

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. Dr Med. MARYA DUNIN-KARWICKA. O tak zwanej bronchiolitis obliterans. Str. 529. II. KAZIMIERZ OCZESALSKI i STEFAN STERLING. Badania doświadczalne nad wpływem upustów i zastrzykiwań krwi pod otrzewną na liczbę i odporność krwinek czerwonych. (Dokończenie). Str. 533. *Dział sprawozdawczy.* 61. KAROL REIFFERSCHIED (Bona). Rentgenoterapia w ginekologii. (Dokończenie). Str. 541. 69. LÜDKE. Seroterapia w dżrze brzusznej. Str. 544. 70. JOHN M. Leczenie tyfusu piramidonem. Str. 545. 71. Dr LENZMANN. O wpływie zastrzykiwań dożylnych salwarsanu na płonice. Str. 545. *Wiadomości drobne.* Str. 546. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie kliniczne 16-go kwietnia 1912 r. Str. 548. *Wiadomości bieżące.* Str. 549. Zmarli. Str. 551. Nadesłano do Redakcyi. Str. 551. *Ogłoszenia.*

I. O tak zwanej bronchiolitis obliterans.

Podał

Dr Med. Marya Dunin-Karwicka,

Asystentka przy katedrze Anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Za podstawę do niniejszej pracy posłużył nam przypadek, który, nie rozpoznany za życia chorego i nie rozpoznany na stole sekcyjnym, został wyświetlony dopiero dzięki badaniu drobnowidowemu, pomnażając tak bardzo nieliczne jeszcze dotychczas przypadki pierwotnej *bronchiolitis obliterans*.

Zanim przystąpimy do opisu histologicznego, który jest głównym zadaniem tej pracy, chcemy podać w krótkości przebieg kliniczny i najważniejsze punkty z protokołu sekcji.

Przebieg choroby.

Anna F., pomocnica kucharki, lat 16, przyjętą została w dniu 11/I 1911 r. do szpitala WW. Świętych we Wrocławiu. Chora, która dotąd zawsze była zdrową, cierpi od dni 8-iu na ogólne osłabienie, duszność i bicie serca. Pełniła jednak mimo to ciągle jeszcze swoje obowiązki i dopiero przed 24-ma godzinami położyła się do łóżka.

Status 11/I. Wzrost średni, budowa ciała prawidłowa, klatka piersiowa szeroka, symetryczna. Na twarzy i rękach sinica. Oddech krótki, bardzo przyspieszony (44 oddechy na minutę), obrzęków niema. Wysypki nie stwierdzono. Temperatura pod pachą 37,9°; tętno 148, nieco nierówne, ale dosyć silne.

Język grubo obłożony, gardziel bez zmian.

Serce: Niepowiększone, uderzenie wierzchołkowe ani widoczne, ani też wyczuwalne; zato wyraźne wstrząśnienie okolicy serca; embryokardya, tony serca czyste.

Płuca: W dolnej tylnej części prawego płuca odgłos opukowy nieco skrócony, ale nigdzie niema wyraźnego stłumienia. Z obu stron obfite rżenia średnio- i wielkobańkowe, wzmagające się ku dołowi. Oddechu oskrzelowego nigdzie nie zauważono.

Brzuch lekko wzdęty, dolny brzeg wątroby wyczuwalny o 1 — 2 palce poniżej prawego łuku żebrowego; śledziona niewyczuwalna.

W moczu obfite moczany, ale niema ani białka, ani cukru; chlorki nie zmniejszone.

Na podstawie powyższego obrazu klinicznego postawiono jako tymczasowe rozpoznanie, stawiając przytem znak zapytania co do etyologii: *bronchitis duplex, insufficiencia cordis et oedema pulmonum*.

Po zastrzyknięciu chorej morfiny, kamfory i kofeiny tętno stało się wolniejszym i silniejszym, oddech głębszym i spokojniejszym i sinica nieco się zmniejszyła.

12/I. Liczba białych ciałek (wieczorem) wynosi 23,000. Stan płuc bez zmian, ciepłota 38,8°, tętno 160, oddech 58, bardzo powierzchowny (chora otrzymuje tlen). Osłabienie ogólne wzrasta, chora staje się ku wieczorowi zupełnie apatyczną i zaledwie odpowiada na zadawane jej pytania.

13/I. Z rana tętno, chociaż bardzo szybkie, jest dość silne i równe; przy podawaniu chorej tlenu sinica i duszność utrzymują się w miernych granicach, mimo to o 9-ej z rana następuje *exitus letalis*.

Wyciąg z protokołu sekcyjnego.

Budowa i odżywienie dobre, skóra blada.

Worek sercowy bez zmian, serce prawidłowej wielkości i pojemności, zastawki bez zmian, mięsień sercowy wiotki i blady.

Oplucna cienka, gładka, lśniąca; zrostów nie zauważono, jamy opłucne puste.

Płuca duże, powierzchnia ich przekroju, który jest barwy czerwonej i zalewa się za uciskiem cieczą pienistą, przezroczystą, usiana jest drobnymi, białymi, płaskimi guzkami, występującymi najwyraźniej przy patrzeniu na nie nie z góry, lecz z boku i zbliżonymi bardzo do gruźleków prosówkowych. Obok guzków tych widoczne są jeszcze białawe, lekko nad powierzchnię wystające, rozgałęziające się prążki, odpowiadające podłużnym przekrojom oskrzelików. Tak guzki, jak i prążki okolo- ne są po większej części mniej lub więcej szeroką obwódką wybroczyno- wą. Gdziekolwiek znajdują się także wybroczyny od guzków i prążków niezależne i dochodzące wielkości soczewicy. Z przekrojów oskrzeli wy- dobywa się zawartość śluzowo-ropna; błona śluzowa drobniejszych

oskrzeli jest obrzmiała i nastrzyknięta. Leżący między guzkami, prążkami i wybroczynami mięsz płucny, jest wszędzie powietrzny.

Gruzoły oskrzelowe po części pylicze, po części zserowaciale i zwapniałe.

Śledziona miękka, torebki jej powiększone.

Wątroba barwy brunatno-żółtawej, biernie przekrwiona, o rysunku zatartym.

Nerki biernie przekrwione, granica między substancją rdzenną a korową niewyraźna.

Pęcherz moczowy i narządy płciowe bez zmian. Błona śluzowa żołądka i kiszki biernie przekrwiona.

Opony mózgowe bez zmian, mózg biernie przekrwiony.

Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne: *Bronchitis purulenta, oedema et haemorrhagiae permultae pulmonis utriusque, cyanosis hepatis et renum.*

Wobec niejasności danego przypadku i podejrzenia, jakie obudziły guzki, iż możemy tu mieć do czynienia z prosówką, ograniczającą się makroskopowo do płuc, poddano kawałki płuc badaniu drobnowidowemu. Materyał, utrwalony po części w formalinie, po części zaś w wyskoku, zatopiliśmy w parafinie. Skrawki barwiliśmy hematoksyliną-eozyną, VAN GIESON'em, według WEIGERT'a na elastyczne włókna, według WEIGERT'a i KOCKEL'a na włóknik, wreszcie na bakterye fuksyną karbolową i według LÖFFLER'a oraz GRAMA.

Wynik badania drobnowidowego. Już przy pierwszym rzucie oka na preparaty zwracają uwagę szczególne ogniska o kształtach bądź kanciastych, bądź smugowatych, bądź zupełnie nieprawidłowych. Wielkość ognisk tych, zlewających się gdzieś z sobą, waha się w dość znacznych granicach. Największe ognisko, które widzieliśmy, zajmowało przy okularze 3 i obiektywie A. A. w mikroskopie ZEISS'a (słabe powiększenie) prawie całe pole widzenia (rysunek № 3). ¹⁾

Co się tyczy utkania ognisk, to w skład ich wchodzi typowe komórki włóknotwórcze (fibroblasty) ze słabo barwiącymi się jądrami pęcherzykowatymi, przyjmujące jedynie w większych ogniskach charakter bardziej zbliżony do dorosłych komórek łączno-tkankowych, dalej jednojądrowe i rzadziej już wielojądrowe leukocyty, delikatnie włóknista substancja międzykomórkowa, wreszcie niezmiernie liczne, przepełnione krwią naczynia włoskowate. Gdzieś trafiają się prócz tego twory olbrzymie, odbiegające jednak daleko od typu wielojądrowych komórek LANGHANS'a. Jedne z tych tworów o płaskich, kanciastych kształtach robią wrażenie komórek pochodzenia łącznotkankowego, inne natomiast zdają się zawdzięczać swoje powstanie syncycjalnemu przeobrażeniu nabłonka walcowatego, należąc w ten sposób do kategorii t. zw. „*Konglutinationsriesenzellen*“. W niektórych z większych ognisk, równolegle

¹⁾ Rysunki będą podane w № 22-im.

z przekształceniem się fibroblastów w dorosłe komórki łącznotkankowe, także i substancja międzykomórkowa przyjmuje już wygląd grubowłókniasty, a liczba naczyń krwionośnych ulega znacznej redukcji, t. j., inaczej mówiąc, następuje tu już powoli przeobrażanie się ziarniny w typową tkankę łączną (rysunek Nr. 3). Co się tyczy leukocytów, które, nawiasem mówiąc, w małej tylko liczbie posiadają charakter eozynofilowy, to większość ich zawiera w mniejszej lub większej liczbie cząsteczki węgla, znajdującego się bez żadnej różnicy tak w odcinkach środkowych, jak i obwodowych wyżej opisanych ognisk. W tkance ziarninowej, z której, jak widzieliśmy, utkane są te ogniska, spotykają się często mniejsze i większe wybroczyny; natomiast jest ona zupełnie wolna od jakichkolwiek zmian wstecznych, i cech rozpoczynającego się obumarcia lub rozpadu nigdzieśmy nie stwierdzili. Ogniska rzadko tylko są w zupełności pełne i większość z nich zamyka w sobie krótszą lub dłuższą szczelinę, wysłaną z jednej strony jednowarstwowym nabłonkiem walcowatym i zawierającą w swem świetle nieco krwi lub leukocytów. Kiedy niekiedy leżą w jednym i tem samem ognisku dwie albo i więcej takich szczelin, wysłanych wtedy często po obydwu stronach jednowarstwowym, miejscami mocno spłaszczonym nabłonkiem walcowatym.

Gdzieniegdzie trafiają się także wśród ziarniny już nie szczeliny, lecz po prostu dłuższe lub krótsze odcinki jednowarstwowego nabłonka cylindrycznego, posiadającego zawsze bez zarzutu barwiące się jądra. Wziawszy pod uwagę, iż wszystkie ogniska bez wyjątku zawierają także i włókna mięsne gładkie z nieodłącznie towarzyszącymi im włóknami sprężystymi, musimy dojść do wniosku, iż mamy tu do czynienia nie z czem innem, jak tylko z chorobowo zmienionymi oskrzelikami (jednowarstwowym nabłonkiem cylindrycznym). Zresztą w niektórych z ognisk pełnych włókna mięsne i sprężyste posiadają układ tak charakterystyczny, iż o jakichkolwiek wątpliwościach w tym względzie mowy być nie może. Tworzą one tu mianowicie zamkniętą warstwę okrężną, przerwana tylko gdzieniegdzie przez krótką, leżącą w niej szczelinę. Ten pierścień mięśniowo-sprężysty wyodrębnia tu z większego ogniska ziarninowego doskonale okrągły, ściśle ograniczony guziczek, umieszczony tym sposobem wśród takiej samej tkanki granulacyjnej, z jakiej sam się składa, a wydzielonej z niej jedynie dzięki okalającej go okrężnej warstwie włókien mięsnych i sprężystych. Kiedy niekiedy spotykają się w jednym i tem samem ognisku dwa takie guziczki, co wskazuje na zlewanie się ognisk. Niezawsze jednak układ włókien mięsnych i sprężystych jest tak typowy; przeciwnie, w większości ognisk pełnych mamy już tylko do czynienia z beładnie porozrzucanymi ich resztkami, niekiedy nawet tak drobnymi i tak nielicznymi, iż przy pobieżnem przeglądaniu preparatu mogą one z łatwością ująć uwagi badacza. W ogniskach ze szczelinami natomiast włókna mięsne i sprężyste tworzą przeważnie równoległe do szczeliny pasmo, leżące zawsze po stronie wysłanej nabłonkiem.

Co się tyczy obwodowych części ognisk, to oprócz nacieczenia dro-

bnokomórkowego jest tu do zanotowania obecność złuszczonych nabłonków z pęcherzyków płucnych oraz samoistnych, t. j. od mięśni gładkich niezależnych włókien sprężystych. Granica ognisk w stosunku do miąższu płucnego jest, że się tak wyrazimy, zębatą, co powstaje skutkiem tego, iż te ostatnie bądź wdzierają się wyrostkami różnych długości między sąsiednie pęcherzyki płucne, bądź uciskają je okrągławymi zgrubieniami, bądź wreszcie, i to właśnie jest najczęstsze, przechodzą bez wyraźnej granicy w zgrubiałe przegrody przylegających pęcherzyków płucnych. [D. c. n.]

II. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DOC. DRA MED. W. JANOWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Badania doświadczalne nad wpływem upustów i zastrzykiwań krwi pod otrzewną na liczbę i odporność krwinek czerwonych.

Podali

Kazimierz Oczesalski i Stefan Sterling.

(Dokończenie. — Patrz № 19).

Na podstawie otrzymanych wyników wyraził SATTLER przypuszczenie, że doświadczenia, przezeń przerobione, mogłyby znaleźć zastosowanie lecznicze. Myśl ta stała się bodźcem dla naszych badań. Jeżeli bowiem zastanowimy się nad wszystkimi sposobami leczenia krwią, jakie były proponowane dotychczas, to musimy przyjść do wniosku, że w leczeniu niedokrwistości zwykłej najczęściej danych na wprowadzenie jej w czyn posiada propozycja SATTLERA. Przyznać wprawdzie należy, że teoretycznie najprostszym i najskuteczniejszym środkiem leczniczym jest transfuzja dużych ilości krwi — oczywiście cudzej, — jest to jednak zabieg o tyle złożony i połączony z tylu trudnościami technicznymi (wyszukanie zupełnie zdrowego człowieka, który ma krew swą zaofiarować, koszt i t. d.), iż na pewno powiedzieć można, że polem jego zastosowania pozostaną przypadki znacznej anemii ostrej i niektóre przypadki niedokrwistości złośliwej, w których zalecany będzie jako *ultimum refugium*. Natomiast w przypadkach zwykłej niedokrwistości podostrej czy przewlekłej nie widzimy dla transfuzji dużej przyszłości ¹⁾. Co się dotyczy innych metod leczniczych, to np. wstrzykiwanie dużych ilości krwi cudzej pod skórę lub do jamy otrzewnej (ZIEMSEN, PONFICK, KACZOROWSKI) posiada wszystkie ujemne strony transfuzji

¹⁾ Należy tu jeszcze dodać, że we krwi używanej do przelewania mogą znajdować się hemolizyny, wskutek czego zabieg ten może stać się nawet szkodliwym; dla uniknięcia tego niebezpieczeństwa trzeba przed przystąpieniem do transfuzji zbadać, czy krew ofiarodawcy nie zawiera hemolizyn względem krwinek osobnika, podlegającego zabiegowi.

(gdyż i tutaj musimy poszukiwać zdrowego ofiarodawcy krwi i t. d.), natomiast wykonanie samego zabiegu jest bodaj jeszcze bardziej złożone, niż transfuzya, wyniki zaś lecznicze są stanowczo gorsze. Dalej, sposób leczenia surowicą, proponowany przez CARNOT'a i DÉFLANDRE'a, ma znowu tę samą niedogodność, że uzależnia chorego od innej jednostki, której trzeba ciągle krew upuszczać (raz dla samego upustu, drugi raz znowu dla otrzymania surowicy). Natomiast sposób, zaproponowany przez SATTLERA, opierający się na skombinowanym działaniu upustów i zastrzykiwań niedużych ilości krwi własnej chorego do jamy otrzewnej, wzgl. pod skórę, — posiada tę zaletę, że jest zabiegiem stosunkowo niedużym i nie czyni chorego zależnym od innej jednostki, jest wreszcie o tyle uzasadniony teoretycznie i sprawdzony doświadczalnie, że bądź co bądź zasługuje na wypróbowanie go na ludziach

Toteż postanowiliśmy podjąć taką próbę na odpowiednio dobranym materyale klinicznym. Przed przystąpieniem jednak do tego rodzaju zabiegów leczniczych, uważaliśmy za niezbędne przerobienie odnośnych doświadczeń na materyale zwierzęcym. Poniżej podajemy sprawozdanie z tych doświadczeń

Do doświadczeń naszych użyliśmy królików. Chcąc stwierdzić, jaki wpływ wywierają na krew królików zdrowych i niedokrwistych upusty krwi i zastrzykiwania własnej krwi zwierząt do jamy otrzewnej, i chcąc porównać wpływ ten z wpływem, wywieranym przez same tylko upusty krwi, lub połączone z zastrzykiwaniem krwi, wziętej od innego zwierzęcia, — przerobiliśmy szereg doświadczeń, w następujący sposób skombinowanych:

1) Królikowi, który uprzednio poddany został upustom krwi, w celu wywołania niezbyt znacznej niedokrwistości, robiono następnie po wystąpieniu niedokrwistości w tygodniowych mniej więcej odstępach czasu upusty krwi w ilości od 10-u do 30-u ctm. sz. i wstrzykiwania tejże krwi do jamy otrzewnej.

2) Zdrowemu królikowi robiono w tygodniowych odstępach czasu krwiupusty w ilości od 8-u do 22-u ctm. sz. i wstrzykiwania tejże krwi do jamy otrzewnej.

3) Zdrowemu królikowi wstrzykiwano w tygodniowych odstępach czasu od 8-u do 16-u ctm. sz. krwi, pochodzącej od innego królika (№ 4).

4) Zdrowemu królikowi w tygodniowych odstępach czasu upuszczano 13—18 ctm. sz. krwi i zastrzykiwano mu 13—23 ctm. sz. krwi, wziętej od innego królika (№ 5).

5) Zdrowemu królikowi upuszczano w tygodniowych odstępach czasu od 15-u do 26-u ctm. sz. krwi.

W ten sposób otrzymaliśmy szereg kombinacji, z których doświadczenia nad królikiem № 2 odpowiadają doświadczeniom SATTLERA, królik zaś № 1 różni się tem od królika № 2, że uprzednio został zanemi-

zowany. Królik № 5 poddany został tylko upustom krwi; królik № 4 poddawany był upustom krwi i otrzymywał krew królika № 5, a więc królika, który był poddawany tylko upustom krwi; wreszcie królik № 3 otrzymywał krew królika № 4, czyli królika, poddanego upustom i utrzymującego krew od innego zwierzęcia, które podlegało tylko upustom krwi. Tu należy już zwrócić uwagę, że jakeśmy to z teoretycznych względów przewidywali, króliki № 3 i 4 wykazały najbardziej widoczne zmiany krwi w kierunku dodatnim: bowiem królik № 4 poddany był upustom, które przypuszczalnie działają pobudzająco na narządy krwiotwórcze, a oprócz tego otrzymywał krew innego, poddanego upustom, zwierzęcia, a więc krew, mającą zawierać substancję hemopoetyczną (CARNOT i DÉFLANDRE); królik zaś № 3 otrzymywał krew królika № 4, a więc krew, która z wymienionych tylko przyczyn powinna działać pobudzająco na narządy krwiotwórcze.

Zanim przystąpimy do omówienia wyników naszych badań, z których najważniejsze dane podaliśmy na załączonych tablicach, musimy w kilku słowach wspomnieć o metodzie i technice badań.

Każdy z królików przed rozpoczęciem doświadczeń był ważony oraz badana była liczba czerwonych ciałek, hemoglobiny i odporność krwinek. Króliki były dorosłe; stan odżywienia trzeciego. był najgorszy, dlategoż królik ten nie był poddawany upustom krwi. Krew upuszczano zapomocą nacięcia lancetem żyły usznej i zbierano ją do wyjąłowego naczynia, w którym odwłókniano ją zapomocą jałowej drewnianej pałeczki; krew tę, po dokonaniem odwłóknienia i po godzinnem pozostawieniu jej w ciepłocie pokojowej, wstrzykiwano do jamy otrzewnej zwierząt.

Odporność krwinek badaliśmy tylko względem hipotonicznych rozczyńnów soli kuchennej według ogólnie przyjętej techniki, a mianowicie w sposób następujący: braliśmy kilkanaście małych wyjąłowanych probówek i do każdej z nich nalewaliśmy rozczyńnu soli (0,6–0,7‰) oraz wody przekroplonej w tym stosunku wzajemnym, iż otrzymywaliśmy szereg rozczyńnów soli, różniących się od siebie o 0,02‰, a więc np. w 1-ej probówce 0,6, w następnej 0,58 i t. d. Do każdej probówki dodawaliśmy po kropli krwinek po uprzednim oddzieleniu surowicy zapomocą wirowania i po dwukrotnem przemyciu krwinek rozczyńnem soli fizyologicznej (0,85‰) oraz odwirowaniu ich. Następnie wstawiano wszystkie probówki do ciepłarki i po godzinie zapisywano wyniki hemolizy, poczem wstawiano probówki do lodowni i następnego dnia porównywano z wynikami wczorajszymi; wyniki te zawsze były ze sobą zgodne. Stopień hemolizy oznaczamy potrójnie: H₁ oznacza najmocniejszy rozczyńn soli, w którym widać pierwszy ślad hemolizy, co odpowiada *resistentiae minimae* czerwonych krwinek; H₂ oznacza ten rozczyńn soli, w którym hemoliza jest zupełnie wyraźna; H₃ — rozczyńn, w którym hemoliza jest całkowita, co odpowiada *resistentiae maximae* krwinek. Należy tu przytem podkreślić, iż zdaniem naszym, winno się zwracać uwagę na oby-

dwie granice hemolizy, a więc na odporność minimalną i maksymalną, a może nawet więcej na tę ostatnią, niż na pierwszą; albowiem H_1 oznacza najmniejszą odporność nielicznych tylko krwinek, które zawsze znaleźć się mogą w nieznacznej liczbie pomiędzy innymi, nawet bardzo odpornymi krwinkami, podczas gdy H_2 oznacza rozczyzny, w których już znaczna liczba krwinek ulega hemolizie, a H_3 — takie rozczyzny, w których ulegają hemolizie wszystkie, lub prawie wszystkie krwinki; z tego zatem wynika, że liczby, oznaczające H_2 i H_3 co do swej doniosłości praktycznej mają większe znaczenie, aniżeli H_1 .

Z załączonych tablic widać, ilu i jakim zabiegom podlegał każdy królik i jak długo trwały doświadczenia, dodać tylko należy, że ilość hemoglobiny oraz liczba czerwonych ciałek i odporność krwinek badaliśmy jeszcze w 2—3 tygodnie po ostatnim zabiegu.

Co się tyczy otrzymanych przez nas wyników, to są one zestawione na podanych tabliczkach i wymagają tylko niewielu wyjaśnień. Przede wszystkim zaznaczyć należy, iż każdemu bez wyjątku królikowi przybyło na wadze w ilości od 200 do 450 gr.; następnie, ilość hemoglobiny i liczba czerwonych ciałek bądź pozostała bez zmiany (u 1-go i 5-go), bądź też została powiększona (u 2-go, 3-go i 4-go), w żadnym zaś przypadku nie zmniejszyła się; wreszcie, u wszystkich królików nastąpiło pewne wzmoczenie odporności krwinek, u królika № 3 nawet dość znaczne.

K r ó l i k № 1.

Data	Waga w grm.	Hemoglob.	Liczba czerw. cia- łek krwi w 1 mm. sz.	Hemoliza krwinek			Ilość krwi upuszczonej w ctm. sz.	Ilość krwi zastrzykn. w ctm. sz.	Uwagi
				H_1	H_2	H_3			
10/I 1912	2500	85	6,250,000				11		
13/I		65	4,780,000	48		40	4		
16/I		59					5	1	
22/I	2520	50	4,400,000	54		44	20	13	
25/I	2500			56		42	5		
30/I	2490	53		50	46	40	10	6,5	
2/II	2350	53		52	48	40	4		
8/II							15	12	
17/II	2640						15	10	
24/II							14	12	
1/III	2710	70	5,120,000	48	44	36	16	10	
20/III	2870	88	5,700,000	48	40	36	119	64,5	Autopsya 1/IV

Rozpatrując każde z doświadczeń oddzielnie, co do królika № 1 musimy zaznaczyć, że stosowane u niego kilkorazowe, dość często dokonywane (w odstępach kilkudniowych) upusty krwi wywołały początkowo wyraźną niedokrwistość, której towarzyszył i spadek wagi i zmniejszona odporność krwinek czerwonych. Następne jednak upusty krwi, połączone z zastrzykiwaniami krwi własnej do otrzewnej, powoli usuwały stan niedokrwistości, królikowi przybyło dość znacznie na wadze, ilość hemoglobiny i liczba czerwonych ciałek powróciła do cyfr pierwotnych, odporność zaś krwinek uległa pewnemu nieznacznemu wzmożeniu; badanie w 3 tygodnie po ukończeniu doświadczeń wykazało dalszy przyrost wagi i tę samą, co przy badaniu poprzednim, wzmożoną odporność.

K r ó l i k № 2.

Data	Waga w grm.	Hemoglob.	Liczba czerw. cia- łek krwi w 1 mm. sz.	Hemoliza krwinek			Ilość krwi upuszczonej w ctm. sz.	Ilość krwi zastrzykn. w ctm. sz.	Uwagi
				H ₁	H ₂	H ₃			
24/I 1912	2620	70	4,000,000	52		40	20	15	
27/I	2670			54	50	40	2		
3/II	2500			54	48	40	8	6	
9/I	2620						11	8	
17/II	2690						15	12	
24/II	2780						22	20	
2/III	2780	75	5,590,000				3		
4, III	2980						15	12	
11/III	3120	75		50	46	44	96	73	17/III Abortus
18, III	2850	70	5,350,000	50	44	38			Autopsya 2/IV

U królika 2-go, który co do charakteru zabiegów odpowiada doświadczeniom SATTLERA, nie stwierdziliśmy jakiegobądź szkodliwego działania pod żadnym względem, natomiast oprócz przyrostu wagi nie zauważyliśmy we krwi zmian dodatnich (ilość hemoglobiny, liczba krwinek oraz ich odporność bez zmian wyraźnych).

Co do królika 3-go musimy podkreślić, że gdy przystępowaliśmy do badań, zwierzę to znajdowało się w bardzo złym stanie odżywienia; wstrzykiwania krwi cudzej wywołały początkowo jeszcze większy spadek wagi ciała, lecz po skończonej seryi zabiegów, królik szybko zaczął się poprawiać i w 3 tygodnie po ukończeniu doświadczeń wykazał znaczny przyrost wagi, hemoglobiny i czerwonych ciałek, oraz wybitne stosunkowo wzmożenie odporności tych ostatnich.

Królik № 4 oprócz przyrostu wagi wykazał przyrost hemoglobiny, pewien przyrost czerwonych ciałek i nieznaczne wzmożenie odporności tych ostatnich. Królik № 5 wykazał znaczniejsze wzmożenie odporności czerwonych krwinek i przyrost wagi, ilość zaś hemoglobiny i liczba krwinek pozostała bez zmiany.

K r ó l i k № 3.

Data	Waga w grm.	Hemoglob.	Liczba czerw. cia- łek krwi w 1 mm. sz.	Hemoliza krwinek			Ilość krwi królika № 4, zastrzyknię- tej w ctm. sz.	Uwagi
				II ₁	II ₂	II ₃		
13/II	1730	60	4,800,000	56	52	42	w tygodniowych odstępach wstrzy- knięto 4 razy ogó- łem 51 ctm. sz.	Autopsya 4 iv
15/III	1760	68	5,675,000	52	48	38		
28/III	2070	75	5,845,000	46	40	36		

K r ó l i k № 4.

Data	Waga w grm.	Hemoglob.	Liczba czerw. ciałek w 1 mm. sz.	Hemoliza krwinek			Ilość krwi utozonej w ctm. sz.	Ilość krwi królika № 5 zastrzykn. w ctm. sz.	Uwagi
				H ₁	H ₂	H ₃			
13/II	2450	65	4,630,000	52	46	40	w tygodn. odstęp.		Autopsya 4/iv
15/III	2580	72	6,018,000	48	44	38	utoczono 4 razy ogółem 62 ctm.sz.	wstrzy- knięto 4 razy ogółem 64 ctm.sz.	
29/III	2650	75	5,030,000	48	42	36			

K r ó l i k № 5.

Data	Waga w grm.	Hemoglob.	Liczba czerw. cia- łek krwi w 1 mm. sz.	Hemoliza krwinek			Ilość krwi utoczono- nej w ctm. sz.	Uwagi
				II ₁	II ₂	II ₃		
13/II	2300	68	5,470,000	52	48	40	w tygodniowych odstępach utoczono 4 razy ogółem 61 ctm. sz.	Autopsya 10, iv
13/III	2500	72	5,610,000	50	48	42		
27/III	2750	68	5,480,000	46	42	36		

Wszystkie zwierzęta, zbadane w 2 do 8-u tygodni po ukończonych doświadczeniach wykazały, że wszelkie dodatnie zmiany we krwi (i w wadze ciała), stwierdzone przy końcu doświadczeń, w tym okresie czasu

nie tylko nie znikły, lecz bądź utrzymywały się na tym samym poziomie, bądź też nawet jeszcze spotęgowały się.

Należy tu jeszcze nadmienić nawłasnem, żeśmy w ciągu doświadczeń badali niekiedy surowicę królików na obecność hemolizyn, zawsze jednak z wynikiem ujemnym, oraz czerwone krwinki na obecność w nich ziarnistości przyżyciowej, którą zwykle stwierdzaliśmy w znacznie zwiększonej ilości.

W teoretyczne wyjaśnienie spraw, pod których wpływem mogą zachodzić obserwowane przez nas zmiany we krwi, nie będziemy się wdawać na tem miejscu, odsyłając czytelnika do prac, przez nas cytowanych. Natomiast wnioski o charakterze wyłącznie rzeczowym, które wysnułoby dały się z naszych doświadczeń, lecz wymagają jeszcze sprawdzenia na większym materiale, są następujące:

1) Upusty krwi, choćby nawet znaczne, lecz dokonywane w niezbyt małych odstępach czasu, nie przynoszą ustrojowi zwierzęcemu żadnej szkody, lecz przeciwnie, wpływają na wzmożenie odporności czerwonych ciałek krwi.

2) Upusty krwi i zastrzykiwania zwierzęciu zdrowemu jego własnej krwi nie przynoszą mu żadnej szkody, przeciwnie, wpływają nieznacznie na wzmożenie odporności czerwonych krwinek oraz na przyrost liczby tych ostatnich.

3) Upusty krwi i zastrzykiwania zwierzęciu niedokrwistemu jego własnej krwi wpływają dodatnio na krew, a więc na zwiększenie ilości hemoglobiny, liczby czerwonych ciałek i na wzmożenie ich odporności. Zabiegi tego rodzaju mogłyby więc ewentualnie być stosowane jako środek leczniczy w przebiegu zwykłej niedokrwistości przewlekłej, zwłaszcza po krwotokach, naturalnie, przy zachowaniu najściślejszej aseptyki.

4) Upusty krwi, połączone z zastrzykiwaniami krwi cudzej, zwłaszcza pochodzącej od jednostki, poddawanej upustom krwi, wpływają dodatnio na krew, a więc na zwiększenie ilości hemoglobiny, liczby czerwonych ciałek i na wzmożenie odporności tychże. Zabieg ten w zastosowaniu do kliniki ustępuje jednak wyżej wymienionemu zabiegowi już choćby z tego względu, że wymaga obecności innego osobnika, któremu należy krew utaczać.

5) Samo wstrzykiwanie krwi cudzej, zwłaszcza pochodzącej od jednostki, poddanej upustom krwi i zastrzykiwaniom krwi cudzej, działa bardzo dodatnio na krew, co do ilości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek oraz odporności tychże, lecz i temu zabiegowi, jako wymagającemu obecności drugiej jednostki, trudno rokować zastosowanie kliniczne.

O h e m o l i z y n a c h. Wychodząc z założenia, iż pod wpływem naszych doświadczeń w narządach krwiotwórczych i w surowicy poddanych doświadczeniom zwierząt powstać mogły ciała hemolityczne (auto-i izolizyny), oraz iż narządy te uległy mogły pewnym zmianom

(przeistoczenie szpikowe śledziony?), — przeprowadziliśmy szereg odpowiednich badań. Co się tyczy zmian histopatologicznych w narządach, to poświęcimy im oddzielną wzmiankę, tu natomiast chcielibyśmy w kilku tylko słowach wspomnieć o wyniku naszych badań (dokonanych przy współudziale kol. RYSZARDA HERTZ'a) nad obecnością hemolizyn w śledzionie, wątrobie i surowicy zwierząt. W narządach tych już w stanie normalnym mają się jakoby znajdować w ilościach nieznacznych substancje hemolityczne, których obecność stoi w związku z ciągle odbywającym się w każdym ustroju nieznacznym rozpadem krwi; gdy ustrój ma do rozpuszczenia większą liczbę krwinek, — jak to właśnie miało miejsce w naszych doświadczeniach, — wtedy wytwarzać musi większą ilość hemolizyn; już ASCOLI przekonał się, że po wstrzykiwaniu królikom ich własnej krwi, znajdują się w surowicy izolizyny. Korzystając więc z naszego materiału, chcieliśmy stwierdzić, czy hemolizyny dadzą się wykryć jeszcze w pewien czas po ukończeniu doświadczeń. W tym celu po zabiciu zwierząt w uspieniu eterowem (w 2—3 tygodnie po skończeniu badań) braliśmy aseptycznie po kawałku wątroby i śledziony od każdego zwierzęcia i przygotowywaliśmy z nich wyciągi solne według techniki, podanej przez autorów francuskich; z wyciągów tych przygotowywaliśmy szereg rozcieńczeń również w fizyologicznym roztworze soli kuchennej i dodawaliśmy do każdego rozcieńczenia określoną ilość przemytych krwinek tego samego i innego królika. We wszystkich 5-u przypadkach, jak również w jednym próbnym, dotyczącym 6-go królika, którego zabiliśmy w 2 godziny po zastrzyknięciu mu do otrzewnej 0,5 gr. toluylendiminy, nie stwierdziliśmy obecności hemolizyn ani dla krwi własnej królików (autolizyn), ani dla krwi innych królików (izolizyn).

Podobnie ujemny wynik dla wszystkich 6-u królików odniosło badanie ich surowic, które również nie zawierały ani auto-, ani izolizyn.

PIŚMIENNICTWO.

1. BIZZOZERO i GOLGI w Centralblatt f. die mediz. Wissensch., 1879; cytow. według OBALIŃSKIEGO i LANDOIS'a.
2. BRISSAUD i BAUER. Recherches sur la résistance des glob. rouges chez le lapin. Comp. rend. de la Soc. de Biol., 1907, t. 62, № 20, str. 1068 — 1070.
3. CANTACUZÈNE J. Sur les variat. quant. et qual. des glob. rouges provoqués chez le lapin par les inject. de sérum hemol. Annales de l'Inst. PASTEUR, 1900, t. 14, str. 378—380.
4. CARNOT i DÉFLANDRE. Sur l'activ. hémopoïet. du sérum au cours de la regener. du sang. Comp. rend. de l'Acad. des Sciences, 1906, t. 143, № 8, str. 384—386.
5. CARNOT i DÉFLANDRE. Sur l'activ. hémopoïet. des differ. organes au cours de la regener. du sang. Comp. rend. de l'Acad. des Sciences, 1906, t. 143, № 12, str. 432—435.
6. CORDUA. Ueber d. Resorptionsmechan. von Blutergüssen, 1877; cytow. według OBALIŃSKIEGO i LANDOIS'a.
7. HULOT i RAMOND. Anémie post-hémorrhag. Compt. rend. de la Soc. de Biologie, 1901, t. 53, № 27, str. 813 — 815.
8. ITAMI i PRATT. Ueber Veränder. d. Resistenz u. d. Stromata rot. Blutkörp. bei experim. Anämien. Biochem. Ztschr., 1909, t. 18, str. 302—318.
9. JAKUSZEWski w „Russ. med. Woch.“, 1904; cytow. według ref. w Folia haematol., 1905.
10. JOANNOVICS G. u. PICK E. Beitrag zur Kenntniss der Toluylendiaminvergiftung. Zeitschr.

f. exp. Patholog. u. Therap., 1909, tom 7, stronice 185—214. 11. KACZOROWSKI. Przyczyny do przetaczania krwi do jamy otrzewnowej, Przegląd Lekarski, 1880, tom XIX, № 29 i 30. 12. LANDOIS. Transfusion w „Real-Encyclop. d. ges. Heilkunde“ EULENBURG’a. 1890, t. 20, stronica 50. 13. MORAWITZ i PRATT. Einige Beobacht. bei experim. Anämien. Münch. med. Woch., 1908, № 35. 14. OBALIŃSKI ALFRED. Doświadczalny przyczynek do przetaczania krwi do jamy otrzewnowej. Przegl. Lek., 1880, t. XIX, № 9 i 10. 15. RIEÛIERRE. De la resist. des glob. rouges et de ses variations Folia haematol., 1905, № 3, str. 122. 16. SATTLER. Ueber experim. erzeugte allgem. Resistenzerhöhung d. rot. Blutkörper. Folia-haematologica, 1910, t. IX, № 2, str. 216—232. 17. ZIEMSEN. Ueber subcut. Blutinjection. Salzwasserinfusion u. intraven. Transfusion. Lipsk, 1887; cytow. według LANDOIS’a.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

61. Karol Reifferscheid (Bona). Rentgenoterapia w ginekologii.

(Dokończenie. — Patrz № 19).

ALBERS-SCHÖNBERG wspomina też o 2-u przypadkach, które podczas leczenia naświetlaniem zakończyły się śmiercią chorych. Pierwszy dotyczył 47-letniej chorej, bardzo wykrwawionej wskutek krwotoków, zależnych od dużego włókniaka macicznego, sięgającego powyżej pępka. Pod działaniem promieni X krwotoki się wzmogły i chora zmarła. W drugim przypadku, dotyczącym 50-letniej kobiety, cierpiącej na krwotoki klimakteryczne (bez włókniaka) i osłabienie silne mięśnia sercowego, każde naświetlenie powodowało jeszcze silniejsze krwawienie i chora, pomimo całkowitego wycięcia jej macicy, zmarła. W macicy znaleziono małe włókniaki podśluzowe i polipowate, które pod mikroskopem wykazały przejście w mięsaki.

W klinice frajburgskiej poddawano leczeniu promieniami X według metody ALBERS-SCHENBERG’a przypadki następujące: raki po operacyi, celem zabezpieczenia chorych od nawrotów i w przypadkach nienadających się już do operacyi; włókniaki macicy z krwotokami i bez nich; krwawienia maciczne; bole miesięczkowe i zaburzenia klimakteryczne; stosowano też je w gruźlicy płuc—celem wywołania sztucznego poronienia lub sztucznego okresu przekwitania (*climax*) lub też bezpłodności; wreszcie w gruźlicy otrzewnej, nie nadającej się do operacyi. Materyał kliniki frajburgskiej dotyczy 63-ch przypadków leczonych naświetleniem (z tych 38 sposobem skróconym, t. j. przez naświetlanie jajników obustronne, zamiast środkowe, i po części stosowanie pochwowe). W 60%-u otrzymano ustanie miesięczki, w 30%-u — zmniejszenie jej. Wbrew twierdzeniu ALBERS-SCHÖNBERG’a nawet bardzo wykrwawione niewiasty dobrze znosiły naświetlanie, zwłaszcza skrócone. Objawy ubytkowe, jak również i otłuszczenie nigdy nie osiągały tego stopnia, co po kastracyi. Wogóle leczenie naświetlaniem nadaje się głównie tam, gdzie operacya radykalna może być niebezpieczną dla życia chorych, np. bardzo wykrwawionych, cierpiących na zwyrodnienie mięśnia sercowego, na silne otłuszczenie i na katar oskrzeli.

FABER zauważył, że nie tylko guzy macicy, lecz sama duża macica zmniejsza się często pod wpływem promieni X, zwłaszcza w przypadkach bliższych lat klimakterycznych. SCHINDLER nie zauważył, aby

krwotoki wzmagają się na początku tego leczenia. Według MATTHAEI do leczenia promieniami X nadają się szczególnie przypadki krwotoków miesięczkowych i macicznych natury niezłośliwej u osób starszych wiekiem. Jako przeciwwskazanie do naświetlania, oprócz wyżej wymienionych, uważa M. stany zapalne przydatków macicy. ABEL nie widział zmniejszenia się guzów, notuje natomiast zwiększenie się krwotoków w początku leczenia. Ostrzega również, aby nie naświetlać chorych, dotkniętych zapaleniem przydatków macicy, obawiając się podrażnienia otrzewnej. Dobre wyniki z naświetlania mieli również: PROCHOWNIK, który stosował je także w gruźlicy celem przyspieszenia okresu przekwitania i wywołania niepłodności; BARBACH, BORDIER i inni; wreszcie i REIFFERSCHIED razem z KRAUSE'm stosował naświetlanie w wielu przypadkach ginekologicznych i może potwierdzić dobre wyniki innych zarówno w krwotokach klimakterycznych, jak i krwawieniach miesięczkowych, jakoteż we włóknakiach macicy. Nawet niekiedy i bolesne miesięczkowanie ustępowało pod działaniem promieni X.

Największa wartość leczenia promieniami X polega na jego nieszkodliwości w porównaniu zwłaszcza z operacją, która, pomimo znacznie lepszych obecnie wyników, daje jednakże jeszcze i teraz odsetkę śmiertelności dość wysoką, 3,67% (DÖDERLEIN). ALBERS-SCHÖNBERG, SPAETH i inni są przeciwnikami stosowania promieni X w przypadkach powikłanych ciężką anemią, t. zw. sercem włókniakowym i zapaleniem mięśnia sercowego, zapaleniem nerek, a więc w tych samych powikłaniach, które są przeciwwskazaniem dla operacji myomektomii. A jednak inni i w tych razach jeszcze otrzymywali świetne wyniki, czyli w przypadkach, w których operacja mogła spowodować najfatalniejsze następstwa. REIFFERSCHIED jest tego samego mniemania, żąda tylko, aby do leczenia tych tak ciężkich przypadków przystępowano bardzo wcześnie i nie ambulatoryjnie, ale koniecznie wyłącznie w klinice, a to ze względu na możliwe pojawienie się silnego krwotoku, który może wymagać natychmiast interwencji chirurgicznej.

REIFFERSCHIED przemawia też za wczesnem bardzo stosowaniem naświetlań w każdym przypadku włókniaka macicy w celu zabezpieczenia do pewnego stopnia od przyszłej operacji; w ten sposób uniknie się i zgubnych następstw, występujących zwykle po długiem istnieniu włókniaków, jak: ciężkiej anemii i zmian zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Leczenie rentgenowskie ma jednak wielką wadę w porównaniu z operacją, a jest nią długie trwanie leczenia. Trwa ono miesiące całe, zanim zjawi się skutek, za który zresztą ręczyć nie podobna. Leczenie więc to jest połączone z dużą stratą czasu i pieniędzy, aczkolwiek pamiętać trzeba, że w czasie leczenia naświetlaniami chora nie jest tak zupełnie pozbawiona możliwości zajmowania się pracą swą, jak to bywa po operacji w okresie zdrowienia.

Aby uniknąć wspomnianego często przez autorów wzmagania się i przedłużania krwotoku na początku naświetlania, R. radzi zaczynać naświetlanie natychmiast po ustaniu krwotoku, gdyż późniejsze rozpoczynanie, zwłaszcza tuż przed krwawieniem (np. miesięczkowym) powoduje wzmoczenie się tegoż.

Nie nadaje się naświetlanie dla guzów podśluzowych, dla dużych, uszypułowanych guzów podsurowiczych, jakoteż dla bardzo dużych i już dawno istniejących włókniaków. ABEL i MATTHAEI uważają zapalenie przydatków macicy za przeciwwskazanie do naświetlań w guzach macicy, obawiając się podrażnień otrzewnej.

Zjawiające się niekiedy podczas naświetlań objawy uboczne jak:

wzmóŜony wpływ słuŜowo-krwawy z macicy, wychudnienie, niepokój nerwowy, bicia serca, rozdraŝnienie, zmęczenie, bole głowy, parcie na mocz, skurcze macicy, bole krzyŝa, nudnoŝci i zawroty głowy, bezsennoŝć i przejŝciowe dreszcze—nie dosięgają w ogóle wysokiego stopnia i prędko znikają. Objawy ubytkowe, zjawiające się niekiedy w lekkim stopniu po sztucznem wstrzymaniu miesiączkowania (*menopausis*), są tylko do wodu pomyŝlnego leczenia.

Pomyŝlny skutek rentgenoterapii w guzach macicy zaleŝy gównie od szkodliwego wpływu promieni na jajniki. Nie jest to jednak działanie tak zgubne, jak działanie kastracyi, która za jednym zamachem pozbawia kobiet zupelnie jajników; tutaj istnieje moŝliwoŝć, ŝe choć częŝć czynnoŝci wydzielniczej (wydzielania wewnętrznego) jajników po ustaniu jajkowania i miesiączkowania jeszcze pozostaje, a więc jak się zdaje, rentgenoterapia nie pozbawia kobiety jajników całkowicie.

Czy promienie X oddziaływają teŝ bezpoŝrednio na komórki włkniaka, tego dotychczas badania histologiczne nie potwierdziły jeszcze.

b) Zastosowanie promieni RNTGEN'a w innych chorobach ginekologicznych.

Z innych zachorzeń ginekologicznych promienie RNTGEN'a były stosowane w rakach macicy i sromu i z dotychczasowych spostrzeŝe moŝna wyprowadzi wnioski, ŝe leczenie zachowawcze raków, nie nadających się do operacyi, jest w pewnych razach cennym ŝrodkiem pomocniczym do zwalczania bolów i krwawień. Wyleczenia radykalnego oczekiwa nie podobna.

Próbowano teŝ naŝwietla w ŝwidzie sromu ze skutkiem zmiennym. Wreszcie zachęcające były teŝ próby w gruŝlicy otrzewnej, zato w rozmięknieniu koŝci próby nie dały dotychczas wyników pomyŝlnych.

4. Działanie promieni RNTGEN'a na cięŝarne.

a) Badania doŝwiadcزالne.

Doŝwiadczenie poczynione na zwierzętach streszcza autor w ten sposób: promienie RNTGEN'a mogą doprowadzi do bardzo znacznych zбочe ciŝy i uszkodzeń płodu. W pierwszej połowie ciŝy moŝe naŝwietlanie wywoa zwolnienie w rozwoju jaja i przeto niekiedy przedwienie czasu ciŝy; przy silniejszym podziałaniu doprowadzi do zamarcia płodu, który wtedy albo ulega wessaniu, alboweŝ wydalony zostaje przez poronienie. Rwnieŝ i w drugiej połowie ciŝy moŝliwe jest jeszcze skutkiem naŝwietla zamarcie płodu w macicy, alboweŝ żywo urodzone potomstwo okazuje później znaczne zбочenia wzrostu i w porwaniu do zdrowych zwierzat rozwija się znacznie powolniej. Zresztą w innych przypadkach naŝwietlanie w drugiej połowie ciŝy nie wywierało ŝadnego szkodliwego wpływu.

Z licznych doŝwiadcze wynika, ŝe za przyczyn powstających uszkodzeń poczytywane by winno bezpoŝrednie podziałanie promieni na macic cięŝarn i na zarodki. Jedynie badania HIPPEL'a i PAGENSTCHERA, jakoteŝ KOHN'a d do wykazania poŝredniego podziałania promieni, które dałoby się objaŝni wytworzeniem przez promienie RNTGEN'a pewnej toksyny w ciele zwierzęcem.

b) Spostrzeŝenia na ludziach.

M. FRAENKEL'owi udało się u kobiety, dotkniętej gruŝlic, przerwa

ciążę w 3-im miesiącu przy pomocy promieni RÖNTGEN'a. GAUSS również kilkakrotnie wywoływał poronienie promieniami RÖNTGEN'a, sądzi jednak, że zabicie płodu możliwe jest tylko w pierwszych miesiącach ciąży. Natomiast inni badacze (FRIEDRICH, KRAUSE, PINARD) nie potwierdzają możliwości wywołania poronienia zapomocą naświetlań. Według SCHMIDT'a naświetlanie promieniami R. nie nadają się zupełnie do tego celu, gdyż działanie ich jest pod tym względem niepewne i wymaga długiego czasu; przytem pamiętać trzeba, że promienie X mogą uszkodzić płód w macicy będący, i dlatego nawet GAUSS żąda piśmiennego zobowiązania się chorej, że w razie jeśli nie uda się przerwanie ciąży zapomocą promieni RÖNTGEN'a, pozwoli na wywołanie u siebie poronienia innym sposobem.

Z tego wszystkiego REIFFERSCHIED wyprowadza wniosek, że rentgenoterapia mało nadaje się w praktyce do wywoływania poronień. Możliwość jednak uszkodzenia ciężarnej i płodu zaleca szczególną ostrożność w razie naświetlania brzucha podczas ciąży, w innych celach w tym okresie dokonywanego.

5. O znaczeniu rozpoznawczem promieni RÖNTGEN'a dla położnictwa i ginekologii.

Jest ono o wiele mniejsze, aniżeli znaczenie ich lecznicze, zwłaszcza pod względem praktycznym. Do dokładnego wymierzania miednicy badanie promieniami R. się nie nadaje. Wyniki w określaniu położenia płodu, zwłaszcza w stosunku do miednicy, są zupełnie niezadowolające. W pewnych razach może metoda ta przydać się do rozpoznania bliźniąt. Wartość ma zato, gdy się chce śledzić gojenie się uszkodzeń miednicy i gdy idzie o dokładniejsze rozpoznanie zwężenia miednicy, zwłaszcza też, gdy się ma badać zboczenia w budowie, a mianowicie zarówno szkieletu miednicy, jak i przebiegu naczyń po ich nastrzyknięciu. Możliwa zapomocą rentgenoterapii kontrola rozwoju układu kostnego u płodu, może mieć również znaczenie w pewnych razach dla lekarza sądowego a to dla orzeczenia o wieku płodu.

W ginekologii bez badania rentgenologicznego, mającego być pomocą w rozpoznaniu, obejść się zupełnie można; jedynie w pewnych razach można się niem posługiwać z korzyścią celem różniczkowego rozpoznania daleko posuniętej ciąży zewnątrzmacicznej, jakoteż celem stwierdzenia ciał obcych w narządzie moczowo-płciowym kobiecym.

W dodatku do pouczającego dziełka REIFFERSCHIED'a podał prof. PAWEŁ KRAUSE opis techniki rentgenoterapeutycznej w ginekologii. Dział ten jednak do streszczenia się nie nadaje.

(Zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiete der medizinischen Elektrologie und Röntgenkunde. Zeszyt 9. K. Reifferscheid. Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Lipsk, 1911, stronic 92 in 8-o).

M. Zvejgbaum.

69. Lüdke. Seroterapia w durze brzuszny.

Autor otrzymywał surowicę przeciwdurową zapomocą filtrowania zalkalizowanej hodowli bulionowej. Otrzymany przesącz zastrzykiwał kozom i okazało się, że surowica tych zwierząt chroni króliki przed działaniem pałeczek tyfusowych lub jadu tyfusowego. Aby otrzymać surowicę bakteryolityczną, którą zabijała pałeczki tyfusowe, znajdujące się we krwi i narządach, zastrzykiwał autor kozom już uod-

pornionym przesączem bulionowym, żywą kulturę tyfusową i otrzymywał surowicę, której 1 ctm. sz. ubezpieczał przeciwko jednocześnie wstrzykniętej dawce, 5 razy większej od śmiertelnej. W praktycznym zastosowaniu trudność oddziaływania zapomocą surowicy polega na tem, że: 1-o temu cierpieniu podlega ogromna powierzchnia kiszek i tkanek, 2-o dawkowanie jest trudne, ponieważ niema prostego stosunku między siłą zakażenia a siłą działania tej surowicy. Warunkiem do otrzymania dodatnich wyników w stosowaniu surowicy u chorych na dur brzuszny, jest wczesne zastrzykiwanie tego środka, gdyż wtedy działanie surowicy jest najsilniejsze. Zastrzykuje się dożylnie, albo wewnątrzmięśniowo w ilości 15-u—50-u ctm. sz. Wbrew zdaniu różnych autorów, większe ilości surowicy nie są wcale niebezpieczniejsze od mniejszych, a działanie dodatnie większych dawek jest oczywiście znacznie silniejsze. Najlepiej jest zastrzykiwać kilkakrotnie po 15 do 20-u ctm. sz. w niezbyt dużych odstępach czasu, aby się ustrzedz przed możliwym wstrząsem anafilaktycznym.

Najlepszą surowicą jest taka, która łączy w sobie własności zobojętnienia jadu z własnością zabijania pałeczek tyfusowych. Pod wpływem stosowania tej surowicy opada krzywa gorączki, poprawia się tętno, skraca się i łagodnieje przebieg choroby, usuwa się możność zapadu i powikłań. Z 29-u przypadków, leczonych przez autora, tylko w dwu doszło do nieznacznych krwotoków. Niestety, leczenie zapomocą surowicy nie chroni od nawrotów, ale są one bardzo słabe.

(*Münch. med. Woch.* 1912, Nr. 17).

Marta Erlichówna.

70. John M. Leczenie tyfusu piramidonem.

Autor dawał piramidon chorym tyfusowym szpitalnym podczas epidemii panującej w Mülheim'ie. Ogółem spostrzegął 54 przypadki (w tem 38 ciężkich). Piramidon stosowano w dawce po 0,15 grm. co 3 godziny, lub po 0,1 co 2 godziny; przy takim leczeniu przebieg tyfusu był wogóle lekki, ciepłota ciała wahała się między 37,5°—38,5°, gorączka trwała 11, najdłużej 20 dni. Chorzy mieli się dobrze, nie bredzili, nie dostawali odleżyn. Zanotowano 4 przypadki śmierci, której powodem w jednym przypadku były bardzo rozległe owrzodzenia kiszek, w drugim przedziurawienie tychże, w trzecim — krwotok kiszkowy, w czwartym — osłabienie serca. W 6-u innych przypadkach ciężkich krwotoków kiszkowych zastosowano z dobrym skutkiem surowicę. Autor podnosi prostotę leczenia piramidonem w porównaniu np. z leczeniem kąpielami, które wcale lepszych wyników nie daje.

(*Münch. med. Woch.* Nr. 18).

P.

71. Dr. Lenzmann. O wpływie zastrzykiwań dożylnych salwarsanu na płonicę.

Salwarsan, jak stwierdzili rozmaici badacze, wywiera wpływ niezawodny na wszelkie gatunki krętka (w przymiocie, w tyfusie powrotnym, w t. zw. *angina Vincenti*, która prawdopodobnie stanowi pod względem bakteryologicznym zakażenie mieszane *bacillus fusiformis* i pewnego gatunku krętka), na plazmodye zimnicy (zwłaszcza postać trzeciaczkową); stosowano go też w rozmaitych innych chorobach zakaźnych (posocznica, tyfus wysypkowy, dżuma). Upatrując pewne pokrewieństwo między

przymiotem a szkarlatyną ze względu na występujący w obu chorobach odczyn WASSERMANN'a, autor stosował salwarsan w 20-u przypadkach ciężkiej i bardzo ciężkiej płonicy. Chorym od 15-go roku życia zastrzykiwał dożylnie 0,2 salwarsanu codziennie, dzieciom w wieku od 8-go do 15-go roku — 0,15, od 3-ich do 8-u lat — 0,1. U małych dzieci z powodu trudności technicznych stosował często wlewanie podskórne (0,1 salwarsanu w 150 ctm. 0,6%-ego roztworu soli kuchennej z dodatkiem sześciu kropel ługu sodowego). Środek ten wywiera wpływ bardzo wybitny na krzywą ciepłoty: spada ona zaraz po pierwszym zastrzyknięciu i po każdym nowym wzniesieniu stale opada pod wpływem nowej iniekcji; pierwszy spadek wynosi pięć do sześciu dziesiątych stopnia; drugi dochodzi do jednego, a czasem dwu stopni, po trzeciej iniekcji ciepłota waha się koło 38°-u; czasem należy wykonać czwarte zastrzyknięcie; piątego dnia gorączka zawsze szybko spada do normy. Z obniżaniem się ciepłoty znacznie się poprawia samopoczucie. Autor dalej zauważył szybkie błędnięcie i mniejsze rozprzestrzenienie się wysypki. Bardzo prędko, częstokroć już na drugi dzień, t. j. po pierwszym zastrzyknięciu, ujawnia się szybko postępująca poprawa zmian w gardzieli tak, iż nigdy nie dochodzi do zgorzeli, ani gangreny, które, jak wiadomo powszechnie, otwierają wrota do tak groźnych zakażeń wtórnych. Obrzmienie gruczołów szyi szybko ustępuje i ani razu autor nie spostrzegł ropienia.

Jedyne powikłanie, zanotowane przez L., odnosiło się do bardzo ciężkiego przypadku płonicy krwotocznej; była to *otitis media* u chorego, cierpiącego na wyrośnięte adenoidalne, z pomyślnem w końcu zejściem. W żadnym przypadku autor nie spostrzegł chorób następnych; mocz stale bez białka; łuszczenie uderzająco nieznaczne.

Przy dobrem, mocnem tętnie i umiarkowanym bezpośrednim odczynie, uzewnętrzniającym się pod postacią nieznacznego podniesienia ciepłoty, autor radzi pierwotną dawkę (0,2) powtarzać codziennie; przy tętnie małym i nieprawidłowym na drugi dzień należy dać połowę dawki pierwotnej, a trzeciego dnia powtórzyć pierwszą dawkę.

Autor sądzi, że można będzie stosować nieco większe ilości salwarsanu lub daną dawkę dwukrotnie powtórzyć w ciągu dnia; a wtedy wydatni się jeszcze jaskrawiej pomyslnie działanie tego środka na płonice.

(*Medizin. Klinik. 1912, Nr. 17*).

A. Lande.

Wiadomości drobne

1. IWASZENCOW badał objawy anafilaktyczne po wstrzyknięciu salwarsanu. Po kilkukrotnym stosowaniu tego środka chorym nerwowym, występują u niektórych osobników objawy następujące: nagłe zaczerwienienie i obrzmienie twarzy, duszność, kaszel, uczucie gorąca i ucisku w głowie, drgawki, a czasem mrowienie w kończynach, uczucie strachu. Objawy te trwają ¼—5 minut i mijają bez śladu. Im dłuższa przerwa między stosowaniem salwarsanu i im mniejsza dawka, tem łatwiej następują opisane objawy.

(*Münchener medic. Wochenschrift 1912, Nr. 15*).

M. E.

2. MACKEE nie uważa różnicy w skutku leczenia od zastrzykiwania kwaśnego lub zasadowego roztworu salwarsanu w odpowiednim

rozcieńczeniu. Po użyciu kwaśnego roztworu zauważył tylko chwilowe zwolnienie tętna i większe zmęczenie serca podczas chodzenia. Ciężkie skutki używania roztworu kwaśnego przypisuje autor wpływowi zbyt silnego roztworu na serce, prawdopodobnie na prawą komorę, na naczynia włosowate płuc i na wazomotory.

(*Semaine Médicale*, Nr. 17).

M. E.

3. WEINTRAUD uważa, że niesłusznie ostrzegają przed stosowaniem salwarsanu w syfilitycznych cierpieniach naczyń, albo w syfilisie, któremu towarzyszą cierpienia naczyń. Autor nie widział poważnych powikłań po stosowaniu salwarsanu, a w niektórych przypadkach duszności widział nawet znaczne polepszenie.

(*Semaine Médicale*, Nr. 17).

M. E.

4. HATA z Tokio opisuje 8 przypadków choroby, wywołanej ugryzieniem przez szczura (*Rattenbisskrankheit*). Stosowanie salwarsanu miało wynik dodatni.

(*Münch. med. Woch.* 1912, Nr. 16).

M. E.

5. DEHLER uważa, że roznośicielom pałeczek tyfusowych należy wykonać cholecystektomię dla uwolnienia ich od pałeczek tyfusowych (!) nawet w tych przypadkach, w których niema zapalenia woreczka żółciowego, o ile dany osobnik okazuje się bardzo niebezpiecznym dla swego otoczenia.

(*Münch. med. Woch.* 1912, Nr. 16).

M. E.

6. FUCHS i ROTH doszli, na podstawie doświadczeń do przekonania, że po zastrzyknięciu adrenaliny podnosi się liczba oddechów na minutę, oraz ilość wdychanego i wydychanego powietrza przy każdym ruchu oddechowym. Ilość zużytego tlenu i wytwarzającego się kwasu węglowego wzrasta u normalnych osobników proporcjonalnie; u cierpiących zaś na chorobę ADDISONA powiększa się współczynnik oddechowy, prawdopodobnie z powodu spalania się większej ilości cukru. Adrenalina działa tu bowiem prawdopodobnie albo drogą uruchomienia większej ilości węglowodanów, albo jako lepszy katalizator węglowodanów w przypadkach, cechujących się zmniejszoną ilością adrenaliny.

(*Zeitschrift für Exper. Pathologie u. Therapie t. X*, z. 2).

M. E.

7. BRUNN poleca metodę usypiania, polegającą na nakrapianiu eteru na kilka warstw kilkakrotnie złożonej gazy wyjałowionej, ułożonej na nosie i ustach. Metoda ta jest prosta, pozwala nawet wykonywać usypianie aseptycznie. Przytem eter nie koncentruje się, lecz jest równomiernie pomieszany z powietrzem.

(*Münch. med. Woch.* 1912, Nr. 17).

M. E.

8. FRANK widział po małym chirurgicznym zabiegu przypadek skopolaminomorfizmu, który doprowadził chorego do rozstroju psychicznego. U chorego powstała przytem idyosynkrazia do morfiny. Wyleczenie udało się w ciągu kilku tygodni.

(*Münch. med. Woch.* 1912, Nr. 14).

M. E.

9. GEISLER stosował w różnych przypadkach lumenal. Nowy ten środek hipnotyczny, podawany przez usta, lub podskórnie w ilości 0,2—0,6 gr., wywołuje szybko sen spokojny i orzeźwiający, bez żadnych szkodliwych działań pobocznych. Środek ten ma zastosowanie szczególnie u umysłowo chorych, gdyż uspokaja ich nawet w napadach najsilniejszego podniecenia, zastępując tym sposobem doskonale kaftan.

(*M. medic. Woch. 1912, Nr. 17*).

M. E.

10. CHAUFFARD znalazł we krwi chorych na ciężkie zapalenie nerek zwiększoną ilość cholesteroliny. Jednocześnie stwierdził zapomocą bardzo subtelnych metod histologicznych, że plamy białe na siatkówce w *retinitis albuminurica* składają się przeważnie z esterów cholesteroliny. Wobec czego radzi w takich przypadkach zapalenia nerek dawać pożywienie nie sprzyjające powiększeniu się ilości cholesteroliny, np. zbierane mleko, mączne, zielone jarzyny, słodczyce i mięso, ewentualnie bez soli.

(*Semaine Médicale. 1912, Nr. 17*).

M. E.

11. GROEDEL z Nauheim'u zauważył w szeregu przypadków, że kąpiele kwasowęglowe wpływają dodatnio na chorych z zaburzeniami przewodnictwa przedsionkowo-komorowego. W jednym przypadku zupełnego zahamowania (bloku), w którym leki nie skutkowały wcale, kąpiele przywróciły na czas jakiś zupełnie normalne przewodnictwo.

(*Munch. med. Woch. 1912, Nr. 14*).

M. E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne 16 kwietnia 1912 r.

1. T. ŁAPIŃSKI i R. RADZIWIŁŁOWICZ odczytali rzecz p. t. „Projekt zakładu dla umysłowo chorych mieszkańców m. Warszawy”.

RADZIWIŁŁOWICZ przedstawia projektowany przez Magistrat kosztem 2,400,000 rb. plan takiej lecznicy na 1,000 osób; na razie ma być dokonana pierwsza serya robót dla pomieszczenia 560-u osób (w połowie mężczyzn i kobiet) kosztem 1,800,000 rb.; składać się będzie z dwu części: zamkniętej (pawilony obserwacyjne: jeden dla spokojniejszych, drugi dla niespokojnych i gwałtownych, po jednym pawilonie dla półspokojnych, spokojnych i zanieczyszczających się) i otwartej (4 pawilony-fermy oraz pomieszczenie dla t. zw. opieki rodzinnej). Druga serya obejmie po jednym pawilonie dla półspokojnych, po 5 pawilonów-ferm oraz dalsze obszerniejsze pomieszczenia dla opieki rodzinnej. Jako główne środki lecznicze wysunięto leżenie w łóżku i długotrwałe kąpiele w pawilonach obserwacyjnych, oraz metodyczne stosowanie pracy w pawilonach dla spokojnych i półspokojnych. Fermy mają na celu umożliwienie chorym pracy w polu i ogrodzie, a opieka rodzinna—przygotowanie chorych do przebywania na wolnej stopie w sąsiednich wsiach i osadach; to ostatnie jest przewodnią myślą projektowanej lecznicy, albowiem sposób ten najlepiej stosunkowo rozwiązuje zawiły problemat psychiatrii praktycznej—opieki chronicznie chorych.

ŁAPIŃSKI omawia stopniową ewolucję poglądów na istotę obłąkania

i sposoby jego leczenia; podkreśla z nowoczesnych środków leżenie w łóżku, długotrwałe kąpiele i pracę, uważając narkotyki, mechaniczne krępowanie i izolację za środki, tylko wyjątkowo mogące znaleźć zastosowanie; wytyka braki wielkie naszych zakładów dotychczasowych; stara się w przybliżeniu określić liczbę umysłowo chorych w Warszawie, by dostosować do niej wymiary projektowanej lecznicy; uważa dotychczasową pracę wyłonionej *ad hoc* komisji za daleką od zakończenia i radzi się zaznajomić z odpowiednimi urządzeniami zagranicznymi; wreszcie omawia krytycznie poszczególne pawilony.

W dyskusji ORŁOWSKI STAN. podkreśla niski poziom, na jakim się znajduje u nas sprawa opieki nad umysłowo chorymi; zaznacza, że w ostatnich czasach nastąpił zwrot w kierunku budowania mniejszych zakładów, gdyż domniemane korzyści ekonomiczne przy wznoszeniu wielkich zakładów (t. zw. przez Niemców *Mammutenanstalten*) nie ziściły się, a sprawa indywidualizowania w leczeniu trafiała na większe trudności; opisuje olbrzymi zakład pod Monachium w Egflingu; nie podziela optymizmu kol. R. co do opieki rodzinnej, mającej się u nas rozpowszechnić, albowiem odsetka nadających się do tego chorych nie jest zbyt wielka, a ludność nasza podmiejska ze względu na brak kultury nie wzbudza należytego zaufania.

PRĘGOWSKI wytyka brak pierwiastku samodzielnego w przedstawionych projektach; przestrzega przed przecenianiem wartości zasady opieki rodzinnej, zwłaszcza u nas; sądzi, że słuszną w teorii metodę drzwi otwartych trzeba nieco ograniczyć przez strzeżenie np. linii granicznej przestrzeni, przeznaczonej do spaceru, dla uniknięcia często zdarzających się ucieczek, które dyskredytują tylko celowość istnienia zakładu psychiatrycznego; jest przeciwnikiem umieszczania chorych na piętrze; nie uważa za pożyteczny zwykle stosowany podział zakładu na zasadzie jakości stanów chorobowych; jest zwolennikiem równości hierarchicznej poszczególnych ordynatorów oddziałowych, zupełnej ich samodzielności i odpowiedzialności.

ROSENTHAL ALB. podkreśla konieczność zbudowania nowego szpitala; jest gorącym zwolennikiem opieki rodzinnej; zaznacza zasługi szpitala Jana Bożego w leczeniu psychiatrycznym; przypomina, że Tworcki powstały z funduszków, przeznaczonych na przebudowę tego szpitala.

SOKOŁOWSKI AL. zapytuje, czy nie lepiejby było pomieścić chorych gruźliczych na parterze, zamiast na piętrze, jak przewiduje projekt.

RADZIWIŁŁOWICZ w odpowiedzi zaznacza, że budynki parterowe są rzeczywiście najodpowiedniejsze, ale bardzo kosztowne; sprawa organizacji personelu lekarskiego nie była dotąd jeszcze omawiana; opieki rodzinnej nie przecenia, ale uważa ją za bardzo pożyteczną i słuszną, i dlatego tak szerokie ramy jej zakreśla; parter musi być przeznaczony dla ciężko chorych z porażeniami organicznymi i odleżynami.

A. Lande.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 29-go b. m. odbędzie się we Lwowie uroczysty obchód 250-ej rocznicy istnienia Uniwersytetu.

— Rada Instytutu Medycyny doświadczalnej w Petersburgu wybrała na członków-współpracowników: panią CURIE-SŁODOWSKĄ i organizatora wystawy drezdeńskiej LINGNERA, głównego twórcę działu „Der Mensch“.

— Lekarzem zakładowym w Szczawnicy został mianowany dr KAZIMIERZ WŁYŃSKI.

— Dnia 12-go b. m. w zakładzie ortopedyczno-chirurgicznym kolegów W. ŁAPIŃSKIEGO, REKLEWSKIEGO i KUKLIŃSKIEGO (Al. Jerozolimska 65) wobec liczego grona kolegów odbył się pokaz nowych urządzeń r a d i u m - i n h a l a t o r y u m. Jest to hermetycznie zamknięty pokoik objętości 25-u metrów sz. Siła emanacji wynosi 10 jednostek MACHE'go na 1 litr powietrza, a zatem cała ilość emanacji w pomieszczeniu rzeczonem (25,000 litrów powietrza) wynosi 250,000 jednostek MACHE'go. W celu utrzymania czystego powietrza istnieje: 1) dopływ stały tlenu, 2) pochłanianie CO₂ i pary wodnej przez zbiorniki wapna niegaszonego, 3) ochładzanie zapomocą wody bieżącej. Inhalatoryum pochodzi od firmy NEULENBACH w Wiedniu i urządzone na wzór inhalatoryum w klinice v. NOORDEN'a. Jedno posiedzenie trwa zwykle 2 godziny, cały kurs leczenia wymaga średnio 30 posiedzeń. Ze względu na znaczny koszt urządzeń i wysoką cenę r a d i u m jedno posiedzenie kosztuje 3 ruble. Głównem wskazaniem dla tego rodzaju leczenia jest, jak wiadomo, dna i artretyzm.

— Na zebraniu ogólnem, jakie odbyło się d. 9-go b. m., Zarząd Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy przedstawił sprawozdanie z działalności Stowarzyszenia w pierwszym roku jego istnienia. Po zamknięciu przez władze w sierpniu 1910 b. Stowarzyszenia Lekarzy Polskich uzyskano zatwierdzenie nowej ustawy, i nowa instytucja zaczęła działalność 26-go stycznia 1911 r.

Stowarzyszenie lekarzy miało w roku sprawozdawczym 395-u członków; dochód ogólny był rb. 8,463, rozechód 7,588; majątek w utensyliach i w gotówce wynosił rb. 6,391 kop. 25; budżet na rok 1911 przewiduje w dochodach i wydatkach rb. 7,937 kop. 73.

Owoce prac Zarządu było przedstawienie ogólnemu zebraniu do zatwierdzenia: a) regulaminu biblioteki i czytelnicy b) regulaminu komisji przemysłowo-lekarskiej (ref. kol. JAWORSKI) c) projektu Zarządu, omawiającego stosunek chorego lekarza i jego rodziny do lekarza ordynującego (ref. kol. J. ZAWADZKI). Wybory do władz Stowarzyszenia dały wynik następujący. Wybrani zostali: a) do Zarządu kol. CHEŁCHOWSKI KAZIMIERZ, JAWORSKI JÓZEF, REUTT TOMASZ i WINIARSKI JÓZEF (wszyscy ponownie), b) zastępcy: BABIŃSKI LEON, JAKIMIAK BOLESŁAW, PUŁAWSKI ANTONI, STARKIEWICZ WŁADYSŁAW, WISŁOCKI KAZIMIERZ i ZAWADZKI JÓZEF (wszyscy ponownie), c) do komisji rewizyjnej również ponownie weszli: kol. DYDYŃSKI LUDWIK, CETNAROWICZ STEFAN, KAMIŃSKI STANISŁAW, KOZERSKI ADOLF, KUCHARZEWSKI HENRYK; oraz jako zastępcy: KOELICHEN JAN i ŻURAKOWSKI ALEKSANDER. Nowych członków wybrano 29-u.

— Na odbytem w dniu 5-go maja ogólnem zebraniu współwłaścicieli pisma *Münch. med. Woch.* skonstatowano, że pismo rozchodzi się w 14,300 egzemplarzach. Daje to 343,200 m. dochodu b r u t t o, nie licząc ogłoszeń, które z pewnością przynoszą dwa razy tyle. Współwłaściciele ofiarowali przeszło 16 tysięcy marek na różne cele dobroczynne (kasę lekarzy, kasę wdów i sierot po lekarzach, sanatoria dla lekarzy) i naukowe (stypendya, nagrody konkursowe).

— Węgierskie ministerium spraw wewnętrznych ustanowiło międzynarodową nagrodę w kwocie 1,000 koron za najlepszą pracę o przyczynie jaglicy; praca ma zawierać nowe spostrzeżenia z zakresu etyologii jaglicy. Termin nadsyłania prac oznaczono na 31-go grudnia r. b. przyczem nadsyłać można prace, ogłoszone w latach 1909—1911 i w r. 1912.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 31-go marca do 6-go kwietnia r. b. do szpitali warszawskich przybyło 88 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 13, odrą 2, płonicą 3, błonicą 1, różą 2, tyfusem plamistym 16, tyfusem brzuszny 7, grypą 3, kokluszem 2, biegunką krwawą 1 i zapaleniem płuc 38.

W tymże tygodniu zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 11 osób, mianowicie: na ospę 1, tyfus plamisty 3, tyfus brzuszny 1 i na zapalenie płuc 5; w całym zaś mieście zmarło 13 osób na choroby zakaźne, (nie licząc w to zapalenia płuc), mianowicie: na ospę 3, płonicę 6 różę 1, tyfus brzuszny 1, tyfus plamisty 1 i na koklusz 1.

W następnym tygodniu od dnia 7-go do 13-go kwietnia przybyło do szpitali miejskich 96 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 5, płonicą 13, błonicą 3, różą 3, tyfusem plamistym 16, tyfusem brzuszny 8, grypą 5 i zapaleniem płuc 43.

W tym czasie zmarło w szpitalach 11 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 3, tyfus brzuszny 1, tyfus plamisty 1 i na zapalenie płuc 6. W całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 19 osób, mianowicie: na ospę 3, płonicę 3, błonicę 1, różę 2, tyfus brzuszny 2, tyfus plamisty 2, na koklusz 4 i na biegunkę krwawą 2.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 31-go marca—3,022, 7-go kwietnia—2,884 i 13 kwietnia—2,960.

Zmarli.

Książd JAN WŁADYSŁAW ŻOCHOWSKI, doktor medycyny, przeżywszy lat 71. Po ukończeniu gimnazjum w Wilnie, studia lekarskie rozpoczął w Petersburskiej Akademii Wojskowej; ukończył je zaś i otrzymał stopień doktorski w r. 1867 w Montpellier. Praktykował we Francji, jako dyrektor domu Zdrowia w Montpellier. Do kraju powrócił w r. 1883; wkrótce po powrocie porzucił medycynę, wstąpił do seminarium i otrzymał święcenia kapłańskie w r. 1890. Do Warszawy przybył w r. 1907. Zmarł podczas chwilowego pobytu w Brześciu Litewskim.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

- 1) Pamiętnik Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy za rok 1911. Warszawa 1912.
- 2) Rocznik Towarzystwa popierania przemysłu ludowego w Królestwie Polskiem za rok 1911. Warszawa 1912.
- 3) Prof. dr REINHOLD RUGE und dr MAX zur VERTH. Tropenkrankheiten und Tropenhygiene. Leipzig 1912.
- 4) EDWARD BRUNER. Przyczynek do kazuistyki wrzodów wenerycznych poza-
płciowych (przypadek wrzodu wenerycznego na stopie). Warszawa 1912.
- 5) I jugosłowenski sastanak za operativny mediciny. Beograd 1911.
- 6) WŁAD. R. KOZŁOWSKI. Gimnastyka domowa. Warszawa 1912.

O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z procentów od funduszków specjalnych, w jego rozporządzeniu zostających, wakują następujące nagrody konkursowe:

1) Nagroda pieniężna w kwocie około Rb. 500 im. Dra Leona KONITZ'a za najlepszą pracę oryginalną, w języku polskim, poświęconą wyłącznie chorobom kobiecym lub akuszeryi i ogłoszoną drukiem w terminie od dnia 1 kwietnia 1911 roku, do dnia 31 marca 1914 roku, lub w tychże latach w rękopisie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jakoteż i laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności lub podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłómaczona na język polski, nie może być nagrodzona.

2) Nagroda pieniężna w kwocie rub. 200 imienia Dra TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 stycznia 1909 r. do dnia 31 grudnia 1912 r. Termin ostateczny do nadsyłania prac: 31. stycznia 1913 r.

3) Nagroda pieniężna w kwocie rub. 150 imienia Dra ADAMA BOGUMIEŁA HELBICHA, za najlepszą pracę naukową lekarską, ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach 1911 i 1912 lub w tychże latach w rękopisie, dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Termin ostateczny do nadsyłania prac 1. marca 1913 roku.

4) Nagroda pieniężna w sumie około Rb. 250 z funduszu imienia Dra JÓZEFA WSZEBORA, za najlepszą pracę oryginalną, w języku polskim, na dowolny temat z dziedziny patologii ogólnej, przedstawić się mającą w terminie od dnia 1. kwietnia 1910 do dnia 31. marca 1914 roku.

5) Nagroda pieniężna w sumie około 1000 franków (około 400 rub.) z funduszu imienia Dra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, za najlepszą pracę ogłoszoną drukiem, lub złożoną w rękopisie do dnia 1 września 1913 roku, uwzględniając prace ogłoszone od d. 1 stycznia 1910 roku do d. 1. września 1913 roku, z dziedziny chorób oddechowych, odnoszącą się do anatomii patologicznej, patologii doświadczalnej, lub kliniki, z pierwszeństwem dla monografii.

U w a g a o g ó ł n a. Wszystkie prace naukowe na powyżej ogłoszone konkursy, nadsyłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7), z naśmianieniem, że je autor do danego konkursu przeznaczą. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, stanowi własność Towarzystwa Lekarskiego i takowe zastrzega sobie pierwszeństwo w ewentualnym ogłoszeniu jej w Pamiętniku Tow. Lek. Przy pracach w rękopisach składanych mogą być dołączone dewizy, oraz podawane nazwiska autorów w kopertach zapieczętowanych z wypisaniem na kopercie dewizy.

Sekretarz Stały Towarzystwa Lekarskiego

Dr Med. A. Sokołowski.

Do numeru niniejszego dołącza się jako dodatek bezpłatny dla wszystkich odbiorców ogłoszenie Midy o piperazynie.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

**WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”, „PRZEGŁĄDU PEDIATRYCZNEGO”
i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH”**

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzl i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Faliek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemerstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbés.

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.