

**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

TOM CXXVII

oraz

**ROCZNIK ZARZĄDU
TOW. LEK. WARSZ.
ZA R. 1932**

POD REDAKCJA

DR. STEFANA RUDZKIEGO

WARSZAWA

1 9 3 3



www.dlibra.wum.edu.pl

**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

TOM CXXVII

oraz

**ROCZNIK ZARZĄDU
TOW. LEK. WARSZ.
ZA R. 1932**

POD REDAKCJĄ

DR. STEFANA RUDZKIEGO

**Biblioteka Główna
WUM**

WARSZAWA

1 9 3 3



www.dlibra.wum.edu.pl

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



PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ
w ROKU 1932

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWO-WYBORCZEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z dnia 12 stycznia 1932 roku.

Obecnych członków T-wa—80.

Początek o godz. 8-mej wieczorem punktualnie.

C z ę ś ć I.

1. Protokół posiedzenia naukowo-administracyjnego z dnia 15.XII. przyjęto.

2. Kol. Dąbrowska Janina przedstawiła narządy z „Przypadku gruźlicy prosówkowej“ (streszczenie własne).

Przypadek dotyczy mężczyzny lat 44, szofera z zawodu. Przed rokiem w styczniu 1931 r., w 6 tygodni po przebytej grypie, chory przeleżał na III oddziale szpitala Przemienienia Pańskiego w W-wie z rozpoznaniem prawostronnego wysiękowego zapalenia opłucnej.

Płyn z opłucnej wielokrotnie wypuszczany zawsze był jałowy, bez domieszki ropy. Chory nie gorączkował. Po miesiącu wypisał się z polepszeniem i stanął do pracy.

W sierpniu 1931 r. zjawił się po raz drugi do szpitala z gorączką 38,4°, kłuciem w lewym boku, sinicą i dusznością.

W opłucnej prawej stwierdzono opukowo i rentgenologicznie obecność płynu. Wypuszczono 1 litr ropnego, niecuchnącego, jałowego płynu. Badanie serca wykazało powiększenie wymiarów, szmer skurczowy na koniuszku i szmer tarcia na mostku.

W parę dni szmery zniknęły, a tony serca były bardzo głucho.

Podejrzewano obecność płynu w worku osierdziowym, co potwierdziło badanie rentgenologiczne. W końcu września wypuszczono z worka osierdziowego 850 cm³ płynu mętnego, brunatnego. Prześwietlenie zaś opłucnej prawej wykazało niewielką odmę w okolicy podobojczykowej.

W ciągu dalszych 3 miesięcy chory pozostawał na oddziale szpitalnym. Wielokrotnie wypuszczano mu płyn z worka osierdziowego i z opłucnej prawej, podawano środki nasercowe i moczopędne.

W styczniu 1932 r. chory zmarł przy objawach niedomogi serca, duszności i stanu podgorączkowego. Na sekcji znaleziono w opłucnej prawej odmě i wysięk surowiczo włóknikowy, uciskający płuco prawe, zapalenie włóknikowo surowicze worka osierdziowego (serce kosmate); gruźlicę serowatą nadnerczy, jamę gruźliczą, wielkości orzecha w górnym płacie płuca prawego; gruźlicę prosówkową płuca lewego, śledziony, wątroby i nerek, zrostowe zapalenie otrzewnej.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na długotrwałość.

3. Kol. P r e z e s odczytał komunikat Państwowej Szkoły Higijeny o kursie orzecznictwa lekarskiego.

4. Kol. J a n i s z e w s k i T. wygłosił odczyt p. t. „Z zagadnień ludnościowych”, (streszczenie własne).

Prelegent przedstawia znaczenie statystyki dla badań ludnościowych. Charakteryzuje politykę ludnościową ilościową i jakościową. Jest zdania, że w Polsce, chcąc prowadzić realną politykę, trzeba jeszcze przez dłuższy czas trzymać się polityki ludnościowej z przewagą kierunku ilościowego. Przedstawia tablice surowych współczynników: zgonów, częstości urodzeń i naturalnego przyrostu ludności w Polsce i innych państwach. Wykazuje różnicę pomiędzy temi surowymi współczynnikami, a poprawionemi (przykłady Niemiec, Ameryki i Polski). Mówi o standaryzacji współczynników ruchu ludności. Opisuje wnioski, do jakich doszedł Państw. Urz. Statystycz. Niemiecki, na podstawie odpowiedniego opracowania wyników spisu ludności w Niemczech w 1925 r. Przedstawia szereg grafików t. z. piramid wieku w Polsce i innych państwach oraz szereg podobnych grafików, przedstawiających przyszły, spodziewany rozwój ludności Niemiec od 1927 do 2055 r. Omawia wpływ tego spodziewanego rozwoju ludności na ubezpieczenia społeczne, ilość dzieci szkolnych, na obsadę grup wieku ludzi zarobkujących (15—65). Dalej mówi o przeciętnym trwaniu życia, o najmniejszej przeciętnej liczbie dzieci w rodzinie, o czasowym oddaleniu jednego pokolenia od drugiego, o wpływie opóźnienia małżeństw na liczbę dzieci w rodzinie oraz o tablicach wymieralności. Podaje uwagi, w jaki sposób można wpływać na zwiększenie przyrostu naturalnego ludności, kończy życzeniem, aby wyniki zeszłorocznego spisu ludności w Polsce były opracowane w podobnym kierunku, jak w Niemczech, i aby czynniki miarodajne więcej liczyły się z faktami, jakich nam dostarcza statystyka w zakresie zagadnień ludnościowych.

C z ę ś ć II.

Wybory 1. Ogólna liczba członków T-wa — 375, zebranie prawomocne przy obecności $\frac{1}{5}$ ogólnej liczby członków t. j. 75. Obecnych na

zebraniu członków—80. Kol. Prezes stwierdza prawomocność zebrania. Najmniejsza liczba głosów koniecznych do wyboru 41.

Na podstawie podanych wyników kol. Prezes zawiadamia, iż:
Do Zarządu T-wa wybrano:

- a) Prezesem został wybrany kol. Witold Orłowski,
- b) Wiceprezesem został wybrany kol. Zdzisław Sławiński,
- c) Bibliotekarzem został wybrany kol. M. Zwejgbaum,
- d) Podskarbinem został wybrany kol. M. Ryłko,
- e) Sekretarzem Dorocznym został wybrany kol. K. Chodkowski,
- f) Zastępcą Sekretarza Dorocznego została wybrana kol. M. Kruszówna,
- g) członkiem Zarządu został wybrany kol. J. Mazurek,
- h) członkami Komitetu Rewizyjnego zostali wybrani kol. L. Zembrzuski i Gurb ski,
- i) członkami Kom. Kasy Wsparcia zostali wybrani kol. Gruszczyński, Szumlański, Lazarowicz, Krzyczkowski i Jasielwicz,
- j) członkami czynnymi koledzy: W. Gawroński, J. Lauber, W. Rosnowski, W. Lilpop, H. Skwarczewska, H. Szczawińska, K. Wagner, M. Werkenthinówna, W. Zeyfert.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 m. 20.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Doroczny: Karol Chedkowski.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWO-WYBORCZEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z dnia 19 stycznia 1932 r.

Początek o godz. 8-mej wiecz. punktualnie.

Obecnych członków T-wa—61, wprowadzonych gości—58.

C z ę ś ć I.

1. Kol. Prezes otwierając posiedzenie zawiadamia zebranych, iż będzie nadal trzymał się programu omówionego w roku ubiegłym. Dołoży wszelkich starań by postawić sprawy T-wa na wysokim poziomie. Wita nowoprzybyłych członków T-wa i prosi ich o współpracę.

W liczbie nowych członków jest dwóch, którzy mają za sobą szereg lat pracy naukowej i dydaktycznej. Przyczynią się oni niewątpliwie do ożywienia ruchu naukowego T-wa. Następnie wręcza dyplomy nowowybranym członkom.

2. Kol. P r e z e s odczytuje wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa.

Mossor. Przypadek torbieli skórzastej, wychodzącej z łechtaczki. Odb. 1931.

Mozołowski. O źródle amonjaku krwi. Odb. 1928.

Nelken. Sześć przypadków zaburzeń nerwowych i psychicznych po postrzale głowy w celu samobójczym. Odb. 1931.

Neyman. O cholecystografji. Odb. 1931.

Nowicki. W sprawie prywatnych poradni i kursów lekarskich. Odb. 1931.

Orłowski. Wrażenia z kuracji w Egipcie. Odb. 1931.

Pawłowski. Ventrofixatio. Odb. 1930.

„ Ostra niedrożność jelita. Odb. 1931.

Pisarczyk. Nowe poglądy na sprawę zmienności postaci bakteryj cyclogenia. Odb. 1931.

Rajewska, Kalinowski, Marczewski, Krzyczkowski, Cejtlin, Gajek. Przyczynek do schorzeń rzekomo durowych C. Odb. 1931.

Reicher. Znaczenie lecznicze ćwiczeń cielesnych. Odb. 1929.

Rosnowski. Istotne znaczenie załamka „T” w elektrokardjogramie. Odb. 1931.

Rymkiewicz. W sprawie badania bakterjologicznego wydzielin z szyjki macicy. Odb. 1931.

Rytel i Dziewanowski. O stosowaniu jodu w gruźlicy. Odb. 1931.

Safarewicz. W sprawie oczyszczenia ścieków na terenie szpitala wojakowskiego w Wilnie. Odb. 1929.

Schlecht. O podawaniu środków leczniczych w kapsułkach Rumpel'a. Odb. 1931.

Skorko. Przypadek wypadnięcia żołądka do jamy opłucnowej. Odb. 1930.

Skowroński. O własnym wagowo-analitycznym sposobie badania ilości „wdychalnego” pyłu powietrza. Odb. 1930.

Sokołowski. Chirurgja wojenna. Toruń, 1931.

Spasowicz. Żeńskie hormony płciowe. Odb. 1931.

Stein. Dwa przypadki gruźlicy pęcherzyka żółciowego. Odb. 1930.

Sterling-Okuniewski. Kilka rozmyślań z pobytu w Czechosłowacji. Odb. 1931.

„ „ Skojarzenie mięsaka płuca z gruźlicą i kiłą. Odb. 1931.

- Sterling-Okuniewski. Association de sarcome pulmonaire, de tuberculose et de syphilis. Odb. 1931.
- „ „ W sprawie mocznicy. Odb. 1931.
- Sterling-Okuniewski i Kawecki. Działanie emanacji radowej na bakterje. Odb. 1931.
- „ „ „ O wpływie emanacji radowej na właściwości zlepne surowic wysokowartościowych. Odb. 1931.
- Sterling-Okuniewski i Pęska. O wpływie emanacji radowej na pewne właściwości surowic ludzkich. Odb. 1931.
- Sterling-Okuniewski i Grodzieński. Pierwotne nowotwory płuc i opłucnej. Odb. 1931.
- Sułek. Patogeneza i przebieg zakażeń przewodu pokarmowego wielkościami jelitowym. Odb. 1931.
- Szulc. Higjena wojskowa. Warszawa 1931.
- Szydłowski. Badania natężenia i wpływu następstwa ćwiczeń w lekcji gimnastyki. Odb. 1929.
- Telatycki. Sprawozdanie wojskowego sanatorium im. Marszałka J. Piłsudskiego w Zakopanem. Odb. 1930.
- Wasilkowska-Krukowska. Elektrokardjogramy serc zdrowych i elektrokardjogramy przy niewielkich zmianach w układzie krążenia. Odb. 1929.
- Wojtulewicz. Holoacardius acephalus. Odb. 1930.
- Wszelaki. Zespół śródpiersiowy, a kiła śródpiersia. Odb. 1931.
- Zakrzewski. Uber den Einfluss von Normalgeweben, insbesondere von Geweben endokriner Drüsen, auf das Wachstum von Jensen-Sarkomzellen in vitro. Odb. 1929.
- „ Badania nad odpornością na szczurzego mięsaka Jensena w hodowli poza ustrojem. Odb. 1931.
- „ O hodowli tkanek poza ustrojem. Odb. 1930.
- „ Ueber Tumorgewebekulturen in vitro. Odb. 1929.
- „ Ueber die Produktion von Wachstumsfaktoren durch Sarkomzellen in vitro. Odb. 1930.
- „ Untersuchungen über Immunität gegen das Jensen'sche Rattensarkom an Gewebekulturen in vitro. Odb. 1931.
- Zalewski. Z klinik chirurgicznych Paryża oraz Włoch. Odb. 1931.
- „ Operacyjne leczenie złamań kostek przystawowych dolnej części podudzia. Odb. 1931.
- Zamłyński. Badania wydolności układu krążenia. Odb. 1931.
- Zembrzuski L. S. p. Płk. Dr. Henryk Hirszfild. Odb. 1930.
- „ Dr. med. Paweł Fitzsimmons Eve i jego udział w powstaniu listopadowem. Odb. 1931.

Rocznik Statystyczny Warszawy 1928. Warszawa, 1930.

Szpitalnictwo w Polsce.

Sprawozdanie Centrum Wyszkozenia Sanitarnego. 1.XII, 1929—30.
IX. 1930 i 1931.

Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz.
1930—31.

Statut Stowarzyszenia p. n. „Polskie Towarzystwo Pedjatryczne”.

Zakłady Przeciwgruźlicze zapobiegawcze i lecznicze dla dzieci
w Polsce.

Przegląd Terapeutyczny. R. I. z. 1.

Bibliographia Medica. R. I. N. 1.

Westchester School of Nursing Grasslands Hospital.

3. Kol. G r z y b o w s k i M. przedstawił przypadek „Pseudo-sarcomatosis multiplex haemorrhagica Kaposi” (streszczenie własne).

Chory zgłosił się do Kliniki Dermatologicznej U. W. przed 2¹/₂—
3 lata ze skargami na zmiany w skórze.

Z wywiadów, które wówczas zebrałem, wynika, że rodzice chorego zmarli w późnym wieku z przyczyn trudnych do ustalenia, ale nie mających związku z chorobą naszego pacjenta; w wywiadach rodzinnych zasługuje natomiast na uwagę obecność kilku przypadków chorób nerwowych i umysłowych w bliższej i dalszej rodzinie chorego; jeden z braci cierpiał na płasawicę, drugi na padaczkę i jakąś chorobę umysłową, pozatem choroby umysłowe występowały również w dalszej rodzinie.

Chory ma lat 62, jest ż y d e m, z zawodu bankierem, prowadził regularny tryb życia, nie przechodził żadnych chorób poważnych.

15 lat temu chorował na czyraki i z tem schorzeniem łączy chorobę obecną. Niewątpliwe objawy schorzenia obecnego wystąpiły przed 11 laty w postaci guzów na muszlach usznych, wykwity stopniowo stawały się coraz liczniejsze; 6 lat temu i 3 lata temu nastąpiły okresy znaczniejszego pogorszenia. W przebiegu 11 lat trwania obecnej choroby część guzów ustępowała, inne nowe pojawiały się w rozmaitych częściach skóry.

Stan ogólny chorego naogół dobry, chociaż chory czuje się nieco osłabiony, odczuwa brak tchu przy chodzeniu.

Badanie ogólne chorego przytoczę w streszczeniu: w zakresie układu nerwowego i nerwów czaszkowych zmian niema, lekka rozedma płuc, nieliczne świsty i firczenia; granice serca — rozszerzone w prawo; tętno — 72 na minutę miarowe, dobrze napięte, ciśnienie krwi pđł. Pachona 7/18.

Wątroba nie wystaje pod łukiem żebrowym, czynności trawienia — naogół prawidłowe, jest jednak skłonność do zaparcia.

Oddawanie moczu o tyle nieprawidłowe, że strumień moczu znacznie zbacza w prawo. Skład i ilość oddawanego moczu są prawidłowe.

We krwi: niedokrwistość zwłaszcza po naświetlaniu prom. X.

Morfologiczne badania krwi.

Liczba krwinek czerwonych w 1 mm³ — 3.770.000.

Hb. — 71% (Sahli).

Wskaźnik Hb. = 0,96.

Liczba krwinek białych w 1 mm³ krwi — 7.130.

Skład krwinek białych w rozmazie:

Obojętnochłonne 70%.

Kwasochłonne 5%.

Monocyty i postacie przejściowe 4.5%.

Limfocyty 20.5%.

Cukier 108 miligr. w 100 cm³ krwi.

Rentgenogram kośćca i płuc nie wykazuje zmian, stojących w związku z cierpieniem zasadniczym.

Zmiany w skórze chorego są bardzo rozległe i typowe. Są to:

- a) liczne sinawo-czerwone, nacieczone powierzchnie, zajmujące dłonie i stopy prawie w całości,
- b) liczne guzy płaskie sinawo-czerwone na twarzy i nosie,
- c) pojedyncze guzy sinawo czerwone, wielkości grochu, z wyraźną skłonnością do uszypułowania na lewym uchu i na prawej dłoni,
- d) liczne bardzo twarde guzy w tkance podskórnej ud i pośladków; liczba ich jest tak znaczna, że pośladki porównać można do worka, wypełnionego twardymi gałkami,
- e) plamy żółtawo brunatne, twarde, nieco zakłębione; pojedyncze guzy wyczuwa się w języku.

Badanie rentgenologiczne kośćca dłoni i klatki piersiowej zmian nie wykazało.

Paznokcie praw. IV i V oraz lew. II, IV, V palców są krótkie, pofałdowane, łamliwe.

Przedstawiony przypadek należy do rzadkich, a że przytem istnieją ciekawe zagadnienia, związane ze zmianami zachodzącymi w skórze zasługuje na szczegółowe omówienie:

Znana prawdopodobnie oddawna, choroba ta była przedmiotem zainteresowania Kaposiego, który nazwał ją *Acrosarcoma tosis multiplex haemorrhagica*. Występuje ona wyłącznie, lub prawie wyłącznie u żydów, zazwyczaj w wieku średnim w postaci na-

cieczeń rozmaitego kształtu i wielkości. Nacieczenia te wytwarzają guzy, które po dojściu do pewnych rozmiarów mogą samoistnie cofać się skutkiem przekształcania komórek nowotworowych w komórki wrzecionowate, wytwarzające włókna tkanki klejorodnej. Inne guzy stają się wybujałe, uszypułowane i stopniowo oddzielają się od skóry. W guzach obu typów zachodzą przemiany barwika hemoglobiny z krwinek czerwonych, przechodzących z naczyń do tkanki.

Schorzenie trwa dłuższy czas, polepsza się samoistnie lub pod wpływem leczenia prom. X i przetworami arseniku, doprowadza jednak ostatecznie do wyniszczenia. Znacznie rzadziej zjawiają się właściwe przerzuty.

Poglądy na istotę schorzenia nie są ustalone, można wymienić jednakże następujące główne zapatrywania:

1. wytworzone guzy są istotnym nowotworem,
2. jest to szczególne zapalenie, w którym wytwarza się tkanka zbliżona do ziarniny,
3. jest to zбочenie rozwojowe, dysplazja ścianki naczyń lub nerwów.

Pogląd klasyczny jest obecnie prawie całkowicie porzucony. Uważano bowiem, że w przypadkach tego rodzaju ma miejsce mięsak (fibrosarcoma); pogląd ten nie uwzględniał jednakże, że schorzenie to w przebiegu klinicznym różni się od mięsaków — nie występują właściwe przerzuty, schorzenie ma charakter układowy, a przytem nie uwzględniano udziału naczyń.

Powstało przeto zapatrywanie, iż zmiany wychodzą z naczyń. Jedni autorzy twierdzili, że są to naczyniaki z rozrostem nowotworowym otaczającej tkanki łącznej (angiosarcoma), inni rozpatrywali schorzenie jako śródbłoniaki (endothelioma), widząc w bujaniu śródbłonek istotę procesu nowotworowego.

Jako pogląd odrębny wymienić należy zapatrywanie Sternberga. Spostrzegł on przypadek choroby Kaposiego, w którym wystąpiły przerzuty w jelitach. Były one zbudowane z gładkich włókien mięsnych. Przypadek ten jest jednak odosobniony i wskutek tego nie można wysnuć wniosków daleko idących.

2. Drugi pogląd, który wymieniałem, uważa zmiany powstające w chorobie Kaposiego za szczególną ziarninę, a samą chorobę za cierpienie zakaźne, podobne do niektórych nowotworów zakaźnych u drobiu; poglądy te wypowiedział autor francuski Dupont. Civatte starał się sprawdzić je, przeszczepiając tkankę nowotworu na zwierzęta — jednakże wyniku te doświadczenia nie dały. Prelegent w dwóch przypadkach przeszczepiał tkankę guza pod skórę kurom, jednakże u ptaków tych żadne zmiany nie rozwinęły się.

Dlatego to pogląd ten należy uważać za przedwczesny.

3. Wreszcie w ostatnich latach wypowiedziano pogląd nader ciekawy i mający w sobie być może część prawdy. Autorami jego są Pautrier i Diss ze szkoły Strasburskiej.

Przypuszczają oni, że omawiane schorzenie polega na nieprawidłowości rozwojowej ścianek naczyń, w której zjawiają się komórki mięśniowe i nerwowe (komórki Schwanna). Porównują oni to schorzenie z nowotworami wychodzącymi z t. zw. glomus neuro-myovascularosus. Glomus ten znajduje się w łożysku paznokciowym, w otoczeniu tętnicy szyjnej (a. carotis) — gl. Luschka — gl. caroticus gl. coccygeus i w niektórych innych jeszcze miejscach ustroju (otoczki Oberlinga w naczyniach końcowych nerki, otoczki Schweiger-Seidela).

Pautrier i Diss przypuszczają, że pod wpływem czynników chorobowych mogą w innych naczyniach rozwijać się elementy tkankowe tego glomus (znajdujące się tu w zaczątkach). Przytaczają oni cały szereg obrazów, na których w otoczeniu naczyń lub ich ścianach widoczne są prócz bujających śródbłonek, liczne włókna mięsne i szczególne komórki jasne, podobne do komórek Schwanna, układające się w ciążka uwarstwione, jakgdyby podobne do ciątek Wagner-Meisnera.

Aczkolwiek pogląd ten jest bardzo ponętny, bo istotnie tłumaczy układowość schorzenia i różnorodność komórkową, to jednak nie zawsze można znaleźć potwierdzenie jego słuszności.

Prelegent przypuszcza, że na podstawie przedstawionych obrazów, można mieć wrażenie, że początkowo ma miejsce nowowytworzenie się naczyń bez bujania komórek ich ścianki (angioma simplex) potem zaś komórki, zdaje się, śródbłonka, bujają wytwarzając w szerokim naczyniu cały szereg przegród. Stają się one coraz większe i liczniejsze i w ten sposób dochodzi do powstania szeregu komórek wrzecionowatych, między którymi pozostają liczne krwinki czerwone.

Jeśli te komórki są śródbłonekami, to możnaby zmiany określić, jako angio-endothelioma. Dodam jednak, że niektóre obrazy nawet w tym przypadku mogą być tłumaczone inaczej.

W przedstawionym przypadku spostrzegano w niektórych miejscach zmiany prawie identyczne ze spostrzeganymi przez innych autorów a uznanymi za wychodzące z glomus neuro-myovascularosus. Preparat przedstawiono na posiedzeniu P. T. D., niestety podczas rysowania, ten preparat został zniszczony, a miejsc podobnych więcej nie znaleziono.

4. Kol. Chodkowski K. i Franio Z. omówili „Epicrisis” przypadku ostrej białaczki szpikowej, przedstawionego w T-wie dnia 20.X.1931 r.

Chora, Gołda S., która była demonstrowana w Towarzystwie dn. 20.X.31 r. przeżyła jeszcze miesiąc.

Krew, badana ostatniego dnia przed śmiercią, wykazała:

Hemoglobiny 15%

Krwinek czerw. 480.000

Wskaźnik barwny 1,1

liczba płytek 70.000

krwinki białe 8.300, w tem:

myeloblastów	17%	} 24%
promyelocytów	1,5%	
myelocytów	5.5%	
metamyelocytów	2%	
pałeczkowatych	12%	
segmentowanych	37%	
limfocytów	25%	

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: ostra białaczka szpikowa.

Makroskopowe badanie pośmiertne (Obducent Dr. K. Chodkowski) dn. 23.XI. 1931 r. ujawniło dwie zasadnicze sprawy, ściśle ze sobą związane przyczynowo.

I. Znaczną niedokrwistość ogólną, która doprowadziła do śmierci (stłuszczenie zwyrodniające mięśnia sercowego).

II. Zmiany gruczlicze :1) rozległe przewlekłe zapalenie serowaciejące z częściowym rozmiękaniem gruczołów limfatycznych szyi, śródpiersia (przedniego, tylnego, wnek i okołooskrzelowych), krezki i zaotrzewnowych.

2) gojący się pierwotny zespół gruczliczy w szczycie prawego płuca z rozplemem tkanki łącznej w jego otoczeniu i zrostami opłucnowymi w zakresie górnego płata płuca prawego,

3) liczne owrzodzenia gruczlicze w jelicie biodrowem i pojedyncze w kątnicy; drobne ze skłonnością do gojenia się,

d) dwa guzki serowaciejące w śledzionie, częściowo rozmiękające.

4) dwa guzki serowaciejące w śledzionie, częściowo rozmiękające.

Czerwony szpik w trzonie prawej kości udowej oraz nieznaczne obrzmienie śledziony można łączyć ze znaczną niedokrwistością. Również obecność czerwonego szpiku mogła odpowiadać młodemu wiekowi zmarłej (6 lat). Nie stwierdzono obrazów makroskopowych właściwych białaczce. Mimo to brak ich nie wykluczył możliwości ostrej lub nawet podostrej białaczki szpikowej, w której bardzo często nie znajdujemy zmian charakterystycznych dla białaczki przewlekłej.

Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie makroskopowe.

Wykazało ono jednocześnie w szpiku prawej kości udowej tylko mierne wytwarzanie krwinek czerwonych oraz ujawniło znaczny rozplem komórek szeregu leukocyтарnego z wybitną przewagą myeloblastów myelocytów a z nielicznymi tylko dojrzałymi leukocytami. W niektórych skrawkach było sporo megakarjocytów. Obrazy te występują prawie we wszystkich badanych skrawkach, chociaż nie we wszystkich miejscach są jednakowo wyraźne. W niektórych odcinkach spostrzega się komórki tkanki tłuszczowej.

Również w otoczeniu i w świetle naczyń włoskowatych zrazików wątroby stwierdzono sporo myeloblastów i myelocytów. W śledzionie również liczba niedojrzałych krwinek szeregu leukocyтарnego była zwiększona. W gruczołach limfatycznych, miejscami można było znaleźć komórki, przypominające myelocyty i myeloblasty.

W skrawkach barwionych metodą Ziehl-Neelsena znaleziono wśród mas serowatych pojedyncze dość grube, miernie długie prątki kwasoodporne.

W omawianym przypadku mieliśmy niewątpliwie zmiany gruczołowe, zajmujące głównie gruczoły limfatyczne i część przewodu pokarmowego. Były to zmiany stare na co wskazują zwapnienia, rozrost bliznowaciejącej tkanki łącznej i t. p. Doprowadziły one do znacznej niedokrwistości. Jednocześnie towarzyszył im odczyn szpikowy, który polegał głównie na rozplemie w szpiku utkania wytwarzającego leukocyty. Wystąpił on również w wątrobie, a w mniejszym stopniu także i w śledzionie. Klinicznie zaś przejawiał się zmianami we krwi rozpoznanymi jako ostra białaczka szpikowa. W ocenie obrazów spostrzeganych w szpiku trzonów kości długich w białaczkach u dzieci należy uwzględniać wiek dzieci. W kości udowej noworodków znajdujemy szpik czerwony. W pierwszym roku życia rozpoczyna się w szpiku rozwój tkanki tłuszczowej; w 5-tym roku szpik ma wyraźnie żółte zabarwienie, mikroskopowo jednak znajdujemy jeszcze dużo szpiku czerwonego. W 7-ym roku życia zabarwienie żółte jest zupełnie wyraźne, a w 14-ym roku życia w trzonach niema szpiku czerwonego, conajwyżej spotyka się go na pograniczu z nasadami. W omawianym przypadku makroskopowo stwierdzono tylko szpik czerwony, mikroskopowo jednak zawierał on komórki tłuszczu, zatem przeistaczał się na żółty. Jedynym odchyleniem od stanu prawidłowego było zwiększenie liczby myeloblastów i myelocytów, zatem zwiększona leukopoeza.

Duże znaczenie w ocenie przypadku mają zmiany w wątrobie. Podobne obrazy wytwarzania krwinek spotykamy zawsze w wątrobach noworodków. Jednak wątroba przestaje być narządem krwiotocznym już w pierwszym roku życia. Występujące w niej zmiany w oma-

wianym przypadku ze względu na wiek zmarłej należy uznać za patologiczne. One wskazują na białaczkowy charakter zmian.

Obraz anatomiczny nie przeczy bynajmniej uznaniu klinicznie spostrzeganych zmian krwi za ostrą białaczkę szpikową. Ta postać białaczek nie posiada bowiem tak charakterystycznego obrazu anatomicznego jak białaczka przewlekła. Może przejawiać się anatomicznie tylko zmianami w szpiku bez zmian w innych narządach. Często zmiany w szpiku są nieznaczne i mogą występować ogniskowo. Niekiedy w kościach długich nie znajdujemy ich wcale. W omawianym przypadku możnaby również myśleć o białaczce podostrej ze względu na zmiany w wątrobie i śledzionie. Jednak ścisłych granic między temi postaciami nie można przeprowadzić.

Obraz anatomiczny nie rozstrzyga ostatecznie patogenezy obrazu białaczkowego krwi. Podkreślić należy, iż zmiany gruzlicze są niewątpliwie znacznie starsze, niż zmiany białaczkowe. Można przeto myśleć o przyczynowym związku białaczki z istniejącą gruzlicą. Jest to bardzo prawdopodobne. Mielibyśmy zatem w omawianym przypadku t. zw. „wtórną białaczkę szpikową”. Zapatrywania na sprawę rozwoju białaczek na tle zmian gruzliczych są bardzo sprzeczne i wprost krańcowo różne.

Szereg autorów uważa białaczkę ostrą za sprawę wtórną. Zdaniem Sternberga jest to wyjątkowo silny odczyn układu krwiotwórczego na ogólne zakażenie.

Teoria zakaźnego pochodzenia białaczek ostrych ma dużo zwolenników, przyczem jedni poszukują specjalnego zarazka, inni uważają, że różnego rodzaju zakażenia mogą wywołać zmiany białaczkowe u osobnika szczególnie usposobionego.

Wśród przyczyn, wywołujących białaczkę, wymieniono też i cały szereg innych, jak urazy, promienie Roentgena, nowotwory, zatrucie benzolem i t. d.

Dużo jest opisanych przypadków białaczki, przebiegającej łącznie ze zmianami gruzliczemi, przyczem często gruzlica uważana jest za sprawę współistniejącą względnie za powikłanie.

Z drugiej strony jednak znany jest cały szereg przypadków białaczki z przewlekłymi zmianami gruzliczemi, gdzie z dużym prawdopodobieństwem można uznać białaczkę za sprawę wtórną, wywołaną przez gruzlicę np. przypadki: Gudzenta, Millera i Grossmana, Fuchtera, Heglera, Wiechmana i t. d.

Naegeli za przyczynę wszystkich białaczek uważa naruszenie korelacji w układzie krwiotwórczym. To naruszenie korelacji powinno jednak być czemś wywołane.

Obok czynników wewnętrznych (endogennych), muszą niewąt-

pliwie odegrywać pewną rolę i czynniki zewnętrzne (exogenne), a więc i zakaźne. Wśród nich poważne miejsce zajmuje prawdopodobnie gruźlica.

Musi tu wchodzić w grę i specjalne usposobienie osobnicze ustroju.

Najczęściej zmiany białaczkowe spostrzegane są w gruźlicy przewlekłej, zwłaszcza przy zajęciu gruczołów chłonnych, jak to miało miejsce i w przedstawionym przypadku.

Jeżeli układ szpikowy i limfatyczny współdziałają ze sobą, to już znaczne uszkodzenie jednego z nich doprowadzi do naruszenia tej równowagi. Tak, być może, w pewnych przypadkach uszkodzenia układu limfatycznego sprowadza rozplem układu szpikowego.

Dyskusja: kol. Chodkowski (streszczenie własne).

Spostrzegął w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. W. 2 przypadki białaczki szpikowej z gruźlicą. Przypadek I: mężczyzna 19-letni z obrzmieniem śledziony, wątroby i gruczołów limfatycznych. Krew: Hb—30%, liczba krwinek czerwonych — 1800000, białych — 41000 w tem 23% niedojrzałych postaci leukocytów. Po naświetlaniu śledziony promieniami rentgenowskimi liczba krwinek białych spadła do 35000 (postacie niedojrzałe leukocytów — 19%). Na krótko przed śmiercią liczba krwinek białych wynosiła — 6400 (postacie niedojrzałych — 19%), jednocześnie stwierdzono zmniejszenie się śledziony i wątroby. Badanie pośmiertne ujawniło: 1) stary pierwotny zespół gruźliczy w górnym płacie lewego płuca, świeże serowacenie gruczołów limfatycznych, prosówkę wątroby i śledziony oraz pojedyncze ogniskowe serowacenie w śluzówce jelita biodrowego i płucach, 2) zmiany białaczkowe w szpiku kości udowej, wątrobie, śledzionie, nerkach i gruczołach limfatycznych (białaczka szpikowa), 3) znaczną niedokrwistość. W skrawkach pozatem stwierdzono zupełny brak gruzelków, serowacenie odbywało się bezpośrednio w utkaniu białaczkowym. W ogniskach serowacenia i przylegających tkankach znaleziono nadzwyczaj liczne prątki kwasoodporne.

W przypadku tym białaczka rozwinęła się w ustroju, który przed tem przebył zakażenie gruźlicze (stary zespół pierwotny). Związek przyczynowy był tu mało prawdopodobny, chociaż nie wyłączony. Świeże zmiany gruźlicze (prosówka i serowacenie) powstały już w przebiegu białaczki z wysiania prątków wskutek zmniejszenia odporności ustroju. Możliwe, iż w pewnej mierze przyczyniły się do ich rozwoju naświetlanie promieniami rentgenowskimi. Zwraca uwagę znaczny spadek liczby krwinek białych (do normy) oraz zmniejszenie się obrzmienia wątroby i śledziony. Zależało to częściowo od naświetlania

promieniami rentgenowskimi częściowo zaś od uogólnienia się gruźlicy.

Przypadek II: kobieta 44-letnia. Początek cierpienia był ostry: wysoka ciepłota do 39°C., zapalenie jamy ustnej, gardła i migdałków. Pozatem stwierdzono wybitne obrzmienie gruczołów limfatycznych szyi oraz nieznaczne — wątroby i śledziony. Krew: Hb—42%, liczba krwinek czerwonych — 4020000, białych — 384000 (niedojrzałe postaci leukocytów — 95%, w tem myeloblasty — 80%). Badanie postmortalne wykazało wybitne obrzmienie migdałków, gruczołów limfatycznych, głównie szyi i klatki piersiowej, obrzmienie białaczkowe wątroby, śledziony i nerek, oraz wałowate nacieczenie w krtani i tchawicy. Wszystkie te narządy miały wyraźne zabarwienie zielonkawe. Szpik kości udowej był szaroróżowozielonkawy (chloromyelosis leucaemica). W gruczołach limfatycznych szyi i klatki piersiowej — jakby serowaciejące gruzełki. Badanie mikroskopowe ujawniło białaczkę szpikową z wybitną przewagą myeloblastów we wszystkich narządach. W gruczołach limfatycznych szyi i klatki piersiowej obok zmian białaczkowych znaleziono świeżo serowaciejące gruzełki z nielicznymi prątkami kwasoodpornymi.

W przypadku II najprawdopodobniej istniała już w chwili rozwoju białaczki utajona gruźlica gruczołów, która obostrzyła się następnie. Jednak brak jakichkolwiek starych zmian gruźliczych nasuwa podejrzenie możliwości wkroczenia prątków gruźliczych łącznie lub już po zadziałaniu czynnika wywołującego białaczkę. Związku przyczynowego białaczki z gruźlicą nie można tu ustalić. Nie jest on jednak zupełnie wyłączonej.

W badaniach nad związkiem przyczynowym białaczek z gruźlicą należy się oprzeć na: 1) zachowaniu się obrazu krwinek białych i 2) szpiku w przebiegu gruźlicy oraz na 3) wyniku badań doświadczalnych. Skład procentowy krwinek białych w gruźlicy u ludzi jest naogół różny i zależy w dużej mierze od rodzaju zmian gruźliczych. Jednak niewątpliwie istnieją w obrazie leukocytnym niekiedy duże przesunięcia w lewo aż do zjawienia się myelocytów we krwi. Duże znaczenie posiadają tu przypadki gruźlicy z podbiałaczkowym obrazem krwi jak np. przypadek przedstawiony wspólnie z kol. F r a n i o. Zachowanie się szpiku w przebiegu gruźlicy jest bardzo mało znane. Spostrzeżenia w Zakładzie Anat. Patol. U. W. (Dr. J. Dąbrowskiej i własne) wskazują, że w gruźlicy często spotyka się szpik czerwony w długich kościach rurowych (kość udowa). Badanie mikroskopowe wykazuje prawie zawsze wzmożoną leukopoezę przy miernej, a czasami znikomej, erytropoezie. Spostrzeżenia te zgadzają się z badaniami F a h r a, który spotykał czerwony szpik w kościach rurowych w prze-

biegu gruźlicy aż w 85% przytem zawsze stwierdzał wzmożoną leukopoezę. Doświadczalnie udawało się wstrzykiwaniem czystej hodowli prątków gruźliczych wywoływać u kur obrazy krwi bardzo zbliżone do białaczek. Wszystko przytoczone powyżej pozwala twierdzić, iż w przebiegu gruźlicy mogą zjawiać się obrazy białaczkowe krwi, a nawet rozwijają się zmiany w narządach niczem nieróżniące się od zmian w białaczkach pierwotnych.

Kcl. Orłowski W. (streszczenie własne).

Sprawa stanu układu krwiotwórczego w przewlekłym zakażeniu gruźliczem nie jest jeszcze wyświetlona na ludziach dostatecznie. Wobec tego nie od rzeczy będzie przytoczyć tutaj badanie doświadczalne przeprowadzone 25 lat temu przez prof. Frankego. Wprowadzając zwierzętom małe dawki starej tuberkuliny ludzkiej oraz bydłczej przez dłuższy okres czasu, przekonał się on, że tuberkulina ludzka wywołuje poliglobulję z leukocytozą obojętnochłonną wielojądrzastą, natomiast tuberkulina bydłcza sprowadza niedokrwistość o typie bledniczym z limfocytozą.

5. Kol. Rudzki St. wygłosił odczyt p. t.: „Nowotwory płuc z klinicznego punktu widzenia” (streszczenie własne).

Prelegent zaznacza, że jest to kolejny odczyt kliniczny z cyklu wykładów o nowotworach płuc i dlatego też, omówione już poprzednio statystykę i anatomję patologiczną, zarówno jak będące w dalszym planie radiologję i chirurgję nowotworów płucnych, autor porusza pobieżnie, zatrzymując się przedewszystkiem na stronie klinicznej.

Zainteresowanie nowotworami płuc wybitnie wzmożło się w ostatnich latach, o czym świadczy wielka monografia francuska Huguenin z 1928 r., teza paryska Anchel z 1929 r. i około 70 artykułów z tej dziedziny ogłoszonych w piśmiennictwie zagranicznym już po tych większych pracach.

Również i u nas w Polsce po odczycie klinicznym A. Sokołowskiego z 1918 r. znamy obszerny artykuł Ławrynowicza z 1922 r., pracę Muszkatenblita z 1931 r. i monografię St. Sterling-Okuniewskiego i Grodzieńskiego z 1931 r. z podaniem 46 polskich prac. Wreszcie na ostatni Zjazd Internistów polskich w Krakowie Halucha z kliniki prof. Latkowskiego zgłosił odczyt o nowotworach płuc i opłucnej, zaś prof. W. Orłowski omówił dokonane w II Klinice Warszawskiej doświadczenia z serologicznymi odczynami w nowotworach wogóle, a w tej liczbie i w rakach płuc. Nowsi autorzy opierają się w swych pracach na dużym materiale (Huguenin zebrał w ciągu roku 46 przypadków, Kühn spostrzegł 178 nowotworów dróg oddechowych, Konrad i Franke 94, Homann 66, Ławrynowicz 61, Sterling-Okuniewski i Grodzieński 16, Muszkatenblit 12).

Prelegent stwierdza, że (w ciągu swej 33-letniej praktyki lekarskiej) dawniej pracując na dużych oddziałach szpitalnych, widywał wyjątkowo tylko pojedyncze przypadki nowotworów płuc, w ciągu zaś ostatnich 5 lat miał możliwość spostrzegania 30 przypadków tego cierpienia.

Statystyka zagraniczna (Niemcy, Węgry) wykazuje conajmniej 3-krotne wzmoczenie się liczby nowotworów płuc w ostatnich latach, Waller zaś (autor amerykański) oblicza, że cierpienie to dziesięciokrotnie wzmożło się w porównaniu z ubiegłym stuleciem. Jeden z autorów niemieckich (Holzer) spostrzegane obecnie zjawisko nazywa wprost Bronchialkrebsepidemie.

Prelegent rozważa, czy jest to wzmoczenie rzeczywiste czy też pozorne. Dochodzi do wniosku, że pomimo niewątpliwych postępów poczynionych w ostatnim dziesiątku lat w dziedzinie rozpoznawania nowotworów płuc (zwłaszcza radjodjagnostyki i histopatologii), — większa liczba opisywanych nowotworów zależy jednak od wyraźnego wzmoczenia się tej choroby.

Jest to zresztą zgodne z ogłoszanymi międzynarodowymi danymi statystycznymi, stwierdzającymi, że choroba raka, jako klęska społeczna, wysuwa się obecnie na pierwszy plan, pochłaniając już więcej ofiar, niż gruźlica. Jako przykład przytoczyć można dane z 1930 r. w Anglii, gdzie w wielkich miastach fabrycznych ogólna śmiertelność z gruźlicy wyniosła 10—11 na 10 tys. mieszkańców, z raka zaś (we wszelkich jego postaciach) — 14—15 na 10 tys. mieszkańców. Również i u nas zestawienia statystyczne Szabada w Wilnie wykazują, że o ile przed wojną śmiertelność na gruźlicę było o 40% więcej, niż na raka, to po wojnie umieralność na raka przewyższa liczbę zgonów z gruźlicy: przed wojną w Wilnie wśród ludności żydowskiej umierało na gruźlicę 13,5 na 10 tys. mieszkańców, na raka zaś 9,8, po wojnie z gruźlicy 9,3, a z raka 11,6. Wśród narodów europejskich przoduje w śmiertelności tej Szwajcaria, gdzie w 1930 roku co 10-ty mieszkaniec zmarł na chorobę raka.

Prelegent rozpatruje statystykę zapadań na nowotwory płuc podług wieku (przeważnie 60—70 lat wśród mężczyzn, 50—60 lat wśród kobiet, poniżej 40 lat niezmiernie rzadko się zdarzają) i podług płci (ogromna większość autorów spostrzegła znaczną przewagę mężczyzn, naprzykład Kühn podaje sześciokrotnie większą liczbę mężczyzn, niż kobiet; są jednak i odwrotne spostrzeżenia, naprz. Homan). Co do wpływu rasy, najczęściej wśród białej rasy spotykają się nowotwory płuc, których natomiast zupełnie się nie spostrzega w koloniach francuskich (Cazanove).

Prelegent kolejno omawia znaczenie różnych czynników etjolo-

gicznych: przytacza najnowsze poglądy Bauera na dziedziczność w nowotworach złośliwych, oraz wyniki badań doświadczalnych Schabada nad dziedzicznością nowotworów płuc u myszy smołowanych; z powodu przewagi nowotworów w wieku podeszłym, oraz wśród mężczyzn, omawia doświadczenia W. Karnickiego (z zakładu fizjologii prof. Eigera w Wilnie), wykazujące na królikach smołowanych wybitny wpływ gruczołów dokrewnych na rozwój i przebieg nowotworów. Dalej zatrzymuje się dłużej nad znaczeniem zawodu (wśród górników w Joachimowie 2/3 zgonów zależy od raka płuc), poddaje krytyce najrozmaitsze czynniki rakotwórcze: wpływ pylicy, arsenu, radu, gazów spalinowych, asfaltowania dróg, pracy w gazowniach, kopalniach węgla, wytwórniach smoły, garażach i wykazuje sprzeczne poglądy różnych autorów oraz badaczy na zwierzętach. Rozpatruje także znaczenie tytoniu, urazu i różnych chorób ubocznych, jak grypa, kiła, gruźlica, awitaminozy. W wyniku przytacza opinię większości autorów, że żaden z tych czynników t. zw. rakotwórczych w stosunku do nowotworów płuc nie odgrywa rozstrzygającej roli, raczej zaś połączenie kilku czynników przy pewnem usposobieniu konstytucjonalnem, ma pewne znaczenie.

Prelegent szczegółowo omawia objawy kliniczne nowotworów płuc ogólne, (jak wygląd, wagę, stan sił, ciepłotę, poty) i czynnościowe. (ból, duszność, sinica, obrzęki, kaszel, płwocina) i wreszcie miejscowe. Rozpatruje różne postaci kliniczne tego cierpienia oraz czynniki oddziaływające na występowanie tego czy innego typu.

Zatrzymuje się dłużej na rozpoznawaniu, podając wytyczne badania fizykalnego (ze specjalnem zwróceniem uwagi na niewspółmierność danych wypukowych i osłuchowych, zależną od bezpowietrzności tkanki nowotworowej oraz na objawy uciskowe w postaci śródpierśowo-płucnej i objawy zwężenia lub zamknięcia oskrzela); omawia rozpoznanie jam nowotworowych, wysięków prawdziwych i rzekomych. Poświęca szereg uwag doniosłemu znaczeniu radjodjagnostyki, zwłaszcza w zdjęciach seryjnych, dla wczesnego rozpoznawania nowotworów płuc i odróżnienia pierwotnych nowotworów od przerzutów. Omawia dalej znaczenie rozpoznawcze metod pomocniczych, jak bronchoskopia, bronchografia, pleuroskopia; wspomina o badaniach histologicznych tkanek, otrzymanych z próbnego nakłócia płuc lub z wycięcia najbliższych gruczołów chłonnych. Rozpatruje metody laboratoryjne (odczyn Botelho, Roffo; odczyn karcinoholowy, odczyn serologiczny Hirsfelda-Halberówny; badania interferometryczne, badania morfologiczne i chemiczne krwi; badania cytologiczne płwociny i wysięku).

Na mocy powyższych danych prelegent ustala wytyczne rozpoznania różniczkowego nowotworów płuc (pierwotny nowotwór lub

przerzut do płuc, odróżnienie raka od mięsaka płuc; rozpoznanie różnicowe od gruźlicy, kiły, rozstrzeni oskrzeli, ropni i zgorzeli płuc, bąblowca, grzybicy, cierpień śródpiersia, wreszcie odróżnienie od łagodnych nowotworów płuc).

Dalej omawia prelegent rokowanie w złośliwych nowotworach płuc, zależnie od siedziby guza, szybkości jego wzrostu, stopnia zwężenia oskrzeli, ucisku na nerwy i naczynia, zakażenia wtórnego, wreszcie przerzutów do innych narządów.

Wspomina o profilaktyce nowotworów (ograniczenie dziedziczności, wybór pracy, diety).

Wreszcie poświęca szereg uwag leczeniu nowotworów płuc — (chirurgja, chemoterapia, opoterapia, rentgenoterapia, rad, leczenie objawowe).

W zakończeniu wspomina prelegent o społecznym znaczeniu odpowiedniego rozpoznania i leczenia nowotworów płuc.

Dyskusja: kol. K r y ś k i ocenia ostrożnie wzrost liczby przypadków raków płuc w ostatnich latach. W dużej mierze zależy to od udoskonalenia metod rozpoznawania klinicznego i anatomopatologicznego. Może jeszcze więcej przyczyniła się propaganda walki z rakiem, ludność bowiem zwraca większą uwagę na to cierpienie.

Kol. F i l i Ń s k i podkreśla znaczenie wyników badania fizykalnego w rozpoznawaniu nowotworów płuc. Duże znaczenie ma t. zw. przytłumienie milczące, które jest objawem stałym, niezależnym od umiejscowienia nowotworu. Zależy ono od utraty sprężystości niezmiętej tkanki płuc otaczającej nowotwór. Niekiedy wczesnym objawem jest krwioplucie. Następnie omawia cechy różniące nowotwór, kiłę i gruźlicę płuc. Wątpi by w państwach zachodnich śmiertelność z raka płuc była większa niż z gruźlicy.

Kol. D ą b r o w s k i omawia statystykę nowotworów płuc w Szpitalu Wolskim: od 1920 do 1932 było 23066 chorych wewnętrznych, 3116 zgonów, 2044 sekcji. Klinicznie rozpoznano nowotwór płuc w 66 przypadkach. Badaniem sekcyjnym stwierdzono 40 przyp. nowotworów płuc, pierwotnych 20. Klinicznie dobrze rozpoznano zaledwie 10 przyp. co stanowi około 70% błędów. Niewątpliwie liczba nowotworów płuc statystycznie wzrosła. Zależy to tylko częściowo od udoskonalenia metod badania klinicznego (pleurosopja i bronchosopja i t. d.) i anatomopatologicznego. Mimo to wszystko rozpoznanie kliniczne jest trudne, gdyż brak pewnych objawów. Krwioplucia i milczące przytłumienie często zawodzą. Najpewniejsze jest jeszcze badanie rentgenowskie. W rozpoznaniu raka płuc zazwyczaj uciekamy się do metody wyłączenia. Omawia niektóre ciekawe z pośród spostrzeżonych przypadków, podkreślając popełnione błędy.

Kol. Piechowska spostrzegała przypadek rozwoju raka płuc po zranieniu nożem klatki piersiowej. Trudno ustalić związek przyczynowy między zranieniem i rozwojem raka. Prawdopodobnie był to związek przypadkowy.

Kol. Markert (streszczenie własne).

Prelegent omówił przypadek, ciekawy ze względu na etiologię nowotworów płuc. Chory, St. B. lat 52, zachorował w maju r. 1929; stwierdzono wtedy klinicznie i rentgenologicznie ropień środkowej części płuca prawego. Po dwumiesięcznym pobycie w I Klinice Uniw., chory wypisał się ze znaczną poprawą, a w miesiąc później zaczął zajmować się swoją pracą zawodową. Do grudnia 1930 r. chory czuł się zupełnie dobrze. W tym to miesiącu znowu zachorował, został przyjęty do II Kliniki Uniw., gdzie rozpoznano raka płuca prawego, mniej więcej w tym miejscu, gdzie przedtem był ropień. Chory zmarł w kwietniu r. 1931. Sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Ropień, którego ślady stwierdzono na sekcji w postaci jamki, wielkości orzecha, był najprawdopodobniej przewlekłym czynnikiem drażniącym, który u osoby z pewną skłonnością do nowotworów, stał się przyczyną pierwotnego raka płuc.

Kol. Laskowski omawia jamy w przebiegu raka płuc. Mogą to być: 1) ropnie jako zejście ogniskowego zapalenia nieżyłowego płuc, 2) rozstrzenie oskrzeli i 3) z rozpadu utkania samego nowotworu. Zwraca uwagę na przypadki raka płuc, ujawniające się klinicznie objawami ze strony innych narządów np. mózgu, rdzenia, wątroby, opłucnej i t. d. Na sekcji znajdujemy wtedy małe ognisko pierwotne w płucach niestwierdzone klinicznie. W przypadku kol. Markerta już w 1929 r. był nowotwór w płucu. W następstwie zamknięcia oskrzela rozwinęło się ogniskowe zapalenie nieżytowe płuc, które zropiało. Ropień wygoił się z pozostawieniem jamy. Dopiero później nowotwór szerzył się na jamę.

Kol. Siedlecki podaje, iż śmiertelność z raka wynosi około 10%. Na pierwszym miejscu stoi rak żołądka — 30—40%, a rak płuc około 15%. Nigdzie śmiertelność z raka płuc nie osiągnęła liczby śmiertelności z gruźlicy. Nie wykazuje ona absolutnego zwiększenia, są tylko przesunięcia w obrębie raków poszczególnych narządów. Przewaga raków u mężczyzn zaczyna wyrównywać się na rzecz kobiet. Zagadnienie dziedziczności raków jest jeszcze nierozstrzygnięte. Trudno jest ją stwierdzić. Jedynie badania amerykańskie na myszach wykazywałyby na istnienie dziedziczności nowotworów. Badania te wymagają jeszcze sprawdzenia.

Kol. Elektrowicz (streszczenie własne).

W przedstawionych przez kol. Markerta rentgenogramach, dziwi

i zastanawia różnorodność obrazu rentgenologicznego, występująca w stosunkowo krótkich odstępach czasu. I tak w pierwszym zdjęciu widoczna jest duża jama częściowo wypełniona płynem a częściowo powietrzem.

W drugim widoczne jest jednolite zaciemnienie w miejscu jamy, które możnaby tłumaczyć sobie albo zamknięciem odpływu i zupełnym wypełnieniem jamy płynem lub też wypełnieniem jamy tkanką nowotworową. W 3-cim zdjęciu widoczny jest znowu odmienny obraz o charakterze zaciemnień plamkowatych. Wytlumaczenie tych zmian odbywających się w stosunkowo krótkim czasie jest trudne. Następne rentgenogramy wykazują zaciemnienie w okolicy powyżej dawnej jamy pochodzącej jak wykazało badanie anatomo-patologiczne od rozplemu nowotworowego przyczem w ograniczonym miejscu stwierdzono małą jamę.

Przypuszczam, że sprawą pierwotną była jama pochodzenia nie-nowotworowego a nowotwór rozwinął się później możliwie, że na tle istniejącej już jamy. Jama stwierdzona sekcyjnie nie była zaś identyczną z jamą stwierdzoną w pierwszych przedstawionych rentgenogramach.

Kol. M a r k e r t (streszczenie własne).

Odpowiadając p. Doc. Elektorowiczowi zaznacza, że ostatnie zdjęcia rentgenowskie, wykazujące raka górnego płatu płuca prawego, było wykonane nie w 6 tygodni, lecz w 17 miesięcy po stwierdzeniu poprawy w gojeniu się ropnia w płucu prawem.

Kol Laskowskiemu odpowiada, że trudno wyobrazić sobie, aby nowotwór, usadawiający się w oskrzeli, stał się z jednej strony przyczyną ropnia płuca, z drugiej strony zaś przepuścił swobodnie bronchoskop, umożliwiając wypuszczenie dwóch szklanek ropy. Jest wątpliwe, aby tkanka płucna, posiadająca w pobliżu zmiany rakowe, zdobyła się na tak silny odczyn wytwórczy zablizniający ropień wielkości pięści i aby nowotwór płuca przetrwał przy dobrym stanie chorego 17 miesięcy nie dając żadnych objawów.

Kol. W. O r ł o w s k i (streszczenie własne).

W II Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwer. Warsz. za ostatnie 8 lat spostrzegaliśmy 16 niewątpliwych przypadków pierwotnego raka płuc, w tem 14 u mężczyzn. Choroba rozpoczynała się najczęściej (w 13 przyp.) kaszlem z odkrztuszaniem plwociny oraz (w 11) dusznością i (w 10) bólami w klatce piersiowej; duszność nieraz bardzo silna, w kilku przypadkach zjawiała się pod koniec życia; krwiopłucie spostrzegaliśmy w 8 przypadkach, było ono bardzo skąpe lub odwrotnie bardzo obfite i częste; plwocinę, przypominającą galaretkę mali-

nową, spostrzegaliśmy tylko w jednym przypadku; wzniesienia gorączkowe obserwowaliśmy w 12 przypadkach, przyczem gorączka była niestała i nieregularna; w 4 przypadkach były obfite poty. Ogólny stan odżywienia był dobry w 3, dostateczny w 11 i podupadły w 3, przyczem jeden z tych przypadków był powikłany gruźlicą płuc; z wyjątkiem 3 przypadków, chorzy nie wykazywali postępującego wychudzenia. W 5 przyp. badaniem zwykłymi metodami fizykalnymi nie stwierdzaliśmy zmian opukowych i osłuchowych, odpowiadających sprawie rakowej. Ucisk naczyń żylnych już w stosunkowo wczesnym okresie choroby obserwowaliśmy w 4 przyp. przyczem w jednym w dalszym przebiegu choroby obrzmienie żył szyjnych i prawej kończyny górnej z obrzękami twarzy i tej kończyny zmniejszyły się. W 3 przyp. już b. wczesnie wystąpiło utrudnienie połykania; powiększenie gruczołów nadobojczykowych spostrzegaliśmy w 2 przyp., przyczem w 1 po drugiej stronie. W jednym przypadku objawy raka płuca prawego były poprzedzone bardzo silnymi napadami dusznicy bolesnej, nie stawiamy jednak jej w związku z rakiem. Rozpoznanie raka płuc może być łatwe i trudne, w zależności od obrazu klinicznego, w niektórych przypadkach możliwe we wczesnym okresie dopiero przy zastosowaniu badania promieniami rentgenowskimi. Są jednak przypadki, gdzie i to badanie nie wykrywa raka płuc. W materiale naszej kliniki w 8-letnim okresie do sekcji doszło 9 przypadków, przyczem w 4 z nich rak za życia nie był rozpoznany, w ten sposób prawdziwe rozpoznanie za życia wśród przypadków sekcjonowanych uczyniliśmy w 55%. Pierwszy przypadek przebiegał za życia u chorej w wieku 47 lat pod typowym obrazem prawostronnego zapalenia surowiczo-włóknikowego opłucnej gruźliczego pochodzenia bez wybitnej duszności i sinicy, ze stanami podgorączkowymi, z ujemnym odczynem dwuazowym, bez namacalnych gruczołów nadobojczykowych, słowem bez obrazu raka płuc lub *carcinosis pleurae*; badanie rentgenowskie stwierdziło wysiękowe zapalenie prawej opłucnej (*pleuritis exsudativa dextra*), tymczasem sekcja (w 7 miesiącu, licząc od początku choroby) wykazała „*Carcinosis diffusa pleurae dextrae et disseminata pleurae, metastases ad glandulas peribronchiales mediastini antici, colli, multiplices hepatis; pleuritis fibrosa dextra*”.

Dругi przypadek w wieku 65 lat był dostarczony w stanie nieprzytomnym z objawami *hemiplegiae sinistrae et arteriosclerosis*. Na 4 dzień chora umarła, a sekcja wykazała „*Adenocarcinoma verisimiliter primarium pulmonis dextri (noduli in cerebro, pulmonibus, pleura dextra, hepate, lymphoglandulis supraclavicularibus et mediastini)*. Trzeci przypadek dotyczył chorego w wieku 67 lat z objawami rozedmy płuc i ogólnej miażdżycy, zwł. naczyń mózgowych; na 5

dzień pobytu w klinice chory zmarł, a sekcja wykazała. „Metastases carcinomatosae cerebri in regione lobi occipitalis sinistri, lobi temporalis dextri et in limine lobi occipitalis et parietalis sinistri propter carcinoma primarium lobi superioris pulmonis dextri. Metastasis solitaria baseos linguae et superficiei anterioris lateris dextri. Tumorulus septi pellucidi et tumoruli renis utrisque“, badanie rentgenowskie wobec ciężkiego stanu chorego za życia nie było wykonane, jak i w przypadku drugim). Wreszcie, ostatni przypadek, spostrzegany jeszcze przed objęciem kliniki przeze mnie, był rozpoznany za życia jako emphysema pulmonum, bronchiectases nonnullae quarum una permagna in lobo sup. pulm. dextri, tuberculosis praecipue pulm. dextri, adhaesiones pleurae dextrae, (badania rentgenowskiego nie wykonano), a sekcja wykazała *Carcinoma* lobi sup. pulm. dextri probabiliter e broncho ortum, cum destructione permagna in forma cavernae (communicantis cum broncho) magnitudine pugni adulti; metastases neoplasmaticae ad lymphoglandulas mediastini, bronchopneumonia dextra confluens partim in suppurationem partim gangraenam vertens. Co do poszczególnych objawów, pragnąłbym zaznaczyć, że próba Hirszfeld-Halberówny w przypadkach pierwotnego raka płuc, w których była wykonana, wypadła ujemnie. Krwawienia płucne najczęściej spostrzega się w rozstrzeniach oskrzeli. Kończąc na tem uwagi, pragnę zaznaczyć, że i w raku płuc, jak i w innych cierpieniach, dla prawidłowego rozpoznania jest niezbędne dokładne badanie chorego z zastosowaniem wszystkich metod, wśród których i podstawowe metody fizykalne odgrywają dużą rolę, o ile zwracamy uwagę na wszelkie szczegóły (miejscowe uwypuklenie, miejscowe powłóczenie klatki piersiowej podczas głębokiego oddychania, rozprzestrzenianie się przytłumienia na rękkość mostka i t. d.).

Kol. R u d z k i St. (streszczenie własne). W odpowiedzi zaznacza, że objaw „bloku nieruchomego“ na pewnym odcinku płuc (Sokołowski) czy „martwej ciszy“ (Cobet), jak to podkreślił w swym odczytanie, uważa za bardzo znamienne dla nowotworu płuc. Krwioplucia różnego stopnia często zdarzają się w tem cierpieniu; opisanego jednak przez Stokes'a wyglądu „porzeczkowej galarety“ obecnie nie uważa się za znamienne dla płwociny nowotworowej.

Przytaczając porównawcze dane o śmiertelności z gruźlicy i raka, mówił o sumie śmiertelności każdego z tych cierpień, niezależnie od umiejscowienia; dane statystyczne zaczerpnięte są z oficjalnych sprawozdań urzędów zdrowia, które świadczą o wzrastającej liczbie zgónów z choroby raka.

Poglądy o dziedziczności raka zaczerpnięte są z najnowszej pra-

cy z 1931 r. tak kompetentnego autora, jakim jest J. Bauer.

Rozpoznanie kliniczne nowotworu płuc daje się ustalić przeciętnie w 50%. Błędy rozpoznawcze najbardziej są pouczające.

C z ę ś ć II-ga.

1. Wybory Bibliotekarza T-wa nie odbyły się z powodu braku quorum. Obecnych członków T-wa 61.

Kol. Prezes oznajmia, iż na zasadzie Statutu Bibliotekarzem na rok 1932 pozostaje kol. Zwejbaum.

3. Protokół posiedzenia administracyjnego z dnia 29.XII 1931 r. przyjęto.

4. Protokół posiedzenia naukowo wyborczego z dnia 12 stycznia 1932 roku przyjęto.

Posiedzenie zamknięto o godz. 11 m. 35 wieczorem.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWO-WYBORCZEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO dnia 26 stycznia 1932 r.

Początek o godzinie 8 wieczorem punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 52.

Wprowadzonych gości — 63.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 19.I 1932 przyjęto.

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

Arciszewski, Kopaczewski et Rosnowski. Analyse électrocapillaire des extraits d'organes. Extr. Bull. d. l'Aca. d. Méd.

Arnaud, Kopaczewski, Rosnowski. Etudes sur les Phénomènes Electrocapillaires. III. Les antagonismes physico-chemiques des microbes. Estr. d. Boll. d. Istit. Sieroterap. Milanese. Fasc. V. Octobre 1927.

Bogdanowicz J. Zarys rozwoju fizycznego u dziecka. Z wyd. „Biblioteka Opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą. Nr. 15. Warszawa, 1930.

Borawski Wł. Rozbudowa szpitala zakaźnego św. Stanisława w Warszawie. Z wyd. Polsk. Tow. Szpitalnictwa, Nr. 4. Odb. „Zdrowia”, Nr. 11—12, 1931.

- Higier H. W sprawie oszczędnego a racjonalnego przepisywania lekarstw. Odb. Pol. Gaz. Lek. Nr. 47, 1930.
- „ W sprawie patogenezy i terapii hipertencji czyli nadciśnienia tętniczego. Odb. Warszawsk. Czasop. Lek. Nr. 44—45, 1931.
- „ W sprawie czystości języka lekarskiego. Odb. Pol. Gaz. Lek. Nr. 36, 1929.
- „ O angiospazmach oraz ich znaczeniu dajagnostycznym i patogenetycznym w chorobach mózgowych. Odb. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 35, 36, 37, 1930.
- Hrom St. i Rosnowski Mich. W sprawie znaczenia klinicznego rozszczepionego załamka przedsiolkowego (P) w elektrokardjogramie (ekg) Odb. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII, zes. 2, 1930.
- Sterling-Okuniewski i Rosnowski. Przyczynek do epidemiologii i kliniki włośnicy. Odb. Lek. Wojsk. Nr. 4, T. XII. 1928.
- Juraszyński Zb. O gruźlicy przetyku. Odb. Lek. Wojsk. T. XVIII. Nr. 10 i 11, 1931.
- Jurkowski J. Cholera i jej zastosowanie w medycynie praktycznej. Odb. Pol. Arch. Med. Wewn. T. VIII, zes. III.
- Kosieradzki W sprawie raka u osobników młodych. Odb. „Nowotwory” T. VI. zes. 2, 3 i 4, 1931.
- Kostarczyk S. i Rosnowski M. Niedokrwistość jako powikłanie poszczepionkowe. Odb. Lek. Wojsk. T. XVI. Nr. 2, 1930.
- Malinowski Fel. Choroby weneryczne. Wyd. 3. Warszawa, 1932.
- Melanowski. Sul mucocele dell'orbita. Estr. d. Riv. Oto-Neuro-Oftalm. Vol. VIII. Marzo—Aprile, 1931.
- Mikułowski Wł. Infantilismus renalis. Sond.—Abdr. a. d. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. CXXXIV. 1932.
- „ Du rôle de la syphilis dans l'étiologie de la dilatation des bronches chez les enfants. Extr., d. l. Rev. Franç. d. Péd. T. VII. Nr. 5, 1931.
- Rosnowski M. Fizyko-chemia choroby raka. Odb. „Nowotwory” — Biul. Pol. Kom. do zw. raka Nr. 1 (17) 1928.
- „ Przypadek mięsaka gruczołów zaotrzewnowych. Odb. „Nowotwory or. Biul. Pol. Kom. do zw. raka”, Nr. 19—20.
- Rosnowski M. W sprawie patogenezy zespołu klinicznego powolnego zapalenia wsierdzia. Odb. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 42, 1929.
- Rosnowski M. i Marczewski S. Zespół bezsoczności żołądka. Odb. Pol. Arch. Med. Wewn. T. VII. zes. 1, 1929.
- „ Le syndrome de l'achylie gastrique. Extr. Archiv. d. Malad. d. l'Appar. digest. T. XIX. Nr. 3, 1929.
- Sterling-Okuniewski et Rosnowski. Contribution à l'étude de l'épi-

démiologie et de la clinique de la trichinose. Extr. Journ. d. Physiol. et d. Pathol. génér. T. XXVIII. Nr. 5, 1930.

Szumowski W. Sur la nécessité de rendre l'étude de l'histoire de la médecine obligatoire dans les universités. Extr. d. Atti dell, VIII-o. Congresso Intern di Storia d. Med. Roma 22—27 Settembre 1930.

Walc J. Ś. p. Prof. Dr. Bronisław Sawicki. Odb. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 8, 1931.

„ Z kazuistyki torbieli kiszek cienkich. Odb. Pol. Przegl. Chirurg. Nr. 3, 1927.

„ Rzadkie powikłania nerkowe w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego. Odb. Pol. Przegl. Chir. T. IV. r. 2. 1925.

„ Przypadek włóknistego schorzenia kości biodrowej. Odb. Pol. Przegl. Chir. T. X. r. 4. 1931.

Pamiętnik Kliniczny Szpitala św Łazarza. Warszawa, 1931.

Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za rok 1930—31, Warszawa, 1931.

Szpitalnictwo w Polsce. Warszawa, 1931.

Zakłady przeciwgruźlicze i lecznicze dla dzieci w Polsce. Warszawa, 1931.

Arbeiten aus der dritten Abteilung des Anatomischen Institutes der Kaiserlichen Universität Kyoto. Serie. A. Heft 2. Kyoto 1931.

Archivio generale di biopsicologia, biopsicopatologia e biopsicoterapia. Vol. I. Fasc. 1, 1931. (Casimiro Frank Sistema „Procedimento corticale“).

(The) Bulletin of the polish medical and dental association of America. Vol. IV, Nr. 2, 3, 1931.

VII-ème Conference de l'Union Internationale contre la Tuberculose. Oslo, 1931.

91. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Königsberg, 1931.

3. Kol. G r u n d g a n d ó w n a W. przedstawia przypadek „Zieleniaka (chloroma) u dziecka 2 letniego“ (streszczenie własne).

Dziewczynka 2-letnia poprzednio zdrowa, przed 3 miesiącami zaczęła tracić łaknienie i siły. Mniej więcej 6 tygodni temu wystąpił wytrzeszcz i guzy na czaszce, co w krótkim czasie doprowadziło do ogromnego zniekształcenia głowy. W Klinice Dziecięcej U. W. stwierdziliśmy: senność, wybitną błądź, wychudzenie oraz charakterystyczne zmiany w obrębie głowy: obwód znacznie powiększony, kolosalne powiększenie gałek ocznych, ze zmianami krwotoczno-wrzedziejacymi na obrzękniętych powiekach i spojówkach, twarde guzy na kościach skroniowych i w okolicy ciemiączka, skóra nad guzami —

obrzęka, znaczne rozszerzenie żył; podniebienie twarde — zgrubiałe, opuszczone ku dołowi, śluzówka jamy obrzęka—krwawiąca. Gruczoły podszczękowe duże twarde, śledziona sięga do pępka, twarda, wątroba nieznacznie powiększona. Odruchy początkowo wzmożone, później osłabione; dziecko nie widzi; płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian wpływa pod wzmożonym ciśnieniem. Prześwietlenie klatki piersiowej zmian nie wykazuje. We krwi występują wybitne zmiany: znaczna niedokrwistość, zwiększenie ilości krwinek białych do 50.000 w tem 20% krwinek białych podzielonych, 60% myeloblastów przeważnie dużych, 17% małych ciałek jednojądrzastych, co do których można się wahać czy są to mikromyeloblasty czy też limfocyty. Postacie przejściowe od myeloblastu do dojrzałej obojętnochłonnej krwinki białej bardzo nieliczne. Pozatem spotykają się duże niezróżniczkowane twory z bardzo jasnym jądrem i rozplywającą się zarodnią. Płytek Bizozero brak. Czas krwawienia wydłużony do 30 min. Odczyn guajakowy we krwi ujemny. W moczu obecność białka Bence—Jonesa.

Na zasadzie następujących cech rozpoznajemy chloroma:

1. Wywiad—wskazujący na typową kolejność występowania objawów oraz szybkość i złośliwość rozwoju sprawy.

2. Zewnętrzny wygląd dziecka, mianowicie wymieniana w klasycznych opisach facies chloromatosy: zabi kształt głowy zależny od typowego rozmieszczenia guzów w kościach skroniowych i oczodołach.

3. Zmiany białaczkowe we krwi.

Przypadki chloroma są rzadkie, stosunkowo najczęściej występują u starszych dzieci i młodzieży, u dziecka dwuletniego należą do rzadkości i z tego względu powyższy przypadek został przedstawiony.

Dyskusja: kol. G l u z i ń s k i uważa, iż jak na zieleniaka, guz ma zbyt niewyraźną barwę zieloną. Może to być myeloma. Spostrzegł podobny przypadek, który wykazywał ciekawy obraz krwi. Na początku przez dwa lata była lekka niedokrwistość z limfocytozą, pod koniec zaś — stan białaczkowy: 50.000 krwinek białych przeważnie jednojądrzastych, które okazały się przy dokładnem badaniu komórkami plazmatycznymi. Możliwe przeto, iż w przedstawionym przypadku 17% nierozpoznanych krwinek było również komórkami plazmatycznymi. Należy dokładnie przeto różnicować poszczególne postacie krwinek białych.

Kol. S ł a w i ń s k i zwraca uwagę na doskonałe wyniki leczenia zieleniaków naświetlaniem promieniami rentgenowskimi. Autorzy amerykańscy uzyskiwali niekiedy zupełne wyleczenie.

4. Kol. W ę g i e r k o J. wygłosił odczyt p. t.: „Badania nad

żółcią wątrobową: samoistne wydzielanie żółci u psów i człowieka". (streszczenie własne).

Prelegent omówił na początku dotychczasowe metody zakładania przetoki żółciowej dla wydobywania żółci wątrobowej oraz wyniki badań, osiągniętych przez rozmaitych autorów nad wpływem bodźców pokarmowych na wydzielanie się żółci wątrobowej. Po tym wstępie prelegent przedstawił istotę zakładania przetoki żółciowej, według metody własnej. Opierając się w zasadzie na metodzie zakładania przetoki żółciowej, stosowanej przez Cytronberga, prelegent wycinał pęcherzyk żółciowy i stwarzał takie warunki, aby przewod pęcherzykowy i przewod żółciowy wspólny znajdowały się w jednej płaszczyźnie. W ten sposób prelegent wprowadzał dren gumowy z otworami bocznymi do przewodu wspólnego, zbierając całkowitą żółć z licznych u psa przewodów wątrobowych. Żółć w podobnych warunkach nie mogła spływać do dwunastnicy, lecz dzięki otworom bocznym i działaniu, syfonu, spływała na zewnątrz. Metoda, według prelegenta, daje możliwość otrzymywania całkowitej żółci wątrobowej oraz nie wyłącza wewnętrznego obiegu żółci, gdyż w chwilach wolnych od doświadczeń żółć ścieka do dwunastnicy.

W 24 godzinnych doświadczeniach na psach, które przez cały ten przeciąg czasu nie otrzymywały pożywienia, prelegent otrzymał dane następujące: ilość wydzielanej żółci w odstępach godzinowych wahała się nieznacznie.

Ogólne stężenie żółci (ciężar właściwy), pozostałość sucha, wskaźnik załamania światła ulegały niedużym wahaniom. To samo dotyczy poszczególnych składników żółci (cholesteryna, bilirubina, żółciany, chlorki, azot całkowity i pozabiałkowy) oraz niektórych jej własności fizyczno-chemicznych (napięcie powierzchniowe, rezerwa alkaliczna, P_H).

W doświadczeniach na chorej, która miała założoną dla celów leczniczych przetokę przewodu wątrobowego, autor doszedł również do podobnych wyników, a mianowicie, że stężenie żółci wątrobowej, wydzielającej się samoistnie, bez udziału bodźca pokarmów, nie ulega wybitniejszym wahaniom.

Dyskusja: kol. Czubałski uważa zastosowaną metodę za najlepszą. Zapytuje czy założenie kateteru przez przetokę wyłącza dopływ żółci do przewodu pokarmowego, czy też żółć może dostawać się doń. Ma to wybitne znaczenie, gdyż żółć jest najpotężniejszym bodźcem dla wątroby i jako taki wywiera wpływ na części stałe, gęstość i inne własności żółci. Jeżeli żółć dostaje się do przewodu pokarmowego, to doświadczenie odbywa się w warunkach prawidłowych. Podkreślić należy brak wpływu 24 godzinnego doświadczenia na

właściwości żółci, mimo niepodawania pokarmów, niemożności ruchów i odpoczynku.

Kol. Roguski J. (streszczenie własne): zwraca uwagę, iż „wyprostowanie” dróg żółciowych u psa jest niemożliwe. Drogi żółciowe pozawątrobowe przebiegają w różnych płaszczyznach, czyniąc kilka zagięć. Mówca podkreśla ważność tresury zwierząt, służących do doświadczeń. Opierając się na danych uzyskanych przez siebie na psie z przetoką całkowitą, po przecięciu przewodu żółciowego wspólnego, porównuje wyniki otrzymane przez siebie i przez Prelegenta.

Stwierdza naogół zgodność danych. Przyczynę mniejszej zawartości cholesteryny w swoim materiale kładzie na karb różnic w sposobie odczytywania wyników w kolorymetrze. Odczyn barwny przy tak małej zawartości cholesteryny, jaka się znajduje w żółci, nie daje się tak wyraźnie odczytać jak w surowicy krwi.

Metodę otrzymywania żółci wątrobowej przedstawioną przez W. uważa za metodę oryginalną, nie zaś modyfikację jakiegokolwiek z istniejących.

Kol. Cytronberg S. uważa że dotychczasowe metody otrzymywania żółci wątrobowej były złe, gdyż, przecinając przewód wspólny pozbawiano ustrój fizjologicznego bodźca, nie przecinając go, otrzymywano tylko nieznaczną część żółci wątrobowej. Dla uniknięcia tych 2 wad wszywał pęcherzyk żółciowy nie po prawej, lecz po lewej stronie. Otrzymywał przez to jakby wyprostowanie dróg żółciowych. Wprowadzając dren do przewodu wspólnego przez działanie syfonu otrzymywał prawie wszystką żółć wątrobową. Kol. Węgierko główną cechę tej metody zachował, upraszczając ją dla własnych celów, metoda jego nie jest przeto metodą oryginalną. Następnie podkreśla konieczność zupełnego unieruchomienia zwierzęcia dla uniknięcia wahań wskaźnika refraktometrycznego żółci.

Kol. Roguski (streszczenie własne): przedstawia rysunki ilustrujące zmienność budowy dróg żółciowych psa, zaczerpnięte z książki W. Ellenbergera i H. Bauma.

Kol. Węgierko (streszczenie własne):

Uważa uwagi prof. Czubalskiego za słuszne. W czasie 24 godzinnych doświadczeń żółć nie dopływa do dwunastnicy, zatem doświadczenie odbywa się w warunkach нефizjologicznych, co niewątpliwie należy uwzględnić. Chodziło tu jednak o przekonanie się, czy w 24 godzinnym doświadczeniu bez udziału bodźców mamy również małe wahania stężenia żółci. Myśl zakładania przetoki żółciowej, uwzględniającej wewnętrzną obieg żółci i dającej możność otrzymywania całkowitej żółci w czasie doświadczeń należy do kol. Cytronberga. Sposób stosowany przez kol. Węgierko może służyć jedynie do bada-

nia żółci wątrobowej i dla tego celu jest o wiele dogodniejszy niż sposób Cytronberga. Pęcherzyk żółciowy tak silnie zagęszcza żółć, że bez jego wycięcia niema pewności czy żółć wątrobowa nie zawiera domieszki żółci pęcherzykowej. Dla tego też badacze dotychczasowi, którzy pracowali nad żółcią wątrobową otrzymywali inne wyniki niż podane w odczycie. Nie przekonali się oni o małych wahaniach stężenia żółci wątrobowej, wątpliwe bowiem, czy rzeczywiście badali tylko samą żółć wątrobową.

Kol. W. Orłowski (streszczenie własne):

Dużą zasługę kol. Węgierki jest opracowanie metody, która daje możność otrzymywania żółci wątrobowej z zachowaniem wewnętrznego obiegu żółci i bez domieszki żółci pęcherzykowej. Dzięki tej metodzie dr. Węgierko uzyskał możność przeprowadzenia rozległych badań nad wydzieleniem żółci wątrobowej i jej własnościami fizyczno-chemicznymi u psów bez wpływu żadnych czynników oraz pod wpływem zadziałania czynników psychicznych wody, mięsa, tłuszczów, węglowodanów, hormonów, wreszcie niektórych wód mineralnych. Z badań nad wpływem wymienionych czynników Dr. W. zda sprawę na jednym z następnych posiedzeń. Badania Dra W. są na razie jedyną w piśmiennictwie nietylko z tego względu, że dotyczą samej tyko żółci wątrobowej, przy zachowaniu wewnętrznego obiegu żółci, lecz i ze względu na rozległe badania tej żółci ze strony jej własności fizyczno-chemicznych. Zasługą Dra Węgierki jest też ustalenie faktu, że żółć wątrobowa, wydzielająca się samoistnie odznacza się stałością większości swoich składników zarówno u psów jak i człowieka.

Kol. Zawaadowski W. wygłosił odczyt p. t.: Radjodjagnostyka nowotworów płuc oraz kilka uwag o ich radjoterapii. (Streszczenie własne).

Pierwotny rak płuca występuje w bardzo wielu odmiennych postaciach anatomopatologicznych. Każda z nich rozwijając się w oskrzelach, lub w mięszu płucnym, czyni ten ostatni bezpowietrznym, co modyfikuje w pewien sposób prawidłowy obraz radjologiczny płuc. Ten sam wpływ wywiera szerzenie się drogami chłonnymi i na opłucną. Również i powikłania raka, t. j. niedodma i dołączające się do sprawy nowotworowej zakażenie zmienia obraz prawidłowy, dając rozmaitego rodzaju zacienienia. Do tych objawów morfologicznych dołączają się objawy ruchowe, wynikające bądź ze zwiężenia oskrzela przez nowotwór, bądź też z porażenia nerwu przeponowego, co jest następstwem obecności przerzutów w śródpiersiu.

Wszystkie powyższe momenty wyrażają się w obrazie radjologicznym rozmaitemi rodzajami cieni nieprawidłowych lub też zabu-

zrzeniami kinematyki, t. j. nieprawidłowymi ruchami przepony, śródpiersia i żeber.

Wartość danych radjodiagnostycznych w ustaleniu ostatecznego rozpoznania jest bardzo duża, a nieraz nawet głównie na radjodiagnostyce opiera się rozpoznanie raka płucnego, pod warunkiem, że rozporządza ona badaniem kompletnym, t. zn. badaniem seryjnym wielokrotnie powtarzanym i badaniem odlewowym drzewa oskrzelowego (bronchografia), ewentualnie też rozpoznawczą odma płucnową.

Wychodząc z podziału anatomopatologicznego Kaufmanna uzupełnionego szeregiem postaci z podziału Huguenin'a, prelegent odróżnia dziesięć postaci radjologicznych raka pierwotnego płuca, t. j.

1) Postać wewnątrzoskrzelową, prowadzącą do zwężenia, a potem do zamknięcia oskrzela.

2) Postać wnękową w rozmaitych odmianach.

3) Postać zacienienia płatowego.

4) Postać cienia okrągłego w polu płucnym.

5) Postać zacienienia jednostajnego całego pola płucnego, z przemieszczeniem śródpiersia lub bez (postać opłucnowa lub wrzekomo-opłucnowa).

6) Postać śródpiersiowo-opłucną, w której rozszerzenie cienia śródpiersiowego wybija się na pierwszy plan.

7) Postać smugowatych zagęszczeń okołooskrzelowych, odpowiadającą zrakowaceni naczyń chłonnych (t. zw. „lymphangitis carcinomatosa”).

8) Postać prosówkową.

9) Postać cieni okrągłych mnogich.

10) Postać jamistą w rozmaitych odmianach.

Omawiając kolejno każdą z powyższych postaci i przedstawiając liczne przeźrocza, ilustrujące je, oraz serje przeźroczy, unaoczniając rozwój i rozrost raka, powstawanie przerzutów i cofanie się ich pod wpływem napromieniowań leczniczych, prelegent zaznacza, że postaci radjologiczne nie odpowiadają ściśle postaciom anatomopatologicznym. Są one raczej odbiciem pewnych okresów rozwoju fazy nowotworowej. O ile niektóre z tych postaci radjologicznych odpowiadają zmianom początkowym (1, 2, 4), to znowu inne (3, 6, 7, 8, 9, 10) są nieraz dalszym okresem rozwoju tego samego przypadku.

Postać 5 t. zn. zacienienie jednostajne całego pola płucnego przedstawia się natomiast jako okres końcowy, ku któremu dąży większość wszystkich raków pierwotnych płuca i to tak przez rozrost nowotworu w samym płucu, jak i przez szerzenie się na opłucnej (płyn), jak również przez wystąpienie powikłań.

Żaden z powyższych obrazów jako taki nie jest znamienym dla raka płucnego, gdyż może być spostrzegany w innych cierpieniach.

Jeżeli jednak badania nasze wykonamy serjami, powtarzającemi się co 1—2 tygodnie, stwierdzić możemy w raku stałe i równomierne powiększenie się zacienienia, odpowiadające rozrostowi sprawy chorobowej, jeżeli na podstawie zmian kinematyki i badania odlewnego oskrzeli stwierdzimy ich zwężenie, jeżeli w pewnym momencie stwierdzimy obecność przerzutów, czy to w mięszu płucnym, czy też w śródpiersiu (rozszerzenie cienia środkowego, porażenie nerwu przeponowego, ucisk na przełyk i oskrzela), wtedy rozpoznanie radiologiczne nabierze charakteru bardzo wielkiego prawdopodobieństwa lub pewności.

Prelegent zwraca uwagę na bardzo duże trudności rozpoznawcze w tych przypadkach, w których rak pierwotny rozwija się na podłożu zmian zapalnych przewlekłych, które występują w obrazie radiologicznym, jako wybitne zmiany cieniowe. Wtedy pierwsze okresy rozwoju raka są prawie niemożliwe do stwierdzenia, nawet zapomocą bronchografji, gdyż nierzadko rak pierwotny płuca, nawet pochodzenia oskrzelowego nie powoduje ich zwężenia.

Dopiero wystąpienie przerzutów w płucu zdrowem skierowuje uwagę na istotę sprawy chorobowej.

Napromieniania próbne odgrywają w diagnostyce raka pierwotnego płuca znacznie mniejszą rolę niż w nowotworach śródpiersia. Wyciągając wnioski z odczynu miejscowego i ogólnego po napromienianiu należy się ustrzec wszelkiego szematyzmu i pamiętać o tem, że odczyn po napromienianiu zależy od:

- 1) techniki napromieniania i
- 2) budowy histologicznej raka.

Technika napromieniania w ostatnich latach ulega pewnej ewolucji w tym kierunku, że obecnie zarzucona została całkowicie technika niemiecka dawek masywnych, zaś na jej miejsce weszła technika szkoły francuskiej, polegająca na stosowaniu dawek dzielonych, podawanych w serjach, trwających około kilku tygodni. Wraz z ulepszeniem techniki polepszyły się i rezultaty napromieniania raka pierwotnego płuca.

W literaturze niemieckiej znajdujemy często wzmianki o zupełnej promienioodporności raka pierwotnego płuca. W chwili obecnej należy pogląd ten odrzucić jako błędny.

Histopatologia raka pierwotnego płuca obejmuje bardzo liczne postacie, złożone z komórek niezróżnicowanych i niedojrzałych, bądź też zróżnicowanych i to w rozmaitym stopniu. Wskutek tego mamy wśród nowotworów tych szereg typów o całej skali promienio-czułości. Najbardziej promienioczułe są raki drobnokomórkowe (podstawowo-

komórkowe), najmniej zaś gruczolako-raki i raki płaskokomórkowe obficie rogowaciejące. Prelegent zwraca uwagę na błąd monografji raka płucnego opracowanej przez Lenka, który nie uwzględnia różnic histopatologicznych i różnic w promienioczułości, lecz uważa wszystkie raki płucne za jednakowo promieniodporne.

W końcu prelegent przedstawia dwa własne przypadki raka pierwotnego płuca leczone promieniami X. W jednym rozpoznanie zostało potwierdzone biopsją gruczołu nadobojczykowego, w drugim zaś pojawieniem się przerzutów w mózgu. Obydwa przypadki spostrzegane już w ciągu przeszło roku wykazują dużą promienioczułość tak, że guz w płucu znika prawie zupełnie po serji napromieniowań, co ilustrują przeźrocza ze zdjęć wykonanych przed i po leczeniu. (Całość ukaże się w druku w czasop. „Gruźlica“, 1932).

Dyskusja: kol. Rubinrot stwierdza bogactwo postaci raka płuc. Rozpoznanie różniczkowe jest bardzo trudne (nowotwory łagodne, bąblowiec, kiła, ziarnica złośliwa i t. d.). Dla ustalenia umiejscowienia w płucu lub opłucnej należy zakładać odmę sztuczną. Proponuje stosowanie jej w przypadkach raków płuc dla następczego leczenia naświetlaniami promieniami rentgenowskimi. Szybkość znikania zmian po radjoterapii nie rozstrzyga czy mamy nowotwór złośliwy czy ziarnicę złośliwą.

Kol. D r o z d o w i c z uzależnia niepomysłny przebieg przypadków raka płuc po naświetleniu promieniami rentgenowskiego od obrzmienia. Wywołuje ono nasilenie objawów duszności i wzmacnia skłonność do krwawień w rakach oskrzeli. Duszność spotykał często, natomiast krwawienia, — wyjątkowo rzadko. Możliwe, że ma tu znaczenie dobór dawek promieni rentgenowskich. Zapytuje zatem jakie dawki były stosowane w omawianych przypadkach.

Kol. Z a w a d o w s k i (streszczenie własne): radjodjagnostyka i radjoterapia przedstawiają obszerny materiał, którego nie można wyczerpać w krótkim referacie. Referat posiada cały szereg braków, cminął np. djagnostykę różniczkową ale omówienie jej było niemożliwe. Chciał omówić parę rzeczy, które uważa za konieczne podkreślić, mianowicie to, że, operując w semjologii radjologicznej całym szeregiem objawów i rozporządzając szeregiem cieni, stwierdzamy zmiany tylko zgrubsza. Nie możemy tą metodą stwierdzać zmian histologicznych. Mimo to rozpoznanie raka może być postawione, jeżeli mamy badania seryjne i bronchografję. Te rodzaje badań pozwolą nam stwierdzić stały, niepohamowany rozrost guza, co przemawia za nowotworem złośliwym. Inne procesy mogą się rozrastać, ale to jest ujęte w pewne cykle, nowotwór zaś rośnie stale. Jeżeli możemy poznać zwężenie oskrzeli, wtedy rozpoznanie raka zyskuje na prawdopodobieństwie

i może być uważane za pewne. Co do leczenia to mam 2 przypadki korzystnego działania naświetlań, które doprowadziło do chwilowego wyleczenia. Jest to niesłychanie cenne, bo przypadki takie wskazują na to, iż napromienieniem można osiągnąć dobre wyniki lecznicze. Jeżeli w przypadkach mniej promienioczułych nie udaje się osiągnąć ustąpienia guza, możemy działać korzystnie objawowo: zmniejszać ból, duszność i męczący kaszel. Ciekawej sprawie dawkowania promieni prelegent zamierza poświęcić osobny odczyt.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dnia 9 lutego 1932 r.**

Obecnych członków Towarzystwa — 66, wprowadzonych gości — 76.

1. Protokół posiedzenia z dnia 26 stycznia 1932 r. przyjęto.
2. Kol. P r e z e s odczytuje wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

Aschoff. Die Arteriosklerose. 1930. Beihefte z. Medizinischen Klinik.

„ Die Gallensteine. 1931. Beihefte z. Medizinischen. Klinik.

Bernhardt. Lecznictwo dermatologiczne. Warszawa, B. d. wyd.

Czajkowski. Samoistny odrost kości w przypadku torbielowato-włóknistego zwyrodnienia kości ramieniowej. Odb. 1931.

„ Przemysł obcy a pierwociny wytwórczości rentgenotechnicznej polskiej. Odb. 1928.

„ Klisza papierowa bromosrebrna w rentgenografii. Odb. 1923.

„ Lecznictwo fizykalne w naszych szpitalach. Odb. 1916.

„ Makowiec polski i spostrzeżenia nad nim. Odb. 1916.

„ Beobachtungen über das polnische Opium. Odb. 1917.

„ Rak sutki męskiej z przerzutami w kręgosłupie. Odb. 1915.

„ Towarzystwo Przeciwgruźlicze a projekt budowy Sanatorium pod Kaliszem. Wycinek. 1928.

„ Do walki z gruźlicą. Sanatorium Kaliskie. Wycinek. 1928.

„ Kasa Chorych w Kaliszu. Wycinek. 1922.

„ Z powodu występów „prawdziwego fakira” w Kaliszu. Wycinek. 1922.

- Czajkowski. Metody statystyczne w sprawozdaniu lekarza szkolnego. Odb. 1918.
- Grzywo-Dąbrowski. Spędzenie płodu i dzieciobójstwo według projektu nowego Kodeksu Karnego Komisji Kodyfikacyjnej Rzeczyposp. Pol. Odb. 1932.
- „ „ Materjały do statystyki samobójstw w miastach, miasteczkach i wsiach warszawskiego okręgu apelacyjnego. Odb. 1931.
- Gutry. O racjonalną organizację czasopisma naukowego. Odb. 1930.
- Korczyński. Mechanizm odruchów trzewnych. Odb. 1931.
- „ Publikacje z zakresu balneo- i klimatologii. Kraków. 1931.
- „ Przyrodzone źródła sił i zdrowia Ziemi Krakowskiej. Kraków. 1931.
- Lilpop. Kamienie moczopędne nieuchwytnie dla promieni rentgenowskich. Odb. 1930.
- „ W sprawie leczenia operacyjnego gruźlicy nerek. Odb. b. d. wyd.
- „ Trudności rozpoznawcze w przypadku zmian miażdżycowych w nerce lewej i nadnerczaka w nerce prawej. 1924. Wycinek.
- Lilpop i Czubalski. Wyniki stosowania próby fenol-sulfo-ftaleinowej (P. S. P.) do badania sprawności nerek i ustalenia rokowania operacyjnego. Odb. 1928.
- Rosnowski. Przypadek raka główki trzustki. Odb. 1929.
- „ Spółistnienie niedomykalności zastawek tętnicy głównej i dwudzielnej w świetle badań poligraficznych. Odb. 1925.
- „ Kwasy żółciowe i ich znaczenie w ustroju. Odb. 1926.
- „ Elektrokardjogram (EKG) jako wykres czynnościowej sprawności mięśnia sercowego. 1930.
- „ Istotne znaczenie załamka „T” w elektrokardjogramie (EKG). Odb. 1931.
- „ Patogeneza i przebieg cyklu rozkurczowego w przypadku niedokrwistości krwotocznej. Odb. 1931.
- „ Stan serca w żółtaczce. Odb. 1926.
- „ Zapalenie wielosuwrowicówkowe gruźlicze jako cierpienie układowe. Odb. 1927.
- „ Rozkurcz komory w elektrokardjogramie. Odb. 1929.
- „ La nature et la signification de l' onde „T” dans électrocardiogramme. Extrait. 1928.
- Sachs. Fragen der Krebsforschung. Beihefte. 1931. (Medizinische Klinik).

Zeyfert. W sprawie wyrosli kostnych. Odb. b. d. wyd.

„ Przypadek skrętu kątnicy i jelit cienkich w uwięzłej przepuklinie pachwinowej. Odb. B. d. wyd.

„ Przyczynek do postępowania w ostrych zapaleniach wyrostka

„ robaczkowego na podstawie przypadków I oddz. chir. Szpit. Przemienienia Pańskiego. Odb. 1931.

Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. Rok. 1931. Tom. X.

Das Wohlfahrtsamt der Stadt Wien und seine Einrichtungen. 1921—1931.

L'enseignement Médical en France. 1932.

3. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Witoldzie Gawińskim i ś. p. Olgierdzie Jałowickim, (streszczenie własne).

W dniu 1 lutego r. b. zmarł we Lwowie od dłuższego czasu złożony ciężką chorobą ś. p. Dr. med. Witold Gawiński, członek czynny naszego T-wa od r. 1928. Urodzony w Małopolsce, ukończył ś. p. Witold Gawiński w r. 1906 Uniwersytet Jana Kazimierza. Niebawem, rzec można bez wytnienia, oddaje się ś. p. Gawiński z niezwykłym zapałem pracy naukowej, i już na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich wygłasza wyniki swych badań nad kwasem olejowym tłuszczu mleka. Dalsze konsekwentnie prowadzone badania nad przeróbką materji zyskują ś. p. Gawińskiemu pełne uznanie oceny i w piśmiennictwie obcem. Wielka wojna odrywa Gawińskiego od pracy naukowej. Powołany do armji, pozostaje w szpitalach polowych aż do ukończenia wojny, poczem dalsze badania naukowe prowadzi w Warszawie, w klinikach Prof. Gluzińskiego i Prof. Orzechowskiego. Drukiem ogłosił ś. p. W. Gawiński:

1. O wydzielaniu kwasów proteinowych w moczu osób zdrowych oraz w przypadkach chorób.

2. Badania ilościowe nad wydzielaniem kwasów proteinowych w moczu osób zdrowych oraz w przypadkach chorób.

3. Badania nad kwasem olejowym tłuszczu mleka.

4. Quantitative Untersuchungen über Ausscheidung von Proteinsäuren im Harn von gesunden Menschen sowie in einigen Krankheitsfällen. Cichym, a całkowicie i szczerze oddanym nauce pracownikiem był ś. p. Witold Gawiński. Oddawna podkopująca wątły organizm choroba nie dała mu spełnić szeroko zakreślonych zamierzeń. Uczcijmy pamięć jego przez powstanie.

W dn. 3b. m. zmarł w Warszawie ś. p. Dr. Olgierd Jałowicki, członek czynny T. L. W. od r. 1905. Urodzony 31/XII 1876 r. w Rostowie nad Donem, do gimnazjum uczęszczał początkowo w Homlu,

później w Wilnie, potem w 6-em gimnazjum w Petersburgu, po ukończeniu którego zapisał się na Wydział lekarski Uniwersytetu Kijowskiego. W następstwie czasowego zamknięcia Uniwersytetu Kijowskiego wyjechał ś. p. Jałowiecki do Zurychu, i tam w r. 1902 po napisaniu i obronie rozprawy na temat „Ueber Wachstumsveränderungen an den Wirbeln nach Spondylitis tuberculosa“ uzyskał stopień doktora medycyny. W r. 1903 po zdaniu egzaminów państwowych w Moskwie otrzymał stopień lekarza, poczem zamieszkał w Warszawie. Tu ś. p. Jałowiecki pracował w Szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale Dra Grzanowskiego, a następnie przez szereg lat w szpitalu Ewangelickim pod kierunkiem ś. p. Dra Franciszka Neugebauera. Oddany wyczerpującej pracy zawodowej ś. p. Jałowiecki ciężko borykał się z przeciwnościami życiowymi, będąc jeszcze oddawna obarczony nieubłaganiem rosnącą niemocą, która też przedwcześnie życie jego przecięła. Oddajmy należny hołd Jego pamięci.

4. Kol. Mikułowski Włodzimierz demonstruje i omawia przypadek „Ziarnicy złośliwej u dziewczynki 6-letniej“ (streszczenie własne).

Chora gorączkuje od roku po przebytej odrze, leczona była na malarję. Przybyła do szpitala 9.XI. 1931 z gorączką 40° z obrzmieniem śledziony i wątroby, z nieznacznym stwierdzonym przez nakłucie, limfocytowym wysiękiem surowiczym opłucnym, z anemią (2.000.000 krw. cz.), leukopenją (2.400 krw. b.), ze szmerem skurczowym nad podstawą serca.

Roentgen stwierdza umiarkowane rozszerzenie cieniów wnęki płucnej. Po krytycznym spadku ciepłoty okres normalnej temperatury z cofnięciem się objawów opłucnych i z poprawą stanu krwi. Dnia 29.XI. drugie wzniesienie gorączkowe do 40° trwające do 6.XII. Podczas niej zjawia się obrzmienie gruczołów podszczękowych wielkości orzecha włoskiego po stronie prawej, powraca powiększenie śledziony, oraz wysięk opłucnowy, i powiększa się wyraźnie rysunek wnęk. Obraz krwi pogarsza się pod względem anemii. W następującym okresie bezgorączkowym spostrzega się cofnięcie do połowy obrzęku podszczękowego gruczołu limfatycznego i znaczną poprawę obrazu rentgenologicznego wnęk. Od dnia 14.XII. do 25.XII. trzecie wzniesienie gorączkowe z ponownym nawrotem obrzmienia gruczołu podszczękowego do wielkości orzecha włoskiego, z rozszerzeniem rentgenologicznym wnęk oraz wysiękiem opłucnowym tym razem mlecznym, limfocytowym. Krew dochodzi do obrazu anemii złośliwej ze wskaźnikiem 1. 2, z 1.600.000 krwinek czerw. Przez ściany brzucha wyczuwa się nowy gruczoł wielkości czereśni ponad prawem wiazadłem Pouparta. Próby skórne i śródskórne wykluczają gruźlicę. Posiewy krwi ujemne.

Powrotny, falisty charakter był właściwością nie tylko gorączki, ale i całego przebiegu zespołu śledzionowo-gruczołowo-opłucnowego wraz z jego hematologją. Krew znamionowała wybitna anemja z polichromatofilją, z anizocytozą, z normoblastami, (dochodzącemi po adrenalinie do 7%), leukopenja, neutrofilja, limfopenja, trombopenja aneozynofilja. Mimo braku cech hematologicznych znamiennych dla ziarnicy i mimo braku świądu (p r u r i t u s) rozpoznano l y m p h o g r a n u l o m a t o s i s i dnia 30.XII. po dokonany m wyjęciu gruczołu podszczękowego z tem rozpoznaniem klinicznym o d d a n o preparat do zbadania histopatologicznego w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. W. Dr. Dąbrowska i Dr. Laskowski potwierdzili pismem z dn. 2.I. rozpoznanie kliniczne.

Przypadek był ciekawy ze względu na wczesne rozpoznanie, na charakter nie tylko „f e b r i s“, ale i „lymphadenitis“, oraz „pleuritis r e c u r r e n s“ oraz ze względu na wątpliwości jakie przedstawia dziś dla każdego rentgenologa pod względem leczniczym. Wysoka gorączka towarzysząca stanowi powiększenia gruczołów jest przeciwwskazaniem do naświetlań, przy niskiej temperaturze — brak uchwyt n y g u z ó w gruczołowych — nie dostarcza pola do naświetlania. Niemniej dziecko zostało poddane leczeniu naświetlaniem rentgenologicznem jako klasycznej metodzie leczniczej w tej chorobie.

5. Kol. L a u b e r J a n przedstawia „Przypadek obwodowego ścięczenia rogówki, z silną niezbornością, dającą się dobrze poprawić za pomocą szkieł dotykowych“ (streszczenie własne).

Chory lat 65, stracił wzrok skutkiem jaskry. Wykazuje powiększenie gałki, bardzo głęboką komorę przednią i zwichniętą zaćmę. W lewym oku istnieje ścięczenie i unaczynienie obwodowej części rogówki. Środkowa część rogówki jest przezroczystą, posiada jednak niezborność nieprawidłową, 9 dioptryj. Niezborność ta nie daje się poprawić za pomocą szkieł. Natomiast bystrość wzroku, która z — 7.0 d. sf. wynosi za ledwie 4/60, przy nałożeniu szkła dotykowego Zeissa podnosi się do 6/10, z dodatkową soczewką — 3.50 d. sf. Bez dodatkowej soczewki chory czyta drobny druk. Szkło nie tylko poprawia wzrok, lecz jednocześnie służy za podporę dla ścięczającej rogówki i może uchronić oko od nieznacznych urazów, które nie byłyby niebezpiecznymi dla oka zdrowego, a mogłyby spowodować pęknięcie ścięczającej rogówki.

W dyskusji kol. M e l a n o w s k i podkreśla dużą wartość szkieł nakładowych. W omawianym przypadku poza poprawą astygmatyzmu stanowią one ochronę ścięczającej rogówki. Stosował takie szkła w przypadku astygmatyzmu odwrotnego z uzyskaniem 3/10 ostrości wzroku.

6. Kol. Radliński Z. wygłasza odczyt p. t. „Leczenie chirurgiczne nowotworów płuc (streszczenie własne).

Sprawa leczenia operacyjnego raka płuc jest dopiero w okresie początkowym i dotychczas przedstawia się niepomyślnie.

Przyczyn tego stanu rzeczy jest kilka. Przedewszystkiem winne są tu postacie anatomo-patologiczne tego schorzenia, mianowicie rzadko zdarzają się guzy umieszczone w częściach odległych od wnęki, jako mniej lub więcej kuliste twory, nadające się do wycięcia bądź z częścią mięszu płuca, bądź wraz z całym płatem. Guzy tego rodzaju przy obecnym stanie techniki można i należy wycinać, zwłaszcza, że mają one małą skłonność do dawania przerzutów do gruczołów chłonnych okolicznych (śródpiersiowych) i długo są schorzeniem wyłącznie miejscowem. Znacznie częstsze są te postacie, które powstają we wnęce lub w przywnękowych odcinkach wielkich oskrzeli i promienisto wzdłuż oskrzeli wrastają w mięsz. Te do leczenia operacyjnego się nie nadają i niema widoków, aby kiedykolwiek nadawać się mogły, nawet w razie najdalej idącego rozwoju techniki operacyjnej.

Dalej — rozpoznanie. Rozpoznanie wczesne, które jedynieby mogło zapewnić trwałą wynik operacji jest trudne, często niemożliwe. Przebieg raka płuc jest tak powolny i podstępny, że chorzy nie zwracają się o pomoc w okresach początkowych choroby, a przeważnie dopiero z guzami zadawnionymi. Żadnych charakterystycznych objawów początkowych niema. Najbardziej stały z nich jest suchy, męczący („szczekający“) kaszel, który jednak żadnemi objawami badania fizykalnego się nie tłumaczy. Plwocina, o ile jest, też nie jest charakterystyczna. Uważana dawniej za typową plwocina o wyglądzie „galarety malinowej“ zdarza się rzadko i też nie jest patognostyczną. Niekiedy się udaje wykryć w plwocinie komórki nowotworowe, ale i te są często tak zmienione — chodzi przecież o komórki oddzielające się od rozpadłych części guza — że pewnego wniosku nie pozwalają stawiać. Znany w świecie lekarskim Krakowa był przypadek, w którym Browicz rozpoznał raka płuca na podstawie jednej komórki rakowej w plwocinie.

Najważniejszym sposobem badania w przypadkach raka płuc jest rentgenografia. Na dobrym zdjęciu można widzieć już stosunkowo niewielki, nawet rozmiaru orzecha włoskiego i mniejsze ogniska, różniące się od otaczającego mięszu przepuszczalnością dla promieni X. Za pomocą tego sposobu można również ustalić anatomiczny typ tego guza — czy odoskrzelowy, czy mięszowy. Natomiast nie można w przypadkach guza mięszowego na podstawie obrazu rent. twierdzić, że napewno chodzi o raka. Zwykle guz rakowy daje cień prawie kulisty o granicach nieostrych, rozplywnych, co zależy od stopniowo na-

ciekającego otaczającą tkankę płucną wzrostu guza. Zdarza się jednak, że granice guza są zupełnie ostre, i wtedy raczej nasuwa się rozpoznanie jakiegoś tworzywa torbielowatego (bąblowiec, torbiel skórzaśta). Sam miałem sposobność widzieć taki guz w moim materiale i dopiero próbne otwarcie opłucny i zbadanie wziętego wycinku wykazało raka. Guz ten był zbyt duży, by go można operacyjnie usunąć, rozmiary jego jednak nie wyłączały możliwości wyjęcia w razie gdyby stwierdzono torbiel.

Błąd w rozpoznaniu może pozostać i w ten sposób, że guz rakowy, rozpadając się w środku może wykazywać wewnątrz cienia guza jamę wypełnioną płynem i wówczas nasuwać się może rozpoznanie jamy gruczliczej lub ropnia płuc. Oczywiście bardziej jeszcze utrudnione być może rozpoznanie, o ile guz dorastając do opłucny wywoła w niej wysięk.

Przez długi czas, nawet już w erze aseptyki, przeszkodą do rozwoju chirurgii płuc była obawa odmy, powstającej przy operacyjnym otwarciu opłucny oraz obawa zakażenia jamy opłucnej od strony już to rany w ścianie klatki piersiowej, już to otworzonych oskrzeli mięszu płucnego. Duży postęp w tej dziedzinie stanowiło wprowadzenie postępowania zróżnicowanego ciśnienia (Druckdifferenzverfahren).

Należy tu wymienić komorę z ujemnym ciśnieniem (Sauerbruch), wewnątrz której kładziono chorego, którego głowa pozostawała poza komorą; w komorze tej mieścił się również operujący wraz z asystą. W komorze zupełnie szczelnej można było przez wypompowanie powietrza obniżać ciśnienie w granicach pożądanym i dowolnie regulowanym. Już w ciśnieniu (-9 m/m Hg) płuco po otwarciu opłucny się nie zapadało, a przeciwnie nawet się nieco wypukłało do rany. Zapobiegało to powstaniu odmy i zaburzeń w ciśnieniu krwi. Na czas trwania operacji na płucu ciśnienie ustalono na $3-6$ m/mHg, poczem przechodzono znów na $8-9$ i ranę w opłucnej szczelnie zaszywano.

Dogodniejszym w użyciu okazał się przyrząd podany przez Brauera. Była to niewielka skrzynia, w której umieszczano tylko głowę chorego, i w której wytwarzano ciśnienie wzmożone na tyle samo milimetrów rtęci ponad ciśnienie atmosferyczne, ile w przyrządzie Sauerbrucha poniżej tegoż ciśnienia.

Obydwa te urządzenia stanowiły duży postęp i pozwoliły chirurgii płuc znacznie się rozwinąć. Z jednej strony zabezpieczały one od doraźnych złych skutków odmy urazowej operacyjnej, a z drugiej przywracały po operacji na płucu ujemne ciśnienie w jamie opłucnej, które normalnie tam panuje. Ma to znaczenie pierwszorzędne, ponieważ i klinicznie w doświadczeniach okazało się, że opłucna pozostająca pod ciśnieniem ujemnym jest bez porównania odporniejsza na za-

każenie, niż pozostająca pod ciśnieniem atmosferycznym i stojąca otworem.

Wielka wojna dała sposobność chirurgowi francuskiemu, Pierre Duval, uczynić swem epokowym odkryciem, jak wszystkie wielkie odkrycia, bardzo prostem, powyższe przemyślane aparaty niemal zbytecznymi. Dowiódł on, że jeżeli odnę operacyjną, powstającą po otwarciu opłucny, stwarzamy nie nagle, a bardzo pomału, wpuszczając do opłucny powietrze bardzo pomału przez mały otvorek, przytkamy palcem, to żadne groźne zaburzenia w krążeniu krwi nie powstają. Z drugiej strony postulatowi przywrócenia ciśnienia ujemnego w opłucnej czyni on zadość w ten sposób, że przed zupełnym zamknięciem otworu w ścianie klatki piersiowej wysysa przez cewnik gumowy powietrze, poczem zakłada ostatni szew. Można to zmodyfikować w ten sposób, że ranę zaszywa się odrazu na głucho, a potem przyrządem Potain'a wysysa się powietrze. Postępowanie to uzyskało powszechne prawo obywatelstwa.

Pomimo tych udoskonaleń jednak zakażenie pooperacyjne opłucny, a zwłaszcza od strony mięszu płucnego jest możliwe i stanowi groźne niebezpieczeństwo. Grozi ono w przypadkach gdzie musimy utworzyć ognisko zakaźne w płucu, a i tam, gdzie przy wycinaniu części płuca przecięć wypada dużego kalibru oskrzele. Wprawdzie umiemy już teraz zamykać takie oskrzela odpowiednią techniką szwu, zupełnie pewne to zamknięcie nigdy jednak nie jest.

Jest to powodem, dla którego w wielu przypadkach należy przed zabiegiem na samym mięszu płuca wywołać płaszczynowy zrost między opłucną ścienną a płucną. Robimy to albo za pomocą przyszycia odpowiedniej powierzchni płuca szwem okrężnym do opłucny ściennej, albo za pomocą t. zw. plombowania. Polega to na tym, że po dojściu do opłucny ściennej odwarstwiamy ją na potrzebnej przestrzeni od klatki piersiowej, wytwarzamy kieszeń do której wprowadzamy parafinę lub gąbkę gumową. W ten sposób przyciskamy opłucną ścienną do płuca i wywołujemy ich zrost. Ranę zaszywa się na głucho. Ilość parafiny wprowadzanej w ten sposób może dochodzić do 1200 gr. Po kilkunastu dniach ranę ponownie otwieramy, usuwamy parafinę i już śmiało po przez zrost docieramy do ogniska w mięszu płuca.

Przy zastosowaniu opisanych zasad techniki operacyjnej chirurgia współczesna może nie tylko docierać po przez wolną opłucną do ognisk zakażonych w płucu, ale nawet usuwać części płatów płuc, zawierające zmiany chorobowe (nowotwory, rozstrzenie oskrzeli) a nawet całe płaty.

Nie dość na tem. Możemy obecnie w przypadkach podejrzanych stosować, wzorem próbnego otwarcia jamy brzucha, dla uzyskania

rozpoznania próbne otwarcie jamy opłucnej (thoracotomia probatoria).

Częstsze niż dotychczas stosowanie tego sposobu pozwoli w przyszłości wcześniej niż dotychczas wykrywać raka płuca i skuteczniej go zwalczać operacyjnie. Jak wspomniałem na wstępie, dotychczas operacyjne trwałe wyleczenie, a nawet wogóle rozpoznanie i operacyjne usunięcie raka płuca należy do rzadkości. Klinika mająca pod tym względem największy materiał i największe bezsprzecznie doświadczenie, klinika Sauerbrucha, może poszczycić się za cały czas działalności kilku zaledwie przypadkami pomyślnymi, pomimo, że np. od listopada 1929 do kwietnia 1930, a więc w ciągu $\frac{1}{2}$ roku przez klinikę tę przeszło 47 chorych z rakiem płuca — a więc materiał ogromny. Z tej też kliniki wychodzi apel o możliwie częste stosowanie próbnego otwarcia opłucny. W naszych stosunkach sprawa stoi jeszcze gorzej. O raku płuca stwierdzonym słyszymy tylko od anatomopatologów, o radykalnie operowanym jest głucho. Ja sam przez cały czas od objęcia kliniki, a więc przez lat 12 miałem sposobność raz jeden tylko zrobić próbną torakotomję i stwierdzić guz (rak) już nie nadający się do wycięcia.

7. Kol. Filiński Włodzimierz wygłasza odczyt p. t.: „W sprawie leczenia nowotworów złośliwych klatki piersiowej“ (streszczenie własne).

Podaje próbę zwalczania objawów uciskowych, spowodowanych przez złośliwe guzy nowotworowe w klatce piersiowej. Używa do tego celu salyrganu i innych moczopędnych środków rțciowych, które wywierają na tkanki wybitny wpływ odwadniający. Tkanka nowotworów złośliwych zawiera więcej wody, niż tkanki zdrowe. Dzięki odwodnieniu zmniejsza się objętość guza a następczo i ucisk, wywierany przezeń na nerwy, naczynia, oskrzela i t. d. Jeżeli chodzi o ucisk na żyły, to salyrgan i t. p. usuwają obrzęki. Oprócz zmniejszenia ucisku odgrywają tu rolę jeszcze inne czynniki. Wypowiada pogląd, że płyn przesiękowy wchłania się przez naczynia limfoniczne i w ten sposób omija miejsce ucisku na żyły.

(Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji nad punktami 6 i 7 prądu obrad kol. L. Kryński podkreśla beznadziejność leczenia raków płuc. Brak znajomości etjologii ogromnie nam utrudnia postępowanie terapeutyczne. Stosunkowo może najlepsze wyniki otrzymujemy pod wpływem promieni X. Nowotwory płuc dzielimy na: 1) pierwotne, 2) przerzutowe, 3) takie, które przeszły z sąsiedztwa. Leczenie chirurgiczne dotyczy pierwszej grupy nowotworów. Doświadczenie praktyczne pod tym względem jest bardzo skąpe. W roku 1895 pierwszy Pean operował chrząstniaka płuca w roku 1898 Tuffier naczyniak z dobrym wynikiem. Długi

czas przeszkodą w operowaniu nowotworów płuc stanowił lęk przed odmą (Sauerbruch) — co w praktyce okazało się przesadzonem. Omawia trudności techniczne, związane z krwawieniami, stosowanie termokauterów elektrycznych, oraz z usuwaniem części oskrzela. Na chemoterapię nowotworów płucnych zapatruje się sceptycznie.

Kol. Orzechowski K. podkreśla cenność spostrzeżeń kol. Filińskiego. Przez takie postępowanie stwarza się ulgę choremu, Klinika neurologiczna, przed zastosowaniem leczenia chirurgicznego stosuje leczenie objawowe. Wyniki podobne do wyników kol. Filińskiego otrzymywano w Klinice Neurologicznej przez zastosowanie hipertonicznych roztworów soli i cukru (odwodnienie ustroju przez co zmniejszamy objętość guza). Przy stosowaniu leczenia swoistego otrzymuje się poprawę podmiotową, zarówno w nowotworach, jak i w kiłowych zmianach mózgu. Spostrzeżenia te były znane dawniejszym chirurgom zwłaszcza w tym okresie kiedy nie operowano jeszcze nowotworów mózgu i nie znano odczynu Wassermanna. Wytlumaczenie tego było niejasne. Kol. Orzechowski przypuszcza, że można to tłumaczyć właśnie w sposób przedstawiony przez kol. Filińskiego.

Kol. Thurst—podkreśla, że w komórce nowotworowej i jej otoczeniu znajdujemy wzmożoną ilość lipidów. Aby dostać się do komórki nowotworowej trzeba przeniknąć przez barierę lipidową. Według prawa Overtona alkohol etylowy należy do tych związków, które najłatwiej przenikają do komórek nowotworowych. Alkohol, hamując oddychanie i wytwarzanie zaczynów w komórce nowotworowej, prowadzi do jej śmierci. Opierając się na tych danych kol. Thurst od 15 lat pracuje nad leczeniem nowotworów wstrzykiwaniami alkoholu. Początkowo stosował alkohol dożylnie u zwierząt doświadczalnych (od rozcieńczeń mniejszych do absolutnego) później u ludzi z nowotworami. Wyniki doświadczalne na zwierzętach są w 100% dodatnie, u ludzi — często znaczna poprawa.

Kol. Higier. W sprawie leczenia obrzęków miejscowych i ogólnych to pogląd prelegenta jest odmianą i modyfikacją myśli starej, obowiązującej w medycynie ludowej i przedhistorycznej, w medycynie Hippokratesa i Paracelsusa; jak w medycynie ubiegłego i bieżącego stulecia jest to koncepcja wysuszania tkanki, odciągania nadmiaru płynu lub przemieszczanie przez skaryfikację, podawania środków moczopędnych lub napotnych, wymiotnych lub przeczyszczających zatem przez nerki i skórę, żołądek i kiszkę. Objaśnienie tego patofizjologicznego zjawiska zmienia się stopniowo z biegiem wieków i postępiem biologji. Obecnie króluje stosunek potasu do wapnia, anjony i elektrolity wewnątrztkankowe i wewnątrzkomórkowe.

Przed laty trzydziestu kilku z nas stosowało **l a r g a m a n u**

leczenie obrzęków sercowych, a nawet nerkowych, metodą zalecaną gorąco przez J e n d r a s s i k a z Budapesztu solami nieorganicznymi rtęci, zwłaszcza kalomelem. Skutek był nieraz bardzo dobry. Obecne leczenie silnych bólów głowy, zalecane w nowotworach mózgu przez amerykańskich neurochirurgów, polega na wprowadzaniu hipertonicznego płynu w postaci 50% roztworu siarczanu magnezu. Działanie tego środka prawdopodobnie również polega na wysuszeniu tkanki mózgowej, a właściwie na zmniejszaniu wodogłowia, towarzyszącego nieraz małemu guzowi mózgu. Może w ten sposób tłoczy się miejscowem osuszaniem i pomyślny wpływ wcierek w guzach nie swoistych, np. mięsakach.

Przed laty 20-stu kilku, H i g i e r pisząc o rozpoznaniu różniczkowem guzów ośrodkowego układu nerwowego, wypowiedział zdanie, które podtrzymuje dotąd, że natychmiastowy nieraz wpływ korzystny rtęci w kilaku mózgu (lub w kiłowym zapaleniu opon) tłoczy się nie tyle wessaniem samego kilaka lecz doraźnem wessaniem się towarzyszącego wodogłowia.

Przed laty 8-miu H i g i e r wypowiedział podobne zdanie o pomyślnym wpływie promieni Rentgena na niektóre nowotwory mózgu. Ostatnio Marburg i Sqallitzer z Wiednia potwierdzają w wielkiej monografii ten pogląd, który zresztą znajduje potwierdzenie i na drodze doświadczalnej.

Podobnie rzecz się ma prawdopodobnie z działaniem soli bizmutowych, salyrganu i nowazurołu, działaniem objawowem i doraźnem lub radykalnem i stałem, obciążającym układ żylny lub chłonny narządów wewnętrznych i skóry. Myśl stara w nowej szacie!

Kol. A p f e l b a u m podkreśla konieczność sprawiania ulgi chorym z nowotworami. Najważniejszym momentem terapeutycznym w leczeniu nowotworów są promienie rentgenowskie. Dolegliwości uciskowe, duszność i obrzęki górnej połowy ciała mogą być pochodzenia tkankowego lub mechanicznego. W tych ostatnich żadne środki rtęciowe nie mogą sprawić ulgi. Sprawę obrzęków tkankowych i usuwania ich preparatami rtęciowymi należałoby ująć odrębnie. Wg. W a r b u r g a i innych nowotwór alkalizuje tkanki, tam gdzie jest alkalizacja mamy nagromadzanie się wody. Rtęć działa lekko zakwaszająco. Kojarzenie związków rtęciowych z chlorkiem amonu powoduje 2 — 3 krotne wzmożenie diurezy. Sprawa t. zw. Lebervenensperre, chociaż jest teorią młodą, jednak w zupełności zachwianą. Nie reguluje ona krążenia płynów tkankowych, jedynie odpływ krwi.

Kol. Z a w a d o w s k i — omawia dodatnie działanie rentgenoterapii na nowotwory. Przeciwwskazaniem do stosowania promieni Roentgena są nowotwory naciekające, zwłaszcza u ludzi starych. Sto-

sujemy naświetlanie w razie bólów i duszności. Nowotwory płuc u ludzi młodych stanowią wskazanie do naświetlań, o ile niema przerzutów.

W przypadku guza izolowanego można liczyć na cofnięcie się guza i odzyskanie zdolności do pracy.

Kol. W a g n e r przychyła się do objaśnienia kol. F i l i Ń s k i e g o co do działania rtęci. Zastosowanie soli rtęciowych oddawna dawało dobre wyniki (prof. Zacharin przed 40-tu laty stosował kalomel przy nowotworze przełyku). Statystyka chirurgicznego leczenia nowotworów jest fatalna. Kol. W a g n e r twierdzi, że na nowotwór należy patrzeć, jak na chorobę zakaźną i że chorych należy odosabiać. Taki był niegdyś pogląd Instytutu Pasteura na tę sprawę. Środków chemo-terapeutycznych chwilowo nie mamy, należy jednak pamiętać o doświadczeniach Wassermanna z eosin-selenium. Sam kol. W a g n e r stosował preparaty selenowe i arsenik, przyczem otrzymywał wyniki pomyślne — poprawa na przeciąg $1\frac{1}{2}$ r. — 2 lat.

Kol. L e w e n f i s z omawia djagnostyczne i terapeutyczne znaczenie bronchoskopji w przypadkach nowotworów płuc.

Kol. P r e z e s stwierdza, że dzisiejsze posiedzenie nie jest ostatnim z cyklu odczytów o nowotworach. Będzie jeszcze wygłoszony odczyt o radjoterapii i chemoterapii nowotworów.

Kol. F i l i Ń s k i: w odpowiedzi kol. Thurszowi podaje, że wspominał o zmianie stos. $\frac{K}{Ca}$ i fosfolipiusteryn w nowotworach. O ile alkohol okaże się środkiem swoistym w leczeniu nowotworów, wówczas jego właśnie spostrzeżenia będą zbędne. W odpowiedzi kol. A p f e l b a u m o w i: obrzęk na twarzy i w górnej połowie ciała jest pochodzenia mechanicznego. Rtęć nie działa w kierunku zakwaszenia, znamy środki silniej zakwaszające a nie dają one takich wyników jak rtęć. Dalsze wstrzykiwania rtęci działają silniej niż pierwsze. Stosowanie rtęci jest wyłącznie leczeniem objawowem, ale ma duże znaczenie, przynosi bowiem ulgę.

8. Odczyt prof. Laubera J. o odłożono do dnia 16 lutego b. r.

8. Odczyt prof. Laubera J. odłożono do dnia 16 lutego b. r.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dnia 16 lutego 1932 r.**

Początek o godzinie 20-ej punktualnie.

Obecnych członków — 63, wprowadzonych gości — 65.

1. Kol. P r e z e s wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Arkadiuszu Puławskim. Zebrani uczcili pamięć zmarłego powstaniem z miejsc i minutą ciszy. Zarząd zamierza urządzić uroczystą akademię ku czci Zmarłego.

2. Protokół posiedzenia z dnia 9.II.1932 r. przyjęto z następującymi poprawkami: dyskusję nad demonstracją kol. L a u b e r a zamieścić zaraz za streszczeniem, przemówienie w dyskusji prof. R a d l i ń s k i e g o usunąć, za jego zgodą, ponieważ wynikło ono z nieporozumienia.

3. Kol. P r e z e s odczytuje odezwę Komitetu budowy pomnika dla uczczenia pamięci członków służby zdrowia poległych za Ojczyznę.

4. Kol. U l i ń s k i przedstawia „Przypadek bliznowca policzka po wyleczonym toczniu pospolitym”. (Streszczenie własne):

Młodzieniec, lat 17, zgłosił się do ambulatorjum skórniego szp. św. Ducha z objawami bliznowca na lewym policzku. Od lat 14 miał tocznia lewego policzka. Po długotrwałem, niepomyślnem leczeniu maściami, został skierowany przez lekarza Kasy Chorych do Szpit. św. Łazarza, gdzie przebywał od połowy lutego do połowy maja r. b. Leczono go tam maścią Finsena (pyrogallusową) od 3—6 dni, poczem stosowana była maść borna i parokrotne naświetlania promieniami Roentgena. Powyższe zabiegi powtarzano trzykrotnie. Po wyjściu ze szpitala wytworzył się wkrótce bliznowiec (keloid). Obecnie niema objawów tocznia. Chorego skierowano do Instytutu światłoleczniczego przy szpitalu św. Łazarza, gdzie z powodu bliznowca będzie leczony radem.

5. Kol. L a u b e r J. wygłosił odczyt p. t.: „Obrazy wziernikowe oka w świetle bezczerwiennem i ich znaczenie dla medycyny wewnętrznej i neurologji” (streszczenie własne).

Po wstępnych uwagach o technice wziernikowania w świetle bezczerwiennem prelegent podkreśla, że ten sposób badania dna oka uwydatnia włókna nerwowe siatkówki i żółte zabarwienie plamki żółtej. Oprócz tego krew zawarta w naczyniach, czy też w wybroczytach swoją barwą czarną bardzo dobrze odbija się od zielonego dna oka. Ściany naczyń, których nie spostrzegamy w stanie zdrowym, uwydat-

niają się w razie zgrubienia. Wziernikowanie w świetle bezczerwien-
nem jest podstawą rozbioru zmian w samej siatkówce. Daje ono moż-
ność spostrzeżenia ubytku włókien nerwowych zatem przedmiotowego
stwierdzenia podstaw czynnościowych zmian oka. W wiązdie i poza-
gałkowym zapaleniu nerwu wzrokowego, oraz zaniewidzeniu połowicz-
nem można stwierdzić czy i w jakim stopniu powstały ubytki włókien
nerwowych w siatkówce. Stwierdzenie takich zmian jest ważne w roz-
poznaniu, pozwalając n. p. odróżnić od siebie jednoimienne widzenie
połowiczne na podstawie sprawy chorobowej umiejscowionej poniżej,
albo powyżej bocznego ciała kolankowego. Jest ważne także w roko-
waniu wykazanie, czy zaszły już poważne zmiany zanikowe w nerwie
wzrokowym, czy też jeszcze ich nie ma. Wskazanie lecznicze jest uza-
leżnione od rokowania. Im mniej zmian w warstwie włókien nerwo-
wych, tem lepsze jest rokowanie i tem energiczniejsze powinno być le-
czenie, żeby uratować jeszcze istniejące włókna nerwowe od ich cał-
kowitego zniszczenia. Stan włókien nerwowych i plamki żółtej, której
dokładne umiejscowienie jest ułatwione zabarwieniem, daje możliwość
odróżnienia środkowych mroczków w schorzeniach samej plamki żół-
tej od mroczków w zaniku wiązki tarczowoplamkowej lub w zmianach
w okolicy szczeliny ostrogowej (Fissura calcarina).

Wyraźny kontrast pomiędzy czarnym kolorem krwi w naczyni-
ach i po za niemi umożliwia łatwe znalezienie wybroczyn i spostrze-
ganie zmian ściany naczyniowej. Dostrzegalność cienkich rozgałęzień
naczyń daje wyjaśnienia co do ich przebiegu i stosunku do prawidłow-
wych lub patologicznych tworów dna oka. Łatwe jest spostrzeganie
zmian ściany naczyniowej, oraz odróżnienie zgrubienia tych ścian
kosztem światła naczyń (endarteritis, endophlebitis) od zgrubienia ob-
wodowego (periarteritis, periphlebitis). Można zatem łatwiej, niż
wziernikowaniem w świetle mieszanem rozpoznać schorzenia naczyni-
owe i poszczególne ich odmiany.

D y s k u s j a :

Kol. M e l a n o w s k i W. (streszczenie własne): omawia krótkie
dane historyczne metodyki — przypominając przedewszystkiem, że
początkiem metodyki było doniesienie S. Mayon w Lond. Tow. OkuL
w 1903 r. Autor ten korzystając z lampy rtęciowej poraz pierwszy po-
kazał w dwóch przypadkach włókna n. wzrokowego w siatkówce. Po-
tem Helmbold (1910) zastosował filtr zielony i wskazał, że z pomocą
tego filtru można widzieć zmiany w naczyniach siatkówki; z filtru żół-
tego obecnie korzysta Friedenswald (1924) i tą drogą widzi drobne
naczyńka siatkówki a nawet wydziela 2 warstwy tych naczyń.

Największą wszakże zasługę ma Vogl który w 1913 roku wpro-

wadził badanie w świetle bezczerwiennem i tem znacznie ułatwił badanie siatkówki z wyłączeniem naczyńówki, to, co było możliwe tylko wyjątkowo w silnem świetle białem, szczególnie u brunetów. Na zasadzie własnego doświadczenia mogę tylko potwierdzić doniosłość znaczenia metody, o której mówił prelegent.

Kol. Orzechowski K. podkreśla, że dane zawarte w odczycie kol. Laubera są ważne dla neurologów. Badanie dna oka w świetle bezczerwiennem może niekiedy dawać dodatnie wyniki. Jeżeli zmiany chorobowe toczą się w półkuli prawej, to wtedy nie mamy dodatkowych objawów, które zwykłym badaniem bliżej wyjaśniałyby umiejscowienie (w zmianach toczących się w lewej półkuli wystąpią objawy afazji, aleksji it. d.). Otóż jeżeli zmiany chorobowe toczą się poza skrzyżowaniem n. wzrokowych, a więc np. w płacie skroniowym do ciała kolankowatego, wówczas w obrazie wziernikowym oka wystąpią również zmiany, jeśli w płacie potylicznym — zmian w siatkówce nie będzie. Dotychczas jedynym sposobem rozpoznawania takich spraw był tu odczyn Wernickego, trudny do wykonania z powodów technicznych i kosztów aparatu. Zapytuje dlaczego na rysunkach nie widać dokładnie włókien nerwowych, oraz czy łatwo spostrzec w naczyniach krwionośnych początkowe zmiany miażdżycowe.

Kol. Higier stwierdza dużą doniosłość badania dna oka, w świetle bezczerwiennem, np. poza gałkowem zapaleniu n. wzrokowego i zatorze tętnicy środkowej siatkówki. Podkreśla ważność oglądania pęczka tarczowo-plamkowego i barwy plamki żółtej. Możliwość spostrzegania obrzęku i zanikania włókien nerwowych ma również niecodzienne duże znaczenie. Naczynia dna oka widuje się i w zwykłym oświetleniu, jednak nie tak wyraźnie. Przypuszcza, że tego rodzaju badania mogą być bardzo mocne w przypadkach historycznych niedowidzeń, rozsianem stwardnieniu wieloogniskowem (zanik włókien), wreszcie w chorobie T a y - S a c h s a.

Kol. Weingot zapytuje, czy prof. Lauber podziela zdanie Damera i Vogta, którzy twierdzą, że istnieje zależność pomiędzy barwą soczewki, a schorzeniem plamki żółtej: Przez intensywniejsze zabarwienie soczewki plamka żółta jest ochraniana przed działaniem promieni ultrafioletkowych.

Kol. Lauber w odpowiedzi wyjaśnia, że w zwykłym świetle włókna nerwowe można widzieć w pewnej odległości od tarczy, tylko przy natężeniu oświetlenia dochodzącem do 3000 świec. Wyraźnie widać je tylko w świetle bezczerwiennem. Co się tyczy zmian w uszkodzeniu szlaków wzrokowych, to widać je jedynie w zaniku włókien nerwowych. Można zarazem stwierdzić umiejscowienie zmian. Zmiany jednak pojawiają się dopiero po jakichś 6 tygodniach. Dla stwier-

dzenia ścięczenia włókien trzeba mieć pewne doświadczenie. Technika wziernikowania jest trudna. Posługujemy się wąskim pasmem światła w obrazie prostym. Metoda badania jest na drodze ulepszeń. Zupełnie słuszne jest oczekiwanie pogłębienia naszych wiadomości o powikłaniach ocznych w schorzeniach nerwów na podstawie badań w świetle beczcerwiennem.

W odpowiedzi kol. Weingotowi stwierdza, że na podstawie własnych obserwacji nie może potwierdzić spostrzeżeń Dumera i Vogta. Połączenie schorzenia soczewki i schorzenia plamki żółtej wcale nie jest rzadkie.

6. Kol. Węgierek J. wygłosił odczyt p. t.: „Wpływ czynników psychicznych wody, mięsa, węglowodanów i hormonów na wydzielanie i jakość żółci wątrobowej” (streszczenie własne).

Prelegent badał wpływ bodźców psychicznych, wody wodociągowej i przekroplonej o ciepłocie 15° C, wprowadzonej do żołądka i do odbytnicy, wody o ciepłocie 50°C, wprowadzonej do żołądka, mięsa, słoniny, szmalcu świńskiego, masła, żółtek jaj, oliwy, cukru, chleba, mleka, soków jarzynowych, (buraków, kapusty, kalafiorów i ziemniaków). Prócz tego badał wpływ hormonów (insuliny, pituitrolu, glanditryny, antefysanu, adrenaliny, owarianu, tyreotoksyny), wprowadzonych „per se” podskórnie i dożylnie, oraz wprowadzonych podskórnie w 15 min., po podaniu mięsa lub oliwy.

Następnie badano ogólne stężenie żółci (wskaźnik załamania światła, pozostałość suchą, ciężar właściwy) oraz poszczególne jej składniki (cholesteryna, bilirubina, żółciany, chlorki, azot całkowity i pozabiałkowy) a także napięcie powierzchniowe P_H i zasób zasad.

Na zasadzie tych badań doszedł do wniosku że:

1) bodźce psychiczne, woda o ciepłocie pokojowej, cukier trzcinowy, wspomniane soki jarzynowe oraz hormony nie wywierają wpływu na wydzielanie żółci;

2) hormony, wprowadzone bądź z oliwą, bądź z mięsem nie zmieniają choleretycznego działania mięsa i oliwy;

3) woda gorąca, tłuszcz, mleko i chleb posiadają działanie choleretyczne o różnym nasileniu;

4) z chwilą zwiększania się ilości wydzielanej żółci, stwierdzono zmniejszenie się jej natężenia ogólnego, jako też stężenie większości poszczególnych jej składników stałych, napięcie powierzchniowe, P_H i zasób zasad nie ulegają prawie żadnym wahaniom.

Dyskusja: kol. Mańkowski uważa, że wskutek subtelności działania bodźców psychicznych, doświadczenie należałoby nieco zmodyfikować. Pokazywanie słodkiego mleka, o którym pies musiał do-

piero pomyśleć jest niezaprzeczenie bodźcem zbyt słabym. Doświadczenie należałoby zorganizować w podobny sposób, jak robiono w szkole Pawłowa. Bodziec psychiczny należy uwzględnić również przy podawaniu pokarmów zgłębnikiem. Trudno mówić o porównaniu wyników podawania mięsa u człowieka i u psa, gdyż warunki doświadczenia nie były takie same (inny rodzaj i inne przygotowanie). Co się tyczy tłuszczów, to wywierają one tem większy wpływ na wydzielenie żółci im niższy mają punkt topliwości i im łatwiej się wchłaniają.

Kol. Cz u b a l s k i (streszczenie własne). Prelegent badał przebieg tak zwanego wydzielania psychicznego żółci na psach z przetoką żółciową, pokazując głodnemu psu pokarm. Należy zaznaczyć, że samo pokazywanie pokarmu niepołączone z karmieniem pozornem po założeniu przetoki przełykowej jest bodźcem znacznie słabszym. Trzeba to wziąć pod uwagę w przypadkach z wynikiem ujemnym w tym kierunku, jak to właśnie było w doświadczeniach kol. W ę g i e r k i. Oprócz tego bodziec węchowo-wzrokowy taki, jak mleko i masło, mało się nadaje do podobnych badań. W tych warunkach stwierdzenie braku wydzielania psychicznego żółci nie jest w całej pełni uzasadnione doświadczalnie, zwłaszcza, że brak przetoki żółdkowej u psów badanych nie daje możliwości skontrolowania siły odczynu wydzielniczego gruczołów błony śluzowej żołądka. Trzeba jednak zaznaczyć, że w świetle naszych wiadomości o wpływie nerwów na wydzielenie żółci wnioski kol. W ę g i e r k i o braku wydzielania psychicznego żółci byłyby usprawiedliwione. Z tych doświadczeń możnaby również wyciągnąć ciekawy wniosek, że sekretyna, wytwarzająca się niewątpliwie pod działaniem soku żółdkowego, nie wpływa pobudzająco na wydzielanie żółci. W warunkach bowiem doświadczenia kol. W ę g i e r k i sok żółdkowy, o ile on się wogóle wydzieliał w większej ilości, musiał się przedostać do dwunastnicy. Gdyby więc kol. W ę g i e r k o otrzymał wynik dodatni w tej części doświadczeń, trudno byłoby jeszcze stwierdzić, że mamy istotnie z psychicznem wydzieleniem żółci, to znaczy z bezpośredniem działaniem nerwów na wątrobę, gdyż również mogłoby to być działanie pośrednie przez sok żółdkowy.

Działanie pobudzające gorącej wody na wydzielanie żółci w przeciwieństwie do wody zimnej może dałoby się wytłumaczyć większym dopływem krwi do wątroby.

Przebieg krzywej wydzielania po mięsie wskazuje, że nie samo mięso jako takie tutaj działa, lecz produkty jego trawienia.

W analizie pobudzającego działania tłuszczów należałoby wziąć pod uwagę zawartość kwasów tłuszczowych w danym bodźcu pokar-

momym i zbadać, czy właśnie kwasy nie są głównym, jeżeli nawet nie wyłącznym czynnikiem wydzielniczym.

Brak zmian w ilości chlorków oraz stężeniu jonów wodorowych żółci, wydzielanej z różną szybkością, jest niewątpliwie bardzo interesującym faktem wobec wyników kol. Czubalskiego w tym kierunku odnośnie soku trzustkowego, które wskazują, że stopień zasadowości soku trzustkowego oraz związane z tem zmiany w ilości chlorków i węglanów stoją w ścisłej zależności od siły bodźca i szybkości wydzielania soku. Zmiany te są odbiciem mechanizmów, regulujących zapas zasad w ustroju. Możliwą jest jednak rzeczą, że wątroba i żółć, która nie jest typową wydzieliną ustroju, posiadając również charakter wydaliny, zachowuje się pod tym względem zupełnie inaczej. Taki przynajmniej wniosek należałoby wyciągnąć z tej części przedstawionych badań.

Metoda, stosowana przez kol. Węgierkę jest niewątpliwie jedną z najlepszych, gdyż pozwala zbierać całą żółć z wątroby podczas doświadczenia, w okresach zaś między doświadczeniami nie przerywa dopływu żółci do światła jelit, co jest rzeczą ważną. Wyniki badań tą metodą muszą jednak podlegać pewnej korekcie ze względu na to, że jednak podczas długotrwałych doświadczeń dopływ żółci do jelit jest przecież odcięty całkowicie, a wiemy o tem, jak silnym bodźcem wydzielniczym względem wątroby jest właśnie sama żółć i jak znacznym zmianom ulega pod względem chemicznym i fizykochemicznym treść jelitowa, poddana działaniu żółci, co może wpływać na dalszy przebieg wydzielania żółci. Jeżeli nie będziemy się jednak kusić o uzyskanie absolutnych danych, co do wielkości wydzielania, a zatrzymamy się na danych porównawczych, metoda ta będzie bez zarzutu.

Kol. Zajdenbajtl zapytuje, czy prelegent badał wpływ wód truskawieckich i krynickich na wydzielanie żółci, oraz czy stwierdził okres negatywny w żółciopędnym działaniu oliwy.

Kol. Cytronberg nie ma zastrzeżeń co do warunków doświadczenia. Uważa, że sprawa badania odruchów psychicznych była dobrze postawiona. Szkoda, że prelegent nie badał zachowania się lepkości żółci co razem z badaniem napięcia powierzchniowego daje bardzo dużo.

Dziwne jest natomiast kilka spostrzeżeń, a mianowicie brak wpływu HCl na wydzielanie żółci, dalej brak wpływu soków jarzynowych. Wzmożenie wydzielania soków kwaśnych wzmagają wydzielanie soków zasadowych, potwierdzenia czego nie znajdujemy w badaniach prelegenta. Rozewska i Carnot stwierdzili zależność między wydzielaniem soku żołądkowego a wydzielaniem żółci. Spostrzeżenia

kol. W. są niezgodne z dotychczasowymi badaniami. Niestusne jest też bezpośrednie przystąpienie do badania hormonów. Należało przedtem zbadać wpływ ciał dobrze znanych, jak pilokarpina i t. d.

Kol. O r ł o w s k i (streszczenie własne).

Badania kol. Węgierki różnią się od badań innych autorów pod tym względem, że dzięki opracowanej przez siebie metodyce kol. W. miał możność zbadać wpływ różnych czynników na wydzielanie żółci wątrobowej bez domieszki żółci pęcherzykowej. Ponadto zaś jego badania są o wiele rozleglejsze, uwzględniają bowiem cały szereg własności żółci. Dodatnio wyróżniają się badania te z pośród wszystkich innych i dlatego, że poza doświadczeniem u psów był zachowany wewnątrz obieg żółci. Nie było go w czasie samego doświadczenia, gdy zbierano całą żółć, lecz usunąć tego stanu rzeczy wogóle nie można. W badaniach nad wpływem czynników psychicznych na wydzielanie żółci wątrobowej nie prowadzono doświadczeń na psach z przetoką przełykową, a poprzestano natomiast na drażnieniu głodzonych psów pokarmem, uważając to za dostateczne, gdy psy na takie drażnienie reagowały silnie, między innymi bardzo obfitem wydzielaniem śliny. Poprzestając na tej metodzie wychodziliśmy ze spostrzeżeń na ludziach, u których można otrzymywać bardzo silny żołądkowy sok psychiczny, jeżeli po głodzeniu ich przez 12—18 godzin drażnić wzrok i węch przygotowywaniem w ich obecności smacznych potraw. Tę samą metodę stosował w szeregu doświadczeń i prof. Pawłow; nie mogę się zgodzić, by woda + t° 15°C nie wywierała wpływu na wydzielanie żółci wątrobowej dlatego, że wprowadzenie z głębnika do żołądka było czynnikiem hamującym. W takim bowiem razie pozostawałoby bez wpływu wprowadzenie przez zgłębnik również wody t° 50°C. Że wydzielanie soku żołądkowego nie wywiera wpływu na wydzielanie żółci wątrobowej, wynika to z licznych doświadczeń z sokami świeżymi jarzyn, które jak wykazały badania W. Orłowskiego, Leparskiego, Bołdyrewa i innych, potężnie pędzą sok żołądkowy a nie wpływają na wydzielanie żółci wątrobowej. Niezgodność licznych doświadczeń kol. W. z hormonami z wynikiem innych autorów, co podkreśla Doc. Cytronberg, nie obala wyników kol. W. Może ona zależeć od tego, że inni autorowie mieli do czynienia nie z czystą żółcią wątrobową, lecz jednocześnie przemieszaną z żółcią pęcherzykową. Hormony, oczywiście, mogą nie być cholerecica natomiast jednocześnie mogą być cholagoga. W każdym razie doświadczenia kol. W. są tak liczne i tak dokładne, że nie nasuwają żadnych wątpliwości. Uwaga doc. Cytronberga, że w doświadczeniu z hormonami należało obowiązkowo poprzedzić doświadczeniami na tychże psach z adrenaliną, atropiną i histaminą jest niesłuszna, psy były bowiem zupełnie zdrowe i reagowały

na różne bodźce pokarmowe w typowy dla każdego pokarmu sposób. Pragnąłbym w końcu zaznaczyć, że doświadczenia kol W. potwierdzają niektóre spostrzeżenia kliniczne, ustalone już oddawna. Mianowicie, wiadomo, że wody mineralne gorące dają w chorobach wątroby lepsze wyniki lecznicze, niż zimne. Z innej strony leczenie oliwą oddawna było polecane w kamicy żółciowej. To polecenie znajduje rehabilitację w danych kol. Węgierki.

Kol. Węgierki (streszczenie własne): oznajmia, że wodę zimną psy otrzymywały również bez zgłębnika, a jednak wyniki osiągnięto takie same, jak i po wprowadzeniu wody zgłębnikiem. Co się tyczy bodźców psychicznych, to bezwątpienia drażnienie mięsem należy uważać za doświadczenie, z którym trzeba się liczyć, albowiem pokazywałem mięso psom głodzoną do 20 godzin. Psy reagowały wybitnym ślino-tokiem, a więc był obecny ten bodziec, o który mi chodziło. Zaznacza, że w sprawie wpływu kwasu solnego żołądka na wydzielanie żółci nie osiągnięto jeszcze zgody. Zdania poszczególnych badaczy są w tej kwestji nie uzgodnione. Własne doświadczenia przemawiają za tem, że wzmożone wydzielanie soku żołądkowego nie musi prowadzić do choleryzy. Co do wpływu hormonów na wydzielanie żółci, to przedstawione badania dały wyniki ujemne. Inni mogli otrzymywać rezultaty inne dlatego, że posługiwali się odmienną metodą zakładania przetoki żółciowej i być może nie wiedzieli, że mają do czynienia z działaniem chologogicznym, przyjmując je za choleretyczne.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23.30.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z dnia 23 lutego 1932 r.

Początek o godz. 8-mej wiecz. punktualnie.

Obecnych członków T-wa 54.

Wprowadzonych gości 59.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 16.II. 1932 przyjęto.

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

Towarzystwa.

Biro. O zapaleniu rozsianem mózgu i rdzenia (encephalo - myelitis).

Odb. 1932.

- Grzybowski. Le métabolisme de Base dans le Psoriasis. Odb. 1931.
Krzyżtałowicz i Grzybowski. Choroby skóry. Warszawa, 1932.
Stępień i Grzybowski. Przypadek wągrzycy układu nerwowego i tkan-
ki podskórnej. Odb. 1931.
Galewski A. Sprawy nadciśnienia i próby jego leczenia. Odb. 1931.
Mikułowski W. Die chronische Appendizitis und Lues congenita beim
Kinde. Odb. 1932.
Zembrzuski L. Intuicja w medycynie. Odb. 1931.
Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. Rok 1929, 1930.
Kraków.

Karl und Faber. Katalog 49, 1932. Alte Medizin Naturwissen-
schaften Technik und Technologie. München.

3. Kol. E l e k t o r o w i c z A. wygłosił odczyt p. t.: „Rozpozna-
nie różniczkowe nowotworów płuc na podstawie obrazów rentgenow-
skich ze szczególnem uwzględnieniem błędów rozpoznawczych“ (stre-
szenie własne).

Znaczenie badania radiologicznego w rozpoznawaniu nowotwo-
rów płuc uznano powszechnie. Dzięki niemu liczba rozpoznanych za
życia nowotworów płuc wybitnie wzrosła. W odczycie omówiono tru-
dności rozpoznania różniczkowego ze szczególnem uwzględnieniem
błędów rozpoznania radiologicznego. Przyczyną pomyłek może być: 1)
niedokładne zbadanie chorego i nieprawidłowa ocena obrazu radjo-
logicznego, 2) brak współpracy klinicysty z radiologiem, niezajomość
wywiadów i obecnego stanu chorego, oraz 3) podobieństwo obrazów
radiologicznych w różnych cierpieniach narządu oddechowego. Raki
płuc nie dają zupełnie swoistych patognomicznych obrazów, przeto
ściśła współpraca klinicysty z radiologiem jest niezbędna. Następnie
prelegent przedstawia bogaty materiał zebrany 1) w II klinice Chorób
Wewnętrznych U. W. (Prof. Dr. A. Gluziński i Prof. Dr. W. Orłowski)
w ciągu 12 lat, częściowo 2) w praktyce prywatnej. Część przypad-
ków była potwierdzona badaniem sekcyjnym, one też mają największe
znaczenie.

Obrazy radiologiczne raków płuc są bardzo podobne do obra-
zów innych schorzeń, głównie gruźlicy, przewlekłego zapalenia, kiły,
ropnia, ziarnicy złośliwej a nawet nowotworów łagodnych i bąblowca.
Trudności rozpoznawcze mogą być większe, gdyż wymienione scho-
rzenia mogą się wikłać wzajemnie. Często też rak płuca nie jest roz-
poznany, z powodu współistniejącej gruźlicy. Również zmiany nastę-
pcze jak niedodma, zapalenie płuc i rozpad nowotworu mogą zaciemnić
obraz złośliwy i prowadzić do błędnego rozpoznania. Tak zwane na-
świetlania próbne mogą niekiedy ułatwić rozpoznanie. Wzniesienie
ciepłoty i szybkie zmniejszanie się cienia, przemawia na rzecz ziarnicy

złośliwej, natomiast wzniesienie ciepłoty bez zmiany cienia — na gruźlicę. Gdy zmian w ciepłocie niema, a cień znika bardzo szybko można myśleć o przewlekłym zapaleniu płuc. Brak jakiegokolwiek odczynu po naświetlaniu próbnym przemawia za rakiem lub nowotworem łagodnym. Prelegent nie stwierdził dodatnich wyników naświetlań raka płuc. Poprawa następuje często z powodu rozpadu tkanek nowotworu, wiodącego do zmniejszenia lub zniesienia ucisku na oskrzele, niedodma się cofa, objawy zapalenia ustępują.

W leczeniu raków płuc promieniami rentgenowskimi należy postępować ostrożnie i oceniać wynik krytycznie. Przedstawiony materiał radiologiczny podzielono na grupy zależne od postaci raka i jego umiejscowienia. W każdej grupie prelegent omawia schorzenia płuc, dające podobne obrazy. Przedstawia przypadki raków lub nowotworów łagodnych powikłanych gruźlicą. Zwraca uwagę na częstą obecność jam w rakach, zależnych bądź od rozpadu utkania nowotworowego, bądź od rozwoju raka w rozstrzeni oskrzelowej. Podkreśla, iż zmiany nowotworowe pozapłucne, (raki sutka, mięsak żebra) mogą niekiedy dawać obrazy radiologiczne podobne do obrazów raka płuc.

Oceniając przedstawiony materiał z punktu widzenia klinicznego należy zwrócić uwagę, iż stale powtarzającym się objawem raka płuc jest ból w klatce piersiowej. Bardzo często występowały wzniesienia ciepłoty i krwioplucia, niekiedy krwotoki. W płwocinie spotykano czasami włókna sprężyste. Najwięcej przypadków spostrzegam u chorych w wieku 50—78 lat. Objawy fizykalne często są niepewne i mało charakterystyczne.

Z przytoczonego wyżej wynika, iż raki płuc nie dają swoistego obrazu radiologicznego, niema również i klinicznych objawów patognomicznych. Tylko ścisłe łączne spostrzeganie kliniczne i radiologiczne pozwoli ustalić właściwe rozpoznanie.

Dyskusja: kol. Z a w a d o w s k i uważa przedstawione przypadki za bardzo ciekawe i pouczające, zwłaszcza, że były połączone z danymi klinicznymi. Zwraca uwagę na konieczność wykonywania zdjęć i prześwietleń w różnych kierunkach. Często rozstrzyga to o umiejscowieniu nowotworu, głównie śródpiersia i wnęk. Z odczytu wyprowadza wniosek, iż niczem niepowstrzymany wzrost guza wyrażający się powiększeniem cienia w radjogramie świadczy o nowotworze. Niewątpliwym objawem jest zjawienie się przerzutów w śródpiersiu, płucach i narządach odległych (układ kostny). Podkreśla znaczenie bagania drzewa oskrzelowego: 70% (a nawet większy odsetek) zwężeń światła oskrzeli spowodowane jest przez raka (Huguenin). Zachowanie się cienia w naświetlaniach leczniczych nie ma dużego znaczenia rozpoznawczego, zależy bowiem od warunków ilościowych dawkowania. Na

działanie promieni są wrażliwe nowotwory nieodróżnicowane lub mało zróżnicowane. Nowotwory wysoko zróżnicowane nie poddają się leczeniu promieniami.

Kol. F i l i ń s k i jest przeciwny opieraniu rozpoznania raków płuc wyłącznie tylko na radjogramach. Niema takich cierpień, które dawałyby t. zw. obrazy typowe. Cienie spostrzegane radjologicznie w rakach płuc często nie różnią się niczem od cieni gruźlicy, kiły, próchnicy i t. p. W paru przypadkach nie zgadza się z przypuszczalnym rozpoznaniem rentgenowskim; obok cieni uznanych za zależne od nowotworów istniała w ustroju gruźlica. Nie należy myśleć o cierpieniach rzadko spotykanych jak np. torbiele skórzaste, lecz o sprawach częstszych. Cienie wnękowe występują częściej w śródmiąższowym zapaleniu kiłowym płuc niż w rakach. Trudności rozpoznawcze kiły i nowotworów płuc są bardzo duże. Omawia niektóre cechy różniczkowe gruźlicy, kiły i raków płuc, podkreślając znaczenie badania fizykalnego i spostrzeżeń klinicznych. W rozpoznaniu gruźlicy płuc, zwłaszcza prosówkowej, duże znaczenie ma rozedma, która np. różni gruźlicę prosówkową od rakowatości prosówkowej płuc. Ta ostatnia częściej niż gruźlica jednostronna bywa. W rozpoznawaniu nowotworu płuc należy zawsze łączyć badania kliniczne z rentgenowskim.

Kol. D r o z d o w i c z zwraca uwagę na znaczenie intensywności samego cienia zależnego od nowotworu płuca oraz ostrości jego granic. Podkreśla nasilenie się tych cech cienia w badaniach seryjnych w przypadkach raków przywętkowych. Brak ostrych granic cienia jest przeciwskazaniem dla rozpoznania nowotworów płuc.

Kol. G ł u z i ń s k i omawia objawy kliniczne, wskazujące na obecność nowotworu płuc (raka). Głównymi objawami są: dźwięczny kaszel, szmer zwężeniowy pod obojczykiem i blisko kręgosłupa od tyłu (wnęki) oraz przytłumienie przy mostku i od tyłu w miejscu wnęk. Powiększanie się obszaru przytłumienia wskazuje na nowotwór. Zazwyczaj w miejscu przytłumienia niema oskrzelowego szmeru oddechowego, drżenie głosowe jest słabsze. Ta pewna niezgodność objawów osłuchowych z opukowem zależy od niedodmy płuca z powodu zwężenia lub zamknięcia światła oskrzela przez raka. Trudności rozpoznawcze kiły, nowotworów i gruźlicy są bardzo duże, lecz zawsze należy dążyć do rozpoznania bez badania radjologicznego.

Kol. L a s k o w s k i podkreśla duże znaczenie badania radjologicznego. Od chwili jego zastosowania liczba prawidłowo rozpoznanych raków płuc wybitnie wzrosła.

Istnieje duża zgodność rozpoznań rentgenowskich i sekcyjnych. Możliwe, iż nie zależy to od t. zw. typowości obrazów lecz od prawi-

dłowego rozumowania radjologów. Zwraca uwagę, iż rakowatość prosówkowa płuc najczęściej bywa obustronna, a tylko wyjątkowo jednostronna.

Kol. Filiński twierdzi, iż niema typowych obrazów radjologicznych w nowotworach, kile, gruźlicy i promienicy płuc, przeciwnie wykazują one wiele cech wspólnych. Zwiększanie się cieni w radjogramie nie jest właściwe tylko nowotworom. Huguenin uważa rakowatość prosówkową płuc za sprawę najczęściej jednostronną.

Kol. Orłowski (streszczenie własne). Dokładne badanie chorego z uwzględnieniem drobnych, zdawałoby się, szczegółów (mniejszy udział niektórych części klatki piersiowej w oddychaniu, miejscowe rozszerzenia żył, rozprzestrzenienie się skrócenia odgłosu opukowego na rękajeść mostka i t. d.) w wielu przypadkach daje możliwość rozpoznania nowotworu płuc, niejednokrotnie jednak dopiero badanie rentgenowskie czyni je możliwym we wczesnym okresie choroby. Carcinosis pulmonum i tuberculosis miliaris pulmonum, mogą dawać mniej więcej jednaki obraz, cechujący się bardzo wybitną dusznością, sinicą i bledością powłok, a jednocześnie prawie ujemnymi wynikami fizykalnego badania płuc. Odróżniamy te sprawy bez badania rentgenowskiego na podstawie pewnych cech, mianowicie, na korzyść sprawy rakowej przemawia prawidłowy poziom ciepłoty (o ile niema wtórnego zakażenia), obecność chociażby niedużych gruczołów nadobojczykowych (o ile wyłączają się inne sprawy), oraz krwiotocznego zapalenia opłucnej, zwłaszcza, gdy wysięk zawiera komórki podejrzane co do natury rakowej. Wybitnie dodatni odczyn dwuazowy przemawia przeciwko carcinosis, natomiast wybitnie dodatni odczyn Pirqueta przeciwko ostrej prosówce gruźliczej; wreszcie, carcinosis płuc jest sprawą wtórną, dołączającą się najczęściej, do skrycie przebiegającego raka żołądka.

Kol. Elektrowicz przedstawił nie wszystkie spostrzeżenia. Chodziło mu głównie o wykazanie i podkreślenie konieczności ścisłej współpracy klinicysty z radjologiem i odwrotnie. W przedstawionych przypadkach rozpoznanie było tylko prawdopodobne. Trzeba pamiętać o tem, że rozpoznanie pewne może postawić tylko anatomopatolog i to często dopiero po badaniu histologicznem tkanek. Za typowe dla raka płuc trzeba uznać obrazy w tych przypadkach, w których wyniki badań radjologicznego i klinicznego potwierdzono sekcyjnie. Zmiany w prosówkowej rakowatości płuc powstają drogą krwionośną i dla tego są podobne do gruźlicy prosówkowej; chociaż różnią się od niej wielkością plam i natężeniem cienia. Obok rakowatości prosówkowej istnieje jeszcze t. zw. lymphangitis carcinomatosa, która daje dość charakterystyczny obraz. Nie można zgóry odrzucać możliwości współ-

istnienia spraw rzadkich z częstymi np. torbieli skórzastej z gruźlicą. Obrazy radiologiczne w przedstawionych przypadkach bardzo przemawiają za takim współistnieniem. Gruźlica zresztą dość często wikała torbiele skórzaste i potworniaki płuc. Niewątpliwe rozpoznanie można by postawić tylko badaniem pośmiertnym. Znaczenie radiologii w rozpoznawaniu nowotworów wogóle a płuc w szczególności jest bardzo duże. Wskazuje na to wybitny wzrost liczby przypadków prawidłowo rozpoznanych raków płuc (z 3—4% do 50—60%). Współpraca klinicystów z radiologami jest konieczna.

Kol. B r o k m a n H. — odczyt odłożono do dn. 1.III 1932 r.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 55 wieczorem.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dnia 1 marca 1932 roku.**

Początek o godzinie 8-mej wiecz. punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 61.

Wprowadzonych gości — 56.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23.II 1932 r. przyjęto.

Kol. P r e z e s zawiadomił o wzięciu udziału przez T-wo w obchodzie 50-lecia istnienia Kasy im. Mianowskiego oraz o złożeniu w imieniu T-wa adresu treści następującej:

Z okazji przypadającej dzisiaj 50-tej rocznicy założenia Kasy im. Mianowskiego, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie spieszy złożyć Ci, czcigodna i wielce zasłużona dla kraju Jubilatko, wyrazy najgłębszej czci i uznania za tą tak płodną i dobroczynną działalność właśnie w czasach największego ucisku najeźdźcy — w ostatnich dwudziestoletniach wieku ubiegłego i pierwszych dziesięciu latach stulecia bieżącego.

Szerząc wówczas po kraju kult książki, Ty przyczyniłaś się waleśnie do podtrzymania kultury i nauki polskiej na poziomie, z którego dążył stale spychać je barbarzyński i wrogi nam zaborca.

Cześć Ci i wdzięczność od nas szczególnie za pamięć o nauce lekarskiej w Polsce.

Dzięki Twojej trosce i ofiarnej pomocy można było wśród młodzieży lekarskiej szerzyć skuteczniej naukę za pomocą polskiej książki lekarskiej.

Cześć Ci wreszcie za czułą i mądrą opiekę, którą stale otaczałaś ludzi, oddających się w Polsce pracy naukowej.

Twoja niewyczerpana energia, Twoja niezłomna wiara w lepszą dła Polski przyszłość sprawiły niezawodnie, żeś, pomimo ciężkich strat materialnych, przetrwała wojnę wszechświatową i jej skutki okropne i doczekałaś się wreszcie oczekiwanego oddawna z utęsknieniem wskrzeszenia ukochanej Ojczyzny, a z niem niepłonnych nadziei promenniejszej przyszłości dla kultury i nauki polskiej, których byłaś zawsze i będziesz — da Bóg — nadal Orędowniczką niedoścignioną i niezastąpioną.

Tego zasłużonego rozwoju, tych dojrzałych owoców zbożnej pracy społecznej życzy Ci, Czc. godna Jubilatko, z całego serca w imieniu kultury i nauki polskiej Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

3. Kol. P r e z e s odczytał zawiadomienie o organizowaniu przy Wydziale Lekarskim Uniwer. Warszawskiego kursu dokształcającego dla lekarzy praktykujących. ,

4. S e k r e t a r z Stały wygłosił wspomnienie o ś. p. D-rze med Czesławie Jankowskim (streszczenie własne).

W dn. 24 lutego r. b. zmarł w Warszawie ś. p. Dr. Czesław Jankowski, członek czynny T. L. W. od r. 1905. Urodzony dn. 15 lipca r. 1877 w Radzyminie, dawnej gub. Warszawskiej, po ukończeniu IV g'imn. w Warszawie, zapisał się w r. 1895 na Uniw. Warsz. na wydział lekarski. Stopień lekarza uzyskał w r. 1900. Początkowo pracował przez krótki okres czasu na wydziale chorób wewnętrznych, prowadzonym przez ś. p. Dra O. Hewelkego w szpitalu ś-go Rocha, niebawem zaś, postanowiwszy poświęcić się chirurgji, przeniósł się na odz. ś. p. Dra Maliszewskiego w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze. Stąd w roku 1902 przeszedł na stanowisko asystenta Kliniki Chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducha. W r. 1914 został powołany do armji rosyjskiej, w r. 1919 w szeregach Wojska polskiego stanął. W r. 1924 opuścił służbę wojskową ze zdrowiem tak nadwątlonem, że już nie mógł myśleć o wzięciu żywszego udziału w życiu zawodowem. Uczcijmy pamięć zmarłego kolegi przez powstanie.

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie i jednoninutową ciszę.

Kol. U l i Ń s k i H. przedstawił „Dwa przypadki tocznia rumieniowatego twarzy” (streszczenie własne).

Chora, lat 29, zgłosiła się do ambulatorjum skórno Szpitala św. Ducha przed 1½ tygodniem. Na grzbiecie nosa—blaszka barwy szarej z różowym odcieniem. Brzegi wykwitów są otoczone rozszerzonymi naczynekami krwionośnymi. W obrębie blaszki skóra nacieczona. Na lewej stronie nosa — blizna po zamrożeniu stałym CO₂. Na obu policz-

kach pod oczami — skóra nacieczona, czerwona z sinawym odcieniem. Gruczoły łojowe są rozszerzone. Choroba trwa od 5¹/₂ lat, leczyla się w Wilnie maściami i zamrożeniem stałym CO₂. Zamierza chorą skierować do Instytutu światłoleczniczego przy szpitalu św. Łazarza.

Chora, lat 40, zgłosiła się do ambulatorjum szpitala św. Ducha przed 1¹/₂ tygodniem.

Na grzbiecie nosa — ostro ograniczona, nieco wzniesiona blaszka barwy brunatno-żółtej. Zaopatrzona ona jest w rozszerzone naczynka krwionośne. Naokoło blaszki skóra obrzmiała, sina, chłodna. Choroba trwa, jak chora podaje od 2¹/₂ miesięcy. Nie była leczona. Powyższy zespół objawów Hutchinson nazwał „Chilblain—Lupus”.

6. Kol. B r o k m a n wygłosił „Pogląd na patogenezę oraz leczenie chorób zakaźnych w związku z zagadnieniem alergji” (streszczenie własne).

Z różnorodnych przejawów doświadczalnych oraz klinicznych anafilaksji i idjosynkrazji można wyodrębnić wspólne cechy, łączące je wzajemnie, a to w postaci stanu alergji oraz zjawiska alergji. Stan alergji sprowadza się do wrażliwości (powinowactwa) tkanki wrażliwej w stosunku do wywoływacza (antygeny). Zjawisko alergji jest wynikiem wiązania się komórek wrażliwych z antygenem na podłożu tego powinowactwa i sprowadza się w pierwszym rzędzie do pierwotnego uszkodzenia tkanek. Te podstawowe dwa fragmenty oddziaływania biologicznego w postaci stanu i zjawiska alergji dają się stwierdzić w szeregu niemal wszystkich chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych. Warunkują one ten lub inny okres wylegania, wrażliwość osobniczą na daną chorobę, charakteryzują jej przebieg oraz wpływają na mechanizm zdrowienia. Ten stan alergji, stanowiącej podłoże patogenetyczne, warunkujące zjawiska chorobowe, ustrój zwalcza zapomocą ciał odpornościowych, przeciwstawiających się czynnikowi bakteryjmu lub toksycznemu. Występują tutaj na scenę ciała głównie zobojętniające (antytoksyny). Wynik ich działania zależy od stopnia aktywności tych ciał, od stosunku jaki zachodzi pomiędzy powinowactwem tych ciał do jadu z jednej strony, a powinowactwem tegoż jadu (alergji) do komórek wrażliwych ustrojowych z drugiej strony. Stąd widać, że ciała zobojętniające posiadają dla wrażliwości na choroby zakaźne, dla łagodniejszego ich przebiegu, wreszcie dla mechanizmu zdrowienia jedynie znaczenie względne. Ustrój posiada jeszcze odmienny sposób unikania niekorzystnego dlań powinowactwa do czynnika chorobotwórczego, a to drogą zmniejszenia tego powinowactwa, obojętniejszego ustosunkowania się do czynnika chorobotwórczego. Tak niewrażliwość małych niemowląt na szereg chorób zakaźnych (m. in. na płonicę, zapalenie płuc) zależy w dużej mierze od obojętno-

ści tkanek narządowych (skóry w płonicy, płuc w ich zapaleniu) w stosunku do odpowiednich zarazków (paciorkowca płoniczego, pneumokokka). Zdrowienie z choroby zakaźnej, ustępowanie wysypki w przebiegu płonicy zależy, na zasadzie badań własnych, od występującej w tym okresie niewrażliwości skóry na jad paciorkowca płoniczego. Dalej w przebiegu odry towarzyszy słabnącemu odczynowi tuberkulinowemu, (co należy uważać za wyraz mniejszej wrażliwości tkanek do jądów lasecznika gruźliczego) cały szereg objawów klinicznych: sprawy zapalne gruźlicze chwilowo zaczynają się cofać, przetoki wydzielają ropę, występuje pozorna, acz krótkotrwała poprawa.

Ten punkt widzenia daje nam nowe perspektywy w kierunku zapobiegania oraz leczenia chorób zakaźnych. W zakresie zapobiegania winniśmy unikać wszystkich czynników, które są w stanie zwiększyć powinowactwo tkanek ustrojowych do poszczególnych czynników chorobotwórczych; poddawać zaś ustrój działaniu tych które wpływają nań w sensie odwrotnym. W zakresie leczenia winniśmy uznać za nader ważne stosowanie tych środków swoistych (szczepionek), nieswoistych (proteinoterapia, leczenie wstrząsowe), farmakologicznych i fizykalnych (balneologicznych), które mogą spowodować wytworzenie się stanu obojętności tkanek na czynnik chorobotwórczy. Cały szereg już wprowadzonych do lecznictwa środków zawdzięcza temu mechanizmowi działania swój efekt leczniczy. Inne winny być badane właśnie z punktu widzenia działania ich na ustrój w powyższym sensie.

Dla rozwiązania tego zagadnienia niezbędne jest skojarzenie metod badania klinicznego z metodami doświadczalnymi anatomji patologicznej, patologji ogólnej oraz farmakologii. W ten sposób pogląd prelegenta na patogenezę chorób zakaźnych, oparty na dziesięcioletniej pracy klinicznej i doświadczalnej, znajdzie głębsze jeszcze uzasadnienie; na tej drodze zostaną może być osiągnięte wyniki praktyczne w zakresie zapobiegania oraz leczenia chorób zakaźnych.

Dyskusja: Kol. K a r w a c k i (streszczenie własne).

Wydaje mi się, że niema takich ram patogenezy, w których możnaby pomieścić wszystkie choroby zakaźne, nie wyłączając, oczywiście i ram alergji. Obejmowanie wszystkich chorób zakaźnych przez prelegenta pod tym znakiem utrudnia dyskusję, stawiając ją na gruncie ogólnikowym.

Przechodząc do rzeczy konkretnych, stwierdzam że sprawdzian alergiczny, podany przez prelegenta w postaci zapalnych odczynów komórkowych różnego natężenia, nie wydaje mi się dość uzasadnionym.

Białko bakteryjne w postaci płynnej jako niskocząsteczkowe, może przechodzić przez błony komórkowe i wywoływać w komórkach

zmiany, i tak się dzieje niewątpliwie. Gdzież więc tu jest miejsce na odczyn alergiczny i jak prelegent uzasadnia, że to jest odczyn spowodowany alergją, a nie pierwotną toksycznością białka bakteryjnego?

Wydaje mi się, że w chorobie zakaźnej ostrej prawie niema szans na wytworzenie się stanu uczulenia. Powstaje on natomiast nieuchronnie w chorobach zakaźnych przewlekłych, jako następstwo długotrwałego działania białka bakteryjnego na ustrój.

Kol. B r o k m a n starał się wyodrębnić pewne podstawowe zjawiska biologiczne i wykazać ich występowanie w całym szeregu chorób zakaźnych nietylko przewlekłych lecz i ostrych. Takie choroby jak odra i ospa są cierpieniami odczynowymi. Objawy występują w nich dopiero wtedy gdy ustrój zostanie uczulony. W innych np. błonicy niepotrzebny jest okres wylęgania, jednak i tu działanie jadowite białka drobnoustrojowego niema znaczenia. Różnica jest tylko pozorna. Niemowlęta są początkowo niewrażliwe na zakażenie błonice, stają się jednak wrażliwe prawdopodobnie przez zetknięcie się z zarazkiem błoniczym mniej zjadliwym, który nie wywołał cierpienia, lecz uczulił ustrój. Objawy błonicy wystąpią dopiero wtedy, gdy ustrój zostanie uczulony. Ten stan powinowactwa jest czynnikiem podstawowym, warunkującym wystąpienie objawów chorobowych pod wpływem czynnika zakaźnego.

7. Kol. Kol. Kotarska-Dettloff H. i Moczarski W. wygłosili odczyt p. t.: „Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego“. Część I. (streszczenie własne).

Prelegenci (Moczarski) podnoszą doniosłość klinicznego ujmowania oceny niezdolności do pracy w gruźlicy płuc, która jest równocześnie zagadnieniem społecznym. Wskazują, opierając się na statystyce przeprowadzonej w Komisji Lekarskiej Kasy Chorych, jak duży odsetek ocen przypada na cierpienie gruźlicze (na 6910 różnych chorych wewnętrznych i nerwowych 1192 przypadki gruźlicy płuc, z tego zdolnych do pracy 40,16%, niezdolnych 59,84%). Przyjmują w orzecznictwie zakaz pracy, jako jeden z czynników leczniczych oraz jako środek w dążeniu do uzyskania powrotnie pełnowartościowej lub choćby częściowej zdolności do pracy. Następnie rozpatrują trudności, nasuwające się w ocenie niezdolności do pracy zwłaszcza w gruźlicy, wskutek zdradliwego i podstępного początku oraz różnorodnego przebiegu cierpienia. Zwracają uwagę nietylko na stan chorego, ale i na warunki w jakich praca się odbywa. Uwzględniają również rodzaj zajęcia, dzieląc zawody zależnie od ich ciężkości na 4 grupy.

Wczesne rozpoznanie, możliwie najściślejsze rokowanie oraz indywidualizacja poszczególnych przypadków są zasadniczymi warunkami trafnej oceny.

Opierając ocenę niezdolności do pracy w gruźlicy na gruncie klinicznym prelegenci podkreślają wartość radiologii i badań pomocniczych, omawiając krótko znaczenie ich zastosowania w orzecznictwie praktycznym.

Dla ułatwienia omówienia oceny niezdolności do pracy w poszczególnych postaciach gruźlicy, autorzy przyjmują podział gruźlicy według Sterlinga oraz Bard-Piéry-Neumanna.

W pierwszej części odczytu omówiono ocenę niezdolności do pracy w ostrej i podoostrej postaci gruźlicy.

Dyskusja odbędzie się po wygłoszeniu całości.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 22 min. 05.

Prezes: **Witold Orłowski**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski**.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO z dnia 8 marca 1932 r.

Początek o godz. 20-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 50.

Wprowadzonych gości — 76.

Protokół posiedzenia z dnia 1.III 1932 r. przyjęto.

2. Kol. S e k r e t a r z S t a ł y wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Drze Janie Sędziaku (streszczenie własne).

W dniu 6 marca r. b., zmarł w Warszawie ś. p. Dr. Jan Sędziak, członek Tow. Lek. Warsz. od r. 1888. Ś. p. Jan Sędziak, urodził się w r. 1861. Po ukończeniu III-go gimnazjum w Warszawie zapisał się na wydział lekarski Uniwersytetu Warsz., który ukończył w r. 1886 ze stopniem lekarza. Przez 2 następne lata pracował jako asystent na oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Św. Ducha, prowadzonym przez ś. p. Alfreda Sokołowskiego. W latach 1889 i 1890 ś. p. Jan Sędziak prowadził systematyczne, poważne studia w uczelniach zagranicznych, przede wszystkim i najdłużej w Londynie pod kierownictwem najśłynniejszego wówczas laryngologa Prof. Sir M. Mackenzie. Po przeprowadzeniu studiów uzupełniających w klinikach Paryża, Heidelberga, Monachium, Wiednia i Berlina, ś. p. Dr. Sędziak powraca do kraju, i tu po pewnym czasie obejmuje stanowisko kierownika ambulatorjum oto-laryngologicznego w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze. Po kilku jednak latach

opuszcza to stanowisko z powodu nadwątłego zdrowia po przebytej ciężkiej chorobie nerek. Odtąd oddaje się z zapałem i niepodzielnie pracy na niwie naukowo-literackiej. Ogłasza drukiem około 170 mniejszych prac z dziedziny otoryno-laryngologii w językach polskim, angielskim, francuskim i niemieckim. Prace te jedną są. p. Sędziakowi duże uznanie i poza granicami kraju ojczystego, skoro za monografię „O nowotworach złośliwych krtani” otrzymuje we Francji na konkursie międzynarodowym złoty medal i 1.000 franków nagrody. Wkrótce potem zdobywa są. p. Sędziak medal złoty na międzynarodowym konkursie lekarskim w Ameryce za pracę: „Etjologia i leczenie gruźlicy górnych dróg oddechowych”. Następnie ogłasza pierwsze w literaturze lekarskiej polskiej „Podręczniki chorób nosa i gardła”. Z dalszej działalności są. p. Sędziaka wymienić należy pracę: „Rozwój laryngologii i rynologii u poszczególnych narodowości”. Praca ta ogłoszona pierwotnie w języku angielskim, spotkała się z tak gorącą i niezwykle pochlebną oceną Prof. Sir F. S e m o n a, że w następnym 1907 roku. otrzymał są. p. Sędziak zaproszenie do Akademii Oto-Laryngologicznej w New-Yorku do wygłoszenia odczytu inauguracyjnego na otwarciu III-go kongresu tej instytucji. Kongresy takie odbywają się co lat 3: na pierwszy z nich otrzymał podobne zaproszenie prof. E. S e m o n z Londynu, na drugi prof. B. F r e n k i e l z Berlina. W kraju również nie omijają są. p. Sędziaka dowody prawdziwego uznania; w r. 1897 zostaje on powołany na członka korespondenta Tow. Lek. w Krakowie, oraz Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

W maju tegoż roku są. p. J. Sędziak został powołany na katedrę oto-laryngologii przez Wydział Lekarski Uniwersytetu we Lwowie, a w r. 1918 przez Uniwersytet Jagielloński. I tylko okoliczności, dotąd dosłownie niewyjaśnione, stanęły na przeszkodzie do objęcia tych stanowisk.

Jak z tego, narazie pobieżnego wspomnienia, wynika, że śmiercią są. p. Dra Jana Sędziaka schodzi ze świata niepowszedniej wartości i niebywałej pracy lekarz, wysoko niosący sztandar nauki, któremu przypadło w większym udziale przypominać światu, w najpiękniejszej dziedzinie cywilizacji, o niespożytej, wiecznie żywej wartości Polski. I jak gorąco tę Polskę miłował, dał dowód, gdy, będąc już w podeszłym wieku, cały pozostały mu zarobek ciężkiej pracy umieścił w ziemi Pomorskiej. A ziemię tę oddał nam, Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu, na użytek społeczności lekarskiej, bo Mu ona naprawdę drogą była. Uczcijmy żywą pamięć Kolegi naszego są. p. Dra P. Sędziaka.

Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc i minutę ciszy.

3. Kol. Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Bernhard, Bruner E., Racinowski. Gruźlica skóry. Poznań, 1932.

Biehler M. Eléments de diagnostic des maladies des enfants, Paris. 1930.

Grotti Petrynowski. Zakażenia dwunastnicy i dróg żółciowych wielkouszczem jelitowym. Odb. 1932.

Grzywo-Dąbrowski W. Samobójstwo czy zabójstwo z krótkiej broni palnej? Odbitka bez daty wyd.

Janiszewski T. O Ministerstwie Zdrowia. Odb. 1932.

Woyno R. D. Alkohol etylowy, ostre jego działanie na ustrój i leczenie. Odb. 1932.

Zaremba. Zarys dziejów szkoły lekarskiej w Salerno. Odb. 1896.

Zaremba. Kilka szczegółów o lecznictwie w starożytnym Egipcie wedle papyrusów dotychczas odczytanych. Odb. 1897.

Pamiętnik Zjazdu Lekarzy Uzdrowiskowych w Warszawie — dnia 26.IV 1931 r. Odb. 1931.

Spis prac oryginalnych zawartych w I — X tomie „Ginekologii Polskiej”. Rok 1922—1931. Włocławek, 1931.

Arbeiten aus der dritten Abteilung des Anatomischen Institutes der Kaiserlichen Universität Kyoto. Serie C. Heft 2. 1931.

Mikulowski. Un cas d'encephalite coquelucheuse chez un enfant syphilitique. Odb. 1932.

Kol. Prezes zawiadamia: a) o otwarciu Kliniki Ocznej U. W. w nowym pomieszczeniu w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Na uroczystość tą zostało zaproszone Towarzystwo Lekarskie, które reprezentował kol. Prezes; b) Koło Medyków S. U. W. w dniu 17.III. 1932 r. zakupiło w teatrze Ateneum przedstawienie, z którego dochód będzie przeznaczony na budowę domu Medyków. Bilety w cenie ulgowej są do nabycia w Kole Medyków.

4. Kol. Berdo N. wygłasza odczyt p. t.: „Wartość rezorcynowego odczynu Vernesa w gruźlicy płuc (streszczenie własne).

Przeprowadzono przeszło 1020 badań nad zachowaniem się odczynu Vernesa u 818 chorych z różnymi cierpieniami narządów wewnętrznych (z uwzględnieniem przedewszystkiem gruźlicy płuc) i u 11 klinicznie zdrowych.

Krew pobierano naczczo z żyły z przestrzeganiem wszystkich przepisów, podanych przez Vernesa i jego współpracowników. Po utworzeniu skrzepu. surowicę zlewano i wirowano, aż się stała zupełnie przezroczystą. Do 0,6 cm³. badanej surowicy dodawano 0,6 cm³. 1,25% roztworu rezorcyny i określano za pomocą fotometru stopień

zmętnienia mieszaniny. Następnie pozostawiano mieszaninę w ciepłocie 18°—20° na 4 godziny i ponownie określano stopień zmętnienia. Po odjęciu pierswej liczby od drugiej otrzymywano odczyn Vernesa liczbowo. Liczby ponad 30 uważano za dodatni odczyn Vernesa, poniżej zaś za ujemny.

Wśród 355 chorych z różnemi postaciami gruźlicy płuc ogółem w 86,4% otrzymano odczyn dodatnie.

Chorych z innemi cierpieniami narządów wewnętrznych było 463, odczyn dodatni otrzymano w 44,9%.

Na podstawie własnych badań i piśmiennictwa wnioskujemy:

1. Odczyn Vernesa nie jest swoisty w gruźlicy płuc, więc znaczenie rozpoznawcze tego odczynu jest niewielkie.

2. Odczyn Vernesa natomiast ma duże znaczenie w określeniu czynności gruźlicy i jej charakteru postępującego.

3. Odczyn Vernesa może być stosowany, jako kontrola skuteczności leczenia: w przypadkach polepszenia — obniża się, w razie pogorszenia lub powikłań — podnosi się.

4. Wobec tego odczyn Vernesa ma znaczenie w rokowaniu w gruźlicy płuc, zwłaszcza jeżeli się przeprowadza badania seryjne. Wtedy krzywa odczynu w olbrzymiej większości przypadków wiernie naśladuje przebieg cierpienia. W wielu przypadkach na podstawie jej można przepowiedzieć dalszy przebieg, przynajmniej na krótki okres czasu.

Dyskusja:

Kol. Dąbrowski K. (streszczenie własne): przypomina, że w ciągu ostatnich 10-ciu lat były stosowane 2 odczyny w klinice gruźlicy: 1) odczyn wiązania dopełniacza (z antygenem Besredki, Boqueta i Negre'a, Wassermanna, Petroffa i t. p.) i 2) odczyn kłaczkowania (Costy Davany'ego, Mattesiego, Vernesa i t. p.).

Liczne prace wykazały, że oba odczyny nie są swoiste dla gruźlicy. Wypadają ujemnie w przypadkach niewątpliwie stwierdzonej gruźlicy, a dodatnio — u chorych bez gruźlicy. — Odczyny powyższe posiadają charakter pomocniczy w klinice gruźlicy, zwłaszcza w określeniu nasileń w przebiegu choroby. Natomiast nie posiadają wartości dajagnostycznej.

Kol. Weingot stwierdza, że odczynu Vernesa nie dokonywano u osób zołzowych. Należałoby porównać go z odczynem Pirquet'a.

Kol. Moczarski uważa, że odczyn Vernesa należałoby stosować w kwalifikowaniu chorych do szpitali i sanatorjów, zwłaszcza z wysiękowym zapaleniem opłucnej, które może zależeć od gruźlicy czynnej lub klinicznie wygojonej.

5. Kol. Dąbrowski K. i Gackowski J. wygłaszają odczyt

p. t.: „Jednoczesna obustronna odma sztuczna w leczeniu gruźlicy płuc” (streszczenie własne).

Od 1923 — 1931 roku odmę sztuczną obustronną zastosowano w 65 przypadkach. Wśród chorych, którym stosowano ten zabieg, byli chorzy ze zmianami w drugim płucu, powstałymi w przebiegu stosowania odmy jednostronnej (kategoria I), albo tacy, którzy przybywali już na oddział ze zmianami obustronnymi w płucach (kategoria II).

Zakładając odmę obustronną stwarzało się chorym możliwość korzystania nadal ze skuteczności leczenia uciskowego. W przeciwnym bowiem razie oni byliby skazali na dalsze rozwijanie się choroby i postępujące z tem wyniszczenie. Dobre wyniki otrzymywano, jeśli odmę obustronną zakładano w warunkach odpowiednich i w odpowiednim czasie. Stosowanie odmy sztucznej obustronnej nie nastęrcza żadnych trudności i można ją stosować, kierując się ogólnie przyjętymi wskazaniami i przeciwwskazaniami.

Ze spostrzeżeń, jakie dotychczas posiadamy, zauważyć można, że odma obustronna daje nieraz znaczną poprawę stanu ogólnego chorego i że choroba nie postępuje tak, jak bez stosowania tego sposobu leczenia.

Dotychczas wśród chorych, leczonych obustronną odmą sztuczną, zauważono wyniki dość dobre, nawet w przypadkach średnio-ciężkich.

Wnioski:

1. Obustronna odma sztuczna jest zabiegiem nieszkodliwym.
2. Ostrożnie stosowana i często kontrolowana nie daje powikłań.
3. Obustronna odma sztuczna stwarza w płucach lepsze warunki do leczenia gruźlicy płuc.

4. W odpowiednich przypadkach może dać około 50% poprawy.

Kol. S z c z e p a ń s k i. W uzdrowisku w Otwocku, spostrzegął 32 przypadki odmy dwustronnej. Naogół odniósł wrażenie niekorzystne. Tylko 3 przypadki od kol. Dąbrowskiego szły dobrze. U jednej chorej stwierdzono duszność nawet przy wchodzeniu na schody. — Przejęście gruźlicy na drugie płuco w leczeniu odmą jednostronną, świadczy o złośliwości przebiegu cierpienia. Pęknięcie płuca stwierdzono 4 razy. Po każdym zabiegu następowało samodopełnienie odmy, które bywa często w przypadkach odmy dwustronnej. Prawdopodobnie pękają pęcherzyki płucne rozdęte w sąsiedztwie zmian chorobowych. Odmę dwustronną robi się w przypadkach bardzo ciężkich. Mimo to niekiedy następuje przemijająca poprawa.

Kol. M i s i e w i c z stwierdza ogromnie dokładne opracowanie materiału referatowego. Nasunęło się jednak pytanie, czy wobec 40—50% poprawy warto tą metodę stosować. Nie można porównywać statystyk odmy jednostronnej i odmy dwustronnej. Nie mamy bowiem

dwóch przypadków identycznych pod względem okresu i rozległości zmian patologicznych. Ponieważ doświadczalnie sposób ten nie dawał zachęcających wyników, stosowano go wyłącznie w przypadkach ciężkich. Aby odma dwustronna uzyskała prawo obywatelstwa, należy stosować ją według prawideł stosowania odmy jednostronnej: to jest we wczesnych okresach gruźlicy i u młodych ludzi. Płyn powstający po pierwszym wprowadzeniu powietrza do opłucnej w przeciągu krótkiego czasu nie jest płynem wysiękowym. Jest to płyn zwilżający normalnie listki opłucnowe, który po ich rozsunięciu, zbiera się w dole opłucnej. Duszności w przypadkach odmy dwustronnej nie powinniśmy się spodziewać, ponieważ pojemność życiowa płuc nie zmienia się takbardzo.

Kol. G l u z i ń s k i: podkreśla, że był jednym z pierwszych, który w Polsce zastosował metodę Forlaniniego. Uważa, że odma dwustronna nie może dać dodatnich wyników leczniczych. Ucisk płuca nie może być zbyt silny, jak tego wymaga leczenie odmą. Doświadczenie na psach wskazuje, że odma dwustronna wywołuje znaczne zaburzenie w układzie krążenia i w narządzie oddechowym. Już w odmie jednostronnej u psa naskutek zwężenia koryta tętnicy płucnej serce prawe przerasta. Przedostawaniu się powietrza z jednej opłucnej do drugiej towarzyszą bardzo gwałtowne objawy. To przedostawanie się powietrza na drugą stronę u psa zależy od stosunków anatomicznych w śródpiersiu, a mianowicie od miejsc o mniejszym oporze.

Kol. S z c z e p a ń s k i: jego spostrzeżenia dotyczące odmy u psów nie potwierdzają spostrzeżeń prof. Gluzińskiego. Odma nie wywołuje przerostu serca prawego. Przy nadmiernym ucisku płuca rentgenologicznie stwierdzamy jakby odmě obustronną; zależy to od przesunięcia wiotkiego śródpiersia psa na stronę drugą.

Kol. O r ł o w s k i. (streszczenie własne).

Zaznacza, że pierwszy zaczął stosować leczenie gruźlicy płuc odmą w Rosji. Idąc za wskazówkami Forlaniniego, początkowo doprowadzał ciśnienie wewnątrzopłucnowe do dodatniego, oczywiście po kilku dopełnieniach. Z biegiem czasu przekonał się, że dodatnie ciśnienie nie jest niezbędnym warunkiem skuteczności leczenia, gdyż dobre wyniki otrzymuje się, stosując przez cały czas leczenia, ciśnienie ujemne w granicach — 1, 2 6. Od tego czasu nie doprowadza ciśnienia nigdy do dodatniego. Takie postępowanie jest obecnie ogólnie przyjęte. Jego skuteczność wskazuje, że mechanizm działania odmy nie polega na zupełnym unieruchomieniu chorego płuca. Wchodzą tu w grę inne czynniki, przede wszystkim utrudnienia obiegu krwi oraz chłonki w uciśniętym płucu, co zmniejsza zatrucie ustroju toksynami. Płuco bierze mniejszy udział w akcji oddechowym, wskutek czego

aspiracja materiału zakaźnego z chorych części płuc przez zdrowe jest również utrudniona. Od czasu, gdy zaprzestano doprowadzać ciśnienie wewnątrzopłucnowe do dodatniego, rzadziej występują w odmie wi-
kłąjące wysiękowe zapalenia opłucnej. Wspomina o swoich badaniach
doświadczalnych na psach, które wykonywał w Klinice kazańskiej, by
wyjaśnić jaki wpływ wywiera leczenie odmą na zdrowe płuco. Prze-
konał się przy tem, że psy często ginęły, gdy doprowadzał ciśnienie do
dodatniego. W tych warunkach bowiem odma u psów szybko staje się
obustronną. Zależy to od budowy śródpiersia. Możemy stosować odmę
obustronną w gruźlicy płuc, gdy odrazu mamy gruźlicę obu płuc, albo
gdy sprawa gruźlicza zjawia się w drugim płucu w czasie leczenia od-
mą jednostronną. W pierwszym przypadku należy rozstrzygnąć prze-
dewszystkiem, czy zmiany w obu płucach są czynne; osiągamy to spo-
strzeganiem chorego łącznie z seryjnemi zdjęciami rentgenowskimi.
Jeżeli sprawa jest czynną w jednym płucu, odmę zakładamy tylko po
tej stronie, jeżeli natomiast jest czynna w obu płucach, a zmiany nie są
zbyt daleko posunięte, należy zakładać odmę po stronie ze zmianami
bardziej rozległemi. Nieraz w podobnem postępowaniu zjawia się po-
prawa ogólna oraz miejscowa również i w płucu drugim. W innych
jednak przypadkach jednostronna odma powoduje obostrzenie w dru-
gim płucu. L. B e r n a r d poleca w tych przypadkach dalsze leczenie
odmą z warunkiem rozpoczęcia leczenia odmą drugiego płuca, gdy
w płucu pierwszym nastąpi poprawa. Jednak w tych przypadkach nie
można ustalić zgóry jednolitego postępowania. Dużo zależy od tempe-
ramentu lekarza. Chorego trzeba poddać dokładnemu spostrzeganiu,
biorąc pod uwagę nie tylko zmiany w płucach, lecz także stan serca
oraz stopień zatrucia jadami (toxaemia). W każdym przypadku po-
stępowanie powinno być indywidualne. Oczywiście, odma obustronna
nie może być nigdy prowadzona pod ciśnieniem dodatniem.

Kol. D ą b r o w s k i (streszczenie własne).

W wygłoszonym referacie o stosowaniu jednoczesnej odmy obu-
stronnej w leczeniu gruźlicy płuc nie są podane przypadki z ostatnich
miesiący. Ze tych przypadków zebrało się tak dużo, zawdzięczamy
w znacznym stopniu przychodniom przeciwgruźliczym, które kierują
odpowiednich chorych do szpitala Wolskiego. Pozatem są chorzy,
którzy z powodu zmian w płucach nie mogli się dostać do żadnego sa-
natorium i dzięki odmie obustronnej utrzymano ich przy życiu.

Najważniejszym wskazaniem do założenia odmy dwustronnej
jest zajęcie drugiego płuca w przebiegu leczenia odmą jednostronną,
zwłaszcza gdy nie można przeprowadzić odpowiedniego leczenia klima-
tycznego lub gdy nie dało ono pomyślnego wyniku. To zajęcie drugiego
płuca w leczeniu odmą jednostronną występuje w 25% przypadków

w ciągu najbliższych 1—2—3 lat. Następnie do odmy obustronnej nadają się przypadki gruźlicy czynnej klinicznie i anatomopatologicznie ze skłonnością do rozpadu.

Przypadki gruźlicy przewlekłej ze znaczną przewagą zmian włóknistych, z rozedmą zastępczą, niedomogą mięśnia sercowego nie radają się zupełnie do leczenia odmą obustronną.

Należy wreszcie pamiętać, że odma obustronna winna być zabiegiem pomocniczym w leczeniu ogólnem gruźlicy płuc.

Powikłania podczas odmy obustronnej nie są naogół częstsze, niż w odmie jednostronnej: stały się one rzadsze od chwili stosowania niskich ciśnień końcowych.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 22 min. 30.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO z dnia 15 marca 1932 r.

Obecnych członków Towarzystwa — 49.

Wprowadzonych gości — 38.

Początek o godzinie 8-mej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia z dnia 8.III r. b. przyjęto.

2. Kol. Mikułowski **Włodzimierz** wygłasza odczyt p. t.: „O problemie trudności rozpoznawczych kiły wrodzonej“, (streszczenie własne).

Kiła jest zakażeniem krętkowem o stopniowo następujących nasileniach. Podczas gdy zmiany kiłowe u płodu, noworodka są klasycznie czyste — inne postacie kiły noszą znamiona kiły obudzonej z utajenia pod wpływem zadziałania najczęściej zakażenia nieswoistego, które znów w towarzystwie kiły przebiega odmiennie. Kiła wywiera często piętno indywidualne, powodując zmiany marskie, włókniste, zwyrodnienie skrobiowate it. p. Jakkolwiek mechanizm tego zjawiska jest trudny do wyświetlenia — to jednak następstwa są uchwytnie i zrozumiałe gdy się uwzględni utajony **mikrobizm** krętka bladego w zębnie — na podobieństwo utajonego mikrobizmu prątka gruźlicy. Oko-

liczność długotrwałej żywotności krętka zachęca do leczenia przeciwkiłowego nawet w przypadkach marskości narządów.

Oprócz kiły narządów wewnętrznych, łatwo uchwytniej anatomicznie na sekcji, w wieku dziecięcym istnieją częste zmiany kiłowe gruczołów wydzielania zewnętrznego i wewnętrznego, naczyń tętniczych i żylnych, zwojów sympatycznych, tkanki nerwowej, stawów, kości i t. p. naogół trudno uchwytnie anatomopatologicznie z powodu anatomicznej wielopostaciowości kiły i przeszkód technicznych, na jakie napotyka przy dzisiejszym stanie nauki odkrycie prątka kiłowego w skrawkach i w próbach biologicznych na zwierzęciu.

Jednym z wdzięcznych, a nie dość w Polsce popularnych, zadań lekarza pedjatry winno być doskonalenie metod klinicznych i laboratoryjnych celem wczesnego ujawnienia konstytucji kiłowej dziecka, a przez to samo odkrywanie bezpośredniej albo pośredniej etiologii schorzeń narządów wewnętrznych, albo schorzeń i skaz humoralnych o objawach silniejszych dynamicznie, niż statycznie.

Kliniczne odkrycie kiłowego pochodzenia zespołów dotąd uważanych za niezależne od kiły rozszerza nietylko granice naszej diagnostyki pedjatrycznej, ale pobudza także anatomo-patologa do ściślejszej kontroli i rewizji dotychczasowych pewników anatomji kiły narządów „wewnętrznych”. Historia medycyny uczy, że w histerji, w epilepsji Jacksona wiele zespołów chorobowych uznawanych tradycyjnie za pozornie czynnościowe znalazło z biegiem lat wytłumaczenie i uzasadnienie anatomiczne. Mnożące się w ostatnich latach badania anatomiczne i histologiczne kiły uprawniają do wniosku, że wiele zespołów kiły wrodzonej dziś uważanych za czynnościowe i dynamiczne znajdzie z czasem uzasadnienie anatomiczne, więc statyczne, jeżeli nie w tkance narządów chorych, to w tkance zwojów sympatycznych, czy też w tkance gruczołów dokrewnych. Tak więc ciasne ramy kiły narządów wewnętrznych — znajdują z każdym dniem warunki do rozszerzenia i do objęcia także zespołów uznawanych dotychczas za mniej lub więcej czynnościowe.

Przyczyny niedoceniań kiły wrodzonej przez pedjatrów pochodzą z błędów myślenia lekarskiego i z trudności właściwych spostrzeżeń choroby. Wchodzi tu w grę: nadmierna specjalizacja pedjatryczna, upadek kliniki w związku z nadużywaniem mechanicznych skórnym metod biologicznych, brak zrozumienia niezgodności danych anatomopatologicznych i danych klinicznych, nierozróżnianie typu konstytucji genotypowej od typu konstytucji fenotypowej, nieporozumienie w ocenie odczynu Wassermanna, wielopostaciowość kiły, jej okresowy charakter i postacie utajone, utrudnienie zbierania wywiadów w zwią-

ku z brakiem tajemnicy lekarskiej w instytucjach społeczno-lekarskich, jak Kasa Chorych.

Potrzeba wczesnego ujawniania kiły staje się dla pedjatry postulatem naukowym i społecznym. Brak zainteresowania grozi pedjatrze, że podobnie, jak w szeregu innych zagadnień higieny zapobiegawczej dziecka — zostanie zastąpiony przez czynniki niefachowe i nielekarские.

Dyskusja:

Kol. Weingot (streszczenie własne).

Nie zgadza się z prelegentem, iż nadmierny rozwój specjalizacji nauk lekarskich utrudnia rozpoznanie kiły wrodzonej. Odwrotnie, dzięki coraz doskonalszym metodom badania, łatwiej wykrywamy oznaki, które dotychczas były bardzo trudne do ujawnienia. Dowodzi tego przypadek, opisany przez Fournier: u mężczyzny 34 letniego rozpoznano złośliwy guz miednicy małej, nie nadający się do zabiegu operacyjnego. Objawów kiły nie stwierdzono. Badania dna oka u jednego z braci chorego wykazało *chorioiditis anterior*, a u trojga pozostałych rodzeństwa — kurzo-ślepa. Te zmiany dały podstawę do energicznego leczenia przeciwiłowego i chory wyzdrowiał. Przypadek ten wskazuje, iż niekiedy tylko dzięki subtelnym metodom badania można wykryć kiłę wrodzoną.

Zmiany chorobowe w przebiegu kiły wrodzonej umiejscawiają się przedewszystkiem w naczyniówce oka. Wynika to z jej budowy: naczyniówka przedstawia bowiem *rete mirabile* bardzo licznych naczyń włoskowatych, oplatających całą gałkę. Każde zakażenie w życiu płodowym, w szczególności kiłowe, ma tu najdogodniejsze warunki do wywoływania zmian chorobowych.

Istnieje, rzeczywiście, pewne podobieństwo w przebiegu kiły i gruźlicy. U dzieci z żoźłami często występuje fliktena, jako wyraz działania bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych na organizm uczulony zatruciem jadami gruźliczemi. W miarę, jak dziecko wzrasta, stan alergji przechodzi w stan anergji, dzięki czemu dotychczasowe bodźce nie wywołują już odczynu w postaci flikteny. Jeśli u osobnika dorosłego powstaje fliktena, to organizm jest uczulony najczęściej przez zakażenie kiłowe. Flikteny te różnią się od flikten żoźłowych umiejscowieniem, zabarwieniem i przebiegiem klinicznym. Umiejscawiają się bardziej obwodowo, niż na rąbku rogówki, łatwiej ulegają leczeniu, jak flikteny żoźłowe.

Kol. Higier (streszczenie własne).

Uważa omawiane zagadnienie za bardzo ważne. Zespół objawów Hutchinsona nie stracił swej wartości. Rozpoznanie kiły wrodzonej u osesków jest trudne. Odczyn Wassermanna u osesków zawodzi w ^{3/4}.

a badanie radjologiczne w $\frac{1}{4}$ przypadków. Kiła najczęściej powoduje zły stan odżywiania, chudość i nieżyty śluzówek. Również wodogłowie często zależy od kiły. U dzieci starszych występuje niekiedy dziecięce porażenie postępujące (paralysis progressiva infantilis). Spotykamy u nich często oznaki (stygmaty) zależne od zmian w gruczołach dokrewnych, (eunuchoidismus, dystrophia adiposogenitalis, gigantismus i t. p.). Nie należy uważać całego szeregu wadliwości rozwoju za zależne od kiły (np. spina bifida, cryptorchismus i t. p.) Natomiast kiła wrodzona jest częstym podłożem różnych przejawów patologicznych o charakterze społecznym (pijaństwo, włóczęgotwo i t. p.). Leczenie tych ostatnich nie daje dobrego wyniku. Kiłę wrodzoną należy leczyć jeszcze w życiu wewnątrzmacicznym.

Nie zgadza się by każde cierpienie czynnościowe znalazło odpowiednik anatomiczny. Nie wierzy rozpoznaniem kiły wrodzonej u dorosłych i starców, a zwłaszcza rozpoznaniem w wiele lat po śmierci (np. u Goethe'go i Heine'go). Omawia mianownictwo kiły wrodzonej, stwierdzając, iż nie jest ona chorobą dziedziczną lecz wrodzoną, nabytą w łonie matki.

Kol. S a b a t: uznaje zagadnienie rozpoznania kiły za ściśle związane ze sprawą leczenia. W referacie zbyt mało podkreślano znaczenie badania rentgenowskiego. Badanie to w 85—97% przypadków daje możliwość stwierdzenia kiły wrodzonej w pierwszych 3 miesiącach życia. Zmiany kiłowe umiejscawiają się w stawach kolanowych, łokciowych, piszczeli. Przebiegają one pod postacią osteochondritis, periostitis luetica, oraz jako mniej znana—osteomyelitis fibrosa luetica diffusa. Zmiany te można stwierdzić już od 5-go m. życia płodowego do 5—6 miesięcy życia noworodka. Zakłady położnicze winny zawsze wykonywać badania radjologiczne.

Kol. M i k u ł o w s k i (streszczenie własne).

Uważa za szkodliwą nadmierną specjalizację pedjatryczną. Ogranicza ona widnokrąg djaagnostyczny. Bynajmniej nie przeczy potrzebie stałej współpracy pedjatri z innymi specjalistami. Dystrofjom, których szereg dla przykładów wyliczył—przypisuje pomocniczą wartość rozpoznawczą, rozumiejąc, że ich charakter odpowiada, albo ulubionemu umiejscowieniu krętków (w fałdach i szwach płodu, w szczególności), albo zejściu zmian zapalnych okostnej, albo wreszcie objawom zakażenia gruczołów dokrewnych (macies luetica, infantilismus, elastopatia). Historia uczy o zmienności pojęcia zmian czynnościowych: w miarę doskonalenia badań anatomicznych — zakres zmian czynnościowych zmniejsza się. Za przykład służyć mogą dzieje hysterji.

Pojęcie dziedziczności w odniesieniu do kiły ma swoje naukowe

uzasadnienie w faktach klinicznych Almquista, Singera, Levi'ego oraz w pracach doświadczalnych Levaditi'ego, Lépin'a nad zjadliwością zarazka niewidzialnego kiły.

Kol. Moczarski W. i Kotarska-Dettloff H. wygłaszają odczyt p. t.: „Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego” (streszczenie własne).

W drugiej części odczytu autorzy najwięcej uwagi poświęcają suchotom płuc pospolitym, zwłaszcza w okresach początkowych, kiedy najłatwiej o pomyłki rozpoznawcze, i kiedy zakaz pracy i wczesne leczenie szpitalne czy też uzdrowiskowe może zapobiec przejściu sprawy z phthisis fibroso-caseosa incipiens w phthisis fibroso-caseosa declarata lub consumptiva. Nie przesądzając możliwości szybszego wygojenia się zmian, z reguły uważają te przypadki za wymagające długotrwałych zwolnień od pracy.

Uwzględniają w niektórych wypadkach konieczność pogodzenia wskazań leczniczych z potrzebami społecznymi chorego, dla którego utrata warsztatu pracy mogłaby być gorszym złem, jak wstrzymanie się od wysiłków.

W tuberculosis cavitaria stationaris stabilisata uważają chorych za zdolnych do pracy, jakkolwiek często ograniczonej, częściowej, podkreślając konieczność kontroli przypadków i zwolnień od pracy, choćby krótkotrwałych w razie obostżeń.

Rozpatrując łagodniejsze postaci gruźlicy krwiopochodnej jak tuberculosis fibrosa densa, tuberculosis fibrosa diffusa, pleurite à répétition, starają się podkreślić w poszczególnych postaciach charakterystyczne cechy, które mogą rzucić światło na zagadnienie rokowania i przebiegu, tak ważne w ocenie niezdolności do pracy.

Wspominają także o rzadszych postaciach gruźlicy, jak np. gruźlica otyłych (opisana u nas przez Rudzkiego).

Jeżeli do jakichkolwiek postaci gruźlicy dołączy się powikłanie np. krwotok, zajęcie błony surowiczej, i t. d. ocena niezdolności do pracy zasadniczo musi ulec zmianie.

W każdym przypadku podkreślają autorzy konieczność indywidualizacji poszczególnego chorego.

Wreszcie autorzy rozważają przypadki z następczem upośledzeniem wydolności ośrodkowego układu krążenia. W nich bowiem mimo wyleczonej gruźlicy, pracę należy ograniczyć.

W dyskusji: Kol. Filiński W. — podkreśla doniosłość pracy kol. Moczarskiego i kol. Kotarskiej. Zawiera ona nowe zdobycze podziału gruźlicy. Jest to trafne ze stanowiska kliniki, a jednak nie zawsze wykonalne nawet na jej terenie. Tembardziej wydaje się to trudne do osiągnięcia w instytucjach ubezpieczeniowych. Należałoby

przeło oprzeć się nie na podziale lecz na odczynie ustroju na chorobę, a więc na a) rozprzestrzenieniu sprawy chorobowej — zajęcie 2 lub więcej płatów, b) zachowaniu się ciepłoty — powyżej 37,5°, c) zachowaniu się tętna — powyżej 100. Istnienie jednego, dwóch lub wszystkich punktów stanowiłoby o niezdolności do pracy. Pozatem należałoby uwzględnić także próbę czynnościową.

Kol. S z c z e p a ń s k i Z. stwierdza, że zadanie oceny niezdolności do pracy jest bardzo trudne, ponieważ ocena zmian gruźliczych jest ogromnie zawiła. Podział Neumanna jest już dzisiaj zarzucany, wiemy bowiem, że wiele spraw przebiega inaczej, niż to się opisuje. Bardzo dużo zależy od odporności ustroju. Rokowanie w gruźlicy jest bardzo trudne. Nawet bardzo doświadczeni lekarze nie błędzą tylko w 75—80%.

Kol. M i s i e w i c z nie zgadza się z prelegentem, żeby takie czynności, jak konstytucja, kolor oczu i włosów mogły zaważyć na ocenie zdolności do pracy. Nie zgadza się również by badanie radiologiczne miało małe znaczenie. W ocenie zdolności do pracy trzeba oceniać w jakim stopniu sprawa chorobowa niszczy siły chorego. Należy więc poza badaniem fizykalnym i rentgenowskim uwzględnić także odczyn Biernackiego i t. d. Byłoby pożądane, aby Komisja Kwalifikacyjna Kasy Chorych stosowała te metody. Chory skierowany na Komisję powinien być spostrzegany na sposób kliniczny. Należałoby również nawiązać kontakt między Kasą Chorych, a instytucjami opieki nad gruźlicą.

Kol. W ą s o w i c z (streszczenie własne).

Temat podjęty przez Kol. M o c z a r s k i e g o i kol. K o t a r s k ą jest niezmiernie trudny i rozwiązanie jego przypomina legendarne przepłynięcie pomiędzy Scyllą a Charybdą. Przed rokiem zająłem się również tym tematem, lecz niestety nie udało mi się to, co osiągnął z powodzeniem prelegent. Rozbiłem się o Scyllę podziału gruźlicy wg. Dra Seweryna Sterlinga. Kol. M o c z a r s k i i kol. K o t a r s k a uniknęli tego, posiłkując się wieloma klasyfikacjami. Niestosowne jest to uznane na niekorzyść pracy. Z drugiej strony nie mogę zgodzić się na proponowane przez kol. D o c. F i l i ń s k i e g o oparcie się na poszczególnych objawach, gdyż jest to właśnie wprowadzenie rozwiązania w niebezpieczny wir, Charybdę, w której napewno zatonąłoby.

Żaden z wymienionych objawów, jak rozległość obszaru zajętego przez sprawę gruźliczą, stan podgorączkowy, liczba tętna, ani też inne szczegóły, jak obecność jam, prątków w płwocinie, krwioplucie i inne nie może być drogowskazem. Żaden z nich nie daje bezwzględnych wskazań w uznaniu zdolności czy niezdolności do pracy.

To też uważam, iż jedynie tylko bardzo dokładne rozpoznanie i ocena przez lekarza dobrze znającego i rozumiejącego gruźlicę może być płaszczyzną, na której leży rozwiązanie tego trudnego zagadnienia.

Kol. **Offenberg** stwierdza konieczność wiązania oceny zdolności do pracy ze stanem sił odpornościowych ustroju. W obecnym stanie nauki nie mamy metod, któreby nam mierzyły te siły. Lekarz ma normalnie zbyt mało czasu do wykonania koniecznych badań. Dlatego też projekt prelegentów wydaje się dość trudny do urzeczywistnienia w praktyce. W orzecznictwie należałoby się opierać na dynamice czynnościowej. Chorych należałoby podzielić na kategorie: a) nie potrzebujących wypoczynku, b) wymagających 2—4 tyg. odpoczynku, c) i wymagających wypoczynku od 3 m. wzwyż. Do zupełnie niezdolnych należy zaliczyć chorych z dużymi objawami zatrucia jadami, ciepłotą powyżej 38°C, oraz silnymi krwotokami.

Kol. **Filiński**: stwierdza, że przemówienia kol. **Offenberga** i **Misiewiczówny** potwierdzają konieczność czynnościowego oceniania sił ustroju. Komisje kwalifikacyjne napewno podświadomie tem się kierują. Można też myśleć o wadze ciała, jako pewnym sprawdzianem.

Kol. **Szokalski** za odpowiednią uważa klasyfikację **Turbana**. Należy zwrócić uwagę na odczyn **Biernackiego**, odczyn **tuberkulinowy**. Ważne jest zachowanie się ciepłoty i obraz rentgenologiczny. Niekiedy, z małego ogniska bardzo szybko wytwarza się jama, zwłaszcza jeśli chory pracuje. Czasami należy zwalniać chorych od pracy, bez ustalonego rozpoznania.

Kol. **Misiewicz** stwierdza konieczność jak najwcześniejszego leczenia sanatoryjnego t. zw. spraw wczesnych.

Kol. **Gorecki** — stwierdza, że ocena zdolności do pracy musi oprzeć się na rokowaniu, a rokowanie na dokładnym badaniu. Nowe podziały są coraz doskonalsze. Uproszczenia nie zawsze dadzą się wprowadzić w życie. Warunki pracy są u nas w chwili obecnej nieodpowiednie. Być może jednak, poprawią się przez związanie przychodni ze szpitalami. Praca kol. **Moczarskiego** i kol. **Kotarskiej** ma bezwzględnie duże znaczenie.

Kol. **Orłowski** (streszczenie własne).

Z rozwojem instytucji ubezpieczeń społecznych zjawiała się potrzeba rozbudowy zagadnienia orzecznictwa. Nas tu interesuje orzecznictwo w gruźlicy płuc. Próby w tym kierunku są poczynione w Niemczech. W Polsce na szerszą skalę czynimy tę próbę w referacie Kol. **Moczarskiego** i Kol. **Kotarskiej-Dettloff**, mając na względzie dobro chorych. Życie wymaga stworzenia pewnych norm, które dawałyby możliwość orzekania zgóry, jak długo potrwa niezdolność do pracy cho-

rego na gruźlicę płuc, by mógł on bez przerwy w tym okresie, spokojnie prowadzić leczenie. Po ukończeniu tego okresu ponowne badanie wykaże, czy zdolność do pracy została przywrócona czy też jeszcze nie. Nam więc nie chodzi tu o rozstrzygnięcie, czy chory jest zdolny do pracy w chwili obecnej, lecz o ustalenie, na jak długo należy go zwolnić od pracy. Kryteria, podane przez kol. Filińskiego i innych przedmówców zadość czynią tylko pierwszemu z tych zadań. Dopiero zaliczenie chorego do tego lub innego typu gruźlicy daje nam możliwość orzecznictwa na dłuższą metę. Dla przykładu można przytoczyć pospolite suchoty płucne w przeciwstawieniu do gruźlicy z grupy krwio pochodnej: chorego z pierwszą postacią nawet w początkowym okresie, gdy t⁰ może już wkrótce wrócić do normy, powinniśmy od razu zwolnić od pracy na czas dłuższy, do kilku miesięcy, podczas, gdy chory np. z tuberculosis fibrosa densa wymaga tylko paratygodniowego zwolnienia. Takie postawienie sprawy, jak to przedstawił kol. Moczarski, wymaga, rzecz prosta, większego opanowania kliniki gruźlicy przez lekarzy. Gdy jednak chodzi o dobro chorego, nie należy sprawy zbyt upraszczać, odwrotnie należy dążyć do tego, by ogół lekarski przyswoił sobie nowe zdobycze kliniki i zastosowywał je w praktyce, domagając się od instytucji ubezpieczeniowych, stworzenia niezbędnych ku temu warunków. Dawniej zadawałniało lekarzy rozpoznanie choroby nerkowej jako morbus Brightii, dziś przyswoiliśmy sobie nowe pojęcia, bardziej zgodne z istotnym stanem rzeczy. Obecnie nikt tych chorób nie ujmuje tak, jak dawniej. To samo powinno się stać z gruźlicą płuc. Należy uczyć się odróżniania poszczególnych postaci gruźlicy. Da to nam możliwość załatwienia sprawy orzecznictwa w niej ku wielkiemu pożytkowi chorych.

Kol. Moczarski uważa, że szeroka i ożywiona dyskusja świadczy o aktualności sprawy. Ciepłota nie jest miernikiem niezdolności do pracy. W ocenie duże znaczenie mają wywiady, metody laboratoryjne i badanie kliniczne. Badania rentgenowskiego, choć ważnego, nie można stawiać na pierwszym planie.

Punkt 3 porządku dziennego przeniesiono na posiedzenie dnia 5.IV. r. b.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23 m. 15.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego : **M. Kruszówna.**

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dnia 5 kwietnia 1932 r.**

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa—37, wprowadzonych gości—44.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 15 marca 1932 r. przyjęto.

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

E. L. Trochę śmiesznośtek medycznych. Warszawa, 1909.

Urzędnik zdrowia małżeńskiego. Bez m. wyd. 1819.

Apert. Précis des maladies des enfants. Wyd. 3. Paris, 1920.

Brossowa. Włosogłówka czyli cianka ludzka (*trichocephalus dispar*), jej wpływ na ustrój i sposób jej usuwania. Odb. 1931.

Bainbridge. Report on Fourth International Congress of Military Medicine and Pharmacy. Warsaw, 1927.

Burcew. Anatomia człowieka. Wyd. 16. S.-Petersburg, 1911.

Fabre-Domergue. Les cancers épithéliaux. Paris, 1898.

De Fleury. Bréviare de l'arthritique. Paris, 1912.

Frank. II Precosse fine della coscienza. Roma, 1931.

Le Gendre et Martinet. Les régimes usuels. Paris, 1910.

Mogilnicki. Opieka nad dzieckiem w Wiedniu. Odb. 1932.

Sergent. Les grands syndromes respiratoires. Fasc. I. Paris, 1924.

Zylberlast-Zandowa. Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Warszawa, 1925.

Zandowa. Splot naczyniasty. Warszawa, 1928.

„ Oliwki dolne, ośrodki napięcia mięśni wyrostnych. Odb. 1931.

„ Drgawki u dzieci. Warszawa, 1931.

Zienkiewicz. Acetylarosan w leczeniu kiły wrodzonej u dzieci. Odb. 1932.

Żabczyński. Zarys działalności szpitala św. Stanisława na Woli. Odb. 1932.

Elita. — tygodnik, Nr. 1—11, 1932.

3. Kol. P r e z e s zawiadomił o:

a) międzynarodowym kongresie lekarskim w Vichy poświęconym kamicy żółciowej;

b) kursie eugeniki i porad przedślubnych, urządzanych przez Państw. Szkołę Higieny.

4. Kol. S a b a t B r. (członek Tow.) złożył „Sprawozdanie z III

Międzynarodowego Kongresu Radjologów w Paryżu" (streszczenie własne).

III Międzynarodowy Kongres Radjologów odbył się w dniach od 26 do 31 lipca 1931 r. w Paryżu pod protektoratem Prezydenta Republiki Francuskiej, pod przewodnictwem honorowym p. Marji Curie-Skłodowskiej i pod przewodnictwem rzeczywistym Dra Antoine Beclere'a, jednego z najwybitniejszych protagónistów radjologii, b. prezesa Francuskiej Akad. Lekarskiej i wielkiego przyjaciela Polaków. Kongres zgromadził około 1.600 osób, z 50-u państw całego świata, z których 27 narodów przysłało reprezentantów oficjalnych. Z Polski przybyli: przewodniczący delegacji Dr. Bronisława Sabat (Warszawa), delegaci: Prof. Karol Mayer (Poznań), Dr. B. Grynkrout (Warszawa) i zastępca delegata Dr. B. Kryński (Warszawa).

Po uroczystym otwarciu wystawy przyrządów i przyborów radjologicznych odbyło się posiedzenie Międzynarodowego Komitetu Radjologicznego, na którym wybrano Komisję Wykonawczą Międzynarodowego Komitetu Radjologicznego. W skład tej Komisji wszedł między innymi także przewodniczący delegacji polskiej. Komitet Międzynarodowy postanowił, że następny Kongres odbędzie się w r. 1934 w Szwajcarii i wybrał prof. Schinz'a (Zurych) prezesem następnego Kongresu. Doniosła uroczystość inauguracyjna Kongresu odbyła się w wielkim amfiteatrze Sorbony pod przewodnictwem ministra Zdrowia Publicznego Kamila Blaisot, w obecności p. Marji Curie-Skłodowskiej i wielu znakomitych osobistości ze świata naukowego i lekarskiego. Uroczystość ta była zarazem wzruszającym hołdem radjologów całego świata dla naszej genialnej uczonej. Prezes Kongresu podkreślił niespożyte zasługi p. Curie-Skłodowskiej i wobec przedstawicieli narodów całego świata wymienił: „la Pologne, l'Allemagne, la France" jako trzy narody, które w pierwszym rzędzie mają tytuł do sławy w radjologii. Na zebraniu inauguracyjnym Kongresu wygłosił prof. Forsell, dyrektor kliniki radjoterapeutycznej „Radiumhemmet" w Sztokholmie wykład programowy p. t. „O walce społecznej z rakiem". W drugim dniu Kongresu odbyło się przyjęcie delegacji wszystkich państw u Prezydenta Republiki Francuskiej, w Pałacu Elizejskim. Wykłady (referaty i komunikaty) i rozprawy naukowe odbyły się na 5 posiedzeniach ogólnych, 54 posiedzeniach sekcyjnych i na posiedzeniach dwóch Komisji specjalnych mianowicie: Komisji pomiarów promieniowania i Komisji ochrony przed promieniami. Wygłoszono 5 referatów głównych i około 200 komunikatów z dziedziny: 1) radjodiagnostyki, 2) radjoterapii (rentgenoterapii i curieterapii), 3) radjofizyki i techniki radjologicznej,

4) radjobiologii, 5) aktynologii i elektrologii lekarskiej. Referaty główne wygłosili:

1) Lewis Gregory Cole (Nowy Jork): „Badanie radiologiczne śluzówki przewodu pokarmowego“, 2) Haenisch (Hamburg): „O badaniu rentgenologicznem narządu moczowego przy zastosowaniu wydzielenia przezeń substancji kontrastowych“, 3) Lynham (Londyn): „O przed — i pooperacyjnych naświetlaniach leczniczych raka piersi“, 4) Milani (Perugia): „O radioterapii spraw zapalnych“. Z Polaków wygłosili komunikaty: S. Dziembowski (Bydgoszcz); B. Grynkrut (Warszawa); B. Krwński (Warszawa), S. Rubinrot (Warszawa), Br. Sabat (Warszawa) i W. Zawadowski (Warszawa).

Czas wolny od posiedzeń naukowych wypełniły liczne przyjęcia, bankiety, rauty i przedstawienia. Obecni na zjeździe Polacy złożyli wizytę p. Curie-Skłodowskiej w Uniwersyteckim Instytucie Radowym. Prezes delegacji polskiej w imieniu wszystkich obecnych wyraził hołd i wdzięczność naszej znakomitej rodaczce, która tak wiele blasku dała imieniu naszej Ojczyzny przez sławę jej geniuszu i niespożytych zasług dla całej ludzkości.

5. Kol. Melanowski W. H. (członek T-wa.) omówił „Nowe dane, dotyczące przyczyn i leczenia odwarstwienia siatkówki“ (streszczenie własne).

Nowe poglądy na sprawę pochodzenia i leczenia odwarstwienia siatkówki są właściwie rozwinięciem dawnych poglądów Arlta (1853), H. Müllera (1857) i Iwanowa (1869). Zasadą współczesnych autorów, jak Gonin (1906), Vogt (1924) i inni, jest zwrócenie większej uwagi na przedarcia siatkówki i zasklepienie przedarć. Zabieg proponowany przez Gomina (1919) często daje wydatną poprawę. Nie chroni on jednak od nawrotów, gdyż nie zwiększa odporności siatkówki i nie usuwa skłonności gałki ocznej do rozstrzeni. Operacje Sonidille'a (1923), Guista, Lindnera i in. są raczej pewnymi odmianami dawnych sposobów, a w szczególności sposobu Chevallereau (1892). Pewna uporczywość leczenia w wielu przypadkach odwarstwienia siatkówki może dać dość długotrwałą poprawę. (In extenso „Medycyna“ 1932, Nr. 1 i 2).

Dyskusja: Kol. Weingott (streszczenie własne).

Wnioskuje na podstawie referatu, iż obecny stan nauki o odwarstwieniu siatkówki jest niezadawalający. Przyczyna powstania odwarstwienia siatkówki jest nieznaną. Uraz nie zawsze je powoduje. Również pęknięcia siatkówki nie są przyczyną odwarstwień, są one raczej wynikiem ich wyleczenia. Przyczyną istotną są zmiany zwyrodniające w samej siatkówce. Zmiany te najczęściej rozwijają się na tle kiły.

Obecnie wyniki leczenia są znacznie trwalsze niż dawniej. Metody leczenia oparte są na błędnej zasadzie. Leczą bowiem objaw t. j. odwarstwienie siatkówki, nie wpływają natomiast na istotę cierpienia t. j. na zmiany zwyrodniające w samej siatkówce. Należy dążyć do leczenia zmian w siatkówce.

6. Kol. C y t r o n b e r g S. przedstawił: „Obecny stan chemoterapii nowotworów złośliwych” (streszczenie własne).

W zwięzłym streszczeniu prelegent omówił zasady chemoterapii nowotworów złośliwych oraz wyniki leczenia nowotworów złośliwych różnymi środkami, działającymi na drodze chemicznej i fizykochemicznej. Między innymi wspominał o metodzie jontoforezy w jej klinicznym i doświadczalnym zastosowaniu i o leczeniu solami metali ciężkich, zwłaszcza ołowiu wg. Blaisa i Bella. Następnie omówił wyniki stosowania leczniczego związków organicznych zwłaszcza barwników z grupy trójfenylnitrowej i związków aromatycznych. Główną uwagę zwrócił na metody Freund'a i Kammererowa, Opitz'a, Tolda, Zadicka i inn., a szczególnie Warburga i jego współpracowników, tudzież Fischera Waselsa. (Praca w całości ukaże się w najbliższym zeszycie Polskiego Arch. Med. Wewnętrz.).

Dyskusja: kol. F l o k s z t r u m p f spostrzegł dość dobre wyniki w stosowaniu soli niektórych metali ciężkich, zwłaszcza ołowiu, selenu i miedzi. Niekiedy wstrzykiwanie tych soli łączono z naświetlaniami. W jednym przypadku niewątpliwym nowotworu złośliwym, w którym chory zmarł na zapalenie płuc po zabiegu zamknięcia przetoki, sekcyjnie nie stwierdzono ani śladu nowotworu zupełnie wyleczonego. Działanie tych metali na tkankę nowotworową nie jest wybiórcze. Nie gromadzi się w niej więcej wstrzykiwanego metalu (ołowiu) niż w pozostałych tkankach ustroju. Jest to działanie na układ siateczkowo-śródbłonkowy, dla tego też stosowane środki należy zmieniać.

Kol. Z e m b r z u s k i (członek T-wa) (streszczenie własne), przypomina, że chemoterapia nowotworów złośliwych nie jest pomysłem nowym. Już Arabowie w VIII i IX w. posiłkowali się solami ołowiu, miedzi i rtęci dla leczenia powierzchownie położonych nowotworów. Stosowali zaś oni ten sposób nie dlatego, by go uważali za metodę z wyboru, lecz dlatego, że obawiali się zabiegu chirurgicznego i, że Koran zabraniał wykonywania zabiegów krwawych. Obecnie znajdujemy się wszak w innym położeniu. Wskazane byłoby w dobie współczesnej nie tyle poszukiwanie metod leczenia zachowawczego daleko posuniętych w swym rozwoju raków, lecz raczej wynalezienie metod jaknajwcześniejszego rozpoznawania tych nowotworów, by je jak najrychlej przekazać chirurgji, dotychczas jedynie powołanej do ich doszczętnego usuwania w początkowym okresie rozwoju.

Kol. G a d e k sądzi, iż choroba rakowa rozwija się na podłożu pewnego usposobienia, które zwiększa się z wiekiem. Jest to zatem swego rodzaju skaza. Znajduje to pewne potwierdzenie w badaniach doświadczalnych: zanim rozwinie się rak smołowy występują zmiany w śledzionie, wątrobie i nerkach. Jednak nie można leczyć skazy. Prawdopodobnie tylko długotrwałe leczenie djetetyczne może dać lepsze wyniki niż bezpośrednie zadziaływanie na tkankę nowotworową.

Kol. L a s k o w s k i (członek T-wa) uważa, iż przedstawione sposoby leczenia oparte są na poglądzie rozwoju choroby raka jako wyniku zjawienia się w ustroju komórki nowotworowej. Niema na to dostatecznych dowodów. Prawdopodobnie choroba raka rozwija się na tle zmian podłoża, zatem całego ustroju. Jeżeli zaś tak jest, to sposób omówiony przez prelegenta nie doprowadzi do celu.

Kol. C y t r o n b e r g przedstawił tylko praktyczne wyniki stosowanych sposobów leczenia. Nie omawiał przeto zagadnień teoretycznych. Nie ulega wątpliwości, że w wielu przypadkach sposób ten dał dobre wyniki.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 min. 30.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dnia 12 kwietnia 1932 r.**

Początek o godzinie 20-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 52.

Wprowadzonych gości — 65.

1. Protokół posiedzenia naukowego T-wa z dnia 5.IV. 1932 roku przyjęto.

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

W I kwartale roku bieżącego (1932) do Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wpłynęły następujące większe zbiory dzieł, broszur i pism lekarskich:

- 1) od P. Drowej Stanisławy Malecińskiej z księgozbioru ś. p. Dra Juliana Malecińskiego tytułów 40
- 2) od P. Prof. Przewoskiej (za uprzejmem pośrednictwem Prof. Lotha) z księgozbioru jej męża ś. p. Prof. E. Przewoskiego tytułów 8
- 3) od P. Rektora Gluzińskiego tytułów 196

- 4) z Biblioteki Stowarzyszenia Lekarzy Polskich tytułów 87
Do wszystkich tych osób i instytucji wysłano podziękowanie w imieniu Towarzystwa.
- Hryniewski. Sprawa szczepionki Calmetta w najnowszym oświetle-
niu. Nowogródek, 1932.
- Jochweds. O leczeniu farmakologicznem niedomogi serca. Warszawa,
1932.
- Zandowa. Podstawy anatomiczne pochylania głowy do przodu. Odb.
1931.
- „ Teoria ruchu w świetle współczesnych poglądów. Odb. 1927.
- „ Wpływ roztworów hiper. i hipotonicznych na tkankę nerwową
i przestrzenie okołonaczyniowe. Odb. 1930.
- „ Termoregulacja. Odb. 1929.
- „ W sprawie rozpoznawania i leczenia choroby Heine-Medin'a.
1927.
- „ Splot naczyniasty. Odb. 1928.
- „ Oliwki dolne, ośrodki napięcia mięśni wyprostnych. Odb. 1931.
- „ Nowe poglądy na rolę płynu mózgowordzeniowego w patogene-
zie chorób. Odb. 1929.
- „ Les Olives dans les états pathologiques. Odb. 1929.
- „ Etude expérimentale sur la perméabilité meningée à l'état in-
flammatoire. Odb. 1927.
- „ L'influence des solutions hyper et hypotoniques sur le tissu ner-
veux et les espaces périvasculaires. Odb. 1930.
- „ Oliki opuszkowe w stanach patologicznych .Odb. 1929.
- „ Znaczenie lecznicze nakłuć przestrzeni podpajęczynówkowej.
Odb. 1931.
- „ Przypadek przewlekłego zapalenia opon o nieznaney etiologii.
Odb. 1927.
- „ Zapalenie opon rzekomo—gruźlicze. Odb. 1931.
- „ Barjera ochronna oponowa a układ siateczkowo-środbłonkowy.
Odb. 1931.
- „ O powikłaniach nerwowych w ospie i po szczepieniu ochronnem
ospy. Odb. 1930.
- „ Sztywność z odmrożenia ze stanowiska kliniki i fizjologii. Odb.
1929.
- „ La microglie et les histiocytes. Odb. 1930.
- Zylberlastówna. Przypadek rzekomego nowotworu mózgu. Odb. 1913.
- „ Deux cas de tétanos chronique guéris. Odb. 1915.
- Zylberlast-Zand. La réaction de la globuline dans les liquides cépha-
lorachidiens xanthochroniques. Odb. 1922.

- „ „ Badania doświadczalne nad przepuszczalnością opon w stanie zapalnym. Odb. 1924.
- „ „ Nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych u osobników gruźliczych. Odb. 1924.
- „ „ Zespół Korsakowa w przebiegu drętwicy karku. Odb. 1925.
- „ „ Badania z zakresu zachorzeń rdzenia rzekomo-układowych. Warszawa 1919.
- „ „ Przyczynek do badań psychologicznych wśród młodzieży szkolnej. Odb. 1925.
- „ „ Syndrome de Korsakoff au cours de la méningite cérébro-spinale épidémique. Odb. 1923.
- „ „ Le réflexe oculo-palpébral chez les parkinsoniens postencephaliques. Odb. Bez daty.
- „ „ O napięciu mięśniowem. Odb. 1926.
- Szymanowski i Zylberlast-Zandowa. Badania doświadczalne nad zapaleniem mózgu nagminnem i opryszczkowem. Odb. 1923.
- Flatau-Zylberlastówna. O oddziaływaniu opon mózgowych na gruźlicę. Odb. 1927.
- Zand et Mackiewicz. Papillome malin du plexus choroide. Odb. 1929.
- Kopeczyński et Zylberlast-Zand. Un cas de surdité verbale pure. Odb. Bez daty.
- Szymanowski i Zandowa. Przyczynki doświadczalne do sprawy poszczepiennego zapalenia mózgu. Odb. 1931.
- Medical Journal and Record. R. 1932, Vol. 135, Nr. 6.

Kol. P r e z e s zawiadomił zebranych o chorobie Sekretarza Stałego. Na wniosek Prezesa zebrani postanowili wyrazić współczucie Sekretarzowi Stałemu z powodu choroby i życzyć Mu jaknajszybszego powrotu do zdrowia.

3. Kol. P r e z e s wygłosił wspomnienie o ś. p. Drze Janie Bączkiewiczu (streszczenie własne).

Dr. Jan Witalis Bączkiewicz urodził się dn. 28 kwietnia 1862 r. we wsi Olszowiec woj. Warszawskiego. Po ukończeniu V-go gimnazjum w Warszawie wstąpił w r. 1881 na wydział lekarski Uniw. Warszawskiego, który ukończył w r. 1896 cum eximia laude. W kwietniu 1887 r. został asystentem w szpitalu Ś-go Ducha, a w 1889 r. lekarzem miejscowym tegoż szpitala. Członkiem czynnym Tow. Lek. Warszawskiego był od r. 1892. Po kilkuletniej praktyce szpitalnej w kraju wyjechał zagranicę celem doskonalenia się w chorobach dziecięcych. Tej też gałęzi wiedzy lekarskiej poświęcił swą pracę i zdobył w niej wybitne uznanie. Nie ograniczał się jednak tylko do pracy zawodowej, lecz oddawał się z całym zapałem także i pracy obywatelskiej. Już na początku swej działalności odegrał dużą rolę w pracach taj-

nej organizacji „Białego Krzyża” jako przeciwstawienia rusyfikacyjnej działalności ówczesnego „Czerwonego Krzyża”. Wybitnie przyczynił się do powstania i rozwoju jednego z ważniejszych ówczesnych polskich ośrodków leczniczych dla dzieci. Jego staraniem powstał „prywatny zakład leczniczy dla dzieci Dra Jana Bączkiewicza” przy ul. Ogrodowej Nr. 17 w Warszawie. W zakładzie tym czerpało wiedzę i doświadczenie liczne grono lekarzy, rzesze zaś uboższych chorych — pomoc lekarską. W okresie przedwojennym brał wybitny udział, nie szczędząc czasu i środków materialnych, w organizacjach i pracach Tow. Higijenicznego, Instytutu Higjeny Dziecięcej im. bar. Lenvala w którym był Prezesem Zarządu, Tow. Opieki nad dziećmi, gdzie piastował godność Wice-Prezesa. W czasie wojny światowej, pracował w sekcji lekarskiej Komitetu Obywatelskiego i w Komitecie Sanitarnym, mającym na celu ochronę stolic przed epidemją i skutkami wojny. Za czasów okupacji niemieckiej, kierował pracami sekcji Zdrowia Publicznego, aż do chwili jej zniesienia. W odrodzonej Ojczyźnie od czerwca 1919 roku piastował godność członka najwyższej Rady Zdrowia, przez czas jej istnienia t. j. do r. 1923. W r. 1918 organizował Związek Lek. Państw. Polskiego i był pierwszym jego prezesem. Po opuszczeniu tego stanowiska w uznaniu zasług został wybrany członkiem honorowym Związku, następnie był Prezesem Stowarzyszenia Lek. Polskich, a po zorganizowaniu Izb Lekarskich, wybrano go na pierwszego Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej. Urząd ten piastował przez lat 6. W Towarzystwie Lek. Warszawsk. przez szereg lat pracował w Komitecie Bibliotecznym. Pozatem brał czynny udział w pracach Tow. Polsko-Japońskiego, którego był wice-Prezesem, a od roku 1928 członkiem honorowym. Mimo tak olbrzymiej pracy społeczno-obywatelskiej nie przerywał pracy naukowej. Ogółem ogłosił drukiem 38 prac naukowych.

Jako lekarza cechowało go gorące umiłowanie swojego zawodu, wybitne zdolności dajagnostyczne i terapeutyczne, oraz niezwykła dbałość o dobro chorych. Wszystkie te cechy jednały Mu niezwykłą więźność i zasłużoną popularność. W uznaniu wybitnych zasług na niwie pracy społecznej i naukowej Uniwersytet Poznański nadał mu stopień doktora Wszech nauk lekarskich. Rzeczpospolita Polska odznaczyła go komandorją orderu „Polonia Restituta”. Rzeczpospolita Francuska — orderem Legji honorowej, a królestwo Jugosławji — orderem Św. Sawy. W r. 1921 Papież Benedykt XV. nadał mu order Św. Grzegorza Wielkiego, a w 1922 Papież Pius XI mianował go swym szambelanem honorowym. Tragiczna śmierć umiłowanej żony, której stratę bardzo odczuł, dotknęła go głęboko.

Ubył z naszego grona członek, który dobrze zasłużył się Ojczyźnie

nie i społeczności lekarskiej, stratę Jego odczuje nie tylko świat lekarski, lecz całe społeczeństwo polskie.

Cześć Jego pamięci.

Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie i jednogłośnie ciszę.

4. Kol. M i k u ł o w s k i Wł. (członek T-wa) przedstawił „Przyczynę do zagadnienia kiłowych porażań mózgowych u dzieci” (streszczenie własne).

Dziecko zachorowało nagle 28.II.b r. wśród objawów całkowitego prawostronnego porażenia mózgowego spastycznego z niemotą. Wywiady nie ujawniają związku z ostrą chorobą dziecięcą, stwierdzają natomiast prawdopodobne pochodzenie kiłowe blizny kostnej czaszki z 1 roku życia i poronienia matki. Dziecko zahamowane w rozwoju fizycznym na poziomie 1 roku wykazuje od urodzenia sinicę całego ciała i błon śluzowych. Sinica na obwodzie jest jednolita, — na reszcie skóry tworzy obraz kratkowy z obwódek sinych, obejmujących partje skóry normalnej. Sinicy towarzyszy wrodzona wada serca z tetralogji Fallota z prawdopodobnym zwężeniem tętnicy płucnej, z piłującym szmerem skurczowym wzdłuż mostka, z polyglobulją (8.000.000 czerwonych ciałek) i hyperglobulją oraz ze zwiększoną lepkością. Odczyn Wassermanna we krwi dziecka dodatni. Wcześniej zastosowane przez lekarza domowego, a prowadzone dalej w szpitalu — leczenie swoiste powoduje: 1) szybkie cofanie się objawów neurologicznych i 2) szybki przybytek na wadze ciała.

Tłómaczenie rozwoju wrodzonej wady serca zakażeniem kiłowym znajdować może swe uzasadnienie. W przypadku tym kiłowe pochodzenie wady serca zdaje się potwierdzać spostrzegany obecnie zespół spastyczno-porażenny. Niemożność wykrycia jakiegokolwiek ostrego zakażenia dziecięcego, albo urazu, wiek dziecka, wywiad rodzinny, dodatni odczyn Wassermanna we krwi — przebyta sprawa kostna na czaszce i znaczna poprawa po leczeniu swoistem — pozwalają przyjąć wspólne pochodzenie zmian w sercu i mózgu. Referent nawiązuje do opisanego przed 5 latami przypadku porażenia połowicznego u dziecka kiłowego, w którym wynik sekcji potwierdził był rozpoznanie anatomiczne, nie potwierdził zaś rozpoznania etjologicznego. Zagadnienie, jak sądzić można z piśmiennictwa, nie jest bynajmniej zamknięte i stanowi przedmiot sporu szkoły niemieckiej i francuskiej.

Referent przedstawia i omawia dodatkowo drugi przypadek sinicy wrodzonej z niedokształceniem małżowiny usznej u 4-letniego dziecka kiłowego.

Wywiady stwierdzają kiłę nabytą ojca, jedno poronienie u matki, która była leczona swoście w Szpitalu Św. Łazarza. W 6-tym mie-

siącu życia dziecka, matka zauważyła u niego wystąpienie wybitnej sinicy całego ciała, i w grudniu 1929 r. oddała je do szpitala dla leczenia. Wzrost wykazywał wówczas 2,56% niedoboru. Badanie stwierdziło niedorozwój prawego ucha ze zwężeniem prawego zewnętrznego przewodu słuchowego, rozdwojenie języczka, brak wyrostka mieczykowatego, wnetrostwo, objaw Toureaina i du Bois i sinicę całego ciała i błon śluzowych — która występuje napadowo po kilka razy na dzień. Pozatem znaleziono pałeczkowate palce, duszność po ruchach. Ciężota prawidłowa, nieobniżona, odczyn Pirquet'a ujemny, na Luotest — dodatni. Tętno 132, ciśnienie 80 mm Hg. Tony serca — czyste, brak zmian opukowych serca. Rentgenogramy klatki piersiowej — ujemne. We krwi polyglobulia 7.500.000 — cz. ciałek, 25.000 b. ciałek, Hb. 95% (Sahli). Lepkość 10 (Hess). Wassermann ujemny. Dziecko przeżyło w ciągu roku dwie kuracje przeciwkiłowe. Mimo dobrego stanu ogólnego niedobór wzrostu wynosi teraz 8%. Przyczyną sinicy jest choroba błękitna, wrodzona wada serca prawego, a brak szmeru tłomaczyć można istnieniem b. szerokiego połączenia międzykomorowego i jednakową grubością obu komór, powodującą jednakowe ciśnienie i brak prądu z jednej komory do drugiej. Oczywiście nie są wykluczone zniekształcenia głównych pni naczyniowych. Podobny przypadek spostrzegął J u a n C o r d o b a z Barcelony w r. 1928.

Dyskusja: kol. G l u z i ń s k i (członek T-wa) nie uznaje kiły za najczęstszą przyczynę powstawania wadliwości rozwojowych serca. Rozpoznanie wady wrodzonej serca u dzieci jest bardzo trudne. Sinica bynajmniej nie stanowi o rozpoznaniu. Może ona zależeć nie od zmian w sercu, lecz od szeregu innych przyczyn. Największą jednak sinicę stwierdzamy w przypadkach drożnego otworu owalnego lub ubytku przegrody komorowej, (duże znaczenie rozpoznawcze ma zator skrzyżowany — embolia paradoxa). Dzieci w kile wrodzonej zwykle mają wodogłowie, a w 14—15 roku życia dostają napadów padaczkowych. Leczenie przeciwkiłowe często usuwa te napady. Okres pokwitania w kile wrodzonej jest niebezpieczny.

Kol. M i k u ł o w s k i Wł. (streszczenie własne):

stwierdza w odpowiedzi, że w obu przypadkach obecność wrodzonej wady serca z tetradą Fallota została udowodniona wykazaniem istnienia zespołu objawów klinicznych, dających się łatwo ujawnić i popartych danymi laboratoryjnymi. Ostre ujawnienie się objawów kiły wrodzonej w okresie pokwitania, o czym wspominał prof. Gluziński, może zależeć od zakażenia kiłowego gruczołów dokrewnych: w tym czasie wykazują one specjalnie wzmożoną czynność, której nie mogą podołać z powodu zmian chorobowych.

5. Kol. M o c z a r s k i W. (członek T-wa) i Kol. K o t a r s k a-

Dettloff H. wygłosili odczyt p. t. „Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego w związku ze stosowaniem odmy sztucznej oraz t. zw. leczenie pracą” (streszczenie własne).

Autorzy w uzupełnieniu poprzednich odczytów, w związku z całością zagadnienia, rozpatrują niezdolność do pracy w gruźliczym zajęciu gruczołów tchawicowo-oskrzelowych. Zasadniczo — chorych tych, zwłaszcza lekko lub umyślowo pracujących np. młodzież Uniwersytecką, uważają za zdolnych do pracy — zalecając im tylko oszczędzanie się, dobre odżywianie się, leczenie wapnem, lampą kwarcową, farmakologiczne i t. d. Przypadki ze złym stanem ogólnym, czy też w złych warunkach ekonomicznych, o ostrym przebiegu należy jednak oceniać co do niezdolności do pracy indywidualnie, t. zn. tych chorych zwalniać od pracy ewentualnie wysyłać na leczenie klimatyczne.

Tak samo w przypadkach, gdzie grozi powikłanie ze strony opłucnej, czy też uogólnienie się sprawy przez przebicie zserowaciego gruczołu do naczyń krążonośnych należy chorych uznawać za niezdolnych, a nawet kierować do miejsc klimatycznych.

Dalej prelegenci zastanawiają się nad orzecznictwem w gruźlicy powikłanej współistniejącą inną chorobą, np. kiłą — cukrzycą — pylicą. Pogorszenie rokowania musi zaostriżyć ocenę niezdolności do pracy.

Specjalną uwagę poświęcają kobiecie z gruźlicą w ciąży wogóle oraz w okresie połogowym, gdzie grozić może wskutek rozprostowania się płuc t. zw. phthisis puerperalis basalis.

Szerzej zajmują się autorzy oceną niezdolności do pracy w gruźlicy płuc podczas stosowania różnych zabiegów leczniczych metody uciskowej — zwłaszcza odmy sztucznej.

Rozpatrując różne ukształtowanie się bani powietrznej w przestrzeni międzyopłucnowej w stosunku do uciśniętego płuca, np. w t. zw. odmie wybiórczej, nienasyconej, komorowej i t. d., autorzy podkreślają i zaznaczają konieczność różnego traktowania chorego z punktu widzenia orzecznictwa co do niezdolności do pracy.

Występujące w czasie leczenia powikłania, np. zapalenie wysiękowe opłucnej — zależnie od przebiegu zmieniają często chorych już zdolnych do pracy w niezdolnych, a nawet potrzebujących leczenia szpitalnego lub uzdrowiskowego.

Autorzy zwracają uwagę na konieczność obserwacji chorego, a czasem i zwalnianie od pracy w czasie zaprzestania leczenia uciskowego, kiedy warunki mechaniczne zmieniają się w płucach, a leczenie okazuje się zbyt wczesnie przerwane, wysiłki zaś fizyczne sprzyjają obstrzeniu się już wygasającej sprawy.

Prelegenci stoją na stanowisku, że leczenie odumą sztuczną nie powinno być przeprowadzane w początku stosowania zabiegu ambulatoryjnie, a czas trwania zakazu pracy określają średnio na 4—6 miesięcy. Na poparcie swojej opinii przytaczają statystyki porównawcze u chorych leczonych odumą w dobrych i złych warunkach wypoczynkowych oraz cytują zdania różnych autorów — podając przeciętną $\frac{1}{2}$ roczną niezdolność do pracy; uwzględniając różne odchylenia od szablonu krótszego lub dłuższego terminu niezdolności. Autorzy podkreślają, że najpiękniejsze wyniki leczenia odumą sztuczną mogą być zniweczone przez wysiłki fizyczne i pracę chorego.

W ostatniej części odczytu prelegenci rozpatrują t. zw. leczenie pracą, jako czynnik pomocniczy w orzecznictwie. Zaznajomiwszy się na miejscu w Holandji z metodą t. zw. leczenia pracą, zdają sprawozdanie ze sposobu przeprowadzania tej metody leczniczej w uzdrowisku w Hellendoorn i Zonnestraal. Pozatem wzmiankują o rozwijaniu się tego kierunku w innych krajach — prelegentom nie chodzi o t. zw. leczenie pracą, jako o terapię bodźcową, oraz nie przeceniają oni walorów leczenia pracą, któraby mogła, choć w małej części wyprzeć leczenie wypoczynkowe. T. zw. leczenie pracą natomiast wysuwają jako probierczą formę tolerancji pracy. Autorzy podkreślają brak możliwości funkcjonalnego ilościowego stwierdzenia sił wydolnościowego chorego. Leczenie pracą mogłoby przez stopniowo dawkowany wysiłek ułatwić choremu przejście ze spoczynku do pełnowartościowej pracy i złagodzić zbyt brutalny nieraz kontrast, wdrażając powoli organizm dotknięty gruźlicą do zmienionych krańcowo warunków. Niejednokrotnie mogłoby to uchronić chorego od złych skutków zbyt wczesnie podjętej pracy dla organizmu, którego progu wytrzymałości nie byliśmy w stanie określić w naszym orzecznictwie. Na zakończenie odczytu prelegenci dziękują Prof. Dr. W. Orłowskiemu za powierzenie im tego tematu i cenne wskazówki pomocnicze.

Dyskusja: Kol. Dąbrowski (członek T-wa) omawia pracę w gruźlicy jako: 1) środek leczniczy, 2) przysposobienie chorego do dalszego wykonywania pracy zawodowej i 3) zagadnienie zarobkowania, umożliwiające choremu życie. Odrzuca wnioski stosowania pracy jako środka leczniczego, zwłaszcza w t. zw. ogniskach Assmanna, gruźliczych zapaleniach płatowych płuc (lobitis) i t. p. Zmiany te wymagają zasadniczego warunku leczenia t. j. spokoju. Nawet po wstrzymaniu szerzenia się zmian nie można choremu zalecać pracy. Stosowanie pracy jako czynnika przygotowującego chorego do dalszej pracy zawodowej znane jest w Polsce od dość dawna. (Sanatorium w Leśniczówce). Ma ono swój cel, gdyż drogą stopniowego zwiększania wysiłków chory może po opuszczeniu Zakładu (sanatorium)

podjąć pracę zawodową. Pracę jako środek zarobkowania w gruźlicy płuc jest trudno stosować z różnych względów. Często chorzy czując się jakby wyłączonemi ze społeczeństwa, uciekają z sanatorjów. Dla tych urządza się kolonie rolne. Kraje romańskie naogół nie przyjęły tych sposobów postępowania w gruźlicy płuc.

Kol. S z c z e p a ń s k i (członek T-wa) zwraca uwagę na pominięcie stanów po wyrwaniu nerwu przeponowego w gruźlicy płuc. W okresie ostrej gruźlicy czynnej należy bezwzględnie zalecić spokój i zupełne powstrzymanie się od pracy. Chorym w gruźlicy nieczynnej zaleca stopniowane przechadzki, a w niektórych przypadkach lekką pracę w ogrodzie.

Kol. R e i c h e r E. uważa pracę za czynnik leczniczy. Wpływa on bowiem na zwiększenie odporności, aleksyn i t. d. Po pracy zwiększa się liczba leukocytów i występuje pobudzenie czynności układu wegetatywnego. Przechadzek nie można porównywać z pracą celową. Należy zastanowić się nad stosowaniem pracy jako czynnika leczniczego nie tylko w gruźlicy lecz i w innych chorobach.

Kol. G o r e c k i (członek T-wa) uznaje stosowanie lecznicze pracy za niedopuszczalne w przypadkach wymagających zupełnego spokoju. Może ono wyrządzić olbrzymie szkody choremu. Praca, jako czynnik leczniczy w gruźlicy, jest swego rodzaju leczeniem bodźcowym podobnym do leczenia tuberkuliną. Z tego względu musi być odpowiednio dawkowana. Dawkowanie pracy jest niezmiernie trudne. Można się oprzeć tylko na doświadczeniu. Ten sposób leczenia gruźlicy może dać dobre wyniki gdy będzie odpowiednio stosowany.

Kol. O r ł o w s k i (członek T-wa) (streszczenie własne).

W Polsce próby stosowania pracy w leczeniu gruźlicy płuc były dotychczas tylko dorywcze, kol. Kotarska natomiast w swoim referacie mówi o pracy, jako czynniku leczniczym w gruźlicy płuc systematycznie stosowanym w okresie ustabilizowania się sprawy chorobowej. Mówca z wielką satysfakcją wita przemówienie kol. Goreckiego, od roku bowiem 1908 głosi pogląd, że szereg czynników leczniczych w gruźlicy płuc (tuberkulina, kreozot, kamfora i t. d.) działa, jako bodźce, które powodują odczyn zapalny naokoło ognisk gruźliczych, prowadzący po właściwej dawce bodźca do rozwoju tkanki łącznej bliznowaciejącej. Na tym mechanizmie działania opiera się również skuteczność szeregu fizykalnych metod leczenia. Dość wspomnieć leczenie kumysem, którego działanie tłumaczono przez dłuższy czas wprowadzaniem do ustroju znacznej ilości łatwo przyswajalnego materiału. Okazało się jednak, że chorym w czasie tego leczenia niezawsze przybywa na wadze, przeciwnie nieraz tracą na wadze. Bliższa obserwacja tych chorych wykazuje częste występowanie u nich

w początkowym okresie leczenia kumysem odczynu miejscowego w płucach w postaci zwiększenia liczby rzężeń w chorym płucu lub zjawienia się ich tam gdzie przedtem ich nie było, wzmożenie kaszlu, zwiększenie ilości plwociny, czasami temu towarzyszy wzmożenie t^o, słowem powstaje obraz, analogiczny do odczynu tuberkulinowego. Od stopnia tego odczynu zależy wynik leczenia. Takim bodźcem może być również ściśle dawkowana praca. Ten czynnik może być stosowany, gdy ustąpią już objawy toksyczne. W jednych przypadkach, wywołując burzliwszą reakcję u chorego ze sprawą, zdawałoby się już ustabilizowaną, praca dostarczy nam dowodu, że leczenie musi być kontynuowane, pomimo ustąpienia toksemji, w innych da możliwość stopniowego wdrożenia chorego do jego zajęć zawodowych i skrócenia mu czasu pobytu w uzdrowisku. Z tego stanowiska wprowadzenie t. zw. leczenia pracą należy uważać jako postępek w traktowaniu przez nas chorych na gruźlicę płuc.

Kol. **M o c z a r s k i** (członek T-wa) stwierdza, iż w odczycie chodziło nie o to, czy chory w gruźlicy może pracować lecz czy powinien pracować. Ujęcie to jest bardziej życiowe. Ze względów technicznych w odczycie pominięto niektóre zagadnienia (leczenie gomenolem, obustronna odma sztuczna). Zostaną one omówione w druku.

6. Kol. **H i g i e r S t.** odczyt odłożono do dnia 26 kwietnia b. r. Posiedzenie zamknięto o godz. 22 min. 52.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO z dnia 26 kwietnia 1932 r.

Początek o godz. 8-mej wiecz. punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa—61, wprowadzonych gości 31.

1. Protokół posiedzenia z dnia 12 kwietnia przyjęto.
2. Kol. Prezes wspomina o śmierci Sekretarza Stałego Towarzystwa — Leona Babińskiego.
3. Kol. **Dydyński** wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Sekretarzu Stałym.

Dnia 18 kwietnia nieoczekiwanie po krótkiej chorobie zakończył życie jeden z najwybitniejszych i najczynniejszych członków naszego

Towarzystwa ś. p. Dr. Leon Babiński. Przeszło 40 lat był członkiem Towarzystwa, a w ciągu ostatnich 20 lat życia nieprzerwanie brał czynny i nacechowany umiłowaniem tej instytucji udział w jej pracach, piastując różne w niej godności. Od r. 1911 do r. 1919, a więc w ciągu 8 lat stał na czele ściśle z Towarzystwem związanej instytucji, a mianowicie Kasy Wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach pozostałych, w charakterze Zarządzającego tą kasą. Ceniąc ideę, która przyświecała twórcy Kasy Szokalskiemu, dbał z prawdziwym oddaniem się o rozwój tej humanitarnej strony działalności Towarzystwa, jako jedynej na owe czasy postaci samopomocy koleżeńskiej. Umiał przemawiać do członków Towarzystwa, wywierać przymus moralny należenia do Kasy, a w wyniku tego rosła ofiarność na cele Kasy i możliwość przychodzenia z istotną pomocą w ciężkich nieraz warunkach pozostałym rodzinom lekarzy.

W r. 1919 zostaje wybrany podskarbnym Towarzystwa i, pełniąc obowiązki te do r. 1930 t. j. w ciągu 11 lat, oddaje Towarzystwu na stanowisku tem rzetelne usługi dzięki swemu doświadczeniu życiowemu, praktyczności i dbałości o stan funduszków Towarzystwa. W r. 1929 zostaje ś. p. Babiński w uznaniu Jego zasług dla Towarzystwa członkiem honorowym, a w r. ub. Towarzystwo powierza Mu najwyższą godność Sekretarza Stałego. Miarą istotnego przywiązania do Towarzystwa i dbałości o jego rozwój, niech posłuży i ta okoliczność, że gdy zmożony został niespodzianie chorobą, do ostatnich dni życia swego głównym tematem rozmów z Kolegami, którzy go odwiedzali, było Towarzystwo Lekarskie Warszawskie i jego potrzeby.

W osobie jednak ś. p. Dra Babińskiego uczcić winniśmy nietylko działacza na terenie Towarzystwa, lecz również człowieka, który rozwijał działalność na wielu bardzo polach. Po za Towarzystwem znaczną, część pracy w życiu swoim poświęcił Szpitalowi Ewangelickiemu, w którym kolejno od r. 1888 różne zajmował stanowiska: z początku asystenta Naczelnego Lekarza, następnie lekarza miejscowego, od r. 1893 Kierownika ambulatorjum, potem ordynatora oddziału chorób wewnętrznych, wreszcie od r. 1918 Naczelnego Lekarza. W Szpitalu tym pozostawia po sobie wśród wszystkich pracowników, zarówno lekarzy, jak i całego personelu szpitalnego pamięć człowieka oddanego szpitalowi, sumiennego lekarza, dbałego i wyrozumiałego zwierzchnika, zacnego przewodnika.

W życiu społeczno-lekarskim brał ś. p. Dr. Babiński żywy udział, wnosząc wszędzie ofiarną pracę, doświadczenie i inicjatywę do wielu poczyniń. Przez długi szereg lat był członkiem Zarządu Towarzystwa Opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi i przyczynił się do rozwoju Zakładu w Drewnicy i powstania sanatorium w Karolinie.

Służył również światłą radą Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi, jako członek Komitetu Głównego tej instytucji. Gdy powstały u nas Izby Lekarskie, był pierwszym z wyboru naczelnikiem Izby warszawsko-białostockiej.

Zaznaczył się również na polu działalności obywatelskiej — pamiętamy jego wystąpienie jako radnego w pierwszej radzie miejskiej, powstałej w czasi okupacji niemieckiej.

Jako człowiek odznaczał się ś. p. Dr. B a b i ń s k i niezwykłą prawością, dobrocią, ofiarnością i bezinteresownością i te wysoce dodatnie cechy charakteru zjednały mu uznanie zarówno w gronie kolegów, dla których był nieskazitelnym stróżem etyki lekarskiej, jak i w szerokich sferach naszego społeczeństwa. Wielkim uznaniem cieszył się również u chorych, którym służył nie tylko swoją światłą radą, lecz umiał być dla nich i moralnym doradcą. Wykonywanie zawodu lekarskiego stawiał ś. p. Dr. B a b i ń s k i tak wysoko, iż ono w osobie Jego nosiły cechy niejako dostojęństwa kapłańskiego.

Zamiłowanie lekarskie miał ś. p. Dr. B a b i ń s k i już we krwi, urodził się bowiem w r. 1860 z ojca lekarza w Radomiu. Życie całe po za dzieciństwem spędził w Warszawie, tu ukończył gimnazjum, tu studiował medycynę i tu rozwinął swą szeroką działalność, którą przerwała niespodziewanie śmierć!

Odszedł od nas gorący patrijota, nieskazitelnego charakteru człowiek, cichy i nie lubiący rozgłosu pracownik.

Uczcijmy pamięć Jego przez powstanie!

4. Kol. Prezes zawiadamia o 12 Zjeździe Neurologów, który odbędzie się w Paryżu w dniach 31-V. — 1-IV. 1931 r., oraz o pracach nadesłanych do Towarzystwa.

Buinevicius. Vidaus ligu kliniks vadovelis. Kaunas, 1929.

Bujnewitsch. Zu meiner Theorie der Harnbildung. Odb. 1929

Grzywo-Dąbrowska. Samobójstwa młodzieży szkolnej na podstawie ankiety. Odb. 1932.

Lobel. O znieczuleniu miejscowem w małej ginekologii. Odb. 1930.

Mikułowski. Der Fall einer Pertussisenzephalitis bei einem luetischen Kinde. Odb. 1932.

Paszkiewicz. Powstawanie i rozwój gruźlicy płuc, ze stanowiska anatomopatologicznego. Warszawa, 1932.

Szenajch. Dr. Marja Ratyńska „Marynka”. Warszawa, 1932.

Scherer. Chemische und mikroskopische Untersuchungen zur Pathologie angestellt an den Kliniken des Julius-Hospitales zu Würzburg. Heidelberg, 1843.

Katalog wydawnictw „Lekarza Wojskowego”. Warszawa, 1932.

Medycyna Lotnicza w Polsce. R. 1932.

Przeгляд Trachomatologii i Okulistyki Społecznej. Warszawa, 1931, Nr. 1, 2, 3—4. R. 1932, Nr. 1.

Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica. R. 1925 Nr. 3, r. 1929 Nr. 2.

The Urologic and Cutaneous Review. R. 1932 Nr. 4.

Medical Journal and Record. R. 1932 Nr. 6.

5. Kol. Landau A. (członek Towarzystwa) i Kaminer St. wygłaszają odczyt p. t.: „O leczeniu ropnych schorzeń płuc dożylnymi wstrzykiwaniami alkoholu, (streszczenie własne).

Wstrzykując alkohol dożylnie w złośliwym powolnym zapaleniu wsierdzia, jeden z referentów stwierdził pomyślny wpływ tych wstrzykiwań na ropne powikłania płucne, jak to wynika z pierwszego komunikatu, ogłoszonego przed $\frac{1}{2}$ rokiem przez A. Landaua, M. Fejgina i J. Bauera. Takie było źródło leczenia alkoholem w ropnych i zgorzelinowych schorzeniach płucnych. W doniesieniu obecnym autorzy ściśle ustalają wskazania dla tej metody leczniczej, a wyniki jej obrazują spostrzeżeniami klinicznymi. W ostrych schorzeniach ropnych płuc autorzy odróżniają dwie postaci: ropnie płuc sensu strictiori oraz zrazikowe ropne zapalenie płuc (bronchopneumonia abscedens miliaris), zazwyczaj pochodzenia grypowego. W tej ostatniej postaci chorobowej wstrzykiwania dożylnie alkoholu stanowią chronologicznie punkt zwrotny, w którym złośliwy bieg choroby odменя się, gorączka zaczyna opadać, ilość ropnej płwociny maleje, objawy fizykalne zrazikowego zapalenia płuc ustępują, stan ogólny poprawia się. Ropnie płuc według Sergent'a w 25% dają wyleczenie samoistne, w 75% muszą się dostawać w ręce chirurga. Zdaniem prelegentów, wcześniej zastosowane wstrzykiwania alkoholu znacznie podnoszą odsetek wyleczenia sposobem zachowawczym, oraz zmniejszą liczbę niezbędnych zabiegów operacyjnych, które w ropniach płuc zawsze połączone są z dużym niebezpieczeństwem. Zwraca uwagę dodatni wpływ wstrzykiwań dożylnych alkoholu w nawrotowych zapaleniach drobnych oskrzelików, które to zapalenia towarzyszą walcowatym i różańcowatym rozstrzeniom oskrzeli. W tych przypadkach ropotok oskrzelowy (bronchopyorrhoea), który w okresie nasileń chorobowych częstokroć idzie w parze z odoskrzelowym zapaleniem płuc, pod wpływem alkoholu maleje, ciepłota spada, stan chorego poprawia się (powrót do stanu przed obostrzeniem zapalenia). W zgorzelinowych schorzeniach płucnych samoistnych lub zależnych od bańkowatych rozstrzeni oskrzelowych działanie lecznicze alkoholu jest różne i czasem bywa ono bardzo korzystne; niekiedy jednak nie wywiera dodatniego wpływu.

W ostatecznych wnioskach autorzy uważają, iż leczenie alkoholowe daje doskonałe wyniki w ropnych sprawach płucnych, zarów-

no ostrych (ropienia prosówkowe i rozleglejsze ropnie), jak i prze-
wlekłych obostrzonych. Co się tyczy mechanizmu działania alkoholu,
to czyni on, dostając się bezpośrednio do płuc z ominięciem żyły
wrotnej, dzięki swej pneumo- i bakterjotropji, iż rozlana sprawa płuc-
na się cofa, odpływ zostaje ułatwiony, jamy i jamki płucne, których
ściany nie uległy stwardnieniu łącznotkankowemu, zapadają się, a po
nich zostają tylko mniej lub bardziej rozległe blizny.

Dyskusja:

Kol. K r y ń s k i L. — podkreśla, że dotąd niewzruszenie utrzy-
muje się zasada Hippokratesa, ujęta w formułę „u b i p u s i b i e v a -
c u a”. Kol. L a n d a u wskazał nam metodę bezkrwawego postępo-
wania w leczeniu spraw ropnych, jak jednak należy sobie tłumaczyć
proces wyleczenia? Kol. K r y ń s k i przypuszcza, że zwłaszcza
w przypadkach większych ropni mamy do czynienia z pęknięciem rop-
nia i odpluciem. Co do stosowania alkoholu kol. K r y ń s k i miałby
pewne zastrzeżenie co do stosowania 33% alkoholu, gdyż w tym stę-
żeniu może wpływać ujemnie na śródbłonki naczyń, oraz może powo-
dować powstawanie spraw zapalnych w żyłach. Dodatkowo działanie al-
koholu polega na działaniu podniecającem na serce, co ma duże zna-
czenie w przebiegu zapalenia płuc. Mimo tego działania kol. K r y ń -
s k i miałby zastrzeżenie co do stosowania alkoholu, ze względu na
możliwe niebezpieczeństwa.

Kol. C z a r k o w s k i — zastanawia się, czy takich samych wy-
ników nie dałoby stosowanie alkoholu per os. Poddaje następnie roz-
ważaniu przypadek cytowany przez kol. Landaua, który zakończył
się zabiegiem operacyjnym. Rentnegogramy przemawiały za przykle-
jeniem opłucnej, punkcją wydobyto 4 i 3 cm.³ ropy — to wszystko po-
winno było skłonić do natychmiastowego zabiegu operacyjnego. Za-
bieg byłby zupełnie niegroźny z pozostawieniem nienaruszonego żebra.
Sergent poleca wstrzymać się z zabiegiem operacyjnym 6 tygodni, t. j.
na okres czasu potrzebny do przyklejenia się płuca.

Kol. T h u r s z przypomina, że w roku 1927 stwierdził nieszko-
dliwość wstrzykiwania alkoholu nawet w stężeniu absolutnym. Zagra-
nicą stosują alkohol coraz szerzej, stwierdzając dodatkowo działanie.
Ostatnio ukazała się praca Ke'na z kliniki we Fryburgu, o alkoholu
jako środka narkotycznym. Autor uważa, że stosowany jako narkotyk
może mieć działanie ujemne ze względu na konieczność stosowania
dużych dawek, podkreśla jednak dużą rolę alkoholu, jako środka te-
rapeutycznego. Kol. T h u r s z powołuje się na prace o alkoholu z kli-
niki berlińskiej, moskiewskiej i t. d. Kol. L a n d a u zmodyfikował
metodę kol. T h u r s z a, zmniejszając dawki, kol. T h u r s z przy-
puszcza jednak, że stosując większe dawki mógłby otrzymać lepsze

wyniki. Alkohol 33% nie ścina białka; co się tyczy zapaleń żył — to już samo ukłucie igły może doń doprowadzić.

Kol. Th urs z dotychczas nigdy nie zauważył żółtaczkę po stosowaniu alkoholu, nawet u chorych z kamicą żółciową. Kol. Th urs z czuje się dotknięty lekceważącym odezwaniem się kol. Cz a r k o w s k i e g o o stosowaniu alkoholu.

Kol. P r e z e s nawołuje do zachowania powagi i spokoju w dyskusji.

Kol. F e j g i n uważa dożyłne wstrzykiwania alkoholu, jako metodę prostą, łatwą i przyjemną dla chorego, który odczuwa dużą poprawę podmiotową. Zakres stosowania tego środka rozszerza się coraz bardziej, bez względu na wiek chorego. Można go stosować w ostrych i podostrych sprawach płucnych z wyjątkiem gruźlicy.

Kol. F e j g i n obecnie stosuje alkohol z ouabainą, strofantyną, cukrem. Dobre wyniki otrzymywał w odoskrzelowych zapaleniach płuc. W zapaleniach płuc płatowych wyniki są dużo gorsze, co należy sobie tłumaczyć przerwaniem krążenia w ognisku chorobowym, dzięki czemu środek do samego ogniska nie dociera. Działanie alkoholu na serce jest niewątpliwe, pozatem jednak ma on działanie antytoksyczne. W zgorzeli płuc stosowany dość wcześnie, daje dobre wyniki (przytacza kazuistykę); doniosłe znaczenie ma stosowanie w stanach zapaleń płuc przerzutowych. Stosowanie nadmiernie dużych dawek, jak to czyni kol. Th urs z, jest niepotrzebne. Po stosowaniu 33% alkoholu spostrzegał zacopowanie naczyń, wobec czego obecnie stosuje 20—25% alkoholu z dodatkiem cukru. Udało mu się podawać do 20 wstrzykiwań.

Kol. O r ł o w s k i — stwierdza, że niema większego własnego doświadczenia co do stosowania alkoholu. W dwóch przypadkach ropni płuc, w których w II Klinice Chor. Wewnętrznych zastosowano alkohol dożylnie, kol. O r ł o w s k i nie zauważył zupełnie wpływu na przebieg sprawy chorobowej.

Kol. L a n d a u — zasada „ubi pus ibi evacua” jest zupełnie słuszna, nie można jej jednak zawsze stosować np. w ropniach pełzakowych. Być może, że istnieje jeszcze inna kategoria ropni płuc, która podobnie jak ropnie pełzakowe emetyną, leczą się alkoholem. Mechanizm działania alkoholu kol. L a n d a u tłumaczy sobie zmniejszeniem nacieku zapalnego dokoła ropnia i ułatwionym w ten sposób drenażem.

Alkohol działa na serce, poza tem jednak ma wg. kol. L a n d a u działanie pneumotropowe i bakterjotropowe. Co do ewentualnego działania na śródbronek kol. Landau jest zdania, że nie można tego brać pod uwagę mając do czynienia z człowiekiem bardzo chorym. Bez wątpienia możnaby stosować alkohol per os, ale wówczas

trzebaby było dawać znacznie większe dawki. Co się tyczy zarzutu kol. C z a r k o w s k i e g o, że chory nie odrazu został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego, kol. L a n d a u uważa, iż wybrał chwilę, w której chory najlepiej ten zabieg mógł znieść. Z ubocznych działań alkoholu należy podkreślić występowanie wstrząsów i bóli w żyłach (około 25% przypadków).

6. Kol. H i g i e r S t. wygłosił odczyt: „Znaczenie układu wegetatywnego i jego badanie w medycynie praktycznej” (streszczenie własne).

Znaczenie układu wegetatywnego w medycynie praktycznej wynika z jego roli fizjologicznej, szczególnie jako regulatora odruchowości międzynarodowej i przemiany ustrojowej. Cała niemal symptomatologia chorób wewnętrznych sprowadza się do zjawisk w u. w. Dla zorientowania się w istocie odpowiednich zmian niezbędna jest znajomość patologii czynnościowej u. w. W patologii tej odróżnić możemy: anormalne (zbyt wysokie, lub zbyt małe) napięcie całości, lub którejś zasadniczej części układu (a m p h o t o n i a, s y m p a t i c o t o n i a, v a g o t o n i a), nadmierną pobudliwość całości, części u. w., lub unerwienia narządowego (nerwica narządowa), a wreszcie stany wyczerpalności i zupełnego wyczerpania u. w. Jedynie tylko zdając sobie sprawę, jakiego z tych stanów możemy się w badanym przypadku spodziewać, jesteśmy w stanie celowo przeprowadzić odpowiednie próby czynnościowe.

W każdej próbie czynnościowej mamy do czynienia z trzema składnikami: odpowiednim bodźcem, działającym na u. w. lub jego część, z wynikiem tego działania na narząd „testowy”, z analizą tego wyniku w myśl koncepcji teoretycznej. Bodziec może być mechaniczny (wzgl. statyczny) np. w próbie Aschera, lub farmakodynamiczny (próba Platza); jako bodźce farmakodynamiczne używane są najczęściej t. zw. reprezentacyjne jady wegetatywne, wprowadzone do ustroju drogą pozajelitową. Jako testy narządowe najczęściej wybieramy: serce (częstość skurczów), naczynia (parcie krwi), źrenice (próby pupillaroskopowe). Otrzymywany wynik próby ujmowany jest z większą ostrożnością przez koncepcję francuską, niż przez dawniejszą szkołę E p p i n g e r a i H e s s a, przypisującą każdej próbie absolutne znaczenie.

Najbardziej celowe, wyraźne i nietrudne do zużytkowania są próby następujące: Aschnera (na napięcie i pobudliwość u. parasympatycznego), Dresela lub Marinesco (na napięcie sympatyczne wzgl. parasympatyczne) i Danielopolu-Carniola.

Próby czynnościowe u. w. pozwalają nieraz na różnicowanie rozpoznawcze, szczególnie w sprawach nerwicowych, ale również w cho-

robach gruczołów wydzielania wewnętrznego, w chorobie wrzodowej i t. d.

D y s k u s j a: Kol. Pokrzewiński zgadza się z prelegentem, że wysnuwanie wniosków z wyników badania układu wegetatywnego jest bardzo trudne. Od 2 lat pracuje nad badaniem układu wegetatywnego u zdrowych i dotąd pewnych wniosków wyciągnąć nie może.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 min. 25.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dnia 10 maja 1932 r.**

Obecnych członków T-wa—38, wprowadzonych gości—24.

1. Protokół posiedzenia z dnia 26 kwietnia r. b. przyjęto.

2. Kol. Filiński W. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t.: „Pokaz przypadku zwężenia oskrzela z ucisku u dziecka” (streszczenie własne).

Chory l. 6 cierpi od kilku miesięcy na napady duszności, występujące początkowo tylko po wysiłkach, a potem bez powodu lub nawet podczas snu. Ciepłota wykazywała stany podgorączkowe.

Przy badaniu stwierdzono po stronie prawej kl. piersiowej skrócenie tonu opukowego na przestrzeni od trzeciego żebra wdoł. Oddech osłabiony zarówno z przodu, jak i z tyłu. Na zdjęciu cień trójkątny w pobliżu śródpiersia w górnej części prawego płuca. Płat środkowy i dolny wyjaśniony nadmiernie.

F. uzależnia cień od gruźliczego zapalenia gruczołów chłonnych przy oskrzeli prawem. Częściowe zwężenie oskrzela wynika z ucisku tych gruczołów. Rozedma zależy od tego, że przez wąski otwór powietrze przenika zawsze łatwiej przy wdechu (działanie mięśni oddechowych), niż przy wydechu. Napady rzekomo dychawicze tłumaczy się odruchowym, obustronnym skurczem mięśni gładkich oskrzeli, podrażnionych za pośrednictwem nerwu błędnego. Napady rzekomo dychawicze w zapaleniu gruczołów okołoskrzelowych są rzeczą znaną w piśmiennictwie lecz ze względu na swą rzadkość zasługują na przypomnienie.

W rozpoznaniu różniczkowym trzeba mieć na względzie dychawicę oskrzelową, wyłączoną u przedstawionego chorego z powodu braku eozynofilji i z powodu obecności zmian przedmiotowych, kierują-

cych myśl na inną drogę. Gdyby nie wiek chorego, to zespół objawów mógłby przede wszystkim nasunąć przypuszczenie raka oskrzela, co u dziecka sześciolatniego będzie, oczywiście, nieaktualne. Można tu wszakże wziąć pod uwagę obecność w oskrzelu ciała obcego, przejrzystego dla promieni Rentgena — w tym przypadku trudnoby znów wytłumaczyć pochodzenie cienia w górnym płacie.

Leczenie zastosowano higieniczno - djetetyczne w miejscowości podgórskiej. Napady ustąpiły, cień zmniejszył się znacznie, rozedma znikła, natomiast w samym płucu widać teraz na zdjęciu wyraźne drobne plamkowanie, osłabienie oddechu utrzymuje się jeszcze, jakkolwiek w mniejszym stopniu, niż poprzednio.

Przebieg i wynik leczenia potwierdza rozpoznanie.

Dyskusja: Kol. D r o z d o w i c z stwierdza zgodność danych rentgenologicznych z danymi klinicznymi. Badając trzykrotnie dziecko, kol. D. był zdania, że mamy do czynienia ze zwężeniem oskrzela na skutek ucisku przez gruczoł. Na zdjęciach seryjnych stwierdzało się zmniejszanie cienia, oraz ustępowanie niedodmy. Jeden z kolegów — rentgenologów uważał, że mamy do czynienia ze zwężeniem oskrzela wywołanem przez ciało przepuszczalne dla promieni rentgenowskich.

Kol. Z a w a d o w s k i (streszczenie własne).

Miałem sposobność swego czasu badać radjologicznie dziecko, które przedstawia kol. Filiński. Ponieważ przypadek ten w obrazie radjologicznym jest bardzo ciekawy, pozwolę sobie zatrzymać się nad nim nieco dłużej. U dziecka tego wykonałem dwa zdjęcia bezpośrednio jedno po drugim. Pierwsze z nich (pokaz przezrocza) wykonane jest w czasie głębokiego wdechu, drugie zaś w b. silnym wydechu. Obrazy te są przykładem zmian radjologicznych w zwężeniu oskrzela. W odróżnieniu od interpretacji kol. Filińskiego, ja uważać muszę ostro odcięty gęsty cień, prawą wnęką przylegający do śródpiersia, za pozbawiony powietrza górny płat płuca prawego. Płat ten zmniejszył się tak, wskutek całkowitego zamknięcia oskrzela nadtętniczego. Doprowadziło to do całkowitej niedodmy i skurczenia się tego płatu oraz zbliżenia do wnęki i śródpiersia. Natomiast płat średni i dolny są w stanie znacznej rozedmy, co zaznacza się wzmoczoną jasnością odpowiednich części pola płucnego prawego. Zmniejszenie objętości jednego płatu o innym sposobie powstawania z następową rozedmą pozostałych płatów widzujemy nierzadko w innych warunkach. Najczęściej dzieje się to w gruźlicy, gdy płat górny ulega czasem tak znacznej marskości, że zajmuje tylko przestrzeń samego pola szczytowego. Wnęką płucną przenosi się wtedy do góry (t. zw. wnęką podobojczykowa), zaś pozostałe płaty ulegają tak znacznej rozedmie, że wypełniają resztę jamy opłucnowej.

W naszym przypadku płat średni leży nieprawidłowo wysoko, co widzimy po przebiegu naczyń wnęki prawej, w której te odgałęzienia tętnicy płucnej, które idą do płatu średniego, zwracają się ku górze i nadają charakterystyczny wygląd całemu cieniowi wnękowemu.

Przeciwno interpretacji cienia tego jako pakietu gruczołowego przemawia to, że jest on od strony bocznej i od dołu odgraniczony zupełnie prostymi regularnymi linjami, które tworzą ze sobą kąt prosty, zwrócony ku dołowi i stronie bocznej. Również dalszy przebieg przypadku nie wskazywałby na to, że są to gruczoły z nacieczeniem okołogruczołowym, gdyż w tym razie cień ten powinienby się równoległe do poprawy stanu ogólnego zmniejszać i wykazać zwapnienie w środku, jak to zwykle widzujemy.

Ciekawie przedstawia się zestawienie na zdjęciach fazy wdechowej i wydechowej. Podczas gdy płuco lewe we wdechu jest jasne, powietrzne, zaś w czasie wzmożonego wydechu traci większą część powietrza, zmniejsza się bardzo znacznie i daje ciemny odcień polu płucnemu lewemu, to płuco prawe nie zmienia się zupełnie w wydechu, jest zupełnie tak samo powietrzne, jak we wdechu wskutek wentylowego zamknięcia się światła oskrzela. Nacisk mięśni wydechowych powoduje, że balonowato rozdęte płuco prawe przesuwa bardzo znacznie całe śródpiersie i serce na stronę lewą. Równocześnie przepona prawa uciskana przez rozdęte płuco obniża się w czasie wydechu, podczas gdy przepona lewa w tym samym czasie unosi się ku górze. Zjawisko to, o ile mi się wydaje, dotychczas nie było poddawane bliższej analizie. Nazwałbym je odwróconym albo niskim ruchem paradoksalnym przepony. Jak wiadomo, zwykły ruch paradoksalny spotyka się w porażeniach i wrodzonych niedorozwojach mięśniowej części przepony i polega na unoszeniu się strony chorej w czasie wdechu, w okresie kiedy po stronie zdrowej przepona się obniża, i na obniżaniu się strony chorej w wydechu. Obydwa te ruchy posiadają pewną rozpiętość naokoło wysokiego porażennego ustawienia przepony. W naszym zaś przypadku mamy do czynienia ze zjawiskiem pod względem przebiegu do pewnego stopnia podobnym, różniącym się jednakże tem, że odbywa się ono naokoło znacznie niższego wydechowego ustawienia przepony po stronie oskrzela ze zwężeniem wentylowem. Mechanizm wywołujący je jest jednakże wprost odwrotny, gdyż przepona obniża się w czasie wydechu pod wpływem znacznie zwiększonego ciśnienia w klatce piersiowej po stronie zwężonego wentylowo oskrzela.

Jak z obrazu radiologicznego wynika, mamy w przypadku omawianym zamknięcie całkowite i trwałe oskrzela płatu górnego z niedodmą, a równocześnie wentylowe zwężenie oskrzela głównego prawego. Jako przyczynę tego najłatwiej byłoby wyobrazić sobie ciało

obce, przejrzyste dla promieni X., tkwiące w oskrzelu nadtętniczym i wystające nieco ku światłu oskrzela głównego, tak iż to ostatnie byłoby pod działaniem wentylowem.

Tak więc w przypadku tym podejrzewaćby należało obecność ciała obcego. Jak wiemy, ciała takie nierzadko zdarzają się u dzieci, a bardzo często dają obraz radiologiczny zwężenia wentylowego. Za ciałem obcym przemawiałoby i to, że sprawa chorobowa dotyczy oskrzela prawego, gdyż do tego właśnie oskrzela wpada większość ciał obcych.

Natomiast sprawy gruczołowe śródpiersia, jakkolwiek są częstsze po stronie prawej, dają objawy zwężenia oskrzela częściej po stronie lewej, a to z tego powodu, że oskrzele lewe leży zamknięte pomiędzy tętnicą główną a tętnicą płucną od góry i lewym przedsionkiem od dołu. Części te tworzą jakby zamkniętą obręcz naokoło tego oskrzela, tak że wystarczy, aby powiększenie gruczołów było niewielkie, a już wystąpi zwężenie oskrzela. Po stronie prawej zaś nawet duże pakiety gruczołowe nie powodują zwężenia, gdyż gruczoły mogą się rozwijać odśrodkowo i nie mają skłonności do naciskania na oskrzela.

Wszystko to przemawia za tem, że przypuszczenie obecności ciała obcego nie może być jeszcze całkowicie zarzucone, jakkolwiek przebieg cierpienia przytoczony przez kol. Filińskiego przemawia wyraźnie przeciw temu. Wobec znacznej poprawy po leczeniu klimatycznym jest obecnie prawdopodobne, że ucisk gruczołów na oskrzela spowodował zamknięcie całkowite oskrzela nadtętniczego, zaś zwężenie wentylowe oskrzela głównego prawego. To jednak, że cień górnego płatu prawego w stanie niedodmy utrzymuje się jeszcze ciągle każe nam być ostrożnym i spostrzegać przypadek dalej dla upewnienia się, czy jednak nie znajdują się jakieś fakty, które rzucą więcej światła na samą przyczynę zwężenia oskrzelowego.

Kol. B r o k m a n — badał dziecko przed 4-ma tygodniami. Na podstawie badania fizykalnego (stwierdzono jednolite stłumienie na całej przestrzeni od przodu i do grzebienia łopatki), oraz opierając się na dodatnim odczynie Pirquet'a — kol. B. doszedł do wniosku, że mamy do czynienia z nacieczeniem dokołoogniskowem. Dopiero później ojciec dziecka poinformował go, że rozpoznano niedodmę płuca naskutek ucisku oskrzela. Po naświetlaniach vitaluxem dziecko zaczęło gorączkować i kasłać, tak że nasuwała się obawa wysiewu gruźliczego do płuc. Zgodnie z poglądem panującym między pedjatrami naświetlanie w okresie czynnej gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych nie jest wskazane. Można stosować naświetlanie dopiero w $1\frac{1}{2}$ —2 lat po uciszeniu się sprawy chorobowej. Duszność napadową, występującą

w postaci astmy, szkoła pedjatryczna francuska tłumaczy zadziałaniem produktów toksycznych.

3. Kol. R y m k i e w i c z T. wygłasza odczyt p. t.: „Wartości lecznicze Druskienik (streszczenia nie nadesłano).

W odczycie omówiono obecne urządzenia Zdrojowiska Druskieniki oraz jego wskazania lecznicze.

D y s k u s j a:

Kol. B r o k m a n: podnosi dużą wartość Druskienik, jako uzdrowiska dla dzieci. W porównaniu z Rabką — Druskieniki mają wyższość dzięki posiadanym kąpielom słoneczno-powietrznym. O ile kol. B. wiadomo, nie są przeprowadzane badania nad działaniem wód druskienickich na przewód pokarmowy. Zapytuje kol. Prelegenta czy nie wie, co się dzieje z materiałami opracowanymi przez s. p. Dr. Lewickiego. Kol. Rymkiewicz — wyjaśnia, że nie wie, co się dzieje z materiałami prac Dr. Lewickiego. Badania nad wpływem wody druskienickiej, na przewód pokarmowy przeprowadzali jeszcze przed wojną prof. Żebrowski i Dr. Bratkowski. Obecnie wznowiła te badania klika Prof. Januszkiewicza.

4. Kol. K r a m s z t y k St. wygłasza odczyt p. t.: „Dr. Stanisław Morawski i jego poglądy na wody mineralne i sztuczne“ (streszczenie własne).

Dr. Stanisław Morawski, którego trzy tomy wspomnień w wydaniu prof. Czarkowskiego i Mościckiego, ukazały się w druku w ciągu ostatnich lat, jest jednym z najznakomitszych pamiętnikarzy polskich z pierwszej połowy 19-go wieku. Ale o ile został on dopiero teraz udostępniony szerokiemu ogółowi, o tyle bardzo mało było o nim dotychczas wiadomo jako o lekarzu. Krótkie i błędne wzmianki biograficzne w Słowniku Kościńskiego, Encyklopedji Ilustrowanej i w Dziele Bielińskiego o Akademji Wileńskiej — oto wszystko.

Morawski urodził się w Wileńszczyźnie, jako potomek bogatej i arystokratycznej rodziny i wbrew przyjętym tam zwyczajom wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Wileńskiego, a lata jego studjów przypadły na okres największego rozkwitu Wszechnicy Wileńskiej. Stykał się wtedy Morawski i z profesorami takimi, jak Frank i Śniadecki, i ze wszystkimi wybitniejszymi studentami i z wyższymi sferami towarzyskimi; a wszystko to świetnie zobrazował później w swoich wspomnieniach. Wskutek niesnasek z ojcem Morawski po ukończeniu studjów przeniósł się do Petersburga, gdzie z początku zajmował się praktyką lekarską, a później przeszedł na drogę urzędów, zaś po śmierci ojca powrócił do rodzinnego majątku i ostatnie lata życia spędził na pisaniu swych pamiętników.

Morawski odznaczał się niezwykłym talentem pisarskim, posia-

dał prócz tego wielki dar obserwacyjny, Morawski pozostawił po sobie tomy rękopisów, które obecnie wcałości przechowywane są w zbiorach Biblioteki Ordynacji Krasieńskich w Warszawie. Obejmują one oprócz pamiętników i wspomnień, częściowo już ogłoszonych, również utwory literackie i opisy etnograficzne Litwy. Morawski jako lekarz zdołał się zaznaczyć w wydanych już w r. 1928 nowelach „Zemsta doktora” i „Pierwsze półrocze lekarskiego życia”, osnutych niewątpliwie na przeżyciach osobistych. Prac naukowych lekarskich, w właściwym znaczeniu nie pozostawił. Swe poglądy na powołanie lekarza wyraził w powyżej wspomnianych nowelach oraz w rozrzuconych tu i owdzie zdaniach. Z przedmiotów, wchodzących w zakres medycyny, interesował go hipnotyzm i zagadnienie wód mineralnych, wtedy właśnie, w związku z ogłoszonymi dziełami Struwego, wysoce aktualne. Już w r. 1830 rozpoczął drukować w ówczesnym piśmie polskim „Tygodniku petersburskim”, „Słownik Lekarski”, gdzie pomieścił między innymi artykuł o „Wodach mineralnych”, zaś w r. 1834 z powodu pewnej książki jaka się wówczas w Petersburgu ukazała, napisał pracę „O wodach mineralnych sztucznych w Petersburgu”. Praca ta w skróceniu była wydrukowana w tymże roku po rosyjsku, ale rękopis jej polski do dziś dnia przechował się wśród innych rękopisów w Bibliotece Krasieńskich.

W pracy tej wypowiada Morawski wiele ciekawych poglądów, które i dziś jeszcze nie straciły swej aktualności. Rozumiał on już wówczas znaczenie pobytu w uzdrowisku i wpływ na psychikę pacjenta.

Opierając się na pracach Struwego i Berzeliusa, dowodzi, że wody naturalne posiadają własności, jakich najbardziej nawet pod względem składu chemicznego doskonałe wody sztuczne nigdy mieć nie mogą.

W pracy o wodach mineralnych najbardziej dokładnie odbiły się poglądy Morawskiego na całokształt ówczesny nauki i jego charakterystyczny sposób ujmowania całego szeregu zagadnień. Postać Dra Morawskiego nie powinna być dalej pozostawać poza badaniami historii medycyny polskiej.

(Rzecz ukaże się w druku w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim).

D y s k u s j a:

K o w a l s k i: uważa przedstawienie sylwetki Morawskiego w Towarzystwie Lekarskim za nieporozumienie, gdyż był to człowiek, który dla kariery opuścił środowisko polskie i stanął w opozycji do prawdziwie po polsku czującego społeczeństwa.

Towarzystwo Lekarskie zawsze pielęgnowało myśl polską i tego nadal należy pilnować.

Kol. Z e m b r z u s k i: (streszczenie własne): odczyt kol. Kramsztyka można rozpatrywać z punktu widzenia historyczno-naukowego i bibliograficznego, abstrahując od poglądów politycznych Morawskiego, świetnego pamiętnikarza o wielkim talencie narracyjnym, zaprawionym ironją, dowcipem i sarkazmem. Inna rzecz, czy poglądy M. na wody mineralne mają wartość historyczno-naukową? Otóż zdaniem Z. — nie mają jej, stanowią bowiem zwykłą kompilację i nie są oparte na osobistym doświadczeniu i badaniach autora. Natomiast o wiele więcej wartości posiadają jego pamiętniki z czasu studjów na wydziale lekarskim Uniwer. Wileńskiego, ujmujące w sposób nader trafny sylwety profesorów wydziału i stosunki panujące podówczas na uczelni Wileńskiej.

Kol. K r a m s z t y k przedstawił życiorys Morawskiego bez szczególnego entuzjazmu do jego osoby, lecz obiektywnie na podstawie źródeł bibliograficznych oryginalnych.

Morawski znalazł się wprawdzie poza nawiasem ówczesnego goręcej myślącego i działającego społeczeństwa polskiego patriotycznego i to odosobnienie być może wyraziło się w jego mizantropji, w owem zniechęceniu do ludzi zwłaszcza u schyłku życia.

Morawski nie wziął udziału w powstaniu listopadowem, lecz i nie każdy Polak wówczas chwycił za broń i nie każdy podzielał pogląd na konieczność walki zbrojnej.

Przekonania polityczne Morawskiego nie przeszkodziły też i nie mogły przeszkodzić prof. historii H. Mościckiemu zająć się wydaniem jego obszernych pamiętników, napisanych w sposób bardzo interesujący. Osoba Morawskiego zaciekawia nie tyle z punktu widzenia wartości jego artykułów lekarskich dla nauki i historii medycyny, jak z punktu widzenia psychologii autora i typu, jaki przedstawia on na tle stosunków swej epoki.

Z. nie widzi też powodu, dlaczego działalność literacko-lekarska Morawskiego, nie miałaby być rozpatrywana i krytycznie oceniana w Warsz. Tow. Lekarskiem.

Kol. K r a m s z t y k wyjaśnia, że starał się skreślić sylwetkę Morawskiego bezstronnie, nie idealizując go. Prof. Mościcki postać Morawskiego przedstawił w nieco inem świetle, może bardziej pobłażliwie. Chociaż M. pracę swą wydał po rosyjsku, jednak podstawowy rękopis był napisany w języku polskim. Co do poglądów politycznych Morawskiego, to trzeba pamiętać, że w latach między r. 1820—1840 w Rosji na wysokich stanowiskach było bardzo wielu Polaków, między nimi niektórzy byli wynarodowieni. Morawski — mimo swych lojalnych zapatrywań w stosunku do Rosji — zrusyfikowanym nie był.

Część II-ga.

5. Kol. Prezes zawiadamia, że w związku ze śmiercią Sekretarza Stałego Towarzystwa muszą być dokonane nowe wybory. Proponuje, aby wzorem lat ostatnich do wyborów do władz Towarzystwa wybrać Komisję, któraby zastanowiła się nad wyborem kandydata. Proponuje następujący skład Komisji:

Członkowie: Ambrożewicz Aleksander, Dąbrowska Janina, Gruszczyński Aleksander, Kowalski Wacław, Mutermilch Stanisław, Sławiński Zdzisław (vice-prezes), Stefanowski Antoni, Michalski Zdzisław, Butkiewicz Tadeusz, Wąsowicz Stanisław, Jakimiak Bolesław Stankiewicz Czesław.

Zastępcy: Gerner Klemens, Korzonówna Jadwiga, Horodyński Witold, Kozerski Adolf.

Poddano pod głosowanie wnioski o wybraniu komisji, oraz jej skład — oba wnioski zostały przyjęte większością głosów.

6. Kol. Prezes przedstawia protokół Komisji Rewizyjnej z dnia 2.V. 1932 r. z rewizji Kasy Towarzystwa Lekarskiego, Kasy Wsparcia Lekarzy oraz rachunkowości i bilansów za r. 1931.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 50.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dnia 17 maja 1932 r.

Początek o godz. 20 punktualnie.

Obecnych członków T-wa—39, wprowadzonych gości—39.

1. Protokół posiedzenia naukowo-administracyjnego z dn. 10.V. b. r. przyjęto.

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

Coffey. Gastro-enteroptosis. Odb. b. d. wyd.

Coffey. Cancer of the rectum and rectosigmoid. Odb. 1931.

Gnoiński. Przemiana węglowodanowa a układ siateczkowo-śródbłonkowy, Warszawa, 1931.

Hirschfeld et Halber. Recherches sur les propriétés sérologiques des tissus embryonnaires et cancéreux. I. L'embryon du rat et le cancer. Odb. 1932.

- Hryniewski. Sprawa szczepionki Calmetta w najnowszym oświetleniu, Nowogródek, 1932.
- Hrynkiewiczówna. Wpływ ergosteryny naświetlanej na budowę kośćca i strukturę zębów. Odb. 1932.
- Kuncewicz i Borowski. Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej. Część I. Wilno 1928. Część II. Wilno. 1929.
- Kuncewicz. Postęp w poglądach na patogenезę gruźlicy płuc. Wilno. 1929.
- Popławska. Lasecznik Kocha w świetle nowych badań. Wilno 1929.
- Wasilewski. Wartość badań pomocniczych w gruźlicy płuc. Wilno 1929.
- Litwin i Religioni. Doraźny wpływ solanki druskienickiej na przemianę węglowodanową. Odb. 1931.
- Mars. Przebieg endemji gorączki połogowej w grudniu 1879 roku. Odb. b. d. w.
- „ O cięciu cesarskiem i jego metodach. B. d. wyd.
- „ Ein Beitrag zur Kraurosis vulvae. B. d. wyd.
- „ Znacznych rozmiarów włókniak pozaotrzewnowy. Odb. 1879.
- „ Kilka uwag nad badaniem ginekologicznem za pomocą palca. Odb. 1888.
- „ O zachowaniu się pochwy podczas porodu i ciąży. Odb. 1888.
- „ Brak miesiączki od 48 roku życia. Mimowolne wywołanie tejże. Odb. 1889.
- „ O nowym zabiegu czeracyjnym w celu wydobycia płodu za pośladki. Kraków, 1889.
- „ Miednica skośnie ścięsniona skutkiem złamania. Kraków, 1889.
- „ Przypadek tętniaka tętnicy macicznej. Odb. 1891.
- „ Powikłanie połogu nadmierną bębnicą skutkiem opadnięcia jelit do zatoki Douglasa. 1891. Odb.
- „ O złośliwym gruczolaku macicy. Kraków, 1892.
- Marynowska, Muraszko i Borowska. Badanie nad odczynem Biernackiego i jego zachowaniem się pod wpływem kąpieli solankowych w Druskienikach. Odb. 1932.
- Surzycki. O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń. Odb. 1903.
- Szenajch. Dwie mowy. I. Drogi rozwoju współczesnej pedjatrij polskiej II. Kilka myśli o etyce zawodu pielęgniarzkiego. Odb. 1931.
- Waldenstrom. On the Formation and Disappearance of Amyloid in Man. Odb. 1928.
- Zieliński. O chorobie Glénarda. Odb. 1895.
- Pamiętnik II. Zjazdu Lekarzy w Krynicy. 1927.
- Ondyna Druskienickich źródeł. Rok 1931, zeszyt 1, 2, 3—4.
- Bulletin International de l'Académie polonaise des Sciences et des

Lettres Cracovie. 1931, Nr. 7—9.

Medical Journal and Record. March, 1932.

The Urologic and Cutaneous Review. April, 1932.

3. Kol. Uliński H. (członek T-wa) przedstawił przypadek „Xantomatosis capitis, faciei e: colli” oraz 2 przypadki tocznia popolitego. (Streszczenie własne): Dane dotyczące tego przypadku, Dr. Uliński otrzymał od docenta Dra M. Grzybowskiego z prawem podania ich przy demonstracji chorej.

Kobieta Sz. T. 1. 55. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie odra i ospa, później 3 razy zapalenie płuc i „powiększenie serca”. Wogóle jest b. nerwowa, wrażliwa. Od 24 r. życia leczy się ciągle „na nerwy”. Miesiączkowała od 24 do 48 r. życia, z kilkoma przerwami dłuższymi (3 miesiące do 1½ roku). Menses trwały 3—4 dni, były średnio obfite. Nie ronila. Rodziła 2 razy. Dzieci urodziły się zdrowe (jedno zmarło w 1½ r. po urodzeniu, drugie żyje i jest zdrowe). Choroba obecna rozpoczęła się w 1916 r. żółtymi plamkami początkowo na powiekach, potem na szyi i głowie. Występowanie twardych guzków spostrzegła poraz pierwszy przed 2½ laty.

Zauważyła ujemny wpływ denerwowania się na powstawanie zmian chorobowych.

St a n o b e c n y. Budowa asteniczna. Podściółka tłuszczowa b. skąpa. Odruchy żrenicowe i ścięgnowe prawidłowe. Tarczyca nie powiększona. Płuca — przytłumienie nad lewym szczytem, rozsiane rzęzenia nad całym lewym płucem, oddech pęcherzykowy zaosłrzony, miejscami chuchający. Serce powiększone w kierunku lewym, uderzenie koniuszkowe na lewej linii pachowej przedniej, tony głuche. Tętno 90 na 1 m., równe miarowe, słabo napięte i wypełnione. Wątroba i śledziona nie powiększone. Skóra naogół łojotokowa, mało elastyczna. Uwłosienie na wżórkku łonowym skąpe, pod pachami zaledwie zaznaczone. Na kończynach dolnych — żyłaki. Obrzęków niema. Zmiany chorobowe o charakterze występujących współrzędnie i zlewających się ze sobą żółtych kępek płaskich i guzkowatych zajmują umiarowo:

1. powieki górne i dolne i najbliższe okolice oczodołów, przechodzące wąskimi pasmami na boczne powierzchnie nosa i skronie;
2. powierzchnie boczne szyi, okolice obojczyków i górną część mostka w kształcie ślimaka;

3. skórę uwłosioną głowy — całkowicie na tyłogłowie oraz w postaci blaszek pojedynczych, częściowo pozbawionych włosów na przedniej i bocznych powierzchniach głowy;

4. wykwit pojedynczy guzkowy na lewym ramieniu;

5. z śluzówek widocznych zajęte jest jedynie podniebienie miękkie, gdzie widzimy rozlane zabarwienie żółte bez zmiany spistości.

Powierzchnia wykwitów jest przeważnie gładka, słomkowo-żółta, miejscami tylko bardzo żółta i lekko zbróżdżona (powierzchnie oczne szyji). Granice zmian są ostre, odgraniczone od skóry zdrowej pasmem wąskim skóry zaróżowionej. Zmian w moczu niema. Badanie krwi morfologiczne: Krwinek — 3.920.000, Hb. 67%. Leukoc. 5.600.— Neutr. 64%, eozynof. — 1%, monocytów — 4,5%, limfocytów 30,5%.

Badanie chemiczne — hypoglicaemia — 0,74%, cholesteryna — 1%.

W końcu prelegent wspomniał o podziale żółtych kępek na pospolite (x vulgare) i moczówkowe (x diabeticum). Pospolite miewają dwie odmiany: a) płaska (x planum) i b) guzowate (x tuberosum). Dalej wspomniał o budowie K. żółtych i o przyczynach rozsianej uogólnionej postaci. Wreszcie omówił sprawę leczenia ż. kępek.

Dwa przypadki wilka rumieniowatego (Lupus erythematodes) przedstawione na posiedzeniu klinicznym Tow. Lek. Warsz. dn. 17/V. 1932 r.

Oba nie leczone dotychczas.

Przypadek 1-szy dotyczy mężczyzny lat 55, dotkniętego tą chorobą umiarowo na obu policzkach i małżowinach usznych od 6^{1/2} lat. W środku ognisk na policzkach — blizny, a po brzegach — łuski białoszare, po zeszkobaniu których widać od spodu czopki, tkwiące mocno w rozszerzonych gruczołach łojowych. Na małżowinach usznych również blizny, a obok łuski. Przypadek II-gi dotyczy młodzieńca lat 18, dotkniętego chorobą od 6 miesięcy o postaci powierzchownej. Na obu policzkach — umiarowo blaszki szarobrunatne z czopkami od spodu, wnikającymi do rozszerzonych gruczołów łojowych. Skóra naokoło lekko nacieczona. Do zaniku skóry nie doszło.

Obaj chorzy będą skierowani do leczenia w gabinecie światłolecznicy.

4. Kol. B r o n o w s k i S. (członek T-wa) omówił „Ostre i przewlekłe zapalenie wsierdza oraz jego leczenie” (streszczenie własne).

Naogół zapalenie wsierdza zdarza się daleko częściej, niż klinicznie rozpoznajemy, a nawet częściej, niż je podejrzewamy. Dowodzą tego wyniki badań sekcyjnych, podczas których bardzo często stwierdzamy tylko nieznaczne zmiany chorobowe na brzegach zastawek (nawarstwienia brodawkowate wielkości główki od szpilki, ograniczone zmętnienia na powierzchni wsierdza), podczas gdy za życia nie można było stwierdzić nawet najslabszych objawów zajęcia serca. Przyczyny powyższej sprzeczności szukać należy w tem, iż zmiany chorobowe wsierdza i naczyń, umiejscowione poza zastawkami i otworami sercowymi, bardzo często nie dają wyraźniejszych klinicznych objawów przedmiotowych, na których podstawie można byłoby z całą

pewnością stwierdzić zapalenie wsierdzia. Skryte ostre lub przewlekłe zapalenie wsierdzia początkowo nie daje się stanowczo stwierdzić na podstawie objawów klinicznych, czyli można je tylko podejrzewać.

Ostre skryte zapalenie wsierdzia można przypuszczać wówczas, kiedy ustroj świeżo uległ silnemu zakażeniu i kiedy obok wysokiej gorączki stwierdzamy tylko wyraźną niedomogę mięśnia sercowego.

Zmiany anatomiczne na wsierdzu w tym okresie choroby nie zdążyły jeszcze rozwinąć się do tego stopnia, aby się ujawniły w klinicznych objawach (szmery sercowe, powiększenie wymiarów serca), samą zaś niedomogę sercową jesteśmy skłonni tłumaczyć ogólnym zatruciem ustroju, zwłaszcza zaś porażeniem t. zw. serca obwodowego, czyli naczyń krwionośnych. Po kilku dniach kliniczny obraz najczęściej się wyjaśnia tak, iż ostre, dotąd skryte, zapalenie wsierdzia ujawnia się, lecz tylko wtedy, jeżeli sprawa zapalna umiejscowiła się na zastawkach, albo w otworach sercowych. Jeżeli natomiast sprawa chorobowa toczy się na ścianie komory sercowej (endocarditis parietalis), zapalenie wsierdzia może nadal pozostawać w stanie utajonym jeszcze przez długi czas. Wówczas napotykać możemy olbrzymie trudności rozpoznawcze.

O rozpoznaniu zapalenia wsierdzia należy bardzo poważnie myśleć, jeżeli objawy ogólnego zatrucia ustroju nastąpią, stan zaś gorączkowy utrzymuje się i jeżeli poza sercem nigdzie w ustroju nie możemy wykryć ognisk zarazków, natomiast na pierwszy plan obrazu klinicznego występują objawy niedomogi sercowej: lekka sinica, napadowe kołatanie serca, duszność, niemiarowość tętna, występująca po słabych ruchach; np. po podniesieniu ręki, a nawet po dłuższej rozmowie; powiększenie rozmiarów serca, puste i małe tętno, wreszcie t. zw. pulsus paradoxus.

Skryte przewlekłe zapalenie wsierdzia naogół jest daleko trudniej rozpoznać. Wspomnieliśmy już, iż ta sprawa chorobowa zdarza się o wiele częściej, niżby się nam zdawać mogło, jednakże aż do wyjaśnienia lub do wyraźniejszego ujawnienia sprawy przez kilkakrotne obostrzenie mogą minąć miesiące, a nawet lata całe.

Należy przeto zgrupować dane, na których słusznie moglibyśmy opierać rozpoznanie skrytego przewlekłego zapalenia wsierdzia.

1) W szeregu niedostatecznie wyjaśnionych przyczyn stanów podgorączkowych zapalenie wsierdzia zajmuje poczesne miejsce, zwłaszcza, jeżeli stan podgorączkowy niestale się utrzymuje i nieprawidłowo występuje t. zn. jeżeli wzniesienia ciepłoty (często nie dochodzące do 0.5°) po kilku dniach bezgorączkowych zjawiają się zupełnie niespodziewanie i bez żadnych widocznych przyczyn, często tylko wskutek może nadmiernych ruchów lub wzruszeń psychicznych. Cho-

rzy często łączą te wzniesienia ze skargami na nieprawidłową lub przyśpieszoną czynność serca, łatwe męczenie się, kaszel, bóle w okolicy serca lub mostka, bezsenność i t. p.

2) Dokładny i drobiazgowy wywiad dostarcza nieraz bardzo cennego materiału rozpoznawczego. Chorzy nieraz wprost oświadczają, że lekarze kiedyś już stwierdzili u nich wyraźne zapalenie wsierdzia, albo podejrzane objawy ze strony serca, np. powiększenie jego wymiarów, lub szmery; podnoszą, że już nieraz przez szereg lat miewali wzniesienia ciepłoty (jak pod 1), np. w związku z pobytem w górach, nadmierną pracą fizyczną, przebytą gripą i t. p.; żalą się, że oddawna już męczy ich wchodzenie na schody, że nie znoszą kawy, napojów wysokowych i t. p.

3) Należy zebrać wszelkie szczegóły kliniczne, służące do dokładnego badania serca za pomocą znanych metod, nie wyłączając rentgenografji, pomiarów ciśnienia krwi, zwłaszcza zaś określenia jakości tetna za pomocą tętnopisu, badania moczu i t. p.

Zaznaczę, że nawet nieznaczne objawy niemiarowości tetna powinny zwrócić uwagę na możliwość zajęcia wsierdzia, jeżeli tej niemiarowości towarzyszy podniesiona ciepłota, albo łatwe męczenie się chorego. lub lekka zadyszka i t. p.

4) Stwierdzenie niedomogi mięśnia sercowego, np. sposobem Schrumpf'a i Martinek'a, silnie przechyla szalę rozpoznania na stronę zmian chorobowych wsierdzia, gdyż stan zapalny tej błony nie da się pomyśleć bez upośledzenia sprawności mięśnia sercowego. Rozpoznanie różniczkowe następuje najczęściej trudności, jeżeli obok stanu podgorączkowego stwierdzimy, np. zagęszczenie szczytów płuc (induratio), a na zastawkach znamiona przebytej sprawy zapalnej wsierdzia (wadę serca). Wobec takiego zespołu objawów stale zadajemy sobie pytanie, która z tych dwu rzekomo wygaśnię spraw jest przyczyną stanu podgorączkowego. Dodatni odczyn Pirquet'a, lichej stan odżywienia, dziedziczne obciążenie gruźlicą oczywiście rozstrzygnie na korzyść sprawy płucnej, natomiast dobry stan odżywienia, prawidłowe łaknienie, łatwe wyczerpywanie się mięśnia sercowego — na korzyść zapalenia wsierdzia.

Najważniejszy jednak dowód trafnego rozpoznania skrytego zapalenia wsierdzia stanowi dodatni wynik następującego leczenia:

1) chory stale leży w łóżku nieraz całymi tygodniami, a nawet miesiącami (unikając gwałtowniejszych ruchów);

a) otrzymuje lekkostrawną dietę (podawać jedzenie często w małych ilościach naraz);

3) chronić chorego przed wzruszeniami psychicznymi.

Śmiało można twierdzić, że w leczeniu ostrego i przewlekłego za-

palenia wsierdzia leżenie w łóżku stanowi najlepszy środek sercowy (cardiacum). W leczeniu ostrego zapalenia wsierdzia należy stosować bardzo ogłędnie t. zw. leki sercowe. Przy tem nie wolno zapominać, że osłabiona czynność serca może powodować powstawanie skrzepów w uszku lub komorze sercowej, spotęgowanie zaś tej czynności sprzyja odrywaniu się tych skrzepów i powstawaniu zatorów w płucach oraz innych narządach. Musimy przeto lawirować jak między Scyllą i Charybdą, kiedy podajemy dla skrzepienia serca kamforę, koraminę i wino, nalewkę adonis vernalis, dla uspokojenia zaś — brom, walerjanę i kodeinę.

Kaszel stanowi wielkie niebezpieczeństwo dla wszelkich postaci zapalenia wsierdzia. To też należy go hamować za wszelką cenę za pomocą znanych narkotyków.

Miejscowo na okolicę serca często stosują nalewkę jodową i Mouches de Milan. Przeciwdziałanie samemu zakażeniu podawaniem w proszkach lub lawatywie urotropiny z salolem prowadzi do celu. Przeciwny jednak jestem wszelkim wstrzykiwaniom dożylnym, gdyż one zwykle przestraszają i bardzo podniecają chorego tak, iż w ogólnym wyniku pogarszają sprawę chorobową, toczącą się w sercu.

Dla chorego najgorzej przedstawia się rzecz wówczas, kiedy lekarz nie rozpoznał istniejącego zapalenia wsierdzia i przypisał przyczynę stanu podgorączkowego skrytej gruźlicy płuc lub gruczołów, stanowi zapalnemu pęcherzyka żółciowego, kobiecych narządów płciowych, przewlekłej zimnicy i t. p.

Wówczas pobyt w górach, naświetlanie lampą kwarcową, wszelkie zabiegi wodolecznicze, gorące okłady na brzuch, nadmierne wysiłki fizyczne i t. p. czynniki, potęgując czynność serca, powodują zaożnienie sprawy, toczącej się na wsierdziu, przyczyniają się do jej przejścia na otwory i zastawki sercowe tak, iż w ostateczności chory może nabyć conajmniej wyraźnej wady sercowej, której mógłby niechybnie uniknąć, gdyby mu wcześniej zapewniono możliwie największy spokój.

Dyskusja: Kol. Michalski Z. (członek T-wa), (streszczenie własne).

Wysłuchanie omówienia klinicznego zagadnienia, — podanego przez tak doświadczonego lekarza, jak kol. Szczęsny Bronowski, jest wielce korzystne dla słuchaczy. Omawiany referat wymagałby prawie dla każdego zdania dyskusji. Pozwolę sobie dotknąć tylko paru ustępów referatu, które budzą we mnie pewne zastrzeżenia.

1. Prelegent w omawianiu rozpoznania skrytego zapalenia wsierdzia zlewa w jedną całość objawy zapalne wsierdzia z objawami niedomogi serca. Na takie stanowisko zgodziłbym się nie mógł. Istnieją

całe etapy w przebiegu zapalenia wsierdzia, gdzie objawów niedomogi mięśnia sercowego stwierdzić nie można.

2. Co do znaczenia występującej czasowo niemiarywości w przebiegu choroby, którą prelegent chciałby uważać, jako objaw pomocniczy w rozpoznaniu — nie było określone, o jakiej to niemiarywości była mowa.

Domyślać się można, że chodzi o niemiarywość extrasystoliczną. Wartość dajagnotyczna i prognostyczna tej ostatniej niemiarywości jest dotychczas jeszcze przez różnych klinicystów bardzo różnie interpretowana.

3. Prelegent wspomniał, iż sprawa zapalna z reguły musi przechodzić z wsierdzia i osierdzia na mięsień sercowy — dając obraz „p a n c a r d i t i s”.

Na takie stanowisko, na podstawie obecnych danych anatomopatologicznych, a zwłaszcza histopatologicznych — zgodzić się nie można.

Prelegent nie poruszał wprawdzie etjologii zapalenia wsierdzia, ale w rzeczywistości obraz swoistego zapalenia mięśnia sercowego można stwierdzić tylko w niektórych, nielicznych, przypadkach ostrego gośca stawowego. — Jeżeli chodzi o pozostałe sprawy chorobowe zakaźne i zapalne — to powodują one wyłącznie zmiany zwyrodniające mięśnia sercowego, przyczem ostre — przeważnie zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, przewlekłe zwłóknienie mięśnia sercowego. Stosowanie nazwy zapalenia mięśnia sercowego — „m y o c a r d i t i s” — nie odpowiada istocie rzeczy.

Kol. G o r e c k i (członek T-wa) stwierdza, iż rozpoznawanie zapalenia wsierdzia pozazastawkowego jest bardzo trudne. Daje ono bowiem bardzo nieznaczne objawy kliniczne. Zespół objawów w utajonym zapaleniu wsierdzia świadczy o gorszej czynności serca, nie pozwala jednak rozpoznać właściwego cierpienia. Tylko powstanie skrzepliny, oderwanie się jej i zatory w narządach przy równoczesnym braku objawów właściwych zapaleniu wsierdzia zastawkowego wskazują na zajęcie wsierdzia ściennego. Następnie zwraca uwagę, że zmiany chorobowe mięśnia sercowego niewątpliwie wpływają na wszystkie jego właściwości.

Kol. W ą s o w i c z S t. (członek T-wa), (streszczenie własne).

Chorzy na przewlekłe skryte zapalenie wsierdzia są stosunkowo częstymi pacjentami przychodni przeciwgruźliczych, dokąd zgłaszają się z powodu utrzymującego się przewlekłe stanu podgorączkowego. Rozpoznanie przewlekłe zapalenia wsierdzia jest bardzo trudne, gdyż wymaga wykluczenia innych przyczyn podniesienia ciepłoty. Stosunkowo najłatwiej jest wykluczyć gruźlicę, gdyż długotrwałe podniesienie ciepłoty świadczące o jakoby czynnej sprawie gruźliczej nie mo-

głoby pozostać bez innych objawów; to też nieobecność objawów fizykalnych, wyniki badania rentgenologicznego, bakterjologicznego i biologicznego pozwolą na wykluczenie gruźlicy.

Poważnem poparciem rozpoznania skrytego zapalenia wsierdza po wykluczeniu innych spraw przebiegających z podniesieniem ciepłoty jest zespół objawów: czynnościowe zaburzenia układu krążenia, o których wspominał prelegent; przewlekłe stany zapalne w migdałkach, oraz przebyte napady lub przewlekły stan zapalny wyrostka robaczkowego.

Leczenie tych spraw posiada więc dla lekarza przychodni doniosłe znaczenie praktyczne. Proponowane przez p. Doc. Bronowskiego leczenie długotrwałem leżeniem w łóżku trudne jest do zastosowania, gdyż chorzy na przewlekłe zapalenie wsierdza skryte nie są pozbawieni zdolności do pracy, a więc do łóżka kładą się bardzo niechętnie. Sądzę, że zapewnienie ich o zupełnym powrocie do zdrowia z wymiennieniem terminu, jak długo muszą pozostawać w łóżku, mogłoby pozwolić na przeprowadzenie kuracji zalecanej przez Doc. Bronowskiego.

Pozwolę więc sobie zadać pytanie, korzystając z wielkiego doświadczenia prelegenta, jak długo należy pozostawiać w łóżku chorych na przewlekłe skryte zapalenie wsierdza.

Kol. K o w a l s k i W. (członek T-wa) ostrzega przed zbyt pochopnem rozpoznawaniem zapaleń wsierdza u osób bardzo młodych zwłaszcza zajmujących się sportem. Zwraca uwagę na niepomysłny przebieg zapaleń wsierdza u ludzi z dobrze rozwiniętym układem mięśniowym (np. atletów). Omawia działanie i znaczenie leżenia w leczeniu ostrych zapaleń wsierdza.

Kol. M o c z a r s k i W. (członek T-wa) uważa, iż w zapaleniach wsierdza zmiany zajmują często i inne tkanki serca. W rozpoznawaniu rozstrzygają: spostrzeżenie chorego w czasie leżenia i badanie morfologiczne (leukocytoza) i posiewy krwi. Te ostatnie mają znaczenie dla leczenia szczepionkami. Trzeba również próbować leczenia preparatami kolloidalnemi srebra i t. p.

Kol. M i k u ł o w s k i W. (członek T-wa), (streszczenie własne).

Wypowiada opinię, że dyskusja nad leczeniem spraw zapalnych wsierdza zależeć powinna od pojęć, jakie mamy o sile mięśnia sercowego i o jego rytmie. Powtarzany zwrot o t. zw. „wzmocnieniu serca i jego czynności” czy to przez podanie naparstnicy, czy też stosowanie leżenia w łóżku — zdaje się wskazywać na to, że uważamy za celowe działać leczniczo na mięsień sercowy, jako na źródło siły i rytmu serca. Tymczasem należałoby uwzględnić fakt, że w świetle kryzysu, jaki dziś nauka o sercu przeżywa — i siła mięśnia sercowego i jego rytmu czerpią swoje źródło nie w sercu, ale w przemianie ma-

terji i to w przemianie wodnej ustroju ludzkiego, który w dwu trzecich składa się z wody. Ciśnienie 150 mm. rtęci w aorcie jest niewystarczające do zaopatrzenia ustroju w krew. Serce nie jest motorem, ani regulatorem. Działanie więc lecznicze na mięsień sercowy zdaje się być bezcelowe. Motorem ruchu i siły jest przemiana materji. Rytm serca jest częścią ogólnego rytmu całego układu naczyniowego — i znajduje wzmocnienie swojej fali perystaltycznej w przedsiönku prawym od hormonu przyniesionego krwią żylną z wątroby. Jakiegokolwiek będą losy teorii Mendelsohna, nie ulega wątpliwości, że dawna teoria Harvey'a została podkopana i nie da się utrzymać. W świetle nowych poglądów na rolę serca i jego rytmu, rozumiemy, że i leczenie serca i naczyń sercowych — które są tylko jednym z systemów kanalizacyjnych krążących w ustroju soków — zależeć winno od uwzględnienia działania leczniczego na całą gospodarkę wodną. Środki lecznicze działają na wątrobę, której rola w gospodarce wodnej jest tak ważna, — działają również na serce — stąd ważna rola krenoterapii w leczeniu spraw sercowych. W przypadkach bezskutecznego działania naparstnicy — należy uciekać się do diuretyny, a jeżeli ta zawodzi, do jodku potasu, ponieważ i diuretyna i jodek potasu, odciągają wodę z tkanek — podniecają krążenie krwi i działają leczniczo na serce przez swój wpływ na gospodarkę wodną tkanek całego ustroju.

Kol. Orłowski W. (członek T-wa), (streszczenie własnej): zaznacza, iż jest bardzo trudno rozpoznać skryte ostre zapalenie wsierdzia. Nie różni się ono objawami klinicznymi od ostrego zapalenia mięśnia sercowego, o ile w przebiegu cierpienia nie zjawią się zatory w narządach i tkankach. One kierują rozpoznanie na właściwą drogę. Również trudno rozpoznać przewlekłe skryte zapalenie wsierdzia. Może ono oprzeć się na obecności właściwego czynnika wywołującego dolegliwości ze strony serca i na gorączce, dla której nie znajdujemy innej przyczyny. Jednak i tu rozpoznanie nie będzie pewne, jeżeli nie wystąpią zatory lub zawały. Rozpoznawanie *ex juvantibus*, oparte na zastosowaniu metody leczniczej w postaci długotrwałego leżenia, także nie jest pewne, gdyż w całym szeregu cierpień przebiegających z gorączką lub stanami podgorączkowymi bardzo często spokój i wypoczynek wywierają dodatni wpływ leczniczy. Oczywiście, w takich razach jest korzystniej dla chorego rozpoznać zapalenie wsierdzia. Nie można nigdy oznaczyć czasu trwania leczenia, gdyż zapalenie wsierdzia może trwać miesiącami i dłużej. Tak długo jest trudno utrzymać chorego w łóżku.

Kol. Bronowski S. (członek T-wa) sądzi, iż badania doświadczalne dostatecznie dowiodły zależności zmian mięśnia sercowe-

go od nadciśnienia krwi. Rozpoznanie skrytego zapalenia wsierdza jest trudne. W pomyślnym razie ujawnia się ono podniesieniem ciepłoty, dla którego nie znajdujemy wykładnika w innych narządach, sinicą, dusznością i niemiarowością tętna. Czasu trwania leczenia zapalenia wsierdza nie można przewidzieć. Tylko dokładne spostrzeżenie, stan serca i stan ogólny chorego rozstrzygają o długości jego trwania. Z dobrym wynikiem stosował salicylany, urotropinę a nawet cytotropinę. Przestrzega przed wstrzykiwaniami dożylnymi w zapaleniach wsierdza (wstrząs).

5. Kol. Sobieszczanski L. (członek T-wa) wygłosił odczyt „O znaczeniu zapachów w d i a g n o s t y c e”. Doniesienie II. (streszczenie własne).

Praca niniejsza jest doniesieniem II, gdyż prelegent miał odczyt na ten temat w Towarzystwie naszym w 1927 r.

Po omówieniu topografji nerwu węchowego i jego ośrodka w kręgu hakowatym, podkreślona jest indywidualna zdolność u ludzi w rozpoznawaniu woni, jak również podział według Linneusza. Następnie przytoczono szereg przypadków kazuistycznych bądź innych autorów (Szokalski, Orteschi, Hammond, Sterling, Handelsman), bądź też własnych. Ostatnie tyczyły się:

1) cukrzycy, (2 przypadki) z wonią owocową chorych: mężczyzny i kobiety, 2) oraz zamknięcia przewodów żółciowych (prawdopodobnie wspólnego) (pokaz rentgenogramu d. choledochi) u mężczyzny z wonią, przypominającą formalinę, wreszcie zapachu amonjaku wydechowego powietrza u chorych z mocznicą azotową. W chorobach zakaźnych wysypkowych (odra, płońca, ospa) mamy różne nieprzyjemne wonie, powstałe z k e r a t y n y n a s k ó r k a, o własnościach merkaptanów, (wadliwa przemiana siarkowa w skórze — cystyna, Paldrock A.).

T h. J a n o w s k i przytacza następujące wonie charakteryczne:

1) wilgotnego zatęchłego siana w łagodnej gruźlicy (prelegent nazywał ongi tę woń kwaśną), która dobrze rokuje, 2) przenikliwą woń nieprzyjemną, poprzedzającą zgon.

Wreszcie prelegent porusza znaczenie rozpoznawcze zapachów w wypadkach nagłych, więc z zatruciem wyskokiem, eterem, chloroformem, benzyną, naftą, czosnkowy zapach w zatruciu fosforem, swoisty w zatruciach amonjakiem, migdałowy w zatruciu sinkami, jak i nitrobenzolem.

Więcej złożone są wonie w zatruciach stężonymi kwasami, szczególnie kwasem octowym, którego woń charakterystyczną może zniweczyć pokarm bogaty w białkany, jak to miało miejsce u przytoczonych 2 chorych.

Woń kwasu karbolowego jest również bardzo swoista w zatruciach nim.

Wszystko to podkreśla znaczenie wyrobionego zmysłu powonienia jako pomocniczego czynnika w rozpoznawaniu choroby.

Dyskusja: Kol. Bronowski (członek T-wa) uważa stosowanie zmysłu powonienia w klinice za zbyt utrudnione z powodu niedośkonałości narządów powonienia u ludzi.

Kol. Wąsowicz St. (członek T-wa), (streszczenie własne).

Do licznych spostrzeżeń przytoczonych przez prelegenta pozwoli sobie dorzucić, iż oddech i płwocina chorych na rozstrzenie oskrzeli posiada zapach spalenizny, oczywiście poza okresami fermentacji gnilnej, gdy występuje znany zapach zgorzelinowy.

Kol. Chmielewski (członek T-wa) uważa, iż zapachy mają małe znaczenie w djaagnostyce z powodu zbyt dużych wahań osobniczych powonienia.

Kol. Higier H. (członek T-wa), (streszczenie własne). Pomiędzy okolicę djaagnostyczną zapachów, sztucznie wywoływanych przez wprowadzenie pomyłkowe lub lecznicze do ustroju ciał obcych jak terpentyny, esencji octowej, farb anilinowych, cebuli, arszeniku. Nie ulega wątpliwości, że doświadczony lekarz — zwłaszcza laryngolog i stomatolog — odróżni zapach chorego zęba, czopów migdałkowych, gnicia w glandulae circumvallatae języka, ozenu, zgorzeli płuc, acetonemii i t. p. Dermatolog odróżni zapach trądu od zapachu favus uwłosienia i innych częstych chorób zakaźno-ropnych skóry. Mniej wiarogodne są twierdzenia lekarzy, odróżniających zapach mężczyzny od kobiety (okres miesiączki), zapach europejczyka od kulturalnego murzyna, zapach gruźlika zwykłego, od gruźlika, liczącego ostatnie dni lub godziny życia. Higier wierzy, że przy dostatecznym ćwiczeniu i tresowaniu, lekarz może zmysł powonienia wykształcić dla celów rozpoznawczych, czego dowodem służą lekarze średniowiecza, którzy z zapachu skóry, wydzielin i wydaliny, bez pomocy analiz i mikrometodyki stawiali nieraz dobre rozpoznania i rokowania. Trudno u człowieka doprowadzić zmysł powonienia do perfekcji — psa detektywa. Wystarczy przyrzeć się choćby czynności, tak par excellence fizjologicznej, jak pocenie skóry, aby się przekonać jak różnorodną i różnobarwną bywa ta wydzielina gruczołowa, przypominająca różnolitość śliny wodnistej i śluzowej zależnie od źródła jej pochodzenia (chorda tympani, n. glossopharyngeus, n. sympathicus, n. vagus). Są osobniki nerwowe, które się pocą tylko na dłoniach, stopach, twarzy, gruźlicy płucni tylko na klatce piersiowej, chorzy z przewlekłym zapaleniem otrzewnej tylko na powłokach brzusznych i wewnętrznej powierzchni ud (4 łuki odruchowe po-

towydzielnicze). Inny bywa pot po łaźni (lekko kwaśny), w ostrym goście (mocno kwaśny) i po pilokarpinie (obojętny), inny w spokoju i przy pracy (słony), inny u gorączkujących i u kiłowych drugiego okresu (cholesteryna), inny u zdrowych i u kiszkowo chorych (indukanowo-niebieszczący), inny w pocie nocnym starców, przez powierzchowne oddechanie gromadzących CO we krwi, a inny w chorobie Basedowa, inny w cierpieniach natury współczulnej, inny w zachorzeniach pochodzenia parasympatycznego, inny w pocie ciemnym (melanidrosis) i czerwonym (chromidrosis), inny w niebieskim (chromidrosis), inny w hyperidosis, inny w anidrosis, inny przy pocie podczas omdlewania, inny podczas śmiertelnego strachu, inny w bromidrosis, inny w jodidrosis.

I w leczeniu pocenia widzimy tę samą różnorodność, gdzie zależnie od źródła i chemizmu potu, pomagają jednym kamfora i atropina, drugim agarycyna i formalina, trzecim weronal.

Kol. Uliński H. (członek T-wa) omawia znaczenie zapachów w niektórych chorobach skórnych i wenerycznych (favus — zapach słodkawo mdły).

Kol. Filiński Wł. (członek T-wa) uważa, że mało uwzględnia się osobnicze własności nie tylko badającego lecz i badanego. Zwraca uwagę na t. zw. zapachy zawodowe, np. u żebraków.

Kol. Sobieszkański L. (członek T-wa), (streszczenie własne).

Prelegent w odpowiedzi zaznaczył:

1) Prof. Bronowskiemu: Uważam badania woni za badania wstępne, w niczem nie przeszkadzające zwykłym badaniom klinicznym, badanie to jest dodatkowe i zwykłego porządku i kolejności nie zmienia.

2) Kol. Wąsowiczowi: podziękować muszę za cenną uwagę, lecz sprawę woni w ropniach płuc pomieściłem w doniesieniu poprzednim z 1927 r.

3) Kol. Chmielewskiemu: mówiłem tutaj quoad odorem sanctitatis za życia, choć oczywiście bywa i po śmierci, — jako o pewnej neurozie wegetatywnej; nie przeczę, iż badanie woni przyrządami nie dało wyników (Zwardemaker) lecz nie sądzę, iż dla skali indywidualności postrzegania woni należy je negować, jak nie przeczymy wynikom badania wzrokowego z powodu znacznej rozpiętości ostrości wzroku u pewnej grupy ludzkiej.

4) Kol. Higierowi: dziękuję za interesowanie się tem zagadnieniem; o woniach ras i płci mówiłem w doniesieniu poprzednim

5) Kol. Ulińskiemu: zapach przy strupieniu pospolitem nazwałbym mysim; ważne są spostrzeżenia kolegi Ulińskiego dotyczące

się różnic w woni favusa, i seborrhoei, jak i w rzeżączce zwykłej i powikłanej (fosfaturja i cystitis).

6) Kol. doc. Filińskiemu: oczywiście sprawę zapachów zawodowych od woni w różnych cierpieniach należy różniczkować; brud może być również poważną noxą. Brud skóry prowadzi do choroby jej aparatów, a więc i gruczołów potowych. Wydzielanie potu i wydawanie woni mogą być ze sobą związane, gdyż według badań Grevinga (Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1923 r. i 1925 r.) ośrodek regulujący wydawanie woni i ośrodek wydzielania potu znajdują się łącznie w corpus subthalamicum.

— 6. Kol. Apfelfaum E. omówił „Wpływ doświadczalnego zakwaszenia na odwadnianie ludzi zdrowych i chorych na wątrobę (streszczenie własne).

1) Najlepsze warunki uzyskuje ustroj dla diurezy wciągu pierwszych dni stosowania chlorku amonu t. j. w okresie całkowitego wyrównania kwasicy.

2) Wzmoczonej diurezie towarzyszy strata wagi ciała, dochodząca do 3—4 kilo wskutek wysychania tkanek.

Przypadki, przebiegające bez diurezy, lecz z utratą wagi ciała uważać należy za niekorzystne do zakwaszania, gdyż stracie na wadze towarzyszy cięższe zakwaszenie się wskutek zbyt małego wydzielania przez nerki kwasów.

3) Wzmoczona diureza salemonowa nie ma ścisłego wykładnika w zagęszczeniu krwi, przebiegającym różnie u ludzi zakwaszanych. Fakt ten dowodzi, że złożone procesy wymiany wody między tkankami a krwią ludzi zakwaszanych nie tłumaczą wzmoczonego wydzielania wody z ustroju, stopień zagęszczenia krwi nie stanowi miernika dla pracy diuretycznej nerek.

4) Zachodzi ścisły związek między diurezą, a czynnością obroną ustroju zakwaszanego, gdyż dzięki wzmoczonej diurezie ustroj ma możność wydalania dużej ilości składników kwaśnych przedewszystkiem w postaci soli amonowych o czym świadczy dobowa ilość amoniaku w zakwaszeniu.

Wzmoczoną diurezę uważać więc należy za potężny czynnik sprzyjający odkwaszaniu ustroju, co należy mieć na uwadze przy stosowaniu środków kwaszących.

5) Stosowanie chlorku amonu w 2 przypadkach chorób miąższu wątrobowego okazało się niekorzystne, ponieważ brakło diurezy i zakwaszanie postępowało gwałtownie. Zjawisko to stoi przypuszczalnie w związku z utratą właściwości regulacyjnych ustroju w zakresie równowagi wodnej wskutek uszkodzenia czynnościowego komórek wątrobowych. Wrazie potwierdzenia tych badań należy zaniechać stosowa-

nia chlorku amonu w przypadkach nadających się do zakwaszenia, gdy równocześnie jest zaatakowany miąższ wątrobowy.

6) W 2 przypadkach marskości wątroby zakwaszenie ustroju przebiegało łagodnie, wywoławszy w jednym z nich dzięki wzmoczonej diurezie całkowite zniknięcie dużej ilości płynu z jamy brzusznej. Brakło przytem poważniejszych objawów klinicznych, towarzyszących zazwyczaj zakwaszeniu mimo stosowania przez czas dłuższy dużych dawek chlorku amonu. Chlorek amonu może więc stanowić środek leczniczy w odwadnianiu niektórych postaci marskości wątroby, którym towarzyszy uporczywa puchlina brzuszna.

Dyskusja: Kol. Fidler otrzymał podobne wyniki innym sposobem. W zwiększeniu ilości moczu np. po salyrganie odsetek amoniaku zmniejszył się, w ciągu doby jednak wydalala się ta sama ilość. Między ilością pozostałości suchej krwi i ilością dobową moczu niema stałej zależności, podobnie jest między uwodnieniem tkanek i zagęszczaniem krwi; przekonał się o tem, badając ilość krwi krążącej i stosunek krwinek do osocza. Mocz może mieć niskie P_H , a zawierać prawidłową ilość wydalanego amoniaku. P_H bowiem jest wyrazem stosunku fosforanów do siebie. Wzrost ilości dobowej moczu zależy od przepuszczalności nerek.

Kol. Markert (członek T-wa), (streszczenie własne).

Pracując nad innym zagadnieniem kwasicowym mam możność obserwowania chorych zakwaszonych chlorkiem amonu. W przypadkach obserwowanych przezemnie po podawaniu $NH^3 Cl$ w ilości 0,2 gr. na kilo wagi i skrupulatnem zbieraniu moczu u osobników zdrowych zjawiała się zawsze diureza. Ilości dobowe moczu 1—3 dnia czasami 2-krotnie przekraczały ilości okresu przygotowawczego. W miarę przeprowadzania dalszego zakwaszenia, dobowe ilości w moczu zmniejszały się, jednak prawie zawsze były większe od okresu przygotowawczego.

W miarę wzrostu zakwaszenia wzrastały odsetkowe i dobowe ilości amoniaku. Te dwie wielkości nie koniecznie muszą iść ze sobą równolegle; im większa diureza, tem odsetkowa zawartość może być mniejsza.

Czy wzmoczone wydzielanie amoniaku idzie równolegle do P_H moczu, tego potwierdzić bym nie mógł. Wraz ze spadkiem P_H moczu u osobników z wydolną nerką zjawia się zawsze zwiększone wydalanie amoniaku. W okresie pokwasicowym mimo wzrostu P_H wzmoczone wydalanie amoniaku trwa nadal i idzie równolegle raczej do odczynu potencjalnego moczu.

Spadek P_H moczu do 4.2 u osobnika zdrowego uważać należy

za silne zakwaszenie ustroju, jeżeli P_H było mierzone w dobowej ilości moczu.

Nie mogę zrozumieć dlaczego w przypadku podanym przez prelegenta a określonym jako hepatitis mimo podawania $NH_3 Cl$ nie wystąpiły objawy kwasicowe.

Kol. **A p f e l b a u m** (streszczenie własne): w odpowiedzi kol. Fidlerowi na uwagę, że na podstawie zakwaszania chlorkiem amonu nie można sądzić o zaburzeniach wodnych w chorobach wątroby, zaznaczyć muszę, że badania takie mają znaczenie kliniczne z następujących względów:

We wszystkich chorobach mięszu wątrobowego istnieje rozdwojenie krwi i upośledzenie diurezy. Moje badania nad zakwaszeniem dowodzą, że w przeciwstawieniu do innych chorób, w wymienionych chorobach wątroby nie daje się na drodze odwadniania zmienić stałych wychyleń przemiany wodnej ustroju. Amoniak nie jest jedynym wykładnikiem P_H moczu, wchodzi bowiem w grę inne sole kwasne. Jeżeli jednak przewlekle kwasimy ustrój, jest on wypłukiwany z Na, Ca, P. W miarę więc zmniejszania się tych zasad, zwiększa się w moczu amoniak, równoległe ze spadkiem zasobu węglanowego we krwi. W dalszych zatem okresach zakwaszania istnieje pewna równoległość między P_H i NH_3 moczu, co starał się ująć w formułę Goiffan.

P_H i oddziaływanie moczu są to rzeczy różne, P_H jest kwasotą aktualną, jest to wykładnik stosunków kationów do anionów. Miarczkowanie zaś wykazuje kwasotę potencjalną.

W odpowiedzi kol. Markertowi zaznaczyć muszę, że wprawdzie stan sączka nerkowego odgrywa wielką rolę w odkwaszaniu ustroju, jednak zdarza się często, że mimo zjawienia się w przebiegu kwaszenia albuminurji i cylindrinurji, zarówno wzmożenie diurezy, jak niska P_H moczu świadczą o dobrej sprawności czynnościowej nerek w wydzielaniu wody i kwasów. Potwierdzić to chyba może obecny Doc. Filiński na podstawie przebiegu zakwaszenia chorego, będącego również w jego klinicznej obserwacji. Co się tyczy zakwaszenia w chorobach, potwierdzają się w zupełności moje poprzednie spostrzeżenia, gdyż okazuje się, że niewolno podawać czynników kwaszących tam, gdzie wątroba wykazuje naturalne zakwaszenie.

Zasób zasad nie zawsze jest wykładnikiem zakwaszenia, gdyż tłumik węglanowy może być duży w przypadkach kwasicy gazowej.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 m. 50.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z dnia 24 maja 1932 r.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa—40, obecnych gości—29.

1. Protokół posiedzenia z dn. 17.V.b. r. przyjęto.

2. Kolega Prezes zawiadamia o:

- a) XII Walnem Zebraniu Zw. Lekarzy Państwa Polskiego,
- b) Zjeździe Delegatów Oddziału Wileńskiego Pol. Tow. Eugenicznego,
- c) Obchodzie 50-lecia Kol. Letn. dla Dzieci im. Dra Markiewicza,
- d) Odczycie Dra W. Chodźki p. t. „Aktualne zagadnienia na terenie międzynarodowym.“

3. Kol. Rutkowski (członek T-wa) przedstawił przypadek „Pourazowej skrzepliny w prawej żyły pachowej“.

4. Kol. Roguski (członek T-wa) przedstawił przypadek „Tętniaka urazowego prawej tętnicy podobojczykowej“ (streszczenie własne).

Przypadek dotyczy mężczyzny lat 31, u którego w 1919 r. bezpośrednio po postrzale wystąpił w prawej okolicy nadobojczykowej tętniacy guz; jednocześnie głos chorego stracił swój normalny charakter, stając się cichym. W trzy dni po wypadku dokonano choremu jakiegoś zabiegu, po którym wrócił głos prawidłowy i guz nieco się zmniejszył. Po upływie pół roku chory zaczął pracować; wielokrotnie wykonywał znaczne wysiłki fizyczne, jak pływanie na znaczne odległości. Obecnie jednak chory miewa bicie serca i bóle w jego okolicy, występujące po wysiłkach fizycznych. Jednocześnie guz tętniacy ulega znacznemu powiększeniu. Po przyłożeniu ręki do ucha zwłaszcza prawego, oraz leżąc z głową opartą o poduszkę, słyszy rytmiczny szmer w głowie.

W 1917 roku chory przebywał zapalenie obu stawów kolano-nych czemu towarzyszyła gorączka i silne bóle; leżał wtedy 6 miesięcy. Jest żonaty, ma jedno dziecko. Żona nie roniła.

Przedmiotowo stwierdza się guz tętniacy w prawej okolicy nadobojczykowej, wielkości mandarynki, twardy, wydający koci pomruk o nasileniu w okresie skurczu serca.

Już bez przykładania ucha do guza w odległości 3 cm. od niego słyhać szmer ciągły, nasilający się w okresie skurczu. Szmer ten jest

słyszalny nad całą klatką piersiową, na czaszce (zwłaszcza na prawym wyrostku sutkowym), przenosi się wzdłuż kręgosłupa, aż do kości krzyżowej, a także wzdłuż kości kończyn górnych. Szmer lepiej słyszalny jest po prawej stronie ciała niż po lewej. Bardzo dobrze słyszalny jest nad sercem, słabnąc w miarę posuwania się do koniuszka. Wymiary serca wszystkie nieco rozszerzone opukowo oraz rentgenologicznie. Tętno tętnicy promieniowej prawej słabo wyczuwalne. Ciśnienie krwi (Pachon) pr. 100/50, lewa 130/60. Ciśnienie średnie: pr. 7, wychyleń oscylometru 3, po str. lewej ciśn. średnie 8, wychyleń 7.

Odczyn B. — W. we krwi ujemny.

Rentgenogram guza wykazuje wyraźne zwapnienie. Nazewnątrz guza i tuż pod skórą znajduje się kula rewolwerowa, którą można wyzcucić obmacywaniem.

Na zasadzie nierówności tętna w obu tętnicach promieniowych oraz umiejscowienia guza prelegent rozpoznaje tętniaka tętnicy podobojczykowej prawej. Wyraża przypuszczenie, iż powiększenie serca mogło powstać jako skutek wady zastawkowej nabytej w przebiegu zapalenia stawów.

Dyskusja: kol. Kryński L. (członek T-wa) omówił własny sposób leczenia chirurgicznego tętniaków, zastosowany w czasie wojny światowej. Zwrócił uwagę, czy nie jest to tętniak tętniczo-żylny.

Kol. Roguski (członek T-wa), (streszczenie własne), wyjaśnia, iż tętniaka żylnno-tętniczego w przedstawionym przypadku nie rozpoznawał z powodu braku dodatniego tętnienia żylnego.

5. Kol. Hirszfeld L., kol. Gorecki Zdz. (członek T-wa) i kol. Goldberżanka J. omówili wyniki „Badań nad postacią aglutynacji w odczynie Widala w związku z przebiegiem klinicznym duru brzuszego” (streszczenie własne).

J. Goldberżanka i L. Hirszfeld — część serologiczna.

Autorzy omawiają znaczenie analizy chwytników dla współczesnej bakterjologii. Należy odróżniać ciepłochwiejne chwytniki H i ciepłotałe O. W przebiegu duru brzuszego występują oddzielne ciała odpornościowe dla chwytników H i O. Autorzy w myśl wskazań Felixa wykonywali na prawie 500 przypadkach badania równoległe z hodowlami żywymi, jako też z hodowlami zabitemi formaliną i alkoholem. Formalina uniemożliwia aglutynację grudkowatą, alkohol niszczy antygeny ciepłochwiejne H. W ten sposób można było odpowiedzieć, jakiego typu ciała odpornościowe pojawiają się u ludności na terenie m. st. Warszawy i w jakim stopniu zawiesiny zabite mogą zastąpić zawiesiny żywe. Jako szczepów żywych durowych używano szczepu 901, otrzymanego od Felixa, i szczepu Dj, wyhodowanego w Państwowym Zakładzie Higjeny. Dokładna analiza chwytników wy-

kazała, że szczep Dj jest równie wrażliwy i posiada nie mniejszą ilość antygeny O wzgl. H, niż szczep 901 Felixa. Nawet przy użyciu tych samych szczepów bakterje zabite dają znacznie mniejszy odsetek wyników dodatnich, niż bakterje żywe. Średnio 30—40% przypadków duru brzuszego z Widalem dodatnim, otrzymanym z pomocą szczepów żywych, dało wynik ujemny po użyciu szczepów zabitych. Przeciwciała anti-H i anti-O były wspólnie obecne jedynie w 45% przypadków. Przeciwciała anti-H same w 32%, anti-O same w 25%. Jak widać z tych danych, użycie szczepów zabitych dla odczynu Widala nie jest wskazane, a przynajmniej należałoby, używając zawiesin zabitych, korzystać zarówno z zawiesiny alkoholowej dającej aglutynację O, jak i formolowej, wykazującej przeciwciała anti-H, i za pomocą badań specjalnych określić miano, które już mogłoby być dajagnostycznie wykorzystane. Dane te opierają się na materiale z ostatniej epidemii wynoszącym 440 przypadków.

Pewna liczba przypadków była jednocześnie dokładnie badana w szpitalu św. Stanisława w celu stwierdzenia, czy obecność lub nieobecność przeciwciał anti-O daje pewne wytyczne, co do przebiegu duru brzuszego.

Kol. G o r e c k i: — część kliniczna. Badania, przeprowadzone u 39 chorych na dur brzuszny, w szpitalu św. Stanisława, są zbyt nieliczne, by można było wyprowadzać na ich podstawie ostateczne wnioski. Wyniki tych spostrzeżeń nie pozwalają jednak na potwierdzenie tezy Felixa, że obecność aglutynin grudkowatych z początkiem schorzenia daje złe rokowanie, a nawet raczej przeciwnie: gdyż właśnie obecność aglutynin grudkowatych (co wystąpiło zaledwo w 4 przypadkach, t. j. w 10%) dało 2 przypadki śmiertelne (u osobników młodych, nie obciążonych poprzednio przebytemi chorobami) i dwa przypadki ciężkiego duru z powikłaniami również u osobników młodych i nieobciążonych.

Nie wykazano też wpływu wieku chorych, płci i pokrewieństwa, ani też tego samego źródła zakażenia na występowanie poszczególnych rodzajów aglutynacji u chorych na dur brzuszny. Prawdopodobnie dany rodzaj aglutynowania nie zmienia się u danego osobnika w czasie trwania choroby, i sposób aglutynowania stoi w związku z właściwościami osobniczymi.

Dyskusja: Kol. S z o k a l s k i (czł. Tow.), (streszczenie własne).

W zamieszczonych w Nr. 8 Medycyny z r. b. sprawozdaniu z posiedzenia Koła Warszawskiego Internistów Polskich, znalazłem streszczenie referatu Dr. Aleksandra Rytla i Tatjany Dziewanowskiej p. t. „Zjawiska współaglutynacji w przypadku duru brzuszego“.

Wobec przytoczenia przez autorów szeregu prac obcych doty-

czących wspomnianego zagadnienia, pozwolę sobie podać do wiadomości, że ogłosiłem w r. 1918 w „Gazecie Lekarskiej” w Nr. 32 i 33 pracę p. t. „Aglutynacja grupowa w przebiegu duru brzuszego, czerwonki i duru plamistego”. Praca ta wykonana w prowadzonej przezemnie pracowni w szpitalu św. Stanisława została opartą na materiale 170 przypadków: 60 z rozpoznaniem klinicznym duru brzuszego, 69 — czerwonki, 23 — duru wysypkowego i 9 innych.

Po zestawieniu wyników okazało się, że w przypadkach duru brzuszego aglutynacja dodatnia z prątkiem Eberth'a wypadła w 60%, z prątkiem Shiga — w 48%, — z prątkiem Y — w 63%.

W 9 przypadkach czerwonki aglutynacja dodatnia z b. Shiga wypadła w 56 przypadkach (81%), w 47 przypadkach surowica chorych aglutynowała b. Y (68%), w 11 — b. Flexnera, w 1 — b. paratyphus A.

Prątków paraduru B żadna z surowic dyzenteryjnych nie aglutynowała.

Surowica królika, któremu trzykrotnie zastrzyknałem prątki durowe, aglutynowała b. Ebertha do 1 na 10 tysięcy, prątki paraduru B do 1 : 100, prątki Y do 1 : 100 i Shiga do 1 : 25.

Po upływie trzech tygodni już miano z prątkiem durowym spaść do 1 : 200, natomiast prątki Shiga zlepiały się jeszcze w rozcieńczeniu ośmiokrotnie większym niż poprzednio bo do 1 : 200.

Surowica chorego z rozpoznaniem duru brzuszego (posiew krwi dodatni w pierwszym dniu choroby) nieaglutynowała zupełnie prątków durowych, natomiast dawała aglutynację kłaczkowatą z prątkiem Shiga do 1 : 400, z b. Y do 1 : 200. W miarę rozwoju choroby zaczęła występować aglutynacja dodatnia z b. Ebertha i po upływie dwóch tygodni miano zlepnikowe doszło do 1 : 200, natomiast aglutynacja z b. Shiga nieco osłabła (1 : 200). Wobec wystąpienia jednakowego miana aglutynacyjnego z prątkiem Ebertha i Shiga wykonałem próbę Castellaniego. Połowa rozcieńczonej surowicy, w której zostały pochłonięte aglutyniny tyfusowe, po uprzednim odwirowaniu nastawione z prątkiem durowym, dała b. słabą aglutynację do 1 : 100, druga połowa nastawiona z b. Shiga aglutynowała 1 : 400 prątki dyzenteryjne.

W surowicy chorych na czerwonkę b. rzadko znajdowałem zlepniki pochłaniające prątki durowe, natomiast we krwi chorych na dur brzuszny często wytwarzało się aglutyninę dla bakterji dyzenteryjnych i rzekomo dyzenteryjnych.

Kol. Michalski Zdz. (członek T-wa) przestrzega przed wyprowadzeniem wniosków ostatecznych na podstawie skąpego materiału. Uważa, że na 3 lub 4 tygodnie przebiegu duru brzuszego można rokować bez odczynu serologicznego, opierając się na spostrzeżeniu klinicznym. Rokowanie to zależy od bardzo wielu różnych czyn-

ników, między innymi np. takich jak: jakość personelu niższego (siostry, posługaczki), djeta, odwiedzanie i t. p.

Kol. Filiński W. (członek T-wa) podaje, że przebieg duru brzusznego zależy od odporności swoistej i nieswoistej, przytem posiadają znaczenie wiek, płeć i dziedziczność. Radzi przeprowadzić badania nad przypadkami w nawrotach duru.

Kol. Hirszefeld L. (streszczenie własne).

Uwagi kol. Szokalskiego o silnej współaglutynacji pr. czerwonych w przebiegu duru brzusznego są bardzo interesujące, istota tego zjawiska musiałaby być bliżej przebadana. W sprawie znaczenia aglutynin dla odporności, to Felix identyfikuje jedynie aglutyniny dla antygeny somatycznej z ciałami bakterijobójczymi. Ja osobiście nie uważam za wykluczone, że aglutynacja, która przecież jest unieruchomieniem drobnoustrojów, gra i w zjawiskach odporności niepoślednią rolę.

Co do uwag kol. Michalskiego, to o ile go dobrze zrozumiałem, powtórzył on zastrzeżenia kliniczne, wysunięte poprzednio przez Dr. Goreckiego. Również i protest w sprawie zbyt optymistycznego serologów co do możliwości seroprognozy duru brzusznego jest bezprzedmiotowy, ponieważ właśnie treścią analizy klinicznej było, że taki lub inny przebieg kliniczny, przynajmniej na mocy dotychczasowego materiału, nie da się z pewnością nawiązać do takiej lub innej postaci aglutynacji.

Kol. Gorecki Zdz. (członek T-wa), (streszczenie własne).

Kol. G. zgadza się z kol. Michalskim, że rozmaite czynniki jak odwiedzanie chorych, odżywianie, sposób leczenia i t. d. wpływają na przebieg duru brzusznego i rokowanie. W badaniach własnych wszyscy chorzy byli w tych samych warunkach, te zatem zastrzeżenia odpadają. Nie ulega też kwestji, że w durze, podobnie jak i we wszystkich innych cierpieniach, tylko dokładna, bystra i wszystko obejmująca obserwacja kliniczna może być dla klinicysty jedyną właściwą podstawą dla rokowania, co jednak nie stoi na przeszkodzie w poszukiwaniu dodatkowych danych, ułatwiających rokowanie. Już w referacie zaznaczono, że nadzieje Felixa co do rokowania na podstawie rodzaju występujących aglutynin — nie znalazły potwierdzenia w naszych, choć na skromnym materiale przeprowadzonych, badaniach.

Kol. Orłowski W. (członek Tow.) (streszczenie własne), uważa, iż omawiane zagadnienie może mieć duże znaczenie. Należy przeprowadzić badania na dużym materiale. Dla tego też odczyt wygłoszony uważa za wprowadzenie zagadnienia na teren warszawski. Stwierdza, iż w rokowaniu spostrzeżenie kliniczne ma i będzie miało największe i rozstrzygające znaczenie. Możliwe jednak, iż próby se-

rologiczne rzuca pewne światło na niektóre zagadnienia w chorobach zakaźnych. Dziękuję kol. Hirszfeldowi za nawiązanie łączności naukowej z klinikami i oddziałami szpitalnymi.

6. Kol. Misiewicz J. omówiła „Wpływ odmy sztucznej na przebieg gruźlicy doświadczalnej płuc u królików” (streszczenie własne).

Doświadczenie wykonano na królikach w kilku serjach.

W serji pierwszej chodziło o ustalenie, czy i jakie zmiany wywołuje odma płucna w płucach zdrowego zwierzęcia. Odme utrzymywano przez czas od 4—300 dni; wahania manometru wykazywały przez cały czas doświadczenia ciśnienie wewnątrzopłucnowe około — 4—2. Wyniki: odma nie wywołała trwałych zmian morfologicznych w płucu. W następnych serjach badano, czy i jak wpływa odma na przebieg zakażenia gruźliczego. Królikom serji drugiej wprowadzono zawieszinę prądków gruźlicy bydłczej do płuca poprzez ścianę klatki piersiowej i natychmiast na toż płuco stosowano odme, utrzymując ją potem przez cały czas doświadczenia; a mianowicie w okresie od 22 do 170 dni. Jako kontrola służył królik zakażony tak samo, lecz bez odmy. W serji trzeciej przebieg doświadczenia był taki sam, z tą różnicą, że zakażenie płuca wykonywano nie poprzez ścianę klatki piersiowej, lecz przez tchawicę.

Wyniki: odma nie przeszkadzała rozwojowi gruźlicy w płucu pierwotnie zakażonym; natomiast odma taka hamowała rozwój zakażenia gruźliczego w ustroju: zmiany gruźlicze w drugim płucu występowały u króli z odmą później, niż u króli bez odmy.

W ostatniej — czwartej serji — króliki posiadające już odme przez czas dłuższy, zakażano gruźlicą podskórną; króliki kontrolne zakażane tak samo odmy nie miały.

Wyniki: Gruźlica płuc rozwija się najpóźniej w płucu poddanym działaniu odmy, aczkolwiek i w tem płucu w końcu zmiany gruźlicze tworzyły się.

Wnioski: 1) odma hamuje szerzenie się zakażenia gruźliczego z płuca zakażonego i poddanego działaniu odmy, 2) odma nie sprzyja rozwojowi gruźlicy w płucu uciśniętem w przypadkach zakażenia gruźlicą drogą podskórną. W trakcie doświadczeń kilkakrotnie stwierdzono powikłania odmy — wysiękowem zapaleniem opłucnej u królików zakażonych gruźlicą. Zasługuje na uwagę fakt, że u tych właśnie zwierząt zaznaczyło się najwyraźniej ochronne działanie odmy, możnaby stąd sądzić, że wysięk opłucnowy może wzmacniać działanie odmy.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 22 minut 20.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
ODBYTEGO ŁĄCZNIE Z RADĄ WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UNIWER. WARSZ.**

w dniu 31 maja 1932 r.

Początek o godzinie 20-ej.

Obecnych członków T-wa—99, wprowadzonych gości—54.

1. Kol. Prezes wita (w języku francuskim) prof. Regaud — dyrektora Instytutu Radowego Uniwersytetu Paryskiego.

Magnificence Cher Confrère et Maître, Mesdames, Messieurs!

J'ai l'honneur de Vous saluer parmi nous et de Vous souhaiter la bienvenue au nom de la Faculté Médicale de l'Université et de la Société Médicale de Varsovie.

Cher Confrère, Vous n'êtes pas un étranger pour nous. Nous savons que vous avez fait sortir la radiothérapie de la période d'empirisme et de casuistique, en lui donnant les bases biologiques et expérimentales. Ayant trouvé la limite biologique du dosage des rayonnements dans le traitement des tumeurs vous avez posé les fondements de la radiothérapie moderne et scientifique et vous avez créé l'école de radiophysiologie.

Mon cher et ancien élève, Mr. F. Łukaszczyk, le distingué Directeur de notre jeune Institut de Radium qui a achevé sa préparation scientifique dans votre Institut modèle à Paris, continuera certainement ici la tradition, acquise chez vous. Ainsi la jeune science de radiologie servira, comme tant d'autres choses à resserrer les liens qui unissent la pensée polonaise à celle de la France.

Nous sommes heureux de vous recevoir non seulement à cause de vos mérites scientifiques. Vous êtes aussi pour nous le représentant de la pensée française, merveilleuse de précision et de clarté, de cette pensée qui a donné au monde Descartes et Pascal, Pasteur et Claude Bernard, et tant d'autres, parmi eux Pierre Curie, disparu trop tôt, dont le nom ne doit pas être absent de notre séance d'aujourd'hui. Nous voyons en vous non seulement un savant, mais aussi un français, représentant du peuple qui joint toutes les qualités de la pensée latine à l'esprit de sacrifice, d'endurance et d'énergie, et dont la dignité, le calme, la pleine maturité ont été admirés par le monde entier durant ces derniers jours, si douloureux pour votre patrie.

Nous vous accueillons dans un cadre bien modeste. Pourtant comme les choses en disent parfois plus long que les paroles, ces murailles et ces vieux portraits vous diront que cette maison a abrité depuis un siècle des générations de médecins. C'est ici, que dans le temps où les Hautes Ecoles polonaises étaient supprimées et non seulement la pensée nationale mais aussi la pensée scientifique était sans gîte, se réunissaient les médecins polonais pour discuter les questions du métier, pour continuer la tradition scientifique de la médecine polonaise, enfin pour transmettre les idées de nos maîtres de Śniadecki, de Chałubiński, de Mianowski, de Nencki, de Dunin et de bien d'autres. Grâce à l'endurance nationale, mais grâce aussi au travail de ces hommes illustres et de tant d'autres vies anonymes sacrifiées à la patrie, nous pouvons vous recevoir dans un vieux cadre, mais qui, comme la Pologne entière, est animée aujourd'hui d'une sève toute nouvelle. Nous continuons ainsi dans notre domaine médical, la tradition scientifique de nos ancêtres, qui est aussi celle de l'amitié avec la France. Au nom de cette tradition, au nom de cette amitié, soyez encore une fois le bienvenu, Monsieur.

Veillez maintenant faire Votre exposé.

2. Prof. Regaud wygłosił odczyt p. t. „Developpement et perspectives des techniques actuelles de la curiethérapie pour le traitement des tumeurs malignes“, (streszczenia nie nadesłał).

II cz. Nadzwyczajne Walne Zebranie.

Obecnych członków Tow.—95.

Porządek obrad:

1. Sprawa zapisu ś. p. Dra med. Jana Sędziaka.
2. Sprawa funduszu stypendjalnego im. ś. p. Prof. Dra med. Br. Sawickiego.
3. Wybór p. Marji Skłodowskiej-Curie na członka honorowego Towarzystwa.

4. Wybór Sekretarza Stałego.

Punkty 3 i 1 przyjęto przez aklamację.

Co do p. 2-go kol. Prezes komunikuje, że zgodnie z decyzją ostatniego zebrania administracyjnego (z dn. 29.XII. 1931 r.) stypendja z tego funduszu miały być udzielane dopiero wówczas, gdy wzrosnie on do 15 tys. zł. Ponieważ z powodu panujących konjunktur jest to obecnie nieaktualne, kol. Prezes prosi zebranie o reasumpcję poprzedniej uchwały, do czego zebranie przychyła się.

5. Kol. Prezes komunikuje, że komisja wybrana celem przedsta-

wienia kandydata na Sekretarza Stałego wysunęła kandydatury prof. Antoniego Leśniowskiego i Ludwika Dydyńskiego.

Wyniki głosowania (skrutatorzy kol. Z. Michalski i J. Jurkowski).

Kol. Leśniowski — 56 głosów,

„ Dydyński — 25 głosów,

„ Łapiński — 9 głosów,

„ Orłowski — 1 głos.

Pustych kartek oddano 4.

Sekretarzem Stałym został obrany kol. Antoni Leśniowski.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21 m. 55.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z dnia 7 czerwca 1932 r.

Początek posiedzenia o godz. 8-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 29, wprowadzonych gości 41.

1. Protokół posiedzenia z dnia 24.V. i 31.V. — przyjęto.

2. Kol. Pruszyński A. (członek T-wa) przedstawia przypadek „Tłuszczaka języka” (z przezročzami)—(streszczenie własne).

Podczas sekcji zwłok 70-letniej kobiety na języku jej spostrzeżem guzek wielkości ziarna soczewicy. Znajdował się on na grzbiecie języka, w niewiełkiej odległości od t. zw. otworu ślepego (f o r a m e n c a e c u m), nieco w lewo od linii środkowej. Guzek, osadzony na szerokiej i bardzo krótkiej nóżce, pokryty niezmienioną (makroskopowo) śluzówką, nie różnił się od otoczenia barwą powierzchni zewnętrznej. Na powierzchni przekroju posiadał on w środku zabarwienie żółtawe, a na obwodzie szarawe (nabłonek śluzówki) i stosunkowo dobrze odcinał się od warstw językowych.

Pod mikroskopem stwierdzono w guzku utkania tłuszczaka twardego (l i p o m a d u r u m). W skrawkach mrożonych po zabarwieniu ich Sudanem III, widać w komórkach tłuszczaka dość duże, chociaż nierównej wielkości, żółtopomarańczowe kule.

W obrębie nowotworu i w pobliżu niego, pod nabłonkiem można dostrzec nacieki z drobnymi, okrągłymi komórkami.

W nabłonku śluzówki, pokrywającym opisany guzek, nie zauważyłem żadnych wybitnych zmian.

Mięśnie języka były w stanie wędru z równoczesnym rozrostem tkanki tłuszczowej.

Tłuszczaki języka należą do wyjątkowo rzadkich nowotworów tego narządu. Dostępne mi piśmiennictwo, pochodzące zresztą z zeszłego stulecia, zawiera 16 takich przypadków. W piśmiennictwie obecnego wieku, zdaje się, brak nowych przypadków tłuszczaków języka.

Na, najbardziej częstą siedzibą opisywanych nowotworów języka bywa koniuszek i brzezi — najrzadszą zaś — podstawa. Prawdopodobnie poza innymi czynnikami, odgrywają tu pewną rolę częste urazy (np. zębami) koniuszka i brzegów języka.

Wielkość tłuszczaków może być nieraz znaczną. W jednym przypadku, podanym w piśmiennictwie, tłuszczak miał wymiary: 7 cm. X 6 cm. X 4 cm. Po większej części omawiane nowotwory języka występują u ludzi młodych.

Tłuszczaki języka nie różnią się mikroskopowo od tego rodzaju nowotworów w innych częściach ciała. Nie dają one wznowy po doszczętnem ich usunięciu, nie dają również przerzutów. Jednak M a n t e l opisał tłuszczaka języka, który dał wznowę w 37 lat po niedoszczętnem wyłuszczeniu pierwotnego nowotworu.

Mój przypadek tłuszczaka zasługuje na uwagę ze względu na rzadkie umiejscowienie jego na języku i na podeszły wiek zmarłej.

Należy jeszcze nadmienić, że powyższej sprawy nowotworowej nie można powiązać z chorobą, która spowodowała zejście śmiertelne.

Śmierć bowiem nastąpiła wskutek groniatoguzkowej i prosówkowej gruźlicy płuc oraz prosówkowej gruźlicy wątroby i nerek.

3. Kol. Z a w a d o w s k i W i t o l d (członek T-wa) — wygłosił odczyt p. t.: „Radjoterapia pierwotnych nowotworów płuc” (streszczenie własne). Z dwu dróg, któremi kroczy w leczeniu nowotworów złośliwych, t. j. drogi chirurgicznej i radjoterapeutycznej, pierwsza z nich znajduje się dopiero w okresie zbierania początkowych doświadczeń, które naogół są bardzo mało zachęcające.

Druga natomiast, t. j. radjoterapia, jakkolwiek nie daje nam prawdopodobieństwa wyleczenia, jednakże w poważnej liczbie przypadków może dać ulgę w dolegliwościach chorego. Niekiedy nawet możemy uzyskać zniknięcie objawów chorobowych i odzyskanie zdolności do pracy na dłuższy okres czasu.

Wyniki tego rodzaju, jakkolwiek nie należą do reguły i dotyczą tylko przypadków szczególnie promienioczułych, to jednak stawiają radjoterapię raka płucnego na stanowisku zupełnie wyjątkowym, jeśli zważymy, że naogół rozpoznanie to zawiera równocze-

śnie całkowitą rezygnację w zakresie leczenia samej sprawy nowotworowej oraz skazywało lekarza na bierną obserwację postępu choroby i stosowanie leczenia wyłącznie objawowego, polegającego na łagodzeniu cierpień zapomocą środków znieczulających, których działanie zaznaczało się niekiedy tylko przejściowo i niewystarczająco.

Prelegent przytacza historje choroby dwu przypadków, które należą do postaci raka histologicznie niezróżnicowanych wzgl., słabo różnicowanych. Okazały się przeto wybitnie promienioczułymi, tak, iż w obu guzy płucne zmniejszyły się znacznie i na długi czas, a nawet prawie znikły po napromieniowaniach.

Oba jednak wykazały tendencję do nawrotów miejscowych, szerzenia się w śródpiersiu i do przerzutów dalszych, w jednym do gruczołów nadobojczykowych, w drugim zaś do gruczołów szyjnych i mózgu.

Obecność przerzutów gruczołowych dała w obu przypadkach możność wykonania biopsji i ostatecznego wyjaśnienia obrazu chorobowego. Skłonność do szerzenia się, której napromienianie nie zdołało usunąć, należy położyć na karb tego, że w początkowych okresach rozpoznanie raka pierwotnego opierało się tylko na przypuszczeniu, tak, że pierwsze serie napromieniania nie były dostatecznie intensywne i obszar leczenia nie dość szeroki. W przypadkach analogicznych należałoby napromienić odrazu okolice samego guza, całe śródpiersie i okolice nadobojczykowe, zastosować serie dłuższe, napromienić przez filtry grube (co najmniej 2 — 3 cm. Cu) i z dużej odległości. Należy przypuszczać, że tego rodzaju technika, zwłaszcza po kilku kolejnych seriach, pozwoliłaby na dłuższy czas zlokalizować, a może i wyleczyć ostatecznie sprawę nowotworową. Z drugiej strony w tych przypadkach ocena całego obrazu musiałaby się oprzeć tylko na przesłankach klinicznych i radiologicznych i brakby było tak ważnego potwierdzenia histologicznego. W przypadkach takich radjoterapeuta mógłby się wahać co do wyboru techniki leczniczej i działać niedość szeroko i niedość energicznie. Dlatego też szczegółowe studjum obu powyższych przypadków należy uważać za bardzo doniosłe, gdyż opierając się na zdobytem w nich doświadczeniu, będziemy w stanie na przyszłość polepszyć jeszcze znacznie wyniki radioterapeutyczne w raku płucnym o postaci promienioczułej. Ogółem napromienianych było 8 przypadków, w jednym na okres dłuższy, w drugim na krótszy, gdyż obrót niekorzystny zaznaczył się na skutek pojawienia się przerzutu w mózgu. Zresztą przerzut ten okazał się również wrażliwy na promienie, jak nowotwór

pierwotny, tak, że objawy mózgowie ustąpiły całkowicie po napromieniowaniach.

W 4-ch przypadkach działanie napromieniowań na objawy przedmiotowe, jak ból, kaszel, duszność, ucisk w piersi, zaznaczyło się wyraźnie, tak, że wynik można uważać za zadawalający.

W dwóch przypadkach działanie napromieniowań nie dało wyraźnego wyniku. Rozporządzając tak małym materiałem, nie mogę wyciągnąć z niego wniosków bardziej szczegółowych. Jednakże doświadczenie moje wykazuje niezbicie, że radioterapia raka pierwotnego płuca jest uzasadniona i że należy się do niej uciekać częściej, niż dotychczas, tembardziej, że w żadnym przypadku spostrzeganym nie zaznaczył się jakikolwiek wpływ ujemny trwały, któryby zależał od działania naświetlań.

Zasadniczym warunkiem powodzenia radioterapii raka płucnego, jak zresztą i innych raków jest dobry stan ogólny i brak chery. Musimy się bowiem liczyć z tem, że znaczny nieraz guz po zadziałaniu cytokaustycznym promieni i pojawieniu się zmian wstecznych, aż do martwicy całych mas tkankowych, musi uleść wessaniu. Działanie na organizm tak znacznej ilości ciał białkowych, powstających z rozpadu tkanek, może być fatalne, jeśli narząd krążenia i duże gruczoły jamy brzusznej, nie stoją na wysokości zadania. Wtedy zdarzyć się może, że działanie napromieniowań zbyt intensywnych zwiększy stan zatrucia organizmu produktami rozpadu nowotworu i przyspieszy nawet zejście śmiertelne.

Dlatego też w przypadkach z obecnością dużych guzów i miernym stanem ogólnym, postępować musimy bardzo ostrożnie, stosować małe pola, rozkładać dawki na czas dłuższy i śledzić odczyn ze strony całego ustroju. Podkreślić należy, że obawy co do zatrucia organizmu produktami rozpadu raka dotyczą tylko przypadków daleko posuniętych ze zmianami bardzo rozległymi. W przypadkach początkowych będziemy mogli zawsze napromieniać śmieiej, a stąd i widoki lecznicze będą lepsze. Niemożna przeto położyć dość nacisku na konieczność wczesnego rozpoznawania i wczesnego rozpoczęcia napromieniowań. Obydwa przypadki wyraźnie korzystnego działania rentgenoterapii dotyczą nowotworów wcześniej rozpoznanych i od początku leczonych napromienianiami.

Podobnie, jak znaczne wyniszczenie, przeciwskazaniem będą powikłania zapalne raka, występujące w postaci ostrej i bardzo rozległe. Napromieniania intensywne, niezbędne dla opanowania sprawy nowotworowej, wpływają niekorzystnie na tego rodzaju zmiany, wywołując rozległe działanie rozplływne, a nawet zgorzel. Zbierając wskazania i przeciwskazania radioterapii podkreślić musimy, że opie-

rają się one na szczegółowej ocenie całokształtu przypadku z uwzględnieniem:

1) stanu miejscowego w klatce piersiowej, zależnego od nowotworu pierwotnego i jego powikłań, a następnie od przerzutów w śródpiersiu, w płucach i na opłucnej. Materiałem głównym do wyciążnięcia wniosków pewnych w tej dziedzinie będzie seryjne badanie radiologiczne, rozporządzające nie tylko obrazem ekranowym, lecz także zdjęciami tylnoprzednimi, skośnymi i profilowymi. Materiał ten da nam dokładny pogląd przestrzenny na warunki anatomiczne płuca, opłucnej i śródpiersia oraz możliwość oceny rodzaju i szybkości wzrostu sprawy nowotworowej;

2) obecności lub braku przerzutów dalszych, a przede wszystkim w gruczołach chłonnych nadobojczykowych i szyjnych, w mózgu, w narządach jamy brzusznej (nadnercza) i w układzie kostnym;

3) dolegliwości podmiotowych chorego związanych z wpływem sprawy nowotworowej na płuca, oskrzela, opłucną i śródpiersia oraz objawów podmiotowych zależnych od przerzutów dalszych;

4) wieku, ogólnego stanu sił i odżywienia, oraz obrazu hematologicznego.

Wskazaniem bezwzględny do napromieniowań będzie stwierdzenie wyraźnej promienioczułości nowotworu. W tym kierunku bardzo przydatnymby było badanie histopatologiczne cząstki otrzymanej drogą biopsji, czy to z płuc, czy też z przerzutu w gruczołach chłonnych szyi lub też w kościach. Ponieważ to możliwe zawsze już w dalszym okresie cierpienia, przeto niesłychanie cenne będą spostrzeżenia, które pozwolą na pewne wnioski o promienioczułości na podstawie innej, głównie na podstawie obrazu radiologicznego w samych początkach cierpienia, gdy wyniki radioterapii są najlepsze. W przypadkach tej grupy nawet daleko posuniętych z obecnością olbrzymich guzów można będzie napromienianiem uzyskać zniknięcie ich przynajmniej czasowo.

Istnienie znacznych dolegliwości podmiotowych (ból, ucisk, duszność, kaszel) i objawów przedmiotowych ucisku na narządy śródpiersia uważać możemy również za wskazanie katagoryczne do leczenia promieniami, jeżeli inne środki lecznicze (znieczulające, odępczniające) nie dały pożądanej ulgi. Na wyniki korzystne liczyć będziemy mogli, jeśli nie będzie w danym przypadku znaczniejszych powikłań zapalnych i jeśli chodzi o osobnika w wieku niezbyt podeszłym (poniżej 60 lat).

Jeżeli nawet w danym przypadku niema wskazań bezwzględnych poprzednio przytoczonych, to radioterapia mimo to jest godna zalecania, gdyż jest to w stanie obecnym naszej wiedzy „najlepsze

leczenie, którem rozporządzamy i jedynie możliwe do zastosowania w znacznej większości przypadków", jak się wyraża Huguenin.

Przeciwwskazaniem do napromieniania będzie bardzo podeszły wiek (ponad 60—70 lat), jeżeli łączy się ze znaczną zgrzybiałością starczą, i bardzo zły stan ogólny oraz obecność znacznej chery nowotworowej.

Rozległe powikłania zapalne w płucach o przebiegu ostrym są również przeciwwskazaniem do radjoterapii. Przeciwwskazanie to może być tylko czasowem, jeśli uda się zwalczyć je przez odpowiednie leczenie farmakologiczne i biologiczne.

W wywodach powyższych o radjoterapii raka pierwotnego płuca opierałem się na doświadczeniach z zakresu leczenia promieniami X. Wyniki stosowania radu, którego promienie gamma, dzięki znacznie krótszym falom i olbrzymim kwantom posiadają działanie bardziej selektywne na komórki nowotworowe, są niekiedy jeszcze korzystniejsze, niż wyniki rentgenoterapii, jak o tem świadczą przypadki zebrane przez Huguenina. Nawet tam, gdzie wrażliwość na promienie X jest już po kilku serjach wyczerpana, promienie gamma mogą jeszcze zachować swą skuteczność. Na przeszkodzie szerszemu zastosowaniu radu stoi to, że dla przeprowadzenia leczenia raka pierwotnego płuca potrzeba większych jego ilości i stosowania przez czas dłuższy. Wobec pewnej skuteczności leczenia radowego w wielu innych postaciach nowotworów tylko najbogatsze placówki radjoterapeutyczne będą mogły pozwolić sobie na poświęcenie około 300 mg. tego pierwiastka przez czas około 10 dni do dwóch tygodni dla leczenia jednego przypadku nowotworu płucnego. Naskutek tego curieterapija raka płucnego będzie musiała pozostać metodą wyjątkową, zaś postępowaniem zwykłym będzie stosowanie twardych i krótkofalowych promieni X.

Uciekanie się do energii promienistej w tej czy owej postaci odebrało leczeniu raka pierwotnego płuca całkowitą beznadziejność. Jakkolwiek niedostateczne i niezadawalające całkowicie są narazie jego wyniki, w przyszłości polepszą się one jeszcze znacznie wraz z udoskonaleniem techniki i aparatury oraz z postępem diagnostyki.

Radjodagnostyka i obserwacja radiologiczna, przyczyniając się do umożliwienia wcześniejszego rozpoznawania raka płucnego, torować będą drogę do polepszenia wyników radjoterapii.

Dyskusja:

Kol. Elektorowicz uważa, iż nie wszystkie nowotwory płuca nadają się do napromieniania. Większość raków płuca jest niewrażliwa na promienie. O wrażliwości raka, a więc i o jego budowie trudno wnioskować, na podstawie obrazów rentgenowskich. Polep-

szenie po naświetlaniu należy oceniać ostrożnie. Zmniejszenie się cienia na rentgenie, może zależeć od cofania się spraw zapalnych dokoła nowotworu, lub też od znikania niedodmy, którą spowodowało zamknięcie oskrzela. Co do powikłań (np. krwotoki) — trudno jest nieraz ustalić, czy zależą od napromieniowań, czy też nie; wnioskując z własnego materiału chorych, kol. E. jest zdania, że w rakach płuc, w przeciwstawieniu do mięsaków śródpiersia otrzymujemy mało dodatnich wyników. Kol. E. zarzucił na jakiś czas stosowanie napromieniowań w rakach płuc.

Kol. Laskowski (członek T-wa) opierając się na własnym materiale podaje, że na 52 przypadki miał 19 przypadków raków drobnokomórkowych, a więc światłoczułych, nie licząc raków litych, które są średnio-swiatłoczułe. To powinno skłonić do stosowania promieni Rentgena w leczeniu. Wynik jest uzależniony od wczesnego rozpoznania. Kol. L. sądzi, że może należałoby stosować naświetlanie szerszych pól, bo w 90% przypadków są zajęte gruczoły śródpiersia.

Kol. Orłowski (streszczenie własne): stwierdza, że nie spostrzegł pomyślnego wyniku leczniczego napromieniania raków płuc. Możliwe, iż w tych przypadkach istniały przeciwskazania. Kol. Zawadowski zwęził znacznie zakres stosowania leczniczego promieni rentgenowskich w rakach płuc. Na zagadnienie leczenia raków płuc promieniami rentgenowskimi należy zapatrywać się odmiennie. Stwierdzenie raka płuc przesądza o niepomyślnem rokowaniu. Należy przeto zawsze próbować działania napromieniowań, jako dotychczas jedynej metody leczniczej, która może dać poprawę. W jednym przypadku po naświetlaniach wystąpiło szybko wysianie się nowotworu w całych płucach potwierdzone badaniem pośmiertnem.

Kol. Zawadowski: stwierdza, że pomimo zastrzeżeń kol. Elektorowicz wrócił do rentgenoterapii w leczeniu nowotworów płuc. Cyfry podane przez kol. Laskowskiego są zachęcające dla stosowania rentgena w rakach płuc, gdyż połowa ich jest światłoczułą. W drugiej połowie promienie Rentgena wywierają działanie paliatywne, co też nie jest bez znaczenia. Co do naświetlania szerszych pól, w początkowych okresach tego nie stosował, gdyż rentgenolog początkowo miewa zawsze wątpliwości, czy napewno ma do czynienia z rakiem płuca. Trudności rozpoznawcze w początkowych okresach zawsze istnieją i to wpływa ujemnie na pewność postępowania terapeutycznego.

4. Kol. Held wygłosił odczyt p. t.: „O gastrochromoskopji i jej wartości rozpoznawczej (streszczenie własne): próba chromosko-

powa, polegająca na zdolności wydalania przez błonę śluzową żołądka czerwieni obojętnej, zastrzykniętej domięśniowo jest cenną próbą pomocniczą w rozpoznawaniu różniczkowym schorzeń żołądka oraz w rokowaniu o nich.

Na zasadzie 160 dni badań chromoskopowych ustaliliśmy, iż zdrowa błona śluzowa żołądka wydała barwik w 12—24 min. po zastrzyknięciu (przeciętnie po 17 min.); przy nadkwaśności szybciej (od 17—4 min.), przy podkwaśności — później (od 26—40 min.). Jednak ściślej równoległości między liczbą kwasoty, a czasem wydalania czerw. oboj. niema.

W przypadkach upośledzonego wydalania barwika z moczem (w schorzeniach przewlekłych nerek) następuje wyrównawcze przyśpieszenie wydalania przez błonę śluzową żołądka — niezależnie od stopnia kwasoty treści żołądkowej.

We wszystkich niezżytach śluzówki żołądka przy zachowanej nawet kwasocie, wydalanie czerwieni oboj. jest wyraźnie opóźnione. Na zwolnienie wydalania barwika wpływa poza uszkodzeniem komórek gruczołowych ilość wydzielanego śluzu.

We wrzodzie żołądka, wzgl. dwunastnicy, jak zresztą i w innych stanach nadkwaśności stwierdza się przyśpieszone wydalanie barwika. W przypadkach wrzodu z zahamowaniem wydalaniem barwika liczyć się należy bądź z współistnieniem niezżytu śluzówki, bądź z możliwością nowotworowego przeistoczenia wrzodu w okolicy przyodźwiernikowej.

W bezkwaśności pochodzenia psychiczno-nerwowego wydalanie czerw. ob. nie jest upośledzone; w bezkwaśności organicznego pochodzenia wydalanie barwika jest albo wybitnie zwolnione (od 45 — 95 min.), albo całkowicie zniesione.

Przy badaniu sprawności wydzielniczej żołądka w różnych stanach bezsoczności próba chromoskopowa okazała się pewniejsza od histaminowej. Przyp. bezkwaśności, niewydalające barwika, z reguły nie reagują również na histaminę, w niektórych przyp. z ujemną próbą histaminową — błona śluzowa żoł. zachowała jeszcze zdolność wydalania barwika.

Histamina, stosowana jednocześnie z czerw. ob., przyśpiesza wydalanie barwika przez śluzówkę żołądka, a w pewnych przypadkach z ujemną próbą chromoskopową — dopiero po jednoczesnym zastosowaniu histaminy — czerw. ob. barwik ukazuje się w żołądku. A zatem zdolność wydalania barwika po histaminie jest czynnością ostateczną śluzówki, poczem następuje już całkowita niewydolność aparatu wydzielniczego.

Z jednorazowego ujemnego wyniku próby chromoskopowej nie można jeszcze wnioskować o nieodwracalnym uszkodzeniu śluzówki żołądka. Dopiero kilkakrotna, w odstępach czasu kontrolowana próba jest w stanie orzec o zaniku, wzgl. regeneracji aparatu wydzielniczego.

Na 11 przyp. raka żołądka w 6-ciu próba chromoskopowa wypadła ujemnie. Próba chromoskopowa wypada ujemnie, zwłaszcza w rakach umiejscowionych w okolicy przyodźwiernikowej; w rakach ograniczonych do trzonu, wydalanie barwika pozostaje nieraz dość długo zachowane.

Przy różniczkowaniu raków od innych schorzeń żołądka — postępujące z biegiem czasu upośledzenie wydalania barwika przemawia za rakiem, przyspieszenie zaś — stanowczo przeciw rakowi.

We wszystkich 5 przypadkach niedokrewności złośliwej mieliśmy do czynienia z całkowitą bezsocznością, z ujemną próbą chromoskopową, nawet przy jednoczesnym stosowaniu histaminy. Świadczy to o zaniku błony śluzowej żołądka.

Dyskusja:

Kol. Orłowski: próba polecana przez prelegenta, chociaż opracowana przed kilku laty, nie zdobyła sobie dotąd prawa obywatelstwa, ani wśród lekarzy praktyków, ani też w szpitalach, czy klinikach; stosowanie do badania czynności żołądka bodźców sztucznych, нефизjologicznych ze względów praktycznych nie jest słuszne (czerwień obojętna, histamina, kofeina). Wychodząc z tego założenia kol. Orłowski wybrał do badania czynności żołądka sole kapusty. Co do kiły żołądka, którą w przypadku prelegenta rozpoznano zapomocą badania gastrochromoskopowego — to też same wyniki można było otrzymać inną drogą, np. *ex iuuantibus*.

Gastrochromoskopia daje możność wcześniejszego, nie zapomocą innych metod, określania zdolności wydzielniczej żołądka, ale i to niema większego znaczenia praktycznego, gdyż chorzy nie mając skarg nie zgłaszają się wówczas do lekarzy. Badanie chromoskopowe ma więc wyłącznie znaczenie naukowe. Gastroskopia wykazuje bardzo często nieżyt żołądka w przebiegu choroby wrzodowej, gdy natomiast na podstawie materiału przytoczonego przez prelegenta jest to sprawa rzadka.

Kol. Held — metoda chromoskopowa zagranicą ma swoich zwolenników i poświęcono jej sporo prac. W Polsce natomiast dotychczas nie była opracowana. Prelegent uważa, iż w warunkach klinicznych nie powinna być pominięta. Ma ona znaczenie praktyczne w zanikach błony śluzowej żołądka. Niekiedy musimy się uciekać do stosowania bodźców sztucznych przy wyodrębnianiu ukrytych zdolności wydzielniczych błony śluzowej żołądka. Co do zachowania

się treści żołądkowej w chorobie wrzodowej — oddział kol. Landaua stoi na odrębnym stanowisku. Na 23 spostrzegane przypadki, raz tylko stwierdzono podkwaśność.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 min. 25.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

PROTOKÓŁ UROCZYSTEJ AKADEMJI

ku czci ś. p. Dra med. Arkadiusza Puławskiego

odbytej dnia 14 czerwca 1932 roku

W TOWARZYSTWIE LEKARSKIM WARSZAWSKIEM.

Obecnych członków T-wa—45, wprowadzonych gości—20.

1. Kol. Prezes zażądał Akademję.

2. Kol. Leśniowski A. (członek T-wa) — omówił „Stosunek ś. p. A. Puławskiego do klinik“ (streszczenie własne). Dostojna Wdowo, Dostojni Synowie ś. p. Dra Puławskiego, Szanowni Koledzy! Zabieram dziś głos w imieniu klinik mieszczących się w Szpitalu Dz. Jezus. Mianowicie chcę w kilku krótkich wyrazach podnieść stanowisko ś. p. Dra Puławskiego, naczelnego lekarza szpitala, względem naszych Klinik. Stanowisko to miałem możność poznać dobrze, pracując długi szereg lat w klinice chirurgicznej pierwszej.

Chcąc lepiej uwydatnić to stanowisko, musimy cofnąć się o lat kilkanaście i uprzytomnić sobie, co działo się wówczas z klinikami. W owej chwili kliniki zaczynały istnieć, zaczynały urządzać się i organizować. Niektóre z nich objęły pomieszczenie byłych klinik rosyjskich, jedna z klinik dostała za pomieszczenie zwykły pawilon szpitalny. Dawniejsze pomieszczenia kliniczne przedstawiały stan opłakany. Rosjanie, uciekając z Warszawy, pozabierali z klinik wszystko, co przedstawiało większą wartość i co zabrać zdążyli. Kliniki, budowane przez ludzi, którzy nie mieli dostatecznego pojęcia o potrzebach klinik, nastęrczały pozatem poważne braki, jak brak należytych pomieszczeń ambulatoryjnych, pracownianych. Dalej — kliniki długi czas służyły za lazarety dla armji rosyjskiej, polskiej, zamieniano je na pomieszczenia dla chorych zakaźnych, wszystko to działo się bez należytej kontroli. Nic dziwnego tedy, że stan ich był opłakany: brak umeblowania, narzędzi i przyrządów. Pawilon szpitalny, przeznaczony na klinikę, musiał uleść gruntownym przeróbkom, musiał być adapto-

wany do swego nowego przeznaczenia. Jak widzimy — długi szereg najrozmaitszych a koniecznych potrzeb.

Część ich została zaspokojona przez uniwersytet, lecz duża ich część spadła na barki zarządu szpitala. Tu niestety z pewną przykrością muszę zaznaczyć, że nie wszyscy członkowie zarządu byli dość życzliwie usposobieni dla naszych potrzeb. Puławski jednak zajmował zawsze i wyraźnie stanowisko jaknajbardziej życzliwe. Rozumiał on dobrze, że ma do czynienia nie z dawnym rosyjskim wrogiem uniwersyteciem, lecz z naszym od tak dawna oczekiwanym uniwersyteciem polskim; jako dobry obywatel rozumiał, że uniwersytet ten powinien cieszyć się ze strony społeczeństwa życzliwością i pomocą. To też był usposobiony dla klinik jaknajbardziej życzliwie. Dlatego też udaliśmy się do niego ze swemi potrzebami chętnie, pewni, że zawsze znajdziemy posłuch, że o ile będzie mógł, o ile będzie to leżało w jego mocy, przyjdzie nam z pomocą.

Dalej — jako sam kiedyś pedagog wiedział, że stanowisko profesora klinicznego jest trudne, że oprócz obowiązków ordynatora szpitalnego ma do spełnienia ciężkie zadanie — mianowicie pracę pedagogiczną i naukową. Dobrze rozumiał, że wykonanie tej odpowiedzialnej pracy wymaga pewnych warunków, przede wszystkim spokoju i równowagi ducha: wszelkie czynniki, prowadzące zaburzenie tego spokoju i równowagi, powodują duże utrudnienia w spełnianiu pracy profesorskiej. Dlatego też o ile mógł starał się o usuwanie wszystkiego, co mogło powodować te zaburzenia, usuwał tarcia i likwidował czy to z siostrami, czyto z lekarzami miejscowymi, czy ze służbą...

Dobrze rozumieliśmy i odczuwali to przychylnie stanowisko Puławskiego względem klinik, to Jego zrozumienie naszych potrzeb, byliśmy zawsze pewni pomocy z Jego strony. To też czuliśmy dla niego serdeczną wdzięczność, za jego zaś tak wysoce obywatelskie stanowisko względem klinik żywiliśmy dla Niego uznanie i szacunek. Uczucia te, głęboko wryte w naszych duszach, pozostaną tam na zawsze.

Cześć pamięci Szlachetnego Człowieka.

3. Kł. Starkiewicz W. (członek T-wa) omówił: „Działalność lekarską ś. p. A. Puławskiego” (streszczenie własne): po omówieniu tła historycznego, na którym rozwijała się działalność lekarska Arkadiusza Puławskiego, zreferował prace jego z zakresu higieny i medycyny wewnętrznej, zatrzymując się dłużej na monografii Puławskiego o chorobie Basedowa. Przytoczył szczegółowiej własne uwagi kliniczne i spostrzeżenia autora. Pokrótkce omówił działalność P. na stanowisku dyrektora Nałęczowa oraz redaktora „Gazety Lekarskiej”, wreszcie zobrazował pisma Puławskiego z zakresu etyki lekarskiej. W zakończeniu podniósł płodną działalność Puławskiego w in-

stytucjach naukowych i społecznych, zarówno lekarskich, jak ogólnobywatelskich.

4. Kol. Koelichen J. (członek T-wa) omówił „Prace neurologiczne ś. p. A. Puławskiego” (streszczenie własne): Ś. p. Puławski nie należał do ścisłego grona specjalistów chorób nerwowych, sfera jego zainteresowań obejmowała cały obszar medycyny wewnętrznej, pomimo to w piśmiennictwie neurologicznym polskim pozostawił on obfity i cenny dorobek. Okres czasu, w którym Puławski rozpoczynał swą pracę lekarską, nie stwarzał u nas warunków sprzyjających zainteresowan' u się chorobami nerwowymi, dział tych chorób zaczął wówczas dopiero wyodrębniać się jako specjalność, wśród lekarzy warszawskich bardzo nieliczni byli ci, którzy zajmowali się wyłącznie tą dziedziną patologii, poza oddziałem Dra Gajkiewicza w szpitalu starozakonnych przy ul. Pokornej, nie było szkoły, w której młody lekarz mógłby nabyć wprawy w badaniu chorych nerwowych i nabrać zamiłowania do tego działu medycyny. Pomimo tak trudnych warunków zewnętrznych, zwłaszcza dla lekarza początkującego, Puławski już w zaraniu swej działalności lekarskiej wykazuje zainteresowanie się chorobami nerwowymi, szereg prac ogłoszonych przez niego w owym okresie czasu dowodzi, że pomimo braku kierunku i wskazówek doświadczonego specjalisty, Puławski potrafił doskonale orjentować się w tym trudnym i zawiłym dziale badań lekarskich jedynie dzięki wytrwałej i sumiennej pracy oraz dzięki zdolnościom wrodzonym. We wszystkich pracach z dziedziny neurologii, ogłoszonych przez Puławskiego, znajdujemy bardzo staranny i szczegółowy opis spostrzeganych zaburzeń, ujawnionych przez nader sumienne badanie przy zastosowaniu wszelkich dostępnych w owym czasie metod, bardzo wnikliwą analizę tych zaburzeń i dokładne wyjaśnienie ich patogenezy, wreszcie niezmiernie szczegółowo uzasadnione rozpoznanie różniczkowe, co wskazywało, że autor posiada gruntowne wiadomości z anatomji i patofizjologii układu nerwowego i jest doskonale obeznany z piśmiennictwem neurologicznym polskim i obcem, albowiem nawet tak cenna a rzadka i mało u nas znana praca jak „Electrisation localisée”. Duchenne'a de Boulogne nie była mu obcą. W szeregu spostrzeżeń klinicznych z dziedziny neurologii ogłoszonych przez Puławskiego w okresie czasu od r. 1887 do 1902, omawiane są schorzenia różnych dziedzin układu nerwowego, a więc schorzenia nerwów obwodowych w pracy p. t. „Przypadek częściowego porażenia splotu ramieniowego”, choroby rdzenia w pracy p. t. „Poliomyelitis anterior czy neuritis multiplex”, choroba mózgu w pracach p. t. „Tuberculum solitare w prawej odnodze mózgu” i „Dwa ropnie w substancji białej mózgu w przebiegu suchot płucnych”, wreszcie nerwice w pracach p. t.

„Napady artralgi i przykurczeń histerycznych” oraz „Neurastenja perjodyczna”. Nawet dział chorób umysłowych nie był Puławskiemu obcy, pisze o nich bowiem w pracy pod t.: „Przemijająca psychoza w przebiegu węglika na karku”. Wśród tych spostrzeżeń kazuistycznych, ogłoszonych przez Puławskiego, wyróżnia się spostrzeżenie dotyczące przypadku głodu wilczego wskutek wstrząśnienia mózgu, omawiając bowiem objaw głodu wilczego, autor uzależnia go od zmian ośrodkowych w mózgowiu, jakby w słusznym przeczuciu wyników badań późniejszych, które wykazały w mózgu ośrodki rządzące przemianą materji. Do spostrzeżeń zasługujących na specjalne wyróżnienie należy również opisany przez Puławskiego przypadek porażenia okresowego wszystkich czterech kończyn, w czasie bowiem, w którym Puławski ogłaszał te spostrzeżenia, w piśmiennictwie neurologicznem były znane trzy tylko podobne przypadki, podane przez Erb'a, Goidflama i Westphala, Puławski więc był jednym z pierwszych, którzy trafnie rozpoznali i opisali dokładnie to niezmiernie rzadkie schorzenie. W dorobku naukowym Puławskiego z owego okresu czasu znajdujemy poza tem szereg prac, w których autor na podstawie wiadomości zaczerpniętych z piśmiennictwa omawia zagadnienia aktualne z dziedziny neurologji, wypowiadając o nich własne zdanie krytyczne. Do tej kategorii prac należą: „Elektroterapia przed sądem krytyki współczesnej”, „Akinesia algera”, „Stosunek wyższych stopni inteligencji do cierpień nerwowych”, „Kilka słów o alkoholizmie u nas”, i „Nowe prądy w leczeniu chorób nerwowych”.

Od r. 1909 zainteresowanie ś. p. Puławskiego w dziedzinie neurologji i jej pogranicza ześrodkowuje się na sprawie choroby Graves'a czyli Basedowa. Przyczyniła się do tego kilkoletnia praca Puławskiego na stanowisku dyrektora zakładu leczniczego w Nałęczowie. Miał on możność obserwowania w tych warunkach licznych przypadków tego cierpienia, które w owym czasie uważane było za rzadkie i, jak pisze sam Puławski, w materiale szpitalnym prawie nie spostrzegane. Na podstawie doświadczenia zdobytego w czasie swej działalności lekarskiej w Nałęczowie, po gruntownem zaznajomieniu się z piśmiennictwem odnośnem, ogłasza Puławski w r. 1909 w Gazecie Lekarskiej obszerną pracę pod nagłówkiem: „Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Graves'a”. W pracy tej omawia szczegółowo etiologję choroby, jej obraz kliniczny i przebieg, zaznajamiając szerszy ogół lekarski z szeregiem rzadkich i mało znanych objawów, omawia również dokładnie rokowanie i leczenie, zastanawiając się dłużej nad leczeniem chirurgicznem. W piśmiennictwie polskiem było to pierwsze tak dokładne opracowanie choroby Basedowa, poparte przytem licznymi przykładami z doświadczenia własnego. Od tej pory Puławski

w pracach swoich wielokroć powraca do tegoż tematu, już to podając bardziej interesujące spostrzeżenia z praktyki własnej, lub też omawiając rokowanie i nowsze metody leczenia choroby Basedowa, zwłaszcza sprawę leczenia chirurgicznego i jego wyników, wreszcie streszczając i oceniając krytycznie najnowsze piśmiennictwo z tej dziedziny, nie było wogóle w owym czasie sprawy dotyczącej choroby Basedowa, któraby w pracach Puławskiego nie znalazła szczegółowego omówienia i oceny, stał się on u nas niejako miarodajnym znawcą tej choroby, zasobnym w bogate doświadczenie osobiste. Tę swoją znajomość tematu i owoc wieloletniego doświadczenia wyłożył on w monografii poświęconej chorobie Basedowa, wydanej w r. 1913 w serji XX-tej odczytów klinicznych „Gazety Lekarskiej”. W tym wykładzie klinicznym, w sobie właściwy, jasny, treściwy i przejrzysty sposób przedstawia Puławski wszystko to, co do owego czasu o chorobie Basedowa było wiadomem. Znajdujemy więc w tym odczycie klinicznym historję choroby Basedowa, opracowaną na podstawie licznych źródeł, jej symptomatologję szczegółową, w której żaden z objawów, choćby najrzadszych, nie został pominięty, dalej krytycznie rozpatrzoną etiologję choroby i dokładnie przedstawiony jej przebieg, najczęściej przewlekły, ckresowy, rzadziej ostry lub podostry; opis szeregu postaci klinicznych, zwłaszcza poronnych uzupełnia ten obraz choroby. Wreszcie podaje nam autor całokształt poglądów na patogenezę choroby Basedowa, swój własny pogląd na tę sprawę oraz wskazania lecznicze i rokowanie. Dzięki tej pracy Puławskiego dokładna znajomość choroby Basedowa niewątpliwie rozpowszechniła się i ugruntowała w świecie lekarskim polskim, stało się możliwem rozpoznawanie jej w okresach początkowych i w przypadkach poronnych, jej leczenie zostało oparte na wskazaniach istotnych. Po wydaniu tej obszernej monografji Puławski nie przestał zajmować się interesującym go i umiłowanym przezeń tematem. W szeregu prac następnych o chorobie Basedowa omawia on niejasną sprawę jej etiologji, opisuje spostrzeżenia, w których występowały rzadkie objawy tej choroby, zwracając uwagę na ich znaczenie dla rozpoznania, powraca wreszcie do sprawy leczenia, podając wyniki swych badań nad działaniem nowych środków leczniczych i wyniki swego doświadczenia co do skutków leczenia chirurgicznego. W r. 1924, na zjeździe internistów polskich w Wilnie wygłasza Puławski doskonale opracowany referat o poglądach współczesnych na chorobę Basedowa. Na tej pracy kończy się działalność piśmiennicza ś. p. Puławskiego jako neurologa, wkrótce potem choroba i spowodowana nią niemoc wytrąciły mu pióro z ręki.

Całokształt pracy ś. p. Puławskiego w dziedzinie neurologji po-

siada niezaprzeczoną i trwałą wartość, był on u nas jednym z pierwszych pionierów tej specjalności, jego sumienne, dokładne i wszechstronnie opracowane spostrzeżenia kliniczne zaznajały ogół lekarzy z obrazem zaburzeń w dziedzinie układu nerwowego, ucząc jak wnikać w istotę tych zaburzeń i oceniać ich znaczenie. Jego prace o chorobie Basedowa pozostaną nieocenionym źródłem wiadomości dla każdego badacza tej choroby i trwałym dorobkiem w naszym piśmiennictwie lekarskim. Cześć pamięci niestrudzonego pracownika.

5. Kol. Z a b a w s k a - D o m o s ł a w s k a Z. Ś. p. A. Puławski jako kierownik oddziału (streszczenia nie nadesłano).

6. Kol. Z a ł u s k a J. „Ś. p. A. Puławski jako popularyzator wiedzy“ (streszczenie własne).

Obraz duchowy Dra Puławskiego, a także wykaz Jego zasług, nie byłby zupełny, gdyby się pominęło trwały u Niego i tak typowy dla ludzi czołowych Jego czasów — pęd do popularyzacji wiedzy i do szerzenia oświaty wogóle.

Puławski jeszcze na ławie uniwersyteckiej wchodzi (w latach 1875—76) do ścisłego grona studentów oświatowców, skupiających się wtedy w Warszawie przy Konradzie Prószyńskim (Kazimerzu Promyku), który z czasem za swe elementarze, za swą „Gazetę Świąteczną“ stał się w Polsce postacią historyczną.

Jest Puławski przy narodzinach pierwszych książeczek K. Promyka — O Janie Kochanowskim, o St. Staszycu (1876); zbiera fundusze na słynny Promyka za 7 groszy „Elementarz, na którym nauczysz się czytać w 5 lub 8 tygodni“, do którego rysunki dorabiał bodajże Józef Chełmoński (1877 r.). Krząta się przy założeniu „Księgarni Krajowej“ i związanej z nią „Gazety Świątecznej“ (1881) W. Prószyńskiego, której powstanie i następna działalność tworzy epokę w dziejach czytelnictwa i kultury wsi polskiej b. zaboru rosyjskiego.

Gdy na widowni ukaże się z czasem młodsze pokolenie oświatowców ze znanym przyrodnikiem Mieczysławem Brzezińskim na czele, Puławski wraz z Dr. K. Chełchowskim i prof. K. Królem przechodzi do ich „Koła“, aby wraz z nimi powołać do życia istną wytwórnię, na skalę doład u nas nie widzianą, książek wzorowych dla ludu (i młodzieży wiejskiej) treści przyrodniczej, gospodarczej, higienicznej, prawno-społecznej, powieściowej.

„Kcło wydawnicze“ (M. Brzeziński, B. Hirszfelf, K. Król, K. Chełchowski, A. Puławski i inni) kupuje w roku 1891 tygodnik popularny „Zorzę“, aby w niej dać ludowi typ pisma o wyższej skali, niż wzorowa zresztą jako elementarna czytanka „Gazeta Świąteczna“. A. Puławski należy do najgorliwszych członków „Koła wydawniczego“ i z właściwą sobie sumiennością nie ogranicza swego udziału w Ko-

le do składkowania i oceny zgłaszanych prac pisarskich, lecz sam pi-
sze dużo do „Zorzy”, aby następnie rozpowszechnić swe nauki w od-
bitkach książkowych.

Tą drogą powstały szeroko znane książeczki Jego pióra „O księ-
dzu Boduenie, opiekunie dzieci opuszczonych i nędzarzy”, „O tem, co
to jest ospa”, „Pogadanka o trzech tyfusach”, „Co to są suchoty”,
„O kolonjach letnich dla ubogich dzieci”, „O picciu trunków” i kilka
innych.

Swym zamiłowaniem do szerzenia oświaty i kultury higienicznej
daje wyraz przez pogadanki w Warszawskim Tow. Higienicznym,
przez artykuły w „Zdrowiu” i tworzone przez się takie instytucje kul-
turalne w Nałęczowie za swego tam 9-letniego pobytu, jak „Muzeum”
(współ z Dr. Lasockim i St. Żeromskim), jak „Kąpiele ludowe im. B.
Prusa”, jak „Ambulatorjum dla ludności wiejskiej” (współ z Dr.
B. Malewskim).

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z dnia 14 czerwca 1932 r.

1. Kol. Prezes wspomina o śmierci b. p. E. Flataua i oznaj-
mia, że Akademia ku jego czci odbędzie się na jesieni.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na posiedzeniu bieżącym
składa hołd Goethemu, jako przyrodnikowi.

2. Kol. Zembrzuski L. (członek T-wa) wygłosił odczyt
p. t. „Johann Wolfgang Goethe, a medycyna” (streszczenie własne):
Podniósłszy fakt, że Goethe w r. 1830 został wybrany na członka ho-
norowego Warsz. Tow. Przyj. Nauk, prelegent scharakteryzował po-
glądy Goethego na medycynę i lekarzy. Autor „Fausta” od dzieciń-
stwa często zapadał na zdrowiu i okoliczność ta dawała mu sposob-
ność do stałego niemal kontaktu z medycyną i lekarzami, których
zresztą b. cenił pomimo, że w niektórych utworach ośmieszał ich wzor-
em Molière'a. Goethe nietylko wypowiadał swe poglądy na różne
schorzenia nerwowe, wewnętrzne, zakaźne, wieku dziecięcego i t. p.
odznaczające się trafnością z punktu widzenia ówczesnej wiedzy le-
karskiej, lecz był autorem poważnego dwutomowego dzieła „Die Far-
benlehre” z zakresu optyki, z którego był wcale dumnym i które bar-
dziej cenił od swych utworów poetyckich. Pozatem Goethe opisał
kość międzyczaszkową u człowieka oraz rozwój czaszki i wypowie-

dział słuszne poglądy na znaczenie medycyny społecznej (szczepień przeciw ospie, opieki nad matką i dziećmi, nad umysłowo chorymi i t. p.). Goethe sam siebie przenikliwie obserwował i starał się poznać swój stan somatyczny i psychiczny, co mu ułatwiały — jego znajomość przyrody i studia lekarskie w młodości. Na sztukę leczenia zapatrywał się z punktu widzenia naturystów t. j. samoleczniczych sił natury, którą uważał za obejmującą wszystko swą jednością. Goethe był zwiastunem filozofji romantycznej niemieckiej, a poglądy jego dualistyczne na odrębność dwóch światów — duchowego i materjalnego nie pozostały bez wpływu na umysły wybitnych biologów i fizjologów.

R o z p r a w y: Kol. Melanowski W. (członek T-wa) (streszczenie własne): Za motto pracy o barwach Goethego słusznie uważać możemy jego własne słowa: „szara jest każda teoria, zato wiecznie zielone jest drzewo życia”...

W pracy swej obejmującej przeszło 1000 stron obok historii nauki o barwach znajdziemy taką masę faktów skrzętnie dobranych i umiejętnie zestawionych — że po dziś dzień materiał ten faktyczny przedstawia poważny dorobek naukowy. Z faktów cytowanych przez Goethego widać, że jest on poprzednikiem Heringa i twórcą fizjologicznej teorii nauki o barwach. Jako żywy przykład słuszności, że nie Heringowi należy się pierwszeństwo wystarczy chyba tych parę przykładów: przykł. 52. „Kiedy wieczorem w tawernie spojrzałem najpierw na urodziwą kelnerkę o białej twarzy otoczonej nimbem ciemnych włosów, ubranej w szkarłat, a potem rzuciłem wzrokiem w ciemną dal izby, to na tle szarych ścian dojrzałem wyraźnie ciemną twarz otoczoną jasną glorią i odzianą w szmaragdowo zielone suknie”.

Czyż nie jest to ujęcie z którego potem skorzystał Hering — podobnie zresztą, jak i z szeregu innych spostrzeżeń, jak o dopełniającem zabarwieniu szarych przedmiotów umieszczonych na tle błękitnem, żółtem, czerwonym i zielonym.

Są to tylko luźne fakty, ale one już dostatecznie ilustrują zasadnicze ujęcie przedmiotu przez Goethego i nawet zarzucona obecnie i może nieuzasadniona jego teoria o ślepcie na barwy czerwoną i zieloną, która jakoby ma zależeć według G. od braku odczuwania barwy błękitnej (akyanoblepsia) — w niczem nie ujmuje jego zasług i nie zmienia faktu, że spostrzeżenia G. dotyczące barw, ich tonów i kontrastów służyły i służyć dalej mogą za podstawę naukowych ujęć i uogólnień.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21 minut 15.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO****z dnia 21 czerwca 1932 r.**

Początek o godz. 20-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 23, wprowadzonych gości — 12.

1. Protokół uroczystej akademii ku czci ś. p. Dra A. Puławskiego i protokół posiedzenia naukowego z dnia 14 czerwca 1932 r. przyjęto.

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

Gutry. Karta tytułowa, karta katalogowa i okładka. Odb. 1932.

Mikulowski. Beitrag zu dem sog. habituellen Erbrechen beim Kinde. Odb. 1932.

„ Infantilismo renale. Odb. 1932.

Regmunt-Sobieszkański. Nouvelle modification du tubercule de Darwin complétant la classification de G. Schwalbe. Odb. 1931.

„ O znaczeniu woni w rozpoznawaniu chorób. Odb. 1932.

Stryjecki. Pierwsze dziesięciolecie pracowni chemiczno-bakterjologicznej O. D. K. P. w Warszawie. Odb. 1931 z „Lekarza Kolejowego“.

„ W sprawie swoistości odczynów serologicznych. Odb. 1930. z „Lek. Kol.“.

„ Wpływ tiosiarczanu złota i sodu (in vitro i in vivo), oraz innych czynników fizycznych na szybkość opadania czerwonych ciałek krwi w gruźlicy płuc. Odb. 1931 z „Gruźlicy“.

„ Znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne morfologicznego obrazu krwi w gruźlicy płuc. Odb. 1931 z „Lek. Kolej.“.

„ Nieco o działalności pracowni chemiczno-bakterjologicznej Wydziału Sanitarnego Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych w Warszawie. Odb. 1932.

„ O zastosowaniu odczynu Bordet-Gengou w zimnicy utajonej. Odb. 1922.

„ O stosunku odczynu Bordet-Gengou w zimnicy do odczynu Bordet-Wassermanna. Odb. 1929 z „Pol. Gaz. Lek.“.

„ Wpływ soli metali ciężkich i innych czynników na odczyn Biernackiego. Odb. 1932 z „Lekarza Kolejowego“.

Szenajch. O odrębnościach przemiany materji i odżywiania dzieci. Odb. 1932.

Zawadowski. O cieniach towarzyszących przyżebrowych .Odb. 1931.

„ Technika radiologicznego badania tętnicy głównej i radjodjagnostyka kiłowego zapalenia jej błony średniej. Odb. 1932.

Zeszyt zbiorowy na Międzynarodowy dzień szpitalnictwa 12 maja 1932 r. Odb. 1932.

1-sze Sprawozdanie z działalności Białostockiego wojewódzkiego szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych. Choroszcz. 1932.

Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie za 1931 rok. Warszawa, b. d. wyd.

50 lat działalności Towarzystwa Kolonji Letnich dla dzieci imienia Dra Stanisława Mark'ewicza 1882—1932. Sprawozdanie rachunkowe za rok jubileuszowy. 1931—1932. B. M. i d. wyd.

Żurnal medycznego ciklu. Tom II. Wipusk 1. Kijów, 1932.

Zur Geschichte der Medizin. Lagerkatalog 69.

Przegląd ubezpieczeń społecznych. 1932. Nr. 5.

Die medizinische Welt. 1932. Sonderheft.

3. Kol. D e k a Ń s k i J. omówił „Patogenezę i klinikę zatruc fosgenem“ (streszczenie własne).

Na wstępie uzasadnia prelegent niezwykle i naczelne stanowisko fosgenu w arsenałach bojowych środków chemicznych. Następnie omawia szczegółowo etiologię, patogenezę, symptomatologję, przebieg kliniczny i leczenie zatruc fosgenowych.

W etiologii zatruc fosgenem uwzględnia: 1. zatrucia bojowe, 2. przemysłowe i 3. zatrucia laboratoryjne, względnie przypadkowe. W warunkach pokojowych zdarzają się przypadki zatruc przemysłowych w związku z produkcją niektórych barwików, np. fioletu kryształicznego, victoriablau i t. d. Rzadkie, poszczególne przypadki zatruc laboratoryjnych i innych stoją w związku z lekceważeniem przepisów laboratoryjnych, z narkozami chloroformowymi, ze spalaniem t. zw. świec Bergera i użyciem niektórych aparatów, gaśnicowych w zamkniętych pomieszczeniach. Wreszcie nieszczęśliwe, masowe przypadki zatruc w rodzaju Hamburga. Bliżej omawia prelegent narkozy chloroformowe, świece Bergera i aparaty gaśnicowe. W pierwszym wypadku pary chloroformu w obecności pozostawionego płomienia gazu ulegają spalaniu i wydzielają gazy spalinowe, zawierające fosgen. W drugim i trzecim wypadku fosgen wytwarza się przy spalaniu jednego z głównych składników świec Bergera i zawartości gaśnic, mianowicie czterochlorku węgla.

Zagadnienie patogeny ostrych zatruc fosgenem opiera prelegent na podstawach licznych prac doświadczalnych porównanych z danymi anatomopatologicznymi i bogatymi spostrzeżeniami klinicznymi masowych zatruc na frontach w okresie wojny świato-

wej oraz własnymi przypadkami poszczególnych zatruc laboratoryjnych. Dla wyrobienia sobie pojęcia o całości kształcie mechanizmu działania fosgenu zachodzi konieczność z punktu widzenia toksykologicznego, po pierwsze, rozróżnienia wyjątkowych zatruc, pod wpływem b. dużych stężeń, które należą do postaci rzadkich i pojedynczych od zatruc pod wpływem zwykłych stężeń, które należą do postaci najczęstszych i masowych. Po drugie, zróżniczkowania tych zagadnień pomiędzy mechanizmem miejscowego, chemicznego działania fosgenu, ściślej produktów jego hydrolizy, a mechanizmem działania ogólnie trującego, czyli resorbcyjnego.

Ponieważ zatrucia b. dużymi stężeniami fosgenu zdarzają się rzadko i zwykle kończą się gwałtownym lub szybkim zejściem śmiertelnym, a kwestja resorpcji i działania ogólnie trującego fosgenu nie posiada zasadniczego znaczenia, prelegent, ze względów praktycznych, sprowadza całe interesujące zagadnienie patogenezy zatruc fosgenowych do zwykłych, bojowych stężeń i do miejscowych uszkodzeń układu oddechowo-kръżeniowego.

Bezpośrednio toksyczne działanie fosgenu i produktów jego hydrolizy na układ oddechowo-kръżeniowy umiejscawia się głównie w dolnym odcinku dróg oddechowych i ogarnia w pierwszym rzędzie pęcherzyki płucne. Na działanie to, w świetle danych doświadczalnych, anatomopatologicznych i klinicznych, składają się głównie:

1. Podrażnienie dostępnych błon śluzowych i spojówek.
2. Szczególne zmiany w tkance płucnej.
3. Wtórne zmiany w składzie krwi i w układzie kръżenia.
4. Anoksemja, jako wyraz zaburzeń w wymianie gazowej.

Istotne skutki chemicznego działania fosgenu występują po upływie pewnego okresu inkubacji. Istnienie tego okresu utajonego jest uzależnione przede wszystkim od szybkości i natężenia hydrolizy fosgenu na chlorowódor i dwutlenek węgla, zgodnie z równaniem: $\text{COCl}_2 + \text{H}_2\text{O} = 2\text{HCl} + \text{CO}_2$. Zdolność rozpuszczania się fosgenu w lipidach wewnątrzkomórkowych ułatwia głębokie wnikanie gazu do błon śluzowych i ścian pęcherzyków płucnych, a szczególnie do nabłoneków oddechowych pęcherzyków płucnych i śródbłoneków naczyniowych. Z tego powodu rozkład fosgenu odbywa się nietylko na powierzchni dolnego odcinka płuc, ale również w głębi tkanek.

Ponieważ chlorowódor posiada znacznie silniejsze działanie miejscowe, aniżeli nierozłożona cząsteczka fosgenu, zachowana jest przerwa niekiedy bezobjawowa, kilku lub kilkunastogodzinna, pomiędzy pierwotnym, natychmiastowymi objawami podrażnienia (1), o charakterze raczej odruchowo-bólowym, a wystąpieniem ciężkich

objawów uszkodzenia tkanki płucnej. Słowem faza odruchowa wyprzedza w tych przypadkach fazę szczególnych zmian w tkance płucnej (2), w postaci ostrego, toksycznego obrzęku płuc i jego skutków.

Według badań większość autorów obrzęk ma powstawać dość wcześnie, prawie bezpośrednio, a istota okresu utajonego polega nie tyle na opóźnionem powstawaniu uszkodzeń pęcherzyków płucnych, ile na opóźnionem występowaniu objawów uszkodzeń, t. j. obrzęku płuc. Mielibyśmy zatem do czynienia z obrzękiem płuc, który przebiega w początkowych okresach bezobjawowo.

Preferentnie nie przeprowadza analizy poszczególnych teorii powstawania obrzęku płuc. Próbując powiązać wyniki różnych spostrzeżeń w tej sprawie dochodzi do wniosku, że w mechanizmie obrzęku płuc współdziałają trzy zasadnicze elementy obrzękotwórcze.

1. Uszkodzenia anatomiczne, względnie nawet czynnościowe włósników płucnych i nabłonka oddechowego pęcherzyków, które zwiększają wskutek tego swoją przepuszczalność dla osocza krwi. W pierwszej chwili zatrucia włósniki są wyraźnie skurczone i jakby zapadnięte. Później ulegają one rozszerzeniu i przepelnieniu krwią, co łącznie z miejscowym zastojem, wzmożoną lepkością i krzepliwością krwi jest główną przyczyną obrzęku, który od tej chwili rozwija się szybko.

2. Zmiana odczynu tkanki płucnej w kierunku kwaśnym. Wskutek zakwaszenia tworzącymi się produktami hydrolizy fosfenu zwiększa się ponad normy powinowactwo koloidów wewnątrzkomórkowych do wody. Płynne składniki krwi przenikają poprzez uszkodzone i przepuszczające włósniki i wpływają na powstawanie obrzęku tkanki płucnej. Zjawisko to, które w zasadzie należałoby uważać za dobroczynne, przechodzi wkrótce w stan nieopanowanego ruchu płynów ustrojowych i przedstawia wkońcu łącznie z czynnikiem poprzednio omawianym otwartą groźbę mechanicznej blokady oddechu i krążenia.

3. Z chwilą wystąpienia obrzęku płuc dołącza się jeszcze trzeci czynnik, jako wynik mechanicznego zastojów w krążeniu płucnym, czynnik zwiększania się niedotlenności tkanki płucnej z jej wtórnym zakwaszeniem i przez to spotęgowanie się dalsze chwytnego działania koloidów w stosunku do płynów ustrojowych.

Wymienione czynniki tworzą łańcuch przyczyn i skutków, błędne koło, którego pierwsze ogniwo, uszkodzenie pęcherzyków płucnych winno nam dobrze utkwąć w pamięci.

Obrzęk płuc związany jest ściśle ze zmianami w składzie krwi

i w układzie krążenia, szczególnie w sercu, przyczem punktem wyjścia tych uszkodzeń są zjawiska zachodzące w płucach, głównie zmiany w rozdziale płynów ustrojowych pomiędzy poszczególnymi narządami. Około $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$ zawartości osocza krwi, do 3-ch litrów, opuszcza układ krążenia i przenika do płuc, których waga wzrasta wówczas 3—5-krotnie do 3000 gr. Ucieczka ta znacznej ilości osocza prowadzi do znacznych zmian we krwi i zaburzeń w krążeniu, a mianowicie do:

1. Zgęszczenia krwi, którego wyrazem jest poliglobulja i hyperchromemja. Krzywa wahań koncentracji krwi jest stałym i ważnym objawem i posiada określone djaagnostyczne znaczenie. Dotyczy ono zawartości hemoglobiny, ilości krwinek i zdolności oddechowej krwi, postępującej po linii krzywej równoległej do zmian zachodzących w koncentracji krwi, poprzez wszystkie fazy zatrucia.

2. Zwiększenia lepkości krwi i wskutek tego do wzrostu oporów wewnątrznaczyniowych.

3. Zwiększenia krzepliwości krwi i możliwości powstawania zakrzepów i mikrozakrzepów.

Wszystkie wymienione czynniki odbijają się wybitnie szkodliwie na sprawności i wydolności serca, narażonego pozatem na wzrastające opory w krążeniu płucnym i niedożywienie wskutek postępującej anoksemji. Serce ulega rozszerzeniu, tempo krwiobiegu zmniejsza się. Dołącza się do tego znaczny spadek ciśnienia krwi i ustrój wpada w stan zbliżony do zamierania.

Fosgen nie wywiera bezpośredniego wpływu na inne narządy. Uszkodzenia ich związane są z niedotlennością i ze zmianami o charakterze zastoinowym. Posiadają one drugorzędne znaczenie.

Jako ostateczny wyraz zmian w układzie oddechowo-krążeniowym wysuwa się na plan pierwszy anoksemja (4), prowadząca do zaniku wszelkich funkcji życiowych. Poza ujemnym wpływem na ośrodki mózgowie wyciska ona swoje szkodliwe znamię wszędzie, ponieważ wszędzie dociera. Anoksemja jest czynnikiem uzewnętrzniającym zespół objawów zatrucia. Obrzęk płuc może przebiegać do pewnego czasu bezobjawowo, z kilku lub kilkunastogodzinnym okresem utajonym. Gdy jednak obrzęk wypełni w dostatecznej ilości płuca i spręży się ze zmianami w koncentracji krwi i zmianami w sercu, wymiana oddechowa zmniejsza się do tego stopnia, że występują szybko objawy ciężkiej anoksemji. Anoksemja wywiera nie mniej ważny wpływ na przemianę materji i równowagę kwasowozasadową w ustroju. Problem kwasicy w zatruciu fosgenem ma nie posiadać większego znaczenia, pomimo pewnej zmienności w zachowaniu się rezerwy alkalicznej i napięcia parcjalnego CO_2 we krwi oraz w po-

wietrzu pęcherzykowem. W jednym przypadku własnym rezerwa alkaliczna, w pierwszych godzinach rozwoju obrzęku płuc, spadła do 32,4 (aparatem Van-Slyk'a).

Zagadnienie związku z patogenezą zatruc fosgenem uzupełnia prelegent danymi anatomopatologicznymi w poszczególnych okresach okresach zatrucia, przechodząc z kolei do symptomatologii i przebiegu klinicznego zatrucia.

Objawy ostrych zatruc mogą być zmienne i złożone w zależności od koncentracji fosgenu w powietrzu i czasu działania, a przede wszystkim niezawsze muszą przebiegać w pewnej kolejności. Istnienie okresu utajonego tłumaczy częste omyłki rozpoznawcze.

Prelegent odróżnia postaci typowe i nietypowe zatruc. W przypadkach nietypowych postaci piorunujące i poronne. Obraz kliniczny przebiega w przypadkach typowych w 3-ch kolejnych fazach.

Pierwszą fazę cechują objawy odruchowo-bólowe, które wywołane są natychmiastowym drażniącym działaniem fosgenu.

W fazie drugiej występuje złagodzenie lub skrycie się objawów podrażnienia. Faza złagodzenia objawów, w przypadkach nawet wybitnego uspokojenia, bywa często zdradliwą, dając lekarzowi i zatrutemu tylko złudzenie całkowitego powrotu do zdrowia. Nagle po wysiłku fizycznym, po zabiegu chirurgicznym (narkoza!) lub nawet bez widocznej przyczyny, rozwijają się ciężkie objawy fazy trzeciej.

W fazie trzeciej, zwykle po upływie kilkogodzinnego okresu utajonego, wybuch zespołu objawowego obrzęku płuc. Fazę tę Francuzi nazwali remisją fosgenową. Do najcharakterystyczniejszych objawów tego okresu należy duszność, sinica zwykła lub biała, przyspieszenie tętna ze spadkiem ciśnienia krwi skurczowego, nawroty gwałtownego, bolesnego kaszlu i wymiotów oraz pienista płwocina obrzękowa. Prelegent przedstawia szczegółowo dane podmiotowe i przedmiotowe, wyniki badania fizykalnego płuc i serca oraz wyniki badań laboratoryjnych w poszczególnych fazach objawowych, omawiając w końcu ewolucję zatrucia w postaciach czystych, powikłanych infekcją i innymi czynnikami.

Rozpoznanie zatrucia nie przedstawia w przeważającej liczbie przypadków dużych trudności. Wywiady, zebrane w sposób przedstawiony przez prelegenta, oraz charakterystyczny obraz kliniczny zatrucia w zestawieniu z towarzyszącymi mu okolicznościami nie pozostawiają najczęściej wątpliwości. Po omówieniu szeregu trudności rozpoznawczych podkreśla prelegent następujące objawy ważne dla postawienia wczesnego rozpoznania: obniżenie się sprawności oddechowej, z kontrolą liczby i głębokości oddechów

oraz określeniu czasu wstrzymania najgłębszego wdechu, przedmiotowy zespół „volumen pulmonum auctum” z rozszerzeniem się obszaru opukowego płuc wskutek obniżenia dolnych granic płuc i znacznego ograniczenia ich ruchomości z osłabionymi szmerami oddechowymi pęcherzykowymi i zjawieniem się nielicznych rzężeń średniobańkowych, wilgotnych w okolicach przywnękowych, spadek ciśnienia krwi, wzrost hemoglobiny, przyśpieszenie tętna, obecność białka i krwinek w moczu, brak łaknienia, wstręt do dymu tytoniowego u palaczy i ogólne osłabienie.

Przypadki wątpliwego zatrucia nieznanego rodzaju i stopnia zatrucia oraz zatruc mieszanym wymagają drobiazgowej interpretacji objawów, czyli znajomości specjalnej diagnostyki różniczkowej.

Wobec różnorodności postaci zatrucia rokowanie musi być bardzo ostrożne, szczególnie we wczesnych okresach zatrucia. Największa liczba zejść śmiertelnych przypada na pierwszą i drugą dobę, dochodząc do 80% zgonów. Po upływie 3-ch dni wypadki śmierci zdarzają się rzadko i są przeważnie wyrazem powikłania okresu toksycznego infekcją. Z pomiędzy głównych i wartościowych oznak dla rokowania należy wymienić: stopień obrzęku płuc, uszkodzeń oddychania i krążenia. Wczesne objawy toksycznego zapalenia płuc należy uważać za groźniejsze od późniejszych odoskrzelowych zapaleń płuc pochodzenia zakaźnego. Pozatem wchodzi w grę w rokowaniu osobnicze właściwości zatrutego, stan narządów przed intoksykacją, suma wysiłku dokonanego już po zatruciu oraz warunki i organizacja ratownictwa.

Ratownictwo i leczenie ostrych zatruc fosgenem przedstawia prelegent schematycznie, ponieważ uważa, że takie powinno być postępowanie lekarza i wychowanie pomocniczego personelu w odniesieniu do masowych epidemii chemicznych w czasie wojny. Orientować się trzeba nie tylko we wskazaniach, ale również w posiadanych i przygotowanych środkach ratowniczych. Jak w każdym przypadku zatrucia prelegent odróżnia i omawia cel leczenia przyczynowego i objawowego. Trzonem postępowania ratowniczego jest usunięcie unieruchomionego zatrutego (na noszach i t. p.) z atmosfery zagazowanej, podtrzymywanie działalności serca, upust krwi z żyły, tlenoterapia i ogrzewanie chorego. Po uzasadnieniu wartości poszczególnych zabiegów i omówieniu nowoczesnych podstaw tlenoterapii w postaci inhalacji, podskórnych zastrzykiwań tlenu i inhalacji mieszanki tlenu z 5% CO₂ prelegent scharakteryzował próby doświadczalne zwalczania obrzęku płuc na drodze osmotycznego podniesienia ciśnienia krwi (roztwory hipertoniczne soli kuchennej,

cukru gronowego, roztwory koloidalne gumowo-solne i gumowo-cukrowe), na drodze oddziaływania na włósniki płucne w sensie ich kondensacji (terapia wapniowa), oraz w sensie ich obkurczenia (roztwory ureazy z mocznikiem lub bez i emetyny). W końcu przedstawiona została wartość i znaczenie leczenia farmakologicznego środkami poszczególnych grup z podkreśleniem niebezpieczeństwa w stosowaniu niektórych leków. Dięta jarzynowo-mleczna, podawanie kwaśnego węgla sodu i higiena jamy ustnej uzupełniają przebieg ratownictwa.

Nastęstwa ostrych zatruc fosgenem i postaci przewlekłych zatruc nie zostały objęte referatem ze względu na rozmiary tych zagadnień.

4. Kol. A p f e l b a u m E. omówił „Badanie nad zachowaniem się cukru we krwi w zakwaszeniu chlorkiem amonu”, (streszczenie własne).

Prelegent omówił wyniki badań nad wpływem zakwaszenia ustroju chlorkiem amonu (0,2 g. na kilo wagi dziennie) na tolerancję węglowodanów. W okresie przygotowawczym oraz zakwaszaniu określał codziennie krzywą przecukrzenia pokarmowego krwi po jednorazowym podaniu 50 g. glukozy w herbacie. Autor określał cukier we krwi co $\frac{1}{2}$ godziny. Poza tem badał w okresie przygotowawczym oraz w przebiegu zakwaszania zużycie tlenu (aparatem Krogh'a) naczczo oraz w 1 godzinę po glukozie. Zużycie tlenu w 1 minutę obliczane było ogólnie oraz na kilo wagi ciała.

Doświadczenia wykonane były przeważnie na osobach zdrowych, względnie na lekko chorych bez wszelkich objawów poprzedzającego zakwaszenia.

Wyniki badań są następujące:

1) Jednorazowe podanie chlorku amonu (w ilości 2 gr.) nie stanowi żadnego bodźca, któryby mógł wpływać swoiście na przebieg krzywej przecukrzenia pokarmowego krwi.

2. Przez zakwaszenie doświadczalne ustroju chlorkiem amonu prelegent uzyskał w pewnym okresie (najczęściej po 2—4 dniach zakwaszenia), warunki lepszej tolerancji węglowodanów, co ujawniło się w postaci korzystnych zmian w przebiegu krzywej przecukrzenia pokarmowego krwi (okresowy zupełny brak przecukrzenia pokarmowego, czasem liczby hipoglikemiczne naczczo po 2 godzinach po podaniu cukru, mniejsze wzniesienia krzywych, niższy szczyt przecukrzenia, krótszy czas jego trwania).

3) W okresie końcowym zakwaszenia, o ile wystąpiły objawy stanu lekkiego niewyrównania kwasicy, warunki dla tolerancji węglowodanów stały się niekorzystne.

4) W przebiegu doświadczalnego zakwaszenia stopniowo wzrastało zużycie tlenu.

Pominąwszy stany lekkiego niewyrównania kwasowego, w których liczby zużycia tlenu nie są miarodajne z powodu nadmiernej hiperwentylacji, wzrost zużycia tlenu w zestawieniu z obniżeniem się krzywej przecukrzenia pokarmowego krwi przemawia za możliwością polepszania się warunków spalania cukru w ustroju doświadczalnie zakwaszanym.

R o z p r a w a :

Kol. G r o t t J. M., członek T-wa, (streszczenie własne).

Spostrzeżenia kliniczne wykazują, że najlepsze działanie insuliny otrzymujemy w cukrzycy w stanach kwasowych. Co się tyczy alkalizacji ustroju sodą, to dziś w kwasicy tego sposobu leczenia nie stosujemy ze względu na jego małą skuteczność, a nawet szkodliwość. Że w alkalozie insulina nie działa należycie może służyć, jako dowód doświadczenie wykonane na sobie samym przez D-ra M. Goldblata: zapomocą głodówki wywołał on u siebie silną acetonemję podczas której wstrzyknięto mu do żyły roztwór sody, a następnie podano również insulinę. Wynik był fatalny, gdyż eksperymentator omal że nie przypłacił życiem swego doświadczenia.

Wobec powyższego stwierdzenie przez prelegenta lepszej asymilacji cukru (niższe krzywe) w okresie zakwaszenia ustroju jest zgodne z danymi kliniki.

Jednocześnie opierając się na doświadczeniach wykonanych razem z kol. Skotnickim zaznaczyć muszę, że u chorych na cukrzycę w okresie zakwaszenia otrzymaliśmy w znacznej liczbie przypadków polepszenie się przemiany węglowodanowej. Działo się tak nie we wszystkich przypadkach i różnicy w zachowaniu się chorych, jak dotąd, nie mogliśmy wytłumaczyć ani stopniem zakwaszenia ustroju, ani też ciężkością badanego przypadku.

Wniosek prelegenta, że podanie 50 gr. glukozy na czczo przez kilka dni podrząd u ludzi zdrowych nie wpływa na obniżanie się krzywej znajduje się w sprzeczności z b. ścisłymi i licznymi badaniami autorów, dlatego też uogólnianie wyników opartych tylko na własnych spostrzeżeniach dotyczących trzech osób nie jest wskazane.

Kol. M o d r a k o w s k i J., członek T-wa (streszczenie własne).

Modrakowski J. opierając się na pracy drukującej się w 12 numerze „Medycyny” (R. Lentz: Przebieg krzywych cukru krwi u ludzi w acydozie i alkalozie doświadczalnej), przedstawia typowe krzywe cukru krwi jednej i tej samej osoby w stanie normy, kwasicy salmjakowej oraz — alkalozy. W kwasicy cukru na czczo jest

na poziomie znacznie wyższym, w alkalozie zaś — na niższym, niż w normie. Po podaniu 50 gr. glukozy w normie podnosi się poziom cukru do praw.dłowej wysokości, w godzinę później przyjęta druga porcja glukozy wywołuje tylko bardzo nieznaczne drugie podniesienie krzywej (fenomen Staub-Traugutta). W kwasicy nie ma zupełnie drugiego podniesienia, w alkalozie natomiast jest ono wyższe nawet od pierwszego co charakteryzuje cukrzycę. Zjawisko Staub-Traugutta tłumaczy się wydzieleniem insuliny z trzustki pod wpływem pierwszej porcji glukozy. Z przytoczonych krzywych wynika więc, że regulacja poziomu cukru krwi pomimo wysokiej wartości naczczu w kwasicy jest sprawniejsza, niż w normie, w alkalozie zaś wybitnie upośledzona. Wyraża się to także w bardzo szybkim i stromym opadaniu krzywej w kwasicy aż znacznie poniżej punktu wyjścia podczas, gdy w alkalozie po 3 godzinach krzywa nie powróciła jeszcze do normy. Zachowanie się krzywej cukru krwi wskazuje na wzmożone wydzielanie insuliny podczas kwasicy, a zmniejszone podczas alkalozy. Przy przedłużaniu sztucznej kwasicy ponad kilka dni występuje, jak wiadomo, wskutek regulacji ustroju odczyn w stronę alkalozy. Było więc z góry do przewidzenia, że w takich warunkach dojdzie do pogorszenia zużycia cukru. Początkowa „optymalna faza” prelegenta występuje pod wpływem istotnej kwasicy, druga faza zaś w następstwie przechodzenia kwasicy w stan alkalozy. Jest to jeden dowód więcej, że w celach leczniczych należy stosować zakwaszanie nie dłużej, jak kilka dni, względnie robić odpowiednie przerwy w razie kilkakrotnego zakwaszania.

Kol. Węgielko J. (streszczenie własne).

Badając krzywe glikemiczne po podaniu 50 g. cukru gronowego u chorych cukrzyczych najgorszej ich tolerancji węglowodanowej (ujemny bilans węglowodanowy), oraz w stanie wybitnej jej poprawy, doszedł do wniosku, że te 2 rodzaje krzywych mają wybitnie odmienny charakter.

Podczas, gdy krzywa glikem. u chorych cukrzyczych zakwaszonych przebiega, tak, jak u chorych z wybitnie złą tolerancją węglow., to u tychże chorych w stanie wybitnej ich poprawy, wspomniana krzywa przebiega tak, jak u ludzi z lepszą tolerancją węglow.

Wynik więc, że u cukrzyczych zakwaszanie pogarsza tolerancję węglow. Wychodząc z tego założenia musimy sądzić, zgodnie z twierdzeniem prof. Modrakowskiego, że zakwaszenie mobilizuje insulinę tylko w tych przypadkach, w których ona zimobilizowana być może, a więc u ludzi z prawidłową przemianą węgl. u cukrzyczych zaś, u których insuliny brak, mamy do czynienia z odmiennym efektem zakwaszania.

Badania kol. Apfelbauma nasuwają nam również przypuszczenie, że zakwaszenie chlorkiem amonu ludzi z prawidłową przemianą węglow. — to 2 różne rodzaje zakwaszenia z odmiennym mechanizmem ich powstawania.

Kol. A p f e l b a u m E. (streszczenie własne).

Prelegent wyraża zadowolenie, że wyniki jego pracy idą po linii badań prowadzonych w innym kierunku przez Prof. Modrakowskiego w zakresie wpływu zakwaszenia na zachowanie się cukru we krwi. Pogląd Prof. M., że korzystny wpływ zakwaszenia się gospodarką węglowodanową odbywa się dzięki insulinie, nie stoi w żadnej kolizji z poglądem prelegenta o korzystniejszej tolerancji węglowodanowej pod wpływem zakwaszenia. Prelegent nie wyciąga zbyt daleko idących wniosków w zakresie bezpośrednich przyczyn tych zmian, lecz na podstawie swych badań wyraża jedynie przypuszczenie o możliwości lepszego spalania się cukru w ustroju zakwaszonym, co nie przeczy możliwości, że dzieje się to przez wzmożenie produkcji insuliny. Liczby hipoglikemiczne zostały wzięte pod uwagę nietylko na czczo, ale i w końcowym przebiegu krzywej przecukrzenia pokarmowego krwi. Jeżeli uwzględnić tylko liczby hipoglikemiczne na czczo, wielkość procentowa ich będzie nieznaczna. Zagęszczenie krwi, o którym wzmiankował Prof. M. zachowuje się w zakwaszeniu tak chwiejnie, że niepodobna go zestawiać ze stałością objawów obniżania krzywej przecukrzenia pokarmowego krwi w okresie optymalnej tolerancji.

W odpowiedzi kol. Grottowi prelegent zaznacza, że mogą doprowadzić do nieporozumień wnioski kol. G., oparte na określaniu przez niego u zakwaszanych cukru we krwi, na czczo, a potem dopiero po 3 godzinach. Pracując taką metodą tracimy możliwość brania pod uwagę subtelnych, a jednocześnie ważnych zmian w przebiegu przecukrzenia pokarmowego krwi, gdyż trafić możemy na okres, gdy krzywa nabiera charakteru, jak u cukrzycowych. Poruszona przez prelegenta wykresów.

Argument, że kol. G. przeprowadzał badania jedynie u chorych na cukrzycę, u których po 3 godzinach jeszcze istnieje przecukrzenie pokarmowe krwi, jest dlatego niepewny, że nawet u ludzi zdrowych, jak to wynika z wykładu prelegenta, mogą być okresy, gdy przecukrzenia tego nie będzie, jak to wynika z omówianych sprawa przystosowywania się ustroju do codziennego wprowadzania glukozy, dotyczy jedynie dłuższego podawania cukru, jak to wynika z piśmiennictwa. Podawanie glukozy jedynie przez kilka dni nie zmienia obrazu krzywej przecukrzenia pokarmowego. Prelegent nie mógł ze względów humanitarnych utrzymywać badanych przez dłu-

gi czas w męczących warunkach doświadczalnych; zagadnienie gospodarki węglowodanowej pod wpływem zakwaszania w cukrzycy stanowi zgoła inny temat. Prelegent przytacza pracę w tym zakresie Adlersberga i cytaty z pracy Haldama. W odpowiedzi kol. Węgierce, prelegent podkreśla, że szczególnie w cukrzycy ważnym jest czynnik psychiczny, wpływający w okresie zakwaszenia niekorzystnie na kształtowanie się poziomu cukru we krwi, co musi być przede wszystkim brane w rachubę przy wyciąganiu wniosków.

Kol. G r o t t J. M., członek T-wa, podaje, iż w badaniach uwzględniał dwa momenty: poziom cukru we krwi na czczo i w chwili powrotu do normy.

Kol. A p f e l b a u m stwierdza, iż nie należy poprzestawać na określaniu tylko dwu poziomów: poziomu cukru we krwi na czczo i w chwili jego powrotu do normy, trudno bowiem przewidzieć, kiedy ten powrót nastąpi. U zdrowych niekiedy spotyka się krzywe cukru we krwi o cechach cukrzycowych.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21 min. 55.

Prezes: **Witold Orłowski**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski**.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z dnia 28 czerwca 1932 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa—20, wprowadzonych gości—29.

1. Protokół zebrania naukowego z dnia 21 czerwca 1932 roku przyjęto.

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

Alkiewicz. Układ strukturalny płytki paznokcia. (Odb.) B. m. i d. wyd.
Barlik. Przebudowa kostna jako zasadnicza cecha przerzutów raka-
wych do kości. Odb. z „Chirurgji Narządów Ruchu” T. IV, z. III,
1931.

Bohdanowiczówna. Zastosowanie prądu elektrycznego do wyjaławiania
płynów. Odb. z Polskiej Gaz. Lek. r. 1932. Nr. 16.

Bohdanowiczówna i Piotrowska. O bakterjach beztlenowych w wodzie.
Odb. z „Medycyny Dośw. i Społ.” T. XIII, zes. 5—6. 1931.

- Bohdanowiczówna, Łacki, Stankowska. Spostrzeżenia nad sezonowością nosicielstwa paciorkowca hemolizującego. Odb. Pol. Gaz. Lek. 1930, Nr. 36.
- Chodkowski. O zmianach zapalnych tkanek serca w wadach wrodzonych. Odb. Pedj. Pol. T. XII, z. 1, 1932.
- Cseri. Kliniczne sposoby izsljedowania boljezej żeludka w rukach wracza praktyka. Petersburg, 1892.
- Czlenow. O patogenezie wrozdennago („nasljedstwiennago”) sifilisa i wopros o braku sifilitikow w świetle sowremiennych danych. Petersburg. 1913.
- Dłużewski. Ewolucja poglądów na istotę i wartość praktyczną odczynów serologicznych w kile. Odb. Medycyna. 1931. Nr. 14.
- „ Zdolność fagocytarna leukocytów krwi świnek morskich podczas gnilca doświadczalnego. Odb. Medyc. Dośw. i Społ. T. XIII, zes. 3—4, 1931.
- „ Próba określenia warunków higienicznych powietrza zapomocą katatermometru Hilla. Odb. Pol. Gaz. Lek. 1932, Nr. 21.
- Eisner. K terapii ulcus ventriculi. Moskwa, 1910.
- Elwicz. O istotnym przeroście gruczołu sutkowego. Odb. z Ginekologii Pol. 1932, zes. 1—3.
- Hryniewiczówna, Ławrynowicz, Wasilewska-Mironowiczowa. Prątki gruźlicze w mleku rynkowym warszawskim. Metodyka badania mleka na obecność prątków gruźlicz. Odb. Gruźlica. 1931, Nr. 4.
- Ingbermanówna. Bakterje przewodu pokarmowego węża. Odb. Medyc. Dośw. i Społ. T. XIII, zes. 1—2, 1931.
- Judowiczówna i Piotrowska. Badania porównawcze zdolności fermentowania wodoru węgla w temperaturze 37° i 46°C przez szczepy jelitowe grupy okrężnicowej rozmaitego pochodzenia. Odb. Med. Dośw. i Społ. T. XIII, zes. 5—6, 1931.
- Kohlberger. O zasadniczych, t. j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedynczych, złożonych i powikłanych. Odb. Pam. To. Lek. Warsz. 1901.
- Kotarska-Dettloff i Moczarski. Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc, z uwzględnieniem stanów przy stosowaniu odmy sztucznej, ze stanowiska klinicznego oraz t. zw. leczenie pracą. Odb. Pol. Arch. Medyc. Wewn. T. X, zes. 2. 1932.
- Ławrynowicz. Ze spostrzeżeń nad wpływem substancji witaminowych
- „ na własność bakteryj i przebieg zakażenia. Odb. Lijecnicki Vjesnik. br. 2, 1931.
- „ Gonokok. Morfologja, biochemja, biologja, chorobotwórczość, rozpoznawanie i leczenie swoiste spraw rzeżączkowych. Warszawa, 1932. Wyd. Ginekologii Pol. Zeszyt II.

- „ Observations relatives à l'influence des vitamines sur les propriétés des microbes et le cours de l'infection. Odb. Journal de Physiologie et de Pathologie générale. 1931, Nr. 2.
- „ Uwagi w sprawie badania bakterjologicznego wody na obecność pałeczki okrężnicowej. Odb. Medycyna. 1931. Nr. 15 i 16.
- „ Pasteryzacja mleka, jej znaczenie epidemjologiczne. Odb. Medycyna 1931, Nr. 20.
- „ Stan obecny i kierunki rozwojowe mikrobiologii. Odb. Medycyna. 1932, Nr. 2.
- „ Prątki gruźlicze w mleku. Odb. Zdrowie. 1932. Nr. 1—2.
- „ Ze spostrzeżeń nad wpływem substancyj witaminowych na własności bakteryj i przebieg zakażenia. Odb. 1931. Nr. 18.
- „ Rysy podstawowe epidemjologii duru brzuszego w Warszawie na podstawie materiałów epidemji roku 1929. Odb. Zdrowie. 1931. Nr. 8.
- Ławrynowiczowa i Wasilewska-Mironowiczowa. Wartość metody posiewów (Bossan Baudy-Hohn) w rozpoznawaniu gruźlicy dróg oddechowych. Odb. Gruźlica. 1930. Nr. 4.
- Ławrynowicz i Wilczkowski. Serologiczne odczyny kiłowe w zimnicy (Wassermann i Sachsa-Georgiego). Odb. Pol. Gaz. Lek. 1930, Nr. 33.
- Ławrynowicz i Melanowski. Spostrzeżenia nad mikroflorą nacieczeń i worka spojówkowego w jaglicy. Odb. 1930. Nr. 1—2 Kliniki Ocznej.
- Ławrynowicz i Melanowski. Les recherches sur la bactériologie du trachome. Odb. Compte rendu du XIII Concilium Ophthalmologicum. Sept. 1929.
- Manteuffel-Zoëge. Wpływ ergosteryny naświetlanej na ustrój, jej działanie lecznicze oraz dawkowanie. Odb. Medyc. 1931. Nr. 10.
- Nicolaier. Experimentelles und Klinisches über Urotropin. Odb. Zeitschrift f. Klinische Medizin. Bd. 38.
- Osler. Rukowódstwo po wnutrennim i nerwnym boljezniam. Petersburg, 1905. T. I. II.
- Chrzanowski. Anatomja patologiczna ogólna i szczegółowa. (Zmiany postępowe) podług wykładów Prof. Dra med. Ludwika Paszkiewicza. Warszawa, 1932.
- Pruszczyński. Potworniaki jajnika. Odb. Medycyna. 1931. Nr. 24.
- Rosenblatt, Halberówna i Pruszczyński. Zmiany w jajniku po dłuższem stosowaniu hormonów przedniego płata przysadki mózgowej. Odb. Warsz. Czas. Lek. 1932. Nr. 1.
- Raszeja i Stojalowski. W sprawie zmian histo-patologicznych w zła-

- maniu przyśrodkowem szyjki kości udowej. Odb. Chirurg. Narz. Ruchu. T. IV, zes. IV.
- Schermann. Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc. Odb. Medycyna Praktyczna. 1931, zes. 11.
- Siedlecki. Przypadek torbielowatych rozszerzeń naczyń limficznych otrzewny w miejscu owrzodzeń gruźliczych jelita cienkiego. Odb. Medycyna. 1932. Nr. 6.
- Skubiszewski i Konkolewski. O zmianach morfologicznych w migdałkach podniebiennych w przebiegu gośćca ostrego. Odb. Now. Lek. 1932. Nr. 9.
- Stankowska i Szymańska. O swoistości i częstoci odczynu zlepnego z pałeczką Banga. Odb. Medycyna. 1932. Nr. 8.
- Stojanowski. O uchyłkach nabytych pęcherza moczowego. Odb. Pol. Przegl. Chirurg. X, zes. 5—6.
- Szymańska. Hamujące działanie żółci na wzrost mgławicowy odmienia. Odb. Medyc. Dośw. i Społ. T. XIII, zes. 3—4, 1931.
- Wasilewska-Mironowiczowa. Żywotność bakterij na preparatach barwionych. Odb. Pol. Gaz. Lek. 1931. Nr. 48.
- Wolszczan i Barlik. O schorzeniu Köhlera stawów śródstopno-palcowych. Odb. Chirurg. Narz. Ruchu. T. V, zes. 1.
- Zembruski. Przyczynki do życiorysu Dra Walentego Gagatkiewicza (1750—1805). Odb. 1932. Nr. 23 z Pol. Gaz. Lek.
- Złatogorow i Ławrynowicz. Wakcinoterapia i proteintoterapia. Leningrad—Moskwa. 1931.
- Wspólne posiedzenie dnia 5.II.1932 r. Towarzystwa Patologów Polskich (oddział poznański) i Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.
- Mianownictwo chorób i przyczyn zgonów przyjęte przez IV Komisję Narodową w Paryżu 19 października 1929 roku. Warszawa. 1932.
- Przegląd Dermatologiczny — Sprawozdania z posiedzeń Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. R. 1932. Nr. 1.
- Les villes d'eaux et stations climatiques francaises. Mai. 1932.
- Index des établissements médicaux. 1932.
3. Kol. Chodkowski K., członek T-wa, przedstawił przypadek „Wrzodu dwunastnicy u 2-letniego dziecka” (streszczenie własne): przypadek dotyczy 2 letniego chłopca (syn szewca), który przybył do Szpitala św. Stanisława (Oddział obserwacyjny, ordynator Doc. Dr. med. W. Filiński) dnia 23 kwietnia 1932 roku z podejrzeniem na dur brzuszny. Zachorował przed 5 dniami. Ciepłota była jakoby podniesiona; stolce początkowo były wolne, potem — zaparte. Przed rokiem przechodził „nieżyt jelit”.

Zwraca uwagę dobry stan odżywienia. W narządach wewnętr-

nych zmian nie stwierdzono. W moczu znaleziono składniki prawidłowe. W pierwszych dniach pobytu w oddziale wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych, stan ogólny chorego stale się pogarszał. Pod koniec życia jakoby miał czarne stolce. Zmarł 6/V. 1932 r.

Rozpoznanie kliniczne: gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

Podczas badania pośmiertnego w dniu 7 maja 1932 r. (Prosektorjum Szpitala św. Stanisława, obducent K. Chodkowski) stwierdzono:

1) gruźlicze zapalenie opon miękkich podstawy mózgu z towarzyszącym mu wodogłowiem wewnętrznym,

2) pierwotny zespół gruźliczy ognisko pierwotne w górnym płacie prawego płuca, serowaciejący górny gruczoł limfatyczny tchawiczo-oskrzelowy po stronie prawej; zapalenie naczyń limfoidalnych, wiodących od ogniska do gruczołu).

3) ogólną gruźlicę prosówkową płuc, śledziony, nerek i wątroby,

4) wrzód trawienny dwunastnicy wielkości monety 10 groszowej, w tylnej ścianie tuż poniżej odźwiernika. Wrzód był okrągły, miał ostro ścięte gładkie brzegi w odcinku zwróconym ku brodawce dwunastniczej — schodkowane dno jego stanowiła częściowo cienka, prawie przezroczysta, warstwa tkanek, częściowo głowa trzustki. Wrzód ten spowodował nadzwyczaj obfity krwotok do jelit.

W żołądku stwierdzono dużo śluzu, ściśle przylegającego do powierzchni.

Badanie mikroskopowe ściany wrzodu potwierdziło rozpoznanie makroskopowe (znak gruźlicy nie znaleziono). Odczyn zapalny był zaznaczony dość skąpo skupieniami krwinek białych z jądrami wielopłatkowymi (ieukocyty), co mogło wskazywać na ostry przebieg wrzodu. Przyczyny rozwoju wrzodu nie udało się ustalić. Należy zaznaczyć, iż dziecko przed przybyciem połknęło żelazne gwoździe szewckie (wiadomość uzyskana od matki zmarłego). Nie wyłączone, iż wrzód rozwinął się na tem tle (uraz). Związek przyczynowy z gruźlicą, która istniała w ustroju dziecka, jest możliwy, lecz mało prawdopodobny.

Chorobę wrzodową w wieku dziecięcym spotyka się naogół znacznie rzadziej niż u dorosłych. Tak przynajmniej wynika z danych sekcyjnych. Choroba wrzodowa najczęściej występuje u noworodków, następnie we wczesnych latach dzieciństwa, po 10 r. ż. zdarza się rzadko. Zmiany najczęściej zajmują dwunastnicę, rzadziej żołądek. W dwunastnicy wrzód zawsze zajmuje odcinek powyżej brodawki Vatera.

Klinicznie część przypadków choroby wrzodowej dwunastnicy ma przebieg utajony (krew utajona w kale!). Niekiedy przejawia się

krwawymi wymiotami i krwawymi stolcami. Śmiertelne krwawienia w chorobie wrzodowej dwunastnicy u dzieci zdarzają się często wskutek nadżarcia ściany tętnicy dwunastniczo-trzustkowej. U noworodków jest on najczęstszą przyczyną krwawych stolców (melaena vera). Rzadziej wrzód przebija i wywołuje zapalenie otrzewnej. Część wrzodów goi się, niekiedy bardzo szybko.

Patogeneza wrzodów trawiennych w wieku dziecięcym dotychczas jest niewyjaśniona. U noworodków duże znaczenie prawdopodobnie mają zaburzenia w krążeniu krwi. Pewną rolę odgrywa także ucisk na dwunastnicę przez wątrobę i przyciśnięcie jej do głowy trzustki, co powoduje niedokrwienie ściany; krwawe dośluzówki i podśluzówki; wrzód powstaje wtórnie z zadziałania soku żołądkowego (Aschoff). U dzieci poza zaburzeniem w krążeniu znaczenie w powstawaniu wrzodu mają:

- a) oparzenia powłok skórnych (już nawet w I stopniu),
- b) zaburzenia w odżywieniu (dekompozycja, pedatrofja).

Pewne znaczenie mają także czynniki rodzinne (występowanie wrzodu u dzieci z jednej i tej samej rodziny).

R o z p r a w y:

Kol. S ł a w i Ń s k i Z., członek T-wa, spostrzegł 2 przypadki wrzodu dwunastnicy u dzieci po wypiciu łągu. Oba przebiegały bez objawów klinicznych. Śmierć nastąpiła w rok po wypiciu łągu z krwotoku do jelit. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie kliniczne.

Kol. Z a o r s k i J., członek T-wa, zwraca uwagę na znaczenie zmian zapalnych ściany żołądka w patogenezie choroby wrzodowej. Zapytuje o wynik badania mikroskopowego żołądka.

Kol. F i l i Ń s k i W ł., członek T-wa, uważa tło urazowe wrzodu (połknięte gwoździe) w przedstawionym przypadku za mało prawdopodobne. Wrzód przypuszczalnie, rozwinął się na tle zmian gruzliczych w naczyniach krwionośnych (endo et periarteritis).

Kol. C h o d k o w s k i K., członek T-wa, (streszczenie własne): podaje, że badanie mikroskopowe żołądka nie wykazało zmian chorobowych w żadnej z warstw ściany ani też w zwojach i nerwach. Związku przyczynowego wrzodu z gruzlicą wyłączyć z całą pewnością nie można. Zaznacza, że gruzlica prosówkowa u dzieci występuje bardzo często, mimo to współistnienie wrzodu z gruzlicą zdarza się rzadko, nawet w przypadkach przewlekłego przebiegu prosówki.

4. Kol. F i l i Ń s k i W., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „W sprawie zmian organicznych w środkowym układzie nerwowym w przebiegu włośnicy“ (streszczenie własne): F. opisuje przypadek włośnicy u kobiety, lat 32, u której w okresie zwolnienia gorączki i ogólnej poprawy wystąpiły objawy oponowe i porażenie połowicze.

Nakłucie łądzwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy krwisty. Choroba skończyła się śmiercią.

Przy badaniu sekcyjnym stwierdzono zakrzep zatok mózgowych i ognisko rozmięknienia czerwonego. F. omawia wogóle zmiany w centralnym układzie nerwowym we włośnicy i przechodzi do rozważań nad rolą samego pasorzyta w powstawaniu zakrzepów, a szczególnie zakrzepów zatok mózgowych. Uważa za możliwe miejscowe działanie samych włośni, które według ostatnich spostrzeżeń atakują nie tylko układ mięśniowy, ale przenikają do szeregu innych narządów.

5. Kol. Hrom St. omówił „Ciśnienie średnie w odniesieniu do ciśnienia tętniczego maksymalnego i minimalnego na podstawie badań oscylograficznych”, (streszczenie własne): prelegent przedstawił swoje spostrzeżenia dokonane na klinice prof. Clerca w szpitalu Lariboisière w Paryżu, dotyczące się ciśnienia tętniczego średniego Vaqueza, w odniesieniu do ciśnień tętniczych maksymalnego i minimalnego. Posługiwał się w swoich badaniach przyrządem oscylograficznym odtwarzającym na papierowej taśmie po dwie krzywe przy każdym badaniu: jedną dla określenia ciśnienia maksymalnego z zastosowaniem mankietu dwukieszeniowego, typu Galavardina, drugą — ciśnienia średniego i minimalnego przy zastosowaniu mankietu jednokieszonkowego. Ogółem wykonano czterysta badań. Przy zestawieniu uwzględniano:

1. Skalę ciśnień maksymalnego, średniego i minimalnego.

2. Stan % ciśnień średniego normalnego,

3. Częstość zachodzącej zgodności poziomów ciśnienia średniego, na kończynach górnych i dolnych.

4. Częstość zachodzących zgodności poziomów ciśnienia maksymalnego na odnośnych kończynach,

5. Stan % pewnych wyników ciśnienia minimalnego,

6. Obecność plateau,

7. Obecność anizosfigmji oraz,

8. Umiejscowienie ciśnienia średniego w stosunku do ciśnienia maksymalnego lub minimalnego. W niektórych razach brano była pod uwagę płeć. Uwzględniając przy określaniu powyższych wyników pewne poprawki nasuwające się przy odczytywaniu przez różnych badaczy, autor podzielił otrzymane wyniki na trzy grupy, celem oparcia wniosków na większym materiale liczbowym. Pierwsza grupa tyczyła się osób zdrowych, druga — chorych, nawiedzonych zaburzeniami ze strony układu oddechowego, krążenia, pokarmowego i moczowego bez nadciśnienia maksymalnego, trzecią stanowili nadciśnieniowcy z nadciśnieniem maksymalnym czyto pochodzenia samoistnego, czy też miażdżycowego. We wnioskach stwierdzono, że ciśnienie średnie wykazuje większą stałość u ludzi niż ciśnienie maksymalne lub minimalne, tem

niemniej waha się ono w dość szerokich granicach zwłaszcza u nadciśnieniowców; wahania powyższe zaobserwowano również na kończynach różnoimiennych. Ciśnienie minimalne daje się dokładnie określić jedynie w 30—38% przypadków. Spostrzeżenie dotyczące się nadciśnienia samoistnego należy do niezmiernych rzadkości. Wobec powyższego autor proponuje posługiwać się w klinice dwoma pomiarami ciśnień: maksymalnym oraz średnim, wobec trudności związanych z dokładnym określaniem ciśnienia minimalnego.

Kol. **L a s t m a n H.** (streszczenie własne): wydaje się niesłusznym zestawienie przez D-ra Hroma ciśnienia średniego, które daje się określić prawie zawsze, z ciśnieniem maksymalnym i minimalnym, które oznaczyć można tylko w pewnych odsetkach przypadków. Porusza sprawę określania ciśnienia maksymalnego metodą oscylometryczną i podaje, że na podstawie jego badań ciśnienie to metodą oscylometryczną określić można tylko w 30% przypadków.

Podaje na podstawie badań nad ciśnieniem średnim, przeprowadzonych na 2-iej klinice chorób Wew. Uniwer. Warsz. że ciśnienie średnie nie jest stałą fizjologiczną, waha się w różnych stanach fizjologicznych, wahania te są jednak w bardziej wąskich granicach, niż ciśnienie maksymalne. Wobec łatwego oznaczania poziomu ciśnienia średniego i pewnego stosunku do ciśnienia minimalnego (różnica między ciśnieniem średnim a minim. wynosi na podstawie badań z 2-giej Kliniki 2—31), mierzenie ciśnienia średniego powinno być wprowadzone do metod badań klinicznych.

Kol. **G o r e c k i Z.** (członek T-wa) uważa ciśnienie średnie za równoznaczne z ciśnieniem optymalnym. Dowody, uzasadniające ciśnienie średnie, nie są jeszcze ogólnie przyjęte. Może ono mieć znaczenie praktyczne, nigdy jednak jego oznaczanie nie zastąpi ciśnienia maksymalnego i minimalnego. Każde z tych ciśnień ma inne znaczenie i o czym innym mówi. Należy bezwzględnie zachować ciśnienie maksymalne, gdyż jest ono najlepszym wykładnikiem zmian w układzie krążenia. Nie należy starych metod pewnych i dobrych zastępować nowymi jeszcze niepewnymi.

Kol. **H i g i e r St. jun.** omawia znaczenie ciśnienia średniego i jego zmienność w przypadkach nadciśnienia (30% przypadków — ciśnienie średnie prawidłowe, — 70% — zmienne). Wskazuje także na pewną rozbieżność w przedstawionych tablicach.

Kol. **K r a j e w s k i Z.** (streszczenie własne): Praca ta nie posunęła naprzód zagadnienia o ciśnieniu średnim. Odczytywanie „krzywych“ jest zadaniem wysoce subiektywnym; na dowód tego przytacza kilka cyfr obrachowanych przy rozpatrywaniu krzywych przez siebie i porównywuje z cyframi podanymi przez prelegenta. Zaznacza przy-

tem, że te ostatnie są średnią arytmetyczną wyników otrzymanych przez niego i dr. Hroma, a więc, podkreślone różnice są znacznie zła-godzone, mimo to dochodzą do 10%.

Sądzi, że jedyna korzyść, aczkolwiek niedostatecznie dowiedziona, to wykazanie, że ciśnienie średnie nie jest wielkością stałą, jak to podaje Vaquez, co zwłaszcza wyraźnie zaznacza się przy porówny-waniu krzywych z kończyny górnej i dolnej tej samej osoby.

Kol. H r o m S t. (streszczenie własne): w odpowiedzi zaznacza, że niewątpliwie ciśnienie średnie Vaqueza wykazuje pewną analogję do znanego w Niemczech ciśnienia optymalnego, określanego za po-moc sfigmobilierji. O możliwości błędów subiektywnych w okre-słaniu ciśnienia średniego, prelegent nadmieniał w swym referacie i to stało się przyczyną wprowadzenia odpowiednich poprawek przy ustalaniu jego poziomów; wyniki uzyskane w ten sposób przez jednego badacza, na większej liczbie krzywych, upoważniają do wyciągnięcia wyżej wspomnianych wniosków. Ścisłej granicy między normalnym ciśnieniem maksymalnym a nadciśnieniem maksymalnym nie można ustalić, to też prelegent kierował się stanem ciśnienia na kończynach górnych i dolnych; w przypadkach gdy różnica wynosiła więcej niż 3 cm. Hg przeważa na kończynach dolnych, już przypadki z ciśnieniem maksymalnym 15 na kończynach górnych odnosił do grupy nadciśnie-niowców.

Na podstawie tego grupę nadciśnieniowców stanowiły w 70% przypadki z ciśnieniem maksymalnym wyżej 16 cm. Hg, w 60% — z ciśnieniem wyżej 17 cm. Hg oraz w 40% przypadki z ciśnieniem maksymalnym wyżej 18 cm. Hg.

Kol. O r ł o w s k i W. (członek T-wa), stwierdza, że ciśnienie średnie jest obecnie jednym z największych zainteresowań na Zachodzie (Francja). Posiada ono niewątpliwie znaczenie kliniczne, przy tem oznaczanie jego jest znacznie łatwiejsze niż oznaczanie ciśnienia optymalnego, a nawet minimalnego.

6. Kol. P ł o Ń s k i e r M. omówił „Badania doświadczalne nad wpływem czynników roślinnych na powstawanie guzów złośliwych u szczurów“ (streszczenie własne): W drugiej połowie ubiegłego roku Bellows i Askanazy stwierdzili, że można wywołać mięsaki jamy brzusznej u szczurów przez wstrzykiwanie zawiesiny z mięszu pomidorów, względnie hodowli pałeczki, którą znajdowali w pomidorach. Nowotwory miały charakter mięsaków Jensena. W naszych badaniach udało się wywołać guzy złośliwe u szczurów przez wstrzykiwanie za-wiesiny z mięszu pomidorów: guzy miały charakter nowotworów zło-śliwych, zbliżonych do mięsaków okrągłokomórkowych i w każdym ra-zie niepodobnych do mięsaków Jensena: w śledzionie, wątrobie i w gru-

czołach limfatycznych klatki piersiowej znaleziono przerzuty. Badania kontrolne z burakami, kapustą i kartoflami dały wyniki ujemne. Inni autorzy, którzy sprawdzali badania Bellowsa i Askanazyego, otrzymali wyniki ujemne.

Rozprawy:

Kol. Zdunkiewicz J. zwraca uwagę na częstsze występowanie nowotworów u szczurów w miarę wygasania szczepu, co można by tłumaczyć pokrewieństwem.

Kol. Płoński M. uważa, że czynnik pokrewieństwa nie grał roli w występowaniu nowotworów w przebiegu przeprowadzanych doświadczeń.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21 min. 50.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWO-WYBORCZEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO z dnia 28 września 1932 r.

Obecnych członków—53, wprowadzonych gości—37.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 28 czerwca przyjęto.
2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

Kramsztyk St. O szkodliwości lawatyw i czopków mydlanych. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1930 r. Nr. 17.

„ Jedno z najważniejszych zagadnień. Warsz. Czasop. Lek. 1930. Nr. 32.

„ Wydzielanie wewnętrzne gruczołów płciowych. Odb. Therapia Nova 1930. Nr. 8.

„ W sprawie t. zw. Kolki pępkowej. Odb. Therapia Nova 1931. Nr. 3.

„ Zur Frage des Icterus neonatorum gravis. Odb. Zeitschrift f. Kinderheilkunde. 1931. Bd. 51. Heft 3.

„ O górczce gruczołowej. Odb. Warsz. Czas. Lek. 1931. Nr. 16, 17.

„ Icterus neonatorum gravis familiaris. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1931. Nr. 8.

- „ Z dziedziny schorzeń pozapiramidowych wieku niemowlęcego. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1932. Nr. 31—32.
- „ Lekarze a przemysł chemiczno - farmaceutyczny. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1932. Nr. 6.
- „ Refleksje z Wystawy Kolonjalnej w Paryżu. Odb. Warsz. Czas. Lek. 1932. Nr. 1.
- „ O aftach zakaźnych i nawykowych i ich leczeniu. Odb. Therapia Nova. 1932. Nr. 6.
- „ Dr. Stanisław Morawski (1802—1853) i jego poglądy na wody mineralne naturalne i sztuczne. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1932. Nr. 29, 30.
- „ Metamorfoza człowieka. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1932. Nr. 17.
- Kramsztyk St. i Bołdok. Badania nad standaryzacją tarczycy. Odb. Nowiny Lek. 1931, zes. 10.
- Kramsztyk i Pietkiewicz. O swoim leczeniu krztuśca. Odb. Nowiny Lek. 1930.
- Mikułowski. Problem konstytucji kiłowej dziecka a „neuroartretyzm“. Odb. Medycyna. 1932. Nr. 12.
- „ O roli konstytucji kiłowej w przebiegu ostrych i przewlekłych zakażeń u dzieci. Odb. Nowiny Lekarskie. 1932, zes. 12.
- „ Modalita di fibbre tifoidea subdola. Odb. La Riforma Medica. 1932. Nr. 12.
- Regmunt-Sobieszczański. Nowa odmiana wzgórka Darwina u ludzi, uzupełniająca klasyfikację Schwalbego. Odb. Folia Morphologica. (Separatum) Vol. 4. Warszawa, 1932.
- Serkowski. Mniej znane, zakaźne choroby ptactwa. Odb. „Drob polski“. 1932.
- Stankiewicz Z. i Łysakowski. St. Przyczynek do zwiężeń przełyku. Odb. Gastrologja Polska. 1932. Nr. 1.
- Wiśniewski. W sprawie działania nowego środka nasercowego stiminolu. Odb. Nowiny Lekarskie. 1932, zes. 10.
- Zawadzki. XXXV lat działalności Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie (1897—1932). Warszawa. Nauka Polska. Tom. XVI. Warszawa, 1932.
- Michelson. 30000 inostrannych słow. Moskwa, 1872.
- Perkaina „Ciba“. Przedruk z „Minerva Medica“, 1929. Nr. 49.
- Zeiss Nachrichten. 1932. Heft 1.
- Rocznik Statystyczny Warszawy. 1930. — Warszawa, 1932.

II. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Juljuszu Wiśniewskim i b. p. Samuelu Goldflamie (streszczenie własne): Juljusz Wiśniewski urodził się w Warszawie w r. 1866, tu uczęszczał do II gimnazjum, po jego ukończeniu wstąpił na wydział

lekarski uniwersytetu warszawskiego. Był to okres najbardziej czynnej działalności rusyfikacyjnej osławionego kuratora okręgu Apuchti-na. Zniechęcony ciężką atmosferą, Wiśniewski łącznie z młodzieżą narodową przerwał studia w uniwersytecie warszawskim i udał się na wydział lekarski uniwersytetu moskiewskiego, gdzie w r. 1894 uzyskał dyplom lekarski.

Następne dwa lata spędził na studiach w klinice dermatologicznej wiedeńskiej. Po powrocie do kraju osiadł w Warszawie i aż do zgonu pracował w szpitalu ewangelickim najpierw jako asystent Dr. Wolffa, następnie jako lekarz ambulatorjum tegoż szpitala, wreszcie od roku 1907 jako ordynator jego oddziału dermatologicznego.

Nie zaniechał ś. p. Wiśniewski i działalności społecznej. Brał czynny udział w szeregu instytucji dobroczynnych, dając bezinteresownie chcym i cierpiącym swą wiedzę i pracę. Podczas wojny światowej pełnił obowiązki zastępcy lekarza naczelnego ośrodka centralnego ludności ewakuowanej, po odejściu rosjan pracował w szpitalu dla leczonych przymusowo, w czasach powojennych był w ciągu kilku lat starszym referentem w ministerstwie zdrowia, w okresie zaś inwazji bolszewickiej kształcił zastępy sanitarne dla armji ochotniczej, czyniąc to z dużym nakładem pracy i poświęcenia. Był konsultantem-dermatologiem dyrekcji tramwajów miejskich w ciągu długiego szeregu lat, podobne stanowisko zajmował w dyrekcji kolejek dojazdowych i elektrowni warszawskiej.

Brał żywy udział w życiu szeregu towarzystw społecznych i lekarskich, był jednym z pierwszych członków Polskiego Towarzystwa krajoznawczego i należał do Towarzystwa wioślarskiego, które to stowarzyszenia w okresie przedwojennym, w okresie bezlitosnego ucisku wszystkiego, co było polskiem, należały do nielicznych ośrodków pielęgnowania myśli i ducha narodowego.

Ś. p. Wiśniewski był członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1902 oraz członkiem Towarzystwa Dermatologicznego, był współredaktorem „Medycyny i Kroniki Lekarskiej”, ogłosił drukiem 23 prace z zakresu dermatologii.

Zmarł 1 lipca r. 1932 w następstwie ostrego zapalenia płuc.

Z powyższego widać, że życie ś. p. Juliusza Wiśniewskiego było dobrze wypełnione różnorodną, a pożyteczną pracą, że dobrze zasłużył się społeczeństwu, które umiłował, że życia nie zmarnował. Nasze Towarzystwo straciło w ś. p. Wiśniewskim wartościowego członka.

Cześć Jego pamięci!

B. p. Dr. Samuel Goldflam.

Urodził się w Warszawie w roku 1852, ukończył tu gimnazjum w roku 1869, uczęszczał na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w roku 1874. Już w następnym roku został asystentem kliniki chorób wewnętrznych w Szpitalu św. Ducha, kierowanej podówczas przez Prof. Lambła. Tu wziął się do pracy z całym właściwym sobie zapałem. Pracowitość jego była niezwykła; niezmordowany spędzał w klinice po 8—10 godzin dziennie, pracując już to przy łóżku chorego, już to w sali sekcyjnej, już to przy mikroskopie.

Owemi czasy nie istniały jeszcze specjalne oddziały lub kliniki chorób nerwowych. ChOROZY nerwowi byli leczeni w oddziałach i klinikach chorób wewnętrznych. W początkowym okresie pracy Goldflama nie zaznaczyła się jeszcze zupełnie wyraźnie jego skłonność do neurologii, interesuje się on rozmaitymi działami medycyny. Ujawnia się to w Jego pierwszych pracach, ogłoszonych drukiem, zatytułowanych „Uwięźnięta przepuklina zaotrzewnowa krezek okrężniczych” (1879), „Długoletnie wpochwienie kiszki czczej, spowodowane polipami .Wpochwienie wogóle” (1881). Powoli atoli poświęca się coraz wyraźniej neurologii, jakkolwiek do końca życia skala jego zainteresowań pozostała bardzo rozległą, co ujawnia w późniejszych pracach: „O wstrząsaniu nerek” (1900), „O zapaleniu ścięgna i pochewki ścięgniętej głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia” (1900), „Przypadek przepukliny płucnej” (1904), „O przetokach wrdzonych dolnej wargi”, „Przypadek wrodzonego rodzinnego zeszywnienia stawów palcowych” (1906), „O cierpieniu kości i stawów na tle nieodpowiedniego odżywienia” (1918). Ujawnia się to również w tem, że gdy rozstał się Goldflam z kliniką, stworzył własny warsztat pracy, własnym kosztem utrzymywał bezpłatną poliklinikę dla chorych niezamożnych, a to, by móc spostrzegać i badać chorych z najróżnorodniejszymi schorzeniami, gdyż zdawał sobie sprawę, że podział medycyny na odosobnicze specjalności jest tworem sztucznym, poniekąd szkodliwym, że, chcąc przyczynić się do rozwoju pewnego jej działu, należy wedle możności opanować wszechstronnie całą medycynę.

Poliklinikę prowadził równie starannie, na wzór kliniczny, spocstrzegany materiał badał i opracowywał nadzwyczaj dokładnie, zarówno klinicznie, jak laboratoryjnie, gromadzony w ten sposób materiał służył następnie do opracowania wartościowych rozpraw naukowych, ogłoszonych przez samego Goldflama i szereg lekarzy, którzy pracowali w ciągu długich lat pod jego światłym kierownictwem. Nic dziwnego, że garnęli się oni chętnie i gromadnie

pod jego potężne skrzydła, z jego polikliniki wyszli liczni, doskonale wyrobieni pracownicy.

Rok 1882 spędził Goldflam w klinice Westphala i Charcota dla dopełnienia swych wiadomości neurologicznych.

Okoliczność, że zaczął Goldflam swą pracę w klinice pod kierunkiem Prof. Lambli miała mocny wpływ na wyrobienie się w nim samodzielności. Prof. Lambli, doskonały anatomopatolog, był bardzo łychym klinicystą, nie mógł więc służyć swym asystentom należytemi wskazówkami, odpowiednią pomocą. To też ci z nich, którzy mieli w sobie zaczątki samodzielności, pracując z dużym wysiłkiem nad sobą bez pomocy zzewnątrz, doprowadzili ją w sobie do dużej doskonałości. Śród nich w największym bodaj stopniu wyrobił w sobie samodzielność Goldflam.

Jak już wspomniano wyżej, odznaczał się on niezwykle pracowitością, życie swe szczerze wypełnił pracą, pracował całe życie, nieomal do ostatniego tchnienia. Pracował przede wszystkim na polu naukowem. W pracy swej wykazał, o czem wspomniano wyżej, zupełną samodzielność. Z innych licznych cech jego pracy, należy podnieść niezwykle wytrwałość w opracowaniu zamierzonego tematu, niezwykle dokładność: badania swe opierał zawsze na podstawach ścisłych, na danych sekcyjnych, na badaniach anatomopatologicznych. W dociekanjach stale stosował nader ściśle metody badania. W pracy swej odznaczał się, dzięki ustawicznemu ćwiczeniu swego umysłu, wybitną umiejętnością analizowania spostrzeganych zjawisk, a umiał spostrzegać zjawiska, które uchodziły uwagi badaczy mniej spostrzegawczych. Na podstawie powyższego wyrobił w sobie zdolność do wyodrębniania i ustalania nowych, dotąd nieznanych, objawów chorobowych, a w dalszym ciągu — zdolność do wyodrębniania i twórczenia nowych postaci chorobowych. Był to umysł wybitnie badawczy i twórczy.

Dzięki tej tak niepospolitej pracowitości sam wyrobił się na wybitnego lekarza ogólnego i na doskonałego specjalistę neurologa, stał się gorliwym adeptem i jednym z najpierwszych pionierów neurologji. Neurologja przed 50 laty była jeszcze u nas w zupełnym mroku; Goldflam w dużej mierze przyczynił się do powstawania u nas neurologji współczesnej.

Owocem tej godnej podziwu pracy jest około 50 rozpraw naukowych, z których większość o wartości nieprzeciętnej zapewniła Goldflamowi zasłużony rozgłos nie tylko u nas, lecz i na szerokim świecie.

Pracował Goldflam i na polu społecznem, i tu wykazał właściwą sobie energję i niezwykle zapał. Już przed ćwierć wie-

kiem przyczynił się wybitnie do założenia Towarzystwa Opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi żydami, którego był wieloletnim prezesem. Przyczynił się do pobudowania Zakładu dla umysłowo chorych w Otwocku, do wskrzeszenia szpitala dla dzieci imienia B e r s o n ó w i B a u m a n ó w. Poświęcił dużo energii dla stworzenia przy szpitalu na Czystym Instytutu Patologicznego, niestety — nie udało mu się doprowadzić go do końca.

Goldflam był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1884, członkiem czynnym Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, członkiem i przewodniczącym Towarzystwa Neurologicznego Warszawskiego, i wielu innych.

Zmarł dnia 26 sierpnia roku 1932. Zgwał mąż dużej miary i zasługi.

Cześć Jego pamięci!

3. Kol. P r e z e s zawiadamia, że Towarzystwo Lekarskie zorganizuje Akademię ku czci b. p. Seweryna Sterlinga.

4. Kol. M i s i e w i c z J a n i n a i kol. P i a s e c k i M a r j a n (członkowie Towarzystwa) przedstawiają „Przypadek jamistej gruźlicy płuc po torakoplastyce“ (streszczenia nie nadesłali).

R o z p r a w y:

Kol. Z a o r s k i J. (członek T-wa) — podkreśla znaczenie współpracy chirurga i internisty w omawianym przypadku. Wynik zabiegu operacyjnego jest tu bardzo dobry, a deformacja bardzo mała. Należy jednak pamiętać, że nie zawsze tak bywa. Najczęściej chorzy są kierowani przez internistów bardzo późno, wówczas, gdy stan ogólny jest już bardzo zły. Lepsze wyniki możnaby otrzymać, o ileby koledzy internści kierowali chorych wcześniej.

Kol. L e ś n i o w s k i A. (członek T-wa) — podkreśla, że po torakoplastyce tem lepszych możemy spodziewać się wyników, im deformacja klatki piersiowej będzie większa, bo wówczas zmniejszy się bardziej pojemność klatki piersiowej.

Kol. O r ł o w s k i W. (członek T-wa) — wyjaśnia, że chory naogół nie chce się zgodzić na torakoplastykę. Zagranicą naogół więcej się robi tych zabiegów. Być może, iż należy to tłumaczyć wyższym poziomem kultury, bądź też przypadki były szczęśliwiej dobierane. Będąc w Krakowie, kol. Orłowski zaproponował prof. Rutkewskiemu współpracę, jednak tylko 7 chorych zgodziło się na torakoplastykę.

Kol. S ł a w i ń s k i Z. (członek T-wa) podkreśla, że zagranicą torakoplastyka jest wykonywana w sanatorjach. W przedstawionym przypadku wynik pomyślny należy uzależnić również od tego, że chory przebywał w sanatorjum. Kol. S. w najbliższym czasie przed-

stawi wyniki operacyjne na materiale szpitalnym. Są one bezwzględnie gorsze.

Kol. Zaorski J. (członek T-wa) — zgadza się, że wynik pomysłny operacji jest w znacznej mierze uzależniony od deformacji, i tu tę deformację mamy, co widać na zdjęciach rentgenowskich, pozornie jest jednak niewidoczna. Chorym często sprawę przedstawia się w ten sposób, że po zabiegu będą zdeformowani i to chorych zniechęca.

Kol. Deloff — podkreśla, że dodatni wynik zabiegu operacyjnego wywarł duży wpływ na chorych przebywających w Rudce. Wielu chorych, widząc poprawę, po zabiegu zwracało się do lekarzy z prośbą skierowania ich na torakoplastykę. Niestety, wszystko to były przypadki, nienadające się do tego rodzaju zabiegu.

Kol. Misiewicz J. (członek T-wa) zgadza się, że chorych po torakoplastyce należy leczyć w sanatorium. Decyzja o zabiegu zależy w znacznej mierze od dalszego trybu życia operowanego.

Kol. Piasecki M. (członek T-wa) stwierdza, że wykonanie torakoplastyki nie usuwa konieczności stosowania zwykłego postępowania leczniczego. Torakoplastyka tylko współdziała w przeprowadzeniu ogólnego leczenia.

5. Kol. Fidler A. wygłasza odczyt p. t.: „Studja nad przeulekłą niewydolnością krążenia (streszczenie własne): Doniesienie 1-sze.

Na zasadzie 142 doświadczeń wykonanych w 2 Klin. Chorób Wewn. U. W. (Dyrektor Prof. Dr. med. Witold Orłowski), autor dochodzi do następujących wniosków:

A. U ludzi z wyrównanemi wadami zastawki dwudzielnej.

1. Ilość zużytego tlenu (podstawowa przemiana materji) leży w granicach normy lub powyżej liczb prawidłowych; 2. Pojemność tlenowa krwi wykazuje wartości wyższe lub przeważnie niższe od liczb prawidłowych; 3. Nasycenie % tlenem krwi tętniczej waha się w granicach prawidłowych; 4. Różnica tętniczo-żylna w % i $\text{cm}^3\%$ leży w granicach normy lub jest mniejsza od niej, zużycie więc tlenu w obwodzie jest prawidłowe lub gorsze, niż u ludzi zdrowych;

5. Objętość minutowa oraz skurczowa serca leży wyżej, lub w granicach liczb prawidłowych; 6. Ilość krążącej krwi ma tendencję do ustalania się na dolnej granicy normy lub poniżej niej; 7. Liczba ciałek czerwonych oraz ilość Hb. nie wykazują odchyień od normy; 8. Praca fali tętna leży wyżej liczb prawidłowych; 9. Ciśnienie tętnicze krwi nie wykazuje większych odchyień od normy.

B. U ludzi z wyrównanemi wadami zastawek tętnicy głównej:

1. Ilość zużytego tlenu leży w granicach lub powyżej liczb

prawidłowych; 2. Pojemność tlenowa krwi wykazuje wartości prawidłowe; 3. Nasylenie % tlenu krwi tętniczej i w cm.^3 waha się w granicach prawidłowych lub leży nieco niżej normy; 4. Różnica tętniczo-żylna w % i cm.^3 leży w granicach prawidłowych. 5. To samo można powiedzieć o objętości minutowej i skurczowej serca; 6. Ilość krwi krążącej ma tendencję do ustalania się u dolnych granic normy; 7. Liczba ciałek czerwonych oraz ilość Hb. nie wykazują znaczniejszych odchyłeń patologicznych; 8. Ciśnienie tętnicze krwi oraz różnica ciśnień są znacznie wzmożone.

C. U ludzi z wadami zastawkowymi w okresie niewyrównania, ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego oraz z przewlekłymi zmianami w nerkach w okresie niewydolności układu krążenia:

1. Stwierdzamy 3 typy pod względem zużycia tlenu, mianowicie typ a) ze wzmożeniem (w 50% dośw.), b) z obniżeniem (w 25%), c) z prawidłowym zużyciem (25%), przyczem w miarę poprawy układu krążenia zużycie tlenu: a) spada, b) wzrasta, c) pozostaje bez zmiany; 2. Pojemność tlenowa krwi leży przeważnie poniżej normy, przyczem w okresie poprawy układu krążenia można rozróżnić również 3 typy: a) zmniejszenie się pojemności tlenowej w przypadkach poprawy całkowitej (15% przyp); b) zwiększenie się pojemności (w 40%), gdy wyrównanie jest tylko częściowe, c) brak zmian w pojemności (45%) przy braku całkowitego wyrównania; 3. Wysycenie % krwi tętn. i w cm.^3 leży poniżej normy; 4. Wysycenie krwi żylniej w % i cm.^3 leży na górnej granicy normy lub poniżej niej; 5. Różnica tętniczo-żylna w % i cm.^3 leży: a) wyżej normy (w 37%); b) w granicach prawidłowych (50%); c) poniżej normy (13%).

Ponieważ w większości przypadków pojemność tlenowa krwi leży niżej normy, przeto użytkowanie tlenu na obwodzie jest gorsze, niż w stanach z prawidłowym wysyceniem krwi tlenem; 6. Objętość minutowa oraz skurczowa serca wykazują wartość: a) powyżej normy (w 23%); b) w granicach prawidłowych (w 61%); c) niżej normy (w 16%); gdy okres niewyrównania przechodzi w okres wyrównania; obj. min. i skr. a) spada, albo b) wzrasta; 7. Ilość krążącej krwi leży: a) w granicach prawidłowych (61%), b) wyżej normy (13%); niżej normy (26%). Stosunek osocza krwi wykazuje: a) wartości prawidłowe (60); b) leży poniżej nich (40%); 8 Liczba ciałek czerwonych nie wykazuje większych odchyłeń od normy; ilość Hb. leży niżej normy; 9. Praca fali tętna jest większa od normy, ale mniejsza od liczb uzyskanych dla wad wyrównawczych; 10) Ciśnienie tętnicze krwi, z wyjątkiem wad tętnicy głównej, nie wykazuje większych odchyłeń od normy.

D. U osób ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie wydolności zużycie tlenu zachowuje się niejednolicie; obj. min. i skr. serca leżą w granicach prawidłowych; ilość krążącej krwi ma tendencję do ustalania się na górnej granicy normy lub wyżej niej, pojemność zaś tlenowa krwi nie wykazuje żadnej prawidłowości, choć ma tendencję do ustalania się poniżej normy.

E. W miażdżycy tętnic, poza 1. wzmożeniem ilości zużytego tlenu, 2. zwiększeniem obj. min. serca, 3. zwiększeniem stosunku osocze krwinki oraz 4. wzrostem pracy fali tętna, nie spotkałem większych odchyłeń od normy.

F. U osób z czynnościowymi zaburzeniami nerwowymi autor stwierdził głównie: 1. zmniejszenie się różnicy tętn.-żylnej i 2. wzrost obj. min. i skr. serca.

G. W cierpieniach wątroby 1. wzrost podst. przem. mat. autor stwierdził głównie w sprawach nowotworowych, przyczem nie jest ono charakterystyczne dla nowotworów wątroby, ale wogóle dla sprawy nowotworowej, 2. ilość krwi krążącej była prawidłowa (w 78%; b) wzmożona (w 11%); c) obniżona (w 11%). 3. Obj. 1 skr. serca w większości przypadków wykazywała wartości prawidłowe.

Doniesienie 2.

Po krótkim i krytycznym przedstawieniu dotychczasowych poglądów na zaburzenia równowagi kwasowo - zasadowej i na zmiany chlorowe we krwi, autor na zasadzie swoich 42 doświadczeń dochodzi do wniosku, że u ludzi w okresie niewydolności krążeniowej stwierdza się raczej skłonność do alkalozji, za czem przemawia: 1) prawidłowy lub wyżej normy leżący zasób zasad, oraz 2. prawidłowa ilość wydzielonego z moczem amoniaku. Niższe niekiedy P_H moczu nie jest jasnym dowodem zakwaszenia, gdyż, będąc głównie odbiciem stosunku $\frac{NaH_2PO_4}{NaHPO_4}$ przy prawidłowej ilości NH_3 świadczy nie o wzmożonym wydzielaniu kwasów, a o zmniejszonym wydalaniu zasad. Ponadto autor stwierdził, że 1. chlor krwi całkowitej i osocza leży zazwyczaj w granicach prawidłowych, gdyż często jednak spotyka go się niżej normy; 2. chlor krwinek oraz wskaźnik chlorowy wykazują wahania powyżej, częściej poniżej normy; 3 zmiany w rozmieszczeniu chloru we krwi nie dadzą się powiązać ze zmianą zwrotu zasad ani z objawami zastoinowymi; 4. salirgan, wprowadzony dożylnie, nie wywołując charakterystycznych zmian w badanych składnikach krwi i moczu, klinicznie wpływa dodatnio na duszność pochodzenia sercowego; 5. w okresie poprawy lub pogorszenia układu krążenia niema jednokierunkowości w zachowaniu się zasobu zasad, który ulega zwiększeniu lub obniżeniu.

Doniesienie 3.

Po przedstawieniu dotychczasowych zdobyczy na polu łączenia się krwi z tlenem i oddawania tlenu tkankom, autor na zasadzie swych 31 doświadczeń dochodzi do następujących wniosków: 1. wysokość krzywej dysocjacji tlenu we krwi leży: a) u ludzi ze zdrowym układem krążenia oraz z wadami zastawek dwudzielnej, tętnicy głównej i ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie wydolności układu krążenia w granicach uznanych za prawidłowe, a mianowicie przy „n”, równem 2,5, K wynosi 0,000220—0,000372, b) u ludzi natomiast z wadami dwudzielnej, tętnicy głównej i ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie niewydolności układu krążenia przeważnie niżej normy, a mianowicie tu K wynosi 0,000121—0,000331; 2. Kształt krzywej, będąc zmienny, nie wykazuje we wszystkich (z wyjątkiem jednego) jego przypadkach odchylenia od normy. Wartość „n” leży w granicach 1,66—3,0; 3. Przebieg krzywej dysocjacji tlenu we krwi u chorych sercowych w okresie niewydolności krążeniowej nie zależy od a) zakwaszenia ustroju, b) przesunięcia chloru we krwi, c) ciężkości stanu chorobowego, d) objawów zastoinowych, e) ilości Hb; 4. Niski przebieg krzywej dysocjacji tlenu we krwi nie jest zjawiskiem swoistem dla chorób układu krążenia.

Doniesienie 4.

Autor po krytycznem rozważeniu mechanicznej teorii niewydolności układu krążenia, stwierdza, że 1. przerost serca nie zależy wyłącznie od wzmożonej pracy serca, oraz, że 2. objawy zastoinowe nie zależą od wymiarów serca i objętości minimalnej. Z drugiej strony obecność w przypadkach niewydolności krążeniowej, zaburzeń ze strony: 1. podstawowej przemiany materji, 2. ilości krwi krążącej, 3. utleniania krwi, 4. równowagi kwasowo-zasadowej, 5. chloru we krwi, 6. składników minimalnych krwi, 7. przemiany węglowodanowej skłania go do przyjęcia poglądu, że t. zw. przewlekła niewydolność układu krążenia jest chorobą ogólnoustrojową, wywołaną nieznanym czynnikiem o nieznanym dotąd pochodzeniu, jest, jednym słowem ogólnem zatruciem ustroju.

Rozprawy:

Kol. G o e b e l (członek T-wa) zapytuje, czy oznaczano stosunek amonjaku do azotu. Można bowiem mieć pozorne zwiększenie ilości amonjaku, a w zestawieniu z azotem, okazuje się, że ilość azotu jest niezwiększona.

Kol. F i d l e r A. wyjaśnia, że oznaczano tylko sam amonjak.

Uwzględnienie zasobu zasad dawało możność uniknięcia błędnej interpretacji zmian ilości amonjaku.

6. Kol. Goldman M. wygłosił odczyt p. t. „O ciepłocie podgorączkowej ze stanowiska kliniki (streszczenie własne): w związku z rozwojem przymusowego leczenia ubezpieczeniowego zasięg termometrii pod względem liczebności pomiarów wzrósł niepomniernie w ostatnich latach i tem samem styczność z t^o podgorączkową stała się zjawiskiem bez porównania częstszem, niż dawniej. Omawianie spraw dotyczących t^o podgorączkowej przez długi jeszcze czas nie wyczerpie tego tematu. Zaburzenia regulacji cieplnej, w t^o podgorączkowych mają główne źródło swe w zmianach ośrodkowych. Zasadniczym mechanizmem podniesienia t^o jest zaburzenie gospodarki cieplnej, a nie wzmożenie procesów spalania. Określenie „t^o podgorączkowa” ma być odpowiednikiem najlżejszego, lub umiarkowanego stopnia zaburzenia regulacji cieplnej ustroju, które na skali ciepłomierza ujawnia się w postaci różnicy paru dziesiętnych stopnia ponad zwykłą t^o poszczególnego osobnika, a jako przyjęty przebieg ogólny, poziom jej nie przekracza wysokości 38° (mierzone od pachą). Przy ustalaniu obecności t^o podgorączkowej czynnik osobniczy wrodzony, lub nabyty, wysuwa się na czoło zagadnienia. Prelegent sądzi, że często spotykane określenie t^o podgorączkowej mianem „stanu podgorączkowego” było dawniej wyrazem pewnego przecenienia istotnej wartości tego objawu w rozpoznaniu jednostek chorobowych i dlatego proponuje wyłączne posługiwanie się terminem „t^o podgorączkowa”, podkreślając w ten sposób, że chodzi tylko o jedyny objaw chorobowy. Doniosłość zagadnień termometrii, która kiedyś była najważniejszą metodą pomocniczą, utraciła wiele ze swego pierwotnego znaczenia. Prelegent omawiając aktualne zagadnienia, dotyczące niektórych cierpień starał się wykazać, że w żadnym z nich punkt ciężkości nie opiera się na t^o podgorączkowej. T^o podgorączkowa jest tylko jednym ogniwem łańcucha objawów rozpoznawczych, raczej należy ją dzisiaj cenić, jako sygnał ostrzegawczo-alarmowy. Stwierdzenie t^o podgorączkowej i ustalenie jej przyczyn jest często zadaniem b. trudnem do rozwiązania. Wymaga ono dokładnej znajomości kliniki z jej, tak już dzisiaj rozbudowanemi badaniami pomocniczymi.

(Praca niniejsza będzie umieszczona w jednym z najbliższych zeszytów Polsk. Archiwum Med. Wewn.).

Rozprawy:

Kol. Higier H. (członek T-wa), (streszczenie własne): Higier zgadza się z poglądem prelegenta w głównych zarysach na stany podgorączkowe, zawdzięczające swe pochodzenie utajonym

zachorzeniom narządów rozmaitych jam (migdały, zęby, gruczoły, zatoki, stercz, opony, jelita), czyli na to, co dawniej nazywano *sepsis cryptogenetica*. Zwraca atoli uwagę, że sedno sprawy stanowi ustalenie górnej granicy temperatury normalnej, która zdaje się leżeć znacznie wyżej od dawnej Wunderlicha i Jurgensena.

Należy się zdecydować, czy istnieje zgodnie z poglądem Morou dzieci, a Hollou u dorosłych, hypertermja konstytucjonalna niemieckich i *hyperthermie congénitale* francuskich autorów, dochodząca nieraz do 38%. Byłaby to jakaś swoista nadpobudliwość ośrodków termoregulacyjnych na tle jakiejś przyspieszonej przemiany materji. Pyramidon i makowiec mają inaczej działać zniżająco na gorączkę przy patologicznej, a inaczej przy ustrojowej hypertermji. Gdyby się potwierdziła wrodzona hypertermja, tobyśmy się stopniowo pozbyli licznych gorączek, t. zw. gruczolowych i tej termofobji, która trzyma liczne rzesze niezamożnych mieszkańcami w Zakopanem, Otwocku, Meranie.

Gorączkę po wysiłkach, podczas menstruacji, przy guzach złośliwych, przy *lues visceralis* Higier wbrew twierdzeniu oponentów widywał niejednokrotnie, histerycznej gorączki, nie symulowanej, nie arteficyjalnej nie spotykał.

Kol. Stanekiewicz R. (członek T-wa) — podkreśla, że do 2 roku życia ciepłotę do 37,6° należy uważać za prawidłową. Po 2 roku ciepłota bardziej ustala się. Dzieci o skazie wysiękowej stale miewają wahan'a ciepłoty. Wahanie ciepłoty bez zmian chorobowych możemy stwierdzić przy nadmiernym ruchu.

Aby więc otrzymać ciepłotę rzeczywistą, należy mierzyć u dzieci po godzinnym wypoczynku. Są dzieci wyraźnie ciepłochwiejne, które stale wykazują stany podgorączkowe. Z prac Wrzoska, opartych na 5000 badań wynika, że pojęcie graniczności ciepłoty 37° jest tworem sztucznym.

Kol. Rudzki St. (członek T-wa) — podkreśla brak większego postępu w dziedzinie poznania istoty stanów podgorączkowych. Granice wahan'a ciepłoty są rozległe, każdy prawie ma swoją indywidualną ciepłotę. Jednorazowe badanie ciepłoty jest bez wartości, należy ją mierzyć szereg razy. Ważne jest uwzględnianie sytuacji. W wojsku i Kasach Chorych stwierdzenie stanów podgorączkowych ma ważne konsekwencje. Przy mierzeniu ciepłoty w różnych punktach otrzymujemy kompletny chaos (własne spostrzeżenie). Najmniej warunków do symulacji daje zmierzenie ciepłoty in recto. Trzeba ustalić również czas mierzenia ciepłoty, która niekiedy bywa najwyższa o 6-ej zrana, lub 10-ej wieczorem. Ma znaczenie

również typus inversus. Stany podgorączkowe najczęściej odpowiadają początkowym postaciom gruźlicy. Stany podgorączkowe bezpośrednio przed okresem mamy u kobiet z lekkimi postaciami gruźlicy płuc; podczas perjodu ciepłota spada. Jeśli utrzymuje się podczas perjodu i po nim, wówczas mamy do czynienia z cięższymi postaciami gruźlicy. Nie można robić rozpoznania na podstawie jednego tylko objawu, ciepłoty podgorączkowej nie wolno przeceniać, ale nie należy też niedoceniać jej.

Kol. Michalski Z. (członek T-wa), (streszczenie własne): sprawa traktowania stanów podgorączkowych zasługiwałaby na szersze omówienie. Istota odczytu niejednokrotnie poruszana była i w szczegółowszych podręcznikach ogólnych i poszczególnych monografiach. Ze swej strony pragnę wysunąć pewne obiekcyjne uwagi do znaczenia stanów podgorączkowych w stosunku do zakażenia gruźliczego. Nie mówiąc o omyłkach rozpoznawczych stanowisko obecnie propagowane częściowo pod wpływem instytucji ubezpieczeniowych, ale sięgające już i do poradni przeciwgruźliczych jest zbyt krańcowe i często przynieść może rzeczywistą szkodę choremu. Mówi się mianowicie, iż na podstawie braku zmian, czy to fizykalnych, czy to rentgenologicznych, wreszcie na podstawie braku prątków Kocha w płwocinie można dorywczo ambulatoryjnie stwierdzić, iż osobnik jest wolny od gruźlicy. Taki stosunek bezwarunkowo wymaga protestu. Niewątpliwie stan podgorączkowy nie pozwala na rozpoznanie gruźlicy płuc, jak poty nocne, szybkie tętno; rozszerzone, a zwłaszcza nierówne źrenice — każą myśleć o istnieniu zakażenia gruźliczego w ustroju, mimo braku objawów ogniskowych i lekarz sumienny pozostawi chorego rok, dwa lata w obserwacji luźnej, aby bieg gruźlicy płuc, jeśli taka się rozwinie, w porę powstrzymać.

Stan naszych wiadomości o gruźlicy jest jeszcze bardzo niedostateczny. Anatomja patologiczna, opierając swe wnioski na badaniu ludzi zmarłych po latach cierpień na suchoty płucne, rozporządza materiałem niedoskonałym. Skrytykowana przez ostatnie prądy — gruźlica wnękowych gruczołów, na materiale sekcyjnym szpitala zakaźnego, gdzie w ciągu roku pełniłem obowiązki prosektora, była spotykana przeze mnie nierzadko. Tłumaczę to tem, iż w szpitalu tym, chorzy z gruźlicą, którzyby się prawdopodobnie wyleczyli, umierali na przypadkowe choroby zakaźne.

Twierdząc tedy, iż chory ze stanami podgorączkowymi, z dodatnim odczynem tuberkulinowym, który przecież u osób pozbawionych gruźlicy wypada ujemnie i z innymi objawami toksycznymi charakterystycznymi dla gruźlicy, mimo braku objawów ogni-

skowych, mimo braku prątków Kocha w plwocinie, winni być traktowani, jako chorzy gruźlicy i pozostawać pod dłuższą obserwacją czy to lekarza domowego, czy też poradni przeciwgruźliczej.

Kcl. Misiewicz J. (członek T-wa) — nie zgadza się z wywodami kol. Michalskiego, trudno jest stany gorączkowe stale łączyć z gruźlicą. Na 557 przebadanych maturzystów szkół warszawskich u większości stwierdzono ciepłotę powyżej 37°. Przypadków gruźlicy czynnej stwierdzono w tem tylko 18 przypadków, z czego 6 zakaźnej. Z tych chorych jeden tylko miał ciepłotę przekraczającą 37°. Można zaliczyć stany podgorączkowe do gorączek niewiadomego pochodzenia, niewolno ich jednak zawsze wiązać z rozwijającą się gruźlicą płuc.

Kol. Michalski Z. (członek T-wa), (streszczenie własne): mówiłem wyraźnie, iż w przypadkach podobnych należy myśleć o istniejącym zakażeniu gruźliczem, a nie o gruźlicy płuc, jak mi przypisuje kol. Misiewiczówna. Argument kol. Misiewiczówny, że tacy chorzy nie częściej zapadają na kliniczną gruźlicę płuc, też nie jest dostatecznym dowodem, gdyż jeśli kliniczna gruźlica płuc ulega pospolicie samowyleczeniu, tembardziej może wygasać istniejące bez wyraźnych ognisk nikłe zakażenie gruźlicze.

Kol. Goldman M. — w opracowaniu omawianego zagadnienia chodziło o podkreślenie jego strony klinicznej. Co do strony fizjologicznej tego zagadnienia — powinien na nią dać odpowiedź fizjolog. Co do wartości próby Hollo prelegent stoi na stanowisku negatywnem. Na zapytanie czy zrobiliśmy postępy w ocenianiu stanów gorączkowych, należy odpowiedzieć twierdząco. Jak wynika z dyskusji — wszyscy oceniają ciepłotę podgorączkową, jako sygnał alarmowy.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23 min. 15.

Prezes: **Witold Orłowski**.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna**.

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dnia 27 września 1932 r.**

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 66, wprowadzonych gości — 32.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20 września b. r. przyjęto.

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

A. W sprawie specyfików. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1928 r. Nr. 43.

E. B. Lekarze a przebudowa życia społecznego. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1932 r. Nr. 33, 34.

Borawski. Zagadnienia kosztu budowy szpitali na gruncie międzynarodowych kongresów szpitalnictwa. Odb. „Zdrowie”. 1932 r. Nr. 11 — 12.

Czajkowski. Samoistny odrost kości w przypadku torbielowato-włóknistego zwyrodnienia kości ramieniowej. Odb. Polski Przegl. Radiologiczny. R. 1931. Zesz.

Czajkowski. Druki lekarskie z XVI, XVII i XVIII wieku w bibliotece Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego. Odb. Archiwum Hist. Filoz. Medyc. T. XI. Zesz. 1—11. 1931 r.

Grzywo-Dąbrowski. Polska bibliografia kryminologiczna, sądowo-lekarska i działań pokrewnych za rok 1931. Warszawa, 1932.

„ Samobójstwa w Warszawie w roku 1931. Warszawa, 1932.

„ Sprawczdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego za rok 1931. Odb. z Czasopisma Sądowo-Lekarskiego, Nr. 1—2, 1932 r.

Kalinowski. Stosowanie Promonty w stanach wyczerpania nerwowego. Odb. Nowiny Lekarskie. 1930 r. Nr. 19.

Kremer. O znaczeniu Otwocka. Odb. Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 10. 1932 r.

Kramsztyk St. Przyczynki do trudności rozpoznawczych kiły wrodzonej. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1924 r. Nr. 12.

„ O astenji wieku dziecięcego. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1925 d. Nr. 3.

„ Wapń w leczeniu kurczu odźwiernika. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1925. Nr. 12.

„ O niektórych czynnościowych objawach serca u dzieci. Odb. 1925 r. za maj—czerwiec.

„ Zagadnienie leczenia witaminami u dzieci. Odb. Nowiny Lek. 1926. Nr. 15—16.

„ O witaminach. Odb. Warsz. Ka'end. Lek. 1927 r.

„ Patogeneza i leczenie astmy oskrzelowej w świetle badań najnowszych. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1927 r. Nr. 4.

„ Współczesny stan nauki o środkach odżywczych. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1928 r. Nr. 20—21.

„ W sprawie pierwotnego zapalenia języka. Odb. Gastrologja Polska 1929 r. Nr. 1.

- „ W sprawie popularyzacji higieny i medycyny. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1929 r. Nr. 46.
- „ O leczeniu zapaleń miedniczek nerkowych u dzieci. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1929 r. Nr. 6.
- „ Sport i żywienie. Warszawa. 1929.
- „ Ueber eine neue Vaccinebehandlung des Keuchhustens. Odb. Monatschrift f. Kindeheilkunde. Bd. 48, August 1930.
- „ Wpływ witamin na retencję wapnia. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1930 r. Nr. 24.
- Łvskawiński. Pionierzy kolonji letnich. Odb. „Życie Dziecka“ r. 1932. Nr. 3.
- Mikułowski. O t. zw. kile wisceralnej u dzieci. Odb. „Nowiny Lekarskie“. R. 1932, zes. 16.
- Orłowski Wit. Leczenie zdrojowiskowe skazy dnawej. Odb. „Nowiny Lekarskie“. R. 1929. Zesz. 1.
- „ Patogeneza przewlekłej niewydolności układu krążenia ze szczególnem uwzględnieniem teorii obwodowomięśniowej Eppingera. Odb. z Polsk. Arch. Med. Wewn., zes. 4, tom VIII. 1930 r.
- „ Ś. p. Prof. Dr. med. Edward Żebrowski (1873—1930) i Jego dorobek naukowy. Odbitka z Polsk. Arch. Med. Wewn., zes. 3, tom VIII. 1930 r.
- „ Próby leczenia choroby Basedowa krwią zwierzęcą, borem i fluorem. Odb. z Polsk. Arch. Med. Wewn., zes. 4, tom IX. 1931 r.
- „ Wartość kliniczna serologicznej próby rakowej Hirschfeld-Halberówny. Odb. z Polsk. Arch. Med. Wewn., zes. 4, tom IX. 1931 r.
- „ Próba klasyfikacji chorób „reumatycznych“ ze stanowiska statystyczno-społecznego. Wygłoszono na IX Zjeździe Tow. Inter. Pol. w Krakowie 1931 r.
- „ Sur la valeur thérapeutique du Sang animal, du Bore et du Fluor dans la Maladie de Basedow. Extrait. „La Presse Médicale. Nr. 42, 1932 r.
- Nauka Polska jej potrzeby, organizacja i rozwój. Tom XV. Warszawa, 1932 r.
- Prace kliniczne I-go oddziału chorób wewnętrznych szpitala Wolskiego 1921—1931. Warszawa, 1932.
- Pamiętnik Kliniczny Szpitala Św. Łazarza. Tom I. Zeszyt 2. Warszawa, 1931.
- Kol. Prezes b) zawiadomił o Akademji żałobnej ku czci b. p. Dr. Samuela Goldflama, która odbędzie się 28/IX. 1932 r.

3. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne o D-rze Stanisławie Iwanickim (streszczenie własne).

Urodził się we wsi Złoty Potok, ziemi piotrkowskiej 17 września 1866 r. Uczęszczał najpierw do progimnazjum w Zamościu, następnie do IV gimnazjum w Warszawie, po którego ukończeniu wstąpił w roku 1884 na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Studja lekarskie ukończył w roku 1890.

Po otrzymaniu dyplomu lekarskiego był zagranicą i studjował laryngologję u D-ra Jurasza w Heidelbergu. Po powrocie do kraju w roku 1896, został lekarzem miejscowym w szpitalu Ś-go Ducha i był jednocześnie asystentem oddziału Dra Sokółowskiego, pod którego doświadczonym kierunkiem w dalszym ciągu doskonalił się w laryngologii.

Po sześciu latach pracy w szpitalu poświęcił się praktyce prywatnej, jednocześnie był wszakże konsultantem-laryngologiem na ówczesnej kolei nadwiślańskiej, po wojnie zaś w odrodzonej Rzeczypospolitej Polskiej został lekarzem etatowym Ministerstwa Komunikacji.

Był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1893, przez pewien czas pełnił obowiązki jego sekretarza do rocznego. Drukiem ogłosił dwie prace: „Kilka uwag o epidemji włóknistego zapalenia płuc w roku 1891 na podstawie 50 obserwowanych przypadków” i „Przypadek zatoru tętnicy płucnej o przebiegu długotrwałym” Wogóle atoli nie miał większej skłonności do pracy naukowej, był natomiast dobrym, sumiennym, bezinteresownym lekarzem praktykiem, co zjednało mu w swoim czasie rozległe wzięcie.

Od początku swej praktyki był bezpłatnym lekarzem zakładu sierot chłopców przy ulicy Freta, bezpłatnym stałym lekarzem Sióstr Magdalenek.

Zmarł po długotrwałej chorobie w dniu 10 września 1932 roku.
Cześć Jego pamięci!

4. Kol. Prezes powitał kol. Grzywo-Dąbrowskiego W., jako dziekana Wydziału Lekarskiego U. W.

5. Kol. Grzywo-Dąbrowski W., członek T-wa, omówił „Nowy kodeks karny ze stanowiska Sądowo-Lekarskiego” (streszczenie własne).

Prelegent szczegółowo omówił poszczególne artykuły K. K. z punktu widzenia sądowo-lekarskiego.

Rozprawy:

Kol. Czyżewicz A., członek T-wa, uważa prelegenta za obrońcę wskazań społecznych do przerwania ciąży. Nie podziela

wszystkich zapatrywań prelegenta. Interpretacja kodeksu musi oprzeć się na rzeczoznawstwie lekarskiem. Sądzi, że Izby Lekarskie winny ustalić dokładne wskazania do przerwania ciąży. Gdy poronienie będzie robione starannie lub tylko wyłącznie przez lekarzy, zmniejszy się liczba zgonów, lecz liczba kobiet-kalek spowodowanych dokonywaniem skrobanek będzie nadal duża.

Kol. M o c z a r s k i W., członek T-wa, stwierdza, iż zdania lekarzy co do wskazań przerwania ciąży są często krańcowo różne. Gdy w Komisji jeden z 3 lekarzy nie znajduje wskazań do przerwania ciąży, chorą kieruje się do szpitala dla przeprowadzenia obserwacji. Opierając się na doświadczeniu, stwierdza, że zawsze można znaleźć lekarza z poglądami liberałniejszymi, który łatwo znajdzie wskazania przerwania ciąży. Należy dążyć do ustalenia tych wskazań.

Kol. G r z y w o - D ą b r o w s k i W., członek T-wa, sądzi, że wydanie zarządzeń przez Izby Lekarskie może wywołać niepotrzebne zatargi.

Przemówienie kol. M o c z a r s k i e g o odnosi się do art. 12, w sprawie którego musi być wydane dodatkowe zarządzenie, kto ma prawo wykonywać przerwanie ciąży i kiedy.

6. Kol. R u t k o w s k i J., członek T-wa, omówił „Leczenie gruźlicy chirurgicznej słońcem i pracą (wrażenia z pobytu w Leysin”. (Streszczenie własne).

Prelegent w lipcu r. 1932 zwiedził zakłady lecznicze D-ra Rollier w Leysin i zapoznał się z ideą sanatorium „La clinique manufacture internationale”, czynnego od r. 1930.

Sposób leczenia gruźlicy chirurgicznej w Leysin jest zgoła odmienny od powszechnie przyjętego, wyniki zaś znacznie lepsze, niż gdzieindziej. Leczenie prowadzone jest zapomocą kąpieł powietrznych i naświetlania słońcem całego ciała. Rozległe unieruchomienie zapomocą opatrunków gipsowych zostało zastąpione przez lekkie i proste aparaty ortopedyczne, względnie wyciąg, leczenie operacyjne zarzucono zupełnie. Od niedawna Dr. Rollier wprowadził nowy czynnik, nadzwyczaj cenny, w leczeniu gruźlicy chirurgicznej—pracą. Leczenie pracą, umiejętnie przeprowadzone prócz znaczenia moralnego, posiada również w'elkie walory fizyczne, podnosząc napięcie życiowe, ożywiając ogólną przemianę materji i ćwicząc narządy niedotknięte sprawą chorobową. Prelegent wypowiada się za reformą dotychczasowego leczenia u nas gruźlicy chirurgicznej; za stworzeniem specjalnych zakładów w dobrych warunkach miejscowości suchych i zdrowych, niekoniecznie klimatycznych i wierzy, że

w ten sposób uzyska się znacznie lepsze wyniki, niż dotychczas (odczyt ukaże się w druku).

R o z p r a w y:

Kol. K r y ń s k i L., członek T-wa, omawia zmiany poglądów na leczenie gruźlicy stawów i kości. Poglądy te były często krańcowo różne Idea Rolliera była ciekawa, a jej wynik: zachęcająca, gdyż daje ona szeroki dostęp słońca i tlenu do tkanek. Nie zupełnie zgadza się z całkowitem wyłączeniem zabiegów chirurgicznych w leczeniu gruźlicy kostnow stawowej. Zimne ropnie i martwaki zawsze wymagają zabiegu chirurgicznego, nie należy przeto wpaść w przesadę.

Kol. K o p c z y ń s k i S t., członek T-wa, stwierdza, że zagadnienie szkół-uzdrowiska jest zagadnieniem palącym, które było niejednokrotnie tematem obrad na zjazdach pedagogów i higienistów. Rollier połączył leczenie z wychowaniem i nauką i to jest jego olbrzymią zasługą. W Polsce to samo zrobił Dr. Szymon Starkiewicz w Busku, gdzie dzieci zajmują się pracą w ogrodzie, introligatorstwem i t. p. Podobny kierunek ma sanatorium w Zakopanem i szkoła-uzdrowisko w Istebnej.

Kol. G ł u z i ń s k i A., członek T-wa, omówił leczenie gruźlicy chirurgicznej niezależnie od warunków klimatycznych. Stwierdza dodatni wpływ pracy na psychikę chorego. Urządzenie i utrzymanie takiego sanatorium, jak w Leysin, jest bardzo kosztowne i nas nie stać na to. Mimo to i w Polsce też dość dobre wyniki otrzymuje się w leczeniu gruźlicy kostnow stawowej.

Kol. Ł a p i ń s k i W., członek T-wa, uważa, że nie wszyscy chorzy, wypisani z Leysin, są zdrowi. Gruźlica kostna leczy się dobrze i w naszym klimacie. W Polsce poza Górką i Zakopanem nie mamy innych zakładów. Leysin nie ma dobrego położenia, leży bowiem w kotlinie i ma mało dni słonecznych. Zakład Rolliera nie ma dowodów naukowych i trudno się na tamtejszych danych oprzeć.

W Polsce obecnie jest projekt oddania części Sanatorium w Otwocku na leczenie gruźlicy chirurgicznej.

Kol. R u t k o w s k i J., członek T-wa, zestawia metody lecznicze w Berck sur Mer z metodami w Leysin. Ma wrażenie, że wyniki w Leysin są lepsze. W Leysin również stosuje się leczenie unieruchomieniem, lecz krótkotrwałym, zapomocą prostych aparatów. Nie jest zwolennikiem wyłączenia zupełnego metod chirurgicznych w leczeniu gruźlicy kości. Są one niekiedy, np. w gruźlicy krętarza, bezkonkurencyjne. Wyniki leczenia gruźlicy kostnow stawowej u nas nie są dobre. ma jednak wrażenie, że w naszych warunkach dużo można zmienić na lepsze.

7. Odczyt kol. **S a b a t a B.**, członka T-wa, przesunięto z powodu spóźnionej pory na dzień 11/X. 1932 r.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 minut 35.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego : **M. Kruszówna.**

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
poświęconego 50-letniej rocznicy odkrycia prątka gruźliczego
przez Roberta Kocha
z dnia 4 października 1932 r.**

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa—66, wprowadzonych gości—32.

1. Kol. **Prezes** wygłosił krótkie przemówienie i zażądał obrady.

2. Kol. **Nitsch R.**, członek T-wa, przedstawił „Pogląd na prace R. Kocha (poza pracami dotyczącymi gruźlicy)” (streszczenie własne).

Prace Kocha nad gruźlicą stanowią szóstą część jego prac. Chociaż ludzie znają nazwisko Kocha głównie, jako odkrywcy prątka gruźliczego, jednak wiedzieć należy, że w innych dziedzinach medycyny dokonał on odkryć niezmierniej wagi. Odkrycia te i prace są następujące:

1) Odkrycie zarazków cholery i zbudowanie na tej podstawie planu walki z cholera, który to plan okazał swą praktyczność w zwalczaniu cholery w Niemczech w r. 1892/3 po epidemii w Hamburgu.

2) Wykrycie cyklu rozwojowego laseczników węglików, a w szczególności zarodników i wytłmaczenie powstawania epidemii węglików.

3) Wprowadzenie badań naukowych nad odkażaniem i stwierdzenie karbolu i sublimatu, jako b. dobrych środków dezynfekcyjnych. Wykazanie jak należy przeprowadzać odkażanie zapomocą pary wodnej i zapomocą suchego powietrza.

4) Wprowadzenie stałych pożywek bakterjologicznych w postaci ziemniaka i żelatyny, przez co stał się możliwy rozwój bakterjologii.

5) Wykazanie znaczenia czystych hodowli dla rozwoju bakterjologii.

6) Stwierdzenie, że choroby zakaźne wywołane są przez specjalne zarazki, co dawniej uważano za nonsens.

7) Znaczne posunięcie naprzód nauki o zimnicy. Koch pierwszy udowodnił, że są tylko 3 gatunki zimnicy, t. j. tertiana, quartana i tropica. Stwierdził, że t. zw. „Schwarzwasserfieber” jest to zatrucie chininą, nie mające często nic wspólnego z zimnicą. Uregulował leczenie i zapobieganie zimnicy chininą; wykazał, że można przez odpowiednie podawanie chininy uzdrowić okolice malaryczne o najgorszej sławie. Potwierdził odkrycie R. Rossa, badając rozwój zarazka zimnicy ptasiej u komarów.

8) Posunięcie naprzód badań w sprawie śpiączki afrykańskiej (Trypanosomiasis). Koch zbadał obyczaję muchy (*glossina palpalis*), przenoszącej tę groźną chorobę; wykazał, że żywi się ona głównie na krokodylach i że żyje wyłącznie na zadrzewionych brzegach rzek i jezior. O ile zadrzewienie zniszczyć, mucha znika. Zbadał dokładnie zarazek trypanosoma gambiense i jego zachowanie się w ustroju ludzkim i w ustroju muchy *glossina*. Wreszcie stwierdził, że atoxyl jest stosunkowo dobrym środkiem leczniczym i ustalił jego dawkowanie.

9. Badania nad tyfusem powrotnym afrykańskim (*typhus recurrens*): Koch udowodnił, że przenosicielem zarazka jest kleszcz (*ornithodoros msubata*), w którego ustroju zarazki się rozmnażają i to w jajnikach, skąd przechodzą do jaj i do młodych kleszczy. Te to młode kleszcze przynoszą zarazę. Wykazał różnice istniejące w przebiegu klinicznym między tyfusem powrotnym europejskim i afrykańskim i wykazał, że tyfus afrykański można przeszczepić na małpy i myszy. Zbadał biologię kleszcza *ornithodoros msubata*.

10) Stwierdził, że t. zw. „Afrikanisches Küstenfieber” jest piropłasmozą, przeneszoną przez kleszcze na bydło i odkrył częściowo rozwój pasorzyta.

11) Badał pomór bydła w Afryce „księgosusz” i odkrył 2 nowe sposoby szczepienia przeciw tej groźnej zarazie.

12) Badał dżumę ludzką w Indiach angielskich.

13) Podał plan zwalczania tyfusu i paratyfusów w Niemczech. Nakłonił rząd niemiecki do utworzenia kilkunastu stacyj w południowo-zachodnich Niemczech, stacyj, których jedynym celem było zwalczanie tyfusu brzuszno. Stał przez szereg lat na czele tej walki.

14) Jako najpoważniejszy doradca rządu niemieckiego w sprawach higieny napisał w ciągu 30 lat swego urzędowania tysiące orze-

czeń, sprawozdań, uwag, odpowiedzi i t. d., w rzeczach spraw zdrowia publicznego.

3. Kol. K a r w a c k i L., członek T-wa, omówił znaczenie odkrycia prątka gruźliczego w związku z rozwojem nauki o gruźlicy (streszczenie własne): po zobrazowaniu stanu techniki bakterjologicznej i poglądów na patogenezę gruźlicy w okresie poprzedzającym odkrycie prątka gruźliczego prelegent przedstawił trudności, które piętrzyły się na drodze do odkrycia i które geniusz Kocha pokonał. Własne słowa Kocha, przytoczone przez prelegenta, uwydatniają znaczenie tego odkrycia dla dżagnostyki i profilaktyki gruźlicy.

Wkońcu prelegent zatrzymał się jeszcze na objawie Kocha, uważanym przez niektórych badaczy za kamień węgielny odporności w gruźlicy i na odkryciu tuberkuliny.

Wyrazami podziwu i czci zakończył prelegent swój odczyt.

4. Kol. G o r d z i a ł k o w s k i J., omówił „Rzcpowszechnienie gruźlicy zwierzęcej i jej znaczenie” (streszczenie własne): gruźlica cd czasów starożytnych była traktowana, jako choroba niebezpieczna i udzielająca się ludziom i zwierzętom, chociaż istota jej była ukryta, aż do czasów R. Kocha.

Dopiero badania Villemin'a, Kocha i innych dały podstawę do stwierdzenia, że gruźlica człowieka i zwierzęcia stanowi tylko różne formy tej samej zarazy, wykryty zaś przez Kocha prątek gruźliczy posłużył do rozpoznawania różnych postaci gruźlicy, jak również dał możność rozwiązania szeregu zagadnień sanitarnych. Okazało się, że mleko krowie jest nosicielem zarazków gruźliczych i jest niebezpieczne dla zdrowia ludzi nie mniej, niż wydzieliny i wydaliny różnych chorych. Więc powstała konieczność wyjąławiania mleka krowiego metodą pasteryzacji, a również konieczność badania krów na gruźlicę. Koch tu przyczynił się w ogromnej mierze sporządzając tuberkulinę, która posłużyła niezawodnym środkiem dżagnostycznym. Przeto tuberkulinizacja krów dziś stała się zabiegiem najkonieczniejszym w obrach. Metodą tą udało się już w różnych krajach wykryć ogromne rozpowszechnienie gruźlicy pośród bydła: w Anglii od 26 do 70%, w Belgji do 48% w Danji do 40%. U świń gruźlica szerzy się przeważnie wskutek żywienia mlekiem odtłuszczanem, a odsetek chorych dochodzi do 4—14%. Do zakażenia zwierząt (świń, koni), często przyczynia się też gruźlica ptasia, napastująca często kury, papugi i inne ptactwo. Konie na gruźlicę chorują rzadko od 0,1—1,6%, a wśród kóz i owiec gruźlica dochodzi zaledwo 0,1—0,7%; psy i koty chorują zaledwo w 1%.

Później jednak Koch wypowiedział odmienną opinię, że gruź-

lica ludzka różni się od gruźlicy bydłowej, że ludzka nie jest zjadliwą dla bydła i to spowodowało szereg nowych badań, które udowodniły, że istnieją różne typy prątków gruźlicy odmiennej zjadliwości. Równocześnie zostało stwierdzone, że prątki typu bydłowego są często spotykane u ludzi w gruczołach chłonnych szyjnych, oraz w jelitowych w wieku młodym do 40%. Pasażowanie przez szereg ustrojów powoduje zmiany właściwości prątków. Gabbet podaje, że prątki typu bydłowego u ludzi w Anglii są bardzo częste, gdyż istnieje zwyczaj karmienia dzieci mlekiem surcowem.

Sprawa więc konieczności pasteryzacji mleka krowiego została aktualną, walka zaś z gruźlicą u bydła musi być zorganizowana za pomocą tuberkulinizacji bydła w oborach i dozoru nad mlekiem na rynkach, w mleczarniach i t. d.

5. Kol. O w c z a r e w i c z L., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Gruźlica w wojsku polskim” (streszczenie własne).

Zademonstrowane tablice statystyczne wykazują ilość zachorowań na gruźlicę w wojsku Polskim i pozwalają dojść do wniosku, że gruźlica w armji polskiej w czasie od 1922 do 1931 roku trzyma się mniej więcej na tym samym poziomie. Wahania są niewielkie nie przewyższając 1,67 na 1000 stanu liczebnego. Największą ilość zachorowań, bo 7,94 na 1000 wykazuje rok 1928, najmniejszą 6,27 daje rok 1924-ty. Najwyższą umieralność 1,95, na 1000 wykazuje rok 1923. W tym samym roku widzimy również bardzo wysoką śmiertelność 27,8%. Najmniejszą umieralność 0,36 na 1000 i śmiertelność 4,8% wykazuje rok 1930.

Zmniejszanie się umieralności w ostatnich latach częściowo objaśnia się większą sprawnością komisji lekarskich i zwalnianiem chorych do domu.

Przechodząc do wykazu liczb zachorowań według miesięcy, daje się zauważyć, że największe ilości dają miesiące marzec i kwiecień, chociaż i lipiec wykazuje pewną wyżkę zachorowań. To ostatnie wzmoczenie się zachorowań można objaśniać rozpoczęciem się w tym czasie większych ćwiczeń i manewrów, jak również reakcją wiosennego wcielenia pchorowych do wojska. Tablica wykazująca średnie ilości zachorowań na gruźlicę w przeciągu ostatnich 10-ciu lat i obliczana według D. O. K. wskazuje, że największe ilości dają: Lublin 18,19, Kraków 14,22 i Łódź 9,52 na 1000. Najmniejsze zaś Poznań 2,18, Brześć 4,19 i Grodno 4,37 na 1000.

Jeżeli porównamy te ilości z liczbami podanymi przez Grodeckiego i Sielickiego dla województw, to widzimy, że największe ilości w niektórych okręgach odpowiadają w pewnym stopniu odpowiedniemu województwom, z wyjątkiem Lublina, który jako miasto daje wysoką liczbę zachorowań, natomiast jego województwo nie prze-

wyższa innych województw. Przy omówieniu tych danych należy mieć na uwadze, że ze względów organizacyjnych poborowy nie zawsze odbywa służbę w swoim okręgu.

Główne miejsce wśród zachorowań na gruźlicę w armii polskiej zajmuje gruźlica płuc, natomiast gruźlica prosówkowa i gruźlica innych narządów nie przewyższa 1,2 na 1000. Śmiertelność z prosówkowej gruźlicy w wojsku naturalnie jest bardzo wysoka. Zmniejszanie się tych czy innych postaci gruźlicy w ostatnich latach w wojsku, można objaśnić silniejszym eliminowaniem poborowych przez komisje lekarskie.

Jeżeli przyjmiemy pod uwagę cyfrę 27 na tysiąc podaną przez Grodeckiego dla zachorowań na gruźlicę wśród ludności cywilnej w Polsce, to widzimy, że pomimo ujemnego wpływu służby wojskowej na rozwój gruźlicy i młodego wieku poborowych ilość zachorowań w wojsku jest kilkakrotnie mniejsza.

To zawdzięcza armja pracy swoich komisji lekarskich. Porównując zachorowania w naszej armji z armjami innych Państw, widzimy, że Anglja, Niemcy i Włochy są od nas w lepszym położeniu, Francja zmniejszając ilości zachorowań w swej armji dorównuje nam, natomiast Norwegja, Serbja i Bułgarja są w gorszych od nas warunkach, gdyż mają większe ilości zachorowań.

Reasumując to, co podają nasze i obce piśmiennictwa o sposobach zabezpieczających armję od gruźlicy, należy dojść do wniosku, że usprawnienie działalności komisji poborowych, ulepszenie higieny koszar, odżywiania i trybu życia żołnierzy mogą zrobić bardzo dużo. Jednak armja, jako składowa część swego społeczeństwa nie może być wolna od gruźlicy, dopóki choruje na nią całe społeczeństwo. Dlatego zagadnienie gruźlicy w armji jest nierozdzielnie związane z tem samym zagadnieniem w cywilnym społeczeństwie i walka z gruźlicą musi być prowadzona przez całe społeczeństwo.

6. Kol. Misiewicz J., członek T-wa, omówiła „Znaczenie odkrycia prątka gruźliczego dla kliniki gruźlicy ludzkiej” (streszczenia nie nadesłano).

Rozprawy nad punktami 2, 3, 4, 5, 6, porządku obrad:

Kol. Głuziński A., członek T-wa, wspomina o czasach odkrycia prątka gruźliczego i otrzymania tuberkuliny oraz jej stosowania. Był naczynym świadkiem leczenia tuberkuliną w Berlinie przez ówczesnych wybitnych klinicyстів niemieckich i widział, jaką olbrzymią szkodę wyrządzono chorym. Po powrocie do Krakowa przestrzegał przed stosowaniem tuberkuliny bez uprzedniego wypróbowania jej działania na ustrój i ustalenia dawek leczniczych. Jednak do tych przestróg odnoszono się z niewiarą, nic też dziwnego, że

spozstrzegął przypadki śmierci po leczeniu tuberkuliną. Dziś dopiero wyjaśniło się, dlaczego R. Koch ogłosił pracę o leczeniu tuberkuliną, nie ustalwszy jej działania ani dawek. Stało się to na wyraźny rozkaz cesarza Wilhelma I.

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

Frenklowa. Krztusiec, jego przebieg kliniczny i leczenie. Polskie Monografie i wykłady klin. Zesz. VI. Warszawa, 1930.

Kok. Aertzliche Ratschläge und Winke, betreffend die Seereise, den Aufenthalt auf Inseln und den Gebrauch des Seebades. Wyd. 3. Emden u. Borkum, 1896.

Panyrek. VI. Sezd C. S. L. Prirodopytcu, Lekarů a Inženýrynu a II. Sjezd Vseslovanskeho Svazu Lekarskeho v Pradze o Letnicich 1928. V Praze, 1929.

Pruvost. Appareil respiratoire. Paris, 1931.

Ramadier. La syphilis auricilaire. Oreille et nerf acoustique. Paris, 1928.

Rolleston. L'âge, la vie, la maladie. Paris, 1930.

Sawicz. Wymiary serca prawidłowego na podstawie badań ortodiagnostycznych. Odb. z „Przeglądu Radiologicznego“. T. VII, zesz. 1 — 2.

Zawadowski. Radjodjagnostyka układu wydzielania wewnętrznego. Odb. z Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego. R. 1932, Nr. 29, 31—32, 33.

Zembrzuski L. Jan Wolfgang Goethe a medycyna. Odb. z Medycyny. R. 1932, Nr. 16.

„ Kilka uwag w sprawie wczesnego rozpoznawania raka języka. Odb. z „Lekarza Wojskowego“. T. XX. Nr. 3.

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego“. T. VII. Zesz. 1—2.

Acta Oto-Laryngologica. Vol. XIII. Fasc. 1. 2. Stockholm, 1929.

Bulletins et Mémoires de la Sociétés des Chirugiens de Paris, r. 1928, Nr. 7, 8, 9.

Les grandes figures médicales contemporaines. Album offert exclusivement au corps medical par Deschiens. Paris. b. d. wyd.

Willkommen in polnischen Bade- und Kurorten. Verband der Polnischen Bade und Kurorte. Warszawa, B. d. wyd. I. Wydanie.

Endokrinologie. Zentralblatt f. d. Gebiet der Inneren Sekretion u. Konstitutionsforschung. R. 1930. Bd. VII. H. 1—6. R. 1931. Bd.

VIII. H. 1—6. Bd. IX. H. 1—6. R. 1932. Bd. X. H. 1—6. Bd. XI. H. 1—3.

Aserbajdżańska Medycyńska Zeitschrift. R. 1928. Nr. 1. Baku.
 Ukrainiskij Miedzicnij Archiw. T. II. Zesz. 1—2. Charkiw, 1928.

8. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 27.IX. 1932 r. przyjęto.

Prezes: **Witold Orłowski**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski**

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
 TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
 z dnia 11 października 1932 r.**

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa—51, wprowadzonych gości—45.

1. Protokół posiedzenia z dnia 4 października r. 1932 przyjęto.

2. Kol. **Rutkowski J.** (członek T-wa) i **Kalinowski R.** przedstawili chorego z rakiem żołądka, operowanego we wczesnym okresie (słreszczenie własne): przypadek, który mi dostarczył do zabiegu operacyjnego kol. R. Kalinowski, zasługuje na uwagę jeszcze z tego względu, że jest to rak dwuogniskowy, jak to widać na preparacie wyciętego żołądka, który przedstawiam. Przypadki takie są wyjątkowe (2 przypadki Verségo, 3 Konjetznego, 2 Jasińskiego, 1 — nasz). Na naszym preparacie na ścianie tylnej żołądka widzimy dwa oddzielne miękkie guzy, pokryte brodawkowatymi wyrostkami, na niezbyt szerokiej podstawie, z których jeden wielkości około dużego orzecha włoskiego leży bliżej wpustu, drugi mniejszy — wielkości orzecha laskowego, bliżej odźwiernika. Badanie mikroskopowe (Dr. A. Siedlecka): adenocarcinoma. Raki te mogły powstać na podłożu przewlekłego niezłytu żołądka.

Rozprawy:

Kol. **Kryński L.** (członek T-wa) — podkreśla, że jedynym racjonalnym leczeniem raków żołądka jest leczenie chirurgiczne. Należy jednak zabieg operacyjny stosować możliwie wcześnie. W przypadkach raka sutka w 5/6 przypadków mamy dobre wyniki operacyjne, ale zabiegi operacyjne są wykonywane wcześnie, w przypadkach nowotworów narządów wewn. statystyka jest dużo gorsza, bo naogół operacje są późne. Rozpoznawanie raka narządów wewnętrznych naręcza niekiedy duże trudności. Przytacza przypadek własny oraz **Harłmana**, gdzie klinicznie wydawało się, że mamy do czynienia z wczesnym okresem raka, a na operacji okazało się, że sprawa jest

daleko posunięta (zrosty z otoczeniem). Ma zastrzeżenia co do wyrażenia, „we wczesnym okresie”.

Kol. P a s z k i e w i c z L. (członek T-wa), na pytanie kol. R u t k o w s k i e g o co do możliwości wieloogniskowego powstawania odpowiada twierdząco. Jest to rzecz znana i dotyczy nowotworów łagodnych np., włókniako-mięśniaki macicy. W żołądku jest to sprawa spotykana rzadko i trzeba się liczyć z możliwością przerzutu. Trzeba by dokładnie zbadać skrawki pomiędzy obydwoma tworami. Z punktu widzenia anatomo-patologicznego jest dość ryzykowne mówienie o przekształcaniu się nowotworów złośliwych w dobrotliwe.

Kol. Z a l e s k i M. (członek T-wa), wyjaśnia, że rozpoznanie raka żołądka oparł na nieprawidłowościach zarysów śluzówki, sztywności z drobnymi nierównościami. Po upływie 2 tygodni obraz rentgenologiczny był taki sam. To go utwierdziło w rozpoznaniu.

Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa) — zgadza się z Kol. K r y ń s k i m, że trudno z całą pewnością twierdzić, że sprawa rozpoczęła się dopiero przed miesiącem. Ale również trudno z całą pewnością stwierdzić, że początek choroby datuje się od 3 lat, kiedy chory odczuwał pewne dolegliwości. W odpowiedzi kol. Paszkiewiczowi stwierdza, że klinicysta musi wierzyć w możliwość przekształcania się nowotworów dobrotliwych w złośliwe, np. w przypadkach guzów piersi.

5. Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa) i kol. J a r o s z e w i c z W ł. przedstawili chorego, operowanego z powodu dużego rozszerzenia żołądka w zwężeniu odźwiernika (streszczenie własne): w dużym rozszerzeniu żołądka z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika samo zespolenie nie wystarcza do przywrócenia drożności żołądka, żołądek taki źle się opróżnia przez zespolenie, gdyż po bokach jego zwisają dwa duże worki z zalegającą treścią. O ile stan chorego na to pozwala, R. — jest zwolennikiem w tych przypadkach doraźnej resekcji dużego żołądka; o ile zaś stan jest ciężki, rozkłada zabiegi operacyjne na 2 tempa: najpierw zespolenie, potem usunięcie części żołądka, znajdującej się pomiędzy odźwiernikiem a zespoleniem. W omawianym przypadku R. dokonał od razu resekcji, ponieważ stan chorego nie był najgorszy.

Byłoby pożądanę, ażeby koledzy interniści zbyt nieprzewlekali leczenia wewnętrznego (płukanie) i dawali chorych wcześniej do zabiegu niż in extremis.

Kol. K r y ń s k i L. (członek T-wa) — stwierdza dodatnie wyniki zabiegu operacyjnego, wykonanego przez Kol. R u t k o w s k i e g o. Ponieważ jest to zabieg ciężki, uważa, iż należało zacząć od zabiegów lżejszych, a więc od pyloro-plastyki. Gdyby ta zawiodła, to paru ty-

godniach możnaby wykonać gastroduodenostomię, wytwarzając w ten sposób jak najpomyślniejsze warunki dla trawienia. I dopiero w razie niepomyślnego wyniku należało pomyśleć o resekcji. W tym przypadku otrzymane wyniki są w znacznej mierze zależne od młodego wieku chorego.

Kol. Zaorski J. (członek T-wa) wyjaśnia, że w chwili obecnej chirurgja stara się leczyć podstawę choroby w przypadkach wrzodu żołądka. W omawianym przypadku duża kwasota wskazywała raczej na trwającą sprawę zapalną. Zabiegiem operacyjnym uzyskiwaliśmy drożność, ale zarazem pozbyliśmy się części żołądka usuwając treść drażniącą. Do zabiegów wspomnianych przez Kol. Kryńskiego, nie uciekamy się, gdyż w przypadkach istniejących zrostów są trudne, lub niemożliwe. Możemy również natrafić na powierzchnię wrzodzącą co nie przyczyni się do wygojenia sprawy. Kol. Zaorski jest zwolennikiem metody Rydygiera, przy której usuwamy również część wydzielniczą.

Kol. Rutkowski J. (członek T-wa) — w odpowiedzi kol. Zaorskiemu wyjaśnił, że wrzód był już zagojony, za czym przemawiało badanie treści. Wydaje mu się wątpliwem, aby można było osiągnąć wyniki dodatnie, za pomocą metod plastycznych.

4. Kol. Mikułowski W. (członek T-wa), przedstawił przypadek infantilismi renalis u 12-letniego chłopca (streszczenie własne): Chłopiec proporcjonalnie zbudowany ma wagę dziecka 6-letniego, a wzrost chłopca 8-letniego t. j. 16.6% odchylenia od normy. Badanie rentgenologiczne czaszki, kości długich i jam narządów wewnętrznych ujemne. W szkole jest najniższym chłopcem w klasie, posiada żywą inteligencję. Zahamowanie wzrostu zaczęło się w 6-ym roku życia. Od tego czasu chłopiec wykazuje przewlekłe, bezgorączkowe krwotoczne zapalenie nerek, ze względną kompensacją, z suchą retencją chloru, z acidozą, bez azotemji, z moczem o niskim ciężarze gatunkowym i z małą zawartością białka, skąpą hematurją i cylindrurją. Mimo twarzy bladej, kośćca drobnego i mięśni upośledzonych dziecko jest pozornie zupełnie zdrowe, bo poza zwiększoną diurezą, wolne od dolegliwości. Jakkolwiek rola toksyczna ukrytego zakażenia gruźliczego nie jest w przypadku tej nephropatii wykluczona — to jednak trudno ją udowodnić. Brak podejrzeń w kierunku kiły wrodzonej.

Przypadek porusza zagadnienie przyczyny karłowatości dziecka niezależnej od krzywicy, ale od cierpienia nerek. Schorzenie przewlekłe tego narządu powoduje w skutku wypadnięcie funkcji endokrynalnej nerki. Sprawa ta wprowadzona została do piśmiennictwa przez autorów amerykańskich Hilla i Hunta.

Rozprawy:

Kol. S a b a t B r. (członek T-wa) — uważa za wielką lukę brak rentgenogramów chorego, wobec czego tło karłowata nie jest wyjaśnione.

Kol. C i e s z y ń s k i T. (członek T-wa) podkreśla brak badania psychiki w omawianym przypadku. Dziecko zachowywało się cały czas bardzo niespokojnie. Może pochodzi ono z rodziny neuropatycznej i nieprawidłowy rozwój psychiki doprowadził do takiego zahamowania wzrostu. Uważa za niesłuszne wiązanie karłowatości z niedomogą trzustki lub nerek, gdyż nie znamy żadnej wydzieliny tych narządów, któraby hamowała wzrost. Być może, iż w przyszłości zostanie to wykryte, w chwili obecnej jednak takie ujmowanie sprawy jest niesłuszne. Należy doceniać wpływ momentów psychicznych na wzrost.

Kol. M i k u ł o w s k i W. (członek T-wa) — wyjaśnia, że rentgenogramy chorego były zupełnie prawidłowe, również klinicznie nic nie przemawiało za zmianami w kościach (badania krwi). Co do infantilismus renalis — sprawa ta ma różne nazwy i nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona.

4. Kol. S a b a t B r. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t.: „Przyczynę do semiologii i patogenezy choroby Albers-Schönberga (marmurowatość kości)„ — (streszczenie własne): w r. 1904 przedstawił Albers-Schönberg w Towarzystwie Lekarskim w Hamburgu przypadek nieznaney, osobiłej postaci osteosklerozy ogólnej, — zagęszczenia tkanki kostnej prawie wszystkich kości. Przypadek ten opisał Albers-Schönberg w r. 1907, przyczem podał główną cechę znamioną tego schorzenia układowego, polegającą na tem, że substancja gąbczasta kości zagęszcza się, zatracą swoją strukturę, staje się jednolicie zbitą, oraz kruchą, mniej sprężystą, przez co upodabnia się do marmuru. A także kość w ten sposób zmieniona przypomina wyglądem swym w obrazie radiologicznym na negatywie biały marmur kararyjski. Porównanie użyte przez Albers-Schönberga przyjęło się w piśmiennictwie, co znalazło swój wyraz, w tem, że późniejszy autcrowie w opisach swoich przypadków tej choroby nazywają ją „Marmorknochenerkrankung“ i mówią o „Marmorskelett“ „Marmor Knochen“, „les os marmoréens“, „marble bones“. Jako odpowiednik w j. polskim do wyrazu „Marmorknochenerkrankung“ proponuje prelegent wyrażenie: „marmurowatość kości“, przyczem zauważa celem uniknięcia nieporozumienia, że miano „marmurowatość“, użyte w znaczeniu powyższem oznacza zgoła co innego, niż wyraz o podobnem brzmieniu, „marmurkowatość“, która oznacza podobieństwo do niektórych rodzajów marmuru pod względem żyłkowatości. Wyraz „marmurkowatość“ byłby zatem tu niewłaściwy i nie należy go utożsamiać z „marmurowa-

tością". Podobnie przez niektórych autorów francuskich użyta nazwa „les os marbrés” nie jest właściwą; natomiast odpowiednie jest wyrażenie, podane przez prelegenta na III Międzynarodowym Kongresie Radjologicznym „les os en marbre”. Angielski autor Karschner, a za nim inni jak Dupont używają na oznaczenie choroby Albers-Schönberg’a wyrazu „osteopetrosis”. Niektórzy autorowie opisali swoje przypadki schorzenia tego pod nazwą „osteosclerosis generalis”, która to nazwa jednak jako zbyt ogólna z pojęciem ściślejszym marmurowatości kości nie pokrywa się.

Choroba Albers-Schönberg’a jest naogół jeszcze mało znaną. Nawet w wielkich podręcznikach patologii szczegółowej i anatomii patologicznej niema o niej wzmianki lub jest bardzo mało. Najwięcej znajdujemy o niej w piśmiennictwie radjologicznym, co się tem tłumaczy, że odkrycie tej choroby i rozpoznanie jej we wszystkich dotychczas notowanych przypadkach zawdzięczamy promieniom Roentgena. Dotychczas jest notowanych w piśmiennictwie około dwudziestu przypadków tej choroby, w tem 3 przypadki prelegenta. Pierwszy przypadek marmurowatości kości, rozpoznany w Polsce, przedstawił prelegent w r. 1929, w Towarzystwie Radjologicznym Lekarskim Polskiem i również referował o nim w Verhandlungen d. Deutschen Röntgengesellschaft B. 21 w r. 1930. O wszystkich trzech swoich przypadkach marmurowatości kości referował prelegent na III Zjeździe Ortopedów Polskich w r. 1930 i na III Międzynarodowym Kongresie Radjologicznym w Paryżu w r. 1931. Z polskich autorów jeden przypadek schorzenia tego opisał Krzepisz w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym T. XI. Z. IV, r. 1932.

Jak świadczą przypadki prelegenta, a także innych autorów, choroba ta może pozostać przez czas dłuższy nierozpoznaną i wymyka się nieraz właściwemu rozpoznaniu, gdyż objawy jej kliniczne. wcale niecharakterystyczne mogą nasunąć lekarzowi inne rozpoznanie, zwłaszcza, jeśli choroby, o której mowa, nie zna i nie wie, że dotychczas tylko jej objawy radjologiczne są patognomoniczne, a także zdarsza się, że radjolog choroby tej nie rozpoznaje, zwłaszcza, jeśli ogranicza się tylko do zbadania niewielkiej części szkieletu. Prelegent zauważa, że obrazy radjologiczne kości w chorobie tej nawet przy zastosowaniu należytej techniki mogą być nieraz łudząco podobne do radjogramów niedoeksponowanych lub dokonanych promieniami mało przenikliwymi czyli miękkimi. Okoliczność ta była również nieraz przyczyną nierozpoznania choroby tej przez radjologa.

Prelegent na podstawie kazuistyki zebranej w piśmiennictwie i studjów dotyczących swoich 3 przypadków kreśli poniżej szkic obra-

zu chorobowego tej wyraźnie dającej się wyodrębnić jednostki nozologicznej.

Ze zmian patologiczno-anatomicznych na pierwszy plan wysuwają się zmiany w układzie kostnym. W przypadkach dotychczasowych zostały one stwierdzone radiologicznie, w kilku zaś przypadkach również przesz autopsję z badaniem makroskopowym i mikroskopowym. Polegają one przede wszystkim na znamiennej postaci osteosklerozy ogólnej, której rozmieszczenie jest naogół regularne, symetryczne i zależne od stosunków rozwojowych i morfologicznych kości, co nadaje schorzeniu znamiona choroby układowej. Osteoskleroza polega na zagęszczeniu substancji gąbczastej t. j. na zwiększeniu ilości substancji kostnej w jednostce objętości. Zwiększenie ilości i grubości morfologicznych pierwiastków kostnych substancji gąbczastej t. j. blaszek i beleczek kostnych w chorobie Albers-Schönberga odbywa się w miejscach śródchrząstkowego, a także śródkostnego wytwarzania kości, podczas gdy funkcja kościotwórcza okostnej okazuje się niezmienną lub gdzieniegdzie tylko nieznacznie wzmożoną. Śródkostne (endostalne) zwiększenie ilości substancji kostnej odbywa się w kierunku jam i przestrzeni szpikowych, które zacieśniają się lub zupełnie zarastają. Ścianki i beleczki substancji gąbczastej grubieją przez nakładanie się na nie nowych warstw kostnych, a jamki i szczeliny między starymi ściankami i beleczkami wypełniają się ściankami i beleczkami nowymi, przez co substancja gąbczasta staje się jednolicie zbitą i zatracą swoją strukturę.

Osteoskleroza w chorobie Albers-Schönberg'a występuje w postaci dwojakiej: jako rozlane zagęszczenie tkanki kostnej (osteosclerosis diffusa), obejmujące całą kość lub znaczną część kości i niemające w obrębie kości wyraźnego odgraniczenia i jako osteoskleroza ograniczona (osteosclerosis circumscripta), która w obrębie kości jest naogół regularnie i wyraźnie ukształtowana. Występuje ona w postaci szeregu warstw zagęszczonej tkanki kostnej naogół równoległych do warstwy wzrostu śródchrząstkowego kości, przedstawiających się zatem na rentgenogramach kości długości w postaci szeregu równoległych linii wzgl. pasm cieniowych o silnym natężeniu, poprzecznych do osi podłużnej kości, na rentgenogramach współśrodkowych linii wzgl. pasm cieniowych intensywnych o kształcie, odpowiadającym zewnętrznej konfiguracji kości, na rentgenogramach zaś talerzy biodrowych w postaci szeregu współśrodkowo ułożonych linii wzgl. taśm cieniowych, łukowatych, równoległych do grzebienia kości biodrowej. Równoległe warstwy osteosklerozy mogą znajdować się tak blisko siebie, że uwarstwienie zaledwie daje się zauważyć lub mogą zlewać się ze sobą, tworząc jednolite zagęszczenie tkanki kostnej, które przed-

stawia się na rentgenogramie w postaci szerokiej taśmy cieniowej o silnym jednostajnym natężeniu. Tkanka kostna między warstwami osteosklerotycznymi może być o wyglądzie prawidłowym lub może być zagęszczona w mniejszym stopniu niż osteosklerotyczne warstwy, między którymi się znajduje, najczęściej jednak jest ona osteoporotyczna. To występowanie obok osteosklerozy zmian osteoporotycznych zdaje się należeć do stałych objawów choroby Albers-Schönberg'a. Nieraz obraz radiologiczny kości w ten sposób zmienionej sprawia wrażenie, że w obrębie kości nastąpiło przemieszczenie wapnia, tworząc naprzemienne warstwy przewapnione i warstwy odwapnione, niby wydmy piasku i doły między nimi. W trzonach kręgów we wszystkich trzech przypadkach prelegenta widoczne są 3 warstwy mniej więcej jednakowej grubości: warstwy górna i dolna jednolicie osteosklerotyczne, środkowa zaś osteoporotyczna. Niekiedy w obrębie środkowej części kości np. kości skokowej, kości piętowej, rzepki kolanowej widuje się osteosklerotyczne jądro kostne w postaci wysepki substancji, zbitej, otoczonej tkanką osteoporotyczną.

Osteosklerozą ograniczoną jest wynikiem zaburzenia kostnienia śródchrząstkowego, osteosklerozą zaś rozlaną jest wynikiem zaburzenia kostnienia śródkostnego (ossyfikacji endostalnej). Uwarstwienia osteosklerotyczne świadczą o niejednostajnym, ew. przerywanym przebiegu sprawy chorobowej, której wynikiem jest osteosklerozą. Warstwy osteosklerotyczne odpowiadają zaostreniom sprawy chorobowej, między nimi zaś znajdujące się warstwy, które nie uległy osteosklerozie lub uległy jej w mniejszym stopniu, odpowiadają przerwom lub zwolnieniom procesu chorobowego. Warstwy osteosklerotyczne są naogół równoległe do powierzchni wzrostu śródchrząstkowego kości t. j. do powierzchni granicznej między kością i chrząstką. Grubość warstwy osteosklerotycznej jest tem większa, im dłużej trwało zaostrenie sprawy chorobowej, w czasie którego warstwa osteosklerotyczna wytworzyła się i im dłuższy był wzrost kości. Warstwa osteosklerotyczna najwięcej oddalona od powierzchni kości krótkiej lub od końca kości długiej, jest najstarszą i odpowiada pierwszemu zaostreniu wzgl. początkowi sprawy chorobowej. Z położenia najstarszej wzgl. najstarszych warstw osteosklerotycznych w obrębie kości można oznaczyć wielkość kości w początku choroby, a zatem w przybliżeniu wiek, w którym choroba rozpoczęła się. Ono też przemawia za tem, że proces osteosklerotyczny rozpoczyna się w okresie życia płodowego lub wczesnego dzieciństwa, to zaś, że w niektórych, jeśli nie we wszystkich przypadkach chorych dorosłych uwarstwienia osteosklerotyczne sięgają do krańcowych miejsc kostnienia śródchrząstkowego, wskazuje, że proces osteosklerotyczny przebiega conajmniej do końca

wzrostu kości. Po ukończonym wzroście śródchrząstkowym nowe warstwy osteosklerotyczne powstawać nie mogą. Natomiast osteosklerozą rozlaną, będącą wynikiem zaburzenia kostnienia śródkostnego może wytwarzać się również po ukończonym wzroście śródchrząstkowym, gdyż w tkance kostnej żyjącej wciąż odbywa się jej przebudowa, zanikanie starych i powstawanie nowych pierwiastków kostnych, nieustająca gra procesów kościotwórczego i kościogubnego, ciągły ubytek i przybytek tkanki kostnej. Osteosklerozą zaś jest wynikiem zaburzenia tej w żyjącej kości wciąż przebiegającej gry procesów osteoplastycznego i osteoklastycznego, wynikiem zaburzenia ich równowagi z przewagą procesu kościotwórczego wzgl. z niedomogą procesu kościogubnego. Prelegent stwierdził u swoich chorych, którzy doznali złamania kości po ukończeniu wzrostu, osteosklerotyczne zmiany kostniny, co przemawia za tem, że sprawa chorobowa czynna, której wynikiem jest osteosklerozą, może przebiegać w dalszym ciągu u osobników dorosłych.

Kształt i umiejscowienie warstw osteosklerotycznych w poszczególnych kościach są zależne od ich stosunków rozwojowych i morfologicznych tak dalece, że z faktów patologicznych możemy nieraz wnioskować o faktach prawidłowych. Prelegent podaje kilka przykładów. Osteosklerozą uwarstwioną może nawet powstać tylko w tych częściach szkieletu, które wytwarzają się przez kostnienie śródchrząstkowe, tak np. prelegent spostrzegł u swoich dwóch chorych osteosklerotyczne uwarstwienie obojczyka tylko w jego części końcowej, bocznej (distalnej), która w przeciwstawieniu do trzonu obojczyka, rozwijającego się z zawiązku łącznotkankowego, wytwarza się z zawiązku chrząstkowego. W przypadkach prelegenta i kilku innych autców stwierdza się w kości piętowej dwa układy warstw osteosklerotycznych: jedno uwarstwienie w trzonie kości, uwidocznione na zdjęciu bocznem kości piętowej w postaci układu współśrodkowych linii osteosklerotycznych, ułożonych wokoło jądra kostnienia trzonu, drugie zaś przedstawia się na rentgenogramie bocznych kości w postaci układu linii osteosklerotycznych łukowatych i naogół równoległych do obrysu guza kości piętowej (tuber calcanei). Pierwsze uwarstwienie odpowiada wzrostowi śródchrząstkowemu wokół jądra kostnego trzonu, drugie uwarstwienie procesowi kostnienia śródchrząstkowego z warstwami wzrostu kości równoległymi do powierzchni chrząstki nasadowej między trzonem i apofizą guza kości piętowej. Z kształtu i położenia warstw osteosklerotycznych, spostrzeganych w trzonach kręgów można wnioskować, że śródchrząstkowy wzrost trzonu kręgu postępuje warstwami płaskimi, równoległymi do górnej i dolnej powierzchni, od środka w dwóch przeciwległych kierunkach, mianowicie prostopa-

dle do górnej i do dolnej powierzchni trzonu kręgu. Również poprzez analizę zjawisk osteosklerotycznych w trzonach kręgów prelegent wyjaśnia genezę niektórych szczegółów kształtu trzonu kręgowego jak np. wklęsłości jego powierzchni obwodowej.

Zmiany osteosklerotyczne kości są po obu stronach naogół jednakowe (symetryczne). Pod względem jakości rozmieszczenia ich w rozmaitych przypadkach daje się stwierdzić daleko idące podobieństwo, jakkolwiek przypadki różnią się między sobą pod względem stopnia nasilenia i rozległości zmian kości analogicznych.

Kształt i wielkość kości przedstawiają się prawidłowo lub są w niektórych miejscach nieznacznie tylko zmienione. Mianowicie widuje się nieznaczne zgrubienie niektórych osteosklerotycznych części kości, nieznaczne, maczugowate zgrubienia epimetafiz niektórych kości długich, płaskie hiperostozy, podobne do przywarstwień okostnych pochodzenia zapalnego, nierówność i chropowatość powierzchni niektórych kości, zgrubienie wyrostków pochyłych kości klinowych, powodujące zmniejszenie siodelka tureckiego. Nieraz stwierdza się brak niektórych lub wszystkich zatok obocznych nosa i komórek pneumatycznych. Wcześniej występująca osteosklerozę może przeszkodzić ich wytworzeniu. Mniej prawdopodobnym jest, by po wytworzeniu ich występowało kostne zarośnięcie.

Wzrost i wygląd zewnętrzny osobników dotkniętych chorobą Albers-Schönberg'a może przedstawiać się prawidłowo, zwłaszcza w tych przypadkach, w których choroba przebiega łagodnie. Tak było we wszystkich trzech przypadkach prelegenta. U niektórych dzieci dotkniętych chorobą Albers-Schönberg'a stwierdzono niedorozwój fizyczny, opróżnienie pojawienia się jąder kostnych i upośledzenie wzrostu. W niektórych przypadkach spostrzegano niekształtności głowy (kości czaszki i twarzy), jednak bez typu charakterystycznego. Notowano też wysadzenie oczu wskutek zgrubienia i zniekształcenia ścian kostnych oczodołów. Czy spostrzegane w niektórych przypadkach wodogłowie i wieżowatość czaszki są w związku z chorobą Albers-Schönberg'a, trudno powiedzieć.

W niektórych przypadkach choroby Albers-Schönberg'a stwierdzono rozległe i znacznego stopnia zwapnienia naczyń oraz ogniska zwapnienia w narządach wewnętrznych. Prelegent w jednym ze swoich przypadków, u mężczyzny 42-letniego, stwierdził rozległe zwapnienia tętnic zwłaszcza w jamie miednicy i w kończynach dolnych.

Objawy kliniczne w chorobie Albers-Schönberg'a są przeważnie następstwem zmian kostnych. Zarówno wskutek osteosklerozy, prowadzącej do zaniku prawidłowej wewnętrznej, „funkcjonalnej” budowy i do zmniejszenia sprężystości kości, oraz wskutek często występują-

cego niedowapnienia tych części kości, które nie uległy osteosklerozie kość staje się znacznie mniej wytrzymałą na działające na nie siły nacisku i rozciągu i ulega łatwiej złamaniu nieraz wskutek nikłych przyczyn mechanicznych. Te złamania patologiczne są nieraz pierwszym objawem ujawniającym chorobę i dają sposobność do badania radiologicznego, które ją wykrywa. Nieraz zdarzają się zniekształcenia kości nie tylko w następstwie złamania lecz także wskutek nieprawidłowości rozwoju kości w miejscach wzrostu śródchrząstkowego oraz wskutek łatwego poddawania się niedowapnionych części kości siłom mechanicznym. Tu należy odnieść w niektórych przypadkach stwierdzone zniekształcenie klatki piersiowej, żeber, kręgosłupa, kości twarzy i czaszki, biodro szpotawe i t. d. Jednak łamliwość i zniekształcenia kości nie należą do objawów stałych choroby Albers-Schönberg'a a w szeregu przypadków ich nie stwierdzano.

Wskutek osteosklerotycznego zmniejszenia lub zaniku przestrzeni szpikowych następuje uszkodzenie i zanik szpiku kostnego, prowadzące do niedokrewności (anaemia osteosclerotica) z anizocytozą, poikilocytozą, erytroblastami i myeloblastami, nieraz bardzo ciężkiej, która może stać się przyczyną śmierci. Nieraz wskutek zaniku szpiku kostnego. występuje zastępczy rozrost i powiększenie innych narządów krwiotwórczych, jak śledziony, wątroby i gruczołów chłonnych. Zanik szpiku kostnego zmniejsza odporność ustroju przeciw zakażeniom ropnym, które w chorobie Albers-Schönberg'a zdarzają się często i zachowują się opornie wobec leczenia. Zwłaszcza w stosunkowo znacznym odsetku przypadków zdarza się ropienie i martwica kości szczękowych.

Zwężenie kanałów, otworów kostnych i przestrzeni śródkostnych może powodować uciskowe uszkodzenie nerwów, jak zanik nerwu wzrokowego, uszkodzenie błędnika, zaciśnięcie naczyń krwionośnych i t. d.

Jeden z chorych prelegenta cierpi od lat kilkunastu na padaczkę. Trudno jednak powiedzieć, czy padaczka ta jest w związku z chorobą Albers-Schönberg'a.

Choroba ta zdarza się stosunkowo rzadko. Stwierdzono ją u płodu, u dzieci i u dorosłych. Większość spostrzeganych przypadków stanowią osobnicy w wieku młodocianym. Jednak zmiany kostne przemawiają za tem, że proces osteosklerotyczny rozpoczyna się w okresie życia płodowego lub we wczesnym dzieciństwie.

Przebieg kliniczny choroby bywa rozmaity, lżejszy lub cięższy. W przypadkach cięższych śmierć następuje wkrótce po urodzeniu, przypadki lżejsze mogą dożyć lat kilkudziesięciu, nie dając przez dłuższy czas poważnych objawów chorobowych, lecz naogół kończą się

w następstwie powikłań, będących w związku przyczynowym z chorobą podstawową. Najstarszy osobnik, obarczony tą chorobą, — jeden z przypadków prelegenta, — dożył wieku 54 lat.

Prelegent referuje o swoich trzech przypadkach choroby Albers-Schönberga, przyczem pokazuje szereg radiogramów. Wszyscy trzej chorzy są ze sobą w bliskim pokrewieństwie. Badnie radiologiczne u wszystkich stwierdziło w całym szkielecie rozprzestrzenione zmiany osteosklerotyczne, mianowicie rozległe, rozlane jednolite zagęszczenie tkanki kostnej i osteosklerotyczne uwarstwienia, ponadto obok zmian osteosklerotycznych zmiany osteoporotyczne. Zmiany te są symetryczne i we wszystkich trzech przypadkach podobne.

1 p r z y p a d e k. G. Cz., mężczyzna l. 53. Czterokrotne złamanie patologiczne kości. Niedokrwistość. Ropienie i martwica szczęki górnej z wytworzeniem się przetoki między jamą szczękową i jamą ustną. Zapalenie okątnicze z pozostawieniem zrostów. Ropniak w ścianie podbrzusza prawego, który przebił nazewnątrż. Zapalenie ropne miedniczek nerkowych i pęcherza. Zejście śmiertelne w 54 roku życia.

2. p r z y p a d e k. F. Cz. Kobieta l. 46, siostra poprzedniego. Od 14 roku życia padaczka. Niedokrwistość. Nieznaczne powiększenie tarczycy. Złamania kości nie było.

3. p r z y p a d e k. B. Cz. Mężczyzna l. 42, przyrodni brat ojca (drugiej żony) poprzednich 2-ch chorych. Złamanie kości udowej, potem przez kilka lat ropienie, martwiaki. Rozległe zwapnienia tętnic, zwłaszcza w jamie miednicy i w kończynach dolnych.

Chorobę Albers-Schönberg'a należy zaliczyć, podobnie jak niedostateczność kościotwórczą (osteogenesis imperfecta), chondrodystrofię, kostniakowatość (exostosis multiplex), chrząstniakowatość (chondromatosis) do grupy chorób ustrojowych, wyróżniających się znamieniem dla każdej z nich zmianami układowemi kości, rozwijającymi się przedewszystkiem w okresie ich wzrсту. Jest ona chorobą prawdopodobnie wrodzoną, może występować rodzinnie i dziedziczyć się w toku recesywnym.

Etjologia choroby Albers-Schönberg'a nie jest znana. Przypadki Sick'a i Korey'a (4 przypadki w jednej rodzinie), Lautberger'a (2 braci chorych), Chormley'a (chorzy ojciec i syn), Pirie i Howard'a (4 przypadki w jednej rodzinie), Sabat'a (3 przypadki w jednej rodzinie), świadczą o rodzinnem i dziedzicznem usposobieniu do tej choroby. Wpływu przebytych chorób, w szczególności krzywicy, kiły i alkoholizmu nie stwierdzono. W patogenezie jej zdają się odgrywać rolę momenty konstytucjonalne. Niektórzy autorowie przyjmują konstytucjonalną niedomogę wzgl. dysplazję mezenchymu, objawiająca się jego zdolnością wiązania soli wapniowych w nadmiarze. Możliwem jest, że

zmiany chorobowe są skutkiem odziedziczonej niedomogi funkcjonalnej mezenchymu lub jego uszkodzenia czynnikami toksycznymi. Zmiany osteosklerotyczne choroby Albers-Schönberg'a są prawdopodobnie wynikiem niedostatecznej czynności osteoklastów przy prawidłowej czynności osteoblastów, przez co odbudowa tkanki kostnej ulega zahamowaniu.

Prawdopodobnie choroba Albers-Schönberg'a jest związana ze znacznym zaburzeniem przemiany materji wapniowej, jakkolwiek poziom wapnia we krwi w większości badanych pod tym względem przypadków okazał się prawidłowy; w jednym przypadku Schultze'go był znacznie wzmożony, w jednym z przypadków prelegenta nieco obniżony. Jaką rolę w patogenezie choroby tej odgrywają gruczoły dokrewne, nie wiemy. Ponieważ przemiana materji wapniowej zależna jest od przytarczyc, szukano związku między ich schorzeniem a marmurowatością kości. Rzeczywiście w kilku przypadkach stwierdzono gruczolakowe powiększenie przytarczyc. Do zmian kostnych choroby Albers-Schönberg'a są bardzo podobne zmiany, które mogą być wywołane przez podawanie fosforu. (Prelegent pokazuje odnośne radjogramy). Z drugiej strony osteoporoza ogólna, będąca przeciwieństwem osteosklerozy ogólnej jest głównym przejawem osteomalacji i krzywicy. Jak doświadczenia Howland'a, Kramer'a i Shipley'a dowiodły, zawiera krew krzywiczych normalną ilość soli wapnia, natomiast znacznie obniżona jest zawartość nieorganicznych fosforanów. Wobec powyższego nasuwa się przypuszczenie, że w czynnych okresach choroby Albers-Schönberg'a jest hyperfosfatemia. Jednak badania w tym kierunku nie były robione.

Rozpoznanie marmurowatości kości, przynajmniej jak dotychczas, jest możliwe tylko drogą badania radjologicznego. Pewne podobieństwo do warstw osteosklerotycznych choroby Albers-Schönberg'a mają warstwy zagęszczenia tkanki kostnej, wytwarzające się w stadium gojenia krzywicy oraz t. zw. „warstwy (linje) wzrostowe“, będące wraz z krótkotrwałego zahamowania śródchrząstkowego wzrostu kości, które zdarza się w rozmaitych schorzeniach w wieku dziecięcym. Przy rozpoznaniu różniczkowym radjologicznym wchodzi w grę zmiany kostne kiłowe, choroba Paget'a, rakowatość kościotwórcza (carcinosis osteoplastica) i rzadko zdarzająca się postać osteosklerozy białaczkowej i aleukemicznej. Jednak objawy radjologiczne choroby Albers-Schönberg'a są tak charakterystyczne, że rozpoznanie schorzenia tego zwłaszcza przy dokładnem zbadaniu chorego, nie powinno sprawiać trudności. Najwięcej podobieństwa do zmian kostnych choroby Albers-Schönberg'a mają zmiany kostne, wywołane przezwlekłym zatruciem

fosforowem. Jednak w przypadkach tych wywiady i objawy kliniczne umożliwiają rozpoznanie..

Postać osteosklerozy ogólnej, odkrytej również przez Albers-Schönberg'a i niezależnie od niego w tym samym roku przez Ledoux-Lebard'a, który ją opisał pod nazwą „osteopoëcilie“, i zbliżoną do niej postać osteosklerozy ogólnej, opisaną przez Voorhoeve'a, — z których pierwszą nazwałbym centkowatością osteosklerotyczną, drugą osteosklerotyczną krążkowatością podłużną, — a które niektórzy autorowie uważają za odmiany marmurowatości kości, uważa prelegent za anomalje kostne odrębne od niej.

Leczenie choroby Albers-Schönberg'a dotychczas tylko objawowe i zapobiegawcze. Przedewszystkiem należy starać się powstrzymać rozwój i zmniejszyć stopień niedokrwiistości. W chorobie Albers-Schönberg'a bywa skłonność do złamań kości oraz do martwicy kości i do spraw ropnych. Wobec tego wskazane są przestrogi i przezorność, mające na celu zapobieżenie złamaniom kości i zakażeniom ropnym (wyszczególnienie się i odkażanie najmniejszych zadraśnień i zranień, utrzymywanie w porządku uzębienia, natychmiastowe staranne leczenie każdej nawet najmniejszej sprawy ropnej, ostrożność i umiarkowanie w gimnastyce i w wysiłkach fizycznych).

R o z p r a w y:

Kol. P a s z k i e w i c z L. (członek T-wa) — zwraca uwagę na termin osteoporosis, które prelegent uważa za odwapnienie i zapytuje, co wobec tego prelegent uważa za haliteresis.

Kol. S a b a t B r. (członek T-wa) — wyjaśnia, że z haliteresis prawdopodobnie w patologji nie spotykamy się wcale. W krzywicy ilość wapnia w substancji kostnej odpowiada normie, podobnie jak w osteoporosis. Mamy natomiast do czynienia ze zmniejszeniem ilości beleczek w jednostce objętości.

Kol. P a s z k i e w i c z L. (członek T-wa) — wyjaśnia, że w kości osteoporotycznej znajduje się wapno, ale jest zmniejszona ilość beleczek.

5. Kol. R u d z k i S t. (członek T-wa), wygłosił sprawozdanie z Międzynarodowej konferencji Przeciwgruźliczej w Hadze (streszczenie własne).

VIII-y międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy odbył się we wrześniu r. b. w Hadze i Amsterdamie.

Uczestników było przeszło 700, reprezentujących 33 państwa; polaków było 12. Za miejsce następnego Zjazdu (w 1934 r.), obrano jednomyślnie Warszawę. Za języki urzędowe Zjazdów poza obowiązującymi dotąd językami francuskim i angielskim uznano również języki: niemiecki, hiszpański i włoski, a po burzliwej dyskusji większo-

ścią głosów dodano jeszcze jeden z języków słowiańskich (wybór pozostawiono do uznania związku lekarzy słowiańskich).

Tematy naukowe były omawiane: Stosunek alergji do odporności w gruźlicy (główny referent — prof. Bordet z Brukseli), leczenie złotem w gruźlicy (prof. Sayé z Barcelony) i opieka posanatoryjna (dr. Vos z Hellendoorn).

Poza głównymi referentami do każdego tematu zgóry wyznaczono po 10 koreferentów z różnych krajów (w tej liczbie do tematu o leczeniu złotem — prof. Rencki ze Lwowa).

W dyskusji szczegółowej zabierali głos liczni mówcy (w tem polacy: dr. Skibiński, Dr. Danielski, Dr. Dąbrowski, Dr. Martyszewski i Dr. Rudzki).

Na bankiecie pożegnalnym w Amsterdamie Dr. Rudzki wygłosił dłuższe przemówienie, zapraszając wszystkich obecnych na następny Zjazd do Polski.

Po zamknięciu Zjazdu odbyły się wycieczki naukowe po Holandji. Grupa polska zwiedziła Zuiderzee, Sanatorja ludowe koło Amsterdamu, Hoog-Blaricum i Hoog-Laren, kolonję pracy dla gruźliczych Zonnestraal, sanatorja z warsztatami pracy Berg en Bosch i Hellendoorn; Groningen, Emmen, prowincję Drenthe z licznymi szkołami na otwartem powietrzu i ośrodkami leczniczymi dla gruźliczych, oraz specjalnie przybudowywanymi domkami dla izolowania prątkujących chorych.

Prelegent pokazał szereg przezroczy, ilustrujących odrębne cechy organizacji przeciwgruźliczych w Holandji.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 minut 45.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

Prezes: **Witold Orłowski.**

PROTOKÓŁ NADZWYCZAJNEGO WALNEGO ZEBRANIA TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z dnia 18 października 1932 r.

Początek o godz. 20 min. 20.

Obecnych członków T-wa 150.

1. Kol. Prezes stwierdza prawomocność zebrania: obecnych czł. 150 (do prawomocności konieczna obecność 75 czł.).

2. Kol. Prezes, zagajając zebranie, przedstawia przebieg prac nad zmianami Statutu; trwały one od marca 1926 roku, w okres realizacji weszły jednak dopiero w początku 1931 roku. Odczytuje wniosek, nadesłany przez kilkudziesięciu członków T-wa, o zacho-

wanie dawnego Statutu, zaznaczając, iż wniosek ten nie jest zgłoszony w przepisany statutowo terminie, mimo to jednak przedkłada go zebrany ze względu na doniosłość sprawy. Stwierdza, iż istnieje drugi wniosek, przedstawiony przez Zarząd, o zmianę Statutu.

Na wniosek Prezesa postanowiono, by rozprawy odbywały się w sposób następujący: 2 członków ma przemawiać za pozostawieniem dawnego Statutu, 2 zaś — za wprowadzeniem zmian.

W rozprawach przemawiali:

Kol. Kryński L. uważa wprowadzenie zmian za konieczne z wielu względów. Dawny Statut posiada dużo wad i niedomówień. Sądzi, iż projekt Zarządu ma również swe wady, lecz ma także dużo zalet.

Kol. Jakimiak B. sądzi, że dawny Statut nie przeszkadzał rozwojowi Tow., jest przeciwny wprowadzeniu Komisji Wyborczej i wypowiada się za utrzymaniem dawnego Statutu.

Kol. Roguski omawia błędy i niedomówienia obecnego Statutu oraz niezgodność regulaminu ze Statutem. Uważa za konieczne zniesienie stałego charakteru urzędów Sekretarza Stałego i innych członków Zarządu oraz zmodyfikowanie sposobu przyjmowania nowych członków.

Kol. Szumlański uważa zmiany, zawarte w projekcie nowego Statutu, za niepożądane. W sprawie zmian trudno było wypowiedzieć się, gdyż nie znano projektu nowego Statutu. Twierdzi, że dawny Statut nie posiada zbyt dużych wad, ani nie wykazuje zbyt rażących przeciwności z regulaminem. Jest przeciwny wprowadzeniu Komisji Wyborczej.

Kol. Elektrowicz A. uważa zmianę Statutu za konieczną. Życie wykazało, że dawny Statut nie jest dobry, gdyż myśl zmiany powstała już w r. 1926, a o konieczności zmian mówią nie tylko zwolennicy zmiany Statutu, lecz i przeciwnicy.

Kol. Żurkowski za istotną zmianę w projekcie nowego Statutu uważa wprowadzenie Komisji Wyborczej, która mogłaby być ułatwieniem dla przyjmowania do Tow. ludzi niepożądanych, gdyż nie tylko kwalifikacje naukowe, lecz i moralne muszą mieć znaczenie. Obecny Statut wystarczał od 1921 r., a nawet Tow. rozwijało się pomyślnie. Należy przeto zachować go i nadal.

Kol. Gruszczyński A. uważa, iż świetny rozwój Tow. dowodzi najlepiej, że dawny Statut jest dobry i że nie należy go zmieniać. Zarzuty, stawiane dawnemu Statutowi nie zawsze są słuszne i istotne. Zarząd szczęśliwie dotąd omijał usterki dawnego Sta-

tutu, może to czynić i nadal, a dla drobnych, nieistotnych rzeczy nie należy zmieniać Statutu.

Kol. O k o ń s k i uważa wprowadzenie Komisji Wyborczej za broń obosieczną, raz może ona ułatwić wstępowanie do T-wa, innym razem — utrudniać. Z nadsyłanych uwag, dotyczących projektu, wynika, że nie jest on pomyślany dobrze, dlatego też należy raczej pozostawić dawny Statut, niż uchwalać zmiany niekorzystne.

Kol. M i c h a ł s k i Z d z. nie uważa dawnego Statutu za idealny. Towarzystwo w wielu razach nie stosuje się do niego (wydawnictwo Pamiętnika). Mimo to wystarczał i Towarzystwo przez 112 lat rozwijało się doskonale. Projekt nowego Statutu jest rewolucyjny, nie zostawia ani jednego dawnego artykułu. Sądzi, że nie należy na zebraniu obecnem rozstrzygać o zmianach, lecz wybrać komisję, któraby te zmiany przygotowała i przedstawiła na innym Zebraniu Walnem.

Składa wniosek treści: „Sprawy Statutu na dzisiejszem zebraniu nie decydować, zwołać specjalne jedno lub więcej zebrań dla omówienia pożądaných zmian Statutu i opracowanie powierzyć nowo specjalnie powołanej Komisji”.

Kol. P r e z e s podaje, że Statut był już kilkakrotnie zmieniany. Motywy zmian poszczególnych artykułów będą podane przez Zarząd przy cmawianiu tych artykułów.

Kol. G ł u z i ń s k i A. uznaje braki dawnego Statutu. Przygotowywał swego czasu zmiany, lecz doszedł do wniosku, że lepiej Statutu nie zmieniać i dlatego też zaniechał przygotowywać poprawek statutowych. Uważa, że należałoby raczej wybrać Komisję do opracowania zmian Statutu, niż uchwalać zmiany, przedstawione w projekcie. Najlepiej jednak utrzymać dawny Statut.

Kol. P r e z e s wyjaśnia stanowisko Zarządu w sprawie urzędu Bibliotekarza. Stwierdza, że tak ofiarnej pracy, jak praca kol. Zwejgbauma, trudno wymagać i wątpi, czy kiedykolwiek taki Bibliotekarz się znajdzie. Z tego względu proponował wprowadzenie płatnego urzędnika, zatrudnionego tylko w Bibliotece i Czytelni.

Kol. M i c h a ł s k i Z d z. uważa za pożądane urządzenie zebrania konferencyjnego dla ustalenia wytycznych dla zmian Statutowych.

Przed przystąpieniem do głosowania nad wnioskami wyłoniło się zagadnienie koniecznej liczby głosów dla zachowania dawnego Statutu i dla wprowadzenia zmian. W rozprawach nad zagadnieniem brali udział koledzy: S z u m ł a ń s k i, G r u s z c z y ń s k i, B u t k i e w i c z, B e ł k o w s k i, G r u s z c z y ń s k i, K o n o p a c k i, S u r a w s k i, W e j n e r t, K o w a ł s k i, W ą s o w i c z, F i-

liński, Czyżewicz, Jakimiak, Prezes W. Orłowski, Roguski, Butkiewicz.

Po długich rozprawach kol. Prezes stwierdził, że dla uchwalenia wniosku o zatrzymanie dawnego Statutu konieczna jest zwykła większość głosów, natomiast dla uchwalenia wprowadzenia zmian jest wymagana większość 2/3 głosów obecnych na Zebraniu członków.

Na żądanie kilku członków, którzy podpisali wniosek o utrzymanie dawnego Statutu, kol. Prezes zarządził głosowanie tajne. Dla obliczenia głosów powołano kolegów: Jakimiaka, Roguskiego i Szumlańskiego.

Po obliczeniu złożonych głosów okazało się, że głosów złożono 150 (sto pięćdziesiąt), z nich 80 (osiemdziesiąt) — za utrzymaniem dotychczasowego Statutu, 63 (sześćdziesiąt trzy) — za wprowadzeniem zmian, 7 (siedem) — nieważnych.

Wobec powyższego kol. Prezes zawiadomił, iż zebranie uchwaliło utrzymać dotychczasowy Statut.

Zebranie zakończono o godz. 22 min. 35.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Doroczny: Karol Chodkowski.

PROTOKÓŁ

uroczystej Akademji ku czci Seweryna Sterlinga
craz Edwarda Flataua

odbytej dnia 25 października 1932 r.

Obecnych członków T-wa—68, wprowadzonych gości—50.

Początek o godz. 20-ej punktualnie.

1. Kol. Prezes otwiera Akademię dla uczczenia Seweryna Sterlinga, dziękując członkom Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego kol. Bronisławowi Frenklowi i Mieczysławowi Kohnowi za przybycie.

a) Kcl. Sokołowski Olgierd wygłosił: „Działalność społeczno-lekarska Dra Seweryna Sterlinga” (streszczenie własne).

Cechą charakterystyczną umysłu Seweryna Sterlinga była umiejętność zastosowywania wciąż pogłębianej wiedzy do „służby społecznej”. Zdobywane elementy wiedzy układały się w jego niezawodnej pamięci w „szyk bcjowy”, gotowe w każdej chwili i w każdej ilości stanąć na zawołanie tej „służby”; myśl społeczna była zasadniczym wątkiem jego upodobań i nawyknień myślowych.

Jedną z pierwszych jego prac stanowi wyczerpujące studjum o warunkach pracy w fabrykach sukna w Tomaszowie Rawskim. Jego umysł praktyczny wyciąga z wymownego materiału świadczącego o opłakanych warunkach pracy praktyczne wnioski; podkreśla braki dające się uzupełnić w ramach warunków ówczesnych.

Studjum to można uważać za odskocznnię, która pozwoliła Sterlingowi zbadać swoje siły i rzucić się w wir żmudnej pracy społeczno-lekarskiej. Jako klinicystę i człowieka nauki pociągają Sterlinga studia nad gruźlicą; w tej bowiem gałęzi nozologii znajdzie jego umiłowanie służby społecznej największe zastosowanie. Z szeregu prac natury społeczno-lekarskiej z pierwszych lat pobytu jego w Łodzi wspomnieć należy o wykładzie popularyzującym wiadomości o gruźlicy i jej leczeniu: „Podmiejskie uzdrowiska szpitalne dla chorych piersiowych”. Wskazuje on w nim, m. in. na szerokie możliwości, jakie w skali społecznej powstać mogą, dzięki leczeniu gruźlicy płuc czystym powietrzem.

W ciągu 10-letniego redagowania „Czasopisma Lekarskiego” umieszcza w nim Sterling prócz prac klinicznych — szereg prac z dziedziny medycyny społecznej, w których przeprowadza też charakterystykę gruźlicy, jako choroby społecznej. Dalszą kampanję przeciwgruźliczą rozwija Sterling w miesięczniku „Gruźlica”, który zaczyna redagować wspólnie z Drem Dębińskim w r. 1899; gros artykułów i notatek jest jego pióra; „Ogólny plan walki z gruźlicą” przeprowadza myśl, że teza „usuńcie przyczynę nędzy, a zniknie gruźlica” jest tezą krańcową, a więc w konsekwencjach błędną, gdyż i w obecnych warunkach społecznych dałoby się zmniejszyć liczbę ofiar celowymi posunięciami sanitarno-administracyjnymi; przytacza wyniki otrzymane tą drogą w Anglii i Niemczech; porusza też ważne zagadnienie: odszukiwanie ludzi chorych, celem ich leczenia i odosabniania. W ten sposób zasiewa Sterling ideę poradni. Pierwszą poradnię organizuje w r. 1910, o której dobrze wiemy, jak się rozwinęła i jakie owoce wydała. Sterling był zwolennikiem tezy, że poradnie powinny mieć za zadanie tylko czynność wywiadowczo-rozpoznawczą, nie zaś leczniczą; myśl tę rozwija w szeregu artykułów m. in. w programowym referacie na Zjeździe Przeciwgr. we Lwowie (1926). oraz w „Tezach walki z gruźlicą”, gdzie rzuca hasło: „Zdrowych pouczać, zagrożonych gruźlicą badać i obserwować, chorym torować drogę do instytucji leczniczych”. W r. 1916 tworzy Sterling szpital-sanatorium dla lekko chorych gruźliczych w Chojnach pod Łodzią na 75 łóżek i jest jego stałym kierownikiem-konsultantem. Ku końcowi wojny organizuje Sterling Sekcję walki z gruźlicą przy magistracie m. Łodzi i staje na jej czele. Ze sprawozdania

na Zjeździe Higienistów w r. 1917 dowiadujemy się, co zrobiła Łódź dla walki z gruźlicą (a czego Sterling magna pars fuit). Po powstaniu Polski (1918 r.) zabiera on głos w kwestji „Planu organizacji medycyny publicznej”, jest on zwolennikiem centralizacji władzy sanitarnej aż do czasu, kiedy młode społeczeństwo polskie dostatecznie wyćwiczy swe zdolności samoorganizacyjne. W krótkim zarysie tym można tylko te dzieła przytoczyć, które są najbardziej charakterystyczne dla tego człowieka czynu i nauki. Ta bujna postać była fermentem, którego sama obecność wywoływała procesy analityczne i syntetyczne w środowisku. Promieniotwórcza jego postać staje się ośrodkiem krystalizacyjnym, zdawałoby się, bez udziału nawet jego woli: tak łatwo mu przychodzi skupianie wkoło siebie sił pracujących społecznie i naukowo. Sterling należy do postaci, około których tworzy się legenda; legenda będzie opromieniała niewątpliwie i cenny fakt, że istniał i działał Seweryn Sterling.

b) Kol. Rudzki Stefan (członek T-wa) wygłosił: „Dr. Seweryn Sterling, jako klinicysta” (streszczenie własne).

Seweryn Sterling, ur. w 1864 r., ukończył wydział lekarski w Warszawie w 1889 r., poczem przez 2 lata uzupełniał swoje wykształcenie, lekarskie na klinice prof. Baranowskiego w Warszawie oraz na klinikach zagranicznych w Wiedniu, Monachjum i Jenie.

W 1891 r. osiadł, jako lekarz fabryczny w Tomaszowie Rawskim, gdzie w 1894 r. wydał pierwszą pracę naukową w sprawie poszukiwania lasecznika gruźliczego w płwocinie.

W 1894 r. przeniósł się Sterling do Łodzi, gdzie pozostaje do końca życia, pracując w Szpitalu im. Poznańskich.

Sterling ogłosił drukiem 65 prac z dziedziny medycyny wewnętrznej. Dzielą się one na 3 duże grupy: 1) bakterjologia i choroby zakaźne, 2) choroby serca i nerek, 3) gruźlica.

Mówca charakteryzuje zasługi S. Sterlinga, jako klinicysty i podnosi wartość jego prac, zwłaszcza z zakresu gruźlicy.

Poza pracą czysto kliniczną i szpitalną Sterling redagował pisma lekarskie jak „Gruźlica” i „Czasopismo Lekarskie”, oraz był współredaktorem „Przeglądu Lekarskiego”, „Polskiej Gazety Lekarskiej” i „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej”.

Był też on inicjatorem Zjazdów Lekarzy prowincjonalnych w Kongresówce. Mówca podnosi wszechstronność społeczno-lekarskiej i naukowej działalności Sterlinga, nakreśla stosunek jego do innych wybitnych lekarzy polskich, daje charakterystykę ogólną Seweryna Sterlinga, jako klinicysty o niepospolitej wiedzy, wielkiem doświadczeniu, wyjątkowej bystrości umysłu, spostrzegawczości i wybitnym krytycyzmie; podnosi wreszcie pedagogiczne zdolności

Sterlinga, który stworzył w Łodzi swą szkołę lekarską i wywierał bardzo silny wpływ na ukształtowanie się całej młodszej generacji lekarzy.

Po przemówieniach tych, kol. P r e z e s zamknął Akademię.

2. O godz. 21-ej kol. P r e z e s otworzył Akademię dla uczczenia Dra Edwarda Flatau (Akademię urządzono wspólnie z Warsz. Tow. Neurologicznem).

a) Kol. H i g i e r H e n r y k (członek T-wa) wygłosił: „Dr. Edward Flatau, jako klinicysta, naukowiec i działacz społeczny” (streszczenie własne).

Zasługi naukowe b. p. Edwarda Flataua najlepiej ocenić się dają, dzieląc 40-lecie Jego pracy na 3 okresy: berliński (1892—1898), warszawski przedszpitalny (1898—1905) i szpitalny (1905—1932). Późniejsza praca była najintensywniejsza, gdy otrzymał ordynaturę szpitala na Czystem, gdy przybył wzorowy i piękny Instytut terapii fizycznej w szerokim stylu oraz warsztat eksperymentalny, czyli pracownia neurobiologiczna w Instytucie Biologiczno-Doświadczalnym m. st. Warszawy. Bardzo liczne i wartościowe są prace, dokonane w Berlinie pod auspicjami lub wspólnie z Waldeyerem, Gadem, Remakiem, Goldscheiderem, Minorem i Jacobsohnem, na początku kariery, a następnie z pomocą własnych asystentów lub samoistnie dokonane w Berlinie i Warszawie w wyżej wspomnianych instytutach i szpitalach. Niektóre monografie weszły, jako dzieła zbiorowych H a n d b u c h ó w (migrena, zapalenie nerwów, nowotwory rdzenia), stanowiąc wkład stały do neurologji. Ostatnią klasyczną pracę przedśmiertną stanowi: Epidemja rozsianego zapalenia układu nerwowego w Po'lsce lat 1929—1931. Prace Flataua były z dziedziny klinicznej i terapeutycznej, eksperymentalnej i laboratoryjnej.

Dużej miary uczony, filar i poważny współtwórca gmachu neurologji polskiej, odegrał też niemałą rolę w życiu społecznym i zawodowym lekarzy. W jego olbrzymim bi'ansie pracy naukowej i praktyki znalazły się też mie'sce i czas dla sfery licznych zainteresowań natury pokrewnej o rzadkiej skali i głębi. Jego wielostronna natura ogarniała szerokie horyzonty pracy społecznej (Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Towarzystwo Medycyny Społecznej, Kwartalnik klin'czny Szpitala Starozakonnych, Instytut Patologiczny), odczuwała potrzeby i bolączki zawodowe, miała duże dla nich zrozumienie, posiadała wysokie poczucie posłannictwa lekarskiego i odpowiedzialności obywatelskiej. W życiu społecznym wielbił prawość, powagę i godność, otaczał się atmosferą czystości moralnej, bronił wewnętrznego przekonania, niezależności myśli i czynów. Błądził nieraz, ale podłożem była zawsze bezwzględna czystość stosunku

ideowego, pewne poczucie współodpowiedzialności za stan polskiej kultury umysłowej, za poziom i zasięg polskiej myśli badawczej.

Przez śmierć Jego polski świat lekarski niepowetowaną poniósł stratę, tracąc szlachetnego i prawego człowieka, bojownika wiedzy, miłośnika i budowniczego nauki, znakomitego lekarza i wybitnego społecznika (patrz Polska Gazeta Lekarska 1932).

b) kol. Koelichen Jan (członek T-wa) wygłosił: „Prace anatomiczne i doświadczalne Dra Edwarda Flataua” (streszczenie własne).

Zmarły Dr. Edward Flatau był człowiekiem o niezłomnej woli, o wielkim poczuciu obowiązku, przejęty głęboką czcią dla nauki i obciążony wybitnymi zdolnościami. W pracy swej niezmiernie systematyczny, wszystko czem się interesował poznawał gruntownie i dokładnie, wszystko co tworzył z zapałem nie szczędząc trudu i mocołu. Posiadał przytem myśl twórczą, zdolną do samodzielnego sądu i inicjatywy. To też dzięki tym cechom swojego umysłu i charakteru stał się on badaczem naukowym pierwszorzędnej miary. Pracę swoją lekarską jako neuropatolog rozpoczął od podstaw, od dokładnego poznania budowy układu nerwowego i zachodzących w nim zmian patologicznych, szereg lat spędził w pracowniach na studiach i badaniach i wkrótce już potrafił ujawnić w szeregu prac owoc swego twórczego ducha. W tym okresie czasu wydały wspomniały atlas mózgu oraz przebiegu szlaków nerwowych wzorowany na własnych preparatach, a tak dokładny i szczegółowy, wykonany tak artystycznie, że zostaje odrazu wydany w szeregu języków europejskich. W szeregu prac następnych opracowuje metodykę badań anatomicznych układu nerwowego, pisze więc o metodzie barwienia sposobem Golgi/ego, o fotografowaniu świeżych preparatów anatomicznych mózgu, o barwieniu skrawków tkanki nerwowej. Ogłasza następnie wykład o teorii neuronów. Wkrótce zajmować go zaczynają prace doświadczalne, bada więc wraz z Gadem skutki przecięcia górnych odcinków rdzenia u psów i ogłasza wyniki tych badań, na podstawie badań doświadczalnych określa również umiejscowienie w rdzeniu szlaków ruchowych dla różnych odcinków ciała, bada wreszcie i objaśnia z punktu widzenia teorii neuronów zmiany wywoływane doświadczalnie w komórkach jądra nerwu okoruchowego. Koroną jednak tych prac doświadczalnych Flataua, przejawem twórczości jego ducha staje się wykryta przez niego planowość przebiegu szlaków nerwowych, ogłoszona w r. 1897, jako teoria o przebiegu obwodowym szlaków długich w rdzeniu, a potwierdzona następnie przez szereg innych badaczy. W licznych szeregu prac wykonanych wspólnie z Goldscheiderem opracowuje Flatau przyczynki do pato-

logji komórek nerwowych, bada między innymi zmiany zachodzące w tych komórkach w stanach gorączkowych i w tężcu. Również wspólnie z Goldscheiderem bada Flatau warunki powstawania wybroczyny krwawej do rdzenia i podaje dokładny opis zmian zachodzących w rdzeniu przy wylewie krwawym. Zmiany zachodzące w rdzeniu pod wpływem utraty większych odcinków kończyn stanowią temat następnej pracy Flatau, na podstawie wyników badania tych zmian ustala on umiejscowienie w rdzeniu ośrodków ruchowych dla mięśni przedramienia i ręki. Badanie zwyrodnienia wstecznego w przypadkach porażenia obwodowego nerwu twarzonego pozwala Flatauowi rozszerzyć i uzupełnić poglądy Wallera na proces zwyrodnienia w uszkodzonych neuronach. Zasobny w gruntowną wiedzę anatomiczną i w bogate doświadczenie osobiste obejmuje Flatau w r. 1898 wraz z Goldscheiderem opracowanie anatomji normalnej i patologicznej komórki nerwowej. W r. 1899 wydaje wraz z Jacobsohnem podręcznik anatomji opisowej i porównawczej układu nerwowego ośrodkowego ssaków. A od r. 1895 do 1904 w szeregu zeszytów wraz z Jacobsohnem i Minorem opracowuje podręcznik anatomji patologicznej układu nerwowego. Wreszcie opracowuje dział anatomji patologicznej zapalenia nerwów obwodowych w podręczniku Nothnagela.

Po szeregu lat wytrwałych i owocnych badań pracownianych oraz studjów w Berlinie wraca Flatau w r. 1899 do Warszawy i poświęca się tu pracy klinicznej początkowo, jako konsultant szpitali, a następnie, jako ordynator szpitala na Czystem, urządza jednak odrazu własną pracownię anatomiczną i każdą pracę kliniczną, każde spostrzeżenie, które ogłasza sam lub wspólnie ze swemi uczniami pogłębia i uzupełnia przez dokładne badanie anatomopatologiczne. Prowadzenie oddziału szpitalnego nie odrywa go od umiłowanych badań anatomicznych i doświadczalnych, przy oddziale szpitalnym stwarza sobie pracownię doświadczalną i prowadzi nadal badania oraz kieruje pracami swoich uczniów. W r. 1900 wraz z Sawickim przygotowuje na zjazd przyrodników i lekarzy pracę doświadczalną z dziedziny chirurgji nerwów obwodowych, w której opracowuje metodę zastępowania jednych pni nerwowych przez inne, działające antagonistycznie. W r. 1903 bada zmiany zapalne w rdzeniu wywoływane doświadczalnie. W r. 1906 wydaje opis przebiegu szlaków piramidowych w mózgu i w rdzeniu oparty na długoletnich badaniach i doświadczeniach własnych. Do podręcznika neurologji wydanego przez Lewandowsky'ego opracowuje topografię odcinkowego umiejscowienia w rdzeniu czynności ruchowych, czuciowych i odruchowych. W r. 1911 na podstawie licznych badań anatomo-patologicznych wraz

z Koelichenem omawia anatomję patologiczną i patogenezę stwardnienia rozsianego. W r. 1913 uzyskuje Flatau właściwy warsztat dla swoich badań anatomicznych i doświadczalnych nad układem nerwowym, w roku tym bowiem w gmachu Towarzystwa Naukowego przy ul. Śniadeckich powstaje pracownia neurologiczna, której kierownikiem zostaje Flatau. W tych pomyślnych warunkach jego zapał i wytrwałość w pracy potęguje się jeszcze, podejmuje on sam szereg prac doświadczalnych zakrojonych na większą skalę i zachęca swych uczniów do podobnych wysiłków poddając im tematy prac i kierując ich wychowaniem. Wraz z Handelsmanem podejmuje Flatau szereg licznych badań i doświadczeń nad wywoływaniem u zwierząt zapalenia ropnego opon mózgowo-rdzeniowych. Opracowuje technikę tych doświadczeń, bada jadowitość różnych zarazków, skrzętnie notuje objawy kliniczne, spostrzegane u zakażonych zwierząt, poddaje szczegółowemu badaniu histologicznemu układ nerwowy zwierząt użytych do doświadczeń i sprawdza doświadczalnie działanie różnych środków leczniczych, opracowując przytem własną metodę leczenia zapomocą przepłókiwania przestrzeni podoponowych. W związku z tą pracą nad zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, opracowuje Flatau z Handelsmanem również sprawę ropni rdzeniowych, wyjaśniając warunki ich tworzenia się i opisując szczegółowo zmiany anatomo-patologiczne przez nie wywołane. Po ukończeniu tych prac podejmuje Flatau z niesłabnącą wytrwałością i zapałem żmudne i liczne badania doświadczalne nad wywoływaniem nowotworów w ośrodkowym układzie nerwowym. W tysiącu przeszło przypadków zaszczepia zwierzętom, przeważnie myszom, nowotwory złośliwe, opracowuje dokładnie metodykę tych szczepień, opisuje szczegółowo objawy kliniczne występujące u zwierząt przy rozroście zaszczepionych nowotworów w różnych odcinkach układu nerwowego, bada zmiany anatomo-patologiczne wywołane w tkance nerwowej przez rozrost nowotworów, obserwuje wreszcie i sprawdza działanie różnych metod leczniczych na przebieg sprawy nowotworowej zarówno metod fizykalnych jak chemicznych i biologicznych. Zajmuje go zwłaszcza działanie na nowotwory i na zdrową tkankę nerwową naświetlania promieniami Rentgena. Z doświadczeń swych i spostrzeżeń wysnuwa nader ważne wnioski dla patologji i terapii u ludzi. Następnym tematem badań anatomicznych Flatau była sprawa oddziaływania opon mózgowo-rdzeniowych na gruźlicę, wraz z kol. Zylberlast-Zandową bada w licznych przypadkach stan opon w zakażeniu gruźliczem i ustala na podstawie tych badań trzy postaci oddziaływań opon mózgowo-rdzeniowych na gruźlicę: postać lekkiego podrażnienia opon o typie zakażenia surowiczego, postać umiejscowionego zapa-

lenia opony twardej lub opon miękkich, wreszcie postać rozlanego zapalenia przebiegającego przewlekłe. Prace nad stanami zapalnymi opon mózgowo-rdzeniowych skłaniają Flataua do zajęcia się badaniami nad przepuszczalnością opon dla barwników krążących w układzie krwionośnym, bada w tym celu przenikanie do cieczy mózgowo-rdzeniowej ciał barwiących zastrzykiwanych domięśniowo lub dożylnie w stanach normalnych opon i w stanach patologicznego ich podrażnienia i dochodzi do wniosku, że posługując się tą metodą można w przypadkach patologicznych otrzymać ważne wskazania co do stanu opon. Metodę tę opracowuje dla badań klinicznych i nazywa ją chromoneuroskopją. Badania te pobudzają go do zajęcia się tematem szerszym, a mianowicie sprawą barjery istniejącej pomiędzy układem krwionośnym a układem nerwowym. Temu tematowi poświęca liczne prace doświadczalne w celu ustalenia, jakie czynniki wpływają na przenikanie przez tę barjerę różnych ciał chemicznych, uwzględnia przytem działanie narkotyków, wyciągów gruczołowych, środków sympatyko- i wago-tonicznych, wreszcie czynników fizykalnych. Była to ostatnia praca doświadczalna Flataua, którą zdołał ukończyć i wydać. Zajęła go odtąd sprawa utworzenia instytutu patologii doświadczalnej przy szpitalu na Czystem, sprawie tej poświęcał wszystkie swoje myśli i cały swój czas wolny. Niestety, ciężkie warunki materialne lat ostatnich nie pozwoliły mu wykończyć tego dzieła tak szybko, jak zamierzał i nie danem mu było dożyć chwili otwarcia tej placówki naukowej.

Z tego przeglądu prac anatomicznych i doświadczalnych Dra Edwarda Flataua widzimy, jakiej wysokiej miary badaczem naukowym był zmarły, jak bogatym i cennym był plon jego pracy. Bo też wkładał on w tę pracę całą swą duszę i cały swój zapał, umiał swym czasem tak rządzić, ażeby codzień poświęcać się studjom i badaniom, a organizacja jego umysłu pozwalała mu pracować z niemierną wydajnością. Był przytem apostołem wiedzy, w każdym środowisku, z którym się stykał, krzewił dla niej kult i zamiłowanie, zachęcał i pobudzał do badań naukowych, służył zawsze radą i pomocą. Za jego inicjatywą i pod jego wpływem powstawały liczne placówki naukowe, a ich poziom i wydajność ich pracy zależały całkowicie od udziału Flataua. Nauka, a zwłaszcza nauka polska traci w nim jednego z najwybitniejszych i najzasłużeńszych przedstawicieli, tracimy w nim jednego z tych ludzi, których wpływ kulturalny promieniuje na wielkie obszary. Cześć jego świetlanej pamięci.

Po przemówieniach tych kol. Prezes zamknął Akademię o godz. 21 min. 45.

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dnia 25 października 1932 roku.**

Obecnych członków T-wa—68, wprowadzonych gości—50.

Początek o godz. 22-giej.

1. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Z. Monsiorskim (streszczenie własne).

Zygmunt Monsiorski urodził się w miasteczku Skalmierzu ziemi Kieleckiej w roku 1866 z ojca nauczyciela ludowego. Naukę szkolną pobierał w progimnazjum w Pińczowie, w roku 1880 przeniósł się do gimnazjum w Piotrkowie Trybunalskim, które ukończył w r. 1884. W tymże roku, ulegając życzeniu ojca, wstąpił na wydział lekarski Uniw. Warsz. Zrażony widokiem trupów w prosektojum, przerwał studia lekarskie i wstąpił na wydział prawny. Ulegając jednak namowom ojca, wstąpił ponownie na wydział lekarski i ukończył go w roku 1890. W okresie pobytu w uniwersytecie odsiedział 3 miesiące w cytadeli warszawskiej za szerzenie oświaty wśród ludu.

Po ukończeniu studjów lekarskich osiadł w Radzyminie. Praktykował tu w ciągu 3 lat w bardzo ciężkich warunkach materialnych. Dzięki nadzwyczajnej oszczędności uciułał nieco grosza, co umożliwiło mu wyjazd na studia do Paryża. Poświęcił się tu z zapałem położnictwu i ginekologii, pracował u profesora P i n a r d a i P o z z i e g o, jako owoc tej pracy uzyskał stopień doktora medycyny po obronie rozprawy o łożysku przodującym.

W r. 1896 wrócił do kraju i osiadł w Warszawie, gdzie rozpoczął praktykę prywatną. Rok cały był asystentem-wolontarjuszem oddziału F r a n c i s z k a N e u g e b a u e r a w szpitalu ewangelickim. W r. 1897 powierzono mu prowadzenie przychodni ginekologicznej w szpitalu Wolskim. Na stanowisku tem, pomimo nadzwyczaj lichych warunków pracy, pozostał wytrwale w ciągu lat 15, i nie zrażając się tymi warunkami rozwinął energiczną działalność. Na początku brak było w szpitalu sali operacyjnej, brak bodaj najprostszych narzędzi, nie mógł operować na miejscu, dlatego na własny koszt umieszczał pacjentki w jednej z lecznic warszawskich i tam bezinteresownie operował. Gdy wreszcie powstał w szpitalu wolskim oddział chirurgiczny, za zgodą ordynatora tego oddziału korzystał z sali operacyjnej i coraz bardziej zdobywał doświadczenie w chirurgji operacyjnej ginekologicznej. Te jego poczynania zwróciły nań uwagę młodszych lekarzy, którzy coraz liczniej gromadzili się przy jego boku, tworzyła się powoli szkoła, z której wyszedł szereg dobrze wyrobionych ginekologów.

Podczas wojny światowej w końcu roku 1914 objął Monsiorski oddział chirurgiczny w szpitalu wojskowym, urządzonym w gmachu byłego korpusu kadetów i prowadził go z powodzeniem w ciągu 2 lat. W roku 1916 został mianowany ordynatorem zakładu położniczego miejskiego im. Anny Mazowieckiej, po 8 latach, w roku 1924 został ordynatorem oddziału ginekologicznego w szpitalu Przemienienia Pańskiego, na którym to stanowisku pozostawał aż do chwili zgonu. Na wszystkich wymienionych stanowiskach prowadził pracę na sposób kliniczny.

Prócz pracy zawodowej szpitalnej i prywatnej interesował się w wysokim stopniu również pracą społeczną i naukową. Piastował godność wiceprezesa sekcji ginekologicznej w Tow. Lek. Warsz., był wspólnie z Doktorem Czesławem Stankiewiczem założycielem pierwszego pisma ginekologicznego polskiego „Ginekologja”. W późniejszych czasach był jednym z twórców Towarzystwa Ginekologicznego Warsz. i był jego pierwszym prezesem. Był docentem ginekologii Wydziału U. W. i na tem stanowisku rozwinął energiczną działalność pedagogiczną.

Był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1906 i w pierwszych latach swego członkostwa brał czynny udział w życiu naukowym Towarzystwa.

Poświęcił dużo czasu pracy lekarsko-literackiej, ogłosił drukiem 23 rozprawy w pismach perjodycznych lekarskich, pozatem wydał w roku 1924 podręcznik pod tytułem „Diagnostyka Ginekologiczna” oraz przetłumaczył i wydał podręcznik P o z z i e g o z dziedziny ginekologii.

Zmarł nagle 26 sierpnia 1932 roku.

Jak widzimy — pracował Monsiorski uczciwie na wielu polach, wypełnił swe życie pożyteczną pracą dla dobra społeczeństwa.

Cześć Jego pamięci!

2. Kol. Z e m b r z u s k i L. (członek T-wa) wygłosił „Krótkie sprawozdanie z IX-go Międzynarodowego Zjazdu Historyków Medycyny w Bukareszcie” (streszczenie własne).

Zjazd ten, na który prelegent został wydelegowany przez Rząd polski i na którym reprezentował również Wydział Lekarski Uniwer. Warsz. odbył się od 10 do 18 września 1932 pod protektoratem króla Rumunii, przy udziale 130 przedstawicieli obcych narodowości.

Z Polski przybyło na Zjazd 6 lekarzy. Głównymi tematami były: 1) Rozwój medycyny w krajach bałkańskich i 2) Zwalczenie zarazy morowej w Europie w dawnych wiekach. Prócz tego wygłoszono ok. 100 referatów będących w związku z tematami głównymi lub t. zw. luźnych. Polacy wygłosili 5 komunikatów, dotyczących różnych za-

gadnień z dziedziny historii i filozofji medycyny. Podczas Zjazdu funkcjonowała wystawa farmaceutyczna i historyczno-lekarska. Poza-tem odbył się szereg wycieczek programowych po Rumunji, podczas których uczestnicy Zjazdu poznali szereg instytucyj lekarskich naukowych, sanitarno-społecznych i kulturalnych.

Zaznaczyć wypada żywe współdziałanie w organizowaniu Kongresu ze strony władz, rządu i społeczeństwa z Królem Karolem II na czele, który otwierał Zjazd i przewodniczył na posiedzeniu inauguracyjnym. Świetna organizacja i niezwykła gościnność gospodarzy przyczyniły się do usświetnienia Zjazdu pod każdym względem.

3. Protokół posiedzenia z dnia 18.X. przyjęto.

Zebranie zamknięto o godz. 22 minut 45.

Prezes: **Witold Orłowski**.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna**.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO z dnia 8 listopada 1932 r.

Obecnych członków T-wa—80, wprowadzonych gości—93.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia z dnia 25 października przyjęto.

Kol. Prezes zawiadamia o śmierci członków honorowych Towarzystwa: Józefa Babińskiego i Feliksa Lejars.

3. Kol. Loth Edward (członek T-wa) przedstawia „Przypadek znacznej deformacji kl. piersiowej”.

4. Kol. Rutkowski J. (członek T-wa) omawia: „Symptomatologję w zapaleniu przewlekłym wyrostka robaczkowego” (s:reszczenie własne).

Pomimo występujących niekiedy trudności rozpoznawczych w związku z innymi sprawami ostremi, napotykanemi w jamie brzusznej, obraz kliniczny w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego jest bardziej jasny i zdecydowany, niż w przewlekłym. Wielopostaciowość przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego, podobieństwo z objawów do licznych innych schorzeń sprawia to, że często mamy duże trudności z rozpoznaniem i często popełniamy omyłki. Jeżeli przewlekły stan zapalny jest zejściem (następstwem) dawniej przebytego ostrego zapalenia, wówczas wywiady ułatwiają rozpoznanie. Trudniej przedstawia się sprawa w przypadkach pierwotnie (od samego początku) przewlekłych. Tutaj wszechstronna znajomość i właściwa oce-

na bogatej symptomatologii staje nam do pomocy. Prelegent dał przegląd nie tylko powszechnie znanych objawów, związanych z przewlekłym zapaleniem wyrostka robaczkowego, ale i mniej znanych, a także przedstawił swoje własne spostrzeżenia nad wykrytymi przez siebie rozszczepieniami (dysocjacjami) czuć i zmianami odżywczymi w podściółce tłuszczowej ściany brzusznej. Objawy prelegent dzieli na miejscowe i odległe. Z pośród objawów miejscowych najpierw przystępujemy do zbadania porównawczego po obu stronach brzucha czucia powierzchownego (skórnego) (dotyk i kłucie), następnie głębokiego (uszczyknięcie). Prowadząc palcami po skórze obserwujemy równocześnie zachowanie się odruchów mięśni brzusznych, badając czucie głębokie przez ujmowanie skóry w fałd w miejscach symetrycznych, stwierdzamy lub nie zanik podściółki tłuszczowej po stronie prawej. W zapaleniu przewlekłym wyrostka robaczkowego stwierdzamy prawie zawsze (85%) rozszczepienie (dysocjację) czuć, to znaczy znieczulenie powierzchowne i przeczulicę głęboką, i bardzo często ścienczenie podściółki tłuszczowej po stronie prawej. Ten objaw ostatni wyraźniej da się zaobserwować u kobiet, niż u mężczyzn, gdyż naogół posiadają one więcej tłuszczu. U osób szczupłych najczęściej pozbawieni jesteśmy możności stwierdzenia tego objawu. Po zbadaniu zachowania się czucia przechodzimy do obmacywania głębszego. Ścisłej oznaczone miejsca, jak punkty bólowe Mac Burney'a, Morrisa, Lunza, podane jako znamienne dla zapalenia wyrostka, nie mają znaczenia, z powodu zmienności w położeniu wyrostka. Wymacać przytem chory wyrostek udaje się bardzo rzadko, i wtedy tylko gdy jest znacznie powiększony (np. w ropniaku). Znaczenie badania promieniami Rentgena polega na tem, że pod kontrolą ekranu można bezpośrednio stwierdzić bolesność wyrostka na ucisk. Poszukując objawów Rovsing'a, Orłowskiego, Basteda i Jaworskiego, lub poprostu polecając choremu zakasać, możemy w dużej ilości przypadków wywołać ból miejscowy z oddali. W dalszym ciągu prelegent zastanawia się nad istotą bólu i zmianami odżywczymi, wspominając przytem o objawie Wołkowicza i opisanym przez Buchmanna rozszerzeniu źrenicy po stronie prawej. Prelegent nie podziela zdania Buchmanna i Sawitzkiego co do częstości (88%—93%) występowania objawu rozszerzenia źrenicy po stronie prawej w przewlekłym zapaleniu wyr. rob., gdyż spotykał je bardzo rzadko, natomiast prelegentowi udało się zauważyć w paru przypadkach przejściowe rozszerzenie źrenicy prawej podczas operacji usunięcia wyr. rob. w momencie podwiązania kreteczki co potwierdziłoby istnienie odruchu z wyrostka na nervi ciliares longi (do m-lus dilatator pupillae i m-lus Mülleri).

Poza wyżej opisanymi objawami, mogącemi być uważane za

najbardziej charakterystyczne dla przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, istnieje szereg innych objawów, które nie są charakterystyczne, a niekiedy nawet bywają sobie wręcz przeciwne, jak np. zaparcie i biegunka. Na zasadzie tych objawów rozróżniamy najrozmaitsze postacie app. chr., jak to: postać żołądkową i dwunastniczą, kiszkową, wątrobową, moczową, przydatkową (u kobiet), toksyczną i t. d. Usunięcie wyrostka robaczkowego w postaciach tych ma wartość eksperymentu: po operacji zaburzenia żołądkowe, jelitowe, wątrobowe i t. d. znikają. Wiadomem natomiast jest i to, że schorzenie przewlekłe wyrostka rob. może występować równocześnie w parze ze schorzeniem np. woreczka żółciowego. Wówczas symptomatologia takiego zespołu staje się bogatszą, obraz zaś kliniczny bardziej zamieszany.

Rozprawy:

Kol. Kryński L. wspominając o powikłaniach ze strony wątroby, na które zbyt rzadko zwraca się uwagę, podkreśla konieczność indywidualnego ujmowania każdego przypadku. Zgodnie z prelegentem uznaje ważność objawów bólowych, jednak w zapaleniach przewlekłych wyrostka robaczkowego objawy te często nie występują przy badaniu bezpośrednim. Zależy to od warunków anatomicznych. Rozstrzyga wtedy badanie pośrednie.

Kol. Roguski J. (członek T-wa) zwraca uwagę, że zbyt wielkie znaczenie przypisuje się punktom bolesnym, ze szkodą dla innych objawów. Ważnym czynnikiem w rozpoznawaniu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego są wywiady. W pewnych przypadkach udaje się ustalić ostry początek cierpienia w postaci pojedynczego napadu, albo powtarzających się napadów ostrych. Symptomatologia przewlekłych zapaleń jest bardzo złożona i objawy, z powodu których usunięto wyrostek robaczkowy pozostają w znacznej liczbie przypadków po operacji. Mówca sądzi, że rozpoznanie w obecnym stanie wiedzy należy ustalić za pomocą narady.

Kol. Gerner K. (członek T-wa). Objawy bólowe pozostające po zabiegu operacyjnym uzależnia od stanu zapalnego ściany kątnicy i od zastoju w kątnicy. Zaleganie w kątnicy udaje się stwierdzić za pomocą badania rentgenologicznego. Bóle pooperacyjne mogą być ponadto wywołane przez zrosty, które wywołują zaleganie w kątnicy.

Kol. Masiukiewicz. Na oddziale Dra Sławińskiego stosuje się badanie sposobem Bastiego. Polega ono na wprowadzaniu powietrza przez kishkę prostą do kątnicy, co wywołuje ból w przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Objaw ten badany na 100 przypadkach wypadł ujemnie w 7 przypadkach, w których były operacyjnie stwierdzone zmiany w wyrostku robaczkowym.

W 10 przypadkach dodatniego objawu Bastiego w 10 dni po operacji objaw ten wypadł ujemnie. Omówiony objaw można polecić jako korzystny w rozpoznaniu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Kol. H ł a s k o J. zwraca uwagę na zaparcie stolca w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego. Ustępuje ono po usunięciu wyrostka. Podkreśla ważność badania ginekologicznego w przypadkach zapalenia wyrostka u kobiet.

Kol. M o c z a r s k i W. Zgadza się z kol. Roguskim, że należy w przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego odbywać naradę. Uwzględnić jednak należy w przypadkach u kobiet badanie ginekologiczne.

Kol. O r ł o w s k i W. (członek T-wa) (streszczenie własne): uważa, że uzupełnianie objawów, niewymienionych przez prelegenta, zaprowadziłoby zbyt daleko wobec bardzo obfitego piśmiennictwa. Przytacza jako przykład objaw Wołkowicza. Brak wzmianki o tych objawach tłumaczy się rozległością tematu i ograniczeniem czasu trwania odczytu. Twierdzi, że można wymacać wyrostek robaczkowy najczęściej po przeczyszczeniu przewodu pokarmowego albo zastosowaniem metody Jaworskiego, albo też metodą własną opracowaną równocześnie z met. Jaworskiego, który przeprowadza badanie przy podniesionej prawej kończynie dolnej. Kol. Orłowski — przy kończynie podniesionej skręconej nazewnątrz. Ta metoda daje możliwość częstszego znalezienia wyrostka. By uniknąć pomyłki, należy oczywiście zbadać, czy esica i poprzecznicza znajdują się na właściwym miejscu Typhlostasis jest sprawą zbyt częstą zwłaszcza u kobiet, by można było opierać się na stwierdzeniu jej rentgenologicznie w zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Kol. Z a o r s k i J. (członek T-wa) Objawy bólowe podkreślone przez prelegenta odnoszą się do zapaleń u dorosłych. U dzieci tego niema. Zapalenie wyrostka robaczkowego rozpoznaje się u dzieci na podstawie badania tętna i ciepłoty w odbytnicy i pod pachą. Ważną pomocą w rozpoznawaniu stanów zapalnych wyrostka może się okazać badanie rentgenologiczne. W pewnych przypadkach udaje się jedynie tą metodą wykryć obecność zrostów.

Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa) zaznacza w odpowiedzi, że wiele szczegółów w odczycie pominął. Zgadza się, że należy rozpoznawać zapalenie wyrostka robaczkowego konsultatywnie i tak się dzieje w praktyce. Co się tyczy wywiadów to mogą one ułatwić rozpoznanie, ale niezawsze możemy mieć pewność, że ostry napad był związany z wyrostkiem.

Na zasadzie zalegania w coecum nie możemy wyłączyć zapalenia wyrostka. Bóle pooperacyjne nie świadczą o mylnem rozpoznaniu.

Ostatnio tłumaczy się je powstawaniem nerwiaków poamputacyjnych. Niekiedy nie znajdujemy zmian w wyrostku, a chory zdrowieje; bywa też stan odwrotny — usunięcie wyrostka w czasie innego zabiegu operacyjnego wykazuje w nim niekiedy zmiany mimo braku objawów. Zwraca uwagę na rozszczepienie czucia powierzchownego. Bardzo często stwierdza się w przewlekłych zapaleniach wyrostka znieczulenie przy głaskaniu i przeczulicę na szczypanie. Występuje także ścięczenie podściółki tłuszczowej.

Kol. Sekretarz Stały zwraca uwagę na nieprawidłowość zwrotu: „postawić rozpoznanie“, zgodne z zasadami języka polskiego jest wyrażenie „zrobić, ustalić rozpoznanie“.

5. Kol. Filiński W. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t.: „Próby leczenia gruźlicy zarazkiem duru“ (streszczenie własne).

F. przypomina dawniejsze zdania o antagonizmie między durem brzuszny i gruźlicą. Powołuje się potem na fakt, że dur nie wywołuje rozwoju sprawy gruźliczej, chociaż sam często prowadzi do zmian w narządzie oddechowym, które same przez się mogłyby się wydawać podatnym tłem ku temu. Podaje przypadki w których dur samoistny wpłynął korzystnie na gruźlicę istniejącą. Przypuszcza, że jad durowy wpływa leczniczo na gruźlicę. Próbuje w przypadkach gruźlicy ostrej, postępującej, zastosować szczepionkę durową jako środek leczniczy. W szeregu przypadków otrzymuje dobre wyniki. Niepowodzenia tłumaczy powikłaniami, które uniemożliwiają racjonalne odżywienie chorych, a więc przedewszystkiem gruźlicą jelit lub krtani, o ile ona utrudnia połykanie. Nie można się spodziewać poprawy, o ile leczenie rozpoczyna się już w okresie przedśmiertnym na kilka dni przed zgonem.

R o z p r a w y :

Kol. Ławrynowicz A. (członek T-wa), podkreśla pewną nieścisłość w tytule odczytu. „Zarazek“ odnosi się do bakterij żywych, a prelegent miał do czynienia ze szczepionką. Sprawa antagonizmu duru i gruźlicy wydaje się niewątpliwa, jednak istnieją zasadnicze różnice między przebyciem choroby, a zadziałaniem szczepionki. Kol. Ł. jest zdania, że mamy tu do czynienia z proteinoterapią. Chcąc dowieść swoistego działania, należałoby sprawdzić działanie innych szczepionek. Sam pobyt w szpitalu ma bez wątpienia korzystny wpływ na przebieg choroby.

Kol. Szczepański Z. (członek T-wa) jest zdania, że przebycie duru raczej pogarsza istniejącą sprawę gruźliczą. Podany sposób leczenia uważa za terapię bodźcową. Zdaniem kol. Szczepańskiego bez kontroli rentgenowskiej nie można z całą pewnością mówić o poprawie.

Kol. Karwacki L. (członek T-wa) — podkreśla, że laseczniki durowe są jednym z najsilniejszych podrażników szpiku kostnego. Hamują zarazem leukocytozę, której działania boimy się w rozsiewaniu gruźlicy. Dlatego też nieradziłbym próbować innych szczepionek, w przypadkach bardzo ciężkich możnaby próbować wstrzykiwania żywych prątków durowych. Szczepionkę stosowaną przez prelegenta uważa za szczęśliwie wybraną.

Kol. Bartoszek T. (członek T-wa) będąc prosektorem w szpitalu ś-go Stanisława widział przypadki zejścia śmiertelnego nasutek gruźlicy, która rozwinęła się w przebiegu duru. Rozpoznanie gruźliczego zakrzepu wydaje mu się dość dziwne. Zakrzepy gruźlicze źle się goją i silnie krwawią. Ważne byłoby zastosowanie szczepionki durowej w praktyce pozaszpitalnej.

Kol. Wąsowicz St. (członek T-wa): w ocenie wyników leczniczych w gruźlicy musimy liczyć się z wielką różnorodnością typów klinicznych, z których wiele daje poprawę od zwykłego leczenia objawowego, stosowanego w szpitalu. Ważnym też jest, iż chorzy szpitalni, przeważnie ze środowiska proletarjackiego, znajdują w szpitalu znacznie lepsze warunki bytu, niż w domu, co wpływa na poprawę stanu ich zdrowia. Odsetek chorych wypisanych z poprawą wynosi na oddziałach szpitalnych około 40%, a więc tyleż ile wykazał prelegent.

Działanie zastrzykiwań szczepionki, jak wynika z przedstawionych wykresów nie powodowało natychmiast obniżenia ciepłoty, dopiero po licznych zabiegach, wykonanych podczas poziomej krzywej gorączkowej, widzimy pojawiający się powolny spadek krzywej i dopiero wtedy zjawiają się wahania odczynowe. To też profil krzywych jest za mało przekonujący, by spadek ciepłoty odnieść do stosowanych zabiegów.

Przechodząc zaś do oceny przedstawionych z całym obiektywizmem przypadków zauważyć muszę, iż w trzecim przypadku rzeczywiście widzimy poprawę, ale tylko częściową, którą możnaby jednak przypisać również 5-ciomiesięcznemu pobytowi w dobrych warunkach szpitalnych. Natomiast przypadki pierwszy i drugi skłonny byłbym wbrew zdaniu prelegenta zapisać na minus metody, a nie do sukcesów. Pierwszy odpowiada obrazowi klinicznemu nacieku wczesnego w postaci lobitu, drugi — wydaje się być postacią corticopleuritis. Oba te typy kliniczne zwykle samoistnie w leczenie zachowawczem dają dość szybką poprawę: przedstawione zaś wykresy dają wrażenie, iż leczenie szczepionką raczej znacznie przedłużyło zwykły dla tych typów przebieg gorączkowy.

Oczywiście materiał liczbowy jest zbyt szczupły, by ocenić przedstawioną metodę leczniczą, założenie zaś teoretyczne jest nie-

zmiernie ciekawe i nowe, a więc zachęcające do dalszych poszukiwań, które, sądzę, należałoby czynić raczej na przypadkach przewlekłych, omijając zarówno przypadki ostre jak pierwszy i drugi, jako też przypadki beznadziejne.

Kol. Michałski Z. (członek T-wa) (streszczenie własne).

Wyniki przedstawione przez kolegę Filińskiego są bardzo interesujące. Podstawy teoretyczne dla takiego postępowania istnieją a mianowicie pewna jakby przeciwstawność przebiegu zakażenia gruźliczego i durowego, jako to typ gorączki, zachowanie się tętna, a przede wszystkim, jak to podkreślił kolega Leon Karwacki, zachowanie się obrazu krwi t. j. leukopenji ze względną limfocytozą. Wiadomo bowiem, iż limfocytoza jest objawem dodatnim w przebiegu gruźlicy płuc. Kol. Filiński nie zakomunikował, czy stosowana szczepionka powodowała u spostrzeganych chorych wzrost limfocytozy, czego jednak teoretycznie możnaby było się spodziewać.

Przedmówcy powtarzają stały zarzut, stawiany próbom terapeutycznym, iż jest to wpływ dodatnich warunków szpitala.

Trudno uważać warunki w miejskich szpitalach za świetne, skoro na całodzienne utrzymanie w szpitalu przeznaczonem jest 1 zł. 50 gr. na chorego. Również zarzut, iż pierwsze 3 przypadki, przedstawione przez kolegę Filińskiego jako przypadki względnie o ostrym przebiegu, mogły ulec samorzutnej poprawie, nie wydaje się słusznym, gdyż nie jest wcale regułą samorzutna poprawa w przypadkach podobnych.

Niektórzy z kolegów, chcąc uważać próby kolegi Filińskiego za nieswoistą terapię bodźcową, doradzają mu przeprowadzenie badań nad wpływem innych szczepionek lub proteinoterapii parenteralnej. Oczywiście osoby zainteresowane mogą się same z łatwością tym tematem zainteresować i projektowane badania przeprowadzać, trudno ich jednak wymagać od kolegi Filińskiego. Ze swej strony mogę zakomunikować, iż na sali gruźliczej prowadzonego przezemnie oddziału były prowadzone badania nad wpływem szczepionki paciorkowcowej i grypowej (przez koleżankę H. Skwarczewską) z wynikiem całkowicie ujemnym. Ze swej strony zwracam uwagę na ogłoszone w ostatnich tygodniach w Pol. Gazecie Lekarskiej badania Kmietowicza nad toksynami durowymi. Autor ten różniczuje toksyny, powodujące gorączkę i toksyny, wpływające na obraz krwi, charakterystyczny dla duru. Być może te spostrzeżenia przydadzą się do wyjaśnienia działania szczepionki durowej na przebieg gruźlicy płuc. Ocena wyników leczniczych dla autora jakiegoś postępowania leczniczego w gruźlicy płuc jest zawsze utrudniona. Chorzy na gruźlicę płuc są wielce podatni na sugestję. To, że koło nich robi się coś nowego, nieznanego, że wskutek zrozumiałego zainteresowania, są poddawani częstym, skrupulatniej-

szym badaniom — dodaje im otuchy i stanowi jeden z czynników dodatnich korzystnych. Sądzę, iż należytą ocenę pomysłu terapeutycznego kolegi Filińskiego dać będzie można dopiero po zdobyciu szerszego i własnego doświadczenia.

Kol. Szokalski (członek T-wa) — uważa leczenie szczepionką za proteinoterapię. Należy przeprowadzić kontrolę biologiczną. sam kol. Szokalski z dobrymi wynikami stosował wstrzykiwania mleka.

Kol. Orłowski W. (członek T-wa) sądzi, że nie można tak kategorycznie mówić o przeciwstawności duru brzuszego i gruźlicy. To nie jest faktem ustalonym. Na podstawie własnego doświadczenia sądzi, że tej przeciwstawności nie ma. Dur nieraz pogarsza przebieg gruźlicy, a gruźlica nieraz występuje po durze. Ogólnie przyjęty jest np. pogląd, że grypa pogarsza gruźlicę, tymczasem Rożkowski wystąpił ze zdaniem przeciwnym. Przytacza ten fakt, by można było osądzić, jak należy być ostrożnym w sprawie przeciwstawności chorób. Nie chcę zniechęcać prelegenta do jego badań, ale obowiązkiem jest rozważyć przedstawione wyniki. Wartość metody leczenia gruźlicy należy wypróbować w przypadkach przewlekłych. Materiał, przytoczony w odczycie, z tego punktu widzenia był nieodpowiedni. Poza-tem badania należy rozpoczynać dopiero po 3—4 tygodniowym pobycie chorego w szpitalu, zwłaszcza w Szpitalu Św. Stanisława, gdzie chory ma bardzo dobre warunki pod względem pomieszczenia, odżywiania i opieki. Na razie nie można ustalić, czy metoda omawiana ma działanie swoiste, tembardziej, że wyniki jej przypominają wyniki stosowania pozajelitowego małych dawek mleka. Sądzi, że metoda, stosowana przez prelegenta, jest łagodnym leczeniem bodźcowem. Dobrze byłoby porównać wyniki stosowania obu metod (małe dawki mleka i szczepionka durowa) na materiale, znajdującym się w jednakowych warunkach.

Kol. Osiniński E. (członek T-wa) (streszczenie własne): usiłowania celem znalezienia środka leczniczego przeciwko gruźlicy należy powitać z żywym uznaniem, albowiem dotychczas swoistego leku, zwalczającego tę chorobę, nie mamy. Przystępując do prób leczenia gruźlicy szczepionką duru brzuszego, należałoby zdaniem mojem — postawić sobie pytanie, czy można zgóry przewidzieć wynik leczenia? Sprawę tę oświetlić powinna z jednej strony bakterjologja, z drugiej zaś klinika zakażeń mieszanych, a w szczególności duru brzuszego i gruźlicy.

Bakterjologja poucza nas, że między drobnoustrojami może zachodzić antagonizm. Myśl wyzyskania antagonistycznego działania bakterji po wielu i długoletnich doświadczeniach udało się Wagnerowi (z Wiednia, 1917 r.) urzeczywistnić drogą szczepień zimnicy trze-

ciaczkowej w porażeniu postępującem t. j. w schorzeniu kiłowym, a leczenie to, sprawdzone przez wielu badaczy, stało się już skuteczną w tem schorzeniu metodą leczniczą.

Również leczniczo działa w porażeniu postępującem szczepienie gorączki powrotnej. Trudno jednak byłoby przytoczyć dużo przykładów takiego korzystnego, przeciwnego oddziaływania bakterji.

Bądź co bądź, jeśli chodzi o gruźlicę i dur brzuszny, to wyraźnych dowodów antagonistycznych oddziaływania obu tych bakteryj dotychczas bakterjologia nam nie dała.

A co mówi klinika?

Znany jest dobroczynny wpływ róży (*erysipelas salutare*) na owrzodzenia kiłowe, toczniowe, a także na nowotwory złośliwe (mięsaki, raki). Skojarzenie odry i gruźlicy płuc sprowadza zazwyczaj przyspieszony rozwój gruźlicy, a sama odra sposobi podłoże dla gruźlicy.

Co do duru brzusznego, to na mocy własnego doświadczenia na materjale duru brzusznego mogę stwierdzić, że w przypadkach zakażenia mieszanego gruźlicą płuc i dudem brzuszным bywa rozmaicie: czasami sprawa gruźlicza nie ulega obostrzeniu, innym razem już po wyleczeniu z duru brzusznego i przy wyraźnej poprawie ogólnej długo utrzymują się stany podgorączkowe przy nieznacznych zmianach płucnych, a bywa i tak, że występuje przyspieszenie rozwoju gruźlicy płuc lub nawet jej uogólnienie, zazwyczaj u osób z podupadłym uprzednio odżywianiem. Powstrzymania biegu sprawy gruźliczej lub jej wyleczenia po przebyciu duru brzusznego nie spostrzegałem.

Wobec takiego stanu rzeczy o przeciwstawieniu tych chorób mówić nie można, raczej ma tu miejsce sumowanie obu zakażeń, a wynik należy sobie tłumaczyć, natężeniem obu spraw chorobowych i siłami odpornościowymi ustroju. Mimo to niema przeszkód do stosowania szczepionek duru brzusznego w gruźlicy w charakterze metody bodźcowej ze ścisłym zachowaniem przepisu, ustalonego dla zastrzykiwań szczepionek wogóle, przyczem dla łatwiejszego spostrzegania należałoby rozpoczynać próby od przypadków wczesnych.

Żywych bakterij durowych zastrzykiwać nie należy, bo nie można przewidzieć, jaki będzie przebieg duru brzusznego, którego — w razie potrzeby — nie bylibyśmy w możności przerwać w braku leku swoistego na wzór chininy przeciwko zimnicy lub neosalwarsanu przeciwko gorączce powrotnej.

Kol. Filiński Wł. (członek T-wa) odpowiada oponentom (streszczenie własne).

Przedstawiony tu materjał nie nadaje się do obliczenia procentowego pomyślnych wyników leczenia, które możnaby zestawić z po-

dobnymi wynikami innego postępowania leczniczego. Statystyki leczenia obejmują wszelkie postacie gruźlicy, a ja wybrałem tylko ciężką postępującą gruźlicę, bo nie chodziło mi wcale o powiększenie odsetków pomyślnych, a o przekonanie się, czy próbowany sposób leczenia może dać poprawę tam, gdzie przy innem postępowaniu trudnoby się było tego spodziewać.

Szczepionka durowa wywołuje odczyn gorączkowy, ale to nie wystarcza, aby leczenie nią gruźlicy odnieść tylko do t. zw. terapii bodźcowej. Wiemy o tem, że bodźce zakaźne nie wszystkie są równe. Jady influenzy tem się różnią od innych, że ułatwiają rozwój gruźlicy. Czyż nie można przypuścić istnienia takich jądów, które poza swoim drażniącym, nieswoistym działaniem będą jeszcze wywierać wpływ hamujący na gruźlicę? Chociaż wszystkie antipyretica obniżają gorączkę i łagodzą ból, to przecież leczenie zimnicy chiną nie jest leczeniem przeciwgorączkowym.

Punkt 3-ci porządku dziennego przeniesiono na posiedzenie w dn. 15.XI. 1932.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23 minut 5.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO z dnia 15 listopada 1932 r.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa—60, wprowadzonych gości—47.

1. Protokół posiedzenia z dnia 8.XI b. r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał:

a) wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa,

Alkiewicz. O budowie histologicznej podłoża nabłonkowego paznokcia
Odbitka z „Przeł. Dermatologicznego“ T. XXVII. Nr. 2. 1933 r.
Biehler Mat. Poglądy Jędrzeja Śniadeckiego na ustrój kobiecy i niemowlęcy w porównaniu ze współczesnymi poglądami w tej dziedzinie. Odb. z N-ru 14, 1932 r. dwutyg. „Medycyna“.

Biro. Stwardnienie zanikowe boczne. Sclerosis lateralis amyotrophica. (Charcot). Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1932 r. Nr. 25—27.

„ O stwardnieniu wieloogniskowem. Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1932 r. Nr. 34, 35.

- Bukowska i Odrzywolski. Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem kąpieli solankowych w Ciechocinku. Odb. 1932 r. Nr. 16 z dwutyg. „Medycyna”.
- Cieszyński. Krwotoczna toksykoza naczyń włosowatych (przypadek choroby Schönlein-Henoch'a). Warszawa. Bez daty wyd.
- „ W sprawie wychodźstwa. Poznań, 1919.
- „ Historia „Towarzystwa Naukowego” w przeddzień pięćdziesięciolecia 1869—1919. Sprawozdanie T-wa Naukowego Polaków w Berlinie za r. 1917—1918. Poznań 1918.
- „ W sprawie dziwnych obrzęków. Odb. Nowiny Lek. Rocznik 30.
- „ Białaczka wieku dziecięcego i jej leczenie; wycięcie śledziony w przypadku białaczki. Odb. Nowiny Lek. Rocznik 31.
- „ O żółwich prątkach gruźliczych Friedmanna pod względem bakterjologicznym. Odb. Pol. Gaz. Lek. Nr. 21, 1922.
- „ O żółwich prątkach gruźliczych Friedmanna pod względem klinicznym. Odb. z Pol. Gaz. Lek. Nr. 21, 1922 r.
- „ La protéinothérapie dans la tuberculose infantile. Odb. Archives de Médecine des Enfants b. daty.
- „ Odczyn tyficzny w przebiegu duru brzuszego u dzieci. Odb. Pedjatrja Pol. zesz. 2. 1924.
- „ Zapalenie okołonerkowe u 16 mies. chłopca, wyleczone szczepionką swoistą. Odb. z „Pedjatrji Pol.” za lipiec—sierpień—wrzesień—październik 1925 r.
- „ Un cas de paranéphrite chez un enfant de seize mois guéri par l'autovaccine. Odb. Arch. d. Médecine d. Enfants. 1925. Nr. 12.
- „ Patogenetyczne znaczenie czerwi pospolitych. Odb. „Pedjatrja pol. zesz. 1 i 2. 1925 r.
- „ Czerwiowe odczyny skórne u dzieci. Odb. „Pedjatrja Pol.” 1927.
- „ Hautreaktionsversuche mit Helminthesprodukten bei Kindern. Odb. Monatschrift f. Kinderheilkunde. Bd. 39. 1928.
- „ Les réactions cutanées helminthiasiques chez les enfants. Odb. Arch. d. Médecine d. Enfants. 1928. Nr. 6.
- „ Książeczka zdrowia. Warszawa, 1929.
- „ i Gileczek-Hacowa. Częstość czerwi u dzieci warszawskich. Odb. „Pedjatrja Pol.” 1924 r. zesz. 6, t. VI.
- Goldbaum. Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul.” Odb. Warsz. Czasop. Lek. 1932 r. Nr. 37.
- Kalinowski. Stosowanie Promonty w stanach wyczerpania nerwowego. Odb. Nowiny Lek. 1930 r. Nr. 19.

Mikułowski. Zastosowanie eksperymentu Weeda do leczenia blokady kanałowej w drętwy karku. Odb. z „Medycyny”, 1932. Nr. 18.
Niczyporowicz i Konkolewski. Rzadki przypadek wady rozwojowej pod postacią zachowanego przewodu pępkowego-jelitowego. Odb. z Polskiego Przegl. Chirurgicznego. 1932, zes. 4.

Regmunt-Sobieszczański. Szkic działalności lekarskiej Warszawskiego Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej (Pogotowie Ratunkowe). Odb. „Medycyna”, 1932. Nr. 17.

Semerau-Siemianowski i Cieszyński. W sprawie ekstrasystolji wieku dziecięcego. Odb. z Pedjatrji Polskiej. (1922 r.).

Skarżyński. Znaczenie nowszych zdobyczy biochemji lipidów dla nauki o odżywianiu. Odb. 1930 r. Nr. 27.

Stankiewicz Z. Z wystawy radjologicznej w Paryżu. Odb. z „Polskiego Przeglądu Radjologicznego” 1931 r. zes. 3—4.

„ Podstawy biologiczne różnych metod napromieniania nowotworów złośliwych. Odb. z „Przeglądu Radjologicznego” T. VII zes. 1—2.

Stojanowski i Stasińska. Zur Frage nach dem primären Endothelium der Augenbindehaut. Odb. Virchow's Archiv. Bd. 286. H. 1.

Szumowski. Nauka farmacji w Polsce w ubiegłych stuleciach. Odb. „Wiadomości Farmaceutyczne”. 1931 r. Nr. 51—52.

„ Historia Medycyny filozoficznie ujęta. Cz. II. Medycyna średniowieczna. Kraków, 1932.

Trzebicki i Reiss. Notatki terapeutyczne. Odb. Pol. Gaz. Lek. 1932 r. Nr. 15. Bakterjologja podług wykładów Prof. R. Nitscha. Cz. 1, 2, 3 i Dopełnienie. Warszawa. 1926—1928.

Towarzystwo Patologów Polskich (oddział poznański) i Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu. Wspólne posiedzenie dnia 3.VI. 1932 r. Odb. Nowiny Lek. 1932 r. Zesz. 17,

Rolletino e Memorie della Societä Piemontese di Chirurgia. R. 1932, Nr. 13, 14.

Busko Zdrój. B. d. i m. wyd.

Kol. Prezes odczytał:

b) pismo Tow. Naukowego Warszawskiego, w sprawie wzięcia udziału w obchodzie 25-lecia odnowionej działalności Tow. Nauk. Warsz.

c) pismo tymczasowego Komitetu obchodu 250-lecia bitwy pod Wiedniem.

d) zawiadomienie Ruskoserbskiego Towarzystwa Lekarskiego o śmierci Prof. Redlicha.

3. Kol. Higier H. (członek T-wa) przedstawił: a) „Rzadki

przypadek pyknolepsji dziecięcej" oraz „Rzadką postać choroby Heine-Medina z porażeniem mięśni brzusznych" (streszczenie własne)

11-letni chłopiec bez dokładnej anamnezy rodzinnej ma blisko 2 lata swoiste napady *petit mal* bez drgawek, z utratą przytomności kilkusekundową do kilkuminutowej, bez objawów towarzyszącej katapleksji wzruszeniowej z nagłym budzeniem się bez bólów głowy, lecz z amnezją ponapadową. We śnie napadów nie spostrzegano. Pierwszy w życiu napad i następne, powtarzające się nieraz kilkanaście razy dziennie, występowały zawsze bez powodu. Raz o mało nie wpadł pod auto, jest przeto strzeżony stale przez młodszego brata. Objawów organicznych niema żadnych. Inteligencja, obowiązkowość, pilność i zdolności wyżej normy. Zarówno kary ze strony domu i szkoły jak środki przeciwpadaczkowe pozostawały bez wpływu.

Higier, wykluczając zwykłą *absence epileptique*, rozpoznaje postać chorobową, znaną pod nazwą dziecięcej pyknolepsji, czyli „częstotliwych drobnych napadów padaczkowych Friedmanna". Dziecko wśród najlepszej zabawy, podczas pracy, rozmowy, jedzenia staje jakby piorunem rażone, twarz lekko blednie lub czerwieni się, oczy stają w słup, ruchy automatyczne, jak chodzenie, nie zawsze ulegają przerwie, po kilku lub kilkadziesiąt sekundach wszystko wraca do normy, dziecko świeże i wesołe wraca do przerwanej zajęcia, pamiętając swój napad, który robi wrażenie częściowej przerwy pamięci, zeszytwnienia psychicznego. Napady powtarzają się nieregularnie po kilka do kilkuset razy na dobę, rzadko występują we śnie, nigdy nie prowadzą do padania lub kaleczenia się.

Przerwy wielomiesięczne w napadach są rzadkie. Około 12—15-go roku życia napady znikają stopniowo, nie zostawiając upośledzenia intelektu. Decydują naogół o wyodrębnieniu tego etjologicznie ciemnego cierpienia w nerwicę samodzielną napady nader częste, krótkotrwałe, uporczywe, stereotypowe, przypominające przelotny sen lub drzemkę z zaburzeniem ruchów dowolnych, czynności duchowych, niezupełne zaćmienie świadomości i zachowanie mimo wieloletniego trwania choroby i mimo wieku dziecięcego inteligencji, bezskuteczność bromu i luminalu, brak *habitus hystericus* lub *epilepticus*, jaki łatwo u dzieci poznać się daje.

Przyznać należy, że obok pyknolepsji, spadającej na dziecko bez żadnego powodu, jak grom z jasnego nieba, istnieje postać reaktywna (*Epilepsia affectiva* Bratza, *Psycholepsia* Janeta), od zewnętrznego czynnika zależna, który to czynnik sam przez się może być psychopochodny lub bez jasnego tła psychicznego. Czasem przejście, wzruszeniowo mocno podbarwione, wywołuje pierwszy napad lub przerywa narkoleptyczne *petit mal*.

Dawne usiłowanie wielu autorów połączenia choroby Gélianeau czyli narkolepsji z pyknolepsją Friedmanna w jedno pozwoliłoby traci adherentów: są to dwie postaci, chwilami podobne do siebie, ale bynajmniej nie identyczne.

W narkolepsji, spotykanej przeważnie u dorosłych, przeważa element snu i patologicznego zmęczenia ze zwiotczeniem mięśni, rzadziej ze zwisaniem żuchwy; kataplexia, a choroba to prawdopodobnie organiczna, w prążkowiu usadowiona, nie daje tak pomyślnego rokowania jak pyknolepsja dziecięca.

W bliskim pokrewieństwie z obu znajduje się rozległa grupa t. zw. omdlewań i stanów do omdlewania podobnych (accés syncopoides), przeważnie wśród młodzieży neuropatycznej spotykanych. Napady, polegające prawdopodobnie na zbyt intensywnym i zbyt długotrwałym skurczu odruchowym naczyń mózgowych, występują prawie zawsze pod wpływem wzruszenia lub wyczerpania psychicznego i fizycznego, dają rokowanie pomyślne.

H. Higier. Rzadka postać Heine-Medina z porażeniem mięśni brzusznych.

U 2¹/₄ letniego dziecka choroba zaczęła się przed dziesięcioma tygodniami od dwudniowej gorączki 39° z bólami, przeczulicą całego ciała i zaczerwienieniem gardzieli, z rozpoznaniem przez pediatrę jako angina. Późniejsze narzekania na bóle jednej nóżki skierowały uwagę konsultanta chirurga w stronę sprawy gośćcowej, którą leczono dwa tygodnie kąpielami solankowymi. W 3-cim tygodniu choroby dzięki pewnej niezgrabności w ruchach, zwłaszcza wielce utrudnionemu unoszeniu się z pozycji leżącej dziecko dostało się w moje ręce.

Rozpoznanie a posteriori udało się bez trudności, a mianowicie: nietypowa postać choroby Heine-Medina. Przypadków takich zwłaszcza podczas epidemii poliomyelitis, nie należy przeczyć. Minimalne osłabienie siły grubej jednej kończyny dolnej obok braku odruchu kolanowego i brzusznej tejże strony wystarczyło do rozpoznania i umiejscowienia choroby organicznej.

Najciekawszem w tym przypadku jest atoli przeoczenie przez kilku lekarzy niemożliwości: a) unoszenia się dziecka z pozycji leżącej, b) unoszenia tułowia i głowy, c) przewracania się z boku na bok, d) padanie na wznak przy kładzeniu się, słowem zlekceważenie zupełnego porażenia pewnej grupy mięśni, wprawdzie nadzwyczajnie rzadko cierpiącej w tak czystej formie w poliomyelitis acuta (przydatki Oppenheima, Finkelburga, Ibrahima, Strasburgera, Goldsteina, Söderbergha). Przy czynnej zmianie pozycji siedzącej w leżącą tułów pada na podłoże, zmiana pozycji leżącej w siedzącą jest tylko możliwa biernie przez ujęcie rączek

dziecka i podpieranie jednocześnie szyi (porażenie obustronne dolnych mięśni brzusznych zwłaszcza *MM. rectus, obliquus ext. et int.*, niedowład *M. ileo-psoas sin. i erector trunci*).

Ognisko zapalne w rdzeniu obejmuje obustronnie rogi przednie pogranicza grzbietowolędźwiowego (od D_8 do L_1), głównie opuszczając się po stronie lewej rdzenia.

Patofizjologia wspomnianych wyżej mięśni jest dotąd jeszcze dosyć ciemna mimo klasycznych prac dawnych (*Duchenne*) i nowych (*Söderbergh*) nad statyką i dynamiką aktu leżenia i siedzenia, nad rolą *M. ileo-psoas* w zginaniu miednicy, nad wzajemnym stosunkiem czynnościowym mięśni poprzecznych, prostych i skośnych brzucha, muskulaturę brzuszną reprezentujących.

Gorączka, bóle ogólne, przeczulica ciała, poty obfite i zaczerwienienie gardła w czasie epidemji *Heine-Medina* kierować winny uwagę lekarza w stronę zapalenia istoty szarej rdzenia. Najtrudniej rozpoznawalna jest *poliomyelitis* z zajęciem nerwów czaszkowych, pokrywy brzusznej i głębokich mięśni grzbietu.

3. Kol. *Bratkowski E. i Zaorski J.*, członkowie Tow., przedstawili: „Dwa przypadki schorzenia dróg żółciowych” (streszczenie własne).

Schorzenia dróg żółciowych są bardzo często spotykane w klinikach, jednak przyczyny wywołujące je i przebieg schorzenia może być rozmaity i tak różnić się od codziennych przypadków, że pozwalamy sobie przedstawić 2 takich chorych w Towarzystwie Lekarskiem.

Przypadki te są następujące:

1. Antoni Ł. 45 l. ksiądz wstąpił do Lecznicy SS. Elżbietanek dn. 28.X.31 r. ze skargami na osłabienie ogólne, żółtaczkę, świąd skóry, brak łaknienia, wzdęcie brzucha, mdłości po jedzeniu, wymioty po spożyciu pokarmów tłustych i niestrawnych, zaparcie stolca, spadek wagi ciała.

Choroba rozwinęła się stopniowo, a mianowicie w ostatnim roku chory miał zły apetyt, często doświadczał mdłości, odbijania, oraz wzdęcia brzucha. W sierpniu zauważył bardzo ciemny mocz, a kał bardzo jasny. Wkrótce zjawiała się żółtaczką, którą początkowo leczył wodą Karlsbadzką, lecz bezskutecznie, gdyż objawy niestrawności nie ustępowały, a żółtaczką nasilała się. W końcu sierpnia pojechał do Morszyna, przeprowadził kurację, jednak żółtaczką nie ustąpiła, wystąpił świąd skóry, zmniejszyło się łaknienie i wystąpiły silniejsze zaparcia stolca.

Z przebytych chorób podaje odrę, żółtaczkę w 5 roku życia, katar żołądka przed 20 laty; nie pija, nie pali.

Dziedzicznie nie obarczony — ojciec zmarł na astmę, matka na serce; ma 6 rodzeństwa, jedna z sióstr choruje na kamice żółciową.

Stan obecny: wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie średnie, ciepłota normalna. Skóra barwy ciemno żółtej, prężna, wilgotna, na kończynach liczne strupy, a w mniejszej ilości ślady podrażnienia na tułowiu. Śluzówki zabarwione żółtaczkowo; twardówka i spojówka oka — barwy ciemno-żółtej. Płuca w granicach prawidłowych, odgłos opukowy jawny, brzęgi ruchome, oddech pęcherzykowy. Tętno 72 na 1', miarowe, średnio wypełnione, granice serca prawidłowe, tony czyste, zaakcentowanie 2-go nad tętnicą płucną. Język obłożony, podniebienie ciemno-żółtej barwy; brzuch nieco wzdęty, wątroba o powierzchni gładkiej, twardawa, występuje na 2 palce poniżej łuku żebrowego w linii sutkowej prawej, brzeg jej równy, zaokrąglony, okolica woreczka żółciowego lekko tkliwa przy głębokim obmacywaniu. Śledziona od 8-go żebra w linii lewej pachowej śr. występuje na 1 palec poniżej łuku żebrowego, twardawa, niebolesna.

Wyniki badań laboratoryjnych są następujące: mocz o ciężarze właściwym 1017, barwy ciemnożółtej, kwaśny, nie zawiera białka, barwniki żółciowe — w dużej ilości, urobilina silnie zaznaczona, w skąpym osadzie — pojedyncze leukocyty; treść żołądkowa po śniadaniu Ewald'a zawiera dużo śluzu, kwasowość ogólna 90, wolny kwas solny 70; kał sformowany, barwy gliniastej, krwi nie zawiera, stercobiliny nikłe ślady, jaj pasożytów nie wykryto. We krwi Hb — 96%, krw. czerwonych 5.200.000, wsk. 0.9. Leukocytów 8.250, w tem obojętno-chłonnych 64%, eozynochłonnych 4%, zasadochłonnych 2%, limfocytów 30%. Odczyn Wassermanna ujemny; opadanie krwinek normalne, czas krzepnięcia 14, ilość bilirubiny 23 miligramy na 100 surowicy, oporność krwinek H₁ — 0,36 — H₃ — 0,28.

Treść dwunastnicza w ilości 20 ct., zawiera dużą ilość śluzu, białka 0,033%, urobilinogenu ślady, krwi ślady, leukocyty 1—2 w p. w., i krwinki czerwone 3—5 w p. w.

Badanie rentgenologiczne nie wykryło zmian patologicznych w żołądku i jelitach; cholecystografia dokonana dożylnie — cień woreczka nie wystąpił na zdjęciach.

Nasz chory ma nasilającą się żółtaczkę, przy dość dobrym stanie odżywienia, normalnej ciepłocie, normalnym składzie morfologicznym krwi, normalnej oporności krwinek czerwonych.

W surowicy krwi bilirubinemia, w moczu barwniki żółci, brak żółci B i C przy zgłębnikowaniu dwunastnicy, ślady stercobiliny w kale.

Badanie bezpośrednie chorego wykazuje intensywną żółtaczkę, powiększoną wątrobą i nieco powiększoną śledzionę.

Te wszystkie dane służyć nam muszą do ustalenia rozpoznania.

Bilirubinemia, normalny skład krwi i normalna oporność krwinek pozwalają nam wykluczyć żółtaczkę hemolityczną.

Brak infekcji oraz intoksykacji daje nam możliwość wykluczyć żółtaczkę dynamiczną.

Cały obraz kliniczny chorego, jako to: intensywna żółtaczka, bilirubinemia, acholia, brak żółci B. i C. przebiega jako żółtaczka mechaniczna; należy tylko ustalić miejsce i przyczynę zatoru żółci.

Brak powiększonego woreczka żółciowego pozwala ustalić to miejsce albo w przewodzie wątrobowym, albo w miejscu rozgałęzienia przewodu pęcherzykowego. Co do istoty przyczyny to należało myśleć o kamieniu, zmianach bliznowatych, lub polipach w przewodzie żółciowych, lub ucisku od zewnątrz.

Ponieważ nie można było pomóc choremu środkami leczniczymi, po naradzie z Docentem Janem Zaorskim zaleciliśmy choremu zabieg operacyjny.

Zanim jednak przystąpiliśmy do zabiegu, musieliśmy chorego przygotować. Ponieważ operację mieliśmy wykonać w uśpieniu, zastosowaliśmy kilkakrotnie wstrzykiwanie dożylnie glukozy. Prócz tego ponieważ krzepliwość krwi była opóźniona do 14 minut, wstrzykiwaliśmy w ciągu 9 dni dożylnie calcium chloratum 10% na zmianę ze stosowaniem co drugi dzień wstrzykiwaniem domięśniowym krwi własnej. 21.X. Krzepliwość wynosiła 10 minut, w tym dniu wykonaliśmy zabieg w uśpieniu eterowym.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdziliśmy, że okolica pęcherzyka, wątroby, dwunastnicy i zgięcia wątrobowego jelita grubego jest zniekształcona licznymi zrostami. Rozdzielono je częściowo na ostro, częściowo na tępo. Pęcherzyk o ścianach grubych, niezbyt napiętych zawierał płynną żółć, która nie dała się wycisnąć do przewodu wspólnego. Wejście do otworu Winslowa wolne, w okolicy brodawki Vatera wyczuwa się zgrubienie, o konsystencji elastycznej. Usunąłem pęcherzyk żółciowy, stwierdziłem przytem, że przewód pęcherzykowy jest niedrożny. Dla stwierdzenia drożności przewodu wspólnego w stronę dwunastnicy, naciąłem go w miejscu zarośniętego połączenia z przewodem pęcherzykowym. Przez ten otwór wprowadziłem zgłębnik, który wszedł bez przeszkody do dwunastnicy. Wobec drożności przewodu wspólnego, zrozumieliśmy, że przeszkoda musi leżeć zewnątrz niego. Rozdzielając ostrożnie zrosty i tłuszcz tej okolicy, doszedłem do tworzywa, które uprzednio wyczuwałem jako opór elastyczny. Tworem tym okazał się gruczoł chłonny powiększony zapalnie do wielkości ziarna fasoli, co następnie potwierdziło badanie anatomo-patologiczne. (Zakł. Anat. Patol. U. W. L. p. 9821 z dnia 22—26 października 1931). Po wydobyciu gruczołu uważałem, że znalazłem i usunąłem przeszkod-

dę, której szukaliśmy. Po założeniu sączka gazowego na łożysko pęcherzyka na wątrobie wyprowadziłem go nazewnątrz. Resztę rany w powłokach brzusznych zaszyłem warstwowo.

Chory zabieg zniósł dobrze.

26.X. ławatywa, po niej małe wypróżnienie zabarwione normalnie.

20.X. wyjęto sączek gazowy, na jego miejsce wprowadzono gruby dren gumowy.

5.XI. Stan chorego dobry, przez ranę wydobywa się coraz mniejsza ilość wydzielmy podbarwionej żółcią.

5.XI. Chory czuje się dobrze. Wydzielina z rany znikła. Chory podaje, że „uczuł w pewnym momencie w jamie brzusznej jakby coś nie mogło odpłynąć, następnie, jakgdyby otworzył się nagle jakiś otwór i coś inaczej popłynęło“.

14.XI. Chory chodzi; na ranie powierzchowna ziarnina, żółć się nie wydziela.

24.XII. Chory wypisany. Żółtaczka zupełnie ustąpiła. Badanie stolca wykazuje barwę ciemno-żółtą, barwniki żółciowe silnie dodatnie. W moczu barwników żółciowych ślady.

U chorego opisanego powyżej przeszkodę w odpływaniu żółci do dwunastnicy stanowił gruczoł chłonny, który normalnie znajdując się w tym miejscu, jako mały i nie powiększony zapalnie, nie przeszkadza w odpływie żółci. Z chwilą jednak kiedy ulegnie on stanowi zapalnemu, może powiększyć się do tego stopnia, co miało miejsce w naszym przypadku, że uciska na przewód zzewnątrz i w ten sposób może utrudniać, a nawet przejściowo zamykać jego światło.

Przypadek omówiony powyżej zasługuje na wzmiankę z tego względu, że:

1. żółtaczka u naszego chorego rozwinęła się tak znacznie, że wywołała już swoje następstwa, jak świąd skóry, obniżenie krzepliwości krwi, mimo, że przewód wspólny nie był szczelnie zamknięty i żółć przejściowo i częściowo dochodziła do dwunastnicy.

2. przewód pęcherzykowy był zarosnięty, a ilość żółci w jego wnętrzu była nieznaczna, bez złogów barwników żółciowych.

3. przeszkodę w odpływie żółci do dwunastnicy stanowił zapalnie zmieniony gruczoł chłonny, co należy do rzadkości.

W piśmiennictwie polskim nie znaleźliśmy podobnego opisu. W literaturze italskiej opisuje Pepi (Resseğna Internar. di Clinica e terap. an XI. Nr. 11. Novembre 1930 p. 740—753), podobny przypadek. Zapalenie gruczołu w jego przypadku miało tło gruźlicze, a prócz gruczołu w tej samej okolicy znajdował się otorbiony, zimny ropień na tymże tle.

II przypadek.

O. Franciszka 40 l., wstąpiła do lecznicy SS. Elżbietanek 20.VII.

1932 z powodu żółtaczki, ciepłoty podgorączkowej, ogólnego osłabienia, braku łaknienia i zaparcia stolca. Na 5 tygodni przed wstąpieniem do szpitala miała napad silnych bólów w prawym nadbrzuszu promieniujących ku prawej łopatce, bólom towarzyszyła gorączka i wymioty, po zmniejszeniu się bólów wystąpiła żółtaczka, która nie ustępowała lecz nasilała się.

Podobne napady chora miała 2 razy w ciągu ostatnich 2 lat. Przed 15-tu laty chorowała na nerki. Chora jest panną, ma miesiączkę co 4 tyg. po 3—4 dni.

Dziedzicznie nie obarczona.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie nieco upośledzone, budowa prawidłowa. Ciepłota 37,5. Skóra ciemno żółtej barwy, ze śladami po zadrapaniu na kończynach, wilgotna, sprężysta. Gruczoły chłonne pachwinowe słabo macalne. Śluzówki różowo-żółte. Podniebienie zabarwione ciemno-żółto. Twardówka i spojówka oka barwy ciemno żółtej.

Serce w granicach prawidłowych, tony czyste, zaakcentowane 2-go tonu nad tętnicą płucną. Tętno 80—90 na 1' miarowe, średnio napełnione i napięte.

Płuca bez zmian.

Brzuch nieco wzdęty, wątroba macalna na 3 palce poniżej łuku żebrowego, o powierzchni gładkiej, macalny woreczek żółciowy wielkości gruszki, bolesny przy obmacywaniu. Śledziona niemacalna. Kątnica i esica macalne.

Odruchy kolanowe żywe.

Badanie dodatkowe: moczu: c. g. 1013, kwaśny, barwy ciemnego piwa, białka ślad. Barwniki żółciowe wybitnie zaznaczone, leukocyty 8—6 w p. w., wałeczki ziarniste i szkliste dość liczne.

Treść dwunastnicza żółci nie zawiera, dużo śluzu, krew Hb 89%, czerw. 4.000.000, W. z. 1,0, leukoc. 4.750. RW grupa A, Eoz. 2%. N. 64%. Mon. 34%, czas krzepnięcia 16, Bilirubiny 40 mg. 100, oporność 0,33% — 0,24%. Kał biały alkaliczny sformowany, sterkobiliny brak, liczne kulki tłuszczu.

W dalszym przebiegu ciepłota podgorączkowa, apetytu brak, zaparcie stolca, stolec barwy białej. Wątroba powiększona, woreczek stale macalny. Chora słabnie. Kilkakrotne zgłębnikowanie dwunastnicy wyniku nie daje — zupełny brak żółci A, B i C.

Leczenie chorej glukozą i insuliną nie daje poprawy, chora słabnie i chudnie.

Ciężka cholemja, przy braku żółci w treści dwunastniczej i kale, przy powiększonym woreczku żółciowym, napadach kamicy żółciowej w wywiadach daje nam możliwość rozpoznania zapalenia woreczka żół-

ciowego zapewne kamicowe, jednak spadek na wadze chorej, dość szybko pogarszający się stan ogólny chorej nie pozwalają odrzucić myśli o nowotworze, (raku) główki trzustki.

Tak rozumując, po naradzie z Docentem Janem Zaorskim, zdecydowaliśmy zabieg operacyjny chorej.

Zabieg jednak nie mógł być wykonany natychmiast, gdyż krzepliwość krwi chorej wynosiła 16 minut.

Ażeby siły chorej przygotować do zabiegu, jak zwykle podawaliśmy jej wstrzykiwania dożylnie glukozy. W celu poprawienia krzepliwości próbowaliśmy calcium chloratum 10% dożylnie, własną krew domięśniowo, 3 razy przetaczaliśmy krew obcą tej samej grupy po 60 cm.³, wstrzykiwaliśmy surowicę końską. Wszystkie jednak te środki nie zdołały polepszyć krzepliwości. Jak bardzo opóźnioną była krzepliwość u naszej chorej świadczy fakt, który spostrzegaliśmy po 3-cim przetaczaniu krwi. Podczas tego przetaczania nie udało się tego dokonać nakłuciem żyły, ale trzeba było się uciec do odsłonięcia i nacięcia żyły (venaesectio). Otóż z pomiędzy szwów, założonych na miejscu nacięcia żyły, w ciągu 3 następných dni tak sączyła krew, że trzeba było codziennie dokładać nowe opatrunki.

Wobec tego zastosowaliśmy sposób zalecony przez Schönbauera, który w kilkunastu tego rodzaju przypadkach polepszył krzepliwość. Sposób ten polega na przetaczaniu dożylnie krwi obcej, ale nie tej samej lub obojętnej grupy, jak to zwykle robiliśmy, ale przeciwnie krew przetaczana winna być grupy antagonistycznej.

Nasza chora miała krew, należącą do grupy A. i podczas pierwszych przelewań stosowaliśmy jej krew grupy O, a zatem krew obojętną.

W myśl założeń Schönbauera użyliśmy do 2 ostatnich przelewów krwi grupy B.

29.VIII. Chorej przelano dożylnie 10 cm³ krwi obcej grupy B.

13.35 przelanie: ciepłota 37,1, tętno 88/m samopoczucie dobre.

13.45. Chora dostaje gwałtownego bólu w okolicy krzyżowej i w dołku podsercowym. Ciepłota 36,1, tętno 96/m.

13.47. Do objawów poprzednich dołącza się duszność i nieznaczne dreszcze.

14. Ciepłota 37,3, tętno 81/m.

Bóle minęły, natomiast wystąpiły gwałtowne dreszcze i palenie w dołku podsercowym.

14.10. Ciepłota 37,5, tętno 81/m.

Palenie minęło, bóle również, dreszcze trwają.

14.15. Dreszcze się wzmagają.

14.30. Ciepłota 39,0, tętno 110/m.

Dreszcze trwają, chora zaczyna odczuwać senność, zasypia.

16. Ciepłota 37,2, tętno 88/m.

Chora się obudziła, znowu dreszcze, wymioty.

Stan ten mija szybko.

17. Ciepłota 36,8, tętno 76/m.

Ogólne osłabienie.

Krzepliwość krwi 12 minut.

31.VIII. Ponowne przelanie 10 cm³ krwi, grupy B.

14.20 przelanie.

14.25. Ciepłota 37,2, tętno 102/m.

Ból w okolicy krzyżowej (nerek) nudności.

14.28 Ciepłota 37,8, tętno 98/m.

Bóle się zmniejszają, występuje duszność.

14.36 Bóle ustąpiły, pojawiają się dreszcze.

14.45 Chora czuje się dobrze, bez dolegliwości.

14.48 Ciepłota 38^o, tętno 92/m. Znowu dreszcze.

15.05 Ciepłota 38,6, tętno 102/m.

Dreszcze się wzmagają.

15.40 Ciepłota 39,4, tętno 120/m.

Dreszcze bardzo silne.

16.10 Ciepłota 39,2, tętno 110/m.

Dreszcze ustąpiły, bez żadnych dolegliwości.

17.30 Ciepłota 38,3, tętno 98/m. Dolegliwości brak.

Krzepliwość krwi wynosi 10 minut.

1.IX. Wykonano zabieg w znieczuleniu miejscowym. Po otwarciu jamy brzusznej, znaleziono płaszczynowe zrosty pęcherzyka z dwunastnicą, siecią, żołądkiem i okrężnicą. Po usunięciu zrostów częściowo na ostro, częściowo na tępo pęcherzyk oddzielono od wątroby, czemu towarzyszyło silne krwawienie. Następnie przewód pęcherzykowy, który znajdował się w zbitych zrostach z przewodem wspólnym, oddzielono i po podwiązaniu tętnicy pęcherzykowej, odcięto, (znaleziono w nim drobne kamienie żółciowe). Przez powstały w ten sposób otwór w przewodzie wspólnym stwierdzono zgłębnikiem zupełną drożność przewodu do dwunastnicy. Kamieni żółciowych w przewodzie nie znaleziono. Wobec bardzo znacznej żółtaczkii uważaliśmy za konieczne jaknajenergiczniej odżółcić krew, dlatego nie zaszyliśmy przewodu wspólnego, ale umocowiliśmy w nim cienką, gumową rurkę kierując ją w stronę przewodów wątrobowych i wyprowadziliśmy jej drugi koniec na zewnątrz. W ten sposób zapewniliśmy tymczasowy odpływ żółci na zewnątrz. Po założeniu sącza gazowego na łożysko pęcherzyka na wątrobie, wyprowadzono tylko otwór dla sącza gazowego i rurki gumowej.

2.IX. Chora zniosła zabieg dobrze; ciepłota 38,2, tętno 90/m. język wilgotny, brzuch miękki; moczu i wiatry oddaje normalnie. Ilość dobową żółci 400 cm.³.

4.IX. Krzepliwość krwi 13 minut.

10.IX. Usunięto sączek gazowy; zdjęto szwy. Ilość wydobywającej się żółci przez rurkę około 350 cm³ dziennie. Żółtaczka na skórze słabnie.

Krzepliwość krwi 9 minut.

17.IX. Stan bezgorączkowy. Ilość żółci trochę mniejsza.

Usunięto rurkę odprowadzającą żółć.

22.IX. Stan ten sam. Stolec wykazuje barwniki żółciowe w małych ilościach. Żółtaczka coraz mniejsza.

Krzepliwość krwi 8 minut.

27.IX. Chora czuje się dobrze. Rana się zaciąga; stolce coraz ciemniejsze.

13.X. Rana pokryta ziarniną.

19.X. Rana zagojona. Żółtaczka pozostawiła małe ślady.

Wszelkie dolegliwości ustąpiły.

Jak powiedzieliśmy przypadek sam nie należy do rzadkości, natomiast przygotowanie do zabiegu, przelewanie krwi innej grupy dożylnie, w celu poprawienia krzepliwości jest u nas zabiegiem nowym. Dotychczas obawialiśmy się towarzyszącego takiemu przelewaniu wstrząsu. Rzeczywiście jak widzimy występuje on o znacznym nasileniu, ale mija bardzo szybko i bez ujemnych następstw. Niesie zaś za sobą to o co nam chodziło, polepsza krzepliwość, która pozwala nam przeprowadzić znaczne zabiegi. Z tych względów ogłaszamy go w celu zastosowania u podobnych chorych przez innych kolegów.

Rozprawy: kol. Kryński L. (członek T-wa), przytacza przypadek długotrwałej żółtaczki. W czasie zabiegu operacyjnego okazało się, iż pęcherzyk żółciowy był wypełniony kamieniami i znacznie opuszczony, powodowało to nieprawidłowy przebieg przewodu wątrobowego i pęcherzykowego, następnie zaś zjawiała się żółtaczka. Przebieg operacyjny był pomyślny.

Kol. Rutkowski J. (członek T-wa), uważa pierwszy z przedstawionych przypadków za rzadki. Wspomina o przypadkach z piśmiennictwa obcego ucisku gruczołu gruczołowego na przewody żółciowe. Następnie omawia własny przypadek zmian zapalnych w głowie trzustki i następczej żółtaczki z ucisku na przewód wspólny. Po wykonaniu zespolenia pęcherzyka z żółcią chory poprawił się znacznie i już przez 2 lata jest zdrowy. Sądzi, że nie zawsze należy długo czekać w przypadkach żółtaczki mechanicznej (nie dłużej niż 4 tygodnie) ze względu na zmiany następcze w wątrobie. Wspomniane przetaczanie

krwi jest dowodem, jakie mogą być następstwa przetoczenia źle dobranej krwi. Nawroty żółtaczkę po usunięciu pęcherzyka żółciowego zależą od zrostów albo pozostawienia kamienia.

Kol. C z a r k o w s k i H. (członek T-wa), uważa metody badania krzepliwości krwi za niepewne. Niekiedy mimo laboratoryjnie dużej krzepliwości krwi, po zabiegu operacyjnym zjawiały się silne, nawet śmiertelne, krwotoki. Mogą one występować po 8—10 dniach. Należy być zawsze zgóry przygotowanym do przetaczania. Uważa, że norm czasu, kiedy należy operować, nie można ustalić. Należy jednak zabieg wykonać możliwie wcześniej.

Kol. K a c z y ń s k i A. (członek T-wa), spostrzegł przypadek podobny do pierwszego z przedstawionych, obrzmiały gruczoł chłonny uciskał na ujście przewodu wspólnego. Zrostów ani kamieni nie było, zawartość pęcherzyka wyciśnięto, dróg żółciowych nie sprawdzano. Wynik pooperacyjny był pomyślny.

Kol. L e ś n i o w s k i A. (członek T-wa) zwraca uwagę, że nie należy używać wyrazów: „macalna” lecz „wymacalna”, oraz „wykluczyć” lecz „wyłączyć”. Krzepliwość krwi można poprawić naświetlaniem śledziony.

Kol. O r ł o w s k i W. (członek T-wa), stwierdza, że nawroty kamicy bywają nie dlatego, że zostawiono kamień, lecz dlatego, że jest to choroba przemiany materji. Chirurdzy nie zawsze pamiętają, iż chory po zabiegu winien wrócić do lekarza internisty.

Kol. B r a t k o w s k i E. (członek T-wa) sądzi, iż w przypadku wspomnianym przez kol. Rutkowskiego, było zapalenie trzustki, gdyż chory był nałogowym alkoholikiem. Po zabiegu przestał pić i czuje się obecnie dobrze.

Kol. Z a o r s k i J. (członek T-wa) wyjaśnia, że w podobnym przypadku jak u kol. Kryńskiego L. zamiast zeszywać oba przewody zakładał dren, który później został wydalony drogą naturalną. Dla podniesienia krzepliwości krwi należy na 6 godzin przed zabiegiem naświetlić śledzionę lub kości długie.

4. Kol. G a l e w s k i A. omówił „Wpływ tarczycy i łożyska na obraz morfologiczny krwi”. (Streszczenie własne). Autor wstrzykiwał psom wyciągi tarczycy i łożyska, badał przed i po wstrzyknięciu obraz morfologiczny krwi, wykonywał badania krwinek.

Wnioski.

1) Wyciąg gruczołu tarczowego zwiększa liczbę ciałek czerwonych już po godzinie o pół miliona na 1 mm³. Mniej więcej po 24 god. liczba ciałek czerwonych wraca do normy.

2) Wyciąg gruczołu tarczowego zwiększa liczbę białych ciałek krwi mniej więcej o 50% i daje przejściową limfocytozę.

3) Codzienne podskórne wstrzykiwanie psu wyciągu łożyska w ilości 1 cm³ wywołuje stały, lecz powolny wzrost liczby ciałek czerwonych.

4) Wpływu wyciągu łożyska na liczbę ciałek białych, ani na wzór hematologiczny nie zauważono.

5) Po odstawieniu wyciągu łożyska w ciągu dnia do dwóch obraz krwi powracał do normy.

6) Wzrost liczby czerwonych ciałek krwi po podaniu łożyska najprawdopodobniej zależny jest raczej od pobudzenia szpiku kostnego, niż od zagęszczenia krwi.

5. Kol. Przesmycki F. omówił „Bakterjologję zapaleń płuc” (streszczenia nie nadesłał).

6. Kol. Stankiewicz R. (członek T-wa), omówił „Patogenezę zapaleń płuc u dzieci” (streszczenie własne).

Jak to wynika z odczytu kol. Przesmyckiego, etjologja zapaleń płuc jest naogół znana. Natomiast patogenezą jest jeszcze kwestją dociekania, chociaż w ostatnich czasach i pod tym względem uczyniono wielkie postępy zawdzięczając badaniom doświadczalnym. Wiadomo jest, że pneumokoki znajdują się w górnym odcinku dróg oddechowych, lecz jaką drogą przedostają się do tkanki płucnej, nie wiemy jeszcze dostatecznie. To też trudno jest klinicznie ustalić w każdym poszczególnym przypadku drogę powstania i szerzenia się zapalenia płuc. Pneumokoki mogą wtargnąć do płuc trzema drogami:

- 1) powietrzną drogą przez oskrzela,
- 2) drogą układu krwionośnego,
- 3) drogą układu limfonośnego.

Temi samemi drogami powstaje i szerzy się zapalenie płuc.

Według badaczy amerykańskich pneumokoki z powietrzem wdechanem dostają się przez tkankę śródmiąższową do płuc.

W początkowych okresach płatowego zapalenia płuc hiperergiczny odczyn płuc wg. Loeschkego wywołuje wysiękowe zapalenie ogniskowe. W pęcherzykach płucnych zbiera się ciecz, która jest doskonałą pożywką dla rozmnażania się pneumokoków. Ciecz ta bogata w pneumokoki zapomocą aspiracji przedostaje się do oskrzeli całego płata, w którym powstaje hiperergiczny stan zapalny. Na poparcie tego twierdzenia autor przytacza doświadczalne badania z lipiodolem, wlewany do płuc. Badania rentgenologiczne podczas wlewania lipiodolu wykazują, jak lipiodol z jednej gałązki drzewa oskrzelowego zostaje wypchnięty i przechodzi natychmiast do sąsiedniej gałązki. Widzimy naocznie ruchy wahadłowe cieczy lipiodolu. A więc tak samo w płatowym zapaleniu płuc obecność cieczy w pęcherzykach ma doniosłe znaczenie w szerzeniu się zapalenia. W wyniku tych doświad-

czeń Loeschcke utrzymuje, że „płatowe zapalenie płuc powstaje częściowo drogą aspiracji, a częściowo przez ciągłość (per continuitatem), jak to spotykamy w róży”.

Za możliwością szerzenia się płatowego zapalenia płuc przez oskrzela przemawiają również wewnątrzszpitalne zakażenia się zapaleniem płuc.

Jeżeli chodzi o odoskrzelikowe zapalenie płuc, to dawniejsi klinicyści i niektórzy z obecnych utrzymują, że początkowo sprawa szerzy się przez oskrzela do oskrzelików oddechowych, a wkońcu zajmuje pęcherzyki płucne (Heubner, Bartenstein, Tada, Langstein, Ylppo). Według Heubnera sprawa rozwija się w/g następnej kolejności: bronchitis, bronchiolitis i bronchopneumonia.

Z powyższem przypuszczeniem nie zgadza się Marfan, który sądzi, że zapalenie nie zawsze rozwija się drogą li tylko zstępującą.

Większość obecnych klinicystów i badaczy niemieckich przypuszcza, że odoskrzelikowe zapalenie szerzy się przez tkankę śródmiąższową (Kromayer, Wygodziński, Jochmann, Steinhaus, Ribbert i Feyrter).

W odoskrzelikowym czyli zrazikowym zapaleniu płuc u dzieci ta droga śródmiąższowa odgrywa rolę zwłaszcza we wtórnych zapaleniach, chorobach wysypkowych, w błonicy i krztuścu. Zapalenie szerzy się w/g następującego schematu: zapalenie drobnych oskrzelików przechodzi do pęcherzyków i po uszkodzeniu nabłonka przenosi się na tkanki otaczające oskrzeliki (peribronchitis Koestera); powstają zmiany w ścianie pęcherzyków (alveolitis parietalis), zjawia się przekrwienie naczyń włoskowatych, poczem światło w pęcherzykach wypełnia się wysiękiem i elementami komórkowymi. Wysięk nie obejmuje całego zrazika, lecz tylko środkową jego część. Taki jest początek powstania i szerzenia się odoskrzelikowego zapalenia, jak to widzujemy w skrawkach z całego płuca.

W przeważającej liczbie spostrzeżeń własnych, dochodzimy do wniosku, że powstanie i szerzenie się zrazikowego zapalenia odbywa się drogą oskrzelową i śródmiąższową. Pomimo jednak tych dowodów przekonywujących trudno jest sobie wyobrazić rozwój sprawy chorobowej w płatowym i zrazikowym zapaleniu płuc wyłącznie li drogą oskrzeli.

Są jeszcze inne drogi: układ krwionośny (2) i limfonośny (3).

Ad 2) Co się tyczy powstania i szerzenia się zapalenia płatowego płuc drogą krwionośną, to dowiodły tego prace Calmette'a, Vansteenbergher'a i Gryzesa (pneumokoki wprowadzone do jelit mogą wywołać zapalenie płuc). Dalej Ribadeau-Dumas i L. F. Meyer wypowiadają pogląd, że w początkowych okresach zapalenia płuc płato-

wego zmiany nie dotyczą pęcherzyków płucnych lecz naczyń włoskowatych, a potem rozwija się zapalenie pęcherzyków (angio-alveolitis).

Za powstaniem płatowego zapalenia płuc drogą układu krwionośnego przemawiają i badania doświadczalne na zwierzętach G. Roussy i R. Leroux (badacze ci wstrzykiwali psom dożylnie i do tętnic licopodium z ol. vaselini oraz do tchawicy gronkowce z wysiękiem z opłucny). We wszystkich doświadczeniach osiągnęli oni zamknięcie światła tętnic płucnych i zapalenie płuc. Jeszcze więcej przekonujące doświadczenia są Blake i Cecila na małpach: jeżeli do tchawicy tych zwierząt wlewać dużo pneumokoków, to zwierzęta zapadają na zapalenie płuc wśród objawów dreszczy, gorączki, a przebieg choroby ma charakter okresowy. Już po 6—24 godzinach ze krwi tych zwierząt można wyhodować pneumokoki, czyli w początkowym okresie rozwoju sprawy zapalnej jeszcze przed wystąpieniem t^o.

Zrazikowe czyli odoskrzelikowe zapalenie płuc też może powstać i rozwijać się drogą układu krwionośnego (Sexestre, Lesage, Guillemot, Clune) — powstanie zapalenia płuc drogą zatorową wskutek przedostania się bakterji z kanału kiszkiowego do krwi.

W sporadycznych przypadkach jest możliwy rozwój zapalenia płuc drogą układu krwionośnego, zwłaszcza jeżeli choroba powstaje nagle, lecz to bynajmniej nie dotyczy wszystkich przypadków. Jeżeli nawet przyjąć, że zapalenie zrazowe i zrazikowe rozwija się drogą układu krwionośnego (teoria Ribadeau-Dumas), to trudno jest wytłumaczyć, dlaczego w takim razie jest zajęty tylko jeden płąt, a nie wszystkie płaty naraz.

Ad 3) Zwolennikami teorii powstania zapalenia płuc drogą układu limfonośnego są obecnie Lauche i Engel. Przypuszczają ci badacze, że pneumokoki z błony śluzowej oskrzeli przedostają się do gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, tam się rozmnażają i z powrotem przez układ limfonośny przedostają się do płata płucnego. Koncepcje powyższe potwierdzają poniekąd wyniki badania rentgenograficznego Jahra i Hirscha. Za pomocą badania rentgenograficznego w początkowych okresach zrazowego zapalenia płuc można znaleźć u wnęki płucnej części po stronie prawej jeden lub wiele cieni wielkości wiśni; cienie te w najbliższych dniach rozwoju zapalenia zlewają się z zaciemnieniem płuca. Badacze ci uzależniają te cienie od zmian zapalnych w pobliżu gruczołów wnękowych. Po nagłym wybuchu cierpienia zmiany zapalne w płucach zaczynają się dopiero na trzecią dobę. Przed tym okresem nie stwierdzamy zmian w płucach, ani klinicznie, ani rentgenologicznie (objawy nieuchwytnie!). Dopiero po upływie trzech dni zakażenia pneumokokowego występuje obrzmienie gruczołów tchawiczo-oskrzelowych i nacieki w pobliżu wnęki. Według En-

gel'a zapalenie przesuwa się dalej na tkankę płucną (badanie kliniczne i rentgenograficzne oparte na 300 przypadkach zopaleń płuc u dzieci). A zatem obrzmienie gruczołów wnękowych i obecność małych ognisk w pobliżu wnęki przemawia w/g Engel'a za tem, że zapalenie z wnęki szerzy się na mięsz drogą limfonośną. Przemawiają też za tem fakty kliniczne — przypadki de Caussade i Tardieu, w których zapalenie płuc wystąpiło po operacji woreczka żółowego.

Za powstaniem płatowego zapalenia płuc drogą układu limfonośnego przemawia i ta okoliczność, że zaczyna się ono w/g Loeschkego na obwodzie zrazika, ponieważ naczynia limfonośne biegną z obwodu zrazika do przegród. Tendeloo utrzymuje, że chłonka może przepływać i odpływać do płuc. Zmienny zatem prąd sprzyja przesunięciu się chłonki do płuca w czasie ruchów oddechowych. Dalej za koncepcją powstania zapalenia płuc drogą układu limfonośnego przemawia poniekąd i topografia węzłów limfatycznych wnęki. Jak to wykazały badania Engel'a i Rouviere'a, gruczoły całego prawego płuca i dolnego płata lewego płuca znajdują się w tkance wnęki i w sąsiedztwie płuca. Gruczoły, które należą do górnego lewego płata, leżą całkiem nazewnątrz i są położone w pobliżu wielkich naczyń.

Topografia gruczołów ma tu doniosłe znaczenie, ponieważ wiemy, które płaty częściej podlegają zapaleniu, a więc w tych płatach częściej rozwija się zapalenie, które są lepiej wyposażone w gruczoły chłonne: prawostronne zapalenie spotykamy częściej, niż lewostronne; duża statystyka płatowego zapalenia płuc wymownie świadczy o tem, że w lewym górnym płacie sprawa chorobowa umiejscawia się niezmiernie rzadko (na materiale Engla w 3% przypadków — w/g spostrzeżeń własnych w 5%).

Bakterje znajdują się w centralnych drogach limfonośnych płuc i gruczołach tchawczo-oskrzelowych. Według Jahra i Hirscha zakażenie krwi pneumokokami powstaje wskutek anatomicznej niedomogi sączka gruczołowego, dzięki czemu zakaża się przewód piersiowy.

W zrazikowym zapaleniu płuc wysięk zaczyna się pośrodku zrazika: dowodziłoby to, że sprawa rozpoczyna się odśrodkowo (drogą oskrzelową, a nie drogą układu limfonośnego). Jednak i tutaj spotykamy obrzmienie gruczołów wnękowych, obecność ognisk w pobliżu wnęki, oraz szerzenie się zapalenia wzdłuż oskrzeli i naczyń. Jest to niezbity dowód, że w zrazikowym zapaleniu płuc w niektórych przypadkach sprawa może szerzyć się drogą układu limfonośnego. Potwierdzają to fakty kliniczne: choroba Stokes-Hutinela (pneumonia disseccans), dalej zrazikowe zapalenie płuc w przebiegu odry, które szerzy się drogą układu limfonośnego (Mac. Callium).

Według Sternberga nie wiemy zupełnie, dlaczego włóknikowe zapalenie (zrazowo-płatowe) płuc obejmuje cały płat lub kilka płatów naraz. Najnowsze tłumaczenie tego zjawiska dopatruje się pewnego stanu anafilaksji w płucach (Lauche). Pod wpływem tego czy innego czynnika szkodliwego ustrój dochodzi do pewnego stopnia przeistoczenia w sensie inoczynności, (alergja Pirquet'a). Sprzyja to łatwiejszemu usadowieniu się zarazka i wywołuje zapalenie płuc. Zwrócił na to uwagę już w swoim czasie Heubner, że w rodzinie, w której otoczenie choruje na chorobę zakaźną, dzieci i niemowlęta zapadają na nieżyt oskrzeli lub zrazikowe zapalenie płuc. A zatem w/g Lauchego na włóknikowe zapalenie płuc należy zapatrywać się, jako na cierpienie alergiczne. Ustrój posiada pewną wrażliwość na białko bakteryjne i na drobnoustroje (pneumokoki). Ci tylko ludzie zapadają na zapalenie płuc, którzy są stale uczulani jednym i tym samym zarazkiem. Stąd wniosek, że na powstanie zapalenia płuc wpływa uczulenie ustroju (Mommsen). Przypuszczenie to potwierdzają badania Lubarscha w okresie zwątrobienia czerwonego — pneumokoki posiadają wybitną żywotność; w zwątrobieniu szarem mniejszą, a w okresie końcowym nie posiadają jej wcale (doświadczenie na królikach). U ludzi też w przebiegu zapalenia płuc stwierdzamy stopniowe zmniejszanie się żywotności zarazka.

Hipotezy Lauchego nie można przyjąć w całej rozciągłości. Tak np. zapalenie płuc włóknikowe u niemowląt i u noworodków widzimy niezmiernie rzadko (L. F. Meyer na 200 przypadków tylko jeden raz spostrzegął u niemowląt zapalenie płuc włóknikowe), a u noworodków opisano dotychczas zaledwie 9 przypadków płatowego zapalenia płuc.

Noworodki i niemowlęta w stosunku do zakażenia pneumokokowego posiadają bierną odporność do końca pierwszego roku życia (Nassau i Gutfeld). Powstanie odrębnej postaci zapalenia płuc (płatowego i zrazikowego) trudno jest uzależnić od odporności ustrojowej, tak samo hipoteza Lauchego nie wyjaśnia nam, dlaczego zapalenie obejmuje cały płat (Engel, Loeschcke).

Rozprawy nad odczytami kolegów: Przesmyckiego F. i Stankiewicza R.:

Kol. Owczarewicz L. (członek T-wa), zwraca uwagę na trudność odróżniania niektórych drobnoustrojów, wywołujących zapalenie płuc np. *bact. coli* i *bac. Friedländeri*. Również enterokoki są podobne do pneumokoków. Ma wrażenie, że w grupie 4 amerykańskie nie różnicowali dokładnie drobnoustrojów. Stwierdza, że pneumokoki często znajdują się we krwi, tylko trzeba robić posiewy w odpowiednim czasie. W przypadku posocznicy wyhodowano ze krwi pneu-

smokoki i paciorkowce hemolityczne, a z pęcherzy w skórze tylko paciorkowce. Na sekcji zapalenia włóknikowego płuc nie stwierdzono. Sądzi, że drobnoustroje bardzo często przedostają się do krwi, tylko że nie zawsze dają objawy posocznicy.

Kol. **Brokman H.**, (członek T-wa), zaznacza, że jest pewna rozbieżność w poglądach bakterjologów i klinicystów na zakażenie w zapaleniu płuc, rozbieżność ta jest tylko pozorna. Zapytuje o znaczenie czynników ustrojowych. Teoria inoczynności (alergji) nie ma znaczenia w zapaleniu płatowem płuc. Sądzi, że różne postacie zapaleń płuc mogą być wywołane przez jeden i ten sam typ drobnoustrojów.

Kol. **Przesmycki F.** omawia różniczkowe rozpoznanie bact. coli od bact. Friedländeri oraz enterokoków od pneumokoków. Uważa, że obecność pneumokoków we krwi zawsze poprzedza rozwój zapalenia płuc. Istnieje pogląd, że pneumokoki dostają się drogą krwi do płuc. Przechodzenie jednej grupy pneumokoków w drugą in vitro jest pewne, nie można jego przeto wyłączyć w ustroju żywym.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23.

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

Prezes: **Witold Orłowski.**

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO z dnia 22 listopada 1932 roku.

Początek o godz. 20-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa—65, wprowadzonych gości—58.

1. Protokół z dnia 15.XI. b. r. przyjęto.

2. Kol. **Prezes** odczytał zaproszenia: a) na obchód 25-lecia wznowionej działalności Tow. Naukowego Warszawskiego i b) na uroczystą akademię żałobną ku czci Dra Seweryna Sterlinga, urządzaną przez Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

3. Kol. **Rutkowski J.** (członek T-wa), przedstawił „Przypadek ostrego zapalenia tarczycy” (streszczenie własne).

Pokaz chorej z ostrem zapaleniem tarczycy (thyreoiditis acuta). Ostre zapalenie tarczycy należy do schorzeń niezmiernie rzadkich. Występuje ono zwykle, jako przerzut w przebiegu ostrych spraw zakaźnych. Rozróżniamy zapalenie bez ropienia (thyreoiditis simplex) od zapalenia z ropieniem (thyreoiditis absoedens). Nasza chora, mająca lat 37, przeszła miesiąc temu anginę z wysoką t^o (do 39^o z dzie-

siętnemi) w następstwie której zaczęła ją boleć szyja. Pozatem bóle promieniowały w stronę ucha i potylicy, polykanie było b. bolesne, ciepłota wysoka (do 39°). Zawezwany do chorej stwierdziłem, że prawy płąt tarczycy był b. bolesny, powiększony. Pod wpływem leczenia (okłady, proteinoiterapia) objawy zapalenia ustępują, ciepłota doszła do normy. W związku z tą chorą przypominam sobie inny przypadek thyreoiditis acuta u starszej kobiety obserwowany przed 11 laty na Klinice Chir. (prof. Z. Radlińskiego). W tym przypadku doszło do całkowitego zropienia gruczołu. Wystąpiły objawy głodu tarczycowego. Podawanie preparatów tarczycy nie dało pożądanego wyniku, dopiero przeszczepienie gruczołu wziętego od innej chorej (struma neutrale), do jamy szpikowej obu piszczeli chorej dało efekt nadzwyczajny. Pacjentka wyzdrowiała.

4. Kol. Szper J. (członek T-wa), omówił „Wyniki leczenia niektórych zespołów naczyniowych nowymi metodami operacyjnymi (sympatektomia okołotętnicza, wycięcie nadnercza, sympatektomia lędźwiowa“ (streszczenia nie nadesłał).

Rozprawy:

Kol. Kryński L. (członek T-wa), sądzi, że celem zabiegu w przedstawionych przypadkach jest bądź poprawa krążenia, bądź usunięcie bólu. Twierdzi, że ten dział chirurgji ma bardzo duże znaczenie dla fizjologii, gdyż jest swego rodzaju doświadczeniem na żywym człowieku.

Kol. Dębicki K. (członek T-wa), uważa, że rozpoznanie choroby Buergera należy opierać nietylko na danych klinicznych, lecz także na badaniu histologicznem wyciętej tętnicy. Po wycięciu tętnicy wyniki były zawsze przemijające. Leriche dokonywa wycięcia nadnercza tylko w przypadkach czystej choroby Buergera. Nie przypuszcza, by dawało ono wyniki dodatnie, gdyż z czasem przerasta drugie nadnercze. Sympatektomję lędźwiową najlepiej jest wykonywać drogą pozaotrzewnową, nie poprzezotrzewnową.

Kol. Rutkowski J. (członek T-wa), omawia przypadek zaburzeń naczyniowych w prawej kończynie górnej, spowodowanych przez nadliczbowe żebro szyjne. Usunięcie żebra nie spowodowało poprawy. Dopiero wycięcie tętnicy ramiennej, która przedstawiała prawie lity powróżek, dało dodatni wynik leczniczy. Sądzi, że w przypadku tym, zmiany w okołotętnicznym splocie współczulnym odruchowo wywoływały zaburzenia. Uważa, że dla oceny wyników wycięcia nadnercza, konieczne jest długie spostrzeganie chorego po zabiegu operacyjnym.

Kol. Zawadowski W. (członek T-wa), podaje, że rozszerzenie naczyń można otrzymać naświetlaniem promieniami X. Dzia-

łają one na zwoje współczulne oraz na mięśnie gładkie ściany naczyń. Naświetlania te są zupełnie nieszkodliwe i można je odpowiednio dawkować.

Kol. Szper J. (członek T-wa) zaznacza, że na podstawie danych klinicznych można rozpoznać chorobę Buergera, zwłaszcza u osób młodych. Technika wycięcia nadnercza jest dość trudna, zwłaszcza u ludzi otyłych. Nie jest ustalone, czy po usunięciu jednego nadnercza, drugie przerasta. Niewiadomo również, czy naświetlania promieniami X nie niszczą włókien współczulnych.

5. Kol. Michałowicz M. (członek T-wa) omówił: „Rolę czynników wewnętrznych w patogenezie zapaleń płuc u dzieci”. (Streszczenia nie nadesłał).

6. Kol. Przesmycki F. omówił „Procesy odpornościowe i seroterapię zapaleń płuc” (streszczenia nie nadesłał).

Rozprawy nad odczytami kolegów Michałowicza i Przesmyckiego F.

Kol. Stankiewicz R. (członek T-wa), uważa, że leczenie zachowawcze zapaleń płuc u dzieci daje niezbyt pomyślne wyniki lecznicze. Należy przeto stosować surowice typu pierwszego lub drugiego, ustaliwszy uprzednio typ dwoinki zapalenia płuc bądź z płwociny, bądź ze krwi, bądź też drogą nakłucia płuca. Leczenie surowicą jest niestety bardzo drogie. Stosuje się przeto 10% roztwór kreozotu w olejku migdałowym, wstrzykiwany podskórnie lub domięśniowo. Wyniki lecznicze są dość dobre.

6. Kol. LOTH E. (członek T-wa), przedstawił na filmie „Metody badania odmian mięśniowych u ludzi żywych” (streszczenie własne).

Referent przedstawia nową metodę badań antropologiczno-anatomicznych, która toruje sobie obecnie drogę na całym świecie, a w którym kierunku Warszawa zajmuje przodujące stanowisko.

Została założona międzynarodowa komisja do tych badań (Comité intern. des Recherches sur les Parties molles. — CIRP) kierowana z Warszawy.

Metoda polega na ustalaniu na znacznych serjach ludzi żywych: odmian dostępnych dla oka, a znanych z ich wartości filogenetycznej, naprz. m. sphincter colli prof., m. transversus menti, m. sternalis, arcus. axillaris, m. palmaris absens, m. gastrocnemius tertius, m. peroneus tertius.

Referat zostaje ilustrowany pokazem filmowym dotyczącym wszystkich wspomnianych odmian.

Posiedzenie zakończono o godzinie 20 min. 30.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Doroczny: Karol Chodkowski.

—————

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dnia 29 listopada 1932 r.**

Początek o godz. 20-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa—55, wprowadzonych gości—75.

1. Protokół posiedzenia z dnia 22.XI — przyjęto.

2. Kol. Prezes przedstawia wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa:

Chomicz. O pracy ludzkiej — pieniądzu i dobrobycie. B. m. wyd. 1932 r.

Gembarzewski. 50-lecie rozpoczęcia robót wodociągowo-kanalizacyjnych w Warszawie. Odb. Przegląd Techniczny. 1932.

Grzywo-Dąbrowski. Polski Kodeks Karny — uwagi lekarza sądowego. Odb. z Lekarza Polskiego. Nr. 11. 1932 r.

Kramsztyk. W walce ze śmiercią i djabłem. Odb. z Warsz. Czasop. Lek. 1932 r. Nr. 38—39.

Kramsztyk. Działanie lecznicze metali i ich związków w świetle nowych poglądów. Odb. z Warsz. Czasop. Lek. 1932 r. Nr. 43.

Niedzielski. Lekarze domowi. Warszawa, 1932. Nakładem Kasy Chorych.

Rudzki St. Leczenie klimatyczne gruźlicy. Odb. z Lekarza Polskiego. 1932. Nr. 5.

„ Zdrojowiskowe i uzdrowiskowe leczenie gruźlicy. (Wedł. odczytu wygł. na IV. Lek. Kursie Wakac. w Ciechocinku, 30. VIII. 1931 r.).

Zawadowski. O radjodiagnostyce i radjoterapii raka pierwotnego płuc. Warszawa. 1932 r.

„ Radjodiagnostyka układu wydzielania wewnętrznego. Odb. z Warsz. Czasop. Lek. 1932 r. Nr. 29, 30, 31—32.

Zembrzuski. Początki akuszerji i ginekologii. Odb. z Ginekologii Pol. 1932. Zesz. 7—9.

Zeyland. Szczepienia przeciwgruźlicze ze szczególnem uwzględnie-

niem sposobu Calmett'e'a. Warszawa, 1931. Nakł. Pol. Związku Przeciwgruźliczego.

Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za rok 1931—32. Warszawa, 1932 r.

Bruns. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Nabyto: od r. 1914 do chwili obecnej.

Bolletino e Memorie della Società Piemontese di Chirurgia. 1932. Nr. 11—12, 15.

3. Kol. P r e z e s odczytuje podziękowanie Łódzkiego Tow. Lekarskiego.

4. Kol. F i s z h a u t ó w n a i G r z y b o w s k i M. (członek T-wa) przedstawiają przypadek choroby Bourneville'a (sclerosis tuberosa) — (streszczenie własne).

W przypadkach typowych choroba Pringle jest łatwa do rozpoznania, chodzi zazwyczaj o guzki rozmaitej barwy i konsystencji ułożone w fałdach nosowo-policzkowych, rzadziej na szyi i w innych miejscach twarzy.

Z punktu widzenia morfologicznego odróżnia się kilka postaci:

- a) varieté blanche Z Balzera,
- b) varieté rouge et molle Pringle,
- c) varieté dure Darier-Hallopeau.

Te różnice morfologiczne polegają na różnym udziale rozmaitych składników skóry — gruczołów, naczyń, tkanki łącznej, nie mają one też znaczenia zasadniczego; często u tego samego chorego spostrzega się rozmaite wykwyty. W danym przypadku chodzi o postać poronną, trudną do rozpoznania, można już morfologicznie sądzić, że chodzi tu o zaburzenia gruczołów łojowych i tkanki łącznej.

Schorzenie to zalicza się do dysplazji rozwojowych, do znamion, — naevi systematisati (multipler systematischer Gesichtsnævus Jadassohn). Pojęcie znamion uległo tak znacznej rozbudowie i przerostowi, że grupą tą zaczęto obejmować stany bardzo odległe od siebie, to doprowadziło do tego, że termin ten stał się małowiąącym.

Obecnie pod wpływem współistnienia tego schorzenia ze zmianami rozwojowymi innymi w szczególności w układzie nerwowym uważa się schorzenie to za wyraz schorzenia układowego, przeciwko czemu też można przytoczyć argumenty.

Masson chce widzieć w tego rodzaju zmianach zaburzenia rozwojowe zakończeń nerwowych.

5. Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa) przedstawia pokaz chorej po operacji Frasiera przecięcia pozazwojowego korzonka czu-

ciowego n. trójdzielnego z powodu ciężkiej postaci nerwobólu (streszczenie własne).

Leczenie nerwobólu nerwu trójdzielnego nie jest zadaniem łatwym. Przed przystąpieniem do leczenia należy rozstrzygnąć, z jakim rodzajem nerwobólu mamy do czynienia. Jeżeli jest on objawowy, leczymy go przyczynowo. W samoistnym nerwobólu mamy szereg środków do zastosowania. Zaczynamy od najniewinniejszych t. j. wewnętrznych i fizykalnych, i niekiedy w przypadkach lżejszych nerwobólu, osiągamy powodzenie. Jeżeli wyżej wspomniane środki zawodzą, wówczas uciekamy się do wstrzykiwań alkoholu, począwszy od obwodowych gałęzek nerwu, a skończywszy na zwoju Gassera. Istnieją przypadki najcięższe nerwobólu nerwu trójdzielnego, a do takich należy przedstawiony przypadek, gdzie wszystkie środki nieoperacyjnego leczenia zostały wyczerpane, względnie zastrzyknięcie do zwoju okazało się technicznie niemożliwe. Wówczas pozostaje jedynie zabieg krwawy do wykonania. Dawniejsza operacja Krausego, — wycięcie, ma niewielu już zwolenników gdyż daje dużą śmiertelność (10%). Znacznie bezpieczniejszą jest operacja późniejsza Frasier'a, przecięcie korzonka czuciowego nerwu, gdyż daje zaledwie około 1% śmiertelności, szanse wyleczenia przy dokładnem wykonaniu są jednakowo dobre, a wobec możności zaoszczędzenia gałęzek ocznych, usuwa niebezpieczeństwo powstania keratitis neuroparalytica.

W naszym przypadku nerwoból 1-ej i 2-ej gałęzi nerwu V — prawego trwał przez lat kilkanaście, były wyczerpane wszystkie możliwe środki leczenia, łącznie z wrywaniem nerwu. Dojście do zwoju Gassera igłą okazało się niemożliwem, wskutek zatarasowania drogi bliznami powstałymi po wielokrotnych wstrzyknięciach alkoholu u podstawy czaszki. Wykonany zabieg, operacja Frasier'a, od razu dał wyleczenie. Nasza pacjentka ma lat 54.

(Demonstracja chorej i rysunków objaśniających przebieg operacji).

R o z p r a w y: Kol. K r y Ń s k i L. (członek T-wa) — leczenie nerwobólów n. trójdzielnego stanowi jedno z najtrudniejszych zadań. Leczyć należy najpierw zachowawczo, potem należy próbować wstrzykiwań alkoholu. Dopiero po wyczerpaniu tych środków należy przystąpić do usunięcia zwoju Gassera. Jest to zabieg technicznie trudny, może dawać krwotoki na skutek uszkodzenia zatoki jamistej, lub nawet a. carotis interna. Operacja Frasier'a jest bezwzględnie postępowem. Należy przytem robić operację osteoplastyczną, aby wyrównać brak kostny. Niekiedy ze względów na trudności techniczne należy usunąć cały zwój z częścią czuciową i ruchową.

Kol. Sławiński Z. (członek T-wa) — w roku 1928 w Filadelfji widział operacje dokonywane przez samego Frasiera. Materiał Frasiera wynosił wówczas 352 chorych. Fr. ma specjalną aparaturę przystosowaną do zabiegu. Do operacji Frasier przystępuje zawsze z pewną obawą, zwłaszcza jeśli chodzi o krwotok, który może zależeć od anomalji anatomicznych. Wznowy miał tylko 1 raz. Śmiertelności dokładnie nie określał, podawał jednak, że jest ona mniejsza niż przy innych metodach. Fr. przecina tylko część czuciową, przyczem preparuje pęczek po pęczku. Pierwsza część operacji jest wykonywana w uśpieniu, druga w znieczuleniu miejscowem. Chory podczas zabiegu siedzi. Poza tem w Ameryce jest stosowana metoda Dandy'ego — w której dochodzi się do zwoju Gassera od strony mózdzku. Kol. Sławiński w oddziale wykonał 4 razy operację Frasiera z wynikami zadawalniającymi, uważa jednak zabieg za bardzo ciężki.

Kol. Higier H. (członek T-wa): neurologji samostatnej twarzy nie należy mieszać z nerwobólem objawowym, zazwyczaj ostrym, pogrypowym lub ponieżytowym. Neuralgia genuina jest par excellence przewlekła, dotyczy osób starszych, przebiega stereotypowo, w paroksyzmach, daje objawy naczynioruchowe i kurcze napadowe twarzy.

Neuralgia trigemini genuina, czy jest zależna od chronicznej sprawy septycznej zębodołowej, czy też od jakiejś innej nieznaney *noxae irritativae* może mieć swój punkt wyjścia w każdym odcinku nerwu czuciowego, od obwodu do zwoju Gassera włącznie. To też interwencja chirurgiczna historycznie szła tą drogą, od obwodu włąb, i doszła jak dotąd do oddzielnych gałązek, do korzonków anatomicznych i do zwoju Gassera, który stanowi odpowiednik morfologiczny Ganglii intervertebralis.

Usuwanie zębów, zatruwanie 3-ch gałązek nerwu w punkcie wyjścia ich z czaszki na obwód rzadko daje stałe wyniki w ciężkich nerwobólach.

Higier miał dość dobre wyniki przy metodzie Härtla, metodzie alkoholizacji zwoju Gassera przez foramen ovale, zabiegu trwającym u dobrego technika niecałą minutę, zabiegu, który stosował przed 15 laty często i pierwszy go opisał u nas, wymieniając wówczas liczne i nieznanne zagranicą powikłania, wprawdzie przemijające, z wyjątkiem *keratitis neuroparalytica*. Tylko zupełne znieczulenie twarzy gwarantuje wyleczenie korzystne lub poprawę długoletnią.

Metoda ta jest godna polecenia w porównaniu z bardziej radykalną operacją Krausego usunięcia zwoju Gassera, technicznie trudną i dającą w podeszłym wieku niemały odsetek śmiertelności.

Resectio retroganglionaris jest technicznie też niełatwa, w wykonaniu ma atoli przewagę, że usuwa wyłącznie korzonki czuciowy, nim się łączy w zwoju z ruchowym i daje — co najmniej w rękach Frasiera rozporządzającego materiałem 700 osób — prawie w 100 wynik dodatni (1,4% śmiertelności). O proponowanej ostatnio również przez amerykańskiego neurochirurga, przez Dandyego, *resectio juxtapontica* czyli usunięciu korzonka czuciowego w pobliżu mostu Varola Europa jeszcze nie posiada własnego doświadczenia. Ma ona być technicznie łatwiejsza, ale odbywa się na terenie tylnej jamy czaszkowej, której chirurdzy, zwłaszcza nasi chętnie unikają.

Nerwoból twarzy obustronny — o ile nie jest psychogeny — należy do rzadkości i był niejednokrotnie operowany w dwóch tempach.

Tu i owdzie *plaque sklerotyczna w sclerosis disseminata* usadawia się w pobliżu zwoju Gassera, dając ciężki nerwoból twarzy jako objaw wczesnej choroby.

Kol. Byśzewski wspomina o chorej, którą obserwował w ciągu 7 lat — z powodu nerwobólu. Stosowanie alkoholu, przecięcie n. czuciowych — poza przemijającą poprawą nie dało wyników. Wówczas zdecydowano się na operację Frasiera, przyczem nie udało się uniknąć *keratitis neuroparalytica*. Po roku chora czuje się dobrze i nawet pogodziła się z utratą oka. Trudności operacji Frasiera polegają na niebezpieczeństwie krwotoku, zarówno z większych tętnic, jak i małych naczyń, oraz na braku oświetlenia przy operowaniu na dość znacznej głębokości. Frasier ma specjalnie dostosowane oświetlenie.

Kol. Rutkowski J. (członek T-wa) — uważa wykonywanie zabiegu osteoplastycznego za rzecz zbędną, gdyż ubytek kostny jest mały i łatwo się regeneruje. Statystyka śmiertelności po operacji Frasiera u różnych autorów jest różna. Lariche na 49 przypadków miał 2 zejścia śmiertelne, Frasier podaje odsetek śmiertelności na = 0,37%. Oczywiście, że operacja Frasiera jest metodą, która się stosuje w razie braku dodatnich dodatknych wyników po stosowaniu alkoholu, albo też przy zablokowaniu for. ovale; w przyp. prelegenta dostęp był niemożliwy. Pole operacyjne prelegent miał dostatecznie oświetlone za pomocą reflektora.

VI. Kol. Chodkowski K. (członek T-wa) przedstawia: z powikłań duru brzuszego: a) ropne zapalenie chrząstki pierścieniowatej krtani i b) dziurawicę zapalenie pęcherzyka żółciowego u dziecka (pokazy anat. patologiczne) — (streszczenie własne).

Przypadek dotyczył 16-letniej kobiety, u której w przebiegu duru brzuszego wystąpiły następujące powikłania: obustronne zapalenie odoskrzelowe dolnych płatów obu płuc, ropne zapalenie obu przy-

usznic, nasilająca się stale niedomoga mięśnia sercowego, a w V tygodniu — bóle przy połykaniu, które w VI tyg. nasiliły się znacznie, wreszcie rozwinęło się zapalenie migdałków. Wkrótce potem zjawił się bezgłós, duszność i świszczący oddech. Tracheotomji nie wykonano ze względu na bardzo ciężki stan ogólny chorej. Rozpoznanie kliniczne. Dur brzuszny, ropne zapalenie przyusznic, nieżyłowe zapalenie płatu dolnego obu płuc oraz zapalenie krtani (wrzody durowe lub błonica).

Badanie pośmiertne stwierdziło: 1. świeże blizny po wrzodach durowych w przykątniczej części jelita biodrowego z nieznacznym obrzmieniem śledziony i gruczołów limfatycznych krezki, 2. niedodmę i rozsiane odoskrzelowe zapalenie płatu dolnego obu płuc z ropnym zapaleniem oskrzeli i tchawicy, 3. ropienie w obu przyusznicach, 4. zmiany mięszsowe w narządach oraz rozszerzenie serca z ogólnym przekrwieniem biernym ustroju. 5. najgłówniejsze zmiany stwierdzono w górnych drogach oddechowych: polegały one na wytworzeniu się w miejscu blaszki chrząstki pierścieniowatej krtani jamy wypełnionej wodą i kawałkami obumarłej chrząstki (martwaki). Jama łączyła się z górną częścią krtani zapomocą wąskiego kanału uchodzącego od tyłu po stronie prawej tuż powyżej prawdziwych strun głosowych. Zmianom powyższym towarzyszył znaczny obrzęk z następczem zwężeniem krtani do średnicy około 0,4 cm. Śmierć nastąpiła z uduszenia spowodowanego zwężeniem krtani przez ropne zapalenie ochrzęstnej pierścieniowatej z towarzyszącym obrzękiem krtani.

Zapalenie ropne ochrzęstnej krtani w przebiegu duru spotyka się naogół nieczęsto. Wśród 132 badań pośmiertnych zwłok osób zmarłych z powodu duru brzuszego prelegent spostrzegł tylko 1 przypadek zapalenia ochrzęstnego oraz 3 przypadki t. zw. wrzodów odleżynowych na brzegach nagłośni. Najczęściej zapalenie ropne powstaje w chrząstkach nalewkowatych, rzadziej pierścieniowatej, najrzadziej w tarczowej. Rozwija się ono bądź na drodze przerzutowej, bądź też na tle początkowych wrzodów (odleżynowych lub durowych). Zapalenie ochrzęstnej jest zawsze niebezpieczne dla życia chorego. Często bowiem już nieznacznym zmianom w ochrzęstnej towarzyszy silny obrzęk krtani, który powoduje zwężenie jej światła. Niekiedy sam ropień, osiągnąwszy odpowiednią wielkość, powoduje uduszenie. Ropnie powstałe na tle zapalenia ochrzęstnej, mogą przebijać do światła krtani, albo do tkanek otaczających krtani (ropowice szyi). Rzadziej prze-

bijają nazewnątrz powłok skórnych. Martwaki mogą przedostać się do światła krtani, skąd są bądź wykrztuszone nazewnątrz, bądź też dostają się do oskrzeli i wywołują zgorzel płuc. Niekiedy martwak więźnie w szparze głosowej i powoduje śmierć z uduszenia. Po opróżnieniu się większych ropni może nastąpić zapadnięcie ściany krtani, co również prowadzi do śmierci. Tylko nieznaczne zapalenie ochrzęstnej małych chrząstek krtani może wygoić się samoistnie. Czasami odpowiedni zabieg chirurgiczny (nacięcie i opróżnienie ropnia, tracheotomia) ratuje życie chorego. Najczęściej jednak zejście jest niepomyślne.

P r z y p a d e k II-gi.

Ostre zapalenia pęcherzyka żółciowego u dzieci spotykamy naogół rzadko. Występują one jako: 1. zapalenie zwykłe t. zw. nieżyłowe, 2. zapalenie włóknikowe, 3. zapalenia ropne (powierzchnowe lub głębokie) i 4. zapalenie ze zgorzelą.

Ostre zapalenia pęcherzyka żółciowego u dzieci najczęściej powstają w przebiegu chorób zakaźnych (dur brzuszny, paradury, płonica, grypa i in.) oraz w przebiegu zakażeń ogólnych, zwłaszcza drobnooustrojami ropotwórczymi.

Na podstawie piśmiennictwa należałoby sądzić, że ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego w przebiegu duru brzusznego u dzieci jest zjawiskiem rzadko spotykanem (około 0,9%).

Wśród 27 przyp. badań pośmiertnych zwłok dzieci (do lat 15) zmarłych z powodu duru brzusznego, makroskopowo i mikroskopowo prelegent stwierdził ostre zmiany zapalne pęcherzyka żółciowego w 12 przyp. (8 razy zapalenie t. zw. nieżyłowe, 2 razy ropne i 2 razy zgorzel z przebiciem) t. j. w 44,4% przyp. Występowały one naogół niezależnie od okresu przebiegu duru (I — 3 przyp. II — 1 przypadek, III — 5 przypadków, IV — 1 przypadek, po wygojeniu zmian w jelitach — 1, w dorzucie — 1), najczęściej jednak w I i III okresie anatomicznym duru. Podkreślić trzeba, że najcięższe zmiany, t. j. zapalenie wikłane zgorzelą, stwierdzono w 1 przypadku już po całkowitym wygojeniu się zmian w jelitach, w 2-gim zaś znaleziono, obok świeżych blizn w jelicie cienkim, oczyszczone wrzody durowe w kątnicy i wstępnicy (dorzut). Płęć i wiek nie odgrywają większej roli: zmiany zapalne znaleziono wśród 9 chłopców u 4, a wśród 18 dziewcząt u 8 (obydwa przypadki zapalenia ze zgorzelą wystąpiły u dziewcząt).

Prawdopodobnie częstość występowania ostrych zapaleń pęcherzyka żółciowego zależy w pewnej mierze od właściwości epidemii

(własności zarazka?): w 1930/31 wśród 5 przypadków badań zwłok dzieci, zmarłych z powodu duru, w 1 stwierdzono zmiany zapalne (20%) w 1931/32 wśród 13 przyp.—w 9 były zmiany zapalne (69,23%), a w 1932 wśród 9 przyp. — w 2 zmiany zapalne (22,2%).

Zejsście zapaleń zwykłych nieżytowych pęcherzyka żółciowego zazwyczaj jest pomyślnie dla ustroju. Również i powierzchowne zapalenia ropne mogą cofać się, nie zostawiając śladu. Natomiast głębokie zapalenie ropne (ropowicze) i zapalenie powikłane zgorzelą łatwo doprowadzają do pęknięcia ściany pęcherzyka żółciowego. Rozwijają się wtedy zapalenie ropne otrzewnej z zejściem niepomyślnym. W obu spostrzeganych przypadkach zapalenia powikłanego zgorzelą ściany pęcherzyka żółciowego znaleziono przebicie. W jednym (5-letnia dziewczynka) rozwinął się ropień podprzeponowy, połączony ze światłem pęcherzyka, a w drugim (7-letnia dziewczynka) rozlane zapalenie ropne otrzewnej.

VII. Kol. Gorecki Zdz. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t.: „O leczeniu bodźcowem duru brzuszego“ (streszczenie własne): prelegent przedstawia wyniki leczenia duru brzuszego na oddziale szpitala Św. Stanisława w 3 epidemjach (1929, 1931 i 1932). Ogólna liczba leczonych: przeszło tysiąc, leczonych zapomocą metody bodźcowej; 277 chorych. Do leczenia bodźcowego wybierano tylko ciężiej chorych lub o przewlekającym się przebiegu. Stosowano następujące środki: metale kolloidowe, drogą domięśniową (Kollargol, argentol i aurosol Karpińskiego), autohemoterapię, preparaty bismutowe (Quinby, Quinby soluble, Bism. Chaulmograe Gessner i Cardyl Spiessa), mleko domięśniowo, urotropinę dożylnie (20—40%) a nadto Phosphacid. Próbowano też leczyć metodą kombinowaną. Prelegent powołuje się na pracę ogłoszoną przez kol. Kruszównę, Ligęzę i Trzaskaczkównę z oddziału prelegenta, a dotyczącą leczenia bizmutem duru brzuszego w roku 1931. Leczenie w r. 1929 prowadzono przy pomocy kol. Maya i Kaczyńskiego A.

Wyniki leczenia przedstawiono w tablicach, dzieląc zbadany materiał na 3 grupy. Do grupy I zaliczono wyniki korzystne (spadek ciepłoty lub t. zw. leczenie poronne w okresie gorączki stałej), do grupy II zaliczono wyniki korzystne, ale uzyskane w takim okresie choroby, kiedy oczekiwane jest samoistne zakończenie choroby. Do III grupy zaliczono wyniki niekorzystne. Nadto materiał podzielono na „dzieci“ do 10 lat i „dorosłych“, gdyż dzieci, jak wiadomo, lżej przechodzą dur brzuszny.

Z 277 chorych bliżej omówiono 229 przypadków.

Lek	I		II		III		Razem	dzieci	doro- śli
	dzieci	doro- śli	dzieci	doro- śli	dzieci	doro- śli			
Quinby soluble	0	22	3	16	1	9	51	4	47
Quinby	2	15	5	15	1	6	44	8	36
Bi Chaulm.	2	16	5	10	3	11	47	10	37
auto- haemoterapja	3	15	1	8	1	12	40	5	35
złoto i srebro kolloidowe	6	10	1	9	0	21	47	7	40
Razem	13	78	15	58	6	59	229	34	195

Po obliczeniu odsetkowem wyniki przedstawiają się następująco:

Lek	I	II	III	Liczba przyp.
Quinby	38.6	45.4	16.0	44
Quinby soluble	43.1	37.2	19.7	51
Bi Chaulm.	38.3	31.9	29.8	47
auto- hacmoterapja	45.0	22.5	32.5	40
au i Arg. colloidale	34.0	21.2	44.7	47

Z powyższego zestawienia wynika, że wartość lecznicza poszczególnych środków przedstawia się wzrastająco, jak następuje: złoto i srebro kolloidowe (47 przyp., 44,7% niepowodzeń), autohaemoterapja (przyp. 40, niepowodzeń 32,5%), Bism. Chaulmograe (przyp. 47, niepowodzeń 29,8%), Quinby soluble (przyp. 51, niepowodzeń 19,7%)

i Quinby (przyp. 44, niepowodzeń 16,0%). Na 229 przypadków ogólny odsetek niepowodzeń wynosił 28,4%.

Po odliczeniu przypadków późno leczonych, czas trwania gorączki wynosił: w epidemii 1931 na 68 przypadków, w których leczenie bizmutem rozpoczęto do 18 dnia gorączki=23 dni. Z tych tylko 9 chorych (13,3%), miało gorączkę ponad 30 dni. W epidemii 1932 r. na 29 leczonych bizmutem lub kł. własną tylko 1 chory miał gorączkę dłużej niż 4 tygodnie (30 dni). Przeciętnie 18,3 dni.

Mimo korzyści powyższego leczenia stwierdzono powikłania. Z powikłań cięższych notowano u leczonych w omówiony sposób: w roku 1931 krwotoków 7, przebiecia wrzodów 1, w roku 1932: krwotoków 5, przebiecia 0. Nawroty spostrzegano również.

Śmiertelność wynosiła w r. 1931: 6,20% (337 chorych) w r. 1932: 7,2% (ok. 350 chorych). Uwzględniono tu też przypadki nieleczone metodą bodźcową, które przybywały na oddział w agonji. Prelegent przestrzega przed wyprowadzaniem wniosków ze śmiertelności oddziałów ze względu na zbyt mały materiał. Przypadki śmierci ostatniego tygodnia sprawozdawczego podwyższyły śmiertelność o cały 1% w stosunku do obecnej epidemji!

Wnioski: Leczenie duru brzuszego zapomocą preparatów bizmutowych przedstawia pewien postęp, choć działanie tych środków ani nie jest swoiste (jak sądził Sahli, który pierwszy stosował Quinby na materiale 37 chorych), ani też niezawodne. Na korzyść leczenia bizmutem przemawia brak ujemnego wpływu dodatkowego (ogólnego i miejscowego). Nieco gorsze, choć też zachęcające wyniki otrzymał prelegent w stosowaniu autohaemoterapii. W preparatach bizmutowych czynnikiem działającym jest bizmut, a nie np. chinina lub jod (zawarty w Quinby). Leczenie kombinowane lub frakcyjne daje wyniki gorsze od leczenia prostego.

Wobec braku lepiej lub pewniej działających leków, należy wprowadzić bizmutoterapię i autohaemoterapię do ogólnej praktyki.

R o z p r a w y :

K o l. K a r w a c k i L. (członek T-wa) — zażytuje czy po wstrzykiwaniach bizmutowych nie pozostały ropnie.

K o l. G r z y b o w s k i M. (członek T-wa) — uważa, że należy zwracać baczną uwagę na preparaty zawierające sam bizmut, bez przymieszek w zawieszynie olejowej. Należy zwrócić uwagę na zawartość bizmutu metalicznego, która jest niejednakowa w różnych preparatach.

K o l. P e k i e l i s R. (streszczenie własne), przytacza dwa przypadki duru brzuszego, w których stosowanie heteroemoterapii (krew była brana od osób, które dur już przechodziły) nie zapobiegło w j e d n y m p r z y p a d k u (mężczyzna lat 25) śmiertelnemu krwo-

tokowi płucnemu w 14-ym dniu choroby, przyczem w przeddzień krwotoku stosowano również surowicę końską (6 zastrzyków krwi); w drugim zaś mimo 15 zastrzyknięć krwi po przemijającym nieznacznym spadku ciepłoty do 38 nie tylko nie uzyskano skrócenia czasu trwania choroby (7 tyg.), lecz nawet po 10 dniach stanu bezgorączkowego wystąpił nawrót trwający trzy tygodnie.

W konkluzji stwierdza, że hemoterapia (auto- czy hetero) należy do szeregu środków, które bynajmniej nie mogą uchodzić jako bezwzględnie pewne; w pewnym odsetku przypadków może wywierać wpływ korzystny w przebiegu duru, w znacznie większym jednak zawodzi, co zgodne jest zdaje się z cyframi statystycznymi, przytoczonymi przez Doc. Dra Goreckiego.

7. Kol. Flis St. i Nowosadko G. wygłaszają odczyt p. t.: „Krwinki białe w durze brzuszny (streszczenie własne).

Po omówieniu zachowania się krwinek białych w przebiegu duru brzusznego na podstawie piśmiennictwa prelegenci przedstawili wyniki badań własnych, przeprowadzonych na materiale 313 przypadków duru.

Leukopenja poniżej 6000 występowała w II okresie choroby w 66,7% przypadków. Liczby ciałek białych poniżej 2000 otrzymano w czterech przypadkach, które zakończyły się śmiertelnie. Najniższa liczba ciałek białych wynosiła 1660. Pozatem 5,6% niepowikłanych powyżej 8000, przyczem najwyższa liczba c. b. wynosiła tu 12950. W okresie zdrowienia leukopenja utrzymywała się w 28% przypadków, natomiast leukocytoza występowała w 21,3% przypadków. Najwyższa liczba c. b. w tym okresie w przypadku niepowikłanym — 16540.

Co się tyczy zachowania się obojętnochłonnych i limfocytów, to pod tym względem prelegenci otrzymywali wyniki naogół zgodne z piśmiennictwem, a więc w przypadkach niepowikłanych stopniowo wzrastającą limfocytozę z równoczesnym zmniejszaniem się liczby obojętnochłonnych.

W jednym przypadku duru liczba obojętnochłonnych obniżyła się w III okresie nawet do 297, co stanowiło 8,5% liczby ogólnej c. b. Tylko w nielicznych przypadkach duru brzusznego przez cały przebieg choroby stwierdzano neutrofilję względną. W obrazie obojętnochłonnym znajdowano zwykle przesunięcie w lewo.

W materiale prelegentów zasługuje na uwagę występowanie ciałek kwasochłonnych w 6,3% przypadków duru na wysokości schorzenia. Znajdowano je w II okresie choroby zarówno w przypadkach ciężkich, jak i lekkich, przeważnie w odsetkach niewielkich. W okresie zdrowienia dochodziło niekiedy do znacznej eozynofilji, np. w jednym przypadku w 24-tym dniu bezgorączkowym liczba kwasochłonnych wy-

nosiła 2115, co stanowiło 22,5% liczby ogólnej ciałek białych. W przypadku tym w okresie gorączkowym komórek kwasochłonnych nie znajdowano.

Monocyty naogół nie wykazywały charakterystycznych zmian. Ilość ich w materiale prelegentów wahała się w przebiegu duru przeważnie w granicach 1—7%.

W zakończeniu prelegenci omówili zachowanie się krwinek białych w przebiegu powikłań durowych na podstawie piśmiennictwa i badań własnych.

9. Kol. Franio Z. wygłasza odczyt p. t.: „Kilka rysów charakterystycznych duru brzuszego”.

Rozprawy nad pkt. VIII i IX.

Kol. Bartoszek T. (członek T-wa) — podkreśla, że w sprawie nawrotów w durze brzuszonym ważnym czynnikiem jest opieka nad chorym. W szpitalu ś-go Stanisława w sali gdzie była dobra pielęgnarka, ilość nawrotów = 8%, na innej sali w złej opiece 16—18%.

Kol. Luxemburg (członek T-wa) — podkreśla, że w szeregu przypadków duru brzuszego mamy monocyty, zamiast limfocytozy. Wydaje się możliwe łączenie tego stanu z lepszą lub gorszą macalnością śledziony, która w przypadkach monocytozy jak się wydaje, jest trudniej wymacalna. Dziwne jest, że duże podręczniki nie podają tego, że istnieją przypadki duru przebiegające z monocytozą.

Kol. Galinowski Z. — ciekawe są wyniki badań kolegów, z których wynika, że neutropenia przebiega niezawsze z limfocytozą. Czy nie udałoby się stwierdzić pewnej równoległości pomiędzy przejawami samego cierpienia, a ilością krwinek białych, uwzględniając statn chorego i zjadliwość zarazka. Ciekawe byłoby wyjaśnienie, czy odgrywa tu rolę konstytucja czy też kondycja. Co do monocytozy, to sprawa jest otwarta, ponieważ często trudno odróżnić limfocyt od monocytu i ponieważ pochodzenie monocytów nie jest wyjaśnione.

Kol. Krusówna M. (członek T-wa) — podaje wyniki badania krwi w oddziale Doc. Goreckiego: na 119 badań leukocytozę ponad 6000 stwierdzono w 42%. Limfocytozę do 22% w 16,28% przypadkach, powyżej 6000 stwierdzono w 48,4%. Monocytozę od 0—2 w 29,73%, 3—4 w 30,63%, 5—6 w 21,62%, ponad 6 w 18,02%. Brak eozynofiliów stwierdzono w 72,8% przypadków, 1% — 17,39%, 2%, 7,7%, ponad 3% 2,08%.

Odnośnie ref. kol. Franio Z. — krwotok u małego dziecka w przebiegu duru na oddziale naszym (sala męska) — mieliśmy w jednym przypadku. Co się tyczy nawrotów to są one bardzo częste w czasie obecnej epidemii. W chwili obecnej na sali przebywa chory, który miał 4 nawroty, przyczem odczyn Widala ulegał stałym wahaniom;

w 2-gim tyg. choroby = 1 : 250, następnie 1 : 100, dalej ujemny (okres nawrotu) i 1 : 100.

Z powikłań ze strony centralnego układu nerwowego mieliśmy przypadek meningitis i encephalo-myelitis u chorego z ciężkim drem, który został wypisany do domu w stanie zupełnie dobrym, jedynie z utrzymującym się nieznacznym stopotrząsem i żywymi odruchami kolanowemi. (Str. własne).

Kol. Orłowski O. (członek T-wa)—zapytuje jak często mierzono chorym ciepłotę. W okresie amfibolicznym zdarza się dość często taki stan, że ciepłota w godzinach mierzenia jest normalna, a później może dochodzić do 39—40°.

Wówczas możemy mylnie ocenić wzniesienie ciepłoty jako nawrót, gdy tymczasem nie mieliśmy do czynienia z końcem choroby tylko z okresem utajenia. W szpitalu Botkina Kiduszewski zbadał to zjawisko na materjale ponad 1000 chorych. Co się tyczy podręczników francuskich i niemieckich, to często nie odzwiercjadlają one rzeczywistego stanu rzeczy, gdyż za granicą tyfusu widują dość mało i autor rozporządza najczęściej bardzo małym materjałem.

Kol. Flis St. (streszczenie własne). W sprawie zachowania się monocytów w durze brzuszny podkreśla, że monocytózę prelegenci spostrzegali rzadko, przytem niestale, najczęściej ciążka te wahały się w granicach 1—7%. Wyjątkowo znajdowano je poniżej 0,5%.

Co się tyczy znaczenia neutrofilji dla przebiegu choroby, F. przytacza spostrzegany przez siebie niedawno przypadek duru, w którym komórki obojętnochłonne przeważały wybitnie nad limfocytami we wszystkich okresach chorobowych. Przypadek ten, potwierdzony serologicznie, przebiegał naogół typowo, bez powikłań, tylko w rekonwalescencji po dwóch tygodniach bezgorączkowych nastąpił 8-dniowy okres wahań ciepłoty około 38°, który najprawdopodobniej był nawrotem duru.

Kol. Franio Z. wyjaśnia, że ciepłotę mierzono 2 razy dziennie.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23 minut 25.

Prezes: Witold Orłowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: M. Kruszówna.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z dnia 6 grudnia 1932 r.

Początek o godzinie 20-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa—68, wprowadzonych gości—69.



1. Protokół posiedzenia z dnia 29.XI. r. b. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s zawiadamia o komunikacie P. Z. H. w sprawie kursu: „Prawodawstwo a zawód lekarski”.

3. Kol. P r u s z c z y ń s k i A. (członek T-wa) — przedstawia: niezwykłą postać wrzekomobłoniastego zapalenia krwiotocznego wewn. powierzchni opony twardej (pokaz anatomo-patologiczny), (streszczenie własne).

Przedstawiony materiał pochodzi ze zwłok kobiety lat 70 (L. prot. 122/32. Rozpoznanie kliniczne: Haemorrhagia cerebri).

Podczas sekcji czaszki znalazłem stosunki następujące: Pokrywa czaszki symetryczna, ciężka, obrys przepiłowania owalny. Opona twarda zrosnięta z pokrywą. Na wewnętrznej powierzchni opony twardej zarówno po stronie lewej, jak i prawej widać żółtawe lub czerwone naloty (włóknik) i dość liczne plamki wiśniowe, które nie zniknęły po ucisku i nie można było ich zmyć wodą (wybroczyny). Poza tem na wewnętrznej powierzchni opony twardej po stronie lewej zauważyłem guzowatość kształtu mniej więcej wrzecionowatego, ciągnącą się od kości czołowej do kości potylicznej. Wysokość guzowatości 7 cm. a grubość 5 cm. Granice jej łagodnie przechodziły w oponę twardą. Guzowatość od strony pokrywy czaszki posiada ścianę, utworzoną z opony twardej, co łatwo stwierdzić, oddzieliwszy ją od kości. Natomiast od strony jamy czaszkowej, ścianę stanowi jakaś tkanka jednolitej budowy. Na tej ścianie widać również delikatne żółtawe naloty (włóknik), ułożone jakby wzdłuż naczynia. Zawartość guzowatości stanowiły skrzepy wiśniowe i krew płynna. Lewa półkula mózgu zniekształcona wskutek ucisku.

Zbadałem mikroskopowo ściany guzowatości z miejsca ich połączenia oraz część ściany, zwróconej do jamy czaszkowej. Okazało się, że istotnie ścianę przyległą do pokrywy stanowi opona twarda, przeciwległą zaś — dość gruba warstwa włóknika, częściowo organizującego się, przeważnie jednak zmienionego szklisto. Najbardziej powierzchną warstwę stanowi włóknik świeży. Na zasadzie obrazu makroskopowego i mikroskopowego rozpoznałem wrzekomobłoniaste zapalenie krwotoczne wewnętrznej powierzchni opony twardej z nawrotami (p a c h y m e n i n g i t i s h a e m o r r h a g i c a p s e u d o m e m b r a n a c e a i n t e r n a r e c i d i v a n s). W rozpoznaniu między innymi kierowałem się grubością warstwy włóknika i jego wyglądem (włóknik świeży, organizacja, zmiany szkliste), stanem krwi w jamie guzowatości i zniekształceniem półkuli mózgowej.

Omówione zapalenie wewnętrznej powierzchni opony twardej może być jednostronne lub obustronne. Warstwa włóknika sięga czasami grubości kilku centymetrów, jak w danym przypadku. W świe-

zych przypadkach wylewy krwawe są ciemno wiśniowe, w starych zaś brunatnordzawe (hemosyderyna). Należy jednak zaznaczyć, że wybroczynowe zapalenie opony twardej pod postacią krwika wrzekomego, zwłaszcza takich rozmiarów jak w moim przypadku, nie spotyka się często.

W etiologii wrzekomobłoniastego wybroczynowego zapalenia wewnętrznej powierzchni opony twardej grają rolę choroby zakaźne, choroby nerek i serca, skazy krwiotoczne, ale może najczęściej nadużywanie alkoholu.

Co się tyczy patogenezы, to jedni autorzy twierdzą, że pierwotnie widać wysięk włóknikowy, wtórnie wybroczyny, inni zaś stoją na stanowisku wręcz odwrotnem; wreszcie niektórzy dopatrują się w powyższej sprawie rozrostu podśródbłnkowej warstwy włóśniczek. W ten sposób powstają błony bogato unaczynione, co ma się przyczyniać do powstawania wybroczyn. Omówione zapalenie podobno 10-krotnie częściej występuje u mężczyzn, niż u kobiet.

Rozprawy: Kol. Kryński L. (członek T-wa) — uważa, że przedstawiona przez prelegenta postać odpowiada t. zw. arachnoiditis adhaesiva. Przypadki takie dają bardzo ciekawe obrazy kliniczne. Przed dwudziestu kilku laty mówca spostrzegł przypadek, w którym rozpoznawano nowotwór mózgu i po otwarciu jamy czaszki okazało się, że mamy do czynienia z arachnoiditis adhaesiva z nagromadzeniem dużej ilości płynu m.-rdzeniowego.

Kol. Głuziński A. (członek T-wa) — podkreśla niecodzienność przedstawionego przypadku. Nie należy jednak zapominać o pachymeningitis haemorrhagica, którą spotykamy np. w przewlekłych schorzeniach nerek. Objawy bólów głowy, nagłe wymioty i utrata przytomności ułatwiają rozpoznanie. W przedstawionym przypadku bezwątpienia etiologicznie mieliśmy do czynienia z alkoholizmem.

Kol. Grzywo-Dąbrowski (członek T-wa) — podaje, że przypadki tego rodzaju widuje się na stole sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej; nigdy jednak nie spotykał tak znacznego nagromadzenia włóknika. Mówca zgadza się, że mamy często do czynienia w takich przypadkach z alkoholizmem. Nieraz należy rozstrzygnąć, czy sprawa powstała na tle urazu, czy też alkoholizmu. Rozstrzygnięcie tego zagadnienia zależy od doświadczenia lekarza sądowego. Mówca ma wrażenie, że istnieje zbyt duża skłonność do rozpoznawania tła urazowego. Niekiedy uraz czaszki może nie dać wylewów podskórnych (grube okrycie głowy). W przypadkach wątpliwych należy tłumaczyć na korzyść oskarżonego.

Kol. Pruszczyński A. (członek T-wa) — wyjaśnia, że arachnoidea może być niekiedy wciągnięta w sprawę chorobową.

4. Kol. Lauber J. (członek T-wa) — wygłasza odczyt p. t.: „O znaczeniu rozpoznawczem mroczków środkowych” (streszczenie własne).

Mroczki środkowe jako ważne oznaki chorobowe, lecz nie wystarczające dla postawienia rozpoznania bez uwzględnienia wszystkich oznak choroby. Różne umiejscowienia schorzeń powodujących powstanie mroczków środkowych. Jeżeli mroczek środkowy jest skutkiem chorobowej zmiany siatkówki, to zmiany muszą się stać widocznymi wkrótce po powstaniu mroczka. Prelegent wymienia choroby oka, w których powstają mroczki środkowe. Mroczki środkowe w poząłkowym zapaleniu nerwu wzrokowego bez objawów wziernikowych. Sposób powstania i rozwój mroczka. Wziernikowe rozpoznanie zmian przy mroczkach spowodowanych przez schorzenia nerwów skrzyżowania i szlaków wzrokowych. Znaczenie szczególnych cech mroczka środkowego dla rokowania. Przyczyny zapalenia nerwu wzrokowego pozałkowego. Obustronne mroczki powinny wzbudzić podejrzenie, że sprawa chorobowa może być umiejscowiona w skrzyżowaniu. Mroczki połowiczne dwuskroniowe i zmiany pola widzenia w schorzeniach skrzyżowania. Mroczki środkowe przy ognisku w szlaku wzrokowym. Mroczki połowiczne jednoimienne jako objawy zmian podkorowych. Mroczki połowiczne o ograniczeniu poziomem. Ważność mroczków środkowych dla rozpoznania i konieczność badania za pomocą drobnych podniet.

Rozprawy:

Kol. Higier H. (członek T-wa) — podkreśla duże znaczenie mroczków alkoholowych i nikotynowych. Zjawisko to jest znane od 40 lat jako neuritis retrobulbaris. Splot występuje powoli, tarcza n. wzrokowego jest blada. Po zatruciu alkoholem etylowym sprawa powoli się cofa. Co się tyczy alkoholu metylowego — ślepotą występuje nagle (sposzrzegano przypadki oślepienia po upływie 15 minut). Również nierzadkie są oślepienia po salwarsanie, atoksylu. Ciekawa jest uwaga prelegenta co do zmiany miejsca mroczków. Dla kol. H. zjawisko to jest jasne wyłącznie w przypadkach sclerosis disseminata, gdzie występują i cofają się ogniska zapaleń (plaques) — w mózgu. Neuritis retrobulbaris występuje niekiedy przy grypie i daje zupełną ślepotę. Przypadki zaniku tarczy bez ślepoty niektórzy badacze tłumaczą przez zanik wyłącznie włókien odruchowych; włókna wzrokowe cierpią mniej. Trudniej wyłumaczyć ślepotę bez zaniku. Ważne jest prawidłowe rozpoznanie zajęcia zatok czołowych, które może spowodować niekiedy ślepotę. Prawidłowe rozpoznanie może znacznie wpłynąć na rokowanie. Ciekawą zarówno teoretycznie, jak i praktycznie jest sprawa ucisku przysadki na skrzyżowanie n. wzrokowych. Według

badacza amerykańskiego Kesche'go każde umiejscowienie guza mózgu ma swoje miejsce na tarczy.

Kol. Melanowski W. H. (członek T-wa) — zwraca uwagę na duże znaczenie rozpoznawcze obustronnego braku plamki, są to wczesne objawy guza przysadki.

Kol. Lauber J. (członek T-wa) nie zna przypadków zaniku n. wzrokowych wskutek zatrucia salwarsanem lub neosalwarsanem. Mówiąc o mroczkach miał na celu zwrócenie uwagi na doniosłość prawidłowego rozpoznawania.

5. Kol. Gluziński A. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t.: „Żółtaczka (icterus), ostry zanik żółty wątroby (atrophia hepatis acuta flava) a kiła (syphilis)”. (Streszczenia nie nadesłał).

Rozprawy:

Kol. Grzybowski M. (członek T-wa) — podnosi duże znaczenie żółtaczki w przebiegu kiły. Istota jej jest nieraz trudna do rozstrzygnięcia. Monorecydywy dotyczące wątroby mogą przebiegać z ujemnym odczynem Wassermanna; żółtaczki toksyczne występują późno, nieraz w 3—6 m, po ukończeniu leczenia. Również niekiedy trudne są do rozpoznania żółtaczki w przebiegu kiły wczesnej, które mogą mieć bardzo różne nasilenie. W przypadkach żółtaczek występujących w przebiegu leczenia preparatami arsenikowemi mamy nieraz do czynienia z uszkodzeniem toksycznym. Millian daje wówczas duże dawki arsenobenzolu, przekraczając 3 krotnie dawki minimalne. Niekiedy takie postępowanie daje wyniki dodatnie, są jednak znane przypadki kończące się śmiercią, nie jest wyjaśniona sprawa, czy w tych przypadkach nie mamy do czynienia z tłem infekcyjnym. — Przytacza cyfrowe dane dotyczące okresowego nasilania się żółtaczek wogóle.

Kol. Filiński Wł. (członek T-wa) przytacza przypadek żółtaczki z wysypką typu płoniczego, która wystąpiła po wstrzyknięciu salwarsanu w dawkach 0,6 i dwa razy po 0,9.

Kol. Orłowski W. (członek T-wa) — podkreśla trudności rozpoznawcze między icterus catarrhalis (hepatitis parenchymatosa, hepatosis) a icterus syphiliticus praecox. Nie można się opierać na odczynie Wassermanna — który może być w przypadkach żółtaczek niekiłowego pochodzenia dodatni. Żółtaczka w icterus syphiliticus trwa wprawdzie dłużej, a wątroba zwykle jest więcej powiększona, lecz od początku choroby temi objawami posługiwać się nie można. By nie przeczyć cierpienia, należy w każdym przypadku żółtaczki dokładnie zbadać chorego, zwracać uwagę na skórę i śluzówki i dokładnie zbierać wywiady. Na podstawie własnego doświadczenia Kol. O. stwierdza, że częstokroć icterus catarrhalis-hepatosis może przebiegać i bez objawów żołądkowo-jelitowych.

Kol. **G l u z i ń s k i A.** (członek T-wa) stwierdza, że celem jego wykładu było przypomnienie o konieczności jaknajdokładniejszego badania chorych. W przypadkach kiły postępowanie lecznicze musi być bardzo ostrożne. Leczenie poronne doprowadza niekiedy do bardzo złych wyników.

6. Kol. **V e n u l e t F.** i **G o e b e l F r.** (członkowie T-wa) — wygłosili odczyt p. t.: „W sprawie powstawania witasteryny D. w ustroju“. (Streszczenie własne).

Szczury otrzymujące djetę krzywiczą **Mc. Collum 3143** z domieszką kału szczurów, odżywianych prawidłowo, pod względem przejawów krzywicy, poziomu fosforu we krwi i zahamowania wzrostu nie różnią się niczem od szczurów, trzymanyh wyłącznie na djecie, wywołującej krzywicę. Podaż w tych samych warunkach kału naświetlanego zapobiega krzywicy, nie wywierając wpływu na wzrost i fosfor. W przeciwieństwie do kału prawidłowego, kał szczurów, odżywianych awitaminowo, nawet po naświetlaniu, nie chroni przed rozwojem krzywicy.

Co do przyczyn tego zjawiska, to należy przypuszczać, że kał zwierząt, odżywianych prawidłowo, posiada lepsze warunki dla syntezy prowitasteryny D przez drobnoustroje jelitowe, przy uwzględnieniu ewentualnych zmian flory jelit, ilościowych i jakościowych.

W innej grupie doświadczeń do diety krzywicznej dodano sproszkowanych ciał szczurów, również przez dłuższy czas odżywianych awitaminowo, co jednak nie zapobiegało powstaniu krzywicy. Podaż natomiast tegoż sproszkowanego ciała po uprzednim naświetlaniu, nie tylko zapobiega całkowicie krzywicy, ale pod względem wzrostu i zawartości fosforu krwi szczury te zachowują się jak zdrowe kontrolne.

Obecność w tkankach szczurów, dłuższy czas odżywianych awitaminowo, nieczynnej ergosteryny, przemawia raczej za możliwością syntezy jej w ustroju.

Posiedzenie zamknięto o godz. 23-ciej.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

PROTOKÓŁ UROCZYSTEJ AKADEMJI

odbytej dnia 13 grudnia 1932 roku

dla uczczenia ś. p. **J. Babińskiego**, ś. p. **F. Lejarsa i Chauffarda**
członków honorowych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Obecnych członków T-wa 48, wprowadzonych gości—21.

Początek o godz. 20 min. 15.

1. Kcl. Prezes otwiera Akademię.

2. Kol. Orzechowski K. (członek T-wa)—wygłasza odczyt p. t. „Działalność naukowa ś. p. J. Babińskiego” (streszczenie własne).

Z Józefem Babińskim spotkałem się tylko raz w życiu na Zjeździe Neurologów w Warszawie. Nie korzystałem wprost z Jego nauk. Mimo to, uważam się w każdym calu mojej duszy neurologicznej za Jego ucznia, jednego z najgorliwszych. Jako młody neurolog przekładałem Jego prace nad inne, prace krótkie wolne od balastu cytatów i literatury, prace w treści zawsze oryginalne i przynoszące coś nowego, niepospolitego, zniewalające do prawdy, którą głosiły. Pisane jasno, lapidarnie, w których nie było niedomówień, ale też zbędnego słowa, w których nie było hipotez, a tylko fakty suche i wnioski z nich wypływające. Chłonałem te prace Babińskiego, podziwiałem Jego talent wynoszenia na jaw objawów, koło których przechodziliśmy, nie domyślając się ich doniosłości. Podziwiałem swobodę Jego myśli naukowej, nie skrępowanej tradycją, wierzeniami utartymi, wiecznie żądającej dla najpospolitszych niby prawd — dowodów i dowodów, jasnych, niezbitych, łatwych do wykazania.

Na naukach Babińskiego dojrzywałem. Pokochałem neurologję widzianą przez pryzmat kultu dla nieznanego, dalekiego uczonego — i w tem widzę mój tytuł osobisty do wypowiedzenia tutaj słów chwały o Józefie Babińskim, o tem, czem się On stał i czem pozostanie w medycynie.

Kiedy Babiński zaczynał pracować, jako neurolog, dział organicznych chorób nerwowych był bardzo skromny, a o cierpieniach funkcjonalnych wiedziano mało. Mieszano jedne z drugimi. W neurologji panował olbrzymi przerost hysterji, którą pojmovano fałszywie. Neurologdy byli właściwie lekarzami histeryczek. Leczyli hysterję i jednocześnie mnożyli histeryków. Leczone elektrycznością, magnezem, przypalaniem ciała i Bóg wie czem jeszcze. Neurologja trąciła magją, a neurologdy szarlatanami. Mało co lepiej było w klinice Charcota. W podręcznikach poświęcano dużo miejsca rozmaitym rzadkim obrazom chorobowym, wśród tych nieraz prawie nie-realnym, jak np. jamistość rdzenia w związku z pachymeningitis cervicalis hypertrophica lub choroba Aran-Duchenne'a. O guzie mózgu wiedziano bardzo niewiele, nic o guzach rdzenia, tabes znano w postaciach bardzo posuniętych. Wcale dobrze opracowane były tylko myopatie i choroby neuronu obwodowego. Odpowiednio do tego stanu rzeczy największe podręczniki neurologji mieściły się w ramach małych ksiąg.

Babiński odrazu pojął, że powodem chaosu i niedorozwoju neurologii był brak podstawowej znajomości przedmiotowych objawów nerwowych u zdrowego i w chorobie. Poświęcił się tedy badaniom najprostszych odruchów i wyodrębnił obok odruchów fizjologicznych, t. zw. odruchy patologiczne. Stwierdził, między innymi, że pewne odruchy fizjologiczne, jak kolanowe, Achillesa i cztery zasadnicze odruchy na kończynach górnych są zjawiskiem stałym, a ich brak, osłabienie lub nierówność zdarzają się tylko u organicznie chorych. To samo z pewnymi ograniczeniami, odnosi się do odruchów brzusznych. Natomiast odruchy spojówkowe, rogówkowe, gardzielowe mogą być nieobecne u ludzi zdrowych, a jedynie w razie jednego z tych odruchów po jednej stronie można wnosić o organicznym podłożu choroby.

Wśród odruchów patologicznych B. wyodrębnił już w toku pierwszych prac swój objaw paluchowy, jako niewątpliwy znak zaburzenia w przewodnictwie dróg piramidowych.

Wskazał na znaczenie inwersji odruchów ścięgniasto-okostnych. Najczęściej wtedy obok przerwy w rdzeniowym łuku odruchowym zachodzi także zmiana anatomiczna w szlaku piramidowym. Inwersja jest też nieomylną wskazówką odcinka rdzenia z największym poszerzeniem jamy syringomyelicznej.

Rozporządzając znajomością zachowania się odruchów prawidłowych i chorobowych, mógł Babiński przystąpić do stworzenia semjologii organicznego porażenia połowiczego i poprzecznych, które w owe czasy niezawsze umiano odróżniać od histerycznych. Dzięki tym pracom przygotował grunt do uwolnienia neurologii od pandemii i pandemonii histerycznej, która wówczas zachwaszczała neurologję w nauce i w praktyce, była zmorą w szpitalnictwie i w życiu, i zarazem przygotował podstawy rozpoznania i określenia usadowienia guzów rdzenia—choroby bezwzględnie śmiertelnej, jeśli się jej w czas nie rozpozna i nie leczy operacyjnie.

Dalszym etapem pracy Babińskiego była po mistrzowsku nakreślona symptomatologia chorób mózdzku.

W pracach nad kiłą układu nerwowego podniósł do wyżyny nieomylnego znaku rozpoznawczego w kile układu nerwowego objaw Argyll-Robertsona.

Olbryzmie znaczenie miały poglądy Babińskiego na histerję, którą uzależniał wyłącznie od sugestji, o ile pada na grunt konstytucji odpowiedniej. Zjawisko więc bardzo częste, bo sugestywni jesteśmy wszyscy, a specjalne usposobienie histeryczne jest zdarzeniem bardzo powszechnem. Cokolwiek możnaby tej bardzo uproszczonej formie Babińskiego zarzucić, doniosłość jej praktyczna i te-

rapeutyczna była ogromna, a wpływ na dalszy rozwój neurologii organicznej decydujący, bo szpitale oswobodziły się z nadmiaru histeryków, lekarze pozbyli się wielkiej złudy, nerwice urazowe uległy uwiadomieniu, wreszcie poznano znaczenie nadbudowy funkcjonalnej w chorobach organicznych.

Babiński wytepił mistycyzm z neurologii. Wskutek tego neurologja straciła u mas popularność i rozgłos, które zyskała przez wykłady Charcota o objawach i leczeniu hysterji. Za to Babiński zdobył dla neurologji naprawdę chorych nerwowo, był bowiem wielkim terapeutą i leczenie uważał za jeden z głównych celów pracy naukowej lekarza. Babiński trwał najuporczywiej zpośród neurologów świata przy zapatrywaniu, że wiad, jako chorobę syfilityczną trzeba leczyć wytrwale środkami przeciwkiłowemi. Zapatrywanie to dopiero po odkryciu Noguchiego zdobyło sobie ogół neurologów. Pierwszy na kontynencie, Babiński pokusił się o operowanie chorego z guzem uciskającym rdzeń, on też najusilniej przeprowadzał myśl operowania guzów mózgu, mimo cierpkich zawodów, które znały pierwsze poczynania na tej drodze. Pod jego wpływem wykształcił się w neurochirurgji de Martel i przedzierzgnął w chirurga z neurologa jego uczeń, Clovis-Vincent. Dzięki Niemu obecna chirurgia francuska układu nerwowego jest niemal na wyżynie amerykańskiej, a Paryż stał się ostoją, do której z innych krajów neurologji kierują na operację chorych z guzami mózgu. Z żalem i z zazdrością muszę powiedzieć, że my, polscy neurologji, często w tej samej jesteśmy sytuacji. Od roku 1906 Babiński stosował, także jako w tej dziedzinie pierwszy, naświetlania rentgenowskie w sprawach uciskowych rdzenia. Miał olbrzymie powodzenie, jako terapeuta nerwic. Leczył je perswazją.

Babiński stworzył neurologję organiczną doby pocharcotowskiej. On jest twórcą patologji układu piramidowego i układów mózdkowych. To, co powiedziałem, jest pozornie tylko przesadą. Wprawdzie na to dzieło ostatniego okresu neurologji złożyły się wysiłki tysięcy pracowników, śmiem jednak utrzymywać, że prace ich głównie były inspirowane przez Babińskiego i wogóle możliwe tylko dzięki Jego odkryciom, zakreślającym teren organiczności, odgraniczającym to, co organiczne od funkcjonalnego. Bez nich niezmierny postęp neurologji od roku 1896 (data ogłoszenia objawu paluchowego) do 1920 byłby nie do pomyślenia.

Niemal równocześnie z wojną zainteresowania lekarzy zwróciły się ku chorobom układu pozapiramidowego. Powodem tego były epidemie zapalenia śpiączkowego i częste pozostałości po nich, niestety nieuleczalne. Przykładem najbardziej znanym choroby poza-

piramidowej jest choroba Parkinsona. I oto rzecz dziwna: Babiński tak wszechstronny w swej działalności, tej chorobie ani jednej nie poświęcił obserwacji, jakby nią się zgoła nie interesował. A jednak znał ją najlepiej ze wszystkich innych! Była to choroba, która przez długie lata starości unieszczęśliwiła Jego Ojca. Babiński, psychiatra, cierpiał na kompleks choroby Parkinsona i życzył sobie nie dożyć wieku, w którym miałyby go dotknąć. Do tego uważał ją niesłusznie — za chorobę dziedziczną. Wyrazem stłumienia tego kompleksu był też brak zainteresowania się chorobą, w tej chwili dla nas jedną z najciekawszych, której poznanie dopiero w całej pełni odsłoni tajemnicę naszej motoryki, po części może nawet duszy. Przytem i to także zdarzenie osobliwe — cały aparat badawczy Babińskiego zawodził wobec schorzeń pozapiramidowych. Zachowanie się odruchów niema tu znaczenia, zaburzenia napięcia mięśniowego są odmienne od piramidowych, objawy są zmienne i zwiewne, ciężko chory może nagle biedz, tańczyć, jeździć wierzchem przez pewien czas, zachowuje się więc zupełnie inaczej, niż chory organiczny Babińskiego a inne kryteria, nieraz niedoskonałe, często nawet subiektywnej natury, pozwalają nam odróżnić chorego pozapiramidowego od histeryka lub symulanta.

Babiński przeżył swój czas i zastał w ostanich latach swego życia erę neurologii nową, dla której poczynamy budować podstawy. Patologja układu piramidowego zesła na dalszy plan zainteresowań naukowych. Nowoczesna neurologja pracuje pod hasłem wyświeślenia czynności układów piramidowych dodatkowych. Babiński niewątpliwie rozważał te nowe zagadnienia i może właśnie wśród Jego dyskusji nad nimi wyłoniła się doniosła idea Jarkowskiego o proteenergji ruchu zamkniętej w zwojach podstawy mózgu. Aby wziąć udział w nowym ruchu, na to Babiński nie miał już zdrowia i nie stałoby Mu lat życia. Zgon Babińskiego nastąpił na granicy dwóch wieków neurologji. Swój udział w pracy dzisiejszego pokolenia zaznaczył jeszcze studjami nad zaburzeniami fizjopatycznymi, oraz w następstwie zmian urazowych naczyń. Prace te wkraczały w dziedzinę neurologji układów sympatycznych

Początki i życie Babińskiego było ciężkie, choć los obdarzył go genjuszem i wytrwałością pracy i celów, obok niepospolitych warunków zewnętrznych. Był rzadko spotykanym typem pięknego urodą fizyczną i duchową szlachcica polskiego. Wielki, barczysty, z twarzą zdobną pięknym wąsem, o miłych, dobrych i mądrych oczach.

Syn emigranta, żołnierza z 31 roku i Polki z okolic Litwy, miał ubogie i zatroskane dzieciństwo. Ojciec inżynier ciężko zarabiał na życie rodziny. Ukończył szkołę polską w Batignolles, potem

studja medyczne na uniwersytecie paryskim, wspomagany wtedy przez brata Henryka, który jako inżynier kolejowy dorabiał się grosza pracując w kolonjach i rychło wycofał się ze swego zawodu, by pozostać już na stałe przy bracie. Odtąd opiekował się nim do końca swego życia. Brat ten prowadził Józefowi rachunki, gospodarstwo domowe i niemal kuchnię w dosłownym znaczeniu. Drugim przyjacielem najbliższym i uczestnikiem naukowego życia Babińskiego był ś. p. Jarkowski. Jego druh w pracy literackiej od 1905 roku, współpracownik w szpitalu i w praktyce prywatnej, a od potrzeby sekretarz, zwłaszcza w korespondencji z Polską, której Babiński w języku francuskim prowadzić nie chciał, a na tyle już po polsku nie władał w piśmie, by sam mógł dobrze pisywać listy. Tak więc miłość i troska tych dwóch najbliższych składały się na to, by w wieku późniejszym ułatwiać Babińskiemu oddanie się usilne pracy naukowej.

Tem cięższe były początki kariery lekarskiej, zwłaszcza do czasu, nim został ordynatorem. Przypadkowo, jako internista, w braku odpowiedniego kandydata, został asystentem Charcota i wtedy uległ czarowi nauki mistrza. Na kilka lat przed końcem ubiegłego wieku był w świecie sławnym. Nic dziwnego, przecie jego uczniowie wracali do swych krajów i starym neurologom — czego sam byłem świadkiem w Wiedniu — po kilku minutach badania wykazywali, że taki przypadek jest ciężkim organicznym schorzeniem, bo ma te lub owe objawy Babińskiego, a inny zapewne jest tylko funkcjonalnym schorzeniem, bo owych objawów u niego się nie dostrzega. Tak to odtąd łatwem się stało w trudnych rozstrzygać sprawach chorobowych! A jednak w Paryżu Babiński stał się wielkim Babińskim dopiero w r. 1913, gdy już był przeszedł szczyt swojej twórczości. Stało się to po powrocie z kongresu międzynarodowego w Londynie, gdzie spotkały go nieporównane owacje, a Jego wykład o semjologii mózdkowej był niebywałym tryumfem.

Babiński zdobył wreszcie to uznanie, na jakie zasługiwał, w Paryżu, gdy fanfary Jego sławy dotarły z zagranicy. Wtedy dopiero uzyskał szanse zostania członkiem franc. Akademii Medycznej. Widoki na karierę uniwersytecką nie otwarły się przed nim nigdy, pomimo, że obok Pierre-Marie'a i Dejerine'a, był największym lekarzem Francji. Nie wiem na pewno, jakie były tego powody, przypuszczam, że pochodzenie z niefrancuskiego środowiska, pomimo, że przyswoił sobie ducha francuskiego, chociaż dla wielkości Francji pracował, mimo tylu przyjaciół, chociaż mógł mieć wpływy, pomimo, że był kochany i że miał posłuch wielki u lekarzy. Owe lata dojrzałego wieku Babińskiego przypadły na czasy, kiedy polskie nazwiska nie miały we Francji tego dźwięku, jakim obecnie się cieszą. W r.

1913 grono profesorów uniwersytetu lwowskiego zaproponowało Babińskiego do nagrody Nobla, przedkładając obszerny memoriał o Jego działalności. Najbardziej entuzjasmował się do tej akcji zacytowany s. p. Popielski, Babiński wtedy nagrody nie otrzymał, ponieważ najważniejsza Jego zdobycz naukowa miała datę wyżej lat 10. Pominęto Jego prace mózdkowe z przed kilku lat i całokształt działalności. W kilka lat potem otrzymał nagrodę Nobla Bárány za całość prac także z dziedziny mózdkowo-labiryntowej i za próbę kaloryczną, opublikowaną kilkanaście lat przedtem, którą Bárány, pochodzący z Węgier, ogłosił po pracy węgierskiej Högyesa. Przecoczono, że już wtedy znaczna część prac Bárány'ego leżała w śmietniku naukowym.

Przed kilku laty Babiński stracił ze swych dwóch najbliższych—Jarkowskiego, później kochanego brata. Majątek Babińskich wskutek dewaluacji papierów państwowych we Francji stopniał po wojnie. Niemal w biedzie Babiński pędził ostatnie miesiące swego życia, osamotniony, doświadczając objawów Parkinsonowskich, tej choroby, której całe życie się obawiał.

Babiński był lojalnym Francuzem i to nietylko z tytułu przynależności państwowej. Zadawałem sobie nieraz pytanie, w jakim stopniu był także Polakiem, bo niewątpliwie nim był. Na ten temat nigdy, nawet przed Jarkowskim, Babiński nie wynętrzał się i rozpraw o tem unikał. Nie odkrywał tego zakątka duszy przed blizkimi, tem mniej przed pytaniami niedyskretnych, obcych mu ludzi. Że nie brał udziału w rozterce życia starszej i młodej emigracji polskiej w Paryżu, z którą utrzymywał kontakt przez brata, nic chyba dziwnego, choćby dlatego, że nie mógł krytycznie orjentować się w jej sprawach. Tem mniej można mu zarzucić, że nie entuzjasmował się różnymi typami z Polski, które ocierały się o Jego wielkość, by mieć stąd korzyści i uprawiać wyzysk. Może Mu nieraz zaprawili duszę goryczą, że tych Polaków musiał się wstydzić.

Jarkowski z przykrością mówił, że B. sfrancuział. Kto jednak znał Jarkowskiego, wie, że tylko 100% polskości w Babińskim mogły Jarkowskiemu wystarczyć. Mnie się wydaje, że Babiński wbrew pewnym pozorom był co najmniej na poły Polakiem, że dziedziczność rasy odczuwał duszą, odczuwał subtelnie i to nietylko przez pietyzm syna rodziców-wygnañców.

Babiński wraz z bratem utrzymywał kontakt z elitą umysłową kolonji polskiej, którą często leczył, z której nie mógł nic mieć. Do ostatnich miesięcy leczył przyjeżdżających z Polski często bezinteresownie, odnosił się do nich ze szczególną dobrocią. Francuzi poprzez pokost zewnętrzny wyczuwali w nim Polaka, czemu między

innemi pośrednio dał wyraz Clovis Vincent w przemówieniu po śmierci Babińskiego. Babiński oddał swe nazwisko do dyspozycji Neurologii Polskiej od początku jej istnienia, jako współredaktor i czynny pracownik. Był na I Zjeździe Neurologów w Warszawie, nie dla jakiegokolwiek ubocznego celu, lecz, by podnieść blask i powagę Zjazdu. Za to i w tej chwili wyrażamy wdzięczność głęboką Jego ceniom. Albowiem współudział Jego rzeczywiście skrzepił nam wtedy serca, poszerzył mocą oddech piersi i wyprowadził nas na chwilę z zaścianka, z obręczy niewolnej, dał nam wiarę, że przynajmniej dzięki nauce naszej czemś jeszcze jesteśmy na świecie. Dzięki czynnej pomocy Babińskiego *Revue Neurologique* od szeregu lat umieszcza na poczesnem miejscu sprawozdania z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego, które tam zjawiają się szybciej, niż w prasie polskiej, a rozchodzą szeroko po świecie, jak daleko idzie zasięg języka francuskiego i francuskiej kultury medycznej. Trzeba jednak dodać, że Babiński, gdzie mógł, szedł nam na rękę, także dlatego, że znał i cenił naszą neurologję. Może przede wszystkim Jego o nas zdaniu, w szerokim świecie miarodajnemu, neurologja polska zawdzięcza zagranicą swoje dobre imię. Stronił czasem od osób, bo sam skromny i prosty, nie lubił napuszności. Będąc ostatnio w Polsce wyraził jedno tylko życzenie, by Mu ułatwiono podróż w okolicę, skąd Jego matka pochodziła i by mógł sam pojechać. Może się obawiał, by nie podglądnięto w owej chwili zbliżenia się ducha matki na łonie Jej ojczystej ziemi, tej części Jej duszy i myśli, które Go z ziemią naszą wiązały.

Szanowni Państwo! Cztery są kardynalne objawy, których znajomość rozświetla drogi badania w neurologii: tarcza zastoinowa, objaw Westphala, Argyll-Robertsona i objaw paluchowy Babińskiego. Cztery objawy-symbole, wyrażające konkretne zespoły objawowe. Więc objaw Westphala, braku odruchów kolanowych jest symbolem znaczenia braku odruchów wogóle, a z objawem Argyll-Robertsona wiąże się zespół innych objawów źrenicznych.

Jeśli o tych objawach neurologicznych mówimy, jako o naczelnych, to zasługa może większa w tem Babińskiego, niż uczonych, z których nazwiskami przywykliśmy łączyć owe objawy. Oto Babiński rozszerzył doniosłość objawu Westphala, wskazując, że równorzędne znaczenie w tabesie ma brak odruchów Achillesa. On też nowym blaskiem rozjarzył nazwiska Argyll-Robertsona, wskazując, że ich objaw, to nie tylko objaw tabesu, lecz znak niemal patognomiczny wogóle kiły nerwowej.

Zdaje mi się, że nikt na to nie zwrócił uwagi, że dwa z tych zasadniczych, każdemu lekarzowi znanych objawów, swą wszechmedyczną godność zdobyły dzięki Babińskiemu. One też, obok objawu paluchowego, przejdą dzięki Niemu do potomności na tak długo, jak długo będzie istniała na tym naszym globie medycyna ludzka i ludzka cywilizacja.

2. Kol. Filiński W. wygłasza: „Działalność naukowa ś. p. Chauffarda” (streszczenie własne).

Działalność naukową Chauffarda cechuje dążność do zespolenia obserwacji klinicznej z wynikami pracy laboratoryjnej, co zmierza do stworzenia t. zw. „semiologii chemicznej”. Pierwsze miejsce pod tym względem zajmują jego prace nad cholesterynemją. Chauffard wskazał na związek hipercholesterynemji z powstawaniem kamicy żółciowej. Do zasług jego należy też rzucenie światła na istotę żółtaczkii hemolitycznej. Obok kruchości krwinek czerwonych podnosi on znaczenie śledziony dla tego schorzenia. Wyjaśnia dalej sprawę zespołu chorobowego śledzionowo-wątrobowego. Prawie wszystkie choroby wątroby znajdują oddźwięk w pracach Chauffarda. Dotyczy to żółtaczkii nieżytowej i zakaźnej, marskości, bąblowca i t. d. Chauffard należy do twórców obrazu chorobowego moczówki brązowej. Na polu praktycznym zdobył Chauffard wielką zasługę przez wprowadzenie emetyny do lecznictwa czerwonki pełzakowej.

3. Kol. Szerszyński Br. (członek T-wa) wygłasza: „Działalność naukowa ś. p. F. Lejarsa” (streszczenie własne).

Wiekopomne dzieło Listera, pomimo swego przełomowego znaczenia dla rozwoju chirurgji, było tylko kamieniem węgielnym niebotycznej i kunsztownej budowli, jaką jest dziś chirurgja. By dokończyć całości tego dzieła, trzeba było wielu lat pracy plejady dzielnych, wytrwałych budowniczych, którzy trudem całego swego życia, najwyższym wysiłkiem swego umysłu i woli tworzyli nowe, coraz kunsztowniejsze zręby tej budowli. Do liczby tych budowniczych twórców chirurgji współczesnej, należał zgasły w Paryżu r. b. w 70 roku życia Felix Lejars.

Karjera jego była zdumiewająco szybka. Jako 19-letni młodzieniec zostaje eksternem szpitala w Paryżu, w roku następnym rozpoczyna internat, mając 22 lata, pracuje, jako pomocnik przy katedrze anatomji, w dwa lata później, a więc mając 24 lata zostaje prosektorem. Jednocześnie pracuje pod kierunkiem Teofila Angera, Quénu i Leforta. Już w 28-ym roku życia otrzymuje stopień chirurga szpitalnego (chirurgien des hôpitaux), a w rok później zostaje agrégé. Po tak szczęśliwym i szybkim przebyciu szczebli konkursów Lejars rozpoczyna swą szeroką działalność, dbały więcej o naukę, niż

o stronę zarobkową swego zawodu. Po kilkunastu latach pracy w charakterze asystenta Lejars zostaje kierownikiem oddziału chirurgicznego w Maison Dubois, potem w szpitalu Tenon, ale najświetniejszy okres jego pracy szpitalnej rozpoczyna się w roku 1906, kiedy obejmuje oddział w szpitalu Saint-An-toine, gdzie pozostaje do ostatniego dnia swego życia, ostatnio jako kierownik kliniki uniwersyteckiej.

Lejars był wielkim klinicystą. Rozległa jego wiedza, ogromne doświadczenie, umysł krytyczny i badawczy wytworzyły w nim to, co nazywamy zmysłem klinicznym. Mając dobrą technikę operacyjną, był śmiały, gdy wymagały tego warunki, jednocześnie jednak w poczuciu swej odpowiedzialności umiał ważyć wskazania i ryzyko operacyjne, tego też uczył swych uczniów: sumiennosci i rozważli.

Znakomity klinicysta, pochłonięty pracą szpitalną, był zarazem głębokim erudytą, wciąż chciwym wiedzy, dążącym do doskonalenia siebie i uczenia innych, sumienny zarówno w swej pracy gabinetowej jak i klinicznej. Lejars wyjeżdżał w celach naukowych do Niemiec, Austrii, Węgier, Polski, Italji, Holandji i Skandynawji. U nas w Warszawie bawił parę tygodni w końcu osiemdziesiątych lat ub. stulecia, odwiedzał nasze szpitale, przedewszystkiem zaś był gościem codziennym kliniki prof. Kosińskiego. Z wycieczek zagranicę przywoził on dużo nowych spostrzeżeń, które często wypróbowywał w swym oddziale i przeszczepiał na grunt rodzimy. Znał kilka języków obcych i był zawsze świetnie poinformowany co do tego, co pisano w prasie obcej. Przez 25 lat był współpracownikiem nieistniejącej dziś La Semaine Médicale, gdzie drukował często prace, oparte na własnym doświadczeniu, lub zestawienia z piśmiennictwa.

Dzięki swej pracowitości Lejars napisał wielką liczbę prac z zakresu chirurgji, a zasięg jego zainteresowań był bardzo rozległy. Wszystko, co pisał, nacechowane było sumiennoscią, głębokiem opracowaniem przedmiotu obok istic galickiej przejrzystosci i prostoty ujęcia zawiłych nieraz zagadnień.

Jeszcze jako prosekto Lejars drukuje w dziele Duplay i Reclus rozdziały o chirurgji dróg chłonnnych, mięśni i ścięgien, dobrze świadczące o jego odcytaniu i dojrzałości umysłu, a napisany przez niego rozdział o ranach nerwów, był jak mówi Robert Proust, „sensacją swego czasu”. W roku 1899 Lejars wydał swą słynną „Chirurgję przypadków nagłych”. Był to okres, w którym chirurgja osiągnęła wysoki stopień rozwoju, lecz wskazania jej i technika znane były zaledwie ciasnemu kołu specjalistów. Lejars postawił sobie za zadanie zaznajomienie ogółu lekarzy, a zwłaszcza prowincjonalnych ze wskazaniami i techniką chirurgji przypadków nagłych, w których zabieg niezwłoczny jest kwestją życia i śmierci. W dziele swem wyłożył on jasno i ści-

śle zasady, które pozwalają w takich razach decydować szybko i skutecznie. Zasadom tym nadał formę lapidarną i ujął je w reguły, które mają w sobie moc prawa. „W piśmiennictwie lekarskiem“, pisze Lenormant, „niema pracy, która dałaby się porównać z dziełem Lejars'a i cieszyłaby się tak wielkiem i zasłużonem powodzeniem“. W ciągu 22-ich lat doczekało się ono 8 wydań oraz zostało przetłumaczone na języki angielski, niemiecki, włoski, hiszpański, rosyjski i japoński.

W roku 1923 wydał Lejars inne obszernie dzieło p. t.: „Badanie kliniczne i djaagnostyka chirurgiczna“, do którego skrzętnie zbierał materiały przez długi szereg lat.

Z wybuchem wojny Lejars przerywa dotychczasowe swe prace i rozpoczyna okres życia, w którym wykazał inną wybitną cechę swego charakteru: gorący patriotyzm. Wszystkie siły swoje i czas oddaje na usługi armji, organizując w starym szpitalu Villemin szpital wojskowy, modernizując go i prowadząc niezmordowanie przez pięć lat. Jednocześnie militaryzuje swój oddział w szpitalu św. Antoniego, a obok tego od czasu do czasu wyjeżdża jako konsultant 10-ej armji na front francuski lub włoski.

W roku 1919 Lejars obejmuje klinikę chirurgiczną w szpitalu Saint-Antoine. Tu pracuje przez ostatnie 13 lat swego życia, reorganizując klinikę i otaczając się młodzieżą, nad którą pracę uważał za najprzyjemniejszą i najwznioślejszą swoje zadanie.

Od roku 1896 Lejars należał do Paryskiego Tow. Chirurgicznego Société de Chirurgie de Paris, w którym był jednym z bardziej czynnych członków. W r. 1914 wybrano go na sekretarza generalnego i na tem stanowisku brał żywy udział w pracach Towarzystwa, które w tak wysokim stopniu przyczyniły się do rozwoju chirurgji francuskiej w latach wojny. W roku 1920 był prezesem tego Towarzystwa. W r. 1924 wybrany został na członka Akademji Lekarskiej.

W swojej „Chirurgji przypadków nagłych“ Lejars pisał: „Savoir ce qu'il faut faire, savoir et vouloir le faire, telles sont les conditions necessaires d'une action bienfaisante“. Można śmiało powiedzieć, że była to główna zasada, którą kierował się w życiu ten wielki lekarz i pedagog. Stąd pochodzi jego wytrwałość w pracy klinicznej, stąd też czerpał zachętę do niezmordowanej pracy pedagogicznej. Uczył też od początku swej kariery lekarskiej czy to młodzież uniwersytecką i młodych lekarzy — swych pomocników, czy też kolegów swych oraz ogół lekarski w kraju i daleko poza jego granicami swemi wykładami i odczytami, własnym przykładem oraz licznymi pracami.

Obraz jego postaci duchowej byłby niezupełny, gdybym nie dodał, że Lejarsa cechowała wielka prawość charakteru, bezinteresowność i skromność i że umiał zyskać sobie przywiązanie swych licznych

uczniów. W stosunku do chorych odznaczał się rzadko spotykaną łągodnością i dobrocią, dzięki czemu w ciągu 26 lat pracy w szpitalu Saint-Antoine zyskał sobie wielką popularność na tem starem przedmieściu Paryża.

My Polacy mieliśmy w nim oddanego przyjaciela jeszcze od r. 1887, gdy podczas pobytu w Warszawie miał możność bliższego poznania nas. Uczuciom swoim dla nas dał wyraz w r. 1926 przed międzynarodowym Zjazdem medycyny i farmacji wojskowej w Warszawie, gdy na agitację przybyłego doń wysłannika wrogiego nam narodu, starającego się nakłonić jego oraz innych lekarzy francuskich do zbojkotowania Zjazdu w Warszawie, odpowiedział ostrą odmową i wyrazami oburzenia.

Towarzystwo nasze, którego członkiem honorowym był ś. p. Felix Lejars, w uznaniu ogromnych jego zasług naukowych oraz wysokich zalet charakteru składa głęboki hołd pozgonny ceniom wielkiego mistrza chirurgji francuskiej.

Kol. Prezes zamyka Akademię.

W dalszym ciągu następuje część naukowa posiedzenia.

PROTOKÓŁ

POSIEDZENIA NAUKOWO - ADMINISTRACYJNEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

z dnia 13 grudnia 1932 roku.

Obecnych członków T-wa—48, wprowadzonych gości—21.

1. Kol. Orzechowski K. (członek T-wa), kreśli wstęp do demonstrowanych przypadków.

2. Kol. Sławiński (członek T-wa), Skłodowski (czł. T-wa) i Kuligowski przedstawiają przypadek guza wewnątrz twardówkowego o niezwyklej długości (streszczenie własne).

U chorego lat 37 z przewlekłym nieżytem oskrzeli, w 3 dni po nieznacznym i niebezpośrednim urazie kręgosłupa, występują bóle w plecach oraz korzonkowe, stopniowo się nasilające w dolnej połowie brzucha i pachwinach. Po kilku tygodniach przyłącza się osłabienie obydwu kończyn, obok przejściowego zaburzenia czynności zwieraczy. Do kliniki chory przybywa z posuniętą paraparezą dolną kurczową i obniżeniem wszystkich rodzajów czucia od ca D₈ w dół. Nakłuciem łądźwiowem nie stwierdza się blokady przestrzeni podpajęczynówkowych, natomiast przy myelografji, lipjodol ciężki zatrzymuje się na wysokości trzonu D₈. Na zdjęciach rentgenologicznych zwraca uwagę cień, równoległy do kręgosłupa, podłużny i prostokątny, dość

długi, przy- i przedkręgosłupowy. W tym okresie obserwacji występuje wprawdzie krótki, lecz uderzający okres poprawy. W operacji (dr. Sławiński) usunięto guz długi przeszło 20 cm., dość łatwo dający się oddzielić od tkanek otaczających z wyjątkiem jednego miejsca, gdzie mocniej zrastał się z okostną; w tem miejscu tkanka chorobowa przechodziła na przednią stronę guzka twarówkowego. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Występuje ruchowa poprawa.

Należy podkreślić pewne wątpliwości przedoperacyjne rozpoznawcze z powodu chronologicznego związku z urazem i krótkotrwałej poprawy. Uderzający jest brak blokady przestrzeni podpajęczynówkowej, pomimo długości i rozmiarów guza.

Przy badaniu histologicznym (kol. Laskowski) stwierdza się tkankę, o budowie hemoblastyczno-retikularnej. W danej chwili trudno się wypowiedzieć, czy mamy do czynienia ze sprawą rozrostową, czy też nowotworową, o ile nie zapalną. Być może jest to jakiś nietypowo przebiegający guz, którego wyraźnie nowotworowy charakter ujawni się w przyszłości. Znane są przecież i szeroko dyskutowane guzy, co prawda o innym utkaniu, które przez dłuższy czas wielokrotnie badane przedstawiają się, jako sprawy o niezdecydowanym charakterze, aby w końcu przyjąć wyraźne cechy nowotworowe (Ewing). Wobec tego wyniku badania histologicznego należy przypomnieć, że pierwsze objawy u chorego rozpoczęły się w trzy dni po urazie, bólami w plecach i, że w tym samym miejscu w klatce piersiowej jest podługowaty cień, który według rentgenologów nie musi odpowiadać nowotworowi i co do którego także interniści nie umieją się wypowiedzieć.

Kol. S t ę p i e ń B r. P r z y p a d e k o p e r o w a n e g o g u z a z e w n ą t r z r d z e n i o w e g o.

Przypadek dotyczy 18-letniej panny, która zgłosiła się do Kliniki Neurologicznej z powodu porażenia prawej kończyny dolnej i niedowładu lewej kończyny dolnej. Brat chorej zmarł z powodu mnogich nerwiaków nerwów rdzeniowych i mózgowych bez choroby Recklinghausena zewnętrznej. Cierpienie chorej zaczęło się przed kilku miesiącami bólami opasującymi na wysokości pępka i osłabieniem kończyn dolnych. Z czasem chora przestała chodzić, ponieważ prawa kończyna dolna uległa zupełnemu porażeniu, a lewa kończyna dolna była wybitnie paretyczna. Do tego dołączyło się jeszcze zatrzymanie moczu.

W klinice stwierdzono: chora budowy prawidłowej, odżywienia lichego, blada. Krew wykazuje objawy niedokrwistości wtórnej w niewielkim stopniu. Stany podgorączkowe bez uchwytnych zmian w naczyniach wewnętrznych.

W stanie neurologicznym należy podkreślić następujące objawy: przy próbie na sztywność karku ból w krzyżu, odruchy brzuszne obec-

ne tylko górne, dolnych i środkowych brak. Spastyczne porażenie prawej kończyny dolnej, a niedowład lewej kończyny dolnej z patologicznym wzmożeniem odruchów kolanowych i Achillesa oraz obustr. objawem Babińskiego i Rossolima. Wybitne zaburzenia czucia powierzchniowego od połowy odległości pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowym ku dołowi z wyjątkiem krocza i stóp, gdzie te zaburzenia są słabiej wyrażone. Nakłucie łądźwiowe wykazało objaw Queckenstäda patologiczny, xantochromję, zwiększoną ilość białka (3,6%), oraz nieznaczną pleocytozę w płynie m.-rdzeniowym. Odczyn B.-Wassermanna w płynie m.-rdz. i we krwi był ujemny. Przebieg i cały obraz sprawy chorobowej wskazywał na uszkodzenie rdzenia na wysokości dolnych odcinków grzbietowych od D₁₀—L₁. Lipjodol podpotyliczny zatrzymał się w postaci stożka o wąskiej podstawie, na poziomie X kręgu grzbietowego co odpowiada 12-emu odcinkowi rdzenia piersiowego. Podczas zabiegu chirurgicznego Dr. Sławiński usunął na wysokości X kręgu grzbietowego guz wielkości śliwki, który poniżej luźno łączył się z drugim nieco mniejszym guzem. Guzy przedstawiały się histologicznie jako neuromaty. Po usunięciu większego guza pozostało w rdzeniu poprzeczne zagłębienie, większe z prawej strony. Po operacji ruchy dowolne w kończynie dolnej lewej wróciły we wszystkich stawach, jakkolwiek są jeszcze słabe, natomiast prawa kończyna dolna jest jeszcze prawie zupełnie porażona. Zaburzenia czucia powierzchniowego są mniej nasilone, a zaburzenia ze strony zwieraczy ustąpiły. Niewielką poprawę należy tłumaczyć tem, że chora przybyła już w ciężkim stanie po dłuższym okresie trwania sprawy chorobowej, oraz że ucisk rdzenia sięgał głęboko. Na to wskazywało wgłębienie w rdzeniu, które po wyjęciu guza nie wyrównało się. Jednak dalsza poprawa, chociaż powolna powinna nastąpić, tak że chora będzie mogła chodzić. Rokowanie przedstawiałoby się niepomyślnie, gdyby u chorej rozwinęły się nerwiaki w innych okolicach układu nerwowego ośrodkowego, co nie jest wyłączone z powodu obarczenia rodzinnego w tym kierunku.

R o z p r a w y: kol. Rutkowski J. (członek T-wa) ma pewne zastrzeżenia co do interpretacji istoty cienia po lewej stronie kręgosłupa w rentgenogramie dotyczącym przypadku kol. Kuligowskiego. Przypuszcza, że jest to cień zwapniałej t. brzusznej.

Kol. S k ł o d o w s k i J. (członek T-wa) — wspomina, że chory omawiany przez kolegów neurologów był początkowo w jego obserwacji szpitalnej. Uważa, że powstanie guza można łączyć z urazem. Przypomina przypadek demonstrowany przed 2-ma laty w Kole Internistów chorego z paraplegją, która wystąpiła w 12 lat po zranieniu odłamkiem szrapnela. Odłamek ten utkwiał w kręgosłupie, o czym cho-

ry nie wiedział, i zostało to wykryte na rentgenogramie dokonywanym w związku z cierpieniem chorego. Chory był operowany przez ś. p. Sawickiego — z wynikiem dobrym. W czasie zabiegu stwierdzono, że znaczna część rdzenia na przestrzeni 10 cm, począwszy od 6 kręgu szyjnego była pokryta warstwą tkanki zbitej, grubości 1 cm. nie tętniącej. Badanie histologiczne tej tkanki, której zresztą tylko część udało się usunąć, wykazało jej charakter bliznowato-zapalny. Pocisk znajdował się w zagłębieniu kostnym i sam bezpośrednio nie wywierał ucisku na rdzeń, wywołał jednak rozrost tkanki zapalnej, która rdzeń uciskała. Po operacji nastąpiło restitutio ad integrum,—co do cienia wspomnianego przez kol. Rutkowskiego tłumaczyłby go sobie sprawą rozrostową.

Kol. K r y ś k i L. (członek T-wa) ma zastrzeżenia co do tytułu odczytu. Nie mamy tu do czynienia z guzami rdzenia, jedynie porażeniami lub jamy rdzeniowej. Guzy rdzenia są bardzo rzadkie.

Kol. O r z e c h o w s k i K. (członek T-wa) wyjaśnia, że mówiąc o guzach rdzenia chciano ogólnie ująć przedstawiane przypadki. Rozróżnia się guzy zewnątrz i wewnątrzwardówkowe. Co do interpretacji cienia na rentgenogramie jest ona trudna. Może on leżeć wewnątrz klatki piersiowej a zewnątrzopłucnowo, lub w mięśniach. Zdaniem kol. O. kol. Skłodowski zbyt przecenia rolę urazu w powstawaniu guzów, choć często w wywiadach z tem się spotykamy. W omawianym przypadku uraz był lekki.

Kol. K u l i g o w s k i Z. — w odpowiedzi kol. Rutkowskiemu wyjaśnia, że jak na aorta abdominalis cień na rentgenogramie jest zbyt szeroki obustronny. Zresztą chory jest zbyt młody na to, żeby mógł mieć tak szeroką i zwapniałą tętnicę brzuszną.

3. Kol. F i s z h a u t ó w n a L. i K a m i Ń s k i W. przedstawiają „dwa przypadki zespołu Babińskiego - Nageotta". (Streszczenie własne).

U chorej l. 42 ze skargami na stopniowo mniej więcej od roku nasilające się zawroty i bóle głowy i zataczanie się w stronę lewą, zaburzenia połykowe (krztuszenie, wracanie płynów nosem), utrudnienie i zmianę głosu, uczucie „ziębnięcia" prawej połowy ciała i lewej strony twarzy i przemijające okresy podwójnego widzenia; badaniem przedmiotowym stwierdziliśmy przed dwoma miesiącami: mowę ochryplą nosową, w związku z niedowładem gardzieli, podniebienia i porażeniem struny głosowej lewej, częściowy zespół Hornera po stronie lewej, oczopląs poziomo-rotacyjny z przewagą ku stronie lewej,znaczony niedowład spojrzenia na lewo, obniżenie pobudliwości kalorytycznej i lewego przedsionka, niedoczulicę na ból i temperaturę w zakresie przyśrodkowym 1-szej i 2-giej gałązki nerwu trójdzielnego;

osłabiony odruch rogowkowy lewy, oraz lekkie obniżenie smaku w lewej połowie języka. Cały nerw twarzowy lewy dolny paretyczny z częściowym odczynem zwyrodnienia po tejże stronie. W kończynach górnych objawy mózdkowe lewostronne: dysmetria, lekkie zbaczanie ręki w lewo przy próbie mijania i *fléxion de la cuisse sur le bassin* w kończynach dolnych. Na prawej nodze wzmożenie odruchu kolanowego i Achillesa z niestałym objawem Babińskiego. Pozatem zaburzenia czucia powierzchniowego o charakterze rozszczepienia syringomyelicznego w całej prawej połowie ciała, po obojczyk. Przy objawie Romberga chwianie się do tyłu i w lewo. Chód wybitnie mózdkowy: na szerokiej podstawie z silną asynergją tułowia, który stale pozostaje w tyle, mimo podparcia chorej.

Całość obrazu chorobowego wskazuje na opuszkę jako siedlisko cierpienia i to okolicę jej grzbietowo-boczną. Ognisko to bocznie zajmuje ciało powrózkowate z torami rdzeniowo-mózdkowymi i z torem rdzeniowo-wzgórkowym, dośrodkowo dochodzi do istoty siateczkowej, a grzbietowo ponad dno IV-ej komory. Na tym obszarze ulegają uszkodzeniu jądra, lub korzonki nerwów X i IX, korzonek rdzeniowy nerwu trójdzielnego, korzonek przedsionkowy, lub jądro Deitersa (nystagmus w stronę ogniska, obniżenie pobudliwości lewego labiryntu), część pęczka podłużnego tylnego (odpływanie gałek z lewej strony ku linii środkowej). W wymiarze głowowo-krzyżowym ognisko musiało dosięgać do dolnej części jądra, lub korzonka nerwu twarzowego, był bowiem jego przejściowy niedowład.

Ognisko opisane należy odnieść do rozmięknienia wywołanego przez stopniowe zasklepienie się światła naczynia, wskutek endarteritis obliterans luetica wobec dodatniego odczynu Wassermanna i Sachsa-Witebsky'ego we krwi i benzoosowego oraz znacznej i rychłej poprawy po leczeniu swoistem.

Przedstawiony chorobowy zespół najczęściej spotyka się w następstwie zmian kiłowo-zakrzepowych, rzadziej w krwotokach naczyń opuszki. Znajomość uracznienia rdzenia przedłużonego pozwala na wyodrębnienie poszczególnych zespołów chorobowych i ściśle ich umiejscowienie.

Wallenberg uzależnia powstanie zespołu górno-grzbietowo-bocznego opuszki od zamknięcia światła tętnicy mózdkowej dolnej tylnej, natomiast szkoła francuska (Foix, Chouit i Hildebrand) od zamknięcia tętnicy rowka opuszkowego (*Art de la fosse latérale du bulbe*) która jest bocznicą tętnicy podstawowej. Według tych autorów tętnica mózdkowa dolna tylna (t. zw. obwodowa długa) unaczynia dokrzyżową część opuszki i ciała powrózkowate. Przy jej zamknięciu powstaje ognisko rozmiękczynowe, które klinicznie daje obraz zespołu Babiń-

skiego-Nageotte'a. Typowym dla wyodrębnionego zespołu Babińskiego-Nageotte'a są więc po stronie ogniska: porażenia struny głosowej, gardzieli i podniebienia miękkiego (nerwu XI — X), n. przedsionkowego VIII, ataksja, lateropulsja, oczopląs, a po stronie przeciwnej uszkodzenia opuszki hemianaesthesia o typie rozszczepienia syringomyelicznego.

Kol. K a m i ń s k i W. Demonstrowany chory ma l. 47. Cierpienie trwa od 5 i 1/2 miesięcy. Okres wstępny, jednomiesięczny, stanowiła ataksja ręki prawej. Potem, w ciągu kilku dni, rozwinęła się reszta objawów chorobowych, a mianowicie: niedowład połowiczny lewostronny, ataksja prawostronna, upośledzenie czucia powierzchniowego na lewej połowie ciała i prawej połowie twarzy, mowa nosowa, wracanie pokarmów nosem, zaburzenia połykania, krótkotrwałe podwójne widzenie i przejściowe nietrzymanie moczu i stolca, wreszcie impotencja. Okolicznością, która wyzwoliła obostrzenie, był jednorazowy wysiłek fizyczny (długa jazda na rowerze). Przybywszy na oddział Dra Bregmana, chory w ciągu 1 1/2 miesiąca poprawił się o tyle, że mógł już sam chodzić. Dwa miesiące trwa stan bez zmiany, z lekkimi zaburzeniami połykania. Po tem nowe obostrzenie i nasilenie się niedowładu kończyn lewych. Na klinice neurologicznej U. W. chory poprawia się znów i dochodzi w ciągu miesiąca do stanu obecnego.

Obecnie ze strony nn. c z a s z k o w y c h mamy: lekki oczopląs poziomy przy spojrz. w prawo, zespół Hornera na oku prawem, nieznaczną parzę prawego dolnego VII, parzę pr. łuku podniebiennego i pr. połowy krtani. Ze strony kończyn lewostronne wzmożenie odruchów i odruchy patologiczne oraz obustronne objawy mózdkowe, silniejsze po str. prawej (prawa: hypotonja, adiadochokineza, hypermetrja, „flexion combinée“; lewa: mijanie na lewo ręki lewej). Przy ch o d z i e pacjent zbacza w lewo. C z u c i e: połowicze rozszczepione zniesienie czucia powierzchniowego po lewej stronie ciała i prawej połowie twarzy. Z objawów w a z o m o t o r y c z n y c h — hypotermja na obu kończynach lewych. W a s s e r m a n we krwi i płynie ujemny. Próba benzoesowa z płynu słabo dodatnia.

Na podstawie tych objawów przyjmujemy ognisko po prawej stronie rdzenia przedłuż. sięgające: w bok do obwodu (objawy mózdkowe — zajęcie szl. rdzeniowo-mózdkowych), dośrodkowo nie dochodzące do wstęgi i muskające pęczek podłużny tylny (oczopląs), ku dołowi nie dochodzące do piramid (obj. piramidowe są prawdopodobnie wyrazem zajęcia t. zw. „zbląkanej wiązki piramidowej“ Picka) ku górze sięgające do obszaru jąder grzbietowych. Dogłowowo ognisko dochodziłoby niemal do okolicy jądra VII, a może i VI, doogonowo zajmowałoby obszar jądra dwuznacznego, nie sięgając do jądra XI.

Ogniska w tej okolicy są najczęściej wynikiem endarteriitis lue-

tica. Najprawdopodobniej upośledzona jest drożność w tętniczkach odchodzących tam, gdzie a. basilaris dzieli się na vertebrales — być może t. zw. „a. de la fossette du bulbe” Foix, Hillemanda i Schalita.

Objawy mózdkowe po lewej stronie zmuszają nas do przyjęcia drugiego ogniska, uszkadzającego szlaki rdzeniowo-mózdkowe lewostronne. Takie powierzchowne ognisko mogłoby pochodzić od meningoencephalitis luetica.

Trzecie wreszcie ognisko — w rdzeniu krzyżowym — przypuszczać trzeba na podstawie przejściowego nietrzymania moczu i stolca oraz impotencji.

Tło syfilityczne całej sprawy przyjmujemy dlatego, że jest ono b. często przy ogniskach Babińskiego-Nageotte'a, a także ze względu na zmienność i wahania objawów.

4. Kol. Wice-Prezes ogłasza wynik konkursu im. G. Pi-ramowicza: nagrodę w wys. 400 zł. przyznano kol. Karolowi Mikulskiemu.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 22 minut 30.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Zastępca Sekretarza Dorocznego: **M. Kruszówna.**

**POSIEDZENIE ADMINISTRACYJNE
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO
z dn. 20 grudnia 1932 r.**

Początek o godzinie 20 minut 10.

1. Sprawozdania:

- a) Sekretarza Stałego (zob. Rocznik Zarządu),
- b) Sekretarza Dorocznego (zob. Rocznik Zarządu),
- c) Bibliotekarza (zob. Rocznik Zarządu),
- d) Komitetu Bibliotecznego (zob. Rocznik Zarządu).

Sprawozdania przyjęto do zatwierdzającej wiadomości i uchwalono wniosek o podziękowanie kol. Bibliotekarzowi, M. Zwejgbaumowi za wzorowe prowadzenie Biblioteki (przez aklamację).

2. Wniosek o uznanie czasopisma „Medycyna” za organ T. L. W.

- a) punkt 1. wniosku: „Towarzystwo Lekarskie Warszawskie uznaje czasopismo „Medycyna” za swój organ”, przyjęto bez zmian.

- b) punkt 2. wniosku: „Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wybiera Redaktora i Komitet Redakcyjny”, przyjęto bez zmian.
- c) punkt 3. wniosku: „Członkowie Towarzystwa otrzymują czasopismo „Medycyna” bezpłatnie”—przyjęto bez zmian.
- d) punkt 4. wniosku: uchwalono nadal zachować składkę członkowską w wysokości 40.— (czterdziestu) złotych rocznie; jednocześnie upoważniono Zarząd do obniżenia lub zwolnienia od wpłacania składki członkowskiej w razie rzeczywistej konieczności, (wniosek kol. Żurakowskiego).
- e) punkt 5. wniosku: „Towarzystwo Lekarskie Warszawskie nie jest obciążone inemi wydatkami na czasopismo „Medycyna” poza corocznie ustaloną zapomogą” — przyjęto bez zmian.
- f) punkt 6. wniosku: „Pamiętnik T. L. W. będzie drukowany w czasopiśmie „Medycyna” łącznie z Rocznikiem Zarządu Towarzystwa; czasopismo „Medycyna” dostarczy określoną liczbę odbitek Pamiętnika (z rocznikiem) jako oddzielne wydawnictwo” — uchwalono bez zmian; sprawę wydawania Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego — przekazano do rozważenia przyszłemu Zarządowi, (sprawa wydawania Przeglądu Bibliograf. w języku polskim i obcym).
- g) punkt 7. wniosku: uchwalono zapomogę dla czasopisma „Medycyna” w wysokości 12.000 (dwanaście tysięcy) zł. na rok 1933.

3. Ustalenie wysokości składki członkowskiej na rok 1933:

Sprawę tę rozstrzygnięto w punkcie 2 porządku obrad (patrz punkt 4 wniosku Zarządu o uznanie czasop. „Medycyna” za organ T. L. W.).

4. Preliminarz budżetowy na rok 1933.

Uchwalono preliminarz budżetowy według przedstawionego projektu z uwzględnieniem 40 złotych składki członkowskiej i 12.000 zł zapomogi dla Czasopisma „Medycyna”.

5. Ustąpienie Sekretarza Stałego z zajmowanego urzędu:

Pismo kol. Sekretarza Stałego A. Leśniowskiego z rezygnacją z urzędu zajmowanego — przyjęto do wiadomości.

6. Sprawozdania z prac kandydatów na członków czynnych Towarzystwa:

Uchwalono na wniosek Zarządu ograniczyć sprawozdania do podania: wieku, daty ukończenia Wydz. Lek., Instytucji gdzie pracował lub pracuje, jakie prace napisał.

Kol. Berdo N. złożyła sprawozdanie z prac kol. Dra Gackowskiego Józefa.

Kol. Chodkowski K. złożył sprawozdanie z prac Dra Biernackiego A., Flisa St., Hroma St., Kosieradzkiego K., Nowosadko G., Ostroucha M.

Kol. Kruszówna M. złożyła sprawozdanie z prac Dra Franio Zofji.

Kol. Konopacki M. złożył sprawozdanie z prac Dra Słomskiego P.

Kol. Melanowski W. złożył sprawozdanie z prac Dra Topolskiego S., Januszewskiego Z., Sobańskiego J.

Kol. Markert W. złożył sprawozdanie z prac Dra Fiedlera Antoniego.

Kol. Michalski Z. złożył sprawozdanie z prac Dra Fejgina M., Grzybowskiego T.

Kol. Tyczka W. złożył sprawozdanie z prac Dra Opalskiego A., Stępienia Br., Jakimowicza W., Kuligowskiego Z. W.

Kol. Orłowski W. złożył sprawozdanie z prac Dra Titz Jadwigi, Pągowskiej Jadwigi.

Kol. Sławiński Z. złożył sprawozdanie z prac Dra Ostrowskiego M., Goûta L., Masiukiewiczza M.

Kol. Szczęsny K. złożył sprawozdanie z prac Dra Antoniak-Czyżewskiej Z.

Kol. Saski St. złożył sprawozdanie z prac Dra Przesmyckiego F.

Kol. Wąsowicz St. złożył sprawozdanie z prac Dra Stefena E. (jun.).

Kol. Zembruski L. złożył sprawozdanie z prac Dra Wolframa K.

Dr. J. Penson zrzekł się kandydowania na członka czynnego Towarzystwa (pismo skierowane do kol. Z. Michalskiego).

Posiedzenie zamknięto o godz. 21 minut 40.

Prezes: **Witold Orłowski.**

Sekretarz Doroczny: **Karol Chodkowski.**

Spis nazwisk*).

A

Apfelbaum E. 47, **121**, 123, 156, 159, 160.

B

Bartoszek T. 225, 262.
Berdo N. 68.
Bratkowski E. 234, 242.
Brokman H. 63, 65, 104, 105, 248.
Bronowski S. 111, 117, 119.
Byszewski 255.

C

Chmielewski J. 119.
Chodkowski K. 13, 17, 163, 165, 255.
Cieszyński F. K. 197.
Cytronberg S. 32, 54, 84, 85.
Czarkowski H. 242.
Czarkowski J. 98.
Czubalski F. 31, 53.
Czyżewicz A. 185.

D

Dąbrowska J. 5.
Dąbrowski K. 22, 69, 72, 92.
Dekański J. 150.
Deloff 175.
Dębicki K. 249.
Drozdowicz G. 36, 59, 102.

E

Elektorowicz A. 23, 57, 60, 137, 208.

F

Fejgin M. 99.
Fidler A. 122, 175, 178.
Filiński W. 22, 45, 48, 59, 60, 77, 79, 101, 120, 128, 165, 224, 228, 267, 276.
Fiszhautówna 252, 282.
Flis S. 261, 263.
Floksztrumpf M. 84.
Franio Z. 13, 262, 263.

G

Gackowski J. 69.
Galewski A. 242.
Galinowski Z. 262.
Gądek 85.
Gerner K. 222.
Gluziński A. 30, 59, 71, 90, 187, 192, 209, 265, 267, 268.
Goebel F. 178, 268.
Goldberżanka J. 125.
Goldman M. 179, 182.
Gordziałkowski J. 190.
Gorecki Z. 79, 93, 115, 125, 128, 167, 258.
Grott J. 157, 160.
Grundgandówna W. 29.
Gruszczyński A. 208.
Grzybowski M. 10, 252, 260, 267.
Grzywo-Dąbrowski W. 185, 186, 265.

H

Held S. 138, 140.
Higier H. 46, 51, 75, 119, 179, 213, 231, 254, 266.
Higier S. 100, 167.
Hirszfeld L. 125, 128.
Hłasko J. 223.
Hrom S. 166, 168.

J

Jakimiak B. W. 208.
Janiszewski T. 6.
Jaroszewicz W. 195.

K

Kaczyński A. 242.
Kalinowski R. 194.
Kaminer S. 97.
Kamiński 284.
Karwacki L. 64, 190, 225, 260.
Koelichen J. 143, 214.
Kopczyński S. 187.
Kotarska-Dettloff H. 65, 77, 90.
Kowalski S. 106, 116.
Krajewski Z. 167.

*) Liczby oznaczają stronicę; gruby druk — odczyty, referaty, pokazy, zyciorysy, przemówienia; zwykły — udział w rozprawach.

Kramsztyk S. 105, 107.
Kruszówna M. 262.
Kryński L. 22, 45, 98, 125, 187, 194,
195, 208, 222, 241, 249, 253, 265, 282.
Kuligowski Z. 279, 282.

L

Landau A. 97, 99.
Laskowski J. 23, 59, 85, 138.
Lastman 167.
Lauber J. 41, 49, 51, 266, 267.
Leśniowski A. 141, 174, 224, 242.
Lewenfisz 48.
Loth E. 220, 250.
Luxemburg 262.

Ł

Łapiński W. 187.
Ławrynowicz A. 224.

M

Markert W. 23, 24, 122.
Masiukiewicz 222.
Melanowski W. 41, 50, 83, 148, 267.
Michalski Z. 114, 127, 181, 182, 209,
226.
Michałowicz M. 250.
Mikułowski W. 40, 73, 76, 89, 90, 116,
196, 197.
Misiewiczówna J. 70, 78, 79, 129, 174,
175, 182, 192.
Moczarski W. 65, 69, 77, 80, 90, 94,
116, 186, 223.
Modrakowski J. 157.

N

Nitsch R. 188.
Nowosadko G. 261.

O

Offenberg J. 79.
Okoński 209.
Orłowski W. 19, 24, 33, 55, 60, 71, 79,
93, 99, 117, 128, 130, 138, 140, 168,
174, 209, 223, 227, 242, 263, 267.
Orzechowski K. 46, 51, 269, 279, 282.
Osiński E. 227.
Owczarewicz L. 191, 247.

P

Paszkiwicz L. 195, 206.
Pekieliś R. 260.
Piasecki M. 174, 175.
Piechowska 23.
Płońskier 168, 169.
Pokrzewiński 101.
Pruszczyński A. 264, 265.
Pruszyński A. 132.
Przesmycki F. 243, 248, 250.

R

Radliński Z. 42.
Regaud 131.
Reicherówna E. 93.
Roguski J. 32, 124, 125, 208, 222.
Rubinrot S. 36.
Rudzki St. 19, 26, 180, 206, 212.
Rutkowski J. 124, 186, 187, 194, 195,
196, 220, 223, 241, 248, 249, 252, 255,
281.
Rymkiewicz 105.

S

Sabat B. 76, 81, 197, 206.
Siedlecki E. 23.
Skłodowski J. 279, 281.
Stawiński Z. 30, 165, 174, 254, 279.
Sobieszczański L. 117, 120.
Sokołowski O. 210.
Stankiewicz R. 180, 243, 250.
Starkiewicz W. 142.
Stępień 280.
Szczepański Z. 70, 71, 78, 93, 224.
Szerszyński 276.
Szokalski 79, 126, 227.
Szper J. 249, 250.
Szumlański W. 208.

T

Thursz 46, 98.

U

Uliński 49, 62, 110, 120.

V

Venulet F. 268.

W

Wagner K. 48.
Wąsowicz S. 78, 115, 119, 225.
Weingot 51, 69, 75, 83.
Węgierko J. 30, 32, 52, 56, 158.

Z

Zabawska-Domostawska 146.
Zajdenbajtl 54.
Zaleski M. 195.
Zańska J. 146.
Zaorski 165, 174, 175, 196, 223, 234,
242.
Zawadowski W. 33, 36, 47, 58, 102,
133, 138, 249.
Zdunkiewicz 169.
Zembrzuski L. 84, 107, 147, 219.

Ż

Żurakowski A. 208.

Krótki spis rzeczy.

Akademia ku czci: Puławskiego A. — 141; Sterlinga S. — 210, 212; Flataua E. — 213, 214; Babińskiego J. — 269; Chauffarda — 276; Lejarsa F. — 276.

alkohol — wstrzykiwania w ropnych schorzeniach płuc — 97.

Białaczka szpikowa — 13.

biblioteka T-wa: prace nadesłane: 8, 27, 37, 56, 68, 81, 85, 96, 108, 149, 160, 169, 183, 193, 229, 251.

Bliznowiec po toczniu — 49.

Choroba Albers-Schönberga — 197; Bourneville'a — 252, Heine-Medina — 233.

choroby zakaźne — patogeneza — 63.

ciepłota podgorączkowa — 179.

ciśnienie średnie — 166.

curieterapia — 131.

Deformacja klatki piersiowej — 220.

Druskieniki — 105.

dur brzuszny: aglutynacja — 125, powikłania — 255, leczenie bodźcowe—258, krwinki białe—261, rysy charakterystyczne—262.

Fosgen: zatrucia — 150.

Gastrochromeskopia — 138.

Goethe a medycyna — 147.

gruźlica: g. prosówkowa — 5; g. a białaczka szpikowa — 13, 17; g. a niezdolność do pracy — 65, 77, 91; g. a odczyn Vernes'a — 68; odma obustronna w g — 70; odma sztuczna a g. doświadczalna płuc u królików — 129; g. a torakoplastyka — 174, leczenie g. chirurgicznej — 186; prątek gruźliczy — 190, 192; g. zwierzęca — 190; g. w wojsku polskim — 191; leczenie g. zarazkiem duru 224.

guzy: guz wewnątrztrzewny — 279; guz zewnątrztrzewny — 280; guzy złośliwe — badania doświadczalne — 168.

Infantilismus renalis — 196.

Kandydaci do T-wa — 287.

Kasa Mianowskiego — jubileusz — 61.

kiła; k. wrodzona — 73; **kiłowe porażenia u dzieci** — 89; **kiła a żółtaczka** — 267.

Koch R. — jego prace — 188, 190.

Kodeks karny — 185.

krążenia niewydolność — 175.

Ludnościowe zagadnienia — 6.

Mięśniowe odmiany u ludzi — 250.

Morawski Stanisław — pamiątniki—105.

mrocзки środkowe — 266.

Naczyniowe zespoły — leczenie operacyjne — 249.

nerw trójdzielny — leczenie neuralgji — 252.

nowotwory płuc — 19, 33, 42, 45, 57, 133.

nowotwory złośliwe — chemoterapia — 84.

Opona twarda — zapalenie krwiotoczne — 264.

oskrzela zwężenie — 101.

Płuc zapalenie — 243, 250.

powitanie prof. Regaud — 130.

pseudosarcomatosis — 10.

pyknolepsia — 232.

Rak płuc — 19, 33, 42, 45, 57, 133; **rak żołądka** — 194.

Siatkówka — odwarstwienie — 83.

sinica wrodzona — 89.

skrzeplina pourazowa — 124.

statut T-wa — projekt zmiany — 207.

szkła dotykowe — 41.

Tarczycza; wpływ tarczycy i łożyska na obraz krwi — 242; **ostre zapalenie tarczycy** — 248.

tętniak urazowy — 124.

tłuszczak języka — 132.

toczeń rumieniowaty — 62; **t. pospolity** — 110.



Układ wegetatywny — 100.

Witasteryna D. — 268.

włośnica a układ nerwowy — 165.

wrzód dwunastnicy u dziecka — 163.

wsierdzie zapalenie — 111.

wspomnienia pośmiertne: Gawiński W. — 39; Jałowiecki O. — 39;
Jankowski C. — 62; Sędziak J. — 66; Bączkowiec J. — 87;
Babiński L. — 94; Wiśniewski J. — 170; Goldflam S. — 170;
Iwanicki S. — 185; Monsiorski Z. — 218.

wyrostek robaczkowy — zapalenie—220.

wziernikowanie w świetle beczcerwiennem — 49.

Xantomatosis — 110.

Zakwaszenie a odwadnianie — 120; z. a cukier we krwi — 156.

zapachy w dżagnostyce — 118.

Zarząd T-wa: doniesienia — 6, 7, 8, 49, 61, 62, 68, 81, 87, 96, 108,
124, 131, 147, 174, 185, 231, 248, 252, 264, 285; wybory — 6,
27, 132; sprawozdania — 285; sprawy administracyjne — 285,
286.

zespół Babińskiego - Nageotta — 282.

ziarnica złośliwa — 40.

zjazdy międzynarodowe: radiologiczny — 81, przeciwgruźliczy—206,
historyków medycyny — 219.

zieleniak — 29.

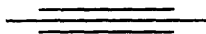
Żołądek — rozszerzenie — 195.

żółć wątrobowa — 31, 52.

żółciowe drogi — schorzenia—234.

żółtaczka a kiła — 267.

1933.
ROCZNIK ZARZĄDU
Towarzystwa Lekarskiego
Warszawskiego.



Sprawozdanie rachunkowe za r. 1932.



Skład osobisty Towarzystwa na rok 1955.

A. URZĘDNICY:

Prezes — Paszkiewicz Ludwik
Wiceprezes — Sławiński Zdzisław
Sekretarz Stały — Leśniowski Antoni
Podskarbi — Ryłko Marjan
Sekretarz doroczny — Chodkowski Karol
Zastępca Sekret. dor. — Kruszówna Mirosł.
Bibliotekarz — Zwejgbaum Maksymiljan

B. REDAKTOR PAMIĘTNIKA — RUDZKI STEFAN.

C. ZARZĄD

Wyżej wymienieni pod literą A urzędnicy oraz wybrani do Zarządu na okres trzyletni: Filiński Włodzimierz (1933 — 1935) Łapiński Wacław (1933 — 1935) Mazurek Józef (1932 — 1934). Zarządzający Kasą Wsparcia — Dydyński Ludwik.

KOMITETY:

I. KOMITET ZARZĄDZAJĄCY FUNDUSZAMI KASY WSPARCIA.

Prezes — Paszkiewicz Ludwik
Wiceprezes — Sławiński Zdzisław
Zarządz. Kasą Wsparcia — Dydyński Ludwik
Kasjer — Ryłko Marjan
Sekretarz Stały — Leśniowski Antoni

Członkowie z grona Towarzystwa wybrani:
Gruszczyński Aleksander, Szumlański Witold, Łazarowicz Klemens.

Członkowie z grona lekarzy, nie należących do Towarzystwa:
Jasielewicz Kazimierz, Krzyczkowski Antoni.

II. KOMITETY STYPENDJALNE.

- Im. Florkiewicza W.
 „ Gołębiowskiego I.
 „ Gromadzkiej Iz.
 „ Koczorowskiego W.
 „ Kopytowskiego W.
 „ Lewensterna Eug.
 „ Marcinkiewicz H.
 „ Rejchmana M.
 „ małżonków Sokołowskich
 „ A. Sokołowskiego
 „ Strzyżowskich Tekli i Antoniego
 „ Stadnickiej M.
 „ Żłobikowskich Tadeusza i Otylji
 Zarząd — referuje Wiceprezes

Uwaga: wszystkie stypendja przyznawane są corocznie — stypendjum im. E. L e w e n s t e r n a co 3 lata (r. 1931, 1934 i t. d.).

III. KOMITET REWIZYJNY (1932 — 1934).

Bryndza-Nacki Ludwik (1933 — 1935), Gurbki Stanisław, Zembruski Stanisław (1932 — 1934).

IV. KOMITET NAGRÓD KONKURSOWYCH:

- Im. Chałubińskiego (okres konkursowy co lat 10 (1927—1937)).
 Im. Hejmana, Helbicha i Karwowskiego (okres konkursowy co lat 5 (1931 — 1936) F. Erbrich i J. Pieniążek, przewodniczący Wiceprezes.
 Im. Halperna (okres konkursowy co lat 3 (1932 — 1935). Gutowski B. i Orłowski Witold — przewodniczący Wiceprezes.
 Im. Jaworskiego (okres konkursowy co lat 10 — (1927—1937)).
 Im. Konica (okres konkursowy co lat 3 (1931 — 1934). Czyżewicz A. i Lorentowicz L. — przewodniczący Wiceprezes.
 Im. Koczorowskiego (corocznie) Dydyński L., Leśniowski A., przewodniczący Wiceprezes.
 Im. „Motor” Zakłady Chemiczno - Farmaceutyczne (okres konkursowy 15/III r. 1934). Ambrożewicz Aleks., J. Modrakowski, przewodniczący Wiceprezes.
 Im. Męczkowskiego (okres konkursowy co lat 5 (1935 — 1940). F. Giedroyć, W. Łapiński, Wł. Szenajch, przewodniczący Wiceprezes.

- Im. P i r a m o w i c z a (okres konkursowy corocznie) kurator zapisu, Stanisław Kopczyński, Mitkiewicz Karol i Roszkowski Marjan oraz 2 delegatów szkolnictwa, przewodniczący Wiceprezes.
- Im. P ł a s k o w s k i e g o n a n a g r o d y (okres konkursowy co lat 10 (1927 — 1937). J. Koelichen, E. Bregman i J. Mazurkiewicz, przewodniczący Wiceprezes.
- Im. P ł a s k o w s k i e g o n a z j a z d y (okres konkursowy co lat 10) (1930 — 1940).
- Im. R e j c h m a n a n a n a g r o d y (okres konkursowy co lat 5) (1930 — 1934). I. Grundzach i W. Starkiewicz, przewodniczący Wiceprezes.
- Im. W s z e b o r a (okres konkursowy co lat 10) (1929 — 1939).

V. KOMITETY STYPENDJALNO—ZAPOMOGOWE.

- Im. B o r y s o w i c z a (okres przyznawania co lat 6) (1927 — 1933)
- Im. G i e l l e r o w (okres przyznawania corocznie) 3-ch członków Zarządu: Filiński W., Łapiński W., Ryłko M. przewodniczący Wiceprezes.
- Im. K o p c i a (okres przyznawania co lat 2) (1931, 1933 i t. d.). Zarząd oraz Dr. Tadeusz Kopeć, kurator zapisu, przewodniczący Wiceprezes.
- Im. R e j c h m a n a d l a l e k a r z a w o j s k p o l. (okres przyznawania co lat 5) (1930 — 1934). Zarząd w porozumieniu z Dep. Sanitarnym Min. Spraw Wojskowych.
- Im. S i e r a g o w s k i c h (okres przyznawania, corocznie). Prof. Kopeć (biolog.), Nitsch R., Czubalski Fr., Koelichen J., Wagner K., Gorecki Z., Owczarewicz L., Przyłęcki S. przewodniczący Wiceprezes.
- Im. S a w i c k i e g o B r o n i s ł a w a (okres przyznawania co lat 3 (1935).
- Im. S o k o ł o w s k i e g o d l a c h o r y c h l e k a r z y (okres przyznawania co lat 5), (1928, 1933, 1938 i t. d.), Zarząd, przewodniczący Wiceprezes.
- Im. S o m m e r a (okres przyznawania corocznie). Paszkiewicz L., Czarnocki W., Gutowski B., S. Przyłęcki, przewodniczący Wiceprezes.
- Im. W e s o ł o w s k i e g o (komitet nieustalony).
- Im. Z i e l i Ń s k i e g o (okres przyznawania co lat 2), (1931, 1933 itd.) Łapiński W., Leśniowski A., przewodniczący Wiceprezes.

W SPISIE CZŁONKÓW TOWARZYSTWA

a) Członkowie honorowi

opuszczono nazwiska:

Wright E. w Londynie,

Zweygbaum Maksymiljan w Warszawie.

Amunt Inomas w Londynie
Curie-Skłodowska Marja w Pa-
ryżu
Gluziński Antoni w Warszawie
Ivković Momcillo w Belgradzie
Kirow Dymitry w Sofji

Letulle Maurice w Paryżu
Nusbaum Henryk w Warszawie
Richet Charles w Paryżu
Roger Henri w Paryżu
Szymonowicz Władysław we
Lwowie .

b. Członkowie czynni. Rok 1933):

Adamski Jan
Adelt Zygmunt
Altkaufer Henryk
Ambrożewicz Aleksander
Antoniak-Czyżewska Zofja
Arciszewski Władysław
Babski Stanisław
Balukiewiczówna Irena
Barański Rajmund
Bartoszek Tadeusz
Berdo Nadzieja
Bełkowski Jan
Bernhard Robert
Białokur Franciszek
Biehlerowa Matylda
Biehler Waclaw
Biehler Ryszard
Biernacki Andrzej

Biro Maksymiljan
Biron Zygmunt
Bohdanowicz Zofja
Bornstein Maurycy
Borzęcki Tadeusz
Borzymowski Jan
Bratkowski Edmund
Bregman Ludwik
Brennejsen Leopold
Brodowski Władysław
Brokman Henryk
Bronowski Szczęsny
Bruner Władysław
Bruner Edward
Bryndza-Nacki Ludwik
Bukowska Jadwiga
Bursche Emil
Butkiewicz Tadeusz

VI. KOMITET BIBLIOTECZNY.

Przewodniczący: Wiceprezes

Członkowie: Chodkowski Karol (jako Sekr. doroczny),
 Bełkowski Jan 1933 — 1935
 Giedroń Franciszek 1932 — 1934
 Zembrzuski Ludwik 1932 — 1934
 Redaktor Pamiętnika, Rudzki Stefan

Spis członków Towarzystwa.

a. Członkowie honorowi.

Achard w Paryżu
 Albutt Thomas w Londynie
 Curie-Skłodowska Marja w Pa-
 ryżu
 Gluziński Antoni w Warszawie
 Ivković Momcillo w Belgradzie
 Kirow Dymitry w Sofji

Kostanecki Kazimierz w Kra-
 kowie
 Letulle Maurice w Paryżu
 Nusbaum Henryk w Warszawie
 Richet Charles w Paryżu
 Roger Henri w Paryżu
 Szymonowicz Władysław we
 Lwowie

b. Członkowie czynni. Rok 1933):

Adamski Jan
 Adelt Zygmunt
 Altkaufner Henryk
 Ambrożewicz Aleksander
 Antoniak-Czyżewska Zofja
 Arciszewski Władysław
 Babski Stanisław
 Balukiewiczówna Irena
 Barański Rajmund
 Bartoszek Tadeusz
 Berdo Nadzieja
 Bełkowski Jan
 Bernhard Robert
 Białokur Franciszek
 Biehlerowa Matylda
 Biehler Waclaw
 Biehler Ryszard
 Biernacki Andrzej

Biro Maksymiljan
 Biron Zygmunt
 Bohdanowicz Zofja
 Bornstein Maurycy
 Borzęcki Tadeusz
 Borzymowski Jan
 Bratkowski Edmund
 Bregman Ludwik
 Brannejsen Leopold
 Brodowski Władysław
 Brokman Henryk
 Bronowski Szcześniey
 Bruner Władysław
 Bruner Edward
 Bryndza-Nacki Ludwik
 Bukowska Jadwiga
 Bursche Emil
 Butkiewicz Tadeusz

Byszewski Tomasz	Flis Stanisław
Celichowska Janina	Franio Zofja
Chmielewski Jan	Fryszman Aleksander
Chodkowski Karol	Gackowski Józef
Chodźko Witold	Gantz Mieczysław
Ciągliński Adam	Garlicka Zofja
Cieszyński Franciszek	Garszyński Wacław
Ciosłowski Tadeusz	Gawroński Włodzimierz
Cybulski Witold	Gerner Klemens
Cykowski Stanisław	Gębarski Stanisław
Czarkowski Józef	Giedroyć Franciszek
Czarkowski Hieronim	Gluziński Antoni
Czarnocki Wilhelm	Gnoiński Henryk
Czarnota-Bojarski Stefan	Coebel Franciszek
Czubalski Franciszek	Golakowski Jan
Czyżewski Ludwik	Goldbaum Mieczysław
Czyżewicz Adam	Coldflam Samuel
Danecki Leon	Goździcki Wacław
Dąbrowska Janina	Gorecki Zdzisław
Dąbrowski Kazimierz	Goût Ludwik
Dąbrowski Bogusław	Górkiewicz Stanisław
Demant Piotr	Grodzki Zygmunt
Dębicki Kazimierz	Gromadzki Henryk
Długoszewski Antoni	Grott Józef
Dobrowolski Zdzisław	Grundzach Ignacy
Dobrowolski Kazimierz	Gruszczyński Aleksander
Drabczyk Teodor	Grycewicz Marja
Drac Julian	Grzankowski Bolesław
Drozdowicz Grzegorz	Grzybowski Marjan
Dydyński Ludwik	Grzybowski Tadeusz
Dytel Edward	Grzywo-Dąbrowski W.
Erlichówna Marta	Gumiński Wacław
Erlich Eugenjusz	Gurbski Stanisław
Elektorowicz Adam	Gutowski Bolesław
Endelman Leon	Handelsman Józef
Endelman Zygmunt	v. Hertz Włodzimierz
Erbrich Feliks	Hertz Ryszard
Ettinger Witold	Higier Henryk
Fejgin Mieczysław	Hirsz Maksymiljan
Fidler Antoni	Hinz Tadeusz
Filiński Włodzimierz	Horodyński Witold
Filipowicz Władysław	Hrom Stanisław

Hubicki Stefan	Kruszówna Mirosława
Huszczka Adam	Kryński Leon
Jachimowicz Jan	Kucharzewski Henryk
Jakimiak Bolesław	Kucleb Witold
Jakowski Józef	Kukliński Ireneusz
Jakimowicz Władysław	Kuligowski Kazimierz
Janczewski Stefan	Kuligowski Zygmunt
Janczewski Władysław	Landau Anastazy
Janczurowicz Stanisław	Lande Adam
Janiszewski Tomasz	Landstejn Ignacy
Januszewski Zdzisław	Laskowski Józef
Jastrzębski Marjan	Lauber Jan
Jastrzębski Wacław Leonard	Lebensbaum Maksym.
Jaworski Czesław	Lehr Władysław
Jurkowski Jerzy	Leśniowski Antoni
Kaczyński Kazimierz	Leśniowski Stefan
Kaczyński Antoni	Leyko Emil
Kaliciński Roch	Leszczyński Adam
Karwacki Leon	Ligeża Leon
Kępiński Witold	Lilpop Wacław
Klejn Stanisław	Lorentowicz Leonard
Knappe Wilhelm	Loth Edward
Koelichen Jan	Lubliner Leopold
Koenigstein Marek	Luxemburg Józef
Kokajl-Kowalewska Bożenna	Łapiński Teodor
Korsak Idalja	Łapiński Wacław
Konopacki Mieczysław	Ławrynowicz Aleksander
Konopnicki Jan	Łazarowicz Klemens
Kopeć Tadeusz	Łuczycki Bronisław
Koral Adolf	Łuniewski Witold
Korzeniowski Lucjan	Łysakowski Stefan
Korzonówna Jadwiga	Łyskawiński Stanisław
Korzon Tadeusz	Maliniak Izydor
Kcsieradzki Konrad	Malinowski Feliks
Kosiński Władysław	Marcinkowski Alfons
Kowalski Wacław	Markert Wacław
Kozerski Adolf	Markowski Tadeusz
Krasnopolski Teodor	Markusfeld Stanisław
Krasuski Aleksander	Martyszewski Paweł
Krause Aleksander	Masiukiewicz Michał
Krukowski Gustaw	Matuszkiewicz Mieczysław
Kruszewska Wanda	May Józef

Mazurek Józef	Piasecki Marjan
Mazurkiewicz Jan	Pieniążek Jan
Meijer Franciszek	Piechowska Janina
Meissner Alfred	Pieńkowski Stefan
Melanowski Władysław	Piotrowski Kazimierz
Messing Zygmunt	Podkóliński Feliks
Meyerson Stanisław	Pokorny Gwidon
Mężyński Jan	Pokrzewiński Stefan
Michalski Zdzisław	Polański Wacław
Michałowicz Mieczysław	Popiel Włodzimierz
Mikułowski Włodzimierz	Popowski Stanisław
Misiewiczówna Janina	Pręgowski Piotr
Miszewski Kazimierz	Proszowski Wiktor
Mitkiewicz Karol	Przedpeńska-Kołąkowska Halina
Moczarski Witold	Przesmycki F.
Modrakowski Jerzy	Przyborowski Adam
Morawiecka Janina	Półtorzycka Stanisława
Mossakowski Jan	Pruszczyński Aleksander
Mutermilch Stanisław	Racinowski Albin
Natanson Antoni	Reicherówna Eleonora
Niewiadomski Franciszek	Ręczajski Wacław
Niewiński Władysław	Rodziewicz Franciszek
Nitsch Roman	Roguski Jan
Nowosadko Gabrjel	Rodys Władysław
Nowacki Ludomir	Rogoziński Kazimierz
Obarski Franciszek	Rontaler Stefan
Offenberg Jan	Rosnowski Michał
Okoński Michał	Roszkowski Marjan
Opacki Kazimierz	Rotstadt Juljan
Opalski Adam	Rottermund Stefan
Orłowski Edward	Róbin Wilhelm
Orłowski Witold	Rudzki Przemysław
Orzechowski Kazimierz	Rudzki Stefan
Osiński Eugenjusz	Ruszkowski Jan
Ostrowski Władysław	Rutkowski Jerzy
Ostrouch Marjan	Rygier-Cękańska Stefanja
Owczarewicz Leon	Ryłko Marjan
Oziebłowski Juljan	Rytel Aleksander
Palmirski Władysław	Sabat Bronisław
Paszkiwicz Ludwik	Sadkowski Czesław
Pągowska Jadwiga	Saski Stanisław
Petrynowski Marjan	Sawicki Władysław

Semerau-Siemianowski Mściwoj	Szulc Gustaw
Serkowski Stanisław	Szumlański Witold
Siedlecka Anna	Szwajcer Jakób
Siedlecki Eustachy	Szybowski Bronisław
Sikorski Henryk	Szymański Stefan
Sierakowski Stanisław	Titz Jadwiga
Skłodowski Józef	Tokarski Karol
Składkowski Sławoj	Topolski Stanisław
Skwarczewska Helena	Trzebiński Jan
Ślaski Julian	Tryjarski Eugenjusz
Sławiński Zdzisław	Tuz Stanisław
Słonimski Piotr	Tuchendler Antoni
Śmiechowski Antoni	Tyczka Witold
Smużyński Feliks	Tymieniecki Edward
Sobański Janusz	Uliński Henryk
Sobieszczęński Lucjan	Vaqueret Karol
Sobocińska Wanda	Venulet Franciszek
Solman Tomasz	Wagner Kazimierz
Srebrny Zygmunt	Wagner Konrad
Staniszewski Władysław	Walc Jan
Stankiewicz Czesław	Waldenberg Henryk
Stankiewicz Remigjusz	Wajgiel Eugenjusz
Starkiewicz Władysław	Wasilewski Roman
Stefanowski Antoni	Wąsowicz Stanisław
Steffen Ed. (jun.)	Wejnert Bronisław
Sterling Władysław	Werkenthinówna Marja
Sterling-Okuniewski Stefan	Wernic Leon
Stępień Bronisław	Wertheim Aleksander
Surawski Jan	Węgierko Ryszard
Światopełk-Zawadzki Ludwik	Wielobycki Tadeusz
Świątecki Jan	Wielowieyski Stanisław
Świętochowski Ignacy	Wierzbowska Marja
Szczawińska Wanda	Wilga Hilary
Szczepański Zdzisław	Wiślocki Kazimierz
Szczęśny Kazimierz	Wiśniewski Tomasz
Szczodrowski Henryk	Witkowski Edward
Szerszyński Bronisław	Wojciechowski Jan
Szerypo Ryszard	Wojciechowski Adolf
Szenajch Władysław	Wojnarowska Antonina
Szendzikowski Władysław	Wojno Zofja
Szokalski Kazimierz	Woyno Roch Domorad
Szper Józef	Wolfram Kazimierz

Wołyński Julian
 Wretowski Tadeusz
 Wszelaki Stanisław
 Zaborowski Stanisław
 Zakrzewski Zygmunt
 Zaleski Jan
 Zaorski Jan
 Zawadowski Witold
 Zawadzki Józef

Zawisza Waclaw
 Zdanowicz Stanisław
 Zembrzuski Ludwik
 Zembrzuski Stanisław
 Zeyfert Witold
 Zieliński Leon Jan
 Zienkiewicz Władysław
 Znajewska Halina
 Żurakowski Aleksander

c. Członkowie korespondenci:

Bartkiewicz Bronisław, Zawier-
 cie
 Ciechanowski Stanisław, Kra-
 ków
 Chodounsky Karol, Pr. Czeska
 Czajkowski Ad., Kalisz
 Czarkowski Lud., Wilno ,
 Eiger Marjan, Wilno
 Finger Ernest, Wiedeń
 Garliński Władysław, Łódź
 Graba-Łęcki Waclaw, Krynica
 Gryglewicz Teofil, Wilno
 Jakubowski Cz., Chocież w Poz.
 Jakowicki Władysław, Wilno
 Janowsky Witosław, Praga-
 Czeska
 Januszkiewicz Aleks., Wilno
 Jonscher Karol, Poznań
 Jerzykowski Stanisław, Poznań
 Kumant Aleksander, Łódź
 Koliński Józef, Łódź
 Krysiński Andrzej, Toruń

Łazarewicz Stanisław, Poznań
 Mańkowski Aleksander, Sofja
 Meizner Emeryk, Praga Czeska
 Maybaum Józef, Łódź
 Orłowski Waclaw, Wilno
 Osmólski Władysław, Poznań
 Skubiszewski Ludwik, Poznań
 Skubiszewski Feliks, Poznań
 Szymański Juljusz, Wilno
 Starkiewicz Szymon, Busk
 Świeżyński Józef, Sadłowice p,
 Sandomierski
 Szmurło Jan, Wilno
 Szpilman Józef, Lwów
 Szumowski Władysław, Kraków
 Thomayer Józef, Praga Czeska
 Wasilkowska-Krukowska Hali-
 na, Lwów
 Wołkowicz Maksym., Sosnowiec
 Zahorski Karol, Sosnowiec
 Zalewski Aleksander, Płock
 Żebrowski Aleksander, Łódź

Sprawozdanie

z obrotu funduszków Towarzystwa i funduszków pod Zarządem Towarzystwa pozostających
za rok 1932.

SPRAWOZDANIE

1) Kasa.

Pozostało z roku 1931	Zł.	747.62	
W przeciągu okresu sprawozdaw- czego wpłynęło	„	155634.80	
Łącznie	Zł.	156382.42	
Wydaikowano	„	156124.42	
Pozostaje na 1 stycznia 1933			Zł. 258.—

2) Bank Handlowy w Warszawie.

Pozostało z roku 1931	Zł.	1857.—	
W przeciągu okresu sprawozd.: Zapisano za kupony od różn. pap. proc. oraz wniesiono gotowizną	„	17769.79	
Wpłynęło tytułem proc. za r. 1932	„	444.83	
Łącznie	Zł.	20071.62	
Wypłacono	„	16694.62	
Pozostaje na 1 stycznia 1933			Zł. 3377.—

3) Bank Zachodni (r-k. przekazowy).

Pozostało z roku 1931	Zł.	9635.50	
W przeciągu okresu sprawozd.: Wniesiono do Banku	„	28680.—	
Wpłynęło tyt. proc. za rok 1932	„	868.48	
Łącznie	Zł.	39183.98	
Wypłacono	„	24630.—	
Pozostaje na 1 stycznia 1933			Zł. 14553.98

Do przeniesienia Zł. 18188.98

Z przeniesienia Zł. 18188.98

4) *Bank Zachodni (r-k. dolarowy — terminowy).*

Pozostało z roku 1931		
Dol. 3948.72 jako równowartość .	Zł.	35176.35
W przeciągu okresu sprawozd.:		
wpłynęło proc. Dol. 271.05		
jako równowartość	„	2406.92
Łącznie	<u>Zł.</u>	<u>37583.27</u>
Pozostaje na 1 stycznia 1933 . .		
jako równowartość Dol. 4219.77 .	Zł.	37583.27

5) *Kasa Banku Państwa w Moskwie.*

Pozostało z r. 1929 rb. 70.39 oszac. Zł. — 10

6) *Pocztowa Kasa Oszczędności.*

Pozostało z r. 1931	Zł.	7430.23
Wpłynęło w r. 1932	„	13014.70
Razem	<u>Zł.</u>	<u>20444.93</u>
Podniesiono	„	19401.60
Pozostaje na dniu		
1 stycznia r. 1933	Zł.	1043.33

7) *Papiery wartościowe.*

Pozostało z r. 1931	Zł.	366536.89
W okresie sprawozdawcz. nabyto:		
8-mio proc. Poż. St. Dol. 1500 osz.	Zł.	8636.10
Otrzymano · uzup. w 8% L. Z. P. Tul. B. Ziem. oraz nab. 8% L.Z.m.W.	„	3838.—
Razem	<u>Zł.</u>	<u>379010.99</u>
Do przeniesienia	Zł.	379010.99
	Zł.	56815.68

Z przeniesienia Zł. 379010.99 Zł. 56815.68

Odpis. wyl. L.Z.m.

Warsz. oraz sprz.

Poż. Kolejową .

„ 700.—

Pozostaje na dniu 1
stycznia r. 1933 .

„ 378310.99

m i a n o w i c i e :

a) w walucie złotowej:

5 proc. L. Z. m.

Warszawy Zł. 40000.—

4 i pół proc. L. Z.

m. Warszawy „ 35850.—

5 pr. Poż. Konw.

4 i pół proc. L. Z.

Ziemskich „ 22968.—

4 pr. L. Z. Ziem.

5 proc. L. Z. m.

Łodzi „ 227.—

4 i pół proc. L. Z.

m. Łodzi „ 6550.—

5 i pół proc. Obl.

m. Warszawy „ 200.—

6 proc. Obl. m.

Warszawy „ 1000.—

7 proc. Poż. Stab.

dol. 11.000 oszac. „ 89041.09

8 proc. L. Z. Ban-

ku Rolnego „ 1548.—

5 proc. Poż. Dol.

oszac. (Dol. 10) „ 81.60

8 proc. L. Z. m.

Warszawy „ 100300.—

4 i pół proc. L. Z.

Wileńskiego B. Z. „ 5330.—

8 proc. Poż. Dol.

Dillon. (Dol. 1500) „ 8636.10

Do przeniesienia Zł. 378310.79

Zł. 435126.67

Z przeniesienia Zł. 378310.79 Zł. 435126.67

b) w papierach różnych:

5 pr. Poż. premj.		
ros. (rb. 300)	.	
5 pr. Poż. Państw.		
ros. (rb. 3.838.50)		
3 i pół proc. L. Z.		
Szlach. B. Ziem.		
(rb. l. 300.—)	.	
5 proc. L. Z. m.		
Suwałk i Łomży		
(rb. l. 700 i rb.		
300) oszac. łącz.	„	—,20
Razem	Zł.	378310.99

8) *Kasetka* (w bibliotece Tow.)

Pozostało z r. 1932	Zł.	6.90	
Pozostaje na 1 st. 1933			Zł. 6.90

9) *Sumy hipoteczne.*

Pozostało z r. 1932		Zł. 67655.50	
Pozost. na 1 stycz.			
1933 bez zmiany			Zł. 67655.50

m i a n o w i c i e:

1) na maj. „Brzeżno” ziem. Łomż. z zapisu dra Jabłonowskiego		Rb. 4500.—	
2) na nieruchomościach w Warszawie z zapisu dra Krajewskiego			
Nr. 1445 c.	„	20000.—	}
„ 4754 c.	„	14200.—	
„ 614 L.	„	10000.—	
		Zł. 32385.50	
Do przeniesienia	Zł.	32385.50	Zł. 502789.07

Z przeniesienia Zł. 1071328.53

RACHUNEK WŁASNY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

Wpływy:

Składki	Zł. 14196.—
Zwrot za porady prawne::	
Z fund. Sierażowskich	
Z fund. Sommera	„ 1900.24
10% na administrację z doch. od legatów i z domu w Piotrkowie	„ 3860.02
Proc. z Banku Handlowego, Za- chodniego i P. K. O.	„ 1313.31
Ofiara Prof. Paszkiewicza	„ 50.—
Dopłata do kuponów od list. Z. m. Warszawy	„ 217.15
Zwrot kosztów pocztowych	„ 129.90
Zwrot pożycz. (na r-k od urzęd- niczki i woźnego)	„ 140.—
Przelew z doch. domu Tow. Lek.	„ 13721.81
Łącznie	<u>Zł. 35528.43</u>

Wydatki:

Niedobór z r. 1932	Zł. 18902.40
Administracja:	
Płaca urzędników kanc. i służby	„ 17450.—
Płaca stenografa	„ 900.—
Opał lokalu T-wa	„ 977.—
Ubezpieczenie Biblioteki i ruchom.	„ 465.55
Telefon	„ 403.50
Druki i materiały piśmienne	„ 1412.33
Porto ogół. i od wezw. na posiedz.	„ 1398.16
Oświetlenie lokalu T-wa	„ 388.74
Sprzęty i utrzymanie porządków	„ 677.24
Ubezpiecz. społ. za urzędników	„ 633.60
Koszty manipulacji Banku Handl.	„ 213.80
Kasa Chor. za urzędniczkę i służbę	„ 809.16
Druk Rocznika Zarządu	„ 510.—
Różne drobne nieprzewidziane	„ 803.09

Do przeniesienia Zł. 45944.57 Zł. 1071328.53

Z przeniesienia	Zł. 45944.57	Zł. 1071328.43
Do dyspozycji Zarządu	„ 685.60	
Porady prawne	„ 1168.30	
Cegielka na bud. domu Akadem.	„ 200.—	
Na cele naukowos-połączne:		
Na utrzymanie Biblioteki	„ 5000.—	
Na wydawnictwo Pamiętnika	„ 560.—	
Na wyd. Przegl. Piśm. Lek. Pol.	„ —.—	
Druk Historji Stulecia	„ —.—	
Na rozbud. pomieszczeń bibliot.	„ —.—	
Łącznie	<u>Zł. 53558.47</u>	

Z e s t a w i e n i e :

Rozchód	Zł. 53558.47	
Przychód	„ 35528.43	
Niedobór na 1 stycznia 1933 r.		<u>Zł. 18030.04</u>
Wogóle		<u><u>Zł. 1089358.57</u></u>

1) *Długi hipoteczne:*

Pozostało z r. 1932		Zł. 61337.36
W okresie sprawozd. spłac. na amorty- zację pożycz. Tow. Kred. m. Warsz.	Zł. 1998.68	
Poż. Krajewskiej i Rejnert	„ <u>29333.32</u>	„ <u>31332.—</u>
Pozostaje na 1 st. 1933		Zł. 30005.36
<i>m i a n o w i c i e :</i>		
Krajewskiej Stef.		Zł. 6650.—
Tow. Kred. m. War.		„ <u>23355.36</u>

2) *Legaty i ofiary:*

Pozostało z r. 1932		Zł. 415549.88
Do przeniesienia	Zł. 415549.88	<u>Zł. 30005.36</u>

Z przeniesienia . . . Zł. 415549.88 Zł. 30005.36

W okres. sprawozd.
zapisano:Zebrane ofiary na
na fund. im. Prof
Sawickiego . . .

Zł. 1146.—

Otrzym. spłatę su-
my hipot. (zapis
Wesołowskiego) . . .

„ 8945.89

Zysk na losowaniu i
notow. kursow. . .

„ 313.90 „ 10405.79

Pozostaje na dn. 1
stycznia 1933 r. . .

Zł. 425955.67

m i a n o w i c i e :

Z funduszu Bęcawicza (grobu) . . .	Zł.	100.44
„ „ Bęcawicza (wsparcia) . . .	„	3888.04
„ „ Bezim. dla lek. prow.	„	2178.81
„ „ Boryssowicza	„	833.12
„ „ Chałubińskiego	„	612.43
„ „ H. M. Czekińskiego	„	1445.32
„ „ Iż. Czekińskiego	„	671.62
„ „ Chwieckowskiego	„	26681.63
„ „ Florkiewicza	„	1541.60
„ „ Giellerów	„	43941.—
„ „ Girsztowta	„	—,10
„ „ Gołębiowskiego	„	3087.16
„ „ Grodzkiego	„	7607.34
„ „ Gromadzkiej	„	21620.56
„ „ Halperna	„	3259.68
„ „ Hejmana	„	45.—
„ „ Helbicha	„	1083.54
„ „ Jabłonowsk. na wsp.	„	7778.33
„ „ „ na kons. grobu	„	98.—
„ „ Jaworskiego konkurs	„	200.—
„ „ Karwowskiego	„	735.12
„ „ Krajewskiego	„	38703.—
„ „ Koczorowsk. na wsp.	„	523.70

Do przeniesienia . . . Zł. 166635.54 Zł. 455961.03

Z przeniesienia . . .	Zł. 166635.54	Zł. 455961.03
Z funduszu Kondratowicza . . .	„ 942.20	
„ „ Konica	„ 9027.34	
„ „ Kopcia	„ 3430.81	
„ „ Kopytowskiego	„ 20000.—	
„ „ Lasockiego	„ —.10	
„ „ Lewensterna	„ 1890.—	
„ „ Łoguckiego	„ 3780.64	
„ „ Marcinkiewicza	„ 9258.59	
„ „ Męczkowskiego	„ 1701.22	
„ „ Moczutowskiego	„ —.10	
„ „ Pawiński, na Przegl.	„ 490.12	
„ „ Płaskowsk. na nagr.	„ 1262.53	
„ „ „ na zjazdu	„ 1019.98	
„ „ „ w bilet. premj.	„ —.20	
„ „ Piramowicza	„ 4847.—	
„ „ Rejchmana na k-urs.	„ 2450.58	
„ „ „ dla lek wojsk. p.	„ 2450.58	
„ „ „ na stypendja	„ 2674.64	
„ „ Sawickiego	„ 9795.96	
„ „ Sieragowskich	„ 102304.56	
„ „ Sokołowskich na styp.	„ 2950.68	
„ „ Sokołowskiego na Rudkę	„ 4697.58	
„ „ Sokołowskiego na konkurs	„ —.10	
„ „ Sokołowskiego odczyt	„ —.10	
„ „ Sommera	„ 25000.—	
„ „ Stadnickiej	„ 8800.—	
„ „ Strzyżowskich	„ 3163.97	
„ „ Wesołowskiego	„ 9692.99	
„ „ Wszębora	„ 753.76	
„ „ Zielińskiego	„ 20136.80	
„ „ Żłobikowskich	„ 6797.—	
Łącznie	<u>Zł. 425955.67</u>	

3) Dochody od Legatów i Ofiar:

Pozostało z r. 1931 Zł. 13939.03

W przec. okr. spra-
wozd. wpłynęło:

Do przeniesienia . Zł. 13939.03

Zł. 455961.03

Z przeniesienia	Zł. 13939.03	Zł. 455961.03
Z realizacji kuponów od Poż. Złotej od Poż. Konwers. od L. Z. m. Warsz. L. Z. Ziem. % z domu we Włocławku od sum hipotecz . . .	„ 32244.58	
Z ofiary Dr St. Kop- czyńskiego na fun. Piramowicza . . .	„ 181.96	Zł. 46365.57

Wypłacono:

Dożywocie z zapisu Wesołowskiego . . .	Zł. 3200.—
Styp. z funduszów:	
Chwieckowskiego . . .	„ 3170.—
Florkiewicza . . .	„ 90.—
Gołębiowskiego . . .	„ 125.—
Kopytowskiego . . .	„ 1400.—
Marcinkiewicza . . .	„ 370.—
Rejchmana . . .	„ 150.—
Strzyżowskich . . .	„ 125.—
Stadnickiej . . .	„ 400.—
Sokołowskich . . .	„ 135.—
Złobikowskich . . .	„ 270.—

Nagrody i zapom. konkursowe:

Z fun. Piramowicza . . .	Zł. 400.—
Wsparcia z fund. Ja- błonowskiego . . .	„ 461.90
Przelew % od fund. Kondratowicza do Biblioteki . . .	„ 42.56
Przelew. 10% na ad- ministrację . . .	„ 3003.88
Do przeniesienia . . .	Zł. 13343.34

Zł. 46365.57 Zł. 455961.03

Z przeniesienia . . .	Zł. 13343.34	Zł. 46365.57	Zł. 455961.03
Zwrot fund. własne- mu kosztów praw- nych z fund. Sie- ragowskich, Gro- madzkiej, Sommera	„ 2146.90		
Porady prawne z f. Wesołowskiego . . .	„ 200.—		
Przelew do Kasy Wspar. proc. Bą- cewicza, Jabło- nowskiego, Łoguc- kiego, H. M. Cze- kierskiego, Iz. Cze- kierskiego, Kocz- rowskiej	„ 734.80		
Dożywocie D-rowej Krajewskie	„ 817.90	Zł. 17242.94	
Pozostaje na 1 sty- cznia 193 ² r.			Zł. 29122.63

m i a n o w i c i e :

Bącewicza (grobu)	Zł. 15.90	
Bącewicza (wsparcia)	„ 23.04	
Bezim. dla lek.	„ 293.45	
Boryssowicza	„ 271.84	
Chałubińskiego	„ 179.71	
Czekierskiego Iz.	„ — —	
Czekierskiego H. M.	„ 24.92	
Chwieckowskiego	„ 818.51	
Florkiewicza	„ 59.76	
Giellerów	„ 2757.60	
Gołębiowskiego	„ 4.19	
Grodzkiego	„ 334.50	
Gromadzkiej	„ 364.21	
Halperna	„ 613.68	
Do przeniesienia	Zł. 5761.31	Zł. 485083.66

Z przeniesienia	Zł.	5761.31	Zł.	485083.66
Hejmana	„	15.19		
Helbicha	„	318.—		
Jabłonowskiego na wsparcia	„	1014.02		
Jabłonowskiego na kons. grobu	„	32.—		
Jaworskiego na konkurs	„	61.20		
Karwowskiego	„	239.79		
Koczorowskiej na wsparcia	„	11.37		
Konica	„	1625.04		
Kopytowskiego	„	847.02		
Kopcia	„	619.32		
Lewensterna	„	114.86		
Łoguckiego	„	20.—		
Marcinkiewicza	„	5.38		
Męczkowskiego	„	318.23		
Pawińskiego na Przegląd	„	44.10		
Pląskowskiego na nagrody	„	265.32		
Pląskowskiego na zjazdy	„	296.94		
Rejchmana konkurs	„	439.56		
Rejchmana na stypendja	„	76.79		
Rejchmana dla lek. wojsk pol.	„	441.16		
Sawickiego	„	541.48		
Sieragowskich małż.	„	6600.—		
Sokołowskiego na Rudkę	„	818.12		
Sokołowskiego na styp.	„	—35		
Sommera	„	2403.77		
Stadnickiej	„	161.64		
Strzyżowskich	„	15.44		
Wesołowskiego	„	4313.62		
Wszębora	„	221.18		
Zielińskiego	„	1472.82		
Złobikowskich	„	7.61		
Razem	Zł.	<u>29122.63</u>		
Do przeniesienia			Zł.	485083.66

Z przeniesienia Zł. 485083.66

5) *Fundusz Rezerwowy.*

Pozostałość z r. 1931	Zł.	29152.47	
W ciągu okresu sprawozd. dopisa- no proc. od lokaty dol.	"	2406.92	
		<hr/>	
Pozostaje na dn. 1 stycznia 1933 r.	Zł.		31559.39

6) *Wydatki i dochody z nieruchomości.*

przy ul. Niecałej.

W przeciągu okresu sprawozdawczego:

W p ł y n ę ł o:

Komorne	Zł.	35529.19	
Nabyto 4 i pół proc. L. Z. m. W-wy na amortyzację Poż. wart. nom.	"	1950.—	
		<hr/>	
Razem	Zł.	37479.19	

W y d a t k o w a n o:

Przelew do r-ku własnego	Zł.	13721.81	
Podatki państwowe i komunalne	"	9496.22	
Proc. Krajewskiej i Bankowi Polsk.	"	2113.63	
Rata Tow. Kred. m. Warszawy	"	2748.22	
Świadczenia (światło, woda, Kasa Chorych, wydatki drobne) płaça dozorcy	"	6109.96	
Remont	"	3289.35	
		<hr/>	
Razem	Zł.	37479.10	

7) *Wydatki i dochody z domu 12/13
w Piotrkowie.*

W przeciągu okresu sprawozdawczego::

Wpłynęło: — Komorne Zł. 6801.44

Wydatkowano:

Kasa Wsparcia %	Zł.	332.50	
Stypendja	"	680.14	
10% administracja	"	2785.—	3797.64
		<hr/>	

Pozostaje na dniu 1 stycznia 1933 r.

Do przeniesienia Zł. 3003.80

Zł. 519646.85

Z przeniesienia Zł. 519646.85

8) *Utrzymanie Biblioteki.*

Pozostałość z roku 1931 Zł. 1206.83

W przeciągu okresu sprawozdawczego
wpłynęło:

Przelew budżetowy za rok 1932 . . „ 5000.—

Przelew proc. Kondratowicza . . „ 42.56

Razem Zł. 6249.39

Wydatkowano:

Pisma polskie Zł. 323.75

Książki polskie „ 19.70

Pisma francuskie „ 758.90

Pisma niemieckie „ 2458.40

Książ. nab. od D-rowej

Chomenkowej „ 50.—

Pismo agnielskie „ 85.25

Pismo czeskie „ 36.40

Pismo włoskie „ 91.55

Oprawa książek „ 470.50

Pudła do broszur i

do katalogów „ 67.75

Księga wpływ. i księ-

ga repozytorjalna „ 71.—

Skrzynka drewn. do

kart. alfabetyczn. „ 32.—

Kartki katalogowe

niebieskie „ 108.—

Kraty do okien „ 55.—

Drobne wydatki „ 128.60 Zł. 4756.80

Pozostałość na 1 stycznia 1933 r. Zł. 1492.59

Do przeniesienia Zł. 521139.44

Z przeniesienia Zł. 521139.44

9) *Wydawnictwo Pamiętnika Towarzystwa Lek. i Przeglądu Piśmien. Lek. Pol.*

Pozostało z r. 1931 Zł. 22810.07

W okresie sprawozdaw. wpłynęło:

ze sprzed. broszury

Prof. Paszkiewicza „ 273.60

Z fund. własnego „ 560.— Zł. 23643.67

Wydatkowano:

Druk. broszury Prof.

Paszkiewicza Zł. 1468.13

Druk. Pamiętnika za

r. 1931 i Przeglądu

Piśm. L. za r. 1922 „ 4556.88

Honorarjum redaktorowi i korektor.

„ 600.— Zł. 6625.01

Pozostałość na 1 stycz. r. 1933 Zł. 17018.66

10) *Majątek własny.*

Pozostało z r. 1931 Zł. 487884.30

Mianowicie:

Czysta wart. domu Zł. 147884.30

Wartość Biblioteki „ 300000.—

Wartość ruchomości „ 40000.—

Powyż. wartość pozostaje na dniu 1 stycznia 1933 bez zmiany.

11) *Fundusz konkursowy War. Tow. „Motor“ (Zakł. chem. farmaceutyczne).*

Pozost. z r. 1931 Zł. 2000.—

Pozostałość na dn. 1 stycznia 1933 r. Zł. 2000.—

Do przeniesienia Zł. 1028042.40

Z przeniesienia Zł. 1028042.40

12) *Fundusz na uzupełnienie braków w Bibliotece.*

Pozost. z r. 1931 Zł. 31460.40

W przeciągu okresu sprawozdawczego:

Wpłynęło:

z zamiany rb. 2000

P. T. B. Z. na

4½% L. Z. Wileń. Zł. 2330.—

Za kup. od pap. % „ 1691.17 „ 4021.17

Razem Zł. 35481.57

Zapł. za nab. pisma „ 1525.40

Pozostałość na dn. 1

stycznia 1933 r.

„ 33956.17

m i a n o w i c i e:

W. L. Z. m. Warszawy 4½% Zł. 2533.26

W. L. Z. M. Warszawy 5% „ 7984.12

W. L. Z. Ziem. 4½% „ 1452.—

7% pożycz. Stab. Dol. (Dol. 820) „ 10000.—

W. L. Z. Wil. B. Z. „ 5330.—

W gotowiznie „ 6656.79

Łącznie Zł. 33956.17 j. obok.

13) *Rozbudowa pomieszczeń Bibliotecznych.*

Pozostał. z r. 1931 Zł. 1000.—

Pozostałość na dn. 1

stycznia r. 1933

1000.—

Do przeniesienia Zł. 1062998.57

Z przeniesienia Zł. 1062998.57

14) *Wydawnictwo Historji Stulecia
Towarzystwa Lekarskiego.*Pozostałość z r. 1931 Zł. 2500.—Pozostaje na 1 stycznia r. 1933 bez
zmiany „ 2500.—15) *Bank Polski.*W okresie sprawozdawczym zacią-
nięto w B. Pol. (pod zastaw pap.
% na spłatę pożyczki hipotecznej
obciążającej dom Tow. Lekar. Zł. 30000.—W r. 1932 spłacono na rach. zacią-
gniętej pożyczki „ 6500.—

Pozostaje na 1 stycznia r. 1933 „ 23500.—

16) *Sumy przechodnie.*W przeciągu okresu sprawozdawcze-
go postawiono tymczasowo na ten
rachunek „ 360.—Wogóle Zł. 1089358.57

B I L A N S
Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego
ZA ROK 1932

MAJĄTEK

STAN MAJĄTKOWY TOWARZYSTWA

	Zł.	gr.
1) Kasa	258	—
2) Bank Zachodni (przekazowy)	14.553	98
3) Bank Zachodni (dolarowy) Dol. 4.219.77	37.583	27
4) Bank Handlowy	3.377	—
5) Poczta Kasa Oszczędności	1.043	33
6) Kasetka w Bibliotece	6	90
7) Kasa Banku Państwa w Rosji (rb. 70.39 oszac.)	—	10
8) Wydatki i dochody własne	18.030	04
9) Papiery wartościowe	378.310	99
10) Sumy hipoteczne	67.655	50
11) Nieruchomość przy ul. Niecałej Nr. 614L	220.780	—
12) Biblioteka wartość	300.000	—
13) Ruchomości — wartość	40.000	—
14) Sumy przechodnie	7.759	46
Ogółem	1.089.358	57

Warszawa, dnia 1 marca 1933 roku.

NA DZIEŃ 31 GRUDNIA 1932 r.

ŹRÓDŁA

	Zł.	gr.
1) Długi hipoteczne	30.005	36
2) Legaty i ofiary	425.955	67
3) Dochody od legatów i ofiar	29.122	63
4) Fundusz rezerwowy	31.559	39
5) Majątek własny	487.884	30
6) Utrzymanie Biblioteki	1.492	59
7) Fundusz na uzupełnienie braków w Bibliotece	33.956	17
8) Wydawnictwo Pamiętnika i Przeglądu P. L. P.	17.018	66
9) Fundusz konkursowy Warsz. Tow. „Motor”	2.000	—
10) Rozbudowa Biblioteki	1.000	—
11) Wydaw. Historji „Stulecia” Towarzystwa Lekar.	2.500	—
12) Wyd. i doch. domu w Piotrkowie	3.003	80
13) Bank Polski	23.500	—
14) Sumy przechodnie	360	—
Ogółem	1.089.358	57

SPRAWOZDANIE

Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1932.

Muszę rozpocząć sprawozdanie od smutnego obowiązku podania nazwisk członków Towarzystwa, którzy zmarli w roku sprawozdawczym. Są to: Babiński Leon, Bączkiewicz Jan, Flatau Edward, Gawiński Witold, Goldflam Samuel, Iwanicki Stanisław, Jałowiecki Olgierd, Jankowski Czesław, Monsiorski Zygmunt, Puławski Arkadiusz, Sędziak Jan, Wiśniewski Juljusz i Członkowie honorowi J. Babiński, Chauffard i Lejars.

a) Działalność naukowa.

Pod względem pracy naukowej wywiązało się T-wo Lekarskie Warszawskie ze swego zadania w roku sprawozdawczym doskonale. Posiedzenia naukowo-kliniczne odbywały się wprawdzie wbrew regulaminowi—co tydzień a to ze względu na ogromną obfitość zgłaszanych wykładów. Na każdym posiedzeniu wygłaszano po 3 do 5 wykładów. Charakter ich w porównaniu do wygłaszanych przed kilku lub kilkunastu laty zmienił się zasadniczo. Zamiast streszczeń zbiorowych, do których dodawano kilka a nieraz i jedno spostrzeżenie własne, zamiast przeżuwania tego co powiedział lub zrobił jakiś autor zagraniczny wygłaszano prace po większej części oryginalne o charakterze istotnie naukowym, oparte na dociekaniach własnych, częstokroć o poziomie nader wysokim. Pozwala to żywić nadzieję, że zaczyna stwarzać się samoistna nauka lekarska polska.

Nie dziw tedy, że posiedzenia takie wzbudzały żywe zainteresowanie wśród ogółu lekarzy, że przybywali na posiedzenia bardzo licznie i to nie tylko członkowie Towarzystwa, lecz liczne rzesze lekarzy poza Towarzystwem w charakterze gości, nieraz tak licznie, że brakło miejsca w sali posiedzeń. Siła przyciągająca Towarzystwa, jego powaga wzrastała coraz bardziej, życie naukowe kipiało.

To tak wybitne ożywienie się życia Towarzystwa nie jest czemś przypadkowym, przygodnym, owszem — jest wynikiem ciągłych niezmordowanych zabiegów Prezesa Towarzystwa Profesora Witolda Orłowskiego, za co należą Mu się od Towarzystwa wyrazy wysokiego zasłużonego uznania.

b) Zapisy i fundacje.

Jak to podał w swem sprawozdaniu za rok 1931 Sekretarz Stały ś. p. Dr. Leon Babiński, sprawa fundacji ś. p. Pawła i Bronisławy Sie-ragowskich została ostatecznie uregulowana, dzięki temu Towarzy-stwo rozporządza od lipca r. b. nagrodą konkursową im.: ś. p. Sie-ragowskich w wysokości około 7.000 zł.

Po dojściu sumy na fundację im. ś. p. Profesora Bronisława Sa-wickiego do 8.170.— zł. Zarząd Towarzystwa poczynił kroki u odpo-wiednich władz o zalegalizowaniu fundacji — postępowanie to jest już na ukończeniu.

Towarzystwo otrzymało zapis ś. p. D-ra Jana Sędziaka z dnia 22 czerwca roku 1931. Obejmuje on place nad morzem polskiem prze-strzeni około 7.500 mtr. kw., które w odpowiednim czasie mają być sprzedane. Uzyskana suma ma być umieszczona bądź na hipotece, bądź w pewnych papierach procentowych. Odsetki od sumy mają być prze-znaczone na cele następujące:

1) $\frac{1}{3}$ na kasę wdów i sierot po lekarzach polakach wyznania rzymsko-katolickiego, sumy odpowiednie 300—500 zł. mają być wy-płacane corocznie w dniu imienin żony testatora 8 grudnia.

2) $\frac{1}{3}$ na stypendja dla niezamożnych studentów wydziału le-karskiego. Stypendja w wysokości 500—1.000 zł. mają być wypłacane 24 czerwca w dniu imienin testatora.

3) Pozostała $\frac{1}{3}$ na nagrody za najlepsze prace a) z dziedziny anatomji patologicznej i fizjologii oraz z dziedziny oto-laryngologii, b) za najlepsze odczyty wygłaszane przez młodszych lekarzy. Pozatem zapis obejmuje wszystkie książki treści lekarskiej oraz jedną z szaf bibliotecznych.

Co się tyczy wreszcie zapisy ś. p. D-ra Wacława Wesołowskiego, to mocno powikłane stosunki Towarzystwa do współsukcesorów zo-stały częściowo uregulowane, w każdym razie ostateczne uregulowa-nie stosunków jeszcze nie nastąpiło. Zwłaszcza natrafiają one na znaczne przeszkody ze strony głównej legatarjuszki a jednocześnie dożywotniczki $\frac{2}{3}$ części dochodu. Regulowanie stosunków znajduje się w toku. Dotychczas zostały spłacone Towarzystwu sumy hipoteczne w wysokości 8.945.— zł. za które nabyto 8% pożyczkę dillonowską (1.500 dol.).

c) Sprawy ustroju Towarzystwa.

Wskutek zmienionych warunków bytowania naszego Towarzy-stwa, które ma przecież już 112 lat istnienia, sprawa zmiany i uzupeł-nienia statutu Towarzystwa oraz regulaminu zaczęła odczuwać się

śród członków od szeregu lat. To też nasz Prezes podjął się przed paru laty wygotowania projektu nowego statutu. Z ogromnym nakładem pracy doprowadził dzieło do końca i przekazał projekt do wspólnego rozważenia Komitetowi, wyłonionemu przez Zarząd Towarzystwa, z pośród członków Zarządu. Komitet odbył 11 posiedzeń, niektóre ze współudziałem prawnika. Po ustaleniu redakcji projekt został wręczony do oceny członkom Zarządu, który poświęcił na to szereg posiedzeń. Po ukończeniu tej pracy w początkach października, projekt statutu został wydrukowany i rozesłany członkom Towarzystwa. Na posiedzeniu nadzwyczajnym, zwołanem specjalnie dla rozważenia względnie — przyjęcia nowego statutu w dniu 18 października 1932, po rozległej nader ożywionej dyskusji, kilku członków zgłosiło wnioski o nieistnieniu potrzeby zmiany statutu. Głosowanie wykazało, że większość członków obecnych na posiedzeniu wypowiedziało się na korzyść wniosku. Wobec tego projekt nowego statutu, opracowany z tak dużym nakładem pracy, został złożony do archiwum Towarzystwa.

d) Wydawnictwa.

Jak widać ze sprawozdania zeszłorocznego, Zarząd Towarzystwa wydał w zeszłym roku 1 tom Historji Stulecia Towarzystwa Lekarskiego, który obejmuje pierwsze 50 lat jego istnienia, druga zaś część Historji miała być poddana ponownemu opracowaniu na podstawie materiału, zebranego z niesłychaną troskliwością przez ś. p. Bielińskiego, Zarząd zwrócił się w tej sprawie do Pana Docenta Ludwika Zembrzuskiego, zapytując, czy nie zechciałby podjąć się tego opracowania, i otrzymał odpowiedź, że Pan Docent Zembrzuski jest obecnie mocno zajęty opracowaniem rozprawy na zjazd międzynarodowy historyków medycyny, który odbędzie się w roku przyszłym w Warszawie, że zabiera mu to bardzo dużo czasu. Dopiero po zjeździe będzie mógł rozejrzeć się w odnośnym materiale i wtedy da ostateczną odpowiedź.

Co się tyczy wydawnictw, które stale obowiązują Towarzystwo, to w okresie sprawozdawczym został wydany Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego za rok 1931 oraz Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego za rok 1922.

Pozatem nakładem Towarzystwa została wydana monografia Profesora Ludwika Paszkiewicza zatytułowana: „Powstawanie i rozwój gruźlicy płuc ze stanowiska anatomo-patologicznego.

e) *Stypendja i nagrody za prace naukowe.*

W roku sprawozdawczym przyznano stypendja:

z funduszu Wł. Florkiewicza i M. Rejchmana.	zł. 240.—
z funduszu Ignacego Gołębiowskiego	zł. 125.—
z funduszu Wł. Kopytowskiego	zł. 1400.—
z funduszu im. Strzyżowskich	zł. 120.—
z funduszu Marji Stadnickiej	zł. 400.—
z funduszu K. Marcinkiewicza	zł. 370.—
z funduszu im Koczorowskiego	zł. 3700.—
z funduszu Kasy Wsparcia im. Prof. Kosińskiego	400.—

łącznie zł. 6.755.—. Pozatem Tow. Lekarskie, jako władza zwierzchnicza funduszu wieczystego z zapisu Józefa Chwiećkowskiego, zatwierdziło wypłacenie na zapomogi i stypendja z tego funduszu łącznie 3.170 zł.

Nagrody konkursowe dotychczas nie są jeszcze przyznane. Prace, nadesłane na ogłoszone konkursy, są bardzo liczne.

f) *Sprawy gospodarcze.*

Położenie gospodarcze naszego Towarzystwa uległo w porównaniu do położenia zeszłorocznego pewnemu polepszeniu. Lokal sklepowy, który od dwóch lat stał pustkami po wyprowadzeniu się z niego firmy Natavis, udało się po bardzo usilnych zabiegach wynająć Syndykatomu Emigracyjnemu za cenę 21.000.— zł. rocznie, od dnia 1 lipca roku 1932. Wypadło przytem ze sporym kosztem doprowadzić lokal ten do stanu używalności, był on bowiem mocno zniszczony przez poprzedniego lokatora.

Ponieważ firma Natavis wyprowadzając się od nas, pozostała dłużna Towarzystwu 31.000.— zł., przeto wytoczono firmie proces sądowy, który wygrano. Na zasadzie układu firmy Natavis, zawartego z wierzycielami dnia 14 listopada r. 1932, a zatwierdzonego przez Sąd Okręgowy dnia 2 grudnia r. 1932, należność Towarzystwa na dzień 22 grudnia 1931 r. wraz z procentami została ustalona na 35.093.— zł. Firma Natavis sumę powyższą po zredukowaniu jej na 70% zobowiązała się spłacić bez procentu w 5 ratach.

3 czerwca 1933 roku	10%
3 grudnia 1933 roku	10%
3 marca 1934 roku	15%
3 czerwca 1934 roku	15%
3 grudnia 1934 roku	20%

Co się tyczy składek członków, które, jak Szanowni Koledzy pamiętają w r. ubiegłym zostały obniżone do 40 zł. rocznie, wobec nadzwyczaj ciężkiego położenia materialnego ogółu lekarzy i ta składka, jak pokazuje doświadczenie z jej wpłacaniem, jest już dziś zaduża. Dlatego Zarząd Towarzystwa uznaje za konieczne zgłosić i w tym roku wniosek o obniżenie składki członkowskiej na rok 1933 do wysokości 25 zł. Tem bardziej popiera Zarząd ten wniosek, że obniżenie składki umożliwi wstępowanie do Towarzystwa młodszym lekarzom, co jest jaknajbardziej pożądane. Jak Szanowni Koledzy zobaczą z podanego preliminarza budżetowego, obniżenie składki nie godzi w interesy materialne Towarzystwa.

g) Widoki na przyszłość.

Sytuacja ekonomiczna ogólnoswiatowa doby obecnej, a zatem i nasza, która jak dotychczas stale pogarsza się i niema możności przewidzieć, kiedy nastąpi jej kres ostateczny, kiedy nareszcie zarysuje się zwrot ku lepszemu, nie pozwala oczywiście na robienie jakichkolwiek realnych przewidywań na przyszłość. Jedynie okoliczność, żeśmy zdołali przetrwać pomyślnie najcięższe warunki lat niedawno minionych, że Towarzystwo nasze dało dowody niezwyklej żywotności, pozwala mieć niezłomną wiarę, że i obecnie nadzwyczaj ciężkie chwile będą przez Towarzystwo pomyślnie przezwyciężone.

Sprawczdanie Bibliotekarza za rok 1932.

W końcu roku 1931 znajdowało się w Bibliotece skatalogowanych:

1) Dzieł, pism, broszur i odbić oddzielnych	54076
2) Foljantów	524
3) Dzieł w szafie Placzkowskiego	117
4) Dzieł księgozbioru Krajewskiego i Karczewskiego	2767
5) Dzieł i pism z daru T-wa Lekarskiego Polsko-Francuskiego	111
6) Słowników	77
7) Rękopisów	186

W r. 1932 do katalogu przybyło:

1) Dzieł, pism, broszur i odbić oddzielnych	1980
2) Słowników	8
a więc w końcu r. 1932 znajdowało się w Bibliotece skatalogowan.:	
1) Dzieł, pism, broszur i odbić oddzielnych	56056
2) Foljantów	524

3) Dzieł w szafie Placzkowskiego	117
4) Dzieł księgozbioru Krajewskiego i Karczewskiego . . .	2767
5) Dzieł i pism z daru T-wa Lekarskiego Polsko-Francuskiego	111
6) Słowników	85
7) Rękopisów	186

Prócz tego Biblioteka posiada:

Medali 22, plakietki 1, dyplomów, oddzielnych fotogramów, klisz, grawiur, grup fotograficznych, znaków zjazdowych i pamiątkowych 130. W r. 1932 do tych zbiorów przybyło z daru profesorowej Sawickiej: 2 grupy fotograficzne i fotogram - portret Matlakowskiego w ramie; od ks. prałata Bączkiewicza fotogram ś. p. Dra Bączkiewicza, od Dra L. Zembrzuskiego portret drzeworytowy Bergonzoni ego, od Dra Tadeusza Kurelli znaczny zbiór recept kliniki terepeutycznej i chirurgicznej Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego z 1820 r. Prócz tego otrzymano w darze portrety-fotogramy ś. p. Kolegów: Grosterna, St. Markiewicza, Mayzla i Cybulskiego, które wywieszono na ścianach sal bibliotecznych.

W roku 1932 do Księgi Wpływów wpisano tytułów 3076.

W roku bieżącym Biblioteka nabyła dzieła i pisma następujące:

Nauka Polska t. XVI. 1932.

Prof. N i t s c h. Bakterjologia. Cz. II. w 2-gim wydaniu i dokończenie części III-ciej.

Od Drowej E. Chomenkowej z księgozbioru Jej męża ś. p. Dra Konstantego Chomenki 8 dzieł z dziedziny chorób skórnych i wenerycznych.

V i r c h o w's Archiv tomy: 282 z. 3, 283, 284, 285 i 286.

Z e n t r a b l a t t f. Chirurgie, rocznik 1931.

E n d o k r i n o l o g i e, tomy: 7, 8, 9, 10, 11 (1930—1932).

J a h r e s b e r i c h t „Chirurgie“ za rok 1930-ty.

Prócz tego z oddzielnego funduszu, przeznaczonego na dopełnienie braków w pismach lekarskich z czasów wojny i powojennych nabyto:

M ü n c h e n e r m e d. W o c h e n s c h r i f t, rocznik 1918 i następne aż do roku 1929 włącznie, razem 12 roczników.

K l i n i s c h e W o c h e n s c h r i f t—oddzielne zesz. z lat 1922 i 1925.

D e u t s c h e M e d i z i n i s c h e W o c h e n s c h r i f t — oddzielne zeszyty z r. 1920.

B r u n s B e i t r ä g e z u r k l i n i s c h e n C h i r u r g i e od tomu 92 do 130 włącznie i od t. 139 do 156 włącznie, razem tomów 57.

W ostatnich dniach Biblioteka nabyła jako dopełnienie:

Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie — tomów 47 i Supplementów 8.

Po zmarłych Kolegach Biblioteka otrzymała w puściznie następujące księgozbiory: Drowa Władysława Macieszyna i p. Inż. Stefan Maciesza z księgozbioru ś. p. Dra Adolfa Macieszy ofiarowali 200 dzieł i pism lekarskich. Drowa Jadwiga Wilzowa z książek męża swego, ś. p. Dra Adama Wilza, długoletniego członka Towarzystwa — dzieł 163. Od Profesorowej Przewoskiej otrzymano 7 dzieł z księgozbioru ś. p. Prof. Edwarda Przewoskiego i od Drowej Peszkowej z książek Dra Józefa Peszkego, zasłużonego Bibliotekarza Towarzystwa — dzieł 8. Pani Zofja Pułjanowska oddała na własność Towarzystwu z księgozbioru ojca wego, ś. p. Dra Bohdana Pułjanowkiego dzieł 190 treści lekarskiej, przeważnie rosyjskich. Drowa Marja Sędziakowa, spełniając wolę swego męża, ś. p. Dra Jana Sędziaka, długoletniego członka Towarzystwa, ofiarowała dla Biblioteki cenny księgozbiór dzieł przeważnie z dziedziny chorób krtani, gardła, nosa i uszu w pokaźnej liczbie 886 tytułów.

Wreszcie z wdzięcznością wspomnieć trzeba, że Profesorowa Stanisława Sawicka, prócz już wymienionej w sprawozdaniu z r. 1931 ofiary 935 dzieł i pism lekarskich z księgozbioru ś. p. Prof. Bronisława Sawickiego odą jeszcze w roku bieżącym dzieł i pism lekarskich 255, razem więc dar po ś. p. Profesorze Sawickim dosięgnął liczby 1190-ciu tytułów. Zbiór ten cennych dzieł z dziedziny chirurgii zarówno teoretycznej, jak i operacyjnej świadczyć zawsze będzie o gorącym przywiązaniu nieodżałowanego Kolegi do Towarzystwa naszego.

Następujący koledzy złożyli w darze T-wu pokaźną liczbę książek, pism i broszur lekarskich, mianowicie: Prof. Gluziński ofiarował 220 tytułów, Szumlański 195, Kruszówna z książek, pozostałych po ś. p. Drce Helenie Tarczyńskiej — 91, Ławrynowicz — 70, Zwejgbaum — 47, Przyborowski — 15, Zembrzuski — 5, Siedlecka — 4, Sławiński — 4, Stefanowski — 4, Mutermilch Stan. — 3, Babiński — 3, Chodkowski — 2, oraz Koledzy: Białokur Higier H., Frank, Landau Anastazy, Orłowski W., Siedlecki, Wertheim i Wojnicz po 1-j.

Prócz tego profesorowa Hornowska ofiarowała 2 dzieła i panna Neugebauerówna — 1.

Biblioteka Stowrżyszenia Lekarzy Polskich oddała Bibliotece ze swych zbiorów 421 tytułów (wzamian za pisma lekarskie z dubletów naszej Biblioteki).

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej zasiłło Bibliotekę 3-ma pismami zagranicznymi.

Następujące Instytucje naukowe i społeczne złożyły w darze swe sprawozdania i wydawnictwa:

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka, Izba Lekarska Lwowska, Białostocki Związek Zakładów Psychiatrycznych, Zakład Medycyny Sądowej Uniwer. Warszawskiego, Zakład Anatomji Patologicznej Uniw. Warsz., Zakład Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego, Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, Koło Dermatologów przy szpitalu Ś-go Łazarza, Centrum Wyszoklenia Sanitarnego—Oddział Radiologiczny, Główny Urząd Statystyczny, Wydział Statystyczny Miejski, Pogotowie Ratunkowe, Polski Czerwony Krzyż, Towarzystwo Kolonji Letnich, Związek Bibliofilów Polskich, Związek Przeciwgruźliczy, Polskie Towarzystwo Balneologiczne, Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa, L'Union Internationale contre la Tuberculose, Instytut Anatomiczny ces. Uniwersytetu w Kyoto (Japonja) (3-ci oddział prof. Seigo Funaoka). Wydział Lekarski Uniwersytetu Cesarzowskiego Kyushu w Fukuoka (Japonja). Wsiekraińska Akademia Nauk: Prirodniczo-technicznej Widdiń. Kyiv.

Własne prace nadesłali Koledzy:

A. (1), Arciszewki, Kopaczewski, Rosnowski (1). Arnaudi, Kopaczewski, Rosnowski (1), Biehlerowa M. (1), Biehlerówna (1), Białokur (5), Biro (3), Birzowski (2), Bukowska i Odrzywolski (1), Cieszyński (17), Cieszyński i Gileczek - Hacowa (1), Czajkowski (14), Elwicz (1), Flatau i Zylberlast (Zandowa) (1), Frank (1), Grzybowski (1), Grzywo-Dąbrowska (1), Grzywo-Dąbrowski (6), Grott i Petrynowski (1), Goldbaum (2), Hacowa (1), Higier H. (6), Hrom i Rosnowski (1), Hryniewski (1), Juraszyński (1), Kostarczyk i Rosnowski (1), Kopczyński i Zandowa (1), Korczyński prof. (3), Krzyształowicz prof. i Grzybowski (1), Kramsztyk Stefan (29), Kramsztyk i Pietkiewicz (1). Kramsztyk i Bołdok (1), Kramer (1), Kruszówna, Ligęza i Trzaskaczówna (1), Kotarska - Dettloff i Moczarski (1), Lilpop (3), Lilpop i Czubalski (1), Litwin i Religioni (1), Ławrynowiczowa i Mironowiczowa (1), Ławrynowicz (10), Ławrynowicz i Melanowski (2), Ławrynowicz i Piotrowski (1), Ławrynowicz i Wilczkowski (1), Łyskawiński (1), Manson (1), Marynowska, Muraszko i Borowska (1), Melanowski (2), Mikułowski (14), Niedzielski (1), Orłowski prof. (7), Rosnowski (13), Rosnowski i Marczewski (2), Rudzki Stefan (2), Regmunt Sobieszkański (4), Sterling - Okuniewski i Rosnowski (2), Szumowski (3), Stępień i Grzybowski (1), Szymanowski i Zandowa (2), Szernajch (4), Stankiewicz Z. (3), Stankiewicz Z. i Łysakowski (1), Serkowski (1), Semerau-Siemianowski i Cieszyński (1), Walc (4), Woyno (1), Zeyfert (3), Zeyland (1), Zandowa (35), Zandowa i Mackiewicz (1), Zwegbaum (2), Zawadowski (5), Zembruski (5), Żabczyński (1).

Prócz tego panowie: Dyrektor Komunalnej Kasy Oszczedn. Inż. Technolog Bolesław Chomicz, p. Gembarzewski i bibliotekarz Gutry ofiarowali po 1 pracy, p. Kierownik pracowni chemiczno-pakterjologicznej Okręgowej Dyrekcji Kolei Państwowej Stryjecki—8.

Pisma.

W roku 1932 Towarzystwo Lekarskie Warszawskie prenumerowało pism lekarskich *polskich* 13, a mianowicie: Archiwum Historji i Filozofji Medycyny, Gastrologja Polska, Gruźlica, Lekarz Polski, Medycyna, Medycyna Doświadczalna i Społeczna, Medycyna Praktyczna, Nowiny Lekarskie, Nowiny Społeczno-Lekarskie, Polska Gazeta Lekarska, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, Polski Przegląd Chirurgiczny, Wychowanie Fizyczne; *francuskich* 18, a mianowicie: Annales de l'Institut Pasteur, Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, Annales de Médecine, Archives de Médecine des Enfants, Archives d'Ophthalmologie, Archives des Meladies de l'Appareil Digestif et des Meladies de la Nutrition. Bulletin de l'Academie de Médecine, Bulletin de l'Institut Pasteur, Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Gynécologie et Obstétrique, Journal de Chirurgie, Le Journal Médical Français, Journal d'Urologie médical et chirurgiecal, La Presse Médicale, Revue d'Hygiène et de Médecine préventive, Revue Neurologique, Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur; *niemickich* 13, a mianowicie: Brun's, Beiträge zur klinischen Chirurgie, Deutsche Medizinische Wochenschrift, Endokrinologie, Zentralblatt für das Gebiet der Inneren Sekretion und Konstitutionsforschung, Klinische Wochenschrift, Medizinische Klinik, Münchener medizinische Wochenschrift, Therapie der Genenwart, Virchow's Archiv, Wiener Archiv f. Innere Medizin, Wiener klinische Wochenschrift, Zentralblatt f. Chirurgie, Zentralblatt f. Gynäkologie, Zentralblatt f. d. gesamte Tuberculoseforschung; *w innych językach* 3, a mianowicie: Časopis Lekařu Českých, Il Policlinico, The Lancet. Razem prenumerowano pism 47.

Bezpłatnie (wymienne) Towarzystwo otrzymało od redakcyj, instytucyj polskich i członków Towarzystwa następujące *pisma polskie*: Biologja Lekarska, Chirurgja Narządów Ruchu i Ortopedja Polska, Czasopismo Sądowo-Lekarskie, Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Ginekologja Polska, Klinika Oczna, Kronika Dentystyczna, Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie, Lekarz Homeopata, Lekarz Kolejowy, Lekarz Wojskowy, Lekarz Tybetański, Medycyna Lotnicza w Polsce (dar prof. Zembrzuskiego), Nowiny Psychja-

tryczne, Nowotwory i Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka, Pamiętnik Szpitala św. Łazarza, Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, Patologja, Pedjatrja Polska, Polskie Archiwum Psychologii, Polski Przegląd Medycyny Lotniczej, Przegląd Radjologiczny, Przegląd Dentystyczny, Przegląd Dermatologiczny, Przegląd Felczerski, Przegląd Terapeutyczny, Przegląd Trachomatologii, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, Przegląd Zdrojowo - Kąpielowy, Rocznik Psychjatryczny, Therapia Nova, Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Wiadomości Farmaceutyczne, Wiadomości Kas Chorych, Wiadomości Statystyczne, Wiadomości Terapeutyczne, Wiadomości Lekarskie, Wiedza Lekarska, Zagadnienia Rasy, Zdrowie, Życie Dziecka, Polskie Monografie i Wykłady kliniczne z dziedziny Pedjatrji — *razem 43*; pism w języku *francuskim* otrzymało w darze 10, mianowicie: Annales d'Anatomie Pathologique, Les Annales d'Oto-Laryngologie, Archives des Maladies du Coeur des Vaisseaux et du Sang, Archives de Médecine et de Pharmacie, Archives Médicale Belge, Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris, Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, Le Monde Médical, Paris Médical; nadto otrzymało w *innych językach*: Arbeiten aus der dritten Abteilung des Anatomischen Institutes der Kaiserlichen Universität Kyoto, Bolletino et Memorie della Societa Piemontese di Chirurgie (dar dra Wertheima), Bratislavske Listy, The Bulletin Polish Medical and Dental Association of America, Fukuoka Acta Medica, Glasilo Zdravniške zbornice za dravsko banovino, The Journal of the American Medical Association, The Journal of Organotherapy, Liječnički Vjesnik z dodatkiem Glasnik, Praktický Lékař, Rinascenza Media (dar dra W. Grotta), Żurnal Miedzicznowo Cikłu.

Wszystkim ofiarodawcom, wymienionym w niniejszym sprawozdaniu, składa Towarzystwo najserdeczniejsze podziękowanie.

Ruch w Bibliotece:

Wypożyczono:

Dzieł i broszur	168 (w r. 1931 — 87)
Roczników i oddzielnych n-rów pism . .	182 („ „ 1931 — 133)
Razem	350 (w r. 1931 — 220)

Zwrócono:

Dzieł i broszur	132 (w r. 1931 — 91)
Roczników i oddzielnych n-rów pism . .	190 („ „ 1931 — 143)
Razem	322 (w r. 1931 — 234)

Ruch w Czytelni:

Z czytelni Towarzystwa korzystało w roku bieżącym:

Członków	655 (z tego wieczorem 116)
Gości	1778 („ „ „ 578)
	<hr/>
Razem	2443 (z tego wieczorem 694)
w roku 1931	1930 („ „ „ 462)

Dublety:

Pozostało w roku 1931	2508
Przybyło w roku 1931	1074
	<hr/>
Razem.	3582
Oddano w roku 1932	168
	<hr/>
Pozostaje na rok 1933	3414

Z dubletów oddano:

1) Bibliotece Stowarzyszenia Polskich Lekarzy i Dentystów w Chicago	96
2) Bibliotece Oddziału II Chirurgicznego szpitala Przemieniania Pańskiego	46
3) Bibliotece Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego	9
4) Bibliotece Stowarzyszenia Lekarzy Polskich	6
5) Drowi Melanowskiemu.	6
6) Drowi Dydyńskiemu.	2
7) Prof. Janiszewskiemu	2
8) Drowi Higierowi H.	1
	<hr/>
Razem	168

W roku sprawozdawczym oprócz prac bieżących (registrowania i katalogowania przybywającego materiału bibliotecznego), zajęto się ostatecznym uporządkiem biblioteki im. Konica i skatalogowaniem biblioteki Krajewskiego i Karczewskiego, włączając ją do ogólnego katalogu kartkowego (zarówno alfabetycznego, jak i słownikowego). Katalog słownikowy broszur i odbić oddzielnych doprowadzono do litery K (włącznie).

Zakończyć muszę to sprawozdanie smutną niestety, alarmującą wprost wieścią, że niezadługo, bo za parę zaledwie miesięcy, w obecnym lokalu Towarzystwa zabraknie zupełnie miejsca na Bibliotekę. Obecnie książki mieszczą się już we wszystkich izbach lokalu 1-go

i 2-go piętra, ba, nawet w przedpokojach i przejściach między izbami; zajęto też dwa pokoje z przedpokojem na parterze, zajęto już piwnicę i strych na pomieszczenie dubletów; książki leżą też w znacznej liczbie na podłodze lokalu drugiego piętra. Niezadługo i tego pomieszczenia zabraknie. A wtedy? Wtedy nie pozostanie nic innego, jak tylko z konieczności wstrzymać na czas pewien dopływ książek, bo szaf bibliotecznych z braku miejsca nie będzie gdzie stawiać, a na podłodze już książek kłaść więcej nie można, nadmierne bowiem obciążenie zagraża niebezpieczeństwem zawalenia się kruchych ze starości podłóg i stropów lokalu. Itak cud wielki, że lewa i poprzeczna oficyna, nie przeznaczone pierwotnie wcale na pomieszczenie Biblioteki, wytrzymują dotąd ciężar tak olbrzymiego księgozbioru. Budowniczo, zapraszani różnemi czasy do skontrolowania bezpieczeństwa lokalu, wyrażali się bardzo ostrożnie o jego wytrzymałości i udzielili kilku rad fachowych do których skwapliwie się zastosowaliśmy. To są jednak paljatywy, do czasu tylko skuteczne.

Trzeba więc stanowczo dołożyć usilnych starań, aby z jednej strony brakowi miejsca dla Biblioteki, a z drugiej nadmiernemu jej obciążeniu — choćby prowizorycznie, jak można najprędzej zaradzić.

Wobec tego nie pozostaje nam na razie nic innego, jak tylko jeden z lokali prywatnych, mieszczących się w oficynach domu Towarzystwa, zająć na pomieszczenie Biblioteki. Lokali tych jest 6, wszystkie są obecnie zajęte przez lokatorów prywatnych.

Powiedziałem wyżej, że zarządzenie na razie brakowi miejsca w Bibliotece przez dobranie lokalu będzie tylko środkiem prowizorycznym i dlatego trzeba mieć niepełną nadzieję, że w niedalekiej już przyszłości dojrzeje w Towarzystwie niezłomne przekonanie o potrzebie wybudowania na terenie Towarzystwa na miejscu jednej z oficyn oddzielnego gmachu bibliotecznego według wzorów nowoczesnych na użytek polskiej nauki lekarskiej i ku chwale Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Bibliotekarz; *Zweygbaum.*

Sprawozdanie Sekretarza Dorocznego Tow. Lek. Warsz. za rok 1932.

W roku sprawozdawczym zaznaczył się dalszy wzrost działalności naukowej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Zebrania.

Na zebrania naukowe zajęto wszystkie wtorki (poza ferjami i świętami). Ruch naukowy w Towarzystwie przed wakacjami skoń-

czył się o tydzień później, a zaczął po wakacjach o 2 tygodnie wcześniej niż w roku ubiegłym. Ogółem obradowano 32 dni. Odbyło się posiedzeń naukowych 27, naukowo-wyborczych i administracyjnych 3, akademii dla uczczenia zmarłych członków 4 oraz jedno nadzwyczajne Walne Zebranie. Obradowano ogółem godzin 85 minut 20, przeciętnie wypada na 1 dzień obrad 2 godz. 40 minut.

Ogólna liczba uczestników obrad 3495, w tem członków 1862, gości 1633. Największa liczba uczestników na zebraniu — 177, w tem członków — 90, gości 87. Najmniejsza liczba uczestników na zebraniu 36, w tem członków 23, gości 13. Przeciętna liczba uczestników na zebraniu 84, członków 44, gości 40.

1. 8.XI. osób obecnych 177, w tem członków 90, gości 87.

Porządek obrad: Loth E. Przypadek niezwykłego zniekształcenia klatki piersiowej.

Rutkowski J. Symptomatologia w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Filiński Wł. Próby leczenia gruźlicy zarazkiem duru brzuszego.

Przemyski F. Bakteriologia zapaleń płuc. (Odczyt nie odbył się z powodu spóźnionej pory).

2. 31.V. obecnych osób 156, w tem członków — 101, gości — 55.

Porządek obrad:

Prof. Regaud. Developpement et perspectives techniques actuelles de la curietherapie pour le traitement des tumeurs malignes.

Nadzwyczajne Walne Zebranie: a) Sprawa zapisu ś. p. D-ra Jana Sędziaka, b) sprawa funduszu stypendjalnego im. ś. p. Prof. D-ra Br. Sawickiego, c) Wybór p. Marji Skłodowskiej-Curie na członka honorowego Towarzystwa, d) Wybór Sekretarza Stałego.

3. Nadzwyczajne Zebranie Walne z dnia 18.X.1932 r., obecnych członków — 156.

4. 26.IV. obecnych osób — 152, w tem członków — 66, gości — 91.

Porządek obrad:

Landau A. i Kaminer St. O leczeniu ropnych schorzeń płuc dożylnymi wstrzykiwaniami alkoholu.

Higier St. Znaczenie układu wegetatywnego i jego badania w medycynie praktycznej.

Ogółem zebrań z liczbą powyżej 100 osób odbyło się 18.

Odczyty.

Liczba zgłoszonych odczytów 113 (w tem 11 pokazów poza porządkiem obrad.

Pozostało z roku 1931..... 33.

Wygłoszono w roku 1932... 103 (przeciętnie na jeden dzień wypadła 3,18), w tem 30 pokazów dotyczących, 39 przypadków).

Pozostaje na rok 1933... 45.

Ogólna liczba prelegentów 123, w tem członków — 82, gości 41 (osób 79, członków 46, gości 33).

Członkowie wygłoszili odczytów 68 (66%), gości 25 (24,27%) wspólnych — 10 (9,73%). Prelegenci z Uniwersytetu Warszawskiego (profesorowie, docenci, adjunkci, asystenci i hospitananci) wygłoszili odczytów 68 (56%).

W rozprawach wygłoszono ogółem 261 przemówień: członkowie 222, goście 39. Brało udział w rozprawach osób 107: członków 77, gości 30.

Wygłoszono odczytów:

z medycyny wewnętrznej	29
z chirurgji	11
z chorób dzieci	9
z anatomji patologicznej.	7
z mikrobiologii, serologii i immunologii	5
z radiologii	5
z neurologji	5
z dermatologii	4
z okulistyki	4
z patologji ogólnej	3
z historii medycyny.	2
z medycyny sądowej	1
z higieny	1
z anatomji opisowej	1
z chorób zwierząt	1
przemówień na akademjach	12
sprawozdań ze zjazdów	3
o uzdrowiskach	1

Podział odczytów według instytucyj:

2	Klinika Chosób Wewnętrznych Uniwer. Warsz	16
2	„ Chirurgiczna	9
	(w tem 3 wspólnie z 1 Kliniką Chor. Wewn.)	

1	Klinika Chor. Wewnętrznych Uniw. Warszawsk.	4
	(w tem 3 wspólnie z 2. Klin. Chir. U. Warsz.)	
1	„ Chirurgiczna Uniw. Warszawskiego . . .	1
	Klinika Oczna Uniw. Warszawskiego	4
	„ Chorób Dziecięcych Uniw. Warszawskiego	4
	Klinika Dermatologiczna Uniw. Warszawskiego . . .	2
	(w tem 1 wspólnie z Klin. Neurolog.)	
	„ Neurologiczna	4
	(w tem 1 wspólnie z Klin. Dermatol.)	
	Zakład Anatomji Patologicznej	5
	(w tem 3 wspólnie z Prosektorjum szpit. św. Stan.)	
	„ Anatomji Opisowej	2
	„ Historji Medycyny	2
	„ Patologii Ogólnej	2
	„ Mikrobiologii i Serologii	1
	„ Higjeny	1
	„ Medycyny Sądowej	1
2.	Instytut Radjolog. Uniw. Warszawskiego . . .	1
	Państwowy Zakład Higjeny	3
	(w tem 1 wspólnie ze Szpit. św. Stanisława)	
	Centrum Wyszkozenia Sanitar. (lekarze wojsk.) . .	6
	Szpital św. Stanisława	14
	(w tem 3 wspólnie z Zakładem Anatomji Patol. U.	
	W.) i 1 wspólnie z Państw. Zakładem Higjeny).	
	„ im. Karola i Marji	4
	„ św. Ducha	4
	„ Wolski	4
	„ Dzieciątka Jezus	3
	„ Starczakonych na Czystem	1

Podział odczytów według prelegentów:

Członkowie:

po 7 odczytów:

1. Rutkowski J. (współ. z Kalinowskim R. i 1 z Jaroszyńskim W.)

po 5 odczytów:

1. Filiński Wł.

po 4 odczyty:

1. Mikułowski Wł.

po 3 odczyty:

1. Chodkowski K. (wspólnie z Franio Zofją).

2. Misiewicz J. (1 wspólnie z Piaseckim).
3. Moczarski W. (3 wspólnie z Kotarską-Dettloff).
4. Lauber J.
5. Uliński H.

po 2 odczyty:

1. Gorecki Zdz. (1 wspólnie z Hirszfoldem i Goldberżanką).
2. Grzybowski (1 wspólnie z Fiszhautówną).
3. Higier H.
4. Loth E.
5. Koelichen J.
6. Pruszczyński A.
7. Rudzki St.
8. Węgierko J. R.
9. Zawadowski W.
10. Zembrzuski L.

po 1 odczycie:

27 członków (w tem 7 wspólnych: 5 z członkami i 2 z nieczłonkami).

Goście:

po 3 odczyty:

1. Kotarska-Dettloff (3 wspólnie z Moczarskim).

po 2 odczyty:

1. Apfelbaum E.
2. Franio Z. (1 wspólnie z Chodkowskim K.).
3. Fiszhautówna L. (1 wspólnie z Grzybowski i 1 z Kamińskim W.).
4. Przesmycki F.

po 1 odczycie:

28 osób (w tem 11 odczytów wspólnych).

W roku sprawozdawczym zakończono cykl odczytów programowych z gruźlicy i nowotworów płuc. W szeregu odczytów omówiono klinikę i sposoby leczenia nowotworów płuc, następnie leczenie gruźlicy płuc jednoczesną obustronną odmą sztuczną oraz ocenę zdolności do pracy w gruźlicy ze stanowiska kliniki i leczenia pracą. W związku z pięćdziesięcioleciem odkrycia prątka gruźliczego zorganizowano uroczyste posiedzenia, na którym omówiono prace Roberta Kocha, oraz znaczenie odkrycia prątka gruźliczego dla nauki o gruźlicy oraz dla kliniki gruźlicy ludzkiej. W końcu roku sprawozdawczego omówiono bakterjologję zapaleń płuc, patogenezę zapaleń płuc u dzieci oraz zjawiska odpornościowe i seroterapję zapalenia płatowego płuc. Jedno

z posiedzeń jesiennych poświęcono zagadnieniu duru brzuszego. W związku z międzynarodową akcją walki z handlem narkotykami zainicjowano organizację cyklu odczytów na temat walki z narkomanją.

Podkreślić należy, że w roku sprawozdawczym w działalności naukowej Towarzystwa zwraca uwagę znaczny wzrost odczytów z chirurgii, następnie z chorób dziecięcych, ocznych, skórnych i bakterjologii. Jest to dowodem, że Towarzystwo staje się coraz bardziej lekarską instytucją naukową o charakterze ogólnym i daje możliwość swym członkom zaznajomienia się z wieloma dziedzinami wiedzy lekarskiej.

Sprawozdanie z czynności Komitetu Rewizyjnego za rok 1932.

Dnia 28 kwietnia 1933 r. członkowie Komisji Rewizyjnej, złożonej z D-rów Bryndza-Nackiego L., Gurbkiego St., Zembrzuskiego St. dokonali rewizji kas:

- a) Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.
- b) Kasy Wsparcia Lekarzy.

oraz rachunkowości i bilansów obu instytucji za rok 1932.

Komisja znalazła stan obu kas oraz księgi buchalteryjne w zupełnym porządku, co też zaznaczono w odnośnych księgach.

Posiedzenie Komitetu Bibliotecznego Tow. Lek. Warszawskiego z dnia 25 listopada 1932 r.

Obecni:

Przewodniczący Komitetu Bibliotecznego, wice-prezes kol. Sławiński, członkowie: Kol. Giedroyć, Rudzki, Zembrzuski i Chodkowski z udziałem Bibliotekarza Kol. Zwejgbauma.

1. Sprawdzono kilka numerów katalogu repozytorjalnego z kartkami katalogu kartkowego oraz odpowiednie dzieła w szafach (N-ry: 48; 5920; 14860; 1000; 2000; 3000) i znaleziono wszystko w porządku.

2. Do księgi wpływów wpłynęło tytułów 2881, skatalogowano dzieł, broszur, pism i odbić oddzielnych 1980 tytułów; ostatni numer katalogu repozytorjalnego w dniu dzisiejszym 56056.

3. Fundusz Biblioteki: remanent z r. 1931 wynosi 1206 zł. 83 gr. wpływ z funduszu T-wa — 5.000 zł., odsetki z funduszu Kondratowicza — 42 zł. 56 gr.: łącznie 6.249 zł. 39 gr.

4. Wydatki :pisma polskie — 323 zł. 75 gr., książki polskie — 19 zł. 70 gr., książki nabyte od p. D-rowej Chomenkowej — 50 zł.; pisma francuskie — 758 zł. 90 gr., niemieckie — 2458 zł. 40 gr., angielskie —

skie — 85 zł. 25 gr., czeskie — 36 zł. 40 gr., włoskie 91 zł. 55 gr., pudła do broszur i do katalogów—67 zł. 75 gr., oprawa książek 470 zł. 50 gr., księga wpływów i księga repozytorjalna — 71 zł., skrzynka drewniana do kartek alfabetycznych 32 zł.; kartki katalogowe niebieskie sztuk 10.000 — 108 zł., kraty do okien — 55 zł., drobne wydatki — 128 zł. 60 gr. Łączna suma wydatków — 4.756 zł. 80 gr. Przepuszczalny remanent na rok 1933 — 1492 zł. 59 gr.

5. Prócz tego Biblioteka z funduszu na uzupełnienie braków pism lekarskich (wynoszących do dnia 3. XI.32 r. w papierach procentowych zł. 26.500, a w gotowości 7.850 zł.) wydała na dopełnienie pism zł. 1.525 gr. 40, a mianowicie: Deutsche Medecinishe Wochenschrift z r. 1920 Nr. 48, 49 i 51 zł. 10 gr. 30, Münch. med. Woch. z r. 1918 N-ry od 46, do 52 i lata od 1919 do 1929razem 442 zł. 90 gr.; Klin. Woch z r.1925 zeszyt 4 i 26 — 5 zł. 15 gr. oraz z roku 1922: spis rzeczy z II półrocza — 2 zł. 55 gr. Porto — 64 zł. 50 gr. Awansem na zamówienie pisma dnia 21.XI. 1932 r. — złoty 1.000. — Razem 1.525 zł. 40 gr.

6. Komitet Biblioteczny uchwalił złożyć podziękowanie kol. Bibliotekarzowi Drowi Maksymiljanowi Zwejgbaumowi za wzorowe prowadzenie Biblioteki, oraz postanowił przedłożyć ten wniosek Zarządowi T-wa celem przedstawienia go Walnemu Zebraniu T-wa.

(—) *Z. Sławiński* (—) *L. Zembrzusi* (—) *Giedroyć*

(—) *Stefan Rudzki* (—) *Karol Chodkowski.*