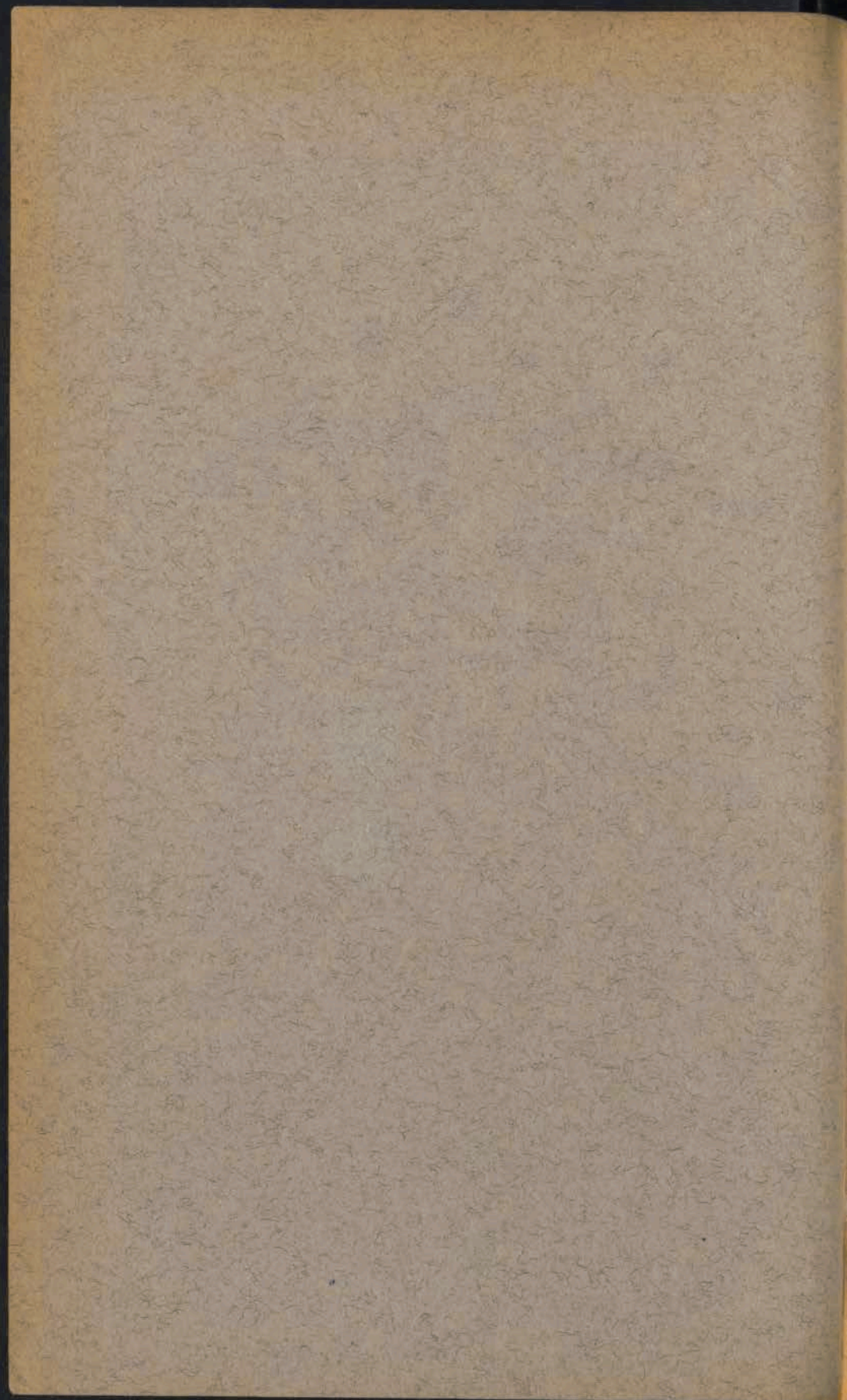


PROTOKÓŁY
POSIEDZEŃ

TOWARZYSTWA
LEKARSKIEGO
ŁÓDZKIEGO

ZA ROK 1935



Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 9 stycznia 1935 roku.

1. Kol. Banasz przedstawia *dwa przypadki ciał obcych w dolnych drogach moczowych.*

I. Kamień wielkości śliwki, usunięty w całości z dołka łódkowatego cewki moczowej u 53-letniego mężczyzny, który przed 16 laty po ataku kolki nerkowej zauważył w cewce jakiś ruchomy okrągły twór. Przed 4 laty twór ten zatrzymał się tuż przy ujściu cewki; następnie zaczął się powiększać; w ostatnich tygodniach pacjent z trudnością oddawał mocz kroplami.

W odurzeniu chloretylowem rozcięto cewkę od ujścia w dół na 2—3 cm i z dość wielkimi trudnościami wydobyto zapomocą korncangi kamień.

II. Cewnik Nelatona, który został przed 3 miesiącami wprowadzony przez akuszerkę wiejską (babkę) do pęcherza (zamiast do macicy celem wywołania poronienia).

Cewnik wydobyto przez cewkę zapomocą korncangi, przy czem w połowie drogi cewnik się zatrzymał i dopiero z wielką trudnością (ze względu na kruchość inkrustowanego cewnika) wyciągnięto cały cewnik. Jak się okazało, w miejscu zatrzymania się cewnika był węzeł, zrobiony przez babkę widocznie w tym celu, by cały cewnik nie wszedł do macicy.

2. Kol. J. Kokotek wygłosił odczyt p. t.: *„O genezie chorób zakaźnych“*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Smoleński zapytuje, jak się przedstawia sprawa współzawodnictwa między saprofitami i bakterjami.

Kol. Frenkiel jest zdania, że nie można mieć zupełnej pewności, że pewne nowe choroby są rzeczywiście nowymi, jak np. nagminne zapalenie mózgu; z opisów bowiem pewnych dawnych epidemii można przypuszczać, że nagminne zapalenie mózgu już spotykano dawniej.

W odpowiedzi: Kol. Kokotek: Istnieje współzawodnictwo nie tylko między saprofitami i bakterjami, ale nawet między różnego rodzaju bakterjami.

Musimy się zgodzić jednak z tem, że zjawiają się nowe jednostki chorobowe, np. Schittenhelm zajął się tą kwestją i w tym celu przejrzał bardzo znaczną ilość historii chorób zakaźnych sprzed wielu laty i doszedł do wniosku, że dawniej nie spotrzegano choroby Banga. Istnieje pogląd, że płasawica jest odmianą nagminnego zapalenia mózgu.

Sekretarz: Dr. A. S. Tenenbaum.

Protokół posiedzenia w dniu 23 stycznia 1935 roku.

Pokaz chorych.

1. Kol. Imich przedstawia *przypadek ciała obcego w oskrzeli.*

Pacjentka w czasie spożywania krupniku zachłysnęła się, poczem miała silny atak kaszlu. Ezofagoscopia nie wykazała ciała obcego w przelyku, tracheoskopia również, dopiero po wprowadzeniu rury do prawego oskrzela znaleziono kostkę, 2—3 cm poniżej rozwidlenia. Udało się ją usunąć. Stan chorej po zabiegu dobry.

2. Kol. Turyn przedstawił *zdjęcia rentgenowskie 2 kości ramieniowych*, wykazujące zmiany wczesnego okresu choroby Recklinghausena, *ostitis cystica.*

3. Kol. Kunicki wygłosił referat p. t.: „*Wyniki leczenia neuralgji nerwu trójdzielnego alkoholizacją zwoju Gassera*”.

W dyskusji: Kol. Schweig zapytał, iloprocentowy alkohol stosował prelegent; w przypadkach ocznych kol. Schweig stosował 70%.

Kol. Janik: Alkoholizacja jest najlepszą z obecnie stosowanych metod leczniczych omawianego cierpienia, technika zabiegu nie jest zbyt łatwa.

Kol. Frenkiel zapytał, jak szybko po zastrzyknięciu nowokainy występuje znieczulenie. Za metodą alkoholizacji przemawiają jej taniość i szybkość występowania efektu leczniczego.

Kol. Kryszek zapytał, czy nie zauważono po alkoholizacji odruchowego wpływu na narządy krążenia.

Kol. Sadokierski zapytał, jaki był odsetek powikłań rogówkowych.

Kol. Smoleński wyraził zadowolenie, że zaczęto w Łodzi stosować metodę, która może przynieść ulgę chorym w tak uporczywym i przykrem cierpieniu. Podkreślił ważność dokładnego rozpoznania.

W odpowiedzi: Kol. Kunicki: Początkowo stosował 80%, w ostatnich przypadkach 96% alkohol. Inne metody lecznicze również są pomocne w pewnych przypadkach; alkoholizację stosuje się w przypadkach najcięższych, gdy już inne metody zawiodły. Po zastrzyknięciu nowokainy znieczulenie występuje natychmiast. Jako odruchowy wpływ na narządy krążenia zauważono kilka razy zwolnienie tętna, poty, ogólne osłabienie. Objawy te szybko mijały, jednak z tego względu metoda nie nadaje się do stosowania ambulatoryjnego. Powikłania rogówkowe obserwowano jeden raz. Spraw diagnostycznych nie poruszał w referacie.

4. Kol. Bender wygłosił referat p. t.: „*Zwężenie ujścia żylnego lewego a układ roślinny (wegetatywny)*”. (Praca ukaże się w druku).

Sekretarz: Dr. A. S. Tenenbaum.

Protokół posiedzenia w dniu 30 stycznia 1935 roku.

1. Kol. Itelson wygłosił referat p. t.: „O gościewem schorzeniu mięśnia sercowego ze szczególnem uwzględnieniem zmian elektrokardiograficznych“.

Wnioski na podstawie dwuletniej obserwacji 100 chorych na gościec (badania kliniczne, OB, Ekg seryjne, ortodiagram seryjny):

1) Ekg stanowi nieraz jedyny wykładnik zajęcia m. sercowego przez gościec;

2. Obraz Ekg nabiera wartości specjalnej w warunkach badania seryjnego, a to ze względów następujących:

a) badanie seryjne wykazuje wahania w pewnych składnikach Ekg, nie stanowiące wartości patologicznej przy badaniu jednorazowem (dług. PQ, wys. T),

b) badanie seryjne daje możliwość uchwycenia przelotnych, bo zaledwie kilka dni utrzymujących się zmian,

c) szybkość zmian w obrazie Ekg wskazuje na odwracalność procesu chorobowego nawet w przypadkach daleko posuniętych zmian Ekg;

3) Ekg może mieć nieraz wartość rozpoznawczą w stanach chorobowych o niejasnym przebiegu klinicznym przy braku danych obiektywnych; dotyczy to przedewszystkiem gościa sercowego odosobnionego;

4) Zmiany Ekg występują w T i odcinku ST w stopniu większym, aniżeli w przewodnictwie, któremu dotychczas poświęcano więcej uwagi. Badania obecne wysuwają na plan pierwszy T. Podkreślić należy zmiany występujące nieraz w wyglądzie T, a mianowicie sposób spadku ramienia zstępującego T do linii zerowej (T dwufazowe dodatnio-ujemne). Stwierdzono, iż zmiany w T przechodzą często następującą fazę: płaskie T, dwufazowe ujemne (ujemno-dodatnie), T dodatnie przy ST niżej linii zerowej.

Stwierdzenie odchylenia od normy w T_1 i T_3 upoważnia do traktowania T_2 jako również zmienionego;

5) Proces gościewy w sercu przebiegać może bez wznieśnienia ciepłoty i bez przyspieszenia opadania krwinek czerwonych;

6) Ekg i ortodiagram stanowią najlepszy dynamiczny wykładnik sprawy chorobowej. Zmiany ortodiagraficzne stanowią ważny przyczynek w ocenie wydolności mięśnia sercowego;

7) Ustępowanie zmian wysłuchowych nad sercem nieraz już w ciągu 3—4 tygodni potwierdza słuszność ich myogenicznej interpretacji;

8) Dla oceny charakteru zmian w sercu jest niezbędna dłuższa obserwacja chorych: nietylko szmer utrwała się jako wyraz zmian zastawkowych serca; dość często serce z biegiem czasu „oczyszcza się“ od szmeru, jako dowód przebytego procesu w mięśniu sercowym; występowanie zaś później szmerów poprzednio niesłyszalnych wskazuje na utajony przebieg zapale-

nia wsierdzia, dość częsty w zespole zapalenia wsierdzia i mięśnia sercowego.

W dyskusji: Kol. H. Kryszek: w ocenie szmeru skurczowego nad koniuszkiem w przebiegu gośćca stawowego, jak zresztą i w innych chorobach gorączkowych, zwłaszcza w początkowym okresie, zachowuje się oddawna jaknajwiększą ostrożność.

Reumatyczne włókniste zapalenie aorty różni się tem od zapalenia kiłowego aorty, że nie ma skłonności do wytwarzania tętniaków; przypadek Wiesła jest pod tym względem wyjątkiem.

Przeprowadzone seryjne badania elektrokardiograficzne nad zmianami uchyłka T są niezmiernie cenne i interesujące; pozostaje do dyskusji zagadnienie, czy są one — w analogii do wydłużonego PR — swoiste dla gośćca stawowego, lub dla, trudnego do rozpoznania, gośćca sercowego bez zmian stawowych. Seryjne badania porównawcze w innych chorobach zakaźnych przewlekłych, będą pod tym względem pouczające.

Ujemnemu T₃ nie należy przypisywać patognomonicznego znaczenia. Niewielkie różnice w wysokości uchyłka T₁ i T₂ zdarzać się mogą niezależnie od dynamicznej sprawy w mięśniu sercowym.

Z czynnościową ortodiagrafią współzawodniczą niekiedy próby czynnościowe serca.

W przypadkach pogośćcowych z normalnem opadaniem krwi, lecz ze stanami podgorączkowymi, nie można wykluczyć ognisk pozagośćcowych.

Kol. Bender przypomina, że w swoim czasie podczas omawiania przez kol. Dawidowicza na posiedzeniu Tow. Pediatrycznego znaczenia elektrokardiografii w przebiegu chorób dzieci, pierwszy raz podniósł w dyskusji znaczenie tej metody badania w przebiegu gośćca stawowego dla oceny zmian gośćcowych w mięśniu sercowym. Wówczas na plan pierwszy występowały zmiany w P—Q (prace Łukomskiego i innych). Przytoczył wówczas przypadek pozornej posocznicy (w potocznym znaczeniu tego wyrazu), gdzie elektrokardiogram wykazał wydłużenie P—Q. Przypadek ten w dalszym przebiegu okazał się ostrym zapaleniem stawów. Zmiany w wychyleniu T, które dopiero w przebiegu — jak widzieliśmy — seryjnych badań tak wyraźnie dają się stwierdzić, nie mówią oczywiście nic o etiologii schorzenia m. sercowego, gdyż świadczą wogóle tylko o schorzeniu serca, mają jednak ogromne znaczenie, gdyż wskazują, że w przebiegu danego określonego przypadku ostrego zapalenia stawów mięsień sercowy jest zajęty.

Interesującą rzeczą jest szybkie cofanie się tych zmian (nie raz po kilku dniach), co byłoby trudne do zrozumienia z tego względu, że przecież guzki Aschoffa nie mogłyby w tak krótkim czasie się cofnąć. Możliwe, że chodzi tu o obrzęk kolateralny spowodowany przez ucisk guzka, który może szybko się cofnąć.

Sekretarz: Dr. A. S. Tenenbaum.

Protokół posiedzenia w dniu 6 lutego 1935 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. Halpern-Wieliczański *demonstrował przypadek gruźlicy języka z Oddziału Wewnętrznego A Szpitala Poznańskich*. Zasluguje on na uwagę ze względu na rzadkość występowania gruźlicy jamy ustnej wogóle (według Morela Gusztawa od 0,06% do 0,74%), a gruźlicy języka w szczególności. W omawianym przypadku u osobnika płci męskiej, liczącego lat 59, dozorczy domowego, z rozległymi zmianami włóknisto-serowaciejącymi w obydwu płucach i ze swoistymi zmianami w krtani, przed 1½ rokiem wystąpił ślinotok, bóle przy mówieniu i jedzeniu. Badanie języka wykazuje: nieznaczną błądź górną powierzchni języka; klinowate wciągnięcie koniuszka; na dolnej powierzchni — owrzodzenie, pokryte brudno-szarą wydzieliną, o brzegach dość wyraźnych, pokrytych bliznowatą ziarniną, w niektórych miejscach widoczne grudki żywoczerwone. Obmacywaniem stwierdza się nieduże, niebolesne nacieczenie w środku owrzodzenia. Ruchomość języka zachowana dość dobrze, prócz ograniczonego wysuwania ku przodowi. W różnicowaniu wchodziły w rachubę: uraz, kiła, gruźlica i nowotwór. Przebieg sprawy i jej długotrwałość przemawia przeciw nowotorowi, wywiady i ujemny odczyn Wassermanna — przeciw kile, wywiady — przeciwko urazowi. Pozostaje rozpoznanie: wtórne owrzodzenie gruźlicze języka, za czem przemawiają rozległe zmiany w płucach, obecność prątków Kocha w płwocinie i charakterystyczna postać owrzodzenia. Rozpoznanie potwierdza badanie histopatologiczne wyciętego skrawka.

Poza ogólnym wzmacniającym leczeniem, stosowano miejscowe przypalania kwasem mlekowym w corażto większym stężeniu od 60% do 80%.

2. Kol. J. Itelson — *przypadek odmy samoistnej*, która wystąpiła u chorego, l. 32, po raz trzeci w ciągu roku. Za każdym razem po wysiłku większym (podnoszenie ciężaru) występował nagle kłujący ból w lewej połowie klatki piersiowej. Chory pozostawał w obserwacji szpitalnej podczas istnienia odmy samoistnej; badanie płuc (poza odmą, która utrzymywała się około 2—3 tygodni), opadanie krwinek czerwonych, ciepłota ciała, zdjęcia rentgenologiczne w okresie zdrowia, nic patologicznego nie wykazywały. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na częste nawroty odmy samoistnej o przebiegu łagodnym, przy braku dostrzegalnych zmian w płucach. W piśmiennictwie znajdujemy zaledwie cztery przypadki odmy, przy istnieniu w płucach zwyrodnienia torbielowatego. Zmiany te występują znacznie częściej, aniżeli odma samoistna, dlatego też patogenezę przedstawianego dziś przypadku pozostaje nadal niewyjaśniona. Stwierdzenie odmy samoistnej ma znaczenie dla rokowania, które jest zupełnie inne, aniżeli w przypadkach odmy na tle gruźlicy płuc.

W dyskusji zabierali głos Kol. K r y s z e k i Kol. S z y f m a n.

3. Kol. K o t o k przedstawia chorego, lat 39, z Oddz. Wewn. A Szpitala Poznańskich z *ropniem płuca lewego*, u którego na początku obserwacji szpitalnej nie stwierdzało się klinicznie żadnych objawów, prócz przytłumienia nad lewą łopatką oraz zaostrego oddechu z nielicznymi furczeniami i świstami; rentgenologiczny obraz przemawiał raczej za rakiem oskrzeli. Dalsza obserwacja kliniczna doprowadziła do rozpoznania ropnia płuca lewego. Chory leczony był zachowawczo: wstrzykiwania emetyny — 25 zastrzyków; po przerwie znowu 15 wstrzyknień, w sumie 1,6 g oraz wstrzykiwania nowarsenobenzolu (8 wstrzyknień po 0,3, w sumie 2,4 g). Wybitna poprawa przedmiotowa oraz podmiotowa. Przybytek na wadze 3 kg. Temperatura wróciła do normy, dobre samopoczucie chorego, OB — na początku 20', przed wypisaniem ze szpitala 70'. W miesiąc po wypisaniu ze szpitala prześwietlenie płuc nie wykazało już obecności jamy, poprzednio dość znacznej z zawartością płynną.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na 1) trudności rozpoznawcze, zwłaszcza rentgenologiczne, 2) ze względu na samoistne zniknięcie jamy w miesiąc po wypisaniu chorego ze szpitala.

4. Kol. M. Rabinowicz-Ginsbergowa: „Przypadek raka żołądka u młodego osobnika“.

Chory T. S., Nr. ks. oddz. 980/34, lat 24, przybył do szpitala Poznańskich na Oddział Wewnętrzny B w grudniu r. ub. spowodu bólów w okolicy żołądka. Przed 4 laty stwierdzono klinicznie i rentgenologicznie na tylnej ścianie żołądka niszę w słuzówce (zdjęcie kol. Keilson). Ze względu na bezskuteczne leczenie dietetyczne, zastosowano zgłębnik *à demeure* w ciągu 6 tygodni w Szpitalu im. Prez. Mościckiego, po którym wystąpiła w ciągu roku znaczna poprawa, nawet bez przestrzegania diety. Po roku — nawrot bólów, typowych dla wrzodu żołądka; znów pobyt w Szpitalu Św. Józefa, gdzie rozpoznanie zostało potwierdzone. Od kilku tygodni kałowe wymioty, silne bóle. Stwierdzono na oddziale: wycieńczenie, bolesność w dołku podżebrowym, krew utajoną w kale, znaczną niedokrwistość niedobrawliwą (52% hemoglobiny przy 3,400.000 czerwonych ciałek krwi). Rtg.: nisza na tylnej ścianie żołądka — zdjęcie niesłuzówkowe. Wobec bezskuteczności dotychczasowego postępowania zachowawczego, dokonano zabiegu operacyjnego (Dr. Ajzner): stwierdzono raka żołądka — guz na tylnej ścianie żołądka, zróżniety z kręgosłupem i dochodzący do trzustki oraz małe żółte guzki na sieci. Badanie histologiczne stwierdziło *ca gelatinosum* w przerzucie sieci (kol. Hurwicz). Klinicznie zasługuje na podkreślenie, iż u młodego osobnika, lat 24, z wrzodem żołądka w wywiadach, leczonego ze znaczną poprawą założeniem zgłębnika *à demeure*, wystąpiło po 4 latach zwyrodnienie nowotworowe.

Sposób leczenia zgłębnikiem *à demeure* wprowadzony przez Einhorna w r. 1910, przyjął się i stosowany dość szeroko w Ameryce i w Polsce (Prof. Grek, kol. Morawski) daje dość dobre wyniki i nawet kliniczne wyleczenie w niszy w przypadkach upor-

czywych z nawrotami. W piśmiennictwie francuskim podaje Chiray przypadek, w którym dokonano, po bezskutecznym leczeniu zgłębnikiem zabiegu operacyjnego. Stwierdzono w miejscu ułożenia zgłębnika przekrwienie, wybroczyny oraz stwardnienie podstawy zabliznionego owrzodzenia. W naszym przypadku uderza współistnienie nowotworu z przebytem przed laty sondowaniem, co nakazuje dalszą obserwację w tym kierunku.

W dyskusji: Kol. S. Minc uważa za problematyczny związek powstania nowotworu z zakładaną przed 4 laty sondą dwunastniczą, godny uwagi jest młody wiek pacjenta.

Kol. G. Grewicz spostrzegł raka żołądka u 16-letniego chłopca; uważa, że średni wiek zapadalności na raka spada z roku na rok.

Kol. Ścieszński nie przypisuje wiekowi pacjenta większej uwagi. Anatomopatologicznie odróżnić raka od owrzodzenia można tylko wtedy, gdy nowotwór umiejscowiony jest na brzegu owrzodzenia, reszta owrzodzenia ma być wolna.

Kol. J. Marzyński. Rak u ludzi młodych jest istotnie cierpieniem nietyle rzadko spotykanem, ile rzadko rozpoznawanem; dotąd bowiem istnieje nastawienie, że rak jest cierpieniem starości i nie przechodzi przez myśl lekarzowi badającemu człowieka młodego wziąć pod uwagę przy różniczkowaniu możliwość raka, zwłaszcza raka żołądka. Rak przedwczesny żołądka opisywany był przez wielu autorów i dotyczył zarówno noworodków, jak i dzieci od 1 roku do lat 8 i młodzieży od lat 13 do 20, a już u osób pomiędzy 20 a 30 rokiem życia zdarza się rak żołądka dosyć często. Obecnie choruje i umiera na raka więcej niż dawniej osób w wieku poniżej lat 40 i wszyscy badacze dochodzą do wniosku, że rak spotyka się u osób najmłodszych, nawet u niemowląt. Z faktem tym trzeba się liczyć i brać go pod uwagę przy wszystkich rozważaniach rozpoznawczych. Należy zmienić nastawienie i jak gruźlicę, tak i raka szukać niezależnie od wieku.

5. Kol. H. Frenklowa i kol. M. Gutmanowa: „*Spostrzeżenia nad chorobą posurowiczą u dzieci*“ — ref. wygłoszony przez Kol. H. Frenklową.

Spostrzeżenia oparte na materiale Szpitala Anny-Marji z ostatnich 8 lat, obejmującym około 3.000 przypadków, w których była stosowana surowica (domięśniowo, dożylnie i dołędźwiowo). Przeciętny odsetek choroby posurowiczej przy wstrzykiwaniach domięśniowych wynosił 27,5%, najdłuższe wyleganie 21 dni. Przy wstrzykiwaniach dożylnych % choroby posurowiczej wynosił 36,3%, przy dołędźwiowych — 68,6%, przy powtórnych wstrzykiwaniach 57%. Nie zauważono większej oporności u niemowląt i u dzieci małych; odsetki, czas wylegania i t. d. były jednakowe u dzieci do 2 lat i powyżej 2 lat.

Powikłania choroby posurowiczej występowały u dzieci młodych częściej i ciężiej, niż u dzieci starszych. Do powikłań tych należą m. in. t. zw. „zjawisko Arthusa“, spostrzegane w materiale szpitalnym u dwojga niemowląt (jedno wyleczenie, jedno zejście śmiertelne), nasilenia choroby pierwotnej (najczęstsze

w przebiegu róży i nagminnego zapalenia opon), powikłania choroby pierwotnej zapaleniem płuc w okresie choroby posurowiczej oraz powikłania ze strony układu nerwowego (1 przypadek zespołu ułożenia przymusowego kończyn).

Prelegentka omawia szczegółowo przebieg powtórnego wstrzykiwania surowicy z odczynami: natychmiastowym i przyspieszonym oraz 5 przypadków wstrząsów (1 z zejściem śmiertelnym). Stosowanie surowicy baraniej nie chroni przed wstrząsem.

Przypadków uczulenia doustnego w materiale szpitalnym nie było, z piśmiennictwa znane są jednak przypadki zejść śmiertelnych po stosowaniu doustnym preparatów surowicy końskiej (Auricchio, Vonderweidt i in.).

Choroba posurowicza jest chorobą alergiczną; istota jej polega na reakcji między antygenem i przeciwciałami.

W dyskusji: Kol. J. Kon: w zapatrywaniach na alergię i anafilaksję niewiele postąpiliśmy naprzód od czasu Pirqueta. W zapatrywaniach na chorobę posurowiczą panuje duży chaos, niema systemu i stałych zasad. Wysypka posurowicza przypomina nie raz płonice.

Kol. Polakow zwraca uwagę na poziom cukru we krwi w chorobie posurowiczej. Dożylnie wprowadzenie glukozy może zapobiec występowaniu wstrząsu. Surowica barania jest najbardziej uczulająca i stosować ją trzeba w dużych dawkach.

Kol. Mogilnicki spostrzegal ciężkie odczyny posurowicze po stosowaniu hemostylu doustnie. Obawa przed wstrząsem nie powinna wpływać na zaniechanie zastrzykiwania surowicy w przypadkach błonicy.

Kol. Knichowiecki ma wątpliwości, czy doustne stosowanie preparatów surowicznych może dawać tak szybko występujące uczulenie.

Kol. Żurkowski przytoczył teoretyczne rozważania o anafilaksji i chorobie posurowiczej.

Kol. Kokotek zapytał o wpływie choroby posurowiczej na chorobę zasadniczą; uważa, że wpływ ten jest dodatni.

Kol. Frenkiel. Ścisłe oznaczenie okresu reiniekcji jest niemożliwe, w niektórych przypadkach uczulenie występuje wcześniej, w innych później.

Kol. Krysiek — dopytuje o przyczyny przytoczonych zgonów i wyniki sekcyjnych badań anatomo-patologicznych. Ze względu na przebieg zejść śmiertelnych można byłoby przyjąć zatory, powstałe przy domięśniowych zastrzyknięciach poprzez duże naczynia żyłne. Większe światło rzuciłyby badania anatomo-patologiczne. Klinge, Szulc i inni stwierdzili w hiperergji, jaką jest choroba posurowicza, te same cechy anatomo-patologiczne, które są swoiste i dla gościca stawowego. Jest zatem postęp w pojmowaniu choroby posurowiczej. Tu tkwi może i pomost do wytłumaczenia hiperergji w płonicy.

Kol. Frenklowa *odpowiedziała*, że temat jest zbyt obszerny, żeby go wyczerpać w ciągu jednego referatu; rozważań teoretycznych nie uwzględniała z tego powodu zupełnie, starała

się jedynie przedstawić spostrzegane fakty i przypadki. Nie uważała dodatniego wpływu wstrząsu na chorobę zasadniczą. W niektórych przypadkach sekcje były robione, stwierdzono mało znaczące zmiany w wątrobie i płucach, badań histologicznych nie robiono. Termin reiniekcji ustala się na podstawie wytwarzania się precypityn.

Sekretarz: *Dr. A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 20 lutego 1935 roku.

I. Kol. F. Rozenówna i Kol. M. Dawidowicz ogłosili referat p. t.: „Przypadek częstoskurczu napadowego u dziecka“.

Kol. M. Dawidowicz w drugiej części referatu, dotyczącego przypadku częstoskurczu napadowego omówił niektóre odrębne cechy dziecięcego elektrokardiogramu. Wskazał na większą sprawność mięśnia sercowego u dzieci i podkreślił krótki czas przewodnictwa w wieku dziecięcym. Następnie omówił postacie częstoskurczu napadowego, w szczególności częstoskurcz napadowy przedsionkowy i możliwość odróżnienia tego schorzenia od trzepotania przedsionków, sprawy chorobowej etiologicznie zupełnie odrębnej. Krzywe elektrokardiograficzne wykonane w różnych okresach choroby zostały zademonstrowane dla wyjaśnienia typu częstoskurczu i wykazania szczególnych cech omówionego przypadku. Analiza krzywej elektrokardiograficznej przemawia jedynie za częstoskurczem napadowym, przedsionkowym i przeczy stanowczo istnieniu, niezmiernie rzadkiego zresztą, częstoskurczu węzłowego. Znaczne przedłużenie czasu przewodnictwa, bynajmniej nie stoi temu na przeszkodzie.

W dyskusji: Kol. Kon.

Kol. Kryszek — nie uważa za celowe ze względów teoretycznych i praktycznych włączanie napadowego trzepotania przedsionków, do ogólnego działu częstoskurczu napadowego.

Kliniczny obraz przedstawionego przypadku zdekompenzowanego zwyrodnienia mięśnia sercowego, przemawiałby raczej za trzepotaniem przedsionków: wielomiesięczne, a może i wieloletnie trwanie tachykardji; okresowa tachyarytmja, prawdopodobnie pod wpływem stosowanej naparstnicy, brak poprawy po chinidynie, przejściowy blok 2:1; śmierć wśród narastającego obrazu niewyrównania. Nie wyklucza tej możliwości i różnorodny obraz elektrokardiograficzny; nadskurcze przedsionkowe, okres Wenckebacha, blok 2:1, a nawet odcinek częstoskurczu napadowego mogą występować w przebiegu leczonego naparstnicą (niestale) trzepotania przedsionków.

Krzywa częstoskurczu napadowego, traktowana jako rzadki częstoskurcz przedsionkowy, nasuwa zastrzeżenia ze względu na $PR = 0,25''$; przy tętnie 220 na 1' sam czas przewodnictwa trwałby musiał 55 minut. Zachodzi więc możliwość częstoskurczu przedsionkowo-komorowego (infranodalnego) z P, tkwiącem w zstępującym ramieniu R. Nadskurcze u dzieci powinny być oceniane prognostycznie nie tak ciężko; wogóle nie mają one

gorszego rokowania, niż u dorosłych. W obrazie częstoskurczu napadowego u dorosłych uderza bardziej, niż klucia, niepokój i uczucie bicia serca, nagły początek i koniec napadu, *urina spastica* i reakcja na ucisk gałek ocznych.

2. Kol. Turyn wygłosił odczyt p. t.: „*Badania nad hipoglikemią*“.

Sekretarz: Dr. A. S. Tenenbaum.

Protokół posiedzenia w dniu 27 lutego 1935 roku.

1. Kol. L. Rosenberg i A. Mazur: „*Przypadek porażenia nerwu zwrotnego w przebiegu zwężenia zastawki dwudzielnej*“.

Opisany przypadek dotyczy 24-letniej chorej S. G. z Oddziału Wewnętrzznego B Szpitala fund. Poznańskich. Równocześnie z objawami daleko posuniętego niewyrównania wystąpiła chrypka, której przyczyną było porażenie lewego nerwu zwrotnego. Przedmiotowo stwierdzono nad koniuszkiem serca szmer skurczowy i turkoczący szmer rozkurczowy, pozatem szmer rozkurczowy o nieco innym brzmieniu nad tętnicą płucną. Roentgen: *cor bovinum* z zupełnym zniesieniem przestrzeni Holzknechta. Po zastosowaniu leczenia naporstnicą objawy chrypki ustąpiły w znacznym stopniu. Ortner, który w r. 1897 pierwszy opisał takie 2 przypadki, a za nim cały szereg autorów uważa, iż przyczyną wystąpienia porażenia jest ucisk nadmiernie rozszerzonych przedsionków na nerw zwrotny. Amerykański autor Price zebrał w r. 1924 w całym piśmiennictwie około 40 przypadków i opisując swój przypadek, tłumaczy powstanie porażenia przez pośredni ucisk przedsionków na tętnicę płucną, uciskającą nerw zwrotny. W przypadkach daleko posuniętego niewyrównania wady zastawki dwudzielnej, może wystąpić względna niedomykalność zastawek tętnicy płucnej i ucisk rozszerzonej tętnicy płucnej na przebiegający w tym miejscu, między aortą, więzadłem Botagli i tętnicą płucną, nerw zwrotny, może wywołać objawy jego częściowego porażenia.

W dyskusji: Kol. Frenkiel zapytał, czy w przypadkach opisanych w literaturze, również leczenie wady serca wpłynęło dodatnio na chrypkę.

Kol. Liniecki zapytał, jaki jest obraz laryngoskopowy po stosowaniu naporstnicy.

Kol. Mazur *odpowiedział*, że wygląd i ruchomość porażonej struny głosowej znacznie się poprawiły.

Kol. Ryder wyraził powątpiewanie, czy możliwe jest tak znaczne rozszerzenie przedsionków, żeby przez ucisk wywołało porażenie nerwu zwrotnego.

2. Kol. Kummant: „*Uśpienie skopolaminą — eukodalem efetoniną, jako podstawa narkozy eterowej i znieczulenia miejscowego*“ (Praca ukaże się w druku).

Kol. Frenkiel obserwował działanie skopolaminę w praktyce psychiatrycznej w stanach podniecenia i potwierdza jej skuteczność. Wiek młodzieńczy i miażdżyca naczyń nie stanowią

przeciwwskazań dla stosowania skopolaminy, szkodliwy raczej może być w wieku młodzieńczym eukodal, w starszym zaś i w wadach serca — weronal.

Kol. Ryder zapytał, czy stosuje się omawianą metodę przy porodach.

Kol. Kummant: chirurdzy zaczęli stosować skopolaminę na podstawie doświadczeń, jakie poczynili nad tym preparatem psychiatrzy, stosując ją w stanach podniecenia. Wrażliwość wieku dziecięcego na skopolaminę nie jest udowodniona, możliwe, że raczej nietolerancja na eukodal nie pozwala na stosowanie tej metody u osobników niżej lat 16. Przy porodach metody tej nie stosował.

Sekretarz: Dr. A. S. Tenenbaum.

Protokół posiedzenia w dniu 6 marca 1935 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. Halpern-Wieliczański demonstrował z Oddziału Wewn. A. Szpitala Poznańskich *przypadek spondylitis ankylopoëtica czyli t. zw. choroby Pierre Marie-Strümpell-Bechterewa*, interesujący ze względu na dane anamnestyczne i trudności rozpoznawcze, jakie nastęrczał przyp. w pierwszym okresie choroby. Chory miał mianowicie w r. 1930 bóle w lewej połowie klatki piersiowej, które promieniowały do lewej kończyny górnej. Bóle te nasuwały podejrzenie dusznicy bolesnej. Tymczasem rozpoznano u chorego gruźlicę płuc i zastosowano leczenie klimatyczne. Po przemijającej poprawie wróciły dolegliwości płucne, zjawiała się bezsenność, uporczywe bóle w karku i krzyżu oraz postępująca sztywność karku. Po dłuższym przebywaniu w pozycji siedzącej trudno było choremu się wyprostować. Dokonane wówczas w Kasie Chorych wielokrotnie zdjęcia kręgosłupa wykazały odwapnienie trzonów kręgów i zwapnienie więzadeł, łączących wyrostki ościste kręgów odcinka grzbietowego. Wspomniane dolegliwości utrzymują się. Ponadto wystąpiły przemijające bóle i drętwienia ud, palców rąk, stóp, okolicy karku. Z wywiadów okazuje się, że do końca 1934 r. chory pracował ciężko fizycznie (dźwigał ciężary).

Ze stanu obecnego następujące dane są istotne dla omawianego schorzenia: chory budowy astenicznej; mięśnie zwiotczone, częściowo zanikłe; w pozycji stojącej przy patrzeniu przed siebie spowodu skrzywienia łukowatego kręgosłupa szyjno-piersiowego chory unosi oczy ku górze, niekiedy nawet marszczy poprzecznie czoło. Chęć spojrzenia w bok powoduje obrót całego ciała. Leżenie nawznak jest niemożliwe, natomiast umożliwiona jest postawa półsiedząca przy wysoko ułożonych poduszkach i krążku gumowym pod pośladkami. W postawie leżącej bóle w kręgosłupie nie występują. Klatka piersiowa asteniczna, mięśnie karku i szyi silnie napięte, kręgosłup cały, a zwłaszcza jego część szyjna, utrzymywany w stanie nieruchomości i skrzywienia łukowatego, wyrostki ościste kości krzyżowej i okolice przykręgowe odcinka lędźwiowego i krzyżowego

na ucisk bolesne. Minimalna ruchomość oddechowa żeber. Tor oddechowy wybitnie brzuszny. W płucach rozległe obustronne zmiany charakteru włóknistego (*phtisis pulmonum declarata progressiva chronica. Tbc fibrosa ambilateralis*). Poza to bolesność uciskowa i tkliwość samoistna mięśnia lędźwiowo-udowego prawego. Odruchy prawidłowe. Żadnych neurologicznych objawów wypadania nie stwierdza się.

Z badań pracownianych zasługują na uwagę: OB = 25'; w płwocinie Koch +; WaR ujemny; ilość Ca we krwi wynosi 9,6 mg %; prześwietlenie i zdjęcie płuc: intensywne cienie zagęszczenia, rozsiane w obu płucach o charakterze twardym, częściowo zwapnienia. Zdjęcie kręgosłupa z dnia 12. IV. 1934 r.: w obrębie środkowych kręgów grzbietowych biegnie nieprzerwany pasmowaty cień, łączący wyrostki ościste (zwapnienie ścięgien międzykończystych). Zdjęcie kręgosłupa szyjnego i piersiowego 28. I. 1935 r.: odwapnienie kręgów. Zdjęcie kręgosłupa z 12. II. 1935: skostnienie więzadeł tylnych długich, łączących wyrostki ościste kręgów piersiowych (prawdopodobnie *spondylarthritis ankylopoetica* w okresie początkowym).

W różniczkowaniu mogły tu wchodzić w grę:

1) *spondylarthritis deformans* — ta sprawa chorobowa odpada, bo w niej kręgosłup szyjny jest wolny, występuje w wieku starszym, gdy choroba Bechterewa w średnim, zresztą zdjęcia rentgenowskie usuwają wątpliwości;

2) parkinsonizm — odrzucamy ze względu na brak drżenia, twarzy maskowatej i na istnienie zmian w kręgosłupie;

3) w osteomalacji brak unieruchomienia klatki piersiowej, istnieją natomiast kyfoza i skolioza, gdy w naszym przypadku mamy tylko kyfozę.

Podmiotowo objawy duszniczy bolesnej, jakie na początku występowały u chorego, należy traktować jako objaw korzonkowy, zależny od zmian w kręgosłupie.

Rozpoznanie różniczkowe w tym okresie choroby, w którym chory dostał się do szpitala, już nie nastęczało trudności ze względu na wyraźny obraz kliniczny i dane rentgenologiczne. Niektórzy dziś uznają chorobę Pierre Marie-Strümpel-Bechterewa za jedną jednostkę chorobową, jednak ze względu na typ zeszywnienia zstępującego łącznie z kyfozą łukowatą, ze względu na objawy korzonkowe, na brak zajęcia sprawą chorobową stawów kończyn i na uraz fizyczny w wywiadach należałoby w naszym przypadku raczej mówić o chorobie Bechterewa, a nie Pierre Marie-Strümpell'a.

Przypadek demonstrowany zasługuje na uwagę ze względu na zajmujące dane wywiadów, mianowicie ze względu na bóle typu dusznicowego, jakie wystąpiły na początku choroby i ze względu na współistnienie zeszywnienia kręgosłupa z gruźlicą płuc, którą niektórzy, jak wybitny znawca tych spraw, Freud z kliniki Wenckebacha, uważają za rzadkość.

2. Kol. Neumaark przedstawił 2 przypadki liszaja płaskiego czerwonego, leczone naświetlaniem kręgosłupa. W tych przypadkach wystąpiła ściśle w obrębie pól naświetlonych wysypka

świeża liszaja płaskiego, podczas gdy wysypka grudkowa na tułowiu i kończynach znikła z pozostawieniem plam przebarwionych. W jednym z tych przypadków, świeżo powstałe wykwity liszaja płaskiego, były umiejscowione w obrębie przebiegu nerwów międzyżebrowych górnych (półpaścowato). Poza tem Kol. Neumark przedstawił *preparaty histologiczne liszaja płaskiego błony śluzowej zewnętrznych narządów płciowych* (2 przypadki), w których po dokonanej biopsji nastąpiło zupełne wchłonięcie wykwitów liszajowych, w jednym przypadku również wysypka na tułowiu i kończynach oraz na błonie śluzowej lewego policzka znikła bez śladu.

3. Kol. L. Poznański wygłosił odczyt p. t. „*Gruźlica płuc a kila*”.

4. Kol. Szyfman: „*Z kazuistyki gruźlicy płuc u cukrzycowych*”.

W dyskusji nad odczytami zabierali głos Kol. Spiro, Tenenbaum, Lewenfisz, Bender, Ładyński i prelegenci.

Sekretarz: Dr. A. S. Tenenbaum.

Protokół posiedzenia z dnia 20 marca 1935 r.

1. Kol. Lewenfisz. *Przypadek ropnia kości udowej rozpoznany jako osteosarcoma.*

Chory ma lat 27. Zachorował w połowie maja 1935 r. Zaczął odczuwać ból w części środkowej powierzchni przedniej lewego uda. Został skierowany do szpitala, w którym przebywał od 23. V. do 12. VI. 1933 r. W szpitalu ustalono rozpoznanie: *osteosarcoma femoris sin.* Zaproponowano zabieg operacyjny, na który chory nie chciał się zgodzić. Został wypisany ze szpitala i skierowany na naświetlania Roentgenem. Dokonane zdjęcia rentgenologiczne wykazały: podłużne, dość ostro odgraniczone wyjaśnienie w obrębie warstwy korowej trzonu kości udowej lewej, nieco poniżej krętarza małego. Delikatne cienie zwapnienia w częściach miękkich, tuż przy wyżej opisanem ognisku. Rozpoznanie: *osteosarcoma femoris sin.* Odczyn Wassermana ujemny; nie gorączkuje.

Chory otrzymał ogółem 3 serie naświetlań. Po I. serji — brak poprawy, po II. poprawa nieznaczna, po III. poprawa wybitna, ból zmniejszył się. Rentgenologicznie obraz bez wyraźnych zmian. W listopadzie 1933 r. wytworzył się duży naciek w naświetlanej okolicy. Skóra zaczerwieniła się, ból się wzmógł. Przystąpiłem do 4-tej serji naświetlań, w styczniu ub. r. wkrótce jednak przerwałem naświetlania, zalecając okłady z płynu Burowa. W maju 1934 r. wytworzyło się owrzodzenie w okolicy wyczuwalnego nacieku, z którego zaczęła wydobywać się ropa. Dwa tygodnie później wy dobyłem pincetą duży martwiak kostny, po czem owrzodzenie się zagoiło, naciek ustąpił. Ostatnie zdjęcie rentgenowskie wykazuje niemal zupełne zagojenie się.

Wniosek: zachodzi tu przypadek zapalenia, prawdopodobnie ropnia kości, z dużym odczynem okostnowym.

Był to więc błąd rozpoznawczy, który mógł pozbawić chorego dolnej kończyny. Dowodzi on, jak często jest rzeczą wręcz niemożliwą, odróżnić rentgenologicznie sprawę zapalną od sprawy nowotworowej. Mógłbym się spotkać z zastrzeżeniem, że przed amputacją, dokonano by biopsję. Nie zapominajmy jednak, że biopsja jest poważnym zabiegiem chirurgicznym, polega bowiem ona na osteotomji, jeśli nie chcemy opierać się na mikroskopowym badaniu tkanki zapalnej, znajdującej się dookoła guza. A jeśli uprzytomnimy sobie, że guzy złośliwe kości są silnie unaczynione, łatwo dojść może do powstania krwiaka, a nawet i wtórnego zakażenia.

Pomiję już niebezpieczeństwo rozsiania nowotworu, z którym zabieg może być związany. Następnie, jeśli chodzi o wynik samej biopsji, to w przypadkach przerzutów do kości guzów nabłonkowych lub gdy mamy przed sobą guz olbrzymio-komórkowy o utkaniu typowym, wreszcie gdy zachodzi przypadek mięsaka okrągłokomórkowego, wynik badania biopsji może być pewny. Natomiast w przypadkach innych guzów łącznotkankowych, trudno jest często ustalić złośliwość guzów. Wyniki operacyjne w przypadkach mięsaków kości wogóle nie są ani lepsze ani gorsze, niż wyniki rentgenoterapii, gdy są one promienioczułe. Chorzy tacy zazwyczaj giną w okresie nieprzewyższającym 1 — 2 lat.

Wniosek: w przypadkach podejrzenia mięsaka kości należy rozpocząć od naświetlań promieniami Roentgena bez wykonywania biopsji, która w tych przypadkach jest technicznie trudna, a wynik często nawet niepewny. Dopiero, gdy rentgenoterapia nie da pożądanego wyniku, (niektóre postaci mięsaków kości posiadają nieznaczną promienioczułość) należy dokonać biopsji i od jej wyniku uzależnić dalsze postępowanie.

W dyskusji zabierał głos kol. Janik.

2. Kol. Liniecki przedstawił chłopca z częściowym zanikiem barwika na skórze twarzy.

3. Kol. Dziewięński omówił szereg interesujących przypadków kazuistycznych, odpowiednie rentgenogramy przedstawił kol. Aronzon.

a) *Zespół przedwczesnego dojrzewania z ogólnym otluszczeniem i względnym gigantyzmem.*

B. N. ur. 11. III. 20 r. do 5 tyg. była b. słaba. Chłodzić i mówić zaczęła w porę. W 6 r. życia zapalenie płuc i usunięcie migdałków, w 8 r. ż. wietrzna ospa, w 10 r. ż. odra, w 12 r. ż. zapalenie stawów bez gorączki, w 13 r.ż. różyczka. Uczy się łatwo. Zawsze była poważniejsza, niż rówieśniczki. Od 8 do 12 r. ż. zanadto wysoka. Od 10 r. ż. do czasu obecnego nadmiernie tyje. Perjody wystąpiły w 10½ roku, zjawiają się co 4 tygodnie i są b. obfite. Ojciec ma 38 lat, wzrostu 174 cm, zdrowy. Matka ma 39 lat, wzrost 163 cm, zdrowa. Siostra ma 8 lat. Chora ma niedowład połowiczny skurczowy z atetozą i zaburzeniami mowy, jako pozostałość po ostrem schorzeniu mózgu w 6 tygodniu życia. 14. X. 1934 r.: — czaszka duża (obwód 57,5), lecz proporcjonalna. B. wysoka, kończyny proporcjonalne do tułowia. Roentgen: skost-

nienie linii nasadowych kości kończyn; siodełko tureckie stosunkowo małe, zwapniałe *ligamenta interclinoidea*. Znaczne ogólne otłuszczenie; twarz zaokrąglona, szyja gruba; piersi zwisają, duże; dużo tłuszczu na karku, grzbiecie, powłokach brzusznych; a zwłaszcza na biodrach i pośladkach. Skóra wyglądu normalnego, prawidłowo poci się, owłosienie, jak u dorosłej kobiety. Tarczycza niemacalna. Płuca, serce, narządy jamy brzusznej bez zmian jawnych. Mocz normalny, na dobę 1.000—2.000 cm³. Nie ma nadmiernego pragnienia. Lubi słodczy, tłuszczów unika. Zdolność zagęszczania i rozcieńczania moczu prawidłowa. Krew bez zmian morfologicznych; zawartość cukru 100 mg %, podstawowa przemiana materji + 13%. Układ nerwowy bez zmian przedmiotowych.

25. X 30 r.	160 cm	57,5 kg
13. V. 31 r.	166 „	62,5 „
18. XI. 31 r.	168 „	67,5 „
6. XI. 32 r.	171 „	80,5 „
22. IV. 33 r.	171 „	85,5 „
30. I. 34 r.	171 „	89,0 „
14. X. 34 r.	171 „	90,2 „

b) M. H. ur. 19. IV. 1919 r. Do 10 r. ż. rozwijała się prawidłowo; była dość szczupła i nie wyróżniała się wzrostem. Od 11 r. ż. zaczęła bardzo szybko rosnać i tyć. Od 11 do 13 r. ż. piersi i włosy pod pachami i na spojeniu łonowym rozwinęły się, jak u dorosłej kobiety. Perjody prawidłowe od 12 r. ż. W lutym 1933 r. ślepotą histeryczną, która ustąpiła po zakraplaniu azotanu srebra, a na początku listopada 33 r. znieczulenie i niedowład prawej kończyny dolnej, też histeryczne, które ustąpiły po faradyzacji. 7. XI. 1933 r. wzrost 165 cm, waga 73 kg. Czaszka dość duża (obwód 56,5), lecz proporcjonalna. Kościec zbudowany proporcjonalnie. Roentgen: brak zmian w siodełku tureckim; kostnienie chrząstek nasadowych prawidłowe. Tkanka tłuszczowa podskórna nadmiernie rozwinięta, bez większego skupienia w poszczególnych okolicach. Skóra poci się prawidłowo, owłosienie, jak u dorosłej kobiety. Piersi duże, lewa nieco większa. Tarczycza niepowiększona. Narządy wewnętrzne bez zmian wyraźniejszych. Mocz: ciężar gatunkowy niski (1002 — 1010), poza tym bez zmian. Pragnienia nadmiernego niema. Dobowa ilość moczu około 600 cm³. Krew: odczyny kiłowe ujemne, czerwonych ciałek 4.010.000, Hb — 80%, białych ciałek 9.500 przy prawidłowym składzie. Podstawowa przemiana materji + 15%. Układ nerwowy — zmiany wyżej podane o cechach wyłącznie histerycznych. Dno oczu prawidłowe.

W przytoczonych przypadkach mamy do czynienia z przedwczesnym ogólnym rozwojem całego ustroju z wystąpieniem wtórnych oznak płciowych, których jeszcze niema zwykle w tym wieku. Do przedwczesnego rozwoju ogólnego dołącza się nadmierny wzrost i znaczne ogólne otłuszczenie. Nadmierny wzrost zależy tu widocznie od nadprodukcji hormonu „przerostowego“

przysadki, gdyż nie może być mowy o niedomodze jajników wobec rozwoju wtórnych oznak płciowych.

U B. N. wzrost w 12 $\frac{1}{2}$ r. ż. był 171 cm zamiast 142 $\frac{1}{2}$ cm, a u M. H. w 14 $\frac{1}{2}$ r. ż. — 165 cm zamiast 155 $\frac{1}{3}$ cm. Tak znaczna różnica upoważnia do zaliczenia tych przypadków do względnie gigantyzmu, gdyż B. N. nie będzie rosnąć wobec skostnienia chrząstek nasadowych, a M. H. może jeszcze rosnąć, lecz zapewne niedużo. Przedwczesne wystąpienie perjódu też może być zaliczone do objawów przysadkowych; ta ostatnia reguluje czynności jajników za pośrednictwem hormonów gonadotropowych. Nadmierne otłuszczenie nie może tu zależeć od niedomogi ani jajników, ani tarczycy, ani nadnerczy. Przez wykluczenie tych gruczołów dochodzimy do wniosku, że widocznie przysadka jest tu przyczyną otłuszczenia. Rentgenologicznie siodełko tureckie nie jest powiększone, co przemawia przeciwko przerostowi przysadki, a na korzyść jej dysfunkcji. Niektóre zespoły (tłuszczowo - płciowy, moczówka prosta) uprzednio uważane za przysadkowe obecnie umiejscawiamy w lejku mózgu. Czynności wyższych ośrodków wegetatywnych komory III są regulowane przez przysadkę i same regulują czynności przysadki, co stwarza duże trudności w różniczkowaniu zespołów przysadkowych i lejkowych. Nie jest niemożliwe, że omawiane zaburzenia zależą od pierwotnego uszkodzenia tych ośrodków.

Powyższego zespołu, polegającego na przedwczesnym dojrzewaniu płciowym z przedwczesnym rozwojem wtórnych oznak płciowych, z nadmiernym wzrostem, z przedwczesnym skostnieniem chrząstek nasadowych i z nadmiernym otłuszczeniem nie znalazłem w dostępnej mi literaturze. Mouriquaud uważał podobny zespół za wynik nadczynności jajników, co nie odpowiada obecnej naszej wiedzy o gruczołach dokrewnych.

4. Kol. Dzierżyński. *Omówienie przypadków z pokazem fotografii i rentgenogramów.*

a) *Zespół wielogruczołowy na tle arachnoiditis.* Z. F., 48 lat. Obecna choroba datuje się od 3 $\frac{1}{2}$ lat, na początku zachorował na gripę, poczem wystąpiło znaczne osłabienie. Wówczas miał już bóle głowy i raz wymioty, 2 lata temu wypadły włosy pod pachami i znacznie przerzedziły się na twarzy i na spojeniu łonowym. Od 1 $\frac{1}{2}$ r. narządy płciowe wydatnie zmniejszyły się i zanikły wzwody oraz popęd płciowy. Od tego czasu wystąpiło b. silne pragnienie, nawet budził się w nocy z tego powodu, pił b. dużo; ostatnio pragnienie zmniejszyło się. Obecnie uskarża się na b. znaczne osłabienie, b. szybkie męczenie się, ból głowy, wzdęcia brzucha, zaparcia stolca. Stan obecny: wzrost 175 cm, waga 75,5 kg. Powłoki zewnętrzne żółtawo-białe; na śluzówce górnej wargi plama brunatno zabarwiona. Tkanki tłuszczowej dość dużo, zwłaszcza w okolicy piersi, powłok brzusznych i bioder. Kości szerokie, kolana koślawe. Porost na twarzy b. skąpy, także na spojeniu łonowym; brak włosów pod pachami. Narządy płciowe b. drobne. Tarczyca niemacalna. Znaczne ogólne osłabienie i bardzo szybkie męczenie się. Zagęszczenie lewego szczytu płuc. Tony serca gluche. Tętno b. słabo wy-

pełnione. Układ nerwowy bez zmian przedmiotowych. Krew: odczyny kilowe ujemne, morfologicznie bez znaczniejszych zmian, wapnia w surowicy 10,7 mg, mocznika 51 mg, cukru 86 mg, chlorków 333 mg, cholesteryny 145 mg. Płyn mózgowo-rdzeniowy: odczyny kilowe ujemne, komórek 17 w 1 mm³, białka 0,5‰, Nonne-Appelt i Pandy dodatnie, Weichbrodt ujemny, cukru 57 mg, chlorków 679 mg. Mocz: c. g. 1019—1030, pozatem bez zmian; próba wodna i sucha wykazała dobrą sprawność nerek przy próbie rozcieńczania i znacznie upośledzoną przy próbie zęszczenia moczu. Podstawowa przemiana materji — 17%. Roentgen czaszki — bez zmian wyraźniejszych.

Mamy tu do czynienia z zespołem wielogruzołowym, gdyż są objawy wskazujące na niedomogę gruczołów płciowych, nadnerczy, częściowo tarczycy przy pleocytozie i dodatnich odczynach globulinowych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Schorzenie rozwinęło się po „grypie” i stopniowo postępuje. W piśmiennictwie są opisane nieliczne przypadki *arachnoiditis* z objawami niedomogi gruczołów wskutek uszkodzenia wyższych ośrodków wegetatywnych mieszczących się w ścianach III komory. Przytoczony przypadek należy do tej kategorii schorzeń i jest do pewnego stopnia przeciwstawieniem zespołu Cushinga, który zależy od gruczolaka zasadochłonnego przysadki.

b) *Karzel*, S. K. ur. 12. I. 1923 r. jako drobne niemowlę. W drugim roku zauważono, że jest za mały. Mówić i chodzić zaczął prawidłowo. Poważniejszych chorób nie przechodził. Psychicznie rozwijał się normalnie, uczy się w szkole od 8 r. ż.; obecnie jest w V oddziale szkoły powszechnej. Rodzice są ze sobą spokojniejsi, ojciec dość wysokiego wzrostu, matka średniego i bardzo otyła. Brat 10 lat cierpi na wodogłowię. 13. XII. 1934 r.: wzrost 89 cm, waga 12,6 kg. Obwód czaszki 48 cm, długość twarzy 13,5 cm. Skóra dość blada, cienka, stopy zimne. Czaszka okrągła z dużym uwypukleniem guzów ciemieniowych i czołowych, twarz drobna. Policzki nieco zwisają, język b. mały. Kończyny rozwinięte proporcjonalnie do wzrostu. Tkanka tłuszczowa podskórna rozwinięta miernie. Włosy na głowie i brwiach dość rzadkie, rzęsy prawidłowe, pozatem brak włosów na ciele. Narządy płciowe b. drobne, prącie 1,5 cm, jądra mniejsze od grochu. Tarczyca niemacalna. Płuca i serce bez zmian (kardjogram — norma). Brzuch wzdęty, wątroba wystaje spod łuku żebrowego na 4 palce. Śledziona niemacalna. Je i pije mało. Mocz normalny. Krew bez zmian morfologicznych oprócz powiększenia białych ciałek do 11.700. Podstawowa przemiana materji + 6%. Roentgen: siodełko tureckie b. małe; stan kostnienia kośćca odpowiada wiekowi 4 — 5 lat. Układ nerwowy bez zmian przedmiotowych. Psychicznie: rozwój umysłowy odpowiada wiekowi, usposobienie wesołe.

Przeciętny wzrost normalnego chłopca 11 lat 10 miesięcy stanowi 139 cm, a waga 34,5 kg. Wzrost S. K. odpowiada wiekowi 2 lat 6 miesięcy, a waga 2 lat. Jest to zespół wielogruzołowy, przyjmują w nim udział przysadka (małe jej rozmiary, brak wzrostu kośćca), jądra (ich niedorozwój), zapewne tarczyca

(brak kostnienia chrząstek) i przytarczyce. Wątroba jest w stosunku do narządów jamy brzusznej b. duża, lecz u dzieci wogóle jest stosunkowo większa, a w stosunku do wieku nie jest za duża. Przyczyna omawianego zespołu jest niejasna. Może być, że schorzenie ośrodków wyższych wegetatywnych III komory spowodowało zespół karli, przemawia zatem wodogłowie u brata i pokrewieństwo rodziców.

c) *Wrodzony przerost stopy z odcinkowymi zmianami skóry.* N. W. 23 lat. Poważniejszych chorób nie przechodził. Uprzednio miał krwawienia z nosa, z odbytu i z cewki. Lewa stopa jest większa od prawej od urodzenia; z wiekiem stopy rosły równomiernie. Zmiany na skórze są też od urodzenia. Dziedziczność nieobarczona. Obecnie jest wzrostu średniego. Narządy wewnętrzne i układ nerwowy bez zmian wyraźniejszych. Bardzo pobudliwy, niezrównoważony. Uwłosienie i pocenie się prawidłowe. Znaczne zgrubienie rogowej warstwy skóry w linii białej od mostka do pępka, na pograniczu lewego ramienia i klatki piersiowej, wzdłuż wewnętrznej powierzchni lewego ramienia i przedramienia, na dłoniowej powierzchni lewej ręki wzdłuż brzegu łokciowego i promieniowego (oraz V i I palca) oraz na przylegających do siebie powierzchniach II i III palca, w obrębie odcinków lew. L₁—4 i S₁—5. Na prąciu i mosznie, które są ciemne, widzi się plamy prawie czarne. Długość k. k. d. jednakowa. Lewa stopa znacznie większa, niż prawa (długość 31,0 — 26,5, szerokość 12,0 — 9,5, obwód 27,5 — 21,5). I i II palce lewej stopy zrośnięte i prawie normalnej wielkości; III, i IV i V palce b. duże, kolbowato wzdęte; częściowe zrośnięcie III i IV palca; skóra III, IV i V palca b. gruba; modzelowatość na całej lewej podeszwie. Roentgen: — prawa stopa — II palec posiada tylko dwie falangi; lewa stopa — wszystkie kości są znacznie szersze i dłuższe, niż prawej, zrośnięcie I i II palca.

Umiejscowienie zgrubienia warstwy rogowej skóry ściśle odpowiada dermatomom, co nie może być uważane za przypadkowe. Przemawia to na korzyść pewnego wpływu układu nerwowego na powstanie tych zmian, jeżeli nie przyczynowego, to przynajmniej uzasadniającego ich umiejscowienie.

d) *Nawrotowe porażenie nerwu odwodzącego oka.* R. A. ur. 1879 r. 26. III. 1934 r. nagle wystąpiły bóle w lewej okolicy czołowej i podwójne widzenie; w następnych dniach objawy te nasiliły się; wymiotów, zawrotów głowy nie miał. Przed 10 laty miał podobne objawy, które trwały 5 tygodni i całkowicie ustąpiły. 6. IV. 1934 r.: porażenie nerwu VI lewego, pozatem układ nerwowy i narządy wewnętrzne bez zmian (oprócz miażdżycy i nadciśnienia). Mocz i płyn mózgowo - rdzeniowy bez zmian. Odczyny kiłowe we krwi ujemne. W czasie od 7. IV. do 9. VI. 1934 r. bóle głowy i porażenie nerwu VI ustąpiły stopniowo i całkowicie. W połowie listopada 1934 r. miał przez 3 — 4 dni zawroty głowy. 28. XII. 1934 r. wystąpiły bóle głowy po stronie prawej i podwójne widzenie. 4. I. 1935 r.: bolesność w okolicy skroniowo - czołowej po stronie prawej. Porażenie nerwu VI prawego. Mocz, płyn mózgowo - rdzeniowy i krew — normalne.

5. I. — 18. II. 1935 r. objawy chorobowe stopniowo ustąpiły całkowicie.

Nawrotowe porażenie prawego i lewego nerwu odwodzącego wskazuje na pewną ich małowartościowość, to jest na mniejszą oporność na zewnętrzne wpływy szkodliwe. Do wpływów tych należą przede wszystkim przyczyny powodujące t. zw. porażenia gośćcowe. Mamy tu zatem do czynienia z nawrotowym reumatycznym porażeniem nerwu VI. O kile, nowotworach, zapaleniu opon i zmianach naczyniowych nie może być tu mowy wobec braku objawów wskazujących na te cierpienia oraz wobec wybiórczego i przejściowego porażenia z obu stron n. VI.

e) *Garb wjadowy*. C. W. 60 lat. Zakażenie kiłą przed 36 laty. Nie leczył się. 24 lat temu stwierdzono wjad rdzenia; wówczas przeszedł leczenie salwarsanowo - rtęciowe. 21 — 20 lat temu rozwinął się stopniowo i bezboleśnie garb kręgosłupa. 11 lat temu leczenie salwarsanowo - bizmutowe. Obecnie: ogólne wyniszczenie, rozedma płuc. Kręgosłup (rentgenologicznie): garb kątowy oraz zgięcie do boku kręgosłupa lędźwiowego na skutek załamania i klinowatego zniekształcenia trzonów L₂₋₃, stopiony w zagęszczony blok, objęty z boku po stronie lewej przez ostro nazewnątrż odgraniczone rozległe okostniałe nawarstwienie; istota kostna zagęszczona, o zatraconem utkaniu beleczkowem. Podobne zmiany w utkaniu kostnym trzonów L_{1,4} i 5, które posiadają znacznie wydłużone krawędzie i nierówne powierzchnie. Wolne ciała kostne obok trzonów lędźwiowych. Znaczne skrócenie długości kręgosłupa lędźwiowego z opuszczeniem klatki piersiowej i ze zniekształceniem jej dolnej części. Lewy staw barkowy: zwicnięcie całkowite kości ramieniowej ku górze; główka kości ramieniowej opiera się o wyrostek barkowy łopatki i część barkową obojczyka, które są nadłamane i zniekształcone; liczne wolne ciała kostne w otoczeniu. Staw skokowy prawy — złamanie bez przemieszczenia kostki wewnętrznej, z zagęszczeniem istoty kostnej wzdłuż szczeliny złamania. Zrenice równe, na światło nie oddziałują. Obniżenie napięcia mięśni kończyn z niezbornością obwodową znacznego stopnia. Obniżenie czucia powierzchownego na obwodowych częściach kończyn. Zniesienie czucia głębokiego w kończynach dolnych i obniżenie w kończynach górnych. Bóle postrzałowe w kończynach. Brak odruchów brzusznych, kolanowych i achillesowych. Częściowe nietrzymanie moczu.

Wobec klasycznego zespołu klinicznego wjadu rdzenia rozpoznanie nie ulega wątpliwości. Zmiany w lewym stawie barkowym i prawym skokowym należą do typowych zmian wjadowych. Podobne zmiany, chociaż znacznie rzadziej, zdarzają się w wjadzie i w obrębie kręgosłupa. Wolne ciała kostne, zmiany w utkaniu kostnym trzonów, bezbolesność pozwalają na zaliczenie zmian w kręgach lędźwiowych w naszym przypadku do wjadowych. Zmiany te spowodowały zniekształcenie kręgosłupa w stopniu b. rzadko spotykanym w wjadzie rdzenia.

f) *Rak przewodu słuchowego z porażeniem nerwu IX, X i XI*. G. F. 50 lat. W 12 r. ż. zapalenie lewego ucha z ropieniem,

które kilkakrotnie powtarzało się. Od 3 miesięcy ropienie nasiłilo się, wystąpiły zawroty głowy. Ostatnio słuch na lewym uchu znacznie osłabł, wystąpiły chrypka i utrudnienie polykania. Bardzo osłabł. Obecnie: oczopląs poziomy przy patrzeniu w lewo. Znaczne osłabienie słuchu i obniżenie pobudliwości błędnika po stronie lewej o cechach obwodowych. Mowa ochrypnięta; całkowite porażenie lewej struny głosowej. Polykanie utrudnione, często krztusi się, płyny wyciekają przez nos. Tętno 120 na 1 min. Lewy łuk podniebienny szerszy i opuszczony. Utrata smaku w tylnej połowie języka po stronie lewej. Zanik i bezwład lewego mięśnia obojczykowo-sutkowo-mostkowego i kapturowego. Ropny wyciek i ziarnina w lewym przewodzie słuchowym. Obraz rentgenologiczny lewej kości skroniowej przemawia za nowotworem szerzącym się z jamy bębnekowej do tyłu i przyśrodkowo oraz w mniejszym stopniu w kierunku zewnątrz. Histologiczne badanie wycinka ziarniny wykazało raka płaskokomórkowego.

Zespół objawów porażennych wskazuje na uszkodzenie nerwu IX, X i XI po stronie lewej. Wszystkie wymienione nerwy przedostają się z jamy czaszkowej nazewnątrz przez otwór szarpany, w którymto miejscu, należy sądzić, nowotwór uciska na nie, gdyż w umiejscowieniu bardziej dośrodkowym mielibyśmy jeszcze inne objawy uszkodzenia układu nerwowego, a w bardziej obwodowym nerwy te nie są skupione w jednym miejscu.

g) *Rak żołądka z przerzutami do mózgu.* L. F. 54 lat. Nieprzytomny, niespokojny. Wykonuje bezcelowe ruchy lewymi kończynami, chce wstać, zrywa się. Na szyi, pod skórą, guzki ruchome i nieruchome. Prawostronne porażenie skurczowe. W 3 dniu pobytu w szpitalu zmarł. Sekcja: pierwotny rak żołądka, przerzuty do trzustki, do gruczołów śródpiersia i chłonnych szyi oraz liczne do mózgu, mianowicie 18 w rozmaitych miejscach obu półkul, 2 do mózdzka i 1 do podstawy mostu. Większość przerzutów mieści się w głębi brzd mózgowych, przenikając niekiedy do istoty białej. Wielkość przerzutów mózgowych — od grochu do śliwki.

h) *Rak oskrzelowy z przerzutami do mózgu.* K. S. 44 lat. Od maja 1933 r. bóle głowy, ostatnio b. silne. 26. VII. 1933 roku: źrenice i dno oczu bez zmian. Obustronne obniżenie słuchu o cechach ośrodkowych. Chwianie się przy chodzeniu z zamkniętymi oczami. Reszta układu nerwowego bez zmian. W płynie mózgowo - rdzeniowym odczyny globulinowe dodatnie. 17. X. 1933 roku: miał jakieś ataki z utratą przytomności. Znaczne ogólne wychudzenie, apatyczny, ponury, przygnębiony. Źrenice bez zmian wyraźniejszych. Ruchy oczu zbieżne zniesione, ku górze ograniczone, oczopląs wahadłowy przy patrzeniu na boki. Tarce zastoinowe na dnie oczu. Obustronne znaczne obniżenie słuchu. Wymioty. Bóle głowy. Szum w uszach. Reszta układu nerwowego bez zmian. 15. XI. 1933 r.: wychudł, oślepił i ogłuchł. 21. XI. 1933 roku zmarł.

Sekcja: rak oskrzela prawego płuca z przerzutami do mózgu, bez przerzutów do narządów wewnętrznych i do gruczo-

łów chłonnych, 11 przerzutów mieści się w rozmaitych miejscach obu półkul mózgu, 3 w mózdzku, 1 w okolicy jądra czerwonego lewego i 1 b. duży w okolicy ciał czworaczych. Ten ostatni przerzut spowodował upośledzenie słuchu, porażenie okoruchowe i wodogłowie wewnętrzne, co przyczyniło się do wystąpienia tarczy zastoinowej i ślepoty.

W dyskusji zabierali głos kol. Banasz, Helman, Turyn, i prelegent.

5. Kol. Kunicki. *Przypadek guza kieszonki Rathke'go.*

W dyskusji zabierali głos kol. Banasz, Turyn, Bender i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 27 marca 1935 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Bender przedstawił mężczyznę, lat 52, który od kilku lat cierpiał na bóle głowy. Bóle te dawniej nie były zbyt silne i dawały się łatwo opanować. W ciągu ostatniego roku powiększyły się znacznie, a w ciągu ostatnich miesięcy 1934 r. były bardzo silne; bóle te zupełnie nie uspokajały się pod wpływem różnych środków, które chory zażywał. Jednocześnie w ciągu ostatniego półrocza wyraźnie wystąpiły objawy niedomogi krążenia: chory zauważył postępującą sinicę warg, odczuwał duszność wysiłkową, pełność w nadbrzuszu, mało oddawał moczu, ostatnio wystąpiły obrzęki kończyn dolnych. Na zwykłe leczenie nasercowe (naparstnica i t. d.) oddziaływał bardzo słabo. Od kilku miesięcy leżał w łóżku. Prelegent widział chorego w końcu grudnia zeszłego roku wśród objawów daleko posuniętej rozemny płuc i ciężkiego okresu niedomogi krążenia: wybitna sinica warg, podniebienia, uszu, duszność spoczynkowa i wysiłkowa, wątroba wystawała na 4 palce spod łuku żeberowego, silne obrzęki kończyn dolnych, mało oddawał moczu, miał silne bóle głowy. W moczu objawy zastoinowe przy ciężarce gatunkowym 1023. Mocznik we krwi prawidłowy. Opierając się na pracy amerykańskiego autora Hendersona o leczniczym działaniu nakłucia łądzwiowego w przebiegu niedomogi krążenia z wysokim ciśnieniem żylnym, zastosował prelegent nakłucie łądzwiowe; po wypuszczeniu 20 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, stan chorego uległ wyraźnej poprawie. Bóle głowy ustąpiły zupełnie. Chory po upływie 2 tygodni leczenia naparstnicą mógł wrócić do pracy zawodowej. Obserwacja 3-miesięczna wykazała dalszą poprawę. Obecnie jest nieznaczna sinica warg, lekko powiększona wątroba, ustąpiły natomiast zupełnie bóle głowy, duszność i obrzęki. Chory otrzymuje okresowo małe dawki naparstnicy i jest zdolny do pracy.

2. Kol. Janik: „*Nowoczesne leczenie złamań*”.

W dyskusji zabierał głos kol. Kunig.

3. Kol. Lewenfisz: „*Rentgenoterapia układu roślinnego*”.

Sekretarz: Dr. B. Czaplicki.

Protokół posiedzenia w dniu 3 kwietnia 1935 r.

Kol. Jelenkiewicz N. wygłosił odczyt p. t.: „Z kazuistyk tegorocznej epidemii duru brzuszego“.

Na wstępie prelegent daje w zarysie charakterystyczne cechy rozpoznawcze i kliniczne duru brzuszego, omawia trudności rozpoznawcze, przytacza wielorakość i wielopostaciowość objawów. Rozpoznanie duru napotyka czasami na wielkie trudności ze względu na małe objawy miejscowe a dużą ilość objawów toksycznych.

Szczegółowo omawia 12 przypadków kazuistycznych spotrzeganych podczas zeszłorocznej epidemii:

1) *przypadek gruźlicy prosówkowej z dodatnim odczynem Widala 1:100 i 1:200, z obrazem krwi: ciałek białych 3.600, pałeczkowatych 1,5%, segmentowanych 76%, kwasochłonnych 1%, limfocytów 18,5% i monocytów 2%.* Przypadek odróżniał się małą ilością objawów miejscowych. Chora zmarła po 4-tygodniowym pobycie w szpitalu. Dwa dni przed śmiercią stwierdzało się w płucach znaczne zaostrzenie szmerów oddechowych obustronnie i tarcie opłucnowe po stronie lewej z tyłu i w linii pachowej lewej. Rozpoznanie zostało potwierdzone sekcyjnie;

2) *przypadek ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u chłopca 14-letniego w przebiegu duru brzuszego.* Zastosowano leczenie zachowawcze. Chory został wypisany ze szpitala po upływie miesiąca jako zupełnie zdrowy;

3) *przypadek duru brzuszego o przebiegu septycznym u kobiety 46-letniej z ropomoczem;*

4) *nietypowy przypadek duru u osobnika lat 24, szczepionego przed rokiem w wojsku;*

5) *przypadki duru w łączności z innymi chorobami zakaźnymi;* prelegent stara się wyjaśnić, jak zachowuje się ustrój zakażony durem w stosunku do innych zarazków. W okresie najwyższego nasilenia ciepłoty ustrój jest oporny na inne zakaźne sprawy, natomiast współistnienie spotyka się najczęściej w okresie wylegania i zdrowienia. Róża może zdarzyć się w każdym okresie duru i co najbardziej zajmujące, pozostaje bez wpływu na leukopenię. Prelegent omawia dwa przypadki duru, w przebiegu których wystąpiła róża twarzy. W dalszym ciągu odczytu prelegent omawia sześć przypadków płonicy w połączeniu z durem.

Omawiane przypadki były ilustrowane pokazem przebiegu ciepłoty na ekranie.

W dyskusji: Kol. Wolfson zapytuje, jak się zachowywał obraz krwi chorych na płonice i dur brzuszny pod względem eozynofilii; co do przypadku z ropomoczem wyraża wątpliwość, czy można go uważać za nawrót, jeżeli w poprzednich okresach odczyn Widala był ujemny; występowanie odczynu Widala dopiero w nawrocie uważa za rzecz niezwykłą. W związku ze wzmianką o objawach miejscowych w durze, uważa, że klinicznie trudno obecnie mówić o objawach miejscowych, chyba jeżeli się obserwuje krwotok kiszkowy; wszystkie inne objawy, jak go-

rączkę, powiększenie śledziony, różyczkę należy uważać za objawy ogólnego zakażenia.

Kol. Kokotek — w sprawie przypadku prosówki, przebiegającej pod postacią duru. Co do narastania odczynu Widala 1:200, to jest to w granicach normy; nie zgadza się z twierdzeniem prelegenta, aby leukopenia przemawiała tylko za durem. OB w durze nie jest przyspieszone, wynosi od 50 do 90 minut. Objaw opaskowy w durze jest dodatni.

Kol. Itelson — w związku z przypadkiem pierwszym — należy w przebiegu schorzenia śledzić obraz krwi; trzeba kilkakrotnie badać krew morfologicznie; spadek leukocytów jest charakterystyczny dla prosówki.

Kol. Tenenbaum zapytuje w sprawie pierwszego przypadku, jak przedstawiały się wywiady w kierunku gruźlicy u rodziny chorej, czy były dokonywane próby tuberkulinowe, czy była badana płwocina.

W odpowiedzi: prelegent.

Kol. Wolfsonowi: 1) ciała kwasochłonne były obecne we wszystkich przypadkach płonicy z durem; 2) prelegent uważa, że odczyn Widala może zjawić się podczas nawrotu, taksamo jak może się wcale nie zjawiać lub zjawiać się późno w każdym okresie duru lub zdrowienia.

Kol. Kokotkowi: 1) w sprawie narastania odczynu Widala: dla szpitala Państw. Zakł. Higieny określa zwykle odczyn Widala do 1:200, dalsze uwzględnia tylko na specjalne żądanie; 2) przy leukopenii w róży należy myśleć o durze; są opisane przypadki zapalenia ucha środkowego u dzieci, w których na podstawie leukopenii wykrywano dur; 3) OB — opiera się na 114 przypadkach opracowanych łącznie z kol. Lewinem; 4) objaw opaskowy w durze zjawia się tylko w przebiegu krwotocznym, niekoniecznie natomiast zjawia się podczas krwotoku kiszkiowego lub przed krwotokiem. Prelegent przed krwotokiem natomiast widział, zgodnie z innymi autorami, przejściowy wzrost ciśnienia krwi i znikanie tętna dwubitnego.

Kol. Itelsonowi: zagadnienie postępującego spadku leukocytów w tym przypadku nie było badane; obraz był typowy dla ostrej gruźlicy, jak się potem okazało.

Kol. Tenenbaumowi: nie były robione badania w kierunku gruźlicy, gdyż o gruźlicy nie myślano ze względu na brak objawów miejscowych i dodatni odczyn Widala. Rozpoznanie gruźlicy ustalono jedynie na podstawie danych z sekcji.

Protokół posiedzenia w dniu 24 kwietnia 1935 r.

1. Kol. N. Haltrecht przedstawił *przypadek liszaja czerwonego płaskiego (lichen ruber planus) śluzówki jamy ustnej u chorego z jednoczesnym lichen corneus obtusus i lichen hypertrophicus na lewym podudziu.*

2. Kol. N. Haltrecht wspólnie z Kol. A. Kryńskim przedstawił *przypadek lichen ruber planus śluzówki jamy ustnej.*

3. Kol. Minc wygłosił odczyt p. t.: „Przypadek choroby Cushinga”. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Turyn, Klozenberg, Itelson, Kryszek, Lewenfisz i prelegent.

Kol. Turyn zastanawia się nad częstością, ostatnio sporządzanych i opisywanych przypadków zespołu Cushinga a nie-licznymi obserwacjami samego Cushinga, który w ciągu lat prawie 20 zebrał ich tylko 14. Różnica ta polega zdaniem kol. T. na innej klasyfikacji stosowanej przez tego autora. W jego przypadkach brak miesiączki, szybszy przebieg, większe osłabienie ogólne, a głównie dodatnie działanie naświetlań promieniami Roentgena, którego w przypadkach znanych kol. T. nie było. Uważa, że różnica ta wynika z odmiennych zmian anatomicznych. W przypadkach Cushinga prawdopodobnie na naświetlanie oddziałują guzki komórek zasadochłonnych, w przypadkach innych, niereagujących na to leczenie, podstawą anatomiczną są rozrosty komórek, których hormon wpływa na ukształtowanie sylwetki i skłonności do szeregu cierpień, które określa się ostatnio jako przejaw bazofilizmu konstytucjonalnego. Ten konstytucjonalizm można spotykać o wiele częściej, prowadzi wkońcu do powstania schorzeń, jak cukrzyca, nadciśnienie, otyłość i ich skutki, uporczywe kamice nerkowe. Sądzi, że na podstawie wpływu promieni Roentgena możnaby różniczkować guzy komórek zasadochłonnych od rozrostu tych komórek w całej przysadce.

Kol. Klozenberg: z chorobą Cushinga dzieje się to samo, co dawniej z nagminnym zapaleniem mózgu. I przed Economio znane były przypadki nagminnego zapalenia mózgu. Okazuje się, że i dawniej widywaliśmy przypadki choroby Cushinga, ale przyjmowaliśmy je za inne schorzenia, jak *dystrophia adiposogenitalis*, chorobę Dercuma i inne.

Różnice w obrazie chorobowym zależne są od jakości zmian w przysadce. Rozstępy skórne nie są czemś swoistem dla schorzenia; widzimy je zawsze przy gromadzeniu się tłuszczu. Zabarwienia purpurowe zależne są od ilości nagromadzonego barwika.

Kol. Itelson widywał w przypadkach choroby Cushinga u dzieci przedwczesne dojrzewanie płciowe; późniejszy zanik miesiączki jest wynikiem wyczerpania czynności jajników.

Kol. Itelson omówił przypadek choroby Cushinga u młodego osobnika.

Kol. Kryszek ma w obserwacji przypadek, który jest pod względem objawowym pełniejszy. Stwierdzono brak miesiączki i posunięte odwapnienie kośćca; bóle kręgosłupa nasuwały pierwotnie myśl o gruźliczym zapaleniu kręgow.

Kol. Lewenfisz: Promienie Roentgena działają niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z guzem czy komórkami; wrażliwymi na promienie Roentgena są tylko komórki kwasochłonne; natomiast nie są wrażliwe na ich działanie komórki zasadochłonne i obojętne.

Referent w odpowiedzi. Rzeczywiście i dawniej spotykaliśmy się z przypadkami choroby Cushinga, ale nie wiedzieliśmy, z czym mamy do czynienia. Rozstępy są jednak swoiste dla omawianego schorzenia; w innych schorzeniach z nawarstwieniem tłuszczu nie widzimy ich. Powodem zacerwienia są naczyń rozszerzone, a nie obecność barwika.

4. Kol. B. Handelsman wspólnie z kol. S. Kałczakiem, W. Krasowskim i M. Welfe wygłosił odczyt p. t. „O azbestozie”.

1) Azbestoza jest chorobą zawodową, którą jako odmianę pylicy krzemieniowej należy zgłaszać do władzy administracyjnej, ale za którą chorzy nie dostają odszkodowania.

2) Azbestoza powstaje wskutek wdychania pyłu azbestowego.

3) Azbest jest minerałem, zawierającym krzemiany, z których w ustroju uwalnia się kwas krzemowy.

4) Pył azbestowy przez pęcherzyki płucne przenika do naczyń chłonnych w płucach, gdzie następuje tworzenie się ciałek azbestowych. Dla azbestozy są charakterystyczne ciała azbestowe, które składają się z dwóch składników: a) rusztowania igieł azbestowych z kwasu krzemowego, b) z otoczki białkowej, zawierającej żelazo. Z ciałek azbestowych wyzwała się wolna krzemionka i rozpuszcza się w cieczy ustrojowej. Wskutek drażnienia tkanki łącznej kwasem krzemowym ulega ona bujaniu. Tkanina płucna ma silne powinowactwo do SiO_2 . Bujanie tkanki łącznej może prowadzić do zwłóknienia (marskości) płuc.

5) Objawy fizyczne mogą nie odpowiadać zmianom w płucach i danym rentgenologicznym.

6) Azbestoza często łączy się z gruźlicą płucną.

7) Azbestoza jest chorobą nieuleczalną i niedającą się zatrzymać. Przebieg jest szybszy, aniżeli w pylicy krzemieniowej.

Kol. Welfe pokazał 4 rentgenogramy chorych na azbestozę.

W dyskusji kol. Klozenberg zapytuje, czy istnieją zmiany przy azbestozie w górnym odcinku oddechowym.

Kol. Handelsmann odpowiada, że żadnych zmian niema.

Protokół posiedzenia w dniu 8 maja 1935 r.

1. Kol. M. Kocen i kol. H. Makower wygłosili odczyt p. t.: „Zagadnienie przetaczania krwi w świetle nowszych badań”.

Kol. Kocen omówił podstawy teoretyczne przetaczania krwi, a zwłaszcza sposób działania i losy krwi przetoczony, rolę osocza i jego składników oraz rolę czynników, wywołujących zaburzenia po transfuzji.

Kol. Makower omówił postępy w dziedzinie techniki przetaczania, jego wskazania i przeciwwskazania oraz wyniki w różnych działach medycyny (ze szczególnem uwzględnieniem immunotransfuzji, powikłania i niebezpieczeństwa przetaczania).

Na zakończenie kol. Kocen omówił sprawy grupowe i sprawę organizacji dawców u nas i na terenie międzynarodowym. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Ryder zapytuje, czy nakłucie serca robi się igłą grubą, czy zabieg ten jest obojętny i czy nie uszkadza serca; dalej zapytuje, jaką ilość krwi można pobierać od jednego dawcy i uważa, że mało uwagi zwraca się na los dawców; zapytuje wreszcie, jak długo powinna trwać przerwa między jednym a drugim pobraniem krwi u dawcy.

Kol. Smoleński zapytuje, czy odgrywa jakąś rolę różnica wieku dawcy i odbiorcy i czy u zawodowych dawców nie następuje zmiana w składzie krwi.

W odpowiedzi kol. Kocen zaznacza, że maksymalna ilość krwi, jaką można pobrać u mężczyzny wynosi 1200 cm³ (waga dawcy 75—80 kg) i 700 cm³ u kobiety (waga 60—70 kg); średnia ilość pobranej krwi wynosi 400—600 cm³. Przeważnie w ciągu 6—8 tygodni następuje zupełna odnowa krwi u dawcy; po tym okresie czasu można znów pobierać krew. U zawodowych dawców przed każdym pobraniem krwi konieczne jest badanie krwi na odczyn Wassermanna i morfologiczne badanie krwi celem stwierdzenia, czy niema objawów nadmiernej regeneracji lub też degeneracji obrazu krwi czerwonego i białego.

Kol. Smoleńskiemu odpowiada, że najbardziej wskazany wiek dla dawcy jest 20 do 40 lat. Dowodem tego, że nie zwraca się uwagi na związek między wiekiem dawcy i odbiorcy jest fakt, iż małe dzieci, a nawet oseski otrzymują przeważnie krew od rodziców.

Kol. Makower w *odpowiedzi:* wskazane jest wogóle stosowanie igieł jaknajgrubszych, przetaczanie dosercowe stosuje się w przypadkach najcięższych, kiedy niema nic do stracenia, zresztą uszkodzenie mięśnia sercowego igłą jest bardzo nieznaczne. Być może, że w przypadkach immunotransfuzji wiek dawcy nie jest rzeczą obojętną i bardziej wskazanem jest stosowanie krwi osobników młodszych. Metoda odmładzania zapomocą krwi ludzi młodych, podana przez Jaworskiego, nie zyskała uznania. W kilku przypadkach transfuzji w celu odmłodzenia nastąpiło zakażenie odbiorców kiłą, mimo zapobiegawczego dodania do krwi cyjanku rtęci.

Protokół posiedzenia w dniu 22 maja 1935 r.

1. Kol. Fijałkowski *przedstawił chorego, u którego dokonano operacji wyluszczenia guza pozagalkowego oczodołu lewego.* Operacji dokonano na Oddziale Chirurgicznym Szpitala im. Prezydenta Mościckiego, dokąd chorego skierowano z Oddziału Ocznego. Operowano metodą Czerniaka. Badanie drobnovidowe guza wykazało, że należy on do naczynek. Naczyniaki oczodolów należą do bardzo rzadkich schorzeń.

W dyskusji: Kol. Ajzner operował podobny przypadek ale stosował metodę Krönleina i otrzymał świetny wynik kosmetyczny.

Kol. Frenkiel zapytuje, czy nie zauważono innych naczynek u chorego.

Kol. Urbach zapytuje, czy wytrzeszcz nie miał charakteru powrotnego.

W odpowiedzi: Kol. Fijałkowski. Rzeczywiście metoda Krönleina daje lepszy wynik kosmetyczny, ale zastosowano metodę Czerniaka w celu otrzymania większej przestrzeni operacyjnej. Innych naczynek nie stwierdzono. Co do charakteru wytrzeszczu nie może nic powiedzieć, gdyż badanie okulistyczne było dokonane na Oddziale Ocznym, skąd przekazano chorego dla dokonania zabiegu.

2. Kol. Haltrecht *przedstawia:*

1) *przypadek choroby Recklinghausena u 48-letniej kobiety.* Na całym ciele widać liczne zabarwienia różnych rozmiarów: niektóre wielkości główki szpilki (podobne do piegów); inne zaś o średnicy 2—3 cm (podobne do t. zw. plam wątrobowych); po- zatem widzimy liczne guzy wielkości od ziarnka prosa (podob- ne do małych brodawek) do wielkości małej wiśni. Guzy te są bardzo miękkie. Zaburzeń psychicznych nie stwierdzono.

2) *przypadek melanoderma po neosalwarsanie u 30-letniego mężczyzny.* U chorego na kiłę podczas leczenia neosalwarsanem wystąpiły na twarzy oraz na całym ciele liczne ogniska ciemno- szarego do niebieskawo-czarnego koloru. Poza-tem widzimy na wielu miejscach ciała obraz t. zw. *lichen spinulosus*. Cały ten obraz kliniczny jest wyrazem zatrucia ustroju neosalwarsanem.

2. Kol. P. Wołczyńska wygłosiła odczyt p. t.: „*O zato- rach powietrznych*“.

Kol. Wołczyńska omówiła trzy przypadki zatorów powietrz- nych z Oddziału Wewnętrznego B Szpitala fund. Poznańskich. Przypadek zatoru serca prawego wystąpił w przebiegu wyr- wania nerwu przeponowego, o zejściu pomyślnem. Dwa przypad- ki zatoru serca lewego podczas nakłucia opłucnej. Szczegóło- wo omawia III przypadek, w przebiegu którego wystąpiły zmia- ny w układzie nerwowym oraz zmiany w naczyniach wieńcowych. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Haltrecht, Frenkiel, Gliksman, Tenenbaum, Janik i prelegentka.

Protokół posiedzenia w dniu 29 maja 1935 r.

1. Kol. Klinger *przedstawil przypadek epithelioma planum nasi u 56-letniej kobiety*, trwający od roku i leczony dotychczas maściami bez skutku. Stwierdzono owrzodzenie wielkości jedno- groszówki na koniuszku nosa, o twardych brzegach, z charakte- rystycznym wałem perlowym. Chora będzie leczona metodą Ra- vogli'ego z następowem naświetlaniem Roentgenem.

W dyskusji nad pokazem kol. Tenenbaum zapytuje, dla- czego nie stosuje się w danym przypadku radu, który daje do- bre wyniki przy nabłoniakach twarzy.

W odpowiedzi Kol. Klinger: rad daje dobre wyniki w tych przypadkach, ale należy uprzednio stosować wyłyżecz- kowanie nowotworu.

2. Kol. S. Keilson wygłosił odczyt p. t.: „*Kimografia serca*“. Odczyt był ilustrowany szeregiem zdjęć i dużą ilością rentgenogramów. Praca ukaże się w druku.

W dyskusji zabierali głos kol. J. Gotlib i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 5 czerwca 1935 r.

Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski (jako gość, Warszawa) wygłosił odczyt p. t.: „*O leczeniu naparstnicą*“. Praca ukaże się w druku.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Frenkiel, Weisshoff, Chrzanowski, Kunig, Liniecki, Gliksman, Szyfman i prelegent.

Sekretarz: Dr. A. S. Tenenbaum.

Protokół posiedzenia w dniu 19 czerwca 1935 roku.

1. Kol. Mandelsowa S. *omawia i przedstawia przypadek choroby Simmonds'a* (wypadnięcie czynności przedniego płatu przysadki mózgowej) u dziewczynki 8-letniej, u której choroba rozpoczęła się uporczywymi wymiotami i zupełnym zanikiem łaknienia tak, iż przy przyjęciu do Szpitala w sierpniu 1934 r. dziewczynka 8-letnia wyglądała, jak szkielet, pokryty skórą i ważyła 13 kg 800 g (waga 2¹/₂-letniego dziecka przy wzroście 1.20 m). Stwierdzało się zupełny zanik tkanki tłuszczowej, skóra sucha, twarda, brak pocenia się. Osłabienie tak znaczne, że dziecko nie mogło siedzieć o własnych siłach. Badania kliniczne i laboratoryjne nie dały żadnych podstaw dla rozpoznania. Badanie podstawowej przemiany materii (Dr. Krasowski) wykazało obniżenie o 28%, Charłactwo, brak łaknienia, suchość skóry, złe oddziaływanie na insulinę oraz obniżenie podstawowej przemiany materii i brak jakichkolwiek zmian w narządach przemawiały za charłactwem pochodzenia przysadkowego. Choroba Simmonds'a jest niezmiernie rzadka w wieku dziecięcym. Może być wywołana przez zniszczenie przedniego płatu przysadki mózgowej przez nowotwór lub przez czynnościowe schorzenie tego narządu.

Wychodząc z założenia, iż najprawdopodobniej z tem schorzeniem mamy do czynienia, rozpoczęto leczyć dziecko preparatem Richterskim „Antephysan“ (wyciąg z przedniego płatu) w postaci wstrzykiwań i pastylek. Efekt leczniczy był zdumiewający, gdyż już po 3 dniach dała się zauważyć duża poprawa: wymioty ustały, zjawił się apetyt, zaczęła ustępować apatia, po tygodniu waga dziecka podniosła się o 1 kg. Do dnia pokazu, t. j. w 7 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, stwierdza się przyrost wagi o 10 kg, który już był osiągnięty 3 miesiące wcześniej; dziecko robi wrażenie najzupełniej zdrowego, ma dobry apetyt, zdrową cerę, napięcie skóry i mięśni normalne, jest wesołe, cały dzień w szpitalu spędza poza łóżkiem i nie zdradza żadnych dolegliwości.

Obecnie z całą pewnością możemy powiedzieć, że choroba polegała na braku dopływu hormonów z przedniego płatu przy-

sadki. Jeżeli przed rozpoczęciem leczenia rozpoznanie było tylko przypuszczalne, obecnie mamy przykład klasyczny *diagnosis ex juvantibus*.

W każdym przypadku charłactwa niewyjaśnionego pochodzenia, należy myśleć o chorobie Simmonds'a i leczyć preparatami przysadki. Przypadek oddziałujący na leczenie hormonalne jest chorobą Simmonds'a.

Narazie zostaje kwestja otwarta, na jakim tle powstało wypadnięcie czynności: organicznem, czy czynnościowem; niewiadomo również, czy należy przerwać leczenie; przy próbach przerwy w leczeniu łaknienie się zmniejszało i dawał się zauważyć brak przyrostu wagi (streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Frenkiel Br., Kłozenberg, Szyfman, Kryszek i prelegentka.

2. Kol. Kryszek wygłosił odczyt pod tytułem: „O goścju naczyńiowym“.

Nawiązując do nowych poglądów Klinge'go, Tałałajewa i Jegorowa omawia następujące po sobie kolejno okresy wczesnego nacieku, guzków Aschoff'a i blizn reumatycznych. Zagadnienie goścju naczyńiowego (nie tylko w sercu) wiąże się z tym trzecim okresem blizn reumatycznych i staje się doniosłym przyczynkiem klinicznym dla powstawania i rozumienia miażdżycy naczyńiowej.

Poczem omawia referent szczegółowo cztery przypadki, obserwowane na Oddziale Wewn.: dwa przypadki ujmowane, jako dławica piersiowa na tle goścjuowem; jeden przypadek *mesopulmonitis rheumatica* i jeden przypadek tętniaka aorty, prawdopodobnie również goścjuowego pochodzenia (rzecz przesłana do druku).

Sekretarz: Dr. A. S. Tenenbaum.

Protokół posiedzenia w szpitalu „Kochanówka“ w dniu 22 września 1935 roku.

1. Kol. Frenkiel, nawiązując do demonstrowanego i omawianego przez Kol. Mandelsową przypadku choroby Simmonds'a, komunikuje, że dziecko to zmarło, a sekcja wykazała nowotwór mózgu, w moście Varola.

Pokazy chorych.

2. Kol. Bokun-Dokontowa J. przedstawia 2 przypadki:

Przypadek pierwszy: *Schizofrenja*. Chora lat 27, robotnica fabryczna, przebywa w szpitalu „Kochanówka“ od 1931 r. Chora orientuje się w sytuacji własnej, zdradza urojenia prześladowcze oraz omamy węchowe i czuciowe. Stosunek chorej do rodziny wrogi. Chora na sali zachowuje się dziwacznie, trzyma się zdala od otoczenia, często podnieca się.

Przypadek drugi: *dementia paranoides*. Chory lat 51, robotnik fabryczny, przebywa w szpitalu „Kochanówka“ od marca r. b. Chory małowryteczny, wypowiada urojenia prześladowcze, które wyróżniają się swą niestałością i niekonsekwencją. Afekt chorego upośledzony. Poza swemi urojeniami chory w obrębie życia codziennego zachowuje się poprawnie.

3. Kol. S. Słomczyński: „*Terapia Sodoku w schorzeniach metaluetycznych*“. (Pol. Gaz. Lek. Str. 794. 1935).

W dyskusji: Kol. Urbach. Czy można stosować Sodoku w przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego i czy zimnica szczepiona jednocześnie z sodoku działa na jego przebieg.

Kol. Skalski. Czy Sodoku jest zaraźliwe i jakie są drogi zakażenia.

Kol. Wajnberg. Czy nie lepiej byłoby szczepić dożylnie, aby uniknąć odczynu miejscowego.

Kol. Frenkiel. Jak się przedstawiają napady gorączki; za mało jest przypadków wiađu rdzenia, aby na tej podstawie wyciągnąć wnioski o skuteczności leczenia.

Kol. Justman. Czy wysypka jest typowa dla Sodoku.

W odpowiedzi: Z piśmiennictwa jest mi wiadomo, że zapalenie nerwu wzrokowego stanowi przeciwwskazanie. Działania zimnicy na sodoku nie obserwowałem i badań w tym kierunku nie robiono. Sodoku przenosi się przez ukąszenie, kontakt zwierząt zdrowych z chorem jest nieszkodliwy. Szczepimy doskórnie dlatego, że w ten sposób pobudzamy skórę do brania udziału w obronie organizmu. Co się tyczy wiađu rdzenia to wpływ sodoku jest znany na podstawie piśmiennictwa i na podstawie moich przypadków. Wniosków daleko idących nie wyciągam, uważam że ten rodzaj leczenia znajduje się w okresie prób. Wysypka jest typowym objawem zarówno dla sodoku naturalnego, jak i sztucznego.

4. Kol. Januszkiewicz *omawiał przypadki wścieklizny* (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem Kol. Januszkiewicza Kol. Skalski podkreślił fakt, że z przytoczonych 6 przypadków wścieklizny u ludzi, w 4 nie było stosowane szczepienie, tłumaczy to małym uświadomieniem ludności.

Kol. From zapytał, jak długo trwa okres wylegania.

Kol. Misjon przypuszcza, że w 4 nieszczepionych przypadkach może nie było wiadome, że pies był chory. Kiedy należy zastosować szczepienia po ukąszeniu przez psa, który nie zdradza objawów chorobowych.

Kol. Frenkiel, nawiązując do przypadku 6, w którym zachorowanie na wściekliznę wystąpiło w 3 lata po pogryzieniu i po zastosowaniu pełnej serii szczepień, przytoczył opisany w piśmiennictwie przypadek tęcza, który wystąpił w 7 lat po skaleczeniu; przy badaniu znaleziono w pięcie starą drzazgę, z której wyhodowano zarazki tęcza. Zapytał, czy w omawianych przypadkach stwierdzono ciała Negri'ego.

W odpowiedzi: Dr. Frenklowi: Ciała Negri'ego stwierdzono we wszystkich podanych przypadkach.

Dr. Skalskiemu: Najlepiej stosować szczepienie natychmiast, nie czekając, aż pies zacznie zdradzać objawy wyraźnej wścieklizny, wystarczy, że jest podejrzany. Pomimo to, obserwacja nie powinna być zaniedbana.

Dr. Misjonowi: Czy rodzina była uświadomiona, przez jakiego psa nastąpiło pogryzienie, czy nie, to należy uważać,

że pies był podejrzany, a przez niedbalstwo nie zwracała się do lekarza o poradę.

Stud. med. Zdzisław Kuberski wygłosił odczyt p. t.: „Odczyn Biernackiego w chorobach psychicznych“.

Przeprowadzono badanie nad zachowaniem się odczynu Biernackiego u chorych psychicznych w szpitalu „Kochanówka“. Materiał obejmował 130 chorych i został podzielony na 6 grup: schorzenia metaluetyczne, pośpiączkowe, starcze, alkoholowe, padaczka i schizofrenja, z wyodrębnieniem katatonji. Przyspieszone opadanie stwierdzono: w sprawach organicznych układu nerwowego, jak: porażenie postępujące, *tabo-paralysis* i wiał rdzenia, dochodziło do 90⁰/₀; w psychozach starczych dochodziło do 80⁰/₀, w parkinsonizmie do 60⁰/₀, w padaczce w znacznym ⁰/₀, normalne w psychozach alkoholowych oraz przyspieszone opadanie w katatonji, dochodzące do 100%, co może w porównaniu z innymi postaciami schizofrenji, w których przyspieszone opadanie wystąpiło w nieznacznym odsetku, wskazywałoby na jej odrębność. Prócz tego zauważono, że przyspieszenie opadania krwinek u kobiet jest większe niż u mężczyzn w schorzeniach metaluetycznych, starczych i pośpiączkowych.

W dyskusji: Kol. Frenkiel przypomniał zasługi Seweryna Sterlinga w rozpowszechnieniu odczynu Biernackiego.

Sekretarz: Dr. A. S. Tenenbaum.

Protokół posiedzenia w dniu 25 września 1935 roku.

1. Kol. Reiterowski wygłosił odczyt pod tytułem: „Wysięki w przebiegu stosowania odmy leczniczej“. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Tenenbaum. Poglądy na powstawanie wysięków w przebiegu stosowania odmy leczniczej są bardzo różne, niektórzy uważają je za bardzo niebezpieczne, inni widzą w nich przejawy pomyślne, a nawet w celach leczniczych stosują wywoływanie sztucznych wysięków. Osobiście uważa autoczysięki za dodatni czynnik leczniczy. Najprawdopodobniej przyczyną powstawania wysięków jest zakażenie opłucnej zarazkami gruźlicy. Leczenie wysięków powinno być zachowawcze, nakłucie i wypuszczanie płynu stosować należy tylko przy wysokiej ciepłocie ciała, lub gdy ucisk płynu daje groźne dla życia objawy.

Kol. Spiro. Jako przyczynę powstawania wysięków uważa zakażenia przypadkowe, jak również mechaniczne uszkodzenia przy nakłuciach. Leczenie wysięków musi być indywidualizowane zależnie od ich złośliwości i wpływu na ogólny stan chorego.

Dr. Margolis A. Jeżeli rozpatrywać zachorowalność i odporność żydów i nieżydów na gruźlicę, porównując poszczególne klasy i zawody, to odsetki będą prawie jednakowe.

Kol. Ładyński. Swoistość wysięków możnaby stwierdzić zapomocą metod laboratoryjnych przez szczepienie morskimi świnkami.

Kol. Gliksmann. Sprawa wysięków podmowych nie jest jeszcze jasna i poglądy na ich leczenie również nie są ustalone

W długotrwałych wysiękach wypuszcza się je i zamienia podwójną ilością gazu.

Kol. Ryder uważa, że liczby przytoczone przez prelegenta są zbyt małe, aby można z nich wysnuwać wnioski co do odsetek.

W odpowiedzi: Kol. Reiterowski nie ma wrażenia, żeby wysięki były czynnikiem leczniczo dodatnim, jednakowa liczba chorych umiera z wysiękami i bez wysięków. Wypowiada się za zachowawczą metodą leczenia wysięków, nie odmawiając pewnej słuszności autorom włoskim, którzy propagują metody czynne. Wysięki są swoiste. Statystyka przytoczona w odczycie nie jest zbyt mała, żeby z niej nie można było wyciągać pewnych wniosków, inni autorzy przytaczają podobne liczby.

Protokół posiedzenia w dniu 2 października 1935 roku.

1. Kol. J. Chrzanowski: *Pokaz przypadku bezbolesnego zawału mięśnia sercowego.*

Chora K. F., przybyła do Szpitala dnia 20. VIII. 1935 r. ze skargami na ogólne osłabienie, złe samopoczucie, duszność lekkiego stopnia, brak apetytu. Zachorowała 2 dni temu. Nagle wśród zupełnie dobrego zdrowia straciła przytomność, doznała niedużej duszności, po godzinie odzyskała przytomność, czuła się tylko bardzo osłabiona, duszność trwała nadal. Sześć lat temu zjawily się po raz pierwszy typowe napady duszniczy bolesnej w spoczynku i podczas wysiłku, które w ostatnich miesiącach zupełnie ustąpiły i chora czuła się zdrową, aż do chwili wspomnianego zaślubnięcia. Chora na pierwszy rzut oka nie robi wrażenia ciężko chorej. Powłoki skóry i widzialne błony śluzowe blade, wargi lekko zasinione. Nad dolnymi częściami płuc głównie stylu odgłos opukowy lekko skrócony, na miejscu skrócenia poszczególne rżenia wilgotne. Poza tym odgłos opukowy jawny z odcieniem pudełkowym, oddech nieokreślony. Uderzenie kónuszkowe serca niemacalne, granic serca opukowo nie można dokładnie określić spowodu rozedmy płuc, wydają się jednak niepowiększone. Akcja serca miarowa, tony głuche, brak jakichkolwiek szmerów dodatkowych. Tętno miarowe, 120 uderzeń na minutę, tętnice słabo wypełnione, Ciśnienie krwi mierzone sposobem Korotkowa maksimum 85, minimum 70. Zdjęcie elektrokardiograficzne wykazało przewagę lewej komory, T₁ znacznie niżej linii izoelektrycznej, T₂, T₃ wyżej linii izoelektrycznej. W narządach jamy brzusznej brak zmian chorobowych. Ciężota ciała 36,2^o.

Tego samego dnia chora wśród wzrastającego osłabienia i duszności zmarła.

Rozpoznanie kliniczne: bezbolesny zawał lewej komory serca.

Sekcja serca i badanie histologiczne wycinka z zawału całkowicie potwierdziły rozpoznanie kliniczne.

2. Kol. Bender wygłosił odczyt p. t.: „O niebolesnych postaciach zawału mięśnia sercowego“. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Szyfman zapytał prelegenta, czy sprawdził zachowanie się gospodarki węglowodanów; przemijający cukromocz może przemawiać za zawałem. Różne przyczyny przy-

taczane są przez autorów jako wywołujące występowanie tego cukromoczu. Całe to zagadnienie przemiany węglowodanów stanowi interesujący przyczynek do rozważań, chociażby z tego powodu, że przy przemijającym cukromoczu możemy też myśleć o zapaleniu trzustki.

Kol. Dawidowicz zaznaczył, że autorzy amerykańscy badali stan mięśnia sercowego po zawałach i nawet po dłuższym czasie nie stwierdzali powiększenia mięśnia sercowego.

Kol. Makower. Duże znaczenie ma rozpoznanie nie tylko ciężkich przypadków bezbólowego zawału mięśnia sercowego, ale również przypadków lekkich, o przebiegu stosunkowo łagodnym, w których od odpowiedniego postępowania, a zwłaszcza od dostatecznie długiego przebywania w łóżku zależy może cały dalszy los chorych. Podobny przypadek opisują Kourilsky i Marchal; chory poczuł się niedobrze, kazał się zawieźć do lekarza, który stwierdził tylko tachyarytmję, ale elektrokardiograficznie udowodnił istnienie zawału.

Osobiście miałem możność obserwowania 2 przypadków zawału bez bólu. Pierwszy dotyczył 59-letniego hipertonia, u którego nagle w nocy wystąpiła zapaść, zamroczenie. Stwierdziliśmy z Dr. Dawidowiczem tachyarytmję, niemiarowość była o typie niemiarowości całkowitej, niskie ciśnienie krwi. Przypuszczaliśmy zawał mięśnia sercowego, jako przyczynę tego napadu; dalszy przebieg potwierdził rozpoznanie. Po 12 godzinach rytm stał się normalny, nazajutrz wystąpiła niewielka gorączka, która trwała przez kilka dni. Badanie elektrokardiograficzne wykazało istnienie zmian, charakterystycznych dla zawału. Chory mniej więcej po roku miał drugi zawał o zupełnie podobnym przebiegu, jednak w mniej silnej postaci. Kilka miesięcy później zmarł spowodowany krwotokiem mózgowym.

Drugi chory, opisany przez Kol. Wołkowyskiego i przeze mnie w „Medycynie“ w r. ub. miał rok przed śmiercią typowy zawał z nieznośnym bólem. Bezpośrednio przed zgonem, który nastąpił spowodowany zatoru tętnicy kręzkowej z zakrzepu przyściennej w tętniaku serca, powstałym po pierwszym zawał, wystąpił świeży zakrzep tętnicy wieńcowej, który odczynu bólowego u tego, w stanie ciężkim znajdującego się chorego nie wywołał.

Przyczyny występowania lub niewystępowania bólu w różnych przypadkach zawału mięśnia sercowego nie są jeszcze dostatecznie dobrze poznane. Być może pewne znaczenie, najprawdopodobniej jednak niewyłączne, ma wysunięte przez Libmana zapatrywanie o różnorodnym przebiegu chorób, związanych z uczuciami bólowymi, u chorych o rozmaitej czułości na ból (autoreferat).

W odpowiedzi: Kol. Bender zaznaczył, że cukromoczu w obserwowanych przypadkach nie stwierdzał. O ile sobie wyobrazić, że moment bólów wywołuje cukromocz, to może to być zadziałanie ośrodkowe. Przypadki z cukromoczem mogłyby dawać lepsze rokowanie, świadczyłyby to o napięciu układu sympatycznego. Jest to zagadnienie, które warto byłoby sprawdzić.

Protokół posiedzenia w dniu 16 października 1935 roku.

1. Kol. E. Mittelstaedt wygłosił referat p. t.: „Rozwój szpitalnictwa łódzkiego w latach 1925—1935”.

Liczba łóżek szpitalnych w Łodzi przed 1914 r. była bardzo niewystarczająca, gdyż zaledwie 650 łóżek w szpitalach ogólnych dla dorosłych, 120 dla dzieci, 53 dla położnic — 1 łóżko na 800 mieszkańców.

Spółcześnie samo musiało myśleć o sobie; powstają szpitale społeczne: małż. Poznańskich, św. Elżbiety, Kochanówka, Anny Marii, Ewangelicki, zakłady położnicze Tow. Linas Hacholim i Łódzk. Żyd. Niesienia Pomocy biednym położnicom, szpitale fabryczne: Scheiblera, Poznańskich, Widzewskiej Manufaktury i t. p.

W czasie od 1914—1925 r. szpitale fabryczne znikły (Kasa Chorych) i społeczne zmniejszyły swą działalność; powiększyła się liczba łóżek dla dzieci i położnic, ale przybyły łóżka w szpitalach miejskich 685, w szpitalu Poznańskich, Ewangelickim, Betleem 285, dla dzieci 320, dla położnic 98, razem 1.388 łóżek — 1 łóżko na 400 mieszkańców. W czasie 1925—1935 liczba łóżek wzrosła bardzo znacznie, gdyż przybyły szpitale Ubezpieczalni Społecznej (w Łodzi 554 łóżek, w Tuszyńku 140 dla dorosłych, 120 dla dzieci), przybył szpital św. Jana, św. Rodziny, rozszerzyły swą działalność szpitale miejskie i pozostałe społeczne. Razem w r. 1935 było w szpitalach miejskich dla dorosłych 815, w społecznych i kasowych 1.212, w zakładach położniczych 170, dla dzieci 570, razem 2.767 łóżek — 1 łóżko na 220 mieszkańców (streszczenie własne).

2. Kol. Misjon wygłosił referat p. t.: „Walka z chorobami zakaźnymi w latach 1919—1935”.

3. Kol. H. Reiterowski wygłosił referat p. t.: „Stan walki z gruźlicą na terenie Łodzi za ostatnie pięćdziesiąt lat”.

W ciągu ostatnich pięciu lat obserwujemy w Łodzi spadek śmiertelności z gruźlicy o 4,3%. Liczba zgonów na gruźlicę jest jednak wyższa, niż w innych miastach Polski. Chorych na gruźlicę niebezpieczną dla otoczenia mamy około 4.000, a chorych z gruźlicą czynną około 10.000. W zwalczaniu gruźlicy biorą udział trzy instytucje: Zarząd Miejski w Łodzi, Ubezpieczalnia Społeczna i Robotnicze Towarzystwo Przyjaciół Dzieci. Wydział Zdrowotności Publicznej posiada 3 poradnie przeciwgruźlicze, 2 oddziały szpitalne dla chorych na gruźlicę płuc, Sanatorium dla dorosłych na Chojnach, Sanatorium dla dzieci w Łągiewnikach, prewentyrium w Łągiewnikach. Ubezpieczalnia nie prowadzi samodzielnej akcji zapobiegawczej, Robotnicze Towarzystwo rozwija działalność zapobiegawczą zapomocą jednej poradni. Działalność instytucji, prowadzących akcję przeciwgruźliczą w okresie ostatniego pięćdziesiąt lat utrzymuje się prawie na jednakowym poziomie. Akcji nie można uważać za zupełnie dostateczną. Braków i potrzeb jest dużo.

4. Kol. Schweig wygłosił referat p. t.: „Samorząd łódzki w walce z zajągliczeniem miasta w ostatnim dziesięcioleciu”.

5. Kol. St. Orłowski wygłosił referat p. t.: „*Stan zdrowotny poborowych m. Łodzi w latach 1928—1933*”.

Dane statystyczne referent zaczerpnął z materiału Departamentu Uzupelnień M. S. Wojsk. i pracy pptk. Dr. Wagi, ogłoszonej w „*Lekarzu Wojskowym*”. Zestawienie statystyczne dla m. Łodzi referent przedstawił w porównaniu z danymi z tychże lat dla powiatu łódzkiego i m. st. Warszawy i podał je w procentach do ogólnej liczby poborowych poszczególnych roczników w 11 tablicach.

Najczęstszym stanem chorobowym występującym u poborowych jest niedorozwój fizyczny (słaba budowa ciała), liczba poborowych z niedorozwojem fizycznym z roku na rok stale zmniejsza się dzięki dodatniemu wpływowi wychowania fizycznego młodzieży i rozwojowi sportów.

Dalej idą choroby oczne, które wykazują wyraźną dążność do wzrostu, a następnie gruźlica i jaglica.

Zmiany gruźlicze wśród poborowych od roku 1928 do 1933 stale zmniejszają się, co jest niewątpliwie wynikiem akcji w przychodniach przeciwgruźliczych, natomiast stwierdza się stały wzrost przypadków jaglicy, mimo dużych wysiłków czynników rządowych i samorządowych w kierunku zwalczania tej choroby.

Żylaki kończyn, choroby uszu, powiększenie gruczołów chłonnych i wole stanowią niewielki procent schorzeń u poborowych i występują co roku prawie równomiernie.

Innych stanów chorobowych nie spotyka się w czasie poboru lub tylko w bardzo znikomym stopniu (streszczenie własne).

6. Kol. M. Kocen wygłosił referat p. t.: „*Praca naukowa lekarzy łódzkich w latach 1925—1935*”.

W dyskusji: Kol. Schweig. Zwiększony w ostatnich latach odsetek poborowych, zwolnionych na jaglicę tłumaczy tem, że zwolnieniu podlegały nie tylko chorzy na jaglicę czynna, ale i na skutki po jaglicę, czego Kol. O. w swojej statystyce nie uwzględnił.

Kol. Gliksmann zwrócił uwagę na utrzymującą się stale dużą liczbę zachorowań na dur brzuszny; przypuszcza, że bardziej energiczne stosowanie szczepień ochronnych wpłynęłoby na zmniejszenie zachorowań.

Kol. I. Margolis. Duży stosunkowo odsetek poborowych, zwalnianych na jaglicę, tłumaczy również tem, że na prowincji urzędują na komisjach lekarze niespecjaliści i zwalnają wszystkie przypadki, podejrzane na jaglicę.

Kol. J. Kon podkreślił celowość i pożyteczność wygłoszonych referatów, ostrzega jednak przed wyciąganiem wniosków z cyfr statystycznych, cyfry te bowiem często nie są zbyt pewne.

Kol. Ładyński. Zajagliczenie w powiatach województwa łódzkiego w ostatnich czasach znacznie się zmniejszyło, dzięki działalności utrzymywanych przez Urząd Wojewódzki punktów do walki z jaglicą. Wojewódzki Urząd Zdrowia także wspomaga walkę z gruźlicą.

Kol. Frenklowa zapytała, na czym polegają obecnie odkażenia po chorobach zakaźnych i wyraziła żal, że w referatach nie była omówiona sprawa walki ze śmiertelnością niemowląt.

Obecny na posiedzeniu prezydent m. Łodzi inż. Głazek podziękował prelegentom za interesujące odczyty, które dały mu możliwość zapoznania się z działalnością społeczną, fachową i naukową świata lekarskiego na terenie Łodzi. Przed ogromem tej pracy, jej celowością i wynikami należy schylić czoło.

Protokół posiedzenia w dniu 23 października 1935 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. Haltrecht przedstawił przypadek wykwitów skórnych na tle gruźlicy.

2. Kol. Itelson demonstruje z Oddziału Wewnętrznego Szpitala im. Prez. Mościckiego przypadek cukrzycy u chłopca siedmioletniego.

Objawy kliniczne datują się od trzech tygodni, brak obarczenia dziedzicznego. Narządy wewnętrzne, zwłaszcza płuca i wątroba, bez zmian chorobowych. Odczyn Wassermanna ujemny. Waga $18\frac{1}{2}$ kg; w moczu 6% cukru, aceton w ilości dużej. Po 3 dniach stosowania insuliny (3 razy dziennie po 10 jedn.) cukier spadł do 0,5%, aceton znikł, poziom cukru we krwi 192 mg przy diecie zawierającej 750 kaloryj, w tem 90 g węglowodanów. W tydzień później przy diecie wynoszącej 1250 kal. przy 100 g węglowodanów brak cukru w moczu, normalny poziom cukru we krwi mimo stosowania insuliny tylko raz dziennie i to w ilości 8 jednostek. Krzywa cukru we krwi po obciążeniu glukozą wykazuje przebieg właściwy ciężkiej cukrzycy. Wzbogacenie diety do wartości maksymalnej 1500 kal. (wartość przemiany podstawowej wynosi 750 kal.) z ilością 37 g białka nie pogorszyło tolerancji węglowodanów. W toku dalszej czterotygodniowej obserwacji ustalono, iż podawanie insuliny dwa razy w tygodniu po 8 jednostek wystarcza dla utrzymania prawidłowej zawartości cukru we krwi. Chory, który przybrał na wadze w ciągu 8 tygodni $2\frac{1}{2}$ kg, zasługuje na uwagę ze względu na łagodną, raczej „starczą” postać cukrzycy; pomimo młodego wieku chorego, gospodarka węglowodanowa wykazuje znaczną sprawność, niespotykaną zazwyczaj w cukrzycy dziecięcej (streszczenie własne).

3. Kol. J. Chrzanowski przedstawił „Przypadek zapalenia mięśnia sercowego po przebytej błonicy”.

4. Kol. Szyfman i Halpern-Wieliczański wygłosili odczyt p. t.: „Z kliniki ziarnicy złośliwej”.

W dyskusji: Kol. Frenkiel Br. W okresach wczesnych ziarnicy złośliwej rozpoznanie jest bardzo trudne, objawy wstępne często są podobne do neurastenji, dopiero później sprawa się wyjaśnia.

Kol. Lewenfisz. W ciągu 3 lat miał w leczeniu 17 przypadków ziarnicy złośliwej, częściej gruczoły były powiększone po stronie lewej. Często spostrzegał zwiększenie liczby ciałek kwasochłonnych po naświetlaniu. Po dłuższem stosowaniu promieni Roentgena występuje uodpornienie ustroju na te promienie, wtedy stosuje się t. zw. kąpiele rentgenowskie.

Kol. Hurwicz. Ziarnica często bywa powikłana przez gruźlicę, co utrudnia rozpoznanie mikroskopowe. Opisał przypadek sekcyjny, gdzie pod wpływem ziarnicy wystąpiła skrobiawica wątroby i nerek.

Kol. Uryson obserwował przypadek równoczesnej ziarnicy i gruźlicy. Niezawsze następuje uogólnienie cierpienia, forma miejscowa utrzymuje się nieraz przez dłuższy czas.

Sekretarz: Dr. B. Czaplicki.

Protokół posiedzenia w dniu 6 listopada 1935 r.

Pokazy chorych.

1. Dr. B. Czaplicki: *Przypadek ropnia mózgu pochodzenia usznego, operowany, wyleczony.*

Chłopiec lat 6 przyjęty do Szpitala Anny Marji dnia 13. IX. 1935 r. z wywiadami, że od roku cierpi na ropotok z prawego ucha; w ostatnich dniach wystąpił obrzęk za uchem, silne bóle głowy i wysoka ciepłota. Przy badaniu stwierdzono za uchem prawem znaczny obrzęk i chębotanie; z ucha wypływa obfita wydzielina ropna, znaleziono prawie doszczętny ubytek błony bębenkowej i ziarninę.

Dnia 14. IX. wykonano operację radykalną; stwierdzono całkowite rozmięczenie komórek wyrostka sutkowego, obecność mas perłakowatych (*cholesteatoma*), opona środkowej jamy czaszkowej była obnażona na dużej przestrzeni i pokryta ziarniną. Stan dziecka po operacji był wyśmienity, ciepłota normalna, po 10 dniach wstało z łóżka i miało wygląd zupełnie zdrowego dziecka. Dwa tygodnie po operacji zaczęło nagle narzekać na silne bóle głowy, ciepłota zaczęła się wahać około 37,2—37,5°, brak objawów oponowych. Stale wzmagające się bóle głowy przy istniejącem obnażeniu i zmianach na oponie mózgowej wzbudziło podejrzenie na ropień mózgu. Nakłucie próbne wykazało ropę w płacie skroniowym. Po szerokiem nacięciu opony otwarto duży ropień mózgowy, zawierający około 100 g cuchnącej ropy. Przebieg dalszy, po dosyć utrudnionem i starannem drenowaniu ropnia, był pomyślny i obecnie rana jest zupełnie wygołona i chłopiec zdrowy.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na brak wszelkich objawów oponowych przy istnieniu dużego ropnia w mózgu. Z objawów ogólnych jedynie lekkie wahania ciepłoty i uporczywe silne bóle głowy pozwalały przypuszczać istnienie ropnia.

W dyskusji nad pokazem Kol. Frenkel zwraca uwagę na świetny wynik leczniczy oraz bardzo dobry wygląd dziecka. Co do ostatecznego efektu leczniczego, to należy jeszcze przez pewien czas chorego obserwować, gdyż możliwe jest zjawienie się ropnia w innym miejscu; dalej zwraca uwagę na szczególny zbieg okoliczności w omawianym przypadku, mianowicie świetny efekt leczniczy oraz nieznaczne objawy chorobowe zależne były od usadowienia się ropnia w prawym płacie skroniowym; przy usadowieniu się w lewym płacie skroniowym mielibyśmy znacznie cięższe objawy chorobowe.

Kol. Tenenbaum zapytuje, jakie drobnoustroje znaleziono w wydobytej ropie.

W odpowiedzi Kol. Czaplicki: w ropie stwierdzono gronkowce i paciorkowce. Od operacji minęło już 6 tygodni; dotychczas nie było i niema obecnie żadnych objawów chorobowych.

2. Kol. M. Lewentisz przedstawił przypadek „ziarnicy złośliwej, przebiegającej, jako *thyreotoxicosis*”.

Chora, lat 45, panna, z zawodu robotnica. Przebywała trzykrotnie w szpitalu. Pierwszy raz w lutym 1934 r. Skargi: łatwo się męczy, powiększenie się szyi, poci się przy pracy i w nocy, czuje się bardzo osłabiona, bóle i zawroty głowy, drżenie rąk. Badanie chorej wykazało: tarczycza nieznacznie powiększona, przeważnie jej płat prawy, OB = 100', tętno — 90, Graefe — słabo dodatni, WA — ujemny, obraz krwi: retikulocytów 10^{0/0}, kwasochłonnych 3^{1/2}, zresztą obraz cały normalny. Knipping po raz pierwszy + 7^{0/0}, po raz drugi + 18^{0/0}. Wypisana z rozpoznaniem: *constitutio thyreotica*.

Drugi raz w szpitalu w styczniu i lutym b. r. Stan chorej pogorszył się. Objętość szyi powiększyła się, zresztą skargi jak wyżej. Knipping + 14^{0/0}, OB = 13'. Wypisana z rozpoznaniem: *thyreotoxicosis*.

Trzeci raz w szpitalu w maju b. r. Stan chorej znów się pogorszył, objętość szyi większa. OB = 74', obraz krwi normalny (kwasochłonnych 3^{0/0}; Knipping — norma (+ 1^{0/0}). W miejscu odpowiadającym tarczycy po stronie lewej i w środku, guz wielkości jaja kurzego, spistości dość twardej, nieruchomy wobec podłoża, skóra swobodnie przesuwalna ponad guzem; tuż ponad obojczykiem lewym, nawewnątrz od przyczepu m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego, macalny guzek, wielkości fasoli, zapewne powiększony gruczoł chłonny. W narządach wewnętrznych brak zmian. Wątroba, śledziona — niemacalne.

W znieczuleniu miejscowym wycięto opisany gruczoł nad-obojczykowy. Badanie histologiczne wykazało: typowy obraz *ziarnicy złośliwej (lymphogranulomatosis)*, rozległe zwłóknienie, gdziegdzie nieregularne ogniska martwicze, znaczna wielopostaciowość komórkowa z komórkami Sternberga.

Otrzymała szereg naświetlań Roentgenem; obecnie chora czuje się zupełnie dobrze i pracuje w fabryce. Tarczycza normalnych rozmiarów. Macalnych gruczołów nie stwierdza się. Badanie rentgenowskie klatki piersiowej również nie wykazuje zmian. Oczywiście wymaga dalszej obserwacji. (Streszczenie własne).

3. Kol. E. Sonnenberg pokazał i omówił dwa przypadki *pecherzycy*.

Z dotychczasowych prób leczenia *pecherzycy* odniósł Kol. S. wrażenie, że przebieg cierpienia pod wpływem sublimatu kształtuje się częściej, niż przy stosowaniu innych metod, w sposób pomyślny. Innymi słowy: przy stosowaniu wstrzykiwań sublimatowych znikają częściej, niż przy innych metodach widoczne objawy cierpienia. Z drugiej znów strony, materiał statystyczny Kol. S., dotyczący leczenia *pecherzycy* sublimatem, a obejmujący trzy lata, wykazuje, że wpływ tego leku nie sięga dalej

poza znikanie widocznych objawów choroby i że po pewnym czasie powstają nawroty cierpienia.

Wobec tego nasunęło się pytanie, jakby wpłynęło na bieg wypadków, gdyby ustrój chorego pozostawić nadal i po zniknięciu przejawów cierpienia pod oddziaływaniem tego leku? Czyby nie udało się w ten sposób uzyskać trwalszych wyników?

Do tego przypuszczenia skłaniała jeszcze inna myśl, a mianowicie odległa analogia do stosowanego przez nas zapobiegawczego leczenia kily bizmutem. Określenie „odległa analogia“ jest użyte dlatego, ponieważ między temi dwiema koncepcjami istnieje zasadnicza różnica. Przy stosowaniu ciągłego, bez przerwy, leczenia zapobiegawczego przeciw kile, chodzi o przeciwdziałanie sprawie, która się jeszcze w ustroju nie rozwinęła, a której przyczyna jest znana, w przypadkach pęcherzycy chodzi o przeciwdziałanie już istniejącej w ustroju sprawie chorobowej, której przyczyna jest nieznaną.

Tyle rozważania teoretycznego. Czy te rozważania znalazły potwierdzenie w zastosowaniu praktycznym?

Przypadek 1. 70-letni mężczyzna, E. L., wyznania mojżeszowego. Skierowany do Szpitala Św. Aleksandra przez kolegów Kryńskiego i Reichera w lipcu r. 1934. W dniu 30 września tego roku został ze szpitala wypisany po usunięciu wszystkich widocznych objawów pęcherzycy, zarówno na skórze, jak i na błonach śluzowych. W przededniu wypisania był przedstawiony w Towarzystwie Dermatologicznym. Podczas pobytu w szpitalu zmiany były duże, a przebieg ciężki. W szpitalu zastosowano wstrzykiwania 1% sublimatu, spoczątku co 2 dzień, a potem codziennie oraz opatrunki z obojętnych maści na miejsca dotknięte pęcherzami i nadżerkami.

Chory po wypisaniu przychodził do szpitala w dalszym ciągu regularnie co tydzień. Otrzymywał raz tygodniowo 1,0 sublimatu. Przed każdym wstrzyknięciem był przez kol. S. szczegółowo badany. Chory zawsze przynosił ze sobą notatki z tygodniowego przebiegu ciepłoty oraz mocz, który wysyłałiśmy do miejskiej pracowni bakteriologicznej; również i notatki, dotyczące ilości dziennej moczu i wagi ciała. Morfologiczne badania krwi były dokonywane co kilka tygodni, a całkowitego badania krwi dokonał kol. J. Kokotek kilka razy.

W ten sposób upłynął rok.

Chory w dalszym ciągu przychodzi do szpitala; raz tygodniowo otrzymuje wstrzyknięcie sublimatu i jest nadal bacznie kontrolowany.

Jaki jest jego stan obecny?

Nawrotu cierpienia nie było. Na skórze w ciągu 14 miesięcy od chwili wypisania go ze szpitala, w jednym tylko miejscu, na którym pozostało jeszcze zabarwienie po wykwitach, dwukrotnie powstały drobne grudki, wielkości główki szpilki, które w ciągu 1—3 dni zasychały i znikaly. Do powstawania wykształconych pęcherzy nigdy nie dochodziło. Liczba ciałek białych kwasochłonnych z 13% obniżyła się do 2%, limfocytów z 9% podniosła się do 35%. Pomimo, że chory otrzymywał zastrzykiwania

sublimatowe więcej jak rok, nie stwierdzono u niego żadnych śladów merkurjalizacji, ani wogóle żadnego ubocznego działania leku. Białko w moczu na początku leczenia w śladach, obecnie znikło całkowicie. Chory podźwignął się najzupełniej ze swej niemocy. Przybyło mu na wadze 14 kg. Przywrócone mu zostały siły, zdolność do pracy zawodowej (jest nauczycielem), czuje się najzupełniej dobrze.

Przypadek 2. (zdjęcie fotograficzne).

C. W., kobieta w wieku lat 43 (1933), wyznania mojżeszowego. Przybyła po raz pierwszy do Szpitala Św. Aleksandra 29. X. 1933 r., skierowana przez kol. Różanera. Sprawą chorobową były dotknięte skóra, błony śluzowe jamy ustnej, gardzieli, nosa, spojówki. Przebieg cierpienia bardzo ciężki. Leczenie sublimatowe co drugi dzień i codzienne. Chora została wypisana ze szpitala 12 grudnia 1933 r. po usunięciu wszystkich widocznych objawów choroby, w stanie zupełnie dobrym.

Chora po wypisaniu przychodziła w dalszym ciągu do Szpitala Św. Aleksandra co tydzień, w ciągu 17 miesięcy. Otrzymywała śródmieśniowo co tydzień 1 g 1% roztworu sublimatu. Badaliśmy co tydzień stan nerek, co kilka tygodni krew pod względem morfologicznym, kilka razy w ciągu tego czasu kol. J. Kokotek określał stan całkowitego obrazu krwi. W ciągu wymienionego czasu chora była przedstawiana kilkakrotnie w Oddziale Łódzkim Polskiego Tow. Dermatologicznego; była zupełnie zdrowa, czuła się dobrze. Na skórze i błonach śluzowych nie pozostał żaden ślad przebytego cierpienia.

W końcu maja r. b. chorej najwidoczniej sprzykrzyło się przychodzenie do szpitala. Nie pokazała się aż do 5 lipca r. b. W dniu tym skierowaną została do szpitala w stanie opłakanym: cała powierzchnia skóry była pokryta pęcherzami i nadżerkami. Bez znieczulenia nie mogła nawet spożywać płynnych pokarmów; skóra wydzielala niezwykle przenikliwy odr. Zastosowano codzienne zastrzykiwania sublimatowe. Leczenie to podczas nieobecności kol. Sonnenberga, powodu urlopu dorocznego, przeprowadzał, kol. St. Biberger, który go zastępował w szpitalu. Chora otrzymała razem 36 wstrzyknięć sublimatu; opatrunki z maści obojętnej.

We wrześniu objawy zupełnie ustąpiły: powróciła siła, apetyt, większą część dnia przepędzała chora poza łóżkiem.

Zdjęcia fotograficzne, dokonane już po usunięciu objawów choroby, na których są widoczne bardzo rozległe zabarwienia, pozostałe po wykwitach, świadczą dziś o stopniu nawrotu cierpienia.

Przypadek powyższy, poza dwukrotnie tu zaznaczonym oddziaływaniem leczniczym sublimatu, stanowi jednocześnie jeszcze i dowód hamującego wpływu tego leku na pęcherzycę: tak długo, jak trwało „ciągłe“ leczenie sublimatem, a więc prawie 1½ roku, nie można było stwierdzić najmniejszych objawów cierpienia; nawrót choroby nastąpił dopiero wówczas, kiedy w leczeniu tem nastąpiła przerwa.

Kol. Sonnenberg narazie nie chce bliżej rozpatrywać tych przypadków i ogranicza się jedynie do zwrócenia na nie uwagi. (Streszczenie własne).

W dyskusji nad pokazami kol. Skalski zapytuje, jak długo należy prowadzić leczenie i czy zastrzykiwania sublimatowe można byłoby dokonywać w odstępach czasu nieco większych.

Kol. Boruchowicz zapytuje, czy podczas leczenia sublimatowego nie zauważono odczynów Miljanowskich.

W odpowiedzi Kol. Sonnenberg: Na pytanie kol. Skalskiego, czy nie byłoby wskazane dokonywanie zastrzyków sublimatowych w odstępach czasu nieco większych, kol. Sonnenberg odpowiedział, że ma zamiar to uczynić, z uwagi na długotrwałe stosowanie leku.

Narazie będą jeszcze przez pewien okres stosowane zastrzykiwania co tydzień, poczem przejdzie się właśnie dla próby do zastrzyków dwutygodniowych.

Kol. Boruchowiczowi: Odczyn Miljanowski stwierdził w jednym z przedstawionych przypadków. (Streszczenie własne).

4. Kol. Itelson przedstawił rzadki przypadek tętniaka tętnicy głównej w części zstępującej u młodego osobnika.

Chory, lat 29, zgłosił się na Oddział Wewnętrzny Szpitala im. Prez. Mościckiego ze skargami na bóle w okolicy łopatki lewej z promieniowaniem do podżebrza lewego. Stan bezgorączkowy. Poprzednio nie chorował. Przy badaniu stwierdza się stłumienie odgłosu opukowego w obrębie lewego płuca od tyłu na przestrzeni IV—VIII kr. piersiowych; w miejscu stłumienia słyszalny szmer, odpowiadający szmerowi skurczowemu nad podstawą serca. Ciśnienie krwi 150/80, tętno 76/min., jednakowe na obu kończynach górnych. Odczyn WA ujemny. Opisane zmiany znalazły wytłumaczenie w kimogramie serca, a mianowicie: „aorta nieco rozszerzona w części zstępującej, rozszerza się w okolicy łuku, dochodzące w części zstępującej do znacznych rozmiarów (10 cm Dr. Keilson)“. Mamy niezmiernie rzadki przypadek tętniaka tętnicy głównej w części zstępującej u młodego osobnika. O podłożu kiłowym cierpienia świadczy powiększona śledziona o twardej powierzchni, wystająca na dwa palce spod łuku żebrowego.

5. Kol. E. Sonnenberg i J. Dobrowolski wygłosili odczyt pod tytułem: „9 lat leczenia zapobiegawczego kiły bizmutem w Łodzi“.

Jest to trzecia zrzędu publikacja o dokonywanych w Łodzi przez autorów od r. 1925 próbach zapobiegawczego działania bizmutu w kiłę. Poza chęcią podzielenia się wynikami badań za czas, który upłynął od ogłoszenia ostatniej w tym przedmiocie pracy (1930), miał prelegent na uwadze i tę okoliczność, że od kilku lat zaszły w badaniach tych zmiany na punkcie częstotści zabiegów. W dużej mierze zaważył tu jeszcze i ten wzgląd, że doświadczenia łódzkie od samego początku pilnie śledził Levaditi, okazując stale i na każdym kroku życzliwy swój do nich stosunek oraz poważne i bardzo dla nich przychylnie zainteresowanie.

Zmiana w częstości dokonywanych zabiegów miała swe źródło w przypuszczeniu, że przez zastrzykiwania bizmutu raz jeden, jak dotąd, na tydzień, nie wyzyskano jeszcze wszystkich możliwości. Należało więc dążyć do stworzenia warunków, któreby metodę zapobiegawczego leczenia czyniły więcej dostępną i spowodowały odciążenie przez rzadsze dokonywanie zabiegów, zbliżyły ją bardziej do potrzeb życia codziennego.

W dążeniu do urzeczywistnienia powyższych zmian trzeba było przede wszystkim zająć się ustaleniem dawki bizmutu i przystosowaniem jej do nowych wymagań. Jak przy zastrzykiwaniach jednotygodniowych, tak i obecnie przy ich zmianie na dwutygodniowe, uwaga skierowana była na osiągnięcie najkorzystniejszych stosunków ilościowych leku. Należało więc zatrzymać się na takiej ilości dwutygodniowej *Magisterii Bismuthi*, jakaby była dla celów zapobiegania wystarczająca i jednocześnie, z uwagi na przewidywane długotrwałe stosowanie leku, jaknajmniejsza.

Próby były dokonywane na 20 osobach. Ustalono dawkę 2,5 *Mag. Bismuthi*, jako najodpowiedniejszą. Czas wchłaniania się tej ilości wynosi 98 dni.

Z obliczeń prelegenta wynika, że liczba czynnych zbiorników, stanowiących źródło wchłaniania się leku, ogniskuje się tylko w 7 punktach. Jest więc rzeczą jasną, że ustrojowi i w zmienionych obecnie warunkach nie grozi przeladowanie lekiem, w miarę bowiem przybywania każdego nowego zbiornika, po 14 tygodniach, jeden zbiornik zmagazynowanego metalu będzie się wyczerpywać.

Dalej prelegent przytacza statystykę zabiegów, dokonanych już w zmienionych warunkach w okresie 1930—1934, wyjaśnia przyczyny poszczególnych przypadków zarażenia się prostytutek, leczonych zapobiegawczo i stwierdza, że przypadki zarażenia się nie miały tu charakteru przypadkowego, lecz zasadniczy, fakty bowiem poszczególnych zarażeń zbiegały się zawsze z niskim stanem krążącego w ustroju bizmutu.

Omawiając materiał statystyczny za okres 9 lat, prelegent zwraca jeszcze uwagę na jeden szczegół, występujący najwyraźniej, kiedy materiał ten rozpatrujemy w czasie 9 roku stosowania metody zapobiegawczej. Oto z materiału tego wynika, że na ogólną liczbę 74 leczonych w roku tym zapobiegawczo, 5 kobiet korzystało bez przerwy z tego leczenia w ciągu dziewięciu lat, 6 kobiet — w ciągu 8 lat, 10 kobiet — w ciągu 7 lat i t. d. Ustalenie tego szczegółu ze względów zrozumiałych musi budzić poważne refleksje, fakty te bowiem bardzo odbiegają od naszych pojęć o długotrwałym stosowaniu leków, a zwłaszcza środków przeciwiłkowych i jednocześnie świadczą o niezwyklej tolerancji bizmutu.

Nie ulega wątpliwości, że zebrany w ciągu dziewięciu lat materiał statystyczny rzuca dużo światła na zagadnienie zapobiegawczego leczenia kiły bizmutem, jednakże — zdaniem prelegenta — ocena wartości tej metody stała się dopiero widoczna po porównaniu z materiałem naukowych doświadczeń Levaditi'ego na zwierzętach. Dopiero przez dopowiedzenie drogą tych do-

świadczeń tego, czego spostrzeganie kliniczne wyrazić nie mogło, wiele punktów niejasnych znalazło wyjaśnienie i uzasadnienie.

Badania Levaditiego i jego współpracowników, prowadzone w ciągu wielu lat, okazały się zgodne z wynikami badań łódzkich na człowieku i potwierdziły je w całej rozciągłości.

Kilka rozdziałów odczytu poświęca prelegent rozbirowi uwag i zastrzeżeń, wysuniętych w zagranicznej prasie lekarskiej oraz na zagranicznych zjazdach naukowych na temat doświadczeń prowadzonych w Łodzi.

Odczyt o powyższych badaniach zapobiegawczego leczenia kily w Łodzi został w dniu 5 b. m. przedstawiony przez prof. Levaditiego w Akademii Lekarskiej w Paryżu. (Streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem kol. Kryński zwraca uwagę na to, że myśl Levaditiego została pochwycona przez prelegenta i on pierwszy zaczął stosować zapobiegawczo bizmut. Jest to nowa era — czynnej profilaktyki indywidualnej i społecznej. Powstaje jednak pytanie, czy metoda nie ma ujemnych stron, czy nie jest ona szkodliwa. Teoretyczne przesłanki są nie bez zarzutu. Czy nie może nastąpić uczynienie wtórnych nagromadzeń bizmutowych i zatrucie ustroju wessaniem naraz dużemi dawkami bizmutu. Sprawę bilansu bizmutowego należałoby uzupełnić pracami z zakresu praktyki. Te zastrzeżenia nie zmniejszają wysokiej wartości omawianej pracy. Stoi ona na początku nowej ery zapobiegawczego leczenia kily.

Kol. Klozenberg zapytuje, jak przedstawia się sprawa wydzielania bizmutu z ustroju i czy istnieją metody określania ilości wydzielanego bizmutu w moczu.

W odpowiedzi kol. Kryńskiemu: przedstawienie w sposób schematyczny przypuszczalnego przebiegu wchłaniania się pewnej stałej ilości bizmutu, wprowadzanego systematycznie w ściśle określonych odstępach czasu, odpowiada w przybliżeniu prawdzie i bardzo ułatwia orientowanie się w tem, tak złożonym zjawisku.

Bizmut, zwłaszcza jego sole nierozpuszczalne, przeciwnie jak rtęć, nie wywołuje stanu zapalnego i otorbienia dookoła miejsc, do których został wprowadzony. Brak tu warunków do nagłego wchłaniania się większej ilości leku.

Na pytanie kol. Klozenberga, dotyczące sprawy wydzielania się bizmutu z ustroju, prelegent odpowiada, że piśmiennictwo tego przedmiotu jest bardzo obszerne. Wyczerpująca jest praca Lomholdt'a. (Streszczenie własne).

Protokół posiedzenia w dniu 20 listopada 1935 roku.

1. Kol. Haltrecht N. przedstawił przypadek wysypki po salipirynie.

Po zużyciu 12 tabl. salipiryny po 0,5 wystąpiła wysypka na dłoniach w postaci wylewów krwawych i pęcherzyków; wysypka jest charakterystyczna dla antypiryny.

2. Kol. M. Lewenfisz przedstawił dwa przypadki ciężkiej postaci choroby Basedowa, wyleczone promieniami X.

Przypadek I.

S. W., lat 57, rozpoznanie: *thyreotoxicosis*. Obserwacja trwa przeszło dwa lata. Zachorowała w połowie 1932 r. Podczas pracy piorun uderzył w fabrykę. Od tego czasu bardzo nerwowa, częste bicie serca, drżenie rąk, bardzo się poci, brak apetytu, bardzo osłabiona, w ciągu 8 miesięcy na wadze straciła 23 kg. W pierwszych dniach lipca 1933 roku zabieg operacyjny: strumektomia. Wynik zabiegu dobry. Przybrała na wadze, wypisana ze szpitala z poprawą. Upłynęło pół roku, stan chorej znacznie się pogorszył. Skierowana została do naświetlań. Badanie chorej wówczas wykazało: poza wyżej wymienionymi dolegliwościami, silny wtrzeszcz gałek ocznych, blask oczu, drżenie rąk, języka. Dusznosc przy najmniejszym wysiłku. Biegunka 6—8 razy na dobę. Wątroba powiększona, stan podgorączkowy. Przemiana podstawowa + 88%. Otrzymała pięć seryj naświetlań, wyłącznie okolic nadnerczy. Obecnie od półtora roku czuje się dobrze. Żadnych dolegliwości nie odczuwa. Tętno 72, rytmiczne. Przemiana spoczynkowa normalna (+ 5%). Przybrała na wadze 8 kg.

Chora pochodzi ze środowiska uboższego, przez cały czas leczenia zmuszona była pracować i spowodu choroby męża nie ma nawet środków na dostateczne odżywianie się.

Przypadek II.

B. K., lat 44, niezamężna, Gospodyni w szpitalu. Skierowana do naświetlań z rozpoznaniem choroby Basedowa. Chora od września 1933 roku. Chudnie, straciła na wadze 17 kg. Osłabiona, wtrzeszcz oczu wybitny, blask oczu, drżenie rąk, tarczycza powiększona, ruchy serca chybkie, przemiana spoczynkowa + 63%, tętno 130, waga 72 kg.

Była naświetlana metodą złożoną: tarczycza i nadnercza. Zakończyła leczenie przed 6 miesiącami, przybrała na wadze 18 kg. Przemiana spoczynkowa prawidłowa (+ 9%). Tętno 80. Żadnych dolegliwości nie odczuwa, czuje się dobrze.

Również pracowała przez cały czas leczenia bez przerwy, po kilkanaście godzin na dobę. Podkreślam ten moment, albowiem posiada on znaczenie socjalne.

Dwa te przypadki pozwałam sobie przedstawić z następujących względów:

1) Są to ciężkie przypadki choroby Basedowa wyleczone rentgenoterapią. Przypadek pierwszy, w którym nastąpił nawrót cierpienia po zabiegu operacyjnym, obecnie zupełnie wyleczony przez wyłączne naświetlanie okolic nadnerczy. Przypadek drugi wyleczony metodą złożoną, a więc przez naświetlanie okolic nadnerczy i tarczycy.

2) W obu tak ciężkich przypadkach nie było stosowane żadne inne leczenie od chwili rozpoczęcia rentgenoterapii, która była tak przeprowadzana, że nie przeszkadzała chorym w ciężkiej pracy zawodowej. Pod tym względem napromienianie Roentgenem zdaje się być metodą leczniczą bezkonkurencyjną. (Streszczenie własne).

W dyskusji nad pokazem kol. Bender zapytuje, jak długo trwa czas naświetlania.

W odpowiedzi kol. Lewenfis z wyjaśnia, że wyniki mogą nastąpić już po kilku miesiącach, czasami dopiero po roku. Różnice zależą od tego, kiedy zaczyna się leczenie; im wcześniej rozpoczyna się naświetlanie, tem lepsze i szybsze otrzymuje się wyniki.

3. Kol. W. Miller przedstawia przypadek tętniaka tętnicy głównej o rzadkim przebiegu z Oddziału Wewnętrznego B Szpitala Poznańskich.

U chorego przed 4 laty stwierdzono we krwi WA +; przed czterema tygodniami zapalenie płuc z ciepłotą do 39°. Po 8 dniach spadek ciepłoty do normy, w dwa dni później ponownie ciepłota do 38°, utrzymująca się aż do przybycia chorego do szpitala. W ostatnich 3 dniach sinica i obrzęk lewej ręki. W szpitalu stwierdzono: płyn w lewej opłucnej i gruźlicze zmiany w obu szczytach; zmiany, przemawiające za miażdżycą lub kiłą tętnicy głównej; objawy władu rdzenia; powiększenie wątroby. Ciśnienie 150/110, OB = 80. Wa we krwi ujemny, odczyn cytocholowy ++++, Koch ujemny, mocz bez zmian charakterystycznych. W Roentgenie poza płynem w lewej opłucnej, zmianami gruźliczemi — prawa granica serca przechodzi w cień guzowaty, wielkości główki dziecka, łukowaty, nazewnątrz odgraniczony, wykazujący niewyraźne tętnienie; przelyk odsunięty w lewo. Po nakłuciu opłucnej wydobyto płyn krwawy, stojący na pograniczu pomiędzy wysiękiem i przesiękiem. Wa w płynie ujemny. Chory zmarł w trzecim dniu pobytu w szpitalu.

Badanie sekcyjne: zmiany gruźlicze obu płuc; tętniak tętnicy wstępującej i łuku, wielkości główki dziecka, wypełniony skrzepami, uciskający na lewą żyłę podobojczykową.

Przypadek zasługuje na uwagę spowodu rozmiarów tętniaka, braku wyraźnych objawów klinicznych i objawów uciskowych na naczynia lewej połowy klatki piersiowej. (Streszczenie własne).

W dyskusji nad pokazem zabrał głos kol. Bender, który w związku z pokazem przytoczył przypadek obserwowany w Szpitalu im. Prez. Mościckiego, a dotyczący 50-letniego mężczyzny z objawami rozedmy płuc i przewlekłego nieżytu oskrzeli. Chory w ciągu ostatnich sześciu tygodni stracił dużo na wadze, miał często krwioplucie. OB = 54. Przypuszczano obecność gruźliczego procesu w płucach, który nierzadko kryje się, jak wiadomo, pod postacią rozedmy.

Badania dodatkowe wykluczyły gruźlicę. Roentgen wykazał: *aneurysma aortae descendens*, Wa ++++. W sercu: cichy szmer skurczowy nad aortą z lekkim akcentem II tonu.

Chory zmarł nagle wśród objawów dużego krwotoku.

Sekcja potwierdziła rozpoznanie tętniaka aorty zstępującej, wykazując pęknięcie dużego tętniaka.

4. Kol. A. Uryson wygłosił odczyt pod tytułem: *Z kliniki przewlekłych schorzeń pęcherzyka żółciowego*.

Na podstawie 70 przypadków zapaleń przewlekłych pęcherzyka żółciowego, obserwowanych w przeciągu 3 lat na Oddziale

Wewnętrzny B Szpitala im. Poznańskich oraz przypadków z praktyki prywatnej, poruszył prelegent szereg zagadnień, dotyczących patologii i kliniki przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego. Pojęcie „*cholecystitis chronica*“ należy w myśl Bergmana zastąpić pojęciem „*cholecystopathia*“, ponieważ wśród czynników wywołujących schorzenia pęcherzyka żółciowego, czynniki zakaźne ustępują miejsca momentom czynnościowym, mechanicznym i zależnym od zaburzeń przemiany materji.

Przy rozpoznawaniu, poza znanymi punktami uciskowymi, dużą korzyść przynieść może objaw Prinza: w przypadku niemałcalnej wątroby, należy położyć palec na dolny brzeg łuku żebrowego i posadzić chorego; w ten sposób dostępne jest obmacywanie tylnej powierzchni wątroby; pojawienie się urobilinogenu w moczu po dożylnem wstrzyknięciu nowoprotyny wskazuje na schorzenie pęcherzyka żółciowego. Cholecystografia ma znaczenie tylko wówczas, gdy daje wynik dodatni; jednakże normalny cień i dobra kurczliwość pęcherzyka żółciowego nie wyklucza lekkiego schorzenia pęcherzyka lub procesu zastoinowego w pęcherzyku.

Żołądek kaskadowy, szybkie przechodzenie miazgi pokarmowej przez odźwiernik są objawami często występującymi w schorzeniu pęcherzyka żółciowego. Tak zwana porcja żółci B niezawsze jest żółcią pęcherzykową, może ona być stężoną żółcią wątrobową (otrzymywano ją u ludzi po usunięciu woreczka żółciowego). Cały szereg podmiotowych objawów, utożsamianych dawniej z nerwicą żołądka, zależny jest od jednoczesnego schorzenia pęcherzyka żółciowego i nieżytu dwunastnicy lub jelita cienkiego.

Szczegółowo omawia prelegent wpływ schorzenia pęcherzyka żółciowego na czynności wydzielnicze i ruchowe żołądka, jak również wpływ cholecystopatii na czynność jelit i występowanie krwotoków żołądkowych w kamicy żółciowej niepowiklanej. Specjalną uwagę poświęcono wpływowi schorzeń pęcherzyka żółciowego na serce.

W dalszym ciągu omówił prelegent szereg przypadków nietypowych cholecystopatii, przebiegających bez wielkich podmiotowych i przedmiotowych objawów z wyjątkiem wysokiej ciepłoty. Uwzględniono również zależność cholecystopatii od schorzeń alergicznych; wzajemny stosunek tych schorzeń: stosunek pomiędzy czynnikami hormonalnymi a pęcherzykiem żółciowym oraz zależność schorzeń pęcherzyka żółciowego od przewlekłych ropnych zapaleń migdałków.

Odczyt był ilustrowany 10 historjami chorób z Oddziału Wewnętrznego B. (Streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos: Kol. F. Turyn. Ból w zakresie zakończeń VII—IX żeber prawych przy bólach pęcherzyka żółciowego rozprzestrzenia się czasami na cały łuk żebrowy prawy. Występuje przy bolesnej wątrobie zastoinowej. Ograniczony do VIII żebra jest rozpoznawczo bardzo charakterystyczny. Sądzi, że urobilinuria po wstrzyknięciu nowoprotyny

świadczy nietyło o cierpieniu samego pęcherzyka żółciowego, ile o uszkodzeniu wątroby.

Kol. Lewenfisz M. uważa, że cholecystografia ujemna nie ma znaczenia, należy brać pod uwagę tylko wyniki cholecystografii dodatniej.

Kol. Bender uważa, że u chorego z objawami utajonego zapalenia migdałków nierzadko atak kamicy żółciowej lub intensywniejsze schorzenie pęcherzyka żółciowego powoduje ból, promieniujący w kierunku *locus minoris resistentiae*, jakim w danych przypadkach jest organicznie zmienione serce. W obu tych stanach układ roślinny odgrywa dużą rolę.

W odpowiedzi kol. Uryson: Objaw Prinza występuje przy wszelkiego rodzaju schorzeniach wątroby. Schorzenia pęcherzyka żółciowego często przebiegają łącznie z uszkodzeniem mięszu wątrobowego, co wywołuje urobilinurję po wstrzyknięciu nowoprotyny.

Protokół posiedzenia w dniu 4 grudnia 1935 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. A. Banasz przedstawił 52-letnią P. T. operowaną przed 18 miesiącami. Rozpoznanie przedoperacyjne brzmiało: torbiel jajnika.

Podczas operacji stwierdzono duży nowotwór poprzeczniczy. Usunięto wraz z guzem 35 cm poprzeczniczy. Badanie histologiczne stwierdziło *adenocarcinoma*. Od czasu operacji chora nie odczuwa żadnych dolegliwości. Była w tym czasie naświetlana promieniami Roentgena. Na wadze przybyło od czasu operacji 20 kg.

2. Kol. H. Lajchter wygłosił odczyt p. t.: *Z kazuistyki zakażeń ogniskowych z jamy ustnej.*

Doświadczenia amerykańskich uczonych na klinice braci Mayo dowiodły, że istnieje zależność wielu spraw chorobowych w różnych narządach od ognisk zapalnych w jamie ustnej, od t. zw. ziarniniaków, torbieli, kieszzonek dziąsłowych zropiałych, migdałków i t. p. W praktyce widzimy też w wielu przypadkach ogólne zakażenia lub w schorzeniu poszczególnych narządów wyzdrowienie dopiero po usunięciu ogniska w jamie ustnej. Następuje opis 15 przypadków. W przypadku I wyzdrowienie u chorego z objawami ogólnego zakażenia, trwającego od 6—7 tygodni — po wyleczeniu jamy ustnej. W II przypadku — objawy ogólnego zakażenia w ciągu 3 miesięcy. W kilka dni po usunięciu 4 zębów — szybka poprawa. III przypadek — po operacji guzków krwawnicowych — podwyższona ciepłota ustąpiła po usunięciu 2 ognisk w jamie ustnej. IV przypadek — wysoka ciepłota od pierwszego dnia porodu przez 9 tygodni. Nie zgodzono się na usunięcie wyraźnego ogniska ropnego w szczęce. Zełście śmiertelne. V przyp. — pokrzywka od 3 tygodni z podwyższoną ciepłotą. Nazajutrz po usunięciu zęba — poprawa. VI przyp. — po wyleczeniu jamy ustnej — ustąpienie bólów głowy, trwających trzy lata. VII przyp. — po usunięciu ropnego ogniska w jamie

ustnej — ustąpienie bólów, trwających kilka lat. VIII przyp. — po operacji „odcięcia wierzchołka korzenia zębowego“ — zniknięcie objawów migreny, trwające kilka lat. IX przyp. — powolne ustąpienie gwałtownych bólów głowy po operacji w jamie ustnej. X przyp. — ustąpienie objawów migreny, trwającej wiele lat po usunięciu ziarniaków okołozębowych. XI przyp. — wyzdrowienie z depresji, trwającej okresowo od 10 lat po wyleczeniu jamy ustnej. XII przyp. — ostra psychoza popołogowa; po wyleczeniu jamy ustnej znaczna poprawa. XIII przyp. — ustąpienie bólów w „lewym boku“, trwających 10 lat, po otwarciu ropnej torbieli szczękowej. XIV przyp. — 14-letni chłopiec niedorozwinięty fizycznie i umysłowo poddał się operacji wyluszczenia torbieli szczęki (ropnej), poczem w szybkim czasie następuje rozwój fizyczny i umysłowy. XV przyp. — chora z zniekształcającym zapaleniem wielu stawów z ciągłymi bólami w stawach po podłączeniu paradentozy i usunięciu 1 zęba odczuwa przez 14 miesięcy dużą poprawę (streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Frenkiel, Schweig i prelegent.

Kol. Frenkiel Br. Sprawa oddziaływania ogniska na inne narządy wymaga wyświeślenia; niezrozumiałem jest np. powstawanie zniekształcającego zapalenia stawów przy schorzeniu zęba i jego wyleczenie po ustąpieniu schorzenia zęba. Niewyjaśnioną jest sprawa zależności powstawania psychozy depresyjnej od choroby jamy ustnej. Niewszystkie przypadki są przekonujące.

W odpowiedzi kol. Lajchter. Być może, że niewszystkie przypadki opisane są obrazem „oral-sepsis“, że poprawa u niektórych chorych nastąpiła niezależnie od wyleczenia jamy ustnej, jednak nawet taki „zbieg okoliczności“, zasługuje na uwagę, gdyż narazie nie mamy innego dowodu dla oceny wartości teorii o „zakażeniu ogniskowem“. (Streszczenie własne).

Kol. Schweig, nawiązując do przypadku schorzenia zatoki szczękowej uważa, że brak zmian rentgenowskich wcale ich nie wyklucza w zatoce; mogą istnieć zmiany drobnowidowe. W okulistyce widzi się związek schorzeń ocznych z chorobami jamy ustnej.

3. Kol. Lewenfisz wygłosił odczyt p. t.: *Działanie pośrednie promieni rentgenowskich na nowotwory złośliwe.*

Prelegent omawia miejscowy wpływ naświetlań, t. j. na podścielisko nowotworowe, następnie omawia wpływ naświetlań pośredni ogólny: limfocytozę i teorię nekrohormonów Caspariego. Wreszcie ostatnia część referatu poświęcona jest pośredniemu wpływowi naświetlań na zaburzenia fizyko-chemiczne, obserwowane przy nowotworach złośliwych: wpływ na równowagę kwasowo-zasadową ustroju, składniki mineralne ustroju, lipoidy ustroju, współczynnik oksydo-redukcyjny, na uwodnienie komórek, napięcie powierzchniowe komórki, przemianę podstawową, układ siateczkowo-śródbłonkowy, zdolność cytolityczną surowicy, na mechanizm regulacyjny cukrów, przemianę azotową, opadanie krwinek, układ współczulny i obokwspółczulny.

Na zakończenie prelegent wysnuwa szereg wniosków, z których zasadniczy jest następujący: działanie bezpośrednie napromieniowań rentgenowskich, ograniczające się do zniszczenia samej komórki rakowatej jest wydatnie uzupełnione wpływem pośrednim rentgenoterapii, która stwarza środowisko hamujące rozwój komórki nowotworowej i jednocześnie wzmacnia zdolności obronne organizmu. (Streszczenie własne).

Protokół posiedzenia z dnia 18 grudnia 1935 roku.

1. Kol. Bemer K. omówił nową metodę zdjęć promieniami Roentgena, tak zwaną metodę planigraficzną.

Metoda jest kosztowna; wymaga drogiej aparatury i szeregu zdjęć u jednego osobnika, ale metoda ta wykrywa zmiany, które przy metodzie zwykłej nie dają się stwierdzić. Kol. Bemer przedstawił szereg zdjęć płucnych, dokonanych nową metodą.

2. Kol. Frenkiel zwrócił się do zebranych z wnioskiem Zarządu o nadanie godności Członka Honorowego kol. Emanuelowi Sonnenbergowi, jednemu z najstarszych członków Towarzystwa, byłemu długoletniemu członkowi Zarządu Towarzystwa, którego prace naukowe zdobyły szerokie uznanie w świecie lekarskim, zarówno w kraju, jak i zagranicą. Wniosek przyjęto przez aklamację.

Kol. J. Chrzanowski wygłosił odczyt p. t.: *Przypadek ostrego zaniku trzustki.*

Chory, 45 lat, wśród pełnego zdrowia nagle dostał gwałtownych bólów w nadbrzuszu z promieniowaniem do lewego podżebrza, mniej do prawego. Bólom towarzyszyły mdłości i wymioty. Ponieważ bóle nie ustępowały nawet po dużych dawkach morfiny, chorego przewieziono do szpitala. Rok temu w ciągu 6 tygodni chorował na kamice żółciową i zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Chory niespokojny, sinawe zabarwienie skóry, głównie na twarzy; białkówki podbarwione na żółto. Akcja serca szybka, tony serca głuche. Tętno słabo napelnione, tętno miarowe 124/min. Wątroba wystaje spod prawego podżebrza na szerokość 2 palców, bolesna przy obmacywaniu. Ciężota 37,2°. Diastaza w moczu 8192°, cukier w moczu — ślad, we krwi — 292 mg %, bilirubiny we krwi 8,3 mg, zawartość cholesterolu 106 mg %. Odczyn Takaty dodatni, ilość białych ciałek krwi 15.400 w 1 mm³. Stan chorego po krótkotrwałej poprawie zaczął stopniowo pogarszać się; po tygodniu ciężota podniosła się do 39°, zjawily się krwawe wymioty. W 3 tygodniu choroby zdecydowano się na zabieg operacyjny; następnego dnia po operacji chory zmarł. Rozpoznanie sekcyjne: *cholelithiasis vesicae felleae, cholecystitis chron. Necrosis et gangraena corporis et caudae pancreatis; cytoateatoncrosis capitis pancreatis, Peritonitis diffusa purulenta, Hepatitis interstitialis subacuta; petechiae pleurae, pericardii et epicardii.* (Streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Uryson, Janik, Kalisz i prelegent.

4. Kol. Z. Szczech wygłosił odczyt pod tytułem: *Przypadek marskości wątroby.*

Przypadek ten został przedstawiony dlatego, że powszechnie uważa się, iż puchlina brzuszna występuje na drodze mechanicznej w stanach stwardnieniowych daleko posuniętych. Okazuje się jednak, że jest inaczej, a mianowicie, że czynnik mechaniczny nie przoduje, lecz wchodzi tu w grę czynniki koloidowochemiczne, drobinowoosmotyczne i inne, których narazie nie znamy, ale których istnienie przypuszczamy. (Streszczenie własne).

5. Kol. A. Stiller wygłosił odczyt p. t.: *Przypadek zatrucia atofanem.*

U chorej, lat 35, po tygodniowym zażywaniu atofanu w dawce 4,0 g dziennie wystąpiła żółtaczka, powiększenie wątroby, wymioty. W dalszej obserwacji zjawily się objawy hepatargji, które po kilku dniach ustąpiły. Dodatni odczyn Takaty utrzymywał się przez cały czas pobytu chorej w szpitalu. Przypadki zatrucia atofanem nie są częste. Autorzy amerykańscy uważają, że nie tyle same dawki atofanu, ile usposobienie ustroju odgrywa decydującą rolę w wystąpieniu zatrucia. Doświadczalnie nie udało się wywołać żółtaczki atofanem; atofan znacznie odbiega w swej budowie chemicznej od innych związków np. toluendiaminy, którymi zwykle udaje się wywołać żółtaczkę. (Streszczenie własne).

6. Kol. M. Dawidowicz wygłosił odczyt p. t.: *Przypadek martwicy kończyny dolnej po zatruciu sublimatem.*

Mężczyzna, lat 49, zażył w celach samobójczych 6 pastylek sublimatu, obficie popijając wodą. W 4 godziny po zatruciu poczuł drętwienie w lewej stopie. Nigdy dawniej żadnych dolegliwości lub bólów w kończynach nie odczuwał. Po kilku godzinach wystąpił silny ból, a następnie zupełnie zdrętwienie i znieczulenie całego podudzia. Stan chorego na skutek zatrucia z każdym dniem się pogarszał. Wystąpiły bezmocz, krwawe stolce, ciągle wymioty. Na podudziu lewym na 4 dzień wyraźnie się zaznaczyła martwica, obejmująca dolne 2/3 podudzia. Chory zmarł na 11 dzień. Badanie pośmiertne, poza zmianami typowymi dla otrucia sublimatem, wykazało zakrzep tętnicy goleniowej przedniej lewej na wysokości 2/3 podudzia. Badanie anatomo-patologiczne (Dr. K. Ścieszński) nie potrafiło ustalić związku przyczynowego między otruciem sublimatem i wytworzeniem się zakrzepu naczyniowego. Przypadek jest interesujący ze względu na wyjątkowe wystąpienie obu tych spraw i brak podobnego przypadku w piśmiennictwie światowym. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos kol. Tenenbaum i prelegent.

6. Kol. W. Bem wygłosił odczyt p. t. *Przypadek zmian w mięśniu sercowym po zatruciu sublimatem.*

Chory E. W., lat 35, po piątym zastrzyku neosalwarsanu zemdlął i w stanie ciężkim został przywieziony do szpitala im. Prez. Mościckiego w dniu 1. V. 1935 r.

W 1925 r. kiła. Od kwietnia tego roku przeprowadzano 15 kuracje, ponieważ WA robiony w marcu wypadł dodatnio. Przedtem nigdy nie chorował i do ostatniej chwili pracował jako tkacz.

W chwili przybycia do szpitala stan bardzo ciężki. Tętno drobne, szybkie, słabo macalne, trudno obliczyć. Sinica warg i płatków uszu. Skóra blada, kończyny górne i dolne zimne. Na czole świeże otarcie naskórka wielkości pięcioletówki. Żrenice szerokie, leniwie oddziałują na światło i akomodację.

• Płuca bez zmian.

Serce: granice prawidłowe, uderzenie koniuszkowe niewyczuwalne, tony serca prawie niesłyszalne, zupełnie głuche. Ciśnienie krwi 100/75.

Jama brzuszna bez zmian.

Po zastosowaniu środków nasercowych stan chorego po paru godzinach poprawił się. Tętno 120, jednak słabo napięte i wypełnione. Sinica mniejsza. Dokonano zdjęcia elektrokardiograficznego; z krzywej wynika uszkodzenie mięśnia sercowego (T_1 wysokość 1 mm, T_2 wysokość 2 mm, T_3 wysokość 1 mm). W moczu urobilinogen +. Codzienna kontrola elektrokardiograficzna. Chory z dnia na dzień poprawia się tak, że po 6 dniach tony serca są głuche, ale już dobrze słyszalne. Ciśnienie krwi 120/90. Tętno 84. EKG z dnia 10. V.: T_1 wysokość 2 mm, T_2 wysokość 3 mm, T_3 wysokość 1 mm. Mocz bez składników patologicznych. EKG z dnia 20. V.: T_1 wysokość 3 mm, T_2 wysokość 4 mm, T_3 1 mm. Tony serca głuchawe. Ciśnienie krwi 125/85. Tętno 64 (reg.).

Chorego wypisano ze szpitala w stanie dobrym. W pierwszych dniach grudnia zgłosił się do ponownego badania, podaje, że po opuszczeniu szpitala czuł się dobrze i żadnych dolegliwości nie odczuwał.

Badanie wykazało: Tony serca dobrze słyszalne, częste. Cech przerostu lewej komory nie stwierdza się. Ciśnienie krwi 130/85. Tętno 84 (reg.).

EKG norma: T_1 wysokość 3 mm, T_2 wysokość 4 mm, T_3 wysokość 1 mm. (Streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem kol. Frenkiel zapytuje, czy chory nadal otrzymywał salwarsan; uważa bowiem, że objawy zatrucia salwarsanem nie stanowią przeciwwskazania dla późniejszego dalszego ostrożnego stosowania salwarsanu. W przypadkach poronnych zapalenia mózgu posalwarsanowego chorzy bez szkody znosili stosowanie późniejsze salwarsanu w mniejszych dawkach.

Kol. Wołczyńska widziała przypadek, w którym podczas leczenia salwarsanowego po 4 zastrzyknięciu nastąpił wstrząs, który minął po 2 godzinach. Gdy po pewnym czasie otrzymał ponowne zastrzyknięcie w dawce mniejszej — nastąpił nowy wstrząs.

7. Kol. Chrzanowski wygłosił odczyt p. t.: *Przypadek częstoskurczu napadowego komorowego.*

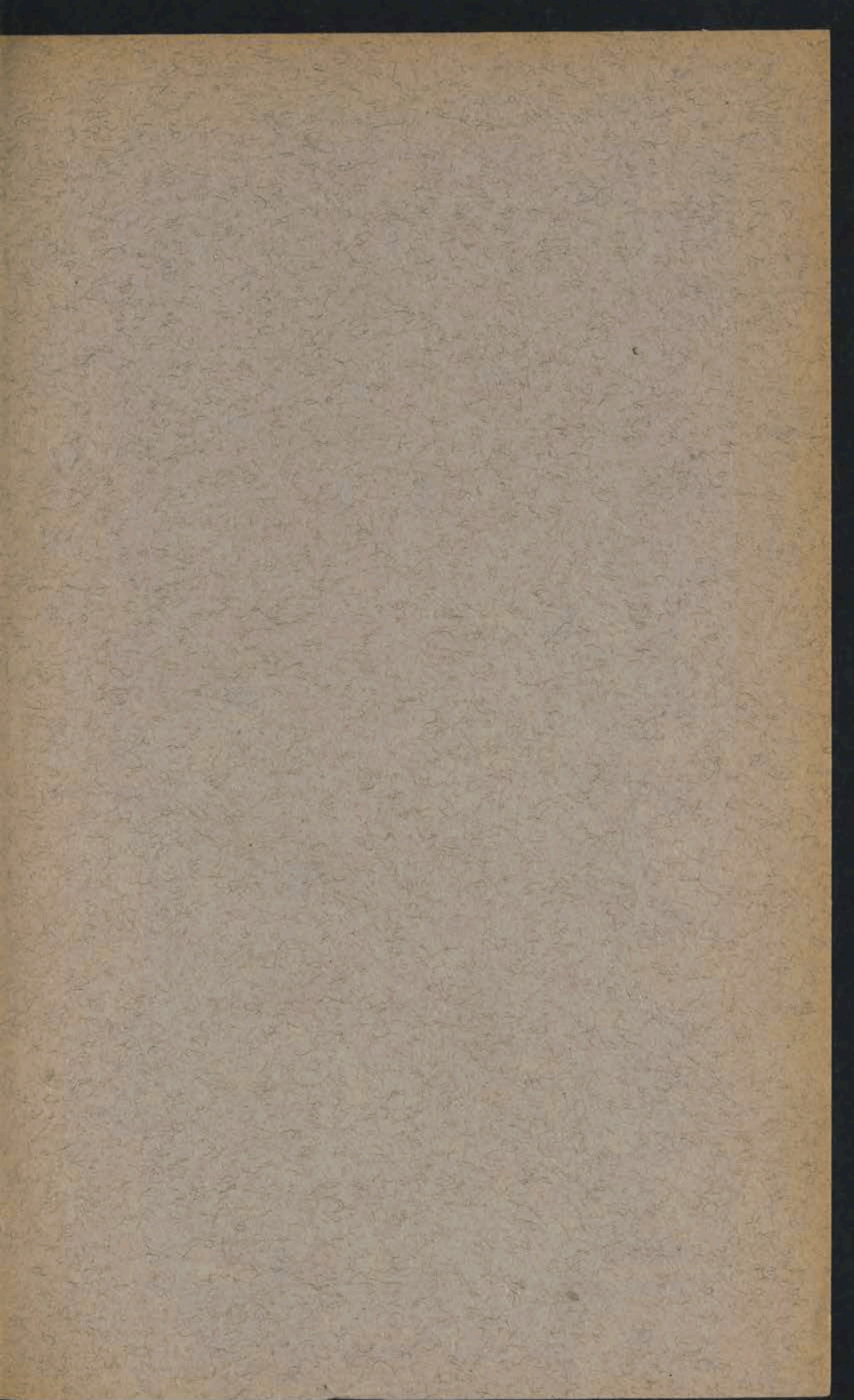
Chory, lat 22, przed 2 miesiącami nagle dostał bicia serca, które trwało kilka godzin. Podczas napadu bicia serca samopoczucie złe, wymioty, duszność. W dwa miesiące później ponowny napad i w czasie napadu w stanie ciężkim chory został skierowany do szpitala. Ucisk na gałki oczne, na zatoki tętnic szyj-

nych, zastosowanie dożylnie strofantyny okazały się bezskuteczne, dopiero podanie dożylnie 0,2 *chin. bimum.* napad częstoskurczu przerwało. Lekka sinica skóry. Akcja serca bardzo szybka, powyżej 200/min., podmuch skurczowy nad koniuszkiem serca. Wątroba wystaje spod prawego łuku żeberowego na szerokość 2 palców, tkliwa przy obmacywaniu. Kończyny bez obrzęków. EKG dokonany podczas napadu częstoskurczu wykazał wszystkie cechy częstoskurczu pochodzenia komorowego ze wstecznym P, drugi EKG, dokonany po ustąpieniu napadu wykazał skurcze dodatkowe lewokomorowe, pozatem zespoły prawidłowe. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos kol. Bender, Gliksman i prelegent.

8. Kol. A. Bender wygłosił odczyt p. t.: *Przypadek pęknięcia tętniaka tętnicy głównej.*

Sekretarz: Dr. A. S. Tenenbaum.



1598A