ROK VII. WRZESIEŃ — PAŹDZIERNIK 1931 r. ZESZYT 5.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO
ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.

WILNO,
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 6.

Prof. Dr. WACŁAW JASIŃSKI.

Konieczność i sposób ustalenia norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce.

(Według odczytu na IV Zjeździe Pedjatrów we Lwowie).

Ocena rozwoju fizycznego dziecka wymaga niezbędnie porównania liczb, otrzymanych drogą pomiarów u danego osobnika, z liczbami przeciętnemi, uznanemi za normę dla tej samej płci i wieku. „Normami" temi należy, oczywiście, posiłkować się oględnie: nie wyciągamy dzisiaj daleko idących wniosków jedynie z suchych liczb, — uwzględniamy w szerszej mierze czynniki konstytucjonalne i warunki rozwoju (conditio), a nadewszystko nie utożsamiamy rozwoju fizycznego ze stanem zdrowia osobnika: wiadomo nam bowiem, że dziecko słabiej rozwinięte fizycznie może być zdrowsze od dziecka, którego rozwój przekracza przeciętną normę.

Jednakże trudno wyobrazić sobie nakreślenie stanu obecnego dziecka w jego historji choroby lub nawet w krótkich notatkach „księgi chorych" lekarza-praktyka, — a trudniej jeszcze „kartę zdrowia" dziecka w szkole, przedszkolu, w zakładzie opiekuńczym lub na kolonji wypoczynkowej bez mniej lub więcej szczegółowych danych, dotyczących rozwoju fizycznego.

Dane te służą nam za podstawę do określania wzajemnego stosunku poszczególnych pomiarów (wskaźniki rozwoju i odżywiania) oraz do porównywania wieku chronologicznego dziecka (lat czy miesięcy jego życia) z wiekiem fizjologicznym, t. j. wiekiem, jakiemu odpowiada dziecko według swego rozwoju. Różnice pomiędzy wiekiem fizjologicznym a chronologicznym określamy osobno dla poszczególnych pomiarów (waga, wzrost, rozszerzalność klatki piersiowej) i przedstawiając graficznie (profile różnicowe lub ilorazowe) staramy się dać objektywny obraz rozwoju dziecka.

Do tej oceny niezbędne jest posiłkowanie się tablicami norm rozwoju fizycznego i odnośne liczby przeciętne w różnych krajach naszego kontynentu i za oceanem oddawna były zbierane (Quételet, Camerer, Axel Key, Dufestel i w. in.). W Polsce dane, dotyczące rozwoju fizycznego dzieci, zbierane były urywkowo (Kosmowski, Drabczyk, Jaros, Lipcówna, Bogdanowicz); nie posłużyły one za podstawę do wypracowania norm ogólnych.

Dopiero w roku 1930, z inicjatywy Wydziału Higjeny Szkolnej M. W. R. i O. P. z dr. S. Kopczyńskim na czele, zebrano planowo

i z zachowaniem współczesnych wymagań bogaty materjał liczbowy, dotyczący wzrostu i wagi młodzieży szkolnej — w wieku od lat 7 do 16. Dane te, ogłoszone w marcu 1931 r. w Wiadomościach Statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego w Warszawie, wypełnią należycie dotychczasowy brak norm przeciętnego rozwoju dzieci szkolnych.

W stosunku do innych okresów życia dziecka zmuszeni będziemy nadal posiłkować się normami obcemi, które są dla nas z różnych względów nieodpowiednie.

Normy te, przedewszystkiem, nie są bynajmniej doskonałe: dawniejsze dane oparte są przeważnie na dość szczupłym materjale, zbierano je niezawsze ściśle (mierzono dzieci w obuwiu, ważono w ubraniu, odliczając tylko przeciętną wagę ubrania); niezbyt dokładnie określano wiek badanych dzieci, a nadewszystko nie uwzględniano przy obliczeniach ustalonych dziś w statystyce wymagań (granice odchyleń, krzywe Gaussa i Galtona, tabele korelacyjne i t. p.).

Najczęściej u nas stosowane, jako łatwe i praktyczne w użyciu taśmy Pirquet'a, oparte na danych Camerera a uzupełnione przez Pirquet'a (1913), ulegają dalszym zmianom i udoskonaleniom (Kornfeld 1929), a przegląd obecnego piśmiennictwa wskazuje w ostatnich latach ożywioną pracę na tem polu, dokonywaną zarówno przez poszczególnych badaczy (Bach, Wood, Woodbury i Baldwin, Schmidt-Monnard, Freudenberg i inni), jak i przez odnośne urzędy państwowe („Deutscher Zentral ausschuss").

Każdy pedjatra w Polsce, który posiłkował się w praktyce danemi Pirquet-Camerera, zauważył z pewnością znaczne odchylenia od norm, zawartych w taśmie Pirquet'a w zastosowaniu do naszych dzieci: w wieku przedszkolnym dzieci nasze najczęściej przekraczają tę normę, w latach od 7 do 12 r. dane są najbardziej zgodne, a w okresie pokwitania częściej zdarzają się liczby zbyt niskie u dzieci, których rozwój fizyczny jest skądinąd zupełnie dobry. Rzecz prosta, muszą tu wchodzić w rachubę różnice rasowe, narodowościowe, oraz wpływy stanu kultury, higjeny i zamożności,—tak różne u nas w porównaniu z bliskimi sąsiadami.

Skoro przeto uznamy konieczność posiłkowania się wogóle normami rozwoju fizycznego, musimy konsekwentnie uznać niezbędną potrzebę zebrania materjału na terenie własnego państwa, bo tylko w ten sposób będziemy mogli oprzeć wypracowane normy na racjonalnych podstawach. Wiadomo nam zresztą, że nawet w granicach naszego państwa wypadnie nam uwzględniać odchylenia — zależnie

od charakteru zaludnienia naszych dzielnic kresowych (Kaszubi, Huculi i t. p.).

Przejdźmy teraz do omówienia sposobu zebrania danych liczbowych, dotyczących norm rozwoju fizycznego u dzieci w Polsce. Pomiary indywidualne, oparte na systematycznem mierzeniu tych samych dzieci w ciągu całego okresu rozwoju, mają dużą wartość, lecz nie mogą być przedmiotem działania zbiorowego; — na wyniki tych badań wypadłoby czekać jeszcze przeszło 20 lat.

W tej chwili przeto może być mowa wyłącznie o pomiarach masowych, dokonanych siłami zbiorowemi wśród możliwie dużej liczby dzieci.

Ze względu na to, że dla dzieci szkolnych zebrane zostały—jak wyżej nadmieniono—wartościowe dane liczbowe, chodziłoby przedewszystkiem o okres życia od urodzenia dziecka do 6-u lat włącznie.

Jakie pomiary powinny być dokonane? Za podstawowe uważamy w pedjatrji liczby, dotyczące wzrostu i wagi oraz wysokości ciemieniowo-siedzeniowej (CS, względnie Si według Pirquet'a), obwodu główki, klatki piersiowej—z tych 5 liczb podstawowych wyprowadzić można większość wskaźników rozwoju fizycznego.

Niestety, dokonanie tak szczegółowych pomiarów byłoby trudne do urzeczywistnienia; ponieważ zaś normy rozwojowe muszą być oparte na danych ścisłych, pomiarów dokonać należy bardzo sumiennie i dokładnie, co wymaga więcej czasu. Z konieczności zatem wypadałoby ograniczyć się do zebrania danych co do wzrostu i wagi, jak to już uczyniono dla dzieci szkolnych. Z innych pomiarów za najbardziej wskazany i niezbyt trudny do przeprowadzenia możnaby uznać obwód główki w pierwszym roku życia: obwód ten jak wiadomo, w ciągu pierwszego roku odpowiada ściśle wysokości ciemieniowo-siedzeniowej, daje on również pojęcie o wymiarach klatki piersiowej, łatwiej zaś wymierzyć obwód główki niż klatki piersiowej, lub wysokość ciemieniowo-siedzeniową.

Pomiary muszą być poprzedzone zebraniem najważniejszych wiadomości dotyczących wieku dziecka (z podaniem dnia urodzenia), narodowości rozwoju fizycznego, zawodu (względnie stanu majątkowego) obojga rodziców. Dane te obejmuje załączony projekt ankiety (Tabl. 1), która musiałaby być wydrukowana w odpowiedniej liczbie egzemplarzy i rozesłana zawczasu do punktów pomiarowych.

Co do czasu dokonania pomiarów, chodziłoby tutaj o zebranie danych w możliwie jednakowych warunkach, a więc jeśli nie w ciągu jednego dnia, to przynajmniej w ciągu jednego miesiąca. Pomiary

Serja.....

Miejscowość.....powiat.....

L. porz.....

Dane zebrał.....d.....kwietnia, maja 1932 r. .....
(nazwisko lub pieczęć badającego)

Dziecko.....w wieku.....lat.....mies. (skończonych) urodzone d.....
(imię i nazwisko)

mies.....roku.....miejscowość.....powiat.....

	Ojciec	Matka
Skąd pochodzi		
Gdzie mieszka		
Wyznanie		
Język ojczysty		
Zawód		
Zarobek tyg.		
Rozwój fizyczny i stan zdrowia		

Mieszka u ojca, matki, w zakładzie .....

..... chodzi do przedszkola od..... roku życia

Które dziecko.....(z bliźniąt, niedonoszone)

Ile dzieci żyje..... ile zmarło.....

Dziecko uważane przez rodziców za *mocne, średnie, słabe.* Chorowało *często, ciężko, lekko.*

Wady rozwojowe lub cechy choroby:

.....

.....

Waga w kg.	Wzrost w cm	Wysokość ciem. siedz.	Obwód głowy	Obwód klatki piers.	

szkolne zostały dokonane w ciągu 2-ch tygodni kwietnia r. 1930, dla pomiarów obecnych możnaby wybrać czas pomiędzy 15.IV a 15.V 1932 roku.

Kto ma dokonać pomiarów? Najłatwiej byłoby posiłkować się istniejącemi już organizacjami: a więc, dane o noworodkach dostarczone byłyby przez odnośne oddziały w klinikach, w szpitalach czy zakładach położniczych, dane zaś co do dalszych okresów zebrałyby tak zw. Ośrodki Zdrowia wzgl. Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem, wchodzące w skład tych Ośrodków, lub też Stacje oddzielne, a wreszcie zakłady opiekuńcze i sierocińce.

O ile jednak z zakładów położniczych korzystają dziś prawie równomiernie różne warstwy ludności, o tyle materjał, zebrany w Ośrodkach Zdrowia i na Stacjach Opieki mógłby być zbyt jednostronny. Zadaniem naszem byłoby zatem odwołać się drogą odezw do wszystkich warstw społeczeństwa i zachęcić najszerszy ogół do wzięcia udziału w akcji, której wyniki będą wszak miały znaczenie dla całego społeczeństwa.

Przechodzę do konkretnego przedstawienia całkowitego planu akcji:

1. IV Zjazd Pedjatrów Polskich we Lwowie uchwala konieczność dokonania pomiarów i poleca przeprowadzenie tej akcji zarządowi centralnemu Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

2. Zarząd Centralny Polsk. Tow. Pedjatrycznego:

a) przedstawia władzom państwowym w Warszawie szczegółowy memorjał w sprawie pomiarów i zyskuje dla akcji powyższej poparcie moralne i materjalne (subwencje Departamentu Zdrowia, Min. Pr. i Op. Społ., oraz Min. W. R. i O. P. Publicz. — Przedszkola).

b) Zwołuje w Warszawie posiedzenie z udziałem antropologów w celu uzyskania ich opinji co do tego, jakie dzielnice (powiaty, gminy, miejscowości) zasługują na szczególne uwzględnienie ze względu na charakter i zaludnienie.

c) Tworzy przy współudziale swych członków zamiejscowych Ośrodki do badania rozwoju fizycznego w Polsce.

d) przygotowuje dla utworzonych Ośrodków szczegółowe instrukcje w sprawie dokonania pomiarów.

Dalszą akcję przeprowadzają już same ośrodki, które należałoby stworzyć: w 5 miastach uniwersyteckich — pod kierunkiem dyrektorów klinik, w Katowicach, Lublinie i Łodzi — pod kierunkiem lekarzy naczelnych tamtejszych szpitali dziecięcych — ogółem 8.

Kierownicy ośrodków pomiarowych objęliby dzielnice, odpowiadające terenom działalności Izb Lekarskich, a mianowicie:

Klinika Dziecięca U. W. — m. Warszawę, woj. Warszawskie i Białostockie. Klinika Dziecięca U. Jag. — woj. Krakowskie i woj. Kieleckie. Klinika Dziecięca U. J. K. — woj. Lwowskie, Stanisławowskie i Tarnopolskie. Klinika Dziecięca U. S. B. — woj. Wileńskie, Nowogródzkie i Poleskie. Klinika Dziecięca U. P. — woj. Poznańskie i Pomorskie. Szpital Anny Marji w Łodzi — woj. Łódzkie. Szpital Dziec. Jezus w Lublinie — woj. Lubelskie i Wołyńskie. Szpital w Katowicach — woj. Śląskie.

Kierownicy poszczególnych ośrodków otrzymają od Zarządu Centralnego szczegółowe instrukcje w sprawie przeprowadzenia pomiarów, wykaz miejscowości, na jakie mają zwrócić szczególną uwagę (według opinji antropologów), odezwy do ludności oraz pisma Zarządu P. T. P. do odnośnych Wojewodów z prośbą w wydanie odnośnych poleceń Urzędom Wojewódzkim, w szczególności Urzędowi Zdrowia oraz Wydziałom Opieki Społecznej w sprawie pomocy i współdziałania w przeprowadzeniu akcji pomiarowej, Kierownik każdego ośrodka w porozumieniu z odnośnemi urzędami Wojewódz-

kiemi oznacza zgóry miejscowości, w których będą przeprowadzone pomiary, biorąc pod uwagę, prócz wymienionej wyżej opinji antropologów, techniczne ułatwienie, jakie dać mogą działające na danym terenie organizacje opiekuńcze: lekarzy, prowadzących Stacje Opieki personel tych Stacyj, środki techniczne (wagi, wzrostomierz) oraz sam lokal Stacyj lub Ośrodków Zdrowia.

Organizacje istniejące (Ośrodki Zdrowia, Stacje Opieki) przeprowadziłyby pomiary samodzielnie— dla przeprowadzania pomiarów byłyby jednak wyznaczone odrębne dnie i godziny, poza godzinami zwykłej pracy.

Do miejscowości, nie posiadających Stacyj lub Ośrodków Zdrowia, w szczególności do wsi, osad i miasteczek byłyby skierowane „kolumny pomiarowe", składające się z lekarza i higjenistki i zaopatrzone w środki techniczne — lokalu i pomocy tym kolumnom udzielaliby nauczyciele szkół powszechnych—po uzyskaniu zezwolenia M. W. R. i O. P. i odnośnych dyrektyw dla inspektorów szkolnych.

Kolumny pomiarowe pracowałyby w ciągu całego miesiąca, objeżdżając kolejno wyznaczone im zgóry miejscowości; liczba tych kolumn byłaby zależna od środków materjalnych, jakie byłyby do rozporządzenia; w układaniu planu pomiarów każdej dzielnicy chodziłoby bardzo o szersze uwzględnienie ludności wiejskiej, co będzie wymagało tworzenia liczniejszych kolumn, gdyż po wsiach naszych Stacje Opieki są jeszcze rzadkością.

Wypełnione druki składane są najpierw u Kierowników Ośrodków pomiarowych, którzy odsyłają je do Zarządu P. T. P.

Obliczenia mają być dokonane przez fachowe siły Głównego Urzędu Statystycznego w Warszawie według obecnych wymagań naukowych. Kartki — po obliczeniu będą zwrócone Pol. T-wa Pedjatrycznemu i przez nie przechowywane, jako materjał do dalszych prac i wniosków. Koszty obliczenia zależne będą od liczby kartek— jeżeli staniemy na przypuszczalnej liczbie 100.000; koszt ten wyniósłby około 15 tys. złotych; może Zarządowi Pol. T-wa Pedjatrycznego uda się uzyskać możność pokrycia kosztów obliczenia z funduszu, przeznaczonego na jednodniowy spis ludności, jaki ma się odbyć w grudniu r. b. — fundusz powyższy wynosi około 4 milj. zł. suma więc 15 tys. zł. nie uszczupliłaby go zbytnio.

Całkowity kosztorys akcji pomiarowej byłby trudny do ustalenia. Nasuwałoby się tutaj — podzielenie kosztu tej akcji pomiędzy władze centralne i miejscowe w ten sposób, ażeby poszczególne Ministerstwa (Min. Pracy i Op. Społ. Depart. Zdrowia Min. W. R. i O. P.) udzieliły subwencyj oraz wzięły na siebie drukowanie kartek,

odezw i plakatów, wreszcie dały lokale na punkty pomiarowe. Korespondencja, prowadzona przez Kierowników Ośrodków, może będzie zwolniona od opłaty pocztowej.

Przeprowadzenie pomiarów w poszczególnych Województwach obciążałoby władze miejscowe: gdyby każdy Wojewoda wyznaczył na ten cel z funduszów dyspozycyjnych po 2 tys. złotych, udałoby się uruchomić w każdem Województwie jedną kolumnę pomiarową, (lekarz pedjatra i higjenistkę), nabyć dla niej wagę ze wzrostomierzem i inne przyrządy oraz opłacić koszty podróży i 25 dni pracy kolumny. Opłata za pracę byłaby oczywiście bardzo skromna (przypuszczalnie 20 zł. dla lekarza, 10 dla higjenistki za 1 dzień pracy), personel ośrodków zdrowia i stacyj opieki musiałby dodatkową pracę swoją ofiarować bez wynagrodzenia, traktując sprawę jako jeden z licznych obowiązków społecznych, nakładanych na lekarzy i spełnianych przez nich z tak wielką ofiarnością.

Powodzenie akcji pomiarowej zależy przedewszystkiem od stopnia zainteresowania tą sprawą naszych pedjatrów — zarówno kierowników klinik i szpitali, jak lekarzy ośrodków i stacyj opieki, wreszcie tych lekarzy, którzy zgodzą się na wzięcie udziału w kolumnach pomiarowych. Akcja powyższa może przynieść pożądane rezultaty wtedy tylko, jeżeli wykonana będzie sprężyście a jednocześnie sumiennie i dokładnie — dlatego też Pedjatrzy polscy powinni ująć te sprawę w swoje ręce i wykonać ją z takiem poświęceniem, jakiego dawali dowody na wielu innych polach pracy społecznej.

Z tego powodu pozwoliłem sobie poruszyć tę sprawę na Zjeździe i proszę o uchwalenie wniosków następujących:

IV Zjazd Pedjatrów Polskich, uznając konieczność zebrania danych liczbowych, dotyczących wagi i wzrostu, względnie innych pomiarów, dających pojęcie o przeciętnym rozwoju fizycznym dzieci w Polsce, uchwala:

a) gorąco polecić Zarządowi Centralnemu Pol. Tow. Pedjatrycznego przeprowadzenie szerokiej i planowej akcji pomiarów wśród dzieci od noworodków do 6-ciu lat włącznie,—po uzyskaniu dla tej sprawy najdalej idącej pomocy ze strony władz państwowych i samorządowych.

b) IV Zjazd Pedjatrów Polskich zwraca się do Kierowników Klinik i Szpitali Dziecięcych, do ogółu pedjatrów i lekarzy, pracujących na polu opieki społecznej, z gorącym apelem o poparcie akcji pomiarowej przez przyjęcie w niej udziału i dokonanie tej żmudnej pracy z jaknajwiększą sumiennością i dokładnością.

Z Kliniki Dziecięcej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik Prof. Dr. *Wacław Jasiński.*

Z kliniki duru rzekomego niemowląt i małych dzieci.

Dr. A. TRUSIEWICZÓWNA i Dr. E. GERLÉE.

Dur rzekomy u niemowląt i dzieci małych ma przebieg różnorodny i wielopostaciowy. Jak wiadomo, rozpoznanie duru rzekomego w wieku dziecięcym opieramy przeważnie na wyniku dodatkowych badań klinicznych — posiewach krwi, stolców i moczu oraz próbach serologicznych — odczyny zlepne z różnemi odmianami prątków paratyfusowych.

U niemowląt i dzieci małych i te próby częstokroć zawodzą pomimo zespołu objawów klinicznych, cechujących schorzenia paratyfusowe. Do ustalenia rozpoznania, które w przypadkach podobnych stawiać możemy jedynie z największem prawdopodobieństwem, dopomaga obserwacja szpitalna, która wskazuje, że w pewnych okresach zaburzenia żołądkowo-jelitowe u niemowląt mają szczególny przebieg, nie poddają się łatwo leczeniu dyetetycznemu, a niekiedy dają wyraźnie zwiększoną śmiertelność (B r o k m a n). Obserwacje podobnych przypadków powinny przedewszystkiem nasunąć myśl o schorzeniach paratyfusowych, które w wielu razach trudno jest odróżnić od zwykłych zaburzeń trawiennych.

Mieliśmy możność spostrzeżenia w Klinice Dziecięcej U. S. B. szeregu przypadków, w których dłuższa obserwacja lub badania serologiczne kazały nam zatrzymać się na rozpoznaniu duru rzekomego.

Trudności, jakie powstały przy rozpoznawaniu tych schorzeń u niemowląt i małych dzieci, skłoniły nas do przedstawienia w pracy niniejszej materjału klinicznego pomimo, że jest on dość szczupły.

Zanim jednak przystąpimy do omówienia tego materjału, pragniemy podać w skróceniu charakterystykę poszczególnych postaci schorzeń paratyfusowych ze szczególnem uwzględnieniem przebiegu durów rzekomych u dzieci małych i niemowląt.

W znanych dotychczas postaciach schorzeń paratyfusowych według S c h o t t m ü l l e r a i innych autorów dadzą się wyodrębnić grupy następujące:

1. Paratyphus abdominalis—postać durowa.
2. Gastro-enteritis abdominalis—postać żołądkowo-jelitowa.
3. Cholera nostras paratyphosa—postać toksyczna.

4. Sepsis paratyphosa—postać septyczna z objawami zakażenia ogólnego lub miejscowego (ropnie rozsiane).

Czasem występują postaci mieszane, jak również w przebiegu choroby jedna postać może przechodzić w inną. Niekiedy bakterje paratyfusowe mogą wywołać inne schorzenia jak: pyelitis, cholangitis, meningitis serosa lub ropne.

Pokrótce omówimy każdą z powyższych postaci.

1. Paratyphus abdominalis — postać durowa.

Okres wylęgania trwa od 5—10 dni, początek jest ostry z dreszczami, wysoką ciepłotą, objawami durowemi. Gorączka nie ma charakteru typu stałego, krótko utrzymuje się na pewnej wysokości, dając wahania, ma skłonność do zwolnień, w przeciwstawieniu do gorączki stałej, jaką mamy w durze brzusznym. Ciepłota spada stopniowo, niekiedy w ciągu paru dni, dużemi skokami po parę stopni, aż do spadku poniżej normy. Czasem wahania gorączkowe ze skłonnością do zwolnień trwają parę tygodni, a nawet miesięcy. Do najczęstszych objawów klinicznych należą bóle brzucha, stolce zaparte, rzadziej biegunki. Czasem uderza apatja, niekiedy paratyfus B przebiega z zamroczeniem i wielkim niepokojem. Często spotykamy opryszczkę wargową, a objawem charakterystycznym jest różyczka z plamkami wielkości łebka szpilki o lekko brunatnym odcieniu. Co do częstości występowania różyczki zdania są podzielone: jedni autorzy nie obserwowali jej wcale, inni zaś spotykali ją często. Schottmüller mówi, że różyczka może pokrywać cały tułów, nawet owłosione części głowy. Różyczka niekiedy może być podobna do wysypki odrowej. Opisywano wysypkę, której plamki były wielkości monety (grosza, a nawet złotówki). Czasem znajdowano w wykwitach różyczkowych laseczniki paratyfusowe. Drogą naczyń chłonnych bakterje przedostają się do przestrzeni limfatycznych skóry i wywołują zmiany, przejawiające się w postaci wyżej opisanych plamek. Wysypka występuje w końcu pierwszego tygodnia, czasem wcześniej, ponieważ ogólne zakażenia w infekcjach paratyfusowych szerzą się szybciej, niż w durze brzusznym (Hirsch). Schottmüller obserwował zjawianie się różyczki w pierwszym dniu lub w okresie zdrowienia. Różyczka ustępowała przeciętnie po 10 dniach. Lehmann opisywał znikanie różyczki w poszczególnych przypadkach dopiero po trzech tygodniach. Powiększenie śledziony niezawsze spotykamy. Lentz stwierdzał je dość często, lecz powiększenie to trwało krótko; według Langera obrzęk śledziony bywa stosunkowo niewielki. Odczyn dwuazowy często wypada ujemnie.

2. Gastro-enteritis typhosa—postać żołądkowo-jelitowa.

Postać ta częściej występuje u dzieci niż u dorosłych po krótkim okresie wylęgania (nawet po 8 do 40 godz.). Początek choroby bywa ostry, z wysoką temperaturą, która szybko spada; następują bóle brzucha, wymioty i biegunki. Stolce, początkowo kaszkowate, przybierają później charakter płynnych, bywają cuchnące, żółte lub zielone, czasem ze śluzem i z nieznaczną ilością krwi, co naprowadza na myśl o czerwonce, zwłaszcza, gdy wypróżnienia są połączone z parciem. Częstość stolców może być znaczna. Język jest suchy, obłożony, brak zupełny apetytu, głos matowy, zachrypnięty. Naogół obraz kliniczny bywa zmienny, objawy są mało zaznaczone, przebieg często lekki. W ciężkich przypadkach są obecne wymioty, które mogą uporczywie powracać, niekiedy występuje czkawka, obfite pocenie się, ogólne osłabienie.

Temperatura w lekkich przypadkach podnosi się niewiele, w ciężkich może dochodzić do 40°, nie ma charakteru stałej i spada powoli. Tętno przyśpieszone, nie odpowiada temperaturze. Brzuszek wzdęty, wrażliwy na dotyk. Śledziona niezawsze bywa powiększona. Ilość moczu zmniejsza się, następuje białkomocz, odczyn dwuazowy zwykle jest dodatni (J o n s c h e r). Bywa tu również opryszczka wargowa (herpes). Niekiedy występuje wysypka podobna do pokrzywki lub wysypki odrowej, co zależy od toksycznego działania laseczników paratyfusowych. Jednym z objawów toksycznych są tu obfite wybroczynki na skórze i śluzówkach. Przebieg choroby może być krótkotrwały 2 — 8 dni lub też dłuższy 15 — 20 dni z następczą powolną poprawą.

3. Cholera nostras paratyphosa — postać toksyczna.

Postać tę najczęściej obserwujemy w letnich upalnych miesiącach. W przebiegu swym jest ona podobna do ostrego zatrucia (stąd nazwa cholera nostras). Początek nagły, choroba występuje szybko po spożyciu produktów, zawierających zarazki. Stolce tracą swój wygląd kałowy, podobne są do szarej, brudnej wody z nieznaczną domieszką śluzu. Pod wpływem wybitnego działania toksyn i znacznej utraty wody chorzy giną prędko. Temperatura początkowo podnosi się do 40—41°, następnie spada, czasem szybko—nawet po paru godzinach, do normy lub poniżej normy i taka pozostaje do zgonu. Tętno staje się nitkowate, szybkie, oczy tracą swój blask i są głęboko wpadnięte, cera — sinicza, skóra zimna, sucha. Ilość moczu znacznie się zmniejsza, lub znika (bezmocz): kurcze w łydkach i różnego ro-

dzaju parestezje męczą chorego. Ogólne osłabienie bardzo szybko wzrasta, chorzy już w pierwszych godzinach leżą bezwładnie, biegunki ustępują, serce zaś ulega rozszerzeniu i przy objawach osłabienia mięśnia sercowego następuje śmierć.

4. Sepsis paratyphosa — postać septyczna.

Zarazek paratyfusowy może wywołać u człowieka pierwotną lub wtórną posocznicę, zakażenie mieszane oraz miejscowe sprawy zapalne i ropienia. Początek podobny jest do postaci żołądkowo-jelitowej, lecz przebieg kliniczny bywa znacznie cięższy, na skórze występują liczne wybroczyny.

Drogą rozsiewania zarazków we krwi (bacteriaemia) często mogą występować powikłania ze strony różnych narządów jak: cystopyelitis, cholangitis, hepatitis, meningitis, angina, owrzodzenia na śluzówce jamy ustnej, nieżyty dróg oddechowych. Obserwowano również podrażnienie wyrostka robaczkowego, lub nawet appendicitis, co prowadziło do zabiegu operacyjnego. Lehmann opisał przypadki ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w paratyfusie B. Często spotykamy powikłania w postaci zapalenia nerek, zapalenia płuc, schorzenia kręgów i stawów. Toksyny paratyfusowe zmiennie zachowują się względem układu nerwowego: niekiedy występują bóle głowy, bóle w stawach lub w kończynach, świadomość jest zachowana, czasem upośledzona, w ciężkich przypadkach działanie toksyn może wywołać znaczny niepokój (delirium), drgawki toniczne i kloniczne. Zdarzają się i opuszkowe objawy, jak utrudnione połykanie, opadnięcia powieki, wadliwa akomodacja i t. d. Czy można zaliczyć te wszystkie objawy do obrazu schorzenia paratyfusowego jest rzeczą wątpliwą; może tu mieć miejsce zakażenie mieszane (Jochman).

Postaci mieszane.

Niekiedy zdarzają się epidemje, podczas których wymienione wyżej postaci duru rzekomego, przechodzą jedna w drugą: zaczyna się od jednej postaci i kończy na innej. Dlaczego ta sama infekcja paratyfusowa wywołuje raz taką, a innym razem inną postać, sprawa ta dotychczas nie została wyświetlona, zależy to prawdopodobnie od warunków, jakie znajdują prątki dla swego rozwoju w jelitach (Jochman). Zależeć to może również od sposobu zakażenia. Jeśli zakażenie nastąpi przez spożycie produktów zakażonych, występuje częściej postać żołądkowo-jelitowa (gastro-enteritis paratyphosa), ponieważ na pierwszy plan wysuwa się tutaj działanie jadów bakteryj-

nych; zakażenia zaś od chorego lub nosicieli, przedostanie się samej bakterji daje postać durową (Jonscher). Każde zaburzenie jelitowe z gorączką, trwające dłużej niż 2 — 3 tygodnie, a rozpoczynające się dreszczami należy traktować jako infekcję paratyfusową (Vries Robles).

Obraz Krwi.

Zdania różnych badaczy są podzielone: Langer podkreśla znaczenie rozpoznawcze obrazu krwi, Nägel obserwował powiększenie liczby leukocytów, a czasem leukopenję lub limfopenję i tłumaczy to porażeniem szpiku kostnego pod wpływem toksyn paratyfusowych. Jedni autorzy przypuszczają, iż obraz krwi podobny jest do tyfusowego, inni uważają, że leukocytoza występuje częściej, niż dotąd myślano. Lehmann podaje, iż w 9 przypadkach na 12 znajdował leukocytozę (nawet do 20.000). Löffeld również znajdował leukocytozę—najwyższą 24.000, przeciętnie 16.000. W przypadkach postaci durowej (paratyfus abdominalis) częściej występuje wyraźna leukocytoza i przesunięcie krwi na lewo. Jochman zaś uważa, że krew wykazuje te same zmiany co i w durze brzusznym: leukopenja, względna limfocytoza. Jak widzimy, dane dotyczące zmian krwi w schorzeniach paratyfusowych, są bardzo różnorodne i rzadko możemy opierać się na obrazie krwi przy rozpoznaniu.

Badania serologiczne i bakterjologiczne.

Niektórzy autorzy sądzą, że u niemowląt w pierwszych miesiącach życia odczyny zlepne nie występują, ponieważ niemowlęta nie są zdolne do wytwarzania przeciwciał. Bywa to niekiedy i u dorosłych. Schmidt sądził, że miarodajna jest aglutynacja 1 : 50, jednak większość autorów uważa, że odczyn zlepny posiada znaczenie w rozcieńczeniu przynajmniej 1:100. Voigt mówi, że odczyn Widala występuje tylko w pierwszych dniach, najczęściej w końcu pierwszego tygodnia. Zdolność aglutynacyjna surowicy szybko zanika, zwykle w ciągu kilku tygodni (Jonscher). Aglutynacja nie jest tak miarodajna jak posiew krwi (Kleinschmidt). Krew zawiera zarazki tylko w pierwszych dniach choroby. Posiewy z krwi dają w pierwszym tygodniu 80% dodatnich wyników, w drugim tygodniu tylko 33%. Ujemny wynik badań bakterjologicznych nie wyklucza duru rzekomego, dodatni zaś wobec rozpowszechnienia tych zarazków, ich częstej obecności w kale nawet u osób zdrowych lub dotkniętych inną chorobą, należy przyjmować również krytycznie i przypisywać za-

razkom tym znaczenie etjologiczne tylko wtedy, o ile nie przeczy to objawom klinicznym (Jonscher). Konrich w 70% znajdował bakterjemję oraz bakterje w kale, w moczu zaś tylko w pojedyńczych przypadkach. Bakterje z kału znikają po ustąpieniu objawów żołądkowo-jelitowych. Wykrycie prątków paratyfusowych w dużych ilościach przemawia za paratyfusem (Kleinschmidt). Znajdowano bakterje paratyfusowe również w wykwitach różyczki (Finkelstein).

Epidemjologja.

Prątki paratyfusowe dostają się do przewodu pokarmowego przez jamę ustną z zanieczyszczonem mlekiem lub jego przetworami oraz mięsem, kiełbasą lub konserwami; obecność białka w tych środkach spożywczych jest dobrą pożywką dla zarazków paratyfusowych. Produkty te mogą być zakażone pierwotnie, gdy zarazki pochodzą od chorego zwierzęcia, lub też ulegają zanieczyszczaniu przez chorych lub nosicieli. Voigt i Löffeld podają, że matki chore na dur rzekomy zakażały dzieci przez własne mleko. Bakterje tego duru mogą przebywać w ustroju nosicieli, jako saprofity, choć ludzie ci nigdy na paratyfus nie chorowali. Szczepów paratyfusu B jest dużo, jednak wiele z nich nie ma cech patogenetycznych, dopiero pod wpływem zmienionych warunków ustroju dokładnie nam nieznanych — stają się owe szczepy zjadliwe dla człowieka.

Anatomja patologiczna.

Dotąd nie ustalono zmian anatomiczno-patologicznych w schorzeniach paratyfusowych B. W postaciach żołądkowo-kiszkowych spostrzegamy śluzówki przekrwione, obrzmiałe, częściowo pokryte małemi wylewami, aparat grudkowy może być obrzmiały. Znajdujemy również w większym lub mniejszym stopniu obrzęk nabłonków, które są bardzo podobne do zmian w durze brzusznym. Według Schotmüllera niezawsze są powiększone gruczoły krezkowe. W przypadkach trwających dłużej stwierdzić można owrzodzenie kiszek i tłuszczowe zwyrodnienie narządów. W ostatnich latach zauważono, że paratyfus może wywołać w jelitach i gruczołach krezkowych zupełnie takie same zmiany, jak dur brzuszny.

Omówienie materjału własnego.

Po omówieniu najważniejszych danych, dotyczących kliniki durów rzekomych u niemowląt i dzieci małych, przechodzimy do przed-

stawienia naszego materjału, który datujemy od 1926 r.; do roku 1930 włącznie obserwowaliśmy 19 przypadków.

Podzieliliśmy nasze przypadki według nakreślonych wyżej postaci, w sposób następujący:

1. Postać durowa — przypadków 7.
2. „ żołądkowo-jelitowa — przypadków 11.
3. „ septyczna — przypadek 1.

Postać durową—widzieliśmy u 4 dzieci w wieku od 2 do $2^1/_2$ lat, w 2-ch przypadkach u dzieci do 7-miu lat, a jeden przypadek dotyczył chłopca 12-letniego.

We wszystkich tych przypadkach początek był nagły, z temperaturą wysoką do 39^0 (jeden do 40^0), czas trwania ciepłoty wynosił od 12 — 20 dni. W 2-ch przypadkach temperatura miała charakter typu stałego, zaś w 5-ciu przypadkach występowały duże wahania, które są bardzo właściwe tej postaci chorobowej, jak to podaje wielu autorów. Ogólny stan w 5-ciu przypadkach był dobry, bez żadnych objawów ze strony układu nerwowego, w 2-ch przypadkach wystąpiły objawy oponowo-mózgowe.

Śledzionę wymacaliśmy w 5-ciu przypadkach, niebolesną; różyczka była stwierdzona w 4-ch przypadkach, w jednym zaś przypadku mieliśmy wysypkę wielopostaciową: obok pojedyńczych dużych plam, wielkości monety groszowej, występowały zwykłe małe wykwity różyczkowe.

Widal (odczyn zlepny) we wszystkich przypadkach wypadł dodatnio dokonywany od 10—16 dnia choroby, dając wynik w rozcieńczeniu od 1:200 do 1:800. Odczynu dwuazowego nie stwierdziliśmy w żadnym przypadku. We wszystkich przypadkach występowała skłonność do zaparcia.

Krew. W 3-ch przypadkach leukopenja 4200 — 5800, 2 przypadki dały liczbę białych ciałek normalną: w 2 przypadkach wystąpiła nieznaczna leukocytoza 10 tys. do 13.800. Aneozynofilja w 4-ch przypadkach. Przesunięcie obrazu obojętno-chłonnego w lewo było zależne od stanu chorego, aż do występowania myelocytów w przypadkach ciężkich.

Ze spostrzeganych przez nas przypadków postaci durowej zasługuje na szersze uwzględnienie przypadek następujący: dziewczynka M. W. Nr. 671, w wieku 1 rok i 6 miesięcy, przybyła w stanie nieprzytomnym w 4-tym tygodniu choroby, która rozpoczęła się stopniowo: upośledzonem łaknieniem, płynnemi stolcami; w 3-cim

tygodniu choroby straciła przytomność, drgawek nie było, temperatura przez cały czas choroby podniesiona.

Stan obecny. W klinice stwierdzono: dziecko w stanie nieprzytomnym, ropotok z obu uszu, objaw karkowy — dodatni, tętno 120 miarowe, tony serca głuche. W obu płucach zmiany oskrzelowe. Wątroba duża, śledziona niemacalna, ropomocz. Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego wzmożone 45, zmian zapalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym nie stwierdzono. Temperatura w klinice w ciągu pierwszych 10 dni wahała się od 38—39°, następne 10 dni dały stan podgorączkowy, poczem temperatura do wypisania utrzymywała się w granicach normy. Leukocytoza 9 tys. Posiew z krwi jałowy. Odczyn zlepny z prątkami paratyfusu B. wystąpił w 33 i 35 dniu choroby w rozcieńczeniu 1:800. Z moczu wyhodowano pałeczki paratyfusowe B. Przytomność wróciła w 52 dniu choroby. Dziecko wypisano w stanie dobrym.

2. **Postać żołądkowo-jelitowa** (gastro-enteritis paratyphosa).

Z pośród materjału, jaki obserwowaliśmy u niemowląt w 1929 i 1930 roku mieliśmy 11 przypadków tej postaci. Początek choroby w naszych przypadkach był przeważnie nagły. Temperatura miała charakter typu nieokreślonego, w poszczególnych przypadkach stwierdzaliśmy duże wahania ciepłoty, były zaś pojedyńcze przypadki o małych wahaniach. Dominującym objawem były zaburzenia żołądkowo-jelitowe, wymioty skąpe, w początku choroby. Obfite stolce ze śluzem i domieszką ropy. W 6-ciu przypadkach notowaliśmy stolce z krwią, w 3-ch z krwią i ropą. Łaknienie było bardzo upośledzone. W miarę pogarszania się ogólnego stanu, wzmagały się wymioty, oraz wzrastała liczba stolców, niekiedy stolec skąpy co chwila. Często obserwowaliśmy wybitny spadek wagi, zwłaszcza w końcowym okresie choroby, obrzęki notowaliśmy tylko 1 raz. Występowało też pewne zamroczenie zwłaszcza w ciężkich przypadkach; w 5-ciu przypadkach zauważyliśmy wybroczyny. Mocz: białkomocz w 5-ciu przypadkach, ropomocz—w 5-ciu przypadkach. Krew: znaczna leukocytoza od 12.300 do 55.200. Obraz Schillinga: najczęściej przewaga limfocytów, w pojedyńczych tylko przypadkach — leukocytów, przesunięcie wzoru na lewo — w 4-ch przypadkach aneozynofilja w 3-ch przypadkach. Odczyn Widala we wszystkich przypadkach ujemny, nawet w tych, gdzie inne badania laboratoryjne potwierdziły obecność paratyfusu B. Odczyn dwuazowy również ujemny.

Te przypadki, w których próby laboratoryjne wypadły ujemnie (w 7-miu przyp.), zaliczamy jednak do schorzeń paratyfusowych B postaci żołądkowo-jelitowej — opierając się na analogicznym obrazie klinicznym z przypadkami, w których powyższe próby dały wyniki dodatnie, jak równiez i na tem, że przypadki wystąpiły w tym samym czasie. Badania anatomiczno-patalogiczne: w naszych przypadkach dawały obrazy podobne do opisywanych w piśmiennictwie. W 2 przypadkach, w których próby bakterjologiczne i serologiczne nie stwierdziły paratyfusu, w badaniu pośmiertnem mieliśmy nast. obraz anatomiczno-patologiczny: powiększenie śledziony, nacieczenie i przekrwienie śluzówki jelit cienkich, jak również obrzmienie skupień grudkowych Peyera, oraz powiększenie gruczołów krezkowych, taki sam obraz mieliśmy u dziecka, u którego we krwi wykryliśmy paratyfus B.

W naszych przypadkach możemy doszukać się pewnego podobieństwa do kategorji przypadków opisywanych przez Brokmana*). Co do przebiegu klinicznego, to w naszym materjale śmiertelność była mniejsza i łagodniejsze objawy; poza stwierdzeniem tego faktu nie możemy zresztą wyprowadzać stąd żadnych wniosków, gdyż liczba przypadków jest zbyt mała. Co się tyczy etjologji, to Brokman znajdował we krwi chorych niemowląt przeważnie paratyfus A i C, w naszym materjale zaś wykrywaliśmy paratyfus B.

Rokowanie, jak wskazują liczby, było dość poważne, w postaci żołądkowo-jelitowej stwierdziliśmy w naszym materjale na 11 przypadków 5 śmiertelnych.

W piśmiennictwie spotykamy się z opisem poszczególnych przypadków paratyfusu B, gdzie na pierwszy plan występują objawy oponowo-mózgowe, które utrzymują się podczas całego przebiegu choroby, takie przypadki traktowane są jako meningoencephalitis paratyphosa B.

Leczenie: djetyczne pożądanych wyników nie dawało. Zastrzykiwanie krwi było również bez wpływu. Stosowano środki nasercowe, glukozę, sól podskórnie, cylotropinę.

Na zakończenie pozwalamy sobie raz jeszcze zwrócić uwagę, że zgodnie z poglądami, jakie spotykamy w piśmiennictwie, nie mamy zupełnie pewnych wytycznych do rozpoznania paratyfusu B, zwłaszcza postaci żołądkowo-jelitowej: bowiem badania serologiczne i bakterjologiczne zawodzą.

*) „Epidemja choroby zakaźnej spostrzeganej wśród dzieci najmłodszych o charakterystycznym obrazie klinicznym". Warsz. Czas. Lek. Nr. 26 1928 r.

Krew i badania anatomiczno-patologiczne nie mają jeszcze ustalonego obrazu, to też główny nacisk powinniśmy kłaść na przebieg kliniczny jako najbardziej skrystalizowany obraz cierpienia paratyfusowego. Zgadzamy się przeto ze zdaniem innych badaczy, że każde schorzenie żołądkowo-kiszkowe u niemowląt i małych dzieci trwające dłużej, z temperaturą, z uporczywemi wymiotami, oraz spadkiem wagi, traktować należy jako infekcję paratyfusową tej lub innej grupy; w takich niepewnych przypadkach należałoby wypróbować leczenie wieloważnemi surowicami i szczepionkami.

Wnioski:

1. Dur rzekomy u niemowląt i dzieci małych występuje w różnych postaciach—najczęstsze są: postać durowa i żołądkowo-jelitowa.

2. Objawy kliniczne, na których opieramy rozpoznanie u dzieci starszych, są u niemowląt i małych dzieci niepewne:

a) odczyn dwuazowy nie ma znaczenia rozpoznawczego.

b) powiększenie śledziony częściej występuje w postaci durowej, natomiast rzadziej w postaci żołądkowo-jelitowej.

c) wysypka w postaci durowej występuje w większości przypadków, w postaci żołądkowo-jelitowej rzadko daje się spostrzegać.

d) obraz krwi w postaciach durowych daje zmiany podobne, jak w durze brzusznym, w postaci żołądkowo-jelitowej występuje leukocytoza.

3. W schorzeniach paratyfusowych o postaci durowej badania serologiczne wypadają często dodatnio, zaś w postaci żołądkowo-jelitowej badania powyższe zawodzą.

Rozpoznanie: Rozpoznanie w postaci durowej opieramy przeważnie na wyniku dodatkowych badań klinicznych, posiewach z krwi, stolców i moczu oraz próbach serologicznych — odczyny zlepne z różnemi odmianami prątków paratyfusowych. Próby powyższe w danej postaci wypadają przeważnie dodatnio. W postaci zaś żołądkowo-jelitowej badania te często zawodzą — opieramy wtedy nasze rozpoznania na wyniku obserwacji klinicznej.

Rokowanie: Rokowanie duru rzekomego jest poważne, zwłaszcza w postaci żołądkowo-jelitowej.

Piśmiennictwo.

1. Jochman G. Lehrbuch der Infektionskrankheiten S. 72. Paratyphus u. Infektionen der Paratyphusbazillen. 2. Kleinschmidt H. Dr. Prof. Paratyphus B. 3. Otto Kleiner. „Zur Frage der Paratyphuserkrankung im Säuglingsalter". Arch. f. Kinderheilk. Bd. 82. S. 1. 4. Hamilkar Wide v. Wildemann. „Paratyphus im Keindesalter". Arch. f. Kinderheilk. B. 82. S. 53. 5. Voigt. O. „Beobachtungen von Paratyphus B. Erkrankungen bei Neugebore-

nen". Monatschr. f. Kinderheilk. Band 23. S. 23. 6. Mendelssohn A. „Über Paratyphus im Säuglingsalter". Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 28. S. 348. 7. Schmidt. Waldemar. „Uber Paratyphus im frühen Kindesalter". Zeitschr. f. Kinderh. Bd. 39. S. 681. 1925. 8. Blühdorn K. „Uber Typhus u. Paratyphus im Säuglings und Kindesalter". Fortschr. d. Med. Jg. 45. Orig. Sonderh. S. 56. 9. Artom Gustavo. „Uber einen Fall von Meningoencephalitis durch Paratyphus B.". Zentrallbl. f. die gesamt. Kinderh. B. 15. S. 216. 10. Hage. „Beobachtungen bei Erkrankungen durch Paratyphus B.". (Schottmüller Bacillen) und durch Fleischvergifter (Breslau-Bacillen). Zentralbl. f. die Gesamt. Kinderheilk. B. 18. S. 364. 11. Vries Robles. S. B. Einige Fälle von Paratyphus B. bei Kindern. Zentrallbl. f. die Gesamt. Kinderh. B. 9. S. 479. 12. Schottmüller H. „Die typhosen Erkrankungen". Mohr-Staehelin. Handbuch der Inner. Med. 2. Aufl. 1925. I B. II T. S. 1168. 13. Brokman H. „Epidemja choroby zakaźnej spostrzeganej wśród dzieci najmłodszych, o charakterystycznym obrazie klinicznym". Warsz. Czas. Lek. N. 26. 1928 r. Str. 591. 14. Jonscher K. Dur brzuszny u dzieci. 15. Brokman H. „Dury rzekome". Podręcznik chorób zakaźnych. Zeszyt 6. 1924. Książnica Polska, Lwów.

T. WĄSOWSKI i A. LIBO (Wilno).

Ciało obce w oskrzelu, zalegające tam przez czas dłuższy.

Przykładem tego, jak nieraz ciało obce w oskrzelach może objawami przypominać różne cierpienia płuc i nie być wobec tego długo rozpoznane, niech służy następujący przypadek. Chora 62 lat, cierpiąca od dłuższego czasu na cukrzycę, podaje, że przed sześciu miesiącami zakrztusiła się przy jedzeniu zupy. Zjawił się kaszel, który jednak nie dokuczał jej zbytnio, gdyż dopiero po miesiącu zwróciła się do lekarza. Rozpoznano wówczas nieżyt oskrzeli, zalecono bańki, miksturę wykrztuśną, oraz leczenie insuliną wobec dużej ilości cukru w moczu. Po dłuższym czasie, gdy kaszel nietylko nie uspakajał się, lecz po nocach nie dawał chorej spać (zwłaszcza przy leżeniu na prawym boku), zgłosiła się ona ponownie do swego lekarza. Prześwietlenie klatki piersiowej promieniami Roentgena nie wykazało szczególnych zmian, badanie zaś fizykalne płuc wzbudziło podejrzenie dychawicy oskrzelowej. Zastosowane leczenie nie dało jednak pożądanych wyników, uśmierzając tylko na krótki czas męczący kaszel. Chora po pewnym czasie udała się do innego lekarza, który na podstawie badania fizykalnego i uporczywego trwania cierpienia zwrócił uwagę rodziny na możliwość sprawy gruźliczej i zale-

cił dłuższy pobyt na wsi. Jednak i to nie pomogło. Do uprzednich objawów dołączył się jeszcze przykry zapach z ust. Trzeci lekarz, do którego chora się zwróciła, wobec wybitnie dźwięcznego charakteru kaszlu oraz braku większych zmian w płucach skierował ją do laryngologa.

Badanie chorej, przeprowadzone przez nas, wykazało: chora dość otyła, dobrze odżywiona, kaszle napadowo; kaszel suchy, dźwięczny, przypomina charakterem krztuścowy. Przy kaszlu ból w prawej połowie klatki piersiowej. Tętno 72, miarowe; ciepłota normalna, chora podaje jednak, że nieraz miewa stan podgorączkowy — do 37,3 — 37,4. Pod prawą łopatką na przestrzeni ok. 10 ctm.^{2} wypuk z odcieniem pudełkowym, oddech wybitnie zaostrzony (przypomina szmer piłowania). Właściwych rzężeń brak. Roentgenogram klatki piersiowej wykazuje: cienie wnękowe wzmożone, gruczoły powiększone, liczne smugi w dolnej części pola płucnego; serce leży poziomo, cień dużych naczyń, szczególnie łuku aorty, znacznie zwiększony. Obecności ciała obcego nie wykazano. Wykonana dnia następnego bronchografja wykazała tuż w miejscu podziału prawego oskrzela owalną przestrzeń wypełnioną płynem kontrastowym, wielkości dwugroszówki, o górnej linji zarysu pod postacią rozwartego ku górze kąta.

Zestawienie danych wywiadu, bezskuteczności dotychczasowego leczenia, charakteru kaszlu, wreszcie wyników bronchografji pozwoliło nam rozpoznać ciało obce w oskrzelu. Wykonana w znieczuleniu miejscowem bronchoskopja wykazała w prawem oskrzelu obecność kości, mocno wklinowanej i obrośniętej bujającą ziarniną. Po usunięciu kości kleszczykami pokazała się gęsta ropna wydzielina, którą chora z kaszlem oddała. Po zabiegu napady kaszlu znikły. Badanie chorej w cztery dni później wykazało zupełnie normalne stosunki w płucach.

Podane spostrzeżenie, zwiększając liczną statystykę ciał obcych w głębszych drogach oddechowych, uczy nas, że nie należy w przypadkach wątpliwych objawów płucnych zaniedbywać badania bronchoskopem, zabiegu stosunkowo niewinnego, gdyż często jedynie to badanie może nam dać wskazówki rozpoznawcze tam, gdzie inne metody badania zawiodły.

T. WĄSOWSKI und A. LIBO.

Ein Fall vom lange im Bronchus liegengebliebenen Fremdkörper.

Die Kranke W. F. 62 J. hat beim Essen der Suppe vor 6 Monaten einen Anfall vom Krampfhusten bekommen. Es folgte dann andauernder Husten, man hat Bronchitis, Asthma, Tuberkulose diagnostiziert. Jede Behandlung blieb aber erfolglos. Der Husten wurde immer anstrengender, so dass sie zuletzt—besonders auf der rechten Seite—nicht schlafen konnte. Die Temperatur wurde höher und es erschien foetor ex ore. Die Untersuchung der Kranken hat unter dem rechten Schulterblatt im Bereich etwa von 10 cm^2 tympanitischen Perkussionsbeiklang und verschärfte Atmung erwiesen. Die Bronchographie hat an der Teilungsstelle des rechten Bronchus einen mit Jodipin gefüllten Schatten, mit dem dreieckigen oberen Umriss gezeigt. Daraufhin wurde die Diagnose — Fremdkörper im rechten Bronchus — gestellt. Die Bronchoskopie hat die Diagnose bestätigt. Es wurde dann aus dem rechten Bronchus ein Knochen von der Grösse einer 2-groschen Münze herausgeholt, der stark eingekeilt und mit Granulationsgewebe umwuchert war. Die Operation verlief ohne Komplikationen. Der Husten ist verschwunden. Es tritt die völlige Genesung ein.

Z Miejskiego Szpitala Żydowskiego w Wilnie.

Dr. A. WIRSZUBSKI.

Przypadek ograniczonego zapalenia surowiczego opon mózgowych (meningitis serosa circumscripta).

Niedalekie jeszcze są czasy, gdy lekarze-neurolodzy, stykając się z chorymi, trapionymi cierpieniami mózgowemi, upodobniali się do biblijnej położnej, bezradnej, gdy w jej obecności konała położnica Rachela. Minęły tysiąclecia i pomoc akuszeryjna w codziennem obejściu wstąpiła na tory interwencji chirurgicznej. Na podobne tory wkroczyła neuropatologja dopiero od początku bieżącego stulecia.

Wzorowym przykładem znaczenia należytej pomocy w tym kierunku cierpiącym na schorzenia mózgowe służyć może niżej przytoczony przypadek. Chodzi o pannę 22 lat, cierpiącą na dolegliwości

mózgowe już trzeci rok. Według zeznania chorej cierpienie obecne miało powstać wkrótce po urazie głowy: chora spadła z konia i uległa stłuczeniu potylicowej części czaszki; mniej więcej w tydzień po tem zajściu zaczęła ona cierpieć na dręczące bóle głowy i wymioty. Z powodu tego cierpienia chora została ulokowana dnia 19 maja 1928 r., w Klinice Neurologicznej U. S. B., gdzie przebyła do 3-go sierpnia tego roku. Po wypisaniu z Kliniki Neurologicznej leczyła się ambulatoryjnie w Kasie Chorych. Dnia 14.VI 1929 r. ulokowano ją ponownie w Klinice Neurologicznej, skąd wypisała się 15 lipca 1929 r. bez żadnej poprawy.

Pod moją obserwację w Szpitalu Żydowskim chora dostała się poraz pierwszy d. 12.IX 1929 r.; przypuszczając nowotwór móżdżka, zdecydowałem poddać ją niezwłocznie zabiegowi chirurgicznemu. Tymczasem dowiedziałem się, że na mający się odbyć w Wilnie XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników oczekiwany jest również mistrz chirurgji mózgowej prof. P u u s e p p z Dorpatu, wobec czego postanowiłem prosić go o dokonanie tej operacji, co istotnie zostało zrealizowane dnia 28.IX 1929 r.

Zdając sobie dokładnie sprawę, że dawna zasada lekarska „bene curabitur qui bene diagnoscit" najbardziej jest odpowiednia w chirurgji mózgowej, uprzednio bardzo skrzętnie opracowałem zespół objawów klinicznych u wyżej wymienionej chorej.

Chora prawie bezustannie uskarża się na bóle głowy, które chwilami nasilają się wybitnie, niejednokrotnie wymiotowała, miewała kilka razy napady padaczkowe. Chora ujawnia wybitną bolesność przy opukiwaniu czaszki oraz kręgów szyjnych. Natomiast stwierdzono znieczulenie lewej połowy języka i w okolicy kręgów szyjnych. Źrenice są równomierne i na światło reagują. Lekki oczopląs poziomy przeważnie po stronie prawej. Badanie oczu stwierdziło zanik nerwów wzrokowych (atrophia secundaria nn. opticorum) — wyraźniej w oku lewem. Adiadochokinesis wyraźniej jest zaznaczona po stronie prawej. Hypotonia mięśni kończyn dolnych i górnych, przytępienie czucia (hypaesthesia) całej prawej połowy ciała. Odruchy brzuszne zachowane, odruchy kolanowe wzmożone. Osłabienie siły lewej kończyny górnej: wlecze lewą nogę; chód chorej wybitnie utrudniony, chwiejny, z padaniem wtył, — natomiast schodząc ze schodów pada twarzą ku ziemi. Babiński obustronnie dodatni. Badanie uszu zmian nie wykryło. Odczyn B—Wa we krwi ujemny. Narządy wewnętrzne bez zmian uchwytnych. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, dokonane w Szpitalu św. Jakóba, dało wynik następujący: Odczyny: Bor-

det-Wassermanna, jak również Nonne-Appelt'a i Pandy'ego—ujemne. Białka—0,18‰, chlorki—5,7‰. 3 zdjęcia rentgenowskie dały wyniki niewyraźne, a więc: 1) zdjęcie wykazało, że sella turcica i fossa hypophyseos są normalne; 2) zmian w kręgach szyjnych nie wykryto; 3) nieznaczne zaciemnienie w okolicy kości czołowej po stronie prawej z przodu.

Wychodząc z założenia, że ścisła lokalizacja zmian w mózgu stanowi o skuteczności zabiegu chirurgicznego, zajęliśmy się określeniem umiejscowienia ogniska. Na umiejscowienie nowotworu wskazują objawy ogniskowe i zdjęcia roentgenowskie. W danym przypadku 3 zdjęcia roentgenowskie nie dały wyniku aktualnego. Wogóle zaznaczamy, że na wynik dodatni zdjęć roentgenowskich liczyć można przy nowotworach wielkich i o budowie zawierającej połączenia wapniowe. Poza tem, powołując się na autorytatywne zdanie prof. P u u s e p p a, zaznaczam, że zdjęcia roentgenowskie dają wynik pozytywny tylko w przypadkach ucisku nowotworu mózgowego na kości. A więc ujemny wynik w powyższym przypadku nie mógł być tłumaczony ani pro ani contra.

Co zaś do objawów ogniskowych, do których zwykle przywiązujemy pierwszorzędną wagę, uwzględnić należy fakt, że nowotwory niektórych okolic mózgowych mogą przebiegać i bez objawów miejscowych.

Jako wybitniejszy objaw ogniskowy stwierdziliśmy u naszej chorej zaburzenie równowagi i chodu, które miałoby przemawiać za porażeniem móżdżkowem, gdyż niezborność ruchów łączy się zwykle z uszkodzeniem móżdżka. Ale należało mieć na myśli, że cechy niezborności nie są obce i innym sprawom chorobowym. Niezborność móżdżkowa uwydatnia się poza tem na kończynach górnych w postaci zjawiska, noszącego nazwę adiadochokinesis. Wreszcie do cech tej kategorji odnosi się hypotonja. To też przypuszczenie schorzenia móżdżkowego u naszej chorej opierało się na niezborności ruchów, hypotonji i adiadochokinesis.

Niełatwe było ustalenie strony porażenia. Znakomity neurolog szwajcarski R o b e r t B i n g poleca kierować się w tym celu nasileniem oczopląsu: silniejszy stopień oczopląsu, według B i n g a, przejawia się w oku strony, odpowiadającej porażeniu. W naszym przypadku nystagmus był słabo zaznaczony, to też nie mogliśmy posiłkować się objawem Binga. Kierowaliśmy się primo tem, że objaw asynergji występuje po stronie nowotworu, a przecież wzmiankowaliśmy wyżej

obniżenie siły mięśni lewych kończyn; po drugie, wykryliśmy znieczulenie lewej połowy języka (Nerw V); — a zatem powyższy zespół objawów skłaniał nas do rozpoznania u naszej chorej uszkodzenia móżdżkowego po stronie lewej.

Zgodnie z takiem przypuszczeniem prof. P u u s e p p po eterowem uśpieniu chorej, wykonał w okolicy potylicowej lewej cięcie skórne długości 7 cm., a po obnażeniu całkowitem kości zrobił świdrem otwór w kości, przyczem stwierdził umiarkowane napięcie opony twardej. Po wprowadzeniu do komory 3-ciej cienkiej igły wyciągnięto strzykawką nieco przezroczystego płynu; stwierdzono, że ciśnienie śródmózgowe nie jest wybitniej wzmożone. Po przecięciu opony twardej wykryto zrosty pomiędzy oponą twardą i miękką, pochodzenia zapalnego. Zrosty usunięto. Po uniesieniu móżdżka wyciekło nieco płynu. Mimo staranne poszukiwania, nowotworu nie wykryto. W okolicy kąta móżdżkowo-mostowego opona twarda, jak się okazało, była koloru biało-perłowego, co wskazywało na przewlekły proces zapalny. Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: Meningitis circumscripta fossae posterioris. Operacja trwała jedną godzinę i trzy kwadranse, wykonana była po mistrzowsku. Ze względu na sławę prof. P u u s e p p a jako operatora, roiło się w sali operacyjnej od widzów, wśród których widzieliśmy wybitnych członków Zjazdu z poza Wilna. Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny. W pięć dni po zabiegu operacyjnym chora opuszcza łóżko.

Na zakończenie poruszam sprawę patogenezy danego przypadku. Znany jest fakt anatomiczny istnienia w okolicy móżdżka zboczeń stanu opon miękkich, które to formacje stanowią: primo, cisterna acustico-facialis w okolicy kąta móżdżko-mostowego i secundo, cisterna cerebello-medullaris, położona pomiędzy móżdżkiem i rdzeniem przedłużonym. Otóż powyższe formacje tamują odpływ płynu i przez to usposabiają do procesów zapalnych, czemu sprzyjają m. innemi czynniki urazowe. Na skutek tego mechanizmu występować może meningitis serosa circumscripta w okolicy jamy tylnej po urazie. Takie przypadki zwykle przejawiają się objawami chorobowemi, mogącemi uchodzić za nowotwór móżdżkowy—pseudotumor. Naprzykład neurolog tej miary, co nieżyjący już prof. O p p e n h e i m rozpoznawał w ciągu 9 lat guz, gdy tymczasem na sekcji stwierdzono ograniczone zapalenie opon — meningitis serosa circumscripta s. hydrocephalus externus. Podobne przypadki, wyodrębnione w postać „meningitis

serosa" (Hydrocephalus ventriculorum), omawia neurolog szwajcarski R. Bing [1]).

Zaznaczam również, że jeden podobny przypadek, stwierdzony na sekcji, opisałem i ja [2]).

Podobne odkrycia na stole operacyjnym w postaci meningitis serosa circumscripta notuje prof. Krause u chorych, poddanych interwencji chirurgicznej wobec mylnego rozpoznania nowotworu móżdżkowego [3]).

Bardziej szczegółowo omawia to zagadnienie prof. Puusepp w ostatnio wydanej swojej poważnej pracy [4]). Wskazuje on mianowicie na zespół objawów, które Nonne w r. 1904 określił mianem nowotworu rzekomego (pseudotumor). Pod tą nazwą pojmujemy przypadki, które dają typowy obraz kliniczny nowotworów mózgowych, w których jednakże nie wykryto nowotworu ani w czasie operacji, ani nawet na sekcji. Puusepp nie identyfikuje takich przypadków z jednostką Meningitis serosa circumscripta w myśl Oppenheima i Krausego. Puusepp natomiast wiąże nowotwory rzekome z zajęciem splotu naczyniastego (plexus chorioideus). Zmiany w plexus chorioideus powodują zaburzenia obiegu płynu mózgowego, a przez to wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Tą drogą powstają objawy, właściwe nowotworom mózgowym, w tej liczbie i tarcza zastoinowa. Takie przypadki ulegają nierzadko poprawie bez żadnego leczenia względnie dają nawroty po wielomiesięcznej poprawie podobnie do tego, co zauważono i w opisanym wyżej przypadku. W przypadkach tej kategorji zaleca się trepanację zwalniającą (decompressio) celem zapobieżenia następstwom wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego.

W myśl powyższych wyjaśnień uważam niniejszy przypadek za meningitis serosa circumscripta.

---

[1]) Bing. Lehrbuch der Nervenkr. 1913 s. 394).
[2]) Prakticzeskij Wracz, 1913, Nr. 19.
[3]) F. Krause. Chirurgie des Gerins, 1911, s. 727.
[4]) Die Tumoren des Gehirns.

Dr. STEFAN BAGIŃSKI.

Gruczoły dokrewne a układ pokarmowy.

Streszczenie zbiorowe według *F. Moutier'a „Les troubles endocriniens dans les maladies de l'appareil digestif"*.

Już pierwszy rzut oka na chorego powinien wskazywać nam, jeśli tak rzec można, jego habitus wewnątrzwydzielniczy. Obserwując pacjenta: jego tuszę, twarz, uwłosienie a szczególniej wygląd brwi oraz skóry (zabarwienie lub plamy), wreszcie wzrost — możemy do pewnego stopnia zorjentować się w czynnościach tarczycy, przysadki, nadnerczy lub gruczołów płciowych.

Badając następnie górny odcinek dróg pokarmowych, nierzadko napotykamy objawy związane z zaburzeniami dokrewnemi; więc obustronny przerost ślinianek, a szczególniej przyusznych, znany dzisiaj pod nazwą *objawu Mikulicza*, występuje zwykle obok przerostu gr. łzowych; chociaż wydzielina dokrewna ich jest nieznana, lecz wielu autorów uważa go za jeden z objawów wielogruczołowej niedomogi dokrewnej gr. płciowych (Apert, de Jung, Joseph, Méry-Girard).

Suchość w ustach jest pospolitym objawem, spotykanym w chorobie Basedowa naprzemian z napadami obfitego ślinienia.

Zmiany języka pochodzenia dokrewnego są bardzo nieliczne; na pierwszem miejscu należy postawić zgrubienie i wydłużenie, występujące w zaburzeniach przedniej przysadki; towarzyszy temu według Riddle'a i Flemiona ogólna nieznaczna *„splanchnomegalja"*. Zresztą język akromegalików jest znany powszechnie.

Badanie zębów nierzadko daje bardzo dokładne odzwierciadlenie czynności gruczołów dokrewnych—w niedomodze tarczycowej ma występować opóźnienie ząbkowania (Sajous, Thorleif i Kirk), w niedomodze przysadki zęby rosną, zachodząc jedne za drugie, co zależy od niedostatecznego rozwoju szczęki; naodwrót w nadczynności przysadki ząbkowanie następuje wcześniej, zęby są długie, siekacze szerokie, przestrzenie między zębami duże. Zresztą wpływ eutroficzny przysadki przedniej na pobudzenie wzrostu nie ulega dzisiaj wątpliwości. Niedomoga przytarczyc cechuje się często próchnicą zębów oraz nadżerkami szkliwa rozmaitej postaci.

Zniekształcenia zębów znane pod nazwą *„zębów Hutchinsona"* według Cedercreutza, Cange'a i Antoine'a mogą zależeć nie tylko od kiły i zaburzeń dokrewnych, lecz czasami wyłącznie od zaburzeń dokrewnych.

Mało znamy objawów na tle zaburzeń dokrewnych ze strony przełyku, jednakże niejednokrotnie notowane były skurcze-spazmy w związku z *hypervagotonją* w chorobie Basedowa lub tężyczce, jako objaw niedomogi gr. przytarczycznych.

W żołądku obserwujemy szereg zaburzeń ruchowych lub wydzielniczych, pozostających w związku ze zmianami dokrewnemi. Więc przedewszystkiem łaknienie, które niezawsze jest objawem stanu funkcji żołądka, a może zależeć od zmian hormonalnych: w nadczynności tarczycowej łaknienie jest zwykle wzmożone i częstokroć dochodzi do prawdziwej *bulimji* — wilczego głodu, natomiast w niedomodze tarczycy łaknienie bywa upośledzone.

„Basedowik" bywa chudy i suchy, *„myxoedematyk"* zaś nalany i pełny, przyczyną tego, jak wiadomo, są zaburzenia przemiany podstawowej; należy podkreślić, że chociaż *„basedowik"* wykazuje zwiększone łaknienie, jednak nasycenie następuje szybko. Zanik łaknienia zauważono w niedomodze nadnerczy, możliwem jest, że w niektórych, przynajmniej, przypadkach brak łaknienia u osobników gruźliczych zależy właśnie od niedostatecznej funkcji nadnerczy.

Najliczniejsze są zaburzenia w postaci nieprawidłowej sekrecji, skurczów i wymiotów w zależności od dysfunkcji gruczołów dokrewnych, które mogą wpływać bądź na napięcie nerwu błędno-współczulnego (Schojillo i Kalk), bądź też na mięśniówkę gładką (Hernando) wreszcie na same gruczoły trawienne żołądka. Szczególnie wybitny jest wpływ gruczołów dokrewnych na sekrecję: przysadka tylna hamuje sekrecję gruczołów żołądka (Badylkes, Gaultier i Lapicirella), nadnercza a właściwie adrenalina według Badylkes'a potęguje wytwarzanie soku żołądkowego, ten sam wpływ Marbé i Nurnberg przypisują hormonowi tarczycy, który ma pobudzać gruczoły żołądka i jelit. Twierdzenie Boenheima o stałej nadkwasowości u osób z nadczynnością tarczycy inni autorzy (Curschmann, Chvostek, Bauer) uważają zresztą za zbyt schematyczne i nieugruntowane, gdyż w nadczynności tarczycy można obserwować różne stany wydzielania gr. żołądka, od nadkwasowości do zupełnego braku kwasu (*anachlorhydria*). Stany te zależą prawdopodobnie od ilości czynnego hormonu: małe ilości mają pobudzać sekrecję, natomiast duże dawki hamować. Pod wpływem insuliny następuje bądź hypersekrecja bądź też hyposekrecja (Wiechman i Gatzweiler). Poglądy na tę sprawę nie są zgodne, najbardziej przekonywujące są wywody Simici, Popesco i Diculesco, którym udało się stwierdzić, że początkowo po podaniu insuliny wy-

stępuje *„hyposekrecja“*, która stopniowo przechodzi w hypersekrecję z nadkwasowością i *„hyperpepsją“*.

Szczególnie wyraźny jest wpływ gr. dokrewnych na stan napięcia — *„tonus“* mięśniówki; według Gaultiera i Lapicirella przysadka tylna wzmaga napięcie mięśniowe, pobudza ruchy oraz opróżnienie żołądka; Morhardt twierdzi, że taki wpływ posiada również przysadka przednia. Małe dawki tarczycy pobudzają mięśniówkę żołądka (Hernando), znaczne dawki hamują, lecz Kratinowowie otrzymali wyniki rozbieżne. Wiechmann i Gatzweiler przekonali się, że insulina przyśpiesza opróżnienie żołądka, fakt ten został bardzo dokładnie wyjaśniony przez Simici, Givrea i Dimitru, mianowicie stwierdzili oni, że insulina początkowo, podrażniając układ współczulny, powoduje zahamowanie ruchów oraz sekrecji, lecz później, w okresie hypoglykemji, występuje podrażnienie n. błędnego z pobudzeniem mięśniówki, przyśpieszeniem opróżnienia i hypersekrecją.

Najczęstszemi objawami w patologji żołądka są rozmaitego rodzaju spazmy, które w przeważającej ilości przypadków powinny nasuwać podejrzenie na *„spazmofilję“*; dla tego też u takich chorych należy dokładnie szukać objawów niedomogi przytarczycznej, czy to w postaci drżenia, skurczów w kończynach, mrowienia, zamierania palców, czy też zaburzeń ze strony zębów, paznokci i soczewki oka (L. Levi), nie zapominając o zbadaniu układu nerwowego (Trousseau, Erb, Chvostek); wreszcie, posługując się najnowszemi zdobyczami endokrynologji, konieczne jest zbadanie krwi w kierunku istniejącej kwasicy i *„hypocalcemji“*, oraz nadmiernego wydalania wapnia z moczem, wreszcie na zwiększoną zawartość amoniaku i guanidyny we krwi.

Skaza skurczowa — *spazmofilja* wieku dziecięcego — występuje u dzieci niedorozwiniętych, nie rzadko wprost u karłów (Pende); w przypadkach spazmofilji dorosłych, nabytej wskutek niedomogi przytarczyc, zwykle obserwujemy zwiększone wydalanie wapnia z moczem oraz kwasicę krwi. W ten sposób dążą obecnie do wytłumaczenia przeróżnych skurczów przełyku, żołądka, odźwiernika, jelita cienkiego lub grubego, oraz dróg żółciowych (Koerto). Według P. Alessandri zespół kolki żółciowej może być objawem *spazmofilji* przewodów żółciowych.

Podobne skurcze mogą występować w pęcherzu moczowym, sercu, w mięśniach źrenicy, wreszcie obserwowano mrowienie, drżenie i swędzenie, tak częste w różnych schorzeniach układu pokarmowego.

Według Frasera skurcz odźwiernika i przerost zwieracza oraz skurcz okrężnicy z następczem „*megacolon*", uważane dotychczas za schorzenie wrodzone, konstytucjonalne, zależą od zaburzeń ukł. współczulnego wskutek niedomogi przytarczycowej.

Pomijając wymioty pochodzenia mózgowego (nowotwór) lub toksycznego (mocznica), należy zwrócić uwagę na wymioty pochodzenia dokrewnego. Na pierwszem miejscu należy bezwzględnie postawić ostrą niedomogę nadnerczy, dla której najbardziej charakterystyczne są właśnie wymioty. Przewlekła niedomoga nadnerczy także cechuje się częstemi wymiotami bądź śluzem, bądź spożytemi pokarmami. Obserwujemy również często wymioty w cukrzycy, jako następstwo zaburzeń trawiennych z powodu niegomogi „*endo-trzustki*". W nadczynności tarczycy, szczególniej w chorobie *Basedowa*, wymioty występują bardzo często napadowo, niejednokrotnie stanowiąc główny objaw; Curschmann opisuje przypadek, w którym bez biegunek w krótkim czasie nastąpiła strata 38 kg. wagi. Wymioty podczas miesiączkowania są dowodem nadczynności jajników, wymioty ciężarnych stanowią nierozstrzygnięte jeszcze zjawisko, a stosunkowo proste teorje Ecalle'a, de Fieux'a i Lévy-Solala, dopatrujące się w nich zatrucia produktami przemiany samego jaja lub też kosmówki, są niemal całkowicie odrzucone. Rozwiązanie tej sprawy napotyka coraz większe trudności, tembardziej, że niemal każda *opoterapja* daje dobre rezultaty, a każdy z autorów stwarza własną teorję: jedni dopatrują się zaburzeń funkcji tarczycy (*dysthyreoidismus*), inni znów niedomogi jajników lub nadnerczy. Według Dicksona wskutek niedomogi nadnerczy — braku adrenaliny— występuje *hyperinsulinonemja* oraz nadczynność tylnej przysadki, co powoduje zwiększoną *glykogenolizę* z następczemi objawami *hypoglykemji*, której charakterystyczną cechą, jak wiadomo są wymioty.

Szereg zaburzeń pochodzenia dokrewnego przejawia się ze strony jelit zaparciem lub biegunką, częstokroć krwawieniami albo swoistemi napadami kolki jelitowej. Zaparcie stolca nie jest wyłącznym objawem niedomogi nadnerczy — spotykamy je i w niedomodze tylnej przysadki, a, jak się zdaje, zależy ono od wątłej i leniwej mięśniówki oraz niedostatecznej funkcji pęcherzyka żółciowego, który nie ewakuuje dostatecznej ilości żółci; za tem zdaje się przemawiać doświadczenie Carnota i Terrio'a, którym po dożylnem podaniu wyciągu z tylnej przysadki udawało się otrzymywać opróżnienie jelit

z *hypersekrecją*. Uważają oni, że wyciągi z tylnej przysadki mogą się okazać skutecznym środkiem leczniczym w *megacolon*, porażeniach oraz „*ileus paralitycus*", a nawet wystarczającem okazuje się podanie ich doustne lub w postaci czopków (Weil). Z wyjątkiem Mordwinkina wszyscy zgadzają się z działaniem tylnej przysadki na jelita, Kaufmann zaś dodaje, że główną rolę odgrywa stężenie, lecz nie dawki, słabe stężenia pobudzają gładką mięśniówkę, silne—hamują.

W niedomodze jajnikowej zamiast zwykłej w początku menstruacji biegunki obserwujemy uporczywe, po kilka dni trwające zaparcia.

W niedomodze tarczycowej, szczególniej u kobiet, występują przewlekłe zaparcia, powodujące według niektórych autorów (Tremolières) przewlekły błoniasty nieżyt jelita grubego, *enterocolitis muco-membranacea*. *Megacolon* według jednych (Schiffers) ma zależeć od niedomogi tarczycy i następczej przewlekłej *hypotonji*, doprowadzającej do potwornie wielkiego przerostu okrężnicy; opinja ta zdaje się jest słuszna, gdyż pod wpływem odpowiedniej opoterapji znikały towarzyszące objawy. Carnot uważa, że *megacolon* nie jest następstwem przewlekłego zaparcia, lecz jedną z oznak *gigantyzmu* trzew, obserwowanej w *akromegalji*, i przytacza przypadek z olbrzymią okrężnicą u osobnika, dotkniętego *akromegalja* wskutek nowotworu przysadki.

W nadczynności tarczycy obserwowano rozmaitego rodzaju biegunki: jedne — bez określonego okresu występowania, to znów przed- lub pomenstruacyjne, przewlekłe, codzienne, ulegające pogorszeniu podczas ciąży.

Hernando uważa, że biegunki w chorobie *Basedowa* zależą od wpływu hormonu na gładką mięśniówkę, lecz nie od zaburzeń w sekrecji żołądkowej; potwierdza to Cannon, który w przypadku anastomozy n. przeponowego z błędnym obserwował hypersekrecję tarczycy z rozwolnieniem, po usunięciu tarczycy objawy te znikły.

Według Schaefer'a krew „*basedowików*" silniej od krwi zdrowych pobudza ruch robaczkowy, zaś Curschmann obserwował ustąpienie biegunki po resekcji gruczołu. Udaondo obserwował w jednym przypadku ch. *Basedowa* wyłącznie tylko biegunki obfite i częste, do 30 na dobę, lecz bez wymiotów.

Krwawienia jelitowe pochodzenia dokrewnego są stosunkowo rzadkie, czasami można je obserwować w chorobie *Basedowa*, zwykle zaś w nadczynności tarczycy, lub też jako krwawienia zastępcze w okresie przekwitania (*climax*). Kolki jelitowe „*basedowików*" za-

leżą od zaburzeń splotu słonecznego (*plx. coeliacus*) na tle chwiejności układu błędno-współczulnego. Curschmann i Malaise obserwowali ciekawy przypadek nawrotów ch. *Basedowa* podczas zaburzeń układu pokarmowego w wiądzie rdzenia.

Omówione objawy chorobowe można zgrupować w pewne jednostki kliniczne, z których podajemy kilka ważniejszych.

Więc, chor. *Basedowa* przedstawia wybitny zespół objawów ze strony układu pokarmowego. Łaknienie bywa zwykle znacznie wzmożone, lecz czasami nagle zanika. Obserwowano przypadki z brakiem łaknienia i oczywista znacznem wychudzeniem; chorzy cierpią na okresowe bóle głowy, stałym objawem jest aerofagja wskutek skurczów na tle dysfunkcji n. błędnego; odbijanie, zgaga, suchość w ustach przerywana napadami wzmożonej saliwacji; nadkwasowość w ciężkich przypadkach nadczynności tarczycy ustępuje miejsca niedokwasowości lub nawet zupełnemu brakowi kwasu. Częste są nudności i wymioty, powolne trawienie, obstrukcje lub biegunki; biegunki te idą w parze zwykle z *anachlorhydrją* i częstemi zaburzeniami ze strony splotu słonecznego lub zwojów trzewnych.

Niedomoga nadnerczy nakłada charakterystyczne piętno na chorego, szczególniej wyraźne u dzieci słabych, chudych, silnie ubarwionych. Bardzo wcześnie występują u nich objawy *„ptozy“* i atonji układu pokarmowego oraz zaburzenia trawienne, zwykle niezbyt dokuczliwe i niegroźne, często przyłącza się nadwrażliwość splotów trzewnych. Chorzy tacy przeważnie są *hyperchlorhydrykami* oraz cierpią na częste i obfite wymioty.

Fr. Moutier zadaje pytanie, czy przypadkiem *anachlorhydria* w połączeniu z biegunkami nie zależy od zaburzeń układu dokrewnego i gdzie szukać przyczyny — w nadnerczach, tarczycy czy trzustce? Kwestję tę należy uważać za nierozstrzygniętą dotychczas wobec sprzecznych faktów: Hernando bowiem w przypadkach niedokrewności u *anachlorhydryków* stwierdzał brak sekretyny i miał otrzymywać znaczne polepszenie po podskórnem jej stosowaniu; Moutier widział znaczną poprawę po zastrzyknięciach wyciągu z tarczycy, jednakże bez poprawy chemizmu, słowem różne środki dawały efekt leczniczy bez wyraźnego uzasadnienia teoretycznego.

Przeróżne przejawy ze strony życia płciowego, szczególniej u kobiet, związane są z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego; przedewszystkiem należy wymienić zaburzenia przedmen-

struacyjne, w przeddzień miesiączki; bardzo często występują tu wymioty, brak łaknienia i uczucie nasycenia. Biegunki rozmaitego typu są niemal stałem zjawiskiem; nawet kobiety, cierpiące na zaparcie nawykowe, zwykle w tym okresie posiadają samodzielne wypróżnienia. O ile częste są biegunki, o tyle wprost wyjątkowe jest zaparcie. Jednocześnie występują inne zaburzenia, jak migrena lub wstręt do pokarmów, szczególnie do jaj i mleka. Nasilenie zaburzeń przedmiesiączkowych idzie w parze z hypertermją, zależną od *dystonji* układu współczulnego lub też od zaburzeń w czynności tarczycy lub jajników. Niezawsze można z całą pewnością wykluczyć udział nadnerczy lub przysadki, szczególnie w przypadkach wymiotów lub zaparcia.

Przytoczone opisy dowodzą, jak trudno ściśle określić, które mianowicie gruczoły dokrewne ulegają zaburzeniom.

Jeszcze gorzej przedstawia się sprawa stosunku wątroby do gr. dokrewnych; posiadane wiadomości są nader skąpe i niepewne; jednakże Leopold Levi uważa, że istnieje synergizm wątrobowo-tarczycowy przynajmniej co do funkcji mocznikotwórczej i antytoksycznej.

Nie ulega kwestji istnienie zależności między nadczynnością wątroby, tarczycy oraz *hyperglykemją* (Pedde, Labbé, Moutier i Camus); możliwie, że niektóre przypadki ciężkiej *acetonurji* z biegunkami i wychudzeniem zależą od *thyreotoksykozy* oraz zaburzeń wątrobowych. W zaburzeniach ze strony tarczycy Chvostek obserwował objawy zastoinowe w wątrobie, Levi zaś i Musio Fournier twierdzą, że na tle tarczycowem występuje przeładowanie woreczka żółciowego, inni natomiast autorzy kładą to ostatnie zjawisko na karb zaburzeń przytarczycowych (Paolo Alessandri) lub jajnikowych, a na potwierdzenie przytaczają napady kolki wątrobowej z żółtaczką podczas menstruacji; zdaje się, że przypadki te należy raczej zaliczyć do zaburzeń wydzielniczych jajnika, mianowicie hypersekrecji lipoidów, sprowadzającej hypercholesterynemję.

Moutier przemilcza powszechnie znane przyczyny otłuszczenia, zatrzymując się jedynie na przyczynach nadmiernego wychudzenia, które według dzisiejszych poglądów jest przejawem stanów zwanych *„ptozami“*, a które odgrywają ważną rolę w zaburzeniach układu pokarmowego. Większość *„ptoz“* jest pochodzenia wrodzonego, jako rezultat zaburzeń rozwoju embrjonalnego; osobnicy tacy

wyróżniają się swym wysmukłym wyglądem, nadmiernym wzrostem, delikatnemi, wiotkiemi tkankami oraz szczególniej silnie zaznaczoną atonją trzew, stanowiąc powszechnie znany „*habitus asthenicus*“ Stillera. Do dziś nie znamy przyczyny tych stanów, lecz związek z niedomogą nadnerczy i przysadki nie ulega, zdaje się, wątpliwości, szczególnie t. zw. przez Loepera i Baumanna *leiastenja* (astenia gładkich mięśni). Dziedziczność odgrywa tu ogromną rolę, jak stwierdził to Cockayre.

W innych przypadkach przyczyną wychudzenia bywa niedomoga gruczołów płciowych, co szczególnie wyraźnie występuje u młodzieży w okresie dojrzewania płciowego, zaś u dziewcząt w tych przypadkach występuje również *amennorhea.*

Różniczkując postaci wychudzenia należy pamiętać o tem, że może powstawać ono na rozmaitem tle, i dlatego też w pewnych przypadkach insulina okazuje się bezskuteczną, podczas gdy w innych daje doskonałe wyniki (Foureca, Moutier i Bagiński*), dlatego też w niepomyślnych przypadkach leczenia insulinowego, szczególnie u młodzieży, korzystne okazuje się podawanie preparatów gruczołów płciowych lub tarczycy.

Nie bez wpływu jest również niedostateczne odżywianie, pod wpływem którego, jak stwierdził Stefko, z wyjątkiem przytarczyc, wszystkie gr. dokrewne ulegają zanikowi (tarczyca, grasica, nadnercza, przysadka, gr. płciowe, szyszynka). Wiadome jest, że pod wpływem głodzenia zanikają również gruczoły o wydzielaniu zewnętrznem, skąd zrozumiałe są przypadki hypo lub nawet anachlorhydrji u osób głodujących.

Objawy anafilaktyczne na tle nietolerancji pokarmowej zależą nietylko od niedomogi trzustki lub wątroby, lecz również od zaburzeń korelacji tarczycowo-jajnikowej lub tarczycowo-płciowej.

Schorzenia układu pokarmowego pochodzenia dokrewnego.

Fr. Moutier omawia obecne poglądy na powstawanie wrzodu żołądka i dwunastnicy, odrazu jednakże podkreśla wielką niepewność oraz dowolność w interpretowaniu wyników prac doświadczalnych.

Gilles de la Tourette pierwszy zwrócił uwagę na zależność wrzodu żołądka od zaburzeń nerwowych, nowocześni autorzy wskrzesili te poglądy, podkreślając szczególniej wpływ n. błędnego oraz podniecający lub hamujący wpływ gr. dokrewnych.

*) nieopublikowane.

Nicolaysen uważa, że wrzód żołądka zależy od *hypervagotonji*, a na dowód przytacza wyniki injekcji pilokarpiny; jednakże bliższa analiza wykazuje, że były to owrzodzenia ostre, zupełnie nietypowe dla wrzodu peptycznego. Nadkwaśność uważana za objaw znamienny nie odgrywa już dzisiaj tej roli, gdyż znane są przypadki wrzodu bez nadkwaśności; według najnowszych pojęć nadkwaśność ma być nawet objawem obronnym, lecz nie przyczynowym; również skurcz naczyń wysuwany od 1913 r. przez Bergmanna pozostaje jedynie hypotezą bez dowodów.

Cohnheim (1921) opierając się na spostrzeganiu zwierząt, u których występowanie wrzodu zbiega się z rują (wiosna, jesień), uważa, że czynność gr. płciowych odgrywa dominującą rolę w patogenezie wrzodu; niektórzy innni autorzy również są tego zdania (Boenheim, Lemhartz, Mathieu i Moutier), wskazując na ciążę, miesiączkowanie, dojrzewanie lub przekwitanie, które mogą powodować powstawanie wrzodu.

Według Crila niemniej wybitną rolę odgrywa *hyperthyreoidismus*; mianowicie, obserwował on nadkwasowość przy nadczynności tarczycy. Eppinger podkreśla zwiększoną przemianę chlorową przy podawaniu hormonu tarczycy, zaś Boenheim przytacza doświadczenia Hayashi, który wywoływał powstawanie wrzodów krwotocznych, karmiąc psy tarczycą wołów.

Dotychczas nie zwracano uwagi na znaczenie grasicy w patogenezie okrągłego wrzodu żołądka; jednakże Boenheim i Liebesny dowiedli, że grasica wpływa na przemianę chlorową, wskutek czego może ona pośrednio być przyczyną uszkodzeń śluzówki żołądka. Poważniejsze są teorje nadnerczowego pochodzenia wrzodu żołądka. Peritz po usunięciu nadnerczy u psów otrzymywał owrzodzenia prawdopodobnie wskutek niedomogi współczulnej z *hypervagotonją*, Durante zaś przecinając nerwy trzewne, obserwował zaburzenia współczulne z *hypervagotonją*, która doprowadzała do *ischemji* żołądkowej i do wybroczyn w jelitach; jednak tenże autor uważa, że dla powstania długotrwałych owrzodzeń niezbędna jest również wtórna infekcja bakteryjna. Inni autorowie po usunięciu nadnerczy otrzymywali owrzodzenia śluzówki żołądka, jako rezultat *dystonji* błędnowspółczulnej, lecz podkreślają konieczność wtórnej infekcji, która zresztą u operowanych zwierząt łatwo następuje. Znana jest powszechnie wrażliwość chorych na cisawicę (*addisoników*) na toksyny oraz infekcje bakteryjne. Widzimy więc, że przytoczone hypotezy nie rozwiązują kwestji powstawania wrzodu żołądka i wymagają dwóch czynników: wpływu nerwowego dokrewnego oraz nawału bakteryj.

Chvostek uważa, że oprócz wymienionych czynników odgrywa rolę także usposobienie osobnicze t. z. przewaga nerwu błędnego, względnie współczulnego oraz chemizm cieczy ustroju.

Bez poważniejszych podstaw teoretycznych niektórzy autorzy otrzymywali całkowite wyleczenie wrzodu żołądka, potwierdzone radjologicznie, po kuracji insulinowej (Simnitzky i Feissly); inni zaś obok doskonałych wyników otrzymywali wyniki wręcz złe (Moutier). Wpływ insuliny coprawda trudny jest do wytłumaczenia; uważają, że insulina sprowadza alkalizację cieczy ustrojowych, wskutek czego następuje zmniejszenie kwasowości i skurczów. Badania, Simici, de Cascao, de Anciaees, de Foureca i Carvalho dowiodły, że insulina rzeczywiście wzmaga ruch mięśniowy oraz *tonus* (napięcie), a także jakościowo i ilościowo sekrecję, w niektórych przypadkach działa dodatnio, lecz mechanizm tego działania jest zupełnie nieznany. Najnowsza jest teorja, dopatrująca się przyczyny wrzodu żołądka w niedomodze grucz. przytarczycznych. Została ona wysunięta w 1922 roku przez Grovesa i Vinesa; coprawda opierali się oni jedynie na danych kliniczno-terapeutycznych. W 1925 roku Kéropian po usunięciu przytarczyc otrzymywał przekrwienie oraz owrzodzenia śluzówki żołądka; objawy te ustępowały po resekcji n. błędnego; podobne owrzodzenia oraz przekrwienia otrzymywali inni po injekcjach wyciągów z przytarczyc (Austin, Mathews, Collip). Na tej podstawie Groves i Vines oraz Palier i Alkan twierdzą, że przyczyną wrzodu żołądka jest niedomoga przytarczycowa, która powoduje swoistą skazę wapniową w obrębie samej śluzówki żołądka; zresztą Alkan w ciężkich przypadkach wrzodu obserwował tężyczkę wskutek niedomogi przytarczyc, która powoduje *hypocalcemję* i *hypervagotonję*; w następstwie występują stany skurczowe i pogorszenie pierwotnego uszkodzenia oraz przejście w stan przewlekły. Jednakowoż sprawa powstawania wrzodu żołądka na tle niedomogi przytarczyc nie jest ogólnie uznawana i jako dowód przytaczają poglądy Oschereljewa, który w 30 przypadkach wrzodu znajdował prawidłową przemianę wapniową oraz brak niedomogi przytarczyc; Kylin jest również tego zdania. Jednakże szereg autorów otrzymywał dobre wyniki od leczenia wrzodu wyciągami z przytarczyc (Groves, Vines, Alkan). Można się zgodzić z Bauerem, że wymienione wyżej przyczyny same, bez innych wrodzonych a nieznanych, nie są w stanie wywołać wrzodu żołądka. Landa uważa, iż *ulcus* zależy od zaburzeń współczulno-hormonalno-humoralnych u osobników dzie-

dzicznie obarczonych, a posiadających nadmierną wrażliwość na miejscowe infekcje. Moutier nie uznaje dokrewnego pochodzenia wrzodu żołądka, nie zważając na dodatnie wyniki leczenia organopreparatami i twierdzi o jego zakaźnem pochodzeniu.

Czynności dokrewne układu trawiennego.

Sprawę powyższą można jedynie omówić pokrótce: najwięcej uwagi poświęcono wyrostkowi robaczkowemu. Moutier uważa, iż pod żadnym pozorem nie można uważać go za narząd zanikający. Nie wdając się w szczegóły budowy histologicznej, tak bardzo podobnej do migdałka, należy podkreślić, że jego funkcja dokrewna jest związana prawdopodobnie ze srebrochłonnemi komórkami Massona, zdolnemi do tworzenia nowotworów, przypominających swą budową nowotwory gr. dokrewnych, tem bardziej, że istnieje kilka ciekawych spostrzeżeń, jak naprzykład: wpływ przewlekłych stanów wyrostka robaczkowego na jajnik (Siredey i Eick), na trzustkę (Fenwick), na tarczycę (Morris); Cignozzi opisał nawet *infantylizm* pochodzenia robaczkowego. Tomozo Okano badał wpływ usunięcia w. robaczkowego na wagę zwierząt i stwierdził nieznaczny spadek wagi ciała u zwierząt operowanych, lecz bez wyraźnego infantylizmu; nadnercza i grasica operowanych wykazywały cechy nadczynności. Zastrzykiwania wyciągów z wyrostka powodowały zwiększenia wagi ciała, silne dawki natomiast sprowadzały biegunkę i spadek wagi (0,5 cm. 3% wyciągu na kg. wagi zwierzęcia).

Uwagę autorów zwróciły te zaburzenia, które stosunkowo często występują po wycięciu wyrostka; poza częstemi zaparciami, których przyczyny mogą być rozmaite, Moutier obserwował w niektórych przypadkach nagłe otłuszczenie, spostrzegane również i przez innych autorów. Opisywano także zaburzenia miesiączkowania różnego stopnia, *dysthyreoidismus* oraz zahamowanie rozwoju.

Moutier uważa, że dalecy jeszcze jesteśmy od rozwiązania tej kwestji, jednak na podstawie własnych i obcych obserwacyj wnioskuje o synergji w. robaczkowego z tarczycą, jajnikami i trzustką.

Przestrzegając przed wyciąganiem wniosków o dokrewnej funkcji układu trawiennego, opartych jedynie na rezultatach leczenia temi lub innemi organopreparatami, Moutier uważa, że kwestja ta, będąc jednym z najciekawszych działów patologji dzisiejszej, jest jeszcze daleka od ostatecznego rozwiązania.

Sprawozdanie z działalności WYDZIAŁU LEKARSKIEGO

Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie

w roku akademickim 1930/1931

przedstawił

Prof. Dr. Kazimierz Opoczyński
Dziekan Wydziału Lekarskiego.

Rok 1930/1931 w życiu Wydziału Lekarskiego U. S. B. był rokiem cichej, wytrwałej pracy, nie przerywanej ani uroczystościami, ani jakiemibądź zdarzeniami, w ten lub inny sposób zakłócającemi normalny tryb zajęć. Był to jednak zarazem jeden z najtrudniejszych do przetrwania rok z powodu niewymownie ciężkich, szczególnie dla niedawno powstałej uczelni, warunków finansowych, które prawie do zera doprowadziły możność nabywania tego, co jest niezbędne dla prawidłowej czynności klinik i zakładów. Rada Wydziałowa na swych posiedzeniach nieraz zastanawiała się nad katastrofalnym stanem finansów zakładów i klinik uniwersyteckich, a nawet wyłaniała specjalne komisje dla opracowywania memorjałów do władz w tej sprawie. Ubóstwo bowiem zakładów doszło do stanu tak groźnego, że Wydział Lekarski czuł się w obowiązku nietylko podkreślać szkody natury materjalnej z tego powstające, lecz pragnął zwrócić uwagę czynników miarodajnych na szkody moralne, wynikające z uniemożliwienia prawidłowej pracy, nietylko naukowej, lecz i dydaktycznej. Wydział Lekarski nie mógł nie widzieć depresji i zniechęcenia, wypływającego ze stanu, który się wytworzył, wśród personelu tak profesorskiego, jak i asystenckiego, i czuł się w obowiązku temi zatrważającemi przejawami życia naukowego szczególniej się zająć. Nawet najskromniej zaprojektowana praca naukowa wymaga pewnego minimum środków dla swojego urzeczywistnienia, a praca naukowa w warunkach zupełnego braku bibljotek i piśmiennictwa bieżącego zagranicznego, a nawet krajowego, w warunkach niemożliwości nabycia najniezbędniejszych odczynników, utrzymywania zwierząt doświadczalnych, naprawy zużywających się narzędzi i aparatów, staje się zupełnie niemożliwa. Na posiedzeniach Rady Wydziałowej nieraz mówiono o tem, by zaalarmować nietylko władze, które w pieczy swej mają naukę polską, ale i zaapelować do całego społeczeństwa w obliczu opłakanego stanu, w który popadły zakłady naukowe.

Jednocześnie z prawie zupełnym brakiem dotacyj na pomoce naukowe, rozwój normalny Wydziału Lekarskiego został zahamowany przez skreślenie jednej katedry i zawieszenie drugiej. Już po zakończeniu zajęć na Wydziale Lekarskim, w lipcu roku bieżącego, otrzymano niezmiernie smutną wiadomość o zupełnem skreśleniu katedry historji i filozofji medycyny. Rada Wydziałowa, zdając sobie sprawę z niezbędności tej katedry, już na pierwszem swem posiedzeniu w roku sprawozdawczym, (w jesieni 1930 r.), zwróciła się do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z memorjałem, przedstawiającym wielkie straty, jakie poniesie nauka i nauczanie medycyny w razie zamknięcia katedry, która miała tak wielkie znaczenie dla ogólnego rozwoju młodzieży, skłonnej do ograniczania się w ramach wąskiej specjalności i studjowania tylko tego, co ma bezpośredni związek z lecznictwem. Te względy, niestety, nie przyczyniły się do uratowania katedry, miejmy jednak nadzieję, że w czasach polepszenia finansów państwowych będą one przedewszystkiem wzięte pod uwagę i katedra historji medycyny, którą tak poważnie reprezentował nasz niezapomniany kolega, Stanisław Trzebiński, jedna z pierwszych na naszym uniwersytecie będzie restytuowana. Dążyć do tego w przyszłości powinny wszystkie rady wydziałowe. Będzie to nietylko spełnieniem konieczności dydaktycznej, ale i wykonaniem ostatniego życzenia, pozostawionego przez zmarłego Profesora Trzebińskiego, który jeszcze na kilka dni przed śmiercią wyrażał niepokój o przyszłość umiłowanej przez Siebie katedry.

Wykłady historji i filozofji medycyny w roku sprawozdawczym prowadził prof. Stanisław Władyczko, jako wykłady zlecone. Wykłady te odbywały się jeden raz tygodniowo po dwie godziny dla słuchaczy III, IV i V roku. Słuchaczy było 112. Poza tem w przeciągu całego roku akademickiego odbywały się prace seminaryjne z tego przedmiotu w liczbie dwóch godzin tygodniowo z tymi studentami, którzy już przesłuchali wykłady historji i filozofji medycyny. Prace seminaryjne wykonało 150 studentów. Wykłady propedeutyki medycyny dla I-go roku studjów miał również prof. Władyczko. Słuchaczy było 153. Z zestawienia liczby słuchaczy, przewyższającej, być może, frekwencję studentów na innych wykładach, można między innemi wyprowadzić wniosek, że młodzież poszukuje rozwoju w kierunku filozoficznym i że skreślenie tej katedry, która najlepiej sprzyjała temu rozwojowi, jest jedną z najsmutniejszych konieczności, jakie tak boleśnie dotknęły w roku ubiegłym nasz Wydział.

Wykłady anatomji opisowej i ćwiczenia prosektoryjne odbywały się w liczbie, odpowiadającej wymaganiom rozporządzenia ministerjal-

nego o studjach na Wydziale Lekarskim. W prosektorjum pracowało 237 studentów. Tylko 76% studentów I-go roku i 50% studentów II-go roku wykonało ilość prac, uważaną w latach poprzednich za dostateczną. Tłumaczy się ten stan brakiem zwłok: w roku sprawozdawczym wpłynęło 32 zwłok dorosłych, w porównaniu do roku poprzedniego o 8 zwłok mniej. Główny kontyngent stanowiły zwłoki chrześcijańskie, zwłok żydowskich wpłynęło tylko dwoje. Wobec tego brak zwłok osobników dorosłych zastępować trzeba było zwłokami noworodków i dzieci, których na ćwiczenia prosektoryjne I i II roku zużyto 21, a na ćwiczenia z anatomji topograficznej dla studentów III roku 35. W porównaniu do roku poprzedniego, jak konkluduje prof. Reicher, daje się zauważyć dość znaczna poprawa pracy w prosektorjum, spowodowana tem, że niedostateczną liczbę zwłok dorosłych można było zastąpić zwłokami noworodków, szczególnie noworodków żydowskich. Poprawa ta dotyczy głównie pracy prosektoryjnej na 1-szym kursie, a to z tego względu, że studenci żydzi mogli odbywać ćwiczenia, co miało miejsce poraz pierwszy od trzech lat. W roku bieżącym, tak samo jak roku poprzedniego, studenci chrześcijanie pracowali na zwłokach osobników chrześcijańskich, studenci zaś żydzi na zwłokach osobników wyznania mojżeszowego, w myśl uchwały Senatu Akademickiego z dnia 18.XI 1927 roku. Z powodu niedostatecznej liczby zwłok żydowskich, studenci żydzi mogli wykonać znacznie mniejszą liczbę prac, niż studenci chrześcijanie. Jakkolwiek tak ze strony chrześcijan, jak i ze strony studentów żydów były w roku sprawozdawczym wykazywane tendencje do wznawiania tak zwanej „sprawy trupiej", to jednak nie zakłóciły one normalnego biegu zajęć. O trudnościach zdobywania zwłok dla ćwiczeń młodzieży żydowskiej może świadczyć zdarzenie, które zaszło w roku sprawozdawczym, kiedy po zwłoki przesłane ze szpitala do prosektorjum i już zabalsamowane, zgłosiła się mieszkanka Montpellier, siostra zmarłej, i zażądała ich zwrotu, przedstawiając pisma w tej sprawie do Władz Polskich od Sekretarjatu Ligi Narodów i od byłego Prezydenta Poincaré'go. I choć Dziekan Wydziału Lekarskiego przedkładał o szkodach, które ponosi z braku materjału prosektoryjnego młodzież żydowska i dawał obietnice, że zwłoki po studjach zostaną pochowane ściśle według obrządku wyznania mojżeszowego, żadne perswazje nie odniosły skutku i zwłoki były zwrócone petentce.

Wykłady anatomji topograficznej, jak również i ćwiczenia w tej dziedzinie, prowadził prof. Reicher w letnim trymestrze dla III roku studjów w liczbie 2 godzin tygodniowo. Ćwiczenia w zakresie chirur-

gji operacyjnej ze studentami trzeciego roku prowadził prof. Michejda. Wykłady antropologji, jako zlecone, dla studentów II roku miał prof. Reicher. Podobnie jak katedra anatomji opisowej, miał zbyt małą liczbę zwłok zakład anatomji patologicznej. Liczba sekcyj zmniejszyła się w roku bieżącym do 90, choć personel zakładowy dokonywał sekcyj na każde zawołanie ordynatorów szpitali miejskich. Liczba sekcyj zmniejszyła się w porównaniu do roku ubiegłego poniekąd i dlatego, że dwie kliniki—II chorób wewnętrznych i chirurgiczna były zamknięte z powodu remontu przez cały trymestr jesienny. Poza tem nie wszystkie kliniki stosowały się do istniejących rozporządzeń w sprawie dokonywania z reguły sekcyj wszystkich zmarłych na klinikach; tak, naprzykład, niektóre kliniki poddały sekcji tylko $^1/_3$ ogólnej liczby zmarłych. Wykłady i ćwiczenia odbywały się według ustalonych norm, w trymestrze wiosennym odbywały się wykłady zalecane diagnostyki anatomiczno-patologicznej w liczbie 2 godzin tygodniowo. W dalszym ciągu daje się odczuwać bardzo dotkliwie zbyt mała liczba mikroskopów, utrudniająca prowadzenie ćwiczeń.

W zakładzie bakterjologji w roku ubiegłym uczęszczało na ćwiczenia 127 studentów medycyny i 36 studentów farmacji. Każdy student odrobił liczbę obowiązkowych ćwiczeń, t. j. 60 godzin. Wobec dużej i przytem z roku na rok zwiększającej się liczby studentów, daje się dotkliwie odczuwać niewystarczająca liczba asystentur. Zakład bowiem posiada tylko dwie pełne asystentury i $^1/_3$ etatu, płatnego z ryczałtu. Minimalne dotacje również wpływają ujemnie na pracę w zakładzie.

W zakładzie biologji ogólnej wykłady odbywały się normalnie i bez przerw, przy zupełnie zadowalającej frekwencji (od 90 — 40%). W ćwiczeniach, które prowadzili asystenci przy pomocy preparatora, wzięło udział w ciągu trzech trymestrów ogółem 182 studentów medycyny i farmacji, przerabiając 16 przewidzianych ćwiczeń. Frekwencja wynosiła dla medyków 92%, dla farmaceutów 88%. Medycy złożyli colloquia z ćwiczeń i kursu parazytologji. Wobec projektowanego wyjazdu na roczny urlop zagraniczny naukowy, kierownik, za zgodą Ministerstwa, wykładał kurs biologji na 1-m kursie medycyny.

W zakładzie chemji fizjologicznej przez cały rok odbywały się systematyczne wykłady dla słuchaczów medycyny w liczbie 4 godzin tygodniowo przez 3 trymestry dla słuchaczów pierwszego roku medycyny i 5 godzin tygodniowo przez 2 trymestry dla słuchaczów drugiego roku medycyny, oraz ćwiczenia praktyczne w liczbie 6 godzin tygodniowo w II i III trymestrze dla studentów 1-go roku, oraz 6

godzin w II-gim trymestrze dla studentów drugiego roku. W III-cim trymestrze słuchacze II kursu medycyny mieli 12 godzin tygodniowo nieobowiązkowych ćwiczeń. Liczba słuchaczy na pierwszym roku—156, a na drugim — 122. Kierownik zakładu niejednokrotnie uskarżał się na obciążenie asystentów przy ćwiczeniach (278 ćwiczących na 5 asystentów, to znaczy przeszło 55 na jednego asystenta). Wskutek tego praca pedagogiczna pochłaniała dużo czasu ze szkodą dla pracy naukowej.

W zakładzie higjeny wykłady w liczbie 4-ch godzin obowiązkowych, 1 godziny nieobowiązkowej i 2 godzin ćwiczeń odbywały się regularnie. Frekwencja studentów na ćwiczenia wynosiła 100%, gdyż wszyscy odrobili wszystkie obowiązkowe ćwiczenia. W roku sprawozdawczym zostały jeszcze bardziej urozmaicone indywidualne zadania sanitarne, wskutek nabycia kilku nowych przyrządów do badań higjenicznych.

W zakładzie histologji i embrjologji wykłady i ćwiczenia odbywały się ściśle według ogłoszonego planu zajęć na wydziale lekarskim.

W zakładzie fizjologji, podczas naukowego urlopu zagranicznego kierownika, wykłady zastępczo prowadził docent Edward Czarnecki. Wykłady oraz ćwiczenia odbywały się zgodnie z ustalonemi normami. Podkreślić w tem miejscu należy ciężki stan materjalny zakładu, który trwa chronicznie od czasu jego założenia, i który fatalnie odbija się na pracy naukowej i dydaktycznej zakładu. Zakład fizjologji nie ma możności wyjścia z okresu organizacyjnego z powodu braku funduszów, ponieważ przy otwieraniu zakładu fizjologji nie były przeznaczone sumy większe na organizację pomocy naukowej oraz bibljoteki. Z przysłanych 5 lat temu funduszów na zakup inwentarza, Rektorat nie wypłacił dotychczas kilku tysięcy złotych, skutkiem czego od 5 lat zakład jest obciążony zobowiązaniami wobec firm zagranicznych. Ponieważ dług ten, pomimo ciągłych nalegań kierownika, nie zostaje spłacony, to luka w inwentarzu pomocy naukowych wlecze się ciągle nadal i stanowi nieszczęsny hamulec dla należytej pracy. Należy również podkreślić, że zakład z wymienionych powodów nie prenumeruje ani jednego czasopisma zagranicznego i zredukował liczbę polskich czasopism do dwóch.

W zakładzie farmakologji wykłady odbywały się w liczbie 3-ch godzin tygodniowo obowiązujących słuchaczy i 2-ch godzin nieobowiązujących, oraz 2-ch godzin ćwiczeń nieobowiązujących. Kierownik uskarża się na dotkliwy brak niezbędnych kredytów na wydatki bie-

żące przy pracy w dziedzinie farmakologji doświadczalnej, jak również na brak aparatury, piśmiennictwa i urządzeń.

W zakładzie medycyny sądowej kierownik prowadził wykłady i demonstracje dla słuchaczy Wydziału Lekarskiego i słuchaczy Wydziału Prawa i Nauk Społecznych. Wykonano 65 sekcyj sądowo lekarskich i 39 klinicznych, 81 badań sądowo-lekarskich, chemiczno-toksykologicznych i dano 11 orzeczeń na podstawie badań poszkodowanych osób. Kierownik zakładu i starszy asystent brali udział w rozprawach sądowych, jak również byli wzywani do kancelaryj sędziów śledczych w charakterze biegłych. Zakład medycyny sądowej w roku bieżącym uzyskał dla swojej części naukowej odpowiednio odrestaurowany lokal na parterze gmachu collegium Czartoryskich, dokąd przeniósł się z lokalu przy szpitalu miejskim św. Jakóba, pozostawiając tam prosektorjum.

W zakładzie patologji ogólnej wykłady do stycznia 1931 roku prowadził prof. Schilling-Sieńgalewicz, od stycznia nowomianowany profesor patologji ogólnej dr. Kazimierz Pelczar. Wykłady odbywały się w liczbie przepisanej.

I klinika chorób wewnętrznych od połowy lutego do maja była zmuszona przerwać działalność dydaktyczną dla przeprowadzenia w niej kapitalnego remontu. Poza tem wykłady i ćwiczenia odbywały się według norm, nie różniących się od lat poprzednich. Należy podkreślić w działalności kliniki pracę w gabinecie roentgenowskim, która uległa znacznemu rozszerzeniu i polepszeniu, dzięki temu, że klinika uzyskała jeden etat asystenta ryczałtowego. Ambulatorjum gabinetu znacznie wzrosło: zrobiono mianowicie 217 zabiegów terapeutycznych na chorych ambulatoryjnych i 8 na chorych klinicznych. Prześwietleń, fotografij i t. p. dokonano 1108 na chorych ambulatoryjnych i 694 klinicznych. Stan finansowy kliniki jest jednak na tyle niepomyślny, że kierownik jej zwracał się ze specjalnem pismem do Rady Wydziałowej o interwencję w tej sprawie. Klinika bowiem swoich własnych dochodów nie posiada, będąc właściwie oddziałem szpitalnym, utrzymywanym przez szpital św. Jakóba. Dlatego też niezbędne byłoby zwiększenie dotacji na pomoce naukowe. Zaprojektowana na wzór lat ubiegłych wycieczka do zdrojowisk polskich, w której brali udział asystenci, studenci i absolwenci i którą prowadził prof. Z. Orłowski, nie doszła w roku bież. do skutku.

II klinika chorób wewnętrznych, również z powodu remontu, była nieczynna od dnia 5 lipca do dnia 3-go grudnia. Wobec tego w roku sprawozdawczym wykłady rozpoczęły się 4-go grudnia. Na IV kur-

sie było zapisanych studentów 113, na V 109. Frekwencja uczęszczających na wykłady wahała się od 70—80%; latem z powodu egzaminów frekwencja spadała do 50%. Każdy student IV roku opracował po 2 chorych; V-go również tylko dwóch, a to z powodu opóźnionego otwarcia kliniki. Studenci V-go roku mieli obowiązujący ambulans i ćwiczenia na salach chorych pod kierunkiem asystentów.

Klinika neurologiczna była zamknięta od lutego do maja z powodu remontu kapitalnego. Kierownik wykładał 5 godzin tygodniowo i prowadził ćwiczenia w liczbie 2 godzin tygodniowo.

W klinice dermatologicznej wykłady odbywały się w liczbie 4 godzin tygodniowo, prócz tego słuchacze uczęszczali grupami na zajęcia praktyczne. Wykłady obejmowały ważniejsze dziedziny z zakresu dermatologji i wenerologji. Podczas wykładów były omawiane poszczególne przypadki kliniczne i ambulatoryjne, a także demonstrowano preparaty mikroskopowe. Przedstawiono około 500 chorych. Frekwencja studentów była znaczna, wynosiła, mniej więcej 80%. Co tydzień, we środy, odbywały się posiedzenia referatowe dla asystentów kliniki dermatologicznej.

W klinice pedjatrycznej wykłady i ćwiczenia były prowadzone według przyjętego dotychczach systemu, liczba godzin ćwiczeń klinicznych została powiększona i studenci odbywali je w 9 grupach. Frekwencja studentów bardzo dobra. Oprócz wykładów pedjatrji i kliniki pedjatrycznej dla słuchaczy IV roku, prowadzono wykłady nieobowiązkowe z kliniki pedjatrycznej dla słuchaczy V-go roku (po 2 godziny w XIV i XV trymestrach) oraz poliklinikę chorób dziecięcych w XVI trymestrze (2 godziny tygodniowo). Słuchacze IV roku złożyli obowiązkową historję choroby. Słuchacze XII trymestru odbyli kurs teoretyczny i praktyczny szczepienia ospy pod kierownictwem starszego asystenta. Oprócz prac w klinice dziecięcej z przychodnią i stacją opieki, asystenci kliniki prowadzili oddział noworodków w klinice położniczej i chorób kobiecych oraz stacje opieki nad matką i dzieckiem.

W klinice psychjatrycznej w I i II trymestrze roku akademickiego, wykłady zlecone z psychjatrji klinicznej prowadził prof. Władyczko w liczbie 4 godzin tygodniowo. W wiosennym trymestrze wykładał prof. Rose 2 godziny tygodniowo psychjatrję kliniczną. Frekwencja studentów od 80 do 100 słuchaczy. Ćwiczenia z psychjatrji w trymestrze wiosennym, prowadzone wspólnie z adjunktem kliniki, dr-em H. Jankowską, po 3 godziny tygodniowo, polegały na zaznajamianiu ogólnem studentów z zasadami zakładowego leczenia

i opieki, oraz na systematycznem badaniu chorych, omawianiu i dyskutowaniu przypadków.

Klinika chirurgiczna z powodu remontu była otwarta dopiero w grudniu. Wskutek tego klinika była czynna zaledwie $7^1/_2$ miesięcy. Zanim klinika została otwarta, a mianowicie w dniu 30 listopada, wybuchł, z nieustalonych do dnia dzisiejszego przyczyn, pożar w korytarzu, łączącym klinikę z oddziałem chirurgicznym szpitala. Pożar zniszczył nagromadzone na rok akademicki zapasy materjału opatrunkowego, wartości około 4000 zł. Drugiem niepowodzeniem, które już ubocznie dotknęło klinikę, była powódź, która na wiosnę nawiedziła Wilno i która pozbawiła klinikę prądu stałego. To nagłe przerwanie prądu stałego zastało klinikę nieprzygotowaną, wskutek czego zainstalowany w klinice na prąd stały aparat Rentgena stał się nieczynny. Wprawdzie Ministerstwo przyszło klinice pod tym względm z pomocą, jednakże przemiana na prąd zmienny aparatu, dostosowanego do prądu stałego jest tylko wyjściem prowizorycznem, które opóźni tylko zainstalowanie nowego aparatu, dostosowanego do prądu zmiennego. Wspomniane przeszkody w prawidłowej działalności kliniki spowodowały opóźnienie terminu rozpoczęcia wykładów. Widząc przeciąganie się prac remontowych, kierownik zdecydował się, pomimo wszystkie niedogodności, na jakie to natrafiało, rozpocząć wykłady bez materjału demonstracyjnego w sali wykładowej w sąsiedztwie kliniki znajdującego się zakładu uniwersyteckiego. Dopiero od trymestru zimowego wykłady zaczęły się odbywać w własnej sali wykładowej, należycie jednak jeszcze nie wyposażonej, a mianowicie, pozbawionej epidiaskopu. Wykłady odbywały się w liczbie zgodnej z wymaganiami ustaw. Pozwalam sobie umieścić tu uwagę kierownika kliniki chirurgicznej, dotyczącą kwestji asystentur i przygotowania tak zwanego „narybku" pracowników naukowych, mającej tak wielkie znaczenie dla uniwersytetu. Profesor Michejda z przykrością stwierdzić musi brak kandydatów na wolontarjuszów w klinice chirurgicznej. „Nie chcę szczegółowo omawiać przyczyn tego zjawiska, zaznaczę tylko, że jest ono związane w pierwszym rzędzie z zubożeniem młodzieży, kończącej studja i z obowiązkiem wykonywania przez tę młodzież jednorocznej praktyki szpitalnej; obowiązek ten rozpoczął się w roku sprawozdawczym. Zamiast wolontarjuszów stale pracujących w klinice, klinika uzyskała praktykantów, pracujących w ciągu 3 miesięcy i szukających po tych trzech miesiącach nowego zakładu dla odbywania praktyki. Niekorzystnie na frekwencji tych praktykantów odbija się to, że szpitale samorządowe, mocą

ustawy, obowiązane są dawać zgłaszającym się do nich praktykantom pewne świadczenia, podczas gdy kliniki swoim praktykantom za ich pracę niczego nie dają. Żyjemy, niestety, w okresie, w którym tego rodzaju fakt odciąga od kliniki chętnych do pracy". Uwagi prof. Michejdy wiążą się ściśle z dotychczas nieuregulowaną sprawą asystencką, tak fatalnie wpływającą na przygotowanie sił naukowych dla czasów przyszłych. Sprawą tą silił zająć się w roku sprawozdawczym Wydział Lekarski w związku z kończącym się terminem asystentury jednego z docentów katedry teoretycznej, zdając sobie dobrze sprawę z wielkiej szkody, którą spowodować może oderwanie się siły naukowej od placówki, na której była bardzo pożyteczna. Rzecz prosta, że uregulowanie tej bardzo ważnej kwestji nie może być uskutecznione w gronie profesorów jednego uniwersytetu, lecz sprawą tą niezmiernej wagi powinny się zająć szczególnie zjazdy rektorów i dziekanów.

Klinika położniczo-ginekologiczna ucierpiała od niebywałej powodzi tegorocznej. Sutereny, magazyny w nich mieszczące się, kuchnia i kotłownia zostały do takiego stopnia uszkodzone, że niezbędny stał się ich remont. Wykłady w trymestrze XIII polegały na systematycznym kursie patologji porodu i połogu. Ćwiczenia w operacjach położniczych i seminarjum położnicze uzupełniały teoretyczne wykłady. W trymestrze XI odbył się systematyczny cykl wykładów z fizjologji ciąży, porodu i połogu oraz wprowadzenie do kliniki położniczej. W trymestrze XII systematyczny wykład z zakresu szczegółowej patologji i terapji oraz operacyj położniczych. We wszystkich trymestrach omawiano szczegółowo i demonstrowano przypadki chorych ginekologicznych i położniczych z kliniki i przychodni. Ćwiczenia praktyczne polegały na dyżurach studentów na sali porodowej, na badaniu ciężarnych i rodzących pod kierownictwem personelu lekarskiego, na ćwiczeniach na fantomach i na asystowaniu i czynnem pomaganiu podczas drobnych operacyj i zabiegów. W pracowni klinicznej dokonano 501 analiz, nie licząc badań moczu, między innemi 61 badań interferometrycznych i 56 histologicznych. Frekwencja na wykładach i ćwiczeniach bardzo duża; należy tu zaznaczyć, że sala wykładowa kliniki położniczo-ginekologicznej zbyt szczupłemi rozmiarami zupełnie nie odpowiada liczbie uczęszczających na wykłady studentów, wskutek czego wykłady odbywają się w warunkach niewymownie uciążliwych tak dla profesora jak i dla studentów.

W klinice ocznej w trymestrze jesiennym dla słuchaczy XVI trymestru wykłady odbywały się po 3 godziny tygodniowo, w tem

1 godzina wykładów docenta Abramowicza. Frekwencja wynosiła 70—80% słuchaczy; ćwiczenia z okulistyki odbywały się dwa razy tygodniowo po 1 godzinie. W zimowym trymestrze wykładano 6 godzin, w tem 1 godzinę doc. Abramowicz. Na ćwiczenia przeznaczono 2 godziny tygodniowo. W trymestrze wiosennym prof. Szymański był na urlopie, a kierownictwo kliniki Rada Wydziałowa poleciła docentowi Abramowiczowi.

W klinice otolaryngologicznej wykłady odbywały się w liczbie 4 godzin tygodniowo. Docent Wąsowski prowadził prócz tego wykłady o metodach badania otolaryngologicznego 1 godzinę tygodniowo. W dwóch trymestrach wykłady te z powodu choroby doc. Wąsowskiego prowadził profesor Szmurło. W trymestrze XIII wykłady obejmowały anatomję, fizjologję, patologję i klinikę chorób nosa i jamy nosowo-gardłowej, w trymetrze XIV—anatomję, fizjologję i klinikę chorób uszu, w trymestrze XV — anatomję, fizjologję i klinikę chorób gardła i krtani. Wykłady były prowadzone metodą poglądową z możliwie licznemi demonstracjami chorych, preparatów anatomicznych, tablic, przezroczy i t. d. Zajęcia praktyczne odbywały się w liczbie 3 godzin tygodniowo. Cały kurs był podzielony na 3 grupy. Każdy student poza ćwiczeniami, mającemi na celu zapoznanie słuchaczy ze szczegółowemi metodami badań otolaryngologicznych, otrzymywał w ciągu roku akademickiego do badania i obserwowania stałego chorego, którego historję choroby po ukończeniu obserwacji składał kierownikowi kliniki. Frekwencja studentów była duża. Zajęcia praktyczne opuszczali od czasu do czasu tylko nieliczni słuchacze.

Polikliniką stomatologiczną kierował dr. Mancewicz. Wykłady i ćwiczenia na trymestrze XVI odbywały się z dziedziny chirurgji stomatologicznej, higjeny jamy ustnej, rentgenologji i rentgenografji stomatologicznej, oraz nauki o leczeniu ortopedycznem ran postrzałowych. Na trymestrach XIV i XV przedmiotem wykładów była patologja i terapja chorób jamy ustnej, oraz zależność chorób innych narządów ustroju ludzkiego od chorób jamy ustnej i zębów. Ćwiczenia polegały na zaznajamianiu studentów z metodami znieczulania, usuwania zębów i innych zabiegów dentystycznych i stomatologicznych, oraz na asystowaniu podczas dokonywanych w poliklinice zabiegów. Ze względu na szczupłe pomieszczenie i ograniczoną liczbę miejsc w poliklinice, liczba godzin ćwiczeń była doprowadzona do 12 tygodniowo, w celu dania możności odbycia w przeciągu kursu 30 godzin ćwiczeń dla każdego studenta, liczba ta bowiem jest przewidziana w ustawie. W rozkładzie zajęć na ćwiczenia jest wyznaczona

tylko jedna godzina tygodniowo. Nie mogę na tem miejscu nie podkreślić wielkiej pracy, wkładanej przez d-ra Mancewicza w prowadzenie polikliniki i dużej ilości czasu na to przez niego poświęcanej. Zadaniem Rady Wydziałowej powinno być w najbliższej przyszłości urzeczywistnienie organizacji przychodni i wystaranie się o wynagrodzenie dla kierownika, odpowiednie do jego pracy.

Wykłady radjologji, przewidziane w spisie wykładów na rok 1930 — 1931 nie odbyły się wskutek niedojścia do porozumienia z upatrzonym wykładowcą. Rada bowiem Wydziałowa nie rozporządzała środkami, wystarczającemi na opłacenie kosztów przyjazdu z innego miasta uniwersyteckiego wykładowcy. Wobec powyższego profesorowie klinicyści, każdy w swoim zakresie, podczas wykładów uwzględniał sprawy złączone z radjologją i tem poniekąd została pomniejszona szkoda, wynikająca z braku katedry tej nauki.

W niżej podanej tabelce przedstawiam liczbę chorych, leczonych w klinikach, liczbę dni szpitalnych, liczbę większych operacyj i innych zabiegów, oraz liczbę porad, udzielonych w przychodni.

Nazwa kliniki	Liczba chorych	Liczba dni szpitalnych	Liczba większych operacyj szpitalnych	Liczba innych zabiegów	Liczba porad udzielon. w przychodni
I chorób wewnętrznych .	472	8994	—	1333 (Rentgen)	—
II chorób wewnętrznych .	791	14238	—	—	1641
Chorób dzieci.	504	10315	—	—	1238
Chorób nerwowych . . .	245	11800	—	—	157
Chorób psychicznych . .	250	52223	—	—	—
Chorób skórno-weneryczn.	220	6850	—	—	4600
Chirurgiczna	652	13212	483	—	1846
Położniczo-ginekologiczna	699	12376	327	482	1226
Uszno-gardlana	465	7152	344	193	3507
Oczna	326	7015	520	—	16243
Poliklinika stomatologiczna	—	—	—	3010	—
Razem .	4624	144175	1674	5018	30458

Zakład anatomji patologicznej wykonał dla klinik 184 badania histologiczne.

Wyżej, omawiając działalność zakładów i klinik, niejednokrotnie wspominałem o ciężkich warunkach finansowych, w których pracował Wydział Lekarski. Cyfrowo wyrazi się to w zestawieniu kwot preliminowynych a wypłaconych na pomoce naukowe. A więc, na pomoce naukowe na rok 1930—1931 przeznaczono 129416 zł., w rzeczywistości Wydział Lekarski otrzymał od 1-go października 1930 r. do 1-go października 1931 roku 17504 zł., czyli 7,4% spodziewanej kwoty.

Ze specjalnych zasiłków, udzielonych zakładom, mogę tu wymienić zasiłek w kwocie 12000 złotych zakładowi patologji ogólnej, przyznany przez Ministerstwo. Z tej kwoty w roku sprawozdawczym wpłynęło 3500 zł. Temuż zakładowi zapomogę w kwocie 1000 złotych udzieliła Polska Akademja Umiejętności; w imieniu Rady Wydziału Lekarskiego składam na tem miejscu Akademji wyrazy najgłębszej wdzięczności za pomoc, okazaną zakładowi, który dzięki temu zasiłkowi, jak również zasiłkowi, danemu przez Ministerstwo, mógł rozpocząć pracę naukową i nabyć dla tej pracy niezbędne pomoce naukowe.

Ubiegły rok akademicki nie był szczęśliwym pod względem wzbogacania się w pomoce naukowe. Śmiało rzec można, że zakłady istniały tylko dzięki nagromadzonym w latach ubiegłych zapasom, jak również dzięki szczupłym, ale regularnie wpływającym taksom laboratoryjnym. Mogę twierdzić z całą stanowczością, że gdyby nie te opłaty studentów, to wszelka praca w zakładach musiałaby być przerwana.

Z najważniejszych nabytków wymieniam następujące:

Zakład patologji ogólnej: mikroskopy, wirówkę elektryczną i autoklaw.

Zakład farmakologji: transformator, tablicę marmurową, zawierającą jeden wyłącznik 3-ch biegunowy, motor elektryczny na prąd zmienny 3-fazowy i lampę kwarcową.

Zakład anatomji patologicznej: aparat do powiększania fotografij.

II klinika chorób wewnętrznych: lampę roentgenowską Multix, przełącznik wysokiego napięcia, stół według D-ra Bucky, trochoskop, przyrząd ballistyczny do określania milliamperów i komplety tanków.

Klinika otolaryngologiczna: kimografion, mikrotom i aparat do głębokich naświetlań.

Klinika pedjatryczna: wirówkę elektryczną, lampę Vitalux, nowe palniki do lamp kwarcowych.

Klinika dermatologiczna: potentiometr i zakończenie instalacji Finsenowskiej.

Poliklinika stomatologiczna: lampę bezcieniową.

Bibljoteki zakładów i klinik zwiększyły się ogółem o 886 tomów.

Godnym jest zaznaczenia smutny fakt, że niektóre zakłady i kliniki zaprzestały prenumeraty pism, szczególniej zagranicznych. Powstają stąd w bibljotekach luki, które systematycznie wzrastają, a w przyszłości coraz trudniejszą sprawą będzie ich uzupełnienie.

Poszczególnie: zakład anatomji opisowej ma przyrost w liczbie 50 tomów, histologji—36, biologji—17, fizjologji—12, anatomji patologicznej—30, seminarjum historji i filozofji medycyny — 4, farmakologji — 8, patologji ogólnej — 30, higjeny — 113, klinika I chorób wewnętrznych — 70, klinika II chorób wewnętrznych — 97, chirurgiczna — 70, neurologiczna — 27, położniczo-ginekologiczna — 72, oczna—40, otolaryngologiczna—29, pedjatryczna — 29, psychjatryczna — 142, przychodnia stomatologiczna — 10.

W tych ciężkich dla Uniwersytetu czasach personel nauczający i pomocniczy w miarę możności starał się nie przerywać pracy naukowej twórczej. Podaję niżej spis prac naukowych, ogłoszonych drukiem lub słowem na zebraniach i posiedzeniach stowarzyszeń naukowych.

Wykaz prac naukowych profesorów i docentów.

Docent Abramowicz. 1) Wprowadzenie powietrza do komory przedniej podczas wydobycia zaćmy, Kl. Oczna, 1930. 2) Stwierdzanie objawu Bella zapomocą diafanoskopji. Ibid. 3) Badania kliniczne i doświadczalne nad uszkodzeniem oczu henną, używaną do barwienia włosów. Ibid. 4) Nowy sposób wydobycia zaćmy w torebce. Ibid. 1931. 5) L'extraction intracapsulaire de la cataracte. Bullet. de la S. O. 1931.

Prof. Marjan Eiger. 1) O zwojach i komórkach nerwowych podwsierdziowych oraz o ich roli fizjologicznej. Medyc. Dośw. i Społ. Tom XI. 1930. 2) Wpływ układu nerwowego mimowolnego oraz wpływ odżywiania na powstanie nowotworów doświadczalnych. Dieta jako środek społeczno-leczniczy zapobiegawczy. Warsz. Czas. Lek. Nr. 38—39. 3) Der Einfluss des vegetativen Nervensystems und der Ernährung auf die Entstehung experimenteller Geschwülste. Zeitschr. f. Krebsforsch. (obie te prace wspólnie z doc. Czarneckim).

Doc. Janina Hurynowiczówna. 1) W sprawie mierzenia pobudliwości nerwów naczynioruchowych metodą chronaksji. Pol. Gaz. Lek. 1930. 2) Chronaksja jako metoda rozpoznawcza a chirurgja nerwów obwodowych (wspólnie z drem. Achmatowiczem).

Prof. Stanisław Hiller. Badania zjawisk narkozy u pierwotniaków. Ks. Pam. XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników.

Prof. Kazimierz Karaffa-Korbutt. 1) Statystyka sanitarna jako podstawa nauczania higjeny społecznej. Lek. Wojsk. XVI 1930. 2) Nauczanie medycyny na naszych uniwersytetach z punktu widzenia naukowej organizacji pracy. Medycyna. 1930. 3) O pojęciach i określeniach zasadniczych higjeny społecznej. Medycyna. 1931. 4) O źródłach wiedzy higjenicznej. Ibd. 5) Rola metody statystycznej w sprawie określania i badania chorób zawodowych. Zdrowie. 1931. 6) O polskim instytucie pracy. Ibd. 7) O nauczaniu higjeny na wydziałach lekarskich i kształceniu higjenistów. Medycyna. 1931. 8) O statystycznem myśleniu lekarzy społeczników. Ibd. 9) O naczelnej państwowej radzie zdrowia. 10) O rozwój

higjeny pracy w Polsce. Ibd. 11) O przyszłej polskiej tablicy wymieralności. Ibd. 12) Działalność naukowa i pedagogiczna U. S. B. z lat 1919—1929 z zestawień statystycznych. Ks. Pam. ku uczczen. 350 rocznicy. 1931. 13) Sanitarno-statystyczne stosunki Polski w okresie 1919—1929. Pamięt. Wileń. Tow. Lekar. 1931. 14) Stosunki zdrowotne w Polsce. Enc. Powsz. T. XIII, wyraz „Polska".

Profesor Władysław Jakowicki. 1) Wczesne rozpoznanie ciąży. Pam. XIII Zjazdu lek. i przyr. 2) Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego U. S. B. za rok akademicki 1929—1930. Pam. Wil. Tow. Lek.

Prof. Feliks Malinowski. Kiła narządów trawienia. Gastrologja Polska. 1931.

Prof. Kornel Michejda. Zapalenie wyrostka robaczkowego na podstawie materjału klinicznego. Pol. Prz. Chir. 1931.

Doc. Aleksander Safarewicz. 1) Sanitarne badanie wody w Wilji w lecie 1930 r. Zdrowie 1931. 2) Nadzór nad produktami spożywczemi (wspólnie z Kaz. Karaffą-Korbuttem i F. Kasperowiczem. Ibd. 3) Ciężar właściwy a tłuszcz w mleku rynku wileńskiego. Medycyna 1931. 4) Doświadczenia nad bakterjobójczem działaniem preparatów „Brixol". Ibd.

Prof. Sergjusz Schilling-Sieńgalewicz. Zastosowanie odczynu Kumagi i Yanabaschi do badania nad gruczołami o wewnętrznem wydzieleniu. (Wspólnie z d-rem Białoszabskim).

Prof. Jan Szmurło. 1) Alkoholizm a gruźlica. Gruźlica 1931. 2) Walory lecznicze Ciechocinka. Now. społ. i lek. 3) Ueber die rektale Aethernarkose in der Otolaryngologie. Mon. f. Ohrenkr. 1930. 4) Podręczna lampa do prześwietlania zatok szczękowych i czołowych. Pol. Przegl. Otolar. VII. 5) Wyniki zapoczątkowanych przezemnie badań ognisk twardzielowych na terenie województw północno-wschodnich. Pol. Gaz. Lek. 1931. 6) Choroby krtani i tchawicy. Podręcznik dla lekarzy i studentów. 1932.

Prof. Juljan Szymański. 1) Atlas „Corpus Tabularum Ophtalmicarum", wydanie niemieckie. 2) Zmiany w mózgu kota z wrodzonym brakiem tarczy nerwu wzrokowego w prawem oku (wspólnie z d-rem Messingiem). Klin. Oczna. 1930. 3) „Ciemnia". Nowiny Lek. 1930. 4) Un cas de conjonctivite Parinaud. Bull. de la soc. O. 5) Problem aklimatyzacji w krajach tropikalnych. Kwart. Inst. Em. i Kol. 6) Wykłady chorób oczu w krajach podzwrotnikowych. Ibd. 1931.

Doc. Tadeusz Wąsowski. 1) Wpływ adrenaliny i ephetoniny na odruchy błędnikowe. PPOT. VII. 2) Rola układu naczynioruchowego w powstawaniu odruchu cieplnego błędnika. Pam. Wil. Towarz. Lek. VII. 3) Revue analytique des travaux pol. 1925—1929. Otl. Slave. 4) Przyrząd oświetlający dla badań otolaryngologicznych własnego pomysłu. PPOT. VII. 5) Do kazuistyki zakrzepu zatoki jamistej pochodzenia usznego. Pam. Wil. Tow. Lek. VII.

Prof. Stanisław Władyczko. 1) Uwagi o neurastenji i neurastenizacji. Pol. Gaz. Lek. 1930. 2) W sprawie walki z alkoholizmem na terenie Wilna (wspólnie z d-rem Genzlem).

Doc. Wacław Zaleski. Hormones sexuelles et systhème nerveux sympathique, (wspólnie z Buchheimem). C. Rend. d. Séances de la Soc. Biol. 104. 1930. 2) Heterotopja doświadczalna tkanki macicznej u króliczek i świnek morskich Praca habilitacyjna. Gin. Polska. T. X, 1931.

Wykaz prac asystentów.

Asystent kliniki otolaryngologicznej, dr. Jan Bielunas. Diagnostyczne znaczenie odczynu wiązania dopełniacza w twardzieli. P. P. O. T. VII.

Asystent zakładu higjeny, dr. Janina Bortkiewiczówna. Katatermometryczne badania szkół powszechnych. Medycyna 1931.

Asystent kliniki otolaryngologicznej, dr. Benedykt Dylewski. 1) Uwagi o reraniu z podaniem rzadkich, nieopisanych dotychczas przypadków tego cierpienia. Pol. Przegl. Otol. 2) Pierwotna błonica ucha środkowego w przypadku przewlekłego ropienia z ucha. Now. Lek. 1930. 3) Co lekarz o rozwoju mowy u dziecka wiedzieć powinien? Pam. Wil. Tow. Lek. VI. 1930. 4) W sprawie falowania błoniastej przegrody nosowej po rezekcji przegrody sposobem Killjana. Pol. Przegl. Otol. VII. 5) Ueber Diphterie des Mittelohrs. Monatschr. F. Ohr. 6, 5, Z. 2. 7) O podśluzowem rozszczepieniu podniebienia miękiego. Pol. Przegl. Otol. VII. 1930. 8) Przyczynek do badania nad odruchami gardłowemi. Pam. Wil. Tow. Lek. VII. 1931.

Asystent I kliniki chorób wewnętrznych, dr. J. Frydman. W sprawie metodyki i znaczenia ilościowego określania pepsyny w soku żołądkowym. Medycyna 1931.

Asystent kliniki chirurgicznej, dr. Wiera Gilels. Niezwykły przypadek osteochondritis deformans coxae juvenilis. Chir. narz. ruch. i ortop. Polski. IV. 1931.

Asystent kliniki położniczo-ginekologicznej, dr. G. Gordon. Przypadek skrętu trąbki ciężarnej.

Asystent kliniki psychjatrycznej, dr. Halina Jankowska. 1) Relation de la dependance entre la teneur du sang en calcium et l'action inhibitrice du nerf splanchnique. Journ. de phys. et de path. gen. 28 (w współpracownictwie z prof. Gleyem). 2) Contribution à l'etude des reactions biochemiques au cours des emotions (z kliniki Prof. Claude). 3) Reactions emetives dans l'hebephrenie. Ibd.

Asystent katedry higjeny, dr. F. Kasperowicz. 1) Błędna droga, błędne wnioski. Now. Społ. Lek. 1930. 2) Na marginesie instrukcji dozoru nad żywnością. Ibd. 1931. 3) Badania zanieczyszczenia mleka rynkowego w Wilnie. Zdrowie 1931. 4) Wychowanie higjeniczne ludności a stan sanitarny kraju. Ibd. 1930. 5) W sprawie odżywiania ludności m. Wilna. Arch. Hig. III. 1931.

Asystent kliniki pedjatrycznej, Dr. H. Kaulbersz-Marynowska. 1) O stosowaniu surowych jabłek w nieżytach u niemowląt. Pol. Gaz. Lek. 1931. 2) O przebiegu odry u dzieci płoniczych i o innych zakażeniach mieszanych. Pam. Wil. Tow. Lek. 1931, z 2, 3 i 4.

Asystent kliniki położniczo-ginekologicznej, dr. E. Klemczyński. Badania interferometryczne gruczołów wewnętrznego wydzielania w ciąży, (praca doktorska) Pam. Wil Tow. Lek.

Asystent kliniki I chorób wewnętrznych, dr. W. Krotow. 1) Urografja, jako dalszy postęp rentgenodiagnostyki. Pol. Gaz. Lek. 1930. 2) Ropień kostny Brodiego. Medycyna 1930.

Asystent katedry histologji i embrjologji, dr. Jan Kruszyński. Une nouvelle methode pour la detection du chondriome. Bull. d'histologie appliquée. 1931.

Asystent kliniki chirurgicznej, dr. Sergjusz Małofiejew. Wskazania do odjęcia kończyny w sprawach ropnych kończyn. Chir. Narz. ruch. Ortop. Polska. IV. 1931.

Asystent kliniki dermatologicznej, dr. M. Mienicki. Porównawcze termoelektryczne pomiary ciepłoty skóry z uwzględnieniem niektórych chorób. Gastrologja Polska. 1931.

Asystent katedry medycyny sądowej, dr. B. Puchowski. Rzadki przypadek bezpośredniego złamania podstawy czaszki (w języku polskim i niemieckim).

Asystent kliniki I chorób wewnętrznych, dr. A. Rosset. W sprawie wpływu uroselektanu na ustrój ludzki (krew, nerki) oraz zachowania się jego w ustroju. Pol. Gaz. Lek. 1930.

Asystent kliniki otolaryngologicznej, dr. Piotr Rozwadowski. Jonizacja solami cynku w ropnem zapaleniu ucha środkowego. Pol. Przeg. Otol. VII.

Asystent kliniki ocznej, dr. Rucznik. Operacyjne leczenie podwinięcia rzęs.

Asystent kliniki dermatologicznej, dr. E. Sawicki. 1) Odczyn B. Wassermanna w nasieniu kiłowych. Przegl. Derm. 1931. 2) Przypadek trzeciorzędnej kiły u tabetyka. Przegl. Derm. 1931.

Asystent katedry biologji, dr. Aleksander Wolański. Studja nad reakcją Manojłowa u roślin, zwierząt i ludzi. Acta Biologiae exper. 1931.

Asystent kliniki pedjatrycznej, dr. J. Zienkiewicz. 1) Przyczynek do kazuistyki ogólnego zakażenia gronkowcowego u dzieci. Pedj. Polska. 1931. 2) Środki arsenowe w leczeniu kiły wrodzonej u dzieci. Warsz. Czas. Lek. 1931.

Ogółem ogłoszono drukiem 92 prac.

Referaty, odczyty i pokazy.

Docent S. Bagiński. Układ pokarmowy a gruczoły dokrewne. Wil. Tow. Lek.

Asystent kliniki neurologicznej, dr. J. Borysowicz. 1) Tumor cerebelli. Estońskie Tow. Neurol. 2) Thrombosis art. tibialis post. Ibd. 3) Meningitis circumscripta. Ibd. 4) Syringomyelia posttraumatica. Ibd.

Asystent kliniki neurologicznej, dr. J. Genzel. 1) Dzieci umysłowo upośledzone. Wil. Tow. Neur. 2) Leczenie alkoholików w poradni lekarskiej Wileńskiego Tow. Mens. IX Wszechpolski Kongres antialkoholowy. 3) O defektywnych dzieciach. Żyd. Tow. Ośw.

Adjunkt kliniki pedjatrycznej, Dr. E. Gerlée. 1) O ropnych zapaleniach opon mózgowych dzieci. Tow. Ped. 2) Z kliniki duru rzekomego u niemowląt (wsp. z dr. A. Trusiewiczówną).

Asystent kliniki położniczo-ginekologicznej, dr. G. Gordon. W sprawie zapobiegania ciąży. Wil. Tow. Gin.

Prof. Stanisław Hiller. Głód, jako zjawisko biologiczne. Tow. Lek. w Druskienikach.

Doc. J. Hurynowicz. 1) W sprawie transcerebralnej jonizacji w porażeniach połowiczych. Pol. Tow. Psych. 2) O zastosowaniu chronaksji w okulistyce. Ibd. 3) W sprawie pourazowych porażeń nerwów obwodowych bez zmian mikroskopowych. Ibd. 4) O przyczynach i zapobieganiu nerwowości u dzieci. Tow. Eug.

Prof. W. Jakowicki. 1) W sprawie operowania przewlekłych postaci zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet. Wil. Tow. Gin. 2) Poród u starych i starszych pierwiastek. IV Zjazd Gin. w Krakowie. 3) Wpływ morfiny na czynność rozrodczą. Ibd.

Asystentka kliniki psychjatrycznej, dr. W. Jakubianiec. O psychoanalizie. Tow. Współcz. Wychowania.

Prof. W. Jasiński. 1) O konieczności i sposobie ustalenia norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce. IV Zj. Ped. Pol. we Lwowie. 2) Sprawozdanie naukowe z IV Zjazdu Ped. Polsk. we Lwowie. Wil. Tow. Lek. 3) Przypadek porażenia splotu barkowego (typ Klumpke). Tow. Pedj.

Asystent kliniki pedjatrycznej, dr. H. Kaulbersz-Marynowska 1) Sprawozdanie z II kongresu międzynarodowego pedjatrów w Sztokholmie. Wil. O. P. Tow. Ped. 2) Odczyn Biernackiego w płonicy i odrze — IV Zjazd Pedj. Polsk. we Lwowie.

Asystent kliniki ginekologicznej, dr. E. Klemczyński. Badania interferometryczne gruczołów dokrewnych w niedorozwoju narządu rodnego i zaburzeniach miesiączkowych. Zjazd. Gin. Pol. w Krakowie.

Asystent kliniki ginekologiczno-położniczej, dr. S. Kolski. Porównawcze badania interferometryczne krwi matek i płodów na substrat łożyska. Wil. Tow. Gin.

Asystent katedry histologji, dr. Jan Kruszyński. 1) Wrażenia z pobytu na stacji biologicznej w Roscoff i Concarnon. Tow. Kopernika. 2) Zachowanie się aparatu Golgiego w trzustce, zależnie od stanu czynnościowego gruczołu. Tow. Anat. Zool. 3) Nowa metoda wykrycia chondrjomu w tkankach zwierzęcych. Tow. Anat. Zool.

Asystent kliniki psychjatrycznej, Dr. A. Kulikowska. Sprawozdanie o opiece pozaszkolnej nad psychicznie chorymi w Wilnie. Wileńsk. Od. Polsk. Tow. Psychjatrycznego.

Asystentka kliniki pedjatrycznej, dr. P. Lidzka. O ciśnieniu krwi w zapaleniu płuc. IV Zjazd Ped. Polsk. we Lwowie. 2) Układ siateczkowo śródbłonkowy i jego znaczenie w klinice dziecięcej. Wil. O. P. Tow. Ped.

Asystent katedry anatomji patologicznej, dr. S. Mahrburg. 1) Aparat do łatwego zatapiania preparatów anatomicznych w żelatynie. Wil. Tow. Lek. 2) Dwa przypadki kiły wątroby. Wil. Tow. Lek. 3) Rak główki trzustki. Wil. Tow. Lek. 4) Preparat przyżyciowego wgłobienia jelit. Wil. Tow. Lek. 5) O zawartości żelaza w śledzionie i wątrobie w zaburzeniach odżywiania u niemowląt. Towarzystwo Przyj. Nauk.

Prof. Feliks Malinowski. 1) Życie i choroby płciowe. Odczyty publiczne. 2) Leczenie gruźlicy skóry djetą bezsolną. Wil. Tow. Lek.

Asystent kliniki pedjatrycznej, dr. Z. Michejdzina. Próby oceny zmian skórnych u niemowląt. Wil. Od. Pol. Tow. Pedj.

Prof. Z. Orłowski. 1) O teorji Sanarelliego. Wil. Tow. Psych. 2) Zdrojowiska polskie i wskazania do leczenia w nich. Tow. Lek. w Brześciu. 3) Współczesne poglądy na istotę działania wód mineralnych. Wil. Tow. Lek. 4) Wskazania do leczenia w zdrojowiskach polskich. Ibd.

Prof. K. Pelczar. 1) Z badań nad zawartością dopełniacza w surowicy chorych na nowotwory złośliwe. 2) Z badań nad płytkami krwi u zwierząt nowotworowych (wspólnie z T. Hofbauerem i E. Kołoszyńskim). Wil. Tow. Lek.

Prof. M. Reicher. Topografja aorty i początków jej wielkich gałęzi brzusznych. Tow. Anat. Zool. w Wilnie. 2) Contribution á l'etude anatomo topographique du système arteriel chez l'homme adulte et chez le nouveau né. Międz. Zjazd Anatomów w Warszawie.

Asystent kliniki I wewnętrznej, dr. A. Rosset. 1) W sprawie etjologji choroby Vaqueza. Wil. Tow. Psych. 2) Z dziedziny pogranicza schorzeń narządów wewnętrznych i układu nerwowego. Ibd.

Asystent kliniki położniczo - ginekologicznej, dr. J. Ryll-Nardzewska. Znaczenie praktyczne odczynów Zondek-Anscheima. IV. Zjazd Gin. Pol. w Krakowie.

Asystent katedry anatomji patologicznej, dr. J. Samborski. Pierwotny mięsak wątroby. Wil. Tow. Lek.

Prof. M. Seńkowski. Synteza heminy. Wil. Tow. Lek.

Asystent katedry anatomji opisowej, dr. W. Sylwanowicz. 1) Zmienność układu żyły nieparzystej u człowieka. Tow. Anat. Zool. w Wilnie. 2) Sur les valvules du système des azygos. Międz. Zjazd Anat. W-wa.

Prof. J. Szmurło. Rola powonienia w życiu duchowem ludzi i zwierząt. Odczyt publiczny na rzecz koła medyków. 2) O walorach leczniczych i klimatycznych Ciechocinka. Tow. Popierania Polsk. Uzdr. i Zdrojowisk. 3) O współpracy lekarzy na terenie uzdrowisk z zarządami tych uzdrowisk. Ibd.

Asystentka kliniki pedjatrycznej, dr. A. Trusiewiczówna. Przyczynek do kazuistyki wgłobień jelitowych u niemowląt. Tow. Ped.

Asystentka kliniki położniczo-ginekologicznej, dr. Z. Tyszkówna. Aktinoterapja w ginekoloji. Wil. Tow. Gin.

Docent T. Wąsowski. 1) Pokaz chorego po operacji wilczej paszczy. Wil. Tow. Lek. 2) Pokaz aparatu oświetlającego do badań otolaryngologicznych. Ibd. 3) Wpływ adrenaliny i ephetoniny na odruchy błędnikowe. Ibd. 4) Przyczynek do eterowej narkozy rektalnej. Ibd. 5) Wpływ odmy sztucznej i wyrwania nerwu przeponowego na leczenie gruźlicy krtani. Ibd.

Edward Wyganowski, student V roku. W sprawie odchyleń przy doświadczalnem stwierdzaniu prawa liczb wielkich. Ref. Prof. K. Karaffy-Korbutta w Tow. Przyj. Nauk.

Adjunkt, kliniki położniczo-ginekologicznej, dr. W. Zaleski. 1) Wpływ sympatektomji na zmiany cykliczne przeszczepionej macicy. Wil. Tow. Gin. 2) Kilka uwag w sprawie warunków pracy naukowej w Strasburgu. Ibd. 3) Heterotopja doświadczalna tkanki macicznej u króliczek i świnek morskich. Wil. Tow. Lek. 4) W sprawie techniki wszczepiania narządu rodnego u króliczek. Wil. Tow. Gin. 5) Badania nad ogniskami nabłonkowemi w ścianach jajowodów. IV Zjazd Gin. Polsk. w Krakowie.

Asystent kliniki pedjatrycznej, dr. J. Zienkiewicz. O kile wątroby u dzieci. Tow. Pedj.

Poza wymienionemi odbyły się liczne pokazy chorych w towarzystwach lekarskich.

Rada Wydziałowa przyznała nagrody ze swych funduszów:

1) Doktorowi Janinie Bortkiewiczównie za pracę: Katatermometryczne badania szkół powszechnych.

2) Absolwentowi Medycyny, Aleksandrowi Wolańskiemu za pracę: Studja nad reakcją Manojłowa.

Na wniosek komisji konkursowej, zatwierdzony przez Radę Wydziałową i Senat Akad. U. S. B., zostały nagrodzone następujące prace z funduszu Marszałka Józefa Piłsudskiego:

1) Docenta Zaleskiego: Heterotopja doświadczalna tkanki macicznej u królików i świnek morskich.

2) Docenta Tadeusza Wąsowskiego. Wpływ adrenaliny i efetoniny na odruchy błędnikowe.

3) Doktora A. Rosseta. W sprawach wpływu uroselektanu na ustrój ludzki (krew, nerki), oraz zachowanie się jego w ustroju.

Profesorowie, docenci, adjunkci i asystenci brali czynny udział w pracach towarzystw lekarskich i przyrodniczych, istniejących na

terenie Wilna, nietylko zasilając je referatami i odczytami, i dzieląc się z niemi wynikami swych badań, lecz również kierując temi pracami. A więc, prezesem najstarszego w Polsce Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego był prof. Michejda, Towarzystwa anatomiczno-zoologicznego prof. S. Hiller, Towarzystwa Internistów prof. A. Januszkiewicz, Towarzystwa Dermatologicznego prof. F. Malinowski, Towarzystwa Otolaryngologicznego prof. J. Szmurło, Towarzystwa Pedjatrycznego prof. Wacław Jasiński; Towarzystwa Przeciwgruźliczego i Eugenicznego prof. S. Władyczko.

Poza tem w miarę możności, pomimo obecnie panujących ciężkich warunków materjalnych i bez względu na ogólne zubożenie, które szczególniej dotknęło już w czasach normalnych niedostatecznie uposażony personel nauczający na uniwersytecie, profesorowie i asystenci brali czynny udział w pracach zjazdowych poza Wilnem. Rzecz prosta, że ze wspomnianych przyczyn udział ten był skromniejszy w porównaniu do lat ubiegłych.

Prof. Reicher i Dr. Sylwanowicz brali czynny udział w zjeździe anatomicznym międzynarodowym w Warszawie. Docent Safarewicz i asystent katedry higjeny dr. Kasperowicz, uczestniczyli w zjeździe higjenistów polskich, odbytym w Gdyni w czerwcu r. b.; prof. Wacław Jasiński z asystentami, d-rem H. Kaulbersz-Marynowską, P. Lidzką i Z. Michejdziną, uczestniczył w IV zjeździe pedjatrów polskich we Lwowie; dr. H. Kaulbersz-Marynowska brała udział w II międzynarodowym zjeździe pedjatrów w Sztokholmie. Prof. Kornel Michejda, wraz z asystentami d-rem Józefem Tymińskim, Wierą Gilelsówną i Antonim Zalewskim brał udział w zjeździe chirurgów polskich, gdzie miał referat do tematu programowego. Prof. Stanisław Władyczko i docent Janina Hurynowicz brali udział w prezydjum IX wszechpolskiego zjazdu kongresu antialkoholowego w Wilnie. Prof. Juljan Szymański uczestniczył w międzynarodowej konferencji organizacji walki z jaglicą w Genewie oraz w zjeździe okulistów francuskich w Paryżu; podróżował poza tem po Ameryce południowej, wygłaszając tam odczyty i wykłady. Prof. Jan Szmurło brał udział w zjeździe przeciwalkoholowym, na którym wygłosił odczyt oraz odbył podróż zagranicę w celu zwiedzenia w zdrojowiskach europejskich urządzeń wziewalnianych i wprowadzenia ulepszeń w tym kierunku w zdrojowiskach krajowych, szczególnie w Ciechocinku i Druskienikach. Adjunkt kliniki psychjatrycznej, dr. Jankowska spędziła ubiegły rok akademicki na urlopie naukowym zagranicą w Paryżu i Monachjum. Asystentka kliniki II wewnętrznej, dr Sali-

tówna była wydelegowana na koszt kliniki na 2 miesiące do Berlina w celach naukowych. Prof. W. Jakowicki, adjunkt dr. W. Zaleski, st. asystent dr. E. Klemczyński i dr. Ryll-Nardzewska uczestniczyli w IV Zjeździe Ginekologów w Krakowie.

Z godności, piastowanych przez profesorów i asystentów uniwersytetu, wspomnę tu o następujących. Prof. W. Jasiński jest redaktorem pisma „Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego". Profesor Kazimierz Karaffa-Korbutt został wybrany członkiem samorządowej komisji zdrowia w Warszawie i jest redaktorem, wspólnie z docentem A. Safarewiczem, pisma „Archiwum Higjeny". Doc. Safarewicz został wybrany na walnem zgromadzeniu członków Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego na wakującą po śmierci prof. Stanisława Trzebińskiego godność sekretarza stałego Towarzystwa i kieruje, jak w roku ubiegłym, pracami w Miejskim Zakładzie badania żywności jest redaktorem Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego. Profesor Wilczyński do stycznia roku 1931 był kierownikiem badań biologiczno-taksacyjnych Okręgu Wileńskiego wód państwowych, prowadził badania produkcyjności jezior 16 i 17 grupy; był redaktorem Bibljoteki Biologicznej. Profesor Jakowicki został wybrany przewodniczącym Sekcji klinicznej Wileńskiego komitetu do zwalczania raka, był wice-prezesem T-wa Ginekologów polskich, członkiem rady Wileńsko-Nowogródzkiej Izby lekarskiej, wice-prezesem wileńskiego wojewódzkiego komitetu pomocy polskiej młodzieży akademickiej, oraz kuratorem Bratniej pomocy młodzieży akademickiej U.S.B. Prof. Kazimierz Pelczar był jednym z najbardziej czynnych członków założycieli Wileńskiego komitetu do zwalczania raka, był członkiem komitetu redakcyjnego czasopisma „Nowotwory" i referentem pisma Zeitschrift für Krebsforschung. Profesor Stanisław Władyczko jest prezesem towarzystwa Mens. Profesor Szmurło był do końca roku 1930 prezesem Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, jest wice-prezesem Wileńskiego oddziału Polskiego Czerwonego Krzyża, prezesem kół młodzieży Wileńskiego okręgu Polskiego Czerwonego Krzyża, redaktorem Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego, a w roku 1931 został zaproszony do międzynarodowego stowarzyszenia naukowego pod nazwą Collegium Otolaryngicum Amicitiae Sacrum. Kierownik przychodni stomatologicznej, Dr. E. Mancewicz został prezesem III sekcji patologji i terapji dentystycznej stowarzyszenia: Federation dentaire internationale.

W 3-im trymestrze roku sprawozdawczego został przeniesiony do Wilna Polski Instytut do badania mózgu, zainstalowany na tere-

nie szpitala i kliniki psychjatrycznej, stanowiąc jednocześnie pracownię U. S. B. Po przeprowadzeniu adaptacyjnych robót, pracownia została uruchomiona i rozpoczęto prace z dziedziny anatomji normalnej i patologicznej systemu nerwowego.

Z inicjatywy Rady Wydziałowej powstała nowa placówka, mająca na celu walkę z rakiem, a mianowicie, Wileński komitet do zwalczania raka, w której czynny udział wzięli liczni profesorowie Wydziału lekarskiego. Przewodniczącym sekcji naukowej, na ogólnem walnem zebraniu członków założycieli, został obrany prof. M. Eiger, a wice-prezesem komitetu prof. K. Michejda.

W listopadzie 1929 roku została uruchomiona przy klinice otolaryngologicznej poradnia dla chorych z wadami mowy i głosu. Kierownik kliniki powierzył prowadzenie poradni starszemu asystentowi, dr. B. Dylewskiemu, który w ciągu 1929/30 roku studjował zagranicą phoniatrię i logopedję. Poradnia została zaopatrzona w niezbędne przyrządy do badania i leczenia chorób mowy i głosu. W roku 1929—1930 przeszło przez poradnię 409 pierwszorazowych i 520 powtórnych chorych. Wobec przeważającej liczby dzieci wśród tych chorych został otwarty przy przychodni szkół powszechnych i średnich gabinet dla leczenia chorób mowy i głosu, kierowany również przez d-ra Dylewskiego. W tym gabinecie w roku 1929/30 przeszło 411 pierwszorazowych i 1427 powtórnych chorych. W roku 1930/31 działalność poradni klinicznej dla chorób z wadami mowy i głosu rozwinęła się w całej pełni. Leczono i badano pierwszorazowych 103, powtórnych 203 chorych. W przychodni szkolnej dla dzieci pierwszorazowych było 418, powtórnych 1456. W ten sposób rozpoczęła się działalność kliniki w kierunku leczenia wad mowy i głosu na terenie Wilna i Wileńszczyzny.

Klinika pedjatryczna prowadziła w roku sprawozdawczym stację opieki nad dzieckiem i matką Nr. 3 w lokalu kliniki. Asystenci kliniki prowadzą prócz tego 5 stacyj opieki, założone przez inne instytucje społeczne (Kasa chorych, Związek pracy obywatelskiej kobiet, Magistrat m. Wilna).

Założona i prowadzona przez klinikę Kolonja lecznicza dla dzieci imienia Jędrzeja Śniadeckiego w Druskienikach rozwija się pomyślnie. W roku 1930 leczono w ciągu 2-ch sezonów 123 dzieci.

Z czynnością nauczania w bliskiej łączności znajduje się nietylko zaopatrzenie zakładów i klinik w pomoce naukowe, lecz

również stan lokali, w których odbywają się zajęcia. Wskutek tego w tem miejscu podaję pewne szczegóły, dotyczące remontów, dokonanych w zakładach i klinikach, oraz te postulaty, które oczekują na zrealizowanie w najbliższej przyszłości.

Nowy gmach anatomji opisowej z powodu całkowitego braku kredytów pozostaje i w roku sprawozdawczym niewykończonym. Tworzy to lukę w planie gospodarczym Wydziału Lekarskiego z tego względu, że dwa zakłady, a mianowicie, zakład anatomji opisowej i histologji nie mają należytego pomieszczenia i tem przeszkadzają planowemu rozmieszczeniu innych zakładów, zajmując dla nich przeznaczone miejsce. W nowym gmachu brak jest tylko podłóg i niedokonano robót malarskich. Niezamieszkały lokal anatomji opisowej ulega niszczeniu, a nawet pociąga za sobą duże i nie dające korzyści koszty, gdyż pochłania dużo opału. Gmach który w chwili obecnej jest zajęty przez zakład anatomji opisowej przy ulicy Nowogródzkiej od kilku lat jest nieremontowany, a to dlatego, że ciągle spodziewana jest możliwość dokończenia budowy nowego gmachu. Wskutek tego, jeżeli stan takiego prowizorjum potrwa dłużej, może się stać koniecznością gruntowne remontowanie obecnego lokalu, w którym się mieści zakład anatomji opisowej.

Zakład anatomji patologicznej nie uzyskał kostnicy, a co ważniejsze, nie miał możności przebudowy instalacji elektrycznej, grożącej stale, wskutek wadliwego urządzenia, katastrofą pożaru. Nie zostało również dokonane rozszerzenie okien w pracowniach i sal ćwiczeń, wskutek tego wszystkie prace w miesiącach jesiennych muszą być dokonywane przy oświetleniu sztucznem.

W zakładzie chemji fizjologicznej została całkowicie zmieniona sieć przewodników elektrycznych, zbudowano szatnię dla ćwiczących, urządzono zaciemniony pokój do badań optycznych i zbudowano na sali ćwiczeń wyciąg dla robót z siarkowodorem.

W zakładzie histologji i embrjologji przeprowadzono remont w trzech pracowniach, założono telefon i dokonano nowych napraw pieców.

W zakładzie fizjologji nie dokonano bardzo potrzebnego remontu sali wykładowej, jak również w zakładzie chemji farmaceutycznej nie odrestaurowano zmurszałych ram okiennych.

W zakładzie farmakologji nie dokonano remontu okien, sufitów i ścian, jak również wadliwej instalacji gazu.

Zakład medycyny sądowej uzyskał odremontowany lokal dla części teoretyczno-naukowej na parterze gmachu Collegium Czarto-

ryskich, również i zakład patologji ogólnej prowizorycznie przeniósł się do lokalu, składającego się z czterech sal w tem samem Collegium. Jakkolwiek prowizoryczny ten zakład został przystosowany do pracy naukowej, to jednak budowa zakładu patologji w bliskiej przyszłości jest sprawą konieczną ze względu na dalszy rozwój katedry.

Kliniki pod względem dokonanych w roku sprawozdawczym remontów były poniekąd w stanie uprzywilejowanym, gdyż pomimo bardzo wielkich oszczędności, stosowanych do całego uniwersytetu, udało się zakończyć w roku ubiegłym remont dwóch tak dużych klinik jak II chorób wewnętrznych i chirurgicznych, a nawet dokonać kapitalnego remontu całego lokalu kliniki I wewnętrznej i neurologicznej.

W szczególności, w klinice I wewnętrznej, która była w stanie zupełnego zapuszczenia, wskutek dawno robionych remontów, zostały przebudowane piece, ułożone w niektórych ubikacjach posadzki, została zrobiona szatnia dla studentów, wszystkie podłogi, ściany i sufity pomalowane. W klinice neurologicznej, jednocześnie, (dwie te kliniki bowiem znajdują się w jednym budynku), był dokonany gruntowny remont, a mianowicie, pobielono i pomalowano salę wykładową, pomalowano podłogi, okna i drzwi na salach, odświeżono gabinet dla zabiegów elektrycznych, odremontowano ustępy i łazienki, w których ułożono tafelki posadzkowe, wreszcie poprawiono instalację elektryczną.

W roku bieżącym ukończono rozpoczęty jeszcze w roku ubiegłym remont kliniki II wewnętrznej i chirurgicznej. Klinika chorób wewnętrznych zwiększyła się o pół piętra, w którem urządzono ambulans z poczekalnią, gabinet roentgenowski z ciemnią, bibljotekę i pokój dla lekarza dyżurnego, laboratorjum dla studentów, laboratorjum dla określania kwasowości krwi, gabinety cystoskopowy i przemiany materji, kancelarję z poczekalnią, pokój z czystą bielizną, kuchnię i pokoje gospodarcze. Na II piętrze urządzono pracownię dla asystentów, znacznie zwiększoną, aptekę, gabinet elektrokardiograficzny z ciemnią, gabinet profesora, pokój dla siostry dyżurnej i 3 separatki. Urządzono na salach chorych i separatkach umywalki z wodą bieżącą.

W klinice chirurgicznej roboty około rozszerzenia jej formalnie zakończone dnia 1-go grudnia 1930 roku, w rzeczywistości nie zostały jeszcze ukończone. Wykończoną została tylko dolna sala operacyjna, mająca w przyszłości być salą septyczną. W tym roku z konieczności spełniła ona rolę sali aseptycznej. Natomiast na ca-

łem I-em piętrze zostały wykończone tylko sale chorych i sala wykładowa. Oddział operacyjny nie mógł być uruchomiony z dwóch powodów: po-pierwsze dlatego, że wskutek spóźnionej pory i braku funduszów ostateczne wykończenie ścian nie nastąpiło, po-drugie dlatego, że wskutek skreślenia z kosztorysu budowlanego centralnego ogrzewania sal operacyjnych, klinika została narażona na opłacenie tej nieodzownej instalacji z własnych funduszów obrotowych. To zaś stało się przyczyną niewykończenia sterylizacji centralnej, zapoczątkowanej zapomogą Ministerstwa W. R. i O. P., udzieloną z końcem ubiegłego roku szkolnego. Nie mając zaś sali pomalowanej i nie mając wcale instalacji sterylizacyjnej, kierownik nie zaryzykował otwarcia nowego aseptycznego oddziału, który otworzyć będzie można dopiero z tą chwilą, gdy wszelkie wymagania nowoczesnej aseptyki będą zaspokojone. Wykończenie tego oddziału mogłoby nastąpić, gdyby władze skarbowe pokryły przewidziany na I-szy kwartał b. r. budżetowego niedobór kliniczny w sumie około 10.000 zł.,—to jednakże nie nastąpiło. Roboty budowlane były oddane w stanie wymagającym poprawek, wskutek czego zażądano od firm usunięcia zasadniczych usterek budowlanych. Wskutek tego nawet musiano zaniechać przyjmowania chorych już od 1-go lipca, aby oddział oddać firmom budowlanym do wykończenia robót.

W klinice dziecięcej rozszerzono pomieszczenia, przenosząc kuchnię i pokoje gospodarcze do uzyskanego od Dowództwa Okręgu Korpusu sąsiedniego korytarza. W ten sposób uzyskano 5 oddzielnych pokoi dla chorych. Liczba łóżek powiększyła się do 60. Dobudowano werandę oszkloną o wymiarach 17,5 × 3,2 metrów. Rozpoczęto remont korytarza na pomieszczenie przychodni klinicznej, adaptacji nie wykończono z powodu braku kredytu.

W klinice otolaryngologicznej uzupełniono linję elektryczną i wybudowano specjalne pomieszczenie dla zwierząt doświadczalnych obok kliniki.

W klinice dermatologicznej w roku sprawozdawczym remontów większych nie dokonywano, jednak zrobiono na korytarzu przepierzenie i zmieniono instalację elektryczną z prądu stałego na zmienny.

W klinice położniczo ginekologicznej dokonano jedynie drobnego remontu, gdyż większy remont był dokonany w roku ubiegłym. Na przyszłość należy jednak zanotować, że brak oddziału dla położnic gorączkujących i rodzących z porodami zaniedbanemi daje się coraz więcej odczuwać, a niebezpieczeństwo wybuchu gorączki połogowej na klinice staje się coraz to większe. Równolegle do tego

ciasnota pokoju dla noworodków odczuwana jest coraz dotkliwiej. Rozszerzenie kliniki przez jej nadbudowę jest koniecznością, której uniknąć się nie da.

Na drobne remonty zakłady teoretyczne Wydziału Lekarskiego w roku sprawozdawczym otrzymały kwotę 2984 zł. Stanowi to 12,02% preliminowanych na rok sprawozdawczy 24815 zł.

Skład osobowy.

Grono nauczycielskie składało się z 2 profesorów honorowych, 12 profesorów zwyczajnych i 9 profesorów nadzwyczajnych. Do Rady Wydziałowej wchodzili, jako delegaci docentów, dr. Stefan Bagiński i dr. Aleksander Safarewicz.

Dziekanem wydziału lekarskiego był prof. anatomji patologicznej, Kazimierz Opoczyński, prodziekanem profesor położnictwa i ginekologji, Władysław Jakowicki.

W roku sprawozdawczym otrzymali nominacje na profesorów nadzwyczajnych: docent Uniwersytetu Warszawskiego, dr. Maksymiljan Rose i docent Uniwersytetu Jagiellońskiego, dr. Kazimierz Pelczar, pierwszy na katedrę psychjatrji, drugi na katedrę patologji ogólnej. Nominację na profesora zwyczajnego chirurgji otrzymał profesor nadzwyczajny, dr. Kornel Michejda.

Na jednem ze swych ostatnich w roku bieżącym posiedzeń, Rada Wydziałowa, na wniosek komisji, uchwaliła nadać docentowi, d-rowi Aleksandrowi Safarewiczowi, godność profesora tytularnego. Uchwała ta została zatwierdzona przez Senat i wniosek przesłano do Ministerstwa.

Poza tem Rada Wydziałowa uchwaliła zwrócić się do Ministerstwa z ponownym wnioskiem o mianowanie profesorem zwyczajnym pedjatrji profesora nadzwyczajnego tego przedmiotu, d-ra Wacława Jasińskiego.

Rada Wydziałowa dokonała wyboru profesora na katedrę farmacji stosowanej i profesora historji i filozofji medycyny. Wobec zawieszenia pierwszej tej katedry i skreślenia drugiej, wniosek pierwszy nie był załatwiony w Ministerstwie, a drugi nie wyszedł z łona Senatu.

W ciągu roku bieżącego Rada Wydziałowa przeprowadziła habilitację d-ra Wacława Zaleskiego z zakresu położnictwa i ginekologji i rozpoczęła habilitację d-ra Benedykta Dylewskiego z zakresu otolaryngologji.

Z końcem roku sprawozdawczego Rada Wydziałowa składała się z 2 profesorów honorowych, 12 profesorów zwyczajnych, 11 profesorów nadzwyczajnych i 2 delegatów docentów.

Docentów Wydział miał 8.

Rada Wydziałowa.

Rada Wydziałowa zbierała się na 17 posiedzeniach zwyczajnych i 1 nadzwyczajnem dla wyboru dziekana na rok 1931—1932.

Dla stałego załatwiania niektórych spraw, Rada Wydziałowa wyłoniła kilka stałych komisyj, którym powierzyła zajęcie się temi sprawami. Komisja budżetowa pracowała w składzie: dziekan i profesorowie W. Jasiński, J. Muszyński i M. Seńkowski. Komisja nostryfikacyjna i do przyjęć studentów na wyższe kursy składała się z dziekana i profesorów: S. Hillera, C. Traczewskiego i S. Władyczki. Komisję stypendjalną reprezentowali dziekan, profesorowie K. Michejda i M. Reicher. Komisja konkursowa: dziekan i profesorowie K. Karaffa-Korbutt, S. Władyczko i docent A. Safarewicz. Poza stałemi komisjami istniały komisje, wybierane przez Wydział każdorazowo dla załatwiania pojedyńczych spraw.

Z ważniejszych spraw, któremi zajmował się Wydział, wspomnę tu o następujących: sprawa obsadzenia katedr farmacji stosowanej, historji i filozofji medycyny, sprawy praktyki rocznej klinicznej studentów, poprawy bytu asystentów, przywrócenie tak zwanej „frekwentacji", sprawa komitetu do zwalczania raka, statutu oddziału farmaceutycznego, nadawania stopnia naukowego doktorskiego. Poza tem Rada Wydziałowa dawała orzeczenia sądowe na żądanie sądów, orzeczenia w sprawie leczenia homeopatycznego i t. p.

Urlopy naukowe.

Z urlopów naukowych korzystali:

Prof. Marjan Eiger otrzymał urlop naukowy zagraniczny od 16 marca 1930 roku, do 15 marca 1931 r.

Profesor Juljan Szymański — urlop 2-tygodniowy na kongres okulistyczny w Paryżu.

Witold Adolph, mł. as. katedry biologji — 1 miesiąc (wrzesień 1930) dla pracy naukowej w Krakowie i Lwowie.

Jerzy Borysowicz, as. klin. neurol. — 2 miesiące do Łotwy i Estonji.

Dr. Halina Jankowska, adjunkt kliniki psychjatrycznej — przedłużenie urlopu naukowego zagranicznego od 1 stycznia 1931 roku do 1 lipca tegoż roku.

Naukowe siły pomocnicze.

Na początku roku sprawozdawczego Wydział miał:
Adjunktów — 12.
Inspektora ogrodu roślin lekarskich — 1.
Asystentów starszych — 39.
Ryczałt na asystentów młodszych — 22776 punktów.
Urzędników — 8.
Funkcjonarjuszy niższych — 160.

Statystyka wydanych dyplomów, nostryfikacyj oraz absolutorjum:

Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskało 66 absolwentów (mężczyzn 49 i kobiet 17). W tej liczbie polaków 33, żydów 30, białorusinów 1, rosjanin 1 i ukrainiec 1.

Złożyło podań o nostryfikację dyplomów 54 osób, dopuszczono do nostryfikacji 52 osób. Nie przystąpiło do egzaminów 8 osób. Nostryfikowano dyplomów zagranicznych 20 (mężczyzn 17, kobiet 3), w tej liczbie żydów 15, ukraińców 5.

Dyplom doktora medycyny nadano starszemu asystentowi kliniki położniczo-ginekologicznej, Eugenjuszowi Klemczyńskiemu, za pracę: Badania interferometryczne gruczołów wewnętrznego wydzielania w ciąży.

W grudniu 1930 roku odbyła się uroczystość wręczenia dyplomu doktora medycyny honoris causa, przyznanego w dniu 350-letniego jubileuszu istnienia Uniwersytetu Stef. Batorego profesorowi uniwersytetu w Tartu, Dr. Ludwikowi Puuseppowi. Uroczystość odbyła się w sali kolumnowej w obecności JM. Rektora, prof. Januszkiewicza, Prorektora, Ks. Prof. Dr. C. Falkowskiego i grona profesorów, oraz licznie zebranej młodzieży i przedstawicieli świata lekarskiego. W zastępstwie chorego dziekana akt nadania dyplomu przeprowadził prof. Władyczko.

Uczniowie.

Do egzaminu konkursowego na 1-szy kurs medycyny zgłosiło się 294 kandydatów. Po egzaminach konkursowych z fizyki i chemji, na podstawie regulaminu, opracowanego i zatwierdzonego przez Radę Wydziału, przyjęto 129 osób. Na wyższe kursy przyjęto 19 osób.

W 1-ym trymestrze Wydział Lekarski liczył 677 studentów.

Podaję niżej zestawienie liczbowe słuchaczy medycyny według płci i wyznania:

Wyznanie	Rz.-Kat.	Prawosł.	Ewang.	Gr.-Kat.	Mahom.	Mojżesz.	Bezw.	Razem
Mężczyzn.	262	48	4	2	1	180	1	498
Kobiet . .	110	19	2	—	2	45	1	179
Ogółem.	372	67	6	2	3	225	2	677

W roku sprawozdawczym Wydział Lekarski rozporządzał 23 stypendjami, a mianowicie:

państwowych po 150 zł. mies. w ciągu 10 mies. . . . 19
senackich, z opłat akademickich 2
wydziałowych, ze składek profesorów 2

Z tej liczby przyznano 8 całkowitych państwowych i 2 wydziałowe 10 studentom i 22 połowicznych studentom medycyny i 4 studentom farmacji. W ten sposób ogółem ze stypendjum korzystało 32 medyków i 4 farmaceutów.

Nadto dwóch studentów otrzymało zasiłki miesięczne do końca roku akademickiego 1930 — 1931 z funduszu 1408 zł., zwróconego przez byłego stypendystę wydziałowego, d-ra Romana Hryniewickiego.

Na podstawie świadectw niezamożności zwolniono całkowicie lub odroczono opłaty 99 studentom medycyny, odmówiono 5-ciu.

Na zakończenie przedstawiam rachunek funduszów kancelaryjnego, Rady Wydziałowej, dziekańskiego i wydawniczego.

Fundusz kancelaryjny.

Pozostałość na rok akad. 1929/30 . . . . 1726 zł. 64 gr.
Wpływy na rok akad. 1930/31 . . . . . 7132 zł. — gr.
Razem . . 8858 zł. 64 gr.

Wydatki:

koszty druków i dyplomów . . . . . 1798 zł. — gr.
druk księgi pamiątkowej . . . . . 2481 zł. 15 gr.
remuneracje . . . . . 195 zł. — gr.
koszty remontów w dziekanacie . . . . . 723 zł. 96 gr.
materjały pisarskie . . . . . 527 zł. 98 gr.
wydatki różne . . . . . 675 zł. 52 gr.
Razem . . 6401 zł. 61 gr.
Pozostałość na 1.IX 1931 r. . . . . 2457 zł. 03 gr.

Fundusz Rady Wydziału Lekarskiego.

Pozostałość na 1.IX 1930 r.	370 zł. 50 gr.
Wpływy w roku akad. 1930/31 r.	5011 zł. 04 gr.
Razem . .	5381 zł. 54 gr.
Wydatki:	
nagrody za prace naukowe	600 zł. — gr.
druk księgi pamiątkowej	1000 zł. — gr.
zapomoga na druk pracy	300 zł. — gr.
Razem . .	1900 zł. — gr.
Pozostałość na 1.IX 1931 r.	3481 zł. 54 gr.

Fundusz dziekański:

Wpłynęło w roku ak. 1930/31	1144 zł. 80 gr.
Pozostałość na 1.IX 1931 roku	1144 zł. 80 gr.

Fundusz wydawniczy (3000 zł.).

Wypłacono Wil. tow. lek.	1000 zł.
„ Kołu medyków	1500 zł.
„ Stow. medyków żydów . . .	500 zł.
Razem . .	3000 zł.

Działalność oddziału farmakognozji.

(Sprawozdanie prof. J. Muszyńskiego)

Z początkiem roku akademickiego 1930/1931 zaczął obowiązywać nowy statut o reformie studjum farmaceutycznego. Zasadniczemi cechami nowego statutu jest: 1) utworzenie komisji oddziału farmaceutycznego, 2) przedłużenie studjów farmaceutycznych do 11 trymestrów, zamiast dotychczasowych 9, 3) wprowadzenie, jako obowiązkowych, nowych przedmiotów: higjeny, chemji fizjologicznej, fizycznej, sądowej i farmakodynamiki, 4) wprowadzenie obowiązkowych egzaminów przejściowych na wszystkich kursach i ustalenie zasady egzaminów konkursowych dla kandydatów, pragnących wstąpić na farmację.

Pierwszy rok studjów w ub. roku akademickim 1930/31 odbywał się już na zasadach nowego programu studjów i wszyscy słuchacze poddani zostali w okresie od 15.VI do 6.VII egzaminom przejściowym z zoologji, chemji nieorganicznej, botaniki, fizyki i mineralogji z geologją. Z 49 słuchaczy pierwszego roku studjów nie przystąpiło do egzaminów i przerwało studja 2 osoby.

W roku sprawozdawczym odbyły się dwie sesje egzaminacyjne na stopień magistra farmacji w styczniu i w czerwcu.

Kierownik zakładu farmakognozji wykładał w I-ym trymestrze roku sprawozdawczego 22 godziny tygodniowo, a mianowicie: 4 godziny tygodniowo farmakognozję, 8 godzin ćwiczeń z farmakognozji, 4 godziny z analizy mikroskopowej surowców i 6 godzin z botaniki lekarskiej. W II-im trymestrze 34 godzin tygodniowo: farmakognozję 4 godziny tygodniowo i 2 godziny chemji sądowej; ćwiczenia farmakognostyczne 8 godz., z botaniki lekarskiej 6 godz., z receptury i farmacji 2 godz. i z chemji sądowej 12 godzin. W trymestrze III-im farmakognozji 4 godz., hodowli roślin lekarskich 4 godz., receptury i farmacji 3 godziny; ćwiczenia z farmakognozji 8 godzin i wycieczki botaniczne 6 godzin tygodniowo. W zakładzie farmakognozji, wspólnie z zakładem chemji farmaceutycznej, odbywały się wykłady i ćwiczenia dla zorganizowanych za zgodą Ministerstwa Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. kursów prowizorskich, które będą zakończone w grudniu 1931 r. W zakładzie farmakognozji 18 osób odrabiało prace magisterskie. Frekwencja wykładów wynosiła 60—80%, ćwiczeń 90—95%, przy liczbie studentów zapisanych na wykłady i ćwiczenia 164 na trzech kursach, a mianowicie na 1-ym 49 osób, na 2-im 51 i na 3-im 64.

W zakładzie chemji farmaceutycznej wykłady odbywały się w liczbie 4 godzin tygodniowo, a ćwiczenia w liczbie 10 godzin. Frekwencja na wykładach wynosiła około 30%, na ćwiczeniach zaś 100%. Wszyscy studenci w liczbie 34 odrobili ćwiczenia, a 14 studentów wykonało prace dyplomowe.

Na przyznaną oddziałowi farmaceutycznemu katedrę farmacji stosowanej, Wydział Lekarski powołał w listopadzie 1930 r. w charakterze profesora nadzwyczajnego d-ra Henryka Ruebenbauera ze Lwowa, jednak w ciągu całego roku sprawozdawczego nominacja ta nie została zatwierdzona i studenci byli pozbawieni ćwiczeń z tej dziedziny, a przesłuchali jedynie wykłady w liczbie 4 godzin trymestralnie, które prowadził kierownik zakładu farmakologji prof. Jan Muszyński. W czerwcu roku sprawozdawczego otrzymano wiadomość o zawieszeniu katedry farmacji stosowanej, wobec czego ten niepomyślny dla rozwoju oddziału farmaceutycznego brak jednej z zasadniczych katedr będzie trwał w dalszym ciągu.

Z nabytków w pomocach naukowych na oddziale farmaceutycznym zaznaczyć należy:

Zakład farmakologji nabył tygiel platynowy, aparat do suchej destylacji, 2 higrometry, kolekcję grzybków, zielnik i 2 gaśnice. Poza tem szereg drobnych utensylij pracownianych.

Zakład chemji farmaceutycznej wzbogacił się o platynowy cylinder, wagę precyzyjną, wagę Westfahla i kolekcję pierwiastków.

Bibljoteka zwiększyła się o 121 numerów inwentarzowych, poszczególnie: zakład farmakognozji o 76 i zakład chemji farmaceutycznej o 45.

Remonty: przerobiono starą instalację elektryczną w zakładzie farmakognozji, poza tem dokonano tylko drobnych i najniezbędniejszych napraw.

Dyrektorem oddziału na jego pierwszem posiedzeniu został obrany prof. Jan Muszyński. Ze zmian w dziale personalnym zaznaczyć należy przydzielenie zakładowi farmakognozji etatu adjunkta i kwalifikowanego ogrodnika, dzięki czemu można było rozszerzyć zakres ćwiczeń i wykładów i powiększyć plantacje ogrodu roślin lekarskich.

Wykaz prac, ogłoszonych drukiem:

Prof. Jan Muszyński: 1) Puccinia commutata na Valer. Offic. Acta Soc. Bot Pol. 1930. 2) O hodowli gorzknika kanadyjskiego (Hydrastis canadensis). Wiad. Farm. 1931. 3) Leki wstrętne w dawnej i współczesnej medycynie. Wiad. Farm. 1931. 4) Z wycieczki farmaceutycznej po Europie. Wiad. Farm. 1931. 5) L'etat actuel de la culture des plantes médicinales en Pologne. Odb. 6) Essais d'acclimatation de Soja Hispida a Vilno. Odb.

Starszy asystent zakładu chemji farmaceutycznej, Dr. Matylda Chorzelska. 1) Z badań nad jecorolem. Now. Lek. 1931. 2) Na marginesie farmakopei pol. skiej. Kron. Far. 1931.

Asystent młodszy zakładu chemji farmaceutycznej, mg. A. Filemowicz. Acidum hydrochloricum officinale. Wiad. Farm. 1931.

Inspektor ogrodu roślin lekarskich, Dr. W. J. Strażewicz. 1) Soja wileńska w opinji naszych rolników. Tyg. Roln. 1931. 2) Mięta w doświadczeniach odmianowych. (Doniesienie tymczasowe). Wiad. Farm. 1931.

Co do działalności społecznej i społeczno-naukowej, to zaznaczyć należy, że dyrektor oddziału farmaceutycznego, prof. Muszyński, był wice-prezesem Wileń. Komit. L.O.P.P. i przewodniczącym sekcji obrony przeciwgazowej tegoż komitetu, był członkiem komisji farmakognostycznej farmakopei polskiej, prezesem sekcji rośl. lecznicz. związku zakładów doświadczalnych Rzeczypospolitej polskiej. Brał udział w IV międzynarodowym kongresie hodowli roślin lekarskich w Paryżu, jako delegat Wydziału Lekarskiego U. S. B., i wygłosił dwa referaty. Wykładał dział: „jady zwierzęce i rośliny trujące" na kursach medycyny podzwrotnikowej przy Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie i prowadził wykłady chemji gazów bojowych na kursie obrony przeciwgazowej dla rezerwistów.

Na oddział farmaceutyczny na 1-szy rok zgłosiło się 94 kandydatów. Przyjęto na podstawie egzaminu konkursowego na 1-szy

kurs 47 osób. W 1-ym trymestrze roku sprawozdawczego oddział farmaceutyczny liczył 176 studentów.

Zestawienie liczbowe słuchaczy oddziału farmaceutycznego według wyznania i płci w I trymestrze przedstawia załączona tablica:

Wyznanie	Rz.-Kat.	Prawos.	Ewangel.	Gr.-Kat.	Mahom.	Mojżesz.	Razem
Mężczyzn	27	1	—	10	—	15	53
Kobiet .	93	11	2	—	1	16	123
Ogółem	120	12	2	10	1	31	176

Dyplomów Magistra farmacji wydano w roku sprawozdawczym 32.

W czerwcu uzyskał stopień Doktora farmacji za pracę, p. t. „Kozłek lekarski i jego przetwory" inspektor ogrodu roślin lekarskich U. S. B. Magister farmacji W. Strażewicz.

Ogród roślin lekarskich w roku sprawozdawczym zajmował teren około 3,4 hektarów ziemi uprawnej. Kontynuowane były doświadczenia nad aklimatyzacją cytwaru, nad odmianą mięty pieprzowej i dokonywana była w dalszym ciągu selekcja odmiany szerokolistnej kozłka lekarskiego. Zapoczątkowano doświadczenia odmianowe z soją, próby aklimatyzacji orzecha ziemnego i uprawy najwcześniejszej kukurydzy kanadyjskiej. Prowadzono próbne uprawy nowych roślin oleistych i żeńszeniu i prace nad mnożeniem gorzknika kanadyjskiego.

Katalog (rocznik dziewiąty) nasion, zarodników i roślin żywych, zebranych w ogrodzie lub z roślin dziko rosnących, obejmował 94 rodziny i 906 gatunków. Wysłano ów katalog do 98 ogrodów botanicznych krajowych i zagranicznych. Ogród zas otrzymał 42 katalogi i 27 przesyłek różnych nasion.

Z inwestycyj, dokonanych w ogrodzie, na wzmiankę zasługują 1) postawienie 100 cembrowin w dziale farmakognostycznym, dzięki czemu dział ten jest już całkiem ocembrowany, oraz 2) postawienie studni w części ogrodu, przylegającej do ul. Zakretowej. W roku sprawozdawczym dotacje na ogród wyniosły 2100 zł.

Rada Wydziałowa przyjęła do wiadomości sprawozdanie niniejsze na posiedzeniu swem w dniu 6 października 1931 roku.

Oceny i sprawozdania.

Czasopismo lekarskie „Harefuah". W Jerozolimie jest wydawane od roku 1925 jedyne na całym świecie czasopismo lekarskie w języku hebrajskim p. t. „Harefuah" (Terapia). Jest to organ Tow. Lekarskiego w Palestynie, pod redakcją prof. Uniwersytetu Jerozolimskiego Dr. S. Adlera.

W zeszłym roku wydawnictwo „Harefuah" wyjednało przez nasze Min. Spr. Zagran. zezwolenie na zamianę tego czasopisma na czasopisma lekarskie, wydawane w Polsce. Komitet Redakcyjny „Pamiętnika" W. T. L. zaakceptował ten wniosek.

Niedawno nadszedł do Wilna wydany w grudniu 1930 r. zeszyt 6 (T. IV), treść którego poniżej streszczamy.

Zeszyt chlubnie świadczy o wysokim poziomie naukowym nader jeszcze młodej hebrajskiej nowoczesnej literatury lekarskiej: rozkwit bowiem jej datuje się dopiero od roku otwarcia Uniwersytetu Hebrajskiego w Jerozolimie (1925 r.). Wydziały Lekarski i Przyrodniczy Uniwersytetu, coprawda, nie są jeszcze dla młodzieży akademickiej otwarte, prace przygotowawcze jednak dla ich otwarcia są w toku, a poszczególne zakłady pierwszej hebrajskiej wszechnicy, prowadzone przez wybitne siły profesorskie (jak np. Zakład Chemji Fizjologicznej pod kierownictwem profesora Fodora, Zakład Biologji — profesora Ottona Warburda, wszechświatowej sławy uczonych) szczycą się już licznemi pierwszorzędnemi pracami naukowemi.

Zeszyt nadesłany zawiera, że wspomnimy tylko pokrótce, rzeczy następujące:

1. Trzy większe prace oryginalne:

a) *D-ra Grünfeldera* (z kliniki chorób dziecięcych „Hadassach" w Jerozolimie) p. t. „O objawie Babińskiego i odruchu Grünfeldera w zapaleniu ucha środkowego i ubytkach w tylnym dole czaszki".

Patologiczny objaw Grünfeldera polega na grzbietowem zgięciu palucha przy ucisku na czaszkę w miejscu zetknięcia szwów węgłowego, ciemieniowo-sutkowego i potyliczno-sutkowego.

b) *D-ra Rokacha* „O tuczeniu zapomocą insuliny" (Insulinmastkur). Autor omawia szczegółowo zapatrywania i przesłanki teoretyczne różnych autorów co do tej metody, poczem analizuje wyniki własnych spostrzeżeń i doświadczeń nad systematycznem stosowaniem insuliny u osób, które dotychczas nie reagowały na wszelkie usiłowania, czynione w celu polepszenia ich upośledzonego stanu odżywienia. Autor na zasadzie większego materjału i skrupulatnych badań dochodzi do następujących wniosków praktycznych:

1) insulina jest bardzo dobrym środkiem tuczącym nawet w razie daleko posuniętego wychudzenia,

2) poprawa przytem bywa dość trwała, nie przemijająca nawet po odstawieniu insuliny,

3) najwybitniejsze wyniki osiąga się tą metodą w wychudzeniach na tle konstytucji astenicznej oraz chorobie Glénarda (Enteroptosis),

4) w gruźlicy nieczynnej płuc, wbrew poglądom wielu autorów, można stosować insulinę w powyższym celu.

Poza tem autor podaje praktyczne wskazówki co do stosowania insuliny.

c) *D-ra Farbera (Haifa)* „Ciekawe spostrzeżenia nad tak zw. „Thrombocytenkrise" w morbus maculosus Werlhofi u 4-letniego dziecka".

Nagłe wtargnięcie trombocytów do krwi, dotychczas zupełnie ich pozbawionej (dokładne systematyczne badanie krwi), spowodowało również nagłą, wprost zadziwiającą poprawę ogólnego ciężkiego stanu dziecka.

2. Streszczenia dwóch ciekawych odczytów, wygłoszonych na ostatniem posiedzeniu Hebrajskiego Towarzystwa Lekarskiego, mianowicie:

D-ra Ickowicza o nowoczesnych metodach pyelografji zapomocą uroselectanu (demonstracja chorych).

D-ra Nissenbauma „O wadzie urazowej serca" (światowa literatura lekarska zna zaledwie 17 przypadków!).

Demonstracja chorego: przed 6-ciu laty uderzony w pierś (wybuchem granatu został odrzucony z siłą na odległość), stracił tętno i przytomność. W szpitalu stwierdzono mocny szmer skurczowy u podstawy serca; obecnie akcja serca zupełnie skompensowana, chory czuje się dobrze, pracę fizyczną zmienił na biurową. Szmer skurczowy jest jednak jeszcze bardzo wybitny.

3. przegląd piśmiennictwa lekarskiego (w tym dziale mieści się m. innemi opis rzadkiego przypadku D-ra Feinbruna z Jerozolimy — adamantinoma laryngis.

4. wspomnienia pośmiertne—b. p. *prof. Haffkin* (o życiu i wielkich zasługach słynnego bakterjologa).

5. protokóły posiedzeń Hebrajskiego Towarzystwa Lekarskiego w Palestynie — b. ciekawe pod względem różnorodności demonstrowanego i roztrząsanego materjału jak również rzadko spotykanych u nas jednostek chorobowych (naprz. Abscessus hepatis post dysenteriam amoeb., przypadek trądu, epidemja polyomyelitis ant. w Haifie, etc.).

6. nowiny lekarskie i kronika (O zimnicy i gruźlicy w Palestynie i t. p.).

7. sprawy zawodowe (przepisy o wzajemnem ubezpieczeniu na wypadek śmierci członków Tow. Lek. i t. p.).

Dr. A. Wirszubski i abs. J. Rubinsztejn.

D-r *Stefan Brokowski.* Sprawozdanie z opieki higjeniczno-lekarskiej w szkołach powszechnych m. Wilna za rok szkolny 1930 — 1931. Wilno 1931. 8⁰ str. 29.

Wzorem lat poprzednich ukazało się nakładem Magistratu miasta Wilna kolejne sprawozdanie Naczelnego Lekarza szk. powsz. m. Wilna D-ra S. Brokowskiego. Autor b. dobrze zrobił, podając na wstępie cele i zadania higjeny szkolnej, sprawozdanie bowiem jest przeznaczone nietylko dla lekarzy, ale wogóle dla wszystkich, kogo obchodzi, albo też powinna obchodzić sprawa zdrowia dziatwy szkolnej i higjenicznych warunków, w których dziatwa ta żyje i pracuje. Obfity i ciekawy materjał liczbowy, którego uporządkowanie i zestawienie wymagało niewątpliwie dużo czasu i pracy, został omówiony krytycznie. Brak miejsca nie pozwala, niestety, na przytoczenie poszczególnych pozycyj sprawozdania. Podam jedynie niektóre liczby. Szkół powszechnych publicznych było 41, w tem: 1 dla Rosjan, 1 dla Białorusinów, 3 dla dzieci żydowskich, 4-specjalne, dla umysłowo upośledzonych, moralnie zaniedbanych, ociemniałych i głuchoniemych; liczba dzieci w tych 41 szkołach — 13674. Szkół powszechnych prywatnych — 21 żydowskich z 4105 dziećmi i 1 litewska z 53 dziećmi. Oprócz tego są 3 przedszkola ze 168 dziećmi, razem 66 zakładów naukowych i 18000 dzieci. Personel lekarski i pomocniczy stanowili naczelny lekarz, 2 lekarze pracowni psychologicznej, 11 lekarzy szkolnych i 11 higjenistek. Na 1 lekarza przypada średnio 1367 dzieci. Dla nauki użytkowano 65 lokali, z tego 17 stanowią własność miejską, za resztę lokali Magistrat opłaca czynsz dzierżawny. Wśród lokali szkolnych 9 są w budynkach wzniesionych dla celów nauczania, 19 — w przystosowanych do tego celu i mniej więcej odpowiadających wymaganiom higjeny, reszta lokali budzi pod tym względem zastrzeżenia. Wydatki Samorządu na higjenę szkolną sięgały ogółem 337273 zł. 27 gr.; z tego przypada: na dożywianie w 63 szk. przeciętnie po 5504 dz. miesięcznie — w ciągu 10 mies. 119148 zł. 09 gr.; na kolonje letnie — 50053 zł. 62 gr.; na półkolonje — 18190, na leczenie — 24000, na kąpiele — 6373 zł. 05 gr., na wychowanie fizyczne — 6888 zł. 30 gr.; na subsydjowanie przychodni T-wa TOZ — 8000 zł.; na pracownię psychologiczną — 12190 zł. 09 gr.; reszta na wydatki osobowe i inne.

W 63 szkołach lekarze dokonali 2375 odwiedzin, 33775 doraźnych badań i 11586 badań w-g kart zdrowia, wygłosili 799 pogadanek dla dzieci, odbyli 2126 konferencyj z rodzicami, skierowali do leczenia 6239 dzieci. Oprócz tego, w pracowni psychologicznej zbadano zbiorowemi testami Decroly i Buyse 483 dzieci i dokonano badań indywidualnych w 213 przypadkach. W 113 przypadkach wyjaśniono rodzicom niezrozumiałe dla nich zachowywanie się dzieci i podano sposoby postępowania, a w 145 przypadkach omawiano z wychowawcami sprawy postępowania z trudnemi do prowadzenia dziećmi.

Niesposób tu dłużej podawać niezmiernie ciekawy materjał sprawozdania. Zaznaczyć muszę jedynie, że jest on opracowany bardzo starannie, poglądowo i objektywnie, wnioski wyciągnięto z należytą ostrożnością, a całe sprawozdanie jest ożywione duchem prawdziwie obywatelskim. Autor na działalność lekarza szkolnego zapatruje się, jako na b. ważny czynnik, podnoszący kulturę higjeniczną szerokich mas narodu. Istotnie, lekarz szkolny posiada możność przez dziatwę bardzo silnie wpływać na podniesienie tej kultury w domowem otoczeniu dzieci. W końcu sprawozdania autor wylicza potrzeby, wynikające ze sprawozdania i wiążące się z kontynuowaniem zapoczątkowanej pracy. Potrzeby te są następujące:

1. Budowa 5 gmachów szkolnych — autor proponuje budynki drewniane, jako tańsze w naszych warunkach.

2. Budowa ludowych łaźni w poszczególnych dzielnicach, a na razie — porozumienie z właścicielami zakładów kąpielowych w sprawie budowy przy tych zakładach dezynsektorów.

3. Budowa 3-ch otwartych letnich pływalni na Wilji i Wilence i opracowanie planu pływalni zimowej.

4. Budowa szpitala w jednym z lasów miejskich dla młodzieży, zapadającej na gruźlicę.

5. Budowa w folwarku Ponary baraków dla kolonji letniej na 300 miejsc.

6. Urządzenie 2 gabinetów dentystycznych dla walki z próchnicą zębów.

Wobec zbyt trudnych warunków obecnych większość tych potrzeb nieprędko zostanie zaspokojona.

Urządzenie letnich pływalni trudności nie napotyka; jednak, należy wziąć pod uwagę, że pływalnie te, wobec zanieczyszczenia wody Wilji i Wilenki w obrębie miasta, można urządzić jedynie daleko poza miastem, a to znowu uniemożliwi dziatwie szkolnej korzystanie z dobrodziejstw spodziewanych. Budowy dezynsektorów oczywiście nie będzie

trudno urzeczywistnić; również urzeczywistnienie urządzenia 2 gabinetów dentystycznych nie byłoby uciążliwe dla miasta, a jest ono bardzo potrzebne, sprawozdanie bowiem wykazuje próchnicę zębów u 45,5% dziatwy chrześcijańskiej i u 69,5% dziatwy żydowskiej.

A. Safarewicz.

Protokóły posiedzeń Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

Posiedzenie naukowe z dnia 17 czerwca 1931 r.

Przewodniczący Dr. *Łukowski.*
Obecnych 25 osób, w tem członków 17 oraz 8 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

2. Dr. *Mahrburg* demonstruje przyrząd własnego pomysłu do zatapiania w żelatynie anatomicznych (makroskopowych) preparatów. Zatapianie preparatów pomiędzy dwoma szkłami sposobami dotychczas stosowanemi napotyka trudności, gdyż rozczyn żelatyny zwykle się rozlewa. Przyrząd D-ra Mahrburga zapobiega temu. Składa się on z dwóch poziomych i dwóch pionowych deszczułek, wysłanych gumą i połączonych metalowemi śrubami. Po zaciśnięciu tych śrub tworzy się uszczelniona przestrzeń pomiędzy ustawionemi w przyrządzie szybami szklanemi. Przez otwór, znajdujący się w górnej części przyrządu, nalewa się rozczyn żelatyny. Preparat pozostaje w przyrządzie do czasu zupełnego zastygnięcia żelatyny.

Poza tem D-r Mahrburg demonstruje: 1) dwa preparaty wątroby kiłowej (hepar lobatum), 2) preparat przekroju podłużnego wgłobionego jelita, 3) preparat raka główki trzustki.

3. Prof. Dr. *Seńkowski* wygłosił odczyt p. t. „Synteza barwika krwi".

Posiedzenie naukowe z dnia 24 czerwca 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*
Obecnych 37 osób, w tem członków 23 oraz 14 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.
2. Doc. Dr. *S. Bagiński*: Z histochemji wapnia śródtkankowego.

3. Prof. Dr. *K. Pelczar*, stud. *Hofbauer*, stud. *Kołoszyński*: Z badań nad dopełniaczem surowicy krwi ludzi, dotkniętych nowotworami złośliwemi i nad płytkami krwi zwierząt z rakiem doświadczalnym.

Dyskusja: Prof. *Eiger* z uznaniem podnosi wartość bardzo ciekawej i cennej pracy prof. Pelczara, gdyż dzięki niej fizjologja otrzymała pewniejsze fundamenty, wiążąc w sposób przejrzysty niektóre fakty serologiczne z fizjologicznemi.

Prof. *Michejda* zaznacza, że gojenie się ran u rakowatych przybiera odrębny charakter. U nich z łatwością dochodzi do rozejścia się rany brzusznej po laparotomji i trudno temu zapobiec pomimo najdokładniejszej techniki. Takie diastazy występują niekiedy bardzo późno, na 14—22 dzień, na brzegach rany nie widać żadnych biologicznych zmian gojeniowych.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 października 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda*.

Obecnych 44 członków oraz 48 gości.

Prezes otwierając posiedzenie wita obecnych, przypomina, że po ferjach wakacyjnych zebrania nadal będą się odbywały co środę, i prosi o jaknajliczniejsze stawienie się.

1. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

2. Dr. *A. Malinowski* przedstawił chorego z nowotworem mózgowym.

Chory M. S. jest żołnierzem w czynnej służbie (w artylerji polowej), urodzony w roku 1909, narodowości polskiej, pochodzący z okolic Lidy, rolnik z zawodu, pobrany do wojska w marcu r. b., przysłany do szpitala wojskowego w dniu 27.VIII 1931 roku z rozpoznaniem „aphasia".

Podaje, że od kilku dni poczuł utrudnienie władania językiem przy ruchach, jedzeniu i mowie; przełożony jego w pułku sierżant podejrzewał go z początku, że ma w ustach cukierek i przez to mówi niewyraźnie.

Do czasu obecnego zachorowania badany czuł się zdrowym, nie bolała go głowa, nie miał wymiotów, jedynie od pewnego czasu odczuwał bóle w klatce piersiowej, szczególnie pomiędzy łopatkami, oraz miewał nieznaczne zawroty głowy, które obecnie się wzmogły (ma wrażenie, że otaczające go przedmioty obracają się dokoła od strony lewej).

Przy badaniu szpitalnem udało się odrazu stwierdzić u chorego szereg objawów patologicznych w układzie nerwowym, przedewszystkiem ze strony móżdżku i nerwów czaszkowych.

Wybitnie zaznaczone były zaburzenia równowagi i niezborność móżdżkowa z objawami hipermetrji, asynergji i adiadochokinezy: chód o charakterze chwiejności pijanego, zbaczanie chorego przy chodzeniu w stronę lewą, przy staniu z zamkniętemi oczami padanie wtył i wlewo, zaburzenia koordynacji ruchów przy próbach dotykania palcem koniuszka nosa, piętą kolana, trafiania palcem, zwracania i odwracania dłoni, łapania przedmiotów; uchybienia te wyraźniejsze były po stronie lewej.

Badanie nerwów czaszkowych wykazało—1) obwodowe porażenie lewego nerwu podjęzykowego—XII (odchylenie języka ku stronie lewej, szczególnie przy wysuwaniu go); 2) lewego nerwu językowo-gardzielowego—IX (zniesienie odruchu gardzielowego i podniebiennego po stronie lewej, utrata smaku w okolicy podniebienia miękkiego i tylnej trzeciej części języka po stronie lewej); 3) lewego nerwu trójdzielnego—V, jego gałęzi czuciowych (zniesienie odruchu spojówkowego, rogówkowego i ze sluzówki nosa po stronie lewej, *analgesia* lewej połowy twarzy, *hypalgesia* prawej połowy twarzy, znieczulenie śluzówek, języka i utrata smaku w jego przednich dwóch trzecich po stronie lewej); 4) lewego nerwu odwodzącego—VI (znaczne upośledzenie ruchów zwrotnych gałki ocznej ku zewnątrz, znaczniejsze po stronie lewej, oraz znaczne upośledzenie ruchów skojarzonych gałek ocznych). Należy podkreślić, że internista przy badaniu tętna chorego zauważył niejednakowe napięcie tętna w obu tętnicach szprychowych, co wskazywałoby na zmiany i w nerwie błędnym — X, który, jak wiadomo, przy jednostronnych porażeniach nie daje zaburzeń wybitnych. W krtani brak zmian, dno oka prawidłowe, pole widzenia nieco koncentrycznie zwężone obustronnie, źrenica lewa szersza od prawej, odczyn na światło żywy, na konwergencję nie daje się zbadać wobec upośledzenia ruchów skojarzonych gałek ocznych. Visus—$^{5}/_{24}$ obustronnie. Ruchy powiek wolne. Mięsień okrężny ust nie jest porażony. Słuch prawidłowy. Brak zmian ze strony nerwu twarzowego — VII, słuchowego VIII oraz dodatkowego — XI. Opukiwanie czaszki w okolicy potylicy z lewej strony daje odgłos nieco przytłumiony. Brak sztywności karku.

Pierwotnie przy badaniu odruchów odruchy ścięgnowe kończyn nie przedstawiały szczególnych zmian, jak również nie było odruchów patologicznych. W parę tygodni wystąpił objaw paluchowy Babińskiego i objaw Openheima na kończynie dolnej lewej, obecnie Babiński

i Openheim są już zaznaczone i na kończynie prawej. Rossolimo brak. Stopotrząsu brak. Odruchy brzuszne i mosznowe zachowane.

Przy badaniu czucia stwierdzono zniesienie czucia bólowego, dotykowego i cieplnego o charakterze korzonkowym na klatce piersiowej i na wewnętrznej stronie kończyn górnych obustronnie, odpowiadające segmentom D 1—4: kręgi górne piersiowe, szczególnie III, bolesne na ucisk, jak również bolesne mięśnie pomiędzy łopatkami. Zaburzeń ze strony zwieraczy brak.

Badany naogół jest budowy prawidłowej, odżywienia miernego, nieco blady; w płucach — nieznaczne skrócenie wypuku nad szczytem prawym oraz osłabienie szmerów oddechowych, nad lewym szczytem szmery odechowe zaostrzone przy nieco wydłużonym wydechu; tętno przyśpieszone—120 na 1', miarowe, niejednakowo napięte w obu tętnicach szprychowych; granica serca norm., tony czyste głuchawe, II ton zaakcentowany nad tętnicą płucną. Mocz — ciężar właściwy 1022, skład moczu bez zmian patologicznych. Morfologiczny skład krwi nie wykazuje odchyleń od normy (ciałek eozynochłonnych 1—2%, lymfocytów 17—24%, monocytów 8%); podług Biernackiego opadanie krwinek trwało 7 godzin 29 minut. Ciepłota chorego w pierwsze 3 dni podgorączkowa (nie przewyższa 37.2), poza tem przez cały czas normalna.

Badanie Roentgenem nie wykazało zmian w płucach, sercu i kręgosłupie; fotografja natomiast czaszki wykazała zgrubienie *dorsum sellae turcicae* z nieznacznem zniekształceniem dna siodełka.

Odczyn Wassermana we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Płyn mózg.-rdzen. był klarowny, wyciekał bez wzmożonego ciśnienia; w płynie mózg.-rdzeniowym — białka 0.15%, odczyn Nonne-Apelta — ujemny, brak krwinek białych.

W ciągu 6 tygodniowego pobytu chorego w szpitalu wzmogły się u niego z objawów subjektywnych jedynie zawroty głowy, specjalnie na bóle głowy nie narzeka; apetyt, stolec, sen nie wykazuje odchyleń od normy.

Stwierdzone powyżej zmiany chorobowe wskazują na jakiś proces na podstawie mózgu po stronie lewej i w rdzeniu; charakter tego procesu jest wybitnie rozlany. Uderza brak ogólnych objawów mózgowych (bólów głowy, nudności, wymiotów, tarczy zastoinowej), jak również brak gorączki.

Brak zmian cytologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym wyklucza sprawy zapalne ośrodkowego układu nerwowego. Ujemny wynik badania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn Wassermana,

również brak zwiększonej ilości białka oraz limfocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym przemawiają przeciwko kile.

Te dane, jak również przebieg i rozwój choroby oraz całokształt obrazu chorobowego pozwalają wykluczyć sprawy, powstające wskutek pęknięcia, zatoru lub zakrzepu naczyń, wszelkie sprawy ropne i zapalne, w szczególności przewlekłe rozlane zapalenie opon mózgowych lub rdzenia (kiłowe lub gruźlicze); pozostają do rozpatrzenia sprawy nowotworowe.

Dla sprecyzowania lokalizacji sprawy nowotworowej podkreślam, że brak wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, obwodowy charakter porażeń nerwów czaszkowych, które występują na plan pierwszy, oraz charakter zawrotów głowy świadczą za guzem pozamóżdżkowym na podstawie czaszki, który wywiera ucisk z jednej strony na móżdżek z drugiej strony na szereg nerwów czaszkowych tuż po wyjściu ich z mózgu.

Wynik badania Roentgenem czaszki, wykazujący zmiany w *sella turcica*, nie odpowiada obrazowi klinicznemu, w którym brak objawów charakterystycznych dla guzów przysadki, i powinien być traktowany z zastrzeżeniem, jak zresztą to niejednokrotnie w literaturze notowano.

Brak objawów ze strony istoty samego dużego mózgu, objaw paluchowy Babińskiego, który wystąpił po pewnym czasie wpierw na kończynie lewej, przemawia za jego pochodzeniem rdzeniowem. Objawy rdzeniowe u naszego chorego świadczą o sprawie nowotworowej na ograniczonym odcinku w części grzbietowej D 1 — D 4, miejscu charakterystycznem dla guzów oponowych rdzenia; mamy tu objawy uciskowe na korzonki (bóle, zaburzenia czucia) oraz obecnie już i na tkankę rdzeniową.

Z literatury, dotyczącej guzów mózgowych, wiadome jest, że najczęstszym nowotworem na podstawie mózgu są mięsaki opon podstawy, które mogą w sposób rozlany przerastać opony, które grubieją i uciskają korzonki nerwów czaszkowych, nie powodując znacznego wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, przez co nie dają ogólnych objawów mózgowych, natomiast dają przedewszystkiem objawy ze strony nerwów podstawy czaszki.

Najpospolitszym nowotworem opon rdzeniowych są mięsaki; jednak z postaci mięsaków — *sarcoma globocelluare* — ma charakter nowotworu miękkiego z znacznem przekrwieniem okołokomórkowem, nie ma postaci guzów ograniczonych, lecz rozszerza się po oponach miękkich wzdłuż rdzenia ku górze i dołowi, obejmując go jakby w pochwę, czasem na bardzo znacznej części długości rdzenia.

Mięsaki wybitnie przeważają w wieku młodocianym, zależą od nieprawidłowości rozwojowych w życiu płodowem; skłonne do przerzutów, uogólniania się (generalizacji), szybko rosną.

Z powyższego widać, że nasz przypadek łatwo się układa w ramy nowotworów mięsakowych, a w szczególności postaci jego okołokomórkowej; ta postać przebiega w sposób rozlany w oponach miękkich, jest obficie unaczyniona, wobec czego może powodować krwotoki wewnątrznowotworowe, które klinicznie dają nagłe pogorszenie wskutek powiększenia się rozmiarów nowotworu (co można przypuszczać i u naszego chorego, u którego nagle, jak *deus ex machina*, wystąpił szereg objawów ze strony podstawy mózgu). Inne postaci nowotworów mózgowych rdzeniowych ze względu na lokalizację, charakter i przebieg sprawy oraz wyniki badań klinicznych daje się z łatwością wykluczyć (glejaki, kilaki, gruczoły, torbiele, bąblowiec i t. d.).

Należy traktować w danym przypadku schorzenie, jako *Sarcomatosis piae matris cerebrospinalis*. Rozpoznanie *ad oculos* mogłaby dać punkcja próbna mózgu, wykonana podług Neissera, którą zamierzamy uskutecznić.

Pomimo ścisłego zlokalizowania nowotworu i określenia jego charakteru, niestety nie kwalifikuje się on jako *casus operabilis* wobec generalizacji procesu; wskazana tu jest kuracja zapomocą naświetlania Roentgenem, które, jak wynika z literatury, może dawać w wypadku mięsaków wyniki bardzo pomyślne.

Powyżej przedstawiony przypadek uważam za bardzo demonstracyjny, niecodzienny co do charakteru i przebiegu sprawy nowotworowej, a tem ciekawszy, że daje się tu nowotwór ściśle zlokalizować i nawet określić drogą rozważań teoretycznych postać jego oraz budowę histopatologiczną, co bardzo rzadko jest możliwe przy określaniu nowotworów mózgowych. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Prof. *M. Rose* uważa przedstawiony przypadek za atypowy. Gdy bowiem chodzi o guz tylnej jamy czaszkowej, wówczas mamy silne bóle głowy, wymioty, oraz tarczę zastoinową. Ponadto wobec znacznych rozmiarów omawianego nowotworu wzmiankowane objawy byłyby bardzo silne i wyraźne. Wobec braku bólów korzonkowych i objawów ogólnych, prof. Rose bałby się jeszcze w danym przypadku rozpoznawać z całą stanowczością guz, a raczej skłonny jest sądzić o jakiejś sprawie zapalnej, względnie *sclerosis disseminata*.

Prof. *Szmurło* zauważa, że u chorego m. mostkowoobojczykowy po stronie lewej jest znacznie słabiej wyrażony niż po stronie prawej,

wskazywałoby to na udział n. dodatkowego, dalej zniesienie smaku w przedniej części po stronie lewej wskazuje na zajęcie struny bębenkowej lewej, zawroty głowy, przyczem chory odczuwa kręcenie się przedmiotów, padanie, chód chorego może się zdarzać również w razie zajęcia n. przedsionkowego, dlatego nie możnaby w tym razie wyłączyć również udziału nerwu twarzowego, słuchowego. U chorego również występuje wyraźne drżenie zamiarowe. Dlatego w danym razie nie można wyłączyć *sclerosis disseminata*.

Doc. *Wąsowski* zapytuje, czy były badane przedsionki.

Dr. *Achmatowicz* przypuszcza, czy niema się w danym przypadku do czynienia z *cysticercus disseminatus*.

W odpowiedzi prof. Rosemu prelegent oświadcza, że przedstawiony przypadek jest istotnie atypowy dla tych postaci nowotworów mózgowych, ograniczonych, przebiegających z ogólnemi objawami mózgowemi, o których myśli oponent, które rzeczywiście częściej spotykają się w praktyce, natomiast jest zupełnie typowy dla postaci miękkich mięsaków, które są odpowiednio opisane w literaturze. Na zapytania specjalistów laryngologów oświadcza, że chory był badany przez laryngologa, który u niego nie stwierdził zaburzeń ani ze strony słuchu, ani ze strony błędnika, próby obrotowe były dokonywane; również nie stwierdzono objawów porażennych ze strony nerwu dodatkowego—XI, twarzowego—VII i pośrodkowego. W odpowiedzi dr. Achmatowiczowi oświadcza, że wyklucza w tym przypadku możliwość *cysticercus disseminatus* ze względu na nieodpowiadający obraz kliniczny; przypomina, że w r. ub. sam omawiał tu w Towarzystwie Lekarskiem przypadek *cysticercus disseminatus*, rozpoznany na sekcji, który klinicznie przebiegał z objawami ogólno-mózgowemi, napadami padaczkowemi i zmianami zapalnemi w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Zabierając głos poraz drugi w odpowiedzi prof. Rosemu, który chce dopatrywać się w przedstawionym przypadku spraw zapalnych lub kiłowych, ewent. traktować zaburzenie w mózgu i rdzeniu jako *sclerosis disseminata*, zaburzenia czucia, jako zaburzenie funkcjonalne, wyniki zaś badania płynu mózgowo-rdzeniowego jako nie wykluczające spraw zapalnych, prelegent oświadcza, że chociaż obstaje przy swojem, nie chce przedłużać dyskusji na ogólnem zebraniu, natomiast ma zamiar prosić Sz. oponenta o konsultację, i jest pewien, że po dokładnem zbadaniu chorego da się wątpliwości rozpoznawcze uzgodnić; zresztą prelegent przypuszcza, że wynik próbnej punkcji mózgu, dalszy przebieg choroby, ewentualnie autopsja *post*

mortem pozwolą prelegentowi zabrać głos w sprawie tego przypadku jeszcze raz na posiedzeniu Towarzystwa. (Streszczenie własne).

3. Dr. *Zarcyn* demonstruje 3 przypadki pooperacyjne ze Szpitala Miejskiego Żydowskiego (streszczenia nie załączono).

4. Prof. Dr. *Schilling-Siengalewicz* wygłosił odczyt: „Odczyn skłaczkowania na zimno a gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem".

W dyskusji zabierali głos: Prof. Dr. *M. Rose*, podnosząc znaczenie i doniosłość przeprowadzonych przez prelegenta badań.

5. Doc. Dr. *T. Wąsowski* demonstruje 2 przypadki po usunięciu z oskrzeli ciała obcego, zalegającego tam przez czas dłuższy.

Przypadek 1. Chora W. C. 64 lat, cierpiąca od dłuższego czasu na cukrzycę, podaje, że przed 6 miesiącami zakrztusiła się przy jedzeniu zupy. Zjawił się kaszel. Po miesiącu zwróciła się do lekarza, który rozpoznał nieżyt oskrzeli. Ponowne badanie chorej po pewnym czasie nasunęło myśl o dychawicy oskrzelowej. Prześwietlanie klatki piersiowej promieniami Roentgena nic patologicznego nie wykazało. Zastosowane leczenie skutku nie odniosło. Chora zwróciła się do innego lekarza, który wyraził podejrzenie o gruźlicy płuc i zalecił pobyt na wsi. Kaszel jednak wzmagał się, chora nie mogła nocami sypiać, zjawił się przykry zapach z ust i podniesienie t^0. Trzeci lekarz, do którego się chora zwróciła, skierował ją do laryngologa. Kol. Libo, u którego chora tym razem się zjawiła, zażądał zdjęcia klatki piersiowej prom. R., które wykazało: cienie wnękowe wzmożone, gruczoły powiększone, liczne smugi w dolnej części pola płucnego; serce leży poziomo, cień dużych naczyń, szczególnie łuku aorty, znacznie zwiększony. Ciała obcego nie widać. Podejrzewając jednak obecność ciała obcego w oskrzeli, kol. Libo skierował chorą do mnie. Badanie płuc wykazało pod prawą łopatką ognisko ok. 10 ctm^2 z oddechem ostrym, rzężącym, wypuk w tem miejscu z odcieniem pudełkowym. Wykonana nazajutrz bronchografja dała możność stwierdzenia w miejscu podziału prawej oskrzeli owalną przestrzeń wypełnioną płynem kontrastowym, wielkości dwugroszówki, o górnej linji zarysu pod postacią rozwartego ku górze kąta. Rozpoznałem ciało obce w prawem oskrzelu. Wykonana na trzeci dzień bronchoskopja pozwoliła stwierdzić słuszność rozpoznania i usunąć z prawego oskrzela kość, mocno wklinowaną i obrośniętą bujającą ziarniną. Przebieg pooperacyjny gładki.

Przypadek 2. Chory P. N. 61 lat, podaje, że przed $3^1/_2$ miesiącami zakrztusił się przy jedzeniu. Zjawił się mocny kaszel. Lekarz, do którego chory zgłosił się po poradę, rozpoznał nieżyt oskrzeli. Chory kilkakrotnie zwracał się do paru lekarzy, z których jeden poradził po-

byt na wsi. Chory przebył na letnisku czas jakiś, lecz był zmuszony powrócić z powodu nagłego podniesienia się t^0. Od 3 tyg. gorączkuje wysoko (rano $36,5^0$ — wieczorem $39,5^0$), kaszle, zmuszony jest leżeć w łóżku. Było robione prześwietlanie klatki piersiowej, które nic szczególnego nie wykryło. Robiono nakłucie opłucnowe, które wyniku nie dało. Wezwany do chorego stwierdziłem, co następuje: t^0 $39,4^0$, tętno 120, ogólny stan ciężki, oddech przyśpieszony, przykry ropny zapach wydychanego powietrza. Badanie płuc: wypuk mocno przytłumiony na całej przestrzeni dolnego prawego płata, pod łopatką zaś ognisko o wypuku bębenkowym. Szmer oddechowy o charakterze oskrzelowym w dole, rzężenia dźwięczne pod łopatką. Plwocina ropna, dzieląca się na 2 warstwy. Rozpoznałem ropień prawego płuca, powikłany zapaleniem dolnego płata. Poradziłem wykonanie bronchografji w celu przekonania się, czy nie mamy przed sobą ciała obcego w oskrzelu. Wynik wykonanej nazajutrz bronchografji był następujący: Cały dolny płat prawego płuca mocno zawoalowany, nad nim wyraźna jama ropnia: poza tem zwraca na siebie uwagę jedno miejsce, odpowiadające okolicy oskrzeli 2-go rzędu, mianowicie: widełkowate rozwidlenie, zaznaczone płynem kontrastowym, zwrócone jest nie ku peryferji płuca, jak to zwykle widzimy przy bronchografji, a ku górze i ku wewnątrz. Nad niem niewyraźne zaciemnienie. Wzbudziło to we mnie podejrzenie ciała obcego, czem podzieliłem się z kolegami, którzy brali udział w naradzie. Postanowiliśmy, pomimo ciężkiego stanu chorego dokonać bronchoskopji. Wobec zgody rodziny na zabieg natychmiast wykonałem bronchoskopję w znieczuleniu kokainą. Po oczyszczeniu oskrzeli od obfitej ropnej wydzieliny stwierdziłem w oskrzelach 2 rzędu obecność ciała obcego, które z łatwością usunąłem kleszczykami. Była to mała trójkątna kostka. Po zabiegu chory czuł się lepiej, zaczął oddawać obficie ropną plwocinę. Ciepłota wznowiła się do 38^0, na trzeci dzień zjawiła się rdzawa plwocina. Chory zaczął się powoli poprawiać. Stosowano środki nasercowe, oraz zastrzykiwania transpulminy. Jedenastego dnia objawy osłabienia serca, które jednak ustąpiły. Nazajutrz od południa obfite pocenie się; znów osłabienie czynności serca. Po kilku godzinach objawy obrzęku płuc i zejście śmiertelne.

Dyskusja: Prof. Dr. *Szmurło* zwraca uwagę, że wydostanie ciał obcych z oskrzeli stosuje się obecnie coraz częściej; w celach rozpoznawczych przed rentgenografją stosujemy w tych razach lipoidol, co bardzo ułatwia rozpoznanie. Naogół przypadki, gdzie chory nie jest wycieńczony, dają wyniki lepsze; gorzej jest, gdy już dojdzie do zro-

pienia, co szybciej i częściej występuje, gdy obcem ciałem jest kość. Opróżnianie ropni płucnych zdaje się, że najlepiej daje się osiągnąć zapomocą bronchoskopji.

Posiedzenie naukowe z dnia 14 października 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych 30 członków oraz 27 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
2. Prof. *J. Patkowski* wygłosił odczyt „Ciała promieniotwórcze".

Sekretarz D-r *Mienicki.*