

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. Dr STANISŁAW KLEJN. Spostrzeżenia nad krwawiączką (haemophilia) u kobiet i jej leczeniem. Str. 739. II. Dr Med. MARYA DUNIN-KARWICKA. O tak zwanej bronchiolitis obliterans. (Dalszy ciąg). Str. 744. *Dział sprawozdawczy.* 89. S CHAUVET. Leczenie współczesne reumatyzmu trypowego. Str. 752. 90. R. MAGNUS. O stosunku głowy do kończyn. Str. 754. 91. MELCHIOR i WOLFF. Znaczenie rozpoznawcze mierzenia ciepłoty skóry w cierpieniach stawów. Str. 755. *Przegląd bibliograficzny.* Dr JÓZEF ZAWADZKI. Piętnaście lat Pogotowia Ratunkowego. Ocenil M. ZWEJGBAUM. Str. 755. Gimnastyka domowa WŁADYSŁAWA R. KOZŁOWSKIEGO. Ocenil SK. Str. 758. *Odcinek.* Dr Med. Franciszek Veselý. W sprawie kształcenia lekarzy u nas. Str. 758. *Wiadomości bieżące.* Str. 760. Odezwa. Str. 762. Nadesłano do Redakcyi. Str. 762. *Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH NA CZYSTEM.

Spostrzeżenia nad krwawiączką (haemophilia) u kobiet i jej leczeniem.

Podał

Dr Stanisław Klejn,

Ordynator oddziału.

Czytane na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. 7-go maja 1912 r.

Nie mam zamiaru poruszać tu istoty krwawiączki, która dotychczas tak samo, jak ściśle z nią związana teoria krzepnięcia krwi, nie jest całkowicie wyjaśniona, uczynić to jednak będę musiał w trakcie odczytu przynajmniej pobieżnie, gdyż bez znajomości tej teorii trudno nam będzie ocenić działanie zalecanych w krwawiączce środków. Głównym celem mego odczytu jest zwrócenie uwagi na pewną stronę kliniczną tego cierpienia, mało dotychczas znaną, a mianowicie na sprawę hemofilii u kobiet.

Wiadomo Sz. Panom, iż jeszcze i teraz podręczniki, a nawet nowe prace naukowe, jak np. SAHLI'ego określają krwawiączkę jako chorobę właściwą mężczyznom, chorobę zawsze dziedziczną, przechodzącą z pokolenia w pokolenie w ten sposób, że człon-

kwie męscy przenoszą ją wprost na swe dzieci, wyłącznie płci męskiej, dzieci zaś płci żeńskiej choroby wprost nie dziedziczą, natomiast dziedziczą zdolność przenoszenia jej na swe potomstwo również tylko płci męskiej. Jest to znany postulat NASSE'go, który długi czas nie ulegał nikąd zaprzeczeniu, a sporadyczne przypadki krwawiczk u kobiet były zawsze uważane za wyjątki, i to rzadkie, z prawidła powyższego¹⁾.

Otóż gdyby mi wolno było wyprowadzić wnioski z materiału własnego, to musiałbym wypowiedzieć przedewszystkiem pogląd wprost przeciwny, t. j., że większość zapadających na krwawiczkę stanowią kobiety i że i one dziedziczą krwawiczkę na równi z mężczyznami, jeśli nie częściej. Nie uczynię jednak tego, szczególnie w formie powyższej, aczkolwiek miałbym po temu słuszne zasady; albowiem od czasu, gdy ta sprawa poczęła mię interesować, t. j. od roku 1909, widziałem 8 przypadków krwawiczk u mężczyzn, kiedy tymczasem u kobiet przypadków takich w ciągu tego czasu widziałem co najmniej 16 dokładnie obserwowanych. Znaczyłyby to, że kobiety dwa razy częściej zapadają na krwawiczkę niż mężczyźni. Ażeby jednak tak twierdzić, należałoby rozporządzać materiałem daleko większym niż mój. Zresztą przewaga kobiet w materiale moim ma swoją przyczynę specjalną; gdy bowiem zwróciłem uwagę niektórych ginekologów na pewną właściwość hemofilii u kobiet, o której ma tu być mowa, poczęli skierowywać do mnie odpowiednie przypadki. Z drugiej jednak strony nie można twierdzić, że przypadki takie są obecnie częstsze niż dawniej, gdyż w piśmiennictwie, nawet dawniejszem, można znaleźć sporo przypadków hemofilii u kobiet przeważnie błędnie rozpoznanych, jak to widać z dysertacji BÖHMA p. t. „Haemophilie und Menstruation“ z r. 1909.

Główną przyczyną tego, iż mało liczono się z krwawiczką u kobiet, jest ta, że przebiega ona u nich w odrębny zupełnie sposób, a mianowicie najczęściej w postaci krwotoków miesięczkowych, które w oczach obserwujących je lekarzy — przeważnie ginekologów — nie nasuwały wcale myśli o krwawiczk. Najjaskrawszy chyba dowód tego twierdzenia jest praca, która niedawno temu zjawiała się w „Wien. kl. Woch.“, a o której później przy okazji pomówię. Jestem zresztą przekonany, iż i obecnie, gdy przytoczę tu niektóre bardziej typowe przypadki, nie jeden może z obecnych tu ginekologów przypomni sobie, iż przypadki podobne widywał, tylko może nie zawsze uważał je za krwawiczkę.

Pomimo jednak mego szczupłego materiału, mam prawo wyciągnąć z niego przedewszystkiem ten pierwszy wniosek ogólny, że k r w a

¹⁾ Tak np. aczkolwiek już GRANDIDIER obliczył, że częstość krwawiczk u mężczyzn w stosunku do częstości jej u kobiet wynosi 1:11, to jednak jeszcze 3 lata temu BUSSE wypowiedział pogląd, że krwawiczka u kobiet wcale nie zdarza się. Jeden tylko DE BOVIS (Sem. méd. 1905) twierdzi, iż krwawiczka u kobiet zdarza się tak samo często, jak u mężczyzn.

wiaćzka u kobiet zdarza się, i to dość często.—Jak zaś ona wygląda i jaką drogą doszedłem do takiego wniosku, postaram się zilustrować na przykładach.

18-go sierpnia 1903 r. przybyła na mój oddział 11-letnia Ł. K. z drobnymi plamami krwawymi na tułowiu i kończynach w postaci petoci, które zjawiają się u niej od lat 3-ch, przeważnie zimą. Od lat 4-ch kaszle. Chora pozatem opowiada jeszcze, iż od lat 2-u miewa częste, obfite krwotoki z nosa. Badanie chorej, poza petociami i lekkimi zmianami w prawym szczycie i powiększoną wątrobą, nie dało żadnych innych danych. We krwi znalazłem 11560 leukocytów z normalnym mniej więcej stosunkiem form. Rozpoznałem postać powrotną choroby WERLHOFA. Chora, po 3-tygodniowym pobycie w szpitalu, podczas którego petocie znikły wypisała się.

Po 5-iu latach, 11/IV 1908, tę samą chorą, mającą już wtedy lat 15, znów sprowadzono na mój oddział, ale w stanie wprost opłakanym. Chora była trupio blada i ciągle mdlała wskutek gwałtownego upływu krwi z macicy. Była to pierwsza miesiączka, która zjawiała się 3 tygodnie temu i trwała cały ten czas bez przerwy; a jak była obfita, dowodzi, oprócz opowiadania chorej, wynik badania krwi, dokonanego w 2 dni po przybyciu chorej do szpitala: kr. cz. 2092000, hemoglobiny 24%, leukocytów 24800. Chora opowiada, że przed rokiem przebyła tyfus, podczas którego miała obfity krwotok nosowy, krwotoki takie i później często występowały, ale po operacji, dokonanej w nosie przed miesiącem, ustały. Petocie przez całe te 5 lat również się zjawiały, a przy najlżejszem ułknięciu krwawienie zawsze trwało długo, zauważyła to już w 8-ym roku życia. W rodzeniu krwawiączki stanowczo nie było. Przy badaniu chorej, poza dawniej stwierdzonymi objawami, nic więcej nie znaleziono; badanie ginekologiczne wykazało stan organów płciowych zupełnie prawidłowy.

Krwotok maciczny trwał u chorej 4 tygodnie, po-prawa jednak nastąpiła szybko, bo już po 3-ch tygodniach liczba kr. cz. wynosiła 4546000, a zawartość hemoglobiny 70%, przy 11640 leukocytach. Następna miesiączka wystąpiła w miesiąc po ustaniu krwotoku i trwała 6 dni. Trzecia zjawiała się w 6 tygodni po drugiej i trwała 32 dni. Następne 5 trwały już znacznie krócej, bo 4—5 dni, raz tylko 10 dni. Chora wypisała się 20/XII 1908 r. w stanie kwitnącym, przebywszy w szpitalu 8 miesięcy.

Po roku chorą widziałem znów. Przez ten czas peryody trwały do 8-iu dni, nie były zbyt obfite. Petocie ma bardzo często, często również krwawienie z nosa. Chorą wzięłem na obserwację do szpitala po raz 3-i, gdzie przebyła 9 okresów miesięczkowych, każda miesiączka trwała od 6-iu dni (rzadko) do 10-iu dni (najczęściej). Chora stale miała petocie i siniaki na ciele oraz częste i obfite krwotoki nosowe.

Jeżeli za pierwszym pobytem chorej w szpitalu, pomimo obecności objawów, przemawiających za krwawiączką, nie rozpoznałem tejże, to

przyczyną tego był fakt, iż do tego czasu nie zauważyła chora żadnego obfitego krwawienia, tak częstego w hemofilii, a głównie trzymanie się przy rozpoznaniu utartego prawidła, że krwawiączka u kobiet zdarza się wyjątkowo i zawsze jest dziedziczną. Wobec jednak zjawienia się gwałtownego krwotoku macicznego podczas 2-u miesiączek i stałej obfitej miesiączki w dalszym przebiegu, obok innych objawów skazy krwotocznej, byłem zmuszony rozpoznać krwawiączkę, pomimo braku dziedziczności. Wszelkie inne rozpoznanie stanowczo musiało tu być wykluczone.

Przypadek ten pozwala nam wyprowadzić następujące wnioski: 1) istnieją przypadki krwawiączki u kobiet, w których dominującym objawem są obfite i długotrwałe krwawienia maciczne, występujące podczas miesiączki, 2) krwawiączka w takich przypadkach może być nie dziedziczną, lecz nabytą, 3) objawy tej choroby mogą wystąpić dopiero w późnym dzieciństwie i 4) główny objaw tej postaci chorobowej — krwotok maciczny — może zjawić się z chwilą wystąpienia pierwszej miesiączki. Jak ważnym jest ten ostatni fakt, jak groźnym stać się on może dla życia chorych, wskaże nam następujące spostrzeżenie, które uczyniłem w rok po pierwszym i którego zejście było dla chorej fatalne.

15/II 1909 r. wezwany zostałem przez kolegę A. NATANSONA do chorej 17-letniej R. R., u której zmuszony był drogą mechaniczną zatrzymać krwotok maciczny, powstały w następstwie bardzo obfitego peryodu, który trwał już 6 tygodni. U chorej, trupio bladej, znalazłem tego dnia (krwotok był już zatrzymany) 1500000 kr. cz. i 16% hemoglobiny. Chora opowiada, że od kilku miesięcy miewa krwawienie z dziąseł wyraźnie obrzmiałych, pozatem petocie i siniaki na ciele często bez powodu, z nosa również miewa krwotoki, ale rzadko. Pierwszy peryod dostała w 13-ym roku życia, w ciągu 4-ch lat przychodził regularnie i w ilości prawidłowej. Dopiero ostatni peryod był tak gwałtowny. W rodzinie tylko brat miewa bardzo obfite krwotoki z nosa.

Rozpoznałem krwawiączkę. Chora bardzo szybko straciła anemię i miała następnie kilka peryodów dość normalnych, trwających jednak do 8-10 dni. Chora, którą uprzedziłem o niebezpieczeństwie, jakie jej grozi i której radziłem pokazać się natychmiast, gdy się pokaże obfity peryod, wezwła mnie dopiero po 4-ch miesiącach, gdy już przebyła jeden bardzo obfity peryod 10-dniowy i na 12-y dzień obecnego peryodu, nadzwyczaj obfitego. Chora znów była tak wykrwawiona, że miała wyraźne objawy anemii mózgu i chwilami traciła przytomność. Pomimo jednak wszelkich zabiegów, skierowanych ku powstrzymaniu krwawienia i usunięciu następstw anemii, chora na 4-ty dzień obserwacji, a 16-go dnia miesiączki zmarła wskutek upływu krwi.

Przypadek ten, potwierdzając niektóre wnioski wyżej podane, wskazuje: 1) że krwotoki maciczne, miesiączkowe mogą być

groźne wprost dla życia chorej i po 2) że pomimo dziedziczności objawy krwawiaczki, szczególnie miesięczkowej, zjawiać się mogą dość późno, bo dopiero w 17-ym roku życia i nie przy pierwszej miesiączce.

Takie późne zjawienie się objawów krwawiaczki widziałem niejednokrotnie, zarówno w przypadkach odziedziczonych, jak i nabytych; powiem nawet więcej: w całym moim materyale miałem tylko 2 przypadki, gdzie objawy krwawiaczki u dziewcząt zjawily się wkrótce po urodzeniu, najczęściej zaś pierwszym objawem choroby bywała miesiączka krwotoczna, poprzedzana niezawsze na kilka miesięcy lub lat usposobieniem krwotocznem skóry i błon śluzowych.

Dalsze spostrzeżenia potwierdziły i inne wnioski, wyprowadzone ze wspomnianych 2-u przypadków. Przedewszystkiem, co do sprawy dziedziczności. Przekonałem się mianowicie, że na 16 przypadków w 7-iu nie byłem w stanie stwierdzić żadnej dziedziczności, pomimo najstaranniejszych wywiadów; wskazuje to najlepiej, że krwawiaczka, na razie powiedzmy, u kobiet, często występuje jako choroba nabyta.

Że krwawiaczka u kobiet z objawami ze strony macicy, nie jest rzeczą rzadką, potwierdza statystycznie mój materyał, w którym aż 14 przypadków na 16 miało tę cechę swoistą, a w 2-u zaś objawy hemofilii przedstawiały się podobnie, jak u mężczyzn. Z tych ostatnich jeden przypadek dotyczył 30-letniej mężatki, S. L., którą pierwszy raz widziałem również już w r. 1903, a która cierpiała na krwawiaczkę dziedziczną. U chorej tej od 10-iu lat zjawia się krwawienie z obrzmiałego dziąsła prawej górnej szczęki i z głowy przy czesaniu. Od 16-go roku życia chora miewa krwawienie z nosa. Peryody są prawidłowe. W 20-ym roku życia L. urodziła dziecko bez krwotoku; podczas ciąży krwawienia niema, natomiast krwawienie zjawia się, gdy karmi. Mamy zatem krwawiaczkę dziedziczną u kobiety bez objawów macicznych z dość późnym (bo w 16-ym roku życia) początkiem.

Drugi przypadek krwawiaczki nabytej, o postaci, że się tak wyrażę, męskiej, z początkiem późnym, dotyczył 22-letniej chorej R. M., u której pierwsze objawy choroby, niewątpliwie nabytej, również wystąpiły dopiero w 18-ym roku życia w postaci krwawienia z dziąseł, z nosa, petoci i siniaków rozległych. Peryody regularne, niezbyt obfite.

[D. c. n.].

II. O tak zwanej bronchiolitis obliterans.

Podał

Dr Med. Marya Dunin-Karwicka.

Asystentka przy katedrze Anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dalszy ciąg. — Patrz № 24).

Przypadek EDENSA, zakończony śmiercią, dotyczył 23-letniego do tego czasu zupełnie zdrowego osobnika, który 25-go listopada miał do czynienia z kwasem solnym oraz azotowym i dopiero 12-go grudnia zapadł na ciężkie objawy duszności. *Status*: Oddech bardzo przyspieszony, tętno 140; rzężenia wilgotne, bezdźwięczne, ostra rozedma płuc, ale brak zupełny jakiegokolwiek stłumienia. 18-go grudnia podniesienie się ciepłoty do 38°, 19-go zaś grudnia, t. j. w 26-ym dniu choroby *exitus letalis*. W jednym z obu przypadków EDENSA, zakończonych wyzdrowieniem, miało miejsce działanie na drogi oddechowe wyziewów kwasu siarczanego i azotowego, poczem w 12 godzin wystąpiła duszność oraz płucie krwią. Już jednak na drugi dzień chory miał się lepiej, a po miesiącu opuścił szpital, wyleczony zupełnie. Podczas całego przebiegu choroby ciepłota była prawidłowa. W drugim przypadku zaszło wdychanie wyziewów amoniaku. *Status*: Duszność, tętno 128, brak stałego stłumienia, a tylko przemijające stłumienie w obrębie płatów dolnych, które EDENS objaśnia ostrem przekrwieniem; ostra rozedma płuc, wilgotne i suche rzężenia; niewielkie podniesienie się ciepłoty podczas pierwszych dni choroby. Po trzech dniach chory wykaszlała na 15 ctm. długą, 3 ctm. szeroką i do trzech mm. grubą błonę, która przy badaniu drobnowidowem okazała się obumarłą śluzówką oskrzelową. Barwienie według WEIGERT'a na włókna sprężyste dało wynik ujemny. Barwienie na włóknik wykazało, iż cała błona przepleciona była gęstą siecią włóknika. W powierzchownych warstwach wykaszlanej błony znajdowały się nieliczne paciorkowce. Różnicę przebiegu w swoich 3-ch przypadkach EDENS objaśnia tem, iż chory z zejściem śmiertelnem pracował na otwartem powietrzu, skutkiem czego gryzące wyziewy były rozrzedzone i mogły dzięki temu dostać się do oskrzelików i działać na nie przez wiele godzin z rzędu. Wyziewy te jednak mimo swego rozrzedzenia były jednak jeszcze dosyć gryzące, ażeby wywołać, według wyrażenia EDENSA, „martwicę nabłonka oskrzelowego”. Dwaj inni chorzy natomiast wystawieni byli na działanie kwasów gryzących w zamkniętych, źle przewietrzanych miejscach; działanie to było więc znacznie silniejsze, ale zato krótsze i wywołało zapewne gwałtowny skurcz mięśni oskrzelowych oraz gwałtowne obrzmienie śluzówki w oskrzelikach, w skutek czego dalsze przenikanie gazów stało się niemożliwem.

Przechodząc z kolei do drugiej grupy, widzimy, iż pierwszy przypadek LANGEGO dotyczył 22-letniej, dotychczas zupełnie zdrowej służącej, która na 8 dni przed śmiercią dostała kaszlu, na 3 zaś przed śmiercią bólu głowy, ziębienia oraz silnej duszności. *Status* 6/iv: Budowa i odżywienie dobre; sinica na całym ciele, duszność i silne napady kaszlu; tony serca czyste, tętno przyspieszone, wypuk płuc stłumienia nie wykazuje, wysłuch stwierdza w dole po prawej stronie rżenia pojedyncze, drobnobańkowe; plwocina śluziasta, różowo zabarwiona; wieczorem lekkie podniesienie się ciepłoty. 7/iv wzrastająca duszność oraz sinica; w obrębie obu płuc obfite rżenia drobnobańkowe; wysokie podniesienie się ciepłoty, ostra niedomoga serca. Wśród objawów ciągle wzmagającej się duszności i sinicy tego samego jeszcze dnia *exitus letalis*. Drugi przypadek LANGEGO dotyczył 32-letniego tapicera, cierpiącego od pół roku na kaszel i duszność, która od 4. tygodni wzmogła się. Od 2-u dni pogorszenie. *Status* 23/vi: Budowa mierna, tusza znaczna; sinica; płuca wolne tak od stłumienia, jak i od oddechu oskrzelowego, tylko drobnobańkowe rżenia; tętno przyspieszone; uciążliwy kaszel, skąpa, krwawo prążkowana pienista plwocina; ciepłota prawidłowa. 24/vi: ciepłota z rana 37,8°; wśród ciągle wzrastającej sinicy nagle w południe śmierć.

Przypadek VOGEL'a dotyczył 11-letniego dotychczas zdrowego dziecka, które 30-go marca zapisane zostało do szpitala. Przed laty odra. Z początkiem marca objawy znużenia, gorączka oraz ból gardła, wyraźnej wysypki nie było. W połowie marca łuszczenie się skóry. Od 23-go marca duszność i kaszel; ciepłota odąd prawidłowa. 30-go marca nagły napad silnej duszności, gwałtowne bicie serca oraz wystąpienie sinicy. *Status* 30/iii: Tętno małe, ciepłota 35,8°; w obrębie obu płuc rżenia drobno- i średniobańkowe oraz oddech zaostrozony. Tony serca ciche, lecz czyste. W moczu w osadzie wałeczki oraz białe i czerwone ciała. Migdały powiększone, robią przytem wrażenie jakby się od nich świeżo oddzieliły naloty. 31-go marca *exitus letalis*.

Oba przypadki MÜLLER'a dotyczyły starszych ludzi, którzy zmarli na podostłą *bronchiolitis* wśród objawów ciągle wzrastającej rozedmy płuc oraz utrudnionego oddychania.

Co do przebiegu klinicznego naszego wreszcie przypadku, to omówiliśmy ten przypadek na samym początku tej pracy.

Z powyższego zestawienia dotychczas opisanych przypadków wynika, że główne objawy kliniczne *bronchiolitidis obliterant*. polegają na silnej duszności oraz sinicy przy braku poważniejszych zmian obiektywnych tak w sercu, jak i w płucach, gdyż poza przyspieszoną działalnością z jednej strony, a rżeniami, rozedmą i nieznacznym skróceniem wypuku z drugiej, nie w narządach tych przy badaniu klinicznym nie udało się stwierdzić. Toteż rozpoznanie kliniczne *bronchiolitidis obliterantis* w przypadkach bez określonej etyologii musi być zaliczone do jednego z najtrudniejszych. Nie dotyczy to oczywiście przypadków, w których już sama przyczyna, wywołująca chorobę, wskazuje niejako na rodzaj choro-

by. Przykładem tego jest przypadek FRÄNKEL'a, który na podstawie pracy LANGE'GO, po wyłączeniu prostego przekrwienia płuc, nie objaśniającego przebiegu choroby z jej 3-a okresami, jeszcze za życia chorego trafnie postawił rozpoznanie.

Rokowania w *bronchiolitis obliterans* jest oczywiście dla chorego jak najniepomyślniejsze, chociaż ostry jej okres, jak tego dowodzą 2 przytoczone powyżej przykłady (przypadki EDENSA) może zakończyć się wyzdrowieniem. Z zapoczątkowaniem spraw wytwórczych w oskrzelikach, to zn. z właściwym początkiem sprawy, prowadzącej do zamknięcia oskrzelików, choroba przechodzi w okres nieuleczalny, kończący się śmiercią danego osobnika. Co się tyczy teoretycznej możliwości przywrócenia drożności oskrzelików dzięki skurczeniu się nowopowstałej tkanki łącznej, możliwości, na którą w przebiegu stwardnienia popneumonicznego wskazuje FRÄNKEL, MARCHAND i JOSEPHSON, to, zdaniem naszym, zaledwie można ją tu brać w rachubę.

Cała sprawa chorobna, odpowiednio do zmian histologicznych, stanowiących jej tło, rozwija się niepostrzeżenie, czego oczywistym dowodem jest pierwszy przypadek EDENSA, gdzie chory 25-go listopada uległ działaniu gryzących gazów, a zachorował dopiero 17-go grudnia. Ciężkie objawy subiektywne szczególnie w przypadkach drugiej grupy występują dopiero w okresach końcowych i stoją w ścisłym związku z ostrą niedomogą serca, które, pracując nad siły od dłuższego już czasu, nagle służbę swą wypowiada. W naszym przypadku wystąpiły poważniejsze objawy na 11 dni przed śmiercią, przybrały jednak zatrważający charakter dopiero na 3 dni przed śmiercią. To samo zupełnie da się powiedzieć o pierwszym przypadku LANGE'GO. W drugim jego przypadku dolegliwości chorego trwały już wprawdzie od pół roku, ale uciążliwymi stały się dopiero na 4 dni, a w przypadku VOGEL'a na 1 dzień przed śmiercią. Także i w przypadkach pierwszej grupy pogorszenie następowało na niewiele dni przed zgonem (w przypadku FRÄNKEL'a na 6 dni, w przypadku EDENSA na dwa dni). Co się tyczy trwania całej sprawy, to na podstawie przytoczonych spostrzeżeń, przypuszczać należy, iż sprawa ta rozegrać się może w przeciągu stosunkowo krótkiego okresu czasu. I tak w przypadku FRÄNKEL'a okres ten wynosi 21 dni, w przypadku EDENSA (zakończonym śmiercią) 26 dni, w przypadku zaś WEGELINA 7 tygodni. Co się tyczy przypadków drugiej grupy, to oczywiście możemy tu już tylko robić przypuszczenia, gdyż nie jesteśmy w stanie określić początku choroby. Pewnych wskazówek w tym względzie mogą nam do pewnego stopnia udzielić może spostrzeżenia nad stwardnieniem popneumonicznym płuc, które według FRÄNKEL'a rozpoczyna się często już w drugim tygodniu choroby.

Dziwnym i zastanawiającym objawem w przebiegu *bronchiolitis obliterans*, szczególnie w przypadkach pierwszej grupy, jest gorączka, tem bardziej, iż w skrawkach płuc nigdzie drobnoustrojów nie stwierdzono i że nieliczne dwoinki zapalenia płuc oraz paciorkowce w przypadku

FRÄNKEL'a i 3-im przypadku EDENSA znaczenia chorobotwórczego prawdopodobnie nie miały. Pewną analogię z obserwacją tą przedstawiają spostrzeżenia FRÄNKEL'a, według których częstym objawem rozwijającego się stwardnienia popneumonicznego jest właśnie nieustępowanie gorączki.

Co się tyczy wyników sekcji we wszystkich tu zebranych przypadkach, to przedstawiają się one zupełnie identycznie z naszym przypadkiem, z tą tylko różnicą, iż w przypadku FRÄNKEL'a wiele drobnych tętnic w płucach wykazało zakrzepy, a na powierzchni przekroju płuc obok guziczków znajdowały się liczne, dochodzące wielkości soczewicy ogniska bezpowietrzne o znaczniejszej zbitości, wyglądzie ziarnistym i barwie brunatnawej, przyczem odpowiadająca im opłucna pokryta była nalotami włóknkowymi; w drugim zaś przypadku LANGEGO prawy przedsionek i prawa komora (długotrwały przebieg choroby) uległy przerostowi. O wyglądzie gruczołów okołooskrzelowych znajdujemy niestety wzmianki tylko u WEGELINA i VOGEL'a; w przypadku WEGELINA były one bez zmian, w przypadku zaś VOGEL'a zawierały stare, zwapniałe ogniska gruźlicze. Co się tyczy wyglądu śledziony; to LANGE w obydwu swoich przypadkach znalazł ją powiększoną. W naszym przypadku była ona wprawdzie wielkości prawidłowej, ale była miękką i wykazywała powiększenie grudek chłonnych (folikuly). Inni badacze narząd ten pomijają milczeniem.

Większość autorów zaznacza trudność różniczkowego rozpoznania na stole sekcyjnym między *bronchiolitis obliterans* a gruźlicą prosówkową. Wprawdzie przy *bronchiolitis obliterans* większość guziczków mniej wystaje nad powierzchnię od gruzełków prosówkowych i jest raczej barwy szarawo białej niż szarawo przeświecającej, na co bardzo trafnie zwrócił uwagę LANGE, ale to nie dotyczy bynajmniej wszystkich guziczków i wiele z nich niczem się nie różni od gruzełków prosówkowych. Również i skutkiem widelkowatych rozgałęzień podłużnie ciętych ognisk ziarninowych oraz rozgałęzień ich w kształcie listka konieczyny, mogą według LANGEGO powstać obrazy „uderzająco podobne“ do okołooskrzelowych gruźliczych ognisk serowatych. Według naszych spostrzeżeń to podobieństwo o tyle nie odpowiada rzeczywistości, iż ogniska w *bronchiolitis obliterans* są o wiele drobniejsze i mają charakter nie serowaty, lecz wybitnie łącznótkankowy. W I-ym przypadku LANGEGO podobieństwo z prosówką było tak wielkie, iż dopiero brak przebiccia tak do przewodu piersiowego, jak i do żył płucnych, oraz brak gruzełków we wszystkich innych narządach zachwiał rozpoznaniem gruźlicy prosówkowej. Także i w naszym przypadku obrazy w płucach obudziły najpierw podejrzenie prosówki, które jednak w dalszym przebiegu sekcji potwierdzenia nie znalazło i dopiero badanie drobnowidowe wyjaśniło nam istotny charakter zmian makroskopowych, znalezionych w płucach.

Jeżeli porównamy teraz wyniki drobnowidowego badania zebranych tu przypadków pierwotnej *bronchiolitidis obliterant*, najpierw między

sobą, następnie z obrazami, opisanymi przy wtórnej *bronchiolitis obliterans*, a wreszcie ze spostrzeżeniami w naszym przypadku, to stwierdzimy różnice następujące:

Charakter wysięku w oskrzelikach przy pierwotnej *bronchiolitis obliterans*.

W obydwu przypadkach LANGEGO (9) wysięk w oskrzelikach nosił charakter wybitnie włóknikowy (barwienie na włóknik według WEIGERT'a). FRÄNKEL (4) natomiast włókniaka wcale nie znalazł i według jego spostrzeżeń zawartość oskrzelików stanowi mieszanina śluzu, płynu surowiczego oraz złuszczonych nabłonków. Podobne spostrzeżenia poczynił WEGELIN (18), któremu ani w zawartości oskrzelików, ani też w polipach ziarninowych włókniaka stwierdzić się nie udało i który wypowiada przypuszczenie, iż tkanka ziarninowa wrasta tutaj w wysięk ropny. EDENS (2) znalazł wprawdzie w zawartości oskrzelików zaledwie tylko ślady włókniaka, ale spotykał zato często ogniska włóknikowe pod postacią gęstej sieci w wewnętrznych warstwach ścian oskrzelików, zazwyczaj już zewnątrz warstwy mięśniowej, czasami jednak i pomiędzy pęczkami włókien mięsnych. Obrazy te objaśnia on tem, iż właściwy okres włóknikowy zapalenia już minął i włóknik w zewnętrzne warstwy oskrzelików uniesiony został. W naszym przypadku, jak to już zresztą zaznaczyliśmy, barwienie na włóknik dało wynik ujemny, ponieważ jednak wysięk w oskrzelikach posiadał wygląd bądź grubo prążkowany (nie mający nic wspólnego z prążkowanym wyglądem śluzu), bądź też jednolicie bryłowaty, różniący się wybitnie od drobnoziarnistej zawartości pozostałych oskrzeli (ścięty płyn surowiczy, *detritus* komórkowy), to wydaje się nam prawdopodobnem, iż mamy tu do czynienia bądź ze zwyrodniałym włóknikiem, bądź też z ciałem blisko z włóknikiem spokrewnionem. Co się tyczy leukocytów wielojądrowych, to były one w naszym przypadku bardzo nieliczne i czysto ropnego wysięku w oskrzelikach prawie nie widzieliśmy.

Pochodzenie tkanki ziarninowej.

Według EDENSA zamykająca oskrzeliki ziarnina rozwija się z błony śluzowej oskrzelików, co wynika z następujących ustępów jego pracy: „Błona podstawowa (śluzówki oskrzelików) jest naogół jeszcze nietknięta; trafiają się już jednak miejsca, gdzie błona ta znika wśród komórek o dużych, bladych jądrach. Komórki te, mnożąc się, wrastają pod postacią czopka do światła oskrzelika, wypełniając je wreszcie zupełnie“. Dalej pisze on, iż w okresach początkowych błona podstawowa zastąpiona zostaje przez komórki włóknotwórcze, „pochodzące od bezpośrednio pod błoną podstawową leżących komórek łącznotkankowych“ (EDENS 2). Szczelina w pierścieniu mięśniowo-sprężystym ma według EDENSA powstawać tam, gdzie rozwijająca się z błony śluzowej oskrzelika ziarnina styka się z tym pierścieniem. Wprawdzie w późniejszych

okresach przyjmuje EDENS także i bujanie tkanki okołoskrzelikowej, ale tylko bujanie odśrodkowe, t. j. w kierunku ku pęcherzykom płucnym. ALDINGER (1) mówi o bujaniu „ścian oskrzelików” i o wychodzącej stąd organizacyi wysięku, nie określając jednak bliżej warstwy, dającej według niego początek ziarninie. O późniejszym bujaniu tkanki okołoskrzelikowej pisze on to samo, co EDENS: „Powstająca dzięki rozrostowi tkanki okołoskrzelikowej tkanka łączna wkracza do sąsiadujących z oskrze-likiem pęcherzyków płucnych” (ALDINGER 1). W pracy MÜLLER’a (12) znajdujemy o pochodzeniu nowo powstałej tkanki uwagi następujące: „*Bronchiolitis obliterans* rozwija się najwidoczniej ze szczególnie ciężkich postaci ostrej i podostrej *bronchiolitidis*, w której przebiegu ściany oskrze-lików ulegają poważnym uszkodzeniom, tak iż nie tylko nabłonek ginie miejscami zupełnie, ale, co więcej, pierścień mięśniowo-sprężysty zostaje rozluźniony, albo nawet przerwany. Z tych miejsc ściany oskrze-lików, gdzie w pierścieniu tym znajduje się szczelina, wrastają do wy-pełnionego jeszcze po części leukocytami światła oskrzelików pod posta-cią guziczka młode komórki łącznotkankowe” (MÜLLER 12). LANGE (9) nie wypowiada się wyraźnie, mówiąc jedynie ogólnikowo przy końcu swej pracy o organizacyi wysięku, mającej za punkt wyjścia „obnażone z nabłonka ściany oskrzelików”. O bujaniu tkanki okołoskrzelikowej nie znajdujemy u niego żadnych wzmianek; wspomina on tylko o prze-rywaniu przez polipy ziarninowe pierścienia mięśniowo-sprężystego oskrzelików. FRÄNKEL (4) pisze wprawdzie o rozwoju ziarniny „z obna-żonej z nabłonka śluzówki oskrzelików”, ale jednocześnie podkreśla on z naciskiem, iż polipy ziarninowe pozostają w ścisłym związku z tkanką okołoskrzelikową i że przerywają one pierścień mięśniowo-sprężysty oskrzelików. HART (7, 8) wywodzi rozwijającą się ziarninę od tkanki łącznej, wchodzącej w skład oskrzelików, w szczególności zaś do tkanki okołoskrzelikowej. Twierdzi on mianowicie na podstawie spostrzeżeń swoich, iż tkanka okołoskrzelikowa ulega bujaniu i pierścień mięśniowo-sprężysty przerywa. Także i STEINHAUS (15) jest zdania, iż występujący w płucach po odrze u dzieci rozrost śródmiąższowy, z którym bardzo często idzie w parze zarośnięcie oskrzelików, pozostaje w ścisłej co do powstania swego łączy z okołoskrzelikowymi grudkami chłonnymi. HERBIG (6) wątpi wogóle, aby nowo powstająca tkanka łączna jednolite-go była pochodzenia. Utrzymuje on mianowicie, czego my jednak po-twierdzić nie możemy, iż podczas gdy środkowe części polipów ziarnino-wych odznaczają się obfitością limfocytów, to obwodowe ich odcinki natomiast posiadają budowę wyraźnie włóknistą¹⁾ i wypowiada na pod-stawie spostrzeżenia tego przypuszczenie, iż mamy tu do czynienia z dwoma rodzajami tkanek. I tak, odcinki włókniste mają pochodzić

¹⁾ Według naszych spostrzeżeń środkowe i obwodowe odcinki polipów posiadają zupełnie tę samą budowę.

według niego od zwykłej tkanki łącznej oskrzelika, odcinki zaś o bardzo komórkowem utkaniu od okołooskrzelikowej tkanki adenoidalnej. Na potwierdzenie tego przytacza on jakoby uczynione przez siebie spostrzeżenie, iż cząsteczki węgla znajdują się wyłącznie w środkowych tylko odcinkach polipów. Także i temu zaprzeczyć musimy, gdyż widzieliśmy węgiel w równej mierze tak w środkowych, jak i obwodowych odcinkach polipów i ognisk ziarninowych. WEGELIN (18) pisze o pochodzeniu zamykającej oskrzeliki ziarniny co następuje: „Nowo powstająca tkanka łączna bierze swój początek w zewnętrznych warstwach ścian oskrzelików, gdyż przerywa ona pierścień mięśniowo-sprężysty oskrzelików, a naczynia jej włoskowate pozostają w nierozdzielnej łączności z naczyniami tkanki okołooskrzelikowej”.

Co się tyczy naszego mniemania wreszcie, to wypowiedzieliśmy już je w streszczeniu naszych wyników. Tutaj, chcemy raz jeszcze tylko podkreślić, iż w naszym przypadku cała ziarnina pochodziła jedynie i wyłącznie od tkanki okołooskrzelikowej. Na podstawie widzianych przez nas obrazów twierdzimy bowiem stanowczo, iż błona śluzowa oskrzelików zachowuje się tutaj najzupełniej biernie, czego oczywistym dowodem jest okoliczność, iż poza miejscami wtargnięcia polipów ziarninowych jest ona ubogą w jądra i wolną od komórek włóknotwórczych, znajdując się — że się tak wyrazimy — w stanie spoczynku w przeciwieństwie do bujającej we wszystkich kierunkach także i poza miejscami wtargnięcia polipów oraz w najwyższym stopniu drobnokomórkowo nacieklej tkanki okołooskrzelikowej. Zresztą jako bezpośrednie dowody okołooskrzelikowego pochodzenia mas ziarninowych, poza topografią ich służyć jeszcze mogą po pierwsze: obecność w nich cząsteczek węgla, po drugie zaś: układ podłużnych jąder w nóżkach polipów. Polipy, jak to już opisaliśmy, leżą tu mianowicie na przekrojach poprzecznych zawsze mniej lub więcej prostopadle do włókien pierścienia mięśniowo-sprężystego; otóż gdyby szczelina w tym pierścieniu zawdzięczać miała swe powstanie zetknięciu się z niszcząco na nią działającą i od śluzówki pochodzącą ziarniną, to nie widzimy powodu, dla którego komórki w nóżkach polipów, t. j. w miejscu wtargnięcia polipów do światła oskrzelików, w ten właśnie sposób układaćby się miały; przyjmując zaś okołooskrzelikowe pochodzenie ziarniny, układ ten objaśnia się bardzo prosto dążeniem komórek na miejsce ich przeznaczenia najkrótszą możliwie drogą. Ustalenie faktu, czy pochodzenie mas ziarninowych we wszystkich przypadkach *bronchiolitis obliterantis* jest zawsze jedno i te same, należy do badań przyszłych. Nie jest wyłączeniem, iż przy różnej etyologii i pochodzenie to różnem być może.

Nabłonek oskrzelowy, a organizujące wysięk masy ziarninowe.

Większość badaczy w myśl dawno ustalonego poglądu przyjmuje, iż do organizacyi wysięku tam tylko przyjść może, gdzie brak jest

nabłonka wyściełającego oskrzeliki. W sprawie tej HART (18) pisze co następuje: „Co się tyczy utraty wyściełającego nabłonka, to jest to warunek *sine qua non*, gdyż tylko tam może bujająca tkanka łączna wtargnąć do światła oskrzelika lub pęcherzyka płucnego, gdzie nie napotyka na swej drodze zapory fizyologicznej pod postacią nienaruszonego nabłonka”. Do wprost przeciwnych wyników dochodzi natomiast HERBIG (6), który utrzymuje, iż polipy ziarninowe mogą oddzielić nabłonek oskrzelików od ścian oskrzelików i niejako w niego się ubrać. Powołuje się on przytem na jakoby przez siebie widziane obrazy, gdzie nabłonek odcigał tylko wierzchołki polipów ziarninowych, podczas gdy dolne części polipów nabłonkiem pokryte nie były. Także i FRÄNKEL opisuje w widzianym przez siebie przypadku wtórnej *bronchiolitis obliterans* po pneumonii aspiracyjnej przesuwanie i przerywanie nabłonka oskrzelików przez wrastającą do światła ziarninę. Co się tyczy naszych spostrzeżeń, to zgadzają się one zupełnie ze spostrzeżeniami HARTA i na podstawie ich doszliśmy do przekonania, iż nabłonek stanowi zaporę nie do przebycia dla dążącej ku światłu oskrzelika tkanki ziarninowej. Jako oczywisty tego dowód uważamy opisane przez nas obciążnięte nabłonkiem wpuklenia dośrodkowe w ściany oskrzelików. Bujająca na wszystkie strony, a więc także i w kierunku do światła oskrzelików, tkanka okołoskrzelikowa wpukla początkowo ściany oskrzelików bez przerywania ich pierścienia mięśniowo-sprężystego, to jest razem z tym pierścieniem; w dalszym przebiegu pierścienia ten jednak uszkodzony zostaje, podczas gdy nienaruszony przedtem nabłonek i w dalszym ciągu niepokornym pozostaje, nie ulegając ani przerywaniu, ani też oddzieleniu od ścian i nie dopuszczając do organizacji wypełniającego oskrzeliki wysięku, co przeciwnie w szerokiej mierze ma, jak widzieliśmy, miejsce tam, gdzie brak jest nabłonka. Jako dalszy dowód mogą służyć również wzmiankowane przez nas obrazy, gdzie wśród ognisk ziarninowych leżał długi odcinek jednowarstwowego walcowatego nabłonka, który ze wszystkich stron przez ziarninę otoczony został, a mimo to nie uległ przerywaniu. Domniemane spostrzeżenia HERBIGA polegają prawdopodobnie na złudzeniu, przed którym ostrzegaliśmy poprzednio, zwracając uwagę na okoliczność, iż w całości od ściany oskrzelika oddzielony nabłonek tak blisko znajdować się może powierzchni polipów ziarninowych, iż zdaje się obciążać wierzchołki polipów. Co się tyczy teraz późniejszego (wtórnego) pokrycia nabłonkiem powierzchni polipów ziarninowych, to, jak to już zaznaczyliśmy, zjawisko to spotyka się nader rzadko. Natomiast prawie zawsze mogliśmy stwierdzić poronną, że tak określiliśmy, w tym kierunku dążność, wyrażającą się faktem, iż nabłonek, wyściełający oskrzelik, przechodzi na podstawę, względnie na nóżki polipów i nóżki te na nieznacznej obciąża przestrzeni (rysunek 1). Obrazy te widziane także i przez HARTA pobudziły go do następującej uwagi, którą dosłownie przytaczamy: „Nie można rzeczywiście obronić się zdziwieniu, widząc, iż obdarzony wielką energią bujania nabłonek oskrzeliko-

wy, względnie nabłonek pęcherzyków płucnych, nie jest jednak w stanie obciągnąć powierzchni mas ziarninowych“. Przyczynę zjawiska tego dostrzega HART w niewessaniu się wysięku, pobudzającego z jednej strony dalsze wytwarzanie się ziarniny, z drugiej zaś strony podtrzymującego ustawiczne łuszczenie się nabłonka, skutkiem czego szczelina w nabłonku zamknąć się nie może.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

89. S. Chauvet. Leczenia współczesne reumatyzmu tryprowego.

W ostatnich czasach leczenie reumatyzmu tryprowego wzbogaciło się kilku skutecznymi metodami, które w połączeniu z dawnymi, stanowią silny oręż w zwalczaniu tego nieraz bardzo uporczywego cierpienia. CHAUVET, zestawiając własne wyniki stosowania tych metod z wynikami innych autorów, proponuje następujący ogólny plan w leczeniu reumatyzmu tryprowego.

A. Arthritis gonorrhoeica serosa. W tej postaci na pierwszym miejscu należy postawić stosowanie surowicy przeciwmeningokokowej (FLEXNER'a lub DOPTERA). Jakkolwiek meningokok i dwoinka NEISSER'a są to dwie bakterye całkiem różne, pod względem barwienia się, morfologicznym i biologicznym posiadają pewne analogie, które skłoniły PISSAVY'ego i CHAUVET'a (1909) do spróbowania surowicy przeciwmeningokokowej i w przypadkach reumatyzmu tryprowego. Próby wypadły bardzo zachęcająco. Pod wpływem tej surowicy bole samoistne na 2—3-ci dzień po wstrzyknięciu ustępowały prawie w zupełności; jednocześnie wysięk w stawie i obrzęk okołostawowy wchłaniały się stopniowo; bole przy ucisku stawu lub poruszeniach chorego zaczęły się zmniejszać dopiero na 4-y—5-y dzień po wstrzyknięciu surowicy, a 8—9 go dnia zniknęły w zupełności. Pod koniec drugiego tygodnia leczenia pozostawał lekki obrzęk ciastowaty w okolicy stawu, umożliwiający zupełnie wykonywanie ruchów. To silne działanie przeciwbolowe surowicy antymeningokokowej zapobiega tworzeniu się przykurczeń, a w przypadkach zajęcia stawu kolanowego pozwala wcześniej wyłączyć wadliwą pozycję zgięcia ksobnego i nie dopuszcza do odleżyn.

Wyniki CHAUVET'a zostały w zupełności potwierdzone przez wielu innych autorów (RAMOND, CHIRAY, BRIN, MAILLET, BENASSON, STROMINGER i inni). Wstrzykiwania dokonywano w pośladki lub pod skórę biodra przy zachowaniu zwykłej techniki tego rodzaju wstrzyknięć. Pierwsze wstrzyknięcie robiono natychmiast po wystąpieniu zmian stawowych, w ilości 30-u ctm. sz. surowicy. O ile zachodziła potrzeba, wstrzykiwania prowadzono dalej w takiejże ilości, lecz co drugi dzień. Wyjątkowo należało zrobić 5 wstrzyknięć. Wszystkie wstrzyknięcia były nieboleśne i doskonale znoszone przez chorych. Co do działania ubocznego skonstatowano: lekkie podniesienie ciepłoty, która spadała do normy na drugi dzień po wstrzyknięciu, nawet w przypadkach, którym towarzyszyła gorączka przed zastosowaniem surowicy, przemijające obostrzenie bólów w kilka godzin po wstrzyknięciu, niekiedy lekkie t. zw. objawy surowicowe (obrzęki powiek, pokrzywka, bole w stawach).

Przez pierwsze dni choroby staw powinien być unieruchomiony, bez ucisku. Jeżeli napięcie w stawie skutkiem obfitego wysięku jest znaczne, pożytecznym bywa zwykle przekłucie, które jednocześnie wykazuje z jakim wysiękiem ma się do czynienia. Jednocześnie z wstrzykiwaniem surowicy przeciwmeningokokowej CHAUVET radzi stosować gorące powietrze, jako środek silnie uśmierzający bole i przyspieszający wessanie wysięku. Zabieg ten zasługuje na szczególniejszą uwagę w pierwszych dniach uruchomienia stawów i mięsienia, gdy bole jeszcze dokuczają choremu.

Gorące powietrze stosuje się przy pomocy odpowiedniego przyrządu bądźto w postaci kąpeli, bądź prysznicy; w ostatnim wypadku fala ogrzanego powietrza wykonywa i rodzaj masażu. Zależnie od wytrzymałości chorego ciepłotę można podnosić lub obniżać od 80° do 100°; czas trwania posiedzenia: pół do całej godziny codziennie, w przeciągu 2—4-ch tygodni. Po ustąpieniu bólów można przystąpić do wykonywania ruchów biernych i do masażu.

W przypadkach uporczywych i dawniejszych stosowano z dobrym wynikiem rad, jako środek pomocniczy. Najlepiej stosować go, jak to wykazały doświadczenia WICKHAM'a, w formie wstrzykiwań zawiesiny siarczanu radu do zajętego stawu w ilości 20—40-u mikrogramów. Naświetlania radem i okłady z błota, zawierającego rad (właściwie *Actinium*), jakkolwiek również skracają przebieg choroby, nie znalazły szerszego zastosowania ze względu na częste podrażnienie skóry, ewen. zgorzel.

Z innych metod leczenia reumatyzmu tryprowego surowiczego należy wspomnieć autoplasmoterapię, polegającą na wyciągnięciu za pomocą strzykawki płynu z zajętego stawu i wstrzyknięciu go w bliskości stawu podskórnie. Próby tej metody są bardzo szczupłe, aby można było wysnuć jakieś praktyczne wnioski; jednakże ze spostrzeżeń ogłoszonych przez MILLETA i RAMONDA widać, że prosta ta metoda może dać niekiedy dobre rezultaty.

Co się tyczy w ostatnich czasach szeroko próbowanej szczepionki gonokokowej, okazuje się, że działanie jej w przypadkach reumatyzmu tryprowego ogranicza się jedynie do usuwania bólów; wyleczenia trwałego nawet po kilku zastrzyknięciach nie osiągnięto. Jeśli zaś wziąć pod uwagę ostrożność, z jaką należy stosować szczepionkę u chorych osłabionych i gorączkujących, trudności techniczne i zwłokę w przygotowaniu szczepionki autogennej (gdyż taka tylko, zdaniem CHAUVET'a, może być skuteczną), brak ściśle określonej linii postępowania co do dawki i oddzielnych wstrzyknięć — należy przyznać, że, jak do tej pory, metoda WRIGHT'a w leczeniu reumatyzmu tryprowego nie mogła znaleźć szerszego rozpowszechnienia.

Metodę BIER'a, stosowanie silnych prądów stałych, (z wyjątkiem przypadków z występującym zanikiem mięśni), przekłucia z wstrzykiwaniami leków do stawu i artrotomia stanowczo należy zaniechać.

B. Arthralgia gonorrhoeica. Używanie środków uspokajających bole, zewnętrznych i wewnętrznych należy zupełnie odrzucić. Wskazaniem jest w tej postaci stosowanie surowicy przeciwmeningokokowej i gorącego powietrza.

BALZER poleca, jako silnie kojący środek, kąpiele terpentynowe (200—700 gr. na wannę).

C. Arthritis acuta et subacuta, mono-et polyarticularis gonorrh. wymagają leczenia takiegoż, jak postaci z wysiękiem surowiczym, a podczas zdrowienia masaż, elektryczność i ćwiczenia gimnastyczne są metodami podstawowymi.

D. Arthritis gonorrh. purulenta. W czasach gdy stosowano artrotomie w przypadkach reumatyzmu tryprowego z wysiękiem surowiczym, a nawet i bez wysięku, wydawało się logicznem również oddawać w ręce chirurga i formy z wysiękiem ropnym.

Jeżeli dziś stanowczo należy zaniechać operacji w przypadkach z wysiękiem surowiczym, to postaci ropne z wysoką gorączką i ciężkim stanem ogólnym wymagają niezwłocznej artrotomii. Atoli szereg systematycznych przekłuć w postaciach ostrych wykazał, że obok ciężkich są formy reumatyzmu ropnego i łagodne, klinicznie przebiegające jak zwykły reumatyzm tryprowy nieropny. Formy te były wyleczone bądź surowicą przeciwmeningokokową (CHAUVET), bądź wakcyną (MAUTÉ), bądź autoseroterapią (RAMOND). Wynika stąd wniosek, że łagodne przypadki reumatyzmu tryprowego ropnego nadają się do operacji dopiero po uprzednim próbnym, a bezowocnym i nie zbyt długo przeciągającym się leczeniu wewnętrznym.

E. Arthritis gonorrh. chronica. Leczenie tych postaci jest utrudnione ze względu już na zmiany w chrząstkach i kościach stawu. Pomimo tego radzą przedewszystkiem spróbować surowicy przeciwmeningokokowej, od której CHAUVET w kilku zastarzałych przypadkach widział wyraźne polepszenie.

Główną rolę w leczeniu reumatyzmu przewlekłego odgrywają: gorące powietrze i wstrzykiwania siarczanu radu, które łącznie z dawnymi metodami (elektryczność, masaż, mechanoterapia) mogą dać pomyślne rezultaty. Od jodku potasu i fibrolizyny wiele spodziewać się nie należy. Jeżeli tą lub inną drogą uzyska się polepszenie, pożytecznym bywa na stepsze stosowanie kąpiei mineralnych (termy siarczane lub solanki).

(Monographies Cliniques sur les questions nouvelles en médecine etc).

A. Racinowski.

90. R. Magnus. O stosunku głowy do kończyn.

Autor opracował na podstawie doświadczeń z kotami stosunek ruchów głowy do ruchów kończyn i doszedł do wniosku, że stosunek ten zależny jest od 2-u grup odruchowych: 1) od odruchów błędników, wywołanych przez zmianę położenia głowy w przestrzeni, 2) odruchów szyjnych, zależnych od położenia głowy w stosunku do ciała. Przy tych doświadczeniach autor przecinał pień mózgowy, aby wykluczyć odruchy narządów zmysłów i mózgowia. Aby poznać ruchy, zależne od ruchów szyi wyłącznie, pracował autor nad zwierzętami z błędnikami wyciętymi, lub porażonymi przez wstrzyknięcie kokainy. U zwierząt takich przy przechylaniu głowy w jedną stronę wiotczeje przednia kończyna ze strony, w którą przechyla się głowa, a wyciąga się przednia kończyna drugiej strony. Przy kręceniu głową dzieje się odwrotnie. Przy naciskaniu na ostatni wyrostek cierniowy szyi zmniejsza się napięcie przednich kończyn. Dla zbadania wyłącznie odruchów błędnikowych unieruchomił autor głowę, szyję i klatkę piersiową zapomocą gipsu. Przy ustawianiu zwierzęcia w rozmaitych położeniach znajdował on, że każdemu położeniu głowy w przestrzeni odpowiada pewne napięcie przednich kończyn, istnieje przytem położenie maksymalne i minimalne. Te same wyniki otrzymywał autor po wyłączeniu jednego błędnika, co dowodzi, że pozostały błędnik wystarcza do tego, aby wywołać odruchy w kończynach. Odruchy wywołane zapomocą tych doświadczeń są toniczne i trwają tak długo, jak trwa dane położenie głowy, przytem i zmiany napięcia mają miejsce

przeważnie w łokciu i w ramieniu, głównie w mięśniach wyprostnych; mięśnie zginające kurczą się wtedy, gdy się rozpoczyna zwiotczenie tamtych, i naodwrot. Ruchy te działają również na tylne kończyny, tylko w słabszym stopniu. Przy pewnych kombinacjach można wywołać ruchy antagonistyczne tylnych kończyn do przednich, albo lewych do prawych i t. p. Przy uważnem spostrzeganiu normalnych zwierząt zauważył autor, że i u nich wyraźną jest zależność ruchów kończyn od ruchów głowy, przytem stroną kierującą jest zawsze głowa; np. przy bieganiu, jeśli głowa jest podniesiona do góry, wtedy łokcie są wyprostowane, jeśli jest schylona, wtedy łokcie są zgięte. Autor miał sposobność spostrzegać odruchy u ludzi w 5 iu przypadkach ze zmianami mózgowemi, w których można było uważać mózgowie za zupełnie wykluczone. W 4-ch z tych przypadków widział autor odruchy przy skręceniu szyi, podobne jak przy doświadczeniach z kotami, prócz tego udało mu się też wywołać odruchy błędnikowe. Autor rzuca pytanie, czy odruchy te grają rolę u normalnego człowieka, czy też odzyskują one prawo bytu jako odruchy filogenetyczne wtedy tylko, gdy mózgowie jest wykluczone.

Marta Erlichówna.

(*Münchener medicinische Wochenschrift* 1912, Nr. 13).

91. Melchior i Wolff. Znaczenie rozpoznawcze mierzenia ciepłoty skóry w cierpieniach stawów.

Autorzy określają ciepłotę skóry zapomocą termometru, który przytwierdza się do skóry zapomocą chwytника. Ciepłota skóry na stawach gruźliczych jest stale podwyższona o 1—4°, z wyjątkiem przypadków *caries circa* w ramieniu i zapalenia gruźliczego stawu biodrowego. W sprawach syfilitycznych stosunki są mniej więcej takie same, jak w gruźlicy. Sprawom ostrym gonokokowym, reumatycznym i t. d. towarzyszy również wysoka ciepłota skóry.

W sprawach przewlekłych brak powiększenia ciepłoty wyklucza rozpoznanie gruźlicy, lub syfilisu. Dla rokowania określanie ciepłoty ma znaczenie o tyle, że nie można uważać sprawy za skończoną, o ile ciepłota stawu chorego, jest wyższą od ciepłoty tego samego stawu strony przeciwnej.

(*Münch med. Wochenschrift*. 1912, Nr. 19).

Marta Erlichówna.

Przegląd bibliograficzny.

Dr Józef Zawadzki. Prezes Zarządu. **Piętnaście lat Pogotowia Ratunkowego.** Warszawa, kwiecień 1912. Druk PIOTRA ŁASKAUERA, stronic 148 in 8-o.

W roku 1888, pisząc w „Zdrowiu“ o założonem niedawno we Wiedniu po strasznym pożarze Ring-teatru Towarzystwie Ratunkowem Ochotniczem, w tych słowach zachęcałem społeczeństwo nasze do stworzenia u nas „Pierwszej pomocy w nagłych wypadkach“: „Instytucya, której działalność zasadzałaby się na udzielaniu doraźnej pomocy i ratunku bliźnim, zagrożonem utratą najcenniejszych swych skarbów — zdrowia i życia — byłaby prawdziwem dobrodziejstwem, a ludzie dobrej woli, któ-

rzyby dali jej początkowanie, zasłużyliby sobie na wdzięczność i poparcie ogółu, a to tem bardziej, że z usług tej instytucji korzystałyby bez wyjątku wszystkie warstwy społeczeństwa“.

I znaleźli się u nas ludzie najlepszej woli i nadzwyczajnej energii, którzy ideę iście samarytańską zdołali, pomimo trudnych nad wyraz warunków, prędko przyoblec w szaty rzeczywistości. Już bowiem w roku 1897 powstało w Warszawie Pogotowie Ratunkowe, które, dzięki wzorowym zasadom, na których zostało oparte i sprawności administracyjnej, którą od pierwszej chwili rządzone było, prędko stało się w Warszawie niezbędnem i zyskiwało realne podstawy bytu.

W roku bieżącym ta bezsprzecznie najpopularniejsza instytucja społeczna w Warszawie kończy już 15 lat swej pracy pożytecznej. Z tej okazji dr JÓZEF ZAWADZKI, jeden z najczynniejszych założycieli Pogotowia, następnie jego długoletni sekretarz, a obecnie prezes Zarządu Towarzystwa, wydał Pamiętnik, streszczający historię i obraz działalności Pogotowia Ratunkowego za czas ubiegły.

Nie mogę tu powtórzyć wszystkich dat i szczegółów, tak skrzętnie w Pamiętniku zebranych, a dotyczących historii Pogotowia. Mamy zresztą je wszyscy, współcześni narodzin i pierwszych kroków tej instytucji, w żywej jeszcze pamięci, ale z prawdziwą przyjemnością zaznaczyć pośpieszam, że przez ten względnie niedługi okres czasu nasza instytucja ratownicza spotężniała, dojrzała i tak zrosła się z Warszawą, że trudno już sobie obecnie wyobrazić miasto nasze bez jej troskliwego opiekuna, gotowego dniem i nocą śpieszyć z doraźną pomocą każdemu, kto w swej niemocy fizycznej wezwie go i ulgi od niego pożąda. Pogotowie Ratunkowe zyskało sobie wziętość niebywałą wśród wszystkich bez wyjątku warstw miasta, a na tę wyjątkową zaiste sympatyę i uznanie zasłużyło sobie rzetelnie swą wyteżoną, bezinteresowną i zbawienną pracą, tak chętnie i sprawnie na pożytek bliżnim szafowaną. Wystarczy choćby uprzytomnić sobie tę pełną poświęcenia działalność naszej drużyny ratowniczej podczas przeżytego niedawno przez miasto ruchu rewolucyjnego, aby pojąć tę wyjątkową wdzięczność, a także i ofiarność ogółu, gdy idzie o poparcie i zasilenie kasy Pogotowia Ratunkowego.

W ciągu lat 15-u wydano na utrzymanie Pogotowia 467600 rubli, na kupno domu, nieruchomości, karet, inwentarza, samochodów i t. d. — 115800. Ogólny więc wydatek wyniósł z górą $\frac{1}{2}$ miliona rubli—sumę poważną, zebraną, co prawda, skrzętnością i zabieглиwością Zarządu, ale bez chętnego współdziałania i gotowości społeczeństwa do ofiar na Pogotowie, nigdyby $\frac{1}{2}$ miliona nie pozyskano. Majątek Towarzystwa narastał nieustannie, a dzięki legatom i darowiznom Pogotowie pozyskało poważną podstawę materyalną dla bytu swego. Już w r. 1904 mogło nabyć na własność dom przy ul. Leszno 52, w szacunku 60000 rubli, które spłacono w ciągu lat kilku i obecnie Towarzystwo jest posiadaczem własnej siedziby, wolnej zupełnie od długów. Nadto kosztem 19000 rubli wybudowało 2-piętrową oficynę, nadbudowało jedno piętro i dokonało w domu szeregu przeróbek. Aczkolwiek wydatki wzrastały rok rocznie w miarę rozwijania się instytucji, jednak w najcięższych nawet latach (rewolucyjnych) dochody Pogotowia przewyższały wydatki o kilka tysięcy rubli. Dochody stałe Towarzystwa: (składki członków, zapomogi stałe od miasta, kolei, instytucji finansowych i przemysłowych, przewóz chorych i t. d.) zamykają się w sumie 30000 rb., a że do pomnożenia dochodów wielce się też przyczynia zabiegliwość utworzonej przed kilku laty przy Towarzystwie Komisji dochodów niestałych, więc budżet Towarzystwa (45—50000 r.) może być rok rocznie pokryty w zupełności.

Funduszami swoimi Towarzystwo szafuje przezornie choć dostatnio. W roku ubiegłym, najkosztowniejszym ze wszystkich, wydatki ogólne na utrzymanie przekroczyły sumę 42000 rubli. Z tego na personel, który obecnie składa się z 40-u osób, wydano 25000 rubli, (a mianowicie: na personel lekarski [23 osoby] z górą 13500, na resztę służby ponad 8000 rb. na pensye personelu kancelaryjnego i na wydatki kancelaryjne ponad 4300 rb.), na utrzymanie stajni, karet i samochodów wydatkowano przeszło 11000 rb., wreszcie na utrzymanie domu i lokalu Tow. i na opatrunki, narzędzia i bieliznę przeszło 4500 rubli.

Przyjrzyjmy się teraz pokrótce lekarskiej działalności Pogotowia. Dane jej dotyczące są zebrane starannie i zestawione w tablicach skrupulatnie. Wiadomości te, jako zebrane za 15-letni okres czasu, pozwalają już na wyprowadzenie pewnych wniosków, pewnych uogólnień, odzwierciedlających do pewnego stopnia życie kulturalne, stan moralności i dobrobyt miasta. Przez 15 lat swego istnienia pomocy Pogotowia żądano w 132893-ch nagłych wypadkach. Czynność Pogotowia wzmagala się stopniowo, tak iż z 8-iu doszło do 40-u z górą wezwań dziennie. Liczba wypadków wzrasta zupełnie niepomrotnie do wzrostu ludności, ale wzmagają się stale w stosunku do jednostki stałej (do 10000 ludności). Z 70-u w roku 1898 doszło do 165 na 10000 mieszkańców w ciągu lat 15-u, czyli, że liczba wypadków powiększyła się z górą o 100%, podczas gdy w tym czasie liczba ludności wzrosła tylko o $\frac{1}{3}$. Charakterystycznym, świadczącym o pewnym postępie kulturalnym jest zanotowany fakt stałego zwiększania się liczby wezwań przez osoby prywatne, a zmniejszania się liczby wezwań przez policję. Tak samo liczba wezwań na miasto zmniejsza się stopniowo, a zwiększa liczba pomocy udzielanych na stacyi ratunkowej. Najwięcej wypadków przypada w lecie, najmniej w zimie. Mężczyźni 3 razy częściej ulegają wypadkom niż kobiety i liczba wypadków wśród mężczyzn wzrasta szybciej niż wśród kobiet. Ludzie pracujący fizycznie stanowią prawie 0.6 materiału Pogotowia, pracujący umysłowo tylko 0.16, ludzie bez zajęcia prawie tyleż. Katolicy dają absolutnie i względnie do zaludnienia największą odsetkę wypadków, żydzi zaś znacznie niższą w stosunku do zaludnienia. Największa liczba wypadków zdarza się u ludzi między 15-ym a 50-ym rokiem życia. Najmniej wypadków zdarza się na Pradze, najwięcej w cyrkulach, sąsiadujących ze stacją Pogotowia.

Co się tyczy rodzaju wypadków, to zauważono, że liczba uszkodzeń cielesnych coraz bardziej i wprost zatrważająco się wznosi: z 69% w r. 1898 dochodzi do 76% w r. 1911 (do 114 7 na 10000 mieszkańców).

Samobójstwa też stale wzrastają: od 1907 roku z 3,9% do 6% w roku ubiegłym (t. j. z 2-u na 10000 wzrosły do 9-iu na 10000, wydarzają się więc 4,5 raza częściej niż 15 lat temu).

Rany postrzałowe z 5-u do 15-u wypadków na 100000 mieszkańców, wzrosły w 1905 roku do 44-ch, a w r. 1906 dosięgły aż 80 na 100000 ludności.

Liczba pijanych też się stale wzmagają: z 39-u w r. 1908 na 100000 doszła w r. 1911 do 116 na 100000 mieszkańców.

Zmniejsza się zato liczba wezwań Pogotowia do nagłych zasłabnięć: w roku 1898 stanowiły 27,7%, a w r. 1911 spadły do 16,5%.

Autor dla każdej kategorii wypadków podaje bardzo szczegółowe zestawienia liczbowe, załącza też przegląd wypadków zbiorowych czyli katastrof, które wydarzyły się w Warszawie w okresie sprawozdawczym. Nie mogę jednak ciekawych tych danych powtórzyć tu szczegółowo i muszę interesujących się temi wiadomościami odesłać do oryginału.

Do książki dodano 2 portrety hr. PRZEŹDZIECKICH: KONSTANTEGO, założyciela i fundatora i GUSTAWA, pierwszego prezesa Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie, a także plany lokalu i domu Towarzystwa. Dodatek zawiera szczegółowy spis inwentarza.

W książce swej potrafił autor nagromadzić w sposób zajmujący tyle materiału rzeczowego, że czytającemu ją następcza się wciąż musią tematy do rozmyślań i wniosków odpowiednich. A więc Pamiętnikowi życzyć należy dużej poczytności zarówno w interesie Towarzystwa, jak i mieszkańców Warszawy.

M. Zwejbaum.

Nakładem „Ruchu“ wydana została **Gimnastyka domowa Władysława R. Kozłowskiago** — z 99-ma rysunkami w tekście.

W I-ej części swej pracy autor rozpatruje różne systemy i kierunki gimnastyki, oddając pierwszeństwo kierunkowi szwedzkiemu, jako opartemu na podstawach anatomii i fizjologii; następnie zaznają czytelnika z budową anatomiczną i fizjologią organów, na które wywierają wpływ bezpośredni ćwiczenia cielesne. W II-ej części omawia ćwiczenia, do których wprowadza niepraktykowane dotąd w gimnastyce domowej pierwiastki skoku, rzutu, oraz masaż i hartowanie skóry zapomocą zabiegów hydropatycznych i kąpieli powietrznych oraz słonecznych (na wzór MÜLLER'a). W III-ej części podaje autor dokładne wskazówki i wzory co do wyboru i prowadzenia ćwiczeń. Każdy taki wzór obejmuje: ćwiczenia wstępne — głowy, rąk i nóg; ćwiczenia główne: napon, zwis, ćwiczenia równoważne tułowia, tłocznia brzusznej, skoki i ćwiczenie zręczności, oraz ćwiczenia łagodzące czyli końcowe. Wprowadzenie tego działu i wzorów ćwiczeń uznać należy za zaletę książki, gdyż autor daje tem możność, nawet najmniej obeznanemu z przedmiotem, prowadzenia ćwiczeń racjonalnie, unikając chaosu i przypadkowości w stosowaniu ćwiczeń, jak to ma miejsce w systemie niemieckim. Nadmienić należy, że autor uwzględnił ćwiczenia dla dzieci w wieku przedszkolnym, dla kobiet i ludzi z wadami cielesnymi. Całość napisana zwięźle, jasno, z widocznym zamiłowaniem i znajomością przedmiotu. Jako zarzut należy postawić autorowi nowotworzenie wyrazów w rodzaju: siad, klęczka, ćwiczbą i t. p.

Sk.

ODCINEK.

W sprawie kształcenia lekarzy u nas.

Podał

Dr Med. Franciszek Veselý, Berno, (Morawy).

W r. z. w № 22 „Gazety“ wielce szanowny BRONISŁAW SAWICKI przytoczył kilka swoich poglądów na kształcenie lekarzy w Królestwie Polskiem: z ubolewaniem stwierdził marny stan szpitali warszawskich i określił stosunki, jakie znajdują młodzi lekarze w Niemczech i Francji. Co do Austrii, przedstawił czytelnikom stosunki we Lwowie, Krakowie, Wiedniu, Tryeście, podnosząc możność doskonałego kształcenia się młodych lekarzy w tych miastach. Ku swojemu żalowi zauważyłem brak jakiegokolwiek wzmianki o stosunkach na klinikach w Pradze i publicznych szpitalach w Czechach i na Morawach wogóle. A przecież należy

przyznać, że stosunki te mogą zupełnie pomyślnie być porównywane ze stosunkami za granicą i że młodzi lekarze polscy w Czechach i na Morawach znaleźliby dosyć miejsc, gdzieby bardzo korzystnie i przyjemnie mogli się kształcić, i to nawet bez znaczniejszego kosztu.

Prawdopodobnie dr SAWICKI nie wiedział o wielkiem odrodzeniu i zmodernizowaniu stosunków lekarskich i szpitalnych czeskich w ostatnich 15-u latach i nie uważał za potrzebne zajechać do Pragi, celem poinformowania się o stosunkach czeskich.

Jako gorący zwolennik rozwoju i wzmocnienia stosunków polsko-czeskich we wszystkich działach kulturalnych, sędzę, że młodzi lekarze polscy nie tylko samym sobie, lecz i wzajemności słowiańskiej oddaliby cenną przysługę, gdyby celem dalszego kształcenia przyjeżdżali do Czech i na Morawy.

Aczkolwiek żadna z władz austriackich nie sprzyja czeskiej nauce, to jednak zwiększone wymagania narodu czeskiego zmusiły je do zwrócenia większej uwagi na kliniki czeskie oraz do dostarczenia im środków potrzebnych. Nie można tego porównywać wprawdzie z obfitymi zasilkami, przyznawanymi instytucjom niemieckim, bądź co bądź jednak starania profesorów czeskich i ich zamiłowanie do własnego zawodu osiągnęły rezultaty zadziwiające. Na przykład, klinika ginekologiczna radcy dworu prof. PAWLIKA cieszy się światowym rozgłosem, u niego też bywa stale kilku Polaków i cudzoziemców. A że i na innych również klinikach można z powodzeniem się kształcić, dowodzi DOBRUCKI, lekarz naczelny w Lublinie, były hospitant ś. p. prof. MAYDLA w Pradze. Lecz nie tylko kliniki. Dzięki ofiarności rad samorządów powiatowych w Czechach i wydziałów krajowych w Czechach i na Morawach, zbudowano w ostatnich 20-u latach kilkanaście wzorowych szpitali przeważnie w większych miastach, które urządzeniem swoim dorównują klinikom, i można w nich osiągnąć te same rezultaty co i w Pradze. Są to przedewszystkiem oddziały chirurgiczne na Morawach: w Bernie lekarz naczelny P. Bakaš chirurg i dr Vanýsek, choroby wewnętrzne, w Třebíči lek. nacz. dr Kostliwý, w Kroměříżu chir. dr Elgart, w Przerowie, chir. dr Santrůček, w Hranici (Weiskirchen) chir. dr Roháč, w Olomuńcu dr naczelny chor. wewnętrzz. dr Vostruba. W Czechach poza Pragą: na Król. Vinohradach, dr nacz. chor. wewnętrzz. dr Semberád, lekarz nacz. chirurg dr Michal, w Pilźnie: intern. dr Kreisinger, chir. dr Charvát, w Benešově: int. dr Teuner, Mladá Boleslav, chir. dr Kopfstein, Czeski Brod: int. dr Polák, w Německiem Brodě: chir. dr Zahradnický, Čáslav, wewn. dr Horák, Domažlice: int. dr Halík, Kutna Hora, int. dr Jäger, Jindřichów Hradec, int. dr Khek, Hradec Králové: chir. dr Honzák, Kladno: int. dr Niederle, Kolín: int. dr Šil, Pardubice: chir. dr Mesanyit. d. Nazwiska praskich lekarzy chorób wewnętrznych: prof. Meisner'a i prof. Thomayer'a, chirurgów: prof. Kukuly i prof. Jedlička, okulisty prof. Děyl, patologoanatora prof. Hlavy, fizyologa prof. Marešá, chemika prof. Horbaczewskiego it. d. są najlepszym dowodem, że słowiański a więc i polski młody lekarz nie potrzebuje bić czołem tylko przed nauką niemiecką i francuską, lecz że znajdzie on u sąsiednich Czechów prawie w każdym dziale słynnych przedstawicieli, u których będzie mile widziany i u których dużo skorzysta. Chętnie służyłbym pośrednictwem i radą w poszczególnych przypadkach.

Urządzenia szpitalne w Czechach odpowiadają dziś najnowszym wymaganiom wiedzy. Kosztowały też poważne sumy. Na przykład,

krajowe zakłady dla umysłowo chorych w Bohnicach pod Pragę (dyrektor dr H r a š e) i w Kroměřżu na Morawach (dr N á v r a t) kosztowały po 5000000 koron (2000000 rb.) Pawilon chirurgiczny dra B a k e š a w krajowym szpitalu w Bernie zbudowano kosztem 400000 koron. Mniej więcej to samo kosztowały szpitale powiatowe, niektóre daleko więcej. Rady powiatowe i wydziały krajowe nie szczczędają kosztów, i publiczność wcale nie protestuje, mając płacić większe podatki. Pomiedzy powiatami powstaje szlachetne współzawodnictwo w tym względzie.

Przyjdźcie zresztą panowie i przekonajcie się. Będę Wam przewodnikiem. Czyż nie mogłaby dojść do skutku wspólna wycieczka młodych lekarzy polskich na Morawy, ewentualnie do Czech? Obejrzelibyśmy nie tylko zakłady humanitarne, lecz i nasze miejscowości kąpielowe.

(Przyp. Redakcyi. Zamieszczając powyższe uwagi niedawnego naszego gościa Szan Kolegi V e s e l y ' e g o, zaznaczyć ze swej strony musimy, że niektóre kliniki czeskie zyskały już sobie u nas markę wysoką. Mianowicie klinika ginekologiczna praska, jak to podkreśla i autor, dała wyrobienie praktyczne całemu szeregowi naszych lekarzy prowincjonalnych. Wielkie poparcie dla projektu autora stanowiłaby jeszcze bliskość językowa pobratymczych narodów i względna taniość pobytu w Czechach)

Wiadomości bieżące.

— W d. 15 b. m. w Muzeum Przemysłu i Rolnictwa odbyła się uroczystość jubileuszowa BRONISŁAWA ZNATOWICZA z powodu 30-letniej pracy jego na stanowisku redaktora „Wszechświata“.

Przewodniczył temu zebraniu prof. WITOLD WRÓBLEWSKI, zaprosiwszy na asesorów prof. BARANOWSKIEGO, prof. BIERNACKIEGO, ROMANA DMOWSKIEGO, STEFANA DZIEWULSKIEGO, WŁADYSŁAWA KISLAŃSKIEGO, HIERONIMA KONDRATOWICZA, JÓZEFA NATANSONA i ADOLFA SULIGOWSKIEGO; Sekretarzem był p. ZYGMUNT WEYBERG.

Po zajęciu miejsca przez jubilata zabrał pierwszy głos p. EDMUND JANKOWSKI, który w przemówieniu swém przedstawił zarys całej działalności ZNATOWICZA i wręczył mu adres, opatrzony licznymi podpisami. Przemawiali następnie: W imieniu Towarzystwa Naukowego dr JAN LEWIŃSKI, od Koła Chemików p. WL. LEPPERT, od Sekcyi Odczytowej Muzeum prof. KALINOWSKI; w imieniu Tow. Miłośników przyrody dr ZYGMUNT KRAMSZTYK, od Tow. Krajoznawczego prezes KULWIEĆ, od Kasy Literackiej prezes ERAZM MAJEWSKI, od Stowarzyszenia Literatów i Dziennikarzy JÓZEF KOTARBIŃSKI; w imieniu nauczycielstwa polskiego Cz. STATKIEWICZ; w imieniu Redakcyi „Gazety Lekarskiej“ kol. SZUMLAŃSKI przemówił jak następuje:

„Do wieńca zasługi, jaki Ci tu dziś, Szanowny Jubilacie, wszyscy spletają, pragnie włączyć liść wawrzynu i prasa lekarska.

Ma ona po temu prawo nie tylko dlatego, że ścisły związek istnieje pomiędzy naukami przyrodniczymi i nauką lekarską i że dwie te umiejętności wzajemnie się wspomagają, lecz głównie dlatego, że sam, Szanowny Jubilacie, prawo to zdobyłeś w samym zaraniu działalności literacko-naukowej. Przypomnę tu lata 1878,79 i 80, w których razem z KONRADEM DOBBSKIM byłeś współredaktorem ówczesnego „Zdrowia“ i pomieściłeś w pierwszym roczniku pracę *par excellence* lekarską „O truciznach umysłowości“; w pracy, tej, streszczając RICHER'a, przedstawiłeś działanie na ustrój ludzki alkoholu, chloroformu, opium i haszyszu, oraz używek: kawy i herbaty. — Jakkolwiek ta Twoja działalność, Jubilacie, odnosi się do epoki, że ją tak nazwę „przedwszechświatowej“ i chociaż tych lat pracy na niwie piśmienniczej nie zaliczono Ci do służby etatowej, skoro dopiero od roku 1882 lata jubileuszowe Ci liczą, tem bardziej jednak my lekarze

pragniemy zaznaczyć i uczcić ten okres Twojej „aplikacji“ literackiej, żeś w nim z nami razem pracował.

I później również nie, która Cię łączyła z nauką lekarską i z lekarzami, nie całkiem się zerwała. Przestało wychodzić „Zdrowie“, powstał „Wszechświat“, powstał on prawie jednocześnie z nastaniem nowego okresu w prasie lekarskiej, na rok bowiem za ledwie przedtem grono lekarzy, ożywionych zapałem do pracy, nabyło i zaczęło wydawać „Gazetę Lekarską“. Pomiędzy obu temi pismami wytworzyła się od razu, że tak powiem, unia osobista dzięki temu, że głównym filarem obu tych pism był uczony przyrodnik i lekarz, niezapomniany prof. Hoyer.

„Gazeta Lekarska“ niejednokrotnie korzystała ze współpracownictwa przyrodników, którzy chętnie jej zawsze przybywali z pomocą i radą. Toteż dziś w dniu Twego Święta, Szanowny Jubilate, Redakcyo „Gazety Lekarskiej“, oceniając wraz z innymi Twe zasługi, hołd przynależny składa Twej niezmordowanej, a tak owocnej pracy, i z głębi serca życzy, abyś przez długie jeszcze lata, świecił przykładem tym, oby jak najlichnijszym, pracownikiem, który, taki wzór naśladowując, pracować będą dla rozwoju piśmiennictwa polskiego i dla polskiej nauki“.

Po przemówieniach p. JACUŃSKIEGO w imieniu wydawnictwa „Wychowanie w domu i w szkole“, p. SIKOROWSKIEJ—od kierowników i słuchaczek kursów pedagogicznych MIŁKOWSKIEGO, p. BOCKOWSKIEGO—od Stowarzyszenia weterynarzy i p. BIERTUMPEL’a—od Towarzystwa Farmaceutycznego, zakończył szereg przemówień prezes Muzeum p. WŁ. KISIAŃSKI.

Jubilat, niezależnie od odpowiedzi, jakie dawał poszczególnym mówcom, w dłuższym przemówieniu dziękował za cały obchód, przedstawił zasługi licznych uczonych przyrodników polskich i, wskazawszy na brak podreżników przyrodniczych i środków pomocniczych dla warstw średnich, zakończył życzeniem, aby wypełnienie tego braku stanowiło troskę najbliższej przyszłości i zostało jak najprędzej uskutecznione.

Podniosłą uroczystość zakończyło odczytanie bardzo licznych listów i depesz od instytucji naukowych i od osób prywatnych.

— Ku uczczeniu 25-tej rocznicy założenia Wszechnicy Lwowskiej wyszedł pop redakcyą prof. CIECHANOWSKIEGO tom II-gi zeszyt III-ci „Rocznika Lekarskiego“, wydawanego przez Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego i Tow. Lekarskie Krakowskie. Zeszyt ten, obejmujący z górą 200 stron druku, zawiera 19 prac oryginalnych 6 tablic i rycinę w tekście.

— Wyszło z druku sprawozdanie Ligi przeciwgruźliczej w Łodzi za r. 1911. Pomimo olbrzymiej śmiertelności z gruźlicy w Łodzi (389 śmierci, rocznie na 100000 mieszkańców), rozwój Ligi postępuje stosunkowo nader powolnie. Kapitał, zebrany dotąd na budowę sanatorium ludowego, wynosi 6100 rb. Działalność Ligi ześrodkowuje się właściwie na prowadzeniu „Przychodni przeciwgruźliczej“ (typu CALMETTE’a—z wyłączeniem leczenia objawowego). W roku sprawozdawczym „Przychodnia“ rozciągała opiekę nad 443 chorymi (w tem 251 żydów i 161 chrześcijan). Ogólna liczba porad udzielonych w „Przychodni“ wynosiła 2397. W celu popularyzacji zasad walki z gruźlicą Liga inicjuje szereg odczytów dla warstw ludowych.

— Kol. ST. SKAŁSKI w „Gazecie Łódzkiej“ energicznie powstaje przeciwko bierności władz miejskich i brakowi jakichkolwiek zarządzeń konkretnych dla walki z wciąż panującą w Łodzi epidemią ospy naturalnej. Budowa szpitala dla chorych zakaźnych należy wciąż do sfery projektów, a nawet organizacya szczepień ochronnych, mimo ustawicznych nawoływań lekarzy łódzkich, jest wysoce niedostateczna.

— W łódzkim szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych ruch chorych od dnia 1/V 1912 r. do dnia 1/VI 1912 r. był następujący:

	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
ospa	10	19	8	7	14
szkarlatyna	—	1	—	1	—
dur wysypkowy	1	2	1	—	2
róża	1	2	—	—	3
Ogółem	12	24	9	8	19

— W szpitalu Ś-go Ducha podniesiono opłatę za leczenie w oddzielnych pokojach. Dotychczas były tam pokoje o jednym łóżku i opłata w nich wynosiła rb. 2 dziennie; obecnie chorzy w pokojach pojedynczych płacić będą po rb. 4 dziennie, w podwójnych — po rb. 2,50.

O D E Z W A.

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, które się odbyło w Krakowie dnia 7-go maja r. b., uchwaliło jednogłośnie u wstępu do tegorocznego sezonu kąpielowego szerszym warstwom publiczności przypomnieć patryotyczny obowiązek popierania swojskich zdrojowisk i uzdrowisk. — Sprawa ta tylokrotnie i z tylu punktów widzenia była omawiana, że krótkich tylko a gorących słów potrzeba, aby rozgrzać do czynu; sprawa z drugiej strony tak zawsze piękąca i aktualna, że nigdy tych słów nie dosyć ku dobrej sprawie poparcia. Tylko te narody i społeczeństwa rozwinęły się szybko i wysoko, które prawa rozwoju oparły na solidarności wspólnej pracy wszystkich warstw w kierunku ekonomicznym, nie tracąc sił i czasu na krytyczną walkę wewnętrzną. Tylko też wtedy rozwinąć się może należycie nasze zdrojownictwo, gdy harmonijna praca Zarządów zdrojowych i organizacji balneologicznych poparta będzie szczerze przez szersze warstwy publiczności. Rozbieżne nieraz myśli skupić możemy w jedno czynów ognisko, i skupimy je niewątpliwie, gdy własnej obojętności nie będziemy zasłaniaли protestem winy drugich, lecz czyn własny, choćby ofiarny, wysuniemy na czoło, i z tych czynów zbudujemy przedmurze dla dobra rozwoju zdrojownictwa i dla dobra kraju.

Za Prezydium Polskiego Towarzystwa Balneologicznego:

prof. Dr STANISŁAW PAREŃSKI. Dr JÓZEF ZANIEWSKI.

Za Redakcję „Przeglądu zdrojowo-kąpielowego i Przewodnika turystycznego“:

Dr JAN FRĄCZKIEWICZ.

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 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 — S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemerstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerstr. 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.