

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY

Rok 1921.

Posiedzenie wyborcze dn. 4 stycznia 1921 r.

Przewodniczący Prezes Z. D m o c h o w s k i.

Członków obecnych 83.

I. Protokół posiedzenia administracyjnego z dn. 28.12.20 odczytano i przyjęto.

II. Sprawozdania z prac kandydatów na członków Tow-a odczytali: prof. G l u z i ń s k i z prac kol. J a n u s z k i e w i c z a A l e k s a n d r a, kol. J a r o s z y ń s k i — G a w ł o w s k i e g o W a c ł a w a i kol. Z d a n o w i c z — prof. C z y ż e w i c z a A d a m a.

III. Sekretarz doroczny odczytał sprawozdanie z czynności naukowych Tow-a za r. 1920.

K o p c z y ń s k i zwraca uwagę na niesłuszne bagatelizowanie sprawy Sekcji Tow-a w sprawozdaniach rocznych; uwydatnia brak łączności pomiędzy Zarządem Tow-a a sekcjami. Prowadzi to do wyodrębniania się poszczególnych sekcji w samodzielne Tow-a ze szkoda Tow-a Lekarskiego.

S e k r e t a r z S t a ł y odpowiada, że Zarząd Tow-a rozpatrzy tę sprawę.

IV. S e k r e t a r z S t a ł y podaje do wiadomości, że fundusz im. Sieragowskiego w sumie 85.000 rb., zhipotekowany na nieruchomości Nr. 685, podlega obecnie spłacie. Zarząd stawia wniosek upoważnienia podskarbiego Tow-a kol. Babińskiego do odbioru powyższej sumy, wykreślenia jej z ksiąg hipotecznych i do zakupu za nią 5% Pożyczki Państwowej.

Wniosek Zarządu został przyjęty.

V. S e k r e t a z S t a ł y podkreśla konieczność przeprowadzenia zmian w ustawie Tow-a, zgodnie z rozporządzeniem Min. S. Wewn.

**Biblioteka Główna
WUM**



Wice-prezes Orłowski odczytuje zmienione paragrafy ustawy.

W dyskusji kol. Kozerski zwraca uwagę na konieczność zastąpienia w nowoułożonym tekście ustawy wyrazów obcych przez czysto polskie.

Kol. Szmurło jest zdania, że walne zebranie doroczne powinno się odbywać na początku stycznia, zamiast w końcu grudnia, jak to jest projektowane w ustawie.

Kol. Śmiechowski zaznacza konieczność zmiany tekstu w rozdziale o zawiadamianiu członków Tow. o terminie zebrań; zamiast „zawiadomienie o zebraniu walnem może być rozesłane członkom Tow-a” winno być „zawiadomienie... musi być rozesłane członkom Tow-a”.

Poprawka kol. Śmiechowskiego została przyjęta.

Kol. Żurkowski A. l. zgadza się z projektem, by każde posiedzenie kliniczne mogło być zebraniem walnem, o ile członkowie będą o tem powiadomieni i otrzymają porządek dzienny danego posiedzenia.

Przewodniczący podaje pod głosowanie wniosek kol. Szmurły o wyznaczeniu walnego zebrania dorocznego na początku stycznia.

Wniosek kol. Szmurły nie został przyjęty.

Prof. Głuziński zwraca uwagę na trudności, jakie mogą mieć miejsce w razie konieczności usunięcia jednego z 4 członków Zarządu, wybieranych na czas nieograniczony.

Przewodniczący odpowiada, że w takich razach Zarząd może zawsze wystąpić z odpowiednim wnioskiem na jednym z zebrań walnych.

Zmiany w Ustawie zostały przez zebranych uchwalone jednomyślnie.

VI. Wybory dały wynik następujący:

1) na Prezesa Tow-a wybrany został prof. Z. Dmochowski (ponownie),

2) na Wice-prezesa Tow-a wybrany został kol. W. Starkiewicz,

3) na Sekretarza dorocznego wybrany został kol. T. Wiśniewski,

4) na Pomocnika Sekr. dor. wybrany został kol. Stan. Górkiewicz,

5) do Komitetu Kasy Wsparcia wybrani zostali: kol. S ad k o w s k i Czesław, oraz kol. R e u t t T. i Ż e r a T., z pośród lekarzy, nie należących do Tow-a,

6) na członków czynnych wybrani zostali kol.: prof. Czyżewicz Adam, Danecki Leon, Gawłowski Wacław, Januszkiewicz Aleksander, Komocki Witold, prof. Modrakowski Jerzy, prof. Nitsch Roman, Peszyński St., Vacqueret Karol i prof. Żebrowski Edward.

7) na członków Komitetów konkursowych zostali wybrani przedstawieni przez prezesa:

a) do Komitetu Konkursowego im. Koczorowskiego: kol. Janowski, Rzętkowski i Sawicki;

b) do Komitetu Konkursowego im. Chałubińskiego: kol. Flatau, Karwacki i Puławski;

c) do Komitetu Konkursowego im. Helbicha: kol. M u t e r m i l c h, S ł a w i Ń s k i i S t a r k i e w i c z.

VII. Po wyborach Przewodniczący złożył wyrazy uznania dla niestrudzonej pracy ustępującego po 4-ach latach Wice-prezesa O r ł o w s k i e g o S t.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący Z. D m o c h o w s k i.

Sekretarz doroczny K. J o n s c h e r.

Posiedzenie nadzwyczajne dn. 11 stycznia 1921 r.

Przewodniczący Prezes prof. D m o c h o w s k i.

Członków obecnych 71.

Kol. K o z e r s k i wygłasza odczyt pod tytułem „Uwagi o wniesionych do Sejmu projektach o praktyce lekarskiej i o Izbach lekarskich”. Poddawszy szczegółowej krytyce każdy paragraf projektu, przychodzi autor do wniosku, że projekt w całości jest nadzwyczaj wadliwy, w wielu razach nawet wprost szkodliwy dla stanu lekarskiego, gdyż wprowadza ograniczenia, jakim nie podlega żaden inny zawód. Krępuje wolność lekarza, jako obywatela, nie zabezpiecza od wyzysku przez pacjenta, obdarza ministra zdrowia władzą nazbyt rozległą w stosunku do stanu lekarskiego. Z powodów wyżej wymienionych projekt w obecnej formie jest nie do przyjęcia.

Kol. S z m u r ł o domaga się powzięcia natychmiast odpowiednich uchwał.

P r e z e s wyjaśnia, że żadne uchwały nie mogą zapaść, gdyż sprzeciwiałoby się to § 1 Ustawy Towarzystwa. Na wniosek kol. W i c e - P r e z e s a dyskusja nad odczytem ma się odbyć w Stowarz. Lekarzy Polskich dnia 15.I i tam będą powzięte uchwały. Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes D m o c h o w s k i.

Pom. Sekretarza S. G ó r k i e w i c z.

Posiedzenie kliniczne dn. 25 stycznia 1921 r.

Przewodniczący Prezes Z. D m o c h o w s k i.

Członków obecnych 60.

I. Protokół posiedzenia wyborczego po odczytaniu przyjęto.

II. Do Książnicy T-wa wpłynęło: 1) Kilka uwag w sprawie etjologii dyzenterji Wł. Janowski. 2) Powstawanie i profilaktyka odmrożeń w wojsku. L. Zembrzusi. 3) Mitteilungen aus der Medizinischen Fakultät der Kaiserlichen Universität Kyschu, Fukuoka, Japan, Band V, Heft I i II. 4) Sprawozdanie z działalności S. S. S.

III. Kol. P a w i ń s k i odczytał sprawozdanie z delegacji na obchód setnej rocznicy Akademii Medycznej w Paryżu.

Po otrzymaniu zaproszenia, jako członek Akademii Medycznej w Paryżu, na obchód stulecia tejże Akademii, wahałem się nieco, czy skorzystać z niego, wobec znacznych kosztów podróży i pobytu w Paryżu.

Zastanowiwszy się jednak, że jest to uroczystość wszechświatowa i że należy wyzyskać sposobność, że nauka polska może być pierwszy raz po półtora wieku przymusowego milczenia reprezentowana na szerokim świecie, zdecydowałem się pojechać. I nie żałuję tego! Spotkałem się bowiem w Paryżu, na każdym kroku z wielką życzliwością, a poniekąd i z uznaniem dla Polski, w każdym zaś razie z gorącym zainteresowaniem się naszą sprawą.

P i e r w s z e p o s i e d z e n i e (dn. 20 grudnia 1920 r.) odbyło się nader uroczystie, przyzwał na niem Millerand, obecny prezydent Republiki francuskiej, który po kilku słowach zagajenia odstąpił głos prezesowi Akademii p. Laveran, znanemu ze swych badań nad istotą malarji (plasmodie).

Dał on zarys historyczny powstania i rozwoju Akademii, jakby jej Curriculum vitae.

Akademija została powołana do życia na mocy rozporządzenia króla Ludwika XVIII-go z dn. 20 grudnia 1820 r.

Akt ten podnosi zasługi Akademii Chirurgicznej i Królewskiego Towarzystwa Lekarskiego, które istniały poprzednio przez całe stulecie i zostały w pełnym rozwoju zamknięte w czasie Rewolucji, i czyni Akademię spadkobierczynią prac i ideałów tych dwóch instytucji.

Wyraźne zadanie Akademii zostało odrazu w samym akcie królewskim określone, a mianowicie, że ma ona zająć się zdrowiem publicznym, badaniami nad epidemjami, endemjami, epizootjami, ochronnem szczepieniem, tajnymi lekami i t. p.

Było to zupełnie słuszne, o ile zważymy, że po wojnach napoleońskich trapiły ludność Francji różne epidemie, jak tyfus, dyfteryt, od Wschodu groziła dżuma, a na Antyllach i na wschodnich brzegach Hiszpanji panowała żółta febra. Rząd pragnął zapobiedz tym klęskom i móż zasięgać w reformach, dotyczących zdrowia publicznego, rad i wskazówek Akademii.

Działalność Akademii w ciągu stulecia rozwijała się przeważnie w pierwotnie wytkniętym kierunku, zasady zaś i formy działalności ulegały pewnym drobnym zmianom, niezbędnym w miarę postępu.

Początkowo Akademia tułała się po różnych niewygodnych lokalach, podobnie jak nasze Tow. Lekarskie, 52 lata mieściła się w szpitalu Charité w odpowiednio przerobionej kaplicy, dopiero w 1902 roku zyskała nową, własną siedzibę, zastosowaną do obecnych potrzeb pierwszorzędnej naukowej instytucji.

Po przemówieniu Laverana, p. Achard, sekretarz doroczny Akademii wezwał przedstawicieli zagranicznych do składania adresów, a następnie podziękował im za łaskwe przybycie i wyraził nadzieję, że tak, jak narody sprzymierzone przelewały wspólnie krew w swej obronie, tak samo zgodnie będą walczyły przeciw chorobom, więcej zabójczym, niż krwawe bitwy.

30 państw miało swych delegatów na uroczystościach Aka-

demji, a mianowicie: Anglja, Argentyna, Brazylja, Belgja, Boliwia, Chili, Chiny, Czecho-Słowacja, Danja, Equador, Grecja, Gwatemala, Hiszpanja, Haiti, Holandja, Japonia, Kolumbja, Luksenburg, Norwegja, Polska, Peru, Rumunja, Salvador, Serbja, Siam, Szwajcarja, Włochy, Szwecja, Wenezuela i Stany Zjednoczone. W liście tej widnieje brak Rosji i Niemiec, uczeni niemieccy zostali bowiem w czasie wojny, po słynnej odezwie 75 profesorów niemieckich, solidaryzujących się z brutalnym militarystem pruskim, wykreśleni z listy członków Akademji, z Rosjan zaś jeden tylko (prof. Pawłow) jest jej członkiem.

Następne dwa dni były poświęcone odczytom, w których odbyły się ważniejsze kierunki działalności Akademji.

Odczyty wygłosili:

P. Vaillard: Rola Akademji w rozwoju higieny publicznej,
p. Chauffard: Stuletni okres medycyny wewnętrznej w Akademji,
p. Camus. Szczepienie ochronne ospy (Jenner) w Akademji, p. Delorme: Chirurgja w Akademji, p. Meiller: Hydrologja w Akademji,
p. Hauriot: Dobroczyńcy Akademji:

Odczyty z zakresu medycyny wewnętrznej i chirurgji zmierzały wszystkie do uwydatnienia wielkiej doniosłości odkryć Pasteur'a, były jakby gloryfikacją geniuszu męża, którego odkrycia, dotyczące istoty i leczenia chorób zakaźnych, stały się błogosławieństwem dla ludzkości.

Pasteur, jak każdy krzewiciel nowych idei, nie uniknął prześladowań i miał zaciętych nieprzyjaciół, nawet w łonie samej Akademji, jak np. prof. Petera. — Głównym zwolennikiem teorii Pasteur'a i jego gorącym obrońcą był Claude Bernard, znany fizjolog, który pierwszy zrozumiał znaczenie zjawisk fizyko-chemicznych, odbywających się w organach i tkankach ciała ludzkiego.

Niejako poprzednikiem Pasteur'a w teorii szczepień, był skromny lekarz z Val de Grâce, Villemin, który na mocy doświadczeń na zwierzętach, w latach 1865 — 6-ym doszedł do wniosku, że tuberkuły są chorobą specyficzną, zaraźliwą, dającą się zaszczepić zwierzętom.

Na zakończenie uroczystości jubileuszowej Akademia wydała bankiet dla gości zagranicznych w wielkiej sali w Palais d'Orsay. Przy głównym stole po prawej stronie prezesa Laveran'a zasiedli: zastępca prezydenta Republiki, dalej panowie Wright, Richelot, wiceprezes Akademji, Ehlers z Kopenhagi. Lucatello z Padwy, Pawiński z Warszawy, po lewej stronie, dyrektor Higieny publicznej, następnie panowie: Achard, sekretarz Akademji, Henrijean z Liège, Jonesco z Bukaresztu i inni. — Oko 300 osób brało udział w uczcie.

Po toaście, wzniesionym przez Laveran'a przemawiali delegaci zagraniczni. Kol. P. przemówił w te słowa:

„Sz. Panie Prezesie Akademji, Szanowne panie i panowie!

„Poraz to pierwszy od półtora wieku nauka polska może występować pod własnem mianem. — Podczas długich lat niewoli i przymusowego milczenia, nasi ciemiecy nie zdołali zabić naszego życia umysłowego i naukowego. — Śledziliśmy stale postęp wiedzy Europy zachodniej i braliśmy żywy udział w kongresach wszechświatowych, lecz niestety, rozdarcie między trzy zaborcze mocarstwa, mogliśmy występować tylko pod ich sztandarami. Znano nas w Europie, jako Rosjan, Austriaków i Niemców, jedni nie mogli, inni nie chcieli uznać nas za Polaków. Dzięki wojnie, a zwłaszcza dzięki szlachetnej i dzielnej Francji, Polska odzyskała wolność i połączenie wszystkich ziem.

Jestem nad wyraz szczęśliwy, że mnie przypadł zaszczyt reprezentowania po raz pierwszy nauki polskiej na szerokim świecie i właśnie we Francji w prześwieatnej Akademii, której mam honor być członkiem.

Jestem przedstawicielem kilku instytucji naukowych w Polsce, a mianowicie: Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, oraz Krakowskiego, Uniwersytetów Warszawskiego i Poznańskiego, Towarzystwa Naukowego Warszawskiego i Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu, Tow. Higienicznego, Tow. Okulistycznego, wreszcie Komitetu francusko-polskiego, mającego na celu zbliżenie świata lekarskiego obu narodów.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie święci również w tym roku stulecie swego istnienia, a zasługuje to na specjalne wyróżnienie, gdyż jest ono jedyną instytucją, w której, mimo przeszkody polityczne i prześladowanie języka narodowego, rozbrzmiewała przez sto lat jedynie mowa polska.

Ustawa wzorowana na statutach Akademii pozwalała utrzymywać prace Towarzystwa na wysokim poziomie naukowym, a w odczytach i dyskusjach odzwierciedlał się zawsze ruch naukowy Zachodu.

Mogło też Towarzystwo w pewnym okresie zastępować i wypełniać młodym adeptom medycyny „braki uniwersytetu rosyjskiego”.

Następnie scharakteryzował kol. P. pokrótce wszystkie instytucje, które obdarzyły mandatem delegata na uroczystości Akademii i złożył ich imieniem hołd Akademii, która grupowała najsławniejszych ludzi nauki i promieniowała na cały świat nie tylko prawdziwymi zasadami nauki, ale i zaszczytne idee humanitarne i moralne. Na zakończenie przemówienia życzył dalszego świetnego rozwoju Akademii i Francji, która, tak wspólnie myślnie krzepiła w dniach ciężkich prób nasze serca i naszego ducha i tak dzielnie broniła w czasie ostatniej nawały bolszewickiej.

Na zakończenie bankietu p. Achard podziękował delegatom, przybyłym z różnych stron świata, za wyrażone przez nich uznanie dla Akademii i dla Francji.

Na pamiątkę ofiarowano uczestnikom obchodu artystycznie wykonany medal.

Kol. P. wyraża swą wdzięczność na niezwykłą uprzejmość, jakiej doznał osobiście i jako delegat z Polski od sekretarza Akademii, p. Acharda i prof. Hanriota, nie mówiąc już o rodaku naszym, doktorze Babińskim, który okazał kol. P. bardzo dużo gościnności i ułatwił zetknięcie się z ludźmi nauki, wśród których posiada kol. Babiński duże poważanie dzięki pracom naukowym, zacnemu charakterowi i ujmującemu obejściu.

IV. Kol. G e p n e r wygłosił odczyt p. t. „O stosowaniu szkieł w krótkowzroczności”, w którym zwraca uwagę na fałszywe postawienie sprawy „kupowania sobie szkieł”. Omawia sprawę krótkowzroczności osiowej, teorie jej powstawania. Podnosi szkodliwy wpływ usilnego czytania i ciężkich chorób. Zaznacza, że dawniej obawiano się dawać szkła doprowadzające siłę wzroku do normy lub nieco więcej i zabraniano używać szkieł do czytania. Obecnie przeciwnie, daje się szkła do zupełnego wyrównania i pozwala się na noszenie przy czytaniu, z uwagi na to, że najpewniejszym zatrzymaniem krótk-

kowzrocności jest danie szkół do pełnej korekcji. Gepner sądzi, że oko krótkowidza winno być badane przynajmniej raz do roku, do czasu zupełnego zatrzymania się postępowania krótkowzrocności. Wnioski: 1) starać się, by warunki pracy dziecka były dostosowane do jego zdrowia i 2) jaknajprędzej przystępować do zupełnej korekcji.

W dyskusji: 1) kol. K o p c z y ń s k i podaje, co władze szkolne zamierzają zrobić w sprawie zwalczania krótkowzrocności,

2) Kol. S z m u r ł o porusza sprawę z punktu widzenia higieny szkolnej, jak się ona obecnie w rzeczywistości a nie w okólnikach przedstawia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes Z. D m o c h o w s k i.

Sekretarz doroczny T. W i ś n i e w s k i.

Posiedzenie kliniczne dn. 1 lutego 1921 r.

Przewodniczący Prezes: Z. D m o c h o w s k i.

Obecnych członków 43.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. D r o z d o w i c z wygłosił rzecz p. t. „Promienie ultrafioletowe, lampa kwarcowa w lecznictwie”.

Po krótkim wstępie historycznym i omówieniu podstawowych danych o właściwościach światła słonecznego i jego części składowych referent daje ogólny zarys wyników badań nad działaniem światła w całości i oddzielnych jego promieni, dokonanych dotąd przez fizyków, chemików, bakterjologów i patologów. Na podstawie spostrzeżeń własnych i cytowanych autorów stwierdza wybitne działanie lecznicze prom. ultrafioletowych w wielu cierpieniach, a zwłaszcza w gruźlicy, nerwobólach różnego pochodzenia i cierpieniach, opartych na wadliwości przemiany materji. Jako uzasadnienie teoretyczne przedstawia hipotezę Wagnera o autotuberkulizacji względnie autoinfekcji w gruźlicy i chorobach toksycznych — sprawach zachodzących w ustroju dzięki przeszczepianiu do rozszczonych naczyń skórnych jądów tkwiących w głębi organizmu. Omawia pogląd tegoż autora na mobilizację i wzmożenie oksydacyjnej właściwości fermentów pod wpływem prom. ultrafioletowych. Zatrzymuje się następnie nad teorią Jesionka o fotoaktywności krwi naświetlonej i twierdzeniem Strahlmana o pośrednim wywoływaniu przez naświetlanie prom. ultrafioletowemi działania bakterjobójczego.

Odczyt kończy się krótkim zarysem techniki i metodyki naświetlań przyczem referent podkreśla konieczność ostrożności w stosowaniu silniejszych dawek u chorych wycieńczonych i u skłonnych do znacznych wahań ciepłoty.

W dyskusji kol. P u ł j a n o w s k i, mając dosyć duże doświadczenie, zastrzega się, że dobroczynny wpływ osiąga się nie zawsze. Zwykle otrzymujemy efekt po krótkich terminach, w dalszym prze-

biegu poprawa b. wolno postępuje. P. badał specjalnie gruzlicę gruczołów, robiąc próbę w ten sposób, że miejscowo naświetlano promieniami X, a lampą kwarcową ogólnie. Chorym kilkakrotnie badano krew. We wszystkich prawie podnosiła się ilość hemoglobiny, a spadała leukocytoza, szczególniej eozynofile. Jednak idzie to do pewnych granic, dalej poprawa nie postępuje, a nawet P. ma wrażenie, że dalsze naświetlanie daje efekt wprost przeciwny. Uważa więc, że nie można mówić o zupełnej niewinności lampy kwarcowej. Pewien ujemny wpływ daje się zauważyć i po miejscowem stosowaniu, głównie w procesach bardziej posuniętych. W szpitalu Ujazdowskim robiono doświadczenia ze świnkami morskimi, naświetlając je aż do zejścia śmiertelnego. Badanie tych świnek wykazało kolosalne przekrwienie włosowatych naczyń. Ten sam fakt daje się zauważyć i u człowieka.

III. Kol. Z a w a d z k i A l. wygłosił rzecz p. t. „Wrzód trawiennej jelita czczego po zespoleniach żołądkowojelitowych”.

Omówiwszy sposoby zespolenia żołądkowojelitowego analizuje stosunek metody do powstawania wrzodów jelitowych, przyczem rozróżnia i wrzody powstające na miejscu zespolenia i właściwe wrzody trawienne. Powstawanie wrzodów w miejscu zespolenia objaśnia działaniem nitki szwu zewnętrznego, która wypukła się do światła. Właściwe wrzody trawienne jelit Zawadzki uważa jako wynik metody leczenia t. j. zespolenia i dlatego uważa zespolenie za niewielki etap w leczeniu wrzodów; jedynem radykalnem leczeniem jest, jak sądzi, wycięcie wrzodu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Z. D m o c h o w s k i.

Sekretarz: T. W i ś n i e w s k i.

Posiedzenie kliniczne dn. 15 Lutego 1921 r.

Przewodniczący Prezes: Z. D m o c h o w s k i.

Obecnych członków 49.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. W dyskusji nad odczytem Al. Zawadzkiego: Wrzód trawiący jelita czczego po zespoleniach żołądkowojelitowych. 1) prof. K r y ń s k i podkreśla aktualność tematu poruszonego przez prelegenta. Wrzody peptyczne stanowią następstwo działania tego samego soku żołądkowego na jelita. Częstość ich występowania jest w pewnym związku z techniką operacyjną. O wiele rzadziej występują one po zespoleniu tylnem, niż po przednim. Fakt ten już a priori można wywnioskować ze stosunków topograficznych powstałych po obu tych zabiegach. Bliskość trzustki, dwunastnicy i żółci w zespoleniu tylnem łatwiej zubożnia działanie kw. solnego żołądka. Z tych względów jest bezwzględny zwolennikiem tylnego zespolenia. Ze swego doświadczenia za jedną z przyczyn powstawania wrzodów uważa używanie jedwabiu jako materiału do szycia. Kryński zasadniczo używa tylko katgut. Sądzi, że nawet wycięcie odźwiernika nie zapobiega powstawaniu wrzodów trawiennych, z drugiej zaś strony wycięcie

jednego wrzodu nie zapewnia, że niema drugiego. Co do oddziaływania nerwów i propozycji kol. Zawadzkiego uważa, że nawet wycięcie pasa surowicówkowomiesniowego nie niszczy zupełnie nerwów, gdyż przebiegają one głównie w warstwie podśluzowej. Za bardzo szkodliwe uważa zaniechanie leczenia następczego; duże znaczenie przypisuje przemywaniu żołądka, stosowanemu przez pewien czas po operacji.

2) kol. G r u n d z a c h zwracając uwagę, na fakt, że obecnie chirurdowie coraz bardziej interesują się chorobami żołądka, porusza kwestję etiologii. Ostatnio wiele uwagi poświęcono czynnikom nerwowym t. zw. wagotonji. Powodem uporczywości wrzodów na małej krzywiznie jest skurcz odźwiernika, powstający wskutek drażnienia owrzodzenia. Ostatnio autorowie przypisują wagotonji powstawanie skurczu muscularis mucosae, co daje choremu uczucie bólu. Sądzi, że w przypadkach, w których daje się wykonać wycięcie, jest to postępowanie najracjonalniejsze, bowiem usuwa stałe podrażnienie, i w takich przypadkach spotykano drożność odźwiernika.

3) Kol. Z a w a d z k i Al. zaznacza, że wrzód w miejscu zespolenia, jest wrzodem rzekomym, nie znam bowiem wypadku, by dawał poważne objawy. Wrzód zaś właściwie trawienny tworzy się pod zespoleniem, drażąc w głąb, daje nacieczenie, przetokę i t. p. Kryńskiemu odpowiada, że po zespoleniu tylnem już dawno opisano wrzody następcze. Po wycięciu zaś wrzody powstają niezmiernie rzadko; po sposobie Eiselsberga rzeczywiście spotykano wrzody, lecz uważa, że przyczyna tu jest inna. Uważa, że na powstawanie wrzodów działa cały szereg czynników. Brak zmian głębokich w układzie nerwowym i dużych zrostów ułatwia chirurgowi pracę i efekt, o ile zaś chirurg dostaje chorego późno, wykonanie zabiegu i jego wynik już staje pod znakiem zapytania.

4) Kol. Z e m b r z u s k i popiera pogląd Kryńskiego, że gastroenterostomia retrocolica posterior, zwłaszcza sposobem Roux, t. j. longitudinalis z szerokim otworem, przewyższającym 6 ctm. (czyli ok. 10 ctm.) do pewnego stopnia zabezpiecza przed tworzeniem się wrzodów trawiennych. Z. zwykle wykonywa z powodu wrzodu żołądka zespolenie żołądkowojelitowe tylne i dotąd w tak operowanych przypadkach objawów wrzodów trawiennych nie spostrzegał. Natomiast w jednym przypadku Z. po gastroent. antecolica z zespoleniem dodatkowem sp. Brauna rozwinął się wrzód trawienny jelita czczego, stwierdzony sekcyjnie. Pomimo usiłowań ze strony chirurgów zabezpieczenia operowanych z powodu wrzodów żołądka od wrzodów trawiennych w następstwie, dotąd nie osiągnięto zadowalających wyników całkowicie ani za pomocą zespolen zwłaszcza połączonych z wyłączeniem odźwiernika, ani przez wycinanie okrężnej części żołądka, ani nawet przez wycinanie rozległe metodą Billroth II. Eiselsberg z powodu nawrotów cierpienia i występowania wrzodów trawiennych po tak doszczętnym, zdawałoby się, zabiegu jak wycinanie żołądka sp. Billroth II, dochodzi do wniosku, że w wielu razach wypadnie stosować metody operacyjne bardziej zachowawcze, jak gastroenterostomia, a nawet jej unostomja, celem pozostawienia wrzodu w możliwym spokoju, naśladowując w tem terapeutów. Proponowany przez Zawadzkiego sposób wycinania częściowego ścian żołądka, dotkniętego wrzodem, aż do śluzówki, a zatem przecina-

nie nerwów i zwojów nerwowych, może mieć w wyniku, zdaniem Zembrzuskiego, nie tylko zmniejszenie siły wydzielniczej żołądka, lecz i unieruchomienie odnośnych jego odcinków, zawierających wrzód, wzgl. wrzody, co stwarza bez wątpienia warunki, pomyślnie dla załatwienia sprawy.

III. Kol. Hellin Dyonizy i A. Szwarc wygłosili odczyt p. t. O roli błędnika w życiu powszednim.

Ruchy ciała, wykonywane przez publiczność, słuchającą muzyki tanecznej, są wynikiem wpływu nerwu ślimakowego na nerw błędnikowy, stanowiących łącznie nerw słuchowy. Analogiczne ruchy pod wpływem muzyki widzimy u zwierząt, na przykład u konia i psa. Połączenie ruchów ciała z muzyką spotykamy i u tancerzy ludzi pierwotnych, którzy wykonywali tańce, sami sobie przygrywając i przyspiewując. Od błędnika zależny jest nie tylko taniec, lecz i chód, zarówno u ludzi, jak i u zwierząt. Głuchoniemi rozstawiają, chodząc, nogi szeroko, kołysząc się z jednej strony na drugą, a ptaki przy chodzeniu wykonywują ruchy pionowe głową. Pływanie również jest zależne od błędnika, czego dowodem, że głuchoniemi ludzie, a także głuchonieme myszy toną, gdy dostaną się pod wodę.—Ludzie normalni zaś, umiejący pływać, toną wtedy, gdy woda z im na dostanie im się do ucha, nawet znajdując się na wodzie. Oprócz myszy japońskich t. zw. tańczących, znamy także i inne zwierzęta, u których błędnik znajduje się w stanie zaniku, i które również wykonują ciągle ruchy, jak na przykład fikające kaczki i gołębie, nie mogące również jak i głuchoniemi pływać, gdy im się zastoni oczy.

Objaw omijania Barany'ego dowodzi, że i celowanie zależne jest od błędnika. Ponieważ i fruwanie zależne jest od błędnika, przypuszczać należy, że i orjentacja ptaków w przestrzeni zależna jest od błędnika.—Jednym słowem, wszystkie sporty, w których niezbędne jest odpowiednie regulowanie i napięcie mięśni, jak tańce, pływanie, polowanie, jazda na bcyklu, zachowanie równowagi u linoskoków i żonglerów — wszystko to zależne jest od sprawności błędnika. Z tego, że nie tylko jazda w tył, lecz nawet wyobrażenie jazdy takiej, czego na przykład doznajemy po zamknięciu oczu podczas jazdy naprzód, wynika, że nawet złudzenia optyczne mogą wywoływać objawy, odpowiadające rzeczywistemu podrażnieniu błędnika.

Że błędnik działa nie tylko na ruch naszego ciała, lecz także i na ruch wyobraźni, widzimy z tego, że przy podrażnieniu błędnika za pomocą obracania lub kaloryzacji, nie jesteśmy w stanie wyobrazić sobie linii prostopadłej, która przedstawiać się nam będzie, jako linja krzywa. Dowodzi to, że wyobraźnia nie jest zależna tylko od naszej woli. Jednym z najdelikatniejszych i bardzo precyzyjnym sposobem badania sprawności błędnika jest ustawienie np. laski w płaszczyźnie poziomej lub pionowej przy zamkniętych oczach. Błędnik wpływa również na nasz wygląd zewnętrzny, albowiem zez, jąkanie się, niemota, rozszerzenie żrenicy, drgawki (hipps) tęczówki mogą być pochodzenia błędnikowego. Również i szyja skośna, w której stwierdzono schorzenie błędnika po stronie skurczu, jakoteż kurczowe kiwanie głową są pochodzenia błędnikowego.

II. Oczopląs jest dowodem zależności ruchów oka od ucha. Wbrew ogólnemu mniemaniu, iż włókna idą tu w kierunku od błę-

dnika do oka, jesteśmy zdania, że musi również istnieć i droga od oka do ucha. Za istnieniem tej drogi przemawia 1) objaw Straskiego, 2) przypadek urazu błędnika, opisany przez Thiéry'ego, gdzie oczopląs jednostronny występował jednocześnie z zamykaniem oka, 3) wreszcie spostrzeżenie Urbantschitscha, który w przypadku silnego zawrotu głowy wykonywał chwanie się chorego przez trzymanie szkła kolorowego przed oczyma jego, 4) a także badania anatomiczne Bernheimer'a.

Oczopląsu niema u niektórych zwierząt, jak na przykład u drętnika oczatego i płaszczki, a to dlatego, że u nich głowa nieruchomo jest zrosnięta z tułowiem, u sowy zaś brak oczopląsu dlatego, że nie posiada ona mięśni okoruchowych.

Oczopląs często bywa dziedziczny, przyczem charakter dziedziczenia ma zupełne podobieństwo do dziedziczenia w krwawicze i daltonizmie. W znacznej części oczopląsu wrodzonego znajdowano dodatnią reakcję Wassermana. Drugą b. interesującą postacią oczopląsu jest t. zwany oczopląs utajony, powstający w chwili zamknięcia jednego oka, przyczem w oku z oczopląsem utajonym występuje pogorszenie wzroku. Trzecią ciekawą postacią jest oczopląs jednostronny.—Ponieważ każdy mięsień każdego oka znajduje się stale w stanie napięcia wskutek zależności od obydwoch błędników, ciekawem byłoby zatem zbadanie czynności błędnika u tych zwierząt, które posiadają zdolność poruszania każdym okiem oddzielnie (obydwoma oczyma w rozmaitych kierunkach), jak na przykład u kameleona i niektórych ptaków nurkujących, jak mewy i kormorana. Przypadek podobny u człowieka opisał Lechner. Opisano również 54 przypadki (do r. 1914), w których chorzy wykonywali dowolnie oczopląs jednostronny. Z tego wynikałoby, że teoria Heringa o skojarzonej inervacji oczu musi ulegć rewizji. Oczopląsu niema w chorobie morskiej, pomimo obecności innych objawów błędnikowych. Tę inkongruencję widzimy również w nieodpowiadającym sobie działaniu zimnej i gorącej wody na kierunek oczopląsu u niektórych osobników, co pozwala przypuszczać, że dla doprowadzenia zimna i ciepła istnieją, być może, swoiste włókna, naprowadzające na myśl o suponowanych jeszcze przez Claude Bernarda — nerfs caloriques.

W życiu powszechnem spotykamy się z oczopląsem u jadących tramwajem lub koleją, następnie u ślepych; dowodem pochodzenia błędnikowego, a nie ocznego, oczopląsu u ślepych jest zjawienie się jego u ślepych od urodzenia, jak również i badania Ohma i Copper'a, którzy stwierdzili charakter rytmiczny obu faz.

Najważniejsze znaczenie ma dla nas oczopląs u górników w kopalniach węgla ze względu na istniejące w Polsce, jak i przyłączyć się mające kopalnie węgla. Połączenie oczopląsu u górników z drżeniem, zawrotami głowy, objawem Graefego i kurczu powiek—dowodzi, że mamy tu istotnie do czynienia z zaburzeniami błędnika.

Możność czytania wyrazów pisanych tylko wzdłuż, a nie w szersz w związku z oczopląsem poziomym u niektórych chorych każe przypuszczać, że na wprowadzenie systemu pisma u Chińczyków wpłynęły, być może, zmiany w czynności lub budowie ich oczu lub ucha.

Błędnik, jak widzieliśmy, odgrywa zatem rolę przy chodzeniu, staniu, fruwaniu, jeździe na karuzeli, huśtaniu się, jeździe koleją i na morzu, na bicyklu, w aeroplanie, w sportach i sztukach pięknych—

muzyce, tańcach, pływaniu, polowaniu, w żonglerstwie, chodzeniu po linie, w orjentowaniu się w przestrzeni, u ślepych, głuchoniemych, zezujących, mających szyję skośną, w życiu zarodkowym, u zwierząt—raków, myszy, ptaków, kameleona, u górników, w piśmie i mowie, a nawet i w grze wyobraźni—niema prawie dziedziny, gdzieby ten nikły napozór narząd nie rozpościerał swego wpływu.

Posiedzenie kliniczne d. 1 marca 1921 r.

Przewodniczący: Prezes Dmochowski.

Obecnych członków 49.

I Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Prof. K r y ń s k i przedstawił 1) chorego 24-letniego żołnierza, któremu przed 2-ma miesiącami usunął wielkich rozmiarów nowotwór szyi. Guz ten wyrósł w ciągu 4-ech miesięcy po stronie lewej szyi i dochodził do wielkości głowy noworodka, górnym swym końcem wchodząc pod wyrostek sutkowy do jamy pozazuchłiwowej, dolnym zaś sięgając do dołu nadobojczykowego. Podczas operacji okazało się, iż nowotwór jest ściśle złączony ze wszystkimi narządami znajdującymi się z tej strony szyi, które przeto trzeba było wyciąć razem z guzem po uprzednim podwiązaniu wielkich naczyń. W ten sposób wycięto: arter. carotis communis, vena jugularis, nervus vagus, n. phrenicus, n. sympaticus, n. hypoglossus i częściowo n. facialis i wszystkie mięśnie, tak iż po skończonym zabiegu pozostały z tej strony tylko: tchawica, przełyk i kręgosłup.

Chory zniósł operację bardzo dobrze i stan jego obecnie jest zupełnie pomyślny, tak iż nawet pełni zastępczo czynności sanitariusza.

2) K r y ń s k i omówił przypadek operowany przez siebie roznia mózgu o niezwyklej przebiegu i cechach anatomicznych. Dotyczy on 36-letniego kapitana, u którego przed 2-ma miesiącami utworzył się czyrak poza uchem lewym, który mu przecięto w jednym ze szpitali a który goił się bardzo wolno w ciągu tygodni. W ostatnich czasach wystąpiły nagle objawy mózgowe: silne bóle głowy, wysoka ciepłota, zaburzenia wzrokowe (hemianopsia) i zaburzenia mowy (dysarthria). Chorego umieszczono na oddziale chirurgicznym w szpitalu ujazdowskim, gdzie Kryński, rozpoznawszy ropień mózgu, wykonał szeroką trepanację osteoplastyczną w części potylicznej, i w głębi zrazu tylnego znalazł guz wielkości dużego orzecha włoskiego, który po przecięciu kory mózgowej wyłuszczył z głębi na tępo. Płat kostno-skróny przszyto z pozostawieniem małego otworka, przez który wprowadzono sącdek do jamy po usuniętym guzie w płacie mózgowym. Po przecięciu guza okazało się, że składa się on z grubej ściany, otaczającej niewielką jamę, wypełnioną bardzo gęstą ropą. Przebieg pooperacyjny, pomimo powikłania róża, był pomyślny i dziś chory ma się zupełnie dobrze.

III. Kol. J o n s c h e r wygłosił rzecz p. t. „Z kliniki duru brzuszego“.

We wstępie J. podkreśla małe zainteresowanie się kliniką chorób zakaźnych, zwłaszcza duru brzuszego, w ostatnich kilkudziesięciu latach głównie wskutek nadmiernego rozwoju bakterjologii i

innych nauk pomocniczych. Należy zająć się ponownie kliniką duru brzusznego w związku ze zdobyczami innych gałęzi medycyny, np. z nauką o gruczolach wewnątrzwydzielniczych. Cały szereg faktów bowiem świadczy o istnieniu zaburzeń w ich czynności w przebiegu duru (tarczycza, przysadka).

J. ustala grupy kliniczne duru brzusznego w zależności od zachowania się tętna oraz jakości i ilości wypróżnień.

Gr. I — sympatykotoniczna: częste tętno, zaparcie. Cechy: 33 — 40% ogółu przyp.; w wywiadach często wymioty; częste objawy oponowe; objaw Kernіга spotyka się wzgl. rzadko; odczyn Widala występuje późno i w małym rozcieńczeniu; u ozdowieńców często bradykardja.

Gr. II — tętno częste, wypróżnienia wolne; najczęściej u dzieci do 7 lat; częste nawroty; duża śmiertelność; wysoka liczba ciałek białych we krwi; przypadki niemoty i głuchoty.

Gr. III — tętno zwolnione; zaparcie; najczęściej w wieku 7 — 10 lat; mały odsetek nawrotów; wyraźna leukopenja; psychozy. Gr. I i III stanowią 50% ogółu.

Gr. IV wago-toniczna: zwolnienie tętna, wolne wypróżnienia; u dzieci powyżej 10 lat; wymioty b. rzadko; objaw Kernіга zwykle obecny; brak powikłań usznych.

J. uważa nawroty w durze brzuszny za wyraz uczulenia ustroju, które może powstać pod wpływem zarazka swoistego, zbliżonego lub też zupełnie odrębnego. Na poparcie swego poglądu przytacza szereg spostrzeżeń klinicznych i epidemiologicznych.

Większość chorób zakaźnych nie przebiega jednocześnie z durerem u jednego i tego samego chorego; gruźlica nie stanowi naogół wyjątku z tego prawidła. Przebycie duru brzusznego nie wpływa na przyspieszenie rozwoju istniejącej gruźlicy.

Objaw Kernіга występuje w przebiegu duru nawet w przypadkach, w których nie mamy żadnych danych co do zajęcia opon mózgowych. J. na podstawie całego szeregu spostrzeżeń uważa rozwojenie mięśni za główny powód występowania tego objawu.

Przypadki zachorowań rodzinnych dają b. wysoki odsetek śmiertelności (12%) w porównaniu z przeciętnym (4,9); u rodzeństwa przebieg bywa zwykle podobny.

J. w toku całego odczytu podkreśla duże znaczenie, jakie posiadają własności ustroju ludzkiego dla nadania epidemii tego lub innego charakteru, i podkreśla zbytnią jednostronność dotychczasowych poglądów, wysuwających na pierwszy plan tak nieokreślone pojęcie, jakim jest suma własności zarazka chorobotwórczego, objęta nazwą „genius epidemicus”. (str. wł.)

W dyskusji: I) kol. Zieliński E. co do uczulenia sądzi, że dziś należało by się spodziewać mniej nawrotów niż dawniej. Przed wprowadzeniem wodociągów w Warszawie epidemie tyfusu były olbrzymie. Dzieci zaś obecne nie można uważać za uczulone, gdyż matki ich już nie chorowały. Obecnie zaś nawroty dochodziły do 52%. Uczulenie zdaniem jego odpada. W organizmie tkwić musi przyczyna, bądź w jakimś osłabieniu, bądź sam zarazek jest taki, że daje częste nawroty. Zaprzecza, by epidemję ostatniego roku poprzedziła czerwotka. Uważa za pewne, że przyczyna tkwi w organizmie samym, a nie w anafilaksji. Z autopsji jakie wykonywał wnioskuje, że na tyfus nie umiera organizm zdrowy, jeżeli umiera, to albo hypopla-

styczny, albo obarczony innem cierpieniem. Objaśnienie objawu Kerniga rozwodnieniem mięśni, nie wytrzymuje krytyki, gdyż w durze mięśnie są właśnie suche, zaś Kernig występuje w każdej silnej infekcji.

2) Prof. G l u z i ń s k i przyznaje duże zalety odczytowi, By móc przeprowadzić dyskusję, należało by materiał, jakim rozporządza, odpowiednio rozklasyfikować. Zwraca jednak uwagę, że u dorosłych sprawa tętna i zaparcia wprost przeciwnie się przedstawia. Co do rozwodnienia zwraca uwagę, że wogóle w chorobach gorączkowych chory mało traci na wadze, dopiero po kryzie następuje nagły spadek wagi. U dorosłych poliurja występuje dosyć często. Co do uczulenia, to przypadków nawrotu nie spotykał zbyt często, jednak błąd w djecie udawało się często wykazać. W czasie ostatnich epidemii zauważył, że jedna infekcja zatrzymuje rozwój drugiej.

3) Prof. O r z e c h o w s k i jako neurolog, co do objawu Kerniga zaznacza, że mamy wszelki powód tłumaczyć to przykurczeniem odruchowem mięśni.

4) Kol. R u d z k i, jako uczeń Kerniga, zaznacza, że w klinice tegoż w żadnym przypadku duru brzusznego nie stwierdzono objawu Kerniga, jeżeli nie było zajęcia opon. Nie zgadza się z Zielińskim, by objaw ten nie był swoistym, należy go tylko ściśle wykonywać.

5) Kol. J o n s c h e r odpowiada: Zmniejszenie się epidemii czerwonej w r. 1920 doskonale tłumaczy obniżenie się odsetka nawrotów w tym roku. Nawroty występują częściej w przyp. lekkich, nie zwiększają śmiertelności z duru. Duża statystyka C u r s c h m a n n a nie potwierdza twierdzenia, jakoby dur brzuszny przyspieszał rozwój istniejącej gruźlicy. Rozwodnienie mięśni w durze brzuszny stwierdzone było przez T r o u s s e a u. Objaw Kerniga występuje w przebiegu większości chorób zakaźnych, ponieważ każda choroba powoduje rozwodnienie ustroju. Poliurja jest częstym objawem u ozdrowieńców, ale nieczęsto prowadzi do tak dużych ilości moczu, o jakich wspominał J. Sam fakt wydzielania zarazków z pęcherzyka żółciowego do jelit pod wpływem różnych czynników nie może warunkować nawrotu, gdyż zdarza się to u nosicieli zarazków b. często, a niema u nich nawrotu — uczulenie ustroju jest niezbędne.

Występowanie objawu Kerniga w najróżnorodniejszych sprawach chorobowych, przebiegających zarówno z zajęciem opon mózgowych, jak i bez tego, nasuwa konieczność wyszukania jednej wspólnej cechy, tłumaczącej występowanie tego objawu, a jest nim rozwodnienie mięśni, występujące stale w takich razach.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: Z. D m o c h o w s k i.

Sekretarz doroczny: T. W i ś n i e w s k i

Posiedzenie kliniczne dn. 15 marca 1921 r.

Obecnych członków 79.

Przewodniczący: Prezes Z. D m o c h o w s k i.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Na propozycję prezesa pamięć ś. p. Henryka Dziedzickiego uczczono przez powstanie.

III. Wiceprezes w zastępstwie Sekretarza Stałego odczytał napisane przez tegoż wspomnienie pośmiertne o ś. p. kol. Szumanie i H. Dziedzickim.

IV. Do Książnicy T-wa wpłynęły: 1) Pamiętnik kliniczny szpitala Dz. Jezus. Tom III i IV. 2) Uwagi co do wniosku posta Rottermunda w przedmiocie ustawy o ordynacji lekarskiej etc. Dr. A. Kozerski. 3) Experimentelle Untersuchungen ueber die Pathogenese der multiplen Sclerose. Rothfeld, Freund und Hornowski. 4) Przyczynek do epidemiologii cholery. St. Sterling-Okuniewski. 5) Objawy czerwone w przebiegu niektórych postaci zimnicy. St. Sterling Okuniewski.

V. Prof. K r y ŋ s k i przedstawił okaz żołądka, będący bardzo rzadką i dotąd w literaturze naukowej niezupełnie jeszcze wyjaśnioną postacią chorobową, opisaną przez autorów angielskich pod nazwą *linitis plastica*, jako obraz przewlekłej sprawy zapalnej ściany żołądka, wyrażający się w znacznym przeroście tej ściany na całej jej przestrzeni. Dany przypadek dotyczy młodej 26-letniej panny, u której Kr. wykonał operację w celu usunięcia guza jamy brzusznej, leżącego w linii środkowej na wysokości pępka. Rozpoznanie przed operacją nie było ściśle ustalone: przypuszczano nowotwór zaotrzewny, zrosły z tylną ścianą żołądka. Jednym z najciekawszych objawów klinicznych u chorej, poza silnymi bólami w górnej części brzucha, szybkim wychudnięciem i upadkiem sił, był objaw niedomogi odźwiernika (*insufficiencia pylori*). Zjawisko to wyraźnie występowało przy badaniu na ekranie zapomocą promieni X, gdzie widać było, jak wprowadzona do żołądka masa kontrastująca przechodziła w ciągu kilkunastu minut w całości do dwunastnicy; uniemożliwiało to wydobywanie i zbadanie soku żołądkowego.

Po otwarciu jamy otrzewnej okazało się, że guz ten stanowił żołądek o ścianie ogromnie zgrubiałej, zarówno przedniej, jak tylnej i to na całej przestrzeni od wpustu aż do granicy odźwiernika z dwunastnicą. Wobec nadwyzwyczaj marnego stanu ogólnego chorej zabieg operacyjny ograniczono do wytworzenia przetoki jelitowej na górnej części jelita czczego, aby umożliwić energiczniejsze odżywianie. Przebieg pooperacyjny był narazie pomyślny, jednakże stan ogólny pogarszał się z dnia na dzień i wśród objawów ogólnego charłactwa chora zmarła w 4-tym tygodniu po operacji.

Wydobyty żołądek przedstawia nadwyzwyczajnie ciekawe zmiany patologiczne. W całości znacznie zmniejszony ma on ścianę bardzo zgrubiałą (do 1,5 cm.) zarówno przednią, jak tylną na całej przestrzeni od wpustu do odźwiernika. Błona śluzowa pofałdowana nie przedstawia na oko żadnych zmian widocznych w postaci guzów czy owrzodzeń. Dopiero badanie mikroskopowe wyjaśnia istotę sprawy. Na preparatach widać, jak od najgłębszych warstw śluzówki rozpoczyna się bujanie nabłonka, który w postaci długich wypustek ko-

mórkowych infiltruje warstwy ściany żołądka głębiej leżące, głównie podśluzówkową i mięśniową. Włókna tej ostatniej są porozdzielane temi długimi szeregiemi komórek nabłonkowych, tworzących miejscami większe ogniska, otoczone włóknami tkanki łącznej. Same komórki nabłonkowe przedstawiają te zwykłe cechy, jakie widzimy w ogniskach nowotworów nabłonkowych błony śluzowej przewodu pokarmowego. Mamy tu zatem do czynienia z nowotworem złośliwym nabłonkowym, bujającym z najgłębszych warstw błony śluzowej (carcinoma fibrosum) i tworzącym nacieczenie wśród ściany żołądka, bez wytworzenia nowotworu-guza w zwykłej anatomicznej jego postaci na powierzchni błony śluzowej. Przypadek ten w sposób niewątpliwy wykazuje, że ta tak rzadka postać chorobowa, owa linitis plastica, winna być wykreślona z działu spraw zapalnych żołądka i zaliczona do grupy nowotworów nabłonkowych złośliwych, jak na to zapatrują się niektórzy autorowie francuscy i jak w tej mierze wyraża zdanie w swej Dyagnostyce Dmochowski. (str. wł.)

VI. Prof. Głuziński wygłosił odczyt p. t. O t. zw. moczówce prostej.

Określenie tej jednostki chorobowej zwanej moczówką prostą, a podniesionej do znaczenia przez Piotra Franka, profesora Uniw. wileńskiego, jest do dzisiejszego dnia trudne i niepewne. W ostatnich czasach zmienił się kierunek naszych badań. Przyczyniły się do tego wystąpienia dwóch psychiatrów Riegera i Reichardta, którzy, opierając się na spostrzeżeniach poczynionych na materiale zakładów psychiatrycznych, postawili tezę, że niema moczówki prostej jako jednostki, ale są to tylko objawy, wynikające ze stanu psychicznego chorego, z jego urojeń, nieprawidłowych odczuć i t. d. na tle histerycznym, hipochondrycznym, paranoicznym i t. d. Było to jednostronne zapatrywanie, jak się niżej wykaże, ale miało tę dobrą stronę, że prowadziło do ponownego rozpatrywania starego sporu, co w moczówce prostej jest pierwotne: czy polidypsja, czy poliurja. W przypadkach Riegera i Reinhardta była pierwotną polidypsja—to był objaw u ludzi psychicznie zboczonych, ale medycyna wewnętrzna zna przecież przypadki polidypsji i poliurji u ludzi psychicznie zdrowych, u których rozstrzygnięcie pytania, co w nich jest pierwotne czy poliurja czy polidypsja gra pierwszorzędną rolę. Pomijając przypadki schorzenia nerek, w miedniczkach nerkowych, pewnych obrazów stwardnienia tętnic i t. d. w których polidypsja i poliurja jest również tylko objawem, przypadki obejmujące te stany, które nazywamy moczówką prostą, rozpadają się na 2 działy: a) przypadki, w których moczówka prosta występuje na tle zбоżeń mózgowych, b) przypadki, w których najskrupulatniejsze badanie, nie wykazuje żadnych zбоżeń ani somatycznych ani psychicznych. Co w nich jest pierwotne polidypsja czy poliurja? Jeżeli poliurja — to punkty ciężkości badań trzebaby przenieść na badanie czynności nerek. Z dawniejszych badań prelegent przypomina przypadki Trousseau, Strubella, Socina — w których występowały poważne objawy po odjęciu wody, a najważniejsze w przypadkach Strubella i Socina punkty marznięcia Δ krwi, świadczące o zatrzymywaniu pewnych substancji we krwi, których nerka bez większej ilości wody wydzielić nie mogła — a więc przychodzić musiało pytanie, czy nerka chorego na moczówkę prostą tak samo funkcjonuje jak u zdrowego. Sprawa się staje tem

ciekawszą, gdy uwzględni się doświadczenia K. Bernarda. Kable-
ra i t. d., wykazujące, że są pewne ośrodki w mózgu, których poraże-
nie lub podrażnienie sprowadza poliurję. Jaką drogą?

Punktem wyjścia nowszych badań, było spostrzeżenie Tallqui-
sta, wykazujące wpływ diety małoazotowej i małochlorowej na ilość
wydzielanego moczu. Spostrzeżenie to dało powód do badań funkcji
nerek u ludzi dotkniętych moczówką prostą w kierunku t. zw. kon-
centracji. Powołując się na badania Mayera, Finkelburga, Engla,
Winkelmana, Braüninga, Socina przechodzi G. do własnych spostrze-
żeń i doświadczeń tak w przypadkach moczówki prostej rzeczywistej
jak i moczówki prostej, towarzyszącej zmianom mózgowym, i wynik
zestawia w następujących zdaniach:

1) Po za przypadkami, w których polidypsja jest pierwotną, w
których zatem moczówka prosta jest objawem—w myśl zapatrywań
Riegera i Reinhardta — istnieje osobna jednostka chorobowa, którą
uznać winniśmy za moczówkę prostą rzeczywistą.

2) Cechą tej jednostki chorobowej, o ile ona należy do grupy
b) byłoby upośledzenie lub utrata funkcji koncentracji nerek, a więc
najprawdopodobniej pierwotna poliurja.

3) W przypadkach pochodzenia mózgowego cecha ta nie była-
by tak wybitna.

4) W każdym przypadku podejrzanym o moczówkę prostą,
winniśmy przeprowadzić próbę koncentracyjną, raz dlatego, że wy-
nik jej może nam wskazać drogę postępowania klinicznego, powtóre
dlatego, że badań dalszych koniecznie nam potrzeba do dalszego
rozsąszenia sprawy.

5) Jednostkę tę chorobową dla pamięci nazwać winniśmy mor-
bus Petri Franki. (Str. wł.)

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący Prezes: Z. D m o c h o w s k i.

Sekretarz doroczny: T. W i ś n i e w s k i.

Posiedzenie kliniczne d 5 kwietnia 1921 r.

Obecnych członków 40.

Przewodniczący Prezes: Z. D m o c h o w s k i.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Wiceprezes zakomunikował o wyniku konkursu im.
Mocutkowskiego, którego Komitet jednomyślnie przyznał nagrodę
kol. E. Zielińskiemu za odczyt p. t. Parę słów o gorączce powrotnej.

III. Prezes oznajmił o śmierci ś. p. b. prezesa T-wa kol. Ja-
kowskiego i członka E. Zielińskiego. Pamięć Ich uczczono przez po-
wstanie.

IV. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne o zmar-
łym prezesie ś. p. kol. Jakowskim i Ed. Zielińskim.

V. Prezes zakomunikował, że uroczysty obchód stuletniej rocz-
nicy T-wa odbyć się ma we wrześniu r. b. Zarząd przedstawia nastę-
pujących kandydatów na członków honorowych T-wa: Kamocki, Pa-
wiński, Przewoński, prof. Gluziński, z Krakowa: Browicz, Kostanecki,

ze Lwowa: Szymonowicz, Machek, z Poznania: Jurasz, z Wilna Zachorski, z Paryża Babiński. Z Francji: Richet, Chauffard, Lejeurs, Roger, z Włoch: Forlano, Golgi, z Anglii: Alhrutt i Wright.

VI. Do Książnicy T-wa wpłynęły: 1) Pedjatrja polska. Tom I. Zeszyt I. 2) Szenajch: 25 letni jubileusz leczenia błonicy surowicą w Warszawie. 3) Przegląd dentystyczny N. 1.

VII. Higier przedstawił a) chłopca 10-o letniego, chorego na Encephalitis lethargica z następczym napadem choroby Parkinsona, śmiechem mimowolnym i otluszczeniem. Przed rokiem okres gorączki kilkodniowej z dłuższą bezsennością i niepokojem. Stopniowo zmieniły się usposobienie i postawa chorego. Powolność i ciężkość ruchów bez bezładu i porażeń. Zmęczony dłuższem chodzeniem, potyka się i pada. Przechylając się zbytnio w siedzącej pozycji, pada łatwo. Anteropulsio i brak kołysania normalnego rąk przy chodzeniu. Nieruchliwość i niezgrabność ogólna. Zapina się wolno. Układ tułowia przypomina paralytic agitans. Twarz maskowata, lśniąca przypomina pełnię księżyca śluzobrzękowych chorych. Gałki wypukłe, wskutek stężenia powiek, Analogiczna sztywność w innych obrębach muskulatury. Śmiech mimowolny. Niedomykanie ust ze ślinieniem. Jada powoli, mówi cicho, bezbarwnie, bez intonacji. W ostatnich miesiącach tyje, aczkolwiek pokarmów przyjmuje mniej, niż dawniej. Tycie sprawdzone na wadze. Narządy płciowe niezmienione. Prawidłowy moczu. Zachowanie się w ciągu dnia normalne, w nocy niepokój, bezsenność.

Higier rozpoznaje encephalitis lethargica. Główne ogniska usadowiły się prawdopodobnie w obrębie corpus striatum, za czem przemawia syndrom choroby Parkinsona z wzmocnieniem napięcia przy nieobecności objawów spastycznych. Otluszczenie postępujące tłumaczy się ogniskiem chorobowem w międzymózgowiu, gdzie sadowią się ośrodki wegetatywne. Zasługują na podkreślenie: 1) niepokój nocny, który się stale widuje miesiącami u dzieci encefalitycznych; 2) stężenie mięśni i zależne odeń objawy wrzekomo opuszkowe i układ ciała Parkinsonowski. 3) zubożenie spontanicznej inicjatywy ruchowej. Higier omawia bliżej obraz zespołu amyotycznego, wyodrębnionego przez Strimpella, a które znajduje podłoże swe w ogniskach zapalnych w corpus striatum, nucleus leucularis i nucleus ruber przy encephalitis acuta, pseudosklerozie, chorobie Wilsona, spazmie torsyjnym i atetozie.

b) Kobiętę 48 letnią, u której rozwijają się od 4-ch tygodni stałe skurcze kloniczne prawej nogi, utrudniające w wybitnym stopniu chodzenie. Brak wszelkich objawów towarzyszących, jak bolesności uciskowej i samoistnej, wzmocnienia napięcia mięśni, zaników, odruchów patologicznych, zaburzeń mowy i inteligencji, pozwala wykluczyć wszelkie sprawy obwodowe i rdzeniowe. Również brak danych na histerję i płasawicę. Ruchy te, przypominające padaczkę Jacksonowską (epilepsia continua Kożewnikowa), są niewątpliwie zależne od sprawy mózgowej, prawdopodobnie korowej. Stopniowy rozwój bez udaru i bólów głowy czyni nieprawdopodobnym guz, wylew, zator i zakrzep.

Dopiero dokładna anamneza odkrywa, że chora przed wielu miesiącami cierpiała przez kilka tygodni na silne bóle łopatek, lewej nogi i prawego podbrzusza, przebiegające z gorączką, bez zajęcia sta-

wów, nerwów i mięśni, że poprzedził ją dłuższy okres bezsenności, a następował po nich okres senności dłuższej. Obecnie stwierdza się podmiotowo opieszala reakcja żrenic i nierówność ich. Mamy więc prawdopodobnie do czynienia z przebytą, a przeoczoną *encephalitis lethargica*. Drobnoustrój tej choroby daje według doświadczenia Stryies a jeszcze po tygodniach i miesiącach świeże wybuchy, a świeżo wydzielany jad tworzy nowe ogniska, jak w danym przypadku. Tych cech pozornie wygasłego wulkanu nie posiada podobny drobnoustrój choroby Heine - Medina (*poliomyelitis acuta*). H. widział chorą na początku choroby i podejrzewał wówczas sprawę ostrą encefalityczną, która się obecnie potwierdza, (str. wł.).

W dyskusji Janowski zaznacza, że miejscem, w którym znajdowano stale zmiany w *paralysis agitans* i *encephalitis lethargica* jest *substantia nigra Semeringi*. Co się tyczy pierwszego przypadku, to Pierre Marie leczył podobne przypadki za pomocą bromku cykutyny.

VIII. W dyskusji nad odczytem prof. Gluzińskiego, o moczówce prostej:

1) Prof. Hornowski nie zgadza się z prelegentem na podział na moczówkę prostą pierwotną i wtórną. Podział ten cały szereg prac odrzuca. Nie można też apodyktycznie twierdzić, że niema zaburzeń w przemianie materji. Weil bowiem to właśnie dowodzi i nawet wydziela moczówkę z zaburzeniami wydzielania chlorku sodu. Prelegent pominął działanie układu nerwowego i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Beck np. dowiódł, że istnieją pewne zmiany w organie centralnym, które wywołują nadmierne moczenie. Przysadka, odgrywa b. znaczną rolę. Tarczycza musi mieć pewne znaczenie, bo w chorobie Basedowa nie znamy moczówki, za to w obręku śluzowym spotykamy ją. Dalej adrenalina posiada pewien eklektywny wpływ na naczynia nerkowe, po zastrzyknięciu bowiem adrenaliny następuje długotrwałe nadmierne moczenie, przyczem zmienia się ilość soli kuchennej. Hornowski jest zdania, że gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem dużo większą grają rolę, niż sama nerka w moczówce prostej.

2) Kol. Skłodowski zaznacza, że do niedawna wiadomości nasze o moczówce prostej były bardzo skąpe. Nie wiedzieliśmy, na jakim zboczeniu anatomicznem, czy też funkcjonalnem polega ta choroba, nie posiadaliśmy nawet dość ścisłego jej określenia klinicznego. Główną osią dociekań i sporów było pytanie, który z dwóch najbardziej rzucających się w oczy objawów moczówki jest zjawiskiem wcześniejszem: wzmożone pragnienie, czy też wzmożone wydzielanie moczu? polidypsja czy poliurja. Przeważnie rozstrzygano je w ten sposób, że istnieje moczówka samoistna, z pierwotną poliurją i moczówka objawowa z pierwotną polidypsją.—Dopiero badanie Tallquist'a i Ericha Meyer'a (1903, 1905) rzuciły pewien promień światła na zagadkową patogenezę moczówki prostej. Doprowadziły one do wniosku, że zboczeniem zasadniczym w tej chorobie jest utrata zdolności nerek do zagęszczania, czyli koncentracji moczu. W warunkach fizjologicznych, nerka wydziela normalne składniki stałe moczu w stężeniu wyższem, niż znajdują się one w surowicy krwi. W moczówce owa zdolność nerki do zagęszczania częściowo lub całkowicie ginie, a dla niektórych składników może nawet stać się

ujemną, to znaczy, że stężenie ich w moczu nie dosięga stopnia stężenia w surowicy; przy przejściu przez nerkę zamiast zagęszczenia następuje rozcieńczenie danego składnika. Utratę zdolności koncentracyjnej nerek spostrzega się jednak tylko w moczówce idiopatycznej, t. j. tej, gdzie według najbardziej rozpowszechnionego poglądu poliuria ma być pierwotną. Otóż, zdaniem mojem, o ile uznamy za fakt stwierdzony istnienie niedomogi koncentracyjnej, należałoby pójść jeszcze o krok dalej i całkowicie odrzucić dość bałamutną hipotezę poliurji pierwotnej. Jest ona niepotrzebna, bo można objaśnić poliurię w t. zw. moczówce samoistnej daleko prościej. Niedomoga koncentracyjna nerek stwarza bowiem tego rodzaju stan, który dla zachowania równowagi humoralnej, wymaga zwiększonego dowozu wody. Przy zwykłym dowozie normalne składniki stałe moczu nie mogą wydzielać się w ilości dostatecznej, muszą więc gromadzić się w sokach ustroju, co właśnie, w sposób zapewne zupełnie podobny do tego, w jaki powstaje normalne uczucie pragnienia, powoduje pragnienie wzmożone. A więc i w tym wypadku polidypsja poprzedzałaby poliurię.

Wracając do rzeczy zasadniczej, t. j. do utraty zdolności koncentracyjnej nerek, należy nadmienić, że Tallquist i Meyer, a głównie ten ostatni, bronią poglądu, iż niedomoga koncentracji jest ogólna, t. j. dotyczy wszystkich składników stałych moczu. Inni natomiast, jak Forschbach i Weber, a zwłaszcza Lichtwitz, sądzą, że jest ona cząstkowa, istnieje tylko dla pewnych składników. Lichtwitz wprost twierdzi, że nigdy nic innego nie znajdował, jak tylko utratę zdolności nerek do zagęszczenia soli kuchennej, resp. jonów chlorowych. Posługuje się przytem metodą, nie wiem, czy swoją własną, ale o której gdzieindziej wzmianki nie spotkałem, mianowicie zastrzykiwaniem pituitryny. Środek ten, który u zwierząt wywołuje zwykle poliurię, u człowieka powoduje naodwrot czasowe zmniejszenie ilości moczu, nieraz bardzo wybitne. Otóż w próbach moczu, wydzielonych po pituitrynie znajdował Lichtwitz znaczny wzrost koncentracji mocznika, podczas gdy koncentracja soli kuchennej pozostawała prawie bez wyjątku niska, mniejsza aniżeli w surowicy krwi.

Mając właśnie teraz, na oddziale bardzo typowy przypadek moczówki prostej u 8 letniego chłopca, badam u niego czynność koncentracyjną nerek razem z kol. S. Mutermilchem, posługując się m. i metodą, używaną przez Lichtwitza. Dotychczasowe wyniki tych badań są następujące: 1) zastrzyknięcie pituitryny wywołuje istotnie u chorego znaczną, choć tylko względną i krótkotrwałą oligurię, 2) w tym okresie koncentracja mocznika wyraźnie się podnosi (w punkcie najwyższym przeszło dwukrotnie), mniej jednak, aniżeli, gdyby wzrost jej był odwrotnie proporcjonalny do ilości wydzielanego moczu. Znacznie słabiej wzrasta koncentracja soli kuchennej, pozostając i po zastrzyknięciu daleko w tyle poza stężeniem surowicy krwi. Najbardziej wzrasta stężenie fosforanów.

Tak więc w przypadku moim możnaby mówić raczej o mieszanej niedomodze koncentracyjnej, aniżeli o wyłącznej dla samej tylko soli kuchennej, chociaż, zaprzeczyć się nie da, że jest ona najwybitniejsza dla soli.

Zestawiając ten przypadek z przypadkami Lichtwitza, możnaby dojść do wniosku, że zachowanie się zdolności koncentracyjnej nerek w moczówce prostej bywa rozmaite. Niekiedy utrata jej dotyczy tyl-

ko soli kuchennej, kiedyindziej zaś w pewnym stopniu i mocznika. Że najstalej i w najwyższym stopniu dotyczy ona właśnie soli, dziwić nas to nie powinno, jeśli zważymy, że zdolność koncentracyjna nerek jest fizjologicznie bez porównania mniejsza dla soli, niż np. dla mocznika. Z tego stanowiska patrząc, możnaby uważać przypadki moczówki z nieomogą cząstkową, takie, jakie opisał Lichtwitz, za lżejsze, w których staje się niewydolną najmniej doskonałą, jeśli wolno się tak wyrazić, czynność koncentracyjna nerki, a inne jeszcze wystarczają swemu zadaniu.

Badanie czynności koncentracyjnej nerek, które powinno być jak najbardziej wszechstronne, posiada w moczówce prostej ważne znaczenie praktyczne, ponieważ tą tylko drogą można ułożyć dietę dla każdego przypadku najbardziej odpowiednią, a zarazem najmniejsz uciążliwą dla chorego. (str. wł.)

3) Kol. L a n d a u zaznacza, że zasadniczym objawem moczówki prostej są zaburzenia koncentracji nerek. W normalnych warunkach c. gatunkowy moczu waha się od 1015 — 1025, przy większym dowodzie wody u człowieka normalnego c. gatunkowy wydzielanego moczu zmniejsza się, przy dęcie suchej zwiększa się. Próba wodna dowodzi więc, że wydzielanie moczu o ciężarze gatunkowym niższym od ciężaru gatunkowego surowicy, nie jest sprawą swoistą dla moczówki. Istnieje cały szereg stanów chorobowych, w których sprawność koncentracyjna nerek ulega zaburzeniu, i w moczówce prostej nie stanowi ona istoty choroby, lecz jej dominujący objaw. Zależy ona od szeregu czynników, a więc od sprawności nerek, od ośrodków nerwowych, od hormonów wydzielania wewnętrznego i t. d. Dlatego podział na moczówkę prostą i mózgową uważa za niesłuszny, gdyż oparty na objawie, a nie na istocie sprawy. (str. wł.)

4) Kol. H i g i e r zwraca uwagę, że moczówka prosta, dawniej powszechnie za chorobę wewnętrzną uważana, zaliczana być winna do chorób nerwowych, co najmniej do pogranicza między interną i neurologią. H. z dyskusji wyklucza a p r i o r i poruszaną przed chwilą odrębną zupełnie postać psychogenną, czyli histeryczną, w której polidypsja jest pierwotna, a poliurja wtórna i która leczona być może drogą psychiczną. Ciekawsza jest postać idiopatyczna, oraz wcale nierzadka symptomatyczna. Porównywanie postaci idiopatycznej przez R i e g e r a i R e i n h a r d a do dipsomanii jest błędne, jedynie na powierzchownej analogii oparte, gdyż dipsomania jest to cierpienie niestałe, lecz perjodyczne, rodzaj cyklotymji, czyli depresji powrotnej, podczas której chory pije dużo alkoholu, wyjątkowo inny płyn. Gdy przed laty kilkadziesiąt Claude Bernard przez dokonanie swojego klasycznego przekłucia opuszki w okolicy dna 4-ej komory wywołał moczówkę, wierzone w nerwowe jej pochodzenie. Gdy przekłucie okazało się bezskutecznem po przecięciu N. s p l a n c h n i c u s, idącego do nerek w celu regulowania napięcia naczyń i wydzielania wody, tembardziej wierzone w pochodzenie nerwowe moczówki. W ostatnich latach fizjolog A s c h w e r przez analogiczne ukłucie okolicy śródmózgowia w bliskości dna 3-ej komory wywołał przemijającą moczówkę, co tembardziej utwierdziło uczonych w przekonaniu o naturze nerwowej moczówki prostej. I klinika oddawna zwracała uwagę w stronę moczówki przy urazach głowy, złamaniach podstawy czaszki, zapaleniu opon mózgowych, hydrocefalii, guzach mózgu i sprawach syfilitycznych podstawy móz-

gowia, lokalizujących się w bliskości dna 3-ej komory, w regio interpeduncularis, dla której diabetes insipidus + paralysis n. abducentis jest prawie patognomicznym zespołem.

Atoli modna i aktualna w ostatnich latach—od badań Brown-Séquarda nad jądrami i Minkowskiego nad trzustką — nauka o gruczołach wewnątrz dzielnicznych pchała i sprawę moczków prostej na tę drogę. Należało jeszcze znaleźć ów gruczoł wkrewny, który w łańcuchu wewnątrz wydzielniczym diabetyka najpoważniejszy tworzy ogniwo. Obserwacje kliniczne kierowały uwagę głównie w stronę przysadki, na ten drobny gruczoł, usadowiony w siodle tureckiem, gruczoł, zarekwirowany już w poważnej mierze przez chorych na akromegalię eunuchoidyzm i dystrophia adiposa genitalis. Należało stwierdzić, czy podrażnienie, czy porażenie gruczołu wywołuje dyscharmonizm, t. j. zaburzenia w wydzielaniu hormonu, czy dotknięty być musi płąt przedni, gruczołowy, płąt tylny, nerwowy (Neurohypophysis), czy też część pośrednia, łącząca je, lejkowata pars intermedia. Są to bowiem części gruczołu, każda — ze stanowiska embrjonalnego — odrębnego pochodzenia, przypadkowo ze sobą zrośnięte. Leschke z kliniki berlińskiej Krause'go na ścisłych i lisznych eksperymentach, dokonywanych w ostatnim trzechleciu, dowiódł, że żadna z nich nie daje moczków, że wywołuje ją natomiast uszkodzenie w pobliżu przysadki położonego międzymózgowia z jego ośrodkami wegetatywnymi, że diabetes insipidus zależy od zniszczenia części bazalnej, czyli lejkowatej międzymózgowia. Jak w różnych obrębach wypukłości mózgowia rozsiane są ośrodki ruchu, czucia, zmysłów, tak na dolnej powierzchni jego, w obrębie infundibuli mesencephali znajdują się ośrodki, rządzące trzewami, przemianą materji (Ascher). Chodziło więc o to, czy hormon przysadkowy działa samoistnie na wydzielanie moczu, czy też pośrednio na drodze układu autonomicznego lub współczulnego. Należy bowiem zarzucić istnienie jakichś mistycznych ośrodków diabetycznych, a przyjąć — co jest zresztą już dowiedzionem — obecność ośrodków w tuber cinereum, infundibulum, hypothalamus, corpora mammillaria, innerwujących naczyniową muskulaturę gładką, a tą drogą wpływają na czynność naczynioruchową, potowydzielczą, termoregulacyjną i moczowydzielniczą. Tu znajdują się też według L. Millera ośrodki, unerwiające muskulaturę gładką przełyku i gardła, które krótkie warunkują podobno uczucie pragnienia.

Już oddawna wiadomo, że guzy, sprawy encefalityczne i luetyczne tej okolicy wywołują znaczne wahania ciepłoty, obfite poty, dreszcze naczynioskurczowe, uczucie pragnienia, zaburzenia w przemianie materji węglowodanów itp. Możliwem jest, że nadmiar lub brak soli we krwi i zmiana w ciśnieniu osmotycznym krwi (dyschloraemia) drażni ten właśnie ośrodek wodowydzielniczy nerek, jak np. nadmiar CO₂ we krwi drażni automatycznie ośrodek mięśni oddechowych w opuszce, wywołuje głębokie wdechy.

Należy w każdym poszczególnym przypadku moczków stwierdzić, co jest pierwotnem: polydipsia, czy polyuria. Badając mocz pozbawionego chwilowo wody poliuryka co kilka godzin, łatwo, się przekonać, że u histeryczki z moczówką prostą ciężar gatunkowy stopniowo podskakuje do 1030, co jest dowodem polydypsji pierwot-

nej, u diabetyka zaś pozostaje przy 1010 i występują ciężkie objawy mocznicy, jako dowód, że pragnienie jest wtórne. W d i a b e t e s i n - s i p i d u s zostaje niewątpliwie upośledzona zdolność koncentracyjna nerek. W niektórych przypadkach H i g i e r a prawdopodobną była deshydratacja tkanek, gdyż chorzy wprowadzali mniej płynu, niż wyprowadzali. Pozostaje jeszcze do wyjaśnienia, czy istotnie i jaką drogą działają kurczowo na naczynia pituitryna i pituglandol przysadki, hamując krwawienia, usuwając pragnienie i potęgując koncentrację moczu. (str. wł.)

5) Kol. W ł a d y s ł a w J a n o w s k i powiedział co następuje: W dyskusji dzisiejszej ścierają się różne poglądy na szczegóły dotyczące mechanizmów powstawania moczówki prostej. Ponieważ spostrzegałem osobiście 5 tego rodzaju przypadków, z których 3 poddano na moim oddziale przed 9-ciu laty dość doładnemu badaniu, pozwalam sobie na naszkicowanie swego ogólnego poglądu na powstawanie tego ciekawego cierpienia. Nie będę tu przytaczał ani szczegółów, ani żadnych nazwisk; chcę tylko ująć swoją myśl przewodnią w jej ryśach podstawowych. Otóż z tego, co wiem z nagromadzonego piśmiennictwa i co sam myśleć teraz muszę o istocie moczówki prostej, to jest to cierpienie, którego powstanie zależy od zaburzenia w gospodarce wodnej organizmu. Przyczyną jego powstania jest to lub inne cierpienie tej lub innej części układu nerwowego. Badania dawne, oraz z ostatnich czasów, zwłaszcza te, które wynikają i wynikną jeszcze z dokładnego kliniczno-anatomicznego zbadania ostatniej epidemii letargicznego zapalenia mózgu, upewniają nas ostatecznie, że w międzymózgowiu i rdzeniu przedłużonym gromadzą się wszystkie naczelnne ośrodki życiowe. Obok więc dawno uznawanych ośrodków oddechowego, naczynioruchowego i gospodarki węglowodanowej, mieści się tam też ośrodek główny krwiotwórczy, gospodarki białkowej, tłuszczowej, potowej, cieplnej, wodnej itd. Powstanie moczówki prostej nie wydaje się nam możliwym bez trwałego zaburzenia w czynności jednego z tych ośrodków, mianowicie ośrodka gospodarki wodnej. Znane doświadczenie z przekłuciem górnej części komory czwartej, najtylniejszej bocznej części mostu, oraz najtylniejszej części robaczka mózdzkowego, długi szereg badań fizjologicznych doświadczalnych, oraz szereg badań anatomicznych, wykazujących w moczówce prostej pewne zmiany anatomiczne w tych właśnie częściach mózgu, są dowodem, że w pewnej liczbie przypadków zaburzenia w gospodarce wodnej powstają wskutek bezpośredniego uszkodzenia anatomicznego lub podrażnienia odpowiedniego ośrodka w najbliższym otoczeniu górnej części komory czwartej. W pozostałej części przypadków, mieszczący się w tem miejscu ośrodek gospodarki wodnej podlega pewnym zmianom w odżywianiu pod wpływem trwalszych lub przejściowych zmian w odżywianiu i krążeniu wyższych ośrodków mózgowych. Przypomnę tu fakt powszechnie znany, że moczówka prosta występuje przemijająco lub nawet na stałe przy wgnieceniach czaszki, wylewach podoponowych, czasowym obrzęku mózgu, lub podniesieniu w nim ciśnienia i t. p. Stwierdzono też występowanie poliurji po podrażnieniu ciała prążkowatego, górnej części rdzenia kręgowego, po przecięciu nerwów trzewnych większych i t. d., które to czynniki z natury rzeczy wstrząsają pośrednio, ale niewątpliwie i silnie równowagę w odżywianiu, a więc i czynności komory czwartej. Stwierdzano

wreszcie w moczówce prostej liczne zmiany anatomiczne w rozmaitych gruczołach z wydzielaniem wewnętrznym. Odnosny materiał dowodowy rozsypany jest obficie nie tylko w całym szeregu monografii i prac, z których kilka cennych wyszło z pod pióra Kol. Hornowskiego, lecz nawet w odpowiednich rozdziałach najnowszych podręczników. Nie będę więc go tutaj powtarzał. Pragnę tylko podkreślić jaknajśilniej fakt, że związek między zmianami anatomicznymi w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym, a powstawaniem moczówki prostej jest w moim przekonaniu trzecim szeregiem czynników, przemawiających za czysto nerwowym pochodzeniem. Wiemy bowiem z embriologii, że część tych gruczołów jak: szyszynka, znaczna część przysadki, kanały ucha wewnętrznego i część rdzenia nadnerczy, rozwijają się z listka zewnętrznego, a więc tego, z którego rozwija się cały układ nerwowy. Co do innych gruczołów, to chociaż część ich rozwija się z listka wewnętrznego (gruczoł tarczowy, przytarczyczny i grasicą), a część nawet z listka średniego, to jednak cała ich czynność przeznaczona jest w znacznej części do regulowania czynności układu nerwowego, począwszy od najwyższych duchowych, a kończąc na naczynio-ruchowych, które z kolei rzeczy wywierają wpływ bezpośredni na cały bieg czynności czysto nerwowych układu naczyniowego, różnych czynności wydzielniczych i t. d. Tak więc każda zmiana anatomiczna, stwierdzona w gruczołach z wydzielaniem wewnętrznym w przypadkach moczówki prostej, musi być uważana za dowód, że cierpienie to powstaje w zależności od zaburzeń w układzie nerwowym. W jednych przypadkach idzie o dające się bezpośrednio wykazać zmiany w samym rdzeniu przedłużonym, w drugich — o różne zmiany w mózgowiu, w innych — o zmiany w poszczególnych zwojach lub wielkich pniach nerwowych, a jeszcze w innych — o zmiany w gruczołach, regulujących czynności całego układu nerwowego wogóle. Ale fakt ogólny pozostaje zawsze ten sam: powstanie moczówki prostej zależy od wyraźnych zmian, względnie zaburzeń w odżywianiu układu nerwowego.

Szereg autorów przenosi punkt ciężkości sprawy gdzieś indziej. Twierdzą oni, mianowicie, że moczówka prosta rozwija się wskutek tego, że nieuszkodzone anatomicznie elementy nerkowe zatraciły jednak swą normalną własność nasycania wody solą. Otóż, moim zdaniem, już samo przypomnienie powyżej zestawionych faktów z dziedziny patologii układu nerwowego wyłącza możliwość twierdzenia, że moczówka prosta może zeleżeć jedynie od pierwotnego zaburzenia w czynności nerek. Rola ich w tej sprawie jest tylko wykonawcza. Skoro pod wpływem zmian, powstałych w tej lub innej części układu nerwowego, ulegnie zaburzeniu możliwość prawidłowego wydzielania wody przez organizm, przy zachowaniu mniej więcej przeciętnej normy dopływu do niego soli, to, rzecz prosta, że nerki wydzielają roztwory solne mniej stężone. Do powstania obrazu klinicznego moczówki prostej nie jest bynajmniej niezbędne żadne dodatkowe zaburzenie w czynności nerek, specjalnie zaś w ich zdolności do wydzielania dostatecznie stężonych roztworów solnych. Twierdzić to mogę chociażby dla tego, że we wszystkich trzech przypadkach moczówki prostej, które Kol. Julian Goldberg i Ryszard Hertz oddali na moim oddziale badaniu co do wydolności nerek w kierunku nasycania solnego okazało się, że chorzy ci wydawali podawane im dodatkowe ilości soli z tą samą intensywnością

(136—340% po nad normę), jak ludzie zdrowi, i że nadto reagowali oni na podanie im znaczniejszych ilości sody również takim samym stopniem zatrzymywania soli w organizmie, jak i ludzie zdrowi (t. j. zatrzymujący około 300%). Wyniki badania we wszystkich trzech przypadkach były niesłychanie jednoznaczne. Jest rzeczą oczywistą, że z badań przeprowadzonych na trzech przypadkach, nie wynikają jeszcze prawa do większych uogólnień, ale stanowią one niewątpliwie dość silną przeciwwagę dla również pojedynczych przypadków, w których by wynik badań był inny, i upoważniają nas w każdym razie do twierdzenia, że niema dowodów jednolitych, któreby przemawiały za tem, że do powstania moczówki prostej niezbędne jest t. zw. pierwotne, czynnościowe zaburzenie nerek, a mianowicie zmniejszenie się ich zdolności nasycania solnego wody.

A jest to fakt wagi zasadniczej, gdyż chodzi w nim o uzgodnienie poglądu teoretycznego na poszczególną postać chorobową z poglądem ogólnym na istnienie lub nieistnienie wogóle t. zw. pierwotnych zaburzeń czynnościowych.

Jak wiadomo, dla wielu poważnych nawet zaburzeń przyżyciowych nie znajdujemy przy badaniu pośmiertnem makroskopowego ani drobnowidowego równoważnika anatomicznego w odpowiednim narządzie. Wyprowadzono ztąd wniosek o jakoby czysto czynnościowem pochodzeniu chorób umysłowych, chor. Parkinson'a, płasawicy, padaczki, oraz innych cierpień nerwowych. Na tej zasadzie uznawano też za czysto czynnościowe pewne zaburzenia w sercu i w przemianie materji, jak otyłość, moczówka cukrowa, moczówka prosta oraz inne. Tymczasem długi szereg badań wykazuje liczne, różnorodne i niejednakowo rozmieszczone, ale niewątpliwe zmiany anatomiczne w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem, w całym szeregu chorób umysłowych; w płasawicy stwierdzono już zmiany w ciele prążkowanem; analogiczne zmiany stwierdzono też w chorobie Wilsona, Vogta i Westphal-Strümpella. W chorobie Parkinsona znajdowano bardzo wydatne zmiany w tuber niger. Dla licznych zaburzeń, t. zw. pierwotnie-czynnościowych serca stwierdzano zmiany bądź w odnośnych jego zwojach nerwowych, bądź w układzie współczulnym, bądź w gałązkach lub jądrach nerwu błędnego, bądź w ścianach naczyń. W licznym szeregu przypadków moczówki cukrowej stwierdzono szereg znanych zmian anatomicznych w trzustce, wątrobie, nerkach, w szeregu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem oraz w poszczególnych częściach układu nerwowego ośrodkowego, wreszcie jak to zaznaczyłem na samym wstępie, stwierdzono fakty analogiczne do ostatnich w całym szeregu przypadków moczówki prostej. Tak więc zwolna, bez hałasu, ale z nieubłaganą konsekwencją rozsypuje się w gruzy cała przystawka z materiału „wojennego” o istnieniu t. zw. pierwotnie-czynnościowych cierpień różnych narządów zbyt pośpiesznie przyczepiona do gmachu nauki. Okazuje się bowiem, że jeżeli w t. zw. pierwotnem cierpieniu czynnościowem pewnego narządu przenieść punkt ciężkości badań anatomicznych z tego w. a. nie narządu na inne, których normalna budowa a więc i czynność, są warunkiem normalnej sprawności owego rzekomo pierwotnie czynnościowo schorzałego narządu. to każdemu z takich jego schorzeń „czynnościowych” odpowiada niezaprzeczenie szereg zmian anatomicznych w narządach, od których pośrednio lub bezpośrednio czynność tego rzekomo czynnościowo

schorzałego narządu zależy. I to właśnie stanowi istotę dajności czynnościowej na stole anatomopatologicznym. A skoro tak jest, to z poza gruczołowej wiotkiej przystawki o chorobach pierwotnie czynnościowych wysuwa się znowu gmach dawny, o podstawach silnych, na którego froncie już dziś bez ryzyka pomyłki wypisać można aforyzm, uwzględniający wyniki badań dajności czynnościowej anatomo-patologicznej; „*omnis functio laesa laesione anatomica, at-tamem iuste localisanda*”. Wychodząc z tego założenia, znajdzie się wytłomaczenie dla wszystkich szczegółów w pojedynczych przypadkach moczołki prostej. A mianowicie, wobec najróżnorodniejszej przyczyny powstawania zmian w części ośrodkowej i obwodowej układu nerwowego, oraz w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym, staje się jasnem, dlaczego poszczególne przypadki moczołki prostej rozwijają się pod wpływem powodów tak różnorodnych i mogą mieć przebieg tak różnorodny. Następnie jest rzeczą zrozumiałą, że w początkowych okresach znacznej części przypadków moczołki prostej współczesne metody kliniczne badania czynności nerek, zarówno przesączających, jak nasycających i wchłaniających, dają i dawać będą wyniki normalne, podczas gdy w dalszym przebiegu tego cierpienia udaje się przytem wykazać mniej lub więcej znaczne odchylenia od normy w każdej lub w jednej z tych czynności nerek. Zrozumiałym więc nawet staje się nprz. przytoczony powyżej fakt, że podczas gdy w dwóch badanych na moim oddziale przypadkach moczołki prostej doświadczenia z solą i sodą wykazywały, że nerki odnośnych chorych wydalały względnie zatrzymywały dodatkowo absolutnie tyleż soli, co normalne, to w trzecim przypadku obie te zdolności, choć bardzo jeszcze intensywnie, były już jednak nieco osłabione. Jest bowiem jasnem, że nerka zdrowa, od której żąda się jednak przez czas dłuższy przesączania nienormalnie wielkiej ilości wody, ulegać musi stopniowo coraz silniejszemu zaburzeniu tej lub innej, a w końcu wszystkich swych czynności fizjologicznych. Wreszcie takie tylko stanowisko tłomaczy, dlaczego jedne przypadki moczołki prostej przejść mogą w moczołkę cukrową, co jest rzeczą powszechnie znaną i co sam w jednym z swych pięciu przypadków spostrzegałem, w innych zaś przypadkach rozwija się stopniowo obraz zapalenia nerek, i to najczęściej o typie hipertensyjnym, co jest również rzeczą zbyt znaną, by ją tu podkreślać. Gdy bowiem nerki chorego na moczołkę prostą przemęczone swą nadmierną pracą, osłabną w końcu w swej czynności, naprz. wydzielającej, w organizmie pozostają różne niepotrzebne związki chemiczne; te zaś, działając na układ nerwowy ośrodkowy, bądź bezpośrednio, co ma miejsce rzadko, bądź też pośrednio przez wywołanie zaburzeń anatomicznych, a następnie i czynnościowych w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym, co ma miejsce często, prowadzą do powstania zapalenia nerek śródmiaższowego, lub moczołki cukrowej, zależnie od tego, która grupa gruczołów była w danym organizmie podatniejszą do powstawania w niej znaczniejszych zmian przy istnjącem w tych warunkach przewlekłem zatruciu organizmu. Jest bowiem faktem ustalonym nie tylko dla moczołki cukrowej przez szereg autorów, ale i dla zapalenia nerek śródmiaższowego przez szkołę kol. Hornowskiego, że obydwu tym cierpieniom towarzyszą zmiany anatomiczne w różnych gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym, czyli

regulujących czynności układu nerwowego ośrodkowego i poszczególnych jego odcinków obwodowych.

Tak więc pogląd o czysto nerwowem pochodzeniu moczówki prostej tłumaczy nam jej różną etiologję, różnorodność w jej przebiegu i przejście jej w różne inne stany chorobowe. Z tego poglądu teoretycznego wynika też szereg wniosków o naturze czysto praktycznej. Wynika z niego, mianowicie, że należy w każdym przypadku moczówki prostej dążyć do ustalenia za pomocą dokładnej dyagnostyki czynnościowej, czy mamy do czynienia z pierwotnem zaburzeniem odnośnego ośrodka w rdzeniu przedłużonym, czy też z cierpieniem mózgowia, czy wreszcie z cierpieniem tego lub innego z gruczołów wewnętrznych. O pierwszej grupie przypadków należy sądzić, że nawet w przyszłości poddawać się ona będzie leczeniu w przypadkach wyjątkowych. Kierunek i ew. wynik leczenia drugiej grupy przypadków zależy od tego, z jakim, mianowicie, cierpieniem mózgowia mamy do czynienia. Kierunek zaś leczenia poszczególnych przypadków grupy trzeciej zależeć będzie w przyszłości od tego, w którym z gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem uda się przytem ustalić zmiany przyżyciowych sposobów klinicznych badania. Dotąd udawało się leczyć jedne z tych przypadków za pomocą wyciągów z, przysadki mózgowej, inne zaś za pomocą wyciągów z szyszynki i z gruczołów przytarczycznych. Ale robiono to na ogół niemal omackiem. Otóż sądzić należy, że przez dokładne kontrolowanie ciśnienia krwi i przy dokładnem badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego na zawartość, względnie na brak w nim wyciągów z tego lub innego gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem, uda się, przynajmniej dla pewnej części przypadków, znaleźć podstawy do racjonalnego ich leczenia, przynajmniej na czas pewien.

Podobne rozumowanie, ani co do bliższego rozróżniczkowania poszczególnych przypadków, ani co do planowania w nich tego lub innego sposobu racjonalnego leczenia nie może mieć miejsca, jeżeli stanie się na stanowisku, że moczówka prosta jest wynikiem pierwotnego zaburzenia tej lub innej czynności nerek. Poza tem, jak powiedziałem, stoi ono w sprzeczności z faktami, dowodzącami coraz silniej, że niema wogóle chorób czysto czynnościowych, oraz z dodatkami (choć czasowo) wynikami leczenia poszczególnych przypadków za pomocą wyciągów z tych lub innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. (Str. wł.)

6) Kol. K o e l i c h e n nawiązując do znaczenia przysadki, zaznacza, że obecnie całą sprawę przysadki przenoszą na jej okolice, nie tylko niemieccy, ale i francuscy autorowie, że więc tu znajdują się ośrodki nerwu wegetacyjnego. Jak świadczą nowsze badania wogóle ośrodki ważne dla życia leżą nie w rdzeniu przedłużonym, a nieco wyżej w międzymózgowiu.

7) Prof. D m o c h o w s k i zaznacza, że Leschke i Erich robili wyciągi z obu części przysadki; wyciąg z części nerwowej zwiększał ilość wydzielanej wody i powiększał zdolność koncentracijną moczu. Z wyciągu tego otrzymali nawet pewne ciało krystaliczne.

8) Prof. G l u z i ń s k i w odpowiedzi zaznacza, że nie twierdził, że w nerce leży źródło choroby, tylko, że istota choroby, wywołuje zmiany w funkcji nerki. Badania z zachowaniem się fosforanów i azotu przeprowadzał i jeden wniosek wyciąga, że tylko wydzielanie soli ulega zaburzeniu; przyczem chlor nie ulega zatrzymaniu, lecz dla

usunięcia potrzebuje większej ilości wody. Zaburzeń przemiany materii w diabetes insipidus niema. Wpływu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem nie neguje. Co do adrenaliny może jednak powiedzieć, że najmniejszej różnicy nie widział przy podawaniu lub niepodawaniu tejże. W celach leczniczych próbował podawania pituitryny, strychniny i t. p., dochodzi jednak do wniosku, że tylko djeta wpływa na ilość wydzielanego moczu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący Z. D m o c h o w s k i.

Sekretarz T. W i ś n i e w s k i.

Posiedzenie kliniczne dn. 19 kwietnia 1921 r.

Przewodniczący Prezes Z. D m o c h o w s k i.

Obecnych 55 członków.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Prezes zakomunikował o śmierci ś. p. Sommera i B. Dębińskiego. Pamięć ich na wniosek Prezesa uczczono przez powstanie.

III. Sekretarz Stały odczytał wspomnienie pośmiertne o zmarłych ś. p. F. Sommerze i B. Dębińskim.

IV. Na wniosek Sekretarza Stałego przyjęto propozycję Zarządu T-wa, aby upoważnić kol. Babińskiego, Skarbnika T-wa, do odebrania pozostałej sumy z zapisu ś. p. Dra Sieragowskiego i zakupu 5% pożyczki państwowej.

V. Wobec likwidacji domu Dłuskiego przyjęto propozycję Zarządu, aby odebrać udział jaki T-wo posiada na tym domu.

VI. Do Książnicy T-wa wpłynęły: 1) Luxenburg: Choroby zawodowe, jako przedmiot ubezpieczenia społecznego. 2) Janowski: Thyreotuberculose, ou tuberculose pulmonaire pseudo-basedovique. 3) Kaczorowski: Elementarz higieniczny dla młodzieży szkolnej. 4) Giedroyc: Słownik lekarski polski. 5) Korybut Daszkiewicz: Uwagi i wnioski oparte na 135 badaniach pośmiertnych, dzieci zmarłych na oddziale własnym. 6) K. Daszkiewicz: Rzut oka na dietetykę nowoczesną w zapaleniu nerek. 7) K. Daszkiewicz: Protargol, jako środek zapobiegawczy przeciw influenzy. 8) K. Daszkiewicz: Patologia nowoczesna zapalenia nerek.

VII. Kol. Higier przedstawił trzech chorych:

a) Porażenie n. strzałkowego po intensywnem wykręceniu podudzia. 34 letni ślusarz. Przed kilku laty ranny w nogę granatem miał ciężkie porażenie stopy, które stopniowo znikło bez śladu. Od kilku tygodni zupełnie analogiczne porażenie rozwinęło się w ciągu kilku godzin po jakimś bardzo energicznym ruchu uda bez bólu i bez poprzedzających chorób zakaźnych lub wyraźnego urazu. Badanie stwierdza opuszczenie stopy i niemożność wyprostowania palców, zwłaszcza palucha. H. zwraca uwagę, że pierwszą myślą, jaka się rodzi wobec braku wszelkiej wyraźnej etiologii, jest obecność psycho-gennej czyli histerycznej monoplegji wskutek niewyraźnego ruchu nogą, co staje się poniekąd prawdopodobnem przy stwierdzeniu zupełnie prawidłowych odruchów. Atoli ba-

danie czucia już stwierdza typ obarczony-znieczuleniem (wewnętrzny brzeg stopy i paluch), a bodziec elektryczny daje osłabioną pobudliwość n. strzałkowego i jego mięśni (*M. tibialis ant* *M. extensor digitorum comm*, *M. extensor hallucis*). Porażenie to, spotykane po zakażeniach, zatruciach, u alkoholików, diabetyków, asfalcjarzy, kopaczy kartofli i szwaczek nożnych, widuje się przy złamaniach gładkich kości strzałkowej o wiele rzadziej — jak w danym przypadku — po nadmiernem wykręceniu podudzia i prawdopodobnem uwięzieniu przemijającym nerwu w przebiegu jego między *capitulum fibulae* a *fascia musculi bicipitis*.

b) Napady śpiączki w 15 miesięcy po wybuchu *encephalitis lethargica*. W 15 miesięcy po wybuchu epidemicznego zapalenia mózgu chory miewa 5 — 6 razy dziennie napady śpiączki podczas pracy, podczas jazdy tramwajem, na ulicy, w świątyni podczas modlitwy, w teatrze, które poniekąd naśladują narkolepsję *Gélineau*. Niezależnie od tego chory dotknięty jest nocną bezsennością, raczej ciężkiem zasypianiem w nocy w łóżku. Chory usiłował leczyć się siłą woli i nie zasypiać w ciągu dnia, wytrzymał jednak tylko 3 doby. Po za tem jedynie wydadne są: opieszłość żrenic i twarz połykająca, odpowiadająca t. zw. *Salbengesicht*, twarz posmarowanej lekką maścią, opisywanej wielokrotnie ostatnio w zapaleniu letargicznym w Niemczech (*Tobycohn*). *Higier* bliżej podaje patogenezę tego ostatniego objawu.

c) Przypadek ciężkiej drżączki przewlekłej u młodej dziewczyny w następstwie zapalenia mózgu nagminnego (zespół trzustkowo-opuszkowy natury skurczowej). — Chora ma lat 24. Od 15-tu miesięcy chora na typową *encephalitis lethargica*. Obecnie się stwardza: klasyczny układ tułowia i kończyn *Parkinsonowski* z drżeniem zamiarowem lewej kończyny górnej i prawej dolnej. *Antero-et latero-pulsio*. Nierówność żrenic i robaczkowate ruchy tęczówki. Chód wolny, sztuczny, małemi kroczkami. Mowa cicha, monotonna, bez akcentacji. Łykanie bardzo powolne, żucie utrudnione. Usta roztwarte. Ślinienie obfite. Asymetria twarzy, maskowatej po za tem kaszel, głuchy. *Rigor* mięśni. Senność duża i apatia z zapomnianiem. Inicjatywa ruchowa minimalna. *Terpor psychicus*, zwolnienie percepcji, opieszłość reakcji myślowej, mała afektywność, *pseudokata-tonia*.

Niektóre objawy wystąpiły dopiero w kilka miesięcy po wybuchu choroby, jako dowód, że jad wydziela się długie miesiące. Fakt ten prawdopodobnie uwydatnia się anatomo-patologicznie w ten sposób, że obok blizn poencefalitycznych znajdują się świeże ogniska zapalne.

Higier, bliżej omawiając rozsiany charakter zapalenia mózgu, zatrzymuje się dłużej nad zbiorem objawów, zależnym od stężenia mięśni, nad zespołem wrzekomo-opuszkowym, nad zaburzeniami statyki, rytmiki, metryki ruchów dowolnych i automatycznych i uzasadnia należność jego do syndromu amyostatycznego *Strümpfla*, oraz umiejscowienia sprawy zapalnej w ciałku prążkowanym, *nucleus caudatus*, *nucleus lentiformis*, *substantia nigra*. Dokładniejsza analiza obu systemów ruchowych, fotogenetycznie starego, ekstrapiramidowego i nowego, piramidowego i współza-

wodniczenie ich w czynnościach motoryjnych kory i zwojów podkorowych, pozwala wyodrębnić u chorej zespół Parkinsonowski. Stany chorobowe tych zwojów dają obrazy akinezy i hyperkinezy i zubożenie ruchu, katalepsję i sztywność obok drżenia, ruchów płasawicznych, atetotycznych, rytmicznych, torsyjnych, myoklonicznych, tikowych, pseudospontanicznych. Epidemia roku ubiegłego, która w Warszawie w roku bieżącym ledwie 3 tygodnie słabo grasowała (w Lutym 1921), rzuca poważne światło na wzajemny stosunek do siebie: choroby Wilsona, pseudosklerozy Westphala, atetozy wrodzonej, płasawicy przewlekłej Huntingtona, spazmu torsyjnego Zichen-Openheima i choroby Parkinsona.

VII. Kol. Z. Aszkenazy ze Lwowa wygłosił rzecz, p. t. Kąpiel kwaso-węglowa i naparstnica w świetle nowych badań, w której na zasadzie literatury stara się udowodnić, że wzmożone ciśnienie krwi nie jest przeciwskazaniem do stosowania dłuższego naparstnicy jak i kąpeli kwaso-węglowej.

W dyskusji: 1) Kol. Pawiński nie zgadza się z twierdzeniem, by działanie naparstnicy nie zostało dotychczas wyjaśnione; jest zdania, że rzadko który z leków ma tak ustalone działanie jak naparstnica. Co się tyczy innych środków z początku ograniczono je do działania mechanicznego, dopiero odkryte przez Claud. Bernarda krążenie krwi obwodowe, pozwoliło wykazać, że dla działania kw. węglowego wzajemny stosunek krążenia centralnego i obwodowego ma wielkie znaczenie. Organy o wydzielinie wewnętrznej również ogromnie wpływają na krążenie krwi. W działaniu kąpeli kwaso-węglowych istnieje pewne podobieństwo do naparstnicy. Pierwszym czynnikiem jest mechaniczne ciśnienie wody; co do drugiego chemicznego, istnieją pewne wątpliwości, trzeci to działanie kw. węglowego, który drogą podnieć czuciowych idzie do głównych ośrodków. — Ustalono już jednak, że przy wysokim ciśnieniu nie należy stosować kąpeli kwaso-węglowych, gdyż po pierwsze tętnice mogą łatwo pękać, po wtóre u osobników młodszych wszelkie wyrównanie jest łatwiejsze, podczas, gdy u starych nigdy nie wiemy czy może nastąpić regulacja. W ostatnich czasach zaczęto stosować naparstnicę w małych dawkach, które działają tonizująco na mięsień sercowy.

2) Kol. Semerau zaznacza, że działanie naparstnicy składa się z działania na skurcz, rozkurcz i środek nerwu błędnego. Działanie na rozkurcz jest rzeczą specyficzną, polega na aktywnym rozkurczu, najważniejsze działanie uważa na nerw błędny. Co do kąpeli kwaso-węglowych działają tu różne momenty, by jednak kwas węglowy miał działać in statu nascendi i wchodzić do organizmu nie zostało to udowodnione. Jest zdania, że stosowanie kąpeli kwaso-węglowych odbywa się zbyt bezkrytycznie.

3) Kol. Aszkenazy w odpowiedzi na zarzuty tłumaczy je skróceniem odczytu wobec czego wiele kwestji musiał pominąć. Zaznacza jednak, że w działaniu kąpeli kwasowych należy właśnie wyróżnić działanie wysanego kwasu węglowego. Co się tyczy działania naparstnicy to właśnie u Krella wykazać można sprzeczność w tłumaczeniu tego działania.

IX. Kol. Srebrny wygłosił odczyt p. t. Nieco o tracheotomji nagłej i o ruchach tracheotomijnych z pokazem rurek.

Przytoczywszy 5 spostrzeżeń tracheotomji nagłej, z których jedno (Morelle Mackemiego) skończyło się śmiercią, zaś 3 (własne)

mniej lub więcej ciężkimi powikłaniami, Srebrny rozpatrzył rozmaite sposoby, jakie zalecane były celem ułatwienia powyższego zabiegu. Otwarcie tchawicy jednym cięciem (tracheotomie à un coup), jako operacja, wykonywana na ślepo za pomocą t. z. tracheotomów (tracheotom Sanctoriusa, Pithy, nóż Chwata), powinno być zarzucone. Przekłucie więzu tarczowo-obrączkowego środkowego, zalecane przez Botega, a zmodyfikowane przez Denkera, mające na celu szybkie przywrócenie dostępu powietrza do płuc, po którym dopiero wykonywa się właściwą tracheotomię, jest istotnie zabiegiem, trwającym zaledwie kilka sekund, ale także nie zupełnie bezpiecznym, gdyż grożącym ewentualnem skaleczeniem tylnej i bocznych ścian krtani. Prócz tego wymacanie przestrzeni tarczowo-obrączkowej u małych dzieci i w razie istnienia zrazu piramidalnego gruczołu tarczowego lub gruczołu tarczowego dodatkowego, jakoteż w przypadkach guzów na szyi, wola lub rozległego nacieczenia części miękkich szyi, jest niewykonalne. Jako zabieg zupełnie bezpieczny i nie trudny do wykonania zaleca Srebrny wprowadzenie rury Schröttera do krtani lub intubację metodą O'Dwyera. Gdy w ten sposób niebezpieczeństwo zaduszenia się zostało zażegnane, przystępuje się do tracheotomji, którą wykonać można spokojnie, bez obawy zaszkodzenia choremu. Wprowadzenie rury Schröttera ma tę wyższość nad intubacją, że nie wymaga skomplikowanego instrumentarium.—Przeciwwskazany jest ten zabieg tylko w razie obecności ciała obcego w gardle lub krtani. W tym razie wchodzi w swoje prawa przekłucie więzu tarczowego obrączkowego środkowego.

W drugiej części odczytu Srebrny przedstawił powikłania, powstające w tchawicy skutkiem stosowania rurek półokrągłych i niewłaściwego kalibru. Dla uniknięcia tych powikłań S. poleca rurki, t. zw. prostokątne z przesuwającą się na nich płytką, tak, aby rurka tkwiła w tchawicy, nie dotykając nigdzie jej ścian.

Skutkiem różnorodności numeracji rurek stosuje się często rurki zbyt grube lub zbyt cienkie. I jedno i drugie ma więc złe strony. Należy przeto ujednolicić wymiary rurek tracheotomijnych według skali, któraby obowiązywała wszystkie fabryki narzędzi chirurgicznych. Takie ujednolicienie mogłoby być dokonane tylko na zasadzie ścisłych pomiarów liczego szeregu tchawic osobników obu płci i rozmaitego wieku. Rzecz prosta, że przy wyborze kalibru rurki należałoby się kierować i budową fizyczną danego osobnika. Jako o rzeczy już przesądzonej, wspomina S. w końcu o tem, że rurka nie powinna mieć okna. Rurki z oknami, a lepiej jeszcze rurki-rynienki mogą być stosowane przez krótki czas w celu skontrolowania drożności krtani lub w celu przyzwyczajania dziecka do oddychania drogą prawidłową. (Str. wł.)

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący: D m o c h o w s k i.

Sekretarz doroczny: T. Wiśniewski.

Posiedzenie kliniczne nadzwyczajne dn. 26 kwietnia 1921 r.

Przewodniczący Z. Dmochowski.

Obecnych członków 82, gości 31.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Prezes zakomunikował o śmierci członka T-wa kol. Huzarskiego. Na wniosek Prezesa pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

III. Sekretarz Stały odczytał wspomnienie pośmiertne o kol. Huzarskim.

IV. Do ksiąznicy T-wa wpłynął podręcznik Żebrowskiego p. t. „Zarys otjatrii”.

V. Prezes powitał prof. Richet'a następującem przemówieniem w języku francuskim:

Wielce Szanowny Panie Profesorze! W imieniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego witam Pana i dziękuję gorąco za to, że Pan raczył poświęcić nam kilka chwil swego tak drogiego czasu. Przyjmij, Panie Profesorze, wyrazy naszej głębokiej czci, jaką żywimy dla człowieka wiedzy, który wszystkie chwile swego życia poświęcił dla nauki i wzbogacił ją bardzo cennymi zdobyczami.

Witamy Pana jaknajserdeczniej; znamy wszyscy bardzo dobrze uczucia Pańskie dla naszej sprawy narodowej. — Podczas długich lat walki o słuszenie należące się nam prawa, nietylko nikt nie przyszedł nam z pomocą, lecz zaden głos przyjazny nie odezwał się, aby podtrzymać naszą odwagę i wzmocnić naszą ufność w słusność tych praw. Podczas zaciętej i strasznej walki, jaką toczyliśmy, i której świadkiem była cała Europa, byliśmy odosobnieni i pozostawieni własnemu swym siłom, a często nawet napotykaliliśmy przeszkody w postaci przepisów i postanowień parlamentarnych. — Tem większą przeto czuliśmy wdzięczność dla tych, którzy wyrażali sympatję dla naszych dążeń i celów, a imiona wszystkich obrońców praw naszych są wyrte głęboko w naszych sercach. W liczbie tych imion jest i Pańskie, Panie Profesorze. My nigdy nie zapominalmy o tem, że Prof. Charles Richet występował zawsze w obronie słusności naszej sprawy. To co powiem, będzie nie tylko wyrazem naszego uznania, ale będą to słowa, płynące z serca, ponieważ Pan jest tym człowiekiem, który w okresie naszej wielkiej klęski narodowej, broił naszej sprawy i nawet być może (śmiem tak mniemać) cierpiał wraz z nami.

Z odczytu, którego wygłoszeniem czyni Pan zaszczyt naszemu Towarzystwu, osiągnęliśmy bezprzeczenie cenną korzyść naukową; najgorętszem jednak naszym pragnieniem jest to, aby stanowił on wstęp do nowej ery, w której przyjaźń i wzajemne stosunki naukowe zbliżą nasze dwa kraje ojczyste i abyśmy przez to zbliżenie zdołali osiągnąć tę głęboką wiedzę, jaką odznaczają się mężowie nauki francuskiej.

Panie Profesorze, wyrażam Panu naszą najgłębszą cześć i proszę o zabranie głosu.

VI. Prof. Richet wygłosił (po francusku) odczyt p. t.: O leceniu naprzemiennem.

VII. Kol. K a r w a c k i scharakteryzował dotychczasową działalność prof. Richeta.

VIII. Kol. P a w i ń s k i wygłosił również po francusku powitanie, które w przekładzie brzmi:

Pozwoli mi Pan, drogi i wielce Szanowny kolego, skorzystać z pobytu Pańskiego wśród nas, aby Mu wyrazić naszą wielką cześć i głęboki szacunek nie tylko jako człowiekowi nauki, lecz i jako prawdziwemu przyjacielowi naszej ojczyzny.

Wszak to Pan, wielce Szanowny Kolego, byłeś tym, który od pierwszych dni wojny objął nieszcześliwą naszą Polskę swem jasnowidzącem spojrzeniem i otworzył jej szlachetne swe serce a przed całym światem bronił Pan jej sprawę.

Witając Pana dzisiaj w Polsce niepodległej, jesteśmy szczęśliwi, mogąc wyrazić Panu swą głęboką i szczerą wdzięczność i swe najgorętsze uczucia.

IX. Kol. K o r y b u t - D a s z k i e w i c z wygłosił rzecz p. t. Gruźlica serca u dzieci.

Przytoczywszy możliwie skrzętnie zebrane dane, dotyczące piśmiennictwa odnośnego, opisał spostrzegany przez siebie w Domu Wychowawczym na oddziale własnym przypadek śmierci nagłej u dziecka, mającego niecałe trzy lata, gdzie powodem śmierci był aneryzm serca, spowodowany przez zapalenie gruźlicze mięśnia sercowego z następczem jego pęknięciem. Pomimo, przejrzenia bardzo obfitego piśmiennictwa odnośnego, prelegent, n i g d z i e n i e spotkał się z o p i s e m p o d o b n e g o p r z y p a d k u. Co się tyczy samej sprawy gruźliczej w sercu u dzieci Korybut-Daszkiewicz postawił wnioski następujące: 1) Choroba ta należy do rzędu bardzo rzadkich umiejscowień sprawy gruźliczej. 2) Występuje ona niemal zawsze jako zjawisko wtórne. 3) Należy przypuszczać, że najczęściej sprawa chorobowa zaczyna się od osierdzia, i kolejno przechodzi na mięsień sercowy i potem na wsierdzie, chociaż możliwem się wydaje i rozpoczynanie się sprawy tej i od wsierdzia, jeśli przyjąć pod uwagę możliwość przenoszenia się zarazków za pomocą krwi krążącej. 4) Objawy kliniczne ze strony serca u dzieci mogą conajwyżej upoważniać do powzięcia podejrzeń w sprawie udziału serca w chorobie, nigdy jednak stanowczo o rozpoznaniu jej ściśleśm decydować nie mogą. 5) Omyłki rozpoznawcze, dotyczące w szczególności chorób serca u dzieci są bodaj najczęstsze i dlatego też klinika bez sali sekcyjnej obchodzić się nie powinna.

Po za sprawą związaną bezpośrednio z tytułem swego odczytu, prelegent podkreśla spostrzegany u swego małego pacjenta niezwykle dodatni wpływ na przyrost jego wagi glicerofosforanu wapnia (NB. w ciągu 77 dni przyrost wynosił około 27% wagi na początku kuracji); wobec czego, zważywszy na częste spostrzeżenia swe w tym kierunku, oczywiście nie z takimi fenomenalnymi wynikami, zachęca do stosowania w dawkach możliwie dużych, i to pod postacią surowców różnych związków tych soli (Ca, Mg, Na, Fer- rum).

W dyskusji.

1) Kol. P a w i ń s k i podkreśla, że przypadek powyższy jest interesujący. Wogóle jest rzeczą dziwną, że serce tak rzadko bywa atakowane przez gruźlicę, która na serce przechodzi najczęściej per continuitatem z opłucnej, po suchem zazwyczaj zapaleniu tejże.

2) Kol. D m o c h o w s k i zaznacza, że pisał w swej Djaagnostyce, że mięsień sercowy cierpi zawsze wtórnie, gdyż wykryć i powiedzieć, że mięsień sercowy cierpi pierwotnie jest wprost niemożliwe. Zgadza się z tem, że u dzieci być może gruźlicy serca tak często się nie spotyka, czy tak jest i u dorosłych ma inne wrażenie. Na starych badaniach nie można się opierać, gdyż dopiero obecne sposoby badania pozwalają wykazać, że bardzo często w pericarditis sicca można spotkać gruźelki, które przechodzą na mięśnie. Zapalenie wsierdzia pochodzenia gruźliczego bynajmniej nie należy do rzadkości, chociaż makroskopowo niczem nie różni się od endocarditis verrucosa. Dopiero badanie drobnowidzowe wykazuje naturę sprawy. W jednym przypadku znalazł we wsierdzu guz wielkości jaja gołębiego, który zdawał się wychodzić z tylnej powierzchni lewego przedsionka z ponad bruzdy poprzecznej. Badanie mikroskopowe wykazało, że był to wielki granulomat gruźliczy. Wogóle podkreśla, że gruźlica serca do tak wielkich rzadkości nie należy, wychodzi zaś z osierdzia lub z samego wsierdzia.

3) Kol. D a s z k i e w i c z w odpowiedzi zaznacza, że jeżeli przytoczył pojedynczy przypadek, to tylko ze względu na zejście, jakiego dotychczas nie spotykał. Podkreśla, że metody badania klinicznego bez anatomji patologicznej są bardzo niedostateczne.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za Przewodniczącego W. S t a r k i e w i c z.

Sekretarz doroczny T. W i ś n i e w s k i.

Posiedzenie kliniczne dn. 10 maja 1921 r.

Obecných członków 62.

Przewodniczący Wiceprezes S t a r k i e w i c z.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. W sprawie odczytu prof. Richeta kol. Kucharzewski rzekł co następuje: w związku z odczytem prof. Richet'a muszę przypomnieć Szan. Kolegom, że jeszcze w 1886 r. zatem na kilkanaście lat przed badaniami Richeta zrobił już analogiczne spostrzeżenie ś. p. Kol. Edmund Biernacki. Badając w pracowni farmakologicznej Un. Warsz. wpływ kwasu salicylowego na fermentację alkoholową spostrzegł, że małe dawki tego antyseptyku przyspieszają fermentację. Byłem świadkiem tych badań, gdyż sam jednocześnie pracowałem w tej pracowni. Spostrzeżenie to wszystkich nas bardzo zainteresowało. Następnie Biernacki przeprowadził podobne badania nad 12 innymi antyseptykami, jak sublimat, nadmanganian potasu, siarczan miedzi, kwas karbolowy, rezorcyna, naftalina, tymol i inne i w każdym poszczególnym przypadku otrzymał te same wyniki, że małe dawki antyseptyków przyspieszają fermentację alkoholową.

III. Wiceprezes zakomunikował o śmierci kol. Alberta Rosentala. Pamięć jego na wniosek wiceprezesa uczczono przez powstanie.

IV. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne o zmarłym kol. A. Rosentalu.

V. Wiceprezes przypomniawszy, że dn. 4 września odbędzie się obchód 100-ej rocznicy założenia T-wa, zawiązał członków do deklarowania składek na koszt, związane z obchodem.

VI. Sekretarz Stały zakomunikował o zatwierdzeniu nowego Statutu T-wa przez M. S. W. i wskazał niektóre ważniejsze zmiany w ustawie. Propozycję Sekretarza Stałego, dotyczącą 50-o markowej składki na wydrukowanie nowego Statutu, przyjęto jednomyślnie.

VII. Kol. Klein St. wygłosił odczyt p. t. „Istota i leczenie dusznicy oskrzelowej” (asthma bronchiale) z pokazem chorych.

Na zasadzie danych z literatury, szczególnie amerykańskiej, i spostrzeżeń własnych K. identyfikuje napad astmy z napadem anafilaktycznym u zwierząt. Pewne różnice między temi 2-ma stanami tłumaczy K. różnicami ustrojowymi ludzi i zwierząt, a szczególnie swoistą wrażliwością układu nerwowego u ludzi oraz dziedzicznością. Astmatycy są często już od urodzenia uczuleni na proteiny rozmaitego pochodzenia. Najczęściej uczuleni bywają chorzy na emanacje (włosy) zwierząt (34%), następnie pokarmy (24%), na pyłki roślinne (22%) i na bakterje (20%). Co do emanacji zwierzęcych prym trzymają włosy końskie, z pokarmów — pszenica, jajka, mleko, ryba z bakterji — gronkowce i paciorkowce. Uczulenie chorych wykrywa się za pomocą odczynu skórniego Pirqueta, występującego najdalej w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny po zetknięciu się rany ze szkodliwie działającym białkiem. Odczyn jest dodatni, jeśli bąbel występujący ma średnicę conajmniej $\frac{1}{2}$ ctm. 50% chorych astmatyków nie daje tego odczynu, są to właściwie nietypowi astmatycy, lecz dotknięci przewlekłym zap. dróg oddechowych z ostremi nasileniami pochodzenia bakteryjnego — przypadki te należy określić jako bronchitis astmatica. Substancje uczulające dostają się do ustroju przez drogi oddechowe, pokarmowe, przez skórę i błony śluzowe, mogą być przyswojone i przez krew. Na rodzaj uczulenia duży wpływ wywiera wiek chorego (dzieci są b. często uczulone na białko pokarmów i bakterji), zajęcie (konie, mąka), warunki życia (spanie na piernatach — pierze, wojna — chleb kartkowy), słabości (psy, koty, ptaki), pora roku (pyłki roślinne, bakterje) oraz choroby (nabyte stany ropne). Często bardzo jeden osobnik bywa wrażliwy na kilka rodzajów protein najrozmaitszego pochodzenia.. Im dłużej trwa astma tem częściej to bywa; u starych astmatyków dołącza się wrażliwość na proteiny bakteryjne.

50% astmatyków jest dziedzicznie obciążona astmą, albo jej równoważnikami (pokrzywką, pryszczycą, migreną, obrzękiem Quinkiego i idiosynkrazją względem pokarmów). Większość astmatyków dziedzicznie obciążonych rodzi się z objawami skażenia wysiękowego Czerny'ego, dzieci te już w pierwszych miesiącach życia padają na astmę.. Jest możliwe, że dzieci te już od urodzenia są uczulone na proteiny obce wogóle i przedstawiają okazy allegrji. Poza tem zdradzają astmatycy już dość wcześnie objawy patologiczne ze strony kanału pokarmowego: częste wymioty, nienormalne położenie trzew, przepukliny, łatwą przepuszczalność błony śluzowej na mało przerobione białko. W tym ostatnim wypadku pewną rolę grać musi upośledzona czynność wątroby, nie unieszkodliwiającej owego

mało przerobionego białka. Astma może się także rozwinąć i u osobników dziedzicznie nie obarczonych, dużą rolę gra tu zajęcie (np. kuśnierze bywają uczuleni na włosy zwierzęce lub barwnik, którym się farbuje futra).

Leczenie astmy może być zapobiegawcze i swoiste. Jeżeli się udaje wykryć przyczynę astmy, to unikanie jej (konie, psy, pierze, pokarmy) może przerwać astmę. Jeżeli to się nie daje przeprowadzić, uciekamy się do leczenia swoistego. Przez wprowadzenie do ustroju bardzo małych i ciągle wzrastających dawek szkodliwej proteiny osłabia się coraz bardziej wrażliwość chorego (antianafilaksja). Można to czynić per os (jajko), albo też podskórnie (emanacje zwierząt, proteiny bakterji). Tu należy za pomocą odczynu Pirqueta określić minimalne stężenie proteiny dające odczyn; leczenie rozpoczyna się od dawek 10-ciokrotnie rozcieńczonych w ilości 0.1 ctm, które stopniowo się zwiększa. Po 6 — 10 zastrzyknięciach wrażliwość znacznie słabnie, co się kontroluje zapomocą odczynu Pirqueta. Jeżeli ten odczyn staje się ujemnym, leczenie jest skończone. 80% tak leczonych chorych daje się całkowicie wyleczyć. Wobec częstego powikłania astmy wrażliwością na proteiny bakteryjne, należy w każdym przypadku, szczególnie dłużej trwającym, stosować szczepionkę — autowakcynę z bakterji wyhodowanych z wydzielin dróg oddechowych chorego.

Przekonano się, że podobnie jak leczenie swoiste, działa także proteinoterapia wogóle, i to przez wpływ na kolloidy krwi. Tem się tłumaczy działanie peptonu dożylnie wprowadzonego lub nawet do wewnątrz. K. nie widział zbyt zachęcających wyników z tej metody, niekiedy pepton wywołuje napad astmy. Lepiej niż pepton działa autoseroterapia (co K. potwierdza), albo też autohemoterapia. Działanie rozmaitych szczepionek znajdujących się w handlu sprawdza się również przeważnie do działania protein na kolloidy.

K. podaje w końcu następujący sposób postępowania w astmie. Przedewszystkiem należy dokładnie zbadać chorego pod wszystkimi względami i starać się za pomocą odczynu Pirqueta poznać przyczynę astmy. Jeżeli to się szybko nie udaje, to należy uciec się do szczepionek, najlepiej autogennych. Wrażliwość na emanacje końskie należy bezwarunkowo leczyć proteinami swoistymi, a na pokarmy — przez unikanie ich ew. podawanie minimalnych dawek odpowiednich protein. Pepton do wewnątrz często tu pomaga. W razie ciężkich i częstych napadów należy uciec się do autohemoterapii, która szybko przynosi ulgę.

K. przedstawił 4 chorych na astmę. 1. — wrażliwość na chleb kartkowy wojenny i jabłka. Wyleczenie za pomocą peptonu i autoseroterapii. Pozostał kaszel, który się leczy autowakcynami. 2. — Wrażliwość na włosy psie — napady astmy po wiskaniu psów. (Pirquet dodatni z proteinami włosów psich). 3. — Wrażliwość na pierze i wełnę, specjalnie na wełnę pledu zawierającego przypuszczalnie prócz włosów baranich włosy wielbłądziej (Pirquet dodatni od protein tego pledu) — astma leczy się za pomocą szczepionki 4. — Chory 17 letni wrażliwy od urodzenia prawie na proteiny ryby w rozcieńczeniu 1/5000.000, na proteiny surowicy końskiej w rozc. 1/300.000 i na białko wołu. Po leczeniu temi 3-ma proteinami (w ciągu 6 tyg. 16 zastrzyków) wrażliwość na proteinę ryby spadła do 1/2500, a końska i wołowa znikły zupełnie.

K. przedstawił sposób wykonywania próby i wyniki jej na chorych przedstawionych. (str. wł.)

VIII. Kol. Rubinrot wygłosił rzecz p. t. „Rentgenoterapia włókniaków macicy”. Omówiwszy dane z literatury cudzoziemskiej i polskiej, dotyczące metod naświetlania i wyników, przedstawił wyniki własnych naświetlań, na zasadzie których dochodzi do wniosku, że rentgenoterapia jest jedyną dziś metodą w leczeniu włókniaków.

W dyskusji 1) Lorentowicz zaznacza, że rozkładanie naświetlań na kilka seansów bardzo utrudnia stosowanie tej metody, ze względu na koszty. Zresztą jest zdania, że zarówno rentgenoterapia jak i Curieterapia zadanie swoje spełniają całkowicie.

2) Altkaufer zastrzega się, że metody tej nie można uważać za panaceum. Jest zdania że u kobiet młodszych często bez okaleczenia t. j. niszczenia jajników można wyłuszczyć włókniaki.

3) Lorentowicz kwestionuje znaczenie wyłuszczenia, gdyż metoda ta daje duży odsetek śmiertelności, a mały cięży.

4) Rubinrot w odpowiedzi zaznacza, że przeciętna liczba stosowanych serji nie była tak wielka. Wiek zaś chorych był między 40 — 50 rokiem, kiedy liczy się już na ustanie miesiączkowania.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący W. Starkiewicz.

Sekretarz doroczny T. Wiśniewski.

Posiedzenie kliniczne dn. 24 maja 1921 r.

Obecných członków 54.

Przewodniczący Prezes Z. Dmochowski.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Prezes zakomunikował o śmierci ś. p. kol. Garbowskiego Józefa, członka T-wa; pamięć jego uczczono przez powstanie.

III. Do Książnicy T-wa nadesłano odbitkę p. t. Z kazuistyki wysiękowego ropnego zapalenia osierdzia przez St. Peszyńskiego.

IV. W dyskusji nad odczytem kol. Kleina: „Istota i leczenie dusznicy oskrzelowej”. 1) Kol. Karwacki zaznacza, że zasadniczy zarzut jest ten, że mówiąc o dychawicy oskrzelowej mówi się jednocześnie o jej równoważnikach. Jeżeli mówić o dychawicy jako o skazie anafilaktycznej, to dychawica jest jedną z postaci jej przejawów. Można by uważać pokrzywkę za równoważnik anafilaksji, ale nie można mówić, by pokrzywka była równoważnikiem dychawicy.

Żeby zdać sobie sprawę z przynależności dychawicy do anafilaksji należało by opuścić dziedzinę hipotez, a stanąć na gruncie faktycznym. Dlatego należało by rozejrzeć się w anafilaksji doświadczalnej, która nam wskazuje, że u zwierząt tego objawu nie spotykamy. U świnki spotykamy przewagę wdechu nad wydechem i to mogło by być tylko pewną analogią. U innych zwierząt nawet i tego nie spotykamy. W chorobie posurowiczej napad dychawicy os-

krzelowej należy do wielkiej rzadkości. Ile razy spostrzegano dusznicę to badając przeszłość chorego, można było znaleźć pewne powody. Jeśli zwrócimy się do uczulenia wobec białka bakteryjnego, to w chorobach ostrych tych objawów nie spotykamy.. Jeżeli zwrócić się do szczepień, to można powiedzieć, że istnieje pewna choroba poszczepienna, lecz zaburzeń typu dychawicy oskrzelowej nie opisano. I tu więc uczulenie przez białko bakteryjne nie sprzyja powstawaniu dychawicy oskrzelowej.

Uczulenie roślinne, choroba pyłkowa w cięższych postaciach daje objawy dychawicy oskrzelowej. Mogą być one wywołane przez wdychanie lecz i przez zastrzykiwanie.

Najczęściej dychawica oskrzelowa powstaje jeżeli uczulenie odbywa się przez drogi oddechowe. Należy przypuszczać, że dane ciało, po którego zastrzyknięciu nastąpił atak dychawicy, mogło być czynnikiem prowokującym a nie przyczynowym.

Jasną jest rzeczą, że oprócz anafilaksji musi jeszcze coś innego wchodzić w grę. Badanie odczynów skórnych ma już swoją literaturę i odczyny te zależą w największej mierze od gruźlicy. Jeżeli u serji osobników zdrowych robić odczyny skórne najrozmaitsze, to wypadają one równolegle, jakkolwiek dany osobnik mógł nie przechodzić danego cierpienia. Jest rzeczą ryzykowną twierdzić, że dany osobnik dotknięty jest tem cierpieniem tylko dlatego, że dany odczyn powstaje.

Co do terapii, jeżeli brać dychawicę jako objaw anafilaksji, to leczenia anafilaksji jeszcze nie znamy. W danym razie leczenie nieswoiste może odgrywać dużą rolę.

2) Kol. G a n t z zapytuje przedewszystkiem, czy dokonał prelegent prób z wyciągami na osobach zupełnie zdrowych bez objawów astmy, — pomijając przy tem fakt, że, zgodnie z prelegentem należałoby zrobić sto kilkadziesiąt prób. Co się tyczy etiologii, to już Karwacki wspomina o fakcie znanym z literatury, że sam widok róży papierowej powodował wystąpienie dychawicy. Nie ulega wątpliwości, że wzruszenia nerwowe, wejście do tramwaju, przyjazd do tej samej miejscowości i t. p. mogą wywoływać napady dychawicy, — kiedy o żadnym uczuleniu z zewnątrz nie może być mowy. — Jeżeli idzie o leczenie, to przeszliśmy już szereg rozczarowań w tym względzie. Mamy poza sobą czasy, kiedy niemal każdego chorego z dychawicą oskrzelową operowano w nosie, kiedy u każdej chorej z tą chorobą czyniono zabiegi na organach płciowych — i notowano całe szeregi uzdrowień. Bronchoskopia dała pochop do leczenia astmy drogą wlewań rozmaitych środków do tchawicy i oskrzeli, co i G. niejednokrotnie próbował. I tu miano dobre wyniki. Hofbauer w Wiedniu, który w rozszerzeniu płuc podczas napadu (t. zn. Lungenblähung), widzi objaw wtórny zależny od szeregu gwałtownych i szybkich wdechów, leczy jakoby z wyśmienitym skutkiem dychawicę za pomocą gimnastyki oddechowej. A nie należy zapominać, że chorzy z astmą często bardzo tracą ją samoistnie na czas bardzo długi lub zupełnie. Landouzy swego czasu stawiał astmę w związku z gruźlicą. Byłoby ciekawe, czy w przypadkach prelegenta nie otrzymanoby dobrego wyniku od stosowania tuberkuliny, jako w cierpieniu specjalnie toksemicznym w myśl zdania Landouzy'ego. U nas zwracał na ten związek przyczynowy uwagę Chełmoński.

G. uważa astmę oskrzelową za pojęcie zbiorowe i z tego po-

wodu nie sądzi, iżby można było w ten sposób uogólniać ją pod względem etiologicznym. Danysz, który widzi w niej również anafilaksję, opisuje dobre wyniki od zupełnie innej metody leczniczej—za pomocą szczepionek, otrzymywanych z flory kiszkowej danego osobnika. Czy nie grają tu dużej roli czynniki nerwowe? (str. wł.).

3) S o k o ł o w s k i zgadzając się przedmówcami, stwierdza, że pojęcie astmy jest bardzo konfuzyjne. Nerwowa postać jest b. rzadka. U dzieci zaś astmę spotyka się dosyć często, jednak często przemija. Istnieje poza tem astma zawodowa. W różnych więc astmach etiologia bywa różna. Być może, że w pewnej grupie astm teoria białkowa może mieć słuszność. Astma zaś czysta jest nerwicą. A przeto ma to do siebie, że przychodzi niezależnie od okoliczności. Uspodobienie do tej nerwicy jest często autosuggestywne.

4) K l e j n zgadza się z prof. Sokołowskim, że astma jest jedną z najciekawszych chorób, lecz jeżeli wrócimy do astmy prawdziwej, jako nerwowej, cofniemy się przez to do dawnych czasów. Raczej przeciwnie prawdziwą astmę należy nazwać zależną nie od czynników nerwowych, a od białkowych. Badania odczynów na zdrowych robił, lecz odczynu nie dostawał. Co się tyczy operacji w nosie to nie przeczą one bynajmniej tej teorii, gdyż przez operację usuwaliśmy ognisko ropne, będące źródłem bakteryjnych szczepień. Podtrzymuje twierdzenie, że pokrzywka jest równoważnikiem astmy, to znaczy, że zamiast astmy u chorego występuje pokrzywka. Anafilaksji u ludzi właściwie nie znamy. Na endotoksyny ludzie nie są uczuleni, podczas, gdy na proteiny są uczuleni. Co się tyczy pokarmów to znam jedno, które wywołują pokrzywkę, inne astmę.

V. W sprawie głosowania postanowiono trzymać się starego regulaminu. Proponowanych przez Zarząd kandydatów wybrano na członków honorowych.

VI. Prof. L. K r y ŋ s k i wygłosił odczyt, p. t. Nowsze doświadczenia w leczeniu tętniaków urazowych, w którym wspomniawszy o starych metodach przedstawił obecny sposób leczenia tętniaków reparacyjny metodą M a t a s a, którą nieco zmodyfikował.

W dyskusji.

1) S z t e y n e r zapytuje, czy operował Kryński przypadek tętniaka podobojczykowego.

2) C i e c h o m s k i jakkolwiek operował dosyć dużo tętniaków, jednak miewał przypadki, gdzie nie było okazji operowania w ten sposób. W dodatku na szyi z tętniakiem wrzekomym sprawa przedstawia się inaczej z powodu wielkiej ilości naczyń. W roku przeszłym operował 10-letnią dziewczynkę po ranie klutej szyi, gdzie zmuszony był podwiązać tętnicę szyjną wspólną, żyłę jarzmową wewnętrzną, wreszcie i tętnicę podobojczykową, pomimo to krwawienie nie ustawało i po paru dniach nastąpiła śmierć. Badanie pośmiertne wykazało ranę w tętnicy bezimiennej. Przypadek ten świadczy o trudnościach rozpoznawczych, które się czasami spotyka.

3) D m o c h o w s k i sądzi, że prof. Kryński otrzymywał dobre przypadki, że operował w przypadkach świeżych, zastarzałe bowiem tętniaki wykazują bardzo wielkie zmiany w ścianie naczyń i otoczki.

4) Prof. K r y ń s k i Szteynerowi odpowiedział, że operował jeden przypadek na szyi, gdzie była zraniona tętnica szyjna wspólna i żyła jarzmowa i tu udało mu się zeszyć tylko tętnicę, żyłę trzeba było podwiązać.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za Przewodniczącego W. S t a r k i e w i c z,

Sekretarz doroczny T. W i ś n i e w s k i.

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 21 czerwca 1921 r.

Przewodniczący Prezes Prof. D m o c h o w s k i.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. S e k r e t a r z S t a ł y przedstawia czątkie położenie finansowe Towarzystwa. Do tej pory niedobór wynosi 40 tysięcy marek — do końca roku będzie wynosił koło 300.000 mk.

S k a r b n i k przedstawia szczegółowe dane z dochodów i przewidywanych wydatków — z których się okazuje, że przypuszczalny niedobór pod koniec roku dosięgnie 257.000 mk.; pokryć ten niedobór można 1-o z pożyczki, 2-o z podniesionych składek członkowskich, 3-o ze sprzedaży różnych przedmiotów z pracowni Towarzystwa..

S e k r e t a r z S t a ł y sądzi, że o pożyczce obecnie nie można myśleć. Pracownia zaś obecnie jest nieczynna — więc oprócz mikroskopów można by ją wyprzedać i z tego źródła otrzymać sumę potrzebną na pokrycie niedoboru. Zarząd zwraca się do członków o udzielenie pozwolenia na dokonanie tej sprzedaży. Zebranie większością głosów przyjęło wniosek Zarządu.

III. P r e z e s komunikuje, że Komitet Konkursowy przyznał pierwszą nagrodę za pracę p. n. „Badania nad znaczeniem nadnerczy w powstawaniu miażdżycy”. Autorką pracy jest Koleżanka Janina Dąbrowska.

IV. K o l. H i g i e r wygłosił odczyt: Z patogenezy i etiologii zatruc chlebem i towarzyszących im porażeń.

H. na wstępie podaje obraz cięższego zatrucia chlebem, obserwowanego przezeń u 12-tu chorych, pochodzących z 4-ch rodzin, w różnych częściach miasta w Styczniu 1921 r. Objawy występują w kilkanaście do kilkudziesięciu minut po spożyciu chleba, jako mdłości, zawrót głowy, niedomaganie ogólne, drętwienie ciała, mrowienie palców, zwolnienie tętna, wzmożenie ciśnienia krwi. Ciężej przebiegają przypadki, w których nie dochodzi do wymiotów i rozwolnienia. Bliżej zatrzymuje się H. nad przypadkami, które dawały krótkotrwale niedowłady, opisując szczegółowo chorego, u którego w 3 godziny po zatruciu rozwinęło się stopniowo kompletne porażenie wszystkich kończyn i mięśni tułowia z zanikiem odruchów, pobudliwości mechanicznej i elektrycznej. W ciągu 24 godzin po zastosowaniu pilokarpiny podskórnie znikły wszystkie objawy. Wobec stwierdzenia obecności węglanu barytu, jako środka obciążającego, w mące przemycanej, H. uważa obraz choroby za zależny od zatrucia

cia rozpuszczalnym chlorkiem barytu, rozpuszczającym się w żóładku pod wpływem kwasu solnego, i usiłuje wytłumaczyć patogenzę tych porażień dotąd zupełnie ciemną, mimo stwierdzonych hipotez Koberta, Jakscha i Kunkla. Przeprowadzając analogję do rzadkiej postaci t. zw. porażenia napadowego, czyli okresowego, zupełnie pod względem klinicznym od diplegji toksycznej podobnego, H. objaśnia zarówno jedno, jak drugie skurczem napadowym drobnych naczyń muskulatury obwodowej i przytacza za A. Schmidtem liczne dzieła na poparcie tej naczynioruchowej teorii. Z trucizn organicznych identyczne obrazy wywołują ptomatokuraryna i mytilotoksyna, z neuropatii organicznych samoistnych podobny zespół obrazów dają dziedziczno-rodzinne porażenia napadowe (Westphal-Goldflama) i paramyotonia wrodzona (Eulenburg). Higier podczas wojny spotykał bardzo podobne porażenie wiotkie z arefleksją u chorych tężcowych, którym zastrzykiwał w celach leczniczych do worka lędźwiowego duże ilości siarczanu magnezu. Porażenia te, znosząc napady skurczowe, trwały kilka do kilkunastu godzin, dawały nieraz parażenie mięśni oddechowych, a towarzyszyły im zmiany uczucia. W jednym takim przypadku, czas dłuższy leczonym siarczanem magnezu, wystąpiła po wyleczeniu tężca kilkumiesięczna paraplegja spastyczna, ruchowo-czuciowa.

V. Kol. Januszkiewicz miał odczyt: Z powodu zatrucia chlebem zanieczyszczonym węglanem barytu.

W dyskusji: 1) Prof. Bujwid wyjaśnia, że węglan barytu dostał się do mąki z gipsem, jako domieszka.

2) Kol. Tokarski przypuszcza, że mogła być domieszka arsenu i kobaltu.

3) Prof. Modrakovski przypomina, że baryt jest trujący, w związkach z ziemiami alkalicznymi.

4) Kol. Żurakowski, że baryt jak ziemie alkaliczne działa jako wazokonstryktor.

5) Kol. Januszkiewicz przypomina, że jako dosis toxica dla barytu uważane jest 0,20.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący Z. Dmochowski.

Zastępca sekretarza Górkiewicz.

Posiedzenie kliniczne dn. 13 września 1921 r.

Przewodniczący Prezes Z. Dmochowski.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Sekretarz Stały odczytał wspomnienie pośmiertne poświęcone pamięci zmarłego członka T-wa ś. p. Bohdana Korybut-Daszkiewicza, którego pamięć uczczono przez powstanie.

24 Lipca 1921 r. zmarł w Ciechocinku po długich i ciężkich cier-

pieniach sercowych, wybitny lekarz i członek naszego Towarzystwa ś. p. Korybut-Daszkiewicz w 55 roku swojego żywota. Bezsprzecznie był ś. p. D. nie tylko wybitnym lekarzem praktykiem w umiłowanej przez siebie specjalności chorób dziecięcych, lecz jednocześnie doskonałym organizatorem i ordynatorem Warszawskiego domu Wychowawczego im. X. Badouina, a które to obowiązki z niezwykłą gorliwością i sumiennością sprawował lat dwadzieścia. Ta praca sumienna przy odpowiednim przygotowaniu i darze obserwacyjnym była impulsem do ogłoszenia w czasopiśmie naszych lekarskich całego szeregu prac (przeszło 60) z dziedziny pedjatrii, higieny wieku dziecięcego i balneologii. Niektóre z tych prac, traktowały pewne wielce aktualne tematy z dziedziny pedjatrii, jakoto o przekłuciu łądźwiowem u dzieci, o zapaleniu miedniczek nerkowych, o zapaleniu gruczołu przyusznego u dzieci, o pierwotnej gruźlicy serca itp. Z prac bardziej teoretycznej natury zasługuje na uwagę praca doświadczalno-mikroskopowa nad morfologią komórki nerwowej wykonana w pracowni Łukjanowa, oraz „Badania i wnioski oparte na 135 badaniach pośmiertnych dzieci zmarłych na oddziale własnym”.

Obok pracy owocnej szpitalnej cieszył się D. wielce rozległą praktyką prywatną, którą zdobył dzięki gruntownej wiedzy, niezwykłemu humanitaryzmowi i poczuciu obowiązku względem cierpiących maluczkich i otoczenia. Ztąd też mimo wysoce nadwątłego zdrowia przez nurtującą go od wielu lat niemoc, niemal do ostatnich chwil życia z niezwykłą pogodą umysłu niósł ciężkie brzemie zawodowe. Był charakteru niezwykle prawego — entuzjastą do wszystkiego co piękne i podniosłe a miłość do kraju i patriotyzm wyssany z piersi matki, wygnanki z roku 1863, były jednym z niezwykle podniosłych rysów tego zacnego lekarza, człowieka i obywatela.

Cześć Jego pamięci!

Ś. p. K.-D. urodził się w 1866 r. w Gubernji Tobolskiej, dokąd rodzice jego ziemianie z Litwy zesłani zostali za czynny udział w powstaniu 1863 r. Następnie jakiś czas przebywali w Niżnym Nowogrodzie. Po powrocie do kraju w końcu 8-go dziesiątka ubiegłego stulecia ś. p. Bohdan rozpoczął naukę szkolną, początkowo w Warszawie, potem w gimnazjum Siedleckim, które ukończył w r. 1885, a Uniwersytet w Warszawie 1890 r. — Podczas studiów pracował przez lat kilka w pracowni patologji ogólnej; owocem tej pracy była wyżej wzmiankowana zupełnie oryginalna w pomysłach praca. Po ukończeniu Uniw. pracował, jako asystent przez rok na klinice terapeutycznej, następnie w Szpitalu Ewangelickim, a potem przez lat sześć praktykował w Siedlcach. W 1898 przebywał przez rok zagranicą we Wrocławiu i Berlinie, gdzie odbywał studia pedjatryczne. Od Stycznia 1899 osiadł na stałe w Warszawie, jako pedjatra i ordynator Domu Wychowawczego. W liczmem gronie pacjentów, kolegów i przyjaciół pozostawił po sobie żal serdeczny.

III. Prezes odczytał list od P. T. Czerwonego Krzyża z zaproszeniem na pierwsze walne posiedzenie.

IV. Do biblioteki T-wa wpłynęły: 1) *Gangrène gazeuse* F. Guérmonprez 4 tomy, 2) M. Stępowski: *Organizacja i metody międzynarodowej wymiany wydawnictw*; 3) prof. dr. W. Orłowski: *Rozpoznanie siedziby guzów jamy brzusznej*. b) *Wzory historii chorób* 4) T. Jaroszyński: *Higiena wychowawcza*: 5) *Jahresbericht der Gesell-*

chaft für Natur und Heilkunde in Dresden; 6) 20 odbitek Dr. Hermana Hintersteissera jako dar Min. Zdrowia.

V. Kol. M. Lipińska wygłosiła rzecz: p. t. „Uwagi nad głódówką na podstawie własnych spostrzeżeń”.

Spostrzeżenia swe przeprowadzała w Anglii stosując głódówkę parę razy od 15 dniowej, aż do 40 dniowej: przez 30 dni nawet nie piła, lecz wprowadzała wodę do organizmu za pomocą lawatyw, kompresów i t. p. Ruchu używała w niewielkiej ilości. Zaznacza, że samopoczucie było bardzo dobre, jednak władze umysłowe były jakby w zawieszeniu, jakkolwiek np. na listy w potocznych sprawach odpowiadała. Sypiała mało i nadzwyczaj czujnie. Po 40 dniach здавало się, że temperatura się obniżyła, wystąpiły sine plamy na kończynach i twarzy, wobec czego głódówkę przerwała, wypijając pierwszego dnia pół szklanki soku winogron, trzeciego sok z jarzyn, wreszcie mleko zbierane. Jednym z objawów po głódówce był ból gardła i zapalenie dziąseł. Na wadze traciła w pierwszym tygodniu funt, w drugim cokolwiek mniej, razem straciła 26 funtów. Głódówka ta nie pozwala na wyciąganie wniosków, jednak uważa ją za b. ważną dla oczyszczenia organizmu z toksyn. Stosowała ją i u pacjentek, głównie z podagrą.

W dyskusji 1) kol. Wojciechowski zapytuje w jakich cierpieniach stosowała tę metodę i jakie były wyniki?

2) kol. Higier wyraża żal, że przy tak znakomitych warunkach przedwstępnych ciężko przeprowadzonego doświadczenia u ludzi pod głodem wynik badania prelegentki wypadł tak fatalnie nikły. Lekarka poddająca się dobrowolnie i chętnie doświadczeniu, wykazująca niezwykłą tolerancję 40 dniowej absolutnej głódówki i odznaczająca się uczciwością w przeprowadzeniu jej—czego nie można twierdzić o zawodowych głodomorach, jak Tanner i Suchi—lekarka taka inauguruje cały eksperyment tak pierwotnie, tak zupełnie bez opieki i doglądu lekarskiego, absolutnie bez badań klinicznych, chemicznych, fizjologicznych i psychologicznych, że ta drobna samoobserwacja samej eksperymentatorki, choć powierzchowna i dorywcza, nie systematyczna i nie ciągła, traci wszelką wartość naukową.

3) kol. Lipiński zaznacza, że głódówkę zaczęła stosować początkowo w zależności od okoliczności zewnętrznych, później w celach naukowych głównie w podagrze i t. p.. Głodu nie czuła i jakkolwiek lubi rozmaite polskie rzeczy, jednak może sobie powiedzieć, że nie będzie jadła. W zakładzie, w którym mieszkała, nie było żadnych aparatów do badań. Z obserwacji nad sobą i pacjentami dochodzi do wniosku, że głódówka tylko w połączeniu z psychoterapią może dać jakieś wyniki.

VI. Prezes wygłosił, co następuje:

W roku ubiegłym naukowa działalność Towarzystwa naszego była naogół słaba i dość ospała. Posiedzeń odbyliśmy 24 na których omawiano około 27 tematów.

Ilość demonstracji była niezmiernie mała, gdyż odbyły się tylko 2 pokazy preparatów anatomicznych i demonstrowano 6 chorych z akresu neuropatologii.

Porównyując ruch ten z ruchem naukowym ostatnich paru lat, przekonać się łatwo, że rok ubiegły mało różnił się od lat poprzednich.

Myślę, że wiele bardzo czynników złożyło się na tę naszą względną beczynność. Przyczyniła się do tego wojna, utrudnione warunki życia codziennego, utrudniona komunikacja i nareszcie zajęcie się umysłów sprawami ogólnymi. Okazuje się, że zjawiskiem stałem w życiu naszego zgromadzenia, powtarzającem się w ciągu całego stulecia, jest to, że naukowa działalność nasza zależna jest od stanu politycznego, w jakim się znajduje.

Dziś jednak kiedy dochodzimy już do względnego uspokojenia i uregulowania się stosunków wewnętrznych, kiedy otrzymaliśmy uniwersytet, kiedy został on o tyle zorganizowany, że praca pedagogiczna i naukowa stały się tam możliwe, zdawałoby się, że możemy robić horoskopy lepsze i wyrazić nadzieję, że praca naukowa w roku przyszedłym pójdzie w tempie bardziej żywym. Tymczasem mam pewne powody do przypuszczenia, że tak nie będzie oraz podstawy do wypowiedzenia obaw, że ożywienie na posiedzeniach naszych tak łatwo nie nastąpi. Przyczyną pesymizmu tego są specjalne towarzystwa lekarskie jakie w Warszawie powstały.

Jak wiemy w r. 1891 zostały w Towarzystwie naszym utworzone sekcje. Konieczność tych organizacji tłumaczono ogromnem nagromadzeniem się materiału naukowego i niemożnością jego opracowania na posiedzeniach. Dalej motywowano je tem także, że pomiędzy specjalistami koniecznem jest omawianie spraw specjalnych mało interesujących ogół lekarzy.

Utworzenie sekcji nie było w Towarzystwie rzeczą nową. W r. 1863 były u nas również zorganizowane sekcje prawie dla tych samych specjalności jakie istnieją dziś. Sekcje te były ściśle związane z posiedzeniami ogólnymi Towarzystwa, gdyż na nich odczytywano protokoły posiedzeń sekcyjnych i dozwolona była nad protokołami tymi dyskusja ogólna. Sekcje te istniały lat 9. Rezultat jednak takiego rozczłonkowania działalności posiedzeń Towarzystwa okazał się wręcz zgubny. Odczytywanie tak wielkich ilości protokołów stało się nudnem, nie słuchano ich i nie dyskutowano nad nimi. Ilość demonstracji spadła bardzo znacznie, gdyż przypadki ciekawsze pokazywano na sekcjach. Tematy poruszane na posiedzeniach ogólnych stały się mało aktualnymi, gdyż ograniczały się do tematów bardzo ogólnych, biologiczno-fizjologicznych, które mało kogo interesowały i nie wywoływały dyskusji. Zainteresowanie się posiedzeniami spadło tak dalece, że członkowie odczuli szkodliwość takiego podziału pracy i po długich bardzo debatach, trwających przez parę posiedzeń, zdecydowano ostatecznie zwiniecie sekcji. Stało się to w roku 1872.

Stosunek pracy w sekcjach naszych do posiedzeń ogólnych był o wiele luźniejszy niż to było dawniej. Protokoły sekcji pozostawiały w sekcjach, posiedzenia ogólne nie wiedziały nic, co się na sekcjach dzieje. W końcu roku sekcje miały zdawać sprawozdanie ze swej działalności. Tymczasem w czasach ostatnich sprawozdania te ograniczały się niemal do wyliczenia ilości posiedzeń.

Oslabienie ożywienia pracy naukowej na posiedzeniach ogólnych odczuwaliśmy od dawna. Rozumieliśmy doskonale, że zjawisko to jest następstwem pracy w sekcjach. Ponieważ jednak większa część lekarzy w sekcjach pracowała, Towarzystwo słusznie znosiło zubożenie swych posiedzeń ogólnych.

Zaszedł jednak obecnie znamienity zwrot w stosunku sekcji do

Towarzystwa, gdyż pięć sekcji oddzieliło się od Towarzystwa naszego i przekształciło się w Towarzystwo zupełnie odrębne. Powstało zatem samodzielne Towarzystwo Chirurgiczne, Neuro-psychiatryczne, Pediatryczne, Okulistyczne, Ginekologiczne. Jako sekcje Towarzystwa pozostały, Sekcja Gastrologiczna, Otolaryngologiczna, Rentgenologiczna i Sekcja Szpitalnictwa, oraz Patologii ogólnej.

Jakie motywy skłoniły kolegów do zorganizowania Towarzystw specjalnych, niezwiązanych z Towarzystwem naszym naprawdę nie wiem. Jednym z wysuwanych motywów jest fakt, że Towarzystwa takie istnieją zagranicą. Wiemy jednak, jak bezcelowem a często szkodliwem jest przenoszenie niektórych urządzeń zagranicznych na grunt nasz: ilość lekarzy, ilość urządzeń sanitarnych państwowych jest przecież u nas zbyt mała, by możliwem było życie naukowe w większej liczbie Towarzystw.

Słyszałem zdanie, że Towarzystwo nasze jest nietolerancyjne i niedemokratyczne i że dlatego muszą obok niego powstać inne Towarzystwa, do których wszyscy mieliby dostęp. Zarzuty te są jednak niesłuszne. Zarzucać Towarzystwu brak demokratyzmu jest rzeczą poprostu śmieszną i mówić o tem niewarto. Nie jest ono także nietolerancyjne, gdyż należą do niego ludzie najrozmaitszych przekonań, wyznań, narodowości i t. d. Być może, że jest ono do pewnego stopnia ekskluzywnem, gdyż stawia bardzo wysokie wymagania moralne. Zaznaczam jednak, że jest to zgodne z naszą tradycją.

W porównaniu z tem, co się działo dawniej szczególnie w pierwszym 50-leciu istnienia naszego Towarzystwa, to dziś jesteśmy o wiele mniej wymagającymi. Nie chcę przez to powiedzieć, by do Towarzystwa dostał się ktoś taki, kto nie zasługuje na zupełne jego zaufanie, z całą pewnością tak nie jest, lecz chcę przez to zaznaczyć, że w poczet członków rzeczywistych przyjmujemy co rok ludzi zupełnie młodych, którzy nie zdążyli jeszcze zaznaczyć się w życiu społecznem lub lekarskiem. Przed laty było to zupełnie niemożliwem. Na członków Towarzystwa wybierano ludzi starszych, zasłużonych, godnych bezwzględного zaufania całego grona stowarzyszonych. Należenie do Towarzystwa było uważane wtedy za zaszczyt, którego nie tak łatwo było dostąpić. I to było dobrem, gdyż zawdzięczając temu doskonałemu doborowi członków, Towarzystwo przeżyło cały wiek wobec najcięższych katastrof historycznych przez jakie naród przechodził. Zawdzięczając wielkiemu poważaniu jakim cieszyli się członkowie Towarzystwa, wielkiemu ich taktowi i rozważności. Towarzystwo nasze było przez lata całe jedynym ogniskiem, gdzie grupowało się polskie życie naukowe. Otóż nie ma dobrej racji byśmy wymagania nasze w czemkolwiek redukowali, musimy pozostać tem, czem byliśmy przez wiek cały.

A zresztą wysuwanie na plan pierwszy naszych, jak nazywają, nietolerancji w żaden sposób nie może być motywem do przekształcenia sekcji w towarzystwa samodzielne. Przecież sekcje Towarzystwa w istocie składać się mogły tylko z członków naszych, a oni wymaganiom naszym przecież już odpowiedzieli. Nie przypuszczam, by chcieli obniżyć poziom Towarzystwa. O zmajoryzowaniu zaś ich przez inych członków sekcji mowy być nie może, gdyż goście w sekcjach prawa głosu nie mają.

Chęć uprzywilejowania obrad naukowych sekcyjnych szerokim kołom lekarzy także za motyw uważana być nie może, gdyż dostęp

na obrady sekcyjne, a nawet na posiedzenia ogólne jest u nas zupełnie prawie nieograniczony. Powtarzam zatem, iż nie widzę i nie rozumiem ani jednego motywu, który mogłoby skłonić członków Towarzystwa naszego do zwinienia sekcji i utworzenia Towarzystw nowych.

Słyszałem kilkakrotnie zapewnienie, że krok ten w niczem Towarzystwu nie grozi, gdyż ta instytucja ogólna przy organizacjach specjalnych doskonale pracować i istnieć będzie mogła. Otóż pod tym względem mam wątpliwości ogromne, a nawet jestem przekonany, że Towarzystwu naszemu stanie się krzywda wielka. Wiemy już z historii, i własnego doświadczenia, jak ujemnie na ożywienie ogólnych posiedzeń wpływa praca w sekcjach. Było to zło, które znosiliśmy z tego względu jedynie, że członkami sekcji byli nasi członkowie. Niema jednak żadnej dobrej racji, byśmy osłabiali ogólne posiedzenia dla towarzystw zupełnie nam obcych. Niebezpieczeństwo stanie się groźniejsze za lat parę, kiedy ilość członków w Towarzystwach nowych powiększy się i kiedy stracą one łączność moralną, jaka dziś jeszcze między nami istnieje. Wtedy zarzuty wrzeczomej nietolerancji, szowinizmu, nienaukowości i t. p. mogą stać się o wiele ostrzejszemi i mogą nie znaleźć odpowiedniego odparcia.

Z faktem podobnym Towarzystwo nasze już raz miało do czynienia, mianowicie w r. 1838. Wtedy grupa kolegów Niemców i Żydów, czyniąc nam zarzut nienaukowości, złożyła podanie do rządu o pozwolenie zorganizowania w Warszawie drugiego towarzystwa, oraz wydawania pisma lekarskiego w języku niemieckim. Prośba ta na skutek starań członków Towarzystwa, oraz opinii Czetyrkińskiego, głównego Inspektora do spraw lekarskich, została szczęśliwie odrzucona.

No tak, lecz co dziś należy robić?

Otóż fakt przekształcenia sekcji naszego Towarzystwa w Towarzystwa odrębne stał się faktem, który prędko odrobić się nie da. Fakt ten w takiej interpretacji jest zupełnie nielegalny, gdyż członkowie Towarzystwa nie mają prawa bez decyzji zarządu, oraz zgromadzenia ogólnego sekcji zwinąć lub otwierać. Z konieczności musimy więc powiedzieć, że członkowie nasi z sekcji wystąpili i poza Towarzystwem zorganizowali towarzystwa nowe. Sekcje zatem automatycznie przestały istnieć. Jest rzeczą pożałowania godną, że o ile mi wiadomo, żaden z kolegów prezesów sekcji opuszczonych nie zawiadomił o tem zarządu Towarzystwa. Jest to jednak drobiazg. Nie wiem również, co stało się z aktami sekcji, które do Tow. należały.

W Towarzystwie pozostały 4 sekcje: patologiczna, gastrologiczna, otolaryngologiczna, i rentgenologiczna. Na posiedzeniu specjalnem zwołanem w roku zeszłym przez zarząd wspólnie ze wszystkimi kolegami prezesami sekcji, prezesi trzech sekcji wypowiedzieli się za ich zwinieniem. Tylko prezesi sekcji ginekologicznej, oraz gastrologicznej wypowiedzieli się za ich utrzymaniem, motywując to tem, że praca tam idzie bardzo dobrze. Jako dowód wyliczyli tematy, jakie sekcje opracowują. Tematy te były rzeczywiście bardzo ciekawe, lecz o charakterze ogólnym. Wobec tego zebranie uznało, iż praca tego zakresu z wielką korzyścią na posiedzeniach ogólnych poruszane być mogą. Zarząd więc przypuszczając, że wypowiedzenie się 3 prezesów za zamknięciem prowadzonych przez nich sekcji jest wyrazem wszystkich ich członków, postanowił wystąpić z wnioskiem

do Towarzystwa o ich zwinięcie. Co się tyczy sekcji ginekologicznej i gastrologicznej, to i tu zarząd stawia wniosek o ich zamknięcie z prośbą do kolegów w niej pracujących o przeniesienie wszystkich tematów i prac na posiedzenia ogólne.

Jeżeli przyznajemy, że praca w sekcjach przyczynia się do tego, że posiedzenia ogólne stają się mniej ożywionymi i bardziej ubogimi, to z całą pewnością pozostaną one takimiż wobec istnienia odrębnych Towarzystw specjalnych. Zarząd zatem zajmował się także kwestją ożywienia posiedzeń ogólnych.

Rozumie się, że rzeczą najłatwiejszą jest zorganizowanie odczytów planowanych obejmujących cały dział medycyny. Mamy jednak wrażenie, że Towarzystwo nasze może stać powyżej poziomu podobnego samokształcenia. Wykłady takie nie wyjdą z pewnością poza zakres zwykłych wykładów szkolnych i zawierać będą nie więcej niż pierwszy lepszy obszerny podręcznik. Zgodzą się koledzy z tem, że wysłuchiwanie takich rzeczy jest nudne i nie licuje z powagą Towarzystwa.

Nie do pomyślenia przecież jest, by 360 członków najwybitniejszych lekarzy warszawskich, posiadających w ręku praktykę miljonowego miasta, posiadających uniwersytet, wszystkie szpitale miejskie, nie mogło wypełnić 20 paru posiedzeń oryginalnych pracami naukowymi. Otóż Zarząd Towarzystwa jest tego mniemania, że wystarczającym jest, by członkowie Towarzystwa naszego trochę tylko więcej interesowali się posiedzeniami ogólnymi a staną się one jak najbardziej ożywionymi i ciekawymi.

Z pewnością potrzebne są pewne drobne zarządzenia, ułatwiające całkowite wykorzystanie materiału jaki na posiedzeniach zdarzyć się musi. Uważam, że posiedzenia nasze trwają zbyt krótko, zaczynają się za późno, a kończą się za wcześnie. Myślę, że możemy doskonale zaczynać posiedzenia punktualnie o 7 $\frac{1}{2}$, a kończyć o godz. 10 $\frac{1}{2}$. Trzy godziny pracy z przerwą, to można doskonale wytrzymać. Zaznaczyć tu muszę, że w roku ubiegłym pracowaliśmy tylko od 8 do 9 $\frac{1}{2}$, czyli półtóry godziny; potem żądano zwykle, by następny odczyt lub dyskusję odłożyć.

Zwyczaj tak krótkotrwałej pracy na posiedzeniach uniemożliwiał rozumieć się dyskusję nad przypadkami demonstrowanymi. Ponieważ obecnie posiedzenia trwać mają godzin 3, Zarząd uznał za możliwy powrót do zwyczajów dawnych i proponuje dozwoleń otwierania dyskusji po każdej demonstracji. Prezes ma mieć prawo przerywania dyskusji w razie jej zbyt długiego przewlekania się.

Mam nadzieję, że w razie, jeżeli Szanowni Koledzy zwrócą na prawdę uwagę na grożące naszemu Towarzystwu niebezpieczeństwo z powodu organizowania się w Warszawie Towarzystw lekarskich nowych, jeżeli zechcą licznymi pracami oryginalnymi zasiląć ogólne zebrania Towarzystwa, jeżeli zechcą poświęcić trochę trudu w celu przygotowania odpowiednich pokazów, jeżeli nareszcie na posiedzeniach dłużej pracować zechcemy i umożliwimy dyskusję nad pokazami, to z całą pewnością wyjdziemy z tego okresu bierności i zastoju, w jaki nic innego jak tylko wojna nas wepchnęła.

Sto lat istniało nasze Towarzystwo, przechodziło ono najrozmaitsze okresy w swym rozwoju i swej działalności i w każdej ciężkiej chwili wychodziło zwycięsko, lecz nie przez rozpraszanie się a wzma-

ganie się pracy członków, oraz poczucie solidarności. Bóg da, że i z tych chwil ciężkich, a może przełomowych wyjdzie ono zwycięzko.

Wnioski więc, jakie dziś zarząd kolegom stawia do rozstrzygnięcia są następujące:

- 1) Zamknięcie istniejących jeszcze sekcji,
- 2) Wprowadzenie dyskusji nad demonstracjami,
- 3) Przedłużenie pracy na posiedzeniach do 3 godzin,
- 4) Powiększenie liczby posiedzeń stosownie do liczby zgłoszonych odczytów.

VII. Prof. Ż e b r o w s k i wygłosił rzecz p. t. W sprawie klasyfikacji niedokrwistości.

Układ krwionośny przedstawia się jako koło, złożone z dwóch ogniw: układu regeneracyjnego i rozkładowego. Na pierwszy działa układ współczulny pobudzająco, nerw zaś błędny hamująco. Na układ zaś rozkładowy wzmagające działanie ma nerw błędny, gdy układ współczulny być może działa przeciwnie.

Anemję wywołać może każde uszkodzenie szpiku kostnego i to będzie t. zw. anemja szpikowa powstała np. pod wpływem promieni X, arsenu, benzolu, pierwotnych guzów szpikowych. Z drugiej strony wzmoczenie układu rozkładowego wywołuje anemję hemoragiczną. Dalej schorzenia gruczołów o wydzielinie wewnętrznej dadzą t. zw. anaemia correlativa. Wreszcie zatrucia t. zw. toksyczne a) infekcje, b) nowotwory, c) czerwie, d) grupa ciężkich schorzeń narządów wewnętrznych dadzą t. zw. anaemia organolithica.

W dyskusji. Prof. R z ę t k o w s k i zaznacza, że pozostawiłby nazwę „anaemia” dla tych przypadków, kiedy chodzi wogóle o zubożenie ustroju w krew całkowitą. O ile zaś chodzi o zubożenie krwi w erytrocyty—co w klinice jest miarą t. zw. „anemji”, to tu za podstawę klasyfikacji dążyłby do podziału tego zjawiska na kategorie o charakterze t. zw. „erytroftenicznym”. Rz. wyjaśnia znaczenie terminu „erytroftenja” jako czynnego zjawiska ustrojowego, polegającego na czynnem niszczeniu zużytych erytrocytów. Wreszcie Rz. wykazuje konieczność ściślejszego umiejscowienia zjawiska, t. zw. erytroftenji, ze względu na szeroko stosowane już dzisiaj próby operacyjnego leczenia złośliwej bezkrwistości. (str. wł.).

2) Kol. L a n d a u słabą stronę klasyfikacji widzi w dwóch punktach widzenia, na których została oparta: t. j. umiejscowienie i etiologia, dlatego grupy czwarta i piąta mieszczą się również w pierwszych.

3) Prof. Ż e b r o w s k i w odpowiedzi przyznaje, że w pierwszych grupach jest podstawa lokalna, w drugich przyczynowa, lecz niestety patologia krwi jeszcze nie pozwala na jeden punkt widzenia. Wiążemy zaś je ze względów klinicznych. Jeżeli zaś wszystko sprowadzimy do usterek odradzania się krwi i jej rozkładu, zbyt przez to uprościć należałoby cały temat.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes W. S t a r k i e w i c z.

Sekretarz doroczny T. W i ś n i e w s k i.

Posiedzenie kliniczne dn. 27 Września 1921 r.

Przewodniczący: Wiceprezes Starkiewicz.

Obecných członków 41.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Wiceprezes zakomunikował o śmierci członka T-wa prof. T. Koźniewskiego, którego pamięć uczczono przez powstanie.

III. Sekretarz Stały odczytał wspomnienie pośmiertne poświęcone pamięci zmarłego prof. T. Koźniewskiego.

IV. Do ksiąźnicy T-wa nadesłano: 1) Higiena szkolna pod redakcją St. Kopczyńskiego. 2) Prace z zakładu anatomji patologicznej U. W. 1921. Zeszyt nowotworowy. 3) Uproszczenie składu podłoż dla drobnoustrojów, St. Serkowski. 4) Rapport sur la puericulture en Pologne. W. Szczawińska.

V. Sekretarz Stały zakomunikował o zapisie ś. p. D-ra Sommera; zapis przyjęto.

VI. Kol. Bronowski wygłosił odczyt p. t. „O udawaniu i sztucznem wywoływaniu objawów chorobowych w praktyce wojkowo-lekarskiej.

Na zasadzie obserwacji B. doszedł do wniosku, że żołnierze-symulanci przeważnie są to ludzie, powiedzieć można, „niższego gatunku“, w pewnym stopniu zwyrodniali fizycznie i moralnie ze słabą odpornością psychiczną.

Podłożem, na którym wyrasta symulacja, bardzo często jest t. zw. „nerwica kontuzyjna“, a wpływ suggestji i autosuggestji jest olbrzymi. Nostalgja, czyli tęsknota do stron rodzinnych i do swego pierwobytu gra tu rolę niepoślednią.

W zwalczaniu udawania i sztucznego wywoływania objawów chorobowych nicią przewodnią winno być to, że w zdrowej rodzinie i w zdrowym społeczeństwie niema miejsca dla symulantów. To też należy: 1) starać się najprędzej zorganizować społeczeństwo w duchu zdrowej państwowej jednolitości. 2) Szerzyć i wzmacniać w społeczeństwie pojęcie o zaszczytnem znaczeniu armji narodowej. 3) Tak tworzyć armję narodową, aby ona tworzyła jedną wielką rodzinę. 4) Pracę oświatowo-kulturalną szerzyć w armji gorliwie. 5) Braków dotkliwych w życiu codziennem żołnierza unikać. 6) Nie skąpić żołnierzom urlopów, a przeważnie organizować kolejne urlopowanie żołnierzy.

Z objawów klinicznych udawania i sztucznego wywoływania objawów chorobowych zasługują na uwagę: A) Objawy tak zwane sercowe, a z pośród nich: 1) częstoskurcze serca (tachycardia). Wywołać je można sztucznie zopomocą forsownych ruchów fizycznych, oraz forsownego oddychania, drogą psychiczną zopomocą sztucznych wyobrażeń psychicznych gniewu, strachu i t. d. Również, podług Prof. Cybalskiego niektórzy posiadają zdolność, posiłkując się wolą, wywoływać częstoskurcze serca tak, jak mogą dowolnie poruszać nogą lub ręką. Nadto jady i leki przyjmowane łatwo powodują częstoskurcz, jak kofeina, nikotyna, alkohol, muskaryna, naparstnica.

2) Zwolnienie ruchów sercowych może być wywołane: a) również podług Prof. Kowalewskiego zopomocą woli, b) także objaw ten może być skutkiem działania jądów i leków, jak alkohol, kawa, muskaryna, naparstnica i t. p.

3) Niemiarowość tętna, czyli t. zw. *pulsus arhythmicus* również może być wywoływana dowolnie, a zwłaszcza u osób nadmiernie pobudliwych, a także skutkiem jądów i leków.

4) Powiększenie wymiarów serca w kierunkach rozmaitych nie może być uważane za niezbitý dowód zachorzenia układu krążenia krwi. Klinicznie bowiem niezbitcie stwierdzono, że u chorych psychicznie lub nerwowo po podnieceniach psychicznych lub nerwowych występuje rozszerzenie wymiarów serca w lewo poza linię sutkową. Również to się dzieć może skutkiem nadmiernej pracy fizycznej. Powiększenie obu połów serca spotykamy nadto w błędnic, u piwoszów, skutkiem nadużyć czarnej kawy, alkoholu i t. d.

5) Co się tyczy szmerów sercowych, to również wiem, że zjawiać się one mogą skutkiem nadużycia kawy, alkoholu, oraz skutkiem zaburzeń nerwowych, odbijających się na unerwieniu serca wogóle, a na unerwieniu mięśni brodawkowych pierścieniowych w szczególności.

Z poszczególnych zachorzeń sercowych lekarz wojskowy winien się zapoznać szczegółowo przede wszystkim z zapaleniem wsierdza ościennem i ze stanem niedomogi sercowej, z przemęczenia mięśnia sercowego (*defatigatio musc. cordis*) pochodzącej. Rozpoznawanie tych stanów chorobowych ważne jest, aby się uchronić od niesłusznego posądzania żołnierzy o udawanie.

B) Sztucznie wywoływane wymioty zdarzają się nierzadko. Mogą one być wywoływane na drodze psychicznej, oraz skutkiem leków. W rozpoznawaniu ważna jest dokładna obserwacja kliniczna, w zwalczaniu zaś korzystnym bywa systematyczne dłuższe przepłukiwanie żołądka, oraz urlopowanie odnośnych żołnierzy do domu rodzinnego.

C) Krwotoki płucne udawane bywają zabarwieniem płwociny karminem, proszkiem rad. *iridis Florentinae*, zranieniem działseł, podniebienia miękkiego, nosa i t. d. W rozpoznawaniu szczególnie pożytecznym bywa badanie wzienikiem, krew bowiem po drodze z płuc zawsze prawie pozostawia ślady na strunach głosowych.

D) Sztuczna moczówka cukrowa wywoływana być może nadmiarem spożytego cukru, zapomocą florydzyiny, adrenaliny i nawet azotynu amyłowego. Wkładają nieraz nawet symulanci do cewki i dalej przepychają do pęcherza moczowego małe kawałeczki cukru gronowego.

E) Żółta czkę sztuczną wywołać można bądź za pomocą przyjmowania kwasu pikrynowego, bądź weratryny (1/60 — 1/6 grama). Kwas pikrynowy można wykryć w moczu na zasadzie następującej: roztwór cukru z dodatkiem ługu potasowego lub sodowego w obecności kwasu pikrynowego daje zbarwienie ciemno-czerwone.

F) Bładość twarzy wywoływać można po dłuższem przyjmowaniu kredy, octu, oraz zakładaniem czosnku do odbytu.

G) Katary oskrzeli wywołać można, wdychając chlor kwas siarczany, mieszanie kwasu siarczanego z chlorkiem wapnia i t. d.

H) Głuptactwo udają przeważnie prawdziwi głuptasi.

W armji polskiej naogół spostrzegałem symulantów nie tak wielu, w przybliżeniu około 5%. Natomiast wśród żołnierzy mojęszowe go wyznania było ich bardzo wielu.

Niemcy, w granicach Rzeczypospolitej zamieszkali, nieraz bardzo uparcie udają rozmaite cierpienia z głębokich pobudek patriotycznych, naturalnie niemieckich, pochodzące. (str. wł.).

W dyskusji: 1) Kol. S z u l c G. zwraca uwagę na fakt, że lekarz pod wpływem spostrzeganych symulacji widzi symulację nawet w przypadkach chorobowych, i dla tego w postępowaniu swoim winien być bardzo ostrożnym.

2) Kol. H i g i e r kwestjonuje możliwość wywoływania własnowolnie przyspieszenia lub zwolnienia ruchów serca.

3) Kol. C h m i e l e w s k i jest zdania, że symulację spotyka się nie u patologicznych osobników a normalnych. W państwie z ludnością mieszaną motywy są b. różne.

4. Prof. G l u z i ń s k i uważa, że symulacja jest tylko tam, gdzie jest korzyść i dlatego szczególnie rozmaite jest udawanie nerwic urazowych. Jedyną zaś drogą to dokładne spostrzeganie i badanie. Sztuczną temperaturę spotyka się dosyć często. Żółtaczkę wywołą kwas pikrynowy, lecz barwa gałek ocznych i moczu nie ulega zmianie. Zażywanie rozmaitych środków może wywołać zmiany w zachowaniu się serca. Zaznacza, że należało by rozróżniać symulację od wywoływania sztucznie objawów.

5. Kol. S t a r k i e w i c z spostrzegał b. ciężką anemię, wywołaną sztucznie przez palenie cygar; w przypadku tym doszło do zejścia śmiertelnego. Co do bradykardji zaznacza, że wrodzona może przebiegać przy zupełnej sprawności serca.

6. Prof. S o k o ł o w s k i sądzi, że w przypadku gruźlicy rozpoznanie nie jest rzeczą trudną, należy tylko dokładnie badać i nie być uprzedzonym ani w jednym, ani w drugim kierunku. Symulacji przerostu serca nie uważa za możliwą.

7. Kol. G r u n d z a c h zaznacza, że wszystkiego 2 razy widział wymioty samoistne. Bradykardję można spotkać u ludzi zupełnie zdrowych.

8. Kol. F r y s z m a n przypadków sztucznego ropomoczu widział dosyć dużo. Wskrzykiwano symulantom bądź mocz innych chorych, bądź jakąś mieszaninę. Przypadki te dawały ciężkie objawy. Bakterjologicznie nie udało się wykryć ani gruźlicy, ani rzeżączki, tylko atypowe drobnoustroje. Leczeniu zaś te przypadki poddawały się bardzo ciężko. Dla stwierdzenia faktycznej obecności cukru wystarczy wprowadzenie cewników do moczowodu.

9. Kol. B r o n o w s k i w odpowiedzi zaznacza, że nie uważa symulantów za chorych, lecz ludzi niższego gatunku, moralnie zaniedbanych. Celem odczytu było zaznaczenie, że lekarz musi być niesłychanie ostrożnym i musi badać nadzwyczaj sumiennie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący W. S t a r k i e w i c z.

Sekretarz doroczny T. W i ś n i e w s k i.

Posiedzenie kliniczne dn. 11 października 1921 r.

Obecnych członków 54.

Przewodniczący Wiceprezes Starkiewicz.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Do T-wa wpłynęły podania następujących kandydatów na członków: 1) Michalskiego Zdzisława; 2) Skubiszewskiego Ludwika; 3) Czarneckiego Wilhelma; 4) Siedleckiej Anny; 5) Dąbrowskiej Janiny.

III. Do ksiąznicy T-wa wpłynęły: 1) Nr. 1—2 Przeglądu dermatologicznego 2) Nr. 11 Zagadnienia rasy; 3) Nr. 1 Miesięcznika Wydziału Zdrowia Publ. m. st. Warszawy.

IV. Wiceprezes odczytał zaproszenie na Zjazd polskiego T-wa walki ze zwyrodnieniem rasy.

V. Wiceprezes zakomunikował, że obchód stulecia T-wa odłożono do Grudnia.

VI. Kol. Maciejewski wygłosił odczyt p. t. Nowe zasady metody statystycznej. W odczycie tym na wstępie omawia objawy, skutki i przyczyny zamętu panującego w statystyce. Dalej przedstawiając zasadnicze elementy metody statystycznej, jak prawidłowości statystyczne, grupy równomierne i grupy całkowite, omawia ich znaczenie. Wyjaśnienie pochodzenia prawidłowości statystycznych prowadzi do wykrycia ogólnej zasady metody statystycznej, która wraz z elementami zasadniczymi wytwarza nową teorię statystyki najzupełniej właściwą temu przedmiotowi. Wreszcie przedstawiając obecną teorię statystyki i charakterystykę odnoszących się do niej traktatów, przedstawia jej skutki.

W dyskusji 1) kol. Ciągliński zaznacza, że nowe podstawy teorii statystyki prelegenta bynajmniej go nie przekonywują; nie jest nawet pewny, czy to, co w swem godzinnem przemówieniu rozwił prelegent, napewno odnosi się do statystyki.

Tak np. przy pewnych kombinacjach warunków prelegent, jak zapewnia, otrzymuje wyniki pewne. Otóż odpowiedzi pewne i dokładne może dawać tylko wyliczenie arytmetyczne. Cechą odpowiedzi statystycznych jest, że bywają tylko prawdopodobne (nigdy pewne) i tylko w pewnym stopniu przybliżone (nigdy zaś zupełnie ściśle).

Otóż odpowiedzi prawdopodobne i przybliżone mogą mieć rację bytu tylko wtedy, jeżeli możemy określić stopień tego prawdopodobieństwa oraz granice wahań, w których zamykają się te odpowiedzi, to jest właśnie to, co nam daje nauka Bernouilli'ego - Laplace'a.

Prelegent, odrzucając związek i znaczenie nauki teorii prawdopodobieństwa dla statystyki, nie jest w stanie określić ani stopnia prawdopodobieństwa swych statystycznych przepowiedni, ani ich dokładności (szerokości granic ich wahań). — co w żadnym razie nie może być uznane za krok naprzód w teorii statystyki.

Przy zestawieniu porównawczem w szeregu spostrzeżeń prelegent zadawała się zwykłym arytmetycznem porównaniem wielkości ułamków, określających wynik badań statystycznych np. umieralności, śmiertelności, czy też chorobowości. Że samo arytmetyczne porównanie tych ułamków nie wystarcza wobec szerokości wahań wy-

ników—prelegent nie wspomina. Dla niego II twierdzenie Laplace'a zdaje się nie istnieć.

Co się tyczy „zagwoźdżenia“ sprawy mianownictwa chorób i przyczyn zgonów przez statystyków teoretyków, Ciagliński wyjaśnia: 1) Nie było żadnego zjazdu statystyków teoretyków w Warszawie, lecz było tylko posiedzenie Głównej Rady Statystycznej, najwyższej instancji statystycznej Rzeczypospolitej Polskiej. 2) Na posiedzeniu tem Rady Statystycznej sprawa mianownictwa wcale omawiana nie była, ani nie była nawet na porządku obrad. 3) Sprawa mianownictwa była rozważana w październiku roku ubiegłego w Paryżu na posiedzeniu Komisji, zwoływanej co lat 10 w celu rewizji przyjętego mianownictwa Bertillona przy udziale oficjalnych przedstawicieli Rządów (42 państwa). 4) Przedstawiciel Rządu Polskiego (Dr. Ciagliński), aczkolwiek na posiedzeniu tem, z powodów walutowych nieobecny, przyjęty w Paryżu tekst mianownictwa przetłumaczył na język polski i tłumaczenie swe poddał pod opinię i zatwierdzenie Wydziałów Lekarskich wszystkich polskich Wszechnic i Akademii Lekarskiej. 5) Zaaprobowany przekład mianownictwa będzie w czasie najbliższym opublikowany w druku. (str. wł.).

2) Maciejewski zaznacza, że jego teoria oparta jest na indukcji i na danych liczbowych. Teorii prawdopodobieństwa nie odrzuca, odrzuca tylko spaczoną teorię statystyki, opartą na teorii prawdopodobieństwa.

VII. Kol. Chmielewski wygłosił rzecz p. t. O niektórych mało znanych odmianach objawu Lasègue'a. i znaczeniu ich dla rozpoznania nerwobólu kulszowego.

Autor zwraca uwagę na znaczenie objawu Lasègue'a (zjawianie się bólu w okolicach pośladka, krzyża lub na całej linii nerwu kulszowego przy biernem podejmowaniu wyciągniętej kończyny dolnej) rozpoznawanie symulacji nerwobólu kulszowego, oraz odróżnianie postaci korzeniowej nerwobólu (ischias radicularis), od porażenia pnia nerwu (ischias truncularis). Dla rozpoznawania symulacji można stosować dwie odmiany tej procedury: chorego znajdującego się w pozycji poziomej na łóżku, prosimy usiąść, naciskając jednocześnie na oba stawy kolanowe, aby kończyny dolne były zupełnie wyprostowane. Chory nie może usiąść lub robi to z trudnością wskutek bólu w chorej kończynie. Druga odmiana polega na szybkim wyprostowaniu nogi, zgiętej w kolanie u chorego siedzącego na łóżku; chory również wtedy odczuwa ból.

Do rozpoznania nerwobólu pochodzenia korzeniowego służą charakterystyczne zmiany czucia — beczułość lub parestezja na zewnętrznej stronie biodra i objawy Lasègue'a z jednej i drugiej strony, szczególnie zaś objaw tak zwany przeciwstronny („signe contro-lateral“ opisany przez Moutard-Martin'a i Parturier'a).

Autor na zasadzie własnych spostrzeżeń przychodzi do wniosku, że przy badaniu chorych na rwę kulszową należy zawsze szukać objawu Lasègue'a tak na nodze chorej, jak i rzekomo zdrowej. Przypomina to skontatować, że 1) objawu Lasègue'a brak: spotyka się to zwykle w ischias hysterica; najczęściej są przy tem inne objawy hysterji, ogólne i miejscowe; o ile ich niema, można podejrzewać symulację, choć absolutnej pewności w tym razie niema. 2) Jest wydatny klasyczny objaw z tej strony, gdzie chory odczuwa ból. Może to być tylko ischias truncularis. Przy symulacji nie udaje

się zwykle wywołać dwóch innych modyfikacji tego symptomu. 3) Przy podejmowaniu wyciągniętej kończyny dolnej rzekomo zdrowej badany odczuwa ból i w tej kończynie; jest to najczęściej *ischias larvata bilateralis truncularis*; symulacja zwykle wykluczona. 4) Przy podejmowaniu kończyny chorej pacjent odczuwa ból nie tylko w nodze chorej, lecz i w drugiej, pozornie zdrowej. Jest to nerwoból pochodzenia korzeniowego; symulacja wykluczona. 5) Podejmowanie wyciągniętej kończyny zdrowej wywołuje ból w krzyżu i nodze chorej (symptom „*contro lateral*” Moutard Martin'a et Parturier). Świadczy to również o nerwobólu pochodzenia korzeniowego i symulację wyklucza. 6) Przy podejmowaniu wyprostowanej nogi, pozornie zdrowej, badany odczuwa ból tak w nodze zdrowej (zwykle w mniejszym stopniu) jak i w kończynie chorej. Jest to nerwoból obustronny ukryty, również pochodzenia korzeniowego (*ischias larvata bilateralis radicularis*). Symulacja wykluczona. We wszystkich wypadkach wymienionych w punktach 3, 4, 5 i 6, w razie dodatniego wyniku badania symulację daje się wykluczać. Objawy bólu wymienione w punktach 4, 5 i 6 spotyka się tylko w przypadkach nerwobólu pochodzenia korzeniowego, procedury zatem wymienione w tych punktach dają możliwość odróżniania nerwobólu kulszowego korzeniowego (*ischias radicularis*), zależącego zwykle od porażenia opon mózgowych, od porażenia samego pnia nerwu (*ischias truncularis*), co ma nie małe znaczenie dla rokowania i zastosowania odpowiedniej terapii. (str. wł.).

W dyskusji 1) Higier uważa, że, mówiąc o symulacji rwy kulszowej, należy nie wspominać o historycznej, która jest naogół rzadką, jest psychopochodną i niema nic wspólnego z świadomą symulacją. Korzonkowa postać rwy, jest często objawowa — gruźlica, kiła, guz — i wtedy ją łatwo rozpoznać, choćby z jej obustronności. Trudniej rozpoznać rwę korzonkową pierwotną i tutaj limfocytoza płynu mózgowo-rdzeniowego rozstrzyga sprawę. Próba Lasègue'a posiada wiele odmian, przez co można ją wywołać w leżącej i siedzącej pozycji, jak objaw Kernig'a w zapaleniu opon. W rwie korzonkowej przy zajęciu ogona końskiego czasem siadanie i zginanie tułowia wywołuje rozciąganie i ucisk nerwu w *foramen intervertebrale* (objaw Schlesingera). Skolioza nie zawsze bywa skrzyżowana, czasem homologiczna, wyjątkowo — jak Higier dowiódł — naprzemienna (*alternans*). Punkty bolesne *Valleix'a* lub pasy znieczulenia mogą być łatwo symulowane, ból przy kichaniu i kaszlu też. Ischiatyk, zginając tułów, mimowoli zgina kolano chorej nogi. *Signe contralaterale Lasègue'a* francuzów opisany został u nas przed laty dwudziestu przez Fajerstęjną. Z objawów obiektywnych, nie dających się symulować, wspomnieć należy o limfocytozie, braku odruchu Achillesa, zaniku łydki i upośledzeniu pobudliwości elektrycznej n. strzałkowego i jego muskulatury. (str. wł.).

2) Kol. Gerner za jeden z najprostszych objawów uważa ten, że przy zgięciu tułowia chory mimowoli zgina kolano.

3) Kol. Chmielewski podkreśla, że chodziło mu o szybkie zorientowanie się w sytuacji, ważne szczególnie dla lekarzy wojskowych i kas chorych.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący W. Starkiewicz.

Sekretarz doroczny T. Wiśniewski.

Posiedzenie kliniczne dn. 25 Października 1921 r.

Przewodniczący Wice-Prezes W. Starkiewicz.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Wiceprezes zakomunikował o śmierci członka T-wa kol. Stanisława Pechkranca. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

III, Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne poświęcone zmarłemu.

IV. Do Zarządu T-wa wpłynęło podanie o przyjęcie w poczet członków kol. Józefa Kowalczewskiego.

V. Do Książnicy T-wa nadeszły odbitki prac W. Janowskiego:

1) Quelques remarques sur l'etiology de la dysenterie,

2) Sur la localisation dans le temps et la denomination rationnelle des bruits et des souffles du coeur dans divers états pathologiques.

VI. Kol. A. Wojciechowski wygłosił rzecz p. t. O naczyniach chłonnych narządów rodnych kobiecych w związku z operacją raka macicy.

Po omówieniu roli, jaką odgrywa wogóle układ chłonny w szerzeniu się raka i zasad ogólnych tego szerzenia się (prawidłó Cornet'a, transport wsteczny etc.) referent zwraca uwagę na względną rychłość i częstość zajęcia naczyń i gruczołów chłonnych sprawą nowotworową, zwłaszcza w raku szyjki i przytacza odpowiednie dane z piśmiennictwa. Zdaniem referenta, u większości chorych na raka szyjki w chwili, gdy zwracają się one do lekarza, liczyć się należy w wielkiem prawdopodobieństwie istnienia ognisk wtórnych w układzie chłonnym. Po krótkiej wzmiance historycznej, tyżającej się rozwoju naszych wiadomości o układzie chłonnym wogóle i rozwoju techniki badań tego układu, referent przechodzi do omawiania anatomji naczyń i gruczołów macicy w świetle nowszych badań i na podstawie własnych spostrzeżeń. Podkreśla, że chłonka, odpływająca z szyjki znacznie łatwiej i prędzej dociera do gruczołów, niż limfa z trzonu ta ostatnia bowiem musi przejść przez trzy sieci naczyń włoskowatych chłonnych i przez znacznie dłuższe naczynia odprowadzające, nim dojdzie do gruczołów — okoliczność, tłumacząca, dlażczego rak szyjki przebiega złośliwiej i więcej daje nawrotów pooperacyjnych, niż rak trzonu. Referent, posługując się metodą Yerota, nastrzyknął 53 trupki noworodków, z nich demonstkuje 23; inne bądź ucierpiały podczas preparowania, bądź samo wstrzyknięcie nie powiodło się. Po omówieniu głównych zasad techniki wstrzykiwania naczyń chłonnych, referent podkreśla, że materiał dziecięcy nietylko ze względów technicznych jest najodpowiedniejszym, lecz i z innych, a mianowicie, w wieku tym układ chłonny jest zupełnie już rozwinięty, rzadziej zaś spotyka się zmiany patologiczne. Nie należy bowiem zapominać, że pod wpływem spraw chorobowych nie tylko może nastąpić zanik naczyń i gruczołów (stany zapalne, ropienia etc.), lecz, że w niektórych razach odrotnie powstać mogą nowe drogi chłonne, mianowicie w sprawach nowotworowych (Regaud, Berjou) i w zlepiach zapalnych (Poirier, Morau, Talke). Omawia również referent obecne zapatrywania na powstawanie w sprawach chorobowych gruczołów chłonnych, przytaczając rozmaite teorie z współczesnego piśmiennictwa. Na podstawie własnych preparatów, potwierdzających w ogólnych zary-

sach wyniki innych autorów, referent mniema, że 1) ruchy macicy odgrywają wybitną rolę na odpływ chłonki z szyjki, lecz nie z trzonu. 2) gruczoły biodrowe dolne łączą się z gruczołami biodrowymi górnymi i gruczołami tętnicy głównej często tak ściśle i obficie, że nastrzykują się prawie jednocześnie; 3) chłonka z szyjki b. często odpływa do gruczołów krzyżowych niekiedy nawet leżących po stronie przeciwnej; 4) często istnieją połączenia chłonne szyjki z pęcherzem i odbytnicą; 5) głębokie umiejscowienie gruczołów biodrowych, uniemożliwiających usunięcie ich całkowite, również nierzadko spostrzegać można.

Ponieważ wiadomo z piśmiennictwa, że zabieg w raku szyjki daje znaczny % nawrotów i ponieważ znajduje się to w zupełnej zgodzie z danymi anatomicznymi, należy więc zdaniem referenta dążyć do możliwie wczesnego rozpoznawania i operowania raka szyjki, kiedy jeszcze układ chłonny nie uległ schorzeniu, t. j., gdy warunki są mniej więcej te same, co w większości przypadków operacji raka trzonu, oraz — w przypadkach, gdzie układ chłonny już został wciągnięty w grę, nie ograniczać się do wykonania zabiegu, choćby rzekomo najdoszczętniejszego, lecz starać się oddziaływać i na możliwie pozostawione ogniska rakowe drogą naświetlania bądź radem, bądź promieniami Röntgena. (str. wł.)

VII. Kol. L. Lorentowicz wygłosił rzecz p. t. O lecze-
niu raka macicy energią promienną.

I. W Polsce w nowych granicach umierać będzie od 5 — 7¼ tysiąca kobiet na raka macicy. W dawnej Kongresówce zaledwie drobna część chorych nie przekraczająca 2%—3% korzystała z pomocy chirurgicznej.

2) Operacja raka trzonu macicy daje wyniki dobre, mianowicie od 60% — 80% absolutnego wyleczenia, natomiast operacja raka szyjki macicy przy operabilias od 13% — 70% i śmiertelności pooperacyjnej, dosięgającej 20% daje u najlepszych chirurgów zaledwie 20% — 22% absolutnego wyleczenia, to znaczy, że na sto kobiet cierpiących na raka szyjki, przyjętych do kliniki, po upływie lat pięciu zostaje przy życiu bez nawrotów około 20 — 22 kobiet. Te niepocieszające wyniki można poprawić jedynie przez wcześniejsze skierowanie chorych do zakładów leczniczych, wcześniejsze, to znaczy dopóki owrzodzenie rakowate jest na części pochwowej lub w szyjce, dopóki przymacicza i sąsiednie gruczoły chłonne są wolne od nacieczenia rakowatego.

3. Główną przyczyną zbyt późnego zwracania się chorych do lekarzy specjalistów jest nieuświadomienie co do najwcześniejszych oznak rozpoczynającego się raka macicy zarówno ze strony lekarzy domowych, jak akuszerów — tudzież samych chorych. I dlatego z radością powitać należy wznowienie działalności Polskiego Komitetu badania i zwalczania raka.

4. Operacja raka macicy należy do najtrudniejszych i najkrwawszych operacji ginekologicznych, przez co z konieczności staje się poniekąd monopolem niewielkiej liczby gruntownie wyszkolonych chirurgów-ginekologów. To stanowi jej minus zwłaszcza, że uzyskanie potrzebnej wprawy połączone jest z wysoką śmiertelnością pooperacyjną — dochodzącą w niektórych klinikach do 40%.

5. Obok operacji pomyślne wyniki w leczeniu raka macicy dały curie- i rentgenoterapia. Dotychczasowe wyniki wyłącznego naświe-

tlania raka macicy radem w niektórych klinikach nie ustępują wynikiom operacyjnym, a nawet je przewyższają. Różnice w ostatecznych wypadkach naświetlania poszczególnych autorów tłumaczyć należy niestaloną jeszcze techniką. Curieterapia jest niezastąpionym środkiem w leczeniu raków macicy nie nadających się już do operacji; wykazuje bowiem w tych przypadkach od 5 — 16% trwałych wyleczeń.

6. Curieterapia ma wyższość nad rentgenoterapią dzięki ogromnej prostocie techniki, dostępnej dla każdego lekarza i słabszym objawom niedomagania po naświetlaniu, ustępuje natomiast, jak dotychczasowe badania wykazują, w sile niszczenia komórek rakowych, położonych dalej, niż na 5 — 6 ctm. energii promiennej i dlatego do naświetlania zapobiegawczego, oraz wznowy nadają się więcej promienie Roentgena.

7. Ani curieterapia, ani rentgenoterapia nie wypowiedziały jeszcze swego ostatniego słowa. Przy porównywaniu wyników naświetlania z wynikami operacji, której technika doskonalila się w ciągu kilku dziesiątków lat, pamiętać należy, że stoimy raczej na początku racjonalnego stosowania obydwóch postaci energii promiennej. Jeżeli się uda wzmocnić natężenie promieni włąb bez uszkodzenia zdrowych tkanek lub uczulić komórkę rakową na działanie promieni, to dodatnie wyniki naświetlania mnożyć się będą w szybkim tempie.

8. Mimo stosunkowo pomyślnych wyników radjoterapii raków macicy większość ginekologów stoi dziś jeszcze na stanowisku 1) operowania wczesnych przypadków raka macicy z warunkiem ograniczenia zbytniego radykalizmu zabiegu operacyjnego w celu zmniejszenia wysokiej śmiertelności pooperacyjnej i 2) następnego naświetlania promieniami Roentgena i radu, które, np. w przypadkach Bumma szanse wyzdrowienia trwałego po operacji raka macicy podniosły w dwójnosób z 35,7% na 71%. Natomiast zwolennicy curieterapii twierdzą, że skoro za pomocą promieni radu udaje się wyleczyć szereg przypadków raka macicy, już nie nadających się do operacji, to tembardziej spodziewać się należy trwałych wyników po naświetlaniu radem wczesnych przypadków raka.

9. Wobec późnego zgłaszania się chorych do operacji raka w kraju naszym, większość przypadków nadawać się będzie jedynie do radioterapii. Wskutek tego uważać należy za nader pilną potrzebę otwarcie instytutu radio lub curieterapeutycznego w Warszawie, oraz w innych większych miastach, t. zw. dzięki naświetlania raków czy to niedostateczną ilością preparatu radowego, czy to dawkami promieni Roentgena, które zamiast niszczyć doszczętnie komórki rakowe, działają jako dawka podrażniająca, pobudzają do szybkiego bujania komórek nowotworowych i tym sposobem dyskredytują w opinii lekarzy i chorych całą radjoterapię nowotworów — tę niezaprzeczenie potężną zdobycz lat ostatnich.

W dyskusji kol. Więckowski omówił fizyczne własności radu i na preparacie pokazał jego zdolność przenikania przez metale ciężkie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący W. Starkiewicz.

Sekretarz doroczny T. Wiśniewski.

Posiedzenie kliniczne dn. 8 listopada 1921 r.

Przewodniczący Prezes Z. D m o c h o w s k i.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Prezes powitał jako gości kol. Górskiego, Ostrowskiego i Zakrzewskiego.

III. Prezes zakomunikował, że wpłynęło podanie o przyjęcie w poczet członków kol. Chmielewskiego.

IV. Do ksiąźnicy T-wa nadesłano: 1) Walka z alkoholizmem rocznik IV. 2) Stefanowski: Experimentelle Untersuchungen über degenerative und atrophische Zustände an der quergestreiften Muskulatur. 3) prof. Dr. Sokołowski: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych I Nauka o chorobach płucnych.

V. Prezes odczytał zawiadomienie od okręgowego Urzędu Zdrowia m. st. Warszawy o depozycie ś. p. Ed. Zielińskiego w sumie 20250 rb. w listach T-wa Kred. Ziemsk. przeznaczonym na stypendjum, i o zapisie Bibliotece T-wa jego księgozbioru.

VI. Wiceprezes zakomunikował wynik konkursu im. Bogumiła Helbicha, którego komitet w osobach kol. St. Mutermilcha, Zd. Sławińskiego i Wł. Starkiewicza nagrodę konkursową przyznał jednomyślnie dr-owi Ad. Chełmońskiemu za pracę i komunikaty p.t. „O głodowym zaniku kości” drukowane w Pamiętniku klinicznym Szpita. Dz. Jezus oraz w Gazecie Lekarskiej.

VII. W dyskusji nad odczytami kol. Wojciechowskiego „O naczyniach chłonnych narządów rodnych kobiecych w związku z operacją raka macicy i kol. Lorentowicza „O leczeniu raka macicy energią promienną” zabierali głos:

1) Kol. D r o z d o w i c z, który zwracał uwagę na uszeregowanie promieni rentgenowych i radu w kierunku ich skuteczności. Wobec tego, że promienie radu działają szybciej, aczkolwiek tylko na 5—6 cm w głąb, promienie zaś rentgenowskie obejmują dziś większy zakres, szczęśliwym byłby klinicysta, który by mógł traktować chore obu energiami promiennymi. Jeżeli jednak byłaby konieczność wyboru, sądzi, że na pierwszym planie należy postawić promienie Roentgena, które pod względem działania, szczególnie twardo, niczem się nie różnią od promieni radu. Owa wyższość promieni Roentgena opiera się 1) na tem, że stosując je, nie wywieramy urazu na tkanki, działając z zewnątrz, a więc unikając zakażenia 2) biorąc pod uwagę niemal nieuniknione skutki poboczne ujemne tych energii, przy pomocy promieni rentgena uszkodzimy powłoki zewnętrzne, przy pomocy zaś radu tkanki głębokie. 3) najważniejszą jest skuteczność promieni X na większą przestrzeń, gdy promienie radu działają tylko na 5—6 ctm.

2) Kol. L o r e n t o w i c z zaznacza, że rad jest jednak o wiele dostępniejszy dla wszystkich lekarzy, niż promienie Roentgena. Podaje dwa ostatnie spostrzegane przez siebie przypadki, w których w b. prędkim czasie otrzymano b. dodatnie wyniki. Twierdzenie, że rad działa tylko na 5—6 ctm. nie jest napewno dowiedzione.

VIII. Kol. P a s z k i e w i c z L. wygłosił rzecz p. t. E n d o c a r d i t i s l e n t a z p u n k t u w i d z e n i a a n a t o m o p a t o l o g i c z n e g o (z przedstawieniem preparatów).

Paszkiewicz daje naprzód okres normalny wsierdza właści-

wego i zastawek serca. Dalej omawia obraz anatomopatologiczny zapalenia zastawek, poczem opisuje zmiany spostrzegane w endocarditis lenta. Przypadków z takim rozpoznaniem sekował cztery. Opisuje zmiany anatomopatologiczne, rozpatruje dane z piśmiennictwa i dochodzi do wniosku, że zmiany te odpowiadają zwykle opisanym przez autorów. Uważa, że anatomicznie na stole sekcyjnym niema danych do rozpoznania endocarditis lenta.

W dyskusji: 1) Kol. Puławski uzupełnia powyższe obrazem klinicznym. W jednym z przypadków tych chodziło o chorą, która w 14 roku życia przechodziła ostry gościec stawowy, w rezultacie czego powstała wada zastawkowa, jednak skompensowana. Po kilku latach wystąpił nanowo gościec, chora wstąpiła do szpitala. Badanie wykazało szmer skurczowy, t-ra 38,2, śledziona olbrzymia, niesłuchanie bolesna. Badanie krwi plazmody zimniczych nie wykazało. Posiew krwi wykazał dużą ilość paciorkowca zieleniejącego. T-ra rzadko kiedy dochodziła do 39, albotę opadała zupełnie najwyżej na tydzień — wahania ciepłoty były niewielkie. Bóle w lewym boku występowały od czasu do czasu. W ciągu kilku miesięcy stan taki trwał bez zmiany. Przy każdym badaniu krwi znajdowano streptococcus viridans. Pod koniec wystąpiło drętwienie w prawej ręce, zblednięcie i brak tętna w tętnicy szprychowej. Podobne objawy wystąpiły i w lewej nodze, wreszcie połowicze porażenie bez utraty przytomności. W ostatnich dniach w moczu znajdowano białko.

2) Prof. Gluziński sądzi, że jeżeli kol. Paszkiewicz powiedział, że na zasadzie anatomicznych zmian nie może rozpoznać endocarditis lenta, to należy się tylko z tem zgodzić, gdyż takiej choroby niema. Jest endocarditis chronica exacerbata. Ze znaleziono tu streptococcus viridans, nie dowód by tę chorobę wyróżniać, gdyż znajdowano również i pneumococcus. Sądzi, że to, co nazywają endocarditis lenta rozwija się nie u człowieka ze zdrowem wsierdziem, lecz u tych co już raz zapalenie przeszli, przyczyną tu, jest nie prątek, lecz zmienione podłoże. Dlatego też nie używa nigdy nazwy endocarditis lenta. Pod względem przebiegu rokowanie rzeczywiście jest fatalne również jak i leczenie, które pozostaje bez rezultatu.

3) Kol. Pawiński również uważa że endocarditis lenta niema; jest endocarditis prolongata o przebiegu b. długim trwającym miesiące całe, bowiem wydolność serca długo się utrzymuje. Proces bakteryjny przebiega czasami w mięśniu sercowym. Badanie krwi często zaś jest ujemne.

4) Kol. Higier również nie wie, w jakim celu tworzy się tę postać; tembardziej, że uważa, rozpoznanie tej postaci za wprost nie możliwe. Sądzi, że jest to endocarditis maligna, o przebiegu podobnym. Nie zgadza się z prof. Gluzińskim, by była to postać powstająca na tle przewlekłej sprawy..

5) Kol. Landstein zaznacza, że nie może się zgodzić, by nie należało wyodrębnić tej postaci, jeżeli posiada ona pewne swoiste cechy. Wszak jeżeli uważać to za zaostrenie sprawy, jest to w każdym bądź razie zaostrenie swoiste, gdyż raz powstałe już się nie uspakaja, a prowadzi nieubłagane do zejścia śmiertelnego. Dalej paciorkowca zieleniejącego uważa wprost za swoisty prątek, gdyż w swoich przypadkach, a miał ich pięć, zawsze mógł go wykazać. Krwotoki w mózgu nie są to zwykle krwotoki lecz aneuryzmaty na-

czyń.—Dalej zwraca uwagę, że zawały mimo znacznej liczby, ropienia nie dają.

6) Kol. K a r w a c k i w sprawie biologii paciorkowca zaznacza, że możnaby przypuścić, że przebycie raz pewnej sprawy wywołuje pewne uodpornienie, polegające na pewnej zdolności współżycia. Paciorkowiec często we krwi może zachowywać się jak zwykły saprofit. Np. udało mu się nieraz wyhodować paciorkowca w tyfusie plamistym, którego przebieg miał postać normalną. Zdaniem Karwackiego punkt ciężkości tej sprawy leży nie w klinice, lecz w biologii paciorkowca.

7) Prof. G ł u z i ń s k i oponuje Higierowi, forma prolongata jest łatwiejsza do rozpoznania, niż maligna septica, bowiem wtedy dopiero przy szmerze w sercu dochodzimy do wniosku należytego. Landsteinowi odpowiada, że nazwa nas niczego nie uczy. Jest to bowiem zwykła endocarditis występująca tylko w innych warunkach.

8) Kol. M o c z a r s k i podaje kliniczne dane jednego z przypadków opisanych przez Paszkiewicza. W przypadku tym podkreśla, że chory ten przed rokiem przechodził różę.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes W. S t a r k i e w i c z.

Sekretarz doroczny T. W i ś n i e w s k i.

Posiedzenie kliniczne dn. 22. XI. 1921 r.

Przewodniczący: Wiceprezes W. S t a r k i e w i c z.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Wiceprezes zakomunikował wynik konkursu im. Grzeg. Piramowicza, którego Komitet przyznał większością głosów nagrodę konkursową książce p. t. „Higjena szkolna” wydanej pod red. dr. Kopczyńskiego w 1921 r.

III. Do księżnicy T-wa nadesłano: 1) T-wo przeciwgruźlicze warszawskie Rok 1921. 2) Archives internationales de Neurologie; 3) l'Hospital. (czasopismo).

IV. Sekretarz Stały przedstawił kandydaturę prof. Achard'a na członka honorowego, proponując głosowanie na posiedzeniu nadzwyczajnym.

V. Kol. D ą b r o w s k a J. wygłosiła rzecz p. t. B a d a n i e n a d s t o s u n k i e m n a d n e r c z y d o m i a ż d z y c y.

Po omówieniu przyczyn powstawania miażdżycy, które sprowadzają się do dwu grup zasadniczych: I zatruc i II zmian w ciśnieniu. prelegentka przytacza, co zrobiono anatomo-patologicznie w celu wyjaśnienia tej sprawy w ostatnich dziesiątkach lat.

W całym szeregu prac wysuwa się wzmózone ciśnienie, jako przyczynę miażdżycy. W innych zaś pracach podkreśla się wpływ zatruc, ewentualnie nieprawidłowej przemiany materji na powstawanie miażdżycy. Mało jednak uwzględniono w nich nowsze badania szkoły francuskiej nad cholesteryniemją.

By wypełnić te braki, D. rozpoczęła badanie anatomiczno-patologiczne, stojące w związku z przemianą cholesterynową.

Przed omówieniem danych swej pracy prelegentka w kilku słowach ujmuje charakterystykę chelesterynemji według szkoły francuskiej i według szkoły niemieckiej, wskazując, że szkoła francuska uważa nadnercza i żółte ciało w jajniku za fabrykę cholesterynatów, gdy natomiast szkoła niemiecka uważa je tylko za składnice.

Dalej prelegentka podaje odczyny, których używała w celu odróżnienia lipidów od tłuszczów obojętnych.

W pracy swojej zwraca uwagę na nerki, nadnercza, tarczycę, przysadkę mózgową, i narządy płciowe, aby zorientować się, które z tych narządów wpływają na cholesterynemję i w związku z tem na podniesienie ciśnienia.

A) W 58 przypadkach miażdżycy, badając zachowanie się wyżej wspomnianych narządów i stopień i umiejscowienie zmian miażdżycowych, dochodzi do wyników: 1) brak zmian w nerkach, tarczycy, przysadce mózgowej i narządach płciowych. 2) Zmiany w nadnerczach, dotyczące istoty korowej albo istoty rdzeniowej.

B) W nowych 56 przypadkach, zestawiając w tablicy wiek osobników, zmiany miażdżycowe i zachowanie się kory i substancji rdzeniowej nadnerczy, prelegentka dochodzi do wniosku, iż związku pomiędzy wiekiem osobnika i charakterem zmian w nadnerczach wykazać nie można.

Tu jednak zwraca uwagę pewien fakt: 1) w większości przypadków miażdżycy centralnej spotyka się obraz nadczynności istoty korowej nadnerczy — przerost kory; zaś miażdżycy obwodowej odpowiada obraz nadczynności istoty rdzeniowej — przerost istoty rdzeniowej.

Nadczynność istoty rdzeniowej łączy się: 1) z nadmiernem wydzielaniem się adrenaliny 2) ze wzmożeniem ciśnieniem wewnątrzna-czyniowym, 3) ze zwiększoną grą naczyńioruchową.

Nadczynność istoty korowej związana jest z nadmiarem wytwarzaniem cholesterynatów, zatem z nieprawidłową przemianą materji.

C) W nowych 60 przypadkach zbadanych szczegółowo dochodzi prelegentka do wniosku, iż o czynnikach wpływających na wzmożone ciśnienie można mówić wtedy, gdy 1) szerokość istoty rdzeniowej jest większa nad 1000 mikromil. co świadczy o zwiększonym wytwarzaniu adrenaliny. 2) gdy w istocie rdzeniowej znajdowała dużo komórek zwojowych współczulnych, co wywołuje wzmożoną grę naczyńioruchową. 3) gdy w istocie rdzeniowej są silnie rozwinięte włókna sprężyste. 4) gdy warstwa siatkowata nadnerczy zawiera obficie pirokatechinę — pochodną adrenaliny 5) gdy w korze nadnerczy jest więcej fosfatydów. Dodatkowo mogą działać w tym samym kierunku: a) nadczynność przysadki — obecność komórek eozynochłonnych b) nadczynność tarczycy c) sprawy przewlekłe w nerkach.

O wpływie czynników związanych z nadprodukcją cholesteryny mówi: 1) gdy waga obydwóch nadnerczy przewyższa 15 gramów 2) gdy mamy do czynienia z przerostą korą, a) szerokość jej przewyższa 1000 mikromil. b) występuje wyraźna gąbczastość komórek „kora tłusta“ francuzów. 3) gdy kora przerasta istotę rdzeniową. 4) gdy barwienie błękitem nilu wykazuje zwiększoną ilość cholesterynatów,

5) gdy w korze występują prawdziwe gruczolaki, z dużą ilością cholesterolynatów i wyraźną budową gąbczastą komórek.

Na zakończenie prelegentka wskazuje rolę naczyń centralnych i obwodowych i ich budowę anatomiczną, co usprawiedliwia fizjologicznie rozwój miażdżycy centralnej pod wpływem zatruc, ewentualnie wadliwej przemiany cholesterolynowej i rozwój miażdżycy obwodowej, pod wpływem wzmożonego ciśnienia, co jest wynikiem nadmiernej ich pracy.

W dyskusji: 1) Kol. P a w i ń s k i zaznacza, że w wieku starszym najczęściej zdarza się miażdżycę dużych naczyń; pyta więc czy prelegentka zwracała na to uwagę i czy badała osobników starszych.

2) Kol. S t a r k i e w i c z podkreśla, że nauka posunęła by się dużo więcej naprzód, gdyby było współdziałanie klinicysty z anatomopatologiem w zakresie ustalenia czynników etiologicznych. Podkreśla szczególną wartość przypadków sklerozy wczesnej.

3) prof. R z ę t k o w s k i zapytuje jaki jest dowód, że zmiany w nadnerczach wywołały miażdżycę a nie naodwrot!

4) Kol. D ą b r o w s k a odpowiada, że badała osobników młodych i starszych, przyczem wiek nie wpływa na przewagę miażdżycy korowej lub rdzeniowej.

5) Kol. B o g a c k i zaznacza, że nie została uwzględniona praca Fahr'a, który zwraca uwagę na zmiany presklerotyczne i sklerotyczne nerek w stosunku do innych organów.

6) Prof. H o r n o w s k i podkreśla, że ateroza, która powstaje na podstawie zmian w nerkach, nie jest właściwie arteriosklerozą. Klinicznie przedstawiając się jako miażdżycę, anatomopatologicznie jest czymś odrębnym od właściwej miażdżycy.

VI. Prof. H o r n o w s k i wygłosił odczyt p. t. Wygląd skóry a niedomoga czynnościowa narządów wewnętrznych.

W dyskusji: 1) Kol. P a w i ń s k i wyraża wielkie zadowolenie, że obecnie anatomja patologiczna zwraca uwagę na zmiany czynnościowe. Zgodnie ze zdaniem prof. Horn. zaznacza, że przy dużych zmianach w sercu często nie bywa obrzęków.

2) Kol. S t e r l i n g dodaje, że niektóre właściwości skóry są w związku z gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym; a więc np. turgor, gdyż w badaniach nad eunuchoidyzmem stwierdził uderzająco świeży wyraz twarzy. Zmiany sklerodermatyczne stwierdzano razem z zaburzeniami menstruacji, zanikiem ciała macicy, przyczem rozwija się jednocześnie okres astenji. Niektóre postaci alopecji universalis powstają np. pod wpływem szoku psychicznego, względnie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Pomięta została sprawa potliwości skóry, lecz ta nie poddaje się badaniu anatomopatologicznemu.

3) Kol. H i g i e r zaznacza, że neurologów rzeczywiście b. interesuje stosunek skóry do systemu nerwowego, jako pochodnego od ektodermy. Wiele zmian jednakże uzależnia i prof. Hornowski od wydzielania gruczołów dokrewnych, jakkolwiek chce nieco postponować teorie humoralne.

4) Prof. H o r n o w s k i w odpowiedzi zaznacza, że naturalnie wiele spraw pominął, gdyż na sekcji wielu rzeczy nie widzimy. Jeśli chodzi o sklerodermę nie wspominał o tem dlatego, że sam badał takie przypadki, ale żadnych zmian w gruczołach o wydalaniu

wewnętrznie nie widział. Poglądy swe zaś opiera nie na teoriach humoralnych, a na tem co tylko widzi.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący: W. Starkiewicz.

Sekretarz doroczny: T. Wiśniewski.

Uroczysty obchód stulecia W. T. L. d. 5 grudnia 1921 r.

Odbyły się dwa posiedzenia: 1) przed południem w Sali Towarzystwa Naukowego, na którem po przemówieniach delegatów i po ogłoszeniu nazwisk nowoobраниch członków honorowych, prezes prof. Dmochowski wygłosił odczyt p. t. „Rzut oka na działalność Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w ciągu stulat jego istnienia.

2) Posiedzenie popołudniowe miało miejsce w Sali Tow. Lek. z następującym porządkiem:

A) Odczyt Sekretarza Stałego prof. Sokołowskiego Alfreda p. t. Wybitni członkowie Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w ciągu stulecia.

B) Odczyt członka honorowego Józefa Pawińskiego: Zarys historyczny pojęć o t. zw. sile życiowej (pneuma, spiritus vitalis).

Członkowie honorowi: Z Warszawy: prof. Gluziński Antoni, dr. Kamocki Walenty, dr. Pawiński Józef, prof. Przewoski Edward. Z Krakowa: Prof. Browiez, prof. Kostanecki, ze Lwowa: prof. Machek, prof. Szymonowicz, z Poznania prof. Antoni Jurasz, Z Wilna prof. Wł. Zahorski, z Paryża: prof. Józef Babiński, prof. A. Chauffard, M. Letulle, F. Lejars, Al. Roger, Ch. Richet. Z Londynu: prof. Albutt, Thomas i Wright Almroth E.

Następujące osoby i instytucje nadesłały adresy i telegramy: 1) Podsekretarz Stanu Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia T. Łopuszański 2) Wydział Lekarski Uniw. Paryskiego 3) Tow. Lekarskie w Montpelier, 4) Paryska Akademia Nauk Lekarskich, 5) Tow. Lekarskie Lyonskie, 6) Uniwersytet w Pawji, 7) Tow. Lekarskie w Belgradzie, 8) Poselstwo polskie w Belgradzie, 9) Tow. Naukowe Warszawskie, 10) Zarząd Główny Polskiego Tow. Czerwonego Krzyża, 11) Tow. Lek. Wileńskie, 12) Tow. Chirurgów Polskich, 13) Warszawskie Towarzystwo Ginekologiczne, 14) Redakcja Nowin Lekarskich, 15) Polskie Tow. Okulistyczne, 16) Koło Naukowe Lekarzy Wojskowych m. Wilna, 17) Tow. Lek. Radomskie, 18) Izba Lekarska Wschodniej Małopolski, 19) Izba Lekarska Krakowska, 20) Związek Lekarzy Małopolski, 21) Warsz. Tow. Farmaceutyczne, 22) Stowarzyszenie Lekarzy Kujawskich, 23) Związek Lekarzy Kutnowski i Gostyński. 24) Dr. Władysław Zahorski (Wilna), 25) Warsz. Tow. Lekarzy Dentystów, 26) Magistrat m. Warszawy, 27) Prof. Święcicki (z Poznania), 28) Związek Felczerów m. Warszawy, 29) Lekarze Łomżyńscy, 30) Naczelni Lekarze Szpitali Warszawskich,

31) Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża, 32) Prof. Ciechanowski (z Krakowa), 33) Dr. Jerzykowski (z Poznania), 34) Dr. Kwaśnicki (z Krakowa), 35) Dr. Koliński (z Łodzi), 36) Dr. Antoni Kuczyński, 37) Prof. Kazimierz Kostanecki, 38) Dr. Konstanty Sierpiński (z Warszawy), 39) Prof. Tadeusz Browicz (z Krakowa), 40) Dr. Franciszek Chłapowski (z Poznania), 41) Tow. Akc. „Motor“ (z Warszawy).

Posiedzenie administracyjne dn. 28 Grudnia 1921 r.

Przewodniczący Wiceprezes Starkiewicz.

I. Skarbnik kol. B a b i ń s k i przedstawił główne liczby rzeczywistego dochodu i wydatków za rok 1921 i projekt budżetu na 1922 rok, proponując wobec braku innych źródeł podniesienie składki członkowskiej do 2000 mk. rocznie.

Po krótkiej dyskusji propozycję przyjęto.

II. W sprawie zmiany § 24 regulaminu (posiedzenia sekcyjne) oraz dopuszczenia dyskusji nad pokazem przypadków, nad punktem pierwszym wobec samoistnego zamknięcia sekcji nie głosowano. Punkt drugi przyjęto.

III. Zapis ś. p. Edwarda Zielińskiego i ś. p. dr-owej Wilczopolskiej przyjęto.

IV. Sprawozdanie Bibliotekarza uzupełnione sprawozdaniem Komitetu Bibliotecznego przyjęto.

V. Sprawozdania z prac kandydatów na członków czynnych T-wa odczytali:

Kol. Higier z prac kol. Chmielewskiego.

Prof. Hornowski z prac kol. Czarnockiego, Dąbrowskiej, Michalskiego, Skubiszewskiego i Siedleckiej

Płk. Rudzki z prac kol. Huszczy Ad. i Składowskiego Sławoja.

Kol. Wiśniewski T. z prac kol. Kowalczewskiego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący: W. Starkiewicz.

Sekretarz doroczny: T. Wiśniewski.
