. Klinische Beiträge zur Diagnose und Behandlung der Eileiterschwangerschaft. Diss. 1925.

Jokisch. Ueber Osteoplastik des Unterkiefers. Diss. 1925.

Kirchner. Ueber kongenitalen Fibuladefekt. Diss. 1925.

Lentze. Erfahrungen über Gallensteine und Carcinome des Gallensystems. Diss.

Melanowski. Urazy narządu wzroku w świetle danych Kliniki Ocznej Uniw. Warszawskiego od 1921 — 1929 r. Warszawa, 1931.

Nestmann. Multiple Aneurysme der Aorta nach infektiöser, nicht luetischer Mesaortitis. Diss. 1926.

Osokin. K uczeniu o wnutrenniej otdielitelielnoj diejatielnosti szczitowidnoj żeliezjy pri normalnych i niekotorych patologiczeskich usłowiach.

Polak. Over tuberculose als aetiologie van chronische uveitis. 1926.

Pienaar. Carcinoma duplex. 1925.

Preiss. Strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Salvarsantodesfällen. Diss. 1926.

Regmunt-Sobieszczański. O głódeniu i leczeniu głódomem. Warszawa, 1930.

Roos. Ein Beitrag zur akuten Hüftgelenksosteomyelitis. Diss. 1925.

Schalenkamp. Ueber einen Fall von Schädelbasisfraktur. Dis. 1926
 Scharer. Ueber die blasenförmige Vorwölbung des angeboren verschlossenen vesikalischen Harnleiters und ihre durch Ruptur erfolgende Spontanheilung. Diss. 1925.

Scheja. Ueber Nabelschnurtorsionen. Diss. 1925.

Sgaller. Ueber „Heilungsvorgänge“ bei malignen Tumoren, insbesondere beim Carcinom. Diss. 1926.

Sowade. Ueber Darminvagination infolge typhösen Darmgeschwürs. Diss. 1925.

Wasiljew. Obliterirujuszczaja pniewmonja.

Wasiljew. K woprosu ob epitieljomie worsistoj obołoczki. 1914.

Wenner. Die pathologische Anatomie der Meningitis purulenta. Diss. 1926.

Zeitschrift für Rassen-Physiologie. Bd. I. Heft I. 1928.

b) oraz podziękowanie od Łuckiego Towarzystwa Lekarskiego za ofiarowanie duplikatów dzieł lekarskich.

3. Kol. Dąbrowska J., członek T-wa, przedstawiła preparaty: a) „Tętniaka części wstępującej tętnicy głównej“, b) „Tętniaka części zstępującej tętnicy głównej“ i c) „Raka przełyku“.

Pokaz preparatu tętniaka części wstępującej tętnicy głównej. Przypadek dotyczył mężczyzny lat 42. Tętniak wielkości dużego bochenka chleba umiejscowił się na prawej ścianie części wstępującej tętnicy głównej tuż pod tętnicą podobojczykową, uwypuklał się workowato na prawo ku przodowi i ku górze, niszcząc z ucisku II, III i IV żebra na znacznej przestrzeni. Przednia ściana tętniaka grubości 1 cm. składała się tylko z mięśni klatki piersiowej. Jama tętniaka była wypełniona olbrzymią skrzepliną. Tętnica główna tuż ponad zastawkami była równomiernie rozszerzona. W ścianie jej stwierdzono zmiany kiłowe oraz miadźycowe. Z innych oznak przebytej kiły należy zwrócić uwagę na ziarenkowane zapalenie wyściółki IV komory mózgu (ependymitis granularis), zgrubienie opon na podstawie mózgu oraz zgrubienie kości pokrywy czaszki. Mięsień lewej komory był nieznacznie przerośnięty. Rozpoznanie kliniczne zupełnie zgadzało się z anatomicznym.

Pokaz preparatu tętniaka części zstępującej tętnicy głównej. Przypadek dotyczył kobiety lat 52. Tętniak wielkości mandarynki umiejscowił się w górnym odcinku części zstępującej i pękł do lewego oskrzela. Nastąpił śmiertelny krwiotok. Część wstępująca tętnicy głównej była równomiernie rozszerzona. W tętnicy głównej na całej długości było widać wyraźne zmiany kiłowe (mesaortitis luica). Do lewej ściany tętniaka

przylegała skrzeplina, zamykająca częściowo otwór wiodący do oskrzela. W tchawicy i w żołądku znaleziono obfite skrzepy krwi. W płucach stwierdzono czerwone ogniska, jako skutek zachłystywania się kwią. Serce — nieznaczny przerost. Zmianom tym towarzyszyło ziarenkowate zapalenie wyściółki komór III i IV.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na czterokrotne krwiotoki z jamy ustnej w przeciągu 6 tygodni.

Klinicznie w tym przypadku rozpoznano: gruźlicę włóknistą płuc oraz kiłę żołądka i płuc.

Pokaz preparatu r a k a p r z e ł y k u. Przypadek dotyczył mężczyzny lat 61. Klinicznie rozpoznano raka przełyku. Chory zmarł na obustronne zapalenie zachłystowe płuc. Rak dziurawił tylną ścianę oskrzela lewego. (Streszczenie własne).

4. Kol. Galewski A. omówił „Chlorkopędne działanie wątroby”.

Przeprowadzone badania miały na celu wykazanie wpływu podawania wątroby na wydalanie wody i chlorków z ustroju.

Z początku chorym dawano ustaloną djetę, a następnie dodawano 250 g. wątroby. Zawsze stwierdzano zwiększenie dobowej ilości moczu i chlorków. Badania przeprowadzono w 10-ciu przypadkach. Wnioski: wątroba działa moczopędnie i chlorkopędnie. To działanie zależy prawdopodobnie od obecności w wątrobie hormonu moczopędnego. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Orłowski W., członek T-wa, podkreśla doniosłość przedstawionych badań dla kliniki. Należy jednak badania przeprowadzić na większym materiale. Grossmann pierwszy spostrzegł chlorkopędne działanie wątroby (w przypadku nerczycy w ciągu 3 miesięcy nie otrzymał zmniejszenia obrzęków, pomimo diety bezsolnej, po podaniu 150 g. wątroby obrzęki znikły). W Polsce Goldfeil w przypadku nerczycy, w której dieta bezsolna, ograniczenie płynów i podawanie tyreoidyny dawały małe wyniki lecznicze, po podaniu wątroby uzyskał zwiększenie wydalania chlorków z 5—7 na 15—35 g. na dobę. Badania Rzętkowskiego wskazują, że wątroba wychwytuje chlorki z przewodu jelitowego. Chroni ona ustrój przed nadmiernym gromadzeniem chlorków, wydalając je z żółcią. Należy jednak zwracać uwagę, by przy stosowaniu wątroby nie dodawać soli oraz, by chorzy sami jej nie dodawali. Następnie należy uwzględnić i tę ilość soli, którą wątroba zawiera.

Kol, Galewski A. Podaje, że nie dodawał soli do wątroby, natomiast dodawano trochę cytryny.

5. Kol. Hirszfild L. wygłosił odczyt p. t.: „Współczes-

ne zagadnienie nauki o odporności w zastosowaniu do serodjagnostyki raka”.

Prelegent omówił istotę serodjagnostyki kiły. Z początku sądzono, że odczyny odpornościowe skierowane są przeciwko krętkom bladym. Doświadczenie jednak wykazało, że surowice kiłowe dają odczyny przede wszystkim z wyciągami alkoholowymi narządów. Wysznięto dwie teorie: 1. teoria dysharmonii fizykalnej, według której globuliny surowicy kiłowej znajdują się w stanie chwiejności i wypadają pod wplywem zawiesiny lipidów i 2. teoria dysharmonii biochemicznej, według której tkanka własnego ustroju wywołuje ciła odpornościowe pod wplywem zakażenia kiłowego. W sprawach serodjagnostyki raka napotyamy te same dwa ujęcia. Teoria, że wszystkie dotychczas opisane rakowe odczyny serodjagnostyczne (Ascoli i Izar, Abderhalden, v. Dungern, Kahn etc.) polegają na chwiejności koloidów, została wysunięta przez Sachs a i przyjeta przez większość autorów. Natomiast w przypadkach kiły Sachs sądzi, opierając się na własnociach antygennych lipidów (hapteny), że odczyn Bordet-Wassermanna zależy od obecności cił odpornościowych dla lipidów tkankowych.

Badania referenta i jego współpracownik (Halberwny i Laskowskiego), zarówno jak i Witebskiego, wykazały, że tkanka rakowa różni się pod wzgłędem serologicznym od tkanki prawidłowej. W surowicy ludzi chorych na raka referent, wspólnie z Halberwn, stwierdził ciła odpornościowe, dające odchylenie dopełniacza z wyciągami alkoholowymi z tkanek nowotwor. Wykazuje to istnienie cił odpornościowych w stosunku do komórek rakowych. Przyszłe badania wykaż, w jakim stopniu te odczyny odpornościowe będe można spotęgow i czy będa one mogły służyć jako odczyny w stosunku do komórek rakowych. (Streszczenie własne).

6. Kol. Floksztrumpf M. i kol. Kołodziejcki J. przedstawili wyniki dotychczasowych badań nad „Wartości próby serodjagnostycznej z antygenem Hirszfelda i Halberwny w cierpieniach rakowych ze stanowiska klinicznego”.

Referenci zdali sprawę z oceny wartości próby serologicznej z antygenem Hirszfelda i Halberwny w chorobie raka.

Brali oni udział w opracowaniu próby serologicznej, jako współpracownicy kliniczni Hirszfelda, Halberwny i Laskowskiego.

Od każdey próby serologicznej wymaga się swoistości i odwracalności. Dla wykazania swoistości odczynu zbadano około 600 przy-

padków nierakowych (oprócz kiły). Odczyn omawiany wypadł dodatnio w 6,2%, ujemnie—w 93,8% przypadków. W niektórych schorzeniach surowice dawały odczyny znacznie częściej, a mianowicie w chorobie Basedowa (2 na 9), w durze plamistym (3 na 5) i rzeżączce (w 30%). Pozatem odczyn ten wypada dodatnio w przypadkach dodatniego odczynu Wassermanna w 85%, a w ciąży 59—63%.

Odczyn rakowy przeto nie ma znaczenia rozpoznawczego w przypadkach dodatniego odczynu Wassermanna i w ciąży. Jeżeli odrzucić te stany kliniczne, które stoją daleko od raka i mogą być łatwo stwierdzone badaniem klinicznym, np. dur plamisty, rzeżączka, choroba Basedowa i ciąża, to odsetek nieswoistości będzie wynosił 4—5%. Zatem odczyn ten w obecnej swojej postaci nie daje idealnej swoistości. Metodą tą otrzymuje się jednakże wyniki z prawdopodobieństwem 60—80 : 5. t. j. średnio w stosunku 14 : 1.

W celu przekonania się o odwracalności próby zbadano w ciągu roku 528 przypadków różnych raków, przyczem odczyn dodatni wypadł w 36,78%. Innemi słowy dla wczesnego rozpoznania raka odczyn ten w klinice nie może być wyzyskany. Ciekawie natomiast przedstawia się zachowanie się odczynu w różnych okresach rozwoju raka. W rakach sutka, macicy, a częściowo i przewodu pokarmowego, stwierdzono, że im bardziej rak zajmuje gruczoły chłonne, t. j. im więcej uogólnia się (carcinosis), tem częściej obecność jego można ujawnić badaniem surowicy krwi. W tych przypadkach odczyn wypadła dodatnio do 80%. W danej chwili odczyn serologiczny z antygenem H i r s z f e l d a i H a l b e r ó w n y nie może być praktycznie wyzyskany dla celów wczesnego rozpoznania choroby raka. Jednak dodatni wynik odczynu świadczy o rozległym zajęciu gruczołów chłonnych. To już w chwili obecnej może mieć znaczenie praktyczne w przypadkach wątpliwych, niełatwych do rozpoznawania, jak np. w rakach płuc (9 dodatnich na 3 ujemne), w późnych przerzutach raka do mózgu i t. p. (Streszczenie własne)*).

R o z p r a w y nad punktami 5 i 6 porządku obrad:

Kol. K r y ń s k i L., członek T-wa, uważa, że w dziedzinie nowotworów złośliwych, a raka w szczególności, wszelkie nowe drogi budzą niesłychane zaciekawienie w świecie lekarskim. Niestety znamy dokładnie tylko histologię raka, natomiast wiadomości o jego etiologii, biochemji i innych przejawach w ustroju są nikłe i nieuchwytnie. Z wygłoszonych odczytów wynika, że nowe drogi w dziedzinie raka budują się. Jak się jednak okazuje, omawiany odczyn jest późny. Powstawanie rakowego odczynu serologicznego ma zależeć

*) Praca oryginalna ukaże się drukiem.

od istnienia wywoływacza (antygeny), ale jednocześnie istnieją raki uogólnione (z rozległymi przerzutami), w których dość często odczyn ten jest ujemny. Również trudno wytłumaczyć, że tkanki pierwotnego ogniska raka i jego przerzutów oddziałują odmiennie. Nic też dziwnego, że dotychczas próby są jeszcze chwiejne, niepewne i wywołują liczne zastrzeżenia.

Kol. K a r w a c k i L., członek T-wa, stwierdza, iż dowody przytoczone przez kol. H i r s z f e l d a, nie przekonały go, że odczyn z antygenem rakowym jest swoisty. Nie robi zarzutów, bo odczyn omówiono zbyt ogólnie i nie podano szczegółów technicznych. Natomiast przypomina o podobnej pracy A b d e r h a l d e n a z dziedziny serologii nowotworów. Odczyn serologiczny w tym cierpieniu był tylko drobną częścią odczynów w zaburzeniach czynności narządów różnego typu, czyli obejmował całą patologię, a nawet takie stany, jak ciąża.

„Abwerhfermente“ były wykryte w 80% przypadków wszelkich zaburzeń czynności narządów, a także i w nowotworach. Gdy jednak w miejsce antygenów swoistych zaczęto stosować antygeny nieswoiste, a nawet zawiesiny obojętnych ciał chemicznych, odczyny wypadały również dodatnio. Dlatego też zasada swoistości nie mogła się utrzymać. Okazało się, że przyczyną powstawania tych odczynów była chwiejność surowic. Prawdopodobnie ten sam czynnik wchodzi w grę i w odczynie H i r s z f e l d a. (Streszczenie własne).

Kol. F l o k s z t r u m p f M. omawia znaczenie praktyczne próby rakowej na podstawie spostrzeganych przypadków. Stwierdza, że często odczyn rakowy wypada dodatnio w przypadkach uogólnienia się raka (przerzuty). Uważa zatem, że na podstawie wyniku odczynu można opierać rokowanie (odczyn ujemny — brak przerzutów, rokowanie dobre; dodatni — przerzuty, rokowanie złe).

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, podaje, że badania na odczyn rakowy u chorych w 2. Klinice Chorób Wewnętrznych U. W. zaczęto przeprowadzać przed 5—6 mies. Spostrzeżenia obejmują na razie zaledwie 13 przypadków. W 7-miu przypadkach odczyn wypadł dodatnio (ca 54%). Zwraca uwagę, że w przypadkach rozległego uogólnienia raka, potwierdzonych badaniem pośmiertnym, odczyn wypadł ujemnie. We wszystkich 3 przypadkach raków żołądka również był ujemny. Spostrzegane 13 przypadków należy zaliczyć do raków daleko posuniętych. Dlatego też na podstawie materiału 2. Kliniki trudno jest mówić o wartości próby serologicznej w rozpoznawaniu raka.

Kol. H i r s z f e l d L. podaje, że odczyn rakowy nie jest odczynem wczesnym. Należy jednak podkreślić, że wszystkie bez

w y j ą t k u odczynu serologiczne są jedynie odpowiedzią ustroju na obecność antygeny. Odczyn wczesny zatem z a w s z e musi polegać na stwierdzeniu samego wywoływacza. Szybkość odczynów odpornościowych zależy od siły antygennej danego wywoływacza; jaka jest siła antygenowa tkanki rakowej w ustroju człowieka, nie wiemy, prawdopodobnie nie jest ona wielka. Dotychczasowe próby wykrycia serologicznego antygenów rakowych w krwiobiegach były ujemne, nie wiemy jednak, czy jest to spowodowane niezbyt subtelnymi metodami, czy też antygeny rakowe w pierwszych okresach rozwoju raka nie krążą we krwi.

Odczyn Abderhaldena był stwierdzony przed omawianym odczynem rakowym. Okazało się, że nie posiada on większej wartości rozpoznawczej. Nie było przeto powodu, by omawiać go dokładnie. Większość autorów uważa istniejące odczyny serodjagnostyczne w raku za oznakę chwiejności globulin surowicy krwi. Opierając się na badaniach lat ostatnich, H i r s z f e l d zwalczał ten pogląd, podkreślając swoistość tkanki rakowej pod względem antygennym. (Streszczenie własne).

7. Prezes zawiadomił, że wskutek braku q u o r u m wybory Podskarbiego nie doszły do skutku.

Zebanie zamknięto o godz. 22 min. 25.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dnia 3 marca 1931 roku.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa—31, wprowadzonych gości—40.

1. Protokół zebrania naukowo-wyborczego z dnia 24 lutego 1931 r. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Antiquariats-Katalog Nr. 67.

Bead. De Typho Abdominali. Diss.

Bohdanowiczówna. Rola i sposoby zwalczania nosicielstwa durowego. Odb. 1930.

„ Laseczka durowa w mleku kwaśnym. Odb. 1930.

Bohdanowiczówna i Ławrynowicz. O stałości i zmienności cech laseczki błoniczej. Odb. 1928.

- Doctor. Ueber die Beeinflussung der Lungentuberkulose, insbesondere der einseitigen, durch Exudatbildung. Diss.
- Deutschmann. Histologische Untersuchungen infantilischer Uterusschleimhäute. Diss. 1925.
- Eulenburg. Obszczaja terapia bolieźniej nierwnoj sistemi. Pietierburg, 1901.
- Gerbatsch. Die Notwendigkeit der Ovariectomie während der Schwangerschaft sowie ein Beitrag zu ihren Ergebnissen. Diss.
- Giesser. Das gemeinsame Vorkommen von Magengeschwür und Magenkrebs. Diss.
- Grasse. Kliniczeskaja anatomja nierwnych centrow. Odessa, 1906.
- Glaser. Encephalitis epidemica mit Krämpfen im Kindesalter. Diss.
- Hammann. Gefässschädigungen bei Sepsis lenta. Dis. 1925.
- Hryniewicz i Ławrynowicz. Krew świnek morskich podczas gnilca doświadczalnego (łącznie z obrazem krwi świnek morskich normalnych). Odb. 1927.
- Internacia Medicina Revuo. Nr. 5. R. 1930.
- Jannasch. Ueber die Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose im vergleich zur Partigentherapie. Diss. 1926.
- Krell. Die Bedeutung der Kümmelschen Punktion für die Diagnostik der latenten Stirnhöhlenempyeme. Diss. 1295.
- Kytzaa. Ueber Peniskarzinome. Diss.
- Landau. Moisiej, analiz jego psychiczeskoj żyźni. 1912.
- Lekarz Społecznik. Nr. 1. R. 1931.
- Lühr. Ueber die Wirkung von Steilschüssen im abfallenden Schenkel der Flugbahn. Diss.
- Maximowitsch. Ueber einige Eiweisskörper des Pferdeblutserums. Kazań. 1904.
- Martyszewski. Braki organizacyjne i usterki w działalności poradni przeciwgruźliczych. Odb. 1930.
- „Klinika ciał obcych i urazów płuc. Odb. 1930.
- Martyszewski i Stankiewicz-Trybowska. Leczenie ambulatoryjne suchot płucnych sztuczną odmą piersiową. Odb. 1930.
- Martyszewski i Werkenthinówna. „Nowa nauka“ o powstawaniu gruźlicy płuc w świetle obserwacji przychodni przeciwgruźliczej. Odb. 1930.
- Messing. Przyczynek do anatomji patologicznej drżączki porażnej. Odb. 1927.
- Meissner. Ueber Myome und Fibromyome der weiblichen urethra. Diss. 1925.

- Morawiecka i Tyczka. przyczynek do leczniczego i rozpoznawczego znaczenia odmy w przypadkach ograniczonego podostrego zapalenia opon mózgowych. Odb. 1927.
- Mossner. Zur Frage der Spontanrhythmik der Rindercarotis und ihre Bedeutung für die Serodiagnostik der Epilepsie nad O. B. Meyer. Diss.
- Münzer. Beitrag zum Pseudomyxoma ovarii et appendicis. Diss. 1925.
- Nowicki. Beitrag zur Frage der verlängerten Schwangerschaft. Diss. 1925.
- Orzechowski. Rozpoznawanie i leczenie rwy kulszowej. 1930.
- Peker. O racjonalizacji wywczasów letnich dla dzieci i młodzieży. Odb.
- Pollack. Zur Gasbrandfrage. Diss. 1925.
- Potthof. Ueber perforiertes Magen- und Duodenalulcus. Diss. 1925.
- Pilarczyk. Ueber Kiemengangsfisteln. Diss.
- Preyss. Ueber Placentarcysten. Diss. 1925.
- Regmunt-Sobieszkański. Spostrzeżenia nad wzgórkami Darwina u ludności Warszawy. Odb. 1931.
- Riesenfeld. Ueber die Veränderung des Kalkspiegels im menschlichen Blutserum bei Inhalation von Kalk und Adrenalin. Diss. 1925.
- Richter. Zwerchfellhernien nach Schuss und stumpfer Gewalt. Diss.
- Runge. Nonnulla de Empyemate. Diss. 1835.
- Skrzypczyk. Ueber Disposition zur Apoplexia cerebri. Diss. 1925.
- Stadnicki. Kilka uwag o stosowaniu Calcium-Dipurin i Jod-Calcium-Dipurin. Odb. 1930.
- Schumann. Ueber multiple primäre Karzinome. Diss. 1926.
- Todt. Die Behandlung des Räumlichen bei Tieck. Diss. 1926.
- Wagner. Die Theorien zur Entstehung der typischen Radiusfraktur. Diss. 1925.
- Werkenthinówna. Znaczenie i organizacja pracowni radiologicznej w przychodni przeciwgruźliczej. Odb. 1930.
- Wedel. Die Ergebnisse der Reichserhebung der Geschlechtskrankheiten im November u. December 1919. Diss. 1926.
3. Kol. Higier H., członek T-wa, przedstawił 2 przypadki chorobowe.
- Przypadek I: Choroba Gilles de la Tourette'a, czyli maladie des tics convulsifs et impulsifs.
- Mężczyzna 20-letni pochodził z rodziny neuropsychopatycznej. W 8-ym roku życia stopniowo rozwinęły się tiki twarzy. Były

to tiki mimiczne, głosowe, dźwiękowe i oddechowe (wysadzanie języka, krzywienie twarzy, wyszczerzanie zębów, mruganie, rozwieranie powiek, gwizdanie, czkanie, dmuchanie, wydawanie dźwięków swoistych i niesamowitych, np. lizania, ssania, chrząkania, odbijania, beczenia, cmokania, mlaskania, kwakania).

Obecnie tiki objęły również mięśnie szyi (skręcenie głowy), rąk (skubanie, głaskanie włosów, paluszkowanie nosa, uderzanie w policzek), nóg (podrzucanie i unoszenie stopy) i brzucha.

Obok tej choroby *des tics convulsifs* z ruchami mimowolnymi i stereotypowymi wystąpiły objawy choroby *des tics impulsifs* w postaci przymusów, natrętnych i niepożądanym myśli, wyobrażeń i czynności, jak powtarzanie wielokrotne pewnych wyrazów (echolalja, autolalja), głośne wymawianie pewnych niezrozumiałych słów (przy, kwacz, pszczasz). Chory miewa napady lękowe (*taedium vitae*) i przemijające chęci samobójcze.

Inteligencja i samokrytycyzm chorego są zupełnie zachowane. Objawów hysterji i konstytucji autosugestywnej nie stwierdzono. Były wprawdzie myśli natrętne, nie posiadały one jednak cech urojeniowych.

Wszelkie leczenie było dotąd bezskuteczne. Autotresura psychomotoryczna w dziedzinie hamowania zwykłych odruchów afektywnych i obronnych (t. zw. *Hemmungsgymnastik*) daje czasami wybitną poprawę (przypadek, przedstawiony przed wielu laty w Tow. Lek. Warsz.). Również leczenie psychoanalizą nie dało dobrego wyniku. Choroba ta należy do nader ciężkich i przewlekłych. U pewnych ludów pierwotnych spostrzegano pozornie epidemiczną, jak gdyby zaraźliwą, odmianę tego cierpienia w postaci: *jumpingu* południowo-amerykańskiego, *latha* malajskiej, *imbacco* japońskiej i *meriacrenia* wschodnio-syberyjskiego. Weterynarze spostrzegali podobną chorobę tików u niektórych zwierząt (niedźwiedź, kozioł).

Przypadek II: *Torticollis spastique mental.*

Młoda robotnica pochodzi ze zdrowej rodziny i dotąd była zdrowa. Od roku ma bezbolesny kręcz szyi. Zwraca uwagę kilka rzadkich odchyłeń od pospolitego kręczu kurczowego (*torticollis spastica*):

1. głowa przechylona jest wyłącznie ku tyłowi bez przeginań w bok, przy nieznacznym napięciu napadowym mięśni karkowych i pewnej nadwrażliwości prawego mięśnia kapturowego;
2. brak składnika klonicznego w zakresie mięśni szyi;
3. w spokoju, spaniu, siedzeniu i staniu kręczu niema, nato-

miast w czasie chodzenia po gładkiej podłodze występuje on stale w mięśniach głębokich karku;

4. wzruszenia i ruchy zamiarowe nieznacznie potęgują kręcz; chodzenie z głową przegiętą w tył i w górę wywołało w ciągu roku wybitne przygnębienie duchowe;

5. lekkie uciskanie lub dotykanie własną ręką prawą policzka prawego lub tejże strony szyi natychmiast usuwają kręcz; chora na ulicy musi podpierać stale głowę, co jej sprawia wielką przykrość;

6. w wywiadach niema przebytych zakażeń i zatruc, śpiączki nagminnej, urazu psychicznego lub somatycznego. Niema również danych na miejscową sprawę zapalną lub gośćcową w mięśniach, nerwach, ścięgnach i kościach. Niemożna także doszukać się źródła kręczu w innych narządach (błędnik uszny, przewód pokarmowy i t. d.). Wszystko to utrudnia poważnie rozwikłanie patogenezy tej rzadkiej postaci kręczu kurczowego (*torticollis spastica mentalis*). Trudno nawet rozstrzygnąć zasadniczo, czy w danym przypadku tło jest organiczne czy czynnościowe, psychiczne czy mieszane.

W ostatnich latach stwierdzono (między innymi Higier opisał taki przypadek *torticollis spastica organique*) możliwość powstania tej przewlekłej postaci kręczu na śpiączce nagminnej (prawdopodobne umiejscowienie ogniska zapalno-zwyrzdnieniowego w ciele prążkowanym — *corpus striatum*), a czasem na tle zmian organicznych w chronakcji mięśni. Wszystkie środki lecznicze farmaceutyczne, fizyczne i psychiczne zawiodły zupełnie. Zrozpaczona chora zgadza się na zabieg chirurgiczny, który w uporczywych przypadkach polega na obustronnem przecięciu mięśni głębokich karku. Niekiedy trzeba przeciąć wewnątrzoponowe korzonki ruchowe (Foerster) lub czuciowe (Lériche) 3-ch górnych nerwów szyjnych oraz nerw dodatkowy.

Higier krytykuje główne dotąd podane próby tłumaczenia zahamowania lub łagodzenia kręczu uciskaniem ręką lub palcem, odsyłając do dawnej swej pracy, ogłoszonej w 1927 r. w *Neurologji Polskiej i Zeitschrift für Neurologie*.

Podział podręcznikowy kręczu szyjnego jest wielce wadliwy, nazwa *torticollis mentalis* jest mniej odpowiednia od *torticollis cerebrealis*. Leczenie zachowawcze winno w takich i kręczach obowiązkowo poprzedzać zabieg chirurgiczny, który w najlepszym razie zmienia skurczowy stan mięśni na porażenny. (Streszczenie własne).

4. Kcl. Rosnowski M. wygłosił odczyt p. t.: „Patoge-

neza i przebieg cwału rozkurczowego w przypadku niedokrwistości krwiotocznej”.

Omówiono przypadek niedokrwistości z wybitnymi objawami skazy krwiotocznej. W przebiegu choroby stwierdzono cwał rozkurczowy. Zgodnie z wynikami badań elektro- i fonokardiograficznych wyjaśniono, iż ton dodatkowy w okresie rozkurczu powstał wskutek zahamowania przewodnictwa przedsionkowo-komorowego. Okazało się jednak w dalszym przebiegu choroby, że przewodnictwo to było prawidłowe. Biorąc pod uwagę objawy skazy krwiotocznej, powstaje przypuszczenie, że stwierdzone zaburzenia czynnościowe serca powstały z powodu wybroczyn w pęczku Hisa. Ogłędziny pośmiertne potwierdziły powyższe przypuszczenie. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Filiński Wł., członek T-wa, zapytał o przyczynę braku tonu przedsionkowego na mechanogramie oraz dlaczego powstanie choroby powiązano przyczynowo z wstrzyknięciem szczepionki t e t r a.

Kol. Higier St., jun., wskazuje na zjawisko powrotu do normy negatywnego „T”, które prognostycznie uważa się za signum mali ominis. Ma pewne wątpliwości, czy nieznaczne wynacznienie do pęczka Hisa mogłoby dać drobne i przemijające zaburzenia czynnościowe. W podobnych przypadkach rozwija się blok częściowy lub, przynajmniej, okresy wenckebachowskie.

Możliwe, że w przedstawionym przypadku wynacznienia uszkodziły głównie depressoryjne włókna nerwowe, idące do pęczka Hisa, a więc zawiadujące wyłącznie dromotropją, a nie chronotropją. (Streszczenie własne).

Kol. Rosnowski M., zaznacza, iż ton przedsionkowy można stwierdzić normalnie na fonokardiogramie, lecz szybkość wstęgi rejestracyjnej należy znacznie przyspieszyć. Sprawa załamka „T” jest znacznie bardziej złożona, niż to się powszechnie mniema. Krzywa „T” składa się z 2 faz; przy odwróceniu załamka „T” chodzi raczej o uwidocznienie jego pierwszej fazy. Twierdzenie swoje o zaburzeniu przewodnictwa pęczka Hisa oparł w znacznej mierze na stwierdzonym anatomopatologicznie wylewie krwawym. Twierdzenie to jest zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów.

5. Kol. Zembrzuski L., członek T-wa, zdał „Sprawozdanie z 8. Międzynarodowego Zjazdu Historyków Medycyny w Rzymie”.

Zjazd zgromadził uczestników w pokaźnej liczbie około 200 osób. Powodzenie zjazdu zostało zapewnione nader przychylnem

i życzliwym stanowiskiem rządu włoskiego, udziałem najwybitniejszych sił naukowych i bogactwem nieprzebranych pamiątek nauki i sztuki w pięknej stolicy Italji. Polacy przybyli stosunkowo licznie (9 osób) i wygłosili 9 referatów. Trzy tematy główne przypadły Francji, Italji i Polsce.

Duże zainteresowanie wzbudził referat prof. S z u m o w s k i e g o z Krakowa na temat konieczności obowiązkowego nauczania historii medycyny we wszystkich uniwersytetach. Zjazd postanowił: 1. rozesłać do ministerstwa oświaty wszystkich państw referat prof. S z u m o w s k i e g o z dezyderatem, by we wszystkich uniwersytetach zostały utworzone katedry historii medycyny, 2. odbyć następny Zjazd Międzynarodowy Historyków Medycyny w Bukareszcie w 1932 r. i wziąć udział w Sekcji Historji Nauk i Medycyny na Międzynarodowym Zjeździe Wiedzy Historycznej w Warszawie w 1933 r. (Streśczenie własne)..

6. Kol. Wierzuchowski M. wygłosił odczyt p. t. „Wpływ hormonów, głodu i czynników pokarmowych na przetwarzanie niektórych węglowodanów”.

Na podstawie swoich ostatnich badań prelegent wyprowadza następujące wnioski: przy stałym, dożylnym wstrzykiwaniu g a l a k t o z y z moczem wydala się około 75% tego cukru, o ile go wstrzykiwać : prędkością 2 g. na kg. wagi zwierzęcia na godzinę, 25% zostaje przyswojone. Głód, rozmaite djety, adrenalina i tyroksyna pozostają bez wpływu na przetwarzanie tego cukru, który jest wydalany z zadziwiającą stałością, zawsze w tej samej ilości. Jedynie insulina wzmagą w tych warunkach wyraźnie przyswajanie galaktozy. Inaczej jest z g ł u k o z ą. Przetwarzanie tego cukru, wprowadzonego dokładnie w ten sam sposób, co galaktoza, jest zależne od wielu czynników, z których jest znana zaledwie część. Waha się ono w szerokich granicach od 0 do 100%. Wahanie to dotyczy zwłaszcza okresu pierwszego, to jest okresu niedomogi przyswajania glukozy. Okres ten składa się z trzech części: narastającej, płaskowyzowej i opadającej. Rozmaity skład pokarmu i głód wywołują cukromocz od 10—50% wstrzykniętej ilości glukozy i dają też różnej wielkości okres pierwszy (por. *Pol. Gaz. Lek.* 1930. N. 23). Gdy wlewać glukozę na szczycie trawienia węglowodanów, okres pierwszy maleje do bardzo nieznacznych rozmiarów, ale nie znika. Adrenalina, wstrzyknięta stale w jednakowej dawce na jakimkolwiek poziomie przyswajania glukozy, wywołuje zwiększenie cukromoczu zawsze o tę samą ilość. Przy podawaniu djety, w której cukromocz jest najniższy, a mianowicie djety węglowodanowej, odpo-

wiedniem wstrzykiwaniem adrenaliny można wywołać wszystkie postacie okresu pierwszego. Ponieważ insulina działa wybitniej tylko na część narastającą okresu pierwszego, nie działa zaś w wybitniejszym stopniu na jego płaskowyż, przeto powstawanie okresu pierwszego nie może być wynikiem braku insuliny. Szereg danych przemawia za tem, że okres pierwszy zostaje wywołany zwiększonym wywozem adrenaliny z nadnerczy. Wywóz ten jest tem znaczniejszy, im dłużej nie był glikozy lub jej cukrotwórczych równoważników w zewnątrzpochodnym strumieniu pokarmowym. Cukier nieczuły w tych warunkach na wprowadzenie adrenaliny, jest także niewrażliwy na diety i głód. Cukrem takim jest galaktoza. (Streszczenie własne).

Zebranie zakończono o godz. 22 min. 45.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dnia 10 marca 1931 roku.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 41, wprowadzonych gości — 48.

1. Protokół zebrania naukowego z dn. 3 marca 1931 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał: a) wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Arend. Nowotworowatość opon miękkich mózgu i rdzenia. Odb. 1930.

Arend i Messing. Medulloblastoma, wychodzące z dnia IV komory i ściany wewnętrznej uchyłka bocznego, medulloblastomatosi opon rdzeniowych. Odb. 1929.

Bohdanowiczówna. Spostrzeżenia nad zawartością witaminy C w mleku warszawskim. Odb. 1928.

O szczepieniach ochronnych przeciwbłoniczych. Odb.

Bohdanowiczówna i Ciosłowski. Odczyn Wassermanna w mleku położnic. Odb. 1927.

Bohdanowiczówna i Ławrynowicz. Spostrzeżenia nad „próbą ryczałową“ (crude test) określenia zjadliwości laseczki błoniczej w posiewie śluzu z gardzieli. Odb. 1928.



- „ Une nouvelle methode de determination du pouvoir toxique des bacilles de la diphterie chez les porteurs de germes. Odb. 1928.
- „ O zachowaniu się dopełniacza podczas gnilca doświadczalnego. Odb.
- „ W sprawie epidemiologii płonicy. Odb. 1928.
- Choróbski i Tyczka. Samoistna odma czaszkowa w związku z guzem zatoki sitowo-czołowej. Odb. 1929.
- Coffey. Radical Treatment of Cancer of the Bladder. Odb. 1930.
- „ Transplantation of the ureters for Cancer of the Bladder with cystectomy. Odb. 1930.
- VIII Congresso Internazionale di Storia della Medicina. Roma. 1930.
- „ Congresso Internazionale di Storia della Medicina. Roma. 1930. Programma definitivo.
- Dłużewski. O roli układu nerwowego w zjawiskach odporności. Odb. 1930.
- „ Wartość próby redukcyjnej do określenia liczby bakteryj w mleku. Odb. 1929.
- Eulenburg. Obszczają terapia bolieżniej nierwonej sistemy. Pieterburg. 1901.
- Frey. Etude anatomo-clinique d'un cas d'anévrisme cirsoide de la moelle épinière. Odb. 1928.
- Gajewska i Piotrowska. Spostrzeżenia nad mikroflorą jelitową podczas gnilca doświadczalnego. Odb. 1927.
- Goldberżanka. O sposobach zahamowania wzrostu odmieńca w hodowlach mieszanych. Odb. 1927.
- Grasse. Kliniczeskaja anatomja nierwnych centrow. Odessa. 1906.
- Higier. Otwock a choroby nerwowe. Odb.
- „ Ocena pracy Zygmunta Bychowskiego p. t. Ludwik Maurycy Hirszfild, prof. anatomji (1814—1876). Odb. 1930.
- Hryniewicz. Badania bakterjologiczne mleka rynkowego w Warszawie. Odb. 1928.
- Hryniewiczówna i Wasilewska. O zmianach moczu podczas szczepień ochronnych przeciwpłoniczych metodą Gabryczewskiego w modyfikacji Celarka. Odb. 1927.
- Ławrynowicz, Łacki i Wilczewski. Obraz kliniczny i mikroskopowy zimnicy (m. tertiana) sztucznie szczepionej. Odb. 1929.
- Mikułowski. De la phtisie pneumonique morbilleuse chez les enfants. Odb.
- Mikułowski. O „samorodnym“ durze brzuszny. Odb. 1930.
- Orzechowski. Clinique et pathogénie de l'épilepsie. Odb. 1929.
- Piotrowska. O działaniu odkażającym „Caporitu“. Odb. 1928.

Postęp Lekarski. R. 1929. Nr. 1, 2, 3—4. R. 1930. Nr. 1, 2, 3—4.
Róbin i Nusbaum. Wymioty krwawe w przebiegu kamicy żółciowej.
Odb. 1930.

Świder i Goździejska. O „swoistości” śródskórnego odczynu
szczepionkowego w przebiegu duru brzuszego oraz jego war-
tości dla celów rozpoznawczych. Odb. 1930.

Tyczka. Odma czaszkowa rozpoznawcza i lecznicza. Odb. 1930.

Wasilewska. O hodowlach laseczek gruźliczych z płwocin. Odb.
1928.

„ W sprawie metodyki „wzbogacenia” płwocin w laseczniki
gruźlicze. Odb. 1927

oraz b) zaproszenie od Towarzystwa Naukowego Warszawskiego
na naradę. Delegatami wybrano kol. Paszkiewicza L. i kol.
Czubalskiego Fr.

3. Kol. Trojanowski A. przedstawił „Przypadek
sekcyjny śródściennego krwiaka tętnicy głów-
nej z przebicciem do worka osierdziowego”.

Przypadek dotyczył kobiety lat 53, u której klinicznie rozpoznawano prawostronne porażenie połowicze wskutek wylewu krwi do mózgu, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego i miażdżycę. (Szpit. Dz. Jez. Nr. Ks. Gł. 2616/31 r.).

W czasie 7-miesięcznego pobytu w szpitalu stan chorej znacznie się poprawił, stale jednak spostrzegano wysokie ciśnienie krwi (180 mm. Hg). Śmierć nastąpiła niespodziewanie i nagle.

Badanie pośmiertne wykonano w Zakł. Anat. Pat. U. W. (L. p. 132/31). Rozpoznano: 1. wylew krwi do worka osierdziowego wskutek pęknięcia krwiaka śródściennego tętnicy głównej, powstałego z pęknięcia ściany części nadzastawkowej, 2. miażdżycę ogólną naczyń, przedewszystkiem jednak w silnym stopniu naczyń obwodowych, 3. znaczny przerost dośrodkowy mięśnia komory lewej (2 cm.), 4. stare ognisko krwiotoczne w lewym wzgórku wzrokowym oraz 3 ogniska rozmiękania żółtego w okolicy prawego jądra soczewkowatego.

Tętnica główna posiadała w błonie wewnętrznej nieliczne płaskie, żółtawe tarczki. W ścianie tętnicy, 1 cm. ponad zastawką przednią, znajdowało się poprzeczne zygzakowate pęknięcie długości 3 cm. Pęknięcie to dotyczyło błony wewnętrznej i środkowej i prowadziło do jamy, powstałej z rozdzielenia błony zewnętrznej i środkowej. Rozdzielenie to zajmowało część wstępującą, łuk i początek części zstępującej tętnicy głównej. W ten sposób wytworzył się krwiak śródścienny. W miejscu, odpowiadającym opuszce tętnicy głównej, znajdowało się małe (1 cm.) pęknięcie błony zewnętrznej tę-

nicy i okrywającego ją listka nasierdziowego, dzięki czemu istniało połączenie między krwiakiem a jamą worka osierdziowego.

Pęknięcie ściany tętnicy głównej trzeba tłumaczyć wysokiem ciśnieniem krwi w następstwie daleko posuniętej miażdżycy obwodowej oraz znacznego przerostu mięśnia komory lewej, co przy stosunkowo małych zmianach w tętnicy głównej doprowadziło do częściowego przerwania ściany i wytworzenia krwiaka śródścienego.

Bezpośrednią przyczyną śmierci była tamponada serca wskutek wtórnego przebicia krwiaka do worka osierdziowego i następczego krwiotoku do niego. Przypadek zasługuje na uwagę dzięki typowemu obrazowi anatomopatologicznemu. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Orłowski W., członek T-wa, zapytuje, czy w przedstawionym przypadku były zmiany w nerkach. Obecnie bowiem klinicyści stoją na stanowisku, że miażdżycą bardzo często przebiega z prawidłowym ciśnieniem, a niekiedy nawet niższym, niż normalnie. Jeżeli zatem ciśnienie było wysokie, to winny być zmiany w nerkach.

Kol. Trojanowski A. podaje w odpowiedzi, iż w nerkach, poza miażdżycą naczyń, innych zmian nie stwierdzono.

4. Kol. Leśniowski St., członek T-wa, przedstawił „Przypadek padaczki jacksonowskiej, operowany z pomyślnym wynikiem”.

Chory 29-letni przebył w dzieciństwie różę i ropienie prawego ucha. Do końca 3-go roku życia cierpiał na „konwulsje”. W 16 roku życia pojawiły się napady drętwienia i kurczów tonicznych w mięśniach prawej kończyny górnej i szyi. W 5 lat później wystąpił pierwszy napad drgawkowy z utratą świadomości. Przed pierwszym przybyciem do Kliniki Neurologicznej U. W. napady powtarzały się 3—4 razy tygodniowo. Nosiły one bądź charakter korowy, bądź ogólny. Badanie 11 października 1928 r. wykazało: cała prawa połowa ciała jest słabiej rozwinięta od lewej. Wyraża się to najsilniej w zakresie kończyn górnych. Narządy wewnętrzne — bez zmian. Moc i krew — bez zmian. Płyn mózgowo-rdzeniowy, z wyjątkiem słabo dodatniego odczynu Nonne Apelta — prawidłowy. Odczyn Bordet-Wassermanna — ujemny. Poza tem stwierdzono lekki niedowład prawostronnych łuków podniebiennych i zbaczanie języka na prawo. Prawa kończyna górna, oprócz wyszczuplenia i trwałego uniesienia barku ku górze, wykazuje ogólne zmniejszenie siły mięśniowej oraz żywsze odruchy ścięgnisto-okostnowe. Na kończynach dolnych

odruchy kolanowy i ścięgna Achillesa są żywsze po stronie prawej. Rentgenogramy czaszki wykazują dwa niewielkie ogniska zwapnienia w obrębie lewej kości ciemieniowej, encefalogramy — nieznaczne powiększenie komory lewej.

Mimo stosowania leczenia zachowawczego (luminal, brom, odma, naświetlania rentgenowskie) napady powtarzały się coraz częściej (3—7 na dobę). Niedowład górnej kończyny prawej nasilił się znacznie. Napady poczynały się od uczucia niby przechodzenia prądu elektrycznego, przebiegającego od ramienia ku palcom górnej kończyny prawej, poczem następował skurcz toniczny kończyny i zwrot głowy w prawo. Często napad na tem kończył się lub też dochodziło do ogólnych drgawek toniczno-klonicznych i utraty świadomości. Ponieważ dane kliniczne i rentgenowskie oraz charakter napadów wskazywały na umiejscowienie przyczyny choroby w lewym zrazie ciemieniowym, poddano przeto chorego zabiegowi usunięcia blizny. Zabiegu dokonał ś. p. prof. B. S a w i c k i dnia 31.XII. 1930 r. i usunął bliznę ze zwapnieniem. Na 3. noc po zabiegu chory dostał serji napadów, które ustąpiły po wydobyciu zebranej krwi z głębi rany. Od tej pory napady nie powtarzały się. Niedowład górnej kończyny prawej cofał się bez leczenia. Badanie mikroskopowe wyciętych tkanek wykazało, że blizna składała się z włóknistej tkanki łącznej, przeważnie szklisto zmienionej, ze złogami soli wapnia. Otaczała ją warstwa gleju. Pozatem budowa kory mózgowej była prawidłowa. Nie można przewidzieć, jaki będzie ostateczny wynik leczniczy wobec krótkotrwałości spostrzegania. Istnieje jednak możliwość, że po krótszym lub dłuższym czasie powstanie nowa blizna na miejscu usuniętej, co grozi nowymi napadami wobec istniejącej u chorego skłonności do drgawek. (Streszczenie własne).

5. Kol. Elektorowicz A., członek T-wa, pokazał i omówił „Rentgenogramy przypadków opadnięcia wątroby”.

Przedstawiając 4 przypadki opuszczenia wątroby, prelegent omawia stosunki anatomiczne umocowania wątroby w jamie brzusznej. Władzadła, utrzymujące wątrobę w jej prawidłowym położeniu, nie są właściwymi władzadłami, lecz tylko zdwojeniami otrzewnej. Pozatem tylna powierzchnia prawego płatu wątroby łączy się luźną tkanką łączną z przeponą. Dużą rolę w utrzymaniu wątroby w prawidłowym położeniu odgrywa ciśnienie trzew na dolną jej powierzchnię. W zmniejszeniu siły tłoczni brzusznej, unoszącej wątrobę ku górze, (wskutek nagłego wychudnięcia) oraz wskutek pociągania wątroby ku dołowi przez żołądek (np. w znacznem rozszerzeniu żołądka

i zaleganiu w nim treści) wątroba opada, odsuwając się od przepony i skręcając się. Na jej miejsce przesuwa się część wstępująca кишки grubej i początkowy odcinek poprzeczny. W przypadkach tych znajdujemy zwykle wydłużenie jelita grubego i jego krezki, ułatwiająca przesuwanie ku górze i pod przeponę.

W dwu przedstawionych przypadkach opadnięcia wątroby rozpoznano raka części odźwiernikowej ze zwężeniem odźwiernika i znacznym zaleganiem zawartości w żołądku. W trzecim przypadku badanie rentgenowskie wykazało wrzód drążący w części środkowej żołądka oraz zwężenie odźwiernika, znaczne rozszerzenie żołądka i zastój zawartości kontrastowej do 36-ciu godzin.

Czwarty przypadek dotyczył człowieka młodego, dobrze odżywionego, bez zmian w przewodzie pokarmowym. Opadnięcie wątroby w tym przypadku zależało od wrodzonego niedorozwoju więzadeł wątroby. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. S a b a t B., członek T-wa, sądzi, że postać chorobową, do której odnoszą się przedstawione rentgenogramy należałoby określić raczej mianem wątroby wędrującej (hepar migrans). W przypadkach tych wątroba przemieszcza się od czasu do czasu na dół i na lewo, tracąc przejściowo na mniejszej lub większej przestrzeni styczność z przeponą, przyczem między nią i przeponę wypukła się okrężnica. Pojęcie wątroby opadniętej (hepatopsis) jest ogólniejsze i w zakres jego wchodzi, oprócz wątroby wędrującej, postać stałego opadnięcia wątroby, nie zmieniającej swego położenia względem narządów jamy brzusznej i nie tracącej prawidłowej styczności z przeponą, która w przypadkach tych jest ustawiona nieprawidłowo nisko. Jest to opadnięcie wątroby w ogólnym opadnięciu trzew u osób z t. zw. habitus enteroptoticus. Znacznie rzadziej spotyka się wątrobę wędrującą. W 1914 r. referował łącznie z kol. Zdz. S z c z e p a ń s k i m w Lwowskim Towarzystwie Lekarskim i na Zjeździe Rentgenologów w Berlinie 9 przypadków wątroby wędrującej, wprowadzając nazwę *interpositio coli hepato-diaphragmatica intermittens*. Zwrócił wtedy uwagę na typowy zespół objawów chorobowych w dłuższej utrzymującej się wątrobie wędrującej i podał własną teorię patogenezy tego stanu chorobowego. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdzał wspólnie z kol. S z c z e p a ń s k i m nieprawidłowo długą i ruchomą okrężnicę, ulegającą znacznym przemieszczeniom, co przemawiało za nieprawidłową długością krezki, zwłaszcza wstępnicy i oprzeczny. Sądzi, że w przypadkach tych wątroba również posiadała krezkę, która

w warunkach prawidłowych zanika w czasie rozwoju zarodkowego. Prawie we wszystkich przypadkach wątroby wędrującej, stwierdzano objawy wrzodu odźwiernika. Uważa, że łączność wrzodu żołądka z wątrobą wędrującą nie jest przypadkowa. Przypuszcza on, że często w przemieszczaniu wątroby występuje zaginanie i skręt sieci mniejszej, zwłaszcza więzadła wątrobowo-dwunastniczego, wraz z przebiegającymi naczyniami. Wpływa to niekorzystnie na ukrwienie żołądka i stwarza warunki sprzyjające powstaniu wrzodu.

Następnie przedstawił rentgenogramy 6 przypadków wątroby wędrującej z wpukleniem okrężnicy silnie rozdętej gazami między przeponę i wątrobę oraz rentgenogram przypadku ropnia gazowego podprzeponowego. Przytem wskazywał na wielkie podobieństwo obrazów i na różniczkowe objawy rentgenowskie obu tych stanów chorobowych. (Streszczenie własne).

Kol. S ł a w i ń s k i Z., członek T-wa, podaje, że w czasie zabiegów na pęcherzyku żółciowym zwykle stwierdza się rozmaitą ruchomość wątroby. Niekiedy daje się ona nie tylko podnosić do góry lub opuszczać na dół, lecz także i skręcać. W omawianych przypadkach opadnięcia chodzi raczej o skręcenie. Nieodzownym warunkiem tego jest znaczna długość więzadeł wątrobowych, a także krezki okrężnicy i esicy.

Kol. C z a r k o w s k i H., członek T-wa, podkreśla znaczenie opadnięcia ze stanowiska chirurgii praktycznej. Przypadki te dają się leczyć tylko operacyjnie. Pasy, nawet z pelotą powietrzną, nie pomagają. Metody operacyjne sprowadzają się w zasadzie do dwóch: a) skrócenia więzów i b) podtrzymania wątroby. Ostatni sposób polega na zagięciu powięzi wraz z otrzewną pod brzeg wątroby i przyszcyciu ich doń szwem materacowym. Dwa przypadki operowane w ten sposób dały dobre wyniki.

Kol. D ę b i c k i K., członek T-wa, spostrzegał często opadanie wątroby na stole operacyjnym, głównie u kobiet wyniszczonych ze schorzeniami pęcherzyka żółciowego.

Kol. L o t h E., członek T-wa, zwraca uwagę na niskie ustawienie przepony i znaczne rozchylenie kąta żebrowo-przeponowego. W jednym z przypadków, przedstawionych przez kol. S a b a t a, prawdopodobnie była wątroba z brózdą od sznurówki.

Kol. K r y ń s k i L., członek T-wa, omawia sposób umocowania wątroby w jamie brzusznej. Przyczyny opadnięcia są złożone. Główne znaczenie ma rozciągnięcie i nadmierna długość więzadeł wieńcowych. Leczy się te przypadki skróceniem przez fałdowanie tych więzadeł. Ma to jednak, wobec opuszczenia przepony, małe

znaczenie. Mechanizm podtrzymania wątroby przez powięź jest trudno zrozumieć.

Kol. S a b a t B., członek T-wa, podkreśla, że w przypadku z zapadnięciem powłok brzusznych w okolicy wątroby nie było wątroby sznurówkowej, brak jest bowiem brózdki na wątrobie.

Kol. E l e k t o r o w i c z A., członek T-wa, zaznacza, że przepona nie zawsze bywa opuszczona. W badaniach nad przyczynami opadnięcia wątroby duże znaczenie mają badania anatomopatologiczne więzadeł wątrobowych oraz stosunków i zmian chorobowych w zakresie narządów jamy brzusznej. Chirurg i rentgenolog nie mogą stwierdzić przyczyny opadnięcia. Prawdopodobnie duże znaczenie mają nie tylko zmiany w zakresie więzadeł wątroby, lecz także wydłużenie i szerokość krezki jelita grubego.

6. Kol. G o l d m a n M a r j a i kol. C y t r o n b e r g S. przedstawili wyniki pracy nad „Wydalaniem chloru i związków azotowych przez śluzówkę jelita cienkiego w azocyj doświadczałnej”.

U psów z przetoką Thiery-Villa wywołano ostro przebiegającą azocyją podskórnymi wstrzykiwaniami 5—8 cm.³ 1,5% roztworu uranylu octowego. Podczas trwania azocyji wydobywano sok jelitowy; określano jego ilość na godzinę, ciężar właściwy, wskaźnik refraktometryczny, pH, zasób zasad, stężenie chloru, mocznika i azotu pozabiałkowego. Tym samym badaniom poddano krew żylną psów oraz mocz, wydzielany w ciągu pierwszych paru dni po zatruciu (później występował bezmocz zupełny). Główne wyniki badań są następujące:

1. Zawartość chloru w soku jelitowym jest po zatruciu zmienna, naogół niezwiększona w porównaniu z okresem przed zatruciem. Wahania stężenia chloru przebiegają mniej więcej równoległe do zmiany stężenia chloru w surowicy krwi. Ilość chloru w soku jelitowym niemal zawsze jest mniejsza, niż we krwi.

2. Stężenie mocznika w soku jelitowym wzrasta szybko, znacznie i stale aż do śmierci zwierzęcia. Ten przyrost stężenia mocznika przebiega równoległe do gwałtownie wzmagającej się azocyji krwi, przy czym ilość mocznika w soku jelitowym jest zawsze mniejsza, niż we krwi.

3. Zupełnie tak samo zachowuje się zawartość azotu pozabiałkowego w soku jelitowym i we krwi.

4. Powyższe badania dowodzą, że w przypadkach azocyji śluzówka jelita gra pewną rolę w wydalaniu nadmiernej ilości odpadków azotowych, krążących w ustroju. Nie ulega jednak wątpliwości, że rola śluzówki jelitowej jest tutaj raczej bierna, ograniczająca się

do znacznej przepuszczalności dla szybko przenikającego mocznika i t. p. W tej mierze śluzówka jelita różni się znacznie od wątroby, która ma nader ważną i czynną rolę w zwalczaniu azocicy (C y t r o n b e r g).

5. Wywody powyższe odnoszą się jedynie do jelita cienkiego. Zagadnienie zachowania się czynności wydzielniczej jelita grubego w przebiegu azocicy wymaga badań oddzielnych. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. J o c h w e d s B. tłumaczy brak kwasicy w przypadkach azocicy uporczywymi wymiotami: chorzy w ten sposób wydalają bowiem duże ilości kwasu solnego.

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, podkreśla znaczenie przedstawionych badań dla kliniki. Są one potwierdzeniem dawnych spostrzeżeń u ludzi, u których w czasie mocznicy stwierdza się nieraz biegunkę, przyczem stolec zawiera dużo mocznika. W praktyce już od bardzo dawna zwracamy uwagę na przewód pokarmowy w przebiegu azocicy, stosując środki rozwalniające. (Streszczenie własne).

7. Kol. K a r w a c k i L., członek T-wa, wygłosił odczyt „O p o s t a c i z i a r n i s t e j j a d u g r u ż l i c z e g o“. C z ę ś ć I.

W rysie historycznym poszukiwań nad wielopostaciowością zarazka gruźlicy prelegent stwierdził, że otrzymał pierwsze hodowle ziarniste zarazka w latach 1905 i 1906. W 1910 roku zgłosił na konkurs pracę o ziarnikach i prątkach cyanofilowych, pochodnych prątka kwasoodpornego Kocha. Do chwili obecnej widział przekształcenie się 43 hodowli prątków gruźliczych w ziarna. Najpodatniejszym podłożem okazał się buljon glicerynowy. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y.

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, uważa za pożądane udostępnienie wyniku badań światowemu piśmiennictwu lekarskiemu.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dnia 17 marca 1931 roku.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa—90, wprowadzonych gości—139.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 10 marca 1931 r. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Hryniewiczówna i Wasilewska-Mironowiczowa. Zanieczyszczenie bakteryjne mleka rynkowego w Warszawie i jego wahania sezonowe. Odb. 1929.

Hryniewiczówna i Wasilewska-Mironowiczowa. W sprawie częstości występowania poszczególnych gatunków pasorzytów jelitowych w Warszawie. Odb. 1929.

Hryniewiczówna, Ławrynowicz, Wasilewska-Mironowiczowa. Wartość porównawcza podstawowych metod pasteryzacji mleka pod względem epidemiologicznym. Odb. 1929.

Kuligowski. Zaburzenia neurologiczne w stanach niedoczynności tarczycy. Odb. 1929.

Leśniowski. Nowoczesne sposoby leczenia chorób kiłowych układu nerwowego ze szczególnem uwzględnieniem leczenia malarją. Odb. 1930.

Ławrynowicz. Zachorowania płonicze u szczepionych metodą Dicków. Odb. 1927.

„ Wrażenia ze zwiedzonych instytucyj sanitarno-higienicznych Belgji i Francji. Odb. 1927.

„ Sprawozdanie ze szczepień ochronnych przeciwploniczych wykonanych przez Wydział Zdrowia m. st. Warszawy. Odb. 1926.

„ Sprawozdanie ze szczepień ochronnych przeciwploniczych wykonanych przez Wydział Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy podczas epidemji 1926—1927 r. Odb. 1927.

„ Czynniki epidemiologiczne duru brzuszego w Warszawie. Odb. 1929.

„ Prace ś. p. Szymona Dzierzgowskiego nad serologią i epidemiologią błonicy. Odb. 1929.

„ W sprawie patogenezy niektórych zakażeń paratyfusowych. Odb. 1928.

„ Kontrola bakterjologiczna mleka. Odb. 1930.

- „ Niektóre cechy nosicielstwa błoniczego w Warszawie (sezonowość nosicielstwa, wahania roczne, wszechobecność pał. błoniczych). Odb. 1929.
 - „ Rola i znaczenie Instytutów Higienicznych w organizacji Służby Zdrowia. Odb. 1929.
 - „ La vaccination antiscarlatineuse et la lutte contre la scarlatine. Odb. 1929.
 - „ Observations sur la morphologie et la biologie des gonocoques Odb. 1925.
- Ławrynowicz i Bohdanowicz. Doświadczenia nad wpływem odżywiania na przebieg zakażenia gruźliczego. Odb. 1925.
- Ławrynowicz et Bohdanowicz. Influence de l'alimentation carencée sur le développement de la tuberculose expérimentale des souris blanches. Odb. 1926. (Contes rendus).
- Ławrynowicz i Czyżewska. Anatoksyna paciorkowcowa w praktyce szczepień ochronnych przeciwploniczych. Odb. 1929.
- Ławrynowicz et Bohdanowicz. L'influence de l'alimentation carencée sur le développement de la tuberculose expérimentale des souris blanche. Odb. 1926. (Revue de la Tuberculose).
- Ławrynowicz i Bohdanowiczówna. Stan awitaminozy jako podłoże dla czynników zakażenia. Odb. 1928.
- Ławrynowicz i Piotrowska. Spostrzeżenia nad pałeczkami paratyfusowemi C. Odb. 1929.
- Ławrynowicz i Ciośłowski. Odczyny serologiczne kiłowe u położnic. Odb. 1928.
- Ławrynowicz, Piotrowska, Stankowska. Nosicielstwo laseczek dutowych i paratyfusowych w Warszawie. Odb. 1928.
3. Kol. Paszkiewicz L., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Powstawanie i rozwój gruźlicy płuc ze stanowiska anatomopatologicznego“.
- Prelegent przedstawił obecne poglądy na odczyn histologiczny tkanki płucnej w pomysłnem osiedleniu się prątka gruźliczego; zmiany w ogniskach zserowaciałych; warunki powstawania odczynu wysiękowego i wytwórczego; rozwój i kształtowanie się zmian histologicznych w tkance płucnej; zmiany w mięszu płuc po pomysłnem osiedleniu się w nich prątków gruźliczych (w zakażeniu drogami oddechowymi, krwionośnymi); zejście ognisk groniasto-guzkowych; zmiany w oskrzelach, w naczyniach krwionośnych i limfonośnych, w cplucnej i w gruczołach chłonnych; wpływ jednostronnego parcia z opłucnej na serce i duże naczynia w odmie i wysiękach; anatomję patologiczną charakterystycznych obrazów chorobowych gruźlicy płuc, jej rozwój i zejście (ognisko pierwotne, zespół pier-

wotny, powstawanie gruźlicy płuc pochodzenia oskrzelowego: zrazowe zapalenie płuc, zrazikowe zapalenie płuc, gruźlicę płuc groniasto-guzkową, gruźlicę płuc guzkowo-włóknistą, jamistą oraz gruźlicę włóknistą, jako gruźlicę wygojoną; krwiopochodną rozproszoną gruźlicę płuc — gruźlicę prosówkową płuc); uprzywilejowanie drogi i uprzywilejowanie miejsca gojenia się i rozpadu ognisk gruźliczych w płucach; usposobienie dogłównych części płuc do gruźlicy zależne od warunków anatomicznych i fizjologicznych; podstawy anatomiczne t. zw. wnąkowej gruźlicy płuc i szerzenia się jej od wnąki.

Wykład uzupełniono licznymi rycinami, preparatami muzealnymi i mikroskopowymi. (Streszczenie własne)*).

4. Dąbrowski K., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Powstawanie i rozwój gruźlicy płuc ze stanowiska kliniki“.

Klinika gruźlicy płuc rozwinęła się niezwykle szybko w ostatnich latach dzięki rentgenologii, umożliwiającej wczesne i dokładne wykrycie umiejscowienia, rozległości i jakości zmian chorobowych. Wpłynęło to na rozpoznawanie i leczenie gruźlicy płuc.

W ostatnich dziesiątkach lat ubiegłego stulecia klinika gruźlicy opierała się na dogmatach Louisa i Granchera o pierwotnem powstawaniu zmian gruźliczych w wierzchołkach płuc. Tu szukano zmian badaniem fizykalnem. Dopiero w pierwszych latach cbeckiego stulecia poczęto wykrywać zmiany początkowe nie tylko w wierzchołkach, lecz również w innych częściach płuc (Tendello). Następnie objawy fizykalne, podane przez Granchera, mające świadczyć o wczesnych zmianach początkowych, zaczęto wykrywać w zmianach przewlekłych, a nawet w wygojonych. Wprowadzenie do badań klinicznych promieni rentgenowskich i szybki rozwój rentgenologii pozwoliły wykrywać ogniska gruźlicze bardzo świeże, bądź powstające wtórnie około starych zmian gruźliczych (ognisko pierwotne, gruczoły wnąkowe, zmiany włókniste — Redecker), bądź też rozwijające się w tkance zdrowej, powstałe na drodze zewnątrzoskrzelowej i umiejscowione pod obojczykiem (Domann). Wtórne nacieczenia wysiękowe mogą obejmować cały płat płucny (lobitis) lub jego część obwodową (corticopleuritis) lub rozwijać się koło brzozy międzypłatowej (perifissuritis).

Nacieczenie wtórne i pierwotne mogą ujawniać się nagle (50%) lub skrycie (34 — 37%), niekiedy krwiotokiem (6 — 12%). Zejście ich jest różne: bliznowacenie, zserowacenie, zwapnienie, rozmiękanie (jama). Różnorodny rodzaj ostatnio opisanych

*) Odczyt wydany w całości jako dodatek do niniejszego tomu Pamiętnika.

postaci chorobowych gruźlicy płuc nastęrcza dużo trudności podziału. Trudności te dadzą się usunąć dopiero po dokładnem zbadaniu nagromadzonego materiału klinicznego, który wyjaśni i utrwali spostrzeżenia ostatnich lat. (Streszczenie własne).

Zebranie zakończono o godzinie 22 min. 55.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ NADZWYCZAJNEGO ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dnia 21 marca 1931 roku

(zwołanego na pisemne życzenie członków Towarzystwa).

Obecnych członków Towarzystwa—58.

Początek o godzinie 20 min. 5.

1. Kol. **Paszkiwicz L.**, członek T-wa, powtórzył odczyt p. t.: „Powstawanie i rozwój gruźlicy płuc ze stanowiska anatomopatologicznego“.

2. Kol. **Dąbrowski K.**, członek T-wa, powtórzył odczyt p. t.: „Powstawanie i rozwój gruźlicy płuc ze stanowiska kliniki“.

Zebranie zamknięto o godzinie 23 min. 10.

Wiceprezes: **Ludwik Paszkiewicz.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dnia 24 marca 1931 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 95, wprowadzonych gości — 128.

1. Protokoły zebrań naukowych z dnia 17 i 21 marca 1931 roku przyjęto.

2. Kol. **Prezes:** a) odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Galewski. Przemiana wapniowa w ustroju ludzkim. Odb. 1930.

Handelsman. Stosunek zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianem mózgu i rdzenia. Odb. 1931.

Hígier H. Nowotwory mózgu i rdzenia, a naświetlanie promieniami Roentgena. Odb. 1928.

„ **Obraz neurologiczny i psychiatryczny hipoglikemji samoistnej i objawowej.** Odb. 1930.

- Künstler. Eine neue Spritze zur intravenösen Injektion von grösseren Mengen—auch ätzender und dunkler — Flüssigkeiten. Odb. 1930.
- Łapiński T. O opiece pczakładowej ze szczególnem uwzględnieniem stanu jej w Warszawie. Odb. 1930.
- „ Szpital Jana Bożego w roku 1928. Warszawa, 1929.
- „ Szpital Jana Bożego 1.IV.1929—31.III.1930. Warszawa, 1930.
- Mutermilch S. L'immunisation active de la cavité méningée. Odb. 1926.
- „ L'immunisation passive de la cavité méningée. Odb. 1926.
- „ Contribution à l'étude de la réaction d'opacification de Meinecke. Odb. 1926.
- „ Immunité anti-microbienne de la cavité méningée. Odb. 1927.
- Marie et Mutermilch. Nouveaux essais de vaccination contre la rage. Odb. 1928.
- „ Note sur la virulence des moelles rabiques. Odb. 1928.
- Mutermilch et Compagnon. Quelques précisions sur l'antigène de Meinecke et sur les conditions les plus favorables pour la marche de sa réaction d'opacification. Odb. 1924.
- „ Sur la valeur pratique de la „réaction d'opacification“ de Meinecke pour serodiagnostic de la syphilis. Odb. 1925.
- Mutermilch et Nicolau. La réaction de fixation dans l'encéphalite épidémique humaine. Odb. 1926.
- Mutermilch et Salomon. Immunisation active de la chambre antérieure de l'oeil. Odb. 1927.
- „ Vaccination antitétanique du lapin par la voie intra-rachidienne. Odb. 1929.
- „ Passage du bismuth et de l'arsenic a travers la barrière vasculo-méningée chez l'homme sous l'influence d'une méningite aseptique. Odb. 1930.
- „ Sur la vaccination du lapin et du cobaye vis-à-vis du tétanos cérébral. Odb. 1930.
- „ L'immunité méningée au cours du nagana expérimental du lapin. Odb. 1928.
- „ Application de la réaction d'opacification de Meinecke a l'examen des liquides céphalorachidiens. Odb. 1928.
- „ Contribution à l'étude de mécanisme de la création des trypanosomies du nagane anticorps-résistantes. Odb. 1928.
- „ Contribution à l'étude du mécanisme de la crise chez le cobaye trypanosomié. Odb. 1928.
- „ Sur la vaccination du lapin et du cobaye contre le tétanos cérébral. Odb. 1930.

- „ Recherches sur la conservation de la toxime tétanique. Odb. 1931.
- „ Bactériologie, formation locale des antitoxines dans le liquide céphalorachidien. Odb. 1929.
- „ Vaccination du lapin vis-à-vis du tétanos cérébral. Odb. 1929.
- Rethi. Desensibilisavni lecenj rhinitis vasomotorica. Odb.
- Sonnefeld. Eine erfolgreiche Rektalmethode zur Bekämpfung der Uterusblutung und mangelhafter Involution des Uterus. Odb. 1931.
- Zawadowski. Radjodiagnostyka i radjoterapia nowotworów kostnych. Odb. 1930.
- „ O pomiarach dawek promieni X i o dawkomierzu Solomona. Odb. 1930.
- „ Pourazowa odma czaszkowa. 1930.

La terre et la vie. N. 1. R. 1931.

Fukuoka Acta Medica. Tom XXIII. N. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. R. 1930.

b) zawiadomił o wysłaniu depeszy do D o m u L e k a r s k i e g o w Pradze czeskiej, c) doniósł o otwarciu kursu eugeniki.

3. Kol. Grycewicz Marja, członek T-wa, wygłosiła odczyt p. t.: „Z a k a ż e n i e p o n o w n e (reinfectio) i d o d a t k o w e (superinfectio) w g r u ż l i c y p ł u c”.

Na podstawie danych współczesnego piśmiennictwa ustalono pogląd, że ponowne zakażenie wewnętrzne (reinfectio endogenes) odgrywa ogromną rolę w powstawaniu gruźlicy płuc u dorosłych. Dzieje się to dzięki wielkiej odporności prątka gruźliczego, który całymi latami po zakażeniu pierwotnym może w stanie nieczynnym pozostawać w ustroju ludzkim, przejawiając na nowo swoją zjadliwość w sprzyjających warunkach. W sprawie ponownego zakażenia zewnętrznego (reinfectio egzogenes), czyli zakażenia dodatkowego (superinfectio) zdania są rozbieżne. Jednak większość autorów uważa je za ważny czynnik w powstawaniu gruźlicy płuc dorosłych. Największe znaczenie ma ono w rozwoju ognisk asmanowskich. Zakażenie dodatkowe może pogarszać przebieg gruźlicy już istniejącej, wywołując świeże ogniska. Może ono także powodować uczulenie tkanek i obostrzenie przebiegu małoczynnych ognisk starych. (Streśczenie własne).

4. Kol. Misiewicz Janina, członek T-wa, omówiła „W c z e s n e r o z p o z n a n i e g r u ż l i c y p ł u c”.

W ostatnich latach zmieniły się poglądy na objawy początkowe suchot płucnych. Dawniej rozpoznanie początkowej gruźlicy płuc opierało się na stwierdzeniu t. zw. dyskretnych zmian w szczytach w postaci zwężenia pól Kröniga, przedłużonego wydechu i t. p.

Współczesne statystyki wykazują, że objawy te w ogromnej większości przypadków bądź nie mają nic wspólnego ze zmianami w płucach, bądź są pozostałościami po przebytem cierpieniu. Wyjątkowo tylko są one objawami początkowymi. Według Redekera i Waltera oraz innych autorów, ludzie z temi dyskretnymi objawami szczytowymi zapadają na suchoty płucne nie częściej, niż ludzie bez objawów szczytowych.

Obok tego badacze amerykańscy i niemieccy prawie jednocześnie, około 1923 r., opisali jako zmiany początkowe t. zw. wczesne nacieki gruźlicze. Dziś coraz bardziej rozpowszechnia się zdanie, że te wczesne nacieczenia są istotnym źródłem rozwoju suchot płucnych. Nacieki umiejscawiają się najczęściej w okolicy podobojczykowej, mogą jednak występować w każdym miejscu płuca. Czasami przebiegają one bez objawów podmiotowych. Często zaś dają objawy grypy i zaczynają się dość ostro, gorączką do 39—40°C., bólem głowy, kaszlem. Czasem jako pierwszy objaw występuje krwiotok płucny.

Objawy przedmiotowe: opukiwanie w istotnie początkowym okresie nie ujawnia zmian odgłosu opukowego; osłuchiwanie w miejscu nacieku wykazuje drobnobańkowe rżęzenie wilgotne. Najlepszym miejscem osłuchiwania jest: a) przestrzeń międzyłopatkowa (zone d'alarme Chaurata), b) jama pachowa i c) okolica nad- i podobojczykowa. Ciepłota, zwykle wysoka w okresie pierwszym („grypowym“), może obniżyć się po paru dniach lub tygodniach. Płwocina jest bardzo skąpa, może już bardzo wczesnie zawierać laseczniki. Badanie rentgenowskie wykazuje cień delikatny, jednolity, kształtu okrągławego, wielkości wiśni do jaja kurzego.

Zasadnicza różnica pomiędzy dawniejszemi poglądami i obecnymi polega na tem, że dawniej sądzono, iż początkowe zmiany gruźlicze w płucu są drobnymi ogniskami (grużełki widoczne na kliszy rentgenowskiej jako małe plamki), dziś zaś wiadomo, że początkowo występuje od razu dość duże nacieczenie z cechami zapalenia płuc. Dalszy przebieg nacieku wczesnego może być różny: a) może on wessać się, nie pozostawiając żadnych śladów klinicznych, ani rentgenologicznych, b) może pozostawić ślady w postaci blizn łącznotkankowych, zwapnień i t. p., c) może wytworzyć się jama. Zmiany mogą rozwijać się dalej i przejść w suchoty płucne.

Największą trudność wczesnego rozpoznania często stanowi nieobecność dostatecznie wyraźnych objawów podmiotowych. To też najczęściej i najłatwiej wczesnie rozpoznają nacieki wczesne poradnie przeciwgruźlicze, badając otoczenie chorego na gruźlicę otwartą, to znaczy badając ludzi podmiotowo zdrowych. (Streszczenie własne).

3. Kol. Elektorowicz A., członek T-wa, omówił „Znaczenie metody rentgenowskiej dla wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc”.

Prelegent omówił obraz rentgenowski wczesnych zmian gruźliczych w płucach u ludzi dorosłych. Pomija obrazy zespołu pierwotnego, występującego prawie zawsze w dzieciństwie, oraz gruźlicy płuc u dzieci. Zmiany gruźlicze u dzieci będą tematem osobnego odczytu.

Badanie rentgenowskie ma wielkie znaczenie w rozpoznawaniu początkowych okresów gruźlicy płuc. Zastosowanie tej metody badania pozwoliło dokładniej wejrzeć w istotę i stwierdzić umiejscowienie początkowych zmian gruźliczych w płucach. Zmieniło ono dotychczasowe poglądy klinicystów. Początkowe zmiany gruźlicze wtórne tylko przypadkowo są przedmiotem badania anatomopatologicznego, przeto obraz rentgenowski ma duże znaczenie w określeniu ich umiejscowienia i przebiegu.

Badanie rentgenowskie pozwala oznaczyć wielkość ogniska, a nawet, ze względu na wygląd nieprawidłowych cieni, wnioskować o rodzaju zmian. Technika badania rentgenowskiego odgrywa bardzo znaczną rolę: im badanie jest dokładniejsze, im badający jest bardziej doświadczony, tem wyniki będą lepsze, a małe zmiany początkowe nie będą przeoczone.

Badanie rentgenowskie składa się z prześwietlenia i ze zdjęcia klatki piersiowej. Prześwietlenie daje ogólny rzut na klatkę piersiową, pozwala na badanie chorego w różnych pozycjach, na stwierdzenie ruchomości klatki piersiowej i przepony, na zbadanie objawu wyjaśniania się szczytów płucnych przy kaszlu i głębokim wdechu i t. p. Jednak dokładny obraz zmian daje nam dopiero rentgenogram. Im jest on lepszy, ostrzejszy i technicznie lepiej wykonany, tem pewniej można będzie stwierdzić drobne zmiany początkowe. Należy nadmienić, że zmiany początkowe, nie wywołujące jeszcze odpowiedniego zagęszczenia w tkance płucnej, są często niewidoczne. Istnieje przeto niewielki odsetek zmian początkowych, które nie dają objawów rentgenowskich, dając już pewne objawy kliniczne. Stosunek zmian stwierdzanych klinicznie do wykazywanych promieniami rentgenowskimi zależy od dokładności zebranych wywiadów i badania klinicznego oraz od dokładności badania rentgenowskiego. W materiale chorych przychodni 2. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. W. w 4/5 przypadków badanie rentgenowskie pokrywało się ze zmianami stwierdzanymi klinicznie. Zmiany początkowe położone zbyt głęboko nie dają objawów fizykalnych. Wykrycie początkowych zmian natrafia na duże trudności. Tylko z dużego

materiału przychodni przeciwgruźliczych badaniem okresowem otoczenia chorego na gruźlicę daje się uchwycić pewien odsetek zmian początkowych. Postępując w ten sposób, w niedługim okresie czasu stwierdzono szereg nacieków świeżych u osób pozornie zdrowych.

Stwierdzenie promieniami rentgenowskimi umiejscowienia zmian świeżych dało początek t. zw. n o w e j n a u c e o p o w s t a w a n i u g r u ż l i c y. Odrzuca ona zupełnie lub bardzo znacznie ogranicza znaczenie odszczytowego początku gruźlicy. Za początkowe zmiany gruźlicze uważa t. zw. n a c i e k i w c z e s n e, usadawiając się przedewszystkiem w odcinku podobojczykowym płuca.

Zmiany te pierwszy opisał dokładnie A s s m a n n. Przed nim już szereg autorów francuskich, niemieckich i amerykańskich zwróciło uwagę na to umiejscowienie zmian. Nie wyciągnęli oni jednak dalszych wniosków ze swych spostrzeżeń. W Polsce D ł u s k i zwrócił uwagę na te zmiany już przed wielu laty.

Dopiero jednak R e d e c k e r stworzył właściwie tę t. zw. n o w ą n a u k ę. Określa on zmiany początkowe w sposób następujący: „naciek wczesny jest okołogniskowym naciekiem zapalnym, występującym jako odczyn na wytworzenie świeżego ogniska gruźliczego w dotychczas zdrowym płucu”. Naciek taki może powstawać w każdym miejscu płuca, najczęściej jednak w okolicy obwodowej odcinka podobojczykowego płuc. Wśród 117 nacieków wczesnych, spostrzeganych przez R e d e c k e r a, 58 było w okolicy podobojczykowej, 38 — w środkowej części płuca, 15 — w dolnych płatach, 4 — na wysokości obojczyka, 2 — w szczytach. Rentgenologicznie nacieki te przedstawiają się jako zaciemnienia, dość jednolite, mierne lub słabo intensywne, nieostro ograniczone, od wielkości czereśni do wielkości śliwki.

Zejsście nacieków wczesnych może być rozmaite: a) mogą ustąpić bez śladu, b) mogą zserowacieć i następnie rozpaść z wytworzeniem jamy, c) wreszcie mogą zwłóknieć. Najczęściej jednak należy uważać je za zmiany przebiegające złośliwie, ze skłonnością do zajmowania innych odcinków płuca i do rozpadu. Mimo to wszystko, zagadnienia stosunku nacieków świeżych do początkowych zmian gruźliczych nie można uważać za ostatecznie rozwiązane. Teoria gruźlicy odszczytowej zachowała nadal swoje znaczenie, a badania rentgenowskie potwierdzają jej prawdziwość. W ostatnich latach szereg autorów zwraca się przeciw zbyt jednostronnemu ujęciu zagadnienia początków gruźlicy. B a c k m e i s t e r wyraża się, że niedocenywanie gruźlicy odszczytowej jest cofaniem się. Nieraz bowiem naciek wczesny może rozwinąć się z gruźlicy szczytowej. Podobne zdania wypowiadają L i e b m a n, K l i e m e b e r g e r i inni. Do-

kładnego opracowania statystycznego w polskim piśmiennictwie radiologicznem jeszcze niema. Wśród 600 przypadków gruźlicy Keilson spostrzegł 52 przypadki nacieków świeżych i 10% przypadków gruźlicy postępującej odszczytowo. Martyszewski i Werckenthinówna podają, że nacieki wczesne stwierdzili w 5,2% w stosunku do wszystkich zmian gruźliczych, a w 18,2% w stosunku do zmian początkowych. Sprawy szczytowe spostrzegali oni $3\frac{1}{2}$ raza częściej, niż nacieki wczesne. Typowy obraz rentgenowski świeżych zmian szczytowych przedstawia się jako zaciemnienie plamkowane, początkowo słabo widoczne, obłoczkowate, zarysowujące się niezbyt ostro. W miarę powiększania się serowacenia nacieku zaciemnienie staje się coraz większe i intensywniejsze. Nieraz, gdy takie zaciemnienie jest położone daleko od kliszy lub gdy zachodzi za cień żebra lub obojczyka, może być zupełnie niewidoczne. Im sprawa jest świeższa, im ognisko gruźlicze jest mniejsze, a zapalenie w jego otoczeniu słabsze, tem trudniej jest uwidocznic rentgenologicznie te zmiany. Zmiany starsze o charakterze włóknistym dają cienie pasmowate, bardziej intensywne, zarysowujące się ostro. Również i zmiany wapniejące dają podobny, lecz plamkowaty obraz. Objaw tak zwanego zamglenia lub zaciemnienia szczytu jest niepewny tak w rozpoznawaniu zmian świeżych, jak też i starych. Takie zaciemnienie można spostrzegać w szczytowych zrostach opłucnowych, w zwężeniu doprowadzającego oskrzela i z powodu uciśnięcia płuca przez powiększony gruczoł tarczowy. Pozatem zaciemnienie takie może powstać w skrzywieniach kręgosłupa z powodu jednostronnego silniejszego rczwoju mięśni, w zmianach w gruczołach nadobojczykowych, wreszcie w skośnem lub bocznem ustawieniu głowy w czasie zdjęcia. Objaw niewyjaśniania się szczytu w czasie kaszlu i wdechu również nie jest pewny, gdyż w zrostach opłucnowych niema wyjaśniania się. Także objaw zmniejszenia ruchomości przepony po stronie chorej nie ma znaczenia, a tłumaczenie go uszkodzeniem nerwu przeponowego wskutek zmian szczytowych nie wytrzymało krytyki. Zmniejszenie ruchomości można tłumaczyć odruchową ochroną przepony po stronie chorej przed zbytnimi ruchami. Często zaś zależy to od zrostów opłucnowych. Również objaw mniejszej ruchomości przykręgosłupowej części przepony, częściej występujący po stronie prawej, nie posiada większego znaczenia jako objaw początkowej gruźlicy. Rieder i Stürz zwrócili uwagę na pasmowate zaciemnienia, idące od wnęki ku szczytowi. Uważają oni je za obraz nacieków okołooskrzelowych i okołonaczyniowych i przyjmują, że w ten sposób rozprzestrzenia się gruźlica od wnęki owa, dając następcze zmiany w szczycie. Jednak badania anatomopatologiczne

nie potwierdziły tych przypuszczeń. Badaniem pośmiertnym nie ujawniono w tych przypadkach serowatych zmian w gruczołach limfaticznych wętek. Pewnymi zmianami gruźlicy początkowej, stwierdzanymi badaniem rentgenowskim, są: 1. zmiany szczytowe w postaci zaciemnień plamkowatych, nieostro odgraniczonych od otoczenia i skłonnych do zlewania się ze sobą, 2. podobne zmiany w innych miejscach miąższu płucnego, 3. t. zw. wczesne nacieki R e d e k e r a. (Streszczenie własne).

6: Rozprawy nad odczytami kolegów: Paszkiewicz L., Dąbrowskiego K., Grycewicz M., Misiewicz J. i Elektorowicza A.:

Kol. Karwacki L., członek T-wa, uważa, że różnorodność odczynów tkankowych na jad gruźliczy oraz różnorodność przejawów chorobowych i rytmu zakażenia nie znalazły w przemówieniach bodaj częściowego wyjaśnienia i uzasadnienia. A te właśnie cechy stanowią zagadkę choroby gruźliczej, odróżniającej się od wszelkich innych zakażeń. Żaden zarazek nie posiada takiej skali oddziaływania chorobotwórczego, jak zarazek gruźlicy. Trudno żądać, by zagadkę tę wyjaśniono. Może jest jeszcze zawczasie na jej rozwiązanie, może posiadamy jeszcze zbyt mało danych na to. Nie należy przykrywać frazesem naukowym braków w naszych wiadomościach o gruźlicy. Trzeba raz dobrze zrozumieć, że o chorobotwórczości zarazka gruźlicy wiemy zaledwie cząstkę, że patogeniza gruźlicy jest jeszcze daleka od dokładnego poznania i że odporność w gruźlicy jest po dawnemu zagadką. Po stwierdzeniu, że o tych zagadnieniach wiemy bardzo mało, należy robić poszukiwania, a z czasem może uda się je wyświetlić. Natomiast frazesy będą nas trzymać na martwym punkcie i nie przyczynią się wcale do postępu.

Kluczy do rozwiązania tych zagadek należy szukać najprzód we właściwościach ustroju, podlegającego zakażeniu (główne cechy nabyte, które powodują powstawanie odczynu Kocha i t. p.), następnie zaś w cechach zarazka. Kol. P a s z k i e w i c z nie wspominał o postaciach przesączalnych i niekwasoodpornych. Nawet na terenie prątka kwasoodpornego istnieją pewne wytyczne, które tłumaczą niektóre odczyny tkankowe. Prątki bardzo zjadliwe, jak wynika z badań K a r w a c k i e g o nad potęgowaniem zjadliwości prątków Kocha, nie wywołują u świnek tworzenia się gruzełków ani procesu serowacenia, zabijają je natomiast w 7—10 dni wśród objawów posocznicy.

Prątki saprofityczne wywołują zmiany ropne u świnek, a u ludzi — ropnie zimne bez uogólniania się sprawy chorobowej.

Prątki średnio zjadliwe wywołują uogólnione zmiany przewle-

kłe z tworzeniem się gruzelków i mas serowatych, kończące się u świnek śmiercią. Rzecz jasna, że przesączalna postać zarazka musi wywoływać inne odczyny tkankowe, niż prątek kwasoodporny.

Badacze, zajmujący się tą sprawą, spostrzegali zakażenie gruczołów chłonnych bez wydatniejszych zmian anatomicznych, cierpienie stawów typu goścowego i charłactwo. Zakażenie w przeważającej liczbie przypadków kończy się powrotem do zdrowia.

Prątki i ziarniki cyanofilowe wywołują u świnek zapalenie wysiękowe opłucnej i otrzewnej, nieraz typowe zapalenie wielu błon surowiczych (polyserositis), zmiany zapalne w gruczołach chłonnych i płucach, ogniska serowacenia w narządach oraz t. zw. gruzlicę rzekomą. Nabierając w ustroju kwasoodporności, zarazki cyanofilowe zbliżają się pod względem jakości swego oddziaływania chorobotwórczego do klasycznej postaci Kocha.

Wielopostaciowość zarazka gruźlicy jest tym czynnikiem, który wyciska swe piętno na obrazie anatomopatologicznym i klinicznym zakażenia. Anatomja patologiczna powinna wciągać w zakres swego zainteresowania również morfologję zarazka w tkankach. (Streszczenie własne).

Kol. L a s k o w s k i J., członek T-wa, zaznacza, że ognisko A s s m a n a może tylko wtedy całkowicie cofnąć się, o ile polega na nacieku i nie serowacieje; jeśli zaś dochodzi do zserowacenia, to powrót do normy jest niemożliwy. Muszą się wtedy rozwinąć blizny, zrosty i t. d. w okolicy szczytowej. Musi istnieć związek patogenetyczny ognisk A s s m a n a ze zmianami szczytowymi, które spotykamy sekcyjnie w 80% przypadków.

Kol. S z c z e p a ń s k i Z., członek T-wa, omawiał ogniska wczesne, zapalenie okołogniskowe oraz łagodny przebieg zmian szczytowych.

Kol. R u d z k i S., członek T-wa, stwierdza, że wczesne rozpoznawanie gruźlicy płuc ma niezmiernie doniosłe znaczenie kliniczne i społeczne. W wielu przypadkach ratuje ono życie chorego. Rozpoznanie to wymaga dokładnego zbadania całych płuc. Objawy kliniczne we wczesnych okresach gruźlicy płuc występują najczęściej pomiędzy wnęką a obojczykiem; wczesne nacieki podobojczykowe w ujęciu assmanowskim są stosunkowo rzadkie. Zmiany szczytowe bywają zwykle późniejsze. Nikt z prelegentów — prócz rentgenologa — nie wpomniał, że na długo przed autorami niemieckimi i francuskimi w Polsce ś. p. D ł u s k i pisał o pozaszczytowem pochodzeniu gruźlicy płuc. Bardzo cenne spostrzeżenia swe w tym kierunku ś. p. D ł u s k i opisał w 1904 r. w pierwszym sprawozdaniu z działalności Sanatorjum Zakcpińskiego (opracowane wspólnie z C z a p

lickim i wydrukowane w *Przeglądzie Lekarskim*). Zastugi ś. p. Dłuskiego w tej dziedzinie podkreślili Seweryn Sterling i Olgierd Sokołowski w jubileuszowym numerze *Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego* (nr. 25 z 29 maja 1930 r.), poświęconym ś. p. Dłuskiemu. Jako były długoletni współpracownik ś. p. Dłuskiego, kol. Rudzki stwierdza, że ś. p. Dłuski, badając chorych, zwracał baczną uwagę na okolice wnękowe i podobojczykowe i w wielu przypadkach wykrywał tam — bez pomocy promieni Roentgena, jedynie zapomocą metod fizykalnych — ogniska gruźlicze wcześniejsze od szczytowych. Gdy w 1911 r. sprowadzono aparat rentgenowski do Sanatorium w Zakopanem, lekarze sanatoryjni ze ś. p. Dłuskim na czele zwrócili przedewszystkiem uwagę na fotografowanie płuc z ogniskami pozaszczytowymi. Zdjęcia seryjne, dokonywane w krótkich odstępach czasu, wykazywały dobitnie częste rozpoczynanie się gruźlicy w okolicy wnęk i powyżej nich oraz szybkie posuwanie się w kierunku szczytów.

Spostrzeżenia ś. p. Dłuskiego o pierwotnych ogniskach pozaszczytowych opisywane były systematycznie w sprawozdaniach Sanatorium Zakopiańskiego i drukowane w *Przeglądzie Lekarskim*.

W rozpoznaniu wczesnych okresów gruźlicy płucnej kol. Rudzki nadaje największe znaczenie metodom fizykalnym, zwłaszcza wysłuchiwanii. Obok tego jednakże należy stosować wszelkie inne nowoczesne metody badania, zwłaszcza radjoskopję i radjografię. Wyniki porównawcze badania płuc fizykalnego i rentgenowskiego ocenia w następującem zestawieniu: w 80% wyniki te są zgodne, w 15% badanie rentgenowskie daje więcej (są to zwłaszcza nacieki podobojczykowe, a pozatem ogniska środkowe i czasami jamy t. zw. nieme), wreszcie w 5% badanie fizykalne daje więcej objawów rozpoznawczych od radjoskopji, a nawet i od radjografji. (Streszczenie własne).

Kol. Bloch M. uważa, że spostrzeżenia klinicystów, tyżące początkowej gruźlicy płuc, nie znajdują poparcia ze strony anatomoopatologów. Klinika, mająca możność spostrzegania dynamiki rozwojowej spraw początkowych, straciła w obecnej chwili łączność z anatomją patologiczną. Omawia znaczenie t. zw. nacieczenia okołogniskowego.

Kol. Drodowicz G., członek T-wa, zwraca uwagę na niezbędnosć dokładnych zdjęć rentgenowskich w początkowych okresach gruźlicy płuc. Nie należy ograniczać się do prześwietlań. Nikte początkowe zagęszczenia miąższu płucnego wyraźniej zaznaczają się na zdjęciu, niż na ekranie. Pozatem jedynie tylko radjogramy, wykonywane w pewnych odstępach czasu, mogą być miarodajnym dowodem znikania początkowych nacieczeń wysiękowych. To zejście

nacieków wczesnych jest znacznie częstsze, niż się to naogół przyjmuje. (Streszczenie własne).

Kol. Filiński Wł., członek T-wa, stwierdza, że w referatach omawiano sprawę *restitutionis ad integrum* w gruźlicy płuc. Otóż zdaje się, że z punktu widzenia anatomii patologicznej nie posiadamy na to jeszcze dostatecznych dowodów. Kiedy mówi się o wczesnych ogniskach gruźliczych, które obejmują niekiedy duże odcinki płuca i które po jakimś czasie ustępują, nie pozostawiając zmian na zdjęciu, to sprawę można wytłumaczyć w ten sposób: niewielkie ognisko gruźlicze powoduje znaczne nieswoiste zapalenie okołogniskowe, które może ustąpić w warunkach, sprzyjających zdrowieniu. Okołogniskowe zmiany mogą też polegać tylko na obrzęku, który znika jeszcze łatwiej, samo zaś wysiękowe ognisko gruźlicze może otorbić się, wreszcie zawapnieć. Pozostałości mogą być nieznaczne, a cienie na zdjęciu zmniejszą się wybitnie i to daje powód do twierdzenia o wysaniu się wysiękowych ognisk gruźliczych. Sprawa *restitutionis ad integrum* jest niezwyklej wagi, ale pozostaje otwarta. (Streszczenie własne).

Kol. Dąbrowski K., członek T-wa, podkreśla ważność wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc zarówno pod względem leczniczym, jak i społecznym. Rozpoznawanie gruźlicy płuc winno się jednakże opierać jedynie na pewnym objawie, jakim jest obecność prątków Kocha w płwocinie chorego. Ma to doniosłe znaczenie społeczne.

Nie ulega wątpliwości, że spostrzeżenia autorów lat ostatnich ułatwiły w znacznej mierze nietylko badania rentgenowskie, lecz także i uprzednie spostrzeżenia licznych klinicystów. (Streszczenie własne).

Kol. Misiewicz J., członek T-wa, stwierdza, że:

1. Krwioplucie ułatwia znakomicie wczesne rozpoznawanie, bo objaw ten zbyt niepokoi chorego, dlatego też chory zgłasza się wcześniej do lekarza. Jednak często niema nietylko krwioplucia, lecz wogóle wszelkich objawów podmiotowych; często lekarz wykrywa suchoty płucne u ludzi rzekomo zdrowych (poradnia przeciwgruźlicza).

2. Sprawa badania anatomopatologicznego nacieków wczesnych jest trudna, bo naciek sam nie prowadzi bezpośrednio do śmierci. Istnieją jednak nieliczne przypadki, gdzie naciek był badany histologicznie, przytem stwierdzono obraz zapalenia płuc z obecnością lasczników w skrawkach mikroskopowych.

3. Nie ulega wątpliwości, że najszybszym i najpewniejszym sposobem wykrycia nacieku jest badanie rentgenowskie, w pewnym odsetku (jak to zaznaczył kol. Elektrowicz, około 20%) jest

to nawet bodaj jedyna metoda rozpoznawcza. Lecz w większości przypadków, a mianowicie wszędzie tam, gdzie naciek znajduje się dość blisko powierzchni płuc, objawy fizykalne istnieją i pozwalają na wczesne rozpoznanie. (Streszczenie własne).

Kol. Elektorowicz A., członek T-wa, uważa, że w rozpoznawaniu początkowych okresów gruźlicy badanie rentgenowskie nadal będzie miało największe znaczenie. Przestrzega przed zbyt pochopnym rozpoznawaniem nacieków świeżych tylko na podstawie niepewnych i nieznacznych zmian fizykalnych bez potwierdzenia rentgenowskiego. Może to wywołać podobne następstwa, jak w zbyt częstem rozpoznawaniu gruźlicy szczytowej, przed czym obecnie przestrzega się. Badanie rentgenowskie jest badaniem pomocniczym i dlatego tylko klinicysta, mając w ręku wszelkie wyniki badań, może właściwie rozpoznać cierpienie. Rentgenolog nie ustala rozpoznania, lecz wolno mu, a nawet powinien on wyciągnąć wnioski z otrzymanego obrazu i podać je klinicyście. Na tem polega współpraca z klinicystą. Im ta współpraca będzie ściślejsza, tem wyniki badań będą lepsze. (Streszczenie własne).

Kol. Orłowski W. członek T-wa, stwierdza, że Polska nie posiada dostatecznego materiału statystycznego, tyającego obrazu klinicznego i radiologicznego wczesnego okresu gruźlicy płuc. Materiał ten obecnie zbiera Poradnia Przeciwgruźlicza 2. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. W., której powstanie w dużej mierze zawdzięcza się b. Prezesowi Polskiego Związku Przeciwgruźliczego dr. Cz. Wroczyńskiemu.

Spostrzeżenia s. p. Dłuskiego, dotyczące t. zw. wczesnych nacieków, są dobrze znane i należycie oceniane, tyczą się one również i pleurite à répétition.

Najważniejszą zdobyczą w latach ostatnich z dziedziny gruźlicy płuc jest odgraniczenie pospolitych suchot płucnych od gruźlicy odszczytowej. Suchoty zaczynają się ostro lub podostro, najczęściej w okolicach podobojczykowych oraz w zone d'alarme u osób, często dobrze odżywionych i dobrze zbudowanych. Budowa ciała jest więc zwodna. Dane te nie zwalniają jednak od dokładnego badania szczytów płucnych. Przedewszystkiem bowiem bardzo często wczesne zmiany podobojczykowe dają objawy fizykalne najpierw, a nawet wyłącznie, w szczytach. Ponadto łagodne postaci szczytowej gruźlicy płuc mogą pod wpływem działania czynników, obniżających odporność ustroju, przebiegać złośliwie i przejść w suchoty pospolite płuc. W sprawie znaczenia reinfectionis i superinfectionis ostatnio zajęto stanowisko, że nawet małe ilości prątków, przedostając się do płuc, mogą zginać, wyzwolić jady i na tej drodze uczyn-

niać stare ogniska. W ten sam sposób mogą działać czynniki nieswoiste, jak np. pozajelitowe wprowadzenie mleka, ciąża, niedosypianie, przebyta grypa i t. p. We wszystkich tych przypadkach jest to zakażenie pochodzenia wewnętrznego, rozbudzone czynnikiem zewnętrznym.

Co się tyczy rozpoznawania wczesnych ognisk, to trzeba dążyć do tego, by opierać się na danych badania fizykalnego i dlatego też należy starać się o dokładne przyswojenie tych metod, traktowanych dziś nieraz po macoszemu. Zasługą rentgenologii jest wykazanie, że dotychczas niedość dokładnie badano niektóre okolice klatki piersiowej. Metoda rentgenowska winna pozostać jako cenna metoda pomocnicza. (Streszczenie własne).

Zebranie zamknięto o godzinie 22 min. 10.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 14 kwietnia 1931 r.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 50, wprowadzonych gości — 50.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 24.III.1931 r. przyjęto.
2. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie o ś. p. drze **Karolu Rychlińskim.**

W dniu 23 marca w Drewnicy pod Warszawą zmarł ś. p. **Karol Rychliński**, członek czynny Towarzystwa od 1893 roku. Urodził się 2 listopada 1864 roku we wsi Łoniowie, powiatu sandomierskiego, ówczesnej gub. radomskiej. Do szkół począł uczęszczać w 1875 r. w Sandomierzu. Po ukończeniu miejscowego progimnazjum przeniósł się do gimnazjum radomskiego. Świadectwo dojrzałości uzyskał w 1884 r. Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego ukończył w 1890 r. ze stopniem lekarza. Niebawem objął stanowisko ordynatora nadetatowego Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych. W 1892 r. został mianowany ordynatorem etatowym tejże kliniki.

Ś. p. **Rychliński** brał żywy udział w życiu T-wa, dopóki nie pochłonęły go całkowicie doniosłe, w szerokim zakresie zamierzone prace w dziedzinie społeczno-lekarskiej. Jednak nie przestawał się nigdy interesować sprawami T-wa, z którym aż do zgonu serdecznie był związany. To też tu, gdzie przez duchowo wiążące nas nici stanowiliśmy i stanowiąc mamy jedną rodzinę, godzi

się przypomnieć o ś. p. Rychlińskim jako o jednym z nas, że zeszedł z tego świata niepospolitych wartości i niezwykłych zasług lekarz-obywatel, zawsze gorący Polak-patriota. Z chwilą gdy dojrzał jako lekarz psychiatra, począł żyć pragnieniem niesienia ulgi obłąkanym. Pragnieniu temu oddał się naprawdę całkowicie. Pierwszy w Polsce wprowadził w czyn t. zw. system otwartych drzwi w zakładach dla chorych umysłowo. A w ówczesnych stosunkach, kiedy państwo zaborcze, pochłonięte własną troską o zwalczanie coraz gwałtowniej rosnącego ruchu rewolucyjnego, dążyło u nas jedynie do tępienia polskości we wszystkich dziedzinach życia, wydawało się wprost szaleństwem myśleć o stworzeniu nowego odpowiedniego zakładu leczniczego. W opłakanych (przed 26 laty) warunkach trudno było mówić o wprowadzeniu wspomnianego systemu w Szpitalu Św. Jana Bożego lub w Tworkach. Dla ś. p. Rychlińskiego niemożliwości nie istniały. Po zawiązaniu więc T-wa Opieki nad Umysłowo i Nerwowo Chorymi udało się ś. p. Rychlińskiemu niebawem uzyskać od władz rosyjskich prawo użytkowania kilku zrujnowanych budynków w Drewnicy, opuszczonych przez Przytułek dla Dzieci i Sierot po Żołnierzach Rosyjskich. Tu umieścić pierwszych kilkunastu chorych, stając do pracy, oparty materialnie o wspomniane T-wo, które też prawie nic nie posiadało, gdyż na fundusze, płynące ze skromnych składek nielicznych członków, nie można było poważnie liczyć. Jak ś. p. Rychliński umiał zabiegać u władz w Warszawie i Piotrogradzie, jak umiał wyszukiwać ludzi ofiarnych, jak jednych wzruszał, innych przekonywał, o tem można i należałoby napisać studjum. Tu trzeba stwierdzić, że dziś, po 26 latach, Zakład w Drewnicy skanalizowany, oświetlony elektrycznością, posiadający wzorowy pawilon im. Marii Kierbedziej, pracownię anatomiczną i analityczną, jest posiadaczem 70 morgów terenu uprawionego i daje obecnie przytułek 456 chorym. Obok tej, nie dającej chwili wytchnienia pracy nad rozwojem Drewnicy, ś. p. Rychliński znalazł czas na wzięcie wybitnego udziału w organizacji i budowie przez Towarzystwo Opieki nad Umysłowo i Nerwowo Chorymi sanatorium w Karolinie dla ludzi, wyczerpanych pracą. Zakład ten wzorowo urządzony, a w niespełna 3 lata oddany do użytku, został w latach 1914 i 15 dwukrotnie przebrany okopami niemieckimi i rosyjskimi i dotąd odrodzić się nie może. Bez cienia przesady można powiedzieć, że tej mozolnej, zdawałoby się przerastającej ludzkie siły pracy, ś. p. Rychliński dokonywał sam jeden. Prawda, miał z biegiem czasu coraz więcej życzliwej pomocy od szlachetnych i dobrych ludzi, ale ci szli za tem jego szczerem i czystym współczuciem dla cierpienia, za tem

wielkiem umiłowaniem sprawy, które zeń promieniowały, a którym nawet urzędnik rosyjski oprzeć się nie mógł. I najjaskrawiej okazało się to w 1915 r., w chwili opuszczenia Królestwa przez Rosjan, zachęcających i zmuszających ludność cywilną do ewakuacji. Ś. p. Rychliński był lekarzem Kolei Państw. i w razie pozostania w Warszawie groziła mu, poza odpowiedzialnością dyscyplinarną, przede wszystkim utrata kapitału, nagromadzonego w Kasie Emerytalnej, jedyne go zabezpieczenia starości tego niezamożnego człowieka. Jednak ś. p. Rychliński nie zawahał się wcale, pozostał w Drewnicy ze swymi już wówczas bez mała 200 chorymi, ratując dobytek przed zrównaniem z ziemią, jak to było postanowione, gdyż tu właśnie był teren walk tylnych straży. Następnie zamieszkał na stałe w Drewnicy i cały ciężar prowadzenia zakładu wziął na swe barki. Był w jednej osobie kuratorem, intendentem, naczelnym lekarzem, ordynatorem i asystentem. Stan taki trwał w ciągu 8 lat, bo dorywczej pomocy, jaką mógł znaleźć w tych studentach, co jeszcze do wojska nie byli powołani lub też zeń zostawali czasowo zwolnieni, nie można brać poważnie.

Gdy w 1916 r. Warszawa otrzymała upragniony samorząd, któremu tak ochoczo, a bezinteresownie, pracę swą ofiarowali wszyscy, którzy byli wrażliwi na ideały społeczne i je naprawdę w duszy posiadali, ś. p. Rychliński staje w Radzie Miejskiej obok Chęłchowskięgo, Paderewskięgo, Chodźki i po całodzienniej pracy w Drewnicy poświęca jeszcze kilka wieczorów w tygodniu sprawom gospodarki miejskiej, a przede wszystkim jej organizacji, i to pod bardzo wytrawnym okiem niemieckiego okupanta. Tu, jako przewodniczący t. zw. Delegacji Szpitalnictwa, wykazuje niezwykłą znajomość tej dziedziny gospodarki miejskiej i w trudnych warunkach kieruje sprawą szpitalnictwa z dużą odwagą cywilną. W 1918 r. ś. p. Rychliński został powołany na wiceprezydenta miasta. Jednak po kilku miesiącach opuścił to stanowisko: Drewnica bowiem znajdowała się w coraz cięższym położeniu z powodu stosunków wojennych i politycznych, nabierających szybko cech chaosu. Jednocześnie jako zakład leczniczy coraz bardziej społeczeństwu potrzebna, pochłonęła ś. p. Rychlińskiego całkowicie. Nie opuścił też tej umiłowanej Drewnicy aż do zgonu, poprzez nawałę bolszewicką, poprzez bitwę pod Warszawą, rozgrywającą się także na terenie Zakładu, a i poprzez pierwsze lata Rzeczypospolitej, która wtedy przecież tyle miała do spełnienia zadań daleko pilniejszych z punktu widzenia potrzeb organizacji państwa. Choroba serca, którą ś. p. Rychliński był obciążony od dzieciństwa, już na kilka lat przed śmiercią poczęła go wyczerpywać: parokrotnie zdawało

się, że go już ostatecznie powala. On jednak dźwigał się z łoża nieoczekiwanie, wracał znów do pracy, ożywiony na zadziwiająco długie okresy: widok rozwijającego się nieustannie szpitala dodawał mu iscie zagadkowych sił, pozwalał zwalczać wszystkie przeszkody, znosić wszelkie, często niemałe, przykrości, jakich życie takim, jak on, nie zwykło oszczędzać.

Ś. p. R y c h l i ń s k i ogłosił drukiem:

Przyczynek do anatomji patologicznej amencji. 1891.

Przyczynek do nauki o ostrych psychozach. 1892.

Przyczynek do badania drobnowidzowego mózgu. 1892.

Przyczynek do nauki o psychozach perjodycznych i pojmowaniu zbroczeń umysłowych. 1894.

Anormalny pęczek włókien nerwowych na dnie IV komory. 1894.

Istota natręctwa myślowego. Warszawa, 1909.

Parę uwag w sprawie t. zw. rozszczepienia psychicznego. 1916.

Tak w najbardziej pobieżnym skrócie przedstawia się treść życia jednego z polskich lekarzy-społeczników. Ś. p. R y c h l i ń s k i żył dla jednego z wielkich ideałów społecznych, jakim jest niesienie ulgi w cierpieniu, pracował nie dla kariery i nie dla grosza, pozostawia po sobie czyn niepowszedni, który pokolenia będą błogosławić. Cześć i hołd wielkiej zasłudze ś. p. R y c h l i ń s k i e g o. (Streszczenie własne).

Zabrani uczcili pamięć Zmarłego powstaniem z miejsc i jednodominutową ciszą.

3. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa:

Virchow's Archiv f. pathologische Anatomie u. Physiologie. Bd. 280, H. 2, 1931.

Bonhomme. Pathologie de la fonction menstruelle et traitement. 1930.

Grzywo-Dąbrowski. Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego za rok 1930. Odb. 1931.

„ Polska bibliografja kryminologiczna, sądowo-lekarska i działków pokrewnych za rok 1930. Odb. 1931.

Figier H. Czy istnieje choroba Buergera i co stanowi jej istotę? Odb. 1930.

Jugel. Blutdruckmessungen am Zahnfleisch. Odb. 1923.

Kazil. Heilung der Tuberkulose mit Silicol. Odb. 1930.

Korczyński. Zarys balneoterapii i balneografji krajowej. Kraków, 1900.

Loebel H. O znieczuleniu miejscowem w małej ginekologii. Odb. 1930.

Mamlok. Moderne Mundhygiene auf biologischer Grundlage. Odb. 1924.

Platzer. Doświadczenia z doustnie podawaną szczepionką gonokokową. Odb.

Kegmunt-Sobieszczański. Gruzlica wśród uczniów. Odb. 1931.

Sterling Wł. Dziecko epileptyczne. Odb. 1930.

„ Dziecko umyślowo upośledzone. Odb. 1930.

„ Dziecko psychopatyczne. Odb. 1927—28.

„ Dziecko histeryczne. Odb. 1927—28.

„ Dziecko moralnie upośledzone. Odb. 1928—29.

„ Metodyka badania układu nerwowego. Odb. 1930.

„ O opiece nad dziećmi umyślowo upośledzonymi w Polsce i zagranicą. Odb. 1927.

Zembrzusi L. Z dziejów chirurgji. Trepanacja przedhistoryczna. Odb. 1931.

Les villes d'eaux et stations climatiques françaises. 1931.

Bychowski. 40 lat neurologji polskiej (1890—1930) przy wspólnej pracy dra H. Higiera. Odb. 1931.

oraz b) doniósł o utworzeniu tymczasowego Komitetu Funduszu Stypendjalnego im. ś. p. prof. dra med. B. r. S a w i c k i e g o. W skład Komitetu weszli przedstawiciele: Wydziału Lekarskiego (Dziekan prof. dr. med. A. L e ś n i o w s k i), Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (dr. med. L. B a b i Ń s k i i prof. dr. med. L. P a s z k i e w i c z) oraz Towarzystwa Chirurgów Polskich i Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego (doc. dr. med. W. Ł a p i Ń s k i i doc. dr. med. B. S z e r s z y Ń s k i).

4. Kol. Mikułowski Wł., członek T-wa, przedstawił „Przypadek rozstrzeni oskrzeli u 11-letniego dziecka kiłowego”.

Dziewczynka, semitka, przybyła 9.XI.1930 r. z prawostronnem zapaleniem płuc. 15.XI. zjawił się w prawej jamie opłucnowej wysięk surowiczowo-włóknikowy (pneumokokowy), który następnie 27.XI. przeistoczył się w ropny. Równocześnie z tem powikłaniem w dolnym płacie płuca rozwinęła się rozstrzeń oskrzela, przyczem chora wykrztusiła cuchnącą plwocinę śluzowo-ropną.

Mimo utrudnionych przez to warunków zabiegu chirurgicznego, dn. 20.XII. wykonano niezbędne wycięcie żebra po stronie prawej. Po zabiegu gorączka spadła i zapalenie opłucnej cofnęło się. Po stronie lewej rozstrzeń oskrzela powodowała przez 2½ miesiąca szmer jamisty, po którym zjawiły się rżenia wilgotne. Zdjęcie rentgenowskie po wypełnieniu oskrzeli lipjodolem potwierdziło rozpoznanie. Badanie bakterjologiczne (także na pożywkach Petrowa i Roguskiego) i biologiczne (na świnkach) ropy z opłucnej i plwociny nie ujawniły, przy ujemnych skórnych próbach tuberkulinowych,

etjologii gruźliczej rozstrzeni oskrzelowej mimo rzekomo gruźliczego habitus (Ameuille), jaki chora posiadała. Oprócz nadmiernego uwłosienia policzków i grzbietu zwraca uwagę u chorej patologiczna chudość 20 kg., zamiast 32 kg., co łącznie z małą głową (49 cm. obwód), akrocjanozą, nadmierną wrażliwością na zimno (krymestezją) i hiposfiksją nosi cechy cierpienia naczyń i gruczołów wydzielania wewnętrznego (waskuloendokrinopatia).

Krew dziecka wykazuje mocno dodatni odczyn Wassermanna, język jest dość charakterystyczny dla kiły (lingua scrotalis), stan nerwowy przy żywej inteligencji ma patologiczną pobudliwość (na którą w rozstrzeniach oskrzeli zwrócił uwagę Vogt). Bezpośrednią przyczyną rozstrzeni oskrzelowej było zapalenie płuc. Jednak przyczyną pośrednią i sprzyjającą mniejszej wartościowości tkanki elastycznej oskrzeli była konstytucja kiłowa dziecka. Nadmierna chudość dziecka uprawnia do wniosku o zakażeniu kiłą układu gruczołów wydzielania wewnętrznego (objaw opisany przez Mouriquanda). Mimo znanej wzajemnej korelacji poszczególnych gruczołów dokrewnych można, z dużym prawdopodobieństwem, doszukiwać się w przypadku tym niedomogi przysadki. Przemawia za tem przypuszczeniem spostrzegane w danym przypadku (a często opisywane przez autorów w rozstrzeniach oskrzelowych) zjawisko rozszerzenia żył, które na brzuchu tworzą „głowę meduzy” i przechodzą na grzbiet i uda w postaci grubych żyłaków. Według Marie, Sicarda, Gaugiera żyłaki są znamienne dla akromegalji. Także w ciąży i w miesiączce spotykane przejściowo „fizjologiczne” żyłaki są pochodzenia przysadkowego (antagonistyczne działanie hormonu ciała żółtego i hormonu przysadki). Sprawa żyłaków w przebiegu rozstrzeni oskrzelowych może znaleźć wytłumaczenie w hipotezie o wpływie przysadki na napięcie ścian żylnych.

Prawdopodobnie przysadka wpływa również na sprężystość oskrzeli. W ten sposób rozstrzenie oskrzelowe i żyłaki byłyby przejawem cierpienia tkanki sprężystej (elastopathia), zależnego od zmian w gruczołach wydzielania wewnętrznego. Podobny przypadek prelegent omawiał w Pol. Tow. Pedj. dn. 22.X.1930 r. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Filiński W., członek T-wa, uważa, że ze względu na nierówność brzegów jamy można przypuszczać raczej, iż jest to nie rozstrzeń oskrzelowa, lecz jama po ropniu płuca.

Przysadka mózgowa, jako gruczoł pobudzający wzrost, może powodować przerost narządów wewnętrznych w całości, np.

w akromegalji. Powiększenie światła jelit lub oskrzeli musiałyby równomiernie dotyczyć całej ich rozciągłości, a nie ograniczać się do rozszerzenia workowatego, jak w omawianym przypadku ograniczonej rozstrzeni oskrzela. W każdym razie w rozstrzeni oskrzela i żyłakach prelegent chciałby widzieć podobieństwo do akromegalji, a więc chciałby wiązać te zmiany z nadczynnością przysadki. Tymczasem chory robi wrażenie wręcz przeciwne. Stan dziecięcy (infantilismus) i niezmierna chudość mogłyby być przypisane tylko niedomocze przysadki, podobnie jak charłactwo przysadkowe (cachexia hypophysaria). W danym przypadku stan dziecięcy i chudość należałoby łączyć nie tyle z zaburzeniami w gruczołach, lecz z wpływem szkodliwego zakażenia kiłowego w życiu płodowym i wynikające stąd niedorozwoju. (Streszczenie własne).

Kol. Mikułowski W., członek T-wa, przedstawia w odpowiedzi bezpośrednią kliszę rentgenowską, wykazującą obecność rozstrzeni wypełnionej lipjodolem. Dowodzi ona ostatecznie, że jama jest rozstrzenią oskrzelową. Stwierdza, że rozpoznanie rozstrzeni ustalił na podstawie klinicznego przebiegu, który, jak podawał, był bezgrączkowy. Należało więc wyłączyć obecność ropnia. Zdjęcia z lipjodolem przedstawił tylko dla ostatecznego potwierdzenia rozpoznania.

Chudość w omawianym przypadku jest oznaką zakażenia kiłowego. Jednak nie uzależniał jej od zaburzeń wydzielania przysadki. Do przysadki odnosił jedynie, i to z zastrzeżeniem, same rozszerzenie żył i rozstrzeń oskrzela. Powołuje się na podobny pogląd Levy'ego, który również w swojej monografji elastopatję wiąże z zaburzeniami wydzielania przysadki. (Streszczenie własne).

5. Kol. Karwacki L., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „O postaci ziarnistej jadu gruźliczego”. Część II.

Prelegent uzyskał największą liczbę hodowli ziarnistego zarazka gruźliczego z posiewów płynów w przypadkach wysiękowego zapalenia opłucnej (blisko stu), dalej z posiewów płynu mózgowo-rdzeniowego, płwociny, ropy, moczu i krwi chorych na gruźlicę. Często hodował tę postać prątków z narządów świnek, zakażonych gruźlicą. Wspomina także o pracach Raveleta i Play Armengolda oraz Penka nad przechodzeniem prątka kwasoodpornego w ziarna w ustroju zwierzęcym pod wpływem tuberkuliny. Powstawanie ziarn w prątkach kwasoodpornych, jak wynika z badań prelegenta, dokonywa się najczęściej wtedy, kiedy zarzek podlegał działaniu pewnych czynników szkodliwych. W dalszym ciągu przemówienia prelegent nakreślił cechy hodowlane, morfologiczne i biochemiczne ziarników. Ziarniki na podłożach sztucz-

nych przestaczają się w prątki kwasoodporne. Zjawisko to występuje wybitniej na podłożach z tłuszczami. Z 94 hodowli z płynów opłucnowych w 9 ziarniki przeszły w prątki kwasoodporne. Z 42 hodowli prątków kwasoodpornych, które przeszły w ziarna, w 6 pojawiły się prątki kwasoodporne w różnych ilościach.

Prelegent omówił chorobotwórczość postaci ziarnistej dla świńek, zatrzymując się dłużej nad tak zwaną gruźlicą rzekomą i wykazując zależność jej od jadu gruźliczego.

Wśród 50 świńek zakażonych jadem ziarnistym u 6 jad ten przeszedł w postać prątków kwasoodpornych, wywołując uogólnione zmiany gruźlicze. P a n e k ostatnio miał wyniki jeszcze pomysłniejsze. Stosunek między prątkiem kwasoodpornym i ziarnikiem cyanofilowym jest odwracalny. Dowodzi to niezbicie wielopostaciowości zarazka gruźliczego. Ziarnik jest jedną z postaci rozwoju zarazka. Prelegent przedstawił szereg preparatów zarazka ziarnistego. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. S z c z e p a ń s k i Z., członek T-wa, zapytuje, czy ze zmienności prątka gruźliczego można wyciągnąć jakieś wnioski dla rokowania, jak to czyni wielu autorów.

Kol. K a r w a c k i L., członek T-wa, stwierdza, że postać cyanofilowa zarazka gruźlicy jest zjadliwsza od postaci kwasoodpornej, bo może zabić świnkę w ciągu 24 godzin, czego prątek kwasoodporny nie może dokonać.

Niema jakiegś stałej zależności między zjadliwością prątków kwasoodpornych, a ich postacią morfologiczną.

6. Kol. B l o c h M., wygłosił odczyt p. t.: „O r a c j o n a l n e m u j ę c i u k l i n i k i p r z e w l e k ł e j g r u Ź l i c y p ł u c d o r o s ł e g o . T y p y k l i n i c z n e . T y p I : s u c h o t y p ł u c n e i o d m i a n y t e g o t y p u”.

Prelegent rozpatruje olbrzymie przeobrażenie, jakiemu w ciągu ostatnich kilku lat uległy poglądy na powstawanie, rozwój i przebieg kliniczny przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego. Chce z jednej strony przyczynić się do ich wyświeetlenia i uproszczenia, z drugiej zaś zamierza, opierając się na najnowszych zdobyczach naukowych, dać racjonalne drogowskazy w orientacji klinicznej w gruźlicy płuc. Ułatwią one nie tylko specjalście, ale i lekarzowi praktykowi właściwe ustosunkowanie się pod względem rozpoznawczym i leczniczym do tej, tak złożonej i wielopostaciowej choroby.

Wychodzi z podstawowego założenia, że niema jednolitej choroby o mianie „suchot płucnych”, które rzekomo początkowo za-

wsze zaczynają się w szczytach płucnych, gdzie mogą zatrzymać się i lub też, co zdarza się częściej, szerzyć stąd na dalsze odcinki płuc. Nawet najbardziej dokładne badanie szczytów nie może przyczynić się ani do wczesnego rozpoznawania, ani też do wczesnego leczenia suchot płucnych.

Po szczegółowym rozpatrzeniu współczesnego stanu teoretyczno-naukowych podstaw naszej wiedzy o gruźlicy płuc, dochodzi do wniosku, że ani anatomja patologiczna gruźlicy, ani bakterjologia, ani też nauka o patogenezie i czynnikach biologiczno-odpornościowych nie są jeszcze na tyle doskonałe, aby na nich tylko można było oprzeć orientację kliniczną.

Za najbardziej odpowiednie uznaje ujmowanie kliniki gruźlicy płuc z punktu widzenia podziału na szereg typów klinicznych, których przebieg, rokowanie, anatomja patologiczna i patogeniza zgóry są wiadome.

Za podstawę bierze podział Bard-Pierr'y'ego. W celu uproszczenia i łatwiejszej orientacji wprowadza doń z jednej strony, za W. Neumanna, czynnik patogenetyczny wg. Rankego (uwzględniający drogę dostania się i szerzenia zakażenia gruźliczego w płucach), a z drugiej strony — najnowsze zdobycze naukowe, osiągnięte w dziedzinie rentgenologii gruźlicy płuc. Zdobycze te nie zostały należycie uwzględnione przez Neumanna w jego znakomitej pracy, gdzie największy nacisk położono na wyniki badania fizykalnego.

Wszystkich chorych na gruźlicę należy podzielić na dwie zasadnicze grupy. Jedna cechuje się znośnym, a nieraz nawet bardzo dobrym, stanem ogólnym i samopoczuciem w złym anatomicznym stanie płuc. Chorzy tacy tylko od czasu do czasu zapadają na t. zw. schorzenia grypowe, które zależą od obostrzenia zmian gruźliczych w płucach. Chorzy ci skłonni są do nader szybkiej, ale niestety tylko pozornej, złudnej poprawy; w końcu bowiem chorzy ci w większości przypadków po upływie różnego okresu czasu giną z suchot płucnych.

W tego rodzaju przypadkach choroba zjawia się nieoczekiwanie wśród pełnego zdrowia. Rozbudowa sanatorjów zapobiegawczych jest w stosunku do tych chorych rzeczą bezsensowną. Chorzy ci są najbardziej niebezpieczni, bo nie mając wyglądu „suchotników“, stanowią największy odsetek chorych prątkujących.

Na czele tej grupy prelegent pisuje p h t h i s i m f i b r o - c a s e o s a m c o m m u n e m wg. Bard-Pierr'y'ego-Neumanna, której najbardziej charakterystycznymi cechami są: 1. początek ostry lub

podostry u ludzi najczęściej dobrze zbudowanych i odżywionych, dotąd zupełnie zdrowych, nie mających nigdy nic wspólnego z t. zw. objawami szczytowymi (jak stany podgorączkowe, poty nocne i t. p.), 2. podstępny sposób szerzenia się choroby pojedynczemi napadami, między którymi następuje nieraz nawet bardzo wybitna, ale niestety tylko pozorna, poprawa, nie zabezpieczająca od dalszego niespodziewanego postępowania sprawy chorobowej (zostaje oszukany przez chorobę nie tylko chory, ale i lekarz, jeśli nieświadom jest tego zjawiska i zadawalnia się osiągniętą, na pozór trwałą poprawą), 3. odpowiednikiem anatomicznym tej postaci gruźlicy płuc są zmiany naciekowe w płucach; zmiany te najczęściej usadawiają się w okolicach podobojczykowych, mogą jednak zajmować i inne części płuc, 4. nie zawsze ta postać suchot płucnych daje wyraźne objawy kliniczne, które możnaby łatwo spostrzegać; natomiast rozstrzygające znaczenie we wczesnym rozpoznawaniu jej ma wczesne zastosowanie badania promieniami rentgenowskimi oraz wczesne badanie płwociny, 5. jedynym racjonalnym sposobem postępowania leczniczego jest wczesne zastosowanie odmy, kiedy naokoło ognisk rozpadowych nie zdążyła się jeszcze wytworzyć łącznotkankowa otoczka, ani też zrosty; postępowanie takie jest tembardziej konieczne, że w tej postaci chorobowej sprawa szerzy się w płucach w pierwszym rzędzie oskrzelami (aspiracja), 6. ze stanowiska społecznego chorobę tę należy zwalczać nie rozbudową sanatorjów zapobiegawczych, ale uświadamianiem lekarzy, że w każdym podejrzanym, t. zw. grypowym przypadku, powinno się najwcześniej zastosować badanie rentgenowskie oraz badanie płwociny. W razie dodatniego wyniku należy natychmiast zastosować odmę sztuczną. Trzeba też jak najenergiczniej dążyć do rozbudowy instytucyj (przychodnie i t. p.), w których ta świadoma działalność lekarska znalazłaby jak największe zastosowanie praktyczne. Społeczne zwalczanie tej postaci gruźlicy płuc jest tembardziej konieczne, że w ten sposób opanowuje się najobfitsze źródło otwartej gruźlicy.

Poglądy swoje prelegent popiera licznymi przykładami z historii chorób z własnego doświadczenia oraz zdjęciami rentgenowskimi. Daje przykłady ostrego i podostrego początku tej sprawy chorobowej (podobieństwo do przebiegu grypy, zapalenia płuc, a nawet zapalenia migdałków). Przytacza też przypadki, z których wynika duże znaczenie badania rentgenowskiego oraz badania płwociny nawet przy najmniejszych objawach fizykalnych.

W okresie początkowego nacieku jest to *phthisis fibro-caseosa incipiens*, po kilku obostrzeniowych nawa-

łach („Schub“)—*phthisis fibro-caseosa confirmata*, wreszcie—*phthisis fibro-caseosa consumptiva*. Przytem nie jest wyłączone, że w każdym ze wspomnianych okresów mogą nastąpić długotrwałe złagodzenia, albo nawet zatrzymanie dalszego szerzenia się cierpienia. Mamy wówczas *phthisim fibro-caseosam incipientem secundarie fibrosam* lub *phthisim fibro-caseosam consumptivam secundarie fibrosam*. Najczęściej jednak bez wczesnego racjonalnego leczenia cierpienie, posuwając się nawałami, doprowadza do śmierci.

W końcu prelegent omawia dwa typy kliniczne w tejże samej grupie *phthisis fibro-caseosae communis*, których łagodniejszy przebieg może być zgóry przepowiedziany. Są to *phthisis cavitaria stationaris* i *phthisis fibro-caseosa corticalis*. Przedstawia odpowiednie przypadki. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Misiewicz J., członek T-wa, stwierdza na podstawie wygłoszonego odczytu, że lekarze pracujący w szpitalu dla gruźliczych inaczej zapatrują się na wczesne rozpoznawanie gruźlicy, niż lekarze pracujący w przychodniach. Niektóre z przedstawionych przypadków należy zaliczyć do późnych (np. przypadek z przesunięciem tchawicy). Rozpoznanie wczesnego ostrego gruźliczego ogniska zapalnego nie upoważnia jeszcze do założenia odmy, wbrew twierdzeniom prelegenta. Wskazaniem do założenia odmy jest natomiast obecność jamy lub chociażby prątków Kocha w płwocinie. Nie ulega wątpliwości, że istnieją jamy nieme. Nie są one tak częste, jak twierdzi kol. Bloch. W praktyce codziennej nie można opierać rozpoznania jamy na objawach Gerhardta, Friedreicha i Wintricha. Objawy te występują zaledwie w 7% przypadków. Mogą być jamy jawne, a nie dawać objawów. Kol. Bloch nie wprowadza bynajmniej nowego podziału gruźlicy płuc, lecz omawia postępującą gruźlicę płuc włóknisto-serowatą (*phthisis fibro-caseosa progrediens*). Nie należy mówić o leczeniu uciskowem, lecz raczej odprężającym i unikać ciśnień dodatnich. (Streszczenie własne).

Kol. Brokmann H., członek T-wa, uważa, że postać wysiękowa gruźlicy płuc u dorosłych, szczególnie naciek Assmanna, daje złe rokowanie: rzadko się cofa, zwykle ulega serowaceniu i rozmiękaniu, natomiast u dzieci, w większości przypadków, zmiany te ulegają wessaniu. Trudno ustalić od czego zależy ta różnica, prawdopodobnie chodzi tu o inne stany alergji lub też o inne drogi szerzenia się.

Zmiany wczesne u dzieci dają tylko nieznaczne objawy opukowe. Zależy to prawdopodobnie od głębszego umiejscowienia.

Kol. M o c z a r s k i W., członek T-wa, nie uznaje poglądu kol. B l o c h a na znaczenie promieni rentgenowskich za zupełnie słuszny. Na pierwszym planie należy postawić zawsze badanie fizykalne, następnie — dłuższe spostrzeganie chorego, a dopiero na końcu — badanie rentgenowskie. Rentgenolog niezawsze potwierdza rozpoznanie kliniczne jamy, nawet wtedy, gdy ona rzeczywiście istnieje. Dopiero wielokrotne badanie rentgenowskie w różnych płaszczyznach wykrywa jamę. Nie można stosować odmy zbyt pochopnie, gdyż zaledwie nieduży odsetek leczonych odmą wraca do pracy. Takie same wyniki daje leczenie klimatyczne tych chorych, którzy nadają się do leczenia odmą.

Kol. M a ń k o w s k i A., członek T-wa, zapytuje w jaki sposób kol. B l o c h wyobraża sobie anatomopatologicznie wczesne zjawienie się jam, jeżeli sądzi, że są one wynikiem wysysania.

Kol. C y t r o n b e r g S. nie znajduje ścisłego związku między treścią wygłoszonego referatu a jego tytułem. Nie wie także, czy kol. B l o c h skończył referat. Pojęcie suchot płucnych jest bowiem znacznie obszerniejsze, niż przewlekła gruźlica, która jest tylko jedną postacią. W referacie niema właściwie nic nowego, gdyż omawiany podział jest podziałem N e u m a n n a. Nie można również zgodzić się z przedstawionymi wskazaniem leczenia odmą.

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, uważa nazwę „wczesny naciek“ za zupełnie niewłaściwą, należy używać określenia „wczesne ostre ognisko gruźlicze“. Następnie zwraca uwagę na odróżnianie pojęć „odżywianie“ i „odżywienie“. W wygłoszonym referacie podział gruźlicy ujęto według N e u m a n n a, jednak dołączono doń dane rentgenowskie i to jest właśnie nowe.

Racjonalne ujęcie podziału polega na tem, że wyodrębnia się pewne postacie gruźlicy, co do których zgóry możemy powiedzieć, że będą one przebiegały w ten, a nie w inny sposób. W rozpoznaniu wczesnego ostrego ogniska gruźliczego nie należy stawiać badania rentgenowskiego przed fizykalnem, lecz odwrotnie. Wybitne znaczenie ma badanie płwociny na prątki Kocha. Cenne usługi może tu dać metoda amerykańska (zbieranie płwociny na lusterko krtaniowe). Często bowiem nawet wtedy, gdy prawie że niema płwociny, znajdujemy bardzo liczne prątki. Należy także badać krew (metoda L ö w e n s t e i n a), w której we wczesnych okresach znajdujemy nieraz liczne prątki. Gruźlica płuc bardzo często zaczyna się jak grypa, nie należy ulegać sugestji i bardzo dokładnie badać płuca. W wielu przypadkach, zwłaszcza, gdy grypa przedłuża się ponad

5 — 7 dni, można właściwie rozpoznać nawet bez badania rentgenowskiego. Jamy nieme nie są tak częste, jak to podał prelegent. Po stwierdzeniu wczesnego ostrego ogniska gruźliczego nie należy od razu stosować odmy. Niektórzy klinicyści niemieccy stosują ją dopiero wtedy, gdy stwierdzają jamę, jednak z tem trudno się zgodzić. Trzeba najpierw stwierdzić, czy jama jest prawdziwa, czy rzekoma (nakładanie się cieni). Nie należy stosować odmy wcześniej, niż znajdziemy w płwocinie prątki Kocha. W referacie nie podkreślono, jak długo należy stosować odmě. W ostatnich czasach A s c h o f f uważa, że początkowe zmiany gruźlicze mogą powstawać w szczytach, umiejscawiają się jednak poza obojczykiem i badanie rentgenowskie nie wykazuje ich. Ze szczytów zmiany szerzą się wtórnie na okolicę podobojczykową, zatem sprawy odszczytowego szerzenia się gruźlicy nie można jeszcze odrzucić. U ludzi ze skazą artretyczną suchoty płucne przebiegają łagodniej i mają skłonność do zmian włóknistych. (Streszczenie własne).

Kol. B l o c h M. podkreśla, że wielkość ogniska nie rozstrzyga jeszcze o jego wczesności. Wielkość jest cechą zdradliwą. Z leczeniem odmě nie należy zwlekać, gdyż zmiany początkowe mogą zniknąć nie tylko klinicznie, lecz i rentgenologicznie, a mimo to, po pewnym czasie przechodzą w suchoty. Serjowe badania rentgenowskie potwierdzają celowość leczenia odmě. Nowość ujęcia zagadnienia gruźlicy płuc polega na uwzględnieniu: 1. ścisłych spostrzeżeń klinicznych nad gruźlicą początkową, 2. zdobyczy rentgenowskich i 3. czynników patogenetycznych. Gruźlica zaczyna się nieraz, jak zapalenie migdałków, zapalenie płuc i grypa, dlatego też prelegent uważał za konieczne łączenie badania fizykalnego z rentgenowskim, gdyż samo badanie fizykalne nie wystarcza. Należy stosować odmě z chwilą rozpoznania wczesnego nacieku, gdyż tylko wtedy daje ona wyniki równoważne z zupełnem wyleczeniem. Czas leczenia odmě wynosi około $1\frac{1}{2}$ roku, dzięki odmie nie przychodzi do rozpadu. Powstawanie jam u dorosłych jest swego rodzaju przejawem sił obronnych ustroju. Należy jamy leczyć zawsze uciskiem, gdyż samoistnie bardzo rzadko wypełniają się ziarniną i następnie bliznowacieją. Prelegent uważa nazwę „wczesny naciek” za lepszy, niż „wczesne ognisko gruźlicze”, obejmuje ona bowiem wszelkie rodzaje zmian swoistych i nieswoistych.

Zebranie zamknięto o godz. 23 min. 44.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO
z dnia 21 kwietnia 1931 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 58, wprowadzonych gości — 70.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 14 kwietnia r. b. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s odczytał a) wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Biegański. Myśli i aforyzmy. Wyd. 2-gie. 1925.

Mikułowski. Gruźlicze zapalenie opon mózgowych a kiła. Odb. 1931.

„ Zagadnienie budzenia choroby utajonej w świetle kliniki i biologji. Odb. 1931.

„ Contribution à l'étude clinique de la méningite syphilitique chez l'enfant. Odb. 1931.

Szumowski. Collegium medicum Stanislaeo-Augusteum. Odb. 1924.

„ Najbliższe w Polsce zadania historii medycyny. Odb. 1926.

„ Najbliższe zadanie filozofji medycyny. Odb. 1926.

„ Stuletnia rocznica śmierci Laënneca. Odb. 1926.

„ Racjonalizm i empiryzm w medycynie i w jej historii. Odb. 1926.

„ Note sur deux écrits médicaux de Mathias de Miechow. Odb. 1926.

„ L'école médicale de Cracovie lors du dernier roi de Pologne. 1926.

„ Polska a Niemcy na polu historii medycyny. Odb. 1927.

„ Po siedmiu latach wykładania historii medycyny i filozofji medycyny. Odb. 1927.

„ Z powodu niedawnych wystąpień Augusta Biera. Odb. 1927.

„ Sprawa Sebastjana Petrycego z Akademią Jagiellońską. Odb. 1927.

„ Medycyna jako nauka i jako sztuka. Odb. 1927.

„ Apel do kolegów starszych i młodszych. Odb. 1928.

„ Kartka z historii austriackich rządów medycznych we Lwowie w końcu XVIII w. Odb. 1928.

„ Sprawa doktoratów medycyny w Polsce. Odb. 1928.

„ Na co najwięcej chorowali nasi pradziadowie przed 150 laty? Odb. 1929.

„ Fryderyk Hechell, jako historyk medycyny w świetle własnych pamiętników. Odb. 1929.

.. Fryderyk Hechell o swoich studjach w Uniwersytecie Wileńskim. Odb. 1929.



„ Wahania we współczesnej medycynie. Odb. 1930.
Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie. Tom I. Nr. od
1 do 12. 1930.

oraz b) zawiadomienie o wydaniu I tomu „Historji stulecia Tow.
Lek. W.“.

3. Kol. Bloch M. wygłosił odczyt „O racjonalnem uję-
ciu kliniki przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego. Typy kliniczne. Typ II: postaci krwiopochodne gruźlicy płuc“.

Druga wyodrębniona olbrzymia grupa gruźlicy krwiopochodnej zasadniczo cechuje się przewagą dolegliwości podmiotowych i upośledzeniem stanu ogólnego w porównaniu ze znośnym stanem płuc.

Opierając się na pracach doświadczalnych Ortha, Rabinowitsch, Schlossmanna, Engla, Besançona, Jousseta, Lesiera, Bongerta i in. oraz na nauce Rankego o olbrzymiej roli, jaką odgrywa w powstawaniu nowych ognisk w płucach droga krwionośna, prelegent wyodrębnia w gruźlicy płuc u dorosłego typ chorobowy, który zawdzięcza powstawanie swych ognisk w płucach przejściu jadu gruźliczego do płuc drogą krwi.

Typem tym jest tuberculosis fibrosa densa (Bard-Pierry-Neumann).

Badaniem pośmiertnym w tej postaci stwierdza się w szczytach blizny szyfrowe oraz liczne, gęsto obok siebie ułożone skupienia szarych i żółtych guzków (mikroskopowo—gruźelki).

Klinicznie w tej postaci gruźlicy płuc spotyka się 1. niestosunek pomiędzy dolegliwościami podmiotowymi, a stosunkowo niezłym stanem płuc, 2. często lichej wygląd, wychudzenie oraz asteniczną budowę, 3. dwustronne zwężenie pól Kröniga i dwustronne stłumienie nad szczytami przy nikłych objawach osłuchowych, 4. częstą rozedmę płuc z brakiem bezwzględego stłumienia serca, nawet mimo młodego wieku chorego, 5. twarde naczynia obwodowe, mimo młodego wieku, 6. dość często obrzmiała, twardą śledzioną.

Zasadniczo należy zaliczyć tę postać do najbardziej łagodnych przejawów gruźlicy płuc chorego. Łączy się jednak z nią szereg powikłań. Do nich należą: 1. „nawał prosówkowy“ — (miliarer Schub), polegający na rozwoju drogą krwi prosówki na ograniczonej przestrzeni płuca, przeważnie w szczytach, przejawiającej się klinicznie często bardzo wysoką ciepłotą ogólną, którą chory znosi tak dobrze, że raczej dowiadyuje się o niej z termometru, aniżeli ze swego samopoczucia, nieraz też wysłuchuje się w tych miejscach przez dłuższy czas drobne wilgotne rżżenia, 2. gruźlica opon (meningeale Tuberkulose De y c k e g o), wyrażająca się anatomicznie tylko obec-

nością gruzelków w oponach bez charakterystycznego wysięku. 3. wystąpienie ognisk „chirurgicznych” w różnych narządach: nerkach, mózgu (tuberculum solitare), nadnerczach (obrazy adissonowskie), tarczycy, jako „samoistna” gruźlica krtani, jako „samoistna” gruźlica jelit. Te ostatnie dwa powikłania, które prelegent za D e y c k e'm określił nazwą „samoistne”, wykazują jako krwiopochodne zupełnie inny charakter i rokowanie, aniżeli powikłania ze strony tych samych narządów, powstające drogą śródkanalikową w przebiegu właściwych suchot płucnych. Wreszcie w pewnych warunkach (u ludzi młodych w załamaniu się sił odpornościowych ustroju z powodu niedośiadania, niedosypiania i t. p. oraz u osób starszych w osłabieniu odporności z wyczerpania sił życiowych komórek ustrojowych) w szczytach tworzą się jamy, które ze swej strony mogą służyć i często służą za punkt wyjścia do dalszego szerzenia się gruźlicy w płucach drogą oskrzelową. Mamy wówczas przed sobą r o z p a d o w e s u c h o t y p ł u c (phthisis ulcero-fibrosa) u ludzi, którzy uprzednio przechodzili t. zw. sprawy szczytowe, t. j. gruźlicę krwiopochodną. Prelegent proponuje dla tych przypadków n a z w ę s u c h o t w t ó r n y c h w przeciwieństwie do właściwych suchot płucnych. Dużą rolę w prawidłowej ocenie tych przypadków, zwłaszcza jeśli chodzi o stwierdzenie obecności jam, odgrywa tu badanie rentgenowskie oraz rozbiór płwociny. Objawy osłuchowe mogą być bardzo nieznaczące, a przyczyny rozwoju rozedmy niejasne (bardzo ważne dla wykrywania gruźlicy u starców, często nieświadomych siewców prątków).

Następnie prelegent omówił t. zw. prosówkę dyskretną (miliaris discreta — granulie discrète — B a r d - N e u m a n n). Jest to łagodna prosówka ogólna, naśladująca najrozmaitsze obrazy kliniczne (gorączkę „żołądkową”, Typhobacillose L a n d o u z y e g o i t. p.). Za życia rozpoznać ją jest często bardzo trudno, dopóki po pewnym czasie nie wystąpią wyraźne objawy, cechujące t u b e r c u l o s i m f i b r o s a m d e n s a m. Dopiero później znajdujemy poprzednio nieustaloną przyczynę gorączki. W t. zw. prosówce dyskretniej (miliaris discreta) tylko przypadkowa (t. zn. dokonana z innych powodów) sekcja wykazuje obecność pojedynczych gruzelków w różnych narządach, ze szczególną skłonnością do zajmowania błon surowicznych (opłucnej, osierdza, otrzewnej, stawów), gruczołów chłonnych, nadnerczy, oczu (gruźelki stwierdzalne za życia w naczyńcówce, ciałaku rzęskowym), prawie zawsze w śledzionie, której obrzmienie w tych przypadkach często stwierdza się opukowo, a nawet omacywaniem.

Prelegent omówił jeszcze jedną postać krwiopochodnej gruźli-

cy płuc, która daje bezwzględnie dobre rokowanie, t. j. pleurite à répétition (Pierry-Neumann), w której mimo niewątpliwej obecności łatwo dających się stwierdzić zmian w szczytach płucnych, z całą pewnością można uważać chorego za zabezpieczonego od suchot płucnych.

Znamienne dla tej postaci jest: 1. klinicznie—okresowe wystąpienia, zwłaszcza na jesieni i wiosną, w typowych miejscach suchego zapalenia opłucnej z podwyższoną ciepłotą ciała, bólami i t. p. 2. anatomicznie — brak w ogniskach chorobowych makroskopowych i mikroskopowych typowych zmian gruźliczych. Jest to typ gruźlicy t. zw. zapalnej (tuberculose inflammatoire Ponceta), 3. typowymi są zmiany, spotykane w tej postaci gruźlicy płuc w innych narządach: stawach, nerkach, a najbardziej charakterystyczne są zmiany spotykane w cku. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Orłowski W., członek T-wa, podkreśla wartość badania krwi na prątki gruźlicze wstrzykiwaniem materiału do uprzednio zmiażdżonych gruczołów chłonnych świnki morskiej (metoda, stosowana w klinice kazańskiej przed 18 laty) lub też dokonywaniem posiewów metodą Löwensteina. Metoda mikroskopowego poszukiwania prątków we krwi okazała się bezwartościową. Prelegent omyłkowo nazwał szmery dodatkowe, występujące obok szmerów tarcia w zapaleniu opłucnej, rżeniami drobnobańkowymi; chodzi tu raczej o trzeszczenia, od których, jak na to zwrócił uwagę Leube i Janowski, mogą się rozpoczynać przedmiotowe objawy zapalenia wysiękowego opłucnej.

Kol. Szczepański Z., członek T-wa, uważa, iż obecny podział gruźlicy płuc ułatwia rokowanie. Nie zgadza się z poglądem Neumanna o stałym występowaniu obrzmienia śledziony w krwiczepchodnej gruźlicy płuc.

Kol. Bloch M. prostuje swoje wyrażenie, dotyczące szmerów dodatkowych, zgodnie z uwagą Prezesa, oraz omawia metodę badania śledziony według Sahliego.

5. Kol. Kalinowski R. omówił „Działanie jadu żmij europejskich na ustrój człowieka”.

Najważniejszą toksynę zawiera jad żmij z rodziny Colubridae. Jest nią neurotoksyna. Jad żmij z rodziny Viperidae nie zawiera neurotoksyny. Natomiast w jadzie tych żmij znajduje się hemorragina, która działa na śródbłonek naczyń jako czynnik proteolityczny. Flexner i Noguchi uważają hemorraginę za cytolyzującą, działającą swoiście na komórki śródbłonka. W ciepłocie

75°C jest ona nieczynna i nie łączy się ani z cholesteryną, ani z lecytyną. Hemolizyna nie istnieje w jądzie jako ciało stałe, lecz jest prawdopodobnie połączeniem hemotoksyny z lecytyną. Wreszcie jady te posiadają własności zlepne. Jad działa tylko wtedy, gdy jest wprowadzony do ustroju przez ukąszenie. Przedostanie się jadu przez przewód pokarmowy nie wywołuje objawów zatrucia. Jad ujawnia swe działanie objawami miejscowymi, dotyczącymi tylko miejsca i okolicy ukąszenia, i ogólnymi, rozgrywającymi się w układzie krążenia oraz w układzie nerwowym. Objawy miejscowe zwracają na siebie uwagę głównie przy ukąszeniu przez żmije z rodziny *Viperidae*.

W obu przedstawionych przez prelegenta przypadkach wystąpiły przede wszystkim objawy miejscowe, t.j. obrzęk i wybroczyny krwawe. *Birch-Hirschfeld* uważa te miejscowe zmiany w tkankach za obrzęk krwawy z uszkodzeniem naczyń włoskowatych przez jad. W obu przypadkach zatrucie postępowało powoli, jednakże stale. W 1. przypadku, który był później spostrzegany od chwili ukąszenia, aniżeli przypadek 2. obrzęk posunął się dalej i rozprzestrzenił się częściowo na klatkę piersiową. W niektórych przypadkach śmierć może nastąpić bardzo szybko. Dzieje się to wtedy, gdy jad przeniknie wprost do żyły, wytwarza się natychmiast skrzeplina, pociągająca za sobą zatory. Według *Rogersa*, jad żmij z rodziny *Colubridae* zabija przez porażenie środka oddechowego oraz zakończeń ruchowych nerwu przeponowego. Jad zaś żmij z rodziny *Viperidae* zabija, przez porażenie środka oddechowego oraz zakończeń ruchowych w rdzeniu przedłużonym.

Częstość ukąszeń przez żmije na wsiach spowodowała obfitość leków i zabiegów ludowych, z pośród których tylko nieliczne dają dobre wyniki. Leczenie naukowe jest miejscowe i ogólne. Pierwsze polega na zatrzymaniu jadu w miejscu ukąszenia, unieszkodliwieniu go i niedopuszczeniu do jego wesania. Liczne związki chemiczne zmniejszają lub niweczą działanie jadu. Niektóre z nich można użyć dla zatrzymania jadu w miejscu ukąszenia. Najskuteczniejszym środkiem jest surowica przeciwjadowa, otrzymana z koni, uodpornionych jadem żmij. (Streszczenie własne).

6. Kol. *Freyd A.* wygłosił referat p. t.: „Klinika ukąszeń jadowitych”.

Prelegent pokrótce omówił własności i cechy jadu wężowego, sposoby otrzymywania jadu dla celów naukowych, jego skład chemiczny, oddziaływanie i odczyny, skalę jadowitości względem człowieka i zwierząt, wreszcie — dwa najlepiej dotychczas wyodrębnione i poznane jady: neurotoksynę, działającą na układ nerwowy i po-

wodującą zmiany wsteczne w komórkach nerwowych, oraz hemorraginę, wywołującą zmiany miejscowe (obrzęki krwawe, miejscowe działanie żrące na tkanki i t. d.).

Wszystkie *Colubridae* posiadają jad, złożony prawie wyłącznie z neurotoksyny, zaś wszystkie *Viperidae* — jad szczególnie bogaty w hemorraginę.

Według ostatnich prac *Flexnera* i *Noguchiego*, poza neurotoksyną, jad węzowy zawiera cały szereg cytolizyn swoistych dla każdego narządu.

Ciekawe są ostatnie spostrzeżenia *Keya*, który dowiódł, że hemolityczne działanie jadu zależy od ilości wolnej lecytyny, znajdującej się wewnątrz komórek.

Należy przeto z reguły stosować surowice wielowartościowe, wprowadzone po raz pierwszy przez *Calmette'a*. Byłoby najlepiej, gdyby każdy kraj wyrabiał surowicę przeciw jadom miejscowych zmij. W ten sposób postąpiły już Indie, Australia i Brazylja (Instytuty *Butantan* i *Vital*).

Następnie prelegent omówił technikę otrzymywania surowicy według *Calmette'a*. Polega ona na tem, że koniowi wstrzykuje się w okolicę łopatki mieszaninę, złożoną z równych części jadu i 1% podchlorynu wapnia. Wstrzykiwanie ponawia się co 4—5 dni, zwiększając stale dawkę jadu przy jednoczesnem zmniejszaniu dawki podchlorynu wapnia. Otrzymywanie pełnowartościowej surowicy wieloważnej może trwać do 16 miesięcy, zależnie od odczynu zwierzęcia.

Za dobrą surowicę uważamy taką, której 0,5 cm.³ znosi działanie hemolityczne 1 mg. jadu kobry lub *bothropsa*.

Po opisanu objawów klinicznych miejscowych i ogólnych (opuszkowych, rdzeniowych, mózgowych, naczyniowych), omówieniu zejścia, rozpoznania, rokowania (najgorszego przy ukąszeniu w kark, powoduje bowiem obrzęk głośni) i zapobiegania, prelegent streścił najważniejsze sposoby leczenia nieswoistego, najdostępniejszego dla przeciętnego lekarza-praktyka, który nie posiada pod ręką odpowiedniej surowicy. Na pierwszym miejscu należy postawić doskonałą odtrutkę, t. j. nadmanganian potasu. 1% roztwór nadmanganianu potasu, wstrzykiwany w ślady po ukąszeniu (1—2 cm.³) i w najbliższą okolicę (3—5 wstrzyknień po 1 cm.³), stosowany jednocześnie w okładach, daje doskonałe wyniki. Zamiast nadmanganianu potasu można stosować, prawie z równym skutkiem, 1% roztwór podchlorynu wapnia i chlorku złota.

Zalecane przez dawniejszych autorów — alkohol, amonjak, strychnina, arsen i t. d. są według nowszych badań szkodliwe.

Autorowie amerykańscy zalecają adrenalinę, która ma speł-

niać rolę „podwiązki czynnościowej”, pobudzając jednocześnie mięsień sercowy i zwalczając porażenie nerwów naczyńnioruchowych. Ph ys a l i x zaleca również stosowanie leczenia zapożyczanego z medycyny ludowej murzynów wschodnio-afrykańskich, polegającego na doustnym podawaniu żółci zabitego węża, co można łączyć jednocześnie z wstrzykiwaniem roztworu alkoholowego tejże żółci.

Technika leczenia przeciwjadowego jest następująca: 1. mocne przewiązanie kończyny aż do czasu ukończenia zabiegów (w każdym razie nie mniej, niż w ciągu godziny); rzecz prosta, zabieg ten odpada w przypadkach ukąszenia głowy lub tułowia;

2. połączenie śladów po zębach głębokiem nacięciem z jednoczesnym zastępowaniem bańki, wyciskania lub wysysania;

3. miejscowo 1% roztwór nadmanganianu potasu lub podchlorynu wapnia, chlorku złota (wstrzykiwania, przemywania, okłady);

4. surowica.

(Streszczenie własne).

R o z p r a w y n a d o d c z y t a m i k o l e g ó w : K a l i n o w s k i e g o R. i F r e y d a A.:

Kol. Filiński W., członek T-wa, uważa miejsce ukąszenia żmij za zupełnie przypadkowe. Z naszych zwierząt, jak tego dowodzą spostrzeżenia codzienne, jeź i bocian są niewrażliwe na działanie jadu żmij. Jady pierwotnie działają na tkanki, zmiany naczyniowe są wtórne. Radzi wstrzykiwać jedną ampułkę surowicy w pobliżu miejsca ukąszenia, drugą zaś w dowolne miejsce.

Kol. Dębicki K., członek T-wa, spostrzega przypadki pokąsania przez żmije kilka razy do roku na oddziale chirurgicznym. Chorzy przybywają prawie zawsze z opaską uciskową i często trudno jest orzec, czy obrzęk zależy od opaski, czy też od ukąszenia. Podbiegnięcia krwawe w przypadkach ukąszeń mają zabarwienie miedziane i w ukąszeniach kończyn dolnych nigdy nie przekraczają więzu Pouparta. W dwóch przypadkach zastosowano w braku podchlorynu wapniowego płyn Dakina z wynikiem pomyślnym, bez żadnego uszkodzenia tkanek.

Kol. Offenber g J., członek T-wa, uważa, iż jad naszych żmij zawiera trzy składniki: neurotoksynę, hemorraginę i hemolizynę. Ostatnia zaczyna działać prawdopodobnie dopiero po połączeniu się z jakimś związkami czynniącym, zawartym we krwi. Bardzo byłoby ciekawe badanie naczyń włoskowatych w przypadkach ukąszeń. Nie należy lekceważyć ludowych sposobów leczenia ukąszeń; smarowanie krwią żmij miejsca ukąszenia ma swoje uzasadnienie naukowe (prawdopodobieństwo istnienia przeciwciał we krwi żmij).

Kol. Orłowski W., członek T-wa, rozróżnia 4 warunki w le-

czeniu ukąszeń: 1. zatrzymanie wchłaniania jadu, 2. przyśpieszenie jego wydalania i 3. zobojętnienie jadu wchłoniętego oraz 4. usuwanie objawów zatrucia. Sposoby przyśpieszenia wydalania są różne: podawanie dużej ilości płynów i środków moczopędnych (mocna herbata, kawa), wstrzykiwanie pilokarpiny, wlewanie roztworu fizjologicznego soli kuchennej i t. p. Działanie dodatnie alkoholu tłumaczy się przekrwieniem przewodu pokarmowego. Miejsce wstrzykiwania surowicy nie ma większego znaczenia, jad bowiem dość szybko zostaje wychwytyany przez układ nerwowy. Wstrzykiwanie surowicy w miejscu ukąszenia ma znaczenie tylko wtedy, gdy jest dokonane bezpośrednio po ukąszeniu.

Kol. **K a l i n o w s k i R.** uważa, że podwiązanie kończyny może tylko potęgować obrzęk powstały z ukąszenia. Ludowy sposób stosowania alkoholowego roztworu sadła żmij prelegent uważa za uzasadniony. Ilość wstrzykiwanej surowicy waha się od 10 do 30 cm.³.

Kol. **F r e y d A.** stwierdza, że w 97—98% przypadków ukąszenia dotyczą stóp, dłoni i karku. Ukąszenia karku są częstsze, niż twarzy, gdyż z tyłu trudno dostrzec niebezpieczeństwo.

Według wskazań Instytutu Butantan należy wstrzykiwać surowicę pod skórę (brzuch, łopatki) i w okolicę ukąszenia.

O podawaniu płynów nie wspominał, gdyż prawie zawsze chory pije dużo płynów z powodu silnych potów. (Streszczenie własne).

Zebrawie zamknięto o godzinie 22 min. 30.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 28 kwietnia 1931 roku.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 46, wprowadzonych gości — 33.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 21 kwietnia r. b. przyjęto.

2. Kol. **P r e z e s** odczytał zaproszenie Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego na uroczyste posiedzenie ku uczczeniu XX-o lecia istnienia tego Towarzystwa. Na posiedzeniu tem reprezentować Towarzystwo będzie Wiceprezes, kol. **L. P a s z k i e w i c z**.

3. Kol. **P r e z e s** odczytał protokół Komitetu Rewizyjnego.

4. Kol. **F e l c W ł.** przedstawił „Fotografie typowych

i nietypowych przypadków samobójczych ran postrzałowych”.

5. Kol. Grzywo-Dąbrowski W., członek T-wa, przedstawił „Krzywe ze statystyki samobójstw”.

6. Kol. Bloch M. wygłosił odczyt p. t.: „Klinika pierwotnego zespołu gruźliczego u dorosłych. Gruźlica nawałowa i gruźlica wieku młodocianego”.

Prelegent rozróżnia za Neumannem t. zw. „zwykły zespół pierwotny” u dorosłych. Wykrywa się go przypadkowo, badając chorego z jakichkolwiek bądź innych względów. Stwierdzamy wtedy bądź ograniczoną ruchomość dolnej granicy płuca z przodu lub z tyłu, bądź t. zw. obnażenie serca (denudatio), bądź też stłumienie nad jednym ze szczytów płucnych. Ten „zwykły” (t. zn. załojony, nieczynny) zespół pierwotny nie wywołuje objawów podmiotowych, chory zazwyczaj nie odczuwa go.

Inaczej dzieje się w t. zw. „zapalnym zespole pierwotnym” (entzündlicher Primärkomplex — Neumanna). Tu na pierwszy plan wysuwają się objawy powodowane zapaleniem okołogniskowym (perifokale Entzündung) nie tyle naokoło ogniska pierwotnego w płucu, ile w otoczeniu gruczołów okołooskrzelowych. Prelegent zastanawia się nad błędami tych, którzy zbyt często rozpoznają obrzmienie gruczołów okołooskrzelowych, a zwłaszcza tych, którzy rozpoznanie to opierają głównie na badaniu rentgenowskim. Z drugiej strony wykazuje niesłuszność postępowania lekarzy, którzy wogóle nie uznają t. zw. spraw gruczołowych u dorosłych.

„Zapalny zespół pierwotny” dorosłych może przebiegać klinicznie, jako sprawa czysto gruczołowa ze znanymi objawami (Kraemera, Koranyiego, Smitha, Petruschkyego, d'Espine-Bahota, Hoffmanna i in.), przyczem niezawsze muszą być obecne wszystkie wspomniane objawy ze stanami podgorączkowymi, potami nocnymi, chudnięciem i t. p. Niekiedy silne zapalenie w otoczeniu oskrzelowych gruczołów limfatycznych powoduje wysiękowe zapalenie opłucnej, zwłaszcza prawej, która, jak wynika z pracy Sukiennikowa, stoi w ścisłym związku z prawą przestrzenią tchawiczo-oskrzelową, lub też osierdzia (sąsiedztwo dolnych tchawiczo-oskrzelowych gruczołów limfatycznych).

Czasami przebieg „zapalnego zespołu pierwotnego” może naśladować przebieg schorzeń innych narządów (serca, żołądka, przełyku). Błędne rozpoznawanie wad serca powstaje w ten sposób, że t. zw. obnażenie serca zmienia jego granice opukowe, zwłaszcza, że często w tych przypadkach można stwierdzić szmery czyn-

nościowe. W ten sam sposób powstaje błędne rozpoznanie t. zw. trójcy Z we i g a (wrzód żołądka lub dwunastnicy, zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie wyrostka robaczkowego). Przyczyną dolegliwości w tych przypadkach jest bądź usadowienie się zespołu pierwotnego, z jego silnym zapaleniem okołoogniskowym, blisko opłucnej śródpiersiowej, osierdzia (w przypadkach dolegliwości sercowych) lub przepony, bądź też ucisk powiększonych gruczołów wnekowych na nerw błędny (P o t a i n, R e i t t e r i S i n g e r), bądź wreszcie ból promieniuje wzdłuż nerwu przeponowego w kierunku wyrostka robaczkowego (N e u m a n n, K l e i n s c h m i d t).

Rozpoznanie prawidłowe w tych przypadkach jest nieraz bardzo trudne. Nie należy zapominać o tego rodzaju możliwościach, by nie wyrządzić choremu dużej krzywdy, stosując niewłaściwe leczenie.

Następnie prelegent poświęcił jeszcze kilka słów omówieniu gruźlicy poronnej (tuberculosis abortiva), jednej z odmian zwykłego zespołu pierwotnego. Cechuje ją skłonność do krwawień przy zupełnym braku skłonności do postępowania sprawy chorobowej. Omówił t. zw. suchoty na wałowe (phthisis fibroso-caseosa congestiva B a r d - N e u m a n n), stojące na pograniczu pomiędzy gruźlicą ostrą i przewlekłą. Za najbardziej charakterystyczne cechy tej postaci chorobowej prelegent uważa: fizykalne objawy zwykłego płatowego zapalenia płuc z charakterystycznym oskrzelowym głośnym szmerem oddechowym, brak zwykłego przesilenia, wysoka ciepłota ogólna, trwająca długiemi tygodniami, długie utrzymywanie się objawów fizykalnych w stanie niezmienionym; często zadziwiająco dobry stan ogólny mimo długotrwałej gorączki i bardzo poważnych zmian w płucach, brak leukocytozy we krwi, brak objawu zmniejszania się ilości chlorków w moczu i obecność laseczników w płwocinie. Podkładem anatomicznym jest tu rozległy wysięk do światła pęcherzyków, który w dużym stopniu może wessać się. Rokowanie w tej postaci jest niewspółmierne z rozległością i ciężkością schorzenia płucnego i nie jest niepomysłne.

Wreszcie prelegent zastanawia się nad postacią gruźlicy płuc, stojącą na pograniczu gruźlicy płuc dorosłego i dziecka, t. j. gruźlicą wieku młodocianego, którą wcale nierzadko spotyka się w wieku dalekim od młodzieńczego.

Charakteryzuje ją jednocześnie szerzenie się sprawy chorobowej drogą naczyń limfonośnych i krwionośnych oraz oskrzelami. Badanie rentgenowskie i pośmiertne stwierdza ogniska prosówkowe obok ognisk wysiękowych. Klinicznie jest to typ gruźlicy krwiopochodnej (twarde naczynia, często asteniczna budowa, obrzmiała

śledziona i t. p.) z różnorodnością objawów osłuchowych, spotykanych w suchotach właściwych pochodzenia oskrzelowego. Charakterystyczne dla tej postaci chorobowej jest nieoczekiwane powstawanie nowych ognisk w drugim płucu. Naogół rokowanie nie jest dobre i sprawa przebiega dość ostro. Bywa jednak nierzadko, że sprawa umiejscawia się i nabiera przebiegu właściwych suchot płucnych; w tych też przypadkach odma daje często dobre wyniki.

Prelegent zaleca wyzbycie się ogólnikowego określenia „gruźlica płuc” lub „suchoty płucne”, nie jest to bowiem jedna jednolita choroba. Uważa, że współczesne podziały nie odpowiadają swemu przeznaczeniu. Uczą one lekarza myśleć tylko statycznie, gdy tymczasem racjonalne ustosunkowanie się do chorego na gruźlicę winno oprzeć się na zupełnie innych przesłankach. Każdy lekarz winien umieć ująć dany przypadek tak, aby go mógł odnieść (a przynajmniej dążyć do tego) do określonego pod względem klinicznym, anatomopatologicznym i patogenetycznym typu chorobowego. Dopiero na tem należy oprzeć rokowanie i postępowanie lecznicze.

Tylko podział, oparty na znajomości poszczególnych typów klinicznych, powtarzających się w wielkiej liczbie przypadków, i uwzględniający dane anatomopatologiczne i najnowsze zdobycze z dziedziny rentgenologii i patogenezy gruźlicy, może przyczynić się do prawidłowego ustosunkowania się lekarza do zagadnienia gruźlicy płuc.

Poza znaczeniem czysto praktycznym i życiowym w takim ujęciu zagadnienia gruźlicy płuc jest jeszcze czynnik, ułatwiający ustosunkowanie się do zawiłych zagadnień teoretycznych z dziedziny patogenezy gruźlicy płuc. Mianowicie, w spornym zagadnieniu szczytowego czy pozaszczytowego powstawania gruźlicy płuc dorosłego należy zająć zupełnie określone stanowisko: u chorych z grupy właściwych suchot płucnych (a oni stanowią większość chorych z gruźlicą otwartą) gruźlica powstaje pozaszczytowo, ostro lub podostro, przytem szczyty były, a często i nadal są niezajęte.

Natomiast w gruźlicy z grupy krwiopochodnej (na czele stoi t b c. f i b r o s a d e n s a) zmiany gruźlicze zajmują szczyty uprzednio całemi latami zanim dochodzi do suchot rozpadowych (phthisis ulcero-fibrosa), w tym wypadku — suchot wtórnych. (Streszczenie własne).

7. Kol. K o p c z y ń s k i S t., członek T-wa, omówił „W a ł k ę z g r u ź l i c ą n a t e r e n i e s z k o l n y m w P o l s c e”.

Prelegent przedstawił najpierw rozmiary kłęski, jaką jest gruźlica: na ogólną liczbę 4.100.000 dziatwy i młodzieży w szkołach wszelkich typów, jakie znajdują się w Rzeczypospolitej Polskiej, około 2% cierpi na gruźlicę czynną w stanie zaraźliwym i wymaga leczenia w szpitalach i sanatorjach, około 8% winno uczyć się

w szkołach-uzdrowiskach, w klasach na otwartym powietrzu, a około 40% z obrzniętymi gruczołami chłonnymi winno być dożywiane, karczować z kolonij, półkolonij i t. p.

Następnie przeszedł do środków zaradczych i kolejno rozpatrzył:

1. Sprawę budowy nowych izb szkolnych. Dotychczas istnieje 56.000 izb szkolnych, od 1918 roku wybudowano ich około 10.000. W najbliższym dziesięcioleciu przy zwiększających się rocznikach szkolnych będzie potrzeba około 100.000 izb szkolnych. Ponieważ Państwo i samorządy nie mogą poczynić miliardowych wydatków na te cele, trzeba będzie zwiększyć liczbę dzieci w poszczególnych szkołach. Stąd wypływa konieczność większej dbałości o higienę pomieszczeń szkolnych, a więc o: a) stosowanie zaprawy pyłochłonnej do podłóg, b) należyte przewietrzanie klas, c) wykonywanie przez młodzież ćwiczeń oddechowych śródlekcyjnych i t. p.

2. Sprawę zorganizowania opieki higieniczno-lekarskiej i dentystrycznej nad szkołami. Dziś około 100% dziatwy szkół średnich, seminarjów nauczycielskich, szkół zawodowych i około 25% dziatwy w szkołach powszechnych znajduje się pod opieką higieniczno-lekarską. Lekarze szkolni z charakteru swego stanowiska mają czuwać nad tem, by dziatwa chora na płuca w szkole nie przebywała.

3. Sprawę kontroli zdrowia nauczycieli. Zaznajomił z obowiązującymi w tym względzie przepisami, zwłaszcza dotyczącymi doboru młodzieży do seminarjów nauczycielskich, okresowych badań nauczycieli i t. p.

4. Sprawę opieki nad dziećmi choremi na gruźlicę lub usposobionemi do gruźlicy: szkoły-uzdrowiska Skolimów, Miłosna, Busko, Zakopane, Rabka, Istebna, Ustroń; szkoły na otwartym powietrzu — Białystok, kolonie i półkolonie letnie (w 1923 r. — 17.000, w 1930 r.—150.000 dziatwy korzystało z dobrodziejstw kolonij), dożywianie dziatwy szkolnej (ogółem od 10% do 15% dziatwy w miejskich szkołach korzysta z dożywiania).

5. Sprawę propagandy higieny i walki z gruźlicą przez szkołę. Uważa za niezbędne przeszkolenie higieniczne nauczycielstwa, walkę z gruźlicą jako klęskę społeczną w programach szkolnych i t. p., udział szkoły w dniach przeciwigruźliczych, korzystanie w tym celu z tablic propagandowych Polskiego Związku Przeciwigruźliczego i t. p.

6. Sprawę wychowania fizycznego w programach szkolnych jako środka walki z gruźlicą, a więc gry i zabawy ruchowe na wolnym powietrzu, gimnastykę oddechową, sporty, zwłaszcza wodne i turystyczne (w 1930 r. w 120 szkolnych schroniskach noclegowych, w których znajduje się 2.200 łóżek-leżaków noclegowych, wydano około 30.000 noclegów dla młodzieży szkolnej).

W końcu prelegent odczytał kilka okólników ministerjalnych w sprawie zwalczania gruźlicy w szkołach, między innymi ostatnio wydany zakaz całowania po rękach przełożonych, nauczycielek i księży prefektów w celu uchronienia się przed zarażeniem gruźlicą za pośrednictwem śliny osób, dotkniętych tą chorobą. (Streszczenie własne).

8. Kol. Rudzki St., członek T-wa, omówił „Walkę z gruźlicą wśród dzieci i młodzieży w Norwegji”.

Norwegja przedstawia wiele odrębnych i ciekawych cech zarówno pod względem ogólnokulturalnym, jak higienicznym.

Walkę z gruźlicą w Norwegji prowadzą 3 wielkie instytucje humanitarne: Norweski Czerwony Krzyż (63 tys. członków), Liga Higieny Kobiet Norweskich (90 tys. członkiń) oraz Narodowy Związek Przeciwgruźliczy, istniejący od 1910 r. i posiadający 200 tys. członków. Na czele tych instytucji stoi wspólny komitet pod kierownictwem przedstawiciela rządu w osobie Inspektora Generalnego dla zwalczania gruźlicy. Komitet ten rozdziela wszelkie zapomogi, kieruje walką z gruźlicą i nadaje jej kierunek zgodny z ustawą przeciwgruźliczą, uchwaloną przez Stortong norweski w 1900 r.

Ustawa ta, pierwsza w Europie co do czasu powstania, zabezpiecza leczenie bezpłatne wszystkim niezamożnym chorym, cierpiącym na gruźlicę. Koszta w 40% ponosi państwo, 60%—wpłacają gminy. Naogół na walkę z gruźlicą wydaje się w Norwegji 10 milionów koron rocznie, czyli 3—4 korony rocznie od każdego mieszkańca (t. j. około 10 złotych). Dla zwalczania gruźlicy Norwegja posiada: 12 sanatorjów, 113 domów dla chorych na gruźlicę, 4 domy pracy, 25 oddziałów szpitalnych, 8 szpitali morskich, 28 prewentorjów. Ogólna liczba łóżek dla chorych na gruźlicę wynosi 6.222 (na 2.800.000 ludności). Na każdy przypadek zgonu na gruźlicę wypada 1,34 łóżka.

Walka z gruźlicą wśród dzieci i młodzieży jest postawiona w Norwegji bardzo dobrze w ramach powyżej nakreślonej organizacji ogólnej. Ochronne szczepienia przeciwgruźlicze stosowano od 1926 r., liczba zaszczepionych osób w Norwegji wynosi około 3 tysięcy. Niemowląt szczepionych nie odosobnia się. Jednakże w za-

kładach zapobiegawczych, zwanych prewentorjami, przedewszystkiem umieszcza się noworodki z domów zagrożonych gruźlicą. Pierwsze prewentorium powstało w 1911 r.; obecnie jest ich 28, ogółem na 900 miejsc, tylko jedno z nich założył rząd (na północy kraju), reszta powstała ze środków społecznych. Prewentoria te przyjmują dzieci od pierwszych dni do kilkunastu lat życia. Odpowiadają one żłobkom, ochronkom, prewentorium przedszkolnym w znaczeniu zachodnio-europejskim, wreszcie szkołom na otwartym powietrzu. Poza prewentorjami istnieją stacje rozdzielcze mleka i kolonje letnie dla dzieci. Liczne organizacje prywatne dostarczają dzieciom z rodzin gruźliczych mleko, tran i lepsze pożywienie.

W wielu miejscowościach wprowadzono systematyczne badanie w kierunku gruźlicy dzieci w wieku szkolnym. Badanie to dotąd jest nie objęte przepisami prawnymi; zgodnie jednak z planem, przedstawionym w 1924 r. przez Norweski Związek Przeciwgruźliczy, organizacje prywatne i gminy pokrywają koszty tych badań. Odbywają się one 2 razy do roku: w jesieni i na wiosnę i dokonywane są w przychodniach przeciwgruźliczych.

Dla dzieci, u których stwierdzono gruźlicę, istnieją liczne szpitale i sanatoria. Na ogólną liczbę 1.350 łóżek sanatoryjnych dla dzieci przeznaczono przeszło 200. Dla chorych prątkujących istnieje 113 domów gruźliczych z ogólną liczbą 2.611 łóżek. Dzieci przyjmowane są bez ograniczeń. Szpitale morskie (na 560 łóżek) przeznaczono przedewszystkiem dla dzieci z gruźlicą chirurgiczną (zwłaszcza wzo- rowo jest urządzony szpital morski w Hagewiken koło Bergen).

Koszta leczenia w sanatoriach i szpitalach norweskich wynoszą przeciętnie 2 korony dziennie od dorosłego i 1,5 korony od dziecka. Ogólne koszty wynoszą 5 koron, w domach zaś gruźliczych — 4 korony od osoby. W myśl ustawy z 1900 r. państwo pokrywa 40% wydatków, w nowej jednak ustawie przewidziane jest podniesienie tej zapomogi do 60%. Istnieje też projekt, by § 6 Ustawy o przymusowym umieszczaniu w zakładach leczniczych chorych na gruźlicę, zagrożających otoczeniu, rozciągnąć również na dzieci, żeby móc usuwać je z rodzin, w których są chorzy prątkujący.

Śmiertelność z gruźlicy w Norwegii w ciągu ostatnich 60 lat spadła z 24 do 15,6 na 10 tys. mieszkańców (zniżka o 35%). Wśród dzieci i młodzieży śmiertelność z gruźlicy jest większa w miastach, niż po wsiach. Największa śmiertelność jest w wieku 20—24 lat (63,2 wśród mężczyzn, 74,6 u kobiet), we wcześniejszych okresach wynosi: 0—1 lat: 3,8—3,6; 1—4 lat: 18,1—20,2; 5—9 lat: 28,2—36,8; 10—14 lat: 39,5—58,3; 15—19 lat: 56,8—74,2. Zmniejszenie śmiertel-

ności w gruźlicy najwięcej się zaznaczyło u dzieci poniżej 15 lat, a zwłaszcza u dzieci małych do lat 5-u.

Prelegent omawia obszernie wychowanie fizyczne dzieci i młodzieży norweskiej. Jazdę na nartach uprawia cała ludność Norwegji — od małych dzieci do starców włącznie. Pływania uczą w szkołach początkowych i gimnastyka szwedzka jest obowiązkowa we wszystkich szkołach, nawet początkowych. Pozatem uprawiane są takie sporty, jak żeglarstwo, atletyka, piłka nożna, golf, tenis, ślizgawka. Pęd do słońca i powietrza jest powszechny w Skandynawji.

Na zakończenie prelegent charakteryzuje naród norweski, jego kulturę, umiłowanie tradycji i przechowywane starannie cechy znamienne Wikingów—zdobywczość, odwagę, szybkość inicjatywy i inne, które przetrwały od tysiąca lat i nadają tak pouczające i ciekawe piętno ojczyźnie Nansena i Amundsena. (Streszczenie własne).

Rozprawy nad odczytami kolegów K o p c z y ń s k i e g o S t. i R u d z k i e g o S.:

Kol. M o c z a r s k i W., członek T-wa, stwierdza, iż obecnie poziom lekarzy szkolnych znacznie się podniósł. Występuje przeciw tak często uprawianemu hazardowi sportowemu na terenie szkoły.

Kol. F i l i ń s k i Wł., członek T-wa, uważa, iż dzięki istnieniu w kartach statystycznych rubryki „powiększenie gruczołów“, do której zalicza się dzieci na zasadzie wątpliwych danych opukowycn, znaczna część dzieci zostaje zakwalifikowana do kategorii chorych na gruźlicę, każdy bowiem mniema, że obrzmienie gruczołów powstało na tle gruźliczem. Nadużycia w sporcie nie odbywają się pod opieką szkoły, ale poza nią i wbrew jej woli.

Kol. C i e s z y ń s k i K s. F., członek T-wa, zapytuje, ile jest wśród dzieci gruźlicy zamkniętej, a ile otwartej? Wspomina, iż w pewnej miejscowości na Wołyniu wzniesiono szkołę rękami dzieci. Proponuje użycie na wsi położnych, jako higienistek.

Kol. W ą s o w i c z S t., członek T-wa, uważa, iż kontakt higienisty z lekarzami poradni jest nazbyt formalny. Musi istnieć współpraca pomiędzy niemi. Na zasadzie spostrzeżeń własnych, poczynionych w poradniach przeciwgruźliczych, nie może zgodzić się na tak wysoki odsetek gruźlicy otwartej u dzieci w wieku szkolnym.

Kol. R o s z k o w s k i M., członek T-wa, stwierdza, że w Warszawie gruźlicy otwartej wśród dzieci jest 1%. W ciągu ostatnich pięciu lat liczba dzieci chorych zmniejszyła się o 50%. W kartach statystycznych oddzielnie uwzględnia się gruczoły śródpiersia i inne. Sprawy, omówione przez kol. W ą s o w i c z a, dadzą pobudkę do zapraszania lekarzy poradni na posiedzenia lekarzy szkolnych.

Kol. K o p c z y ń s k i S t., członek T-wa, podaje, że władze po-

tępiąją rekordy sportowe w szkole. Wymagania w stosunku do budynków szkolnych stają się coraz mniejsze ze względów ekonomicznych. Obecnie coraz częściej stawiamy domy drewniane. Podane liczby tyczą przede wszystkim województwa wileńskiego, są oparte na badaniach plwociny i prześwietlaniach.

Zebrańie zamknięto o godzinie 23-ej.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dnia 5 maja 1931 roku.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 37, wprowadzonych gości — 27.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 28 kwietnia r. b. przyjęto.

2. Kol. **Messing Z.**, członek T-wa, przedstawił preparaty anatomiczne i histopatologiczne z przypadku „*Ganglioneurormatis imperfecti glandulae suprarenalis*“.

Guz lewego nadnercza (znaleziony nieoczekiwanie podczas badania pośmiertnego zwłok 20-letniego mężczyzny, chorego na schizofrenję) ma wielkość jaja gęsiego, jest twardy, na przekroju szaro-białawy. Jest on zbudowany z tkanki włóknistej, składającej się z faliście ułożonych włókien z licznymi wrzecionowatymi jądrami. Miejscami tworzą się wiry, miejscami zaś widać pęczki poprzecznie przeciętych włókien z jądrami, leżącymi na obwodzie włókien. Są to nagie włókna nerwowe z jądrami Schwanna. Gdzie niegdzie znajdują się pasma szerokich włókien rdzennych. Wśród tej tkanki włóknistej, przeważnie w brzeżnej części guza, znajdują się komórki zwojowe bądź grupami, bądź pojedynczo, z jednym lub kilku jądrami, zwykle z kilkoma wypustkami. W licznych komórkach widać oznaki zwyrodnienia. Oprócz całkowicie wykształconych komórek zwojowych spotyka się liczne małe komórki z ciemnym jądrem, ziarnistą zarodnią, kształtu okrągłego lub wydłużonego, czasami piramidowego. Komórki te należy uważać za młode postacie komórek zwojowych. Poza tem w brzeżnych częściach guza można znaleźć skupienia sympatogoniów. Guz otoczony jest warstwą tkanki nadnercza z torebką łącznotkankową. Granica tkanki nadnercza i guza jest naogół ostra, jednak miejscami w brzeżnych warstwach guza znajdują się odpryski tkanki korowej. W głębokich warstwach nadnercza, w ścianach

naczyń, w okołonaczyniowych przestrzeniach i w niektórych komórkach zwojowych znajduje się barwnik brunatny.

Opisany guz należy do ganglioneuroma, a według podziału Fischera do ganglioneuroma imperfectum. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Kryński L., członek T-wa, zapytuje o stopień złośliwości guza.

Kol. Messing Z., członek T-wa, stwierdza, iż ganglioneuromata same przez się nie są złośliwe. Natomiast symptomata są złośliwe, dają one przerzuty. Do niedawna ten ostatni rodzaj nowotworów uważano za mięsaka.

3. Kol. Filiński Wł., członek T-wa, wygłosił „Uwagi o Ciechocinku i Inowrocławiu”.

Zdał sprawozdanie z wycieczki ze słuchaczami Wydziału Lekarskiego U. W. do Ciechocinka i do Inowrocławia. Omówił urządzenia lecznicze obu zdrojowisk, ich rozwój i znaczenie ogólne. (Streszczenie własne).

4. Kol. Proszowski W., członek T-wa, wygłosił odczyt „O wpływie truskawieckiego źródła „Marja” na czynność wydzielniczą żołądka u ludzi”.

Woda mineralna ze źródła truskawieckiego „Marja” jest solanką prawie izotoniczną. Zawiera nieco soli glauberskiej i gorzkiej oraz dwuwęglany sodu, żelaza i potasu. Pozatem znajdują się w niej jeszcze ślady innych składników mineralnych. Prelegent omówił działanie poszczególnych składników na żołądek. Dla ustalenia wpływu ich w zestawieniu naturalnem, w postaci wody źródła „Marja”, przeprowadzono badania doświadczalne z 5% śniadaniem alkoholowem, sporządzonem jednego dnia na tej wodzie, a drugiego dnia na wodzie przekroplonej, przyczem porównanie otrzymanych wyników w obu dniach było podstawą do wysnuwania wniosków o działaniu samej wody źródła „Marja”. Okazało się, że woda źródła „Marja” działa lekko pobudzająco na wydzielanie kwasu solnego i zmniejsza jego niedobór w przypadkach braku wolnego kwasu solnego. Często wzmacnia również zdolność trawienną pepsyny. Przyspiesza przeżawienie opróżnienie żołądka i powoduje także rozcieńczanie śluzu w nieżytych śluzowych żołądka. (Streszczenie własne).

5. Kol. Litwin Fr. i kol. Religioni A. wygłosili odczyt p. t.: „Doraźny wpływ solanki druskienickiej na przemianę węglowodanową u ludzi”.

W przeddzień kąpeli określano odsetkową zawartość cukru we krwi naczcho oraz w 60, 90, 120, 180 min. po podaniu 50 g. glu-

kozy w 200 cm.³ wody. W dni kąpeli robiono te same określenia cukru we krwi, sadząc badanych natychmiast po wypiciu roztworu glukozy do kąpeli solankowej, kwasowęglowej, borowinowej lub wody zwykłej. Wyniki zapisywano w postaci krzywych. Dla porównania działania tych kąpeli druskienickich wyprowadzono liczby przeciętne. Okazało się, że solanka powodowała obniżenie zawartości cukru we krwi o 25%, kwasowęglowa o 12%, borowinowa — o 21,6%, a kąpiel z wody zwykłej — o 8,4% w stosunku do krzywej bez kąpeli. Wnioski:

I. solanka druskienicka jest środkiem leczniczym dużej wartości, działającym dodatnio na przemianę węglowodanową; do dawnych jej wskazań leczniczych należy dołączyć nowe, mianowicie: choroby trzustki, wątroby, nerek, nadmierne ciśnienia, t. j. stany chorobowe, w których występuje skłonność do przecukrzenia krwi;

II. gazowana solanka druskienicka jest wskazana przeważnie w stanach hipotensji i astenji, przebiegających, jak wiadomo, najczęściej z niedocukrzeniem krwi. (Streszczenie własne).

6. Kol. K a c z y ń s k i A., członek T-wa, opisał „T e r m y b u d a p e s z t e ń s k i e (wrażenia z wycieczki)”.

Prelegent uwypuklił dążenie powojennych Węgier, które utraciły na zasadzie traktatu w Trianon i Saint-Germain tak ważne zdrojowiska, jak Trenczyn, Piszczany, Herkulesbad i inne, do podniesienia na najwyższy poziom zdrojowisk objętych granicami powojennymi. Daje się to zauważyć szczególnie w urządzeniach kąpielowych i sanatorjach Budapesztu.

Po szczegółowym opisie szeregu zakładów Budapesztu, jak zakł. Ś-go Łukasza, Rudasbad, Hotelu St. Gellerta, zakładów Szecseniego, urządzeń kąpielowych na wyspie Ś-tej Małgorzaty, prelegent porównał wody termalne Budapesztu z niektórymi naszymi wodami, których stężenie niejednokrotnie jest o wiele wyższe. Zwraca uwagę mała zawartość w nich H₂S, który w takim np. Lubieniu Wielkim dochodzi do 0,111 w litrze. Analizy term budapeszteńskich wykazują największą zawartość jonów Ca (0,15—0,20), Na (0,09—0,17) i Mg (0,04—0,16). H₂S waha się w granicach od 0,0008—0,013. Radjoczynność 0,50—10,26 jednostek międzynarodowych. Ciepłota od 40° do 73,9°C.

Zwracają uwagę doskonale pomyślane i świetnie urządzone liczne baseny do kąpeli zbiorowych na otwartym powietrzu, niekiedy dochodzące do olbrzymich rozmiarów (basen na wyspie Św. Małgorzaty posiada taflę wodną o 7.700 m.² i 15.000 m.² powierzchni plaży piaskowej). Wszędzie panuje wzorowy ład i doskonała organiza-

cja, oparta na wiekowej tradycji istnienia tych zakładów. (Streszczenie własne).

Rozprawy nad odczytami kolegów: Proszowskiego W., Litwina F. i Religioniego A. oraz Kaczyńskiego A.:

Kol. Bratkowski E., członek T-wa, przypomina swoje badania, wykonane wspólnie ze ś. p. E. Żebrowskim, nad wpływem druskienickiej wody źródła „Nasza” na wydzielanie soku żołądkowego u psa z przetoką Pawłowa. Praca ta wykazała, iż woda druskienicka wzmagą wydzielanie soku żołądkowego. Druga praca, podjęta z inicjatywy ś. p. Żebrowskiego na podobny temat, to praca kol. Litwina i Religioniego. Zapytuje kol. Proszowskiego, czy woda badana przez niego była świeża i czy badano ją na radioaktywność.

Kol. Dębicki K., członek T-wa, podaje, iż w roku bieżącym wody ciechocińskie były dokładnie zbadane. Zwraca uwagę, że źródło Nr. 10 zawiera 220 mg. dwuwęglanu żelaza w litrze wody. Sprawa przechowywania tego rodzaju wód mineralnych jest do tej pory nierozwiązana. Woda ze źródła Nr. 8, silnie hipotoniczna, może dać dobre wyniki w dnie (diathesis urica), lżejszych postaciach bezsoczności żołądka oraz jego nerwicach. Co się tyczy kąpeli kwasowęglowych, to są one stosowane należycie. Zapytuje kol. Religioniego, czy badania jego były przeprowadzone w kąpielach naturalnych, czy wzmacnianych? Bardzo wysoka ciepłota term jest niepożądana: ostygając bowiem do ciepłoty, nadającej się do użytku, mogą one tracić niektóre swe składniki lub właściwości (np. radioaktywność).

Kol. Kaczyński A., członek T-wa, uważa, że twierdzenie, iż borowina użyta do kąpeli traci raz na zawsze swe własności lecznicze (wypłókanie drażniących składników chemicznych jak kwas mrówkowy, siarkowy i inne), nie jest słuszne. Oczywiście, borowina taka, porzucona na uboczu jako nieużytek, poddana działaniu deszczu, powietrza, słońca i t. p., istotnie może stracić własności lecznicze. Gdy jednak bezpośrednio po użyciu układać ją warstwowo na polach, następnie zabezpieczyć od wietrzenia i pokrywać specjalnie w tym celu posianą szerokolistną trawą, to po pewnym czasie (kilka lat) może nastąpić całkowite „odnowienie się” borowiny, t. j. stanie się ona zdatną do nowego użytku. Porównanie rozborów chemicznych takiej borowiny z borowiną używaną po raz pierwszy, przekonałoby nas, czy zachodzą tu jakiegokolwiek istotne różnice. (Streszczenie własne).

Kol. Orłowski W., członek T-wa, stwierdza, iż nie wszystkie

własności Ciechocinka są w należytej mierze wyzyskiwane przez lekarzy tam ordynujących. Tyczy się to przede wszystkim hipotonicznego źródła Nr. 8, które nadaje się do leczenia skazy moczowej; można je również stosować w leczeniu cierpień dróg moczowych. Dobry wpływ tego źródła w bezsoczności żołądkowej i nerwicach należy położyć raczej na karb leczenia psychicznego, niż działania wody. Uważa, że w badaniach swych kol. P r o s z o w s k i winien był raczej badać wpływ uprzednio wypitej wody truskawickiej na czynność wydzielniczą żołądka po jakimś bodźcu bardziej fizjologicznym.

Kol. F i l i Ń s k i W., członek T-wa, uważa kąpiel kwasowęglową za dobrą, o ile poziom jej sięga do wysokości sutków. Zaznacza, że kol. P r o s z o w s k i przeprowadzał badania z wodą czerpaną przed 3—14 dniami.

Kol. R e l i g j o n i A. stwierdza, iż badania wykonano z wodą niewzmacnianą.

Kol. K a c z y Ń s k i A., członek T-wa, na uwagę, że zbyt wielka wysokość ciepłoty danego źródła termalnego nie stanowi o jego zalecie, gdyż musi być ona sztucznie obniżona dla celów użytkowych, przyczem może tracić swe własności radioaktywne, stwierdza, że obniżanie to nie jest połączone z żadnymi trudnościami, jak to właśnie przeprowadzono w termach budapeszteńskich. Gorzej natomiast jest, gdy rozporządzamy niedostatecznie wysoką ciepłotą termy. Przykładem może być terma ciechocińska, która nie da w basenie międzyżęziowym ciepłoty 20°C, posiadając przy wypływie najwyżej 37°C., podczas, gdy ciepłota wody w basenie na wyspie Ś-tej Małgorzaty wynosi 30°C., a źródło, zasilające ten basen, ma 42,5°C. (Streszczenie własne).

Zebranie zamknięto o godzinie 22 min. 30.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dnia 12 maja 1931 roku.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 38, wprowadzonych gości — 39.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 5 maja r. b. przyjęto.
2. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

- Bąkowski. Ogrzewanie i wietrzenie budynków szpitalnych. Odb. 1931.
- Dobrowolska. Coramina w klinice dziecięcej. Odb. 1927.
- Kopczyński. Szkoły-Uzdrowiska. Odb. 1930.
- Labry et Rollet. Instrumentation et Technique de l'Ostéosynthèse dans les fractures diaphysaires. Odb. 1925.
- Mackiewicz. Henryk Higier. Odb. 1931.
- Messing. Zmiany w mózgu kota z wrodzonym brakiem tarczy nerwu wzrokowego w jednym oku. Odb. 1930.
- Mikułowski. Zagadnienia budzenia choroby utajonej w świetle kliniki i biologii. Odb. 1931.
- Ostromięcki. Typy pawilonów dla chorób zakaźnych przy powiatowych szpitalach powszechnych. Odb. 1931.
- Rubinrot. Zarys rentgenologii. Warszawa, 1931.
- Sprawy Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego. Rok jedenasty (1928) i rok dwunasty (1929).
- Wapler. Die Eingliederung der Homöopathie in die Gesamtmedizin. Odb. 1931.
- Katalog Wydawnictw Kasy im. Mianowskiego. 1931.
- Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich. Nr. 5. r. 1931.
- Księgarnia „Światło“. Katalog Antykwarski. Nr. 7.

3. Kol. Galewski A., wygłosił odczyt p. t.: „Badania nad zawartością kwasu moczowego w soku żołądkowym“.

W 25 przypadkach stwierdzono obecność kwasu moczowego w soku żołądkowym. W warunkach prawidłowych ilość jego wynosi około 1 mg. w 100 cm.³ soku. W tych przypadkach, gdy zwiększa się poziom kwasu moczowego we krwi (arthritis urica, uraemia), zwiększa się również poziom kwasu moczowego w soku żołądkowym. W nadkwaśności i w niedokwaśności soku żołądkowego ilość kwasu moczowego w soku żołądkowym zmniejsza się. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Goebel F., członek T-wa, uważa przedstawione badania za bardzo ciekawe i radzi połączyć je z badaniami nad wydzieleniem kwasu moczowego w dolnych odcinkach przewodu pokarmowego, zwłaszcza w przypadkach mocznicy.

Kol. Orłowski W., członek T-wa, zwraca uwagę, iż 2 przypadki, w których kwaśność ogólna sięgała 46 i 55 należy usunąć z tablicy, mieszczącej przypadki nadkwaśności.

4. Kol. Justman St., wygłosił odczyt „O postaciach klinicznych alkoholizmu dziecięcego“.

Wnioski:

1. Istnieją cztery postacie kliniczne alkoholizmu dziecięcego:
a) postać neurasteniczna, b) postać histeryczna, c) postać padaczkowa, d) postać otępieniowa.
2. Pierwsze dwie postacie można wyleczyć (całkowity powrót do zdrowia); postać trzecią udaje się niekiedy wyleczyć, często jednak przechodzi ona w typową padaczkę.
3. Postać czwarta nie może być wyleczoną i kończy się mniej lub więcej posuniętą oligofrenją lub idjotyzmem.
4. Dzieci, należące do pierwszych trzech postaci, mogą pozostać w swem środowisku rodzinnem, należące zaś do postaci czwartej przedewszystkiem muszą być usunięte ze swego otoczenia i leczone w zakładach specjalnych. W tym celu rodzice, nałogowi alkoholicy, winni być mocą ustawy sejmowej pozbawieni prawa wychowywania swych dzieci.
5. Stosowanie wysokoku w jakiegokolwiek postaci u dzieci jest tak samo niedopuszczalne, jak stosowanie morfiny. Obie te substancje są truciznami mózgowymi, działającymi na korę mózgową, t. j. najszlachetniejszą część mózgu, stanowiącą o naszym człowieczeństwie. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. **Filiński Wł.**, członek T-wa, zwraca uwagę na osobniczo różne upodobanie do alkoholu u dorosłych i dzieci, a także na odporność gatunkową, spotykaną u zwierząt.

Kol. **Justman St.** podkreśla, że niekiedy sami lekarze przyzwyczajają dzieci do alkoholizmu, przepisując wyciągi alkoholowe.

5. Kol. **Filiński Wł.**, członek T-wa, wygłosił „Sprawozdanie z podróży do uzdrowisk i zdrojowisk zagranicznych”. Część I: Czechy, Niemcy i Francja.

Zdaje sprawozdanie z podróży do uzdrowisk zagranicznych. Omawia urządzenia i wskazania lecznicze Teplic, Karlsbadu, Jachimowa, Marienbadu, Franzensbadu, Kissingenu, Nauheimu, Wiesbadenu, Baden-Badenu, Plombières, Vittel, Contrexeville, Vichy, Royat. (Streszczenie własne).

Zebranie zakończono o godzinie 22 min. 05.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 19 maja 1931 roku.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 38, wprowadzonych gości — 21.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 12 maja 1931 roku przyjęto.

2. Kol. Mossakowski J., członek T-wa, i Jokiela A. ogłosili odczyt p. t.: „O zachowaniu się cukru we krwi w zależności od zabiegu operacyjnego”.

W celu przekonania się o poziomie cukru we krwi u chorych, poddanych zabiegowi chirurgicznemu, zbadano krew w 35 przypadkach operowanych z rozmaitych powodów. W 10 przypadkach dokonano usunięcia wyrostka robaczkowego po bardzo dawno przebytem zapaleniu, w 11 doszczętnego usunięcia przepukliny, w 2 — wycięcia wola bez objawów choroby Basedowa, w 5—doszczętnego zabiegu z powodu wodniaka jądra, w 2 — zeszcicia kości, w 2 — nadpochwowego wycięcia macicy z powodu włókniaków, w 1 — ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, w 1 — doszczętnego wycięcia pęcherzyka żółciowego i w 1 — trepanacji czaszki z powodu pourazowego wgłębienia kości. W każdym przypadku najpierw badano krew naczcho, ściśle przestrzegając, aby w okresie przedoperacyjnym chory nie był głodzony, poddawany czyszczeniu ławatywami lub środkami czyszczącymi i aby spożywał zwykłe pokarmy, niezbyt bogate w węglowodany. Dalsze badania wykonywano bezpośrednio w 6, 24 i 48 godz. po zabiegu. W przypadkach, w których poziom cukru był wyższy od prawidłowego, dokonywano badań aż do obniżenia się jego do poziomu prawidłowego.

Operowano przeważnie w eterowym znieczuleniu ogólnem, w kilku przypadkach w znieczuleniu chloroformowem, lub chloroformowo-eterowem, a w kilku — w znieczuleniu miejscowem z dodatkiem adrenaliny lub bez niej. Badania przeprowadzono mikrometodą MacLeana. We wszystkich przypadkach znieczulenia ogólnego bez względu na to, czy przedtem była, czy też nie była wstrzykiwana morfina, stwierdzano niewątpliwą hiperglikemję. Najniższa zawartość cukru we krwi w tych przypadkach zaraz po zabiegu wynosiła 0,136%, najwyższa—0,256%. Cyfry niskie odpowiadały zabiegom krótkotrwałym, z małą ilością użytego środka znieczulającego, cyfry wysokie—zabiegom długotrwałym (od 2 godz.) z dużą ilością środka znieczulającego. W przypadkach ze znieczuleniem miejscowem spostrzegano również hiperglikemję, jakkolwiek mniejszą w po-

rownaniu z odpowiedniami co do długotrwałości zabiegu przypadkami, operowanymi w znieczuleniu ogólnem. Hiperglikemja ta trwała w ciągu kilku lub nawet kilkudziesięciu godzin po zabiegu. W pierwszych godzinach często utrzymywała się na tym samym lub nieco niższym poziomie, niż zaraz po zabiegu. W przypadkach niepowikłanych (równy sen, brak sinicy i zapaści) spostrzegano liczby prawidłowe już po upływie 36 — 48 godzin. W przypadkach powikłanych, zwłaszcza zaś z klinicznymi objawami zakwaszenia, hiperglikemja trwała tak długo, jak długo trwały te powikłania.

W przeważającej liczbie przypadków nie stwierdzono cukromoczu nawet wtedy, gdy poziom cukru osiągał znaczne wartości, np. 0,205%. Tylko w 2 przypadkach (ciężkie i długotrwałe zabiegi), w których zawartość cukru we krwi wynosiła 0,256%, powikłanych sinicą i zapaścią, stwierdzono zaraz po zabiegu cukromocz, trwający kilkanaście godzin.

Wspomniane zmiany we krwi po zabiegach chirurgicznych, najprawdopodobniej, stoją w związku z zakwaszeniem pooperacyjnym, występującem, jak to już dawno stwierdzono, prawie po każdym zabiegu. Chodzi tu prawdopodobnie o wzmożenie glikolitycznej czynności wątroby pod wpływem kwaśnych produktów przemiany materji, wskutek czego następuje większy, niż w warunkach prawidłowych, odpływ cukru z wątroby do krwiobiegu. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. G o e b e l F r., członek T-wa, uważa, iż wypowiedziane przypuszczenia są słuszne. Jeszcze nieogłoszone badania własne potwierdzają również równoległość wahań zasobu zasad i poziomu cukru we krwi. Hiperglikemji towarzyszy obniżenie zasobu zasad, hipoglikemji—alkaloza. Zapytuje, czy w przypadkach, w których stosowano morfinę, był poziom cukru we krwi większy, niż w innych.

Kol. G r o t t J. W., członek T-wa, uważa, iż przedewszystkiem znieczulenie ogólne ma wpływ na poziom cukru we krwi po zabiegu operacyjnym. Zabieg, dokonany w pobliżu trzustki, wywołuje jej przekrwienie i powoduje zwiększenie ilości cukru we krwi. Ogromną rolę odgrywa stan ogólny chorego oraz stan wątroby. Nie bez wpływu są również stany gorączkowe. Już w 1903 roku wykazano zwiększenie się poziomu cukru we krwi zwierząt po podaniu kwasów.

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, uważa za zasługę prof. I e ś n i o w s k i e g o, że w jego klinice od szeregu lat przeprowadza się badania nad wpływem zabiegów operacyjnych na ustrój. W badaniach nad przemianą węglowodanową należy uwzględnić stan

wątroby; nie można w tych przypadkach zadowolić się badaniem poziomu cukru we krwi naczcho. Należy badać krzywą glikemiczną po podaniu 50 gr. glukozy. Badania wykonywane obecnie w 2. Klinice Chorób Wewn. U. W. zdają się wskazywać raczej na obniżenie się krzywej glikemicznej w kwasicy sztucznej u osób zdrowych. Spostrzeżenia te wymagają jeszcze potwierdzenia na większym materiale.

Kol. **M o s s a k o w s k i J.**, członek T-wa, stwierdza, że nie było różnic w poziomie cukru po podaniu morfiny i bez morfiny, co należy tłumaczyć tem, że u ludzi stosuje się znacznie mniejsze dawki, niż u zwierząt, u których stwierdzono hiperglikemję pomorfinową. Zresztą taka hiperglikemja może być tylko krótkotrwała, gdy pooperacyjna trwa dłużej. Badano poziom cukru we krwi naczcho kilkakrotnie, a nawet kilkunastokrotnie.

4. Kol. **Filiński Wł.**, członek T-wa, wygłosił dalszy ciąg „Sprawozdania z podróży do zdrojowisk i uzdrowisk zagranicznych“. Część II: Francja, Szwajcaria i Włochy.

Prelegent omówił warunki klimatyczne i urządzenia lecznicze Genewy, Evian, Montreaux, Leysin, wybrzeży Lago Maggiore, Lago di Como, Lago Lugano, St.-Moritz, Schuls-Tarasp-Vulpera, Davos, Ragaz, Interlaken, Aix-les-Bains, Riviera di Ponente, Riviera di Levante, Montecatini, Lago di Garda, Areo, Meranu i Gasteinu. (Streszczenie własne).

Zebrawie zamknięto o godzinie 22 min. 15.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 26 maja 1931 roku.

Początek o godzinie 20-tej wiecz.

Obecnych członków Towarzystwa — 20, wprowadzonych gości — 21.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 19 maja 1931 roku przyjęto.

2. Kol. **P r e z e s** odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Bainbridge. Cancer yesterday, today and tomorrow. Odb. 1930.

Biro. W sprawie zaniku mięśni postępującego (Aran-Duchenne). Odb. 1931.

Dzierżyński. Spożycie tytoniu w Polsce. Warszawa, 1930.

„ Spożycie tytoniu w Polsce. Wykresy i kartogramy.

Krasuski. Znaczenie lecznicze soli wapnia w świetle badań autorów francuskich. Odb. 1929.

Rudzki S. VII Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo. Odb.

„ Ś. p. dr. Kazimierz Dłuski. Odb. 1930.

„ Praca fizyczna gruźliczych jako zagadnienie społeczne i lecznicze.

Zakrzewski. Verazolon, jako środek analgetyczny. Odb. 1931.

Archivo de Medicina Legal. III Volume, Nr. 1, 2. 1930.

Sprawy Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego — Rok jedenasty (1928) i dwunasty (1929) działalności. Warszawa, 1929 i 1930.

Sprawozdanie Komitetu Sanatorjum w Rudce za rok 1930.

3. Kol. Stę p o w s k a A., wygłosiła odczyt p. t.: „Z a b u r z e n i a o d d e c h o w e w p r z e b i e g u j ą k a n i a z u w z g l ę d n i e n i e m b a d a ń e l e k t r y c z n y c h n e r w u p r z e p o n o w e g o i p r z e p o n y”.

Mowa jest procesem psychofizycznym; w swoim składniku fizycznym, jak Francuzi nazywają *la langue exterieur*, jest ona wynikiem współpracy trzech czynników: oddychania, fonacji i artykulacji. Jąkanie jest następstwem skurczów w zakresie mięśni, spełniających wyżej wymienione czynności. Skurcze te mają początkowo charakter kloniczny. Chory powtarza kilkakrotnie tę samą zgłoskę, po pewnym czasie skurcze zyskują na napięciu i przybierają charakter toniczny. W dalszym przebiegu tej nerwicy skurcze przenoszą się na tułów, kończyny i t. d. Skurcze te nazywają się w s p ó ł r u c h a m i. Nerwica ta jest, prawdopodobnie, wyrazem z jednej strony wzmożonego popędu do mówienia, z drugiej strony — pewnej niedomogi mięśniowej. Badania pobudliwości elektromotorycznej mięśni z uwzględnieniem badania przepony, jako głównego mięśnia oddechowego, wykazały: 1. obniżenie pobudliwości na prąd stały i 2. zdwojenie czasu pobudliwości (chronaxie). Powyższe dane są wyrazem ogólnej hipotonji mięśniowej, potwierdzonej wynikami badań zawartości składników mineralnych surowicy krwi jąkających się. Wapno u tych chorych znajdowano w ilości prawidłowej, natomiast ilość fosforu była stale znacznie obniżona (1—2 mgr. w 100 cm.³ surowicy krwi). Karmienie preparatami fosforowemi (z polskich preparatów phosphit Spiessa) wpływa korzystnie na omawianą nerwicę.

Zaburzenia oddechowe w przebiegu jąkania, rozpatrywane z punktu widzenia objawów ruchowych mięśni wydechowych (bo tylko faza wydechu odgrywa rolę w akcji mówienia), wyrażają się pewnymi nieprawidłowościami rytmu, napięcia i toru oddechowego.

Obok postaci jąkania, w których zaburzenia oddechowe wysuwają się na plan pierwszy, spotykamy inne, w których zaburzenia te są nieznaczne.

Badania promieniami rentgenowskimi (prześwietlanie) przepony w czasie, gdy badany mówi, wykazuje zaburzenia w rytmie wskutek zbyt wczesnych wdechów. W innych przypadkach stwierdzamy, że przepona w okresie wydechowym unosi się ku górze. Ruch ten jest jednak niejednostajny, przerywany przestankami. W końcu spostrzega się, że przepona opada ku dołowi, klatka piersiowa znajduje się w stanie najgłębszego wdechu i chory usiłuje mówić, nie posiadając prawie wcale zapasu powietrza wydechowego.

Badanie toru oddechowego u jąkających się wykazuje:

1. piersiowy typ oddechowy bezwzględnie przeważa u kobiet i u mężczyzn;

2. synchronizm między okresem wydechu, fonacją i artykulacją jest zaburzony;

3. faza wydechowa, która w warunkach fizjologicznych wynosi w czasie mówienia 18 — 25 sekund, skraca się zaledwie do kilku sekund;

4. zdolność powolnego wypuszczenia powietrza jest zniesiona; chorzy wydalają całą rezerwę powietrza naraz z chwilą, gdy zaczynają mówić;

5. oddychanie odbywa się w czasie mówienia przez jamę nosową;

6. wychylenia oddechowe znacznie zmniejszają się, klatka piersiowa jest jakby „zablokowana” w fazie wdechowej;

7. ilość zużywanego powietrza dochodzi do 300 lub 400 litrów na godzinę.

Powyżej wspomniane zaburzenia oddechowe należy rozpatrywać z punktu widzenia zjawisk ruchowych. Oddychanie jest czynnością mięśni, jest więc ruchem. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y :

Kol. Mańkowski A., członek T-wa, skierował do prelegentki szereg pytań.

Kol. Gorecki Zd., członek T-wa, zapytuje, czy podane liczby, dotyczące nadmiernego przewietrzania płuc, należy uważać za przekonujące. Spoczynkowe przewietrzanie u zdrowych wynosi 4 do 8 litrów na minutę. Badania własne wykazały, że człowiek dorosły zużywa ilość powietrza na minutę w litrach, odpowiadającą 1/10 wagi w kg., np. człowiek wagi 60 kg. zużywa 6 litrów powietrza na minutę. Jeżeli zaś istotnie w badaniach prelegentki było nadmier-

ne przewietrzanie (hiperwentylacja), to należało spodziewać się przejściowej alkalozы we krwi. W badaniach prelegentki niema bezpośredniego dowodu istnienia alkalozы, gdyż oznaczanie fosforu nie jest pod tym względem miarodajne. Wobec tego, że alkalozа ma dowieziony wpływ na pobudliwość układu nerwowego, zapytuje, czy jednak możliwość istnienia alkalozы we krwi nie tłumaczyłaby wyniku badań prelegentki. Wykazują to badania, przeprowadzone przez W. Sterlinga, który wywoływał napady padaczkowe dowolnym nadmiernym przewietrzaniem płuc. Wiadomo także, iż alkalozа gra rolę w powstawaniu tężyczki. (Streczczenie własne).

Kol. Stępow ska A. stwierdza, że badania fosforu, na których się opierała, były przeprowadzone u dzieci jękających się, które zgłaszały się do poradni, prowadzonej przez prelegentkę. Liczby podawane przez prelegentkę tyczą przewietrzania płuc u dzieci i dlatego wydają się niskie.

4. Kol. Huszcza A., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Odczyny biologiczne krwi na zmiany ciśnienia atmosferycznego“.

W celu zobrazowania zmian we krwi pod wpływem wahań ciśnienia atmosferycznego zarówno w dół, jak i w górę, prelegent przytacza niektóre dane, dotyczące istoty oddziaływania ciśnienia atmosferycznego na ustroj. Granice ciśnienia barometrycznego wahają się pomiędzy 6 atm. w górę i 300 mm. Hg w dół. Czynnikiem rozstrzygającym jest ciśnienie cząsteczkowe tlenu, jak to wykazał już P. Bert (1878), a potwierdził i pogłębił cały szereg późniejszych badaczy.

Krew jest tą tkanką ustroju, na którą spada cały ciężar wahań prężności tlenu w otaczającej atmosferze. Nie zachowuje się ona biernie wobec tych wahań, lecz oddziałuje czynnie, usiłując przywrócić zachwianą równowagę wymiany oddechowej nie tylko w płucach, lecz także w innych narządach i tkankach ustroju.

A. Zmiany we krwi pod wpływem spadku ciśnienia atmosferycznego (hipobaria) wyrażają się wzrostem liczby krwinek czerwonych i ilości hemoglobiny. Stwierdzono to badaniami u zwierząt i u ludzi w górach oraz w komorach depresyjnych. Jest to poliglobulia prawdziwa, nie rzekoma, jak to przypuszczali początkowo niektórzy autorowie. Prelegent omawia mechanizm powstawania tych zmian we krwi i rolę, jaką w nich odgrywa śledziona i inne narządy krwiotwórcze. Są one wyrazem przystosowania się ustroju do niedoboru tlenu we krwi i tkankach ciała.

B. Zmiany we krwi pod wpływem wzrostu ciśnienia atmosferycznego (hiperbaria) cechuje spadek liczby krwinek czerwonych

i ilości hemoglobiny, stwierdzony szeregiem badań u zwierząt i ludzi w komorach depresyjnych oraz przy pracy w kesonach pneumatycznych. Rozwija się niedokrwistość kesonowa. Zwraca uwagę na lecznicze działanie tlenu w stanach ze zwiększoną liczbą krwinek czerwonych i hemoglobiny. Wyjaśnia mechanizm powstawania tych zmian we krwi, trujące działanie czystego tlenu na ustrój oraz zmniejszenie lepkości krwi pod wpływem wysokich ciśnień barometrycznych. Wreszcie omawia rolę różnych czynników, mogących wpływać na zmniejszenie się liczby krwinek czerwonych. Są to: zahamowanie wytwarzania krwinek czerwonych, szybszy ich rozpad, utrudnione przechodzenie ich z narządów krwiotwórczych do krwiobiegu.

Przedstawił całość badań, dokonanych w ciągu 50 lat nad wpływem wysokich i niskich ciśnień na ustrój ludzki i zwierzęcy. Powstająca obecnie w Warszawie komora depresyjna w Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich da możliwość prowadzenia rozległych doświadczeń w tej dziedzinie. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. Mańkowski A., członek T-wa, stwierdza, że zmiany we krwi powstają później. Śledziona bierze w nich czynny udział, jak to stwierdzili w 1925 r. członkowie Komisji Angielskiej na Andach. W 1927 r. Ozachowac, fizjolog bułgarski, wykazał to także na zdjęciach rentgenowskich śledziony, otoczonej metalowymi klamerkami u żywego zwierzęcia. Stwierdził on zmiany wymiarów śledziony podczas wahań ciśnienia atmosferycznego. Ozachowac uważa śledzionę za zbiornik zapasowy krwi. Uczestniczy ona w wysiłkach ustroju i przeciwdziała zmianom ciśnienia atmosferycznego. Z odczytu wnioskuje, że zmniejszenie ciśnienia wywołuje zawsze zwiększenie liczby krwinek czerwonych (policytaemia), zwiększenie ciśnienia odwrotnie--zmniejszenie liczby krwinek czerwonych (oligocytaemia). Zapytuje, jak śledziona może wywoływać podobne zmiany stosunku osocza do krwinek czerwonych?

Kol. Orłowski W., członek T-wa, wspomina prace Kaulbarscha, dotyczące wpływu zmniejszonego ciśnienia na skład krwi. Zmniejszone ciśnienie działa nie tylko na zachowanie się liczby krwinek czerwonych, ale i na ich rozmiar, co dowodzi wpływu ciśnienia na szpik. Śledziona pod wpływem obniżonego ciśnienia kurczy się, wyrzucając z siebie krwinki czerwone: nie zwiększa się wtedy ilość osocza, zwiększa się natomiast liczba i objętość krwinek czerwonych. (Streszczenie własne).

Kol. Huszcza A., członek T-wa, zaznacza, że wobec rozległości zagadnienia nie mógł lub nie zdążył omówić wszystkich szcze-

gółów. Uzupełniając dane o roli śledziony w mobilizacji rezerw krwi w stanach ostrej anoksemji, przytacza wyniki prac doświadczalnych. Wykazały one, że ogólna objętość krwinek w 100 cm.³ krwi wyraźnie wzrastała w asfiksji, zwiększała się także zawartość żelaza we krwi.

Wyjaśnił, że już S c h a u m a n n i R o s e n q u i s t (1898) przeprowadzili pomiary średnicy krwinek czerwonych. Badania te wykazały powiększanie się ich przy równoczesnem zjawianiu się we krwi krążącej krwinek czerwonych z jądrami. B a r c r o f t (1925) w swej pracy podaje zjawisko występowania we krwi pod wpływem obniżonego ciśnienia krwinek czerwonych o budowie siatkowej, co świadczy również o wzmożonej czynności krwiotwórczej w ustroju. (Streszczenie własne).

Zebranie zamknięto o godzinie 22 min. 35.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Doroczny: Jan Roguski.

PROTOKÓŁ UROCZYSTEJ AKADEMJI

ku uczczeniu

ś. p. profesora dra med. BRONISŁAWA SAWICKIEGO
w dniu 2 czerwca 1931 roku

ze współudziałem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Towarzystwa Chirurgiczno-Warszawskiego i Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego.

Obecnych członków Towarzystwa — 82, wprowadzonych gości — 33.

1. Kol. Prezes, otwierając Akademię, wezwał obecnych do uczczenia pamięci Zmarłego powstaniem z miejsc i jednodominutową ciszą.

2. Kol. Leśniowski A., członek T-wa, wygłosił przemówienie p. t.: „Ś. p. Bronisław Sawicki, jako lekarz i profesor Uniwersytetu”.

Ś. p. Bronisław Sawicki urodził się w Ostromęczynie na Podlasiu w 1860 r. Szkołę średnią ukończył w Siedlcach w 1878 r., poczem wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Tu brał żywy udział w życiu politycznem młodzieży. Po otrzymaniu dyplomu lekarskiego w 1883 r. został asystentem 2. Kliniki Chirurgicznej U. W. Po wyjściu z kliniki w 1892 r. uczęszczał do istniejących wówczas oddziałów chirurgicznych, zaś

w 1895 r. został kierownikiem działu chirurgicznego w Zakładzie Lecznym dla Dzieci dra Bączkiewicza przy ul. Ogrodowej, pozostawał tam do 1903 r. W 1896 r. na podstawie konkursu otrzymał kierownictwo oddziału chirurgicznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Na tem stanowisku pozostał już do końca życia. W czasie organizacji klinik uniwersyteckich Wydział Lekarski U. W. parokrotnie zwracał się do ś. p. Sawickiego z propozycją objęcia katedry chirurgji, jednak nie przyjął on propozycji, uważał bowiem, że klinika winna być powierzona siłom młodszym. Obdarzony przez Uniwersytet Warszawski godnością profesora honorowego, wykładał do końca życia chirurgję ogólną i pielęgniarstwo. Zmarł 11 stycznia 1931 r.

Głównymi cechami, które kierowały działalnością ś. p. Sawickiego, były miłość Ojczyzny i społeczeństwa, głębokie współczucie dla nieszczęścia, bezinteresowność, brak nawet najmniejszego egoizmu i wysokie poczucie obowiązku. Był obdarzony przez naturę umysłem żywym i badawczym, był człowiekiem czynu i odznaczał się niezwykłą pracowitością.

W krótkim czasie po ukończeniu studjów pojął, że pozłom wiedzy lekarskiej wogóle, a chirurgji w szczególności, w byłym zaborze rosyjskim był niski z powodu niszczącej działalności zaborców. Odczuwając zaś braki w swem wykształceniu lekarskiem, pomimo szczupłych środków materialnych robił co rok wycieczki zagranicę. Pogłębiał tam przedewszystkiem chirurgję, uzupełniając jednak braki z innych działów wiedzy lekarskiej praktycznej i teoretycznej. Zdobyte zaś wiadomości z całym zaparciem się siebie przekazywał szeregom swych uczniów.

Początkowa działalność ś. p. Sawickiego odbywała się w warunkach trudnych. Praca w 2. Klinice Chirurgicznej U. W. była bezplanowa i bez kierunku, mimo to jednak doszedł on do pokaźnych wyników. Rozwinął działalność swą w całej pełni dopiero po objęciu oddziału chirurgicznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Ponieważ ówczesne oddziały szpitalne nie stały na poziomie wymagań, musiał urządzić nietylko stronę techniczną oddziału (narzędzia, sterylizacja, sala operacyjna i t. d.), lecz także i kliniczną. Nie szczędząc własnych środków materialnych, urządził pomocniczą pracownię chemiczną i anatomopatologiczną. Jednocześnie z całym zapałem przystąpił do szkolenia pomocników. Uczył swych asystentów, zachęcał ich do uzupełniania braków, opracowywania tematów naukowych, urządził zebrania referatowe, wreszcie na swój własny koszt sprowadzał liczne czasopisma i dzieła naukowe. Wkrótce też zaczęły gromadzić się około niego zastępy młodzieży,

żądnej wiedzy, a oddział w niedługim czasie stał się raczej kliniką, która łącznie z oddziałami D u n i n a, K r a j e w s k i e g o, S o k o ł o w s k i e g o i innych, pozwoliła nauce naszej przetrwać niewolę rosyjską i doczekać się wyzwolenia Ojczyzny. Oddział ś. p. S a w i c k i e g o wykształcił zastęp dzielnych pracowników, którzy dziś na obszarze Rzeczypospolitej rozwijają owocną działalność lekarską, kierowani ideałami swego Mistrza.

Dzięki zaletom swego charakteru, niezwyklej, rzadko spotykanej troskliwości i pieczołowitości ś. p. S a w i c k i cieszył się olbrzymim zaufaniem ogółu lekarzy i doszedł do rozległej praktyki prywatnej. Chorymi szpitalnymi opiekował się po ojcowsku, wchodził w ich potrzeby i troski, często wspomagał z własnej kieszeni, a nad wieloma z nich roztaczał swą opiekę i poza oddziałem szpitalnym. W praktyce prywatnej odznaczał się wyjątkową bezinteresownością. W stosunku do lekarzy był zawsze wysoce koleżeński i wysoce etyczny.

Ś. p. S a w i c k i przyczynił się w znacznej mierze do rozwoju nauki chirurgicznej pod zaborem rosyjskim. Brał czynny udział w organizowaniu i pracach sekcji chirurgicznej przy Towarzystwie Lekarskim Warszawskim, Towarzystwa Chirurgów Polskich i Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego. Zawsze był jednym z najbardziej czynnych członków, zapałem swym zachęcając innych do pracy. Rozumiał doskonale konieczność rozwoju polskiego piśmiennictwa lekarskiego, przyczyniał się przeto do powstania i rozwoju pism lekarskich ogólnych i chirurgicznych. Był jednym z najczynniejszych członków Komitetu Redakcyjnego *Gazety Lekarskiej*, jednym z założycieli *Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego*, a następnie — *Polskiego Przeglądu Chirurgicznego*. Nietylko jednak przyczynił się do powstawania i rozwoju pism lekarskich, lecz od początku swej działalności zasiliał je swemi pracami treści lekarskiej i społecznej. Prac lekarskich napisał 35.

Doskonale przygotowany teoretycznie ś. p. S a w i c k i był znakomitym djaagnostą, doskonałym i precyzyjnym wykonawcą zabiegów operacyjnych. Opanował doskonale całość chirurgji, jednak największą doskonałość osiągnął w dziedzinie operacyj wytwórczych, operacjach ginekologicznych, urologji i leczeniu schorzeń kostno-stawowych. W ostatnich latach swego życia z zamiłowaniem i dużym powodzeniem zajmował się chirurgją ośrodkowego układu nerwowego. Do oryginalnych pomysłów jego należy podotrzewnowe wycinanie pęcherzyka żółciowego oraz zeszywanie ran przepony po uprzednim wycięciu żeber i uruchomieniu przepony.

Interesowały ś. p. S a w i c k i e g o również działy pomocnicze

medycyny, głównie pielęgniarstwo, do którego podniesienia, rozwoju i wydoskonalenia przyczynił się niemało.

Łącznie z Matlakowskim, Duninem, Krajewskim, Sokołowskim i Ciechomskim należał do tego pokolenia lekarzy, którzy położyli wielkie zasługi nad podniesieniem polskiej wiedzy lekarskiej do poziomu medycyny krajów przodujących.

Pomimo bardzo dużego zasobu wiedzy, ogromnych i licznych zasług, ś. p. Sawicki odznaczał się nadzwyczajną skromnością. Unikał wszelkiego rozgłosu i wszelkich zaszczytów, a pracy podejmował się tylko dlatego, że mogła ona przynieść korzyść Ojczyźnie i społeczeństwu.

Tem tłumaczy się nieprzyjęcie parokrotnie proponowanej katedry chirurgii, uważał bowiem, że więcej może zdziałać dla dobra społeczeństwa, nie będąc kierownikiem kliniki. Po otrzymaniu godności profesora honorowego chętnie podjął się wykładów teoretycznych z chirurgii ogólnej i pielęgniarstwa chorych, które to przedmioty znał doskonale. W bardzo dużym stopniu zasłużył się Wydziałowi Lekarskiemu U. W. przy organizacji i opracowywaniu programu studiów lekarskich, czem bardzo interesował się. Wzbogacił też bibliotekę Wydziału dziełami, dotyczącymi tego zagadnienia. Przyczynił się do opracowania i wprowadzenia nowego wzoru indeksów. Zawsze jak najchętniej uczestniczył w licznych komisjach wydziałowych, które często korzystały z jego bogatego doświadczenia. Należy szczerze żałować, że odrodzony Wydział Lekarski U. W. zastał ś. p. Sawickiego w wieku późnym i nie mógł wykorzystać należycie jego głębokiej wiedzy, bogatego doświadczenia i wybitnych zdolności pedagogicznych.

Ś. p. Bronisław Sawicki był człowiekiem dużych zasług, odznaczał się licznymi i wybitnymi zaletami umysłu i charakteru. Nie dziw więc, że cieszył się jak największym poważaniem, miłością i uznaniem powszechnym. Dowodem tego, między innymi, jest, że w szeregu kilku lat powierzano mu w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim zaszczytne i odpowiedzialne stanowisko Prezesa, w roku zaś 1930 — najwyższy urząd Sekretarza Stałego

Zgon jego wzbudził żal ogólny. Pamięć o Nim pozostanie wśród nas na zawsze, będzie On służył za wzór do naśladowania dla wielu przyszłych pokoleń! (Streszczenie własne).

3. Kol. Łapiński W., członek T-wa, skreślił „Działalność społeczno-lekarską ś. p. Bronisława Sawickiego“.

Działalność lekarsko-społeczna ś. p. Bronisława Sawic-

kiego była samorzutnem, wprost koniecznem, uzupełnieniem jego pracy lekarsko-zawodowej. Szpital dlań był umiłowanym terenem pracy klinicznej w najszerszem jej ujęciu, a rozwój szpitalnictwa stanowił zarazem troskę od zarania do końca jego działalności lekarskiej.

Ś. p. Sawicki pracował przez pierwsze dwadzieścia parę lat w najcięższych warunkach politycznych, w okresie zupełnego zaniedbania szpitali warszawskich przez nawskroś biurokratyczne rządy t. zw. Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczyńności Publicznej.

W szeregu artykułów w pismach lekarskich ś. p. Sawicki poddał całą ówczesną gospodarkę szpitalną rzeczowej, a jednak ostrej krytyce, opartej na gruntownej znajomości przedmiotu. Pod naciskiem lekarskiej opinii publicznej i wprost katastrofalnych stosunków władze rosyjskie po blisko 40-stoletnich nieudolnych rządach Rady Miejskiej Dobroczyńności Publicznej przekazały w 1907 r. szpitale warszawskie Magistratowi m. Warszawy, który przeprowadził wkrótce szereg pożytecznych ulepszeń.

Wobec zmienionych na korzyść warunków rozwoju ś. p. Sawicki wykazywał w tej dziedzinie w dalszym ciągu żywą działalność, wysuwając cały szereg pożytecznych postulatów. Ogarniał gruntownie całość zagadnień szpitalnych i znał doskonale szpitalnictwo Europy Zachodniej. Dzięki licznym, gruntownie opracowanym odczytom i referatom zyskał też w tej dziedzinie wielki posłuch i autorytet w społeczeństwie. Był założycielem Sekcji Szpitalnictwa przy Towarzystwie Lekarskim Warszawskim, z której przy jego najczynniejszym współudziale powstało w 1930 r. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa. Był najpracowitszym i pełnym inicjatywy członkiem powstałej w 1917 r. Rady Szpitalnej, organu doradczego przy Wydziale Szpitalnictwa i Opieki Społecznej.

Należy stwierdzić, że jeżeli szpitalnictwo warszawskie osiągnęło w ostatnich paru dziesiątkach lat poziom obecny, to stało się to w wielkiej mierze dzięki niezmordowanej działalności ś. p. Sawickiego.

Interesował się też ś. p. Sawicki poza szpitalnictwem także licznymi innymi zagadnieniami lekarsko-społecznymi, jak np. Kasą Wsparcia dla Wdów i Sierot po Lekarzach, rozwojem przemysłu techniczno-lekarskiego, a zwłaszcza rozwojem naszych zdrojowisk i uzdrowisk, które znał dobrze i którym szereg prac poświęcił. Był też inicjatorem ułożenia wykazu oryginalnych prac polskich i wziął czynny udział w opracowaniu książki, zawierającej taki wykaz za lata 1831 — 1890.

Działalność społeczna ś. p. Sawickiego była naturalnym, koniecznym przejawem jego najgłębszych pierwiastków duchowych: były niemi wielkie, najczystsze umiłowanie własnego Narodu i z tegoż umiłowania wypływający i nieodłącznie z niem związany, nakaz czynu. Przejawem tego wewnętrznego nakazu była przez całe życie cechująca ś. p. Sawickiego, niespożyta siła popędowa, która, udzielając się otoczeniu, była źródłem wielu poczynañ twórczych.

Poza działalnością lekarsko-społeczną brał ś. p. Sawicki udział w miarę sił, możliwości, środków i czasu w wielu sprawach, mających dobro ogólne na celu, np. akcji o wykłady religji w języku polskim na Podlasiu, udział we Wszechsłowiańskim Związku Lekarzy. Pozatem utrzymywał rozległe stosunki z Polakami, przebywającymi na obczyźnie; słowem, żył pełnią życia swego Narodu, gorąco przeżywał jego powodzenia i troski.

Ubył jeden z najlepszych synów Narodu, przedstawiciel najgodniejszy dawnego pokolenia działaczy, wzór dla wchodzącego obecnie w życie pokolenia młodego! (Streszczenie własne).

4. Kol. Podkóliński F., członek T-wa, w zastępstwie nieobecnego kol. Bączkiewicza J., członka T-wa, przedstawił „Kartkę z działalności ś. p. prof. B. Sawickiego na polu obywatelskiem i filantropijnem”.

Do przemówień, natchnionych dla tak wielostronnej naukowej i społecznej działalności ś. p. prof. B. Sawickiego, niech będzie dozwolone dołączyć jeszcze jedno wspomnienie z działalności ukochanego Profesora. Wspomnienie to świadczy o wielkiej i zacnej duszy tego wielkiego obywatela i lekarza.

Było to w drugiej połowie 1893 r., a więc 38 lat temu, wówczas nad Królestwem Polskiem, tą połącią naszej Ojczyzny, która dostała się pod zabór rosyjski, zapanowała ciężka ręka najeźdźców. Dążność do rusyfikacji kraju szła pośpiesznie, a Rosyjski Czerwony Krzyż coraz mocniej i silniej zaczął się rozwijać i garnąć pod swe „opiekuńcze” skrzydła, nie tylko słabsze charakterem jednostki polskie z inteligencji, lecz także i biedny lud. Rosyjski Czerwony Krzyż otwierał liczne przychodnie, lecznice i szpitale, szerząc naturalnie wśród ludności polskiej uznanie dla medycyny rządowej, wzbudzając wdzięczność dla jej przedstawicieli i nie opuszczając sposobności do rusyfikacji. Wówczas to szereg wybitniejszych jednostek społeczeństwa polskiego postanowił przeciwdziałać tej robocie podstępnej i poszedł w walce tą samą drogą. Bez statutów pisanych, drogą konspiracyjną zawiązało się grono ludzi pod nazwą „Białego Krzyża”. Wzięło ono sobie za zadanie tworzyć również

przychodnie, lecznice i szpitale z obsadą dobranego polskiego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i służebnego, z zadaniem nie tylko udzielania pomocy leczniczej, ale zarazem wnikania w inne potrzeby materialne i moralne biednej ludności i oddziaływania na nią.

Pod opieką tego właśnie towarzystwa powstał Zakład Lecznicy dla Dzieci przy ul. Ogrodowej. Gdy organizator tego zakładu zwrócił się do ś. p. Sawickiego, wyłuszczył mu zadania i cele zakładu, ś. p. Sawicki nie zastanawiał się jednej minuty i przyrzekł swą współpracę jako chirurg, a przede wszystkim jako obywatel-Polak, a nadto—jako troskliwy ojciec biednego ludu. Po zajęciach w klinice chirurgicznej, w której pracował jako asystent, dążył on przez 9 lat do szpitala, położonego w przeciwległej stronie miasta, aby tam nieraz kilka godzin swego drogocennego czasu nieść w ofierze cierpiącej dziatwie, aby swą ojcowską ręką koić ich cierpienia i szlachetnym sercem odczuwać ich niedolę. Już wówczas udzielał cennych rad i wskazówek młodszym kolegom, którzy się przy nim w szpitaliku zbierali. Stworzył tu poważną placówkę chirurgji dziecięcej w Warszawie.

Obowiązek nakłada szczytne zadanie, aby tu w tej smutnej, a tak uroczystej chwili, dziś o tej jego działalności przypomnieć, aby w imieniu owego grona obywateli, z którego już dziś wielu nie żyje, złożyć hołd wdzięczności za współpracę w tych ówczesnych dążeniach, a w imieniu biednej polskiej dziatwy stokroć dziękować za pracę, wysiłek, wiedzę i serce, którem tak hojnie darzył młode pokolenie polskie.

I na tem stanowisku wniósł cenne pierwiastki swego promiennego ducha, pierwiastki miłości chorego, umiłowania zawodu i dar nauczania.

Cechy te i prostota współżycia koleżeńskiego budziły w otaczających go uczucie zaufania i szacunku dla twórczej jego pracy, dla dostojęstwa ducha.

Gdy opuścimy tę salę i wyjdziemy pod wrażeniem, żeśmy obcowali z duchem ś. p. Sawickiego, niech myśl nasza i ton żałosny naszych serc będą przewodnikami tych uczuć, które kierujemy w zaświaty, aby do niego doszły, jako dowód, że jego duch czysty i świetlany, aczkolwiek odszedł od nas, to jednak promieniuje wśród nas. Jego bowiem promienie, jak za życia ziemskiego, tak i nadal wzniecają wśród wspomnień zarzewie miłości Ojczyzny, miłości chorego i miłości wiedzy. *Non omnis mortuus est.* (Streszczenie własne).

5. Kol. Szumlański W., członek T-wa, przedstawił „Dzia-

łalność ś. p. prof. dra Bronisława Sawickiego jako członka Redakcji *Gazety Lekarskiej*".

Działalność literacką w lekarskiej prasie naukowej ś. p. Sawicki rozpoczął wcześniej, bo już w niespełna trzy lata po ukończeniu studiów ogłosił drukiem pierwszą poważniejszą pracę kliniczną w ówczesnej *Kronice Lekarskiej*, pracę „O przepuklinie podotrzewnowej”. Dalszy szereg artykułów, a jest ich, jak to słyszeliśmy w poprzednich przemówieniach, poczet pokaźny i poważny, umieszczał przeważnie w *Gazecie Lekarskiej*, do której składu redakcyjnego został powołany w 1889 r. i w której przez przeszło lat 30, t. j. do chwili przeniesienia wydawnictwa w 1922 r. do Lwowa, z wielkim zapałem i z wielkim pożytkiem pracował.

Prelegent w paru słowach przedstawił historię powstania *Gazety Lekarskiej* i zaznaczył, jaką spełniała ona rolę i jakie znaczenie przywiązywano do należenia do grona wydawniczego tego pisma.

W 1880 r., w okresie największego ucisku ze strony moskiewskiego ciemiezcy, w chwili ponownego budzenia się do czynu ducha narodowego, grupa młodych wówczas, lecz już przeważnie wybitnych, lekarzy warszawskich postanowiła wydawać pismo lekarskie i uczynić zeń nietylko placówkę nauki polskiej, ale i ognisko, skupiające ludzi idei, ludzi ożywionych i podniecanych do pracy poczuciem spełniania obowiązku obywatelskiego.

Za organ taki wybrano *Gazetę Lekarską*, która po śmierci poprzedniego wydawcy prof. Girsztowta zaczęła się chylić do upadku, a którą do nowego życia powołali nowi energiczni współwłaściciele, wzięwszy sobie za hasło popieranie polskiej nauki lekarskiej, spełnianie obowiązków obywatelskich i przestrzeganie zasad etyki lekarskiej.

Wspomniano o tem, aby zaznaczyć i podkreślić, że ś. p. Sawicki posiadał w wysokim stopniu zalety, odpowiadające powyższemu hasłu, i że wcześniej zaznaczył je w życiu społecznym i koleżeńskim, czem sobie utarował, jeszcze jako młody lekarz, drogę do wstąpienia do składu grona wydawniczego i powiększył liczbę członków Komitetu Redakcyjnego *Gazety Lekarskiej*.

Ś. p. Sawicki nietylko nie zawiódł pokładanego w nim zaufania kolegów, ale wybitną swą działalnością zdobył od razu szacunek i uznanie ze strony współtowarzyszy pracy, a wszystkimi swymi czynami, czy to jako autor licznych prac naukowych, czy jako uczestnik rozpraw, dotyczących oceny nadsyłanych artykułów, czy wreszcie jako gorący patriota i zapalony do czynu działacz społeczno-narodowy zasłużył na trwałą pamięć i wdzięczne, a niez-

tarte wspomnienie wśród tych wszystkich, którym dane było z nim razem pracować i podziwiać świetlaną jego działalność.

Niech to przemówienie będzie wyrazem najwyższego hołdu dla ś. p. S a w i c k i e g o, którego imię złotemi i niezatartemi głoskami zostało zapisane na kartach i w historii *Gazety Lekarskiej*. (Streszczenie własne).

6. Kol. J a r o s i ń s k i A. wygłosił przemówienie p. t.: „Ś. p. Br. S a w i c k i, pierwszy członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego”.

Podlasie, gdzie się urodził i wychował ś. p. B r. S a w i c k i, było terenem, na którym stale toczyła się walka Wschodu z Zachodem.

Ta bezkrwawa walka toczyła się dwoma łóżyskami. Lud unicki przeciwstawiał się prawosławiu, inteligencja podlaska podtrzymywała ducha w nim. Ś. p. B r. S a w i c k i bardzo zasłużył się w tej walce.

Prelegent pomija zasługi ś. p. S a w i c k i e g o dla Podlasia wogóle, wspomina tylko o zasługach jego w tworzeniu i rozwoju Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego, jedynej na Podlasiu polskiej instytucji naukowej, powstałej w czasach niewoli. Placówka ta powstała i pomyślnie się rozwijała głównie dzięki energii ś. p. S a w i c k i e g o.

Towarzystwo Lekarskie Siedleckie powołało ś. p. S a w i c k i e g o na swego członka honorowego, składając tem hołd jego zasługom.

Świetlana postać ś. p. dra B r. S a w i c k i e g o dla przyszłych pokoleń lekarskich na Podlasiu pozostanie na zawsze wzorem cnót lekarza-Polaka i obywatela. (Streszczenie własne).

Akademję zamknięto o godzinie 21 min. 40.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dn. 9 czerwca 1931 roku.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 22, wprowadzonych gości — 6.

1. Protokół zebrania naukowego z dn. 26 maja b. r. przyjęto.
2. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie o ś. p. drze T a d e u s z u T r z c i ń s k i m.

Dnia 31 maja b. r. zmarł w Warszawie ś. p. T a d e u s z T r z c i ń s k i, jeden z najdawniejszych, bo od 1887 r., członków czynnych T-wa. Urodził się w Warszawie w 1857 r. Po ukończeniu 2-go gimnazjum w W-wie wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył po 6-letnich studjach ze stopniem lekarza. Zrazu przez $\frac{1}{2}$ roku pracował w charakterze asystenta nadetatowego w Klinice Terapeutycznej, prowadzonej przez prof. L a m b l a, poczem objął stanowisko lekarza fabryki w Starachowicach, pozostając tam przez $\frac{1}{2}$ roku. Z końcem 1883 roku wyjechał na studia do Wiednia, gdzie uczęszczał przeważnie do klinik chorób wenerycznych i skórnych. Po 6-cio miesięcznym pobycie w Wiedniu powrócił do kraju, aby w maju 1884 r. objąć kierownictwo Szpitala Ś-go Ducha w Rawie. Ale już w lipcu 1885 r. przenosi się do Warszawy i rozpoczyna tu w charakterze wolontarjusza pracę w Klinice Chorób Wenerycznych i Skórnych, pozostającej wówczas pod kierownictwem prof. T r a u t v e t t e r a. W kwietniu 1886 roku na podstawie konkursu publicznego objął stanowisko ordynatora w Szpitalu św. Łazarza w Warszawie. Zebrane powyżej daty mogłyby z pozoru mówić jedynie o jakimś niezaradnym rzucaniu się w tę, czy inną stronę, ale w istocie swej są one obrazem doli i niedoli młodego, samodzielnie rwącego się ku wyżynom, a ubożego lekarza, który bez wahania podejmuje się najcięższej, bo w szpitalach prowincjonalnych, pracy zawodowej, aby zdobyć środki do wzbogacenia swej wiedzy w odpowiednich środowiskach w Warszawie i zagranicą. Że właśnie tak było, najwymowniej dowodzi okoliczność, że ś. p. T r z c i ń s k i tak wcześnie, gdyż już w 30 roku życia, zdobył na konkursie stanowiska ordynatora. Nie była to łatwa sprawa wówczas, gdyż nie mówiąc już o wiele cięższych, w porównaniu z dzisiejszemi, ogólnych warunkach kształcenia się lekarzy, sądy konkursowe były prowadzone przez takich Rosjan, jak profesoremie L a m b l, W a l t e r i T r a u t v e t t e r, a przy współudziale ludzi tej miary, co K l i n k, D u n i n, P a w i ń s k i, M a t l a k o w s k i i W a t r a s z e w s k i, którzy znów dla innych zgoła celów musieli jednak przykładać niezwykle wysoką i surową miarę do tej, od niedawna wprowadzonej u nas, instytucji. To też dla tych, łatwych do zrozumienia w ówczesnych warunkach naszego życia, ideowych względów, sądy konkursowe były prawdziwym czyścim, najeżonym niebylejakimi trudnościami.

Ś. p. T. T r z c i ń s k i ogłosił drukiem następujące prace:

1. O leczeniu przymiotu zapomocą głębokich wstrzykiwań podskórnych żółtego tlenku rtęci; 2. Kilka słów o leczeniu rzeżącz-

ki; 3. W sprawie salvarsano-terapii; 4. Poglądy kosmogeniczne Mickiewicza.

W życiu T-wa ś. p. Tr z c i ń s k i brał żywy i wybitny udział, zarówno w roli prelegenta, jak i uczestnika dyskusji nad sprawami tyżącemi zagadnień pierwszorzędnego znaczenia. Dziś może się to wydawać przesadą, ale w swoim czasie zagadnienia te poruszały największe umysły w świecie lekarskim. Były one wyrazem wielkiego postępu, a w Towarzystwie bywały przedmiotem wszechstronnych i głębokich rozważań, utrzymanych zawsze na wysokim poziomie naukowym. W tych warunkach ś. p. Tr z c i ń s k i mógł zabłysnąć niepospolitemi cechami swego umysłu. Był bowiem, obok dużej wiedzy lekarskiej i niezwyklej znajomości ludzi i życia, obdarzony wrodzonym wielkim talentem krasomówczym. Z łatwością ujmował w każdym swem przemówieniu istotę rzeczy i z nieubłąganą logiką, bez rozpraszania uwagi słuchacza na drugorzędne szczegóły prowadził myśl przewodnią jasną drogą do zwięźle sformułowanych wniosków. Ś. p. Tr z c i ń s k i był znawcą filozofii starożytnej, przedewszystkiem wielbicielem D e m o k r y t a i A r y s t o t e l e s a. Był Polakiem żywiółowo i namiętnie miłującym przeszłość naszą i ten wielki skarb, jakim jest nasza mowa, dlatego panował nad słuchaczami i zawsze budził w nich podniosłe uczucia i myśli.

Opuścił nas ze wszech miar wybitny lekarz warszawski, szczerze oddany wiedzy zawodowej, gorąco miłujący Polskę. Strzegł pięknie i zacnie godności stanu lekarskiego. Cześć Jego pamięci! (Streszczenie własne).

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego powstaniem z miejsc i jedno-minutową ciszą.

3. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa:

Chodkowski. O wrodzonym zarastaniu zewnątrzwątrobowych przewodów żółciowych. Odb. 1931.

„ O krążeniu obocznem w przypadkach wrodzonych zwężeń i zarośnień tętnicy płucnej. Odb. 1930.

„ O zwężeniach cieśni tętnicy głównej. Odb. 1930.

„ Pierwotny gładkokomórkowy mięśniak mięsakowaty trzustki. Odb. 1930.

Czarnocki. Serce sportowe (w ujęciu E. Kircha). Odb. 1930.

„ Zapalne i niezapalne zmiany mięśnia sercowego. Odb. 1931.

Goebel. Oznaczenie aktywności witasteryny D. Odb. 1929.

„ W sprawie toksyczności witasteryny D. Odb. 1931.

„ O wpływie układu wegetatywnego na poziom cholesteryny we krwi. Odb.

- „ Nowy sposób oznaczenia aktywności preparatów tarczycy. Odb. 1929.
- „ Wpływ witasteryny D na rozwój zwierząt i przemianę azotową. Odb.
- Jastrzębski i Pruszczyński. Łącznotkankowiec złośliwy gruczołu piersiowego u mężczyzny. Odb. 1930.
- Laskowski. Nowotwory złośliwe kości. Odb.
- „ O sile zaczynowej wątroby w szoku anafilaktycznym. Odb. 1930.
- Merenlender. Melanoblastoma parakeratodes. Odb. 1930.
- „ Melanoblastoma parakeratodes. Nich naevogenes, scheinbar mild verlaufendes parakeratotisch verhornendes Hautmelanom. Odb. 1930.
- Mikułowski. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, a kiła wrodzona u dzieci. Odb. 1931.
- „ O samorodnej chorobie surowiczej. Odb. 1931.
- „ Przypadek kokluszowego zapalenia mózgu u dziecka kiłowego. Odb. 1931.
- Półtorzycka. Przebiecie się zserowaciałych gruczołów tchawiczooskrzelowych do tchawicy. Śmierć z uduszenia. Odb. 1931.
- Pruszczyński. Złośliwy nowotwór mieszany jądra. Odb. 1931.
- Zakrzewski. Verazolon, jako środek analgetyczny. Odb. 1931.
- Fukuoka Acta Medica. Vol. XXIV, Nr. 5. 1931.

4. Kol. Prezes odczytał: a) zaproszenie na nadzwyczajne posiedzenie Rady Instytutu Radowego im. M. Skłodowskiej-Curie; delegowano prof. A. Le ś n i o w s k i e g o,

b) zawiadomienie o Zjeździe Anatomicznym,

c) podziękowanie od profesorowej S a w i c k i e j dla Zarządu, przedstawicieli Uniwersytetu i T-wa Chirurgów Polskich, T-wa Chirurgicznego Warszawskiego i T-wa Lekarskiego Siedleckiego za urządzenie i wzięcie udziału w Akademii ku czci ś. p. prof. dra B r. S a w i c k i e g o.

Następnie kol. Prezes podał do wiadomości, iż członkowie T-wa koledzy: S z e r s z y ń s k i B r. i A m b r o ż e w i c z A. zostali mianowani ordynatorami oddziałów chirurgicznych Szpitala Dz. Jezus w Warszawie; kol. G o r e c k i Z., członek T-wa, habilitował się w zakresie chorób wewnętrznych na Wydziale Lekarskim U. W.; kol. P a s z k i e w i c z L., wiceprezes T-wa, został wybrany Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. W.

5. Kol. M a ń k o w s k i A., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Zdrojowiska i uzdrowiska Bułgarii”.

W krótkim referacie o zdrojowiskach i uzdrowiskach Bułgarii

prelegent zwrócił uwagę zebranych na ten jeszcze mało znany zakątek Europy oraz na konieczność nawiązania bliższych stosunków, które mogą być bardzo pożyteczne i dla Bułgarji i dla Polski.

Bułgarja posiada bardzo liczne skarby przyrody w postaci zdrojowisk, uzdrowisk i plaż morskich. Aby dać pojęcie o rozmiarach tych skarbów, dość powiedzieć, że na przestrzeni wielokrotnie mniejszej, niż Polska, Bułgarja posiada 137 zdrojów. Ich wartość lecznicza już od dawnych czasów znana jest ludności. Wodę z tych zdrojów stosuje się skutecznie w rozmaitych chorobach. Niektóre zdrojowiska znane były jeszcze Rzymianom w czasach ich panowania na półwyspie Bałkańskim. Zdrojowiska Bułgarji odznaczają się przeważnie tem, że są akrototermami o rozmaitej ciepłocie, od 20° do 86°C (Saparewski Zdrój); składników mineralnych zawierają te akrototermi mało, ale często są radioaktywne.

Drugą charakterystyczną cechą zdrojowisk Bułgarji jest to, że woda źródeł wydobywa się na powierzchnię ziemi sama przez się, a nie przy pomocy wiercenia. Aczkolwiek wodę zdrojową używa się przeważnie do kąpieli, jednakże w całym szeregu zdrojowisk wodę tę piją, jak naprzykład w Bańkoch, Górnej Bani, Kniażewie, Kjustendilu, Hisarji i innych. Wyjątkowo do picia stosowano wodę ze źródła Miriczleri, która pod względem składników chemicznych była podobna do wody karlsbadzkiej. Wodę tę rozwożono ze zdrojowiska po całej Bułgarji. Obecnie po trzęsieniu ziemi źródło to znikło, a natomiast podobne źródło zjawilo się w innej okolicy. Naród bułgarski jest bardzo przyzwyczajony do używania kąpieli w rozmaitych zdrojowiskach i często korzysta z nich nawet bez kontroli lekarskiej. Wskutek braku ściśle przeprowadzonych spostrzeżeń nad chorymi oraz braku ściślejszych i systematycznych rozbiorów samych wód, lekarze niezbyt ograniczają warunki korzystania tej lub innej kąpieli; jednakże dla niektórych zdrojów wieloletnia praktyka oraz przeprowadzone badania chemiczne i fizyczne ustaliły mniej więcej ściśle wskazania. Bułgarja posiada szereg plaż morskich, przedewszystkiem Warnę, Burgas i Anchiolo z Mesenwrją. Największem powodzeniem cieszy się Warna, która, poza malowniczym położeniem, dobrze urządzonymi łazienkami, piaszczystą plażą, ładnym parkiem nad nią, jest jeszcze otoczona wieńcem ogrodów winogronowych, co umożliwia gościom Warny w sierpniu i wrześniu korzystanie z leczenia winogronami. W Bułgarji niema specjalnych uzdrowisk, jeżeli pominiemy dwa sanatorja dla chorych gruźliczych w Trojanie i Iskrezie. Są to sanatorja państwowe, z których korzystają przeważnie urzędnicy państwowi. Natomiast wszędzie w Bułgarji można spotkać miejscowości, nadające się do wy-

poczynku. Całe wybrzeże Dunaju: Widin, Łom, Polanka, Somowit, Ruszczuk w północnej Bułgarii; w środkowej Bułgarii: Szyrka, Tren, Jamboł, Sofja i jej okolice; w południowej Bułgarii: Czam Korja, Jundoł, Rylski Klasztor i jego okolice — są to malownicze miejscowości, gdzie tanio można mieć mieszkanie i utrzymanie przez cały sezon letni, korzystając z czystego powietrza, rzecznych lub zdrojowych kąpeli, odżywiając się znakomitym bułgarskim jogurtem, różnymi jarzynami i owocami, które tu są bardzo tanie.

Jedyne zastrzeżenie należy uczynić co do komfortu. Rzadko w Bułgarii można znaleźć zdrojowisko czyniące zadość wymaganiom europejskiego komfortu. Wzamian zato turysta spotka piękne krajobrazy, uprzejmą i gościnną ludność, zdrowe i tanie utrzymanie i pożywienie, a przedewszystkiem nie będzie ofiarą chciwego zdzierstwa, na które często skarżą się rodacy, zwiedzający obce, a nawet i ojczyste uzdrowiska.

Kilka przedstawionych obrazów uzupełniło krótki opis szeregu ważniejszych zdrojowisk i uzdrowisk Bułgarii. (Streszczenie własne).

6. Kol. Filiński Wł., członek T-wa, zdał „Sprawozdanie z podróży do uzdrowisk i zdrojowisk zagranicznych”. Część III. Austria i Słowacja (dokończenie).

Prelegent zdał sprawozdanie z ośrodków leczniczych w Badenie pod Wiedniem i w Trencynie.

7. Kol. Sabat B., członek T-wa, zdał „Sprawozdanie z 5. Zjazdu Międzynarodowego Fizjoterapii w Leodjum”.

5. Międzynarodowy Zjazd Fizjoterapii, który odbył się w Liège w dniach od 14 do 18 września 1930 r., zgromadził około 700 uczestników z 34 państw Europy i Ameryki. Polską delegację reprezentowali oficjalnie: Minister Bertoni, przedstawiciel Rządu Polskiego, dr. B. Sabat (Warszawa), przewodniczący delegacji, i dr. Raszeja (Poznań), sekretarz komitetu polskiego. Na uroczystym posiedzeniu otwarcia Zjazdu w imieniu Polski przemawiał dr. B. Sabat, który zwrócił uwagę na momenty historyczne, łączące Belgię z Polską, zwłaszcza w 1830 r., w którym oba narody podjęły walkę orężną o swoją niepodległość. Podkreślił także zasługi lekarzy belgijskich w tworzeniu organizacji międzynarodowej fizjoterapii. Liczne referaty i komunikaty, wygłoszone na Zjeździe, wskazują na wielką różnorodność tematów, jakimi zajmuje się nowoczesna fizjoterapia i na rozległość jej zakresu. Wykłady te odbyły się na 3-ch zebraniach ogólnych i na 19-stu posiedzeniach sekcyjnych. Na jednym z posiedzeń ogólnych przewodniczył prezes delegacji polskiej,

na jednym z posiedzeń sekcyjnych — sekretarz delegacji polskiej. Obrady sekcyjne były ujęte w 5 samodzielnych grup, a mianowicie: 1. sekcję kinezjoterapii i wychowania fizycznego, 2. sekcję radiologii i curieterapii, 3. sekcję hydrologii i klimatologii, 4. sekcję elektrolologii, 5. sekcję aktynologii. Z Polaków wygłosili odczyty: 1. Z b o r o m i r s k i (Warszawa): „Energja promienna a czynniki podstawowe zjawisk życiowych (polimeryzacja i izomeryzacja)”, 2. B r u n n e r (Warszawa): „O niektórych modyfikacjach technicznych przyrządu Finsena”, 3. B r u n n e r (Warszawa): „O wskazaniach do finsenoterapii poza gruczoł skóry”, 4. R a s z e j a (Poznań): „O jontoforezie” (technika i wskazania). Na posiedzeniach ogólnych wygłoszono referaty główne na następujące tematy: 1. „O wskazaniach i wynikach terapii fizykalnej w schorzeniach układu nerwowego” (ref. D e l h e r m i M o r e l K a h n z Paryża), 2. „O jednoimiennie jonizowanym powietrzu” (ref. S t r a s s b u r g e r, D e s s a u e r i H a p p e l z Frankfurtu), 3. „O terapii fizykalnej schorzeń reumatycznych” (ref. V a n B r e m e n z Amsterdamu i G u n z b u r g z Brukseli). Jedno z posiedzeń ogólnych poświęcono całkowicie sprawie nauczania fizjoterapii. Referenci główni: G u n z b u r g, prof. fizjoterapii uniw. w Brukseli, i prof. G r o e b e r z J e n y przedstawili wyniki ankiety międzynarodowej, przeprowadzonej w sprawie nauczania fizjoterapii w uniwersytetach, stwierdzając, że nauczanie to naogół jest niedostateczne. Na podstawie wywodów referentów Zjazd uchwalił następujące rezolucje, które postanowił rozesać do rządów wszystkich państw cywilizowanych, do uniwersytetów i do stowarzyszeń lekarskich poszczególnych narodów: 1. fizjoterapia zajmuje w całokształcie nauk lekarskich miejsce równorzędne obok farmakologii i chirurgii, nauczanie jej ma odbywać się teoretycznie i praktycznie drogą wykładów i ćwiczeń praktycznych; 2. fizjoterapia jest obowiązkowym przedmiotem nauki przynajmniej przez 2 semestry kliniczne, jak również przedmiotem obowiązującego egzaminu samoistnego; 3. fizjoterapia powinna być nauczana przez osobnych profesorów, którzy powinni mieć osobiste i materialne warunki, umożliwiające należyte nauczanie, i powinni samodzielnie rozporządzać potrzebnym materiałem chorych; 4. cele powyższe najpewniej dadzą się osiągnąć przez stworzenie osobnych, uniwersyteckich instytutów fizjoterapeutycznych, które mogą być zorganizowane jako kliniki lub polikliniki. W każdym razie instytuty te powinny być dostępne dla chorych innych klinik, jak również dla chorych, skierowanych przez lekarzy praktykujących; 5. instytuty powyższe należy zaopatrzyć we wszystkie urządzenia potrzebne do badań naukowych w dziedzinie fizjoterapii. Na

zebraniu delegatów poszczególnych państw nastąpiło przekształcenie stałego Komitetu dla Kongresów Fizjoterapii na Międzynarodowe Towarzystwo Fizjoterapii z siedzibą w Belgji. Najważniejsze cele Towarzystwa ujęto w następujące punkty: 1. organizacja propagandy metod fizjoterapeutycznych, 2. popieranie badań naukowych w zakresie fizjoterapii, 3. przeprowadzenie ankiet międzynarodowych, 4. propaganda nauczania fizjoterapii w uniwersytetach i poza uniwersytetami, 5. organizacja kongresów fizjoterapii, 6. walka z partactwem i znachorstwem, 7. nawiązanie łączności międzynarodowej między rozmaitemi zrzeszeniami i organizacjami lekarskimi. Postanowiono, by Międzynarodowe Kongresy Fizjoterapii odbywały się co 3 lata. Do zarządu Towarzystwa zostali wybrani: jako prezes prof. dr. G u n z b u r g (Belgja), jako wiceprezesi: prof. dr. C a r n o t (Francja), dr. M a c F e e (St. Zjedn. Ameryki Półn.), prof. dr. G r o e b e r (Niemcy), dr. C a r l o s H e u s e r (Argentyna) i dr. S a b a t (Polska), jako sekretarz: dr. D u b o i s - T r e p a g n e (Belgja) i jako skarbnik: dr. D e K e y s e r. W ostatnim dniu uczestnicy Zjazdu odbyli wycieczkę do Spa.

Prelegent dzieli się wrażeniami i spostrzeżeniami z tego zdrojowiska. Wreszcie omawia stronę towarzyską Zjazdu, która dzięki wszechstronnym staraniom i gościnności uprzejmym gospodarzy belgijskich była zorganizowana bardzo dobrze. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, podkreśla znaczenie dla polskiego świata lekarskiego wyboru Polaka do Zarządu Międzynarodowego T-wa Fizjoterapii. Uważa za konieczne stworzenie Polskiego T-wa Fizjoterapii i ofiarowuje pomoc T-wa Lekarskiego Warszawskiego w jego organizowaniu.

Zebranie zamknięto o godzinie 22 min. 08.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 23 czerwca 1931 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 57, wprowadzonych gości — 25.

1. Protokół zebrania naukowego z dn. 9 czerwca 1931 r. przyjęto.

2. Kol. **P r e z e s** odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Alkiewicz. Przyczynek do histogenezy narządu paznokciowego w najwcześniejszym okresie jego rozwoju. Odb. 1930.

„ Onychoğrafosis partialis. Odb. 1931.

Barlik. Przypadek pierwotnego mięsaka chłonnego sieci większej. Odb.

Dębicki. Mięsaki kości w świetle ankiety Towarzystwa Chirurgicznego Amerykańskiego. Odb. 1931.

„ Wyniki szwu kostnego. Odb.

„ Nowsze poglądy na leczenie spraw zakaźnych ręki i palców. Odb. 1928.

„ Przyczynek do postępowania leczniczego w zgorzeli kończyn. Odb.

Giedroyć. Wskazówki do ćwiczeń z chemji fizjologicznej. Warszawa, 1931.

Krotowski i Mierzejewski. Umiejscowione schorzenie włókniste kości (osteodystrophia fibrosa localisata) z przejściem w torbiel łącznotkankową w częściach miękkich. Odb. 1930.

Konkolewski. Guz serowaty serca. Odb. 1931.

Michałowicz. Gruźlica wieku dziecięcego i młodzieńczego w świetle teorii energetycznej. Warszawa, 1931.

Radliński. Wykłady kliniczne z chirurgji. Warszawa. Wyd. II. Cz. 1 i 2, 1931.

Rosset. Prostytucja i choroby weneryczne w Łodzi. Łódź, 1931.

Skubiszewski. O podłożu i istocie zmian morfologicznych w rozwoju i przebiegu gościca ostrego. Odb. 1931.

„ Histogeneza procesu zapalnego z uwzględnieniem wzajemnych stosunków pomiędzy tkanką łączną, a ciałkami krwi i śródbłónkami naczyń krwionośnych. Odb. 1930.

Zeyland. Martwica prosówkowa wątroby u niemowląt. Odb. 1929.

L'Oeuvre du Service de Santé militaire en Algérie. 1830—1930.

Müller. Antiquariatskatalog. 9. März, 1930. Gesamte Medizin.

3. Kol. **P r e z e s** odczytał odezwę Komitetu Niesienia Pomocy Powodzianom z. Wileńskiej i prosił obecnych o zapisywanie ofiar na listę.

4. Kol. **S e k r e t a r z** Stały wygłosił wspomnienie o ś. p. drze **W ł a d y s ł a w i e D o b r z y Ń s k i m**.

Dnia 17 czerwca 1931 r. zmarł w Warszawie po krótkich cierpieniach dr. **W ł a d y s ł a w D o b r z y Ń s k i**, członek czynny Towarzystwa od 1910 r. Ś. p. **W ł. D o b r z y Ń s k i** urodził się w 1859 r. w Płocku, gdzie uczęszczał do gimnazjum, które ukończył w 1877 r.

W tym też roku wstąpił do Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w 1885 r. Po opuszczeniu Uniwersytetu udał się do Wiednia na półtoraroczne studia z zakresu chorób dziecięcych i wewnętrznych oraz położnictwa. W 1888 r. rozpoczął praktykę lekarską w Warszawie. Oddany ciężkiej, uczciwej pracy zawodowej, nie zapominał ś. p. Dobrzyński o obowiązkach obywatelskich i wszystkie wolne chwile poświęcał jednemu z najważniejszych zadań higieny społecznej, jakim jest nierozwiązana od 2000 lat sprawa mieszkaniowa, temu najważniejszemu problemowi higieny zarówno fizycznej, jak i moralnej. Był dobrym człowiekiem, współczującym gorąco cierpieniom bliźniego, wrażliwym również na niedomagania społeczne. Był szczerym kolegą, lekarzem, pilnie strzegącym godności zawodu.

Drukiem ogłosił:

1. Kilka słów w kwestji oczyszczania i zraszania ulic oraz o usuwaniu odpadków domowych; 2. Co robimy, a co robić należy z odpadkami; 3. O paleniu odpadków m. Warszawy; 4. Nowoczesne poglądy na sprawę mieszkań warstw niezamożnych; 5. O miastach przyszłości; 6. Jeszcze o miastach przyszłości, w kwestji oczyszczania i zraszania ulic oraz usuwania odpadków miejskich; 7. Kilka ważnych zadań w związku z reformą mieszkaniową; 8. Polityka osiedleńczo-mieszkaniowa w zastosowaniu do potrzeb Polski.

Cześć Jego pamięci! (Streszczenie własne).

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego powstaniem z miejsc i jedynominutową ciszą.

5. Kol. Wiceprezes zawiadomił o przyznaniu przez Zarząd stypendjum im. ś. p. dra E. Zielińskiego w wysokości 2.000 zł. kol. K. Dębickiemu, asystentowi oddziału chirurgicznego Szpit. Przemienienia Pańskiego na Pradze (Warszawa).

6. Kol. Bratkowski E., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Z kazuistyki nowotworów serca”.

Nowotwory w sercu bywają pierwotne i wtórne. Nowotwory wtórne spotykamy w sercu 4-rotnie rzadziej, niż w innych narządach (wątroba, płuca). Natomiast nowotwory pierwotne serca spostrzegamy bardzo rzadko. Wśród przeszło 10.000 chorych znaleziono w sercu tylko jednego śluzaka i 3 przypadki nowotworów przerzutowych.

W 1 przypadku u 27-letniej chorej za życia rozpoznano zwężenie lewego ujścia żylnego i odoskrzelowe zapalenie dolnego płata obu płuc. Choroba przebiegała nietypowo, gdyż na kilka dni przed zgonem wystąpiła przemijająca utrata mowy, zapaść i napadowy, męczący kaszel. Objawy te wywołał śluzak wielkości jaja ku-

rzego w lewym przedsionku, zwisający na nóżce i zakrywający lewy otwór żylny.

W 2. przypadku u 17-letniego chorego rozpoznano za życia zwyrodnienie mięśnia sercowego i mięsaka płuc, na sekcji zaś wykryto mięsaka, przerastającego przez żyły płucne do lewego przedsionka i wypełniającego przedsionek.

3. chory, lat 57, cierpiał na niedokrwistość hiperregeneracyjną z leukocytozą i limfocytozą. Miał on obrzmiałe gruczoły chłonne, wątrobę i śledzionę oraz objawy niedomogi krążenia. Chory zmarł wśród objawów krwawienia do otrzewnej. Rozpoznano nowotwór wątroby, a sekcja wykryła czerniak rakowaty wszystkich narządów i mięśnia sercowego.

W 4. przypadku u 75-letniej chorej, operowanej dwukrotnie z powodu raka piersi, rozpoznano raka płuc i opłucnych, miażdżycę tętnic i zwyrodnienie mięśnia sercowego. Sekcyjnie zaś stwierdzono raka, przerastającego mięsień prawego przedsionka.

Na mocy tych spostrzeżeń wyprowadzono następujące wnioski:

1. w przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego, nietypowo przebiegających z zapaścią i afazją, należy badać serce w kierunku nowotworu,

2. przypadki nowotworów płuc, opłucnej i śródpiersia powinny służyć jako materiał do opracowania objawów klinicznych nowotworów serca, w tych przypadkach bowiem często spotykamy przerzuty w sercu. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Orłowski W., członek T-wa, podkreśla trudność rozpoznania klinicznego nowotworów serca. Nie wykazują one bowiem objawów swoistych, właściwych temu cierpieniu. Znaczenie badań interferometrycznych nie jest jeszcze pewne. Dlatego też rozpoznanie jest zawsze tylko przypuszczalne. Szybko rozwijająca się niedrożność żył szyjnych oraz krwiotoczne zapalenie wysiękowe osierdzia, nie wywołane ani przez gruźlicę, ani przez gnilec, może wskazywać na nowotwór serca.

Kol. Sterling-Okuniewski St., członek T-wa, zwraca uwagę na spostrzeżenia autorów japońskich, że częstość nowotworów serca jest większa, niż naogół przypuszcza się, zwłaszcza w Japonii. Rozpoznanie naogół nastęrcza zawsze trudności ze względu na różnorodność umiejscowienia guza. (Streszczenie własne).

Kol. Kaliński W. przytacza dane statystyczne materiału sekcyjnego Szpitala Szkolnego w Warszawie. Wśród 2995 sekcji klinicznych spostrzeżano ogółem 134 przypadki nowotworów, z tej

liczby 11 dotyczyło serca. W 10 przypadkach były to nowotwory wtórne (nowotwory pierwotne: 1 rak trzustki, 5 mięsaków kości, 4 mięsaki śródpiersia), a tylko 1 pierwotny.

Kol. Bratkowski E., członek T-wa, zgadza się, że jest bardzo trudno rozpoznać klinicznie nowotwór serca. Z ogłoszonych przypadków zaledwie 2 były rozpoznane za życia na podstawie porównania krzywej poligraficznej przedsionków serca, wykreślonej przez przełyk, z krzywą żył szyjnych. Metoda interferometryczna jest bardzo trudna i złożona. Prawdopodobnie w przyszłości będzie miała zastosowanie w rozpoznawaniu nowotworów nie tylko serca, lecz także i innych narządów.

7. Kol. Sterling-Okuniewski St., członek T-wa, wygłosił odczyt o „Próbach leczenia niektórych spraw zakaźnych emanacją radową”.

Po omówieniu własności fizykalnych emanacji radowej (radonu, zwłaszcza promieni alfa), prelegent zwrócił uwagę na ostatnie badania własne (łącznie z T. Kaweckim), Galliego i Foà (Turyn) i Novaka (Praga) nad bakterjobójczym działaniem promieni alfa na drobnoustroje. Opierając się na tych badaniach, próbował stosować emanację radową dożylnie (w fizjologicznym roztworze soli) w szeregu schorzeń na tle zakażenia ustroju ludzkiego, mianowicie: w 1 przypadku przewlekłego złośliwego zapalenia wsierdza (endocarditis lenta), w 1 — podostrego zapalenia wsierdza po zapaleniu migdałków, w 1 — prosówki gruźliczej płuc, w 1 — zakażenia wielkouszczem jelitowym, w 1 — zapalenia zakrzepowego żył lewej kończyny górnej i prawej kończyny dolnej na tle zakażenia pierwotnego niewiadomego pochodzenia, w 1 — gośca wielostawowego bardzo uporczywego z następczem umiejscowieniem w prawym stawie kolanowym, najprawdopodobniej na tle rzeźczkowem, w 1 — ropotoku usznego z bardzo wysoką ciepłotą w przebiegu nawrotu nieuleczalnego raka macicy, w 1 — posocznicy w przebiegu kiły trzeciorzędowej na tle odleżyny, w 1 — długotrwałego ropnego zapalenia przymacicza lewego i prawego, wreszcie w 1 — gruźlicy gruczołów chłonnych szyjnych i pachwinowych ze znacznym wyniszczeniem ustroju i znaczną niedokrwistością. Część tych przypadków spostrzegął w Szpitalu Szkolnym Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, część zaś w klinikach w Pradze. Wyraźny wpływ dodatni na przebieg cierpienia spostrzeżono w 9 przypadkach, w 1 przypadku (ostatnim z wymienionych) działania leczniczego nie było. Stosował 10 — 15 mc. jednorazowo. Wstrzykiwań dokonywał bądź codziennie, bądź w odstępach parę lub kilkuniedniowych. Ujemnych skutków nie spostrzegął ani razu.

Wskazania, oparte na badaniach bakterjologicznych i spostrzeżeniach klinicznych, byłyby następujące: 1. ostre stany zakaźne o charakterze posocznicowym lub ropnicowym, z objawami zajęcia wsierdza lub bez nich; 2. stany gorączkowe nieokreślonego pochodzenia (grypa, angina), ze stale postępującym osłabieniem mięśnia sercowego lub osłabieniem ogólnym; 3. początkowe okresy duru brzuszego; 4. ostra prosówka w przebiegu gruźlicy płuc; 5. zakażenie przewodu pokarmowego wielkoustcem jelitowym; 6. zakażenia dodatkowe, wnikające inne cierpienia; 7. przypadki zakażenia z jamy ustnej (oral infection, zwłaszcza oral sepsis); 8. nosicielstwo laseczników duru brzuszego oraz 9. nieuleczalne stany zakażenia lasiecznikiem okrężnicy (niedokrwistość typu Biermera, przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych, pęcherza i in.).

Na zakończenie referent zastanawia się nad uzasadnieniem teoretycznym leczenia emanacją, wymienia badania nad stosowaniem radu w chorobach wewnętrznych i przemiany materji. Zaleca stosowania alfaterapij w miarę posiadania emanacji w przypadkach, nie poddających się innym sposobom leczenia. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y :

Kol. Orłowski W., członek T-wa, na podstawie doświadczenia życiowego radzi wielką ostrożność w ocenie spostrzeżeń. Przytacza z historii lecznictwa dużo sposobów leczenia różnych schorzeń, które to sposoby pomimo początkowo, zdawałoby się, bardzo dobrych wyników, zostały dzisiaj zupełnie zarzucone. Ma pewne zastrzeżenia co do niektórych z przytoczonych przypadków: są one mało przekonujące, np. przypadek prosówki, leczonej obok emanacji radowej także aurosanem, gdzie spadek ciepłoty mógł zależeć od działania aurosanu. Nawołuje zatem do ostrożności w ocenie wyników i do zgromadzenia większej liczby przypadków. Podkreśla jednocześnie konieczność dalszych spostrzeżeń przez innych kolegów celem uniknięcia zbyt podmiotowej oceny.

Kol. Sterling-Okuniewski St., członek T-wa, ocenia ostrożnie swoje spostrzeżenia. Wskazuje na to tytuł referatu: „próby i t. d.". Pozatem omówienie każdego przypadku kończył niemożnością rozstrzygnięcia, czy „post“, czy „propter“. Wszystko to przemawia dostatecznie za wielką oględnością, z jaką wyrażał się o swych próbach stosowania alfaterapij.

W przypadku prosówki istotnie stosowano aurosan, ale w okresie wstrzykiwań emanacji, dokonanych 5 razy w ciągu 3 tygodni, podano wszystkiego 0,35 g. aurosanu; ponieważ jednak wła-

śnie już od 2-go zastosowania radonu ciepłota wyraźnie spadała, a samopoczucie chorego stawało się coraz lepsze, przeto raczej alfaterapij, niż bardzo małym dawkom aurosanu, należałoby przypisać dodatni wpływ leczniczy w tym przypadku. (Streszczenie własne).

8. Kol. Zajdenbajtel St. omówił „Fizjologję i patologję nadnerczy ze szczególnem uwzględnieniem choroby Addisona“.

Przed trzema laty spostrzegął w 1. Klinice Chorób Wewnętrznych U. W. przypadek choroby Addisona bez zmian anatomicznych w nadnerczach.

Chory l. 52, z zawodu szewc, zgłosił się do Kliniki ze skargami: na ogólne osłabienie, nieznaczne bóle rozlane w jamie brzusznej, nie pozostające w związku z jakością i ilością przyjmowanych pokarmów, kaszel z odpluwaniem śluzowo-ropnej plwociny. Dolegliwości te miał od kilku miesięcy, ostatnio bardzo się one nasiliły, zwłaszcza osłabienie ogólne. Przedtem nigdy poważnie nie chorował. W 21-ym roku życia miał owrzodzenie twarde na prąciu. Nie leczył się. Pił napoje wyskokowe w dużych ilościach. Wywiady rodzinne były bez znaczenia. Stwierdzono następujące odchylenia od stanu prawidłowego: ciemnobronzowe zabarwienie powłok skórnych, nieliczne ciemne plamki na błonie śluzowej jamy ustnej od strony policzków, rozszerzone granice serca, głuche tony, przyśpieszone (od 90 do 120'), miarowe, drobne tętno, rozedmę płuc, nieżyt zastoju oskrzeli, podłużne rozstrzenie oskrzeli w dolnych płatach, okrągłą bliznę na prąciu. Z badań dodatkowych laboratoryjnych: ciśnienie krwi od 80—90/35—40 mm. Hg, ciepłota wahała się od 35,3° do 36,4°C. W moczu ślady białka i lekkie wzmożenie urobilinogenu. Plwocina śluzowo-ropna; prątków Kocha w kilkakrotnych badaniach nie wykryto. Poziom cukru we krwi naczczo wynosił 54 mg. w 100 cm.³ surowicy. Mocznik, kwas moczowy w surowicy krwi — w granicach prawidłowych. Morfologja krwi — nieznaczna niedokrwistość wtórna. Odczyn Wassermanna we krwi — ujemny. Leczenie przeciwkiłowe było bezskuteczne, wobec czego chory otrzymywał wstrzykiwania adrenaliny, strychniny i olejku kamforowego. Badanie pośmiertne nie wykryło zmian anatomopatologicznych w nadnerczach, natomiast znaleziono zwyrodnienie mięśnia sercowego. Pozatem — wiad tarczycy oraz jąder. Badanie mikroskopowe wycinków z nadnerczy, nerki i wątroby wykazało tylko zastój krwi.

Następnie prelegent krótko omówił zarys historyczny nauki

o nadnerczach oraz badania doświadczalne nad rolą nadnerczy w ustroju. Z badań tych ustalił, że:

1. nadnercza stanowią główny narząd układu chromochłonnego, do którego należą jeszcze: układ zwojów i nerwów sympatycznych oraz t. zw. ganglion caroticum, coccygeum i paraganglia,

2. oprócz wyodrębnionej i stosowanej adrenaliny, wytworu istoty rdzeniowej, nadnercza wydzielają jeszcze ciała z grupy lipoidów, których działanie polega, zdaje się, na odtruwaniu ustroju,

3. nadnercza utrzymują napięcie (tonus) naczyń i mięśnia sercowego, regulują przemianę węglowodanową i barwnikową oraz wpływają na cechy płciowe.

Przechodząc do omówienia patologii nadnerczy, prelegent wyróżnił chorobę Addisona, w której na sekcji stwierdza się zmiany w nadnerczach lub w dużych zwojach współczulnych, od zespołu Addisona w innych cierpieniach ustroju bez zmian anatomicznych w nadnerczach. Najczęściej chorobę Addisona wywołuje postępujące niszczenie nadnerczy, przeważnie przez zmiany gruźlicze. Zagadnienie nadczynności nadnerczy jest stosunkowo mało opracowane, zwłaszcza klinicznie. Najbardziej poznano zespół nadnerczo-płciowy. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Mańkowski A., członek T-wa, wypełnia przerwy w historii badań nad nadnerczami, przytaczając prace Szymonowicza, Takamino i własne. Podaje, że w roku 1897 i 1898 udało się mu wykazać doświadczalnie szkodliwość wyciągu nadnerczy, nawet już zastosowaniem małych dawek. Z drugiej strony wyciąg ten przywracał do życia zwierzęta, zabijane uspieniem chloroformem. Prace te zostały jednak zupełnie zapomniane, a główną zasługę przypisano Sergentowi. Choroba Addisona ma odpowiednik w zmianach anatomopatologicznych w nadnerczach (najczęściej gruźlica). Poza to zwraca uwagę na związek tarczycy z nadnerczami (prace Malowiczeki, 1917 r.).

Kol. Orłowski W., członek T-wa, uważa za bardzo wielki błąd rozpoznawanie cierpień tylko na podstawie jednego objawu. Nie można również zgodzić się z twierdzeniem, by choroba Addisona była „ostra”. Z przypadku nie wyciągnięto żadnych wniosków. Przypadek ten jest ciekawy ze względu na brak zmian histologicznych w nadnerczach. Nie wiadomo zatem, co było przyczyną choroby Addisona, czy zmiany czynnościowe w nadnerczach, czy też wad tarczycy i jąder?

Kol. Zajdenbajtel St. podkreśla, że w omawianym przypadku ciekawy jest związek nadnerczy z tarczycą i jądrami (wiad). Zespół Addisona mógł zależeć od wyczerpania układu chromochłonnego w związku z zakażeniem kiłowym albo też mógł zależeć od władu tarczycy i jąder.

Można zatem wyciągnąć wniosek, że w przypadku schorzeń jednego z gruczołów wydzielania wewnętrznego należy badać wszystkie gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym.

Zebranie zamknięto o godz. 22 min. 45.

Prezes: Witold Orłowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: Karol Chodkowski.

PROTOKÓŁ UROCZYSTOŚCI WRĘCZENIA INSYGNIÓW WYDZIAŁOWI LEKARSKIEMU UNIwersYTETU WARSZAWSKIEGO

dn. 25 czerwca 1931 roku.

Początek o godz. 20 min. 15.

Obecnych członków Towarzystwa — 37.

1. Zagajenie przez Prezesa, prof. dra Orłowskiego W.:

„Magnificencjo, Panie Dziekanie, Panowie Profesorowie! W imieniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, najstarszej instytucji lekarskiej, wielce zasłużonej dla rozwoju medycyny polskiej na ziemiach b. Królestwa Kongresowego, witam Was i daję wyraz najżywszej radości, że mamy dziś w naszym gronie Ciebie, Magnificencjo, jako przedstawiciela drogiego naszego Uniwersytetu stołecznego, oraz Dostojną Radę Wydziału Lekarskiego z Czcigodnym Dziekanem na czele. Za wielki zaszczyt poczytuję sobie, że mnie przypadło w udziale zagajenie uroczystości, na której w tym przybytku w obliczu tylu sławnych mężów nauki polskiej, zdobiących tę salę, że wymienię tylko Jędrzeja Śniadeckiego, Tytusa Chałubińskiego i Józefa Mianowskiego, *Universitatis Varsoviensis Ordinis Medicorum dignitatis et auctoritatis signa summa cum observantia donabit loeta libens merito Societas Medica Varsoviensis*. Proszę kol. Sekretarza Stałego, by zgodnie z duchem Statutu Towarzystwa dokonał aktu wręczenia”. (Streszczenie własne).

2. Przemówienie Sekretarza Stałego, dra Babińskiego L.:

„Magnificencjo, Panie Rektorze, Dostojni Panowie Przedsta-

wiciele Wydziału, Szanowne Panie, Szanowni Panowie, a Kochani Koledzy!

Z piastowanego tu przeze mnie urzędu przypada mi wielki zaszczyt w tej oto naszej siedzibie wyrazić Wam serdeczne podziękowanie za tak chętną łaskawość, z jaką raczyliście przybyć na nasze zaproszenie.

Zaszczytne to zadanie wobec przedstawicieli naszej polskiej Wszechnicy śpieszę spełnić pełen radości, bo jestem jeszcze jednym z tych, którzy pamiętają, jak rozpoczynano rugowanie stąd naszej mowy, jednym z tych, którzy patrzyli, jak już brutalnie wciskano język urzędowy do księgi naszych protokółów.

Ta Wasza, Dostojni Panowie, obecność wśród nas czyni tę chwilę niezwykle uroczystą i kończy piękne zamierzenie p. Rektora G l u z i ń s k i e g o, poczęte za czasów jego sekretarzystwa przed 2½ laty. Jest ono też jednym z ogniw długiego łańcucha dowodów łączności, jaka istniała, istnieje i będzie istniała pomiędzy nami skromnymi, ale żądnymi wiedzy lekarzami, a Wami, oddanymi nauce, Dostojni Panowie. Bo we wspólnym celu, jakim jest niesienie ulgi w cierpieniu, Wy, Dostojni Panowie, ani na chwilę nie przestajecie być lekarzami, a my w naszej codziennej, szarej pracy zawsze trwamy w pełnym czci pietyzmie dla nauki.

I, jak z jednej strony świadczą o tem nasze fundacje naukowe i stypendjalne, pochodzące od tych samych lekarzy-praktyków, którzy to T-wo stworzyli i żywią, tak znów od zarania jego istnienia zawsze profesorowie, ci nasi mężowie nauki, otaczali je najserdeczniejszą i najtroskliwszą pieczą.

Pomimo, że w chwili powstawania Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego istniały już 2 ogniska naukowe, t. j. T-wo Przyjaciół Nauk z Wydziałem Przyrodniczym i Wydział Lekarski Uniwersytetu Aleksandrowskiego, to jednak wśród założycieli Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, mającego ściśle określony cel, a mianowicie ułatwienie lekarzowi warszawskiemu bogacenia wiedzy i podnoszenia coraz wyżej w poziomie etycznym stanu lekarskiego, widzimy M a u r y c e g o W o y d ę, prof. Uniwersytetu Aleksandrowskiego, a pomiędzy pierwszymi członkami czynnymi aż 7 profesorów, a więc całe grono profesorów ówczesnego Wydziału Lekarskiego. Ten udział uczonych niewątpliwie w bardzo znacznym stopniu sprawił, że Towarzystwo Lekarskie Warszawskie stanęło na takim poziomie, iż ze względu na jego wartości nawet paskiewiczowskie rządy nie miały odwagi zabrać się do zniszczenia tej, w ciągu bez mała 30 lat jedynej w Królestwie Kongresowem, placówki społeczno-naukowej. Pod powłoką pozornej ciszy takie tu biło życie, że,

gdym 1856/7 r. rozpoczęło się organizowanie Akademii Medyko-Chirurgicznej, można było bez trudu z grona członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zapraszać do zajęcia stanowisk profesorskich lekarzy, najzupełniej odpowiadających wymaganiom wyższej uczelni. Stąd więc poszli, pomiędzy innymi, na te zaszczytne stanowiska Le Brun, Chałubiński, Szokalski.

O znaczeniu i zasługach Chałubińskiego i Szokalskiego pamiętamy wszyscy doskonale, a pokolenie za pokoleniem z najwyższą czcią ogląda się na nich. Natomiast o Le Brunie mało się pomiędzy nami wspomina, a dlatego ufny w Waszą, Dostojni i Szanowni Panowie, wyrozumiałość, odwagę się na pewną dygresję, przytaczając niektóre szczegóły z życia tej potężnej, a zarazem wspańskiej postaci. Był on najznakomitszym chirurgiem polskim w XIX stuleciu, wielkiej miary działaczem społecznym. W T-wie naszym początkowo przez szereg lat był sekretarzem, twórcą Pamiętnika T. L. W. i długoletnim jego redaktorem, następnie wiceprezesem, a w końcu prezesem, dwukrotnie na to stanowisko powoływany w uznaniu tego serdecznego ukochania, jakie okazywał przez całe swe życie Towarzystwu Lekarskiemu. Stąd powołano go na profesora Akademii Medyko-Chirurgicznej, a następnie na profesora chirurgii w Szkole Głównej. Same tytuły 380 prac, ogłoszonych drukiem przez Le Bruna, świadczą wymownie, jakiej to miary był lekarz, jak głęboko i wszechstronnie ujmował zagadnienia medycyny. W dziedzinie społecznej Le Brun wywalczył lekarzowi w szpitalnictwie należne stanowisko przez wprowadzenie „lekarza naczelnego” do ciała, kierującego szpitalem. On też był jednym z autorów wiekopomnej Ustawy Szpitalnej z 1842 r., tworzonej wspólnie z urzędnikami tej miary obywatelskiej, co Tymowski, Lemański, Łaszczyński i Le Brun, starszy jego brat. Może też dla niejednego z nas będzie ciekawe, że Le Brun, gorący patriota, szczerze miłujący Polskę, był z urodzenia Francuzem. Ojciec jego, emigrant z czasów Wielkiej Rewolucji, zmarł wkrótce po przybyciu do Polski po długiej tułaczce, osierocając żonę i 2 małych synów. Wdowa, z domu P. de Minuit, wyszła niebawem powtórnie za Le Mańskiego, ziemianina z powiatu sochaczewskiego. Wzrastali tedy chłopcy w środowisku tak wysoce kulturalnym i polskim, że nie dziw, iż stali się bezspornie Polakami, a wspomnienia, jakie Konwent pozostawił ich matce, mogły jedynie potęgować taką ewolucję. Raz jeszcze prosząc o wybaczenie mi tej dygresji i powracając do przerwanej wątku mej myśli, przypomnę, jak to powrotna fala ukazuje nam tu świetnych profesorów Szkoły Głównej i późniejszego Uniwersytetu, niosących nam ochoczo swą współpracę

i serdeczną opiekę. Byli to zapisani na zawsze we wdzięcznej pamięci Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, kochani przez współczesnych, P. Girsztowt, J. Mianowski, T. Chałubiński, Hoyer, Brodowski, Baranowski i Kosiński. Jakie pierwiastki umysłowe szczepili tu ci mężowie, jaką atmosferę wytwarzali, świadczy wymownie, że znów mimo niesłuchanie ciężkich warunków naszego ówczesnego bytowania, zostali powoływani stąd do Uniwersytetu we Lwowie: Z. Dmochowski i Edmund Biernacki.

Ten wpływ sięgnął jeszcze głębiej, bo, o czym nie wszyscy już pamiętają, tu poczęte zostało T-wo Naukowe Warszawskie, stanowiące dziś naszą dumę narodową. Gdy bowiem stosunki polityczne coraz wyraźniej odgradzały murem naukę naszą i społeczność lekarską od Uniwersytetu, tu powstała gorąco popierana przez Nenckiego myśl założenia pracowni naukowej przy naszym T-wie. Gdy niebawem pokazało się, że przekracza to siły i środki naszej organizacji, dwaj członkowie tego T-wa (innej organizacji w Warszawie podówczas nie było) Dmochowski i Zdż. i Janowski Wł., powzięli zamiar założenia w Warszawie Towarzystwa Naukowego. Losy zdarzyły, że zbliżając się do zsyfowej pracy Dmochowskiego, który, zyskawszy prawdziwie szczerego współpracownika w osobie ś. p. Józefa Potockiego, otrzymał wreszcie po kilkuletnich zmaganiach się z niesłuchaniem przeszkodami upragnione pozwolenie rządu rosyjskiego. Proszę nie zapominać, że 20 kilka lat temu były takie jeszcze czasy, że akt darowizny domu przy ul. Śniadeckich na rzecz T-wa Naukowego Warszawskiego mógł być zeznany przez J. Potockiego jedynie w jego prywatnym mieszkaniu.

I teraz po wielkim przełomie dziejowym znów profesorowie odrodzonej naszej Wszechnicy śpieszą nam z serdeczną, a wiemy jak niezwykle ofiarną, pomocą. Jest ona tem cenniejsza, że przychodzi w okresie niezwykle ciężkiego, wciąż jeszcze trwającego przełomu, dotykającego ludzkość całą, a więc i medycynę, szczególnie, jeżeli ją ujmować będziemy jako naukę stosowaną. Wszak każdy z nas rozumie, że, gdy rozpoczęty z górą przed 20 laty przez wielkiego uczonego i genialnego lekarza, J. Mackenziego, poważny, zdrowy, nawet konieczny ruch reformistyczny, przeniesiony po wojnie na kontynent, zaczął tam, zwłaszcza w narodach zwyciężonych, przekraczać należną miarę i wchodzić na zgoła fałszywe tory, grozi przedewszystkiem nam, lekarzom-wykonawcom, niebezpieczeństwo pograżenia się w grubej, nieoświeconej empirji. Względem te, wspomniane tu zbyt pobieżnie, otwierają przed naszym T-wem

nowe widnokreśli, stawiają przed niem nowe zadania: ma ono zbliżyć życie do nauki, ma być płaszczyzną, na której da się osiągnąć harmonia nauki, wiedzy i sztuki leczenia, tego, bądź co bądź, ostatecznego celu medycyny. Źródło nauki i drogowskaz, jakeimi jest nasza Wszechnica, uczynią nam spełnienie tych zadań łatwiejszem.

Magnificencjo, na skromnym darze, o którego łaskawe przyjęcie mam zaszczyt w imieniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prosić Pana, Panie Rektorze, są wyryte inicjały przytoczonej tu przez naszego Prezesa, ustalonej przez Rzymian, uroczystej dedykacji, mówiącej, że dar składamy chętnie, radośnie, zgodnie z zasługą.

Raczie też, Dostojni Panowie, wierzyć, że nie są to czcze wyrazy, lecz szczerza i serdeczna wdzięcznej duszy naszej ofiara, do której dodajemy tradycyjne życzenie: *Quod felix, faustum fortunatumque sit*". (Streszczenie własne).

3. Rektor Uniwersytetu Warszawskiego, prof. dr. Michałowicz M., przyjął dar z rąk Sekretarza Stałego i przekazał insygnia Dziekanowi Wydziału Lekarskiego U. W., prof. drowi Leśniowskiemu A.

4. Przemówienie Dziekana Wydziału Lekarskiego, prof. dra Leśniowskiego A.:

„Czcigodny Panie Sekretarzu Stały Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego!

Czuję się nadzwyczaj szczęśliwy i wielce zaszczycony, że mnie właśnie przypadło w udziale, przyjmując z Twoich rąk ten przepiękny dar Towarzystwa dla naszego Wydziału Lekarskiego, w imieniu tegoż Wydziału złożyć na Twe ręce dla Towarzystwa Lekarskiego wyrazy głębokiej wdzięczności i serdecznego podziękowania.

A to tem bardziej, że w darze tym widzę nietylko przedmiot materjalny o wysokiej wartości artystycznej, lecz dopatruję się w nim czegoś daleko bardziej wartościowego. Oto widzę w nim widomy symbol tej łączności duchowej pomiędzy Towarzystwem i Wydziałem, o której tylko co wspomniałeś, tych uczuć przychylnych i serdecznych, jakie Towarzystwo Lekarskie, mieszczące w swoim gronie tak duży odłam warszawskiego społeczeństwa lekarskiego, żywi dla naszego Wydziału.

I mogę Cię zapewnić, Czcigodny Panie Sekretarzu, że Wydział będzie wysoko cenil ten piękny dar materjalny, lecz stokroć więcej wdzięcznem sercem będzie sobie ważył owe uczucia. I będzie pragnął, by pozostały one na zawsze tak mocne i tak trwałe, jak mocne i trwałe są te piękne insygnia dziekańskie!"

5. Zamknięcie uroczystości. Przemówienie

Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, prof. dra Orłowskiego W.:

„Przed chwilą został dokonany akt wręczenia insygniów Uniwersytetowi Warszawskiemu dla Wydziału Lekarskiego. Zaszczyc ten przypadek w udziale Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu, które wykazało w czasie niewoli dużą żywotność i wielki hart. W chwili tak uroczystej jest wolą i gorącym pragnieniem naszego Towarzystwa, by ta prężność Towarzystwa wybitnie się spotęgowała w Wydziale Lekarskim dla chwały nauki polskiej. Dziękuję Panu Rektorowi, Panu Dziekanowi, Panom Profesorom i wszystkim, którzy tu zgromadzili się, za uświetnienie dzisiejszej uroczystości swoją obecnością i zamykam zebranie”. (Streszczenie własne).

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 29 września 1931 r.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 46, wprowadzonych gości — 24.

1. Kol. Prezes zagaił zebranie, życząc Towarzystwu owocnej pracy.

2. Protokół zebrania naukowego z dn. 23 czerwca 1931 r. przyjęto.

3. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Lecerda. Peste de cadeiras ou epizootia de Marajo suas analogias com o beriberi. Rio de Janeiro, 1885.

„ Remarques ethnographiques et physiologiques sur le curare à propos du poison pour les flèches des indiens Nhambiquaras.

„ Synopse das Publicacoes Scientificas. Rio de Janeiro, 1913.

„ A causa da febre amarella. Rio de Janeiro, 1909.

„ Prophylaxia internacional da febre Amarella. Rio de Janeiro, 1904.

„ Nontestacao a Conclusao negativa da Comissao Americana em Havana e da Comissao Franceza no Rio de Janeiro. 1906.

„ Le microbe de la fièvre jaune découvert, démontré et classé. 1907.

„ Contributions à l'étude de la cause du beriberi. 1907.

Rosiak. Bonifratrzy w Wilnie (1635—1843—1924). Szkic z dziejów opieki społecznej w Wilnie. Wilno, 1928.

Guia pratica de Vaccinacao Anti-Carbunculosa. 1907.

XX Sekcja ginekologii i położnictwa XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. III Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Księga Pamiątkowa XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie w dniach 26—29 września 1929 r. Tom I i II. Wilno. 1930.

Actas de la Primera Conferencia latino-americane de neurologia, psiquiatria y medicina legal. Tomo secundo. Buenos Aires, 1929.

Polyclinica Dairem. Vol. IV. (1928—1930). Soith Manchuria, 1930.

Rivista di Scienze applicate all'educazione fisica e giovanille. Nr. 2, 1930.

The Nagoya Journal of medical science. Vol. V. Nr. 1. 1930.

Revue de Médecine. Nr. 2. 1931.

The Caduceus. Nr. 2, 3, 4. 1930.

Rocznik Statystyczny Warszawy — 1929. Warszawa, 1931.

Przegląd Sportowo-Lekarski. Rok III. Nr. 1. Warszawa, 1931.

Fukuoka Acta Medica. Nr. 7. R. 1931.

Wiadomości Statystyczne. Zeszyt specjalny. 1931.

Pamiętnik I Polskiego Zjazdu w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu w zdrojowisku Inowrocław dnia 6 i 7 września 1930 r.

Sroczyński. Wartości lecznicze zdrojowiska Inowrocław z uwzględnieniem własnych spostrzeżeń.

Pierwszy biuletyn polskiego towarzystwa ochrony prawa autorskiego. Warszawa, marzec 1931 r.

Łapiński. Działalność lekarsko-społeczna ś. p. Bronisława Sawickiego. Odb. 1931.

4. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie o ś. p. drze Stanisławie Kurtzu.

W dniu 1 lipca r. b. zmarł ś. p. dr. Stanisław Kurtz, członek czynny Towarzystwa od 1893 r.

Ś. p. St. Kurtz urodził się w 1861 r. w majątku Borowina, ziemi lubelskiej. Do szkół początkowo uczęszczał w Lublinie, niebawem jednak przeniósł się do Warszawy, gdzie zapisał się do słynnej na owe czasy szkoły Jana Pankiewicza. Po ukończeniu tej szkoły wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Stopień lekarza otrzymał w 1882 r. Wkrótce objął stanowisko asystenta oddziału chorób kobiecych, prowadzonego przez prof. Neugebaura w Szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie. Następnie udał się na dłuższe studia do Pragi i Paryża. Tam pogłębił swą wiedzę

w klinikach prof. Pawlika, Winkela, Pozzy'ego i Apostoły'ego.

Po powrocie do kraju ś. p. Kurtz oddał się z zapałem pracy społecznej. Jako już student pracował w kółkach oświaty ludowej, organizował wytrwale imprezy dochodowe, ponosząc za nie nieustannie represje władz zaborczych. W 1896 r. podczas klęski głodowej w Warszawie żywił wraz z Bolesławem Prusem 300 rodzin t. zw. resztkami. Później, z chwilą pewnego złagodzenia ucisku rosyjskiego, założył wraz z Teodorem Duninem i Edwardem Zielińskim jedną z najpierwszych polską szkołę 2-klasową, utrzymywaną przez szereg lat kosztem lekarzy warszawskich. Krzewił zamiłowanie do sportu i z górą przez lat 20 zasiadał w zarządzie T-wa Wioślarskiego. Jednocześnie pracował w zarządzie Pogotowia Ratunkowego i T-wa Higjenicznego. Niespożyte zasługi położył ś. p. Kurtz dla Szkoły im. Pankiewicza (dziś gimnazjum im. Ta d. Czackiego), tworząc przy niej pierwsze Opieki Rodzicielskie, późniejsze Koło Wpisów.

Drukiem ogłosił: 1. O stosowaniu thiolu w ginekoogji; 2. Po konkursie londyńskim.

Jako lekarz odznaczał się ś. p. Kurtz szlachetną bezinteresownością. Dobry, uczynny dla kolegów, młodszym chętnie służył radą i pomocą. Zeszedł do grobu przedstawiciel pięknego typu lekarza-obywatela, prawego człowieka i dobrego Polaka. Cześć Jego pamięci! (Streszczenie własne).

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego powstaniem z miejsc i jednonominutową ciszą.

5. Kol. Prezes zawiadomił o objęciu przez kolegów: Filińskiego i Goreckiego, członków T-wa, stanowisk ordynatorów w Szpitalu św. Stanisława (Warszawa).

6. Kol. Fidler A. przedstawił „Przypadek bąblowca wątroby”.

Chory P. W., lat 25, zgłosił się do 2. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warsz. w dn. 3.IX 1931 r. ze skargami na bóle w okolicy prawego podżebrza. Obecna choroba rozpoczęła się przez dwoma laty napadem bólów w prawym podżebrzu. Trwały one około 10 minut. Towarzyszyły im nudności, uczucie lęku i silne pocenie się. Po upływie roku chory doznał tych samych dolegliwości o silniejszym jednak natężeniu, przyczem czas ich trwania wynosił 15 minut. Od tego czasu bóle o podobnym natężeniu i tem samym umiejscowieniu występowały co 10—14 dni, trwały około 2 minut, zjawiały się zwykle w nocy, były niezależne od jakości i ilości spożytych pokarmów, a zmniejszały się w pozycji leżącej z przykurczo-

nemi do brzucha nogami. W czasie jednego z napadów wystąpiło żółte zabarwienie skóry i białkówki. Chory stracił łaknienie, miał puste odbijania po jedzeniu i czuł się nieco osłabiony. Ostatnio chory uskarża się na nieznaczne bóle w okolicy prawego podżebrza, występujące tylko w czasie chodzenia. Pozatem wywiady nie miały znaczenia.

W stanie obecnym stwierdza się nieznaczne uwypuklenia prawego podżebrza i wątrobę, wystającą w prawej linii środkowoobojczykowej na szerokość 2 palcy z pod łuku żebrowego, twardą, lekko tkliwą, o brzegu zackrąglonym, przytem między przednią linią pachową i prawą sutkową wyczuwa się na jej powierzchni zaokrąglenie wielkości połowy średniego jabłka.

Przed przystąpieniem do omówienia wyników badań laboratoryjnych prelegent przedstawił kolejno bieg rozumowania, które skłoniło go do wszczęcia badań w określonym kierunku. W rachubę wchodziły tu: 1. zaburzenia krążenia pod postacią biernego lub czynnego przekrwienia wątroby lub też jej zawału, 2. skrobiawica, 3. zmiany nowotworowe, 4. wszelkie postacie marskości wątroby, 5. choroby krwi, 6. gruźlica, promienica i kiła wątroby, 7. ropień wątroby. Wszystkie te zmiany wyłączone, gdyż nie było jakichkolwiek danych, które przemawiałyby za ich obecnością. Przeciwno kamicy wątrobowej, przebiegającej z przewlekłym stanem zapalnym prawego płatu z rozrostem tkanki łącznej, przemawiał brak bolesności w okolicy pęcherzyka żółciowego oraz zbyt twarda spistość wątroby. Należało zatem uwzględnić bąblowca wątroby, na którego korzyść przemawiała zbitość wątroby oraz ograniczona wypukłość, wskazująca prawdopodobnie na obecność tworów torbielowatych. Badania laboratoryjne potwierdziły rozpoznanie, stwierdzono we krwi eozynofilię, wynoszącą około 8% (w kale — pasorzytów i ich jaj nie znaleziono), i silnie dodatni odczyn Weinberga. Hepatolienografia, wykonana w 2. Instytucie Rentgenologicznym U. W. (Doc. dr. A. Elektorowicz), wykazała w wątrobie obecność guza, odpowiadającego położeniem wspomnianej wyżej wypukłości wątroby. W żółci B stwierdzono obecność wielkouszcza jelitowego, co mogłoby tłumaczyć eozynofilię. Jednak nieobecność w niej cech zapalnych przemawiała przeciw kamicy żółciowej i zapaleniu pęcherzyka oraz przeciw bólowi, spowodowanemu umiejscowieniem się wielkouszcza jelitowego w drogach żółciowych.

Opierając się zatem na danych badań: fizykalnego, laboratoryjnych i rentgenowskich, w przedstawionym przypadku rozpoznało bąblowca wątroby. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Grott J. W., członek T-wa, stwierdza, że eozynofilia nie towarzyszy obecności wielkocouśca w przewodzie pokarmowym i drogach żółciowych. Wystąpienie jej w przedstawionym przypadku należy przypisać bąblowcowi. Ze względu na charakterystyczny zbieg okoliczności, t. j. współistnienie bąblowca i zakażenie wielkocouścem jelitowym, zaznacza, że podobny przypadek w 1875 r. Lamb l, ówczesny prof. Uniwer. Warsz., opisał pod tytułem: „Przypadek cercomonas intestinalis et echinococcus in hepate hominis”. Opis ten dotyczył chorego ogrodnika E. C. lat 25, u którego podczas badania pośmiertnego stwierdzono ciecz śluzową w płynie, znajdującym się pomiędzy otoczką wątroby i torbielą bąblowca. Badanie tej cieczy, wykonane w obecności prof. Brodowskiego i drów Wrześniewskiego, Lewickiego i Ganina, wykazało obecność licznych żywych wielkocouśców jelitowych. Jest to zupełnie możliwe, gdyż, jak podaje Wetzler, wielkocouściec jelitowy, znajdując się poza obrębem ustroju gospodarza, zależnie od okoliczności może dawać oznaki życia w ciągu od 2 do 36 godz. (Streszczenie własne).

7. Kol. Roguski J., członek T-wa, przedstawił „Przypadek całkowitej utraty uwłosienia po ostrej chorobie zakaźnej”.

Chory lat 25, z zawodu tokarz, zgłosił się do 2. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. W. z prośbą o przywrócenie uwłosienia utraczonego przed 8 miesiącami. W grudniu 1930 r. wśród ogólnego niedomagania zaczęły choremu stopniowo wypadać włosy głowy, a następnie i w innych miejscach skóry. Po 2 tygodniach gorączka sięgała powyżej 40°C, chory w ciągu kilku dni był zamroczony. Po kilku dniach ciepłota spadła do 38°C, aby w ciągu 2 tygodni wrócić do normy. W tym okresie chory utracił wszystkie paznokcie u obu kończyn górnych. Po ustąpieniu gorączki chory był całkowicie pozbawiony uwłosienia. Paznokcie zaczęły szybko odrastać i obecnie są wykształcone prawidłowo. W wywiadach zwraca uwagę nadużywanie przez chorego alkoholu. W 10 roku życia chory przeżył czerwonkę. Na parę tygodni przed opisaną chorobą gorączkową zakaził się rzeżączką, która przebiegała z zapaleniem prawego najądrza. Przed 3 lata stwierdził w kale glisty.

Badanie przedmiotowe wykazuje skórę z nieco łuszczącym się naskórkiem, pozbawioną całkowicie włosów i meszku. Ręce wyraźnie drżą. Tarczycza jest niepowiększona. Jądro prawe ma wielkość orzecha włoskiego, jest twarde i niebolesne. Tętno 60—72 uderzeń

na minutę (w całkowitym spokoju). Wątroba wystaje z pod łuku żebrowego na 2 palce w prawej linii środkowoobojczykowej, jest miękka, bolesna. We krwi eozynofilia — 7,5%. Jaj pasorzytów w stolcu nie wykryto. Podstawowa przemiana materji — wzmożona o 47—58%. Odczyn Wassermanna i citocholowy — ujemne. Surowica chorego aglutynuje prątki duru rzekomego B—1 : 200; duru rzekomego C — 1 : 100. Ze stolca chorego wyhodowano w Państwowym Zakładzie Higjeny prątki czerwonej typu Flexnera. Badanie układu wegetatywnego (próba Danielopolu, adrenalinowa i pilokarpinowa) wykazuje hiposympatykotonję oraz mierną hiperwagotonję.

Badanie histopatologiczne wycinka skóry ze wżgórka łonowego, wykonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. W., wykazało „pod nabłonkiem tkankę włóknistą ze skupieniami limfocytów, głównie dookoła naczyń krwionośnych i torebek włosowych; jeszcze głębiej znajdują się gruczoły łojowe i gruczoły potowe dość znacznie rozgałęzione“.

W przedstawionym przypadku stwierdzono zatem zupełną utratę uwłosienia w przebiegu choroby gorączkowej. Chory przedstawia objawy hiposympatykotonji i hiperwagotonji oraz ma objawy nadczynności tarczycy (drżenie rąk, wzmożona podstawowa przemiana materji). Mechanizm zadziałania czynnika toksycznego i punkt jego zadziałania na skórę (miejscowo, przez układ współczulny czy też gruczoły wydzielania wewnętrznego) jest w chwili obecnej niemożliwy do rozstrzygnięcia. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Filiński W., członek T-wa, przypuszcza, że czynnik zakaźny zadziałał bezpośrednio na samą skórę. Zachodzi tu podobieństwo do duru brzuszego i plamistego, tylko, że tam stan uwłosienia poprawia się. Podobny przypadek spostrzegął u małego dziecka. Przyczyną była również jakaś sprawa gorączkowa, jednak bliższych danych nie można było uzyskać. Z gruczołów wydzielania wewnętrznego tylko tarczyca i gruczoły płciowe mają wpływ na stan uwłosienia. Wyłysienie zdarza się najczęściej w niedomodze wydzielniczej tarczycy.

Kol. Gerner K l., członek T-wa, zwraca uwagę na wpływ nadnerczy na stopień uwłosienia. W przedstawionym przypadku mówiono stale o nadczynności tarczycy. Chory ma wprawdzie nieco wzmożoną przemianę materji, ale ma zwolnione tętno i rozpiętość parcia krwi nie jest tak znaczna, jak w chorobie Basedowa. Wypadanie paznokci może wskazywać zarówno na nadczynność, jak i niewydolność tarczycy. Dlatego też w tym przypadku należy raczej myśleć o rozchwia-

niu czynności tarczycy (dysthyreosis). Podobne przypadki spostrzeżano i leczono małemi dawkami tarczycy i uwłosienie wracało.

Kol. Grzybowski M., członek T-wa, sądzi, że w przypadku tym najprawdopodobniej było tylko zapalenie najądrzy, a nie jąder, które były zdrowe. Nie mogły one przeto wpływać na wypadanie włosów. Wyłysienie plackowate łączy się z nadczynnością tarczycy i to znajduje często potwierdzenie. Wpływ może mieć także układ sympatyczny. Spostrzegano, że po okołotętniczym wycięciu nerwów współczulnych paznokcie odrastają. Doświadczalnie udaje się wywołać wyłysienie ogólne podawaniem thallii aceticiej (działanie ośrodkowe przez tarczycę i układ współczulny). W chorobach zakaźnych nigdy nie wypada meszek, co zależy od odmienności unerwienia włosów i meszku. Z tego też względu należy odrzucić tu tło zakaźne wyłysienia.

Kol. Higier H., członek T-wa, uważa, że wyjaśnienie patogeny wyłysienia wobec braku spostrzegania ostrego okresu gorączkowego jest wielce utrudnione. Porównywanie wyłysienia ograniczonego z przedstawionym wyłysieniem ogólnym jest chybione. Są to dwie sprawy zupełnie odrębne. Pierwsza jest przeważnie pochodzenia zapalnego lub pasorzytniczego, wyjątkowo zaś nerwowego. Miejscowe uwłosienie nadmierne spostrzegają po postrzałach nerwu kulszowego, w porażeniu jednej kończyny w przebiegu zapalenia rogów przednich rdzenia u dzieci. O wiele ciekawsze i rzadsze są ogólne utraty uwłosienia, które udaje się wywołać doświadczalnie u ludzi i zwierząt wprowadzaniem do ustroju thallii aceticiej. Podczas wojny opisywano ogólne wyłysienie po ciężkich urazach fizycznych czaszki oraz po ciężkich wstrząsach i urazach duchowych. Częstsze są wyłysienia zależne od schorzenia wielu gruczołów dokrewnych. Poddają się one niekiedy leczeniu preparatami z gruczołów dokrewnych. Nie sądzi jednak, aby przedstawiony chory należał do tej grupy. Pojedyncze drobne objawy choroby Basedowa nie wystarczają do rozpoznania. Zresztą utratę uwłosienia, zazwyczaj częściową, spostrzega się niekiedy w schorzeniach tarczycy, ale tylko w niedomodze, nigdy zaś w nadczynności. Trudno tu także mówić o pospolitem wyłysieniu pozakaźnym, które jako spotęgowane linienie zjawia się zwykle w kilka tygodni po przebytem zakażeniu, nie zaś jak w przedstawionym przypadku już w pierwszych tygodniach choroby. Nigdy nie jest ono tak uogólnione i doszczętne, ani tak złośliwe i długotrwałe. W rokowaniu i ustalaniu patogeny nie można również oprzeć się na konstytucjonalnej nadwrażliwości skóry i narządu włosowego.

Dla bliższego określenia siedliska choroby wypadnie powołać

się na pojedyncze spostrzeżenia podobnego wyłysienia i łojotoku w przebiegu epidemji śpiączkowego zapalenia mózgu i ostrem zapaleniu zakaźnem wielu nerwów. W tych cierpieniach podejrzewa się uszkodzenie ośrodka naczynioruchowego i troficznego tkanek powierzchniowych, czyli ośrodka włosoregulacyjnego (w rodzaju ośrodków termo- i glikoregulacyjnego, wodo- i soloregulacyjnego), położonego w międzymózdzku, skąd dalsze tory biegną przez jądra szarego pnia mózgowego i rdzenia do obwodu. Do tego wegetatywnego ośrodka dopływają stale bodźce psychiczne i hormonalne, czuciowe i toniczne od głowy (włosy czaszki, brwi, rzęs, wąsów), tułowia (włosy pachy i pachwin), kończyn. Nie jest przeto wyłączone, że chory przechodził ostre zapalenie międzymózdzka, które już w początku swego przebiegu zajęło główny ośrodek włosoregulacyjny. To spowodowało wczesną i zupełną łysinę. Nie łatwo rokować w tym przypadku. O ile naogół uszkodzenie torów nerwowych na obwodzie nieraz cofa się szybko, o tyle w uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego rokowanie jest niepomyślne, bez względu na to, czy zajęta jest istota szara jąder podstawy mózgu, czy przednich rogów rdzenia. (Streszczenie własne).

Kol. Roguski J., członek T-wa, stwierdza, że wypadanie i brak włosów mogą być zarówno w nadczynności, jak niedomodze wydzielniczej tarczycy.

Kol. kol.: Grott J. W. i Petrynowski M., członkowie T-wa, omówili „Zakażenie dwunastnicy i dróg żółciowych wielkouszczem jelitowym”.

Stosując systematyczne zgłębnikowanie dwunastnicy we wszystkich przypadkach cierpień wątroby, autorowie wykryli u 18 osób zakażenie wielkouszczem jelitowym (*lamblia intestinalis*). Niejednokrotnie pasorzyt ten był przyczyną uporczywego przebiegu choroby i ciężkich powikłań. Jego obecność u chorego pozwalała nie tylko ustalić istotną przyczynę cierpienia, lecz również umożliwiała zastosowanie skutecznego leczenia.

Przed zakażeniem wielkouszczem jelitowym nie chroni ani prawidłowa, ani też podwyższona kwasota treści żołądkowej. Zwiększenie liczby kwasochłonnych krwinek białych we krwi krążącej również nie jest objawem charakterystycznym, wbrew temu, co zwykle spotyka się w innych cierpieniach, wywołanych przez pasorzyty.

Badanie stolców, pomijając dość kłopotliwą technikę, ze względu na t. zw. ujemne okresy w wydalaniu torbieli przez wielkouszcza jelitowego posiada małe znaczenie w rozpoznawaniu. Jedyne wykrycie wielkouszcza jelitowego w treści dwunastniczej jest jedynym czynnikiem, rozstrzygającym w rozpoznawaniu cierpienia.

Jako środki lecznicze stosowano novarsenobenzol Billon dożylnie lub stovarsol L. S. S. doustnie. Na mocy własnego doświadczenia prelegenci uważają, że w walce z uporczywym cierpieniem, jakim jest zakażenie dwunastnicy i dróg żółciowych wielkouszczem jelitowym, najbardziej skuteczne jest połączone leczenie novarsenobenzolem i stovarsolem. W pierwszym okresie leczenia dla szybkiego opanowania choroby należy wstrzykiwać dożylnie novarsenobenzol oraz stosować zgłębnikowanie dwunastnicy z następczem przemywaniem jej rozcieńczonym roztworem Lugola. Później zaś dobrze jest podawać okresowo stovarsol doustnie przez czas dłuższy. Leczenie można uznać za ukończone dopiero wtedy, gdy okresowo powtarzane zgłębnikowanie dwunastnicy nie wykaże obecności wielkouszcza jelitowego przynajmniej w ciągu 6 miesięcy. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. F i d l e r A. uważa, że stovarsol działa bardzo dobrze w tego rodzaju schorzeniach. Prelegenci nie otrzymali z nim dodatkowych wyników leczniczych, gdyż zaczęli leczenie podawaniem novarsenobenzolu.

Kol. G e r n e r K l., członek T-wa, twierdzi, że torbiele w kale zdarzają się rzadko. Różnicowanie ich jest bardzo trudne ze względów technicznych i zwykle daje wyniki niepewne.

Kol. P e t r y n o w s k i M., członek T-wa, leczył parę przypadków początkowo stovarsolem, jednak bez pomyślnego skutku. Dopiero podanie novarsenobenzolu dało dobre wyniki. W mniej niż w połowie przypadków nie znaleziono torbieli, mimo stosowanych barwień (eozyna, płyn Lugola).

Kol. G r o t t J. W., członek T-wa, zaznacza, że w referacie podkreślono, iż w praktyce nie można polegać na wyniku poszukiwania torbieli wielkouszcza jelitowego w kale. Tylko badanie treści dwunastniczej może być uznane za rozstrzygające w rozpoznawaniu zakażenia wielkouszczem jelitowym.

9. Kol. B a r t o s z e k T., członek T-wa, wygłosił odczyt o „Leczeniu zimnicy”.

Prelegent omówił piśmiennictwo, dotyczące leczenia zimnicy, oraz podał sposób i wyniki leczenia w 24 własnych przypadkach. Wnioski ostateczne:

1. na zasadzie obszernego piśmiennictwa, dotyczącego leczenia zimnicy, należy sądzić, że dotąd niema jeszcze środka, któryby okazał się lepszy i zastąpił całkowicie chininę w leczeniu zimnicy;

2. najstaranniejsze leczenie chininą nie zapewnia doszczętnego wyleczenia zimnicy;

3. opierając się na punkcie 2-gim, należy obok leczenia chininą, stosować środki pomocnicze; najdzielniejszym lekiem, wspierającym chininę w czwartaczce, jest błękit metylenu, w trzeciaczce — preparaty arsenobenzolu, w zimnicy podzwrotnikowej — plazmochina;

4. w czwartaczce i trzeciaczce plazmochina może do pewnego stopnia zastąpić chininę;

5. w leczeniu zimnicy jest bardzo wskazane stosowanie metod prowokacyjnych. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y :

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, zwraca uwagę na pominięcie niektórych skutecznych sposobów leczenia, stosowanych w czasie wojny światowej w przypadkach, gdy chinina zawiodła. Do nich należą: dożylny wstrzykiwanie kakodylanu sodowego, podskórne — strychniny z dodatkiem chininy. Na Polesiu leczą zimnicę jodem. Kojarzenie jodu z chininą działa dobrze w tych przypadkach, w których sama chinina nie daje wyniku. Zapytuje; w jaki sposób dokonano prowokacji w przypadku leczonym plazmochiną.

Kol. B a r t o s z e k T., członek T-wa, odpowiada, że wstrzyknięto 1 cm.³ adrenaliny 1/1000 oraz dokonano jednego naświetlenia śledziony promieniami Roentgena. Krew badano parokrotnie.

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, stwierdza, że posiadamy około 20 metod prowokacji. Należy wybrać jedną, a gdy ta zawodzi, próbować innej. Adrenalinę wstrzykuje się przez trzy dni, a krew trzeba badać w trzeciaczce na 3—4 dzień, w zimnicy podzwrotnikowej nawet na 14-ty. Śledzionę naświetla się zazwyczaj kilka razy, a badanie krwi wykonuje się nawet do 2-ch tygodni. Prowokację uważa się za udaną, gdy wystąpi napad lub, gdy we krwi znajdą się pasorzyty.

Kol. B r a t k o w s k i E., członek T-wa, przypomina o ludowych środkach leczenia. W Rosji używają nalewkę słonecznikową w przypadkach, gdy chorzy nie znoszą chininy. Stosuje się ją od 30—60 kropli 3—4 razy dziennie, a nawet łyżeczkami od herbaty, o ile chory znosi. Leczenie trwa kilka dni, później następuje przerwa. W Polsce stosuje się niekiedy leczenie nalewką wysokową kawy niepalonej. Jest ona bardzo gorzka.

Zebranie zamknięto o godz. 22 min. 37.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 6 października 1931 roku.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 51, wprowadzonych gości — 54.

1. Protokół zebrania naukowego z dn. 29 września 1931 r. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Justman. Coagulen Fonio-Kochera do tamowania krwiotoków przewodu pokarmowego. Odb. 1928.

Poluszyński. Cytologiczne badania nad gematogenezą owadów. Lwów, 1931.

Przesmycki. Metodyka badań oraz oficjalne przepisy określania wartości surowic leczniczych i produktów bakteryjnych. Odb. 1931.

„ Badania nad zmiennością drobnoustrojów. Doniesienie I.

„ Badanie nad formami S i R pał. czerwonki i pał. czerwonki rzekomej. Odb. 1931.

Regmunt-Sobieszkański. Le tubercule de Darwin chez les écoliers à Varsovie. Odb. 1931.

„ Walka z gruźlicą w programie działalności Kasy Chorych m. Warszawy. Odb. 1931.

Rotkevith. L'abortion de la syphilis par le bismuth à la période primaire. Thèse. 1925.

Sauer. Ueber die Beziehungen des Komplementgehalts zur Gerinnungszeit des Blutes und ihr Verhalten bei experimentellen Ikterusformen. Diss. 1927.

Schweizer. Ueber Aegyptische Splenomegalie. Diss. 1927.

Słuszny. De la valeur diagnostique et pronostique de la formule leucocytaire dans la fièvre typhoïde. Thèse, 1927.

Szulc. Sport i wychowanie fizyczne jako zagadnienie higieny. Odb. 1930.

„ Badania narządu oddechowego i siły rąk uczestników międzynarodowych zawodów narciarskich w Zakopanem. Odb. 1930.

„ Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu Wychowania Fizycznego w Amsterdamie, 1928. Odb. 1929.

„ Higiena a estetyka. Odb. 1929

Szulc i Zeki. Studja nad oddychaniem przy zmianie rytmu oddechowego. Odb. 1929.

Tcholakoff. Endocardite à streptocoques et acridinothérapie. Thèse. 1927.

Tchórznicki. Doustne leczenie kiły w wojsku. Odb. 1931.

Würz. Ein Beitrag zur Serodiagnostik der Tuberkulose. Diss. 1925.

Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej. Nr. 6, 7, 8, 9. R. 1931.

Elektrargol — Preparat przeciwważny stosowany ogólnie i miejscowo.

Lotne oddziały okulistyczne Wileńskiego Okręgu Polskiego Czerwonego Krzyża. 1930 roku.

Wśród lekarzy pobratymców po III Zjeździe Lekarzy Słowiańskich w Splicie. Odb. 1931.

Index des établissements médicaux. 1931.

Położna. Nr. 6 i 7. R. 1931.

Sprawy Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego. 1929. Warszawa, 1930.

Protokół posiedzenia Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademii Umiejętności z dnia 12 czerwca 1931 r.

Sprawozdanie z działalności Uniwersytetu Warszawskiego za rok 1929—30.

Sprawozdanie z działalności Rodziny Lekarskiej za 1930 r.

Verhandlungen der Japanischen Chirurgischen Gesellschaft. 2—4, IV. 1930.

The National Medical Journal of China. Nr. 4, 5, 6. 1930 r., Nr. 1, 2, 3, 1931 r.

Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto. T. 4, z. 5, 6. T. 5, z. 1, 2, 3.

3. Kol. Filiński W., członek T-wa, i kol. Nowosadko G. przedstawili przypadek „Interrenalismi et hyperthyreoidismi”.

Prelegenci przedstawiają przypadek kobiety 25-letniej z wzrostem męskim na brodzie. Oprócz tego zwraca uwagę znaczne powiększenie tarczycy, szczególnie po stronie prawej. Gruczoły piersiowe i zewnętrzne narządy płciowe są rozwinięte prawidłowo, macica jest zmniejszona. Krwawienia miesięczne występują co kilka miesięcy od czternastego roku życia. Stosunki płciowe utrzymuje od dwudziestego roku życia. W ciążę nigdy nie zachodziła.

Męskie uwłosienie brody jest zależne od nadczynności kory nadnerczy. Kora nadnerczy rozwija się z mezodermy i u niższych kręgowców stanowi oddzielny narząd międzynerkowy (organon interrenale), niezwiązany z układem chromochłonnym (istota rdzenta wa nadnerczy). Związki gruczołów płciowych i narządu między-

nerkowego znajdują się w bezpośrednim sąsiedztwie, a może nawet rozwijają się z jednego zawiązku wspólnego. Wobec tego nie trzeba się dziwić, że kora nadnerczy wpływa na powstawanie cech płciowych drugorzędnych. Dotychczasowe spostrzeżenia świadczą o tem, że nadczynność kory zależy najczęściej od gruczolaków tego narządu. Odchylenia, które z tego powodu powstają, zależą od okresu rozwoju ustroju.

I n t e r r e n a l i s m u s w życiu płodowym prowadzi do obojactwa rzekomego, w okresie dziecięcym — do przedwczesnego dojrzewania, a u osób dojrzałych płciowo — do rozwoju cech drugorzędnych płci odmiennej.

Należy dodać, że *i n t e r r e n a l i s m u s* dotyczy prawie wyłącznie kobiet.

Obrzmienie tarczycy i zwiększenie podstawowej przemiany materji o 30% wskazuje na jednoczesne wzmoczenie czynności i tego narządu. Trudno powiedzieć, jaki jest tu wzajemny stosunek tarczycy i kory nadnerczy. Nasuwa się przypuszczenie, że tarczycza wpływa w danym przypadku hamująco na czynność jajników (rzadkie miesiączkowanie), chociaż niektórzy przypisują taki sam wpływ i korze nadnerczy. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. K r y ń s k i L., członek T-wa, uważa, że między gruczolakami wydzielania wewnętrznego istnieje tak ścisła łączność, iż trudno jest określać niektóre cierpienia. Niewątpliwie zagadnienie tworów międzynerkowych jest ciekawe, jednak zmiany w omawianym przypadku mogą zależeć od tylnej części przysadki. Należałoby przeto oddziaływać stosowaniem wyciągów przysadkowych.

Kol. F i l i ń s k i W., członek T-wa, podaje, iż chora dostawała przetwory jajnika. Wyciągów przysadki nie podawano, gdyż chora miała wybitne uwłosienie kończyn dolnych. Wyciągi te mogłyby zwiększyć jeszcze bardziej stopień uwłosienia.

4. Kol. R o g u s k i J., członek T-wa, omówił „B a d a n i a d o ś w i a d c z a l n e n a d z a c h o w a n i e m s i ę ż o ł c i p ę c h e r z y k o w e j w z a k a ż e n i u d r o ǳ z o ł c i o w y c h”.

Prelegent na zasadzie swych badań, wykonanych na psach z przetoką pęcherzykową, stwierdza następujące cechy żółci pęcherzykowej niezakażonej: współczynnik załamania refraktometrem Pulfricha nieoznaczalny (większy od 100), sucha pozostałość 20,0—23,4%, całkowita zawartość azotu 442—672 mg. w 100 cm.³, cholesteroliny 19—78 mg. w 100 cm.³, zawartość chlorków nieprzekracza 34 mg. w 100 cm.³; napięcie powierzchniowe waha się w granicach od 0,80 do 0,88 (woda 1.0).

Zakażenie samoistne dróg żółciowych jest dość częste w badaniach doświadczalnych. Uniemożliwia ono otrzymywanie przez dłuższy czas żółci pęcherzykowej o składzie typowym: współczynnik załamania, azot całkowity i pozabiałkowy oraz pozostałość sucha w tych stanach obniża się, natomiast ilość chlorków wzrasta.

Dożylne wstrzyknięcie prątków duru rzekomego B powoduje utratę przez żółć cech żółci pęcherzykowej, niezależnie od tego, czy towarzyszy mu bakterjocholja. Jednak już po kilku dniach żółć pęcherzykowa odzyskuje swoje właściwości.

Długotrwałość przebywania drobnoustrojów w drogach żółciowych nie zależy wyłącznie od właściwości żółci jako pożywki, wchodzi tu bowiem również w grę sposób ich wtargnięcia do pęcherzyka, moment drażnienia mechanicznego, prąd żółci i właściwości osobnicze zwierzęcia i szczepu drobnoustrojów. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y :

Kol. F i l i Ń s k i W., członek T-wa, zwraca uwagę, że przy tak wysokim współczynniku możnaby otrzymać dokładniejsze dane rozcięnczaniem żółci. Trudno jest ustalić, czy żółć jest pęcherzykowa, czy wątrobowa. Cechy żółci zależą od czasu przebywania jej w pęcherzyku oraz od czynności jego śluzówki, która ma zdolność zagęszczania. Najciekawszy jest fakt, że zakażenie dróg żółciowych powoduje utratę zdolności zagęszczania.

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, przypomina, że przez długi czas twierdzono, iż kamienie żółciowe powstają w zależności od dwu czynników: 1. zastojów żółci i 2. zakażenia dróg żółciowych. Zdaniem N a u n y n a następuje złuszczenie się nabłonków pęcherzyka, które powoduje nagromadzenie się cholesteryny, ta zaś porywa wapń i tworzą się kamienie. B a c k m e i s t e r i A s c h o f f wykazali, iż sam zastój żółci może powodować powstawanie kamieni promienistych. Następnie stwierdzono, że cholesteryna powstaje nie tylko z nabłonków, lecz duże znaczenie mają nadnercza, ciała żółte i niektóre pokarmy. Dzięki równoczesnym badaniom C h a u f a r d a i O r ł o w s k i e g o przekonano się, że bardzo dużą rolę odgrywa przemiana cholesterynowo-lipoidowa. Również duże znaczenie mają komórki miąższu wątroby. W razie uszkodzenia tracą one zdolność przetwarzania cholesteryny na kwasy żółciowe, cholesteryna łatwiej wtenczas strąca się w żółci. Badania kol. R o g u s k i e g o miały na celu stwierdzenie, czy poglądy na powstawanie kamieni żółciowych są słuszne. Chodziło zatem o doświadczalne przekonanie się, czy istotnie zakażenie dróg żółciowych sprzyja powstawaniu złożeń w drogach żółciowych. Przekonano się jednak, że me-

tody oznaczania żółcianów są nieściśle i zaniechano ich określenia. Praca daje bogaty i ciekawy materiał. Prostuje ona szereg danych poprzednich i współczesnych, może służyć za podstawę dalszych badań nad zagadnieniem wpływu zakażenia na stan żółci pęcherzykowej. W dalszych badaniach główną uwagę należałoby zwrócić na wpływ przewlekłych zakażeń dróg żółciowych, powstałych drogą krwi.

Kol. Roguski J., członek T-wa, nie rozcieńczał żółci przez oszczędność materiału, którego miał bardzo mało, badania zaś były liczne i różnorodne. Badania swe uważa za ogniwo w łańcuchu dociekań w zakresie patologii dróg żółciowych i wątroby.

5. Kol. Hrom St. omówił wpływ „Kwasicy i alkalozy doświadczalnej na układ krążenia i oddychania u ludzi zdrowych”.

Badania przeprowadzano na osobach zdrowych. Dla zakwaszenia podawano doustnie chlorek amonu w ilości 0,2 g. na kilogram wagi. Badani mieli ściśle określone godziny przyjmowania leków, zachowywali normalną dietę przy uregulowaniu wysiłków w ciągu dnia. Dokonywane spostrzeżenia dotyczyły ich stanu podmiotowego oraz przedmiotowego ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się wagi ciała, stanu tętna, ciśnienia tętniczego, ciśnienia żylnego, zachowania się naczyń włoskowatych, porównawczego rozbioru elektrycznej i mechanicznej krzywej pracy serca; obok powyższego sprawdzano stan i liczbę oddechów na minutę oraz napięcie CO₂ w powietrzu pęcherzyków oddechowych. Każdodzielne oznaczanie poziomu zasobu zasad dopełniało całości spostrzeżeń. Każdą serię badań poprzedzał t. zw. dzień kontrolny, w którym odczytywano wszystkie wyżej wymienione określenia.

Na podstawie spostrzegania 20 przypadków osób zdrowych ze sztucznie wywołaną kwasicą i alkalozą można było stwierdzić: 1. obniżanie się ciśnienia żylnego w kwasicy, natomiast jego wzrastanie w alkalozie, 2. zwężanie się naczyń włoskowatych w kwasicy, rozszerzanie się ich w alkalozie, 3. dążność do zmniejszania się ciśnienia skurczowego w kwasicy, gdy w alkalozie częściej obniżało się ciśnienie rozkurczowe, 4. niezmiennosc czasu trwania poszczególnych załamek elektrokardjogramu oraz okresu PA w czasie trwania kwasicy i alkalozy przy niestałych odchyleniach jedynie w zakresie wysokości załamek, 5. opóźnianie się załamek skurczowych mechanogramu w alkalozie w stosunku do takichże w elektrokardjogramie, 6. brak wybitniejszego wpływu stanu kwasicy i alkalozy na liczbę tętna, 7. dążność do zwiększania się liczby oddechów w kwasicy, natomiast zmniejszania się w alkalozie,

8. zmniejszanie się napięcia CO₂ pęcherzyków oddechowych w kwasicy i zwiększanie się w alkalozie, 9. spadek wagi w kwasicy, narastanie jej w czasie trwania alkalozy, 10. doświadczalna kwasica i alkalozą wytwarzają swoisty stan podmiotowy, którego odchylenia szybko cofają się, nawet pomimo trwania doświadczenia. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y :

Kol. F i l i ń s k i W., członek T-wa, uważa wyniki przedstawionych badań za bardzo ciekawe i ważne, zwłaszcza dla patologii narządów krążenia. Wykazują one, iż naczynia krwionośne nie tworzą układu naczyń połączonych w znaczeniu fizycznym. Widać bowiem, że w kwasicy ciśnienie krwi w żyłach spada, a w tętnicach wzrasta. Stąd wynika, że regulacja ciśnienia krwi odbywa się w miejscu przejścia tętnic w żyły, a zatem w naczyniach włoskowatych. Tłumaczy się to skłonnością naczyń włoskowatych do skurczu w zakwaszeniu ustroju.

Kol. M i c h a ł s k i Z., członek T-wa, stwierdza, że cały szereg podobnych objawów występuje w wielu schorzeniach, np. miażdżycy nerek. Tytuł odczytu jest nieco nieściśły, gdyż nie była to kwasica w ścisłym znaczeniu. Kwasica bowiem wywołuje przesunięcie jonów wodorowych we krwi. Można zatem mówić tylko o „wpływie środków zakwaszających lub alkalizujących na człowieka zdrowego“.

Kol. A p f e l b a u m E. podkreśla, że chorzy w badaniach prelegenta byli bezspornie zakwaszani, co klinicznie nazywamy kwasicą. W dobie obecnej posiłkujemy się szeregiem danych, stanowiących miernik zarówno zakwaszenia klinicznego, jak i doświadczalnego, Dane te dotyczą zmian i odchyień w szeregu moderatorów ustroju, jak np.: 1. tłumik węglanowy, mierzony ilością zasobu zasad we krwi i parciem CO₂ w powietrzu pęcherzykowem, spadającymi w zakwaszeniu, 2. ilość amonjaku i fosforanów w moczu, wzrastająca w tych stanach, 3. stosunek chloru krwinek i osocza i t. d. Własności tłumikowe tych moderatorów zmieniają się w ustroju zależnie od doprowadzonych jonów kwaśnych.

Na podstawie tych badań i danych podmiotowych dziś można określać dość ściśle stan zakwaszenia ustroju bez względu na to, czy zależy on od zmian chorobowych, czy też jest zakwaszeniem doświadczalnym. Wspomniane w rozprawach stężenie jonów wodorowych we krwi jest już tylko ostatecznym podsumowaniem procesów, które zaszły i wskaźnikiem, ulegającym niewielkim wahanom. Mcze ono tylko świadczyć częściowo o t. zw. kwasicy wyrównanej

lub niewyrównanej, w której spada. Jednakże brak wahań pH krwi nie stanowi miernika zakwaszenia. (Streszczenie własne).

Kol. Orłowski W., członek T-wa, prostuje błąd drukarski. Opuszczono bowiem w tytule wyraz „doświadczalnej”. Przeprowadzone badania są żmudne i bardzo rozległe. Mają też duże znaczenie, gdyż zakwaszenie jest obecnie metodą leczniczą. O jego wpływie na ustrój ludzki nic dotychczas nie wiadano. Prace równocześnie są prowadzone w 1. Klinice Chorób Wewnętrznych U. W. Ciekawe będzie porównanie wyników.

6. Kol. Węgierek J. wygłosił odczyt: „Hypoglicemia paroxysmalis spontanea”.

Badano zachowanie się cukru we krwi oraz krzywą glikemiczną po podaniu 50 g. cukru gronowego u kobiet, przeważnie otyłych, znajdujących się lub zbliżających się do okresu przekwitania płciowego. Kobiety te wykazywały szereg objawów klinicznych, pozwalających sądzić, że występuje w nich zespół hipoglikemiczny, a więc: napadowy głód, osłabienie, drżenie kończyn, często poty i osłabienie wzroku. Po spożyciu pokarmu, zwłaszcza słodkiego, objawy te mijały.

Okazało się, że krew, badana w czasie występowania powyższych objawów, wykazuje wybitne obniżenie ilości cukru do 60 mg. w 100 cm.³. Podany w tym czasie cukier gronowy w ilości 50 g. powodował wybitne zwiększenie ilości cukru we krwi. Hiperglikemja trwała dłużej, niż po podaniu naczczo 50 g. cukru gronowego w dniu wolnym od napadu hipoglikemicznego. Cukier określano we krwi co 15 minut przez godzinę.

Na zasadzie tych badań stwierdzono, że objawy hipoglikemji mogą występować samoistnie (bez podawania insuliny) u kobiet otyłych, najczęściej w okresie przekwitania. Hipoglikemja może wystąpić również samoistnie i u chorej na cukrzycę. Przyczyną napadowego powstawania samoistnego obniżania się ilości cukru we krwi jest najprawdopodobniej zaburzenie dokrewno-vegetatywne. (Streszczenie własne).

♦ R o z p r a w y:

Kol. Grott J. W., członek T-wa, uważa omawiane spostrzeżenia za ciekawe. Podobne przypadki klinicznie spotyka się dość często. Grają tu rolę dwa momenty: 1. zespół hipoglikemiczny oraz 2. poziom cukru we krwi. Ten ostatni nie rozstrzyga sam o napadzie. Spostrzegaliśmy bowiem przypadki, w których ilość cukru we krwi wynosiła około 40 mg. w 100 cm.³, mimo to napadu hipoglikemji nie było. Badania Goldblata, dotyczące jednoczesnego wstrzykiwa-

nia insuliny i adrenaliny królikom wykazały, że napadów tych nie można łączyć z poziomem cukru we krwi. Duże znaczenie ma układ wegetatywny. Podkreślić trzeba, że w badaniach prelegenta objawy hipoglikemji występowały u ludzi, wykazujących pewne odchylenia od normy. Natomiast, jak już nadmieniał, u zupełnie zdrowych nie było ich wcale, mimo dość niskiego poziomu cukru we krwi. Przedstawione krzywe są ciekawe. Zachodzą jednak pewne różnice z dotychczasowymi spostrzeżeniami. Należałoby przeto przebadać dokładniej te przypadki. Dobrze byłoby określić cukier nie tylko we krwi palca, lecz i z żyły, w ten sposób otrzymamy również pewne pojęcie o zachowaniu się cukru w tkankach.

Kol. F i d l e r A. twierdzi, że u ludzi, u których krzywa cukru w napadzie hipoglikemji ma przebieg niski, w okresie wolnym od napadu osiąga poziom wysoki. Zależy to nie tylko od samego poziomu cukru, lecz od przechodzenia adrenaliny do krwiobiegu. Wznoszeniu się krzywej towarzyszy zwiększone ciśnienie krwi, zwiększenie liczby krwinek białych, głównie limfocytów. Wtedy także występuje zwiększone wytwarzanie adrenaliny, które jest przeciwstawieniem wstrząsu hipoglikemicznego. Przemawiają za tem pomiary śledziona oraz inne objawy, spostrzegane w próbie Freya. To tłumaczyłoby podobny przebieg krzywej.

Kol. W ę g i e r k o J. podaje, iż są chorzy szczególnie wrażliwi na insulinę. Po jej podaniu występuje wstrząs hipoglikemiczny. Podawał wtedy 30 g. cukru trzcinowego. Jeżeli poziom cukru we krwi był niski, to podanie cukru wznosiło go znacznie. Po podaniu insuliny następował spadek, a gdy podano cukier — wzniesienie. W przypadkach usunięcia trzustki po podaniu cukru poziom jego we krwi był bardzo wysoki. Duże znaczenie prawdopodobnie ma wątroba. Pod wpływem zadziałania na nią jakiegoś bodźca następuje nadmierne uruchomienie cukru.

Zebranie zamknięto o godz. 22 min. 5.

Prezes: Witold Orłowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: Karol Chodkowski.

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO
z dnia 13 października 1931 r.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 73, wprowadzonych gości — 58.

1. Protokół zebrania naukowego z dn. 4 października 1931 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Berligné. L'origine tuberculeuse des affections oculaires phlycténulaires et leur traitement. Thèse. 1924.

Bluman. Contribution à l'étude des lésions intestinales chez les tuberculeux pulmonaires. Thèse. 1925.

Brémond. La tuberculinothérapie par injections sous-épidermiques. Thèse.

Doukow. Contributions à l'étude des réactions méningées aseptiques. La méningite thérapeutique. Thèse. 1925.

Erlichówna. Odżywianie noworodków zdrowych i chorych. Warszawa, 1931.

Fuchelman. Tratamentul paralisei generale cu malaria si levura de bere. Teza 1927.

Gerber. Les gingivo-stomatites. Thèse. 1925.

Hirschfeld. O zjawiskach odpornościowych w kile, raku i ciąży. Odb. 1930.

Jomini. Contribution à l'étude expérimentale du vaccin de Goldenberg dans la pyorrhée alvéolaire. Thèse. 1924.

Kadrnka. Deux cas d'ictère hémolytique au cours de la fièvre typhoïde. Thèse. 1928.

Landa. Le traitement de la syphilis. Conditions de réussite et causes de rechutes. Thèse. 1924.

Lüthy. Ueber Lebernekrosen bei Endocarditis, Diss. 1925.

Łysakowski. Zbiorowy katalog psychologicznych i pokrewnych czasopism polskich. Poznań, 1931.

Mayofis. Coexistence de l'anémie pernicieuse avec la tuberculeuse pulmonaire évolutive. Thèse. 1925.

Melanowski. Sul mucocele dell'orbita. Odb. 1931.

Mikułowski. Przypadek kokluszowego zapalenia mózgu u dziecka. Odb. 1931.

„ Ein Fall der Gee'schen Krankheit oder der sog. Coeliakie. Odb. 1931.

- „ Ueber die Anwendung der vitalen Färbungsmethode der Zerebrospinalflüssigkeit in der Klinik für Kinderlues. Odb. 1931.
- „ Ueber die spontane Bauchtyphusform. Odb. 1931.
- „ Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego a kiła wrodzona u dzieci. Odb. 1931.
- „ Przypadek kokluszowego zapalenia mózgu u dziecka kiłowego. Odb. 1931.
- „ De la fièvre typhoïde spontanée. Odb. 1931.
- Missiuro et Szulc. É ude des échanges respiratoires pendant de travail intense. Warszawa, 1930.
- Mohamed el Nasry el Garby. La vaccinothérapie des affections gynécologiques d'origine gonococcique. Thèse, 1925.
- Monedjikowa. La Vaccinothérapie des arthrites blennorragiques. Thèse, 1927.
- Otto. Ueber die bakteriologische Wirkung der vaginalen Fluorbehandlung. Diss.
- Pettersen. Behandlung der Akne und Furunkulose mit Fermecyl-Tabletten. Odb. 1931.
- Polskie monografie i wykłady kliniczne z dziedziny pedjatrij. VIII, IX. 1931.

3. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. drze Kazimierzu Ciąglińskim i ś. p. drze S. Groszliku.

W dniu 3 października b. r. zmarł w Ciechocinku ś. p. K. Ciągliński, członek czynny T-wa od 1897 r.

Ś. p. K. Ciągliński urodził się w Warszawie w 1859 r. Po ukończeniu gimnazjum wstąpił w 1877 na Wydział Lekarski Uniw. Warszawskiego. W 1881 r. został nagrodzony medalem srebrnym za pracę p. t.: „Symptomatologia nieprawidłowych czyszczeń miesięcznych“, przedstawioną na konkurs, ogłoszony przez Wydział Lekarski. W 1882/3 r. zdał egzamin na stopień doktora medycyny. W pierwszym roku po ukończeniu Wydziału Lekarskiego zajmował stanowisko lekarza fabrycznego w Zakładach Żyrardowskich, skąd przeniósł się do Jadowa. Tu pozostawał przez 3 lata jako lekarz miejscowy przy zarządzie dóbr hr. Zamoyskiego. Wątki stan zdrowia zmusił niebawem ś. p. K. Ciąglińskiego do poszukiwania mniej uciążliwych warunków pracy. Powrócił więc do Warszawy, kształcił się przez rok w Szpitalu Ś-go Łazarza, poczem przez 8 lat zajmował się praktyką lekarską w Siedlcach. Ale i tu znów stan zdrowia nie pozwolił mu podjąć ciężkim warunkom pracy lekarza na prowincji. Postanowił przeto przerzucić się na pole balneoterapii, w tym celu wyjechał do Berlina i Wiednia na specjalne studia. Po powrocie rozpoczął działalność w Ciechocinku zrazu jako lekarz

zdrojowy, a w końcu jako kierownik Oddziału Elektrycznego przy P. Z. K. w Ciechocinku.

Drukiem ogłosił: 1. O drgawkach czynnościowych u dzieci; 2. Nowy oddział elektro-leczniczy w Ciechocinku; 3. Oddział elektryczny przy Państwowym Zakładzie Kąpielowym w Ciechocinku, 4. O Ciechocinku pod względem higienicznym; 5. O leczeniu klimatycznym chorób serca; 6. Przypadek wrodzonego zwężenia aorty; 7. O grypie przewlekłej; 8. Plamica (purpura simplex), a niestrawność (dyspepsia gastrointestinalis) u dzieci; 9. W kwestji leczenia balneologicznego chorych gorączkujących.

Te pchieżne, przypominające dolę i niedolę lekarza, zarysy życia jednego z nas, świadczą jednak wymownie, jakie skarby duszy i umysłu posiadał ten niewysłowionej dobroci lekarz, a niezwykle serdeczny kolega. Cześć Jego pamięci!

W dniu 5 października r. b. zmarł w Warszawie ś. p. S a m u e l G r o s g l i k, członek naszego Towarzystwa od 1896 r. Urodził się w Warszawie w 1860 r. Po ukończeniu gimnazjum w 1886 r. wstąpił na Wydział Fizyczno-Matematyczny Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w 1884 r. ze stopniem kandydata nauk przyrodniczych. Wkrótce potem rozpoczął również w Uniwersytecie Warszawskim studia lekarskie i w 1890 r. otrzymał stopień lekarza. W roku następnym wstąpił w charakterze asystenta-wolontariusza do oddziału chirurgicznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus (Warszawa), prowadzonego przez W ł. K r a j e w s k i e g o, gdzie pracował bez przerwy aż do chwili zgonu swego szefa i przyjaciela. To skromne, raczej nawet najskromniejsze w hierarchji szpitalnej, stanowisko nie przeszkodziło w zdobyciu poczesnego miejsca w społeczności lekarskiej i w piśmiennictwie naukowo-lekarskim. Szeroko zakreślone studia przyrodnicze oraz dyscyplina naukowa, jaką studia te dają, sprawiły, że ś. p. G r o s g l i k wcześniej, niż jego rówieśnicy mógł zapoznać się z tajemnicami wiedzy i sztuki lekarskiej. Szybko też opanował całokształt chirurgji praktycznej w tak doskonale na owe czasy zorganizowanym i świetnie prowadzonym oddziale szpitalnym. Wkrótce poświęcił się chirurgji narządów moczowych. O tem, jak rozumiał zadania chirurga, świadczą prace, ogłoszone drukiem w liczbie zgórą 30-stu.

Ś. p. S. G r o s g l i k był szczerym towarzyszem pracy, kolegą serdecznym i uprzejmym w najlepszym tego słowa znaczeniu. Sztyndar godności lekarza niósł wysoko. Cześć Jego pamięci! (Streszczenie własne).

Zebrani uczcili pamięć Zmarłych powstaniem z miejsc i jedno-minutową ciszą.

4. Kol. Hellin D. wygłosił „Uwagi w sprawie techniki operacyj kosmetycznych nosa“.

Przedstawił chorą, obciążoną dziedzicznie kiłą, ze zniekształceniem nosa i prawostronnym nieżytem cuchnącym (ozeną) o charakterystycznych wydalinach. Nos miał wygląd typowy: spłaszczony w górnej części, wysunięty ku przodowi w dolnej, przytem był bardzo szeroki. Po przeprowadzeniu leczenia swoistego odczyn Wassermanna wypadł ujemnie. Zabieg polegał na obustronnem wycięciu przez kanały nosowe wyrostka czołowego szczęki górnej i ściśnięciu kości właściwych nosa w celu zwężenia i podwyższenia górnej jego części. Aby zwęzić i obniżyć dolną jego część, usunięto zbyteczne części chrzęstne skrzydełek nosa i chrząstek trójkątnych. Chrząstki te wraz z kostkami przeszczepiono pod skórę górnej części nosa. Połączenie nosa z kością czołową, początkowo po zabiegu o charakterze typowo rzymskim — w linii prostej, zostało, jako niezbyt odpowiadające twarzy, przez usunięcie części wstawionych kości zmienione w postać w tem miejscu wgłębioną. W wyniku ostatecznym nos z uderzająco brzydkiego stał się zupełnie kształtny.

Zwężenie nosa w części kostnej samo przez się zmniejszyło prawą jamę nosową, resztę uzupełniło wszczepienie pod śluzówkę nosa odpowiednio przygotowanej tkanki kostnej z kolana cielęcia. Charakterystyczne wydaliny cuchnące z nosa znikły zupełnie.

Następnie prelegent omówił ogólne zasady zabiegów kosmetycznych nosa, technikę zniesienia jego garbów, przeszczepiania, poprawiania nosów wklęsłych (siedelkowatych), skracania nosów długich, obniżania wystających czubków nosa i leczenie następce. Uwagi te, oparte na własnem doświadczeniu w kilkudziesięciu przypadkach, uzupełniły wskazówki, podane w podręcznikach kosmetyki operacyjnej nosa. Wreszcie przedstawił na przeżroczach wyniki kilkunastu zabiegów kosmetycznych na zniekształconych nosach najróżnorodniejszej postaci. (Streszczenie własne).

5. Kol. Oszaeki A. przedstawił „Porównawcze wyniki badań chemiczno-klinicznych krwi u chorych na raka i inne cierpienia“.

Prelegent zdał sprawę z przeszło 2-letnich badań własnych i swoich współpracowników nad chorobą rakową. Badania były przeprowadzone na materiale klinicznym metodami bio-chemicznymi i bio-fizycznymi. Wnioski, jakie na podstawie tych badań wyprawdzono, są następujące:

1. Krew żylna, posiadająca pewien odsetek żyłnej krwi z tkanek nowotworowych, zawiera więcej tlenu, niż krew żylna podobnych tkanek nienowotworowych, a także zawiera stosunkowo wię-

cej tlenu w porównaniu z krwią tętniczną. Nie można narazie rozstrzygnąć, czy ta wyższa zawartość tlenu we krwi żyłnej, a więc mniejsze zużycie tlenu w tkankach, jest swoistą cechą tkanki nowotworowej, czy też tkanek, w których nowotwór rozwija się. W tym drugim wypadku byłby to objaw „przedrakowy”. Ta druga możliwość jest prawdopodobiejsza.

2. Krew żylna w chorobie nowotworowej zawiera więcej kwasu mlekowego. Natomiast wyniki badań są sprzeczne, o ile chodzi o stwierdzenie, czy krew, płynąca bezpośrednio z tkanek nowotworowych, zawiera więcej kwasu mlekowego, niż krew innych obszarów ustroju chorego na nowotwór (J a k u s, O s z a c k i).

3. Krew w chorobie nowotworowej wykazuje w większości przypadków wyraźną alkalozę, w mniejszości—zakwaszenie. Współczynnik ciepłoty dla pH krwi w przypadkach alkalozy jest niższy od normy. Porównanie pH z ilością zasobu zasad wskazuje na obecność nowych nieznanych zasad, występujących w alkalozie nowotworowej, oraz na wyczerpanie buforu węglanowego (R o s e, O s z a c k i).

4. Zawartość żelaza w HbO w przypadkach nowotworów jest przeważnie mniejsza, niż w przypadkach normalnych i niektórych przypadkach patologicznych (K u r z y n i e c, O s z a c k i).

5. Współczynnik nasycenia tlenem krwi żyłnej jest w chorobie nowotworowej taki sam, jak u ludzi bez nowotworów.

Wszystkie te zmiany przemawiają za wybitnymi zaburzeniami czynników utleniających w ustroju chorym na nowotwór. Chodzi tu przede wszystkim o zmiany w barwniku krwi. Świadczy o tem także osłabienie buforu węglanowego. Prelegent sądzi, że stwierdzone przez niego zmniejszone zużycie tlenu w tkance nowotworowej, a prawdopodobnie i w jej otoczeniu, dałoby się wyjaśnić w myśl teorii W a r b u r g a, że dłużej trwający niedostatek tlenu może spowodować złośliwy rozplem tkanki. W takim razie istniałyby jeszcze jakieś czynniki, które stoją na przeszkodzie pobraniu tlenu przez tkanki lub przeszkadzają oddawaniu tlenu przez HbO, a przy najmniej oddawaniu go w dostatecznej ilości.

R o z p r a w y : *

Kol. C y t r o n b e r g S. zwraca uwagę, iż wyniki prelegenta są wręcz przeciwne z wynikami badaczy dotychczasowych (W a r b u r g a i in.). Sądząc z tego, iż nowotwór zużywa duże ilości cukru, z którego znaczna część zostaje spalona, należałoby mniemać, iż we krwi pochodzącej z nowotworu ilość tlenu powinna być mała. Uważa za ciekawe oznaczenie stosunku masy nowotworu do całej koń-

czynny oraz stosunku ilościowego tego nowotworu do tkanki niezmienionej nowotworowo. Przedstawione badania należałoby sprawdzić na tkankach *in vitro*.

Kol. Przyłęcki St. podkreśla ważność spostrzeżenia, iż tkanka nowotworowa pozbawiona jest również zdolności sprawnego utleniania. Zapytuje, jak należy tłumaczyć obecność we krwi nowotworowej dwutlenku węgla mimo braku zużycia tlenu.

Kol. Oszacki A. podaje, iż rozpatrywał sprawę nowotworową ze stanowiska klinicysty. Zajmowała go raczej przemiana materji ustroju, w którym rozwija się nowotwór, niż przemiana materji samego nowotworu. Nie przesądza związku przyczynowego badanych zjawisk. Wielkość guza oceniał na oko. Nie umie odpowiedzieć, skąd się bierze dwutlenek węgla we krwi z nowotworu. Zaznacza, że technika pobierania krwi do badań przemiany gazowej jest bardzo trudna.

5. Kol. Zembruski L., członek T-wa, wygłosił odczyt o „Intuicji w medycynie“.

Po rozbiorze pojęcia intuicji, jego genezy i rozumienia przez różnych autorów w ciągu wieków, począwszy od filozofów starożytnych, prelegent rozpatrzył, czy intuicja kiedykolwiek odegrała poważniejszą rolę w dziejach medycyny, czy odgrywa ją obecnie i czy można ją uznawać we współczesnej nauce i sztuce lekarskiej. Z rozważań wynika, że intuicja, jako czynnik metafizyczny, irracjonalny nie posiadała tego znaczenia, jakie jej niektórzy przypisują. Metodologii lekarskiej ani w starożytności, ani w wiekach nowożytnych nie wzbogaciła. Na dowód tego przytacza szereg przykładów. W medycynie naukowej i w sztuce lekarskiej jedyną drogą, prowadzącą do celu, powinna być empirja pod warunkiem, że połączona będzie z myśleniem krytycznem i będzie prowadziła do syntezy. Jest przeciwny prądom, szerzącym się zagranicą, opartym na intuicji i usiłującym podważać podstawy przyjętej metodologii w poznaniu lekarskiem. Prądy te pewnem echem odbiły się i w Polsce, znalazłszy wyrażenie w pojęciach niektórych lekarzy oraz w piśmiennictwie beletrystycznym i w wydawnictwach, obliczonych na spopularyzowanie intuicyjnego czynnika w medycynie wśród szerszych warstw. Przyznając rację bytu intuicji w niektórych dziedzinach twórczości i myśli ludzkiej (sztukach pięknych, metafizyce), należy wyłączyć ją z myśli i działalności lekarza z wyjątkiem hipotez t. zw. intuicyjnych. W ich tworzeniu trzeba jednak zachować ostrożność, by dla wyjaśnienia pewnych nieznanych zagadnień nie tłumaczyć ich twierdzeniami nieudowodnionemi. Intuicja w postaci najwyraźniejszej występuje u telepatów i mistyków, od których wszak nie można ocze-

kiwać zdobywszy dla postępów prawdziwej wiedzy lekarskiej. Lekarz, posilkujący się świadomie intuicją, zbliża się w swej działalności do znachora imponującego, niestety, tak często szerszej publiczności, nie wyłączając elity inteligencji.

Na zakończenie prelegent przytoczył twierdzenie Jędrzeja Śniadeckiego o szkodliwości metafizycznych koncepcyj w metodologii myślenia lekarskiego, twierdzenie, które zachowało dotychczas swą moc i siłę. (Streszczenie własne).

Zebranie zamknięto o godz. 22 min. 45.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Jan Roguski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 20 października 1931 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 51, wprowadzonych gości — 50.

1. Kol. Prezes, otwierając posiedzenie, podzielił się z zebranymi smutną wiadomością, że tej nocy zakończył życie prof. dr. Franciszek Krzyształowicz. Zmarły nie był wprawdzie członkiem Towarzystwa, lecz, stanowiąc część ogólnej wiedzy lekarskiej, boleśnie odczuje ono tę niepowetowaną stratę. Zmarły bowiem był wybitnym uczonym i godnym przedstawicielem nauki polskiej, znanym nie tylko w kraju, lecz i zagranicą. Prosi o uczczenie Jego pamięci przez powstanie.

Do Rady Wydziału Lekarskiego U. W. wysłano następującą depeszę:

„W imieniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przesyłamy wyrazy głębokiego współczucia z powodu niepowetowanej straty wybitnego uczonego, prof. dra Franciszka Krzyształowicza“.

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego powstaniem z miejsc i jednominutową ciszą.

2. Protokół zebrania naukowego z dnia 13 października 1931 r. przyjęto.

3. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Le médecine des campagnes. 1832.

Bechterew. Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark. Leipzig, 1899.

Ebert. De Docimasia Pulmonum Symbolae. Vratislaviae, 1837.

Frankel and Kinder. The care and Treatment of Nervous and Mental Patients in General Hospitals. Odb.

- Gutry. W sprawie udostępnienia prac naukowych. Odb.
- Helbich. Velky den ceskoslovenskeho lekarstva. Odb.
- Higier. Współczesny stan rozpoznawania i leczenie chorób nerwowych. Odb.
- Neugebauer. Rys historyczny szpitala Ewangelickiego w Warszawie. Odb.
- Offenberg. W sprawie samoistnych wymiotów okresowych z acetonemją u dorosłych. Odb.
- Pflanz. O leczeniu nawykowej bębnicy (Meteorismus). Odb.
- Rytel i Dziewanowski. O stosowaniu jodu w gruźlicy. Cz. I. Odb.
- Khamra el Saghir. Uicères variqueux et syphilis. Thèse. Odb.
- Skubiszewski. Ueber die Grundlage und den Begriff von morphologischen Veränderungen in der Entwicklung und im Verlauf des akuten Rheumatismus. Odb.
- „ Ostry gościec. Odb.
- Thibault. Recherches sur quelques points de médecine et de chirurgie. Thèse.
- Polska Praktyka Medyczna. Rocznik II. Nr. 1. 1931.
- Additional notes to the Report on „Some observations on the ratio of nurses to patients“.
- Arztliche Sammelblätter. Nr. 10. 1931.
- Deutsche Bauzeitung. Nr. 41—42. 1931.
- Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 57 Bd. Heft 3—4. 1930.
- Nosokomeion. Sonderheft. 1931.
- Przegląd Dermatologiczny. Nr. 1. 1931.
- Vestnik ceskych lekaru. Cislo 13. 1931.
- Katalog wydawnictwa Kasy im. Mianowskiego. 1931.
- Zapisnik Kongresu i referati o gusavosti i osiguranju nemocnih. 1929.
- Katalog 44 Karl und Faber. Medizin u. Naturwissenschaften. 1931.
- II Sjezd Vseslovenskeho Lekarskeho Svazu v Praze. 1928.
4. Kol. Filiński Wł., członek T-wa, i kol. Franio Z. przedstawili „Przypadek ostrej białaczki u dziecka“.

Chora lat 6-ciu, od dwóch miesięcy straciła „na humorze“ i zbladła; od tygodnia zauważono podniesienie ciepłoty do 38—39°C, utrzymujące się stale. Ojciec chorej alkoholik. Badaniem stwierdza się u chorej wybitną bladłość skóry i śluzówek, nieznaczne obrzmienie lewego podszczękowego gruczołu chłonnego i nieznaczne obrzmienie wątroby. W kale znaleziono jaja glisty dżdżownicowatej. Ciepłota ciała miała tor trawiący.

Badanie krwi: wejrzenie — wodniste; czas krzepnięcia —

10 min., czas krwawienia — 4,5 min., krwinki czerwone różnią się wielkością i zabarwieniem (poikilocytosis i anisocytosis). Spotyka się krwinki czerwone z ziarnościami zasadochłonnymi i pojedyncze z jądrami. Hemoglobina — 45%, liczba krwinek czerwonych w 1 mm.³ krwi — 1.650.000, wskaźnik zabarwienia — 1,4, płytki — 180.000, liczba krwinek białych w 1 mm.³ krwi — 11.500.

Skład odsetkowy krwinek białych: myeloblasty—20%, promyelocyty — 3%, myelocyty obojętnochłonne — 4,5%, (niedojrzałe krwinki białe—27,5%), metamyelocyty—2,5%, pałeczkowate—10%, podzielone — 29%, limfocyty — 30%, monocyty — 1%.

Rzeczoznano ostrą białaczkę szpikową.

W rozpoznaniu różniczkowym wyłączono niedokrwistość złośliwą, która przebiega z leukopenją i prawidłowymi krwinkami białymi oraz chorobę Jaksch-Hayema (anaemia pseudo-leucaemica infantum), przeciwko której przemawiał wiek chorej, brak obrzmienia śledziony i zbyt duże zmiany w obrazie krwinek białych.

Pozostaje zatem białaczka ostra, która tem się różni od białaczek przewlekłych, że nie występują w niej znaczniejsze zmiany w śledzionie i gruczołach chłonnych.

Odróżnia się ostrą białaczkę limfatyczną i szpikową.

Nie zawsze można powiedzieć czy młode postacie, spotykane we krwi, są myeloblastami czy limfoblastami. Różnice morfologiczne polegają na tem, że siatka chromatyny myeloblastów jest delikatniejsza i jądro zawiera większą liczbę jąderek, niż w limfoblastach. Za szpikowem pochodzeniem komórek nie zróżnicowanych przemawia też obecność innych młodych postaci leukocytów ziarnistych, t. j. myelocytów.

Dla pewnego odróżnienia służą odczyny, oparte na obecności w myeloblastach oksydaz lub peroksydaz. Odczyn na peroksydazę, wykonany ze krwią chorej metodą Grahama, wypadł dodatnio i ostatecznie rozstrzygnął rozpoznanie (pokaz preparatów krwi chorej).

Białaczka ostra przebiega zazwyczaj pod postacią zakażenia ogólnego. Obok tego występują zwykle objawy zapalenia gardła i jamy ustnej, niekiedy zgorzelinowego lub krwiotocznego. Poza tem zjawia się ogólna skaza krwiotoczna. Z objawów miejscowych spostrzeżano zwykle obrzmienie śledziony i gruczołów chłonnych.

W przedstawionym przypadku brak powyższych objawów, chociaż choroba trwa już dwa miesiące.

Rokowanie w białaczkę ostrej bywa zazwyczaj złe, gdyż najdalej po paru miesiącach prowadzi do śmierci. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Filiński Wł., członek T-wa, zaznacza, iż przypadek ten przedstawiono dla wykazania różnic między białaczką ostrą i przewlekłą. W białaczce ostrej występuje często zgorzelinowe zapalenie migdałów i jamy ustnej. Jest to swego rodzaju posocznica z leukocytozą, wywołana jakimś zakażeniem. Charakterystyczną cechą białaczki ostrej jest brak obrzmienia śledziony i gruczołów limfatycznych. W omawianym przypadku białaczka przebiega raczej podostro. Uznano ją jednak za ostrą, gdyż występują nieprawidłowe krwinki białe bez zmian w śledzionie.

5. Kol. Kapuściński St. przedstawił „Współczesne metody leczenia kiły”.

Rozprawy:

Kol. Jastrzębski W. L., członek T-wa, na podstawie własnych badań doświadczalnych, twierdzi, że wszystkie t. zw. środki swoiste działają tylko wybiórczo na organizm, pobudzając go do wytwarzania przeciwciał. Proteinterapia dotychczas była mało stosowana, wyniki jej nie są zatem jeszcze pewne.

Kol. Kapała A. stwierdza, iż wiele środków przeciwiłowych, zwłaszcza połączenia metali ciężkich (arsen, rtęć, bizmut) nie są obce dla ustroju. W chorobach wewnętrznych zatem należy się liczyć ze stanem narządów. Nic dziwnego, iż leczenie kiły często pogarsza stan ogólny chorego.

Kol. Orłowski W., członek T-wa, uważa, że różni chorzy odmiennie oddziałują na środki przeciwiłowe (J, Hg, Bi, As). Odczynu tego zgóry nigdy przewidzieć nie można. Mimo częstego rozpoczynania kiły narządów, dobrze jej jeszcze nie znamy. Mogą istnieć bowiem zmiany metaluetyczne, których nie możemy rozróżnić, a które nie poprawiają się pod wpływem leczenia swoistego. Stowarsol stosowano w Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. w przypadkach postępującej niedokrwistości złośliwej. Stan krwi poprawiał się znacznie, występowało jednak zapalenie skóry i skaza krwiotoczna. Zapytuje, jakie dawki stowarsolu stosują dermatolodzy?

Kol. Kapuściński St. stwierdza, iż działanie salwarsanu polega na uczuleniu i pobudzeniu ustroju. Dotychczas brak danych, udowadniających działanie proteinterapii. Zgadza się, że chorzy ze zmianami kiłcowymi narządów wewnętrznych różnie oddziałują na środki przeciwiłowe, które mogą pogarszać stan ogólny. Działanie leku musi być korzystne, nie może być jadowite. Wydalanie

środków leczniczych musi być dostateczne, by uniknąć nagromadzenia w ustroju. Dlatego im leczenie jest ostrożniejsze, tem lepsze są wyniki. Celem leczenia jest pobudzenie czynników odpornościowych ustroju, środki lecznicze nie są swoiste. Co się tyczy zmian metaluetycznych, to różnica polega na tem, iż umiejscawiają się one w tkankach niezdolnych do większych odczynów odpornościowych. W mózgu tylko opony i naczynia dają te odczyny. Prawdopodobnie zatem środki przeciwiłowe nie działają w wiadze rdzenia i porażeniu postępującem dlatego, że mózg i rdzeń nie dają odczynu na leczenie.

6. Kol. Goebel Fr., członek T-wa, wygłosił odczyt „O witasterynie D:

- a) wpływ witasteryny D na przemianę fosforową, wapniową i azotową,
- b) w sprawie toksyczności ergosteryny naświetlonej“.

Podanie witasteryny D w krzywicy wywołuje zmiany korzystne. Poziom fosforu we krwi podnosi się szybko i bardzo znacznie, bilans ujemny wyrównuje się i przechodzi niebawem w dodatni. Również, chociaż w powolniejszym stopniu, poprawia się bilans wapnia. W innych chorobach, związanych z demineralizacją ustroju, ergosteryna uczyniona wywiera również wpływ dodatni. Wymienić tu należy zmięknienie kości i grzlicę. Działanie witasteryny D nie ogranicza się tylko do normowania przemiany mineralnej. Wpływa ona również na rozwój ogólny oraz na przyswajanie związków azotowych. Należy stwierdzić, że ergosteryna, różnorodnie naświetlana lub pochodząca z różnych preparatów, stosowana w postaci jednakowo dużych dawek, wywołuje różny wpływ na ustrój. Ergosteryna krótko naświetlana nie powoduje objawów hyperwitaminozy, natomiast naświetlana dłużej wywołuje zahamowanie wzrostu, dużą śmiertelność i zwapnienia w narządach wewnętrznych. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Stankiewicz R., członek T-wa, stwierdza, iż bilans wapnia nie ma znaczenia w krzywicy, w której rozstrzyga bilans fosforu. W leczeniu witasteryną D i wigantolem dotychczas panował chaos. Obecnie stosuje się 0,004 g. przez najwyżej 6 tygodni. Daje to rzeczywiście dobre wyniki. Leczenie często powoduje biegunki, co zależy najprawdopodobniej od złej oliwy. Obecnie wiemy, iż w tranie jest prowitasteryna. Dodaniem doń fosforu uczynnia się ją. Należy stosować raczej tran z fosforem, działa bardzo dobrze, a jest

tańszy. Do stosowania vitavitu i t. p. preparatów istnieją tylko dwa wskazania: 1. rozmiękanie kości i 2. krzywica. Nie należy ich stosować szeroką ręką, jak to dotąd czyniono, zwłaszcza u dzieci.

Zebranie zamknięto o godzinie 22 min. 15.

Prezes: **Witold Orłowski**.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **Karol Chodkowski**.

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO

z dnia 27 października 1931 r.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 35, wprowadzonych gości — 32.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 20 października 1931 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Biro. Dystrofia mięśni postępująca. Odb. 1931.

„ Zapalenie wielonerwowe (polyneuritis). Odb. 1931.

Dzwonkowski i Słonimski. Spis polskich zakładów i pracowni poświęconych anatomji i zoologii oraz naukom pokrewnym. Odb. 1929.

Elkner. Recherches sur le tissu conjonctif basophile du larynx de l'homme. Odb. 1931.

Elkner i Słonimski. A propos de la critique du travail d'Elkner et Słonimski: „Sur le tissu conjonctif de la crête du coq adulte“ faite par MM. Champy, Kritch et Lambart. Odb. 1930.

Flaks. Przerzuty mięsaka do gruczołów limfatycznych osesków szcurzych. Odb. 1931.

„ Wpływ tarczycy na wzrost mięsaka szcurzego. Odb. 1928.

„ Gruczoły dokrewne a wzrost nowotworów. Odb. 1929.

Konopacki. Histoire de la Cytologie et de l'Histologie en Pologne, et la part prise par les Polonais dans le développement de ces sciences au delà des frontières polonaises. Odb. 1931.

„ Analiza morfologiczna zmian zachodzących w jajach i zarodkach żaby płowej (*Rana fusca*) pod wpływem wirowania. Odb.

„ Z dziedziny mikromorfologii struktur chemicznych komórek płciowych i zarodków pewnych robaków i mięczaków. Odb. 1929.

Loth. Antropologie des parties molles. Varsovie-Paris, 1931.

Ostrouch. Chondrjom i aparat Golgiego w komórkach gruczołów dna żołądka. Odb. 1930.

- Słonimski. Chromagaster testudo Lautenborn (Rotatoria Ploima) na Polesiu. Odb. 1931.
- „ Kongres Anatomiczny w Warszawie. Odb. 1931.
- „ Association des Anatomistes. Odb. 1931.
- „ XXVI Zjazd de l'Association des Anatomistes w Warszawie. Odb. 1931.
- „ Badania doświadczalne nad genezą krwi u zarodków płazów (Amphibia). Warszawa, 1930.
- „ Z zagadnień genezy krwi u kręgowców. Odb. 1930.
- „ W sprawie składników komórkowych i ich pochodnych we krwi *Batrachoseps attenuatus* Esch. Odb. 1929.
- „ Sur l'apparition de l'hémoglobine chez les embryons d'*Axolotl*. Odb.
- „ Sur un procédé simple pour décortiquer les embryons des Amphibiens Urodèles. Odb. 1930.
- „ Sur le pouvoir d'autodifferentiation stricte de l'ébauche du sanguine présumptive des Amphibiens. Odb. 1930.
- „ Sur la dualité d'origine des éléments rouges et blancs du sang chez les Amphibiens. Odb. 1930.
- Stankiewicz i Kosiński. Przypadek wrodzonego zwiótczenia lewej połowy przepony. Odb. 1931.
- Zakolska. Wpływ przedniego płatu przysadki mózgowej na jajniki i drogi rodne kur. Odb. 1930.
- Zweibaum. Wrażenia z XXVI Kongresu Stowarzyszenia Anatomów i III Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anatomiczno-Zoologicznego w Warszawie. Odb. 1931.
- „ Struktury cytoplazmatyczne w świetle badań nad hodowlą tkanek *in vitro*. Odb. 1931.
- „ Wpływ wyciągów z gruczołów dokrewnych na wzrost komórek normalnych i nowotworowych hodowanych *in vitro*. Odb. 1930.
3. Kcl. Sznajderman I. przedstawił „Przypadek półowiczej niepotliwości twarzy”.
- Mężczyzna, lat 23, z zawodu rolnik, poci się nadmiernie po prawej stronie twarzy, natomiast po lewej jakoby wcale się nie poci. Pocenie to występuje z najmniejszych przyczyn, np. pobyt w krępującym go otoczeniu, przyjęcie posiłków i t. p. Stan taki trwa co najmniej od 4 lat. Dziedzicznie nie jest obciążony. Kiły jakoby nie przechodził. Przedmiotowo stwierdza się w zakresie lewej połowy twarzy: nieznaczny niedorozwój, zwężenie szpary powiekowej, zaczerwienienie skóry (łącznie z uchem). Należy dodać, że zwężenie szpary powiekowej może częściowo zależeć od zapalenia przewodu

łzowego, z tego powodu oko lewe silnie łzawi. Po podaniu choremu aspiryny i gorącej herbaty z cytryną lub w szafce elektrycznej spostrzeżę się istotnie bardzo silne pocenie prawej połowy twarzy łącznie z uchem, szyją, barkiem, karkiem i owłosioną częścią głowy po grzbiet łopatki z tyłu i obojczyk z przodu. Lewa połowa na tym samym obszarze jest zupełnie sucha. Pocenie po prawej stronie najwyraźniej występuje, gdy chory jest w szafce elektrycznej. Poceniu temu towarzyszy silne zaczerwienienie z odcieniem fioletowym prawej połowy twarzy, czoła, ucha i karku. Reszta ciała nie wykazuje różnicy w potliwości obu stron. Po wstrzyknięciu choremu 0,001 pilokarpiny pocenie występuje dość silnie najpierw w lewej połowie czoła, w pozostałej części lewej połowy twarzy jest mniej wyraźne. Po prawej stronie zjawia się ono później, jednak z czasem jest obfitsze, niż po stronie lewej; na czole po stronie prawej jest zawsze ledwie zaznaczone. Natomiast zwraca uwagę zwiększona potliwość lewej strony czoła, utrzymująca się niezmiennie do końca doświadczenia. W ciągu tego doświadczenia lewa strona czerwienieje silniej, zwłaszcza ucho; różnica jest jednak mniejsza, niż w doświadczeniu w szafce elektrycznej. Wstrzyknięcie acekoliny i adrenaliny bez wyniku. Wstrzyknięcie atropiny w 4 minuty po wstrzyknięciu pilokarpiny powstrzymało dalsze pocenie. Wstrzyknięcie adrenaliny w 4 minuty po wstrzyknięciu pilokarpiny nie powstrzymało dalszego pocenia.

Poza temi nieprawidłowościami u chorego stwierdza się tylko pewną dziecięcość (infantilismus).

U chorego stwierdzono lewostronny zespół Hornera nieznanego pochodzenia. Nie towarzyszą mu bowiem objawy schorzenia lub uszkodzenia nerwu współczulnego. Mimo skarg chorego na zaburzenia w zakresie prawej strony twarzy, za patologiczną uważamy stronę lewą, bo ta strona nie poci się i nie czerwienieje w warunkach normalnych. Za zasadnicze zaburzenie patologiczne należy uznać pełny zespół porażny lewego nerwu współczulnego twarzo-wo-ocznego, a nie stan podrażnienia nerwu współczulnego po stronie prawej.

Przypadek przedstawiono z powodu paradoksalnego zachowania pocenia się wobec bodźców ośrodkowych i obwodowych. Na bodźce, działające ośrodkowo, włókna potowydzielnicze i rozszerzające naczynia po lewej stronie twarzy okazują się niepobudliwe, są natomiast pobudliwe, i to poniekąd nawet nadmiernie, pod wpływem pilokarpiny. To ostatnie zachowanie wykazuje, że neurony współczulne, leżące najbardziej obwodowo, muszą być uszkodzone (przyjmując, że unerwienie potowydzielnicze jest wyłącznie za-

leżne od włókien współczulnych). G u t t m a n n i L i s t stwierdzili podobne zachowanie się chorych z porażonym szyjnym nerwem współczulnym po urazie lub wycięciu i w urazowym zespole Brown-Sequarda. Potwierdza to raz jeszcze słuszność zapatrywania, że strona niepełna jest chora. G u t t m a n n i L i s t dla wytłumaczenia sprzeczności działania środków farmakologicznych ośrodkowych i pilokarpiny przypuszczają, że obok współczulnego istnieje także parasympatyczne unerwienie gruczołów potowych z ośrodkiem w opuszcze, skąd włókna przebiegają w nerwie twarzowym, częściowo zaś dołączają się następnie do gałązek obwodowych nerwu błędnego. W pracach swoich autorowie ci pomijają zachowanie się naczyń ruchowe twarzy. Nie dostrzegli więc, że rozbieżność odczynu nerwów naczyń krwionośnych pokrywa się z rozbieżnością działania ośrodków farmakologicznych na narząd potowydzielniczy. Tłumaczenie ich nie wyjaśnia więc rozszerzenia naczyń po stronie porażonego nerwu współczulnego pod wpływem pilokarpiny. Z drugiej strony nerw twarzowy zawiera niewiele włókien potowydzielniczych. Na tej podstawie nie można wytłumaczyć tak silnego pocenia po pilokarpinie. Wreszcie nie wyjaśnia to, dlaczego w przeciętnych warunkach życia strona chora zawsze jest sucha, a strona zdrowa co najmniej lekko spocona. Nie tłumaczą też zapatrywania G u t t m a n n a i L i s t a, dlaczego pod wpływem pilokarpiny poci się cała twarz, a nie poci się odpowiednio tylko prawa strona czoła. Wreszcie autorowie ci spostrzegali tylko jeden przypadek całkowitego wyluszczenia nerwu współczulnego wraz ze wszystkimi zwojami. Na tym przypadku opierają swoje poglądy.

Wobec tych zastrzeżeń jest bardziej prawdopodobne tłumaczenie, którym posługuje się także B r a u c k e r, że w pewnych przypadkach powstaje stan nadmiernej pobudliwości neuronów pozazwojowych lub jeszcze bardziej obwodowo leżących, po odcięciu ich od neuronów bliższych śródka. Wtedy nie oddziałują one na bodźce ośrodkowe takie, jak np. aspiryna, wzruszenie, rozgrzanie się przy jedzeniu, a oddziałują, i to niekiedy nadmiernie, na czynnik obwodowy, jakim jest pilokarpina. Ta nadmierna wrażliwość obwodowego neuronu współczulnego na pilokarpinę przypomina podobne zjawisko wzmożenia odruchów układu nerwowego zwierzęcego w przypadkach odłączenia neuronów obwodowych od ośrodków wyższych, np. wzmocnienie odruchów ścięgnisto-okostnowych po przerwaniu ciągłości dróg piramidowych.

Przypuszczenie to tłumaczy się zachowaniem nerwów rozszerzających naczynia na obu stronach twarzy. Zaburzenie w ich działaniu obejmuje ten sam obszar, co zaburzenie w poceniu. Wiado-

mo bowiem, że do paradoksów działania pilokarpiny należy też rozszerzanie naczyń obwodowych twarzy.

Nadmierna potliwość prawej, t. j. zdrowej strony, jest podobna do nadmiernej pobudliwości potowydzielniczej i włosoruchowej, jaką spostrzegamy naokoło obszarów zniesienia czucia, pocenia i odruchu pilomotorycznego w uszkodzeniu nerwów czuciowych. Jest to jakoby wyrównawcze wzmoczenie pobudliwości. Jego celem mogłoby być wyrzucenie nazewnątrz przez najbliższą zdrową powierzchnię skóry tej ilości potu, która przez obszar chorej skóry wydobyć się nie może. Oczywiście jest to tylko przypuszczenie.

Zapatrywanie G u t t m a n n a i prelegenta nie tłumacza, dlaczego w doświadczeniu z pilokarpiną prawa strona czoła prawie się nie poci. Trzeba przyjąć, że po uszkodzeniu nerwu sympatycznego, wobec suchości skóry po lewej stronie twarzy, zjawia się pocenie po stronie prawej. Gdy zaś sztucznie wywołujemy pocenie po lewej stronie twarzy podaniem pilokarpiny, to powierzchnia po stronie lewej, która najwięcej się poci, hamuje pocenie odpowiedniego obszaru skóry po stronie drugiej.

Do tego przypadku, jak i do wielu innych, można zastosować powiedzenie F r i d b e r g a, że odczyny wegetatywne twarzy są nadzwyczaj zawile i w obecnym stanie wiedzy niezawsze i nie we wszystkim zrozumiałe. (Streszczenie własne).

4. Kol. W a g n e r K. wygłosił odczyt p. t.: „Przyczynę do symptomatologii zwężenia i zamknięcia światła górnej żyły głównej”.

Prelegent omówił 4 spostrzegane przypadki zaburzeń w krążeniu krwi w górnej żyły głównej i 1 przypadek — w dolnej żyły głównej.

W 1 przypadku przyczyną zaburzeń była gruźlica gruczołów chłonnych śródpiersia, a w 4 przypadkach — nowotwór złośliwy. W jednym z nich badanie pośmiertne wykazało, że ujście górnej żyły głównej do przedsionka prawego było zatkane przez 2 guzy nowotworowe (wielkości $\frac{1}{2}$ gołębiego jaja), wpuklające się z tyłu i z góry do jamy przedsionka. Oprócz tych 5 przypadków prelegent przedstawił jeszcze 2 przypadki nowotworów śródpiersia, w których za życia nie było objawów obocznego krążenia żylnego w skórze klatki piersiowej i brzucha. Badanie pośmiertne wykazało, że w obu przypadkach górna żyła główna była drożna. Objawy kliniczne, spostrzegane w przedstawionych przypadkach, zwężenia i zamknięcia światła górnej żyły głównej, były następujące: sinica

i obrzęk twarzy wystąpiły u wszystkich 4 chorych z zaburzeniami krążenia w obszarze górnej żyły głównej. Przy nachylaniu tułowia ku przodowi sinica i obrzęk nasilały się znacznie. Jeden z chorych przytem doznawał uczucia gorąca w głowie i mógł znosić takie położenie ciała tylko w ciągu bardzo krótkiego czasu. Znamienne było, że przy wyprostowaniu tułowia sinica i obrzęk twarzy wracały do poprzedniego stanu bardzo powoli. Kaszel i wysiłek fizyczny nasilały powyższe objawy. Nie były one właściwe wyłącznie tylko zwężeniu lub zamknięciu górnej żyły głównej. Spostrzegano je także, choć może nie w tak znacznym stopniu, w przypadkach zachowanej drożności tej żyły. Wytrzeszcz gałek ocznych stwierdzono w 3 przypadkach (na 4) z przeszkodą w górnej żyły głównej i w 1 przypadku, w którym takiej przeszkody nie było. Brak tchu zauważono zarówno w przypadkach z przeszkodą w górnej żyły głównej, jak i bez niej. Krwiotoki płucne wystąpiły w 3 przypadkach (na 4) przeszkody krążenia w górnej żyły głównej. Odnaczały się one niezwykłą uporczywością. Obrzęk skóry klatki piersiowej spostrzegano w 3 przypadkach (na 4) przeszkody krążenia w górnej żyły głównej. W jednym przypadku zjawił się jednostronny obrzęk skóry klatki piersiowej w zachowanej drożności górnej żyły głównej. Najwięcej charakterystyczna w znacznym zwężeniu lub zamknięciu światła górnej i dolnej żył głównych jest obecność w skórze klatki piersiowej i brzucha znacznie rozszerzonych, wężykowatych żył, które spostrzegano we wszystkich 4 przypadkach z przeszkodą w górnej żyły głównej i w 1 przypadku przeszkody w dolnej żyły głównej. Nie ujawniono ich w 2 przypadkach, w których tej przeszkody nie było. Dla stwierdzenia, czy przeszkoda tkwi w górnej, czy też w dolnej żyły głównej, należy się przekonać w jakim kierunku płynie krew w rozszerzonych żyłach nabrzusnych. W przeszkodzie w górnej żyły głównej krew płynie z góry na dół, a w przeszkodzie w dolnej żyły głównej — z dołu do góry. Rozszerzenie powierzchownych żył na tylnej powierzchni klatki piersiowej przemawia zatem, że przeszkoda w górnej żyły głównej znajduje się między sercem, a ujściem żyły nieparzystej. Następnie prelegent omawia głębokie i powierzchowne drogi krążenia obocznego w zamknięciu górnej żyły głównej. Przytacza swoje doświadczenia na zwłokach z podwiązaną górną żyłą główną powyżej i poniżej ujścia żyły nieparzystej i wypełnianiem układu żylnego masą Teichmana. Doświadczenia te miały na celu ustalenie głębokich i powierzchownych dróg krążenia obocznego w omawianem cierpieniu. Omówiwszy krótko piśmiennictwo, prelegent rozpatrzył etiologję, patogenezę i rokowanie w zamknięciu górnej żyły głównej. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Starkiewicz W., członek T-wa, przypomniał, że w 1890 r. w Tow. Lek. Warsz. Goldflam przedstawił przypadek zarośnięcia górnej żyły głównej. Następnie Starkiewicz w 1909 i 1911 r. przedstawił preparaty anatomiczne i omawiał obraz kliniczny i rozpoznanie różniczkowe zamknięcia światła górnej żyły głównej i pęknięcia tętniaka do niej. Zarośnięcie żyły w pierwszym przypadku Starkiewicza umiejscowiło się poniżej ujścia żyły nieparzystej, w miejscu przejścia listka ściennego osierdzia w listek trzewny. Rozszerzenie żył na klatce piersiowej i na ścianie jamy brzusznej było znaczne. Sprawę różnych odmian krążenia obocznego w takich przypadkach bardzo szczegółowo i przejrzyście opracował Fischer w 1902 r. Obok krążenia zewnętrznego (v. v. mammae internae, epigastricae superiores, v. cava inf.), i wewnętrznego (v. azygos, v. hemiazygos, v. v. lumbales, ileolumbales), możliwe jest jeszcze zużytkowanie tylnych gałęzi głębokich żył międzyżebrowych, a dalej rdzeniowych i krzyżowych, przez które prąd krwi płynie również ku dolnej żyły głównej. Jednakże drogi obocznego krążenia wewnętrznego ustalono na podstawie rozważań anatomicznych. Klinicznie spostrzegano zwykle zewnętrzne krążenie zastępcze, chociaż ustrój dla wytworzenia go musi pokonać opór licznych zastawek (zwróconych ku górze) w żyłach sutkowych. Żyły nieparzyste prawie wcale nie posiadają zastawek. W zasadzie zamknięcie światła żyły głównej powstać może tylko w następstwie długotrwałego ucisku ze względu na oporność ściany żyłnej (Isolator pathologischer Prozesse Virchowa). W przypadkach tętniaka odbywa się to zapewne przez przejście zapalenia ściany tętnicy na ścianę żylną. Sprzyjać też może zapaleniu żyły okresowe rozciąganie worka tętniaka i następczy ucisk na żyłę.

Pęknięcie tętniaka do światła górnej żyły głównej może dać w pewnym stopniu objawy ostrego jej zamknięcia. W zamknięciu ostrem, oczywiście, niema czasu na powstanie dróg krążenia obocznego, zjawia się szybko obrzęk głowy, szyi i górnej połowy tułowia oraz wybitna sinica.

Kol. Gluziński A., członek T-wa, zwraca uwagę na ostre zamknięcie górnej żyły głównej. Cechuje je ostry obrzęk, sinica twarzy i szyi oraz duszność. Po kilku dniach albo chory ginie, albo też zaburzenia krążenia wyrównają się. Rozszerzenia żył powierzchownych zdarzają się w zamknięciu obu żył głównych górnej i dolnej. O umiejscowieniu zamknięcia rozstrzyga zatem kierunek prądu krwi. Zasługą kol. Wagnera jest zwrócenie uwagi na ten objaw.

Znaczenie żyły wrotnej dla wyrównania krążenia jest nieznaczne i szybko tworzą się guzy krwawnicowe w odbytnicy. Przyczynami zamknięcia górnej żyły głównej są: 1. nowotwory (skrzepliny), 2. kiła (cokołożylne zapalenie kiłowe), 3. tętniaki części wstępującej i zstępującej tętnicy głównej, nigdy łuku. Rokowanie pomyślniejsze jest w zamknięciu dolnej żyły głównej, niż górnej.

Kcl. Chodkowski K., członek T-wa, spostrzegł na stole sekcyjnym przypadek całkowitego zamknięcia światła górnej żyły głównej u 60-letniego mężczyzny. Zamknięcie było spowodowane przez nowotwór górnego płatu prawego płuca, wychodzący z oskrzela nadtętniczego. Nowotwór ten przerastał do worka osierdziowego, następnie przez ścianę do światła górnej żyły głównej, zamykając jej światło aż po ujście żyły nieparzystej, której ujście również było niedrożne. Krążenie wyrównało się przez połączenie dodatkowej żyły nieparzystej krótkiej (v. hemiazygos accessoria) z żyłą podobojczykową po stronie lewej i przez najwyższą żyłę międzyżebrową (v. intercostalis suprema), która łączyła się gałęzią z prawą żyłą podobojczykową. W ten sposób prąd krwi żyłnej z głowy, szyi i kończyn górnych kierował się przez wspomniane wyżej żyły częściowo bezpośrednio do żył nieparzystych, częściowo zaś przez żyły międzyżebrowe do wewnętrznych żył sutkowych i dalej do dolnej żyły głównej. Wszystkie żyły były znacznie rozszerzone. Jednak powierzchowne połączenia żyłne nie rozszerzyły się tak znacznie, jak wewnętrzne. W podobnych przypadkach, niekiedy już na pierwszy rzut oka, można przypuszczać istnienie zamknięcia górnej żyły głównej. Wskazuje na to niestosunek przejawów zaburzeń w krążeniu, to jest obrzęków i sinicy, w obrębie głowy, szyi, kończyn górnych, a częściowo i górnej części klatki piersiowej — i brak takich zmian w obrębie dolnej części tułowia, brzucha (brak puchliny) i kończyn dolnych. Niestosunek ten może mieć doniosłe znaczenie dla rozpoznania zwężeń i zamknięć górnej żyły głównej, zwłaszcza, że rozszerzenie powierzchownych żył podskórnych nie zawsze się spotyka, krążenie bowiem może wyrównać się głównie przez żyły głębokie. (Streszczenie własne).

Kol. Paszkiewicz L., członek T-wa, podkreśla znaczenie żyły wrotnej w wyrównaniu zaburzeń krążenia w przypadkach zamknięcia górnej żyły głównej. Nowotwory nie powodują szczególnych skłonności do tworzenia się skrzeplin w żyłach. Do powstawania skrzeplin potrzeba trzech warunków: a) zwolnienia prądu krwi, b) zmiany w ścianie naczynia i c) zmian we krwi, które nie zawsze razem występują. Najczęstszą przyczyną zamknięcia bywa przerastanie ściany naczynia przez tkankę nowotworową.

Kol. Orłowski W., członek T-wa, uzupełnia połączenia górnej żyły głównej (v. cava superior) z żyłą wrotną (v. portae). Krążenie może wyrównać się poprzez żyłę nieparzystą (v. azygos), dolne żyły przełykowe (v. v. oesophageae inferiores) i żyłę wieńcową żołądka (v. coronaria ventriculi), która najczęściej wpada do żyły wrotnej, rzadziej zaś do żyły śledzionowej (v. lienalis). Prąd krwi może także kierować się z żyły wieńcowej żołądka do krótkich żył żołądkowych (v. v. gastricae breves) i lewej żyły żołądkowo-sięciowej (v. gastroepiploica sinistra), skąd krew częściowo płynie do żyły śledzionowej, częściowo zaś przez prawą żyłę żołądkowo-sięciową (v. gastroepiploica dextra) do górnej żyły krezkowej (v. mesenterica superior) i następnie do żyły wrotnej. Pęknięcie ściany nadmiernie rozszerzonych żył żołądka lub przełyku, należących do tego krążenia obocznego, daje krwiotoki, które mogą być przyjęte za krwiotoki z narządów oddechowych. (Streszczenie własne).

5. Kol. Markert W., członek T-wa, omówił „Rolę amonjaku w kwasicy doświadczalnej”.

Celem pracy było wykazanie roli, jaką odgrywa amonjak w zachowaniu równowagi kwasowo-zasadowej oraz w zobojętnianiu kwasów, wydalanych z ustroju w kwasicy doświadczalnej.

Badania przeprowadzono w 2. Klinice Chorób Wewnętrznych U. W., podając chlorek amonu: w ilości 0,2 — 0,3 g. na kilo wagi. Amonjak określano we krwi i moczu. U osób zdrowych stwierdzono wraz ze wzrostem zakwaszenia — spadek pH moczu, zasobu zasad, zwiększone wydzielanie moczu oraz wzmożoną zarówno odsetkową, jak i ogólną, ilość amonjaku.

U osób z przewlekłym zapaleniem nerek, pomimo spadku zasobu zasad, ilość amonjaku odsetkowa i ogólna zwiększała się bardzo nieznacznie. Ilość amonjaku we krwi u osób z kwasicą doświadczalną pozostaje bez zmian.

Wnioski:

1. w kwasicy doświadczalnej u ludzi powstaje wzmożone wydzielanie amonjaku oraz moczu; wydzielanie to wzrasta wraz ze wzrostem zakwaszenia, ustaje nie z chwilą przerwania zakwaszenia, lecz po pewnym czasie, w miarę osiągnięcia przez pH moczu wartości okresu przygotowawczego;

2. zawartość amonjaku we krwi pozostaje bez zmian;

3. jako źródło wytwarzania amonjaku należy przyjąć nerkę; amonjak służy do zobojętniania zwiększonej ilości wydzielanych przez nią kwasów; należy uważać go za środek obronny nerki przeciw zbyt kwaśnemu moczowi, przepływającemu przez kanaliki;

4. zdrowa nerka broni się lepiej, wytwarzając w miarę zakwa-

szenia większą odsetkową i ogólną ilość amonjaku; nerka chora tej zdolności nie posiada; pomimo zakwaszenia, zagrożającego całemu ustrojowi, ilość amonjaku wzrasta bardzo nieznacznie. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. R o s n o w s k i M. stwierdza, że według pracy prof. M o d r a k o w s k i e g o wszelkie obrzęki, zatem i nerkowe, są wskazaniem do stosowania chlorku amonu. Wiemy natomiast, iż stan niedomogi nerek jest kwasicą niewyrównaną. Należy przeto koniecznie ustalić ściśle wskazania do zakwaszenia, by nie wyrządzać szkody chorym.

Kol. M a r k e r t W., członek T-wa, uważa, iż w ostatnich czasach zbyt szeroko stosowano różne środki zakwaszające (CaCl_2 , NH_4Cl i t. p.). Praca prelegenta jest ogniwem doświadczeń nad wpływem kwasicy na ludzi zdrowych i chorych. Dotychczasowe wyniki wskazują, że nie należy stosować zakwaszenia, gdy niema pewności, że nerki są zdrowe. Z drugiej strony wykazują one, że amonjak najprawdopodobniej tworzy się w nerkach, a nie w wątrobie lub innych narządach.

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, stwierdza, że przedstawione wyniki badań stanowią jedno z ogniw prac, wykonywanych od 1 $\frac{1}{2}$ roku w 2. Klinice Chorób Wewnętrznych U. W. Mają one na celu ustalenie wpływu na ustrój zdrowy i chory sztucznego zakwaszenia, które dziś poleca się jako metodę leczniczą. W chorobach nerkowych zalecono ją, gdyż powoduje ona wzmoczenie wydzielania moczu. Otóż badania kol. M a r k e r t a, potwierdzając moczopędne działanie zakwaszenia ustroju, jednocześnie ustalają, że w stanach, gdy nerki są niewydolne, leczenia tego nie należy stosować. Przekonano się, że u ludzi ze zdrowym układem moczowym zakwaszenie ustroju może wywołać lekkie podrażnienie nerek. Gdy jednak zakwasza się ustrój ostrożnie, podrażnienie nerek szybko ustępuje po przerwaniu podawania chlorku amonu. Tymczasem zakwaszenie może wywołać jednocześnie bardzo dodatni wpływ, np. na uporczywy nieżył miedniczek nerkowych, o ile nerki nie straciły zdolności zagęszczania moczu. W podobnych przypadkach metoda leczenia zakwaszaniem ustroju zasługuje na polecenie. Przedstawione badania są cenne i pod tym względem, że rzucają światło na rolę amonjaku w kwasicy, wskazując, że ustrój przy jego pomocy chroni nerki od nadmiaru kwasów. (Streszczenie własne).

Zebranie zamknięto o godz. 22.

Prezes: Witold Orłowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: Karol Chodkowski.

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 3 listopada 1931 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 38, wprowadzonych gości — 37.

1. Protokoł zebrania naukowego z dn. 27 października 1931 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Mossakowski i Jokieli. O zachowaniu się cukru we krwi w zależności od zabiegu operacyjnego. Odb. 1931.

Mossakowski. Leczenie ropnych nieswoistych zapaleń opłucnej. Odb. 1931.

Muszkat. Przypadek ciężkiej niedokrwistości złośliwej z przemijającymi psychicznymi zaburzeniami, leczony panhepanem. Odb. 1930.

Nowiński. Pedjatrja w Kasie Chorych. Odb. 1930.

Ostrowski. W sprawie leczenia operacyjnego gruźlicy płuc. Odb. 1931.

Otęski i Gdowski. O promieniowaniu drożdży. Odb. 1930.

Pamiętnik Alfreda Sokołowskiego.

Pieńkowski. Wspomnienie pośmiertne o ś. p. prof. Janie Piltzu. Odb. 1931.

Potrzbowski. O powtórnem zakażeniu przymiotem. Odb. 1931.

Raciażek. Wrażenia z III-go Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie. Odb. 1930.

Rutkowski. Nerwoból nerwu trójdzielego. Rozpoznanie i leczenie. Odb. 1930.

Sawicki. Appendicitis perforativa, abscessus cavi Douglasi, adnexitis. Odb. 1930.

Supniewski. Własności farmakologiczne syntetycznych alkaloidów pochodnych meskaliny. Odb. 1930.

Szumlański. Działalność ś. p. dra Bronisława Sawickiego, jako członka Redakcji *Gazety Lekarskiej*. Odb. 1931.

Tokarski. Przypadek równoważnika (aequivalentu) epilepsji. Odb. 1931.

Waserman. Encephalitis postvaccinalis. (Streszczenie zbiorowe). Odb. 1931.

Wirszubski. Pomoc lekarska dla alkoholików. Odb. 1931.

„ Alkoholizm u żydów. Odb. 1930.

Wiśniewski. Tumor sternocleidomastoidei neonatorum. Odb. 1930.

Wroczyński. Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa w Wiedniu. Czerwiec 1931. Odb. 1931.

Zalewski. Istota i wartość kliniczna odczynów biologicznych w rzeżączce. Odb.

Żebrowski. Przypadek niezwyklego objawu przetokowego w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka sutkowego. Odb. 1931.

Szymański. Corpus tabularum ophtalmicum. Wydanie niemieckie.

Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz działalności władz i instytucyj Zdrowia Publicznego w latach 1928 — 1929. Warszawa, 1931.

Nosokomeion. Nr. 3. Rok 1931.

3. Kol. Markert W., członek T-wa. i kol. Krzepisz J. przedstawili „Przypadek choroby Pageta”.

Chory zgłosił się do 2. Klin. Chor. Wewn. U. W. ze skargami na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. W toku badania zwrócono uwagę na duży rozmiar i dziwny kształt głowy. Dowiedziano się od chorego, że w 1908 r., t. j. w 46 r. ż., zauważył, kupując kapelusz, że musi wziąć o jeden numer większy, niż poprzedni i że obwód nowego kapelusza wynosi 57 cm.; dwa lata później obwód głowy wynosił 59 cm., w 1917 r. — 60 cm. W 1918 r. zaczął gorzej słyszeć na lewe ucho. W 1919 r. obwód głowy — 64 cm., zmienił się zgryz, zaczął nieprawidłowo ścierać zęby. W 1924 r. zaczął gorzej słyszeć na prawe ucho. Obecnie na lewe ucho nie słyszy zupełnie, na prawe z trudnością. Obwód głowy wynosi 67 cm. Na twarzy zmienił się bardzo, kości jarzmowe zgrubiały i rozszerzyły się. Również zgrubiała i lekko wysunęła się ku przodowi szczęka górna. Chory jest wzrostu średniego, zbudowany nieprawidłowo, głowa ma kształt czworokątny, duże czoło, ogromny strop. Powierzchnia czaszki jest gładka i niebolesna. Skóra — lekko napięta, mało owłosiona. Opukiwanie czaszki daje odgłos pudełkowy. Obojczyk prawy ma nierówną powierzchnię, jest zgrubiały. W narządach wewnętrznych stwierdzono: nieżyt błony śluzowej żołądka z przejściem na drogi żółciowe, rozedmę płuc, miażdżycę tętnic, zwyrodnienie męśnia sercowego w okresie wyrównania. W moczu odchyłeń nie stwierdza się. W zawartości żołądka naczczo i po próbnym śniadaniu niema wolnego kwasu solnego.

We krwi — stosunki prawidłowe. Poziom wapnia w surowicy — 10,6 mg. w 100 cm.³, poziom mocznika, chlorków i cukru — prawidłowy. Zdjęcia rentgenowskie pęcherzyka żółciowego nie wykazały zmian. Ilość bilirubiny we krwi nie zwiększona. Odczyn Wassermanna we krwi — ujemny.

W różnicowaniu omówiono: a k r o m e g a l j e, l e o n t i a s i s

ossea, ostitis syphilitica, ostitis fibrosa Recklinghauseni.

Zdjęcie rentgenowskie czaszki wykazało czaszkę bardzo dużą, symetrycznie kopulastą od przodu, nieco wydłużoną w wymiarze przednio-tylnym. Sklepienie czaszki jest silnie zgrubiałe w części potylicznej, a zwłaszcza w okolicy guzowatości potylicznych (4 cm. grubości), następnie łagodnie cieńsze w kierunku ku przodowi, wykazując najmniejszą grubość tuż powyżej szwu ciemieniowo-potylicznego. Stąd zaczyna grubieć, osiągając w okolicy ciemieniowej 3 cm., a w okolicy czołowej — 3,5 cm. Blaszka wewnętrzna i zewnętrzna sklepienia czaszki jest również zgrubiała, o zwartej budowie kostnej, wywołanej miejscowym przewapnieniem i zagęszczeniem. Sprawiają one wrażenie jakby rozsuniętych przez szeroką, porowatą wyglądającą, warstwę śródkościa, wyraźnie widocznego w okolicy czołowej, a częściowo i w ciemieniowej. Śródkoście utkaniem przypomina gąbkę, gdzie obok intensywnych silnie uwapnionych i ostro odgraniczających się ognisk cieniowych są również widoczne liczne, o nieregularnych zarysach, wyjaśnienia, odpowiadające odwapnieniom. Stąd też czaszka na zdjęciu posiada wygląd plamisty. Granice między blaszkami i śródkościem są zatarte. Podstawa czaszki jest wygładzona, zwłaszcza w okolicy piramid; tworzy wraz ze sklepieniem dosyć regularne półkole. Siodełko tureckie jest małe, o ostrych zarysach i dobrze wykształconych wyrostkach pochylonych. Żatoki czołowe są mało widoczne i niesymetryczne, lewa większa od prawej. Zmiany chorobowe objęły również i kości twarzy z wyjątkiem żuchwy. Ich zarysy są zatarte, a szczegóły budowy — niewidoczne. Opierając się na powyższych danych klinicznych i rentgenowskich, rozpoznano chorobę Pageta. (Streszczenie własne).

4. Kol. Felix J. wygłosił odczyt p. t.: „Badania doświadczalne na zwierzętach oraz kliniczne nad działaniem acetylocholino i angioksyłu”. (Praca wykonana z kol. Tochowiczem L.).

Wyniki doświadczeń są następujące: acetylocholina jest środkiem, powodującym wybitne obniżenie ciśnienia krwi i to zarówno w stosunku do wartości bezwzględnej spadku, jak i czasu trwania niższej ciśnienia. Zwłaszcza długotrwałe działanie acetylocholino występuje po wprowadzeniu jej domięśniowo. To wybitne działanie acetylocholino powstaje wskutek znacznego rozszerzenia naczyń, przede wszystkim naczyń skórnych, mięśniowych i jelitowych. Naczynia nerki in situ ulegają jedynie biernemu rozszerzeniu; naczynia wątroby i płuc pozostają bez zmiany. Czynnikiem współdziała-

jącym w obniżeniu ciśnienia, i to w pierwszym okresie działania, jest przede wszystkim niewątpliwie osłabienie pracy serca. Polega ono na wybitnym zmniejszeniu siły skurczu i zwolnieniu rytmu. Acetylocholina wprowadzona dożylnie powoduje nawet całkowite natychmiastowe zahamowanie czynności serca; wprowadzona domięśniowo nie wywołuje wprawdzie zahamowania, zmniejsza jednak również znacznie siłę skurczu i zwalnia wybitnie czynność serca. Ponadto zwiększa się objętość serca, powodując ostry zastój w sercu i potęgując tem samem obniżające działanie acetylocholiny na ciśnienie krwi. Ujemne działanie na pracę serca powstaje wskutek drażniącego wpływu acetylocholiny na zakończenia sercowe nerwu błędnego. Również rozszerzenie naczyń krwionośnych polega na drażniącym działaniu acetylocholiny na obwodowy aparat naczynioruchowy rozszerzający, nie wyłączając tem samem współdziałania ośrodka naczynioruchowego. Do ujemnego działania acetylocholiny należy również zaliczyć zmniejszony wypływ z naczyń wieńcowych serca, co mogłoby przy równoczesnem upośledzeniu skurczu serca przemawiać za działaniem zwężającym naczynia wieńcowa. Doświadczenia z angioksylem dadzą się podzielić na 4 zasadnicze grupy: 1. na psach, 2. na wyodrębnionem sercu żaby i królika, 3. perfuzyjne na króliku i 4. onkometryczne na kotach. Na podstawie tych doświadczeń wyprowadzono następujące wnioski: angioksyl posiada wybitną zdolność obniżania ciśnienia i to zarówno po wprowadzeniu dożylnem, jak i domięśniowem. Mechanizm spadku ciśnienia polega przede wszystkim na rozszerzeniu naczyń krwionośnych. Rozszerzeniu temu ulegają głównie naczynia skóromięśniowe i jelit; naczynia płuc i wątroby pozostają bez zmiany. Ponadto stwierdzono działanie tonizujące na serce i, co szczególnie należy podkreślić, działanie rozszerzające na naczynia wieńcowa serca. Nie spostrzegano zmniejszenia siły skurczu, zwolnienia rytmu pracy serca i zwiększenia objętości serca.

Badania kliniczne przeprowadzono u 57 stałych chorych, z tego u 27 chorych nad działaniem acetylcholiny i u 30 nad działaniem angioksylu. Rozpoznanania kliniczne pierwszej grupy chorych były następujące: 3 przypadki choroby Raynauda, 1 — choroby Buergera, 4 — miażdżycowego chromania przestankowego, 4 — nadciśnienia samoistnego, 4 — wyrównanej złośliwej marskości miażdżycowej nerek, 4 — wylewu krwawego do mózgu z porażeniem połowiczem w miażdżycy ogólnej z nadciśnieniem, 1 — zatoru tętnicy grzbietowej stopy w przebiegu posoczniczego zapalenia wsierdza, 1 — kiłowego zapalenia ściany tętnicy głównej z wyrównaną niedostatecznością zastawek półksiężycowatych, 4 — przewlekłego zwyrodnienia

nia mięśnia sercowego w okresie wydolności, 1 — skrzepliny tętnicy środkowej siatkówki w przebiegu miażdżycy.

Rozpoznanie kliniczne u chorych, u których przeprowadzono badania nad angioksylem, były następujące: 12 przypadków organicznej duszniczy bolesnej, 4 — nadciśnienia samoistnego, 4 — miażdżycowego chrcmania przestankowego, 2 — choroby Raynauda, 1 — choroby Buergera, 1 — kiłowego zapalenia ściany tętnicy głównej z niedostatecznością zastawek półksiężycowatych w okresie wyrównania, 1 — skrzepliny tętnicy środkowej siatkówki w miażdżycy, 1 — zatoru tętnicy grzbietowej stopy w przebiegu posocznicy zapalenia wsierdza, 2 — przewlekłego zwyrodnienia mięśnia sercowego w okresie wyrównania oraz 2 — starczej zgorzeli stopy.

Czas spostrzegania poszczególnych chorych wynosił 42 do 85 dni. Dawka dzienna acetylcholiny wynosiła 0,2 do 0,4 g. w ogólnej ilości od 10 do 25 g. dla poszczególnych chorych. Dzienna dawka angioksylu wahała się od 60 do 80 jednostek, w ogólnej ilości 1680 do 2240 jednostek. Poza dokładnym spostrzeganiem klinicznym przeprowadzono u wszystkich chorych następujące badania przed i kilkakrotnie w czasie poszczególnego spostrzegania, mianowicie:

1. oznaczano ciśnienie w tętnicy ramieniowej aparatem Pachona przy uwzględnieniu wskaźnika oscylometrycznego i 2. ciśnienie w tętniczkach palcowych przyrządem Gaertnera oraz w kilku przypadkach oznaczano ciśnienie żyłne met. Arnoldiego; 3. badano zachowanie się naczyń włoskowatych cpuszki palców (kapilaroskopja) oraz zachowanie się naczyń siatkówki; 4. wreszcie przeprowadzono badania sfigmobiometryczne, jako kliniczne uzupełnienie badań kardioonkometrycznych.

Na podstawie wyników doświadczeń klinicznych, dotyczących się działania acekoliny, wyprowadzono następujące wnioski:

1. Acetylocholina wprowadzona domięśniowo u osobników z podwyższonym ciśnieniem tętniczym, tak na tle organicznym, jak i czynnościowym, powoduje bezpośrednio nieznaczny spadek ciśnienia, wywołany przede wszystkim osłabieniem wydajności krążenia; to obniżające działanie acetylocholinę występuje stale, bez względu na tło podwyższonego ciśnienia.

2. Przewlekłe stosowanie domięśniowe acekoliny w przypadkach daleko posuniętych objawów zespołu Raynauda, nadciśnienia tętniczego na tle czynnościowym i organicznym, jak również w przewlekłym zakrzepie lub zatorze tętnicy siatkówki i wreszcie w przypadkach porażen na tle krwiotoków mózgowych, nie okazało dodatniego wpływu.

3. Natomiast w jednym przypadku z początkowemi objawami choroby Raynauda, uzyskano pod wpływem acekoliny dodatni wynik, tak bezpośrednio po wstrzyknięciu, jak i w dłuższem jej podawaniu; te też stany stanowią wskazanie do leczenia acetylocholiną przy zupełnie dobrze zachowanej sprawności serca.

4. Przedstawione badania, podobnie jak i inne, stwierdzały stale doraźne rozszerzające działanie acekoliny na naczynia siatkówki. Te więc działanie acekoliny powinno znaleźć zastosowanie w takich stanach, jak świeży zakrzep lub zator tych naczyń.

5. Bezwzględne przeciwwskazanie stosowania acekoliny stanowią wszystkie stany zwyrodnienia i osłabienia mięśnia sercowego. Badania wykazały, że przyczyną spadku ciśnienia pod wpływem acekoliny jest osłabienie wydajności krążenia.

Na podstawie zaś przeprowadzonych badań klinicznych, dotyczących się angioksylu, wprowadzono następujące wnioski:

1. Angioksyl obniża wzmożone ciśnienie tętnicze, tak na tle organicznem, jak i czynnościowem, nie wywiera zaś wpływu na prawidłowe ciśnienie tętnicze.

2. Działa dodatnio na objawy dusznicy bolesnej i na chromanie przestankowe. Te też stany są głównem wskazaniem do stosowania angioksylu.

3. Przeciwwskazań do stosowania angioksylu nie stwierdzono.

Ogólne wnioski.

Na podstawie badań doświadczalnych na zwierzętach i badań klinicznych stwierdzono, że:

A. **A c e t y l o c h o l i n a**: 1. obniża ciśnienie tętnicze przez rozszerzenie naczyń skórno-mięśniowych i jelitowych oraz osłabia sprawność serca (działanie chrono- i inotropiczne ujemne, zwiększenie objętości serca); 2. zwęża naczynia wieńcowe serca; 3. wskazaniem dla stosowania acetylocholiną jest początkowy okres choroby Raynauda oraz świeży zakrzep lub zator naczyń siatkówki, przy stałym dobrym stanie mięśnia sercowego; 4. przeciwwskazaniami do stosowania acetylocholiną są zmiany wsteczne w mięśniu sercowym i dusznica bolesna.

B. **A n g i o k s y l**: 1. obniża ciśnienie tętnicze przez rozszerzenie naczyń skórno-mięśniowych i jelitowych; 2. nie upośledza nigdy wydajności krążenia, a raczej w niektórych przypadkach wzmacnia ją nieznacznie; 3. rozszerza naczynia wieńcowe serca; 4. rozszerza naczynia siatkówki; 5. wskazaniem dla stosowania angioksylu są: dusznica bolesna organiczna i czynnościowa, wszystkie

stany wzmożonego ciśnienia, przedewszystkiem na tle czynnościowym, chromanie przestankowe oraz świeży zakrzep lub zator naczyń siatkówki; 6. przeciwwskazań do stosowania angioksylu niema. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. R y t e l A., członek T-wa, wspomina o dwóch przypadkach mocznicy, powstałej w czasie leczniczego stosowania acetylocholin.

Kol. O r ł o w s k i W., członek T-wa, stwierdza, że pierwotny zapał do stosowania acekoliny i angioksylu na terenie warszawskim zmniejszył się. Prawdopodobnie nadzieje, pokładane w tych środkach leczniczych, były zbyt wygórowane. Oczywiście, w niczem to nie obniża dużego znaczenia omawianych badań. Słusznie jednak podkreślono, że nie można wyników doświadczeń na zwierzętach przenosić na ludzi. Badania na chorych należy prowadzić nadal, by zdobyć większy materiał. Dopiero wtenczas będzie można ustalić wartość leczniczą omawianych leków. Zarzuty kol. R y t l a nie są słuszne, mocznica bowiem u chorego z marskością nerek może wystąpić niezależnie od podania acekoliny. (Streszczenie własne).

Kol. F e l i x J. stwierdza, iż w 8 przypadkach marskości miazdycowej nerek, w których stosowano acetylocholinę, nie spostrzegano wystąpienia mocznicy. Jest to zrozumiałe, bowiem środek ten raczej rozszerza naczynia nerkowe.

5. Kol. B l a c h e r L. wygłosił odczyt „W sprawie morfologii i metodyki badania płytek krwi“.

W dotychczasowych badaniach płytek we krwi zwracano szczególną uwagę głównie na wartości liczbowe, natomiast ich jakość z klinicznego punktu widzenia nie była badana nawet w przypadkach skazy krwiotocznej.

Prelegent podaje krytyczny zarys dotychczasowych metod liczbowego badania płytek we krwi. Zatrzymuje się dłużej nad metodą Kochera-Fonio, wskazując na 2 zasadnicze błędy tej metody, a mianowicie: brak możliwości dokładnego mieszania krwi z hamującym krzepliwość płynem oraz szkodliwy wpływ cieczy tkankowej na krew. Opisuje dokładnie własną metodę, która wyłącza wymienione błędy metody Kochera-Fonio. Tą metodą własną posiłkował się w przeprowadzaniu swoich badań nad płytkami we krwi.

Dzieli płytki pod względem wielkości na olbrzymie (megatrombocyty), normalne (normotrombocyty) i małe (mikrotrombocyty). Płytki charakteryzują się wielokształtnością z przewagą pewnych postaci płytek we krwi. Bardzo dokładnie opisuje płytki pod względem budowy i ułożenia w nich chromatyny. W zależności od umie-

scowienia chromatyny w płytkach dzieli płytki na aplazmatyczne i plazmatyczne; każdą z tych grup dzieli na podgrupy, zależnie od pochłaniania barwnika oraz wielkości płytek.

W celu ustalenia płytkogramu prawidłowego przeprowadzono badania jakościowe płytek u kilkunastu ludzi zdrowych. Następnie prelegent podaje płytkogramy, charakterystyczne dla białaczki, gruźlicy płuc, niedokrwistości złośliwej i choroby Basedowa.

W przypadkach białaczki szpikowej płytkogramy, poza trombopenją, charakteryzują się trombopenją aplazmatyczną ze skłonnością do orto- i hipochromazji oraz względną trombocytozą plazmatyczną. Płytkogramy w przypadkach gruźlicy płuc są przeważnie zależne od stopnia rozwoju choroby. W ciężkich przypadkach gruźlicy płuc płytkogramy charakteryzują się trombocytozą aplazmatyczną ze znaczną przewagą płytek ortochromatycznych. W przypadkach niedokrwistości złośliwej typu Biermera w okresie pogorszenia występowała trombopenja z płytkogramem, charakteryzującym się płytkami aplazmatycznymi z przewagą prawidłowych płytek apyknocytycznych. Zwraca przytem uwagę, że nieprawidłowy płytkogram, leukopenja, limfocytoza oraz niezwiększająca się liczba retikulocytów mają wielką wartość kliniczną w rokowaniu w przypadkach niedokrwistości typu Biermera. W 80% spostrzeganych przypadków choroby Basedowa była znaczna trombopenja, a tylko w 20% przypadków była trombocytoza, przyczem były to przypadki bardzo ciężkie.

Płytkogramy w przypadkach choroby Basedowa z trombopenją wykazywały przewagę odsetkową prawidłowych i małych płytek aplazmatycznych z utkaniem hipochromatycznym. W pozostałych 20% przypadków choroby Basedowa płytkogramy wykazały znaczne odchylenia od normy.

Wnioski: podział płytek, przeprowadzony na podstawie charakterystycznej budowy płytek ze szczególnem uwzględnieniem układu chromatyny, ma wielką wartość kliniczną. Wykazuje bowiem istotny stan układu, wytwarzającego płytki. Typowe zachowanie się płytkogramów oraz różnorodność liczb w jednostkach chorobowych ma wartość narówni z innymi danymi klinicznymi, bowiem wszelkim odchyleniom płytkogramów od stanu prawidłowego towarzyszą zmiany w innych składnikach krwi. Większa liczba płytek achromatycznych lub plazmatycznych może świadczyć o nadmiernej czynności układu, wytwarzającego płytki, i o podrażnieniu układów, wytwarzających krwinki czerwone i białe. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Komocki W., członek T-wa, zwraca uwagę na zmienność płytek, zależną od metodyki badań. Hoffman podaje np. liczbę płytek 600—900 tys. Żałuje, że prelegent nie wspomniał o swych poprzednikach, którzy próbowali dokonać podziału płytek. Aby mówić o kształcie płytek, należy przedewszystkiem zbadać, w jakim stopniu zależy on od sposobów utrwalania, a przedewszystkiem, jak się zachowuje przy użyciu klasycznej metody Ehrlicha. Wspomina o znaczeniu ziarenek azurofilowych w kształtowaniu się wyglądu płytek.

Kol. Galinowski Z. omawia wartość tych badań, które mogłyby ustalić wiek płytek, oraz zwraca uwagę na czynnik podmiotowy, odgrywający rolę w podziale płytek.

Kol. Blacher L. uważa ziarnistości azurofilowe za identyczne z ziarenkami megakarjocytarnemi.

Kol. Orłowski W., członek T-wa, zwraca uwagę, że prelegent nie przytaczał podziału płytek swoich poprzedników, bowiem referaty w Towarzystwie ograniczają się do podania tylko własnych badań, by nie przerywać uwagi słuchaczy i dać im możliwość lepszego skupienia się nad całym odczytem. Zyskuje się możliwość przesłuchania na jednym posiedzeniu kilku referatów, co ożywia ruch naukowy Towarzystwa. Zarzut, że przedstawiony podział jest zbyt złożony, odpadłby, gdyby prelegent przedstawił go na tablicy. Uwaga kol. Komockiego, polecającego utrwalenie preparatów krwi metodą Ehrlicha, jest cenna i będzie w dalszych badaniach uwzględniona. Referat jest tylko sprawozdaniem z dotychczasowych badań, które nie są jeszcze ukończone. (Streszczenie własne).

Zebrańie zamknięto o godz. 22 min. 5.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Drogczny: Jan Roguski.

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 10 listopada 1931 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 63, wprowadzonych gości — 82.

1. Protokoł zebrania naukowego z dnia 3 listopada 1931 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

- Bączkiewicz. Kartka z działalności ś. p. prof. B. Sawickiego na polu obywatelskim i filantropijnym. Odb. 1931.
- Bogacka i Kruszówna. Przyczynek do badań nad obecnością paciorkowców hemolitycznych w gardle nosicieli i zdrowych. Odb. 1931.
- Brunner. Wrażenia z V Zjazdu Międzynarodowej Terapii Fizycznej w Leodjum. Odb.
- Butkiewicz. W sprawie rozpoznawania i leczenia operacyjnego bąblowca wątroby. Odb. 1931.
- Cieszyński. Sprawozdanie z II-go Międzynarodowego Kongresu Pediatrycznego w Sztokholmie 18—21.VIII. 1930 r.
- Ciosłowski. Stosowanie przesączów Besredki, t. zw. Antivirusa w poronieniach z gorączką. Odb. 1930.
- Czyżewski. Lepkość krwi w chirurgji ze szczególnem uwzględnieniem stanów pooperacyjnych. Odb. 1931.
- Demant. Wpływ pilokarpiny i ergotaminy na czynność nerki odnerwionej. Odb. 1931.
- „ Czynność nerki odnerwionej po przecięciu nerwu trzewiowego. Odb. 1931.
- Doberska-Mayowa. Z praktyki szczepień ochronnych przeciwbłoniczych. Odb. 1931.
- Dobrowolski. Wrodzony przymiot gardła i krtani. Odb. 1930.
- Dydyński. Sprawy Uzdrowiskowe. I. Djetetyka w zdrojowiskach. Odb. 1931.
- Fliederbaum. Badania nad wpływem kwasicy i alkalozy miejscowej skóry na jej gotowość obrzękową. 1931.
- Grabowski. Przypadek pasorzyta nerki. Odb. 1930.
- Głuziński. Uwagi nad moim sposobem rozpoznawania raka żołądka umiejscowionego w części przyodźwiernikowej na tle wrzođu żołądka. Odb. 1930.
- Hano i Supniewski. Związek między budową chemiczną, a własnościami farmakologicznymi w grupie amidokwasów heterocyklicznych. Odb. 1930.
- Jarosiński. Dr. Bronisław Sawicki, pierwszy członek honorowy Tow. Lek. Siedleckiego. Odb. 1931.
- Jermułowicz. Przypadek zapalenia korzonkowego splotów barkowych z zespołem Hornera i z niezwykle zaburzeniami wegetatywnymi. Odb. 1931.
- Jochweds. O działaniu porównawczem moczopędnych preparatów rtęciowych. Odb. 1931.
- Kalinowski. Działanie jadu żmij europejskich na organizm człowieka. Odb. 1931.

Kipman. Znieczulenie łądzwicowe. Odb. 1930.

Krotow. Ropień kostny Brodie'go. Odb. 1930.

Kruszówna. Spostrzeżenia nad działaniem stężonej surowicy przeciwłoniczej P. Z. H. Odb. 1929.

„ O żółtem zabarwieniu dłoni. Odb. 1928.

„ W sprawie odczynu skłaczania zawiesiny cholesterynowej. Odb. 1928.

Kruszówna, Lawendelowa i Trzaskaczówna. W sprawie powinowactwa jadów błoniczego i gruźliczego. Odb. 1930.

Kruszówna i Ligęza. Wpływ jodku kadmu na gruźlicę doświadczalną u świnek morskich i królików. Odb. 1929.

Leśniowski. Ś. p. Bronisław Sawicki, jako lekarz i profesor chirurgji. Odb. 1931.

Lilpop. Kamienie moczowodowe nieuchwytnie dla promieni rentgenowskich. Odb. 1930.

Mikulski. O psychologii indywidualnej Alfreda Adlera. Odb. 1931.

Mikułowski. Przyczynki do kliniki t. zw. wymiotów nawykowych u dziecka. Odb. 1931.

3. Kol. S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i M., członek T-wa, wygłosił odczyt „O hipotonji konstytucjonalnej”.

Przedstawwszy na wstępie historję przeobrażania się pojęć o pewnych odmianach podciśnienia ze zjawiska o charakterze bardziej wtórnym do czołowego objawu mniej lub więcej scharakteryzowanego zespołu w sensie zapoczątkowanym przez F e r r a n i n i e g o, prelegent zastanawiał się nad przyczynami, które utrudniają dotąd uznanie takiego podciśnienia samoistnego za pewien rodzaj jednostki chorobowej, stancwiącej poniekąd przeciwstawienie nadciśnienia samoistnego. Przeszkodami temi są: wielopostaciowość objawów, duża liczba spraw chorobowych, wywołujących wtórne obniżenie ciśnienia, mniejsza możliwość wahania ciśnienia tętniczego poniżej normy, niż powyżej, oraz niezawsze wyraźne zaznaczanie się podciśnienia. Mimo to wydaje się możliwe, a nawet wskazane dla celów klinicznych, uznanie podciśnienia samoistnego za główny objaw zespołu, wyrażającego swoiste uposłedzenie całego ustroju, o ile na miejscu poprzedniego pojęcia hipotensji wprowadzi się więcej nadrzędne pojęcie podciśnienia (hipotonji), a przymiotnik „esencjalne” zastąpi się więcej mówiącem określeniem „konstytucjonalne”. Odpowiednio do takiego założenia prelegent przedstawił zagadnienie podciśnienia konstytucjonalnego na podstawie danych z piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń, obejmujących 220 przypadków, zebranych w ciągu ostatnich 3½ lat. Przechodząc z kolei do niektórych liczb statystycznych, omówił dane, dotyczące płci chorych na

podciśnienie konstytucjonalne (ok. 75% kobiet we własnym materiale ambulatoryjnym), wieku, typu konstytucjonalnego (przewaga typu astenicznego), rasy (przewaga we własnych liczbach rasy semickiej) i częstości cierpienia. Co do częstości cierpienia, która w jego materiale (prawie wyłącznie ambulatoryjnym) wynosi 12% chorych, stwierdził pewne jej stopniowe wzmaganie się w ostatnich latach, niezależnie od nastawienia badających, co wiąże się z pogorszonymi warunkami bytu, a także i czynników atmosferyczno-kosmicznych.

W dziedzinie objawów podmiotowych wysuwają się na plan przedni: wielka łatwość wyczerpywania siły mięśniowej, bóle i zawroty głowy, często posunięte do omdleń, ziębnienie kończyn, różne przykre dolegliwości sercowe i t. p. Z objawów przedmiotowych omówił naprzód czołowe zjawisko obniżenie ciśnienia tętniczego, którego granice, różnie oceniane przez poszczególnych autorów, zdaniem prelegenta, winny być ujęte osobniczo w każdym poszczególnym przypadku. Z dalszych objawów krążeniowych rozpatrzył kolejno ciśnienie minimalne, zjawiska osłuchowe nad naczyniami obwodowymi, wskaźnik cscylometryczny, ciśnienie żyłne, dane kapilaroskopowe, bardzo często, zwłaszcza u kobiet, spotykana akrocjanozę, wreszcie zachowanie się serca. W związku z tem poddany zostaje krytyce podział *Luisady* na hipotoników i hiposfiktyków oraz uzasadnienie tetrady objawowej *Liana* i *Blondela*. Obok objawów krążenia istnieją przesunięcia w układzie trawiennym i znamiona podciśnienia konstytucjonalnego w psychice. Nie zależą one tylko od obniżonej czynności narządów krążenia, lecz są wynikiem właściwości konstytucjonalnych ustroju.

W opisie klinicznego przebiegu podciśnienia konstytucjonalnego prelegent przyjął podział autorów francuskich na: typ utajony, typ przewlekły i typ napadowy. Szczególną uwagę zwrócił przytem na często wadliwie tłumaczony i pojmowany typ napadowy, spotykany przez niego w 21% materiału własnego i kilkakrotnie już omawiany na innem miejscu. W końcu części klinicznej omówił stosunek podciśnienia konstytucjonalnego do innych schorzeń układu krążenia, jak nadciśnienie samoistne, miażdżycy, dławica piersiowa, niedomoga serca i cierpienia układu żylnego.

Sprawa etjologii przedstawia się ciemno, gdyż nie była dotąd należycie badana. Obok nieuchwytnych jeszcze czynników konstytucjonalnych, znajdujących swój wyraz w spostrzeganem rodzinnem występowaniu zespółu, wymienia się tu wpływ przebytych dawniej chorób zakaźnych, stan gruczołów wydzielania wewnętrznego, nastawienie układu roślinnego, wpływ sportu, rasy i t. p. Podobnie jest

z patogenezą, w której spotykamy się z próbami wyświetlenia jedynie w stosunku do czołowego objawu podciśnienia i jego wahań. W tym względzie prelegent przytoczył szereg czynników humoralnych, neuro-wegetatywnych, mechaniczno-odruchowych i termicznych.

Rozpoznanie winno cierać się na wszystkich wymienionych poprzednio objawach podmiotowych i przedmiotowych, nietylko na obniżeniu ciśnienia tętniczego, które z różnych przyczyn może być słabiej zaznaczone. Samo zaś badanie ciśnienia wymaga odpowiedniego krytycyzmu i zachowania środków ostrożności. Naturalnie, należy przytem wyłączyć drogą sumiennego różniczkowania wszystkie stany, prowadzące do podciśnienia objawowego, jak utajone postaci gruźlicy i kiły, niedomogi nadnerczy, wczesne stany niedomogi układu krążenia i miażdżycy, rozedma płuc i t. p.

Rokowanie w przypadkach lekkich i średnich co do życia jest dobre, pod względem samopoczucia i wydolności ogólnej budzi ono różne zastrzeżenia. Większą ostrożność zaleca się w przypadkach cięższych (zwłaszcza typu hiposfiktyków *L u i s a d y*), które ujawniają często małą odporność wobec ostrych chorób zakaźnych i zabiegów operacyjnych.

Leczenie w stanach lekkich jest zbędne, wymaga jednak w większych dolegliwościach przede wszystkim odpowiedniego ułożenia warunków pracy, zalecania częstych wypoczynków, unikania używek (z wyjątkiem czarnej kawy) i nikotyny oraz odpowiedniego trenowania narządu krążenia. Ze środków farmakologicznych największe przysługi oddają podskórne wstrzykiwania strychniny w dawkach znaczniejszych (od 3—6 mg.), następnie przetwory arsenowe, glicerofosforany, kola i t. p. Z dziedziny opoterapii dobre niekiedy wyniki daje podawanie adrenaliny, a jeszcze bardziej efontoniny lub efedryny oraz wyciągów przysadki, u kobiet — przetwory jajnikowe (w młodszym wieku ciała żółtego, w okresie przekwitania — całego gruczołu). W stanach hiposfiksji napadowej przede wszystkim są wskazane zabiegi rozgrzewające i środki pobudzające krążenie obwodowe, jak kamfora i jej namiastki, a także alkohol. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y :

Kol. *F i l i ń s k i W.*, członek T-wa, wątpi w potrzebę stworzenia zespołu podciśnieniowego. Omawia krytycznie poglądy, uzależniające zmiany w ustroju od zjawisk atmosferycznych. Częstość powstawania skrzeplin w czasach obecnych wiąże z częstym stosowaniem dożylnym leków. Chorzy z podciśnieniem, zgodnie z poglądem *S o c h a ń s k i e g o*, nie są typami jednolitemi pod względem psychicznym.

Kol. Tokarski K., członek T-wa, uważa, że podciśnienie nie da się oddzielić w rozważaniach od nadciśnienia. Wspomina o leczeniu obu tych stanów kąpielami.

Kol. Gorecki Z., członek T-wa, nie może zgodzić się całkowicie z zastrzeżeniami kol. Filińskiego. Trudno wprawdzie mówić już dziś o podciśnieniu, jako o jednostce chorobowej. Niewątpliwie jednak istnieje zespół chorobowy, na który składa się szereg objawów podmiotowych i przedmiotowych. Zespół ten jest niedostatecznie poznany dlatego przedewszystkiem, że badania nad nim są niedawne, gdyż zaledwie pięcioletnie. Pomijając już względy teoretyczne, przemawiające za wyodrębnieniem podciśnienia jako zespołu chorobowego, wyodrębnienie to dla dobra chorego jest uzasadnione ze stanowiska kliniki. Dzięki wyodrębnieniu i pozraniu zespołu podciśnieniowego umiemy dziś leczyć lub przynosić ulgę takim chorym, którzy dotychczas z rozpoznaniem „neurastenji” byli poddawani leczeniu często nawet szkodliwemu. Pojęcie „neurastenji” mieści w sobie tak rozmaite cierpienia, że należy powitać z uznaniem każdy krok, który uszczupla liczbę chorych, noszących to piętno.

Oczywiście, obniżenie ciśnienia tętniczego nie tłumaczy wszystkich objawów i skarg w zespole podciśnieniowym, gdyż jest to tylko jeden z objawów, coprawda najłatwiej dający się stwierdzić przedmiotowo. Z drugiej strony tłumaczenie objawów chorobowych w zespole podciśnieniowym zaburzeniami w wymianie gazowej między krwią naczyń włoskowatych i tkankami ustroju, czego dotychczas nie wykazano, jak twierdzi słusznie kol. Filiński, nie wyczerpuje wszystkich zagadnień wymiany (np. krystaloidów, kolooidów, wody i t. d.) między krwią i tkankami. Pod tym względem nie wiemy prawie nic i to nie tylko w odniesieniu do podciśnienia. Dopiero dalsze badania mogą to ustalić, a dziś uczynimy może lepiej, uznając ten zespół, lepiej dla chorych i dla nauki, mając nową podniętę do badań w tym kierunku.

Kol. Gorecki i od lat śledzi za tym zespołem i przyłącza się do wywodów prelegenta, stwierdzając, że zespół podciśnieniowy spotyka się względnie często. Zwraca uwagę szczególnie na lekką postać podciśnienia, na chorych ambulatoryjnych, których skargi są bardzo typowe. Znając omawiany zespół, już na podstawie wywiadów można podejrzewać jego istnienie. Chorzy ci podają nieraz, że leki i używki, podnoszące ciśnienie krwi i wzmagające sprawność ośrodkowego układu nerwowego, przynoszą im ulgę. Tacy chorzy chętnie przyjmują preparaty kofeiny, piją czarną kawę lub mocną herbatę. Ponieważ jednym z zasadniczych i najbardziej przedmiotowym spraw-

dzianem istnienia zespołu podciśnieniowego jest oznaczanie ciśnienia tętniczego, przeto należy zwrócić uwagę na warunki oznaczania tego ciśnienia, zwłaszcza u chorych chodzących. Nieraz chorzy ci nie wykazują obniżenia ciśnienia, gdyż wskutek podniecenia badaniem lekarskim, wysiłkami fizycznymi i t. d. ciśnienie podnosi się i maskuje podciśnienie. Dlatego oznaczanie ciśnienia krwi winno odbywać się wówczas, gdy chory jest niepodniecony i wypoczęty, czasem należy kilkakrotnie oznaczać ciśnienie w przypadkach podejrzanych. Wreszcie stwierdza, że podane w odczycie sposoby leczenia są istotnie skuteczne, o czym sam przekonał się niejednokrotnie. (Streszczenie własne).

Kol. M i k u ł o w s k i W., członek T-wa, stwierdza, że w rozprawach zarysowała się dążność do nieuznania podciśnienia konstytucjonalnego za oddzielną jednostkę kliniczną, a tem samem nie uznawania prawa prelegenta do wyodrębnienia tego zespołu chorobowego. Dążność ta ma swoje źródło w rozmaitem pojmowaniu i określaniu pojęcia podciśnienia konstytucjonalnego. Idealnem pojęciem byłoby podciśnienie samodzielne, ograniczone tylko do układu naczyniowego i niezależne od innych układów, nie powodujące następnie innych objawów chorobowych, ujawniane tylko przypadkowo przez lekarza.

Brak dolegliwości chorobowych i przypadkowość odkrytego zjawiska patologicznego nie mogą być przyczyną nieuznawania rzeczywistej samodzielności klinicznej podciśnienia. Jest bowiem dużo samodzielnych schorzeń organicznych i czynnościowych, które lekarz znajduje zupełnie przypadkowo. T r o i s i e r opisał przypadek wrodzonej i rodzinnej stałej gorączki (do 39°C w kiszce) konstytucjonalnej u mężczyzny zupełnie zdrowego. Jest to przykład hipertermji konstytucjonalnej, niezależnej od żadnych czynników i nie powodującej skutków chorobowych.

Podobnie istnieje idealnie czyste podciśnienie konstytucjonalne, niezależnie od uszkodzeń ustroju, nie powodujące dolegliwości, przypadkowo tylko stwierdzane przez lekarza. Jednak prócz tego pojęcia czystego podciśnienia istnieją też różne stany podciśnieniowe, które ze względu na dotkliwie dla chorego skutki złożyły się z biegiem lat na treść, stopniowo rozszerzającą ramy, uprzednio ciasnego pojęcia podciśnienia naczyniowego. F e r r a n n i n i wprowadził termin „supplice de Tantale” dla oznaczenia skutków nieprawidłowości skurczów serca. Nieprawidłowość ta występuje wtedy, gdy niskiemu ciśnieniu towarzyszy nadmierna pobudliwość serca i gdy następnie podczas skurczu zjawia się nagłe przekrwienie, a podczas rozkurczu—nagłe niedokrwienie ustroju. L i a n i B l o n-

nel uważają swój zespół akrocjanozy, astenji mięśniowej i niedokrwistości mózgowej za skutek podciśnienia. Te skutki chorobowe podciśnienia złożyły się na cenną treść skałego pierwotnie zespołu. Podobnie Martinet rozszerza pojęcie podciśnienia, prowadzące do hipokrinji, a pod nazwą hiposfiksji rozumie nie samą hipotensję, ale i hipokrinję, jako wyraz złego przemywania krwią gruczołów dokrewnych, narażonych wskutek tego na nieomogę czynności. Martinet terminem hiposfiksji obejmuje także przypadki, w których podwyższonej lepkości odpowiada nietylko obniżone, ale i prawidłowe ciśnienie krwi. Mikułowski przedstawił w 1926 r. w Warsz. Tow. Lek. bardzo ciężki przypadek leczonej pomyślnie hiposfiksji nerwco-trawiennej u 13-letniego chłopca. Powołuje się na własne prace o hiposfiksji u dzieci (*Pedj. Pol.* i *Pol. Gaz. Lek.*). W przypadkach podciśnienia u dzieci uzyskiwał doskonałe wyniki lecznicze, stosując przetwory gruczołów dokrewnych, szczególnie adrenalinę i tyreoidynę. Kisch stwierdzał częstość podciśnienia u osób o typie limfatycznym (z zaparciem stolca, nudnościami, limfocytozą krwi i przerostem migdałków). Chorzy tacy mogą być skutecznie leczeni także przez laryngologów. Stein, uwzględniający zewnątrzpochodne czynniki w powstawaniu podciśnienia, zwraca uwagę na rolę spółkowania przerywanego. W związku z zagadnieniem obecnej częstości skrzeplin przypomina o pojęciu „Kummerherz” (Sellheim), t. j. o roli niedostatków w okresie powojennym, czemu autorowie niemieccy chcą przypisać pewną rolę przyczynową zwiększania się liczby skrzeplin. (Streszczenie własne).

Kol. Reicher E., członek T-wa, uważa, że wyodrębnienie podciśnienia tętniczego posiada duże znaczenie kliniczne. Trudno jest stwierdzić, że stosunkowo nieznaczne obniżenie ciśnienia, które już określa się mianem podciśnienia, może samo nie mieć znaczenia, jak podobne wahania ciśnienia w kierunku podwyższenia, jak to twierdził kol. Filiński. Najlepszym dowodem, że stosunkowo niewielkie podwyższenia ciśnienia mają również swe znaczenie, jest fakt, że w pracy ustrój przystosowuje się do wzmożonych wymagań także niezbyt wielkiem podwyższeniem ciśnienia. Kliniczne znaczenie objawu podciśnienia tętniczego polega głównie na tem, że pozwala ono na zastosowanie odpowiedniego leczenia w postaci wstrzykiwań strychniny, która w tych przypadkach posiada istotnie często działanie dodatnie. Ważne jest szczególnie z punktu widzenia praktycznego, aby ciśnienie krwi było określone prawidłowo, t. j. po zupełnem uspokojeniu się badanego. Wtedy częściej będzie stwierdzać się podciśnienia tętnicze. (Streszczenie własne).

Kol. Filiński W., członek T-wa, zwraca raz jeszcze uwagę

na znaczenie naczyń włoskowatych w regulacji ciśnienia krwi oraz na obecność u dzieci niskiego ciśnienia w warunkach prawidłowych.

Kol. Orłowski W., członek T-wa, zapytuje prelegenta o zachowanie się średniego ciśnienia tętniczego w pojęciu Vaquiza w jego przypadkach hipotonji. Omawiając teorię Wenckebacha powstawania duszniczy bolesnej, przeciwstawiającą się utartym poglądom, rzuca myśl, czy nie da się ona zastosować dla wytłumaczenia patogenezy dławicy piersiowej u osób z podciśnieniem konstytucjonalnym. Zdaniem jego, przedwcześnie jeszcze uznawać podciśnienie za oddzielną jednostkę chorobową lub za odrębny zespół chorobowy, bowiem objawy, występujące w niem, spostrzega się również i u osób z nadciśnieniem tętniczym lub z ciśnieniem prawidłowym. Ponadto nieraz spostrzega się podciśnienie u osób zupełnie zdrowych. Uważa, że podciśnienie konstytucjonalne może być pewnym stygmatem, któremu mogą nie towarzyszyć inne objawy. Może on jednak sprzyjać częstszemu występowaniu pewnych dolegliwości oraz stanów chorobowych (takich, jak np. status asthenicus), które, nie będąc ani jednostką ani zespołem chorobowym, usposabiają do zaburzeń czynnościowych ze strony przewodu pokarmowego. Sprawa podciśnienia konstytucjonalnego wymaga dalszych badań, a w ocenie ich wyników należy zachować większą ostrożność, nie spieszyć się z niedość uzasadnionymi wnioskami. Z tego stanowiska nie można np. przychylić się do wygłoszonego zdania, że poprawa samopoczucia po wypiciu kawy powinna skierować uwagę w kierunku poszukiwania podciśnienia. (Streszczenie własnej.)

Kol. Semerau-Siemianowski M., członek T-wa, przypomina w odpowiedzi kol. Filińskiego, że w wykładzie swoim poruszał zagadnienie podciśnienia konstytucjonalnego, nie tylko hipotensji, i wyraźnie podkreślał udział wszystkich tkanek w tym zespole. Obniżenie ciśnienia było tu zatem uznane za zjawisko współrzędne, wynikające z podciśnienia konstytucjonalnego, wysuwa się ono na pierwszy plan z powodu stosunkowo łatwego ustalenia jego, lecz bynajmniej nie jest jedyną przyczyną pozostałych objawów zespołu. W tych warunkach krytyczne rozpatrywanie przez kol. Filińskiego objawów podciśnienia konstytucjonalnego tylko pod kątem widzenia niskiego ciśnienia traci zupełnie swe uzasadnienie. Tem niemniej wahania w dół ciśnienia tętniczego pod wpływem różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych mogą wzmacniać inne przejawy zespołu i pogorszyć stan ogólny. Fakt, że te wahania są stosunkowo nieznaczne w porównaniu z nadciśnieniem samoistnym, bynajmniej temu nie przeczy, albowiem w ciśnieniu obniżonym do granic, spotykanych fizjologicznie jedynie w wieku dziecięcym, każ-

de najdrobniejsze odchylenie od mozolnie utrzymywanego poziomu może wywołać większe zaburzenia. Również nie można się zgodzić żadną miarą, by wyraźniejsze pogorszenie krążenia obwodowego w podciśnieniu konstytucjonalnem miało być wyrazem początku niedomogi serca. Przeciwstawia się takiemu ujęciu sprawy całe życie większości tych chorych i wydolność ich serca, zwłaszcza w ruchu. Wydolność ta załamuje się wyjątkowo rzadko pod wpływem czynników dodatkowych. Większa częstość skrzeplin żylnych w ostatnich latach nie zależy od rozpowszechnienia wstrzykiwań dożylnych. Wspomniana w odczycie statystyka *M o r a w i t z a* i innych badaczy przeczy temu.

Zespół chorobowy podciśnienia konstytucjonalnego można uznawać lub nie uznawać. Każdego, trzeźwo spostrzegającego klinicystę, będzie uderzać wielka liczba chorych z powtarzającymi się wyżej wspomnianymi objawami i dolegliwościami, dla których w ramach dotychczasowego podziału nie było, poza neurastenją lub histerją, odpowiedniego miejsca. Potwierdzają to przemówienie kol. *G o r e c k i e g o* i kol. *R e i c h e r ó w n y*. Treść ich przemówień zupełnie odpowiada poglądom przedstawionym w odczycie.

W odczycie wspomniano o możliwości wpływu czynników atmosferyczno-kosmicznych na częstsze powstawanie podciśnienia konstytucjonalnego w ostatnich latach (podobnie jak i innych stanów, zwanych patomorfozami). Ponieważ poza własnymi spostrzeżeniami prelegent powoływał się na szereg danych z piśmiennictwa, zwykłe podawanie w wątpliwość tych faktów nie wystarcza bez przytoczenia dostatecznych dowodów.

Wobec kol. *T o k a r s k i e g o*, który właściwie mówił o stanach nadciśnienia, ma jedynie zastrzeżenia co do leczenia podciśnienia konstytucjonalnego gorącymi kąpielami i wycieraniem szczotkami. Oba zabiegi są zbyt gwałtowne i po przejściowej poprawie mogą spowodować pogorszenie.

Z kol. *M i k u ł o w s k i m* nie dzieli prelegenta żadne większe różnice zdań. Możliwość pewnej niedomogi nadnerczy w patogenie podciśnienia konstytucjonalnego została w wykładzie parokrotnie wspomniana.

Kol. *O r ł o w s k i* postawił dwa pytania. Na pierwsze pytanie, czy w badaniach zostało uwzględnione ciśnienie średnie (tension moyenne *V a q u e z a*), prelegent odpowiada ujemnie, gdyż sprawa ciśnienia średniego jest świeżej daty, a badania własne rozpoczęte były już przed trzema i pół laty. W odpowiedzi na drugie pytanie, dotyczące stosunku podciśnienia konstytucjonalnego do dławicy bolesnej, zaznacza, że na podstawie własnych spostrzeżeń i prac in-

ných autorów stwierdził tylko zbieżność obu spraw, którą można tłumaczyć niedokrwieniem z podciśnienia. Tłumaczenie to odbiega od poglądu W e n c k e b a c h a, którego zdanie w tej sprawie jest dość odosobnione. Co się tyczy wyrażonej przez kol. O r ł o w s k i e g o myśli, że podciśnienie mogłoby być uważane za stygmat, który niezależnie od warunków może prowadzić do opisanego zespołu, prelegent uważa taką myśl za zajmującą próbę pogodzenia różnych sprzeczności w obrazie omawianego cierpienia. Sądzi jednak, że takim stygmatem jest raczej nadrzędne pojęcie podciśnienia. (Streszczenie własne).

Zebrawie zamknięto o godz. 22 min. 30.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Doroczny: Jan Roguski.

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 17 listopada 1931 r.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 32, wprowadzonych gości — 33.

1. Protokół zebrania naukowego T-wa z dn. 10 listopada 1931 r. przyjęto.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. drze Henryku Trenknerze.

Dnia 2 b. m. zmarł ś. p. dr. Trenkner H., członek czynny T-wa od 1918 roku. Ś. p. H. Trenkner urodził się w Warszawie w 1872 r. i tu, po ukończeniu w 1890 r. Gimnazjum 2-go, wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Były to właśnie pamiętne czasy potężnych ruchów wśród naszej młodzieży, rwącej się ku szczytnym ideałom narodowym i społecznym. Ś. p. Trenkner był zawsze w pierwszych jej szeregach, to też w 1894 r. zesłano go do gub. permskiej za udział w obchodzie rocznicy powstania Kilińskiego. W 1895 r. wstąpił do uniwersytetu w Dorpacie, ale już w grudniu tegoż roku zesłano go ponownie za udział w tajnym stowarzyszeniu „Oświata Ludowa” do gub. archangielskiej, skąd dopiero w 1900 r. wyjechał do Krakowa, gdzie też na Wszechnicy Jagiellońskiej uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich w 1903 r. Tegż roku uzyskał stopień lekarza „eximia cum laude” w uniwersytecie w Kazaniu.

Po studjach uzupełniających w klinikach pediatrycznych Wiednia i Grazu rozpoczął praktykę lekarską w Łodzi i tam w latach

1905—7 zajmował stanowisko ordynatora w Szpitalu Anny Marji. Następnie aż do 1916 r. był lekarzem naczelnym Szpitala Miejskiego dla Chorych Zakaźnych w Łodzi, a dalej w 1916/17 r. lekarzem naczelnym Szpitala Anny Marji. W czasie wielkiej wojny stał na czele Wydziału Zdrowia w Łodzi zrazu jako członek Komitetu Obywatelskiego, potem zaś jako radny i ławnik z wyboru.

Ogłosił w powyższym okresie swej działalności drukiem: 1. O rozpuszczalności kwasu moczowego w surowicy; 2. Przyczynę do leczenia surowicą przeciwpłoniczą płonicy (wspólnie z drem Bruzdzińskim); 3. O szpitalnictwie łódzkim; 4. Przypadek cirrhosis hepatis cardio-tuberculosis.

W maju 1917 r. został powołany ś. p. dr. H. T r e n k n e r na stanowisko zarządzającego Wydziałem Zdrowia przy Magistracie m. st. Warszawy. Były to chwile niesłychanie ciężkie dla naszej stolicy, bo od 1½ roku dokonywane systematycznie z dziką i okrutną bezwzględnością łupiestwo niemieckie doprowadziło ludność do rozpaczliwej nędzy, której najwymowniejszym dla lekarza wyrazem było 1300 chorych na dur plamisty, pozostających w szpitalach miejskich, traktowanych znów przez okupanta gorzej, niż po macoszem. W tych warunkach poruczono ś. p. H. T r e n k n e r o w i „uregulowanie stosunków sanitarnych” w stolicy. Dla wszystkich, którzy wówczas widzieli zbliżoną rzeczną i pełną zapału jego pracę, ś. p. H. T r e n k n e r pozostanie zawsze wzorem urzędnika-obywatela o niezwykłym talencie organizacyjnym, oddającego się z całym poświęceniem podjętej sprawie.

W lipcu 1919 r. ś. p. H. T r e n k n e r powołany został do Ministerstwa Zdrowia, w którym bierze wybitny udział w pracach organizacyjnych, już jednak po paru miesiącach został mianowany Komisarzem do walki z chorobami zakaźnymi w Małopolsce Wschodniej. Po niebywale sprawnym opanowaniu rozpaczliwej sytuacji, po niezwykle szybkim upraniu się z powierzonym zadaniem, najędnym cłbrzymiemi trudnościami, powrócił ś. p. H. T r e n k n e r do Ministerstwa Zdrowia i tu pozostał do 1923 r.

W krótkim tem koleżeńskim wspomnieniu o ś. p. H. T r e n k n e r z e można było wskazać jedynie na najważniejsze etapy niezwykle bogatego w czyny życia tego, zawsze usuwającego się w cień, prawdziwie skromnego, wroga wszelkiego rozgłosu, a niespożytych dla Ojczyzny naszej zasług lekarza-cywatela. Cześć Jego szlachetnej pamięci! (Streszczenie własne).

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego powstaniem z miejsc i jednocminutową ciszą.

3. Kol. P r e z e s odczytał zawiadomienie Departamentu Zdrowia M. S. Wewn. o bezpłatnym kursie zwalczania alkoholizmu.

4. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

- Drozdowicz. Komunikacja lotnicza ze stanowiska lekarskiego. Odb. 1931.
- Ciechanowski. Stan i potrzeby nauk lekarskich w Polsce. Odb. 1930.
- Gądzikiewicz. Kilka uwag w sprawie organizacji służby nadzoru sanitarnego nad obrotem artykułami spożywczymi. Odb. 1930.
- Grzywo-Dąbrowski. Oględziny zwłok sądowo-lekarskie. Odb. 1930.
- Jakimiak. Wynagrodzenie, uposażenia i zabezpieczenia emerytalne lekarzy i ich rodzin. Odb. 1929.
- Janiszewski T. Projekt konstytucji prof. Dr. W. L. Jaworskiego a sprawy zdrowia publicznego. Odb. 1929.
- „ Uwagi w sprawie zbierania i zużytkowania materiału statystycznego. Odb. 1929.
- „ Projekt reformy konstytucji polskiej prof. Stanisława Starzyńskiego a sprawy zdrowia publicznego. Odb. 1929.
- Jeżewski. W obronie ustawy. Odb. 1928.
- Kieżewicz. Zdrowotność i lecznictwo w północno-wschodnich województwach Rzeczypospolitej Polskiej. Odb. 1928-29.
- Korybut-Daszkiwicz. Krynica, jej rozwój i wartości lecznicze. Odb. 1931.
- Praszowski. Zalety sezonu zimowego w Truskawcu. Odb. 1930.
- Rosenkranz. Projekt kodeksu karnego w świetle nauki i praktyki lekarskiej. Odb. 1929.
- Rudolf. Ważniejsze zagadnienia poruszane na Międzynarodowym Zjeździe w sprawach mieszkaniowych i planowania miast, w Paryżu w lipcu 1928.
- Sabatowski. Zasoby lecznicze Polski. Odb. 1930.
- Schweig. Jaglica i jej zwalczanie w Łodzi. Odb. 1929.
- Sianowski. Urzędowy spis lekarzy. Odb. 1929.
- Stopczański. Teraźniejszość i przyszłość zawodu lekarskiego w Polsce. Odb. 1930.
- Szurło. Walory klimatyczne i lecznicze Ciechocinka. Odb. 1931.
- Wroczyński. Praktyka lekarska a medycyna społeczna. Odb. 1931.
- Zaczyński. Znaczenie gospodarcze i postulaty gospodarcze uzdrowisk polskich. Odb. 1930.
- Żałuska. Kaśy ubezpieczenia na wypadek śmierci przy Izbach Lekarskich. Odb. 1930.
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 29

listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych. Odb. 1931.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego w 1930—1931 roku. Obrady i uchwały walnego Zebrania Związku dnia 31 maja 1931 w Warszawie. Odb. 1931.

Wytyczne do umów z lekarzami. (Okólnik Nr. 24 Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce). Odb. 1931.

Pamiętnik Zjazdu Lekarzy Uzdrawiskowych w Warszawie dnia 26.IV.1931 r. Odb. 1931.

Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwa w Warszawie w 1930 r. Odb. 1931.

Rosset. Samorząd a problem mleczny. Łódź, 1928.

Wasermannowa. Przypadek żółtaczkii hemolitycznej u dziecka dziewięcioletniego. Odb. 1930.

„ Leczenie nadciśnienia samoistnego. Odb.

Zienkiewicz. Związki arsenowe w leczeniu kiły wrodzonej u dzieci. Odb. 1931.

Zweibaum. O hodowli nowotworów in vitro. Odb.

Zweibaum et Ostrouch. Recherches sur l'action du plasma d'animaux sarcomateux sur les fibroblastes du poulet, cultivés in vitro. Odb. 1931.

Zweibaum i Elkner. Struktury cytoplazmatyczne a aparat Golgiego w komórkach hodowanych in vitro. Odb. 1929.

Folia Morphologica. R. 1929. Nr. 1, 2—3, 4. R. 1930. Nr. 1, 2, 3—4. Nr. 1, 2—3.

Cepulić. Tuberkuloza u Zagrebu. 1931.

Ośmdziesięciolecie dra Bogdana Hutten-Czapskiego. Poznań, 1931.

Mielnikow. Rol epitelialnawo cielca w organizmie. Diss. 1909.

Wirsaładze. K waprncsu o preźdiewremiennoj płotnoscii perifericzeskich artierij i ob jeja odnoszenji k aortalnoj gipoplazji. Diss. 1910.

Zariecki. Rentgenizacja jaicznikow. Diss. 1908.

Pożaryski. Lekcji po patologiczeskoj anatomji. Warszawa, 1913.

5. Kol. W a g n e r K. przedstawił „P r z y p a d e k p i e r w o t n e j b ł o n i c y p a l c a“.

Przypadek pierwotnej błonicy palca, spostrzegany przez prelegenta w Kairze (Egipt) w grudniu 1928 i styczniu 1929 r., dotyczył 36-cio letniego lekarza, A. W., który operował 18-miesięczne dziecko z powodu duszenia się, wywołanego przez błonnicze zapalenie krtań. Pod koniec operacji ukłął się pod paznokieć 3. palca lewej ręki rękkojeścią rozszerzaczem, a w 2 dni po operacji na miejscu ukłucia powstał mały pęcherzyk, który rozcięto po 2 dniach z odjęciem części paznokcia. Zapalenie jednak poszło dalej, zajmując tkanki palca z utworzeniem znacznego pęcherza, otaczającego paznokieć od

strony promieniowej. Dokonano nowego szerokiego rozcięcia. Po zdjęciu pęcherza obnażona powierzchnia pokryła się rzekomymi błonkami, przy podnoszeniu których zjawiał się krwisty płyn. Prelegent, wezwany na naradę w 9 dni po zakażeniu, znalazł cały palec obrzmiały, siny, dający objaw głębokiego chełbotania z zapaleniem naczyń i gruczołów chłonnych łokcia i pachy. Polecił odesłać kawałek zdjętej rzekomej błony do zbadania na laseczniki błonicze. Badanie wykonano w laboratorium państwowym, laseczników nie wykryto. W dalszym ciągu chory odczuwał silne bóle w rękę i przedramieniu, sinica objęła cały palec. Cała górna kończyna obrzękła, ciepłota podniosła się do 37,5°C. W 3 tygodnie po zakażeniu chirurg postanowił odjąć cały paznokieć, zrobił dwa głębokie nacięcia do samej kości z grzbietowej strony palca; ropy nie było. W 2 dni po tym zabiegu prelegent, wezwany znowu na naradę, znalazł chorego w ciężkim stanie. Cała górna kończyna była obrzęknięta, aż do okolicy nadłopatkowej. Zapalenie naczyń chłonnych sięgało na szyję poza m. mostkowo-sutkowo-obojczykowy. Ciepłota wynosiła 39°C. Chory miał wymioty, ból głowy i bredził. Pozatem skarżył się na osłabienie ogólne i silny ból w całej kończynie. Wobec objawów miejscowych i ogólnych, dokonano ponownego badania na laseczniki błonicy. Wynik tym razem był dodatni w bezpośrednim badaniu mikroskopowym i posiewie. Badanie moczu wykazało: białka 0,96‰, wałeczki szkliste, nieliczne krwinki czerwone. Zastosowano surowicę przeciwbłoniczą oczyszczoną (z Instytutu Pasteura): pierwszego dnia—7000 jednostek i następnych dni po 15000—20000 jedn. Ogółem w ciągu 9 dni wstrzyknięto 112000 jedn. Po ostatnim wstrzyknięciu wystąpiły objawy choroby surcwiczej średniego natężenia (bóle w stawach, bicie serca, bóle w okolicy serca, rumień prawie całego ciała, zwiększona ilość dcbowa moczu, ogólne zmęczenie). Objawy te znikły po tygodniowym stosowaniu salicylanu sodu, chlorku wapnia i adrenaliny. W dalszym ciągu stan chorego zaczął się poprawiać, rana powoli zablizniła się, ciepłota spadła, białko w moczu znikło. Po 45 dniach od początku choroby chory wyzdrowiał. Paznokieć po kilku miesiącach narósł. Wynik pomyślny nastąpił pomimo, że surowicę zaczęto stosować późno, bo dopiero na 25. dzień choroby. Powyższy przypadek trzeba zaliczyć do grupy przypadków pierwotnej błonicy skóry, gdyż w innym miejscu chory ten nie miał źródła do zakażenia palca, w odróżnieniu od innych przypadków błonicy wtórnej, której zakażenie przენosi się do skóry z ognisk błoniczych ciała, np. z gardła, nosa i t. d. Prelegent omówił także błonicę, wklajając rany. Zasadniczych różnic między jedną i drugą postacią właściwie niema i objawy kliniczne są mniej więcej te same. W koń-

cu przytoczył piśmiennictwo, dotyczące pierwotnej i wtórnej błonicy skóry. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. K r y ń s k i L., członek T-wa, twierdzi, iż błonica chirurgiczna dzięki stosowaniu aseptyki i środków odkażających należy obecnie do historii. W czasie wojny nigdy nie spotykał epidemji błonicy chirurgicznej.

6. Kol. Z a k r z e w s k i Z. omówił „Własności biologiczne tkanek nowotworowych w hodowli poza ustrojem“.

Dotychczasowe badania wykazały, że w warunkach hodowlanych, a więc w warunkach stałego pobudzenia wzrostu, komórki nowotworowe nie różnią się niczem od komórek prawidłowych. Jeśli spostrzeżać się pewne drobne różnice, to są one jedynie tylko ilościowe, a nie jakościowe. W przypuszczeniu, że zasadnicze cechy komórek nowotworowych ujawniają się dopiero wtedy, gdy stworzy się warunki, umożliwiające rozwój czynnościowy komórek, prelegent hodował tkanki płodowe i nowotworowe według sposobu podanego przez F i s c h e r a i P a r k e r a, bez dodatku czynników wzrostowych. Podczas, gdy w takich warunkach prawidłowe komórki stale się różnicują i przestają rosnać, komórki nowotworowe przestają jedynie tylko rosnać, nie wytwarzają natomiast ani układów czynnościowych, ani też nie tracą swej złośliwości. Wynik ten prelegent uważa za doświadczalny dowód, że istotą komórki nowotworowej jest swoiste strukturalne zaburzenie w mechanizmie różnicowania się. Brak skłonności do różnicowania się przy zachowanej skłonności do wzrostu są charakterystycznymi cechami komórki nowotworowej. Tłumaczą one dostatecznie niepowstrzymany i naciekający wzrost nowotworu w ustroju. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. K r y ń s k i L., członek T-wa, wątpi, by na podstawie hodowli tkanek nowotworowych *in vitro*, zatem poza ustrojem żywym, można było rozwiązać zagadnienie nowotworu. Należy raczej czynić doświadczenia na zwierzętach.

Kol. Z w e i b a u m J. uważa, że kol. Z a k r z e w s k i zlekceważył, jego zdaniem, za bardzo wyniki, dotyczące różnic ilościowych pomiędzy tkanką prawidłową i nowotworową. Różnice te są często wybitne i bardzo charakterystyczne. Nie mówiąc o różnicach w oddziaływaniu na pH, na zwiększone ciśnienie tlenu i na wyciągi z gruczołów dokrewnych, zasadnicze różnice polegają na krótkim życiu komórki nowotworowej i jej szybkim rozpuszczaniu się w środo-

wisku. Cechy te nie mają odpowiednika w hodowlach tkanki prawidłowej. Wymienione różnice wskazują, że w komórce nowotworowej powstały zmiany w równowadze układu koloidów cytoplazmy. Hodowla tkanek nie może wyświetlić istoty tych zmian. Dane, dotyczące się różnic ilościowych pomiędzy komórką prawidłową i nowotworową, są jeszcze stosunkowo nieliczne, ale metoda hodowli tkanek, dająca możliwość bezpośredniego działania na komórkę hodowaną najrozmaitszymi czynnikami, pozwoli wykazać takie różnice ilościowe, które będą dostateczne dla określenia charakteru komórki nowotworowej. Dlatego też uważa, że badania nad różnicami ilościowymi pomiędzy komórką normalną i nowotworową są bardzo ważne i nie należy ich zaniedbywać. Pozatem, wobec dużego znaczenia, jakie kol. Z a k r z e w s k i przypisuje stanowi „niepełnoznaczności” komórki nowotworowej, kol. Z w e i b a u m prosi o bliższe określenie tego pojęcia. (Streszczenie własne).

Kol. S ł o n i m s k i P., nawiązując do słów przedmówcy, podkreśla znaczenie metody eksplantacji w badaniach z zakresu embriologii doświadczalnej. Nie może się więc zgodzić z opinią prof. K r y ś k i e g o L., aby ten kierunek badań, zapoczątkowany przez embriologów, nie miał przyszłości w dziedzinie patologii. (Streszczenie własne).

Kol. Z a k r z e w s k i Z. nadmienia, że komórki nowotworowe są wprawdzie wrażliwe na działanie średnio podniesionej ciepłoty (42—45°C), to jednak znoszą ciepłość 59°C w ciągu 15 minut, a nawet ciepłość wrzenia w ciągu 3 minut (C a s p a r i). Są one mało wrażliwe również i na działanie niskiej ciepłoty. E h r l i c h szczepił z wynikiem dodatnim myszom tkankę rakową, przechowywaną przez 2 lata w ciepłocie — 8°C.

Oczywiście, odczynów ustroju na rosnący w nim nowotwór nie można poznać badaniem jedynie tylko tkanek wyłączonych z ustroju. Tak samo i zagadnienie etjologii nowotworów nie da się, być może, rozwiązać posługiwaniem się hodowlami, jako materiałem do badań, ponieważ w sprawie powstawania nowotworów, najprawdopodobniej, rozstrzygnie działanie całego szeregu czynników ustrojowych i pozaustrojowych, a nie tylko jednego, czy też wielu czynników pozaustrojowych. Badania wykazały jednakże, że z chwilą wytworzenia się nowotworu istota nowotworu łączy się z pewnymi charakterystycznymi cechami komórki nowotworowej, a nie polega na zaburzeniu wzajemnych stosunków nowotworu z resztą tkanek ustroju. Poznanie właśnie tych cech jest możliwe, bodaj tylko wtedy, gdy te komórki będzie się badać w czystej postaci, a więc najlepiej w ho-

dowli poza ustrojem. Dlatego też metoda hodowli może oddać cenne usługi dla poznania istoty nowotworu.

Wyniki badań komórek nowotworowych, rosnących w hodowli poza ustrojem, nie dadzą się, być może, doraźnie zastosować w leczeniu nowotworów. Pod tym względem należy oczywiście, dać pierwszeństwo badaniom klinicznym, jednakże dokładna znajomość istoty nowotworu, znajomość czynników wzbudzających i pobudzających wzrost, czynników regulujących różnicowanie się komórek, a więc znajomość czynników, które najłatwiej możemy badać na tkankach, wyłączonych z ustroju, przyczynić się może do opanowania tego schorzenia.

Charakter nowotworowy nie jest wynikiem działania swoistych jądów nowotworowych na ustrój. Tem mniej łączy się ono z istnieniem przypuszczalnych czynników przesączalnych, wywołujących nowotwory. Na podstawie dotychczasowej znajomości tego zagadnienia należy tłumaczyć charakter nowotworowy bądź jako skutek wchłaniania rozpadłych mas tkanki nowotworowej, bądź jako skutek zaburzenia czynności ważnego narządu, uszkodzonego przez wrastający w niego, czy też uciskający go nowotwór, bądź też jako skutek połączenia obu tych działań.

W odpowiedzi na zapytanie kol. Z w e i b a u m a, czy brak różnicowania się hodowli komórek nowotworowych w czasie zahamowania ich wzrostu stwierdzony był histologicznie, prelegent wyjaśnia, że kryterjum istnienia lub braku różnicowania się stanowiły nie cechy morfologiczne, lecz biologiczne, jak zachowanie złośliwości, brak zmian w energii wzrostowej, niezmieniona wrażliwość na działanie ciepłoty i t. d. Rosnące poza ustrojem prawidłowe komórki nazywa „komórkami jeszcze niezupełnie zróżnicowanymi”: 1. dlatego, ażeby uniknąć używania określenia „komórki płodowe”, które to określenie w tym przypadku nie pokrywałoby się z pojęciem, jakie podał dla komórek płodowych W. R o u x, 2. dlatego, że komórki, rosnące w hodowli, w pewnych warunkach potrafią się jeszcze różnicować, a więc nie można ich nazywać komórkami zróżnicowanymi. (Streszczenie własne).

7. Kol. R e i c h e r E., członek T-wa, przedstawiła wyniki „Badań nad wpływem ćwiczeń cielesnych na pojemność życiową płuc oraz na czas trwania bezdechu dowolnego”.

Prelegentka omówiła wyniki swych badań, w których u 427 mężczyzn i 251 kobiet określała działanie różnego rodzaju ćwiczeń

cielesnych na pojemność życiową płuc i czas dowolnego bezdechu. Wśród badanych znajdowali się gimnastycy, lekkoatleci, wioślarze, pływacy, ciężkoatleci i bokserzy. Z badań tych wynika, że stałe uprawianie pewnych ćwiczeń cielesnych, w szczególności lekkiej atletyki i wioślarstwa, wyraźnie wpływa w stosunku do niećwiczących się na powiększenie życiowej pojemności płuc. Oddziaływanie najwyraźniej zaznacza się w wieku młodym. Pozatem stwierdzono, że i pływacy w stosunku do osób, uprawiających inne ćwiczenie cielesne, mają większą życiową pojemność płuc. Podobne oddziaływanie ćwiczeń cielesnych stwierdzić można również u kobiet, uprawiających wymienione sporty.

Omawiając zachowanie się czasu dowolnego bezdechu u sportowców, stwierdzono, że jest on przedłużony szczególnie wyraźnie u pływaków, a także u lekkoatletów. W końcu prelegentka omówiła znaczenie próby i wytłumaczyła mechanizm przedłużenia czasu dowolnego bezdechu u sportowców. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. C z u b a l s k i F., członek T-wa, stwierdza, że w przedłużonym czasie trwania bezdechu dowolnego ośrodek oddechowy nie tylko nie jest wytrenowany, lecz raczej upośledzony. Zależy to od większego zapasu tlenu i większej pojemności klatki piersiowej, a także i mechanizmu oddychania.

Kol. P r z y b o r o w s k i A., członek T-wa, podkreśla duże znaczenie mechanizmu oddychania w przedłużeniu czasu bezdechu dowolnego. Doświadczenia należałoby przerobić na ludziach starszych celem przekonania się o wpływie leczniczym ćwiczeń cielesnych.

Kol. R e i c h e r E., członek T-wa, zaznacza, że istotnie ośrodek oddychania będzie przytępiony, jednak jest to wynikiem dostosowania się do nowych warunków pracy. Ludzi starych również badano, lecz zebrano materiał mały.

Zebranie zamknięto o godz. 22 min. 20.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWEGO z dnia 24 listopada 1931 r.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 48, wprowadzonych gości — 63

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 17 listopada r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał zawiadomienie o otwarciu trzymiesięcznego wyższego kursu bakterjologii; parazytologii i nauki odforności.

3. Kol. Chodkowski K., członek T-wa, przedstawił „Teratoma embryonale thoracis”.

Potworniaki nie są nowotworami w ścisłym znaczeniu tego słowa. Są to raczej szczątkowe płody z mniej lub więcej wykształconymi, bezładnie porozmieszczanymi narządami.

Potworniaki dzielą się na: 1. dojrzałe, zbudowane z tkanek równorzędnych z tkankami nosiciela (tutaj zaliczają się najczęstsze z potworniaków — torbiele skórzaste) i 2. niedojrzałe, czyli zarodkowe, których utkanie stanowią tkanki typu zarodkowego, bardzo rzadko spotykane.

Zależnie od rodzaju występujących tkanek potworniaki dzielą się na:

1. jednolistkowe, 2. dwulistkowe, 3. trójlistkowe i 4. czterolistkowe. Potworniaki najczęściej występują w jajniku i jądrze, w okolicy krzyżcowej, klatce piersiowej, szyi, jamie czaszkowej i t. d.

Pierwszy przypadek potworniaka śródpiersia opisał Gordon w 1823 roku. W Polsce Szusternowa opisała rakowatą torbiel skórzastą śródpiersia. Ogólna liczba potworniaków kl. piersiowej w piśmiennictwie wynosi ponad 110 przypadków. Patogeneza potworniaków śródpiersia jest dotychczas niewyjaśniona. Najbardziej przyjęta jest teoria odszczepienia blastomer (komórek wszechmocnych). Ostatnio Budd twierdzi, że rozwijają się one z komórek pierwotnej jamy ustnej.

Przypadek, spostrzegany na stole sekcyjnym w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. W., dotyczył 19-letniego ucznia gimnazjum. Chorego leczono od marca 1930 roku w szpitalach i klinikach warszawskich, gdzie rozpoznawano kolejno otorbione lewostronne zapalenie ropne opłucnej i mięsaka płuc. Chory zmarł dn. 30 czerwca 1930 roku wśród objawów nieomogi serca.

Sekcja wykazała wybitne zasinienie i obrzęk powłok, głównie głowy, twarzy i szyi. W śródpiersiu przednim znaleziono olbrzymi guz (przewyższający wielkość głowy dorosłego mężczyzny), wychodzący z górnego odcinka śródpiersia. Guz ten posiadał wyraźnie dwa płaty: prawy i lewy. Pierwszy siedział jakby w postaci głowy grzyba na płucu prawym, spychając je ku dołowi i nieco na bok. Płat lewy guza był nieco niżej położony, niż prawy i sięgał do przepony. Guz

miał powierzchnię nierówną z całym szeregiem wyniosłości. Pokryty był torebką szarobiałą, dość cienką, był naogół twardy, miejscami jednak chełbotał. Powierzchnia przekroju guza była różnorodna pod względem spistości i barwy. W dolnym odcinku lewego płatu znajdowała się jama, w której było widać kość, przypominającą szczytkową gałąź żuchwy, z paru zębami. Tu i owdzie stwierdzono jamki, wypełnione płynem surowicznym, bądź śluzem, bądź wreszcie gęstymi masami kaszowatymi z blond włosami. Wysłanie tych ostatnich jam stanowiła skóra. W otoczeniu guza leżały oddzielnie liczne mniejsze i większe guzki jednolite, szaro-biało-różowawe, zmiennej spistości. Podobne guzki widać w przeponie i płucach. Grasicy nie znaleziono.

Na podstawie takiego obrazu rozpoznano potwornika śródpiersia, dającego przerzuty do przepony, gruczołów chłonnych śródpiersia i płuc.

Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie makroskopowe. W utkaniu guza znaleziono bezładnie rozmieszczone najrozmaitsze tkanki: skórę z włosami, gruczołami łojowymi i potowymi, glej, kcmćrki nerwowe, mięśnie gładkie i poprzecznie prążkowane, chrząstkę, kość, pojedyncze beleczyki wątroby z wałeczkami żółciowymi w świetle, niezupełnie dobrze wykształcone oskrzela, wreszcie jakby śluzówkę jelit z typowymi komórkami kubkowymi. Z tkanek niedojrzałych występowały różnej wielkości torbiele, cewki gruczołowe, tkanka łączna, chrzęstna, mięsna. Główną jednak część utkania guza stanowiła zarodkowa tkanka nerwowa. Znajdują się w niej bardzo liczne cewy i wstęgi, przypominające wyglądem pierwotną cewę nerwową. W innych odcinkach guza było widać bardzo liczne różyczki prawdziwe. Światło różyczek jest puste. Podobne utkanie, tylko miejscami mniej dokładnie wykształcone, znajdowało się w przerzutach.

Na podstawie badania mikroskopowego rozpoznano *medulloepithelioma et neuroepithelioma e teratoma embryonali mediastini cum metastasibus ad lymphoglandulas mediastinales, diaphragmatem et pulmones.*

Przypadek pod względem anatomicznym jest ciekawy nie tylko przez umiejscowienie potwornika, lecz także rodzaj i jego wyraźną złośliwość. Źródłem rozplemu złośliwego była zarodkowa tkanka nerwowa, będąca składnikiem potwornika, zatem zawiązek mózgu lub oka (obrazy bardzo podobne).

Rozpoznanie kliniczne potwornika jest bardzo trudne. Daje on bowiem objawy takie same, jak inne guzy klatki piersiowej.

Do objawów właściwych tylko potworniakowi należą: 1. odpluwanie włosów i łoju, 2. wydobywanie przy nakłuciu w płynie komórek naskórka, włosów i cholesteryny, 3. dane badania rentgenowskiego, gdy w rentgenogramie znajdują się cienie części twardych o ściśle określonych kształtach (zęby, szczęka). Cierpienie może trwać do roku i dłużej. Właściwe leczenie potworniaków śródpiersia może być tylko operacyjne. Osiągnięto w ten sposób w wielu przypadkach zupełne wyleczenie. W potworniakach klatki piersiowej należy prawie bez wyjątku postępować, jak w nowotworach złośliwych, dążąc do całkowitego usunięcia, które bywa niekiedy trudne ze względu na zrosty z otoczeniem. Postępowanie takie jest wskazane z 4 głównych względów: 1. ucisk na narządy ważne dla życia (serce, płuca, naczynia, tchawica); 2. możliwość złośliwości, którą spotyka się około w 21% przypadków; 3. przebiecie do narządów jamistych (serce, osierdzie, opłucne); 4. zropienie i następcze przebiecie do opłucnej. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. Dąbrowski K., członek T-wa, podkreśla, iż chory w przedstawionym przypadku nie miał wyglądu chorego na nowotwór; nie wykazywał wyraźnego upośledzenia odżywienia ani też niedokrwistości.

Kol. Siedlecki E., członek T-wa, zanacza, iż guza w przedstawionym przypadku nie można w całości uważać za złośliwy. Co się zaś tyczy braku wyniszczenia u osobników z nowotworami złośliwymi, to zdarza się to często. Niesłuszna jest przeto niechęć klinicyстів do rozpoznawania nowotworów w przypadkach z dobrym odżywieniem.

Kol. Elektrowicz A., członek T-wa, przytacza spostrzeżany przezeń przypadek łagodnego guza śródpiersia. Pierwsze rentgenogramy zostały wykonane w tym przypadku przed 22 laty.

Kol. Mańkowski A., członek T-wa, uważa, iż cewki z komórek walcowatych, wchodzące w skład guza, nie mogą być uznane za pochodne nabłonka nerwowego. Na komórki wątrobowe zawarte w guzie, należy się zapatrywać jak na foetus in foetu. Ogniska znalezione w płucu mogą być niezależnymi nowotworami pierwotnymi, nie zaś przerzutami.

Kol. Dąbrowski K., członek T-wa, zaznacza, że chodziło mu o podkreślenie, iż chory mimo długotrwałości sprawy nie był wyniszczony.

Kol. Chodkowski K., członek T-wa, nie zaliczał omawianego potworniaka w całości do złośliwych. W ostatecznym rozpoznaniu wyraźnie podkreślił, iż są to medulloepithelioma

i neuroepithelioma, wychodzące z potworniaka i dające przerzuty do płuc, gruczołów chłonnych śródpiersia i przepony. Między potworniakami dojrzałymi i niedojrzałymi trudno przeprowadzić ostre granice. Istnieje bowiem cały szereg postaci przejściowych. Przypadek omawiany zaliczono do niedojrzałych ze względu na przewagę tkanek niezróżnicowanych (zarodkowych) nad dojrzałymi. W oznaczeniu postaci nowotworu, wychodzącego z potworniaka, oparto się na podziale glejaków, podanym przez Bailey'a i Cushinga, którzy nowotwory o podobnym utkaniu oznaczają mianem medulloepithelioma i neuroepithelioma. Wspomniane w opisie cewy wybitnie przypominają zarodkową cewę nerwową, najprawdopodobniej zatem pochodzą one z zewnętrznego listka zarodkowego. Pozostałe listki podobnych obrazów nie dają. Rozpoznanie z konieczności musi oprzeć się wyłącznie tylko na cechach morfologicznych zespołów komórek i ich układzie. Barwienia specjalne, zastosowane do tkanek z bardzo wczesnych okresów rozwoju, zatem tkanek mało zróżnicowanych, nie dają wyników dodatnich i nie można uważać ich za rozstrzygające. Zawiodły one również w omawianym przypadku. Guzki w płucach były niewątpliwie przerzutami: nie posiadały one ciągłej łączności z ogniskiem pierwotnym. Liczne komórki utkania złośliwego, zamykające światło naczyń włoskowatych płuc, stwierdzają dostatecznie ich przerzutowe pochodzenie. W podobnych przypadkach trudno z punktu widzenia anatomji patologicznej nie mówić o złośliwości utkania jakiegoś guza nowotworowego, nawet, gdyby on wychodził z tkanki nerwowej. (Streszczenie własne).

4. Kol. A. Trojanowski przedstawił „Wnioski dotyczące anatomji patologicznej raków płuc i oskrzeli, na podstawie statystycznego materiału sekcyjnego Zakładu Anatomji Patologicznej U. W. (1919—1930)”.

Na zasadzie 10383 sekcyj, wśród których 98 razy spostrzegano raka płuc i oskrzeli, wypracowano następujące wnioski:

1. w okresie ostatnich 6 lat (1925—1930) stwierdza się w stosunku do poprzednich 6 lat (1919—1924) rzeczywiste zwiększenie (blisko trzykrotne) liczby raków płuc i oskrzeli;

2. raki płuc i oskrzeli przeszło trzy razy częściej występowały u mężczyzn, niż u kobiet, jednakże podczas, gdy liczba raków płuc i oskrzeli w ostatnich 6 latach wzrosła u mężczyzn tylko dwukrotnie, to u kobiet aż dziewięciokrotnie;

3. rak płuc i oskrzeli występuje najczęściej między 40—69 r. ż. i należy w tym wieku do chorób częstych (2,78% wszystkich sekcyj

i 14,2% wszystkich nowotworów złośliwych), zwłaszcza u mężczyzn (3,8% wszystkich sekcji i 22,0% wszystkich nowotworów złośliwych);

4. postać ograniczoną raka płuc spostrzegano 34 razy, płatową — 18, śródpiersiowo-płucną — 13, oskrzelową, czyli wnękową — 11, masywną, czyli zbitą — 10, opłucnową — 7, guzkową — 5, przy czym pierwotne ognisko rakowe rozpoznawano 81 razy w płucach, 11 — w dużych oskrzelach, 4 — w opłucnej; płaty górne były zajęte częściej, niż dolne;

5. wśród 98 przypadków raka płuc i oskrzeli przerzuty stwierdzono 92 razy, z czego 30 razy do ośrodkowego układu nerwowego;

6. klinicznie prawidłowo rozpoznano 25% przypadków, natomiast wśród błędnych rozpoznań w 25 przypadkach uważano za pierwotne zmiany wywołane przez przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego.

Odczyt uzupełniono pokazem tablic statystycznych, wykresów oraz preparatów makro- i mikroskopowych. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y :

Kol. Dąbrowska J., członek T-wa, wykonała w Szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze w okresie od 1919 do 1930 r. 3438 badań pośmiertnych, w tem 2021 mężczyzn i 1417 kobiet. Ogólna liczba nowotworów złośliwych wynosi 497, w tem 284 mężczyzn i 213 kobiet, co stanowi 14,456% ogólnej liczby sekcji. Raków płuc i oskrzeli w tym czasie było 47, w tem 41 mężczyzn i 6 kobiet, co stanowi 1,367% ogólnej liczby sekcji i 9,456% liczby nowotworów złośliwych.

Największa liczba raków płuc i oskrzeli przypada na lata 1927 (7) i 1929 (5). Przeciętna liczba roczna nowotworów złośliwych płuc i oskrzeli wynosi 4—5. Prawe płuco częściej bywa zajęte, niż lewe (stosunek p : l = 28 : 19).

Najczęstszym punktem wyjścia jest nabłonek oskrzeli dużych. Najczęściej spostrzegano wnękową postać raka, rzadziej występują ograniczone ogniska w dolnych płatach lub postać, zajmująca cały płat, najrzadziej — nowotworowe zapalenie płuc.

Mikroskopowo najczęściej spotykano raka walcowatokomórkowego i drobnokomórkowego, najrzadziej śluzowego.

Przerzuty najczęściej występują w gruczołach chłonnych okołoskrzelowych (96%), śródpiersiowych (42%), w wątrobie (36%), opłucnej (27,7%), kościach (21,3%), rzadziej — w nerkach (9%), mózgu (10,6%), najrzadziej — w nadnerczu, trzustce, tarczycy.

W 4 przypadkach stwierdzono guzlicę włóknistą płuc, a w jednym — kiłę.

Największa liczba nowotworów złośliwych płuc i oskrzeli przypada pomiędzy 45—65 r. ż. (Streszczenie własne).

Kol. Półtorzycka St., członek T-wa, podaje, że w Szpitalu Wolskim wykonano w czasie od 1-go kwietnia 1928 roku do 1-go listopada 1931-go roku, t. j. w ciągu 3 $\frac{1}{2}$ lat, 1091 sekcji, z tego sekcji nowotworowych było 82, czyli 7,42% ogólnej liczby sekcji, raków płuca było 14, co wynosi 1,27% ogólnej liczby sekcji, a około 17% wszystkich sekcji nowotworowych. Prawie wszyscy zmarli na raka płuc byli pracownikami fizycznymi: szewc, stolarz, dozorca, wyrobnik, robotnik i t. d., w tem 12 mężczyzn i 2 kobiety. Wiek wahał się między 30 i 68 l., przeważał wiek powyżej lat 40. W 12 przypadkach rak umiejscowił się w płucu prawem (8 razy w płacie górnym, 2 w dolnym i 2 we wszystkich 3 płatach, szerząc się od wnęki), 2 razy tylko w płucu lewym (w płacie górnym).

Z wyjątkiem jednego przypadku (wczesny okres) rak dawał przerzuty: najczęściej do gruczołów (13), wątroby (3), nadnercza prawego (3), nadnercza lewego (3), trzustki (1), kręgosłupa i żeber (1), mózgu (2), opłucnej (2 razy, t. zw. rakowe zapalenie opłucnej), do worka osierdziowego (1 raz, t. zw. rakowe zapalenie osierdza). W 2 przypadkach nowotwór wrastał do górnej żyły głównej i zamykał jej światło, powodując zastój w górnej połowie ciała. W 1 przypadku guzy przerzutowe w gruczołach chłonnych szyi i klatki piersiowej uciskały prawy nerw przeponowy, dolny nerw krtaniowy oraz przełyk; 2 przypadki zakończyły się śmiertelnym krwiotokiem. Czasami nowotwór, szerząc się drogami limfonośnymi, wysiewał się wzdłuż naczyń w postaci guzków o wyglądzie gruzełków. Współistnienie raka z innymi chorobami płuca zdarzało się nie często. W 2 przypadkach rak współistniał w płucu ze zmianami gruźliczymi (1 raz łącznie z gruźlicą groniasto-guzkową i jamistą, w drugim zaś łącznie z zapaleniem serowatym płuca), w 1 przypadku — z przewlekłym zapaleniem śródmiąższowym płuca.

Wszystkie przypadki raka płuca były zbadane mikroskopowo. Najczęstszą postacią histologiczną był rak drobnokomórkowy (7), rzadziej rak kolczystokomórkowy (5), pojedynczym był przypadek brodawczakowatego raka walcowatokomórkowego; w 2 przypadkach nowotwór miał budowę raka gruczołowego i w obu przypadkach dawał przerzuty do mózgu.

Rozpoznanie kliniczne raka płuca ustalono tylko w 3 przypadkach na ogólną liczbę 14. (Streszczenie własne).

Kol. Płoński M. przedstawił dane statystyczne, oparte na materiale sekcyjnym Szpitala na Czystem (Warszawa). Na ogólną ilość sekcji 1622, zwłok żydów było 1154, chrześcijan 468. Ogólna

liczba stwierdzonych nowotworów wynosiła 311 (19% liczby sekcji). Ogółem było 24 przypadki raka płuc (13% ogólnej liczby raków, a 8% liczby nowotworów wogóle): 14 przypadków raka płuc dotyczyło żydów, 10 chrześcijan. Wszystkie 5 przypadków raka płuc u kobiet dotyczyły żydówek. Najmłodszy wiek, w którym stwierdzono sekcyjnie raka płuc, wynosił 18 lat i dotyczył żydówki. Raki zajmowały przeważnie płat górny; pozatem stwierdzono 4 przypadki raka wnękowego. W 2 przypadkach rak zajął całe płuco. Zwiększenie się liczby raków płuc w materiale sekcyjnym stwierdzono tylko w 1931 r.. liczba przypadków wyniosła bowiem 8. Rak płuca dawał przerzuty do gruczołów chłonnych wnęki płuc, wątroby, do drugiego płuca, nerek oraz ośrodkowego układu nerwowego (1/5 ogólnej liczby). Prawie we wszystkich przypadkach przerzutów do układu nerwowego pierwotne skargi chorych odnosiły się do zakresu neurologji. W 2 przypadkach wystąpiły objawy psychozy.

Kol. S i e d l e c k i E., członek T-wa, uważa, iż udoskonalenie metod rozpoznawczych wpłynęło na częstsze rozpoznawanie raków płuc w ostatnich latach. Przestrzega przed wyciąganiem daleko idących wniosków ze statystyk opartych na małym materiale. Przytacza dane statystyczne materiału sekcyjnego Szpitali św. Ducha i św. Łazarza. W okresie sprawozdawczym przypadków raka płuc w obu tych szpitalach było 63, co stanowi 2,2% sekcji. Wszystkie zaś raki wynoszą 14% ogólnej liczby sekcji. Podkreślić należy przewagę płci męskiej. Najczęściej raka płuc spotykano w wieku lat 40—60.

Kol. M a ń k o w s k i A., członek T-wa, radzi połączyć zebrane dane statystyczne, gdyż statystyka może dać wyniki tylko wtedy, gdy jest oparta na wielkich liczbach.

Kol. L a s k o w s k i J., członek T-wa, uważa, że podział raków, użyty przez kol. T r o j a n o w s k i e g o, jest wadliwy. Podział ten wykazuje m. in., że postać oskrzelowa raków płuc występuje rzadko. Stosując inną klasyfikację, w tym samym materiale stwierdził, że postać oskrzelowa jest najczęstszą postacią raka płuc.

Kol. R o g u s k i J., członek T-wa, podkreślił, że we wnioskach przytoczonych odgrywa rolę zasadniczą przypadkowy dobór materiału, z którego sporządzono statystykę. W danych statystycznych pochodzących ze szpitali, które nie posiadają oddziałów nerwowych, zwraca uwagę nieobecność przerzutów do układu nerwowego. Natomiast w tych szpitalach, które mają oddziały neurologiczne, przerzuty do układu nerwowego występują często. (Streszczenie własne).

Kcl. O r ł o w s k i W., członek T-wa, uznaje za pożądane do wysnucia wniosków statystycznych, dotyczących raka płuc, zebranie większego materiału, co już dziś dałoby się skutecznie przez

uwzględnienie materiału sekcyjnego nietylko samej Warszawy, lecz i innych dużych ośrodków pracy naukowej w Polsce. W ten sposób otrzymalibyśmy własną statystykę raków płuc. (Streszczenie własne).

Kol. T r o j a n o w s k i A. zdaje sobie sprawę z niedokładności statystyki wogóle oraz podziału, użytego przez siebie. Przedstawiona statystyka stoi jednak w rzędzie największych statystyk europejskich.

7. Kol. K a p ł a n A. wygłosił odczyt „O nadciśnieniu tętniczym”.

Nadciśnienie, niezależnie od etiologii, powstaje naskutek skurczu najdrobniejszych tętniczek jamy brzusznej. Skurcz ten może być wywołany przez czynniki, działające bądź bezpośrednio na naczynia krwionośne, bądź na ośrodek naczynioruchowy, bądź też jest spowodowany nadmierną pobudliwością ośrodka naczynioruchowego na bodźce fizjologiczne, regulujące ciśnienie (np. CO₂).

Nadciśnienie w ostrem kłębuszkowym zapaleniu nerek jest pierwszym i najważniejszym objawem, poprzedzającym często zmiany w moczu i obrzęki.

Jest ono wyrazem zmian nie tylko w naczyniach nerkowych, lecz we wszystkich naczyniach włoskowatych ustroju, a prawdopodobnie i w śródbłonku całego narządu krążenia. Z przebiegu i długootrwałości nadciśnienia sądzymy o ciężkości choroby i rokowaniu. Spadek ciśnienia świadczy o pomyślnem zakończeniu cierpienia z całkowitym powrotem do stanu prawidłowego lub z nieznacznym uszkodzeniem nerek.

W marskości nerek nadciśnienie jest objawem klasycznym i często pierwsze zwraca uwagę na nerki. Jednak z samej tylko wysokości ciśnienia nie należy sądzić o sprawności nerek i ciężkości choroby. Spostrzeganie diurezy, wahań ciężaru gatunkowego moczu, zasobu zasad we krwi i t. p., nie mówiąc już o badaniach czynnościowych, jest bez porównania ważniejsze w ocenie i rokowaniu. Zdarzają się jednak przypadki nerki marskiej bez wzrostu ciśnienia. Przyczyną nadciśnienia jest zatrzymanie w ustroju wskutek niewydolności nerek pewnych związków, pobudzających ośrodek naczynioruchowy. Tegoż odruchowego pochodzenia jest zapewne nadciśnienie spostrzegane w chorobach dróg moczowych, powodujących zatrzymanie moczu.

Obok przypadków nadciśnienia pochodzenia nerkowego spotykamy ludzi z wysokiem ciśnieniem bez określonej przyczyny. Wchodzi tu w rachubę czynnik dziedziczny i konstytucjonalny. Badania nad naczyniami włoskowatymi dały czynniki konstytucjonalnemu

podłoże anatomiczne (odmienny kształt i rozmieszczenie włóśni-czek).

Następnie prelegent omawia odróżnianie nadciśnienia ustrojowego, wrodzonego, konstytucjonalnego, wewnątrzpochodnego, powstałego na tle skazy naczyniowej od nadciśnienia nabytego, ze-wnątrzpochodnego, jak np. w chorobach nerek lub w kile i zwraca uwagę na istnienie postaci mieszanych.

Badania R a a b a wykazały u osób z nadciśnieniem ustrojowym większą pobudliwość ośrodka naczynioruchowego na zawartość CO₂ we krwi.

Nadciśnienie konstytucjonalne uważać należy za skazę naczyniową lub nerwową układu wegetatywnego. Zwraca uwagę na występowanie nadciśnienia ustrojowego w rodzinach, w których są inne przejawy skazy (dna, migrena, dychawica, miażdżycza, otyłość, cukrzyca i t. p. zaburzenia w przemianie węglowodanów, soli, kwasu moczowego, cholesteryny). Istnieje odmienny typ ludzi o nadciśnieniu ustrojowym. Rozpoznanie ustala się tu syntetycznie, a nie analitycznie.

Ludzie z nadciśnieniem krwi często skarżą się tylko na pewną nerwowość. Najważniejsze niedomagania: szybkie i łatwe męczenie się, skłonność do miejscowych skurczów, „asynergji”, zaburzeń miejscowych w rozmieszczeniu krwi i innych zaburzeń w krążeniu. Skargi nie zależą od wysokości ciśnienia, lecz jego wahań. U osób z nadciśnieniem istnieje zmienność ciśnienia i zależność tych zmian od wrażeń i stanów psychicznych, bólu i t. d. Znaczne wahania i zależność od stanu psychicznego potwierdzają czynnościowy charakter nadciśnienia. Długotrwałe zmiany czynnościowe z biegiem czasu prowadzą do zmian organicznych. Długotrwałe nadciśnienie, nie mające początkowo nic wspólnego z miażdżycą, z czasem może prowadzić do miażdżycy drobnych tętniczek. Prelegent zwraca uwagę na adrenalinowy i cholesterynowy typ doświadczalnej miażdżycy oraz na przebieg wahań krzywej ciśnienia w zależności od anatomicznego stanu naczyń. W późnych okresach cierpienia zjawia się nerkowy typ krzywej. Omawia też wpływ nadciśnienia na serce, mózg i nerki.

Poza gośćcem i kiłą nadciśnienie jest najczęstszą przyczyną zmian w mięśniu sercowym i śmierci.

Udary mózgowe powstają nie z pęknięcia miażdżycowo zmienne-nego naczynka w nadciśnieniu. Pierwotnym zjawiskiem jest tu skurcz miejscowy tętniczki mózgu, prowadzący do niedokrwienia i następczego rozpadu tkanki mózgowej. Krwiotok następuje wtórnie z uszkodzonych naczyń. Często występujące u osób z nadciśnieniem zawroty głowy, przemijające niedowłady i parestezje są zjawiskami

przedudarowemi, zależnemi tylko od skurczu tętniczek. Mogą one w porę ostrzec przed niebezpieczeństwem.

Końcowym okresem nadciśnienia jest stopniowo rozwijająca się marskość nerek, których niewydolność klinicznie najbardziej rzuca się w oczy. W rzeczywistości niema odosobnionego zajęcia nerek. To, co nazywamy powszechną miażdżycą obwodową w nadciśnieniu, z reguły sprowadza się do zmian w naczyniach nerek, śledziony, trzustki i mózgu. Dotyczą one przedwłośniczek i polegają na zmianach szklistych ściany i zamknięciu ich światła. Wszystkie inne zmiany, rozsiane po całym ustroju, są związane z wiekiem, a nie z nadciśnieniem.

W przebiegu nadciśnienia prelegent wyróżnia: okres chwiejnego ciśnienia i przemijających zaburzeń czynnościowych, okres przedmiażdżycowy (śmierć z udaru) i okres znacznych zmian miażdżycowych lub marskości nerek. Nie wszystkie okresy występują w przebiegu cierpienia. Szybkość przebiegu jest różna. Często przebieg jest bardzo łagodny i nadciśnienie do starości pozostaje objawem odosobnionym.

Omawia nadciśnienie u młodych; nadciśnienie napadowe; stosunek miażdżycy do nadciśnienia; zmiany miażdżycowe tętnicy głównej, dużych i średnich tętnic oraz drobnych tętniczek w związku z czynnością poszczególnych odcinków układu naczyniowego. Zmiany te na ciśnienie nie wpływają: 80% przypadków miażdżycy przebiega bez nadciśnienia. Niepowikłana miażdżycy i niepowikłane nadciśnienie są stanami odmiennymi, dającymi się rozróżnić klinicznie. W życiu obie sprawy często się wikłają ze sobą. Ważne jest badanie dna oka.

W początkach nadciśnienia istnieje większa pozostałość skurczowa, wreszcie lepsze wypełnienie rozkurczowe i większy rzut. Serce dostosowuje się przez rozstrzeń wyrównawczą. Wykorzystuje ono swe rezerwy. Skutki dla krążenia: większe napełnienie komór i przedsionka sprzyja powstawaniu zaburzeń rytmu (przyśpieszenie tętna, skurcze dodatkowe), zjawiają się: odruch Bainbridge'a, dolegliwości sercowe, zmienia się stosunek krwi krążącej do zalegającej. *M a x i m u m* rzutu wyprzedza *o p t i m u m* pracy; w następnym okresie powstaje przerost serca, towarzyszy mu normalny rzut i brak skarg w tym okresie. W późnych okresach zjawia się osłabienie serca, wzrost oporów na obwodzie, mniejszy rzut, większa dysocjacja tlenu. Prelegent omawia wykorzystanie rezerwy obwodowej, wzajemne dopełnianie się rezerwy serca i rezerwy obwodowej oraz małą rezerwę ogólną, jaką znajdujemy w późnych okresach nadciśnienia i miażdżycy. Skutki dla krążenia: skurcze miejscowe naczyń w okre-

się dobrego ukrwienia przechodzą bez śladu, w złym ukrwieniu i w małym rzucie mogą prowadzić do zaburzeń odżywczych i niedokrwienia. Dostosowanie się rzutu i sprawności serca do oporów na obwodzie stanowi tłumik, chroniący krążenie od zaburzeń. Przy jednakowej liczbie tętna na minutę i jednakowej wysokości ciśnienia obciążenie i praca serca mogą być różne. Bez uwzględnienia innych czynności ciśnienie jest miarą oporów obwodowych, a nie zmian w sercu. Prelegent omawia próby i wartości oceny sprawności krążenia z zachowania się ciśnienia. Ma wielkie i liczne zastrzeżenia, np. niedokładność pomiarów ciśnienia i nieuwzględnienie czynnika czasu. Następnie zwraca uwagę na ciśnienie średnie i jego stałość fizjologiczną.

Kiła usposabia do wyższego ciśnienia. Kiła tętnicy głównej, zwłaszcza części wstępującej, przebiega z nadciśnieniem. Wspomina o odruchu aortalno-opuszkowo-naczyniowym. Przypadki nadciśnienia samoistnego, które mają być skutkiem kiły, uważa za niepewne. Zwraca uwagę na znaczenie ciśnienia w ciąży, jego wahania podczas położu. Omawia nadciśnienie w związku z zaburzeniami hormonalnymi w okresie pokwitania i w mięśniakach macicy.

Próba obniżenia ciśnienia nie jest właściwym leczeniem. Ważne są: spokój fizyczny i psychiczny, uregulowanie trybu życia i diety, zmiana otoczenia, ruch i gimnastyka, kąpiele powietrzne (wstrzegać się naświetlania słonecznego). Należy podawać leki uspokajające, przetwory teobrominy same lub z jodem. Niema leków, obniżających ciśnienie, natomiast jest leczenie, prowadzące do obniżenia ciśnienia.

R o z p r a w y:

Kol. F i d l e r A. uważa, że niema równoległości pomiędzy stanem ciśnienia w różnych tętnicach ustroju. Nie można mówić, iż w nadciśnieniu stwierdza się zwiększenie objętości minutowej serca; wahań takich, jak podano w odczycie, niema.

Kol. P e k e l i s R. powołuje się na P a h l a, który u osób z nadciśnieniem nie stwierdzał miażdżycy. Omawia sprawę upustów krwi, które w wielu przypadkach dają dobre wyniki. Do nich należą przypadki, przebiegające z bólami głowy, uczuciem ciężaru w głowie, z napadami stenokardjalnymi. Widział dobre wyniki leczenia dożylnymi wstrzykiwaniami cukru gronowego w roztworze 30—50%. Kąpiele kwasowęglowe mogą dać dobry wynik we wczesnych okresach choroby.

Kol. W a g n e r K. podkreśla znaczenie zaburzeń w przemianie cholesteryny dla powstawania miażdżycy tętnic. Sądzi, że sklerolizyna nadaje się do leczenia przypadków nadciśnienia ze zwią-

szeniem ilości cholesteryny we krwi. W większości przypadków nadciśnienia stwierdza się zmiany organiczne. W nadciśnieniu na tle kiły jod działa leczniczo. Daje on dobre wyniki również w przypadkach miażdżycy z nadciśnieniem i wzmożeniem 2 tonu nad t. główną.

Kol. Orłowski W., członek T-wa, zaznacza, że w ostrem zapaleniu kłębuszkowym nerek, ciśnienie tętnicze jest istotnie wzmożone. Zjawia się cno jako objaw wczesny. Zależy od zapalenia naczyń włoskowatych w nerkach i poza ich obrębem. Wbrew zdaniu prelegenta nadciśnienie to nie wykazuje zwykle dużych wahań. Nie ma ich także w późnych okresach marskości nerek, gdy znaczna część naczyń w nerce została zniszczona. Duże wahania ciśnienia krwi występują w nadciśnieniu samoistnym, co zależy od łatwej zmienności stanu napięcia drobnych tętniczek. Zdarzają się przypadki ostrego zapalenia kłębuszkowego nerek z ciśnieniem pozornie niewzmocznem. Gdy jednak zbadać stan ciśnienia krwi u tych chorych po ustąpieniu zapalenia nerek, można przekonać się, że są to osoby z podciśnieniem. U chorych z marskością nerek brak nadciśnienia krwi spostrzega się w tym okresie, gdy czynność serca znacznie podupadnie. Dawniejsze poglądy na stan ciśnienia krwi w miażdżycy naczyń dziś zmieniły się znacznie. Miażdżycy naczyń nie bywa cierpieniem ogólnem, najwyżej jest cierpieniem rozległym. To też nie stwarza ona zwiększonych oporów dla pracy serca, krew bowiem, mając nieco utrudniony dostęp do tkanek i narządów ze zmienicznymi naczyniami, kieruje się z łatwością do naczyń, bez zmian miażdżycowych. Dlatego też ciśnienie tętnicze w niepowikłanej miażdżycy naczyń nie zwiększa się, na co zwrócił uwagę jeszcze Dunin. Nadciśnienie spostrzega się tylko w rozległej miażdżycy naczyń jamy brzusznej, to bowiem cierpienie może bardzo wybitnie zmniejszać normalnie dużą pojemność tego odcinka układu krążenia. Nie można też zgodzić się z tezą francuską, że nadmierna ilość cholesteryny we krwi w miażdżycy jest przyczyną nadciśnienia. Na podstawie własnych licznych badań, prowadzonych w ciągu 10 lat, kol. Orłowski przekonał się, że niema zwiększenia ilości cholesteryny we krwi w początkowych okresach miażdżycy; jego zdaniem, cholesteryna odkłada się wtórnie w ścianach naczyń uprzednio zmienionych, tak jak to widzimy w białkomoczym zapaleniu siatkówki.

Przechodząc do leczenia nadciśnienia samoistnego, podkreśla z naciskiem znaczenie wypoczynku psychicznego oraz ujemne działanie nastawienia chorych, doprowadzające nieraz do istotnych cierpień umysłowych. Omawia wskazanie i przeciwwskazanie dla kąpiele kwasowęglowych. Wypowiada się przeciwko zbyt wczesnemu sto-

sowaniu upustów krwi, zaznaczając przytem, że w razie ich stosowania, winny one być obfite (250—300 cm.³). Częstość ich zależy od przypadku. Leczenie jodem jest skuteczne, zwłaszcza w miażdżycy naczyń mózgowych, jak to potwierdziła ankieta wśród wybitnych klinicystów niemieckich, przeprowadzona w swoim czasie przez *Medizinische Klinik*. Natomiast w miażdżycy naczyń jamy brzusznej nieraz pogarsza stan chorych, powodując zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Wielką ostrożność należy zachowywać, stosując to leczenie, zwłaszcza w nadciśnieniu, towarzyszącym pierwotnej i wtórnej marskości nerek. W nadciśnieniach samoistnych niektórzy polecają przewlekłe leczenie małymi dawkami przetworów jodowych. (Streszczenie własne).

Kol. K a p ł a n A. zaznacza raz jeszcze, że próby oceny sprawności krążenia na podstawie zachowania się ciśnienia krwi mają tylko względną wartość. Wprowadzone w Niemczech przez G r a u p n e r a nie znalazły ogólnego rozpowszechnienia. Nie uznaje ich również V a q u e z i jego szkoła. Tembardziej próby te należy przyjąć z zastrzeżeniem, jeżeli kol. F i d l e r, opierając się na doświadczeniach V i l l a r e t a, sądzi, że z wysokości ciśnienia w jednym ramieniu nie można wnioskować o ciśnieniu w drugim ramieniu lub w nodze. Jeszcze mniej można wnioskować o sercu.

Rozstrzeń wyrównawcza, przerost serca, gorsze ukrwienie u starców, spostrzegane np. przy amputacji, są znanymi faktami klinicznymi. Na zachowanie się dysocjacji tlenu wskazują prace L a u b a i B a u m a n n a, a rozpad oksyhemoglobiny w środowisku kwaśnym omawia B a r c r o f t.

Następnie podaje, że należy stosować upusty tylko w niektórych odpowiednich przypadkach, nie należy zatem stosować ich schematycznie.

Stwierdza, że 80% przypadków miażdżycy przebiega bez nadciśnienia. Jod tylko w części przypadków działa korzystnie, niekiedy, zwłaszcza przez ludzi nerwowych, może być źle znoszony. Wahania ciśnienia w ostrem zapaleniu kłębuszkowym nerek spostrzegał w oddziale dra S k ł o d o w s k i e g o. (Streszczenie własne).

Zebranie zamknięto o godz. 23 min. 30.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Doroczny: Jan Roguski

**PROTOKÓŁ ZEBRANIA NAUKOWO - ADMINISTRACYJNEGO.
z dnia 15 grudnia 1931 r.**

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 39, wprowadzonych gości — 46.

Część I-sza.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 27.XI. 1931 r. przyjęto.
2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:
Bartenbach. Annogen. Odb. 1931.
Becker. Analiza preparatów o składzie nieznanym. Wykrycie migreniny. Odb. 1931.
Birzowski. Uwagi o lecznictwie Kas Chorych. Odb. 1931.
Borawski i Heyman. Budowa Wojewódzkiego Białostockiego Zakładu Psychiatrycznego w Choroszczy. 1930.
Borawski. Rozbudowa szpitala zakaźnego św. Stanisława w Warszawie. Odb. 1931.
Bujwid. Pierwszy Zjazd Międzynarodowy Mikrobiologów w Paryżu. Odb. 1930.
Bylina. Ś. p. profesor pułkownik dr. Edward Żebrowski. Odb. 1931.
Celarek i Stetkiewicz. Szczepienia ochronne anatoksyną tężcową i kombinacją szczepionki tyfusowej z anatoksyną. Odb. 1931.
Chojnacki. Hipokalcemja w przypadku skazy krwotocznej. Odb. 1931.
Ciszkiewicz. Pourazowe wysięki stawu kolanowego. Odb. 1931.
„ Z kazuistyki samouszkodzeń. Odb. 1930.
Dadlez. Kilka uwag w sprawie działania tlenków azotu na ustrój. Odb. 1930.
Deliński. Poradnia, a gabinet lekarski. Odb. 1931.
Dzierżyński. Układ roślinny i jego zespoły kliniczne. Odb. 1931.
Ettinger. Z kazuistyki półpaśca i ospówki. Odb. 1931.
Fegler i Bartenbach. Badania nad wartością leczniczą tlenu, wprowadzonego drogą pozapłucną. Odb. 1931.
Fejgin. Bakterjoфаgi i ich zastosowanie w lecznictwie. Odb. 1931.
Fiumel. Choroba morska, a choroba powietrzna. Odb. 1931.
„ Pierwotna promienica płuca prawego. Odb. 1931.
„ Z kazuistyki powolnego zapalenia wsierdzia. Odb. 1931.
Giedroyć. Polski Słownik Lekarski. Tom I. Warszawa, 1931.

- Gmerek. Grypa wśród żołnierzy garnizonu warszawskiego w 1930 rku. Odb. 1931.
- Goldman. Szpital w nocy. Odb. 1931.
- Gromadzki. Sprawozdanie z rocznej działalności w oddziale położniczo-ginekologicznym szpitala Centrum Wyszkożenia Sanitarne-go 1929—1930. Odb. 1931.
- Hauslinger. Sprawozdanie z przebiegu egzaminu wstępnego do Szkoły Podchorążych Sanitarnych w roku 1931—32. Odb. 1931.
- Hibl. Stracona placówka. Odb. 1931.
- Huszcza. Wyodrębnienie medycyny lotniczej i specjalizacja lekarzy lotniczych w Polsce. Odb. 1930.
- Jakimowicz. Przyczynek do histologii prawidłowej i patologicznej zwoju kolankowatego (ganglion geniculi). Odb. 1931.
- Karnicki. Przypadek śluzako-włókniaka oczodołu. Odb. 1931.
- Karwacki. Prątek gruźliczy, jako postać rozwojowa grzybka. Odb. 1930.
- Kołodziejska. Rola witaminy „A” w patologii. Odb. 1930.
- Kon, Mayzner, Grynberg. Badania nad działaniem drożdży naświetlanych na krzywicę u dzieci. Odb. 1931.
- Kostarczyk i Rosnowski. Niedokrwistość, jako powikłanie poszczerpiczkowe. Odb. 1930.
- Krzymuski. W sprawie eliminowania wczesnych postaci gruźlicy płuc na poborze. Odb. 1931.
- Levittoux. Ś. p. pułkownik dr. Michał Latkowski. Odb. 1930.
- Lindeman. Krzywa oddechowa. Odb. 1931.
- Ławrynowicz i Piotrowska. Pobudzające wzrost bakterij działanie wyciągu witaminowego. Odb. 1931.
- Maciąg. Patogeneza bólów serca. Odb. 1931.
- Malinowski. Sprawozdanie filji 3 szpitala Okręgowego w Druskiennikach w 1929 r. Odb. 1930.
- „ Sprawozdanie z działalności i ruchu chorych oddziału chorób nerwowych i psychicznych szpitala wojskowego na Antokolu w Wilnie, za okres pięcioletni (1922—1927). Odb. 1928.
- Maliszewski. Uczestnicy powstania styczniowego, zesłani i internowani. Odb. 1931.
- Marczewski. Czynność wydzielnicza żołądka i trzustki wobec przekwaśności trawiennej. Odb. 1931.
- Markuze. Badania nad wartością odżywczą bułek pszennych. Odb. 1931.
- Mazanek. Ś. p. ppłk. lek. dr. Wojciech Rec. Odb. 1931.
- Mikulski. Odczyn Vernesa w chorobach psychicznych. Odb. 1931.

Mikułowski. Infection méningée mixte à diplocoque de Weichselbaum et à bacille de Koch. Odb. 1931.

Mikułowski. Zakażenie mieszane opon mózgowych dwoinką Weichselbauma i prątkami Kocha. Odb. 1931.

Mikułowski. Ueber spontane Serumkrankheit. Odb. 1931.

Mikułowski. O roli kiły w etiologii rozstrzeni oskrzelowych u dzieci. Odb. 1931.

Mikułowski. Problem konfliktu leczniczego w kile. Odb. 1931.

oraz komunikat Min. Spraw. Wewn. o ustanowieniu biegłych lekarzy sądowych.

3. Kcl. Melanowski W. H., członek T-wa, przedstawił „Przypadki odwrócenia bliznowatego powiek, operowane metodą Szymanowskiego”.

Brak skóry powieki, spowodowany urazem, zapaleniem kości brzegów oczodołu lub oparzeniem skóry łatwo wywołuje niedomykalność powiek i w wyniku dać może ślepotę. W tych przypadkach przeszczepienie płatu uszypułowanego z okolicy twarzy napotyka na poważne trudności, a nieraz jest niemożliwe. W tych przypadkach jest wskazane przeszczepienie wolnego płatu skóry. Przeszczepienie to, jako autoplastyka, zwykle bardzo dobrze się udaje, jak wykazały doświadczenia Kliniki Ocznej U. W. Jednak płat skóry, brany z biodra lub też z ręki według sposobu Wolfe'go (1876), zwykle daje nieszczególnie wyniki, jest zbyt gruby i inaczej zabarwiony. Dlatego też w latach ostatnich wypróbowano metodę A. Szymanowskiego (1899), niesłusznie nazywaną metodą Gama Pinto (opis 1905 r.) lub Mayer Waldecka, gdyż ten ostatni autor streścił tylko pracę hiszpańską Marin Amata z 1913 r. i zachwala zalecenia Gama Pinto.

Metoda polega na wyzyskaniu jako bardzo odpowiedniej skóry napletka u mężczyzn i wewnętrznej strony większych warg sromowych u kobiet. Szczególnie skóra napletka nadaje się do przeszczepiania, jest bowiem bardzo cienka i nie ma tłuszczu podskórnego. Poza to skóra ta ma zwykle barwę podobną do barwy powiek i jest dostatecznie cienka.

Wycina się zwykle płat mniej więcej półtora raza większy, niż powieka i przyszywa się go na miejsce rozszczepienia skóry powieki w okolicę braku. Płat odpowiednio uciska się kilkoma płatami wyjałowionej gazy. Opaskę należy zmienić na piąty dzień. W szeregu przypadków, leczonych tym sposobem, wyniki były bardzo dobre. Zwykle po tygodniu powierzchnia naskórka martwieje i zsycha się na czarną skorupę, która w parę dni po zwilżeniu maścią (np. 3% kseroformową) odpada.

Na zasadzie przypadków, z pośród których parę fotografowano przed i po zabiegu, można sądzić, że wyniki są bardzo zachęcające. Szczególnie ciekawy był przypadek jednego chorego z rozległym bliznowcem twarzy po oparzeniu kwasem siarczanym. Tu przeszczepienie płatu z napletka usunęło bez powikłań niedomykalność szpary powiekowej. W przypadku, który obecnie przedstawiono, laryngolog dr. Grocholski operował zropiałą lewą zatokę czołową. Choremu temu długo zagrażała śmierć z powodu martwaków kości okolicy zatoki i obnażenia opony twardej. W okolicy kąta bocznego oczodołu dotąd sączy się ropa, zawierająca gronkowce hemolityczne. Bliznowacenie w tej okolicy spowodowało znaczną niedomykalność powiek. Zjawilo się następcze owrzodzenie rogówki, pomimo osłony oka szkiełkiem zegarkowym i pomimo stosowania maści. Dlatego też, pomimo bliskiego sąsiedztwa przetoki z ropą, 24.XI.31 r. dokonano przeszczepienia płatu skóry z napletka według sposobu Szymanowskiego. Przeszczepienie nie zawiodło i pozwoliło ocalić oko chorego (chory obecnie widzi $\frac{1}{3}$) oraz dało nam dobry wynik kosmetyczny. (Streszczenie własne).

Rozprawy:

Kol. Lauber J. uznaje omówiony sposób operowania za bardzo dobry. Skóra z napletka i wewnętrznej części dużych warg słomnych bardzo się nadaje do przeszczepiania na powieki. Jest ona cienka i zawiera więcej barwnika, nie różni się przeto od otoczenia. Niekiedy używamy skóry z ramienia.

Kol. Melanowski W. H., członek T-wa, zaznacza, że tego rodzaju przeszczepienia bardzo dobrze przyjmują się.

4. Kol. Blacher L. wygłosił odczyt p. t.: „Nowe ciała krwi, obdarzone samodzielnym ruchem (hemokin)”.

Na wstępie prelegent podaje, że w czasie badań nad zachowaniem się płytek w żywej kropli krwi spostrzegł, iż oprócz krwinek czerwonych i białych oraz płytek we krwi znajdują się ciała, obdarzone samodzielnym ruchem i charakteryzujące się odrębnymi cechami morfologicznymi. Na podstawie spostrzeżeń, trwających od 1927 roku, doszedł do przekonania, że płytki mają skłonność do utraty swego kształtu pod wpływem czynników wewnętrznych. Nie posiadają one samodzielnego ruchu i występują zbiorowo. Wymienione cechy płytek ułatwiają odróżnienie ich od spostrzeżonych tworów, obdarzonych samodzielnym ruchem, występujących przeważnie pojedynczo oraz zachowujących swój kształt przez dłuższy okres czasu. Ciała wymienione nazwano hemokinami.

Przed przystąpieniem do szczegółowego omówienia powyż-

szych ciałek autor zastrzega się, że z pośród spostrzeganych przez niego ciałek, poruszających się we krwi, wyłącza dotychczas spostrzegane twory krwi, które wykazują ruchy samoistne lub bierne. Wyłącza więc przedewszystkiem hematokonje *Mueller*a. Dokładnie tłumaczy, dlaczego ruchy spostrzeganych tworów nie mogą należeć do ruchów *Browna*, wreszcie wyłącza drgające twory *Neumanna* i pyłki krwi.

Oceniając spostrzegane ciała na podstawie ich ruchu, można podzielić je na 4 grupy, z których każda ma także inne odrębne cechy.

Do 1. grupy zaliczają się hemokiny jednokierunkowe (*haemokinum monocroptum*). Ciała tej grupy są hipochromatyczne i barwią się błękitem krzyzowym na jasno niebiesko. Wykazują one jednokierunkowe ruchy postępowe. Spostrzegano je we krwi chorych z zaburzeniami narządów, wytwarzających krwinki czerwone i białe.

Do 2. grupy zaliczono hemokiny wielokierunkowe (*haemokinum polystreptum*). Te hemokiny mają kształt pełzaka i wykonują ruchy w kierunku dłuższych wypustek. Występują pojedynczo we krwi chorych na niedokrwistość złośliwą typu *Biermera*.

3. grupę stanowią hemokiny skaczące, które występują zbiorowo. Charakteryzują się swoistą budową. Ciała te mają na jednym biegunie bardzo cieniutkie niteczki, które podczas dość żywych ruchów układają się falisto. Ciała te chętnie łączą się ze sobą lub z krwinkami.

Ostatnią 4. grupę stanowią hemokiny obrotowo-postępowe (*haemokinum gyro-proodostreptum*). Hemokiny tej grupy są przeważnie tworami okrągłymi i dość silnie załamują światło. Wykazać je można w każdej krwi, aczkolwiek nie w każdym polu widzenia preparatu, z wyjątkiem krwi osób chorych na raka, u których w znacznym odsetku przypadków nie można było ich wykryć. W przypadkach chorób narządów krwiotwórczych hemokiny te stwierdzano częściej i łatwiej, niż u osób zdrowych.

W końcu prelegent podaje wyniki badań doświadczalnych z krwią. Zauważył, że we krwi jednego i tego samego chorego w jednej serji badań po upływie dłuższego czasu znajdują się twory wielkości około 2 mikronów, przypominające swą budową opisane wyżej hemokiny postępowo-obrotowe. Badania bakterjologiczne i parazytologiczne wykazały, że tworów tych nie można zaliczyć ani do drobnoustrojów ani do pierwotniaków.

Na podstawie swych spostrzeżeń prelegent sądzi, że hemokiny stanowią nowe ciała we krwi. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. Mańkowski A., członek T-wa, przestrzega przed błędami wielokrotnie już popełnionymi w badaniach krwi. Hemokiny nie są nowoodkryte, lecz nowowyodrębnione. Ruch ich trzeba oceniać ostrożnie, bowiem liczne czynniki mogą nań wpłynąć, np. stężenie środowiska, wysychanie, zmiana ciepłoty, prądy powietrza, potrącanie, bicie serca, oddech i t. d.

Kol. Słonimski P. zaleca stosowanie bardziej nowoczesnych metod badania, np. mikrofilmu. Mogłyby one znacznie pogłębić dotychczasowe spostrzeżenia prelegenta.

Kol. Blacher L. robił liczne i różne doświadczenia nad ruchem hemokinów. Po wywołaniu ruchu biernego innych krwinek ruch hemokinów nie zmieniał się; cząsteczki innych krwinek przypominają budową krwinki macierzyste i mają ruch bierny. Mikrofilmu nie wykonano z powodu braku środków materialnych.

Kol. Orłowski W., członek T-wa, był bardzo oporny na początku badań w uznaniu hemokinów za nowe ciała krwi. Jednak hemokiny mają niewątpliwie swój własny ruch. Ciężkie warunki materialne, w jakich kliniki i zakłady uniwersyteckie pracują, nie pozwalają na wykonanie mikrofilmu i inne nowoczesne metody badania.

5. Kol. Laskowski J., członek T-wa, omówił „Anatomję patologiczną raków płuc”.

Materiałem tkankowym dla raków płuc są rozrosty zarówno w obrębie oskrzeli (bronchitis proliferans homeoplastica aut heteroplastica), jak i pęcherzyków płucnych (rozrosty rzekomogruzołowe). Przedewszystkiem grypa, dalej gruźlica wytwórcza, przewlekłe stany zapalne w oskrzelach i rozstrzeniach oskrzelowych łącznie ze wszystkimi cierpieniami, powodującymi rozrosty nabłonków, mogą być uważane za jedno z ogniw patogenetycznych raka. Do chwili obecnej nie zostały określone czynniki rakotwórcze, doprowadzające wspomniane rozrosty nabłonkowe do przekształcenia złośliwego. Niektóre dane statystyczne, a także badania nad rakiem płuc u górników w Schneebergu i w Joachimowie przemawiają za obecnością czynnika szkodliwego w otaczającym powietrzu (arsen, emanacja radowa?). Przypisywanie pewnego znaczenia: paleniu tytoniu, fabrycznym i automobilowym gazom spalinowym, gazom bojowym, pyłowi ulicznemu (smołowanie ulic) nie wyszło jeszcze poza ramy mniej lub więcej umotywowanych przypuszczeń. Rak płuca rozwija się z komórek rozrodczych, do których można zaliczyć prócz komórek podstawnych nabłonka oskrzelowego również nabłonek pośredni, będący elementem przejściowym od zupełnie niezróżnicowanych do zupełnie dojrzałych komórek nabłonka walcowatego i gruczołowego,

bądź też wielowarstwowego płaskiego oskrzeli. Jest rzeczą pewną, że raki płuc rozwijają się z oskrzeli, jako z tego terenu, w którym wspomniane elementy rozrodcze spotykają się niepomiernie często. Z punktu widzenia teoretycznego jest rzeczą możliwą, choć niezbyt udowodnioną, że i nabłonek pęcherzyków i gruczołów śluzowych może być punktem wyjścia rozplemu nowotworowego.

Pod względem histologicznym raki płuc można podzielić na 3 grupy, różniące się między sobą stopniem zróżnicowania: 1. grupa — raki zupełnie niezróżnicowane, zbudowane z drobnych ciemnych komórek, przypominających komórki podstawne (carcinoma microcellulare, basocellulare); 2. grupa — raki mało zróżnicowane, zbudowane z komórek pośrednich, należących bądź do nabłonka walcowatego, bądź też wielowarstwowego płaskiego (carcinoma solidum intermediocellulare: planoepitheliale et cylindro- aut adenoepitheliale); 3. grupa — raki wyraźnie zróżnicowane bądź w kierunku nabłonka płaskiego (carcinoma planoepitheliale), bądź też walcowatego lub gruczołowego (carcinoma cylindro-aut adenoepitheliale).

Wyliczone postacie odnoszą się raczej do poszczególnych składników utkania nowotworowego, a nie do raka jako całości. W poszczególnych bowiem przypadkach można zauważyć mieszanie się ze sobą wspomnianych postaci, a nawet podgrup (np. występowania raka podstawnokomórkowego obok płaskonabłonkowego rogowaciejącego, raka gruczołowego obok płaskonabłonkowego). Szerzenie się raków płuc odbywa się 3 drogami: 1. drogami powietrznymi (oskrzeliki i pęcherzyki płucne), 2. naczyniami limfonośnemi, 3. naczyniami krwionośnemi. Najpierw zostaje zaatakowana tkanka płucna, później tkanki sąsiednie: opłucna, śródpiersie (n. zwrotny, osierdzie, pnie naczyniowe, przełyk i t. d.), przepona, a nawet narządy jamy brzusznej. Oprócz szerzenia się drogą naciekania zjawiają się bardzo często przerzuty i to najczęściej w gruczołach chłonnych (wnękowych, śródpiersiowych, nadobojczykowych, pachowych i w końcu w zaotrzewnowych) i w wątrobie. Cechą charakterystyczną raków płuc jest stosunkowo częste powstawanie ognisk wtórnych w ośrodkowym układzie nerwowym, w kościach i nadnerczach (brak hamującej barjery płucnej i powinowactwo tkankowe).

Z powikłań należy wymienić: 1. powstawanie rozstrzeni oskrzelowych, 2. niedodmy płuc i 3. zapalenia płuc odoskrzelowego z nieprawidłowem zejściem (ropnie, zgorzel, przewlekłe śródmiąższowe zapalenie płuc), 4. nadżeranie ścian naczyniowych z krwiotokiem, nierzadko śmiertelnym, 5. zapalenie opłucnej (surowicze, surowiczokrwiotoczne, ropne), czasami połączone z odmą, 6. zapalenie osierdzia, a nawet i otrzewnej.

Obrazy makroskopowe raków płuc w zależności od stopnia i sposobu szerzenia się są tak różnobarwne, że nie dają się opisać żadnymi ramami podziału. Dlatego też słuszniejsze od podziału jest określanie w każdym poszczególnym przypadku 1. makroskopowego punktu wyjścia, 2. sposobu szerzenia się w tkance płucnej, 3. stosunku raka do tkanek otaczających.

Ad 1. Pierwotne ognisko może umiejscawiać się bądź:

a) przywnękowo (ca. juxtahilicum), b) bądź śródpłatowo (ca. intralobare) i przedstawia się ono już to pod postacią guza litego, już to jamistego; ta ostatnia postać powstaje w trojaki sposób: α) jako rak rozwijający się pierwotnie ze ściany istniejącej jamy (rozstrzeń, jama gruźlicza), β) jako rak wtórnie wrastający do ściany jamy (do ściany rozstrzeni lub błony ropotwórczej ropnia) i γ) z rozpadu utkania samego nowotworu.

Ad 2. Raki płuc mogą szerzyć się w tkance płucnej: a) pasmowato (progressio fasciculata), b) guzowato (pr. tuberosa), c) rozlanie (pr. diffusa mono- lub bilobaris i t. d.), c) przez rozrastanie nawarstwiające się i wytwarzające dość dąbnie odgraniczony guz (pr. appositiva).

Ad 3. Raki płuc mogą: a) atakować opłucną (pr. pleuralis), b) tkanki śródpiersia (pr. mediastinalis).

Używając wymienionych określeń, można w każdym przypadku oznaczyć postać raka płuc w sposób bardzo plastyczny. (Streszczenie własne).

R o z p r a w y:

Kol. S t e r l i n g - O k u n i e w s k i S t., członek T-wa, stwierdza, iż raki płuc nie mają jednolitej etiologii. Wiele czynników wchodzi w grę w ich rozwoju. Gazy bojowe wyjątkowo prowadzą do nowotworu płuc. Znaczenie grypy oceniają różnie. Natomiast gruźlicę często uważa się za czynnik, wywołujący raka płuc, i statystycznie ocenia się ją naogół jednakowo. Również i kiła bardzo często kojarzy się z nowotworem płuc; prowadzi ona często do rozplemu odrodzonego. Przedstawiony podział raków płuc, właściwie biorąc, nie jest podziałem w ścisłym znaczeniu tego słowa. Częstość raka płuc zwiększyła się znacznie, zdaniem niemieckich autorów — 10-krotnie.

Kol. L a s k o w s k i J., członek T-wa, podkreśla, iż w omówieniu t. zw. czynników, wywołujących raka płuc, wyraźnie zaznaczał, że niema zgody pomiędzy zapatrywaniami różnych autorów. Natomiast statystyka gruźlicy i raka płuc jest wybitnie rozpięta: od 2,5% (Z a l k a) do 42% (W o l f). Jest to zrozumiałe i zależy od różnej oceny i tłumaczenia spostrzeganych obrazów anatomicznych oraz mniejszej lub większej ścisłości badania. Co się tyczy podziału

raków płuc, to przedstawiony podział nie jest ścisły, na co zwracał uwagę. Niestety ścisłego podziału nie można przeprowadzić, gdyż natura nie daje się ująć w ścisłe ramy i zawsze tworzy odstępstwa. Z tych względów proponuje zastąpienie podziału określeniami.

Część II-ga.

1. Wybór Komisji Wyborczej.

Kol. Prezes zawiadomił, iż Zarząd postanowił w roku bieżącym również przygotować listę przyszłego Zarządu w drodze pośredniej, a mianowicie przez specjalną Komisję Wyborczą, do której proponuje na członków kolegów: Ambrożewicza Al., Butkiewicza T., Dąbrowską J., Gruszczyńskiego Al., Kowalskiego W., Mútermilcha St., Michalskiego Zdz., Sławińskiego Zdz., Wąsowicza St., Stefanowskiego A. oraz ze strony Zarządu: Sekretarza Stałego L. Babińskiego i Wiceprezesa L. Paszkiewicza, jako przewodniczącego Komisji; na zastępców kolegów: Gernerę Kl., Horodyńskiego W., Korzonównę J., Kozerskiego Ad. i Mazurka J.

Zebrańie bez rozpraw uchwaliło powołać Komisję Wyborczą. Wszystkich wymienionych wyżej kandydatów na członków i zastępców wybrano w skład Komisji Wyborczej.

2. Wyniki konkursów:

Kol. Wiceprezes zawiadomił o przyznaniu następujących nagród:

a) im. Giellerów Jana i Marji — dr. med. Annie Siedleckiej, zarządzającej pracownią anatomopatologiczną Szpitala Św. Ducha, za dotychczasową pracę naukową oraz za pracę przy urządzaniu i rozbudowie tej placówki naukowej, dającej możność kształcenia się młodzieży lekarskiej. Wysokość nagrody — 1.197 zł.

b) im. Piramowicza Grzegorza — dr. med. Janowi Bogdanowiczowi za pracę „Zarys rozwoju fizycznego dziecka“ i całokształt działalności higieniczno-lekarskiej. Wysokość nagrody — 400 zł.

c) im. Sommera F. — 3 nagrody: 1) dr. med. Dedze Wiktorowi za pracę „Badania nad etjologią wrodzonego zwichnięcia biodra“, 2) dr. med. Mozołowskiemu Włodzimierzowi za całokształt prac z zakresu chemji fizjologicznej oraz na dalsze prowadzenie rozpoczętej pracy nad przemianą materji w mięśniach zatrutych kw. jodoctowym, 3) dr. med. Węśławowi Wojcie-

chowi za pracę „Badania nad nabłonkiem płucnym”. Wysokość każdej nagrody — 533 zł. 33 gr.

Kol. **Wiceprezes** podkreślił wysoki poziom konkursów, zwłaszcza konkursu im. F. Sommera, na który nadesłano prace wysoce wartościowe.

Kol. **Prezes** złożył wniosek podziękowania członkom Komisji Konkursowych z Wiceprezesem na czele. Zebrani wniosek przyjęli przez aklamację.

Zebranie zamknięto o godz. 22 min. 15.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ ZEBRANIA ADMINISTRACYJNEGO z dnia 29 grudnia 1931 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 45.

1. **Sprawy:**

a) Sekretarza Stałego, b) Sekretarza Dorocznego, c) Bibliotekarza, d) Komitetu Bibliotecznego były w całości wydrukowane w Roczniku Zarządu 1932.

Rozprawy:

Ad. 1-a: kol. **Ławrynowicz A.** zwraca uwagę na bardzo liczne błędy w 125 Roczniku Pamiętnika T-wa. Tak wydawany Pamiętnik szkodzi T-wu. Nie należy również drukować wykazów prac nadsyłanych do Biblioteki. Stawia wniosek wydania „błędów” do tego rocznika.

Wniosek uchwalono olbrzymią większością głosów.

Kol. **Prezes** stwierdza, iż niedrukowanie wykazów prac jest sprzeczne z Regulaminem.

Sprawozdanie Sekretarza Stałego przyjęto.

ad. 1-b: Sprawozdanie Sekretarza Dorocznego przyjęto.

ad 1-c: Kol. **Ławrynowicz A.** zgłosił wniosek nie wykładania pism reklamowych na stołach Biblioteki T-wa.

Kol. **Zwejgbaum M.** uważa, iż Biblioteka nie jest powołana do oceny wartości pism; są osoby, które te pisma czytają.

Wniosek kol. **Ławrynowicza A.** przekazano Komitetowi Bibliotecznemu do rozstrzygnięcia.

Kol. **Prezes** zawiadamia, iż kol. **Zwejgbaum M.** ustępuje mimo próśb Zarządu ze stanowiska Bibliotekarza z powodu zle-

go stanu zdrowia. Imieniem Zarządu wnosi o podziękowanie kol. Z wej g b a u m o w i M. za owocną pracę dla Towarzystwa. Wniosek przyjęto przez aklamację.

ad 1-d: sprawozdanie Komitetu Bibliotecznego przyjęto.

2. Obniżenie składki członkowskiej.

Kol. Prezes stwierdza, iż przez przyjęcie sprawozdania Sekretarza Stałego Zebranie automatycznie uchwaliło obniżenie składki członkowskiej do 40 (czterdziestu) złotych rocznie.

3. Preliminarz budżetowy na 1932 rok.

Kol. Skarbnik omówił poszczególne pozycje rachunku a) domu T-wa, b) rachunku własnego T-wa.

Rozprawy:

Ad 3-a: Kol. Gruszczyński A. zapytuje o zabezpieczenie należności od firmy „Natawis“ oraz czy Zarząd posiada jakie rezerwy pieniężne na pokrycie możliwego niedoboru.

Kol. Ryłko M. wyjaśnia, iż położono areszt na majątku firmy „Natawis“. Zarząd w chwili obecnej rozporządza kapitałem rezerwowym na pokrycie możliwego niedoboru budżetowego na r. 1932.

ad 3-b: W dyskusji nad rachunkiem własnym T-wa zabierali głos koledzy: Żurakowski A., Loth E., Ryłko M., Orłowski W., Gruszczyński A., Ławrynowicz A., Grott J. W.

Kol. Ławrynowicz A. wnosi o przekazanie 2.000 zł., przeznaczonych na druk Pamiętnika, jednemu z pism, drukujących protokoły, wzamian za odbitki tych protokółów.

Kol. Ryłko M. wyjaśnia, iż Statut nakłada obowiązek wydawania Pamiętnika.

Kol. Grott J. W. proponuje oszczędności przez wydawanie Pamiętnika i odbijanie druków na gorszym papierze.

Kol. Orłowski W. wnosi o przekazanie wniosku kol. Grotta przyszłemu Zarządowi, jednocześnie przestrzega przed drukowaniem Pamiętnika na złym papierze.

Wniosek kol. Grotta J. W. przekazano do załatwienia przyszłemu Zarządowi według uznania.

Preliminarz budżetowy na 1932 rok uchwalono olbrzymią większością głosów bez zmian.

4. Wniosek kol. Ławrynowicza A.

Kol. Prezes odczytuje wniosek kol. Ławrynowicza A. o zmianie §§ 25, 26 i 27 Statutu T-wa w sposób następujący:

§ 25: Towarzystwo może posiadać własny organ.

§ 26: skreślić,

§ 27: skreślić.

Jednocześnie proponuje wydawanie Polskiej Biblijografii Lekarskiej zamiast Pamiętnika.

Rozprawy:

Kol. Sekretarz Stały radził imieniem Zarządu rozpatrzyć tę sprawę łącznie z innymi zmianami statutowymi.

Kol. Ławrynowicz A. przemawiał w obronie swego wniosku.

Uchwalono jednogłośnie rozpatrzyć wniosek kol. Ławrynowicza łącznie z innymi zmianami Statutu.

5. Fundusz stypendjalny im. ś. p. prof. dra B. Sawickiego.

Kol. Sekretarz Stały przedstawił stan funduszu. W chwili obecnej wynosi on zł. 8.006 — mianowicie.

w 7% pożyczce dolarowej	zł. 5.900.—
w gotówce	„ 2.106.—
łącznie	zł. 8.006.—

Odsetki od tego funduszu mają służyć jako zapomoga na uzupełnianie studjów w zakładach i klinikach zagranicznych. Imieniem Zarządu wnosi o zatwierdzenie i przyjęcie tego funduszu.

Rozprawy:

Kol. Grzybowski M. proponuje, by stypendjum udzielać również i na uzupełnianie studjów w zakładach i klinikach krajowych — wniosek uchwalono jednogłośnie.

Kol. Paszkiewicz L. wnosi o nieudzielaniu stypendjum do chwili osiągnięcia przez fundusz zasadniczy sumy 15.000 zł. — wniosek uchwalono jednogłośnie.

Kol. Grott J. W. proponuje doliczać 10% odsetek do zasadniczego funduszu. Zabezpieczy to fundusz przed możliwością dewaluacji i zwiększy wysokość stypendjum w razie niskiego oprocentowania funduszu.

W rozprawach nad tym wnioskiem zabierali głos koledzy: Rytko M., Grott J. W., Paszkiewicz L. i Orłowski W., który zaproponował przekazanie sprawy zabezpieczenia funduszu przyszłemu Zarządowi — co też jednogłośnie uchwalono.

6. Przedstawienie kandydatów na członków czynnych:

Kol. Paszkiewicz L. wnosi o zwolnienie kolegów Orłowskiego i Melanowskiego od wygłaszania referatów z prac prof. Laubera J. i prof. Wagnera K.

Po krótkiej rozprawie, w której zabierali głos koledzy: Roguski J. i Orłowski W., zebrani uchwalili wniosek kol. Paszkiewicza L. olbrzymią większością głosów.

Kol. Gola kowski J. złożył sprawozdanie z prac kol. Z e y-
ferta Witolda,

Kol. Grott J. W. złożył sprawozdanie z prac kol. R o s-
nowskiego Michała,

Kol. Loth E. złożył sprawozdanie z prac kol. S z c z a w i ń-
skiej Wandy,

Kol. Michalski Zdz. złożył sprawozdanie z prac kol.
Lilpopa Wacława,

Kol. Michalski Zdz. złożył sprawozdanie z prac kol.
Gawrońskiego Włodzimierza,

Kol. Okoński M. złożył sprawozdanie z prac kol. S k w a r-
czewskiej Heleny,

Kol. Zawadowski W. złożył sprawozdanie z prac kol.
Werkenthinówny Marji.

Zebranie zamknięto o godz. 22 min. 15.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **Karol Chodkowski.**

Spis nazwisk*).

- A**
Apfelbaum E. 156.
- B**
Babiński L. 14, 71, 121, 129, 136, 142, 160, 161, 198.
Bartoszek T. 149, 150.
Bączkiewicz J. 118.
Blacher L. 186, 188, 223, 225.
Bloch M. 68, 78, 83, 85, 87, 92.
Bratkowski E. 102, 130, 132, 150.
Brokman H. 81.
- C**
Chodkowski K. 17, 27, 177, 207, 209.
Cieszyński Fr. Ks. 98.
Cytronberg S. 7, 22, 54, 82, 163.
Czarkowski H. 53.
Czubalski Fr. 206.
Czyżewski M. 6.
- D**
Dąbrowska J. 35, 211.
Dąbrowski K. 58, 59, 69, 209.
Dębicki K. 19, 22, 53, 90, 102.
Drozdowicz G. 30, 31, 68.
- E**
Elektorowicz A. 51, 54, 63, 70, 209.
- F**
Felc Wł. 91.
Felix J. 182, 186.
Fidler A. 143, 149, 158, 217.
Filiński Wł. 45, 69, 76, 90, 98, 100, 103, 105, 105, 108, 126, 146, 152, 153, 154, 156, 166, 168, 192, 195.
- Floksztrumpf M. 37, 39.
Franio Z. 166.
Freyd A. 88, 91.
- G**
Galewski A. 36, 36, 104.
Galinowski Z. 32, 33, 188.
Gerner Kl. 31, 146, 149.
Gluziński A. 176.
Goebel Fr. 104, 107, 169.
Goldman M. 54.
Gorecki Z. 110, 193.
Grabarz J. 27.
Grott J. W. 30, 32, 32, 33, 107, 145, 148, 149, 157, 230, 231.
Gruszczyński A. 230.
Grycewicz M. 61.
Grzybowski M. 147, 231.
Grzywo-Dąbrowski W. 92.
- H**
Handelsman J. 29.
Hellin D. 162.
Higier H. 20, 42, 147.
Higier St. 45.
Hirszfeld L. 36, 39.
Hrom St. 155.
Huszcza A. 111, 112.
- J**
Jarosiński A. 121.
Jastrzębski W. L. 168.
Jochweds B. 55.
Jokiel A. 106.
Justman St. 19, 20, 104, 105.
- K**
Kaczyński A. 101, 102, 103.
Kałociński W. 131.

*) Liczby oznaczają stronicę; gruby druk — odczyty, referaty, pokazy, życiorysy, przemówienia; zwykły — udział w rozprawach.

Kalinowski R. 87, 91.
 Kapłan A. 168, 214, 219.
 Kapuściński St. 168, 168.
 Karwacki L. 39, 55, 66, 77, 78.
 Kołodziejski J. 37.
 Komocki W. 188.
 Kopczyński St. 94, 98.
 Kryński L. 21, 38, 53, 100, 153, 203.
 Krzepisz J. 181.

L

Laskowski J. 25, 67, 213, 225, 227.
 Lauber J. 223.
 Leśniowski A. 113, 140.
 Leśniowski St. 50.
 Litwin Fr. 100.
 Loth E. 53, 230.

Ł

Łapiński W. 116.
 Ławrynowicz A. 229, 230, 231.

M

Mańkowski A. 20, 82, 110, 112, 124,
 135, 209, 213, 225.
 Markert W. 178, 179, 181.
 Melanowski W. H. 222, 223.
 Messing Z. 99, 100.
 Michałski Z. 156.
 Michałowicz M. 140.
 Mikułowski W. 25, 75, 77, 194.
 Misiewicz J. 61, 69, 81.
 Moczarski W. 31, 82, 98.
 Modrakowski J. 9.
 Morawiecka J. 30.
 Mossakowski J. 106, 108.

N

Nowosadko G. 152.

O

Obstaender E. 27.
 Offenbergl J. 90.
 Orłowski W. 27, 31, 32, 36, 39, 50, 55,
 70, 82, 87, 90, 102, 104, 107, 112, 128,
 131, 133, 135, 136, 141, 150, 154, 157,
 168, 178, 179, 186, 188, 196, 213, 218,
 225, 230, 231.
 Oszacki A. 162, 164.

P

Paszkwicz L. 57, 59, 177, 231.
 Pekelis R. 217.
 Petrynowski M. 148, 149.
 Płoński A. 212.

Podkóliński F. 118.
 Półtorzycka St. 212.
 Proszowski W. 100.
 Przyborowski A. 206.
 Przyłęcki St. 164.

R

Reicher E. 195, 205, 206.
 Religioni A. 100, 103.
 Roguski J. 145, 148, 153, 155, 213, 231.
 Rosnowski M. 44, 45, 179.
 Roszkowski M. 98.
 Rudzki St. 67, 96.
 Rutkowski J. 20, 22.
 Ryłko M. 8, 230, 231.
 Rytel A. 186.

S

Sabat B. 52, 54, 126.
 Semerau-Siemianowski M. 190, 196.
 Siedlecki E. 209, 213.
 Skłodowski J. 29, 31.
 Sławiński Z. 53.
 Słonimski P. 204, 225.
 Stankiewicz R. 169.
 Starkiewicz W. 176.
 Sterling-Okuniewski St. 131, 132, 133,
 227.
 Stępień Br. 28.
 Stępowaska A. 109, 111.
 Szczepański Z. 67, 78, 87.
 Sznajderman I. 171.
 Sztajer R. 30.
 Szumlański W. 119.

T

Tokarski K. 193.
 Trojanowski A. 49, 50, 210, 214.
 Tyczka W. 30.

W

Wagner K. 174, 201, 217.
 Wąsowicz St. 98.
 Węgieńko J. 157, 158.
 Wierzuchowski M. 46.

Z

Zajdenbajtel St. 134, 136
 Zakrzewski Z. 203, 204.
 Zaleski M. 30, 31.
 Zembrzuski L. 45, 164.
 Zweibaum J. 203.
 Zweigbaum M. 229.

ż

Żurakowski A. 230.

Krótki spis rzeczy.

Acetylocholina i angióksyl — działanie 182.

agranulocytoza 26.

akademja ku czci ś. p. B. Sawickiego 113.

alkaloza — patrz „kwasica“.

alkoholizm u dzieci 104.

amonjak — patrz „kwasica“.

anatomji praktycznej potrzeba znajomości 20.

azocica doświadczalna — patrz „jelito“.

Bąblowiec wątroby 143.

białaczką ostrą 166.

blonica pierwotna palca 201.

budżet T-wa 230.

Choroba: Addisona 134, **Pageta** 181.

cięża z niedokrwistością i skazą krwiotoczną 32.

cukier: we krwi 106, 157, **wchłanianie w jelicie cienkim** 7.

cwał rozkurczowy 44.

członków nowych: przyjęcie 13, **powitanie** 17.

Dystrophia pluriglandularis neurofibromatosa 27.

chwastnicy zakażenie wielkoustcem jelitowym 148.

Fundusz stypendjalny im. B. Sawickiego: komitet 75, **stan** 231.

Ganglioneuroma gl. suprarenalis 99.

gruźlica: jadu postać ziarnista 55, 77; **płuc: klinika pierwotnego zespołu u dorosłych** 92, **kliniki racjonalne ujęcie** 78, 85, **krwiopochodna** 85, **nawałowa** 92, **powstawanie i rozwój ze stanowiska anatomopatologicznego** 57, 59, 66 i **kliniki** 58, 59, 66, **rozpoznania wczesne** 61, 66 i **metody rentgenowskiej znaczenie dla rozpoznania wczesnego** 63, 66, **suchoty i ich odmiany**

78, wieku młodocianego 92, zakażenie ponowne i dodatkowe 61, 66; układu chłonnego 30; walka w Norwegji 96 i na terenie szkolnym 94.

Hemokiny 223.

hipotonja konstytucjonalna 190.

hypoglycaemia paroxysmalis spontanea 157.

Insygniów wręczenie Wydz. Lek. U. W. 136.

interrenalismus i hyperthyreoidismus 152.

intuicja w medycynie 164.

Jąkanie a zaburzenia oddechowe 109.

Jelito cienkie a równowagi kwasowo-zasadowej utrzymanie 22, wchłanianie cukru gronowego i owocowego 7, wydalanie Cl i związków N w azocy doświadczalnej 54.

Kandydatów na członków przedstawienie 231.

kila: leczenie 168, marskość zanikowa wątroby 17, mózgu zapalenie kokluszowe 25, rozstrzeń oskrzela 75.

Komisji wyborczej obiór 228.

konkursów naukowych wyniki 130, 228.

krew: agranulocytoza 26, badania chemiczno-kliniczne u chorych na raka i inne cierpienia 162, białaczka ostra 166, cukier w zależności od zabiegu operacyjnego 106, hypoglycaemia paroxysmalis spontanea 157, lepkość w chirurgji 6, niedokrwistość krwiotoczna a cwał rozkurczowy 44, niedokrwistość ze skazą krwiotoczną w ciąży 32, nowe ciała (hemokiny) 223, odczyny biologiczne na zmianę ciśnienia 111, płytek morfologja i metody badania 186.

kręcz 43.

kwaz moczowy w soku żołądkowym 104.

kwazica doświadczalna a rola amonjaku 178.

kwazica i alkaloza: sztuczna jako czynniki lecznicze 9, doświadczalnej wpływ na układ krążenia i oddychania 155.

kwazowo-zasadowej równowagi utrzymanie a jelito cienkie 22.

Mózgu: opon wągrowatość i padaczka 28, zapalenie kokluszowe w kile 25.

Nadciśnienie tętnicze 214.

nadnercza: fizjologja i patologja 134, ganglioneuroma 99.

niedokrwistość — patrz „krew”.
niepotliwość połowicza twarzy 171.
nosa operacyj kcosmetycznych technika 162.
nowotwory: serca 130, własności tkanek w hodowli 203.

Odruchy brzuszne 19.
opon mózgowych wągrowatość i padaczka 28.
oskrzela rozstrzeń w kile 75.

padaczka: jacksonowska 50, i opon mózgowych wągrowatość 28.
palca błonica pierwotna 201.
płuca: gruźlica — patrz „gruźlica”, rak — statystyka 210 i anatomja patologiczna 225, pojemność życiowa a ćwiczenia cielesne 205.
potworniak śródpiersia 207.
powiek odwrócenia bliznowatego operacja 222.
przełyku rak 35.

Radową emanacją leczenie zakażeń 132.
ran pestrzałowych samobójczych fotografie 91.
rak: badania chemiczno-kliniczne krwi w—162; płuc—statystyka 210 i anatomja patologiczna 225; przełyku 35; serodjagnostyka 37, wartość próby serologicznej 37.
rozstrzeń oskrzela w kile 75.

Samobójstw krzywe statystyczne 92; patrz „rany”.
serca: cwał rozkurczowy w niedokrwistości krwiotocznej 44, nowotwory 130,
skaza krwiotoczna małopłytkowa z niedokrwistością w ciąży 32.
składki członkowskiej obniżenie 230.
Statutu zmiany 230.
suchoty — patrz „gruźlica.

Śledziona w ziarnicy 25.
śródpiersia potworniak 207.

Teratoma thoracis 207.
tętnicy głównej: tętniaki 35, krwiak śródścienny z pęknięciem do wcrka csierdziowego 49.
tiki 42.
torticollis 43.

Uwłosienia utrata w chorobie zakaźnej 145.
uzdrowiska — patrz „zdrojowiska”.

Wągrowatość opon mózgowych i padaczka 28.

wątroby: bąblowiec 143, działanie chlorkopędne 36, marskość zani-
kowa 17, opadnięcie 51.

węglowodanów: przemiana a solanka druskienicka 100, przetwa-
rzanie a głód, hormony i czynniki pokarmowe 46.

wielkousciec jelitowy w dwunastnicy i drogach żółciowych 148.

witasteryna D: przemiana P, Ca, N i jej toksyczność 169.

Zakażeń leczenie emanacją radową 132.

Zarządu T-wa: doniesienia: 5, 18, 23, 34, 35, 40, 47, 56, 59, 61, 74, 75,
84, 85, 91, 104, 108, 123, 124, 129, 130, 141, 151, 159, 165, 170,
180, 189, 200, 207, 220, 222, 228; program 15; sprawozdania 229;
wybory 12, 23, 40.

zdrojowiska i uzdrowiska 100, 101, 105, 108, 124, 126.

ziarnica: śledziona tarlicowa w—25.

zimnicy leczenie 149.

zjazdy: sprawozdania z 8. Międzynarodowego Historyków Medycyny
45 i z 5. Międzynarodowego Fizjoterapii 126.

Żmij: jadu działanie na człowieka 87, klinika ukąszeń jadowitych 88.

żołądek: czynność wydzielnicza a woda truskawiecka „Marja“ 100,
zawartość kwasu moczowego w soku 104.

żółci pęcherzykowej zachowanie się w zakażeniu dróg żółciowych
153.

żółciowych dróg zakażenie wielkouszczem jelitowym 148.

życiorysy i wspomnienia pośmiertne: Ciągliński K. 160, Dobrzyński W.
129, Groszlik S. 161, Hertz M. 9, Krzyształowicz Fr. 165, Kurtz
St. 142, Rychliński K. 71, Sawicki Br. 5 i 113, Syllaba L. 8,
Światopełk-Zawadzki W. 14, Trenkner H. 198, Trzciniński T. 121.

żyły głównej górnej zwężenie i zamknięcie 174.

WYKAZ WAŻNIEJSZYCH BŁĘDÓW

W TOMIE CXXV

Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

<i>Str.</i>	<i>wiersz</i>	<i>zamiast</i>	<i>powinno być</i>
5	10 od dołu	nim	nimi
6	13 od góry	H	K
"	29 od góry	Łatkowski	Łatkowski
"	7 od dołu	Krakowska	Krukowska
"	3 od dołu	Zwajewska	Znajewska
8	17 od dołu	hygieny	higjeny
"	6 od dołu	podskórnych	podskórnych
10	9 od dołu	anafilitycznego	anafilaktycznego
11	8 od dołu	rererent	referent
13	2 od góry	patogów	patalogów
18	12 od dołu	prezs	prezes
20	21 od dołu	Wörterbuch der	Wörterbuch in der
20	17 od dołu	Français,	Français—
21	13 od góry	opornościowej	odpornościowej
24	22 od góry	84 przypadkach niedokrwi- stości	84 przypadkach, a miano- wicie w 13 przypadkach
26	22 od dołu	tworzy się przed nią	tworzy się za nią
31	29 od dołu	Higienicznym	Higienicznym
31	16 od dołu	hygieny	higjeny
31	13 od dołu	higieniczny	hygieniczny
32	10 od dołu	1939	1929
42	8 od dołu	teoretyczne	teoretyczne
49	13 od dołu	Żelicho-	Żelicho-
51	15 od góry	z chwilą też wybuchu wojny	z końcem wojny
52	1 od dołu	hypertemja	hypertermja
54	2 od góry	zastrzyknięciu	zastrzyknięcia
56	16 od dołu	Arlonga	Arloinga
62	8 od góry	wachania	wahania
66	14 od góry	ultrafioletkowych	ultrafijołkowych
67	12 od dołu	Rechks	Reschke
69	23 od dołu	Pleurokopja	Pleuroskopja



<i>Sir.</i>	<i>wiersz</i>	<i>zamiast</i>	<i>powinno być</i>
72	5 od dołu	naszych ti-	naszych fti-
74	10 od góry	O. Wojciechowski	A. Wojciechowski
74	17 od dołu	o ś. p. Antonim	o ś. p. Stanisławie
76	10 od góry	inhalacjami	leczenia gruźlicy płuc in- halacjami
80	1 od góry	l'acitivité	l'activité
80	12, 13 i 4 od dołu	hygieny	higjeny
82	3 od góry	instytucji	instytucyj
89	8 od góry	toluylendiainy	toluylendiainy
90	26 od dołu	psychosteniczki	psychasteniczki
91	12 od góry	zaczęty	zaczęły
95	3 od góry	prętkości	prędkości
97	21 i 24 od góry	Wojno	Woyno
120	4 od dołu	parudniową	parodniową
122	23 od dołu	Swieton	Swieten
122	18 od dołu	concento	conchetto
125	11 od góry	Warszawki	Warszawski
126	6 od góry	szyi	szyji
138	9 od góry	Bąckiewiczza	Bącewiczza
138	16 od góry	poskórneho	podskórneho
139	3 od góry	Grobleski	Grobelski
152	22 od dołu	młodzieńczej	młodzieńczy
153	25 od dołu	mazodjastolicznym	mezodjastolicznym
155	10 od góry	diagnostyki	djagnostyki
157	10 od góry	wspominający Go	wspominających Go
158	6 od dołu	(1919)	(1929)
162	13 i 14 od góry	neuro-artryteczna	neuro-artreteczna
162	24 od góry	przy kile	w kile
170	3 od góry	przyszłość,	przyszłość,“
175	1 od góry	myalgji	myalgia
175	2 od góry	neuralgja	neuralgia
178	22 od góry	naszemi	naszymi
180	19 od góry	z Jenny	z Jeny
181	22 od dołu	sowane, do celu jakiemu	sowane do celu, jakiemu
187	13 od góry	Antoniego	Stanisława

Spostrzeżone ważniejsze błędy druku:

strona	wiersz	zamiast	winno być
9	4 od dołu	leria	lenia
10	13 od góry	wapno	wapń
17	20 od dołu	obecnem	obecnym
24	20 od góry	życiu	życiu
25	2 od „	Internacja	Internacia
36	3 od dołu	Podaje	podaje
47	11 od „	dnia	dna
50	4 od góry	tłomaczyć	tłumaczyć
60	12 od „	ręaction	réaction
61	2 od „	toxime	toxine
63	8 od „	gruzlica	gruźlica
72	6 od dołu	przebrany	przeorany
86	4 od góry	adissonowskie	addisonowskie
95	4 od dołu	klęskę	klęską
103	16 od góry	Religjoni	Religioni
110	6 od „	wykazuje	wykazują
111	11 od „	Streczenie	Streszczenie
144	10 od „	palcy	palców
157	11 od „	Hypoglicaemia	Hypoglycaemia
160	10 od „	Ê	Études
175	14 od dołu	nabrzusznych	nadbrzusznych
191	15 od góry	obniżenie	obniżenia
222	21 od dołu	zwykle	zwykle

Pozatem na stronicach 157 i 158 po nazwisku „**Węgiérko J.**“ winno być „członek T-wa“.