

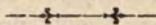
GAZETA LEKARSKA

I. O rzekomem krwiotwórczem działaniu arszeniku.

Podał

Edmund Biernacki,

docent Wszechnicy Lwowskiej.



Arszenik uważany jest przez bardzo wielu współczesnych lekarzy, niemal powszechnie, za lek, posiadający oprócz różnych znanych i uznanych własności [„przeciwmalaryczne”, „wzmacniające” i t. p.] także działanie identyczne lub bardzo zbliżone do działania żelaza. A jako „anemia” bywa niezmiernie często rozpoznawana i uznawana za zasadniczą szkodliwość chorobową, punkt wyjścia najróżnorodniejszych zarówno ogólnych, jak miejscowych objawów, arszenik, stosowany w celach „krwiotwórczych”, należy do najpopularniejszych środków lekarskich. Wiadomo, że wielu lekarzy wprost nie potrafi przepisać żelaza bez dodania arszeniku i np. pigułki żelazno-arszenikowe odgrywają ważną rolę przy leczeniu blednicy, białaczki, niedokrwistości złośliwej i t. p.

O ile „antianemiczne” stosowanie arszeniku posiada u zasadnienie naukowe, jest to inna sprawa. Zapewne, reklamy różnych nowych, głównie komercyjnych preparatów arszenikowych [kakodylaty], prawią, naturalnie, dużo o wzmożeniu się liczby ciałek czerwonych i „zawartości hemoglobiny” pod wpływem tych preparatów ¹⁾; tymczasem różne, głównie dawniejsze spostrzeżenia hematologiczne w tym kierunku bynajmniej nie dostarczają jednobrzmiącej odpowiedzi. Tak STIERLIN ²⁾, DELPEUCH ³⁾, a dalej CUTLER i BRADFORD ⁴⁾ widzieli przy stosowaniu *solut. Fowleri* zarówno u zdrowych, jak chorych zmniejszenie liczby ciałek czerwonych we krwi; natomiast FENOGLIO ⁵⁾ mówi o wzmo-

¹⁾ WIDAL i MERKLEN spostrzegali u jednej chlorotyczki podniesienie się liczby ciałek czerw. z 1178000 do 2821000 w kilka godzin po wstrzyknięciu kakodylatu sodu. Według Journal médical de Bruxelles, 1901. Nr. 38, str. 545.

²⁾ STIERLIN. Blutkörperchenzählungen und Hämoglobinbestimmungen bei Kindern. Deutsch. Archiv f. klinische Medizin. 1889. T. 45.

³⁾ DELPEUCH. De l'action de l'arsenic sur le sang. Thèse de Paris. 1880.

⁴⁾ CUTLER i BRADFORD, cyt. wedle LIMBECK'a, Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. 1896, str. 228.

⁵⁾ FENOGLIO, wedle LIMBECK'a, ibidem.

zeniu tej liczby oraz zawartości hemoglobiny pod wpływem arszeniku. Według doświadczeń RIVA'y¹⁾ na psach sztucznie niedokrwistych [przez upust krwi] arszenik także ma pobudzać tworzenie się krążków czerwonych, podczas gdy żelazo ma sprzyjać tworzeniu się hemoglobiny; natomiast wedle wcześniejszych spostrzeżeń BETTMANN'a²⁾ na królikach wzmożenie się liczby ciałek czerwonych przy arszeniku jest tylko zjawiskiem przejściowym, istniejącem przy małych dawkach tego środka. W tym razie i szpik kostny wykazuje pewne nasilenie czynności w postaci nagromadzenia jądrowych ciałek czerwonych i obfitszej proliferacyi komórek szpiku kostnego. Przy stosowaniu zaś większych dawek arszeniku, względnie przy podostrem zatruciu zwierząt tym środkiem BETTMANN stwierdzał zawsze zmniejszenie liczby krążków czerwonych i barwnika we krwi, przyczem w szpiku kostnym zmiany wsteczne, objawy rozpadu i zwyrodnienia przeważały nad zmianami charakteru rozrodczego.

Staranną pracę BETTMANN'a możnaby uważać za decydującą w sprawie wpływu arszeniku na krew, gdyby praca ta nie należała właściwie — nawet i przy używaniu przez autora dawek mniejszych — do kategorii prac toksykologicznych: ostatecznie w dawkach trujących bardzo wiele środków lekarskich, nawet stosunkowo słabszych, niszczy krew, sprowadzając hydremię [rozwodnienie krwi], która też była prawidłem w doświadczeniach BETTMANN'a [0,002 — 0,01 kwasu arsenikowego na dawkę dla królika]. Sam zaś autor uznaje działanie krwiotwórcze arszeniku w niedokrwistości, przedewszystkiem w niedokrwistości zgonnej: tym sposobem jednak wyniki jego doświadczeń stoją w sprzeczności z jego zapatrywaniami terapeutycznymi. Sprzeczność tę próbuje BETTMANN wytłómaczyć sobie w ten sposób, że przy dawkach terapeutycznych wpływy krwiotwórcze środka przeważają nad wpływami degeneracyjnymi na szpik kostny i ostatecznie stan krwi poprawia się. Przeciw tym zapatrywaniom możnaby jednak wystawić tylko co cytowane spostrzeżenia CUTLER'a i BRADFORD'a, STIERLIN'a i innych, którzy spostrzegali zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych u ludzi właśnie już przy dawkach terapeutycznych arszeniku.

Kwestya, jednym słowem, pozostaje zupełnie nierozstrzygnięta. Jej zbadanie przedstawiać się może szczególnie ważnem i koniecznem, odkąd za fakt uznać należy, iż znaczna większość przypadków „anemii“, rozpoznawanych i leczonych jako takie przez ogół lekarzy, wcale nie wykazuje „anemicznych“ zmian krwi [nawet, przeciwnie, nieraz nadmiar ciałek czerwonych]³⁾, odkąd, po drugie, osobiście wielokrotnie doświadczałem, iż wiele przypadków takiej pseudoanemii doskonale poprawia się co do wyglądu zewnętrznego, napięcia tkanek, podmiotowego poczucia i t. d. przy arszeniku, nie wykazując zazwyczaj poprawy od żelaza.

¹⁾ RIVA. Lo Sperimentale. 1900. Ref w Münchener medicin. Wochenschr. 1900. Nr. 16, str. 551.

²⁾ BETTMANN. Ueber den Einfluss des Arseniks auf das Blut und das Knochenmark des Kaninchen, Habilitationsschrift, Heidelberg 1897 und ZIEGLER'S. Beiträge zur pathologischen Anatomie. T. XXIII.

³⁾ Porówn. głównie prace moje: „O badaniu krwi we względzie praktycznym. Gaz. Lek. 1900. Nr. 50—52 i Sammlung klin. Vorträge. 1901. Nr. 306— oraz „Sprawność lecznicza żelaza“. Przegląd Lekarski. 1903 i Wiener medicin. Wochenschr. 1903. Nr. 18—20.

Doszedłem, innemi słowy, do przekonania, że spora część dobrej opinii, zażywanej przez arsenik jako lek krwiotwórczy, zawdzięczać musi swe pochodzenie pomyślnym wynikom, otrzymywanym z tym środkiem przy leczeniu niedokrwistości rzekomej — czyli przypadków, należących wedle wszelkich danych, jak kilkakrotnie omawiałem, do kategorii nerwic czynnościowych. Otóż już przy tego rodzaju przypadkach bardzo ciekawem było pytanie, czy przy leczeniu arsenikiem zachodzą jakie zmiany we krwi, a jeśli tak — jakiego rodzaju. Naturalnie jednocześnie nie mniej ważnem było poznanie wpływu arseniku na niedokrwistość prawdziwą, to jest na stany z rozwodnieniem krwi [hydremia] łącznie lub bez zmniejszenia liczby ciałek czerwonych.

W wypadku ostatnim [t. j. anemii prawdziwej] poszukiwanie już naprzód przedstawiało się nie tak łatwe i proste, jak to, zresztą, choćby w swej pracy o sprawności leczniczej żelaza także już raz zaznaczałem. Chcąc np. badać wpływ „krwiotwórczy“ arseniku u rekonwalescentów po chorobach gorączkowych [kiedy to tak często przepisują ten środek], czy w niedokrwistości po krwotoku, pamiętać należy — jak przytaczałem tego konkretne przykłady¹⁾ — iż w tych razach zmiany krwi już samoistne mogą wyrównywać się bardzo szybko: stwierdzenie więc np. po tygodniu znacznej poprawy krwi przy użyciu arseniku, jak i innego środka, samo przez się nie może jeszcze przemawiać za wpływem krwiotwórczym tego arseniku. To samo dotyczy prawdziwej blednicy, w której zasadniczo także uznać możemy istnienie samoleczenia; szczególnie, kiedy w tych wypadkach stosuje się p o k ó j w łóżku, stopniowe wzmaganie się liczby ciałek czerwonych i odsetki substancji suchej we krwi przy przyjmowaniu jakiegokolwiek środka nie może w moc tej okoliczności samo przez się być uznane za „skutek“ tego leku. Jedynie występowanie poprawy u szeregu chorych w określonym terminie, a, co ważniejsza, występowanie szybsze i w większym stopniu takiej poprawy u szeregu chorych leczonych w porównaniu z nieleczonymi może dowieść związku przyczynowego pomiędzy zastosowanym lekiem a zmianą przebiegu choroby.

Tego rodzaju porównania wymagają w każdym razie znaczniejszej liczby przypadków chorobowych. Pomijając, iż ogólna liczba spostrzeżeń w pracy niniejszej sama przez się nie jest wysoka [15 przypadków], w poszukiwaniu przypadków niedokrwistości trafiałem — jak to zresztą zwykle bywa — przeważnie na przypadki pseudoanemii neuropatycznej bez wszelkich zmian we krwi [w sensie hydremii] i ostatecznie z pośród przypadków niedokrwistości prawdziwej badałem wpływ arseniku na krew jedynie w jednym przypadku anemii wskutek zapalnego krwawienia nerkowego, jednym przypadku świeżej anemii przymiotowej, jednym przewlekłej blednicy, nareszcie w jednym padaczki ze znacznym spadkiem liczby ciałek czerwonych przy prawidłowej zawartości wody. Wobec jednak rodzaju i jednostajności wyników, w ogóle otrzymywanych z arsenikiem, wszelkie porównania terapeutyczno-poznawcze

¹⁾ Sprawność lecznicza żelaza, loc. cit.

Co do anemii okazały się, jak zaraz czytelnik zobaczy, zupełnie zbyteczne i mimo niewielkiej liczby przypadków niedokrwistości prawdziwej pytania odnośnie zostały wyjaśnione w sposób pożądany.

Oprócz wymienionych przypadków pseudoanemii i anemii badałem jeszcze wpływ arszeniku w szeregu przypadków hysteroneurastenii o dobrym wyglądzie, nareszcie w jednym przypadku początkującej gruźlicy i jednym rekonwalescencji po ostrem zapaleniu nerek. Z wyjątkiem trzech pacjentek ambulatoryjnych, pozostałe przypadki — wszystko kobiety — pochodziły z mego oddziału w szpitalu Wolskim w Warszawie i wszystkie były spostrzegane wśród jednakowych warunków, przy leżeniu w łóżku. Arszenik był stosowany naogół w taki sposób, w jaki go się zwykle stosuje przy leczeniu: a więc zaczynając stale od jednej dawki zwiększano ją stopniowo o jedną kroplę [na raz] w przeciągu 7—10 dni, na pewnej wysokości pozostawano przez dni kilka lub dłużej, następnie stopniowo obniżano nawet poniżej dawki początkowej, przyczem badanie krwi wykonywane było zwykle co tydzień. Niektórych chorych nie udało mi się dłużej spostrzegać, tak, że badanie krwi dokonane było tylko dwa razy; w innych natomiast miałem możność dokonania 3, 4 i 5 hematologicznych poszukiwań podczas różnych okresów leczenia, a nawet i po odstawieniu leku. W trzech przypadkach udało się porównawczo spostrzegać działanie żelaza i arszeniku u jednej i tej samej chorej.

Stosowano zawsze jednakowy preparat arszeniku — *solutio Fowleri* — w celu czystości obserwacji zwykle w roztworze wodnym i tylko w kilku przypadkach w połączeniu z *tinct. chinæ composita* — zawsze w stosunku 1 : 4, począwszy od 10 kropli, a dochodząc do 15, najwyżej do 20 kropli 3 razy dziennie, co odpowiadało [30—60 kropli mieszaniny] 7—15 kropli samej *sol. Fowleri* dziennie. Były to więc dawki słabe, co najwyżej średnie. Różnica pomiędzy wpływem na krew arszeniku w roztworze wodnym i nastoju chininy — że naprzód powiem — polegała tylko na tem, iż zgodnie ze spostrzeżeniami eksperymentalnymi E. HIRB'a, H. MAYER'a i innych przy nastoju chininowym stwierdzić można było dość znaczną leukocytozę [12000—15000 ciałek białych w 1 ml. sz. krwi] wprawdzie nie zawsze i nie podczas całego trwania spostrzeżenia, a tylko w początkach. Tymczasem przy samej *sol. Fowleri* zgodnie z doświadczeniami BETTMANN'a na zwierzętach nie mogłem stwierdzić żadnych wahań liczbowych w tym kierunku¹⁾.

Dodam nareszcie, iż badanie krwi polegało na określeniu liczby ciałek czerwonych i zawartości wody we krwi wedle metody wagowej. Znaczenie naukowe tego sposobu badania krwi szczegółowo omawiałem i podnosiłem w innych moich pracach, do nich też odsyłam czytelników²⁾.

Wyniki moich 52-ch rozbiórów hematologicznych przedstawiają się jak następuje. [Uwagi co do przebiegu klinicznego patrz poniżej].

1) Wedle BETTMANN'a zmienia się jednakże [przy zatruciu arszenikiem] wzajemny stosunek ilościowy różnego rodzaju leukocytów w tem znaczeniu, że zmniejsza się liczba leukocytów eozynoflowych, wzrasta natomiast liczba małych limfocytów [jednojądrowych białych ciałek].

2) O badaniu krwi we względzie praktycznym, *Gaz. Lek.* 1900.

P r z y p a d e k	Liczba ciałek czerwon. w 1 młm. sz.	Zawartość substancji suchej
A) Nerwice czynnościowe.		
I. Zaw., lat 30, 12. IX.	6040000	21,62
18. IX. przy 3×16 kroplach	5040000	20,87
II. Kw., lat 30, 15. IX.	6030000	21,18
22. IX. przy 3×17 kroplach	5360000	21,80
30. IX. przy 3×20 "	5410000	21,63
III. Ba., lat 50, 17. IX.	6090000	22,68
23. IX. przy 3×16 kroplach	4680000	22,43
5 X. przy 3×17 kroplach (po 3×20 kr.)	5070000	21,54
IV. Bal., lat 40, 17. X.	4910000	20,72
23. X. przy 3×15 kroplach	5180000	21,49
V Przyb., lat 43, 14. XII.	5770000	22,21
21. XII. przy 3×15 kroplach	5770000	21,21
28. XII. przy 3×15 kroplach	5010000	21,19
4. I. Bez Ars. od dwóch dni	6160000	21,23
B) Pseudoanemie (neuropatyczne).		
VI. Wert., lat 18, 24. IX.	5970000	"
1. X. przy 3×16 kroplach	5050000	19,76
VII. Wr., lat 42, 8. X.	5390000	20,87
15. X. przy 3×16 kroplach	5160000	21,36
22. X. przy 3×20 "	4400000	20,20
6. X. przy 3×8 "	5040000	20,94
VIII. N., lat 19, 24. X.	5280000	20,93
31. X. przy 3×16 kroplach	5810000	21,11
7. XI przy 3×20 "	5110000	19,72
19. XI. przy 3×8 "	5770000	20,98
28. XI. Od tygodnia bez arszeniku	6570000	23,26
IX. Jurk., lat 16, 28. XI.	5250000	20,77
5. XII. przy 3×15 kroplach	4380000	19,26
12. XII. przy 3×16 "	4300000	19,38
22. XII. przy 3×8 "	4610000	18,82
29. XII. Od tygodnia bez arszeniku	5040000	20,06
5 I. Po tygodniu Fe	4720000	20,28
C) Anemie.		
X. B., lat 18, 4. XI.	4780000	19,07
11. XI. przy 3×16 kroplach	4970000	18,87
18. XI. przy 3×20 kropl.	4500000	18,96
23. XI. po Fe od tygodnia	5220000	19,39
2 XII. Fe drugi tydzień	4530000	20,67

P r z y p a d e k	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm. sz.	Zawartość substancji suchej
		%
XI. Gil, lat 40, 9. XI	3830000	18,41
16. XI. przy 3×16 kroplach	3480000	18,14
23. XI. Od tygodnia bez lekar. <i>Menorrhagia</i>	3380000	16,73
30. XI. Po tygodniu Fe	3960000	17,73
XII. S., lat 35, 5. XII.	4010000	19,55
12. XII. przy 3×10 kroplach	3940000	19,77
19. XII. Od tygodnia bez lekarstwa	4210000	20,31
26. XII. Po tygodniu Fe	5070000	20,83
D) V a r i a.		
XIII. Epilepsia, lat 32, 3. X.	3030000	22,54
20. X. przy 3×19 kroplach	3460000	22,11
XIV. Post nephritid., lat 18, 24. IX.	5240000	20,45
2. X. przy 3×18 kroplach	4910000	20,05
10. X. przy 3×20 kroplach	4750000	20,28
21. X. przy 3×9 kroplach	5360000	21,02
XV. Tubercul., lat 18, 26. IX. przy 3×17 od 3 tyg	5060000	21,27
7. X. przy 3×6 kroplach	5690000	20,36

Arszenik z nastojem chininy stosowany był tylko w przypadkach I, II, V, XV, w pozostałych arszenik z wodą. Co do strony klinicznej przypadków powyższych zauważyć należy, co następuje. P r z y p. I. Kobieta ze wsi, dwoje dzieci, chora od dwóch lat, dużo ogólnych skarg neuropatycznych, wygląd nieanemiczny; przed 1-em badaniem krwi przebywała już od dwóch tygodni na sali szpitalnej, przyjmując brom. Badanie krwi w 3 dni po menstruacji. Po tygodniu arszeniku twarz znacznie pełniejsza, chora nieco spokojniejsza i weselsza; ciałek białych przed arszenikiem 3125; po arszeniku z chininą — 18750. P r z y p. II. Służąca, cierpiąca przeważnie od 10 tygodni; ściskania w dołku, pulsowania, bicia serca i t. d., wygląd zwykły. Ciałek białych przed arszenikiem 3125, w tydzień po arszeniku — 160000, ale przy następnem badaniu mimo arszeniku znowu tylko 625. W ciągu pierwszego tygodnia lekkie czyszczenia, skargi podmiotowe bez zmiany pomimo pełniejszego wyglądu. Przy drugim badaniu skargi podmiotowe mniejsze, chora czuje się lepiej. P r z y p. III. Trzeci rok po utracie menstruacji, wygląd nieco „pletoryczny”, skarży się od kilku tygodni na bicia serca, omdlenia, osłabienie i t. d. Dwanaścioro dzieci. Badana dnia 3-go po przybyciu do szpitala. Przy drugim badaniu czuła się jeszcze źle, przy trzecim znacznie lepiej. Po 20 kropel brała przez tydzień. Ciałek białych 3125 — 9375. P r z y p. IV. Ciężka neuropatya, liczne skargi; badana

we 2 tygodnie po przybyciu do szpitala po 10-dniowym używaniu bromu. Po 6-dniowym używaniu bromu wygląd znacznie lepszy mimo lekkiego zaburzenia żołądkowego [ściskania w dołku, częstsze wypróżnienia]. Ciałek białych przed i po arseniku 3125. P r z y p. V. Chora mniej więcej od 7 lat, liczne skargi na „żołądek“, głowę, bóle w członkach, hemoroidy i t. d. Twarz bardziej ściągnięta, niż wyglądająca niedokrwicie. Przy arseniku poprawa podmiotowa i wyglądu. Liczba ciałek białych mimo obecności nastoju chininy — 3125 — 6350. P r z y p. VI. Sklepowa w sklepiu spożywczym, mało powietrza i ruchu. Wygląd bardzo blady „bledniczy“, bóle głowy, osłabienie, ogólne zdenerwowanie, menstruacja regularna. Badana we dwa dni po peryodzie. Po tygodniu arseniku wygląd twarzy znacznie pełniejszy, ale skargi podmiotowe jeszcze te same. Ciałek białych 9375 i 6250. P r z y p. VII. Kobieta ze wsi, chora od 7 miesięcy po położu, massa dolegliwości neuropatycznych, ze strony głowy, żołądka i kiszek, macicy i t. p. Wygląd b l a d o - ż ó ł t y mimo braku zmian we krwi. Po koniec pierwszego tygodnia kuracyi arsenikowej obfitsze wypróżnienia, w drugim tygodniu wygląd dobry, prawie prawidłowy, chora spokojniejsza. Brała po 20 kropli 3 razy dziennie przez tydzień. Przy zmniejszeniu dawki skargi podmiotowe znowu jakby większe. Ciałek białych 3125—9375. P r z y p. VIII. Chora, córka rzemieślnika, b a r d z o b l a d a, powszechnie uważana za cierpiącą na blednicę; na parę tygodni przed wstąpieniem do szpitala przyjmowała nawet bez skutku żelazo. Osłabienie, brak łaknienia, bóle głowy. Po tygodniu arseniku przez parę dni mdłości; lekkie wydymania, szybkie tętno i szybko potem znaczna przedmiotowa i podmiotowa poprawa, twarz pełna, różowa. Przy trzecim badaniu chora czuje się zupełnie dobrze. Po odstawieniu arseniku, jednocześnie z obecnością hyperglobulii we krwi, kilkakrotne uderzenia do głowy i silne bicie serca. P r z y p. IX. Córka rzemieślnika, zajęta w domu, chora od paru miesięcy na osłabienie, brak apetytu, bóle głowy. Wygląd b l a d o - ż ó ł t a w y, niemal typowo-bledniczy mimo braku zmian we krwi. Chora przychodzi. Już po tygodniu arseniku znaczna poprawa wyglądu, stan podmiotowo i przedmiotowo zupełnie dobry przy trzecim i czwartym badaniu; po odstawieniu leku bóle głowy bez zmiany mimo przyjmowania żelaza (*fer. hydrag. reduct.*) po 0,4 dziennie. P r z y p. X. Dziewczyna ze wsi chora od pół roku po „podźwignięciu“ się. Bóle głowy, osłabienie, *tarsalgia*, brak łaknienia, *neuralgia intercostalis*, objawy dyspeptyczne, miesiączkowanie znacznie zmniejszone od pół roku i bledsze. Wybitne objawy naczynioruchowe [szybkie i łatwe czerwienienie się]. Po dwóch tygodniach arseniku czuje się mocniejsza i zdrowsza], po odstawieniu arseniku przy przyjmowaniu żelaza poprawa podmiotowa wcale nie zwiększa się, raczej zmniejsza. Chora wypisuje się bez zmiany co do skarg subiektywnych. Ciałek białych 3125—6250. P r z y p. XI. *Salpingitis*, od kilku tygodni obrzęki, białko w moczu, przybyła z hematuryą, która ustąpiła, a razem z nią i białko z moczu w kilka dni później (dawano *ac. tannicum*). Badana hematologicznie 9 dni po przybyciu do szpitala. W 6 dni po przyjmowaniu arseniku, na dzień przed badaniem krwi chora dostała miesiączki, która stopniowo przerodziła się w silne krwawienie. *Secale cornutum*, *elixir Halleri*; arsenik odstawiono. Badanie krwi w dobę po ustąpieniu krwa-

wienia. Później żelazo, przy którym chora stopniowo czuje się coraz lepiej. Ciałek białych przed arsenikiem 12500, później po 3125—6250. P r z y p. XII. Chora blada, wyniszczona, *erosio* na szyjce macicznej, dolegliwości żołądkowe. Stopniowo czuje się coraz lepiej; arsenik przez tydzień, później—pauza, podczas tej umiarkowana menstruacja; naznaczono następnie żelazo, w ciągu tygodnia wystąpiła wysypka syfilityczna, co objaśniło pochodzenie anemii. Ciałek białych po 6250. P r z y p. XIII. Napady padaczki u panny lepszego stanu co miesiąc, od dzieciństwa; *ichtyosis*. Przed arsenikiem chora przez parę lat przyjmowała niemal stale brom. P r z y p. XIV. Zdrowienie po ostrem zapaleniu nerek z napadami drgawkowej mocznicy. Niema białka w moczu od 10-u dni. Wygląd blady. Przy 20-u kroplach przez parę dni czuje się gorzej, mdłości, tętno szybkie; wkrótce potem coraz większa poprawa. Ciałek białych przed ars. 12500, później po 3125—6250. P r z y p. XV. Młoda dziewczyna ze zgęszczeniem prawego wierzchołka i lekkimi poruszeniami gorączkowemi, oraz kaszlem przez pierwsze dni pobytu w oddziale. Po arseniku duża poprawa wyglądu i stanu odżywiania. Badana na trzeci tydzień przyjmowania leku, a na trzeci dzień po zmniejszeniu dawki od 20-tu kropli. Ciałek białych przy pierwszym badaniu 12500 [arszenik z chininą], po zmniejszeniu dawki—9375. [D. n.]

II. MATERIAŁY DO ETYOLOGII I STATYSTYKI RAKA.

Podali

St. Serkowski i Józ. Maybaum.

[Rzecz czytana w Łódzkim Towarzystwie Lekarskim 1903 r.]

[Dokończenie — Patrz Nr. 7].

W Prusach zmarło na raka, podług statystyki FINKELNBURG'a ¹⁾:

	w r. 1881	na 100000	mieszk.	ogół.	31,2
"	1882	"	"	"	31,8
"	1883	"	"	"	33,5
"	1884	"	"	"	34,9
"	1885	"	"	"	35,8
"	1886	"	"	"	38,5
"	1887	"	"	"	38,3
"	1888	"	"	"	40,9
"	1889	"	"	"	43,4
"	1900	"	"	"	43,1

¹⁾ Cyt. u HEIMANN'a. Archiv f. klin. Chirurgie. 1898. T. 57. Z. 4.

co wynosi w obliczeniu procentowem na 100 wypadków śmierci, zmarłych na raka:

w r. 1882	1,25
„ 1883	1,32
„ 1884	1,37
„ 1885	1,41
„ 1886	1,47
„ 1887	1,50
„ 1888	1,79
„ 1889	1,88
„ 1900	1,80,

a więc liczba zejść śmiertelnych z powodu raka wzrasta w Prusiech stale.

We wszystkich szpitalach pruskich wzrosła ogólna liczba chorych na nowotwory złośliwe [w tem $\frac{3}{4}$ rakowatych, reszta *sarcoma*, *lupus* i t. p.] od r. 1877 do 1896, według zestawień HEIMAN'a ¹⁾, prawie w czwórnasób, a mianowicie:

w r. 1877	było osób chorych na raka	2952
„ 1883	„ „ „	6438
„ 1890	„ „ „	10907
„ 1894	„ „ „	12548
„ 1896	„ „ „	14341

Procentowo stosunek jest następujący:

na 100 chorych przypada nowotworów złośliwych:

w roku	wśród mężcz.	wśr. kobiet
1877	0,8	2,6
1880	1,0	3,2
1883	1,1	3,6
1886—90	1,4	4,2
1891—95	1,4	4,0
1896	1,5	4,2

Statystyka HEIMAN'a obejmuje materiał ogromny i jest dlatego miarodajną i pouczającą.

Zawiera ona między innymi, ciekawe dane co do wieku i płci chorych i umiejscowienia raka.

Z liczby 20544 chorych na raka, przypada w latach;

1895	mężczyzn	4002 = [39,9%]
1896	„	4125 = [61,1%]
1895	kobiet	6030 = [39,2%]
1896	„	6383 = [60,8%]

¹⁾ loc. cit.

Wiek chorych:

lata	m.	k.	lata	m.	k.
1—5	4	11	30—40	631	1675
5—10	5	5	40—50	1693	3311
10—15	1	7	50—60	2497	3533
15—20	32	29	60—70	2023	2206
20—25	42	70	70...	937	1020
25—30	101	235			

Z powyższych liczb zatem wynika, że:

- 1) pomiędzy 30—40 rokiem liczba chorych na raka jest prawie 5 razy większą, niż pomiędzy 20—30 rokiem,
- 2) pomiędzy 40—50 przypada prawie $\frac{1}{3}$ część wszystkich rakowatych,
- 3) pomiędzy 50—60, prawie $\frac{1}{4}$ wszystkich rakowatych i
- 4) pomiędzy 25—50 rokiem umiera na raka stosunkowo więcej kobiet, zaś pomiędzy 50—70 więcej mężczyzn, a mianowicie:

lata	umiera na raka	na 100, kobiet mężczyzn	
25—40	umiera na raka	16	9
40—50	" "	27	21
50—60	" "	28	30
60—70	" "	18	25

Co się tyczy umiejscowienia raka, najczęściej dotkniętą bywa macica, potem: żołądek, sutki, odbytnica, przełyk, skóra [głowy, twarzy], wątroba, wargi, gruczoły:

u kobiet		u mężczyzn	
$\frac{1}{3}$	rak macicy	$\frac{1}{3}$	rak żołądka
$\frac{1}{4}$	" sutki	$\frac{1}{7}$	" {przełyk wargi odbytnica
$\frac{1}{7}$	" żołądka		
$\frac{1}{8}$	" {wątroba odbytnica twarz	$\frac{1}{8}$	" {twarz genitalia

Dla Saksonii, Badenu i Prus, zebrał dane dotyczące śmiertelności na raka MAEDER ¹⁾; wnioski jego są następujące:

- 1) liczba chorych na raka wzrasta z rokiem każdym,
- 2) śmiertelność na raka jest większa w miastach, niż po wsiach,
- 3) kobiety chorują na raka częściej niż mężczyźni,
- 4) są miejscowości, w których rak występuje stale częściej, niż w innych.

Zastanawiając się nad przyczyną wzrastającej liczby chorych na raka, wykazuje MAEDER mylność przypuszczenia, jakoby rak rozpowszechniał się w miarę zmniejszania się chorych na gruźlicę. Otóż w Prusiech wypadło w latach 1891—1896:

na 1 śmierć z powodu raka, 4,7 śmierci z powodu gruźlicy,

¹⁾ Zeitschr. f. Hygiene. 1900. Nr. 33.

ponieważ zaś śmiertelność na gruźlicę zmniejszyła się o 0,18% rocznie, to powinna śmiertelność na raka zwiększyć się, licząc w tym samym stosunku, najwyżej o 0,0041%, w rzeczywistości zaś wzrosła śmiertelność na raka o 0,115%; różnica zbyt wielka i nieusprawiedliwiająca twierdzenia, że wzrastanie raka stoi w poważnym przyczynowym związku ze zmniejszaniem się gruźlicy. Należy przypuścić, że są i inne przyczyny, że może ten czynnik, który chorobę powoduje, ma silniejsze dążenie do rozpowszechniania się, może ludzie są obecnie mniej odporni na raka, albo może znajdujemy się w okresie jakiegoś szczególnego zwyrodnienia rakowatego.

Z miast niemieckich posiadamy dane w kwestyi raka dla Berlina, Hamburga i Chemnitz.

W Berlinie ¹⁾ zmarło na raka podług obliczenia HIRSCHBERG'a z biura statystycznego:

w r. 1876 na milion mieszk.	1783 osób
„ 1889 „ „	2921 „
„ 1895 „ „	3312 „

W Hamburgu podług statystyki REICHE'go ²⁾ wzrasta liczba chorych na raka bezwzględnie. Nawet znakomite ulepszenia higieniczne, jak: urządzenie w roku 1894 centralnej stacyi filtrów na rzece Elbie i t. d., które zmniejszyły ogólną śmiertelność z 22 *resp.* 25, na 17 *resp.* 18,9 *pro mille*, nie miały żadnego wpływu na częstość raka.

Przyrost ten nie jest zależny ani od gruntu, ani od dobroci wody, ani od położenia wyższego lub niższego różnych części miasta, ani od gęstości zamieszkania, lub dobrobytu albo ubóstwa mieszkańców, a przyczyna jego niewiadoma!

Wśród mężczyzn śmiertelność na raka wzrasta bardziej, niż wśród kobiet. Liczba osób zmarłych na raka w Hamburgu:

w r. 1872 = 248 [90 m. 158 k.] na 346210 mieszk.

w r. 1898 = 712 [300 m. 412 k.] na 744132 mieszk.

W obliczeniu na 100000 żyjących wzrosła śmiertelność na raka z 71,63 na 97,82.

Co do umiejscowienia podaje REICHE wyliczenia następujące:

R a k ż o ł ą d k a

u mężczyzn w r. 1872—1885	51,3%	} średnio
„ „ 1886—1899	48,3%	
u kobiet		29,3%

R a k p r z e ł y k u

u mężczyzn w r. 1872—1885	12,1%	} średnio
„ „ 1886—1899	14,2%	
u kobiet w r. 1872—1885	1,9%	} średnio
„ „ 1886—1899	2,5%	

¹⁾ Cyt. w Bericht des Komit. f. Krebsforschung.

²⁾ Deutsche med. Wechenschrift. 1900. Nr. 28.

R a k o d b y t n i c y

u mężczyzn w r. 1872—1885	5,6%	} 5,3
„ „ 1886—1899	5,1%	

R a k m a c i e y i s u t e k

w r. 1872—1885	28,3 i 1,1
1886—1899	29,8 i 0,9

Dla Chemnitz zebrał RADESTOCK ¹⁾ statystykę raka za okres 1890—1899, na zasadzie aktów zejścia, przyczem uwzględnił specjalnie przypadki raka u ludzi młodych, przed 40-ym rokiem życia.

Dane są następujące:

czas	ogółem zm. na raka	z tego przed 40 r. ż.	%
1890—1893	452	49	[10,84%]
		z tego kobiet	32
		mężczyzn	17
1894—1899	846	95	[11,20%]
		z tego kobiet	64
		mężczyzn	31

Wśród zmarłych przed 40-ym r. ż. przeważali robotnicy metalurgiczni; tkaczy i przędzalników zmarło w tym okresie nie wielu.

Statystyki przytoczone wykazują, że liczba chorych dotkniętych rakiem zwiększyła się znacznie w latach ostatnich.

Czy przyrost ten jest rzeczywistym, czy tylko pozornym, a wywołany bądź przez to, że: 1) dawne statystyki mniej były dokładne, bądź 2) że ludzie obecnie dłużej żyją, dzięki ulepszonym warunkom higienicznym, a więc dochodzą częściej do wieku usposabiającego do raka, wreszcie 3) że rozpoznanie raka jest przy pomocy dzisiejszych metod badania łatwiejsze niż dawniej—rozstrzygnąć trudno.

Statystyk doskonałych nie było i niema; jeżeli dotyczą tego samego kraju, to zbierane były prawdopodobnie wśród tych samych warunków, a zatem porównywać je można.

Że ludzie obecnie dłużej żyją, dzięki urządzeniom sanitarnym, to prawda, ale jak wykazał WURZDORF, urządzenia te wpływają dodatnio na ludzi młodych, nie starych.

Wreszcie, co do lepszego rozpoznawania raka w czasach obecnych w porównaniu z dawniejszymi, to w istocie rozpoznawanie chorób jamy brzusznej zrobiło pewne postępy i dzisiaj łatwiej niż dawniej rozpoznajemy guzy narządów trawienia. Jednak co r o c z n i e powiększającej się śmiertelności z powodu raka na karb udoskonalonych metod badania składać nie można, bo ani te metody nie są tak pewne, ani błędy dyagnostyczne mniej rzadkie.

Jeżeli więc zwiększona śmiertelność z powodu raka, jaką wykazuje statystyka, jest uwarunkowana zwiększoną liczbą chorych, dotkniętych rakiem na-

¹⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1902. Nr. 22.

rządów trawienia, to przyczynę przyrostu tych chorych nie tylko w lepszych sposobach rozpoznawczych upatrywać należy, lecz trzeba jej szukać i gdzieindziej.

Być może, iż warunki życia, sposób odżywiania, alkoholizm, nadużywanie tytoniu i t. p., czynią żołądek i kiszki bardziej podatnem siedliskiem dla raka.

Ścisłe statystyki raka, jednego dnia dla całego państwa zebrane [15. X. 1900], posiadamy dla Niemiec i Holandyi ¹⁾.

W Niemczech wysłano kwestyonyaryusze do 25376 lekarzy i instytucyi. Nadesłano 14060 odpowiedzi. Do obliczeń użyto kart 12179, pochodzących od 5957 lekarzy i instytucyi. Wyniki ankiety są następujące:

I. Liczba chorych na raka w różnych okręgach państwa niemieckiego jest zupełnie różna i przeciętnie wypadło na 1000000 mieszkańców ogółem osób 429 [mężczyzn 160 kobiet 269] chorych na raka. Wahania były: u mężczyzn od 47 [w Schaumburg-Lippe] do 270 [okręg Akwizgranu], u kobiet od 65 [okręg Bydgoszczy] do 551 [Lubeka] na 1000000, a zależą wahania głównie od tego, jaka ludność przeważa w danym okręgu, starsza czy młodsza. Gdzie więcej ludzi starych, tam więcej chorych na raka; w dużych miastach, z ludnością ponad 100000, jest rak częstszy, niż w mniejszych miastach. Z miast pierwszej kategorii wykazują najwyższą śmiertelność na raka: Akwisgran dla mężczyzn, Hamburg dla kobiet, z miast drugiej kategorii; Wiesbaden dla mężczyzn, a Darmstadt dla kobiet.

Po wsiach, wypada mniej chorych na raka, niż w miastach, przytem chorych na raka kobiet jest mniej po wsiach, rakowatych zaś mężczyzn mniej w miastach.

Są pewne miejscowości, w których rak stosunkowo jest bardziej niż gdzieindziej rozpowszechniony [t. zw. *Krebsherde*].

II. Wiek i płeć chorych na raka.

Wpływ płci, ma znaczenie tylko do 60-go roku życia, wówczas przeważa liczba chorych kobiet, po 60-ym roku przypadki raka są jednakowo częste u kobiet i mężczyzn. po 70-ym wzrastają u kobiet:

do 15-go r. bardzo mało,			
od 15—30 mało, ale więcej kobiet			
„ 30—40 mężczyzn	47	kobiet	151
„ 40—50 „	255	„	587
„ 50—60 „	664	„	865
„ 60—70 „	1005	„	1000
„ 70—80 „	912	„	1009
„ 80 „	815	„	935

na 1000000 mieszkańców.

III. Umiejscowienie raka.

Pod względem umiejscowienia zajmuje pierwsze miejsce u mężczyzn rak żołądka, u kobiet, rak macicy, według poniższej tablicy:

¹⁾ Bericht über die vom Comité f. Krebsforsch. erhob. Sammelforschung. Verlag GUSTAW FISCHER, Jena 1902.

u mężczyzn	413‰	żołądek
„	113 „	przełyk
„	102 „	odbytnica
u kobiet	270 „	macica
„	243 „	sutki
„	203 „	żołądek.

IV. Z a w ó d nie odgrywa żadnej roli, przedstawiciele wszystkich zawodów chorują na raka, tylko że umiejscowienie jego bywa uprzywilejowane, a mianowicie:

- u rolników—skóra,
- u praczek—skóra,
- u trudniących się przemysłem drzewn.—gruczoły,
- u kapitalistów—narz. moczopłciowe, *resp.* piersi,
- u robotn. metalurg.—narz. oddechowe,
- u kelnerów i służąc.—narz. płciowe.

V. Dane co do dziedziczności zanotowano w 9147 przypadkach na 12179, z tego w 83‰ przypadków dziedziczności zaprzeczano, w 17‰ przyznawano.

VI. Zараżenie się rakiem, stwierdzono w 435 przypadkach [na 12179], a więc 3,6‰. Jeżeli jednak dodać do tego 634 chorych = 5,2‰, którzy mieszkali w jednym domu lub mieszkaniu, a także 665 = 5,5‰ chorych na raka, których krewni mieli raka i z którymi się oni stykali, to ‰ zarażenia się wzrosnie do 14,3‰. Zараżenie zdarza się najczęściej pomiędzy małżonkami, następnie, pomiędzy choremi a pielęgnującymi je osobami.

VII. Z przyczyn, usposabiających do raka wymieniają: nizko położone, wilgotne mieszkania, tytoń, wyskok i t. d.

W H o l a n d y i, według spisu jednodniowego, znajdowało się d. 15. X. 900., chorych na raka osób 1460, co wynosi 0,0286‰ ludności. Wysłano kwestyonariusze do 2292 lekarzy i instytucji, otrzymano odpowiedzi 1378. Różnica częstości raka w pojedynczych prowincjach, okręgach, miastach nieuwidacznia się. Wiek dla raka, uprzywilejowany w Holandji, wypada pomiędzy 61—70 r. następnie 51—60 r., potem 71—80 r.

Umiejscowienie: 49,88‰ przew. pokarm. [w tem z 438 chor. 275 m. 163 kob.],
20,26‰ piersi [1 przyp. mężczyzna],
12,74‰ kob. narz. rodz.

Co do dziedziczności, względnie rodzinności raka, odpowiedziano twierdząco 159 razy [18,1‰ odpowiedzi], to znaczy, że 1/5 część chorych, którzy weszli do spisu, była dziedzicznie obciążona, *resp.* miała skłonność rodzinną.

- 39 razy miał ojciec chorego też raka
- 38 „ miała matka
- 3 „ mieli ojciec i matka
- 3 „ miał dziad

5	„	miała babka
4	„	miało dziecko
36	„	miał brat
34	„	miała siostra

w tem zdarzyło się w 26-in przypadkach kilka przypadków raka w rodzinie.

Co do zaraźliwości doniesiono o: 11 przypadkach raka u małżonków, 33 przypadkach, gdzie w jednym domu mieszkalnym chorowało kilka osób na raka, 5 przypadkach raka u osób pielęgujących chorych rakowatych; ogółem można przypuszczać możliwość przeniesienia choroby z jednej osoby na drugą w 10,82% wszystkich przypadków raka w Holandyi.

Z przyczyn usposabiających do raka wymieniają: nadużycie wyskoku 10% przypadków [szczególniej w stosunku do raka przelyku]. Wpływu przymiotu i urazu nie zauważono.

Obie statystyki powyższe, jednego dnia w Niemczech i Holandyi zebrane, a wydane wspólnie, staraniem utworzonego w Berlinie pod przewodnictwem LEYDEN'a komitetu dla zbadania raka, zawierają dużo pouczających danych, zwracają uwagę na wiele kwestyi, którym dotąd nie przypisywano wagi, np. wykazują rozpowszechnienie się raka w stosunku do gęstości zaludnienia, po wsiach i miastach, wpływ zajęcia, dziedziczności, zaraźliwości i t. d. Jednodniowe te spisy są do pewnego stopnia odzwierciedleniem chwili; o ile będą co pewien czas powtarzane i obejmą możliwie największą liczbę krajów, to otrzymane dane porównawcze mogą w wysokim stopniu sprawę raka] wyświecić.

Statystyki zbiorowe to pierwszy etap walki z tem strasznem cierpieniem, a walka z rakiem, to obowiązek naszego wieku, bo jeżeli nawet przesadzone są wieści o rozpowszechnianiu się raka, to jednak liczby śmiertelności są bezwzględnie wysokie i zaniepokojenie pośród publiczności i lekarzy zrozumiałe.

Wobec raka jesteśmy zupełnie bezsilni, nawet mowy o wyleczeniu niema, rozpoznanie raka oznacza wyrok śmierci. Lekarz pozostaje tylko biernym świadkiem męczarni chorego i często nawet ulżyć nie może.

Lekarstw niema żadnych, wszystko co zalecano, okazało się zwodniczem. Tylko chirurgia poczyniła pewne postępy, jednakże rak narządów wewnętrznych w ogromnej liczbie przypadków pozostał tak samo, jak dawniej niedostępnym dla noża, a przerzuty, występujące po operacjach, tak często udaremniają zabiegi najdzielniejszych chirurgów. To też poznanie i opanowanie raka jest kwestyą palącą.

Tylko pracować trzeba wspólnie w myśl tego, że w celach i dążnościach ogólnoludzkich, jakim duża część naszej działalności poświęcona być winna, jedynie praca wspólna owocną być może.

* * *

Dla wyjaśnienia sprawy raka, odbył się w Chicago zjazd lekarzy; w Anglii zbierają specjalny ogromny fundusz „Cancer Ressearch Fond“, aby walczyć z rakiem.

W Berlinie zorganizował się z inicjatywy lekarzy BEHL'a, KATZ'a, MEYER'a i innych komitet w celu badania raka; przy klinice prof. LEYDEN'a powstał oddział dla rakowatych; pod tegoż redakcją założono czasopismo specjalne (*Zeitschr. für Krebsforschung*).

W Moskwie wykonano w tym roku pierwszą w Rosyi klinikę dla chorych, dotkniętych rakiem.

Projekt ankiety szerzenia się raka w Królestwie Polskiem, warunków wśród jakich występuje i t. d. podaliśmy na innem miejscu [*Czasopismo lekarskie* Nr. 1. 1904]; otrzymane stąd dane, oddadzą, być może, sprawie, pewien pożytek.

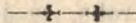
III. Z INSTYTUTU ANATOMII PATOLOGICZNEJ PROF. PRZEWOSKIEGO W WARSZAWIE.

Przyczynęk do zmian anatomiczno-patologicznych skóry w herpes progentalis.

Podał

dr med. Wł. Kopytowski,

ordynator szpitala św. Łazarza w Warszawie.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 7].

P r z y p a d e k 20. 20. IV. 02. Kobieta lat 19. Na wewnętrznej powierzchni dużej prawej wargi sromnej w bliskości *comissura posterior* widać grupę strupków, leżących na prawie normalnej skórze. Strupki okrągławej formy, barwy brunatnej, niektóre zlewają się ze sobą i mocno przylegają do skóry. Choroba trwa dni pięć; w początkach wysypka sprawiała mocne swędzenie chorej, obecnie nie sprawia jej żadnych dolegliwości. Wycięto kawałeczek wykwit, który utrwalono w płynie KULCZYCKIEGO. Parafinowe preparaty; skrawki grubości $\frac{1}{100}$ milimetra i grubsze. Barwienie, jak w 1-ym przypadku; barwienie metodą POPPENHEIM'a.

Pod małemi powiększeniami widać dwa strupki, z których mniejszy okrągławy, dobrze przylega do tkanek; większy jajowatej formy prawie całkiem odstaje od tkanki skóry, i tylko na niektórych skrawkach leży w związku z przyległemi częściami.

Warstwa rogowa na całym preparacie dość zbita, z boków większego strupka poroższcepiona, i zachodzi tylko nieznacznie na jego brzegi.

Warstwa ziarnista słabo wyrażona.

Warstwa komórek koleczastych w bliskości strupka zawiera jakby komórki zmniejszonej wielkości, wiele z nich z wodniczkami; przestrzenie międzykomórkowe słabo wyrażone; wiele pojedynczych leukocytów między komórkami.

Warstwa brodawek słabo naciekła; w warstwie skóry właściwej parę obszerniejszych nieprawidłowej postaci ogniskowych nacieków.

Włosy, gruczoły i włókna elastyczne bez zmian widocznych. Nerwów nie można odszukać.

Strupki przedstawiają się jako owalne lub jajowate znacznej wielkości ciała, mające w dolnej połowie zbitą budowę, w górnej zaś składają się jakby z wysokich wązkich słupków, rozdzielonych od siebie wązkimi pustymi przestrzeniami, w dolnej zaś swej części łączą się ze sobą, tworząc kompaktne ciało. Słupki te bardzo się trudno barwią, i na większości preparatów zatrzymały tylko swą naturalną żółtawą barwę. Dolna część strupka składa się z jednolitej zbitej masy, w której założone są resztki jąder leukocytów, resztki komórek nabłonkowych i rozmaite bakterye. Na skrawkach, gdzie jeszcze strupek połączony jest ze skórą, linię, po której się ma oddzielić, określić trudno. Z boków większego strupka widać jak cienkie pasemka tkanki nabłonkowej wciskają się pod strupek na nieznacznej przestrzeni. Pasemka te składają się z płaskich wydłużonych komórek nabłonkowych, mających pałeczkowate jądra; widzieć te komórki można na przestrzeni, odpowiadającej długości 5-iu do 6-iu komórek. Na skrawkach, gdzie strupek albo odpadł zupełnie, albo się tylko wyłuszczył, t. j. zachował się na preparacie, lecz nie łączy się ze skórą, odkryta powierzchnia skóry w części jest pokryta nabłonkiem, w części nie. W górnych warstwach skóry pod strupkami widać wiele leukocytów, rozłożonych ogniskami; warstwa brodawek zupełnie zanikła.

W strupku, również jak i w powierzchniowych warstwach skóry, pod strupkiem, widać dużo rozmaitej formy i wielkości bakteryi, niekiedy układających się małymi łańcuszkami.

P r z y p a d e k 21. 28. IX. 02. Kobieta lat 23. Na wewnętrznej powierzchni prawego uda w bliskości fałdy pachwinowej zauważyć można grupę pęcherzyków wielkości małej główki od szpilki, napełnionych mętnym płynem, leżących na bladej, nieco obrzękłej skórze. Choroba trwa około 48-iu godzin i sprawia chorej mocne pieczenie.

Wycięto kawałeczek wykwitu wraz z rąbkim zdrowej skóry. Preparaty utrwalono w 6% roztworze emetyku z dodaniem 2,0% formaliny. Preparaty przebyły w płynie 6 godzin. Parafinowe preparaty. Barwienie, jak w innych przypadkach i metodą PAPPENHEIM'a.

Przy małych powiększeniach zauważyć można dwa powierzchnie leżące ropne pęcherzyki i na krawędzi skrawka część przeciętego dużego pęcherzyka, napełnionego surowicznym wysiękiem i włóknikiem.

Granica pęcherzyków nieznacznie wznosi się po nad poziom przyległej zdrowej skóry. Górna ścianka pęcherzyków ograniczona jest warstwą rogową

zgrubiałą, falistą, do której gdzieniegdzie przylegają komórki, zawierające w nieznacznej ilości keratohyalinę, i kilka bezkształtnych rogowych blaszek i leukocytów. Boczna granica jednego z pęcherzyków w górnej połowie zawiera wiele szczelin, wypełnionych surowiczym wysiękiem i leukocytami. Komórki zawierają wielkie wodniczki i pokurczone jądra. W drugim pęcherzyku boczne ścianki ograniczone są mocno wydłużonymi pociętymi komórkami *strati spinosi*. Dolna granica pęcherzyków określić się nie daje z powodu silnego nacieku, który stopniowo słabnie.

Zawartość pęcherzyka w górnej jego części odstaje na znacznej przestrzeni od górnej ścianki pęcherzyka i zawiera: wysięk surowiczy, detryt drobnoziarnisty, gdzieniegdzie zachowane jeszcze leukocyty, które w wielu komórkach wykazują eozynofilową ziarnistość, jednolite bryłki, niekiedy ze śladami jąder. W dolnej swej części w obu pęcherzykach zauważyć można oprócz tego nieliczne wielojądrowe komórki, z jednolicie barwiącymi się pokurczonymi jądrami, okrążone nieznaczną ilością jakby włóknistej zarodki i rozpad włókien elastycznych, pod postacią krótkich laseczek.

W nacieku na dnie pęcherzyka zauważyć można dwa naczynia, przebiegające skośnie na znacznej przestrzeni, rozszerzone, puste, wysłane napęczniałym śródbłonkiem.

Odcięty pęcherzyk na krawędzi preparatu ma siatkowatą budowę w części wytworzoną przez włóknik, w części przez zwyrodniałe komórki nabłonkowe.

Warstwa rogowa zgrubiała na całym preparacie, falista, poroszczepiana. Warstwa komórek ziarnistych zgrubiała. *Stratum spinosum* zgrubiała, komórki w wielu miejscach z pokurczonymi jądrami i wodniczkami; przestrzenie międzykomórkowe rozszerzone, zawierają wiele leukocytów. Brodawki obrzękłe, zawierają naczynia rozszerzone, puste. Silne nacieki na podstawie brodawek w bliskości pęcherzyków. Ogniskowe nacieki w warstwie skóry właściwej.

Jeden włos odszukałem na preparacie; leży on swobodnie — pochwki włosowe zdala odstają od niego, między nimi pusta przestrzeń, w jednym miejscu zawierająca nieco surowiczego wysięku. Gruczoły łojowe bez zmian widocznych. Gruczołów łojowych i nerwów nie mogłem odszukać.

P r z y p a d e k 22. 30 IX 02. Kobieta lat 18. Na wewnętrznej powierzchni prawego uda w pobliżu części płciowych zauważyć można małą grupę pęcherzyków, leżącą na niezmienionej skórze, wypełnionych mętnawym płynem. Choroba trwa około 36-iu godzin i sprawia chorej swędzenie.

Wycięto kawałeczek wykwit, który utrwalono jak w przypadku 21-ym [emetyk z formaliną]. Parafinowe preparaty. Skrawki na $\frac{1}{100}$ milimetra. Barwienie, jak w innych przypadkach i metodą PAPPENHEIM'a. Wycięty był kawałek wykwit bardzo powierzchownie. Na preparacie widać 2 pęcherzyki, oddzielone od siebie około 6-iu brodawkami. Dna pęcherzyków odcięte, preparat jednak zajmuje całą warstwę nabłonkową i mały skrawek tkanki łącznej skóry.

Górna granica pęcherzyków *str. cornei* zgrubiała, rozszczepione; przylegają do niego zwyrodniałe komórki rogowe. Brak warstwy ziarnistej. Jeden pęche-

rzyk ma boczne ścianki gładkie, odgraniczone wyraźnie, składające się z wrzecionowatych komórek *strati spinosi*; w drugim granice nie gładkie z powodu rozczepiania się komórek i ich wpadania do zawartości pęcherzyka. Jeden pęcherzyk zawiera siatkę włóknika, o bardzo szerokich pętlicach — pęcherzyk ten zawiera mało morfologicznych elementów, drugi całkowicie napełniony surowiczym wysiękiem, w którego środku zauważyć można masę detrytu. W obu pęcherzykach widać: dużo leukocytów, jednorodnych bryłek, niekiedy z dwoma pokurczonymi jądrami. Wielojądrowych komórek nie zauważyłem. Warstwa rogowa na całym skrawku zgrubiała, rozszczepiona; w jednym miejscu widać w niej małą jamkę z surowiczym wysiękiem. Warstwa ziarnista słabo wyrażona, *stratum spinosum* zgrubiała; zawiera rozszerzone przestrzenie i dużo leukocytów. Tylko podstawy brodawek mocno naciekle; brodawki lekko obrzmiałe z napęczniałymi komórkami tkanki łącznej.

Włosów, gruczołów i nerwów nie mogłem odszukać.

Przypadek 23. 28. X. 02. Kobieta lat 17. Na zewnętrznej powierzchni prawej sromnej wargi większej zauważyć można grupę pęcherzyków i malutkich nacieków, leżących na lekko obrzękłej zaczerwienionej skórze. Choroba trwa około 1-ej doby; sprawia chorej nieznaczne swędzenie.

Wycięto chorej kawałeczek wykwit, który utrwalono w sublimacie. Parafinowe preparaty; barwienie, jak w innych przypadkach i metodą PAPPENHEIM'a.

Pod małymi powiększeniami widać masę ogniskowych nacieków w skórze, okrążających przeważnie rozszerzone naczynia, wypełnione czerwonymi ciałkami krwi. Jeden duży naciek przenika w jednym miejscu w warstwę nabłonka, uczestnicząc w wytworzeniu małego pęcherzyka — na przestrzeni 2-ch do 3-ch brodawek. Na innej seryi skrawków widać jeden siatkowaty pęcherzyk w dobrze uformowanymi beleczkami z tkanki nabłonkowej, dobrze wykształcone pęcherzyki w tkance nabłonkowej i jedno małe gniazdo rozpadowe w tkance nabłonkowej. Pod pęcherzykami silne nacieczenia w tkance skóry właściwej i małe ogniskowe nacieki naokoło naczyń. Na skrawkach widać kilka przekrojów włosów z rozszczepionymi pochewkami wewnętrznymi.

Pęcherzyk nie podnosi się ponad powierzchnię skóry. Górna ścianka pęcherzyka jest płaska, ograniczona porozszczepioną warstwą rogową i 2-ma, 3-ma warstwami zmienionych obrzękłych z wodniczkami komórek *strati spinosi*; granice komórek niejasne; z boków, przy przejściu górnej granicy pęcherzyka w boczne, komórki przyjmują wygląd rogowych blaszek, barwiących się jak i warstwa rogowa jednolicie. Jeden bok pęcherzyka w $\frac{1}{3}$ szerokości ma w górnej swej połowie siatkowatą budowę, siatka wytworzona z niezupełnie zrogowaciałych komórek nabłonkowych, wrzecionowatej postaci; wiele komórek i grup komórek zwiesza się tutaj od górnej ścianki pęcherzyka w głąb jego. Komórki, stanowiące ten bok pęcherzyka, obrzękłe, zlewają się ze sobą, mają wielkie jądra, które w większej części utraciły chromatynę lub chromatyna grupuje się na brzegu; jąderka są zachowane. Warstwa ta bezpośrednio przechodzi w dolną granicę pęcherzyka [komórki podlegają tutaj tym samym zmianom], którą

stanowi w połowie; w drugiej połowie dolna granica pęcherzyka nie określa się z powodu zupełnego rozpadu tkanki nabłonkowej i zajęcia jej przez naciek zapalny, który wgłębia się tutaj ze skóry właściwej. Druga boczna ścianka pęcherzyka utworzona jest z wydłużonych, względnie mało zmienionych komórek kolczastych. Zawartość pęcherzyka stanowi wysięk surowiczy, jednolite bryłki niekiedy z resztkami jąder, wydłużone nieforemnej postaci rogowe blaszki, 2, 3 jądrowe komórki z wyblakłymi wielkimi pęcherzykowatymi jądrami, duże kuliste komórki barwnikowe, napełnione białym drobnoziarnistym barwnikiem, wreszcie leukocyty. Pęcherzyk nierównomiernie wypełniony wysiękiem i morfologicznymi elementami; w górnej części prawie pusty.

Warstwa rogowa na całym preparacie zgrubiała, falista, rozszczepiona; warstwa ziarnista słabo wyrażona, nad pęcherzykiem nie występuje. Warstwa komórek kolczastych silnie rozwinięta; dolna jej warstwa, również jak i warstwa komórek nabłonkowych zawiera wiele białego barwnika. Oddzielne leukocyty w tych warstwach w bliskości pęcherzyka.

Brodawki silnie naciekle, zawierają rozszerzone naczynia, napełnione w wielu miejscach krwią; toż samo można powiedzieć i o małych naczyniach arteryalnych w skórze właściwej, które są rozszerzone, napełnione krwią. Weny rozszerzone, z drobnoziarnistą zawartością [surowica]. Silne nacieki około naczyń.

Jeden włos znalazłem w skośnym przecięciu i trzy prawie w poziomem. Sam włos bez zmian widocznych; wewnętrzna pochewka włosa rozszczepiona i odstaje od włosa na znacznej przestrzeni; toż samo można powiedzieć i o zewnętrznej, która też odstaje od wewnętrznej. Nieznaczny naciek zapalny około pochewek włosa.

Włókna elastyczne w naciekach w zaniku.
Gruczołów i nerwów nie mogłem odszukać.

Przypadek 24. 7. XI. 02. Kobieta lat 18. Na wewnętrznej powierzchni lewego uda, w bliskości organów płciowych, mała grupa pęcherzyków, wielkości łebka od szpilki każdy, wypełnionych w części żółtawym gęstym płynem, siedzących na lekko zaczerwienionej skórze. Choroba trwa około 3-ch dni i sprawia chorej znaczne bóle.

Wycięto kawałeczek skóry, który utrwalono w sublimacie. Barwienie, jak w innych przypadkach i metodą PAPPENHEIM'a.

Pod małymi powiększeniami widać jeden cały pęcherzyk, umiejscowiony w górnej połowie *strati spinosi*, i jeden na krawędzi skrawka przecięty. Rozsiane nacieki na całym preparacie; nieznaczne ogniskowe nacieki. Pęcherzyk nieznacznie wznosi się nad powierzchnią skóry. Cały pęcherzyk wypełniony to grubszą, to delikatną siatką włóknika. Warstwy rogowej nie widać, albo jest tak zmieniona, że rozpoznać ją trudno od włóknika; boczne ścianki pęcherzyka niejasne wskutek rozłazenia się komórek, w części zlewania się ich ze sobą. Wiele komórek ma wodniczki i jądra, bądź to obrzękłe, bądź to pokurczone; granice komórek zlewają się ze sobą. Toż samo można powiedzieć i o dnie pęcherzyka, którego granice określić trudno, leży jednak w warstwie kolczastej. Górne ścian-

ki pęcherzyka i jego zawartość przypominają budowę granulacyi w powierzchownej warstwie *ulcus cruris* — hemogeneza, czasami włókniste masy, w których założona jest pewna liczba komórek, mających powiększone jądra, wodniczki i protoplazmę; wszystko to zlewa się ze sobą. Oprócz tego w zawartości pęcherzyka spotykamy wiele jednolitych bryłek, mało wielojądrowych tworów i znaczną liczbę leukocytów.

Warstwa rogowa na całym skrawku mocno rozwinięta, również jak i warstwa ziarnista. Warstwa *strati spinosi* zawiera wiele komórek z wodniczkami i dużo leukocytów. Warstwa wałeczkowa zawiera dużo burego barwnika.

Brodawki słabo naciekle z naczyniami rozszerzonymi i wypełnionymi krwią; w warstwie brodawek spotykamy oddzielne małe, nieforemnej postaci komórki barwnikowe.

Warstwa skóry właściwej nieco naciekla, z rozszerzonymi naczyniami, wypełnionymi krwią i nieznacznymi naciekami naokoło naczyń.

Włókna elastyczne bez zmian widocznych.

Włosów, gruczołów i nerwów nie mogłem odszukać.

Na jednej seryi skrawków widać leżące nad preparatem w odległości nieznaczej [grubość trzech komórek *strati spinosi*] ciałko nieforemnej jajowatej postaci, wielkości kilkunastu komórek *strati spinosi*, utworzone na brzegach z jednolicie zabarwionych blaszek, to poroszczepianych, to zlewających się ze sobą, w środku zaś ciała tworzących nieprawidłowej formy siatkę, w której leży detryt, pod postacią gruboziarnistych mas; niekiedy zauważyć można w detrycie mocno zmienione pojedyncze komórki nabłonkowe, leukocyty i strupek.

Prowadząc od dłuższego czasu oddział weneryczny kobiecy w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie, miałem możność bardzo często spotykać wyprysk u chorych, przebywających w szpitalu, jako powikłanie głównego cierpienia. Cierpienie to [wyprysk], z niezwykle ostrym przebiegiem, występowało zazwyczaj w miesiącach wiosennych i jesiennych; choroba pojawiała się peryodycznie; gdy zjawił się jeden przypadek, zazwyczaj występował drugi, trzeci w krótkich odstępach czasu; nie raz jednocześnie w szpitalu chorowały dwie chore. Przebycie choroby nie uwolniło od powtórzenia się jej w krótkim czasie; niektóre chore w ciągu miesiąca zapadały na wyprysk dwukrotnie. W lecie i w zimie przypadki wyprysku spotykałem daleko rzadziej.

Przebieg cierpienia był zawsze niezwykle ostry. Oglądając jednego dnia chorą, nie raz na częściach płciowych i wewnętrznej powierzchni ud w bliskości części płciowych — ulubionych miejscach wyprysku — żadnych zmian nie zauważyłem, na drugi dzień u tejże chorej miałem już typowe pęcherzyki wyprysku. Muszę tu dodać, że nie ze wszystkich przypadków wyprysku udało mi się uzyskać materiału do badań histologicznych. Zaledwie mniejsza część chorych zezwoliła na wycięcie drobnych kawałeczków skóry.

Jak wiadomo, typowym wykwitem dla wyprysku jest pęcherzyk. Na 24 przypadki tej choroby w 23-ch znalazłem bądź to jeden, bądź to parę pęcherzyków w każdym poszczególnym przypadku; w jednym tylko [8-ym] przypadku wykształconego pęcherzyka nie znalazłem.

Jeżeli porównamy zmiany anatomo-patologiczne w pęcherzykach w różnych przypadkach tego cierpienia, to przekonamy się, że zmiany te w ogólnych zarysach są zawsze jednakowe, różniąc się tylko w szczegółach. Zależy to najwięcej od okresu choroby, w którym badamy wyprysk.

Materyał do badań histologicznych starałem się uzyskać w różnych okresach choroby. Przy każdym poszczególnym przypadku zaznaczyłem w którym dniu choroby wycięto kawałeczki skóry; streszczając to teraz nadmieniam, że w dwóch przypadkach [Nr. 11 i 14] wycięto kawałeczki chorej skóry przed upływem 24-ch godzin. W sześciu przypadkach [Nr. 1, 2, 5, 7, 19, 23] po upływie doby. W sześciu również przypadkach choroba trwała około 36-iu godzin [Nr. 3, 4, 9, 13, 15, 22]; w siedmiu przypadkach wycięto skórę po upływie 48-iu godzin [Nr. 6, 10, 12, 16, 17, 18, 21]; w dwóch [Nr. 8 i 24] po upływie 3-ch dni i na koniec w jednym [Nr. 20] po upływie pięciu dni od początku choroby. Skóra w 12-tu przypadkach pochodziła z wewnętrznej powierzchni uda, w 11-tu z wargi większej i na koniec w jednym ze skóry wzgórzka łonowego (*mons veneris*).

Miejscowe zmiany na skórze, dotkniętej wypryskiem, zazwyczaj były nieznaczne. Oprócz pęcherzyków spotykałem nieznaczny obrzęk skóry pod nimi w dziewięciu przypadkach [Nr. 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19]; nieznaczne zaczerwienienie skóry pod pęcherzykami w sześciu przypadkach [Nr. 7, 10, 11, 14, 15, 16, 24]; w pozostałych zaś 9-ciu przypadkach zmian na skórze [oprócz pęcherzyków] nie mogłem zauważyć [Nr. 5, 6, 9, 17, 20, 21, 22, 23].

W dwunastu pierwszych przypadkach kawałeczki skóry brane do badań były znieczulone przed wycięciem za pomocą 2% wodnego roztworu kokainy; w 12-tu drugich wycinane były bez znieczulenia.

Do utrwalenia preparatów użyty był w 4-ch przypadkach alkohol [Nr. 1, 2, 13, 19]; w trzynastu wodny 6% roztwór sublimatu, w którym preparaty przebywały od 2 — 6 godzin [Nr. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 15, 16, 18, 23, 24]; raz płyn FLEMING'a [Nr. 9], raz płyn MUELLER'a [Nr. 14]; raz płyn KULCZYCKIEGO [Nr. 20] i na koniec w 2-ch przypadkach [Nr. 21 i 22] preparaty utrwalone zostały w 6% wodnym roztworze emetyku z dodatkiem 2% formaliny. O tym ostatnim sposobie utrwalania powiem następnie słów kilka.

Liczbę pęcherzyków na jednym skrawku spotykałem bardzo rozmaitą, począwszy od jednego do dwóch, trzech i więcej; pęcherzyki leżały w rozmaitej odległości od siebie; rozdzielały się grubością od 2—10 brodawek; niekiedy zlewały się ze sobą, jak to zaznaczyłem przy opisie przypadku 13-go. Różne serye skrawków różniły się bardzo liczbą i formą pęcherzyków, chociaż robione były z jednego małego preparatu. Na krawędzi skrawka bardzo często spotykałem część przeciętego pęcherzyka [Nr. 11, 12, 17, 21, 24]. [C. d. n.]

Przegląd bibliograficzny.



Dr J. ROSENTHAL, prof. fizyologii Uniwersytetu w Erlangen. **Podręcznik Fizyologii ogólnej. Wstęp do nauk przyrodniczych i medycyny.** Przełożył dr med. M. FLAUM. Warszawa, 1903, 8°, str. XV+210, 137 rysunków w tekście. Wydanie z zapomogi Kasy im. J. MIANOWSKIEGO. Cena rb. 2.

Pod tytułem powyższym ukazała się przed kilku miesiącami książka, która według określenia autora ma być „wstępem do nauk przyrodniczych i medycyny“. Napisana przez wybitnego uczonego, a zarazem zasłużonego popularyzatora wiedzy fizyologicznej, jest też w rzeczywistości „wstępem“ do szerszych studyów biologicznych, gdyż obok ścisłości naukowej odznacza się jasnym, przystępnym przedstawieniem rzeczy, a do zrozumienia wymaga znajomości zaledwie podstaw nauk przyrodniczych. Jednym słowem — podręcznik ROSENTHAL'a możnaby zaliczyć do popularnych, przystępnych nawet dla ludzi ogólnie wykształconych, lecz nie zajmujących się specjalnie ani medycyną, ani naukami przyrodniczymi. Nie z takich jednak ludzi powinnaby się rekrutować, jak sądzimy, większość czytelników ROSENTHAL'a. Przedewszystkiem czytać go winni studenci przyrody i medycyny: młodszy — jako doskonale przygotowanie do wykładów nauk biologicznych wogóle, a fizyologii w szczególności, starsi zaś — jako uzupełnienie tych wykładów. W tym samym celu gorąco polecić możemy podręcznik, o którym mowa, kolegom - lekarzom: przypomni on im niejedno, niejeden fakt w nowym przedstawi świetle, a nadewszystko da szerszy pogląd na zjawiska fizyologiczne, niż dają go nasze wykłady uniwersyteckie, czyniące z fizyologii naukę poniekąd stosowaną, — nauczy „rozważania zjawisk życiowych samych w sobie, niejako w oderwaniu od szczególnych warunków, w jakich ujawniają się one, w ten lub ów sposób zmodyfikowane, u rozmaitych ustrojów żywych“.

Powiedzieliśmy, że do zrozumienia podręcznika ROSENTHAL'a niezbędne są tylko podstawy ogólne nauk przyrodniczych; to, co ze szczegółów jest potrzebne, mianowicie dane z chemii, fizyki, anatomii i t. d., znajdzie czytelnik w samej książce, nie tylko porozrzucaane w działach, omawiających poszczególne zjawiska fizyologiczne, ale i zgromadzone po części systematycznie w paru rozdziałach początkowych.

Trzy pierwsze rozdziały swej książki poświęca ROSENTHAL omówieniu zadań i treści fizyologii, podstaw logicznych nauk przyrodniczych, wreszcie metod badania. Rozdział czwarty, zatytułowany: „Materia i eter“, mówi o atomach, cząsteczkach, syntezie, i rozkładzie ciał. W następnych rozdziałach znajdujemy przedstawienie pojęcia energii i rządzących nią praw, zjawisk fizycznych, zachodzących w gazach i cieczach, dalej uwagi ogólne o związkach chemicznych, o zjawiskach chemicznych, o budowie związków chemicznych. Rozdział dziesiąty poświęcono chemii wodzionów węgla, tłuszczów i ciał białkowych. W rozdziale następnym znajdujemy „przegląd ogólny zjawisk życiowych“. Dalej idą rozdziały, omawiające organizmy najprostsze, komórkę, zbiorowiska komórek i tkanki. Rozdział czternasty i piętnasty zatytułowano: „Przerób [dlaczego nie przerób? *Przyp. spraw.*] materii w istotach żywych“ [oddychanie i krążenie, wydzielanie i pokrywanie strat]. Rozdział szesnasty mówi o krążeniu materii, siedemnasty — o przeobrażeniach energii w istotach żywych, osmnasty — o przejawach sprawności ustrojów [wytwarzanie ciepła, ruch i t. p.], dziewiętnasty — o pobudliwości. W rozdziale dwudziestym wyklada autor o wzrastaniu i rozmnażaniu się ustrojów, nie zapominając o sprawie dziedzicz-

ności, w dwudziestym pierwszym wreszcie mówi o „początku życia“, o przejściu materji martwej w żywą, o samoródtwie, powstawaniu gatunków, celowości i t. p. W „dodatku“ znajdujemy przedstawienie metod graficznych.

Podręcznik ROSENTHAL'a przełożył kol. M. FLAUM, a że przełożył dobrze, wiernie, o tem czytelników Gazety zapewnić nie potrzebujemy, gdyż jako tłumacz kol. FLAUM ma już wyrobioną, a dobrze zasłużoną reputacyę. Język przekładu nie jest pozbawiony pewnej, niewielkiej zresztą liczby usterek, wogóle jednak jest poprawny. Nieco więcej zarzucićby można pisowni ze względu na jej niejednostajność. Słownictwo chemiczne z korzyścią mogłoby być także zmienione na nowe, uchwalone przez Akademię Umiejętności. Pomimo to wszystko przekład kol. FLAUMA korzystnie odbija od wielu innych, wydawanych dziś tłumaczeń, drobne zaś ustereki nie zmniejszają jego zasługi, położonej przez uprzystępnienie czytelnikom polskim dzieła nader cennego.

A. K.

Wiadomości bieżące.

— Na budowę trzeciego pawilonu w sanatorium w Davos dla biednych niemców, cesarz Wilhelm ofiarował sumę 10000 marek. W sanatorium tem dotychczas znajduje pomieszczenie 100 chorych.

— Z inicjatywy dra SZYRAJEWY w Jałcie grono lekarzy przystępuje do budowy sanatorium na południowym brzegu Krymu wyłącznie dla lekarzy [a w razie obfitości miejsca dla studentów i studentek medycyny], na co zebrali już 12525 rb.

— Na budowę kliniki dla rakowatych w Moskwie zebrano z ofiar prywatnych sumę 400000 rb.

— Na tegorocznym I Kongresie międzynarodowym higieny szkolnej, który odbędzie się między 4—9 kwietnia w Norymberdze, funkcjonować będzie i wystawa wszelkich przedmiotów z higieną szkół związek mających.

— W Kolonii założoną zostanie Akademia medycyny praktycznej.

— W Berlinie między 5—9 kwietnia r. b. Towarzystwo walki z alkoholizmem urządza wykłady naukowe o alkoholizmie [historja walki, wpływ alkoholizmu na ciało i ducha, na potomstwo, stosunek alkoholizmu do kwestji robotczej, do prostytucji, do zbrodni, znaczenie szkoły i domowego wychowania w walce z alkoholizmem i t. p.].

— Prof. ZIEHEN, świeżo powołany na następcę Hirzjo'a w Halli, przyjął zaproszenie na katedrę po JOLLY'm w Berlinie.

— W wydanej w r. 1903 pracy: „*Krankheiten und Sterblichkeit bei Juden und Nichtjuden*“ autor dr Hugo HOPPE twierdzi, iż śmiertelność żydów jest nieco mniejsza niż chrześcijan, że więc średnie trwanie życia u żydów jest dłuższe. Zwłaszcza śmiertelność dzieci żydów jest mniejsza. Żydzi mają się odznaczać większą odpornością przeciw chorobom zakaźnym, zwłaszcza gruźlicy. Syfilis i alkoholizm ma odgrywać mniejszą rolę w patogenezie chorób u żydów, u których mniej częstemi mają być choroby płuc, nerek i wątroby. Za to często spotyka się u żydów: cukromocz, neurastanię, histeryę, choroby umysłowe, epilepsyę, a nadto idiotyzm, ślepotę, głuchoniemotę, a *idiotismus familiaris amauroticus* dotychczas tylko u żydów był spostrzegany. Na dłuższe życie u żydów ma wpływać, zdaniem H., mniejsze używanie alkoholu, a na częstotę u nich chorób nerwowych—życie w miastach i przesładowania.

Do niniejszego numeru Gazety dołącza się prospekt czasopisma „Ginekologia“.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 6 Февр. 1903 Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8