

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. I. J. SKŁODOWSKI. Przypadek zapalenia wielosuwrowicówkowego (*polyserositis*). Str. 665. II. Dr Med. MARYA DUNIN-KARWICKA. O tak zwanej bronchiolitis obliterans. (Dalszy ciąg). Str. 670. *Dział sprawozdawczy.* 72. HANS MUCH. Nowe badania nad własnościami biologicznymi i uodporniającymi gruźlicy i badania kliniczne gruźlicy z uwzględnieniem trądu. Str. 674. 73. MUCH. O zmianach, wywołanych u zwierząt przez szczepienie laseczników trądu. Str. 675. 74. FENCET i PIERY. Jadowitość i zaraźliwość potu tuberkulików. Str. 676. 75. ALFRED MARTINET. Mechanizm leczenia przeciwdychawicznego. Str. 677. 76. Dr FALTA i Dr FREUND. O leczeniu chorób wewnętrznych emanacją radu. Str. 677. *Zjazdy naukowe.* Zjazd Hygieniczny we Włocławku, w dniach 25, 26 i 27-go maja 1912 r. Str. 678. *Odcinek.* Dr JÓZEF JAWORSKI. Cechy charakterystyczne działalności społecznej lekarzy—polaków w minionym stuleciu. Str. 681. *Wiadomości bieżące.* Str. 685. Nekrologia. S. p. Dr med. JULIUSZ LOHRER. Str. 686. Nadestano do Redakcyi. Str. 687. *Ogłoszenia.*

I. Przypadek zapalenia wielosuwrowicówkowego (*polyserositis*).

Podał

J. Skłodowski,

Ordynator szpitala Dz. Jezus.

Rozpoznanie zapalenia wielosuwrowicówkowego (*polyserositis*) wiąże w dość sztuczną grupę wszystkie przypadki, gdzie jednocześnie lub po kolei występują objawy zapalenia różnych błon surowicznych. Łatwo przewidzieć, że taka łączność, na jednym tylko objawie oparta, a nie uwzględniająca ani przyczyny, ani charakteru wysięku, który może być zarówno włóknikowy, jak surowiczny lub ropny, musi być nieraz czysto powierzchowna. Rodzi się stąd wątpliwość, czy wprowadzanie tak niejasnych pojęć do dyagnostyki klinicznej jest wogóle rzeczą celową i użyteczną. Odpowiedź, jak sądzę, może być tylko jedna, że są to rozpoznania tymczasowe, któremi posługujemy się niekiedy z konieczności, dopóki obraz bardziej ścisły jakiej mało znanej choroby lub rzadkiego powikłania nie został jeszcze dostatecznie opracowany i ustalony, albo dopóki dalszy rozwój i przebieg spostrzeganego przypadku nie pozwoli bliżej określić natury jego.

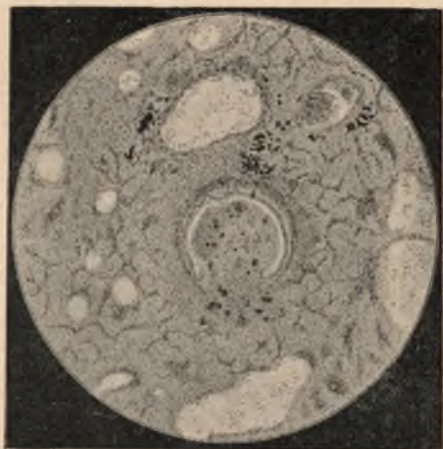
Odróżniamy ostre i przewlekłe zapalenie wielosuwrowicówkowe. Postać ostrą, częstokroć ropną, spostrzegano w przebiegu spraw septycznych, wywołanych przez gronkowce, paciorkowce i dwoinki zapalenia płuc. Również w ostrej, lecz zawsze włóknikowo-surowiczej formie wy-

stępuje zapalenie gośćcowe. Według MOSLERA ¹⁾, który niedawno spostrzegł 15 takich przypadków, może ono zająć kilka błon surowiczych naraz, wysuwając się tem samem na plan pierwszy w obrazie choroby. Powikłanie to wybucha niekiedy już po wygaśnięciu objawów stawowych, które przytem mogą być od początku tak słabo wyrażone, że łatwo je przeoczyć. Zwykle w obu opłucnych zbiera się płyn surowiczy, podczas gdy zapalenie osierdzia pozostaje do końca włóknikowem. Nieraz zajęte bywa wsierdzie, a prawie stale mięsień sercowy. Udziału otrzewnej MOSLER nigdy nie zauważył. Mimo bardzo burzliwego przebiegu zapalenie gośćcowe błon surowiczych kończy się pospolicie zupełnem wyzdrowieniem, nie pozostawiając widocznych śladów zarośnięcia worka sercowego.

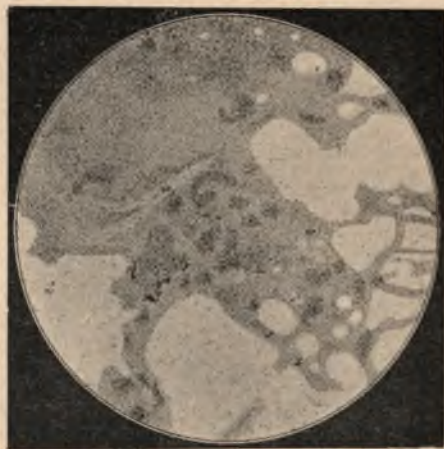
Przypadki przewlekłego zapalenia wielosurowicówkowego, które są naogół liczniejsze, przedstawiają wielką różnorodność pod względem anatomicznym i klinicznym. Ponieważ w okresach późniejszych sprawa zapalna wykazuje nieraz wybitną skłonność do produkcyi tkanki łącznej, daje to powód do wytwarzania się obszernych rozrostów błon surowiczych, do ich zrastania się między sobą i z sąsiednimi trzewami, których czynność może na tem poważnie ucierpieć. Przy pewnem natężeniu i szczególnej lokalizacyi tych zmian następnych powstają czasem obrazy chorobne, poniekąd swoiste i stąd opisywane pod specjalnemi nazwami. Tak np. pod mianem wątroby lukrowanej (*Zuckergussleber*, *perihepatitis chronica hyperplastica*) opisał CURSCHMANN przypadki, których przebieg kliniczny podobny jest do marskości wątroby, tylko znacznie powolniejszy. Przy sekcyi znajdowano w nich naokoło wątroby, zmniejszonej z powodu ucisku, potężną, białą otoczkę ścięgniastą, której grubość dochodziła aż do centymetra. Według PICK'a w większości podobnych przypadków zmiany okołowątrobowe rozwijają się już wtórnie, a pierwotnem źródłem choroby jest zapalenie osierdzia, doprowadzające z biegiem czasu do zupełnej obliteracyi worka. Dlatego proponuje on dla nich nazwę marskości rzekomej osierdziowej (*pericarditische Pseudo-lebercirrhose*).

Zdania co do etyologii przewlekłego zapalenia wielosurowicówkowego są jeszcze podzielone. Niektórzy autorowie, jak CONCATO, HAGER, PONCET upatrują zawsze tło gruźlicze, co jednak wydaje się przesadą. Albowiem, pomijając nawet te nieliczne przypadki, w których nowotwór złośliwy dawał podobny obraz kliniczny, także i dla wielu innych związek z gruźlicą nie jest bynajmniej dowiedziony, ani prawdopodobny. Dotyczy to zwłaszcza wspomnianych już wyżej przypadków wątroby lukrowanej CURSCHMANN'a albo marskości rzekomej osierdziowej PICK'a, co do których bardzo poważni badacze wypowiadają się przeciwko gruźlicy, przypuszczając raczej dla pewnej ich liczby związek z syfilisem,

¹⁾ MOSLER, Berliner klin. Wochenschrift. 1910, № 7.

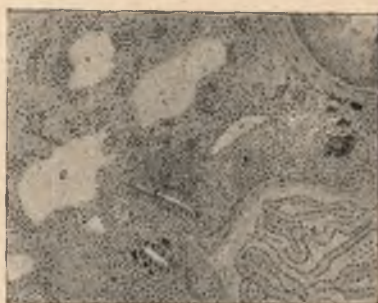


Rys. 1. 1. Wpuklający się do światła oskrzelika polip ziarninowy. 2. Resztkę wysięku. 3. Bujająca i ziarninowo przekształcona tkanka naokołoskrzelikowa. 4. Warstwa mięśniowa oskrzelika. 5. Nabłonek wyściełający oskrzelik. 6 i 7. Wypełnione płynem surowiczym pęcherzyki płucne. W preparacie widocznym jest obfity węgiel. (Zeiss okular 3, obiektyw A. A.).



Rys. 3. 1. Dużę, większą część pola widzenia zajmujące ognisko ziarninowe, przekształcające się już w tkankę łączną i promieniujące między sąsiednie pęcherzyki płucne. 2. Pęczek gładkich włókien mięsnych jako jedyny ślad zarośniętego oskrzelika. 3 i 4. Zgrubiałe przegrody pęcherzyków płucnych. 5, 6 i 7. Od zewnątrz zwężone światła pęcherzyków płucnych.

(Zeiss okular 3, obiektyw A. A.).



Rys. 2. 1. Złuszczony nabłonek oskrzelika. 2. Warstwa mięśniowa oskrzelika. 3. Bujająca i ziarninowo przekształcona tkanka naokołoskrzelikowa. 4. Ściśnięty i pozbawiony nabłonka pęcherzyk płucny. 5. Ściśnięty pęcherzyk płucny z wyraźnym (regenerującym) nabłonkiem. 6. Nieściśnięty pęcherzyk płucny. (Zeiss okular 3, obiektyw C.).

dla innych z miejscowymi bodźcami zapalnymi (bąblowiec wątroby, kamienie żółciowe), dla innych wreszcie zostawiając sprawę otwartą¹⁾. Lecz z drugiej strony nie ulega żadnej wątpliwości, że bardzo znaczna, może przeważna część przypadków jest istotnie pochodzenia gruźliczego.

Tych właśnie przypadków charakterystykę podał przed paru laty WICKKOWSKI²⁾ na podstawie 35-u spostrzeżeń osobistych. Choroba spotyka się częściej u kobiet niż u mężczyzn, rozpoczyna się powoli, przeważnie od powiększenia brzucha. W jej przebiegu odróżnia WICKKOWSKI 3 okresy. W pierwszym skarżą się chorzy na bole nieokreślone w brzuchu i piersiach, na brak apetytu i osłabienie ogólne; gorączki nie ma. Przy badaniu (jeden przypadek sekcyjny) stwierdzamy wysięk płynny w jamach surowiczych, bez żadnych zresztą zmian widocznych w gruczołach chłonnych i organach wewnętrznych. W okresie drugim przeważają zrosty, lecz może pozostać jeszcze w którejkolwiek z jam płyn otorbiony, a nawet wolny. Ciepłota od czasu do czasu się podnosi, często występuje biegunka, stan ogólny się pogarsza. Lecz bywa i odwrotnie: tworzą się zrosty coraz wybitniejsze, ciepłota opada, sprawa zatrzymuje się i następuje poprawa, która trwać może lat kilka. Wtedy prawdopodobnie nie dochodzi do zserowacenia gruczołów. Wreszcie w okresie trzecim gorączka prawie stale jest wysoka, występują objawy ogólnego charłactwa, obrzęki nóg i krzyża. Na stole sekcyjnym znajdujemy zserowacenie gruczołów chłonnych, zmiany gruźlicze na błonach surowiczych, zwyrodnienie narządów wewnętrznych. Główne jednak siedliska sprawy gruźliczej, mianowicie płuca i kiszki, pozostają wolne do końca życia od zmian swoistych.

Z innych szczegółów obrazu klinicznego podkreśla WICKKOWSKI brak dreszczów i potów podczas wahań gorączkowych ciepłoty, oraz brak wybitnych objawów podrażnienia ze strony zajętych błon surowiczych. Wysięk w jego przypadkach był zawsze surowiczo-włóknikowy, nigdy ropny, ani też krwawy. Wśród elementów morfologicznych przeważały limfocyty. Badanie na prątki gruźlicze i szczepienie zwierząt dawały zawsze wynik ujemny. Odczyn CALMETTE'a na 7 razy raz tylko wypadł dodatnio i raz wątpliwie.

Na podstawie powyższych danych klinicznych i anatomicznych, a zarazem opierając się na badaniach doświadczalnych BEHRING'a, RUPPEL'a i RÖMER'a, dochodzi WICKKOWSKI do śmiałej koncepcji, że przyczyną zapalenia wielosuwrowiczkowego w gruźlicy nie są same prątki KOCHA, lecz produkty ich rozpadu—endotoksyny. Jest to oczywiście tylko hipoteza, której może nietrudno byłoby uczynić poważne zarzuty. Ale na jedno trzeba zgodzić się z WICKKOWSKIM, mianowicie na pewną

¹⁾ Por. m. i. dyskusję na posiedzeniu Tow. Lek. Lipskiego z powodu demonstracji HESS'a i v. CRIEGERN'a. Sprawozd. w Münch. mediz. Wochenschr. 1910, str. 1038. Także przypadek MERENHOLTZ'a, Berlin klin. Woch. 1909, № 32.

²⁾ Lwowski Tygodnik Lekarski, 1909, №№ 8 i 9.

samoistność i niezależność masowego zajęcia surowicówek w stosunku do innych objawów i zmian gruźliczych, co oczywiście wzbudzać musi podejrzenie odmiennej patogenety.

W roku zeszłym miałem przez czas dłuższy w obserwacji przypadek zapalenia wielosuwrowicówkowego gruźliczego, który pod niejednym względem odbiegał od opisu WICKOWSKIEGO. Sądzę, że zasługuje on na ogłoszenie, tem bardziej, że był to przypadek sekcyjny, a takich w kazuistyce WICKOWSKIEGO znajdzie się tylko 4, z których jeden nawet był kwestyjonowany co do etyologii podczas dyskusji w Tow. Lekarskiem Lwowskiem ¹⁾.

I. M., lat 36, numerowy, przybył do szpitala 17-go kwietnia 1911 roku. W wieku młodzieńczym przechodził tyfus brzuszny; innych chorób ważniejszych nie pamięta. Obecna choroba rozpoczęła się przed 4-ma miesiącami, powoli. Zaczął uczuwać ból w boku prawym, następnie i w lewym. Od 2-u miesięcy cierpi na duszność i kaszel z nieobfitą plwociną, w której krwi nie zauważył. Stracił apetyt, schudł znacznie. Pierwsze badanie wykazało, co następuje: budowa normalna, odżywienie upośledzone, cera bladawa, gruczoły niepowiększone, obrzęków niema, stan gorączkowy. W dolnej części płuca prawego tępość, sięgająca z tyłu prawie do kąta łopatki, z przodu do 3-go żebra; oddech i drżenie głosowe nad nią zmienione. Granice serca normalne, tony czyste, tętno 124, miękkie, miarowe. W organach jamy brzusznej zmian fizykalnych niema. Mocz nasycony, ani białka, ani wałeczków nie zawiera. Następnego dnia wypuszczono z opłucnej prawej 850 ctm. sz. cieczy surowiczej, zlekką, lecz wyraźnie krwawej, zawierającej 4% białka; badanie cytologiczne obok licznych krwinek dało wzór przeważnie limfocytowy. W ciągu następnych 10-u dni gorączka około 38° z małemi wahaniami, bez dreszczów i potów. Zauważono obrzęk na krzyżu, powiększenie lewego płata wątroby i trochę wolnego płynu w jamie brzusznej. 28-go kwietnia ciepłota podniosła się nagle wieczorem do 39°. Następnego dnia badanie wykazało, że płyn w opłucnej się nie zbiera; w szczycie prawego płuca nieliczne rżenia po kaszlu; poniżej, od przodu niewyraźne tarcie. Tępość serca bardzo znacznie powiększona, ma postać trójkąta, którego wierzchołek sięga mostkowego przyczepu pierwszego lewego żebra, a boki przechodzą z obu stron na zewnątrz sutek. Przestrzeń TRAUBEGO częściowo zachowana. Uderzenie wierzchołkowe niewidoczne. Tony głuche. Zapomocą przekłucia w 5-em międzyżebżu lewym, na 2 centymetry na zewnątrz od linii sutkowej wypuszczono z jamy osierdzia 160 ctm. sz. cieczy surowiczej, różowej, o ciężarze gatunkowym 1020, zawartości białka 3½%. Wzór cytologiczny ten sam, co w wysięku z opłucnej. W kilka dni po przekłuciu stan chorego zaczął się poprawiać; gorączka od tej pory wahała się w granicach od 37° do 37,8°, rzadko kiedy podnosząc się wyżej, przyczem owe wzniesienia odpowiadać się zdawały dość ściśle

¹⁾ Lwowski Tygodnik Lekarski, 1909, № 5.

chwilowym przerwom w stosowaniu przetworów salicylowych, których chory prawie stale używał. Liczba oddechów z 40-u obniżyła się na 28, uderzeń tętna ze 132 na 100. Bez użycia środków moczopędnych wystąpiła *polyuria*, podczas której całkowicie znikły obrzęki i płyn z jamy brzusznej. Chory zaczął się lepiej odżywiać i, mimo iż obrzęki nie wracały, zyskiwać powoli na wadze. Tępość serca wróciła prawie do rozmiarów normalnych, uderzenie wierzchołkowe uwidoczniło się zlekka w 5-em międzyżebżu na linii sutkowej. Wcześniej jeszcze wystąpiły w okolicy przedsercowej wyraźne szmery tarcia, które utrzymywały się aż do końca obserwacji. Rzężenia w prawym płucu słychać było dość niestale; czasem zachodziła wątpliwość czy nie jest to raczej słabe tarcie opłucnej. Wielokrotne poszukiwanie łaseczników gruzliczych w płwocinie dawało zawsze wynik ujemny. Z wypuszczonego płynu osierdziowego nic się nie udało wyhodować, również ujemny był wynik szczepienia na śwince. Dnia 14-go maja przy omacywaniu brzucha zauważono w okolicy pępka guz kielbasowaty, nieco ruchomy, poprzecznie leżący, bolesny, wyraźnie trzeszczący przy ucisku, utworzony widocznie przez zwiniętą sieć, pokrytą i posklejaną wysiękiem włóknikowym (*omentitis*). Wyczuwał się on odtąd stale, aczkolwiek z biegiem czasu wyraźnie się zmniejszył. W połowie czerwca zmuszony byłem chorego wypisać z powodu remontu oddziału.

Dnia 2-go października powrócił on na oddział w stanie rozpaczliwym. Wysoka gorączka, rozległe zmiany w obu płucach, mnóstwo łaseczników w płwocinie. Wysięk ropny z lewego ucha i porażenie nerwu twarzowego z tejże strony. Biegunka. Chory zmarł po miesiącu. Sekcja wykazała prócz niewielkich, starych ognisk w górnych częściach płuc, świeże zmiany gruzlicze, umiejscowione głównie w płatach średnich i dolnych. Obfite nawarstwienie włókniaka w jamie opłucnej prawej. W jamie osierdzia niewielka ilość płynu, na ścianach grube złoże włókniaka, *cor hirsutum*. Sieć skurczona i zgrubiała tworzy wyraźny guz na wysokości pępka; ślady włókniaka i rozsiane gruzelki w nerkach. Kość skalistą lewą na dużej przestrzeni zniszczoną.

Przypadek powyższy w czasie pierwszego pobytu chorego w szpitalu odpowiadał więc najzupełniej pojęciu klinicznemu zapalenia wielosuwrowiczkowego, przez cały bowiem szereg tygodni zapalenie 3-ch głównych błon surowiczych zajmowało stanowisko dominujące w obrazie choroby. Pod względem etyologicznym nastroczały się wtedy pewne wątpliwości, wyjaśnione później stanowczo przez dalszy przebieg oraz wynik sekcji.

Porównyując nasz przypadek, oczywiście w pierwszym jego okresie, z opisem WICZKOWSKIEGO, możemy odnaleźć następujące cechy wspólne: brak wyraźnych zmian gruzliczych w organach wewnętrznych, specjalnie w płucach, niemożność wykazania łaseczników KOCHA w wysiękach i płwocinie, brak wybitnych objawów podrażnienia ze strony za-

jętych błon surowiczych. Różnił się on natomiast od rzeczzonego opisu przebiegiem bardziej gwałtownym, krwawym charakterem wysięków, szczególnie zaś zejściem w ostrą postać gruźlicy ze znacznym udziałem płuc. Pewną osobliwość stanowiło też znaczne zajęcie sieci z wytworzeniem charakterystycznego guza.

II. O tak zwanej bronchiolitis obliterans.

Podał

Dr Med. Marya Dunin-Karwicka.

Asystentka przy katedrze Anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dalszy ciąg. — Patrz № 20).

Po tym krótkim opisie oryentacyjnym przystępujemy do szczegółowego sprawozdania ze znalezionych zmian histologicznych, zaczynając przytem od oskrzelików, t. j. od najdrobniejszych rozgałęzień dróg oddechowych, wolnych już od chrząstek i wysłanych jednowarstwowym nabłonkiem walcowatym. Pierwszą rzeczą, rzucającą się w oczy, jest fakt, iż niema prawie oskrzelików o prawidłowo ukształtowanem świetle i w większości z nich światło jest mniej lub więcej wypełnione okrągławym tworem polipowatym (przekrój poprzeczny lub skośny), pozostającym w wyraźnej łączności zapomocą jednej lub paru nóżek z tkanką naokołoskrzelikową. Nóżki te przerywają pierścień mięśniowo-sprężysty oskrzelika, tworząc w nim odpowiednią do swoich rozmiarów szczelinę, co specyalnie dobrze jest widoczne w preparatach, barwionych na włókna sprężyste. Co się tyczy budowy owych tworów polipowatych, to składają się tak one same, jak i ich nóżki z typowej tkanki granulacyjnej, różniące się od ziarniny wyżej opisanych ognisk jedynie delikatnością swego utkania (młodsza tkanka granulacyjna), chociaż posiadającej już tak w częściach obwodowych, jak i środkowych polipów włóknistą substancję międzykomórkową. I tu także wiele komórek zawiera cząsteczki węgla, a naczynia włoskowate znajdują się w wielkiej liczbie. Natomiast brak jest zupełnie polipom włókien mięsnych i sprężystych. Gdzieniegdzie zamiast okrągławych polipów widzimy płytkę ziarninową w kształcie półksiężyca, nadającą zwężonemu przez nią światłu oskrzalika na przekrojach poprzecznych postać sierpa. Szeroka podstawa płytki, pozostająca również w ścisłej łączności z tkanką naokołoskrzelikową danego oskrzelika, przerywa pierścień mięśniowo-sprężysty oskrzelika na znaczniejszej już oczywiście przestrzeni. Ciekawym jest przytem fakt, iż podczas gdy w samej płytce włókienka substancji międzykomórkowej i jądra owalne układają się do okrężnej

warstwy mięśniowej oskrzelika równolegle, to natomiast w obrębie jej podstawy leżą one do warstwy tej mniej lub więcej pionowo. Spostrzeżenie to dotyczy także i nówek właściwych polipów, których włókienka i owalne jądra również leżą pionowo do pierścienia mięśniowo-sprężystego, podczas gdy w trzonach ich brak jest określonego układu tak jąder, jak i włókien. Co się tyczy podłużnych przekrojów oskrzelików, to światło ich jest mniej lub więcej wypełnione masami ziarninowemi o zaokrąglonych gdzieniegdzie końcach. I tu także łączność tych mas z tkanką naokołoskrzelikową występuje wyraźnie pod postacią nózki lub nówek, przerywających pierścień mięśniowo-sprężysty oskrzelika. Na przekrojach tych jądra i włókienka substancji międzykomórkowej układają się w ziarninie, znajdującej się w samym świetle oskrzelika do osi tegoż równolegle, w nówkach zaś leżą do osi tej mniej lub więcej prostopadle. Wdzierająca się do światła oskrzelików i powoli wypełniająca je tkanka ziarninowa zawiera często niewielką ilość drobnoziarnistej, mocno eozyną barwiącej się masy, której obecność stwierdziliśmy niejednokrotnie tak w głębi, jak też i na powierzchni wyżej opisanych polipów (rysunek 1).

Tak się przedstawia większość oskrzelików, znacznie zaś już rzadziej spotykaliśmy się tutaj z następującym obrazem. W świetle oskrzelika znajduje się z niewielką domieszką ciałek białych i czerwonych grubowłókniasta, jednolicie bryłowata lub ziarnista masa wysiękowa, barwiąca się VAN GIESON'em na brunatno, eozyną zaś na czerwono. W masę tę, nie dającą reakcyi włókniaka i zawierającą zazwyczaj w leżących wśród niej komórkach mniej lub więcej obfite cząsteczki węgla, wrasta z tkanki naokołoskrzelowej danego oskrzelika przez drobną szczelinę w jego pierścieniu mięsisto-sprężystym cieniutkie pasemko komórek włóknotwórczych, nacieczone drobnokomórkowo, lecz nie posiadające jeszcze ani substancji międzykomórkowej, ani wyraźnych naczyń włoskowatych. Dalsze okresy sprawy tej, będącej niczem innem, jak tylko początkiem organizacyi wysięku wewnątrzoskrzelikowego, śledzić można z łatwością na przekrojach innych oskrzelików. Widzimy tu, jak komórki włóknotwórcze przerastają, że się tak wyrazimy, wachlarzowato masę wysiękową, jak wkrótce pojawiają się obok nich liczne, przepełnione krwią naczynia włoskowate, oraz jak stosunkowo wcześniej wytwarza się substancja międzykomórkowa, przyczem liczba komórek szybko się zmniejsza, tak iż w ukształtowanej już ziarninie niema ich zbyt wiele w stosunku do istoty międzykomórkowej. Raz na przekroju poprzecznym oskrzelika widzieliśmy, jak organizująca tkanka ziarninowa, wzrastająca pod postacią wąskiego pasemka z tkanki naokołoskrzelikowej w okrągławo ukształtowaną tutaj masę wysiękową, pełzła niejako po jej powierzchni, tworząc dokoła niej otoczkę koncentryczną. Wynikiem tego był twór szypułowaty, składający się w swej części środkowej z jednolicie bryłowatego wysięku, w częściach zaś obwodowych i w obrębie szypuły utkany z ziarniny.

Jeżeli przejdziemy teraz do szczegółowego badania pojedynczych warstw ściany oskrzelików, zaczynając od nabłonka, to musimy zaznaczyć z naciskiem, iż jakkolwiek nabłonek rozmaicie może się przedstawiać, to jedno jest stałem i niezmiennem: w miejscu wtargnięcia tkanki ziarninowej nabłonek niema nigdy. Że w obrębie nówek polipa tak być musi, rozumie się samo przez się, ale nam tu chodzi o pierwsze początki organizacyi, gdzie mamy dopiero do czynienia z cieniutkiem pasemkiem komórek włóknotwórczych, dążącym przez nikłą szczelinę w pierścieniu mięśniowo-sprężystym oskrzelika z tkanki naokołoskrzelikowej do leżącego w świetle oskrzelika wysięku. W obrębie reszty ściany oskrzelika natomiast nabłonek różnie się zachowuje i podczas gdy w całym szeregu oskrzelików wysięka on nieprzerwanie ich światło, z wyjątkiem tylko szczeliny, przez którą wdziera się do światła tkanka ziarninowa (rysunek 1), to w innych popowleka on już tylko krótszy lub dłuższy jego odcinek, a jeszcze w innych jest w zupełności oddzielony od swego podłoża łącznotkankowego i leży swobodnie w świetle oskrzelika pod postacią długiego, w całości złuszczonego i swoiście przytem skręconego pasemka. W pierwszej kategorii oskrzelików, które, nawiasem mówiąc, przedstawiają większość, przechodzi często nabłonek ze ściany oskrzelika na nóżki wpuklającego się do światła jego polipa ziarninowego, powlekając je jednak na nader krótkiej tylko przestrzeni (rysunek 1). Powierzchnia natomiast polipów jest pozbawiona nabłonka i tylko dwa razy widzieliśmy, jak tenże nie tylko przechodził na nóżkę polipa, ale pokrywał także i wolną jego powierzchnię. Dotyczyło to raz okrągławego tworu polipowatego, który w $\frac{3}{4}$ swej powierzchni powleczone był nabłonkiem jednowarstwowym, mocno spłaszczonym, drugi zaś raz płytki w kształcie półksiężyca, obciągniętej nabłonkiem na całej powierzchni. Gdziekolwiek pasemko w całości złuszczonego nabłonka przylega tak szczelnie do polipów ziarninowych, że gdyby nie położenie jego rząsek, zwróconych do powierzchni polipów, to sądziłby można, iż polipy obleczone są nabłonkiem, rząski jednak w ten sposób umieszczone są niezbitym dowodem, iż mamy tu do czynienia z nabłonkiem ściennym, w całości złuszczonym i leżącym przypadkowo bliżej polipa niż ściany oskrzelika.

Nabłonek bez względu na to czy jest złuszczony, czy nie, posiada bez wyjątku doskonale barwiące się jądra, tak że o martwicy jego mowy być nie może.

Co się tyczy warstwy własnej (*stratum proprium*) śluzówki oskrzelików, to jest ona często lekko poszerzona i to częścią wskutek obrzęku, częścią zaś skutkiem nacieczenia drobnokomórkowego; to nacieczenie trzyma się jednak zazwyczaj w bardzo umiarkowanych granicach, a nawet często brak go jest zupełnie i wtedy obrzmiała śluzówka z porozsuwaniami przez płyn surowiczy włókienkami substancji międzykomórkowej robi wrażenie specyalnie ubogiej w jądra. Wogóle o nadmiernem bogactwie komórek w śluzówce poza trafiającym się gdziekolwiek nacie-

kiem drobnokomórkowym, o pojawieniu się w niej np. komórek włóknotwórczych mowy być nie może. I tu także wszystkie jądra barwią się bez zarzutu, wobec czego martwica śluzówki oskrzelików jest w zupełności wyłączona. W miejscach wtargnięcia tkanki ziarninowej do światła oskrzelików nie sposób jest odróżnić błony śluzowej od ziarniny, gdyż następuje niejako zlanie się między jedną a drugą, ale już po obu stronach nóżek polipów błona śluzowa utkaniem swoim odcina się wyraźnie od tych ostatnich. Gdziekolwiek wolna powierzchnia polipów ziarninowych zrasza się na krótszej lub dłuższej przestrzeni z pozbawionym nabłonka przeciwnym odcinkiem ściany oskrzelika, przyczem dawniejsza błona śluzowa daje się odróżnić od zrosniętej z nią ziarniny dzięki innemu układowi włókienek w substancji międzykomórkowej oraz dzięki wyglądowi swych jąder. Jądra te są mianowicie w śluzówce drobne i mocno barwiące się, podczas gdy komórki włóknotwórcze, stanowiące główny składnik ziarniny, tylko pojedynczo się tutaj znajdują. Dotyczy to oczywiście wczesnych okresów zrastania się, gdyż później wypełniająca światło oskrzelika tkanka zlewa się nierozdzielnie z obnażoną z nabłonka ścianą jego. Co więcej, zamykająca oskrzelik ziarnina nie tylko że zlewa się z jego błoną śluzową, ale przerasta nawet z czasem całą jego ścianę, czego dowodem jest zanik warstwy mięśniowej oraz sprężystej w miejscach, gdzie nóżki polipów pozostały wązkie i gdzie brak jest dośrodkowych wpukleń ściany oskrzelika (patrz dalej) przez bujającą tkankę naokołoskrzelikową.

Co się tyczy teraz zachowania warstwy mięśniowej i nieodłącznej od niej warstwy sprężystej, czyli krótko mówiąc, pierścienia mięśniowo-sprężystego, to we wszystkich oskrzelikach, będących siedliskiem organizacyi wysięku, przerwaną jest ona, jak to już zresztą wzmiankowaliśmy, przez jedną lub więcej szczelin, których wielkość waha się w obrębie dość znacznych granic, ale których wymiary w pierwszych początkach organizacyi są zawsze niesłychanie drobne. W późniejszych okresach szczeliny te bądź rozszerzają się mniej lub więcej znacznie, bądź też, co zresztą rzadziej się już widzi, pozostają i nadal wązkie. Ograniczające z obu stron szczelinę wolne końce włókien sprężystych zmian żadnych nie wykazują i nie są ani zgrubiałe, ani też kłębkowato zwinięte. Co do położenia szczelin, to nieda się ono ująć w żadne stałe prawa i podczas gdy w jednych oskrzelikach szczelina taka (mamy tu na myśli oskrzeliki z jedną szczeliną) leży w bezpośrednim sąsiedztwie towarzyszącej oskrzelikowi tętnicy, to w innych znajduje się właśnie po przeciwległej stronie, a jeszcze w innych gdziekolwiek pomiędzy tymi dwoma punktami. Odległość między poszczególnymi szczelinami, jeżeli jest ich parę w jednym i tym samym oskrzeliku, wynosi zazwyczaj pewien znaczniejszy odcinek obwodu danego oskrzelika. Więcej niż 4 szczeliny w jednym i tym samym oskrzeliku (t. zn. polip ziarninowy z 4-a nóżkami na przekroju poprzecznym) nie widzieliśmy nigdy. Mówiąc o mięsisto-sprężystym pierścieniu oskrzelików, musimy jeszcze zazna-

czyć, iż ten pierścień może być przerwany także i poza miejscami, gdzie przechodzą przezeń nóżki polipów, a mianowicie, na co już zresztą zwracaliśmy uwagę czytelnika, może on być przerwany: po pierwsze — od wewnątrz przez przerastającą ścianę oskrzelika, wypełniającą światło jego tkankę ziarninową, po drugie zaś — może być on przerwany od zewnątrz, o czym zaraz będziemy mówić, przez dośrodkowe bujanie tkanki naokołoskrzelikowej w miejscach wolnych od organizacyi wysięku (wpuklanie do światła pokrytych nabłonkiem odcinków śluzówki — patrz dalej).

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

72. Hans Much. Nowe badania nad własnościami biologicznymi i uodporniającemi gruźlicy i badania kliniczne gruźlicy z uwzględnieniem trądu.

Autor dowiódł, że laseczники gruźlicy posiadają z innymi lasecznikami kwasoodpornymi wspólne ciała swoiste. Przy badaniu surowicy ludzi gruźliczych na wiązanie komplementu przekonał się autor, że odczyn jest dodatni nie tylko z zawiesiną laseczników gruźlicy, lecz także i z innymi gatunkami kwasoodpornymi i to w różnym stopniu. Po lasecznikach gruźlicy najsilniejszy odczyn daje lasecznik trądu, znacznie słabszy daje tymotejka i t. d. Swoistości tego odczynu dowodzi: 1) fakt, że jest on charakterystyczny dla laseczników, chemicznie i morfologicznie pokrewnych lasecznikom gruźlicy; 2) że ciała tłuszczowe laseczników kwasoodpornych dają w próbówce z surowicą gruźliczą i surowicą trędowatych taki sam odczyn, jaki laseczники dają klinicznie, muszą więc być biologicznie pokrewne ciałom tłuszczowym laseczników gruźlicy i trądu; 3) nie wszystkie gatunki dają jednakowo silny odczyn, choć posiadają niemniej tłuszczu i białka od laseczników gruźlicy; 4) zwierzęta, którym wstrzyknięto laseczники gruźlicy, reagowały na inne niechorobotwórcze laseczники kwasoodporne i naodwrot.

Próby anafilaktyczne dawały równie dodatnie wyniki, jak wiązanie komplementów. Np. nastyna (tłuszcz obojętny z gatunku *steptothrix*) daje u gruźliczych i u trędowatych swoiste wyniki kliniczne, a tłuszcz obojętny, dobytý z laseczników gruźlicy — tuberkulonastyna — daje takie same wyniki u trędowatych.

Autor zastrzykiwał zwierzętom, uodpornionym zapomocą zawiesiny z laseczników gruźlicy, laseczники trądu pod skórę i otrzymywał bardzo silny odczyn, a w surowicy znajdował silne przeciwciała, których nie było w surowicy zwierząt, nieuodpornionych w podobny sposób.

Trudność zrozumienia pokrewieństwa laseczników gruźlicy z innymi lasecznikami kwasoodpornymi tłumaczy autor tem, że swoiste ciała laseczników gruźlicy dzielą się na 4 grupy, a m.: białka, lipoidy kwasotłuszczowe, tłuszcz obojętny i jad. Ostatni jest właściwy tylko lasecznikom gruźlicy. Grupy te, które autor nazywa częściowymi antygenami, mogą wywołać tworzenie się częściowych przeciwciał. Uodporniane zwierzęta reagują nie tylko na poszczególne ciało, ale na każde z nich, przy-

tem najsilniej na obojętny tłuszcz, najslabiej na białko. Przeciwciała dla obojętnego tłuszczu tworzą się w największej ilości przy wstrzyknięciu laseczników gruźlicy, zawieszonych w kwasie organicznym. Owe częściowe przeciwciała, wszystkie, albo tylko niektóre z nich, znajdują się w dużej ilości w surowicy osobników gruźliczych (u klinicznie zdrowych również), przytem im cięższy przypadek, tem mniej przeciwciał. To samo, co o surowicy, da się powiedzieć o wysięku płucnym. W surowicy trędowatych niema przeciwciał przeciw obojętnemu tłuszczowi, a zato jest ich dużo przeciw kwasotłuszczowym lipidom. Dopiero po zastrzyknięciu tym chorym nastyny, w surowicy pojawiają się przeciwciała dla nastyny i tuberkulonastyny, które sprzyjają zagojeniu się sprawy chorobowej.

Z tego wnioskuje autor, że można leczyć trąd, powiększając sztucznie tworzenie się w surowicy przeciwciał tłuszczowych, zapomocą wstrzyknięcia częściowych antygenów. Tam gdzie nie pomaga nastyna, należy przekonać się, czy nie brak przeciwciał z innej grupy.

Co się tyczy gruźlicy, to pragnie autor wprowadzić nową metodę uodporniania przeciw temu cierpieniu. Należy sprawdzić, czy ustrój rozporządza wszystkimi przeciwciałami i starać się zastąpić to przeciwciało, którego ewentualnie brakuje, zapomocą szczepienia częściowego antygeny, albo też zapomocą wstrzykiwania surowicy, zawierającej odpowiednie przeciwciała. Szczepienie antygeny, bez poprzedniego sprawdzania surowicy na przeciwciała, jest szkodliwe, gdyż może wywołać fazę ujemną, lub anafilaksyę. Jeśli chodzi o podanie choremu wszystkich przeciwciał, to znane tuberkuliny są niewystarczające: stare nie zawierają wszystkich przeciwciał, a nowe zawierają niektóre z nich w postaci nieużywalnej. Autor wymaga od szczepionki, aby laseczniki były rozpuszczone i aby szczepionka zachowała przytem swoje własności czynne. Taką idealną szczepionkę otrzymał autor, rozpuszczając laseczniki w kwasach organicznych. Takie kwaśne szczepionki posiadają jeszcze tę własność, że można niemi wywołać u zwierząt anafilaksyę, nie czyniąc ich przytem gruźliczemi.

Następnie badał autor odczyn skóry, dawany przez omawiane tu przeciwciała, i znalazł, że najsilniejszy odczyn najprędzej daje ciało białkowe. Po dodaniu do laseczników gruźliczych kwasu glikuronowego otrzymywał autor płyn, nie wiążący komplementu, lecz dający silną anafilaksyę, co dowodzi, że sprawa anafilaksyi jest jeszcze więcej powikłana, niż można było przypuszczać.

(*Münchener med. Wochenschrift* r. 1912, Nr. 13.).

Marta Erlichówna.

73. Much. O zmianach, wywołanych u zwierząt przez szczepienie laseczników trądu.

Na podstawie znalezionej przez siebie biologicznego pokrewieństwa między gatunkami laseczników kwasoodpornych, autor uodporniał zwierzęta zapomocą wstrzykiwania im laseczników gruźlicy, rozpuszczonych w kwasach organicznych, a następnie zaszcepiał im laseczniki trądu i otrzymywał dotychczas niebywałe wyniki, a mianowicie guzy trędowate. U zwierząt, używanych do kontroli, nie uodpornionych gruźlicą, nie można było wywołać żadnych zmian, za pomocą laseczników trądu. Do doświadczeń używał autor świnek morskich i kóz. Uodpornione gruźlicą zwierzęta reagowały na zastrzyknięcie laseczników

trądu tak, jak reagują zwierzęta na zastrzyknięcie laseczników gruźlicy. Przy małej ilości wstrzykniętego materiału powstawały guzy z niewielką ilością ropy i laseczników trądu; przy zastrzyknięciu wielkiej ilości, szczególnie świeżego materiału, ropa była obfita i zawierała bardzo dużo laseczników. Przy badaniu anatomo-patologicznem znaleziono typowe gruźelki z komórkami olbrzymimi i nabłonkowatymi; odczyn z lasecznikami trądu na wiązanie komplementu był ujemny u zwierząt nieuodpornionych gruźlicą; u zwierząt uodpornionych surowica reagowała nieco z lasecznikami trądu już przed ich zaszczepieniem i bardzo silnie po dokonaniu zakażenia nimi, co dowodzi, że zakażenie wywołuje zmiany nie tylko anatomiczne, ale i biologiczne.

Doświadczenia powyższe mają wielkie znaczenie z następujących powodów: 1) dowodzą, że można ustroj zwierzęcy sztucznie usposobić do oddziaływania na zakażenie; 2) że gruźelki mogą powstawać pod wpływem innym, niż gruźlica; 3) czynią zrozumiałem pokrewieństwo biologiczne między lasecznikami gruźlicy a trądu; 4) być może, z czasem uda się otrzymać u zwierząt zarażonych trądem, surowicę przeciwtrądową. (*Münch. medic. Wochenschrift* r. 1912, Nr. 16).

Marta Erlichówna.

74. Pencet i Piery. Jadowitość i zaraźliwość potu tuberkulików.

Po możliwie dokładnem wyjałowieniu skóry, autorowie poddawali pewną liczbę chorych gruźliczych zabiegowi napotnemu (łaźnia), poczem część zebranego potu natychmiast zaszczepiali podskórnie świnkom morskim, które po 1½ miesiącu zabijali i badali narządy wewnętrzne i gruczoły, a następnie wyciąg z ich narządów dla lepszej kontroli ponownie zaszczepiali nowym świnkom.

Okazało się, że pot, pochodzący od 11-u tuberkulików z gruźlicą płuc otwartą (obecność laseczników w płwocinie) i zamkniętą (brak laseczników w płwocinie), zakaził świnki w 6-u przypadkach, a więc w 54 proc. Doświadczeniom tym możnaby było zrobić zarzut, że pomimo najstarannejszej dezynfekcyi pot został zanieczyszczony płwociną, jednak w każdym razie pot w tych przypadkach był roznośicielem zarazy. Dla uniknięcia takiego zarzutu, autorowie badali chorych z gruźlicą chirurgiczną (np. reumatyzm gruźliczy, zapalenie otrzewnej i t. d.), a więc z ogniskami na pewno zamkniętymi: na 13 przypadków wynik dodatni otrzymano w 4ch, a więc w 30,76 proc.

Nie ulega więc kwestyi, że pot tuberkulików jest jadowity i zawierać może laseczki gruźlicze, co stoi w związku z niejednokrotnie już przez rozmaitych autorów stwierdzoną naturą posocznicową zakażenia gruźliczego, t. j. z obecnością zarazków we krwi, skąd się eliminować mogą wraz z potem. Pot więc może być niebezpieczny albo bezpośrednio (zarażenie wskutek bezpośredniego zetknięcia się i wnikięcia zarazka poprzez skórę ustroju zarażonego), albo pośrednio (zanieczyszczenie przez pot bielizny, pościeli, odzieży i t. d.).

Wobec wyników powyższych należy stosować specjalne środki zapobiegania wobec każdego tuberkulika nawet z cierpieniem chirurgicznym, zamkniętem, łagodnem.

Do środków tych należy: odkażanie bezustanne wszystkich przedmiotów, zanieczyszczających się przez pot tuberkulików, odosobnienie chorych, szczególnie zaś przeznaczenie dla nich osobnego łóżka, co tak rzadko jest przestrzegane w sferach uboższych, walka

z przeludnieniem pomieszczeń mieszkalnych i wznoszenie tanich mieszkań.

(*Bull. de l'Acad. de Medecine. 1912, Nr. 13.*)

A. Lande.

75. Alfred Martinet. Mechanizm leczenia przeciwdechawicznego.

Atak dychawicy oskrzelowej może powstać według JANUSCHKE:

1) Wskutek podrażnienia ośrodka nerwu błędnego, wywołującego zwężenie oskrzeli, przyczem bodziec isć może z błony śluzowej nosa, oskrzela lub innej nawet odległej okolicy t. zw. astmatogennej (np. z macicy); bodziec może być natury chemicznej (np. krew obłądowana dwutlenkiem węgla); w tych przypadkach atak możemy usunąć przy pomocy substancji, znieczulających błonę śluzową (np. nirwanina), lub działających na ośrodek, np. chloral lub morfina (morfina należy stosować podskórnie lub *per rectum*, albowiem podawana *per os*, wywołuje skurcz części odźwiernikowej żołądka, co opóźnia jej wessanie, a więc i działanie).

2) Przez podrażnienie samego pnia nerwu błędnego, przy istnieniu guza uciskającego na nerw lub przy zapaleniu jego.

3) Pod wpływem drażniącego działania na zakończenia oskrzelowe nerwu błędnego rozmaitych substancji chemicznych, np. muskaryny, choliny, peptonu *Witte'go*; w tych przypadkach działa najlepiej atropina, następnie lobelina (alkaloid z *Lobelia inflata*), nie spowodzająca takich ubocznych zjawisk, jak atropina (hamowanie wydzielin gruczołowych i t. d.), adrenalina, uretan, wreszcie z najnowszych przetworów wazotonina (jest to, jak wiadomo mieszanina yohimbiny i uretanu).

4) Pod wpływem substancji astmatogennych, działających na samą muskulaturę oskrzeli: tu należą weratryna, barium, histamina—tu również są na miejscu preparaty znieczulające, jak np. nirwanina.

(*La Presse Medic. 1912, 27.*)

A. Lande.

76. Dr. Falta i Dr. Freund. O leczeniu chorób wewnętrznych emanacją radu.

Autorowie stosowali leczenie cierpień wewnętrznych emanacją radu, dawkując go od 22—200 jednostek na litr. Przy leczeniu ostrego gośćca stawów wyniki były znakomite i ten sposób leczenia jest szczególnie tam wskazany, gdzie salicyl nie działa, albo chory go nie znosi. W przypadkach wtórnych przewlekłego gośćca stawów emanacja nie pomagała wcale, w przypadkach pierwotnych wyniki były po części dodatnie. Zapalenia nerwów i nerwobole leczyli autorowie z różnymi wynikami: we władze rdzenia w $\frac{1}{3}$ przypadków bole zmniejszyły się znacznie. Przy bólu nerwu kulszowego zauważyli autorowie w większości przypadków znaczną poprawę—to samo w innych nerwobolach. Przy nerwobolach mnogich (*polyneuralgiae*) zauważono poprawę tylko w niektórych przypadkach. Wogóle metoda ta działa dodatnio, o ile w ustroju nie znajduje się źródło zakażenia, które wciąż wydziela szkodliwe ciała chorobowe. W przypadkach cukrzycy, astmy nie mieli autorowie dodatnich wyników. W zapaleniu płuc zauważono znaczne polepszenie i skrócenie przebiegu sprawy. Przy stwardnieniu naczyń wieńcowych emanacja działa dodatnio prawdopodobnie dlatego, że pod jej

wplywem rozszerzają się naczynia. Na narządy płciowe zdaje się emanacja też działać dodatnio. Autorowie spotykali się często z silnym odczynem, wyrażającym się w nasileniu cierpień. Ponieważ czasem przy silnym odczynie wyniki były ujemne, radzą autorowie zaczynać ostrożnie leczenie od małych dawek. Wyniki tego leczenia zbyt mało są jeszcze opracowane, aby wypowiedzieć się na pewno co do wskazania i przeciwwskazania do leczenia emanacją. Dotychczas wiadomo, że przy skłonności do krwotoków i w syfilisie leczenie emanacją jest przeciwwskazane.

(*Münchener medizinische Wochenschrift*. r. 1912, Nr. 14.).

Marta Erlichówna.

Zjazd Hygieniczny we Włocławku w dniach 25, 26 i 27-go maja 1912 r.

Towarzystwo Hygieniczne Warszawskie w dążeniu do uzdrowienia prowincyi od kilku lat urządza zjazdy higieniczne w naszych miastach prowincjonalnych. Pierwszym zjazdem takim był Zjazd Hygieniczny w Lublinie, we wrześniu r. 1908, drugi odbył się w Częstochowie, również we wrześniu, w r. 1908; trzeci we wrześniu, r. 1911 w Kaliszu, wreszcie ostatni odbył się obecnie we Włocławku.

Zjazdy te stopniowo stają się ośrodkiem nowego, innego życia pod względem zdrowotnym na prowincyi, ośrodkiem bardzo dobroczynnym nie tylko dla danego miasta, lecz i dla okolicy, a tem samem bardzo potrzebnym dla całego kraju. Tutaj bardzo dobitnie uwydatnia się, wprost wypukła się rola oddziałów prowincjonalnych Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego — mianowicie są one lub w miarę ich większej lub mniejszej działalności stają się samodzielnymi ogniskami higieny, a tem samem wogóle życia kulturalnego. Nie może być dwu zdań, że oddziały te przez działalność taką wypełniają jedno z największych zadań, jedną z najgwałtowniejszych potrzeb kraju.

Niewątpliwie, że i ostatni Zjazd Hygieniczny we Włocławku znaczenie takie posiada. Trzy bardzo doniosłe, równoznaczne, a ściśle ze sobą zespolone sprawy zdrowotne były objęte programem Zjazdu tego A. Zaopatrzenie miast w wodę. B. Asenizacya. C. Budowa miast.

P. J. LEWIŃSKI, geolog, mówił na temat bardzo rozległy, a jednakże nader ściśle związany ze sprawą zaopatrzenia miast w wodę, mianowicie: „O wodach podziemnych Królestwa Polskiego“. Mowca na wstępie określa znaczenie wód podziemnych dla zaopatrywania miast w wodę, podaje klasyfikację wód podziemnych na wody: zaskórne, gruntowe i artezyjskie, oraz warunki cyrkulacji wód podziemnych; opisuje budowę geologiczną Królestwa Polskiego i zależne od niej warunki hydrologiczne; kreśli szczegółowo warunki wodonośności wyżyny Kielecko-Sandomierskiej i pasma Lubelskiego, następnie Kujawskiego obszaru jurajskiego i jego wodonośności; mówi o warunkach mineralizacyi na szczytach wód podziemnych, o głównych naszych źródłach mineralnych, ich czynności hydrologicznej i pochodzeniu. W końcu p. LEWIŃSKI czyni

uwagi, co do zaopatrzenia w wodę miast poszczególnych na tle ogólnych warunków hydrologicznych.

Wykład ten, oparty na badaniach samodzielnych co do wniosków praktycznych, możnaby zawrzeć w zdaniu, że przy projektach urządzeń wodociągowych (np. i dla Włocławka) należy zawsze brać pod uwagę zaopatrywanie miast w wodę rozmaitymi sposobami, a więc w wodę rzeczną (we Włocławku wiślaną), uprzednio oczyszczoną, wodę głębinową, albo gruntową. W wyborze kierować się trzeba względami zdrowia publicznego i ekonomii.

Po tym wykładzie nastąpiły referaty: inż. IG. RADZISZEWSKIEGO: „O otrzymywaniu, przygotowywaniu, przechowywaniu i rozprowadzaniu wody w miastach”; dra T. GRYGLEWICZA: „O normalnym składzie wody do picia i jej zanieczyszczeniu”, inż. R. GOMÓLICKIEGO: „O sposobach usuwania odpadków życia codziennego ze środowisk ludzkich; o wyborze kanalizacji spławnej, usuwaniu i oczyszczaniu ścieków kanalizacyjnych”, wreszcie, referat w dniu ostatnim, lecz posiadający ścisły związek z poprzednimi, inż. GOMÓLICKIEGO i inż. BRONIKOWSKIEGO z Frankfurtu: „O projekcie kanalizacji Włocławka, opracowanym przez inż. LINDLEYA” (z pokazem planów tegoż projektu).

Z referatów powyższych, oraz z rozpraw ożywionych nad nimi, można wyprowadzić następujące mniej więcej wnioski, które następnie opracowane zostaną odpowiednio w formę uchwał zjazdowych. Posiadanie czystej wody stanowi najważniejszy czynnik zdrowia, przeto koszt, nawet duży, na zaopatrzenie miast w dobrą wodę, nie mogą i nie powinny być uznawane za usprawiedliwiający argument w załatwieniu tej potrzeby. Powtórne, niezbędne są ułatwienia finansowe w zaopatrywaniu miast w wodę ze strony rządu, ewentualnie instytucji finansowych. Po trzecie, znaczną oszczędnością w wielu wypadkach przy zaopatrywaniu środowisk ludzkich w wodę, może być połączenie przez kilka gmin wspólnych urządzeń wodociągowych, lub przyłączenie osad lub wsi do wodociągów miast sąsiednich. Po czwarte, jeżeli miasto zaprowadza wodociągi, powinno przewidzieć nagromadzanie się wielkiej ilości wody ściekowej, a tem samem zapewnić odprowadzanie jej przez odpowiednio pobudowane ścieki. Jako przykład, że tego rodzaju kojarzenie tych dwu niezbędnych urządzeń bywa nieuniknionem, służyć może Włocławek, gdzie z chwilą, gdy otrzymuje się duża ilość wody z głębokich studzien, których posiada siedm miejskich i 50 prywatnych, zjawia się potrzeba natychmiastowa odprowadzenia wody zapomocą rur podziemnych. Naturalnie, że kanalizację spławną w zasadzie uznano za najlepszy system asenizacyjny. Uchwalono też podziękowanie inż. LINDLEYOWI za przedstawienie planów skanalizowania Włocławka przez specjalnych delegatów. Nadto, wyrażono żądanie, aby we Włocławku przy zaprowadzeniu kanalizacji była pobudowana stacya oczyszczania, resp. unieszkodliwiania ścieków, co zwłaszcza wobec ścieków z dość licznych fabryk, szpitala i t. p. ze stanowiska higieny, pomimo samooczyszczających własności Wisły, okazuje się koniecznem.

W związku z asenizacją miast dr J. POŁAK przedstawił referat: „O usuwaniu odpadków stałych z domów”. Referent, jako ten, który zaprojektował i doprowadził do skutku stacyę miejską w Warszawie do spalania śmieci wraz z zakładem utylizacyjnym, wypowiada się kategorycznie za tym systemem usuwania śmieci i odpadków stałych domowych, zwłaszcza w większych miastach, omawia także szczegółowo system wywózki, i głosi, że aby skuteczniały to same zarządy miejskie, nie zaś prywatni przedsiębiorcy.

W ostatnim dniu Zjazdu, zakończonego o jeden dzień wcześniej, t. j. 26. maja, znalazły się na porządku narad referaty architekta: T. TOŁWIŃSKIEGO: „O budowie miast“; dra M. THEMERSON’a z Płocka, p. n. „Inspekcja sanitarno-mieszkaniowa“; dr M. CERTOWICZA, p. n. „Stan sanitarny i potrzeby Włocławka“. Autor I go z tych referatów dał obraz historyczny budowy miast, przedstawił szereg wybitnych planów miast i omówił ich zasady, dobre i złe strony, przytem poddał krytyce punkty zasadnicze: położenie topograficzne, drogi i środki komunikacyjne, dzielnice o różnorodnych typach zaludnienia i przeznaczenia, położenie budynków o charakterze monumentalnym i społecznym. Na ekranie przesunęły się plany między innymi następujących miast: Moskwy, Turynu, Washington’u, Londynu, Wiednia i Kolonii i paru miast amerykańskich. We wniosku p. TOŁWIŃSKI zaznacza, że racjonalna budowa miast nie tylko nie wymaga fantastycznych nakładów ze strony gminy, lecz przeciwnie koncentruje, przy zastosowaniu odpowiednich sposobów, ogromne środki materialne w jej ręku. Renta gruntowa, którą wyśrubowują dzisiaj spekulanci, znajdzie się w posiadaniu gminy i da odwrotnie możność podnoszenia i rozwoju nowych dzielnic.

Dr M. THEMERSON poruszył nową i mało znaną sprawę; we wnioskach, wypowiada się, aby uznano: 1) nagłą konieczność jak najrychlejszego ustalenia specjalnego prawodawstwa mieszkaniowego w całej rozciągłości sanitarnej z uwzględnieniem organizacji inspektorów sanitarno-mieszkaniowych; 2) opracowanie dla mieszkań w Królestwie Polskiem, ze względów odrębności klimatycznej, przez komisję higieniczną, na Zjeździe *ad hoc* obraną, oddzielnego regulaminu sanitarnego, jako uzupełnienia, które prawodawstwo mieszkaniowe przekazuje kompetencji Rad miejskich; 3) poczynienie starań, aby ten regulamin został przedłożony obecnie Magistratom, później Radom miejskim samorządu do wykonania.

Dr M. CERTOWICZ co do Włocławka stawia następujące dezyderaty:

Zastanawiając się nad potrzebami Włocławka pod względem polepszenia jego stanu sanitarnego i wogóle postawienia go w lepszych warunkach higienicznych, należy uznać za konieczne potrzebne: 1) urządzenie wodociągów i kanalizacji; 2) zaprowadzenie ulepszonych bruków i ścieków betonowych na wszystkich ulicach, zabrukowanie przedmieść i urządzenie na nich ścieków, dotąd tam nie istniejących; 3) pobudowanie odpowiednich hali targowych, skanalizowanych i zaopatrzonych w chłódnie; 4) pobudowanie domu przedpogrzebowego; 5) pobudowanie nowego gmachu szpitalnego na 150 chorych; 6) pobudowanie specjalnych gmachów w dwu punktach miasta dla pomieszczenia w nich szkół początkowych; 7) zaprowadzenie w mieście oświetlenia elektrycznego lub gazowo-elektrycznego.

Podczas Zjazdu uczestnicy jego, których liczba dosięgała kilkudziesięciu osób, nawet z dalszych okolic kraju przybyłych, zwiedzali osobliwosci miasta, urządzenia miejskie, budowle instytucyi publicznych, etc. odbyto też wycieczkę do sąsiednich Czerniewic w celu obejrzenia rzeźni udziałowej, wzorowo a na wielką skalę budowanej, oraz udziałowej malsłarni.

W d. 26-ym maja poświęcono fundamenty pod budynek kąpieli ludowych na pięknie położonym placu, ofiarowanym na ten cel i na ogród do zabaw dziecięcych—przez miasto. Do powstania kąpieli tych przyczynia się także Tow. Hyg. Warsz., z którego ramienia akt erekcyjny, spisany na pergaminie, a wmurowany w puszcze osobiście przez inż. OLSZA-

KOWSKIEGO, podpisali obecni na uroczystości: K. CHEŁCHOWSKI, J. JAWORSKI i J. POLAK.

Zjazd Hygieniczny we Włocławku cechowały: pewien pragmatyzm w układzie referatów, a naukowość w ich opracowaniu, obok przystępności samych wykładów, bogato ilustrowanych pokazami i obrazami niknącymi. Dla nas lekarzy budził on jeszcze i z tego powodu duże zainteresowanie, że wzięli w nim udział, znacznie liczniejszy niż dotychczas, technicy, inżynierowie, architekci, geolog, nie tylko jako referenci, przyznać trzeba, bardzo wytrawni, lecz także jako uczestnicy dyskusji, oświeclający ze swego stanowiska wiele spraw zdrowotnych i społecznych.

Strona towarzyska Zjazdu nie pozostawiała nic do życzenia. Głównym rzecznikiem zarówno Zjazdu tego, jak i wogóle zadań i działalności Oddziału Włocławskiego T. H. W. jest jego prezes, dr CERTOWICZ, któremu skutecznie wtóruje inż. OLSZAKOWSKI.

Następny zjazd uchwalono odbyć w r. 1914 w Sosnowcu.

J. Jaworski.

ODCINEK.

Cechy charakterystyczne działalności społecznej lekarzy — polaków w minionem stuleciu.

Według przemówienia w d. 4/v 1912 w Warsz. Stow. Lekarzy,

Podał

Dr Józef Jaworski.

Stan lekarski, jako taki, już w najodleglejszej przeszłości tworzył zawsze grupę ludzi, złączoną nie tylko jednakimi celami i zadaniami zawodowymi, lecz zespoloną także pewnymi regułami postępowania. Już w przysiedze, składanej przez lekarzy z czasów HIPPOKRATESA, a więc na pięć wieków przed narodzeniem Chrystusa, znajduje się ustęp, z którego wynika, że w zaraniu dziejów lekarze, jako stan, tworzyli zamknięte środowisko, pewną kastę, nawet niejako rodzinę, która interesy swego stanu przeważnie i głównie ze stanowiska zawodowego oceniała. W rocie przysięgi tej (orkos) między innemi powiedziano: „Mojego nauczyciela w sztuce lekarskiej, narówni z rodzeństwem szanować będę, moje mienie z nim podzielać, a w przypadku czegokolwiek zapotrzebuje, wszystkiego z wdzięcznem sercem dostarczać mu będę; dzieci jego za rodzonych braci uważać, a na żądanie uczyć ich będę sztuki lekarskiej bez wynagrodzenia i bez jakiegokolwiek z ich strony zobowiązania“. A dalej: „Prawidła sztuki, wykład jej ustny i całą naukę właściwą, wygłaszać będę moim synom, mojego nauczyciela synom i innym przysięgą lekarską związanym uczniom; oprócz tych nikomu więcej“.

Stanowisko lekarzy w tej zamierchłej epoce było niezwykle: używali oni omal czci bogów, a przynajmniej najwyższych bohaterów ludzkości. Tymczasem za czasów świętej epoki rzymskiej niewolnicy greccy, trudniąc się w Rzymie medycyną, a głównie chirurgią, sponiewierali to wysokie stanowisko i wywołali u ludu rzymskiego pierwszy raz dla siebie przewisko „rzeźników“ (*carnifex*). Natomiast genialni lekarze upadłej Grecji przechowali poszanowanie dla imienia i zawodu lekarskiego, przekazując je przyszłym pokoleniom w troskliwym pielęgnowaniu swej sztuki.

Arabowie znów jako lekarze, goniąc wyłącznie za zyskiem i lekceważąc naukową część medycyny, obniżyli stanowisko lekarza. W ślad za lekarzami arabskimi poszli lekarze średniowieczni i doprowadzili naukę i stan lekarski do ostatniego poniżenia, z którego dopiero potężne talenty XVII i XVIII wieku zaledwie ją podźwignąć zdołali. PETRARKA, mówiąc o jednym ze swoich przyjaciół (GIOVANI DE DONDIS), którego bardzo kochał i szanował dla głębokiej nauki, miał mu jedno tylko do zarzucenia, to mianowicie, że był lekarzem.

Tak więc już tylko najpobieżniejsze wskazanie na najważniejsze etapy w historii medycyny od zamierchłej przeszłości do czasów nowszych, dowodnie przekonywa, iż lekarze różnych czasów, a co dla nas w tej chwili ważniejsza, należący do różnych narodowości, posiadali cechy odmienne, cechy niekiedy charakterystyczne, które wpływały na ich stanowisko wśród społeczeństwa, które mu zapewniały w stopniu mniejszym lub większym wśród ogółu znaczenie, ufność, powagę i wpływy.

Czasy nowe, przemiany i koleje losu, wydarzenia historyczne wielkiej doniosłości, którym państwa i narody uległy, nie mogły nie pozostać bez wpływu i na stanowisko lekarzy, którzy wskutek natury zajęć swoich więcej, bliżej, ściślej i poufniej mają możliwość stykania się i łączenia w różnych sprawach, zamierzeniach i wypadkach z wszystkimi warstwami społeczeństwa, wśród którego żyją i działają.

Nie ulega wątpliwości, że i lekarze Polacy każdego pokolenia minionego stulecia, stosownie do wydarzeń historycznych, które wstrząsały narodem naszym, ulegali tym zmianom we wszystkich niemal kierunkach życia duchowego, które odbywały się wśród szerokiego ogółu polskiego.

Zmiany w nastroju umysłowym i uczuciowym społeczeństwa naszego w różnych epokach ostatniego, t. j. XIX stulecia, oddziaływały, rzecz naturalna, i na stan lekarski polski, który w wydarzeniach, jakie społeczeństwo nasze przechodziło, brał żywy udział.

Do rzędu czynników, które wpływ potężny wywarły na stanowisko, na charakter nie tylko jednostek, lecz całego stanu lekarskiego polskiego, należą głównie instytucje naukowe, oświatowe, związki, zrzeszenia młodzieży akademickiej, powstałe i czynne w ciągu XIX stulecia.

Przechodzę dlatego do przeglądu ich retrospektywnego, chociażby najogólniejszego.

W r. 1817 utworzono Królewski Uniwersytet Warszawski, w r. 1800 Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Warszawie, a w r. 1820 Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Uniwersytet Wileński już istniał właściwie od roku 1778, a zamknięty został w r. 1842, w którym powołano do życia Akademię Medyko-Chirurgiczną, którą znów zamknięto w r. 1842.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie powstało w r. 1805.

Uniwersytet Lwowski, istniejący od r. 1761, odnowiony został przez Cesarza Józefa II w 1784 r. ze wszystkimi czterema wydziałami. Językiem

urzędowym w nim był—niemiecki; profesorami byli Niemcy lub zniemczali Czesi. Dopiero dzięki hr. AGENOROWI GOŁUCHOWSKIEMU, namiestnikowi Galicyi, w r. 1867 wprowadzono język wykładowy polski i to nie na wszystkich wydziałach jednocześnie. Charakter polski Uniwersytetu wyraźnie uznał rząd dopiero w roku 1882.

Uniwersytet Krakowski, w epoce istnienia Królewskiego Uniwersytetu w Warszawie, dążył zawsze do najściślejszego związku z ostatnim w celu, jak się wyraża współczesny rektor uniwersytetu Jagiellońskiego, LEWINSKI, „utrzymania jednostajnego ducha we wspólnej ojczyźnie“. Posiadamy na to liczne dowody, a jednym z pierwszych jest hojne obdarzanie profesorów warszawskich dyplomami doktorskimi, które im ułatwiały zajmowanie stanowisk takich, jak rektora, dziekana, bez doktoratu niedopuszczalnych.

Wpływ wzajemny uniwersytetów w Warszawie i Wilnie był nieznaczny, a stosunek ich niezupełnie poprawny.

Tak tedy głównie wzmiankowane instytucje, podawszy sobie ręce, dążyły do tego, aby służyć nauce rodzimej, pozbawionej przez tak długie lata normalnych warunków rozwoju.

Zwłaszcza Uniwersytet Warszawski pracował ze zdwojoną energią, chcąc niejako wyrównać braki w oświacie narodowej i powetować straty, licznymi przejściami krajowemi spowodowane.

Stojący na świeczniku nauki mężowie, przeniknięci duchem byłej Komisji Edukacyjnej, która lubo już nie istniała, jednak siłą swej żywej tradycyi uczyła dbałości o oświatę narodową, organizowali pomoce naukowe i swym przykładem oraz wpływem, sięgającym daleko poza Uniwersytet, zachęcali do nauki, do pracy coraz to szersze koło społeczeństwa.

Gdy tak wszystko zdawało się zapowiadać lepszą przyszłość, organizacya nauki była doprowadzona do pewnego porządku, sama nauka w pełnym biegu, zastępy pracowników zwiększały się, a wydział lekarski zająć miał przynależne mu co do ważności stanowisko, Uniwersytet Warszawski po 14-u latach istnienia został zamknięty, dzieląc los innych instytucyi i urzędów, które padły ofiarą ówczesnych wydarzeń, jak np. Towarzystwo Przyjaciół Nauk i Uniwersytet Wileński.

Rewolucya w r. 1831, pociągnąwszy do szeregów walczących wszystkich młodzież akademicką, przerwała bieg wykładów jeszcze przed ukazem cesarza Mikołaja z r. 1831, na mocy którego Uniwersytet został zamknięty. Odtąd przez długi szereg lat Warszawa była pozbawiona wyższego zakładu naukowego.

Królewski Uniwersytet Warszawski, pomimo swego krótkiego istnienia, odegrał wielką, można powiedzieć, przełomową rolę, w rozwoju medycyny polskiej, a co ważniejsza, bo o to nam w chwili obecnej chodzi, w ukształtowaniu się poglądów na cele i zadania życia, na stosunek do społeczeństwa młodzieży, która w nim nie tylko naukę czerpała, lecz i do działalności przyszłej nie tylko fachowej, ale i społecznej się przygotowywała. Aby ocenić stanowisko dziejowe wydziału lekarskiego Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego pod względem naukowym i praktycznym, wystarczy uprzytomnić sobie, w jakim stanie znajdowała się medycyna na początku bieżącego stulecia w Polsce.

Lekarzy Polaków było bardzo mało, ponieważ wobec trudności zdobywania wiedzy specjalnej i uprzedzeń społeczeństwa co do stanowiska lekarza, nauce tej poświęcały się nieliczne jednostki.

Praktyka spoczywała przeważnie w rękach cudzoziemców, którym wyjątkowo tylko leżało na sercu wytworzenie polskiej literatury, a tem

bardziej nie obchodziła ich praca na niwie społecznej, praca dla ogółu polskiego. Zdolniejsze jednostki nie miały ogniska, dokoła którego mogłyby się skupiać i pracować wspólnie, oraz wyrabiać i wykazać swe uzdolnienie.

Łącznikiem tym i fundamentem medycyny polskiej, jak również podstawą, na której zaczął się tworzyć niejako typ lekarza Polaka, lekarza działacza społecznego, był wydział lekarski.

Na uspołecznienie młodzieży polskiej, na następną działalność jej, jako już dojrzałych mężów, wpływ wywarł nie tylko ówczesny Uniwersytet Królewski i Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Uniwersytet Wileński, Tow. Lek. Wileńskie, lecz także, jak powiedziałem, stowarzyszenia i związki młodzieży.

W tem miejscu przypomnieć muszę o znaczeniu wogóle ówczesnych związków młodzieży i o ich roli politycznej.

W zaraniu XIX stulecia przebudza się samopoczucie i samopoznanie narodowości, szczególnie wśród ludów wydziedziczonych przez utracenie bytu politycznego. Równocześnie wyłania się na szerszą widownię pojęcie różnicy państwa i narodowości.

Pierwszym objawem poczucia narodowości w Polsce było założenie w Warszawie w r. 1800 Towarzystwa Przyjaciół Nauk, które na pierwszy plan w czynnościach swoich wysunęło pielęgnowanie języka ojczystego, a na drugi naukę.

W sąsiednich Niemczech, uległych pogromowi przez Napoleona, rozpoczęła się akcja ratowania ginącej w morzu romańskim narodowości niemieckiej. Pod hasłem obrony narodowości powstawać tam zaczęły rozmaite związki z programem politycznym. Związki te obok swego programu, polegającego na obronie języka i kultury, przeważnie dążyły do zrzucenia nienawistnego sobie jarzma francuskiego.

Najgłośniejszym, najowocniejszym w swych skutkach i najdłużej trwającym, był związek studentów uniwersytetu jenańskiego, założony w r. 1915, t. zw. Burschenschaft.

Pierwiastkowo zamyślali akademicy jenańscy zająć się głównie podniesieniem moralności i zapалу do nauk wśród młodzieży w uniwersytetach, następnie jednakże pod hasłem jedności Niemiec związek ten stał się przeważnie politycznym. Idea burschenschaft'u z Jeny oraz innych miast uniwersyteckich stała się gwiazdą przewodnią dla młodzieży innych narodowości. Młodzież ta, pobierając nauki w Niemczech, zaszczepliła te same hasła wśród młodzieży u siebie w domu. Dlatego idea burschenschaft'ów stała się powszechną daleko poza granicami Niemiec, a jak się przekonamy, przyjętą z entuzjazmem i u nas w Polsce, staranie pomimo prześladowań pielęgnowana była. Dla dokładności przypomnę, że świetny okres związku jenańskiego skończył się w dniu 3. marca 1819 r. W dniu tym student SAND zaszytyłował KOTZEBUE'go, znanego dramaturga niemieckiego, a zarazem wysokiego urzędnika rosyjskiego. Ten mord polityczny był następstwem postępowania KOTZEBUE'go względem dążeń liberalnych do ustaw konstytucyjnych, do wolności druku i t. d. Szyderstwami swemi dotykał on głównie młodzież, burszów, którzy walczyli o ideały narodowe.

Z powodu zabójstwa tego związku we wszystkich państwach zostały zakazane i musiały się na razie przekształcić w tajne.

Tymczasem w Polsce, głównie w Warszawie, w Wilnie, nim zakaz przyszedł, powstały pomiędzy młodzieżą akademicką związki i stowarzyszenia, które wśród uczących się zaszczepliły dążenia do zrzeszania się, głównie w celach społecznych i politycznych.

Związki te wywarły wielki wpływ wogóle na wyrobienie zasad, przekonani wśród przyszłych działaczy społecznych, a zwłaszcza wśród młodzieży, przygotowującej się do zawodu lekarskiego, jako zazwyczaj, w porównaniu z kolegami z innych wydziałów, najenergiczniejszej, a następnie w życiu dalszem, w roli lekarzy, mającej wpływ na najszerze warstwy społeczne.

Ze związków młodzieży uniwersyteckiej polskiej w początkach XIX stulecia między innymi najwięcej czynne, najbardziej wpływowe były: „Towarzystwo doskonalącej się młodzieży“, które powstało w Wilnie i którego założycielem i bardzo czynnym członkiem był LEBLEWEL, „Towarzystwo akademickie czcicieli nauk“ (założone w r. 1819) przy uniwersytecie Warszawskim. Towarzystwo „Filaratów“, w r. 1817 w Wilnie, Towarzystwo „Promienistych“, tamże w r. 1820. „Związek powszechny uczniów Uniwersytetu Królewskiego Warszawskiego“ (założony również w r. 1819). Rada związku tego w memoryale do rektora między innymi pisała: „Jeśli celem uniwersytetu jest usposobienie do posług krajowych, każdy przyzna, że oziębłość najszkodliwszą skutki przyniosła, tworząc egoistów na siebie tylko, nie na dobro publiczne, zważających. W następnych latach drogą będzie pamiątka tych czasów, które w uniwersytecie przepędzamy. Związki przyjaźni młodzieńczej wzmocnią się i w obywatelskiem pożytku tem użyteczniejszymi się staną.“ [D. c. n.].

Wiadomości bieżące.

— Na prezesa Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy wybrany został kol. KAZIMIERZ CHEŁCHOWSKI, na wiceprezesa kol. KAZIMIERZ RZĘTOWSKI, na sekretarza kol. JÓZEF WINIARSKI, na skarbnika kol. ADAM PRZYBOROWSKI i na gospodarza lokalu kol. TOMASZ REUTT. Bibliotekarzem jest w dalszym ciągu kol. MAKSYMILJAN ZWIEJGBAUM.

— W Gospodzie Polskiej w Charbinie obchodzono w d. 18. maja jubileusz 25-lecia lekarskiego kol. JÓZEFA GRABOWSKIEGO, wychowawca uniwersytetu warszawskiego, zasłużonego członka tamtejszej kolonii polskiej.

— Na reklamacje, wnoszone przez lekarzy w sprawie zmniejszenia podatku mieszkaniowego, Urząd podatkowy daje odpowiedzi odmowne na tej zasadzie, że cyrkularz za № 1009, wyłączający z mieszkań poczekalnie i gabinety przyjęć, odnosi się tylko do gabinetów dentystycznych.

— Polskie Towarzystwo Balneologiczne w Krakowie rozesłało do różnych korporacji i towarzystw lekarskich oraz do lekarzy odezwę i kwestyonaryusz w sprawie projektowanego wydzierżawienia Krynicy.

— Na konkurs, ogłoszony przez Towarzystwo kąpeli ludowych w Berlinie, liczne fabryki papieru nadesłały próby ręczników papierowych; trzem fabrykom przyznano nagrody za najlepszy wyrób; przy większych zamówieniach cena jednej sztuki wynosi 0.8 feniga.

— W 30-ą rocznicę odkrycia przez KOCHA lasecznika gruźliczego, cesarz niemiecki wydał rozporządzenie, aby odtąd „Instytut dla chorób zakaźnych“ w Berlinie nosił nazwę Instytutu ROBERTA KOCHA.

— Niejaki AGAFONOW w Moskwie ofiarował 1350 rub. na kupienie dla nowego szpitala wanny dla oparzonych takiej, jaką posiada berliński szpital VIRCHOW’a.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 14-go kwietnia do 20-go kwietnia r. b. do szpitali warszawskich przybyło 115 chorych, do-

tkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 8, płonicą 2, błonicą 3, różą 6, tyfusem brzuszny 26, tyfusem plamistym 17 i zapaleniem płuc 53.

W tymże tygodniu zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 17 osób, mianowicie: na ospę 3, różę 1, tyfus brzuszny 3 i na zapalenie płuc 10; w całym zaś mieście zmarło 14 osób na choroby zakaźne, (nie licząc w to zapalenia płuc), mianowicie: na ospę 2, odrę 1, płonicę 4, różę 1, tyfus brzuszny 2, tyfus plamisty 2 i na koklusz 2.

W następnym tygodniu od dnia 21-go do 27-go kwietnia przybyło do szpitali miejskich 98 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 3, płonicą 6, błonicą 4, różą 8, tyfusem plamistym 10, tyfusem brzuszny 19, grypą 5 i zapaleniem płuc 42.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 11 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 1, tyfus brzuszny 4, tyfus plamisty 2 i na zapalenie płuc 4. W całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 18 osób, mianowicie: na ospę 4, płonicę 4, błonicę 3, różę 1, tyfus brzuszny 5, tyfus plamisty 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 14-go kwietnia—2,955, 20-go kwietnia—3,190 i 27 kwietnia—3,214.

— Ogólne zebranie członków Warszawskiego Tow. Opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi odbędzie się w środę d. 12. czerwca r. b. o godz. 8. wiecz. w sali Resuraz Obywatelskiej przy ul. Krak. Przedm. Nr. 64. Zebranie to będzie prawomocne bez względu na liczbę obecnych.

Porządek dzienny zebrań: 1) Wybór przewodniczącego. 2) Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 3) Sprawozdanie o działalności za r. 1911. 4) Sprawozdanie z działalności Drewnicy za r. 1911. 5) Sprawozdanie rachunkowe i bilans za r. 1911. 6) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 7) Sprawozdanie z działalności Karolina za r. 1911. 8) Projekt dochodów i wydatków na r. 1912. 9) Zatwierdzenie zapisów: p. KUCHARZEWSKIEJ i Zarządu tramwajów miasta Warszawy. 10) Wybór 4-ch członków i 3-ch zastępców. 11) Wybór 3-ch członków Komisji Rewizyjnej.

NEKROLOGIA.

Ś. p. Dr med. Juliusz Lohrer.

W d. 16. maja 1912 r. zmarł w Łodzi, przeżywszy lat 79, nestor lekarzy miejscowych, ś. p. J. LOHRER.

Przez długich lat szereg odgrywał zmarły rolę pierwszorzędną zarówno w świecie lekarskim, jak i społecznym Łodzi.

Umysł żywy, interesujący się każdym zagadnieniem, jakie życie nasuwało, był zmarły typem człowieka, któremu nie były obce lub obojętne ani nauki teoretyczne, ani sztuka, ani literatura.

W zakresie medycyny może zbyt łatwo był skłonny do wiary w każdą teorię nową, w każdy pomysł nowy; sprawdzał go w szpitaliku, któremu dużo czasu poświęcał, by z tym samym zapalem dać się unieść następnej fali. A to zainteresowanie się postęпами wszystkich gałęzi medycyny trwało z nieklamany zapalem do ostatnich chwil pracy lekarskiej, którą przerwał zaledwie na parę lat przed zgonem.

Jako człowieka charakteryzowała zmarłego przedziwna czystość charakteru, pewna — rzec wolno — jakby dziecięca, naiwna czystość, bo brak mu było wogóle znajomości złych stron w ludziach.

LOHRER — zawsze żywy, zapalny, łatwo unoszący się, nie umiejący przemawiać inaczej, jak w ruchu — wśród najwyższego oburzenia nie rzucał zarzutów,

któreby godziły w czystość intencji; dawał wyraz oburzeniu na czyjś czyn, lecz nigdy nie podejrzewał nieszlachetnych pobudek.

Wyraz niemały nieskazitelności zmarłego widzimy w Jego działalności lekarza miejskiego: był przez lat wiele lekarzem urzędowym całego miasta, potem lekarzem dzielnicy najbardziej zaludnionej i handlowej, a nikt nie mógł się pochwalić, by na czynności zawodowe LOHRER'a wpłynął ubocznie

Ogół znał sympatycznego człowieka, wybitnego i pracowitego lekarza; ludzie bliżej Go znający—znali jeszcze kryształową uczciwość i gołębią dobroć zmarłego.

Cześć pamięci człowieka, lekarza i kolegi!

Ś. p. J. LOHRER urodził się w r. 1832 w Brzezinach; średnie wykształcenie otrzymał w Rawie i Piotrkowie (r. 1853); medycynę studiował w Dorpacie (1857—1862), gdzie napisał rozprawę „Ueber d. Uebergang der Amoniaksalzen in den Harn“. Po studiach w Paryżu osiadł w Łodzi, gdzie w ciągu lat 40-u był lekarzem zakładów fabrycznych firmy K. SCHEIBLER'a, a przez trzydzieści i parę — lekarzem miejskim.

Był założycielem Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego, jego pierwszym — przez lat 10 — prezesem i pierwszym członkiem honorowym. S. S.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

- 1) Sprawozdanie petersburskiego Towarzystwa opieki nad sierotami, po lekarzach pozostałemi, za rok 1911,
- 2) „Medicinskij kalendar“ na rok 1912, wydany pod redakcją Dra med. NIEMIROWSKIEGO.
- 3) Sprawozdanie Towarzystwa „Posilek“ za r. 1911.

O G Ł O S Z E N I A.

Akademia Umiejętności w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na stypendyum im. ŚNIADECKICH z fundacyi ś. p. SEWERYNA GAŁĘŻOWSKIEGO, w kwocie 5,000 fr.

Celem powyższego stypendyum jest dopełnienie studyów naukowych za granicą: według słów fundatora „z celem tym łączy się myśl, ażeby przy tej pomocy uniwersytety krajowe, na teraz krakowski i lwowski, mogły mieć zapewniony zapas sił nauczycielskich, a w każdym razie kraj ludzi, mogących wpływać samodzielnie na postępek umiejętności“.

Kandydat, mogący otrzymać to stypendyum, jeśli nie jest przy jakimkolwiek krajowym lub zagranicznym uniwersytecie docentem lub asystentem, winien posiadać wyższy stopień naukowy i być znanym z gorliwej pracy w zawodzie, któremu pragnie się poświęcić, w każdym zaś razie wymagać się będzie od niego biegłości w języku polskim.

Tym razem o stypendyum powyższe mogą ubiegać się kandydaci, którzy poświęcają się naukom humanistycznym lub przyrodniczym.

Podania wnosić należy do Akademii Umiejętności w Krakowie po dzień 15.VI. 1912 i dołączyć do nich następujące załączniki:

1) Dowody, że kandydat według warunków powyżej określonych może ubiegać się o powyższe stypendyum; jeżeli zaś jest docentem, powinien wykazać, co dotychczas wykładał i ilu miał słuchaczy.

2) Prace naukowe drukiem ogłoszone, alboważ rękopiśmienne.

3) Dekładny program studyów, które w ciągu roku zamierza odbywać.

Stypendyum powyższe wypłaci kasa Akademii Umiejętności w dwu równych ratach półrocznych, a mianowicie pierwszą ratę dnia 10. X. 1912, drugą zaś dnia 10. IV.

1913. Wypłata drugiej raty zależeć będzie jednak od uchwały komitetu stypendyjnego, któremu stypendysta po upływie pierwszego półrocza złoży wyczerpujące sprawozdanie z odbytych studyów.

Rada Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu zawiadamia o konkursie im. ADAMA CHOJNACKIEGO z nagrodą rub. 900 za najlepszą pracę z zakresu medycyny popularnej.

Do konkursu przyjmowane będą tylko prace oryginalne w rękopisach albo wydrukowane; z drukowanych przyjmowane będą tylko wydane w ciągu lat 4-ch przed ogłoszeniem konkursu. Prace winny być napisane w języku rosyjskim; rękopisy winny być pisane czytelnie. O nagrodę ubiegać się mogą tylko poddani rosyjscy; nagroda w żadnym razie nie może być dzielona pomiędzy autorów dwu lub kilku prac.

Prace, przeznaczone na konkurs, należy nadsyłać do wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego przed 1-m kwietnia 1914 roku.

Wybór języka, w jakim ma być wydrukowana praca nagrodzona, pozostawia się uznaniu autora.

Autorowi lub jego prawnym spadkobiercom będzie wypłacona nagroda 24-go grudnia 1914 r. po złożeniu w Uniwersytecie 150 egzemplarzy pracy, celem rozdania jej profesorom Uniwersytetu i celem zamiany z innymi instytucjami.

Jeżeli zostanie nagrodzona praca w rękopisie i jeżeli praca ta będzie wydrukowana nie po rosyjsku, to nagroda konkursowa może być wypłacona po przedstawieniu zaświadczenia Wydziału Lekarskiego o tem, że tłumaczenie jest dokładne i zgodne z oryginałem. Zaświadczenie to należy złożyć do Rady Uniwersytetu najpóźniej w 3 miesiące po przedstawieniu pracy drukowanej. Jeżeli praca nagrodzona w rękopisie nie będzie dla jakichbądź przyczyn wydrukowana i złożona w 150 egzemplarzach do 24-go grudnia 1914 r., to tego dnia będzie tylko ogłoszone w pismach miejscowych o przyznaniu nagrody, która zostanie wypłacona dopiero po złożeniu żądanej liczby wydrukowanych egzemplarzy.

Do numeru niniejszego dołącza się tablicę z rysunkami do artykułu dra DUNIN-KARWICKIEJ.

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, k wartalnie 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 Administracji 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. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourey, 46. Boulevard Barbès.

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

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.