



Vf 58643  
22 2004914316

Biblioteka Gl. AWF w Krakowie



1800052766

29604





# KSIĘGA PAMIĄTKOWA

XII ZJAZDU LEKARZY

I

## PRZYRODNIKÓW POLSKICH

11986  
w roku

1925.

TOM II.



WYDANA STARANIEM KOMITETU REDAKCYJNEGO  
XII ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH  
W WARSZAWIE  
w roku 1926.



351



• *Neuman & Tomaszewski*  
ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU  
*Rok założenia 1868.*

57.616] (061.3)

994  
/11

1100E

CZEŚĆ II.







## XVIII. Sekcja Chirurgji.

Przewodniczący: A. Ciechomski.

Sekretarz A. Wojciechowski.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13. VII. godz. 9.

(Wspólnie z sekcją XVI — choroby wewnętrzne).

(Obszerne sprawozdanie z obrad sekcji ukazało się w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym).

1. **W. Janowski.** (W-wa) — Kamica żółciowa ze stanowiska medycyny wewnętrznej. (temat programowy)

**P a t o g e n e z a.** Teorja Naunyn'a uzależniająca powstawanie kamieni od spraw zapalnych dróg żółciowych, jako zbyt jednostronna została zachwiana. Zasługą Naunyn'a pozostanie wskazanie na jeden z ważnych czynników kamicy, mianowicie na zakażenie. Cierpienie to powstaje bowiem skutkiem skojarzenia się szeregu warunków. Naczelnym z nich jest podług dzisiejszych poglądów, pewne swoiste zaburzenie przemiany materji, polegające na zwiększeniu cholesteryny we krwi. Komórki wątrobowe posiadają swoistą własność przerabiania cholesteryny na kwasy żółciowe. Wątroba prawidłowa wykonywa tę czynność sprawnie, u osobników dotkniętych kamica istnieje swoista niedomoga wątroby polegająca na niezdolności przerabiania należytej części cholesteryny w żółci na kwasy żółciowe, a właściwie żółciany. Prowadzi to do coraz większego nagromadzenia cholesteryny w żółci. Nadmiar jej wypada w postaci jałowych kamieni. Najczęściej ma to miejsce w pęcherzyku, który już fizjologicznie zagęszcza żółć. Sprawia to mylne wrażenie jakoby tu było źródło cierpienia. Tymczasem tkwi ono w wątrobie. Prócz niedomogi żółciotwórczej wątroby prowadzącej do nadmiaru cholesteryny na powstawanie kamieni ma duży wpływ zastój żółci sprzyjający jej zgęszczeniu i ułatwiający zakażenie, oraz zakażenie dróg żółciowych. Dwa pierwsze czynniki prowadzą tylko do tworzenia się kamieni jałowych, dopiero ten trzeci, t. j. zakażenie wywołuje obraz kamicy żółciowej.

**Objawy kliniczne.** Objawy kliniczne napadu są tak znane że można je pominąć. Natomiast zasługują na omówienie mniej znane objawy. Są to przedewszystkiem różnorodne punkty bolesne cechujące kamicę w okresie ponapadowym. A więc punkt pęcherzykowy w kącie między łukiem żebrowym a brzegiem mięśnia prostego. Często występuje nerwoból 8, 9 i 10 prawego międzyżebra w linii pachowej oraz bolesność na 8 — 10 kręgach grzbietowych tudzież przy uciskaniu końca 11 żebra. Wreszcie punkt trzustkowo — dwunastniczy. Niezmiernie wrażliwy bywa punkt przeponowy nad obojczykiem, pomiędzy dwoma brzuściami m. mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Przy rozpoznaniu kamicy winniśmy określić umiejscowienie kamieni od tego bowiem zależy i rokowanie i plan leczenia. Rozpoznanie zapalenia pęcherzyka żółciowego jest zazwyczaj łatwe, w przypadkach nietypowych jednak może stać się niepomiernie trudne. Chory może wtedy wymagać zabiegu chirurgicznego przed ustaleniem dokładnego rozpoznania.

**Rozpoznanie różniczkowe.** Najczęstszemi są następujące cztery źródła omyłek rozpoznawczych: 1) reumatyzm połączenia ostatnich 4, 5 żeber z wyrostkiem poprzecznym kręgosłupa, 2) nerwobóle 7 8, i 9 międzyżebra, 3) zapalenie miedniczki nerkowej lub zapalenie w okolicy nerki; 4) zatrucie tytoniem zwłaszcza u wagotników może wywołać objawy naśladujące kamicę żółciową. Rokowanie w kamicy żółciowej o tyle trudno omówić, iż 95% kamieni przebiega bez objawów klinicznych. O pozostałych 5% można powiedzieć, że wprawdzie rokowanie naogół jest pomyślne jednak nigdy nie można przewidzieć jaki przebieg przyjmie dany przypadek.

**Leczenie wewnętrzne.** Dawna wiara w możliwość rozpuszczania kamieni przez doustne podawanie rozmaitych leków znikła zupełnie. Leczenie wewnętrzne kamicy stara się przez uregulowanie ruchu, diety, oraz zastosowanie wód mineralnych zapobiedz zagęszczaniu żółci, zmniejszyć ilość cholesteryny i możliwie uniknąć wszystkiego co może spowodować napad. Leczenie wodami mineralnemi u źródeł powinno mieć na uwadze przedewszystkiem, że chorzy zakażeni nie nadają się do tego leczenia. Przypadki zakażone nie nadają się do leczenia wewnętrznego lecz winny przejść w ręce chirurga. Do operacji nadają się wszystkie przypadki powtarzające się lekkich albo nawet jednorazowych cięższych zakażeń dróg żółciowych, przypadki z przewlekłą żółtaczką, oraz wszystkie przypadki zatkania głównego przewodu. Z przypadków niezakażonych i beżżółtaczkowych nadają się te gdzie napady są częste i silne.

Kamica żółciowa jako cierpienie mające w swej podstawie zaburzenie przemiany materji jest chorobą czysto wewnętrzną. W leczeniu pewnej części jej przypadków internista potrzebuje w pewnym ich

okresie wprawnej ręki chirurga bez której chory by zginął. Ale okres ten aczkolwiek ważny i często o życiu chorego decydujący jest tylko przejściowym po którego przeminięciu chory wymaga dalszego wytrwałego leczenia wewnętrznego.

(In extenso Polskie Archiwum Med. Wew., Tom. II, gj, zes. 4-ty).

2. **A. Leśniowski.** (W-wa) — Kamica żółciowa ze stanowiska chirurcji. (Temat programowy).

Ze względu na charakter posiedzenia zamierza poruszyć sprawę leczenia kamicy ze stanowiska ogólnego, zasadniczego. L. przytacza krótki zarys powstawania i przebiegu kamicy: pod wpływem szeregu czynników gromadzi się we krwi cholesteryna w ilości nadmiernej. Jeżeli wtedy komórka wątrobowa okaże się niesprawną, jeżeli dołączy się zastój żółci, następuje strącanie się cholesteryny, tworzy się bezgnilny kamień cholesterynowy. 90% takich kamieni nie ujawnia się klinicznie, w 10% kamień prowadzi do dalszych zmian. Układając się w szyi pęcherza utrudnia dopływ i odpływ żółci, kurczliwość ścian pęcherza zostaje upośledzoną, zastój żółci wzmagają się. Jeżeli w tym okresie dostaną się do pęcherza żółciowego drobnoustroje znajdą one warunki sprzyjające, rozmnożą się i wywołają zakażenie. Sprawa przybiera wówczas zupełnie nowy kierunek. Żółć ulega rozpadowi, wypadają z niej barwniki żółci i węglan wapnia. Osiadają one na kamieniu cholesterynowym, jednocześnie tworzą się nowe zakażne kamienie. Ściana pęcherza ulega zapaleniu, które może przejść na otoczenie i wywołać zmiany w narządach mniej i więcej odległych. Pod wpływem sprawy zapalnej następuje zwyrodnienie bliznowe pęcherzyka, powstają zrosty z otoczeniem, wreszcie może wystąpić przedziurawienie pęcherzyka i uogólnienie sprawy. Dzięki połączeniu odnośnych naczyń chłonnych zakażenie z pęcherzyka przenosi się na trzustkę i wywołuje schorzenie najczęściej zanikowe tego narządu. Również drogą naczyń chłonnych, a częściowo i krwionośnych szerzy się sprawa i na wątrobę. Z tego zarysu widać, że sprawa początkowo niewinna w dalszym swoim rozwoju staje się coraz bardziej poważną i groźną dla życia chorego. Objawy kliniczne mogą być i bywają zupełnie niewspółmierne ze zmianami anatomopatologicznymi. Rozpoznanie ujawniającej się kamicy może i powinno być dokonane wcześniej. Leczenie wewnętrzne może zapobiegać tworzeniu się kamieni, lecz nie jest w stanie zmniejszyć już istniejącego kamienia, ani zmienić warunków zatrzymujących kamień w pewnym miejscu, nie potrafi również całkowicie odkazić dróg żółciowych. Statystyka wykazuje, że śmiertelność chorych na kamienie żółciowe leczonych wewnątrznie wynosi 10%. Kamica leczona operacyjnie daje ogólną śmiertelność 7—10%, należy jednak podkreślić, że zestawienie to obejmuje przeważnie bardzo cięż-

kie przypadki. Gdy śmiertelność kamicy leczonej wewnątrznie nie da się zmniejszyć, śmiertelność pooperacyjna wypadłaby znacznie mniejsza, gdyby można było operować zawsze lub przynajmniej przeważnie we wczesnych okresach. Przy uwzględnieniu tylko takich chorych śmiertelność pooperacyjna nie wynosi i 1%. W Polsce kwalifikuje się bardzo wstrzemięźliwie chorych na kamicy do operacji. Jeżeli przyjmujemy, że częstość kamieni aseptycznych wynosi 10%, to w Polsce mamy powyżej 2 milionów posiadaczy kamieni. Jeżeli z tego w 10% kamica ujawniła się, mamy powyżej 200.000 chorych na kamicy. Gdyby tylko  $\frac{1}{10}$  tych ludzi była operowana, rocznie mielibyśmy około 20.000 operacyj z powodu kamicy żółciowej. Tymczasem liczba ta nie przekracza 1.500. To samo wynika z rodzaju chorych zgłaszających się u nas do operacji; są to przeważnie przypadki późne, przedawnione, powikłane. Chcąc mieć lepsze wyniki leczenia operacyjnego powinniśmy dążyć do wcześniejszego kwalifikowania chorych do operacji.

### 3. **A. Elektorowicz.** (W-wa) — Rentgenologia kamicy żółciowej.

Djagnostyka rentgenologiczna schorzeń pęcherzyka żółciowego należy do najtrudniejszych i najniewdzięczniejszych działów rentgenologii. Przyczynę tego szukać należy tak w położeniu woreczka żółciowego, jak też fizycznych własnościach przenikliwości promieni rentgenowskich.

Te same utrudnienia w badaniu rentgenologicznym występują również przy poszukiwaniu kamieni żółciowych. Tylko przy znacznej zawartości soli wapniowych cień kamieni występuje na płycie. Mimo tych trudności szereg autorów podaje 50–60% w których kamienie wykazać było można zapomocą zdjęć rentgenologicznych. Wynik więc otrzymany przez rentgenologa nie może być rozstrzygającym. W tych jednak przypadkach, gdzie istnieje niepewność rozpoznawcza, gdzie rozpoznanie kliniczne waha się pomiędzy kamicy żółciową, a schorzeniem przewodu pokarmowego, szczególnie zaś żołądka lub dwunastnicy, badanie rentgenologiczne może niepewność tę rozstrzygnąć.

### 4. **Jurasz.** (Poznań). — Leczenie chirurgiczne kamicy żółciowej jego wyniki.

Na podstawie 446 przypadków własnych zajmuje J. następujące stanowisko: jest zwolennikiem operacji wczesnej, gdyż wtedy tylko śmiertelność jest niska — 0,9%. Uwzględniając wszystkie przypadki i wcześniej i później operowane wynosi śmiertelność 6,9%. Poza schorzeniami innych narządów, rozległymi zrostami i t. d. należy zaznaczyć niebezpieczeństwo rakowego zwyrodnienia pęcherzyka na tle kamicy (3,4%). Operuje w znieczuleniu rdzeniowym, cięcie Kehra w cięż-

kich, pośredkowe w lżejszych przypadkach, stosuje podotrzewnowe wyluszczenie pęcherzyka (405 przyp.), co umożliwia zaszyte całkowite rany brzusznej. Wycięcie pęcherzyka daje około 67% wyleczeń, u pozostałej części występują t. zw. nawroty na tle zapalenia przewodów wątrobowych lub wskutek pozostawienia kamienia w przewodzie. Należy podkreślić, że bardzo często kamica jest skojarzona ze schorzeniami innych narządów jamy brzusznej t. j. wyrostka, wobec tego J. poddaje zawsze oględzinom całą jamę brzuszną, co w znieczuleniu rdzeniowym jest szczególnie ułatwionem. J. nie jest zwolennikiem sączkowania przewodu ani zespolenia pęcherzyka z dwunastnicą czy żołądkiem. Również rozszerzanie lub nacinanie brodawki Vatera nie wydaje się J. rzeczą wskazaną. Natomiast godnym polecenia jest zespolenie przewodu żółciowego wspólnego z dwunastnicą. W Polsce J. ma statystykę operacyjną w chorobach dróg żółciowych trzy razy mniejszą, niż w Niemczech, co zależy od dotychczasowego zapatrywania internistów u nas na leczenie tych schorzeń. Należy mieć nadzieję, że po zapoznaniu się z wynikami leczenia chirurgicznego i oni dojdą, jak Morawitz, do przekonania, że 47% chorób dróg żółciowych należy odesłać do chirurga, wzamian wymagać też należy, aby chorzy po operacji wracali pod opiekę internistów.

5. **A. Lachmund.** (Lwów). — Zmiany czynnościowe żołądka w kamicy żółciowej.

Na podstawie 20 badań treści żołądkowej u chorych na kamicy, wykonanych przed i po zabiegu stwierdzono zmiany uprawniające do następującego wniosku: wobec stwierdzenia w dużej odsetce przypadków braku wzgl. zmniejszenia ilości wolnego HCl u chorych na kamicy przed i po zabiegu, nie można za Rovsing'em wyciągać wniosków co do wartości metod operacyjnych. Wczesne usunięcie pęcherzyka żółciowego w okresie, kiedy częstość tych zmian wydzielniczych w żołądku jest stosunkowo niewielka, zapobiega zmniejszaniu się HCl w okresach późniejszych schorzenia.

6. **S. Nowicki.** (Kraków). — Zapalenia otrzewnej wychodzące z dróg żółciowych.

Powyższe zapalenia otrzewnej powstają albo skutkiem przedziurawienia pęcherzyka do wolnej otrzewnej co się zdarza względnie rzadko (0,6%) lub przez wylanie się zakażonej żółci podczas operacji. W celu wyjaśnienia tego ostatniego sposobu powstawania zapalenia otrzewnej przedsięwziął N. badania doświadczalne na zwierzętach. Okazało się, że psy znoszące wprowadzenie pewnej ilości drobnoustrojów do jamy brzusznej, giną jeżeli ta sama ilość została wprowadzona razem z żółcią. Niezakażona żółć nie wywołuje większych objawów

ze strony otrzewnej. Zakażenie żółci już uprzednio w pęcherzyku i następnie dopiero wpuszczenie jej do jamy brzusznej naśladuje dość wiernie przebieg kliniczny tej sprawy. Otóż zwierzęta w ten sposób zakażone giną wszystkie wśród objawów rozlanego zapalenia otrzewnej. Co się tyczy działania trypsyny, powodującej jakoby zmiany w ścianie pęcherzyka ułatwiające przesączanie się żółci, a co za tem idzie i zakażenie otrzewnej, to N. nie przecząc, że takie przedostawanie się soku trzustkowego do pęcherzyka jest możliwe dzięki ruchom przeciwbaczkowym w swych doświadczeniach nie znalazł potwierdzenia powyższego poglądu, albowiem psy znosiły wstrzyknięcie trypsyny do pęcherzyka zupełnie dobrze i pęcherzyk po wstrzyknięciu wykazywał tylko nieznaczne zmiany. Przypisuje on więcej znaczenia w sprawie powstawania zapalenia otrzewnej zastojowi żółci.

#### 7. **A. Zawadzki** (W-wa).—W sprawie leczenia operacyjnego kamicy.

Dzieli się swem doświadczeniem opartem na 216 operacjach na drogach żółciowych. Wolne bez zrostów pęcherzyki napotykał rzadko. W 3 przypadkach spostrzegął ropnie wątroby; w 14 — raka. Badanie bakterjologiczne 90 przypadków w 27 ustaliło jałowość żółci, w pozostałych wykryto przeważnie prątki okrężnicy, rzadziej odmienia, gronkowce i paciorkowce. Przed operacją chorzy otrzymują cukier dożylnie. Znieczulenie ostatnio stosuje Z. miejscowe i nerwów trzewnych. Pęcherzyk wycina sposobem Gosset'a, w każdym przypadku bada dokładnie przewody. Dość często posługuje się sączkiem zatopionym. Ranę operacyjną względnie rzadko zeszywa całkowicie, w większości przypadków sączkuje. Przetoki pooperacyjne zwykle zamykają się same lub pod wpływem szczepionek. Bezpośrednia śmiertelność operacyjna jest bardzo mała. Z. kładzie nacisk na odpowiednie przygotowanie chorego do operacji, na dostosowanie zabiegu do przypadku, na umiejętne leczenie pooperacyjne, które pozwala zwalczyć lub uniknąć większości powikłań. Kończy wezwaniem do ogółu lekarzy o wyczerpanie starań w celu umożliwienia wczesnego operowania chorych na kamice żółciową.

#### Dyskusja programowa.

Doc. Glatzel. Wycięcie pęcherzyka powinno być zastąpione tylko jego nacięciem jako zabiegiem więcej fizjologicznym, a dającym jak dowodzą spostrzeżenia Krakowskiej Kliniki Chirurgicznej nie większą odsetkę nawrotów niż wycięcie zupełne.

Prof. Michejda. Obniżenie śmiertelności po zabiegach operacyjnych na drogach żółciowych jest możliwe przez rozszerzenie wskazań na przypadki niepowikłane. Dają one z natury rzeczy niski procent śmiertelności. Przypadki powikłane jednak nie znikną zupełnie;

dają one duży procent śmiertelności i obniżenie go możliwe jest tylko przez uproszczenie techniki operacyjnej.

Doc. Ostrowski. Uważa rozcięcie pęcherzyka za dopuszczalne tylko u wyniszczonych chorych, zasadniczo należy wykonywać wycięcie. Badania czynności żołądka po tych dwóch typach operacji, nie wykazało przewagi rozcięcia pod względem powyższym.

Dr. Dziembowski. — Operuje cięciem pośrodkowym, wycina zawsze pęcherzyk, w większości przypadków sączkuje. W leczeniu przewodów stosuje zespolenie przewodu wspólnego z dwunastnicą.

Prof. Schramm. Występuje przeciw zostawieniu pęcherzyka. Przy utrudnieniu odpływu żółci z przewodu stosuje sączek wprowadzony przez przewód do dwunastnicy. (Sączkowanie wewnętrzne). Sposób ten jest łatwiejszy i również dobry jak zespolenie. Zaszycie całkowite rany brzusznej, uważa za ryzykowne.

Prof. Jurasz. Przemawia przeciw nacięciu pęcherzyka. Pęcherzyk nie zawsze wygaja się, czynność jego jest upośledzoną, a stanowi on źródło zakażenia innych narządów.

Prof. Leśniowski. Podnosi jeszcze raz konieczność wczesnego operowania. L. jest zwolennikiem wycięcia pęcherzyka zaotrzewnowania dokładnego łożyska i zaszycia całkowitego rany brzusznej. Gdzie to nie jest możliwe, ucieka się do sączkowania. Ustrój znosi wycięcie pęcherzyka dobrze, nie następuje potem ani upośledzenie czynności wątroby, ani zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego.

(Uwaga: P. również sprawozdania z dyskusji w posiedzeniach sekcji XVI).

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13.VII godz. 15.

1. **A. Jurasz.** (Poznań). — O znieczuleniu lędźwiowem w operacjach brzusznych.

W ciągu ostatniego półtora roku sposób ten był zastosowany w 664 przypadkach z tego w 410 zabiegach w jamie brzusznej. Z tej liczby 110 operacji było powyżej linii pępkowej. W 355 przypadkach (86, 16%) znieczulenie było dobre w 38 (9,32%) wynik był niedostateczny. W 17 przypadkach (4,1%) znieczulenie nie trwało do końca operacji. Brak lub niezupełność znieczulenia należy przypisać przede wszystkim nieodpowiednim preparatom. J. używa obecnie tropoko-

kainy, wypuszcza płyn mózgowo-rdzeniowy indywidualnie t. j. zależnie od ciśnienia płynu w większej lub mniejszej ilości. Spadek ciśnienia krwi należy do najczęstszych powikłań, lecz tylko o ile spadnie poniżej 60 R. R. wymaga zwalczania (kofeina, adrenelina, pituitryna). W zapasciach oddechowych najlepiej skutkuje lobelina. Bóle głowy stanowią również częste powikłanie; lżejsze ustępują przy stosowaniu piramidonu i t. d., cięższe, później występujące poprawiają się przy stosowaniu cytotropiny. Nakłucie lędźwiowe też sprowadza ulgę. Przeciwwskazaniem jest znieczulenie lędźwiowe w przypadkach niskiego ciśnienia krwi, u dzieci, w kile i cukrzycy oraz chorobach mózgowych i rdzeniowych. Sprawy ropne nie stanowią przeciwwskazania. Zaletę tego znieczulenia stanowi łatwość i szybkość wykonania, zupełne odprężenie powłok ułatwiające ogromnie operowanie zwłaszcza w pobliżu przepony i wreszcie do pewnego stopnia skurcz jelit, dzięki czemu opróżnia się przewód pokarmowy. Powikłania ze strony płuc należą do wyjątków. Chorzy z nieżyłami płuc i niedomogą serca znoszą lędźwiowe znieczulenie lepiej niż ogólne.

#### D y s k u s j a :

Prof. Schramm poleca skombinowane znieczulenie sposobem Rodzińskiego: dordzeniowe, nad i śródpołonowe. Do operacji w górnej części brzucha posługuje się znieczuleniem miejscowym lub trzewnym.

Doc. Ostrowski. Znieczulenia lędźwiowego używa w operacjach na kończynach dolnych i dolnej części brzucha; w górnej posilkuje się miejscowym.

Dr. Szarecki stosuje znieczulenie lędźwiowe w ciągu 8 lat zwłaszcza w dolnej części brzucha i na kończynach. Wynik znieczulenia oraz powikłania zależą od dobroci preparatu. Spostrzegął 2 przypadki bezwładu kończyn dolnych i porażenie nerwu odwodzącego.

Prof. Radliński stale stosuje znieczulenie te w zabiegach poniżej pępka. Uważa, że jest ono kapryśne i zależy od nieprzewidywalnych właściwości preparatu.

Dr. Czarkowski. Znieczulenie miejscowe jest najidealniejsze. W przypadkach operacyj na żołądku nie miał ani jednego wypadku śmierci.

Dr. Zawadzki. Po długim doświadczeniu uważa metodę znieczulenia rdzeniowego za niezawsze pewną, czasami niebezpieczną.

Dr. Kiełkiewicz. Na oddziale urologicznym w szpitalu Przemienienia Pańskiego od 8-miu miesięcy operacje pęcherzowe i nerkowe wykonywane są w znieczuleniu lędźwiowym. Szkodliwych następstw nie spostrzeżyliśmy.



Dr. Zaorski. W 2-iej klinice chirurgicznej znieczulenie lędźwiowe stosowaliśmy w 856 przypadkach z doskonałym wynikiem.

Dr. Wojnicz. Stosowanie znieczulenia ogólnego czy miejscowego, czy rdzeniowego nie może być rzeczą upodobania ani przyzwyczajenia, lecz sprawą zależną od wskazania tak samo dokładnie rozważonego, jak wskazanie do operacji.

Prof. Jurasz. Nie twierdziłem jakoby znieczulenie rdzeniowe byłoby zabiegiem obojętnym. To samo jednak odnosi się do każdego sposobu znieczulenia. Za występujące powikłania, głównie trzeba winić preparat. Kto jednak częściej operował powikłane przypadki żółdkowe lub żółciowe ten nauczy się cenić ogromną łatwość operowania które nam daje zupełne odprężenie powłok przez znieczulenie rdzeniowe.

2. **Cz. Stankiewicz.** (W-wa) — Z kazuistyki guzów jajnika.

3. **Cz. Stankiewicz.** (W-wa) — Ropień macicy.

#### D y s k u s j a :

Dr. Czarkowski. Przytacza przypadek usunięcia dwustronnych guzów jajników i jajowodu z zejściem w ciążę, donoszeniem bez powikłań i urodzeniem zdrowego dziecka.

Prof. Sawicki. Zaznacza, że ropień w macicy musiał być wywołany struną, którą dokładnie wyjąłowić bardzo trudno.

Doc. Ostrowski. Porusza możliwość wydzielania jaja z wszczepionego pod otrzewną jajnika do jamy brzusznej.

Dr. Stankiewicz. Podziela pogląd Sawickiego, że po operacjach wyluszczenia włókniaków chore nierzadko gorączkują, w związku ze struną. Przepuszczenie wypowiedziane przez doc. Ostrowskiego, uważa za nieprawdopodobne.

4. **J. Kielkiewicz.** (W-wa) — Rozpoznawanie nowotworów nerki za szczególnem uwzględnieniem pyelografji.

Obecność guza wyczuwalnego w okolicy nerki lub dającego objawy typowe nie nastręcza trudności przy rozpoznaniu. Łaczej się rzecz ma w okresach początkowych lub w przypadkach nietypowych, gdy objawów wyraźnie wskazujących na guz nerki brak. W przypadkach tych pyelografja może oddać wielkie usługi, a niekiedy od razu rozstrzygnąć całą, dotychczas ciemną, sprawę, dzięki czemu staje się możliwe zastosowanie racjonalnego leczenia.

D y s k u s j a :

Dr. Grosplik. Pyelografia nie daje żadnych wskazówek w początkowych okresach nowotworu. Krwawienie przy sondowaniu moczowodów nie może być świadectwem obecności guza.

Dr. Fryszman. Pyelografia w nowotworach nerek pozostawia wiele do życzenia. Charakterystyczną cechą pyelografii w nowotworach jest zmiana w położeniu miedniczek. Ma to miejsce przy dużych guzach, kiedy istnieją inne objawy charakterystyczne, a wtedy metoda ta staje się zbędną.

5. **K. Ossowski.** (W-wa) — Stosowanie błękitu metylenowego w gruźlicy dróg moczowych.

O. stosował błękit metylenowy u chorych oddziału urologicznego d-ra Kiełkiewicza podług metody podanej przez Blanc'a t. j. oprócz podania doustnego tego środka (0,1 dwa razy dziennie) stosując jeszcze i płukanie pęcherza 1% roztworem w roztworze fizjologicznym. Po 10 dniach należy zrobić jedno lub dwa tygodniową przerwę, albowiem dłuższe stosowanie leku jak również mocniejsze jego stężenie może wywołać podrażnienie pęcherza. Wyniki tego leczenia są dobre i polegają przedewszystkiem na znieczuleniu pęcherza oraz osłabieniu sprawy swoistej. Jest to więc nie tyle środek leczący ile łagodzący i jako taki bardzo cenny, gdyż w przypadkach operacyjnych polepszając stan ogólny i miejscowy wpływa pomyślnie na rokowanie zabiegu, w przypadkach nieoperacyjnych sprawia chorym znaczną ulgę.

D y s k u s j a :

Dr. Grosplik. Stosował błękit w jednym przypadku gruźlicy pęcherza i 3 ch przypadkach gruźlicy. Po usunięciu nerki nie widział wyraźnej poprawy.

Dr. Fryszman. Stosował wstrzykiwania błękitu metylenowego w kilku przypadkach gruźlicy pęcherza po usunięciu gruźliczej nerki. W kilku przypadkach otrzymał wynik dodatni. Niezależnie od gruźlicy stosował z dobrym wynikiem ten środek w innych sprawach zapalnych pęcherza moczowego.

6. **A. Fryszman.** (W-wa) — Przypadek surowiczej torbieli nerki.

Chora lat 62, od dwóch lat cierpi na bóle krzyża i brzucha idące w kierunku lędźwi, skarży się na ogólne osłabienie. W prawej dolnej połowie brzucha na wysokości miednicy wyczuwa się guz wielkości pięści, okrągły, bolesny, dający się posuwać w kierunku podżebrza. Do zwykłego łóżyska nerki guz ten odprowadzić się nie daje. Przy badaniu przez pochwę również można wyczuć obecność ciała kulistego, elastycznego, dającego się oddzielić od macicy.

Dokonana pyelografia wykazała, że guz wyczuwalny odpowiada, przemieszczonej w kierunku miednicy, prawej nerce. Próba czynnościowa nerek wykazała nieznaczne upośledzenie czynności prawej nerki. Wykonano wycięcie nerki. Chora zabieg zniosła dobrze. Usunięta nerka przedstawia się w postaci kolby. Dolna trzecia część nerki uległa zanikowi, a pozostały miąższ przechodzi bez wyraźnej linii demarkacyjnej w kulistą torbiel, zajmującą dolny biegun nerki. Torbiel ta o bardzo cienkich powłokach była wypełniona przezroczystym żółtym płynem. Druga mała, wielkości orzecha laskowego torbiel znajdowała się na wypukłym brzegu nerki i zawierała płyn podobny do poprzedniego. Mamy tu do czynienia z rzadką postacią cierpienia t. zw. torbielą surowiczą nerki.

7. **A. Fryszman.** (W-wa) — Rzadka postać kamicy nerkowo-moczowodowej.

U chorej lat 59, 8 lat temu wystąpił krwimocz bezbolesny trwający dwa dni. Krwimocz powtórzył się kilkakrotnie w ciągu ostatnich lat. Rentgenogram nerki prawej wykazał cień odpowiadający zarysom kielichów, miedniczki i części moczowodu. Wystąpił ropomocz i stan ogólny pogorszył się. Próba czynnościowa wykazała zupełne upośledzenie czynności prawej nerki. Wykonano wycięcie prawej nerki; podczas zabiegu moczowód rozerwał się w odległości 8 cm. od miedniczki. Chora wyzdrowiała, bez powikłań. Usunięta znacznie powiększona nerka przedstawia dużą ilość jam wypełnionych kamieniami. Miąższ nerkowy prawie zupełnie zniszczony. Kamienie są twarde i mają charakter kamieni z kwasu moczowego. Miedniczka i moczowód wypełnione kamieniami; moczowód w miejscu przerwania wykazuje b. znaczne zwężenie. Na uwagę zasługuje brak napadów kamicy i roponercza. Operacja była bezwzględnie wskazaną, choćby z powodu, że moczowód w miejscu przewężenia mógł uleść samoistnemu pęknięciu.

8. **S. Groglik.** (W-wa) — W sprawie zapobiegania zalewowi pola operacyjnego podczas cięcia pęcherza.

Temu tak przykreemu, a niekiedy groźnemu zjawisku usiłuje prelegent zapobiedz, przez nakłucie obnażonej przedniej ściany pęcherza trójgrańcem i wysanie płynnej zawartości. Tkwiąca w ścianie pęcherza cewka trójgrańca po opróżnieniu pęcherza stanowi drogowskaz do nacięcia ściany.

#### D y s k u s j a:

Prof. Jurasz. W przypadkach, w których zachodzi potrzeba opróżnienia pola operacyjnego od jakichkolwiek płynów, najlepsze usługi oddaje pompa ssąca wodna.

9. **R. Węglowski.** (Lwów).—Przyczynek do nauki o ropniach przy i okołonerkowych.

Przeprowadzone przez W. i jego uczni badania dróg chłonnych nie potwierdziły dość rozpowszechnionego poglądu o łączności naczyń chłonnych wyrostka, pęcherzyka żółciowego, i dwunastnicy, moczowodu i pęcherza moczowego z układem chłonnym nerki. W żadnym przypadku przy nastrzykiwaniu nie dostrzeżono niczego, coby mogło świadczyć o takim połączeniu. Pogląd więc, że ropnie okołonerkowe powstają wtórnie w sprawach zapalnych powyższych narządów nie posiada żadnej podstawy anatomicznej, co było zresztą do przewidzenia, gdyż i ze stanowiska rozwojowego trudno było by przypuścić, aby mogły istnieć takie połączenia. Natomiast badania powyższe wykazały liczne i stałe występujące połączenia naczyń chłonnych samej nerki z jej otoczką tłuszczową. Przy nastrzyknięciu miąższu nerkowego wypełniają się szerokie przestrzenie chłonne o kształcie splatających się gwiazd, leżące pod otoczką. Z tych przestrzeni barwik stale przenikał do cieniutkich naczynek przebiegających w tkance tłuszczowej okołonerkowej i wpadających do gruczołów chłonnych znajdujących się w otoczce tłuszczowej. Najczęściej występują połączenia z gruczołami leżącymi na tylnej powierzchni nerki, rzadziej znajdują się gruczoły na górnym lub dolnym biegunach a wyjątkowo na przedniej powierzchni. Wobec tego należy przypuszczać, że źródło powstawania ropni okołonerkowych znajduje się w samej nerce, zrozumiałem się też staje względna częstość tylnego umiejscowienia ropni. Rozpoznanie ropni okołonerkowych nastęrcza często spore trudności. Przy umiejscowieniu przednim występują objawy otrzewnowe, w ropniach górnego bieguna napotykamy objawy ze strony przepony, dolne ropnie naśladują sprawę zapalną mięśnia biodrowego (m. psoas). Poza leczeniem operacyjnem, niekiedy technicznie wcale nie łatwem, podkreślić należy możliwość wyleczenia sprawy szczepionką Delbet'a.

#### D y s k u s j a:

Prof. Schramm. W niektórych przypadkach zakażenie idzie inną drogą, mianowicie w owrzodzeniach okrężnicy wstępującej przez tkankę łączną okołokiszkową przechodzi zakażenie na tkankę łączną okołonerkową.

Prof. Leśniowski. Rozległe połączenia naczyń chłonnych nerki i torebki tłuszczowej nerki są znane. Poza tem jednak istnieje jeszcze połączenie naczyń żylnych nerki z żyłami torebki tłuszczowej. Drobnoustroje, dostając się do naczyń żylnych względnie chłonnych nerki mogą nie dać zmian w nerce, lecz szerząc się na torebkę tłuszczową dają jej zapalenie.

Dr. **Dziembowski**. Wskazuje na znaczenie upośledzenia czynności nerek w przypadkach ropni przynerkowych.

10. **R. Dziembowski**. (Bydgoszcz).—O samoistnem moczeniu krwią jednostronnem.

Krwimocz nie ustępujący leczeniu zwykłemu i pochodzący z rzekomo zdrowej. nerki (haematuria essentialis) niekiedy zniewala do wycięcia nerki, która przy badaniu żadnych większych zmian nie wykazuje. D. spostrzegął dwa przypadki krwimoczu samoistnego. 1) 27-letni mężczyzna, dziedzicznie nie obciążony, przed 5 laty przechodził kiłę. Od 3 miesięcy od czasu do czasu krwimocz, bez żadnych dolegliwości. Przy badaniu ze strony narządów wewnętrznych zmian nie znaleziono, Wasserman ujemny, badanie krwi nic nieprawidłowego nie wykrywa, krzepliwość prawidłowa. W moczu wielkie ilości krwi, ślady białka. Cystoskopia: pęcherz i moczowody bez zmian, z prawego moczowodu wydziela się krwawy moc. Czynność prawej nerki nieco upośledzona. Wobec bezowocności leczenia zachowawczego wykonano początkowo dekapsulację, a gdy i to nie pomogło—wycięcie nerki poczem nastąpiło stałe wyzdrowienie. Badanie drobnovidzowe wyciętej nerki i tkanki okołonerkowej poza drobnociętkami i bardzo nielicznymi ogniskami jakby drobnokomórkowego nacieczenia nie wykazało nic, coby mogło wytłumaczyć sprawę. Przypadek drugi—zupełnie identyczny, z tą różnicą, że chora 36-letnia kobieta kiły nie przechodziła. Moczenie krwią więc bezwzględnie występuje czasami zupełnie samoistnie i w nerce ani klinicznie, ani anatomicznie nic chorobowego stwierdzić nie można. W przypadkach tych dopiero wycięcie nerki sprowadza wyzdrowienie.

#### D y s k u s j a:

Dr. **Kiełkiewicz**. Spostrzegął i operował cztery przypadki zapalenia nerek krwiotocznego. W jednym przypadku wykonał obłuszczenie—po miesiącu nawrót. W trzech wykonał nacięcie nerki, przypadki zakończone pomyślnie.

Dr. **Zawadzki**. W przypadku krwotoków z nerki prawej pozornie zdrowej wykonał usunięcie otoczki tętnicy nerkowej. Wyzdrowienie.

Prof. **Jurasz**. Chciałbym przestrzec przed takim stosowaniem wycięcia nerki jako zasadniczego środka w leczeniu krwawień z nerki. Często przyczyną jest zmniejszona krzepliwość krwi na tle jakimkolwiek. Wtedy nawet niekiedy wystarcza naświetlanie śledziony.

Dr. **Fryszman**. Poza zmianami w samych nerkach na krwawienie z nerek mogą mieć wpływ zmiany nie stojące w związku z nerką, a więc zmiany we krwi.

Doc. Ostrowski. Spozrzegałem i operowałem 2 przypadki samoistnego krwawienia z nerek. W jednym po obłuszczeniu nerki z torebki krwawienie ustało odrazu i na stałe, w drugim po obłuszczeniu nie znikło, wobec czego byłem zmuszony nerkę wyjąć. Wobec nieznaney patogenezy choroby uważam za nieodpowiednie wykonywanie wycięcia nerki odrazu — należy zawsze zacząć od obłuszczenia, po wypróbowaniu innych metod leczenia np: proteinoterapii.

Prof. Radliński. Przytacza 2 przypadki gdzie stwierdzono u chorych jednostronny krwiomocz samoistny. Wykonano wycięcie nerki ze względu na stan chorych. Po jakimś czasie po przemijającej poprawie — ta sama sprawa nastąpiła w nerce drugiej.

Dr. Grygier. W wypadku krwiomoczu z nerki prawej zastosowałem autohaemoterapię, moczu stał się zupełnie przezroczystym lecz zawierał jeszcze sporo białka. W dniu piątym krwiomocz powrócił — po powtórny zabiegu krwiomocz ostatecznie ustąpił.

Prof. Sawicki. Należy zawsze zacząć od nacięcia nerki, aby się przekonać czy niema w miedniczce lub kielichu brodawczaków. S. w jednym takim przypadku po nacięciu nerki znalazł mały brodawczak w kielichu. Po usunięciu tego chora zupełnie wyzdrowiała.

#### **10. P. Goldstein.** (W-wa)—O leczeniu chirurgicznym gruźlicy płuc.

Jedynym celowym zabiegiem leczniczym w jednostronnej gruźlicy płuc jest należycie i konsekwentnie przeprowadzona odma sztuczna, względnie zaś tam gdzie odmy zastosować nie można lub wyniki jej są niewystarczające (zrosty opłucnowe), całkowita jednostronna thorakoplastyka. Tylko te zabiegi osiągają cel, gdyż doprowadzają do całkowitego spadnięcia chorego płuca. Najodpowiedniejszym zabiegiem jest sposób thorakoplastyki podany przez Sauerbruch'a. Najlepsze wyniki otrzymujemy w jednostronnej włóknistej gruźlicy płuca z jedną lub kilkoma dużymi jamami rozpadowemi, dobrze otoczonemi tkanką łączną. Na drugim miejscu co do wyników postawić należy nacieczenie swoiste całego płuca. Serowate zapalenie płuc, oraz przypadki powikłane nie nadają się do leczenia chirurgicznego. G. wykonał thorakoplastykę sposobem Sauerbruch'a u trzech chorych i uzyskał wyniki zachęcające. Również w trzech przypadkach wykonał G. phrenikotomię lecz brak mu wiadomości o dalszych losach chorych.

#### **11. J. Jasiński.** (Kraków).—Rozpoznanie swoiste gruźlicy chirurgicznej.

Chcąc się przekonać o wartości rozpoznawczej niektórych prób biologicznych zatrzymał się J. na tuberkuloproteinie Toenniessen'a. Badania swe przeprowadził na 100 chorych na gruźlicę chirurgiczną i 50 przypadkach innych chorób. Tuberkuloproteina była stosowana pod-

skórnie w ilości  $\frac{1}{10}$  —  $\frac{1}{20}$  mg. u dorosłych. Początkowo zwracano uwagę na odczyn ogólny, gdy jednak okazało się, że odczyn ten nie posiada większej wartości rozpoznawczej skierowano uwagę na odczyn miejscowy i w celu jego uwydatnienia wstrzykiwano możliwie w pobliżu ogniska schorzenia. Badania te pozwoliły na osiągnięcie następujących wniosków: 1. Tuberkuloproteina I. wstrzyknięta jednorazowo podskórnie ponad ogniskiem jest w przypadkach gruźlicy chirurgicznej dość dobrym środkiem rozpoznawczym. 2. Przeciwwskazania mogą być ogólne — czynna gruźlica płuc, ciepota powyżej  $38^{\circ}$ , gruźlica krtani zapalenie opon, gruźlica kręgosłupa. 3. Brak obydwóch odczynów — ogólnego i miejscowego przemawia przeciw gruźlicy. 4. Silny odczyn miejscowy przemawia za gruźliczem tłem cierpienia; często dołączają się do tego objawy ogniskowe, natomiast bóle w ognisku są zjawiskiem niestałym. 5. Silny odczyn miejscowy jest dla gruźlicy swoistym, nie bywa go w innych cierpieniach. Buljon lub surowica nie wywołują tego odczynu, co świadczyłoby o swoistości tebeprotyny. 6. Stopień odczynu miejscowego nie stoi w związku ze stopniem i rozległością zmian gruźliczych, lecz zależy od powierzchownego lub głębszego umiejscowienia schorzenia. 7. Sam odczyn ogólny lub łącznie ze słabym odczynem miejscowym nie świadczy o istnieniu sprawy gruźliczej. 8. W przypadkach wątpliwych należy zastosować zaszczepienie śwince. Próba tebeprolinowa nie jest więc idealną, lecz wobec prostoty wykonania, nieszkodliwości i względnej pewności wyników — zasługuje na szerokie zastosowanie.

### POSIEDZENIE III.

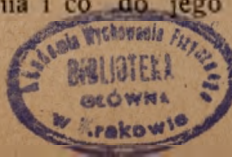
Wtorek 14. VII. godz. 9.

Wspólnie z sekcją XIX. (laryngologia) i — XXII. (chor. nerwowe).

**1. J. Rothfeld.** (Lwów). O ropniach mózgu. (Temat ukaże się w Neurologji Polskiej).

**2. H. Schramm.** (Lwów). — O ropniach mózgu (temat programowy).

S. podkreśla znaczenie zapobiegania tworzeniu się ropni mózgu przez odpowiednie traktowanie urazów czaszki. Szczepionki również mogą oddać pewne usługi. Naogół w istniejących już ropniach leczenie może być tylko chirurgiczne. Pierwszorzędnej ważności jest sprawa ścisłego określenia umiejscowienia ropnia. Jako przyczyny powodujące powstanie ropnia wymienić należy urazy czaszki, zwłaszcza złamanie jej otwarte, następnie sprawy ropne umieszczone na czaszce lub w kościach czaszki (ucho środkowe). Rozpoznanie bywa trudnem niekiedy i co do istnienia ropnia i co do jego umiejscowienia. Co do tego



ostatniego to po za objawami nerwowymi rentgenogram i encephalografija mogą niekiedy okazać wydatną pomoc. Jednakże często trzeba przystępować do zabiegu nie mając zupełnej pewności w tym kierunku, często więc jest to operacja próbna. Czekanie z operacją aż do pewnego otorbienia ropnia, jak tego chcą niektórzy nie wydaje się naogół uzasadnionem. Co się tyczy techniki zabiegu to znieczulenie winno być miejscowe, pozycja chorego najdogodniejsza jest półsiedząca. Kierunek i wielkość dostępu do mózgowia zależy od przypadku; nie można tu stawiać stałych przepisów. Wskazaniem bywa nakłucie, lepiej go wykonać przed otwarciem opony; jeżeli zaś ta już została otwartą, należy zabezpieczyć przestrzeń podoponową. Igła służy drogowskazem przy otwarciu ropnia; połączenie igły i encefaloskopu wydaje się dość wygodnem. Sposoby sączkowania i dalszego leczenia pooperacyjnego są bardzo różnorodne. Nieodzowną jest ostrożność i dokładność przy zmianie opatrunków, ścisła obserwacja przebiegu. Zatrzymywanie się ropy grozi śmiertelnem przerwaniem się do komór i powoduje wypadnięcie mózgu. Ponowne operacje mogą okazać się konieczne (przypadek Grabowskiego wyleczony po pięciu operacjach). Wyniki leczenia ropni mózgu nie są najlepsze, zwłaszcza przy uwzględnieniu niekiedy bardzo późno występujących nawrotów i powikłań. Statystyka własna oparta na 16 przypadkach wykazuje 63,6 % śmiertelności.

3. **L. Lubliner.** (W-wa) — O ropniach mózgu pochodzenia przusznego.

Ropnie te rzadko występują po ostrych zapaleniach ucha środkowego, częściej natomiast w przebiegu przewlekłego zapalenia. Najczęściej natomiast występują ropnie w zrazie skroniowym prawym, częściej u mężczyzn niż u kobiet. Co do wieku największa ilość spostrzeżeń przypada na okres życia między 15 — 30 rokiem. U dzieci są one niezmierną rzadkością. Zakażenie szerzy się z ucha środkowego bądź bezpośrednio przez kość, lub też pośrednio drogami krwionośnymi i chłonnymi. Uraz może mieć jeszcze znaczenie jako czynnik wywołujący szerzenie się sprawy poza obręb ucha. Badanie ucha, jamy i zatok nosowych, płynu mózgowordzeniowego wreszcie rentgenogram ułatwiają rozpoznanie. Samoistny oczopląs i nieprawidłowy wynik próby na zimno przemawia na korzyść ropnia mózdzku. Rozpoznanie ropnia lewego zrazu skroniowego jest łatwiejsze ze względu na niemotę czuciową. Czasami występuje też i głuchota słowna. Hemianopsja jest jednym z ważniejszych objawów ropnia umiejscowionego w zrazie skroniowym. Objaw Gordon'a ma mniejszą wartość kliniczną. Śmiertelność wskutek ropnia mózgu pochodzenia usznego jest bardzo wysoka i osiąga 75%, a nawet podług niektórych zestawień 90%. Wobec tak smutnych wyników dążyć należy do jaknaj-



częstszego i jaknajwcześniejszego wykonania operacji doszczętej w przewlekłym zapaleniu ucha środkowego, gdyż tylko w ten sposób możnaby zmniejszyć liczbę ofiar tego cierpienia. Otjatrzy winni więc uświadamiać takich chorych o grożącym im niebezpieczeństwie, neurologdy zaś w każdym przypadku cierpienia wewnątrzczaszkowego powinni upewnić się co do stanu uszu chorego. Najodpowiedniejszą drogą otwarcia ropnia pochodzenia usznego jest zdaniem G. droga przez ucho.

4. **E. Parczewski.** (Poznań). — Metody operowania ropni mózgu.

P. systematycznie omawia patogenezę i objawy ropni mózgowych oraz odnośne obrazy anatomopatologiczne. Zbieg chirurgiczny winien być dostosowany do typu ropnia. W ropniach powstałych na tle sekwestracji kości P. posuwa się ostrożnie wzdłuż przetoki wgłąb, dociera do ropnia i opróżnia go. Ropnie przewlekłe otorbione oraz ropnie świeże wymagają szerszego dostępu. P. wykonywa trepanację tworząc płat skórnokostny z podstawą zwróconą ku górze i odwrotnie ukształtowany płat oponowy. Nigdy nie nakłuwa przez oponę, lecz dopiero po odchyleniu płata oponowego i zabezpieczeniu tamponami przestrzeni nad i podoponowej. Kładzie nacisk na najszersze otwarcie i sączkowanie jamy ropnia. Unika metalowych i szklanych drenów i nie stosuje przemywania ropnia w pierwszym okresie pooperacyjnym. Następstwem zabiegu zwykle jest przepuklina mózgowa; P. stara się jej zapobiec kształtując otwór w czaszce owalnie, albo wykonywując dwa przeciwotwory. Tam gdzie przepuklina powstała zwalcza ją ostrożnym naciskiem i nakłuciami łądźwiowemi. Powstawanie nowych ropni w dalszym przebiegu zdarza się dość często i pogarsza bardzo rokowanie. Ropnie urazu skroniowego należy otwierać szeroko za pomocą treparacji łuski kości skroniowej. Zmiana opatrunków oraz wogóle prowadzenie leczenia pooperacyjnego wymaga wielkiej wprawy, uwagi i dokładności i nie powinna być polecaną pomocnikom. (Pokazy preparatów i fotografii).

#### D y s k u s j a.

Dr. **Rechniowski.** Przy operacjach ropni mózgu należy szeroko trepanować czaszkę aby spowodować łatwe spadnięcie się ścian ropni, które bez tego wobec swej sztywności nie zbliżają się do siebie co powoduje ciągłe rawroty.

Prof. **Węglowski.** Zbyt mało zwracamy uwagi na poprzedzające badania rentgenologiczne w wapniach mózgu. Niestety nie umiemy jeszcze odcyfrować röntgenogramów czaszki. W całym szeregu swoich przypadków znalazłem na kliszy wyraźne cienie ropni, jak to zresztą widać na przedstawionych fotografiach.

Prof. S z m u r ł o. Laurens radzi przecinać oponę a potem dopiero dokonywać przekłócia. Najtrwalszy objaw ból i wrażenie zimna. W ropniach mózdzku radzi szukać i operować ropnie od przodu.

Prof. O r z e c h o w s k i. Zwraca uwagę, że leukocytoza jest ważnym czynnikiem rozpoznawczym. W przewlekłym i późnym ropniu mózgu przyczyną śmierci obok zapalenia opon bywa zapalenie wyściółki komór skutkiem przejścia na nie sprawy. Objawy charakterystyczne: podniesienie ciepłoty, drżenie.

Dr. F r e y ó w n a. Przytacza przypadek ropnia płatu skroniowego prawego z pomyślnym wynikiem operacyjnym.

Dr. G o l d f l a m. Ból oka tłumaczy się naciskiem w obrębie I gałęzi n. trójdzielnego. Zastoina wczesna lub późniejsza dna oka a nie zapalenie nerwu wzrokowego, zdarza się przy ropniach, bywa nawet w pierw po stronie przeciwnej. Niemota amnestyczna, a nie ruchowa lub zmysłowa najczęściej się zdarza w ropniach skroniowych lewych. Niekiedy spotyka się crossed aphasia u praworęcznych. Konwulsje mogą być wczesne i późniejsze, ropień może nawet dać jako pierwsze objawy ogólne drgawki.

Dr. B y c h o w s k i. Zwraca uwagę na przypadki, gdzie ropień powstaje nie po stronie cierpienia usznego ale w półkuli przeciwległej. Zaburzenia mowy spostrzegane przy ropniach mózgu mają swoisty charakter nieodpowiadający zwykłym postaciom niemoty.

Dr. B r e g m a n. Rozpoznanie między nowotworem mózgu a ropniem jest najtrudniejsze, gdy chory z nowotworem ma cierpienia uszne. Klinicznie najważniejszym objawem jest zwolnienie tętna, które w nowotworach spostrzega się znacznie rzadziej, aniżeli w ropniu.

Dr. K a r b o w s k i. Wyniki operacyjne zależne są przede wszystkim od stanu anatomopatologicznego. Niestety nie znamy zmian w przypadkach pomyślnych. Być może są to ropnie oponomózgowe ew. międzyoponowe. Nie zwrócono też dostatecznej uwagi na to, że ropnie mózgu mają tendencję do rozwijania się w kierunku rogu tylnego, oraz do pozostania w granicach białej istoty, stawiającej mniejszy opór.

Dr. L u b l i n e r. Uwaga prof. Orzechowskiego jest słuszna a na ten objaw zwraca uwagę Wells. Wytwarzanie się ropni w białej istocie jest faktem znanym, gdyż zawiera ona bardzo mało naczyń krwionośnych, a szara posiada potężny wał ochronny.

##### 5. **A. Zawadzki.** (W-wa).—W sprawie ropni mózgu.

Zapobieganie tworzenia się ropni wobec smutnych wyników leczenia operacyjnego powinno stać się zadaniem głównym. Polega ono na

wczesnem operowaniu spraw usznych i na dokładnej toalecie ran czaszki — usunięcie wszystkich odłamów co Z. skutecznieja pa'cem.

Ropnie korowe są łagodniejsze, podkorowe koncentryczne są łatwiej dostępne; ekscentryczne trudne do znalezienia i bardzo niebezpieczne. Z. jest zwolennikiem sposobu Muck'a ułatwia on leczenie i skraca przebieg. Operuje w pozycji siedzącej w znieczuleniu miejscowem. Zgadza się zupełnie z King'iem, który żąda nietylko nacięcia ropnia ale i wycięcia stroju t. j. jego ściany zewnętrznej.

### D y s k u s j a:

Prof. Radliński. Zwraca uwagę na rany tępe czaszki w stanie świeżym. Zawsze rany takie wycina. W razie nieuszkodzenia kości ranę zaszywa. W razie zaś najdrobniejszej rysy na kości otwiera w obrębie rysy czaszkę. Ranę po wyporządzeniu zaszywa na głucho. To postępowanie zapobiega ropniom mózgu.

Prof. Kryński. Zwraca uwagę, iż ściana ropnia znajduje się w luźnym związku z otaczającą tkanką mózgową, tak iż z łatwością można na tępo narzędziem lub palcem oddzielić tę ścianę od otoczenia. W ten sposób usuwając w całości tą torbę uwalniamy mózg od całego ogniska zakaźnego i tem samem bardzo skracamy czas gojenia.

6. **Z. Dziembowski.** (Bydgoszcz). — Znaczenie splenectomji w posocznicy.

Omawia teorię Frank'a i poglądy innych autorów o zależności czynności szpiku kostnego od śledziony oraz przytacza dane kliniczne i doświadczalne przemawiające za celowością wycięcia śledziony w niektórych schorzeniach, pomiędzy innymi w posocznicy. Przytacza własny przypadek: posocznica przewlekła po poronieniu u 27-letniej kobiety. Ciepłota 39—40°, tętno 120, narządy wewnętrzne, układ moczowopłciowy żadnych zmian nie wykazuje. We krwi paciorkowce, przypominające paciorkowce zieleniejące o nieznacznej jadowitości. Wszelkie leczenie stosowane w ciągu dwóch miesięcy pozostało bez skutku, stan ogólny pogarszał się stale. Wobec tych wyników wykorano wycięcie śledziony w uśpieniu eterowem. Chora zabieg zniosła dobrze, rana operacyjna zagoiła się przez rychłozrost. Po zabiegu ciepłota stopniowo opada i w 8.ym dniu staje się prawidłową. Chora szybko odzyskuje siły, po dwóch tygodniach zaczyna chodzić. Dalsza obserwacja wykazuje zupełne wyzdrowienie. Wycięta śledziona zmian żadnych nie przedstawia. D. mniema, że w tym przypadku dzięki niedomodze szpiku oporność ustroju była upośledzoną. Wycięcie śledziony wzmożło czynność szpiku, stąd wniosek, że śledziona na drodze hormonotwórczej w stanie prawidłowym hamująco wpływa na sprawność szpiku kostnego.

### D y s k u s j a :

Prof. Jurasz. W jednym przypadku własnym ogólnego zakażenia nie dało mi wycięcie śledziony żadnych korzystnych wyników, gdyż chory wkrótce potem umarł. Zasadniczych wniosków z doświadczeń pojedynczych wyciągnąć nie można.

Dr. Szarecki. Na własnych 7 przypadków wycięcia śledziony z powodu urazu obserwowałem wręcz przeciwne objawy, mianowicie u moich chorych występowały ropnie w miejscu wstrzyknięć; gojenie ran i rozciętych ropni odbywało się powoli.

Prof. Radliński nawołuje do ujednostajnienia pojęć „sepsis“ i „pyaemia“, gdyż obecne posługiwanie się temi określeniami wnosi zamęt.

Prof. Leśniowski zwraca uwagę, że być może, pacjentka już przed zakażeniem cierpiała na trombopenję. Wycięcie śledziony u takich chorych poprawia odporność, co by tłumaczyło dobry wynik w przypadku kol. Dziembowskiego.

Dr. Higier nie zgadza się z teorią niedomogi szpiku kostnego, nie wierzy w możliwość usunięcia paciorkowca ze krwi przez wycięcie śledziony. Ze względu na wagę układu siateczkowo-śródbłonkowego w zakażeniach nie radzi naśladować prelegenta, uważając poprawę za koincydencję przypadkową z zabiegiem.

Dr. Dziembowski jest zdania, że wycięcie śledziony wskazanem jest tylko w takich przypadkach, w których posocznica jest wywołana niedomogą szpiku kostnego.

**7. K. Kowalski.** (Poznań). — Wpływ tarczycy na regulację ciepłoty ciała.

Ciepłota tu jest pojmowana ogólniej, jako wskaźnik przemiany materji i przejawów fizycznych. Układami regulującemi ciepłotę są gruczoły dokrewne, zwłaszcza tarczyca, oraz układ nerwowy. Klinicznie badanie ogranicza się do określenia ilości wydalonego dwutlenku węgla i wchłoniętego tlenu. Otrzymany w ten sposób wskaźnik oddechowy, pozwala obliczyć ilość wytworzonych ciepłostek. K. w swych badaniach posługiwał się spirometrem Krogh'a, określając wskaźnik naczczoi po podaniu białka co pozwala na określenie współczynnika dynamicznego białka. Oprócz tego K. badał histologicznie usunięte operacyjnie tarczycy. Wnioski wysunięte z tych badań są następujące:

1. O ile współczynnik dynamiczny był mniejszy od przemiany podstawowej stwierdzono klinicznie daleko posuniętą toksykozę tarczycy, histologicznie—bujanie złośliwe (struma maligna).
2. Wole klejowate dają prawidłowe lub zmniejszone liczby przemiany materji.
3. Choroba Basedow'a wykazywała wzmożenie przemiany podstawowe

i odpowiednie wzmoczenie współczynnika dynamicznego białka. Obraz drobnowidowy odpowiadał wolu mięszowemu. 4. O ile przemiana podstawowa względnie współczynnik dynamiczny jest wyższy lub niższy od 100 nie należy wykonywać operacji, gdyż wskazuje to na ciężkie zaburzenie innych gruczołów dokrewnych. Wysoki współczynnik dynamiczny i niska przemiana wskazują na zaburzenia gruczołów płciowych. 5. Badania przemiany podstawowej są nieodzowne w schorzeniach tarczycy.

#### Dyskusja:

Prof. Jurasz. wskazuje na doniosłość badania metabolizmu podstawowego wogóle u chorych chirurgicznych, przed zabiegiem.

Doc. Szerszyński. Badania metabolizmu podstawowego są konieczne nie tylko dla rozpoznania pewnych schorzeń tarczycy lecz i dla ustalenia wskazań operacyjnych w chorobie Basedow'a. Uważa za słusniejsze pozostawienie bez tłumaczenia wyrażenia metabolizm podstawowy.

8. **Z. Dangel.** (Kraków). — Doświadczenia nad zachowaniem cukru we krwi przy operacjach na trzustce.

Omawia przemianę węglowodanów, a zwłaszcza rolę trzustki w tej przemianie. Badania doświadczalne D. miały na celu wzmoczenie wytwarzania wydzieliny wewnętrznej trzustki t. j. autoinsuliny. W tym celu wyłączał część ogonową trzustki, przez zupełne odcięcie mięszu z pozostawieniem oczywiście naczyń krwionośnych. Pomiędzy odcinki wkładał sieć, która miała z jednej strony zabezpieczyć jamę brzuszną przed wylewaniem się soku trzustkowego, z drugiej zaś ułatwiać zablźnienie. Doświadczenia były przeprowadzone na 3 psach i 3 kotach. Z doświadczeń tych wynika, że zabieg powyższy wywołuje wzmoczenie tworzenia się autoinsuliny, a to znowu prowadzi do zwiększonej glikolitycznej zdolności tkanek i do obniżenia cukru we krwi przy głodzeniu. U zwierząt nieoperowanych dwudniowe głodzenie natomiast nie wywołuje hypoglykemji. Doświadczenia te będą w dalszym ciągu prowadzone, lecz już dotychczasowe wyniki pozwalają mieć nadzieję, że będziemy w stanie zapomocą zabiegu operacyjnego wzmóc czynność wydzielniczą trzustki co otwierałoby nowe horyzonty w leczeniu cukrzycy.

9. **J. Kalisz.** (Łódź). — Stosowanie dosercowe adrenaliny.

W przypadkach bardzo ciężkiego zapadu ogólnie stosowane zabiegi i środki często pozostają bezskuteczne, natomiast dosercowe wlewanie adrenaliny może niekiedy przywrócić działalność serca. K. omawia technikę nakłucia serca i przytacza 7 własnych spostrzeżeń

wstrzyknięcia dosercowego adrenaliny. Wnioski: 1. dosercowe wstrzyknięcie jest sposobem dającym możność uratowania chorego w ciężkiej zapaści. 2. Do wstrzyknięć tych najodpowiedniejsze są wyciągi z nadnercza. 3. Dawki ogólnie stosowane są za małe, należy dawkę dostosowywać każdorazowo do przypadku. 4. Sposób ten prawidłowo wykonany jest zupełnie bezpieczny i zasługuje na szersze zastosowanie.

### Dyskusja:

Prof. Leśniowski. Poruszałem sprawę ożywiania serca już przed wielu laty. Wstrzykiwanie do serca adrenaliny nie wystarcza, adrenalina tylko porusza serce z miejsca, do dalszego działania należy dodać jeszcze inny środek nasercowy.

Dr. Dziembowski stosował adrenalinę z powodzeniem w przypadkach ze zdrowym sercem. Tam gdzie mięsień sercowy był schożały wyniku pomyślnego nie osiągnął.

Dr. Ciechomski sądzi, że dla należytego ocenienia skutecznego działania adrenaliny, należy usunąć wszelkie środki ratownicze, tymczasem wiadomo, że wszystkie znane nam sposoby ratowania stosuje się dość skwapliwie pomimo zastrzyknięcia adrenaliny. Statystyka stosowania tego środka nie jest pocieszająca, daje efekty dotąd bardzo krótkotrwałe.

Dr. Lachmund. Działanie adrenaliny stosowanej dosercowo występuje tylko w czterdziestu kilku % przypadków. Dobre wyniki widział po wstrzyknięciu strofantyny dosercowo. W uduszeniu adrenalina nie działa; tu dosercowe wstrzyknięcie lobeliny uratowało życie choremu. Chodzi więc o odpowiedni do przyczyny zapaści wybór środka:

Dr. Wiśniewski podaje przypadek wstrzyknięcia do serca adrenaliny u dziecka 5-10 letniego w zapaści z dobrym wynikiem.

Prof. Leśniowski jeszcze raz podkreśla, że rozmaite ośrodki obumierają nie jednocześnie, a serce słusznie nosi nazwę ultimum moriens. Wyższe ośrodki mózgowo umierają szybko i wtedy ożywienie serca, nawet względnie długotrwałe, nie jest w stanie ani przywrócić przytomności, ani utrzymać chorych przy życiu.

Dr. Kalisz. Dowodem działania adrenaliny jest błyskawiczny efekt po wstrzyknięciu wówczas gdy inne sposoby zawiodły. Działanie adrenaliny jest krótkotrwałe, lecz może być wzmocnione przez późniejsze wstrzyknięcie strofantyny lub hypofizyny.

#### POSIEDZENIE IV.

Wtorek dn. 14. VII. godz. 15.

1. **M. Eliasberg.** (Łódź). — Z kazuistyki obcych ciał przełyku.

E. odrzuca wszystkie t. zw. ślepe metody usuwania ciał obcych przełyku, jako niepewne i niebezpieczne. Natomiast należy zawsze usiłować usunąć ciało obce za pomocą wziernika. Tam, gdzie wzieranie dla jakichkolwiek bądź powodów jest niemożliwym, lub nie daje wyniku, pozostaje operacyjne usunięcie ciała obcego. E. spostrzegł 4 przypadki operacyjnego usunięcia ciała obcego i przechodzi do następujących wniosków: 1) Zabieg operacyjny jest wskazany bezwzględnie w przypadkach ciała obcego przełyku powikłanych ropowicą. 2) We wczesnych przypadkach stanu zapalnego okołoprzełykowego operacja może zapobiec dalszemu szerszeniu się sprawy. 3) W przypadkach wklinowania ciała obcego zabieg daje najlepsze wyniki. 4) Otworzenie żołądka z następnym postępowaniem podług wskazówek Anschutza może niekiedy zastąpić piersiowe cięcie przełyku. 5) W niejasnych schorzeniach zapalnych umiejscowionych na szyi pamiętać należy o możliwości ciała obcego w przełyku jako przyczyny schorzenia.

2. **Z. Dziembowski.** (Bydgoszcz). — O leczeniu chirurgicznym skurczu wpustu i przełyku.

D. podaje dwa odnośne przypadki, w obydwu istniał skurcz wpustu; przełyk powyżej znajdował się w stanie dość znacznej rozstrzeni, sprawa została rozpoznana na podstawie objawów klinicznych, badanie radiologiczne w zupełności rozpoznanie potwierdziło. Wobec tego, że leczenie zachowawcze nie dało żadnych wyników, D. w obydwóch przypadkach wykonał plastykę wpustu zewnątrz-śluzówkową. Zabieg ten nie nastęrczał większych trudności, wyniki zaś jego okazały się dobre i trwałe.

#### D y s k u s j a:

Prof. Jurasz jest zwolennikiem oesophagoskopji. Nie jest ona wskazana, jeżeli ściana przełyku przez ucisk ciała obcego uległa uszkodzeniu. Plastyka poza śluzówkowa była stosowana przezemnie w 2-ch przypadkach, wyniki nie są zadawalające i dlatego w przypadku ostatnim wyciętem mięśniówkę całej przedniej ściany okolicy wpustu w przestrzeni 4 ctm. Wynik był dobry. Badania drobnovidowe wyciętej mięśniówki nie wykazały żadnego przerostu, a raczej zanik włókien mięśniowych. Przypuszczam, że w moim przypadku chodziło o niewydolność wpustu, który się nie otwierał na normalne swe bodźce.

Dr. Kaczyński. Nim przystąpimy do operacji plastycznej na wpuście żołądka, należy przedtem wypróbować mniej niebezpieczny

zabieg, jakim jest nałożenie sztucznej przetoki żołądkowej, tem bardziej, że wspomniany skurcz często jest zjawiskiem odruchowem.

Dr. Dengel podaje 9 przypadków ciał obcych w przełyku które zostały usunięte za pomocą oesophagotomji bocznej w przeciągu 5 lat w klinice krakowskiej.

Dr. Chrapek. Ciało obce może uwięznąć w przełyku chorobowo zmienionym, najczęściej rakowatym. Usunięcie ciała obcego w takim przypadku przywraca niekiedy lub polepsza upośledzoną drożność.

Prof. Sawicki. Skurcz zwieracza w wielu przypadkach można usunąć systematycznym rozszerzaniem. W innych atoli przypadkach, trzeba się uciec do operacji. W jednym przypadku S. wykonał proponowaną przez Gregoire'a operację.

Prof. Erbrich. W klinice laryngologicznej warszawskiej w ciągu 3 miesięcy usunięto 46 ciał obcych z przełyku. Do nacięcia przełyku nadają się tylko przypadki z objawami ciężkich obrażeń przełyku.

Cardiospasmus jest to sprawa wywołana zmianami organicznymi w tkance wpustu bliznowcami. Dość mocne rozszerzanie często bliznę rozrywa, a po kilku rozszerzeniach stała drożność wraca.

Dr. Zawadzki. Choremu, który połknął protezę wobec nie powodzenia usunięcia za pomocą wziernika otworzyłem żołądek i ręką usunęłem protezę. Chory wyzdrowiał. Wykonałem nacięcie przełyku dla usunięcia łyżki. Przełyk został zaszyty, chora wyzdrowiała. W przypadku skurczu wykonałem zespolenie i gastostomję chory zaczął doskonale łykać. Otwór mu się szybko zamknął, od tej pory zdrów.

Dr. Wojnicz zapytuje czy dotyczy oświadczenie, że należy unikać sondowania również monet i ciał miękkich.

Dr. Ciechomski. Podaje przypadek skurczu wpustu. Wykonano przetokę żołądkową. Już po kilku dniach operowany zaczął dobrze łykać wszakże nie zgodził się na zaszycie żołądka po kilku bowiem miesiącach miał powtórnie napad podobnego skurczu. Skutkiem dźwignięcia ciężaru przez przetokę żołądkową wypadła mu ściana żołądka obumarła, pacjent zmarł. We wpuście ani w przełyku samym zmian żadnych na sekcji nie stwierdzono.

Prof. Węglowski. Z całym naciskiem podkreśla, że należy wreszcie ustalić zasadę, że wszystkie choroby przełyku winny być stwierdzone wziernikiem, a ciała obce usuwane tylko za jego pomocą. Od roku 1901 ani razu nie stosowałem żadnego innego sposobu. Usunąłem przeszło 110 ciał obcych i nie straciłem ani jednego chorego.

Prof. Jurasz. Uważam że najwyżej możnaby się zgodzić na używanie sondy przy obcych ciałach w przełyku, jeśli jesteśmy pewni że obce ciało nie zawiera ostrych kątów.



3. **A. Goldman i I. Roziwicz.** (Łódź). — Przyczynek do powstawania i leczenia t. zw. przepuklin przeponowych.

4. **Z. Radliński.** (W-wa). — W sprawie usuwania przełyku dotkniętego rakiem.

R. omawia sposób Kummel'a usunięcia przełyku rakowatego za pomocą otwarcia jamy brzusznej, uwolnienia przełyku z otworu przeponowego i wyosobnienia go na tępo palcem w odcinku śródpiersowym; pomaga w tem druga ręka od góry wprowadzona przez cięcie szyjne. Szczegóły anatomiczne tego zabiegu badał Saidmann z polecenia R. na zwłokach. Zabieg ten odpowiedni dla przypadków wczesnych przedstawia się zachęcająco. R. operował jeden przypadek tym sposobem; wydzielenie przełyku poszło dość łatwo, lecz po wyciągnięciu go przez górną ranę operacyjną okazało się, że nowotwór został usunięty nie całkowicie, wobec czego skończono operację nie typowo i wytworzono jeszcze przetokę żołądkową. Chory zmarł, badanie pośmiertne wykazało resztę nowotworu zrosniętego z opłucną. Nie stwierdzono ani zakażenia ani wykrwienia w śródpiersiu, również opłucne nie były uszkodzone. Zdaniem R. sposób ten w przypadkach wcześniejszych gdy nowotwór jest jeszcze ściśle ograniczony i niema nacieczeń dookoła przełyku zasługuje na uwagę i jest lepszy od sposobów dążących przez ścianę klatki piersiowej.

#### Dyskusja:

Prof. Jurasz. Operacje w raku przełyku wykonałem w 4 przypadkach, w 2 tuż nad przeponą w 1 przypadku na początku przełyku.

W obu przypadkach śmierć w pierwszych dniach po operacji z powodu szoku. W 3 przypadku rak umieścił się w śródpiersiu. Wyciąłem go doszedłszy do miejsca schorzenia przez cięcie międzyżebrowe, nastąpiła śmierć po 24 godzinach z objawami szoku. W 4 przypadku, w którym rak zajął początkową część przełyku wraz z krtanią, chora zabieg przetrzymała po  $\frac{1}{2}$  roku jednak nastąpiła wznowa.

Prof. Schramm. Pomyślny przypadek Török'a wycięcia przełyku był nieszczęściem dla chorych, bo od tego czasu dziesiątki chorych przypłaciło to zbyt wczesną śmiercią. Tu od 3 kolegów słyszymy, że 13 chorych operowanych zmarło skutkiem operacji. Nadzieja poprawienia wyników operacyjnych jest według mego przekonania żadna. Przychodzę do wniosku, że w rakach piersiowego odcinka przełyku raczej wskazanem jest leczenie radem, które ostrożnie stosowane rokuje dobre nadzieje.

Dr. Zawadzki. Stwierdza, że jeden z przypadków leczony 11-dem przez Guizes'a mimo zapewnień poprawy skończył się po roku źle. Stosowanie radu na oddziale moim również daje złe wyniki. Przyszłość jednak leży w chirurgji i należy by chorzy przy pierwszych objawach utrudnicznego łykania zwracali się do chirurga — wówczas zabieg może dać wynik dodatni.

**5. H. Hilarowicz.** (Lwów). **i W. Mozolowski.** (Lwów). — W sprawie czynności hamujących trawienie pepsynowe i ich domniemanego znaczenia dla patogenezy wrzodu trawiennego żołądka.

Zadaniem autorów było stwierdzenie, czy w surowicy krwi znajduje się rzeczywiście ciało, zasługujące na nazwę antypepsyny, którego obecnością lub brakiem możnaby tłumaczyć ochronę normalnego żołądka przed samotrawieniem względnie powstawaniem wrzodu trawiennego tegoż.

Doświadczenia polegały na zbadaniu działania surowicy hamującego trawienie peptyczne przy uwzględnieniu stężenia jonów wodorowych. Surowica dodana do prób trawiennych działa podwójnie: 1) zmienia PH tychże tak, że pepsyna trzymana w niem przed zakwaszeniem niszczeje, 2) i po zakwaszeniu PH nie odpowiada optimum działania pepsyny, wskutek tego zmniejsza się siła trawienia. Po za tą zdolnością zmieniania PH na niekorzyść działania peptycznego nie daje się wykazać w surowicy żadne ciało hamujące trawienie peptyczne. a zdolność ta zależy od wielu czynników wcale nie specyficznych dla wrzodu żołądka. Dawne metody nie uwzględniając PH, prowadziły do błędnych wniosków co do istnienia i własności antypepsyny. Surowica psa pozbawionego żołądka hamuje jak normalna — co wykazuje brak związku zdolności hamujących z czynnością żołądka.

Wahania zdolności hamującej surowicy, uzyskiwane przez parenteralne podawanie pepsyny nie są dla niej specyficzne i zależą od podawanych równocześnie z nią białek. Własności hamujące unieczynnionych preparatów pepsyny zależą od zanieczyszczeń niektórych jej gatunków. Wobec braku specyficznej ochronnej antypepsyny we krwi normalnej teoria antypepsynowa wrzodu żołądka nie da się utrzymać.

#### Dyskusja:

Dr. Gruca. Na podstawie mych badań doszedłem do wniosku że pepsyna wywiera wpływ na własności surowicy, hamujące trawienie pepsynowe, powołując ich przejściowe wzmoczenie lub zmniejszenie zależnie od sposobu podania. Spostrzegłem trzykrotnie powstanie wrzodu trawiennego jelita, w warunkach w jakich normalnie nie powstaje.

Działanie pepsyny podanej poza jelitowo nie jest specyficzne. Szereg ciał białkowych wywołuje podobne zmiany; możliwość powstania wrzodu po wstrząsie wywołanym pozajelitową podażą białka obcego czy własnego nie może być wykluczoną. Drogą jaką wstrząs ten na chemizm krwi wpływa jest nie znana

**Z. Sławiński.** (W-wa) — Typhlitis primaria.

#### Dyskusja:

Dr. Rechniowski. Przytacza dwa obserwowane i operowane przypadki pierwotnych ostrych schorzeń kątnicy.

Dr. Wojnicz. Podaje przypadek gdzie ropień w okolicy ślepej kiszki ustąpił po próbnym nakłóciu.

Prof. Sawicki zaznacza że Linhartz stale w przypadkach ograniczonych ropni wykonywał nakłócie, nie krępując się tem, że igła może nakłóć trzewo. S. sam widział kilka takich przypadków przed nakłóciem i po nakłóciu, rzeczywiście po nakłóciu ciepłota opadała i nacieczenie się zmiejszało.

Dr. Grygier. W dwóch przypadkach ślepa kiszka, była więcej schorzała niż wyrostek robaczkowy tak że zmuszony byłem wykonać wycięcie częściowe kątnicy wstępującej wraz z wyrostkiem robaczkowym.

7. **K. Kaczyński.** (W-wa) — O niewspółmierności nasilenia objawów klinicznych i zmian anatomicznych w t. zw. „appendicitis acuta.

Spotykana czasem przy operacji wyrostka wspomniana niewspółmierność idzie w 2 kierunkach, widzimy mianowicie przy gwałtownych objawach klinicznych mało lub wcale nie zmieniony wyrostek robaczkowy lub też przeciwnie przy braku odpowiedniego nasilenia klinicznego — wyrostek robaczkowy zmieniony makroskopowo nieraz bardzo znacznie.

Na podstawie wyników swej pracy doświadczalnej przyszedłem do wniosku, że nasilenie objawów klinicznych we wczesnych okresach zapalenia wyrostka zależy od wzmożonej zjadliwości pałeczek okrężnicy i wzmożonej przepuszczalności śluzówki wyrostka robaczkowego.

8. **A. Gruca.** (Lwów).—Z badań doświadczalnych nad zapobieganiem zrostom poliparotomijnym.

Środki mające na celu zapobiec zrostom lub usunąć już istniejące można podzielić na mechaniczne, chemiczne i biologiczne. Środki mechaniczne najróżnorodniejszego pochodzenia nie tylko nie zapobiegają zrostom, lecz niekiedy je wywołują. Środki biologiczne po-

legające przeważnie na pobudzeniu ruchu robaczkowego nie zawsze mogą być zastosowane. W celu wyjaśnienia sprawy G. wykonał około 60 doświadczeń obejmujących przeszło 100 laparatomij na psach próbując działania pepsyny, papayotyiny, terpentyny, balsamu peruwiańskiego, cytrynianu sodu, chlorku wapnia i chlorku sodu. Wyniki tych badań są następujące: pepsyna kwaśna podawana podskórnie zapobiega zrostom po podrażnieniach mechanicznych, lecz nie zapobiegała zrostom po jodynie. Pędzlowanie pepsyną do pewnego stopnia również zapobiega zrostom, w jeszcze większym stopniu czyni to miejscowo zastosowana pepsyna jodowa. Najlepsze wyniki otrzymano z pepsyną kwaśną w roztworze 1%, w silniejszym stężeniu działanie jest gorsze. Należy zaznaczyć, że trzy razy spostrzegano zjawienie się wrzodu trawiennego jelita, co zawsze stoi w związku z podawaniem pepsyny. Cytrynian sodu podawany śródtrzewnowo ogranicza powstawanie zrostów, to samo należy powiedzieć o papayotyinie. Chlorek wapnia, terpentyna i balsam działają raczej ujemnie, niż dodatnio. Wypełnienie jamy brzusznej fizjologicznym roztworem wpływa na zapobieganie zrostom. Naogół na podstawie tych doświadczeń mniemać należy, że pepsyna i cytrynian sodu są w stanie zapobiegać zrostom i u człowieka.

9. **A. Wojciechowski.** (W-wa)—W sprawie pochodzenia błony Jackson'a.

W. zbadał 12 zarodków sposobem rekonstrukcji, a przeszło 60. płodów starszych i większą ilość noworodków drogą preparowania. Badania te nie wykazały nic, coby mogło świadczyć na korzyść powstania błony Jackson'a jako wady rozwojowej, a szczególnie nie wykryły w rozwoju sieci i tej, części jej która nosi miano wiązadła Hallera (lig. colicum Halleri) momentów, którym można by przypisać powstanie wspomnianej błony. Przeciwnie z przedstawionych preparatów wynika wymownie, że sieć w rozwoju swym znajduje się topograficznie tak daleko od kątnicy i wyrostka robaczkowego, że pogląd łączący przyczynowo jej rozwój z powstaniem błony Jackson'a (Eastman, Flint) nie posiada żadnej podstawy usprawiedliwionej embriologicznie. Wśród badanych płodów i noworodków tylko raz napotkał W. twór noszący cechy błony Jacksona pochodzenia jednak bezspornie zapalnego (badanie drobnowidowe). Należy więc raczej przypuszczać, że błona Jackson'a powstaje najczęściej nie u zarodka lecz w życiu późniejszym i prawdopodobnie na tle zapalnym. (Pokaz preparatów).

POSIEDZENIE V.

Środa 15. VII. godz. 9.

1. **J. Wierzejewski.** (Poznań).—Boczne skrzywienia kręgosłupa.

(T e m a t p r o g r a m o w y).

W. omawia skrzywienia na tle statystycznym, krzywićzem i wreszcie szczegółowiej skrzywienia t. zw. nawykowe. Te dzieli W. na dwie kategorie. W jednej skrzywienie jest nabytem, najczęściej na tle schorzeń nerwowych (porażenie rdzeniowe dzieci). W drugiej jako przyczyna skrzywienia występuje zrost 5 kręgu lędźwiowego a kością krzyżową. Względna częstość tych zrostów staje się zrozumiała ze stanowiska rozwojowego, gdyż w okolicy tej znajduje się canalis neurentericus i wszelka nieprawidłowość zamknięcia tego kanału prowadzi do znacznych zmian tego odcinka kręgosłupa. Zwłaszcza jednostronne niewytworzenie się stawu między wyrostkami stawowymi 5 kręgu, a kością krzyżową prowadzi nieuniknienie do bocznego skrzywienia. Wyraźniej występuje to skrzywienie w okresie rozrastania się miednicy, co tłumaczy dlaczego najczęściej zgłaszają się chorzy w wieku lat 13 — 15. Badania doświadczalne na psach wykonane przez W. w zupełności potwierdziły powyższy pogląd na powstawanie skrzywienia. Są one więc sprawą wrodzoną i nie należy tu winić szkoły, nie należy również nazywać je „nawykowymi“. Następnie omawia W. leczenie tego schorzenia: ustalenie gipsowe, gorsety, przyrządy prostujące garb, wreszcie krwawe zabiegi pomocnicze (przecięcie mięśni i. t. d.). W końcu nawołuje, aby lekarze wogóle, a zwłaszcza szkolni kierowali chorych do leczenia specjalnego w początkowych okresach nie lekceważąc sprawy, gdyż im później, tem trudniej nawet o częściowe polepszenie.

2. **J. Rutkowski.** (W-wa) — Nawykowe skrzywienie kręgosłupa. R. badał 633 dzieci w wieku szkolnym. Skrzywienie kręgosłupa boczne występuje dość często i częściej u dziewczynek (u chłopców częstość skrzywienia wynosi 18% u dziewcząt 56%). R. sądzi, że skrzywienie to niema nic wspólnego z krzywicą, a powstaje zupełnie niezależnie na tle wrodzonej, konstytucjonalnej niedomogi aparatu więzadłowego i mięśniowego grzbietu. Z powyższego wynika, że cierpienie to nie stoi w związku przyczynowym ze szkołą, którą niesłusznie się pod tym względem obwinia. Dziecko przychodzi najczęściej do szkoły już z zaznaczonem skrzywieniem. Szkoła może tylko stwarzać warunki sprzyjające lub przeciwdziałające rozwojowi dalszemu skrzywienia.

D y s k u s j a :

Doc. Ł a p i ń s k i. Skolioza rozpoczyna się w dzieciństwie i rozwija się aż do wieku dojrzałego, stąd trudności śledzenia prze-

biegu. Etiologia jest niejasną i wątpliwem jest, czy skrzywienie boczne stanowi jednostkę chorobową, jest to objaw, nie schorzenie. W okresach wczesnych należy kłaść nacisk na utrzymanie sprawności mięśni.

Dr. Wojnicz zapytuje, czy dziecko ze skrzywieniem kręgosłupa może brać udział w lekcjach gimnastyki szkolnej, czy też trzeba stosować tylko gimnastykę leczniczą.

Dr. Gruca. W klinice Lwowskiej w 18 przypadkach zastosowano zabieg Loeffler'a; uważa operację tą za godną polecenia.

Prof. Wierzejski. Badanie nie poparte radjogramem nie daje pewnych wyników. Dzieci szkolne z bocznem skrzywieniem winne znajdować się pod stałym nadzorem fachowo lekarskim, gdyż są to dzieci chore. Do stosowania tenotomji, nie widzi podstawy.

### 3. **M. Grobelski.** (Poznań).—Stawy rzekome i regeneracja kości.

Omawia szczegółowo teorie Lexer'a i Bler'a dotyczące się regeneracji kości i powstawania stawów rzekomych. Na podstawie 50 spostrzeganych przypadków stawów rzekomych skłania się G. raczej ku poglądom Lexer'a t. j. uznaje dominującą rolę okostnej w tworzeniu się kostniny oraz momentów mechanicznych w powstawaniu stawów rzekomych. Co do metaplastycznego powstawania kostniny, to i tu wbrew Bier'owi mniema G., że obrazy, które na pierwszy rzut oka przemawiałyby na korzyść metaplazji można wytłumaczyć kostnotwórczą działalnością odchylonych lub odszczepionych części okostnej. Leczenie stawów rzekomych polega przedewszystkiem na dążeniu uzyskania zrostu złamania sposobami zwykłymi, czyli jest zapobiegającym. Tam gdzie pomimo wszystkiego zrostu nie otrzymano, lub staw rzekomy się utworzył, stosuje G. zabieg krwawy — przeszczepienie kości i omawia obszernie szczegóły wykonania tego zabiegu. Wyniki są bardzo dobre.

#### Dyskusja:

Prof. Radliński. Leczenie operacyjne daje dobre wyniki tam, gdzie przeszkodę stanowi interpozycja, natomiast zawodzi w przypadkach o zmniejszonej konstytucjonalnej zdolności kościo-twórczej.

Dr. Ciechomski. Ostatnio widuje się więcej stawów rzekomych. Niedokładność leczenia nie zawsze stanowi przyczynę powstania stawu rzekomego. Sposób Imbert'a nie dał dobrych wyników. Zwraca uwagę na doniosłą rolę gruczołów dokrewnych w wytwarzaniu się kości.

Dr. Sławiński. Uważa termin 3 tygodniowy postawiony przez prelegenta do otrzymania zrostu — za zbyt krótki. Przyczyną powstawania stawu rzekomego może być dążenie do zbyt ścisłego anatomicznego ustawienia odłamów. Podkreśla konieczność dobrego unieruchomienia po zabiegu.

Dr. Grygier. Podaje swoje spostrzeżenie: niezrośnięte złamanie uda u 2 letniego chłopca. G. wykonał operację i kość zeszył. Po 6 tygodniach zdjęto gips i nastąpiło znowu zesunięcie się odłamów. Zastosowano wyciąg i mięsienie, co spowodowało zrost.

Prof. Jura sz. Operacyjne leczenie i przeszczepienie kości nie zawsze daje dobre wyniki. Ostatnimi czasy stosuje zasadniczo w złamaniach proteinoterapję (Yatrencasein).

Prof. W i e r z e j e w s k i. Zarzut zbyt wczesnego przystępowania do operacji jest niesłuszny, gdyż często napotyka się wkleszczenie części miękkich, pamiętać też należy, że okostna zatracza powoli swe własności kostnotwórcze.

Dr. Grobelski. Stosował zastrzykiwanie krwi. lecz bez wyniku. Plastyka obca (kość, metal) najczęściej zawodzi. Najlepsze wyniki są przy przeszczepianiu autoplastycznym.

4. **M. Latkowski.** (W-wa) — Mało znany sposób przeszczepiania ścięgien.

Prelegent opisuje sposób Durante polegający na przeniesieniu zdrowego ścięgna wraz z kawałkiem kości i umocowaniu go pod płatem okostnowo-kostnym gwoździem metalowym. Pokaz chorych.

5. **M. Latkowski.** (W-wa)—Ruchoma ręka sztuczna, po operacji Krukenberga.

Pokaz ręki sztucznej pomysłu L. wykonanej w Wojskowej Wytwórni protez dostosowanej do rozwidlonego kikuta otrzymanego sposobem Krukenberga. Ręką tą inwalida może jeść, pisać i. t. p. Pokaz chorego.

### D y s k u s j a:

Prof. W i e r z e j e w s k i pokazuje sztuczną rękę Fischer'a, która może mieć zastosowanie nie tylko po operacji Krukenberg'a lecz i do kikuta otrzymanego innymi sposobami.

6. **Z. Radliński** (W-wa) — Leczenie operacyjne palucha koślawego.

Dotychczasowe sposoby leczenia operacyjnego palucha koślawego są raczej objawowymi. Schorzenie to zależy od szpotawości śródstopia, które prawie zawsze można u takich chorych stwierdzić. Kość klinowa pierwsza jest zmieniona przez narośnięcie masy kostnej w znacznej na rentgenogramie. Wychodząc z tego stanowiska leczenie winno być skierowane w kierunku usunięcia szpotawości oraz przywrócenia kości klinowej do pierwotnego kierunku i kształtu. Operacja polega na zbicciu wyżej wspomnianej masy kostnej wraz z kaletką i wycięcia klina z kości klinowej.



### Dyskusja:

Dr. Latkowski. Występ na kości klinowej widuje się i na nogach zdrowych. Natomiast rozdęcie główek kości śródstopia spotyka się zawsze w paluchu koślawym. L. zdejmuje występ kostny na główce pierwszej kości śródstopia, wyskrobuje istotę gąbczastą i wycina klin z istoty kostnej.

Prof. Wierzejewski. Wszystkie metody mogą dawać dobre wyniki, lecz nie należy usuwać główki pierwszej kości śródstopia. W. stosuje rozmaite sposoby operacyjne. O sposobie decyduje rentgenogram i warunki powstania (obuwie i. t. d.). Płaska stopa spsstrzega się bardzo rzadko.

Prof. Radliński. Klin narastający na kości klinowej uzyskuje znaczenie patologiczne, gdy staje się powodem szpotawości. Usunięcie klina nie wywołuje opadnięcia sklepienia stopy.

7. **K. Kosiński.** (Wilno). — W sprawie leczenia operacyjnego zapaleń ropnych stawu kolanowego.

Dotychczas używane cięcia w ropniach stawu kolanowego zdaniem K. chybiają celu, gdyż nie licząc się z zachyłkami i kaletkami stawu sączkują niewystarczająco. Na podstawie własnych badań anatomotopograficznych K. poleca wykonywanie dwu przednich równoległych do siebie cięć powyżej rzepki w razie potrzeby uzupełnianiem dwoma cięciami tylnymi, pobocznymi. Z cięć tych można też przeprowadzić rezekcję poziomą obu kłykci kości udowej, jak również wycięcie główki kości strzałkowej, co może okazać się koniecznym wobec względnie częstego połączenia stawu strzałkowo, piszczelowego z kolanowym. Powyższe postępowanie uwzględnia topograficzne stosunki wszystkich uchyłków i kałek — zbiorników ropy i daje rękojmię dobrego sączkowania stawu.

### Dyskusja:

Dr. Nowicki nie jest przekonany wywodami prelegenta, tembardziej, że nie są one poparte doświadczeniem klinicznym. Klinika krakowska stosuje w ropniakach stawu kolanowego dwa cięcia otwierające uchyłek górny i obydwie tylne (Kroh). W przypadkach ropowicy oprócz opisanego zabiegu — wycięcie kłykci. Ropniaki zamknięte leczone nakłuciem i przepłukiwaniem dają naogół dobre wyniki.

Dr. Kosiński. Wielu chirurgów nawołuje do zaniechania lub ograniczenia otwierania samego stawu kolanowego. Sposoby przez nich przedłożone różnią się od sposobu, podanego przez K.



8. **A. Gruca.** (Lwów). — O „*myositis ossificans circumscripta*“

Na podstawie 16 przypadków „*myositis ossificans circumscripta*“, prelegent wyprowadza następujące wnioski: 1. Zdanie Machil'a, że nie zwichnięcie, lecz uraz wywołany nastawieniem powoduje M. O. w okolicy stawu łokciowego nie potwierdza się, jak również zdanie Rohde'go jakoby skostnienia nie występowałyby nigdy w sąsiedztwie przewlekłego zapalenia kości. 2. Skostnienia, exostozy i zniekształcające zapalenia stawów spotykają się często u tych samych osobników, co każe przypuszczać istnienie wspólnego tła. 3. Koniecznym jest przyjęcie specjalnej skazy wrodzonej lub nabytej, by mogła powstać kość metaplastycznie lub oderwana okostna wytworzyć obfitą kostninę. 4. M. O. jest sprawą odnowy w obrębie młodej tkanki łącznej wywołaną zapaleniem. Wszystkie jego postacie powstają na tle urazu.

9. **Z. Sławiński.** (W-wa) — Kilka spostrzeżeń co do tętniaków urazowych.

10. **H. Hilarowicz.** (Lwów). — Znieczulenie splotu ramieniowego. Opisuję technikę własną: Guzek Chassaignac'a służy jak punkt orientacyjny, igła wkłuta nazewnątrz od niego w kierunku wyrostków kolczystych 6 i 7 kręgu szyjnego, 1 i 2 piersiowego. Niebezpieczeństwa skaleczenia opłucnej unika się dzięki kierunkowi igły od przodu ku tyłowi, igła mijając nerwy natrafić może tylko kość. Znieczulenie dotyczy wszystkich nerwów kończyny górnej z wyjątkiem n. skórniego ramienia wewnętrznego, który w razie potrzeby powinien być osobno znieczulony. Sposób jest pewny i łatwy.

11. **J. Szper.** (W-wa) — O sympaticetomji okołotętnicznej.

D y s k u s j a:

Dr. Rechniowski. Dwa razy stosował ten zabieg w owrzodzeniach podudzia. Po szybkiej poprawie nastąpił nawrót do stanu poprzedniego.

12. **Dobrzaniecki.** (Lwów) — Modyfikacja plastyki odstających uszu. Zabieg polega na przecięciu lig. auri. post. wycięcia owalnego paska z chrząstki małżowiny, i wszczepieniu do kieszonki wytworzonej przez nacięcie okostnej między mięśniem skroniowym, a potylicznym i podminowaniu jej brzegów. Po wycięciu z przyśrodkowej powierzchni małżowiny i przylegającej części czaszki dwóch eliptycznych płatów skórnych, ranę zamyka się szwami węzełkowymi biegnącymi promienisto. Sposób ten daje wyniki estetycznie zadawalniające (Polska Gazeta Lekarska 1925 r, t. IV, Nr. 34; 35).

Prof. Radliński nie uważa za konieczne postępowanie się skomplikowanymi sposobami, gdyż otrzymał dobre wyniki po bardzo rozległym, aż po brzeg małżowiny sięgającym okrwawieniu ucha i powierzchni wyrostka sutkowego i przysyciu ucha do głowy.

## POSIEDZENIE VI.

Środa 15.VII. o godz. 15.

Wspólnie z sekcją XXXII. (medycyna wojskowa).

1. **H. Horodyński.** (W-wa) — Lotnictwo sanitarne w czasie pokoju i wojny.

H. omawia historję powstania lotnictwa sanitarnego, podnosi olbrzymie usługi, jakie może ono oddać i w czasie pokoju pozwalając na szybki i bezpieczny transport chorych wymagających nagłego zabiegu chirurgicznego do większych ośrodków. Nawołuje do stworzenia centrów lotnictwa sanitarnego z odpowiednimi aparatami i lotniskami w Warszawie, Lwowie, Krakowie, Poznaniu Wilnie i Brześciu co by umożliwiło każdemu, bez względu na miejsce zamieszkania, szybką pomoc lekarską. (patrz Polski Przegląd Chirurgiczny I IV. 2. 3).

### D y s k u s j a:

Dr. Zawadzki. Zwraca uwagę na przykre wstrząśnienia przy startowaniu i lądowaniu.

Gen. lek. Składkowski. Tylko starsze typy aparatów dają wstrząśnienia. Będąc w Marokku miał możność przekonać się o zalecanych i działalności lotnictwa sanitarnego.

2. **Cz. Stankiewicz.** (W-wa)—Pokaz narzędzi własnego pomysłu: a) miażdża do wyrostka, b) fixe-serviettes, c) szczypczyków nożyczek.

### D y s k u s j a:

Prof. Jurasz uważa przedstawiony model miażdża za nieodpowiedni ze względu na jego szerokość.

Prof. Sawicki. Pokaz przyrządu pomysłu dra Zaborowskiego ułatwiającego wprowadzanie pasem gazy do brzucha.

3. **K. Kosiński.** (Wilno). — Pokaz szczypczyków własnego pomysłu do niepalcowego wiązania szwów

Demonstruje szczypczyki wyrabiane przez firmę Bancewicza w Wilnie. Szczypczyki te umożliwiają nakładanie i wiązanie szwów bez dotykania nitki palcami.

## XIX. Sekcja oto-ryno-laryngologii.

Przewodniczący: J. Pieniążek.

Sekretarz: Czarnecki.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13.VII. godz. 9 rano.

Przewodniczący — T. Zalewski.

Sekretarz — A. Dobrzański.

Na wstępie przewodniczący prof. Zalewski powitał uczestników sekcji laryngologicznej pierwszego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w wolnej Stolicy, oddając hołd poprzednikom, którzy pielęgowali naukę polską w warunkach najniekorzystniejszych. Umiłowanie za-  
wodu i pracy dla nauki polskiej stało się potrzebą laryngologów pol-  
skich, co przejawia się w corocznych zjazdach naukowych. Mówca  
wyraził żal, że myśl ta nie u wszystkich znalazła zrozumienie z pośród  
tych, u których powinna była znaleźć, i zakończył życzeniem, aby  
w obradach przyświecały nam hasła naszych poprzedników, w tych bo-  
wiem hasłach znajdziemy wiarę w naszą pracę.

1. **T. Wąsowski** (Wilno). — Laseczniki Vincenta w klinice oto-  
ryno-laryngologicznej

Sprawa cierpień wywołanych przez laseczkę wrzecionową i krętka  
Plaut-Vincenta poza jamą ustną umiejscowionych, zwłaszcza, gdy do-  
chodzi do wytwarzania się ropni w ścianie, dotychczas w pojedyn-  
czych tylko przypadkach była omawiana w piśmiennictwie. Ponieważ  
charakter tych cierpień dających niekiedy zejście śmiertelne, nie jest  
dotychczas wcale prawie ustalony, pozwolę sobie na podstawie spo-  
strzeżeń kliniki otolaryngologicznej w Wilnie przytoczyć tu w możli-  
wie krótkim ujęciu kilka przypadków rzadkich tego cierpienia, nie  
pozbawionych znaczenia dla ogólnej ich symptomatologii.

W pierwszym przypadku spostrzegalem u mężczyzny w wieku  
około lat 50 ostro występujące objawy bólów gardła przy połykaniu,  
przy podniesionej ciepłocie. Badanie gardła nie dało zmian żadnych,

natomiast w krtani stwierdzono owrzodzenie głębokie na powierzchni językowej nagłośni, pokryte brudną cuchnącą wydzieliną.

W drugim przypadku, w którym spostrzegliśmy prócz bólów silne utrudnienie oddechu, owrzodzenie znalezione na tylnej ścianie krtani, w wydzielinie—zarazki Pl. V. Zastosowany dożylnie i miejscowo neosalvarsan nie zawiódł pokładanych w nim nadziei — w obu przypadkach szybko objawy ustąpiły, chorzy przyszedli do zdrowia.

Oba przytoczone przypadki zasługują na uwagę nie tyle ze względu na charakter cierpień, gdyż podobne spotykamy i na migdałkach w typowej anginie Pl. V., lecz więcej ze względu na ich rzadkie umiejscowienie w krtani oraz na niebezpieczeństwo na jakie chorzy są narażeni. Nekrobiotyczne własności zarazków Pl. V., tak wyraźnie występujące w przytoczonych przypadkach, mogą również prowadzić do zniszczenia całkowitego tkanki z wytworzeniem się ropnia lub martwaka, o ile na drodze zarazka stanie kość.

Chory 70 lat od 2 tygodni poczuł nieznaczne bóle nosa oraz zauważył zatkanie nosa i ropną wydzielinę z nosa. Od kilku dni bóle silniejsze. Badanie wykazało ropień przegrody nosowej, nakłucie zaś jego dało czystą hodowlę wrzecionkowców i krętków Pl. V. Zastosowano leczenie chirurgiczne — z dobrym wynikiem. W przypadku innym spostrzegliśmy ropień języka wywołany również przez zarazki Pl. V. rozcięcie ropnia dało wynik pomyślny. Następny przypadek dotyczy żołnierza, skierowanego na oddział otolaryngologiczny szpitala okręgowego w Wilnie (kier. Dr. Świeżyński) przy oddziale chirurg. tego szpitala ze względu na to, iż operacja ropnia na szyji wykazała łączność jego z wyrostkiem sutkowym. Badanie wykazało małe przytępienie słuchu na to ucho przy całej błonie bębenkowej oraz znaczną bolesność wyrostka sutkowego. Operacja na wyrostku wykazała znaczne jego zniszczenie, w ropie zaś znalezione czystą hodowlę zarazków Pl. V.

W okresie pooperacyjnym zaczęły się tworzyć u chorego ropnie przerzutowe, o zawartości cuchnącej z domieszką krwi, w której wykazano obecność wrzecionkowców i krętków Pl. V.. Przypadek zakończył się śmiercią przy typowych objawach ropnicy.

We wszystkich przypadkach występuje jeden charakterystyczny, objaw — zniszczenie dotkniętej tkanki. Prócz tego zwraca na siebie uwagę istniejąca, zwykle silna, o charakterze stałym, bolesność tych cierpień. Szczególnie ma to znaczenie dla przypadków przebiegających przewlekłe. Nie pozbawionem znaczenia jest rzadki objaw ropnicy z typową krzywą ciepłoty, lecz bez potów i z ropniami przerzutowymi. Rozpoznanie przyczyny cierpienia możliwem jest tylko dzięki badaniu bakteriologicznemu wydzieliny. W sprawie leczenia muszą podkreślić

znaczenie neosalwarsanu stosowanego dożylnie i miejscowo. W przypadkach ropni oraz zapalenia wyrostka sutkowego stosowaliśmy leczenie chirurgiczne, gdyż tylko takie mogło mieć szanse powodzenia. Z innych metod leczniczych należy wspomnieć o leczeniu 5% kw. chromowym, kw. salicylowym, błękitem metylenowym, wucyną, o metodzie Sachs'a (leczenie urotropiną 40%), o hemoterapii. Na zakończenie pozwolę sobie tak na podstawie spostrzeżeń własnych, jak i danych z piśmiennictwa podkreślić, iż stwierdzenie w wydzielinie ropnej, zwłaszcza w schorzeniach ucha obecności wrzecionkowców i krętków Pl. V. zmusza nas do ostrożności w rokowaniu.

### D y s k u s j a:

Dr. Pieniążek zaznacza, że początkowo, w dziesięcioleciu poprzedzającym wojnę, obserwował anginę Pl.-Vinc. tylko wśród ludności pracującej i mieszkającej w warunkach niehigienicznych (robotnicy fabryk łódzkich). Gdy w czasie wojny warunki te pogorszyły się dla szerszych warstw ludności, przypadki anginy Pl.-Vinc. rozszerzyły się i można było spostrzegać je wśród warstwy zamożnej, a w każdym razie mogącej przestrzegać wymagań zdrowotnych (rodziny lekarskie). Od samego początku P. stosuje możliwie stężo: y rozczyn wody utlenionej i wacik przepojony tym roztworem poleca chorym trzymać długo na owrzodzeniach, powtarzając to kilka razy w ciągu dnia. W przypadkach cięższych (postaci nekrotycznej) poleca P. jednoczesne podawanie do wewnątrz preparatów jodu. Tę kombinację stosuje P. oddawna, na kilka lat przed ogłoszeniem przez Pfannenstiela podobnego leczenia przy wilku nosa.

Dr. Laskiewicz podnosi że jednym z najwcześniejszych objawów przy anginie Vinc. jest zajęcie i bolesność gruczołów chłonnych podszczękowych i szyjnych. Z innych objawów ogólnych zwłaszcza w postaci nekrotycznej spostrzegaliśmy ciepłotę o typie przerywanym, bóle głowy, pocenie się i t. d. Co się tyczy leczenia to 5% — 10% kwas salicylowy w roztworze spirytusowym prócz tego kryształ-fiolet.

Dr. Mesz opisuje dwa przypadki z praktyki prywatnej. Pierwszy dotyczy chłopca 16 letniego przysłanego z prowincji w celu usunięcia polipów nosowych, wystających z obu przewodów nosowych. Przy badaniu stwierdził 2 guzy wystające z przewodów nosowych na 1½ i 2 cm., chełbocące, które przez rozszerzenie nosa nadały twarzy facies prosopica, jaki spotykamy przy obecności dużych wymiarów wyrosła adenoidalnych, oraz powiększeniu gruczołów limfatycznych podszczękowych obustronnych. Badanie ropy wykazało obecność prątków wrzecionowatych i krętków. (Pl. - Vinc.). Leczenie trwało około trzech tygodni. Dokonano zdjęć fotograficznych twarzy przed

i po wyleczeniu. Drugi przypadek dotyczy dziecka 3 letniego, u którego przed dwoma tygodniami stwierdził naloty na obu powiększonych migdałkach; błona śluzowa krtani, dziąseł i łuków podniebiennych bez zmian, powiększenie i bolesność gruczołów podszczękowych. Zastosowanie w ciągu 10-ciu dni leczenia miejscowego t. j. wody utlenionej 10<sup>o</sup> kwasu chromowego, wewnątrz urotropiny nie dały żadnego wyniku. Zastosowano neosalvarsan per rectum (z powodu nieudanej próby zastrzyku dożylnego, dokonanego przez innego kolegę). Przypadek znajduje się na obserwacji.

Dr. Świeżyński podnosi, że jednym z częstych umiejscowień owrzodzeń na tle Vincent'a jest owrzodzenie poza ostatnim zębem trzonowym, zębem mądrości, częściej u dołu. Stosuje metodę Pfaunentiela z dobrym wynikiem (jod dowewnątrz i płukanie wodą utlenioną lub cali chloricum). Zwraca uwagę na konieczność badania oprócz nalotów z owrzodzeń i badania krwi na Wassermana, aby uniknąć pomyłek co do zarażenia kiłą a nie narażać chorego na ogólne specyficzne leczenie.

Dr. Szmurło podkreśla w referacie doniosłość występowania ropni wywołanych przez prątki Plaut-Vincenta. Postacie powierzchownej anginy Plaut-Vincenta znane są oddawna, natomiast ropnie zarówno w tkance podskórnej, jak podśluzowej, kostnej, dotychczas o ile mu wiadomo nie były notowane. Wywołana przez laseczki Vincenta ropowica jest nadzwyczaj ciężka i beznadziejna, tem cięższa, że nie znamy sposobów hodowli tych drobnoustrojów i nie możemy otrzymać odpowiednich szczepionek. Co do umiejscowienia na dziąsłach zwłaszcza w okolicy ostatnich zębów, kol. Szmurło zwraca uwagę, że właśnie pierwsze spostrzeżenia dotyczące zakażenia jamy ustnej przez prątki Plaut-Vincenta mówiły o zajęciu dziąseł i że w roku ubiegłym w „Presse Médicale“ była ogłoszona praca o anginie Vincenta, która miejsce powstawania anginy Vincenta umieszcza właśnie w okolicy szyjki dziąsła ostatniego zęba.

Dr. Dobrzański podnosi, że prócz wymienionych środków leczniczych przez referenta i przedmówców stosuje się miejscowo przy anginie P. V. w Klinice Otolaryngologicznej Lwowskiej 5% kwas pikrynowy, którego działanie okazało się bardzo skuteczne.

Dr. Hellin podnosi, że w okresach nagminnego występowania anginy Plaut Vincenta spostrzegał często również nagminnie występujące wybroczyny na podniebieniu, wielkości mniej więcej łebka szpilki, z których później często tworzyły się owrzodzenia. Ponieważ obie te epidemie zjawiają się zwykle w jednym czasie, przypuszcza, że etiologia ich jest ta sama. Pragnąłby dowiedzieć się o spostrzeżeniach kolegów co do tego, w książkach bowiem nic o tej sprawie nie zna-

łazł. Również, jak i dr. Świeżyński, często spostrzegał przy anginie Vincenta owrzodzenie w okolicy ostatniego dolnego zęba trzonowego, zawsze po stronie lewej, t. j. po tej samej stronie, po której najczęściej się zjawia angina Vincenta.

Dr. L. Lubliner zwraca uwagę na przemówienie kolegi Świeżyńskiego, który widział, że w jednym przypadku punktem wyjścia był ostatni ząb mądrości. L. sądzi, że laseczniki Vincenta mogą dłuższy czas przebywać i rozwijać się dookoła szyjki zęba. Przy odpowiednich warunkach szybko może się rozwijać stan zapalny i przechodzić na błonę śluzową migdałka, gardzieli i obok leżących tkanek.

Dr. Karbowski zapytuje, czy w ogniskach przerzutowych przypadku, który zginął z powodu posocznicy, również stwierdzono symbiozę pałeczki wrzcionowatej i krętka.

Dr. Wąsowski podnosi, iż objaw podkreślony przez dr. Lasiewiczza i Mesza — obrzęknięcie gruczołów chłonnych, spotykaliśmy w przypadkach owrzodzeń Pl. V. niezbyt wyraźnie zaznaczone. Beck i Kerl, dzieląc cierpienia wywołane przez Pl. V. na typową anginę Pl. V. i stomatitis ulcerosa, wspomina o częstym występowaniu bolesnego obrzęku gruczołów w tej ostatniej formie.

W sprawie wpływów na anginę Pl. V. warunków społecznych podniesionej przez kol. Pieniążka znajdujemy wyraźne wskazówki w piśmiennictwie u Hirscha, Angelotta. Na zapytanie dr. Karbowskiego mogę powiedzieć, że w przypadkach ropni przerzutowych spotykaliśmy stale symbiozy laseczników wrzcionowatych i krętków Pl. V.

W kwestji leczenia tych cierpień to w przypadkach typowej anginy Pl. V. stosowaliśmy zwykłe leczenie miejscowe, rezerwując neosalwarsan dla przypadków cięższych.

2. **Kuźniar.** (Lwów).—Geografia gruźlicy górnych dróg oddechowych na podstawie materiałów kliniki lwowskiej.

Znaczną ilość przypadków gruźlicy górnych dróg oddechowych (1056) ułożył K. w dwóch tablicach, z których uwidacznia się zależność jej od warunków bytu, wieku, płci oraz stosunku do innych schorzeń górnych dróg oddechowych i rozmieszczenie w połaci kraju, ciężącej do Lwowa. Z różnych lokalizacji gruźlicy górnych dróg oddechowych przeważają liczbowo dwie: krtani i nos. Pod tym względem jest znaczna różnica między miastami a wsią. W miastach jest bardzo mało gruźlicy nosa, w ogromnej ilości natomiast gruźlica krtani i to przeważnie u mężczyzn, we wsiach natomiast gruźlica nosa występuje znacznie obficie i to szczególnie u kobiet, a w gruźlicy krtani różnica ilościowa między mężczyznami a kobietami nie jest tak wybitną, jak w miastach. Prócz tego na wsi maksimum gruźlicy krtani przypada

o jeden dziesiątek lat później aniżeli w miastach. Różnice te tłumaczy różnemi warunkami bytu w obu środowiskach.

Z rozmieszczenia gruźlicy w poszczególnych miejscowościach (powiatach) mimo różnic w klimacie, gęstości zaludnienia i t. d. wniosków zadnych wyciągnąć nie można.

#### D y s k u s j a:

Dr. Szmurło zapytuje czy w przypadkach tych liczone były również przypadki tocznia (lupus).

Kol. Kuźniar wyjaśnia, że naturalnie statystyka jego obejmuje również tocznia.

3. **M. Krygowska.** (Lwów). — Leczenie gruźlicy krtani promieniami Roentgena na podstawie przypadków kliniki lwowskiej.

Po wprowadzeniu przez Turnur'a naświetlań promieniami Roentgena do terapii gruźlicy krtani, początkowe doświadczenia nie były zbyt zachęcające. Dopiero dzięki pracom Brüningsa i Albrechta w 1910 roku nad gojeniem się procesów gruźliczych u królików pod wpływem pr. Roentgena, jak i wskutek doskonalenia się wiedzy i techniki roentgenologicznej, ostatnie zwłaszcza lata przynoszą coraz dodatniejsze wyniki. Co do dawkowania naogół za najodpowiedniejsze uważa się dawki małe lub średnie, indywidualizując w każdym poszczególnym wypadku. Działanie lecznicze pr. Roentgena tłumaczy się z jednej strony rozpadem elementów samej tkanki gruźliczej, co udowodniły prace Heinekego nad naświetlaniem śledziony u królików, z drugiej strony uodparnianiem ogólnem organizmu przez ciała wyzwalające się przy rozpadzie. Za nadające się do naświetlań uważa się dość zgodnie wszelkie formy produktywne zwłaszcza przy dobrym stanie ogólnym i płuc, za nieodpowiednie — procesy rozpadowe szybko postępujące. Niniejsze zestawienie naszych wyników roentgenoterapii obejmuje 22 przypadków, leczonych częściowo ambulatoryjnie, częściowo klinicznie, okres leczenia i obserwacji wahał się od kilku miesięcy do kilku lat, częściej jednak trwał lata całe. Chorzy w czasie leczenia oddawali się swym zajęciom. Byli to chorzy: 1) nie gorączkujący wysoko, 2) z nieczynną, względnie nie daleko posuniętą gruźlicą płuc i ze względnie dobrym stanem ogólnym. Ogólnie biorąc na 22 przypadków naszych stwierdzono wyleczeń w znaczeniu klinicznym i po dłuższym czasie obserwacji u 4 chorych, poprawę mniej lub więcej znaczną, lecz wyraźną i utrzymującą się czas dłuższy w 10 przypadkach, przemijającą poprawę w 2 przypadkach, bez widocznej poprawy 5 przypadków. Przypadki powyższe naświetlane były w klinice lekarskiej lwowskiej przez D-ra Meiselsa. Stosowano promienie bardzo twarde przy użyciu filtra cynkowego, dawki małe, 3 — 4 je-



dnostki Holzknechta, naświetlano z trzech stron w odstępach 7 dniowych, po takiej serji przerwa 4 — 6 tygodniowa, dalsze serje zależnie od potrzeby takie same.

Powikłań po naświetleniach nie widzieliśmy naogół; w jednym tylko przypadku nastąpiło po wygojeniu się procesu gruźliczego w parę miesięcy po ostatniem naświetlaniu bliznowate zwężenie krtani, które zmusiło do wykonania cięcia tchawicowego. Uogólniając nasze spostrzeżenia przychodzimy do przekonania, że jakkolwiek ilość całkowicie wyleczonych jest stosunkowo dość mała, to jednak czasowa poprawa trwająca nieraz parę miesięcy, względnie nie postępowanie procesu, również i uśmierzanie się bólów, które prawie zawsze było można wykazać, przemawiają bardzo korzystnie za rentgenoterapią. Przy rozwoju zaś dalszym techniki naświetlań możemy się spodziewać coraz lepszych wyników.

#### D y s k u s j a:

Dr. Z a l e w s k i podkreśla, że wprawdzie ilość całkowicie wyleczonych chorych z gruźlicą krtani nie jest znaczna, jednakowoż obserwacja tych chorych trwa około 5 lat. W innych wspomnianych przez prelegenta przypadkach z poprawą, można było rzeczywiście mówić o poprawie, ponieważ stan się przez dłuższy czas nie pogarszał. Nie mówiąc już o objawach podmiotowych, które ulegały polepszeniu zwłaszcza ból przy połykaniu ustępował lub zmniejszał się.

Dr. S k r o w a c z e w s k i obserwował 33 przypadki leczone promieniami X, z których 6 umarło. Naogół zauważa korzystne działanie we wszystkich prawie formach gruźlicy krtani. Po pierwszych zaraz naświetlaniach można stwierdzić przekrwienie, które musimy uważać za korzystny objaw. Nie może wyciągnąć ze swoich obserwacji pewnych wniosków, zachęca jednak do stosowania promieni Roentgena, lecz w bardzo małych dawkach.

Dr. L a s k i e w i c z dodnosi, że pędzlował nowokainą z adrenaliną po naświetlaniu dla zmniejszenia obrzęku odczynowego.

Dr. S z m u r ł o zachęca do stosowania lampy kwarcowej i podnosi znaczne różnice w dawkowaniu naświetlań przez Rentgenologów.

Dr. M e s z zapytuje, w jaki sposób stosował kol. Szmurło naświetlania lampą kwarcową — czy zewnętrznie, czy też wewnętrznie w sposób podany przez Cemacha, na co otrzymuje odpowiedź, że zewnętrznie.

4. **L. Batawia.** (Częstochowa). — Elektrokoagulacja w rynologologii.

Omówiwszy w ogólnych zarysach zasady powstawania i działania prądów o wysokiej częstotliwości, Batawia opisuje podstawy aparatów dyatermicznych i wykazuje różnicę między dwoma rodzajami prądów o wysokiej frekwencji i sposób ich działania. Należy odróżniać prąd o wysokiej sile i niskim napięciu (właściwa dyathermia) od prądu o niskiej intensywności i wysokim napięciu (prądy d'Arsonwala). Następnie prelegent omawia, na czym polega elektrokoagulacja podaje technikę tego zabiegu, wykazuje jego strony dodatnie, jego wyższość nad galwanokonstyką, podaje wskazania do tego sposobu leczenia i w końcu omawia leczone przez siebie tym sposobem przypadki.

#### D y s k u s j a:

Dr. Załewski podnosi dużą zasługę autorów francuskich nad wprowadzeniem tego sposobu leczenia, którego zakres, nie ulega wątpliwości, będzie się coraz bardziej rozszerzał. Głównie w przypadkach bliznowatych zwężeń dróg oddechowych i przetyku może mieć ten sposób leczenia wielkie zastosowanie. Guisez w swojej monografii podkreśla to. Zwłaszcza w bliznach potwardzielowych będziemy mogli metodę tą stosować.

Dr. Laskiewicz mówi o elektrolizie, która wymaga dużej straty czasu, ale nieraz wyniki jej stosowania są dobre.

5. **A. Laskiewicz.** (Poznań). — O leczeniu przewlekłych zwężeń krtani, tchawicy i oskrzeli i udział w pracach nad niem laryngologów polskich.

Autor kolejno rozpatruje sposoby zachowawczego leczenia: stopniowego rozszerzania drogą bezkrwawą, (rozszerzadła Schröttera, tubusy kauczukowe Pieniążka). Przy istniejącej przetoce tchawicy wprowadzane przez nią czopki Thosta lub Brüggemanna. Czopki te zastąpił Killian i Sargnon iniekcjami drenami gumowymi. Dreny gumowe stosował już w r. 1888 Pieniążek.

Sposób bardziej radykalny stanowi laryngofissura zastosowana pierwszy raz przez Peltana (1788 r.) do leczenia zwężeń krtani. W r. 1865 ogłasza K. Gilewski 2 przypadki brodawczaków krtani leczone drogą laryngofissury. Późniejsze publikacje Szeparowica dotyczą również 2 przypadków laryngofissury, spowodowanej brodawczakami. Laryngofissurę stosowali też Heryng i Jawdyński do leczenia bliznowatych zwężeń krtani. W r. 1893 ogłasza P. Pieniążek monografię o leczeniu 46 przypadków zwężeń krtani drogą laryngofissury. W tym samym roku ogłasza Dembiński o 5 przypadkach nowotworów krtani

leczonych laryngofissurą. W r. 1894 ogłasza F. Kijewski 20 przypadków laryngofissury przy nowotworach, gruźlicy, kile, zwężeniu, złamaniu chrząstek krtaniowych.

W przypadkach zwężeń powstałych na skutek zapalenia ochrzęstnej i wydzielania się chrząstek krtani dobre wyniki osiągnano przez wszywanie kaniuli kształtu T podanej przez Mikulicza, lub zmodyfikowanych przez Kümmla i Baurowicza. Zarówno wprowadzenie jak i późniejsze usunięcie T kaniuli wymaga rozcięcia krtani, oraz tchawicy. Schmielgelow w przypadkach zwężeń po dyfterji u dzieci wszywał miękkie gumowe dreny do wnętrza krtani, ustalając je szwem srebrnym przeprowadzonym przez płytki chrząstki tarczycowej.

Pewniejsze i dokładniejsze są sposoby leczenia zwężeń krtani i tchawicy drogą laryngofissury zwłaszcza przy spoistych, twardych bliznach w okolicy podgłośniawej, które tylko tą drogą daje się usunąć przy jednoczesnem oszczędzeniu śluzówki, również i resekcja podśluzowa chrząstek krtaniowych możliwa jest tylko na tej drodze. Laryngofissurę stosował P. Pieniążek przy wycinaniu nacieków podgłośnowych twardzielowych i blizn po zapaleniach podgłośnowych z następczą tamponadą z gazy antyseptycznej później drenami gumowymi. W swej monografji podał on bardzo cenne oparte na bogatym doświadczeniu wskazówki leczenia bliznowatych zwężeń pokiłowych, podyfterytycznych, twardzielowych i t. d.

Odmianę zwyczajnego rozczepienia krtani stanowi t. zw. trwała przetoka krtaniowa — laryngostoma, mająca na celu utrzymanie stałego otworu w celu dłuższej kontroli i zabiegów bezpośrednich, zarazem umożliwiającą choremu oddechanie bez kaniuli. Osiąga się to przez plastyczne wszycie skóry szyi do wnętrza krtani (Della Vedova, Glück i Sargnon). Czasem zachodzi potrzeba wycięcia chrząstek krtaniowych lub ich części. Tamponuje się zwitkami gazy antyseptycznej, później drenami gumowymi (Killian, Sargnon) lub wkładkami gąbki gumowej prasowanej wedł. Barlatier'a. Klinika Wiedeńska stosuje rozszerzadła metalowe Chiarego i Marschika. Gdy chory oddycha już swobodnie górą, najczęściej po 6 miesiącach, dokonuje się plastycznego zamknięcia przetoki krtaniowo-tchawiczej.

Autor przytacza dwa przypadki zwężenia bliznowatego krtani, leczone przez siebie. Pierwszy przypadek zwężenia powstał po złamaniu urazem krtani, drugi po oparzeniu lysolem. W obu tych przypadkach zastosowano rozszerzenie drenami gumowymi przez przetokę krtaniowo-tchawiczą.

Przy zwężeniach tchawicy w obrębie przetoki tchawiczej mają zastosowanie te same sposoby dylatacyjne, co i przy zwężeniach krtani. Można posługiwać się rurami bronchoskopowymi (Rontaler),

lub lejkami tchawiczymi Pieniążka, rozrywając niemi cienkie blizny i zrosty. Przy usadowionych głębiej zwężeniach bliznowatych staramy się wywołać przez stałe ugniecenie kateterami angielskiemi zanik tych blizn po uprzednich nacinaniach lub usunięciu (czątkami tchawiczymi, ostrą łyżeczką). Blizny pokiłowe lub twardzielowe bardziej spoiste uprzednio zostają rozrywane mechanicznie przez wprowadzenie rury bronchoskopowej a potem rozszerzane kaniulą elastyczną (sposób Pieniążka, Nowotnego) lub w dolnej części tchawicy rozszerzadłami Brüninga. Przy naciekach i owrzodzeniach przymiotowych poleca Erbrich wprowadzanie miękkich kateterów równolegle z leczeniem swoistem. Szmurło podał przypadek lejkowatego zwężenia pokiłowatego tchawicy leczony przezeń rozszerzaniem rurą tracheoskopową z mandrenem. Przy leczeniu bliznowatych zwężeń oskrzeli wszelkie zabiegi (rozrywanie blizn, łyżeczkowanie nacieków twardzielowych) muszą być wykonywane z wielką ostrożnością i pod kontrolą wzroku. Do dilatacji używać najlepiej rozszerzań elastycznych. Przytem trafiają się nieraz znaczne trudności, gdy prócz blizn istnieją zmiany łączno-tkankowe okołoskrzelowe.

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13.VII. godz. 15.

wspólnie z sekcją XXXI (Higjena szkolna i wychowanie fizyczne).

Przewodniczący — L. Batawia.

Sekretarz — Kuźniar.

1. **L. Guranowski.** (W-wa). — Badanie uszów, nosa i gardła w szkołach powszechnych.

2. **A. Dobrzański.** (Lwów). — O zboczeniach mowy u dzieci szkolnych ze stanowiska oto-laryngologii i neurologji.

Miejscem tworzenia się mowy jest t. zw. cewa przysadkowa, obejmująca krtań, jamę gardłową ustną, gardłowo-nosową i jamy nosowe. Dla prawidłowego rozwoju mowy niezbędnym jest zmysł słuchu i prawidłowa sprawność centralnego systemu nerwowego. Zboczenia mowy powstają głównie w okresie jej tworzenia się (dzieciństwie) i kształtowania się (drugie ząbkowanie i okres dojrzewania płciowego). Dlatego słusznie wydaje się postawienie sobie pytania, jakie zmiany chorobowe znajdujemy w cewie przysadkowej i narządzie słuchu u młodzieży szkolnej dotkniętej zboczeniami mowy. Aby na pytanie odpowiedzieć, zbadaliśmy u 150 osobników, młodzieży szkół średnich m. Lwowa, dotkniętych zboczeniem mowy, jamę nosową, gardłowo-nosową, gardłową, krtań i uszy.

Z wspomnianej ilości zbadanych możemy odróżnić jako zбочenia mowy, jąkanie, wadliwe wymawianie i mowę nosową.

Na 90 przypadków jąkania stwierdziliśmy w 40 przyp. (45%) przerost migdałka trzeciego, w 10 przyp. (11%) schorzenia jamy gardłowej, w 28 przyp. (30%) schorzenia względnie nieprawidłową budowę jamy nosowej, w 8 przyp. (9%) przewlekły nieżyt krtani a 20 przyp. czyli (23%) schorzenia uszu. W 8 przypadkach jąkania czyli 9% nie stwierdziliśmy zmian chorobowych we wspomnianych narządach.

Z wywiadów w 30 (33%) przypadkach czas powstania jąkania można odnieść do okresu tworzenia się mowy. W reszcie przypadków powstało ono w okresie późniejszym. Na 58 przypadków wadliwego wymawiania (sygmatyzm, rhotacyzm, lambdacyzm) stwierdziliśmy w 26 (40%) wyrosła adenoidalne, w 6 (10%) wadliwą budowę przegrody nosowej, w 13 (20%) przerostowy nieżyt nosa, wreszcie w 9 (15%) upośledzenie słuchu wskutek obecnych względnie przebytych schorzeń narządu, 7 tylko nie wykazało żadnych zmian.

W 2 przypadkach mowy nosowej stwierdziłem wyrosła adenoidalne, przerost migdałków gardłowych i przerostowy nieżyt nosa. Widzimy z powyższego zestawienia, że w ogromnie przeważającej ilości naszych przypadków ze zбочeniami mowy stwierdziliśmy zmiany chorobowe w obrębie cewy przysadkowej i w narządzie słuchu. Jakkolwiek zбочenia mowy są uważane jako powstałe wskutek neuropacji, względnie zmian funkcjonalnych, to jednak nie bez znaczenia będzie zwrócenie uwagi na schorzenia w wspomnianych wyżej narządach u dotkniętych zбочeniami mowy i zwłaszcza w okresie tworzenia się mowy poddania ich badaniu oto-laryngologicznemu, o ile obecne jest lub występuje zбочenie mowy. Schorzenia te można bowiem uważać za przyczyny częściowo usposabiające względnie może nawet niekiedy wywołujące zбочenia mowy.

4. **L Laskiewicz.** (Poznań). — Histopatologiczny obraz przewlekłego zapalenia migdałka podniebiennego i gardzielowego; w szczególności o zachowaniu się tkanki łącznej i naczyń krwionośnych w tych postaciach chorobowych.

Na podstawie badań histopatologicznych przeprowadzonych na 35-ciu przewlekłe schorzałych migdałkach podniebiennych i gardzielowych metodami Mallory'ego, Bielschowskiego, Krausego, Dominiciego, oraz barwienia na włókna sprężyste rezorcyn-fuksyną i barwikiem R, przychodzi autor do wniosku, że objawy stale się utrzymujące podrażnienia zapalnego w przewlekłe-schorzałym migdałku podniebiennym zaznaczają się mniej lub więcej wybitnie we wszystkich jego częściach składowych, a mianowicie: nabłonek mieszkowy tworzy miejscami

obfite złuszczenie (parakeratosis), w innych znów miejscach wykazuje zmiany wodniczkowe lub rozluźnienie siateczkowate poszczególnych warstw komórkowych, otoczonych całą masą ciałek białych. W świetle krypt migdałkowych spotykamy pocddzielane pasemka nabłonka w postaci brodawczkowatych wyniosłości, obejmujących złuszczone i rozpadłe komórki nabłonkowe oraz ciała białe krwi (detritus mieszkowy). W obrębie tkanki chłonnej zaznaczają się te zmiany rozrostem follikułów mieszkowych, w których znajdujemy komórki plasmacyjne, ciała fuchsynofilne Russela oraz lipoidy rozmieszczone obficie w plazmie ciałek białych i komórkach tkanki siateczkowatej. Tkanka siateczkowata tworzy gęsty spłot, otaczający na kształt torebki cały obwód grudki chłonnej przewlekle schorzałego migdałka podniebiennego. W obrębie samej grudki chłonnej zarówno w migdałku podniebniennym jak i gardzielowym można wykazać całą sieć włókienek retikuliniowych (przy pomocy metody Bielschowskiego i złocenia Krauzego) złożonej zasadniczo z dwóch warstw, powierzchniowej grubszej siateczki i głębszej delikatniejszej o mniejszych oczkach, której włókienka łączą się bezpośrednio z warstwą zewnętrzną (adventitia) przebiegających tu naczyń krwionośnych. Najcharakterystyczniejsze zmiany spotykał autor w tkance łącznej oraz w naczyniach krwionośnych warstwy podnabłonkowej przewlekle schorzałego migdałka podniebiennego. Tkanka łączna okazuje w warstwie tej silniejszy rozrost i pomnożenie włókien sprężystych, obejmujących na kształt kieliszka od spodu rozszerzone naczynia. Rozszerzenia bańkowate naczyń krwionośnych przechodzą miejscami w wyraźne torbielowate otwory o wyglądzie zatoki żyłnej w węzłach chłonnych, której wewnątrz jest wyścielone śród-błonkiem naczyniowym. Jeżeli do tego jeszcze weźmiemy pod uwagę te tak często się powtarzające zapalenia powierzchniowe (nieżytowe) wzgl. głębsze, ropne, tkanki migdałkowej, to obraz histopatologiczny wykaże nam wówczas na jednym i temsamem podłożu objawy przebytego zapalenia obok zmian zapalnych świeżych (Tonsill. chron. exacerb.). Musimy więc tu rozróżnić nawroty sprawy zapalnej w migdałku, powstające przy rozbudzeniu się pierwotnych ognisk, od ognisk zapalnych świeżych, powstałych przez wtargnięcie zarazka na zmienione podłoże tkanki migdałkowej, okazujące odmienną wrażliwość i sposób oddziaływania na infekcję. To też ujmujemy tego rodzaju obrazy w następujący szemat: 1) Zapalenia migdałków nawrotowe powierzchniowe (mieszkowe), 2) zapalenia migdałków nawrotowe z owrzodzeniem. 3) Zapalenia nawrotowe połączone z martwicą tkanki migdałkowej.

5. **B. Chorążycki.** (W-wa). — „Co to jest angina?“

Ch. daje obraz kliniczny anginy samoistnej, omawia teorię Fraenkla o t. zw. anginie urazowej i zatrzymuje się dłużej nad pracami badaczy

polskich (Czajkowskiego, Sokołowskiego, Dmochowskiego i Sędziaka), którzy w znacznej mierze się przyczynili do wyjaśnienia etiologii, anatomji patologicznej i bakterjologii anginy. Następnie Ch. przeprowadza paralełę między anginą samoistną a anginami swoistemi (szkarlatynową, gośćcową i t. d.), szczegółowo charakteryzuje zajęcie gardzieli przy dyfteryie i przychodzi do wniosku, że angina nigdy nie jest odrębną chorobą, lecz zawsze tylko objawem gardlanym należącym do obrazu klinicznego całego szeregu chorób zakaźnych i występującym w najczystszej postaci z samego początku jako przekrwienie błony śluzowej na migdałkach, połączone ze wzmożonym przesiąkaniem, wskutek czego w kryptach migdałkowych tworzą się plamki białawe. Angina samoistna jest zatem również tylko objawem miejscowym bardzo rozpowszechnionej ogólnej choroby zakaźnej, należącej do grupy t. zw. zakażeń reumatycznych, których zarazek nie został jeszcze wykryty. T. zw. powikłania po anginie są powikłaniami chorób podstawowych (szkarlatyny, dyfterytu, gośćca stawowego i t. d.).

### POSIEDZENIE III.

Wtorek 14 VII. godz. 9.

Wspólnie z sekcją XVIII. (chirurgja) i XXII. (chor. nerwowe)

Przewodniczący — J. Szmurło.

Sekretarz — Wąsowski.

1. **H. Schramm, J. Rothfeld.** (Lwów). **L. Lubliner.** (W-wa). — O ropniach mózgu (p. sekcja XVIII) Godz. 10.30 ciąg dalszy posiedzenia sekcji XIX i XXII.

2. **B. Karbowski.** (W-wa). — O drogach chłonnych bezpośrednich między uchem wewnętrznym, a przestrzenią podpajęczynówkową u królika (praca doświadczalna).

Za pomocą nakłócia podpotylicowego wprowadzona została do przestrzeni podpajęczynówkowej karmin-żelatyna. Nastrzyknięta została pochwka pajęczynowa nerwu słuchowego; wzdłuż nerwu ślimakowego do samego narządu Cortie'go dostał się tylko karmin drogą dyfuzji. Do schodów bębienka dolnego i średniego zakrętu dostała się karmin-żelatyna wyłącznie przez wodociąg ślimakowy. Ciekawe jest, że nastrzyknięta została część dolna błony ślimakowej.

3. **W. Drożdż.** (Lublin). — Dwa przypadki ropni mózgu, operowanych z wynikiem pomyślnym.

1. Ropień mózgu pochodzenia usznego.

Chory 26 lat, ropienie z lewego ucha od 10 roku życia po płonicy. W maju 1921 r. obostrzenie sprawy usznej; w czerwcu tegoż

roku silne bóle głowy, które po 3 tygodniach ustąpiły, po 4 dniach znów wróciły. 24. VIII. 21. r. stwierdziłem: chory zamroczony, często się chwyta za lewą stronę głowy, w czasie badania na pytania odpowiada niechętnie, czasami niedorzecznie, lewa źrenica nieco węższa, niemota optyczna. Paragrafja. Badanie dna oka (kol. Skibiński) wykazało obustronną tarczę zastoinową, z lewej strony silniejszą. Tętno 60, ciepłota normalna. Płyn mózgo-rdzeniowy bez zmiany. Rozpoznałem ze względu na niemotę optyczną, chroniczne zapalenie lewego ucha środkowego, ropień lewego płata skroniowego, wobec czego 26. VIII. kol. Strowski i Janowski wykonali operację, w czasie której znaleziono i opróżniono ropień w lewym płacie skroniowym. W ropie wykryto gronkowce gramododatnie.

29. VIII. zaczęła ustępować niemota optyczna, 3 IX. zupełnie ustąpiła. Chory do dnia dzisiejszego czuje się dobrze, miewa tylko raz na kilka miesięcy ataki padaczkowe.

## 2. Ropień mózgu.

F. Sz., lat 28, przy malowaniu podłogi dn. 17. X. 22. r. stracił przytomność, po ocknięciu się bezwład prawej kończyny górnej. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, iż w dzieciństwie uderzył się silnie w tył głowy, poczem przez parę dni źle widział. Pozatem nigdy na ciężkie choroby nie chorował. Jest kawalerem. Wenerycznych chorób nie przechodził. Przy badaniu 24. X. stwierdziłem: prawa fałda nosowargowa nieco wygładzona, utrudnienie podnoszenia i ruchów w stawie łokciowym pr. kończyny górnej, znaczniejsze utrudnienie ruchów w stawie nadgarstkowym pr. i ruchów palców pr. ręki, astereognozja pr. ręki, czucie położenia osłabione. Pozatem brak zmian. Wassermann w krwi ujemny. Płyn mózgo-rdzeniowy bez zmian. Tętno 84, stan podgorączkowy. Od 24. X. do 25. X. pięciokrotne drgawki w prawej kończynie górnej. Mowa bez zmian. Skłonny byłem rozpoznać nowotwór mózgowy w okolicy ruchowej lewej, wprowadzała mnie w kłopot ciepłota, która mogłaby świadczyć o ograniczonym schorzeniu mózgu lub opon, ponieważ zmian w innych organach, tłomaczących ciepłotę, nie znaleźliśmy.

26. XI. silny ból głowy, drgawki w pr. kończynie górnej, trwające pół godziny. 27. XI. operacja, podczas której z lewej okolicy ruchowej usunięto twór wielkości gołębiego jaja, po przecięciu którego stwierdzono ropę, a w ropie meningokoki. Wtedy stało się jasnym, iż mieliśmy do czynienia z ropniem urazowym. Chory poprawił się, w ostatnich czasach bardzo tyje.

4. **T. Wąsowski.** (Wilno).—Formuła leukocytowa w ropnym zapaleniu ucha środkowego i jego powikłaniach i jej znaczenie rozpoznawcze.



Badałem metodą Schillinga krew chorych na ostre lub obustronne ropne zapalenie ucha środkowego, w przypadkach mastoiditis ac., powikłań wewnątrz czaszkowych, surowiczego zapalenia błędnika, wreszcie w przypadkach symulujących mastoiditis.

Zestawiając wyniki 274 badań krwi, przeprowadzone na materiale 120 chorych, możemy dojść do następujących wniosków:

1. badanie wzoru białych ciałek krwi w przypadkach ostrych ropnych cierpień ucha środkowego jest dobrym środkiem pomocniczym przy określaniu charakteru i nasilenia choroby;

2. przy całkiem pewnych klinicznych objawach zapalenia wyr. sutk. wzór białych ciałek krwi potwierdza rozpoznanie;

3. przy niepewnym rozpoznaniu zajęcia wyr. sutk. badanie krwi często może rozstrzygnąć sprawę, dając jednocześnie wskazania do operacji;

4. przy wystąpieniu w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego powikłań wewnątrz-czaszkowych i ogólnych mamy w badaniu wzoru leukocytowego doskonały środek pomocniczy, jak rozpoznawczy tak i prognostyczny. Niekiedy charakter obrazu krwi daleko wcześniej budzi podejrzenie o wystąpieniu poważnego powikłania, aniżeli inne kliniczne objawy;

5. przy wystąpieniu objawów błędnikowych w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego jedynie obraz krwi decyduje, czy mamy do czynienia z zapaleniem błędnika surowiczem czy ropnem;

6. przy badaniu krwi ogólna liczba białych ciałek osobno wzięta ma znaczenie względne, dając tylko wyraz zdolności ustroju reagowania na czynniki szkodliwe. Zwykle wzrost leukocytów idzie równoległe do nasilenia cierpienia, jednak przy niewystarczalności ustroju następuje nagły spadek liczby leukocytów;

7. duże znaczenie ma formuła leukocytowa krwi:

a) zwiększenie liczby procentowej obojętnochłonnych, wysokie P. J. przy zmniejszeniu limfocytów i monocytów jest niepomysłnym objawem;

b) nagły spadek eozynochłonnych przy obrazie poprzednim pogarsza rokowania;

c) wzrost limfocytów przy braku P. J., również wzrost eozynochłonnych — objaw pomyślny;

d) obecność tucznych i plasmatycznych — objaw pomyślny;

e) znaczna monocytoza obok wysokiego P. J. przemawia za cierpieniem przewlekłym o zjadliwej infekcji lub o skrytej infekcji, szczególnie, jeśli się włącza aneozynofilia;

8. ogromne znaczenie mają kilkakrotne badania krwi w przebiegu cierpienia, by określić tendencję ustroju w kierunku zdrowienia lub skonu;

9. wskaźnik leukocytowy Krebsa nabiera wartości prognostycznej przy częstych badaniach krwi, dających wyraz jego tendencji;

10. badania formuły leukocytowej winne być przeprowadzane w przypadkach ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego nie tylko w warunkach klinicznych, lecz i w praktyce ze względu na ich doniosłość z jednej strony, łatwość w wykonaniu z drugiej.

5. **Z. E. Bregman i T. Simchowicz.** (W-wa). — Zapalenie ropne opon mózgowych we wczesnym okresie ropnia mózgowego.

Autorzy referują przypadek dotyczący 5 letniej dziewczynki, u której po przebytem przed 2 miesiącami bez pozostawienia jakichkolwiek śladów zapaleniu lew. ucha rozwinął się olbrzymi ropień zrazów skroniowego i ciemieniowego, otoczony grubą błoną demarkacyjną. Objawy mózgowe wystąpiły w 2 tygodnie po zapaleniu ucha; przy badaniu po 4 tyg, obraz kliniczny odpowiadał zapal. opon. Ze względu na wysoką ciepłotę i apatię przypuszczano zapalenie gruźlicze, atoli płyn okazał się czystym i zawierał 800 wielojądrzastych leukocytów w 1 mm<sup>3</sup>. Po upływie 3 tyg (kilkakrotnie zastrzyk. surow. przeciw meningoc.) znakomita poprawa; płyn wyświetlony, (limfocytoza). Po 6 dniach nowe objawy, tarcza zastoinowa. Przypuszczano ognisko uciskowe wewnątrzczaszkowe bez możliwości umiejscowienia (brak zaburzeń mowy, brak objawów połowicznych) napady omdlewania i zapaści, jak w sprawach tylnej jamy. W końcowym okresie niestały objaw Babińskiego z prawej strony. Rozpoznanie ropnia wobec tak niezwykłego przebiegu niemożliwe, pomimo podejrzeń w tym kierunku (limfocytoza w krwi).

Analizując swój przypadek, autorzy nie zgadzają się z poglądem Neumann'a, Fremla, że mętny płyn jałowy jest cechą charakterystyczną ropni niepowikłanych, czemu przeczą także badania Karbowskiiego. Płyn jałowy otrzymuje się w niewątpliwych zakażeniach opon. W danym przypadku należy również przyjąć zakażenie opon, które ustąpiło. Znane są przypadki, w których ropne zapalenie opon przechodzi po operacji. Tu ono przeszło bez operacji; działanie surowicy jest nieprawdopodobne. Znamienne jest, że objawy oponowe wystąpiły we wczesnym okresie, a dopiero po ustąpieniu ich uwydatniły się objawy wzmożonego ucisku wewnątrz czaszkowego. Engleton spostrzegł liczne komórki wielojądrzaste w początkowych okresach ropni pochodzenia usznego i nosowego, gdy sprawa ma cechy czynne i drażniące; komórki potem, gdy ropień otoczył się błoną demarkacyjną, znikaly, płyn stawał się normalnym; atoli nie wspomniano o obja-

wach klinicznych oponowych, a liczba komórek była względnie niewielka. W danym przypadku obraz kliniczny odpowiadał wybitnemu zapaleniu opon, i leukocytoza była olbrzymia.

6. **D. Hellin.** (W-wa).—Rozbieżność objawów błędnikowych.

Nie wszystkie objawy błędnikowe występują łącznie, również kolejność odczynów tych bywa rozmaita. Usunięcie łuków półkolistych, według doświadczeń Bovie'sa i Fujioriego znosi odczyn obrotowy, lecz nie znosi odczynu cieplnego. Z tego wynika, że 1) drogi podrażnienia błędnika za pomocą obracania i wody, odmiennej od t<sup>o</sup> ciała, są różne, 2) że oczopląs cieplny nie jest zależny wyłącznie od kanałów półkolistych. Fakt, że jedna i ta sama temperatura stosowanej wody działa, w zależności od temperatury ciała, bądź jako czynnik zimna, bądź jako czynnik ciepła, przemawia przeciw istnieniu oddzielnych dróg nerwowych dla wrażeń ciepła i zimna. Powyższe fakty, jak również skutki stosowania trucizn, działających drogą wpływu na krwiobieg, dowodzą, że, wbrew teorii Barany'ego mamy w odczynach błędnikowych do czynienia ze sprawą natury raczej fizjologicznej, niż fizycznej.

D y s k u s j a:

Dr. Karbowski. W sprawie przypadku Dr. Bregmana i Simchowicza zwraca uwagę na to, że mechanizmy powstania ropni mózgu mogą być różne. Między innymi bywa przedewszystkiem ograniczone zapalenie opon miękkich, na skutek którego rozwija się sprawa zakrzepowa w naczyniach żylnych. Drogą naczyniową powstaje ropień mózgowia. W międzyczasie sprawa zapalna opon może wygasnąć, ropień zaś rozwija się dalej. Otóż przypuszczać należy, że o ile pierwotne organiczne zapalenie opon jest bardziej rozległe, musi być silniejszy odczyn, który się ujawnia w znacznych zmianach płynu mózgowo-rdzeniowego. W miarę tego, jak sprawa otorbiela się, lub też podlega podgojeniu, płyn nabiera własności blizkich normy,—t. j. staje się klarownym i wykazuje nieznaczne zmiany chemiczne i biopcyjne.

Dr. Klose nberg zwraca uwagę, że powiększanie ilości obojętno-chłonnych stanowi również zły objaw prognostyczny w zapaleniu mózgu nagminnem.

Dr. Bregman. W przedstawionym przypadku objawy cponowe były b. wybitne i leukocytoza płynu b. duża. Wobec tego tłumaczenie ograniczonym zapaleniem opon wydaje mi się niedostatecznem.

Dr. Wąsowski podkreśla, iż nie istnieją specjalne cyfry wzoru leukocytowego dla pewnych cierpień, jednak ze stosunku wzajemnego poszczególnych składników tego wzoru, ze stopnia przesunięcia jąder obojętno-chłonnych, wreszcie ze zmian obrazu krwi, przy kilka-

krotnych badaniach można otrzymać b. cenne nieraz wskazania, czy mamy do czynienia z niepowikłanem zapaleniem ucha, czy też z mniej lub więcej ciężkiem powikłaniem.

Prof. Szmurło podnosi znaczenie badań podjętych przez kol. Karbowskiego.

W sprawie wzoru leukocytowego zaznacza, iż jest to b. ważna metoda badania w przypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego. Objawy chorobowe mogą niekiedy być tak niewyraźne, iż nie można opierać się na nich przy wynajdywaniu wskazań do wykonania zabiegu operacyjnego. W bardzo licznych przypadkach kliniki wileńskiej jedynie badanie krwi decydowało o stanie chorego oraz o konieczności lub zbędności pomocy chirurgicznej z naszej strony.

6. **J. Spira.** (Kraków). — Zawroty głowy w przebiegu chorób usznych.

Wśród chorych z zawrotami Menierowskimi w związku ze schorzeniem ucha wewnętrznego mogliśmy wyróżnić 2 grupy: Do 1 ej grupy należeli chorzy, u których na pierwszy plan wysuwały się objawy schorzenia błędnika. Przeważnie znaleźliśmy wybitne zmiany ner. u ślimaków, tudzież podrażnienie narz. przedsionkowego, objawiające się istnieniem oczopląsu i zaburzeniami równowagi. Kierunek oczopląsu był zazwyczaj stały, również kierunek padania (ew. i mijania) nie ulegał zmianom, Pobudliwość narządów przedsionk. była zazwyczaj zmieniona, częściej obniżona lub zniesiona, rzadziej wzmożona. Napady zawrotów były silne i częste i datowały się od niedawna. W podaniach o zawrotach był szczególnie silnie zaznaczony moment obrotu; zawroty występowały głównie przy ruchach, zazwyczaj rano lub w nocy.

Do grupy II-iej należą chorzy, u których objawy schorzenia błędnika były często pokryte przez syndrom neurasteniczny. I w tej grupie znaleźliśmy przeważnie zajęcie n. ślimaków, natomiast objawy podrażnienia narządu przedsionk. były słabsze i niestałe; często było brak samoistnego oczopląsu i zaburzeń równowagi. W innych przypadkach uderzała niestałość tych objawów, zarówno co do kierunku jak i co do natężenia. Zawroty występowały często wieczorami, niejednokrotnie przy i po pracy. Zawrót określali chorzy jako utratę równowagi z przykremi sensacjami w głowie. Pobudliwość narządów przedsionk. była przeważnie wzmożona, obok tego spotykaliśmy często rozszczepienie objawów po sztucznem podrażnieniu zakończeń n. przedsionk. charakteryzujące się tem, że już po słabem podrażnieniu występował niezwykle silny i długotrwały zawrót w czasie, gdy oczopląs, padanie i mijanie nie występowały albo były zaledwie zaznaczone. Wśród chorych tych znaleźliśmy szczególnie często objawy przeczulenia systemu wegetatywnego.

U chorych grupy I-ej wynik badania neurolog. był ujemny. Cho dziło tu przeważnie o ludzi dawniej zdrowych i u których nie stwierdzało się żadnych objawów mniejszej wartościowości systemu nerwow. Należy przyjąć, że tutaj schorzenie miejscowe, schorzenie narządu przedsionk. wywołały napady. W 2 przyp. tej grupy badanie otol. dało wynik całkiem ujemny. Brak jakichkolwiek widocznych zmian organicznych zmusza nas uważać te przypadki za nerwice błędnika, z 2-ej strony jednak fakt, że cały obraz chorobowy tudzież ich przebieg nie różni się niczem od przypadków ze zmianami organicznymi pozwala nam przypuścić, że i w tych przypadkach podstawą schorzenia są zmiany organiczne, chwilowo nam bliżej nieznane.

Do II-ej grupy należą neurotycy, u których już nieznaczne zmiany organ. ucha wewnątrz, wystarczyły do wywołania objawów Menierowskich, — tudzież ci chorzy, u których pierwotnie można było stwierdzić czyste schorzenie ucha wewn. a u których po dłuższem czasie trwania choroby doszły wtórne nałożenia nerwowe.

Ścisłe odgraniczenie nie zawsze jest możliwe; w poszczególnym przypadku można często tylko rozstrzygnąć, co wysuwa się na 1-szy plan: objawy schorzenia błędnika czy syndrom neurasteniczny.

#### POSIEDZENIE IV.

Wtorek 14. VII. godz. 15.

Wspólnie z sekcją XVIII.

Przewodniczący — Szymkowski.

Sekretarz — B. Karbowski.

1. **A. Laskiewicz.** (Poznań). — O złamaniach i zwichnięciach chrząstek krtańowych.

Złamania krtani stanowią przeważnie ciężkie i groźne dla życia urazowe uszkodzenia, a to z powodu nagłego zatkania światła dróg oddechowych, odmy piersiowej lub ropnego zapalenia płuc, wreszcie posocznicy, jako następstwa ropienia. Śmiertelność wynosi wedł. Hopmanna 65%. Złamaniu podlega najczęściej chrząstka tarczykowa potem obrączkowa. Złamania kilku chrząstek trafiają się częściej u starszych mężczyzn wskutek ognisk zwapnienia. Przyczynę złamania stanowi uraz.

Objawy kliniczne: chrypka, bezgłos, duszność, sinica, suchy kaszel ze spienioną krwawą plwociną, silny ból przy połykaniu. Prawie zawsze bywa utrata przytomności. Zewnętrznie: spłaszczenie, odma podskórna. Przy laryngoskopji: krwawe podbiegnięcia, obrzęki. W przypadkach półwikłanego złamania prócz krwawych podbiegnięć

w wejściu i wewnątrz krtani — pęknięcia lub oderwanie się części śluzówki lub strun głosowych, czasem przemieszczenie odłamków chrząstek do wnętrza krtani.

Przy ciężkim powikłanem złamaniu konieczną jest tracheotomia w połączeniu z laryngofissurą. W lżejszych przypadkach, ograniczających się do samego pierścienia chrząstki obrączkowej można osiągnąć cel (repozycję i ustalenie odłamków) przez samą tracheotomję.

Zwichnięcia łączą się często ze złamaniami, rzadziej występują samoistnie i o urazie. Opisano samoistne zwichnięcie chrząstki nalewkowej, w następstwie sprawy zapalnej przewlekłej stawu obrączkowo-nalewkowego. Częstsze są zwichnięcia w stawie obrączkowo-nalewkowym, zwykle po jednej stronie, wskutek zwiótczenia torebki stawowej. Mogą być spowodowane forsownymi ruchami (ziewanie, silne wymioty). Zwichnięcie wyczuwać można zewnątrz w postaci bolesnego zgrubienia. Chory odczuwa ból w okolicy danego stawu, przemijającą zadyszkę i uczucie niepokoju. Repozycja udaje się bądź przez silny akt połykowy, bądź przez przesunięcie odzewnątrz chrząstki tarczycowej. Po repozycji stawu tarczycowo-obrączkowego należy go pokryć płatem mięśniowym lub powięzią okoliczną.

Autor przytoczył 2 sposobzregane i leczone przezeń przypadki. Pierwszy dotyczył 31 letn. mężczyzny z rozpoznaniem złamaniem chrząstki tarczycowej. Po rozcięciu tchawicy zeszyto obie obnażone płyty chrząstki tarczycowej. Chory zmarł 12 dnia na zapalenie ogniskowe płuc.

W drugim przypadku u mężczyzny 26 letn. stwierdzono po otwarciu tchawicy i krtani złamanie w dwóch miejscach chrząstki obrączkowej z odłamkiem długości 1,6 cm., który przedał części miękkie, rozdarte też było więzadło obrączkowo-tarczycowe, wskutek tego utworzyła się przetoka i wywołała odmę podskórną. Stwierdzono też złamanie różka i szczelinowe pęknięcie chrząstki tarczycowej, oderwanie lewej chrząstki nalewkowej, która została usunięta zarówno jak i strzępy śluzówki i odłamek chrząstki obrączkowej. Wskutek ropienia nastąpił zanik chrząstek krtani i wytworzyło się bliznowate zwężenie, które wymagało powtórnej laryngofissury i rozszerzania po wycięciu blizn z pomocą gumowych rozszerzań met. Sargnon-Barlatier. Po 23 miesiącach leczenia osiągnięto trwałą poprawę.

#### Dyskusja:

Dr. Lubliner opisuje przyp. złamania chrząstki obrączkowej wskutek upadku na belkę. Chory na początku nie miał duszności zdradzał natomiast wielki niepokój. Obecny chirurg pomimo rozpoznania silnego przekrwienia strun fałszywych zdecydował zająć stano-

wisko wyczekujące. Chory jednak w parę godzin potem nagle zmarł, tracheotomia mogłaby uratować chorego.

Luksację obydwóch chrząstek nalewkowatych L. obserwował w przebiegu trzeciorzędnego przymiotu. L. obie chrząstki usunął podwójną kuretą. Chory wyzdrowiał.

Dr. Skrowaczewski. nawiązując do przypadku omówionego przez Lublinera, wypowiada się za dokonaniem tracheotomji tylko w razie silnej duszności.

2. **A. Dobrzański.** (Lwów). — Stosowanie oesophagoskopji w celach rozpoznawczych i leczniczych, szczególnie w celu wydobywania ciał obcych z przełyku.

Na podstawie materiału kliniki oto-laryngologicznej lwowskiej za lat 18 podnosi spostrzeżenia, które się nasuwają odnośnie do oesophagoskopji, stosowanej w około 300 przypadkach. — Oświadcza się przedewszystkiem za stosowaniem oesophagoskopów bez zatyczek (mandrina) ponieważ pozwalają one oglądać całą drogę, którą przechodzimy a więc od jamy ustnej aż do żołądka, kierując się przytem czuciem i wzrokiem a nie tylko czuciem, jak to ma miejsce przy wprowadzaniu oesophagoskopów z zatyczkami. Omawia dogodność oesophagoskopów Brüningsa i Kahlera — Leitera podnosząc przytem, że dla chorego bardzo dogodne jest ułożenie na brzuchu ponieważ ślina wycieka przez kąty ust i nie wywołuje ataków kaszlu. Nadto ułożenie to jest dogodne z tego względu, że chorzy lepiej je znoszą niż na grzbiecie. Zwłaszcza dla przyrządu systemu Brüningsa jest to ułożenie dogodne dla operatora również ze względu na dogodniejsze trzymanie i niewystępujące tak szybko znużenie. U dzieci natomiast u których wykonuje się oesophagoskopję w uśpieniu ogólnem, odpowiedniejsza jest pozycja chorego na brzuchu.

Dla celów rozpoznawczych dogodniejsze są rury z przedłużeniami, do celów zaś operacyjnych rury jednolite.

W zakres stosowania oesophagoskopji wchodziły następujące schorzenia przełyku:

20 przypadków bliznowatych zwężeń po oparzeniach, 80 zwężeń wskutek nowotworów złośliwych, 8 zwężeń przełyku wskutek spazmatycznego skurczu, 62 przyp. rozszerzenia przełyku ponad zwężeniami, 9 przypadków uchyłków, 68 przypadków stanów zapalnych ograniczonych i rozlanych, wreszcie 56 przypadków ciał obcych w przełyku.

W zwężeniach bliznowatych oesophagoskopja pozwalała nieraz przywrócić drożność przełyku, jeśli chodziło o zatrzymanie się ciała obcego w miejscu zwężenia. Ponadto pozwalała oesophagoskopja odzyskać właściwą drogę w przypadkach, w których zgłębnikowanie na

ślepo nie dało się wykonać, czy z powodu powstałego uchyłka, czy też z powodu znajdowania się otworu w bliznach z boku.

Zwężenie przełyku wskutek nowotworu rozpoznawano głównie przy oesophagoskopji, która pozwalała stwierdzić opór ściany, naciek krwawiący, niekiedy owrzodziały lub guz wpuklający się z jednej strony do światła. Najczęstsze umiejscowienie nowotworów złośliwych (raka) było na wysokości tchawicy, rzadziej w górnej lub dolnej części przełyku. — (1 przypadek przetoki z przełyku do tchawicy stwierdzony rentgenologicznie).

Największe zastosowanie rozpoznawcze i lecznicze zdobyła sobie oesophagoskopja w przypadkach obecności ciała obcego w przełyku, w których zasadniczo wykonujemy (przed ezofagoskopją t. zw. hypofaryngoskopją), podaną przez v. E i c k e n a i prześwietlenie względnie zdjęcie rentgenowskie. Prześwietlenie rentgenowskie wykazuje nam zawsze ciała metalowe, niezawsze zaś odłamki kości. (Dwa przypadki odłamków kości, których prześwietlenie nie wykazało, a oesophagoskopja pozwoliła stwierdzić i wydobyć). Na 56 przypadków ciał obcych przełyku było 19 przypadków odłamków kości, z tych 13 wydobyto przy pomocy oesophagoskopji, 6 zaś ześlizgnęło się do żołądka, 11 przypadków monet różnej wielkości, wszystkie wydobyte przez oesophagoskopję: 3 guziki, dwie spinki, jedna szpilka z główką i 2 świstawki. wydobyte przy pomocy oesophagoskopji, wreszcie na 14 kęsów 8 wydobyto, 6 ześlizgnęło się do żołądka.

Śmiertelność wynosi  $5\frac{1}{2}\%$ . Niektóre przypadki wykazywały w swoim przebiegu powikłania nieraz bardzo ciężkie, a kilka bardziej interesujących autor przytacza, zwłaszcza zaniedbane w których były robione próby wyciągania na ślepo, lub od czasu wypadku upłynął dłuższy czas (od kilku dni do kilku miesięcy.)

Z pięciu przypadków protez szczękowych trzy wydobyto przez oesophagoskopję, jedna ześlizgnęła się do żołądka (tkwiła tuż przy wpuście do żołądka), jedna zaś szczęka pozostawała przez 6 miesięcy w przełyku, obrosła całkowicie w jego ścianie i przez oesophagotomję zewnętrzną udało się połowę jej wydobyć a druga ześlizgnęła się do żołądka. Protezy należą naogół do bardzo trudnych ciał do wydobywania, zwłaszcza o ile mają haczyki.

Monety należą do łatwiejszych ciał do wydobywania z przełyku, o ile są usuwane, jak zwyczajnie bywa, w płaszczyźnie czołowej. O ile zaś ustawia się ona w płaszczyźnie strzałkowej, może spowodować szybko przedziurawienie ściany i wywołać ciężkie powikłania ze strony wśródpiersia. Wydobywanie ciał powinno się jednak odbywać tylko przy pomocy oesophagoscopu a nie haczyczka, który wspólnie z dużą monetą jak 50 groszówka ma większą objętość i łatwiej może spowodować przedarcie ściany przełyku.



Wszelkie zgłębnikowanie na ślepo uważa kol. D. za przeciwwskazane, ponieważ obserwował przypadki, gdzie zgłębnikowanie spowodowało jeszcze silniejsze wklinowanie ciała obcego (zwłaszcza ostrych brzegach) a sonda może przechodzić obok nie ujawniając ciała obcego w przełyku.

Oesophagoscopia jest dziś jedyną najpewniejszą metodą w diagnostyce i leczeniu schorzeń przełyku i winna być w każdym przypadku stosowaną zarówno dla rozpoznania jakoteż leczenia. Przeciwwskazania (jak wady serca, choroby nerek i t. p. prócz tętniaka aorty lub bardzo podupadłego stanu ogólnego w razie obecności ciała obcego) winny ustąpić na dalsze miejsce.

3. **J. Pieniążek.** (W-wa).—Kilka uwag w sprawie wydobywania ciał obcych z przełyku u dzieci.

P. zaznacza, że u dzieci nie spotykamy takich ciał obcych, które przez swój kształt specjalnie utrudniałyby wydobycie, jak to bywa czasem u dorosłych (protezy zębowe). Najczęściej spotykamy tu przedmioty gładkie, co nie powinno nas jednak zachęcać do forsownego i bez kontroli wzrokowej dokonywanego wydobywania. Jedyny sposób może stanowić oesophagoskopowe badanie i ekstrakcja. Nie przemawia przeciwko temu ani chęć szybkiego zabiegu w rzekomo nagłym przypadku, ani brak odpowiednich narzędzi i wprawy; wszelki pośpieszny i forsowny zabieg na ślepo większe przedstawia niebezpieczeństwo niż kilkudniowe przebywanie ciała obcego. Pozostaje dosyć czasu na skierowanie chorego nawet z odległych zakątków do odpowiednich zakładów.

Sama oesophagoscopia u dzieci wobec braku z ich strony współdziałania jest trudniejsza niż u dorosłych. Pomagać sobie musimy głęboką, krótkotrwałą narkozą. Najdogodniejszą jest pozycja na wznak na odpowiednio przystosowanym stole operacyjnym.

Wprowadzenie wziernika przełykowego ułatwia sobie P. przez laryngoskopię bezpośrednią z pomocą zmodyfikowanego szpatla, co już samo czasem wystarcza do spostrzeżenia większych obiektów uwieczonych w wejściu przełyku. Laryngoscopia ułatwia utrzymanie kierunku wprowadzonego wziernika przełykowego w linii środkowej przy mijaniu fałdy międzynałkowej, samo zaś przesunięcie wziernika przez cieśń wejściową przełyku przy zastosowaniu głębokiej narkozy zarówno jak i wyciągnięcie ciała obcego wykonywa się bez żadnego wysiłku.

4. **E. Tryjarski.** (W-wa).—Pokaz kilku okazów rzadszych ciał obcych z górnego odcinka dróg oddechowych.

Zawiera: 2 kamienie z nosa: większy długości 3,5 cm., szerokości 2 cm., grubości 1 cm., o nierównej powierzchni z licznymi odnogami,

wydobyty został przez demonstrującego z nosa wieśniaczki wieku lat dwudziestu kilku, pracującej przy budowie domu.

Kamień mniejszy: dług. 2 cm., szerok. i grub. 1 cm., z nosa robotnika wydobyty przez T. w ambulatorjum szpitala im. Dz. Jezus.

2 kamienie ze ślinianek: większy dług. 2,5 cm., grub. 2 cm. i szerok. 1,5 cm., ze ślinianki podszczękowej: dług. 2,5 cm., szerok. i grub. po 0,5 cm., ze ślinianki podjęzykowej.

Przypadek 5 ty: szczęka górna o 4-ch zębach i podniebieniu kauczukowem usunięta została przez T. 29-letn. pannie z sfery inteligentnej, z jamy noso-gardzielowej. Szczęka przeleżała na tem miejscu około pół roku, nie przyczyniając chorej żadnej dolegliwości prócz cuchnienia z nosa, co ją sprowadziło do lekarza. Taką tolerancję ze strony chorej tłumaczy T. pewną hypaesthesia błon śluzowych u epileptyczki.

### 5. **J. Pieniążek.** (W-wa). — demonstruje:

1. Chorego 10-letn. chłopca ze Szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie, operowanego w ciągu 5 lat 30 razy w narkozie i 5 razy w znieczuleniu miejscowem z powodu nawrotów rozległych brodawczaków krtani i tchawicy. Po kilku operacjach początkowych bez tracheotomji wystąpiła jej konieczność. Brodawczaki operowano endolaryngealnie za pomocą laryngoskopji bezpośredniej; z tchawicy usuwano je przez przetokę tchawicową. Od ostatniej operacji endolaryngealnej upłynęło 5 miesięcy. W krtani prócz zgrubienia strun głosowych nowych brodawczaków nie spostrzega się, nieliczne brodawczaki tchawicy wyskrobano i przyżegnięto przed kilku dniami. Chory pozostaje w szpitalu w celu ewentualnej dekanilacji.

2. Przypadek ciała obcego (ziarnka dyni), wydobytego w przerwie pomiędzy posiedzeniami sekcji z tchawicy, a ściśle — wejścia prawego oskrzela u 5-letn. dziewczynki w Szpitalu im. Karola i Marji. Ciało obce przebywało w tchawicy 24 godziny i wywoływało napady duszności. W takim stanie przystąpiono do zabiegu po uprzednim zastrzyknięciu  $\frac{1}{2}$  ctm. lobelliny. Narkoza chloroformowa. Po rozwarciu ust nastąpił bezdech. Sztuczne oddechanie bezskuteczne. Po wprowadzeniu bronchoskopu i zepchnięciu ciała obcego do prawego oskrzela oddech powrócił. Ciało obce łatwo dało się pochwyć kleszczykami i usunąć.

3. Szpatel do laryngoskopji bezpośredniej w pozycji chorego, leżącego nawznak. Przyrząd składa się z rękojeści naśladowującej kształtem elektroskop Kahlera, do której dają się wstawiać rury szpadlowe z wycięciem podłużnem z prawej strony, aby można było wprowadzić przezeń prawą ręką instrumenty operacyjne do krtani lub rury bronchoskopowe ewentualnie oesophagoskopowe. Unika się w ten sposób uszkodzeń śluzówki, co znowu pozwala stosować bronchoskopję

górną u znacznie młodszych dzieci bez obawy obrzęków krtaniowych po zabiegu. Przyrząd odznacza się prostotą konstrukcji i został wykonany w Warszawie przez firmę „Jodłowski i Sp.“ Każdy egzemplarz zawiera prócz rękojeści 2 szpatle dla dorosłych i dzieci.

#### D y s k u s j a:

Dr. Laskiewicz zwraca uwagę na trudności, jakie napotykamy przy wydobywaniu ciał o nierównej powierzchni naprz. protez zębowych. Za pomocą obrotu należy ciało uruchomić i ruchem śrubowym wydobywać. L. wydobył w ten sposób ciało obce — protezę, która 3 tygodnie leżała w przełyku.

Dr. Mesz obserwował przyp., w którym igła utkwiała w górnej części przełyku. Ostry koniec był wkłóty w tylną ścianę krtani, uszko wkłóte w tylną ścianę przełyku. Igła została usunięta. Oprócz tego M. obserwował trzy przypadki obcych ciał, z których w jednym przypadku kostka została usunięta przy obecności ropnia w ścianie przełyku.

Dr. Szmurło zapytuje, jak referent znieczula swoich chorych i zaleca stosowanie ogólnego znieczulenia za pomocą lewatywy eterowej.

Dr. Czarnecki przestrzega przed stosowaniem znieczulenia eterowego przez odbytnicę, wspomina o kilku przyp. śmiertelnych, w których na sekcji stwierdzono owrzodzenia śluzówki grubej кишки. Nie zabezpiecza stosowanie eteru w połączeniu z oliwą w różnorodnych częściach. Przebieg pomyślny uśpienia nie wyklucza powstawania powierzchownych owrzodzeń, które w następstwie spowodować mogą wytworzenie się blizn ściągających.

Dr. Pieniążek stosował u dzieci uśpienie eterowe przez odbytnicę. W kilku przypadkach wystąpiły groźne objawy zapaści. Przy użyciu elektroskopu istnieje niebezpieczeństwo zapalenia się eteru wydechanego przez tchawicę w znacznej ilości. Przedtem ostrzega też Bruünings.

#### POSIEDZENIE V.

Środa 15.VII. godz. 9.

Przewodniczący — Świerzyński.

Sekretarz — Gumiński.

1. **B. Karbowski.** (W-wa).—Znaczenie objawu paradoksalnego Gordona dla rozpoznania powikłań wewnątrz-czaszkowych usznego i nosowego pochodzenia.

Rozpoznanie wczesnych okresów powikłań wewnątrz-czaszkowych jest często bardzo trudne. Objaw paradoksalny Gordona nie został dostatecznie wyzyskany dla kliniki. Objaw paradoksalny Gordona wypada dodatnio przy minimalnych podrażnieniach opon (Auerbach-Goldflaum). We wszystkich powikłaniach usznego i nosowego pochodzenia (ropnie mózgowia i mózdzku, w ropniach międzyoponowych, w sprawach zakrzepowych zatok żylnych, w ropniach przyoponowych) stwierdzamy odczyn aseptyczny, bądź septyczny ze strony opon — tem samem objaw paradoksalny może mieć pewne znaczenie ddiagno-styczne. Specjalne znaczenie może mieć objaw paradoksalny Gordona dla wskazań do otwarcia ucha wewn. (labyrinthetomia), albowiem umożliwia uchwycić moment przejścia sprawy zapalnej na opony. Proponowane przez niektórych klinicystów częste badania płynu mózgowordzeniowego jest mniej pewne, albowiem same przekłócie łądź-wiowe daje odczyn ze strony opon w postaci pleocytozy i dodatniego Norme-Appelta. Wobec tego, że objaw Gordona spostrzegamy w róż-nych cierpieniach układu nerwowego, niekiedy i u ludzi normalnych, pożądanem jest w praktyce otolaryngologicznej znać zachowanie się odruchu paradoksalnego u tych pac., u których istnieje możliwość po-wstania powikłania wewnątrz-czaszkowego.

2. **J. Szmurło.** (Wilno). — Blizsze i dalsze następstwa operacji doszczętej ucha środkowego.

Z obserwacji i danych statystycznych różnych autorów wynika, że zupełne wyleczenie po operacjach doszczętnych jest względnie rzad-kie; wedł. Wittmaacka tylko piąta część operowanych zostaje zupełnie wyleczona. Ścisłe obliczenia kliniki Jenajskiej podają ilość wyleczeń zupełn. na 21%, według innych autorów ilość wyleczeń bywa większa, nie przekracza jednak połowę przypadków operowanych.

Przyczyny takich wyników są różnorodne: 1. lepsze lub gorsze odżywianie chorego po operacji; 2. sposób operacji i leczenia poope-racyjnego, dokładność opatrunków; 3. stan trąbki Eustachiusza; nie-żyłtowa wydzielina trąbki utrudnia tworzenie zdrowego naskórka. Wit-tmaack poleca zatkanie trąbki zapomocą przeciągniętego przez nią cat-gutu z węzłami.

Drugiem następstwem operacji doszczętej jest jej wpływ na stan słuchu w kierunku poprawy, lub pogorszenia słuchu, lub też ope-racja pozostaje bez wpływu na słuch. Im gorszy był słuch przed ope-racją, tem większa szansa poprawy po operacji i odwrotnie. Jako granicę słuchu podlegającego poprawie można przyjąć 1.0 m. szept. Gładka powierzchnia po wygojeniu daje również poprawę słuchu, w każdym razie nie daje jego pogorszenia, natomiast zgrubienia, zro-

sty, fałdy i bliznowate nawarstwienia w okolicach okienek słuch pogarszają. Pogarsza słuch usunięcie kostek słuchowych. Próbowano temu zapobiec przez t.zw. oszczędzającą operację doszczętną (Heath'a) i inne.

Do cięższych następstw operacji doszczętnej należą uszkodzenia nerwu twarzowego. Niezawsze jest to następstwem niezręczności lub nieuwagi operującego często winne tu bywają braki kostne w ścianie kanału kostnego, lub całkowite jego zniszczenie. Powodują one zniekształcenia twarzy i niedomykanie oka.

Groźne następstwo stanowi zapalenie błędnika w postaci surowiczej lub ropnej, pojawiające się albo niezwłocznie po operacji, lub po upływie kilku a nawet kilkunastu dni. Różniczkowe rozpoznanie pierwszej lub drugiej postaci opierać można na badaniu formuły leukocytowej krwi i zbadaniu płynu mózgowordzeniowego. Badania Wąsowskiego w klinice Wileńskiej wykazały, że przy zapaleniu surowiczym formuła leukocytowa nie wiele się różni od normalnej, natomiast w ropnym zapaleniu błędnika liczba neutrofilów się powiększa, zwłaszcza postaci pałeczkowatych, dochodząc nieraz od 20 u do 30%, liczba zaś limfocytów i monocytów zmniejsza się wybitnie do 10—15%.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na zawartość leukocytów i limfocytów za pomocą kamery Fuchs'a — Rosenthala jest też pomocne, jako pozwalające a posteriori rozpoznać ropne zapalenie błędnika, gdy są oznaki zagrażającego lub rozwijającego się już ropnego zapalenia opon (zwiększenie ilości leukocytów w kamerze). Zapalenie błędnika po operacji doszczętniej jest stosunkowo rzadkie. Droga powstawania tych zapaleń nie jest jasna. Za główną przyczynę przyjmowano dotychczas uszkodzenie ściany kostnej przewodów półkolistych oraz wyciągnięcia strzemiączka z okienka owalnego. Uraz przewodów półkolistych miałyby wywołać zapalenie surowicze, zwykle pomyślnie przebiegające, wyrwanie zaś strzemiączka ma za następstwo zapalenie ropne. Barany, opierając się na 2 własnych przypadkach, w których po wyskrobaniu okolicy okienka owalnego, wystąpiły objawy zapalenia błędnika z następcz. objawami mózgowymi i zejściem śmiertelnym, przeciwny jest wyskrobaniu tych okolic i zaleca nadzwyczajną ostrożność. Wittmaack jest odmiennego zdania. Doświadczenia jego na zwierzętach i spostrzeżenia podczas operacji wykazały, że uszkodzenie okienka, wyrwanie z niego strzemiączka nie jest łatwe, przeszkadza gruba bliznowata tkanka przykrywająca strzemiączko, nie łatwa do wyskrobania, to samo daje się często widzieć i w okienku okrągłym. Wprowadzeniu do jamy bębnekowej u zwierząt soli wapnia występowały objawy zapalenia nekrotycznego błędnika, poprzedzonego przez ostry obrzęk błędnika błoniastego. Przypuszcza on, że i w przypadku operacji doszczętniej zachodzi podobne zjawisko. Jakiś płyn posiada-

jący zdolność przenikania przez błony, przedostaje się do błędnika, wywołuje obrzęk, co powoduje ucisk naczyń błędnika błoniastego, wraz z tem upośledzenie odżywiania tkanki i następuje martwica. Do tak zmienionej tkanki przedostają się drobnoustroje wywołujące ropienie i w ten sposób powstaje ropne zapalenie błędnika. Im grubszą jest tkanka w okienku, tem zjawiska dializy zachodzą łatwiej. Dlatego Wittmaack radzi wyskrobywać bardzo starannie okolice obu okienek i dno jamy bębenkowej, gdyż tą drogą najłatwiej unikniemy tego zawsze groźnego i ciężkiego a często śmiertelnego powikłania. Wittmaack zaleca też bardzo lekkie tamponowanie rany, stosowanie szalanych sączków i częste zmienianie opatrunku (nawet 2 razy dziennie). W ten sposób można rzekomo zapobiec albo przerwać rozwijające się zapalenie błędnika.

Dalszem następstwem zapalenia błędnika jest ropne zapalenie opon mózgowych. Wittmaack zalicza ropne zapalenia błędnika pooperacyjne do najgroźniejszych, najłatwiej przenoszących się na opony.

W bardzo rzadkich przypadkach jako następstwo operacji doszczętniej występuje ropień mózgu. Taki wniosek wywodzi autor z przebiegu dwu przypadków ropni mózgowych. W pierwszym, po 5 tygodniach wystąpiły objawy mózgowie. Rozpoznano ropień mózgowy, co też przy operacji stwierdzono. Badanie pośmiertne wykazało ropień w zrazie skroniowym, który przerwał się do komory bocznej. W drugim przypadku po upływie dłuższego czasu od operacji doszczętniej pojawiły się silne bóle głowy, двоjenie w oczach. Przy operacji otwarto ropień zraza skroniowego. Autor oba te ropnie uzależnia od poprzedzającej operacji doszczętniej, gdyż przed tym zabiegiem nie było żadnych danych uzasadniających przypuszczenie ropnia. Przypadki te przeczą pogładowi Eagletona, że tylko ropnie mózdkowe powstają niekiedy po operacji doszczętniej.

Wniosek wyprowadzony przez autora z przeglądu następstw po operacjach doszczętnych brzmi, że operacja doszczętna stanowi zabieg bardzo poważny i że potrzeba jeszcze dużo pracy, dużo wysiłków ze strony otologów, zanim zarówno pod względem wskazań jak i techniki operacji i opatrunków wyniki operacji będą w zupełności odpowiadały zamierzeniom, jakie sobie lekarz podejmujący operację postawił.

### 3. **J. Pieniążek.** (W-wa).—Wskazania do operacji doszczętniej.

Wskazania do operacji doszczętniej uległy znacznemu z biegiem czasu ograniczeniu i ściślejszemu sprecyzowaniu. Obecnie do operacji doszczętniej kwalifikujemy te przypadki przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego, w których badanie i obserwacja wykrywa niebezpieczeństwo dla życia chorego, a więc przypadki połączone z chronicz-

nem schorzeniem kości.— Gdy ropienie zostało wywołane powierzchowemi zmianami błony śluzowej, podlega ono pomimo swej uporczywości leczeniu zachowawczemu, które zawierać będzie nie tylko leczenie miejscowe ale i poprawę lub usunięcie czynników wywołujących i usposabiających (zakażenia wtórne, właściwości ustrojowe). Otoskopia, badanie czynności ucha, wreszcie obserwacja dają dostateczną podstawę odróżnienia tych postaci chorobowych. — Za schorzeniem śluzówki przemawiają przedziurawienia błony bębenkowej, które cechuje choćby cienki jej rąbek, natomiast przedziurawienia przyścienne przemawiają za istnieniem schorzeń kości, zarówno jak spostrzegane przytem zmiany ścian ucha zewnętrznego: przetoki, i tak zwane opuszczenia ściany. Uporczywe tworzenie się z arnicy po jej usuwaniu, stałe cuchnący wyciek, zawierający rozpadłe masy naskórka, martwaki, t. zw. piasek kostny, świadczyć będą o posuwającym się procesie destrukcyjnym. Ostrożne badanie zgłębnikiem może wykryć obnażenie lub ubytki kości.

Zależnie od umiejscowienia tych zmian, ograniczonych ich rozmiarów i dostatecznego dostępu zzewnątrz udaje się czasem leczenie zachowawcze, którego też nie należy pominąć, gdy istnieje możność stałej obserwacji chorego. Bezskuteczność takiego leczenia dowodzi prawdopodobieństwa postępowania sprawy destrukcyjnej z jej groźnemi następstwami, co czyni operację doszczętną konieczną nawet przy braku subiektywnych objawów (Denker).

Pojawienie się objawów, wskazujących na zajęcie błędnika lub opon mózgowych i mózgu wymaga operacji niezwłocznej. Przemawia też za nią nagłe wystąpienie paralizu nerwu twarowego, gdy związek jego ze schorzeniem kości jest niewątpliwy.

Istnienie ropnia podokostnowego lub przetoki na wyrostku sutkowym w przebiegu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego służy też wskazaniem do operacji doszczętniej.

Nakoniec ta ostatnia może być poleconą przy wczesnem rozpoznaniu nowotworów złośliwych ucha zwłaszcza raków. Wczesne rozpoznanie stanowi o powodzeniu operacji, należałoby więc w celach rozpoznawczych poddawać badaniu drobnowidowemu uporczywie ponawiające się granulacje w uchu środkowem.

#### D y s k u s j a:

Dr. Batawia zaleca unikania przy doszczętniej operacji ucha wyskrobywania okolicy okienka owalnego, a nawet i poziomego kanału półkolistego. Takie oględne traktowanie sprawy zabezpiecza od ropnego następnego zapalenia błędnika z zejściem śmiertelnem.

Dalej, wspomina też o wznowieniu obecnie starej metody wycinania tylnej ściany przewodu usznego, jako ostatniego aktu operacji doszczętniej

Dr. Zalewski zaznacza, iż przyrządy służące do rozszerzania zwężeń dróg oddechowych winny być tak zbudowane, by łatwo je wyjmować i oczyszczać. Niebezpieczeństwo rurek, nastale zaszywanym, polega na możliwości nagłego zatkania się wydzieliną. Ujemną stroną też jest narażanie chorego na powtórny operację. — Wycięcie chrząstki nalewkowej w odpowiednich przypadkach zwężeń krtani może pociągnąć niedomykalność krtani przy polykaniu z następowem zachłystywaniem.

Dr. Szmurło. We wszystkich zwężeniach, czy to w krtani czy przetyku, czy w przewodzie moczowym — zachodzi zawsze jedno zjawisko, że po rozszerzeniu, trwającym dłuższy czas, po niejakiem czasie znowu występuje zwężenie. Najkrótszy okres leczenia 12 do 28 miesięcy. Szmurło zarzucił zupełnie rozszerzanie rurek Schrotterowskimi, a uważa za jedyny właściwy sposób — laryngofissurę i laryngostomię. Używanie rurek szklanych uważa za niebezpieczne. Dobre wyniki dały mu rurki kominowe typu Chiar'ego. Niekiedy otrzymać można efekt, stosując rozszerzacz Thosta.

Dr. Skrowaczewski stosował w paru przypadkach sposób Sargnon-Barlatiér, w innych Thosta. Leczenie trwa znacznie dłużej niż opisują autorzy i bardzo często nie prowadzi do celu, gdyż po przestaniu — zwężenie powraca. Operacyjne sposoby również nie dają pewnych wyników.

Dr. Pieniążek przytacza spostrzeżenia swe nad leczeniem według metody Thosta. Do rozszerzania można przystąpić dopiero po wytworzeniu się solidnej tkanki bliznowatej, wcześniejsze próby dają silną reakcję tkanki, a nawet odleżyny. Próbował też P. tej metody przy brodawczkach krtani, ale otrzymał wrażenie, że kołeczki Thosta silnie drażnią śluzówkę i wywołują szybsze bujanie nowotworu.

Dr. Laskiewicz. Rozszerzadła miękie-gumowe mają tą wyzłość nad twardemi, że nie wywołują odleżyn, łatwo je dopasować do każdego osobnika i każdej wielkości krtani. Największą przyszłość mają metody otwartej laryngo-tracheostomji przy której możemy poddać tworzące się zgrubienia działaniu elektrolizy, względnie elektrokoagulacji, która ma niezawodnie wielką przyszłość w leczeniu zwężeń.

#### 4. **Z. Dobrowolski.** (W-wa). — Syfilis krtani.

Na początku Dobr. przytacza statystyczne dane co do częstości występowania przymiotu krtani wrodzonego i nabytego. Syfilis wrodzony krtani był spostrzegany w wieku najwcześniejszym, t. j. u nowo-



rodków aż do lat średnich.—Semon spostrzegł wrodzony przymiot krtani u 37-letniej panny. Nabyty przymiot krtani może występować w każdym wieku, najczęściej jednak od 20 — 30 lat życia. Nabyty przymiot krtani występuje w trzech formach, najczęściej jednak w postaci drugo i trzeciorzędnej, wrodzony zaś prawie wyłącznie w trzeciorzędnej formie, to jest jako kilak. Następnie Dobr. opisuje szczegółowej postacię kiły krtaniowej, objawy miejscowe ze strony krtani i ogólne przedmiotowe i podmiotowe.

Dalej przytacza kilka osobliwszych przypadków kazuistycznych z praktyki szpitalnej i prywatnej. Wreszcie zakończy odczyt rokowaniem oraz leczeniem miejscowym i ogólnym kiły krtaniowej.

5. **A. Dobrzański.** (Lwów). — O wchłanianiu kokainy, nowokainy, psikainy, alipiny i tutokainy z górnych dróg oddechowych.

Jak szybkie jest wchłanianie się kokainy i jej środków zastępczych, podanych na błony śluzowe dróg oddechowych, w jakim stężeniu roztworu i po jakich dawkach występują objawy zatrucia ogólnego, było zadaniem niniejszej pracy, przeprowadzonej na psach, których tętnica dogłowa połączona była z kymografionem Ludwiga. Z zachowania się krzywej ciśnienia krwi i oddechu można było określić szybkość wchłaniania się różnych roztworów kokainy i jej środków zastępczych, czas wystąpienia oraz nasilenie objawów zatrucia pod wpływem działania wspomnianych środków. Wyniki doświadczeń robionych na 25 psach, u których podawano równo skoncentrowane roztwory kokainy, nowokainy, psikainy, alipiny i tutokainy na błonę śluzową nosa i tchawicy dadzą się w najogólniejszych zarysach ująć w następujących punktach:

1. Szybkość chłonięcia i ilość wchłoniętych środków rośnie kilkakrotnie z podwyższeniem koncentracji roztworów (10% na 20% roztwór).

2. Przy wchłanianiu z tchawicy lub jamy nosowej najbardziej trującą jest kokaina, następnie idą psikaina, alypina, tutokaina i nowokaina.

3. Ta sama ilość roztworu o wysokiej koncentracji podana naraz jest czterokrotnie bardziej trującą niż podana częściami i z przerwami.

4. Szybkość wchłaniania w tchawicy jest kilkakrotnie większa niż w jamie nosowej, większa niż przy podaniu podskórnym a równa mniej więcej przy podawaniu wśródzylnem.

5. Adrenalina zmniejsza znacznie wchłanianie wspomnianych środków.

6. Wchłanianie z rany jest w porównaniu z wchłanianiami z tchawicy bardzo małe.

Na podstawie tych doświadczeń możnaby wysnuć pewne wskazówki dla stosowania wspomnianych środków w celu znieczulenia błon śluzowych u ludzi. — Powinniśmy unikać wysoko skoncentrowanych roztworów (20%) i nie podawać odrazu w większych dawkach, lecz w małych ilościach i w przerwach kilkuminutowych.

Tyczy to się głównie tchawicy której chłonicie jest bardzo szybkie, do czego przyczynia się niewątpliwie także chłonicie w płucach, dokąd część płynu spływa. Chłonicie z rany jest bardzo małe, dlatego nie powinniśmy się zbytnio obawiać zatrucia przy stosowaniu wspomnianych środków znieczulających przez ranę na błony śluzowe. Adrenalina bardzo znacznie zmniejsza wchłanianie ich względnie opóźnia czas występowania objawów zatrucia.

---

## XX. Sekcja pedjatrii.

Przewodniczący: M. Michałowicz.

Sekretarz: R. Barański.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13.VII. godz. 9.

Wspólnie z Sekcją XIV (Fizjologia) i XXIV (Położnictwo).

(patrz tamże)

### POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13.VII. godz. 15.

Przewodniczący: H. Frenkłowa,

Honorowi przewodniczący: K. Jonscher i F. Mogilnicki.

1. **Fr. Groer.** (Lwów).—Patogeneza prosówki gruźliczej (referat programowy).

2. **K. Jonscher.** (Poznań). — Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci (referat programowy). (Będzie drukowany w Pedjatrii Polskiej).

Gruźlicze zapalenie opon m. r. jest w bezwzględnej większości przypadków skutkiem rozsiania się laseczników w ustroju, przyczem najczęstszem ich umiejscowieniem są sploty naczyńiówki.

Następujące przyczyny sprzyjają powstawaniu gruźliczego zapalenia opon:

1. Osłabienie ogólne ustroju z jakiegokolwiek przyczyny.
2. Wiek: znaczna przewaga dzieci, prawdopodobnie wskutek większej wrażliwości układu nerwowego.
3. Pora roku: częstsze występowanie na wiosnę wskutek zwiększonej wogóle w tym czasie wrażliwości układu nerwowego.
4. Uraz czaszki odgrywa rolę nieznaczną.
5. Stan gruźlicy w innych narządach: świeże znaczne nacieczenie gruczołów okołoskrzelowych specjalnie ku temu usposabia. Zachodzą natomiast znaczne różnice w poglądach

różnych autorów co do stanu alergji, sprzyjającej powstawaniu zapalenia.

Postacie anatomo-patologiczne:

1. Meningitis tuberculosa—postać zwykła.
2. Tuberculosis miliaris meningum, trudna do odróżnienia od poprzedniej.
3. Meningitis tuberculosa circumscripta, częściej spotykana u dorosłych.
4. Meningitis non follicularis.

Klinicznie gr. zapalenie opon przebiega odrębnie u niemowląt oraz w przebiegu daleko posuniętej gruźlicy innych narządów.

Rozpoznanie kliniczne może być trudne przy niepełnym zespole objawów. W rozpoznaniu różniczkowym należy brać pod uwagę:

1. zapalenie opon innego pochodzenia,
2. inne schorzenia układu nerwowego,
3. wszelkie stany chorobowe, przebiegające z objawami oponowymi.

W końcu J. omawia właściwości płynu mózgowo-rdzeniowego w gruźliczym zapaleniu opon i ich wartość rozpoznawczą.

Dyskusja nad referatami prof. Groera i Jonschera.

Dr. Prokopowicz-Wierzbowska: prawie we wszystkich przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych stwierdzamy dodatni odczyn Pirquet'a, co stoi w sprzeczności z danymi z literatury o zanikaniu tegoż odczynu w przebiegu meningitis Tbc.

Dr. Brokman: Alergja ustroju jest cechą złożoną. Znamy tylko jedną stronę jej, wyrażającą się w odczynie tuberkulinowym. W patogenezie prosówki załamanie się tej cechy obronnej nie zdaje się być decydującem, bowiem zarówno prosówka jak i meningitis Tbc. występuje zazwyczaj u osobników z dodatnim odczynem tuberkulinowym. Należy przypuszczać, że mamy tu do czynienia z załamaniem się pewnej własności obronnej ustroju, istota której jest nam jeszcze nieznana.

Dr. K. Zieliński: w badaniach nad gruźlicą opon mózgowo-rdzeniowych należałoby uwzględnić lityczną działalność krwi a jeszcze bardziej płynu mózgowo-rdzeniowego. Tę ostatnią stwierdzano niejednokrotnie w pracach klinicznych (Tilli, K. Zieliński) jak również i w pracach laboratoryjnych (Flatau—Zylberlast—Zandowa—Margulies).

Dr. Mogilnicki: spostrzeżenia Marfan'a wykazują, że pewna ilość dzieci po wyleczeniu skrofulozy, przebiegającej z nieznaczną gorączką, zyskuje odporność i rzadziej zapada na gruźlicę płuc.

W sprawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego w gruźliczym zapaleniu opon dla celów rozpoznawczych jedynie pewną rzeczą jest znalezienie prątków Koch'a w płynie.

Dr. H. Frenklowa spostrzegła 2 przypadki mieszanego zakażenia opon gruźlicznego i meningokokowego, w których płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał leukocyty wielojądrowe. Przy różniczkowaniu gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych należy pamiętać o durze brzuszonym oraz niektórych postaciach surowiczego zapalenia opon. Obecność prątków gruźliczych we krwi uważa za objaw częsty u dzieci.

Prof. Fr. Groer: Nie należy łączyć anergji z ujemnym odczynem Pirquet'a. Dodatni odczyn Pirquet'a jest tylko jednym z objawów pozakażeńowych. Z innych należy wymienić zmiany w układzie wegetacyjnym i krwiotwórczym. Zapominamy o zmianach ścianki naczyń. Pewnych prac co do litycznego działania krwi na bakcyle Kocha brak, prawdopodobnie silniej działa komórka. Stwierdzenie laseczników we krwi jest objawem banalnym. Odczyn Widala w gruźliczym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych jest często dodatni.

Prof. K. Jonscher w odpowiedzi zaznacza: brak laseczników w płynie mózgowo-rdzeniowym wkrótce po ich zastrzyknięciu do przestrzeni podpajęczynowej psa nie przemawia zupełnie za własnościami bakterjolitycznymi płynu; w przypadkach prosówki bez zmian w oponach badanie mikroskopowe wykryłoby napewno obecność zmian gruźliczych. Dodatni odczyn zlepnny w stosunku do lasecznika duru brzuszego występuje często nie tylko w gruźliczym zapaleniu opon rdz., lecz w gruźlicy wogóle, jak to J. wykazał już w roku 1915. Stwierdzenie w płynie m. rdz. laseczników Koch'a nie jest konieczne do rozpoznania gruźliczego zapalenia opon rdz. We wszystkich przypadkach wyleczonego zapalenia opon, zestawionych przez Craviota i Bockala w płynie stwierdzono obecność laseczników Koch'a. A chcąc być bezwzględnie ścisłym należy wymagać nie bakterjoskopowego stwierdzenia laseczników lecz dodatniego wyniku zastrzyku świnicy morskiej. Przy omawianiu różniczkowania gruźliczego zapalenia opon m. rdz. referent umyślnie nie uwzględnił poszczególnych chorób zakaźnych, gdyż wszystkie one mogą dać powód do wystąpienia objawów oponowych.

POSIEDZENIE III.

Wtorek 14-VII. godz. 9.  
Wspólnie z Sekcją XXVIII. (Higiena).

POSIEDZENIE IV.

Wtorek 14-VII. godz. 15.  
Wspólnie z Sekcją XXVIII. (Higiena).

POSIEDZENIE V.

Środa 15. VIII. godz. 9.  
Przewodniczący — W. Jasiński.  
Honorowi przewodniczący } Trenkner.  
  } Szaniawski.

1. **T. Kopeć.** (W-wa).—Gruźlica wieku dziecięcego w świetle liczb (referat programowy). (Będzie drukowany w Pedjatrji Polskiej)

Autor opracował materiał szpitala im. Karola i Marii dla dzieci w Warszawie dwa razy. Pierwotnie materiał całkowity, zarówno przychodni jak stały obejmujący 21.424 schorzenia wieku dziecięcego nie wybierane w ten lub inny sposób, lecz zanotowane w aktach szpitalnych tak, jak je życie przyniosło w latach 1913, 14 i 15. Ten materiał, podzielony na grupy w zależności od rodzaju cierpienia a rozpatrywany z punktu widzenia płci i wieku dziecka, pozwala z jednej strony orjentować się w chorobowości wieku dziecięcego wogóle, z drugiej — rzuca światło na rolę i udział gruźlicy w tej sprawie. Następnie autor opracował już tylko gruźlicę, wszystkie przypadki leczone na oddziałach szpitalnych w czasie od 1913 — 24 roku łącznie. W ten sposób zebrał materiał, złożony z 3,200 przypadków, który zobrazował w całym szeregu wykresów i krzywych. Rzucają one światło na zagadnienia tej miary, co przebieg i zależność gruźlicy od umiejscowienia schorzenia, od płci i wieku dziecka, od pory roku i warunków życia w czasie przed, podczas i po wojnie.

Po wykazaniu jak bardzo szerokie kręgi zatacza gruźlica wśród dzieci, jak bardzo wzmaga się ona po wojnie autor przechodzi do omówienia zasadniczych stron walki z gruźlicą, polegających na zapobieganiu chorobie i wreszcie formułuje wnioski, które zdaniem jego mogą uczynić walkę z gruźlicą bardziej niż dotąd skuteczną.

2. **R. Stankiewicz.** (W-wa).—Diagnostyka gruźlicy prosówkowej u dzieci (będzie drukowany w Pedjatrji Polskiej).

Referent omawia: podział kliniczny gruźlicy prosówkowej u dzieci główne jej postaci, trudności rozpoznawcze, rokowanie, spostrzeżenia własne.

3. **H. Brokman.** (W.wa).—Podłoże patogenetyczne różnych postaci zapalenia gruźliczego otrzewnej. (Będzie drukowany w *Pedjatrii Polskiej*).

Na zasadzie przypadków, spostrzeganych w Klinice Chorób Dziecięcych i Szpitala im. Karola i Marji dla dzieci, przeprowadzona zostaje granica, dzieląca pod względem cech klinicznych poszczególne postaci gruźliczego zapalenia otrzewnej. Każda z tych postaci posiada określone podłoże patogenetyczne, warunkowane stanem alergji ustroju w stosunku do lasecznika gruźlicy.

#### D y s k u s j a:

nad referatami pp. Kopia, Stankiewicza i Brokmana.

Dr. Roszkowski podaje dane, dotyczące gruźlicy w szkołach powszechnych miasta stoł. Warszawy. Liczba dzieci w szkołach tych wynosi około 70 tysięcy co stanowi blisko  $\frac{1}{12}$  część ludności Warszawy. Wśród nich było: 1) dzieci chorych na gruźlicę płuc  $\frac{1}{7}^0\%$ , 2) dzieci podejrzanych o gruźlicę płuc  $6,4^0\%$ , 3) dzieci chorych na gruźlicę kości, gruczołów i skóry  $1,4^0\%$ , 4) dzieci z powiększonymi gruczołami okołoskrzelowymi  $6,3^0\%$ .

Dalej R. zaznacza, że Sekcja Higieny Szkolnej, walcząc z gruźlicą, wysłała około 3000 dzieci szkolnych na kolonie i półkolonie, utrzymywała 236 dzieci w Ciechocinku, 94 w Busku, 43 w sanatorium w Zakopanem przez 6 miesięcy, 27 dzieci po 2 miesiące w Smukale i 12 dzieci w Małorytem.

Zwraca uwagę na częste występowanie odczynu dwuazowego w gruźlicy prosówkowej (na 11 przypadków, obserwowanych przez siebie, w 10 był stale obserwowany odczyn dwuazowy, który się wzmagał w natężeniu przy postępowaniu cierpienia), gruzełków na naczyniówce nie spotykano, mimo wystąpienia w 4-ch przypadkach meningitis Tbc.

Dr. Garbaczewski: Śmiertelność w gruźlicy w roku 1917 była bardzo duża. W roku 1924 zmarło na gruźlicę w Łodzi  $30^0_{000}$ , we Lwowie  $35^0_{000}$ , w Lublinie  $38^0_{000}$ .

Dr. Frenklowa: W rozpoznaniu różniczkowym między prosówką gruźliczą a dudem brzuszny należy wykonywać odczyn Vidala kilkakrotnie i sprawdzić zmiany nasilenia, jak również robić posiew na żółci.

Podział gruźliczego zapalenia otrzewnej w postaci, omawianej przez prelegenta, jest identyczny z dawnym klinicznym podziałem tego cierpienia. Zaznacza istnienie odmiennej postaci wysiękowego zapalenia otrzewnej, której dominującym objawem jest powiększenie wątroby.

Dr. Mogilnicki: Opierając się na dużym materiale szpitala Anny Marji, potwierdza fakt, stwierdzony przez prelegenta, że gruzełki

na dnie cka w przebiegu gruźliczego zapalenia opon i prosówki zdarzają się bardzo rzadko — dla rozpoznania wskutek tego nie mają znaczenia. Co się tyczy danych kol. Kopcia uważa, że statystyki szkolne i szpitalne dla gruźlicy wieku dziecięcego są zbyt optymistyczne, bo do szkół już dzieci z daleko posuniętą gruźlicą nie są przyjmowane, a w szpitalach dzieciom z gruźlicą aż nadto często odmawia się przyjęcia na skutek braku miejsca na odpowiednim oddziale.

Dr. Stankiewicz: Odczyn dwuazowy jak i urochromogenowy nie ma decydującego znaczenia w różniczkowym rozpoznaniu prosówkowej gruźlicy u dzieci. Może ten odczyn mieć znaczenie tylko wtedy, jeżeli zespół objawów przemawia za gruźlicą.

Nasilenie się wskaźnika aglutynacyjnego przemawia za durem; w wątpliwych przypadkach rozstrzyga badanie krwi (posiew na żółci).

Obecność gruzelków na naczyniówce w przebiegu prosówkowej gruźlicy jest rzadkością. Częściej nie spotykamy gruzelków wcale. Spostrzeżenia Mogilnickiego są zgodne z wynikami badań referenta-

Dr. H. Brokman: Prostuje, iż nie mówił o kilkudniowym trwaniu postaci wysiękowej, a jedynie o szybkim znikaniu wysięku. Postać ciężka daje nieraz, choć rzadko, wyzdrowienie, lecz pozostawia zazwyczaj trwałe zmiany anatomo-patologiczne. Odrębna postać, o której istnieniu mówiła kol. Frenklowa, nie jest, należy wnosić, dotąd dostatecznie zróżniczkowana pod względem klinicznym. Podział kliniczny oczywiście nie jest zasługą prelegenta. Nowem w ujęciu jest: 1) stwierdzenie naogół odmiennej patogenetyki obydwu postaci; wysiękowa powstaje na skutek zakażenia otrzewnej drogą krwionośną; postać druga na skutek zakażenia otrzewnej z narządów sąsiednich. 2) Uzależnienie występowania jednej lub drugiej postaci od stanu alergji ustroju. Przytoczenie w referacie pewnych skądinąd znanych objawów klinicznych uległo odmiennemu ugrupowaniu dla przeprowadzenia dowodu, że wszystkie te objawy można rozpatrywać z punktu widzenia zdolności ustroju do dawania tego lub innego odczynu na bodziec chorobotwórczy. Z chwilą, gdy na zasadzie odczynów biologicznych oraz objawów klinicznych ocenimy należycie chorego co do stanu jego alergji w szerokim znaczeniu tego słowa, potrafimy postawić właściwe rozpoznanie co do postaci zapalenia otrzewnej w tych przypadkach, gdzie same tylko objawy ze strony jamy brzusznej nie dają jasnego obrazu.

W dalszym ciągu Sekcja Pedjatryczna XXII. Zjazdu Lekarzy Przyrodników Polskich uchwaliła w sprawie zwalczania gruźlicy wśród dzieci wnioski następujące:

Walka z gruźlicą jako klęską społeczną winna w pierwszym rzę-



dzie uwzględnić działalność zapobiegawczą, która musi być prowadzona w dwóch kierunkach:

A) W kierunku niedopuszczenia do masowego zakażenia dzieci od pierwszej chwili ich życia.

B) w kierunku zapobiegania rozwojowi gruźlicy jako choroby wśród dzieci już zarażonych.

- ad A)
1. Pożądane jest dążenie do uodporniania noworodków przeciw gruźlicy metodą Calmette'a.
  2. Należy dążyć do zabierania noworodków, pochodzących ze środowisk gruźliczych i umieszczania ich w rodzinach zdrowych (metoda Grancher).
  3. W szkołach średnich w dziale higieny uwzględnić naukę o gruźlicy, o sposobach zakażenia się i zapobiegania.
  4. Wprowadzić kontrolę krów, mleka i produktów spożywczych mogących zawierać zarazki gruźlicze.
  5. Żądać odłączenia niemowląt od piersi matek, chorych na gruźlicę, i usuwać te matki od bezpośredniej opieki na dziećmi.
  6. Kontrolować stan zdrowia mamek, nianiek i wogóle personelu wychowawczego w domach prywatnych i wszelkich instytucjach, opiekujących się dziećmi.
  7. Walczyć z ciasnotą i przeludnieniem mieszkań.

- ad B)
8. Dbać o to, aby nasze dzieci nie cierpiały głodu, dożywać, gdy zajdzie potrzeba.
  9. Zapewniać dzieciom naszym dość miejsca do zabawy na świeżem powietrzu, popierać sporty,
  10. Zapobiegać szerzeniu się chorób zakaźnych wśród dzieci a zwłaszcza odry i krztuśca.
  11. Rejestrować wszystkie przypadki zakażenia gruźliczego wśród dzieci w instytucjach opiekuńczych, wychowawczych i w szkołach, posiłkując się znanymi metodami biologicznymi (próba Pirquet'a).
  11. Rejestrować wszystkie przypadki gruźlicy wśród dzieci w domach prywatnych, instytucjach opiekuńczych, wychowawczych, w szkołach, przychodniach i szpitalach dziecięcych.
  13. Otwierać przychodnie przeciwgruźlicze, stacje klimatyczne kolonje lecznicze, zakłady—uzdrojowiska i sanatoria dla dzieci gruźliczych.
- 
-

## XXI. Sekcja stomatologii.

Przewod. H. Wilga.

Sekretarz A. Ujejski.

POSIEDZENIE I. (plenarne).

Poniedziałek 13.VII. godz. 9.

Dnia 13-go lipca 1925 roku przewodniczący sekcji stomatologii komitetu organizacyjnego Prof. Dr. H. Wilga otwiera pierwsze jej posiedzenie serdecznie witając zebranych (na listach obecności 300 podpisów).

Prof. Wilga zaznacza, że sekcja stomatologii XII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich jest zarazem II-gim Naukowym Zjazdem Lekarzy—Dentystów i po raz pierwszy odbywa się w stolicy Odrodzonej Niepodległej Polski. Następnie przewodniczący życzy Sekcji owocnej pracy dla dobra Polskiej Dentystyki. Komunikując o ilości zgłoszonych referatów, proponuje na jeneralnego przewodniczącego obrad Sekcji Prof. D-ra A. Cieszyńskiego ze Lwowa, na honorowego przewodniczącego Prof. D-ra W. Łepkowskiego z Krakowa, na zastępcę przewodniczącego D-ra E. Mancewicza—zastępcę profesora katedry stomatologii w Wilnie. Kończąc swoje przemówienie komunikuje zebrany przewidziany przez komitet organizacyjny porządek obrad w podsekcjach.

Zebrani przyjmują przez aklamacje porządek obrad i zaproponowane kandydatury.

Prof. D-r. A. Cieszyński serdecznie wita zebranych, wybór przyjmuje i dziękuje za niego. Następnie powołuje na generalnego sekretarza D-ra H. Allerhanda. (Lwów) i do współpracy przy sekretarowaniu, Sekretarza komitetu organizacyjnego lek. dent. A. Ujejskiego (W-wa).

Zebrani jak i poprzednio przez aklamację zatwierdzają sekretarzy i przyjmują zaproponowany regulamin sekcji.

Następnie Prof. A. Cieszyński proponuje powołać przewodniczących i sekretarzy na poszczególne posiedzenia,

Powołani zostali: Lek. dent. Bobrowska, D-r. Brennejsen, Dr. Brzeziński, Lek. dent. Essigman, Lek. dent. Glikman, Lek. dent. Gombiński, Dr. Gorczyński, D-r Nacher, Lek. dent. Jarząb, Lek. dent. Ogórkowski, Dr. Raczyński, Lek. den. Sachs, Lek. dent. Swiderski, Dr. Wodniecki, Dr. Zeńczak.

Po załatwieniu strony formalnej przystąpiono do wysłuchania referatów naukowych. Wogóle zgłoszono było referatów 61. Z różnych przyczyn 12-tu referatów niewyłożono.

**1. H. Gorczyński.** (Lwów). — Sprawy ropne jamy ustnej w oświetleniu bakterjologicznem (na podstawie przypadków klinicznych).

Autor stosownie do wziętej ropy i zależnie od objawów klinicznych podzielił wszystkie przypadki na 3 grupy:

I gr. — przypadki ostre o przebiegu stosunkowo złośliwym: objawy miejscowe wyraźnie uwydatnione (obrzęki, nacieki, ropne); t<sup>o</sup> podwyższona.

II gr. — przypadki ropne, przewlekłe w okresie zaostrozonym, wyjęte ze zgorzelą miazgi (zęby z zapaleniem okołoszczytowym); badanie zawartości ziarniniaka.

III gr. — przypadki ropocieku zębodołowego.

Ropę badano drobnowidzowo i szczepiono na pożywkach, stwierdzono: prócz obfitej ilości elementów morfolog. ziarenkowce (koki), laseczniki różnokształtne, czasem krętki.

Najczęściej wyhodowano: pneumokoka, stafilocoka białego, streptokoka zieleniejącego, a niekiedy prątek błonnicy (bac. diphtheriae). Inne przypadki dały wyniki ujemne. Najbardziej ropotwórczego drobnoustroju gronkowca złocistego nie stwierdzono ani razu. Zastępuje na uwagę fakt, iż przypadki kliniczne o przebiegu stosunkowo ciężkim bakterjologicznie wykazywały drobnoustroje mniej złośliwe i odwrotnie. Doświadczenia przeprowadzono na białych myszach, którym wstrzykiwano odpowiednie dawki wyhodow. drobnoustrojów. Zachowanie się myszy po wstrzyknięciu oraz wyniki sekcji anatomicznej stanowią dalszy temat pracy autora.

#### D y s k u s j a :

S. Essigman: Odnośnie referatu dr. Gorczyńskiego uważać muszę, że twierdzenie p. prelegenta, że współzycie bakterji potęguje ich żywotność infekcyjną jest niesłusznie uogólnione, gdyż jak wykazały badania bakterjologiczne, współobecność różnych bakterji doprowadza często nietylko do osłabienia, lecz nawet do zaniku żywotności tych bakterji

2. **J. Jarzab.** (Lwów). — Żywotność drobnoustrojów po odkażeniu przewodów korzeniowych.

Wyjaławianie przewodów korzeniowych różnemi środkami przeciwnilnemi, aczkolwiek klinicznie daje dobre wyniki, bakterjologicznie jednak nie jest całkowite: po 2—3 mies. daje się stwierdzić obecność drobnoustrojów, które należy przypuścić, dostają się tam przez otwór szczytowy, lub też, że odkażenie nie jest dokładne. Autor drogą badań bakterjologicznych stwierdził, iż drobnoustroje znajdują się głęboko w kanalikach zębinowych po wyleczeniu przewodów korzeniowych; po pewnym czasie przedostają się ponownie do przewodu. Wypełnianie tegoż odnośną pastą przeciwnilną i zablokowanie kanalików do szczytu korzenia jest trudne do osiągnięcia, czy to przy ucisku wacikiem, czy też przez upychanie igłą Millera (badania roentgenologiczne). Zakażenie wtórne jest tu możliwe i prowadzi do schorzeń ożębnej

Że zjawisko to nie jest często spotykane, zależy to od tego, iż drobnoustroje, które przebywają czas dłuższy w warunkach niedogodnych dla swoich procesów życiowych, osłabione środkami przeciwnilnemi, tracą zupełnie swoją żywotność i własności chorobotwórcze.

Autor doświadczałnie stwierdził na myszach, iż wydobyte z przewodów gronkowce i paciorkowce przed jego leczeniem i wstrzyknięte do otrzewnej myszy, powodowały ciężkie schorzenia a nawet śmierć; też same drobnoustroje wydobyte po leczeniu przewodu bardzo słabo wyrastały i nie powodowały klinicznie żadnych dostrzegalnych objawów chorobowych.

#### Dyskusja:

S. Essigman. Referent wnioskuje na mocy badań zębów że bakterje znajdujące się w kanałach zębów poddanych „impregnacji“ zostają osłabione na skutek działania wprowadzonego preparatu antyseptycznego. Twierdzenia, czy zęby te zostały impregnowane danym środkiem, nie potwierdził żadnemi danemi.

3. **M. Zeńczak.** (W-wa). — Niemożność zastąpienia metali szlachetnych stopami nieszlachetnych w protetyce dentystrycznej.

W literaturze dentystrycznej spotykane badania nad zastępkami metali szlachetnych dotyczy stopów fabrycznych, poszczególnie ich wartość określających (Kosmos — Friebe, Randolf—Wejkart, Wiktorja—Weyland i t. p.)

Przy pomocy badań metalograficznych możemy lekko dojść do wniosku, że stopy metali nieszlachetnych nie będą w zachowaniu się w jamie ustnej równowartościowe szlachetnym (złoto, platyna, palladium, irydium). Każdy inny metal ulega przemianom chemiczno elek-

trolitycznym pod działaniem soków jamy ustnej i, rozpuszczając się, daje odnośne objawy zatrucia. Według stopni rozpuszczalności dają się metale kolejno ugrupować od znaczniejszego począwszy ku mniejszemu. Magnesia, Aluminium, Mangan, Cynk, Żelazo, Kadm, Kobalt, Nikiel, Ołów, Cyna, Antymon, Bismut, Miedź, Rtęć, Srebro.

W stopach rozpuszczalność może być większą niż wynikałoby z istoty samych składników. Jeśli stop tworzy mieszaninę kryształów niejednorodnych powstają prądy galwaniczne zwiększające rozpuszczalność.

Dobre zachowywanie koloru w noszeniu protezy z metali nieszlachetnych jest tylko pozorem dobroci, bo odbywa się kosztem rozpuszczalności powierzchni tegoż, a tem samem zatruwa organizm.

Wobec powyższego używanie stopów metali nieszlachetnych w protetyce dentystrycznej powinno być ustawowo wzbronione.

4. **H. Gelbard.** (W-wa).—Nowoczesne metody leczenia i plombowania korzeni zębowych.

Na mocy całego szeregu prac eksperymentalnych, bakteriologicznych, histologicznych i roentgenograficznych, które wykazały, że stare metody leczenia zębów nie są już wystarczającymi, a nawet więcej przynoszą szkody, niż pożytku, powstały nowe metody, które dostały się do nas z Ameryki. Statystyka Billinga i Rosenbauma wykazała, że od 87,5 do 95% waha się procent z cierpieniami chronicznymi wierzchołka zębów leczonych i plombowanych według zasad starych metod.

Eksperymentalne prace amerykańskich lekarzy (Rosenow, Miller, Billing) również zniewoliły i naszych lekarzy do przejrzania starych metod, ponieważ według ich wyników zęby leczone w 50% są źródłem różnych ostrych i chronicznych infekcyjnych chorób, tworząc wokół siebie „fokale infection—orale sepsis“.

Nowoczesna metoda leczenia zębów dość skomplikowana, lecz rezultaty są lepsze i pewniejsze. Trudności w leczeniu zębów są natury anatomicznej, t. j. miazga na wierzchołku ma różne rozgałęzienia i przy usuwaniu takowej zawsze zostają resztki ( $\frac{1}{3}$  — 3 mm.) i dlatego nazywają ekstyrpację tylko głębszą amputacją.

Badania Stitzla, Müllera i Lipschitza wykazały, że całkowitego sondowania kanałów nie można osiągnąć: w 30 — 45 — 60%.

Resztki miazgi aseptyczne wskutek wrastania przez apex periodonta podlegają wessaniu, a sam periodont w kanale wskutek metalplasi przechodzi w cement wtórny, co jest pożądaną biologiczną reakcją. Infekowane resztki nie dają wtórnego cementu, a podtrzymują chroniczne wierzchołkowe cierpienie.

Obecnie najwięcej znane są metody Printza, Heinemana, Schrödera, Wolfa. Metody te oparte są na aseptyce w robocie i na nowych skombinowanych instrumentach pomocniczych w leczeniu.

Posługują się oni również bakterjologiczną i roentgenologiczną kontrolą przy leczeniu zębów.

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek, 13. VII. godz. 15.

1. **N. Bronsztein.** (Szczecbrzeszyn). — O ziarniniakach i torbielach przy zębach jednokorzeniowych oraz ich leczeniu zachowawczem.

Autor omawia sprawy schorzeń tkanek okołowierzchołkowych zębów ze zgorzelą miazgi (periodontitis, periostitis, osteomyelitis). Ropnie dziąsłowe, czyli dziąsłaki (parulis) dzięki cienkiej ściance zewnętrznej wyrostka zębodołowego najczęściej występują po stronie wargowej resp. policzkowej. Ropa niekiedy przedostaje się do okolic nosa (z siekaczy i kłów), lub do zatoki szczękowej (z dwuguzkowców i trzonowców) lub nawet dalej; w okolicy dolnej szczęki na skutek przedostania się ropy do okolic licznych miękkich tkanek powstaje ropówka szyi (angina Ludovici); wynikiem spraw ropnych są również przetoki, jak i martwaki; nierzadkie są przetoki zewnętrzne (na policzku, podbródku i t. d.). Paljatywne leczenie omawianych ropni niewiele skutkuje. Wokoło wierzchołków korzeni zębów ze zgorzelą miazgi, która nie uległa ostrym komplikacjom, często powstają t. zw. ziarniniaki, które po odpowiednim leczeniu zęba mogą ulec zabliznieniu; rozchwiany ząb może ponownie się wzmocnić. W stadjach posuniętych leczenie ziarniniaków polega na usunięciu zęba i wyłęczkowaniu zębodołu. W dalszym rozwoju ziarniniak może się przekształcić w torbiel, proces taki trwa całe lata i powoduje szereg zmian (uwypuklenie kości i t. d.).

Torbiele pochodzenia zapalnego w odróżnieniu od torbieli wskutek zwyrodnienia zawiązkowego są przeważnie nieznacznego rozmiaru i wypełnione cieczą. Przy rozpoznawaniu ważną rolę odgrywa zdjęcie roentgenologiczne. Zmiany okołowierzchołkowe zębów mają ważne znaczenie w stosunku do chorób ogólnych różnego rodzaju (anemja, bóle głowy, nerwobóle i t. p.). Leczenie ziarniniaków i torbieli chirurgiczne (odcięcie wierzchołka i wyskrobanie ziarniny i t. d.). Uprzednie wyleczenie danego zęba ma ważne znaczenie. Wstrzykiwanie presojodu ułatwia zadanie zachowawczego leczenia zmian okołowierzchołkowych.

2. **H. Wilga.** (W-wa). — Zapalenia ozębnej w stosunku do zakażenia ustnego.

Autorom amerykańskim należy się uznanie za ustalenie faktu ustnego zakażenia ustroju. Jednak niebezpieczeństwo tego zakażenia jest bardzo przesadzone. Jednym z najbardziej częstych ognisk wspomnianego zakażenia uważają autorowie ci przewlekłe zapalenia wokół szczytów korzeni zębów. Bliższa wszakże znajomość z anatomją patologiczną przewlekłych zapaleń ozębnej z charakterem klinicznym oraz bakterjologją ich wykazuje, że niebezpiecznym z tych zapaleń jest tylko pericementitis chron. purulenta. Dwa inne zaś pericementitis fibrosa (pochodzenia urazowego) oraz pericementitis granulomata a) granuloma simplex, b) granuloma epitelialis nie stanowią ognisk zakaźnych, o ile nienastąpiły wtórne komplikacje.

3. **J. Jarzab.** (Lwów). — Cement z thymolem Cieszyńskiego, jako podkład pod wypełnienia.

Wpływ ujemny wypełnień (plomb) krzemowych na miazgę jest znany i zależy od kwasu fosforowego cementu, który nawet po 48 godzinach po rozrobieniu (a nawet dłużej) pozostaje w stanie wolnym. Ochronę przeciw tym zgubnym wpływom stanowią podkłady. Dobry tego rodzaju podkład stanowi cement cynko-fosforowy z małym dodatkiem thymolu; podkład ten posiada własności bakterjobójcze, zobojętnia wolny kwas fosforowy, działa pobudzająco na komórki zębinotwórcze, wytwarza wtórną zębinę, która zabezpiecza przed zgubnym wpływem kwasu. Powyższy podkład prof. Cieszyński stosuje od lat 12 z dodatnim wynikiem. Badania stwierdziły, iż thymol nie wchodzi w związki chemiczne z kwasem fosforowym i nie wpływa na czas łączenia się z proszkiem; najczulszemi metodami thymolu nie można wykryć w kanalikach zębinowych; bakterjobójcze działanie jego zaznacza się tylko w okresie twardnienia cementu, dopóki jest w stanie rozpuszczonym. Sam kwas fosforowy cementu posiada własności rozpuszczania białka, a więc drogą włókienek Thomesa może uszkodzić miazgę; thymol o własnościach ścinania białka przeciwdziała temu, zaczipowując ujścia kanalików zębinowych na całej powierzchni ubytku.

Cement z thymolem Cieszyńskiego pozostaje jałowym; stanowi więc zaporę przeciw wtargnięciu drobnoustrojów wgłąb kanalików zębinowych w przypadkach, gdyby szczelność wypełnienia została utracona, przeszkadza więc wtórnemu zakażeniu.

#### D y s k u s j a:

G r a b m a n zapytuje, czy stosowanie cementu cynko fosforowego z thymolem, lub bez tego, ma miejsce przy jednakowej głąbo-

kości ubytku i w bliskości miazgi we wszystkich przytoczonych przez prelegenta przypadkach?

Prelegent Jarząb zaznacza, iż po osuszeniu ubytku alkoholem thymolowym warstewka thymolu, którym ubytek się powleka, może z czasem drogą protoplazmatycznych włókienek przedostawać się do miazgi i ją uszkodzić, tak np. szkodzi miazdze wkładka trójkrezolformalinowa, umieszczona w bliskości miazgi; w cemencie działanie to zamyka się automatycznie.

A. Mokrzycki. W-wa. Sprawa podkładu pod wypełnienia, zwłaszcza krzemowe, nie została dotychczas ostatecznie rozstrzygnięta, nie rozwiązuje jej i proponowany przez prelegenta cement thymolowy. Szkodliwe działanie na wypustki Thomesa cementów cynko-fosforowych jest znane. Czy dodanie thymolu skompensuje szkodliwe działanie kwasu fosforowego?

Na zebraniu w Tow. Lek. Dentystów Warszawskich, poświęconem temu zagadnieniu, wysunięto następujący podkład pod wypełnienia krzemowe: po przygotowaniu ubytku potraktować go spirytusowym roztworem thymolu, po osuszeniu powlec cienką warstwą chloroperchy, na ostatnią zaś, jeszcze wilgotną położyć cienki listek blaszki złotej, a na nią dopiero masę użytą do wypełnienia.

Spirytusowy roztwór thymolu używamy również dla osiągnięcia znieczulania nadwrażliwej zębiny; thymol ma własności przyzegające.

Gdy mowa o znieczuleniu zębiny—skorzystam ze sposobności, by podzielić się z Sz. Kolegami mojem spostrzeżeniem; zauważyłem mianowicie, że chory, żywo reaguje na osuszanie zębiny ciepłym powietrzem, rzucaniem na pole operacyjne przy pomocy dmuchawki, nie odczuwa bólu, gdy do tegoż pola zbliżamy zegadło platynowe; jeśli będziemy go zbliżali zwolna, stopniowo, to możemy osiągnąć znieczulenie zębiny (przez osuszenie) nie zadając choremu bólu, aczkolwiek ciepota powietrza, otaczającego pole operacyjne będzie większa, niż rzucanego nań dmuchawką.

Z powyższego wynika, możnaby to ustalić doświadczalnie, że przez stopniowe nagrzewanie, tak jak i przez stopniowe oziębianie da się osiągnąć znieczulenie nadwrażliwej zębiny. Metodę ostatniego zabiegu podałem w r. 1921. (Przegląd Dentystyczny Nr. 4, 5, i 6 1921 r.) O tym sposobie pisał potem Faber i inni, ostatni sporządził do tego celu odpowiedni aparat.

H. Wilga: Prelegent poleca pod plomby krzemowe, jako podkład, cement fosforowy z thymolem. W takim podkładzie jedynym dodatnim czynnikiem jest thymol, który ścinając proto-



plazmę włókien Thomesa stwarza izolacyjną warstwę, ochroniającą miążgę od podrażnień. Ale wiemy, że thymol działa na protoplazmę tylko w roztworze, połączony zaś z cementem fosforan, w momencie jego krystalizacji traci tę swoją własność. Dlatego niema racji robić takiego połączenia.

4. **B. Zakrzewska.** (W wa). — Sucha sterylizacja drobnych instrumentów dentystycznych w/g. prof. Prinz'a.

Nie opisuję budowy wyjąławiacza prof. Prinz'a, ponieważ jest znana. Temperatura roztopionego stopu wynosi od 170—180 C.

Próby bakterjologiczne:

Do I-szej próby brałam igiełki Millera fabryczne nieinfekowane, przed sterylizacją pokrywałam waseliną, aby nie przylepiały się cząsteczki metalu. Próby robiłam w różnym czasie 3 igiełkami:

1	igiełka	w ciągu	30	sekund,
2	"	"	1	minuty,
3	"	"	2	"

Następnie robiłam posiewy na płynnej pożywce buljonowej. Po tem wstawiałam posiewy do ciepłarki na 1 dobę. Makroskopowe badania nie wykazały zmętnień.

Do drugiej próby brałam igiełki z masami zgorzelinowemi, postępowалам tak jak w poprzedniej próbie.

1	igiełkę	sterylizowałam	w ciągu	30	sekund
2	"	"	"	1	minuty
3	"	"	"	2	"

Makroskopowe badania nie wykazały zmętnień, dopiero po kilku dniach w probówkach, w których igły były zanurzone tylko częściowo, końce pokryły się rdzą i na dnie zjawił się osad, podobny do pleśni. Badanie mikroskopowe posiewów wykazało skupienie, grudki bez morfologicznej budowy. Było to skupienie buljonu. Przeszczepienie buljonu na pożywkę stałą nie wykazało wzrostu żadnych drobno-ustrojów.

5. **K. Szepelski.** (W-wa). — O sposobach operacyjnych torbieli jamy ustnej.

Torbiel klinicznie została opisana już w roku 1654, natomiast operacyjne leczenie torbieli nie było jeszcze uporządkowane. Dopiero koniec 19 wieku podaje już pewien system, a w 20 wieku, dzięki głównie Partschowi, posiadamy dwa operacyjne sposoby leczenia torbieli:

1<sup>o</sup> — klasyczny t. zw. „z wglowieniem“ i 2<sup>o</sup> — radykalny, polegający na zupełnym wyłuszczeniu mieszka torbieli.

Ze względu na szybkość gojenia się należałoby stosować zawsze sposób radykalny, jednakże daje on czasem karygodne komplikacje np. uszkodzenie miazgi sąsiadów i dlatego należy go nieco ograniczyć.

Ewentualne komplikacje w formie stworzenia powikłań z zatoką szczękową lub jamą nosową nie są groźne, gdyż dają się zlikwidować zwykłą drogą bez żadnych następstw.

### Dyskusja:

E. Mancewicz. Zastrzegam się co do wyluszczenia dużych torbieli w szczęce górnej, które swoim rozrostem zapełniają zatokę szczękową i odsuwają samą właściwą zatokę ku górze, bo wówczas łatwo może powstać urazowa komunikacja, która nie jest pożądana.

Nacher. Zbija wywody prof. Mancewicza o małych następstwach cyst w szczęce dolnej, podając przykład operowanej przez siebie cysty u 15 letniego chłopca w ramus ascendens mandib.

Stawia tezę, że przy lekkim wygięciu kości extyrpacja nie ma sensu, lecz tylko sprowadza do wałka.

A. Cieszyński. Extyrpacja torbieli w żuchwie przyczynia się do porażenia nerwu żuchwowego.

A. Meissner. Największem niebezpieczeństwem przy wyluszczeniu torbieli jest możliwość uszkodzenia gałązek naczyń krwionośnych i nerwów, prowadzących do sąsiednich zębów.

Nie widywano także na Oddziale Chir. P. I. D. zaburzeń nerwu żuchwowego, spowodowanych rozrastaniem się torbieli. Natomiast spotykano uszkodzenia nerwu żuchwowego przy wyluszczeniu takich rozległych torbieli.

6. **A Meissner.** (W-wa). — Własny sposób operatywnego postępowania w leczeniu torbieli jamy ustnej.

Operacyjne leczenie torbieli w jamie ustnej sposobem Partscha, leczenie ogólnie znane, powszechnie stosowane, wykazuje w niejednych razach, mianowicie przy wielkich torbielach, niektóre braki.

Partsch stwarza jeden płat śluzówki, pokrywającej torbiel i włącza płat ten wgłąb torbieli, przytrzymując go zapomocą tamponu gazy jodoformowej.

Przy stworzeniu płata po jednej stronie powstaje na innych trzech stronach rana, która może się pokryć jedynie przez wytworzenie twardej blizny, mogącej zwęzać przedwcześnie otwór do torbieli.

Umocowanie płata za pomocą tamponowania jest łatwe w przeprowadzeniu.

Umocowanie może jednakowoż uciepnieć przy usuwaniu tamponu.

Modyfikacja podana w referacie wprowadza specjalne cięcie w formie dwóch „Y” zwróconych do siebie podstawą, za pomocą którego powstaje cztery płaty.

Stworzenie 4 płatów zapewnia pokrycie brzegów otworu torbielowego niezmienną śluzówką, oraz zapobiega przez to przedwczesnemu zwężeniu się otworu tego.

Dalsza modyfikacja polega na tem, że zamiast przytlaczania płata za pomocą tamponu umocowanie czterech płatów następuje za pomocą szwów.

Ten sposób umocowania przyczynia się do pewniejszego przyrośnięcia płatów do okrwawionego podłoża,

Zastosowanie modyfikacji tej jest wskazane mianowicie w przypadkach torbieli wielkich rozmiarów.

#### Dyskusja:

H. Gelbard. Recydywa torbieli najczęściej jest przyczyną niedostatecznego wyresekowania dolnego odcinka przedniej części torbieli, a nie z powodu gojenia się dolnej części drogą per secundam intentionem. Niejasne jest, w jaki sposób 4 płaty przyrastają do tylnej ścianki torbieli.

Raczyński. Ponieważ prof. Meissner pominął milczeniem sposób szycia płatów prosi o podanie opisu techniki szwów.

A. Cieszyński. Pomimo głęboko w torbieli sięgających korzeni nie należy przycinać korzeni zębów na wysokości dna torbieli. Przeprowadzam resekcję korzeni tylko zęba wywołującego torbiel.

7. **W. Cybulski.** (W-wa). — Uwagi o zastosowaniu fizykalnej terapii w schorzeniach jamy ustnej.

Z pośród fizykalnych metod pierwsze miejsce zajmują metody termiczne:

1. okłady zimne przy stanach zapalnych ostrych i po operacyjnych;

2. okłady wilgotne, rozgrzewające nie mają miejsca w schorzeniach jamy ustnej;

3. okłady suche gorące po zabiegach, gdy niebezpieczeństwo krwotoku minęło, przy obrzękach pourazowych, bólach neuralgicznych e. t. c.

Łączą się z tem nagrzewania za pomocą różnych lampek żarowych, lampa Solux i najsilniejszy z tych środków — djatermja.

Lampa kwarcowa znajduje zastosowanie tylko przy bieleniu zębów; przy gruźlicy w obrębie jamy ustnej, ogólne naświetlania lampą kwarcową lub miejscowo twarde promienie Roentgena dają lepszy rezultat.

Masaż jakkolwiek szeroko stosowany nie znajduje wskazań do zastosowania i winien być zupełnie zarzucony.

8. **Z. Bujanowska.** (W-wa). — Sposób przeprowadzania replantacji oraz wyniki, uzyskane na Oddziale Chir. P. I. D.

Na Oddziale Chir. w P. I. D. w ostatnim roku przeprowadzono 250 replantacji.

Statystyka roczna wykazuje, iż replantowano z dobrym wynikiem 93<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

7<sup>o</sup>/<sub>o</sub> wyników ujemnych tłumaczy się daleko ujętymi wskazaniami oraz brakami w technicznym przeprowadzeniu w pierwszym okresie doświadczeń. Replantację stosowano najczęściej w wypadkach przewlekłych spraw wytwórczych ozębnej przywierzchołkowej, nie nadających się do leczenia zachowawczego.

W sposobie przeprowadzenia replantacji wyodrębniamy 6 faz:

1. Przygotowanie instrumentów, pacjenta i lekarza,
2. Usunięcie zęba,
3. Przygotowanie zębodołu do replantacji,
4. Przygotowanie zęba,
5. Osadzenie zęba w zębodole,
6. Umocowanie zęba.

Dotychczasowe dobre wyniki zachęcają do zastosowania replantacji jako zabiegu, mającego na względzie zachowanie zęba, kiedy inne zabiegi albo zawiodą, albo nie przyrzekają dobrych wyników.

#### D y s k u s j a:

L. Sachs. Sądziłem, że od czasu, gdy operacja t. zw. resekcja wierzchołka korzenia zyskała sobie prawo obywatelstwa, replantacja zębów przeszła do historii. Tymczasem z referatu dowiedziałem się, iż na Oddz. Ch. P. I. D. jest szeroko stosowana.

Uznając, iż resekcja nawet dolnego trzonowca jest radykalniejszą mniej uciążliwą i mniej ryzykowną oraz łatwiejszą do wykonania operacją. Replantacja może być stosowana w celach dydaktycznych. W każdym bądź razie nie podzielam sposobu plombowania przewodów korzeniowych replantowanych zębów cementem, w tych wypadkach wypełnienie przewodu odpowiedniej grubości stożkiem ze słoniowej kości jest bardziej wskazane, wobec możliwości resorpcji wierzchołków korzeni, kiedy to cement jest czynnikiem drażniącym tkankę, kość zaś słoniowa dla żywej tkanki jest obojętną.

Podany przez p. D-ra M. przykład wykonania replantacji zęba mądrości, dla umożliwienia wykonania protezy mostkowej, uważam za niefortunny, gdyż użyto jako filar ten właśnie replantowany ząb mądrości z jednej strony i siekacz z drugiej, uważam w tym wypadku replantację za zupełnie niewłaściwą, bo trwałość tak zbudowanego mostku jest przesadzona i napewno gra nie warta była świeczki. Jako jeszcze jeden dowód wadliwości w założeniu systemu replantacji, muszę wskazać na ten ważny czynnik, iż potrzeba chirurgicznego leczenia zębów zachodzi wtenczas, gdy ząb wywołał schorzenia okołoszczytowe i w zębodole, tworząc w tym ostatnim większy lub mniejszy rozpad tkanki kostnej, wobec czego ząb pozbawiony jest ściślej łączności z zębodołem na dnie tegoż. Po replantacji korzenie zęba zamiast być oparte o twarde dno zębodołu, napotykają na pustkę, która dopiero po 2—3 miesiącach wypełnia się nową kostną tkanką. Ten właśnie objaw jest najmniej sprzyjający do umocowywania należącego replantowanego zęba.

A. Meissner. Skoro p. Sachs twierdzi, że replantacje należą do historii, to muszę sprostować, że nie zna najnowszej literatury; p. prof. Cieszyński wskazuje na możliwość wielkiej ilości złamań zębów podczas zabiegu replantacyjnego. Na to należy odpowiedzieć, że odsetek złamań jest minimalny.

Widocznie sposób ekstrakcji, oraz technika wyjmowania zębów obniża liczbę złamań. Ilość pacjentów, którzy uchylali się od kontroli po replantacji jest nieznaczna, wynosi 1%.

Przy zębach replantowanych w pierwszym okresie prób zauważono ślady resorpcji korzeni po 2—3 latach.

Forma, rodzaj i umiejscowienie tych jaskiń, wskazują na to, że w pierwszym czasie niszczone za wiele ozębnej, chociażby chorej.

Replantacja należy do zabiegów naśladowania godnych.

H. Gelbard. Replantacja dzisiaj uprawniony zabieg, wskazania ściśle opracowane (Etorb, Los.). Dzisiaj się decyduje tylko czy wybrać retransplantację czy resekcję wierzchołka, czasem dziwnie udają się przypadki, kiedy nie udało się przeprowadzić ściślej aseptyki: Najlepsze wyniki dają nam plombowanie przed resekowaniem apexu pozostałej części korzenia amalgamatem.

Cytryn. Mogę stwierdzić, na zasadzie doświadczeń, że ząb replantowany funkcjonuje 5 lat. Zabieg stron ujemnych ma dużo, pamiętać zaś należy złotą zasadę: „non nocere“.

9. **Z Bielakowska.** (W-wa).—Niezwykłe przypadki złamań zębów wskutek doraźnych obrażeń oraz sposoby ich leczenia.

Autorka podaje trzy ciekawe wypadki złamania zębów wskutek doraźnego urazu, oraz podaje sposoby leczenia, ujmujące leczenie złamanych korzeni zębów w pewien system.

System ten umożliwia zachowanie miazgi przy życiu w tych razach złamania zęba, kiedy to miazga nie uległa natychmiastowemu obumarciu.

10. **M. Broniewska.** (W-wa).—Przygotowanie zębów do resekcji wierzchołka korzenia, stosowane na Oddz. Chir. P. I. D.

Warunkiem pomyślnego wyniku resekcji wierzchołka korzenia jest prawidłowe postępowanie przedoperacyjne. W postępowaniu najważniejszą rolę grają dwa momenty:

A. Wybór czasu do plombowania.

B. Wybór materiału do plombowania korzenia.

a) Oddział chir. P. I. D. stosuje wypełnianie przewodów zęba przed zabiegiem, dzięki czemu zabieg staje się krótszy i może być wykonany w warunkach aseptycznych. W wypadku stwierdzenia podczas zabiegu konieczności resekcji wierzchołka sąsiedniego zęba, wypełnianie odbywa się podczas zabiegu. Po odcięciu wierzchołka, wypełnieniu rany gazą jodoformową, wysuszeniu przewodu, co jest możliwe, gdyż krew wsiąka w gazę, włożoną ponad wierzchołek, następuje zaplombowanie przewodu, poczem ranę zaszywa się.

b) Do plombowania przewodów jest w użyciu cement fosforanowy z niewielką domieszką jodoformu, lub thymolu. Po uprzednim mechanicznym oczyszczeniu ścian ubytku, komory przewodu, oraz najdokładniejszym wysuszeniu przewodu zapomocą przemywania eterem wprowadza się cement konsystencji śmietany igiełkami Millera, wypychając go szybkimi, drobnymi, pompującymi ruchami, przyczem ujście przewodu musi być pokryte cementem. W celu wtłoczenia miękkiego cementu wgłąb, wtłacza się stopniowo twardy cement bez jodoformu w miękki. Moment, w którym pacjent przy wtłaczaniu odczuwa ból, jest wskazówką, że przewód został wypełniony.

Cement fosforanowy z domieszką antyseptyków wybrano z dwóch powodów:

1) jest widoczny dla oka podczas operacji, oraz może być uwidoczniony w każdej fazie plombowania za pomocą Roentgena,

2) plombowanie cementem jest łatwe, najczęściej cement zostaje wtłoczony przez otwór szczytowy zęba, oraz materiał ten odznacza się trwałością i niezmiennością.

Przy zachowaniu powyższej metody przygotowania zębów do resekcji wierzchołka korzenia, wyniki są bardzo pomyślne, nie tylko co do prawidłowego gojenia się rany pooperacyjnej, ale i co do trwałości.

Na resekcji około 500 niespełna 1% wymagał poprawki, a w jednym przypadku potrzebna była ekstrakcja zęba; i te ilościowo małe wyniki ujemne, było spowodowane nieprawidłowem przygotowaniem zęba. W tych przypadkach rzeczywiste przewody zostały niewypełnione, z powodu stworzonych i zaplombowanych przewodów sztucznych przy postępowaniu się świdrami korzeniowemi.

Podczas gdy w górnej szczęce uzyskiwano gojenie się rany prawie wyłącznie per primam intentionem, w dolnej szczęce stwierdzono w  $\frac{1}{3}$  przypadkach gojenie się rany per secundam intentionem.

### POSIEDZENIE III. (plenarne).

Wtorek 14. VII. godz. 9.

**A. Cieszyński.** (Lwów).—Leczenie chirurgiczne niektórych chorób dziąseł przedewszystkiem zaś t. zw. „ropotoku zębodołowego“.

Najróżniejsze dotychczasowe sposoby leczenia chorób dziąseł stosowane nawet nieraz przez bardzo długi czas, często nie dają wyniku dodatniego. Na leczenie chorób dziąseł metodami chirurgicznymi zwrócono dopiero w czasie ostatnim uwagę. Sam stosuję metodę chirurgiczną od r. 1908 przy przeroście dziąseł i głębokich kieszonkach dziąsłowych, w r. zaś 1914 zaproponowałem jako pierwszy wycinanie kieszonek dziąsłowych i wygładzanie leji kostnych i chropowatych brzegów na Zjeździe Centralnym lekarzy-dentystów w Berlinie przy tak zwanym „ropotoku zębodołowym“, pod którą to nazwą łączy się szereg chorób paraodontalnych, bądź to na tle ogólnym, bądź też lokalnym.

Jakkolwiek sposób ten leczenia chirurgicznego przyjęty z stał początkowo bardzo sceptycznie przez uczestników Zjazdu, podany został później także przez autorów w innych krajach niezależnie odemnie [Widman (1916), Nodine (1918), Zentler (1919), Neuman (1920)]; obecnie zaś uchodzi metoda chirurgiczna na całym świecie jako najskuteczniejszy sposób leczenia t. zw. „ropotoku zębodołowego“.

Powierzchnia ropiejąca dziąseł wynosi przy tej chorobie według mego obliczenia  $3\frac{1}{2}$  do 8 cm<sup>2</sup>., zależnie od ilości zębów zajętych chorobą.

Sposób leczenia chirurgicznego chorób dziąseł rozszerzyłem w ostatnich latach także na inne uporczywe choroby dziąseł, o ile stwierdzić możemy głębokie kieszonki dziąsłowe, tworzące zaułki dogodne dla bytowania drobnoustrojów (stomatitis hypertrophica, ulcerosa, mercurialis, bismuthica i t. d.) i nie pomijamy przytem zwykłych, znanych sposobów leczenia. Wyniki tegoż leczenia chirurgicznego są

bardzo dobre; poprawę i wyleczenie stwierdzić można w 6 — 10 dni po zabiegu.

Przy chorobach na tle ogólnem należy zwrócić uwagę na choroby ogólne; stosowanie arsenikowej kuracji i djety; uregulowanie trawienia i stolca jest podstawą trwałych wyników.

### D y s k u s j a:

L. S a c h s. Co do jednego momentu referatu muszę się jednak zastrzec, uważając iż zęby, w grę przy tej operacji wchodzące, bezwzględnie należy pozbawiać żywej miazgi. Jest to wskazane z następujących względów:

1) udowodnionem jest i teoretycznie i empirycznie, iż zęby chwiejące się po usunięciu miazgi, wzmacniają się,

2) przestają być czułe na termiczne wyniki, co w danym wypadku, wobec pozbawienia ich ligamentum circularae ma doniosłe znaczenie.

Uważam również, iż po takiej operacji należy zrobić szynę wzmacniającą i utrwalającą.

H. W i l g a. Sposób prof. Cieszyńskiego leczenia ropotoku zębodołowego ma tę ujemną stronę, że polega na wycinaniu znacznej części dziąsła, wskutek czego, takowego pozostaje mało, dla dobrego pokrycia kości zębodołu.

Ja stosuję inny sposób — modyfikację sposobu dr. Znamieńskiego z Moskwy. Dr. Znamieński opublikował w r. 1899 swój chirurgiczny sposób leczenia ropotoku zębodołowego, polegający na wyskrobywaniu kości zębodołu ekskawatorem. Jakiś czas stosowałem ten sposób nawet z niezłym wynikiem, lecz później zauważyłem, iż w wielu wypadkach jest on nieodpowiedni, więc go zmieniłem.

Sposób mój polega na wycinaniu nożem tylko przerośniętego ziarniną brzegu dziąsła, odchylaniu takowego i wyskrobianiu małą łyżeczką kości zębodołu i ziarniny na wewnętrznej części dziąsła. Potem na dziąsło nakładam szwy. Chwiejące się zęby umocowuję drucianą szyną. Dla lepszego odchylenia dziąseł robię dwa pionowe cięcia z boku z prawej i lewej strony pola operacyjnego.

**A. Meissner.** (W-wa).—O przyczynie i leczeniu ropotoku zębodołowego w oświetleniu klinicznym.

Autor stwierdza na podstawie kilkuset przypadków, obserwowanych na Oddz. Chir. P. I. D., stały związek przyczynowy pomiędzy przewlekłym urazem i pojawieniem się obrazu ropocięku zębodołowego.

Stały przewlekły uraz może być wywołany najróżniejszymi przyczynami. Do tych należą wady rozwojowe, formy nieprawidłowości w zgryzie, oraz wadliwość w zgryzie, nabyta wskutek wprowadzanych w zgryzie zmian.



Związek przyczynowy pomiędzy urazem, a powstaniem ropocieku zębodołowego był widoczny w każdym przypadku; czy to chodziło o jeden ząb, czy o kilka zębów, czy o cały szereg zębów.

Zasada polega na usunięciu właściwej miejscowej przyczyny, czyli urazu, oraz na usunięciu wszystkich wtórnych zmian: kamienia nazębnego, ziarniny oraz martwaków zębodołowych.

Leczenie chirurgiczne stosowano w 25% przypadków.

#### D y s k u s j a:

Sachs. Dla mnie jest wątpliwe, czy przykład, który przytoczył p. doc. Meissner ma cechy ropotoku zębodołowego. Uważam, iż ząb rozchwiany z powodu wadliwego zgryzu, będąc stale uciskany przez wystającą część antagonisty, ulega stopniowemu wywichnięciu, a co zatem idzie rozrywa się tkanka ozębnej, tworząc przekrwienie i wysięk; z drugiej zaś strony zębodół trochę się rozszerza, a pomiędzy tym ostatnim, a korzeniem tworzy się granulacyjna tkanka, pokrywając całą powierzchnię korzenia. Wątpliwem jest, czy pomogą takiemu zębowi jakieś zabiegi, uważać należy go za stracony, o ile proces rozchwiania doszedł dość daleko.

W każdym bądź razie obraz kliniczny i anatomo-patologiczny różni się od takiegoż przy t. zw. ropotoku zębodołowym.

J. Jarzab. W ujęciu etjologii ropotoku zębodołowego długo jeszcze nie będziemy na jednej drodze. Teoria Karolyego o wadliwym obciążeniu z ryzu jest odparta jako bezpośrednia przyczyna ropotoku, ponieważ obserwowano ropotok i bez jakichkolwiek anomalji zgryzu. Jest ona tylko jednym z warunków sprzyjających, a obraz sam chorobowy rozwija się na tle bakteryjnym, podobnie jak w innych sprawach infekcyjnych przeziębienie może wpłynąć na powstanie pneumonii lub grypy. Kto wie czy bakt. coli, które w ropnym wycieku tej choroby znalazłem, nie służyłyby za drogowskaz do ujęcia bezpośrednich przyczyn.

3. **H. Wilga.** (W-wa). — „W sprawie przyczyn i anatomji patologicznych t. zw. „Ropotoku zębodołowego“.

W sprawie wyświetlenia etjologii ropocieku zębodołowego egzystuje około 350 poglądów, które można podzielić na 3 grupy:

I grupę stanowią autorzy, traktujący tę chorobę, jako schorzenie czysto miejscowe, wywołane: 1. kamieniem nazębnym, 2. zбочnieniem układu zębowego, 3. infekcją.

II grupa autorów uważa ropotok, jako jeden z symptomatów ogólnego cierpienia ustroju (teorja ustrojowa) np. choroba cukrowa, tabes, białkomocz, choroba Brighta i t. d.

III grupa autorów sądzi, że przyczynę ropocieku zębodołowego stanowi połączenie spraw ogólnych i miejscowych. Choroby wymieniane przez zwolenników ustrojowego pochodzenia ropocieku zaczęto nwnażać jedynie za czynniki uspasabiające; bezpośrednio zaś przyczyny poczęto szukać między objawami miejscowymi, jak kamień nazębny, zbroczenia zgryzu, zranienia, zakażenia i t. d.

Istnieją również rozmaite poglądy na istotę zmian patologiczno-anatomicznych przy ropocieku zębodołowym i na pierwotną umiejscowienie procesu.

Prelegent przytacza poglądy różnych autorów, które wszakże niezupełnie są zgodne z wynikami jego własnych badań, będącymi potwierdzeniem pracy d-ra Znamieńskiego w Moskwie.

Patologiczny proces przy ropocieku zębodołowym postępuje dośrodkowo. Zapalenie zaczyna się w dziąśle, następnie rozszerza się w głąb aż do trzonu szczęki. Dziąsło z początku przedstawia się jako silnie nacieczone; mocno opuchnięty brzeg tegoż ma wygląd ziarniniaka lub wyrosła grzybiastej. Pokrycie nabłonkowe jeszcze nieuszkodzone. Nacieczenie z białych ciałek krwi, obejmuje dopiero około-zębową warstwę dziąsła. Kość zębodołu jeszcze pozostaje normalną. Następnie nacieczony brzeg dziąsła zostaje pozbawiony pokrycia nabłonkowego; wytwarza się owrzodzona powierzchnia. Nacieczenie z białych ciałek krwi pogłębia się i dochodzi do zębodołu, lecz im bliżej kości tem jest słabsze. A więc proces rozpoczynający się od powierzchni w dziąśle, postępuje w głąb ku kości. Dalej można obserwować ten moment, gdy nacieczenie dochodzi do kości i na niej zaczynają się zmiany. Zmiany te początkowo występują na wolnym brzegu zębodołu, w tej części tegoż, gdzie niema szpiku kostnego, a istnieje jedynie zbita tkanka. Najpierw tkanka kostna w tem miejscu zostaje pozbawiona soli wapiennych i zamienia się w jednostajną kostnową tkankę, a następnie we włóknistą tkankę łączną, która wkrótce ulega nacieczeniu z białych ciałek krwi i rozpadowi. Te miejsca kostnej tkanki zębodołu, które pozbawione zostały soli wapiennych, stają się jednostajnymi, jednolitemi nawpółprzezroczystymi. Kostnych blaszek już tu nie widać, ciała kostne w zmniejszonej są ilości, a przytem straciły one swój kształt swoisty i stały się podobne raczej do komórek tkanki łącznej. Ta część kości oddzielona jest od zdrowej łamaną linią, włóknista zaś tkanka, znajdująca się na powierzchni kostnowej tkanki, niedostrzegalnie przechodzi we włóknistą tkankę łączną dziąsła. A zatem obraz drobnowidzowy przedstawia się w ten sposób: obwodowa warstwa kości zębodołu już przekształciła się w tkankę łączną, która głębiej przechodzi w tkankę kostnową. Obok niej głębiej leży kość, która dopiero zaczyna ulegać odwapnieniu. Napotykają się miejsca, w których tkanka kostna zębodołu przebita

jest na wylot i wpoprzek w jednym lub nawet w dwóch punktach. Dopiero po takim głębokim zajęciu tkanki kostnej zaczynają się objawy zapalne w ozębnej: znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych tejże i nacieczenie drobnokomórkowe. Gdźieniedzie na powierzchni kostnej tkanki zębodołu występuje również wysysanie kości. Zjawiają się wielkie wielojądrowe komórki — osteoklasty, odpowiednio do których w kości tworzą się wyżłobienia, zwane jamkami Howschipe'a. Analogiczny proces odbywa się i w tej części zębodołu, gdzie znajduje się szpik kostny. Tu również z początku następuje utrata soli wapiennych we włóknach kostnych, przekształcenie tychże najpierw w kostnawę, a potem we włóknistą tkankę łączną, która ulega nacieczeniu z białych ciałek krwi. Tu znacznie postępuje wessanie kości i równocześnie idzie od strony zębodołu i kanałów Hawersa.

### D y s k u s j a.

H. Gelbard. Pyorrhoea alveolaris—etiologia i nadal nie została rozstrzygnięta i dla nas praktyków najważniejsza jest djagnoza i terapia, które zostałyby obecnie rozstrzygnięte. Nie zawsze mając etiologię, mamy właściwą terapię. np. tuberculosis. Etiologia raka też nie jest ustalona, jednakże dążenia do terapii nie słabną. Rozpoznać dobrze parodontosis muszą wszyscy i dzisiaj tylko Weski omoże kreślić na mocy obrazu anatomo-patologicznego i roentgenografji. Tylko rozpoznanie roentgenograficzne jest pewne.

Terapia składa się z trzech rzeczy:

1. leczenie ogólne,
2. leczenie specjalne,
3. leczenie następcze t. j. dalsza obserwacja i hygiena jamy ustnej.

Mamy terapię specjalną, radykalną:

1. gingivichtemia i plastyka brzegu alveolarnego (operacja Nylona)
2. Alveogingivichtemia Müllera,
3. wyczekująca gingivichtemia, przyżeganie paquelinem i chemicznymi środkami,
4. leczenie Sachsa.

Ostman terapię ustalił w zależności od rodzaju atrofii:

- a) Atrofia alveol. totalis (starczy proces) — leczenie ogólne.
- b) „ „ horisontalis supraalv. aa) initialis.  
bb) późniejsza.
- c) „ „ vertr. infralveol.  
aa) płaska forma — operacja Hylona.  
bb) głęboka — oper. Neumana, Vidmana.  
cc) cavernosa — tylko Neumana.

4. **A. Gruszczyński.** (W-wa). — Nasze państwowe instytucje dentystyczne, a walka z próchnicą, jako złem społecznym.

Wychodząc z założenia, że próchnica jest klęską społeczną, niszczącą uzębienie ludzkie, referent wita z zadowoleniem powstanie placówek, sprzyjających zwalczaniu próchnicy. Wprowadzenie pomocy dentystycznej w szkołach państwowych w Kasach Chorych i pomocy dentystycznej dla urzędników państwowych. Jednakże dopatruje w organizacjach tych instytucji niektóre strony ujemne. W zakończeniu stawia wniosek, jak należałoby organizację tych instytucji zmienić, aby one mogły należycie spełniać swoje zadanie — walki z próchnicą.

#### D y s k u s j a:

I. Świtłała. Do Kas Chorych należy b. duży procent ludności — około 90%. O warsztacie techniczno-dentystycznym P. I. D. informowano mnie, jakoby to jest „szkoła techniczno-dentystyczna“ która ma przygotować technika dentystycznego do składania t. zw. egzaminu praktycznego, projektowanego przez ustawę, do wykonania praktyki dentystycznej, znajdująca się na porządku dziennym Sejmu R. P.

Wnoszę, ażeby w jednej z rezolucji przedłożonych przez dr. Gruszczyńskiego skreślić słowa: „o ile z materiału tego warsztatu nie korzystają studenci“.

S. Essigmann. Zgadając się w zupełności z wywodami prelegenta uważamy, że pomoc dentystyczna, udzielona ubezpieczonym w kasie chorych jest dlatego niedostateczna, że tak chorzy, jak i lekarze-dentyści są dla siebie bezimięćcami i dlatego niema konkurencji szlachetnej. Aby zaradzić złemu należy wprowadzić wolny wybór lekarzy-dentystów, tembardziej, że tę pomoc można zawsze kontrolować, nawet po latach. Wolny wybór lekarza-dentysty da ten wynik, że przyszła pomoc będzie bez porównania wyższej wartości.

Rosenblat. We wszystkich specjalnościach w kasie chorych za wyjątkiem zębolecznictwa są dyżury nocne. Nas zastępują w nocy, t. j. po godzinach przepisanych — felczerzy. Tę anomalję proponuję usunąć, jako sprzeciwiającą się prawu i etyce.

L. Sachs. Jeżeli P. I. D. siłą rzeczy musi egzystować dzięki własnej samowystarczalności, to winien wzorować się na takichże instytucjach niemieckich, które mają ustaloną taksę za zabiegi dentystyczne, nie mniejszą od przeciętnej taksy w prywatnej praktyce. Tym sposobem zasoby instytutu są dość znaczne, a z drugiej strony Instytut nie wytwarza wybitnej konkurencji dla wolnopracujących lekarzy dentystów. W ten sposób współzawodnictwo instytutu będzie oparte na zasadach zdrowych, fachowych, a nie na cenach konkurencyjnych, jak to obecnie ma miejsce.

Z e ń c z a k prostuje mylność informacji, na których oparł swe twierdzenie. Dr. Gruszczyński:

- 1) Personel pracujący jest opłacany przez Kasę Chorych,
- 2) Korzyść studentów naukowa,
- 3) Pomoc finansowa dla Instytutu pozwala mu się rozwijać. Umowa z Kasą Chorych trwać będzie do końca r. b. więc niebezpieczeństwo zawodowe utraty pacjentów w gabinetach jest płonne.
- 4) Szkoły technicznej niema w Instytucie zupełnie.

W a l i c k i. Zredukowanie ilości chorych, których lek. dent. kasy chorych obecnie musi przyjąć w ilości nie mniej 4 — do 3 na godz

5. **M. Krakowski.** (W-wa).—O konieczności ujednostajnienia polskiego mianownictwa dentystycznego.

Konieczność ujednostajnienia polskiego mianownictwa oddawna uznana została u nas dla każdej nauki wogóle, zaś dla medycyny w szczególności. W różnych dziedzinach pod względem dokładności mianownictwa widzimy obecnie znaczne postępy. Na łamach naszych pism lekarskich omawiana sprawa nie przestaje być aktualną. Najmłodszy u nas dział medycyny — dentystyka, dotychczas nie posiada jednostajnego mianownictwa; specjalna prasa posiłkuje się nie-rzaz wyrazami, sztucznie utworzonymi, zaledwie luźno zlepieniami, które pod względem zgodności językowej nie są właściwe.

Sprawę ustalenia polskiego mianownictwa dentystycznego pierwszy poruszył ś p. dr. Bolesław Dzierżawski, twórca polskiego dentystycznego piśmiennictwa naukowego (r. 1889); uczynił on pierwsze kroki w tym kierunku, wprowadzając terminy, odpowiadające wymaganiom języka polskiego; widzimy to na łamach utworzonego przez niego pierwszego polskiego organu dentystycznego — Przeglądu Dentystycznego.

Od czasu do czasu omawiane sprawy ponownie były poruszane, nic konkretnego jednak nie przedsięwzięto.

W r. 1911 wzmiankowany w nagłówku autor wydał pierwsze: „Polskie Słownictwo Dentystyczne“. Praca zawiera mianownictwo z różnych dziedzin dentystyki.

Wobec tego, iż upłynęło sporo czasu, a w dziedzinie tej zrobiono niewiele, prawie nic, sprawę tę należy ponownie poruszyć. W celu jednolitego ujednostajnienia mianownictwa, należałoby wyłonić ogólną komisję z przedstawicieli b. trzech zaborów, która zajęłaby się uzupełnieniem już istniejącego słownictwa i dalszem opracowaniem tegoż. Skład Komisji do omówienia.

## POSIEDZENIE IV.

Wtorek 14. VII. godz. 15.

1. **A. Ujejski.** (W-wa). — Własna modyfikacja mostków złożonych przy skośnych filarach.

Autor proponuje modyfikację, mostków, jego zdaniem, najbardziej uproszczoną pod względem wykonania i zastosowania.

Mostek jego pomysłu składa się z 2-ch oddzielnych części zasadniczych i sztyftu pomocniczego.

Część pierwszą stanowi korona na filar tylny. Do korony w kierunku linii zębodołu przylutowana jest sztabka, ustawiona pionowo na takiejże sztabce poziomej. W przekroju sztabki te dają rysunek litery T, obróconej do góry. Szyna ta na kilka milimetrów niedochodzi do antagonistów.

Część drugą stanowią korona na filar przedni, do której w kierunku drugiej korony przylutowana wyżłobiona od dołu część druga przerzutu mostku (powierzchnia żująca) wraz z bocznymi powierzchniami mostku. Wyżłobienie stanowi negatyw szyny poprzedniej. W przekroju ta część daje rysunek litery U, obróconej do góry.

Przy cęmentowaniu szyna części pierwszej wchodzi w wyżłobienie części drugiej. Złożone części przerzutu stanowią całość i są unieruchomione stożkowato spłowanym sztyftem, który przechodzi przez obie części wpoprzek (od policzka do języka).

Zacementowany i zamknięty sztyftem most w niczem nie ustępuje mostom całkowitym. Będąc jednakowo trwałym, most taki nie mniej niż most całkowity wytrzymuje ciśnienie, powstające w jamie ustnej podczas żucia pokarmów.

W zupełności więc zastępuje mosty całkowite i może być stosowany nawet przy nierównoległości filarów, t. j. tam, gdzie mostów całkowitych zastosować nie można.

**S. Blikle.** (W-wa). — Próchnica zębów, a zniekształcenia nabyte, oraz klasyfikacja takowych.

Oprócz próchnicy daje się jeszcze spostrzegać pewną chorobę tkanek twardych zęba, która powodując ich zanik, prowadzi zęby do znacznych zniekształceń.

Autor proponuje nazwać tę chorobę „zniekształceniem nabytym zęba“ dla odróżnienia od zniekształceń wrodzonych, jakie widzujemy przy krzywicy oraz na zębach t. zw. „potwornych“.

Ponieważ takie zniekształcenie nabyte zębów wielu kolegów uznaje za pewną tylko odmianę próchnicy, przeto autor postanowił dowieść,

że zniekształcenie takie jest chorobą zupełnie niezależną od próchnicy i różni się od niej zasadniczo.

Twierdzenie to autor popiera całym szeregiem spostrzeżeń klinicznych, ustala cechy, charakteryzujące próchnicę oraz zniekształcenie nabyte i wykazuje różnice zasadnicze między obu chorobami.

Cechy te są następujące:

Dla próchnicy

- 1) Tkanka jest zmiękczone i ma wygląd chory,
- 2) Proces drąży wgłąb zęba,
- 3) Proces zdradza wyraźną dążność do zupełnego unicestwienia zęba (Zmienia go w próchno, skąd powstała jego nazwa).
- 4) Proces ma szczególne upodobanie do porażania zębów już dotkniętych zniekształceniem nabytem.

Dla zniekształcenia nabytego.

- 1) Tkanka jest twarda i ma wygląd zdrowy,
- 2) Proces rozlewa się po powierzchni zęba,
- 3) Proces wyraźnie dąży tylko do zniekształcenia zęba, zachowując w nim wciąż jednokową zdolność do spełnienia swego przeznaczenia,
- 4) Proces ma szczególne upodobanie do porażania zębów mocno osadzonych i wolnych od próchnicy.

Obok tych cech, które tak różnią oba procesy zasadniczo, znajdujemy jeszcze i cechy wspólne, dające głównie powód do uważania zniekształceń nabytych za pewną tylko odmianę próchnicy.

Do cech takich należą: jednakowe zabarwienie się tkanek, ich stopień wrażliwości, chropowatości, szybkość rozwoju procesu, wiek pacjenta, rodzaj zębów i t. p.

Na podstawie zaś badań i porównywania obrazów drobnowidzowych próchnicy ze zniekształceniem nabytem, autor ustala, że zębina porażona próchnicą wykazuje takie zmiany w swej budowie (t. j. 4 pasy charakterystyczne), których w zębach, dotkniętych zniekształceniem nabytem, spostrzegać się nie daje.

Przechodząc do opisu poszczególnych typów zniekształceń nabytych, autor daje ogólne pojęcie o całym przebiegu oraz o warunkach, w jakich ten proces powstaje.

Z tego opisu widać, iż obserwacja każdego typu nasuwa tak wielkie trudności, że trzeba było szeregu lat mozolnych spostrzeżeń na to, aby dokonać swą pracę przy wyodrębnianiu tych typów.

Rzadko bowiem można obserwować u jednego osobnika cały przebieg danego typu zniekształcenia nabytego.

Materiał zebrany z tych spostrzeżeń został rozdzielony na pięć typów następujących:

- I — żłobiący (cavans)
- II — miedniczkowaty (pelviformis)
- III — rowkowaty (sulcatiformis)
- IV — kolisty (circularis)
- V — łuszczący (desquamans)

W spisie poszczególnych typów autor przytacza wszystkie warunki, jakie towarzyszą przy powstawaniu i rozwijaniu się, oraz podaje jego ostateczny wynik.

#### Dyskusja:

L. Walicki. Ujęcie tematu nie naukowe, gdyż łączy cały szereg zjawisk na twardych tkankach zęba, bądź to o charakterze patologicznym, bądź to o charakterze czysto mechanicznym, prze ważnie na podstawie tylko cech zewnętrznych nie dostatecznie zróżniczkowanych.

M. Górczyński zapytuje do jakiego typu zaliczamy hypoplasię zębów.

Blikle. Nie poruszałem wcale zagadnień przyczyny powstawania zniekształceń nabytych, gdyż to, jak zaznaczyłem w odczycie, będzie przedmiotem oddzielnej pracy.

Oponent mój widocznie nie zwrócił należytej uwagi na tę okoliczność, że kładłem tylko nacisk na stwierdzenie faktu, iż próchnica, a zniekształcenie są rzeczy zasadniczo różne. Wszelkie zaś przyspieszanie zniekształceń w postaci warunków niekorzystnych dla zęba (zgryz, aparaty, przystawki i t. d.) nie mogą być tu brane pod uwagę, gdyż z istotą choroby nie mają nic wspólnego.

Hypoplazia zębów najbardziej podpada pod typ: „Łuszczący.“

**F. Stempniewicz.** (W-wa) — Jakie powinno być racjonalne postępowanie przy leczeniu zgorzeli miazgi zębów trzonowych, stosowane w Kasach Chorych.

Leczenie zgorzeli miazgi zębów trzonowych w Kasach Chorych i w najnowszych czasach nie jest przeprowadzane w myśl nowoczesnych zasad leczenia zębów wogóle. Zazwyczaj, zgorzel zębów leczy się w dwojaki sposób: albo sposobem antyseptycznym, albo przez wyjęcie zęba.



Pierwszy sposób — leczenie antyseptyczne zostaje zazwyczaj przeprowadzone o tyle nieprawidłowo, że leczenie to przedłuża się niepotrzebnie, niejednokrotnie nietylko na tygodnie, ale i miesiące. Przyznać trzeba, że niezawsze przyczyną takiego długiego leczenia jest brak wprawy operatora, większą rolę odgrywa tutaj przeciążenie lekarza-dentysty nadmierną ilością pacjentów. Lekarstwem na przykry ten stan nie może być jednak usunięcie zęba, dotkniętego zgorzelą miazgi. To też rozporządzenia niektórych zarządów Kas Chorych, aby wyjmować zęby trzonowe, dotknięte zgorzelą miazgi oraz nie leczyć ich, nietylko zagrażają zdrowiu ludzkiemu, ale są nieludzkie w pojęciu nowoczesnego zębolecznictwa. Inne są jeszcze drogi do wykorzenia zła.

Stany zapalne ozębnej oraz zgorzelmiązgi mogą być leczone poza leczeniem antyseptycznym innymi jeszcze sposobami. Takim leczeniem jest resekcja zęba i replantacja. Chirurgiczne te sposoby leczenia nie zajmują wiele czasu ani pacjentowi, ani lekarzowi, oraz są najpewniejszym sposobem leczenia zmian przy zębie, wywołanych zgorzelą miazgi. Ważność tych zabiegów i nowoczesnego racjonalnego leczenia zębów trzonowych, dotkniętych zgorzelą miazgi uznał Zarząd Kasy Chorych m. Warszawy, przyczem wielkie zasługi oddał członek Zarządu K. Chorych m. W. kol. nasz p. Perliński, znalazłszy posłuch w swoich radach u Naczelnego Lekarza K. Ch. dr. Grodeckiego. Chcąc więc sprostać nowoczesnym wymaganiom wiedzy, Zarząd K. Ch. m. W. zawarł umowę z kierownikiem Oddziału Chirurgicznego P. I. D., według której, oprócz innych schorzeń jamy ustnej, wszystkie zęby których sposobem zachowawczym w ambulatoriach dentystycznych K. Ch. wyleczyć nie można, lecz się w wyżej wspomnianej klinice drogą resekcji lub replantacji. Jak ważną sprawą jest racjonalne postępowanie przy leczeniu zgorzeli miazgi zębów trzonowych, niech wykaże ilościowy stosunek zaburzeń zębów trzonowych do zębów innych. Otóż statystyka za lata 1921, 1922, 1923 i pierwsze trzy kwartały 1924 r., sporządzona na Oddz. Chir. P. I. D. wykazuje następujący stosunek zębów przednich do trzonowych, leczonych lub usuniętych na tymże Oddziale.

1 — 165	1 — 143
2 — 171	2 — 171
3 — 115	3 — 122
4 — 252	4 — 279
5 — 218	5 — 218
6 — 380	6 — 398
7 — 133	7 — 150
8 — 76	8 — 113

dolna szczęka

1 — 30	1 — 33
2 — 36	2 — 29
3 — 38	3 — 41
4 — 96	4 — 88
5 — 134	5 — 142
6 — 454	6 — 513
7 — 180	7 — 204
8 — 118	8 — 113

Zęby więc ze zgorzelą miazgi, leczone przez dłuższy lub krótszy czas bezskutecznie w ambulatorjach Kasy Chorych badamy przede wszystkim roentgenem, aby stwierdzić przyczynę niemożności wyleczenia zęba. W przeważnej ilości przypadków przyczyną taką jest niekorzystna dla leczenia budowa korzenia jak np. silne zakrzywienie. W innych licznych przypadkach przyczyną są rozległe zmiany przywierzchołkowe. Nie wymieniam tutaj jako przyczynę niemożliwości wyleczenia wskutek nieprawidłowego postępowania lekarza-dentysty. Zdarza się bowiem niejednokrotnie, że przystąpiono do leczenia przewodów zębów (oczyszczania i przeprowadzania dezynfekcji) bez najmniejszego przygotowania ubytku. Nie uwzględniano też takich przypadków, gdzie odsyłano zęby do resekcji lub replantacji jako nieuleczalne, w których, jak dokładne badanie wykazało, komora nie była nawet otwarta.

O ile więc stwierdziliśmy potrzebę resekcji lub replantacji zęba, przystępujemy do zabiegu tego o ile możności natychmiast, ratując ząb na jednym posiedzeniu, w przypadkach zaś, w których wskazana jest resekcja, ząb zazwyczaj zostaje przygotowany na jednym do dwóch posiedzeń, zależnie od warunków, na drugim posiedzeniu przeprowadzamy odcięcie wierzchołka, przyczem dalsze opatrunki i przychodzenie pacjenta jest zbyteczne. Oczywiście, że jedno do dwóch dalszych posiedzeń okazuje się konieczne ze względu na kontrolę gojenia się rany.

W nowoczesnem leczeniu wyjmowanie zębów powinno być stosowane jaknajogólniej. Nie można jednak wymagać, aby Kasa Chorych mogła ponosić kosztą leczenia jednego zęba np. zgorzelinowego-trzonowca przez długie miesiące, nie mając przytem pewności, że ten tak długo leczony ząb, zostanie rzeczywiście wyleczony.

Ponieważ w tych przypadkach jedynie resekcja i replantacja dają pewne wyniki, wobec tego te zabiegi powinny być w Kasach Ch. stosowane na szeroką skalę.

D y s k u s j a:

H. Wilga. — Prelegent uważa, że leczenie zgorzeli miazgi sposobami, jakie nowoczesna nauka ustaliła nie jest odpowiednie dla członków Kasy Chorych, gdyż takie leczenie przeciąga się długo i jest drogie dla Kasy Chorych. Dlatego proponuje on zamienić go sposobem uproszczonym — przez odcięcie wierzchołka korzenia takich zębów. Uważam, że powinniśmy gorąco protestować przeciw takiemu traktowaniu członków Kasy Chorych dla których ma być jakieś inne tańsze leczenie, niż takie, jakie nauka ustaliła dla wszystkich chorych. Słyszeliśmy, że jakoby jest rozporządzenie Zarządu Kasy Chorych, że każdy lekarz-dentysta musi przyjąć w ciągu godziny nie mniej niż 4-ch chorych. Jeżeli tak jest to musimy także gorąco protestować przeciw takiemu rozporządzeniu.

4. **A. Meissner.** (W-wa). — Uproszczony sposób operacyjnego postępowania przy odcinaniu wierzchołka zęba.

Operacyjne postępowanie przy odcinaniu wierzchołka bywa przeprowadzane zwykle w ten sposób, że do usuwania warstw kostnych operator posługuje się dłutem.

Autor resekcji—Partsch posługiwał się także w tych celach dłutem. Ten sposób operowania jest przykry zarówno dla pacjenta, jak i dla operatora. Pacjent ma przytem uczucie rozszarpania głowy. Dla operującego lekarza-dentysty dłuto sprawia pewne trudności, ponieważ ręka jego nie jest wprawiona do władania tym instrumentem.

Celem usunięcia tych niedogodności dla pacjenta i operatora oraz celem uproszczenia zabiegu, autor zaleca użycie zamiast dłuta — świdra zwykłego różyczkowego Nr. 6, 8, jaki jest w użyciu przy usuwaniu próchnicy z większych ubytków w zębie.

Po przecięciu części miękkich i odsunięciu tychże łyżeczką, świder usuwa części kostne oraz wierzchołek zęba, łyżeczka usuwa ziarninę i kończy w ten sposób zabieg operacyjny.

Szycie śluzówki nie jest konieczne.

Autor podaje to uproszczenie zabiegu, aby zachęcić przez to ogół lekarzy-dentystów do przeprowadzenia resekcji.

D y s k u s j a.

L. Sachs. Aczkolwiek w dziedzinie resekcji jestem uczniem Willigera, tem nie mniej od pierwszej operacji wykonanej samodzielnie zastąpiłem dłuto, którem tak często i b. chętnie posługują się twórcy tych operacji i ich naśladowcy, świdrem t. zw. trepanem różnych rozmiarów. Kierowałem się w tym wypadku względami b. ważkimi, a mianowicie: stosowanie dłuta czyni na pacjentów b. przykre wra-

zenie, wywołuje b. dotkliwą bóle z chwilą przestania działania środków znieczulających, jest dosyć ryzykowne, a zgoła zbędne. Operowanie zaś świdrem w rękach lekarza-dentysty, jako osobie ze świdrem żytej jest znacznie łatwiejsze i pewniejsze; przytem za pomocą świdrów można wykonać wszystkie najważniejsze momenty operacji: prześwidrować blaszkę szczękową, resekować wierzchołek korzenia, oczyścić ubytek zębodołowy z granulacyjnych tkanek i wygładzić brzegi blaszki zębodołowej. Działanie świdra nie wywiera przykrego wrażenia na pacjenta i sprzyja szybszemu wykonaniu operacji

Gombiński. Zwyródnienia okołoszczytowe są następstwem drażnienia ozębnej, powstałego z podrażnień pochodzących z przewodu zęba. Dążyć winniśmy nietylko do uproszczenia zabiegu resekcji ale wogóle do uniknięcia go. Pozbawienie zęba wierzchołka i następująca potem resorbcja, znacznie osłabia trzymanie się zęba, a przy perodontitis 3-go, a nawet 2-go stopnia, równa się ona ekstrakcji.

Według Weskiego, zwyródnienia okołoszczytowe znikają zupełnie o ile ozębna jest odkażona i szczelnie zamknięta. To samo dowodzi Schröder i inni, twierdząc, że nawet dużego rozmiaru ziarniniak daje się często unieszkodliwić, albo zupełnie zatracić przy stosowaniu środków pomocniczych, jak wstrzykiwanie presojudu, lub flariscidu. Przy obecnych udoskonaleniach leczenia przewodów sposobem krzemowania Schödera „Radissan“ resekcja staje się zabiegiem bardzo rzadkim.

5. **S. Essigman.** (W-wa). — O krwotokach po ekstrakcjach i ich tamowaniu.

Krwotoki, jako powikłania pooperacyjne, notowane już były w pierwszych wzmiankach o wrywaniu zębów, jako niebezpieczne. Herophilus (310 lat przed N. Chr.) ostrzega, aby z wrywaniem zębów być powściągliwym, gdyż „powikłania po tej operacji mogą przyprowadzić o śmierć pacjenta“ Cornelius Celsus (25 lat przed N. Ch.) ostrzega również przed przedką decyzją wykonywania ekstrakcji „silnie osadzonych zębów“, uważając tę operację za połączoną z niebezpiecznymi następstwami, które, jego zdaniem, są następstwem odłamania części szczęk.

Dziwna rzecz, że poglądy na przyczyny wywołujące krwotoki poekstrakcyjne z przed 2000 lat nie straciły nic na aktualności. I dziś musimy stwierdzić, że większość silnych krwotoków po ekstrakcjach są pochodzenia mechanicznego. Dawniej wywoływano te powikłania przez odłamanie lub złamanie szczęk z powodu użycia pierwotnych niedoskonałych instrumentów. Obecnie w epoce rozpowszechnionego plombowania zębów, wywołujemy je będąc zmuszeni do resekcji części szczęk, aby wydostać głęboko odłamane korzenie. Stwierdzić

zatem musimy, że powikłania o których mowa, tak dawniej jak i obecnie są najczęściej następstwem uszkodzeń mechanicznych i że również jak dawniej tak i obecnie mogą być przyczyną śmierci pacjenta. Tamowanie krwotoków poekstrakcyjnych, zarówno przed tysiącami, setkami lat jak i w czasach ostatnich, polegało po większej części na tamponowaniu. Różnica polegała tylko na środkach (materiałach) do tego celu używanych. Na podkreślenie zasługuje, że w wypadkach bardzo ciężkich, t. j. tam gdzie miejscowe zabiegi nie osiągały celu, już Celsus radzi, aby podwiązać naczynia krwionośne, a więc tak, jakbyśmy to zrobili w dobie dzisiejszej.

W ostatnich trzech dziesiątkach lat niektórzy autorzy (Łebkowski, Williger) wspominają o szwach dziąsłowych, które, zdaniem tych autorów, służą do przytrzymywania tamponów z gazy lub waty. W praktyce stosują szwy nie dla przytrzymywania tamponów, lecz specjalnie dla szczelnego zamknięcia rany i, opierając się na wielokrotnych wynikach, uważam ten sposób tamowania krwotoków po ekstrakcji, głównie gdy to ma miejsce w szczękach bezzębnych, za najlepszy i na szerokie zastosowanie zasługujący.

#### D y s k u s j a:

S. Życzkowski. Pragnę do podanych sposobów zatamowania krwotoków przez prelegenta, podać sposób nadzwyczajnie prosty, a bardzo skuteczny. W wypadkach krwotoku, szczególnie tam, gdzie są zęby po obu stronach pola ekstrakcyjnego, w celu przytrzymania tamponów i wywarcia ucisku na tampony i tkanki, używam płytki drewnianej ściśle dopasowanej między zęby sąsiadujące z miejscem ekstrakcji i po zatamponowaniu zębodołu zaciskam ową płytkę między zęby ciasno ugniatając w ten sposób tampony i ścianki dziąsłowe. Wynik niezawodny.

6. **L. Sachs.** (W-wa).— Usuwanie zębów i korzeni w świetle nowoczesnych wymogów.

Usuwanie zębów i korzeni przestało być sztuką, opartą na zręczności i rutynie, z dniem wprowadzenia szerokiego zastosowania znieczulenia miejscowego, a stanowi operację, opartą na naukowych podstawach i podlega wszelkim warunkom chirurgji ogólnej oraz specjalnej stomatologicznej.

Usuwanie zębów i korzeni podlega następującym warunkom:

1<sup>o</sup> Dążenie do wykonania operacji li tylko w znieczuleniu miejscowym względnie przewodem; każdy ząb powinien być doprowadzony do takiego stanu, bez względu na zachorzenie przez

- niego wywołane, by zastosowanie znieczulenia miejscowego było możliwe.
- 2<sup>o</sup> Zachowanie bezwzględnej aseptyki instrumentów, rąk lekarza-dentysty, pola operacyjnego, oraz materiałów opatrunkowych (autoklaw).
  - 3<sup>o</sup> Technika usuwania zębów odgrywa drugorzędną rolę, byleby była wykonana zgodnie z ustalonymi już naukowo zasadami (nałożenie kleszczy, wtłoczenie tychże i zwicnięcie zęba). Zwicnięcie winno być dokonane miarowo i wolno z wycuciem anomalji budowy korzeni.
  - 4<sup>o</sup> Jeden z najważniejszych czynników wykonania ekstrakcji, zgodnie z nowoczesnymi wymogami jest wyłęczkowanie, po usunięciu zęba lub korzenia zębodołu, o ile stwierdzono obecność chorobowego stanu tegoż. Pozostawienie tkanki ziarninowej w zębodole daje przy sprzyjających warunkach (osłabieniu odporności organizmu na skutek choroby infekcyjnej lub urazu) nawroty ostrego stanu zapalnego szczękowego oraz dalszy rozwój tkanki ziarninowej i dalszy rozpad tkanki kostnej. Wyskrobanie zębodołu sprzyja szybszemu gojeniu się rany (demonstracja łyżeczek używanych przezemnie w tym celu)
  - 5<sup>o</sup> Wygładzenie brzegów wyrostka zębodołowego za pomocą specjalnych kleszczy i świdrów, celem szybszego gojenia się rany, usunięcia ostrych brzegów, wywołujących następczy ból zwłaszcza przy dotyku (protezy), usunięcia słabych blaszek szczękowych, mogących później nekrotyzować się i wywołać parulis; usunięcia odłamanych szczątków blaszki szczękowej; wygładzenie brzegów wyrostka sprzyja tworzeniu się równego wału dla następczych protez. (Demonstracja kleszczy resekcyjnych i świdrów).
  - 6<sup>o</sup> Zbliżenie brzegów rany za pomocą ucisku.
  - 7<sup>o</sup> Dezynfekcja zębodołu po wyłęczkowaniu jodoformem per se za pomocą rozpylacza — zabezpiecza od zainfekowania rany. (Demonstracja rozpylacza Kabierskiego i opis własnego, niedostarczonego na czas przez fabrykę).
  - 8<sup>o</sup> Usunięcie poekstrakcyjnych bólów za pomocą chlorphenolu, kamphphenolu, chloral-hydrat-kamfory oraz do wewnątrz:

Rp. Pyramidoni 05  
Pantoponi 0,015  
Coffeini nafto-benzoici 0,1

DS: 1 proszek dziennie w razie bólu;

## D y s k u s j a

S. Życzkowski. Nie odrzucam łyżeczkowania zębodołu w wypadkach wskazanych koniecznością, lecz odrzucam stanowczo ryczałtowe łyżeczkowanie we wszystkich wypadkach. W niektórych wypadkach uważam za niebezpieczne, ze względu na możliwość przebicia zatoki szczękowej i mogące stąd powstać komplikacje, nadzwyczajną bolesność tego zabiegu przy zapaleniach okostnej szczęki. Doświadczenia moje z długoletniej praktyki wykazują, że powikłania po ekstrakcjach, należycie wykonanych są nadzwyczajnie rzadkie. Bolesność po ekstrakcji nigdy nie jest bez powodu, a więc albo pochodzi od uszkodzenia przy ekstrakcji tkanki kostnej, albo dziąseł, zatem od urazu i lub też schorzenia takowych. Przy cierpieniach „ból po ekstrakcjach“ z doskonałym wynikiem od wielu lat stosuję 10 — 20% roztwór kwasu karbolowego, przyżegając dno zębodołu po ekstrakcji za pomocą małego wacika, a w uporczywych wypadkach nawet stosuję kw. karbolowy skoncentrowany. Jest to sposób zalecany przez już nie żyjącego dziś Dr. Dzierżawskiego.

J. Jarząb. Długie ramiona u kleszczy nie muszą być taką epokową zdobyczą, skoro ten sam system narzędzi w dźwigniach ma ramiona za krótkie, ledwie widoczne przy ich ujęciu, bo przecież wynik dobry ekstrakcji zęba nie zależy jest od siły, ale od zręczności operatora. Kleszcze resekcyjne niszczą bardzo tak miękkie jak i twarde części wyrostka zębodołowego i już dawno zastąpiono je innymi narzędziami. łyżeczkowanie należy zrobić t. m, gdzie spodziewamy się ziarniniaka, który pozostał i nie wyszedł razem z korzeniem. Wskaźnikiem tu będzie wybitne zaczerwienienie śluzówki na wyrostku zębodołowym tej okolicy. Po wyłyżeczkowaniu jeszcze nie możemy być pewni, czy wyłyżeczkowaliśmy całą ziarninę, ale jak wskazują badania histologiczne, pozostałość ta jest traktowana przez organizm jako ciało obce i albo resorbuje się (komórki olbrzymie) albo nawet ulega zbliznowaceniu. Tamponowanie ran poekstrakcyjnych stwarza gorsze warunki gojenia. Należy dać na wierzch duży tampon uciskowy dla wytworzenia i ochrony skrzepu, a tamponowanie ran ograniczyć tylko do spraw ropnych. Proszki dermatologiczne, czy jodoformowe coraz mniejsze mają zastosowanie w ogólnej medycynie, a tembardziej w stomatologii.

Prelegent. — Muszę zaznaczyć, iż usunięcie zęba, lub korzenia wraz z t. zw. woreczkiem t. j. ziarniniakiem lub torbielą nie wyklucza możliwości pozostania w zębodole tkanek ziarniniakowatych, które należy wydrążyć, albowiem i one mogą dać nawroty. Wbrew twierdzeniu p. k. J. podkreślam, iż Williger i Cieszyński już dawno stwierdzili na zasadzie licznej statystyki, iż pozostawienie po ekstrakcji



w zębodole tkanek granulacyjnych może stworzyć stan b. szybkiego i wielkich rozmiarów rozrostu ziarniniakowej tkanki, która może wywołać wprost zatrważające spustoszenie w szczęce i może objawić się w formie ostrego stanu ropnego szczęki przy osłabieniu odporności organizmu lub innych czynnikach drażniących (protezy) nawet wywołać chorobowy stan w zatoce szczękowej lub jamie nosowej.

Obawy p. kol. Życzkowskiego, by przez łyżeczowanie zębodołu nie przebić otworu do zatoki szczękowej, są zgoła zbyteczne. Jeżeli dno zatoki dzieli grubą warstwą kostną od zębodołu, to łyżeczka przebić otworu nie może, jeżeli zaś zdarzy się taki wypadek, to dowodzi, że ta warstwa kostna została przez schorzenie zniszczona i wtenczas jest wskazane usunąć tę cieką przegródkę, która stanowi oponę ziarniniaka lub torbieli i jako taka może w następstwie ujemnie wpłynąć na samą zatokę szczękową, wywołując stan chorobowy tegoż. Lekarz dentysta jest na tyle obeznany z anatomją i patologją szczęk i ich jam, że może i powinien sobie w tych razach radzić, zresztą można wtenczas skierować pacjenta do specjalisty - laryngologa; pozostawienie zaś pacjenta w status quo w obawie przed powikłaniami jest szkodliwe, a nawet niesumienne.

W odpowiedzi na uwagę p. dr. Mancewicza, który radzi zachowywać ostrożność przy wydrążaniu żuchwy z granulacji, wobec możliwości anomalji w lokalizacji t. zębodołowej dolnej zaznaczyć muszę że żadne względy i obawy nie powinny nas powstrzymywać od należytego oczyszczenia zębodołu, o ile zachodzi ku temu potrzeba, przyjmując pod uwagę to, iż nie mamy pewności, czy zwyrodnienie w zębodole pochodzenia zębowego nie będzie przyczyną u danego pacjenta jakiegoś stanu chorobowego ogólnego. Anomalja anatomji może dać się nam we znaki przy zupełnie nawet niewinnych zabiegach i trudno od tego się uchronić.

W konkluzji uważam, iż wyskrobanie zębodołu, o ile stwierdzono po ekstrakcji zwyrodnienie tkanki kostnej jest obowiązkiem naszym.

A ponieważ, jak słusznie zauważył dr. Nacher usuwamy przeważnie zęby i korzenie w stanie przewlekłego zapalenia, więc w większości wypadków łyżeczowanie zębodołu jest konieczne. Według Cieszyńskiego na 10 zębów usuniętych w 6 ciu skonstatować można rozrzedzenie tkanki kostnej w zębodole, według mojej statystyki na 10 zębów usuniętych w 8-miu wypadkach usuwałem tkankę ziarninową.

7. **A. Meissner.** (W-wa). — Zasady mechaniki wyjmowania zębów przy uchyceniu kleszczy z góry.

Przy wyjmowaniu zębów przy uchyceniu kleszczy z góry stwarzają się inne warunki zastosowania prawideł mechaniki, niż przy wyjmowaniu zębów przy zastosowaniu zwykłego uchycenia kleszczy



Punkt obrotowy, leżący poniżej zęba przy wyważaniu zęba sposobem amerykańskim zostaje przesunięty w okolice przywierzchołkowe przy sposobie wyjmowania zębów za pomocą uchwycenia kleszczy z góry.

Właczania kleszczy wgłąb w podłużnej osi zęba, towarzyszący całemu zabiegowi, wprowadza istotną różnicę warunków, w których mają zastosowanie prawidła mechaniki wyjmowania zębów.

8. **Z. Świostkówna.** (W-wa). — O sposobach wyjmowania odłamków korzeni przy ekstrakcji zęba.

Zdaniem autorki, w specjalnem piśmiennictwie brak prac, poświęconych wymienionej sprawie. Pod względem zachowania się praktyka, po odłamaniu korzeni istnieją niekiedy różne poglądy: wyjmować resztki, czy też nie, w ostatnim razie wyrządza się krzywdę nie tylko pacjentowi, narażając go na najgorsze skutki, ale szkodzi się opinii swojej, jak również kolegów; pozostawiony odłamek pogarsza nawet sprawę zapalną. Autorka cytuje przypadek, przytoczony przez dr. Gruszczyńskiego, dotyczący utrudnionego wyjęcia dolnego zęba mądrości, pozostawione odłamki mogły być wyjęte dopiero po upływie roku; wynik na szczęście był tu pomyślny, lecz mógłby się zakończyć nawet śmiertelnie. Odłamki winny być bezwarunkowo usunięte.

Zdaniem autorki wyjmowanie odłamków kleszczami jest wprost karygodne w nowoczesnej chirurgji (komplikacja, rany, dolegliwości, dłuższe gojenie). Najbardziej wskazane jest: cięcie przez powłoki wyrostka zębodołowego, stopniowe usunięcie twardych części rozpoczynając od brzegu wyrostka zębodołowego. Do tych celów dawniej używano dłuto, kierownik Oddz. Chir. P. I. D. doc. Meissner stosuje przy wyjęciu korzeni zębów świdry, któremi łatwo i szybko obnaża odłamki. Płat następnie nakłada się ponownie i zeszywa się za pomocą 2 — 3 szwów. Sposób ten chirurgiczny jest łatwy do przeprowadzenia i winien być stosowany natychmiast po nieudanych próbach wyjmowania innemi narzędziami.

#### D y s k u s j a:

L. Sachs. Stosowanie dłuta należy do b. przykrych dla pacjentów wrażeń i w skutkach jest bardzo bolesny; przytem wymaga pomocy asystenta, co w praktyce prywatnej nie zawsze jest możliwe. 99% ułamanych korzeni usuwają lekarze dentyści znacznie prostszymi mniej przykrymi dla pacjentów sposobami. Tam gdzie wszystko zawiodło dluto należy zastąpić świdrem szczelinowym, za pomocą którego można pomiędzy blaszką zębodołową, a korzeniem ze strony policzka i języka wydrążyć dwa rowki, które dadzą możność uchwycić korzeń w kleszcze i tym sposobem usunąć takowy.

POSIEDZENIE V.

Środa 15. VII godz. 9.

1. **H. Gelbard** (W-wa). — Ogólny zarys z regulacji zębów.

Mamy 2 okresy w regulacji: Okres pierwszy nie naukowy (Pfuschen Regulierung). Okres drugi — Angła naukowy. Mamy klasyfikację przypadków nieprawidłowych zgryzów, etiologię, ddiagnozę.

Angel kolejno dał nam 3 typy regulacyjnych przyrządów. Mamy i różne modyfikacje: Joanga — Robinsona, Grunberga.

W r. 1920 Mersohn dał nam typ wewnętrznego łuku (lingual Bogen). Celem regulacji — normalny zgryz i rozwój kości szczękowych. Po wyregulowaniu zębów następuje okres retencyjny.

W r. 1918 Rogers dał nam pomocniczą terapię, polegającą na ćwiczeniu żujących i mimicznych mięśni twarzy.

Gimnastyka ta okazała się bardzo pożyteczną i często zapobiega tworzeniu się nieprawidłowego zgryzu. Wiek dla regulacji najlepszy możliwie wczesny, nie należy czekać, aby nieregularności więcej się potęgowały.

Są i chirurgiczne sposoby regulacji, lecz orto lontyści walczą przeciwko stosowaniu takich.

W ostatnich czasach mamy walkę pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami klasyfikacji Angła. Najgorętszym przeciwnikiem jest Simon, który dał swoją klasyfikację i stosuje gnatostatykę i fotostatykę. Can i Simon polecają regulację z usuwaniem m. trzonowców dla lepszych wyników estetycznych i dla skrócenia okresu regulacji.

Zwolennicy Angła ostro krytykują tę zasadę.

Dyskusja:

Frejdkin. Czy prelegent już stosował w praktyce regulacyjnej nowe typy łuków i szyn proponowanych i zmodyfikowanych przez Simona i czy są do nabycia na miejscu w Warszawie?

M. Rosenowicz. Czy przy prognatyzmie etnologicznym ustawione są 1-sze molary normalnie, czy też również jest malokluzja.

A. Mokrzycki. Czy znane oddawna, a obecnie na nowo rozpowszechnione w literaturze niemieckiej i francuskiej metody regulowania zębów przy pomocy działania mięśni twarzy i tułowia dają dobre wyniki i czy godne są zastosowania?

2. **L. Brennejsen** (W-wa). — I. Zgryzadła „a model szczęki w ruchu“.

Zgryzadła nawet najbardziej precyzyjne odtwarzają zupełnie ściśle tylko jedną pozycję, mianowicie stosunek szczęk w chwili do-

kładnego zamknięcia. Wszystkie inne zestawienia odtwarzane są jedynie w mniejszym lub większym przybliżeniu; odbudowanie bowiem stawów w zgryzadłach nie może być zupełnie dokładne, a każdy nawet mały błąd lub niedokładność odtwarzanych powierzchni stawowych, leżących tuż koło środka ruchu — na obwodzie t. j. w linii uzębienia musi dać różnicę o wiele większą. „Model szczęki w ruchu“ daje nam natomiast zupełnie dokładny kształt tej powierzchni, którą zarysowują w przestrzeni zujące i tnące powierzchnie zębów. Może więc on być dobrym i dokładnym sprawdzeniem ustawienia zębów, dokonanego w zwykłym zgryzadle (do zsuwania modeli) odtwarzającym ściśle stosunek szczęk w chwili domknięcia zębów.

II. Stan pomocy dentystycznej w szkołach państwowych średnich. Podług materiałów dostarczonych przez Min. Ośw. Publ.

III. Zadania lekarzy-dentystów szkolnych.

Pogadanki i odczyty na temat zwalczania próchnicy. Okoliczności sprzyjające rozwojowi próchnicy. Cykl rozwoju próchnicy: od ubytków małych — do przetok. Konieczność plombowania ubytków małych. Rola uzębienia. Ujemny wpływ na organizm braków w uzębieniu.

2. Systematyczne oględziny. Wskazówki higieniczne.

3. Doprowadzenie do porządku jamy ustnej tylko uczniów niezamożnych.

4. Wyjaśnienie rodzicom konieczności regulowania zgryzów nieprawidłowych.

3. **A. Grzybowska.** (W-wa).—Rodzaje i sposoby umocowania porcelanowych zębów w protezach.

Na wstępie przytoczone są niektóre dane, dotyczące zębów sztucznych. Francuzi pierwsi rozpoczęli wyrabianie zębów sztucznych z porcelany (Duchateau r. 1774), Pierwsza fabryka zębów sztucznych powstała w r. 1825 w Filadelfji (Stockton), następnie powstały w Anglii, Szwajcarji i w Niemczech (White, Justi, Ash, De Trey, Biber, Wienand i inne). Dobre są wyroby Ash'a, White'a i de Tray'a. Wyroby te przechodziły różne koleje rozwoju (forma, barwa i t. d.). Obecnie znane są wyroby zębów p. n. „Anatoform“ de Tray'a podług badań Willams'a i Gysi'ego. System „Anatoform“ obejmuje 12 form, które odpowiadają wszelkim wymaganiom.

Umocowanie zębów w protezach odbywa się przy pomocy różnego rodzaju zaczepki lub otworów w zębie (bezzaczepkowe). Zaczepki z nieszlachetnych metali posiadają pewne wady. Zaczepki takie ostatnio ochraniają powłoką szlachetnych metali („Bluespos“,

„Saksonja“, „Ramco“, „New Departure“). Najodpowiedniejsze są zęby z wlutowaną zaczepką „Solila“<sup>1</sup>).

Autorka dalej omawia sposób umocowania zębów bezzaczepkowych w kauczuku i w metalu przy pomocy rureczek. Zęby bezzaczepkowe do napraw Ash'a, zęby rurkowa'e, umocowywane przy pomocy ćwieków, zęby nasuwalne do napraw mostkowych (Steele'a, uniwersalne zęby Bihera (z odnośną klamrą do umocowania), wreszcie korony Logana z ćwiekiem lub bez tegoż. Najodpowiedniejsze są korony Solila, z wpaloną łuską platynową i zlutowanym z nią ćwiekiem. Podobne po powyższych są korony Asch'a z oddzielnymi ćwiekami i inne. Wybór tego lub innego rodzaju koron zależy od praktyki.

#### 4. J. Galasińska. (W-wa).—O koronach jacket'owych.

Korona jacket'owa, inaczej pochwkowa, opracowana szczegółowo przez dr. Lewina w 1915 r. jest to powłoka z trudnotopliwej porcelany, osadzona przy pomocy cementu. Przygotowanie zęba polega na sprowadzeniu ścian bocznych do rów oległości, usunięciu szkliwa i wytworzeniu stopnia przy brzegu dziąsła. Koronę tę palimy na g. l. zie platynowej w piecu elektrycznym do temp. 2560° P. Sposób przygotowanie masy i proces wypalania jak przy wkładkach Jenkins'a. Korona pochwkowa ma wyższość nad złotą tylko pod względem estetycznym; nie przewyższa jej w dokładności przylegania około szyjki, jest mniej wytrzymała i nader uciążliwa w wykonaniu. Jako filar dla mostu lub dowieszzonego zęba—za słaba. Stosowana jako uzupełnienie korzenia nie wytrzymuje konkurencji z zębami ćwiekowymi porcelanowymi, półporcelanowymi lub systemu Richmonda.

#### D y s k u s j a:

H. Gelbard. Jacketowe korony bardzo ładne, lecz technika preparowania i wykonania bardzo trudna i dostępna dla wybranych jednostek. Przyszłość pokaże, jakie zmiany zajdą w miarę zdrowej po odrańaniu szkliwa i części zębiny.

Gombiński. Jacketowe — korony mają tyle ujemnych stron w przygotowaniu, że przyszłość ich jest bardzo wątpliwą, jak zresztą dowodzi tego krytyka zachodu. Może w przyszłości dadzą się one zastosować nie tyle jako korony, lecz jako zęby sztuczne, przytwierdzone do korony w zastosowaniu przy mostach, co jednak ze względu na kosztowność wykonania nie da się spopularyzować.

Grabman. Nie wolno używać przy osadzaniu koron cementu silikatowego, gdyż zawiera on ślady arsenu i wcześniej, czy

<sup>1</sup> patrz broszurę wydaną przez firmę de Trey'a p. t. „Problemat Solila“ w języku polskim).

później wywołuje zmiany, a nawet obumarcie miazgi w żywych i ze szlifowanych zębach.

5. **S. Goldberg.** (Siedlce). — O złotych odlewach.

Do odlewów używa się różnych aparatów, ale są one niedokładne i skomplikowane. Najprostszy sposób: modeluje się z wosku czerwonego dokładną formę, zanurza się ją do zimnej wody, aby stwardniała. Bierze się pudełko od zapatek bez dna, stawia się na papier i nalewa się w to gips. Formę woskową smaruje się gipsem i zanurza się w miękkim gips. Zbytek gipsu zdejmuje się, robi się rowki, smaruje się wazeliną całość, prócz pow. woskowej i dna. Gdzie wosk odkryty, stawia się woskowy czopek wysmarowany wazeliną, obejmuje się go sztywnym papierem, którego brzegi łączą się lakiem, następnie nalewa się gips tak, aby czopek wystawał. Po 4 minutach wyłabia się gips koło czopka i wyjmuje się go palcami. Później zdejmuje się drewnianą szufladkę i gładzi się brzegi. Po godzinie uderza się drewnianym trzonkiem w dolną część gipsu, która się rozdwaja, wosk wytapia się w gorącej wodzie. Formę gipsową należy dobrze wysuszyć. Kiedy gips zimny, łączy się obie połówki, okręca sznurkiem. Złoto roztopia się na węglu i wlewa przez otwór, gdzie był czopek. Po odlaniu otrzymuje się dokładny odlew.

6. **L. Litwin.** (Łódź). — Walka z masową próchnicą zębów u dzieci.

Ogłędziny zębów u dzieci stwierdziły, iż 90% dzieci ma chore zęby. Spostrzegano często zapalenie migdałków i nieżyty gardła, gruczołów chłonnych. Chore zęby często stanowią ognisko zarazy dla laseczników gruźliczych i zwłaszcza u dzieci mają ujemny wpływ na ogólny stan. Jama ustna obfituje w niezliczone mnóstwo drobnoustrojów, które przy sprzyjających warunkach wykazują swoją żywotność. Stwierdzono, iż wszystkie narządy i tkanki przyjmują zarazki, pochodzące z jamy ustnej. Organizacja pomocy dentystycznej dla dzieci szkół powszechnych nie jest dostateczna. W większych środowiskach (Kraków, Lwów, Wilno, Łódź) pomoc jest również niedostateczna. We wszystkich krajach walka z próchnicą zębów wśród dzieci prowadzona jest już racjonalnie. Sprawę tę powinien poprzeć Zjazd, by ją pokierować na właściwe tory.

7. **R. Litwin.** (Łódź). — Alkoholizm i próchnica zębów.

1. Alkoholizm, jako zagadnienie społeczne i plaga ludzkości ansorbuje uwagę psychiatrii tem, że powoduje wzrost przestępczości, natomiast świat lekarski interesuje trujące działanie alkoholu.

2. W etjologii próchnicy zębów obciążenie dziedziczne odgrywa

ważną rolę. Prof. Matti uzupełnia dane o wpływach dziedziczności nowym ujemnym czynnikiem: alkoholizmem.

3. Liczne doświadczenia Lactinena z psami, królikami etc. wykazały, że nawet nieznaczne dawki alkoholu, wstrzykiwane przez czas dłuższy do krwi, wpływają nie tylko na ustrój, ale i na potomstwo.

4. Opierając się na twierdzeniu, że przyczyna choroby spoczywa wewnątrz ustroju, trzeba również uważać próchnicę zębów jako proste następstwo zaorzeń wewnętrznych. U alkoholików przyczyną choroby zębów jest i tu niedostateczne odżywianie ustroju i niedostateczna ilość soli wapiennych w krwioobiegu, spowodowana zaburzeniem trawienia.

5. Niezdolność do laktacji u matek idzie w parze ze zwiększonym usposobieniem do próchnicy zębów — obu zaś tych wad przyczyną jest alkoholizm (wg. prof. Bungego i Rösego).

6. Naukowe badania o alkoholizmie stwierdzają jego podłoże, są więc drogowskazem dla zarządzeń profilaktycznych ze strony czynników społecznych.

8. **A. Meissner.** (W-wa)—Wyniki dalszych doświadczeń nad chirurgicznym umocowaniem dostawek w bezzębnej jamie ustnej.

Dalsze badania nad wynikami chirurgicznego umocowania dostawki w bezzębnej jamie ustnej miały na celu stwierdzenie, jaki los spotka z biegiem czasu przeszło kostnawo-dziąsłowe, wytworzone wskutek przeprowadzenia otworu w szczęcie.

Badania wykazały, że po zaniku tkanki kostnej na miejsce zaniku po pewnym czasie zaczęła się wytwarzać od brzegów otworu nowa kość.

Ten objaw daje pewność, że zabieg operacyjny nie naraża pacjenta na niepomyślnie wyniki, związane z możliwością przedarcia się przeszła kostnawo-dziąsłowego.

#### D y s k u s j a:

H. Wilga. W swoim czasie wypowiedziałem się ujemnie o tem i trwam w swoim przekonaniu dotychczas; musi tu nastąpić zanik kości zębodołu, a potem i tkanki łącznej.

9. **A. Abramowicz.** (W-wa).—Wpływ zawodu i pewnych przyzwyczajzeń na stan jamy ustnej i uzębienia.

Autor zatrzymuje się nad uzębieniem robotników, zatrudnionych w fabrykach cukru i czekolady, którzy stale wdychają pył cukrowy, niszczący szkliwo zęba, ostatni skutek tego traci barwę naturalną wreszcie niszczy się zupełnie. Zgubny wpływ na zęby robotników, zatrudnionych w fabrykach różnych dziedzin przemysłu, mają kwasy, z którymi się stykają. W warsztatach metalurgicznych zęby przednie

robotników, zostają pokryte zielonym osadem, pozostającym na dłuższy czas, nawet po przerwie pracy zawodowej. Zmianom charakterystycznym ulegają zęby szewców i rymarzy (zwyczaj trzymania ćwieczków w zębach). Nieraz widzi się półksiężycowe zmiany na zębach tapicerów i stolarzy, u hutników wskutek stałego trzymania rurki żelaznej, siekacze nabierają skośnej formy. U zecerów, drukarzy i pokrewnych pracowników widzimy szare obwódki na dziąsłach (tlenek ołowiu). U robotników w fabrykach fosforu zdarzają się przypadki martwicy fosforycznej; przypadki rtęciocy spotykamy u robotników przy wdychaniu pary rtęciowej. Krawcowe, modystki, gorseciarki i t. p. odgryzające nitki, lub trzymające w zębach igły, mają również zniekształcone zęby. Zmiany takie spotykamy nieraz u rysowników i nauczycieli (trzymanie ołówków w zębach). Zmiany warunków pracy w fabrykach oraz uświadamianie robotników może mieć wpływ na zapobieganie tym zmianom

#### POSIEDZENIE VI (plenarne).

Środa 15. VII godz. 15

1. **L. Brenneisen.** (W-wa). — Zadania lekarzy dentystów szkolnych.

Głównem zadaniem powinno być szerzenie zasad higieny zapomocą porad, pogadanek, pokazów i odczytów przy powtarzaniem się dwa razy do roku oglądaniu uzębienia. Na wykryte niedokładności powinno się zwracać uwagę ucznia i rodziców (piśmiennie) żądając doprowadzenia zębów do porządku. Plombowanie na koszt państwa zupełnie bezpłatnie powinno dotyczyć tylko uczni biednych, zamożniejsi których w państwowych szkołach nie brak, winni to na własny wykonać rachunek. Pobieranie cen śmiesznych, j. np. 40 gr. za plombę, jako niepokrywających jej kosztu założenia — nie powinno mieć miejsca. Główną uwagę należałoby poświęcić szkołom powszechnym i tam właśnie wartoby było przenieść plombowanie bezpłatne, które w szkołach średnich powinno się ograniczyć do minimum.

2. **L. Brenneisen.** (W-wa). — Pomoc dentystyczna w szkołach pg. materiałów dostarczonych przez Wydział Hygieny M. O. P.

W r. 1919/20	na 54 gimnazja	posiadało pomoc dentystyczną	— 31
„ 1920/21	73	„ „ „	— 47
„ 1921/22	237	„ „ „	— 54
„ 1922/23	262	„ „ „	— 69
„ 1923/24	270	„ „ „	— 68

W seminarjach nauczycielskich.

W r. 1921/22	na 98 sem. nauczyciel. pom dent.	posiadało	— 25
„ 1922/23	104	„ „ „ „	— 37
„ 1923/24	117	„ „ „ „	— 42

Z liczby 475 pryw. szkół średnich — pomoc dentystyczną zaprowadzono w 8 gimn. 1922 3/4.

P. D. pom. 5 szkół zawodowych.

W szkołach powszechnych w Warszawie.

W r. 1921/22 — 6 osób

„ 1922/23 — 4 „

Pozatem Czerwony Krzyż i ambulatorja żydowskie.

W Krakowie w ambulatorjum miejskim 2 osoby

„ Łodzi — 1, w Wilnie — 1, Lwów — 1.

W roku 1922/23 zbadano 20.983 uczn., założono 22701 plomb, wyleczono 5245 zap. miazgi i 1464 zgorzeli, usunięto 5245 z. U 6814 uczniów doprowadzono jamę ustną do porządku, w szkołach powszechnych plomb — 4327, usunięto — 1702, uporządkowano jamę ustną u 1801 dzieci.

D y s k u s j a:

Kopczyński. Uzupełnia przemówienie prelegenta, zaznaczając, że opieka dentystyczna jest bardzo potrzebna w szkołach powszechnych, ponieważ tam groźba próchnicy jest największa.

Frejldkin. Urządzenie specjalnych klinik dentystycznych celem niesienia racjonalnej pomocy dentystycznej niezamożnym dzieciom w okresie przedszkolnym — kliniki takie winny być zorganizowane i utrzymane kosztem instytucji rządowych lub komunalnych, na wzór istniejących tego rodzaju instytucji na zachodzie.

Bauer. Od r. 1907 byłem lek dent. przy II-im Gimn. rząd. (na Nowolipkach) gdzie prowadziłem pogadanki z higieny zębów i jamy ustnej oraz fizjologii zębów. Odsetek próchnicy spadł do minimum. Wogóle wyniki z tego powodu (stałych oględzin i pogadanek) były nadzwyczajnie dodatnie.

3. **H. Wilga.** (W-wa).— Społeczne znaczenie próchnicy i organizacja walki z nią.

Prelegent w swoim odczycie wysuwa metody walki z próchnicą zębów dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym i proponuje swój system, sprowadzający się do dyzederatów, które należy wydać ze strony Ministerstwa Zdrowia i Oświaty.



I. Obowiązujące rozporządzenie, że do każdej szkoły średniej i zawodowej mogą być przyjęte tylko te dzieci, których zęby są wyliczone.

II. W szkołach powszechnych winno być wprowadzone zębolecznictwo na ogólnych zasadach.

III. W szkołach średnich i innych wprowadza się opiekę nad zębami, zobowiązującą władze szkolne i rodziców do wykonania przepisów w tym kierunku wydanych.

IV. Dwa razy do roku każda klasa musi być zbadaną, a dzieci potrzebujące zabiegów lek. den. skierowano do kliniki szkolnej.

V. Jeżeli środki kliniki szkolnej niepozwalają wykonać potrzebnych zabiegów wszystkim dzieciom, to rodzice zamożniejsi obowiązani są w określony przez szkolnego lek. dent. termin przeprowadzić sanację jamy ustnej pod strachem kary usunięcia dziecka ze szkoły.

VI. Sanację przeprowadza się we wszystkich szkołach oraz poza szkołą podług jednego ustalonego systemu i planu.

VII. Dążeniem lek. den. szkolnego jest przeprowadzić sanację zębów stałych i mlecznych. Z braku czasu zęby mleczne w stanie ropnego zapalenia miazgi lub zgorzeli mogą niebyć leczone. Zastępuje się tu tylko środki zapobiegawcze od bólu i ogólnego niebezpieczeństwa stałego zęba od zarażenia przez sąsiednie mleczne.

VIII. Praca lek. den. ocenia się nie ilością zrobionych plomb, a wynikiem i ilością dzieci, u których przeprowadzono sanację jamy ustnej czy to w szkole, czy też poza szkołą.

IX. Praca lek. den. w tym kierunku kontroluje się periodycznie przez inspekcję, do której powołują się specjaliści — stomatolodzy.

X. Główne zadanie szkolnego lek. den. — doprowadzenie swojej szkoły do porządku pod względem sanacji zębów.

XI. Szeroka propaganda konieczności posiadania zdrowych zębów.

XII. Szkolna władza winna się troszczyć o zorganizowanie swojej szkolnej kliniki z zastosowaniem urządzeń nowoczesnych np. roentgen i t. p. oraz o leczeniu zębów u dzieci poza szkołą, o ile szkolny lek. den. nie jest w stanie sam to przeprowadzić.

XIII. Środki i urządzenia szkolnej kliniki den. winny odpowiadać teraźniejszym wymaganiom nauki, a dążenia władz szkolnych dąć możliwość korzystania z tej kliniki wszystkim swoim uczniom, chociażby na różnych warunkach (płatnie i bezpłatnie).

XIV. Tylko te społeczne instytucje mogą dopełniać szkolną klinikę, które zobowiązują się leczyć zęby dzieci według ustalonego planu i metod.

XV. Odpowiednio do tego systemu sanacji jamy ustnej winna być opracowana karta chorych i karta rejestracyjna lub jedna wspólna

o charakterze odpowiadającym potrzebom praktycznego leczenia oraz nauki i statystyki.

XVI. Lek. - dentyści łączą się w t-wa naukowe, periodycznie obradujące nad sprawami ulepszenia swojej pracy.

Część referatu, zawierającą dezyderaty organizacji walki z próchnicą, po wypowiedzeniu się kilku mówców ogólne zebranie sekcji postanawia przyjąć, jako wnioski sekcji i przekazuje je do komisji dla dołączenia do innych wniosków tejże.

4. **H. Wilga.** (W-wa). — Leczenie zębów u dzieci w wieku szkolnym jako podstawa walki z próchnicą.

Próchnica, jako choroba ma wielkie znaczenie społeczne. Walka z próchnicą jest akcją społeczną. Leczenie zębów mlecznych jest konieczne. Ważne znaczenie ma profilaktyka. Okres leczenia zębów u dzieci należy dzielić na dwa okresy: I — przedszkolny od 2 — 6-ciu lat, gdzie głównie występuje profilaktyka; II — okres szkolny od 6 — 18 lat. Zęby mleczne muszą być zachowywane dla odżywiania organizmu rozwijającego się dziecka. Leczenie mlecznych zębów zasadniczo nieróżni się od leczenia zębów stałych. Należy tylko brać pod uwagę wiek pacjenta oraz stopień rozessania korzenia, szerokość otworu szczytowego, ile czasu pozostało do zamiany danego zęba i na koniec czy możliwym jest wogóle zachowanie go. Na dwa lata przed wypadnięciem zębów może być leczony. Poleca się szerokie zastosowanie metody amputacyjnej przy pulpitis acuta serosa partialis, irritatio pulpaе, (przekrwienie miazgi), wypadkowem odkryciu miazgi, przy pulpitis acuta totalis w pierwszy dzień powstania i pulpitis chronicus fibrosa.

5. **H. Gelbard.** (W-wa). — Leczenie mlecznych zębów z punktu widzenia ortodentysty.

Stan mlecznych zębów u dzieci pozostawia wiele do życzenia. Zaniedbują rodzice, lecz i dentyści nie dbają o leczenie tych kapryśnych pacjentów. Zdrowie dzieci z tego powodu bardzo szwankuje i oprócz tego w przyszłości mamy cały szereg nieprawidłowości w uzębieniu.

Normalny zgryz obecnie jest rzadkością. Normalny zgryz to uroda, zdrowie, dobry oddech, dobra wymowa, śpiew i gwizdanie. Najlepsza profilaktyka dla zębów (konserwacja) chroni od ropotoku zębodołowego, nadaje wyraz podczas śmiechu i płaczu.

Usuwanie mlecznych zębów przedwcześnie ma ujemny wpływ na formowanie stałego uzębienia i na prawidłowy rozwój kości szczękowych i wyrostków zębodołowych.

Schröder w razie jeżeli w 4-ym roku życia odległość między

mleczn. II trzon nie dosięga 40 m. od. profilaktycznie je rozszerza — reguluje.

Należy popularyzować potrzebę leczenia mlecznych zębów. Plombowanie musi być wczesne przy małych otworach i badania systematyczne (co 3 mies.) od 4-go roku życia, najlepiej mogłyby to czynić lekarki, posiadające więcej cierpliwości do dzieci.

### D y s k u s j a:

A. M o k r z y c k i. Działalność lekarzy-dentystów szkolnych powinna iść w kierunku zapobiegania próchnicy (profilaktycznym), gdyż przy dzisiejszym stanie organizacji pomocy dentystycznej w szkołach nie da się przeprowadzić, ani dziś, ani w najbliższej przyszłości zupełnego uporządkowania uzębienia u młodzieży szkolnej.

Jako najpotężniejszy środek zapobiegawczy uważam traktowanie zębów u dzieci, zarówno mlecznych, jak i stałych solami srebra (azotan srebra lub płyn Howego). Zabieg ten powinien być stosowany zawsze u dzieci przez pędzlowanie, zwłaszcza powierzchni żujących. Zapobieganie to przynajmniej opóźni powstawanie próchnicy.

#### 6. P. Klein. (W-wa). — Oznaczanie zębów systemu „Eskate“.

Autor podaje swój własny poglądowy i uproszczony system „Eskate“ do oznaczania anatomicznego zębów i ich położenia. Do tego celu służą: 3 głoski S (siekanie) K (kły) i T. (trzonowce). Małe siekacze i małe trzonowce oznaczamy temi samemi literami lecz alfabetem małym. Do oznaczania zaś szczęki i strony służą 3 cyfry umieszczone u góry lub u dołu danej litery po prawej lub lewej stronie 1, 2, 3. Ponadto autor zaleca cały szereg skrótów i znaków w zachowawczem, operacyjnym i profilaktycznym traktowaniu zębów. System rzeczony ma na celu ujednostajnienie w piśmiennictwie i ułatwienie prowadzenia wykazów praktykowi.

#### 8. J. Gombiński. (W-wa). — Nowoczesne sposoby traktowania przewodów zęba.

Wynik leczenia i plombowania przewodów zęba bywa często ujemny. Przyczyna tego tkwi, jak nas przekonywują korrozyjne preparaty i eksperymentalne doświadczenia: Albrechta, Hessa, Howe'a, Moralla, A. Schrödera i wielu in., w niedostatecznym działaniu środków i sposobów odkażania, impregnowania i plombowania przewodów.

Niektóre z nich: formalina, trójkresol-formalina i phenol, ponieważ ścinają białko i drażnią ozębną, zostają wyrugowane z zębocznictwa. W kanalikach zębiny, mimo odkażania temi silnemi środkami, gnieźdzą się ogniska zakaźne, z których przez otwarty szczyt, a także ztkanki okołoszczytowej, zakażenie przenika w głąb ustroju (oralisepsis).

często nie powodując lokalnych patologicznych objawów (spostreżenia Weskiego).

Ażeby pokonać trudności, powstające przy wymiażdżeniu, przenikaniu, wysuszaniu i wyjaławianiu przewodu do otworu szczytowego, a także kanalików zębiny, materiał do plombowania musi posiadać następujące zalety: 1. lekko dać się wprowadzić i szczelnie wypełnić przewód i rozgałęzienia, 2. silnie dyfundować i odkażać, aby unieszkodliwić pozostałości miazgi, 3. zupełnie zamknąć otwór szczytowy, 4. wchłaniać ni dającą się wysuszyć wilgoć i 5. nie drażnić ozębnej.

Przyjęto system iniekcyjny ulepszony przez Fischera, Knauckera i Rosego. Z nowych sposobów wyróżniają się: Albrechta, Howe'a Prinza, Fischera i Schrödera. Ze środków hypochlorid, chloramin dychloramin-t, trypaflavin, płyn Ronströma, płyn Pregla, rivanol, flaviscid i tetrametylowy ester kwasu krzemowego. Instrumenta Printza i Schrödera. Amerykańskie systemy nie dają zupełnej gwarancji i są zbyt uciążliwe. Jedyną odpowiadającą wyłus czonym wymogom i uproszczoną jest metoda Schrödera zakrzemowania zęba (Verkies lung) za pomocą estru krzemowego, który, silnie dyfundując, przenika w rozgałęzienia i kanaliki zębiny i przetwarza całą organiczną zawartość zęba w ścisłą szklistą i jałową masę, niedostępną dla drobnoustrojów.

8. **Rosenowicz.** (Częstochowa). — O wrzodziejącem zapaleniu śluzówki jamy ustnej (stomatitis ulcerosa)

Chorobę tę spotyka się bardzo często wśród dzieci w szkołach, koszarach i w większych skupieniach ludzkich, i to wskazuje, że choroba ta jest pochodzenia bakteryjnego.

Wrzodziejące zapalenie śluzówki jamy ustnej objawia się obrzmieniem dziąseł, na których tworzą się owrzodzenia, pokryte szarawym nalotem, bolesne i łatwo krwawiące. Proces zagłębiając się dochodzi do powstawania martwaków. Charakterystyczne cechy: cuchnienie z ust, powiększone gruczoły podszczękowe, temp. do 39°. Choroba trwa do 4 tygodni przy dobrem leczeniu. W przeciwnym razie doprowadzić może do zejścia śmiertelnego. Przyczyna: pozostałe korzenie, brak higieny, wyrzynające się zęby mądrości i stany gorączkowe.

Leczenie: Jodyna i azotan srebra mało pomagają, neosalvarsan lepiej. Najlepszym jest  $H_2O_2$ , dlatego, że beztlenowce szybko giną od  $O$ . Najpierw trzeba usunąć przyczynę, a dopiero stosować te środki. Przy stomatitis ulcerosa współzrędnie występuje Angina Vincenti. Salvarsan tak samo działa na krętki innego gatunku, więc zrozumiałą jest jego swoistość działania przy tej chorobie. Pędzuje się 1—3 razy dziennie tym środkiem. Neosalvarsan jest mniej trującym, więc można wziąć większą dawkę, a przez to efekt leczenia lepszy.

Jeśli miejscowo nie pomaga, wstrzykuje się do żył i zwykle po 4-ch dawkach znikają objawy chorobowe.

9. **M. Rosenblat.** (Częstochowa). — Termometr alarmujący do kotłów wulkanizacyjnych.

W krótkich słowach przedstawię cel skonstruowanego termometru alarmującego, który służy wyłącznie do naszych celów.

Głównem jego zadaniem:

1. chronić kocioł od eksplozji,
2. od przepalania kauczuku,
3. kontrolować przebieg wulkanizacji.

Na wszelkie uchylenia od tego momentalnie reaguje dobitnie.

Sposób użycia: Nastawia się kocioł i odchodzi się do zwykłej roboty; gdy termometr wskazuje temperaturę 150 C alarmuje, wtedy przesuwa się kontakt, by w razie przekroczenia żądanej temperatury ostrzegł alarmujący dzwonek. Tym sposobem eksplozja i przepalenie kauczuku wykluczone.

---

Dnia 14-go VII na ogólnem posiedzeniu sekcji uchwalono utworzyć komisję, składającą się z przedstawicieli katedr stomatologicznych uczelni polskich, obranego prezydium sekcji zjazdu i przewodniczących i sekretarzy poszczególnych posiedzeń, — dla opracowania zgłoszonych wniosków.

15-go VII komisja ta rozpatrzyła wszystkie wnioski i przedłożyła ogólnemu zebraniu do uchwały. Po krótkiej dyskusji nad niektórymi wnioskami zostały przyjęte następujące:

1. Sekcja stomatologiczna XII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich poleca prezydium zwrócić się do Władz Rządowych o wydanie rozporządzenia wykonawczego co do wprowadzenia w życie doktoratu z nauk dentystycznych, przewidzianego już rozporządzeniem Ministerstwa W. R. i O. P. i Generalnej Dyrekcji Zdrowia Publicznego z dnia 7-go stycznia 1922-go roku N30-IV/22.

2. Uzyskanie stopnia d-ra nauk dentystycznych należy udostępnić także tym obywatelom Państwa Polskiego, którzy posiadają dyplom uzyskany na uniwersytetach b. państw zaborczych — uprawniający ich do praktyki dentystycznej w Państwie polskim, a którzy wykazują się pracami naukowemi.

3. Wprowadzenie w życie doktoratu z nauk. dent. nie przesądza w niczem późniejszego definitywnego załatwienia sprawy nauczania stomatologii.

4. Na podstawie badań metalurgicznych stwierdzono rozpuszczalność w jamie ustnej metali nieszlachetnych i wytwarzanie się połączeń szkodliwych dla organizmu ludzkiego. Wobec tego nie należy używać metali nieszlachetnych do dostawek dentystycznych. Uchwałę tę prezydjum poda do wiadomości Ministerstwa Spraw W. Generalnej Dyrekcji Zdrowia z prośbą o odpowiednie zarządzenie.

5. a) Ażeby zapewnić ciągłość Naukowym Zjazdom Stomatologicznym Sekcja Stomatologiczna XII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich wybiera stałą delegację, składającą się z przedstawicieli katedr stomatologii, oraz tworzy fundusz zjazdowy, którym dysponuje wybrana delegacja zjazdów stomatologicznych.

b) Delegacji stałej przysługuje prawo kooptacji.

c) Delegacja stała postanawia termin i miejsce następnego zjazdu i nadaje charakter temuż oraz powołuje komitet organizacyjny zjazdu w mieście, gdzie takowy się odbędzie.

d) Fundusz Delegacji Stałej Zjazdów Stomatologów Polskich tworzy się ze składki (w wysokości 5-ciu złotych), złożonej przez każdego uczestnika zjazdu Naukowego Stomatologii (względnie sekcji stomatologicznej) oraz dobrowolnych składek.

6. Rękopisy i dyskusje zebrane przez sekretarzy zjazdu zostają złożone na ręce przewodniczącego komitetu org. Pana Prof. H. Wilgi.

Prelegentom przysługuje prawo oznaczania na rękopisie, w którym czasopiśmie nauk. stomatolog. życzą sobie mieć pracę wydrukowaną.

Panu profesorowi H. Wildze jako Przewodniczącemu poleca zjazd porozumienie się z redakcjami pism co do wydrukowania całkowitej dyskusji.

7. a) Aby pomoc dentystyczna dla ubezpieczonych w Kasach Chorych mogła należycie pełnić rolę swoją w walce z próchnicą, powinna być zmodyfikowaną w znaczeniu wolnego wyboru dentysty.

b) pomoc dent. dla urzędników państw. powinna ulegz modyfikacji w znaczeniu wolnego wyboru dentysty.

8. Zjazd zwraca uwagę Rządu i Ciał Prawodawczych na szkodliwe zastosowanie zasady samowystarczalności Państwowego Instytutu Dentystycznego, uczelni wyższej i jedynej w Państwie.

Zdrowie publiczne, dobro społeczne i rozwój dentystyki wymagają należytego udotowania Państwowego Instytutu Dentystycznego i uniezależnienie go od przypadkowości wpływów środków materialnych.

9. Sekcja Stomatologów XII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Zwraca się do Ciał Ustawodawczych z prośbą, by osobom nieposiadającym żadnego wykształcenia lekarskiego i nieaprobowanym przez Wydziały Lekarskie Uniwersytetów lub inne wyższe uczelnie specjalne, nienadawano jakichkolwiek uprawnień do wykonywania zabiegów wchodzących w zakres wiedzy lekarskiej, i nienadawano tytułów np. „dentysta“, któreby wprowadzały publiczność w błąd.

10. Sekcja Stomatologii powołuje do życia komisję składającą się z 5-ciu osób celem ustalenia jednolitego mianownictwa dentystycznego. Komisję obierze prezydium komitetu org. sekcji wraz z projektodawcą (Kol. Krakowskim).

11. Należy, by Min. Zdrowia i Min. W. R. i O. P. wydało:

I. Obowiązujące rozporządzenie, że do każdej szkoły średniej i zawodowej mogą być przyjęte tylko te dzieci, których zęby są wyleczone.

II. W szkołach powszechnych winno być wprowadzone zębolecznictwo na ogólnych zasadach.

III. W szkołach średnich i innych wprowadza się opiekę nad zębami, zobowiązującą władze szkolne i rodziców do wykonania przepisów w tym kierunku wydanych.

IV. Dwa razy do roku każda klasa musi być zbadana, a dzieci potrzebujące zabiegów lek. dent. skierowane do kliniki szkolnej.

V. Jeżeli środki kliniki szkolnej niepozwalają wykonać potrzebnych zabiegów wszystkim dzieciom, to rodzice zamożniejsi obowiązani są w określonym przez szkolnego lekarza-dent. terminie przeprowadzić sanację jamy ustnej pod rygorem usunięcia dziecka ze szkoły.

VI. Sanację przeprowadza się we wszystkich szkołach oraz poza szkołą podług jednego ustalonego systemu i planu.

VII. Dążeniem lek. dent. szkolnego jest przeprowadzić sanację zębów stałych i mlecznych. Z braku czasu zęby mleczne w stanie ropnego zapalenia miazgi lub zgorzeli mogą niebyć leczone. Zastępuje się tu tylko środki zapobiegawcze od bólu i ogólnego niebezpieczeństwa oraz zabezpieczenia stałego zęba od zarażenia przez sąsiednie mleczne.

VIII. Praca lek. dent. ocenia się nie ilością zrobionych plomb, a wynikiem i ilością dzieci, u których przeprowadzono sanację jamy ustnej czy to w szkole, czy też poza szkołą.

IX. Praca lek. dent. w tym kierunku kontroluje się perjodycznie inspekcją, do której powołują się specjaliści — stomatolodzy.

X. Główne zadanie szkolnego lek. dent. — doprowadzenie swojej szkoły do porządku pod względem sanacji zębów.

XI. Szeroka propaganda konieczności posiadania zdrowych zębów.

XII. Szkolna władza winna się troszczyć o zorganizowanie swojej szkolnej kliniki z zastosowaniem urządzeń nowoczesnych np. roentgen i t. p., oraz o leczeniu zębów u dzieci poza szkołą, o ile szkolny lek. dent. nie jest w stanie sam to przeprowadzić.

XIII. Środki i urządzenia szkolnej kliniki dent. winny odpowiadać terazniejszym wymaganiom nauki, a dążenia władz szkolnych — dać możliwość korzystania z tej kliniki wszystkim swoim uczniom, choćby na różnych warunkach (płatnie i bezpłatnie).

XIV. Tylko te społeczne instytucje mogą dopełniać szkolną klinikę, które zobowiążą się leczyć zęby dzieci według ustalonego planu i metod.

XV. Odpowiednio do tego systemu sanacji jamy ustnej winna być opracowana karta chorych i karta rejestracyjna lub jedna wspólna o charakterze odpowiadającym potrzebom praktycznego leczenia oraz nauki i statystyki.

XVI. Lek. Dentyści łączą się w t-wa naukowe, perjodycznie obradujące nad sprawami ulepszenia swojej pracy.

Przed zamknięciem posiedzeń sekcji zabiera głos przewodniczący sekcji Prof. D-r H. Wilga. W krótkich słowach daje sprawozdanie z prac sekcji. Ze sprawozdania tego wynika, że praca sekcji była bardzo dodatnia. Uczestników sekcji było ponad 300. Wygłoszono 48 referatów, 12 — spad o. Wystawione eksponaty wzbudzały wielkie zainteresowanie wśród specjalistów. Na wniosek Prof. D-ra H. Wilgi zebrani wyrażają podziękowanie generalnemu przewodniczącemu obrad sekcji Prof. D-rowi A. Cieszyńskiemu, Jego zastępcy D-rowi E. Manciewiczowi i poszczególnym przewodniczącym i sekretarzom. Prof. D-r A. Cieszyński oznajmia, że w myśl uchwały zjazdu we Lwowie (1923 r.) zwoływanie zjazdów naukowych winno się odbywać co dwa lata. Wobec czego zjazd następny odbędzie się w r. 1927. Miejsce zjazdu ustalili tu obrana Delegacja Stała. Na wniosek Prof. D-ra A. Cieszyńskiego zebrani wyrażają podziękowanie Przewodniczącemu Sekcji Prof. H. Wildze i organizacyjnemu komitetowi Sekcji za ich pracę, a także polecają prezydjum komitetu organizacyjnego, by przyjęte wnioski w życie wprowadził.

Prof. D r A. Cieszyński zamyka obrady sekcji.

Z okazji zjazdu odbyła się wystawa lekarsko przyrodnicza. Wielkie zainteresowanie wzbudziły tu eksponaty działu naukowego sekcji stomatologii. Prywatne zbiory Prof. D-ra H. Wilgi (obrażenia szczękowe) odznaczono złotym medalem. Esponaty Katedry Stomatologii uniwersytetu Jana Kaz mierza we Lwowie i Prof. D-ra



Antoniego Cieszyńskiego odznaczono podziękowaniem. Wystawione naukowe pomoce i prace studentów Państw. Instytutu Dentystycznego odznaczono także podziękowaniem. Ekspozyty Związku Zawodowego Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem również zostały odznaczone podziękowaniem.

---

## XXII. Sekcja chorób nerwowych i umysłowych.

Przewodniczący — L. Bregman i J. Nelken.

Sekretarz — W. Jarecki.

POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13. VII. godz. 9.

Dr. Bregman zagajając obrady, podnosi doniosłe znaczenie Sekcji, zwłaszcza dla neurologów, którzy zebrali się tu po dłuższej przerwie — od czasu Zjazdu neurologicznego w Warszawie — dla omówienia szeregu ważnych spraw, oraz podkreśla wielkie znaczenie współpracy neurologów z psychiatrami.

Dr. Nelken komunikuje, że do prezydium Sekcji wybrani zostali: Dr. J. Morawski, Dr. A. Zagórski, Dr. J. Rothfeld, Dr. E. Artwiński, Dr. F. Kłozenberg, Dr. W. Drożdż.

Na sekretarzy wybrano: Dr. Jankowską, Dr. Wigdlochę, Dr. Ch'opickiego, Dr. Furmana, Dr. Frenkla, Dr. Malinowskiego.

Przewodnictwo obejmuje Dr. J. Morawski.

1. **Z. Szymanowski.** (W-wa).— Etjologia nagminnego zapalenia mózgowia.

Sprawa zarazka, wywołującego nagminne zapalenie mózgowia, weszła na porządek dzienny badań z chwilą pojawienia się prac v. Economo. Pierwsze przypuszczenia dotyczyły roli etjologicznej łańcuszkowców. Nie znalazły one potwierdzenia doświadczalnego i nie mają dziś żadnego znaczenia. Rozstrzygnięcie przyszło zupełnie z innej strony, zgoła nieoczekiwanej. Początków szukać należy w badaniach doświadczalnych nad opryszczką rogówkową, zapoczątkowanych jeszcze przed wojną przez okulistów, zwłaszcza przez Grütera i Loewensteina. Autorzy ci ustalili, że opryszczka rogówkowa jest chorobą swoistą, przeszczepialną na rogówkę zwierząt laboratoryjnych zwłaszcza królika,

wywoływaną przez zarazek przesączalny. Gruntowne badania Doerra i jego uczniów w Bazylei rozszerzyły ogromnie tę dziedzinę badań. Ustalili oni, że inne postacie opryszczki również dają się przeszczepiać na rogówkę królika, powodując oprócz objawów miejscowych zapalnych także charakterystyczne objawy mózgowe. Przesączalny charakter zarazka w tym wypadku został ustalony. Z drugiej strony badacze angielscy i amerykańscy znaleźli, że mózg osób zmarłych na nagminne zapalenie mózgowia, zawiera zarazek przesączalny, dający się przeszczepiać na zwierzęta laboratoryjne; autorzy ci nie zwrócili jednak dostatecznej uwagi na kliniczne objawy, występujące u zwierząt szczepionych. Uczynił to dopiero Levaditi i jego współpracownicy i wówczas okazało się, że objawy te są identyczne z temi, jakie obserwujemy u zwierząt szczepionych opryszczką. Zresztą Doerr w tym samym czasie również rozciągnął swoje badania także na nagminne zapalenie mózgowia. Ostatecznym wynikiem tych wszystkich badań był fakt pierwszorzędnej doniosłości, a mianowicie ustalenie identyczności biologicznej obu zarazków. Okazało się bowiem, że zwierzęta szczepione zarazkiem opryszczkowym, które przetrwały zakażenie i pozostały przy życiu są odporne nie tylko na powtórne wprowadzenie zarazka opryszczkowego, ale i na zakażenie zarazkiem nagminnego zapalenia mózgowia. Taką samą podwójną odporność obserwujemy u zwierząt szczepionych zarazkiem nagminnego zapalenia mózgowia. To zjawisko odporności krzyżowej należy do najbardziej zdumiewających z punktu widzenia kliniki odnośnych stanów chorobowych u człowieka. Już tożsamość zarazka w rozmaitych postaciach opryszczki oraz odrębność jego w tych wypadkach aż nazbyt częstych, gdy opryszczka jest objawem, towarzyszącym tej czy innej sprawie zakaźnej (zapalenie płuc, zapalenie opon mózgowych i t. d.) była dla patologii i dla kliniki zupełną nowością. Cóż dopiero mówić o tożsamości zarazka w dwu sprawach chorobowych tak rozbieżnych, jak z jednej strony opryszczka—objaw zupełnie banalny, z drugiej zaś nagminne zapalenie mózgowia, choroba ciężka i często śmiertelna. Pomimo to jednak tożsamość ta na dziś musi być uważana za fakt niezbity.

Objawy, występujące u zwierząt szczepionych, mają przede wszystkim charakter miejscowy: na rogówce zapalenie mniej lub więcej rozlane, prowadzące aż do trwałego zmętnienia, a nawet do zapalenia całego oka i spojówki, albo przemijające po kilku dniach. Na skórze występują pęcherzyki analogiczne do opryszczki. Szczepienie do krwi, pod skórę i do jam ciała daje wyniki ujemne (prócz nielicznych wyjątków). Objawy mózgowe występują pod dłuższym lub krótszym okresie wylegania, podczas którego zwierzę zachowuje się zupełnie normalnie. Wybuch choroby poprzedza podniesienie się temperatury i objawy ogólnego podniecenia, zgrzytanie zębami i śli-

notok. Nareszcie występują wyraźnie ruchy maneżowe, przymusowa pozycja ciała rozmaitego rodzaju, wreszcie drgawki toniczne i kloniczne, połączone częstokroć z charakterystycznym położeniem ciała w postaci na pół siedzącej, jak pies, który służy. W końcu zwierzę leży, bezsilnie na boku i ginie wśród objawów ogólnego porażenia i spadku temperatury do 35 st. i niżej. Ten obraz choroby rozwija się bardzo szybko, może trwać od kilku godzin do 1 lub najwyżej 2 dni. Badania anatomiczne mózgu wykazują obecność ognisk nacieczeniowych częściowo w oponach, częściowo w tkance mózgowej, zwłaszcza w jądrach szarych podstawy mózgu oraz w jądrach nerwu słuchowego (to nam tłumaczy występowanie ruchów maneżowych). Nacieczenie składa się przeważnie z komórek jednojądrzystych, występuje zwłaszcza dokoła drobnych naczyń krwionośnych. Mózg rozłarty z roztworem fizjologicznym jest dla zwierząt zakaźny i wywołuje u nich te same objawy, które opisaliśmy poprzednio. Podnieść należy dwa szczegóły. Przedewszystkiem materiał, pochodzący z różnych epidemij, jest niejednakowo zakaźny dla królika. Levaditi badał kilkanaście przypadków na bardzo dużej ilości zwierząt i otrzymał tylko kilka szczepów. Badania warszawskie wykazały zakaźność daleko większą. Dotyczy to jednak tylko pierwszego przeniesienia zarazka z ustroju ludzkiego na królika; dalsze pasażę dają do 100% wyników dodatnich. Następnie zarazek przyjmuje się tylko w tkankach pochodzenia ektodermalnego: rogówka, mózg, skóra; szerzenie się zarazka w ustroju odbywa się nie drogą krwionośną, ale nerwową. Wychodząc z tego ostatniego faktu, Levaditi skonstruował pojęcie ektodermoz neurotropowych, stanowiących odrębną grupę zakażeń, wywoływanych przez zarazki przesycałalne; do tej kategorii należą oprócz opryszczki i nagminnego zapalenia mózgowia jeszcze porażenie dziecięce, ospa, wścieklizna i cały szereg chorób zwierzęcych, których stosunek do omawianych cierpień ludzkich jest przedmiotem ciągłych poszukiwań.

W krótkim tym szkicu staraliśmy się podnieść tylko fakty, mogące uchodzić za ustalone i pewne. Cały szereg zagadnień, dotyczących epidemiologii nagminnego zapalenia mózgowia, sprawa nosicieli zarazka, sprawa rekonwalescentów, sprawa obecności zarazka w stanach chorobowych następczych i t. d. są dotąd w stadium rozwijających się prac. To samo dotyczy również morfologii samego zarazka, rozmaitych inkluzji w komórkach nerwowych, a przedewszystkiem stosunku jego do ciałek Guarnieri'ego i Negri'ego.

Szczegółowe omówienie całego szeregu odnośnych kwestji znajdzie czytelnik w języku polskim w pracy, ogłoszonej przez p. Dr. Zylberlast-Zandową wraz ze mną w „Medycynie Doświadczalnej i Społecznej“ oraz w odczycie Levaditiego, drukowanym w Czasopiśmie Lekarskiem. Z zestawień źródłowych wymienić należy książkę

Levaditi'ego pod tytułem *Epidermoses neurotropes* (wydane w Paryżu u Massona) oraz świetny referat Doerra pod tytułem: „*Ergebnisse der neuen experimentellen Forschungen über die Aetiologie des Herpes simplex und des Zoster*“. (Zentralbl. f. Haut — u. Geschlechtskrankheiten sowie deren Grenzgebiete Bd. XIII, XV, XVI).

2. **J. Koelichen.** (W-wa).—Obraz kliniczny i przebieg nagminnego zapalenia mózgu.

Referent zobrazował szczegółowo symptomatologię choroby, opisując kolejno zaburzenia snu, objawy porażenne w dziedzinie nerwów czaszkowych, zwłaszcza nerwów ruchowych gałek ocznych, objawy porażenne w kończynach, objawy podrażnienia lub rozhamowania w dziedzinie ośrodków i szlaków ruchowych, a więc napady drgawek padaczkowych, myoklonje, ruchy płasawicze, atetotyczne, bradykinezje, stany kurczowe, objawy tężyczkowe i drżenia, następnie objawy parkinsonizmu, zaburzenia w stanie odruchów, zaburzenia czuciowe, objawy oponowe, wreszcie zaburzenia w czynnościach układu nerwowego wegetacyjnego i w przemianie materji. Następnie referent nakreślił w krótkości przebieg choroby i jej najważniejsze postacie kliniczne, podkreślając wybitną skłonność do nawrotów i przechodzenia w stan przewlekły. (Rzecz ta będzie w całości wydrukowana w podręczniku chorób zakaźnych, wydanym przez Dra Sterling-Okuniewskiego).

3. **T. Simchowicz.** (W-wa).—Anatomja patologiczna nagminnego zapalenia mózgu.

Referent po zbadaniu 19 mózgów i 8 iu rdzeni doszedł do wniosków następujących: Zmiany makroskopowe poza często obserwowanem przekrwieniem opon mózgu są minimalne, częstokroć niema ich wcale, czasami opony miękkie są zlekka zmętniałe, komory w niektórych przypadkach są rozszerzone.

Badanie drobnowidowe opon wykazuje zazwyczaj większe lub mniejsze zmiany. Żyły wypełnione są krwią, czasami widzujemy krwotoczki. Prawie w połowie przypadków stwierdzono nacieki zapalne przeważnie dookoła żył. Nacieki opon rdzeniowych przechodzą czasami na tylne korzenie. Czasami nacieczenie ogranicza się tylko do części naczynia, czego się zazwyczaj nie widuje w innych sprawach zapalnych. Dość często spostrzega się w oponach komórki barwikowe, wypełnione ciemno-brunatnym barwikiem.

Badanie mózgu wykazuje nacieczenie otoczek limfatycznych drobnych żył, rzadziej drobnych tętnic. Naciek składa się z limfocytów, komórek plazmatycznych i poliblastów. Poza naciekiem stwierdza się w mózgu i rdzeniu zastój żylny, czasami drobne krwotoczki. W jednym przypadku referent stwierdził krwotoki nie tylko w mózgu i rdze.

niu chorej, ale i w mózgu jej 4-miesięcznego płodu, w tym ostatnim bez zmian zapalnych.

W tkance glejowej stwierdzamy objawy bujania i degeneracji. Wybująe jądra glejowe tworzą czasami większe lub mniejsze wysepki najczęściej w pobliżu naczynia, obrazy neurofagji nie są zbyt rzadkie,, czasami widzujemy tak zwane pełzakowate komórki glejowe.

Zmiany w komórkach nerwowych są dość łagodne, rzadko doprowadzające do zniszczenia komórki. Najczęściej widzujemy chromatolizę, najwybitniejsze zmiany wykazują komórki istoty czarnej Soemmeringa i jądra nerwu okoruchowego.

Zmiany spostrzegane w śpiączce nagminnej mają charakter dwójaki — zapalny i degeneracyjny, są to sprawy równoległe, przeważnie jedna od drugiej niezależna. Ulubionem miejscem zmian zapalnych jest szara istota pnia mózgowego, szare masy otaczające jamy, most Varola, istota ciemna Soemmeringa, wzgórki wzrokowe, stąd dystalnie i proksymalnie sprawa zapalna zanika, jednakże widzujemy niezbyt rzadko nacieki w ciele prążkowanym i bładem oraz w rdzeniu przedłużonym. W 2-ch przypadkach referent widział ogniska zapalne w potylicznych zawojach kory mózgowej.

W rdzeniu zmiany zapalne są znacznie częstsze, aniżeli to inni autorowie przypuszczają. Na 8 rdzeni zbadanych referent w 6-iu widział ogniska zapalne, czasami bardzo wybitne, czasami nieznaczne, w tylnych rogach częściej niż w przednich.

Zmiany degeneracyjne w układzie nerwowym bardziej są rozlane niż zapalne, spotykamy je nie tylko w śródmózdku, ale i w najrozmaitszych terytorjach kory mózgowej. W rdzeniu szyjnym często wybitnie uszkodzone są komórki rogów bocznych, w związku z tym być może u chorych występują objawy ze strony układu współczulnego. Wobec tego, że zmiany degeneracyjne nie są zbyt daleko posunięte, zrozumieć można możliwość restytucji czynnościowej, spostrzeganej względnie często w śpiączce nagminnej.

Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym dla obrazu drobnowidowego nagminnego zapalenia mózgu niezmiernie charakterystyczny jest brak komórek wielojądrzastych w naciekach i komórek gwiaździstych (astrocytów) dookoła nacieków.

**4. J. Handelsman.** (Warszawa — Tworki). — Zaburzenia psychiczne w nagminnym zapaleniu mózgu.

Zaburzenia psychiczne w nagminnym zapaleniu mózgu obserwuje się stale w silniejszym lub słabszym stopniu, we wszystkich okresach t. j. w okresie zwiastunowym, ostrym i przewlekłym. Szereg cech psychicznych dominujących wywołuje charakterystyczne zabarwienie obrazu psychicznego.

Zaburzenia psychiczne zmieniają się i przechodzą ze stanów, przypominających hypomanjakałny, neurasteniczny, histeryczny i t. p. z zaburzeniem snu, okresu zwiastunowego po przez stany bredzeniowe z omamami wzrokowymi, dotykowymi, iluzjami, dezorientacją, lękami,, zaburzeniami uwagi, myślenia, afektu i t. d. okresu ostrego, w okres przewlekły, w czasie którego zaburzenia psychiczne przyjmują charakter bardziej stały. W tym ostatnim okresie można odróżniać trzy najważniejsze typy: apatyczno-akinetyczny, włośtny i popędowy. Najczęstsze są zaburzenia afektów i popędów, myślenia i uwagi, wybitne zmiany charakteru. We wszystkich przypadkach obserwujemy równocześnie szereg zaburzeń somatycznych, zależnych od zmian mózgowych podkorowych — mianowicie od tarcia dysocjacji dwóch układów nerwowych wykazujących siłę kierowniczą nad aparatem roślinnym jest zasadniczą przyczyną objawów i zależnie od stopnia zmian w drogach raz widzimy odrętwienie—akinesis, innym znów razem hiperkinesis ze specyficznymi zaburzeniami afektywnymi.

Zaburzenia okresu ostrego przypominają zaburzenia przy zapaleniu mózgowordzeniowym nagminnym i gruźliczym, zaburzenia psychiczne grypowe, różne choroby infekcyjne, zwłaszcza dur brzuszny, różne zatrucia, urazy mózgu, płasawicę; okresy zaś późne przypominają często schizofrenję, a przedewszystkiem jej postać hebephreno-katatoniczną, dalej psychopatję, zwłaszcza „moral insanity“ i stan hypomanjakałny, wreszcie cały szereg cierpień mózgu, w których są zmiany pozapiramidalne nprz. niektóre przypadki guzów mózgu, porażenia postępującego i kiły mózgowej, drżączkę porażenną. Ścisłe badanie neurologiczne pomaga przy rozpoznaniu rzeczywistego cierpienia, psychiatryczne — najważniejsze jest różniczkowanie z psychopatjami w postaci popędowej n. z. m. oraz katatonją w postaci akinetyczno-apatycznej. Brak jest u naszych chorych określonych złych skłonności do kradzieży, pijaństwa, włośczegostwa, popęd występuje na skutek zaburzeń hamulców mózgowych; cel ku któremu popęd jest skierowany, lecz zawsze blisko, popęd wyładowuje się w szybkim działaniu, impulsywność jest bezpośrednią przyczyną gotowości do ruchliwości i często wyczerpuje się w zwykłych ruchach reaktywnych, brak jest istotnej konfabulacji, niema prawdziwej złośliwości i bezwzględności egoistycznej przypominającej „moral insanity“. Te są w krótkości cechy różniące naszych chorych od psychopatów.

Brak prawdziwego autyzmu i negatywizmu, brak wyraźnego rozszczepienia schizofrenicznego, brak kojarzeń shizofrenicznych, brak wrogości i wahań w stanie psychicznym, brak faktycznego automatyzmu, zazwyczaj brak złudzeń zmysłowych i urojeń — są to najważniejsze objawy odróżniające od schizofrenji katatonicznej pomimo niekiedy wielkiego zewnętrznego podobieństwa tych dwóch cierpień.

Częstość zaburzeń psychicznych w okresie późnym względnie następowym n. z. m. przyczem częstość niektórych objawów, które regularnie z pewnemi tylko odmianami powtarzają się w całym szeregu przypadków, z których niektóre tak są rażąco podobne jedne do drugich, że często rozpoznanie nie stanowi trudności nawet dla tego, kto widział zaledwie parę przypadków podobnych; zesnoły tych objawów równolegle z zespołami somatycznymi stanowią tak charakterystyczne obrazy, że odrazu narzuca się myśl wyodrębnienia takowych z pośród innych zespołów objawowych patologicznych. Zdaje mi się, że obecnie aż po obserwacji kilkoletniej tego cierpienia mamy prawo określić jednym mianem *psychosis postencephalitica* wszystkie postaci zaburzeń psychicznych pośpiączkowych. Przyczem psychoza może mieć rozmaity przebieg, z przewagą akinezy i *aspontaneitas* (brakiem samorzutności) z zaburzeniami afektów, uwagi czynnej, myślenia, lub też z przewagą zaburzeń charakteru w najrozmaitszych rozmiarach, z zaburzeniami popędów, afektów, przy hiperkinezach lub bez nich, może się też obraz psychiczny zmieniać stopniowo i przeinaczać, przechodząc z drugiej postaci do pierwszej najczęściej zawsze jednak ogólny charakter psychozy będzie ten sam — brak lub niewielkie zmiany intelektualne, zaburzenia afektów w postaci dysocjacji pomiędzy wyższemi i niższemi składnikami charakteru. Przypuszczam, że wolno podciągnąć pod jedno miano wszystkie nazwy dotychczasowe zespołów *encephaliticznych*, ponieważ stanowią one tylko okresy jednej i tej samej choroby, lub też z powodu niedokończonego jeszcze badania niewytworzono dotychczas jednolitości w mianownictwie; czy zaburzenia psychiczne nazywano *bradyphrenja*, *pseudokatatonja*, *postencephalitica*, *syndrome hebephrecatatonique*, czy też *syndrome d'excitation psychomotrice postencephalitique*, *syndrom hypomaniaque postencephalitique*, czy wreszcie stany podobne do psychopatji konstytucjonalnej popędowej i wílostnej i wiele innych nazw syndromów i stanów wynik będzie zawsze ten sam, będzie to ta sama psychoza, której towarzyszą zmiany motoryczne, układu wegetatywnego, troficzne i inne somatyczne. Przebieg psychozy będzie odmienny w wi ku dojrzałym i różnić się będzie od przebiegu w wieku młodzieńczym, ale istota tej psychozy pozostaje tą samą. Ta jednostka chorobowa, pomimo podobieństwa niektórych cech, różni się od innych psychoz, i podobnie jak podniecenie manjakałne i okres przygnębienia stanowią w całości manjakałno-depressyjną psychozę, jak postać *katatoniczna*, postaci urojeniowe, postaci *hebephreniczne* stanowią *schizophrenję*, tak i tu postać z przewagą *aspontaniczności* oraz postaci z przewagą zaburzeń charakteru stanowią wspólnie odrębną jednostkę psychiatryczną — psychozę *postencephaliticzną*.



Jakie będzie ostateczne zejście tego cierpienia, z całą pewnością teraz jeszcze powiedzieć nie możemy, jednak na zasadzie dotychczasowych obserwacji z wielkim prawdopodobieństwem przypuszczać można, że zejście obu tych postaci będzie niepomysłne, zakończone objawami daleko posuniętej akinezy. Rozpoczyna się zaś cierpienie okresem ostrym, trwającym od paru dni do kilku tygodni i przechodzącym pośrednio po pewnym okresie rzekomego zdrowia lub bezpośrednio w okres przewlekły. W pewnej części przypadków może zakończyć się psychoza encephalityczna w okresie ostrym śmiercią lub co bywa rzadko, (i co ze względu na możliwość recydywy po kilku nawet latach nie jest pewnem) wyzdrowieniem.

Widzieliśmy, iż by zrozumieć całokształt zaburzeń psychicznych w n. z. m. koniecznością jest dokładna analiza zaburzeń somatycznych obok analizy psychologicznej, zrozumienie zaś mechanizmu powstawania tych zaburzeń będzie możliwem tylko po zapoznaniu się z patologją mózgową w tem cierpieniu. Sam fakt naprzykład odrętwienia psychicznego nie wystarczy dla wyjaśnienia istoty psychozy, o ile równocześnie akineza nie będzie przez nas znakomicie zanalizowana; jednak taka kinezja paradoksalna nprz. będzie niezrozumiałą, o ile równocześnie nie zbadamy życia efektywnego chorego; dopiero jednak neuropatolog powiedzieć może, czy i jaki proces anatomiczny uszkadza w węzłach podkorowych drogi, zaburzenie których przypuszczalnie wywołuje objawy psycho-nerwowe.

Słowem na zakończenie mego referatu powtórzyć muszę to co powiedziałem na początku, że ten wielki eksperyment, jakim jest nagminne zapalenie mózgu, eksperyment dokonany przez przyrodę masowo, dający nam całą kopalnię wiadomości i wyjaśniający cały szereg faktów, dowiódł nam, że tylko dzięki wzajemnej pomocy i współpracy kierunków psychologicznego, klinicznego i anatomicznego budowa psychiatrii posunąć się może naprzód.

**5. J. Limanowski.** (Lwów).—O leczeniu nagminnego zapalenia mózgu i płasawicy trypaflawiną.

Od dłuższego czasu stosujemy trypaflawinę w przypadkach nagminnego zapalenia mózgu (ostrych i chronicznych), oraz w płasawicy dzieci, wychodząc z założenia, że płasawica jest wywołaną prawdopodobnie przez zarazek, należący do zarazków ultramikroskopowych tej samej grupy co i zarazek nagminnego zapalenia mózgu.

Trypaflawinę stosujemy pod postacią wlewań dożylnych roztworu  $\frac{1}{2}\%$  w ilości 10 cm. na jeden zastrzyk. Ilość ogólna waha się do 120—200 cm.<sup>3</sup> a nawet i więcej, zależnie od ciężkości przypadku.

Wyniki przy obu tych postaciach chorobowych są zupełnie zadowalniające. Ostre stany zapalne mózgu ustępują nieraz bardzo szybko.

Ruchy mimowolne w płasawicy ustępują już po kilku wlewaniach dożylnych. Zauważyć należy, że w płasawicy poprawa dochodzi do pewnego stanu, w którym resztki ruchów płasawicznych utrzymują się czas dłuższy i nie ustępują pod wpływem dalszego stosowania trypaflawiny. W tych wypadkach dobrze działa zastosowanie proteino-terapii.

6. **S. Adamówna.** (Lwów).—Stosowanie siarki w stanach następowych po nagminnem zapaleniu mózgu.

W kilkunastu przypadkach parkinsonizmu po nagminnem zapaleniu mózgu stosowano leczenie siarką z wynikami zadawalniającymi. Po kilku iniekcjach siarki (Sulphuris depurati l. Olei olivarum 80 Eucalyptoli 20) od 0.01 Sulphur = 1 cm. powyższej zawiesiny w dawkach rosnących o 0,01 siarki, stwierdzono w większości przypadków poprawę wszystkich objawów, szczególnie chodzenia, polykania, mówienia, ślinotoku, zmniejszenie drżenia; kończyny górne poprawiały się w mniejszym stopniu.

W innych przypadkach spostrzegano poprawę dopiero w kilka miesięcy po ukończeniu leczenia, w ciągu którego ilości siarki osiągały w ostatniej dawce 0,06—0,1 sulphur.

Zawsze wyraźnie poprawiała się maskowatość i świecenie się twarzy. W kilku przypadkach nie stwierdzono różnicy u chorego po ukończeniu leczenia.

7. **W. Chłopicki.** (Kraków).—Kilka uwag o przymusowem skojarzonym odwracaniu gałek ocznych „deviation conjuguee“ w przebiegu encephalitis epidemica.

Skojarzone odwracanie gałek ocznych „deviation conjuguee“ w przebiegu enceph. epid. nie należy do objawów nowych, niespostrzeżanych, już w r. 1920 opisał go Lapersonne, a za nim Legry, Roze i inni, a ostatnio cały szereg autorów zwróciło nań uwagę.

W klinice krakowskiej obserwowaliśmy w ciągu ostatnich dwóch lat 13 podobnych przypadków.

Symptomatologia: występowanie w stadium parkinsonizmu napadowość; napady dewjacji trwają od 1 godz. do 6 godz. lub nawet cały dzień i składają się z szeregu krótko trwałych 2—5 minutowych napadów z takimiż krótko trwałymi przerwami; względne zachowanie ruchów gałek ocznych podczas napadu—możność odwrócenia na chwilę oczu od przymusowego ustawienia za pomocą skierowania ich na jakiś określony przedmiot (fixowanie wzroku); we wszystkich przypadkach odwracanie oczu pionowe, przeważnie ku górze z lekkim zboczeniem w lewo lub w prawo, czasami zmiana kierunku dewjacji: na początku napadu — ku dołowi, później — ku górze lub odwrotnie; rozszerzenie

żrenic; toniczne rozszerzenie szpary powiekowej; czasami marszczenie czoła; odchylenie głowy ku tyłowi przy dewjacji ku górze; wzmożenie się saliwacji i parkinsonowskiego drżenia; wyraźne pogorszenia się samopoczucia chorych podczas napadu.

Brak zawrotów głowy, szumu w uszach, nudności, brak objawów zadrażnienia kory (drgawek, parestezji napadowych).

Wyraźne osłabienie w większości przypadków objawów subiektywnych (zawroty głowy, nudności) przy drażnieniu n. przedsionkowego (próba kaloryczna, obrotowa) — możliwość przerwania napadu na 12 min. i wywołania dewjacji w przeciwną stronę, jak to czynił Fischer, przez obracanie na krześle, by wywołać oczopląs z wolną komponentą w stronę przeciwną dewjacji.

Słuszność ogólnego twierdzenia Fischera, że napady dewjacji są uwarunkowane bodźcami, powstającymi ponad jądrami n. n. ocznych supranuclenarnie.

Sprawa dokładnego zlokalizowania tego objawu, również jak i innych napadowych objawów w przebiegu enceph. epid., jak napadowy kaszel, tić oddechowy (P. Morie, Binet) — jest narazie otwartą.

Prawdopodobnem jest przypuszczenie Binga i Schwartza, że zadrażnienie okolicy ciał czworaczych powodu je powstanie opisanej dewjacji, ponieważ podobną dewjację pionową obserwujemy w przypadkach tumorów przedniej części mózdzku, uciskających właśnie na ciała czworacze — pod tym względem ciekawym jest przypadek enceph. epid. opisany przez Weschlera — napadowa dewjacja ku górze z silnem odchyleniem głowy ku tyłowi z szerokim otwieraniem ust i równoczesną sztywnością ekstensorów — objawy przypominające eksperymentalną sztywność wymożdzeniową „decerebrate rigidity“, otrzymywano przy pomocy cięcia przez ciała czworacze i jądro czerwone.

8. **M. Demianowska.** (Lwów). — Zmiany w płynie mózgodzeniowym w nagminnem zapaleniu mózgu i w stanach następowych.

W obserwowanych przez nas ostrych stanach nagminnego zapalenia mózgu stwierdzaliśmy stale zmiany w płynie mózgodzeniowym. Płyn zawsze wodojasny o normalnym lub nieznacznie wzmożonem ciśnieniu wykazywa także stale małe ilości białka (Pandy, + Nonne-Appelt). + — Odczyn koloidalowy złota daje odbarwienie o 1 lub 2 stopnie, rzadziej głębsze w strefie luetycznej, ale zajmujące większą ilość probówek, zwykle 4, 5, a nawet 6. Ilość limfocytów wahała się między 18—47/3, raz tylko znaleziono ilość normalną; dwa razy obserwowaliśmy znaczną limfocytozę, dochodzącą w jednym przypadku do 304 3, w drugim do 420 3. Oba te przypadki zwłaszcza drugi, zasługiwały na specjalną uwagę ze względu na rozpoznanie różniczkowe między nagminnem zapaleniem mózgu, a zapaleniem opon mózgowych, ponie-

waż zaznaczona sztywność karku, zajęcie nerwów mózgowych przy braku objawów z dróg piramidowych i śpiączki mogły usprawiedliwić rozpoznanie meningitis T. B. C., jednak nieznacznie wzmożone białko w płynie przy limfocytozie 420/3 i krzywa z chlorkiem złota ustaliły rozpoznanie nagminnego zapalenia mózgu potwierdzone dalszym przebiegiem choroby.

W przypadkach, w których wykonano nakłucie łądźwiowe kilkakrotnie zauważyliśmy, że w miarę poprawy objawów klinicznych także zmiany w płynie są mniejsze, zwłaszcza poprawia się limfocytoza. Przy zaostrzeniu się sprawy chorobowej pogarsza się również obraz płynu.

W przypadkach chronicznego Parkinsonizmu białko i ilość ciałek nie przekraczają granicy normalnej, natomiast odczyn koloidowy złota wykazał przeważnie zmiany w barwie, analogiczne do stanów ostrych, tylko nieco słabiej wyrażone.

9. **K. Mackiewicz.** (W-wa). — O wynikach badania płynu mózgowo-rdzeniowego w nagminnym zapaleniu mózgu w stanach następnych.

10. **W. Sterling.** (W-wa). — Zaburzenia mowy w nagminnym zapaleniu mózgu.

Objawy przemijające afazji, parafazji i żarginofazji w okresie ostrym. Zaburzenie natury dyzartrycznej i ich analiza. Zaburzenia mowy natury kurczowej. Obraz kliniczny bradyfazji. Afonje i dysfonja i ich podłoże patofizjologiczne. T. zw. „tachyfemja napadowa“. Palilalja jak objaw klasyczny parkinsonizmu śpiączkowego. Palilalja istotna i wrzekoma. Palilalja stała i okresowa. Palilalja spastyczna (heterolaliczna) i atoniczna (homolaliczna). Patogeneza palilalji jako objawu neurologicznego.

11. **Z. Messing.** (W-wa). — Histopatologia nagminnego zapalenia mózgu.

Zbadano 12 przypadków, z tych 4 o przebiegu przewlekłym z objawami parkinsonoidu. Podłoże zapalne jest wspólne dla obrazu anatomicznego wszystkich przypadków nagminnego zapalenia mózgu, niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z ostrym czy przewlekłym okresem cierpienia.

W ostrych, bardzo burzliwie przebiegających przypadkach może nie dochodzić do tworzenia się nacieków okołonaczyniowych. Nacieki okołonaczyniowe składają się z limfocytów i małej ilości komórek plasmatycznych, wyjątkowo wypuszczają one przestrzenie Virchowa-Robina i rozsiewają się w otaczającej tkance. Ściany naczyń ulegają

zmianom produktywnym i w znacznie większym stopniu — zmianom wstecznym (stłuszczenie, szkliste zwyrodnienie, zwapnienie). Wybroczyny krwawe zdarzają się dość często lecz nie stanowią bezwzględnie koniecznej jego cechy. Nagminne zapalenie mózgu ma małą skłonność do tworzenia ognisk martwiczych. Zmiany zapalne opon miękkich należą do obrazu anatomicznego, lecz są dyskretne. Uderza ogromna różnorodność rozmieszczenia ognisk zapalnych w poszczególnych przypadkach.

Rozmieszczenie ognisk zapalnych, przeważnie około naturalnych jam mózgu, zwłaszcza w najwęższym ich miejscu, mianowicie w okolicy wodociągu Sylwusza mogłoby przemawiać za dostawaniem się jadu encefalitycznego do mózgu przez płyn mózgowo-rdzeniowy.

Zmiany zwyrodnieniowe komórek zwojowych w nagminnym zapaleniu mózgu są bardzo różnorodne, nie mają jednak w sobie nic charakterystycznego. Neuronofagia zdarza się przeważnie w przypadkach, przebiegających burzliwie. Bujanie gleju stanowi jedną z charakterystycznych cech obrazu mikroskopowego.

W płasawiczej formie nagminnego zapalenia mózgu najwybitniejsze zmiany dotyczą drobnych komórek ciała prążkowanego. Zespół myokloniczny i myokloniczno-letargiczny dotąd nie daje się umiejscowić. Istota czarna może nie warunkuje całej rozciągłości parkinsoidu, jednak napewno odgrywa niepoślednią rolę w jego powstawaniu. Sine miejsce, sądząc z jego budowy i z udziału w nagminnym zapaleniu mózgu, należy do jąder układu pozapiramidowego. Częściej niż dotąd opisywano, przyjmuje kora mózdkowa udział w zmianach przy nagminnym zapaleniu mózgu.

W nagminnym zapaleniu mózgu kora mózgowa ulega mniejszym lub większym zmianom zależnie od długości trwania cierpienia, w przewlekłych przypadkach dochodzi do tworzenia się luk.

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13.VII. godz. 15.

Przewodniczący J. Rothfeld.

Dyskusja w sprawie nagminnego zapalenia mózgu.

K. Orzechowski. W etiologii za mało się uwzględnia czynniki predyspozycyjne. Wysoki odsetek chorych zapadających na n. z. m. stanowią astenicy i ludzie z cechami eunuchoidalnemi. Za często spotykamy się w wywiadach z urazem i silnymi wzruszeniami które nieraz jakoby bezpośrednio prowokują wybuch choroby.

Klinicznie bardzo trudno nieraz różniczkować z ciężkimi przypadkami płasawicy, które w roku bieżącym pojawiły się dość licznie

właśnie w czasie zaostrzenia epidemji n. z. m. Wszystkie objawy ostre n. z. m. mogą być w płasawicy obecne za wyjątkiem typowej myoklonji. Z drugiej strony w n. z. m. nigdy dotąd nie napotykałem odruchów tonicznych.

Lekkie stany parkinsonoidalne są nieraz bardzo trudne do stwierdzenia przedmiotowego. W przypadkach z lekkim zaburzeniem półowiczem spostrzegałem na chorych obnażonych w czasie chodu następujący objaw, który można tłumaczyć jako zatrask lub jako odczyn rozciągowy antagonistów. Ramię strony chorej balansuje prawidłowo, lecz odpowiednio do każdego wahnięcia wyskakuje ostro się zarysowująca grupa mięśni obłych czego niema po stronie zdrowej. Nazywałbym ten objaw przedmiotowy hipertonji pozapiramidowej objawem podłopatkowym.

Co do anatomji patologicznej, nie ulega wątpliwości, że objawem parkinsonoidu najbardziej uderzającym, najstalszym i w każdym razie łatwo się dającym wykazać to skleroza miejsca czarnego. Należy się nie uprzedzać teorjami i liczyć z tym faktem bardziej, niż o czyniono dotychczas.

Dr. Rothfeld odnośnie do odczytu kol. Adamówny nadmieniam, że wprowadzając siarkę kolloidalną do kanału rdzeniowego stwierdzał zmiany zapalne w płynie rdzeniowym.

Co się zaś tyczy przymusowego patrzenia (odczyt Chłopickiego) R. uważa to za wynik zaburzenia centralnego. (Powołuje się na prace wspólne z Falkiewiczem).

Dr. Bregman nie uważa skurczów mięśni gałek ocznych za ruch przymusowy; przemawia przeciw temu ta okoliczność, że u niektórych chorych nawet w okresach międzynaładowych niektóre zaburzenia ruchowe gałek ocznych utrzymują się. Zespół kurczowy ze strony gałek ocznych zjawiał się dopiero w ostatnich czasach (1—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>).

Dr. Chłopicki spostrzegał go na klinice w Krakowie już w 1923. r.

W sprawie leczenia trypaflawiną ostrych przypadków nagminnego zapalenia mózgu zabiera głos Artwiński. Widywał dobre wyniki ale nie wie czy poprawę należy przypisać trypaflawinie, czy też łagodniejszemu przebiegowi cierpienia podczas ostatniej epidemji.

Dr. Tyczka widział dobre wyniki po trypaflawinie w zupełnie świeżych przypadkach.

Dr. Siwiński odnośnie do zaburzeń psychicznych w nagminnym zapaleniu mózgu, przypomina nam, iż ś. p. prof. Mikulski już dawno wskazywał na konieczność przeprowadzenia ścisłych badań nad poszczególnymi czynnościami psych. w omawianym cierpieniu (Badania takie są w toku i będą ogłaszane w Pamiętniku ku uczczeniu ś. p. prof. Mikulskiego, który wyduje Kochanówka w r. b.

Dr. Handelsman zapatruje się na leczenie nagminnego zapalenia mózgu bardzo pesymistycznie, widywał wprawdzie poprawę po różnych środkach, lecz zawsze krótkotrwałą.

W sprawie zmian w płynie m-rzeniowym w nagminnem zapaleniu mózgu zabiera głos Morawiecka, podaje wyniki badań, przeprowadzonych na klinice prof. Orzechowskiego we Lwowie i w Warszawie (od 1919 r.)

W 50% przyp. świeżych spostrzegła nieznaczną pleocytozę, wzmożoną ilość białka, rzadziej zaś dodatni odczyn N.-Apelta.

W stanach następczych zmiany te występują w stopniu znacznie słabszym. Niekiedy spostrzegła dodatni odczyn Wassermana w obu wymienionych okresach choroby.

1. **B. Siwiński.** (Łódź-Kochanówka). — Kilka uwag tyczących się statystyki porażenia postępującego: autoreferat.

Statystyka porażenia postępującego międzynarodowa, jakoteż dane szpitali psychiatrycznych polskich wykazują:

- 1) iż niezwykle wzмага się kiła,
- 2) iż porażenie postępujące przerażająco się wzмага w tempie szybszem niż kiła,
- 3) że u kobiet wzмага się porażenie postępujące,
- 4) że porażenie postępujące obecnie dotyka chorych we wcześniejszych okresach niż dawniej,
- 5) że również okolice podzwrotnikowe wykazują wzmożenie porażenia postępującego,
- 6) że w Polsce nie posiadamy nietylko dokładnej statystyki porażenia postępującego, ale nawet statystyki chorych psychicznie ogólnej.

Praca będzie ogłoszoną w „Pamiętniku ku uczczeniu ś. p. prof. Mikulskiego“, wydanej przez Kochanówkę.

2. **E. Artwiński i M. Ostrowski.** (Kraków). — O leczeniu porażenia postępującego zimnicą.

Od marca 1924 r. do końca czerwca 1925 r. zakażono zimnicą w celach leczniczych 70 porażeniów.

Chorzy ci przebywali od 10—12 napadów zimnicy.

Tegoroczne wyniki dają się streścić w następujących odsetkach: zwolnień całkowitych (zdolni do pracy zawodowej) 42,9%, poprawa niezupełna 15,7%, bez poprawy 37,1%, zmarło 4,3%.

Na podstawie doświadczenia z lat poprzednich i obecnego roku sprawozdawczego leczenie porażenia postępującego zimnicą musimy uznać za jedynie dzisiaj racjonalny sposób postępowania gdyż wyniki uzyskane przy pomocy zimnicy są ilościowo i jakościowo bez porów-

nania korzystniejsze, aniżeli przy wszystkich innych dotychczas stosowanych metodach leczniczych.

Im wcześniejszy okres porażenia w którym rozpoczynamy leczenie tem możemy mieć większe nadzieje na uzyskanie całkowitego zwolnienia.

Zwolnienia u naszych pierwszych chorych leczonych gorączką powrotną trwają już dłużej niż 4 lata a najdłuższe zwolnienia po leczeniu zimnicą trwają już po 2 i 1/2 lat.

### D y s k u s j a:

D r. W i z e l. Opierając się na spostrzeżeniach dotyczących drugiej serji przypadków P. p. leczonych na swym oddziale zapomocą zimnicy w ciągu ostatnich 2 lat dochodzi do następujących wniosków ogólnych: 1) liczba chorych, wykazujących doskonałą remisję jest procentowo taka sama jak w pierwszej serji przypadków, leczonych w 1922 i 1923 r. (50%). 2) Zwolnienia bywają niekiedy bardzo długie i trwałe. U niektórych chorych z pierwszej serji remisja trwa już 3 lata i 2 miesiące. 3) W niektórych przypadkach występuje zupełne zwolnienie dopiero po powtórnej szczepieniu zimnicy. 4) Poprawa biologiczna niezawsze odpowiada poprawie psychicznej. 5) Po przebyciu zimnicy występuje u niektórych chorych obraz omamowo-paranoiczny, co świadczy o przesunięciu się stosunków biologicznych w kierunku kiły mózgu.

D r. M a r k u s z e w i c z proponuje, aby w statystyce przypadków P. p., leczonych zimnicą, uwzględniać okres choroby, jak to czyni klinika Pötzla. Wspomina o przypadku P. p., w którym po przebyciu zimnicy wystąpiły kilaki skóry. (Objaśnienie tego faktu, oraz pewne wskazówki odnoszące się do leczenia kiły podaje w pracy własnej, będącej w druku).

D r. P r ę g o w s k i podnosi, że referent słusznie nie uwzględnia przy ocenie wyników leczenia zimnicą P. p. rozpadu psychicznego chorych. P. jest zdania, że należy doprowadzać do jaknajwiększej liczby napadów zimnicy, lecz należy indywidualizować, mając na uwadze wytrzymałość chorego. Jeżeli, naskutek małej wytrzymałości chorego, zmuszonym się jest napady przedwcześnie przerwać, lub też, gdy czasem stan chorych wykazujących poprawę po przebyciu zimnicy pogorszy się, należy ponownie zimnicę zaszczerpić.

D r. D r o ź d ź szczepił zimnicą 3 chorym, dotkniętym P. p. w ciężkim stopniu. Tylko w jednym przypadku miał wynik dodatni. Leczenie to napotyka często na trudności, z powodu niemożności otrzymania krwi chorego na zimnicę.



Dr. B y c h o w s k i jun. widział szybkie ustąpienie ostrych zespołów psychotycznych w 2 przypadkach P. p., leczonych zimnicą na oddz. d-ra Wizła. U jednego chorego, który przybył w stanie osłabienia, nastąpiła poprawa po kilku napadach zimnicy, a zupełne ustąpienie po przebyciu tejże.

U drugiego chorego, który miewał częste napady lękowe, ujawniła się poprawa pod koniec zimnicy, a po ustąpieniu tejże napady lękowe znikły zupełnie.

Dr. A r t w i ń s k i w odpowiedzi dodaje, że rozbieżność między statystykami zależy, między innymi, od okresu choroby w chwili szczepienia zimnicą. Co się zaś tyczy odczynu Wassermana w płynie mózgo-rdzeniowym, to na zasadzie badań, zarówno poprzednich, jak i dzisiejszych, nie można go uważać za sprawdzian postępowania leczniczego.

3. **L. Wander**, (Kraków) — O odczynach kolloidowych (odcz. benzoësowy i odcz. mastixowy) w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Przechowywanie płynów mózgowo-rdzeniowych w lodowni przez dłuższy nawet okres czasu nie wpływało (za wyjątkiem paru przypadków badanych na odczyn benzoësowy, a dotyczących stwardnienia rozsianego) na zmianę maximum i długości krzywej chorobowej.

Odczyn benzoësowy wykonywano według oryginalnego sposobu autorów francuskich (16 próbek) i też w zmodyfikowanej formie (12 i 6 próbek), a o. mastixowy według modyfikacji barwnej Kafki (jednak bez normosału).

Zbadano 300 płynów mózgo-rdzeniowych od 207 chorych.

W płynach normalnych nigdy nie zaobserwowano skłaczkowacenia. Dodatnie zaś krzywe kolloidowe otrzymano tylko w płynach z grupy kiłowej, zapalenia opon i stwardnienia rozsianego, a pozatem jedynie w nielicznych przypadkach guza mózgu, zapalenia mózgu śpiączkowego i nagminnego.

Stosunek do o. Wassermana i o. globulinowego Nonne Schumm-Appelta.

Zgodność z odczynem Wass. stwierdzono 81%. Zgodność dodatniego odczynu Wass. z dodatnimi krzywymi kolloidowymi była największą w lues cerebri, taboparalysis, neurorecydywie, a najmniej zgodną w tabes dorsalis, paralysis progressiva post malariam a przede wszystkim w sclerosis disseminata. Wogóle przypadki rozbieżności dotyczyły w połowie płynów chorych ze stwardnieniem rozsianem.

Ten fakt rozbieżności należy w przypadku porażenia postępującego po malarji uważać za pocieszające, bo tyczy się zniknięcia krzywej patologicznej — do czego wszak zdąża terapia. Jednak zgodności z obrazem klinicznym nie zauważono. Co do stwardnienia

rozszianego, to mimo 54% dodatnich krzywych w obu odczynach koloidowych zjawiska tego nie uważa autor za wielką zdobycz. Minusem też jest sporadyczne pojawianie się krzywych dodatnich w guzach mózgu, w encephalitis lethargica.

W 84% dodatnich krzywych znaleziono dodatni o. Appelta. Świadczy to dobitnie, że mamy tu do czynienia nie tylko z jakościową zmianą globulin, ale i ze wzmożeniem ich ilościowym.

## 2. Swoistość krzywych dodatnich.

W zasadzie nie udało się wyosobnić swoistych krzywych dla jakiegokolwiek schorzenia. Ogólnie tylko dałoby się powiedzieć o krzywej kiłowej ze skłódkowaceniem w pierwszych próbkach, a więc z przesunięciem na prawo.

Dla stwierdzenia rozszianego nie zanotowano specyficznej krzywej. Najczęściej skłódkowacenie znaleziono w 2, 3, 4 próbce a w 35% z przesunięciem na prawo.

## 3. Rokowanie.

Leczenie (malarja w paraliżu postępującym, szczepionka tyfusowa w stwardnieniu rozszianem) powodowała zmiany krzywych dodatnich, a nawet zniknięcia tychże. Jednakże klinicznie, (zwłaszcza na materiale paralitycznym), nie stwierdzono odpowiadającej zmianie poprawy tak, że wogóle nie zaobserwowano jakiegoś stałego związku pomiędzy obrazem serologicznym, a równocześnie porównywanym obrazem klinicznym.

Ciekawym jest fakt istnienia dodatniego o. Wass., a ujemny odczynów koloidowych, przy kompletnej remisji u chorego.

## 4. Stosunek odczynu benzoësowego do odczynu mastixowego.

Jedna reakcja drugiej dużo nie ustępuje, tak pod względem wyników, jak i techniki. Obie posiadają wielką zaletę, bo odgraniczają grupę kiłową od oponowej. Jednak wyższość odczynu benzoësowego polega według autora na większej prostocie wykonania, szybkości, przygotowaniu odczynnika i łatwości odczytywania.

## 5. Wnioski ostateczne.

Odczyny koloidowe posiadają nieprzeciętną wartość, przedewszystkiem djagnostyczną, mimo braku absolutnej swoistości.

Na razie jednak mogą i powinny być tylko uzupełnieniem badań serologicznych i klinicznych i wyjątkowo, mogą mieć znaczenie czynnika rozstrzygającego.

4. **E. Herman.** (W-wa). — O krwotokach podpajęczynówkowych uwagi krytyczne.

Praca oparta jest na 18 przypadkach, spostrzeganych na oddziale d-ra Flataua. Autor porusza momenty, w piśmiennictwie niedostatecznie uwzględniane, a dotyczące etiologii, anatomji patologicznej i patogenezy, przebiegu oraz zająścia.

Należy utrzymać zarówno nazwę leptomeningitis haemorrhagica, „jak i i haemorrhagiaubarachnio idalis“.

Pierwsza odnosi się do krwotoków, powstałych na tle stanu zapalnego opon, druga — do krwotoków podpajęczynówkowych, którym istotne objawy, zapalne opon nie towarzyszą. Przytacza odpowiednie przypadki kliniczne i sekcyjne. Mówi o pleocytozie w płynie mózgowordzeniowym z punktu widzenia anatomicznego. Z etiologii podkreśla znaczenie padaczki nie tylko ze względu na napady drgawkowe. Podaje opisy przypadków krwotoków podpajęczynówkowych u chorych padaczkowych, u których krwotok nastąpił niezależnie od napadów.

Porusza sprawę anatomicznego podziału krwotoków oponowych, następnie mówi o nawrotach i zaostrzeniach choroby, wreszcie o rzadkich powikłaniach, szczeg. ze strony psychiki. Przytacza przypadki zmian psychicznych w postaci „Faxensyndromu“ Bleulera w związku z krwotokiem podpajęczynówkowym.

#### Dyskusja:

Dr. Bregman jest zdania, że w wielu przypadkach krwotoku podpajęczynówkowego stwierdzić można tło kilowe. Często otrzymywał dodatni odczyn Wassermana w przypadkach typowych.

W nagminnem zapaleniu mózgu B. nigdy nie widział płynu krwotocznego, jakkolwiek po śmierci znajduje się wybroczyny w oponach.

Dr. Higier uważa, że nazwę „Leptomeningitis haemorrhagica“ należy zastąpić przez „Haematoma piae matris“, gdyż krwotoki zapalne mają zupełnie inny obraz i przebieg. Nie sądzi, aby to cierpienie miało związek z padaczką.

Dr. Rothfeld przypuszcza, że krwotok podpajęczynówkowy może powstać na tle zakażenia, podobnego do nagminnego zapalenia mózgu.

Dr. Goldflam uważa nazwę Haemorrhagia subarachnoidalis za najszluszniejszą. Odmawia zarówno padaczce, jak i kile wszelkiego znaczenia etiologicznego. Tylko czynnik neuropatyczny, skłonność do zaburzeń naczynioruchowych odgrywa wielką rolę w powstawaniu tego cierpienia.

Dr. Zandowa jest zdania, że na zasadzie doświadczenia klinicznego nie można się zgodzić na związek między padaczką a krwotokiem podpajęczynówkowym. Obecność małej ilości krwi w płynie mózgowo-rdzeniowym po napadzie padaczki nie upoważnia do roz-

poznania wylewu podpajęczynówkowego, lecz musi się mieć całkowity, dobrze nam znany z kliniki, obraz chorobowy tego cierpienia. Co się tyczy rozpoznania różniczkowego między wylewem krwi do opon a zapaleniem krwotocznym tychże, uważa Z. odczyn Nonne-Apelta za objaw rozstrzygający. W wypadkach wylewu krwi do opon odczyn ten wypada, zdaniem Z. ujemnie, lub słabo dodatnio.

Dr. Tyczka uważa zmiany naczyniowe, a nie padaczkę, za przyczynę cierpienia w przypadkach kol. Hermana.

Dr. Poncz zwraca uwagę na rolę układu parasympatycznego w powstawaniu krwotoków podpajęczynówkowych (rozszerzenie naczyń i krwawienie „per diapedesin“).

Dr. Herman w odpowiedzi zaznacza, że należy utrzymać wspomniany podział na krwotoki podpajęczynówkowe i zapalenia krwotoczne, gdyż to odpowiada ogólnym zasadom, obowiązującym w anatomji patologicznej. Co do związku z padaczką, to bynajmniej nie twierdzi, że jest ona częstą przyczyną omawianego cierpienia, lecz podaje tylko do wiadomości swoje spostrzeżenie. Na krwotoki podczas napadów padaczkowych zwracali również uwagę Hartmann i di Gaspero, oraz Sabrazès i Muratet.

5. **St. Leśniowski.** (W-wa).—Znaczenie kliniczne odczynu benzoosowego.

Odczyn zbadano w blisko 150 przypadkach, aby sprawdzić z jednej strony, zgodność jego z odczynem Wassermanna, z drugiej zaś, aby się przekonać, o ile jest słuszne twierdzenie Guillaína o rozszczepieniu Wassermanna — benzoosowem w stwardnieniu rozsianem. Wyniki uzyskane nie różnią się zasadniczo od danych, zaczerpniętych z piśmiennictwa francuskiego.

### POSIEDZENIE III.

Wtorek 14.VII. godz. 9.

#### **DZIAŁ CHORÓB NERWOWYCH**

wspólnie z sekcją XVIII. (chirurgja) i XIX. (laryngologja).

Patrz sekcja XVIII i XIX.

### POSIEDZENIE IV.

Wtorek 14.VII godz. 15

#### **DZIAŁ CHORÓB NERWOWYCH.**

Przewodniczący E. Artwiński.

1. **Leon Wander.** (Kraków). — Przyczynek do proteinowego leczenia stwardnienia rozsianego.

Przeprowadzono od listopada 1923 r. leczenie szczepionką tyfusową u 47 chorych, a „phlogetanem“ Fischera u 21 chorych. Pierwsze i drugie leczenie kombinowano z wlewaniem wśródżylnymi neosalvarsanu.

Leczenie szczepionką tyfusową. Zastrzyki były dożylny. Zaczynano od ilości przeciętnie 15 milionów zabitych bakterji, podnosząc stopniowo ich ilość aż do miljarda, a nawet dwóch miliardów. Komplikacji wybitniejszych nie stwierdzono w przebiegu leczenia. W wyniku ostatecznym leczenia okazało się, że tylko jeden przypadek pogorszył się i to podmiotowo, natomiast u wszystkich innych stwierdzono poprawę subiektywną, a u 27 chorych (na 36, którzy przeprowadzili całkowite leczenie) częściową obiektywną. Jeden chory wykazał zupełną poprawę. Katamneza przedstawia się mniej różowo. Na 15 chorych, którzy się zgłosili, trzech wykazało nadal postępującą poprawę, u 8 chorych stan się utrzymał a u 4 pogorszył.

#### Leczenie phlogetanowe.

Stosowano po 10 iniekcji phlogetanu w dawkach od 8 cm<sup>3</sup> — 10 cm<sup>3</sup> w przerwach 3—4 dniowych. Raz tygodniowo salwarsan po 0,3. Chorzy naogół gorzej znosili zastrzyki phlogetanu niż tyfusowe mimo słabszej reakcji organizmu (gorączka etc) na phlogetan. Przeprowadzono leczenie całkowite phlogetanowo-salwarsanowe u 16 chorych, gdyż, z powodu wyczerpania podczas leczenia powstałego, przerwano leczenie u 5 chorych.

Zauważono poprawę subiektywną i obiektywną u 2 chorych, tylko subiektywną u 3 chorych, a u 10 chorych stan pozostał bez zmian. U jednej chorej nawet nastąpiło pogorszenie.

#### Wnioski:

1) Ze względu na naturę choroby i jej przebieg, oraz ze względu na możliwość samoistnych zwolnień wszystkie wnioski mogą mieć jedynie relatywną wartość.

2) Nie ulega wątpliwości, że w dzisiejszym stanie leczenia stwardnienia rozsianego przedstawia leczenie proteinowe pierwszorzędną wartość, ze względu na stale spotykaną, choć nieznaczną poprawę.

3) Wyniki leczenia, przeprowadzonego na oddziale tut., uprawniają do bezwzględного zadecydowania o wyższości leczenia tyfusowego nad phlogetanem.

4) leczenie flog.-salw. przedstawia jednak plus w dorobku leczenia stwardnienia rozs., zwłaszcza w porównaniu z leczeniem wyzującym lub arsenikowo-tonizującym w tych przypadkach, w których nie można przeprowadzić leczenia szczepionkami tyfusowymi.

Dyskusja:

Dr. Orzechowski stosuje od roku szczepionkę tyfusową czynając od rozcieńczenia  $\frac{1}{1000}$ , z dodatkiem  $\text{CaCl}_2$ . Wyniki naogół dość dobre.

Dr. Bregman sądzi, że tylko w przypadkach świeżych należy oczekiwać dobrych wyników; w przypadkach starych widział tylko wyniki ujemne.

Dr. Klose nberg zapytuje o szczegóły techniki zastrzyków szczepionki tyfusowej i floretanu.

Dr. Wander podaje technikę wyżej wymienionych zastrzyków i podkreśla konieczność zastrzyków dożylnych szczepionki tyfusowej.

Dr. Artwiński podaje, że zastrzyki dożylnie dają lepsze wyniki, niż sposoby dotychczas stosowane, ale nie jest to metoda zupełnie bezpieczna, gdyż na 40 przyp. jeden skończył się śmiercią.

2. **E. Artwiński i Z. Wielski.** (Kraków). — Z kazuistyki nowotworów mózgu leczonych Roentgenem.

Sprawozdanie obejmuje 4 przypadki nowotworów przysadki mózgowej.

U dwóch chorych uzyskano poprawę stanu ogólnego i bystrości wzroku w trzecim przypadku poprawa wyraźna, ale krótkotrwała (kilkomiesięczna), w czwartym przypadku bóle głowy zniknęły; sprawa chorobowa postępowała stale naprzód, bo chory zaniewidział całkowicie i po kilku miesiącach zmarł.

U chorego z nowotworem mózgu, najprawdopodobniej mostu po leczeniu Roentgenem stwierdzono znaczną poprawę chodu, poprawę czucia w obrębie nerwu trójdzielnego, powrót ruchów porażonych w połowie twarzy oraz ustąpiły zaburzenia połykania i oddechu.

U chorego z nowotworem (endothelioma sarcomatodes) okolicy motorycznej bóle głowy ustąpiły, chory podmiotowo czuł się zupełnie dobrze, ale postępujące naprzód szybko osłabienie wzroku zmusiło nas do zabiegu operacyjnego, po którym chory zmarł.

U chorego z lymphogranulomatosis i paraplegją spastyczną nie stwierdzono poprawy.

Na podstawie kilkuletniej obserwacji chorego. Z syringomyelia, leczonego Roentgenem, stwierdzono, że sprawa nie postępuje naprzód, a zaburzenia czucia są słabiej zaznaczone, aniżeli kilka lat temu przed leczeniem.

D y s k u s j a:

Dr. B r e g m a n widział w całym szeregu przypadków guzów mózgu, leczonych promieniami Roentgena, wynik dodatni, jednakże trwałość tych wyników wydaje mu się wątpliwą.

Dr. K l o s e n b e r g stosował głębokie naświetlanie w 2 przypadkach guza przysadki z ujemnym wynikiem.

3. **K. Orzechowski i Freyówna.** (W-wa). — Zmiany histologiczne w chorobie Charcota.

Materiałem badań były 4 przypadki. Zwyrodnienie dróg piramidowych nie zstępuje z kory ruchowej w dół, wyrodnieć one mogą współcześnie z korą, lecz od niej niezależnie, i to na skutek zmian jakoby ogniskowych, które mogą poczynać się w warstwie podkorowej, lecz mogą być także rozrzucone w całym przebiegu szlaków piramidowych. Analogiczne zmiany zwyrodnieniowe stwierdza się w promieniach rdzeniastych różnych okolic kory, częściej i w wybitnym stopniu w przedniej części mózgu. W rdzeniu zawsze zwyrodnienia przekraczają zakres dróg piramidowych. Zmiany histologiczne kory dotyczą różnych obszarów i nie zawsze w korze ruchowej są wybitniejsze, ani najstarsze. Zmiany w komórkach nerwowych polegają na piankowatym i ciężkim schorzeniu, dochodzą do zaniku. Komórek Betza we wszystkich przypadkach brakowało. Stwierdza się wszystkie postaci bujania gleju w warstwach dotkniętych z wybitnym udziałem komórek Hortegi.

Zmiany istoty szarej rdzenia obejmują ją całą, nieraz nawet łącznie z istotą żelatynową, są one czasem w różnych odcinkach nierównomierne. Najwybitniejsze i najstarsze w rogach przednich i bocznych, dotyczą w mniejszym stopniu całego rogu tylnego. W trzech przypadkach stwierdzono wybitne bujanie także mikrogleju. Zmiany zwyrodnieniowe są dobrze widoczne w preparatach komórkowych mniej w tłuszczowych, najwidoczniejsze jest stwardnienie.

Histologicznie cechuje się proces zwyrodnienia komórek nerwowych rdzenia występowaniem białkowej przemiany i rozpulchnieniem ciała i dendrytów, dochodzących do dość znacznych rozmiarów. Ta przemiana ogarnia także jądro. Powstające przytem liczne blade kule nadają ostrym zmianom zupełnie swoiste piętno.

Choroba Charcota nie jest cierpieniem układowym, za jakie uważał jej odkrywca. Faktem jest jednak, że osią, koło której grupują się zmiany histologiczne i kliniczne, są objawy ze strony obu neuronów ruchowych korowo-mięśniowych. Tło jej jest zupełnie ciemne. Pomimo braku cech zapalnych pewne objawy zwracają uwagę w tym kierunku, mianowicie pomnożenie za bujne naczyń, zbyt nasilone

nowotworzenie gleju, zwłaszcza mikrogleju, ogniska rozmiękczeniowe, pustkowie komórkowe ogniskowe, bezwładne występowanie zmian, wreszcie zmiany w istocie szarej rdzenia, najbardziej odpowiadające obrazowi poliomyelitis chronica. Z cierpieniem na tle zapalnym pozostawałyby najbardziej w zgodzie mnogość topograficznych i architektonicznych odmian w różnych przypadkach. Zagadnienie tła z tego punktu widzenia będą mogły dopiero rozstrzygnąć przypadki o ostrym przebiegu, które jak wiadomo, należą do wielkich rzadkości.

4) **P. Szpilman - Neudingowa** (W-wa). — O znaczeniu urazu w powstawaniu nowotworów mózgu.

Etyologia n-tworów, a w szczególności znaczenie etiologiczne urazu nie jest jeszcze ustalone. W n-tworach mózgu znaczenie urazu oddawna jest przedmiotem dyskusji; kwestja ta jest ważna nietylko pod względem teoretycznym, ale i praktycznym, a zwłaszcza sądowo-lekarskim. Zdania autorów są podzielone. Jefferson, Oberndorfer, Wilson nie uznają związku przyczynowego między urazem, a guzem mózgu.

Jefferson na 1000 przypadków podaje 3 urazy. Wilson, pomimo licznych postrzałów i urazów czaszki podczas wojny światowej, nie widział ani u jednego chorego, u którego by w następstwie pozostał guz mózgu.

Walter, Buck, Hultsch, Eppinger, Schönfeld, Recking, Brumser, Le Nobe i inni uważają związek przyczynowy pomiędzy urazem głowy, a n-tworem za niewątpliwy.

Neuburger podaje 3 przypadki powstawania n-tworów na tle dawniejszych postrzałów.

Wobec takiej rozbieżności zdań postanowiłam na skutek propozycji D-ra Bregmana zbadać tę sprawę na materiale oddziałowym.

W latach 1905—1925 liczba nowotworów wynosiła 129\*. Z liczby tej możemy zużytkować tylko 96 przyp., z czego w 18-u przyp. zanotowany jest uraz głowy, poprzedzający wystąpienie objawów nowotworowych. Poza tem 4 przyp. z urazem głowy, w których już przed urazem zauważono pewne objawy ze strony układu nerwowego.

Z pomiędzy wyżej wspomnianych 18-u przyp. w 11-u rozpoznanie n-tworu zostało potwierdzone przez oględziny pośmiertne, w 7-iu zaś rozpoznanie opierało się na objawach i przebiegu klinicznym. Określenie miejsca urazu, a tem samem i stosunek lokalizacyjny urazu do późniejszego nowotworu, nie było możliwe.

---

\*) Liczba jest tak niska, ponieważ od 1914—1919 oddział nasz był zajęty chorymi, dotkniętymi chorobami wapiennymi: obrzęk głodowy, osteoarthropatią głodową, dur plamisty.



W dwóch przyp. po urazie w okolicy potylicznej powstał n-twór w tylnej jamie czaszkowej, w jednym z nich—torbiel mózdzku (ogłędz. pośmiertne). Co się tyczy rodzaju, to w 4-ch przyp. podane jest uderzenie w głowę (kamieniem, cegłą, drągiem, kijem).

W 2 przyp. — jednorazowe pobicie.

W 1 „ — wielokrotne bicie w głowę.

W 4 „ — upadnięcie (z szafy, wozu, łózka—dziecko.

W 1 „ po kontuzji w kilka lat powstał nowotwór.

Co się tyczy okresu czasu, dzielącego uraz od powstania pierwszych objawów n-tworowych, stwierdziliśmy co następuje:

W 14 przyp. pierwsze objawy (ból głowy, wymioty) wystąpiły po dwóch tygodniach.

W 5 przyp. od 2 do 6 miesięcy.

W 4 „ jeden — 3 lat.

W 3 „ 3 — 4 lat.

W 3 „ 19 — 20 lat.

Liczby powyższe wykazują, że pomiędzy urazem a późniejszym nowotworem mózgu zachodzi bliższy stosunek, i nie możemy uważać tego za koincydencję przypadkową.

Co się tyczy sposobu działania urazu głowy, mianowicie: 1) czy skutkiem wstrząśnienia mózgu, zmian molekularnych w istocie mózgowej, lub ewent. zmian w naczyniach krwionośnych, uraz jest istotą przyczynową nowotworowego bujania tkanek; 2) czy też należy przyjąć przedtem już istniejące podłoże dla nowotworu, które pod wpływem urazu zostają pobudzone do rozrostu, tego nie będziemy rozważać.

Wspomnieć musimy o 4 przypad., z czego 2 n-twory przysadki mózgowej, w których przed urazem istniały objawy nerwowe, a po urazie rozwinął się obraz n-tworu. W tych przypadkach zastosować możemy drugie przypuszczenie. Pod względem sądowo-lekar kim, jak Bruns nadmienił, niema pomiędzy obydwiema powyżej przytoczonymi możliwościami zasadniczej różnicy.

Co się tyczy rodzaju urazu, to w większości przypadków mamy bezpośredni uraz (uderzenie głowy), w kilku — pośredni (upadnięcie).

Należy podkreślić przypadek, dotyczący żołnierza kontuzjowanego i stojący w sprzeczności z twierdzeniem Wilsona.

#### D y s k u s j a:

Dr. Bregman podkreśla, że rola czasu w powstawaniu guzów mózgu ma wielkie znaczenie sądowo-lekarskie. Jeżeli nawet objawy występują dopiero po kilkunastu latach, to i wówczas nie można wykluczyć wpływu urazu.

Dr. Poncz sądzi, iż komórki, zbliżone do zarodkowych, a będące w stanie utajenia, zostają wyzwolone pod wpływem urazu i zaczynają bujać.

Dr. Goldflam przypisuje urazowi czaszki duży wpływ na powstawanie guzów mózgu.

Dr. Biro stwierdził w 6% przypadków własnych związek przyczynowy między urazem czaszki, a nowotworem mózgu.

5. **Morawiecka.** (W-wa). — Obraz krwi w guzie mózgu.

Badanie krwi, przeprowadzone u chorych z guzem mózgu i wodogłowiem wewnętrznym, w ponad 80 przypadków wykazuje pewne odalenia od normy. Obok rzadkich stosunkowo objawów niedokrwistości wtórnej i blednicowej istnieje często zwiększony odsetek ciałek eozynochłonnych, limfocytoza względna i bezwzględna, ponadto w dużej ilości przypadków spotyka się komórki tuczne, rzadziej plazmatyczne. Zmiany we krwi takie, jak limfocytoza i eozynofilia w niektórych przypadkach, można odnieść do podrażnienia ośrodków wegetatywnych w szarej istocie III komory skutkiem działania ogólnie wzmożonego ciśnienia także na tę okolicę. W guzach okolicy przysadki nie można wykluczyć także udziału gruczołów dokrewnych.

#### D y s k u s j a:

Dr. Poncz zaznacza, że niektóre zmiany w krwi w przypadkach guzów mózgu: jak eozynofilia, leukopenja i t. d., przemawiają za podrażnieniem układu parasympatycznego.

### DZIAŁ CHORÓB UMYSŁOWYCH.

Wtorek, 14. VII. godz. 15.

Przewodniczący: A. Zagórski.

Sekretarz: Malinowski.

**O. Bielawski.** (Dziekanka). Encephalitis lethargica a schizofenja.

Postępy w klinicznych i laboratoryjnych badaniach lat ostatnich sprawiły, że dziś już, skądinąd piękne budowle myśli psychiatrycznych, jak dementia praecox i schizofrenja, nabierają raczej muzealnego znaczenia i blizkie są odejścia do historii na zmianę nowszym prądom. Przyczyniło się do tego między innymi kilka wybuchów epidemji nagminnego zapalenia mózgu, a w związku z nimi i formami sporadycznymi, zapoznanie się bliższe badaczy z psychicznymi zaburzeniami, właściwemu zachorzeniu oraz z mechanizmami psychicznymi, związanymi z czynnością mezencephalon.

Z pomiędzy form psychicznych przewlekłej Encl. zwracają na siebie uwagę, jako postacie typowe i najczęstsze: a) forma hebefrenijna, b) f. melancholijna, c) parkinsoniczna.

Jednocześnie, przy bliższym rozejrzeniu się w chaosie postaci, zaliczanych do otępienia wczesnego vel. schizofrenji, zwracają na siebie uwagę, jako jedyne i najbardziej wykończone twory kliniczne: a) he-

befrenja, b) katatonja i c) psychoza bolesna, która w postaci kombinowanej z objawami katatonicznymi znaną jest dawnym autorom pod nazwą melancholja attonita).

Pozatem mnożą się dane stwierdzające, że w tych właśnie formach udaje się wykryć zmiany anatomo-patologiczne, w odnośnych ośrodkach śródmózdzia, a znamionujące neurologiczne i psychopatologiczne procesy psychoz.

Powyzsze trzy formy bylej dementia praecox, z punktu widzenia chorobowych zmian śródmózdzia, są wytłumaczalne i zrozumiałe.

Na podstawie powyższego konkluduje ref., że zgodnie z wiedzą doby dzisiejszej, najodpowiedniej jest rozpatrywać te, (dotąd do d. p. zaliczane) postaci chorobowe, jako organiczne sprawy śródmózdzia, których wyrazy kliniczne zależne są od ośrodka zaatakowanego we śródmózdzu i jego okolicach (wzgórze, striatum lub wreszcie drogi kojarzeniowe od nich wiodące).

Wykluczając w ten sposób z schizofrenji formę katatoniczną, heofrenijną, dolorozną wraz z wzajemnymi kombinacjami ich ze sobą, likwiduje się tem całą grupę, gdyż to, co według niektórych autorów pozostało by w niej, należy zaliczać do odmiennych od dementia praecox jednostek chorobowych.

## 2. **M. Bornsztajn**, (W.a).—Stanowisko kliniczne schizofrenji.

Zasadnicza cecha psychologiczna, którą da się wykazać we wszystkich postaciach schizofrenji, zarówno reaktywnych, zbliżonych do psychonerwic, jak i w ciężkich postaciach, doprowadzających do t. zw. otępienia afektywnego—jest autyzm. To łączy wszystkie kliniczne rozliczne postaci. Dalej za jednością schizofrenji przemawiają dane kliniczne, a mianowicie: poszczególne typy wyodrębnione, jako oddzielne postaci i zbliżone do psychonerwic mogą, jako stadja przejściowe, wchodzić w skład takich przypadków, które przebiegają chronicznie i doprowadzają do rozpadu osobowości. Teoretyczna koncepcja, któraby mogła objaśnić rozbieżne przypadki schizofrenji, byłaby taka: najpierw następuje przesunięcie na stronę afektywno-popędową, korektura spraw afektywnych przez sferę poznawczą bądź zupełnie ustaje, bądź tylko przemijająco zawodzi. Terenem gry afektywno-popędowej jest układ roślinny, wegetatywny. Na skutek silnego wstrząsu psychicznego albo szeregu takich wstrząsów występuje zaburzenie czynnościowe w samym układzie wegetatywnym, które z kolei, na skutek znanych wielorakich związków z układem gruczołów dokrewnych, wpływają na funkcję tych ostatnich; występują perturbacje w czynności tych gruczołów, które już na drodze chemicznej mogą wywoływać nawet zmiany organiczne mózgowia, które w ten sposób uważać należy nie za pierwotne, ale za wtórne.

3. **G. Bychowski.** (W-wa).—Zespoły schizofreniczne, a odnośne jednostki kliniczne.

A.) Kazuistyka własna: zespoły schizofreniczne w przebiegu: 1) nowotworu mózgu 2) eunuchoidyzmu 3) padaczki 4) chorób infekcyjnych. Stan osłupienia przy zimnicy. Przesunięcie paranoidalne w przebiegu porażenia postępującego, leczonego zimnicą. Zespół parafreniczny przy kile mózgu. B.) Stanowisko kliniczne tych zespołów i ich stosunek do jednostek klinicznych. Symptomatologia. Przebieg. Podłoże konstytucjonalne. Przechodzenie tych zespołów w zespoły odmienne. Teoria. Czy możemy mówić o rozpadzie schizofrenji.

4. **T. Łapiński.** (W-wa).—Zaburzenia psychiczne w chorobach zakaźnych.

Ref. omawia z początku zaburzenia psychiczne w chorobach zakaźnych, następnie stwierdza, że zaburzenia te nie stanowią nic specyficznego, ponieważ spotykają się i w innych cierpieniach; następnie wykazuje, że i zmiany anatomo-patologiczne nie są patognomicznymi, wreszcie omawia patogenezę zaburzeń psychicznych.

5. **A. Wizel.** (W-wa). — Postacie niedorośnięte schizofrenji.

Ref. omawia koncepcję psychoz niedorośniętych, stosunek ich do konstytucji psychopatycznej; rozmaite postacie kliniczne schizofrenji niedorośniętej; stosunek schizofrenji niedorozwiniętej do hysterji i psychastenji; rozpoznawanie schizofrenji niedorozwiniętej (formes frustes).

6. **A. Piotrowski.** (Dziekanka). — Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów na schizofrenję

Koncepcja Kraepelina otępienia wczesnego nie odpowiada doświadczeniu klinicznemu, obejmuje ona przypadki chorobowe, które nie są ani demencją, ani „praecox“. Jeszcze rozwlekleszą od grupy Kraepelina jest schizofrenja Bleulera. Rozrzutne szafowanie diagnozą „schizophrenia“ i związane z tem często omyłki prognostyczne wytworzyły niepewność w ocenie przypadków chorobowych.

Różnice w poglądach, zasadnicze sprzeczności w obrazach klinicznych, przedewszystkiem niedokładności i niepewności prognostyczne, związane z diagnozą schizofrenji, nasunęły już dawno myśl, że schizofrenja przedstawia grupę heterogenetyczną.

Po wylimitowaniu z systemu schizofrenijnego parafrenji, katonji i różnych psychoz reaktywnych, pozostają dwie postacie chorobowe, które noszą wyraźne cechy rozszczepienia psychicznego, cechy schizofrenijne w pojęciu bleulerowskim t. j. schizofrenja i hebefrenja.

Słuszność stanowiska autora, że zbyt obszerna grupa bleulerowska powinna być podzielona na poszczególne samodzielne choroby

psychiczne, że katatonja nie jest postacią schizofrenijna, dowodzą liczne głosy w piśmiennictwie zagranicznym, mianowicie francuskim, wyrażające tą samą tezę.

### D y s k u s j a:

**Markuszewicz:** dwa zasadniczo różne poglądy — kol. Bielewskiego, że schizofrenji niema i kol. Borsztajna, że schiz. jest to postać, która obejmuje wszystko, są zbyt krańcowe. Z odczytu kol. Bychowskiego widzimy, że chociaż są schiz. symptomatyczne, lecz i schiz. idiopatyczne. Pogląd Borsztajna, żeby na podstawie autyzmu wyodrębnić schiz. jest trudny do przeprowadzenia, gdyż autyzm jest to najbardziej ogólnoludzka cecha charakterologiczna. Uznając duże zasługi psychoanalizy, M. odrzuca możność wyodrębnienia postaci klinicznej tylko na podstawie przesłanek psychoanalitycznych — gdyż psychoanaliza nie różniczkuje, lecz sprowadza do podstawowych jednostek kompleksy psychologiczne. M. widzi inną drogę w badaniach nad różnicowaniem postaci klinicznej schiz., badania nad stosunkiem zakresu układu roślinnego do zaburzeń układu centralnego. Opierając się na pracy prof. Mazurkiewicza (Rocznik psychiatryczny z. II. 1925) M. wypowiada przypuszczenie, czy w psychozach objawowych zaburzenia roślinne nie odgrywają pierwszej roli, zaś zaburzenia układu ośrodkowego, wtórnej, na co wskazywałyby również odczyt kol. Łapińskiego. M. omawiając odczyt kol. Wizła, wskazuje, że takie wyodrębnienie nowej postaci klinicznej, po za znaczeniem praktycznym, przyczyni się również do zrozumienia problemu schizofrenji.

**Matecki.** Osia, dookoła której obracają się koncepcje, zmierzające do zresztą słusznego zrewidowania stanowiska klinicznego schizofrenji, jest zagadnienie, czy i jaki istnieje zasadniczy rys, wspólny różnym postaciom grupy schizofrenji.

Głównem kardynalnem znamieniem wszystkich tych postaci jest autyzm, nie rozszczepienie psychiczne, oraz spowodowana przez ten autyzm, regresja do wcześniejszych pod względem philo- i ontogenetycznym faz rozwoju psychicznego. Mamy tutaj wypadnięcie systemów psychicznych młodszych, co umożliwia powrót tych wczesnych faz rozwoju psychoseksualnego (Freud), kompleksów (Jung-Bleuler) oraz tych stadjów przebytych rozwoju phylogenetycznego, które znalazły wyraz w pracach Kretschmera („Medizinische Psychologie“, Hysterie) oraz Storcha, Bychowskiego, Domatura.

Że autyzm jest zasadniczą cechą schizofrenii, z której dają się wyprowadzić inne jej objawy, dowodzą również badania eksperymentalnopsychologiczne Meema i van der Hoista, wykazujące przewagę wśród schrotymików typu introwersyjnego nad extrawersyjnym, co odpowiada przewadze autyzmu nad syntonją.

Co do lokalizacji anatomicznej procesu schizofrenicznego, to próby lokalizacyjne należy uważać za przedwczesne, gdyż aczkolwiek w patogenezie tego cierpienia niewątpliwym jest udział układów wewnątrzwydzielniczego i roślinnego, to jednak należy podnieść, że wobec połączenia tych układów z centralnym narządem nerwowym, otrzymujemy jeden wielki łańcuch, którego rozmaite ogniwa mogą być pierwotnie zaatakowane, powodując zmiany wtórnie w innych ogniwach, co tłumaczy różnorodność postaci schizofrenji.

W stanie obecnym wiedzy psychiatrycznej możemy tylko wykazać pewien rys psychologiczny wspólny różnym odmianom schizofrenji, nie rezygnując z dążenia do wyświetlenia całego zespołu zjawisk biologicznych, stanowiących podłoże procesu schizofrenicznego

Dr. Pręgowski: ad Bielański: dla P. nie jest zrozumiałe, czy według prelegenta analogja między niektórymi postaciami schiz. a niektórymi formami enceph. lethar. jest czysto przypadkowa, czy też oparta na jakimś bliższym związku.

ad Bornsztajn: psychologizm metodologiczny jest dużym postępem w psychiatrii, należy jednak równocześnie utrzymać i inne punkty widzenia. Zdaniem P. prelegent sądzi błędnie, iż kryterjum nosologiczne Kraepelina niestosuje się do schiz. i psychozy man. depres. Stosowane przez prel. kryterjum psychologiczne należy uznać za kryterjum dodatkowe. Autyzm, zdaniem P., nie może służyć za kryterjum, gdyż 1) objaw ten, jak na to wskazuje także odczyt kol. Piotrowskiego, bywa także i w niektórych cierpieniach psychicznych, nieschizofrennych, 2) objaw ten, zresztą i sam prelegent, sprowadza do bardziej pierwotnego podłoża rozszczepienia psychicznego.

ad Bychowski: odczyt prel. przyczynia się do rozpowszechnienia znanej i słusznej tezy, że należy od jednostek chorobowych schizof. odróżniać powolne zespoły objawowe, mogące występować nie w psychozach schizof.

ad Wiesel. Nazwa „postaci niedorozwinięte schiz.” może być stosowana tylko do takich początkowych okresów schiz., które zatrzymują się w swym dalszym postępie. Dla początkowych okresów prawidłowo rozwijającej się schiz., służą zwykle używane nazwy: początkowa, rozwijająca się, nierozwinięta.

ad Piotrowski. P. zgadza się w zasadzie na przedłożoną przez prel. analizę i ocenę objawów schiz., szczególnie autyzmu, na stanowisko krytyczne w stosunku do Bleulera i na twierdzenie o potrzebie zamienienia zakresu schiz. Natomiast P. mniema, że autor idzie za daleko w tym kierunku i wskazuje, jako drogę, do tego najlepiej prowadzącą, przede wszystkim nawrót do właściwego twórcy tej jednostki neurologicznej — do Kraepelina.

Prof. Mazurkiewicz sądzi, że wymienione przez prelegentów podstawowe objawy schizofrenji - autyzm, rozszczepienie psychiczne lub ataksja psychiczna — jakkolwiek niezmiernie częste, nie są jednak powszechne; za taką cechę powszechną w schiz. uważa raczej otępienie uczuciowe, wywołujące właściwie objawy autystyczne, a przy głębszych zaburzeniach — rozszczepieniowe, a nie wyłączające jednak nawet pewnej nadwrażliwości w innych kierunkach. Co do etiologii schiz. M. sądzi, że momenty urazowe psychiczne, erotycznej i wszelkiej innej natury, szczególnie przewlekłe, niewątpliwie grają dużą rolę w etiologii schiz., ale długi szereg innych czynników szkodliwych, natury toksycznej lub zakaźnej, wchodzi tu również w rachubę pod względem etiologicznym. Wielka różnorodność tych momentów etiologicznych, mających tylko jedną cechę wspólną, że są momentami wyczerpującymi, wskazują na charakter abiotroficzny schiz.

Dr. Borsuk. Zdaniem B. najważniejszą teorią jest psychologiczno-anatomiczna, objaśniająca większość zjawisk psychicznych. Należy przypuścić, że przy chorobach psychicznych są funkcjonalne zmiany w komórkach i włóknach nerwowych, jak to widzimy w szoku nerwowym. Teoria psychologiczna patologicznych emocji upada, gdyż patologiczne emocje mogą zjawić się tylko na podłożu przeczulonej tkanki mózgowej. Rozszczepienie jaźni w schiz. do pewnego stopnia B. objaśnia w porównaniu do śmiechu przymusowego przy sklerozie rozsianej.

Dr. Bednarz. W nauce o zespole chorobowym, zwanym schizofrenia, mamy etapy: nauka Kraepelina — o Dementia praecox, Bleulera — o schiz. właściwej, Kretschmera — o konstytucji schizoidalnej. Ale pomimo to posunęliśmy się bardzo mało, dowodem czego 50% do 75% rozpoznań w szpitalach „schizofrenia“. Szukając z tej ślepej ulicy wyjścia, jeden z kolegów, jak kol. Borsztajn, dalej obstaje przy tych ogólnych konstytucjonalno-psychologicznych koncepcjach, które bardzo ładnie, ale za wiele obejmują, inni, jak kol. Bielawski, cofają się wstecz, szukając ratunku u Krafft-Ebinga i jeszcze wcześniejszych psychiatrów, negując tym samym korzyść przebytej dotąd przez psychiatrię drogi. B. wydaje się, że kroczyć dalej w tym kierunku, jak to było dotąd, nie jest wskazane, bo mało co już osiągniemy i będziemy tylko powtarzać się. Wobec tego B. uważa, że należy wysiłki swoje skierować na badania nad wyświetleniem bliższej etiologii i podłoża rozmaitych form samej schiz., na badania serologiczne, mikrochemiczne, badania układu roślinnego, gruczołów wewnętrznego wydzielania i t. d., t. j. punkt wniosków badań przenieść należy na badania biologiczne.

Dr. Higier stawia pytanie, dlaczego nasze szpitale mają do

75% schorz., gdy zagraniczne kliniki, jak monachijska Bumkego daje zaledwie 15%.

W odpowiedzi przemawiają Bielawski, Bornsztajn, Bychowski Wizeł.

7) **M. Brunowa.** (W-wa).—Obarczenie dziedziczne w 3-ch rodzinach.

Wnioski ogólne: 1) dziedziczenie chorób umysłowych wogóle; 2) dziedziczenie z gulo nji bezpośrednie, co przemawia za dziedziczeniem dominującym; 3) dziedziczenie schizofrenji bezpośrednio w I tablicy po przez 4, a w III po przez 2 pokolenia, w przypadkach tych przeznania za dominującym biegiem dziedziczenia u schiz., który, jak stąd wynika, zdarza się tak samo, jak w innych przypadkach zdarza się w sposób reegzywny; 4) niewątpliwy wpływ w wielu przyp. schiz. obustronnego obarczenia dziedzicznego; 5) występowanie obrazów o podwójnej konstytucji oraz obrazów mieszanych, u których psychoza man—depres. kombinuje się z schizofrenją. Powstawanie takich mieszanych schiz. daje się objaśnić kombinacją 2 dziedzicznych składników — schizofrenicznego i syntonicznego. Przyczem tej kombinacji w omawianych przypadkach nie można nazwać własnością dziedziczną danej rodziny.

8) **B. Markuszewicz.** (W-wa).—Nowe próby doświadczalne nad leczeniem w stanie podniecenia w schizofrenji.

Celem niniejszej pracy było znalezienie środka farmakologicznego, któryby w odróżnieniu od skopolaminy, powodował nie sen, lecz uspokojenie podnieconych chorych, cierpiących na schizofrenję.

Rezultaty badań są następujące:

1. Badanie środków nasennych wykazało, że obniżenie ciśnienia krwi jest ściśle związane z farmakodynamicznem działaniem środków nasennych.
2. Natrium nitrosum, zastrzykiwane podskórnie w dawkach, przekraczających wielokrotnie dawki uznawane dotychczas przez farmakologję jako najwyższe—powoduje obniżenie krwi i analogicznie do obniżenia tego, uczucie senności.
3. Natrium nitrosum, stosowane systematycznie w stanach podnieceniowych schizofrenji, w postaci jej ostrej i przewlekłej, powoduje uspokojenie się chorych.

Dalszy ciąg posiedzeń — wspólnie z sekcją XXXV.

Przewod. Morawski.

**A. Zagórski.** (Kulparków). — O konieczności reorganizacji szpitalnictwa psychiatrycznego w Polsce.



W dyskusji zabierali głos: Rychliński, Wendlocka, Mazurkiewicz, Pręgowski, Jakimiak, Malinowski, Morawski.

Po posiedzeniu odbyło się Walne Doroczne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

## POSIEDZENIE V.

Środa 15.VII. godz. 9.

Przewodniczący W. Drożdż.

1. **T. Jaroszyński.** (W-wa).— Psychonerwice w świetle nauki o układzie współczulno-dokrewnym:

Różnorodność teorii genetycznych nerwic i psychonerwic. Hypotezy somate i psychogenne. Rola wzruszeń w powstawaniu stanów psychoneurotycznych. Próba teorii syntetycznej: psychonerwice są spowodowane przez samozatrucie wewnętrzne, które wywołują różnorodne odczyny ze strony układu współczulnego. Zależność tego samozatrucia od wzruszeń, wpływających na czynność gruczołów dokrewnych. Znaczenie psychoterapii emocjonalnej w leczeniu stanów psychoneurotycznych.

2. **H. Higier.** (W-wa). — Ból i wzruszenie a układ wegetacyjny.

Dotyk jako czucie fizjologiczne, ból jako czucie patologiczne. Różnice anatomiczne, fizjologiczne, topograficzne, psychologiczne między zmysłem skórnym, mięśniowym, kostnym, stawowym a odczuwaniem bólowem. *Communs sensorium Tractus thalamo-corticomedullaris* a *Tractus thalamo-pallido-rubro-spinalis*. *Ganglion intervertebrale*, *Ramus communicans*, *Nervus sensitivus irritatio proprio-etexteroceptiva* Bodźce normalne i ekstraktywologiczne. Ból, swędzenie zeltawis pieczenie libido jako odmiany wegetacyjnego czyli czucia protopatycznego. Odruchy ruchowe, czuciowe i narządowe w obrębie układu sympatycznego i parasympatycznego, prawdopodobieństwo dopływu bodźców do pierwszego układu przez przednie, do drugiego przez tylne korzonki rdzeniowo-opuszkowe. Pogląd mechanistyczny i witalistyczno-tele logiczny Müller Strümpell Goldscheider na problem bólu. Stosunek bólu do naskórka i nabłonka, do *subcutis* i *submucosa*, do narządów wewnętrznych i zewnętrznych. Siedlisko bólu w substancji łącznej i naczyniowej. System zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni ciała, ból zewnętrzny i wewnętrzny. Ból i ruch a sarkoplazma mięśni Neuralgja et Neuritis oraz stosunek towarzyszący zwykłym i kausalnym bólom objawów (ruchowych, wydzielniczych, odżywczych, naczyniowych) do układu wegetacyjnego. Nerwobóle twarzy po usunięciu zwojów czaszkowych i szyjnych. Napadowość i okresowość, wpływ

dnia i nocy na układ sympatyczny i parasympatyczny. Asthma bronchiale, angina pectoris, colica, glaucoma, migraena herpes zoster morbus Raynaud, tic, crampus claustratio intermittens. Uczucie bólu a uczucie głodu i pragnienia. Stosunek bólu do układu dowolnego, zwierzęcego mózgowordzeniowego oraz do układu niewolnego, autonomicznego, roślinnego, Stosunek wegetatywnej sfery ruchowo-czuciowej do alkaloidów zwykłych i do t. zw. wagosympatycznych, Należność zasadnicza czucia bólowego do układu wegetatywnego.

3. **K. Poncz.** (W-wa). — Kilka uwag w sprawie objawów ze strony układu parasympatycznego w gruźlicy (streszczenie).

Aczkolwiek w przebiegu gruźlicy może być zaatakowany zarówno układ parasympatyczny, jak i sympatyczny, to jednak gruźlicy w lwiej części są wagotonikami. Tą wagotonję u gruźlików tromaczyć można schorzeniem substancji rdzeniowej nadnerczy, która pobudza układ sympatyczny (Eppinger, Hess), zaburzeniami w gruczole tarczowym w kierunku jego nadczynności (Białotur, Alfred Sokołowski, Janowski i inni), który wydzielać może hormony, pobudzające układ parasympatyczny obok sympatycznego, wreszcie zmianami w gruczołach około oskrzelowych, które wywierają ucisk na nerw błędny drażniąc go.

Do objawów wagotonji u gruźlików zaliczyć można postać rzekomą, żołądkowo-jelitową, opisaną przez Alfreda Sokołowskiego (wymioty, kwaśne odbijanie, gniecienie, wzdęcie po jedzeniu, częste biegunki lub kurcze spastyczne jelit, nadmierna kwasota treści żołądkowej, która poprzedza wystąpienie objawów klinicznych gruźlicy.

Objawy we krwi we wczesnych okresach gruźlicy — eoznofilgja i limfocytoza — są charakterystyczne dla stanów wagotonicznych, tutaj zaliczyć należy również leukopenję.

Na początku i w przebiegu gruźlicy występują napady dychawicy oskrzelowej którą zaliczyć należy do nerwic wagotonicznych.

Białkomocz ortostatyczny, występujący często w gruźlicy, jest objawem wagotonji. W przypadku prelegenta znikał on po podaniu atropiny.

Również inne objawy ze strony narządu moczowego (zatrzymanie moczu, wzdęcie pęcherza, pollakiuria) są wyrazem nadwrażliwości układu parasympatycznego i usuwają się za pomocą atropiny.

Wyrazem wagotonii, w której dochodzi do rozszerzenia drobnych naczyń, są podejrzane rumieńce na twarzy u gruźlików, dermatografizm czerwony a być może drobne krwawienia płucne, per diapedesin, w początkowych okresach gruźlicy (gdy rentgenologicznie i klinicznie żadnych zmian w płucach nie stwierdza się. Krwawienia te ustępują lub zmniejszają się nieraz po zastosowaniu atropiny (autorzy włoscy).

Najciekawszą jednak jest rzeczą, że odczyn Pirquet'a według badań wielu autorów ma związek z zaburzeniami układu parasympatycznego. Według Goutt'a tuberculina działa na nadwrażliwy w gruźlicy układ parasympatyczny, a w następstwie tego dochodzi do miejscowego rozszerzenia naczyń skórnych a nawet wysięków (odczyn naskórny) lub gorączki i objawów ogólnych (odczyn Koch'a). Tuberculina nadczuła układ parasympatyczny, osłabia sympatyczny. Allergia jest to nadmierna pobudliwość układu parasympatycznego, wywołana przez infekcję gruźliczą. W przypadkach prelegenta odczyn Pirquet'a słabnął lub zupełnie zniknął po zastrzyku atropiny, a Gouth wzmacniał go zastrzykami pilokarpiny, a osłabiał po podaniu adrenaliny, po której nieraz nie występowało gorączki w przypadkach zastrzyku podskórnego tuberkuliny. Prelegent spostrzegł, że gorączka zwiększała się o ile jednocześnie z tuberkuliną wprowadzić do ustroju pilocarpinę.

4. **B. Stępień.** (W-wa). — Stosowanie leków wegetatywnych w zaburzeniach oddawania moczu.

Muskulatura pęcherza zależy od dwu układów antagonistycznych: parasympatycznego i sympatycznego. Działając na zakończenia tych dwóch układów środkami wegetatywnymi usiłowano, za przykładem Caina Oury'ego, korzystnie wpływać na patologiczne zaburzenia czynności pęcherza nerwowego pochodzenia. W 9 przypadkach zupełnego zatrzymania moczu pilokarpina w iniekcji podskórnej lub śródżylniej (0.01) wywoływała samoistne opróżnienie pęcherza. W 3 przypadkach zawiodła, w jednym wynik uwieńczył dopiero zastrzyk śródżylny 40% urotropiny w ilości 10 cm<sup>3</sup>. Dodatni wpływ urotropiny na zatrzymanie moczu obserwowano w dwóch przypadkach. W 9 przypadkach niepełnego zatrzymania moczu pilokarpina wywoływała samoistne oddawanie moczu w dużej ilości i bez wysiłku. W 6 przypadkach objawy zbyt częstego moczenia usiłowano zwalczać za pomocą atropiny, adrenaliny i gynergeny. Dodatni wpływ występował, jak dotąd, tylko po atropinie. Na podstawie tych rezultatów, otrzymanych za pomocą pilokarpiny i urotropiny w przypadkach zatrzymania moczu organicznego nerwowego pochodzenia, należy uważać cewnikowanie w tego rodzaju przypadkach z pominięciem tych środków za błąd sztuki lekarskiej.

5. **K. Orzechowski.** (W-wa). — Zaburzenia wegetatywne w chorobie Charcota.

Na podstawie przeglądu historii chorób 16 przypadków stwierdzenia zanikowego bocznego stwierdza Orz. dość często zaburzenia wegetatywne, z których jedno zupełnie, inne w pewnej mierze zależą od choroby organicznej układu ośrodkowego. Odpowiednikiem ich ana-

tomicznym są zmiany zanikowe komórek rogów bocznych i tylnych, z których pewna część wchodzi widocznie w skład ośrodków wegetatywnych rdzeniowych. Do objawów które nierzadko się zdarzają i wchodzi tem samem w ramy symptomatologii stwardnienia z. b. należą: oleista twarz, (Salbengesicht) objawy zespołu kurczowego (Crampus-syndrom), mianowicie: bolesne kurcze, odczyny pseudomyotoniczne mechaniczne i elektryczne, odczyn neurotoniczny — objawy sympatyczne ze strony oczu, uderzenia krwi do głowy, nadmierne pocenie się, ziębniecie i wzmożenie odruchu włosoruchowego. Prawdopodobnie nadmierne ślinienie się chorych z objawami opuszkowymi zależy nie tylko od zaburzeń porażnych opuszkowych, lecz może być równocześnie w pewnej mierze wyrazem zaburzenia nerwowo-wydzielniczego.

6. **Freyówna.** (W-wa). — Wpływ leków wybiórczych wegetatywnych na drżenie włókienkowe w zanikach rdzeniowego pochodzenia.

Adrenalina wywołuje często u osobników zdrowych drżenia na rozległych obszarach, jednak słabe nie doprowadzające do właściwej myokymji, ani wiązkowej ani włókienkowej. U osobników z zanikami mięśniowymi rdzeniowego pochodzenia z drżeniami lub bez, zastrzyknięcie adrenaliny nasila je lub wywołuje. Podobnie, lecz w mniejszym stopniu działają sole wapnia. Zmniejszenie drżeń udało się uzyskać tyko w niektórych przypadkach, po gýnergenie i pilokarpinie.

Nasilanie się drżeń pod wpływem jądów sympat. i częste stwierdzanie histolog. zajęcia rogów bocznych obok przednich w przypadkach drżeń włókienkowych nasuwa przypuszczenie sympatycznej zależności drżeń włókienkowych podobnie, jak to przypuszcza Orzechowski dla myokymji wiązkowej.

Dyskusja nad referatami o ukł. współczulnym:

Dr. Rożkowski. Pogląd kol. Higiera na współczulne pochodzenie bólu jest syntezą pojęć opartych głównie na podstawie neuropatologicznej. Myśl b. piękna, przeprowadzona również w ostatniej pracy Strümpell'a ma jednak pewne luki o ile traktować będziemy zagadnienia bólu ze stanowiska teleologicznego. Ból jest taką samą funkcją życiową, jak odżywianie i rozmnażanie. Dlatego nie zgadzam się z kol. Higierem, że można sobie wyobrazić życie bez bólu. Pod tym kątem widzenia ból należy do zjawisk fizjologicznych. Powtóre trudno się zgodzić, że ból jest pierwszym filogenetycznym uczuciem. Ból w swej ostatecznej postaci jest wytworem kory mózgowej i dla tego uczucie to rozwija się i potęguje dopiero w miarę rozwoju mózgu na wyższych szczeblach drabiny filogenetycznej. Po trzecie, należy zwrócić uwagę na olbrzymią różnicę w zdolności lokalizacyjnej, czuć bólowych pochodzących z układu zwierzęcego i roślinnego. Te ostatnie cechuje

nieokreśloność i promieniowanie. Promieniowanie wyjaśniamy na podstawie metamerji. Jednakże są przypadki promieniowania nieprawidłowego, które trudno na tej podstawie wyjaśnić, a które ściśle biorąc, stanowią odrębną dziedzinę patologji bólu.

Dr. Zieliński podkreśla doniosłość śledzenia stosunku zmian w ukadzie wegetatywnym do wzruszeń (referat Dr. Higiera) dla ujęcia przez psychologię istoty objawów uczuciowych wogóle. Spostrzeżenia nad zjawiskiem kauzalgi i wyzwoleniem napadów kauzalgicznych przez wzruszenie, zaburzenia wegetatywne w nerwicach i psychozach zmierzają do ugruntowania swoistej odrębności przejawów uczuciowych naszej psychiki jako czuć wegetatywnych. Dzięki tym badaniom teoria wzruszeń Langego-Jamesa zdobywa coraz pewniejsze podstawy a także poglądy Wundta o istnieniu trzech par zasadniczych jakości uczuciowych (przyjemność—przykrość, podniecenie—przygnębienie, napięcie—zwątpienie) znajdują niewątpliwie uzasadnienie.

Dr. Higier. Nie wierzy w potrzebę tworzenia grup bólu fizjologicznego i patologicznego. Tory bólowe są zapasowe — jak Minimax w domu w razie pożaru, — tory dotykowe są fizjologiczne, niezbędne — jak kanalizacja w domu.

7. **S. Pieńkowski.** (W-wa). — Wartość badań Charcota nad zaburzeniami ruchowymi w histerji dla patofizjologii ruchów wogóle.

Szczegółowe obserwacje i doświadczenia nad histerją, w szczególności nad zaburzeniami ruchowymi w histerji, poczynione przez Charcota i jego Szkołę w Salpêtriere, nietylko nic nie straciły na wartości, ale dziś jeszcze dadzą się zużyć jako cenny materiał kliniczny. Należy go jednak rozpatrywać w świetle nowych danych, zdobytych w dziedzinie układu pozapiramidowego i roślinnego.

Wśród zaburzeń ruchowych histeryków dadzą się wyróżnić, niezależnie od tego czy mamy do czynienia z nadmiarem ruchów (napad histeryczny, płasawice rytmiczne histeryków i t. d) czy z uszczupleniem (amyostenje, przykurcze histeryczne), dwie zasadnicze grupy: 1) ruchy o cechach skojarzonych, synkinetycznych i 2) ruchy wyrazowe, ogólne pierwotne afektywne czyli parakinezy. Przeprowadzając szczegółowe porównanie ich z zaburzeniami typu pozapiramidowego, a zwłaszcza z objawami ruchowymi poznaczonymi w nagminnym śpiączkowym zapaleniu mózgu, stwierdzamy liczne analogje, dotyczące: 1) zakresu ruchów, 2) ich morfologii, 3) rytmiki i 4) objawów towarzyszących (roślinnych psychicznych etc.). Prawdopodobnie więc w obu wypadkach chodzi również i o pokrewieństwo zakresów anatomiczno-fizjologicznych, do których ruchy te sprowadzają się. W zaburzeniach pozapiramidowych mamy rozkojarzenie między zakresem ruchów do-

wolnych i zautomatyzowanych, powstające na tle uszkodzeń anatomicznych, w hysterji, podobne rozkojarzenie zależy prawdopodobnie od zmian czynnościowych. Pod tym kątem widzenia dalsze badania nad hysterją ułatwią zrozumienie patogenezy tej choroby, wykreślając ją z rubryki symulacji, głosicielem czego był Charcot.

#### D y s k u s j a:

Dr. Higier. Przed laty, pisząc o różniczkowem rozpoznaniu encephalitis lethargica, zwracał uwagę na dyskinezje hysterji, Maladie de Tilb, choroby Gilles de la Tourette, znakomicie naśladujące encephaliticzne i odwrotnie na wpływ psychiki na ruchy poencefaliticzne. T. zw. rozprężenie ruchów dowolnych i zautomatyzowanych i analiza jego przy pomina dawną myśl, ciągle powtarzającą się w monografji o podłożu organicznym, funkcjonalnym i psychicznym. I psychjatrja korzysta w swojej katatonji i schizofrenji z danych anatomicznych encephalitis lethargica.

Dr. Bychowski (jun.). Cenne uwagi kol. Pieńkowskiego mają to wielkie znaczenie, że nie są odosobnione a stoją w szeregu badań i rozważań, które w latach ostatnich prowadzą do nowych poglądów na współdziałanie mechanizmów psychologicznych i neurologicznych, przez co w nowy sposób zostaje przewyciężony antagonizm w poglądach psychologicznych i neurologicznych na nerwice i psychozy.

8. **Wł. Jarecki.** (W-wa). — Współczesne metody leczenia zaburzeń mowy.

Prelegent daje nowy podział zaburzeń mowy: organiczne, psychopochodne i obwodowe idjopatyczne. Omawia pokrótce metody ich leczenia, zatrzymując się dłużej na leczeniu t. zw. jąkania. Pierwszy Hoepfner przeprowadził dokładną analizę jąkania się. Jest to u dzieci często spotykany bezład, zależny od nagromadzenia się znacznej ilości obrazów dźwiękowych słów przy małej ilości skojarzeń. U jednostek nerwowych może się wytworzyć t. zw. afazja skojarzeniowa, wskutek nagromadzenia się licznych wyobrażeń ubocznych, nieoczekiwanych wywołujących zacinać się tudzież obawę zająknięcia się. Leczenie polega tu na umiejętnej psychoterapii wyniki są zwykle pomyślne. Dzieci szkolne najlepiej leczyć w grupach.

Prelegent stawia wniosek:

XII Zjazd lekarzy i przyrodników wzywa Ministerstwo Oświecenia Publicznego do otwierania specjalnych poradni dla młodzieży dotkniętej wadami mowy w większych miastach Polski na wzór istniejącej awie.

### D y s k u s j a:

D r. Z. B y c h o w s k i (Sen.) podkreśla wartość metody zachęcania afatyków względnie agrafików dotkniętych najczęściej jednocześnie i porażeniem prawej górnej kończyny do posługiwania się przy pisaniu lewą ręką. Mając duży materiał wojenny w Instytucie traumatologicznym w Moskwie (urazy postrzałowe lewej półkuli z porażeniem prawych kończ. i afazją). Bychowski przeprowadzał u tych chorych systematyczne ćwiczenia w piśmie lewą ręką i przekonał się, że w przeciągu krótkiego już czasu (kilka tygod.) oprócz wcale znośnego pisania lewą ręką występuje i wybitna poprawa mowy. Zależy to prawdopodobnie od tego, że zmuszając prawą półkulę do czynności, których przed chorobą nie wykonywała, pobudzamy jednocześnie znajdujące się tam od dawna ośrodki, które w miarę rozwoju filogenetycznego i przewagi lewej półkuli nad prawą zostały jakby uśpione. Na zasadzie obszernego materiału wojennego można twierdzić, że i w prawej półkuli są ośrodki, albo przynajmniej okolice korowe z utajoną zdolnością do czynności mowy. Przy braku głównych ośrodków mowy w lewej półkuli, można przy pomocy torowania wskrzesić odnośne ośrodki w pr. półkuli.

D r. B y c h o w s k i (jun). Rad, jestem, że prelegent podkreślił znaczenie czynnika psychicznego i psychoterapeutycznego w sprawie zaburzeń mowy. Istnieje cały szereg przypadków, w których dłuższe leczenie metodami ćwiczeń nie dały wyników, a które leczy psychoanaliza. W przypadkach takich okazuje się, że jąkanie jest f o b j ą skoncentrowaną na jednym o r g a n i e, podobnie jak znamy fobję na przewodzie pokarmowym, na skórze (erytrofobja) i inne. Psychoanaliza, wykrywając te przeżycia dzieciństwa, które łącznie z momentami konstytucjonalnymi sprawiły, iż lęk skoncentrował się na mowie, leczy fobję.

9 **Wł. Sterling.** (W-wa). — Badania doświadczalne i kliniczne nad t. zw. „pismem lustrowem“.

Badania nad pismem lustrowem dokonane na 134 dzieciach oligofrenicznych, 200 dzieciach normalnych i 80 osobnikach dorosłych. Autor odróżnia pismo lustrowe dowolne lewej dłoni: u hemiplegików dorosłych z apraxją lub bez apraksji, u dzieci z porażeniem połowiczem, u dorosłych prawo i lewo ręcznych, u dzieci niedorozwiniętych prawo i leworęcznych oraz pismo lustrowe eksperymentalne lewej dłoni (przy pisaniu bimanualnym i przy pisaniu na stole), prócz tego zaś pismo lustrowe synkinetyczne lewej dłoni. Pismo lustrowe prawej dłoni wykryte zostało u 7 dzieci normalnych w pierwszym okresie nauczania szkolnego. Wyniki badań autora wskazują, że w przypadkach przebiegających z ogniskami chorobowymi w lewej półkuli móz-

gowej lub w spoidle wielkiem, względnie w jego włóknach komisu-  
ralnych oraz w przypadkach agenezji odpowiednich terytorjów—pismo  
lustrowe wypływa z warunków powodujących zespół apraksji rucho-  
wej. We wszystkich innych kategoriach przypadków pismo lustrowe  
lewej i prawej dłoni wynika z braku ustalenia się albo z nagłego  
zachwiania się orientacji przestrzennej i dotyczącej abdukcyjności  
i addukcyjności ruchów piszącej dłoni i stosunku do linii środkowej ciała.

#### D y s k u s j a:

Dr. Z. B y c h o w s k i (Sen.) Przy badaniach nad pismem  
lustrowem i konsekwencją odnośnych teorii należałoby uwzględnić  
osobników względnie narody piszące z prawa na lewo (żydzi)  
i z góry na dół (chińczycy). Teoria o odśrodkowym nastawieniu  
lewej półkuli podczas pisania nie może być zastosowaną u ludzi pi-  
szących jednakowo biegle z lewa na prawo i z prawa na lewo. Przed  
wielu laty Bychowski zbadał w tym kierunku sześciu oddziałową  
szkołę, gdzie wszyscy uczniowie umieli również biegle pisać po żydow-  
sku. Nie stwierdził tam ani jednego przypadku pisma lustrzanego.

#### 10. **W. Tyczka.** (W-wa). — Encefalografia padaczkowców.

Zdjęcia poodmowe przednio tylne padaczkowców znamionuje:  
1. asymetria komór bocznych, zarówno co do kształtu jak i co do  
wielkości, 2. silniejsze napowietrzenie kory po stronie większej  
komory.

Asymetria komór i różnica w napowietrzeniu kory u padacz-  
kowców są następstwem zmiany organicznej, najczęściej blizny miąż-  
szowo oponowej, która sięgając opodal ściany komory bocznej i po-  
ciągając ją, i powodując jednostronny hydrocephalus ex vacuo, zmie-  
nia kontur „motyłka“. Z drugiej strony blizna wciąga korę w głęb  
i umożliwia nagromadzenie się większej ilości powietrza w poszerzo-  
nej przestrzeni podpajęczynówkowej.

Zdjęcia takie spotykamy we wszystkich przypadkach padaczki  
typu Jacksonowskiego, w przypadkach uogólnionych napadów z jedno-  
stronnymi objawami neurologicznymi, i wreszcie w przeważnym pro-  
centie przypadków padaczki samoistnej.

Odma czaszkowa jest więc często jedyną metodą pozwalającą na  
stwierdzenie objawów organicznych w pewnym odsetku przypadków  
padaczki, które zresztą byłibyśmy zmuszeni uważać klinicznie za przy-  
padki samoistnej epilepsji.

#### 11. **W. Tyczka.** (W-wa). — Objawy neurologiczne występujące w związku z odmą.

Obok objawów ogólnych występujących w związku z odmą  
stwierdziliśmy w 26 przypadkach z ogólnej liczby 102 zbadanych



w tym kierunku, objawy ze ściśle neurologicznego zakresu, występujące przelotnie w czasie zabiegu odmowego lub po nim. Najczęściej bo w 20 przypadkach stwierdziliśmy obniżenie napięcia mięśniowego, w 5 przypadkach osłabienie i znikanie niektórych z odruchów śc.-ok. i skórnych. W 8 przypadkach, w których były objawy, wskazujące na zajęcie dróg piramidowych, stwierdziliśmy zaakcentowanie objawów kurczowych, prócz napięcia mięśniowego. W 5 przypadkach, gdzie przed odną nie spostrzegaliśmy objawu Babińskiego stwierdziliśmy go po odmie, raz Oppenheima, nigdy natomiast objawu Rosso-limo ani Meudel-Bechterewa. Prócz tego w 5 przypadkach z objawami piramidowymi, wykazaliśmy obecność odruchów wahadłowych z k. k. górnych i dolnych. We wszystkich przypadkach z objawami ucisku rdzenia występowały mniej lub więcej wyraźne bóle. W żadnym przypadku nie stwierdziliśmy zmian w odruchach źrenicznych, uczuciu, niezborności ani też objawów zależnych wyłącznie od mózdzku.

Wszystkie te objawy zależą od obecności powietrza w przestrzeni podpajęczynówkowej, przyczem powietrze działa tu jako ciało obce dzięki różnicy temperatury, wreszcie może być to działanie czysto mechaniczne, uciskowe, drażniąco-zapalne, osuszające lub narkotyczne.

Jedne z tych objawów, jak obniżenie napięcia mięśniowego, bóle i zmienność odruchów zależą od działania na korzonki tylne, gdy natomiast objawy piramidowe tłumaczymy sobie dodatkowym wpływem ujemnym w obecności powietrza na poprzednio już uszkodzone drogi.

11. **M. Eiger.** (Wilno). — Zwoje i komórki podwsięrdziowe oraz rola ich w automatyzmie serca (nowe podłoże dla teorii nerwowej i kurczów serca na podstawie badań Carlsona i własnych).

## POSIEDZENIE VI.

Środa 15.VII. godz. 15.

Przewodniczący Klozenberg.

1. **J. Rothfeld.** (Lwów). — Odruchy szyjne Magnusa i Kleylna w trzech przypadkach nowotworu mózgu wzgl. mózdzku.

W piśmiennictwie znanych jest dotychczas 9 przypadków nowotworów mózgu wzgl. mózdzku, w których stwierdzono odruchy szyjne. R. omawia 2 przypadki nowotworu mózdzku, 1 mózgu, wszystkie trzy sekcyjne. W pierwszym przypadku z gruźlkiem w lewej półkuli mózdzkowej odruchy szyjne były bardzo wybitne i prawie wszystkie występowały typowo, według reguły podanej przez Magnusa. W tym okresie obserwacji istniała znaczna hypotonja mięśni kończyn; kiedy później napięcie mięśniowe w jednej kończynie dolnej zaczęło wzra-

stać, odruchy stawały się nietypowe; w miejsce zgięcia występowało wyprostowanie i abdukcja w tej kończynie. — W przypadku drugim z cystą i glejakiem w robaku mózdku, przechodzącym na półkule mózdkowe odruchy były od początku obserwacji atypowe, każdy bowiem ruch głowy wywoływał abdukcję i extensję obu kończyn dolnych, tu napięcie mięśniowe było zwiększone. (Demonstracja odruchów w obu tych przypadkach na zdjęciach kinematograficznych).

R. wypowiada zapatrywanie, że do ujawnienia odruchów szyjnych u człowieka nie jest koniecznym — jak niektórzy sądzą — uszkodzenie dróg piramidowych i stany spastyczne; za tem przemawia przypadek I z wybitną hypotonją, oraz przypadek trzeci, nowotwór w prawej połowie wzgórka wzrokowego ciągnący się aż do okolicy ciał czworaczych, bez uszkodzenia dróg piramidowych, a w którym R. stwierdził odruchy szyjne.

#### D y s k u s j a:

Dr. Z a n d o w a. Odruchy szyjne Magnusa i Kleyna badać należy dopiero w warunkach patologicznych. Wzmoczone napięcie mięśniowe jest warunkiem, niezbędnym dla wystąpienia tych odruchów. Mniemanie to opiera się na obserwacji klinicznej i na doświadczeniach laboratoryjnych. Odruchy Magnusa najlepiej uwydatniają się u zwierząt odmóżdżonych, u których na plan pierwszy występuje t. zw. sztywność z odmóżdżenia; przypuszczać więc należy że w odruchu szyjnym udział bierze ośrodek tonogeny, który (jak to wynika z badań Sherringtona, Magnusa) umiejscawia się w obrębie oliw opuszkowych (badania własne).

Odruchy atypowe, zaobserwowane przez referenta, zależą być może od przewagi ośrodków tonogeny nad innymi.

Dr. H e r m a n. Przytacza przypadek, dotyczący osobnika z lewostronnym niedowładem, u którego w żaden sposób nie można było wywołać odruchów szyjnych, natomiast od czasu do czasu występowały one samoistnie. Jakie tu bodźce wchodzą w grę, nie wiadomo jeszcze.

Dr. B r z e z i c k i. Według szkoły angielskiej odruchy Magnusa i Kleyna występują tylko przy decerebracji. Walski tłumaczy sobie „decerebrate rigidity“ uszkodzeniem dróg piramidowych, Warner Olmstead uszkodzeniem dróg czołowo-mózdkowych, Wilson znów uszkodzeniem nucleus ruber. U człowieka opisał on ten stan, jako „decerebrate phenomenon“ w r. 1920. Według niego podobne stany występują w chorea, atetozie, a nawet i w hysterji.

Dr. R o t h f e l d. W I przypadku nie było wzmoczonego napięcia. Była czysta hypotonja; należy rejestrować podobne przypadki.

Dr. Reich. Odruchy szyjne i labiryntowe występują przy uszkodzeniu piramid nie tylko w przebiegu wśródmózgowym, lecz także i przy uszkodzeniu wśródrdzeniowym, jak to wykazują cytowane przez niego przypadki.

2. **Z. Reich.** (Lwów).—Hemiplegja a teoria ruchu

3. **G. Bychowski.** (W.wa).—Odruchy położenia i ustawienia a indukcja ruchów.

A. Ustawienie i utrzymanie ciała w przestrzeni. System odruchów. Badania Magnusa i jego współpracowników. Pojęcie „połączenia“ w układzie nerwowym. Odruchy położenia i ustawienia u człowieka. Znaczenie teoretyczne i kliniczne. Teoria synkinezji.  
B. Indukcja ruchów. Badania Goldsteina. Badania własne. Fenomenologia. Indukcja u zdrowych. Badania nad choremi. Stan psychiczny podczas indukcji. Badania w hypnozie. Stosunek indukcji do odruchów położenia i ustawienia. Znaczenie kliniczne.

4. **K. Orzechowski.** (W.wa). — O poronnych postaciach osteomalacji.

O. broni swego dawnego zapatrywania, że osteopatje wojenne są identyczne z osteomalacją i że nie były pochodzenia wyłącznie alimentarnego. Jedyne badania anatomiczne Partscha były we wszystkich przypadkach jednozgodne, we wszystkich była osteomalacja, nie osteoporoza. Przeciw pochodzeniu alimentarnemu przemawia: 1) Przypadki te, choć w lżejszym nasileniu nadal się zdarzają. 2) W Rosji w czasie głodu ich nie było 3) w Polsce były tylko w 2 miastach w Warszawie i Lwowie. 4) w Krakowie przed 30 laty więc w czasie pokoju, zdarzyła się epidemja. Materiał Orz. obserwowany od roku 1921 w Warszawie obejmuje 66 przypadków. W wielu przypadkach osteomalacja wikała inne cierpienie. U kilku chorych uderzała otyłość i znaczna bolesność tkanek miękkich, zresztą nierzadka w osteomalacji. Przypadki te określa O. jako Pseudodercuma osteomalajycznego.

Wogóle na 66 przypadków było tylko 4 ciężkich, o średnim nasileniu 13, lekkich 27, poronnych 22. O rozpoznaniu rozstrzyga: istnienie czynnika etjologicznego, remisje letnie, dodatnie działanie tylko tranu, a zawodność innego leczenia. W przypadkach badanych chemicznie stwierdzono: dość znaczną kwasicę krwi, znaczne zwiększenie współczynnika zakwaszenia, Ca O i ilości kwasów oksyproteinowych w moczu. To wybitne i we wszystkich przypadkach różnego nasilenia obecne zaburzenie przemiany materji odpowiada widocznie identycznej w tych przypadkach zasadniczej sprawie chorobowej.

5. **L. E. Bregman.** (W-wa) — O rzadkich postaciach gruźlicy mózgu.

Autor wspomina na wstępie o przypadkach gruźliczego zapalenia opon z zejściem pomyślnem jak z praktyki prywatnej tak też o jednym spostrzeżeniu szpitalnem, które dotyczy 6-letn. chłopca.

25% przypadków zapalenia opon gruźliczych, uważanych za wyleczone, ginie w następstwie nawrotu choroby. W ostatnich latach niektórzy opisują lżejsze postacie gruźliczego zapalenia opon bądź jako poronne, bądź jako toksyczne podrażnienie opon.

Dalej autor przedstawia przypadek gruźla pojedynczego mózgu, który uległ samowyleczeniu przez zwapnienie 10-letni chłopiec obarczony zmarł po ciężkiem zapaleniu opon. Badanie pośmiertne wykazało gruźlicze zapalenie opon, pozatem zwapniały grzeźel mózdzku. Chory ten przed 3 lata przebył ciężką chorobę mózgową, rozpoznaną jako surowicze zapalenie opon. Potem przez 3 lata był zdrów.

Autor dalej spostrzegął przypadek (25 letni rolnik), który przebiegał, jako nowotwór mózgu. Ze względu na postępujący zanik wzroku dokonano trepanacji paljatywnej, ale bezskutecznie. Oględziny pośmiertne wykazały obok zapalenia opon konglomerat gruzłów w zrazach czołowych.

W końcu autor mówi o ogniskowem zapaleniu opony twardej gruźliczem. W jednym przypadku (10-letni chłopiec) znaleziono blaszki gruźlicze na zewn. powierzchni opony twardej; jedno ognisko drażyło wgłąb. W odpowiednim miejscu ubytek a nawet przedziurawienie kości. Jest to sprawa niezmiernie rzadka. Jedyny podobny przypadek opisali Flatau i Zylberlast, lecz ubytku kości nie było. Autor przypuszcza, że punktem wyjścia sprawy była opona twarda, a nie kość.

6. **Morawiecka.** (W-wa). — Wpływ wytrzebienia w przypadku zespołu wielogruzołowego.

Zespół wielogruzołowy u panny lat 23, składał się z objawów choroby Basedowa, zmięknienia kości ze znacznego stopnia zniekształceniami i niezwykle rozległemi przykurczami mięśniowemi i z objawów twardziny skóry. Zmiany spondyloartretyczne w zakresie kręgosłupa. Po wytrzebieniu zastosowanem po wyczerpaniu wszelkich innych sposobów leczenia w ciągu 2 lat, pojawiła się już w 1 tygodniu po operacji uderzająca poprawa zmian skórnych, zmniejszenie przykurców mięśniowych i ustąpienie przyśpieszenia akcji serca.

7. **St. Leśniowski.** (W-wa). — Pokaz przypadku z przejściem charłactwa przysadkowego w otłuszczenie.

Panna 25 l. wykazywała podczas pobytu w klinice chorób nerwowych w latach 1923 — 24, objawy guza przysadki z infantilizmem i charłactwem. Po zabiegu odbarczającym i naświetlaniem promieniami Roentgena została wypisana z kliniki. Po paru miesiącach wróciła, wykazując obok znacznej poprawy stanu nerwowego objawy wyraźnego otłuszczenia. W tym okresie wszczepiono chorej jajniki osteomalatyczki. W poszukiwaniu wytłumaczenia należy charłactwo uzależnić od zmian uciskowych w lejku względnie guzie popielatym. Ucisk ten udało się widocznie usunąć lub zmniejszyć w ciągu postępowania leczniczego.

Na zakończenie Dr. **L. E. Bregman** wygłasza słowo pożegnalne dziękując obecnym za uświetnienie swoją obecnością Zjazdu.

---

## XXIII. Sekcja okulistyki.

Przewodniczący K. Noiszewski.

Sekretarz W. Melanowski.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13.VII. godz. 9.

13 lipca 1925 r. o godz. 9 min. 50 zagał obrady sekcji okulistycznej przewodniczący Sekcji, prof. K. Noiszewski który zaznaczył, iż uczestnicy Zjazdu stawili się licznie pomimo, że zjazd ten odbywa się dość szybko po zjeździe Polskiego Tow. Okulistycznego we Lwowie i Francuskiego Tow. Okulistycznego w Brukseli. Następnie zaproponował wysłanie od imienia Sekcji depeszy z pozdrowieniem do prof. Macheka, który sam przyjechać nie mógł — lecz przystał depeszę z życzeniami dla Zjazdu. Propozycję tę przyjęto przez aklamację. Wreszcie przewodniczący Sekcji zaprosił do przewodniczenia na posiedzeniu prof. Dr. K. W. Majewskiego, na sekretarza Dr. Melanowskiego.

Przewodniczy prof. Majewski (Kraków).

1. **J. Szymański.** (Wilno) i **S. Władyczko.** (Wilno).—Jaskra doświadczalna i prosta. (temat programowy)

Do opisanych dotąd przypadków, obrazujących wpływ ciśnienia śródczaszkowego na ciśnienie i stan oka, dodaje autor własne przypadki: w jednym z nich, po operacji dekompresyjnej zmniejszył się obrzęk tarczy i poprawiła się ostrość wzroku: z liczenia palców na  $\frac{1}{2}$  m. do liczenia palców na 3 m. Napięcie gałki ocznej było 20 mm. Hg. przed operacją, a 14 mm. po operacji. W drugim przypadku obok tarczy zastoinowej było napięcie w gałkach ocznych 35 mm. i 43 mm. Hg. — chora nie pozwoliła na operację dekompresyjną, gdyż nie chciała pozwolić na obcięcie kołtuna. Dalej na wpływ napięcia w czaszce wskazuje według referenta i przypadek jego mikroskopowy, gdzie obok objawów zarośnięcia kąta przesącza, i innych objawów jaskry był jednocześnie wyraźny obrzęk tarczy nerwu wzrokowego.

Zakłęśnięcie tarczy powstaje więc tam, gdzie ciśnienie wewnątrzczaszkowe jest mniejsze, niż ciśnienie wewnątrzgałkowe, jak wskazują zresztą znane przypadki Noiszewskiego, Babkina, Pussepa, Władyczki, Pfluga i innych.

Nakłucie łądźwiowe, jak wskazuje między innymi własna obserwacja na samym sobie referenta, niezawsze daje objawy jaskrowe. Badania doświadczalne na psach, poddanych operacji dekompresji czaszki, a robione przez Noiszewskiego, Babkina i Władyczkę — powtórzone przez referenta dały u dwóch psów po 2 tygodniach po trepanacji wybitne spłaszczenie tarczy nerwu wzrokowego. (Referent pokazuje preparaty mikroskopowe oka jednego przed, a drugiego po trepanacji — ogółem przedstawiono 15 preparatów).

Doświadczenie kliniczne i badania dotychczasowe wskazują niezbicie, że jest pewna zależność między ciśnieniem w czaszce, a ciśnieniem w oku — i to stanowi właściwie treść hydrostatycznej teorii Noiszewskiego.

Teorią tą można objaśnić jedynie niektóre przypadki jaskry prostej — w której zwykle w oku niema zwiększonego napięcia. Przyczyn innych postaci jaskry szukać należy raczej w całym ustroju i dlatego konieczna tu jest współpraca okulisty, neurologa i internisty.

#### D y s k u s j a.

Prof. K. Noiszewski zaznacza, że w jego doświadczeniach ongi chodziło mu nie o jaskrę, a raczej o wykazanie znaczenia wahań ciśnienia hydrostatycznego w gałce ocznej w stosunku do ciśnienia hydrostatycznego w czaszce. Jak wykazał Knoll nie tylko ucisk palców na gałki oczne, ale nawet skurcz powiek spowodować może wyraźne wypuklenie się membranae atlanto-occipitalis. Leber dowodził, że wstrzyknięcie roztworu soli kuchennej pod oponę twardą królika powoduje wypuklenie się tarczy nerwu wzrokowego. Oczywiście nie każda kranjektomia spowoduje zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego, a tylko w tym przypadku, gdzie ciśnienie hydrostatyczne w czaszce stało się znacznie niższe od śródgałkowego.

Dr. Karwicki, zaznacza, że pomimo tego, że od czasu doświadczeń prof. Noiszewskiego upłynęło wiele czasu i dokonano wiele nakłóc łądźwiowych — nie notowano jednak dotąd ani jednego przypadku jaskry prostej, spowodowanej tym zabiegiem.

2. **W. Kapuściński.** — (Poznań). O jaskrze obrzękowej doświadczalnej. (Temat programowy).

Przez jaskrę obrzękową należy rozumieć schorzenie, w którym obok wydrążenia i zaniku nerwu, występują objawy drugorzędne o cechach objektywnych i subiektywnych.

Czystej postaci jaskry obrzękowej wywołać nie możemy u ludzi, a tem mniej u zwierząt. W naturalnym biegu rzeczy istnieć musi jakaś podstawa, ugruntowana bądź budową anatomiczną oka, bądź to błędnem działaniem przejawów życiowych. Na tej podstawie rozwinąć się może dopiero jaskra, przyczem cały szereg czynników wpływa na wybuch i rozwój choroby. Podstawy owej stworzyć doświadczalnie nie możemy, natomiast możemy gałkę oczną poddać działaniom wyżej wymienionych czynników. Zabiegi doświadczone należy więc podzielić w następujący sposób:

I. Zabiegi dotyczące zastosowania w ubywaniu cieczy wewnątrzgałkowej.

II. Zabiegi dotyczące krwiobiegu.

III. Zabiegi działające bezpośrednio na wzmoczenie przybierania cieczy wewnątrzgałkowych.

IV. Zabiegi, mające wykazać wpływ nerwów na wyżej wymienione czynniki.

V. Zabiegi, wykazujące wpływ gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym.

Wszystkie, wyżej wymienione zabiegi, mogą z mniejszym lub większym skutkiem wywołać wzmożone ciśnienie wewnątrzgałkowe.

Na pytanie, w jakim związku stoją doświadczenia jaskrowe z jaskrą rzeczywistą odpowiedzieć należy, że doświadczenia owe wzbogaciły nasze wiadomości o mechanizmie regulującym ciśnienie wewnątrzgałkowe, natomiast w niczem nie objaśniły schorzenia, które nazywamy jaskrą obrzękową.

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13.VII. godz. 15.

1. **A. Bednarski.** (Lwów). — Przypadek jaskry dziecięcej, wyleczonej bez operacji.

U sześciomiesięcznego dziecka z objawami krzywicy, u którego matka w trzecim tygodniu życia zauważyła zamglenie oczu, stwierdził prelegent wybitne objawy rozwiniętej jaskry: zmętnienie rogówek, głębokie przednie komórki, znaczne podwyższenie ucisku śródocznego. Oczy blade., Żrenica na prawem oku miernie szeroka, na światło dobrze oddziaływała, na lewem nieco rozszerzona, słabo oddziaływająca. Lewa gałka nieco powiększona. Leczenie polegało na zapuszczaniu ezeryny 1-2% z adrenaliną, sposobem podanym przez Granclément. Na prawem, lepszem oku, osiągnięto trwałe wyjaśnienie rogówki (czas obserwacji 3 miesiące) i przemijające, ale wybitne, obniżenie napięcia śródocznego. Na oku lewem poprawa zaznaczyła się przez zwężenie żrenicy, lekkie wyjaśnienie rogówki i nieznaczne



obniżenie ucisku śródocznego. A więc mimo bardzo energicznego działania ezeryny z adrenaliną nie zdołano usunąć wszystkich objawów jaskry, a w szczególności ucisku śródocznego nie doprowadzono do normy w ciągu trzech miesięcy. Po pięciu latach prelegent stwierdził: na oku prawem lekkie zblednięcie tarczy nerwu wzrokowego, czarne i białe plamy po przebytem zapaleniu naczyń w tylnej części gałki, zresztą żadnych objawów jaskry, napięcie gałki normalne, brak zagłębienia dojrzałego tarczy, gałka niepowiększona, dziecko okiem tem widzi, samo chodzi, przedmioty rozpoznaje dobrze. Na oku lewym: haemophtalmus w oku powiększonym, miękkim i osłepłym. Chociaż leczenie w danym przypadku niewątpliwie przyczyniło się do ustąpienia jaskry na jednym oku, mimo to, prelegent skłonny jest zaliczyć opisany przypadek raczej do samoistnego wyleczenia jaskry dziecięcej.

#### Dyskusja:

Dr. Kępiński zaznacza, że jaskra wieku dziecięcego wyleczona i to bez operacji — zdarza się rzadko. Na ostatnim zjeździe w Brukseli podkreślił to prof. Lagrange, który w etiologii jaskry wieku dziecięcego dopatruje się kiły lub gruźlicy. Czy w przypadku prof. Bednarskiego były dane co do powyższych chorób i czy stosowano leczenie ogólne?

Dr. Karnicki przed kilkunastu laty obserwował przypadek jaskry wieku dziecięcego na podłożu kiły—wówczas leczenie swoiste dało wybitną poprawę i uratowało wzrok.

Prof. Bednarski w opowiedzi zaznacza, że w drugim przypadku były tylko objawy krzywicy. W kilku przypadkach jaskry wieku dziecięcego B. stwierdził kiłę dziedziczną — nie uważa jednak, żeby kiła miała w tych przypadkach ogólne znaczenie patogenetyczne.

2. **J. Frankowska.** (W-wa). — Naczynia włoskowate u chorych na jaskrę (doniesienie tymczasowe).

Zbadano naczynia włoskowate u 37 chorych na jaskrę pierwotną w tej liczbie było 31 przypadków jaskry przewlekłej, 6 jaskry ostrej.

U 34 chorych czyli w 90% znaleziono silnie i podobnie zmienne kapilary.

Nie przesądzając wartości kapilaroskopji, co dopiero późniejsze i na większej ilości oparte dane mogą potwierdzić, możemy jednak zanotować, że w zmianach jakie widzieliśmy przeważa wybitnie rozszerzenie naczyń włoskowatych, szczególnie żylnych odcinków. Dość często, tuż obok naczyń nadmiernie szerokich, widać inne, bardzo wąskie, jak gdyby w stanie skurczu. Te ostatnie były w znacznie mniejszej ilości niż szerokie. Zauważyć się daje jak gdyby zakłócenie równowagi w układzie nerwów roślinnych danego ustroju. Przypuścić

należy, że podobne zmiany w naczyniach włoskowatych ciała rzęskowego mogą mieć wpływ na przepuszczalność kapilarów, a co za tem idzie i na równowagę składników cieczy wewnątrzgałkowej.

#### Dyskusja:

Dr. Melanowski zaznacza, że, by móc jakieś wnioski ze stanu naczyń włoskowatych wyprowadzić, konieczne jest przedewszystkiem dłuższe badanie t. zw. przypadków prawidłowych, a powtórnie w badanych przypadkach trzeba koniecznie naczynia włoskowate fotografować.

3. **W. Kapuściński.** (Poznań). — Nowy sposób operacji mającej na celu utworzenie przetoki w przednim odcinku gałki ocznej przy jaskrze. (Przyrąbkowe wycięcie twardówki).

Operacja powyższa stwarza te same warunki, które osiąga się zapomocą operacji według Lagrange'a.

Po odpreparowaniu spojówki w taki sam sposób, jak do operacji Elliota wykonuje się zapomocą noża Graefego półksiężycowate nacięcie twardówki na mniej więcej 1 mm od rąbka rogówkowego. Następnie trzymając nóż skośnie mniej więcej na 60° do osi optycznej gałki ocznej, pogłębia się delikatnymi pociągnięciami nacięcie półksiężycowate.

W pewnym momencie zacznie odpywać ciecz p. k., co nawet przy bardzo wysokiem ciśnieniu dokonuje się tak nieznacznie, że tęczęwka nigdy nie wypadnie. W dalszym ciągu należy się przekonać o zupełnem otwarciu p. k. wzdłuż całego półksiężycowatego cięcia. W tym celu wkłada się szpatulkę do p. k. Utworzony jęczyczek twardówki ucina się tuż przy brzegu nożyczkami w wielkości odpowiedniej do zamierzonego wyniku. Nie należy się obawiać, aby wycinek był za duży, raczej bowiem bywa za mały.

Następnie wycina się kawałek przybrzeżny tęczęwki, a po repozycji przykrywa się ranę płatem spojówkowym bez szwów i nakłada zwykły opatrunek.

#### Dyskusja:

Prof. Noiszewski zabieg proponowany przez prof. Kapuścińskiego uważa za celową i bezpieczną modyfikację sposobu Lagrange'a. Przy nim łatwiej uniknąć zranienia ciała rzęskowego.

Dr. Majewski, Wojnowna i Melanowski zadają prof. Kapuścińskiemu szereg pytań w sprawie techniki, proponowanej przez niego operacji.

Prof. Dr. Bednarski uważa, że w 60 przypadkach jaskry prostej daje dostateczną pomoc i jest bezpieczna jako operacja cyklodjaliza.

Dr. Starorypińska-Lewestamowa mówi, o widzianej we Francji modyfikacji operacji Lagrange'a — dokonywanej zapomocą odseparowania spojówki i lanca. Pozałem bezpieczniejszym zabieg czyni uprzednie wstrzykiwanie poza gałkę odczynu adrenalinowo-nowokainowego.

### POSIEDZENIE III.

Wtorek 14. VII. godz. 9.

Przewodniczący — A. Bednarski.

Sekretarz — W. Melanowski.

1. **W. Reis.** (Lwów). — Stosunek nieżyków do jaglicy. (Temat programowy).

Określenie stosunku nieżyków do jaglicy — to właściwie rozpoznanie różniczkowe między jaglicą, a całym szeregiem innych schorzeń spojówki. Dla przedstawienia tego zagadnienia obrał R. drogę retrospektywną, przedstawiając w krótkości, co od najdawniejszych czasów myślano o jaglicy, jak kształtowało się rozpoznanie różniczkowe w przebiegu wieków, i co zdobycze nowoczesnej wiedzy lekarskiej dodały do powiększenia i zasilenia diagnostyki różniczkowej.

W starożytności za jedyną nieudaną próbę ścisłego rozpoznania jaglicy możnaby uważać wzmiankę w dziele Pawła z Egiptu: „jaglica jest szorstkością wnętrza powieki“. Medycyna arabska, medycyna wieków średnich i na początku 19-go stulecia stwarza o jaglicy pojęcia zagmatwane, określając tę chorobę, jako rodzaj liszaja lub świerzbu powiek. Dopiero po wojnach Napoleońskich wzmożło się zainteresowanie dla chorób spojówkowych oka, a sto lat temu, w r. 1825, prof. Jäger z Wiednia wyraźnie zaznacza: „że zapalenie egipskie jest cddzielnem zapaleniem spojówki oka, różnem od zwykłego nieżytego lub śluzoropotokowego zapalenia“.

R. przytacza następnie dane, jakie nowoczesne gałęzie wiedzy lekarskiej dostarczyły dla określenia rozpoznania różniczkowego. Badania nad etiologią cierpienia dziś jeszcze nie są zakończone pomyślnym rezultatem. Anatomja patologiczna również nie jest w stanie wyodrębnić procesów chorobowych, toczących się w spojówce przy jaglicy, chociaż badania nowsze zdążają właśnie w tym kierunku. (Lindner, Oguchi i Majima, Krausz, Kapuściński, Kusel i Gallemaerts)

Nauka o odporności wraz z zastosowaniem odczynów biologicznych dla rozpoznania różniczkowego jaglicy również nie może się poszczycić trwałymi dodatnimi wynikami. Zapoczątkowane przez Kleczkowskiego i Karelusa w r. 1918 badania doświadczalne nad anafilaksją spojówki oświectliły wprawdzie kwestję jaglicy ze strony badań nad anafilaksją ustroju, ale do praktycznego zastosowania przy rozpo-

znaniu różniczkowem się nie nadają, jak to wynika z badań kontrolnych przeprowadzonych przez Vancea i następnie przez Nutulescu i Lazarescu. Najnowsza zaś próba Tricoire'a zastosowania dla rozpoznania różniczkowego jaglicy odczynu skórniego (na wzór Pirqueta) ze względów zasadniczych nie rokuje wielkich nadziei.

Przegląd tych różnorodnych badań nad jaglicą stwierdza, że istnieje ścisły związek między badaniami teoretycznymi nad wyjaśnieniem istoty jaglicy i całokształtem wiedzy lekarskiej. Prelegent wraca do wyrażonej jeszcze propozycji na I Zjeździe Okulistów Polskich w Warszawie propozycji stworzenia także i Polsce „Instytutu do badań nad etiologią i leczeniem“ jak to ma miejsce już w Tunisie i Kairze.

R. omawia następnie obrazy kliniczne jaglicy poddając analizie poszczególne elementy ważne dla rozpoznania różniczkowego: wygląd ziaren, umiejscowienie i rozmieszczenie ich. Przytacza nowe spostrzeżenie Michaila, dotyczące charakterystycznego rozmieszczenia ziaren przy jaglicy, które odpowiada rozmieszczeniu anatomicznemu dodatkowych gruczołów łzowych, i spostrzeżenia Elschniga, dotyczące fałdu okrężnego spojówki, który ma być miejscem wybiorczym dla umiejscowienia się ziaren jagliczych.

Mimo tych danych oświadczenie Szilyego z r. 1924 utrzymuje się w całej pełni: „że przecież czysto kliniczne odróżnienie — bez oczekiwania dalszego przebiegu — pod pewnymi warunkami może się stać wprost niemożliwym“.

R. wspomina dalej o próbach stosowania metody prowokacyjnej w podejrzanych o jaglicę zapalnych schorzeniach spojówki (Blatt) i o zapatrywaniach Kramsztyka, który żądał usunięcia z okulistyki wyrazu „trachoma“ oraz o propozycji Szafnickiego wprowadzenia dla jaglicy określenia „zapalenie spojówki ziarniste zakaźne“ w odróżnieniu od niezakaźnych chorób spojówki, połączonych również z tworzeniem się jagielek, oraz najnowszych uwagach Milleta o jaglicy, który twierdzi, „że jaglica, jako odrębna postać chorobowa nie istnieje, że jest to tylko zbiór objawów i nic więcej.“

Po przedstawieniu badań teoretycznych dotyczących samej istoty jaglicy i pośrednio z nimi związanych danych dla rozpoznania różniczkowego, przystąpił R. do omówienia części praktycznej. Fakt niezbity że jaglica jest chorobą zakaźną zmusza społeczeństwo do zastosowania środków ochronnych. W szczególności uczynienie pewnego rozpoznania jest bardzo ważnem, gdy idzie, przy masowem badaniu, o odróżnienie jaglicy od nieżyty mieszkwego. R. powołuje się na protokół konferencji, zwołanej w roku ubiegłym przez Generalną Dyрекję Służby Zdrowia, w której brali udział profesorowie okulistyki wszystkich Uniwersytetów polskich. W protokule tym obszernie omówione

zostały ściśle dane dla rozpoznania różniczkowego między jaglicą a nieżytem mieszkowym.

Na zakończenie wspomina R. o akcji rządowej zapoczątkowanej dla zwalczania jaglicy.

2. **M. Zachert.** (Kraków). — Jaglica u dzieci, postaci kliniczne i klasyfikacja.

Na podstawie materiału zestawionego w II grupach:

I. Badania masowe, które objęły 3503 dzieci, wśród których stwierdzono 694 przypadków jaglicy (19,8%)

i II. Obserwacje kliniczne, obejmujące 762 dzieci chorych na jaglicę leczonych w ciągu 3-ich ostatnich lat w zakładzie U. J. w Witkowicach, wyprowadzam następujące wnioski:

I. Jaglica u dzieci rozwija się na podłożu (usposobienia) konstytucji limfoidalnej. Grudki na spojówce stwierdziłem 35% przypadków badanych w zakładach, gdzie jaglicy nie było, procent ten obniża się do 23% w zakładach dotkniętych jaglicą gdzie obok tego występuje w 19% jaglica. Zaznacza się tu wyraźnie opadanie procentu grudkowatości dobrotliwej na rzecz ziarn jagliczych.

Jaglica u dzieci ma przebieg przewlekły, któremu towarzyszy nieznaczny tylko odczyn zapalny i to w późniejszych stadiach; ostry zaś początek jaglicy u dzieci należy wykluczyć.

2. Wystąpienie silnych objawów zapalnych przy jaglicy w grupie badań masowych obserwowałem w 6%, a w grupie obserwacji klinicznych 12%. Przeważna część tych stanów ostrych zapalnych była spowodowana dotatowymi czynnikami (nie jaglicą). Nigdy nie obserwowałem ostrego zapalenia w początkowym stadium jaglicy.

3. „Ziarno jaglicze“ jest objawem pod względem klinicznym swoistym i ogólnym.

Na 1406 przypadków jaglicy tylko w 56 przypadkach nie zauważyłem charakterystycznych ziarn, były to przeważnie przypadki jaglicy późnej.

Na podstawie tych dość rozległych obserwacji proponuję następujący podział jaglicy wieku dziecięcego na okresy, według stopnia rozprzestrzenienia zmian jagliczych na poszczególnych partjach spojówki i oka.

Okres I. Granulosis circumscripta, ziarna jaglicze zajmują w formie ogniska ograniczonego tylko załamek górny.

Okres II: Granulosis disseminata, ziarna rozsiewają się po obu załamekach i fałdach bocznych. Jeśli temu rozprzestrzenieniu towarzyszy odczyn zapalny to będziemy nazywali Conjunctivitis granulosa disseminata.

Okres III: Conjunctivitis diffusa (Confluens)

Zmiany jaglicze rozlewają się po całej spojówce powiekowej i zajmują także część tarczki.

i Okres IV: Ophtalmia granulosa v. trachoma generalisatum universale. Zmiany zajmują nie tylko całą spojówkę powiekową ale także gałkową, przechodząc na rogówkę i drążą wgłąb tkanek (tarczki), zwykle towarzyszy temu okresowi dość znaczny odczyn zapalny.

3. **Z. Wojno.** (W-wa). — Jaglica w zakładach zamkniętych dla dzieci.

Niewątpliwie wielka bieda, jaka panowała u nas w sierocińcach w czasie okupacji niemieckiej, bieda, powodująca brak nie tylko niezbędnej bielizny, ale nawet mydła, przyczyniła się w znacznej mierze do tego, że liczba dzieci dotkniętych jaglicą wzrosła w tych zakładach do niebywałych dotychczas rozmiarów. Wezwana w 1917 r. do sprawdzenia stanu oczu wychowanek zakładu na Bielanach znalazłam dotkniętych jaglicą 38, na ogólną liczbę 40, t. j. 95%. W latach następnych miałam sposobność wielokrotnego badania oczu wychowankom jeszcze w 9-ciu zakładach dla sierot w Warszawie i pod Warszawą, a prócz tego w ambulatorjum warszawskiego szpitala dla dzieci, gdzie pracowałam od 1914 r. do 1923, leczyłam z powodu jaglicy wychowanków jeszcze 8-iu takich zakładów.

Z pośród tych 18 tu sierocińców, z którymi miałam sposobność w ten sposób się zapoznać, nie było ani jednego wolnego od jaglicy. W 5-ciu z nich, dobrze urządzonych, w gmachach specjalnie na ten cel budowanych, liczba dzieci chorych nie przekraczała paru do kilku procent, w innych zaś była znacznie wyższa. Najgorzej przedstawiały się małe przytułki umieszczone w ciasnych lokalach zdobytych przypadkowo: tu wszystkie, albo prawie wszystkie dzieci chorowały na jaglicę.

Kilkoletnia obserwacja przebiegu jaglicy u wychowanków sierocińców pozwala mi stwierdzić, że jej obraz kliniczny znacznie odbiega od tego, który widzimy u innych pacjentów w ich wieku.

Różnice główne są następujące:

1. Spojówka tarczki górnej często pozostaje prawie niezmienniona. Widzimy w niej wówczas tylko nieznaczny przerost ciążka brodawkowego, oraz czasem nieliczne drobniotkie rozsiane grudki, przy zachowaniu przezroczystości spojówki pozwalającej dojrzeć przeświecające gruczoły Meibomiusza. Przekrwienie, nacieczenie i mniej lub więcej liczne grudki w załamkach (nb. bez przewagi górnego nad dolnym) a czasem i na błonie półksiężycowej, oraz na spojówce gałki w są-

siedztwie załamka górnego, oto zmiany, które służyły mi za podstawę do rozpoznania jaglicy w tych przypadkach.

2. Spojówka po wyleczeniu powraca często do stanu zupełnie prawidłowego. Powstawanie wyraźnych blizn w spojówce zdarza się bardzo rzadko jeżeli wykluczyć przypadki operowane. Stosowałam zwykle wyciskanie grudek, rzadko wypalanie.

3. Tarczka pozostaje zawsze niezmienną nawet po kilkoletnim trwaniu jaglicy. Ani razu nie widziałam u swoich pacjentów z załamków najmniejszego zniekształcenia tarczki, ani nawet drobnych blizn w niej, poza dwiema dziewczynkami, które z takimi zmianami przybyły już do zakładu. Że sam wiek dziecięcy nie chroni od poważnych zniekształceń tarczki przez jaglicę, miałam sposobność przekonać się niejednokrotnie w czasie swojej dziewięcioletniej pracy w Warszawskim Szpitalu dla dzieci; parę razy operowałam tam dzieci w wieku lat od 6-ciu do 12-tu z powodu pojangliczego podwinięcia rzęs.

4. Powikłania rogówkowe występują bardzo rzadko i nie osiągają wysokiego stopnia.

Wyliczone powyżej odchylenia od typowego obrazu jaglicy nie mają, jak widzimy, charakteru zasadniczego i dotyczą raczej stopnia nasilenia, niż jakości objawów. Najbardziej może zastanawiający jest zupełny brak blizn spojówki w ogromnej większości nieoperowanych przypadków, gdyż prawie wszyscy autorzy (Saemisch, Axenfeld, Fuchs, Greef, Eversbusch, Poulard i inni) omawiający sprawę rozpoznania różniczkowego jaglicy, podkreślają jako jej cechę najbardziej zasadniczą i charakterystyczną powstawanie tkanki bliznowatej na miejscu zapalnie nacieczonej bez możliwości innego zejścia. Lecz brak blizn w obserwowanych przeze mnie przypadkach może jeszcze nie być ostateczny, tylko w części z nich bowiem proces chorobowy można uważać za zupełnie skończony. Z drugiej strony w przypadkach tych nacieczenie zapalne osiągało mierny tylko stopień nasilenia, gdyż nie było dużej ilości grudek. Wszystkie przypadki, gdzie grudki były obfite, leczyłam wyciskaniem i wszystkie one mają delikatne drobne blizny spojówki w załamkach. Wydaje mi się zresztą słusznym pogląd Moraxa, Kapuścińskiego i innych, że nacieczenie zapalne pochodzenia jagliczego, jeżeli jest niewielkie, może tak, jak każde inne ulec wessaniu t. j. zniknąć bez śladu.

Brak blizn spojówki, jak zresztą i inne cechy odrębne, przytoczone powyżej, nie mogły więc we mnie zachwiać poglądu, że u moich pacjentów z sierocińców mam do czynienia z prawdziwą jaglicą. Pozostaje tylko do rozstrzygnięcia pytanie, czem objaśnić jej tak wyjątkowo łagodny przebieg i to prawie jednakowo łagodny we wszystkich sierocińcach. Wydaje mi się możliwym przypuszczenie, że gra tu pewną rolę osłabienie zarazka przez stosowane leczenie.

Na zakończenie pozwolę sobie powiedzieć słów parę o sposobie walki z jaglicą w sierocińcach. W ostatnich latach zrobiono już w tym kierunku dużo, więcej jednak jeszcze o wiele pozostaje do zrobienia. Sprawę będziemy mogli uważać za rozwiązaną dopiero wówczas, gdy wszyscy wychowawcy sierocińców, a nie ich drobna część, jak jest dotychczas, znajdą pomieszczenie w specjalnych zakładach leczniczo-wychowawczych, gdzie będą mogli przebywać do czasu zupełnego wyzdrowienia, przechodząca jednocześnie odpowiedni kurs nauk. Aby to mogło się stać trzeba nietylko urządzić odpowiednią ilość takich zakładów, ale i wprowadzić przymusowe systematyczne badania oczu wychowanków we wszystkich sierocińcach, oraz dać badającym okulistom prawo ostatecznego decydowania w sprawie konieczności umieszczenia poszczególnych wychowanków w zakładach dla jagliczych. Wszelkie inne sposoby, jak np. stosowane przeze mnie kierowanie leczeniem wykonywanym przez pielęgniarki, są tylko surogatem prawdziwej pomocy, jaką winniśmy sierotom, którym się należy opieka całego społeczeństwa.

4. **M. Likiernik.** (W-wa). — O stosunku jaglicy do innych chorób ustroju i o wyływających z tej okoliczności wskazaniach leczniczych.

Prelęgent porusza najpierw stosunek jaglicy do skazy żółzowej i uważa, że u dzieci często jaglica jest typem adenitis palpebralis acuta lub chronica — i tym sposobem zbliża się do gruźlicy. Podobnie, jak żółzy, jaglica zdarza się najczęściej przy krzywicy, gruźlicy i kile wrodzonej — wiążąc się często z chorobami nosa i kanału nosowożółzowego. Toteż leczenie chorób nosa i gardzieli daje często wyleczenie jaglicy. Z drugiej strony są dane, każące wiązać niektóre przypadki jaglicy z wiewiorem na co wskazują między innymi, znajdowane przez różnych autorów, wtęty. Tę postać jaglicy często wyleczymy choćby nawet zastrzykiem śródmięśniowym 10% roztworu terpentyny w oliwie.

Nabłonek powiek zaraźliwy (molluscum contagiosum), odra i koklusz powodować może uporczywe i, podobne do jaglicy, nieżyty grudkowe. Tu pomoc może wycięcie nabłoniaka, a w przypadkach koklusu lub odry dłuższe leczenie chininą. Wreszcie pamiętać należy że niektóre przypadki kiły spojówek uderzająco przypominają jaglicę i tu wczas zastosowane leczenie swoiste sprawdzi uzdrowienie.

D y s k u s j a :

Dr. M a j e w s k i zaznacza, że w sprawie rozpoznania jaglicy decydować może jedynie badanie staranne jej objawów klinicznych, bo bakterjologia, ani patologiczna anatomja, ani serologia nie daje możności wczesnego i pewnego rozpoznania tej choroby. To też konferen-



cja profesorów okulistyki, zwołana przez Generalną Dyрекcyję Służby Zdrowia, postarała się podać, do użytku lekarzy urzędowych, badających dzieci w Zakładach Szkolnych, ściśle konkretne kryterja o jaglicy.

Dr. Frankowska — jako okulista miejskiego wydziału szkolnego w Warszawie zbadala w 1922 roku w szkołach powszechnych 5000 dzieci. Na tę ilość dzieci u 41 osobników, czyli u 0,82% stwierdzono jaglicę. Największy odsetek jaglicy, bo prawie 2% stwierdziła w szkole przy ulicy Pięknej, gdzie były, prawie wyłącznie dzieci żydowskie.

Dr. Zamenhof zalecałby wielką ostrożność w rozpoznanii jaglicy, by przypadków zwykłej folliculozy nie zaliczać do jaglicy. Należałoby większą ilość folliculozy bez objawów zapalnych zbadać przez czas dłuższy, by ustalić, czy te przypadki mogą się przeistoczyć w jaglicę, — jak to uważa kol. Zachert.

Dr. Abramowicz zapytuje kol. Zacherta, czy rozpoznanie jaglicy ustalał on li tylko na zasadzie stwierdzenia obecności grudek i czy w przypadkach ostrego wystąpienia jaglicy — badał przypadki bakteriologicznie, chociażby celem ustalenia infekcji mieszanąj.

Prof. Kapuściński podkreśla trudności dokładnego rozpoznania jaglicy. Przy rozmyślnem zakażeniu występuje jaglica w postaci ostrej — postać ta jednak nie jest jednolita. Nieraz jedynym kryterjum w odróżnieniu jaglicy od zwykłego nieżyty będzie brak drobno-ustrojów w wydzielinie spojówki.

Prof. Bednarski mówi o pożyteczności lupy przy badaniu jaglicy. Uważa przy tem, że należy, nietylko szukać najdrobniejszych zmian na powierzchni spojówki, ile zwracać uwagę na zgrubienie i nacieczenie załamka, które jest najważniejsze dla oceny przypadku.

Dr. Zachert uważałby, że łagodny przebieg jaglicy w zakładach przypisać należy, może nie jak chce dr. Wojnowna, leczeniu, ale raczej obniżeniu się jadowitości zarazka. Również nie wyprowadzałby jaglicy z dawniejszych nieżyty. gdyż w swych przypadkach nie znalazł danych o przebyciu nieżyty przed zachorowaniem na jaglicę. Podobnie jak i dr Frankowska przy badaniu dzieci szkolnych stwierdził odsetek jaglicy od 1—2%. Z lupy przy badaniu nie korzystał jedynie ze względu na to, że przedłużałoby to znacznie czas badania.

Dr. Majewski zaznacza, że podział przebiegu jaglicy u dzieci przedstawiony przez kol. Zacherta jest zgodny z podziałem, przyjętym przez Krakowską Klinikę Okulistyczną.

Dr. Wojnowna uważa, że bardzo często u dzieci jaglica ma przebieg bardzo ciężki i daje ciężkie powikłania, co przemawia dobitnie przeciw uwadze dra Zacherta, jakoby u dzieci zarazek jaglicy był wogóle mniej jadowity.

Dr. Reiss na zakończenie dyskusji w sprawie jaglicy stawia wniosek aby obecne zebranie Sekcji Okulistycznej Zjazdu poleciło Prezydjum Zjazdu przedstawienie u odpowiednich czynników rezolucji następującej treści (patrz wnioski).

Wniosek ten przyjęto przez aklamację.

#### POSIEDZENIE IV.

Wtorek 14.VII. godz. 15.

Przewodniczący: Szymański;

Sekretarz: Melanowski.

#### 1. A. Zamenhof. (W-wa).—Najprostsza lampa szczelinowa.

Lampa szczelinowa zdobyła sobie już prawo obywatelstwa w dziedzinie okulistyki, ale niestety nie dla każdego jest dostępna i zresztą nie do wszystkich chorych daje się zastosować, gdyż wymaga skomplikowanego i kosztownego urządzenia z jednej strony i cierpliwego zachowania się chorego z drugiej. Jednakowoż nie możemy w dobie obecnej zadowolnić się zwykłym badaniem oka w świetle ogniskowem. Zachodzi więc potrzeba skonstruowania aparatu prostego i dla wszystkich dostępnego, któryby miał na celu jeśli nie zastąpić lampy szczelinowej Gullstranda, to przynajmniej wypełnić lukę, jaka istnieje pomiędzy tym nowoczesnym sposobem badania, a metodami dawnymi.

Już Hess przy badaniach soczewki stosował linię świetlną stanowiącą obraz rozżarzonego drucika lampki Nernsta otrzymany zapomocą szkła zbierającego. To samo można otrzymać zapomocą tak bardzo rozpowszechnionego oftalmoskopu elektrycznego Simona, wyciągając nieco rurkę zewnętrzną drążka na którym właściwy oftalmoskop jest osadzony. Ażeby otrzymać smugę świetlną, przypominającą w zupełności tę, którą daje lampa szczelinowa Gullstranda, zakładamy do drążka Simona przesłonę, w postaci rurki mającej na jednym końcu otwór w postaci szczeliny, dającej się regulować i ustawiać nawprost prostego drucika rozżarzonego lampki, a na drugim końcu otwór okrągły.

Te dwa otwory wystarczają, by prawie zupełnie eliminować promienie inne niż te, które daje sam drucik, tak iż otrzymujemy wąską smugę światła, która przechodząc przez środowiska łamiące oka, daje nam przekrój optyczny przedniego odcinka.

Oglądając oko, w ten sposób oświetlone, zapomocą lupy Bergera lub jeszcze lepiej Hartnacka, mamy coś w rodzaju mikroskopji żywego oka w minjaturze.

Sposób ten, {bardzo prosty, daje nam bardzo wiele cennych

wskazówek i znakomicie ułatwia zwłaszcza rozpoznawanie i umiejscowienie zmian w rogówce i soczewce.

Szczegółowy opis zastosowania tego sposobu badania ukaże się w najbliższym zeszycie „Kliniki Ocznej“.

#### D y s k u s j a :

Prof. Noj s z e w s k i podkreśla zasługę prelegenta, który sposobem swoim uprzyściplnił badanie mikroskopowe żywego oka dla każdego lekarza.

Dr. M e l a n o w s k i zaznacza, że o ile mikroskopja żywego oka sposobem, proponowanym przez Vogta, jest trudna, szczególnie ze względu że oko badane wciąż się rusza, to sposób, proponowany przez kol. Zamenhofa jest pod tym względem jeszcze więcej złożony, bo do ruchów oka badanego dodają się drżenie ręki, trzymającej lampkę i drżenie ręki, trzymającej lupę — toteż może być tu mowa tylko o mniejszych powiększeniach.

Dr. S z y m a ń s k i dodaje, że o ile lampa ze szczeliną kol. Zamenhofa nie zastępuje lampy Vogta, to w każdym bądź razie jest pożyteczna w klinice choćby naprzykład w tym celu by określać odległość między rogówką i tęczówką, co zapomocą tej lampy jest znacznie uproszczone.

2. **J. Alexandrowicz.** (Wilno).— „O akomodacji oczu u głowonogów“.

Głowonogi są jedynemi zwierzętami, u których stwierdzona została (przez Heinego 1907) zdolność akomodacji aktywnej w dwóch kierunkach: na punkt bliży przez wysunięcie soczewki, która u tych zwierząt kształtu swego nie zmienia, do przodu, a na punkt dali przez cofnięcie się jej do tyłu. Stanem spoczynku jest położenie pośrednie (słaba miopja). Mechanizm nastawiania na dal został objaśniony przez Beera, który w doświadczeniu przy drażnieniu prądem mięśni rzęskowych zaobserwował bardzo wyraźne cofanie się soczewki. Beer (1897) uwzględnia w swem objaśnieniu tylko mięśnie o przebiegu południkowym. W rzeczywistości jednak znajdują się tam mięśnie nietylko południkowe, ale i okrężne. Funkcję ich objaśniam w ten sposób, że i jedne i drugie pociągają soczewkę do tyłu. W tem działaniu są synergistami. Natomiast przeciwdziałają sobie o tyle, że gdy włókna południkowe przy skurczu napinają ciało rzęskowe, włókna okrężne je obluźniają. Przy skurczu jednoczesnym znosi się nawzajem ta składowa ich działania i w ten sposób jeden mięsień koryguje drugi. Mechanizm akomodacji na bliż polega na skurczu mięśni, znajdujących się w twardówce, w całym jej odcinku, położonym za t. zw.

pierścieniem równikowym chrzęstnym. Dają się one ujawnić na preparatach histologicznych, a ich działanie obserwować można przy drażnieniu prądem elektrycznym. W doświadczeniu tem zauważyć można ich skurcz silniejszy zwłaszcza na tuż po za pierścieniem równikowym, przemieszcza on ten pierścień w ten sposób, że przedni jego brzeg przesuwa się do przodu, oko jest nastawione na punkt bliży.

Przy tych przesunięciach soczewki wzmaga się ciśnienie śródgałkowe. Wobec sprzecznych co do tego poglądów starałem się to sprawdzić za pomocą doświadczenia. Wprowadzałem do gałki ocznej rurkę szklaną napełnioną zabarwioną wodą morską i drażniłem prądem oko. Odpowiednie ustawienie elektrod umożliwia otrzymanie w doświadczeniu nastawienia oka na dal lub na bliż. W obu wypadkach płyn w rurce wyraźnie się podnosi: prędzej i wyżej przy cofaniu się soczewki, wolniej i mniej przy wysuwaniu. Rurka miała średnicy 0,8 mm. różnica poziomów wynosiła do 2 cm. Wahaniami ciśnienia tłumaczy się obecność licznych mięśni przenikających od twardówki pomiędzy włóknami nerwów wzrokowych do siatkówki. Te mięśnie siatkówkowe, będące osobliwością oczu głowonogów, nigdzie dotychczas niezaobserwowaną, zapobiegają zapewne oddzielaniu się siatkówki od twardówki.

#### D y s k u s j a:

Prof. N o i s z e w s k i. Wykład prof. Alexandrowicza jest chyba najciekawszy z wykładów obecnej sekcji i jeszcze raz dowodzi, że okuliście mechanika, hydraulika i wogóle fizyka jest potrzebna nie mniej, jak anatomja.

Dr. M e l a n o w s k i zaznacza, że dane o widzeniu głowonogów, udzielone przez prof. Alexandrowicza, a dotyczące pasemkowatego w kierunku pionowem widzenia środkowego u tych zwierząt wodnych przypominają osobliwości widzenia środkowego u ryb wogóle, a szczególności u gatunku „Anableps tetraphthalmus“, który posiada nawet dwie źrenice jedna nad drugą.

3. **A. Wieczorek.** (W-wa).—Pole widzenia u chorych na paralyssis progressiva.

Stan pola widzenia w paraliżu postępującym był przedmiotem poszukiwań kilku autorów. Wyniki tych badań są niezgodne ze sobą: jedni wykazują, że przy braku zmian ze strony dna ocznego i nerwu wzrokowego pole widzenia jest prawidłowe, (Joffroy i Unthoff) drudzy, że jest ono stale mniej lub więcej koncentrycznie zwężone, (Reznikow, Alter i Giachetti) inni zaś stwierdzają, chociaż nie we wszystkich przypadkach, zaburzenia jego granic. (Bikeles i Kornfeld, Rodiet, Dubois i Pansier).

Powszechnie wiadomo, że w paraliżu postępującym zachodzą zmiany, w układzie nerwowym. Badania perymetryczne mogłyby wy-

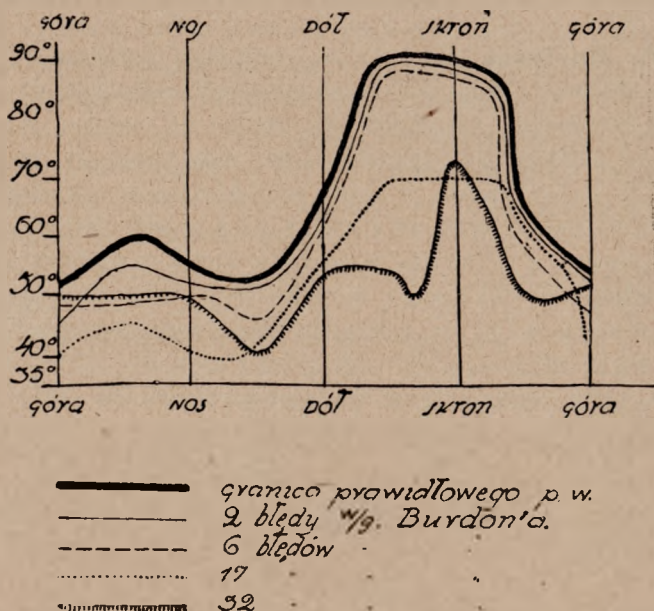
kazać zależność ośrodków rzutowania wrażeń wzrokowych lub ich szlaków od tych zmian organicznych.

Określając granice pól widzenia uwzględniałem zaburzenia uwagi (hypovigilitas i hypotenacitas) występujące u paralityków, a wykluczałem z obserwacji nie będących w możności zastosowania się do zleceń, jak również ze zmianami na dnie oka.

Wiarogodne wyniki udało mi się otrzymać w 45 przypadkach, w których sprawdzałem pola widzenia w okresie od kilku miesięcy do dwóch i pół lat. (Kart obserwacyjnych 188). Tylko u siedmiu chorych od pierwszego badania granice pól widzenia były prawidłowe, 38 początkowo wykazywały zwężenia koncentryczne, a hemanopsji nie stwierdziłem nigdy. Po kilkakrotnych systematycznych sprawdzaniach w okresach krótszych lub dłuższych pola widzenia stopniowo się rozszerzały i osiągały wszystkie prawidłowe granice.

W toku przekonałem się, że pola widzenia zależą od stanu psychicznego badanych: o ile oni byli przygnębieni smutni, mieli np. przykre zajście z kolegami, odczuwali brak tytoniu, lub byli głodni, granice pól widzenia zwężały się.

Inne otrzymywałem wyniki, gdy trafiłem na chwilę dobrego humoru: wtedy pola widzenia były znacznie zbliżone do prawidłowych lub wogóle były bez zmian.



Chcąc wykazać, iż nie zmiany organiczne powodują zwężenie pola widzenia, ustępujące zresztą dość szybko w miarę powtarzania obserwacji w odpowiednich warunkach, lecz, że ich pochodzenie jest

czynnościowe, przeprowadzałem po badaniach perymetrycznych zwykle próby psychologiczne, stosowane przy określeniu uwagi. Przedstawiam jedynie wyniki uzyskane przy pomocy próby Bourdona, polegającej na przekreśleniu pewnych liter bezładnie ułożonych w wierszach między innymi literami.

Gdy rozłożymy linje granic pól widzenia wyrysowane na kartach obserwacyjnych w krzywe, a obok podamy ilość błędów w/g. sposobu Bourdona, to poglądowo wykażemy, że między stopniem zwężenia pola widzenia, a zaburzeniem uwagi jest stosunek prosty.

(Praca w całości ogłoszona w IV zeszycie kliniki ocznej 1925 r.)

### D y s k u s j a:

Prof. Noiszewski uważa, że i tak zwane zaburzenia czynnościowe t. j. konieczność znacznego skupienia uwagi dla widzenia obwodowego przy porażeniu postępującym ma podłoże organiczne, bo jest też wywołane zmianami w mózgu, spowodowanymi jadami kiły.

A b r a m o w i c z: praca kolegi Wieczorka, raz jeszcze dowodzi, jak ostrożnym trzeba być przy wyciąganiu wniosków dotyczących pola widzenia i jak wiele różnych czynników składa się na dane o polu widzenia. Badając uważnie, Dr. Abramowicz nie stwierdził nigdy np. zwężania pola widzenia u ciężarnych.

#### 4. **A. Maciesza.** (Płock). — „Oczodoły Polaków i Polek“.

Na podstawie zbadania czaszek polskich pochodzących z b. Królestwa Kongresowego, prelegent przychodzi do wniosku: 1) że oczodoły ludności polskiej są przeciętnie bardzo małe (o szerokości 37,4 mm. wysokości 31,2 mm.) niskie (o wskaźniku 82,5) dość głębokie (ściany: środkowa 43,8 mm, boczna 46,4, dolna 47,9, górna 50,2), o dość dużej kości łzowej, o głębokim rowku łzowym, o średniej odległości międzyoczodołowej (20,7 mm), o małej odległości zewnętrznej oczodołów (94,4 mm), o dużym wskaźniku międzyoczodołowym (21,9 mm) o sporym kącie odchylenia od płaszczyzny czołowej (17,6), oraz o bardzo dużym kącie odchylenia od płaszczyzny poziomej (22).

2) Że oczodoły Polek w porównaniu z oczodołami Polaków są wyższe, węższe, mniej głębokie i mają wskaźnik średni, z powodu przewagi oczodołów wysokich, gdy natomiast u Polaków przeważają oczodoły niskie.

### D y s k u s j a:

Dr. M e l a n o w s k i sam przeprowadził ostatnio pomiary oczodołów polskich ze zbioru prosektorjum Uniw. Warsz., zwracał uwagę na stosunek pomiarów w zależności od wieku i płci i obok wielkich wahań w pomiarach i wskaźnikach oczodołów dzieci stwierdził że oczodoły

kobiet są bliższe do oczodołów dzieci — pomimo pewnych różnic techniki, dane, otrzymane przez M. blizkie są do danych dr. Macieszy.

Dr. Abramowicz zapytuje prelegenta, czy stwierdził różnicę w wymiarach prawego i lewego oczodołu, zwłaszcza w wymiarze pionowym, co według Streiffa ma decydować o różnowzrotności i co wyraża się szczególnie w niezborności.

Dr. Maciesza (w odpowiedzi) przypomina, że mierzył po większej części oczodoły lewe i tylko wyjątkowo oczodoły prawe.

Koniec posiedzenia poświęcono sprawie przyszłego Zjazdu i sprawie „Kliniki Ocznej” — organu Towarzystwa Okulistów Polskich.

W sprawie przyszłego Zjazdu Okulistów Polskich na wniosek prof. Noiszewskiego postanowiono: „Następny Zjazd Okulistów Polskich ma się odbyć w Poznaniu za 2 lata w czasie ferji wielkanocnych. Tematy:

1. Odpadnięcie siatkówki,
2. Iritis glaucomatosa.

Następnie prof. Bednarski (Lwów)—poruszył sprawę pisma „Klinika Oczna” — podkreślił że dotąd większą część wydatków na pismo ponosi prof. Noiszewski, pismo, poza tem, ma zbyt okazałą i zbyt kosztowną szatę zewnętrzną: drogi papier, duży druk i format.

#### Dyskusja:

Dr. Melanowski. Sekretarz „Kliniki Ocznej” uważa, na pogorszeniu druku i papieru pisma niewiele zyskamy — pismo nawet jako typ najszlachetniejszej propagandy istnieć musi i powinno mieć bogatszą treść i być wydawane w znaczniejszej objętości.

Prof. Noiszewski jako Naczelny Redaktor zaznacza, że pismo prowadzić będzie bez względu na to, czy zapomogi na nie pójdą, czy nie.

Dr. M. Likiernik radzi zorganizować Towarzystwa, któreby wydawało, względnie, popierało pismo.

Prof. Kapuściński radzi rozesłać w tej sprawie odpowiedni kwestjonariusz.

Na tem wyczerpano dyskusję w tej sprawie.

UWAGA: **W. Melanowski.** (W-wa). — Badania nad anatomją oczodołu w zależności od wieku i płci — patrz sekcja XIII (anatomja)

#### POSIEDZENIE. V.

Środa 15. VII. godz. 9.

Przewodniczy M. Kozłowski.

Sekretarz K. Karelus.

1. **K. Karelus.** (Kraków).—Tatuatio subepitelialis.

Po przedstawieniu głównych i krótkich zarysów sposobów tatuacji rogówki okazuje się że ona nie przedstawia się tak prosto i za-

chęcąco. Wszystkie ujemne strony dotychczasowych sposobów barwienia rogówki skłoniły mnie do podjęcia i zastosowania sposobu który mógłby odpowiadać tym najważniejszym wymaganiom, a mianowicie 1. aby zabieg był prosty i nie przedstawiał żadnych trudności w wykonaniu technicznym, a przytem nie umiejszał jego doskonałości 2. aby gojenie odbywać się mogło wśród jaknajlepszych warunków 3. aby wynik uzyskany nie tylko okazał się trwałym, ale również odpowiadał ściśle zadaniu samej tatuacji tak co do kosmetycznej strony jak również co do ewentualnych względów optycznych 4. aby bezpieczeństwo gałki mogło być zupełnie zapewnione.

Krótki opis tego sposobu określonego przezemnie jako tatuatio subepithelialis wystarczy do dokładnego się z nim zapoznania.

Zabieg wykonujemy przy zwykłym znieczuleniu. Po wypłukaniu dokładnem worka spojówkowego zakładamy rozwórkę i ustalamy gałkę oczną przy pomocy szczypczyków lub też lepiej jeszcze przez lekki ucisk opuszkami palców. Miejsce rogówki, które ma być zabarwione zaznaczamy ostrym nożykiem a następnie prowadzimy cięcie bardzo powierzchowne wzdłuż tej granicy. Górą jednak nie kończymy tego cięcia, tak że miejsce rogówki przeznaczone do tatuacji nie zostaje niem zamknięte. Kształt cięcia więc przedstawia się jako jedna z figur geometrycznych mniej lub więcej regularnych zależnie od plamy rogówkowej niedokończonych górą na linii poziomej. Po ukończeniu tego cięcia oddzielamy najlepiej w dalszym ciągu nożykiem powierzchną nabłonkową warstwę. Warstewka ta musi być bardzo cienką tak, że staje się prawie przezroczystą. Po odpreparowaniu aż do górnej granicy t. j. do linii poziomej łączącej końce pierwotnego okrężnego cięcia odwijamy ten płatek warstwy nabłonkowej ku górze na kształt uniesionego fartuszka. Obnażoną powierzchnię rogówki nakłuwamy gęsto igłami zamaczanemi w roztworze tuszu lub barwika i pokrywamy ją następnie cienką warstewką tuszu barwika. Płatek odchylony również powlekamy od strony wewnętrznej tuszem. Po upływie kilku minut kiedy roztwór tuszu zgęstnieje dostatecznie przykładamy płatek na pierwotne swe miejsce wygładzając go od góry lekką szpatułką, aby nie powstało żadne załamanie ani zfałdowanie. Po wyjęciu rozwórki wypłukujemy worek spojówkowy z resztek tuszu, co zresztą nie jest koniecznem, nie obawiając się już zupełnie, aby płatek mógł się oddzielić, schnący bowiem tusz działa przyklejająco przytwierdzając stale płatek do rogówki. Po zakropleniu atropiny zakładamy opatrunek jednooczny. Już po 3—4 dniach możemy pozostawić oko wolne bez opaski. Płatek przygaja się szybko do rogówki pozostając przejrzystym, a warstwa tuszu, czy jakiegoś barwika prześwieca przez niego jakgdyby przez tafłę szklaną. Do domu przepisujemy atropinę z kokainą.



Sposób ten stosowaliśmy w różnych przypadkach zaćmień rogówkowych zarówno dla celów kosmetycznych jak i też optycznych, wyniki uzyskane przez nas we wszystkich przypadkach odpowiadały ściśle założeniu i zadaniu tatuacji.

#### D y s k u s j a:

Dr. A b r a m o w i c z zapytuje prelegenta, czy płatek nabłonkowy nie oddziela się i czy nie powstaje keratitis bullosa.

Dr. S z y m a ń s k i zapytuje o głębokość cięcia i o rodzaj rozczyynu barwika — wodny, czy wyskokowy.

Dr. K a r e l u s udziela odpowiedzi.

2. **K. Noiszewski.** (W-wa). — Odczuwanie barwy czerwonej i niebieskiej o zmroku.

Ciemne linje powietrzniove wykryte o zmroku przez Brewstera, Gladstone'a, Augströrnen i Jegorowa w czerwonej części widma słonecznego zależą nie od pochłaniania, a od załamania promieni słonecznych. Powierzchnia ziemi ze względu na nierówną gęstość swych warstw może być przyrównana do pryzmatu o podstawie przy ziemi i wierzchołku w górnych swych warstwach.

Gdy słońce zachodzi za poziom czerwone promienie nie dochodzą do powierzchni ziemi, dochodzą zaś niebieskie i fioletowe.

Nieobecność promieni czerwonych o zmroku astronomicznym została dowiedzioną eksperymentalnie za pomocą spektrometru Glana.—

O godzinie 2-iej 10 stycznia spektrometr zwrócony był na północ; przez jedną połowę szczeliny kolimatora wpadało światło dzienne przez drugą światło płomienia świecy. Obrotom pryzmatu Nicola do 55° wyrównane zostało nasilenie barwy czerwonej widma słonecznego z widmem świecy.

Zaraz po zachodzie słońca czerwona barwa w widmie światła dziennego zaczęła gasnąć i o godzinie 3-iej minucie 58 od barwy czerwonej w widmie słonecznem nie pozostało nawet śladu; przeciwnie w widmie płomienia świecy barwa czerwona nie uległa zmianie. Część niebieska i fioletowa widma słonecznego wydawały się tak jasne, że w porównaniu z niemi część niebieska i fioletowa widma płomienia świecy była prawie ciemną. —

Wyraz zmrok zwykle oznacza zmrok astronomiczny, ale może być zmrok i każdego innego źródła światła np. płomienia świecy, lampy naftowej, a nawet zmrok jarzących się węgli. Doświadczenia wykazały ogromną przewagę promieni niebieskich nie tylko w świetle dziennem, ale i od innych źródeł światła za wyjątkiem światła jarzących się węgli; w świetle jarzących się węgli powstają promienie czerwone. —

3. **A. Bednarski.** (Lwów). — O fizjologicznem zagłębieniu nerwu wzrokowego przy ametropji.

Na podstawie dalszych swych badań nad zagłębieniem fizjologicznem tarczy nerwu wzrokowego w 450 gałkach ocznych o różnej refrakcji doszedł mówca do następných wniosków: W emetropji i hypermetropji nizkiego stopnia najczęściej spotykamy miernie głębokie zagłębienia fizjologiczne nerwu wzrokowego. Natomiast przy myopji nizkiego stopnia najczęściej zdarzają się płytkie zagłębienia fizjologiczne tarczy. Przy myopji i hypermetropji średniego stopnia spotykamy najczęściej płytkie zagłębienia fizjologiczne tarczy. Obok tego w hypermetropji średniego stopnia znajdujemy dość często zagłębienia fizjologiczne tarczy miernej głębokości, podczas gdy w myopji średniego stopnia należą one już do rzadkości. Co się tyczy głębokich zagłębień fizjologicznych tarczy (nie t. zw. dużych i głębokich), to te najczęściej spotykamy w hypermetropji nizkiego stopnia, potem przy emmetropji, następnie przy hypermetropji średniego stopnia. Znajdujemy je także i w hypermetropji wysokiego stopnia. Przy myopji zaś już średniego stopnia mówca nie spotykał głębokich zagłębień fizjologicznych tarczy. Mówca stwierdza, że im wyższego stopnia jest ametropja, tem rzadziej spotykamy zagłębienie tarczy, zaś w bardzo wysokich myopiach, jakoteż w bardzo wysokich hypermetropiach w ogóle zagłębienia fizjologicznego tarczy nie spotykamy. Najwyższa myopia przy której prelegent znalazł jeszcze ekskawację fizjologiczną wynosiła  $-12$  D., najwyższa zaś hypermetropia  $+9$  D., były to jednak przypadki wyjątkowe. W miarę wzrostu ametropji zagłębienie fizjologiczne tarczy spotykamy coraz rzadziej, aż wreszcie zanika, musi się to dzieć jednak w inny sposób przy hypermetropji, a w inny przy myopji. Przy hypermetropji, zdaniem prelegenta, zagłębienie fizjologiczne tarczy zanika skutkiem działania dośrodkowego, przez zwężanie się kanału nerwu wzrokowego czyli pierścienia twardówkowego ekskawacja staje się coraz węższą, aż wreszcie zostaje zaciśniętą i zanika. Natomiast przy myopji coraz wyższej zagłębienie fizjologiczne staje się coraz płytsze i wreszcie zanika przez działanie odśrodkowe, przez rozciąganie pierścienia twardówkowego, skutkiem rozciągania się gałki w tylnym biegunie, przyczem ekskawacja pozostaje szeroka, a nawet należy przypuścić, że się nawet szerokość jej powiększa. A więc jednym słowem, przy hypermetropji zagłębienie fizjologiczne tarczy zostaje zaciśnięte, zaś przy myopji rozciągnięte. Pozatem ostatnie badania mówcy w zupełności potwierdziły jego wnioski, wypowiedziane na Zjeździe Okulistów Polskich we Lwowie w r. 1924.

4. **M. Starorypińska-Lewenstam.** (W-wa). — Czerniak rąbka rogówki. (z pokazem preparatu).

Po krótkim zaznaczeniu, jakie istnieją obecnie poglądy w sprawie pochodzenia melaniny i czerniaków, stwierdza, iż opisy, spotykane w literaturze dotyczące czerniaków nagałkowych (melanoma epibulbaris) pozwalają wnioskować, że istnieje nie jeden, lecz trzy rodzaje takich czerniaków, a mianowicie: melanosarcoma, melanocarcinoma z odmianą „naevoma”, gdzie związek ze znamieniem macierzystym jest wyraźny. W przypadku, zbadanym przez prelegentkę czerniak dotyczył spojówki gałki, rozwinął się powierzchownie obrastając, lecz nigdzie nie przera-  
stając gałkę, sądząc z budowy i punktu wyjścia należał do czerniaków mięsaków.

---

Na tem zakończono prace sekcji. Dnia następnego do prezydium sekcji wpłynął jeszcze wniosek kolegi D-ra W. Kępińskiego, by jako temat przyszłego Zjazdu obrano „Gruźlicę i kiłę oka”. Prócz tego zgłoszono projekt następującej treści:

Uchwała się powołać stałą delegację do zjazdów zagranicznych złożoną z trzech członków. Wszyscy okuliści Polscy w wystąpieniach na zewnątrz winni podporządkowywać się zarządzeniom Delegacji.

Uchwała powyższa będzie zakomunikowana i przegłosowana na przyszłym Zjeździe.

---

## XXIV. Sekcja Ginekologii i Położnictwa.

Przewodniczący: A. Czyżewicz.

Sekretarz: H. Gromadzki.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek d. 13.VII. godz. 9.

Wspólnie z Sekcją XIV (Fizjologii i Patologii) i Sekcją XX (Pedjatrji).  
Sprawozdanie patrz Sekcja XIV. (Fizjologii i Patologii).

### POSIEDZENIE II.

Poniedziałek d. 13.VII. godz. 15-a.

Przewodniczący A. Czyżewicz zagał posiedzenie i zaproponował na Przewodniczącego stałego Sekcji Prof. A. Rosnera z Krakowa oraz na przewodniczących faktycznych Prof. A. Sołowija ze Lwowa, (który przewodniczył już na I posiedzeniu Sekcji), Prof. B. Kowalskiego z Poznania, Doc. K. Bocheńskiego ze Lwowa, Doc. J. Zubrzyckiego z Krakowa, Doc. T. Wiczyńskiego ze Lwowa, Doc. J. Szymanowicza z Krakowa.

Propozycję zebrani przyjęli przez aklamację.

Przystąpiono do porządku dziennego.

Przewodniczący Prof. A. Rosner i Prof. B. Kowalski. Sekretarz H. Gromadzki.

Referaty luźne:

1. **H. Zborowski.** (W-wa). — O wybiórczej przepuszczalności łożyska dla normalnych przeciwciał w związku z grupą serologiczną matki i płodu.

Według Landsteinerja rozróżniamy 4 grupy serologiczne: O, A, B i AB. Grupy te dziedziczą się według praw Mendla i przechodzą z ojca lub matki na dziecko. W łonie matki może się rozwijać płód należący do odmiennej grupy serologicznej niż matka, tak, że krwinki płodu mogłyby być zlepiane przez surowicę krwi matki. Nazwijmy

ciążę przy równej grupie serologicznej matki i płodu ciążą o rozwoju homoswoistym, a ciążę w przypadku przeciwnym ciążą w rozwoju heteroswoistym. Dla zilustrowania współżycia heteroswoistego mówca badał krew pozałożyskową matki i krew z pępowiny jej dziecka w 417 przypadkach na grupy serologiczne i na obecność w nich izoaglutynin. Krew noworodka nie zawiera własnych izoprzeciwciał. Jeśli je stwierdzamy w krwi pępowinowej, to są one darem matki. Doświadczenia mówcy, prowadzone wspólnie z Hirszfildem wykazały, że przepuszczalność łożyska dla tych ciał w poszczególnych kombinacjach grup jest różna: I tak np. matka O, płód O łożysko przepuszcza izoaglutyniny w 90%, zaś w kombinacji matka A, a płód A ciała te przechodzą przez łożysko tylko w 9%. W ciąży o rozwoju heteroswoistym przepuszczalność łożyska zdaje się być zależną od przepuszczalności łożyska grupy matki i grupy płodu. Płód heteroswoisty chroni się więc mechanizmem nieprzepuszczalności łożyska dla izoprzeciwciał zależnym od konstelacji grup serologicznych matki i płodu. Badania mówcy wykazały pozatem, że w ciąży o rozwoju heteroswoistym w krwio biegu matki zanikają, lub ulegają osłabieniu te jej izoprzeciwciała, które mogłyby zaszkodzić płodowi. Na podstawie powyższych spostrzeżeń mówca w klinicznych swych badaniach starał się wniknąć w zagadnienie przebiegu i rozwoju ciąży o rozwoju homo— i hetero—swoistym. Okazało się, że przeciętna waga dziecka w kombinacjach homoswoistych O na O i A przewyższała normę wszystkich dzieci nowonarodzonych, gdy tymczasem waga dzieci w kombinacjach B na B była wyraźnie niższa od wagi przeciętnej. Noworodki O i noworodki A— wykazywały przeciętnie wagę wyższą, noworodki B—niższą, a noworodki AB— wagę pośrednią. Dalsze dociekania wykazały, że przewaga noworodków płci męskiej w liczbie 52,5% nie jest równomiernie rozłożona na poszczególne grupy serologiczne, bowiem matki AB rodzą przeważnie synów (70%), przewaga ta u matek A. wynosi 54%, a u matek B — 51%, podczas gdy matki O rodzą w przeważającej liczbie, wynoszącej 58% córki.

#### D y s k u s j a:

Dr. J. Zubrzycki zaznacza, że przeprowadził badania nad ciałami podobnymi, a mianowicie nad ciałami heterohemolitycznymi w ten sposób, że badał, na ich obecność, krew płodów z różnych okresów ciąży. Na zasadzie swych badań stwierdził, że im płód pochodził z młodszych okresów ciąży, tem mniej posiadał własności heterohemolitycznych. Krew płodów donoszonych, jak to już zresztą wykazały badania Landsteinerja i wielu innych, była wogóle uboższa w izo i hetero-aglutyniny i hemolizyny, niż krew ludzi dorosłych. Opierając się na powyższych spostrzeżeniach Z. dochodzi do wniosku,

że hetero-hemolizyny nie przechodzą z matki na płód, lecz wytwarzają się w krwi samego płodu.

2. **H. Zborowski.** (W-wa) — Sprawa kiły w położnictwie.

Od października 1924 roku mówca prowadził na Klinice Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego szczegółowe badania w kierunku wykrycia kiły u wszystkich rodzących wzgl. ciężarnych. Krew do badań pobierano u ciężarnych z żyły łokciowej, u rodzących zużytkowano krew pozałożyskową; krew pępowinowa, służyła jako materiał do badania w kierunku kiły noworodków. Dwa razy w tygodniu poddawano uzyskany materiał na odczyn Wassermanna, wzgl. Sachs'a-Georgi'ego. Pośród 1012 kobiet badanych wykryto obecność kiły w 79-tu przypadkach (7,8%). Rozpoznanie opierało się na dodatnim wyniku odczynów serologicznych, na danych anamnestycznych, lub objawowych. Tylko w 12 przypadkach referent rozpoznał kiłę opierając się wyłącznie na wyniku dodatnim odczynów serologicznych, po przeprowadzeniu badania kontrolnego w przebiegu porodu w krwi pobranej z żyły łokciowej. Wśród chorych kobiet przeważała kiła utajona, a dzieci chorych matek w 2/3 nie wykazały zmian swoistych; w 1/3 przypadków dzieci przychodziły na świat nieżywe — zmacerowane.

Odczyn Wassermanna był dodatni tylko w 1/3 części żywo urodzonych dzieci z chorych matek. W zagadnieniu kiły wysuwa się na plan pierwszy rola lekarza jako społecznika. Dla prowadzenia racjonalnej akcji przeciwkiłowej wśród matek należy przedewszystkiem szeroko stosować badania w celu wykrywania tej choroby. Badania takie winny wykonywać kliniki i zakłady położnicze, stacje opieki nad matką i kasy chorych. Walkę z kiłą u matek należałoby skoncentrować w stacjach przeciwkiłowych.

3. **T. Keller.** (Kraków). — Znaczenie rozpoznawcze odczynu Wassermanna w mleku położnic.

Referent wykonał wspólnie z Lipińskim badania nad cdczynem Wassermanna w mleku u 200 położnic z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego i Szkoły Położnych w Krakowie. Odczyn wykonywano w mleku unieczynnionem i czynnem. Równocześnie wykonywano dla kontroli odczyn Wassermanna w krwi badanych, a w poszczególnych przypadkach i w krwi pępowinowej. Odczyn zmętnienia Meinickego uzupełniał badanie serologiczne krwi. Na zasadzie wyników swych badań referent dochodzi do następujących wniosków:

Dodatni odczyn Wassermanna w surowicy krwi położnicy odpowiada zawsze dodatniemu odczynowi W. w jej mleku. Swoisty doda-

tni odczyn W. w mleku może wystąpić u położnicy w kile bezobjawowej, serologicznie ujemnej i ustępuje pod wpływem leczenia trudniej, wobec czego może być djagnostycznie ważnym wskaźnikiem do dalszego leczenia kiły u matki. Swoisty dodatni odczyn W. w mleku utrzymuje się u położnic kiłowych najdalej do 16-go dnia po porodzie, poczem znika, dając wyniki ujemne. Jako rozcieńczenie graniczne przy wykonywaniu odczynu należy uważać 0,05 mleka na 1 c. sz. Zahamowanie przy użyciu tej dawki zwłaszcza zaś dawek niższych przemawia za zakażeniem kiłowym położnicy. Dodatni odczyn W. w mleku położnicy może posiadać znaczenie prognostyczne również i dla dziecka, mimo braku zmian chorobowych przy jego urodzeniu się. Obserwacja takich dzieci mogłaby dać nowe wskazania do leczenia kiły dziedzicznej. Należałoby żądać, aby u matek badano prócz surowicy także i mleko na odczyn W. które winno być badane w przebiegu pierwszych dwóch tygodni po porodzie.

#### Dyskusja:

Dr. J. Szymałowicz zapytuje, czy prelegent nie spostrzegł powikłań pooperacyjnych u ciężarnych, wzgl. rodzących z kiłą. Spostrzeżenia Kliniki Krakowskiej poczynione na chorych kiłowych przemawiają za tem, że chore te są b. mało odporne wobec zabiegów operacyjnych — krwawią bardzo długo podczas operacji, krwawienie nie daje się zatamować, a bezpośrednia ich śmiertelność jest w stosunku do innych operowanych bardzo duża.

Dr. J. Zubrzycki zwraca uwagę na to, że w mleku matek dają się wykazać nie tylko ciała ochronne chorobowe, ale i fizjologiczne, np. heteroaglutyniny które w miarę postępu położu powoli zanikają do 10-go dnia po porodzie. Z powyższych względów oraz na podstawie badań Fellerera Z. radzi przesunąć wartość rozpoznawczą odczynu Wassermanna w mleku do dnia 7-go po porodzie, a nie polegać na nim do dnia 16-go, jak radzi referent (Keller).

Dr. T. Keller zaznacza, że w Klinice Krakowskiej wykonywa się obecnie stale odczyn Wassermanna u ciężarnych i rodzących. Dotychczas K. wykonał te badania w 400 przypadkach i niestety bliższych danych nie posiada, żeby się nimi mógł podzielić. Co się zaś tyczy % kiłowych, to wynosi on w materiale Kliniki Krakowskiej 15 na 400, czyli w przybliżeniu 4<sup>o</sup> 0. Co się tyczy rozpoznania kiły i podziału podanego przez Zborowskiego, K. podnosi znaczenie i zaleca postępowanie się obok klasycznego odczynu Wassermanna odczynem z surowicą czynną i odczyn Meinickiego, które, jak wykazały badania Lipińskiego z Kliniki Krakowskiej mogą rozstrzygać przy kile utajonej.

Wł. Jakowicki badał wszystkie chore zgłaszające się do oddziału ginekologicznego Szpitala Kasy Chorych na ew. obecność kiły.

Na 500 badanych otrzymał odczyn W. dodatni i wybitnie dodatni w 7, 4% przypadków.

Dr. H. Gromadzki w odpowiedzi Szymanowiczowi zaznacza, że kilka razy operował chore z wybitnie dodatnim odczynem Wassermanna, wykonując u nich różne operacje do rozszerzonej operacji Wertheima włącznie i nie widział żadnych powikłań, ani podczas operacji, ani też w okresie gojenia.

4. **T. Wiczyński.** (Lwów). — Zachowanie się komórek luteinowych jajnika w drgawkach porodowych.

Referent przedstawił szereg preparatów drobnowidowych jajników wykazujących nadmierne bujanie komórek luteinowych i zawartych w nich lipidów przy drgawkach porodowych.

#### D y s k u s j a :

Dr. J. Szymanowicz zapytuje, czy referent nie spotykał podobnych ugrupowań komórek luteinowych odpowiadających jego zdaniem gruczołowi śródmięszowemu w innych stanach schorzeń ginekologicznych, ponieważ widywał podobne obrazy przy mięśniach macicy.

Dr. T. Wiczyński w odpowiedzi na zapytanie odpowiada, że rzucawka porodowa nie jest jedynym stanem chorobowym, przy którym obrazy demonstrowane jajnika występują, nie wspominał jednak o tem rozmyślnie, rezerwując szczegółowe omówienie tej sprawy na następny Zjazd Ginekologów do tematu programowego.

5. **J. Lenczowski.** (Lwów). — O gruźlicy narządu rodnego kobiecego.

Zaznaczywszy na wstępie, że piśmiennictwo lekarskie polskie bardzo jest ubogie w prace z zakresu gruźlicy kobiecego narządu rodnego, referent poddał krytycznemu rozpatrzeniu 21 przypadków z tego zakresu, spostrzeganych w Klinice Lwowskiej. Wnioski, które są wynikiem tej oceny, krytycznej są następujące: Gruźlica narządu rodnego jest w przeważnej ilości przypadków cierpieniem wtórnym. Rozwija się ona najczęściej w wieku od 20 do 30 lat i powoduje niepłodność u m. w. 1/4 części chorych. Ciąża, poród, ew. poronienia pogarszają znacznie stan miejscowy cierpienia, a w dużej liczbie przypadków choroba zaczyna się manifestować w związku z ostatnią sprawą generacyjną. W 50% przypadków krwawienia miesięczne nie tracą swego pierwotnego charakteru. W 90% przypadków cierpieniu towarzyszy zapalenie otrzewnej, o formie wysiękowej w 42%. W 43% przypadków występuje jednocześnie zajęcie sprawą chorobową trąbek i macicy. Co do leczenia referent jest zdania, że daleko idący kon-



serwatyzm może dać lepsze wyniki, niż leczenie operacyjne, zwraca również uwagę na promienie Röntgena, które stosowane w odpowiedni sposób dają bardzo dobre wyniki.

6. **T. Keller.** (Kraków). — Uwagi o leczeniu gruźlicy przydatków macicy i otrzewnej.

Referent przytacza wyniki leczenia tego cierpienia w Klinice Krakowskiej od roku 1907. Na 69 przypadków zmian gruźliczych przydatków operowano 51, leczono zachowawczo 18, z czego promieniami Röntgena 10. Śmiertelność pierwotna wyniosła przy stosowaniu leczenia operacyjnego 2%, wyleczeń było 47.3%. Stosowanie promieni Röntgena dało dobry wynik u 9 chorych (90%), nie dało żadnego wyniku w 1-y m przypadku (10%). Na 47 przypadków gruźlicy otrzewnej z wysiękiem bez zmian w przydatkach operowano 31 chorych (laparotomia), zachowawczo leczono 10, z czego 4 promieniami Röntgena. Metoda operacyjna dała 42% wyleczeń, stosowanie promieni Röntgena dało dobre wyniki we wszystkich przypadkach. Dawka promieni wynosiła  $\frac{1}{4}$  dawki rumieniowej.

Referent proponuje:

a) gruźlicę narządów rodnych kobiety należy zasadniczo poddawać w celach leczniczych naświetlaniu promieniami Röntgena, jedynie w przypadkach, w których istnieją zupełnie ruchome guzy należy usuwać chore trąbki drogą operacji z pozostawieniem macicy i naświetlać następnie małą miednicę promieniami Röntgena,

b) w przypadkach suchej formy gruźliczego zapalenia otrzewnej należy ograniczać się wyłącznie do leczenia promieniami Röntgena, zaś w przypadkach formy wysiękowej należy wypuścić płyn przez nakłucie, wpuścić do jamy otrzewnej roztwór koloidalny srebra i następnie naświetlać małymi dawkami promieni Röntgena ze względu na ewentualne wtórne promieniowanie zawartego w jamie brzusznej metalu.

c) nie zaniedbywać leczenia klimatycznego i dietetycznego, jako b. poważnych środków pomocniczych.

#### D y s k u s j a :

Dr. Bajoński jest zdania, że wobec tego, iż gruźlica kobiecego narządu rodnego jest cierpieniem wtórnym, operacyjne leczenie jej nie jest wskazane. W Klinice Poznańskiej osiągnięto, zadawalające wyniki przez naświetlanie schorzałych narządów promieniami Röntgena, postępując w przeciwieństwie do szkoły krakowskiej naświetlaniem dużych pól. Zdaniem B. należy nie zaniedbywać następczych naświetlań nawet w tych przypadkach, w których pomimo wszystko wykonano zabieg operacyjny.

Dr. A. Rosner podnosi trudności rozpoznawcze gruźlicy jajowodów i wskazuje na te cechy, które ułatwiają to rozpoznanie w niektórych przypadkach. I tak *in virgine intacta* istnienie guzów jajowodowych szczególnie twardych, kombinacja tych guzów z nagromadzeniem płynu w jamie brzusznej, lub z zapaleniem suchem otrzewnej, dającej się stwierdzić w niektórych przypadkach przy ostrożnem badaniu, wreszcie stwierdzenie istnienia guzów podobnych do mięśniaków w rogach macicy — oto cechy ułatwiające rozpoznanie. Co się tyczy leczenia promieniami Röntgena, to R. jest zdania,<sup>1</sup> że dawki Seitza i Wintza są tutaj za wysokie.

Dr. A. Sołowij podnosi wielkie trudności rozpoznawcze gruźlicy kobiecego narządu rodnego. Wobec bardzo dobrych wyników po naświetlaniach jest stanowczym przeciwnikiem leczenia operacyjnego, tembardziej, że ostatnie nie zawsze może gwarantować doszczętne usunięcie ogniska chorobowego i że po cięciu brzucha choćby tylko próbnem pozostają bardzo często nieuleczalne przetoki.

Dr. A. Markowa podnosi trudności rozpoznawcze, szczególnie formy prosówkowej gruźlicy, wybuchającej w połogu. Cierpienia te bardzo często są rozpoznawane jako zakażenia połogowe. W jednym przypadku M. mogła rozpoznać istotnie istniejącą gruźlicę, dzięki stwierdzalnym innym ogniskom gruźliczym poza narządem rodny. Zazwyczaj rozpoznanie właściwe możliwe jest na stole operacyjnym przy laparotomji wykonywanej wskutek zapalenia otrzewnej, lub na stole sekcyjnym.

#### 7. **Wiczyński** (Lwów) — O przechowywaniu jajników *in vitro*.

Referent zademonstrował szereg preparatów jajników przechowywanych *in vitro* sposobem Zondeka - Wolffa, i wskazuje na brak jakichkolwiek bądź zmian nekrotycznych narządu po upływie kilkunastu dni, podniósł praktyczną wartość tej metody.

#### D y s k u s j a :

Dr. H. Gromadzki który wszczepiał jajniki świeże u osób z zaburzeniami gruczołów dokrewnych skierowanych do zabiegu przez Klinikę chorób nerwowych, nie widział żadnego polepszenia się stanu chorobowego po przeszczepieniu, którego z punktu widzenia teoretycznego należałoby się spodziewać, pomimo że wgojenie się narządu przeszczepionego po powięź mięśnia skośnego brzucha przeszło bez najmniejszego odczynu miejscowego.

Dr. J. Zubrzycki przeszczepiał jajniki świeże pod powięź uda w trzech przypadkach niedorozwoju narządów rodnych. W jednym przypadku pacjentka zaczęła po operacji miewać regularnie co 4 tygodnie bóle w miejscu przeszczepienia, w jednym — wystąpił perjod,

zresztą bardzo nikły, który powtarzał się cztery razy, a potem ponownie ustał, w jednym przypadku nie było żadnego efektu.

Dr. A. Rosner zapatruje się sceptycznie na przeszczepianie jajników z jednej osoby na drugą, ponieważ przeszczepiony jajnik ostatecznie zanika po krótszym, lub dłuższym działaniu. Dla osiągnięcia trwałych wyników należałoby od czasu do czasu przeszczepianie powtarzać. R przytacza przypadek obserwowany wspólnie z Zubrzyckiem, w którym usunięto guz złośliwy u dziewczyny i wszczepiono jej jajnik osoby z mięśniakami. U dziewczyny tej wśród wzrostu nowotworu złośliwego odwróciły się w kierunku męskim trzeciorzędne normalne kobiece cechy płciowe. Po usunięciu guza i w szczepieniu jajnika cechy wtórne kobiece powróciły, zapewne jednak raczej pod wpływem usunięcia guza, niż działania przeszczepionego jajnika.

Dr. J. Szymanowicz widzi w sprawie konserwacji i przeszczepiania jajników raczej zagadnienie teoretyczne. Przeszczepiał raz jeden jajnik przechowywany w roztworze soli; preparat przyjął się, lecz objawy wypadnięcia funkcji jajnika nie ustąpiły. Mówca jest zdania, że jeżeli się przeszczepia jajnik, to należy się posługiwać materiałem świeżym,

Dr. A. Czyżewicz przyłącza się do zdania Rosnera, że wyniki przeszczepiania jajników nie są trwałe i bynajmniej nie rokują powodzenia. Przeszczepianie kawałków jajnika pod powięź uda winno być jednak stosowane w ciężkich przypadkach wypadnięcia funkcji. Zabieg ten jako bardzo drobny ambulatoryjny może być spokojnie powtarzany co kilka miesięcy aż do czasu przyzwyczajenia się ustroju do utraty wydzieliny jajnika.

Dr. Wł. Jakowicki uważa kontrolę biologiczną żywotności tkanki za pewniejszą, niż drobnowidową, ponieważ narządy przechowywane tracą swą funkcję fizjologiczną mimo zachowania budowy anatomicznej. Mówca uważa, że z powyższych względów winno się używać do przeszczepiania raczej świeżych, niż przeszczepionych narządów.

Dr. Metera jest zdania, że w dużych środowiskach jak Warszawa, Kraków, Lwów i t. p. należałoby wyzyskiwać do przeszczepiania materiał pochodzący od samobójczyń, zamiast przechowywania *in vitro*.

Dr. T. Wiczynski podaje w odpowiedzi Szymanowiczowi, że przechowywanie jajników w jakimkolwiek płynie ma wpływ ujemny na ich konserwację. Mówca próbował przechowywać je w płynie Ringera lecz już po kilku dniach wykazywały one daleko posunięte zmiany. Natomiast włożone do termostatu w szalkach Petriego bez jakiegokolwiek płynu jeszcze po 28 dniach nie wykazywały żadnych zmian wstecznych. W odpowiedzi Jakowickiemu podnosi, że Zondekowi i Wolffowi udało się z jajników przechowywanych przez 10 dni *in*

vitro w niskiej temperaturze uzyskać rozrost tkanek (błony ziarnistej) również in vitro według sposobu Carrel'a. Z faktu tego można wnosić, że i własności biologiczne tkanek przechowywanych w stanie życia utajonego in vitro nie tracą się, za czem przemawiają także i główne dodatnie wyniki po przeszczepieniu przechowywanych w podany sposób jajników, uzyskane przez Zondeka i Wolffa.

### POSIEDZENIE III.

Wtorek d. 14. VII. godz. 9.

Przewodniczący Prof. Rosner i Doc. Bocheński.

Sekretarz H. Gromadzki.

Referat programowy.

1. **Z. Monsiorski.** (W-wa). — Podstawy zapobiegania zakażeniom połogowym oraz ich leczenie z uwzględnieniem powikłań przypadkowych połogu natury zakaźnej.

Po szczegółowym omówieniu różnych współczesnych dążeń do wynalezienia sposobu leczenia zakażeń połogowych i zakażeń w połogu (przypadkowych) referent dochodzi do następujących wniosków, które uważa za wytyczne dla lekarza praktyka:

1. Tak przy porodzie, jak i przy poronieniu oprócz zasad aseptyki należy stosować zasadę: „nie zostawiać, nie rwać, nie miażdżyć“.
2. Po ciężkich porodach, zanim jeszcze wystąpi gorączka, stosować zapobiegawcze środki lecznicze z dziedziny niespecyficznego leczenia w myśl doświadczeń J. Starzewskiego i A. Czyżewicza (juniora) na ciężarnych. Takie bowiem postępowanie bardziej odpowiada doświadczeniom laboratoryjnym, niż stosowanie leków po wystąpieniu gorączki.
3. Przy występowaniu objawów podejrzanych należy przedewszystkiem uwzględnić dokładne badanie miejscowe; tylko bardzo ciężki stan ogólny, lub wybitna bolesność sfery płciowej i ściany brzusznej winny być uważane za przeciwwskazanie.
4. Po rozwinięciu się sprawy zakaźnej badanie krwi jest niezbędne nie tylko dla leczenia, ale też w myśl doświadczeń Bocheńskiego dla rokowania o dalszym przebiegu.
5. Ogólne zakażenia połogowe dziś nie poddają się naszym środkom leczniczym. Jednakże wobec tego, że i surowica działa dodatnio w innych chorobach zakaźnych i że szczepionki w niektórych chorobach dają dodatnie wyniki, wobec tego odnosi się wrażenie, że tu jeszcze szukać należy, że tu jest gdzieś w pobliżu nasz cel, ale my go jeszcze w sposób właściwy ująć nie potrafimy.

6. Leczenie kolloidami jest w fazie poszukiwań, być może, że i tu w przyszłości wykryte zostaną nowe skarby lecznicze.
7. Ciężkie postacie zakażeń, dające dziś niemal stale wyniki śmiertelne upoważniają nas do stosowania i badania rozmaitych środków leczniczych,

Referaty luźne:

2. **A. Markowa.** (Kraków). — O gorączce połogowej.

Referentka podnosi trudności rozpoznawcze i znikome wysiłki terapii tam, gdzie idzie o zakażenie ogólne. Po omówieniu wartości metod operacyjnych leczenia zakażeń połogowych (laparotomia przy ropnym zapaleniu otrzewnej i podwiązanie żył przy sprawach posocznicowych) referentka podkreśla znaczenie i myśl przewodnią zapobiegania zakładowego i pozakładowego, poczem przedstawia do uchwały następujące wnioski:

1. Dla ścisłego ustalenia chorobowości połogu należy przyjąć za granicę ciepłoty normalnego połogu 37,0° C.
2. Dla podniesienia wartości rozpoznawczej i prognostycznej haemogramów położnic należy u rodzących zakładowych ustalać obraz haemologiczny o ile to możliwe przed porodem, w czasie porodu i we wszystkich formach połogu.
3. Dla rozwoju zapobiegania pozakładowego należy zainicjować zestawienia statystyki, któraby dała obraz realny zakażenia połogowego. Należy ujednostajnić i oprzeć na zdrowych podstawach szkolenie i przeszkalanie położnych. Należy w drodze ustawy unieszkodliwić „babki“.

3. **B. Grzankowski.** (W-wa). — W sprawie postępowania w poronieniu na podstawie 1233 przypadków z oddziału ginekologicznego Szpitala Dzieciątka Jezus.

Drukowane w „Ginekologii Polskiej“, tom IV, zesz. 4-6, r. 1925, str. 205.

4. **J. Niewola.** (Kraków). — Postępowanie w przypadkach poronień powikłanych gorączką.

Referent stwierdza, że w Krakowskiej Szkole Położnych postępuje się przy poronieniach przebiegających z gorączką, umiarkowanie czynnie z indywidualizowaniem poszczególnych przypadków. Na 700 przeszło wyłyceczkowań macicy śmiertelność ogólna wyniosła 0,60%. Czas trwania leczenia wyniósł przeciętnie 6 dni z bardzo nielicznymi powikłaniami.

5. **St. Chełmecki.** (W-wa). — Postępowanie lecznicze w poronieniu w Klinice Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego i jego wyniki.

Okres sprawozdawczy, obejmujący czas od 1. XI. 1921 roku do 31. V. 1925 roku, w którym leczono w Klinice 816 przypadków poronień, referent dzieli na dwa podokresy stosownie do stosowanej metody postępowania leczniczego. W podokresie I do końca 1922 roku postępowano czynnie, w podokresie II — bardziej zachowawczo. W podokresie pierwszym postępowano czynnie w każdym przypadku poronienia, a więc zarówno w tych, które przebiegały bez gorączki, jak i w tych, które przebiegały z gorączką. Postępowanie bierne rezerwowano jedynie dla tych przypadków, w których istniała możliwość utrzymania ciąży, lub dla tych, w których istniały wyraźne przeciwskazania do postępowania czynnego. W tym to okresie na ogólną liczbę 179 poronień traktowano biernie zaledwie 11 przypadków, t. j. 6,15%. Pozostałe przypadki operowano. Wynikiem takiego postępowania było: 2 powikłania, t. j. 1,11% i 1 przypadek śmierci, t. j. 0,55%.

W podokresie II na ogólną liczbę poronień 697 w 139 postępowano zachowawczo (21,82%), w pozostałych operowano (78,17%). Wynikiem takiego postępowania było: 18 przypadków powikłań, t. j. 2,82% i 7 zejść śmiertelnych, t. j. 1,09%.

Porównanie wyników osiągniętych w obu tych podokresach wykazuje wyraźną przewagę na korzyść podokresu pierwszego.

Z powyższego referent wyprowadza następujące wnioski:

Należy skłaniać się raczej do postępowania czynnego w tych przypadkach poronień, w których niema wyraźnych przeciwskazań do interwencji. Stanowisko to nie wyklucza bynajmniej zapatrywania, że o ile nie zagraża bezpośrednio niebezpieczeństwo, można i należy poświęcić czas pewień obserwacji, którą może przerwać fakt postępowania sprawy chorobowej.

6. **S. Bociński.** (Kraków). — Obraz kliniczny i rokowanie w gorączce połogowej.

Szczególniejszą uwagę zwraca referent na przypadki ciężkiego ogólnego zakażenia połogowego. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych i wyników badań anatomo-patologicznych referent rozróżnia 4 grupy ogólnego zakażenia połogowego: I. Ogólne zapalenie otrzewnej jako następstwo zapalenia wnętrza macicy, lub zapalenia jajowodów, II. Posocznicę. III. Posocznico-ropnicę. IV. Posocznico-ropnicę powikłaną ogólnem ropnem zapaleniem otrzewnej. Dwie pierwsze grupy cechują się szybkim i ciężkim przebiegiem. Dwie drugie dają obraz kliniczny przewlekły z różnemi powikłaniami o zmiennem nasi-

leniu. Ostatnia grupa to dziedzina sztucznych poronień i następowych skrobań macicy. Referent badał odchody i krew u 102 położnic pod względem bakterjologicznym. Na podstawie otrzymanych wyników uważa paciorkowca za sprawcę każdego ciężkiego, śmiertelnego zakażenia. Do badania odchodów referent radzi nie przywiązywać większej wagi. Często nie znajdował paciorkowca w odchodach, chociaż drobnoustrój ten wywołał bakterjemię ogólną. W przypadkach, w których wyhodował w połogu lasecznika Eberta, lub lasecznika okrężnicy w krwi, można było klinicznie stwierdzić pyelo-cystitis, lub na sekcji dur brzuszny. Przy zmianach zapalnych na otrzewnej, nawet ogólnych nie stwierdził nigdy drobnoustrojów w krwi, chyba, że jednocześnie była posocznico-ropnica, jak w IV grupie przypadków. Referent zapytuje, na czym oprzeć rokowanie? W odpowiedzi na to pytanie zaznacza, że starał się oprzeć rokowanie na badaniu serca i mierzeniu ciśnienia krwi, szukał odczynów diazo i Weissa w moczu, ale wszystkie te próby zawiodły. Również bezwartościowymi okazały się próby Ruggego i Filippa. Zdaniem referenta najczęściej mówi wynik morfologicznego badania krwi podług metody Schillinga. Metoda ta jest prosta i nie wymaga dużo czasu, obraz krwi zależy od siły zakażenia, okresu choroby i powikłań. W przypadkach zakażeń położowych jest zawsze charakterystyczny brak eozynofilów, przez n. a. ilość limfocytów i neutrofilję, przyczem zaznacza się bardzo wyraźnie przesunięcie jąder na lewo. Obraz ten występuje w pierwszych dniach choroby. O ile te zmiany we krwi przekroczą pewną miarę i zaznaczy się przewaga form t. zw. młodych w neutrofilach, to wyzdrowienie nigdy już nie nastąpi. Szczególnie źle prognostycznie świadczy wystąpienie hypoleukocytozy i pojawienie się form degeneracyjnych ciałek białych i czerwonych.

7. **S. Mączewski.** (Lwów). — Wyniki leczenia gorączki położowej „Propidonem“.

Referent zaznacza, że myślą przewodnią przy stosowaniu Propidonu było pobudzenie organizmu do wytwarzania ciał ochronnych i przygotowanie do walki z zakażeniem.

Ponieważ „Propidon“ zawodził w przypadkach zakażeń ogólnych gdy drobnoustroje przedostały się do krwi (przy posiewach dodatnich). mówca stosował środek ten w przypadkach zakażeń początkowych, jako to wrzód położowy, położowe zapalenie macicy i przydatków, zapalenie przy i okołomacicza.

Materiał swój dzieli referent w sposób następujący:

1. Zakażenia położowe po porodach odbytych w zakładzie,
2. „ „ „ „ „ „ poza zakładem,
3. Poronienia przebiegające z gorączką.

W przypadkach 1 grupy stosował referent Propidon 60 razy a mianowicie u takich położnic, u których ciepłota podnosiła się do 39,0° C. i utrzymywała się na tej wysokości przez 4 — 5 dni, gdy ciepłocie towarzyszyły dreszcze, szybkie tętno i cuchnące odchody. U rodzących, które przybywały do zakładu z podniesioną ciepłotą, które były badane wielokrotnie przez położne, lub babki wiejskie, referent wstrzykiwał Propidon wtedy, gdy po porodzie ciepłota nie spadała, a inne objawy kliniczne pozwalały przypuszczać, że przypadek uległ zakażeniu. Pozatem wstrzykiwał referent Propidon po ciężkich zabiegach operacyjnych, w szczególności u pierwiastek t. j. w takich przypadkach, w których wskutek długotrwałego porodu mogło przyjść do zakażenia, a zabieg operacyjny spowodował obrażenia części miękkich. Referent podnosi ciężkie warunki, w jakich znajduje się oddział położniczy Szpitala we Lwowie, obsługujący klinikę i szkołę położnych ze 120 uczennicami, cierpiący stale na brak bielizny i t. p. Pomimo to jednak od czasu stosowania Propidonu w okresie czasu dwuletnim na 2000 porodów zanotowano tylko 2 zejścia śmiertelne z powodu zakażenia stwierdzonego przez dodatnie posiewy z krwi. W pozostałych przypadkach zakażonych zdołano uzyskać trwały spadek ciepłoty, lub szybsze umiejscowienie się sprawy chorobowej w przymacicach. Referent nie przeczy, że w wielu z tych przypadków poprawa mogła być nastąpić bez stosowania Propidonu, uważa jednak postępowanie wyczekujące za zbyt ryzykowne przy możliwości stosowania tego niewinnego zresztą środka leczniczego.

W przypadkach grupy drugiej Propidon zawodził. W 5-iu przypadkach ciężkiego zakażenia nastąpiła śmierć pomimo zastrzyknięcia Propidonu. W przypadkach lżejszych (60) po zastrzyknięciu następowało szybkie zlokalizowanie się sprawy chorobowej. W tych razach Propidon okazał się skuteczniejszym środkiem od preparatów białkowych. Wywołał on prócz ogólnej nieznacznej zresztą reakcji silny odczyn miejscowy.

W trzeciej wreszcie grupie referent rozporządza 45 przypadkami. Jako zwolennik aktywnego postępowania przy poronieniach przebiegających z gorączką dobre wyniki osiągnięte w tej grupie przypisuje raczej temu aktywnemu postępowaniu, niż Propidonowi. W trzech przypadkach ciężkiego zakażenia Propidon wyraźnie zawiódł.

Na zasadzie swego doświadczenia z Propidonem referent dochodzi do wniosku, że działanie jego nie ogranicza się do działania białka wprowadzonego do ustroju poza jelitowo. W Propidonie zdaniem referenta istnieje coś odrębnego, czemu należy przypisać lepsze wyniki.

Porównując działanie różnych środków stosowanych przez referenta w zakażeniach połogowych, referent zatrzymuje się na Propidonie,



jako na środku służącym do szczepienia i uodporniania ustroju przeciwko zakażeniu połogowemu. Referent zaznacza, że w zwalczaniu zakażeń połogowych konieczna jest ścisła współpraca klinicysty z bakterjologiem i powołuje się na słowa Nitscha: w leczeniu szczepionkami otwiera się lekarzom w Polsce pole działania obszerne, a zupełnie prawie dotąd nie wykorzystane“.

#### D y s k u s j a:

Dr. L. Wiśniewski zaznacza, że położne po wyjściu ze szkoły w miarę praktykowania bez kontroli lekarzy zaczynają lekceważyć zasady anti i aseptyki, widząc, że nie zawsze zaniedbanie w tym kierunku jest dla rodzących i położnic szkodliwe. Mówca jest zdania, że lekarze prowincjonalni nie czekając na pojawienie się odpowiedniej ustawy, o której mówiła P. Markowa, winni po porozumieniu się z władzami powiatowymi urządzić na terenie swej pracy kursy przeszkalanania dla położnych. Zadolenie moralne z przystąpienia oddanej sprawie zwalczania zakażeń połogowych byłoby dostateczną nagrodą za pracę włożoną w prowadzeniu rzeczonych kursów.

Dr. J. Zubrzycki zaznacza, że jak widać z wywodów referentów sprawa postępowania leczniczego przy poronieniach przebiegających z gorączką nie jest jeszcze sprawą zamkniętą. Mówca jest zdania, że dane kliniczne i statystyczne winny sprawę rozstrzygnąć, pomimo to jednak nie można neglizżować badań teoretycznych, zdążających do jej rozstrzygnięcia. Mówca wskazuje na badania Hellendala, który wykazał że w przypadkach poronień przebiegających z gorączką zarazki chorobotwórcze przedewszystkiem osadzają się na resztkach jaja płodowego, a nawet na całym jajku zatrzymywanym w jamie macicy. Z nich dopiero po upływie pewnego czasu wędrują dalej, przenikając do tkanek i krwi matki. O ile w badaniach kontrolnych spostrzeżenie Hellendala znajdzie potwierdzenie, to zdaniem mówcy postępowanie lecznicze przy poronieniach, szczególnie takich, które przebiegają z gorączką, winno się przesunąć w kierunku bardziej czynnego postępowania.

Dr. A. Karnicki jako zwolennik postępowania czynnego przy poronieniach przebiegających z gorączką, zaznacza, że pomimo wszystko bałby się rzucić hasło do czynnego traktowania tych spraw do ogółu lekarzy, a szczególnie tych, którzy pracują w warunkach daleko odbiegających od warunków klinicznych. Co się tyczy badania wewnętrznego rodzących, to mówca jest za daleko idącym ograniczeniem tego rękoczynu, nawet w szkołach położnych, które jeszcze na ławie szkolnej winny być o tyle ćwiczone w badaniu zewnętrznym, ażeby po skończeniu szkoły mogły się zorientować na zasadzie badania zewnętrznego i tylko w razach wyjątkowych uciekały się do badania

wewnętrznego. W kwestji przeszkolenia położnych mówca wypowiada się, że jest to sprawa paląca, tem bardziej, że na terenie Rzeczypospolitej praktykują obecnie położne, pochodzące, ze szkół różnego typu z trzech zaborów. „Propidon“ mówca uznaje jako dobry środek zarówno do stosowania profilaktycznego, jak i leczniczego.

B. Grzankowski w uzupełnieniu swego referatu podaje, że w roku 1924 stosował w swym oddziale szpitalnym następujące środki lecznicze w zakażeniach połogowych: surowicę przeciwpaciorkowcową samą w 4 przypadkach, surowicę przeciwpaciorkowcową w połączeniu z argocolem — 3 razy, wreszcie powyższą kombinację z dodaniem propidonu raz. Wszystkie chore z tej grupy zmarły. Argocol dożylnie łącznie z surowicą przeciwpaciorkowcową stosował mówca 4 razy — chore również zmarły. Z 5 przypadków zakażenia, w których posiewy z krwi wypadły ujemnie w 4 mówca stosował sam tylko argocol dożylnie. Z chorych tych dwie zmarły a dwie wyzdrowiały, z których jedna po wycięciu żebra i usunięciu kawałka zmartwiałego płuca. W 1 przypadku był stosowany argocol dożylnie i urotropina (roztwór 40%) — chora zmarła. Samą urotropinę stosował mówca dożylnie w 3 przypadkach przy ujemnym wyniku posiewów krwi. — chore zmarły.

Dr. A. Rosner jest zdania, że klinicysta winien zbadać bakteriologicznie każdy przypadek poronienia, przebiegającego z gorączką i jeżeli wykryje drobnoustroje ropotwórcze w czystej kulturze, lub w przewadze, winien bezwarunkowo wstrzymać się od wykonania jakiegokolwiek bądź zabiegu operacyjnego, z wyjątkiem tych przypadków, w których zmusi go do wykonania zabiegu krwotok, zagrażający bezpośrednio życiu chorej. Lekarz nie dysponujący pracownią analityczną winien zdaniem mówcy pilnie wybierać pomiędzy roniącą, której jaje rozkłada się pod wpływem gnicia, a osobą wyraźnie ciężko zakażoną. Im cięższy jest obraz choroby, im wyraźniejsze jest piętno septyczne, objawiające się szybkością i jakością tętna, wyrazem twarzy i tym symmatem sepsis, znanym praktykowi, tem więcej niech się wstrzymuje od wykonywania zabiegu operacyjnego.

Dr. Raszkes jest zdania, że przy rozstrzygnięciu pytania, w jaki sposób postępować, w poronieniach przebiegających z gorączką, należy zwrócić uwagę na okres ciąży i stan szyi macicy. Do drugiego miesiąca ciąży należy opróżnić macicę w każdym przypadku, gdyż daje się to skutecznie przy stosunkowo małym roztworciu szyi macicznej. Przy ciąży bardziej zaawansowanej t. j. już po upływie 2 miesięcy należy opróżnić macicę tylko wtedy, kiedy szyja maciczna jest dostatecznie rozszerzona i kiedy do wykonania opróżnienia macicy nie trzeba specjalnie szyi rozszerzać.

Prof. A. Czyżewicz zwraca uwagę, że przy poronieniach sprawa bólów, podniesiona przez Monsiorskiego nie może być brana pod uwagę, jako wskazanie do wykonania, lub niewykonania zabiegu operacyjnego, ponieważ opiera się ona na indywidualnym odczuwaniu chorej. Co do granicy  $37,0^{\circ}$  C proponowanej przez Markową dla określania zakażeń połogowych mówca jest zdania, że należy ją przesunąć do  $37,5^{\circ}$  C., gdyż podniesienia się ciepłoty do tej wysokości dają się doskonale wytłumaczyć procesami fizjologicznymi. Stan ciepłoty  $37,5$  do  $38,0$  należy uważać za podgorączkowy, zaś powyżej  $38,0$  — za gorączkowy, bez względu na czas trwania. W sprawie Propidonu mówca stwierdza, że wyników dodatni leczniczych po stosowaniu tego preparatu nie widział. Raszesowi odpowiada mówca, że z jego punktem widzenia nie może się zgodzić, a to dlatego, że jego argumenty mogą się odnosić i to cum grano salis do wywołania poronienia, ale nie do resztek po poronieniu, w których to razach zazwyczaj kanał szyji jest o tyle drożny, że nie wymaga dalszego mechanicznego rozszerzania.

Dr. Metera podaje na podstawie 300 przypadków szpitalnych, że czynne postępowanie jest wskazane tam, gdzie chodzi o poronienie samoistne. W przypadkach jednak, w których istnieje najmniejsze podejrzenie na to, że poronienie zostało wywołane ręką zbrodniczą, należy wyczekać, o ile krwotok zagrażający bezpośrednio życiu chorej nie zmusi do interwencji. W sprawie wartości leczniczej Propidonu mówca jest zdania, że środek ten nie jest bynajmniej korzystniejszy od argochromu, lub arthigonu. Mówca pozatem jest zdania, że przytrzymywanie dna macicy podczas jej skrobienia nie może być traktowane jako rękoczyn zabezpieczający przed perforacją.

Dr. A. Sołowi j zaznacza, że w sprawie leczenia zakażeń połogowych nie posiadamy jeszcze takiego środka, który możnaby nazwać naprawdę skutecznym. Jedynie Propidon zastosowany we wczesnym okresie zakażenia daje nieraz wyniki korzystne. Zdaniem mówcy postępowanie w poronieniu winno być przeważnie aktywne, lecz z wyłączeniem przypadków już silnie zakażonych, w których tylko silny krwotok lub objawy wywołane rozkładem jaja płodowego winny zmusić do opróżnienia macicy, i to z tem zastrzeżeniem, że jej szyja jest dostatecznie drożna. Wogóle należy zwracać baczną uwagę na to, że zabieg operacyjny winien być wykonany o ile można łagodnie, bez nadmiernego ściągania macicy. Co się tyczy techniki operacyjnej, to mówca jest zdania, że usuwanie jaja płodowego palcem jest niezawodnie wskazane we wszystkich tych przypadkach, w których szyja jest dla palca drożna, w których jaje sterczy w szyi; w przeważającej jednak liczbie przypadków należy oddać pierwszeństwo instrumentalnemu usuwaniu zawartości macicy, jako bardziej pewnemu pod względem aseptyki.

Dr. Knapczyk przytacza przypadek, w którym postępował czynnie i usunął przez skrobanie rozpadające się jaje płodowe po sztucznie wywołanem poronieniu, przy temperaturze 40,0° C. — z dobrym wynikiem.

Dr. A. Markowa jest zdania, że nie może być mowy o tem, żeby z dyskusji mógł wynikać drogowskaz do postępowania leczniczego w poronieniu, a walka statystykami nie doprowadzi do celu. Z zestawień, nawet takich, jakie podał Chełmecki z Kliniki Warszawskiej nie można wyciągać wniosków, chociaż wyniki jego statystyki wyraźnie przemawiają na korzyść leczenia czynnego, a to dla tego, że wyniki bezprzecnie są zależne od samego materiału, bardzo niejednorodnego. Wobec wzmagającej się fali poronień zbrodniczych, mówczynie zaleca zmianę czynnego postępowania na wyczekujące. Obserwacja kilkodniowa może wykazać, czy przypadek został zakażony i czy nie ma w najbliższym otoczeniu macicy jakich spraw zapalnych, które mogą w znacznym stopniu uleść pogorszeniu po wykonaniu niewinnego skądinąd zabiegu operacyjnego. Co do techniki opróżniania macicy mówczynie przemawia gorąco przeciwko ręcznemu usuwaniu jaja płodowego, wyrażając się dosadnie „trzeba tu raz nareszcie skończyć z palcem“. Ręczne wydobywanie jaja z macicy jest rękoczynem niechirurgicznym, w wysokim stopniu sprzecznym z zasadami aseptyki, gdyż operujący palec nie da się odpowiednio odkazić, a poza tem z konieczności włacza do macicy zawartość pochwy, czego bezwzględnie można uniknąć, operując łyżeczką pod kontrolą oka. Z dalszych zalet operowania łyżeczką mówczynie przytacza fakt, że łyżeczkę można wprowadzić do macicy przy drożności szyji dla rozszerzadła Nr. 8, przy której palec nie da się do jamy macicy wprowadzić, jeżeli leży w tyłozgięciu, co staje się rękoczynem nieodzownym do opróżnienia jej palcem, przy łyżeczkowaniu unika się maltretowania narządów małej miednicy, które przy operowaniu palcem są w wysokim stopniu narażone, wreszcie do wydobycia jaja palcem trzeba bardzo często uciekać się do narkozy, która jest zupełnie zbędna przy łyżeczkowaniu. Po usunięciu jaja płodowego, czy też jego resztek, mówczynie nigdy nie zakłada do macicy sączka i uważa takie sączkowanie za wysoce niebezpieczne. W sprawie wartości leczniczej Propidonu mówczynie zaznacza, że wtedy dopiero uwierzy w jego skuteczność, jeżeli zdoła on uleczyć choćby tylko jeden przypadek zakażenia z obecnością paciorkowców w krwi. W odpowiedzi Karnickiemu mówczynie zaznacza, iż nie może sobie wyobrazić, w jaki sposób można nauczyć położne bez badania wewnętrznego rodzących. Badanie to w szkołach położnych jest tem złem koniecznem, do zadań jednak, szkoły winno należeć pomimo wszystko tak wyszkolić swe uczennice żeby w praktyce pozazakładowej umiały obchodzić się bez badania we-

wnętrznego i uważały je za rękoczyn również niebezpieczny, jak każdy inny zabieg położniczy.

Prof. A. Rosner jest stanowczym przeciwnikiem posługiwania się palcem w poronieniach, gdy jaje płodowe, lub jego resztki trzeba wydobywać z jamy macicy, szczególnie w przypadkach przebiegających z gorączką. Pалеc przechodzi przez szyję maciczną kiedy ostatnia jest przepuszczalna dla Nr. 16 rozszerzacza Hegara, a rozszerzanie jej do tego numeru jest zabiegiem tak brutalnym i niebezpiecznym, że lepiej go zaniechać. W przypadkach, w których szyja jest drożna, lub w przypadkach w których jaje sterczy w ujściu zewnętrznym, będzie rzeczą zupełnie obojętną, czy wycięcie jego nastąpi ręcznie, czy instrumentalnie. Co do sączkowania macicy po jej opróżnieniu to mówca jest jego przeciwnikiem, ponieważ sączek wprowadzony do macicy raczej utrudnia, niż ułatwia odpływ z jej jamy. Wreszcie mówca zaznacza, że jest przeciwny używaniu kleszczyków Wintera do opróżniania macicy, gdyż jest to narzędzie, które łatwiej niż jakikolwiek inny instrument przebija ścianę macicy.

Dr. J. Zubrzycki zaznacza, że o ile zgadza się w zupełności ze sposobem opróżniania macicy przy poronieniu, podanym przez Rosnera, o tyle nie może się z nim zgodzić co do konserwatywnego leczenia poronień przebiegających z gorączką. Zdaniem mówcy nietylko badania kliniczne, ale i teoretyczne winny być brane w rachubę w rozstrzygnięciu tak ważnego praktycznie pytania, jak postępowanie przy poronieniu przebiegającym z gorączką. Zdaniem mówcy, który opiera się na badaniach Hellendala, wprawdzie nie we wszystkich przypadkach poronień przebiegających z gorączką należy postępować aktywnie, lecz, uwzględniając badania teoretyczne, trzeba będzie traktować czynnie pewien procent tych poronień, które w myśl dotychczas przyjętych zasad traktuje się konserwatywnie.

Dr. A. Sołowij zaznacza, że kleszczyki Wintera wbrew podniesionym przeciw nim zarzutom nie są narzędziem bardziej niebezpiecznym od łyżeczki i nadają się przede wszystkim do usuwania z macicy jaja, lub jego części już odklejonych. Kleszczyki te należy trzymać końcami palców, co pozwala na dokładną kontrolę czucia.

Prof. A. Czyżewicz stwierdza, że kleszczyki Wintera używa wyłącznie do usuwania z macicy części jaja już odklejonych, niemal sterczących w ujściu macicy. W odpowiedzi Rosnerowi zaznacza, że wprowadza do macicy po jej opróżnieniu seton głównie w tym celu ażeby przez jego obecność w macicy wywołać intensywniejsze jej skurcze.

Dr. Bajofiski jest zdania, że zagadnienie postępowania leczniczego przy zakażeniach połogowych pozostanie tak długo nierozstrzygnięte

dopóki bakterjologia nie nauczy nas odróżniać biologicznych własności pewnych drobnoustrojów. Sposób postępowania oparty na statystyce i doświadczeniu musi wykazywać braki, dlatego też widzimy zawziętych zwolenników tak radykalnego, jak i zachowawczego i wy-czekującego postępowania. Mówca zaznacza, że Klinika Poznańska indywidualizuje od przypadku do przypadku.

Dr. B. Grzankowski zaznacza, że w przypadkach poronienia nigdy przed wyjęciem jaja płodowego lub jego części nie wykonywał rozszerzania, bowiem operował zawsze przy szyji drożnej dla palca. Z tego też tytułu nigdy nie widział potrzeby uciekania się do nar-kozy. Mówca stoi na tem stanowisku, że jeżeli położnik w przypadkach pewnych jest zmuszony wchodzić ręką całą do macicy w celu wydobycia z niej łożyska, to tem bardziej jest on uprawniony do wejścia do macicy jednym palcem w celu wydobycia z niej jaja. Obawa zakażenia przy takim postępowaniu w poronieniu jest znacznie mniejsza, niż przy wydobywaniu łożyska po porodzie, szczególnie przy użyciu rękawiczek gumowych. Ręczne wyjmowanie jaja zdaniem mówcy usuwa potrzebę używania kleszczyków Wintera, które są tak niebezpieczne, że wielu klinicystów zarzuca ich użycie. Wreszcie mówca zaznacza, że zarówno dla ręcznego wydobywania jaja, jak i dla wyskrobywania macicy po poronieniu istnieją odrębne wskazania, wskutek czego obie te metody nie wykluczają się wzajemnie, a uzupełniają się.

Dr. T. Wiczyński podnosi, że kleszczyki Wintera są narzędziem, które w znacznym stopniu pogarsza niebezpieczeństwo chorej już po dokonaniu przebicia ściany macicy innym narzędziem, lecz same nie stanowią, chyba wyjątkowo tylko, pierwotnej przyczyny przebicia. Najczęściej przyczyną przebicia jest nieodpowiednie użycie rozszerzaczy Hegara, a przedewszystkiem niepotrzebne wprowadzanie ich do aż do dna macicy. Poza tem przebicie macicy jest najczęściej wynikiem zaniedbania dalszych kardynalnych przepisów wykonywania tak elementarnego zabiegu jakim jest skrobanie macicy, jak zaniedbanie ponownego zbadania położenia macicy bezpośrednio przed wykonaniem zabiegu, zbyt forsowne rozszerzanie i t. d.

Dr. J. Niewola zaznacza, że mówiąc o czynnem postępowaniu w poronieniach przebiegających z gorączką należy zastrzedz się co do dwóch kwestji, a mianowicie, co do ogólnego stanu pacjentki i techniki, gdyż moment wkroczenia i sposób opróżnienia macicy są decydujące. Wyniki postępowania w poronieniu przebiegającym z gorączką w Krakowskiej Szkole Położnych są zgodne z wynikami Kliniki Warszawskiej. Ogólna śmiertelność przy postępowaniu czynnem wynosi 0,60%; powikłania są bardo nieliczne,

POSIEDZENIE IV.

Wtorek d. 14.VII. godz. 15.

Przewodniczący Prof. A. Rosner i Doc. J. Zubrzycki.

Sekretarz H. Gromadzki.

1. **Wł. Jakowicki.** (W-wa). — Sprawozdanie z wyników leczenia radem raka macicy i pochwy.

Referent omawia bezpośrednie wyniki po zastosowaniu radu w przypadkach raka narządów rodnych u kobiet, nie nadających się do leczenia operacyjnego. Rad stosował w oddziale ginekologicznym szpitala Kasy Chorych w Warszawie od 14-u miesięcy. Ogólna liczba przypadków leczonych wynosi 46. W tem:

1 przypadek metropathiae haemorrhagicae u młodej kobiety,

3 przypadki, w których po doszczętnej operacji metodą Wertheima zastosowano rad wśródbrzusnie (2 razy w worku Mikulicza i jeden raz w setonie wprowadzonym przez pochwę).

4 przypadki nawrotów po zabiegach doszczętnych,

1 przypadek wczesnego raka wargi mniejszej,

4 przypadki raka sromu, lub pochwy, w okresie nie nadającym się do zabiegu operacyjnego (1 raz stosowano rad drogą paravaginalną),

1 przypadek wczesnego raka szyji macicznej u osoby 74-o letniej, bardzo otyłej,

32 przypadki raka części pochwowej macicy i szyji w okresie nie nadającym się do operacji radykalnej.

Obok zmian w przymaciczach stwierdzono: wybitne charłactwo w 10 przypadkach, zaznaczone charłactwo w 19 przypadkach, nie stwierdzono charłactwa — w 3 przypadkach.

Dawka stosowana wahała się od 13 m. D. do 55 m. D. W najważniejszej liczbie przypadków wynosiła 26 — 36 m. D.

Zakładano rad przy użyciu aplikatorów po 25 mg radu w 1 mm. platyny plus 1 mm brązu i 1 mm. gumy, przy stosowaniu do szyi macicy, z dodaniem płaszcza z drzewa grubości 1 cm. w zastosowaniu do pochwy. W kilku przypadkach obok tego stosowano igły radowe.

Czas aplikacji wahał się od 48 godzin do 7-u dni. Kilkakrotną aplikację stosowano w początkach kilka razy.

Z 10 przypadków o wybitnie zaznaczonym charłactwie bezpośrednio po zastosowaniu radu (w 3 tygodnie) zmarła 1, w ciągu 4—6 miesięcy — 3. Znajdują się w stanie beznadziejnym (4—5 miesięcy po aplikacji) — 2. Żyją 3 (7,8 11 mies.). Obserwacja zbyt krótka 1.

Z 22 przypadków z charłactwem niezbyt rozwiniętym zmarła 1, stan pogorszył się w 3 przypadkach, stan nie uległ poprawie w 7 przypadkach.

Czasowy wynik dobry w 6-iu przypadkach (11 m., 8 m., 7 i 5 m.) w tem jedna następowo operowana zmarła. Wynik b. dobry —1. (obserwacja 7 m.) Obserwacja zbyt krótka w 4 przypadkach.

O ile krótki okres obserwacji uprawnia do wyciągania wniosków, to referent stwierdza co następuje:

1. Przypadki z wybitnie zaznaczonem charłactwem nie powinny być leczone radem.
2. Stosowanie kilkakrotne radu na ogół jest mniej korzystne, niż jednorazowe większe dawki i może być stosowane tylko w dłuższych odstępach czasu.
3. Ważnym czynnikiem w leczeniu radem jest zabezpieczenie chorym odpowiedniego obfitego pożywienia i korzystnych warunków higienicznych.

## 2. **J. Szymanowicz.** (Kraków). — O radiopunkcji.

Trudności jakie się napotyka przy zastosowaniu energii radowej na nowotwór usadowiony głęboko w organizmie, zmusza częstokroć do szukania sposobów indywidualnych, odbiegających od codziennego szablonu, nawet ginekologów, którzy w przeważnej liczbie przypadków mają bardzo dogodny dostęp do nowotworu. Do takich sposobów referent zalicza wbijanie igieł radowych wprost do nowotworu, t. zw. radiopunkturę.

Na podstawie 4 przypadków leczonych tym sposobem w Klinice Krakowskiej, z których 3 były nawrotem w powłokach brzusznych i pęcherzu oraz przymaciczach po zabiegu radykalnym Wertheima, a jeden jako taki, rozpoznawany był tylko zgrubieniem łącznotkankowem około nerwów i naczyń miednicy małej z dolegliwymi nerwobólami, referent przychodzi do przekonania, że rad jest znakomitym paljatywem, oczyszczającym rozpadający się nowotwór i pobudzającym do bujania zdrową ziarninę na powierzchni nowotworu i że jest również środkiem zmniejszającym bóle — choćby na pewien czas. jeżeli został zastosowany na miejsce rozrastającego się nowotworu, lub też tkanek bliznowatą ugniatającą nerwy i wywołującą nerwobóle. Guzy rakowe w pęcherzu zmniejszają się, a nawet znikają pod jego wpływem, referent jednak podkreśla, że dawkowanie winno być bardzo oględne — raczej małe dawki, stosowane przez dłuższy czas.

## 3. **J. Szymanowicz.** (Kraków). — Obrazy cystoskopowe po aplikacji radu.

Referent badał w Klinice Krakowskiej wszystkie pęcherze moczowe kobiet chorych na raka szyji macicznej przed zastosowaniem radu oraz po jego aplikacji w różnych okresach czasu (od 24 godzin po wyjęciu aplikatora do roku). Referent wskazuje na różne obrazy cystoskopowe spotykane przy tem cierpieniu od banalnego obrzęku



blony śluzowej o różnym nasileniu i wyglądzie i sfałdowania poprzecznego błony śluzowej pęcherza do obrzęku groniastego i owrzodzeń nowotworowych na błonie śluzowej pęcherza włącznie. Na podstawie swych spostrzeżeń zgodnych z obserwacją Gouverneure'a i Faure'a, referent przychodzi do przekonania, że zmiany w pęcherzu spotykane po aplikacji radu nie są zależne bezpośrednio od jego energii, lecz od tego, czy nowotwór posunął się w miejscu macierzystem naprzód, czy pozostał niezmienny, czy też uległ wpływowi promieni i zmniejszył się. Zdaniem referenta przy zmianach pęcherza, nawet dość daleko posuniętych, raka szyjki macicznej można spokojnie leczyć miejscowo radem, o ile nowotwór nie draży jeszcze do wnętrza pęcherza.

4. **J. Szymanowicz.** (Kraków).—Rozgraniczenie wskazań pomiędzy leczeniem operacyjnym, a leczeniem energią promienną w raku szyjki macicznej.

Referent zaznacza, że od czasu udostępnienia stosowania radu dla leczenia raka, kierunek leczenia raka szyi macicznej Kliniki Krakowskiej uległ pewnej zmianie. Podczas gdy dawniej operowano możliwie doszczętnie i nie cofano się przed przypadkami, w których dla zupełnego usunięcia nowotworu wycinano część pęcherza, moczowodów i t. d., a tylko przypadki, nie dające żadnych widoków wyleczenia na drodze operacyjnej, leczono objawowo, to z chwilą, gdy dzięki prywatnemu przedsiębiorstwu stosowanie radu stało się możliwym, jest on stosowany nie tylko w przypadkach skazanych przedtem na leczenie paljatywne, lecz także u chorych z bardzo obfitą podściółką tłuszczową w powłokach i w jamie brzusznej, z daleko posuniętą miażdżycą naczyń, z wadami serca, dalej u bardzo wyniszczonych i obarczonych schorzeniami innych narządów, słowem u tych, którymby długi zabieg operacyjny w narkozie mógł tylko zaszkodzić.

Uznając wyżej wymienione zmiany jako przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego, spotkano się w obserwacji przypadków operowanych i z innymi czynnikami, nie mieszczącymi się w ramach tamtych, a odgrywającymi również złą a może jeszcze gorszą rolę w prognozie pooperacyjnej, niż niejednen z tamtych czynników. Sprawą tą jest kiła. Obecność jej u osobników operowanych pogarszała statystykę pooperacyjną bardzo znacznie; już podczas operacji napotymano u tych chorych na nieprzewyciężone wprost przeszkody w zupełnem zatamowaniu krwotoku, zwłaszcza mięsżowego. Miało się wrażenie, że naczynia włoskowate nie mają zdolności zamykania się, że krew nie krzepnie. Przyczyna śmierci u tych chorych była dwojaka: U jednych serce wypowiadało posłuszeństwa już w kilka godzin po zabiegu, drugie umierały wśród objawów powolnego skrwawienia się. Na

sekcji spotykano wybitne zmiany w naczyniach krwionośnych (endarteriitis) i zwyrodnienie mięśnia sercowego.

Wobec bardzo złych wyników leczenia operacyjnego u chorych kiłowych referent jest zdania, że chore te nie nadają się do leczenia operacyjnego radykalnego. Kiedy zaś leczenie radem, jak obecnie już stwierdzono, nie daje gorszych wyników od leczenia operacyjnego, referent radzi wszystkie chore z objawami lu-tycznymi poddawać leczeniu energją promienną.

5. **H. Sawicka.** (Lwów).—O zmianach w krwi pod wpływem naświetlań energją promienną w przypadkach raka macicy i spraw zapalnych.

Na podstawie badań własnych i K. Wiślańskiego przeprowadzonych w Klinice Lwowskiej referentka dochodzi do wniosku, że w przypadkach stosowania energii promiennej badanie krwi może mieć jedynie znaczenie środka pomocniczego, którego omijać nie należy, mimo, iż krew po naświetlaniach nie wykazuje tak wybitnych zmian, aby z nich można było wnioskować o rokowaniu.

#### D y s k u s j a:

Dr. K. Bocheński komunikuje o wynikach, jakie uzyskał w przypadkach raka szyi macicznej w 104 przypadkach. Najdłuższy czas kontroli leczonych przypadków wynosi niemal 4 lata. W przypadkach nadających się do operacji bezpośredni wynik był dobry w 90% przypadków. W przypadkach nie nadających się do operacji i w przypadkach zaniedbanych, a tych było najwięcej, bezpośredni wynik był dobry w 88% przypadków. Wyleczenie mówca spostrzegł w ostatniej grupie w 10%. Wyłączenie to należy oczywiście uważać za wyleczenie względne, a nie czasowe, gdyż czas obserwacji jest zbyt krótki, żeby można było mówić o wylczeniu trwałem. W wielu przypadkach zjawily się nawroty. Brak wiadomości o 40% chorych sprawia, że zestawienie tych przypadków i wyniki uzyskane są względne. Nie ulega wątpliwości, że wiele z pośród tych chorych, które nie odpowiedziały na kwestjonariusz, lub nie zgłosiły się do kontroli zmarły, a u wielu z nich przyszło do nawrotu. Jednak okoliczność, że wynik bezpośredni w przeważnej liczbie przypadków był dobry, jest zdaniem mówcy bardzo ważna i nie należy nad nią przechodzić do porząku dziennego. Z pośród tych chorych, u których bezpośredni wynik był dobry, a które w przeszłości zmarły, można było stwierdzić, że 2 z nich zmarły po 25 latach, 1 — po 2 latach, 4 — po 1,5 roku, 4 — do 0,5 roku, a 6 — nie wiadomo kiedy.

Ta okoliczność oraz poprzednio wspomniane wyniki bezpośrednie uprawniają mówcę do wyrażenia przekonania, iż przypadki zaniedbane należy bezwzględnie naświetlać. Zaś przypadki nadające się do ope-

racji — operować. U 26-iu chorych oprócz promieni Röntgena stosował mówca naświetlanie radem. Kombinację tę mówca stosuje dopiero od 6 iu miesięcy, co jest zbyt krótkim czasem, żeby można było wyciągać wnioski. Dzisiaj jednak może już podnieść, że w przypadkach w ten sposób leczonych, o ile zmiany miejscowe ustępowały, to ustępowały znacznie szybciej, aniżeli w przypadkach naświetlanych samymi tylko promieniami Röntgena. Uderzającym było zwłaszcza szybkie znikanie cuchnących odchodów.

Dr. J. Szymałowicz skłania się na podstawie obserwacji Kliniki Krakowskiej do zapatrywań Jakowickiego, że należy zmienić metodę stosowania energii promiennej (radu), gdyż wyniki dotychczasowe po stosowaniu metody frakcyjnej nie są zachęcające. Być może że stosowanie mniejszej ilości radu przez czas dłuższy bez przerwy da wyniki lepsze, za czem przemawiają wyniki osiągnięte w tych przypadkach, w których zakładano rad raz jeden tylko. Hygiena po założeniu radu nie jest rzeczą obojętną. Chore takie winny być stale w obserwacji lekarskiej. Nekrotyczne części nowotworu winny być usuwane, chorem takim należy zagwarantować najlepsze warunki egzystencji. W przypadkach rozpaczliwych mówca radzi stosować rad jako paljatyw.

Dr. J. Zubrzycki zdaje sprawę z wyników leczenia radem w swym oddziale szpitalnym. W roku 1924 stosował rad metodą frakcyjną w 34 przypadkach, a mianowicie: 23 razy przy raku szyji macicznej, 8 razy przy nawrotach po operacji, 1 raz przy raku pochwy i 2 razy przy raku sromu. Z raków szyji 17 było takich, które nie nadawały się do leczenia operacyjnego. We wszystkich tych przypadkach mówca stwierdził szybkie znikanie owrzodzeń, względnie bujań nowotworowych na miejscu aplikacji z wyraźnem jednocześnie wzmożonem bujaniem guza na obwodzie. W żadnym przypadku nie stwierdził wyleczenia, a wszystkie chore do dnia dzisiejszego już poumierły. Z pośród leczonych radem było 6 takich przypadków, które nadawały się do operacji. U 2 z nich nie wykonano operacji z powodu ciężkich wad serca, obie zmarły na raka. U 3 stosowano rad celem zmniejszenia dużych rozpadających się guzów kalafiorowatych, w nadziei polepszenia następcej operacji. Mówca wykonał następnie u tych chorych operację rozszerzoną podług Wertheima, podczas której stwierdził przerzuty nowotworowe w obustronnych gruczołach. W wyciętej macicy stwierdził histologicznie typowe utkanie nowotworowe, pomimo, że guz kalafiorowaty zniknął zupełnie. Chore te dotychczas żyją. Jedna chora uciekła, nie godząc się na operację po jednorazowym założeniu radu. Badanie jej po upływie 6 miesięcy od aplikacji radu wykazało stan przeraźliwy: obok nowotworu przetoki kałowe w pochwie. Leczenie nawrotów w 1-czbie 8-iu przypadków pozostało bez żadnego wyniku.

W przypadku, w którym mówca stosował rad z powodu raka pochwy nadającego się do leczenia operacyjnego, chora zmarła w tydzień po trzecim założeniu radu wskutek rozległego ropienia w okołopochwowej tkance łącznej.

W jednym przypadku raka sromu po zastosowaniu radiopunktury wynik pierwotny osiągnięto nadzwyczajny. Nowotwór zniknął zupełnie. Chora nie zgodziła się na usunięcie gruczołów. Po upływie 2 miesięcy powróciła do szpitala w stanie nie nadającym się już ani do zabiegu operacyjnego, ani do leczenia radem. W drugim przypadku raka sromu nie nadającym się do leczenia operacyjnego zastosowano rad przez radiopunkturę i przez założenie go do pochwy. Chora zmarła po powtórnej aplikacji wskutek rozległego ropienia w tkance łącznej.

W przypadkach, w których nacieczenie nowotworowe było rozległe mówca stosował radjopunkturę drogą laparotomji u 4-ch chorych. Wynik był ujemny przy dwóch zejściach śmiertelnych spowodowanych ciężkim zabiegiem operacyjnym.

Opierając się na swych dotychczasowych wynikach, mówca dochodzi do wniosku, że rad stosowany w sposób wyżej wskazany nie daje wyników należytych i, że wskutek tego należy bezwzględnie operować wszystkie przypadki nadające się do zabiegu operacyjnego, przy czem należy przesunąć jak najdalej granice przypadków nadających się do operacji. W przypadkach natomiast nie nadających się do operacji należy stosować rad jako paljatyw, lecz bardzo ostrożnie. Radem pozatem można posługiwać się tam, gdzie chodzi o poprawienie rokowania operacji przez zmniejszenie pierwotnego guza rakowego. Nie należy jednak zapominać o tem, że pod wpływem promieni radu i Röntgena, co mówca sam stwierdził, powstają rozległe zmiany w tkance łącznej, utrudniające w znacznym stopniu samą operację. Mówca zwraca uwagę na to, że nadzwyczaj ciekawy był obraz sekcyjny u chorych zmarłych po stosowaniu radu, wskutek rozległych ropień w tkance łącznej. Mówca nie zgadza się z Szymanowiczem, że cystoskopia jest w stanie określić, czy dany przypadek nadaje się do zabiegu operacyjnego, czy też nie. Cystoskopia może nam tylko wskazać przed przystąpieniem do operacji, że trudności podczas wykonywania zabiegu będą większe z powodu konieczności resekcji pęcherza, lub moczowodów objętych naciekiem nowotworowym. Mówca zaznacza, że niezmiernie ciekawe badania Bocheńskiego są dopiero w okresie początkowym i bynajmniej nie upoważniają do zaniechania drogi operacyjnej w leczeniu raka macicy i jej szyji. Co się tyczy granicy pomiędzy przypadkami nadającymi się i nie nadającymi się do operacji, to będzie ona zawsze indywidualna dla każdego operatora w zależności od jego sprawności technicznej.

Prof. A. Czyżewicz zaznacza, że wobec nowych wyników stosowania energii promiennej należy bezwzględnie zmodyfikować postępowanie operacyjne przy raku szyi macicznej. Ze względu na powagę i ciężkość operacji Wertheima i na stosunkowo nikłe jej wyniki Klinika Warszawska od półtora roku cofnęła się do lepszej stosunkowo operacji Freunda, lub do wycinania macicy przez pochwę i stosuje następnie naświetlania promieniami Röntgena. Mówca jest zdania, że dzisiaj już nie należy nigdy zaniedbywać następowych naświetlań promieniami Röntgena, którymi można niszczyć ogniska nawet daleko od pierwotnego guza położone. Zdaniem mówcy operacja i rad pozostaną dla terapii miejscowej, wstępnej, przed naświetlaniem promieniami Röntgena. Rozgraniczenie pomiędzy wskazaniem do operacji i radu nie da się jeszcze zdaniem mówcy ustalić.

Dr. Bajorński podaje, że Klinika Poznańska zajmuje w sprawie leczenia raka stanowisko podobne do stanowiska Kliniki Krakowskiej i Lwowskiej: przypadki nadające się do leczenia operacyjnego są operowane, a przypadki zaniedbane poddawane są naświetlaniu. Ponieważ doświadczenia Kliniki Poznańskiej ze względu na krótki okres czasu są małe, nie można z nich wyciągać żadnych wniosków.

Dr. Wł. Jakowicki sądzi, że niekorzystne wyniki dotychczasowe leczenia radem na klinikach polskich nie uprawniają do ujemnej oceny wartości leczniczej radu. Należy przede wszystkim przeprowadzić gruntowną rewizję metody stosowania radu. Mówca potwierdza spostrzeżenia co do trudności technicznych podczas operacji usunięcia macicy po uprzednim naświetlaniu radem. Endotumoralne stosowanie radu zdaniem mówcy jako ekonomiczniejsze daje często dobry wynik miejscowy. Zejście śmiertelne bezpośrednio po radzie mówca spostrzegał raz jeden (po 3 tygodn.), zresztą poważniejszych powikłań nie widział. Wobec stanów gorączkowych po naświetlaniach — stosuje mleko.

Dr. A. Słowicki zaznacza, że nie posiadając możliwości stosowania aktinoterapii z powodu braku odpowiednich urządzeń i radu, operuje dość dużo przypadków raka szyi macicy, nie idzie jednak tak daleko jak przedmówcy, ażeby operować takie przypadki, w których sprawa nowotworowa już przeszła na pęcherz, lub na przymacicza, gdyż wyniki bezpośrednie w tych razach są niekorzystne. Klasyczną operację Wertheima mówca już zarzucił, kontentuje się wycięciem macicy bez wypreparowywania przymacicz i stara się poddawać operowane chore następczym naświetlaniom dla zabezpieczenia ich przed nawrotami.

Dr. J. Zubrzycki zwraca uwagę na to, że istotą zabiegu rozszerzonego Wertheima jest nie tylko usunięcie gruczołów, lecz głównie tkanki łącznej okołomaciczej i górnej części pochwy. Powrót do operacji

Freunda nie może uznać za postęp w leczeniu raka. Przy takim stanowisku operatorów odsetek przypadków raka nadających się do operacji musi siłą faktu zmaleć. Mówca jest zdania, że w przypadkach, w których naciek nowotworowy sięga do przymacicz wykonanie operacji Freunda bez uszkodzenia aparatu moczowego jest nie do pomyślenia. Operując ciężkie przypadki mówca miał w roku 1925 25% śmiertelności pierwotnej, która w roku bieżącym zmalała do 6%, prawdopodobnie dzięki udoskonaleniu techniki osobistej.

Dr. K. Bocheński potwierdza, że w przypadkach operowanych po uprzednim naświetlaniu spotykał się ze znacznym zbliźnowacaniem tkanek, natomiast z uderzająco skąpem krwawieniem. Przypomina rozwój techniki operacji raka szyi macicznej od wystąpień Wertheima do dnia dzisiejszego, kiedy to Halban zarzucił operację rozszerzoną i operuje dzisiaj tylko od strony pochwy. Mówca jest zdania, że jeżeli się stanie na stanowisku, że przypadki nadające się do operacji winny być operowane, to nie powinno być żadnej kolizji pomiędzy leczeniem operacyjnym i leczeniem energią promienną. Do statystyki nie można przywiązywać wielkiej wagi, nieodzowną jednak jest rzeczą gromadzenie spostrzeganych przypadków, bo tylko w ten sposób można zdobyć pewne wytyczne, niezbędne przy leczeniu.

Dr. Kosiński zaznacza, że nie zauważył znikania bólów po zastosowaniu radu. Co się tyczy stosowania radu w celu udostępnienia przypadku nie nadającego się do operacji dla wykonania zabiegu, to pomimo, że rad powoduje znaczne zbliźnowacenia w obrębie tkanki łącznej, uważa, że należy stosować naświetlania zapobiegawcze, ponieważ trudności techniczne, jakie po naświetlaniu powstają, dają się zawsze pokonać. Drogę pochwową usuwania macicy z rakiem szyi mówca radzi omijać z obawy zaszczepienia komórek rakowych na pole operacyjne.

Prof. A. Rosner przyznaje, że sprawa wyboru metody leczniczej przy raku jest szczególnie trudna i pełna odpowiedzialności. W Klinice Krakowskiej kwestja ta jest kwestją pierwszorzędną wagi. Mówca wskazuje na to, że jak dotąd liczba radykalnych wyleczeń raka szyi macicznej po stosowaniu energii promiennej i leczeniu operacyjnym jest mniej więcej jednakowa, nawet w tych klinikach zagranicznych, w których metoda leczenia energią promienną jest wysoko wykształcona. Nie wynika z tego, żeby jeden z tych dwóch sposobów miał być zarzucony na korzyść drugiego, przeciwnie rodzi się kwestja, które chore nadają się do jednego lub drugiego leczenia? Podział na grupy według rozległości raka małe tu oddaje usługi, gdyż pomijając przypadki, w których wogóle operować nie można, a które dzięki temu są domeną leczenia energią promienną, w innych grupach chodzi

raczej o to, jaki jest stan chorej, a nie o to, jak daleko jest już pounięty rak. Bardzo mały rak u chorej otyłej, bardzo starej z rozedmą płuc lub sklerozą naczyń nie nadaje się do operacji, podczas gdy inny, znacznie większy, może być operowany z dobrym wynikiem. Kiła, zdaniem mówcy należy do tych cierpień, które, jak to zaznaczył Szymanowicz, znacznie pogarszają prognozę. Co do techniki operacji, to zdaniem mówcy winna ona być jak najradykałniejsza, a więc Wertheimowska, z usuwaniem tkanki łącznej miednicy i górnej części pochwy.

Dr. A. Karnicki jest zwolennikiem metody operacyjnej z konieczności, ponieważ Wilno nie posiada ani radu, ani współczesnych urządzeń do głębokiej terapii. Operuje per laparotomiam, gdyż tylko na tej drodze można liczyć na usunięcie przymacicz i dużego odcinka pochwy.

Dr. J. Szymanowicz powołuje się na odpowiedź Rosnera, nie chcąc powtarzać drugi raz tego samego. Jest zwolennikiem wyboru przypadków i rozgraniczania ich na nadające się do leczenia energją promienną i takie, które winny być operowane. Nie należy zdaniem mówcy lekceważyć energii promienistej w leczeniu raka szyji macicznej, bo wyniki jej stosowania nie są gorsze od wyników po doszczętniej operacji podług Wertheima.

Dr. J. Zubrzycki uważa, że metody leczenia energją promienistą stosowane u nas w Polsce są narazie nie wystarczające i nie dają wyników, które mogłyby rywalizować z wynikami rozszerzonych metod operacyjnych. Pomimo to jednak zaznacza, że pierwszy złożył nóż, o ile metodyka leczenia energją promienną u nas w Polsce stanie na wysokości zadania i da lepsze, lub takie same wyniki, jak metoda operacyjna.

Dr. Wł. Jakowicki jest zdania, że w ocenie przypadków decydują nie tylko miejscowe zmiany w przymaciczach; należy zawsze brać pod uwagę stan ogólny chorej, a przede wszystkim zwracać baczną uwagę na stopień wyrażonego u niej charłactwa. Powtarza, że w przypadkach w których charłactwo jest wybitne, stosowanie radu jest przeciwwskazane, gdyż może tylko chorej zaszkodzić i przyspieszyć zejście śmiertelne.

6. **A. Polek.** (Kraków). — Porównawcze badania z nowszymi odczynami serologicznymi przy ciąży i raku.

Referent podaje następujące wyjaśnienie powodu dla którego surowice kobiet ciężarnych i chorych na raka nie różnią się między sobą pod względem własności antytyflicznych, hemolitycznych, uczyniających działanie hemolityczne jadu kobry i wreszcie własności zmieniających napięcie powierzchniowe. Według Zubrzyckiego należy

przypuścić, że zjawisko to polega na zachwianiu równowagi w rozpadzie organicznego budulca występującego pod wpływem zmienionych warunków anatomicznych i fizjologicznych zarówno w ustroju kobiet ciężarnych, rodzących i położnic, jak też u chorych na raka. Rozumowanie to opiera Zubrzycki na tem, że we wszystkich tych stanach, w których udało się pozytywnie stwierdzić zachwianie równowagi w rozpadzie organicznego budulca odpowiednie odczyny serologiczne wypadają dodatnio. Referent poddał badaniom 3 rodzaje odczynów: żelatynowy Rogera Fischera zmodyfikowany przez Smolińskiego, odczyn taurocholowy Lundwalla oraz powszechnie znany obecnie odczyn Botelho. Badania swe przeprowadził z 51 surowicami ciężarnych, chorych na raka, zdrowych, wzgl. dotkniętych innymi cierpieniami.

Odczyn dodatni przy ciąży otrzymał referent z odczynem żelatynowym w 78%, przypadków,—taurocholowym w 65% i—Botelho w 73%, stwierdził przy tem, że odczyn ostatni poza rakiem występuje i przy innych schorzeniach, szczególnie przy rozległych ropieniach, sprawach zapalnych przydatków i t. p. a czasami u osób zupełnie zdrowych.

Wnioski jakie dadzą się wyciągnąć z powyższych dociekań są następujące:

Żaden z wyżej wymienionych odczynów nie nadaje się do zastosowania praktycznego w kierunku rozpoznawania ciąży i raka, ponieważ występują one w pewnym procencie u osób zdrowych lub chorych na inne choroby, jak i również nie występują w pewnym procencie u osób ciężarnych i chorych na raka.

Odczyny te posiadają natomiast doniosłe znaczenie teoretyczne, potwierdzają bowiem przypuszczenie, że tak przy ciąży, jak i przy raku pewne procesy biologiczne w ustroju są wspólne.

**7. K. Bocheński.** (Lwów). — Naświetlanie promieniami Röntgena w sprawach zapalnych miednicy małej.

Referent podaje, że przy ostrych sprawach zapalnych tak przydatków, jak i tkanki łącznej wyniki po naświetlaniu małemi dawkami były naogół bardzo dobre i to nieraz doraźnie. W przypadkach przewlekłych wyniki były słabsze. Atoli w tych przypadkach korzyść naświetlania była widoczna i zaznaczała się zmniejszeniem się nacieku, a nieraz przyspieszeniem ropienia, wskutek którego można było przez nacięcie ropę wypuścić i wydatnie skrócić czas trwania leczenia.

#### D y s k u s j a:

Dr. B a j o ń s k i jest zdania, że naświetlanie promieniami Röntgena zapaleń przymacicza i przydatków należy stosować z dużą rezerwą ze względu na możliwość wytrzebienia. Poddaje w wątpliwość dobre wyniki przy stosowaniu małych dawek, a dużych boi się ze względu ich działania na jajniki. Mówca zwraca uwagę na to, że czasami po



naświetlaniu spraw zapalnych ujawniają się w wydzielinach dwoinki Neissera, których przed tem nie można było wykryć.

Dr. Me t e r a podnosi dodatni wpływ promieni Röntgena na leczenie zapaleń powstałych na tle rzerzączkowem; po pierwszych naświetlaniach wydzielina znacznie się wzmacza, a dwoinki Neissera występują w niej bardzo obficie, ale już po kilku naświetlaniach wydzielina się zmniejsza i następuje wyzdrowienie. Nawet w tych przypadkach, w których leczenie zwykłe nie prowadziło do celu, widział pomyślne wyniki. Mówca zachęca gorąco do dalszych prób w tym kierunku.

9. **A. Sołowij.** (Lwów). — O rozszerzeniu wskazań do cięcia cesarskiego.

Wychodząc z założenia, że cięcie cesarskie brzuszne dzięki asep-tyce i wyrobionej technice daje od 1 do 2% na wyżej śmiertelności matek i 0% śmiertelności dzieci, referent jest zwolennikiem rozszerzenia wskazań do powyższej operacji. Mówca wskazuje na krzywe wagi noworodków po porodach samoistnych, operacyjnych i takich, które zostały urodzone przez cięcie cesarskie i stwierdza, że ostatnie przedstawiają się najkorzystniej, bowiem brak w nich tego spadku wagi, który występuje w pierwszych dniach po porodzie u dzieci urodzonych per vias naturales nawet bardzo szybko i bez żadnych powikłań. Spostrzeżenie to jest zdaniem mówcy bardzo ważne, bowiem na jego tle zarysowuje się bardzo niekorzystnie każde inne postępowanie operacyjne przy miednicy ścieśnionej w przeciwstawieniu do cięcia cesarskiego. Mówca wskazuje na zestawienia Escha, oparte na przebiegu przeszło 3000 porodów, z którego wynika, że przy sprzężnej prawdziwej, wynoszącej 8 cm. tylko 70% porodów przebiega szczęśliwie dla płodu, zatem 30% płodów pada ofiarą porodu wyczekującego. Przez rozszerzenie wskazań do cięcia cesarskiego płody te można będzie uratować, nie narazając zupełnie na szwank matek. Rzeczą doświadczonego położnika winno być rozważenie, czy w danym przypadku poród per vias naturales samoistny czy też operacyjny będzie wskazany i jaka może być jego prognoza zarówno dla matki, jak i dla dziecka i w razach wątpliwych skierowanie sprawy na drogę cięcia cesarskiego, w interesie zarówno matki jak i płodu. Wynika z tego że należy dążyć do tego, żony po odby odbywały się, a szczególnie w przypadkach miednicy ścieśnionej, pod ścisłą obserwacją lekarza o ile możliwości w zakładach położniczych lub sanatorjach. Mówca wspomina następnie o dobrych wynikach cięcia cesarskiego przy łożysku przodującym, szczególnie szyjowem, przy przedwczesnem odklejeniu się łożyska normalnie usadowionego, wreszcie przy rzucawce porodowej i zaznacza, że zarówno w tych przypadkach, jak i przy miednicy ścieśnionej należy indywidualizować i nie postępować sza-

blonowo. Nie należy jednak zapominać o tem, że rozszerzenie wskazań do cięcia cesarskiego będzie mogło być zrealizowane w szerszym zakresie dopiero wtedy, kiedy w Polsce powstanie cały szereg nowych wzorowo urządzonych zakładów położniczych. Zdaniem mówcy przedewszystkiem o to należy zabiegać.

Dyskusję nad referatem odłożono do dnia następnego po następnym dwóch referatach na ten sam temat.

## POSIEDZENIE V.

Środa dnia 15. VII. godz. 9.

Przewodniczący: Prof. A. Rosner i Doc. J. Szymanowicz.

Sekretarz: H. Gromadzki.

Referaty luźne:

1. **K. Bocheński.** (Lwów). — O rozszerzeniu wskazań do cięcia cesarskiego.

Na podstawie statystyki Kliniki Lwowskiej referent twierdzi, że w wielu przypadkach, w których urodziły się dzieci nieżywe, czy to po porodach operacyjnych, czy też po samoistnych, można było osiągnąć dzieci żywe przez wykonanie u matek cięcia cesarskiego. Nie wykonano w tych przypadkach cięcia cesarskiego tylko dlatego, że rodzące te zgłosiły się do kliniki za późno, często już w stanie zakażenia, czasami nawet już po obumarciu płodu. Referent podnosi, że w podobnych przypadkach jedynie cięcie cesarskie pozwoli na uzyskanie lepszych wyników co do zmniejszenia śmiertelności dzieci, a nieraz i matek. Rozszerzenie wskazań do cięcia cesarskiego referent uważa za zupełnie usprawiedliwione, pod warunkiem, że odpowiednie przypadki zgłoszą się do zakładu w stanie czystym. Stąd apel do lekarzy i do położnych, aby przypadki mogące wchodzić w rachubę wcześniej do zakładów przesyłali i nie badali wewnątrznie przez pochwę. Badanie per rectum winno w tych razach znaleźć zastosowanie, o ile badanie wewnętrzne wogóle okaże się niezbędnem.

2. **H. Gromadzki.** (W-wa). — W sprawie rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego.

Referent stoi na gruncie, że cięcie cesarskie przy dzisiejszej aseptyce i technice operacyjnej jest zabiegiem łatwym, rokującym jak najlepsze wyniki zarówno dla matki jak i dla płodu i może być uważane za jeden z łagodniejszych sposobów rozwiązania, jeżeli jest wykonane w odpowiedniej chwili. Z powyższych względów referent jest zdania, że nie należy precyzować wskazań do wykonania cięcia cesarskiego, a ująć je w formułę krótką, łatwą do zapamiętania i dającą możliwość lekarzowi praktykowi indywidualizowania w każdym poszcze-

gólnym przypadku, w którym według dzisiejszego stanu wiedzy lekarskiej będzie uważał cięcie cesarskie za zabieg łagodniejszy od innej operacji położniczej, lub nawet od porodu samoistnego. Formuła ta zdaniem referenta winna brzmieć:

Cięcie cesarskie zdaniem referenta winno być wykonywane wszędzie tam, gdzie ze strony matki stan jej wymaga natychmiastowego rozwiązania przy nieprzygotowanych do porodu częściach miękkich kanału rodnego, i gdzie ze strony płodu urodzenie się żywego dziecka *per vias naturales* jest według dzisiejszego stanu wiedzy położniczej wątpliwe, lub niemożliwe.

Takie postawienie kwestji ułatwi niezmiernie orjentację, szczególnie w tych przypadkach, w których wskazania do ewentualnego cięcia cesarskiego nie mieszczą się w ramach dotychczas przyjętych wskazań. Koniecznym warunkiem do uprawnienia lekarzy do stawiania wskazań według wyżej wymienionej formuły jest dokładna znajomość fizjologii porodu, a przede wszystkim jego mechanizmu, pewne doświadczenie położnicze i techniczne wyrobienie operacyjne. Na potwierdzenie słuszności swych zapatrywań referent podaje dane statystyczne dotyczące cięcia cesarskiego z Kliniki Warszawskiej oraz przytacza przypadki z praktyki, które żywo ilustrują konieczność rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego. Referent stoi na stanowisku, że matka i dziecko mają zupełnie równe prawa do życia.

3. **T. Wiczyński.** (Lwów).—W sprawie postępowania w przedwczesnem odklejeniu się łożyska prawidłowo usadowionego.

Na podstawie materiału Kliniki Lwowskiej i przypadków z praktyki prywatnej referent omawia sposoby postępowania z uwzględnieniem wskazań do cięcia cesarskiego przy powikłaniu porodu przedwczesnem odklejeniem się łożyska normalnie usadowionego.

D y s k u s j a:

Dr. J. Szymałowicz zaznacza, że dążenie Kliniki Warszawskiej i Lwowskiej do rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego pokrywa się w zupełności postulatami Kliniki Krakowskiej. Z zadowoleniem należy stwierdzić, że wszędzie cięcie nadłonowe zyskało już sobie zwolenników. Mówca nie zgadza się z Bocheńskim, że w przypadkach zakażonych należy po cięciu cesarskiem wycinać macicę lub operować sposobem Porro. Jako operację wskazaną przy zakażonych przypadkach uważa cięcie nadłonowe zaotrzewnowe. Mówca zaznacza, że Klinika Krakowska już zupełnie zarzuciła cięcie cesarskie klasyczne, zapytuje też Gromadzkiego z jakich wskazań wykonano w Klinice Warszawskiej 10 cięć klasycznych. Osobiście mówca nie zgadza się z tem, jakoby poprzeczne zaniedbane położenie mogło być wskazaniem do cięcia cesarskiego. Cięcie cesarskie zapobiegawcze mówca

stara się również wykonywać w dolnym odcinku, przedłużenie cięcia na trzon macicy jest czasami nieodzowne w tych razach, ale jest to bez znaczenia, ponieważ przypadki w ten sposób operowane są zawsze czyste. Wiczyńskiemu mówca odpowiada, że w Klinice Krakowskiej wprowadzono również cięcie cesarskie do leczenia przedwczesnego odklejenia się łożyska normalnie usadowionego z wynikami dobrymi.

Prof. A. Czyżewicz podkreśla zgodnie z wywodami Gromadzkiego, że dzisiaj nie można punktami ustalać wskazań do żadnej operacji położniczej, lecz należy w każdym poszczególnym przypadku oceniać stan matki i dziecka, i znając dokładnie teorię położnictwa, postępować tak, jak się uzna za korzystne dla rodzącej. Zdaniem mówcy przypadki zakażone nie powinny się dziś kończyć wycięciem macicy. Sposób Sellheima wystarcza w zupełności, jak to wykazały przypadki operowane w ten sposób w Klinice Warszawskiej. Jest pozatem zdania, że cięcie cesarskie zaotrzewnowe nie jest operacją wskazaną w przypadkach zakażonych. Cięcie zaotrzewnowe, jak i przezotrzewnowe nadaje się dla przypadków czystych ponieważ zropienie przymacicza jest niemniej groźne od peritonitis. Statystyka śmiertelności przy cięciu cesarskiem nie wytrzymuje krytyki. Cięcie to jest koniecznością w najrozmaitszych sytuacjach, ustawowo nawet in agoniam, lub in mortua, nie można zatem śmierci w takich razach kłaść na karb cięcia cesarskiego. Jeżeli się te przypadki odrzuci, to wszędzie śmiertelność po cięciu cesarskiem spadnie do zera.

Cięcie cesarskie w dolnym odcinku można wykonać również przy niezupełnem jego wykształceniu. Operując w położeniu Trendelenburga, można wygodnie przedłużyć cięcie na pochwę. Pozatem należy pamiętać jeszcze i o tem, że dolny odcinek jeszcze nie zupełnie rozciągnięty jest bardzo rozciągliwy, co sprawia, że przez stosunkowo niewielkie w niem cięcie można bez trudności wydobyć płód.

Dr. J. Zubrzycki podnosi, że rozszerzenie wskazań do cięcia cesarskiego należy powitać z radością. Poprzeczne zaniedbane położenie płodu uznaje za wskazane do cięcia cesarskiego z tem jednak zastrzeżeniem, że stan płodu jest dobry i że matka pragnie mieć żywe dziecko. Uważa, że wkliniowanie się barku do miednicy małej nie jest tu przeciwwskazaniem. Wydobycie go po dokonaniu cięcia cesarskiego nie powinno napotkać przeszkód, nie jest to bowiem główka, która przy przechodzeniu przez miednicę musi wykonać cały szereg zwrotów. Mówca jest zdania, że techniczne trudności operowania na dolnym odcinku dają się łatwo przezwyciężyć, zaznacza jednak, że nie należy tu zbyt liczyć na rozciągliwość mięśnia macicy. Położenie Trendelenburga uważa za szkodliwe do wykonania cięcia cesarskiego ze względu na łatwość powstawania przy niem zatorów powietrznych.

Prof. A. Rosner stwierdza, że 7% śmiertelności w Klinice Warszawskiej jest tylko pozornie wysoką cyfrą. Dla istotnej oceny wartości operacji należałoby przedewszystkiem wyłączyć ze statystyki przypadki operowane ze wskazań bezwzględnych. W tych przypadkach nikt nie może brać na siebie odpowiedzialności za wybór momentu. Mówca sprzeciwia się stosowaniu cięcia cesarskiego przy eklampsji. Eklamptyczki zdaniem R. szczególnie źle znoszą cięcie cesarskie, i wskutek tego bardzo psują statystykę tego zabiegu. Co do położenia poprzecznego zaniedbanego mówca sądzi, że będzie ono szczególnie rzadkie jako wskazanie do cięcia cesarskiego, gdyż płód w chwili zaniedbania bywa już zwykle martwy. Mówca nie wahałby się jednak wykonać tej operacji tam, gdzie dziecko ma się jeszcze dobrze.

Dr. T. W i c z y ń s k i w odpowiedzi Szymanowiczowi zaznacza, że nie chodzi mu bynajmniej o liczbę przypadków rozwiązanych cięciem cesarskiem, ale o jakość i odpowiedni dobór przypadków. Zaznacza pozatem, że przyrząd Bossiego należy i w Klinice Lwowskiej do historii został jednak wspomniany w zestawieniu mówcy tylko dlatego, że omawiany materiał datuje od 27 lat. Podkreślenie ujemnych wyników po stosowaniu metody Bossiego miało na celu wykazanie jej bezwartościowości i konieczności jej zastąpienia w odpowiednich przypadkach cięciem cesarskiem.

Dr. K. B o c h e ń s k i zaznacza, że wycięcie macicy w przypadkach zakażonych będzie wchodziło w rachubę chyba tylko w przypadkach wyjątkowych. O ileby konieczność taka zachodziła przy żywym dziecku, to należałoby je przedewszystkiem wydobyć, a potem dopiero wyciąć macicę, zaś przy dziecku nieżywym należy wyjmować macicę, nie otwierając jej. Mówca nie sądzi, aby wydobywanie płodu przez cięcie cesarskie przy położeniu poprzecznym zaniedbanym miało sprawiać trudności, co się zaś tyczy instrumentu Bossiego, oświadcza, że Klinika Lwowska już dawno go nie używa.

Dr. N o w a k zaznacza, że przy wskazaniach do cięcia cesarskiego nie wystarcza kierować się tem, co dla rodzącej jest najkorzystniejsze w danej chwili, lecz należy myśleć i o następnych porodach. Jest zdania, że w niejednym przypadku lepiej będzie nawet poświęcić życie płodu przez wyczekiwanie w nadziei, że przecież w przyszłości dana pacjentka będzie mogła rodzić dzieci drogą naturalną.

Dr. A. M a r k o w a stwierdza, że w Szkole położnych w Krakowie od dłuższego już czasu wykonywa cięcie cesarskie w dolnym odcinku z dobrymi wynikami. M. uznaje rozszerzenie wskazań do cięcia cesarskiego, szczególnie w odniesieniu do łożyska przodującego. Poprzeczne zaniedbane położenie nie jest jej zdaniem przeciwwskazaniem do cięcia cesarskiego, wyraża jednak wątpliwość, czy która z matek w tych razach zgodzi się na wykonanie tak radykalnego zabiegu.

Dr. A. Karnicki jest zwolennikiem rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego i zgadza się z Gromadzkim, że wskazań tych nie należy zamykać w ciasne ramki. Nie godzi się z Rosnerem, że nie należy cięcia cesarskiego wykonywać przy rzucawce porodowej, przeciwnie uważa tę drogę za jedyną w bardzo wielu przypadkach. Posiadając duży materiał, operował wielokrotnie przy eklampsji z bardzo dobrymi wynikami. Wszystkie przypadki przedwczesnego odklejenia się łożyska normalnie usadowionego mówca zalicza do przypadków ciężkich i kwalifikuje je do cięcia cesarskiego, o ile rozpoznanie nie zostało postawione za późno. W przeciwieństwie do Szymanowicza mówca jest zdania, że cięcie cesarskie jest w zupełności wykonalne przy poprzednim zaniedbanem położeniu, o ile płód jest żywy.

Dr. Mączewski podaje, że w oddziale położniczym szpitala powszechnego we Lwowie cięcie cesarskie bywa wykonywane przy łożysku przodującym, przy przedwczesnem odklejeniu się łożyska prawidłowo usadowionego, przy ścieśnieniu miednicy znacznego stopnia, nawet u pierwiastek. Wyraźne dążenie do nie perforowania żywych dzieci jest przestrzegane. Mówca podnosi, że podział miednic Litzmanna nie jest słuszny, ponieważ w granicach jednego i tego samego ścieśnienia porody mogą przebiegać samoistnie i mogą być niemożliwe. Właściwsze jest przyjęcie sprężnej prawdziwej o rozpiętości 8-iu cm. dla określenia granicy II stopnia ścieśnienia. O ile sprężna prawdziwa jest poniżej 8-iu cm. lub jeżeli istnieje podwójny wzgórek kości krzyżowej, albo wyraźna listewka na wewnętrznej powierzchni spojenia łonowego przy mało podatnej główce wskazane jest cięcie cesarskie, które może być wykonane w dolnym odcinku bez względu na to czy wody odeszły, czy też nie; w przypadkach nieczystych należy operować podług Sellheima.

Prof. A. Rosner zaznacza w odpowiedzi Nowakowi, że nie zgadza się na tezę amerykańską brzmiącą: „raz cięcie cesarskie — zawsze cięcie cesarskie“. Przeciwnie, jeżeli chodzi o cięcie nadłonowe, nawet w tych przypadkach, w których wskazaniem do zabiegu było zwężenie miednicy, trzeba zdaniem mówcy przy następnych porodach czekać, zanim ponownie nie wystąpi wskazanie do cięcia cesarskiego. Wskazuje na przypadki, w których po dokonaniem cięcia cesarskiego drugi poród przebiega samoistnie, względnie przy pomocy kleszczy. Przecież nikt chyba nie będzie robił powtórnego cięcia cesarskiego u kobiety, która była rozwiązana przez cięcie cesarskie z powodu łożyska przodującego, lub wypadnięcia tętniącej pępowiny, o ile te same powikłania nie wystąpią podczas następnych porodów. Co się tyczy rzucawki porodowej, mówca powołuje się na stanowisko Williamsa, który również uważa kobiety z rzucawką porodową za nie nadające się do cięższych zabiegów.

Dr. H. G r o m a d z k i wyjaśnia w odpowiedzi Szymanowiczowi dlaczego w statystyce Kliniki znalazło się aż 10 cięć cesarskich klasycznych, które były wykonywane w początku działalności kliniki, w każdym jednak razie ze specjalnych, dających się usprawiedliwić wskazań. Zubrzyckiemu odpowiada, że zapatrywanie jego, iż cięcia cesarskiego nie można robić w położeniu Trendelenburga jest przesadne. W klinice Warszawskiej wszystkie cięcia cesarskie są robione w położeniu tem, które w znacznym stopniu ułatwia operowanie na dolnym odcinku. Obawa powstawania zatorów powietrznych powstaje dopiero w III okresie, właśnie wtedy, kiedy położenie chorej głową na dół nie jest już zupełnie potrzebne. To też bezpośrednio po wydobyciu płodu należy wyrównać stół, doprowadzając chorą do położenia poziomego, co w zupełności zabezpiecza przed jakimkolwiek bądź powikłaniami ze strony układu naczyniowego. Mówca nie może się zgodzić z zapatrywaniem Rosnera co do unikania cięcia cesarskiego przy eklampsji, przeciwnie uważa cięcie cesarskie przy rzucawce za metodę wyboru, szczególnie w tych przypadkach w których zjawily się drgawki przed rozpoczęciem się akcji porodowej. Klinika Warszawska przestrzega tej drogi postępowania i dotychczas nie można było tego żałować. Na 15 operowanych zmarło 4, dziewięciu jednak uratowano życie i dano żywe dzieci, co przy innem postępowaniu byłoby z pewnością nie do osiągnięcia.

Dr. B a j o ń s k i proponuje przed wykonaniem cięcia cesarskiego nakładać tytułem próby kleszcze Kiellanda, oczywiście w przypadkach zwężenia miednicy, ażeby w ten sposób oddalić od siebie zarzut, że cięcie cesarskie zostało wykonane niepotrzebnie.

Dr. T. W i c z y ń s k i podnosi w odpowiedzi Karnickiemu, że zestawienie odnośnego materiału Kliniki Lwowskiej miało na celu ujęcie kryterjów rozdzielających materiały na przypadki lekkie i ciężkie, a przez to ułatwienie decyzji co do radykalnego leczenia przedwczesnego odklejenia się łożyska prawidłowo usadowionego za pomocą cięcia cesarskiego. Za takie kryterja uważa mówca okres wystąpienia powikłania wzgl. stan dróg porodowych i jakość przyczyn omawianego powikłania. Przypadki o nie dającej się wyraźnie sprecyzować przyczynie (nephritis, trauma, lues) występujące najczęściej pod koniec ciąży, lub na początku porodu, są przeważnie ciężkie.

Dr. Ł o k c z e w s k i zwraca uwagę na podstawie swego doświadczenia położniczego na względną wartość wymiarów miednicy przy ocenie prognozy porodu przed jego ukończeniem. Niejednokrotnie widział samostny poród u tej samej kobiety, u której poprzednio wykonał wymóżdzenie z powodu miednicy zwężonej.

4. **H. Beck.** (W-wa). — Uodpornienie przeciwko zakażeniu połogowemu.

Referent przedstawił wyniki doświadczeń przeprowadzonych na 1014 rodzących Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. W. Rodzącym wstrzykiwano w czasie porodu 0,05 g. nukleinyanu sodu, poczem obserwowano zachowanie się ciepłoty w połogu. Stwierdzono: 1. że środek wymieniony powiększa leukocytozę o 49% liczby podstawowej ciałek białych danego osobnika, 2. że rodzące przyjęte do kliniki bez objawów zakażenia z ciepłotą dochodzącą do 37,0° C., a w czasie porodu uodpornione, wykazują w stosunku do materiału kontrolnego o wiele rzadsze podniesienie się ciepłoty. Liczbowo stosunek ten przedstawia się jak 1 do 6:3. Podawanie nukleinyanu sodu w przypadkach podejrzanych i wyraźnie zakażonych nie wywiera wpływu dodatniego, przeciwnie — w grupie tej stwierdzono większy odsetek połówów gorączkowych, niż w materiale kontrolnym, 3. wszystkie powyższe wnioski odnoszą się w równej mierze do porodów operacyjnych z tem, że stosunek liczbowy w grupie niezakażonej przedstawia 1 połów gorączkowy z materiału doświadczalnego na 3 także połogi kontrolne. Wyniki powyższe są zachęcające do podjęcia dalszych prób w tym kierunku.

5. **B. Stępowski.** (Kraków). — Studja kliniczne nad jadowitością łańcuszkowca sposobem Ruggego Philippa.

Nowa metoda oznaczania jadowitości łańcuszkowców podana przez asystentów Bumma ma za zadanie wypełnić lukę w studjach nad etiologją zakażeń połogowych, które od czasów teorii Schottmüllera nie posunęły się ani o krok naprzód. Próba polega na oznaczeniu jadowitości paciorkowców w krwi ludzkiej i zależy tylko od stosunku siły inwazyjnej drobnoustrojów do ich ciał ochronnych, znajdującej się w samej krwi. O ile zatem łańcuszkowce wprowadzone do krwi ludzkiej rosnąć w niej będą w czasie 4 godzin, Ruggę i Philipp przyjmują ich jadowitość za pozytywnie stwierdzoną i oceniają ewentualne zakażenie w takim przypadku za śmiertelne. Kontrolowanie wzrostu łańcuszkowców w krwi odbywa się albo wprost pod mikroskopem, albo na preparatach barwionych, lub wreszcie na płytkach z agarem. Badania, które referent przeprowadził u 70-ciu pacjentek Kliniki Krakowskiej wykazały: 1. że dodatniemu wynikowi próby Ruggego Philippa odpowiadało 50% przypadków śmiertelnego zakażenia, 2. że wbrew twierdzeniu Ruggego próba agarowa i mikroskopowa nie zawsze się z sobą zgadzają.

Wyprowadzenie wniosków ostatecznych co do wartości samej próby jest zdaniem referenta rzeczą przedwczesną, wobec przeprowadzanych nad nią dalszych badań w kraju i za granicą.



6. **W. Graba-Łęcki.** (W-wa). — W sprawie określania jadowitości paciorkowców.

Referent wykonywał równocześnie u jednej pacjentki próbę t. zw. uproszczoną Ruggego (preparaty mazane z mieszaniny odwłóknionej krwi pacjentki z wydzieliną pochwową tejże pacjentki umieszczoną w cieplarce) oraz próbę Philippa (wylewanie na płytki Petriego 1,5 c. sz. podobnej mieszaniny z 8 c. sz. agaru). Oprócz tego robił preparat wydzieliny pochwowej i zwykły posiew krwi na agarze. W sposób powyższy referent zbadał 30 chorych, z których, kilka po 2 razy. Przeważnie przypadki dotyczyły poronień, połogów przebiegających z gorączką.

Co do prognozy, to przy wyniku dodatnim prób w połowie przypadków przebieg był b. ciężki, lub kończył się śmiercią. Przy wyniku ujemnym chora szybko wracała do zdrowia (w 9-u przypadkach na 10), 2 razy obie próby dały wyniki sprzeczne.

Referent jest zdania, że rzecz ta wymaga zbadania na większej liczbie chorych zaleca również prowadzenia dla kontroli obu prób jednocześnie, co niewiele więcej wymaga czasu i pracy niż wykonanie jednej z nich wyłącznie. Referent jest zdania, że w stanie dzisiejszym próby Ruggego Philippa mogą dać pożądane uzupełnienie spostrzeżeń klinicznych, ale skoro zawodzą w pewnej części przypadków, nie można od ich wyników uzależniać całkowicie sprawy leczenia operacyjnego w położnictwie i ginekologii, jak tego żądają ich autorzy.

7. **J. Krzyżanowski.** (Lwów). — Badania nad jadowitością paciorkowców według Ruggego.

Referent dochodzi do przekonania, że próba Ruggego daje doskonały obraz stosunku jadowitości paciorkowców do sił obronnych ustroju w danej chwili, nie może jednak mieć znaczenia prognostycznego.

8. **K. Zaleski.** (W-wa). — O wartości rozpoznawczej odczynu Botelho w przypadkach raka narządów rodnych.

W końcowych rozważaniach wyników swej pracy referent streszcza wnioski co do rozczynu Botelho w schorzeniach narządu rodnej kobiety i stanów fizjologicznych jak poród i poronienie. Referent otrzymał dodatni odczyn Botelho: 1. U rodzących i roniących, u ciężarnych z objawami zatrucia ciążowego oraz obarczony chorobami jak kiła i gruźlica. 2. U chorych z nowotworami złośliwymi i niezłośliwymi, a mianowicie wszędzie tam, gdzie występuje rozpad komórek narządów dotkniętych chorobą. Wobec tego referent dochodzi do wniosku, że odczyn Botelho nie może być patognomicznym dla raka, gdyż występuje tylko w 78% badanych przypadków i że odczyn ten nie może mieć zastosowania jako objaw przewodni w rozpoznawaniu

raka, chyba tylko jako potwierdzenie badań klinicznych, że w szczerzałym narządzie istnieją sprawy rozpadowe, wskutek czego w organizmie powstają objawy toksemiczne.

9. **J. Szymanowicz.** (Krakow). — W sprawie nagłej śmierci po porodzie.

Nagła śmierć wśród gwałtownych objawów chorobowych ze strony narządów oddechowych, z wyjątkiem zatorów płucnych, spotyka się w okresie płodzenia rzadko. Dlatego też dwa przypadki obserwowane w Klinice Krakowskiej, jakkolwiek różne co do zejścia, jednak bardzo podobne pod względem klinicznym, zasługują na specjalną uwagę. Pierwszy przypadek dotyczy 50-o letniej wieloródki w V mies. księżycowym z zaśniadem groniastym; zupełnie zresztą zdrowej. W celu usunięcia zaśniadu wprowadzono jej balon gumowy. Drugi dotyczy 20-o letniej rodzącej, zupełnie zdrowej, u której wprowadzono do macicy rękę dla sprowadzenia nóżki przy położeniu pośladkowem. U obu tych operowanych w chwili wprowadzenia ręki, wzgl. balonu do macicy wystąpił ostry obrzęk płuc. Pierwszy przypadek zakończył się w 20 minut śmiercią, drugą pacjentkę zdołano uratować.

Na sekcji przypadku pierwszego stwierdzono obrzęk płuc z licznymi drobnymi ogniskami kataralnego zapalenia oraz nieznaczne zwyrodnienie mięśnia sercowego. Drugi przypadek przebiegał zupełnie tak samo jak pierwszy; obrzęk płuc opanowano jednak (młode serce potrafiło sobie dać radę ze zwiększonymi oporami i niedostatecznym utlenieniem i przetrzymało atak), a następowe ogniskowe zapalenie płuc przeszło bez śladu.

Referent zadaje sobie pytanie co mogło być przyczyną wystąpienia ostrego obrzęku płuc? W odpowiedzi na to pytanie referent zaznacza, że trudno tu wykluczyć odruch, czy też shock przy zabiegu operacyjnym (ucisk na ganglion solare — Katz), któryby spowodził zaburzenia w automatyzmie serca i wywołał asystolję, a pośrednio obrzęk płuc. Temniemniej jednak referent jest zdania, że w danych przypadkach obrzęk płuc był zjawiskiem pierwotnem i że niedomoga prawej komory serca wystąpiła dopiero wtórnie; zmiany zapalne w płucach dołączyły się dopiero potem. Do obrzęku płuc mogło przyjść albo na drodze mechanicznej, albo odruchowej. Pierwszą możliwość zdaniem referenta można wykluczyć na podstawie nekroskopji, wzgl. dalszego przebiegu klinicznego, pozostaje zatem tylko droga odruchowa na ośrodek krążenia i oddechania.

#### D y s k u s j a :

Dr. Bajoński zaznacza, że wyniki badań Ruggego i Philippa ulegają powoli ocenie krytycznej. Według badań Zelmana z Kliniki

Hamburskiej nie należy do nich przypisywać wielkiego znaczenia zarówno w stosunku rokowania, jak i potwierdzenia stopnia odporności ustroju.

S. Mączewski podaje, że do Kliniki Lwowskiej przyjechał przed kilkoma dniami kolega, który pracował u Prof. Botelho. Przywiózł on z sobą modyfikacje odczynu Botelho, która daje daleko lepsze wyniki niż odczyn dotychczas wykonywany. Ponieważ Botelho jeszcze swej modyfikacji nie ogłosił drukiem, mówca musi ją narazie utrzymać w tajemnicy.

Dr. Kościuszko podaje, że jego wyniki nie zgadzają się z wynikami podanymi przez Zalewskiego. Mówca miał przy raku tylko 33% wyników dodatnich, a przy innych schorzeniach około 8%. Na tej podstawie mówca przestrzega lekarzy praktyków przed opieraniem się na tym odczynie.

Dr. K. Bocheński stwierdza, że cyfra przypadków doświadczalnych Becka jest bardzo poważna. jednak on osobiście pomimo wszystko nie ma przekonania, aby sztuczne zwiększenie leukocytozy stosowane zapobiegawczo mogło dane osoby uodpornić przeciwko zakażeniu. Tem nie mniej jest zdania, że próby rozpoczęte winny być dalej robione, tembardziej, że nie należy obawiać się z tego powodu żadnych powikłań.

Prof. A. Czyżewicz podnosi w sprawie profilaktycznych wstrzykiwań nukleiny sodu, że wprawdzie dotychczasowa ilość przypadków nie dowodzi jeszcze sprawy bezwzględnie, lecz powinna być zachętą do dalszych doświadczeń we wszystkich zakładach położniczych i lekceważyć jej nie można. Trzeba tylko zdaniem referenta zgromadzić dostatecznie dużą liczbę przypadków ocenianych równomierne, aby mózdz z nich wyprowadzić ostateczne wnioski. W sprawie poruszonej przez Szymanowicza mówca zaznacza, że w cytowanych przez niego przypadkach powód pierwotny powikłań nie jest jasny. W badaniach dotychczasowych nie uwzględniono zmian, które narazie jeszcze nie są stwierdzone i dlatego właśnie wymagają wyświetlenia. Mówca przypuszcza, że być może w danym przypadku był brak adrenaliny w obiegu krwi z powodu wyczerpania nadnerczy. Również można tu przypuszczać zmiany na tle stężenia jonów wodorowych w krwi. Nie jest wykluczone zdaniem mówcy, że nagłe zmiany tego stężenia spowodowane pracą porodową, lub zaburzeniami krążenia i oddechania odgrywają tutaj rolę.

Dr. Bociński jest zdania, że próba Rugego Philippa nie zasługuje na entuzjazm ani pod względem teoretycznym, ani też praktycznym. Już sam sposób pobierania odchodów połogowych jest różny u różnych wykonawców tej próby, a zdaniem mówcy wcale nie jest rzeczą

objętną, czy pobierze się te odchody z macicy, czy też z pochwy. Wszak drobnoustroje zawarte w odchodach mogą być zupełnie inne niż te, które spowodowały bakteriemję, a nie wszystkie bakterje mają zdolność wnikania w tkanki i soki organizmu. Mówca wskazuje na swoje badania, podczas których niejednokrotnie stwierdził obecność łasiecznika okrężnicy w odchodach przy jednoczesnem istnieniu (wykrytego) paciorkowca w krwi. Pozatem próba Ruggego Philippa nie uwzględnia innych czynników obronnych ustroju ani też momentu, który pod względem odporności ustroju jest b. ważny.

Dr. J. Zubrzycki zaznacza, że teoretyczne podstawy odczynu Botelho nie przemawiają za tem, żeby on kiedykolwiek znalazł zastosowanie praktyczne. Jest on oparty na chwiejności koloidalnej danej surowicy. To znaczy, że równowaga wzajemnego stosunku ultramikroskopowych cząsteczek koloidu może ulec zmianie pod wpływem czynników chemicznych, jak i mechanicznych. Przy dodatnim odczynie mamy do czynienia z większymi agregatami tych cząsteczek, widocznych dla oka w postaci zmętnienia. Nie tylko przy raku, ale i przy innych schorzeniach chwiejność surowicy występuje i dla tego mówca jest zdania, że odczyn Botelho nie może być nigdy odczynem swoistym.

Dr. Stępowski jest zdania, że wyniki ujemne próby Ruggego Philippa nie są w dzisiejszym stanie rzeczy miarodajne dla wartości samej próby, gdyż mogą być wynikiem błędów technicznych. Dopóki nie będzie opublikowanych co najmniej 50 przypadków zejść śmiertelnych z uzgodnionym wynikiem próby Ruggego Philippa z obrazem klinicznym tych właśnie przypadków śmiertelnych, ostateczny sąd o wartości tej próby musi pozostać w zawieszeniu. Mówca wskazuje na to, że prace całego szeregu poważnych autorów poparły słuszność zapatrywań Ruggego, jest jednak kilka prac, głównie ze szkoły Schottmüllera, które występują przeciwko niemu. Dalsze doświadczenia na tem polu są zdaniem mówcy konieczne. Gdy chodzi o moment wykonania próby, to należy pamiętać o tem, że głównym celem próby jest ustalenie prognozy, dlatego też mówca podkreśla, że wykonanie jej po operacjach, lub wtedy kiedy obraz kliniczny cierpienia jest już jasny może mieć tylko i wyłącznie znaczenie teoretyczne.

Prof. A. Rosner podnosi doniosłość pracy Becka i wyprowadza z niej wniosek, że uderzające jej wyniki muszą być skontrolowane. Statystyka zdaniem mówcy płata nieraz figle i dopiero na wysokości kilkudziesięciu tysięcy przypadków zaczyna przeświecać prawda. Co do przypadków Szymanowicza mówca wyklucza wyczerpanie adrenaliny z powodu względnie wysokiego ciśnienia tętniczego stwierdzonego u obu chorych. Przypuszcza raczej wpływ psychiczny, odbijający się odruchowo na czynności serca tak, że przychodzi do dysocjacji w czynności

komór lewej i prawej. Dla poparcia tego zapatrywania mówca przytacza przypadek nagłej śmierci wśród zakładania radu.

Dr. W. G r a b a - Ł ę c k i zaznacza, że prace Lehmana i Schottmüllera w Münchener Medizinische Wochenschrift ogłoszone są mu znane. Praca pierwszego odznacza się dokładną analizą bakterjologiczną przypadków. Mówca zaznacza, że i Lehman miał na 100 przypadków badanych kilka takich, w których postawił słuszną prognozę na zasadzie próby Ruggego Philippa i dlatego uznaje w konkluzji jej znaczenie w przypadkach nie dających się jednak ściśle zdefiniować. Poza kliniką Berlińską odnoszącą się entuzjastycznie do tej metody i szkołą Schottmüllera, zwalczającą ją gwałtownie na rzecz próby hemolitycznej, cały szereg autorów uznał próbę Ruggego Philippa za użyteczną, z pewnemi zastrzeżeniami. Mówca przyłącza się do ostatnich.

J. S z y m a n o w i c z dodaje w sprawie zreferowanych wyżej przypadków, że refleks nerwowy przy podrażnieniu ganglion solare może być tam wzięty pod uwagę. Ażeby się nie powtarzać w odpowiedzi Czyżewiczowi mówca zaznacza że jest tego samego zdania, co i Rosner.

Po wyczerpaniu porządku dziennego przewodniczący poddał pod głosowanie następujące wnioski: P. Wnioski.

## POSIEDZENIE VI.

Środa d. 15. VII. godz. 15.

Przewodniczący Prof. A. Rosner i Doc. T. Wiczyński.

Sekretarz H. Gromadzki.

Referaty luźne:

1. **J. Zubrzycki.** (Kraków). — Leczenie niepłodności w przypadkach niedrożności dróg rodnych kobiety.

Zaznaczywszy na wstępie, że dział leczenia operacyjnego niepłodności mającej swe źródło w niedrożności różnych odcinków dróg rodnych rozwinął się w ostatnich latach dzięki szybkiemu rozwojowi metod operacyjnych i nowym sposobom badania, referent podaje sposoby operacyjne i ich wyniki ze spostrzeżeń częściowo własnych, częściowo zaś zaczerpniętych z piśmiennictwa.

W przypadkach braku pochwy, lub jej częściowego zarośnięcia przy zachowaniu macicy i przydatków jest za wytworzeniem pochwy metodą Schuberta (z jelita prostego), który jest nie trudny do wykonania, zupełnie bezpieczny i gwarantuje pozatem pacjentce pochwę funkcjonalnie zupełnie sprawną. Dla potwierdzenia słuszności swego zapatrywania referent cytuje przypadek Wagnera, który po wytworze-

niu pochwy sposobem Schuberta widział zajście w ciążę i poród przez nowowytworzoną pochwę.

W przypadkach zarośnięcia szyi macicy o ile zwykle rozcięcie i odpowiednie zeszytanie brzegów rany nie wystarczy, należy dążyć do wytworzenia połączenia pochwy z jamą macicy przez wysokie odcięcie części pochwowej wzgl. wytworzyć przetokę sposobem Hofmeiera. Mówca wyraża wątpliwość, co do możliwości zajścia w ciążę, a gdyby ciąża doszła do skutku — w możliwość porodu samoistnego po zastosowaniu ostatniej metody. Przy niedrożności pochwy i szyi macicznej należy zwracać uwagę na to, czy istnieje nagromadzenie się krwi w macicy i jajowodach i w razie stwierdzenia takowego należy do zabiegu dołączyć laparotomję w celu opróżnienia jajowodów. Pozostawienie w jajowodach nieznacznej nawet ilości nagromadzonej tam krwi może zdaniem referenta trwale utrzymać niezdolność zajścia w ciążę.

Następnym etapem, który może spowodować niedrożność dróg rodnych kobiety są jajowody.

Stwierdzić ją można przez zastosowanie metody badania podanej przez Rubina, której zdaniem referenta nie powinien zaniedbywać żaden współczesny ginekolog przed przystąpieniem do leczenia niepłodności. W przypadkach, w których po zastosowaniu metody Rubina jajowody okazały się niedrożnymi należy w celu ich udrożnienia wykonać ponowne przedmuchiwanie jajowodów sposobem Rubina w celu przekonania się w jakim odcinku jajowody są zamknięte. Po skonstatowaniu miejsca niedrożności referent zaleca wykonanie salpingostomji zależnie od miejsca zamknięcia światła jajowodu. Referent przestrzega przed zbyt wczesnem operowaniem, które może być bezpieczne dopiero wtedy, kiedy na zasadzie badań bakteriologicznych, serologicznych i klinicznych istnieje pewność, że sprawa zapalna, która niedrożność jajowodów wywołała, wygasła już zupełnie. Referent zaznacza, że aczkolwiek sam wykonał już 4 razy wszczepienie jajowodu, nie widział po tym zabiegu ciąży. Ponieważ jednak inni autorzy podają wyniki dobre po tych operacjach, należy je w dalszym ciągu wykonywać choćby w celu uzyskania dalszej oceny krytycznej.

**2. H. Gromadzki.** (W-wa). — W sprawie operacyjnego leczenia niedrożności jajowodów.

Niedrożność jajowodów, zajmująca naczelnne miejsce w szeregu zmian chorobowych powodujących niepłodność kobiety może być leczona operacyjnie w 3 przypadkach. 1. o ile istnieje sklejenie ujęść brzusznych jajowodu powodujące wytworzenie się z trąbek przestrzeni zamkniętych wypełnionych cieczą bądź ropną, bądź surowiczą, 2. przy t. zw. salpingitis isthmica nodosa zamykającej światło trąbki w jej

cieśni i 3. przy płaszczynowych zrostach fałd jajowodu zamieniających jego kanał w labirynt ślepo kończących się kanałów.

W pierwszej grupie wskazane są operacje podane przez Martina i Skutscha (salpingostomia), lub przecięcie i podwiązanie jajowodu proponowane przez Halbana i Nürnbergera (z wycięciem odśrodkowej części jajowodu po jego przecięciu).

W drugiej grupie, która znacznie dłużej niż pierwsza czekała na metodę operacyjną, droga prowadzi do celu przez wszczepienie drożnej części jajowodu po wycięciu części niedrożnej. Referent podaje tutaj swój sposób wszczepiania jajowodu do rogu macicy w ranie po wycięciu chorej części jajowodu. Szczegóły techniczne operacji będą podane w odnośnej osobnej publikacji.

W trzeciej wreszcie grupie wskazane jest wszczepienie jajnika do macicy sposobem Tuffier'a.

Referent wykonywał wszystkie te operacje, nie widział jednak po nich wyników dodatnich co do zajścia w ciążę, ponieważ jednak publikacje innych autorów wykazują pewien procent zajść po wykonaniu tych operacji, referent jest zdania że winny one być polem do dalszych prób, tembardziej, że wykonane w porę, t. j. w okresie zupełnego wygaśnięcia sprawy zapalnej, która spowodowała niedrożność jajowodu (najwcześniej w trzy kwartały po ostrem zapaleniu) nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa dla operowanej. W zakończeniu poddaje referent krytycznej ocenie metodę wszczepiania jajnika sposobem Tuffier'a i dochodzi do wniosku, że sposób ten jest niezbyt szczęśliwy jako pomysł, dzięki wytworzeniu w macicy dużej blizny dookoła wszczepionego jajnika, która w razie zajścia w ciążę może być miejscem słabszego oporu i dać powód do jej pęknięcia.

**3. M. Kościuszko.** (Kraków). — O wytworzeniu sztucznej pochwy drogą operacji plastycznej.

Po omówieniu różnych typów operacji zdążających do wytworzenia sztucznej pochwy mówca omawia bliżej metodę wytwarzania tejże z jelita prostego, podaną przez Schuberta. Przy tej sposobności mówca opisuje trzy przypadki operowane w ten sposób w oddziale ginekologiczno - położniczym szpitala Świętego Łazarza w Krakowie z wynikiem dodatnim. Wytworzona pochwa miała w każdym przypadku długość 10 cm.

#### Dyskusja:

Dr. S. Mączewski zaznacza, że w oddziale ginekologicznym Szpitala powszechnego we Lwowie operacyjne leczenie niedrożności jajowodów polega na ścisłym wykonywaniu operacji Beutnera - Fauré'a. W ciągu krótkiego czasu wykonano tych operacji 7 z wynikiem pier-

wotnym dobrym. Co do dalszych wyników mówić jeszcze nie można z powodu zbyt krótkiej obserwacji. Do wytwarzania sztucznej pochwy oddział ten posługuje się metodą Baldwina, Haberlinga, Mori. Na dziewięć przypadków operowanych w ten sposób jeden zakończył się zejściem śmiertelnym wskutek zapalenia otrzewnej. Przypadek ten jednak niesłusznie obciąża statystykę oddziału, ponieważ dotyczy pacjentki, która po operacji była bardzo niespokojna i 3-go dnia po operacji samowolnie wstała.

Dr. Wł. Jakowicki podaje, że na 80 przypadków przedmuchiwania jajowodów spostrzegł u trzech pacjentek ciążę. Pacjentki były przedmuchiwane kilkakrotnie po kilkuletniej niepłodności. Poza tem dwa razy wszczepił jajnik do rogu macicy sposobem Tüffier'a u osób bezpłodnych, które chciały gwałtownie mieć dzieci, a posiadały rozległe zmiany zlepowe jajowodów. Czas pokaże jaki będzie efekt operacji.

Prof. A. Rosner zwraca uwagę na to, iż dotąd przyjmowano za pewnik, że blizna idąca nawskroś przez ścianę macicy jest bardzo niebezpieczna dla przyszłej ciąży. Wychodząc z tego założenia radzono przeciw sterylizować kobiety po operacjach na macicy, powodujących takie blizny. Tymczasem teraz leczy się niepłodność przecinając macicę na wskroś. Jeśli obie te rzeczy zestawić to trudno nie widzieć w tem paradoksu. Co się tyczy wytwarzania sztucznej pochwy to zdaniem mówcy wykonywanie ciężkich operacji dla jej wytworzenia jest tylko tam usprawiedliwione, gdzie chodzi o przywrócenie płodności, jeżeli jednak istnieje brak macicy, co najczęściej się zdarza, lub istnieje tylko szczątek macicy, narażanie kobiety na śmierć dla umożliwienia jej spółkowania nie może być moralnie usprawiedliwione.

Dr. K. Bocheński stwierdza, że na 160 przypadków przedmuchiwania trąbek nie widział nigdy żadnych powikłań. Przy wykonywaniu jednak tego zabiegu trzyma się pewnych zasad, a mianowicie przede wszystkim wyklucza wszelkie przypadki obarczone jakimkolwiek bądź najdrobniejszym cierpieniem narządu rodnego oraz te przypadki w których zostanie stwierdzona czystość pochwy III stopnia. Mówca jest zdania, że kilkakrotne badanie jest konieczne, gdyż zmiany w błonie śluzowej zależnie od okresu owulacji mogą wpływać na fałszywy wynik badania. Mówca przekonał się niejednokrotnie, że przy powtórnym przedmuchiwaniu trąbka niedrożna przy pierwszym okazała się drożną. Z takich właśnie chorych 2 zaszły potem w ciążę, trudno jednak twierdzić czy „propter hoc“, czy „post hoc“.

Dr. H. Gromadzki zaznacza, że metoda przedmuchiwania trąbek nie jest tak bezpiecznym zabiegiem jakby się wydawało. Pomijając już kwestję wprowadzenia przez jajowody do jamy brzusznej zarazków chorobotwórczych, czego przy sumiennym i ostrożnym wyborze



pacjentek można z dużym prawdopodobieństwem uniknąć, są jeszcze inne czynniki, które nadają jej charakteru zabiegu poważnego. Mówca cytuje przypadek ze swej praktyki, w którym po przeprowadzeniu leczenia resorbacyjnego z powodu zapalenia jajowodów, chciał się przekonać, czy drożność jajowodu powróciła i przy braku jakichkolwiek bądź stwierdzalnych badaniem zmian jajowodu przystąpił do ich przedmuchiwania. Po podniesieniu ciśnienia cokolwiek powyżej 100 mm. rtęci powietrze przeszło. Powtórne przedmuchiwanie poszło również gładko, należy tylko zaznaczyć, że w chwili kiedy po raz pierwszy powietrze przeszło pacjentka poczuła ból w prawym dole biodrowym. Pacjentka zgłosiła się do kontroli nazajutrz. Mówca stwierdził u niej obecność guza w okolicy prawego przymacicza, guza wielkości męskiej pięści. Guz ten okazał się potem balonem powietrza zebrany między listkami więzów szerokiego. Podczas przedmuchiwania musiało nastąpić pęknięcie ściany jajowodu w okolicy mesosalpinx. Całe szczęście, że nie zostało uszkodzone żadne większe naczynie, bo gdyby tak się stało, „niewinny zabieg rozpoznawczy“ zmieniłby się na bardzo poważny insult. Z innych powikłań spostrzeganych przez mówcę przy przedmuchiwaniu jajowodów należy wspomnieć o zatorze powietrznym który powstał nagle podczas wdmuchiwania powietrza do jajowodu. Powikłania takie nie dają się zdaniem mówcy, ani przewidzieć, ani uniknąć dlatego też zabieg ten należy zaliczyć do rzędu zabiegów poważnych i wykonać go bardzo oględnie.

Dr. K o ś c i u s z k o zaznacza w odpowiedzi Gromadzkiemu, że nigdy nie widział żadnych powikłań przy przedmuchiwaniu trąbek, które jego zdaniem są bardzo wytrzymałe, znoszą bowiem nieraz ciśnienie do 170 mm. rtęci. Jest zdania, że zabiegu tego nie należy robić ambulatoryjnie ponieważ pacjentka po przedmuchianiu winna zawsze poleżeć i być pod obserwacją lekarza, conajmniej w ciągu jednej doby. Nie zgadza się z Rosnerem, że w przypadkach, w których wytwarza się sztuczną pochwę przy braku macicy zabieg ten nie może być moralnie usprawiedliwiony. Jego zdaniem należy pamiętać o tem, że kobieta z brakiem pochwy będzie miała niejednokrotnie zagrożony byt z powodu niemożności wykonywania obowiązków małżeńskich. Usunięcie tego defektu może być dla niej kwestją bytu. W takich przypadkach zdaniem mówcy wykonanie operacji wytworzenia sztucznej pochwy winno być w zupełności usprawiedliwione.

Dr. J. Z u b r z y c k i zaznacza, że blizna powstała w macicy po zachowawczej operacji włókniaków, lub po cięciu cesarskim jak poucza piśmiennictwo, nie jest tak groźna. Rzecz jasna, że pacjentki po wszystkich wspomnianych w jego referacie operacjach winny po zająściu w ciąży być w ścisłej obserwacji zakładu.

Dr. Wł. Jakowicki nie może się zgodzić z twierdzeniem, jakoby wszczepienie jajnika do macicy było niedopuszczalne ze względu na możliwość pęknięcia macicy. Wszak u osób, które pragną zająć w ciążę w razie stwierdzenia włókniaka w rogu macicy, nie usuwamy macicy lecz wyłuszczamy tylko włókniak.

Prof. A. Rosner zaznacza, że t. zw. salpingitis isthmica nodosa nie jest równoważna z niedrożnością jajowodu. Że przez to miejsce nie przechodzi zgłębnik nie dowodzi niczego. Cięcia seryjne mikroskopowe wykazują, że drożność jajowodu jest tam przeważnie zachowana.

4. **H. Weinberg.** (Kraków). — O włókniakach części pochwowej macicy.

Referent omawia dwa przypadki włókniaków części pochwowej macicy, spostrzegane na oddziale ginekologicznym Szpitala Śtego Łazarza w Krakowie. Referent podnosi, że włókniaki części pochwowej spotykają się dość rzadko, histologicznie nie różnią się niczem od włókniaków występujących w trzonie. Rozpoznanie ich na ogół nie jest trudne, czasami tylko trzeba różniczkować pomiędzy wypadnięciem macicy, lub rakiem części pochwowej; rozstrzygającym momentem w pierwszym przypadku będzie wykazanie obecności jamy macicy w drugim rozstrzyga mikroskop. Leczenie winno być zawsze operacyjne.

5. **J. Zubrzycki.** (Kraków). — O nadpochwowej odcięciu macicy drogą bieżącą.

Referent poddaje krytycznemu omówieniu wartości nadpochwowej odcięciu macicy, które jako metoda operacyjna posiada wielu zwolenników, ale też i przeciwników, zwolenników całkowitego wycięcia macicy. Ostatni podnoszą dwa zarzuty przeciwko omawianej metodzie operacyjnej, a mianowicie: daje ona powód do powstawania wysięków okołokikutowych i, że w pozostawionej części pochwowej może rozwinąć się następowo rak.

Zdaniem referenta można doskonale uniknąć powstawania wysięków okołokikutowych, czego najlepszym dowodem jest statystyka, która wykazuje, że z jednej strony wysięki te powstają w 35% przypadków, z drugiej tylko w 0,81%. Zdaniem referenta, wysięki te powstają przeważnie na tle następowych krwawień, którym można zapobiedz przez dokładną hemostazę oraz przez zaniechanie oddzielania pęcherza od części szyjowej macicy, co przy jej odcięciu nadpochwowej referent uważa za zgoła niepotrzebne. Drugim momentem, który będzie zdążył do zmniejszenia liczby wysięków okołokikutowych — to zdaniem referenta właściwy dobór przypadków, w których operacja ta będzie wykonywana. Do nadpochwowej odcięciu macicy nadają

się zdaniem referenta wyłącznie tylko przypadki czyste, nie powikłane zrostami w miednicy małej, lub schorzeniami przydatków, w których peritonizacja kikuta może być z łatwością przeprowadzona i które nie wymagają sączkowania.

Co się tyczy drugiej sprawy, t. j. powstawania raka w kikucie po nadpochwowem odcięciu macicy, referent stwierdza na zasadzie danych z piśmiennictwa, że sama operacja nie uszpasabia bynajmniej do powstania w kikucie bujania złośliwego. Przypadkowe pozostawienie części pochwowej, w której następnie rozwinię się rak należy do nadzwyczajnych rzadkości. Linde oblicza je na 0,5%.

Śmiertelność po nadpochwowem odcięciu macicy wynosi 3,3%. Jeżeli więc przyjąć, że wszystkie te chore, u których następnie rozwinię się w kikucie rak zemrą, to ogólna śmiertelność po nadpochwowem odcięciu macicy wyniesie 3,8%. Będzie ona pomimo wszystko mniejsza od śmiertelności po całkowitem wycięciu macicy, wynoszącej 6,5%.

W zakończeniu referent podnosi dalsze zalety nadpochwowego odcięcia macicy, a mianowicie: możność utrzymania perjodów przy wysokiem odcięciu, fakt stwierdzony przez wielu autorów (Frank, Walhardt, Taufer i w. in.), że po nadpochwowem odcięciu macicy czynność wydzielnicza jajników kończy się zazwyczaj w okresie prawidłowym i nie wywołuje burzliwych objawów. Referent jest zdania, że nadpochwowe odcięcie macicy i jej całkowite wycięcie nie są zabiegami rywalizującymi z sobą, lecz są operacjami równorzędnymi, gdyż wskazania do ich wykonania są bezwzględnie różne.

**6. T. Wiczyński.** (Lwów). — Wybór między nadpochwowem odcięciem, a całkowitem wycięciem macicy w czystych i ropnych sprawach chorobowych macicy i jej przydatków.

Na podstawie odnośnego materiału Lwowskiej Kliniki Położniczo-Ginekologicznej od roku 1912 do roku 1924 referent dokonał porównawczego zestawienia wartości i wskazań do obu powyższych metod operacyjnych przy włókniakach macicy czystych i powikłanych sprawami ropnymi, przy guzach przydatków macicy i przy ciąży zamacicznej. W wyniku tych zestawień nadpochwowe odcięcie macicy jest metodą wyboru w przypadkach czystych, nie powikłanych, podczas gdy całkowite wycięcie macicy jest operacją, wskazaną tam, gdzie po wykonaniu jej konieczne jest sączkowanie.

#### Dyskusja:

Prof. Z. Monsiorski zaznacza, że do głównych zalet nadpochwowego odcięcia macicy należy łatwa jej technika, mniejsza obawa o zakażenie pola operacyjnego, oraz utrzymanie gruczołów szyi macicznej,



które następowo normalnie jakoby zwilżają ściany pochwy. Ujemną stroną tej metody — to możliwość powstania raka w kikucie, co zdaniem mówcy występuje w 1% przypadków. Dokładne badanie przed operacją może procent ten zmniejszyć, szczególnie w tych przypadkach w których krwawienia występują już w okresie przekwitania, lub później. Mówca zaznacza, że propozycja Wiczyńskiego co do obowiązkowego wycinania macicy przy ropniach trąbek stoi w rażącej sprzeczności z zasadami zarówno dawniejszej, jak i dzisiejszej chirurgji francuskiej (dawniej Pozzi, dzisiaj Faure). Zdaniem mówcy winno tu wystarczyć drenowanie przez pochwę, wzgl. przez powłoki brzuszne. Nie należy zapominać o tem, że w 59% przypadków obok włókniaków istnieją sprawy zapalne przydatków. Co się tyczy zapatrywania Zubrzyckiego, że przy nadpochwowem odcinaniu macicy nie trzeba oddzielać pęcherza, to mówca jest zdania, że tego twierdzenia nie można rozciągać na wszystkie przypadki, szczególnie zaś na te, w których włókniaki są usadowione w dolnych odcinkach ściany macicy. Mówca wspomina o dążeniu zapoczątkowanem we Francji pogodzenia obu obozów t. j. zwolenników nadpochwowego odcięcia i całkowitego wycięcia macicy przez wprowadzenie wypalnia żegadłem Pacquelina całej śluzówki pozostawionej przy nadpochwowem odcięciu macicy.

Prof. A. Rosner nie jest przekonany wywodami obu referentów. Robi wprawdzie i to dość często nadpochwowe odcięcie macicy, uważa jednak wycięcie całkowite za metodę wyboru. Mówca uważa, że całkowite wycięcie macicy jest bądź co bądź operacją bardziej chirurgiczną niż nadpochwowe jej odcięcie, przy którym pozostawia się bezcelowy kikut, na którym w dodatku w 1% przypadków może jeszcze wyrosnąć rak.

Dr. M. Kościuszko zastrzega się przeciwko robieniu nadpochwowego odcięcia macicy w przypadkach powikłanych sprawami zapalnymi przydatków, a to z dwóch zasadniczych względów: 1) w przypadkach tych wchodzi w grę niemożność pokrycia otrzewną tych miejsc w których były zrosty. 2) o ile ropniaki były spowodowane przez dwoinki Neissera (najczęstszy powód) to pozostawiając część pochwową pozostawia się ognisko chorobowe, które w następstwie może być powodem dalszych dolegliwości oraz źródłem zakażenia. W przypadkach odpowiednich mówca jest gorącym zwolennikiem nadpochwowego odcięcia macicy.

Dr. A. Karnicki zaznacza, że wyszedłszy ze szkoły, która propagowała odcięcie nadpochwowe macicy, sam przez czas dłuższy był hołdownikiem tej operacji, pod wpływem jednak głosów odzywających się w piśmiennictwie zaczął robić wycięcie zupełne macicy. Przekonał się jednak, że śmiertelność po wycięciu całkowitem jest większa

i obecnie powraca do amputacji nadpochwowej. Operację tę, jako łatwiejszą mówca radzi robić specjalnie u kobiet starszych.

Dr. T. Wiczyński uważa proponowane przez Zubrzyckiego pozostawienie in situ pęcherza przy nadpochwowem odcięciu macicy za bardzo dobre w tych przypadkach, w których pozwala na to umiejscowienie guza. W odpowiedzi Rosnerowi podnosi, że o wynikach operacyjnych własnych, czy też danych zakładów mogą pouczać jedynie zestawienia statystyczne. Opieranie się na liczbach niezbyt wielkich usprawiedliwia się tem, że na uzyskanie liczb większych trzeba by czekać dziesiątki dalszych lat.

Dr. J. Zubrzycki zwraca uwagę, że jeżeli Rosner nie wierzy statystykom obejmującym mniej niż 1000 przypadków, to może uwierzyć statystyce Amreicha, obejmującej 1253 przypadki. Statystyka ta wykazuje, że śmiertelność po nadpochwowem odcięciu macicy jest kilka razy mniejsza od śmiertelności po całkowitem jej wycięciu nawet wówczas, gdy uwzględnimy, że rak wystąpi w 1% przypadków, jak podaje Monsiorski. Mówca zgadza się z Rosnerem i Karnickim, że należy indywidualizować, dlatego też podał w referacie wskazania zarówno do jednego, jak i do drugiego zabiegu operacyjnego. Zdecydować się na ten, lub tamten sposób operowania można zdaniem mówcy dopiero po otwarciu jamy brzusznej.

7. **W. Zaleski.** (Wilno). — Zwyródnienie torbielkowe części pochwowej macicy.

Referent omawia przypadek zmian przerzostowych części pochwowej (*Hyperthrophia portionis vaginalis cystica*), u 46-cio letniej kobiety przypominające makroskopowe kałafiorowate bujanie przy raku. Mimo obecności wybitnych zmian anatomo-patologicznych na części pochwowej nie towarzyszyły im żadne dolegliwości natury subiektywnej w postaci krwawień, lub bólów.

Rozpoznanie kliniczne zostało potwierdzone badaniem histologicznem.

8. **K. Michalikowa.** (Kraków). — O skręcie szypuły prawidłowych jajników.

Referentka omawia przypadek, w którym z okazji cięcia cesarskiego, wykonanego z powodu zwężenia miednicy (po raz wtóry znaleziono przypadkowo skręt szypuły prawidłowego jajnika. Powodu tej tak nadzwyczajnie rzadkiej anomalji referentka szuka albo w nadmiernej wiotkości całego więzła szerokiego, albo w nadmiernej długości samego jajnika, będącej wyrazem wady rozwojowej. Co w momencie końcowym wpływa na skręt jajnika trudno ustalić. Sellheim, który

poświęcił kilka prac tej sprawie, tłumaczy powstanie tej anomalji prawem bezwładności materji.

W przypadku referentki ciąża stworzyła prawdopodobnie warunki do powstania skrętu.

Posiedzenia Sekcji zamknął jej Przewodniczący A. Czyżewicz, dziękując referentom za wygłoszone referaty i tym kolegom, którzy liczną swą obecnością zaakcentowali swe zainteresowanie obradami biorąc czynny udział w dyskusjach nad poszczególnymi referatami.

---

## XXV. Sekcja chorób skórnych i wenerycznych.

Przewodniczący: R. Bernhardt,  
Sekretarz: A. Racinowski.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13. VII, godz. 9.

1. **A. Karwowski.** (Poznań). — O stanie obecnym leczenia syfilisu.

Leczenie syfilisu, do niedawna stojące na martwym punkcie, a wahające się głównie między leczeniem objawowem, a powtarzanem, doznało radykalnej zmiany z chwilą:

- 1) odkrycia krętka bladego,
- 2) wprowadzenia odczynów surowicznych,
- 3) możliwości doświadczeń na zwierzętach,
- 4) wynalezienia nowych środków leczniczych.

(Salvarsan, bismut i t. d.)

W przeciwieństwie do panujących przedtem zapatrywań, że leczenie należy rozpocząć dopiero po wystąpieniu objawów wtórnych, leczenie zaś przedtem może być szkodliwe, kładziemy obecnie główny nacisk na leczenie rychłe, o ile możliwości poronne.

Dzięki salvarsanowi stało się ono możliwe. Daje jednak rękomię doszczętnego wyleczenia poronnego tylko w tych przypadkach, gdzie się rozpoczyna w pierwszych 2—3—5 tygodniach po zarażeniu. Wynika z tego niezbędność dokładnego, wczesnego rozpoznania i zbadania każdego podejrzanego o objaw pierwotny wykwit na krętki. W razie dodatnim energiczna kuracja salvarsanowa, ew. w połączeniu z rtęcią lub bismutem. Po 1—2 miesiącach powtórzenie kuracji i stała kontrola Wassermana przez 2 lata.

Leczenie swoiste każdego podejrzanego wykwit bez stwierdzenia krętków naraża chorego i lekarza na niepewność i rozczarowanie.

Środki obecnie używane:

1. Rtęć. Działanie jej według nowoczesnych zapatrywań zdaje się być pośrednie, jako bodziec dla sił obronnych ustroju, mimo to odgrywa ważną rolę przy leczeniu kiły w połączeniu z salvarsanem.

Stosowanie: a) wciarki bynajmniej nie straciły na wartości. b) Przetwory nierozpuszczalne mianowicie Hg. salicylicum, rzadziej kalomel mają stanowczą przewagę nad rozpuszczalnymi; szary olej, jako często niebezpieczny, stał się zbędnym wobec silnych przetworów arsenikowych. c) przetwory rozpuszczalne należy stosować wyjątkowo u osób osłabionych, nie znoszących zawiesin. d) przetwory rtęciowo-arsenikowe w rodzaju Enésolu symptomatycznie przy wiaździe wzgl. paraliżu postępowym, jeżeli nie jest wskazany salvarsan.

2. Salvarsan. Polskie preparaty zastępują zupełnie niemieckie. Objawy zatrucia są coraz radsze.

a) Poronne kuracje. Co 4-5 dni w dawkach neosalvanu po 0,45—0,6, w całości 4,5—5 gr. w drugiej połowie kuracji dodatkowo rtęć lub bismut po 1—2 miesiącach druga kuracja mieszana. b) Kuracje zwykłe. Po 6—8 zastrzyków salvarsanu c) tydzień i 12 Hg. salic. wzgl. bismutu, w całości 8—5 kuracji zależnie od odczynów surowicznych wszelkie przerywane lub krótkie kuracje są raczej szkodliwe i powodują większą odporność krętków wzgl. usadowienie się w ośrodkach nerwowych.

Z innych preparatów zasługuje na wyróżnienie neosalvarsan srebrny, dający najmniej działań ubocznych, a silnie działający w wypadkach gdzie neosalvarsan nie wystarcza.

Wśródleździwowe stosowanie salvarsanu przy wiaździe i paraliżu postępowym nie ziściło nadziei w nim pokładanych i tylko w rzadkich wypadkach daje lepsze wyniki jak energiczne leczenie śródżylnie.

Eparseno: do stosowania w wypadkach wyjątkowo słabych żył.

Stovarsol: według niedość jeszcze licznych doświadczeń działa bezwarunkowo dzielnie na objawy i Wassermanna, wywołuje natomiast zbyt często przykre objawy poboczne.

Treparsol zdaje się tych objawów nie wywoływać w tym stopniu działanie jednak jest dość powolne. Preparaty te nadają się w wypadkach słabych żył lub gdzie chodzi o tajemne przeprowadzenie leczenia.

3. Bismut. Z wielkiej ilości preparatów rozpuszczalne działają za słabo, choć są przyjemniejsze dla pacjenta. Śródżylnie nie mają celu. Należy więc wybierać preparaty nierozpuszczalne.

Opisane białkomocze w wyjątkowych wypadkach są cięższej natury, przewaźnie chodzi o podrażnienie błony pęcherzowej nie zaś nerek. Czyste kuracje bismutowe nie nadają się do leczenia poronogó, mogą jednak być stosowane jako kuracje dalsze, mianowicie jeżeli poprzedzały je kuracje rtęciowe. Wogóle zaleca się zmianę leku,



mianowicie jeśli poprzednia kuracja nie doprowadziła do zmiany odczynu surowiczego.

4. Zastrzyki mięszane rtęciowo-salvarsanowe są bardzo dogodne dla pacjenta, nieszkodliwe dla żył, mogą jednak być stosowane jedynie jako kuracje dodatkowe, nie zaś jako poronne, wzgl. główne

5. Jod zatrzymał swoje znaczenie w objawach późnych. Może być też stosowany śródżylnie.

6. Inne metody. a) Siarka, vanadyum, cynk, miedź niedośćecznie wypróbowane. b) szczepionka ma pewien wpływ na objawy trzeciorzędne, ale niewystarczający. c) wywołanie gorączki przez malarję w I i II kile zbyt obciąża chorego. d) Mirion, działa prowokująco na krętki, nie znalazł jednak szerszego zastosowania.

7. Leczenie wiądu i paraliżu postępowego. O ile przy kile mózgowej energiczne kuracje dają rokowanie stosunkowo korzystne, o tyle salvarsan, rtęć, bismut i jod często zawodzą przy wiądzie i paraliżu postępowym, a nawet nieraz są szkodliwe. Śródżylne stosowanie salvarsanu tylko w pewnych wypadkach daje wyniki dodatnie, które jednak nie stoją w stosunku do ciężkości zabiegu. Natomiast leczenie za pomocą pozawewnętrznych zastrzyków gorączkotwórczych oraz szczepienie malarji zdaje się dawać większe widoki poprawy przy paraliżu postępowym.

8. Leczenie kily dziedzicznej powinno być równie energiczne i długotrwałe, jak nabytej później. Kalomel wewnętrznie, przy wykwitach także kąpiele sublimatowe, ew. wcierki, a przedewszystkiem Salvarsan śródżylnie, lub w razie niemożności w pośladki, zwykle przez dzieci dobrze znoszony. Ew. Stolwarsol albo Treparsol zapobiegawczo, matka podczas ciąży powinna przejść przynajmniej 2 energiczne leczenia.

9. Leczenie klimatyczne, kąpielowe itd. uważać należy jako dodatkowe, pobudzające przemianę materji i wzmocnienie ustroju. Kąpiele siarczane, wzgl. picie wody siarczanej pobudzają także szybsze wydzielanie leków.

2. **K. Watraszewski.** (W-wa). — Wytyczne racjonalnego leczenia przymiotu.

Zadanie lekarza wobec chorego na przymiot niezależnie od stadium cierpienia, polegać winno: na usunięciu w możliwie szybkim czasie objawów u niego aktualnych, na zabezpieczeniu chorego od dalszych objawów, tak aby po przeprowadzeniu dłuższego lub krótszego dalszego leczenia chory mógł uważać się za wyleczonego.

Środki lecznicze jakimi posługiwaliśmy się do 1910 r. t. j. do wprowadzenia do farmakopei grupy arsenobenzolów, zadaniu

temu sprostać nie mogły jako pozbawione własności zapobiegawczych i działanie nasze specyficzne ograniczone było do usuwania jedynie aktualnych objawów przymiotu.

Rezultaty obserwacji autora w danym przedmiocie w ciągu ostatnich lat 15 u chorych leczonych na przymiot arsenobenzolem i rtęcią pozwalają sądzić, iż postawionym powyżej zadaniom zadośćuczynieniem być może przez stosowanie w danych wypadkach kombinowanego odpowiednio leczenia za pomocą wlewań Neo-Salvarsanu śródżylnie i wcierań szaruchy.

### 3. **F. Walter.** (Kraków). — Serologia kiły.

W przebiegu kiły nie wystarczają badania kliniczne i badania krwi, ale koniecznym okazało się badanie układu nerwowego nawet we wczesnych okresach, dalej badanie narządów zmysłów, jak oka i ucha, badanie serca (Röntgen) i narządów wewnętrznych.

Wśród sposobów badania pierwsze miejsce zajmuje odczyn Bordet-Wassermanna i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Odczyn B.-W. we krwi wykonujemy sposobem klasycznym względnie sposobami uczulonymi (przedewszystkiem z surowicą czynną), posługujemy się również odczynami, polegającymi na skłótkowaceni i zmętnieniu. Sposób badania szybkości opadania krwinek czerwonych nie daje zadawalniających wyników.

20-letni okres istnienia O.W. nie przyniósł nam nawet rozstrzygnięcia zasadniczych zagadnień n. p. o istocie O.W., przeciwnie spiętrzył cały szereg wątpliwości.

Poważne zarzuty dotyczą sprawy nieswoistości O.W. Mimo, że odczyn biologiczny nie jest dla kiły bezwzględnie swoisty, to jednak w bardzo znacznej mierze jest dla niej charakterystyczny a nawet dziś, przy ulepszonej technice ilość nieswoistych odczynów znacznie się zmniejsza.

O.W. w przypadkach kiły wczesnej pierwszorzędnej pojawia się dopiero między 37 a 47 dniem po zakażeniu. Pojawienie się odczynu wcześniej przed upływem 3 tygodni należy do wielkich rzadkości. Dodatni O.W. we krwi dowodzi że ustrój zakażony znajduje się już pod wpływem czynnika chorobotwórczego, będącego w obiegu krwi.

Znaczenie O.W. w kile drugorzędnej w porównaniu ze znaczeniem badania klinicznego jest mniejsze, jednak pojawiający się ujemny OW. w tym okresie nie stanowi „signum mali ominis“.

W kile trzeciorzędnej jak również w kile wrodzonej znaczenie O.W. jest bardzo znaczne.

W kile utajonej dodatni OW. pojawia się częściej w okresach wcześniejszych niż późniejszych.

Odczyny polegające na skłaczkowaceniu i zmętnieniu (odczyny: Sachs'a i Georgiego, Meinickego, Dolda i t. d.) mimo że stanowią znaczne uproszczenie techniki nie mogą jednak w zupełności zastąpić O.W., odczyny te mogą pojawiać się wcześniej jako dodatnie, w przypadkach zmiany pierwotnej i utrzymywać się mogą dłużej np. po leczeniu, lub w okresie utajenia kiły. Jednak ze względu na trudności w odczytaniu, nie mogą być jeszcze dostępnymi dla lekarza praktyka.

Znaczenie O.W. dla rozpoznania kiły jest bardzo doniosłe, jednak w pierwszych 5-ciu tygodniach po zakażeniu metodą wyboru jest badanie na krętki blade. Ostrożnie oceniać należy wynik dodatni w przypadkach wrzodów miękkich. O.W. dodatni w przypadkach kiły utajonej dowodzi że w ustroju znajdują się jeszcze ogniska krętków bladych, natomiast trudniejszym jest ocenianie wyników ujemnych w tych okresach — tu już musimy posługiwać się innymi sposobami badania i obserwacją chorego. W tych okresach bowiem ujemny O.W. nie dowodzi bezwzględnie wygaśnięcia choroby.

Leczenie przeciwkłowe ma bardzo znaczny wpływ, ale nie regularny na zmianę odczynu.

W zapobieganiu schorzeniom ośrodkowego układu nerwowego badanie płynu mózgowo-rdzeniowego stać musi na pierwszym miejscu. Schorzenie o. u. n. przebiegać może bez żadnych objawów i daje się wykazać tylko drogą badania płynu.

Zmiany w o. u. n. mają swój wyraz w chorobowo zmienionym płynie, a za taki uważamy płyn w którym znajdujemy nieprawidłowe odczyny.

Płyn chorobowo zmieniony dowodzący zmian w o. u. n. pojawiać się może już we wczesnych okresach kiły. W okresie zmiany pierwotnej z O.W. ujemnym jest zjawiskiem rzadkiem, natomiast pojawiać się może częściej w okresie zmiany z O.W. dodatnim. W kile II-o rz. o. jsetek chorobowo zmienionych płynów bardzo znacznie się zwiększa, zwłaszcza przy pewnych postaciach chorobowych (Łysina swoista, białactwo). W kile III o rz. przeciwnie do zapatrywań dawniejszych autorów również spotyka się zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym. W kile utajonej znachodzą się często zmiany w płynie i to częściej u osób nie leczonych. W kile wrodzonej wczesnej i później również płyn bywa chorobowo zmieniony.

W znacznej części przypadków ze zmianami w płynie znadują się i zmiany kliniczne w układzie nerwowym.

W późnej kile o. u. n. płyn jest już wybitnie chorobowo zmieniony, z przewagą odczynów biologicznych. Pomiedzy płynem mózgowo-rdzeniowym, a dodatnim O.W. we krwi nie ma równorzędności, O.W. dodatni w płynie nie musi być pochodzenia wewnętrznego (endogen).

Rozpoznawcze znaczenie płynu jest doniosłe, zwłaszcza progno-  
stycznie jest zjawiskiem cennym, wskazywać bowiem może na rozpo-  
czynające się zmiany chorobowe w o. u. n. a odpowiednie leczenie może  
zapobiec wystąpieniu późniejszym zmianom o. u. n.

Płyn chorobowo zmieniony we wczesnych okresach kiły może  
spontanicznie zmienić się na prawidłowy, nie każdy więc płyn choro-  
bowo zmieniony w wczesnych okresach, oznacza względną konieczność  
pows'awania późniejszych zmian w o. u. n.

Płyn chorobowo zmieniony w późnych okresach kiły niejedno-  
krotnie mimo energicznego leczenia nie da się zmienić na ujemny,  
jednak ocena tych zjawisk napotyka na znaczne trudności. Stwierdzenie  
chorobowych zmian w płynie w późnych okresach kiły utajonej, lub  
trzeciorzędnej bez objawów klinicznych, nie musi być zjawiskiem bez-  
względnie niekorzystnym.

Zmiany w płynie przeważnie rozpoczynają się w pierwszym roku  
po zakażeniu, rzadziej spotykamy późniejsze spontaniczne występowanie  
zmian w płynie.

Wskazanie do nakłucia łądzwiowego przypada na drugi rok  
po zakażeniu, o ile nie wystąpią objawy ze strony o. u. n. albo jeżeli  
chcemy zastosować leczenie dołądzwiowe. O ile jednak we wczesnych  
okresach kiły utrzymuje się dodatni O.W. we krwi i wskazanem jest  
leczenie, możemy wstrzymać się na pewien czas z nakłuciem. W później-  
szych natomiast okresach przy dodatnim O.W. we krwi wykonujemy  
nakłucie celem wykrycia zmian w o. u. n.

Po skończonem całym leczeniu przeciwkiłowem badanie płynu  
jest niezbędne.

Prawidłowy płyn stwierdzony jednorazowo nie dowodzi praw-  
idłowego stanu o. u. n., ale stwierdzony kilkakrotnie w różnych odstę-  
pach czasu z dużem prawdopodobieństwem przemawia przeciw  
schorzeniom o. u. n.

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13. VII. godz. 15.

1. **W. Sterling.** (W wa) i **C. Jastrzębski.** (W-wa). — Zmiany  
histologiczne wykwitów przymiotu II-rzędowego po wstrzykiwaniach  
bizmutu.

Wnioski: a) Pod wpływem zastrzykiwań leczniczych dawek  
przetworów bizmutowych następuje rozpad cytoplazmy i jądra komórek  
plazmatycznych, których szczątki ulegają stopniowemu wessaniu.

b) W wykwitach, zanikających samoistnie, spostrzega się zmiany  
podobne, acz w stopniu słabszym.

c) Sprawy histo-patologiczne w przypadkach, leczonych prze-  
tworami salvarsanu lub bizmutu, są widocznie podobne.

2. **E. Bruner i Z. Krakowska.** (W-wa). — Wpływ przetworów bizmutowych na obraz hematologiczny w przebiegu przymiotu.

Badania przeprowadzono u 28 chorych z następującymi przetworami bizmutowymi: luatolem (Spiess), jodo-chinino-bizmutanem w zawiesinie oleistej (Gessner) i połączeniem bizmutu z kwasem chaulmogrowym (Gessner). Chorzy otrzymali od 0,4 do 1,44 Bi. metalicznego w ciągu trwania całej kuracji. We wszystkich przypadkach bez względu na stosowany preparat ilość czerwonych ciałek na początku leczenia obniżała się, potem zwolna narastała, jednakże w znacznej większości przypadków nie osiągała liczb wyjściowych. Zawartość hemoglobiny również się zmniejszała, dochodząc w przypadkach poszczególnych do 60% normy, jednakże pod koniec leczenia wznosiła się do liczb początkowych, lub osiągała normę.

Zmiany anemiczne krwi nigdy nie dochodziły do poikilocytozy lub polichromatofilji. Anizocytozę obserwowano tylko przy luatolu. We wszystkich przypadkach zauważono stały i powolny wzrost ciałek białych, a pod koniec leczenia spadek ich do normy. Maksymalna leukocytoza wynosiła 14800 ciałek. Powiększenie ogólnej ilości leukocytów odbywało się zawsze głównie na skutek wzrostu małych limfocytów. Niejednokrotnie stwierdzano lekką eozynofilję (400 do 500 ciałek w 1 mm.<sup>3</sup>). Przetwory bizmutu nie działają na obraz krwi w sensie ujemnym. O ile po pierwszych zastrzyknięciach następuje spadek hemoglobiny i czerwonych ciałek, to później stan ten ulega powolnemu wyrównaniu jeszcze w przebiegu leczenia. Nigdy terapeutyczne dawki bizmutu nie doprowadzają do ciężkich anemji, dających się stwierdzić hematologicznie.

3. **P. Berlis.** (W-wa). — O wydalaniu bizmutu z ustroju moczem.

Postępując się metodą Léger'a, zmodyfikowaną przez Aubry, przeprowadziliśmy 135 badań nad wydalaniem bizmutu z ustroju moczem podczas i po leczeniu swoistym przetworami krajowymi (Luatol Spiessa, Jodo - Chinin. — Bismut. Gessnera, Rubyl Spiessa) i zagranicznymi (Quinby form. Aubry, Bismuthoidol Robin, Bismogenol Tosse).

Wyniki badań: po 1 domięśniowej iniekcji rozpuszczalnych soli bizmutu wydalanie bizmutu zaczyna się po 8 — 12 godzinach, kończy się po 5 — 6 dniach, po skończonej kuracji (20 iniekcji) wydalanie kończy się po 20 — 22 dniach; po 1 domięśn. iniekcji nierozpuszczalnych soli bizmutu wydalanie zaczyna się po 20 — 26 godz. kończy się po 8 — 9 dniach, po skończonej kuracji (24 iniekcji) wydalanie bizmutu kończy się po 43 — 57 dniach; po 1 domięśn. iniekcji kolloidalnego bizmutu wydalanie rozpoczyna się po 3 — 6 godz.

kończy się po 3 dniach; po dożylniej iniekcji koloidalnego bizmutu wydalanie zaczyna się po 1 godz., kończy się w ciągu doby.

Wnioski: 1) trwalsze wyniki leczenia osiągamy, stosując nierozpuszczalne sole bizmutu, 2) w przypadkach, gdy chcemy osiągnąć bardzo szybko wyniki leczenia (naprz. w leczeniu poronnym), należy stosować bizmut koloidalny, 3) bizmut ulega w ustroju kumulacji, 4) po kuracji bizmutowej solami nierozpuszczalnymi należy zalecić pacjentowi dłuższą przerwę w leczeniu, niż po kuracji solami rozpuszczalnymi, 5) wydalanie bizmutu zależy od zawartości w odnośnym przetworze metalicznego bizmutu, 6) w procesie wydalania bizmutu odgrywa rolę czynnik indywidualny, 7) wydalanie bizmutu odbywa się regularniej niż wydalanie rtęci.

4. **E. Sonenberg.** (Łódź). — Przyczynek do sprawy wchłaniania się zastrzykiwanego podskórnie zasadowego azotanu bizmutu, a badanego sposobem roentgenograficznym.

Aby się przekonać, jak długo trwa resorbowanie się zastrzykiwanego zasadowego azotanu bizmutu, autor poddawał kontroli roentgenograficznej miejsca, do których wprowadzano wymieniony lek. Badania w tym kierunku były rozpoczęte na początku marca r. b. i trwają jeszcze w dalszym ciągu. Zastrzykiwania ze względów technicznych były robione na przedramieniu i podskórnie. Zdjęcia były dokonywane w Miejskiej Pracowni Roentgenologicznej, pozostającej pod kierunkiem D-ra H. Garewicza. Pomimo że zebrany przez autora materiał roentgenograficzny jest dosyć duży, niepodobna jednakże ściśle określić, jak długo trwa wchłanianie. Z zebranego materiału wynika, że trwa ono bardzo długo i waha się od 35 do 70 dni. Fakt powolnego wchłaniania się zasadowego azotanu bizmutu a prawdopodobnie i innych nierozpuszczalnych przetworów bizmutowych ma zdaniem autora, zasadnicze znaczenie dla całości sprawy leczniczej i pozwala tłumaczyć niektóre zjawiska kliniczne, spostrzegane przy stosowaniu tego leku w przymiocie.

5. **H. Mierzecki.** (Lwów) — Wartość kliniczna stowarsolu.

Dodatnie wyniki, uzyskane przy leczniczym stosowaniu stowarsolu przez autorów francuskich i niemieckich zachęciły klinikę lwowską do stosowania środka tego na stałym materiale klinicznym. Obserwacja kliniczna 60 stałych chorych w rozmaitych stanach kiły wykazuje, że stowarsol jest dzielnym środkiem przeciwikiłowym o wyraźnym wpływie tak na wykwity jakoteż krętki i serologiczne odczyny. Wyniki jednakowoż są bardzo nierówne, wykwity bowiem ustępują niekiedy po 72 godzinach a niekiedy utrzymują się jeszcze i po 6 tygodniach a 14 g. stowarsolu, krętki znikają po 24 godzinach ale utrzymują się niekiedy i przez dni 14 mimo ciągłego stosowania środka; odczyny

serologiczne ulegają zmianie po 14 dniach a czasami i po 8 tygodniach zmian żadnych nie wykazują, oczywiście w tych samych postaciach kiły. Podobnie i nawroty występują już w 4 tygodniu po ostatniem leczeniu a niekiedy nie wykazują objawów przez szereg miesięcy po leczeniu. Znamienne natomiast są objawy meningealne przy braku objawów ujemnych odczynach serologicznych w kilka miesięcy po leczeniu (neurorecydywy). Indywidualne są też objawy toksyczne tego środka, znosili bowiem dobrze nawet 20,25 g. — inni zaś już po 1,50 g. wykazywali osutkę, gorączkę o charakterze posocznicznym (36,5 — 39,2; 37,2 — 38,8) a nawet zapady. Przybytek na wadze jest objawem częstym ale nie stałym, stwierdzono jednak w czasie leczenia i ubytek na wadze (do 1,5 kg.). Stwierdzono też nadmierne moczenie w licznych przypadkach. Stowarsol stosowany był w przebiegu łuszczycy i liszaja czerwonego płaskiego bez żadnego efektu leczniczego.

### POSIEDZENIE III.

Wtorek 14.VII. godz. 9.

1. **A. Starszyński.** (W-wa). — Zachowywanie się odczynu Bordet-Wassermanna w kile leczonej u osobników różnych grup serologicznych.

Ostatnie prace L. Hirszfelda i jego współpracowników, ujmujące zjawiska serologiczne z punktu widzenia nauki o konstytucji, zapoczątkowały zupełnie nowy kierunek badań w biologii. Ostatnio przeprowadzone próby nawiązania przynależności osobniczej do danej grupy serologicznej, do patologii chorób zakaźnych dały bardzo ciekawe wyniki, gdyż okazało się, że wrażliwość na błonicę związana jest ściśle z dziedziczeniem danej grupy serologicznej. (H. i L. Hirszfeldowie i H. Brokman).

Następne badania przeprowadzone pod kierunkiem L. Hirszfelda przez R. Amselówną i W. Halberówną na materiale kiłowym (2927 surowic), polegające na obserwacji zachowywania się O. Wa. u osobników należących do różnych grup serologicznych — wykazały, że u osobników, należących do grupy O. częściej spotyka się ujemny O. Wa., jak u osobników innych grup.

Obserwacje te skłoniły mnie do przeprowadzenia podobnych badań na materiale kiłowym kliniki dermatologicznej Uniw. Warsz. Na ogół zbadałem 618 przypadków kiły leczonej, zwracając w nich szczególną uwagę na wywiady, ilość przebytych kursów leczenia przeciwkiłowego, a głównie na zachowywanie się O. Wa. przed i po następnych kursach leczenia.

Z zestawienia wyników mych badań okazało się również, że w przeciwieństwie do innych grup, grupa serologiczna O. wykazuje w kile leczonej procentowo największą ilość przypadków ujemnego O. Wa. Różnica ta zaznaczyła się jeszcze wyraźniej po rozłożeniu całego materiału na przypadki, w których bardzo łatwo, bo już po 1—2 krotnem przeprowadzeniu leczenia przeciwkiłowego dodatni O. Wa. zmieniał się w ujemny i na takie, w których mimo kilkakrotnego leczenia O. Wa. stale bywał dodatni. Okazało się więc, że dodatni O. Wa. zmienia się już po 1—2 kursach leczenia przeciwkiłowego w ujemny najczęściej u osobników, należących do grupy O.; czyli, że zdaje się istnieć pewien związek między wczesnem znikaniem, lub stale utrzymującym się dodatnim O. Wa. a strukturą biochemiczną krwi danego osobnika.

2. **W Móravski.** (Wilno). — Przymiot u prostytutek w świetle badań serologicznych.

Resumé.

1. Przymiot u prostytutek ma swoisty charakter kliniczny; pod wpływem systematycznego leczenia (co 3 miesiące przeprowadzane bywają badania krwi i z dodatniem WaR podlegają w przychodni S. O. U. specjalnej kuracji) ilość przypadków z objawami lues'u jest nieznaczna i kiła się znajduje u rejestrowanych przeważnie w stanie utajonym.

2. Wobec tego dla celów djagnostycznych i terapeutycznych niezbędnem jest zastosowanie serologicznego badania krwi, tem bardziej, że nauka o WaR stopniowo traci charakter empiryzmu i oświeśla się z punktu eskperymentalno-biologicznych i anatomo-patologicznych badań. Obecnie próbuje się tłumaczyć przemiany odpornościowe w kile znaczeniem zaczynów limfocytowych (Bergel).

3. Badanie serologiczne przeprowadzone systematycznie nad osobami, które znajdują się pod stałą obserwacją lekarza mogłyby dać cenny obraz co do przebiegu choroby i wyników jej leczenia. W Wileńskim S. O. U. badania rozpoczęto z 1922 r. niesystematycznie i dopiero z początkiem 1924 r. można było zastosować je względem wszystkich. Materiały zbadane można podzielić na 3 kategorie: A) 87 prostytutek uprawiających nierząd w okresie systematycznego leczenia od początku 22 r.; B) 77 osób, które się oddały prostytucji w czasie przejściowym po okupacji niemców od 1918 r. i C) 100 kobiet zarejestrowanych przed wojną, lub w czasie okupacji niemieckiej, (z początku były leczone dostatecznie, zatem do 22 r. słabo i później systematycznie).

4. Rezultaty badań (patrz tablica) wykazywały, że zachowanie się surowicy tylko w kat. A gr. I p. I znacznie się różni od innych. Mianowicie ilość osób ze stale ujemnym wynikiem bez kuracji wynosi 18, wtenczas kiedy w kategorii B i C odnotowano 0.



Według teorii Bergel'a stale ujemne wyniki o. w. bez zastosowania kuracji wskazują na brak limfozytozy więc i spirochet.

5. Przechodząc do oceny dodatnich wyników, odnotowanych w grup. II, zaznaczam, że wskazują one na zapalną limfozytozę.

6. Co do przypadków, u których stwierdzono, wahanie odczynu (gr. II. p. 1.), to tu się daje odróżnić 3 typy: a) przypadki, w których o. w. dodatni się zmienił na ujemny i takim pozostał (+—), b) przypadki w których po wynikach ujemnych pojawił się odczyn dodatni i takim pozostał (—+—), c) przypadki, w których odczyn zmieniał się z dodatniego na ujemny systematycznie (+—+—) d) wreszcie przypadki, w których po kilku fazach ujemnych stale został dodatni (—+—+). Pierwsze typy a, b i c do pewnego stopnia można wytłumaczyć limfozytozą i wpływem kuracji.

7. Jak już wspomniałem objawy kliniczne u rejestrowanych prostytutek zdarzają się rzadko. Ponieważ zaś reakcja w przypadkach więcej niż 63% wciąż się waha, przemawia to za limfozytozą, czyli, że krętek długo się kryje w organizmie i może przy pewnych warunkach wywołać jawną manifestację. Ztąd wniosek, że rezultaty ostateczne leczenia nie są zbyt pomyślne. Z ogólnej ilości 264 kobiet, tylko 18 można liczyć za wolne od infekcji, reszta zaś 246 niewątpliwie przebyła kiłę (razem z gr. III i IV), co stanowi 92%. Rezultaty odpowiadają danym przez dr. Papeę i mało się różnią od podanych przez Landsteiner'a około 89%.

8. Nasuwa się zapytanie, jakie są przyczyny niedostatecznych rezultatów leczenia. Że złe odżywianie, nienormalne życie i głównie alkoholizm mogą mieć tu znaczenie, nie trzeba dowodzić.

Wnioski: Prewencyjne leczenie prostytutek ma tą dobrą stronę, że rzadko doprowadza do ujawnienia limfozytozy na zewnątrz, czyli klinicznych objawów kiły, co z jednej strony pod względem sanitarnym jest pożądanem, gdyż nie daje źródła dla infekcji — z drugiej zaś strony brak objawów wskazuje na niedostateczny odczyn organizmu, nieodpowiadającego limfozytozą na podrażnienie ze strony spirochet, które się kryją w tkankach organizmu u prostytutek w ciągu wielu lat (nawet do 20). Wobec tego, że siły samego organizmu i leczenia są niedostatecznym czynnikiem dla wyzdrowienia, nasuwa się myśl o potrzebie zastosowania więcej racjonalnych sposobów leczenia. Przyszłość pokaże, czy można będzie zmienić naszą oklepaną terapię na lepszą nową i tem stworzyć zdrowsze sanitarne warunki wśród prostytutek, a tem samem i ludności.

T A B L I C A.

**Kat. A.** 87 osób do 4 lat.

Grup. I.	p. 1) Nie mające ani razu dodatnich wyników WaR i nie leczonych—18 (20,7 <sup>o</sup> )	} 27,7 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
Grup. II.	p. 1) Dodatnie wyniki, zmieniające się na ujemne, leczone . . . . —26 (29,8 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	} 64,3 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
	p. 2) Same dodatnie wyniki, leczone —30 (34,5 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	
Grup. III.	Ślad — dodatnie rezultaty . . . . —1 (koło 1 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	1 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
Grup. IV.	Niedokonano badania krwi podczas lecz. —6 (7 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	$\frac{7^{\circ}/_o}{100^{\circ}/_o}$

**Kat. B.** 77 osób do 7 lat.

Grup. I.	1) Nie mających ani razu dodatniego WaR i nie leczonych . . . . —0	} 20,7 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
	2) Nie mających ani razu dodanego Wa i leczonych . . . . . —16 (20,7 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	
Grup. II.	p. 1) Dodatnie wyniki, zmieniające się na ujemne, podczas leczenia . —36 (46,7 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	} 67,5 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
	p. 2) Same dodatnie leczone wyniki . —16 (20,7 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	
Grup. III.	Ślad dodatnie . . . . . —0	
Grup. IV.	Niedokonano badania krwi, leczone . —9 (10,3 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	$\frac{11,8^{\circ}/_o}{100^{\circ}/_o}$

**Kat. C.** 100 osób do 20 lat.

Grup. I.	p. 1) Nie mających ani razu dodatnich wyników WaR i nieleczonych —0	} 29 / <sub>o</sub>
	p. 2) Nie mających ani razu dodatnich wyników i leczonych . . . . —29 (29 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	
	p. 3) Nie mających ani razu dodatnich wyników przy objawach kiły —1 (1 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	
Grup. II.	p. 1) Dodatnie wyniki, zmieniające się na ujemne, leczone . . . . . —32 (32 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	} 60 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
	p. 2) Dodatnie wyniki u leczonych . —28 (28 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	
Grup. III.	Ślad — dodatnie rezult. . . . . —2 (2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
Grup. IV.	Nie dokonano badania, leczone . . —8 (8 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> )	$\frac{8^{\circ}/_o}{100^{\circ}/_o}$

OGÓLNE REZULTATY.

**Kat. A. B. C.**

Grup. I.	p. 1	— 18
	p. 2	— 52
Grup. II.	p. 1	— 94
	p. 2	— 74
Grup. III.	—	— 3
Grup. IV.	—	— 23
		<u>264</u>

**Grupa II. p. I.**

Kat. A.		Kat. B.	
1 typ. (+ — — —)	8	1 typ. (+ — — —)	8
2 typ. (— — + —)	7	2 typ. (— — + —)	6
3 typ. (+ — + —)	3	3 typ. (+ — + —)	11
4 typ. (— — + +)	<u>8</u>	4 typ. (— — + +)	<u>11</u>
	26		36

**Kat. C.**

1 typ. (+ — — —)	10
2 typ. (— — + —)	8
3 typ. (+ — + —)	1 (jeden)
4 typ. (— — + +)	<u>13</u>
	32

POSIEDZENIE IV.

Wtorek 14.VII. godz. 15.

1. **J. Leyberg.** (Łódź). — Wielokrotne nakłócia lędźwiowe u syfilityków.

Badaniu podlegało 127 chorych szpitalnych z 1920—21 r. (wielokrotne nakłócia w krótkich odstępach czasu), z których sześćdziesiąt dziewięć pozostało pod dalszą obserwacją: 32 — 3 lata, 21 — 4 lata 16—5 lat (nakłócia coroczne), oraz 24 chorych ambulatoryjnych, spostrzeganych od 1920—21 r.; 12 z kiłą późną utajoną (7 z płynem patologicznym, 5 z normalnym) i 12 z więdem rdzenia (nakłócia co 1—1½ roku).

Przy kile wczesnej poprawa wzgl. oczyszczenie płynu m. rdz. daje się stwierdzić albo zaraz po skończonem leczeniu albo po upływie 7—8 tygodni; rzadziej już w tym okresie zdarzają się przypadki stosunkowo odporne. Płyn doprowadzony do normy jedną kuracją, ma z reguły tendencję do nawrotów (ponowne zjawianie się

wszystkich odczynów patologicznych lub odczynów odosobnionych), nawroty występują pomiędzy 3—5 miesiącem po zaprzestaniu leczenia.

Obraz płynu w 1-ym roku po zakażeniu nie jest jeszcze utrwalony, płyn pierwotnie normalny może stać się patologicznym w drugim roku po zakażeniu. Płyn kilkakrotnie stwierdzany w 11-u przypadkach jako normalny w ciągu pierwszych dwóch lat po zakażeniu, pozostawał we wszystkich bez wyjątku przypadkach nadal bez zmian (przy corocznej kontroli do pięciu lat) niezależnie od wahań odczynu Wa. w surowicy krwi.

Przy kile późnej płyn patologiczny zachowuje się stale opornie; dla otrzymania pierwszej poprawy, wzgl. oczyszczenia płynu, niezbędne jest leczenie intensywne i długotrwałe, zależnie od stopnia schorzenia (6,0—8,0 NS w ciągu 3-miesiący). Przy leczeniu tych przypadków należy wypróbować na większym materiale podawanie śródżylne NS w 40%-owej urotropinie w kilka godzin po podaniu domięśniowym Hg. lub Bi; dawki jednorazowe: 0,45—0,6 NS w 10,0 gr. urotropiny chorzy znoszą z łatwością. Płyn normalny, stwierdzony poraz pierwszy w 1920 — 21 r. u 5-ciu chorych z okresu późnego (9, 11, 12, i 18 lat po zakażeniu, 1 z Wa.  $\text{---} \text{+++}$  w surowicy reszta z Wa $\text{---}$ ) przy 2-ch następnych nakłóciach, wykonanych pomiędzy 1922—25 r. pozostał nadal bez zmiany, wszyscy chorzy bez objawów ze strony układu nerwowego.

Płyn patologiczny stwierdzony po raz pierwszy w późnych latach po zakażeniu i utrzymujący się uporczywie, u jednych trwa nadal szereg lat u innych przyłącza się metakifa. Z siedmiu chorych tej kategorii u 3-ch z Was.  $\text{+++}$  w surowicy (zakażenie przed 13, 11, 10 laty) płyn patologiczny stwierdzony po raz pierwszy w r. 1921 przy 2-ch następnych nakłóciach, wykonanych pomiędzy 1922—25 r. wykazuje pomimo leczenia nadal stan patologiczny obok Was.  $\text{+++}$  w surowicy przy braku organicznych objawów ze strony układu nerwowego. Z pozostałych 4-ch. u 2-ch stwierdzono w r. 1924 P. p. (zakażenie w r. 1909—14) u jednego w r. 1924 Tabes dorsalis — (zakażenie w r. 1908), u jednego w lutym 1921 r. brak organicznych objawów (Wa. — w surowicy, płyn patol), w sierpniu tegoż roku obie źrenice tracą odruch na światło (zakażenie 1914).

Ustąpienie klinicznych objawów nerwowych pod wpływem leczenia swoistego nie jest równorzędne z doprowadzeniem płynu do stanu normalnego; zazwyczaj płyn nadal jest patologiczny. W pi e r w s z y c h kilku latach po zakażeniu płyn taki daje się jednak doprowadzić do normy przez bardzo energiczne i wytrwałe leczenie.

Płyn mózgowo-rdzen. przy władzie rdzenia może ulegać samodzielnym wahaniom w oznaczeniu pogorszenia, poprawy, wzgl. oczyszczenia. Te ostatnie przypadki (remisje płynu pierwotnie patologicz-

nego) uważane są niesłusznie za tabes z płynem normalnym. Obraz płynu m.—rdz. przy wiądzie rdzenia nie idzie w parze ze stanem nasilenia choroby.

2. **L. Wernic.** (W-wa). — O zapaleniu cewki u mężczyzn.

Należy pamiętać, że obok zapalenia gonokokowego istnieje 6 innych odmian: 1. powodowane przez bakterje banalne: a) pierwotne (paciorkowe od chorych na różę, od kobiet chorych na ropne zapalenie macicy i dodatków, zatoki Douglasa, od banalnych bakteryj zawartych w napletku i wargach kobiecych), b) wtórne — u tych, którzy przeszli trypra, lecz skutkiem zmian nabłonka łatwo zarażają się bakterjami banalnymi. Tutaj zaliczamy zarażenia wtórne laseczkami okrężnicy, błonicy, duru brzuszego, zarażenie w śwince, zimnicy i innych zakażeniach gorączkowych. 2. Zapalenie cewki jałowe, 3. chemicznego pochodzenia, 4. zakaźne, 5. toksyczne, 6. traumatyczne, (każda rana może mieć głębsze komplikacje i wymaga nieraz dłuższego leczenia). Tylko w chemicznem zapaleniu odstawić Hydrarg. oxycyanatum, o ile codziennie było używane, a w traumatycznych usunąć uraz.

W leczeniu zapaleń cewki z tych źródeł, a również i rzeżączkowego pochodzenia, należy pamiętać o budowie cewki, a przedewszystkiem o wczesnem rozpoznaniu drobnowidowem (wydzielina z cewki, przewodów przycewkowych ślepych uchyłków, gr. krokowego, gr. Coopera i również nasienia). Zapobiegać szybko — miejscowo reargon 5%, i Janet. Dobrze działa 1‰ emulsja ol. sandałowego w razie podrażnienia.

W stanach przewlekłych zgłębnik pozwala określić stan ścianek bocznych i dolnych cewki; ścianę górną zbadać należy wzornikiem.

3. **J. Wiśniewski.** (W-wa). — Stosowanie wyciągu z gruczołów dokrewnych w przypadkach przymiotu wrodzonego.

W n i o s e k:

Z uwagi na udział gruczołów dokrewnych w przypadkach przymiotu wrodzonego stawiam wniosek, że w każdym przypadku kiły wrodzonej zastosować należy oprócz specjalnego leczenia wyciągu czy to z jednego odpowiedniego gruczołu dokrewnego, czy też wyciągu z zespołu gruczołów dokrewnych, jak np. panglandyny.

4. **J. Wojciechowski i J. Zalewski.** (W-wa). — Metoda określania małych ilości arsenu w płynach i tkankach.

Metoda polega na przepuszczaniu wydzielonego w zmodyfikowanym aparacie Marsha arseno-wodoru przez watę sublimatową, przy czem otrzymuje się jej zabarwienie poczynając od jasno kanarkowego koloru do ciemno-brunatnego.

Sposobem powyższym daje się wykryć już 0,000.2 miligr.  $As_2O_3$ .

5. **B. Hepner.** (W-wa). — Przyczynek do działania chemoterapeutycznego ciężkich metali.

Autorowi udało się otrzymanie zespolonych soli bizmutu z paradu-oxy-meta-dwu-amidoarsenobenzolem. Z szeregu tych związków, najbardziej rokującym kliniczne nadzieje, okazał się w chemoterapeutycznym badaniu, preparat, zawierający 13,5% As i 7,8% Bi. Ze względu na skład chemiczny, preparat ten nazwano „Bias.“ Dosis tolerata tego preparatu wynosi 125 mg. na 1 kg. żywej wagi. Przez stosowanie tego preparatu w roztworach rozmaitych cukrów, można zmniejszyć jadowitość na 150 = 180 mg. na 1 kg. żywej wagi, w zależności o i rodzaju cukru. Badania te posłużyły zarazem jako ciekawy teoretyczny materiał dla wyjaśnienia zmniejszenia jadowitości przez wprowadzenie grup wodorotlenowych.

## POSIEDZENIE V.

Środa 15 - VII godz. 9.

1. **H. Mierzecki.** (Lwów). — Schorzenia skóry na stole sekcyjnym.

Krytyczne opracowanie skórneg0 materiału sekcyjneg0 Zakładu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie (pęcherzyca łuszcząca się i brodawkująca, toczeń, liszaj rumieniowaty, wyprysk, świerzbiączka, zakaźne zapalenie skóry i mięśni (*dermatomyasitis*), *dermatohyphomycosis*, rumień wielokształtny wysiękowy, twardzina skóry, mięsaki skóry i grzybica guzowata.

Wnioski: Posocznica nie jest stałym objawem zejścia pęcherzycy a zmiany chorobowe w nerkach należą do rzadkości. Posiewy ze śledziony są często jałowe. Często stwierdza się charłactwo i stare przewlekłe postaci gruźlicy, nasuwające przypuszczenie, że chorzy na gruźlicę okazują większą skłonność do pęcherzycy. — Różnicy w obrazie sekcyjnym między pęcherzycą przewlekłą a brodawkującą nie stwierdzono. Liszaj rumieniowaty wskazuje gruźlicę tylko w 40% przypadkach przeważa obraz posocznicy. Tocznio wi towarzyszą w płucach obok zmian przewlekłych także i ostre rozpady. Rumień wielokształtny wysiękowy nie wykazuje zmian w nerkach natomiast w płucach. Twardzina skóry nie wykazuje posocznicy natomiast hydrothorax. Mięsaki Kaposiego wykazują rzadkie przerzuty w płucach, a grzybica guzowata obrzmienie gruczołów chłonnych, posiew zaś ze śledziony i gruczołów miednicowych wykazał liczne kolonie łańcuszkowców.

2. **S. Ostrowski.** (Lwów). — Rozważania nad dermatozami w związku z badaniem układu wegetatywnego.

Przeprowadzono około 200 badań — *ceteris paribus* — zapomością jadów wegetatywnych u 60 chorych leżących. Badania te obejmowały rozległą skalę dermatoz: *pruritus* i *prurigo*, *dermografism* i *urticaria factitia*, *epidermodermatitis* i *eczema*, *dermitis artificialis* *dermat. diabetico* *erythrodermia*, *acne* i *dermit seborrhoica*, *pyodermatitis*, *prolasiis*, *atrophia cutis* i *sclerodermia*, *olepecia areata*, *tbc cutis* i *leukemia cutis*.

Szeroki zakres działania, uwzględniając trudności techniczne w gromadzeniu przypadków i t. p. sprawił, że na niektóre przypadki dermatoz przypada nieraz jeden przypadek. Mimo to, dało się wyprowadzić niejaki wnioski teoretyczne, na podstawie analizy przedsięwziętych badań. W przebiegu niektórych dermatoz można przyjąć wpływ układu wegetatywnego za niewątpliwy, a choćby na podstawie spostrzeżeń licznych poważnych autorów, a nawet na podstawie prób leczenia jadami wegetatywnymi, przeprowadzonych w klinice warsz. pod kierunkiem prof. Fr. Krzysztalowicza. Należy jednak być ostrożnym ze zbyt pochopnem łączeniem szeregu dermatoz z takim lub innym stanem w weget. układzie. Do dziś jest jeszcze wiele nieścisłości w spostrzeżeniach klinicznych, a nawet zagadek anatomo-fizjologicznych, dotyczących u. weget. Poza tem obwinianie tego układu o wyłączny związek z dermatozami — mogłoby zahamować na pewien czas rozwój tej gałęzi medycyny. Układ weget. stanowi część ustroju, jest spoidłem dla układu gruczołów dokrewnych i przemiany materji, dlatego w dermatozach należy przyjąć raczej jego pośrednictwo, rzadziej przyczynowy, bezpośredni udział.

3. **A. Straszynski.** (W-wa). — Skłonność do pewnych chorób skórnych u osobników różnych grup serologicznych.

Niezależnie od określania grup serologicznych w kile leczonej, zająłem się również badaniem indywidualnej dyspozycji w chorobach skórnych w związku z przynależnością danego osobnika do pewnej grupy serologicznej. Wyniki, otrzymane przezemnie zdają się wskazywać na pewne znaczenie ugrupowania serologicznego w patologji niektórych chorób skórnych.

Materiał, zbadany dotychczas przezemnie obejmuje 210 przypadków rozmaitych chorób skórnych, wśród których zwraca uwagę pewne znaczenie struktury, biochemicznej krwi szczególnie w przypadkach świerzbiączki (*prurigo Hebrae*), łuszczycy i gruźlicy skóry.

Okazało się bowiem przy zestawieniach procentowych wyników badań, że w przypadkach świerzbiączki (39 przypadków) najczęściej

spotyka się grupę O, najrzadziej zaś grupę A — w przypadkach łuszczycy (32 przypadki) i gruźlicy skóry (25 przyp.) największa ilość osobników należała do grupy A, najmniejsza do grupy B.

Ustawivszy stosunek procentowy między poszczególnymi grupami, biorąc za jednostkę grupę, w której spostrzegliśmy najmniejszą ilość powyższych jednostek chorobowych — otrzymaliśmy:

	O : A : B
Prurigo	4,77 : 1 : 3,96
Psoriasis	1,50 : 2,33 : 1
Tbc. cutis	1,40 : 2,60 : 1

(Grupy AB nie uwzględniam, ze względu na małą ilość przypadków, należącej do tej grupy).

W innych przypadkach chorób skórnych, zbadanych przezemnie albo nie można wykazać wyraźniejszych procentowych różnic między poszczególnymi grupami, albo ze względu na bardzo małą ilość przypadków trudno jest ocenić, czy przynależność do danej grupy serologicznej odgrywa jakąś rolę.

Wyniki powyższe zdają się rzucać niejakié światło na znaczenie struktur serologicznych w patologji pewnych chorób skórnych; na razie jednak niemożę wysnuwać ostatecznych wniosków dopóki dalsze badania prowadzone po tej linii nie potwierdzą tych spostrzeżeń.

4. **A. Racinowski.** (W-wa). — W sprawie histogenezy białaczki skóry.

Budowa histologiczna guzów białaczkowych nie jest jednolita, jak się to ogólnie przypuszcza.

1. W guzach tych, w podstawowej ich masie, składającej się z limfocytów, częstokroć można wykryć i inne pierwiastki komórkowe jak: komórki plazmatyczne, nabłonkowate, tuczne, olbrzymie i kwasochłonne.

2. Wobec tego, rozpoznanie zmian białaczkowych skóry opierać się winno nie tylko na badaniu histopatologicznem skóry, lecz na całkowicie danych klinicznych, hematologicznych i histologicznych.

5. **J. Milejkowski.** (W-wa). — Eozynofilia w chorobach skóry.

Pod wpływem pracy dr. Kobrynera (z oddziału doc. Klajna), „O fizjologicznym przebiegu leukocytozy u człowieka“, gdzie autor dochodzi do wniosku, że przebieg ten u człowieka jest nadzwyczaj zmienny, i że na podstawie jednego tylko badania nie można mówić ani o hyperleukocytozie, ani o leukopenji, pod wpływem tej pracy



zaczęto na oddziale Dra. Sterlinga badać, czy eozynofilja, która tak często występuje w patologji skóry, nie podlega także tym samym wahaniom. Ilość przypadków, badanych w tym kierunku, dochodzi do 64-ch, i wnioski, jakie można z tych badań, wyprowadzić, są następujące:

1. Eozynofilja występuje przeważnie w schorzeniach skóry o charakterze wysiękowym. Muszę tu zaznaczyć, że w przypadkach świerzby stwierdzaliśmy często eozynofilię, co się zgadza ze spostrzeżeniami d-ra Brunera, a także z faktem znanym z patologji ogólnej, że bardzo często stwierdzamy wybitną eozynofilję przy schorzeniach pochodzenia pasożytniczego.

2. Na podstawie li tylko procentowego określania eozynofilów nie można wyprowadzać wniosków, że mamy do czynienia ze zwiększoną lub zmniejszoną ilością eozynofilów, a także że przebieg eozynofilji jest zmienny lub stały. Należy zawsze brać pod uwagę także i ogólną liczbę leukocytów, i tylko wzajemny ich stosunek po kilkukrotnym badaniu może nam dać prawdziwą odpowiedź, czy eozynofilja jest stałym mniej więcej składnikiem ogólnej leukocytozy.

3. Dla prawidłowego określenia ilości eozynofilów nigdy nie należy ograniczać się tylko 100 leukocytami, a należy obliczać od 500 do 1000 leukocytów.

6. **G. Zuckerwar.** (W-wa). — O zachowaniu się cukru we krwi w niektórych chorobach skórnych.

Zbadanych zostało metodą Mc. Lean'a 44 przypadki, przyczem te, które przebiegały z zajęciem znacznych przestrzeni, wykazały obniżenie cukru we krwi.

Opierając się na badaniach Müllera o odmiennem reagowaniu organizmu przy schorzałej skórze (niewystępowanie po wśródskórnym zastrzyku leukopenji, która jednak występuje przy skórze zdrowej), na teorii Hoffmana o „esophylaxji, Blocha o „derminie“, wykazujący zdolność skóry do obrony organizmu przed szkodliwościami, wreszcie na badaniach Yamasaki, któremu udało się wyodrębnić prawie wszystkie zczyny w skórze — rzec możemy, na podstawie otrzymanej zmniejszonej zawartości cukru we krwi, iż skóra podobnie do innych narządów, dzięki autonomicznej jej zdolności do przemiany materji jest w ścisłej korelacji z całokształtem procesów biologicznych, zachodzących w naszym ustroju, i przyczynia się do zachowania równowagi w ogólnej gospodarce przemiany materji, — wyeliminowanie dużej jej przestrzeni wpływa ujemnie na tę przemianę, jak widzimy z przykładu przemiany cukrowej.

7. **R. Bernhardt i J. Zaleski.** (W-wa). — Cholesterynemja w łuszczycy.

Wnioski: 1. Po naświetlaniu promieniami Roetgen'a przestrzeni Brock'a spostrzega się w łuszczycach:

a) w przypadkach hypocholesterynemji podnoszenie się stopniowe poziomu cholesteryny wolnej we krwi.

b) w przypadkach hypercholesterynemji stopniowe obniżenie się poziomu.

Trudno dziś orzec, od czego zależy zjawisko. Można przypuścić wpływ grasicy lub tarczycy, albo też obu gruczołów współcześnie, zwłaszcza gdy się zważy, że drobne cząstki tkanki tarczycowej mogą być zawarte w grasicy, wklinięcia zaś tkanki grasicowej wykrywane były w tarczycy.

2. Wahania się poziomu cholesteryny wolnej we krwi łuszczycowych nie pozostają w widocznej łączności z przebiegiem klinicznym łuszczycy.

#### POSIEDZENIE VI.

Środa 15. VII. godz. 15.

1) **Wernic** (W-wa).—O leczeniu światłem chorób wenerycznych i skórnych.

Leczenie światłem czerwonym o długich falach — działających przeważnie termicznie jest mało stosowane. Źródłem promieni przez nas stosowanych była lampa Sollux. Zbyt krótkotrwałe seanse i zbyt odległe ustawienie lampy — zawodzą. Należy stosować od pół godziny do godziny światło.

Wyniki 75 obserwacji w Szp. Ś-go Łazarza i w praktyce prywatnej:

Bardzo dobre wyniki w ostrych zapaleniach przyjądrza zmniejszenie szybkie bólu i objętości przyjądrza (47 przypadków). Całkowitego zniknięcia obrzmienia nie notowano. Stosowano od 2 — 5 seansów światła. Zmniejszenie nacieków i usunięcie bólów w 5 przypadkach salpingoophoritis i w 3 parametritis. W 8 przypadkach ulcera cruris — zawiodło światło, lecz stosowano je krótko. To samo w eczema madidans. (4 przypadki). W 4 przypadkach impotentia coensudi (po 10 seansach) przejściowa poprawa. Cztery zbyt silne podrażnienia po Roentgenie — natychmiast leczone — poprawiły się.

2. **A. Wileńczyk.** (W-wa). — Grzyb strzygący z kropli wiszącej.

Klasyfikacja grzybów może być racjonalna tylko wtedy, gdy opiera się na punktach stałych, W życiu grzybków chorobotwórczych

włosów niema nic stałego, tem też tłumaczyć należy, że do dnia dzisiejszego grzybki te nie posiadają określonego miejsca w systemie botanicznym. Doświadczenia Matruchot, Dassenwalla, Sabouraud i Plauta doprowadziły do wniosku, że grzybki chorobotwórcze włosów są bardzo zbliżone do rodziny Ctenomycetes i że w systemie botanicznym winny znaleźć miejsce w grupie Gymnoascus. Moje doświadczenia nad grzybem strzygącym w kropli wiszącej wykazały, że jednym z najgłówniejszych procesów w życiu grzyba jest proces rozmnażania i że rzeczywistym nasieniem grzyba strzygącego nie są zarodniki, na które się rozpadają nitki we włosie, nie są takimi zarodnikami zewnętrznymi (Konidia), które się zjawiają na pożywkach sztucznych. Zarówno pierwsze, jak i drugie są tylko formami przejściowymi, mniej udoskonalonemi, które przy warunkach odpowiedniejszych mogą się przetworzyć w wyższe owoce — ascusy.

Reasumując moje doświadczenia zaznaczam, że w grzybie strzygącym obserwujemy 3 główne sposoby rozmnażania:

1) Krzyżowanie się nitek i powstawanie na ich miejscu tworów okrągłych lub owalnych

2) tworzenie zarodników zewnętrznych i skupienie się tych zarodników. Na miejscu tych skupień powstają takie same twory, jak na miejscu węzłów z nitek.

3) Obrzmienie pojedynczych zarodników lub komórek grzybni.

Na podstawie moich obserwacji przychodzę do wniosku, że twory, które się zjawiają na miejscu węzłów lub zarodników, są zaczątkami tworzenia ascusów i że przy odpowiednich warunkach twory te dojrzewają i dają dojrzałe owoce. Że tak jest, świadczy cały szereg preparatów na których widzimy, jak twory te dojrzewają i jak w końcu na ich miejscu powstaje woreczek przepełniony zarodnikami.

**3. W. Borkowski i M. Regelman.** (W-wa). — Rozwój pojęć o pryszczycy w świetle historii.

Pryszczyca jest odczynem skórnym pęcherzykowym pochodzenia anafilaktycznego. Takimiż odczynami skórnymi pod względem patogenetycznym są pokrzywka i rumień.

Pryszczyca jest to niepasorzytnicze, swędzące zapalenie przewlekłe warstw powierzchownych skóry i naskórka z przewagą zmian odczynowych w naskórku.

Pryszczycę cechują następujące zmiany histologiczne;

1) pęcherzyk wśródnaskórkowy międzykomórkowy i międzykolczasty spongiosis) mniej typowy obrzęk wśródkomórkowy (alteration cavitaire);

2) przerost warstwy kolczastej (acanthosis), będący wyrazem dążności naskórka do pokrycia defektu w miejscu pęcherzyka;

3) wadliwe rogowacenie, które jest spowodowane faktem przyspieszonego rogowacenia,

4) nikły zapalny odczyn w skórze właściwej.

Na zasadzie obecności li tylko pęcherzyka nie jesteśmy w możności rozpoznać pryszczycy, jedynie zespół kilku wyżej wymienionych cech może być miarodajnym.

5) w przeciwieństwie do obrazu histologicznego, spostrzeganego w zapaleniu skóry sztucznie wywołanem, w obrazie procesu pryszczycowego nie spotykamy martwicy naskórka.

Spryszczenie (eczematisatio Besniera) uważamy za zapalenie skóry zewnątrzpochodne sztucznie wywołane (dermatitis artificialis).

Chorych pryszczycowych nie można uważać po za cierpieniem skórnem za ludzi zupełnie zdrowych; są to ludzie obarczeni pewnymi zбочzeniami konstytucjonalnemi.

4. **S. Kwiatkowski.** (Lwów). — „O stosowaniu chlorku wapnia w przebiegu rozmaitych schorzeń skórnych“.

Leczono: 27 przyp. wyprysku, przeważnie sączącego,

4	„	Dermatitis toxica,
2	„	Dermatitis herpetiformis (Duhring),
1	„	Pemphigus exfoliatus,
1	„	Lichen ruber planus,
2	„	sycosis barbae staphylococcica,
2	„	łuszczycy.

Stosowano Calc. chloratum w 10% -ym roztworze, wśródźylnie.

Pierwsze 2—3 dawki po 0.25, następne po 0.50 CaCl.

Wyniki naogół bardzo dodatnie. We wszystkich przyp. wyprysku sączącego stale ustępowało sączenie po 4 — 5 zastrzykach, świąd zmniejszał się. Wpływ na chron. postacie wyprysku również bardzo dodatni, jednakże znacznie wolniejszy; po 18 — 20 inj. sprawa do tego stopnia ulegała polepszeniu, że lecz. lokalne (Ung. diachylon Hebrae, Ung. Wilkinson) bardzo szybko usuwało resztki nacieków.

W 1 przyp. liszaja czerw. płaskiego kończyn górnych, tułowia i ud (z podrażnieniem tych ostatnich wskutek zastosowania jakiejś maści w domu) — nastąpiła zadziwiająco szybko inwolucja nietylko ostrego stanu zapalenia skóry ud, ale i—typowych przedtem—wykwitów liszaja płask. Po 28 inj. Calc. chlor. zupełna inwolucja prawie wszystkich zmian. Jedynie kilka blaszek na łędźwiach uległo tylko częściowemu wessaniu.

Oba przyp. Derm. herpetif. (Duhring) uległy bardzo znacznemu polepszeniu. Zwłaszcza w jednym z nich wszystkie wykwity uległy po 9 inj. zupełnej inwolucji. Nawrotom nie zdolano przeszkodzić mimo stałego stosowania Calc. chlor.: od czasu do czasu pojawiają się

świeże wykwity, jednakże w znikomo skąpej ilości, a i te bardzo szybko znikają. Świąd ustąpił zupełnie, chory przybył znacznie na ciężarze.

W 2 przyp. łuszczycy pojawiły się po kilku inj. świeże wykwity niezależnie od miejsca wkłucia.

Wszystkie 3 przyp. *Dermatitis toxica univ.* uległy pełnemu wyleczeniu po 5—7 inj. Podobnie i 1 przyp. *Eczema generalisatum*, jednakże dopiero po 24 inj.

Bardzo ciekawym jest 1 przyp. *Pemphigus exfoliatus*: po 5 inj. Calc. chlor. wszystkie, dość rozległe exfoljowane partje pokryły się uderzająco szybko świeżym przybłonkiem. Równocześnie wystąpiły objawy niedomogi m. sercowego, wskutek czego inj. przerwano. W 6 dni od ostatniej inj. zauważono nadmierne bujanie świeżo wytworzonego przybłonka, które w dalszym ciągu bardzo szybko postępuje tak, że dziś mamy już wyraźny obraz *Pemph. vegetans*. Charakterystycznym jest, że mimo 6 miesięcznego trwania swego cierpienia, chory podobnego bujania nigdy nie zauważył.

Obj. uboczne: Calc. Chlor. nie jest środkiem obojętnym dla ustroju. Pomijając ogólnie znane, a stale w czasie inj. występujące uczucie gorąca w skórze całego ciała i krtani — obserwowaliśmy w kilku przyp. zwłaszcza tych, w których stosowano ponad 10 inj. — ogólne osłabienie, długotrwałe pocenie się i świąd w skórze całego ciała (bez jakichkolwiek zmian objekt) w 2 wypadkach natychmiast po inj. nastąpił bardzo ciężki zapad (tętno ledwo wyczuwalne, nitkowane, wymioty), który ustąpił dopiero po zastosowaniu *Ol. camph.* z *Coff. natr.-benz.* Ponieważ płyn pochodził z tej samej flaszki, podano resztę jego badaniu chem.,—z wynikiem ujemnym. Nie mnie jednak odnieść należy oba te przypadki do jakiegoś błędu w przyrządzaniu leku, ponieważ i przedtem i potem obaj pacjenci znosili inj. Calc. chlor. bez jakichkolwiek następstw.

5. **L. Landesówna i H. Mierzecki.** (Lwów). — Schorzenia zawodowe skóry a roentgenoterapia.

Naświetlono 104 przypadki zawodowego wyprysku i trądzika szkołą Holznechta i odesłano chorych do swych drażniących zajęć Pogorszenie sprawy chorobowej nie stwierdzono, zauważono natomiast oporność w leczeniu i stosunkowo wczesne nawroty.

6. **A. Straszyński.** (W-wa). — Domięśniowe stosowanie roztworu ichtyolu w chorobach skórnych i wenerycznych.

Unna wprowadzając ichtyol po raz pierwszy do lecznictwa chorób skórnych, miał na celu wykorzystanie leczniczych własności siarki związanej w pewien sposób w ichtyolu.

Dotychczas stosowano ichtyol wyłącznie zewnątrznie (maści, okłady, zawiesiny it.p.) lub wewnątrznie (pigułki krople) i otrzymywano na ogół bardzo pomyślne wyniki nie tylko w chorobach skórnych, ale i w schorzeniach należących do innych działów medycyny.

Mając na uwadze dodatnie działanie ichtyolu stosowanego wewnątrznie w niektórych chorobach skórnych, postanowiłem zastosować go w postaci zastrzyków domięśniowych, zwłaszcza, że ichtyol daje doskonałą zawiesinę w wodzie.

Przygotowałem 2% wyjałowiony roztwór wodny ammon-sulfoichtyol i wypróbowałem go najpierw na zwierzętach wstrzykując ten roztwór w dość dużych ilościach królikom podskórnie i śródżylnie; przyczem nie zauważyłem żadnych objawów ubocznych tak miejscowych i ogólnych. Po tych próbach przeszedłem do stosowania ichtyolu u ludzi.

Obserwacje moje dotyczą 41 przypadków (w tem 20 przyp. epididymitis ganorch i 1 przyp. ulc. moll. phagedaen., 1 przyp. ulc. moll. et bubo inguin. 5 przyp. psoriasis; 13 przyp. pyodermis) W przypadkach tych wstrzykiwałem 2% wyjałowiony roztwór ammon. sulfo ichtyol śródmięśniowo w pośladki, w odstępach 2–3 dniowych Na ogół mogę stwierdzić że bardzo dobre wyniki otrzymałem w przypadkach epididymitis gonorrhoeic, bo najczęściej już po pierwszym zastrzyknięciu ustępowała bolesność i obrzęk zmniejszał się znacznie; podobne wyniki obserwowałem również w przypadku epididymitis et urethritis bakterica, jakoteż w przypadku dymienicy gruczołów pachwinowych.

W chorobach skórnych nie mogłem zaobserwować wybitniejszego działania tego leczenia za wyjątkiem jednego przypadku czyrakowości i dwóch przypadków łuszczycy, w których spostrzegłem znaczne przyblednięcie wykwitów łuszczycowych.

Bezsprzecznie więc najlepsze wyniki uzyskałem w przypadkach trypowego zapalenia najądrzy i mogę powiedzieć, że śródmięśniowo stosowany ichtyol działa tu lepiej niż inne środki. Przekonałem się o tem, obserwując przypadki kontrolne, leczone zastrzykiwaniami szczepionek, lub mleka.

Co się tyczy istoty leczniczego działania tego sposobu leczenia, to sądzę, że ichtyol, stosowany śródmięśniowo powoduje w ustroju podobne przemiany, jak ciała proteinowe, czy koloidowe wprowadzone do ustroju pozajelitowo tj. zmienia stan koloidalny soków ustroju i pobudza ciała odpornościowe w zapalnych ogniskach.

---

## XXVI. Sekcja medycyny sądowej.

Przewodniczący W. Grzywo-Dąbrowski.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13.VII. godz. 15.

1. **S. Schilling-Siengalewicz.** (Wilno). — Teoria łańcuchów bocznych Erlicha w świetle najnowszych badań toksykologicznych.

Teoria łańcuchów bocznych Ehrlicha została znacznie zachwiana nowszemi badaniami z zakresu serologii i toksykologii. Autor przeprowadził badania nad preparatem „Bayer 205“, który znalazł ostatnio szerokie zastosowanie w lecznictwie i który zdawał się najbardziej, ze wszystkich ciał chemicznych stosowanych w chemoterapii potwierdzać teorię Erlicha. Badania autora wykazały, że „Bayer 205“ nie posiada bezpośredniego działania na drobnoustroje i że działa na nie tylko drogą pośrednią, pobudzając organizm do bardzo żywej przemiany materji, wśród której to znajdują się czynniki uszkadzające drobnoustroje. Podobnie jak „Bayer 205“, działają według Dela i Widala, salwarsan i inne ciała chemiczne t. j. nie drogą bezpośredniego „tropizmu“, a drogą okólną, przyczem zdaje się pierwszorzędną rolę odgrywać tu zjawiska fizyko-chemiczne. Najnowsze badania nad sankryzyną również przemawiają przeciwko teorii Ehrlicha. Genjalna hipoteza Ehrlicha nie wystarcza już dziś do objaśnienia wielu zjawisk z zakresu odporności i działania ciał trujących, badania natomiast fizyko-chemiczne otwierają nowe szerokie pole w tym kierunku.

2. **A. Piotrowski.** (Dziekanka). — Por. 53 ustęp 3 niemieckiej ustawy karnej.

§ 53. 3 n. u. k. K. brzmi: „Przekroczenie obrony koniecznej nie jest karalne, jeżeli sprawca wyszedł poza granice obrony z przerażenia, obawy lub przestraszenia“.

Paragraf ten psychjatrani nie jest znany.

Ponieważ nie zawiera on nic, co by mogło się odnosić do działalności sądowno-psychjatrycznej, więc psychjatra nie bywa w danych

przypadkach pytany o zdanie, chyba, że sąd ma wątpliwości co do kwestji niepoczytalności podsądnego i zwraca się do psychjatrij po opinię w przedmiocie niepoczytalności. Zachodzą jednakże przypadki sądowe, w których stopień upośledzenia psychicznego nie wystarcza do podporządkowania ich pod pojęcie niepoczytalności wzgl. poczytalności zmniejszonej. Wtedy należałoby w danym razie zbadać, czy podsądny nie wykazuje kryterji z § 53. 3. Jeżeli ustawodawca przyznaje ulgi z tego paragrafu osobom psychicznie zdrowym, to tem więcej przysługują one osobom psychicznie upośledzonym.

Znajomość tego paragrafu pozwalałaby psychjatom niejeden przypadek sądowo-psychjatrjczny rozpatrywać pod innym kątem widzenia, jak niepoczytalność!

3. **J. Bednarz.** (W—wa, Tworki) — Umysłowo chory, podejrzany o ciężkie przestępstwo, a Ustawa Postępowania Karnego.

Przy wydawaniu orzeczeń sądowo-lekarskich w ciągu ostatnich lat na oddziale kryminalnym w szpitalu Tworkowskim, często można było natrafić na takie przypadki, gdzie badanie psychjatrjczne chorego i właściwości jego chorej psychiki wykluczały popełnienie przez niego zarzucanego mu przestępstwa, a jednak taki chory zostaje internowany w szpitalu, ponosząc wszelkie konsekwencje, jako domiemany przestępcą.

Procedura karna przewiduje badanie psychjatrjczne każdego przestępcy, o ile zachodzi podejrzenie, że jest on niepoczytalnym sądownie. W razie skonstatowania choroby umysłowej lub innego zбочenia, powodującego niepoczytalność, sprawa „umarza się“, wszelkie dalsze dochodzenia co do niepoczytalnej osoby przerywają się, a ją się internuje w szpitalu w myśl art. 39 K. K. Przez takie internowanie taki chory umysłowo eo ipso już zostaje uznany za przestępcę, wtedy gdy normalnie taka sprawa zwykle zostaje wszechstronnie wyświełloną na przewodzie sądowym. W ten sposób osoba chora psychicznie zostaje pozbawioną tej gwarancji, która przysługuje każdemu obywatelowi państwa. Ta okoliczność może być źródłem nadużyć, gdy faktyczni sprawcy zbrodni potrafią ukryć się za chorym na umyśle, choroba którego jest tak widoczną, iż na samym początku dochodzenia może być skonstatowana. Można również posłużyć się jednostką chorą jako narzędziem przestępstwa. Bardzo łatwo też może osoba 3-cia oskarżyć kogoś, naprzykład o usiłowanie zabójstwa lub zgwałcenia i powodować internowanie takiej osoby, o ile tylko ona posiadała pewne cechy kwalifikujące ją jako niepoczytalną. Obecnie procedura karna wcale nie zabezpiecza pod tym względem jednostki umysłowo chorej, lub wogóle obarczonej pewnymi cechami, składającymi się na jej niepoczytalność.



4. **W. Grzywo-Dąbrowski.** (W-wa). — Uszkodzenia ciała w pojęciu kodeksu karnego Komisji Kodyfikacyjnej.

Referent przychodzi do wniosku, że artykuły kodeksu omawiające bardzo ciężkie uszkodzenia ciała, powinny zawierać możliwie sprecyzowaną kwalifikację kazuistyczną danych uszkodzeń; za podstawę kwalifikacji uszkodzeń ciężkich należy brać — po za rodzajem uszkodzenia czas trwania choroby, minimum dni 20. Przy formułowaniu artykułów, omawiających uszkodzenia ciała, powinni być zapytani o zdanie lekarze sądowi.

## POSIEDZENIE II.

Wtorek 14.VII. godz. 15.

1. **S. Schilling-Siengalewicz** (Wilno). — Kilka uwag o konieczności reformy nauki Medycyny Sądowej.

Potężny rozwój nauk przyrodniczych i lekarskich, na całokształcie których opiera się nauka Medycyny Sądowej, rozpoczął rozszerzać zakres tego przedmiotu do tak znacznych granic i zagroził poważnie dyletantyzmem specjalistom tej gałęzi nauki lekarskiej. Medycyna Sądowa, by nie gubić się w licznych i coraz to nowszych specjalnościach, winna ograniczyć swe działanie tylko do dwóch przedmiotów t. j. do patologii i toksykologii. Inne przedmioty, wchodzące dotychczas w zakres Medycyny Sądowej, jak np. chemję sądowo-lekarską i psychopatologię, należałoby przyłączyć do katedr bardziej odpowiadających istocie tych przedmiotów. Medycyna Sądowa ograniczając swe działanie li tylko do patologii wraz anatomją z patologiczną i toksykologją, zyskałaby znacznie na swej jędrności i okazałaby wyraźniej swe przyrodniczo-lekarskie oblicze, którego rysy coraz to częściej zacierane są zagłębianiem się w zagadnienia, należące raczej do dziedziny prawa i kryminologii. Ograniczenie nauki Medycyny Sądowej do problemów z zakresu patologii i toksykologii miało by jeszcze i to wielkie znaczenie, iż podkreśliłoby wyraźniej kierunek doświadczalny tej nauki i zachęciłoby bardziej słuchaczy do studjowania tak ważnego przedmiotu.

2. **O. Bielawski.** (Dziekanka). — Głos psychiatry w niektórych przypadkach zastosowania przepisu o ocenie błędnej zaistnienia okoliczności faktycznych czynów.

Każda z dotychczas obowiązujących na ziemiach polskich formułka kodeksu karnego, dotycząca poczytalności, nie wystarcza, by pod nią można było podciągnąć wszystkie psychopatologiczne stany, w których działalność wbrew przepisom prawa karnego przestaje być występstwem z tytułu samego już anormalnego stanu duchowego sprawcy.

Przyczyną powyższego, rzecz naturalna, jest zbyt skomplikowana konstrukcja mechanizmów duszy wogóle, w szczególności zaś — zależność kierunku wypadkowej działania od zbyt wielu czynników psychicznych na raz.

Z drugiej strony, każdy kodeks karny zawiera pewną ilość przepisów, w których okoliczności składające się na stan faktyczny czynu są natury psychologicznej, a w konkretnych przypadkach zastosowania tych przepisów, może się okazać, iż mają one już wręcz chorobowe zabarwienie. Wyświetlanie tej sprawy wymaga znajomości psychopatologii t. j. dopuszczenie do głosu biegłego psychiatry.

Przepisy regulujące stosunek biegłego do sądu bynajmniej nie krępują pierwszego w tym kierunku.

Konkludując z powyższego, należy stwierdzić, że biegły psychiatra winien być przesłuchiwany nie tylko w sprawach poczytalności wątpliwej sprawcy, lecz w każdym przypadku zastosowania kodeksu karnego do osobnika stojącego poza granicami norm psychicznych, gdyż prawodawca pod względem wymiany sprawiedliwości winien wszystkie te przypadki traktować odrębnie.

Dla udowodnienia tych tez referent posługiwał się przykładem z własnej praktyki sądowo-psychiatrycznej a mianowicie przypadkiem zastosowania przez sąd przepisu o błędnej ocenie okoliczności faktycznych czynów w stosunku do upośledzonego psychicznie sprawcy i to na skutek opinii sądowo-psychiatrycznej.

**3. W. Miklaszewski.** (W-wa).—Badania nad dziećmi występnymi w Polsce.

Doświadczenie, zdobyte przez T-wo Osad Rolnych i Przytułków Rzemieślniczych, które przygarniało przez 54 lata małoletnich skazanych przez sądy na więzienie, wypadło bardzo niekorzystnie: znaczna większość wychowawców Studzieńca i Puszczy powracała po odbyciu poprawy w zakładach dla nich przeznaczonych, na drogę przestępstw. Ten wynik ujemny tłómaczono sobie w myśl teorii Lombrozo przez dziedziczne obciążenie przestępczością. Przemawiały za tem badania Hamczyka i Jarosa. Uwzględniwszy w moich badaniach szereg czynników społecznych, antropologicznych, psychologicznych, wychowawczych, oświeceniowych, przechodzę do wręcz odmiennych wniosków. Małoletni przestępca jest przede wszystkim dzieckiem opuszczonym, sierotą, lub półsierotą, którego ojciec, wychodźca ze wsi, nie zdołał przystosować się do warunków życia miejskiego i zmarłszy przedwcześnie, zostawił dziecko na wychowaniu ulicy. O dziedziczeniu przestępczości można mówić tylko wyjątkowo, chociaż dziedziczenie albo raczej wdrażanie się do nałogów (tytoń, wyskok) i wykroczeń

jest w tem środowisku powszechne. W pracy p. n.: „Małoletni przestępcy w świetle badań wychowawców zakładów wychowawczo-poprawczych“ (Warszawa 1924 r.) wskazuje między innymi pewien typ cielesny i psychologiczny tych dzieci i wyjaśniam, że ich charakterystyka znajduje zupełne usprawiedliwienie w warunkach środowiska, w którym się te dzieci chowały. Są one do uratowania i mogą być wychowane na porządnym obywateli. Nie może jednak tego dokonać ani sąd, ani więziennictwo, mające te zakłady pod swoim kierownictwem. Do naprawy tych dzieci powołana jest opieka społeczna i szkolnictwo dla zapóźnionych i spaczonych.

### POSIEDZENIE III.

Środa 15 VII. godz. 15.

1. **J. Bednarz.** (W-wa - Tworki). -- Niepełnowartościowość a odpowiedzialność zmniejszona.

Kodeks karny 1903 roku, działający na terenie byłej Kongresówki, oraz na Kresach Wschodnich nie przewiduje poczytalności zmniejszonej i proponuje w tych wypadkach traktować upośledzenia powodujące zmniejszoną poczytalność, jako okoliczność łagodzącą. Wobec tego, że okoliczności, powodujące zmniejszoną poczytalność, są różne i nie zawsze równocenne, przestępca ze zmniejszoną poczytalnością nie zawsze jest mniej niebezpiecznym dla otoczenia i często bywa akurat odwrotnie, jest on więcej niebezpieczny niż przestępca zupełnie poczytalny. Wskutek tego w praktyce sądowej często powstaje paradoksalna sytuacja gdy przestępca więcej złośliwy mniej podający się poprawie i więcej niebezpieczny dla otoczenia jest karany łagodniej niż przestępca o normalnej psychice, obiecujący poprawę i nie wykazujący tak wielkiego niebezpieczeństwa dla otoczenia. Wypływa to stąd, iż okoliczności powodujące poczytalność zmniejszoną, a składające się na niepełnowartościowość jednostki nie były dotąd w praktyce sądowej różniczkowane, wytwarzając w taki sposób pewien przywilej dla jednostek, upośledzonych w sferze moralno-etycznych odczuwań, z których najłatwiej powstaje element występny. Zapobiec temu, przed wprowadzeniem nowego kodeksu karnego można tylko w taki sposób, że niepełnowartościowość spowodowana mankamentami w sferze moralno-etycznych odczuwań w całości lub częściowo, a pociągająca za sobą poczytalność zmniejszoną, — nie będzie traktowana przez sąd, jako okoliczność łagodząca.

3. **H. Kulikowska.** (W-wa). -- O wrodzonych schorzeniach lewej połowy serca.

Opis dwupłatowej zastawki aorty, zwężenia ujścia tętniczego

i zylnego lewej połowy serca i zmleczenia osierdzia ściennego lewej komory u noworodka kilkudniowego. — Referentka przychodzi do wniosku, że podział wad wrodzonych na zapalne i rozwojowe na podstawie jakiegoś kryterjum morfologicznego — nie jest ścisłym. Koniecznym jest przeprowadzenie bardzo dokładnego badania mikroskopowego mięśnia sercowego dla ustalenia ewentualnej zapalnej genezy wady wrodzonej.

3. **W. Grzywo-Dąbrowski.** (W-wa). — Tajemnica lekarska.

Po omówieniu całokształtu zagadnienia tajemnicy lekarskiej, referent proponuje do uchwalenia następujące postulaty:

1. Art. 704. U. P. K. (względnie art. 101 projektu U. P. K.) winien być uzupełniany w tym kierunku, że i lekarze nie mogą być badani jako świadkowie, co do okoliczności, o których oni się dowiedzieli wykonywując obowiązki swego zawodu. W przypadkach upoważnienia przez pacjenta do zeznawania w tych sprawach wobec sądu, mogą lekarze świadczyć, o ile nie będą uważali, że takie świadczenie nie zaszkodzi w jaki bądź sposób ich pacjentowi.

2. Obowiązek meldowania niektórych chorób, niegroźących niebezpieczeństwem otoczeniu (np. gorączka połogowa), może być przeprowadzane bez podania adresu i nazwiska chorej, jeśli ujawnienie tych danych lekarz będzie uważał za naruszenie tajemnicy zawodowej.

3. W świadectwach choroby lub śmierci lekarz ma prawo nie zamieszczać nazwiska wzgl. rozpoznania choroby, o ile będzie uważał, że wymienieniem choroby wzg. przyczyny śmierci może spowodować jakąś nieprzyjemność dla chorego, wzg. wywołać nieprzychylną opinię w stosunku do zmarłego.

---

## XXVII. Sekcja historii i filozofii medycyny.

Przewodniczący F. Giedroyć w zast. A. Wrzosek.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13.VII. godz. 15.

Przewodniczący — A. Wrzosek.

Sekretarz — W. Janusz.

1. **J. Fritz.** (Lwów).— Wiadomości o polskich pacjentach w konsyljach włoskich lekarzy.

Znakomici klinicyści włoscy J. B. Montanus i H. Mercuriale leczyli wielu polaków, wśród nich i historyczne osobistości jak Królowę Bonę, Pawła Uchańskiego, posła Stefana Batorego do papieża Grzegorza XIII. „Consilia“ lub „Consultationes“, rodzaj publikacji lekarskich w XVI w. wcale liczny, w których dochowały się notatki o wymienionych chorych, zasługuje na dokładne zbadanie zwłaszcza, że niektóre, z nich jak np. Consultationes medicinales T. B. Montana (setkę pierwszą) wydał Polak, tegoż mistrza uczeń, Walenty z Lublina. Wykazano, że tekst tej pierwszej setki był źródłem dla wydań późniejszych, które starały się nazwisko Walentego usunąć.

#### Dyskusja:

Prof. A. Wrzosek zwraca uwagę na duże znaczenie pracy dr. Fritza, który wraz z prof. R. Ganszyńcem i dr. J. Lachsem należy do tej nielicznej gromadki historyków medycyny u nas, którzy zajmują się głównie dawniejszemi okresami dziejów medycyny, podczas gdy znaczna większość naszych historyków medycyny obrała sobie za przedmiot badań naukowych nowsze dzieje medycyny, przeważnie wiek XIX.

2. **A. Wrzosek.** (Poznań). — Zadanie historii polskich uczelni medycznych.

Napisanie źródłowych krytycznych historii naszych uczelni medycznych powinno być poprzedzone; 1. przez zinventaryzowanie ma-

terjałów rękopiśmiennych, do tych uczelni się odnoszących, a rozproszonych po różnych księgozbiorach; 2. przez wydanie tych materiałów, a przynajmniej najważniejszych z nich.

#### Dyskusja:

Dr. W. Janusz. Należy zauważyć, że prócz wymienionych przez prelegenta najważniejszych uczelni, zasługiwałyby na szczegółowe opracowanie historia szkoły położnych w Białymstoku. Szkoła ta została założona w r. 1811 i istniała aż do roku 1837. Na czele jej stał zasłużony nasz położnik Jakób Feliks Michaelis. Prócz ogólnie znanego podręcznika położnictwa pozostawił on „Rozprawę historyczną o sztuce położniczej, jej wzroście i potrzebie wydoskonalenia onej“, ogłoszoną drukiem w Wilnie w r. 1811. — Prof. H. Nusbaum omawia w ogólnych zarysach właściwą metodykę pracy w historii, wspominając także o charakterze metody syntetycznej w opracowywaniu dziejów. — Dr. J. Fritz sądzi, że zinwentaryzowanie porzucanych materiałów do historii polskich uczelni medycznych, w pierwszym rzędzie rękopisów, należałoby oddać pracownikom miejscowym, interesującym się dziejami medycyny, którzyby pracę tę wykonywali pod kierunkiem poszczególnych przedstawicieli uniwersyteckich historii medycyny. Prof. A. Wrzosek, odpowiadając zaznaczył, że istotnie są pożądane opracowania dziejów szkoły położnych w Białymstoku, jak również takież szkoły w Poznaniu i w innych miastach naszych.

3. **A. Wrzosek.** (Poznań). — Stosunek Roberta Remaka do nauki polskiej i społeczeństwa polskiego.

Remak (1815 — 1865), urodzony w Poznaniu, tamże ukończył szkołę średnią z językiem wykładowym polskim. W r. 1838 otrzymał w Berlinie dyplom doktora medycyny. Pracę doktorską, w tymże roku wydaną p. t. „Observationes anatomicae et microscopicae de systematis nervos: structura“, w następnym roku, po uzupełnieniu jej, ogłosił drukiem po polsku w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (T. II, str. 325—375). W r. 1841 wyszedł obszerny podręcznik dla położnych, przełożony z języka niemieckiego na polski ze współudziałem Remaka. W dwa lata potem została wydrukowana w Pam. Tow. Lek. Warsz. (1843, T. VI, str. 280—294) praca Remaka p. t. „Uwagi nad wskazaniem do wyniszczenia wyrosli rakowych i nierakowych“. Więcej prac po polsku Remak nie ogłosił. Wymienione wyżej prace jego cechuje poprawna polszczyzna i dbałość o polskie mianownictwo medyczne. — W r. 1850 Uniwersytet Jagielloński postanowił powołać Remaka na katedrę anatomji patologicznej, patologji ogólnej i semjotyki, lecz Remak katedry nie przyjął. Remak uważał się za Polaka, przynajmniej na pewno w początkowym okresie swej działalności naukowej. Będąc już docentem w Uniw. Berlińskim,

został w r. 1848 w czasie rewolucji w Berlinie wybrany przez Zgromadzenie Polaków, przebywających tam wówczas, w skład deputacji złożonej z trzech osób i wysłanej do króla pruskiego z prośbą, aby niezwłocznie rozkazał wypuścić na wolność więźniów politycznych Polaków, trzymanych w więzieniu za udział w spisku w r. 1846.

4. **S. Trzebiński.** (Wilno). — Znaczenie filozofji medycyny w studjach lekarskich.

Referent podaje program, przez siebie opracowany, wykładania filozofji medycyny na wydziałach lekarskich w naszych uniwersytetach.

#### Dyskusja:

Prof. A. Wrzosek podkreśla znaczenie filozofji dla medycyny i doniosłą rolę w studjach medycznych wykładów propedeutyki lekarskiej, logiki medycyny i etyki lekarskiej.

Prof. H. Nusbaum powątpiewa w racjonalność wykładów historii medycyny i podnosi wartość badań przesądów ludowych.

Dr. J. Chmielowski sądzi, że nazwa filozofji medycyny jest niezupełnie odpowiednią i właściwiej byłoby zastąpić ją nazwą teorii poznania lekarskiego. Wtedy wzbudzałaby ta nauka u lekarzy mniej nieufności. Filozofja nie jest nauką. Rodzajów filozofji jest tyle, ilu filozofów. Z tego też może powodu, lekarze, dążąc do traktowania medycyny jako nauki ścisłej, lękają się wkroczenia filozofji w znaczeniu ogólnem, tkwi bowiem w niej zawsze pierwiastek podmiotowy, indywidualny, innemi słowami, obawiają się „bujania“. Oprócz tego w historii medycyny dogmatyzm filozoficzny wywierał najczęściej wpływ fatalny, hamujący i prawie nigdy nie przyczyniał się do postępu, jak np. filozofja Arystotelesa od Galena do Paracelsa, filozofja neoplatońska od Paracelsa, potem doktryny animistyczne, witalistyczne i t. d. Co do zbędności wykładów historii medycyny nie może zgodzić się z prof. Nusbaumem. Wykłady historii medycyny są bardzo pożyteczne i nawet niezbędne, o ile będą odpowiednio ujęte i traktowane, i naturalnie o ile będą dawać syntezę kierunków i systematów oraz przeprowadzać analogię między dawnymi teorjami, odkryciami i błędami, a najnowszemi badaniami, odkryciami i omyłkami. — Następnie przemawiał prof. H. Jakubanis. W końcu prof. Trzebiński, odpowiadając prof. Nusbaumowi, podkreślił, iż historjofilia medycyny, na której potrzeby prof. Nusbaum się godzi jest wprost niemożliwa bez historii medycyny; co się zaś tyczy przesądów, to za lat kilkaset będą ludzie mówili o naszych poglądach nieraz w ten sposób, w jaki my dziś mówimy o zapatrywaniach czasów minionych. Zresztą w każdym prawie przesądzie lekarskim tkwi głęboko ukryte jądro prawdy naukowej, albo mniej lub więcej trafnej obserwacji.

## POSIEDZENIE II.

Wtorek 14. VII. godz. 15.

Przewodniczący — S. Trzebiński.

Sekretarz — W. Janusz.

1. **W. Szumowski.** (Kraków). — Najbliższe w Polsce zadania historii medycyny.

Pierwszem zadaniem jest napisanie podręcznika historii medycyny takiego, któryby ostatecznie przekonał ogół lekarzy i czynników miarodajnych, że tak pojęta historia medycyny jest niezbędnym składnikiem wykształcenia doktorów medycyny. Podręcznik taki nie może być ani kompilacją, napisaną przez paru autorów, ani tłumaczeniem. Istniejące obce podręczniki przeważnie są zanadto przeładowane materiałem. Zgodnie z najlepszą tradycją polskiej medycyny podręcznik powinien mieć należyte oświetlenie filozoficzne.

Drugim zadaniem jest wprowadzenie poprawnej metody historycznej do prac z zakresu historii medycyny, pisanych przez lekarzy. W tym celu byłby bardzo pożądany podręcznik metodyki dla historyków medycyny.

### D y s k u s j a:

Prof. A. Wrzosek zwraca uwagę na znaczenie rozporządzenia Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z r. 1920 w sprawie organizacji studjów medycznych i warunków uzyskania doktoratu medycyny, zaznaczając, że rozporządzenie to zostało wydane po porozumieniu ze wszystkimi naszymi wydziałami lekarskimi, istniejącymi wówczas.

2. **W. Szumowski.** (Kraków). — Najbliższe zadania filozofji medycyny.

Filozofja medycyny, najmłodsza z nauk lekarskich, ma zawsze jeszcze przeciwników. Wyprowadzają oni wniosek z samej nazwy nauki, czem ta nauka musi się zajmować. Tymczasem filozofja medycyny powstała zupełnie inaczej. Chodzi w niej o połączenie w jedną całość wszystkich tematów filozoficznych, które się nasuwają w medycynie, a które w sposób s'jednolity tworzą osobną naukę. Lepszą nazwę trudno znaleźć. Zagranica (Cumston w Genewie i Koch we Frankfurcie) za przykładem Polski także powoli przyłącza filozofję medycyny do historii medycyny. Najbliższem zadaniem tej nauki jest systematyczne opracowanie wykładów, gdzieby były stawione wszystkie należne tutaj zagadnienia.

### D y s k u s j a:

Prof. A. Wrzosek zaznacza, iż należy się zgodzić z twierdzeniem, iż same tylko podstawy przyrodnicze są niewystarczające do wszechstronnego kształcenia lekarzy.



3. **S. Trzebiński.** (Wilno) — Historia t. zw. Instytutu Medycznego za czasów Uniwersytetu i Akademji Medyko-Chirurgicznej w Wilnie.

Instytut Medyczny, założony z inicjatywy Józefa Franka przy Wydziale Lekarskim w Uniwersytecie Wileńskim w r. 1806, miał za zadanie umożliwić niezamożnej młodzieży studia medyczne, a zarazem dostarczyć rządowi rosyjskiemu lekarzy dla armji, marynarki i służby cywilnej. Był to internat, w którym przebywało w różnych czasach po 30—160 stypendystów. Instytut Medyczny przetrwał zamknięcie Uniwersytetu Wileńskiego w r. 1832, będąc czynnym nadal i w czasie istnienia Akademji Medyko-Chirurgicznej, która w r. 1842 została przeniesiona z rozkazu Mikołaja I do Kijowa, aby być podwaliną powstającego tam w Uniwersytecie Wydziału Lekarskiego.

#### Dyskusja:

Prof. A. Wrzosek podnosi wielką wartość źródłowej pracy prof. Trzebińskiego, która, lubo jeszcze nie dokończona, zawiera dużo nowych wiadomości, dotyczących dziejów Uniw. Wileńskiego wogóle, a Wydziału Lekarskiego w szczególności.

4. **A. Wrzosek.** (Poznań) — Działalność naukowa Karola Marcinkowskiego.

Marcinkowski rozpoczął swoją działalność naukową z wielkim rozmachem. Będąc 21-letnim młodzieńcem napisał rozprawę doktorską o źródłach wskazań lekarskich wogóle („De fontibus indicationum generatim“. Berolini 1823.) Praca ta wydrukowana dopiero w przeszło rok po jej napisaniu, świadczy o zainteresowaniu się Marcinkowskiego zagadnieniami ogólnymi z dziedziny medycyny. — Dorobek naukowy Marcinkowskiego nie był duży. Poza pracą doktorską ogłosił on drukiem jeszcze tylko dwie rozprawy, obie w r. 1836. Jedną z nich wydał tylko w języku niemieckim („Ueber den Werth der Transfusion des Blutes als Arzneimittel“). drugą („Uwagi nad historją i naturą kołtuna, ze względu na przyczyny i sposób leczenia tego fenomenu“) po polsku i niemiecku. W pierwszej z tych prac, przedstawiwszy znaczenie, jakie może mieć transfuzja krwi w lecznictwie w przyszłości, radzi robić doświadczenia na zwierzętach w celu dokładnego zbadania tej metody leczniczej. W rozprawie o kołtunie staje w obronie pojmowania kołtuna jako objawu chorobnego.

#### Dyskusja:

Prof. S. Trzebiński, nawiązując do poglądów Marcinkowskiego na kołtun, zauważa, iż przyczyną upartej wiary w znaczenie kołtuna w sensie choroby ogólnej i obawy przed jego ucinaniem było zbyt pośpieszne uogólnianie faktów, które niekiedy mogły się opierać na

trafnej nawet obserwacji. Nie ulega wątpliwości, że nagłe wstrzymanie obfitej ekskrecji przez skórę, znajdującą się całymi latami w stanie silnego podrażnienia, mogło wywołać niepożądane objawy. Henoch, jeden z najrozumniejszych i najdoświadczeńszych lekarzy, twierdzi przecież w książce, wydanej w końcu XIX wieku, że zbyt szybkiego wygojenia długotrwałych, mocno sączących i znaczną część ciała obejmujących wyprysków u dziecka nie uważałaby za rzecz wskazaną. To też ci, którzy utworzyli teorię kołtuna, prawdopodobnie podobne fakty obserwowali; potem zaś swoje zrobiła wiara w powagi. — Następnie obszernie przemawiał w dyskusji prof. H. Jakubanis. W końcu zabrał głos referent, wyrażając zgodność swoich zapatrywań z poglądami wygłoszonymi przez prof. Jakubanisa

5. **E. Loth.** (W-wa). — Szkoła anatomiczna gdańska 1584 1812. (streszczenie patrz Sekcja XIII.).

### POSIEDZENIE III.

Środa 15.VII, godz. 15

Przewodniczący — S. Trzebiński.

Sekretarz — W. Janusz.

1. **J. Fritz.** (Lwów) — Choroby nerwowe w dawnej pedjatrii. Po krótkim przeglądzie rozwoju anatomji i fizjologii systemu nerwowego środkowego i obwodowego w starożytności, średniowieczu i w czasach odrodzenia prelegent omawiał szereg zachorzeń opisywanych w starej literaturze lekarskiej i w podręcznikach dawnej pedjatrii jako nerwowe, a mianowicie: siriasis, wodogłowie, nagromadzenie się powietrza w jamie czaszki, drgawki, padaczkę, tężec noworodków, bóle głowy, bezsenność, moczenie nocne, skłonność do drgawek, płasawicę, nagminne zapalenie mózgu, porażenie wiotkie spastyczne, porażenia pobłonnicze, podając ówczesne wyobrażenia o ich przyczynach oraz sposoby leczenia.

#### Dyskusja:

Prof. S. Trzebiński stwierdza, że wiele wymienionych poglądów przechowało się aż do dnia dzisiejszego w medycynie ludowej, jak np. wyschnięcie rdzenia pacierzowego w następstwie abusus in venere. Dr. J. Fritz dorzuca kilka poglądów z zakresu dawnej neurologji dziecięcej, które zachowały się również wśród ludu, a nawet wśród inteligencji.

2. **E. Loth.** (W-wa). — O pierwszych zwłokach żydowskich w prosektorjum warszawskim.

W r. 1922 Zakład anatomji opisowej otrzymał pierwsze zwłoki żydowskie nadesłane z więzienia mokotowskiego. Wywołało to duże wzburzenie umysłów sfer żydowskich i w ciągu dwóch tygodni nieustającego starania przez rabinat, sfery poselskie, policję, prokuratorję i t. d., ażeby zwłoki te odebrać. Nie cofnięto się nawet przed oskarżeniem dozorców więziennych, że pobili zmarłego tak dotkliwie, iż umarł z tego.

Na skutek tego oskarżenia prokurator wydał zarządzenie przeniesienia zwłok do zakładu medycyny sądowej i wykonania oględzin sądowo-lekarskich, poczem ku wielkiemu rozczarowaniu oczekujących tłumów żydostwa zwłoki powróciły do Zakładu anatomji opisowej. Wobec groźnej postawy demonstrujących hasydów musiano wezwać policję do interwencji.

Sam referent przez dwa tygodnie był formalnie oblegany przez pseudo-rodzinę zmarłego, składającą się z 50 osób, i musiał używać różnych sposobów, by się wymykać z niemiłego otoczenia.

Pogrzeb nastąpił po 6-iu tygodniach i był wielką demonstracją żydostwa. Nie obyło się bez podburzających mów, ostrych artykułów prasy i t. d. Przebieg zajęć przypominał w nieco złagodzonej formie incydent z r. 1736, kiedy to Dr. Löhöffel von Loewensprung rozpoczął sekcje w Warszawie.

#### Dyskusja:

Dr. Abramowicz dorzuca kilka szczegółów do referatu prof. Lotha. W religji żydowskiej trudnem jest oddzielić pojęcie zakonu od zakorzenionych obyczajów. Wiara, której trzyma się obecnie ogół żydowski, nakazuje, aby zmarłemu dać pokój co równa się zakazowi ruszania go po śmierci. Na jednem z zebrań u rabinów dr. Abramowicz skłonił już część rabinatu do zgody na wydawanie pewnej liczby zwłok z zastrzeżeniem, że nie będą one rozczłonkowywane, a będą używane wyłącznie do badań narządów wewnętrznych.

3. **H. Higier.** (W-wa). — Jakim był typ lekarza-żyda średnio-wiecznego zwłaszcza w Polsce?

Cztery czynniki zasadnicze, które mimo antagonizmów wyznaniowych umożliwiły wykształconym żydom średniowiecza pełnić obowiązki lekarzy-praktyków wśród różnych sfer ludności. Poglądy lekarzy żydowskich X-go, XV-go i XVI-go stulecia (Isaak, Israeli, Majmonides, Amatus Lusitanus) na dostojęństwo medycyny i na etykę lekarską. Zachowanie się wobec żydów lekarzy, praktyków i teoretyków, społeczeństwa — zwykłej ludności miejskiej, władz państwowych, cywilnych i kościelnych, sfer uprzywilijowanych i kolegów chrześcijan. Żydzi jako lekarze wysokiej szlachty i książąt w Polsce, królów i papieży na Zachodzie. Działalność uniwersytecka i naukowa. Dyplomatarjusz M.

Burson i 1. monografia M. Bałabana. Żydzi polscy w Padwie. Uniwersytet Jagielloński i nostryfikacje. Salomon Aszkenazy, Mejer Dawid, Mojżesz Fiszel, rodziny lekarskie Winklerów, de Lama i Kalahoricz. Przywileje i tytuły. Władysław II, Zygmunt I, II, III, Sobieski, Stefan Batory, Michał Wiśniowiecki i inni. Lekarze nadworni.

4. **Z. Klukowski.** (Szczecbrzeszyn). — Lekarze w powstaniu 1863 r. — polegli w boju, zamordowani i straceni z wyroków sądu.

Walka w powstaniu styczniowym odbywała się w warunkach wyjątkowych.

Lekarze brali w niej czynny udział — tak w organizacji cywilnej jak i wojskowej.

W powstaniu zginęło stosunkowo bardzo dużo lekarzy. Nazwiska ich poszły w zapomnienie. Kościński np., pomimo iż sam brał udział w powstaniu, lecząc rannych w szpitalach czasowych, wymienia w swym „Słowniku lekarzy polskich“ zaledwie 2-ch, zamordowanych przypadkowo podczas rzezi w Tomaszowie.

Należy przeprowadzić możliwie dokładną rejestrację wszystkich lekarzy-powstańców, a w pierwszym rzędzie zabitych. Wobec skąpych i nie zawsze pewnych źródeł jest to zadanie trudne.

Lekarzy, którzy w powstaniu styczniowym utracili życie, naliczyliśmy dotąd 31. Dzielimy ich na 3 kategorie: a) poległych w boju z bronią w ręku, b) zamordowanych nie w walce i bez sądu, i c) straconych z wyroku sądu.

Lekarze polegli w boju:

a) dowódca oddziału samodzielneho; Sinkiewicz.

b) dowódcy oddziałów niesamodzielnych: Kraszewski i Szylling,

c) lekarze—żołnierze i lekarze obozowi: Błażewicz, Brzozowski.

Domanowski, Fassowicz de Farenbach, Kozłowski, Lipski Maszadro, Pawłowski, Piekosiński, Schmidt, Stanisławski, Wigan, Witkowski i Zuberbier.

Lekarze zamordowani:

a) podczas opatrywania rannych: Dowgiełło, Niewiadomski i Savary

b) za sprzyjanie powstaniu: Cynger.

c) przypadkowo podczas rzezi ogólnej: Dąbrowski i Żelkowski.

Lekarze straceni z wyroków sądu;

I. rozstrzelani: Czarkowski, Neczaj, Oskierko, Rakowski, Szaramowicz i Wróblewski.

II Powieszoni: Mickiewicz i Wiszniewski (?).

Dyskusja:

Prof. Wrzosek podnosi dużą zasługę dr. Klukowskiego w znu-  
dnem odszukiwaniu śladów działalności lekarzy w powstaniu styczni-

wem. Praca dr Klukowskiego jest cenną z wielu względów. Ma ona znaczenie i dla historii powstania styczniowego, i dla dziejów zawodu lekarskiego u nas, odznaczającego się zawsze wielką ofiarnością.

Nakoniec Sekcja wystosowała do M. W. R. i O. P. pismo w sprawie doktoratów medycyny tej treści: „Drugi zjazd historyków medycyny w Polsce, który jest zarazem sekcją XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwalił jednomyślnie po wysłuchaniu referatów prof. W. Szumowskiego w sprawie studjów historii i filozofji medycyny w naszych uniwersytetach, zwrócić się do Ministerstwa z uprzejmą prośbą o cofnięcie rozporządzenia z r. 1924 w sprawie doktoratów i przywrócenia rozporządzenia z r. 1920 w sprawie organizacji studjów lekarskich, motywując swój wniosek w sposób następujący: 1) Nadmierne utrudnienia w otrzymywaniu doktoratów nie leży w interesie nauki, ani pożytku działalności lekarskiej; 2) Wprowadzenie przy doktoratach egzaminów z historii i filozofji medycyny, jak to było przewidziane w rozporządzeniu z r. 1920, Zjazd uważa za bardzo pożądane ze względu na pogłębienie studjów lekarskich naukami humanistycznymi, jakimi są historia i filozofja medycyny.

Poza częścią naukową omówiono kilka spraw, mających związek z historją i filozofją medycyny. Prof. S. Trzebiński miał referat o zamierzonym wydaniu w całości „Pamiętników Józefa Franka“, w tekście oryginalnym t. j. francuskim. W dyskusji podnoszono doniosłe znaczenie tego projektu, którego urzeczywistnienie mogłoby przyczynić się do zaznajomienia zagranicy z przeszłością naszej kultury, a w szczególności z marzeniem dawnego Uniwersytetu Wileńskiego w kulturze polskiej i wszechświatowej nauce. Następnie prof. Trzebiński poruszył sprawę przyszłej rewizji porządku studjów i egzaminów lekarskich u nas. Zapadła uchwała, aby referat na ten temat przygotowali profesorowie: Szumowski, Trzebiński i Wrzosek. Wreszcie omawiano dotychczasowy program „Archiwum historii i filozofji medycyny oraz historii nauk przyrodniczych“ i zamieszczenia jego na przyszłość.

---

## XXVIII Sekcja higieny i mikrobiologii.

Przewodniczący S. Dzierzgowski i L. Hirszfeld.  
sekretarz F. Przesmycki.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13.VII, godz. 9.

Przewodniczący: K. Karaffa-Korbut i Składkowski.  
Sekretarze: Babecki i F. Przesmycki.

1. **G. Szulc i Romański.** (W-wa).— Wyżywienie wojska i ludności cywilnej podczas wojny. (p. Sekcja XXXII).

1. **K. Karaffa-Korbutt.** (Wilno). — Nowe prądy w higienie zawodowej.

Dwieście z górą lat temu higiena zawodowa ujęta została w gałąź wiedzy, mianowicie przez epokową pracę Ramazzini'ego pod tytułem „De morbis artificum diatribe“, wydana w r. 1700, pomimo to rozwijała się powoli i dopiero w ostatnich paru dziesiątkach lat nabrała szybkiego tempa w swym postępie.

Zdaniem mojem jest ujawnić z tych różnorodnych prądów najważniejsze, posiadające przeważnie cechy biologiczne.

Definicje. Możemy przedewszystkiem przyjąć szersze i ogólnikowe określenie, prawie tautologję: higiena zawodowa jest to higiena pracy. Jednak w tej definicji mamy dwa pojęcia: „zawód“ i „praca“, które dotychczas nie posiadają ściślejszych i ogólnie przyjętych określeń, jak to często zdarza się zględem zjawisk bardzo rozpowszechnionych i ogólnie znanych. Co się tyczy pojęcia „zawodu“, tu głównie chodzi o to, czy cecha zarobkowania jest atrybutywna dla danego pojęcia. Większe nieporozumienie powstaje, gdy się analizuje pojęcie „praca“. Bez wątpienia, jest to zjawisko przedewszystkiem fizjologiczne.

Autor niniejszego referatu zaproponował osobną klasyfikację rozmaitych pojęć, oznaczonych ogólną nazwą „praca“. W myśl zasady tej klasyfikacji możemy przyjąć następującą definicję: praca jest to przemiana stanu energii w ustroju żyjącym, koordynowana przez wolę tegoż, albo, jeżeli będziemy posługiwali się neologizmami, wprowadzonymi przez autora, „bulergja jest to rodzaj zoergji, której cechą jest to, że ulega koordynowaniu przez wolę“.

Nadawszy pojęciu „praca“ takie ścisłe fizjologiczne określenie, możemy w dalszym ciągu różniczkować w klasyfikacji to pojęcie już według cech anatomicznych, np. praca mięśniowa i mózgowa, czy też gospodarczej, np. praca użyteczna (temu rodzajowi pracy ekonomiści właśnie chcą nadać wyłączną nazwę pracy), albo według cech etycznej, twórczej i t. d.

Drobna na pozór sprawa definicji pracy, w rzeczywistości jednak posiada bardzo duże znaczenie, fizjologiczne bowiem ujęcie całej sprawy stało się podstawą nowej nauki o pracy, tak zw. ergologii, powstałej dopiero w ostatnich czasach i dostarczającej najważniejszego materiału dla higieny zawodowej.

Ergologia więc jest to nauka, zajmująca się wszechstronnem badaniem pracy ludzkiej, ujętej jako zjawisko psycho-fizjologiczne.

Przedewszystkiem więc ergologia bada i klasyfikuje zjawiska normalnej i patologicznej fizjologii, związane z pracą bezpośrednio. Chodzi tu w pierwszym rzędzie o zróżniczkowanie skomplikowanego zjawiska pracy na prostsze elementy, jak np. impuls woli, procesy odbywające się w półkulach mózgu, przechodzenie podniety przez nerwy obwodowe, skurcze mięśni. Dla analizy tych poszczególnych elementów współczesna fizjologia posiada obszerny materiał, czasem jednak niezgodniony i nie wystarczający dla wniosków. Najlepiej została opracowana sprawa skurczu mięśniowego, który stanowi najbardziej widoczny i dostępny do badania element pracy. Z rozmaitych zagadnień tej dziedziny, zagadnień będących w chwili obecnej w opracowaniu i dyskusji, zaznaczymy tylko jedno, mianowicie: rozpatrując pracę człowieka z punktu widzenia wyłącznie mechanicznego, powinniśmy uznać pracujący ustrój za maszynę; powstaje tylko pytanie: jakiego typu? Wiemy, że mechanika rozróżnia maszyny typu „termodynamicznego“, i „chemodynamicznego“. W maszynach pierwszego rodzaju proces nie jest odwracalny, współczynnik użyteczności waha się w szerokich granicach: od 5—6% — w lokomotywach do 30—40% — silnikach spalinowych (o wewnętrznem spalaniu). W maszynach drugiego rodzaju energia, powstała z przekształceń chemicznych, przechodzi bezpośrednio w pracę mechaniczną, to zn. bez przekształcenia się w energię cieplną. Procesy w podobnych maszynach teoretycznie są odwracalne, w praktyce jednak współczynnik użyteczności i tu nie dochodzi do

100%, w każdym razie jednak jest znacznie wyższy, niż w maszynach termodynamicznych.

Otóż do ostatnich czasów fizjologowie — Engelman, Verworn, D'Arsenal, Zuntz i inni — zaliczali ustrój ludzki do maszyn termodynamicznych. Mierzenie współczynnika użyteczności w tym ustroju potwierdziło w pewnej mierze podobne zapatrywanie się, współczynnik bowiem wynosi przeciętnie dla cięższej pracy 20—25%, dla lżejszej zaś i mniej nużącej pracy sięga 30%, a nawet nieco więcej (Düring, Zuntz, Berg, Benedick, Ritsch i wielu innych).

Jednak doświadczenia Hill'a, rozpoczęte od r. 1911 i przeprowadzone metodą o precyzyjności nadzwyczajnej, dają inną interpretację kwestji. W czynności mięśnia Hill rozróżnia dwie części: faza skurczu, t. j. w chwili wykonania przez mięsień pracy mechanicznej, współczynnik użyteczności stanowi 90—100% energii chemicznej, ciepłota więc przytem prawie się nie wytwarza. Natomiast w fazie restytucji, gdy mięsień już nie „pracuje“ wytwarza się ciepło, którego ilość stanowi równoważnik wynoszący 80—100% dopiero co wykonanej przez mięsień pracy. To znaczy, że potencjalna energia chemiczna zużywa się w dalszym ciągu, ogrzewając mięsień, lecz nie przechodząc w pracę mechaniczną. Jeżeli więc weźmiemy pod uwagę całą energję, wyładowaną podczas skurczu i rozkurczu mięśnia, będzie ona razy 3 większa od wykonanej pracy mechanicznej, t. j. współczynnik użyteczności wyniesie około 35%, co zgadza się z doświadczeniami poprzednich autorów; jeżeli zaś bierzemy pod uwagę jedynie skurcz, to współczynnik użyteczności stanowi prawie 100%. Cały proces Hill porównywa z czynnością akumulatora, który podczas pracy wydaje prawie 100% zawartej w nim energii, natomiast podczas naładowania znaczną część energii traci w postaci ciepła. Dane Hill'a zostały potwierdzone w ostatnich latach przez Weisszeckera i Meyerhoffa i innych.

Na podstawie przytoczonych doświadczeń możemy obecnie uważać pierwszą fazę czynności mięśnia kurczącego się za proces izotermiczny, odwracalny, należący do typu chemodynamicznego.

W związku ze zmianą poglądów na czynność mięśnia w chwili obecnej liczni fizjologowie przeprowadzają badania nad samym mechanizmem przetwarzania energii w mięśniach oraz nad procesami i związkami chemicznymi, które przytem powstają. Wyniki tych badań, mają podstawowe znaczenie dla sprawy zmęczenia mięśnia i wogóle całego ustroju ludzkiego.

**ZMĘCZENIE.** W rzeczy samej sprawa zmęczenia i znużenia zajmuje obecnie jedno z centralnych miejsc w ergologii. Tutaj możemy rozróżnić kilka poszczególnych kwestji. Przedewszystkiem chodzi o zbadanie przyczyny znużenia. Prace, zapoczątkowane jeszcze przez fizjo-



logów w drugiej połowie ubiegłego stulecia, prowadzi się w dalszym ciągu, mianowicie ściśle określa się chemiczne produkty powstające w mięśniach podczas pracy — laktocydogen, prawy — oksypropionowy kwas, kreatyna, kreatentyna i t. d., oraz bada się jakie one mają znaczenie w kompleksie zjawiska zmęczenia. Ciekawe są próby zastosowania teorii jonów do sprawy zmęczenia. Podczas skurczu mięśnia powstają związki chemiczne o przyrodzie elektrolitów; jony, powstające podczas ich dysocjacji, działają na zakończenie nerwów zarówno czuciowych jak ruchowych i powodują działania hamujące; to zjawisko zahamowania stanowi, według teorii jonów, podłoże i treść procesów zmęczenia.

Dalej dowodzono, że wapień i jego połączenia zwiększają zmęczenie mięśni; natomiast potas i jego połączenia działają przeciwko zmęczeniu. Kraus i Zondek dowodzą, że antagonizm pomiędzy potasem i wapniem jest związany z antagonizmem pomiędzy jonami H i OH. Przewaga wapnia w komórce powoduje odszczepienie jonów H w układzie kolloidowym, natomiast przewaga potasu wywołuje wywiązanie się jonów OH, wskutek czego zmienia się reakcja środowiska.

Po drugie, teoria kenotoksyn Weichardt'a również znajduje zwolenników, co prawda nielicznych; od czasu do czasu w tej sprawie ukazują się prace; zwłaszcza w piśmiennictwie niemieckim. Praktycznego zastosowania kenotoksyny, serologiczne sposoby ich badania oraz antykenotoksyny, wyrabiane przez Weichardt'a, dotychczas nie znalazły.

Trzecią sprawą jest opracowanie możliwie ściśle, i łatwowykonalnej metody badania zmęczenia pracowników przemysłowych. metody, któraby umożliwiła badania na szerszą skalę.

Jako zupełnie nowy kierunek w badaniach pracy należy wskazać wciągnięcie do nich dziedziny nauki o wydzielaniu wewnętrznem. Ustalono, że hormony odgrywają wybitną rolę w całościakcie procesów, zachodzących w zjawisku pracy.

Obok tych badań z dziedziny czystej fizjologii, obecnie fizjologia stosowana udziela sporo uwagi sprawie badania ruchów, wykonywanych podczas pracy. Zapoczątkowane przez Taylor'a, badania te przeprowadzał dalej Gilbreth, który nadzwyczaj udoskonił technikę badania, wprowadzając obok chronometrażu fotografię, kinematografię i tak zwaną chronocyklografię. Obecnie i w Europie egzystuje kilka zakładów naukowych, gdzie się odbywają badania ruchów podczas pracy. Zasadniczy kierunek takich badań zmienia się od czasów Taylor'a.

Obok procesów pracy „sensu stricto ergologia“ również udziela uwagi badaniom zjawisk fizjologicznych patologicznych, towarzyszących pracy, jak to: metabolizm, czynności narządów oddechowych, krążenia krwi, trawienia, zmysłów i t. d.

Psychotechnika. Studja nad ruchem i zmęczeniem utorały drogę sprawie lepszej organizacji pracy i zwiększenia jej wydajności, czyli t. zw. tayloryzmowi, a również dalszemu jego rozwojowi w dążeniu do współczesnej racjonalizacji pracy.

Widzieliśmy, że do łańcucha zjawisk, składających się na całość kształtu zjawiska pracy, wchodzi również procesy mózgowo i korelacyjne z nimi procesy psychiczne; dlatego też jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że psychologia wciąga w zakres swych badań również i pracę. W ostatnich latach zgromadzono obszerny materiał, jako rezultat podobnych badań, i próbowano go rozklasyfikować. Nie mamy dotychczas ogólnie przyjętych podziałów i nomenklatury w tej dziedzinie. W Niemczech np. często używa się nazwy „psychotechnika“, która obejmuje kierunki psychologicznego badania pracy. Lipmann nazywa tą gałąź wiedzy psychoekonomiką.

Dwa ważniejsze zadania ma psychotechnika:

I. najbardziej racjonalny dobór robotników i przydzielenie ich do pracy najbardziej odpowiedniej ich zdolnościom indywidualnym; jest to tak zw. orientacja profesjonalna.

II. najlepsze przystosowanie fabrykacji do ogólnych własności robotników; tak zw. racjonalizacja pracy „sensu stricto“.

Do rozwiązania pierwszego problemu powinniśmy przedewszystkiem za pomocą analizy psychologicznej ustalić, jakie są zdolności najważniejsze dla skutecznego wykonania pewnego zawodu, ewent. poszczególnego rodzaju pracy. Następnie ustala się metody, za pomocą których możemy stwierdzić, czy kandydat posiada wymagane własności i w jakim stopniu.

Badania psychotechniczne, zapoczątkowane przez Münsterberg'a w Ameryce, zastosowuje się obecnie na szerszą skalę również w Europie, zazwyczaj w specjalnie dla tego zorganizowanych zakładach, jak np. w Instytucie pracy w Charlottenburgu (Piotrowski).

Aczkolwiek psychotechnika wychodzi, właściwie mówiąc, poza granice higieny zawodowej, jednak ma ścisły związek z nią gdyż pośrednio może wpłynąć w znacznym stopniu na złagodzenie szkodliwości pracy zawodowej, np. na zmniejszenie traumatyzmu przemysłowego, otruc, gruźlicy i t. d. Dlatego też higiena profesjonalna z wielkim zainteresowaniem przygląda się rozwojowi psychotechniki i ze wszelkich miar popiera ten rozwój.

Praca umysłowa: Ciekawym faktem w rozwoju higieny zawodowej jest to, że we wszystkich rodzajach pracy właśnie praca umysłowa najmniej zwracała na siebie uwagi i dotychczas jest bardzo mało zbadana. Analizę przyczyn tego zjawiska możemy tu pominąć.

Instytuty pracy: Teoretyczne badania w dziedzinie higieny zawodowej dotychczas pozostawały rozproszone po rozmaitych instytucjach

naukowych, zwłaszcza w zakładach higieny. W ostatnich latach zazna-  
czyły się dążenia skoncentrowania tych badań w osobnych zakładach,  
mających na celu tylko studia spraw, związanych z higieną zawodową.  
Podobnym zakładom nadaje się rozmaite nazwy, nierzadko i bardzo  
trafnie, nazywają je „Instytutami Pracy“. Podobny Instytut Pracy, do-  
brze i celowo urządzony, powinien posiadać następujące działy:  
1, dział ergologii (normalna patologiczna fizjologia i psychologia  
pracy): 2, dział szkodliwości zawodowych ewent. połączony z klini-  
ką chorób zawodowych: 3, dział umiejętnej organizacji pracy; do  
tego działu należą również pracownie, w których się studjuje orientację  
profesjonalną; 4, dział sanitarnej techniki przemysłowej i 5, dział  
propagandy higieny zawodowej. Na czele każdego z działów powinien  
stać doświadczony fachowiec.

Nie streszczając przytoczonych wyżej danych ograniczamy się  
tylko do następujących wniosków, jako życzeń praktycznych:

1. biorąc pod uwagę, że ergologia jest podstawą higieny za-  
wodowej, należy dążyć do zainteresowania tą nauką odpowiednich  
badaczy: fizjologów patologicznych, psychologów, inżynierów, klinicy-  
stów,

2. należy dążyć do organizacji dobrej statystyki sanitarnej,  
uwzględniającej również zagadnienia higieny zawodowej.

3. należy udzielać większej uwagi na ergologiczne studia pra-  
cy umysłowej, która dotychczas pozostaje w cieniu.

4. Wśród licznych współczesnych prądów higieny zawodowej  
zasługuje na pilniejszą uwagę umiejętna organizacja czyli racjonalizacja  
pracy gdyż sprawa ta posiada nie tylko znaczenie ściśle sanitarne, lecz  
ekonomiczne i polityczne, a czasem może stanowić o samej egzysten-  
cji państwa.

5. Należy wprowadzić obowiązkowe kursy higieny zawodowej  
w uczelniach technicznych zarówno wyższych (politechnikach) jak  
średnich a nawet niższych.

6. Nagłąca jest sprawa organizacji centralnego „Polskiego In-  
stytutu Pracy“, składającego się z 5-ciu wymienionych wyżej działów.

7. Środki na organizację i utrzymanie „Instytutu Pracy“ mogą  
się składać: a) z dotacji państwowych, b) z dotacji związków przemy-  
słowych i c) z dotacji Kas chorych.

#### Dyskusja:

Dr. G. Sulc. W rozwoju nauki ergologii jest bardzo zaintereso-  
wane wojsko. Przy Wojskowym Instytucie Sanitarnym dotąd istniał wy-  
dział Indywidualizacji Żołnierza, który przeprowadzał badania z antro-  
pometrii i psychotechniki. Z metod wymienionych do badań higienicz-  
nych prelegent wymienił metody do sumarycznej „oceny warunków  
atmosferycznych“ wpływających na stratę ciepła t. zw. metodą kata-

termometrii. Metoda ta jest przedmiotem badań w Wojskowym Instytucie Sanitarnym i daje doskonale wyniki praktyczne.

Prof. Gantkowski: Podział dnia na okres 8 godz. pracy, 8 godz. wypoczynku i 8 godz. snu nie jest ze stanowiska higieny społecznej racjonalny. Praca bowiem nie jest równą, bo inaczej pracuje robotnik w kopalniach, inaczej pracownik np. w przemyśle metalurgicznym, inaczej robotnik na świeżym powietrzu, murarz i t. d. Stąd ergologia musi znaleźć sposoby określenia zróżniczkowanego czasu pracy dla poszczególnych zawodów.

Doc. Janiszewski. Podkreśla ważność zagadnienia poruszonego przez referenta zwłaszcza w związku z przyłączeniem części Śląska do Polski. Wzywa do utworzenia katedr higieny społecznej przy uniwersytetach. Stosowne zorganizowanie pracy w odpowiednich warunkach i przez odpowiedni czas nie obciąża zbyt robotnika i podniesie jego wydajność. Wnioski utworzenia przy uniwersytetach katedr higieny społecznej. Większe uwzględnienie przez Państwowy Centralny Urząd Statystyczny potrzeb higieny indywidualnej i społecznej, oraz większy wpływ lekarzy na ten urząd.

Prof. Dzierzgowski. Wypowiada się o konieczności utworzenia Instytutu Organizacji Pracy. Dążenie „Ligi Pracy“ są tamowane brakiem środków materialnych. Należałoby pobudzić Rząd do udzielenia pomocy tej placówce.

Dr. Gawlikowski. Należałoby uwzględnić w przyszłych badaniach udział osób zainteresowanych t. j. przedstawicieli poszczególnych zawodów. Badania psychotechniczne powinny się łączyć ze sprawą organizacji pracy wogóle.

Dr. T. Szulc: Higjena zawodowa powinna znaleźć główną podstawę w doborze zawodu. Łączy się tu higjena zawodowa z zadaniem higieny szkolnej. Uczeń opuszczający szkołę winien zostać postawiony ze stanowiska sanitarnego na możliwie właściwym posterunku.

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 12/VII. godz. 15 pp.

Przewodniczą: O. Bujwid, Gantkowski i Załęski.

Sekretarz: F. Przesmycki.

1. **P. Gantkowski.** (Poznań). — Znaczenie ubezpieczeń społecznych zachodniej Polski dla higieny społecznej.

1. Istota ubezpieczeń społecznych: a) od niemocy i starości, b) od nieszczęśliwych wypadków. 2. Pojęcie „niemocy“ w myśl ustawy ubezpieczeniowej; ocena niezdolności do zarobkowania w stosunku do skutków nieszczęśliwych wypadków. 3. Zapobieganie niemocy i nie-

zdolności do zarobkowania przez ubezpieczenie krajowe w myśl zasady: „dać ubezpieczonym możliwie w miejsce renty — zdrowie, lub znaczną część zdrowia, o ile choroba ich jest względnie uleczalną, jakoteż przeciwdziałać chorobie przez wczesne usuwanie powodów do jej powstania. I tak stosują ubezpieczenie z własnych funduszków (po zakończeniu ustawowych świadczeń kas chorych) np. gruźlica, operacje wczesne owrzodzeń goleniowych, żylaków, wrzodu żołądkowego, przepuklin, gruczołów, ślepej kiszki, opadnięcia narządów rodnych, operacji przetok, gruźlicy kości i t. d.).

4. Rezolucja: Zjazd zwraca się do Pana Ministra Ochrony Pracy i Opieki Społecznej oraz do Sejmu, aby rozszerzono na całą Rzeczpospolitą ubezpieczenie społeczne, w Zachodniej Polsce sprawnie funkcjonujące, bo przyczynią się one bez nadwyrężenia Skarbu Państwa do celowego zapobiegawczego leczenia ludności i spotęgowania siły fizycznej narodu i jego energii i pracy.

Dr. Przyborowski. Ustawodawstwo Kas Chorych powinno uwzględniać udział lekarzy w organizacji lecznictwa.

Dr. Krzywański. Ubezpieczenia społeczne, istniejące w b. zaborze pruskim, uznane wogóle za urządzenia wzorowe, mogą działalność swą rozszerzyć i należycie pracować o ile będą obejmować całą Polskę. Wskutek odłączenia województw zachodnich od Prus fundusz ubezpieczeniowy krajowy zmalał i tem samem działalność uszczuploną została. Renty są zamałe. Brak dostatecznego wpływu lekarzy na ubezpieczenia społeczne Kas Chorych sprawia, że powyższa instytucja nie spełnia należycie swego zadania.

Dr. Krysiński. Kasy Chorych nie tylko, że nie zakładają nowych szpitali i sanatorji, ale podrywają byt już istniejących, nie płacąc miesiącami za leczonych kasowych chorych. Na zachodzie np. w Belgji nie ma instytucji ogólnej Kasy Chorych dla całego państwa, ale istnieją doskonale instytucje, leczące pracowników przy poszczególnych fabrykach, kopalniach i t. d. Powinna być w Kasach Chorych rozszerzona działalność profilaktyczna na wzór zachodnio - europejski (dispensaires), które oddają tam ogromne usługi w sensie profilaktyki gruźlicy, wenerji i t. p.

Doc. Janiszewski: Popiera gorąco ubezpieczenia społeczne, które mogą się przyczynić do dobrobytu mas pracujących. Organizacja Kas Chorych nie jest na wysokości zadania. Wpływy partyjno - polityczne przyczyniają się do złego funkcjonowania kas, również ujemny wpływ wywiera usunięcie lekarzy od decydującego głosu w organizacji Kas Chorych. Lekarze w Kasach są przeciążeni, zwłaszcza w dużych miastach, i lekarz musi przyjąć do kilkudziesięciu chorych w ciągu godziny. Wystąpić powinny wydziały lekarskie, izby lekarskie oznaczając pewne maximum chorych, jakie lekarz podczas godziny przyjąć może.

Najlepiej jednakże byłoby wprowadzić wolny wybór lekarza. Oprócz tego w dyskusji przemawiali: Zieliński i Załęski. Postanowiono wybrać komisję dla przygotowania wniosków do komisji wnioskowej w sprawie Kas Chorych i ubezpieczeń społecznych. Wybrano przez aklamację Gantkowskiego, Janiszewskiego i Lubczyńskiego.

2). **J. Lubczyński.** (W-wa). O stopie śmiertelności niemowląt.

Śmiertelność niemowląt jest powszechnie uważana jako jeden z najczulszych wskaźników postępu na polu zdrowotności publicznej. Studja nad przyczyną śmierci dzieci, martwo urodzonych wykazują że z górą 57% śmierci przypada na urazy i powikłania przy akcie porodowym a około 28% na choroby matki. Przez odpowiednią akcję zapobiegawczą liczby te można zredukować. Lepsze szkolenie lekarzy i akuszerki w położnictwie zmniejszy odsetek pierwszej grupy, a leczenie zapobiegawcze stosowane względem matek ciężarnych redukuje odsetek drugiej grupy.

Śmiertelność niemowląt od dnia urodzenia do skończonego pierwszego roku życia aprobowana na podstawie danych statystycznych miasta Bostonu (Stany Zjedn. Ameryki Płn) za rok 1910 przedstawia się jak następuje:

	0 — 1	2 — 6	7 — 30	1 — 2
	<. — %	<. — %	<. — %	<. — %
Zakaźne	0 — 0	2 — 9	21 — 7.2	37 — 9.3
Dróg oddech.	1 — 0	9 — 4.2	54 — 18.5	68 — 17.
Dróg pokarm.	0 — 0	10 — 4.7	41 — 14.1	153 — 38.3
Wczesn. Dziecięc.	305 — 86.7	147 — 69	135 — 46.1	99 — 24.8
Inne	47 — 13.3	45 — 21.2	41 — 14.1	43 — 10.6
Ogółem	353	213	292	400
	3 — 5	6 — 8	9 — 11	Ogółem
	<. — %	<. — %	<. — %	<. — %
Zakaźne	43 — 10	58 — 18.3	52 — 19.2	213 — 9.5
Dróg oddech.	80 — 19.8	89 — 29.1	69 — 25.6	370 — 16.4
Dróg pokarm.	201 — 49.6	112 — 35.3	108 — 40.	625 — 22.8
Wczesn. Dziecięc.	12 — 29.6	8 — 2.5	5 — 1.8	711 — 31.6
Inne	69 — 17.0	50 — 15.8	36 — 13.3	330 — 14.7
Ogółem	405	317	270	2249.

Z powyższego zestawienia wynika, że zgony powodowane schorzeniami wczesnego dzieciństwa w pierwszym roku życia niemowlęcia wysuwają się na plan pierwszy. Liczba zgonów tej grupy przewyższa liczbę zgonów powodowanych chorobami zakaźnymi i chorobami prze-

wodu pokarmowego. W pierwszym półroczu życia niemowlęcia dominują zgoni wczesnego dziecięctwa, w drugim półroczu wysuwają się na pierwsze miejsce choroby przewodu pokarmowego. Płyną stąd pewne wskazania co do akcji zapobiegawczej. Opieka higieniczno - lekarska nad matką w okresie przedporodowym wpłynie dodatnio na zmniejszenie się zgonów z powodu chorób wczesnego dziecięctwa. Troska o higienę i dyetykę niemowlęcia w pierwszym roku życia zredukuje zejścia powodowane chorobami przewodu pokarmowego.

W obecnej chwili opiekę higieniczno-lekarską nad niemowlętami sprawujemy przez stacje opieki nad niemowlętami. Stacje te oddają nam duże usługi w zwalczaniu chorób przewodu pokarmowego. Czy jednak w obecnej ich formie stacje opieki nad niemowlętami wpływają na zredukowanie chorób zakaźnych (Koklusz, grypa etc.) lub chorób przewodu oddechowego (zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc) jest kwestją wątpliwą. Sprawa wymaga szczegółowych badań.

#### D y s k u s j a.

Dr. K r y s i ń s k i. Należy dążyć do umożliwienia otrzymania danych statystycznych, dotyczących osesków w Polsce, gdyż dane te, zwłaszcza we wsi polskiej nie są jeszcze dostępne.

D o c e n t D. J a n i s z e w s k i. Przy ocenie statystyki śmiertelności osesków w Polsce w miastach, należy uwzględnić śmiertelność osesków, urodzonych w danym mieście i oddanych zaraz po urodzeniu na wychowanie na wieś i tam: umierających. Tego punktu nie uwzględniały dotąd ani statystyki obce, ani nasze, błąd, który wskutek nieuwzględnienia tego faktu powstaje może być dość znaczny. Dla Krakowa wynosił w latach 1909 — 1913, 2 procent. O tyle zatem należałoby zwiększyć liczby, tyżące się procentu śmiertelności osesków w Krakowie za ten okres czasu. Materiały do oceny stopy śmiertelności osesków u nas, przynajmniej w niektórych większych miastach, istnieją i są równie dokładne, jak materiały zagraniczne i sięgają kilku do 10 lat wstecz.

Z powodu późnej pory przewodniczący ogranicza dalsze przemówienia do 10 minut.

S. A d a m o w i c z o w a. Zagadnienia epidemjologiczne Europy wschodniej. Streszczenia nie nadesłano.

#### 3. **M. Kacprzak.** (W wa). Gruźlica i płodność.

Praca została dokonana na podstawie materiału, zebranego przez Wydział Statystyczny Baltimorskiej Szkoły Higjenu (Baltimore Md. Stany Zjednoczone Ameryki Północnej) pod kierunkiem prof. Pearl'a.

Materiał dotyczy 9.855 związków, które dały 9.031 ciąż. — Wszystkie związki zostały podzielone na 4 grupy: 1) oboje rodzice

nie gruźliczy ( $\sigma \times \varphi$ ), 2) ojciec gruźliczy ( $\bullet \times \varphi$ ), 3) matka gruźlicza ( $\sigma \times \bullet$ ), 4) oboje rodzice gruźliczy ( $\bullet \times \bullet$ ). Związki nieślubne traktowane są, jako małżeństwa, związki bezdzietne do statystyki nie są włączone. Płodność brana jest w stosunku do czasu współżycia, które się kończyło — albo śmiercią jednego z małżonków, albo rozwodem, albo też przekroczeniem przez kobietę 50 roku życia, — gdyż tylko te związki są włączone do statystyki, które więcej dzieci mieć nie mogły. Stadium i postać choroby nie są brane pod uwagę. Uwzględnione są cztery grupy wieku w zależności od wieku, w którym związek został przerwany 20—29; 30—39; 40—49; 50 i wyżej.

W n i o s k i. 1) Związki gruźlicze dają mniejszą absolutnie liczbę ciąż, niż niegruźlicze.

2) Gruźlica matki ma większy wpływ na przeciętną liczbę ciąż, niż gruźlica ojca.

3) Mniejsza liczba dzieci w związkach gruźliczych tłómaczy się krótszym okresem współżycia i w pewnej mierze większą liczbą poronień, niż w związkach niegruźliczych.

4) Gruźlica mężczyzny i gruźlica kobiety zwiększają płodność związku.

5) Związek, w którym tylko mężczyzna jest gruźliczy wykazuje większą płodność, niezależnie od wieku, w którym związek został przerwany.

6) Związki, w których tylko kobieta dotknięta jest gruźlicą wykazują na ogół większą płodność. W niektórych jednak grupach wieku, szczególnie, jeżeli kobieta zmarła przed 40-tym rokiem życia, zwiększenie płodności jest mniej wyraźne.

7) Związki w których oboje małżonkowie są gruźliczy, zdają się być więcej płodne, niż niegruźlicze. To również jest bardzo widoczne; o ile związek został przerwany poniżej 40 tu lat życia małżonków.

#### 4. **L. Anigstejn.** (W-wa). Badania nad zimnicą w Polsce.

Na krańcach m. Warszawy (Mokotów i okolice) obrano teren o powierzchni 28 km<sup>2</sup>. w celu przeprowadzenia systematycznych badań nad rozpowszechnieniem zimnicy. Zbadano wszystkie naturalne zbiorniki wody, gdzie w większości wykryto łęgowiska widliszków. Zbadano przeszło 400 domów na obecność dorosłych widliszków, które wykryto w szczególnie znacznej ilości w zabudowaniach wiejskich. Nasilenie malarji wśród ludności teren ten zamieszkującej określono na podstawie badań klinicznych 4700 dzieci w kierunku „wskaźnika śledzionowego“, który waha się od 3% (Mokotów) do 20% we wsiach nad Wisłą. W tym samym kierunku prowadzone są badania nad rozpow-



szechnieniem zimnicy w województwach: Lubelskiem, Poleskiem, Wołyńskiem przez specjalne kolumny malaryczne. W powiecie Włodawskim w niektórych wsiach wskaźnik śledzionowy sięga 50%, nosiciele pasorzytów zimnicy wykryto w 14%, w powiecie brzeskim wskaźnik śledzionowy sięga 30%. Przez kolumny malaryczne prowadzona jest również chinizacja lecznicza chorych na zimnicę. Prace te prowadzone są z ramienia Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

#### Dyskusja:

Dr. Krysiński: Malaria na terenie województwa Lubelskiego począwszy od roku 1921 znacznie się zmniejszyła. To samo odnosi do powiatu Włodawskiego. Sądzić należy; że zatamowanie nowego dopływu malarji ze wschodu i leczenie jej wpływa na jej wygaśnięcie.

Dr. J. Lubczyński: Pasożyt malarji nie odbiega od miejsca swego wylęgania dalej niż 1½ do 2 kilometrów. Przy zwalczaniu malarji baczna uwaga należy zwrócić na zbiorniki wody, w bezpośrednim otoczeniu domów mieszkalnych.

5. **W. Gądzikiewicz.** (Kraków). Badania strojów ludowych pod względem higienicznym:

Został zbadany strój męski górali tatrzańskich, Przyjmując pod uwagę warunki klimatyczne Podhala można powiedzieć, że odzienie górali odpowiada wymaganiom higieny. Posiada ono bowiem dostateczną grubość i porowatość, a małą przewiewność. Jest ściśle dostosowane do ustroju i dzięki rodzajowi tkaniny, z której jest zrobiony, jej barwy i krojowi dokładnie chroni przed wpływami atmosferycznymi, a jednocześnie zapewnia swobodę ruchu.

6. **W. Gądzikiewicz, M. Siedlecka i Wołszyńska.** (Kraków) Projekt biologicznego badania Wisły:

Do obecnego czasu rzeki nasze pod względem biologicznym nie były prawie badane. Wyjątek stanowi dolna część Wisły, którą zbadali Niemcy. Ponieważ biologiczne badanie wód jest sprawą trudną, przeto konieczną jest współpraca higienistów z biologami. W Krakowie za inicjatywą Prof. Gądzikiewicza grupa specjalistów w osobach Prof. Siedleckiego; Dr. Wołszyńskiej, Prof. Gieszczykiewicza rozpoczęła w tym kierunku pracę i obecnie opracowuje szczegółowy plan badania górnej Wisły.

7. **S. Wislouch** (W-wa).— Sanitarno biologiczne badania Wisły i studzien w Pruszkowie.

Badanie rzeki Wisły na odcinku Modlin-Warszawa (40 kilometrów) wykazało, że zanieczyszczenie jej przez wlewające się pod Bielanami ścieki miasta Warszawy pozostaje stałym, aż do Modlina. Ponieważ

na tym odcinku następuje tylko rozcieńczenie całą masą wody Wisły ale nie daje się zauważyć żadnych śladów procesów samooczyszczania się.

Badanie 23 studzien w Pruszkowie wykazało, że tylko nieznaczna ich część (2 studnie wiercone, fabryczne) jest dobra, reszta zaś 21 studnia jest przeważnie zanieczyszczona.

#### D y s k u s j a:

Prof. Bujwid. W związku z referatem Prof. Wiśtoucha stawia następujący wniosek. Sekcja Higjeny i Bakterjologii uważa za konieczne oczyszczenie ścieków przed ich wprowadzeniem do rzeki Wisły i wogóle rzek w państwie w sposób zgodny z zasadami współczesnej higjeny. Sekcja uważa za konieczne wprowadzenie systematycznych badań wód rzecznych i innych przez instytut specjalny do celów tych utworzony przy istniejącym Zakładzie Higjeny.

8. **M. Gieszczykiewicz.** (Kraków). — W sprawie słownictwa bakterjologicznego polskiego.

Referat nawiązuje do dotychczasowych projektów mianownictwa bakterjologicznego polskiego, uwzględniając głównie słownik lekarski polski z r. 1913 i projekt dr. Eisenberga z r. 1908. Referent próbuje uzgodnić dotychczasowe słownictwo, uzupełniając je niektórymi nowymi nazwami, których wprowadzenie proponuje.

#### D y s k u s j a:

Prof. Bujwid proponuje następujące nazwy: paciorkowiec, gronkowiec, czworniak albo czworaczek, dwoinka lancetowata, krętek, dwukrętek, wielokrętek, laseczka nie lasecznik, przetrwalniki u bakteryj, zarodniki u grzybków.

Dr. Eisenberg proponuje wybór komisji, któraby sprawę omówiła wszechstronnie i propozycje przedłożyła w jakiejś formie ogółowi zainteresowanych. Za sprawę zasadniczej wagi uważa oparcie mianownictwa o racjonalny układ systematyczny, a za taki uważa dziś, jak i przed 16 laty układ podany przez Lehmana i Neumanna.

Na wniosek d-ra Hirsfelda wybraną została komisja złożona z Prof. Bujwida, Dr. Eisenberga, Prof. Szymanowskiego i Prof. Gieszczykiewicza dla ujednostajnienia mianownictwa bakterjologicznego i przedstawienia wniosków.

POSIEDZENIE III.

dnia 14/VII. godz. 9.

Przewodniczą: Eisenberg, Groer, Jonscher.

Sekretarz: Przesmycki.

1. **Groer.** (Lwów).—Patologia i epidemiologia błonicy.  
Streszczenia nie dostarczono.

D y s k u s j a:

Dr. M a y z n e r zapytuje, czy odczyn Schicka jest zupełnie dokładnym sprawdzianem wrażliwości ew. odporności przeciwko błonicy? Przeciwno temu przemawiają kliniczne spostrzeżenia a) młode niemowlęta z odczynem Schicka ujemnym wykazują brak antytoksyn w krwiobieg, b) klinicznie błonica nosa u niemowląt z odczynem Schicka ujemnym jest możliwa. Należy sprawdzić czy przy uodparnianiu czynnem antytoksyny jednocześnie się zjawiają w skórze ew. i w innych tkankach, czy odporność humoralna idzie w parze z odpornością tkankową. Przeciwno temu przemawiają obserwacje kliniczne, gdyż niemowlęta z odczynem Schicka ujemnym, u których stężenie antytoksyn było wysokie, chorują na błonicę nosa i błonicę skóry.

Dr. M o g i l n i c k i. Badania prof. Groera mają duże znaczenie dla kliniki dziecięcej. Istnieje szereg osobników, które nie mają zdolności wytwarzania antytoksyn. Jeżeli taki osobnik dłużej leży w klinice, może się zdażyć nowe zakażenie ustroju a wskutek braku własnych antytoksyn, trzeba zastrzykiwać nanowo surowicę antytoksyzną.

Prof. H i r s z f e l d podkreśla różnice pomiędzy wrażliwością przemiającą i wrażliwością stałą i dziedziczną. Siła antygenna ciała zależy najpewniej od dwóch czynników: jeden z nich jest to niepodobieństwo zastrzykniętego antygeny do ciał znajdujących się w krwiobieg; zagadnienia antygenów heterogenetycznych wyświetli najpewniej sprawę zdolności lub nieudolności wytwarzania przeciwciał. Prawdopodobnym jest jednak, że dzieci niezawierające przeciwciała normalne gorzej będą wytwarzały przeciwciała niż dzieci znajdujące się w okresie dojrzalym. Moglibyśmy mówić o krytycznym punkcie odpornościowym. Prawdopodobnym jest, że od oddalenia od tego krytycznego punktu będzie zależała zdolność wytwarzania przeciwciał dla danego bodźca.

Dr. H. B r o k m a n. Przyczyna powstawania epidemii błoniczej najprawdopodobniej zależy nie od obniżania się miana antytoksyny, lecz od chwilowego uczulenia, zwiększonego usposobienia ludzi pozbawionych antytoksyny. Zdolność noworodków do wykorzystania antyto-

ksyny, otrzymanych drogą bierną poprzez łożysko nie zdaje się być dowiedziona. Ujemny odczyn Schicka nie przemawia bezwzględnie za tem, iż ustrój jest niewrażliwy na zakażenie. Odporność skóry szczególnie tam, gdzie uodpornienie odbywa się drogą bierną nie koniecznie musi być miernikiem odporności ogólnej. Zwraca uwagę na pracę ogłoszoną z dr. Barańskim o sposobie miareczkowania antytoksyny o niskiem mianie w ustroju ludzkim za pomocą odczynu Schicka z obniżającymi się dawkami toksyny (1/50, 1/100, 1/200 dawki śmiertelnej).

2. **W. Lipiński.** (Kraków). — Przyczynek do badań nad epidemiologią i bakterjologią płonicy.

Na 25 badań jamy ustnej ozdowieńców wyhodowano łańcuszkowce w 16 przypadkach. (66%). Wszystkie łańcuszkowce wyhodowane z jamy ustnej z wyjątkiem jednego szczepu wywoływały wyraźną hemolizę. Wyniki dodatnie posiewu krwi otrzymano w 3 przypadkach (12%), a to 1 raz na 17 dzień post crisis, 1 raz na 18 dzień, 1 raz na 21 dzień. Wspomniane 3 przypadki były klinicznie lekkie i przebiegały bez powikłań. W chwili pobrania krwi nie było śladu łożyszczenia. Dzieci wolne od objawów chorobowych przygotowywały się do opuszczenia szpitala. To niezwykle późne wystąpienie łańcuszkowca szkarłatynowego we krwi ozdowieńców bezobjawowych, zmuszają do zastanowienia się, czy nie pozostają one w związku przyczynowym z nagłym powstawaniem nowych epidemji szkarlatyny. Ozdowieńcy bezobjawowi kryjący w późnych okresach rekonwalescencji łańcuszkowce szkarłatynowe we krwi, wydalając je różnemi drogami (nerki) mogą stać się przyczyną nowych ognisk chorobowych.

3. **H. Brokman, H. Hirszfeldowa, H. Majzner i F. Przesmycki.** (W-wa).—Badania nad wrażliwością osobniczą i uodpornianiem w płonicy.

W wyniku tych badań, wykonanych na 563 osobnikach, udało się potwierdzić następujące spostrzeżenia Dicków: 1. Istnienie osobniczej wrażliwości na jad paciorkowca hemolizującego płonniczego, 2. różny odsetek wrażliwości w zależności od wieku, 3. występowanie antytoksyny w ustroju w większości wypadkach po przebytej chorobie (na 11 ozdowieńców, tylko w 1 przypadku odczyn Dicków pozostał dodatni). 4. zapadanie na płonicę wyłącznie osobników wrażliwych (6 przypadków płonicy), 5. u osób z ujemnem odczynem Dicków wystawionych na zakażenie spostrzeżono w 2 przypadkach anginę, wywołaną przez paciorkowca hemolizującego płonniczego bez klinicznego obrazu płonicy, a szczególności wysypki. Uodpornieniem jadem paciorkowca wykonano w 41 przypadkach, z tych uodporniło się 33 osob-

ników. Wstrzykiwano jad w sumie od 425 do 800 jednostek skórnych. W przypadkach, w których stosowano małe dawki, niektóre dzieci traciły antytoksynę po 4 miesiącach. Uodpornienia anatoksyną stosowano w 34 przypadkach, z których uodporniło się 24. Dawki wynosiły w sumie od 50 do 1000 jednostek. Stosowanie większych dawek jadu wywołuje u niektórych dzieci objawy burzliwe w postaci wymiotów, przniesienia ciepłoty oraz wysypki. Przy stosowaniu anatoksyny żadnych objawów ogólnych nie spostrzegano.

**4. H. Brokman, B. Fejginówna, Hirszfeldowa, G. Majzner i F. Przesmycki.** (W-wa).—W sprawie etiologii płonicy.

Dickowie sądzą, że paciorkowiec hemolizujący jest swoistym zarazkiem dla płonicy. Autorzy włoscy Caronia, di Cristina i Sidoni uważają za swoisty zarazek specjalne dwoinki, wyhodowane na pożywkach Tarozzi-Nogushi. Starano się wykazać jaki związek istnieje pomiędzy tymi dwoma zarazkami. W tym celu dokonano doświadczeń na ludziach i zwierzętach. Ludzie zostali uodpornieni szczepionkami Caronii i z 14 osobników uodpornionych u 8 osobników odczyn Dicków uprzednio dodatni zmienił się po 6 tygodniach na ujemny. Dla kontroli 4 dzieci uodporniono pożywką Tarozzi-Nogushi używaną przez autorów włoskich do hodowania zarazka płonicy, a z tego u 2 dzieci odczyn dodatni Dicków zmienił się na ujemny. Króle zostały uodpornione szczepionką przeciwpłoniczą i pożywką Tarozzi-Noguchi. Surowice ludzi uodpornionych szczepionką Caronii i roztartymi organami zawierały przeciwciała, zlepiające nasze paciorkowce hemolityczne I/160—I 640. Surowice królików, uodpornionych zlepiły paciorkowce również w rozcieńczeniu 1 640—I 2560. Zauważono, że surowice króli uodpornionych czy to szczepionką przeciwpłoniczą, czy też roztartymi organami świnek morskich zubożętniały *in vitro* jad paciorkowcowy. Wyniki badań wykazują, że pożywka Tarozzi-Nogushi może spowodować powstawanie przeciwciał dla paciorkowców hemolizujących.

D y s k u s j a:

Dr. P a l m i r s k i. Etiologię płonicy należy przypisać t. z. streptococcus conglomeratus, którego możemy wydzielić ze wszystkich narządów po śmierci. Znajdujemy go nawet w naskórku. Występuje on i we krwi w późniejszych okresach choroby, kończących się zwykle w tych razach śmiercią. Za swoistością tych paciorkowców przemawiają poniekąd działania na ustrój szczepionek, zapoczątkowanych przez Gabryczewskiego i wpływ surowicy swoistej na przebieg choroby.

Prof. Michałowicz. Płonica była traktowana przez długi czas z punktu widzenia ciekawych i powikłanych epizodów. Po erze epizodycznej przyszedł czas na syntetyczne ujęcie zagadnienia płonicy. Pod

kątem widzenia patogenazy należy rozróżnić w płonicy 3 grupy czynników: konstytucja, kondycja i drobnoustroje.

Dr. Brokman wyjaśnia, że maximum zachorowań na płonicę w odpowiednim wieku nie odpowiada ściśle maximum odczynów Dicka, albowiem efekt zachorowania ma za podstawę oprócz braku antytoksyny i obecności zarazka cały szereg innych własności ustroju związanych z człowiekiem.

5. **J. Celarek i S. Saski.** (W-wa).—W sprawie odczynu Dicków.

Wykonano próbę Dicków u 1044 osób i wyciągnięto następujące wnioski: 1) za pomocą odczynu Dicków dają się istotnie stwierdzić różnice we wrażliwości osobniczej względem jadu paciorkowców płoniczych, 2) u osób, które przebyły płonicę odczyn dodatni występuje znacznie rzadziej, niż u osób, które płonicy nie przebyły, 3) osobniki z dodatnim odczynem Dicków są wrażliwe na zakażenia płonicze, 4) szczepienie szczepionką Gabryczewskiego nie wpływa prawdopodobnie na obniżenie wrażliwości względem jadu paciorkowcowego.

6. **H. Brokman i F. Przesmycki.** (W-wa). — Badania nad istotą odporności w czerwonce.

Odczyn skórny, wywołany przez zastrzyk jadu czerwonego, występował u pewnego odsetka osobników (około 80%), nie reagowało zaś na zastrzyk jadu około 20%. Starano się wyjaśnić od czego jest uzależnione niewystępowanie odczynów. W tym celu badano krew osobników niewrażliwych na zawartość przeciwciał. Doświadczenia wykonano na myszach. Surowice 6 ludzi, dających odczyn skórny ujemny, zobojętniały jad czerwony. Wszystkie myszy (14), zastrzyknięte mieszaniną jadu surowicą tych ludzi, zostały przy życiu. Natomiast myszy (23), zastrzyknięte surowicą ludzi z dodatnim odczynem, padły.

Tak więc biologiczna odporność na jad, wydzielany przez lasecznik Shiga-Kruze wyraża się obecnością we krwi przeciwciał. Jest to cecha osobnicza, należąca, jak obecność antytoksyny błoniczej, do cech naturalnych t. j. powstających bez przejścia choroby bez uodpornienia sztucznego.

D y s k u s j a:

Dr. Brokman zaznacza, iż pomysł wprowadzenia odczynu skórny powstał z przypuszczenia, iż obecność antytoksyny błoniczej, jako cechy ustrojowej nie może stanowić wyjątku. Najprawdopodobniej ustródludzki posiada cały szereg „naturalnych“ środków do walki z zarazkami chorobotwórczymi.

7. **M. Erlichówna, Popowski i Przesmycki.** (W-wa). — Badania nad odczynem skórnym dla meningokoków.

Badania wykazały, że istnieją pewne różnice w reagowaniu po-

szczególnych osobników na zastrzyk śródskórny jadu meningokokowego. Dookólny zastrzyk jadu w iloŒci 0,1 cm. wywołuje u osobników wrażliwych na zastrzyk jadu w ciągu 24 godz. odczyn w postaci zaczerwienienia i nacieku, przyczem rozmiary odczynu wahają się od 0,5—2,5 ccm. Œrednicy. Odczytywać naleŒy po 24 godz. Badania dotyczą 82 osobników od 1 do 20 lat. Z tego reagowało na zastrzyk jadu 45. nie reagowało 28, wyniki niepewne otrzymano w 9 przypadkach. Udało się zobojećnić jad meningokokowy surowicą osobnika reagującego ujemnie. Badania te wykazują, Œe istnieje osobnicza wrażliwość skóry na jad meningokokowy. Znaczenie tego zjawiska dla klinik i epidemiologii wykazą dalsze badania.

8. **H. Brokman i H. Sparrow.** (W-wa).—Badania nad antytoksyną błoniczą.

Badania wykazały duŒe wahania we wrażliwości na jad błoniczy zwierząt normalnych. Wrażliwość była mierzona za pomocą odczynów skórných. Zwierzęta naturalnie mniej wrażliwe po wstrzykiwaniu tej samej iloŒci antytoksyny uodparniają się lepiej, niŒ zwierzęta naturalnie wrażliwsze na toksynę błoniczą. Stwierdzono pewne różnice osobnicze w powinowactwie skóry do przeciwciał krąŒących we krwi. U niektórych Œwinek skóra pochłania wiêcej przeciwciał i wówczas wrażliwość skórna słabnie a iloŒć przeciwciał w krwiobiegu obniŒa się. Co się tyczy różnych surowic, to okazało się, Œe organizm zwierzęcy najlepiej zuŒytkowuje przeciwciała zawarte w surowicy homologicznej dając przy tych samych iloŒciach przeciwciał wyŒszą i stalszą odporność. Z surowic heterologicznych znacznie lepiej zostaje zuŒytkowana surowica niskowartoŒciowa, najgorzej surowica wysokowartoŒciowa, uŒywana w lecznictwie.

#### D y s k u s j a :

Dr. Brokman. DoŒwiadczenia bynajmniej nie dowodzą, iŒ białko zawarte w surowicy nie odgrywa Œadnej roli w efekcie uodparniania. Przemawia jedynie za tem, iŒ iloŒć białka nie jest jedynym czynnikiem, wpływającym na wyŒszą watość uodparniającą surowicy niestęŒonej.

9. **S. Koeppe.** (W-wa). — Badania nad nadczułoŒcią dla małejiny. (streszczenia nie nadesłano).

#### D y s k u s j a :

Dr. Brokman. MoŒliwość uczulenia miejscowego skóry zwierzęcia zdrowego na małejinę znajduje analogię w uczuleniu skóry na tuberkulinę (Brokman i Wierzbowska) za pomocą wyciągów z narządów grucŒliczych. Uczulenie zwierząt za pomocą uodparniania lasecznikami grucŒlicy i nosacizny, dające wyniki dodatnie, musi być oceniane z pewną

ostrożnością, z powodu trudności odróżniania odczynów istotnych od odczynów na białko, zawarte w odczynniku.

10. **M. Gieszczykiewicz.** (Kraków). — Szczegółowa analiza kilku przypadków leczonych szczepionkami pneumokokowo-streptokokowymi, z której wyłaniają się następujące wnioski: 1. Szczepionki te działają korzystnie w większości przypadków nieżytów dróg oddechowych, 2. należy bardzo ostrożnie stosować szczepionki te u osobników gruźliczych.

#### Dyskusja:

Dr. Bujwid potwierdza spostrzeżenia Gieszczykiewicza. Wykonał on doświadczenia podobne w tym roku na sobie z wynikiem dodatnim, szczepiąc dwukrotnie 1/10 i 1/2 mgr. zabitych hodowli dwoinek i paciorkowców z własnej płwociny wyhodowanych.

Dr. Eisenberg. Potwierdza wielką wrażliwość osobników gruźliczych na białko bakteryjne. Podobne doświadczenia podawali autorowie amerykańscy. Z drugiej strony istnieją również stany konstytucjonalne, warunkujące niezwykłą tolerancję na białko bakteryjne. Tak np. u osesków, dotkniętych czyraczną na szczepionki gronkowcowe. Znoszą one przy niemal żadnym odczynie miejscowy, a bardzo skromnym ogólnym ilości 10—100 krotnie (na wagę ciała obliczone) większe, a efekt leczniczy bywa przeważnie świetny.

Dr. Sparrow. Prace Besredki skierowały sprawy uodpornienia na odmienne tory. Dowiodły one doświadczalnie, że uodparniać należy narząd chory i jako materiał do uodparniania należy używać starych, buljonowych hodowli bakteryjnych, przesączonych przez świecę. Obserwacje kliniczne dają dodatnie wyniki. Promiński leczył jeden przypadek twardzieli autowakcyną, zastrzykując autoszczepionkę w ciągu miesiąca. Nastąpiła wybitna poprawa. Pacjenta obserwował 2 miesiące.

#### POSIEDZENIE IV.

14.VII godz. 15.

Przewodniczą: Bujwid, Gieszczykiewicz, Jasiński.

Sekretarz: Przesmycki.

1. **L. Hirszfeld** (W-wa). — Zastosowanie badań nad grupami krwi do zagadnień biologji i medycyny.

Własności krwi, które stwierdzić można za pomocą izoaglutynin, dziedziczą się podług prawa Mendla, jako jednostki dziedziczne. Rozprzestrzenienie geograficzne grup serologicznych jest rozmaite, co umożliwia zastosowanie metod serologicznych do zagadnień antropologji. Prócz grupowych własności krwi dziedziczy się i dopełniacz przeciwciała idiosynkratyczne, dla tego prawdopodobnem jest, że i inne



przeciwciała są uwarunkowane konstytucyjnie. Wspólnie z dr. Brokmanem i Dr. H. Hirszfelddową udało się stwierdzić korelację pomiędzy odczynem Schicka i grupą. W myśl Morgana należy to interpretować w ten sposób, że geny dla zdolności lub nieudolności wytwarzania przeciwciał normalnych, przeciwbłoniczych, znajdują się w pobliżu genów dla grup serologicznych. Wychodząc zatem z cech normalnych i dziedzicznych należy doszukiwać się korelacji z cechami fizjologicznymi lub patologicznymi, których uwarunkowanie konstytucyjne ma się badać. Być może tą drogą uda się narysować kartę chromozom.

2. **L. Hirszfeld i J. Seydel.** (W-wa). Badania nad dziedziczeniem przeciwciał normalnych.

Przeciwciała normalne pojawiają się dopiero z wiekiem i to niezależnie od tego, czy są skierowane przeciwko bakterjom, któreby mogły zakazić ustrój, czy też przeciwko antygenom, z którymi ustrój nie mógł się zetknąć. Zróżniczkowanie swoiste surowicy moglibyśmy nazwać serogenezą, aby upodobnić to do morfogenezy t. j. do zróżniczkowania morfologicznego komórek. Podobnie, jak czynnikiem warunkującym morfogenezę, są wewnętrzne konieczności rozwojowe, nie trzeba przypuszczać, że przeciwciała normalne mogą się pojawić jedynie pod wpływem zadziałania bodźców zewnętrznych.

3. **L. Hirszfeld i H. Zborowski.** (W-wa). Badania nad przepuszczalnością łożyska dla przeciwciał.

Izoprzeciwciała przechodzą z matki na dziecko nierównomiernie. Jeżeli matka i dziecko należą do grupy O, to przeciwciała znajdują się u dziecka w 90% przypadków. U matki i dziecka A jedynie w 9% u matki i dziecka B w 30%. Przepuszczalność łożyska dla izoprzeciwciał jest zatem własnością konstytucyjną skorelowaną z grupą krwi. Autorzy nazywają ciężę homoswoistą, jeśli grupa krwi matki i dziecka jest jednakowa, heteroswoistą, jeśli grupa krwi matki i dziecka jest odmienna. W przypadkach ciąży heteroswoistej we krwi położyskowej często nie można stwierdzić izoprzeciwciał, skierowanych przeciwko krwi dziecka. W jakim stopniu heteroswoistość ciąży wpływa na jej przebieg i na szanse życiowe płodu, musi być pozostawione dalszym badaniom.

4. **W. Halberówna i R. Amzelówna.** (W-wa). Odczyn Wassermanna u osobników różnych grup serologicznych.

Na materiale 2900 surowic autorki stwierdzają, że dodatni odczyn Wassermanna jest rzadszy w grupie O, niż w innych grupach. Jeśli nazwiemy stosunek ilości dodatnich do ujemnych u grupy O—I, to  $O : A : B : AB = 1 : 1,4 : 1,5 : 1,4$ . Różnice są jeszcze większe przy uwzględnianiu jedynie przypadków leczonych, wynoszą one wtenczas

1 : 1,5 : 1,6 : 1,7. Badania te wykazują, że szybkość zanikania odczynu Wassermanna pod wpływem swoistego leczenia jest cechą konstytucyjną, zależną od przynależności grupowej.

#### Dyskusja:

Dr. Bujwid i Dr. Groer wyrażają uznanie dla Dr. Hirszfelda za stworzenie kierunku konstytucyjnego w serologii.

5. **W. Porębski i S. Saski.** (W-wa). — O określaniu miana surowic antytoksycznych sposobem Ramona.

Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń autorzy wyprowadzają wnioski następujące: 1) Oryginalny sposób Ramona określania siły surowic przeciwbłoniczych jest niepraktyczny ze względu na znaczne zużycie toksyny; 2) Modyfikacja sposobu Ramona, polegająca na używaniu mniejszych ilości toksyny i surowicy, daje wyniki niemniej dokładne. W doświadczeniach stosowano modyfikację Szolca lub własną (1 cm. toksyny—0,25 surowicy). Do odczynu należy używać toksyn mocnych (d. 1. m. O. 002) 3. Dodatek karbo'u do toksyny, trójkrezolu, lub formaliny w dawkach zwykłych, oraz przesączanie przez świecę nie obniża wartości flokulacyjnych toksyny.

#### Dyskusja:

Dr. Eisenberg potwierdza obserwacje, że miareczkowanie może być przeprowadzone mniejszą ilością jadu i surowic. Wobec komplikowanego mechanizmu fizyko-chemicznego i koloidalnego odczynów strącania wyniki ich nie zawsze mogą się ściśle zgadzać z wynikami miareczkowania na zwierzęciu, które również przedstawia niedokładności z powodu indywidualności żywego odczynnika.

6. **Z. Szymanowski i S. Koeppe.** (W-wa). — Badania doświadczalne nad wściekliczną. (Streszczenia nie nadesłano).

7. **Z. Karłowski.** (W-wa). — Szczepionki przeciw wścieklicznie.

Prócz powszechnie używanej dawnej szczepionki przeciwko wścieklicznie, stosowanej wyłącznie w Zakładach Pasteurowskich, zaczęto wyrabiać szczepionki nowe — trwałe — umożliwiające szczepienie osób pokąsanych w miejscu ich zamieszkania.

Od r. 1922 Oddział Pasteurowski P. Z. H. w Warszawie przystąpił do prac przygotowawczych nad szczepionką karbolizowaną przeciwko wścieklicznie, a od 15.X. 1924 stosował ją z wynikiem dodatnim u 500 osób pokąsanych, umieszczonych w Szpitalu św. Łazarza w Warszawie.

Obecnie, na telegraficzne lub listowne zapotrzebowanie lekarzy, Państwowy Zakład Higjeny wysyła tę szczepionkę na prowincję.

Główną zaletą nowej szczepionki jest możliwość stosowania jej

na miejscu. Osoby pokąsane nie są zmuszone przyjeżdżać do miast, w których się znajdują Zakłady Pasteurowskie.

Szczepionka ta nie wywołuje powikłań, t. zw. porażeń poszczepionkowych.

Decentralizacja szczepień utrudni zatajanie ognisk wścieklizny i przez to wpłynie dodatnio na sprawność zwalczania wścieklizny u zwierząt.

#### D y s k u s j a:

Dr. Palmirski podkreśla, że najlepszą metodą szczepień ochronnych przeciw wściekliznie jest metoda Pasteura. Natomiast używanie szczepionek zabitych nasuwa pewne wątpliwości i tylko dalsze badania mogą wykazać skuteczność tej metody.

8. **L Owczarewicz.** (W-wa).—Dalsze próby nad zastosowaniem krwi żaby jako dopełniacza.

Próby te wykazały, że dopełniacz krwi żaby zachowuje się inaczej latem, jak zimą. Latem jest silniejszy, zimą jest natomiast słabszy, ale znacznie stalszy. Jakość dopełniacza surowicy żabiej zależy od sposobu przechowania żab zimą w pracowni. Niedopuszczenie ich do snu zimowego jest koniecznym warunkiem do zachowania własności komplementarnych surowicy żab. Najlepszymi warunkami przechowywania żab zimą są: pokojowa temperatura, dużo światła i niezbyt głęboka codziennie zmieniana woda. Karmienie żab zimą jest zbyteczne. Zjawiające się wczesną wiosną żaby posiadają b. słaby dopełniacz, zależnie od słonecznych dni dopełniacz żab szybko wzrasta. Zasolenie roztworem soli kuchennej konserwuje dopełniacz. 2000 odczynów Wassermanna, dokonanych równoległe z dopełniaczem żaby i morskiej świnki przy jednakowych dawkach wszystkich odczynników, dały 94 — 95% zgodnych wyników, w różnicach przeważały wyniki ujemne otrzymane z dopełniaczem żab, przy częściowo dodatnich wynikach z dopełniaczem morskiej świnki. Bliższe badania wykazały, że dopełniacz żab jest znacznie wrażliwszy na działanie środków leczniczych szczególnie Neosalvarsanu.

9. **L Owczarewicz.** (W-wa). — Odczyn Bruka w serodjagnoście kiły.

Badania dokonano na 800 surowicach. Dały one następujące wyniki. 1. Pomimo wielokrotnych prób nie udało się odmyć ciała zlepiającego cząsteczki lipidów. 2. Ilość zgodnych wyników przy dobrze wymiarczowanym antygenie dochodzi do 95%. 3. Różnice często występują w dalszych leczonych stadjach kiły, kiedy odczyn Bruka daje dłużej odczyn dodatni, niż odczyn Wassermanna i w pierwszym okresie kiły, kiedy odczyn Bruka występuje później, niż odczyn

Wassermann. 4. Odczyn jest łatwy i prosty i może zastąpić więcej złożone odczyny Sachsa i Meinickego. Autor demonstruje metody pobierania krwi od żab.

19. **Z. Szwojnicka-Milińska.** (W-wa). — O metodach kłaczkujących w serodjagnostyce kiły.

Sprawozdanie z prac pracowni Wassermanowskiej P. Z. H. Ogółem wykonano 50,432 przypadki odczynów kłaczkujących a mianowicie Sachsa-Georgiego z techniką oryginalną i modyfikacją Dreyera, Sachsa z balsamem, 3-ej modyfikacji Meinickego, odczynu Meinickego z balsamem, odczynu zmętnienia Dolda, modyfikacji Kahna. Przy odpowiednim nastawieniu antygenów zgodność odczynów kłaczkujących wynosi prawie 96%, odczynów zmętniania około 85%. Zakład wykonywa obecnie odczyn Bordet-Wassermanna i niezależnie od tego 1 — 2 odczyny kłaczkujące. (Praca szczegółowa pojawi się w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim).

#### POSIEDZENIE V.

z dn. 15/VII. godz. 10.

Przewodniczą: Adamski, Borowski, Prasek.

Sekretarz: F. Przesmycki.

Dr. Celarek wita Zjazd w imieniu Państwowego Zakładu Higjeny.

1. **F. Eisenberg.** (Kraków).—Zagadnienia zmienności w bakterjologii (ref. progr. streszczenia nie dostarczono).

2. **B. Fejginówna** (W-wa).—W sprawie zmienności prątków X<sub>19</sub>.

Hodowle buljonowe HX<sub>19</sub>, które ulegały lizie bakterjofagowej były przesączone przez świecę Berkefelda. Przesącze przezroczyste, jałowe niekiedy mętniały. Zmętnienie stawało się widoczne po kilku dniach a czasem i później. Męt taki posiany na agarze skośnym zwykle dawał kolonie oddzielne szczepu OX<sub>19</sub>, który dopiero po kilku przeszczepach nie wytwarzał mgiełki i nabierał cech stałych. Raz jeden z takiego mętu udało mi się wyhodować obok OX<sub>19</sub> trzy inne szczepy, żółte, niepodobne morfologicznie ani do HX<sub>19</sub> ani do OX<sub>19</sub>. Jedne własności serologiczne tych szczepów wskazywały, że należą do grupy X<sub>19</sub>, gdyż były zlepiane anti X<sub>19</sub>, i surowice króli uodpornionych temi szczepami zlepiały typowe szczepy HX<sub>19</sub> i OX<sub>19</sub> w rozcieńczeniu 1:3200.

Trzy te szczepy nazwane przezemnie B. *Proteus flavus* I, II i III zjawiły się nagle, wybuchowo, bez form przejściowych, o cechach odrazu stałych i dziedzicznych, zasługują więc na nazwę mutacji. Myślę, że bakterje w danym wypadku X<sub>19</sub> pod wpływem swoistego czynnika litycznego rozpadają się na drobne odłamki przesączalne

Te ostatnie z przyczyn jeszcze niezbadanych mogą niekiedy degenerować i wytwarzać odmiany szczepu z którego pochodzą.

3. **B. Fejginówna.** (W-wa).—O formie przesączalnej zarasków duru.

Świniki morskie zakażane do otrzewnej jałowym i przeźroczystym przesączem buljonowej hodowli HX<sub>19</sub>, która uległa lizie bakteriofagowej. Świniki w ten sposób zakażone chorowały po okresie wylęgania 6–10 dni. Ciepłota była podniesiona 4–7 dni. Krew, mózg, nadnercze tych świnek zastrzyknięte do otrzewnej świnkom zdrowym wywołują podniesienie ciepłoty w pewnym, stałym okresie wylęgania. W ten sposób jeden szczep w przesączalnej formie HX<sub>19</sub> przeszedł 20 pasaży. Świniki 2–3 tygodnie po przebytej chorobie były powtórnie zakażane do otrzewnej zawiesiną mózgu świnek zakażonych jadem pasaży duru plamistego w ilości 2000–4000 dawek zakaźnych. Odporność świnek względem duru osutkowego nie była jednakowa. Ze 125 świnek 67 okazało się zupełnie odporne 40 świnek mały okres wylęgania dłuższy o 3–4 dni, a okres gorączkowy trwał 1–2–3 dni. 11 świnek nabyła odporność dość słabą.

#### Dyskusja:

Dr. Eisenberg podnosi wielkie znaczenie przedstawionych badań; są one rozszerzeniem pracy Friedbergera i Meissnerówny. Stwierdza, że przesączalność bakterji przez filtry bakteryjne nie jest wyłącznie funkcją rozmiarów tych bakterji i że widzialne niektóre bakterje mogą w pewnych warunkach przechodzić przez filtry.

4. **S. Hornówna.** (Kraków).—Badanie nad prątkiem pospolitym.

Gatunek prątka pospolitego nie przedstawia większej zmienności niż inne różne gatunki bakterji, ogólnie przyjęta nazwa odmieńca, nie jest właściwie usprawiedliwiona. Za pomocą odczynu zlepnego (aglutynacji) można gatunek prątka pospolitego rozbić na szereg odmian. (ras. grup). Odmiana opisana przez Weila i Felixa pod nazwą Proteus X (X<sub>2</sub> i X<sub>19</sub>), które to szczepy wykazują własności zlepne z surowicami chorych na dur plamisty, należy do bardzo rozpowszechnionego w przyrodzie typu prątka pospolitego. Szczepy Proteus X spotyka się w przyrodzie w tym samym mniejwięcej odsetku, w jakim znaleziono je w materiale duru plamistego (około 9%). Związek odmiany prątka pospolitego znanej pod nazwą Proteus X z dudem plamistym jest najprawdopodobniej przypadkowy i polega na tem, że szczep ten jest szczególnie czułym odczynnikiem na zmiany koloidalne zachodzące we krwi chorych na dur plamisty.

#### Dyskusja:

Dr. Eisenberg. W sprawie znajdowania szczepów X saprofitycznych należy żądać, aby były stwierdzane jedynie w pracowniach wolnych od tego szczepu, albowiem przy wykonaniu odczynu Weil-

Felixa z łatwością rozpryskujące się kropelki X mogą wywołać wtórne zakażenie innych hodowli.

Dr. Gieszczykiewicz zaznacza, że w toku badań wykonanych z Hornówną nie udało się przeobrazić saprofitycznych szczepów odmienia X<sub>19</sub>. Co do wątpliwości podniesionych przez Dr. Eisenberga w sprawie możności zanieczyszczenia szczepu szczepami X<sub>19</sub> nie uważa tego za zbyt prawdopodobne. Zaznacza, że są prace, gdzie autorowie znajdowali w przyrodzie szczepy X<sub>19</sub> tam, gdzie duru plamistego wogóle nie było.

5. **M. Gieszczykiewicz.** (Kraków). — Z biologji gonokoka.

Referent zajmuje się głównie następującymi kwestjami 1. Hodowanie gonokoka, eksperymentalne badanie rozmaitych polecanych dla gon. podłoży. Najlepszym okazuje się agar z płynem surowicznym ludzkim, jednakże agar ten powinien odpowiadać postulatowi Huttona, oraz wykazywać optymalną dla gon. koncentrację wolnych jonów wodorowych (PH = 7·2) 2. Konserwowanie gonokoka. Gatunek ten najłatwiej utrzymać przy życiu na buljonie surowicznym pod parafiną płynną. Na pożywce tej żyje ponad 2 miesiące bez przeszczepienia. 3. Badanie własności fermentacyjnych gonokoka. 4. Próby zastosowania odczynu zlepnego do identyfikacji gon. 5 Aglutynacja kwasowa gonokoków.

6. **M. Gieszczykiewicz.** (Kraków). — O metodach i znaczeniu badań bakterjologicznych w toku wiewióra.

Statystyka stu kilkudziesięciu badań w rozmaitych przypadkach wiewióra i w rozmaitych stadjach tej sprawy chorobowej. Badania przeprowadzono równolegle mikroskopowo i w hodowli. Stosując rozmaite metody barwienia i rozmaite pożywki. Z nielicznymi wyjątkami wyniki badań mikroskopowych i hodowlanych były zgodne, o ile stosowano optymalne dla gonokoków podłoża.

7. **M. Gieszczykiewicz i W. Tarasiewicz.** (Kraków). — Badania serologiczne w toku wiewióra.

Do celów rozpoznawczych stosowano głównie odczyn wiązania dopełniacza, próbując rozmaitych wywoływaczy i stosując różne modyfikacje tej metody. Zbadano przeszło dwieście surowic. Największy odsetek wyników dodatnich uzyskano przy wiewiörze u kobiet. Większa część badanych prostytutek wykazuje dodatni odczyn wiązania dopełniacza z zawiesiną gonokoków.

D y s k u s j a :

Dr. Lipiński stwierdza, że nie posiadamy pożywki, któraby z całą pewnością dałaby nam hodowlę gonokoków conajmniej 30°<sub>0</sub>

przy niewątpliwie dodatnich gonokokach stwierdzonych mikroskopowo daje ujemny wynik w hodowli. Na agarze witaminowym (Hunton) wzrost jest bujny. Następnym, co do dobroci jest agar z dodatkiem surowicy ludzkiej. Agar z ascites daje wyniki różne. Konserwację gonokoków uzyskiwałem w warunkach beztlenowych, używając agaru z ascites, którego powierzchnię zalewałem wyjałowioną parafiną.

Dr. Ławrynowicz uważa, że spostrzeżenia Gieszczykiewicza potwierdzają fakt możliwości saprofityzacji gonokoka, oraz jego zdolności długiego istnienia na podłożach sztucznych.

8. **J. Adamski.** (Poznań).—Przyczynek do morfologii i biologii krętków wodnych typu leptospira icterohemorrhagiae.

W skóreczkach tworzących się przy kurkach wodociągowych stwierdziłem opisane już częściej krętki wodne typu leptospira icterohaemorrhagiae. Celem wyosobnienia zastosowałem sposób odmienny od Angerera i Zuelzerówniej, mianowicie agar 0,75%o. Udało mi się w każdym przypadku wyosobnić krętki po 6—8 dniach. Morfologicznie są krętki wodne mniej ciasno nawinięte dłuższe i ruchliwsze od krętków chorobotwórczych. Pod względem biologicznym charakteryzuje je nadzwyczajna zdolność dostosowania się do otoczenia pod względem składu, koncentracji, dostępu tlenu. W żelatynie rozwijają się w postaci przesuwej się do dolnych warstw błonki białawej widocznej także — lecz mniej dobrze — w agarze. Względem zwierząt doświadczalnych nie stwierdziłem nawet przy wielkich dawkach działania chorobotwórczego.

#### D y s k u s j a :

Dr. Anigstein. Czy badania leptospira polegały jedynie na morfologii, czy były badane na własności patogenetyczne. Znałe są bowiem szczepy leptospira pseudoicterogenes, które po upływie 2 lat hodowli in vitro nabywały zjadliwości dla zwierząt.

Dr. Adamski. Stwierdzenie typu wodnego leptospira icterohemorrhagiae polegało tylko na badaniu morfologicznym, które w tym wypadku zupełnie wystarcza. Badanie pokrewieństwa nie było wykonane z powodu braku szczepu chorobotwórczego.

Dr. Gieszczykiewicz zaznacza, że wspólnie z Kostrzewskim miał sposobność obserwować przypadek żółtaczkę zakaźną w Krakowie. Etiologia została stwierdzona przez szczepienie krwi chorego na 7 dzień choroby świnkom morskim. Z organów świnki wyhodowano krętki żółtaczkę zakaźną. Odczyn zlepekny według Martina i Pepita wykonany w okresie zdrowienia wypadł ujemnie. Badanie moczu również wypadło ujemnie. Zakażenie nastąpiło prawdopodobnie przez kąpiel w Wiśle.

9. **L. Anigstein.** (W-wa). Badania nad sporowcem „Encephalitozoon“.

W mózgach 17 myszy białych, pozornie zdrowych, wykryłem w 11 przypadkach zmiany patologiczne, odpowiadające obrazowi przewlekłego zapalenia mózgowia, mianowicie nacieczenia ogniskowe, utworzone z komórek typu limfocytów i komórek plazmatycznych. Analogiczne ogniska zapalne, w których główny udział biorą limfocyty, występowały również w nerkach myszy.

W 5 przypadkach wykryłem obecność spor. Encephalitozoon, rozsianych bądź wewnątrz ognisk zapalnych lub też w postaci skupień w zarodki komórek nerwowych. Te same spory wykryłem również w nerkach i w wątrobie myszy. W tych wszystkich narządach obecności sporowca towarzyszą opisane wyżej zmiany patologiczne, wobec czego przypisywane mu swoistości patogenetycznej dla mózgu, jak to czyni Levaditi, jest niesłuszne. Spory są jedynie końcowym stadium rozwojowym Encephalitozoon.

Rozwój sporowca tego rozpoczyna się od postaci pełzakowej, której jądro pęcherzykowate zawiera duży karyozom.

Obok jednojądrowych pełzaków znaleźć można również postacie 2, 4 jądrowe. Twory te rosną, przyczem chromatyna ich rozpada się na większą ilość względnie dużych fragmentów chromatycznych, tworząc t. zw. plasmodia.

Te wczesne stadja shizogonji spotykałem w tkance mózgowej i nerkowej. Z tych wielojądrowych plasmodjów powstają komórki jednojądrowe. Sporogonja rozpoczyna się od ciałek kulistych (pansporoblastów) zawierających po kilkanaście par drobnych ziarenek chromatynowych regularnie rozmieszczonych. Pansporoblast, rozpada się na sporoblasty. Z każdego sporoblastu, zawierającego po 2 karjozomy powstają wreszcie 2 spory.

W mózgu myszy pansporoblasty i sporoblasty oraz tworzące się spory spostrzegałem w naczyniach włoskowatych, z czego wnioskować można, że część cyklu rozwojowego Encephalitozoon odbywa się w krwiobiegu.

#### Dyskusja:

Szymanowski zwraca uwagę, że Dr. Anigstein znalazł w mózgu ludzkim ze zwłok zmarłego na wściekliznę twory identyczne z encephalitozoon.

10. **L. Anigstein.** (W-wa). Przyczynek do badań nad Rickettsia mel'ophagi.

Jako obiekt badań niniejszych obrałem Rickettsiae znajdujące się masami w przewodzie pokarmowym t. zw. kleszcza owczego Melophagus ovinus. Badania te prowadzone były w dwóch kierunkach:



1) cytologicznym, na podstawie skrawków przewodu pokarmowego tej muchy w celu zapoznania się z różnymi szczepami Rickettsii, ich stosunkiem do tkanki żywiciela i ewentualnego wyświetlenia roli drobnoustroju tego;

2) hodowli in vitro w celu określenia własności biologicznych, głównie ich stosunku do szczepów odmieńca X 19.

Rozmieszczenie Rickettsii w przewodzie pokarmowym nie jest równomierne, znajdują się one jedynie w tych odcinkach, których funkcja związana jest z trawieniem (krwi), przenikając masami między komórki nabłonka, a także do wnętrza ich zarodki. Związek obecności Rickettsii jedynie z temi odcinkami przewodu pokarmowego, które spełniają funkcje trawienia, wskazuje na ewentualną rolę w procesach trawienia krwi.

Czyste hodowle Rickettsii melophagi uzyskałem z zawartości jelit melophagus oraz z krwi owcy, na której owady te były hodowane.

Wobec wyrażonych poglądów niektórych autorów o pokrewieństwie Rickettsii, ze szczepami odmieńca X 19, uodporniłem króliki za pomocą Rickettsia melophagi. Królikom wstrzykiwałem zawiesinę jelit melophagus do żyły, innym zaś czyste hodowle Rickettsii. Po 3-krotnych zastrzykach przerobiłem próby zlepne z surowicą króli tych i 10-ma szczepami Proteus X 19 (odmiany O i H), wyhodowanymi przez koleżankę Fejgin z mózgu świnek zakażonych dudem plamistym. Wynik prób tych wynikł ujemnie.

## POSIEDZENIE VI.

Dnia 15. VII. godz. 16.

Przewodniczą: Karłowski, Lipiński, Szymanowski.

Sekretarz: F. Przesmycki.

1. **S. Sierakowski** (W-wa).—Nowe prądy w metodyce hodowli bakteryjnej (ref. programowy). (Streszczenia nie dostarczono).

### D y s k u s j a.

M. Gieszczykiewicz przypuszcza, że za kilka lat będzie zupełnym anachronizmem mówić o zmianach odczynu bez oznaczenia wolnych jonów wodorowych. Zaznacza, że kolega Sierakowski ma duże zasługi w tej dziedzinie. Zapytuje, czy Sierakowski ma doświadczenie ze skalą Michelisa. Zaznacza ważność skali Mac Illvaine'a. Zapytuje jak radzi postępować przy oznaczaniu H w pożywkach stałych. Zaznacza, że micrococcus Catarrhalis w odróżnieniu do mic. Gonor. rośnie lepiej przy odczynie kwaśnym i wskazuje, że nie znajdujemy tego w literaturze.

2. **F. Eisenberg** (Kraków).—W sprawie teorii barwienia bakteryj. (streszczenia nie dostarczono).

3. **F. Eisenberg.** (Kraków).—O cyanochinie. (Streszczenia nie dostarczono).

4. **M. Gieszczykiewicz** (Kraków) i **W. Wróblewski** (W—wa). Wzrost prątków gruźliczych, a odczyn podłoża.

Prątki gruźlicze rosną przy początkowym odczynie podłoża od PH 4,5 do PH 8. W czasie wzrostu sprowadzają odczyn prawie niezależnie od początkowej koncentracji jonów wodorowych do PH 7,7.

5. **W. Borowski** (W-wa) —Zmiany PH w hodowli streptokoków. Paciorkowce utracają żywotność w hodowlach buljonowych przede wszystkim na skutek zakwaszenia buljonu (do p. h. = 5,2—5,3) produktami przemiany materji paciorkowców. Buljon, zakwaszony maximum przez paciorkowca, posiada własności bakterjobójcze także względem innych paciorkowców; dodatek węglanu wapnia (marmuru) do hodowli buljonowych paciorkowców konserwuje przynajmniej w ciągu kilku miesięcy hodowle, utrzymując ich PH na stałym poziomie = 6,2.

D y s k u s j a:

Dr. S z y m a n o w s k i sądzi, że z doświadczeń Dr. Borowskiego wynika, że momentem czynnym bakterjobójczym jest odczyn kwaśny buljonu.

6. **W. Lipiński** (Kraków). — W sprawie uzyskania wysokowartościowych surowic przeciwmeningokokowych.

Celem uzyskania wysokowartościowej surowicy przeciwmeningokokowej podjąłem uodpornianie trzech koni krakowskiego oddziału wyrobu surowic i przeprowadziłem je przez okres sześciomiesięczny. Ze względu na znaczną wrażliwość konia na meningokoki, zwłaszcza po podaniu dożylnem, hodowli świeżych, uodporniałem początkowo hodowlami starymi (5 dniowemi), przechodząc później do hodowli świeżych, 24 godzinnych. Pomimo niezwykle wysokich dawek, przekraczających wielokrotnie dawki używane dotychczas, (oodawałem przy końcowem uodpornieniu 25 hodowli 24 godzinnych), nie utraciłem ani jednego zwierzęcia i nie miałem poważniejszego schorzenia, któreby zmuszało do przerwania uodpornienia. Z wdzięcznością antianafilaktycznej metodzie szczepienia Besredki, którą zastosowałem z powodzeniem przy uodpornianiu koni meningokokami. Szczepiłem antianafilaktycznie, podając na godzinę przed głównym szczepieniem podskórnie drobną ilość zawiesiny meningokoków, nie przenoszącej 1 cm<sup>3</sup> zawiesiny bakteryjnej. Jeszcze lepsze wyniki uzyskałem podając na 15 minut przed głównym szczepieniem dożylnie 1/2 cm<sup>3</sup> zawiesiny. Używałem 15 szczepów meningokokowych rozmaitych typów. Konserwowałem je w warunkach beztlennowych, używając jako podłoża buljonu z dodatkiem ascites, którego warstwę powierzchniową zalewałem wyjałowioną parafiną. Meningokoki konserwowane w ten sposób utrzymywały swą żywotność do trzech miesięcy. Miano surowicy uzyskanej przekraczało

znacznie miano wymagane przez państwo, bo odchyłała dopełniacz zamiast 1:200, w stosunku 1:25.000.

#### D y s k u s j a.

**S. Sasaki.** W P. Z. H. stosowano duże dawki meningokoków, po 20 hodowli 24-godzinnych. Zastrzykiwań zapobiegawczych nie stosowano, mimo to konie znosiły szczepienia dobrze. Wysokie miano sur. meningok. zależy prawdopodobnie, nie tylko od wysokości stosowanych dawek, lecz w znacznej mierze od właściwości osobniczych konia oraz od własności antygennych użytych szczepów. Niektóre szczepy mening. na pożywce Wrzoska zachowują żywotność w ciągu 5 miesięcy.

**Lipiński.** Uodpornianie koni wykonywałem szczepiąc codziennie przez 3 dni z rzędu dożylnie meningok. Potem szczepiłem wysokimi dawkami raz na tydzień. Kładłem nacisk na znaczną ilość szczepów. Wrażliwość osobnicza ma duże znaczenie. Przechowywałem najlepiej szczepy w warunkach beztlenowych na buljonie z ascites.

7. **S. Sierakowski.** (W-wa). — Mikrometoda — próba nowej metody badań bakteriologicznych.

8. **F. Przesmycki** (W-wa). — Badania nad antygenem rezydualnym (wywoływaczem reszkowym) meningokoków.

Antygen reszkowy został przygotowany według metody Zinssera. Antygen ten pod względem chemicznym jest zaliczany do polisacharydów i posiada własności, dawanie odczynu precypitacyjnego ze swoistymi surowicami, nie wywołując jednakże przeciwciał. Antygen reszkowy jest swoisty dla typu meningokoków.

O godz. 6 min. 20 Zjazd został zamknięty. M. Gieszczykiewicz wyraża uznanie za organizację sekcji i sądzi, że koniecznym jest częstszy kontakt i proponuje organizowanie Zjazdów Mikrobiologicznych.

---

## XXIX. Sekcja nauk farmaceutycznych.

Przewodniczący B. Koskowski,

Sekretarz A. Ossowski.

POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13.VII. 9.

Sekcja została podzielona na 3 działy: dział chemji stosowanej, dział technologiczny i dział botaniki i zoologii stosowanej.

Obradom przewodniczyli pp. A. Koss, I. Poratyński, E. Nowak i St. Biernacki; sekretarze pp. B. Olszewski, I. Rawski i A. Ossowski.

W wyniku trzydniowych obrad powzięto następujące rezolucje: (p. wnioski),

1. **K. Hrynakowski.** (Poznań) — Program studjów farmaceutycznych na uniwersytecie w związku z usamodzielnieniem ich w osobnym wydziale.

Każdy plan nauczania w zakresie uniwersyteckim musi uwzględnić dwa zadania: pierwsze, czysto naukowe t. j. zdobywanie nowych wartości wiedzy, drugie zadanie, praktyczne: przygotowanie do spełniania zawodu, lub współdziałania w przemyśle.

Stosując tę zasadę do studjum farmaceutycznego, możemy uznać za dobry tylko taki plan, który przewiduje kształcenie słuchaczy w kierunku naukowym na chemików-farmaceutów, poświęcających się poszukiwaniom nowych środków leczenia, pracujących w laboratorjach naukowych i przemysłowych. — oraz w kierunku praktycznym na zawodowych aptekarzy, umiejących przygotowywać i badać leki już istniejące, znane.

Tak poważne zadania spełniać należycie może tylko jednostka naukowa samodzielna, t. j. osobny wydział uniwersytetu. Polska powojenna poszła do pewnego stopnia z duchem czasu, gdyż utworzyła oddziały farmaceutyczne, narazie zależne od wydziałów, które to oddziały należy uważać za formę przejściową do wydziału samodzielnego, równorzędnego z innymi. Dotychczasowy plan urzędowy, który był

podstawą nauczania w ciągu ubiegłych pięciu lat, okazał się niedostatecznym, gdyż miał kierunek jednostronny — tylko przygotowanie do zawodu aptekarskiego. Plan ten był uzupełniany i rozszerzany w rozmaity sposób, ale coraz silniejszą stawała się potrzeba opracowania nowego planu o szerokim zakresie, opartego na nowych zasadach. Oto główne z tych zasad:

1. Plan nie może być narzucony przez Ministerstwo, lecz należy do kompetencji Rady Wydziału.
2. Dla stopnia zawodowego aptekarza plan nauczania jest inny niż dla stopnia magistra.
3. Plan z czasem podlega rewizji i zmianom, stosownie do ewolucji nauk.

Organizacja nauczania może być zrealizowana w następujący sposób: a) wykłady ogólne, przygotowawcze, które mogą być połączone z katedrami innych wydziałów. b) wykłady zasadnicze, obejmujące nauki, które stanowią właściwy przedmiot studjum farmaceutycznego, nareszcie c) wykłady zlecane i ćwiczenia praktyczne.

Referat ten był przedstawiony Sekcji Farmaceutycznej XII Zjazdu Przyrodników i Lekarzy. Sekcja przyjęła jednomyślnie postulaty wyrażone w tym referacie i uchwaliła w tym samym duchu rezolucję, która da się streścić w tych słowach: Sekcja Farmaceutyczna XII Zjazdu Przyrodników i lekarzy domaga się sprawiedliwego i równorzędnego traktowania nauk farmaceutycznych i rychłego nadania oddziałom całkowitej autonomji nauczania na wyższych uczelniach.

2. **A Koss.** (W-wa) — O niektórych surowcach w związku z rozwojem przemysłu chemiczno-farmaceutycznego w Polsce.

W referacie poruszona jest sprawa znaczenia niektórych krajowych surowców dla rozwoju rodzimego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego. Autor dochodzi do wniosku, że w Polsce istnieją wszelkie widoki tego rozwoju i powinny być zrealizowane. Do surowców, ważnych dla przemysłu chemiczno farmaceutycznego, winny być zaliczone przede wszystkim: sole potasowe, drewno szpilkowe, drewno liściaste (w tem i bukowe) węgiel gazowniczy. Wychodząc z tych surowców, w które nawiasem mówiąc kraj nasz jest zaopatrzony bardzo hojnie, można rozwinąć produkcję wielu środków lekarskich, a osobliwie takich, jak: związki magnezowe, kamfora, chloroform, pochodne formaldehydu, preparaty gwajakowe i kreozotowe, preparaty salicylowe i benzoesowe, pochodne analiny (antyfebryna, fenacetyna) i inne.

Już stosunkowo mniejszą rolę jako surowce odgrywają: kości, łupki bitumowe, drzewo dębowe, białko, krew; jednak i tu są znaczne możliwości w kierunku produkcji takich środków lekarskich, jak: glicerofosforowe, ichtjolewe, taninowe białkowe.

Trzeba podkreślić, że dotychczas prawie żaden z przytoczonych surowców nie jest u nas przetwarzany do końca, również nikły jest procent wytwórczości półproduktów w stosunku do podaży surowca, Stąd anomalja, że kraj tak bogaty w wiele surowców, jak Polska, jest nasycany środkami lekarskimi wyłącznie z importu. Taki stan nie jest normalny, i grozi poważnymi następstwami na wypadek międzynarodowych konfliktów, jeśli się weźmie pod uwagę, że dostawcą jest sąsiad, niezbyt lojalny w stosunku do nas. A zatem rozwój rodzimego przemysłu pod hasłem samowystarczalności musi być palącym zagadnieniem dnia.

Warunkami realizacji takiego hasła w odniesieniu do przemysłu farmaceutycznego są:

- 1) Kapitał, zebrany w łonie zawodu farmaceutycznego,
- 2) Powstanie organizacji, które mogłyby wywierać swój wpływ na czynniki miarodajne w kierunku zapewnienia pomyślnego rozwoju tego przemysłu,
- 3) Oparcie produkcji o rodzime surowce na zasadach racjonalnej organizacji pracy,
- 4) Ryzyko kapitału na prace doświadczalne,
- 5) Pogłębienie studjów w kierunku chemiczno-farmaceutycznym.

3. **K. Hrynakowski.** (Poznań). — O dynamice związków organicznych.

4. **J. Zaleski.** (W-wa). — Zasady przy układaniu artykułów chemicznych, które mają wejść do farmakopei polskiej.

Autor informuje, że sprawa wydania farmakopei polskiej powoli postępuje naprzód. Zwłoka w wydawnictwie jest spowodowana częściowo brakiem kredytów na prace przygotowawcze, częściowo trudnościami w zredagowaniu działu farmakognostycznego w związku z nieustaleniem terminologii anatomiczno-botanicznej. W dziale chemicznym artykuły układane są według planu: 1. Nazwa łac., polska, wzór budowy, ciężar cząst., 2. Sposób przyrządzania, 3. Wymagane od preparatu normy, 4. Cechy fizyczne, 5. Próby tożsamości, 6. Próby na czystość, 7. Oznaczenie ilościowe, 8. Uwagi o przechowywaniu, dawkowaniu i t. p. Oznaczenie ilościowe podaje się tylko dla preparatów o czynnym działaniu fizjologicznem. Do oznaczeń miareczkowych stosuje się przeważnie metodę jednometryczną. Dalej autor podaje in extenso kilka artykułów w tej formie, w jakiej mają wejść do farmakopei.

Referat był drukowany w Wiadomościach Farmaceutycznych N 31 z dn. 9. VIII. 1925.

5. **E. Leyko** (W-wa) — Przyszły lekospis polski i środki lekarskie wymagające farmakologicznego oznaczenia.

Prelegent przedstawił znaczenie metod biologicznych i na czym one polegają.

Następnie wymienia środki, których siłę działania możemy określać tylko metodami biologicznymi, gdyż ich oznaczanie sposobami chemicznymi jest albo nie możliwe, albo daje nieściśle wyniki.

Wreszcie prelegent wylicza środki dla których przyszły lekospis polski powinien obowiązkowo wymagać kontroli próbami biologicznymi, kreśląc w zarysie zasady każdej z metod, stosowanej w poszczególnym wypadku.

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13 VII. godz. 15.

### DZIAŁ CHEMJI STOSOWANEJ.

1. **H. Ruebenbauer** (Lwów). — Oznaczenie strofantyny w nasionach i wytworach galenowych.

Autor zaleca kolorymetryczną metodę ilościowego oznaczania strofantyny jako praktyczną i dającą dobre wyniki. Strofantyna posiada własność przyjmowania pomarańczowej barwy przy zadaniu ługiem sodowym i słabym roztworem kwasu pikrynowego. Zabarwienie jest proporcjonalne do zawartości strofantyny i uwidacznia się dobrze już przy zawartości 0,001 g. w 10 cm<sup>3</sup>. Do ilościowego oznaczenia można więc ustawić szereg płynów o wiadomej zawartości, zaprawić je ługiem sodowym i roztworem kwasu pikrynowego i porównywać kolorymetrycznie płyn badany, podobnie traktowany odczynnikami.

W nasionach wykazać daje się strofantyna po przepołowieniu przez zwilżenie ługiem, później roztworem kwasu pikrynowego. Oznaczyć daje się przez wytrawienie nasion 55%-wym alkoholem i kolorymetryczne porównanie z wiadomym płynem.

W nalewce oznacza się strofantynę również kolorymetrycznie po rozcieńczeniu nalewki wodą w stosunku 10:100 i dokładnem przedczeniu.

W zbadanych 62 próbach nalewki strofantusa znaleziono strofantynę w ilości przeważnie ponad 0,5%.

2. **Z. Głodowski** (W-wa). — „W sprawie odczynników na alkaloidy“.

3. **K. Hrynakowski** (Poznań). — „Metoda izotermicznej destylacji w zastosowaniu do szybkiego oznaczania stężeń cząsteczkowych roztworów substancji nielotnych“.

4. **K. Hrynakowski i J. Bader.** (Poznań).— „Liczba bromowa niektórych tłuszczów“.

5. **K. Hrynakowski i A. Rychterówna.** (Poznań).— „O roztworach fizjologicznych“.

6. **I. Knichowiecka.** (W-wa).— Oznaczanie Pyramidonu w obecności chininy i kofeiny.

W referacie podano metodę oznaczenia pyramidonu w obecności chininy i kofeiny, polegającą na tem, że po strąceniu chininy ługiem sodowym pyramidon oznacza się z ilości jodu, wytrąconego z kwasu jodowego, kofeinę zaś oblicza się z reszty.

Metoda ma wartość techniczną.

7. **A. Jurkowski.** (Poznań). — Studja nad metodami ilościowego oznaczania alkaloidów.

W pracy tej kontrola metody alkalimetrycznej Kippenbergera na alkaloidach, kokainie, strychninie, brucynie, morfinie, kodeinie, narkotynie, chininie i weratrynie przy użyciu wskaźników jodoeozyny, oranżu metylowego, azolitminy, uraniny, hematoksyliny, koszenili i lakmoidu, wykazała, że klasyfikacja wskaźników przez niego przeprowadzona pod względem ich użyteczności przy oznaczaniu pojedynczych alkaloidów nie da się w zupełności utrzymać. Różnice jednak, mogą polegać na indywidualnej zdolności uchwycenia zmiany zabarwień w punkcie neutralizacji.

Krytyczne rozpatrzenie, pracy Falières'a, odnoszącej się do miareczkowania alkaloidów amoniakalnym roztworem siarczanu miedzi wykazało, że ujemna strona tej metody tkwi przedewszystkiem, w silnej koncentracji tego płynu w stosunku do 1/10 normalnego kwasu siarkowego. Płyn ten rozcieńczony do 1/10 normalnego roztworu dawał w miareczkowaniu wyniki lepsze. Mimo tego metoda ta nie może mieć zastosowania tam, gdzie idzie o bardzo małe ilości alkaloidów. Dalsze rozcieńczanie w zupełności zawiodło, ponieważ końcowa reakcja była nieuchwytna.

Z pośród prz robionych metod wagowego oznaczania alkaloidów w postaci pikrynianów, pikrolanianów i krzemowolframianów, na największą uwagę zasługuje metoda ostatnia. Krzemowolframian strychniny, według Bertrand'a ma skład:  $12\text{WO}_3, \text{SiO}_2, 4\text{C}_{21}, \text{H}_{22}, \text{N}_2, \text{O}_2$ , podczas gdy rezultaty niniejszej pracy przemawiają za wzorem:  $12\text{WO}_3, \text{SiO}_2, 3 \frac{1}{2} \text{C}_{21}, \text{H}_{22}, \text{N}_2, \text{O}_2$ . Wyniki badań rozpuszczalności krzemowolframianu strychniny, która okazała się dosyć znaczna, każą przypuszczać, że Bertrand oparł swe obliczenie na ilości krzemowolframianu zmniejszonej przez nieracjonalne wymycie osadu. Chininę oznaczono tą samą metodą, uwzględniając rozpuszczalność krzemowolframianu. Oznaczona rozpuszczalność krzemowolframianów obu



alkaloidów wskazała na to, że należy użyć do przemycia osadów po strąceniu 0.10 g. alkaloidów około 50 cm<sup>3</sup> 1% kwasu solnego.

Dla porównania strącono atropinę w tych samych warunkach, a wzór oparty na ilości tlenków, otrzymanych po spaleniu, odpowiadał w zupełności temu, jaki podał Javiller dla krzemowolframianu atropiny.

8. **W. Humnicki.** (W-wa). — O składzie chemicznym żywicy Elemi.

Żywica Elemi, traktowana alkoholem metylowym, tworzy białe ciało krystaliczne. Przesącz po odparowaniu pozostawia oleistą ciecz z drobną ilością kryształów. Osad, przemyty alkoholem metylowym, rozpuszczono w eterze, zadano alkoholaniem sodu w zwykłej temperaturze, po usunięciu ługu, alkoholu i eteru ponownie rozpuszczono w eterze i roztwór strącono alkoholem metylowym. Otrzymany osad jest mieszaniną dwu związków o p. t. 171—178. Przez frakcjonowane strącanie otrzymano t. zw. alpha-amyrinę o p. t. 172—173 i trudniej rozpuszczalną beta-amyrinę o t. topnienia 176—178. Temperatury topnienia nie zmieniają się po przekrystalizowaniu związków z benzolu. Związki te mają charakter alkoholowy. Z alpha-amyriny otrzymano octan o p. t. 150—152 i benzoesan o p. t. 133—135.

Amyriny są trudno rozpuszczalne w alkoholu metylowym, acetonie, eterze octowym i ligroinie, łatwo w eterze. Wbrew danym Vesterberga amyryny nie dają reakcji Liebermana i Salkowskiego. Wynikałoby stąd, że związki te nie należą do grupy cholesteryny. Dalsze badania w toku.

### POSIEDZENIE III.

Wtorek 14. VII. godz. 9.

### DZIAŁ BOTANIKI I ZOOLOGJI STOSOWANEJ.

1. **W. Mazurkiewicz.** (W-wa). — Projekt słownictwa anatomiczno-botanicznego.

Autor wskazuje, że w dziedzinie ustalenia polskiego słownictwa anatomiczno-botanicznego może oddać duże usługi będąca obecnie w opracowaniu farmakopea polska, z urzędu narzucająca terminologję. każdej aptece w Rzeczypospolitej. Referat, stanowiący próbę ujęcia w logiczny całości kształt mianownictwa anatomicznego, był drukowany w całości w Wiadomościach Farmaceutycznych Nr. 37 i 38 z dn. 13 i 20 września 1925 r.

2. **J. Dobrowolski.** (W-wa). — O roślinach lekarskich dziko rosnących i nadających się do hodowli.

3. **St. Biernacki.** (Poznań). — Przyczynek do historii roślinnych leków sercowych.

Starsi autorzy jak Pliniusz, Dioscorides zalecali w chorobach serca nieliczne rośliny. Galenus podaje recepty starych lekarzy. W skład tych recept wchodziły najrozmaitsze rośliny i ich części. Autorzy wieków 11 a następnie 15 — 16 i 18. powołują się na stare powagi, i stosują w chorobach serca także plejadę roślin. W tej plejadzie *Borago* i *Buglossa* uważane są za rośliny o znamionym działaniu na serce i ustępują miejsca w drugiej połowie 18 wieku naparstnicy (1775 r.). Ujemne strony działania naparstnicy przyczyniają się do wykrycia *Strofantusu* i całego szeregu roślin przeważnie podzwrotnikowych. Badania lat ostatnich rzucają pewne światło na budowę ciał czynnych roślin grupy naparstnicy i wyjaśniają działanie na serce samych ciał czynnych i ich produktów hydrolizy.

4. **St. Biernacki i Galasówna.** (Poznań). — Cheirantyna i jej umiejscowienie w liściach i nasionach laku (*Cheiranthus cheiri* L.)

Część historyczna: Krótki zarys prac dotyczących naukowych badań nad lakiem, rośliną będącą w starożytności ozdobą ołtarzy a także stosowaną w terapii (*Dioscorides* i *Galen*), później lekiem ludowym (*Fuchs*, *Lonicerus*, *Lobelius* i inni.) *M. Reeb* stwierdził farmakologiczne działanie cheirantyny na serce.

Część doświadczalna: Otrzymanie czystej cheirantyny zapomocą metody kombinowanej i stwierdzenie jej glukozydowego charakteru, wykonanie reakcji mikrochemicznych i określenie umiejscowienia glukozydu w liściach i nasionach laku, głównie na podstawie dodatnich reakcyj barwnych n. p. reakcji *Henk-Baljet'a* i reakcji *Erdmann'a*. Obecność glukozydu stwierdzono w nasionach: w komórkach skórki zarodka i liścieni, w komórkach tuż pod skórą i w komórkach, otaczających wiązki prokambjalne; w liściach: w tkance palisadowej, tuż pod skórą, w niektórych komórkach miękiszu gąbczastego, mianowicie koło nerwów, i w niektórych komórkach zwarcicy tuż pod skórą górną.

5. **H. Ruebenbauer.** (Lwów). — Z badań nad składnikami sporyszu.

Rozrobiony sporysz wytrawiono 96%-wym alkoholem. Alkohol odparowano w próżni. Resztę wyjęto wodą i wyklócono benzyną. Benzyna ujmuje tłuszcz a wytrąca ceglasty osad barwnika. Rozczyn wodny odparowano znowu w próżni. Pozostaje masa półpłynna, półziarnista. Część półpłynna daje się ująć alkoholem 95%-wym i po odparowaniu stanowi płyn gęsty, charakterystycznej, bardzo słabej, woni, po oczyszczeniu węglem jest barwy jasno brunatnej. Wykazać w tej części można cholinę, betainę, acetylcholinę.

Część ziarnista nie ulega działaniu alkooholu, a raczej bardzo powoli przy rozcieraniu z alkoholem 96%-wym oddzielają się i przechodzą do roztworu części ziarniste, które przy powolnem odparowywaniu alkoholu krystalizują w białych kostkach i słupkach. Dobrze oczyszczone i przekrystalizowane okazują się aminami. Część w alkoholu nierozpuszczalna przedstawia masę białawą, spoistą, dającą wybitne reakcje tyraminowe i histaminowe. Ta część działa także bardzo silnie, próbowana na królikach i kogutach. Istoty działającej należy więc szukać w tej partji. Tej partji oczyścić nie zdołano w zupełności, gdyż przy traktowaniu odczynnikami, a zwłaszcza przy silniejszym ogrzaniu ulega rozkładowi. Wydzielają się wtedy krystaliczne związki aminowe w coraz większej ilości. Ciało to ma skład pośredni między białkiem a aminami.

6. **W. Grochowski.** — Krzyżownica gorzka (*Polygala amara*).

Badana przez autora roślina spotyka się w Polsce najczęściej jako *Polygala amara* subsp. *amarellum* var. *vulgatissimum* i jest dosyć rozpowszechnioną. Używaną jest oddawna w lecznictwie ludowem. Znajdują się w niej substancje saponinowe, autor wykrył je mikrochemicznie. Zbadane one zostały za pomocą analizy chemicznej. Ilość ich określona została różnemi metodami chemicznemi, a także metodą biologiczną Kobera (hemoliza krwi), wynosi ona do 1,32%. Porównując dawkowanie dla *Rad. Senegae* i *Hb. Polygalae amarae* w różnych przepisach, widzimy, że stosunek ciał czynnych jest stale zachowany i wynosi 1:2 do 1:3. Autor przypuszcza, że *Herba Polygalae amarae* w dawce odpowiednio większej (2 do 3 razy) mogłaby zastąpić *Rad. Senegae*.

Referat był drukowany w całości w *Wiadomościach Farmaceutycznych* Nr. 35 z dn. 30. VIII. 1925 r.

7. **E. Leyko.** (W-wa). — Siła działania nasercowego naparu z liści naparstnicy, sporządzonego według różnych lekospisów.

Wobec bardzo sprzecznych wyników podanych przez różnych badaczy co do siły działania naparu liści *Digitalis purpureae*, sporządzonego nawet według tego samego przepisu — badał prelegent ile czynnych składników przechodzi z liści naparstnicy o pewnej, określonej sile naparów, sporządzonych według przepisów farmakopei, gdyż te przepisy wykazują zasadnicze różnice, zwłaszcza co do temperatury stosowanej wody. Jako typy różnych sposobów przyrządzania naparów badano napar według lekospisu francuskiego, belgijskiego, holenderskiego i amerykańskiego. Z metod biologicznych postępowano się 24 godzinną metodą Houghtona na żabach, oraz pojedynczą metodą Hatcher'a na kotach.

Jako preparatem wzorowym posługiwano się 5% nastojem z tych samych liści, sporządzonym za pomocą 25% alkoholu.

Na podstawie wyników doświadczalnych dochodzi prelegent do wniosku, że wszystkie napary są dobre wbrew dotychczasowym badaniom i twierdzeniom zwłaszcza szkoły niemieckiej — jakoby napar miał być niezupełnym i częściowo rozłożonym wyciągiem z liści i to bez względu na przepis sporządzania.

8. **L. Głodowski.** (W-wa). — Metody badania farmakologicznego liści i przetworów naparstnicy, oraz otrzymywane wyniki.

Po wykazaniu niewystarczalności metod chemicznych do oceny wartości leczniczej naparstnicy i jej przetworów, przedstawił prelegent krytyczny pogląd na różne stosowane metody oznaczenia biologicznego.

Następnie opisał metodę bezterminową na żabach Houghtona-Strauba, jako najodpowiedniejszą i podał wyniki otrzymane nią przy badaniu kilkunastu surowców i przetworów naparstnicy, wykazując stałe odchylenie w ich działaniu, jakoteż niewspółmierność między podaną przez wytwórców, a znaną wartością w dawkach żabich.

9. **A. Jurkowski.** (Poznań). — Studja metodą spodogramową Molischa nad surowcami leczniczymi pochodzenia roślinnego.

W pracy pod tyt. „Aschenbild u. Pflanzenverwandschaft“<sup>1)</sup>, wykazał H. Molisch że mikroskopowy obraz popiołów, pozostających po spaleniu różnych części roślin daje szereg charakterystycznych szczegółów morfologicznych, które dla opisu danej rośliny i systematyki mogą mieć równie wielkie znaczenie, jak inne morfologiczne cechy organizacyjne: ilość członków w kwiecie, budowa zalążka, kształt liści itd. Mikroskopowy obraz popiołów roślinnych nazywa spodogramem (spcdós=popiół) i wyraża przypuszczenie, że badanie spodogramów będzie miało również wielką doniosłość dla farmakognozji, mikroskopji środków spożywczych i innych surowców roślinnych — gdyż przez zbadanie spodogramu opis danych obiektów zostaje w wielu istotnych szczegółach uzupełniony, a nadto stosowanie spodogramu ułatwi rozpoznawanie danych obiektów i wykrycie ew. zafałszowań.

Nową tą metodą zbadalem większą ilość surowców leczniczych (72), objętych lekospisem, jak liście, kwiaty, nasiona, owoce, zioła, drewna, kory, korzenie, kłącza, cebule i bulwy, podając dokładne opisy obrazów spodogramów i szereg mikrofotografji. Spalałem zazwyczaj dane surowce do szarego popiołu, by otrzymać większą ilość szczegółów

---

<sup>1)</sup> H. Molisch, Aschenbild u. Sitzungsberichte, Abteilung 1. 129, Bd., 1. u. 2. Heft Akademie der Wissenschaften in Wien. Matem. naturwiss. Klasse

w obrazie mikroskopowym, niż przy spalaniu do białego popiołu, kiedy to w obrazie uwydatniają się przeważnie tylko utwory krystaliczne.

Niezależnie od rezultatów osiągniętych tą metodą dla farmakognozji czystej, której celem jest wszechstronny opis i badania surowców, stwierdziłem, iż metoda ta w zastosowaniu do farmakognozji praktycznej nie daje korzyści, jakie przewidywał Molisch.

Stosunkowo wyraźniej przedstawiają się spodogramy liści i ziół, w których czasem zostaje zachowana przesycona substancjami mineralnymi skórka liścia (np. folja Boldo, f. Jaborandi, f. Coca f. Sennse, f. Auranti, f. Lauri) lub gdy otrzymujemy w spodogramie dokładny obraz rozmieszczenia utworów krystalicznych, jak u Solanaceae: f. l. Belladonnae, f. Hyoscyami i f. Stramonii i herba Chenopodii.

Obrazy powyższe, mimo swej wyrazistości, nie przedstawiają jednak większych wartości dla diagnozy, niż obrazy tkanek niespalonych.

Wyjątkowo tylko metoda spodogramowa w farmakognozji stosowanej zapewnia pewne korzyści i to w stosunku do badań tkanki niespalonej np. w odróżnianiu sproszkowanych nasion kardomonu malabarskiego (*Elettaria cardamomum* White et Maton) od kardomonu cejlońskiego (*Elettaria major* Smith), gdzie dzięki obfitej zawartości krzemionki wewnątrz komórek, pozostałe po spaleniu nasion kontury komórek uwydatniają się wybitnie, jako wieloboczne u kardomonu malabarskiego, a zaokrąglone u kardomonu cejlońskiego, częściej zwłaszcza przy spaleniu innych niż liście organów, otrzymujemy obrazy, które choć zawierają niektóre szczegóły anatomiczne tkanki niespalonej, np. wiązki, fragmenty skórki, pojedyncze kryształki — jednak nie dają równych korzyści w porównaniu z tkankami niespalonymi. Najczęściej zaś, spodogramy są dla odróżnienia surowców bezużyteczne, zwłaszcza gdy badamy je w stanie sproszkowanym.

Powyższe badania wykazują, że metoda ta, choć może pozwoliła wzbogacić naukowy opis surowców, to jednak w zastosowaniu praktycznym nie posiada większego znaczenia, przypisywanego jej przez Molischa.

#### 10. **A. Jurkowski.** (Poznań) Sferokryształy w rodzinie Solanaceae.

Nägeli pierwszy opisywał w tkankach roślinnych utwory krystaliczne które nazwał sferokryształami.

Ciała te miały kształt kulisty, budowę promienistą przyczem wykazywały zazwyczaj koncentryczne warstwowanie i podwójne załamania światła. Były to przede wszystkim ciała, które wydzielają się w tkankach roślinnych przechowywanych w alkoholu, jak: inulina, cukry, fosforan, jabłczan wapniowy, hesperydyna i t. p.

Natomiast dopiero od czasu klasycznego podręcznika anatomji de Bary'ego (1887) zwracano uwagę także na drobniejsze sferokryształy

występujące już w tkance żywej, a złożone przede wszystkim ze szczawianu wapniowego. Niezwykle szerokie rozpowszechnienie kryształów szczawianu wapniowego w świecie roślinnym było przedmiotem licznych prac, jednak sferokryształy szczawianu wapniowego spotykano bardzo rzadko, a całkiem nie zwracano uwagi na ich występowanie w rodzinie *Solanaceae*, mimo, że gatunki rodziny tej, mające zastosowanie w lecznictwie były przedmiotem szczegółowych badań botanicznych i farmakognostycznych, (p. Solereder, Syst. Anat. d. Dicotyled. Bd. I. p. 654 *Solanaceae*).

W niniejszej pracy zbudano szczegółowo sto-kilkanaście gatunków z rodziny *Solanaceae* pod względem występowania w liściach sferokryształów. Obok innych utworów krystalicznych stwierdzono obecność ich u następujących 16 gatunków (przeważnie materiału zielnikowego): *Cacabus Warszewicii* (z zielnika ogrodu botan. Krak. U.) *Datura arborea* L., *D. ceratocaula* Orteg., *D. meteloides* D.C., *D. quercifolia* H.B.K., *D. sanguinea* Ruiz. et Pav., *Hyoscyamus agrestis* Kitaib., *H. albus* L., *H. niger* L., *H. orientalis* L., *H. pictus* (Roth, Nov. Pl. Sp. 119 — niger), *Lycium rhombifolium* Mönch., *Nicandra Physaloides* L., *Physalis Alkekengi* L., *Ph. barbadensis* R. S., *Ph. viscosa* L.

Sferokryształy wymienionych gatunków są utworami kulistymi, rzadziej elipsoidalnymi, występują w głębszych partjach mięszczy gąbczastego przeważnie w komórkach zbierających, bądź jako utwory pojedyncze, bądź złożone. Często tworzą zrosty z pojedynczymi kryształami w formie słupów, piramid, ośmiościanów i innych postaci krystalograficznych. Wielkość ich jest zależna od gatunku i waha się od 3—35- $\mu$ . Bardzo często są to utwory o delikatnej strukturze promienistej dzięki złożeniu z drobnitkich igiełek, wykazujące warstwy sferyczne, otaczające, jądro często bez widocznej budowy lub ziarniste czasem żółto lub brunatno zabarwione. (*Physalis Alkekengi*).

Oprócz tych form wykazujących zróżnicowanie na jądro bez widocznej budowy i zewnętrzne warstwy sferyczne, występują w *Solanaceae*, także sferokryształy silnie łamiące światło i do samego środka delikatnie promieniste bez uwarstwienia, albo też wykazujące koncentryczne naprzemian leżące smugi jaśniejsze i ciemniejsze (*H. niger*) Sferokryształy są zazwyczaj pełne, rzadziej wykazują w środku kuliste lub gwiazdkowe wydrążenie. W świetle spolaryzowanym przy skrzyżowanych nikolach sferokryształy występują na ciemnym polu jako jasne utwory często różnobarwne i zazwyczaj przecięte czarnym krzyżem. Ilość ich w blaszce liścia jest zależna od gatunku i tak u *H. pictus* jest ich bardzo wiele, cokolwiek mniej u *H. orientalis*, *H. albus*, *H. niger*, *Physalis*

Alkekengi, a u innych, jak *Cacabus Warszewicci*, *Datura ceratocaula*, *D. sanguinea*, *D. arborea*, *D. quercifolia* należą do rzadkości. Badaniu chemicznemu poddano sferokryształy w tych gatunkach, gdzie występują liczniej, a więc u *H. pictus*, *H. orientalis* i *H. niger*. Na podstawie zachowania się sferokryształów w rozcieńczonych kwasach solnym, azotowym, siarkowym, zgęszczonym octowym i 15 % ługu wnioskuje, że są szczawianami wapniowymi.

#### POSIEDZENIE IV.

Środa 15.VII godz. 9.

### DZIAŁ TECHNOLOGICZNY.

1. **A. Koss.** (W-wa). — Nowe metody badania tłuszczów.

Autor referuje sprawę fałszerstwa tłuszczów ciekłych specjalnie rafinowanym olejem solarowym (odpadowy destylat ropy naftowej) i proponuje zastąpienie liczby jodowej określeniami fizycznymi, jak: współczynnik załamania i lepkość. Systematyczne badania, przeprowadzone przez autora nad znaczną liczbą tłuszczów dowodzą możliwości takiej zamiany, gdyż błąd, powstający przy określeniach refraktrycznych, wynosi zaledwie 1/100%, a przy lepkości 2% — 4%. Proponowana metoda odznacza się szybkością i taniością, czego nie można powiedzieć o liczbie jodowej.

Jeśli załamania i lepkości różnie zafałszowanego tłuszczu olejem solarowym poddać analizie i wyznaczyć graficznie, wówczas wynika że załamanie podlega prawu prostej:  $y = a + bx$ , natomiast lepkość — prawu parabolicznej krzywej:  $y = a + bx + cx^2$ . Przy posittkowaniu się przytoczoną metodą należy oddać pierwszeństwo współczynnikowi załamania, jako określeniu prostszemu i dokładniejszemu, nad lepkością. Granice stosowania metody zwęza warunek, że muszą być znane, gatunek i pochodzenie badanego oleju (ciekłego tłuszczu).

2. **St. Kosmalski.** (W-wa). — W sprawie chloroformu i eteru do narkozy.

Wyniki badań chloroformu i eteru do narkozy, otrzymane w Państwowym Instytucie Farmaceutycznym wykazały, iż szereg prób nie odpowiadał wymaganiom farmakopei.

W wielu wypadkach fakt ten wywołany był niedostatecznym uprzytomnieniem sobie przez czynniki zainteresowane, w jakich warunkach chloroform i eter do narkozy przechowywane i ekspedjowane być winny.

Ponieważ przy przechowywaniu szczególnie łatwo rozkłada się eter, pożądanem byłoby empiryczne oznaczenie czasu w jakim nastę-

puje rozkład eteru w najlepszych warunkach przechowywanego i wprowadzenie obowiązkowego zaznaczenia na flaszki daty butelkowania względnie badania preparatu.

3. **St. Weil i M. Grabowska.** (W-wa). — Studja nad otrzymaniem alkaloidów opiumowych.

W referacie przedstawiono wyniki badań nad zawartością alkaloidów opiumowych w makówkach niedojrzałych, nienacinanych.

Zastosowane metody otrzymywania tych alkaloidów mają znaczenie raczej teoretyczne, gdyż w praktyce nie wytrzymują kalkulacji handlowej.

Znaleziony stosunek morfiny do alkaloidów ubocznych odbiega od cyfr podanych przez innych badaczy.

Referat był drukowany w całości w „Wiadomościach Farmaceutycznych“ Nr. 39 i 40 z dn. 27 wrz. i 4 paźdz. 1925 r.

4. **E. Leyko.** (W-wa). — Jaki przepis sporządzania naparu z liści naparstnicy może być uważany za najlepszy.

Wyniki badań biologicznych przemawiają za tem, że sposób sporządzania naparu z liści *Digitalis purpureae* nie ma decydującego wpływu na jego siłę działania

Według jednak osobistego wrażenia prelegenta przepis farmakopei holenderskiej należy uważać za najlepszy.

5. **F. E. Nowak.** (Częstochowa). — O Glicyrrhizynie w Rhizoma Polypodii.

Literatura nasza i zagraniczna o paprotce milczy, albo mówi bardzo niewiele. Autor badał paprotkę w kierunku wykrycia cukrów i glicyrrhizyny. Znaleziono: glikozy 0,9% do 1,2% i sacharozy 1% — 1,2%, oznaczając je metodą Fehlinga, glicyrrhizyny 2%, mannitu autor nie szukał. Pozostaje niewyjaśnionem pytanie, czy glicyrrhizyna może być zaliczoną do glikozydów i czy zawiera w swoim składzie azot, jak twierdzi Haberman i inni autorzy, a co się wydaje bardzo wątpliwem.

Referat był drukowany w Wiadomościach Farmaceutycznych Nr. 34 z dn. 23.VIII 1925 r.

6. **Z. Szostakiewicz.** (Częstochowa). — Kory Chinowe, używane do przetworów galenowych.

Z 15 prób wykonanych nad korami chinowemi autor dochodzi do wniosku, że kory chinowe, zwane królewskimi, odpowiadają wymaganiom lekowzoru rosyjskiego, ponieważ zawierają więcej niż 5% alkaloidów, natomiast szare gatunki zupełnie nie nadają się do preparatyki farmaceutycznej, gdyż nie posiadają nawet 3% alkaloidów. Doch -



dzenia były robione na podstawie wskazówek zawartych w „Podręczniku do oceny dobroci leków” prof. Koskowskiego.

Referat był drukowany w Wiadomościach Farmaceutycznych Nr. 34 z dn. 23.VIII 1925 r.

7. **J. Ruprecht** — Liquor Aluminiumi acetici.

Autor przeprowadził studia porównawcze nad preparatem, przygotowanym według różnych lekospisów i wypowiada się przeciwko stosowaniu preparatu w formie pastylek, jako przygotowanego z octanu ołowiu i zawierającego obojętny octan glinu.

Referat był drukowany w Wiadomościach Farmaceutycznych Nr. 34 z dn. 23.VIII 1925 r.

8. **B. Piedo.** (W-wa). — Czy można przyrządzać napar z korzenia wymiotnicy na zapas.

Prelegent na zasadzie licznych prób analitycznych dochodzi do wniosku, że przepis farmakopji, zabraniający robienia na zapas naparu z korzenia wymiotnicy jest słuszny.

9. **B. Koskowski.** (W-wa). — Identyfikacja nalewek.

Wiadomo, jak trudno, a nawet niepodobna oznaczyć identityczności wielu przetworów farmaceutycznych, zrobionych z surowców roślinnych jak nalewki i wyciągi, a tem samem i dobroci przetworu.

Dopiero metoda Goppelsroedera zastosowana specjalnie do przetworów leczniczych przez Kunz—Krausego, polegająca na tej własności że rozpuszczone ciała wznoszą się do różnych wysokości w rurkach włoskowatych, naprowadziła na właściwą drogę badań.

Goppelsroeder rozwinął szerzej pierwsze spostrzeżenia Schönbeina dotyczące się badań nad włoskowatością i stworzył analizę kapillarną dla potrzeb chemji nieorganicznej i organicznej dla badania alkaidów, środków spożywczych, przemysłu farbiarskiego, niemało i dla fizjologii. Kunz—Krause zajął się specjalnie zbadaniem przystowania tej metody do przetworów galenowych.

Kunz—Krause znalazł przy badaniu pewnych nalewek, że „widma strefowe” nalewek są bez wyjątku widmami indywidualnymi dla każdej nalewki t. j. że każda nalewka daje zupełnie określony, niepodobny do żadnego innego obraz stref kapillarnych.

Prelegent przedstawił wyniki swej pracy nad kilkudziesięcioma nalewkami, przedstawiając barwne tablice, według których łatwo zidentyfikować każdą nalewkę. Prelegent na tablicach wskazywał różnice tej samej nalewki zrobionej ściśle według przepisu farmakopei i z ma-

łemi uchybieniami. Z mieszaniny dwóch nalewek tworzą się strefy dla każdej nalewki oddzielne.

Metoda ta daje możność identyfikowania nalewek w tych wypadkach, gdy innego sposobu na to nie posiadamy np. przy oznaczaniu nalewki pomornikowej (tinct. *Armicae*), piołunowej (Tinct. *Absinthi*), tatarakowej (Tinct. *Calami*) i innych.

## XXX. Sekcja weterynarii.

Przewodniczący J. Górdziałkowski.

Sekretarz St. Koeppe.

POSIEDZENIE. I.

Poniedziałek 13 VII. godz. 9.

### DZIAŁ EPIZOOTOLOGJI i BAKTERJOLOGJI.

1. **K. Panek** (Bydgoszcz). — O nosaciznie utajonej i wygastej. Nowa metoda rozpoznawcza różniczkowa nosacizny jawnej, utajonej i wygastej.

1. Zmiana i charakterystyka nosacizny utajonej. Proces choroby przebiegu nosacizny może uleść samowyleczeniu skutkiem otorbienia tkanką łączną względnie zwapnienia ognisk chorobowych. W przebiegu przewlekłej nosacizny wypadki samowyleczenia nie należą do rzadkości.

Zachowanie się swoistych odczynów biologicznych w okresie wstecznego przeobrażenia i wygasania ognisk nosaciznowych bywa zmienne. W przeważnej części wypadków nasilenie odczynów słabnie w miarę zablizniania się ognisk chorobowych, a po wygaśnięciu t. j. całkowitem zbliznowaceniu względnie zwapnieniu, odczyny serologiczne i alergiczne pozostają trwale ujemnymi; w części jednak utrzymują się jeszcze po wygaśnięciu procesu chorobowego w czas dłuższy lub krótszy w pierwotnym nasileniu. Przy pomocy znanych dotąd odczynów biologicznych nie jest możliwym rozpoznanie względnie odróżnienie utajonych postaci nosacizny od wygastłych, gdyż mimo zupełnego zaniku odczynów swoistych mogą istnieć w danym ustroju ogniska chorobowe jeszcze czynne.

2. Próba prowokacyjna. Z ciał prątków nosaciznowych wyosobniono odpowiednim zabiegiem ciało białkowane o charakterze nukleoalbuminu, zawierające w swym składzie azot, fosfor i siarkę, wywołujące przy podskórnej iniekcji u koni nosatych wybitnie swoisty odczyn różniący się od działania maleiny silną reakcją organiczną,



i zaostreniem, względnie ujawnieniem, procesu chorobowego w razie istnienia czynnych ognisk chorobowych. W przypadkach nosaczyny wygasłej występuje wspomniany odczyn w nierównie słabszym nasileniu, przy braku objawów właściwej prowokacji. Wyosobnione ciało nazwano morvotanzyną.

Sekcja przyjęła następujący wniosek: Stwierdzając, że wypadki nosaczyny utajonej uchylające się od rozpoznania dotychczasowymi metodami, podtrzymują istnienie tej zarazy, utrudniając doszczętne jej wyłęganie, zjazd P. P. L. zwraca się do Ministerstwa Rolnictwa i D. P. z wnioskiem o wyznaczenie komisji rzeczoznawców dla fachowej oceny nowej metody rozpoznawczej nosaczyny utajonej tak zw. próby prowokacyjnej, w celu praktycznego jej zużytkowania.

2. **K. Panek.** (Bydgoszcz) — Charakterystyka biologicznie czynnych składników prątków nosaczynowych.

Sposób i wyniki badań nad składem maleiny i ciała prątków nosaczynowych. Zarówno z maleiny bezbiałkowej, jak również z prątków nosaczynowych zabitych alkoholem, wyosobniono składnik powodujący odczyny alergiczne właściwe maleinie. Ciało to czynne w minimalnych ilościach (0.1 mgr.), o charakterze kwasu proteinowego posiada w swym składzie azot i siarkę, jest rozpuszczalne w wodzie, nierozpuszczalne w alkoholu. Nie posiada własności antygeny nosaczynowego, wprowadzone do ustroju zwierzęcego nie powoduje przeciwciał swoistych powodujących wiązanie dopełniacza.

Ciało czynne jako antygen w odczynie Bordet-Gengou przy nosaczynie wyosobniono w wyciągu alkoholowego prątków nosaczynowych przez strącenie octanem ołowiowym, następnie siarkanem amonowym i dializę. Wyosobniony antygen przedstawia ciało o własnościach glikoproteidu. Posiada wszelkie cechy typowego antygeny powodując w znacznych rozcieńczeniach odchylenie dopełniacza z surowicą nosaczynową, jakoteż powstawanie przeciwciał swoistych w surowicy zwierząt zdrowych, po zastrzyknięciu znikomych ilości tego ciała. Ciało owo łączy własności aglutynogenu powodując w ustroju zwierząt zdrowych pojawienie się swoistych dla prątków nosaczynowych ciał zlepek (aglutyniny). Odczynów alergicznych właściwych maleinie nie powoduje.

W dyskusji głos zabierali:

Prof. Z. Markowski twierdzi, że maleina sporządzona z prątków bardzo złośliwych działa bardzo gwałtownie i dlatego powinniśmy pamiętać z jakich prątków maleina jest sprządzona. Prof. Z. Szymanowski wypowiada się za leczeniem maleiną.

3. **K. Panek.** (Bydgoszcz). — Histopatogeneza gruzelka nosaciznowego. Budowa gruzelka nasaciznowego, jego rozwój i przeobrażenie wsteczne.

Bramą zakażenia nosacizną bywa przeważnie górny odcinek przewodu pokarmowego, w szczególności jama gardła a punktem wyjścia najczęściej gruczoły pozagardzielowe. Proces nosaciznowy szerzy się i rozwija drogą naczyń limfatycznych. Ważną rolę w powstawaniu gruzelka nosaciznowego odgrywa zachowanie się naczyń krwionośnych. Pod wpływem jadów wydzielonych przez prątki ulega ściana naczyń włosowatych uszkodzeniu, wśród błonek ścian naczyńowych bywa złuszczonej na znacznej przestrzeni. Skutkiem tych zmian przychodzi do wybroczyn i wysięku w otoczeniu świeżego gruzelka nosaciznowego. Jadem powodującym alterację naczyń krwionośnych jest składnik zawarty w maleinie, wyosobniony przez autora pod nazwą mallerginy. Zjawisko analogiczne można wywołać przez zastrzyknięcie skórne mallerginy koniom chorym na nosaciznę. Dalszy rozwój gruzelka charakteryzuje się naciekiem drobnokomórkowym a następnie rozpadem komórek w ośrodku gruzelka. Obumarcie i rozpad komórek z charakterystycznym rozbięciem jąder, spowodowane jest jadem wydzielonym z ciał prątków nosaciznowych, wyosobnionym przez autora pod nazwą morvotanzyny. Przez zastrzyknięcie tegoż ciała w ilościach 1:2 mgr. koniom nosaciznym spowodować można powstanie obrzęku i owrzodzeń aseptycznych o typie zmian nosaciznowych.

Obraz zapalenia płuc włóknikowego przy nosaciznie (pneumonia malleosa) bywa następstwem zakażenia mięszanego. Przeobrażenia wsteczne gruzelka w postaci otorbienia tkanką łączną i zwapnienia jako wynik samoobrony ustroju.

4. **G. Meisel.** (Bydgoszcz). — O bakterjobójczym działaniu alkoholu na prątki nosaciznowe.

Alkohol w roztworach wodnych różnego stężenia okazuje wybitne bakterjobójcze działanie na prątki nosaciznowe. Hodowle nosacizny na agarze glicerynowym pochodzące od różnych szczepów zalewano alkoholem, pokrywając zupełnie powierzchnie nalotu. Po upływie różnego czasu zlewano alkohol pobierając próby do wysiewów na hodowlę, oraz do szczepień na świnki morskie. Wyniki badań stwierdzają, że wszystkie użyte szczepy prątków nosaciznowych giną w przeciągu 15-tu minut przy zastosowaniu alkoholu w stężeniach 96—60%. Natomiast alkohol o stężeniu 50—40% zabija tylko niektóre szczepy w ciągu 20 minut przeważnie zaś po upływie 2 godzin.

5. **A. Frankenstein.** (Bydgoszcz). — O zawartości kwasu szczawowego w maleinie i hodowlach prątków nosaciznowych.

Wśród produktów przemiany materji prątków nosaciznowych stwier-

dzono w hodowlach buljonowych jak i hodowlach bezbiałkowych obecność kwasu szczawiowego w pokaznej ilości. Sposób jakościowego i ilościowego określenia polegał na odparowaniu hodowli prątką nosaciznowego, zakwaszonych kwasem solnym do gęstości syropu, strącanie alkoholem absolutnym i dokładne wytrawienie strątu, tymże alkoholem. Po odparowaniu roztworu alkoholowego, rozpuszczeniu pozostałości w wodzie i zobojętnieniu amoniakiem strącono zawarty kwas szczawiowy octanem wapniowym. Oczyszczony przez powtórne rozpuszczenie kwasem solnym, zobojętnienie amoniakiem, zakwaszenie kwasem octowym i strąceniem ponownem octanem wapniowym osad wykazał zawartość wapna odpowiadającą szczawianowi wapniowemu. Zawartość kwasu szczawiowego w hodowlach buljonowych i bezbiałkowych wyniosła średnio 0,06%. Skład pożywki, jak również dodatek gliceryny nie wpływa na zawartość kwasu szczawiowego w hodowlach prątką nosaciznowego.

5. **St. Koeppe.** (W wa). — Metoda rozpoznawania nosacizny oparta na przenoszeniu biernem wrażliwości na maleinę.

Metoda śródskórnego przenoszenia biernego wrażliwości na maleinę za pomocą surowicy, względnie wyciągów z organów. Wywołanie odczynów skórnych u zwierząt zdrowych za pomocą mies aniny wyciągu organu z maleiną. Zastosowanie tej metody w praktyce do szybkiego pośmiertnego rozpoznania nosacizny.

7. **K. Wróblewski.** (Bydgoszcz). — Anemja zakaźna u koni w Wielkopolsce.

Panująca od roku 1922 na Pomorzu i w Poznańskim choroba koni uznana przez wielu fachowców za anemję zakaźną, oficjalnie nie została przyznana za taką z powodu że do zwykłych klinicznych i anatomo-patologicznych objawów anemji wkluczał szereg komplikacji, jak: sklerostomiasa, staphilo occosis, objawy piersiówki, zarazy stadniczej i para-duru. 4 lata pracy pomogły autorowi unieważnić te wszystkie komplikacje i przekonać się doświadczalnie, że choroba ta jest w rzeczywistości anemją zakaźną. Metodami udowodniającymi były: przeniesienie choroby z chorych koni na zdrowe za pomocą wirusa filtrowanego, wykazy spadku wagi żywej, ilości krwinek we krwi, spadek hemoglobiny, zwiększenie szybkości sedymentacji krwinek (metoda Noltzego), a też po części przeniesienia zarazka na króliki (próbka Oppermana). Sekcje padłych koni nie zawsze wskazywały swoisty dla anemji obraz.

Wnioski: 1) Choroba ta ma 4 perjody: ostry, podostry, chroniczny i utajony. Każdy z nich ma swoje odrębne objawy, co jest przyczyną nietypowości obrazu sekcji. 2) Wyniszczenie organizmu koni

przy anemji często jest powodem, że czynniki uboczne biorą górę zmieniając obraz sekcyjny. 3) W praktyce dla djagnostyki jest bardzo swoistym raptowny upadek sił u koni, niezdolność ich do pracy przy doskonałem odżywianiu, zwyżka i szybkie wychudnięcie. 4) W wielu miejscach choroba jest na wygasaniu (bez leczenia) i samouleczeniu. Rekonwalescenci jednak są długi czas roznościcielami zarazy. 5) Konstatowanie zarazy możliwe tylko w większych zbiorowiskach koni (majątkach, pułkach, stadninach). 6) Niezbędne uznanie oficjalne egzystowania anemji zakaźnej u koni w Polsce. 7) Dla walki z tą chorobą niezbędnem jest opracowanie prawideł urzędowych.

W dyskusji głos zabrał:

Dr Zacharow, który mówi, że taka sama choroba o której mówił kolega Wróblewski wybuchła i u naszych koni kupionych w początku roku w Poznaniu. Takie same objawy a to podniesienie ciepłoty, kachexja. Oprócz tego często występują obrzęki pod brzuchem i na praepucium. Sekcja wykazuje zmiany w płucach, w sercu i nerkach, wyboczyny w kiszkiach, obrzmienia gruczołów kreskowych (wogóle limfatycznych). Pierwsze mikroskopowe badania wykazały niewielką ilość bakterji podobnych do *Pastrella* gram. Według rady prof. Panka rozpoczęto badania nad pierwotniakami. Przy badaniu preparatów krwi branych od koni chorych w różnych okresach choroby (barw. Maj-Grymwald-Gemza) znalezciono u 6-ciu koni pasożyty które zdaje się można zaliczyć do *Flagellata*. Jest to pasożyt okrągły, wielkości około pół czerwonego ciała krwi, z jądrem w jednym kącie z którego to kąta wychodzą dwa cienkie biczyki, w miejscu zaś skąd one wychodzą są dwa punkciki. Takie pasożyty po większej części występują w czasie spadku ciepłoty, przy podniesieniu zaś temperatury udało się znaleźć ciała owalne mające jądro na jednym końcu, kreskę pośrodku i kilka wakuol. Kolega Wróblewski mówi, że surowica koni chorych rzekomo na anemję zakaźną 50% daje reakcję odchylenia dopełniacza na trypanosomy,—że u koni chorych na zarazę stadniczą występuje mjoliza mięśni miednicy tak samo jak widzieliśmy u naszych koni padłych na niewiadomą nam chorobę, a te zjawiska dają nam już a priori podejrzenie, że w tej chorobie mamy do czynienia z pierwotniakami. Przy szczepieniach zwierząt doświadczalnych krwią koni chorych wyniki były zawsze ujemne. U koni chorych występuje po większej części limfocytoza.

8. **K. Wróblewski.** (Bydgoszcz). — Dalsze spostrzeżenia nad *sarcosporidiosis* u owiec.

Od roku 1921 ani razu instytut w Bydgoszczy nie miał wypadku *sarcosporidiosis*. Dopiero w kwietniu r. b. w jednym z majątków zaczęły padać bezprzyczynnie jagnięta. Przy oględzinach okazało się,

że  $\frac{1}{3}$  część owiec starych w ciągu zimy albo była dorżnięta z powodu bezprzyczynnego wychudnięcia i utraty wełny, albo dociągnęta do obecnej chwili mając wszystkie znamiona kacheksji i rodząc małe, słabe jagnięta, ginące wkrótce po urodzeniu. Jedną z takich kahektycznych owiec dorżnięto i autor skonstatował u niej rozlaną formę sarcosporidiosis w mięśniach, lecz we krwi pasożytów nie znaleziono. Natomiast u trupów padniętych jagniąt konstatowano we krwi wielką ilość form pasożytów, przyjętych przez autora za młode formy sarcosporidjów, a znalezione w wypadku poprzednim tylko u owiec starych, To rzuca światło na biologię tego pasożyta. Widocznie młode formy mogą być znalezione we krwi u starych owiec w miesiącach zimowych. W kwietniu już ich tam niema z przyczyny przeniesienia się do mięśni. Jagnięta zaś urodzone z takich macior w jaki sposób zakażają się od nich i giną nie znosząc zakażenia.

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13. VII. godz. 9.

### DZIAŁ HIGJENY i HODOWLI.

1. **A. Trawiński.** (Lwów). — Podstawy naukowe oceny spożywalności mięsa zwierząt rzeźnych.

W ocenie mięsa jako artykułu przeznaczonego do spożycia ludzkiego, obowiązywać powinien przyczynowy punkt widzenia. Chodzi zatem w pierwszym rzędzie o stwierdzenie, czy mięso jest szkodliwe lub nieszkodliwe dla zdrowia ludzkiego, w drugim zaś dopiero, czy jest zdatne lub niezdatne do spożycia ludzkiego. Mięso jest szkodliwe, o ile jest zakażone drobnoustrojami specyficznymi, a więc pochodzi ze zwierząt dotkniętych wąglikiem, nosacizną, ropno-posokowatemi zakażeniami krwi wywołanemi przez prątki grupy duru rzekomego B. i Gartuera, gruźlicę mieszaną (jelitową), formą pomorową i pryszczycą (po części także wścieklizną i różycą nierogacizny) oraz pasożytami specyficznymi (wągry nierogacizny i bydłęce, włośnie). Mięso jest nieszkodliwe, gdy przy badaniu ubitych zwierząt jużto nie stwierdzono żadnych zmian chorobowych, jużto o ile zmiany znalezione nie wzbudzają podejrzenia choroby specyficznej. Pojęcie „mięso nieszkodliwe“ nie kryje się zawsze z pojęciem „mięso zdatne“. Niezdatne może być mięso częściowo (schorzenia miejscowe) lub w całości (ogólne znamiona wadliwe, wywołane procesami fizjologicznymi lub chorobowymi).

Wnioski: 1) Uwzględnienie przy ocenie mięsa przede wszystkim czynnika przyczynowego posiada doniosłe znaczenie sanitarne i ekonomiczne, z których pierwsze polega na niedopuszczeniu do spo-



zycia ludzkiego mięsa szkodliwego, drugie zaś na ograniczeniu konfi-  
skaty mięsa do przypadków koniecznych. 2) W celu umożliwienia  
lekarzom weter. wykonującym oględziny mięsa, ujęcia kwestji oględzin  
mięsa pod powyższym kątem widzenia, należałoby zapoznać ich przez  
urządzenie odpowiednich kursów z techniką bakterjologicznego bada-  
nia mięsa.

W dyskusji głos zabierali:

Prof. Dr. Runge, prof. dr. Panek, insp. Mackiewicz, prof. dr. Z. Markowski, dr. S. Koeppe, dr. Zakrzewski, kol. Leszko i kol. Leonowicz.

2. **A. Trawiński.** (Lwów). — Studja nad prątkami grupy duru rzekomego B.

Grupę prątków duru rzekomego B. można ogólnie podzielić na ścisłą i obszerną. Do pierwszej zaliczamy: podgrupę prątków duru rzekomego B (typ Schattmüller), podgrupę prątków pomorowych, oraz grupę prątków paraduru C. Wyróżnienie poszczególnych podgrup umożliwia przeważnie badanie własności serologicznych. Do drugiej należy znaczna ilość przeróżnych prątków, jużto więcej jużto mniej spokrewnionych z prątkami grupy pierwszej. Wykazanie stopnia pokrewieństwa prątków grupy drugiej z prątkami grupy pierwszej, umożliwia szczególnie stosowanie t. zw. aglutynacji krzyżowej. Pod tym względem można prątki grupy drugiej podzielić na blisko i daleko spokrewnione oraz podobne do prątków grupy pierwszej. Prątki grupy pierwszej są jadowite dla człowieka, zwierząt, względnie człowieka i zwierząt; prątki grupy drugiej są naogół pasożytami trupiami, które jednak w pewnych sprzyjających warunkach mogą rozwinąć działanie jadowite. Biologia prątków paradurowych nie została jeszcze należycie wyświetloną.

3. **S. Runge.** (Poznań). — Próby przeszczepiania gruczołów płciowych u zwierząt domowych.

Przeszczepianie gruczołów płciowych metodą Woronowa, wymaga ścisłego ustalenia metody operacyjnej. Woronow wszywa część młodego jądra do błony wspólnej jądra starego osobnika.

Pewniejsze i szybsze wyniki otrzymał autor, wszczepiając starym osobnikom część świeżego jądra (płatki jądra  $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  cm wielkości,  $\frac{1}{2}$  cm grubości), pochodzącego od młodego osobnika, wprost do samego miąższu jądra. Tę ostatnią metodę można połączyć z równoczesnem wszyciem części świeżego jądra także do błony wspólnej jądra starego zwierzęcia.

Młode jądra uzyskuje się od młodych samców drogą kastracji którą wykonywa się bezpośrednio przed wykonaniem ich wszczepienia.

Bezwłocznie po kastracji, wkłada się jądra do fizjolog. roztworu soli kuchennej.

Doświadczenia swoje przeprowadził dotychczas autor na 16 ogierach, 13 psach, 2 trykach, 3 owcach, 5 sukach i 2 wałachach.

U samic i wałachów wszczepia autor świeże rozkrojone jajniki wzgl. części jąder do mięśni lub kieszonki podskórnej.

U ogierów stosuje autor przy przeszczepianiu jąder własnego pomysłu ustalacz jąder (testofixator) i ustalacz części mającej być wszczepionej (implanto—resp. transplantofixator).

Pożądanem jest zagojenie się rany przez rychłozrost, jakkolwiek transplantant zrasta się z otoczeniem i przy gojeniu się przez ziarninowanie:

Tak u samców jak i u samic objawy poimplantacyjne rozpoczynają się zazwyczaj od 4-go tygodnia.

Zwierzę staje się rzeświejsze i weselsze, pojawia się lepszy apetyt waga ciała zwiększa się, ruchy stają się swobodniejsze. Sierść nabiera gładkości i staje się więcej lśniąca, zmarszczki nad oczami wyrównują się, przez co gałki oczne wydają się większemi, wyraz oczu nabiera blasku, a jak w jednym przypadku miało to miejsce zamglona soczewka oka wyjaśniła się. Popęd płciowy jest nadzwyczaj wybitny i trwały. Samce niepokoją się z daleka na widok samicy, pokrywają je chętnie. U zwierząt nieplodnych z powodu starości lub wyczerpania, wraca zdolność zapłodnienia.

Jak długo trwa skuteczne działanie przeszczepionych gruczołów płciowych, wykażą dalsze badania, które są w toku.

W dyskusji głos zabierali:

Dr. Koskowski mówi, że chormony są specyficzne i że odmładzanie takie krótko trwa. Dr. Jankowski zapytuje prelegenta w jakim czasie zużywa się nowo nabyta energia. Dr. Drecki zapytuje prelegenta jak postępować z krwawieniem przy operacji. Dr. S. Koeppe powiada, ażeby brać chomologiczne chormony pod względem grup serologicznych. Dr. Filewicz uważa, że próby te powinny być wpieryw stosowane w weterynarji a później dopiero będzie można je zastosować w medycynie. Pr. dr. Szymanowski uważa, że zawczasie jest jeszcze by zajmować się tą sprawą na szerszą skalę, przyczem zaznacza by wypadki (próby) badać skrupulatnie do końca. Prof. dr. Panek—należy wyjaśnić stronę biologiczną. Przypomina o adrenalizie. Prof. dr. Z. Markowski podnosi doniosłość odmładzania w hodowli i pedjatrji.

4. **L. Bykowski** (Lwów). — O nadliczbowości palców u świni domowej.

Prelegent podawszy stan dotychczasowych badań nad kwestją

hyperdaktylizmu przedstawia dwa przez siebie zaobserwowane przykłady, z których jeden można wytłumaczyć jako objaw atawizmu, drugi jest tworem teratologicznym, powstałym mutacyjnie.

### POSIEDZENIE III.

Poniedziałek 13. VII. godz. 15 — 18.

#### DZIAŁ KLINICZNY.

1. **Z. Markowski.** (Lwów). — Najnowsze kierunki w teorii chorób wewnętrznych, skórnych i chirurgicznych.

2. **Z. Markowski.** (Lwów). — Znaczenie konstytucji w patologii zwierzęcej.

3. **S. Gajewski.** (Lwów). — Problem przyrządu do trzebienia. Podstawy zapatrywań zwolenników i przeciwników emaskulatora. Przyrząd ten byłby najlepszym narzędziem do trzebienia, gdyby mógł przystosować się w rękę operatora do każdego sznurka nasiennego ponieważ to jest niemożliwe, więc przy cienkich sznurkach nasiennych uciska za słabo, przy grubych natomiast miażdży i rozdziera tkanki co jedno i drugie powoduje lub ułatwia krwawienie które nowoczesny przyrząd powinien wykluczać. Stąd nieustające dążenia do ulepszenia emaskulatora. Z powodu niebezpieczeństwa krwawienia niektórzy bardzo poważni autorowie wolą używać raczej leszczotek.

Zdaniem prelegenta kleszcze Królikowskiego są najlepszym przyrządem do trzebienia.

W dyskusji głos zabierali:

Dr. D r e c k i utrzymuje, że emaskulator jest bardzo dobrym przyrządem do trzebienia. Doc. dr. A. T r a w i ń s k i jest za kleszczami prof. Królikowskiego.

Ł o s k o w s k i, uważa, że tylko technika w trzebieniu odgrywa najważniejszą rolę. Dr. Ł u j k o w s k i popiera zdanie kol. Ł o s k o w s k i e g o.

4. **S. Gajewski.** (Lwów). — Wpływ zastrzykiwań wysokoku na nerwy obwodowe.

Na wzór zabiegu Schłössera zaczęto stosować u koni wstrzykiwanie wysokoku do obwodowych nerwów kończyn, jako zastępujące neuroktomję. Zdania autorów co do wartości tego zabiegu są rozbieżne a doświadczenia na psach (Gordon i królikach Münch) nie wystarczające ani pod względem czasu ani sposobu badania. Dotychczasowe ściśle pod każdym względem badania własne na psach wykazały, że zupełne zniesienie przewodnictwa utrzymuje się ponad 6 miesięcy, a sam zabieg nie powoduje jakichkolwiek powikłań.

5. **S. Gajewski** (Lwów). — Współczesne zapatrywania na istotę przetoki kłębu i jej leczenie.

Rzekome przyczyny norzycy. Zapatrywania z czasów ostatnich co do znaczenia wiaźadła kłębowego przy tworzeniu się przetok kłębu. Literatura zabiegów leczniczych czasów najnowszych. Zapatrywania własne na sposób leczenia norzycy.

W dyskusji głos zabierali:

L e o n o w i c z usilnie popiera leczenie przetoki kłębu parami jodu. Dr. K o p p e uzależnia przebieg choroby i leczenia od drobnoustrojów. K o s k o w s k i twierdzi, że choroba wymaga rozmaitych sposobów leczenia.

6. **A. Kokowski**. (Lwów).—Rivanol w chirurgji weterynaryjnej.

#### POSIEDZENIE IV.

Wtorek 14. VII, godz. 9

#### DZIAŁ EPIZOOTOLOGJI i BAKTERJOLOGJI.

1. **K. Panek**. (Bydgoszcz).—Naukowe podstawy walki z zarazą płuc.

Sprawozdanie z czteroletnich badań nad zarazą płuc i zastosowanie wyników tych badań przy zwalczaniu zarazy płucnej. W zakres metodyki rozpoznawczej włączono badania krwi sposobem wiązania dopełniacza i precypitacji oraz badania histologiczne i serologiczne wycinków narządów chorobowo zmienionych. Sprawność stosowanych metod określa odsetek zgodnych ze sekcją wyników wahających między 50 do 40%. Najpomyślniejsze wyniki rozpoznania w świeżo zapowietrzonych oborach, mniej korzystne w przypadkach przewlekłej i utajonej zarazy płucnej. W walce z zarazą płucną polegającej na wybijaniu bydła podejrzanego o zarażenie się, okazała się skombinowana metoda badań serologicznych bardzo cennym środkiem pomocniczym, umożliwiającym wyławianie sztuk zakażonych, nieokazujących żadnych objawów klinicznych i likwidowanie tą drogą ognisk zapowietrzonych.

W związku z opracowaniem metod djagnostycznych przeprowadzonych w szerokim zakresie badania nad uodpornieniem przeciw zarazie płucnej, stosując szczepionkę z zabitych hodowli zarazka, oraz wyciągów płuc chorobowo zmiennych. Szczepienia dokonane w powiecie Mławskim u 6531 sztuk, oraz doświadczenia laboratoryjne wskazują, że przy pomocy szczepionki nie zawierającej żywych zarazków można uodpornić bydło w stopniu zabezpieczającym je przed zakażeniem naturalnem. Szczepienie ochronne wskazane jest tylko

w oborach nie zapowietrzonych u sztuk klinicznie i serologicznie nie-podejrzanych. Zastosowanie skombinowanych metod rozpoznawczych łącznie ze szczepieniem ochronnym zabitymi zarazkami w oborach wolnym od zarazków a narażonych na zakażenia ułatwia nader wydatnie zwalczanie zarazy w szczególności w powiatach silnie zapowietrzonych

W dyskusji głos zabrał:

Dr. Zahorski: Chcę tu powiedzieć kilka słów w sprawie ratowania bydła chorego na zarazę płucną od wybijania. Sprawę tę poruszył prof. Panek w swoim referacie. Chodzi tu o zastosowanie szczepionek zabitych. Jak widać z referatu prof. Panka temi szczepionkami zaszczepiono kilka tysięcy sztuk bydła. Jednak szanowny prelegent nie przedstawił nam niezbitych dowodów do kategorycznego twierdzenia, że te szczepionki dają odporność. Jakkolwiek szczepiono temi szczepionkami w gospodarstwach zagrożonych, przemawia to za skutecznością działania, lecz jeżeli się weźmie pod uwagę, że bydło w tych gospodarstwach nie miało bezpośredniej styczności z bydłem zakażonym i że w punktach zakażonych było przeprowadzone masowe wybijanie bydła, to nie można twierdzić, że bydło w tych zagrożonych gospodarstwach ocalało wskutek tych szczepionek. Inaczej rzecz się ma ze szczepionkami żywymi. Oparte są one na doświadczeniach eksperymentalnych i wynikach ze spostrzeżeń, co się zaś tyczy tych ostatnich to mamy ich dosyć w Polsce. Najlepszym przykładem skuteczności szczepień szczepionkami żywymi mogą służyć te wyjątki w których bydło nie szczepione fornałskie chorowało na zarazę płucną i było wybite, zaś obywatelskie bydło szczepione nie chorowało na zarazę i jest w dobrym zdrowiu. A takich majątków sądząc z informacji lek. wet. i właścicieli bydła znajduje się dużo. Należy tylko zebrać wyczerpujący materiał o wynikach szczepień. Taki materiał posiada departament weterynaryjny i może go dopełnić żądaniem od lekarzy weter. dodatkowych wykazów o stanie bydła szczepionego w różnych okresach czasu. Postawienie w ten sposób sprawy przyczyniłoby się wielce do oświetlenia kwestji w sprawie szczepień a między innymi kwestji zastosowania u większej ilości bydła szczepionek osłabionych. Ażeby oddział serologiczny w Puławach wyrabiał do zastosowania praktycznego nie tylko szczepionki zwykłe ale też i osłabione. Z żalem muszę przyznać, że nawet tego materiału jaki jest obecnie w departamencie nie mogłem wykorzystać dla przeprowadzenia tych lub innych wniosków o wynikach szczepień, albowiem departament pozwolił mi korzystać li tylko z majątków na miejscu, to zaś było dla mnie niemożliwym ponieważ musiałbym siedzieć w Warszawie parę tygodni. Muszę tu poruszyć jeszcze jedną sprawę a mianowicie: przeprowadzenie kontroli odporności u bydła zaszczepionego

pięnego różnemi szczepionkami, a w tej liczbie i zabitemi. Mamy w Polsce kilkadziesiąt tysięcy sztuk bydła zaszczonego różnemi szczepionkami, w różnych okolicach i w różnym okresie czasu; otóż należałoby, aby Rząd nabył pewną ilość bydła, szczepionego różnemi szczepionkami i w różnym okresie czasu od 6 mies. do roku a nawet do 2 lat i żeby były przeprowadzone komisyjne doświadczenia nad odpornością tego bydła drogą zakażenia sztucznego i naturalnego. Bydło to powinno pochodzić z gospodarstw w których nie było zarazy płucnej. Takie doświadczenie przeprowadzone na gruncie polskim, dałoby nam niezbitę dowody do wydania katogorycznego sądu o szczepionkach i o wartości tej lub owej szczepionki, a wtedy nasze konferencje w sprawie zarazy płucnej byłyby więcej owocne.

Dr. L e o n o w i c z , ponieważ wszystkie metody djagnostyczne zarazy płucnej są jeszcze niedostateczne, dla skutecznej walki z zarazą płucną, trzeba więc wybrać radę z lekarzy weter. pleuropneumologów, któraby orzekła jak najlepiej w obecnym czasie i przy obecnych warunkach zwalczać zarazę płucną.

2. **Z. Markowski.** (Lwów).—Patogeneza i symptomatyka zarazy płucnej a metoda tłumienia tejże.

3. **K. Panek.** (Bydgoszcz). — Histopatogeneza zarazy płucnej.

Proces chorobowy w przebiegu zarazy płucnej bierze początek i rozgrywa się głównie w zakresie układu limfatycznego, w obrębie tkanki łącznej międzyzrazikowej płuc i gruczołach chłonnych. Zmiany zapalne w mięszu płuc należy uważać za następowe. Rozróżniamy trzy okresy zmian chorobowych: 1) okres wysięku, 2) nerkowy, 3) organizacji łącznotkankowej, w okresie wysiękowym sprawa chorobowa ogranicza się niemal wyłącznie do dróg limfatycznych i tkanki łącznej międzyzrazikowej; w okresie drugim obejmuje proces zapalny stopniowo mięsz płuc, posuwając się od obwodu ku środkowi poszczególnych zrazików płucnych. Okres trzeci charakteryzuje się organizacją obumarłych tkanek i złogów nagromadzonego włóknika. W każdym z wymienionych okresów może nastąpić zatrzymanie się okresu chorobowego, a nawet samowyleczenie z tą różnicą że, w okresie pierwszym dokonuje się drogą resorbcji restitutio ad integrum, zas w okresie nekrozy i organizacji w drodze zbliznowacenia i otorbienia względnie oddzielenia martwiaków (sekwestrów). Pozostałe martwiaki przechowują czas dłuższy zarazki żywotne, stwarzając nośników zarazy lub też powodując nawroty choroby, reinfekcję. Stosunkowo często spotyka się powikłania z gruźlicą na tle zmian następowych po przebytej zarazie płuc.

Analogiczne zmiany ograniczające się wyłącznie do naczyń limfa

tycznych i tkanki łącznej zauważyć się dają przy zakażeniu podskórnem zarazą płuc: Rozszerzenie naczyń limfatycznych nagromadzonych wysiękiem surowiczym, rozległa martwica elementów tkankowych i rozpad mas włóknikowych z następową organizacją łączno-tkankową, oraz charakterystyczne zwały rozpadłych jąder, obok ośrodków organizacyjnych, szczególnie wybitnie tu występują.

4. **L. Dzius.** (Bydgoszcz). — Praktyczna wartość badania serologicznego dla tłumienia zarazy płuc u bydła.

Różne antygeny posiadają zdolność wykrywczą różną. Najlepiej działa z pośród kontrolowanych emulsja drobnoustroju, później antygen kultury zagęszczonej, najslabiej kultura słaba i kultura wirowana zagęszczona.

Antygeny wymienione, działając specyficznie, dają jednak około 2% odczynów niespecyficzných ogółu badanych prób.

Świeżo zapowietrzone obory dają odczyny liczne, którym przy sekcji odpowiadają zmiany anatomo-patologiczne. Obory zdawna zapowietrzone, badane po kilku miesiącach lub roku kontumacji dają często odczyny serologiczne, którym jednak nie odpowiadają żadne zmiany anatomo-patologiczne. Dlatego określenie wartości statystycznej badania serologicznego przy zmieszaniu wyników ze świeżych ognisk z wynikami ze starych ognisk nie daje istotnego wyobrażenia o wartości metody djagnostycznej.

Sprawność badania serologicznego oceniona miarą wyników praktycznych, jakie uzyskano przy tłumieniu zarazy:

1. W świeżo zarażonej oborze nie udaje się stłumić zarazy w zarodku, bo rozprzestrzenianie jej dokonywuje się zbyt szybko, a z drugiej strony dlatego, że odczyny pojawiają się dopiero w kilka dni po rozwinięciu się zmian chorobowych, mogących od chwili zaistnienia rozprzestrzeniać zarazę.

2. W starem ognisku zarazy wyławianie sztuk mających charakter roznosicieli zarazy jest możliwe, ale liczne dodatnie odczyny bez pozytywnego rezultatu sekcji wprowadzają niejasność i niezdecydowanie, czy czynnik chorobotwórczy pod koniec okresu izolacyjnego jeszcze istnieje, czy już przestał istnieć.

Z tych powodów metody sero-djagnostyczne nie nadają się wogóle do roli kierowniczej przy tłumieniu zarazy. Przez wzgląd na istotne wartości djagnostyczne mogą być z pożytkiem stosowane jako metoda pomocnicza w walce z zarazą płuc u bydła.

W dyskusji głos zabierali:

Dr. Wróblewski dziwi się, że dr. Dzius nie ustabilizował antygeny, że posiada ich aż 4.

Kolega Bieńkiewicz podnosi znaczenie, oraz niedokładne znanie istoty choroby — zapytuje jaki jest okres inkubacji, porusza kwestję niewrażliwości mięsa, termometrii i t. d. Uważa, że jeżeliby Departament wykupił sztuki chore i odbałby je do doświadczeń, wówczas moglibyśmy oczekiwać sprawdzonych rezultatów.

Prof. dr. Panek zaznacza, że istnieje trudność komunikowania się z punktami zarazy.

Prof. dr. Z. Markowski powiada, że próby serologiczne powinno się nadal stosować, oraz wypowiada się za usamodzielnieniem kolegów, którzyby mogli wykorzystać na miejscu środki naukowe i praktyczne.

Kolega Jankowski popiera serologię oraz wybijanie bydła w punktach zapowietrzonych.

5. **L. Dzius.** (Bydgoszcz). — Roznosiciele zarazy płuc u bydła.

1. Obecność drobnoustroju zarazy płuc u bydła stwierdza się nie tylko w zmianach świeżych lecz także w zmianach następowych takich jak sekwestry.

2. Drobnoustrój zarazy płuc stwierdzono w sekwestrach nie tylko tuż po ich powstaniu, lecz także po kilku miesiącach ich trwania.

3. Drobnoustrój zarazy płuc stwierdzono także u sztuki zdrowej oddziaływującej serologicznie dodatnio, w zmianie niecharakterystycznej dla zarazy płuc (w powiększonym gruczole limfatycznym). Można zatem w tym przypadku mówić o zdrowym nosicielu zarazy.

4. U niektórych sztuk zdrowych oddziaływujących serologicznie otrzymuje się po wysiewach z ich organów opalescencje w próbkach podobne do opalescencji kultury zarazy płuc. Przypuścić możemy, że są to kultury zarazy płuc, które jednakowoż nie pozwalają się przeszczepić i dlatego uniemożliwiają zidentyfikowanie.

6. **J. Gordziałkowski** (W-wa). — W sprawie zwalczania zarazy płucnej u bydła

1. Zaraza płucna bydła w Polsce niema wysokiego napięcia, przebieg jej w poszczególnych oborach przeważnie bywa w formie sporadycznych wypadków z powolnem szerzeniem się i przeto wybijanie musi być stosowane przeważnie częściowe przy ścisłym stosowaniu dozoru weterynaryjnego do reszty bydła tego samego stada. Wybijanie zaś pogłowia może być praktykowane chyba tylko w wypadkach wyjątkowych przy ostrem zapowietrzeniu znacznej ilości sztuk w stadzie.

2. W każdym zapowietrzonym punkcie w czasie kwarantanny dozór weterynaryjny musi być najściślejszy z zastosowaniem termometrii pogłowia i badań klinicznych w ciągu 1—2 miesięcy.

3. Odszkodowanie właścicielom musi być wypłacane niezwłocznie z chwilą wprowadzenia bydła na ubój.



4. Wszystkie rzeźnie nawet najmniejsze muszą być pod dozorem stałym lekarzy weterynaryjnych, aby każdy wypadek zarazy płucnej mógł być sprawdzony.

5. Przy epizootjach przewlekłych, wobec niemożliwości wybijania całego pogłowia, wskazanem jest zmniejszyć wrażliwość bydła zdrowego i przeto nie należy wzbraniać szczepień, lecz należy wykładować wartościowość używanych szczepionek i stworzyć osobny personel lekarzy wyszkolonych celem przeprowadzenia szczepień *lege artis*.

6. Sprawozdania z przebiegu chorób zakaźnych muszą być podawane w prasie co każdy miesiąc.

7. Celem najowocniejszego zwalczania chorób zakaźnych musi być zorganizowana stała rada weterynaryjna przy Ministerjum R. i D. P. przewodniczący której byłby upoważniony referować sprawy ministrowi bezpośrednio.

W dyskusji głos zabierali:

Dr. Matuszewski proponuje, ażeby wszystkie rzeźnie oddać pod nadzór lekarzy weter.

Dr. Żachowski proponuje, ażeby Departament zakupił większą ilość bydła i szczepił różnemi szczepionkami,

7. **S. Malicki.** (W-wa). — W sprawie szczepień ochronnych przeciw zarazie bydła rogatego.

Niezadawalniające wyniki stosowania szczepień zapomocą metody Wiljams'a i Nocard'a. Przyczyny tego. — Prace laboratoryjne nad szczepionką własną, składającą się z wodnych wyciągów chorobowo zmienionych płuc, z dodatkiem zabitej hodowli peripneumonji. Wyniki zastosowania w praktyce: Szczepienie zdrowych sztuk w stadach zagrożonych ochrania bydło od zakażenia, w stadach zaś zakaźnych, z rozwlekłą zarazą szczepienie jest mało skuteczne.

8. **S. Legeżyński** (Lwów). — Odczyn skłaczania Sachse Georgi'ego i odczyn formalowy Gate-Papacostas przy ronieniu zakaźnem krów.

Badania porównawcze sprawności odczynów serodjagnostycznych ronienia zakaźnego u krów (odczyn zlepny, odczyn skłaczania Sachse-Georgi'ego, formalowy Gate-Papacostas). Stosowana technika wykonywania odczynów. Różnice w wynikach, otrzymane przy stosowaniu tych metod.

## POSIEDZENIE V.

Wtorek 14. VII, godz. 15 — 18.

### DZIAŁ SPOŁECZNO - ADMINISTRACYJNY.

1. **K. Panek.** (Bydgoszcz). — Zadanie i stan naszych uczelni weterynaryjnych w chwili obecnej.

Konieczność dostosowania całokształtu wyszkolenia lekarzy weterynaryjnych do potrzeb i rozbudowy gospodarczej naszego Państwa

Rozwój i postęp nowoczesnej wiedzy weterynaryjnej wymaga nieod-  
zownie obok fachowego wykształcenia lekarzy weterynaryjnych, prak-  
tycznego wyszkolenia ichże w metodyce laboratoryjnej i doświad-  
czalnej. Ujemny wpływ bezkrytycznego przenoszenia programów  
zaczepniętych z medycyny ludzkiej do uczelni weterynaryjnych. Prze-  
ciążanie nauk weterynaryjnych materiałem naukowym ogólnie teoretycz-  
nym na niekorzyść wykształcenia fachowego i praktycznego. Brak planu  
i myśli przewodniej w przystosowaniu i doborze młodych sił naukowych.

Wnioski Prof. d-ra Panka:

1. Z uwagi, że organizacja i program studjów naszych Uczelni  
weterynaryjnych nie uwzględniają w dostatecznej mierze naukowo-  
doświadczalnego i praktycznego wyszkolenia lekarzy weter. niezbęd-  
nym jest reorganizacja studjów i kierunku, pogłębienia i rozwinięcia  
strony praktycznej tychże studjów nie pomniejszając studjów teoretycz-  
nych

W celu owej reorganizacji winna być zwołana ankieta złożona  
z przedstawicieli obu naszych uczelni weterynaryjnych, przedstawicieli  
Ministerstw zainteresowanych: Oświecenia, M. R. i D. P., Min. Spraw  
Wojskowych, a nadto przedstawicieli wszystkich naukowych Instytutów  
weterynaryjnych oraz Związku lek. wet

2. W przyszłym programie studjów weterynaryjnych winny być  
uwzględnione w szerokiej mierze kursa uzupełniające umożliwiające  
lekarzom praktykom zapoznanie się z postęпами wiedzy weterynaryjnej.

3. Ponieważ walka z zarazami zwierzęcymi stale wysuwa się  
na plan pierwszy wśród zagadnień nauk weterynaryjnych, przedsta-  
wiając zarówno dla Państwa jak i dla nauki pierwszorzędne znaczenie  
i ponieważ istniejące zakłady służące tym celom nie odpowiadają po-  
trzebom Państwa—Zjazd Przyrodników i Lekarzy zwraca się z apelem  
do Rządu Polskiego o utworzenie wzorem innych Państw Centralnego  
Instytutu Epizootologicznego przy Ministerstwie Rolnictwa i Dóbr Pań-  
stwowych.

W dyskusji nad wnioskami głos zabierali:

Inspektor Mackiewicz uważa, że utworzenie centralnego instytutu  
epizootologicznego przez państwo jest koniecznym. Uczelnie weteryna-  
ryjne kształcą studentów na przyszłych lekarzy weter. W instytucie  
pracować będą już tylko lek. wet. nad zagadnieniami naukowymi.  
Z powodu utworzenia instytutu epizootologicznego nie mogą zmniejszyć  
się dotacje Skarbu Państwa na kliniki uczelni weterynaryjnej, podobnie  
jak nie zmniejszają się dotacje na szpitale i laboratorja medycyny  
ludzkiej z powodu istnienia instytutu epizootologicznego. Lekarze weter.  
nie mają gdzie praktycznie naukowo kształcić się. Musimy więc ko-  
niecznie wypowiedzieć się za koniecznością stworzenia takiego instytutu  
w interesach rolnictwa i hodowli, które jest gnębione przez epizooto-  
logję. Dr. Nehrebecki uważa, że założenie takiego instytutu jest

przedwczesne ze względu na nieliczność sił naukowych w Polsce. Prof. Runge popiera wnioski prof. Panka. Kolega Bieńkiewicz — niezależnie od środków i czasu instytut taki musi być utworzony, a to dlatego, ponieważ uczelnie weterynaryjne nie mają możliwości prowadzić pracy naukowo-praktycznej.

Wnioski prof. Panka uchwałą zjazdu przyjęto.

2. **J. Gordziałkowski.** (W-wa). — Uczelnie Weterynaryjne. (Korreferat).

1. Uczelnie weterynaryjne muszą być jako samodzielne pełnoprawne akademie weterynaryjne ze swoim senatem na czele.

2. Kierunek akademii weterynaryjnych musi być lekarsko-hodowlany z uwzględnieniem wiedzy praktycznej, dostosowanej do potrzeb lecznictwa i hodowli.

3. Kurs nauk ma trwać  $4\frac{1}{2}$  lata, czyli 9 pełnych semestrów z rocznym systemem egzaminów teoretycznych i praktycznych z uwzględnieniem ekskursji do zakładów hodowlanych, rzeźniczych i leczniczych.

4. Komplet nauk weterynaryjnych musi składać się z 12 katedr zasadniczych (6 zwyczajnych i 6 nadzwyczajnych) i kilkunastu przedmiotów dodatkowych wykładanych przez docentów lub prywatnych lektorów.

5. Katedry są następujące: 1) Anatomji Opisowej, Histologii z Embryologią; 2) Zoologii z parazytologią i porów. anatomją; 3) Fizjologia zwierząt domowych z chemją fizjologiczną; 4) Hodowla zwierząt z genetyką i nauką o żywieniu zwierząt; 5) Farmakologia z recepturą i ogólną terapią; 6) Bakteriologia z serologią; 7) Anatomja patologiczna z ogólną patologią; 8) Patologia szczegółowa z terapią i kliniką; 9) Chirurgja ogólna i operacyjna z anatomją topograficzną i podkównictwem; 10) Chirurgja szczegółowa z kliniką chirurgiczną; 11) Choroby zakaźne z policją weter. i kliniką; 12) Higiena weterynaryjna i higiena mięsa, mleka i innych produktów spożywczych.

6. Komplet słuchaczy ze względów dydaktycznych nie powinien przekraczać 50 osób na pierwszym roku.

7. Uczęszczanie na wykłady musi być obowiązkowe i przeto przy akademjach należy mieć internaty.

3. **K. Millak.** (W-wa). — Polska prasa weterynaryjna, jej zadania i dalszy rozwój.

Polska prasa weterynaryjna przed wojną. Stan obecny. Zadanie prasy weterynaryjnej i pożądane wykładniki tych zadań, propaganda polskiego dorobku naukowego zagranicą. Stosunek zawodowców do własnej prasy.

4. **S. Terlikowski.** — Sprawa podręczników i dzieł fachowych weterynaryjnych.

5. **Z. Markowski.** (Lwów). Motylca ze stanowiska gospodarczego.

POSIEDZENIE VI.

Środa 15. VII, godz. 9.

**DZIAŁ EPIZOOTOLOGJI i BAKTERJOLOGJI.**

Przewodniczący: prof. K. Panek.

1. **Z. Markowski.** (Lwów).—Szczepienie ochronne przy wścieklicznie u psów.

2. **S. Koeppe.** (W—wa).—Prace doświadczalne nad odpornością przeciwko wścieklicznie.

Pod wpływem uodporniania zwierząt, zarówno szczepionką żywą, jak i zabita kwasem karbolowym, surowica nabiera własności zobojętnienia zarazka stałego wściekliczny.

Obecność tych własności zobojętniających we krwi nie zawsze idzie w parze z odpornością na zakażenie śródmózgowe.

Pod wpływem uodpornienia zawiesiną normalnego mózgu króliczego, surowica psa również nabiera własności zobojętniania zarazka stałego wściekliczny.

W dyskusji głos zabierają:

Prof. Bujwid popiera jaknajgoręcej wprowadzenie szczepień chronnych przeciw wścieklicznie. Uważa, że najlepsza metoda Fermiego szerzej zastosowana przez Semple'a. Przy zastosowaniu szczepionki uważać należy o cytolitycznych własnościach zarazka „Virus fixe“ Pasteur'a, który łatwo wywołuje objawy paralizis bulbaris. Należy zatem odświeżać zarazek stosowany do wytwarzania szczepionek. Prof. Markowski podaje wniosek: Sekcja medycyny weterynaryjnej 12-go zjazdu Przyrodników i lekarzy zwraca się do M. W. i D. P. przedstawiając konieczność przeprowadzenia szczepień ochronnych przeciw wścieklicznie wśród zwierząt domowych. A. Zakrzewski zwraca uwagę, że w ocenie dodatnich wyników rzekomego wzniesienia odporności przy stosowaniu jałowego mózgu należy się liczyć z możliwością wrodzonej odporności lub też nabytej o przebiegu poronnym.

3. **A. Zakrzewski.** (Lwów). — Wściekliczna na obszarze 3-ch wschodnich województw Małopolski w latach 1907—1924.

4. **S. Majewski.** (Kutno). — O zwalczaniu zarazy stadniczej. Obecnie zaraza stadnicza rozpowszechniona jest w bardzo wielu punktach Rzeczypospolitej Polskiej. Podjęta przez Rząd akcja wybijania koni, dotkniętych tą chorobą (w końcu 1924 i początku 1925) całkowicie jej nie zlikwidowano. U zarażonych koni ta choroba może długi okres (nawet do kilku lat) przebywać w utajonej formie. Zarażenie się następuje nie u wszystkich krytych przez chorego ogiera klaczy i waha się od 5% do 62 %. Sprawa stawiania djagnozy powinna być udoskonalona. Ponieważ nauka nie wyklucza samowyleczenia, jak również możliwości wyleczenia preparatami arsenikowemi, należy opracować metody ustalenia djagnozy, wyczerpać środki proponowane

przez naukę w celu wyleczania, a nawet w ścisłym zakładzie rozpoznawczym — przeprowadzać doświadczenia nad stanowaniem wyleczonych ogierów i klaczy i następnie badać ich potomstwo. Proponuję wybijać tylko konie wycieńczone, a inne — wysokowartościowe leczyć. Ogiery wszystkie, tak w stadach państwowych, jak i prywatnych poddać ścisłej kontroli lekarsko - weterynaryjnej. Wydać ustawę o przymusowej kastracji ogierów prywatnych nie licencjonowanych.

Jestem głęboko przekonany, że skoro rozciągniemy ścisłe badanie nad zarazą stadniczą, ujmemy ją prawidłowo. Weterynarja Polska wynajdzie radykalny sposób jej zwalczania, przez co oddamy nieocenione usługi naszej hodowli.

5. **K. Wróblewski.** (Bydgoszcz).—O zarazie stadniczej w Polsce.

Zaraza stadnicza w powojennej Polsce jest znacznie więcej rozpowszechniona niż to się zdaje. Od września 1924 r. nadesłano do instytutu w Bydgoszczy dla badań materiały na zarazę stadniczą z 77 od 633 podejrzanych koni. Badania kliniczne chorych koni i zmiany anatomo-patologiczne przy sekcjach przekonały autora, iż opisywane do tego czasu objawy wcale nie są wyczerpujące i muszą być znacznie dopełnione. Szczególna uwaga musi być zwrócona na formy bezparaliczne, bez talarów, lub zmian w narządach płciowych, a jednak prowadzących do śmierci. W instytucie po rozmaitych próbach metod serologicznych autor zatrzymał się na metodach wykrycia choroby za pomocą aglomeracji, odchylenia dopełniacza i wiązania lipidów, jako dające wyniki najpewniejsze. Ilość przeciwciał we krwi chorych nie zawsze jest stałą i zmienia się z ogólnym stanem zwierzęcia spadając nieraz do 0. Wobec tego wyniki mogą być miarodajnymi tylko po kilkakrotnem badaniu krwi od chorych. Samowyleczenie nie jest wykluczone. Chore matki mogą rodzić zdrowe źrebięta. Walka z zarazą przez wybijanie chorych i podejrzanych wobec tego, a też wielkiego rozpowszechnienia choroby nie może być uznana za racjonalną. Muszą być opracowane nowe sposoby walki z tą chorobą.

6. **O. Bujwid.** — Szczepienie przeciwrózycowe zapomocą zarazka zabitego.

W sprawie zwalczania różycy prof. Bujwid zaleca stosowanie szczepionki z bakterji różycowych zabitych. Metoda Lorenza stosowana dotąd niewątpliwie przyczynia się do szerzenia epizoocji, przez sztuczne tworzenie nosicieli żywego zarazka, czego dowodem są przypadki spóźnionej różycy po szczepieniach w miejscowościach gdzie przedtem różycy nie było.

Doświadczenia jakie prof. Bujwid wykonał na drobnych zwierzętach i u świń doświadczalnych i hodowlanych, przekonały go o skuteczności i absolutnej nieszkodliwości metody.

7. **O. Bujwid** — W sprawie zwalczania gruźlicy.

W sprawie odgruźliczenia była zwłaszcza krów dojnych pro. Bujwid zaznacza konieczność większego zajęcia się tą sprawą nie tylko władz, ale i poszczególnych lekarzy weterynaryjnych. Gruźlica była jest z pewnością większa teraz niż przed wojną. Stosowanie jedynie metody klinicznego badania nie usuwa gruźlicy. Koniecznym jest stosowanie tuberkuliny. Lekarze weterynarii mogli stworzyć pomocników do wykonywania szczepień w większych oborach zostawiając dla siebie kierownictwo i kontrolę. Za najpewniejszą metodę prof. Bujwid uważa wstrzykiwania podskórne 0,3 tuberkuliny, oraz badanie ciepłoty po 15—18 godzinach. Sposób ten daje możność powstrzymania gotowych już ognisk gruźliczych przez pobudzenie tkanki łącznej do rozrostu naokoło ogniska. Izolować należy wcześniej cielęta, karmić je mlekiem krów wolnych od gruźlicy wymienia, izolując od razu na mięso sztuki kaszlące z wybitnymi oznakami klinicznymi.

8. **L. Marjowski.** (W-wa).—Streptothrichoza oczna u psa wywołana przez nową odmianę i nieżyt spojówek gołębia wywołany przez nową odmianę szczepu z gr. „Coryne“

Starając się zbadać istotę czynnika niezytu łącznicy oka zwierzęcego, wszcząłem pracę na badaniu klinicznym, bakterjologicznym i doświadczalnym. W toku tych badań otrzymałem w 2-ch przypadkach szczepy bakteryjne, które swym charakterystycznym wzrostem na pożywkach i wyglądem w badaniu drobnowidzowym zwróciły na siebie szczególną uwagę. Szczep w pierwszym przypadku wyodrębniłem z posiewu wydzieliny chorego kanalika łzowego i spojówki psa. Przedstawiał się on w badaniu drobnowidzowym w kształcie splot w długich i cienkich nitek, które miejscami tworzyły rozgałęzienia. Dalsze badania wykazały, iż barwi się Gramem, rośnie na agarze z dodatkiem surowicy, na samym agarze nie wiele rośnie, rozpuszcza żelatynę, działa silnie hemolitycznie, wytwarza zarodniki i zabija zwierzęta doświadczalne. Na podstawie niektórych cech wspólnych z odmianami należącymi do gr. „Streptotrix“ zaliczyłem go do niej pod nazwą: „Nitkowiec łzawy psa“.

Szczep w drugim wypadku otrzymałem z posiewu wydzieliny chorej spojówki gołębia. Przedstawił się on w badaniu drobnowidzowym w kształcie wrzecionowatych delikatnych prątków, które Gramem odbarwiały się i wyraźnie zabarwiały się na biegunach. Dalsze badanie wykazało, że rośnie on na wszystkich pożywkach, nie zmieniając ich i jest zjadliwy dla zwierząt doświadczalnych. Na podstawie niektórych cech wspólnych z odmianami, należącymi do gr. „Coryne“, zaliczyłem go do niej pod nazwą: „Prętek spojówkowy gołębia“.

9. **M. Krogulecki.** (Lwów).—Znamiona rozpoznawcze tyfusu a nosówka u psów.

Rola krętków znalezionych przez Lukesa jako czynnika etiologicznego tyfusu psiego. Domniemany czynnik chorobotwórczy nosówki. Patogeneza, obraz zmian anatomo - patologicznych, histopatologia, objawy kliniczne i rozpoznanie różniczkowe omawianych chorób.

## POSIEDZENIE VII.

Środa 15.VII, godz. 9.

### DZIAŁ HIGIENY I HODOWLI.

1. **K. Szczudłowski.** (Lwów).—Uwagi na temat niepłodności samic.

Spustoszenia czynione przez niepłodność samic większych zwierząt domowych. Środki zmierzające do poprawienia stanu obecnego przez urządzenie kursów dla lekarzy i pogadanek dla rolników. Masaż jajników przez odbyt a enukleacja i cystotrypsis.

W dyskusji głos zabierali:

Dr. Koskowski kładzie nacisk na djagnozę. Leonowicz wypowiada się w sprawie zachorzeń rąk podczas manipulacji przy porodzie.

Prof. Gajewski radzi kontrolować odczyn pochwy papierkiem lakmusowym.

Prof. Runge wspomina o niepłodności spowodowanej przez corpus luteum persistans i nieżytem chronicznym pochwy.

2. **S. Majewski.** (Lwów).—Problem hodowli bydła w związku z eksportem zboża.

Hodowla w Polsce z powodu nieuświadomienia szerokich mas rolnictwa, a szczególnie włościaństwa, stoi na niskim poziomie, wskutek czego wartość inwentarza żywego u włościan jest znacznie niższa, niż u właścicieli większych majątków. — Ogólna ilość bydła w kraju jest dość duża, ale produkcja mleka i masła—nieproporcjonalnie niska. Dzieje się to z powodu niezrozumienia szerokich mas rolnictwa, że krowy powinny być traktowane, jako fabryki mleka i ew. mięsa lecz nie obornika, jak większość rolników o tem sądzi. Dzieje się to również i wskutek tego, że rolnicy nie obliczają, jakie daje korzyści produkcyjne żywienie krów, przy którym, metr zboża, spasionego bydła, opłaca się dwa razy drożej, niż gdyby to zboże zostało sprzedane na rynku, mianowicie: jedna jednostka pokarmowa, t. j. jeden kg. zboża, jako pasza dodatkowa, daje trzy litry mleka. — Jeden kilogram zboża kosztuje 30 groszy, a trzy litry mleka, licząc po 20 groszy za litr—60 groszy, t. j. krowa płaci za zboże dwa razy drożej, niż rynek. Nasze bydło przez zimę głoduje i wskutek głodu traci na wadze do 10—15%. Ponieważ mamy w Polsce do 9.000 000 sztuk bydła, więc przez głodówkę tracimy do 900.000 sztuk bydła wartości

do 200.000 000 zł.—Racjonalne żywienie rolnictwo od tej straty uchroni a w dodatku, zboże, pasione krowami da o 100% więcej zysku.

Dla racjonalnego wyżywienia naszego bydła, jeżeli będziemy dawali tylko paszę produkcyjną dla krów mlecznych, potrzeba codziennie 10.000.000 kgr. zboża, czyli tysiąc wagonów dziennie, a wtedy będziemy posiadali na eksport w miejsce 1.000 wagonów zboża dziennie, jak to było w 1923 r. — 100 wagonów masła — produktu o 100% droższego niżeli żyto, wobec tego, eksport zboża zagranicę jest rujnującym dla gospodarstwa. W miejsce zboża należy wywozić masło, mięso i inne produkta hodowlane.

3. **L. Fedak.** (Lwów). — Robaki pasożytnicze ryb Bałtyku polskiego.

Prelegent przedstawia tymczasowe wyniki swych poszukiwań dokonanych w czasie sezonu wiosennego b. r., w czasie którego znalazł u ryb łownych 7 gatunków pasożytniczych robków, mianowicie dwa taśmowce, 2 glisty, 3 cierniogłowy, z tych jeden w stadium larwalnym.

#### POSIEDZENIE VIII.

Środa 15.VII, godz. 15.

#### DZIAŁ KLINICZNY.

1. **J. Guz.** (W-wa).—Indykan w moczu przy chorobach skórnych u zwierząt domowych.

Określenie indykanu w moczu u zwierząt domowych. Fizjologiczna i patologiczna indykanurja. Autointoksykacja—jako przyczyny niektórych chorób skóry. Indykanuria, jako wskaźnik autointoksykacji jelitowej. Nadmiar indykanu w moczu przy chorobach, związanych z samozatruciem ze strony jelit. Zmniejszanie się indykanu w moczu w zależności od diety i od niektórych środków chemoterapeutycznych. Recydywy chorób skóry. Djagnostyczne znaczenie indykanurji przy niektórych chorobach skóry.

2. **S. Gajewski.** (Lwów). — Uwagi nad astygmatyzmem soczewkowym u koni.

Histologja soczewki. Spostrzeżenia i wnioski własne nad pewnym układem warstw soczewki. Spostrzeżenia Rabl'a. Kwestje astygmatyzmu jako wady.

3. **S. Smoliński.** (Lwów).—O najczęściej występujących chorobach natury pasożytniczej u zwierząt dziko żyjących.

Znaczenie tych chorób w patologji weterynaryjnej. 1. Motyllica. sposób zakażenia. Charakterystyczny jej przebieg u zajęcy, dzikich królików i saren. Sposoby zwalczania. 2. Włośnica. Potrzeba badania mięsa na włośnice. Rola dzikich zwierząt w szerzeniu włośnicy, 3. Choroba robacza płuc (strongylosis) u saren i zajęcy. Spółdziała-



nie bakteryj w wywoływaniu zapalenia płuc. Straty wśród zwierzyny. Zwalczanie choroby.

4. **M. Łabędź i A. Grynkrout.** (W-wa).—Najnowsze stosowania promieni Roentgena w medycynie weterynaryjnej.

Stosowanie promieni Roentgena: a) jako środka rozpoznawczego w wypadkach urazowych, odnajdywanie ciał obcych, b) jako środka leczniczego przy nowotworach i chorobach skóry, c) jako środka rozpoznawczego w położnictwie.

Wyniki otrzymane przez stosowanie promieni X w położnictwie. Doświadczenia własne.

#### POSIEDZENIE IX.

Środa 15.VII, godz. 15.

### DZIAŁ SPOŁECZNO - ADMINISTRACYJNY.

1. **J. Kiszkiel.** (W-wa). Stan rzeźni w Polsce na dzień 1 stycznia 1924 r. i ich znaczenie pod względem sanitarnym.

Wnioski:

a) Zjazd stwierdza konieczność niezwłocznego wydania jednolitej dla całego Państwa ustawy o budowie i eksploatacji rzeźni publicznych oraz o badaniu zwierząt rzeźnych przed i po uboju.

b) Ustawowego zastrzeżenia prawa wyłączności na budowę i eksploatację rzeźni publicznych gminom miejskim i wiejskim, z tem że nie mniej jak 75% z dochodów danej rzeźni ma być obracane wyłącznie na jej potrzeby, oraz amortyzację i oprocentowanie wydatkowanego kapitału.

c) W miastach osadach i wsiach posiadających ponad 10 tysięcy mieszkańców, badania zwierząt rzeźnych powinien wykonywać lekarz weterynaryjny specjalnie angażowany przez Zarząd Komuny.

Wnioski uchwałą Zjazdu przyjęto.

W dyskusji głos zabierali:

Dr Matuszewski porusza kwestję lekceważenia sprawy rzeźnianej dla zdrowia ludzkiego, hodowli zwierząt i handlu mięsem oraz pochodnymi produktami z państwami ościennymi.

Brak ogólnego szematu w badaniu mięsa.

Insp. Mackiewicz wskazuje na złą obsadę rzeźni w Małopolsce przyczem zaznacza, że rzeźnie winne być budowane nie koniecznie w środku miasta.

Dr. Nehrebecki uważa, że przedwczesne jest omawianie rozbudowy rzeźni ze względu na obecne przesilenie gospodarcze.

Dr. Schoenborn powiada, że przy obecnym stanie rzeczy niema braku lekarzy weter., trzeba jednak zabezpieczyć byt lekarzom weter., aby nie stworzyć proletariatu weterynaryjnego, trzeba walczyć

o uniezależnienie personelu weterynaryjnego od laików w służbie państwowej i samorządowej.

Dr. Pruchnicki proponuje ubezpieczenie zwierząt rzeźnianych, oraz uważa, że Ministerstwo winno opracować plany budowy małych rzeźni.

Dr. Leszko, należy stworzyć ustawę oraz dać pewne warunki weterynarii rzeźnianej, a wówczas zdobędziemy się na personel lekarski. Wyraża jeszcze życzenie, by Ministerstwo na terenie zachodniej Polski nie dawało się wyprzedzać Niemcom, pod względem sanitarno-weterynaryjnym.

2. **J. Feddecki.** (Kalisz). — Gruźlica w świetle cyfr w wyniku badań na rzeźniach.

Przewodnią myślą referatu jest wykazanie nierównomiernego szerezenia się gruźlicy w różnych dzielnicach Polski b. trzech Zaborów, opierając się na liczbowych danych ostatniego sześćdziesiątka (od roku 1919—1924) w wyniku badań na rzeźniach następujących miejscowościach: Poznań, Bydgoszcz, Toruń, Grudziądz, Katowice, Łódź, Kalisz, Radom, Łomża, Lwów, Przemyśl, Rzeszów, Tarnopol. Dane cyfrowe zebrano na zasadzie obeszanego do wymienionych miejscowości kwestjonariusza. Dołączone do referatu tablice statystyczne i wykresy ilustrują sprawę w szczegółach. Wymienione tablice i wykresy pomieszczone były na wystawie XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Wnioski:

1. Dzielnice zachodnie Polski (głównie Poznańskie) w porównaniu do wschodnich na Kresach wykazują się o wiele wyższym % gruźliczego bydła dochodzącem przeciętnie do 21%, gdy wschodnie naprzykład Lwów wykazuje 0,5%.

2. Na terenach okupowanych w czasie wojny należy odnotować znaczne zmniejszenie gruźliczego bydła w obecnym okresie powojennym w porównaniu z okresem przedwojennym np. w Łódzkim okręgu nawet do połowy (z 18,6% w roku 1924-ym — 1906 na 9,7% w r. 1919—1924).

3. **J. Feddecki.** (Kalisz). — Włośnica i wągryzycy w świetle cyfr.

Dane liczbowe o włośnicy z literatury niemieckiej i rosyjskiej okresu przedwojennego; także dane za 38 lat wyników badań na rzeźni w Kaliszu i na 27 rzeźniach ziemi Kaliskiej.

Pierwsze rozporządzenia w Prusach zaprowadzające od 4.1 1875 r. powszechną obowiązkową kontrolę trichynoskopijną w państwie. W Kaliszu badania te rozpoczęto 1886 r. Statystyka powojenna włośnicy i wągryzycy za 6 lat od r. 1919—1924 z 12 tu rzeźni z różnych miejscowości 3-ch dzielnic Polski mianowicie w b. Zaborze Pruskim: Poznań

Toruń, Katowice, Ostrów, — w b. Kongresówce Łódź, Kalisz, Częstochowa, Lublin, Radom i w Galicji Kraków i Lwów. W tej jednak ostatniej dzielnicy spostrzeżenia odnoszą się wyłącznie do wągrzycy, bowiem trychinoskopja w rzeźniach b. Zaboru Austrii nigdy nie była i dotąd nie jest obowiązującą. Wyjaśnienie przyczyn dlaczego włośnica i wągrzyca w trzech wymienionych dzielnicach tak bardzo znaczne różnice wykazuje. W załączeniu do referatu — tablice statystyczne i wykresy, które znalazły pomieszczenie na wystawie XII Zjazdu L. i P. P.

Wnioski: I. Częstość wypadków włośnicy i wągrzycy jest w zależności od stopnia kultury, jaka istnieje w gospodarstwach hodujących trzodę. II. Co do włośnicy w b. Kongresówce — przeciętnie 0,12%, w b. zaborze Pruskim (Poznańskie) — 0,03%. III. % wągrzycy wynoszą przeciętnie w dzielnicy b. Kongresówki 0,28, w Galicji 0,33, w dzielnicy b. Zaboru Pruskiego tylko 0,07.

4. **W. Bieńkiewicz.** (Brześć n. B).—Samorządowa Organizacja Weterynaryjna i jej zadania.

Wśród korporacji weterynaryjnej istnieje obecnie słuszne przekonanie, że wbrew oczekiwaniom, weterynarja i jej przedstawiciele nie otrzymali w Państwie i społeczeństwie należnego stanowiska, co w rezultacie ujemnie wpływa na gospodarstwa i hodowlę i wywołuje zniechęcenie pracowników weterynaryjnych.

Taki stan rzeczy jest wynikiem stosunków przedwojennych, kiedy lekarze weterynaryjni mogli pracować tylko jako urzędnicy lub zajmowali się prywatną praktyką i to przeważnie w bardzo niekorzystnych warunkach, a nie mieli możności występować jako pracownicy społeczni, posiadający warunki do stosowania swojej wiedzy w różnorodnych kierunkach.

Medycyna weterynaryjna i jej przedstawiciele mogą teraz zdobyć należne stanowisko i rozwinąć pożyteczną dla ogółu działalność, opierając się na społeczeństwo i pracując dla niego, osiągnąć zaś to można pracując w organizacji weterynaryjnej samorządowej i usilnie popierającą.

Organizacja ta powinna znajdować się pod stałą kontrolą Wojewódzkich i Centralnych Państwowych organów weterynaryjnych i kierować się istniejącymi wymaganiami prawa i przepisów zasadniczych.

Zasadnicze funkcje rzeczowej organizacji winne być następujące: 1. Zorganizowanie pomocy leczniczej dla zwierząt w lecznicach i przychodniach, o ile możności bezpłatnej, a dostępnej dla ogółu podatników, co zapewni realne korzyści ludności i przyczyni się wykrycia epizooji. 2. Stosowanie szczepień ochronnych, leczniczych i rozpoznawczych bezpłatnie lub po cenie kosztu. 3. Dozór nad rzeźniami, targowicami i wogóle nad obrotem zwierząt i surowców. 4. Rozpowszechnianie wiadomości z dziedziny medycyny weterynaryjnej, a osobliwie higieny zwierząt ze szczególnym naciskiem na żywienie, utrzy-

manie i chów. 5. Udział we wszystkich pracach nad podniesieniem hodowli i udział w asekuracji zwierząt.

• Niezależnie od tego należy dążyć do przekazania samorządom walki z epizoocjami na zasadzie istniejących praw i przepisów pod warunkiem, że lekarzom weter. w tym wypadku przysługiwać będą wszystkie prawa lekarzy państwowych przy analogicznej odpowiedzialności i pod warunkiem, że samorzady będą musiały posiadać w powiatach pewne minimum lekarzy w stosunku do terytorjum 700 kw. klm. (i do ilości zwierząt).

---

## XXXI. Sekcja Higjeny szkolnej i Wychowania fizycznego.

Przewodniczący: W. Światopełk — Zawadzki i S. Kopczyński.  
Sekretarz: A. Majewski.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13.VII. godz. 9.

Przewodniczący: A. Maciesza.

Przeciążenie młodzieży szkolnej. (Temat programowy).

1. **K. Jonscher.** (Poznań). — O przeciążaniu młodzieży szkolnej. Badanie dzieci szkolnych, zwłaszcza dzieci szkół średnich z punktu widzenia lekarza pedjaty wykazuje niewątpliwie, że większość dzieci może podołać wymaganiom stawianym im obecnie przez szkołę, tylko z uszczerbkiem dla zdrowia. Tylko dzieci zupełnie zdrowe i zdolne mogą poświęcać dostateczną ilość czasu ćwiczeniom fizycznym niezbędnym dla podtrzymania zdrowia. Lecz dzieci te stanowią tylko znikomą mniejszość. Stan zdrowia większości dzieci w naszych szkołach średnich jest bardzo zły: Ciężkie warunki ekonomiczne, gruźlica, alkoholizm i t. d. czynią znaczne spustoszenia wśród dziatwy szkolnej. A tymczasem dzieci te muszą przesiadywać w szkole stale po sześć godzin dziennie i odrabiać po południu zadania, co zwykle wypełnia cały dzień, nie pozostawiając najczęściej ani chwili czasu na odpoczynek, spacer lub zajęcie się jakimś sportem. Dziewczynki są tu zwykle jeszcze więcej upośledzone od chłopców, gdyż jako więcej obowiązkowe nie uchylają się tak łatwo od pewnego nadmiaru zadań, a następnie i wskutek tego, że świadomość o konieczności uprawiania przez nie sportu nie jest jeszcze, niestety, dostatecznie rozpowszechniona w naszym społeczeństwie.

Zalecane przez Ministerstwo W. R. I. O. P. środki, mające na celu zmniejszenie tego przeciążenia nie rozwiązują sprawy: pomimo ich stosowania przeciążenie to istnieje nadal.

Obok przyczyn niezależnych od Ministerstwa jak to: Złe warunki mieszkaniowe, obniżenie się ogólnego poziomu etycznego, niski po-

ziom intelektualny znacznej części dzieci niepotrzebnie skierowywanych do szkoły średniej, istnieje szereg przyczyn przeciążenia, których usunięcie leży w mocy Ministerstwa. A mianowicie:

1. Zbyt obszerny program szkolny, który należy bezprzecznie zmniejszyć, co można uczynić bez żadnej szkody dla wykształcenia ogólnego młodzieży.

2. Zmniejszenie liczby godzin szkolnych do ilości 5 dziennie, zamiast dotychczasowych 6-ciu.

3. Dostarczenie młodzieży brakujących wciąż jeszcze podręczników z różnych przedmiotów.

4. Odpowiednie przygotowanie i wykształcenie sił nauczycielskich.

5. Poprawa warunków materialnych nauczycieli, co umożliwi im utrzymanie siebie i rodziny bez dodatkowej pracy poza szkołą. Dotychczasowe uposażenie nauczyciela odbija się ujemnie na jego pracy w szkole, zwiększając przeciążenie młodzieży.

2. **St. Szuman.** (Poznań). — Rola lekarza szkolnego przy zwalczaniu przeciążenia uczniów nauką. (Streszczenie koreferatu).

Z przeciążeniem można i trzeba walczyć. Lekarz szkolny w pierwszej linii powinien zająć się tem zagadnieniem higieny nauczania. W porozumieniu z radą pedagogiczną powinien on rozwinąć intensywną działalność, aby stwierdzić czy i wskutek czego uczniowie poszczególni są przeciążeni i znaleźć środki, aby w danej szkole przeciążenie zostało zredukowane do minimum. Zarówno dla dyrekcji szkoły, jak dla nauczycieli i lekarza szkolnego doskonałe wskazówki zawiera ostatnie rozporządzenia ministerstwa o zwalczaniu przeciążenia (Dn. Ucz. Min. W. R. i O. P.). Ścisłe i sumienne zastosowanie się do tych wskazówek pozwoliłoby usunąć przeciążenie w znacznej mierze.

Lekarz szkolny chcący walczyć z przeciążeniem musi się dobrze zapoznać z teoretyczną i naukową stroną tego zagadnienia. Zarówno przez pytanie poszczególnych uczniów, przy badaniach indywidualnych, jak przez specjalne ankiety powinien on starać się stwierdzić, którzy uczniowie są przeciążeni i czemu są przeciążeni. Powinien starać się wpłynąć na uczniów zarówno jak na nauczycieli, aby jednych zachęcić do racjonalnej, sprawnej pracy w domu, do rzetelnego, prawdziwego wysiłku przez określony czas nauki popołudniowej, a drugich do umiarkowania w wymaganiach, które odnośnie do przedmiotu swego stawiają uczniom. Przedewszystkiem lekarz szkolny musi mieć kontakt z rodzicami i dawać im wskazówki, w jaki sposób pokierować nauką domową ucznia. Uczniów osłabionych po przebytej chorobie lekarz szkolny winien wziąć pod opiekę specjalną, podczas gdy uczniów zbyt tępych lub chronicznie nerwowych i niedomagających za jego radą powinna szkoła czasowo lub zupełnie zwolnić. Działal-

ność lekarza szkolnego na polu higieny nauczania i szczególnie przeciążenia wymaga specjalnie dużo taktu i może łatwo doprowadzić do pewnych nieporozumień, należy jednak stwierdzić, że walka z przeciążaniem należy nie tylko do praw, ale do pierwszych obowiązków lekarza szkolnego.

3. **J. Oziębłowski.** (W-wa).—W sprawie przeciążenia młodzieży w szkołach średnich.

Drogę ankiety skierowanej do uczniów, rodziców i dyrekcji szkół należy uważać za właściwą metodę badania przeciążenia. Dane ankiety są do pewnego stopnia sprawdzianem wniosków o przeciążeniu wysnutych na podstawie rozważań ogólnych warunków pracy ucznia.

Warunkiem celowości ankiety jest odpowiedni sposób redagowania pytań. Wnioski z omawianej ankiety oparte są na materiale zebranym z 4 ch szkół średnich w Warszawie. Odpowiedzi wykazały nierównomierność i niesystematyczność pracy domowej ucznia, której przyczyną są wadliwie układane rozkłady tygodniowych zajęć w szkole, oraz brak wdrożenia uczniów do systematycznej pracy.

Stwierdzono, że młodzież zbyt późno układa się do snu, że młodzież starsza zbyt mało czasu poświęca na kształcenie fizyczne. Zbyt wielu uczni korzysta z pomocy korepetytorów, co jest wynikiem dopływu do szkoły jednostek za mało uzdolnionych do poziomu szkoły średniej, które niepotrzebnie powodują przepełnienie klas. Znaczny odsetek uczniów pobiera nauki dodatkowe, większość znaczna ma czas na rozrywki. Naogół w stosunku do wyników ankiety z przed 5 laty opracowanej przez dr. Kopczyńskiego, która wykazała znaczne przeciążenie, przeciążenie to zmniejszyło się.

Za miarę przeciążenia można uważać stosunek różnicy pomiędzy przeciętną liczbą godzin domowej pracy dziennej (A), a liczbą godzin wskazaną przez higienę (13) do tej ostatniej liczby (13), a więc  $\frac{A-13}{13}$ . Jest to liczbowy wskaźnik przeciążenia podług tych obliczeń przeciążenie zmniejszyło się prawie trzykrotnie. Nader ważnym czynnikiem w sprawie przeciążenia jest przepełnienie klas. W szkołach, gdzie klasy są przepełnione po nad normę odpowiedzi uczniów wskazują na większe przeciążenia.

#### Dyskusja:

Prof. Piasecki. Szkoda, że nie bierze udziału w dyskusji przedstawiciel wydziału programowego. Nadmiernie długie siedzenie w szkole jest bez wątpienia szkodliwe. Znajomość należyta metod nauczania racjonalnej heurezy jest wśród nauczycielstwa niedostateczna.

Prof. Firewicz: Na przeciążenie wpływają fatalne warunki mieszkaniowe. Potrzeba burs i świetlic. Przedwczesna modyfikacja programów jeszcze niewypробowanych nauczania.

Dr. Nasiłowski. Potrzeba indywidualizacji nauczania.

Dr. Handelsman. Koniecznym jest zmniejszenie programu matematyki, fizyki i łaciny w gimn. humanistycznym zwłaszcza żeńskim, zredukowanie do minimum prac domowych, zniesienie przedmiotów pozaobowiązkowych.

Dr. Szaykowska. Szkodliwe są klasówki, przepytywanie w końcu okresów, należy zmniejszyć liczby okresów, wcześniejsze kończenie zajęć, w dzień gier i zabaw.

Dr. Wojnicz. Potrzebne jest zmniejszenie programu szkolnego zwłaszcza w porze letniej, niezbędny jest regulamin dla uczniów zwłaszcza na kresach wschodnich.

Dr. Kopczyński. Sprawa przeciążenia wiąże się z organizacją całego szkolnictwa i stosunku szkół średnich do szkół powszechnych i do szkół wyższych. Skoro te sprawy zostaną rozwiązane i należycie uregulowane, to wówczas sprawa przeciążenia będzie mniej aktualną.

Francikowski. W pięciogodzinnym programie szkoły średniej winno się znaleźć miejsce na codzienne ćwiczenia cielesne.

Uchwała. Sekcja higieny szkolnej i wychowania fizycznego uchwała zwrócić się za pośrednictwem Prezydium Zjazdu do Ministerstwa WR. i Op. z prośbą przedsięwzięcia wszystkich możliwych środków w celu zwalczania przeciążenia w szkołach.

4. **S. Szuman.** (Poznań). — Uczniowie dojeżdżający koleją pod względem zdrowia, postępów w nauce i pod względem moralności.

Uczniowie dojeżdżający koleją do szkoły żyją pod wielu względami w warunkach zupełnie anormalnych. Wielu z nich wstaje codzień o godzinie 4-tej lub 5-tej rano, je obiad dopiero wieczorem, sypia tylko kilka godzin, niema miejsca stałego, gdzieby można wypocząć i w spokoju odrobić lekcje. Obserwacje dyrektorów, nauczycieli i lekarzy szkolnych przemawiają zatem, że taki tryb życia wpływa ujemnie zarówno na rozwój fizyczny, jak na postępy w nauce i również na moralność uczniów, spędzających pół dnia na dworcu, na ulicy i w pociągu. Ażeby o rzeczywistym stanie rzeczy wyrobić sobie pogląd bardziej ścisły i naukowy rozesłano ankiety do kilkunastu szkół średnich i seminarjów Okręgu Szkolnego Poznańskiego, w których liczba uczniów dojeżdżających jest znaczna. Kwestjonariusz ułożony tak, aby móc porównać rozwój fizyczny, postępy w nauce oraz zachowanie się uczniów miejscowych z jednej, a uczniów dojeżdżających z drugiej strony. Pozatem chodziło o ustalenie współzależności między rozwojem fizycznym, postępem w nauce i zachowaniem się uczniów dojeżdżających, wychodząc z założenia, że tryb życia uczniów dojeżdżających musi mieć wpływ ujemny na każdym polu.

Wyniki cyfrowe ankiety zostaną podane w referacie.



5. **W. Ossowki.** (Skierniewice). — Wpływ dojeżdżania do gimnazjum na postępy, charakter i zdrowie ucznia.

Własnej obserwacji materiały z gimnazjum państwowego im. B. Prusa i gimnazjum żeńskiego P. M. S. — w Skierniewicach oraz materiały, zebrany z rozesłanych przezemnie kwestionariuszów do 236 średnich zakładów naukowych kuratorjum Okręgu Szkolnego Warszawskiego, daje wyniki, jak poniżej: zwrot kwestionariuszów nastąpił od 71 uczelni, przeważała odpowiedź od prywatnych zakładów naukowych (44-ch) i z liczby wszystkich 71 zakładów naukowych w roku bieżącym 17006 uczącej się młodzieży płci obojga dojeżdża lub dochodzi 1081 chłopców i dziewczynek; dojazd koleją, końmi, na rowerze, pieszo; odległość przejazdu 2—49 kilometrów; w drodze młodzież się znajduje  $\frac{1}{2}$  godz. — 4 godzin; czasu traci na czekanie od  $\frac{1}{2}$  godz.— 4 godz.; czas czekania, na stacji, na odjazd do domów traci młodzież w większości wypadków beczynn timer; chodzą spać i o 1-ej w nocy, wstają i o 3 i pół rano; śpią i po 5 godzin; przeważa wśród dojeżdżających sfera nie z inteligencji; wiek dojeżdżających 9—22 lata klasa I—VIII; gruźliczych lub podejrzanych na gruźlicę 32, wybitnie nerwowych 18, niedokrwistych 222; przeważa liczba z postęпами niedostatecznymi; zdolnych liczba 89; uczą się w domu 1—7 godzin; sprawowanie u kilku niedostateczne; zachowanie się młodzieży w drodze nie zawsze kulturalne; wpływ jeżdżenia ujemny na zdrowie, na postępy, na charakter młodzieży; realny projekt zaradzenia i tu — zakładanie burs, internatów i t. p. względnie umieszczenie tych uczniów, których nie umieszczają rodzice na bursach ze względu na ich brak dla innych, którzy z rozmaitych powodów mimo istnienia burs będą dojeżdżali do zakładów naukowych, ustanowienie stałej opieki w czasie przejazdu, uświadamiania rodziców, że dojeżdżanie jest krzywdą dla dzieci.

Uchwała: Sekcja uchwała naglącą potrzebę zakładania burs i internatów dla niezamożnej i potrzebującej mieszkań młodzieży szkolnej.

6. **S. Kopczyński.** (W-wa). — Organizacja opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach Rzeczypospolitej.

Około 800 lekarzy szkolnych czynnych sprawuje opiekę higieniczno-lekarską nad szkołami w Polsce, stosując się do obowiązującej instrukcji, która nakazuje lekarzom: kontrolować stan zdrowia uczniów, zabiegać o to, by wady cielesne były leczone i usuwane, zwracać uwagę rodziców na wszelkie zastrzeżenia i choroby uczniów, zapobiegać szerzeniu się chorób zaraźliwych przez szkołę, czuwać nad prawidłowym stosowaniem zabiegów fizycznych (kąpiele, posiłek, gimnastyka wycieczki i t. p.), wnikać w warunki życiowe wychowanków (mieszkanie, odżywianie, praca pozaszkolna i t. p.) udzielać porad i wska-

zówek, mających na celu zdrowie i pomyślny rozwój fizyczny młodzieży.

W Kuratorjach Okręgów Szkolnych czynne są inspektoraty do spraw higieny szkolnej i wychowania fizycznego, w Ministerstwie czynne są władze zwierzchnie w tym zakresie.

W r. 1924/25 prawie 75% szkół średnich, seminarjów nauczycielskich i szkół zawodowych a więc przeszło 200.000 młodzieży korzystało z opieki higieniczno-lekarskiej. Z liczby przeszło 3 milionów dziatwy szkolnej, uczącej się w szkołach powszechnych zaledwie niepełna miljon otoczony jest stałą lub niestałą opieką lekarzy szkolnych. Sfinansowanie opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami powszechnymi spoczywa na gminach. Na ogólną liczbę 578 miast i miasteczek w 173 czyli w 30 procentach opieka higieniczno lekarska nad dziatwą szkolną już istnieje. W większych miastach istnieją kąpieliska dla dzieci, poradnie dentystyczne, okulistyczne, poradnie w chorobach wewnętrznych, chirurgicznych, chorób nosa, gardła i skóry. Lekarze szkolni kwalifikują dzieci na kolonie letnie, na dożywianie do szkół specjalnych, wygłaszają uświadamiające pogadanki higieniczne, udzielają porad przy wyborze zawodu i t. d. Do pomocy lekarzom szkolnym służą higienistki szkolne, których np. Warszawa liczy 30 obok 40 lekarzy szkolnych w szkołach powszechnych, Łódź 25 higienistek obok 30 lekarzy szk., Wilno 5 hig. obok 8 lekarzy, Lwów 15 higienistek obok 4 lekarzy szkolnych, Włocławek 5 hig. obok 4 lekarzy, Bydgoszcz 3 higienistki obok 11 lekarzy, Białystok i Kalisz po 3 higienistki przy 3 lekarzach, Skerniewice 1 higienistkę przy 1 lekarzu.

Co się tyczy szkół powszechnych wiejskich, to dotychczas na 264 powiaty w 46 w całości lub w części zorganizowały opiekę lekarską w ten sposób, że lekarze w danych rejonach na zaproszenie wydziałów sejmikowych wizytują dorywczo szkoły. Podczas wizytacji, stwierdzają stan sanitarny szkoły i ogólny stan zdrowia dzieci. Sprawozdania z wizytacji przesyłają inspektorom szkolnym.

Pomoc dentystyczną w r. 1924/25 miało zorganizowaną 28% wszystkich gimnazjów państwowych i 36% wszystkich państwowych seminarjów nauczycielskich. Ze szkół prywatnych średnich 15 gimnazjów w Warszawie posiada zorganizowaną pomoc dentystyczną na miejscu w szkole.

Poradnie dentystyczne dla dzieci szkół powszechnych mają: Warszawa (pracuje 6 lekarzy-dentystów po 2 godziny dziennie) Kraków (2 lekarzy den. po 2 godz. dziennie.) Lwów, Wilno, Łódź, Kutno, Radom, Włocławek.

Poradnie okulistyczne szkolne mamy w Warszawie, w Łodzi w Krakowie i w Wilnie. W kilku miastach (Warszawa, Pruszków

Łódź, Kraków, Wilno, Śrem) wydzielono specjalne oddziały szkolne dla dzieci dotkniętych jaglicą.

Szkoły uzdrowiska dla dzieciw szkolnej, znajdującej się w początkowym okresie gruźlicy, zorganizowano w Skolimowie pod Warszawą i w Zakopanem (zakład pod opieką Uniwersytetu Jagiellońskiego).

Specjalne oddziały dla dzieci mało zdolnych pod opieką lekarzy specjalistów neurologów istnieją w Warszawie (52 oddziały) w Łodzi w Krakowie, w Poznaniu, i w Lublinie.

Dla głuchoniemych istnieje w Polsce 15 szkół, z liczbą dzieci około 850, dla ociemniałych 4 szkoły z 200 dziećmi, dla moralnie zaniedbanych 4 szkoły z liczbą dzieci około 200.

Propagandę higieny przez szkołę szerzą nauczyciele i lekarze szkolni drogą pogadanek higienicznych, odczytów często ilustrowanych przezroczkami.

W obecnej chwili toczy się akcja rozszerzania opieki higieniczno-lekarskiej na cor z większą liczbę szkół powszechnych przy współudziale samorządów miejskich i wiejskich.

Dożywianie w szkole stosowano w wielu szkołach średnich a ze szkół powszechnych w Warszawie, w Łodzi, w Sosnowcu, w Krakowie we Włocławku, w Kaliszu, w Zgierzu, w Dąbrowie Górniczej, w Radomiu i wielu innych.

Poradnie dla zбочeń wymowy zorganizowano w Warszawie, w Krakowie i we Lwowie.

#### D y s k u s j a:

Dr. Roszkowski mówił obszerniej o organizacji opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami powszechnymi w Warszawie i podkreśla konieczność rozciągnięcia opieki tej także na przedszkola. Lekarze szkolni winni mieć ciągłość w badaniu rozwoju każdego ucznia.

Dr. Dudziński mówił w sprawie Kas Chorych i ich roli, jaką spełniać mogą w udzielaniu pomocy lekarskiej młodzieży szkolnej.

Dr. Gutentag uważa iż Wydziały Higieny przy magistratach winny być połączone raczej z wydziałami szkolnymi a nie z wydziałami zdrowia publicznego. Dzieciom szkół powszechnych należy ułatwiać korzystanie z kąpieli miejskich.

Prof. Jonscher — lekarze szkolni winni posiadać, przede wszystkim, praktykę pediatryczną.

#### POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13. VII, godz. 15.

wspólnie z sekcją XIX (laryngologja).

1. **Guranowski.** (W-wa). — Badanie uszów, nosa i gardła w szkołach powszechnych.

W byłej Kongresówce prócz badań słuchu u dzieci szkolnych w szkołach prywatnych skutecznionych przez D-rów Rontalera

i Pieniązka o których wspomina Schönaich, nikt tą sprawą się nie zajmował. Dopiero z chwilą wprowadzenia powszechnego nauczania, dzięki zabiegom naczelnego lekarza szkół powszechnych prof. Szmurły, udało się uzyskać jedną godzinę, t. j. 6 godzin tygodniowo dla badania uszów, nosa i gardła u dzieci szkół powszechnych. Badania te rozpoczął w listopadzie 1922 Dr. Turski i prowadził je do czerwca 1923, a od września 1923 prowadzi je referent. Dr. Turski zbadał 332 chłopców w wieku od 7 — 10 wzgl. do 13 l. Od września 1923 r. referent zbadał do czerwca 1925 r. — 862 chłopców i 413 dziewczynek, razem 1275 dzieci w wieku od 7 lat do 15 wzgl. 16 i 17 lat. Prócz tego udzielono porad ambulatoryjnych 274 chorym dzieciom. Przy badaniu stwierdzono przytępienie słuchu u 101 chłopców u 40 dziewczynek.

a) Przytępienie słuchu zależało u chłopców 1) w 33 przyp. od nagromadzenia woszczku, 2) w 45 przyp. od przewlekłego nieżytu ucha środkowego (powiększone migdały i wyrosła adenoidalne) 3) w 5 przyp. od blizn błon bębenkowych i suchych przedziurawień. 4) w 18 przyp. od przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego (5 po odrze i 13 po szkarlatynie).

b) Przytępienie słuchu u dziewczynek zależało: 1) w 14 przyp. od nagromadzenia woszczku, 2) w 13 przyp. od przewlekłego nieżytu ucha środkowego (powiększenie migdałów i wyrosła adenoidalne) 3) w 12 przyp. od przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego (w 5 po odrze, w 7 po szkarlatynie) 4) w 1 przyp. od ostrego zapalenia ucha środkowego.

Badanie słuchu dzieci winno być uskuteczniane we wszystkich szkołach powszechnych. 2) Liczba lekarzy specjalistów oto-laryngologów powinna być powiększona. 3) Sala do badania słuchu powinna być dostatecznej długości (co najmniej 8 metrów) i znajdować się w zacisznym miejscu. 4) Kolejne badanie wszystkich dzieci, uważam zgodnie z poglądem Alexandra, za zbyteczne, wystarcza w zupełności wywiad lekarza szkolnego lub nauczyciela. 5) Specjalista chorób uszów, nosa i gardła, jako lekarz szkolny określa istotę głuchoty i zawiadamia na piśmie wzgl. na karcie choroby rodziców lub opiekunów dziecka o konieczności leczenia lub operacji. 6) Wreszcie lekarz otjatra powinien dbać o odpowiednie rozmieszczenie dzieci w klasie.

2. **L. Zamenhof.** (W-wa) — O szkołach dla słuchowo upośledzonych dzieci w Polsce.

Znaczna liczba dzieci słuchowo upośledzonych w naszych szkołach, do których przeważnie uczęszczają one bez żadnej korzyści dla siebie, a często ze szkodą dla dzieci słyszących normalnie niejednokrotnie musiała nasunąć każdemu pedagogowi jak również lekarzowi

szkolnemu myśl o potrzebie zaradzenia tym nienormalnym stosunkom przez tworzenie szkół specjalnych.

Do szkół takich należy kierować wszystkie dzieci, które nie słyszą normalnej mowy z odległości 6 metrów, odróżniają jednak głośno wymówione samogłoski i spółgłoski. Szkoła taka na wzór niemiecki, winna składać się z dwóch oddziałów: pierwszego przygotowawczego, przeznaczonego dla kształcenia systemu wzrokowego i artykulacyjnego (t. j. czytania z warg i wymowy) i drugiego czyli właściwej szkoły obejmującej kurs szkoły normalnej.

Praktyka lat ostatnich wykazała, że wprowadzenie dzieci słuchowo upośledzonych po przebyciu kursu czytania z warg do szkoły normalnej z dziećmi słyszącymi normalnie było ogromnym błędem, gdyż dzieci te czyniły tu bardzo małe postępy nie mogąc należycie posługiwać się systemem wzrokowym nabytym z tak wielkim nakładem pracy w oddziale przygotowawczym.

3. **A. Dobrzański.** (Lwów). — Leczenie dzieci dotkniętych zboczeniami mowy.

#### D y s k u s j a :

Dr. Guranowski — najważniejszą rzeczą jest badanie uszu, gardła i nosa u dzieci najmłodszych; winien to robić lekarz-specjalista. Dzieci z silnie osłabionym słuchem wymagają indywidualnego uczucia.

Prof. Załewski. Lekarz szkolny winien posiadać znajomość oto-aryngologii. Dzieci wstępujące do szkoły powszechnej należy badać dokładnie. Zmiany w drogach oddechowych sprzyjają powstawaniu jąkania.

Dr. Jarecki mówi o różnych postaciach jąkania, o współpracy otolaryngologa z neurologiem, mówi o potrzebie stwarzania zakładów szkół dla dzieci głuchych, o potrzebie otwierania przynajmniej w większych miastach poradni ostofonicznych.

4. **A. Maciesza.** (Płock). — „W sprawie organizacji kąpielisk szkolnych“.

1) Powszechny brak kąpielisk szkolnych w polsce jest jedną z większych bolączek życia szkolnego.

2) Każdy gmach szkolny powinien posiadać odpowiednie pomieszczenie na kąpielisko.

3) W budżetach szkolnych znajdować się powinny odpowiednie sumy na wydatki związane z organizacją i prowadzeniem kąpielisk.

4) Do czasu uregulowania tych spraw przez władze państwowe należy przystąpić niezwłocznie do organizacji kąpielisk w każdej miejscowości bądź wspólnym wysiłkiem kilku szkół, bądź wysiłkiem pojedynczych szkół z funduszków zebranych drogą stałych opłat od uczniów oraz z innych źródeł.

5) Dla ułatwienia sprawy pożądane jest wydanie projektów i kosztorysów wzorowych kąpielisk, opracowanych przez specjalistów.

5. **S. Szuman.** (Płock). — Badania nad gnidami i wszawicą głowy (pediculi capitis) u dziewcząt szkolnej.

Literatura dotycząca wszy ubrania jest bardzo obszerną. Podczas wojny światowej ze względów praktycznych zajęto się szczegółowo temi pasorzytami żołnierza. Wszę głowy jest natomiast mniej dokładnie zbadana. Niemniej się tłumaczy, że na niektóre kwestje praktycznie ważne, brak jasnej odpowiedzi. W szkołach żeńskich każdego typu, przy dokładnym badaniu dziewcząt, znajduje się gnidy we włosach u 30–60% dziewczynek. Dowodzi to jasno faktu, że dziewczynki te wszystkie miały wszy we włosach. Inną jest jednak kwestja, czy uczennica mająca jeszcze gnidy we włosach ma również jeszcze wszy, innymi słowami, czy gnidy w jej włosach są żywe, czy też martwe i próżne. Na to pytanie nie znaleźliśmy dotąd w literaturze odpowiedzi, a wydaje ono się nam praktycznie bardzo ważne.

Ażeby wyrobić sobie ściśły pogląd na te sprawy, przeprowadziliśmy szereg badań mikroskopowych, które w chwili gdy to piszemy są jeszcze w toku. Rezultaty badań naszych podamy w referacie. Możemy już teraz stwierdzić, że procent zażonych gnid jest naogół bardzo mały. Olbrzymia większość gnid jest próżna albo martwa.

W referacie podamy również nasze obserwacje nad nowym środkiem przeciw wszawicy głowy — Merka — Cuprex. —

#### D y s k u s j a:

Dr. Roszkowski mówi o zwalczaniu wszawicy w szkołach powszechnych w Warszawie, o specjalnych grzebieniach, jakich należy do tego celu używać.

Dr. Uliński — radzi stosować esencję octową 1:2 wody oraz poleca środek Cuprex — Merka.

6. **W. Gądzikiewicz.** (Kraków). — Książki szkolne pod względem higienicznym.

Dotychczasowe badania polskich książek szkolnych wykazały, że nie odpowiadają one wymaganiom higieny, ani przepisom normalnym, wydanym przez Min. W. R. i O. P. — Wobec tego żądać należy, żeby nad drukowaniem podręczników szkolnych została bezwzględnie wprowadzona kontrola higieniczna. Każde wydanie tych książek powinno być zbadane i zaopatrzone „świadectwem higienicznym“. Książki nie odpowiadające wymaganiom higieny nie powinny być polecane do użytku szkolnego.

Przepisy normalne wydane przez Min. W. R. i O. P. należy uzupełnić i poprawić zgodnie z wymaganiami higieny.

Do szczegółowych badań książek szkolnych można by zużytko-

wać Zakłady Higjeny Uniwersytetów Krakowskiego i Wileńskiego, które są zaopatrzone we wszystkie potrzebne do tego celu przyrządy. Badania orientacyjne może wykonać każdy lekarz szkolny.

### POSIEDZENIE III.

Wtorek 14.VII. godz. 9.

Przewodniczący: E. Piasecki.

1. **S. Ciechanowski.** (Kraków). — Rola lekarza w wychowaniu, w szczególności w wychowaniu fizycznym.

W wychowaniu moralnem uczestniczy lekarz tylko przygodnie, i to rzadko; w wychowaniu intelektualnem musi niejednokrotnie orzekać lekarz domowy, najczęściej pedjatra lub neurolog, stały zaś głos ma lekarz szkolny, którego działalność dotyczy nietylko patologji zjawisk umysłowych, ale też fizjologii i higjeny pracy umysłowej i wpływać powinna na organizację i przeprowadzenie wychowania umysłowego w szkole, na układ planów szkolnych, sposób nauczania, na postępowanie dydaktyczne i wychowawcze grona nauczycielskiego. Największa rola przypada lekarzom w wychowaniu fizycznym. Nie należy jej jednak przeceniać; nie jest ona współmierna z czterema głównymi czynnikami wychowawczymi t. j. domem (rodziną), szkołą, otoczeniem (rówieśnikami) i z działającą na młodzież męską, służbą wojskową, — a ogranicza się tylko do działalności normatywnej, doradczej i kontrolnej.

Opracowanie norm leży w ręku tylko tego szczupłego grona lekarzy, które może oddać się specjalnym badaniom naukowym, bo normy muszą być na takich badaniach oparte. Dla takich badań naukowych nie wystarczyłoby w Polsce jeden instytut centralny, lecz powinny one być zdecentralizowane, tem więcej, że to jedynie umożliwi należyte spełnienie zadań dydaktycznych, od którego zależy postęp wychowania fizycznego w Państwie. Najekonomiczniej i najskuteczniej rozwiąże sprawę oparcie się o Wydziały lekarskie Uniwersytetów, jako posiadające już odpowiednie pracownie i pracowników, przygotowanych do badań naukowych wychowania fizycznego. Zadania dydaktyczne rozpadają się na: 1) kształcenie ogółu lekarzy i ogółu przyszłych wychowawców (studentów wydz. filozoficznych) w zasadach wychowania fizycznego, 2) kształcenie specjalistyczne lekarzy szkolnych sporto wych, lekarskich inspektorów wychowania fizycznego, 3) kształcenie kierowników wychowania fizycznego. Przy oparciu się o uniwersytety łatwo też byłoby rozwiązać jeszcze inne zadanie, którym jest piecza o kulturę cielesną młodzieży akademickiej. Z tych wszystkich względów potrzebne są we wszystkich uniwersytetach obok „Studjum wychowania fizycznego“, kształcącego specjalistów, także

wykłady, pokazy i ćwiczenia, łatwo dostępne dla ogółu młodzieży uniwersyteckiej.

Zadania doradcze i kontrolne (nadzorcze) przypadają lekarzom domowym, szkolnym, sportowym i wojskowym. Działalność tych lekarzy polegać ma na umiejętnem zastosowaniu norm gotowych, ustalonych przez grupę, pracującą naukowo; nie powinni zaś lekarze w tym zakresie działania samodzielnie szukać dróg, do czego wykłże studja lekarskie w zakresie dzisiejszym nie dają dostatecznych podstaw. Ale i stosowanie norm już gotowych wymaga osobnego wykształcenia, którego lekarzom nasze uniwersytety dotąd nie dają, a które po wprowadzeniu w Polsce powszechnego wychowania fizycznego każdy lub prawie każdy lekarz osiąść będzie musiał. Szczególnie zaś, i to w znacznie większym zakresie, tak teoretycznie, jak praktycznie, muszą być kształceni lekarze szkolni, wojskowi i sportowi; mają oni bowiem nietylko współpracować z kierownikami wychowania fizycznego, ale też wykonywać nad ich działalnością stale nadzór, to też w pewnych granicach muszą znać wychowanie fizyczne przynajmniej na równi z nimi. Należyte przygotowanie takich lekarzy szkolnych, wojskowych i sportowych nie da się osiągnąć już w czasie ich studjów uniwersyteckich i wymagać będzie podobnej organizacji, jak specjalizacja w różnych gałęziach medycyny lub nauk o nią opartych. W przyszłości potrzebne będą też zapewne dla tych trzech grup lekarzy osobne egzamina kwalifikacyjne. Podstawą kształcenia tych grup lekarzy powinno być „Studjum wychowania fizycznego“ w uniwersytetach, przy którym działałyby odpowiednie systematyczne kilkumiesięczne kursa.

Dla nielicznej grupy naczelnych lekarzy szkolnych w kuratorjach szkolnych, konsulentów i inspektorów lekarsko-szkolnych i fizyczno-wychowawczych wojewódzkich, potrzebne będą oprócz ukończenia uniwersyteckiego „Studjum wychowania fizycznego“ zapewne jeszcze studja zagraniczne.

Prócz wspomnianych powyżej zadań, dotyczących głównie pewnych grup lekarzy, ciąży na wszystkich lekarzach rola propagatorska, agitacyjna. Każdy świątły i przewidujący obywatel kraju może propagować i popierać wychowanie fizyczne, jako podstawę obronnego militarne go pogotowia Państwa i sprawności wytwórczej jego mieszkańców; — każdy polski lekarz — powinien. Powinien dlatego, że jego wiedza lekarska, sama przez się, pozwala mu w każdym razie lepiej zrozumieć doniosłość wychowania fizycznego, niż komukolwiek innemu, że lekarz ma wstęp i posłuch wszędzie, w każdej sferze, a społeczeństwo przykłada do głosu lekarzy w tej sprawie wagę.

2. **K. Mitkiewicz.** (W.wa). — Rola lekarza szkolnego w wychowaniu fizycznym.



Lekarz-higjenista szkolny musi być ze względu na swoje przygotowanie i charakter stanowiska wychowawcą fizycznym młodzieży w szkole, przyczem wychowanie fizyczne należy rozumieć w najszerszym tego słowa znaczeniu tak, jak je pojmowała Komisja Edukacji Narodowej. Do obowiązków zatem lek.-higj. szkolnego należy:

1. Czuwanie nad stanem higieniczno sanitarnym lokalów i urządzeń szkolnych, zabieganie o polepszenie i doskonalenie tychże urządzeń, nadzór nad higieną nauczania.

2. Systematyczne, co pewien czas powtarzane badanie młodzieży w celu wykrywania wad, cierpień, zbroceń, usuwanie ich w miarę możliwości, a w każdym razie zapobieganie ich dalszemu rozwojowi,

3. inicjowanie i organizowanie wespół z czynnikami społecznymi burs, dożywiania, kąpielisk, poradni lekarskich podług specjalności kolonji i półkolonji letnich dla młodzieży szkolnej,

4. propagowanie zasad higieny osobistej i społecznej wśród młodzieży i rodziców,

5. opieka nad wychowaniem fizycznym w ściślejszym znaczeniu i kontrola ćwiczeń cielesnych, uprawianych przez młodzież sportów,

6. zbieranie materiału statystycznego, dotyczącego norm rozwoju fizycznego, chorobowości, wad, zbroceń spotykanych wśród młodzieży szkolnej.

#### Wnioski:

Każda szkoła, każdy zakład naukowy i wychowawczy musi znajdować się pod opiekę lekarza-higjenisty szkolnego, odpowiedzialnego za całokształt wychowania fizycznego w najszerszym tego słowa znaczeniu i mającego do rozporządzenia w szkole tyle czasu i środków, by mógł odpowiedzieć trudnym i wielorakim obowiązkom.

3. **W. S. Zawadzki.** (W-wa).—Wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń cielesnych.

Ćwiczenia cielesne osnute na ruchu — pracy mięśniowej — są potężnym środkiem rozwojowym, odżywczym i leczniczym, wymagają więc ścisłego dawkowania jakości i ilości ruchu zarówno w stanie zupełnego zdrowia, jak i w stanach pewnych zbroceń fizjologicznych czy patologicznych lub w stanach jawnie chorobowych. Rola więc lekarza jest tu pierwszorzędną — zarówno przed ćwiczeniem, jako określenie stopnia zdrowia i sprawności ustroju w celu unormowania wskazań ćwiczebnych, podczas ćwiczeń kontrola warunków zdrowotnych i sposobu reagowania na ćwiczenia ustroju, po ćwiczeniach badanie skutków dodatnich i ujemnych i wnioski prognostyczne. Lekarz winien zapobiegać złym skutkom ćwiczeń, lecz zadaniem jego również jest, ażeby ćwiczenia dobrane odpowiednio do stanu danego ustroju przyniosły najwięszy pożytek. Wpływ ruchu nie tylko wyraża się wzmożeniem

czynności fizycznych aparatu ruchowego i organów wewnętrznych — lecz działa na ogólną przemianę materji, chemizm komórki, na psyche i całą jaźń człowieka.

Potrzeba specjalnego wykształcenia lekarza w kierunku ćwiczeń cielesnych jest niezbędna. Jako środek leczniczy, ćwiczenia cielesne usuwają wiele zbroczeń zarówno aparatu ruchowego jak i organów wewnętrznych — gruntowna więc wiedza lekarska tylko może osiągnąć z ćwiczeń cielesnych maximum pożytku. Kierownik ćwiczeń cielesnych, nie odpowiadający powyższym wymaganiom, w większości przypadków będzie biernym technikiem, wykonywającym przepisy regulaminowe.

Rola lekarza szkolnego — rola lekarza sportowego. Pomyślne znaczenie ćwiczeń zależy od umiejętnego doboru bodźców, za którymi idzie dobroczynna samoregulacja ustroju. Należyty rytm pracy i regulacja serca. Granice samoregulacji, zmęczenie, wyczerpanie. Przegląd wpływu ćwiczeń na najważniejsze sprawy życiowe.

Zadaniem lekarza nie jest bezmyślne usuwanie od ćwiczeń osobników z pewnemi zbroczeniami patologicznemi, ale wskazanie takich właśnie ćwiczeń, któreby w danym cierpieniu wykazały pożytek leczniczy. Przegląd stanów chorobowych z uwzględnieniem pożytecznej pracy mięśniowej.

Wykaz chorób i stanów patologicznych wyłączających możliwość stcsowania ćwiczeń.

Najlepszym kierownikiem ćwiczeń cielesnych będzie lekarz dostatecznie uświadomiony w dziedzinie teorii i praktyki ćwiczeń cielesnych. Kierownik ćwiczeń cielesnych nie lekarz musi gruntownie posiadać zasaćy anatomji, fizjologii i do pewnego stopnia patologji ogólnej i w każdym poszczególnym przypadku kierować się wskazówkami lekarza.

#### W n i o s k i:

1. Niezbędne są katedry teorii wychowania fizycznego na wydziałach lekarskich uniwersytetów — obowiązkowe dla lekarzy i nauczycieli i dostępne wraz z salami i boiskami dla wszystkich studentów.

2. Ze względu na bardzo odpowiedzialną pracę kierowników ćwiczeń cielesnych winni oni posiadać należytą znajomość podstaw biologicznych pracy mięśniowej.

4. **T. Jaroszyński.** (W-wa). — Rola psychologa w wychowaniu fizycznym.

Autor omawia znaczenie kultury cielesnej pod względem psychologiczno-wychowawczym. Wpływ gimnastyki, gier ruchowych i sportów na stronę duchową młodzieży, na rozwój charakteru i ogólnej energii życiowej. Określenie roli psychologa w badaniach doświadczalnych w związku z wychowaniem fizycznym — wskazanie na po-

trzebę dokonywania badań psychologicznych w laboratorjach przy studjach i instytutach wychowania fizycznego. Konieczność uwzględniania badań z zakresu psychotechniki w celu określenia przydatności kandydatów do poszczególnych dziedzin ćwiczeń cielesnych. Analiza psychologiczna gimnastyki, różnego rodzaju gier ruchowych i sportów doprowadza do określonej ich charakterystyki, pożytecznej przy stosowaniu indywidualizacji w zakresie wychowania fizycznego. Bliższe omówienie tej indywidualizacji, opartej na rozróżnieniu wśród młodzieży {poszczególnych typów psychologicznych, dla których odpowiednie są określone gry, sporty lub ćwiczenia lekkoatletyczne. Próba zastosowania indywidualizacji w dziedzinie wychowania fizycznego do psychiki poszczególnych narodów.

#### W n i o s k i:

1. Psychologia ćwiczeń cielesnych powinna stanowić przedmiot obowiązkowy na studjach wychowania fizycznego.

2. Jedno z zadań prac doświadczalnych w studjach wychowania fizycznego powinno stanowić badanie psychol. kandydatów wskutek czego laboratorja przy Instytutach wychow. fizycz. powinny być odpowiednio wyposażone w przyrządy psychologiczne i psychoteczniczne.

3. Psychologia indywidualna typów psychicznych powinna stanowić podstawę do indywidualizacji w dziedzinie wychowania fizycznego.

#### POSIEDZENIE IV.

Wtorek 14.VII, godz. 15.

Przewodniczący: S. Szuman.

#### 1. **E. Piasecki.** (Poznań). —

1) Przedłożony Sejmowi projekt „Ustawy o powszechnym obowiązku wychowania fizycznego etc.“, należy uzupełnić nałożeniem na wszystkie Szkoły akademickie obowiązku udostępnienia ćwiczeń cielesnych ogółowi studentów.

2) Uniwersytety nadto, winny stać się jak najrychlej ośrodkami kształcenia wychowawców fizycznych dla szkół wyższych, średnich i zawodowych.

3) Katedry (na razie przynajmniej docentury, czy lektoraty) teorii wychowania fizycznego, przy pomocy nauczycieli odnośnych ćwiczeń praktycznych, odpowiedzą najlepiej temu zadaniu, czuwając zarazem nad kształceniem cielesnem ogółu młodzieży akademickiej.

4) W kraju tak rozległym i ludnym, jak Polska, konieczną jest decentralizacja kształcenia wychowawców fizycznych. Każdy uniwersytet z Wydziałem lekarskim winienby to zadanie podjąć.

5) Powyższe postulaty dadzą się spełnić w ramach istniejących

przepisów. Uniwersytety nie posiadające katedry tego przedmiotu i połączonego z nią Studium, mogą przynajmniej uzyskać wpływ decydujący na poziom pracy w Państwowych Instytutach wychowania fizycznego, oraz na to, by z nich korzystali przede wszystkim studenci.

2. **E. Krajewski.** (Katowice). — Przyczynek do nauki o szmerach sercowych u sportowców.

Referent na podstawie badań nad mechanizmem i istotą szmerów czynnościowych serca, przeprowadzonych na 186 uczestnikach biegu ulicznego w Katowicach przychodzi do wniosku, że szmery czynnościowe określane nazwą soufflé de consultation nie są bynajmniej częste. skoro przy istnieniu pełnego zespołu warunków dla ich powstania wystąpiły w 2 tylko przypadkach 2) mechanizmu ich powstania nie można odnieść wyłącznie do zmian w szybkości przepływu krwi spowodowanych pomnożeniem częstości skurczów serca i do zmian w napięciu nerwowo-mięśniowym serca w szczególności do jego zwiotczenia (cordatonia). W wypadkach wystąpienia szmerów sercowych w powyższych warunkach zawsze należy z całą dokładnością wykluczyć istnienie utajonej wady zastawkowej lub schorzenia mięśnia sercowego. 3) szmery czynnościowe typu soufflé de consultation nie stają w żadnym związku ze sprawnością roboczą serca i całego narządu krążenia w ogólności i wystąpić mogą u osobników z nienaruszonym krążeniem. 4) wykrycie ich przez lekarza sportowego nie stanowi przyczyny do zmiany kierunku i rodzaju ćwiczeń fizycznych ani do wykluczenia od uprawiania biegów wszystkich dystansów w szczególności.

3. **S. Ciechanowski.** (Kraków) i **W. Osmólski.** (W-wa). — Powszechne wychowanie fizyczne jako przysposobienie wojskowe ludności.

a) **S. Ciechanowski.** Zakres przysposobienia wojskowego w Polsce. Stosunek jego do zagadnień społecznych, ekonomicznych i wychowawczych. Przysposobienie ludności męskiej. Przysposobienie kobiet. Rola lekarzy w przysposobieniu wojskowym i zadaniach fizyczno-wychowawczych. Zadanie różnych grup lekarskich; lekarze urzędowi, wojskowi, szkolni, sportowi.

Stosunki w krajach ościennych. Kadry instruktorskie. Ustawa o wychowaniu fizycznym.

b) **W. Osmólski.** (W-wa).

1. Nauki wielkiej wojny:

a) dane o zdolności poborowych do służby w polu.

b) stan sprawności fizycznej u żołnierzy.

c) wpływ ćwiczeń fizycznych (sportowych) na psychikę żołnierzy w czasie wojny.

2. We wszystkich państwach zajęto się sprawą wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego. Ustawowe unormowanie prac w tym kierunku.

3. Nasza sytuacja polityczno-strategiczna, ekonomiczna i ludnościowa. Różnorodność rasowa ludności polskiej. Odrębności antropologiczne. Żywiołowość ruchu sportowego. Działalność władz państwowych. Ich postanowienia i zamierzenia. Projekt ustawy o powsz. w. f. i przysp. wojsk. Rady w. f. i p. w. Kształcenie kierowników. Obozy letnie. Projekt państwowego Instytutu W. F.

Istota przysposobienia wojskowego narodu. Jedność pojęcia obronności z pojęciem zdrowotności i sprawności.

Elementa przysp. wojsk.: eugenika, higiena wieku dziecięcego, szkolnego. Lecznictwo w szkole, wychowanie fizyczne, sport, rozrywki ruchowe dla wieku dojrzałego. Unormowanie trybu życia publicznego,

Rola kierownictwa fachowego ćwiczeniami ruchowymi. Wiedza wychowania fizycznego.

Perjodyczne badania młodzieży męskiej (od 10—20 lat) jako element podstawowy ustawy o w. f.

Rola lekarza w przysp. wojskowym i wychowaniu fizycznym.

W dalszym ciągu Sekcja uchwaliła następujące wnioski:

1. Zjazd uznaje za niezbędną ustawę o powszechnem wychowaniu fizycznym, które ze względu na pogotowie obronne Państwa jest koniecznością państwową.

2. Zjazd uważa za niezbędne zaciągnięcie zdania szerszej fachowej ankiety przed wniesieniem projektu takiej ustawy do Sejmu.

3. Zjazd uznaje za niezbędne utworzenie lub przywrócenie Państwowych Szkół Wychowania fizycznego („Instytutów“, „Kursów“), opartych o uniwersytety, we wszystkich miastach uniwersyteckich.

4. Zjazd zaleca włączenie do studjów uniwersyteckich (wszystkich Wydziałów)—praktycznego i teoretycznego nauczania wychowania fizycznego i kreowanie w tym celu katedr wychowania fizycznego (gdzie na razie to niemożliwie, to przynajmniej płatnych docentur lub lektoratów) oraz systemizowanie w szkołach wyższych instruktorów wychowania fizycznego.

5. Zjazd uważa za potrzebne kształcenie ogółu lekarzy i studentów medycyny w wychowaniu fizycznym, a za konieczne uważa Zjazd specjalne kształcenie w tym zakresie lekarzy szkolnych, wojskowych i sportowych.

4. **W. Osmólski.** W-wa — Poradnie sportowe.

XII Zjazd Przyrodników i Lekarzy Polskich uznaje za pilną potrzebę otoczenie opieką lekarską osób uprawiających sport i za ko-

nieczne ułatwienie otrzymania rad i wskazówek lekarskich tym osobom, które zamierzają uprawiać ćwiczenia fizyczne. W tym celu pożądanym było by zakładanie przez Rząd, gminy i stowarzyszenia społeczne specjalnych poradni sportowych z czynnymi lekarzami — znawcami działań na ustroje ludzkie różnych form ćwiczeń fizycznych i sportowych.

5. **F. Fidziński.** (Kraków). — Koła sportowe młodzieży.

Szkoła powinna ująć w swoje ręce samorzutnie tworzące się koła sportowe młodzieży szkolnej, jako rzecz obowiązkową objętą programami szkolnymi. Stosunek kół sportowych do pracy umysłowej. Opieka lekarska i fachowa. Podział kół na sekcje. Niezbędne jest powiększenie liczby godzin na ćwiczenia cielesne.

Władze oświatowe winny w jak najkrótszym czasie przedłożyć Sejmowi Rzeczypospolitej odpowiednio zredagowaną ustawę boiskową.

Należy otwierać kursy doształcające dla kierowników wychowania fizycznego, a zwłaszcza dla lekarzy szkolnych oraz członków Gron nauczycielskich i zapoznawać ich z najnowszymi zdobyczami działów wychowania fizycznego, a głównie pracy w sporcie wychowawczym.

Ze względu na stałe dotąd zaniedbanie działu wychowania fizycznego w szkole powszechnej położyć większy nacisk w Seminarjach nauczycielskich na faktycznie należyte praktyczne wyszkolenie ich uczniów.

Wobec konieczności istnienia szkolnych Kół sportowych nie wolno młodzieży szkolnej bezwarunkowo należeć do cywilnych zrzeszeń sportowych.

6. **Z. Wyrobek.** (Kraków). — Organizacja gier ruchowych.

Powody, dla których ruch w formie gier należy umieścić na pierwszym planie. Rozporządzenia władz szkolnych normujące tę sprawę. Błędy w kierunku zdrowotnym z powodu braku ścisłych określeń i przepisów, potrzeba stworzenia organu kontrolnego dla uniknięcia rozbieżności w interpretacji i dla planowego przeprowadzenia rzeczy. Sekcja gier ruchowych w łonie Naczelnej Rady Wychowania Fizycznego. Sprawa boisk zabawowych i sportowych. Objęcie propagandy i zorganizowanie także młodzieży robotniczej, pozaszkolnej i dorosłych. Najważniejsze zadania sekcji z podaniem motywów: Zawiazywanie Towarzystw miłośników zabaw ruchowych. — Sposoby organizacji rzeczy na terenie Uniwersytetów — wydawanie przepisów co do urządzania boisk — ustalenie przepisów gier sportowych i wskrzeszenie gier rodzimych — ustalenie form „święta sportowego“ — organizowanie kursów gier ruchowych — propaganda przez odczyty, artykuły zjazdy statystyczne wykazy etc. Ważność omawianej sprawy. Rezolucje: 1) Projekt ustawy o powsz. obow. wych. fiz. powinien być przedłożony Nacz. Radzie Wych. Fiz. dla wydania o nim opinji. 2) W łonie

Rady należy stworzyć Sekcję gier ruch., której zakres działania określi osobny regulamin.

#### POSIEDZENIE V.

Środa 15. VII, godz. 9—12 rano.

1. **S. Bogusławski.** (Łódź). — Znaczenie wychowania fizycznego dla kultury narodu.

Kulturę narodu stanowią trzy czynniki: Przedmioty lub widoczne formy życia, jako idee już ucieleśnione; idee, jako przedmioty czy widoczne formy życia jeszcze w danym okresie dziejów kultury nie ucieleśnione, a przeistaczające się w życie w okresie następnym; wreszcie — nastroje, jako napięcie uczucia, jako niezbędny bodziec, warunkujący przejaw woli w kierunku przyoblekania idei ciałem.

Najszczytniejszym zadaniem szkoły jest uczynienie z każdego członka społeczeństwa — narodu drogą wychowania istotnie i zawsze współcześnie kulturalnego człowieka-obywatela.

Na całokształt wychowania składa się: wychowanie etyczne, wychowanie poznawcze, estetyczne i fizyczne. Wychowanie etyczne, intelektualne i estetyczne, są jakby drogowskazem w życiu, pozwalającym się człowiekowi orjentować w zawiłym splocie przyczyn warunkowego związku między zjawiskami.

Zaś wychowanie fizyczne, podając metodę samodzielnej pracy fizycznej i właściwą ocenę jej wartości (praca ręczna), dalej drogą odnośnych metod: gry i zabawy, gimnastyka, sporty — wychowanie fizyczne nadaje organizmowi człowieka niezbędną psycho-fizyczną sprawność, wytwarza w nim ów nastrój, jako, bodziec, warunkujący przejaw woli, aby to, co człowiek w myśl wytycznych etyki, estetyki i poznania uważa za sprawiedliwe, piękne i rozumne, wprowadzał w życie.

2) **W. Germanówna.** (Lwów). — Ćwiczenia cielesne w przedszkolach.

Przedszkola obecnej doby, muszą nie tylko poprawiać błędy wychowania domowego i ich następstwa, ale rozwijać i wychowywać. Aby spełnić to zadanie, ćwiczenia cielesne w przedszkolu, muszą być dostosowane ściśle do fizycznego i psychicznego rozwoju dziecka w tym okresie.

Na kursach przysposabiających nauczycielki dla przedszkoli, należałoby powiększyć wymiar godzin dla nauki ćwiczeń cielesnych, oraz pogłębić naukę anatomji i fizjologii, z specjalnem uwzględnieniem wzrostu i rozwoju ciała dziecka oraz wad w budowie. Wielką pomocą w nauczaniu dla ochroniarek przyszłych i obecnych, byłby podręcznik traktujący o ćwiczeniach cielesnych w przedszkolu. Dobrze przysposobione ochroniarki prowadziłyby skuteczną propagandę higieny wychowania fizycznego i mogłyby umiejętniej zwalczać uprzedzenia

a naprawiać błędy, popełniane na szkodę przyszłych obywateli naszego państwa. Wzorzec lekcji ćwiczeń cielesnych dla przedszkola.

3. **W. Fuchs-Dybowski.** (Lwów). — Pracownia sportowo-lekarska; sposoby badań, niektóre wyniki, cele.

Wyniki badań uczestników kursu narciarskiego wojskowego; wyniki badań lekkoatletów wojskowych i cywilnych; wyniki badań oscylometrycznych. Porównawcze cyfry zasadniczej przemiany materii u osobników zaprawionych i niezaprawionych. Stosunek cyfr tych i na ich podstawie dokonywanych obliczeń sprawności systemu nerwowo-mięśniowego do wyników katatermometrii wedle L. Hilla.

Masowe badania młodzieży obojga płci i dorosłych dla zdobycia przeciętnych cyfr młodzieży polskiej. Ustalenie przeciętnych typów wieku rozwojowego, oraz odpowiadających tymże typom przeciętnych wyników w poszczególnych ćwiczeniach.

Badanie poszczególnych najczęstszych ćwiczeń i ich wpływu na organizm w rozmaitych wiekach rozwojowych. Praktyczne zastosowanie wyników pracownianych do praktyki gimnastyczno-sportowej.

4. **T. Drąglewicz.** (Lwów). — Współprace kierownika ćwiczeń cielesnych z lekarzem szkolnym.

Każdy zakład szkolny powinien mieć własnego lekarza i kierownika ćwiczeń cielesnych. Lekarz szkolny winien posiadać teoretyczne i praktyczne podstawy ćwiczeń cielesnych. Kierownik ćwiczeń cielesnych powinien posiadać wyższe studia wychowania fizycznego. Metody współpracy.

---



## XXXII. Sekcja medycyny wojskowej.

Przewodniczący: L. Zembrzuski.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13.VII, godz. 9 rano.

Wspólnie z sekcją XXVIII (higijena).

Posiedzenie zagał prof. Dzierzgowski.

Przewodniczący gen. Składkowski, prof. Korbut-Karaffa i gen. Zieliński.

**G. Szulc.** (W-wa).— „Wyżywienie wojska i ludności cywilnej podczas wojny”. Wniosek jego jednogłośnie uchwalony i przestany przez Sekcję do prezydjum, brzmiał: (patrz wnioski).

Referat wywołał ożywioną dyskusję, w której zabierali głos: prof. Gantkowski, prof. Korbutt-Karaffa, prof. Bujwid, prof. Rapczewski, prof. Janiszewski.

Prof. Gantkowski uważa sprawę wyżywienia ludności w czasie wojny za jedną z najważniejszych, jeżeli nie za najważniejsze zadanie. Aby móc ludność w czasie wojny wyżywić, należy przygotować już w czasie pokoju system racjonalnego podziału żywności. Inicjatywa ze sfer wojskowych jest konieczna i mogłaby pójść w kierunku porozumienia województw i szefów odpowiednich D. O. K. dla stworzenia w województwach specjalnych komisji, składających się w połowie lub w jednej trzeciej, nie z urzędników, lecz z członków społeczeństwa, będących w ścisłym współżyciu z ogółem społeczeństwa, a przedewszystkiem kupców i producentów, a to dla tego, aby spraw tych nie rozwiązywać biurokratycznie.

Prof. Rapczewski zgadza się z prof. Gantkowskim, że w sprawie wyżywienia ludności podczas wojny pierwszorzędną rolę odgrywa organizacja podziału posiadanych zapasów żywności. Niemcy podczas wojny światowej zorganizowali ten podział doskonale i zawdzięczając tylko temu, mogli tak długo wytrzymać blokadę i brak żywności. Przedewszystkiem, najsurowiej przestrzegali oni prawicła, że nikt, nawet armja nie śmie korzystać bezpośrednio z zapasów na terenach okupowanych. Wszelkie zapasy szły do ogólnej masy, rozdzielanej planowo przez dobrze zorganizowane i kompetentne organy.

Co się tyczy naszych warunków, to, niezależnie od kwestji wystarczalności naszych własnych zapasów i możliwości importu ich podczas wojny, musimy wziąć pod uwagę nasz brak dobrych magazynów do przechowywania, szczególnie zboża i mięsa, a przede wszystkim chłodni do przechowywania łatwo psujących się produktów. Mówca przypomina, że łatwiej jest częstokroć nabyć produkty, niż przechowywać je czas dłuższy w dobrym stanie. Należy zawczasu pomyśleć o tych brakach i usunąć je.

Ważną kwestją, której nie można u nas rozwiązać tak, jak to uczyniono minionej wojny w armiach koalicyjnych, to są zapasy bydła i mięsa. Kraje te nie cierpiały na brak bydła, gdyż miały do dyspozycji niewyczerpane źródła mięsa w Argentynie, Kanadzie, Australji i in. krajach, olbrzymią flotę frygoryficzną i dobrze urządzone chłodnie w metropoljach, oraz obfite źródła nabywania nawozów sztucznych dla potrzeb rolnictwa.

Niemcy na samym początku wojny popełnili błąd bardzo poważny, dokonując masowego uboju bydła rzeźnego, a to chcąc zaoszczędzić paszy i zboża; wiele mięsa przytem zmarnowano. Z biegiem czasu zaczęli odczuwać i brak mięsa i brak nawozów naturalnych, co znów obniżyło wydajność gleby.

My powinniśmy starać się bardzo o zwiększenie naszego bydłostanu i zwiększenie ilości nawozów naturalnych w czasie pokoju, gdyż nawozy sztuczne mają u nas dotychczas stosunkowo małe zastosowanie. W czasie wojny też należy oszczędzać u nas bydło, przede wszystkim bydło mleczne, a to tembardziej, że mamy więcej paszy, niż Niemcy. Należy też przyjąć pod uwagę fakt, że krowa mleczna daje w mleku w ciągu jednego roku więcej białka, niż go można otrzymać jednorazowo przy jej uboju: a nawóz bydłocy jest u nas niezbędnym warunkiem wydajności najważniejszego produktu — zboża.

Prof. Bujwid podkreślił konieczność podniesienia w kraju produkcji rolnej wogóle. Ilość ziarna w Polsce jest za mała. Przyczyna tego leży w niedostatecznem wykwalifikowaniu fachowem drobnego rolnika i w braku nawozów sztucznych. Prof. Bujwid obawia się, że zbyt radykalnie przeprowadzana reforma rolna mogłaby nie pozwolić na powiększenie produkcji rolnej w kraju. W czasie wojny przywóz nawozów sztucznych będzie utrudniony. Konieczne jest głębsze zrozumienie tych zagadnień przez czynniki społeczno-państwowe.

Prof. Janiszewski, nawiązując do wyliczeń ilościowych potrzeb kraju, dokonanych przez mjra Szulca wskazał na konieczność operowania liczbami maksymalnymi dla potrzeb, a to, aby nie spotkać się z zawodem w czasach krytycznych, kiedy trudności natury technicznej odgrywają ważny czynnik.

Co się tyczy samej organizacji planu żywienia na czas wojny, to prof. Janiszewski jest za systemem decentralizacji, ale nie idzie tak daleko, jak prof. Gantkowski, i uważa, że kierownictwo przydziału żywności powinno pozostać w rękach administracji państwa.

Referent w odpowiedzi przytacza, że czynniki wojskowe właściwie prawdopodobnie myślą o zagadnieniach podziatu żywności w czasie wojny. W tym względzie przemówienia mówców są niezmiernie ważne i mogłyby być zużytkowane. W referacie chodziło mu przede wszystkim o naukowe opracowanie spraw, związanych z higieną żywienia. Instytut naukowy, stworzony dla badania tych spraw mógłby oddać olbrzymie usługi dla czynników państwowych, zajętych zagadnieniami żywienia ludności i zwierząt.

Referat mjr. Szulca i dyskusja wypełniły całe 1-sze posiedzenie. Po posiedzeniu, większość uczestników połączonych sekcji higieny i medycyny wojskowej udała się samochodami wojskowymi do Centralnej Składnicy Sanitarnej na Powązkach, gdzie pod kierunkiem płk. Kobosa i ppłk. Boczarskiego zwiedzono wytwórnię, laboratorja i warsztaty C. S. S., oraz specjalnie w tym celu zorganizowany pokaz urządzeń sanitarno-technicznych, obrony przeciwgazowej, punktu opatrunkowego w polu, schronów dla celów pomocy lekarskiej w polu, zasłony dymowej dla ukrycia oddziałów sanitarnych od nieprzyjaciela i t. p.

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13.VII, godz. 3 — 6 po poł.

Przewodniczący gen. Zieliński.

1. **S. Rudzki.** (W-wa). — „Dobór rekruta, a gruźlica“.

W dyskusji nad referatem zabierali głos: gen. Zieliński, dr. Pracki mjr. Babecki.

Gen. Zieliński uważa, że obecne warunki poboru rekruta nie pozwalają na to, aby badanie, zwłaszcza chorób płucnych, przy przyjmowaniu do wojska, mogło być wystarczające. Przeszkolenie lekarzy w kierunku djagnostyki chorób płucnych jest obecnie prawie niemożliwe, a wysyłanie na pobór tylko doświadczonych internistów nie jest pożądanę, gdyż przy poborze należy uwzględnić i inne braki organizmów, które znów interniści mogliby przeoczyć. Dlatego to, przynajmniej w obecnych czasach, musimy się zgodzić, że pewna ilość gruźlików prześlizgnie się do wojska. Wyeliminowanie z wojska tych osobników spadnie zawsze na barki szpitali. By dać szpitalom możność dokładnego badania rekrutów i by nie przeciążać szpitali pracą w okresie wcielania rekrutów do wojska, konieczne jest przedłużenie 3-tygodniowego terminu określonego § 59 „San. 6“ przynajmniej do 6 tygodni, gdyż w tym ostatnim terminie i lekarze oddziałów będą mieć

możność dokładniejszej obserwacji świeżo wcielonych rekrutów przy oddziale, i szpitale nie będą obciążone zbyt wielkim odrazu napływem rekrutów od ekspertyzy i nie będą zmuszone badać zbyt powierzchownie, co obecnie czasem ma miejsce.

Mjr. Babecki wspomina, że zachorowalność na wszelkie choroby zakaźne, a więc i na gruźlicę w pierwszym okresie po wcieleniu do wojska jest wszędzie wyższa, niż wśród starych żołnierzy. Na fakt ten wpływa nie tylko łatwe zetknięcie ze źródłem infekcji osobników wrażliwych, którzy, pochodząc np. z okolic wiejskich, mało zaludnionych mogli do chwili wcielenia nie stykać się z temi chorobami. Zjawisko większej zapadalności w okresie zaraz po wcieleniu do wojska dotyczy również i rezerwistów i rekrutów, pochodzących z miejsc przemysłowych, gęsto zaludnionych. Na zjawisko to wpływa, bez wątpienia, zmniejszenie odporności ogólnej organizmu, spowodowane gwałtowną zmianą warunków życia, pracy, odżywiania, a przede wszystkim pewnego rodzaju wstrząsem psychicznym, w pierwszym okresie służby wojskowej.

ppłk. Dr. Pracki twierdzi, że poborowy musi niejednokrotnie być dość długo obserwowany na gruźlicę, nawet w szpitalu i w razie powtórnego skierowania rekruta z oddziału z podejrzeniem na gruźlicę winien być odesłany obowiązkowo do tego samego co i za pierwszym razem szpitala. Licząc się z różnym stopniem doświadczenia lekarzy, może nie należałoby ograniczać czasu obserwacji chorego. Już po wojnie zachorowalność na gruźlicę w kraju wzmożła się. Czy nie jest to czasem następstwem przetrzymywania na tyłach armji chorych płucnych początkujących.

Mjr. Babecki. Wiele z przypadków gruźlicy wyławianych w znacznej ilości w kilka lub kilkanaście tygodni po wcieleniu, są to prawdopodobnie przypadki gruźlicy obostrzonej lub obudzonej wskutek właśnie tej zmniejszonej po wcieleniu odporności. Tacy chorzy w chwili przeglądu mogli nie wykazywać zmian gruźliczych wcale, lub tylko takie, które pozwalały ich kwalifikować jako „Kat. A“ i tacy chorzy są i będą nadal wcielani i w terminie 3-tygodniowym, trudno się spodziewać, aby mogli być wyłowieni i przedłużenie tego terminu jest bardzo pożądane. Ponadto jednak wskazane byłoby, stworzenie w wojsku, jak tego zresztą domagają się coraz częściej lekarze wojskowi w Anglii i w Ameryce, okresu służby przejściowej, dla rekrutów zaraz po wcieleniu. W tym to okresie, 6-tygodniowym, dajmy na to, świeżo wcielony obywatel do wojska miałby ćwiczenia, odżywianie i tryb życia, zorganizowane tak, aby jaknajmniej ulegał wstrząsowi psychicznemu i fizycznemu, nieodłącznie towarzyszącemu momentowi wcielenia. W ten sposób, być może, dałoby się uniknąć wielu obostrzeń lub uczynnień stanów gruźliczych.

2. **L. Kryński.** (W-wa). — „Współczesne poglądy na leczenie ran“.

W dyskusji zabierali głos: płk. Węglowski, płk. Zembrzusi, gen. Składkowski, mjr. Latkowski, ppłk. Sokołowski.

Płk. Węglowski obawia się nadmiernego uogólnienia wskazań przy leczeniu ran. Wprawdzie wszystkie rany postrzałowe są zakażone, to jednak rany proste po pociskach karabinowych, rany przezywające, dające mały otwór wejściowy i wyjściowy, goją się bardzo często bez poważniejszych powikłań i wycinanie kanału w tych razach nie jest wskazane. Natomiast rany po pociskach działowych, szrapnelowych, od granatów ręcznych i t. p. zasadniczo winny być skrupulatnie wycinane, oczyszczane i zaszywane. I ten sposób leczenia winien być stosowany jaknajczęściej w czołówkach, gdzie powinni pracować chirurdzy jaknajbardziej doświadczeni.

Płk. Zembrzusi przestrzega, aby nie wpadać w „Furor chirurgicus“ w niektórych wypadkach, kiedy wycięcie rany mogłoby być zabiegiem przynoszącym więcej zniszczenia, niż rana sama.

Gen. Składkowski podkreślił konieczność wycinania i zaszywania wszystkich ran od pocisków artyleryjskich, które są zawsze zakażone a które to zranienia występowały jako typ ran na zachodnim froncie i stanowiły 60—70% wszystkich zranień.

Mjr. Latkowski podkreślając wysoką wartość leczenia ran przez wycięcie i zeszywanie dodaje, że jednak leczenie takie wymaga wysokich kwalifikacji od chirurga i odpowiednich urządzeń sanitarnych. Służba zdrowia winna zapewnić rannemu szybki i łagodny transport, oraz odpowiedni personel do chirurgicznego leczenia ran.

Płk. Sokołowski poruszył sprawę środków antyseptycznych przy leczeniu ran postrzałowych.

Na zakończenie prof. Kryński zaznaczył, że w krótkim swym referacie podał jedynie szablon nowoczesnego leczenia ran wojennych, najbardziej odpowiedni dla większości ran. Rzecz oczywista, że sposób wycinania rany nie da się zastosować w takich razach, jak np. przestrzał płuca lub przestrzał o bardzo długim przebiegu.

3. **L. Karwacki.** (W-wa). — „Zakażenie ran postrzałowych w czasie wojny.“

4. **M. Albiński.** (W-wa). — O naukowych podstawach organizacji wojska. Szkicowy program tzw. „indywidualizacji żołnierza“.

Praca w tym zakresie znajduje się u nas w stadium wstępnem. Piewszy J. Bloch a współcześnie prof. dr. Joteyko wskazują na potrzebę lepszego poznania warunków służby wojskowej i fizjologii żołnierza. Badania powinny być prowadzone przez lekarzy, psychologów i pedagogów.

Najwidoczniejsze rezultaty daje psychotechnika oraz pomiary antropologiczne. Wojsko może być wyzyskane do badań naukowych jako laboratorium, naodwrot zaś dobór ludzi na zasadach obiektywno-naukowych daje rezultaty pomocnicze dla pracy sztabu gen.

Sprawą stosowania psychotechniki i naukowych metod, w organizacji wojska zajęty się już inne państwa szczególnie St. Zjedn. Niemcy, zagadnienie to weszło w zakres wiedzy wojskowej również w Rosji (zob. „Sputnik Politrabotnika”. nr. 17)

U nas istnieje od r. 1920 b. Wydział, obecnie, referat Indywidualizacji Żołnierza w łonie M. S. Wojsk. który ma wobec tego za zadanie:

1) Założenie wojskowego Instytutu badań psychologicznych, który obejmowałyby badania i pomiary z zakresu fizjologii, psychologii i antropologii i na tej podstawie dokonania t. zw. „zdjęcia psychologicznego i antropologicznego ludności służącej w wojsku”.

2) Unormowanie i scentralizowanie statystyki, by móc odpowiednio operować grupami różniącymi się pod względem fizycznym, intelektualnym i moralnym odnośnie do roczników napływających, służących w wojsku lub rezerwie.

3) Odpowiednie uproszczenie i unormowanie gospodarki personalnej przez wprowadzenie „kart indywidualnych” oraz dokładne i naukowe określenie poszczególnych funkcji szczególnie w broniach technicznych.

### POSIEDZENIE III.

Wtorek 14.VII, godz. 9—12 rano.

Przewodniczący: Gen. Rogalski.

1. **M. Zienkiewicz.** (W wa). — „Rola lekarza wojskowego w orzekaniu o kwestjach zaopatrzeniowych” (zaopatrzenie inwalidzkie i emerytalne).

W dyskusji zabierali głos: gen. Zieliński, mjr. Borysowicz i mjr. Babecki.

Gen. Zieliński uważa, że dla ustalenia związku cierpienia ze służbą wojskową u rezerwistów, którzy nieraz w kilka miesięcy po normalnem zwolnieniu ich z wojska roszczą sobie pretensje do zaopatrzenia, rzekomo z powodu cierpienia nabytego w służbie wojskowej, należałoby wydać zarządzenie bardzo dokładnego badania każdego żołnierza zwolnionego z wojska po odbyciu przepisowego okresu służby i wpisania wyniku badania do zeszytu ewidencyjnego.

Mjr. Borysowicz uważa za bardzo pożądane wydanie instrukcji ustalających zależność cierpienia od służby wojskowej dla szeregowych zawodowych i niezawodowych.

Mjr. Babecki uważa, że wielką ulgą w orzecznictwie byłoby, gdyby przy przyjęciu w specjalnej karcie w P. K. U. można było

notować dość dokładnie cały „status praesens“ chorego w chwili przyjęcia, którego dopełnieniem byłaby karta zdrowia przy zwalnianiu z wojska.

Na zakończenie płk. Zi en k i e w i c z wyjaśnił, że istniejące przepisy (Dz. Nr. 21 22, poz 315) obowiązują, że przy zwalnianiu żołnierza należy go spytać, czy nie wnosi pretensji do wojska z racji utraty zdrowia wskutek służby i w razie twierdzącym musi on być podany badaniu.

2. **Żebrowski.** (W-wa). — Grasicca przetrwała, jako przyczyna nagłych zgonów w wojsku.

W dyskusji zabierali głos: płk. Zem br z u s k i, gen. Zi e l i ń s k i, mjr. B o r y s o w i c z, mjr. rez. T o p o l n i c k i.

Płk. Z e m b r z u s k i zwrócił uwagę na bardzo ważny objaw przy „status thymico-lympaticus“, który to stan przedstawia ogromne niekiedy trudności rozpoznawcze, mianowicie na obecność w tych stanach znacznie powiększonych „papillae circumvallatae“ u podstawy języka. Sprawa stanów grasiczo-limfatycznych jest ważna i dla chirurgów (nagła śmierć przy podaniu pierwszych nieraz kropli środków do ogólnego znieczulenia) i dla lekarzy poborowych.

G e n. Z i e l i ń s k i stwierdza, że materiał badany w wojsku jest już sortowany dlatego może nie należałoby uogólniać, jakoby stan grasiczo limfatyczny był szczególnie częsty u osobników tęgich. Przy poborze należy badać na stan grasiczo-limfatyczny wszystkich osobników, zwracając szczególną uwagę na gruczoły u podstawy języka.

D r. T o p o l n i c k i zapytał prelegenta, czy nie byłoby wskazane zastrzykiwanie adrenaliny przed pochodami i ciężkimi ćwiczeniami osobnikom podejrzanym o stan grasiczo-limfatyczny.

M j r. B o r y s o w i c z uważa za pożądane zaznajomienie ogółu lekarzy ze stanem grasiczo-limfatycznym i dlatego życzyłby sobie, aby z odczytem płk. Żebrowskiego mogli się zapoznać wszyscy lekarze wojskowi i lekarze rezerwy.

W odpowiedzi płk. Żebrowski wyjaśnił, że podawanie adrenaliny osobnikom ze stanem grasiczo-limfatycznym przed większymi wysiłkami byłoby wskazane, jednak ze względów technicznych trudno byłoby to przeprowadzić w wojsku. Odczyt ten będzie drukowany w „Lekarzu Wojskowym“, aby wszyscy lekarze mogli się z nim zaznajomić.

#### POSIEDZENIE IV.

Wtorek 14. VII, godz. 15

Wspólnie z sekcją XXXIII (prasa lekarska) i sekcją XXXI (higiena i wychowanie fizyczne).

1. **S. Ciechanowski.** (Kraków). — Stosunek lekarzy do prasy lekarskiej polskiej.

Rozpatrzywszy rolę prasy lekarskiej, zadania kierowników prasy lekarskiej i pisarzy lekarskich zagranicą i w Polsce, a wreszcie prawa i obowiązki lekarzy-czytelników względem prasy lekarskiej, dochodzi referent do następujących wniosków: 1) prasa lekarska, jako niezbędne dla lekarzy narzędzie pracy zawodowej, powinna zaspokajać wszystkie potrzeby ogółu lekarzy praktycznych. Czasopisma lekarskie polskie, przeznaczone dla ogółu lekarskiego (t. j. nie specjalne), muszą być odpowiednio do tego udoskonalone i przekształcone. — 2) Ogół lekarzy ma prawo wymagać, aby w każdym takim czasopiśmie ogólnolekarskiem były należycie odzwierciedlone: postęp nauk lekarskich, rozwój wykonawstwa lekarskiego, sprawy zawodowe, sprawy społeczno-higieniczne, sprawy wojskowo-lekarskie, pogotowia obronne i sprawy wychowania fizycznego. — 3) Aby to uzyskać, należy skupić środki i siły, ograniczając liczbę czasopism tego typu, a zarazem przekształcić ich organizację wydawniczą na modłę zachodnio-europejską, to jest na pokrywające swój koszt przedsiębiorstwa wydawnicze. — 4) Zanim to nastąpi, należałoby stworzyć stałe podstawy finansowe dla tych czasopism, a to wprowadzając bezwzględny obowiązek prenumerowania jednego polskiego czasopisma ogólnolekarskiego przez wszystkich członków Towarzystw i Zrzeszeń lekarskich.

Płk. Z e m b r z u s k i i dr. S z u m l a ń s k i wyrazili podziękowanie profesorowi za poruszenie ważnych kwestji.

2. **S. Ciechanowski** (Kraków). — Powszechne wychowanie fizyczne jako podstawa przygotowania ludności do wojny.

Stosunek zaludnienia Polski do zaludnienia Niemiec i Rosji daje ościennym armjom ludowym, jakeimi są armje nowoczesne, w razie wojny pięciokrotną przewagą nad armją polską. Tensam prawie stosunek wypada przy obliczeniu obsady jednego kilometra granicy lądowej. Zastosowane do tego pogotowie obronne Polski objąć musi całą ludność, nie wyłączając młodzieży poniżej wieku poborowego ani starszych roczników powyżej 50 roku życia, przyczem cała służba pomocnicza i pozafrontowa spadnie na nieletnich, starszych i kobiety. Powojenna redukcja stałych kadr Armji nie pozwala jednak dać całkowitego wykształcenia wojskowego wszystkim mężczyznom zdolnym do broni i ten brak musi być wyrównany przez podniesienie poziomu sprawności fizycznej ludności poza armją i przed okresem poborowym zapomocą powszechnego wychowania fizycznego. Jest to zadanie trudne. Wychowanie fizyczne szkolne nie jest uregulowane, uchwycone właściwej proporcji, jego do reszty programu szkolnego, jest dopiero w okresie prób; brak szkolnictwu potrzebnych urządzeń i środków, a przede wszystkim brak należycie wykształconych kierowników wychowania fizycznego dla większości szkół średnich, nie mówiąc nawet o szkołach powszechnych. Kształcenie tych kierowników jest zada-



niem najważniejszym, nie da się zaś załatwić przez utworzenie instytutu centralnego, jednego na całe Państwo; przeciwnie, konieczna tu jest decentralizacja. Przytem szkoły nie obejmują jeszcze w s z y s t k i e j młodzieży, nigdy nie obejmie całego okresu młodości, a konieczność pracy zarobkowej lub domowej odsuwa sporo młodzieży od wychowania fizycznego, na które niema ona wprost czasu. Wreszcie niska kultura i ciemnota ludności, oraz niejednolity skład etniczny Państwa i przewaga ludności rolniczej stanowią dla powszechnego wychowania fizycznego podłoże niekorzystne. — W wychowaniu fizycznym mają lekarze ważne zadania, które określiłem w osobnym referacie w sekcji wychowania fizycznego. W razie wprowadzenia p o w s z e c h n e g o wychowania fizycznego będą musieli w niem współdziałać prawie wszyscy lekarze, a należyte przygotowanie ich do tej roli powinno w przyszłości nastąpić już w czasie ich studjów lekarskich, jak to już teraz stopniowo wprowadzają uniwersytety niemieckie. Ale sprawa lekarzy nie wyda owoców, jeśli nie będzie dostatecznie licznych i należyście wykształconych instruktorów wychowania fizycznego i ćwiczeń cielesnych. Koszt ich kształcenia i utrzymywanie będzie znaczny i nałoży na ludność pewien ciężar finansowy; należy sobie z tego jasno zdać sprawę, by zabezpieczyć uzyskanie potrzebnych na to środków pieniężnych. Bez tego powszechne wychowanie fizyczne będzie niewykonalne, chociażby ustawa, która je ma wprowadzić, była zresztą bez zarzutu. Projekt tej ustawy, przygotowany od lat kilku, nie jest jednak dokładniej znany publicznie; podobno pozostawia on szerokie pole rozporządzeniom wykonawczym. Tem więcej jednak byłoby wskazane zasiągnięcie, jeszcze przed wniesieniem projektu do Sejmu, opinii tych czynników, które mają współdziałać w wykonaniu ustawy.

Wnioski: 1) Niezbędna jest ustawa o powszechnem wychowaniu fizycznym, które ze względu na pogotowie obronne kraju jest koniecznością państwową. 2) Przed wniesieniem projektu takiej ustawy do Sejmu konieczne jest zasiągnięcie zdania szerszych kół fachowych. 3) Niezbędne jest utworzenie lub przywrócenie państwowych szkół (kursów, instytutów) wychowania fizycznego, opartych o uniwersytety, we wszystkich miastach uniwersyteckich. 4) Należy do studjów uniwersyteckich wszystkich wydziałów włączyć praktyczne i teoretyczne nauczanie wychowania fizycznego i w tym celu utworzyć katedry wychowania fizycznego (a przynajmniej płatne docentury lub lektoraty) i ustanowić instruktorów wychowania fizycznego w szkołach wyższych. 5) Potrzebne jest kształcenie ogółu lekarzy (w czasie studjów lub przez kursa i t. p.) w wychowaniu fizycznym, a konieczne jest specjalne kształcenie w tym zakresie lekarzy szkolnych, wojskowych i sportowych.

(Sekcja uchwaliła wnioski przedłożyć do uchwały na plenarnym posiedzeniu Zjazdu, a Zjazd uchwalił je na II. posiedzeniu ogólnym).

(Referat w całości wyszedł drukiem w miesięczniku „Wychowanie fizyczne“ 1925 i w „Lekarzu wojskowym“ 1925, Nr. 8).

3. **W. Osmólski**. (W-wa). — Powszechne wychowanie fizyczne jako przysposobienie wojskowe ludności.

Czas między posiedzeniami 3 i 4 poświęcono zwiedzaniu instytutu przyrodo-leczniczego im. Marszałka J. Piłsudskiego, pod kierunkiem ppłk. Raźniewskiego.

#### POSIEDZENIE V.

Środa 15. VII, godz. 9.

Przewodniczący: R. Węglowski.

1. **J. Nelken**. (W-wa). — Zaburzenia psychiczne w wojsku a sprawa udawania.

2. **J. Szarecki**. (W-wa). — Pochodzenie przepuklin pourazowych, wzgl. sztucznych.

3. **J. Mydiarski**. (W-wa). — O różnicach w budowie fizycznej człowieka w świetle antropologii.

W dyskusji kpt. Michelik wskazał na to, że jaskrawe różnice w typach antropologicznych występujących w pewnych ściśle ograniczonych terytorjach, należy odnieść częstokroć do nieprawidłowych funkcji gruczołów wydzielania wewnętrznego, mających wpływ na kostnienie, rozwój płciowy, rozwój psychiczny, a nawet na powstawanie stanów patologicznych.

#### POSIEDZENIE VI.

Środa 15. VII., godz. 15.

Wspólnie z sekcją XVIII (chirurgja).

Przewodniczący: gen. Składkowski.

1. **W. Horodyński**. (W-wa). — Lotnictwo sanitarne podczas pokoju i wojny.

W dyskusji zabierali głos: dr. A. Zawadzki i gen. Składkowski.

Dr. Zawadzki stwierdził, że przy startowaniu i lądowaniu samoloty dają kolosalne wstrząśnienie i że w tym kierunku należy myśleć o ulepszeniu ich.

Gen. Składkowski uważa, że wstrząśnienia na samolocie przy startowaniu nie są większe, niż wstrząśnienia przy manewrowaniu pocągów sanitarnych. Gen. Składkowski poinformował zebranych, że pierwsze dwa samoloty w Polsce zostały już zakupione i wkrótce nadejdą do Warszawy. Samoloty te zostały nabyte ze składki aptekarzy,

co jest godne uwagi, gdyż aptekarze, choć nie biorą bezpośrednio udziału w transporcie rannych, rozumiejąc wartość tego rodzaju transportu, zapragnęli pierwsi w naszym sanitarjacie mieć swe imię wpisane w obłokach.

Samoloty sanitarne zmieniają organizację szpitalnictwa w Polsce, stwarzając wielkie bloki szpitali wyspecjalizowanych. Na zakończenie gen. Składkowski prosił zebranych o popieranie i propagandę tego nowego rodzaju transportu rannych i chorych, oraz czynne zapisywanie się do Sekcji Sanitarnej Ligi Obrony Powietrznej Państwa.

2. **E. Loth.** (W-Wa).—Model kótek zamieniających nosze w taczki.

Referent przedstawia wzór kótek, które jednym ruchem mogą być umocowane do poprzeczki noszy (typu austriackiego) i zamieniają je w taczki. Wynalazek swój referent stosował z powodzeniem w II-iej Brygadzie Legjonów Polskich w r. 1915. Przedstawiony model jest identyczny z używanym i wykonanym wówczas w polu.

Obecnie możnaby pierwotny model znacznie udoskonalić i dostosować do każdego typu noszy. Zalety wynalazku są:

- 1) Kółka umożliwiają transport przez jednego tylko sanitariusza.
- 2) Nie przeszkadzają przy przenoszeniu noszy przez przeszkody (rowy, płoty i t. p).
- 3) Nosze z kółkami mogą być uciepione do fury i czynią transport o wiele przyjemniejszym niż na zwykłym wozie.

Są jednak i strony ujemne, a mianowicie:

- 1) Zwiększenie wagi bagażu.
- 2) Niemożność transportowania w ten sposób rannych w nogi.
- 3) Potrzeba do przewożenia „taczkami“ wyjątkowo mocnych i silnych sanitariuszów.

Referent nawołuje do kontynuowania prób w kierunku zamiany zasady noszenia w przewożenie.

Wynalazek ten ofiarował prof. Loth sanitarjatowi wojskowemu polskiemu na ręce gen. Składkowskiego, proponując bliższe rozpatrzenie tego typu noszy, oraz ewentualne wykorzystanie tego pomysłu. Nosze takie, według referenta, przy odpowiednich ulepszeniach, na jakie czas ich powstania (w polu) nie pozwalał, mogłyby oddawać duże usługi.

Gen. Składkowski przyjął dar prof. Lotha, dziękując mu serdecznie za cenną pamiątkę z czasów minionych walk polskich, a być może, i bardzo dobry pomysł, nadający się do zastosowania w wojsku.

Czas między posiedzeniami 5 i 6 poświęcono zwiedzaniu szpitala Ujazdowskiego pod kierunkiem płk. Rudzkiego i ppłk. Owczarewicza.

## XXXIII. Sekcja prasy lekarskiej.

Przewodniczący: W. Szumlański.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 13.VII, godz. 15.

Przewodniczący Sekcji dr. Witold Szumlański przedstawił w krótkim przemówieniu ryz historyczny prac Sekcji prasy lekarskiej na Zjazdach poprzednich, zaznaczył zasługi na tem polu ś. p. d-ra Józefa Jaworskiego i prof. Stanisława Ciechanowskiego i zaproponował do prezydjum Sekcji tegoż prof. S. Ciechanowskiego i prof. W. Nowickiego.

Przewodniczący: S. Ciechanowski i W. Nowicki.

1. **W. Nowicki.** (Lwów). — Sprawa reformy pism archiwalnych. Powstawanie pism archiwalnych jest wynikiem potrzeby, wywołanej odpowiednią produkcją naukową. Produkcja ta w Polsce znacznie zwiększyła się z chwilą zmartwychwstania Polski i powstania licznych nowych placówek naukowych. Pisma te jednak u nas przeważnie wegetują. Główną przyczyną tego jest opłakana strona finansowa. Składa się na to niezwykła drożyzna składu, druku, papieru i t. p., niemniej stosunkowo niewielka liczba prenumeratorów i niestety analfabetyzm lekarzy, odnośnie do pism lekarskich, w szczególności pism polskich. N. przeprowadził pisemną ankietę wśród redakcji polskich pism lek. arch. i higieniczno-społecznych. Jest ich 23. Otrzymał odpowiedź od 17. Są to przeważnie kwartalniki (65%) o objętości 4—5 arkuszy. Razem dają rocznie około 400 ark. Ogólna liczba prenumeratorów wynosiła 6500, z czego 56,1% wypada na pisma lekarskie, 43,9 na społ. lek. ii. Zasiłki otrzymywało 6 pism, z tego 2 zasiłki rządowe. Zaledwie 3 pisma pokrywało wydatki, pozostałe żyły niedoborem. Praca redakcji i administracji zawsze jest bezpłatna.

#### Wnioski:

1. Sekcja prasowa XII. Zjazdu L. i P. polskich stwierdza, że polskie piśmiennictwo lekarskie archiwalne pod wielu względami niedomaga i wymaga reformy. 2. Reforma ta winna polegać na zmniejszeniu liczby pism istniejących przez połączenie pism pokrewnych

w pismo jedno (jak było dawniej). 3. Pisma archiwalne winny być organami urzędowymi Towarzystw, a członków ich winien obowiązywać przymus prenumeracyjny. 4. Należałoby rozpatrzyć sprawę oparcia naszych pism archiwalnych o solidne dobrze zasobne firmy wydawnicze, jak to się dzieje za granicą.

2. **S. Ciechanowski.** (Kraków).—Reforma czasopism ogólnolekarskich.

Przedstawiwszy zadania czasopism ogólnolekarskich, przedwojenną i powojenną organizację prasy lekarskiej w Polsce i zagranicą, usterki polskich czasopism ogólnolekarskich i rozpatrzywszy przyczyny tych usterek, podstawy rozwoju prasy tego typu i stosunek jej do różnych działów medycyny, do higieny społecznej, spraw zawodowolekarskich, wychowania fizycznego, podaje referent różne sposoby reform, dochodząc do następujących wniosków końcowych:

1. W dziejowych warunkach wystarczyłoby dla Polski i mogłoby się utrzymać na należytych poziomie tylko jedno czasopismo ogólnolekarskie.

2. Czasopismo to powinno pokrywać swoje koszty, a przeto wydawnictwo jego może być przedsiębiorstwem o charakterze kupieckim.

3. Zanim taka reorganizacja będzie w pełni możliwa, konieczne byłoby przygotowanie terenu przez stworzenie stałych podstaw finansowych dla czasopism ogólnolekarskich, a to zapomocą obowiązkowego prenumerowania przez wszystkich członków Towarzystw i związków lekarskich.

4. Czasopismo ogólnolekarskie powinno być tak prowadzone, aby zaspokajało wszelkie potrzeby ogółu lekarzy-praktyków, a więc, obok odpowiednio redagowanej części ściśle lekarskiej, złożonej z działu prac oryginalnych i z działów sprawozdawczych, powinno obejmować higienę publiczną i społeczną, medycynę społeczną, sprawy zawodowe medycynę wojskową i wychowanie fizyczne.

#### D y s k u s j a:

Dr. S z y m a n o w s k i. Pisma powinny być oparte na prenumeracie. Nie wszystkie pisma uchodzące za archiwalne są niemi rzezywiście. Wskutek tego redukcja jest możliwa i wskazana.

Pisma tygodniowe muszą mieć zdolnych redaktorów. Poza tem należy podnieść poziom naukowy oddziałów szpitalnych

Dr. Seweryn Sterling. Jest przeciwny przekazaniu wydawaniu pism przez księgarzy: 1) bo są lekarze, którzy dla względów sentymentu prenumerują po parę pism; ci odpadną; 2) przymus prenumeraty wykonany przez towarzystwa lekarskie będzie niemożliwy, jeśli będzie on poparty argumentem że to ofiarność kolegów i że należy pomóc.

Prof. Nowicki nie jest bezwzględny zwolennikiem wydawania pism archiwalnych polskich przez firmy księgarskie, któreby ciągnęły ewentualne zyski z dochodów pism. Wyobraża sobie ewentualne spółki lekarzy, którzyby wzięli w swe ręce wydawnictwa, finansowali je, zyskiwali prenumeratów i t. p.

Dr. Szumlański odpowiada Szymanowskiemu, że genezą powstania pism archiwalnych było nie to, że nie było pisma ogólnolekarskiego, bo np. „Gazeta Lekarska“ wychodziła w Warszawie bez przerwy do końca r. 1922, t. j. do złania się z innymi tygodnikami, ale powstały one dla tego, że powstały różne towarzystwa specjalne, które uważały za właściwe i pożyteczne dla siebie założenia zaraz pisma archiwalnego.

Kandydatów na redaktorów u nas nie brak i to kandydatów bardzo odpowiednich, ale brak środków na wynagradzanie ich za pracę, jakiej wymaga redagowanie pisma lekarskiego.

Deficyt dają wszystkie pisma, bo dochód wystarcza im tylko na opłacenie drukarni i papieru, ale nie wystarcza na opłacenie współpracowników i pracy redakcyjnej, co właśnie stanowi deficyt. Przed wojną, kiedy koszty wydawnicze były mniejsze, „Gazeta Polska“ deficytu nie dawała, bo płaciła honoraria autorskie, ale redaktorzy i wydawcy dawali pracę prawie za darmo.

Przymus prenumeraty i płacenia może być przeprowadzony tylko o tyle, o ile dane Towarzystwo naukowe lub społeczne zobowiązały swoich członków do prenumerowania pisma, które winno być jednocześnie organem tego towarzystwa.

Statystyka prac w „Polskiej Gazecie Lekarskiej“ jest może i słuszna, ale kol. Szymanowski zapomina o tem, że prawie wszystkie pisma archiwalne polskie wychodzą w Warszawie i są wypełniane pracami lekarzy warszawskich, jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie; nic dziwnego przeto, że w „Pol. Gaz. Lek.“ prac z Warszawy jest tylko 20%, a reszta pochodzi przeważnie z Małopolski.

Doc. Janowski uważa, że w myśl przemówienia Ciechanowskiego należy dążyć: 1) do złania pism, 2) opierać wydawnictwo zawsze o dobrowolną pracę darmową. Proponuje, aby zwołać Zjazd Specjalny w sprawie pracy i to w najbliższym czasie.

Prof. Szmurło zawiadamia, że w Wilnie powstaje nowe czasopismo miesięczne lekarskie: Pamiętnik Wileńskiego T-wa Lekarskiego, organ T-wa wydający prace członków i protokoły posiedzeń.

Sprawa zbyt licznych pism lekarskich stanowi bolączkę ogólną, i za granicą żądają mniej pism, byle zawierały więcej treści, bo to łatwiej do rąk doświadczać i czytać.

T-wa wydające swoje pisma nie zechcą prawdopodobnie zrzec

się swoich wydawnictw, bo to jest łącznik dla towarzystwa, spajający członków w jedną całość.

Dla lekarza pismo lekarskie jest tak potrzebne jak narzędzie i dla tego powinno być podane mu przez te instytucje (szpitale, sejmiki i zarządy miejskie), które im w pracy szpitalnej dają narzędzia i przyrządy. Wobec tego stawia wniosek: Zjazd wyraża życzenie, ażeby zarządy miejskie i sejmiki wprowadzały do budżetów odpowiednie sumy na kupno nietylko przyrządów i narzędzi lekarskich w szpitalach, ale również czasopism i dzieł lekarskich i zakładanie bibliotek lekarskich.

Dr. Nowak. Zgadzam się z panami referentami, że wystarczy jedno pismo dla ogółu lekarzy i dwa, najwyżej trzy pisma archiwalne.

Co zaś tyczy redagowania pisma, to należałoby dążyć do tego, by w miast redakcji wchodziło 3—5 lekarzy dobrze opłacanych, którzyby byli odpowiedzialni za wzorowe prowadzenie poszczególnych działów pisma, bądź sami materiały dostarczając, bądź też starając się o ten materiał u osób kompetentnych. Administrator pisma winien starać się o ogłoszenia i przez przesyłanie nakaźów płatniczych do abonentów podnieść stan finansowy pisma.

Prof. Nowicki z naciskiem podnosi znaczenie finansowe dla podniesienia i utrzymania naszego piśmiennictwa lekarskiego. Drugim niezbędnym warunkiem jest fuzja pism archiwalnych i tygodniowych i przymus prenumeraty. Przymus prenumeraty najlepiej dałby się przeprowadzić, gdyby powstał Związek Towarzystw lekarskich polskich, przez który możnaby przymus ten przeprowadzić i przeprowadzić korzystne dla naszego piśmiennictwa zarządzenia. Ostatni mówca formułuje wniosek:

1) Sekcja prasowa uważa za rzecz konieczną utworzenie Związku Towarzystw lekarskich polskich, dla dobra tych towarzystw, przede wszystkim zaś Towarzystw słabych co do liczby członków.

2) Sekcja prasowa uważa za wskazane zwołanie konferencji delegatów towarzystw, zrzeszeń lekarskich i redakcyj pism lekarskich.

Dr. Rożkowski stwierdza zmniejszenie się czytelnictwa wśród lekarzy praktycznych. Jest to okres przejściowy, zależny w pewnym stopniu od zmienionych warunków pracy lekarskiej. W tym okresie przejściowym konieczny jest przymus. Powtóre należy dążyć bezwzględnie do zreformowania pism tygodniowych ogólnolekarskich w duchu medycyny praktycznej.

Dr. Monsiński przemawia przeciwko fuzji pism archiwalnych; daje na dowód fakt, że podczas fuzji ginekologów i chirurgów w „Przeglądzie chirur. i ginekol.“ liczba artykułów ginekologicznych była znikomo mała. Dziś stojąc samodzielnie, ginekologia ma wspaniały or-

gan. Jest on niezbędny dla towarzystwa, które nie tylko ma obowiązek uczyć swych członków, ale i podnosić poziom nauki polskiej w danej gałęzi; nie jest to „ambicja“ towarzystwa, jak powiedział jeden z przedmówców, ale wprost obowiązkiem narodowym odpowiednio reprezentować wobec obcych daną gałąź wiedzy.

3. **S. Sterling-Okuniewski.** (W-wa). — W sprawie podręczników lekarskich zwłaszcza dla młodzieży uniwersyteckiej.

Referent wskazuje zastraszające zmniejszenie się publikacji lekarskich (podręczników uniwersyteckich dla młodzieży, monografji i t. p.), zastanawia się nad przyczynami tego zjawiska; na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród polskich firm wydawniczych, wykazuje brak zbytu polskiej książki lekarskiej. Za interesowanie się polską oryginalną książką lekarską jest niezwykle małe (referent przytacza liczne przykłady), jakkolwiek warstwa, jaka mogłaby korzystać z tych dzieł jest dość znaczna (ok. 12,000 jedn.). Referent zwraca uwagę świata lekarskiego na niebezpieczeństwo tego stanu dla wiedzy lekarskiej w Polsce i proponuje uchwalenie następujących wniosków (p. Wnioski).

#### Dyskusja:

Dr. Szymański znajduje największą trudność w nędzy studentów i w przeciążeniu pracą profesorów. Nie należy popierać przekładów, gdyż to może jeszcze bardziej utrudniać twórczość.

Prof. Nowicki niedostateczny zbyt podręczników widzi w niedostatecznym popieraniu podręczników polskich przez Wydziały lekarskie, a dalej przechodzenie podręczników do handlu antykwarskiego. Wydawcy niechętnie oddają swe podręcznikowe wydawnictwa Towarzystwu medyków, po cenie niższej, bo to robi konkurencję księgarzom.

Prof. Szmurło pisał kiedyś o potrzebach piśmiennictwa lekarskiego i stwierdził, że podręczników polskich niema i że się ich nie pisze. To samo trwa i obecnie. Profesorowie są przeciążeni pracą i nie mają czasu na pisanie podręczników, docentur katedry posiadają bardzo mało, wobec tego pisanie podręczników jest bardzo utrudnione. Istniejące podręczniki bardzo łatwo się będą rozchodziły, jeżeli profesorowie zechcą zachęcać studentów do czytania podręczników polskich. Na podręczniki lekarskie należy się starać o pożyczkę zwrotną w Ministerstwie W. R. i O. P.

Prof. Nowak. Wydawnictwa nie reklamują dostatecznie dzieł naukowych.

1. Wydawnictwa winny przysyłać prospekty lekarzom.
2. Należałoby Towarzystwom lekarskim przysyłać 1 egzemplarz celem dania możności lekarzom poznania danego dzieła.



3. W pismach lekarskich należałoby umieszczać dłuższe recenzje o nowych książkach.

Prof. A. Wrzosek. Podręczniki medyczne polskie rozchodzą się w zbyt małej liczbie z kilku powodów. Najważniejszym z nich jest ten, że nie lubimy kupować książek, nawet jeżeli nas stać na to. To zjawisko spotyka się zwłaszcza wśród studentów, którzy bardzo mało podręczników kupują, przeważnie pożyczają je od kolegów lub z Kół Medyków. Otóż Koło Medyków zamiast mieć np. 10 egzemplarzy jakiegoś podręcznika, z których korzysta czasem 50 do 100 studentów, lepiej żeby starały się pożyczać na kilka lat odpowiednie sumy niezamożnym kolegom na zakup podręczników. Mało się rozchodzą nasze podręczniki i z tego powodu, że zamało mamy podręczników polskich i niema wobec tego czasem wśród nich wyboru, jak między podręcznikami obcymi. Dla nauczania medycyny przydałoby się i po parę lub kilka podręczników z najważniejszych nauk medycznych. Aby jednak profesorowie mogli pisać podręczniki, nie powinni być przeciążeni wykładami i ćwiczeniami. Dlatego proponuję, aby Zjazd zwrócił się do Ministerstwa o rewizję rozporządzenia Departamentu Nauki i Szkół akademickich M. W. R. i O. P. w sprawie obowiązków nauczycielskich profesorów. Rewizję należałoby zrobić w tym kierunku, aby obowiązki profesorskie były w ich dekretach nominacyjnych indywidualnie traktowane, aby najważniejsze nauki medyczne miały po parę lub kilka równoległych katedr i aby profesorowie, którzy przyczynili się do wykształcenia docenta byli zwolnieni z części swoich obowiązków, które za odpowiednim wynagrodzeniem powinni przyjąć docenci.

4. **A. Wrzosek.** (Poznań). — Usterki językowe w naszych czasopismach lekarskich.

Po omówieniu usterek językowych w naszych czasopismach lekarskich, autor proponuje w celu usunięcia lub przynajmniej zmniejszenia ich: 1) aby wszystkie czasopisma trzymały się ściśle pisowni przyjętej przez Polską Akademię Umiejętności, 2) aby każde czasopismo posiadało o ile możliwości, korektora językowego; 3) aby redakcje dbały więcej niż dotąd o poprawność mianownictwa, 4) aby czasopisma poświęcały dużo uwagi, korekcie drukarskiej, posyłając pierwszą autorowi, drugą stałemu korektorowi, a trzecią redaktorowi.

5. **E. Loth.** (W-wa). — Propaganda piśmiennictwa lekarskiego zagranicą.

Czesi i Rosjanie i inne narody mają o wiele lepiej zorganizowaną propagandę zagraniczną aniżeli Polacy. Odbija się to również w dziedzinie nauk lekarskich i przyrodniczych. Czesi dbają specjalnie o propagandę w krajach Anglosaskich; w Amerykańskich czasopismach

lekarskich niema numeru bez jakiejś wzmianki z czeskich miejscowości kąpielowych z ich czasopism, bez jakiegoś referatu czeskich prac naukowych i lekarskich i t. p. — podczas gdy o polakach głucho. Rosjanie opanowali znów literaturę niemiecką o tyle, że sprawozdania naukowe często bezwartościowych prac są nieraz równie obszerne jak prace oryginalne. U nas wszelkie próby jednostek naprz. D-ra. Fr. Lenarta z Chicago, ażeby wprowadzić stały dział referatowy z Polski do Amerykańskich Czasopism rozbiły się o dziwny indeferentyzm autorów polskich i brak zrozumienia dla potęgi propagandy zagranicznej.

W ten sposób młody nasz sport zwłaszcza futbol i kawalerja, dzięki regularnym sprawozdaniom w pismach zagranicznych, przyczyniają się więcej do wstawienia imienia polskiego aniżeli nauka i medycyna polska. Zważywszy powyższe referent dochodzi do wniosku, że należałoby założyć biuro stałej propagandy lekarskiej i przyrodniczej zagranicą.

Uchwalono następujący wniosek:

Zjazd uznaje konieczność założenia biura propagandy polskiej medycyny zagranicą.

Na ten cel powinny być nałożone drobne opłaty na wszystkich lekarzy. Sprawę tę powierza Zjazd „Naczelnej Izbie lekarskiej“.

D y s k u s j a:

Dr. Szymanowski uważa, że propaganda naukowa powinna iść drogą towarzystw naukowych na wzór polskiego T-wa Chirurgicznego.

Prof. Nowicki podnosi myśl zwrócenia się do pism archiwalnych, aby redakcje pism tych przeznaczyły pewną liczbę egzemplarzy dla towarzystw i instytucji naukowych zagranicznych.

Dr. Monsiorski gorąco popiera wniosek referenta o opodatkowaniu świata lekarskiego na rzecz propagandy nauki polskiej zagranicą. Wszakże zaznacza, że ginekologja przed wojną stale była referowana w pismach niemieckich, po wojnie w „Ginecologia et obstetricia“. Obecnie wszystkie artykuły Ginekologii polskiej są w streszczeniu tłumaczone na język francuski, pismo to jest rozsyłane wybitniejszym jednostkom zagranicą.

Dr. Z. R. Derengowski (Chicago U. S. A.) Stany Zjednoczone i inne kraje Anglosaskie powinny być informowane o pracy lekarskiej w Polsce. Trzeba reklamować że Polacy mają zakłady naukowe i że pracują bardzo intensywnie na polu naukowym lekarskiem.

W tym celu należałoby:

przesyłać co tydzień artykuły wybitnych profesorów, ze wszystkich prowincji polskich do amerykańskich lekarskich czasopism;

przesyłać stale czasopisma lekarskie polskie do księgarni medycznych w Stanach Zjednoczonych;

przeprowadzić propagandę o pracy lekarskiej polskiej za pośrednictwem pism amerykańskich;

starać się, by każdy lekarz polski w Ameryce prenumerował pisma polskie.

Prof. H. Hoyer podaje do wiadomości, że Akademia Umiejętności jako ciąg dalszy katalogu prac naukowych zamierza wydawać *Revue bibliographique*, obejmującą naukową literaturę przyrodniczą i część lekarskiej nie tylko w formie tytułów, lecz także krótkich streszczeń w języku francuskim. Referent prosi usilnie o poparcie tego wydawnictwa.

Dr. Szumlański zaznacza, że Tow. Lek. Warszawskich podjęło obecnie na nowo wydawnictwo Przeglądu piśmiennictwa Lekarskiego polskiego, przerwane podczas wojny i że jest już gotów wykaz prac z r. 1917, 18, 19, 20 i 21, a w końcu roku bieżącego wyjdzie z druku ich streszczenie. Żeby przeto dwa razy tej samej roboty nie wykonywać, S. proponuje, aby prof. Hoyer zechciał korzystać jeżeli nie ze streszczeń, drukowanych w *Przeglądzie Piśm. Lek. polskiego*, bo te może byłyby za długie, to przynajmniej z wykazu tytułów prac lekarskich.

W dalszym ciągu sekcja uchwaliła wnioski, podane w rozdziale „Wnioski“.

Do komisji mającej się zająć wykonaniem uchwał sekcji prasowej powołani zostali: prof. Ciechanowski (Kraków), prof. Nowicki (Lwów), dr. Osmólski płk. lek. (Warszawa), red. dr. Szumlański (Warszawa), dr. Szymanowski płk. lek. (Warszawa), dr. Wierzbicki (Poznań) —

---

## XXXIV. Sekcja raka.

Przewodniczący: B. Wejnert.

Sekretarz: Fr. Niewiadomski i R. Pallier.

### POSIEDZENIE I.

Poniedziałek 18.VII, godz. 9 rano.

Wspólnie z sekcją XV. (anatomja patologiczna).

Streszczenia patrz sekcja XV (Red.).

1. **S. Ciechanowski.** (Kraków).—Patogeneza i etjologia nowotworów doświadczalnych.

2. **L. Skubiszewski.** (Poznań) — Przesadzanie tkanek zarodkowych w związku z powstawaniem nowotworów.

3. **E. Czarnecki.** (Wilno).—Z dziedziny badań nad nowotworami doświadczalnymi.

Początek doświadczeń — Marzec 1923. Króliki, świnki morskie i białe myszki. Stosowano 2–3 razy tygodniowo pendzlowanie smołą pogazową. (Króliki wewn. powierzchnia ucha, świnki i myszki okolica kręgosłupa). Dopiero po 15 miesiącach u królików pierwsze zmiany w postaci brodawek i rogów skórnych dość znacznych rozmiarów, których pewna część po odpadnięciu, albo oderwaniu odrasta. Wynik badania mikroskop. état précancéreux w II okresie według terminologii francuskich kancerologów. Ostatnimi czasy dają się u tych królików zauważyć w okolicy odnośnych słuchów podskórne gruczołki wielkości grochu. U myszek również mniej więcej po 15 miesiącach w jednym przypadku niewielkie brodaweczki, które po 2 miesiącach przeszły w owrzodzenie, od 3 miesięcy nie gojące się.

Niedawno zaczęto stosować smołę tego samego pochodzenia (Wileńska gazownia) lecz elektrolizowaną.

Gaz w tutejszej gazowni wytwarzają z drzewa i to przeważnie szpilkowego.

4. **E. Szczeklik.** (Kraków). — O zachowaniu się podścieliska w nowotworach posmołowcowych.

5. **H. Schusterówna.** (W-wa). — Krytyka teorii Boveriego o pochodzeniu komórki rakowej na podstawie własnych badań histologiczno-eksperymentalnych.

6. **T. Bartoszek.** (W-wa). — Rak smołowcowy u myszy.
7. **J. Laskowski.** (W-wa). — Karcinoidy smołowcowe u królików

## POSIEDZENIE II.

Poniedziałek 13.VII, godz. 3.

1. **B. Bartkiewicz.** (Zawiercie). — Wpływ najnowszych poglądów z zakresu biologji raka na leczenie jego teraz i w przyszłości.

Naukowe podstawy leczenia operacyjnego raka i wyniki ostateczne w chwili obecnej. Potrzeba rewizji poglądów i sposobów postępowania.

Rozpoznanie raka w stosunku do nowoczesnej biologji raka. Złośliwość raków i jej znaczenie w lecznictwie. Charakter miejscowy raków i sposób rozszerzania się w ustroju.

Określenie istotnej roli chirurgji w leczeniu raka. — Statystyki.

Działanie energii promienistej, w szczególności radu na tkanki żywe. Rola radu przy leczeniu raka. Czego należy wymagać od środków leczących raka. (Wydrukowane w całości w Nr. 8 Biuletynu Polskiego Komitetu do Zwalczenia raka).

2. **I. Grundzach.** (W-wa). — Rak w świetle nauki o witaminach.

Prelegent przedstawia teorię Funka według której witaminy, ich obfitość, różnorodność, ich nadmiar mogą mieć wpływ na rozwój raka G. podaje krótkie streszczenie prac, potwierdzających teorię Funka i prace, wykonane w pracowni Funka nad przeszczepianiu raka ze zwierząt na zwierzęta.

Statystyka wojenna w sprawie raka stwierdzała w wielu krajach jego zmniejszanie się lub znikanie. Podobnie się miała sprawa t. zw. artretyzmu, cukromoczu i kamicy, które w czasie wojennym słabły co do ilości i natężenia (wpływ żywienia skąpego lub niekompletnego). Rak wśród ludności rolniczej jest rzadszy niż w miastach.

(Wydrukowane w całości w Nr. 8 Biuletynu Polskiego Komitetu do Zwalczenia raka).

## POSIEDZENIE III.

Wtorek 14.VII, godz. 9.

1. **S. Sterling-Okuniewski.** (W-wa). — Najbliższe zadania i cele walki z rakiem na ziemiach Polskich.

(Referat programowy).

Po zbadaniu sprawy z działalności Polskiego Komitetu do zwalczenia raka za pierwsze półrocze 1925 r. (t. j. od czasu zorganizowanego przez Komitet pierwszego Zjazdu do walki z rakiem w grudniu 1924 r.) a mianowicie: o położeniu kamienia węgielnego pod Instytut Radowy im. Marji Skłodowskiej-Curie jako Daru Narodowego, powstałego z inicjatywy Komitetu, o ankiecie w Rzeczypospolitej, urządzonej w porozumieniu z Gen. Dyrekcją Służby Zdrowia, o Sekcji raka na obecnym XII Zjeździe i Wystawie Nowotworów, referent wskazuje,

jakie zadania mają do spełnienia w najbliższym półroczu czynniki do walki z rakiem na ziemiach polskich: 1) ostateczne założenie komitetów miejscowych, 2) wyszukanie źródeł dochodu dla każdego komitetu. 3) przeprowadzenie pertraktacji z odpowiednimi czynnikami miejskimi w celu utworzenia oddziałów szpitalnych chirurgiczno-świetłolecznicznych. Poza tem na Polski Komitet do zw. raka spada długi szereg obowiązków, z których referent przytacza najważniejsze, mianowicie: 1) uzyskanie od Uniwersytetu Warsz. placu pod budowę lecznicy, na który Komitet wpłacił Uniwersytetowi dość znaczną sumę, 2) zorganizowanie II-go ogólnopolskiego zjazdu do walki z rakiem w końcu r. b. 3. rozszerzenie przychodni Komitetu, 4) nadal wydawanie periodycznego Biuletynu Komitetu i opublikowanie obrad Sekcji Raka na XII Zjeździe Lek. i Przyr., 5) stała współpraca z Komitetem Daru Narod. dla M. Skłodowskiej-Curie, 6) zmiana statutu Polskiego Komitetu do zw. raka w myśl postanowienia I-go Wszepolskiego Zjazdu do walki z rakiem. (W całości drukowane w „Księdze“ poświęconej Marji Skłodowskiej-Curie).

#### D y s k u s j a:

Dr. Miklaszewski. Najpilniejszą sprawą w walce z rakiem jest stworzenie schronisk dla rakowatych, których 85% choruje i umiera w śród swoich rodzin. — Sprawa naukowego badania powinna być narazie pozostawiona ośrodkom naukowym: uniwersytetom, klinikom i szpitalom.

Dr. B. Bartkiewicz uważa, że podstawą walki z rakiem są badania naukowe nad rakiem w celu rozwiązania problemów zasadniczych, które mogą prowadzić do odkrycia racjonalnego leczenia. Niezbędne jest założenie instytutu doświadczalnego połączonego ze szpitalem.

Dr. Raczyński. Przeszło dwudziestoletnia historia istnienia rozmaitych komitetów, towarzystw. lig dla zwalczania raka wskazuje, że sprawa zwalczania raka w istocie nie posuwa się naprzód, ponieważ dotychczas nie mamy rzeczywiście skutecznego środka na raka. Operacja i naświetlanie przy rakach organów wewnętrznych daje tak znikomy odsetek uleczenia stałego, iż to niema żadnego praktycznego znaczenia wobec ilości chorych nieuleczalnych. Wszelkie lecznice i szpitale rakowe nie będą miały istotnego znaczenia, dopóki nie będziemy mieli rzeczywiście skutecznego środka na raka. Prace naukowe w kierunku poszukiwania pożądanego środka na raka są dotychczas b. nieliczne i sprawy tej nie posuwają naprzód. Wobec tego należy wytworzyć warsztat stałej, systematycznej i planowej pracy w tym kierunku, i warsztatem tym mogą być tylko katedry rakowe przy wydziałach lekarskich. W Polsce, np., 5 katedr rakowych z odpowiednią ilością stałych pracowników stałyby się potężnym warsztatem pracy

specjalnej, który niczem innym nie dałby się zastąpić. Od lat dziesięciu jak w pismach lekarskich obcokrajowych, tak szczególnie w pismach polskich występowałem w sprawie niezbędności utworzenia katedr rakowych, podając szczegółowo dowody, dlaczego właśnie katedry te niczem innym nie mogą być zastąpione, dowodów tych więc tu przytaczać nie będę. Francja od paru lat wstąpiła na tę drogę tworzenia katedr rakowych przy wydziałach, lekarskich, nam pozostaje tylko wstąpić w jej ślady do tegoż, nie tracąc sił, energii i środków materialnych na sprawy, które właściwie dają dość problematyczne wyniki w zakresie walki z rakiem. (Autoreferat).

Doc. Dr. Sterling-Okuniewski. W odpowiedzi d-rowsi Bartkiewiczowi stwierdza, że temat jego przemówienia obejmował tylko sprawę walki z rakiem, a nie zagadnienie biologiczne raka. Już w przemówieniu Stok. podkreślał, że powstaje Zakład Radowy w Warszawie, jako dar narodowy Marie Skłodowskiej — Curie, w którym wszelkie badania biologiczne będą prowadzone z uwzględnieniem materiału klinicznego szpitala, — Instytutu. W referacie był podany realny plan walki na najbliższy okres czasu z uwzględnieniem tylko tego, co można istotnie zrobić aż do najbliższego ogólnopolskiego Zjazdu przeciwrakowego.

2 **W. Miklaszewski.** (W-wa). — Próba statystyki nowotworów złośliwych w Polsce.

Większość krajów kulturalnych posiada tak dokładną statystykę rakową, że może przeprowadzić porównanie umieralności z niego z umieralnością z gruźlicy. Anglja podnosi nawet alarm, że rak zabiera więcej ofiar, niż gruźlica. Aby poznać to zagadnienie u nas zbadałem cały materiał statystyczny 1923 r., obejmujący 59 dużych szpitali w obrębie 10 województw. Z liczby 36,017 chorych mężczyzn i 52,438 kobiet przypada na guzy złośliwe 1416 mężczyzn (3,92%) i 1992 kobiety (3,79%), prócz tego na torbiele jajnika 309 (0,59%). Chociaż ten materiał dotyczy tylko chorych szpitalnych, a nie ogółu guzowatych, jednak daje dużo cennych wskazówek, mianowicie: 1) Najwięcej rakowatych mężczyzn przypada na wiek od 51 do 60 r. ż., a kobiet od 41—50 r. ż., czyli o 10 lat wcześniej, niż np. w Anglii. Zależy to od nieopanowania u nas gruźlicy, która zabiera dużo ofiar w wieku młodocianym i obniża przeciętną długość życia. 2) Wpływ płci zaznacza się w przewadze raka narządów trawienia u mężczyzn i układu rozrodczego u kobiet. 3) Stan rodzinny wykazuje u kobiet nadmiar bezżennych wdów i rozwiedzionych w porównaniu z przeciętnymi dla ogółu ludności. 4) Wpływ zawodu na zapadalność na raka związany jest jego umiejscowieniem, np. raki wargi spotyka się przeważnie wśród małokulturalnej ludności wiejskiej, a raki przełyku, żołądka, jelit, macicy, sutki i t. d. częściej wśród ludności miejskiej.

5) Przewaga rakowatych pochodzi z obrębu województwa, w którym znajduje się szpital badany. Do wielkich ośrodków uniwersyteckich, zwłaszcza do stolic, napływają przeważnie żydzi z poza danego województwa. To też przy wyliczeniu przybliżonej zachorowalności na guzy złośliwe należy to mieć na uwadze. 6) Liczba dni szpitalnych wskazuje, że przeważna część rakowatych nie jest leczona w szpitalu, czyli zakwalifikowana, jako nieuleczalna. 7) Umiera w szpitalu po kilkunastodniowym pobycie 18,42% guzowatych mężczyzn i 13,36% kobiet, czyli reszta choruje i umiera w domu z niezawodną szkodą dla zdrowia swych rodzin. Wysuwa się więc jako bardzo pilne zagadnienie sprawa przytułkowa dla rakowatych. 8) Zapadalność na raka jest w Polsce mniejsza niż w innych krajach.

### 3. **W. Miklaszewski.** (W-wa). — Rasa a nowotwory.

Z liczby 1416 mężczyzn i 1992 kobiet, dotkniętych nowotworami złośliwymi, przypada na żydów 281, a na żydówki 510, reszta zaś na Polaków (69,57% i 60,27%), Rusinów (9,57% i 12,2%) i ludność wyznania protestanckiego (0,78% i 2,1%). Różnice pod względem umiejscowienia nowotworów pomiędzy ludnością chrześcijańską a żydowską są bardzo duże. Najwydatniej zaznaczają się one, jak następuje: 1) Raka wargi spotykamy u chrześcijan (Ch.) w 17,99%, u chrześcijanek (chk.) w 1,14%, u żydów (ż.) w 3,2%, u żydówek (żk.) nie spotykamy zgoła. 2) Raka przełyku u Ch. w 7,89%, u chk. 1,35%, u ż. 5,69%, u żk. 2,15%. 3) Raka żołądka u ch. 27,48%, u chk. 14,78%, u ż. 21,8%, u żk. 9,21%. 4) Raka wątroby u ch. 3%, u chk. 4,17%, u ż. 4,27%, u żk. 7,25%. 5) Raka jelit u ch. 1,59%, u chk. 1,74%, u ż. 7,15%, u żk. 3,53%. 6) Raka sutki u chk. 10,89%, u żk. 17,05%. 7) Raka macicy u chk. 27,64%, u żk. 9,21%. 8) Mięśaki u ch. 9,71%, u chk. 10,63%, u ż. 12,46%, u żk. 8,82%. 9) Guzy układu nerwowego u ch. 2,47%, u chk. 1,75%, u ż. 10,81%, u żk. 9,61%. Pomijając inne umiejscowienia, jako mniej jaskrawe, przeprowadzam analizę, które z pomienionych różnic należy położyć na karb właściwości rasowych, które zaś stanowią wyraz odrębności kulturalnych. Badania w tym zakresie mogą przyczynić się do wyświetlenia wielu zagadnień Co do patogenezy raka i zapobiegania jego rozwojowi.

### D y s k u s j a :

Dr. Gantkowski. Z wywodów prelegenta wynika, że licznie najmniej raków zachodzi u rolników, w ogóle u mieszkańców wsi, Otóż zdaje mi się, że odgrywają tu rolę lecznicze siły przyrody, a mianowicie słońce które w tym wypadku może do pewnego stopnia działa profilaktycznie.

Doc. Dr. Sterling-Okuniewski wyraża radość z powodu tak dokładnego opracowania obszernego materiału, jakim rozporządził prelegen



Jest to właściwie pierwsza próba w kierunku opracowania statystyki nowotworów na Ziemiach Polskich. Prawda, iż dr. Jaworski już przed kilkunastu laty starał się na drodze ankiety przeprowadzić statystykę, ale były to dane niewystarczające. Mamy więc po raz pierwszy dane statystyczne które będą uzupełnione i rozszerzone przez wyniki ankiety. St.-Ok. zastanawia się nad przyczynami tak niewielkiej liczby chorych na rok w Polsce w stosunku do innych krajów, przypuszczam, że to niski stan lecznictwa i późne rozpoznawanie raka przyczynia się do tego że tylko nieuleczalni chorzy dostają się do szpitali, pozatem rozpoznania kliniczne nie zawsze odpowiadają rzeczywistości.

Co do uwagi d-ra Bartkiewicza o wpływie syfilisu, przypuszczam, że to odmienne właściwości tkanki łącznej wpływają na łatwe powstawanie raka na języku, trudniejsze — na wardze.

Dr. Mikłaszewski w odpowiedzi zaznacza, iż wszystkie uwagi, podniesione w dyskusji są uwzględnione w pracy, przeznaczonej do druku. Wpływ środowiska wiejskiego naświetlania słonecznego jest niezawodny. Stosunki ilościowe co do zachorowalności nie mogą być utożsamiane ze zgonami. Wypada ich zaledwo 60% ogółu rakowatych zgłoszonych. Stosunków obcokrajowych nie można przenosić na nasz grunt. Ludność Polski jest w 74% rolnicza, a np. w Niemczech jest zaledwie 41% rolników. W Ameryce stosunki kulturalno-gospodarcze są zupełnie inne. W Szwajcarii na 1 milion ludności umiera 1264 na raka (rok 1920) w Angji 1120. Ale zato gruźlica jest opanowana. Ten czynnik przedstawia się u nas bardzo niekorzystnie. Dlatego też bardzo wielu chorych którzy powinni byli umrzeć w starości na raka, umierali w młodości na gruźlicę. To jest właśnie klęska.

4. **B Wejnert.** (W-wa). — Rak w stosunku do innych chorób przewodu pokarmowego

Niedostateczne zainteresowanie sprawą walki z rakiem wśród szerokich warstw lekarzy ma swe źródło, między innymi, w błędnem wrażeniu, jakie otrzymuje co do rozpowszechnienia się raka, lekarz opierający się na swym materiale ambulatoryjnym. Autor na podstawie drobiazgowych obliczeń poczynionych na dużym materiale (10,000 przyp.) dotyczącym specjalnie chorób przewodu pokarmowego, wykazuje, jak częstym jest rak w stosunku do innych chorób przewodu pokarmowego, oraz wyjaśnia przyczyny, mogące wywołać nieraz w lekarzach mylne wrażenie, że cierpienie to jest względnie radsze — podczas gdy wśród publiczności utwierdza się przekonanie o wielkiej jego częstotliwości. Na każde z 8 osób które zachorowują na przewlekłe cierpienie przewodu pokarmowego, 3 dostaje raka. Przy obliczaniu dokonaniem w odmienny sposób stwierdza się, iż na każde 300 osób chorujących na cierpienie przewodu pokarmowego nie mniej niż 3 miesiące i nie więcej niż 2 lata — jest 30 raków.

W zakończeniu autor zwraca uwagę na postępy poczynione w sprawie walki z rakiem we Francji oraz wskazuje na stopniowo wzrastającą popularność tej sprawy w Polsce.

(Wydrukowane w całości w Nr. 8 Biuletynu Polskiego Komitetu do zwalczania raka).

#### D y s k u s j a :

Dr. Miklaszewski: W materiale statystycznym uwzględniłem i okres rozwoju raka, od czasu wystąpienia pierwszych objawów do postawienia rozpoznania. Wynosi to dla raka żołądka mniej, niż rok, dla wątroby 3 — 4 miesiące, dla przelyku powyżej roku i dla dalszego odcinka, zwłaszcza odbytnicy — parę do kilku lat. Te liczby odpowiadają mniejwięcej liczbom podanym przez dr. Wejnerta.

Dr. Bartkiewicz potwierdza w zupełności wywody prelegenta.

5. **J. Pomper.** (W-wa). — Plon operacyjny nowotworów złośliwych za ostatnie dziesięciolecie w oddziale II chirurg. Szpit. Przem. Pańskiego w Warszawie.

Od roku 1915 do 1925 na oddziale było 6000 chorych, z czego 354 rakowatych. P. omawia poszczególnie wyniki pooperacyjne chorych z nowotworami złośliwymi, przedstawiając cyfry statystyczne według miejsca usadowienia się guza i charakteru samego zabiegu; z ogólnej liczby operowanych rakowatych — 90 wypisało się jako zdrowi, czyli ponad 25%. Chorzy ci stanowili materiał t. zw. „szpitalny“, obejmujący ludzi pracy i ubogich, u których zazwyczaj choroba zostaje wykryta w b. późnym okresie.

P. sądzi, że obecnie, w epoce działania Kas Chorych, pozwalających otrzymywać przypadki w znacznie wcześniejszym okresie i % wyleczeń szpitalnych a może i wyleczeń trwałych znacznej ulegnie poprawie. W tym kierunku wczesnego wykrywania choroby i śledzenia za przebiegiem pooperacyjnym winien niewątpliwie oddać znakomite usługi komitet do walki z rakiem, a szczególnie komitet Dam, którego organizacja winna być wzorowana na amerykańskiej i francuskiej.

#### D y s k u s j a :

Dr. Bartkiewicz zaznacza iż dążenie do operowania doszczętnego raków żołądka i wątroby nie jest usprawiedliwionem, ponieważ wobec trudności rozpoznawczych chorzy poddają się operacji przy daleko posuniętych zmianach. Chirurgja paljatywna osiąga też same wyniki co i wycięcie.

Dr. Raczyński. W sprawozdaniu o rakach macicy niejasno przedstawia się sprawa tak znacznego odsetka próbnych laparotomij. Zwykle dwuręczne badanie ginekologiczne prawie zawsze daje możliwość określić, czy mamy do czynienia z casus operabilis czy inopera-

bilis. Niepożądaną jest tu próbna operacja wobec tego, że wszelka niezakończona operacja raka, naruszając całość naczyń, gruczołów chłonnych, które służą rezerwoarami dla pierwiastków rakowych, wyrzuca te pierwiastki z ich rezerwoarów i, rozsiewając po polu operacyjnym, pogarsza stan chorej.

#### POSIEDZENIE IV.

Wtorek 14.VII, godz. 3.

1. **S. Cytronberg.** (W-wa). — O współczesnych metodach wczesnego rozpoznawania raka przewodu pokarmowego.

„Obok zwykłych klinicznych, rentgenologicznych i pracownianych sposobów rozpoznawania raka przewodu pokarmowego wogóle, a żołądka w szczególności, pewne ograniczone zastosowanie znalazły metody Salomona oraz Fischera i Neubauera (ulepszona przez Kuttnera i Pulzermachera i inni). Odczyny serologiczne podane przez Ascoti i Szara, Dungereń, Kottmanna, Botelho i t. d. i t. d. nie są zupełnie pewne i swoiste. W swoich doświadczeniach przy pomocy metody Abderhaldena, miałem przeszło 85% dodatnich odczynów przy raku ale także 10% dodatnich odczynów przy innych schorzeniach i przy ciąży. W znacznej większości przypadków raka narządów należących do dorzecza żyły bramnej stwierdzałem po doustnym podaniu 100 gr. cukru gronowego przecukrzenie pokarmowe krwi nader wybitne. Objaw ten może służyć jako pomocniczy środek rozpoznawczy. We wszystkich bez wyjątku przypadkach raka żołądka stwierdzałem swoiste zachowanie się wielkości wskaźnika refraktometrycznego treści wydobytej naczno oraz  $\frac{3}{4}$  godz. po spożyciu przez chorego, odpowiednio spreparowanego białka jednego jaja kurzego i 100 cm<sup>3</sup> wody przekropionej, mianowicie: naczno wskaźnik był większy niż przy wszelkich innych schorzeniach żołądka; za po próbie białkowej zmniejszał się wybitnie. Na podstawie takiego zachowania się wskaźnika mogłem we wszystkich zbadanych przypadkach (145) postawić wzgl. wyłączyć rozpoznanie raka żołądka“.

2. **B. Kryński.** (W-wa). — Doniosłość badań Roentgenem w sprawie wczesnego rozpoznania nowotworów złośliwych.

3. **S. Węgieńko.** (W-wa). — Chwiejność koloidowa osocza u chorych na nowotwory złośliwe.

Wyniki moich badań dadzą się streścić w sposób następujący:

1) U większości chorych na nowotwory złośliwe stwierdzamy zwiększoną chwiejność koloidową osocza (dodatni odcz. skłóćzania).

2) Chwiejność koloidowa u tych chorych zmienia się w zależności od okresu cierpienia, gdyż w czasie bardzo wybitnego charłactwa ustala się osocze.

3) Ustalenie podobne nie stwierdzamy w innych przewlekłych prowadzących do charłactwa cierpieniach.

4) Niezgodność w wynikach odczynu Botelho z odczynem skłaczania występuje w 40% zbadanych przypadków.

5) Odczyn Botelho zależy najprawdopodobniej od innych warunków wytworzonych we krwi, niż odczyn skłaczania.

6) Odczyn Botelho posiada jeszcze mniejszą wartość kliniczno-rozpoznawczą niż odczyn skłaczania.

## POSIEDZENIE V.

Środa 15.VII, godz. 9.

Wspólnie z sekcją XVII. (radiologia).

1. **Niewiadomski.** (W-wa). — Wyniki leczenia radem nowotworów złośliwych.

W pewnej części referatu przedstawia autor różne teorie działania radu na tkankę nowotworową uwzględniając najnowsze zdobycze naukowe oraz świeże doniesienia z piśmiennictwa lekarskiego. Dochodzi do wniosku, że badania nad działaniem radu są nie tylko nie ukończone, ale zaledwie są na początku pewnych wyników naukowych mających decydujący wpływ na dalsze losy promieniolecznictwa.

Do leczenia za pomocą radium nadają się przedewszystkiem nowotwory łatwo dostępne, na pierwszym planie jest rak macicy, następnie idzie rak skóry, wargi i ostatnio języka. Autor stosował leczenie radem w 31 przypadkach. Obserwacje nie sięgają dłuższego czasu jak roku. Dziewięć przypada na raka szyjki macicy, skóry jeden, wargi dwa, języka cztery, podniebienia jeden, gruczoły szyjne dwa sutka cztery, przełyku trzy, krtani trzy, odbyticy dwa. Autor podaje technikę aplikacji radu zależnie od umiejscowienia i bezpośrednio wyniki po większej części korzystne.

Opierając się na swoim skromnem krótkotrwałem doświadczeniu autor jest zdania, że jesteśmy jeszcze dalecy od tego by móżdż polegać na działaniu radu przy leczeniu złośliwych nowotworów, przedewszystkiem guzy nadające się ze względu na stan miejscowy i ogólny do zabiegu doszczętnego poddać operacji, ale przedtem zniszczyć guz za pomocą promieni Gamma lub przynajmniej osłabić jego złośliwość i zmniejszyć możliwość przeszczepienia mimowolnego mas nowotworowych podczas operacji. Być może w ten sposób się zmniejszy ilość pooperacyjnych nawrotów. Zabieg trzeba wykonać w 2 — 4 tygodni po aplikacji radu t. j. w czasie optimum działania promieni radowych.

Przypadki spóźnione, nie nadające się do operacji bezwzględnie poddać działaniu radu, w ten sposób można nawet w rozpaczliwych przypadkach przynieść choremu ulgę, uwolnić od bóli, sprowadzić

pewną chwilową krócej lub dłużej trwającą poprawę. (Wydrukowane w całości w Nr. 9—10 Biuletynu Pol. Kom. do Zw. raka):

## POSIEDZENIE VI.

Środa 15-VII godz. 3.

2. **J. Sędziak.** (W-wa). — O wynikach operacyjnego leczenia raka krtani w świetle danych statystycznych.

Praca statystyczna oparta na 1800 przypadkach raka krtani operowanych za pomocą różnorodnych metod, jak to; endolaryngealnej (przyp. 109), laryngofistury (przyp. 545), rezekcji częściowej wzgl. połowicznej krtani (przyp. 384), rezekcji całkowitej (przyp. 726) etc.

Najlepsze wyniki otrzymano po laryngofisturze (46,2%, w tem t. zw. absolutnych wyleczeń tj. trwających więcej niż 3 lata 25,1%); 2-gie miejsce zajmuje metoda endolaryngealna (41%, w tem 18,3% absolutnych wyleczeń), 3 cie miejsce rezekcja częściowa wzgl. połowiczna krtani (33,1% w tem 18,8% wyleczeń absolutnych), wreszcie ostatnie miejsce zajmuje rezekcja całkowita krtani rakowatej (30%, w tem absolutnych wyleczeń 12,3%). Ta ostatnia metoda jednakże jest najpewniejszą, najradykałniejszą, gdyż daje najmniejszą ilość recydyw (tylko 13% — częściowa wzgl. połowiczna rezekcja krtani 25,6% podczas gdy po laryngofisturze notowano 31%, zaś po metodzie endolaryngealnej aż 40% recydyw. Ilość śmiertelnych przypadków w następstwie samej operacji okazała się największą po całkowitem wycięciu krtani (30,3% przy częściowej wzgl. połowicznej 28,2% najmniejszą zaś po endolaryngealnej (0%), oraz laryngofisturze (1,2%) co oczywiście jest w związku z charakterem samej operacji, oraz odpowiednio dobranymi przypadkami raka krtani, at tast but nat least ze zręcznością doświadczonego operatora.

3. **K. Bross** (Poznań) — Pierwotny rak oskrzeli i płuca.

Sprawozdawca omawia temat powyższy szeroko pod względem statystyki, zwracając uwagę na znaczny wzrost liczby przypadków pierwotnego raka oskrzela i płuca w ostatnich latach, omawia szczegółowo patologję i anatomję patologiczną tego cierpienia, podkreśla trudność rozpoznania uwypuklając znaczenie promieni Rentgena i bronchoskopji dla djagnostyki. W dalszym ciągu podaje referent opis przebiegu klinicznego i powikłań oraz zwraca uwagę na schorzenia wchodzące w rachubę przy rozpoznaniu różniczkowem. Wreszcie omawia referent rokowanie i leczenie dotąd bardzo niezadawalające i podkreśla, że chociaż cierpienie przedstawia się tak beznadziejnie to jednak wymaga koniecznie najszybszego rozpoznania ze względów humanitarnych.

4. **K. Ballaban.** (W-wa). — Patogeneza i sposoby leczenia nowotworów złośliwych oka i części przylegających.

Podział raków i mięsaków oka, najczęstsze ich postaci i umiejscowienie się. Krótka statystyka operowanych nowotworów złośliwych na klinice ocznej U. W. Leczenie i wnioski.

5. **W. Janusz** i **A. Lachmund**. (Lwów). — Częściowe zwłóknienie żołądka t. zw. Linitis plastica.

Teoretyczny podział przewlekłych chorób żołądka na 2 grupy: spraw zapalnych i nowotworowych wnosi w kwestji t. zw. Linitis plastica wiele sporu uzasadniającego się na sprzecznościach podawanych przez najrozmaitszych autorów. Opis przypadku zwłóknienia, obejmującego większą część żołądka. (Przebieg kliniczny — sekcja — badanie histopatologiczne). Mianownictwo, rozpoznanie i leczenie zwłóknień żołądka.

6. **E. Lewenstern**. (W-wa). Kobieta 50-letnia operowana trzykrotnie w odstępach kilkomiesięcznych z powodu mięsaka goleni. Charakter nowotworu ustalono za każdym razem przez badanie drobnovidzowe. Zastosowano energiczne naświetlanie promieniami X. W pół roku — nawrot. Guz wycięty dał obraz niezłośliwego włókniaka. Obecnie — w półtora roku po zabiegu ostatnim niema wznowy.

---

## XXXV. Sekcja medycyny społecznej i szpitalnictwa.

Przewodniczący: B. Jakimiak.

Sekretarz: W. Nawaduński.

### POSIEDZENIE I.

Niedziela 12.VII. godz. 16

Obecnych na sali 200 osób.

Posiedzenie otwiera Dr. B. Jakimiak i proponuje na przewodniczącego Dr. Lidmanowskiego, który też jednogłośnie zostaje wybrany.

1. **J. Bączkiewicz.** (W-wa). — O zadaniach Izby lekarskich.

Izby Lekarskie są organizacją samorządową zawodową, która z rządem dzieli nadzór nad wykonywaniem praktyki lekarskiej, broni interesów moralnych i materialnych lekarzy, współdziała z rządem i samorządami w sprawach zdrowia publicznego. Rozwój i działalność Izby zależną będzie nie tylko od właściwego i odpowiedniego rozwinięcia zadań stanu lekarskiego wpływających z samej ustawy, ale i od właściwych i celowych zarządzeń organizacyjnych, któreby dążyły do zespolenia i zorganizowania całego stanu lekarskiego w imię ideałów dobra i należytego rozwoju naszego zawodu oraz dobra społeczeństwa i Ojczyzny.

Do najważniejszych spraw wynikających z uprawnień statutowych należą:

- 1) rejestracja lekarzy, organizacji i instytucji lekarskich;
- 2) wzajemne ubezpieczenia;
- 3) pośrednictwo pracy;
- 4) opracowanie kodeksu deontologii lekarskiej;
- 5) współpraca z rządem i samorządami w dziedzinie zdrowia

publicznego.

We wszystkich tych sprawach jest konieczny zjazd przedstawicieli Izby dla omówienia wspólnej drogi postępowania.

Izby działają przez wyłonione z ogółu lekarzy przedstawicielskie organy jak rady, zarządy i sądy, dla dokładnego jednak poznawania



potrzeb i zadań stanu lekarskiego, zadań zarówno zawodowych jak i w zakresie zdrowia publicznego izby powinny mieć styczność z życiem a więc przez ogół lekarzy odpowiednio zorganizowanych. Drobne organizacje lekarskie (powiatowe) starościńskie, rozrzucone po całym obszarze Rzeczypospolitej powinny stanowić te macki przez które Izby powinny wyczuwać zarówno potrzeby i interesy stanu lekarskiego oraz potrzeby w zakresie zdrowia publicznego.

Stąd do Izb powinny płynąć dane dla wyrobienia i powzięcia inicjatywy szczególnie w zakresie zdrowia publicznego. Izby powinny u siebie potworzyć wydziały spraw zdrowia publicznego w którychby się zbiegały nici poszczególnych organizacji danego województwa.

Tu zebrani delegaci organizacji starościńskich mają możność przedstawiać różne sprawy zawodowe i społeczne, na podstawie których izba może opracowywać swoje wnioski i zarządzenia. Gotowa taka organizacja ogółu lekarzy istnieje w Związku, który ma swoje organy starościńskie i wojewódzkie, należy tylko uzupełnić odpowiednio Ustawę Związku i nawiązać kontakt między nim a izbami. Z drugiej znow strony Izby muszą się starać wejść do współpracy z organami rządowymi i samorządowymi wojewódzkimi przez swoich przedstawicieli a Naczelna Izba lekarska dążyć do współpracy z organami centralnymi.

W odpowiedzi prof. Szymanowskiemu prelegent zaznacza iż trudno się zgodzić z panem profesorem Szymanowskim, że dyskusja w sprawie dotyczącej lecznictwa w Państwie może być uważaną za dość poważną, aby na zjeździe naukowym mogła być postawioną i roztrąsaną.

Sądzę, że sprawa lecznictwa w państwie jaką reprezentują Kasy Chorych jest pierwszorzędnej wagi nie tylko lekarskiej, ale i państwowej ma wszak ścisły związek z postępem naszej wiedzy i utrzymaniem zdrowotności w Państwie.

Ze tego rodzaju zagadnienia mają swoją wielką wagę, nadmienię, iż akademja lekarska w Paryżu, ta twierdza naukowa, nie zaważała się postawić kwestji kas chorych na jednym ze swych posiedzeń naukowych i wybrała z pośród swych członków komisję w celu opracowania wniosków dotyczących projektu nowego prawa o ubezpieczeniu społecznem od choroby.

Z panem Naczelnikiem Boguckim należy się zgodzić, że system ambulatoryjny w dziedzinie profilaktyki i w walce z gruźliczą, jaglicą, syfilisem i t. p. może być bardzo pożyteczny.

Obecne skupienie wielkich mas w ośrodkach przemysłowo-handlowych sprzyja degeneracji. Skupienie to jest wynikiem bezplanowości miast naszych. Wobec tego jest rzeczą konieczną braki te usunąć. Politykę osiedleńczo-mieszkaniową należy skierować na nowe tory.



Przedewszystkiem potrzebne są plany regionalne całych dzielnic a może i Polski całej, a to celem właściwego rozmieszczenia ludności kraju i przemysłu; budowanie nie wzwyż, a wszcz.

Wstępem do wznowienia akcji budowlanej winien być dobrze obmyślony plan działania, a jako częśćkę tych przyszłych prac uważać należy dawanie możności warstwom pracowniczym właściwego wykorzystania czasu wolnego od zajęć zawodowych. Wielorakie znaczenie ogródków użytkowych. Wpływ racjonalnej polityki komunikacyjnej na skracanie czasu potrzebnego do przebywania drogi od mieszkania do warsztatu pracy i powiększenie czasu na potrzeby sportu, miłośnictwa sztuki, na zarobkowanie dodatkowe (ogrodnictwo) i na rozwój ducha i ciała.

2. **A. Karwowski i Konkiewicz.** (Poznań). — Cele Związku Lekarzy Państwa Polskiego i jego stosunek do Izb lekarskich.

## POSIEDZENIE II.

Wtorek 14. VII. godz. 17.

Wspólnie z sekcją XXII. (dział chorób umysłowych).

Przewodniczący J. Morawski.

1. **A. Zagórski.** (Kulparków). — O konieczności reorganizacji szpitalnictwa psychiatrycznego w Polsce.

2. **N. Dobrzyński.** (W-wa). — Mieszkanie a wczasy po pracy.

Po referacie w dyskusji Dr. Narkiewicz stawia następujący wniosek: „Niezbędna jest obecność lekarza-hygienisty w komitetach rozbudowy miast. Akcja rozbudowy mieszkań powinna być prowadzona jak najenergiczniej ażeby przyczynić się do podniesienia zdrowotności kraju“. Wniosek ten przez ogólne zebranie zostaje przyjęty.

Dnia 15 lipca 1925 r. komisja redakcyjna wspólnej sekcji medycyny społecznej i psychiatrycznej, złożona z prof. Mazurkiewicza, Dr. Jakimiaka, Dr. Zagórskiego, Dr. Wiendlocha, Dr. Malinowskiego, Dr. Rychlińskiego, Dr. Łuniewskiego i Dr. Morawskiego opracowała następujące wnioski: 1) XII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich stwierdza katastrofalny stan opieki nad psychicznie chorymi w Rzeczypospolitej nie liczący z godnością Państwa. Stan ten jest rezultatem odziedziczonych po zaborach stosunków Centralnego Urzędu Psychiatrycznego, braku celowości, jednolitości i inicjatywy w zakresie całości kształtu opieki nad psychicznie chorymi. Wobec powyższego XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich uchwała: a) Zwrócić się do Rządu o natychmiastowe zwołanie specjalnej komisji, mającej na celu wypracowanie planu racjonalnej opieki nad psychicznie chorymi w Państwie. b) Zwrócić się do Rządu o przywrócenie do życia specjalnego Urzędu Psychiatrycznego przy Generalnej Dyrekcji Zdrowia.

2) XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich, stwierdzając prze-  
rażający wzrost alkoholizmu i chorób powstających na jego podłożu  
uchwala: 1) Zwrócić się do Rządu o przedsięwzięcie najenergiczniej-  
szych środków mających na celu racjonalne zwalczanie wymienionej  
klęski i o jaknajszybsze powołania do życia zakładów leczniczych dla  
alkoholików. 2) Zwrócić się do społeczeństwa z wezwaniem o jaknaj-  
wydatniejsze poparcie Rządu w jego walce z klęską alkoholizmem.

3) XII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich stwierdzając zu-  
pełną niedostateczność opieki nad niewidomymi, głuchoniemymi, ka-  
lekami i niezdolnymi do pracy uchwala zgłosić się do Rządu o zorga-  
nizowanie racjonalnej nad nimi opieki.

---

## Skorowidz nazwiskowy.

(Drukiem tłustym oznaczone są stronicy referatów, drukiem zwykłym, przemówień).

- Abancourt d'A. I. 115.  
Abramowicz A. II. 112.  
Achar d. I. 18.  
Adamowicz D. I. 339.  
Adamówna S. II. 132.  
Adamski J. II. 305.  
Albiński M. II. 375.  
Aleksandrowicz J. I. 10, 205,  
II. 181.  
Alkiewicz T. I. 378, 397.  
Amzelówna R. II. 299.  
Anigstein L. II. 290, 306, 306.  
Arctowski H. I. 99.  
Artwiński E. II. 137, 143.
- Babiński J. I. 17.  
Bączkiewicz J. I. 8, 10, 23. II. 401.  
Bader J. II. 314.  
Bagiński S. I. 221.  
Baldingh H. I. 88, 382.  
Baliński. I. 22.  
Bałaban K. II. 399.  
Barański. I. 8.  
Baron. I. 26.  
Bartkiewicz B. I. 299. II. 391.  
Bartnicka S. I. 98.  
Bartoszek T. I. 293. II. 391.  
Batawia L. II. 44.  
Beck A. I. 257.  
Beck H. I. 255. II. 226.  
Bednarski A. II. 170, 188.  
Bednarz J. II. 266, 269.  
Bekser W. I. 354.  
Berlis P. II. 247.  
Bernhardt R. I. 8. II. 260.  
Bielakowska Z. II. 87.  
Bielawski O. II. 148, 267.
- Bieńkiewicz W. II. 349.  
Biernacki A. I. 352.  
Biernacki S. I. 57. II. 316, 316.  
Blikle S. II. 96.  
Bocheński K. I. 391. II. 218, 220.  
Bociański S. II. 200.  
Bogusławski S. II. 369.  
Bonasewicz B. I. 100.  
Borkowski. II. 261.  
Borowski W. II. 308.  
Borzymowski. I. 65.  
Bornsztajn M. II. 149.  
Bregman. I. 8, 65. II. 52.  
" L. E. II. 166.  
Brennejsen L. I. 65. II. 108, 113.  
Brokmøn H. II. 73, 294, 295, 296,  
297.  
Broniewska M. II. 88.  
Bronowski S. I. 346.  
Bronsztein N. II. 80.  
Bross K. II. 399.  
Brunowa M. II. 154.  
Bruner E. II. 247.  
Bujanowska Z. II. 86.  
Bujes I. 382.  
Bujwid O. II. 343, 344.  
Bychowski G. II. 150, 165.  
Bykowski Jaxa-L. I. 57, 65, 134,  
162, 191.  
Bykowski L. II. 332.
- Celarek S. I. 364.  
Celarek J. II. 296.  
Ciechanowski S. I. 10, 47, 82,  
288. II. 361, 366, 377, 378,  
383, 390.  
Cieszyński A. II. 89.

- Chałubińska A. I. 117.  
 Chełmecki St. II. 200.  
 Chłopicki Wł. II. 132.  
 Charłumpowicz S. I. 163.  
 Chłopicki W. II. 132.  
 Chorążycki B. II. 48.  
 Crowell C. I. 257.  
 Cybulski W. II. 85.  
 Cytronberg S. I. 343. II. 397.  
 Czapnicki H. I. 375.  
 Czarniecki E. I. 267, 291. II. 390.  
 Czarnocki W. I. 8, 303.  
 Czarnowski S. I. 188.  
 Czekanowski J. I. 193.  
 Czerwiński K. I. 162.  
 Czeżowska Z. I. 322, 385.  
 Czubalski F. I. 8, 284.  
 Czyżewicz A. I. 8.  
 Czyżewski J. I. 118.  
 Dąbrowski S. I. 265.  
 Dąbrowski Grzywo-W. I. 8.  
 Dangel Z. II. 23.  
 Dębicki Jaxa-J. I. 383.  
 Dehnel G. I. 243.  
 Demel K. I. 134.  
 Demianowska M. II. 133.  
 Deniszczukówna S. I. 91.  
 Denizot A. I. 86, 87.  
 Dickstein S. I. 7.  
 Dobrowolski J. II. 315.  
 Dobrowolski L. I. 384.  
 Dobrowolski Z. II. 66.  
 Dobrzaniecki. II. 35.  
 Dobrzański A. I. 286, 385. II. 46,  
 57, 66, 359.  
 Dobrzyński N. II. 403.  
 Drągiewicz T. II. 370.  
 Drozdowicz G. I. 386, 387, 400.  
 Drożdż W. II. 49.  
 Dryjski A. I. 185.  
 Drzewiecki S. I. 144.  
 Dybowski B. I. 10, 17, 128.  
 Dydyński L. I. 8.  
 Dzierzgowski S. I. 8.  
 Dziembowski R. II. 15.  
 Dziembowski Z. II. 21, 25.  
 Dziejwski W. I. 47.  
 Dzius L. II. 337, 338.  
 Eiger M. II. 163.  
 Eisenberg F. II. 302, 307, 303.  
 Elektorowicz A. I. 8, 386, 387, 400,  
 II. 6.  
 Eliasberg M. II. 25.  
 Elkner A. I. 224.  
 Erlichówna M. II. 296.  
 Essigman S. II. 102.  
 Fedak L. II. 346.  
 Fedeckci J. II. 348, 348.  
 Fedorowicz Z. I. 57, 163.  
 Fejgin M. I. 322, 331.  
 Fejginówna B. II. 295, 302, 303.  
 Fidziński F. II. 368.  
 Filewicz W. I. 157.  
 Finkel A. I. 354.  
 Fischer A. I. 191.  
 Folać E. I. 163.  
 Frank Z. I. 342.  
 Franke M. I. 47, 325.  
 Frankenstein A. II. 327.  
 Frankowska J. II. 171.  
 Frassetto F. I. 200.  
 Freyówna II. 145, 158.  
 Fritz J. II. 271, 276.  
 Fryszman A. II. 12, 13.  
 Fuchsówna J. I. 149.  
 Fuchs-Dybowski W. II. 370.  
 Fuliński B. I. 141, 163, 209.  
 Gądek S. I. 392, 400.  
 Gądzikiewicz W. II. 291, 291, 360.  
 Gajewski S. I. 280 II. 333, 333,  
 334, 346.  
 Galasińska J. II. 110.  
 Galasówna. II. 316.  
 Gantkowski P. I. 47, 68. II. 286.  
 Gelbard H. II. 79, 108, 116.  
 Germanówna W. II. 369.  
 Gerner K. I. 342.  
 Giedroyć F. I. 8.  
 Giedroyć M. I. 143.  
 Giedroyć W. I. 271.  
 Gieszczykiewicz M. II. 292, 298,  
 304, 304, 304, 308.  
 Glixelli S. I. 91.  
 Gluziński A. I. 26.  
 Gładych W. I. 163.  
 Głodowski Z. II. 313, 318.  
 Gnoiński H. I. 334.  
 Goertz J. I. 321.

- Goldberg J. I. 323.  
Goldberg S. II. 111.  
Goldfeil J. I. 358.  
Goldman A. II. 27.  
Goldman M. I. 333.  
Goldstein P. II. 16.  
Gombiński J. II. 118.  
Gorczyński H. II. 77.  
Gorczyński W. I. 98.  
Gordziatkowski J. I. 8, 65. II, 388, 341.  
Gorecki D. I. 323.  
Gorecki Z. I. 373.  
Górski M. I. 7.  
Gorzechowski W. I. 88, 92.  
Graba-Łęcki. II. 227.  
Grabowski L. I. 96.  
Grabowski W. I. 303, 305.  
Grabowska M. II. 322.  
Grek J. I. 374.  
Grobelski M. II. 32.  
Grochmalicki J. I. 129.  
Grocholski W. II. 317.  
Grodzicki L. I. 99.  
Grodzki Z. I. 323, 373.  
Gröer F. I. 26. II. 69, 293.  
Gromadzki H. I. 8. II. 220, 232.  
Grosplik A. I. 399.  
Grosplik S. II. 13.  
Gruca A. II. 29, 35.  
Grudziński Z. I. 8, 65, 379, 386. 398, 400.  
Grundzach J. I. 300. II. 391.  
Gruszczyński A. I. 65. II. 94.  
Grynkrant A. II. 347.  
Grzankowski B. II. 199.  
Grzybowska A. II. 109.  
Grzybowski J. I. 250.  
Grzywo-Dąbrowski W. I. 8. II. 267, 270.  
Gumpłowicz W. I. 188.  
Guranowski L. II. 46, 357.  
Gutowski B. I. 8, 262, 270, 278.  
Guz J. II. 346.  
  
Halberówna W. II. 299.  
Handelsman J. II. 128.  
Held J. I. 314, 349.  
Heller J. I. 283.  
Hellin D. II. 53.  
Hepner B. I. 91. II. 256.  
  
Heybowiczówna S. I. 300.  
Higier H. II. 155, 277.  
Hilarowicz H. I. 272. II. 28, 35.  
Hirschler L. I. 10, 14, 24, 207.  
Hirszfildowa H. II. 294, 295.  
Hilszfeld L. I. 8. II. 298, 299, 299.  
Hornówna S. II. 303.  
Horodyński H. II. 36.  
Horodyński W. II. 380.  
Hoyer H. I. 10, 22, 202, 218.  
Hrynakowski K. I. 90. II. 310. 312, 313, 314, 314.  
Hryncewicz Talko-J. I. 195.  
Hryniewicki B. I. 7, 162.  
Hufnagel L. I. 100.  
Humnicki W. II. 315.  
  
Itelson Z. I. 356.  
  
Jaburek L. I. 220.  
Jachimowicz J. I. 251.  
Jacyk R. I. 120.  
Jakimiak B. 8.  
Jakób W. I. 89, 92, 93.  
Jakowicki Wł. II. 209.  
Jakubski A. I. 130, 208.  
Janicki K. I. 7.  
Janiszewski M. I. 110.  
Janiszewski T. I. 28, 47.  
Jankowski E. I. 157.  
Jankowski J. I. 368.  
Jarowski W. I. 312. II. 3  
Janusz W. II. 400.  
Januszkiewicz A. I. 10, 23, 47, 318.  
Jarecki W. I. 8 II. 160.  
Jarocki J. I. 139.  
Jaroszyński T. I. 176 II. 155, 364.  
Jarzab J. II. 78, 81.  
Jasiński J. II. 16.  
Jastrzębski C. II. 246.  
Jawłowski H. I. 138.  
Jelenkiewicz L. I. 371.  
Jeziński M. I. 363.  
Jonscher K. II. 69, 351.  
Jotejko J. I. 180.  
Jurasz A. I. 313. II. 6, 9  
Jurkowski A. II. 314, 318, 319.  
  
Kacprzak M. II. 289.  
Kączkowski B. I. 57, 167, 170.

- Kaczorowska J. I. 126.  
Kaczyński K. I. 332. II. 29.  
Kalinowski S. J. 101.  
Kalisz J. II. 23.  
Kalwaryjski B. I. 225.  
Kalusza I. 58.  
Kapuściński W. II. 169, 172.  
Karaffa-Korbutt II. 280.  
Karbowski B. II. 49, 61.  
Karelus K. II. 185.  
Karłowska G. I. 90.  
Karłowski Z. II. 300.  
Karwacki L. II. 375.  
Karwowski A. I. 47. II. 141, 403.  
Kaufmanówna L. I. 142.  
Kaulbersz J. I. 284.  
Keilson S. I. 400.  
Keller T. II. 192, 195.  
Kielkiewicz J. II. 11.  
Kielczewski I. 304.  
Kipman J. I. 352.  
Kiszkiel J. II. 347.  
Klein P. II. 117.  
Klejn S. I. 354, 357, 358, 368.  
Klepacki W. I. 308.  
Klimpel L. I. 65.  
Klisiecki A. I. 263.  
Klukowski Z. II. 278.  
Kmita J. I. 246.  
Knichowiecka I. II. 314.  
Kobryner K. I. 361.  
Koelichen J. I. 8. II. 127.  
Koepe S. II. 297, 300, 328, 342.  
Konkiewicz II. 403.  
Konopacka B. I. 222.  
Konopacki M. I. 216, 222.  
Kopeć S. I. 140, 141.  
Kopeć T. II. 72.  
Kopczyński S. I. 8. II. 355.  
Kornberg J. I. 359.  
Kościuszko M. II. 233.  
Kosiński K. I. 215, 232, 245, 248,  
II. 34, 36.  
Koskowski B. I. 7, 8, 65. II. 323.  
Kosmański S. II. 321.  
Koss A. I. 65. II. 311, 321.  
Kossakowski T. I. 7.  
Kowalski K. II. 22.  
Kozłowski R. I. 7.  
Kozmiński Z. I. 139.  
Krajewski E. I. 366. II. 366.  
Krakowski M. II. 95.  
Krakowska II. 247.  
Krauze A. I. 372.  
Kreutz S. I. 104.  
Kroźulecki M. II. 344.  
Królikowski J. I. 167, 170.  
Kroszczyński S. I. 277.  
Kruze F. I. 381, 383.  
Krygowska M. II. 42.  
Kryński L. I. 7, 10, 47. II. 375,  
397.  
Kryszek H. I. 400.  
Krz miński B. I. 7.  
Krz wski-Lilienfeld S. I. 331.  
Krzyżanowski D. I. 244.  
Krzyżanowski J. II. 227.  
Kucharzewski H. I. 65.  
Kuczyński E. I. 65.  
Kuhl K. I. 361.  
Kulikowska H. II. 269.  
Kuntze P. I. 149.  
Kuratowski K. I. 95.  
Kuźniar II. 41.  
Kwiatkowski S. II. 262.  
Lachman A. I. 313.  
Lachmund A. II. 7. 400.  
Lampe W. I. 7.  
Landesówna L. II. 263.  
Landau A. I. 314, 322, 327, 331, 349.  
Landsberg M. I. 285, 323, 334.  
Lapidus N. I. 367.  
Laskiewicz A. II. 44, 47, 55.  
Laskowski J. I. 293. II. 391.  
Łatkowski J. I. 318, 362.  
Łatkowski M. II. 33.  
Legeżyński S. II. 339.  
Leja F. I. 95.  
Lejko E. I. 277, 347.  
Lenczewicz S. I. 113, 122.  
Lenczowski J. II. 194.  
Leśniowski A. I. 8. 312. II. 5.  
Leśniowski St. II. 142, 167.  
Lewenstern E. I. 8. 400. II. 400.  
Lewiński J. I. 7.  
Leyberg J. II. 253.  
Leyko E. II. 313, 317, 322.  
Lichtenstein L. I. 94.  
Likiernik II. 178.  
Limanowski J. II. 130.  
Lindeman W. I. 274.

Lipcówna D. I. 195.  
Lipiński W. II. 294, 308.  
Litwin R. II. 111.  
Lityński A. I. 132, 133.  
Loth E. I. 7, 47, 211, 216, 237.  
II. 276, 277, 381, 387.  
Loth J. I. 7, 108.  
Lubczyński J. II. 288.  
Lubieniecki J. I. 344.  
Lubliner I. II. 18, 49  
Ludwiński I. 164.

Łabędź M. II. 347.  
Łapiński I. II. 150.  
Łopuszański I. 20, 65.  
Łukaszewicz J. I. 108.  
Łukaszczyk F. I. 321.  
Łukowska I. 58.

Maciesza A. I. 122. II. 184, 359.  
Mackiewicz K. II. 134.  
Mączewski S. II. 201.  
Majewski S. II. 342, 345.  
Majzner H. II. 294, 295.  
Małarski H. I. 167, 170.  
Malicki S. II. 339.  
Mancewicz E. I. 244.  
Mancewiczówna M. I. 276.  
Margolis A. I. 338.  
Marjowski L. II. 344.  
Markowa A. II. 199.  
Markowski Z. II. 333, 333, 336,  
341, 342.

Markuszewicz R. II. 154.  
Matuszewski I. 65.  
Mazurkiewicz S. I. 94.  
Mazurkiewicz W. II. 315.  
Mayer K. I. 10.  
Mączkowska T. I. 65.  
Meisel G. II. 327.  
Meisels E. I. 389, 391, 396, 398.  
Meissner A. II. 84, 90, 101, 106, 112.  
Melanowski W. I. 8, 227.  
Meller N. I. 362, 375.  
Messing Z. II. 134.  
Mierzecki H. II. 248, 256, 263.  
Michalikowa II. 239.  
Michałowicz M. I. 8.  
Miklaszewski W. I. 299. II. 268,  
393, 394.  
Milejkowski J. II. 258.

Millak K. II. 341.  
Mińkiewicz. I. 172.  
Misiewiczówna J. I. 332, 354.  
Mitkiewicz K. II. 362.  
Modrakowski J. I. 65, 277, 346.  
Moniak J. I. 99.  
Monné L. I. 151.  
Monrignard G. I. 19  
Monsiorski Z. II. 198.  
Moraczewski W. I. 254.  
Morawiecka II. 148, 166.  
Morawski W. II. 250.  
Moszyński A. I. 131.  
Mozołowski W. I. 272. II. 28  
Mróz E. I. 307.  
Murdzieński F. I. 388.  
Mydlarski J. I. 7. 198. II. 380.

Nawaduński F. I. 8.  
Nelken J. I. 8. II. 380.  
Niebrzydowski W. I. 100.  
Niewiadomski F. I. 8. 394. II. 398.  
Niewola J. II. 199.  
Nikodym O. I. 94.  
Noiszewski K. I. 8. 283. II. 187.  
Noskiewicz J. I. 147, 148, 173.  
Nowak J. I. 16.  
Nowak F. E. II. 322.  
Nowicki S. I. 313. II. 7.  
Nowicki N. I. 302, 305. II. 382

Obarski F. I. 370.  
Ochocka J. I. 118.  
Offenberg J. I. 340.  
Okuniewski-Sterling S. I. 330, 335,  
348.  
Orłowski M. I. 236.  
Orłowski W. I. 338.  
Orkisz H. I. 96, 99, 101.  
Orzechowski K. II. 145, 157, 165.  
Osmólski W. II. 366, 367, 380.  
Ossowski A. I. 8.  
Ossowski W. 355.  
Ossowski K. II. 12.  
Ostrowski S. II. 257.  
Ostrowski M. II. 137.  
Oszaeki A. I. 320.  
Owczarewicz L. II. 301, 301.  
Oziębłowski J. II. 353.

- Palier R. I. 8.  
 Pakowski N. I. 240.  
 Panek K. II. 325, 326, 327, 334,  
 336, 339.  
 Parczewski E. II. 19  
 Parnas J. K. I. 253, 272.  
 Paszkiewicz L. I. 8, 65.  
 Pawłowski K. I. 313, 320.  
 Pawłowski S. I. 111, 121.  
 Petrynowski M. I. 315.  
 Piasecki E. II. 365.  
 Piedo B. II. 323.  
 Pieniążek J. I. 8. II. 59, 60, 64.  
 Pieńkowski S. I. 65. II. 159.  
 Piotrowski A. II. 150, 265.  
 Piwowar A. I. 108.  
 Polaczkówna M. I. 162.  
 Polak J. I. 65.  
 Polański S. I. 111.  
 Polek A. II. 217.  
 Policard I. 18.  
 Poluszyński G. I. 147, 148, 173.  
 Pomper J. I. 400. II. 396.  
 Poncz. II. 156.  
 Poniatowski S. I. 199.  
 Poplewski R. I. 7, 234, 247.  
 Popowski II. 297.  
 Poratyński I. 65.  
 Porębski W. II. 300.  
 Prawocheński R. I. 169, 170.  
 Prüffer J. I. 150, 151, 173.  
 Przesmycki F. I. 8. II. 294, 295,  
 296, 298, 309.  
 Przyłęcki S. I. 252, 256, 266.  
 Puławski A. I. 8.  
  
 Raabe H. I. 7. 58. 163  
 Rachoń K. I. 276.  
 Racinowski A. I. 8. II. 258.  
 Radliński Z. II. 27, 33.  
 Raichman. A. I. 94.  
 Redel D. I. 357. 363.  
 Regelman M. II. 261.  
 Reicher M. I. 10. 218, 238,  
 Reich Z. II. 165  
 Reichnerówna E, I. 360.  
 Reis II. 173.  
 Rewiński. I. 50.  
 Romański II. 280.  
 Romer E. I. 7. 47. 108, 111, 122.  
 Rosenberg L. I. 357.  
  
 Rosenblat M. II. 119.  
 Rosenowicz. II, 118.  
 Rosiński B. X. I. 196, 197.  
 Rosnowski M. I. 314.  
 Rostafiński J. I. 7. 169, 170.  
 Roszkowski W. I. 7. 139  
 Rothfeld J. II. 17, 49. 163  
 Rozen Z. I. 104.  
 Roziewicz J. II. 27.  
 Rożkowski S. I. 374.  
 Rzóska J. I. 131.  
 Ruebenbauer H. II. 313, 316.  
 Rudziński H. I. 369.  
 Rudzki R. II. 373.  
 Runge S. II. 331.  
 Ruprecht J. II. 323.  
 Rutkowski J. II. 31.  
 Rychterówna A. II. 314.  
  
 Sabatowski A. I. 97. 266, 321.  
 Sachs L. II. 103.  
 Sandrowski Z. I. 7.  
 Saski S. II. 296, 300.  
 Sattler J. I. 367.  
 Sawczyński J. I. 149.  
 Sawicki B. I. 47, 65.  
 Sawicka H. II. 212.  
 Sawicki L. I. 115. 123.  
 Scheuring H. I. 354.  
 Schilling-Siengalewicz S. II. 265,  
 267.  
 Schramm H. II. 17. 49  
 Schusterówna H. I. 292. II. 390.  
 Sciesiński K. I. 308.  
 Sędziak J. II. 399  
 Sembrat K. I. 144.  
 Semerau-Siemianowski M. I. 8.  
 276, 352, 353.  
 Seydel J. II. 299.  
 Siedlecki F. I. 362.  
 Siedlecki M. I. 34, 47.  
 Siedlecka M. II. 291.  
 Siemianowski-Semerau M. I. 8.  
 276, 352, 353.  
 Sierakowski S. II. 307, 309.  
 Sikorski H. I. 347.  
 Simchowicz T. II. 52, 127.  
 Simm K, I. 171.  
 Siwiński B. II. 137.  
 Skarzyńska M. I. 268, 280.  
 Składkowski I. 22.



- Skłodowski J. I. 331.  
 Skubiszewski L. I. 291, 300. II. 390.  
 Skupieński F. I. 7, 160.  
 Sławiński L. II. 29, 35.  
 Słonimski P. I. 155, 156, 227.  
 Słowikowski S. I. 145.  
 Smoliński J. I. 322, 345.  
 Smoliński S. II. 346.  
 Sochaniewicz K. I. 190.  
 Sochański H. I. 328.  
 Sokal. I. 65.  
 Sokółska J. I. 152.  
 Sołowij A. II. 219.  
 Sonenberg. II. 248.  
 Sosnowski J. I. 65.  
 Sparrow H. II. 297.  
 Spielman. I. 18.  
 Spira J. II. 54.  
 Spława-Neyman J. I. 7.  
 Stankiewicz Cz. II. 11, 36.  
 Stankiewicz R. II. 72.  
 Starorypińska-Lewenstam II. 189.  
 Stattner H. I. 99.  
 Stefanowski A. I. 351.  
 Stefański W. I. 154.  
 Stefek E. I. 339.  
 Stein J. I. 301.  
 Stempniewicz F. II. 98.  
 Stenz E. I. 7, 96, 97, 266.  
 Sterling Okuniewski S. II. 386, 391.  
 Sterling W. II. 134, 161, 246.  
 Stępień B. II. 157.  
 Stępowski B. II. 226.  
 Stojanowski K. I. 190, 196.  
 Stołyhwo K. I. 7, 187, 200.  
 Stołyhwowa E. I. 233.  
 Straszyński A. II. 249, 257, 263.  
 Strawiński K. I. 173.  
 Stryjeński. I. 304  
 Surzycki J. I. 345.  
 Świostkówna Z. II. 107.  
 Szaniawski W. I. 241.  
 Szarecki J. II. 380.  
 Szczeklik E. I. 293, 304. II. 390.  
 Szczeniowski S. I. 7.  
 Szczepański Z. I. 367.  
 Szczudłowski K. II. 345.  
 Szepelski K. II. 83.  
 Szmurło J. II. 62.  
 Szostakiewicz Z. II. 322.  
 Szour M. I. 328, 362.  
 Szper J. II. 35.  
 Szpidbaum H. I. 199.  
 Szpilman-Neudingowa. II. 146.  
 Szulc K. I. 7, 96.  
 Szulc G. II. 280, 371.  
 Szuman S. I. 176. II. 352, 354, 360.  
 Szumlański W. I. 65.  
 Szumowski W. II. 274, 274.  
 Szwojnicka Milińska. II. 302.  
 Szyfman L. I. 357.  
 Szymanowski Z. II. 125, 300.  
 Szymański J. II. 168.  
 Szymkiewicz D. I. 65, 97, 162.  
 Szymanowicz J. II. 210, 210, 211, 228.  
 Szymonowicz W. I. 204, 219, 220.  
 Tabor A. I. 99.  
 Terajewicz W. II. 304.  
 Teisseyre H. I. 126.  
 Tempka K. I. 339.  
 Terlikowski S. II. 341.  
 Tixier. I. 19.  
 Tomaszewski J. I. 165.  
 Trawiński A. I. 330, 331.  
 Trojanowski S. I. 247.  
 Tryjarski E. II. 59.  
 Trzebiński J. I. 158, 333.  
 Trzebiński S. II. 273, 275.  
 Tuchendler A. I. 342  
 Tumidajski J. I. 385.  
 Tur J. I. 210.  
 Turczański K. I. 110.  
 Tychowski Z. I. 257.  
 Typograf J. I. 352, 364.  
 Tyczka W. II. 162, 163.  
 Tyszka K. I. 343.  
 Ujejski A. I. 8. II. 96.  
 Ulbrichówna J. I. 198.  
 Uryson A. I. 355.  
 Vorbrodt W. I. 158.  
 Vrtelówna S. I. 152.  
 Wachtel H. I. 379, 390, 400.  
 Walfisz A. I. 95.  
 Walter II. 244.  
 Wander L. t. II. 139, 142.  
 Wasilewska S. I. 153.

- Wasilkowska H. I. 270.  
 Wąsowicz I. I. 119.  
 Wąsowski T. II 37, 50.  
 Watraszewski K. II. 243.  
 Wawrzeński M. I 187, 188.  
 Węgiętko J. I. 330, 335, 360. II. 397.  
 Węglowski R. I. 14.  
 Weil S. II 322.  
 Weinberg H. II. 236.  
 Weiss. I. 19.  
 Weissberg Blank S. I. 172.  
 Wejnert B. I. 8. II. 395.  
 Wernic L. II. 255 260.  
 Weyberg Z. I. 105  
 Wichert F. I. 177.  
 Wieczorek A. II 182.  
 Wierzejewski J. II. 31.  
 Wielski Z. II. 144.  
 Wigdorowicz J. I. 367.  
 Wilczyński. T. II. 194, 196, 221,  
 237.  
 Wileńczyk A. II. 260.  
 Wilga H. I. 8, 231. II 81, 91, 114,  
 116.  
 Wisłouch. S. II. 291.  
 Wiśniewski J. II. 255.  
 Wiśniowski T. I 111.  
 Witanowski W. I 261.  
 Witwicki. I. 7.  
 Wizel A. II. 150.  
 Władyczko S. II. 168.  
 Wojciechowski A. I. 224, 226, 241.  
 II. 30.  
 Wojciechowski J. II. 255.  
 Wojno Z. II. 176.  
 Wolfke B. I. 7.  
 Wołczyńska II. 291.  
 Wróblewski W. II. 308.  
 Wróblewski K. II. 328, 329, 342.  
 Wroczyński. I. 20.  
 Wrzosek A. I. 8. 192, 193, 283,  
 II. 271, 272, 275, 387.  
 Wuttke. I. 58.  
 Wyrobek Z. II. 368.  
 Wypiański W. I. 162.  
 Wysocki J. I. 258.  
 Zabawska-Domośławska Z. I 372.  
 Zachert M. II 175.  
 Zaborski I. 114, 124.  
 Zagórski A. II, 154, 403.  
 Zakrzewski A. II 342.  
 Zakrzewska B. II. 83.  
 Zaleski J. II. 312.  
 Zaleski K. II. 227 239.  
 Zalewski A. I. 239.  
 Zalewski J. II. 255 260.  
 Zalewski T. I 285  
 Zamenhof A. II. 180.  
 Zamenhof L. II. 358  
 Zaremba S. I 95.  
 Zawadzki A. I. 392. II. 8. 20.  
 Zawadzki J. I. 8.  
 Zawadzki-Swiatopełk W. I. 8. II.  
 363.  
 Zborowski H. I. 255. II. 190, 192,  
 299.  
 Zbyszewski L. I. 258, 260  
 Zembrzuski I 8.  
 Zeńczak M. II. 78.  
 Zerndt J. I. 104.  
 Zeyland J. I. 308.  
 Zierhoffer A. I. 116.  
 Zieliński M. I. 176.  
 Zienkiewicz M. II. 376.  
 Zub zycycki J. II 231. 236.  
 Zuckerwar G. II. 259.  
 Zwaan de Kleiveg. I 20.  
 Zweibanm J. I. 223, 224.  
 Zwoliński T. I. 254.  
 Zych S. I. 99.  
 Żebrowski II 377.  
 Żółciński I. I. 93.  
 Żupanic N. I. 25. 194.

## ERRATA TOMU I.

(Zamieszczono tutaj jedynie te błędy, które zdołała Redakcja wynaleźć podczas druku).

Str.	7,	wiersz	4	od	dołu:	zamiast	Stołychw	winno	być	Stołyhwo
"	8	"	6	"	góry:	"	Semeran - Siemianowski	winno	być	Semerau - Siemianowski
"	8	"	16	"	dołu:	"	Farmacji eutyčných	winno	być	Farmaceutycznych.
"	11	"	6	"	góry:	"	uroczystym	winno	być	uroczystem
"	20	"	12	"	"	"	d'antropologie	"	"	d'anthropologie
"	24	"	21	"	"	"	J. Hirszler	"	"	J. Hirschler
"	210	"	20	"	"	"	wielkie	"	"	wszelkie
"	210	"	14	"	dołu	"	do	"	"	od
"	210	"	7	"	"	"	cyclocefalja	"	"	cyklocefalja
"	211	"	17	"	"	"	sprawdziany	"	"	sprawdzianu
"	211	"	9, 10 i 11	"	"	"	dyskusja	nie	miała	miejsca.
"	215	"	2	"	góry	"	Dr. K. Osiński	"	"	Dr. K. Kosiński
"	216	"	12	"	"	"	przechylając się	"	"	przychylając się
"	216	"	18	"	dołu	"	prelengenci	"	"	prelegenci
"	228	"	4	"	góry	"	ujścia	"	"	wejścia
"	228	"	15	"	dołu	"	108 do 169	"	"	198 do 169
"	229	"	9	"	góry	"	metodą	"	"	metopją
"	230	"	3	"	dołu	"	Dr. Malanowski	"	"	Dr. Melanowski
"	231	"	1	"	góry	"	Dr. Rosiński	"	"	Ks. Dr. Rosiński
"	234	"	9	"	dołu	"	Dr. L. Dubrenil - Chambordel	winno	być	Dr. L. Dubrenil - Chambardel
"	245	"	4	"	góry	"	powierzchnem	winno	być	powierzchnym
"	269	"	2	"	"	"	uzyskać	wydzielania	powinno	być
"	392	"	10	"	dołu	"	uzyskać	znaczniejszego	wydzielania	
"		"		"		"	S. Gadek	winno	być	S. Gądek

## ERRATA TOMU II.

Str.	4	wiersz	13	od	dołu	zamiast	żółci	winno	być	żółci
"	6	"	9	"	"	"	Jurasz	"	"	A. Jurasz
"	12	"	15	"	"	"	gruźlicy	"	"	gruźlicy nerek
"	14	"	1	"	"	"	tłuszczą	"	"	tłuszczową
"	15	"	12	"	"	"	obłuszczenie	"	"	obłuszczenie
"	16	"	11	"	góry	"	nastąpiła	"	"	wystąpiła

Str.	19	wiersz	7	od góry	zamiast	G.	winno być	L.
"	19	"	4	"	dołu	"	wapniach	" " ropniach
"	21	"	8	"	góry	"	stroju	" " stropu
"	22	"	1	"	dołu	"	podstawowe	" " podstawowej
"	26	"	19	"	"	"	gastostomję	" " gastrostomię
"	32	"	13	"	góry	"	Bler'a	" " Bier'a
"	33	"	12	"	"	"	zastrzykiwanie	" " wstrzykiwanie
"	35	"	14	"	dołu	"	sympaticetomji	" " sympaticectomji
"	42	"	17	"	"	"	stony	" " strony
"	45	"	14	"	góry	"	podgłośniawej	" " podgłośniowej
"	45	"	18	"	"	"	podgłośnowych	" " podgłośniowych
"	46	"	11	"	"	"	pokiłowatego	" " pokiłowego
"	48	"	25	"	"	"	otwory	" " twory
"	51	"	1	"	"	"	ostre lub obustronne	winno być ostre jedno lub obustronne
"	54	"	19 i 29	"	"	"	ślimaków	winno być ślimakow.,
"	57	"	3	"	"	"	nalewkowatych	" " nalewkowych
"	57	"	5	"	"	"	kuretą	" " kiuretą
"	57	"	14	"	dołu	"	na brzuchu	" " na wznak
"	58	"	12	"	"	"	wykonujemy (przed ezofagogoskopją t. zw. hypofaryngoskopję), podaną winno być: wykonujemy przed oesophagogoskopją t. zw. hypopharyngoskopję, podaną	
"	61	"	8	"	"	"	Bruünings	winno być Brünings
"	62	"	11	"	góry	"	labyrinthectomia	" " labyrinthectomia
"	62	"	16	"	"	"	Norme-Appelta	" " Nonne - Appelta
"	65	"	12	"	"	"	ziarnicy	" " ziarniny
"	65	"	1	"	dołu	"	następnego	" " następowego
"	66	ustęp drugi i następne d-ra Laskiewicza (str. 44)						odnosi się do dyskusji nad odczytem
"	69	"	14	"	dołu	"	m. r.	" " m-rdz.
"	71	"	4	"	"	"	morskiej	" " morskiej
"	74	"	17	"	góry	"	kilkudniowym	" " kilkadniowym
"	75	"	2	"	dołu	"	tyczne	" " tyczne,
"	80	"	16	"	góry	"	ok 1 cznych	" " okolicznych
"	81	"	14	"	dołu	"	zębiowych	" " zębinowych
"	84	"	14	"	góry	"	prof.	" " Dr.
"	84	"	18	"	"	"	walka	" " walka
"	85	"	3	"	dołu	"	c. t. c.	" " etc.
"	89	"	3	"	góry	"	było	" " były
"	89	"	15	"	dołu	"	z stał	" " został
"	91	"	7	"	góry	"	stoso ano	" " stosowano
"	91	"	18	"	dołu	"	z ryzu	" " zgryzu

Str. 91	wiersz 12	od dołu	zamiast	znachodziłem winno być	obserwowałem
„ 91	„ 9	„ „	„	patologicznych,,	„ patologicznej
„ 92	„ 8	„ góry	„	pierwotną	„ „ pierwotne
„ 93	„ 20	„ „	„	może kreślić	„ „ może określić
„ 95	„ 1	„ „	„	Zeńczak	„ „ M. Zeńczak
„ 95	„ 10	„ „	„	Walicki	„ „ L. Walicki
„ 96	„ 4	„ dołu	„	odróżnienia	„ „ odróżnienia
„ 99	„ 12	„ góry	„	zgorzel miazgi	„ „ zgorzel miazgi
„ 101	„ 7	„ „	„	Chorych	„ „ Chorych,
„ 103	„ 11	„ „	„	Łebkowski	„ „ Łepkowski
„ 103	„ 2	„ dołu	„	przewodem	„ „ przew odowem
„ 105	„ 19	„ „	„	t m	„ „ tam
„ 105	„ 18	„ „	„	pozo łat	„ „ pozostał
„ 105	„ 15	„ „	„	wył zeczkwaliśmy	winno być wy- łyzeczkwaliśmy
„ 107	„ 15	„ góry	„	zapalną	„ „ zapalną.
„ 109	„ 6	„ dołu	„	Fray'a	„ „ Frey'a
„ 109	„ 8	„ „	„	Fray'a	„ „ Frey'a
„ 111	„ 3	„ „	„	apsorbuje	„ „ absorbuje
„ 112	„ 10	„ „	„	krwiobiegu	„ „ krwiobiegu
„ 112	„ 4	„ dołu	„	ostatni	„ „ ostatnie
„ 113	„ 7	„ „	„	Brenneisen	„ „ Brennejsen
„ 113	„ 21	„ „	„	Brenneisen	„ „ Brennejsen
„ 117	„ 1	„ „	„	oralisepsis	„ „ oral sepsis
„ 118	„ 16	„ góry	„	Verkies lung	„ „ Verkieselung
„ 120	„ 16	„ dołu	„	życ ę	„ „ życzę
„ 129	„ 12	„ góry	„	do tarcia dysso cjacji	„ „ dysso cjacje
„ 130	„ 7	„ „	„	somatycznemi	„ „ somatycznymi
„ 131	„ 3	„ „	„	wielkim	„ „ wielkiem
„ 132	„ 4	„ dołu	„	fikowanie	„ „ fiksowanie
„ 133	„ 3	„ góry	„	pogorszenia	„ „ pogorszenie
„ 133	„ 10	„ „	„	przeci ną	„ „ przeciwną
„ 133	„ 23	„ dołu	„	powodu je	„ „ powoduje
„ 133	„ 8	„ „	„	Appelt)++	„ „ Apelt ++
„ 133	„ 9	„ „	„	wykazywa	„ „ wykazywał
„ 133	„ 10	„ „	„	normalnym	„ „ normalnem
„ 133	„ 16	„ „	„	rigi i ty	„ „ rigidity
„ 134	„ 24	„ „	„	mózgu	„ „ mózgu i
„ 134	„ 20	„ „	„	żarginofazji	„ „ żargonofazji
„ 134	„ 19	„ „	„	Zaburzenie	„ „ Zaburzenia
„ 134	„ 16	„ „	„	parkismismu	„ „ parkinsonizmu
„ 134	„ 14	„ „	„	heterololiczna	„ „ heterolaliczna
„ 136	„ 19	„ góry	„	o	„ „ to.

Str.136	wiersz	14	od dołu	zamiast	(1—1½)	winno być	(1—1½ roku)
„ 138	„	20	„	„	paranoidn	„	„ paranoidny
„ 139	„	16	„	góry	mastikowy	„	„ mastiksowy.
„ 139	„	19	„	dołu	mastixowy	„	„ mastiksowy:
„ 139	„	10	„	„	81%	„	„ w 81%.
„ 139	„	3	„	„	pocieszające	„	„ pocieszający.
„ 140	„	16	„	dołu	ujemny	„	„ ujemnych
„ 140	„	15	„	„	mastixowego	„	„ mastiksowego
„ 140	„	1	„	„	uwagi krytyczne	„	„ (uwagi krytycz- czne)
„ 141	„	4	„	góry	zajścia	„	„ zejścia
„ 141	„	6	„	„	ubarachn o idalis	„	„ subarachnoidalis
„ 143	„	11	„	dołu	s anie	„	„ stanie
„ 144	„	4	„	„	Z syringomyelia	„	„ z syringomyelią
„ 145	„	16	„	góry	cz ści	„	„ części
„ 147	„	19	„	dołu	które pod wpływem urazu zostają pobudzone winno być który pod wpływem urazu zostaje pobudzony		
„ 147	„	15	„	„	lekar kim	winno być	lecarskim
„ 147	„	14	„	„	przytoczonem	„	„ przytoczonemi
„ 148	„	16	„	„	schizofenja	„	„ schizofrenja
„ 148	„	8	„	„	psychiczenemi	„	„ psychicznemi
„ 149	„	17	„	góry	heofrenijną	„	„ hebefrenijną
„ 150	„	18	„	„	niedorośnięte	„	„ niedorozwinięte
„ 150	„	19	„	„	niedorośniętych	„	„ niedorozwinię- tych.
„ 150	„	21	„	„	niedorośniętej	„	„ niedorozwinię- tej
„ 151	„	5	„	dołu	schizoprenii	„	„ schizoprenii
„ 151	„	2	„	„	scho tymików	„	„ schizotymików
„ 152	„	18	„	„	schicofrennych	„	„ schizofrennych
„ 152	„	12	„	„	niedorozwinięte	„	„ niedorozwiniętej
„ 152	„	1	„	„	neurologicznej	„	„ klinicznej
„ 154	„	8	„	„	zgulonji	„	„ sgulraji
„ 154	„	11	„	góry	przeznania	„	„ przemawia
„ 154	„	13	„	„	reegzywny	„	„ recessywny
„ 154	„	20	„	dołu	B. Markuszewicz	„	„ R.Markuszewicz
„ 154	„	19	„	„	w stanie	„	„ stanów
„ 155	„	12	„	„	samoatruci	„	„ samozatrucia
„ 155	„	18	„	„	Communs sensorium	winno być:	Com- mune sensorium.
„ 155	„	16	„	„	irritatio	„	„ Irritatio
„ 156	„	5	„	góry	niewolnego	„	„ dowolnego
„ 156	„	16	„	„	Białotur	„	„ Białokur

Str.	wiersz	17	od dołu	zamiast	eoznofilgja	winno	być	eozynofilja
„ 160	„	1	„	„	awie	„	„	Warszawie
„ 170	„	10	„	góry	zastosowania	„	„	zatomowania
„ 172	„	5	„	góry	Dr Majewski	„	„	Prof. Dr Majewski
„ 175	„	10	„	„	obserwacyj	„	„	obserwacji
„ 178	„	8	„	góry	przechodząca	„	„	przechodząc
„ 187	„	8	„	„	rozczyntu	„	„	rozczyntu
„ 196	„	6	„	dołu	po powięź	„	„	pod powięź
„ 207	„	13	„	„	dr. A. Sołowij	„	„	prof. dr. A. Sołowij
„ 227	„	10	„	„	rozczyntu	„	„	odczyntu
„ 227	„	7	„	„	obarczony	„	„	obarczonych
„ 245	„	6	„	„	znadują	„	„	znajdują
„ 249	„	17	„	góry	A. Starszyński	„	„	A. Straszynski
„ 260	„	3	„	„	Roetgen'a	„	„	Roentgen'a
„ 260	„	18	„	„	Wernic	„	„	L. Wernic
„ 260	„	6	„	dołu	coensudi	„	„	coeundi
„ 293	„	4	„	góry	Groer	„	„	F. Groer
„ 295	„	16	„	dołu	$1/160 - 1/640$	„	„	$1/160 - 1/640$
„ 295	„	15	„	„	$1/640 - 1/2560$	„	„	$1/640 - 1/2560$
„ 309	„	11	„	„	Tarasiewicz	„	„	Terajewicz
„ 325	„	12	„	„	ujemnymi	„	„	ujemnymi
„ 322	„	5	„	„	adrenalizie	„	„	adrenalinie
„ 334	„	11	„	„	zakażonych	„	„	zakażonych
„ 336	„	8	„	„	dokonu e	„	„	dokonuje
„ 338	„	2	„	„	niezwłoczne	„	„	niezwłocznie
„ 357	„	4	„	„	Guranowski	„	„	L. Guranowski
„ 397	„	7	„	góry	godz. 3	„	„	godz. 15
„ 398	„	12	„	„	Niewiadomski,	„	„	F. Niewiadomski
„ 398	„	23	„	„	n e	„	„	nie
„ 399	„	4	„	„	godz. 3	„	„	godz. 15



## S P I S R Z E C Z Y.

	Tom	Str.
1. Ustawa Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich	I.	II. VI.
2. Skład Komitetu organizacyjnego XII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich . . . . .	I	7—8
3. Posiedzenie inauguracyjne dn. 12.VII. o godz. 10 ej	„	9—16
Życzenia listowne . . . . .	„	16—20
Przemówienia powitalne . . . . .	„	20—26
Sprawozdanie delegacji stałej „Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich“ . . . . .	„	26—34
Wykład inauguracyjny prof. M. Siedleckiego pod tytułem „Morze jako przedmiot badań“ . . . . .	„	34—46
4. Zamknięcie Zjazdu. Posiedzenie ogólne dnia 16. VI. o godz. 12 ej . . . . .	„	47—48
Dział wniosków . . . . .	„	48—65
Sprawozdanie z wystawy . . . . .	„	65—68
Wykład prof. P. Gantkowskiego pod tytułem „O znaczeniu leczenia siłami przyrody“ . . . . .	„	68—82
Przemówienie prof. St. Ciechanowskiego . . . . .	„	32--85
5. Sprawozdania sekcyjne:		
I. Sekcja fizyki . . . . .	„	86—89
II. „ chemji . . . . .	„	90—93
III. „ matematyki . . . . .	„	94—95
IV. „ geofizyki i astronomji . . . . .	„	96—103
V. „ geologii, mineralogji i paleontologji	„	104—107
VI. „ geografji . . . . .	„	108—127
VII. „ zoologji . . . . .	„	128—156
VIII. „ botaniki . . . . .	„	157--161
IX. „ przyrodniczo-dydaktyczna . . . . .	„	162—164
X. „ przyrodniczo-rolnicza . . . . .	„	165—174
XI. „ psychologji . . . . .	„	175—186
XII. „ nauk antropologicznych . . . . .	„	187—201
XIII. „ anatomji, embriologji i histologji	„	202—251
XIV. „ fizjologji, patologji doświadczalnej, farmakologji i chemji fizjologicznej	„	252—296



XV.	„	anatomji patologicznej . . . . .	„	287—310
XVI.	„	medycyny wewnętrznej . . . . .	„	311—373
XVII.	„	radjologii . . . . .	„	377—401
XVIII.	„	chirurgji . . . . .	II	3—36
XIX.	„	oto-ryno laryngologii . . . . .	„	37—68
XX.	„	pedjatrji . . . . .	„	69—75
XXI.	„	stomatologii . . . . .	„	76—123
XXII.	„	chorób nerwowych i umysłowych	„	124—167
XXIII.	„	okulistyki . . . . .	„	168—189
XXIV.	„	ginekologii i położnictwa . . . . .	„	190—240
XXV.	„	chorób skórnych i wenerycznych	„	241—264
XXVI.	„	medycyny sądowej . . . . .	„	265—270
XXVII.	„	historji i filozofji medycyny . . . . .	„	271—279
XXVIII.	„	higieny i mikrobiologii . . . . .	„	280—309
XXIX.	„	nauk farmaceutycznych . . . . .	„	310—324
XXX.	„	weterynarji . . . . .	„	325—350
XXXI.	„	higieny szkolnej i wychowania fizycznego . . . . .	„	351—370
XXXII.	„	medycyny wojskowej . . . . .	„	371—381
XXXIII.	„	prasy lekarskiej . . . . .	„	382—389
XXXIV.	„	raka . . . . .	„	390—400
XXXV.	„	medycyny społecznej i szpital- nictwa . . . . .	„	401—404
6.		Skorowidz nazwiskowy . . . . .	„	—————
7.		Errata . . . . .	„	—————



## Alfabetyczny spis uczestników XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie.

---

- A.** d'Abaucourt — Lwów.  
Abramowicz Leon — Baranowice, Zielona 3.  
Abramowicz Michał — Warszawa, Solna 4.  
Abramowicz Maksymiljan — Warszawa, Franciszkańska 6.  
Abramowiczówna Noemi — Łódź.  
Abramowicz Ignacy — Wilno, Polowa 4.  
Adamczyk Jan — Warszawa, Wronia 48.  
Adamowicz Paweł — Kraków, Kopernika 15.  
Adamówna S. — Lwów.  
Adamski Jan — Poznań, Matejki 61.  
Adelfang Henryk — Warszawa, Leszno 29.  
Adelt Zygmunt — Warszawa, Hoża 25.  
Adler Iser — Międzyrzec, Lubelska 51.  
Ajzenstein Józef — Warszawa, Miła 29.  
Albiński M. — Warszawa.  
Alchimowicz Konstanty — Poznań, Szpital Miejski.  
Alchimowicz Konstanty — Biały-stok, Kilińskiego 3.  
Alchimowiczówna Zofja — Warszawa, Wilcza 53.  
Aleksandrowicz Jerzy — Wilno, Zamkowa 11.  
Alkiewicz Izabella — Poznań, Rycerska 12.  
Alkiewicz Tadeusz — Poznań, Rycerska 12.  
Allerhand Henryk — Lwów, Kopernika 11.  
Alter Leopold — Truskawiec, willa „Postój“.  
Ambrowicz Natalja — Turek.  
Ambrożewicz Aleksander — Warszawa, Piękna 29.  
Amzelówna R. — Warszawa.  
Ancelewicz Regina — Warszawa.  
Anielewicz Zofja — Warszawa, Sienna 72.  
Anigstein Ludwik — Warszawa, Al. Szucha 6.  
Ankudowicz Stanisław — Warszawa, Piękna 1, Szpital Ujazdowski.  
Antecki Stanisław — Warszawa, Wspólna 15.  
Antoniewicz Włodzimierz — Warszawa, Nowy Zjazd 72-25  
Anszer Henryk — Radom, Warszawska 6.  
Apfelbaum Emil — Warszawa, Złota 65-A.  
Arciszewski Władysława — Warszawa, Wilcza 79.  
Arct Jabób — Łódź, 6 Sierpnia 22.  
Arctowski H. — Lwów.

- Artwiński Eugenjusz — Kraków,  
Radziwiłowska 11.
- Atsoew-Adamówna Stanisława —  
Lwów, Zielona 25.
- Augs pach Alfred — Tomaszów-  
Mazowiecki, Plac Kościuszki.
- B**abad Tadeusz — Łódź, Nawrot  
1-a.
- Babad Samuel — Wolbrom, Kra-  
kowska dom Machaja.
- Babecki Jerzy — Warszawa,  
Piękna 18.
- Balicki Jan — Warszawa Chmiel-  
na 63.
- Balicka Helena — Warszawa,  
Piękna 5.
- Babiński Leon — Warszawa,  
Nowo Senatorska 6.
- Bachański Feliks — Warszawa,  
Kasa Chorych, Karmelicka 29.
- Bachańska Marja — Warszawa,  
Kasa Chorych, Karmelicka 29.
- Baehr W. — Warszawa, Brzo-  
zowa 12.
- Bączkiewicz J. — Warszawa.
- Bader J. — Poznań.
- Badowska Sabina — Warszawa,  
Ogrodowa 42.
- Badowski Tytus — Warszawa,  
Ogrodowa 42.
- Bagiński Stefan — Wilno, Za-  
krętowa 15.
- Bajenkiewicz Witold — Biały-  
stok, Sienkiewicza 40.
- Bajoński Jan — Poznań, Polna 17.
- Balding Hondius — Eindhoven,  
Holandja.
- Balicka Wiera — Warszawa, Po-  
znańska 21-29.
- Baliński. — Warszawa.
- Balińska Łukaszewicz Ewelina —  
Warszawa, św. Barbary 8.
- Bałbaszewski Jan — Brześć n B  
woj. Poleskie.
- Bałaban K. — Warszawa.
- Banasz Artur — Łódź, Wólczan-  
ska 225.
- Baran Maksymilian — Warszawa,  
Złota 62.
- Baranowicz Mieczysław — Piotrków,  
Piłsudzkiego 41.
- Baranowski Edmund — Grudziądz
- Barański Rajmund — Warszawa,  
Czackiego 14.
- Barbuland Władysława Irena —  
Warszawa, Rybna 10.
- Barchard Hilary Ludwik — War-  
szawa, hot. Royal Chmielna 31.
- Bartkiewicz Bronisław — Zawier-  
cie.
- Bartnicka Stanisława — Warsza-  
wa św. Barbary 6 4.
- Bartoszek Tadeusz — Warszawa,  
Chałubińskiego 5.
- Bartoszewicz Andrzej — Woło-  
żyn Szpital.
- Barylski Tadeusz — Będzin
- Batawia Ludwik — Częstochowa,  
II Aleje 29.
- Bôtge R. — Wejherowo, Etap  
Urzędu Emigracyjnego.
- Bauer Nikodem — Warszawa  
Długa 25.
- Baumriter Feliks — Warszawa,  
Leszno 13.
- Baumritter Paweł — Warszawa  
Żórawia 26.
- Bayger J. A. — Lwów, Rutko-  
wskiego 15.
- Bazarewski Stefan — Wilno, Pod-  
górska 3-17.
- Bączkiewicz J. — Warszawa,  
Kredytowa 8.
- Beck Adolf — Lwów, Asnyka 4.
- Beck Henryk — Warszawa, Sta-  
rynkiewicza 3.
- Bednarski Adam — Lwów, Ro-  
manowicza 5.
- Bednarz Józef — Pruszków,  
Tworki.
- Bekser W. — Warszawa.
- Bełkowski Jan — Warszawa,  
Wspólna 59.
- Benkówna Janina — Dąbrowa-  
Górnicza, Dąbrowskiego 22.
- Benni Widold — Poznań, Fre-  
dry 10.
- Benzełowa Teresa — Sosnowiec.
- Beranek Roman — Warszawa,  
Moniuszki 8, gimnazjum pani  
Gepner.
- Beringer I. — Warszawa, Książ-  
cząca 1.

- Berebejczyk Sara — Warszawa, Śliska 39.
- Berger Sabin — Warszawa, Nowolipie 6.
- Berlinerblau Józef — Warszawa, Szpitalna 8.
- Berlis P. — Warszawa.
- Bernardzikowski Szymon — Brzesko.
- Bernardzikowska Marja — Brzesko.
- Bernardt Robert — Warszawa, Bracka 18.
- Bernstein Aleksander — Warszawa Żórawia 24
- Bernstein W. — Warszawa, Żelazna 43.
- Bertowicz Ada — Warszawa, Chłodna 48.
- Białobrzegi Bolesław — Wilejka św. Jerska 3.
- Białogurski Grzegorz — Wołyżyn.
- Białołęcka Alina — Warszawa Ogrodowa 5.
- Białopolski Aleksander — Toruń, Grudziądzka 35.
- Białostocki Marceli — Strzemieszyce.
- Białostocka Jadwiga — Strzemieszyce.
- Białkówna Kazimiera — Żywiec, Małopolska, Kościuszki.
- Bibrowicz Wacław — Kościan, Krajowy Zakład Psychiatryczny.
- Bichniewicz Zofja — Warszawa, Nowolipki 44.
- Biehler Ryszard — Warszawa, Wilcza 32.
- Bielatowicz Marjan — Tarnów, Katedralna 2.
- Bielakowska Zofja — Warszawa, Marszałkowska 116.
- Bielawski Oskar — Gniezno, Dziekanka.
- Bieleńki A. — Warszawa, Grzybowska 2.
- Bieniecki Aleksander — Lublin, Szpital Wojskowy.
- Bieńkiewicz Wacław — Brześć n/B, Dąbrowskiego 5.
- Biernacka Marta — Warszawa, Koszykowa 39.
- Biernacka Władysława — Warszawa, Szpitalna 4.
- Biernacki Henryk — Kraków, Lubicz 34.
- Biernacki Stanisław — Poznań, Uniwersytet.
- Biernacki Władysław — Warszawa, Hoża 70.
- Biesiekierski Bolesław — Płock.
- Bilczyński Leonard — Warszawa, Wielka 11.
- Birnbaum Seweryna — Warszawa, Pańska 78.
- Biro Malwina — Warszawa, Marszałkowska 123.
- Biro Maksymiljan — Warszawa, Marszałkowska 123.
- Bischoff Bernard — Grudziądz, Strzelecka 7.
- Biskupski Antoni — Łuck, Kościuszki 77.
- Biskupski Ignacy — Zgierz.
- Biskupski A. — Warszawa, Szpital Ujazdowski, Piękna 1.
- Bischof Werderowa-Weisberg — Warszawa, Marszałkowska 113.
- Blauh-Weisberg Stefan — Warszawa, Wspólna 58.
- Blay Julja — Warszawa, Nowogrodzka 36.
- Blikle Stanisław — Warszawa, Chmielna 20.
- Blochman Witold — Bydgoszcz.
- Bluminowa S. — Łódź.
- Błażejewicz Wiktor — Warszawa, Krakowskie-Przedmieście 36.
- Błażek Ludwik — Poznań, Długa 1.
- Błażewicz Paweł — Mińsk Mazowiecki.
- Bobrowski-Koralko Leonard — Pruszków-Tworki, Szpital umysłowo chorych.
- Bobrowska-Koralko Wanda — Wilno, Zarzecze 16-17.
- Bobrowski Zbigniew — Warszawa, Jasna 24.
- Bochenek Leon — Włoszczowa.
- Bocheński Kazimierz — Lwów Akademicka 21.

- Bocheńska Halina — Lwów.  
Bochnik Stanisław — Grudziądz,  
Kwiatowa 7.  
Bochyński Zygmunt — Poznań,  
Kramarska 19-20.  
Bociański S. — Kraków.  
Boczkowski Zygmunt — War-  
szawa, Marszałkowska 77.  
Bogacka Ewelina — Warszawa,  
Szpital św. Stanisława.  
Bogucki Bolesław — Zamość, Ry-  
nek 1.  
Bogucki Wincenty — Warszawa,  
Leszno 86.  
Bogusławski Stefan — Warszawa,  
Klinika chor. nerw. Szpit. Dz J.  
Bogusławski Stefan — Łódź, Ruda  
Pabjanicka.  
Boharewicz Czesław — Gródek  
Wileński. Wileńska 2.  
Bohuszewicz Józefat — Wilno,  
S. S. Miłosierdzia  
Bohuszewicz Czesław — Wilno,  
Kasa Chorych.  
Bojakowski Klemens — Uniejów  
Łęczycka, Magistrat.  
Bonasewicz B. — Warszawa.  
Bonaszewski Aleksander — Sieradz.  
Borejsza W. — Warszawa, Oboź-  
na 8.  
Borensztein Marja — Warszawa,  
Nowy Świat 15.  
Borensztein-Szuwał Dorota — War-  
szawa, Marszałkowska 132.  
Borhardt Hilary — Warszawa,  
Chmielna 31.  
Borh Witold Dyr. Gimn. — Unie-  
jów Kaliski.  
Borkowski Adam — Częstochowa,  
Kościuszki 58 60.  
Bornstein Maurycy — Warszawa,  
Czackiego 8.  
Borowski Jan — Warszawa, Je-  
rozolimka 59.  
Borowski Jakób — Bydgoszcz,  
Wspólna 53.  
Borowski Witold — Warszawa,  
Miodowa 14.  
Borsuk Aleksander — Bydgoszcz,  
Wały Jagiellońskie 2.  
Borysiewicz Wiktor — Monaste-  
ryzka, p. Buczacz.  
Borysowicz Konstanty — Suwałki,  
Kamedulska 6.  
Borzęcki Franciszek — Toma-  
szów Mazowiecki.  
Borzymowski.  
Bratkowski Edmund — Warszawa,  
Nowowiejska 8-5.  
Braun Jan — Warszawa, Śliska 47.  
Braun Eugenjusz — Pułtusk Ry-  
nek 12  
Bregman L. — Warszawa, Mo-  
niuszki 11.  
Brenneisen Leopold — Warszawa,  
Marszałkowska 48.  
Brokman Henryk — Warszawa,  
Orla 11.  
Bromberzanka Irena — Lublin,  
Ewangelicka 8.  
Broniakowska Tatiana — Często-  
chowa, Aleja 8.  
Broniakowski Artur — Często-  
chowa, Aleja 8.  
Broniewska Marja — Warszawa,  
Poznańska 37.  
Bronstein Natan — Szczebrzeszyn.  
Bronowski Szczesny — Warszawa.  
Szpital Św. Ducha, Elektoralna,  
Bross K. — Poznań.  
Brudnicki St. — Ciechanów Ma-  
zowiecki, Kościelna 1.  
Brunner Edward — Warszawa, Je-  
rozolimka 37.  
Brunner Władysław — Warszawa,  
Jerozolimka 28.  
Brunner Teodor — Warszawa,  
Wspólna 36.  
Brunowa Mieczysława — War-  
szawa, Krochmalna 56.  
Brykler Natalja — Siedlce, Par-  
kowa 10.  
Brykman Jadwiga — Warszawa,  
Przejazd 13.  
Bryndza - Nacki Ludwik — War-  
szawa, Kłakowskie Przedmieś-  
cie 67.  
Brysz Bolesław — Dąbie.  
Brzeska Leontyna — Warszawa,  
Marszałkowska 50.  
Brzezicki Eugenjusz — Kraków,  
Klinika Neurologiczna.  
Brzeziński Adam — Lublin, Kra-  
kowskie Przedmieście 51.

- Brzeziński Mieczysław — Warszawa, Marszałkowska 123.  
 Brzózka Julian — Poznań.  
 Buczkiewicz Antoni — Wilanów.  
 Buczyńska Irena — Warszawa, Grochowska 68-1.  
 Budrewicz Zygmunt — Warszawa, Kamionkowa 7.  
 Budzyński Kazimierz — Jaworzno, Mickiewicza.  
 Budzyński Tadeusz — Poznań, Kraszewskiego 17.  
 Bujalski Jerzy — Warszawa, Marszałkowska 153.  
 Bujanowska Zofja — Warszawa, Marszałkowska 116.  
 Bujes.  
 Bujwid Odo — Kraków, Lubicz 34.  
 Bukowska Stefanja — Warszawa, Piękna 36.  
 Burdzińska Jadwiga — Włocławek, Brzeska 8.  
 Bursche Emil — Warszawa, Orla 13 - 3.  
 Bussel Maurycy — Warszawa, Nowolipki 6.  
 Butkiewicz Leon — Warszawa, Chmielna 32.  
 Butkiewicz F. — Sosnowiec, Małachowskiego 9.  
 Bychłowski Marjan — Warszawa, Jerozolimska 14.  
 Bychowski Gustaw — Warszawa, Ciepła 9.  
 Bychowski Zygmunt — Warszawa, Zgoda 8.  
 Byhowski-Jaxa Ksawery — Warszawa, Mokotowska 57.  
 Bykowski-Jaxa Ludwik — Lwów, Bonifraterska 14.  
 Bykowski L. — Lwów.  
 Bylina Aleksander — Warszawa, Hoża 19.  
 Byrkowski Karol — Warszawa, Żelazna 90.  
 Bzura Stanisław — Jabłonna.
- C**egłowski Bolesław — Kalisz, Główny Rynek 2.  
 Cegłowski Józef — Mińsk.  
 Celarek Józef — Warszawa, Kujawska 2.  
 Ceremow Stefan — Horodyszcze, p. Nowogródzki.  
 Cetnarowiczówna Irena — Warszawa, Hoża 19.  
 Cetnerski Edward — Milanówek, Gimnazjum.  
 Cetnerszner Samuel — Warszawa, Leszno 13.  
 Chałasińska Zofja — Warszawa, Elektoralna 32.  
 Chałubińska A — Lwów.  
 Chawin Dawid — Warszawa, Wielka 14.  
 Chejstwer Leon — Warszawa, Sienna 18.  
 Chejfec Samuel — Warszawa Nowolipki 6.  
 Chełmecki Stanisław — Warszawa, Koszykowa 53.  
 Chłopicki Władysław — Kraków, Kopernika 48.  
 Chmielewski Jan Euzebjusz — Warszawa, Al. 3 Maja 14.  
 Chmielewski Kazimierz — Lublin, Szopena 21.  
 Chmielewski Wiktor — Koło, woj. Łódzkie  
 Chmielnicka Helena — Warszawa, Miodowa 25.  
 Chodakowski Gustaw — Warszawa, Kopernika 14.  
 Chojecki Włodzimierz — Stonim, Szpital N. N. K.  
 Chondzyn Zofja — Warszawa, Widok 17.  
 Chomentowski Witalis — Sosnowiec, Piłsudskiego 10.  
 Chones Izaak — Łódź, Piotrkowska 259.  
 Chorążycy B. sen. — Warszawa, Boduena 5.  
 Chromiński Cyprjan — Dąbrowa Górnicza, Szpital Św. Barbary.  
 Chrapski Zygmunt — Lwów, Szpital powszechny.  
 Chudziak Józef — Parczew, woj. Lubelskie Siedlecka 25.  
 Chylewski Włodzimierz — Warszawa, Hoża 61.  
 Ciechanowski Stanisław — Kraków, Pluczki 28.

- Ciechomski Andrzej — Warszawa, Jerozolimska 49.  
Cieszyński Antoni — Lwów, Batoro-  
wego 38.  
Cieszyński Franciszek — War-  
szawa, Szopena 10.  
Ciechocka Helena — Warszawa,  
Wspólna 32.  
Cichocki Tomasz — Warszawa,  
Leszno 29.  
Cichoński Piotr-Paweł — Biał-  
ystok.  
Ciszewski Stanisław — Milanó-  
wek.  
Crowell C. — Lwów.  
Cybulski Witold — Warszawa,  
Lwowska 1.  
Cygański Adam — Warszawa,  
Sienna 21.  
Cykowski Stanisław — Warsza-  
wa, Wspólna 41.  
Cylkowski Bolesław — Warszawa,  
Hoża 19.  
Cyrkowicz Janina — Warszawa,  
Pl. Napoleona 10.  
Cytronberg S. — Warszawa.  
Cytryn Szymon — Białystok.  
Cywińska Irena — Warszawa,  
Jerozolimska 27.  
Cywińska Marja — Warszawa Al.  
Jerozolimska 22 m. 11.  
Cywiński Kazimierz — Ostrołęka,  
Szpital Państwowy.  
Czajkowski Adolf — Kalisz, Łódz-  
ka 10.  
Czajkowski Fierabont — War-  
szawa, Furmańska 14.  
Czajkowski Jan — Bydgoszcz,  
Jagiellońska 35 a.  
Czarkowski Hieronim — War-  
szawa, Sienna 20.  
Czarkowski Józef — Warszawa,  
Piękna 11.  
Czaplicki Zdzisław — Zakopane,  
Jagiellońska.  
Czapnicki Henryk — Kraków,  
Florjańska 8.  
Czapnicka Hermina — Kraków.  
Czarnecki Edward — Wilno, Kal-  
waryjska 69-20.  
Czarnecki Jan — Warszawa, Lesz-  
czyńska 14.  
Czarnecki Feliks — Kobierzyn,  
przez Kraków, Zakł. Psychiatr.  
Czarnecki Wilhelm — Warszawa,  
Chałubińskiego 5, Zakład Anat.  
Pat.  
Czarnowska Józefa — Warszawa,  
Szopena 4-2.  
Czarnowski Stanisław - Jan —  
Kielce, Hipoteczna 30.  
Czarnowska Barbara — Łódź,  
Piotrkowska 79.  
Czechowski Edmund — War-  
szawa, Hoża 18.  
Czelin Stanisław — Warszawa,  
Żelazna Brama 6.  
Czekanowski — Lwów, Długosza 8.  
Czernecki Wincenty — Lwów,  
Bielowskiego 1.  
Czernecki Władysław — Lwów,  
Bielowskiego. 1.  
Czerwińska Anna — Częstocho-  
wa, Piaski 10. Rzeźnia miejska.  
Czerwiński Kazimierz — War-  
szawa, Kapucyńska 21.  
Czerwiński Czesław — Lublin,  
Namiestnikowska 11.  
Czerski Stanisław — Lwów, Ko-  
chanowskiego 59.  
Czeżowska Zofja — Lwów, Klinika  
lekarska.  
Czubalski Franciszek — Warszawa,  
Bracka 11.  
Czyżewicz Adam — Warszawa,  
Starynkiewicza 3.  
Czyżewski J. — Lwów.
- D**adlerówna Marja — Zakopane,  
Nowotarska, willa „Osobista”.  
Dangel Leopold — Kraków, Klin.  
chir. Un. Jagiel.  
Danysz Jan — Paryż, Inst. Past.  
Warszawa, Wilcza 73.  
Dąbrowski Czesław — Grodno,  
Orzeszkowej 22.  
Dąbrowski Jerzy — Warszawa,  
Nowogrodzka 9-6.  
Dąbrowski Henryk — Wilno, Mo-  
stowa 5.  
Dąbrowska Janina — Warszawa,  
Daniłowiczowska 14.  
Dąbrowski Kazimierz — Warszawa,  
Wilcza 22.



- Dąbrowski Stanisław — Poznań.  
Dąbrowski Witostaw — Warszawa,  
Skorupki 10.  
Dehnel Jan — Będzin.  
Demel K. — Hel. Pomorze.  
Deisenberg Adam — Lubień Wielki,  
woj. Lwowskie.  
Dekański Alfred — Grodziec,  
p. Będziński.  
Dembowska Sabina — Warszawa,  
Moniuszki 6.  
Dembowski Stefan — Warszawa,  
Szpital D. J. Klin. Chor. Nerw.  
Demianowska Marja — Lwów,  
Kraszewskiego 19a.  
Deniszczukówna S. — Poznań.  
Denizot Alfred — Poznań, Uniwer-  
sytet.  
Dennel Marjan — Nowy Dwór,  
Szpital p. Modlinem.  
Derengowski Franciszek — Chicago  
Hl. U. S. A.  
Deresz Stanisław — Pruszków —  
Tworki, Szpital dla umysł. chor.  
Deryng Jakób — Bydgoszcz, Pa-  
derewskiego 6.  
Dessau Stanisław — Warszawa,  
Marszałkowska 146.  
Dessau Ruta — Warszawa.  
Dębicki Jaxa Józef — Lwów,  
Pańska 8.  
Dębska Zofja — Biała Podlaska.  
Dickstein Samuel — Warszawa,  
Marszałkowska 117.  
Dłuski Kazimierz — Warszawa,  
Żórawia 25.  
Dmochowski Antoni — Warszawa,  
Hoża 30.  
Dobak K. — Bydgoszcz, Śnia-  
deckich 54.  
Dobko-Dobkiewicz Władysław —  
Warszawa, Szopena 14.  
Dobijowa Zofja — Warszawa,  
Długa 13.  
Dobkiewicz Dominika — Warsza-  
wa, Wolska Szpital im. Kar.  
i Marji.  
Dobrzyńska — Warszawa, Śnia-  
deckich.  
Dobrowolski Jan — Warszawa,  
Uniwersytet, Krak. Przedm.  
Dobrowolski Karol — Warszawa,  
Jerozolimska 11.  
Dobrowolski Wacław — Warszawa,  
Smolna 6.  
Dobrowolski Władysław — Cie-  
chanów, 11 p. ul.  
Dobrzaniecki Władysław — Lwów,  
Klin. chir. uniwer.  
Dobrzański Lucjan — Warszawa,  
Wspólna 61.  
Dobrzański Kazimierz — Mińsk,  
Mazowiecki.  
Dobrzyński Marceli — Warszawa,  
Królewska 6.  
Dobrzyński Władysław — War-  
szawa, Krak. Przedmieście 79.  
Docha Józef — Sokołówka, dom  
Bursy, ul. 3 Maja.  
Dokait M. — Wilno, Szpit. Okr. 3.  
Dokait Edmund — Mińsk  
Mazowiecki, gimn. męskie.  
Domańska Jadwiga — Warszawa,  
Zielna 13.  
Domański Zygmunt — Nowogró-  
dek Wojewódzki.  
Domaszewicz Aleksander — Lwów,  
Kraszewskiego 8.  
Domosławska-Zawadzka Zofja —  
Warszawa Szpital Dz. J. Żelazna.  
Dominko Antoni — Lublin, Wie-  
niawskiego 4.  
Drachmanówna Anna — Warsza-  
wa, Przyokopowa 56.  
Draǳewicz T. — Lwów.  
Drecki Ludwik — Łódź, Kiliń-  
skiego 36.  
Drejrenstoch Anna — Łódź,  
Piotrkowska 89.  
Drozdowicz Grzegorz — Warszawa,  
Wiejska 17.  
Drozdowska Barbara — Zielonka  
pod Warszawą.  
Drożdż Wacław — Lublin, Zmi-  
gród 8 m. 2.  
Dryjski Albert — Poznań, Uniwer-  
sytet.  
Drzewicki Stefan — Lwów, Św. Mi-  
kołaja 4.  
Dubiszewski Franciszek Ludwik —  
Hrubieszów.  
Duchowska Cyryła — Warszawa  
Nowowiejska 16.

- Dudrewicz Kazimierz—Warszawa, Żórawia 21.  
 Dudrewicz Helena — Warszawa, Żórawia 21.  
 Dudziński Jan — Nowy Sącz, Szwedzka 2.  
 Domoulin Witold — Warszawa, Nowogrodzka 43.  
 Dunin-Brzezicka Janina—Warszawa, Jerozolimska 97.  
 Dunin - Karwicka — Warszawa, Wspólna 35.  
 Durante Wiktor — Warszawa, Nowowiejska 33, Szpit. im. Piłsudsk.  
 Dutkiewicz Roman — Skolbierz, p. Pińczów.  
 Dworecki Ch. — Warszawa, Dzielna 18.  
 Dybowski B. — Lwów.  
 Dydyński Ludwik — Warszawa, Nowowiejska 34.  
 Dymiński - Dołęga Zygmunt — Poznań, Al. Marcinkowskiego 11.  
 Dyski Ignacy — Warszawa, Nowy świat 30.  
 Dzerowicz M. — Kraków, Kopernika 15.  
 Dziarska-Wyrzykowska Janina — Ciechanów.  
 Dzieciotowski Stanisław — Warszawa, Kolonja Staszica.  
 Dzieganowska Marja — Kielce.  
 Dziembowski Zygmunt — Bydgoszcz, Śniadeckich 52.  
 Dziembowska-Raczyńska — Warszawa, Szopena 14.  
 Dzierdziejewska Marja — Warszawa, Hoża 45.  
 Dzierzgowski Szymon — Warszawa, Brzozowa 10.  
 Dzierzkowski Jerzy — Warszawa, Smolna 10 m. 6.  
 Dziubałtowski Seweryn — Warszawa, Dzika 65.  
 Dziuz Ludwik — Bydgoszcz, 20 Stycznia 25.  
**E**berhard Maksymijan — Warszawa, Langnerowska 7.  
 Edelszejn Zofja — Warszawa, Ceglana 5,  
 Egersdorf Janina — Siedlce, Warszawska 61.  
 Eichler Witold — Pabjanice.  
 Eiger M. — Wilno, Zakrętowa 15.  
 Eisenberg Filip — Kraków, Czysta 16.  
 Einsenfarb Jakób — Warszawa, Mylna 11.  
 Ejsmond Bolesław — Skidel, woj. Białostockie.  
 Elektorowicz Adam — Warszawa, Hoża 19.  
 Elektorowiczowa Aleksandra — Warszawa, Hoża 19.  
 Eljasberg Michał—Łódź, Piotrkowska 66.  
 Elkner Aleksander — Warszawa, Smocza 7.  
 Elwicz Stanisław — Warszawa, Złota 36.  
 Endelman Bogumił — Warszawa, Widok 11.  
 Endelman Leon — Warszawa Królewska 39,  
 Endelman Zygmunt — Warszawa, Marszałkowska 125.  
 Erbrich Feliks — Warszawa, Boduena 4.  
 Ehrenkreutz — Biała Podlaska  
 Erlichówna Marta — Warszawa, Boduena 3.  
 Essigmann Stanisław — Warszawa, Marszałkowska 130.  
 Ettinger Witold — Warszawa, Wspólna 44.  
**F**abian Zofja — Warszawa, Żórawia 24.  
 Fajerstein Izrael — Lublin, Lubartowska 22.  
 Fajner Ruta — Łódź, 6 Sierpnia 37.  
 Faliński Karol — Sosnowiec, Piłsudzkiego 16.  
 Falkowski A. B.—Łódź, Pańska 24.  
 Falkowski Adolf — Wilno, Biskupia 12—12.  
 Fałęcki Józef—Sosnowiec, Nowopijarska 3.  
 Feddecki Jan—Kalisz, Towarowa 3.  
 Federman Michał — Warszawa, Zgoda 9.

- Fedorowicz Zygmunt — Wilno,  
Mała Pohulanka II.  
Fedak L — Lwów.  
Fejgin Bronisława — Warszawa,  
Sienna 25.  
Fejgin Mieczysław — Warszawa,  
Sienna 45.  
Fegler Jerzy — Warszawa, Szpit.  
Ujazd. Piękna 1.  
Feldstein Jochel—Wilno,Wielka 7.  
Fernbachówna Helena — Włocławek,  
3-Maja 25.  
Fiałkowski Henryk, — Koło.  
Ficki Feliks — Ostrów Łomżyński.  
Fidziński Feliks — Kraków, Traugutta 13.  
Fiedorowicz Konrad — Białystok,  
Lipowa 43.  
Fiedelseid Janina — Warszawa,  
Złota 21.  
Fietelberg Eliza — Warszawa,  
Złota 16.  
Figowska Zofja — Warszawa,  
Marszałkowska 129.  
Filewicz Władysław — Sinołęka,  
p. Kałuszyn.  
Filiński Włodzimierz—Warszawa,  
Nowogrodzka 59.  
Filleborn Eugenjusz —Warszawa,  
Miodowa 12.  
Fiłomieńko Piotr — Pruzany, woj.  
Poleskie.  
Finkiel Adam — Lwów, Zamarstynów.  
Finowicki Kazimierz — Jarocin,  
woj. Poznańskie, Krakowska 7.  
Finówna Zofja — Warszawa, No-  
wogrodzka 3.  
Firewicz Jan — Suwałki, Mickie-  
wicza 3.  
Fischer A. — Lwów.  
Flatau Edward- Warszawa, Chmie-  
lna 60.  
Flaum Maksymiljan — Warszawa,  
Kredytowa 4.  
Fleszler Jerzy — Kielce, Kapi-  
tułna 11<sup>A</sup>.  
Fleszczyński Kazimierz — War-  
szawa, Solec 24.  
Fliski Henryk — Grabów, p. Ku-  
rów.  
Folak Emil — Warszawa, Wol-  
ska 66.  
Fomenko Piotr — Czeladź, Szpit.  
Forelle Edmund —Warszawa, Kre-  
dytowa 5.  
Francikowski Florjan — War-  
szawa.  
Frank Stanisław — Warszawa  
Marszałkowska 86.  
Franke Marjusz — Lwów, Wo-  
łowa 29.  
Frankenstein A. — Bydgoszcz.  
Frankowska Janina — Warszawa,  
Piękna 36.  
Frassetto Fabio — Bologna.  
Frej Lucja — Warszawa, Szpit.  
Dz. J. Klin. Chor. Nerw.  
Freidkin Albert.—Warszawa, Szpi-  
talna 5.  
Frenkiel Bronisław — Łódź, Trau-  
gutta 12.  
Frenkiel Sara — Warszawa, No-  
wogrodzka 44.  
Frenklowa Henryka — Łódź, An-  
drzeja 7.  
Friedberg Bolesław — Warszawa,  
Niecała 2.  
Friedlender Emil — Drohobycz.  
Fritz Józef — Lwów, Łyczakow-  
ska 29.  
Fronczak — Chicago.  
Fruchtman Izaak — Garwolin.  
Frydberg Roman — Warszawa,  
Niecała 2.  
Frydman S. — Staszów, Ry-  
nek 13.  
Fryszberg Adam — Warszawa,  
Leszno 13.  
Fryszk A. — Czechosłowacja.  
Fryszman Aleksander — War-  
szawa, Graniczna 13.  
Fryszman W. — Łódź, 6 Sierp-  
Fuchsówna J. — Lwów.  
Fuchs-Dybowski W. — Lwów.  
nia 32.  
Fuks Gustaw — Warszawa, Że-  
lazna 90.  
Fuliński Benedykt — Lwów, Pl.  
Tarnowskiego 59.

- Funk Kazimierz — Warszawa,  
Chocimska 24. Inst. Hyg.  
Furschmidt W. — Warszawa.  
Furhman Ignacy — Świecie nad  
Wisłą.
- G**abszewicz Jadwiga — Kraków,  
Kopernika 35.  
Gac Antoni — Warszawa, Złota 59.  
Gajdziński A. — Grajewo, Piłsud-  
skiego 12.  
Gajewski Stefan — Lwów, Ko-  
chanowskiego 67.  
Galasińska Janina — Warszawa,  
Chmielna 56.  
Galasiński Władysław — Łódź,  
Polna 75.  
Galasówna — Poznań.  
Gałdyński Kazimierz — Poznań,  
Przecznica 2.  
Gantkowski Paweł — Poznań,  
Jasna 11.  
Gantman B. — Warszawa No-  
wolipki 34.  
Gantz Mieczysław — Warszawa,  
Złota 26.  
Garbaczewski Marcin — Lublin,  
Krakowskie Przedmieście 58.  
Garlicka Zofja — Warszawa, Żó-  
rawia 16.  
Garniewicz Stanisław — Wilno,  
Szpital Okręgowy 3.  
Gaszyńska A. — Warszawa, Czac-  
kiego 6.  
Gawlik Stefan — Siewierz, p. Bę-  
dzin.  
Gawłowski Wacław — Warsza-  
wa, Hoża 57.  
Gaworowska Szulrichter — Koło,  
ul. Kaliska.  
Gayówna Delfina — Warszawa,  
Polna 40.  
Gądek Stanisław — Warszawa,  
Moniuszki 4.  
Gądzikiewicz W. — Kraków.  
Gelbard Adolf — Częstochowa,  
Długa 18.  
Gelbard Henryk — Warszawa,  
Marszałkowska 79.  
Gepner Halina — Warszawa, Mo-  
niuszki 8.
- Gepner Tadeusz — Warszawa,  
Zielna 13.  
Germanówna W. — Lwów.  
Gerner Klemens — Warszawa,  
Kowieńska 11.  
Gerszna - Dolkert — Warszawa,  
Mazowiecka 11.  
Gertner K. — Łódź, Przędzal-  
niana 75.  
Gessner Jan — Warszawa, Jero-  
zolimka 11.  
Giedroyć Franciszek — Warsza-  
wa, Kredytowa 8.  
Giedroyć Wacław — Warszawa,  
Georgiewska Tatiana — Jędrze-  
jów, Klasztorna, dom p. Śwital-  
skiego.  
Gierowski Józef — Kielce, Sien-  
kiewicza 16.  
Gierman Maurycy — Warszawa,  
Marszałkowska 99.  
Gurych Kazimierz — Modlin, kor-  
pus kadetów 2.  
Gieszczykiewicz Marjan — Kra-  
ków, Mickiewicza 13.  
Gieysztor M. — Warszawa, Flo-  
ry 9.  
Ginzburg Marja — Warszawa, Le-  
szno, 73.  
Głajgewicht Rena — Warszawa,  
Żórawia 18.  
Glas Bronisław — Warszawa, No-  
wolipki 18.  
Glass Jakób — Warszawa, Na-  
lewiki 38.  
Glatrzel Jan — Kraków, Pańska 14.  
Glikman P. — Radomsko, pl.  
3 Maja 4.  
Glixelli S. — Poznań.  
Gliksman Stanisław Feliks —  
Świątniki Górne, p. Krakowski.  
Glinka Ludwik — Goworowo.  
Glizelis Stanisław — Poznań, Ma-  
zowiecka 42.  
Globus Anna — Płock, Grodz-  
ka 8.  
Gluziński Antoni — Warszawa,  
Ujazdowska 36.  
Gładych W. — Warszawa  
Głodowski L. — Warszawa.  
Głowacka Wiera — Warszawa,  
Mokotowska 16.

- Gnoiński Henryk — Warszawa, Uniwersytet Krak. Przedm. 26.  
 Godlewicz Bronisław — Warszawa, Złota 56 a.  
 Göertz J. — Lwów.  
 Godlewski M. — Kozienice, Szpital Powiatowy.  
 Golakowski Jan — Warszawa, Mokotów 40.  
 Gogela Zygmunt — Warszawa, Żąbkowska 35.  
 Golc Zygmunt — Łódź, Andrzeja 3.  
 Goldberg Julian — Warszawa, Królewska 51  
 Goldberg Oskar — Warszawa, Trębacka 15.  
 Goldberg Szymon — Siedlce, Warszawska 16.  
 Goldberg Daniel — Warszawa, Jerozolimska 37.  
 Goldberg Ola — Warszawa, Dziką 29.  
 Goldberżanka Jadwiga — Warszawa, Marszałkowska 95.  
 Goldblum Natan — Łódź, Piotrkowska 55.  
 Goldenberg Arkadiusz — Łódź, Nawrota 386.  
 Goldfarb Fania — Warszawa, Muranowska 16.  
 Goldenberg Michał — Łódź, Grand Hotel.  
 Goldfeil Józef — Warszawa, Jerozolimska 23.  
 Goldflam Samuel — Warszawa, Graniczna 10.  
 Goldman Antoni — Łódź, Piotrkowska 86.  
 Goldman Jan — Warszawa, Nowogrodzka 41.  
 Goldman Mieczysław — Warszawa, Leszno 29.  
 Goldman Helena — Warszawa, Sienna 27.  
 Goldmanówna Ida — Pabjanice.  
 Goldstein Paweł — Warszawa, Marszałkowska 127.  
 Golus Teofil — Pszczyna, Piastowska 27.  
 Gołąb Jan K. — Kraków, Powiśle 12.  
 Gołoniewska Stefanja — Łódź, Południowa 18.  
 Gomalińska Marja — Warszawa.  
 Gombiński Jan — Warszawa, pl. Żelaznej bramy 1.  
 Gorczyński H. — Lwów.  
 Gorczyński Wład. — Warszawa.  
 Gordziałkowski Jan — Warszawa, Brzozowa 12.  
 Gorecki Zdzisław — Warszawa, Wilcza 42.  
 Gorjaczkowski Włodzimierz — Warszawa, Marszałkowska 31.  
 Gorzechowski Wiesław — Lwów, Politechnika.  
 Gosiewski Wiktor — Dąbrowa Górnicza.  
 Gosztacki Leon — Kraśnik.  
 Gotfriedówna Róża — Warszawa.  
 Goździcki Wacław — Warszawa, Al. Jerozolimskie 9.  
 Górski Jan — Konin, Rynek Główny 13.  
 Górski Kazimierz — Warszawa, Szpit. Dz. Jez. Żelazna 4.  
 Górski Marjan — Warszawa, Szkoła Główna Gospodarstwa.  
 Góski Stanisław — Lublin, Krak. Przedm. 56.  
 Graba-Łęcki Wacław — Warszawa, Hoża 61.  
 Grabenau A. — Płońsk, Płocka 37.  
 Grabiński Władysław — Warszawa, Wilcza 12.  
 Grabman Samuel — Nowy Dwór, Mickiewicza 1.  
 Grabman Tema — Warszawa, Freta 25.  
 Grabowski Lucyan — Lwów, Politechnika.  
 Grabowska M. — Warszawa.  
 Grażewicz Władysław — Bełżyce, Z. Lubelskiej.  
 Grek Jan — Lwów, Romanowicza 5.  
 Grobelski M. — Poznań.  
 Grochmalicki J. — Poznań.  
 Grocholski Bronisław — Warszawa Marszałkowska 148.  
 Grochowski Wacław — Warszawa Krak. Przedm. 38.

- Grodzicka Jadwiga — Warszawa, Żąbkowska 8—24.  
Grodzki Z. — Warszawa.  
Grodzicki L. — Lwów.  
Groer Franciszek — Lwów, Senatorska 5.  
Groerówna Janina — Warszawa, Marszałkowska 49.  
Gromadzka Halina — Warszawa, Jerozolimska 103.  
Gromadzki Henryk — Warszawa, Jerozolimska 103.  
Gromadzki Jan — Warszawa, Targowa 67.  
Gromadzki Zygmunt — Warszawa, Emilji Plater 30.  
Grosalik Adam — Łódź, Wolczańska 225.  
Grosalik Stanisław — Warszawa, Polna 72.  
Grosalikowa Barbara — Warszawa, Koszykowa 19.  
Grosse Jan — Warszawa, Hortensja 6.  
Grosser Izabela — Warszawa, Polna 64—27.  
Grotowski Leon — Chicago.  
Grott Józef — Warszawa, Wolska 114, klinika,  
Gruca Adam — Lwów, Pijarów 4.  
Grudzińska Helena — Warszawa, Wspólna 3a.  
Grudziński Zygmunt — Warszawa, Wspólna 3a.  
Grundzich Ignacy — Warszawa, Nowogrodzka 18a.  
Grünkraut B. — Warszawa, Królewska 23.  
Gruszczyńska M. — Sokoły, p. Wysoki Mazowiecki.  
Gruszczyński Aleksander — Warszawa, Chmielna 60.  
Grycendlerowa Fruma — Łódź, Przejazd 8.  
Grygier Zygmunt — Grudziądz, Sienkiewicza 14.  
Gryn Marek — Częstochowa, Aleja 8.  
Grzankowski Bolesław — Warszawa, Marszałkowska 91.  
Grzankowska Marja — Wieluń, Reformacka 9.  
Grzybowska Antonina — Warszawa, Wielka 21.  
Grzybowski J.—Warszawa, Chałubińskiego 5.  
Grzybowski Marjan — Warszawa, Koszykowa 82a.  
Grzybowski Mikołaj — Kielce,  
Grzymański Ignacy — Warszawa, Widok 20.  
Grzywo-Dąbrowski Wiktor — Warszawa, Wilcza 20.  
Gumplowicz Władysław — Warszawa, Litewska 4.  
Guranowski Z. — Warszawa, Miodowa 7.  
Gurbski Stanisław — Warszawa, Kredytowa 4.  
Gruszkiewicz Alfred — Sosnowiec, Staszycza 29.  
Gutentak Stanisław — Łódź, Kościuszki 22.  
Gutglasówna Franciszka — Warszawa, Śliska 18  
Guthare Abraham — Lublin, Krakowskie-Przedm. 48.  
Gutkowska Helena — Warszawa,  
Gutowska Zofja — Warszawa, Foksal 18.  
Gutowski Bolesław — Warszawa, Wspólna 60 m. 4.  
Gutowski Józef — Warszawa, Foksal 18.  
Gutzman Leonja — Warszawa, Polna 64.  
Gutzman Zofja — Warszawa, Chmielna 15.  
Guz J. — Warszawa.  
Guzek Władysław — Kraków, Czysta 34 16 Studjum Rolnicze  
**H**agmajer Stanisław — Warszawa, Targowa 44.  
Halberówna W. — Warszawa.  
Halfter Eugenja — Warszawa, Waliców 7.  
Halpern Helena — Warszawa, Cegielniana 51.  
Halpern Józef — Łódź, Piotrkowska 88.  
Handelsman Bronisław — Łódź, Sienkiewicza 31.

- Handelsman Józef — Pruszków,  
Tworki, szpit. dla umysł. chor.
- Hantower Anatol — Warszawa,  
Nowy-Świat 7.
- Hareszowa Albina — Zgierz,
- Hattowski Jan — Warszawa,  
Skorupki 5 m. 6.
- Heflich W. — Warszawa, Dzi-  
ka 65.
- Held Józef — Warszawa, Jero-  
zolimka 25.
- Heller Józef — Lwów, Piekar-  
ska 22.
- Hellin D. — Warszawa.
- Helmanowa Emilja — Warszawa,  
Wilcza 50.
- Heitzmanówna Wanda — Kraków  
Mickiewicza 17.
- Henszel-Chrystowska Paulina —  
Warszawa Smolna 12.
- Hepner Benedykt — Warszawa,  
Szkolna 4.
- Herc Paweł — Warszawa, Tar-  
gowa 59.
- Herman Eugenja — Warszawa,  
Sienna 24.
- Herman Józef — Warszawa, No-  
wy-Świat 50,
- Hermanowa Róża — Warszawa,  
Sienna 24.
- Hermanowski M. — Białystok,
- Herod M. — Warszawa, Długa  
16.
- Hertz Włodzimierz — Warszawa  
Koszykowa 24.
- Hertz Ryszard — Warszawa,  
Wilcza 43.
- Hertz Maurycy — Warszawa Mar-  
szałkowska 129.
- Hertzowa Stefanja — Warszawa,  
Żórawia 24.
- Heubowicz Stella — Warszawa,  
Marszałkowska 32.
- Hibel Władysław — Przemyśl,  
Piotra Skargi 8.
- Higier Henryk — Warszawa,  
Królewska 29.
- Hilarowicz Henryk — Lwów Zy-  
blikiewicza 38.
- Hiolski Włodzimierz — Lwów,  
Łyczakowska 151.
- Hirsch Maksymiljan — Warszawa,  
Marszałkowska 72.
- Hirszberg Ludwik — Łódź, Ce-  
gielniana 19.
- Hirszberg Franciszek — Łódź,  
Zielona 8.
- Hirszbergowa Wanda — Łódź,  
Cegielniana 19
- Hirschler Jan — Lwów, Miko-  
łaja 4.
- Hirszfeld Henryk — Warszawa,  
Miodowa 7.
- Hirszfeld Ludwik — Warszawa,  
Jerozolimka 21.
- Hirszfeldowa Hanna — Warsza-  
wa, Marszałkowska 49.
- Hirshorn Marja — Warszawa,  
Sienna 1.
- Hirshorn Rebeka — Warszawa,  
Sienna 1.
- Hlond Jan — Katowice, ul. War-  
szawska 6.
- Hłasko Feliks — Warszawa,  
Wspólna 44.
- Hochinger Cymermanowa Anna —  
Warszawa, Złota 34.
- Holiczerowa Stefanja — Warsza-  
wa, Marszałkowska 80.
- Holtorf. — Warszawa, Daniło-  
wiczowska 16 Zakł. Spiessa.
- Hołówko Antoni — Wilno, Za-  
walna 11.
- Hołyński Stanisław — Bydgoszcz,  
Ossolińskich 2.
- Hornówna Selda — Kraków, Czy-  
sta 14. Inst. bakterjol.
- Horodko A. — Ignalino, Z. Wi-  
leńska.
- Horodyński Witold — Warsza-  
wa, Nowogrodzka 34.
- Horoszewicz Antoni — Warsza-  
wa, Brzeska 13.
- Horwitz Kaniła — Warszawa,  
Piękna 47.
- Hoyer Henryk — Kraków, św.  
Anny Uniwersytet.
- Hoyerowa M. — Kraków.
- Hrycko Andrzej — Sobieszyn,  
Szkoła Rolnicza.
- Hrynakowski Konstanty — Po-  
znań, Głogowska 70.

- Hryncewicz-Talko J. — Kraków.  
Hryniewiecki Bolesław — Warszawa, Ogród Botaniczny.  
Hryniewski Teodor — Warszawa, Warecka 9.  
Hufnagiel Leon — Warszawa, Jerozolimska 19.  
Humnicki W. — Warszawa.  
Hukiewicz Włodzimierz — Ustrzyki Dolne, Małopolska.  
Hulanicki Zofja — Warszawa, Żoliborz Haukiego 14.  
Hurynowiczówna Janna — Wilno, Mickiewicza 15 m. 6.
- Idziński Wiktor — Żywiec, Jagiellońska 1.  
Idzińska Anna — Żywiec.  
Ilnicka Alina — Warszawa, Królewska 29a.  
Ingardenowa Marja — Toruń, Mickiewicza 115.  
Iltelson Józef — Łódź, Al. Kościuszki 1.  
Iwanowski Czesław — Łódź, Skwerowa 1.  
Iwanter N. — Wilno, Wileńska 32.  
Iwaszkiewicz Marjan — Równo, Gimnazjalna 3.
- Jabłonowski Władysław — Wilno, Portowa 6.  
Jaburek L. — Lwów.  
Jachimowicz J. — Warszawa, Chalubińskiego 5.  
Jaczewski Kazimierz — Lublin, Namiestnikowska 13.  
Jacyk R. — Lwów.  
Jagniátkowska F. — Warszawa, Kopernika 18.  
Jakimiak Bolesław — Warszawa, Chmielna 56.  
Jakimiakowa Anna — Warszawa, Chmielna 26.  
Jakimowicz Jan — Warszawa, Złota 3.  
Jakób Wiktor J. — Dublany pod Lwowem  
Jakowicki Władysław — Warszawa, Starynkiewicza 3.
- Jakowski Józef — Warszawa, Targowa 63.  
Jakubianis Henryk — Lublin, Uniwersytet.  
Jakubowski Feliks — Warszawa, Złota 3.  
Jakubski A. — Poznań, Skryta 14/13.  
Janczewski Władysław — Warszawa, Żórawia 41.  
Janczurowicz Stanisław — Warszawa, Widok 9.  
Janicki Konstanty — Warszawa, Uniwersytet.  
Janiszewski Tomasz — Kraków, Długa 27.  
Jankowski Czesław — Warszawa Próżna 5.  
Jankowski Edmund — Warszawa, Warecka 14.  
Jankowska Halina — Wilno, Zarczeczce 16.  
Jankowski Jan — Lwów, klinika Wew. Uniw.  
Jankowski Ksawery — Warszawa, Wspólna 26.  
Jankowski Władysław — Mława, Szkolna 6.  
Janowski Aleksander — Warszawa, Wspólna 16.  
Janowski Władysław — Warszawa, Jerozolimska 15.  
Janusz W. — Lwów.  
Januszkiewicz Aleksander — Wilno, Uniwersytecka 5.  
Jarczyk Henryk — Katowice, Francuzka 34.  
Jarecki Władysław — Warszawa, Pl. 3 krzyży 6.  
Jarociński Edward — Warszawa, Pl. Kazimierza Wielkiego 6a.  
Jarocki Jerzy — Warszawa, Zakład zoologiczny.  
Jarosiński Adam — Serdyń, p. Sokołów.  
Jaroszyński T. — Warszawa, Wspólna 17.  
Jarzab Józef — Lwów.  
Jarzębowska Marja — Łódź, Andrzeja 3.  
Jasielewicz Kazimierz — Warszawa, Wspólna 50.



- Jasieński Jerzy — Kraków, klin.  
Chir. Uniw. Jag.
- Jasieński Tadeusz — Warszawa,  
Wspólna 14.
- Jasiński Wacław — Wilno, Wiel-  
ka 24-26.
- Jasiobędzki Adolf — Warszawa,  
Panińska 7.
- Jastrzębska Anna — Warszawa,  
Wilcza 20.
- Jastrzębski Leon — Warszawa,  
Brzeska 2.
- Jastrzębski C. — Warszawa, Cha-  
łubińskiego 5.
- Jawdyński Piotr — Warszawa  
Chełmska 21-a.
- Jawłowski Hieronim — Wilno.
- Jaworski Kazimierz — Lublin,  
Okopowa.
- Jedwabny Stanisław — Kcynia,  
p. Szubin.
- Jelenkiewicz Irena — Warszawa,  
Solna 4.
- Jelenkiewicz Lucjan — Warszawa,  
Solna 4.
- Jelski Władysław — Opatów.
- Jentys Artur — Kozienice.
- Jezierski Wacław — Poznań.
- Jędrzejewski Antoni — Białystok,  
Warszawska 45.
- Jonscher Karol — Poznań, Marji  
Magdaleny 3.
- Joteyko Józefa — Warszawa,  
Wilcza.
- Józefowicz Józef — Warszawa,  
Marszałkowska 34.
- Judt Emilja — Warszawa, Mar-  
szałkowska 98.
- Judt Regina — Warszawa, Mar-  
szałkowska 98.
- Junger Jakób — Kraków, Krakow-  
ska 9.
- Juran Antoni — Poznań, Jasna 10.
- Jurasz A. — Poznań.
- Jurkowski A. — Poznań.
- Justman Ludwik — Warszawa,  
Św. Jerska 11.
- K**abata Tomasz — Konin.
- Kacnelson Abram — Warszawa,  
Marszałkowska 91.
- Kacprzak M. — Warszawa,
- Kaczkowski Br. — Kraków.
- Kaczorowska J. — Warszawa.
- Kaczkowski Stanisław — Inowro-  
cław, Toruńska 4.
- Kaczyńska Marja — Warszawa,  
Wilcza 2.
- Kaczyński Kazimierz — Warszawa,  
Wilcza 2.
- Kadyszec-Chirurg Genia — Wilno,  
Piłsudskiego 29.
- Kagan A. — Łomża, Długa 1,  
Kochanowicz Łuba — Warszawa.
- Kahl Kazimierz — Warszawa,  
Królewska 16.
- Kaliński Czesław — Warszawa,  
Wiejska 5.
- Kalinowski Jan — Warszawa Kru-  
cza 29.
- Kalinowska Sabina — Kielce,  
Duża 15.
- Kalinowski Wacław — Kielce,  
Duża 15.
- Kalisz Józef — Łódź, Drewnow-  
ska 75.
- Kalkstein Wacław — Warszawa,  
Złota 28.
- Kaluza Boguchwał — Poznań,  
Wały Leszczyńskiego 4.
- Kałwaryjski B. — Lwów, Piekar-  
ska 52, Zak. Hist.
- Kamieniołowski Jakób — Słonim,  
woj. Nowogródek.
- Kamiński Bronisław — Warszawa,  
Świętokrzyska 13.
- Kamińska Marja — Hajnówka  
Grodzieńska, Kasa Chorych,
- Kamiński Zygmunt — Lwów, Bło-  
nie 24.
- Kamler Antoni — Warszawa, No-  
wogrodzka 75.
- Kanczyński Klemens — Lwów, Mi-  
kołaja 21.
- Kantor M. — Łódź, 6 sierpnia 1.
- Kapczewski.
- Kapłan Awadjusz — Warszawa,  
Miodowa 7.
- Kapłan Józef — Międzyrzec Pod-  
laski, Lubelska 26.
- Kapłan Mieczysław — Warszawa,  
Leszno 56.
- Kapuściński Antoni — Warszawa,  
Wileńska 13.

- Kapuściński Witold — Poznań, Jasna 11.  
Karaffa-Korbut Kazimierz — Wilno Antokol, Szpit. Wojsk.  
Karbowski Bronisław — Warszawa, Boduena 6.  
Kordaszewicz Kazimierz — Warszawa, Krucza 7.  
Karelus Kazimierz — Kraków, Kopernika 38.  
Karłowska G. — Poznań.  
Karłowski Zenon — Warszawa, Koszykowa 23.  
Karnibad Tadeusz — Warszawa, Mazowiecka 9.  
Karnicki Al. — Wilno, Państw. Szkoła Położn.  
Karnicka Marja — Wilno, Mickiewicza 28.  
Karnicki Karol — Warszawa, Wielka 5.  
Karnowski Mikołaj — Warszawa, Obóz szkół łączności.  
Karpiński Bronisław — Warszawa, Skorupki 6-6.  
Karpiński Franciszek — Warszawa Elektoralna 35.  
Karpowicz Karol — p. Nowogródek, maj. Czombrów.  
Karwacki Leon — Wilno, Targowa 9.  
Karnicka-Bussl Kazimiera — Wilno,  
Karwicka Marja — Wilno, Mickiewicza 28.  
Karwowski Adam — Poznań, 27 grudnia 18.  
Kasperowicz Marja — Warszawa, Żórawia 26.  
Kasprowiczówna M. — Zakopane, Krupówki 27.  
Kasprzak M. — Kępno, Rynek 24.  
Koss Stanisław — Warszawa, Żórawia 42.  
Kaszer Jechid — Warszawa, Przejazd 13 m. 41.  
Kaufmanówna Laura — Puławy.  
Kaulbersz J. — Kraków.  
Kawecka Bolesława — Kraków, Al. Mickiewicza 17.  
Kątkowski Eugenjusz — Warszawa, Mokotowska 63.  
Keilson Stefan — Łódź, Wschodnia 72.  
Kelerman Adolf — Warszawa, Królewska 6.  
Keller Tadeusz — Kraków, Basztowa 1.  
Kelterówna Eugenja — Warszawa, Pl. 3 krzyży 14.  
Kempner Jerzy Lucjan — Warszawa, Polna 64.  
Kessel Kazimierz — Warszawa, Koszykowa 15.  
Kepiński Witold — Warszawa, Senatorska 24.  
Kęstowiczowa Jadwiga — Wilno, Orzeszkowej 3.  
Kętkowski Eugenjusz — Warszawa Mokotowska 63.  
Kiełczewski — Kraków.  
Kiełkiewicz Jan — Warszawa, Żórawia 26.  
Kiełkiewicz Mieczysław — Wieluń, w. Łódzkie, Reformacka 7.  
Kierewicz Dymitr — Baranowicze, gm. Czernichów m. Wolna.  
Kijewski Jan Stanisław — Warszawa, Marszałkowska 127.  
Kikinger Edward — Lwów, Plac Bernardyński 2.  
Kilar Jan — Lwów, Senatorska 5.  
Kinel Jerzy — Siemianowicze, Górny Śląsk.  
Kipman J. — Warszawa.  
Kiszkiel Jan — Warszawa, Wiejska 14.  
Kisler J. — Warszawa, Mokotowska 15.  
Klein Piotr — Warszawa, Złota 33.  
Klein Stanisław — Warszawa, Nowogrodzka 46.  
Kleinsinger Marjan — Warszawa, Twarda 3.  
Klemczyński Eugenjusz — Wilno, Bogusławska 3.  
Kleniewski Stefan — Zgierz, Łęczycycka 2.  
Klepa Stefan — Warszawa, Wilcza 73.  
Klepacki W. — Kraków.  
Klimecka Janina — Warszawa, Koszykowa 93.

- Klimpel Leopold — Warszawa, Warecka 11.  
Klimpel Walerja — Warszawa, Warecka 11.  
Klisiecki Andrzej — Lwów, Piekarska 52.  
Klot Rozalja — Warszawa, Ludna 11 Inst. Rad.  
Klozenberg F. — Łódź.  
Klukowski Zygmunt — Szczep-rzeszyn w. Lubelskie.  
Kłostowski A. — Kruszwica, Wielkopolska.  
Kmita J. — Warszawa.  
Knapczyk A. — Mysłowice.  
Knappe Wilhelm — Warszawa, Hoża 37.  
Knappe Wanda — Warszawa, Hoża 37.  
Knaster Ludwik — Warszawa, Marszałkowska 113.  
Knichowiecki J. — Warszawa.  
Knoff Wacław — Warszawa, Wilcza 46.  
Kobyliński Edward — Warszawa, Wspólna 37.  
Kobryner Abram — Warszawa, Żelazna 75.  
Kocen Mieczysław — Łódź, Nowotargowa 1-3.  
Kochanowicz Luba — Warszawa, Elektoralna 28.  
Kochanowski Jan — Grodno, Al. 3-go Maja.  
Kociatkiewicz Wł. — Warszawa, Ordynacka 11.  
Kociupski Paweł — Warszawa, Szpital Ujazd. Piękna 1  
Koelichen Jan — Warszawa, Nowy Świat 35.  
Koenigstein Marek — Warszawa, Marszałkowska 137.  
Koepe Stefan — Warszawa, Natolińska 8.  
Kolendo Władysław — Białystok, Państw. Gimn. Miejskie.  
Koliński Józef — Łódź, Piotrkowska 84  
Kołakowska.  
Kołodziejka Olga — Kraków, Łobzowska 41.  
Kołodziejski Jan — Warszawa, Czackiego 10.  
Kołodziejski Józef — Sieradz.  
Kołodzki Mieczysław — Warszawa, Wielka 5.  
Komorski Bronisław — Warszawa, Szpital Ujazd. Piękna 1.  
Konarski Bolesław — Nowy Dwór, Apteka.  
Konarski Józef — Warszawa, Chmielna 30.  
Konarzewski Piotr — Warszawa, Czackiego 14.  
Konicówna Stefania — Łódź, Zawadzka 1.  
Konkiewicz Roman — Poznań, Wierzbicice 37a.  
Konopacki Mieczysław — Warszawa, Chałubińskiego 5.  
Konopacka B. — Warszawa, Chałubińskiego 5.  
Konopacka Wanda — Skierniewice, Pałac.  
Konopnicki Jan — Warszawa, Sienna 33.  
Kontryn Kunegunda — Warszawa, Szczygła 6.  
Kon Olga — Warszawa, Biała 3.  
Kopaczyński Władysław — Stanisławów, Lipowa 59.  
Kopczyński Stanisław — Warszawa, Wspólna 28.  
Kopeć Stefan — Puławy.  
Kopeć Tadeusz — Warszawa, Mokotowska 59.  
Korb Edward — Warszawa, Al. 3. Maja 18—6.  
Korczewski Michał — Warszawa, Miodowa 23.  
Kornberg Ignacy — Warszawa, Nowolipie 19.  
Korn Aleksander — Warszawa, Leszno, 25-7.  
Korsuń Zygmunt — Warszawa, Tamka 31.  
Korzybski Alojzy — Mława.  
Kościeszko Marjan — Kraków, Kopernika 17.  
Kosiński Karol — Wilno, Zakrętowa 11a.  
Koskowski Bronisław — Warszawa, Elektoralna 35.

- Koskowski Tadeusz — Warszawa, Chmielna 24
- Kosmański St. — Warszawa.
- Kosmowski Wiktoryn — Warszawa, Nowogrodzka 42.
- Koss Adam — Warszawa, Krak. Przedm. 26 Uniwersytet.
- Kossakowski T.
- Kostecka Wanda — Warszawa, Hoża 25.
- Kostrzewski Józef — Kraków, Zygmunta Augusta.
- Kuszutski Bronisław — Kalisz, pl. Kilińskiego 2.
- Kotowski Feliks — Skierniewice, Pałac.
- Kowalczewski Ludwik — Lublin, Namiestnikowska Szk. Handl.
- Kowalewski Kazimierz — Sosnowiec, p. Prodziec.
- Kowaliński Kazimierz — Lublin, Krak. Przedm. 53.
- Kowalski Franciszek — Warszawa, Wspólna 47.
- Kowalska Irena — Warszawa, Żelazna 43.
- Kowalski Włodzimierz — Łuniniec, Błotna 8.
- Kowalski Wacław — Warszawa, Nowogrodzka 10.4.
- Kowalewski Marjan — Warszawa, Szpit. Ujazd. Piękna 1.
- Kowalski Władysław — Poznań, Szpital Przemienienia.
- Kowalski Franciszek — Poznań, Ratajczaka 14.
- Kownacka-Kosińska M. — Warszawa, Sandomierska 23.
- Kowelus Kazimierz — Warszawa.
- Kowrach Stanisław — Warszawa Solec 90. Kasa Chor.
- Koziorowski Bronisław — Warszawa, Nowogrodzka 4.
- Kozłowska Aniela — Kraków, Uniwersytet.
- Kozłowski Roman — Brwinów, Willa „Janina“.
- Kozłowski Stanisław — Warszawa, Wilcza 32.
- Kozłowski Wacław — Opoczno, z. Radomska,
- Kozłowski Wojciech — Warszawa, Ludna 5.
- Kozłowski Zygmunt — Lublin, Namiestnikowska 16.
- Kozmiński Zygmunt — Warszawa, Poznańska 16.
- Krahelska Janina — Brześć, Województwo.
- Krajewski Eugenjusz — Katowice, Warszawska 10.
- Krakowski Mieczysław — Warszawa, Złota 23.
- Kraskowska Marja — Warszawa, Żoliborz 21.
- Krakowski Maurycy — Warszawa, Rymarska 8.
- Krakówka, Bronisław — Siedlce, Warszawska 24.
- Kramszyk Juljan — Warszawa, Boduena 4.
- Kranas Wacław — Kalisz, Wrocławska 23.
- Krantz Ignacy — Warszawa, Senatorska 22.
- Krassowska Gustawa — Bielski Podlaski Gimnazjum.
- Krassowski M. — Garwolin.
- Kraszewski Witold — Warszawa, Wilcza 54a.
- Krauze Aleksander — Warszawa, Wilcza 63.
- Kreisler Henryk — Warszawa, Żórawia 1.
- Kreniewski — Zgierz, Łęczycka 2.
- Kreutz Stefan — Kraków, Wolska 17.
- Krogulecki M. — Lwów.
- Krongłodówna Leokadja — Warszawa, Krochmalna 42.
- Królikowski Janusz — Toruń, Prosta 16.
- Królikowska Zofja — Warszawa, Marszałkowska 6-14.
- Kroszczwiński Stanisław. — Warszawa.
- Krupska Jadwiga — Nieśwież, Benedyktyńska 15.
- Kruczek Szczepan — Lubaczów, Małopolska.
- Krukowski Gustaw — Warszawa, Sienna 23.
- Kruszyński Władysław — Tuchów, p. Tarnów,

- Kruze Aleksander — Warszawa,  
Krucza 31.
- Krygierówna Pola — Końskie,  
z. Radomska.
- Krygowska M. — Lwów.
- Kryński Benjamin — Warszawa,  
Zielna 11.
- Kryński Jan — Warszawa, Że-  
lazna 11.
- Kryński Leon — Warszawa, Smol-  
na 15 m. 8.
- Kryński Włodzimierz — Warsza-  
wa, Jerozolimka 22.
- Krysiewicz Bolesław — Poznań,  
Ogrodowa 16.
- Krysiński Andrzej — Lublin.
- Kryszek M. — Łódź Al. 1-Maja 3
- Kryżan Stanisław, — Kocborowo,  
p. Starogard, Pomorze.
- Krzemiński Bohdan — Będzin.  
Chmielna 49.
- Krzymuski Zdzisław — Warszawa,
- Krzywański Stanisław — Krotc-  
szyn, Rynek 3.
- Krzyżanowski Dymitr — Warsza-  
wa, Chałubińskiego 5.
- Krzyżanowski Jerzy — Lwów,  
Klinika Położnicza.
- Kube Alfred — Bydgoszcz, Gdań-  
ska 15 1.
- Kubisztal Stanisław — Stanisła-  
wów, Dzika 19.
- Kucharski Józef — Wilno, Artyle-  
ryjska 1.
- Kucharzewski Henryk — Warsza-  
wa, Jasna 10.
- Kuczyński E.
- Kuhl K. — Lwów.
- Kulczycki Antoni — Warszawa,  
Widok 5 m. 5.
- Kulczycki Włodzimierz — Lwów,  
Kochanowskiego 44.
- Kulikowska Helena — Warszawa,  
Strzelecka 10.
- Kulikowski Kazimierz — Warsza-  
wa, Strzelecka 10.
- Kulwieć Kazimierz — Warszawa,  
Smolna 18 m 12.
- Kułakowska Marja — Kraków,  
Szopena 12.
- Kunczyński Stanisław — Brześć  
Kujawski, p. Włocławski.
- Kuntze R. — Lwów.
- Kunig E. — Łódź, Wolczań-  
ska 22c.
- Kurella Edmund — Warszawa,  
Marszałkowska 76.
- Kuratowski K. — Warszawa.
- Kuropatwińska Stefanja — Zgierz.
- Kurtz Stanisław — Warszawa,  
Sienna 22
- Kurtzowa Mieczysława — Warsza-  
wa, Sienna 22.
- Kusio Aleksander — Radomsko,  
z. białobrzaska.
- Kuszner M. — Łęczycza, pl. Ko-  
ściuszki 2.
- Kuźniar. — Lwów.
- Kwaskowska Marja — Maczki.
- Kwiatkowski Mieczysław — Toruń,  
Słowackiego 72a.
- L**achmund Adam — Lwów, Kró-  
lewska 3.
- Lachowski Z. — Grudziądz, Radzy-  
mińska 26.
- Lackner Leon — Poznań, Św.  
Marcina 17.
- Lampe Wiktor — Warszawa.  
Czackiego 16.
- Landau Anastazy — Warszawa,  
Żorawia 24.
- Landauowa Wanda — Warsza-  
wa Żorawia 24.
- Landesówna L. — Lwów.
- Landsberg Marceli — Warszawa,  
Moniuszki 6.
- Landstein Ignacy — Warszawa,  
Wspólna 61.
- Lang Henryk — Kraków, Woje-  
wództwo.
- Lapidus N. — Warszawa.
- Larys Janina — Warszawa, Fabry-  
czna 4.
- Lasiewicz Stanisław — Bielsk,  
Podlaski, Szpit. pow.
- Laskowski Michał — Gostyń, woj.  
Poznańskie.
- Laskowski Józef — Warszawa,  
Jerozolimka 51 „Omega“.
- Laskowska Tekla — Warszawa,  
Moniuszki 6.
- Laśkiewicz Alfred — Poznań,  
Kantaka 2.

- Laterner Nikodem — Warszawa, Napoleona 5.
- Latkowski Józef — Kraków, Pańska 5.
- Latkowski Michał — Warszawa, Piękna 22.
- Legiejko Wiktor — Wilno, Mickiewicza 21.
- Legeżyński Stanisław — Lwów, Michała 8.
- Lehr Władysław — Warszawa, Długa 21.
- Lehrowa Cecylja — Warszawa, Leja F. — Warszawa.
- Lejberg Jakób — Łódź, Traugutta 5.
- Lenartowicz Jan — Kraków, Kopernika 36.
- Lenartowicz Józef — Tarnów.
- Lencewicz Stanisław — Warszawa, Poznańska 5.
- Lencewiczowa Marja — Warszawa, Poznańska 5.
- Lenczowski Józef — Lwów, Szpital powszechny.
- Lenk Helena — Warszawa, Syrokomli 10.
- Lenkiewicz Albin — Ciechanów.
- Lenkiewicz Konstanty — Kock, p. Łukowski.
- Leonowicz Wincenty — Grodno, pl. Skidelski.
- Lepiesz-Galińska Regina — Wilno, Zamkowa 15 m. 2.
- Lesserówna Janina — Siennica, p. Mińsk Mazowiecki.
- Leszczyński Antoni — Warszawa, Gdańska 29.
- Leszczyński Leonard — Warszawa, Trębacka 4.
- Leszczyński Roman — Lwów, Wałowa 23.
- Leszno Jakób — Warszawa, Kraśnińskich 2.
- Leśniewski Apolinary — Włocławek, Seminarjum.
- Leśniowski Antoni — Warszawa, Widok 10.
- Leśniowski Stefan — Warszawa, Widok 8.
- Lew L. — Międzyrzec, Lubelska 8.
- Lewandowska Marja — Warszawa, Poznańska 48.
- Lewandowska Stefanja, — Warszawa, Polna 40.
- Lewandowski Józef — Leszno, województwo Poznańskie, Rynek 6.
- Lewandowska Irena — Leszno, województwo Poznańskie, Rynek 6.
- Lewenstern Eugenjusz — Warszawa, Wspólna 62.
- Lewin Gerszon — Warszawa, Miodowa 9.
- Lewinówna Leonja — Warszawa, Chmielna 44.
- Lewiński Ignacy — Warszawa, Wspólna 29.
- Lewiński J. — Warszawa, Wspólna 29.
- Leyko Emil — Warszawa, Uniwersytet.
- Libek Eugenja — Warszawa, Pl. Żelaznej Bramy 8.
- Libert Słobodziński Izidor — Warszawa, Żórawia 24-a.
- Lichtarowicz Władysław — Wilno, Wielka Pohulanka 31-a.
- Lichtenbaumowa Natalja — Warszawa, Poznańska 38.
- Lichtenstein Leon — Berlin, Grunestrasse.
- Lichtenstein Mieczysław — Warszawa, Sienna 32.
- Lichtenstul Józef — Raciąż, Chłódna 6.
- Lidmanowski K. — Zagórów, p. Stupce.
- Ligęza Jan — Radomsko.
- Ligęza Leon — Warszawa, Kopernika 11.
- Likiernik Maurycy — Warszawa, Hoża 41.
- Lilienfeld Szymon — Warszawa, Twarda 28.
- Lilpop Waclaw — Warszawa, Nowogrodzka 33.
- Limanowski Józef — Lwów, Klinika chorób nerw.
- Linde Stefan — Warszawa, Marszałkowska 33.

- Lindeman Włodzimierz — Warszawa, Ludna 11.
- Lindenszat Julian — Warszawa, Chmielna 53.
- Lipcówna Domicela — Warszawa, Sienna 29.
- Lipcza Marja — Łódź, Sienkiewicza 53.
- Lipkinówna Tema — Warszawa, Nowolipie 50.
- Lipkowicz Eugenjusz — Warszawa, Nowolipie 39.
- Lipiński Ignacy — Szadek, p. Sieradz.
- Lipiński Witold — Kraków, Mickiewicza 13.
- Lipiński Włodzimierz — Łuck z. Wołyńska.
- Lipski Klaudjusz — Dąbrowa Górnicza.
- Lipszyc Izidor — Warszawa, Żórawia 24.a.
- Lipszyc Mieczysław — Warszawa, Książęca 6.
- Lipszyc Zygmunt — Wilno, Wileńska 24.
- Lipsztadt Jakób — Warszawa, Żelazna Brama 1.
- Lisowski Józef — Puławy.
- Lityński Alfred — Suwałki.
- Litwin Rafał — Łódź, Piotrkowska 108.
- Lizakówna Irena — Kalisz, Nowy Świat 8.
- Lobmanówna Halina — Warszawa, Lewicka 1.
- Loth Edward — Warszawa, Składowa 4.
- Loth Jadwiga — Warszawa, Składowa 4.
- Loth Jerzy — Warszawa, Florj 3
- Lubczyński Zygmunt — Częstochowa.
- Lubelski Maurycy — Warszawa, Jerozolimska 43.
- Lubieniecki Jan — Poznań, Górna Wilda 89.
- Lubliner Leopold — Warszawa, Zgoda 9.
- Liblinerowa Karolina — Warszawa, Zgoda 9.
- Ludwiński K. — Olkusz, Gimn. Państw.
- Lukas Stefan — Warszawa, Osolińskich 8.
- Luksemburg Józef — Warszawa, Świętokrzyska 35.
- Lurie Maks — Warszawa, Dzielna 40.
- Łaba Roman — Przemyśl, Piotra Skargi 18.
- Łabendziński Franciszek — Poznań, Matejki 56.
- Łabęcki Witold — Skierniewice.
- Łabędź Jkaób — Ciechanów.
- Łabędź Maks — Warszawa, Żórawia 24.
- Łada Bogumił — Białystok, Szpital rej.
- Łaniewski Aleksander — Warszawa, Puławska 14.
- Łapiński Waclaw — Warszawa, Jerozolimska 51.
- Łapiński Teodor — Warszawa, Bonifraterska 12.
- Łaska - Abramowiczowa Anna — Warszawa, Solna 4.
- Ławrynowicz Aleksander — Warszawa, Spokojna 15.
- Łażyński Marjan — Warszawa, Złota 56 a.
- Łęgowska Halina — Toruń.
- Łęgowski Władysław — Radowisko-Wielkie, Pomorze p. Wąbrzeźno.
- Łohczywski K. — Częstochowa, fabryka „Częstochowianka“.
- Łspioszański.
- Łuczycki Bronisław — Warszawa, Skorupki 12.
- Łuczowski Edward — Chełm, z. Lubelska, ul. Lubelska 22.
- Łukaszewicz Eugenjusz — Warszawa, Miedziana 10.
- Łukaszewicz Józef — Wilno, Zakrętowa 13-4.
- Łukaszczyk Franciszek — Kraków, klinik. wew.
- Łuniewski Karol — Warszawa.
- Łuniewski Witold — Pruszków, Tworki.

- Łuniewska Felicja — Pruszków, Tworki.  
Łuszczzyński Bohdan — Kęty w. Krakowskie.  
Łyskawiński Stanisław — Warszawa, Żelazna 81.
- M**aciejewska Stanisława — Suwałki, Ogrodowa 13.  
Maciewski Franciszek — Stołpce, szpital pow.  
Maciejewski Kazimierz — Lipno, Gdańska 66.  
Maciejowski Stefan — Włocławek, Brzeska 16.  
Macieński Dominik — Augustów, 3-go Maja 13  
Maciesza Aleksander — Płock, Sienkiewicza 23  
Maciesza Adolf — Warszawa, Pl. Saski 7. Sztab Gen.  
Macieszyna Marja — Płock, Sienkiewicza 23.  
Mackiewicz Antoni — Warszawa, Zgoda 10.  
Mackiewicz Jakób — Warszawa, Niecała 12.  
Mackiewicz Paweł — Warszawa, Foksal 18.  
Maczewski Maksymiljan Robert — Łódź, Orla 5.  
Madejczyk Juljan — Piotrków, Kaliska 11.  
Magnuszewska Jadwiga — Warszawa, Strzelecka 46.  
Majchendler Henryk — Warszawa, Dzika 29.  
Majewska Gabryela — Warszawa Nowogrodzka 44.  
Majewska Wanda — Białystok, Kilińskiego 8.  
Majewski Antoni — Krzemieniec, Trynitarzka 1.  
Majewski Bogdan — Warszawa, apteka wolska.  
Majewski Kazimierz — Kraków, Dunajewskiego 6.  
Majkowska Stefanja — Warszawa, Śnocza 7.  
Majer Salomon — Lwów, Słowackiego, 18.  
Majzner G. — Warszawa.
- Makowski Ignacy — Warszawa, Emilji Plater 33.  
Makowski Kazimierz — Warszawa, Wspólna 46.  
Makowska Anna — Warszawa, Połna 42.  
Makowski Tytus — Warszawa, Książęca.  
Malanowicz Kazimierz — Wilno, Szpit. Okręg. 3.  
Malewski. — Warszawa, Złota 3  
Malarski H. — Puławy.  
Malicki Stefan — Warszawa, Grochowska 77.  
Malinger H. — Ostrowiec, p. Opatów.  
Malinger Abraham — Ostrowiec, z. Radomska.  
Maliniak Izidor — Warszawa, Marszałkowska 137.  
Malinowski Adolf — Wilno, Wileńska 29.  
Maliński Zygmunt — Łomża, Krótka.  
Maliszewski Ludwik — Włoszczowa.  
Malkiewicz Jan — Grodzisk, zakład leczniczy.  
Maluszycki Stanisław — Ostrów Mazowiecki, Warszawska 19.  
Małachowski Karol — Wilno, Wielka Pohulanka 6.  
Małaniuk Józef — Stanisławów, Szydłowskiego 3.  
Małkowski Stanisław — Warszawa, Lwowska 1.  
Małuj Jan — Warszawa, Szpit. Ujazd. Piękna 1.  
Mancewicz Eugenjusz — Wilno, Zakrętowa 15.  
Mancewicz Ryszard — Radzyń Podlaski.  
Mancewiczowa Marja — Radzyń Podlaski.  
Manduk Antoni — Warszawa, Chłodna 68.  
Mantenfeld Józef — Łódź, Pańska 113.  
Mańkowski Aureli — Wilno, Antolska 17.  
Marcinkiewicz Eugenjusz — Warszawa, Górnośląska 16 m. 17.



- Marczewski Eugenjusz — Warszawa, Chmielna 27.  
Margolis Aleksander — Łódź, Piotrkowska 81.  
Margolis Anna — Łódź, Piotrkowska 21.  
Marjanoff D. — Włocławek 3-go Maja 25.  
Marjowski Józef — Warszawa, Senatorska 15.  
Markert Wacław — Warszawa, Parkowa 39 12.  
Markiewicz Jan — Warszawa, Świętokrzyska 16.  
Markowa Ada — Kraków, Wolska 11.  
Markowicz Kazimierz — Puławy, Inst. Nauk.  
Markowicz Sabina — Warszawa, Dzika 6.  
Markowski Józef — Lwów, Piekarska 52.  
Markowski Juljan — Przemyśl.  
Markowski Tadeusz — Warszawa Jerozolimka 79.  
Markowski Zygmunt — Lwów, Uniwersytet.  
Markusfeld Stanisław Warszawa, Widok 23.  
Markuszewicz Roman — Warszawa, Elektoralna 11.  
Martynowicz Z. — Warszawa, Ludna 11.  
Marzyński Józef — Łódź, Piotrkowska 175.  
Masłowska Janina — Wieluń, Stary Rynek 6.  
Matecki Władysław — Warszawa, Bagatela 15.  
Matuszewski Lucjan — Warszawa, Mokotowska 48.  
Matuszewski Romuald Edward — Poznań, Wielkie Garbary 40.  
Matys Natalja — Warszawa, Wspólna 40.  
Mayzner Mieczysław — Warszawa Ogrodowa 27.  
Maziarski Stanisław — Kraków, Łobzowska 4.  
Mazowiecka Janina — Warszawa, Mokotowska 9.  
Mazurek Józef — Warszawa, Chmielna 38.  
Mazurkiewicz Jan — Warszawa, Hoża 58.  
Mazurkiewicz Stefan — Warszawa, Oboźna 11.  
Mączewski Stanisław — Lwów, Pijarów 4  
Meizels Emil — Lwów, Kopernika 5.  
Meisel G. — Bydgoszcz.  
Meissner Alfred — Warszawa, Mokotowska 14.  
Meissner Czesław — Poznań, Libela 12.  
Melanowicz Kazimierz — Wilno, Szpit. Okręg. № 3.  
Melanowski Władysław — Warszawa Żórawia 31.  
Meller N. — Lwów.  
Meloch Maksymiljan — Warszawa, Marszałkowska 116.  
Mendelsburg Anna — Warszawa, Wspólna 9.  
Mentlewicz Kazimierz — Włocławek.  
Mergel Wacław — Warszawa, Sosnowa 4.  
Merunowicz Tadeusz — Kraków, Basztowa 1.  
Messing Zygmunt — Warszawa, Szpit. Dz. Jez. Klin. Chor. ner.  
Mesz Adolf — Lublin.  
Mesz Dawid — Warszawa, Nowy Świat 2.  
Mesz Natan — Warszawa, Marszałkowska 146.  
Metazianowa Felicja — Warszawa Kościelna 12—4.  
Metera Piotr — Będzin, Małachowskiego 12.  
Mendlewska Eugenja — Poznań, Młyńska 11.  
Mączkowska Teodora — Warszawa Chmielna 23.  
Michalik Kazimierz — Kraków, Lubicz 8.  
Michalikowa Ernestyna — Kraków, Lubicz. 8.  
Michalski Zdzisław — Warszawa, Poznańska 17.

- Michałowicz Mieczysław — Warszawa, Ujazdowska 22.  
Michałowicz — Brodnica, Pomorze.  
Michałowska Marja — Warszawa, Marszałkowska 22.  
Michałowski Bogdan — Warszawa, Wilcza 44.  
Michałowski Włodzimierz — Września, Gimnazjum.  
Michejda Kornel — Wilno, SS. Mitosierdzia 26.  
Michnowski Leon — Pilica, woj. Kieleckie.  
Mieczkowski Leon — Poznań, Libelta 12.  
Mieszko Aleksander — Łódź, Piotrkowska 154-10.  
Mierzecki H. — Lwów.  
Mierzyński Z. — Łódź, Wólczajska 20.  
Mieszkiś Stefan — Warszawa, Szpit. Ujazd. Piękna 1.  
Mieszkowski Marjan — Warszawa Zielna 50.  
Miklaszewski Bolesław — Warszawa Sienna 46.  
Miklaszewski Walenty — Warszawa G. Dyr. Służ. Zdr.  
Mikulski Wilhelm — Częstochowa, Kościuszki 60.  
Milewski Mieczysław — Ostrów Maz., Teatralna 10.  
Millak Konrad — Warszawa, Skrupki 14.  
Milejkowski J. — Warszawa.  
Milusz Władysław — Krosno, Suchodolska 105.  
Miłoszewski Mieczysław — Poznań, Szpit. Miejsk.  
Mincowa R. — Łódź, Wolczajska 225.  
Minkiewicz Stanisław — Puławy, Państw. Inst. Nauk. gosp. wiej.  
Mirelson Emilja — Warszawa.  
Mirelson Leon — Warszawa, Dzika 7.  
Mirel Dora — Warszawa, Karmelicka 5a.  
Misiewicz Janina — Warszawa, Nowolipki 44.  
Miszevska Walentyna — Warszawa, Brukowa 20.  
Miszevski Kazimierz — Warszawa Brukowa 20.  
Miśkiewicz Witold — Warszawa.  
Mittelstaedt Edward — Łódź, Sienkiewicza 67.  
Mitkiewicz Karol — Warszawa, Chłodna 24.  
Moczarski Witold — Warszawa, Daniłowiczowska 8.  
Modrakowski L. — Warszawa, uniwersyset.  
Mogilnicki Tadeusz — Łódź, Sienkiewicza 37.  
Mogilska Alina — Starachowice, p. Wierzbnik.  
Mokrzecki Zygmunt — Warszawa Widok 7.  
Mokrzycki A. — Warszawa, Kredytowa 16.  
Monne Ludwig — Lwów, Wiśniowieckich 1.  
Moniak J. — Lwów.  
Monsiorski Zygmunt — Warszawa, Wpólna 42.  
Montrym-Żakowicz Michał — Warszawa, Ludna 11.  
Moraczewski Waćław — Lwów Kraszewskiego 7.  
Morawiecka Janina — Warszawa, Szpit. Dz. Jez. Klin, Cnor. Ner.  
Morawski Juljusz — Kobierzyn, pod Krakowem.  
Morawski Waćław — Wilno, Wielka Pohulanka 45.  
Mordasiewicz Waćław — Wołkowysk, Szpit. Państw.  
Mozes Rubin — Wilno Wielka 5.  
Morgenstern Zofja — Warszawa, Franciszkańska 21.  
Morgolis Izidor — Łódź, Traugutta 12.  
Morozowicz Józef — Warszawa, Rakowiecka 4.  
Moszyński A. — Poznań.  
Mossakowski Jan — Warszawa, Koszykowa 70  
Mostowska Zofja — Warszawa, Górnośląska 16.  
Motyka Ludwik — Kraków, Wawrzyńca 5.

- Motz Antoni — Warszawa, Mo-  
niuszki 6.  
Mozołowski Stefan — Warszawa,  
Ujazdowskie 3.  
Mozołowski Włodzimierz —  
Lwów, Tarnowskiego 74.  
Mróz Edward — Kraków, Miko-  
łajska 11,  
Munnich Stefan — Kraków, Kar-  
melicka 36.  
Murdzieński Feliks — Kraków,  
Szpitalna 34.  
Muszkatblat Paulina — War-  
szawa, Senatorska 30.  
Mutermilch Stanisław — War-  
szawa, Koszykowa 20.  
Mydlarski Jan — Zielonka pod  
Warszawą.
- N**acher Wilhelm Lwów.  
Nachtman Helena — Warszawa,  
Dzielną 9.  
Nachtman Zygmunt — Nowy  
Dwór.  
Nadel Szymon — Radom, Lu-  
belska 21.  
Nadelman Robert — Warszawa,  
Warecka 11.  
Narkiewicz Jadwiga — Warszawa,  
Ogrodowa 95.  
Narkiewicz Kazimierz — Wilejka.  
Narkiewicz Ludwik — Warszawa,  
Ogrodowa 95.  
Nartowski Mieczysław — Kra-  
ków, pl. Szczepańskiego 2.  
Nasiłowski Antoni — Sosnowiec,  
Pusta 2.  
Natanson Antoni — Warszawa,  
Jasna 6 — 6.  
Nawadnicki W. — Warszawa,  
Szp. Przem. Pańk.  
Nawadziński W.  
Nechrebecki Marek — Łódź,  
Sejmik.  
Nehring Leon — Warszawa,  
Marszałkowska 97a.  
Nelken Jan — Warszawa, Mar-  
szałkowska 33.  
Nenzer Hena — Wilno, Wileń-  
ska 22.
- Neudingowa-Spielman Paulina —  
Warszawa, Grójecka 9.  
Neufeld-Naum — Warszawa, Sien-  
na 11.  
Neuman Helena — Warszawa,  
Leszno 36  
Neustadt M. — Warszawa, Dziel-  
na 4a.  
Niebrzydowski Władysław —  
Warszawa, Nowy Świat 72.  
Niedzielski Henryk — Koło, z.  
Kaliska Szpital.  
Niedźwiedzka Jadwiga — War-  
szawa, Koszykowa 49.  
Niedźwiedzki Alfred — Warsza-  
wa, Nowosenatorska 6.  
Niedźwiedzki Michał — Jarocin,  
lekarz rejonowy.  
Niemcówna Stanisława — Kra-  
ków, Siemiradzkiego 11 b.  
Niemczewska Marja — Warsza-  
wa, Lwowska 6.  
Nientowski Stefan — Lwów,  
Politechnika.  
Niewiadomska Marja — Warsza-  
wa, Marszałkowska 73.  
Niewiadomski Franciszek — War-  
szawa, Marszałkowska 73.  
Niewola Jan — Kraków, Rynek  
Podgórski 2.  
Niezgodzińska Wanda — War-  
szawa, Niska 10.  
Nikodym O. — Kraków.  
Ninke Adolf — Kielce, Urząd  
Wojewódzki.  
Nisenson Dawid — Warszawa,  
Leszno 10.  
Noiszewski Kazimierz — Warsza-  
wa, Krucza 38.  
Noskiewicz J. — Lwów.  
Nowacka Aczkasowowa — War-  
szawa, Zielna 24-6.  
Nowak Juljan — Kraków, Łę-  
czycka 2.  
Nowak Ignacy — Królewska Huta,  
p. Świętochławice.  
Nowak Franciszek — Częstocho-  
wa, Stary Rynek 2.  
Nowakowska Henryka — Żyrar-  
dów.

- Nowicka Wiktorja — Warszawa, Leszno 136.
- Nowicki Franciszek — Warszawa, Twarda 55 a.
- Nowicki Stanisław — Łódź, Nowotargowa 7.
- Nowicki Stanisław — Kraków, Kopernika 40.
- Nowicki Witold — Lwów, Chorążczyzna 18.
- Nowińska Emilja — Łódź.
- Nowiński Konstanty — Lwów, Łyczakowska 135.
- Nowosielski Aleksander — Lwów, Korpus kadetów.
- Nudelman Henryk — Warszawa, Marszałkowska 143.
- Nusbaum Henryk — Warszawa, Nowogrodzka 40.
- O**barski Franciszek — Warszawa, Marszałkowska 109.
- Oborska Jadwiga — Modlin.
- Ochocka J. — Lwów.
- Offenberg Jan — Warszawa, Wilcza 26.
- Offmański Mieczysław — Warszawa, Koszykowa 23.
- Ogiński M. — Sarny Dobrowice.
- Okolski Konrad — Skierniewice, Piotrkowska 27.
- Okoniewski Stanisław — Poznań, Szpit. miejski.
- Okoński Michał — Łopiennik, p. Krasnystaw.
- Ogórkowski Stanisław — Radom, Lubelska 9.
- Olbrycht Tadeusz — Lwów, Akademia Weterynaryjna.
- Olszewska Jadwiga — Warszawa, Chmielna 27.
- Olszewski Bolesław — Warszawa, Uniwersytet Krakowski Przedmieście 26.
- Olszowski Włodzimierz — Czarniecka Góra.
- Opacki Kazimierz — Warszawa, Niecała 1.
- Opieński Jan — Lwów, Senatorska 5.
- Oppenheim Ignacy — Warszawa, Miodowa 2.
- Oppenheim Maurycy — Łomża, Kościuszki 8.
- Orkisz L. — Kraków, Kopernika 25.
- Orłowska Marja — Warszawa, Marszałkowska 116.
- Orłowski Jan — Warszawa, Nowosenatorska 8.
- Orłowski Mieczysław — Warszawa, Złota 48.
- Orłowski Witold — Warszawa, Al. Jerozolimskie 17. m. 3.
- Orłowski Zenon — Wilno, Tatarska 20.
- Orzech Mirosław — Warszawa, Dzielna 16.
- Orzechowski Kazimierz — Warszawa, Pl. Napoleon 6.
- Orzeł Kazimierz — Warszawa, Matejki 4.
- Osmólski W. — Warszawa.
- Ossiński Eugenjusz — Warszawa, Mokotowska 7.
- Ossowska Julja — Skierniewice, Pamięcka 1.
- Ossowski Antoni — Warszawa, Zajęcza 7.
- Ossowski Antoni — Warszawa, Wolska 10.
- Ossowski Walery — Skierniewice, Pamięcka 1.
- Ostaszewski Józef — Opatów, w. Kieleckie.
- Ostrowska Jadwiga — Lwów, Sienkiewicza 3.
- Ostrowski Hilary — Siedlce, Florjańska 1.
- Ostrowski Stanisław — Lwów, Klinika dermat.
- Ostrowski Mieczysław — Kraków, Kopernika 17.
- Ostrowski Tadeusz — Warszawa, Jerozolimska 4.
- Oszacki Aleksander — Kraków, Krupnicza 10.
- Owczarewicz Leon — Warszawa, Koszykowa 17.

- Oyrzanowska Jadwiga — Warszawa, Chmielna 10.
- Oziębłowski Juljan — Warszawa, Wilcza 19.
- P**aczewski Józef — Białowieża, Muzeum Przyrodnicze.
- Pajączkowski Włodzimierz — Sanok, Jagiellońska 241.
- Pajak Stefan — Grodzisk Mazowiecki, Sanatorium.
- Pakowski Franciszek Witold — Wilno, Lwowska 13.
- Paluszyński Gustaw — Lwów, Mikołaja 4.
- Palier R. — Warszawa, Nowogrodzka 56.
- Palmirski Władysław — Warszawa, Koszykowa 23.
- Pałzewicz Władysław — Katowice, ul. Zielona, Wyd. Zdrowia Publ.
- Panek Kazimierz — Bydgoszcz, ul. Ossolińskich 5.
- Papciak Tomasz — Otwock, Kościelna 10.
- Parczewski E. — Poznań, Kanłaka 2.
- Parczyńska Stanisława — Częstochowa.
- Parczyński Stanisław — Częstochowa.
- Parnas I. Lwów — Zamknięta 3.
- Parnasowa Renata — Lwów, Zamknięta 3.
- Paszowska Witolda — Warszawa, Dobra 74.
- Paszkwicz L. — Warszawa.
- Paszkwicz Tad. — Warszawa, Sosnowa 9.
- Patocki Adam — Warszawa, Nowowiejska 25.
- Pawelec Alojzy — Wodzisław, p. Rybnik, Lecznica Bracka.
- Pawelcowa Eleonora — Wodzisław śląski.
- Pawlak Krystyna — Poczta Żychlin.
- Pawłowski Bolesław — Warszawa, Jerozolimska 30.
- Pawłowski Adam Jan — Warszawa, Wspólna 4.
- Pawłowski Kazimierz — Wilno, Jakubska 10.
- Pawłowski Romuald — Warszawa, Moniuszki 6.
- Pawłowski Stanisław — Poznań, Uniwersytet.
- Pawłowski Tadeusz — Kalisz, Józefiny 14.
- Pokielis Roman — Warszawa, Nowolipie 49.
- Perepeczko Franciszek — Oszmiany, z. Wileńska.
- Peretiatkowicz Stefan — Warszawa, Krucza 31.
- Perkowicz Lucjan — Warszawa, Przeskok 4.
- Perkowski Hipolit — Warszawa, Ułańska 1.
- Perliński Wiktor — Warszawa, Żorawia 47.
- Perzanowski Zygmunt — Tomaszów Mazowiecki, Pałacowa 15.
- Perzyński Jan — Warszawa, Skurupki 6.
- Petrynowski Marjan — Warszawa, Moniuszki 3.
- Pękostawski Leon — Warszawa, Stalowa 17.
- Pęsti Tadeusz — Kazimierza Wielno, p. Pińczów.
- Pęsko Zofja — Warszawa, Wilcza 54.
- Piasecki Eugenjusz — Poznań, Chełmońskiego 20.
- Piasecki Witold — Włocławek, Cyganka 19.
- Piaszczyński Eugenjusz — Warszawa, Namiestnika 3.
- Piedo Bolesław — Warszawa, Marszałkowska 1.
- Pieniążek Jan — Warszawa, Moniuszki 6.
- Pieńkowski Marjan — Warszawa, Wiejska 18.
- Pieńkowski Stefan — Warszawa, Szopena 6.

- Pietkiewicz Michał — Warszawa, Piękna 46.  
Pietkiewicz Michał — Mszczonów, maj. Radziejowice.  
Pietrzak Ksawery — Turek, z. Kałiskiej.  
Pikower Anna — Warszawa, Chłodna 15.  
Pikówna Edwarda — Zamość, z. Lubelskiej.  
Pinówna Zofja — Warszawa.  
Pilcer Herman — Tarnów (Naczelnny lekarz miejski).  
Pinkus.  
Pinkert Zygmunt — Warszawa, Zielna 24.  
Piórek Lucjan — Warszawa, Nowogrodzka 59.  
Piotrowska Jadwiga — Wilno, Mickiewicza 22.  
Piotrkowski A. — Dziekanka.  
Piryński Aisenjusz — Warszawa, Jagiellońska 27.  
Pitzelówna Helena — Warszawa, Marszałkowska 81.  
Piwowar Adam — Dąbrowa-Górnica, Kościelna 2.  
Pleskacewicz Bazyli — Kobryń, Rynek 9.  
Plewniak Wojciech — Warszawa, Fabryczna 3.  
Podbielski Kazimierz — Bojanówko, p. Radzyń.  
Podwińska Marja — Kraków, Garncarska 9.  
Podwiński Stanisław — Kraków, Garncarska 9.  
Pogorzelski Andrzej — Łódź, Zielona 12.  
Pokrzewiński Stefan — Warszawa, Karmelicka 10.  
Polażkówna M. — Lwów, Długosza 25.  
Polak J.  
Polański S. — Lwów.  
Polek A. — Kraków.  
Polikowski Mikołaj — Breść n.B., Zyguntowska 76.  
Polihowska Konstancja — Wilno, Zaulek Słepy 9.  
Połoński Alekander — Pabjanice.  
Połtużycka Stanisława — Warszawa, Chałubińskiego 5, Zakł. Anat.-Patol.  
Poluszyński G. — Lwów  
Pomper Janusz — Warszawa, Miodowa 23.  
Poncz Konrad — Warszawa, Królewska 29.  
Poniatowski S. — Warszawa.  
Ponikwicki Tytus — Warszawa, Zielna 31.  
Poplewski Roman — Warszawa, Chałubińskiego 5.  
Popławski Gracjan — Warszawa, Magistrat.  
Popowski Stanisław — Warszawa, Hoża 13—11b.  
Poratyński J. — Lwów, pl. Bernardyński 1.  
Porębski Kazimierz — Zamość, Słusarska.  
Porębski Władysław — Warszawa, Senatorska 4.  
Postępska-Lusińska Halina — Nowy-Sącz, Szpital wojskowy.  
Pozaryski Maurycy Ludwik — Warszawa, Dzika 44.  
Pracki Józef — Warszawa, Mokotowska 15.  
Pracki Tadeusz — Sandomierz, Szpital Epidemiczny.  
Praszowski W. — Warszawa, Koszykowa 22.  
Prawocheński R. — Kraków  
Pręgowski P. — Warszawa, Wilcza 26.  
Prokopowicz-Wierzbowska Marja, Warszawa, pl. Dąbrowskiego 8.  
Pros Edward — Warszawa, Rymska 14.  
Próchnicki Tadeusz — Wierzbnik, woj. Kieleckie.  
Promieńska Ludwika — Poznań, Kilińskiego 4.  
Prüffer J. — Wilno.  
Prusak Leon — Warszawa, Leszno 15.  
Prusak Salomea — Warszawa, Leszno 15.

- Pruska Jadwiga — Ostrów, Łomiński.
- Pruss Helena — Łódź, Piotrkowska 145.
- Przedpeński Ludwik — Warszawa, Moniuszki 6.
- Przegaliński Leon — Łódź, Kopernika 22.
- Przesmycki Feliks — Warszawa, Krucza 8.
- Przyborowski Adam — Warszawa, Sewerynow 5.
- Przyborowski Józef — Warszawa, Jerozolimska 46.
- Przybylski Jan — Warszawa, Warecka 11.
- Przyłęcki Stanisław — Warszawa, Marszałkowska 35.
- Przyłuski Stanisław — Warszawa, Chłodna 37.
- Puffkova - Kleszczyńska J. — Chełmno, Rynek 3.
- Pukiński Bronisław — Jaricin, woj. Poznańskie, Warszawska 34.
- Puławski Arkadiusz — Warszawa, Szpital Dz. Jezus, Żelazna 4.
- Puławski Zygmunt — Warszawa.
- Pyde Edward — Chełm, Szpital Okręgowy.
- Pyrkosz Henryk — Kraśnik, z. Lubelskiej.
- R**aabe Henryk — Warszawa, Chocimska 24.
- Rachocki Ignacy — Działdowo.
- Rachoń S.
- Racinowski A. — Warszawa.
- Raczyński A. — Stanisławów, Mickiewicza 6.
- Radliński Zygmunt — Warszawa, Brzozowa 10.
- Radman — Siemianowice, Bytomska 15.
- Radwan Stanisław — Warszawa, Wiejska 11.
- Radwański Mieczysław — Warszawa, Gimnazjum Batorego.
- Radziszewski Paweł — Warszawa, Nowy Świat.
- Rajcherówna Eleonora — Warszawa, Królewska 31.
- Raichman A. — Warszawa.
- Raipert Bogdan — Warszawa, Brzeska 21.
- Rakowska Marja — Warszawa, Hoża 70.
- Ralski Edward — Osieczany, pow. Myślenice, woj. Krakowskie.
- Ramutt Mirosław — Kraków, Św. Anny.
- Rapczewski Jan Andrzej — Warszawa, Wojsk. Inst. Sanitar.
- Rapp Ignacy — Lwów.
- Rappel Michał — Warszawa. Św. Jerska 30.
- Rawita Witold — Piotrków, pl. Czarneckiego 1.
- Rawski Józef — Warszawa, Marjańska 12.
- Rawska Julja — Warszawa.
- Raźniewski Zygmunt — Warszawa, Nowowiejska 33.
- Rechniowski Stefan — Piotrków, Żelazna 6.
- Reich Zdzisław — Truskawice.
- Redel D. — Warszawa.
- Regelman M. — Warszawa.
- Rejterowski Hieronim — Łódź, Wolczańska 144.
- Reicher Michał — Wilno, Wielka 24.
- Reicherówna E. — Warszawa.
- Reis Wiktor — Lwów, pl. Akademicki 3.
- Reise Jerzy — Warszawa, Królewska 5.
- Reklewski Witold — Warszawa, Jerozolimska 51.
- Rencki Roman — Lwów, Romanowicza 3.
- Ręczajski Wacław — Warszawa, Krucza 10.
- Rewiński J.
- Riedel Otton — Nowy - Dwór, Szpital pod Modlinem.
- Riedel Paweł — Chodecz, pow. Włocławski.
- Riettlter-Andrejewa Marja — Wilno, Mickiewicza 4.

- Rogalski Wojciech — Warszawa, Szpital Ujazdowski, Piękna 1.  
Rogoziński Kazimierz — Lublin, Namieśnikowska 13.  
Rokita Michał — Kraków, Mickiewicza 17.  
Roliński Władysław — Śrem, ul. Mickiewicza 9.  
Romański — Warszawa.  
Romer Eugenjusz — Lwów, Długosza 25.  
Rosen Helena — Warszawa, Bieleńska 3.  
Rosen Z. — Kraków, Michałowski 6.  
Rosenberg Zygmunt — Warszawa, Leszno 42.  
Rosenblatt Mieczysław — Częstochowa, Panny Marji 14.  
Rosenblum Naum — Breść n.B., pl. Ratuszowy 13.  
Rosenblum T. — Warszawa, Leszno 28.  
Rosenówna Felicja — Łódź, Kielińskiego 49.  
Rosiński Bolesław — Warszawa, Nowy Świat 30.  
Rosner Aleksander — Kraków, Wielopolska 4.  
Rosnowski Michał — Warszawa, Piękna 1.  
Rostafiński J. — Warszawa.  
Rostek Józef — Katowice, Naczelnik Wydz. Zdr. Publiczn.  
Roszkowski M. — Warszawa, Zielna 11.  
Roszkowski Zygmunt — Warszawa, Mazowiecka 8.  
Roszewski Stanisław — Warszawa, Wileńska 21.  
Rotfeld Jakób — Lwów, Pańska 3.  
Rothaub Zygmunt — Warszawa, Mazowiecka 8.  
Rouppert Kazimierz — Kraków, Mickiewicza 17.  
Rozen Stanisław — Łódź, Zgierska 24.  
Rozeberg Z. — Łódź, Wolczańska 225.  
Rozenblatt Józef — Radomsko, Powiatowa 5.  
Rozenblatt Mieczysław — Częstochowa, Panny Marji 14.  
Rozenblum Ludwik — Warszawa, Jerozolimka 41.  
Rozenblum Zofja — Warszawa, Bagatela 13.  
Rozenowicz M. — Częstochowa, Al. 35.  
Rozenstein Dina — Wilno, Jagiellońska 3.  
Roses Nachemja — Łódź, Piotrkowska 92.  
Rozenszer — Warszawa.  
Rozpędzikowski Wiktor — Warszawa, Warecka 12.  
Rozuruta Leonja — Lublin, Namieśnikowska 7.  
Róbin M. — Warszawa, Marszałkowska 113.  
Różański Eugenjusz — Ropin, Mławska 29.  
Rózkowski Karol — Częstochowa, Kościuszki 1.  
Rubinrot Stanisław — Warszawa, Graniczna 8.  
Rubinstein Dora — Lublin, Królewska 3.  
Rudziński Henryk — Wilno, Zarzeczce 16—1.  
Rudzka Leonja — Warszawa, Zielna 13.  
Rudzki Franciszek — Grójec, Litewska 13.  
Rudzki Przemysław — Warszawa, Chmielna 11.  
Rudzki Stanisław — Warszawa, Piękna 8.  
Rudzki Zdzisław — Warszawa, Gimn. Batorego.  
Ruebenbaner H. — Lwów.  
Runge Stanisław — Poznań, Dąbrowskiego 7.  
Ruprecht Józef — Częstochowa, Apteka.  
Ruszczyc Tadeusz — Warszawa, Czackiego 9.  
Ruszkowski Jan — Poznań, Saracz Saraska 3.



- Ruśkiewicz Edward—Peplin, Pomorze, Starogardzka 20.  
 Rutkiewicz Tarwidowa Marja — Brwinów.  
 Rutkowski Jerzy — Warszawa, Lwowska 1.  
 Rutkowski Maksymiljan—Kraków, Basztowa 5.  
 Rutski Leonard — Stołpce, dom urzędnicy.  
 Rybacki Franciszek — Warszawa, Moniuszki 6.  
 Rybaltowski Mieczysław — Warszawa, Wilcza 39.  
 Rydel Paweł — Chodecz, p. Włocławski.  
 Rychliński Karol—Warszawa, Mazowiecka 4.  
 Rychowski August—Kalisz, Włocławska 30.  
 Rychłowski M. — Warszawa, Jerozolimska 1.4.  
 Rychterówna A. — Poznań.  
 Rygiel-Cękańska Stefania — Warszawa, Nowogrodzka 8.  
 Ryl Aleksander — Warszawa, Nowogrodzka 32.  
 Ryll N.—Wilno, Antokol.  
 Ryłko Marjan — Warszawa, Śniadeckich 6.  
 Ryłkowa Kazimiera — Warszawa, Śniadeckich 6.  
 Rynkiewicz Waclaw — Toruń.  
 Rytel Eugenja — Siedlce, Ogrodowa 7.  
 Rytel Wanda — Warszawa, Nowogrodzka 18.  
 Rytłówna Marja — Siedlce, Sienkiewicza 7.  
 Rzązewski Henryk — Kozienice.  
 Rzeczkowski Bronisław — Warszawa, Hoża 27.  
 Rzeszotarski A.—Góra Kalwarja.  
 Rzóska Juljan — Poznań.
- Sabat** Stanisław—Warszawa, Szpital Ujazd. Piękna 1.  
 Sabatowski Antoni—Lwów, Asnyka 2.
- Sachs Leon — Warszawa, Jerozolimska 39.  
 Sadkierski Jerzy, — Łódź, Zielona 27.  
 Sadkierski Stanisław — Warszawa, Leszno 42  
 Sadkowska Halina — Warszawa.  
 Sadowska Zofja—Warszawa, Mazowiecka 6.  
 Safarewicz Aleksander — Wilno, Portowa 6a m. 2.  
 Saidman Maurycy — Warszawa, Senatorska 6.  
 Sałęga Wiktor — Cheim Lubelski.  
 Samsanowicz Jan — Warszawa.  
 Sandrowski Z.  
 Sarnecki Bronisław—Stonim, Szpital N. N. K.  
 Saski Stanisław — Warszawa, Żelazna 4.  
 Sattler J. — Warszawa.  
 Sawczyńska J Lwów.  
 Sawicka Henryka—Lwów, Klin. poł. Pijarów 4.  
 Sawicki Bronisław — Warszawa, Bracka 16  
 Sawicki Józef — Warszawa, Niska 46.  
 Sawicki Ludwik—Warszawa, Nowy Świat 72.  
 Sawicki Michał—Zwierzyniec Lubelski.  
 Sagajłło Edmund — Bydgoszcz, Al. Mickiewicza.  
 Scheuring Herman — Lwów, Zamojskiego 7.  
 Schram Hilary—Lwów, Kraszewskiego 19a.  
 Schusterówna Helena — Lwów, Piekarska 52.  
 Sciesiński Kazimierz — Krakow, Kanoniczna 15.  
 Sejneńska Rebeka — Warszawa, Nowolipie 18.  
 Sejneński Salomon — Warszawa, Nowolipie 38.  
 Silberżanka Janina — Warszawa, Złota 47.  
 Sembrat Kazimierz — Lwów, Mikołaja 4.

- Semerau-Siemianowski M.—Warszawa, Żórawia 4-a.
- Serafin Eugenja — Skarżysko, z. Radomska.
- Sędziak Jan Warszawa, Kredytowa 10.
- Sieczkowska Flora — Gostynin, gimn. żeńskie.
- Sieczkowska Zofja — Warszawa, Mokotowska 19.
- Siedlecka Anna—Warszawa, Widok 5.
- Siedlecki Eustachy — Warszawa, Chałubińskiego 5.
- Siedlecki Jan — Warszawa, Zygmuntońska 6.
- Siedlecki Michał — Kraków, św. Anny 6.
- Siekierska Irena — Warszawa, Al. 3-Maja 9.
- Siekierzyński Edward — Warszawa, Cicha 8.
- Sielecki Leon—Skierniewice.
- Seliwanowa Erna — Lwów, św. Mikołaja 4.
- Siemaszko Wincenty — Skierniewice, osada pałacowa.
- Siemiradzki Józef — Lwów, Zamojskiego 8.
- Siengalewicz Sergjusz — Wilno, Uniwersytet.
- Sieradzka Halina — Warszawa, Złota 56-a.
- Sieradzki Józef—Warszawa.
- Sieragowski Roman—Milanówek.
- Sierakowski Stanisław — Warszawa, Polna 52.
- Sierakowska Aniela — Warszawa.
- Sierzputowska Janina — Warszawa, Widok 12.
- Silberbogen Norbert—Warszawa, Królewska 41.
- Sikorski Henryk — Warszawa, Uniwersytet, Krak. Przedm. 26.
- Simchowicz Teofil — Warszawa, Złota 27.
- Simchowicz Tola — Warszawa, Złota 27.
- Simm Kazimierz—Cieszyn, Miaraki 5.
- Simon Aleksander — Warszawa, Jasna 26.
- Sitkowski Wacław — Warszawa, Wilcza 28.
- Siwiński Bolesław — Łódź, Zakł. umysł. w chor. Kochanówku.
- Skalski Stanisław — Łódź, Rokicińska 53.
- Skarzyńska Marja — Warszawa, Moniuszki 12.
- Skarzyński Kazimierz—Warszawa, Jerozolimska 31.
- Skąpska Mieczysława—Zakopane, Sanatorjum Czerwonego Krzyża.
- Skibiński Jan—Lublin, Niecała 11.
- Skłodkowski Sławój—Warszawa, Kujawska 1.
- Skłodowski Józef — Warszawa, pl. 3 krzyży 2,
- Skoczyński Hip. — Lublin.
- Skrobiszewski Józef — Hrubieszów, Szpitalna 8.
- Skrobiszewski Henryk — Sokal, Rynek dom Rady Pow.
- Skoczyński Wacław—Opole Lubelskie.
- Skrzywan Tadeusz—Warszawa.
- Skwarczenko Gabryel — Warszawa, Mokotowska 5.
- Słowikowska S. — Lwów.
- Skubiszewski Ludwik—Poznań.
- Slaski Juljan, — Warszawa, Marszałkowska 34.
- Słęk Bolesław—Opole Lubelskie, d. Syndykatu Rolnicz.
- Sławiński Zdzisław — Warszawa, Nowogrodzka 48.
- Słoniński Piotr—Warszawa, Piękna 43.
- Skupieńska F. — Warszawa.
- Smiserenko Nae — Stonim.
- Smiechowski Antoni—Warszawa, Szpitalna 12.
- Smoleńska Stanisława — Łódź, Moniuszki 11.
- Smoleński Wacław — Czarniecka Góra, Zakład leczn.
- Smoliński Józef — Lwów, Pijarów 4.

- Smosarska Zofja — Warszawa, Hoża 22.  
Sniegocki Leon — Warszawa, Wspólna 47.  
Sobierański Jan — Warszawa, Żórawia 6.  
Sobolewska Kazimiera — Warszawa, Chmielna 67.  
Sochacki Anrzej — Dęblin.  
Sochacki August — Dęblin.  
Sochacki Ignacy — Warszawa, Leszno 58.  
Sochacki W. — Kraków, Szpit. Okręgowy 5.  
Sochaniewicz K. — Lwów.  
Sochański Henryk — Lwów, Pańska 2.  
Sokuler Maks — Chełm, Reformacka 12.  
Sokołowski Ryszard — Zawiercie, Górnośląska 23.  
Sokołowski Tadeusz — Toruń, Bydgoska 52.  
Sokółski Zdzisław — Płońsk, Rynek 4.  
Sokółska Julja — Lwów.  
Sokulc Felicja — Warszawa, Żelazna 83.  
Solarski Klaudjusz — Zduńska Wola.  
Solecka Marja — Kraków, Siemiradzkiego 25.  
Solman Tomasz — Warszawa, Jerozolimska 49.  
Solomon Leon — Warszawa, Piękna 34.  
Sołowiejczyk Aron — Warszawa, Chmielna 34.  
Sołowij Adam — Lwów, Romanowicza 7.  
Sołtysik Józef — Wadowice, Szpital.  
Sonenberg Emanuel — Łódź, Zielona 8.  
Sosnowska Mieczysława — Bydgoszcz, Jagiellońska 26.  
Sosnowski Stanisław — Warszawa — Lwowska 13—16.  
Sowiński Zdzisław — Wilno, Uniwersytet.  
Szparrow Helena — Warszawa, Kujawska 2.  
Spidbaum Henryk — Warszawa.  
Spiegelglas Jakób — Warszawa, Dzika 31.  
Spielrein Abraham — Warszawa, Grzybowska 15.  
Spiro Andrzej — Warszawa, Piękna 31.  
Spira J. — Kraków.  
Srebrowicz Helena — Warszawa.  
Srebrowicz Henryk — Warszawa.  
Srebrna Zofja — Warszawa, Morniuszki 3.  
Srebrny Zygmunt — Warszawa, Sienkiewicza 12.  
Srokowska Marja — Warszawa, Hoża 5.  
Stabholz H. — Busk Kielecki.  
Stalkowski Stefan — Bychowa, p. Lubelski.  
Stankiewicz Czesław — Warszawa, Złota 3.  
Stankiewicz Remigjusz — Warszawa, Skorupki 6.  
Stankiewicz Zygmunt — Warszawa, Niecała 1.  
Starorypińska Marja — Warszawa, Chmielna 55.  
Starzyński Andrzej — Warszawa, Tamka 23.  
Starzyński Stawomir — Sosnowice Małachowskiego 9.  
Stättner H. Lwów.  
Stauber J. — Lwów, św. Mikołaja 11.  
Stefanowicz Natalja — Warszawa, Marszałkowska 4—8.  
Stefanowicz Zygmunt — Warszawa, Marszałkowska 4—8.  
Stefanowska Michalina — Warszawa, Leszno 29.  
Stefanowski L. — Warszawa Kopernika 11.  
Stefańska Laura — Warszawa, Marszałkowska 62.  
Stefański Stefan — Warszawa, Żelazna 71.  
Stefański Wacław — Warszawa, Marszałkowska 71.

- Stefek Emil — Lwów, Dąbrowskiego 8.  
Steffen Edward — Pruszków.  
Steinberg Zofja — Warszawa, Wiejska 11.  
Steinbok Karol — Warszawa, Kapucyńska 12.  
Stempniewicz Franciszek — Warszawa, Marszałkowska 116.  
Stenc Edward — Warszawa, Skorpuki 4.  
Stern Bronisław — Warszawa, Marszałkowska 66.  
Sterling Kazimierz — Łódź, Piotrkowska 111.  
Sterling Kazimierz — Warszawa, Chałubińskiego 5.  
Sterling Seweryn — Łódź, Piotrkowska 111.  
Sterling-Okuniewski Stefan — Warszawa, Marszałkowska 41.  
Sterling Wacław — Warszawa, Żórawia 24a.  
Sterling Władysław — Warszawa, Boduena 1.  
Stępień Bronisław — Warszawa, Nadwiślańska 17.  
Stępowski Bronisław — Kraków, Sobieskiego 3.  
Stojanowski Karol — Lwów, Tarnowskiego 79.  
Stokowski Aleksander — Warszawa, Nowosenatorska 8.  
Stolz Alfons — Dąbrowa Górnicza, Grodzińska 2.  
Stołyhwo Kazimierz — Warszawa, Piękna 4.  
Straszyński Adam — Warszawa, Koszykowa 82a.  
Strawiński Konstanty — Skiernewice, Zakł. Ochr. lasów.  
Stróżecka Estera — Warszawa, Chmielna 79.  
Stryjecki Tadeusz — Warszawa, Sienna 21.  
Stryjeński — Kraków.  
Strychowska Krzepicka — Warszawa, Puławska, 3—7.  
Studziński Michał — Łuków, Chocimska 71.  
Studzińska Marja — Łuków.  
Stupnicki Jan — Bródnica n/Drwęcą, Kamionka 24.  
Suchodolski Kazimierz — Sosnowiec, Warszawska 8.  
Suchorzewska Marja — Kraków, Straszewskiego 2.  
Sulawska Janin — Izbica n/Wieprzem p. Krasnystaw.  
Sulewski Marjan — Izbica, n/Wieprzem p. Krasnystaw.  
Surawski Jan — Warszawa, Kopernika 12.  
Surawiecki Kazimierz — Biała Podlaska, Warszawska Szpit.  
Surzycki Józef — Kraków, Karmelicka 27,  
Sutkowski Adam — Żychlin, Budzyńska.  
Suwalski Władysław — Poznań, Cieszkowskiego 7.  
Swaciński Mieczysław — Skaryszew, z Radomska,  
Świętecki Stefan — Bydgoszcz, Gdańska 159.  
Swiderski Edward — Warszawa, Hortensja 4.  
Swiderski Michał — Bydgoszcz,  
Swidwiński Adolf — Łódź, Woźna 42.  
Swigocki Leon Warszawa.  
Swiechowska Marja — Warszawa, Żórawia 10-5.  
Swierszewski Stanisław — Lida, Lekarz Powiatowy.  
Swietłow B. — Starogard, Kochorowo, Zakł. Psych.  
Świętosławski W. — Warszawa, Politechnika Koszykowa 75.  
Świeżyński Florjan — Wilno, św. Jakuba 16.  
Świętochowska Ludwika — Warszawa Piękna 116.  
Swiostkówna Zofja — Warszawa, Marszałkowska 116.  
Swirski Filip — Łomża, Bernatowicza 9

- Switalska Julja — Warszawa, Kru-  
cza 31.
- Switała Idzi — Bydgoszcz Jagie-  
gielńska 18.
- Sypniewska Janina — Lwów, Po-  
litechnika.
- Sypniewski Bronisław — War-  
szawa. Szk. bron. che. Marymont
- Szajkowska Berta — Białystok,  
Warszawska 57.
- Szajkowski Wacław — Białystok,  
Warszawska 57.
- Szalewicz Władysław — Wilno,  
Zawalna 8.
- Szalewska Helena — Lwów, Ry-  
nek 42.
- Szałcenbach Jan — Kraków, Ko-  
pernika 7.
- Szamota Tadeusz — Warszawa,  
Krucza 10.
- Szaniawska Nina — Warszawa,  
Wiejska 19.
- Szaniawska Zofja — Sierpiec.  
Sierpczańska.
- Szaniawski Stefan — Łuck, Ja-  
gielońska 100.
- Szaniawski Tadeusz — Lwów,  
Królewska 6.
- Szaniawski P. — Częstochowa,  
Kościuszki 13.
- Szapiro Ignacy — Warszawa, Kar-  
melicka 7.
- Szarecki Bolesław — Warszawa,  
Piękna 1, Szpit. Ujazd.
- Szatenstein-Szolc Paulina — Wilno  
Wileńska 25.
- Szczawińska Wanda — Warsza-  
wa, Nowy Świat 22.
- Szczeklik Edward — Kraków,  
Felicjanek 11.
- Szczeniowski S.
- Szczepański Zdzisław — Warsza-  
wa, Nowogrodzka 59.
- Szczodrowski Henryk — Warsza-  
wa, Widok 11.
- Szczodrowska Marja — Warszawa
- Szczuka Stanisław — Warszawa,  
Leszno 99.
- Szczudłowski K. — Lwów.
- Szebrowicz Helena — Warszawa,  
Leszno 54.
- Szembor Eug. — Dąbrowa Gór-  
nicza.
- Szendzikowski Władysław — War-  
szawa, Szp. Dz.-Jez. Żelazna 4.
- Szpeliska Janina — Warszawa,  
Żórawia 3.
- Szepelski K. — Warszawa, Żóra-  
wia 3.
- Szepietowski Aleksander — Zgierz  
Średnia 31.
- Szestakowska Marja — Warsza-  
wa, Nowy Świat 21.
- Szer Regina — Warszawa, Zim-  
na 4.
- Szerszyński Bronisław — War-  
szawa, Mokotowska 11.
- Szerypo Ryszard — Warszawa,  
Piękna 25.
- Szłaskiewicz Helena — Warsza-  
wa, Leszno 137.
- Szmułto Jan — Wilno, Mosto-  
wa 7.
- Sznabl Adam — Warszawa, Zło-  
ta 58.
- Szokalski Hipolit — Włocławek.
- Szostakiewicz Z. — Częstochowa.
- Szour Michał — Warszawa, Zło-  
ta 32.
- Szpadkowska Jadwiga — War-  
szawa, Koszykowa 53.
- Szpakowski Jan — Płońsk, 3 Ma-  
ja 6.
- Szper Józef — Warszawa, No-  
wogrodzka 19.
- Szpielman Konrad — Warszawa,  
Grójecka 9.
- Sztejn Józef — Warszawa, Wi-  
dok 5.
- Sztejner Władysław — Warszawa,  
Szpit. Dz.-Jez. Żelazna.
- Szulc Gustaw — Warszawa, Pu-  
ławska 10.
- Szulc Rembowski — Poznań, Ra-  
tajczaka 1.
- Szulc Tadeusz — Poznań, War-  
cina 25.
- Szulczewski Bronisław — Poznań,  
Podgórna 26.

- Szuman Stefan — Poznań, Ogrodowa 18.
- Szumlański Witold — Warszawa, Marszałkowska 73.
- Szumkowska — Grodno, Bankowa 8.
- Szumkowski Stefan — Grodno, Bankowa 8.
- Szumowski Kazimierz — Poznań, Jakowicka 15.
- Szumowski B. — Kraków, Wolska 6.
- Szumski Władysław — Myślenice.
- Szupp Bronisław — Warszawa, Mokotowska 63.
- Szwarcbaum M. — Kozienice, z. Radomska.
- Szwajcer Jakób — Warszawa, Dworska 17.
- Szwojnicka — Milińska Z. — Warszawa.
- Szybowski Bronisław — Warszawa, Żelazna 84.
- Szydłowski Stanisław, — Myszków, pow Będzin.
- Szydłowski Stanisław — Kobryń, Zamek.
- Szyfman L. — Łódź, Piotrkowska 88.
- Szymanowski Mieczysław — Nowogródek, 3 Maja 3.
- Szymanowski Zygmunt — Warszawa, Flory 5.
- Szymański A. — Łódź, Przędzalniana 75.
- Szymański Bronisław — Warszawa, Biała 2.
- Szymański Jan — Warszawa, Żórawia 21.
- Szymański Juljusz — Wilno, Antokol 14.
- Szymański Wiktor — Grudziądz, Długa 24.
- Szymkiewicz Dezydery — Lwów, Nabelaka 22.
- Szymonowicz Józef — Kraków, Studencka 6.
- Szymonowicz Władysław — Lwów, Pańska 18.
- Szyszkowski Witold — Warszawa, Oboźna 8.
- Tabacznik Isaj — Lublin, Krak. Przedm. 55.
- Tabor A.
- Tajgman H. — Lublin, Lubarowska 47.
- Tarkowska Daniela — Warszawa, Prosta 19.
- Tarkowski Ignacy — Częstochowa, Kościuszki 58.
- Tarkowski Władysław — Grudziądz, Kwiatowa.
- Taub Szymon — Gródek Jagielloński.
- Teliga Czesław — Tomaszów Mazowiecki, Niska 2.
- Temerson Herman — Warszawa, Żelazna 42.
- Temkin Marja — Warszawa, Hoża 45
- Tempka Tadeusz — Kraków, św. Jana 1.
- Teisseyre H. — Lwów.
- Terajewicz Stanisław — Kowin, Stary Rynek 2.
- Terajewicz Walerjan — Kraków, Kościuszki 13.
- Terlecki Feliks — Poznań, Mazowiecka 42
- Terlecki Kornel — Warszawa Zgoda 18.
- Terlikowski Stanisław — Warszawa, Grochowska 77.
- Tinkus — Łódź, Wólczańska 225.
- Tokarska Anna — Radom, Moniuszki 8.
- Tokarski Karol — Warszawa, Żórawia 40.
- Tołłoczko — Przeradzka.
- Tom Berta — Warszawa, Chmielna 25.
- Tomaszewicz Bolesław — Szczuczyn Białostocki, Łomżyńska 272.
- Tomaszewicz Wincenty — Łódź, Wólczańska 225.
- Tomaszewska Marja. — Warszawa, Mokotowska 14.

- Tomaszewski Jan — Puławy, Instytut Nauk.
- Tomaszewski Stanisław — Warszawa, Flory 9.
- Tomaszewski A. — Łódź, Andrzeja 3.
- Topolnicki Zygmunt — Chojnice.
- Torchalski Jerzy — Warszawa, Jagiellońska 37.
- Toruńczyk Herman — Warszawa, Elektoralna 17.
- Tow. Kropla Mleka m. st. Warszawy — Nowy Świat 22.
- Trawiński R. — Lwów.
- Trenkner Henryk — Warszawa, Nowowiejska 4
- Trębaczekiewicz — Warszawa, Daniłowiczowska 16, Zakł. Spiessa.
- Trojanowski Stanisław — Warszawa, Grójecka 39.
- Truszyński Jan — Leszno, Wielkopolska.
- Tryjarski Eugenjusz — Warszawa, Skorupki 14.
- Trzebiński Jan — Warszawa, Ossolińskich 16
- Trzebiński Józef — Wilno, Zakretowa 1.
- Trzebiński Stanisław — Wilno, Zakretowa 15.
- Trzeciak Mieczysław — Wilno, Kościuszki 14.
- Trzeciński T. — Warszawa, Marszałkowska 85.
- Tuchendler Antoni — Warszawa, pl. Saski 1.
- Tuchendler Maksymiljan — Warszawa, Królewska 27.
- Tuchendlerowa Krystyna — Warszawa, Pl. Saski 1.
- Tumidajski J. — Lwów.
- Tur Jan — Warszawa, Wilcza 9.
- Turczański K. — Lwów.
- Turczynowicz Stanisław — Warszawa, Kredytowa 5.
- Turowska Irena — Kosarzew, p. Bychowo, z. Lubelska.
- Turschmid Wilhelm — Nowy Targ, woj. Krakowskie.
- Tuszuwska Helena — Warszawa, Złota 16.
- Tuz Stanisław — Warszawa, Krucza 17.
- Twarog Franciszek — Będzin, lek. pow.
- Twarowski Michał — Kielce, Czysta 26
- Typograf J. — Warszawa.
- Tyczka Witold — Warszawa, Grójecka 25.
- Tymieniecki Edward — Warszawa, Piękna 36.
- Tyzka Kazimierz — Lwów, Łyczakowska 125.
- Tyszyńska Jadwiga — Warszawa.
- U**jejska Julja — Warszawa, Krucza 5.
- Ujejski Aleksander — Warszawa, Krucza 5.
- Ukrainczykowa Ludwika — Warszawa, Chłodna 22.
- Ulbricht Irena — Warszawa, Stare Miasto 24.
- Uniejewski Stefan — Grabów n. Prosną, woj. Poznańskie.
- Urbańska-Filipowiczowa Zofja — Warszawa, Poznańska, 17.
- Urowicz Marja — Warszawa.
- Uryson A. — Łódź, Radwańska 19.
- V**aequeret Karol — Warszawa, Piękna 18.
- Vorbrodzt W. — Kraków.
- Vrtelówna Sydonja.
- W**acholder Ludwik — Pstrowice, z. Radomska.
- Wachs Ernestyna — Zgierz, Stary Rynek 10.
- Wachtel Henryk — Kraków, Berurowska 23.
- Wagner Kazimierz — Warszawa, Marszałkowska 87.

- Wagner Ludwik—Wieluń, Gaszczyńska 8-a.  
Wagner Zofja — Warszawa, Leszno 67.  
Wainstokowa Helena—Warszawa Złota 32.  
Walc Jan — Warszawa.  
Waldencerg Henryk—Warszawa, Książęca 6.  
Walewski Ludwik — Tomaszów Mazowiecki.  
Walicki Leon — Warszawa, Ujazdowskie 30.  
Walkiewicz Władysław—Siedlce.  
Walter Franciszek—Kraków, Rynek Kleparski 6.  
Walfisz A. — Warszawa.  
Walter Jakób — Lwów, korpus  
Wałęga Stanisław — Borysław.  
Wander Leon — Kraków.  
Warchałowski Edward — Warszawa Kościuszki 75.  
Wardyński Waclaw — Ostrowice, Szpital Fabryczny.  
Wargo Wiktor — Białowieża.  
Warszawska Irena — Wieluń, Ryner 7., z. Kaliska.  
Wassercweig Maks — Będzin, lekarz miejski.  
Wassercweig Stefanja — Będzin, lekarz miejski.  
Wasilewska S. — Lwów.  
Wasilewski Roman — Warszawa, Marszałkowska 40.  
Wasilkowska Helena—Warszawa, Nowogrodzka, dom wychowawczy.  
Wąsowski Tadeusz — Wilno, Antokol 2 a, Polowa 1.  
Wąsowicz J. — Lwów.  
Watraszewski Ksawery—Warszawa, Książęca 2.  
Watten Ignacy—Łódź, Kościuszki 53.  
Watten Zofja — Łódź, Kościuszki 53.  
Wawrzeński M. — Warszawa.  
Wayberg Zygmunt — Lwów, Sw. Mikołaja 4.  
Waygiel Eugenjusz—Lwów, klin. chir.  
Wdziehoński Jan — Warszawa, Bracka 4.  
Weil Stanisław—Warszawa, Szopena 10.  
Weistokówna Paulina — Warszawa, Stare Miasto 20.  
Wejnberg Henryk—Kraków. Pędzichów 5.  
Wejner Bronisław — Warszawa, Marszałkowska 55.  
Wejnertowa Marja — Warszawa, Marszałkowska 55.  
Weintraub Józef — Warszawa, Sto. Jerska 16.  
Wejs N.—Sosnowiec.  
Welman Roman—Warszawa, Szopena 16.  
Welmanówna Marja — Warszawa, Szopena 16.  
Weltowa Cecylja — Warszawa, Sienkiewicza 4.  
Wernic Leon — Warszawa.  
Wertheim Aleksander — Warszawa, Jerozolimka 75.  
Węgierko Jakób — Warszawa, Mazowiecka 4.  
Węgierko Stefanja — Warszawa, Mazowiecka 4.  
Węglowski Romuald—Lwów, Łyczakowska 26.  
Węgrzynowski Czesław—Lwów, Akademicka 15.  
Wieczorek Antoni — Warszawa, Sliśka 10.  
Wilski Z. — Kraków.  
Wieleński Bolesław — Poznań, Gwarna 8.  
Wielobycki Tadeusz — Łowicz.  
Wiendlocha Michał — Rybnik, w. Śląskie.  
Wierzbowski Władysław — Warszawa, Wierzejewski J. — Poznań.  
Więckowski Ferdynand — Warszawa, Jerozolimka 39.  
Wichert Franciszek — Warszawa, Bonifaterska 10.



- Wilczyński Tadeusz — Lwów, Romanowicza 3.  
Wigdorowicz J. — Warszawa.  
Wilczkowski Eugenjusz — Warszawa, Bonifaterska 12.  
Wilczyński Jan — Wilno, Zakrętowa 15  
Wilczyński Jan — Warszawa, Krak. Przedm 16.  
Wilenka Mosowa — Morawa, Czechosłowacja.  
Wileńczyk Aleksander — Warszawa, Prózna 12.  
Wilga Hilary — Warszawa, Kopernika 12.  
Wilner Samuel — Łódź, Południowa 23.  
Wilner Stanisław — Warszawa, Jasna 22.  
Wilnerówna Cecylja — Warszawa, Chmielna 14.  
Wilusz W. F. — Krasno, Suchołowska 105.  
Winer-Małachowska Marja — Wilno, Wielka Pohulanka 6.  
Winograd Berta — Warszawa, Pawia 15.  
Wiślouch S. — Warszawa  
Wiślocki Kazimierz — Warszawa, Wiejska 12.  
Wiślocki Zygmunt — Młynów, p. Dubno.  
Wiśniewski A. — Wilno, Uniwersytet.  
Wiśniewski Eugenjusz — Siedlce, Długa 40.  
Wiśniewski Z. — Jadów.  
Wiśniewski Juljan — Warszawa, Zielna 29.  
Wiśniewski Tomasz — Warszawa, Jerozolimka 51.  
Wiśniowski Tadeusz — Warszawa, Raszyńska kol. Lubckiego 90.  
Wiśniowski Antoni — Żywiec, dyr. gimnazjum.  
Witamowski W. — Piotrków.  
Witkowska Janina — Łódź, Rozwadowa 4.  
Witkowski Edward — Warszawa, Warecka 5.  
Witwicki Władysław — Warszawa, Brzozowa 12.  
Wizel Adam — Warszawa, Jerozolimka 43.  
Władyczko S. — Wilno.  
Wodniecki Józef — Kraków, Wielopole 6.  
Wodzicki K. — Warszawa, Zakł. Anat. Porów.  
Wojciechowski Adolf — Warszawa, Nowogrodzka 59.  
Wojciechowski Bruno — Kraków, Dunajewskiego 2.  
Wojciechowski Jan — Warszawa, Chmielna 30.  
Wojnarowski Bolesław — Warszawa, Smolna 25.  
Wojnicz-Sianożęcki Z. — Warszawa, Ludna 11.  
Wojnich Adam — Puck, Katedralna 1.  
Wojno Zofja — Warszawa, Zielna 3.  
Wojtkiewicz Jan — Warszawa, Oboźna 11.  
Wojtkun Józef — Lubartów, z. Lubelska.  
Wojtulewiczowa Marja — Warszawa, Koszykowa 73.  
Wolański Adam — Wilno, Wileńska 25.  
Wolberg B. — Włocławek, 3 Maja 8.  
Wolf Alfred — Lwów, Batorego 32.  
Wolffke B. — Warszawa, Poletchnika.  
Wolfson M. — Łódź, Wschodnia 17.  
Wołoszyński Jerzy — Zawiercie, T. A. Z.  
Wołowski Ryszard — Częstochowa, Dąbrowskiego 1.  
Wołczyński Jarosław — Baranowicze, Namitkiewicza 11.  
Wołczyńska — Kraków.  
Wretowska Zofja — Warszawa.  
Wretowski Tadeusz — Warszawa, Sniadeckich 10-5.  
Wróblewski Antoni — Fredrów, p. Rudki.  
Wróblewski Konrad — Bydgoszcz, Zacisze, Inst. Hyg.

- Wróblewski Wincenty — Kraków, Mickiewicza 13.  
Wrześniowski Feliks — Wilno, Portowa 6—10.  
Wrzosek Adam — Poznań, Małopolska 6.  
Wyganowski Jan — Warszawa, Bednarska 26.  
Wylrzyński Jan — Końskie, Szpital.  
Wyrobek Z. — Kraków.  
Wyrzykowski Wacław — Warszawa.  
Wysocki Józef — Lwów, Potockiego.  
Wyspiański Witold — Sosnowiec, Czeladzka 2.  
Wyszyński Feliks — Krośniewice, maj. Błonie.  
Wyżykowski Stanisław — Warszawa, Marszałkowska 107.
- Zabłocka - Gajchcińska** Marja — Grajewo, Piłsudskiego 12  
Zabłocki A. — Łomża, Śniadeczek, dom monopolowy.  
Zaborowski Henryk — Warszawa, Nowy świat 47.  
Zaborowski Stanisław — Warszawa, Jerozolimska 8.  
Zaborski Bogdan — Warszawa, Złota 61.  
Zachert Marjan — Kraków, Kopernika 38.  
Zagłoba-Zyglar Zygmunt — Poznań, Babińskiego 7.  
Zagórski Roman — Lwów, Kulparków.  
Zajfen Maurycy — Lublin, Królewska 1.  
Zajkowski Marjan — Grodzisk Mazowiecki.  
Zakład Anatomji Patologicznej — Poznań.  
Zakner M. — Bydgoszcz, Gdańska 19.  
Zakolska Zenobja — Warszawa, Mokotowska 24.
- Zakrzewska Józefa — Warszawa, Mikołaja 10.  
Zakrzewski Aleksander — Lwów, Mikołaja 10.  
Zakrzewski Ignacy — Lwów, Jabłonowska 8.  
Zakrzewski P. — Warszawa, Złota 3.  
Zakrzewski Wiktor Adam — Kielce Bazanowa 10.  
Zakrzewski Zygmunt — Warszawa, Targowa 67.  
Zalc Leopold — Sosnowiec, Dekiarta 6.  
Zalcbergowa Róża — Warszawa, Pańska 93.  
Zalewska Alina — Warszawa, Chłodna 39a.  
Zalewska Zylkowa Janina — Warszawa, Marszałkowska 25.  
Zalewski Antoni — Wilno Jagielloński 3.  
Zalewski Jan — Warszawa, Bračka 3.  
Zalewski Józef — Warszawa, Kopernika 10.  
Zalewski Karol — Sanok, Małopolska św. Jana 4.  
Zalewski Konstanty — Warszawa, Mokotowska 40.  
Zalewski Teofil — Lwów, Sykstucka 49.  
Zalewski Mirosław — Warszawa, Karmelicka 10.  
Zalewski Wacław — Wilno, Mostowa 19.  
Załęcki Karol — Warszawa, Bagatela 10.  
Załęcki Tadeusz — Łódź, Gdańska 4, Państw. Inst. Hyg.  
Zaluska-Michniewiczowa Janina — Warszawa Miedziana 4.  
Zamenhof Adam — Warszawa, Królewska 41.  
Zamieński Michał — Sosnowice, Modrzejewska 39.  
Zandowa Natalia — Warszawa, Jerozolimska 47.  
Zaniewski Zbigniew — Warszawa, Żórawia 3.

- Zaorski Bronisław — Lwów, Wincentego Pola 12.  
Zaorski Jan — Warszawa, Smolna 30.  
Zapaśnik Bronisław — Wilno, Mickiewicza 38.  
Zaremba Juljusz — Kraków, Klin. Chir. U. Jag.  
Zawadzka Jadwiga — Warszawa, Mokotowska 23.  
Zawadzki Aleksander — Warszawa, Nowogrodzka 12.  
Zawadzki Światopełk Władysław — Warszawa, Marszałkowska 76  
Zawadzki Stanisław — Sosnowiec, Królewska 3.  
Zawidzki Jan — Grójec, z. Warszawska.  
Zawistowski Henryk — Kraków, Kopernika 15.  
Zboromirski Edmund — Kalisz, Zakł. lecz.  
Zborowski Henryk — Warszawa, Starynkiewicza 3.  
Zbyszewski Leon — Lwów, Piekarska 52.  
Zelanay Józef — Sosnowiec, Sadowa 6.  
Zelikson Leonja — Łódź, Skwerowa 12.  
Zembrzusi — Warszawa, Piękna 1.  
Zeńczak Leon — Poznań, Polna 4.  
Zeńczak Marjan — Warszawa, Marszałkowska 151 Pańs. Inst.  
Zerndt Jan — Kraków, Gołębia 11.  
Zeyland J. — Poznań.  
Zieleniewski Bronisław — Sosnowiec, Radna 6.  
Zielińska — Warszawa.  
Zieliński Bronisław — Raciąż.  
Zieliński Franciszek — Warszawa, Szeroka 38.  
Zieliński Ignacy — Lwów, Łackiego 1.  
Zieliński Józef — Warszawa, Górnośląska 16.  
Zieliński Kazimierz — Warszawa, Szeroka 38.  
Zieliński Leon — Warszawa, Hoza 26  
Zieliński — Kraków, Kochanowskiego 14.  
Zegler Artur — Łódź, Piotrkowska 101.  
Ziemiecka Jadwiga — Warszawa, Marszałkowska 73.  
Ziemnicki Maksymiljan — Łęczycza, pl. Kościuszki 30.  
Zienkiewicz Marjan — Warszawa Jagiellońska 31.  
Zienkiewicz Władysław — Warszawa Czerniakowska 168.  
Zienkiewiczowa Helena — Warszawa, Jagiellońska 31.  
Ziętarski Stanisław — Szczeglice z Radomska.  
Zion Fryderyka — Lwów, Kraszewskiego 5.  
Zion Oswald — Lwów, Kraszewskiego 5.  
Złotnicki Lucjan — Warszawa, Marszałkowska 63.  
Zuber Stanisław — Lwów, Długosza 31.  
Zubrzewski January — Kraków, Krupnicza 3.  
Zuckerwar G. — Warszawa.  
Zweibaum Juljan — Warszawa, Wilcza 47.  
Zwojnicz-Sianożęcki Zygmunt — Warszawa Ludna 11.  
Zwoliński Tadeusz — Warszawa, Koszykowa 23,  
Zybelbart Marjan — Otwock, Warszawska 47.  
Zylberberg Jolel — Biała Podlaska.  
Zych S. — Lwów.  
Zygański Stefan — Warszawa, Marszałkowska 120  
Zysk Hipolit — Warszawa, Nowolipie 5.  
**Z**abczyński Michał — Warszawa, Jezuitcka 2.  
Żarnocka Anna — Łódź, Pomorska 2.

Żebrowski Edward — Warszawa,  
Jerozolimska 37.

Żegańska Julja — Warszawa, Mar-  
szałkowska 120.

Żegilewicz Czesław — Warszawa,  
Mokotowska 20

Żelazny Józef — Jasto, Szpital  
powiat.

Żochowski Piotr — Puławy,

Żółciński Jan — Lwów, Dublany

Żółciński Władysław — Warsza-  
wa, Hoża 19.

Żołędziowska M. — Kozminy No-  
we, p. Płońsk.

Żołędziowski Zygmunt — War-  
szawa Żórawia 18.

Żółkowski Stanisław — Łęczyca,  
Panieńska 3.

Żółtowski Antoni — Poznań, Lu-  
belska 12.

Żukowska Janina — Wilno Ja-  
sińskiego

Żukowska Urszula — Zawiercie,  
Huta Derter 15 7

Żurakowski Witołd — Warszawa,  
Skorupki 10.

Żurawski Kazimierz — Warszawa,  
Wspólna 25.

Życzkowski Stefan — Toruń,  
Szeroka 37.

Żyłowski Leon — Lipno. Gdań-  
ska 46.









KOLEKCJA  
SWF UJ

351

Biblioteka Gl. AWF w Krakowie



1800052766