

GAZETA LEKARSKA

I. Z KLINIKI CHOROÓB DRÓG MOCZOWYCH PROF. GUYON'a W PARYŻU.

Przyczynek do nauki o ropniach krocza, o rozlanem zapaleniu tkanki łącznej (phlegmone), oraz o ropówkach rozlaných pochodzenia cewkowego.

Podali

B. Motz [Paryż] i **J. M. Bartrina** [Barcelona].

I.

Ropnie pochodzenia moczowego i nacieki moczowe stanowią, z powodu częstości występowania oraz towarzyszących im poważnych stanów chorobowych, rozdział bardzo ważny w patologii dróg moczowych, który przez długi czas służył za przedmiot badań dla licznych autorów. Stan obecny wiadomości naszych o etyologii i patogenezie tych cierpień zawdzięczamy pracom HUNTER'a, RICORD'a, CIVIALE'a, PÉREVE'a, VOILLEMIER'a, GUYON'a, ALBARRAN'a, PIOTRA DELBET'a i ESCAT'a.

Przy badaniu przedmiotu powierzchownem patogeneza ropni moczowych i nacieku moczowego wydaje się być zgoła prostą. Powstawanie ich tłumaczy się z jednej strony obecnością zwężenia cewki, z drugiej zaś potrzebą pęcherza, wypełnionego w mniejszym lub większym stopniu płynem, do opróżnienia swej zawartości drogą mniej lub więcej skurczów gwałtownych. Naturalnym wynikiem tych nieprawidłowych warunków anatomicznych jest pęknięcie cewki, powstające drogą mechaniczną.

Jeżeli skurcze pęcherza są słabe, to wylew moczu do tkanki okołocewkowej powoduje tylko utworzenie się zwykłego ropnia moczowego; o ile zaś przeciwnie skurcze pęcherza są bardzo silne, to mocz rozlewa się gwałtownie w tkance podskórnej i powoduje naciek moczowy, który w pewnych przypadkach sięgać może aż do obojczyków. Teorya powyższa, której rzecznikiem jest przedewszystkiem VOILLEMIER, wydaje się na pozór bardzo logiczną, w rzeczywistości jednak jest zgoła niezgodna z prawdą.

Pierwszy zarzut jaki postawić można temu prostemu bardzo objaśnieniu, dotyczy pytania, dlaczego podobne objawy nie występują w innych częściach narządu moczowego, w których warunki anatomiczne i fizjologiczne są niemal identyczne.

Warunki analogiczne spotykamy przecież stale w zatrzymaniach moczu nerkowych pochodzenia septycznego. Mamy tu z jednej strony rozszerzoną nadmiernie miedniczkę, która dochodzić może, zwłaszcza przy zatrzymaniu całkowitem, do olbrzymiego rozmiaru, z drugiej zaś strony moczowód, znajdujący się w stanie zapalnym, załamany i zwężony. Dlaczegoż w przypadkach tych nie spotykamy ani nacieku, ani nawet zwykłego ropnia moczowego? Mamy tu przecież przeszkodę do odpływu moczu, ciśnienie wewnątrz miedniczkowe, a wreszcie moczowód z głębokimi zmianami w ścianach. Gdyby usiłowano objaśnić tę sprzeczność przez niedostateczną siłę skurczów miedniczki, która nie obfituje tak dalece w tkankę mięśniową jak pęcherz, to objaśnienie to nie byłoby wystarczające, gdyż nie należy zapominać, że we wszystkich przewlekłych zapaleniach miedniczek, mięśnie ich ulegają sprawie przerostowej, często dość bardzo wybitnej. Jeżeli teoria mechanicznego pęknięcia cewki jest zgodna z rzeczywistością, to jak objaśnimy występowanie nacieku moczowego wtedy, gdy cewka jest zupełnie wolną lub zaledwie cokolwiek zwężoną? Dowodzenie takie nie wyjaśnia nam tych wypadków, gdzie cewka jest przedziurawiona przed miejscem zwężonym. Czy możnaby zrozumieć również istnienie ropnia lub nacieku moczowego w tych wypadkach, gdzie cewka zupełnie nie uległa pęknięciu? Jeżeli dodamy jeszcze, że stwierdzano istnienie ropni i nacieków moczowych, w których nie było najmniejszego nawet śladu moczu, to rzuca się w oczy cała niedostateczność teorii powyższej. Niema zatem nic dziwnego, że już oddawna liczni autorzy czynili w niej pewne wyłomy. Ostatnimi czasy teoria ta poddana została krytyce bardzo energicznej w wybornej pracy ESCAR'a.

Usiłowano więc zastąpić ją starą teorią HUNTER'a, według której przyczynę pierwotną ropni i nacieków moczowych stanowią owrzodzenia śluzówki cewki lub sprawy ropne w tkance okołocewkowej.

Zdaniem HUNTER'a „drogą, którą zużytkowuje sama natura, jest owrzodzenie wewnętrznej powierzchni cewki w tej jej części, która bywa rozszerzoną i znajduje się pomiędzy zwężeniem a pęcherzem. Ponieważ owrzodzenie to nie jest bynajmniej wynikiem sprawy zapalnej, przeto spostrzegamy, że towarzyszy mu zaledwie nieznaczna reakcja zapalna. Musimy jednak przyznać, że sam mocz wywołuje tu pewne usposobienie do powstawania owrzodzeń. Otóż z tego powodu, z chwilą, gdy ściana cewki ulegnie zniszczeniu, mocz przedostaje się gwałtownie do luźnej tkanki okołocewkowej, ponieważ żadne zapalenie, żaden zrost nie wytworzyły dlań uprzednio zapory“¹⁾.

VOILLEMIER sądzi, że „owrzodzenia te są często bardzo liczne, są one jednak małe, powierzchowne i ograniczają się tylko do śluzówki. Dno ich jest

1) HUNTER. „Oeuvres complètes“. T. II str. 342.

stwardniałe i nieprzenikalne dla płynów. Trudno jest przypuścić, by istniało owrzodzenie tak rozległe, by mogło utworzyć szerokie wrota dla moczu¹⁾“. Zarzut powyższy jest najzupełniej słuszny.

Widzieliśmy niejednokrotnie tego rodzaju owrzodzenia powierzchowne przy zwężeniach cewki i nie zdołaliśmy stwierdzić, by stanowiły one punkt wyjścia dla spraw ropnych krocza i nacieków moczowych. Wystarczy²⁾ jednak przeczytać to, co w tej sprawie mówi HUNTER, by przekonać się, że spostrzegał on rozległe sprawy ropne w tkance okołocewkowej, które prowadziły do przedziurawienia cewki z zewnątrz do wewnątrz.

„Najczęściej“, mówi on, „siedlisko tych ropni jest tak zbliżone do powierzchni wewnętrznej cewki, że w wielu wypadkach przegroda, oddzielająca je od kanału cewkowego, pęka; otwierają się zatem ropnie te do wewnątrz, tak jak to często bywa przy ropniach w tkance okołoprostnicowej“. Te kilka zdań streszcza całkowicie myśl przewodnią zajmującej nas obecnie kwestyi.

Odkrycia bakteriologiczne pozwoliły na rozszerzenie i pogłębienie tego rozdziału urologii. Dzięki pięknym badaniom, zapoczątkowanym przez ALBARRAN'a i HALLÉ'go doszliśmy do postawienia pytania, czy wiadomości klasyczne o ropniu i nacieku moczowym odpowiadają rzeczywistości? PIOTR DELBET pierwszy, o ile się nie mylimy, wypowiedział pogląd, że powstawanie „nacieku moczowego nie jest niezbędnie związane z pęknięciem cewki i że w rzeczywistości mamy tu do czynienia najczęściej z ropówką rozlaną.

„Nazwa zatem „naciek moczowy“, dodaje on, „jest najzupełniej niewłaściwą, gdyż mamy tu do czynienia z prawdziwymi ropówkami, których pewne cechy szczególne zależą od słabym bardzo stopniu od obecności moczu, przedewszystkiem zaś zależą one od jadowitości swoistej drobnoustrojów; ropówki te zasługują raczej na nazwę „ropówek obrzękowych“ lub „obrzękowo-zgorzelinowych“ (*oedémateux ou oedémato-gangréneux*), ograniczonych w jednych przypadkach, rozlanych w innych. Co się tyczy moczu, to w powstawaniu tych spraw udział jego jest wtórny, a mianowicie gdy dostaje się on do ogniska zapalnego przez owrzodzenia drążące śluzówki, nie może zaś to się zdarzyć, gdy w śluzówce tej brak przerwania ciągłości ściany“³⁾.

Ważna ta kwestya badaną była dokładnie przez ALBARRAN'a, który dokonał rozbioru chemicznego płynu w kilku przypadkach nacieku moczowego. Wynik rozbioru dowiódł, „że to nie mocz przesącza się w ten sposób do tkanek i że tu następuje nie naciek moczowy, lecz ostry obrzęk septyczny pochodzenia moczowego“³⁾. Liczne przypadki nacieku moczowego, spostrzegane przez ALBARRAN'a „były tylko ropówkami rozlanymi pochodzenia moczowego“.

Teorya ta dopełnia teoryę HUNTER'a. Dowiodła ona, że ropnie okołocewkowe [HUNTER] mogą być punktem wyjścia spraw ropnych daleko poważniejszych, mianowicie ropówek rozlanych [P. DELBET, ALBARRAN].

1) VOILLEMIER. Traité des maladies des voies urinaires. 1868, str. 403.

2) P. DELBET. Recherches anatomiques sur l'urèthre. „Annales des organes gén.-urin.“, 1892. str. 206.

3) ALBARRAN. „Traité de chirurgie“. Le DENTU i DELBET. 1900.

Przyjmując teorię powyższą, należało zbadać, w jaki sposób odbywa się sprawa powstawania tych ropni okołocewkowych. Pierwszy ESCAT usiłował objaśnić istotę tworzenia się ropni okołocewkowych, opierając się na danych anatomo-patologicznych, dotyczących przewlekłych zapaleń cewki, które to dane posiadamy dzięki pracom FINGER'a i WASSERMANN'a oraz HALLÉ'go. E. przypuszcza, że w przewlekłych zapaleniach cewki „sprawa chorobowa wewnątrz- i okołocewkowa sprowadza się do mniej lub więcej posuniętej sklerozy”¹⁾. Sądzi on jednak, że ów proces sklerotyczny może znajdować się w stosunku odwrotnym do objawów ropienia oraz stawia hipotezę, na niczem zresztą nie opartą, że ropienie okołocewkowe rozwija się skutkiem cierpień naczyń krwionośnych, mianowicie zapalenia warstwy wewnętrznej tętnic i tkanki okołotętnicznej, opisanego przez wyżej przytoczonych autorów. Zapomina on, że powyższe cierpienie ścianek tętnicznych występuje we wszystkich zapaleniach przewlekłych i że przeszkadza ono raczej powstawaniu ropienia, niszczy bowiem elementy szlachetne i przeistacza je w tkankę włóknisto-tłuszczową. Sądzi on jednak, że „te zmiany w ścianach tętnic powinny wywierać wpływ swój na natężenie sprawy chorobowej oraz powodować ważne wyniki pod względem czynnościowym. Okresem suchej nekrobiozy nazwaliśmy ową rozwijającą się sklerozę, która przygotowuje grunt do rozwinięcia się zgorzeli wilgotnej z chwilą, gdy następuje zakażenie (str. 942)”. Teoria ta nie objaśnia, niestety, dlaczego ulubionem miejscem powstawania ropni moczowych jest okolica krocza. Jeżeli chodzi tutaj o zwykłą sprawę zapalną, to dlaczego nie dostrzegamy tych samych objawów około moczowodów? Czyż nie mamy tam tych samych czynników, tego samego zapalenia przewlekłego, tej samej sklerozy połączonej z cierpieniem ścianek tętnicznych, tegoż samego wreszcie moczu, podlegającego rozkładowi septycznemu?

Zwolennicy teorii HUNTER'a winniby zadać sobie pytanie, czy okolica krocza nie ma pewnych odrębności anatomicznych, których obecność mogłaby wytlómaczyć punkt wyjścia spraw ropnych ostrych lub przewlekłych?

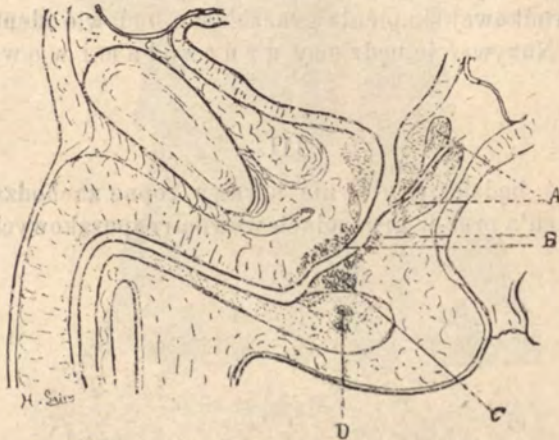
Przekonaliby się wtedy, że okolica ta różni się od innych obecnością znacznych skupień tkanki gruczołowej. HALLÉ i MOTZ spostrzegali, że wszystkie te rozległe, nieraz olbrzymie nawet spustoszenia, jakie gruźlica sprawia w tej okolicy, zależą od obecności licznych gruczołów i dlatego nazwali okolicę ową: „czworobokiem gruczołowym moczopłciowym” (*carrefour glandulaire uro-génital*).

Przed rokiem powzięliśmy zamiar zbadania zapalenia gruczołów COWPER'a. Przy poszukiwaniach naszych, czynionych w muzeum GUYON'a, uderzył nas udział, który przyjmuje gruczoł ten, zarówno jak i gruczoły otaczające cewkę w powstawaniu spraw ropnych w okolicy kroczonej. Rozpoczęliśmy więc badania metodyczne i dostrzegliśmy, że powstawanie zmian destrukcyjnych krocza, niekiedy wprost niezrozumiałych dla nas, tłómaczy się bardzo łatwo przez zropienie rozmaitych gruczołów, otaczających opuszkową i tylną część cewki.

¹⁾ ESCAT. Infiltration d'urine et périurétrites. Ann. des org. gén.-urin. 1898, str. 940.

II.

W skład czworoboku gruczołowego moczopłciowego wchodzi gruczoły następujące: pęcherzyki nasienne, gruczoł krokowy, gruczoły LITTRÉ'go, gruczoły COWPER'a oraz gruczoły wewnątrzpuszkowe, czyli gruczoły dodatkowe



Rys. 1.

COWPER'a. Oprócz pęcherzyków nasiennych wszystkie te pozostałe gruczoły przyjmują bardzo ważny udział w powstawaniu zapaleń ropnych w okolicy kroczonej.



Rys. 2.

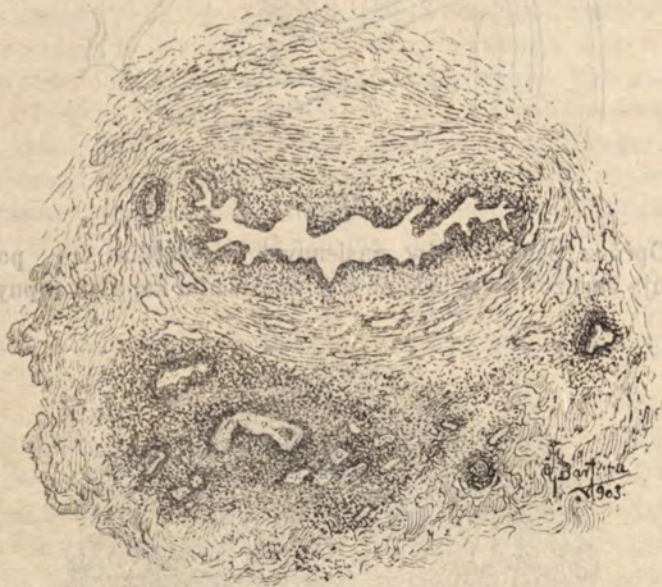
W części błoniastej cewki znajdują się poniżej gruczołu krokowego duże skupienia gruczołów LITTRÉ'go. Znajduje się ich daleko więcej na przedniej

ścianie niż na tylnej. U wierzchołka opuszki znajduje się gruczoł COWPER'a, którego przewód przenika opuszkę i wpada do cewki. Opuszka zawiera bardzo często znaczne skupienia tkanki gruczołowej, które znajdują się mogą bądź pośrodku pasma łącznotkankowego, dzielącego opuszkę, bądź po jej obydwu bokach.

Na przekroju części opuszkowej widzimy pod drobnowidzem po obydwu stronach linii pośrodkowej skupienia gruczołów o budowie identycznej z gruczołami COWPER'a. Nazywać je będziemy gruczołami wewnątrzopuszkowymi.

III.

Rozpatrywać będziemy głównie sprawy ropne zachodzące w gruczołach LITTRÉ'go, COWPER'a oraz w gruczołach wewnątrzopuszkowych. Pozostawimy



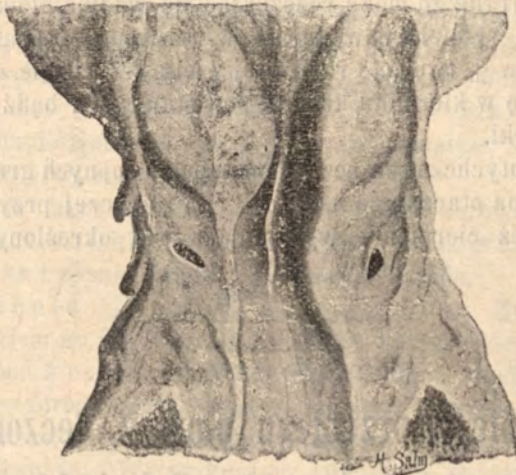
Rys. 3.

na uboczu ropienie w gruczole krokowym właściwe, omówimy zaś między innymi ropienia tkanki okołoprostatycznej, które przejść mogą na krocze.

Zapalenie ropne gruczołów Littré'go.

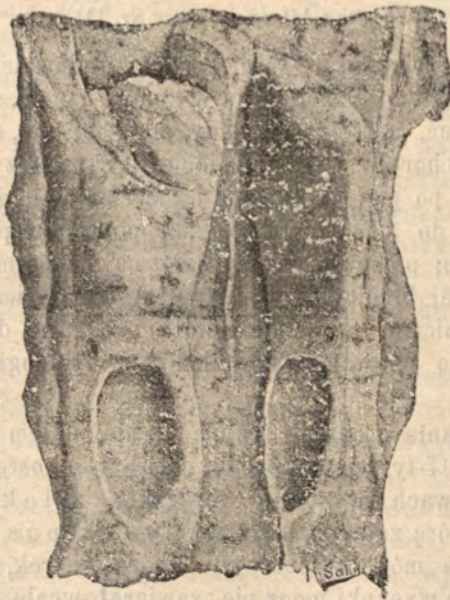
Przy badaniu cewek, dotkniętych całkowicie zapaleniem przewlekłym, spotykamy stale zapalenie „nieżytowe“ licznych gruczołów, otaczających błoniastą część cewki i znanych pod nazwą gruczołów LITTRÉ'go. Zapalenie to powstaje skutkiem zakażenia gruczołów przez drobnoustroje cewki, które przedostają się do ich wnętrza przez przewody. Rozwój normalny tej sprawy zakaźnej kończy się zwykle na zaniku większej części gruczołów i na utworzeniu

się na ich miejscu tkanki łącznej. W niektórych jednak przypadkach zapalenie jest o tyle natężone, że wywołuje silny odczyn ze strony tkanki okołogruczołowej.



Rys. 4.

wej. Tworzą się wtedy naokoło części podstawowych gruczołów szerokie pasma nacieczenia drobnokomórkowego, oraz pod drobnowidzem zaledwie do-



Rys 5.

strzegalne ropnie. Tego rodzaju „nieżytowe” zapalenia gruczołów LITTRÉ'go w dalszym swym rozwoju dają ropnie pośród tkanek otaczających błoniastą

część cewki, powstaje zatem wyraźny obraz ostatecznie rozwiniętego zapalenia ropnego. Tworzące się w tych razach ropnie mogą być otorbione i nie komunikują z cewką, której ściana nie przedstawia żadnych zmian. Zapalenie ropne gruczołów LITTRÉ'go może rozszerzać się wzdłuż błoniastej części cewki ku przodowi i ku tyłowi i powodować w ten sposób rozlane ropienie tkanki łącznej okołocewkowej, tworząc rozmaitej wielkości ropnie. Sprawa ta może wreszcie szerzyć się w kierunku kroczu, powodując tam bądź otorbione ropnie, bądź rozlane ropówki.

Śledziliśmy dotychczas za rozwojem zapaleń ropnych gruczołów LITTRÉ'go, nie szerzących się na otaczające narządy. Są to raczej przypadkowe odkrycia podczas sekcji, niż cierpienia występujące pod określonymi objawami klinicznymi. [D. n.]

II. Sprawozdanie o przebiegu płonicy, leczonej surowicą przeciwpłoniczą dra Palmirskiego.

Napisał

Józef Poczobut [Luck na Wołyniu].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 11].

W powyższym przypadku u 2-letniej chorej, delikatnej budowy ciała, która, jak się teraz dowiedziałem, przebywała w końcu 1-go r. życia koklusz z niezbytowym zapaleniem płuc, a któremu wtedy, jak i obecnie, towarzyszyły konwulsje — na 3-ci dzień choroby przy ciepocie 40,7°, zastrzyknięto 40 ctm. sz. surowicy o godz. 2¹/₂ po poł. Działanie jej wyraziło się dodatnio po 20-u godz. obniżeniem ciepłoty do 38,4°, t. j. o 2,3°, powrotem przytomności, poprawą tętna i stanu ogólnego; ponieważ jednak nalot na lewym migdale z wyglądu podobnym był do zwykłej błonicy, wstrzyknąłem więc dziecku jeszcze 1000 jedn. surowicy przeciwbłoniczej, poczem ciepłota na drugi dzień spadła do 37,7°, [w odbyticy] tak, że chorą na 6-ty dzień choroby mogłem już uważać za zupełnie zdrową.

Żadnego powikłania w danym przypadku nie miałem z wyjątkiem wysypki, która się zjawiała na 17-ty dzień choroby, na 13-ty od ostatniego wstrzykiwania surowicy, przy objawach wysokiej gorączki, z lekkim obrzękiem powiek i twarzy, a którą zaliczyłem do wysypek posurowicznych. Ów nieznaczny obrzęk nie mógł zależeć od zapalenia nerek, gdyż zbadany na 3-ci dzień od zjawienia się wysypki mocz nie zawierał wcale białka [nie sądzę, aby zajęcie nerek sprawą szkarlatynową mogło przejść w ciągu 2-ch dni, nie pozostawiając po sobie choćby śladów białka w urynie]. Z drugiej znów strony wahałem się, czy uważać wspomnianą wysypkę za powrotną płonicę, czyli za *psuedo-*

scarlatinam [Томас'а], ze względów następujących: 1-o krótki okres jej trwania—2½ dni, 2) zjawienie się wysypki w 3-im, a nie w 4-m tyg. płonicy [Багінски], 3) obecność jej jak na całym ciele, tak i n a t w a r z y, 4) brak dyfterytu gardła, następczego łuszczenia skóry i innych objawów prawidłowej płonicy.

Podobny przypadek posurowiczej wysypki, powstałej po zastrzyknięciu surowicy antydyfterycznej z obrzękiem twarzy, rączek i nóg i podniesieniem ciepłoty, obserwowałem 2 miesiące temu u drugiego chłopca, chorego na *angina lacunaris*, gdzie badanie moczu, tegoż dnia przedsięwzięte, ku wielkiemu memu zdziwieniu wykazało brak zajęcia nerek.

W tym samym domu o kilka dni wcześniej chorowała starsza siostra Ruchli B., 5 lat mająca, na lekką płonicę, do której jednak przyłączył się i wyciek ropny z jednego ucha i zapalenie nerek średniego stopnia.

Spostrzeżenie III. M. Z. na wsi. 2½ lat. Zachorował 25. XI.; na drugi dzień mogłem go już zbadać. C. 39,5°, [*in ano*] — wysypka marmurkowa po całym ciele, a na dolnych kończynach rozlana czerwoność z odcieniem sinawym. Silne zaczerwienienie *isthmus faucium* i gardła, a na migdałach naloty w postaci obłoczka. Okolica podszczękowa i przyuszna wrażliwa na dotyk. Wymioty. Senność. Wstrzyknąłem 10 ctm. sz. surowicy przeciwpacior-kowcowej Roux.

29. XI. 5-ty dzień choroby; c. 40,3°. Tętno słabe, powyżej 130. Migdały znacznie obrzękłe, a naloty na nich cokolwiek więcej rozszerzyły się; wysypka na kończynach zmniejsza się. Zastrzyknąłem 1000 jedn. surowicy przeciwbłonicy, gdyż innej nie było w aptece.

30. XI. 6-ty dzień; c. 40,0°. Tętno 130, pełne. Wysypka zupełnie zbladła na całym ciele. Obrzęk migdałów tak znaczny, że zakrywa widok na gardziel, również języczek i podniebienie miękkie infiltrowane, sino-czerwonego koloru, *stomatitis et rhinitis diphther.* Gruczoły podszcz. i przyuszne bardzo obrzmiałe — utrudnione polykanie. Senność, ogólne osłabienie wzmagają się. Zastrzyknąłem 50 ctm. sz. surowicy przeciwbłonicy PALMIRSKIEGO. Dalej chorego już nie widziałem, miałem tylko o nim zaoczne sprawozdanie. Wiecz. c. 39,9°.

1. XII. zrana c. 40,3°, ogólny stan jakoby lepszy. — W moczu białko w średniej ilości. W. c. 40,1°.

2. XII. zr. c. 40,2°. w. 39,7°. Polykanie bardzo utrudnione, obrzęk na szyi *in statu quo*.

3. XII. zr. c. 38,9°. W południe śmierć na 9-ty dzień choroby. Płonica w tym przypadku już od 1-go dnia zapowiadała bardzo ciężki przebieg, to też wszystkie 3 surowice: przeciw-paciorkowcowa, błonicy i płonicy, nie wywarły żadnego wpływu ani na zaburzenia miejscowe ze strony gardła, ani na ogólne objawy choroby. Przyczyną ujemnego działania surowicy przeciwbłonicy upatruję w późnym jej zastosowaniu, gdy objawy otrucia całego organizmu jadłem szkarlatynowym doszły do najwyższego natężenia, wywołując odpowiednie zmiany anatomiczne w poszczególnych organach, na które już surowica nie mogła wywrzeć swego modyfikującego wpływu. Starszy brat chorego Józef, 5 lat, który o 5 dni wcześniej zachorował na płonicę, po 2-ach miesiącach wyzdrowiał, przebywszy ciężki dyfteryt gardła, jamy ustnej i nosa, ropienie uszne

i gruczołów szyjnych i zapalenie nerek. Wstrzyknięcie 2000 jedn. surowicy przeciwbłonniczej złagodziło i znacznie skróciło przebieg dyfterytu.

Spostrzeżenie IV. G. S., 5 lat i 3 mies. Zachorowała 1. XII. 2. XII. zr. c. 38,9 [in ano], w. c. 40,0, tętno 140. Wysypka umiarkowana, stan ogólny dobry, przytomna.

3. XII. 3-ci dzień; zr. c. 39,7°, w. c. 40,1°, tętno 160. Senność. Wysypka punkcikowata wszędzie, z wyjątkiem kończyn, na których grudkowata. *Angina scarlat. levis, lymphadenitis submax. dextra levis*. Wieczorem o godz. 9-ej wstrzyknięto 40 ctm. sz. surowicy przeciwbłonniczej PALMIRSKIEGO.

4. XII. r. c. 39,8°, tętno 150, w. c. 38,9°. Stan ogólny dobry. Wysypka in statu quo.

5. XII. r. c. 38,5°, tętno 124, w. c. 38,5°. *Angina* mniejsza, a wysypka zbladła.

6. XII. Pot, c. 38,8°.

7. XII. c. 38,5°. Brak białkomoczu. Obrzęk gruczołów mniejszy. Wysypka znikła. Zaczyna się łuszczenie naskórka.

9. XII. W. c. 37,6°. Kaszel suchy, zależny od zaczerwienienia gardła — odtąd szybka poprawa. Kilkakrotne badanie moczu aż do 25. XII. wykazało brak białka. Żadnych powikłań nie było.

Ten przypadek zaliczam do średnich, pomimo wysokiej ciepłoty. Wpływ surowicy swoistej i tutaj zaznaczył się spadkiem ciepłoty po 24 godz. o 1,2° Zajęcia nerek nie było.

W następujących 3-ch spostrzeżeniach płonicy, leczonej surowicą przeciwbłonniczą dra PALM., widziałem chorych raz jeden tylko, a następnie w miarę możności odbierałem sprawozdanie o przebiegu choroby zaocznie.

Spostrzeżenie V. 12. XII. M. K., 9 lat, ze wsi Miłusze, 4-ty dzień choroby, a 3-ci wysypki; położyła się do łóżka dopiero wczoraj. Wysypka pukcikowata na całym ciele, niezbyt wyraźnie zaznaczona. *Angina scarlatin.* migdały obrzękłe, gardziel ciemno-czerwona, brak nalotów. Gruczoły przyuszne z prawej strony umiarkowanie obrzmiałe. Utrudnione połykanie, w połud. c. 40,3°, (sub axilla). Tętno 156. Śpiączka, źrenice zwężone, nie reagują na światło. Wstrzyknąłem 50 ctm. sz. surowicy, w 2 godziny potem c. 40,0, tętno 130. Na 2-gi dzień przytomniejsza. Stan gorączkowy utrzymywał się w ciągu 10 dni. Obrzmienie gruczołów na szyi w 3-m tyg. choroby ustąpiło, powstały w tymże czasie prawostronny wyciek ropny z ucha, w ciągu kilku dni przeszedł. Dwa razy badany mocz nie zawierał białka. W końcu 4-go tygodnia chora wstała i jest obecnie zupełnie zdrową.

Spostrzeżenie VI. Z. K., siostra poprzedniej, 7 lat, 6-ty dzień choroby, a 4-ty wysypki, która już zbladła zupełnie. *Angina et pharyng. scarlatin.* Gruczoły przyuszne lewe umiarkowanie obrzękłe, w poł. c. 38,6°. Tętno 110. Z powodu braku większej ilości surowicy wstrzyknąłem tylko 15 cm. sz. surowicy swoistej. Pomimo lekkiego początku dalszy przebieg płonicy odznaczał się tutaj cięższymi powikłaniami w porównaniu z poprzedzającym przypadkiem i ropienie lewego ucha, gruczoły przyuszne i szyjowe w 2-ch miejscach zropiały i same się otwarły; chora przeżyła również lekkie zapalenie nerek. Obecnie jest zdrową,

Z tejże rodziny i w tym samym czasie zmarło na płonicę troje dzieci, nie leczonych wcale surowicą: 1) Józef, 6 lat pod koniec 2-go dnia płonicy umarł wskutek kilkakrotnie powtarzających się konwulsji przy wysokiej ciepłocie i objawach ze strony gardła. 2) Serafin, 3 lat, z wysoką ciepłotą, obfitą wysypką, zajęciem gardła i nosa, zmarł na 5-ty dzień choroby, a 3-ci od wysypki również podczas ataków *clampsiae*. Obydwaj chłopcy byli najpierwszymi zwiastunami i ofiarami złośliwej płonicy, która w małej wsi zabrała kilkoro dzieci. 3) 4-miesięczna dziewczyna przy piersi, która zachorowała podczas rozkwitu płonicy N. 5 i 6, zmarła na 3-ci dzień przy objawach *anginae dipterae et lymphadenitidis colli* w czasie napadu konwulsji. [D. n.]

III. Z INSTYTUTU ANATOMII PATOLOGICZNEJ PROF. PRZEWOSKIEGO W WARSZAWIE

Przyczynę do zmian anatomicznych skóry w herpes proenitalis.

Podał

dr med. Wł. Kopytowski,

ordynator szpitala św. Łazarza w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 11].

W warstwie rogowej, w bliskości pęcherzyków i wyżej opisanych ognisk zapalnych w tkance łącznej skóry niekiedy spotykałem małe jamki, wielkości kilku komórek warstwy kolczastej, okrągławej spłaszczonej formy, leżące w warstwie rogowej z drobnoziarnistą zawartością, bez przymieszki morfologicznych elementów — jamki z surowiczym wysiękiem. Jamki te widziałem w przypadkach Nr. 3, 4, 6, 10, 18.

Podobne jamki w warstwie rogowej, lecz zawierające rozpad morfologicznych elementów, jako to: komórek nabłonkowych, wielojądrowych i leukocytów, spotkałem w przypadkach 2, 7, 8, 14. W przypadku ósmym jamki te były znacznej wielkości.

W warstwie skóry właściwej w czterech przypadkach Nr. 3, 4, 10 i 18 widziałem podobne jamki wielkości od 4—6 komórek warstwy kolczastej, okrągławej lub jajowatej postaci, leżące swobodnie, t. j. nie ograniczone śródbłonkiem, wypełnione surowiczym wysiękiem, pod postacią mas drobnoziarnistych.

Warstwa rogowa i warstwa ziarnista w bliskości pęcherzyków widocznych zmian nie przedstawiały. Być może, że warstwa rogowa była mocniej poroszczepianą w górnych swych częściach, jak bywa zwykle, a warstwa komórek ziarnistych jakby zgrubiała.

Warstwa komórek kolczastych, przyległa do pęcherzyków, przedstawiała zazwyczaj nieznaczne zmiany, które polegały bądź to na spłaszczeniu komórek w sąsiedztwie pęcherzyka, bądź to na ich obrzęku i wytworzeniu wodniczek; chromatyna w niektórych komórkach układała się nieprawidłowo, niektóre jądra zawierały jej mniejszą ilość (*chromatolysis*). Między komórkami warstwy kolczastej w pobliżu pęcherzyków znajdowałem oddzielne leukocyty, niekiedy w znacznej liczbie, a nawet małymi grupami. W dolnej nawet odległości od pęcherzyków, gdzie komórki warstwy kolczastej żadnych już zmian nie okazywały, spotykałem również niekiedy oddzielnie leżące leukocyty.

Brodawki, przyległe do pęcherzyków, podobnie jak i międzybrodawkowe wyrostki tkanki nabłkowej, ograniczające z boków pęcherzyki, mocno wydłużone; brodawki obrzękle; niekiedy występują w tkance brodawek oddzielne szczeliny i jamki wypełnione drobnoziarnistymi masami wysięku, [przypadki N. N. 10, 14, 15, 16, 18]. Komórki tkanki łącznej w brodawkach napęczniałe, jądra ich powiększone; w tkance brodawek występują bardzo często małe kokomórki ze znaczną ilością barwnika [przypadki N.N. 2, 3, 5, 6, 14, 17, 24]. Naczynia brodawek rozszerzone, komórki śródbłonna napęczniałe, jądra występują zawsze mocno zgrubiałe. Naczynia zazwyczaj puste, niekiedy zawierają trochę krążków krwi [przypadki N. N. 17, 20], lub są nimi całkowicie wypełnione [przypadki 23 i 24].

Naciek w brodawkach niekiedy występował bardzo silny w pobliżu pęcherzyków N. N. 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, [na całym skrawku] 12, 13, 15, 21, 22, 23, tak, że utrudniał rozpoznanie składowych części, znajdujących się w brodawkach. W przypadkach N.N. 9, 21 i 22, nacieki w brodawkach silniej były wyrażone u ich podstawy, aniżeli w środkowej ich części i u wierzchołka. W innych przypadkach nacieki były znacznie słabsze, niekiedy prawie ich wcale nie można było zauważyć. Brodawki w znaczniejszej odległości od pęcherzyków, z wyjątkiem przypadku jedenastego, wolne zupełnie były od nacieku.

W tkance skóry właściwej, oprócz wyżej opisanych dużych ognisk zapalnych z występowaniem komórek epitelioidnych, spotykałem we wszystkich przypadkach to w większym, to w mniejszym stopniu oddzielne rozsiane leukocyty i małe ogniskowe nacieki różnej wielkości i formy, umiejscowione przeważnie około naczyń krwionośnych, nierównie rzadziej około pochewek włosowych i gruczołów skóry. Naczynia w skórze właściwej były zwykle rozszerzone, puste. Czerwone ciała krwi spotykałem w przypadkach N. N. 6, 23, 24. Śródbłonek naczyń był napęczniały, jądra w nim występowały bardzo wyraźnie, i dobrze się barwiły.

Włókna elastyczne występowały zawsze bardzo wyraźnie; w ogniskach rozpadowo zapalnych skóry właściwej podlegały ścięczeniu, wyprostowaniu a czasami zanikowi. Włosy znajdowałem bez zmian widocznych. Pochewki włosów często spotykałem poroszczepiane; niekiedy nawet rozpadały się na oddzielne grupy lub pojedyncze komórki, między którymi występowały leukocyty i trochę surowiczego wysięku. Mocne zmiany w komórkach i ich zwyrodnienia, a mianowicie powiększenia się jąder, zmianę w układzie ich chromatyny, dzielenie amitotyczne jąder i występowanie wielojędrowych komórek

znalazłem tylko w przypadku trzynastym. Nacieki naokoło pochewek włosowych występowały często.

Rozpadanie się komórek gruczołów łojowych na pojedyncze grupy ze zmianami ich jąder, widziałem w przypadkach N. 12 i 16. Nacieczenia naokoło gruczołów łojowych, oprócz powyższych dwóch przypadków, i oddzielne leukocyty między komórkami spotkałem jeszcze w przypadkach N. 9, 10 i 19.

Rozszerzenia kłębków i przewodów gruczołów potowych, rozpadanie się ich nabłonka na grupy i oddzielne komórki, a także wysięk surowiczy w ich kłębkach znajdowałem w przypadkach N. N. 5, 15, 16, 18. Nacieki naokoło kłębków spotykałem częściej.

Mięśnie skóry bez zmian widocznych. Oddzielne leukocyty między pochewkami mięśni widziałem w przypadkach N. 9 i 12.

Nerwów nie mogłem odróżnić.

Bakteryi w pęcherzykach zupełnie zakrytych nie spotykałem. Przy braku górnej ścianki, a także w strupkach występowały rozmaite ich postaci jako punkciki, dwójki i pałeczki.

W przypadkach N. 21 i 22 do utrwalenia preparatów użyłem wodnego roztworu 6% emetyku z dodaniem 2% formaliny.

Używając przy barwieniu skrawków różnych odczynników, służących do utrwalenia w nich barwników [bajcy], próbowałem i wodnego roztworu emetyku wiedząc, że środek ten używa się w przemyśle jako bajca przy barwieniu farbami anilinowemi tkanek roślinnych i zwierzęcych. Użyty w podobny sposób emetyk nie dawał mi zadowalających rezultatów. Próbowałem potem całe kawałeczki skóry pogrążyć w wodny roztwór emetyku; w roztworze tym preparaty mocno pęcznieją. Sposób ten dawał o tyle pomyślne wyniki, że protoplazma w komórkach dobrze się utrwała, tak że nawet w leukocytach i w komórkach tkanki łącznej występuje często bardzo jasno.

Używałem albo sam 4—6% wodny roztwór emetyku, w którym preparaty przechowały od 2 do 6 godzin, poczem przemywałem preparat w wodzie bieżącej i kładłem do alkoholu i t. d., lub też po przemyciu w wodzie wkładałem preparaty na czas krótki do roztworu sublimatu [około 6 godzin], z którego przechodziły do przemycia powtórnego w wodzie bieżącej, dalej alkohol i t. d. Stosować roztwór emetyku z roztworem sublimatu jednocześnie, z powodu tworzących się osadów, jest rzeczą niemożliwą. Nakoniec do roztworu emetyku można dodawać formaliny w ilości używanej zwykle przy stwardzaniu preparatów.

Sposoby te dają dość często, choć nie zawsze, dobre wyniki -- preparaty barwią się prędko i mocno, przy czem, jak to już nadmieniałem, protoplazma w komórkach dobrze się utrwała.

Jeżeli porównamy opisy szczegółowe zmian anatomo-patologicznych przy wyprysku, które powyżej przytoczyłem, ze zmianami, jakie występują w skórze przy półpaścu — *herpes zoster* [patrz Gazeta lekarska z r. 1900 i Archiv für Derm. und Syp., T. LIV Z. I. rok 1900], to dojdziemy do przekonania, że zmiany te w obu tych

chorobach, są zupełnie analogiczne. Histologicznie nie można odróżnić zmian, zachodzących w skórze przy *herpes zoster* od zmian przy *herpes progeneritalis*; choroby te więc chociaż klinicznie różne, ze stanowiska anatomii patologicznej musimy uważać za identyczne. Podobne zmiany w skórze znalezione i w ospie naturalnej i w ospie wietrznej. Badania moje w tym kierunku nie pozwalają mi wypowiedzieć swego zdania, ponieważ miałem tylko możność badać skórę przy ospie ze zwłok wszystkiego dwa razy i raz z ospy u cielęcia.

Jeżeli przypuścimy, że jednakowe przyczyny wywołują jednakowe skutki, to i na odwrót musimy przypuścić, że pewne specyficzne stałe zmiany w skórze muszą wywoływać jedne i te same powody. Tak więc dochodzimy do przekonania, że albo przyczyna obu tych chorób jest jedna i taż sama, albo też, że przyczyny wywołujące je, są bardzo do siebie zbliżone.

Jeżelibyśmy dla analogii porównali pasożyty rozmaitych form klinicznych zimnicy ze sobą, to przekonalibyśmy się, że chociaż pasożyt ten nie jest identyczny w różnych formach zimnicy, należy jednak do jednej rodziny.

Coś podobnego moglibyśmy powiedzieć i o nieznanym nam pasożycie *herpes progeneritalis* i *zoster*. Mało tego. Jeżelibyśmy porównali zmiany, zachodzące we wczesnych okresach w skórze przy ospie i ospie cielęcej na zasadzie nowszych prac, np. FUNKA I STEINHAUSA, [*L'agent étiologique de la vaccine et de la variole par M. Funk. Semaine Médicile* N. 8, r. 1201. *Zur Kenntnisse des Impfpockenbildung beim Kalbe. Centralbl. f. allg. Pathologie und pathologische Anatomie* 1897 N. 19/20, Tab. IX. — *Gazeta lekarska*, 1898, N. 11, p. 274. Przyczynek do znajomości rozwoju i budowy pryszczaka wakcynalnego], to doszliśmyby do przekonania, że zmiany anatomo-patologiczne, przy tych cierpieniach są nadzwyczaj podobne do zmian występujących przy wyprysku półpaśca.

Fakt przytoczony uwalnia mię od szczegółowego opisu i pozwala całkowicie powołać się na moją pracę o *herpes zoster*.

Wielojądrowe twory regularnie spotykamy we wszystkich tych cierpieniach we wczesnych okresach choroby, przy tworzeniu się pęcherzyków. Różnica polega na zapatrywaniu się różnych autorów, na te wielojądrowe komórki — czy mamy tu do czynienia ze zwyrodnieniami komórek, czy też z pasożytami, występującymi pod tą postacią. Podobieństwo więc zmian anatomo-patologicznych przy tych czterech cierpieniach pozwala nam przypuszczać podobieństwo przyczyn, wywołujących te cierpienia, należy więc je postawić w bliskim genetycznym związku między sobą, a przyczynę choroby, jeśli nią są pasożyty, odnieść do jednej rodziny.

Przechodząc do wyprysku, zaznaczam, że opisując szczegółowo różne przypadki *herpes progeneritalis* zauważyłem zmiany w tkance skóry właściwej, w brodawkach i w warstwie nabłonkowej. Zmiany te polegały na wytworzeniu w paru przypadkach w tkance skóry właściwej różnej wielkości ograniczonych ognisk zapalnych. Ogniska te jednak w większości przypadków były rozlane, i szerzyły się stopniowo na górze, na warstwę brodawek, wreszcie do warstwy nabłonkowej. Na niektórych skrawkach mogłem zauważyć w różnych fazach dwa lub nawet trzy podobne ogniska. Wskazuje to na punkt wyjścia choroby,

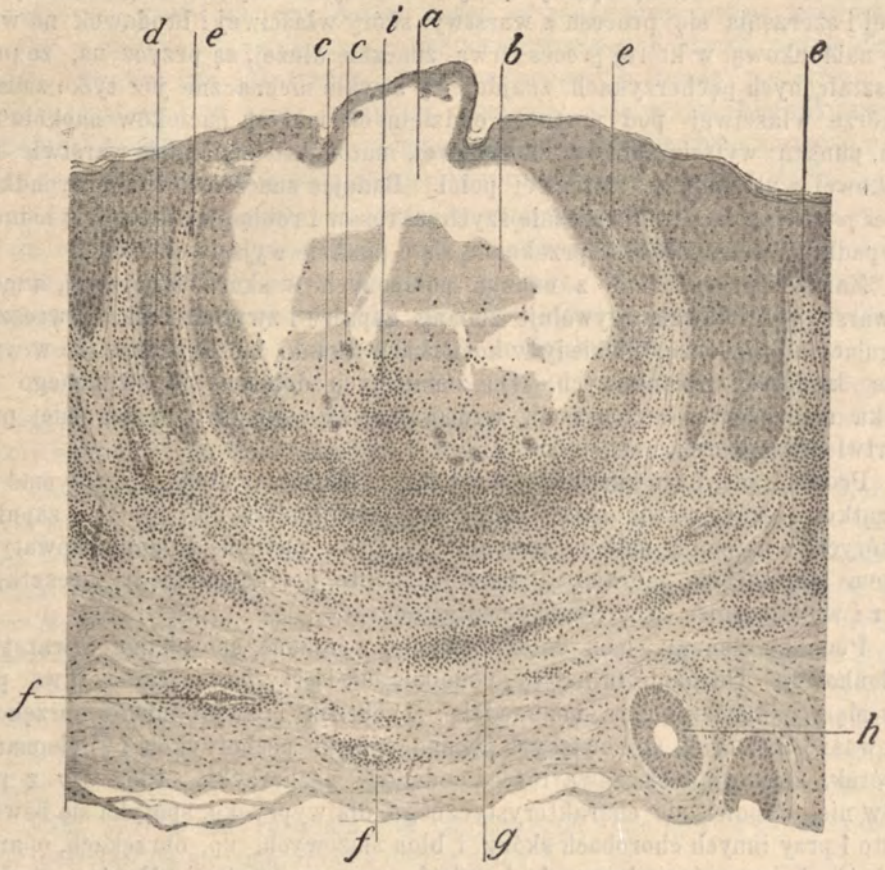
a mianowicie na tkankę łączną skóry. Niezwykle szybki rozwój sprawy zapalnej i szerzenia się procesu z warstwy skóry właściwej i brodawek na warstwę nabłonkową, w której proces trwa znacznie dłużej, są przyczyną, że przy wykształconych pęcherzykach znajdujemy zwykle nieznaczne już tylko zmiany w skórze właściwej pod postacią oddzielnych małych nacieków naokoło naczyń, punktu wyjścia sprawy chorobowej, natomiast zmiany w warstwie nabłonkowej występują w całej swej pełni. Badając znaczną liczbę przypadków *herpes pro genitalis* od najwcześniejszych okresów i robiąc wiele seryi z jednego przypadku, miałem możność przekonać się o punkcie wyjścia choroby.

Zarazek przechodząc z naczyń położonych w skórze właściwej, a może i z warstwy brodawek, wywołuje zmiany zapalne i zwyrodnienia, a wreszcie koagulacyjną nekrozę, niekiedy w komórkach tkanki łącznej i zawsze w warstwie komórek nabłonkowych. Do zmian tych dołącza się od samego początku nacieczenie leukocytami, wzmagające się stopniowo, szczególnie przy zmartwieniu komórek.

Proces z przyczyn nam bliżej nieznanych, może czas dłuższy zatrzymać się początkowo w warstwie skóry właściwej, wywołując w niej ogniska zapalne, w których występują małymi grupami komórki, podobne do nabłonkowatych, jednym lub paroma jądrami, a także jednolite bryłki, niekiedy z resztkami jąder i wielojądrowe twory, jako rezultat nekrozy.

Podobne zmiany, lecz daleko mocniej wyrażone, spotykamy w warstwie nabłonkowej. Odróżnić tu należy, podobnie jak i przy *herpes zoster*, dwa procesy idące jednocześnie, a mianowicie: 1) obrzęk i zwyrodnienie obrzękowe przeważnie komórek, stanowiących boczne ścianki pęcherzyków i 2) obumarcie komórek, stanowiących zawartość i podstawę pęcherzyka. Pierwszy z procesów nie stanowi nic charakterystycznego dla wyprysku, spotyka się bowiem często i przy innych chorobach skóry i błon śluzowych, np. obrzękach, oparzeniach i t. d., natomiast obumarcie komórek przy wyprysku i półpaścu, stanowi wyróżniający objaw w szeregu innych chorób zapalnych skóry i można uważać go jako nieodłączny w każdym przypadku choroby. Komórki podległe obumarciu w początkowych okresach powiększają się, rozpadają się albo na małe grupy albo na pojedyncze komórki, tracą swe protoplazmatyczne wyrostki jednocześnie jądra ich znacznie się powiększają, przyjmują jajowatą postać, i w wielu jądrach występuje mnożnie amitotyczne. Chromatyna też w jądrach ulega dezorganizacji. Otrzymujemy w ten sposób dwa, trzy i wielojądrowe komórki¹⁾). Protoplazma w komórkach tych zwykle jest w nieznacznej ilości, zazwyczaj na brzegach nie mocno się odgranicza, niekiedy zdaje się jakby się rozlewała i łączyła z protoplazmą innych, podobnie zwyrodniałych komórek, wskutek czego otrzymujemy znacznej wielkości wielojądrowe twory. W tym czasie pod działaniem swoistego zarazka komórki te umierają, następują zaś zmiany, jak to zupełna dezorganizacja chromatyny, pod postacią

¹⁾ Rezultat tych zmian wstecznych w jądrach komórek nabłonkowych jest więc zupełnie analogiczny do tych, które opisał JANOWSKI w ciątkach ropnych starej ropy. Zur Morphologie des Eiters verschiedenes Ursprungs. Archiv für exp. Pathologie. 1895. T. 36. str. 8.



karyorhexis i *karyolysis*, należy odnieść do działania płynnej zawartości pęcherzyka na zmartwiałe komórki. Stopniowo pęcherzyki tracą zawartość surowicy, nacieczenie leukocytami się wzmaga, pojawia się włóknik, następuje rozpad morfologicznych elementów w pęcherzyku, który przemienia się w zyschające się rozpadowe ognisko, unoszące się coraz ku górze przez nowo utworzone pod nim warstwy komórek kolczastych; wreszcie zeschnięty pęcherzyk, pod postacią strupka wydziela się na zewnątrz. Lecz nawet po wydzieleniu już pęcherzyka przez pewien jeszcze czas pozostają zmiany w skórze, wyrażające się naciekami naokoło naczyń i niezupełnem wykształceniem brodawek.

Przytaczając w początku mej pracy w krótkości opisy czterech przypadków wyprysku z podreçznika UNNY, muszę zauważyć, że piątrowej budowy pęcherzyka, jaką widział UNNA w pierwszym przypadku, nie widziałem, [pęcherzyk taki widziałem i opisałem przy *herpes zoster* N. 13].

Zmiany anatomo-patologiczne opisane przez UNNE w pęcherzyku przy wyprysku, w części odpowiadają zmianom, które je widziałem i w obecnej pracy opisałem. UNNA, mając niewielki materiał do badania, nie zauważył zmian w tkance łącznej, a w szczególności ograniczonych ognisk zapalno-degeneracyjnych, które ja uważam za punkt wyjścia choroby. Dalej, badając pęcherzyki zwykle w późniejszych okresach choroby, nie widział wielojądrowych komórek [tworów], które przy rozwiniętem nacieczeniu drobnokomórkowem w pęcherzyku wyprysku giną, rozpadając się. Proces zaś, zachodzący w komórkach zawartych w pęcherzyku, uważa UNNA za *Coagulationsnekrose*, naco się zupełnie zgadzam. Jednocześnie UNNA zaznacza różnorodność procesów przy *herpes zoster* i *herpes progeneritalis*. Badania moje, przytoczone powyżej, zniewalają mię do uważania tych procesów z anatomo-patologicznego punktu widzenia za identyczne do najdrobniejszych szczegółów.

Zakończając mą pracę, czuję się w obowiązku podziękować prof. PRZEWOSKIEMU, za udzieloną mi pomoc przy jej napisaniu.

OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

Wszystkie rysunki zdejmowane były na wysokości podstawy mikroskopu, wskutek czego powiększenie jest znacznie większe, jak wykazuje tablica powiększeń, załączona do każdego mikroskopu.

Górny rysunek. Przypadek 14.

Zeiss. Ok. 2 objektiv. A A. Wykształcony pęcherzyk.

a pęcherzyk w górnej części pusty; b wysięk surowiczy; c, c wielojądrowe twory, powiększone linijnie dwa razy względnie do całego rysunku; d międzybrodawkowe rozrosty *strati spinosi*; e, e, e brodawki skóry; f, f naczynia; g nacieki w warstwie skóry; h pochwki włosa; i resztki mocno nacieczonej przegródki pęcherzyka.

Srodkowa część tablicy A i B dolna zdejmowana na mikroskopie p. REICHERT'a. Ok. 4. homog. immersion. $\frac{1}{18}$.

A wielojądrowe twory, wybrane z rozmaitych przypadków *herpes progeneritalis* z zawartości pęcherzyków.

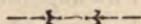
B. Epitelioidne komórki, pochodzące z ognisk zapalnych z rozpadem z tkanki łącznej skóry; przeważnie z przypadku 2. (1 i 9).

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

W sprawie leczenia zapalenia nerek.

Podał

dr Antoni Majewski.



W piśmiennictwie zagranicznym w ostatnich czasach prawie jednocześnie ukazały się trzy prace w sprawie leczenia zapalenia nerek. Dwie pierwsze omawiają metody, mające na celu przywrócenie prawidłowego krwioobiegu choremu narządowi, ostatnia podaje sposób zadania odtrutki przeciw nagromadzonemu w całym ustroju truciźnie.

I tak BACCELLI, zaleca w zapaleniu nerek obfite upusty krwi, wychodząc z tego założenia, iż chory narząd podlega ogromnej zastoinie; gdy więc wypuścimy krwi taką ilość z ustroju, by przywrócić ciśnienie normalne w żyłę głównej dolnej (*v. cava inferior*) [t. j. ujemne], wtedy w chorej nerce pobudzimy obieg krwi i tą drogą usunąwszy zastoinę, damy możność prawidłowego funkcjonowania temu narządowi. BACCELLI poleca w przytoczonym celu obfite upusty robić z kończyny dolnej po stronie chorej nerki.

Senator w tymże celu radzi leżenie na brzuchu.

Inną drogę, choć do tegoż celu zmierzającą, obrał amerykański chirurg EDEBOLHS, który od dość dawna [1898 r.], stosuje z powodzeniem swoją metodę usuwania torebki włóknistej (*decapsulatio renalis*)¹⁾. Rękoczyn powyższy ma mieć ten skutek, iż: 1-o pomiędzy samą nerką a torebką tłuszczową (*c. adiposa*) wytwarza się ogromna liczba nowych naczyń, 2-o pod wpływem tego wzmożonego dowozu krwi jednocześnie następuje i wessanie się produktów zapalnych wewnątrz-nerkowych i odradzanie się nabłonka. W ten sposób zabieg dąży do regeneracyi narządu. Autor opisuje 51 przypadków, gdzie w 32 wykonano zabieg na obu nerkach i na jednym posiedzeniu; 29 dotyczyło *nephritis chronica interstitialis*, 14 — *diffusa* i 8 nabłonkowych. Zauważył on przytem ciekawą bardzo nierównomierność w zajęciu nerek sprawą chorobową: często znajdowano cierpienie jednej tylko nerki lub nierówny podział w zmianach, gdy te dotyczyły obydwu nerek.

Pogląd powyższy jest zupełnie zresztą zrozumiały, jakkolwiek nań nie wszyscy się zgodzą: byłoby dziwnem żądać koniecznie, by sprawa jednocześnie i jednako dotykała obydwu nerek: przeciwnie, choroba zwykle zajmuje jedną i dopiero później przechodzi na drugą.

Technika samego zabiegu jest dość prosta. Po kilkuniedniowym [do tygodnia] odpoczynku zupełnym chorego, którego najchętniej poddajemy dyecie mlecznej na ten czas, badamy mocz i stan serca. Rękoczyn, w odurzeniu chloroformem lub eterem, polega na cięciu długości 10 cm. w okolicy 12 żebra w kierunku od łędźwi do zagłębienia biodrowego, poczem, znalazłszy nerkę, wyciągamy ją na zewnątrz i palcem, na tępo powoli, by nie robić powierzchownych zresztą, lecz krwawiących i łatwo mogących ulegać zakażeniu nederwań mięszu, odłuszczonej torebkę, poczem odcinamy ją zupełnie, zostawiając torebkę okołonerkową tłuszczową na miejscu. Zabieg powyższy powinien być szybko wykonany i nie należy rozkładać go dwa posiedzenia — obie nerki

¹⁾ Patrz Gazeta Lekarska. 1902. Nr. 23, 24, 25.

można zoperować w sposób opisany przez autora w godzinę, a nawet i prędzej. Wyniki operacji dawały 13,5% śmiertelności, wyleczenie w 9 przypadkach na 51 operowanych [zupełne], stała i znaczną poprawą w 22. Wyniki takie bądźco bądź mogą być zachęcające, wobec tego choćby, iż jak dotąd, choroby przewlekłe zapalne nerki uważano powszechnie za nieuleczalne.

Trzecia metoda leczenia choroby BRIGHT'a wkracza w dziedzinę opoterapii, a właściwiej organoterapii. Prof. RENAUT z Lyonu od roku prawie [w marcu 1903] stosuje w przypadkach: *nephritis chronic. mixt., interstitialis i albuminuria cardiaca cum rene cardiaco* napój, otrzymany w sposób poniższy. Jedną lub dwie nerki świńskie, zupełnie świeże obiera z torebki, kraje drobno i wypłukuje w wodzie destylowanej dla usunięcia resztek moczu; często przytem, chcąc działać energiczniej, usuwa uprzednio jeszcze i część rdzeniową nerki (*p. medullaris*); cienko pokrajane kawałki rozciera w moździerzu z masą z 450 gramami wody solonej w stosunku 7 na 1000, a nie z wodą destylowaną. Po ukończeniu mieszanii [zawsze w miejscu chłodnym, a latem otoczywszy moździerz lodem] zostawiamy płyn do odstania się na 4 godziny, poczem zlewamy. Otrzymujemy około 400 gramów płynu [podobnego do opłuczyn mięsnych], który podajemy choremu w ciągu doby 3—4 razy. Smak tak przygotowanego płynu nie jest przykry; wygląd jedynie krwawy może odstraszać chorego, czemu zapobiedz łatwo, podając lek ten w ciemnej filiżance lub dodając doń ciepłego stężonego odwaru pietruszki, tak jednak, by temperatura mieszaniny nie przewyższała +38° C. Podawanie leku nie powinno trwać dłużej nad dni 10 z rzędu, poczem robimy przerwę 4—5 dniową. W przeciwnym bowiem razie zdarzają się przykre objawy uboczne, jak poty o zapachu moczu, wysypki grudkowate i potówki lub poważniejsze zaburzenia żołądkowe, jak: nudności, odbijania lub wymioty. Autor przytacza wyniki następujące swego sposobu leczenia: powiększenie znaczne ilości wydzielanego moczu, zmniejszenie ilości białka i szybkie zupełne znikanie tegoż na dłuższy okres czasu, zmniejszenie ciśnienia tętniczego, powstrzymanie biernego rozszerzenia serca, wreszcie działanie antytoksyczne w przypadkach mocznicy

Podobnie dodatnie i energiczne działanie swego leku przypisuje autor następującym okolicznościom.

Drobiazgowo badanie fizyohistologiczne komórek nerkowych, przeprowadzone w ostatnich czasach przez neznioń autora pp. REGAUD'a i POLICARD'a, dowiodły, iż komórki nabłonkowe kanalików krętych, szerokiej gałęzi pętlicy HENLE'go oraz części pośredniej SCHWEIGER'a-SEIDEL'a, posiadają wysoką działalność wydzielniczą. Z produktów takiej wydzieliny komórek nerkowych na największą uwagę zasługują t. zw. *grains de ségrégation*, którym autor przypisuje następujące własności: mają one „przyciągać do siebie, skupiać w około siebie, a następnie wcieliwszy, w sobie przetwarzać i w końcu wynosić wraz z sobą produkty życiowe“, własne trucizny ustroju. W stanach chorobowych nerki, kiedy zdolność wydzielnicza tej ostatniej jako gruczolu zostaje zmieniana i ziarn wspomnianych dla odtrucenia ustroju jest za mało, następuje przeładowanie całego ustroju ze wszystkimi skutkami tegoż. Ziarna, o których mowa, nie rozpuszczają się w fizyologicznym roztworze soli kuchennej i nie podlegają żadnym zmianom przy przechodzeniu przez kiszki, będąc wprowadzone do ustroju *per os*. Lek autora ma zawierać w wielkiej ilości owe ziarna i w ten sposób wprowadza do organizmu brakujący środek antytoksyczny.

Ciekawa praca prof. RENAUT'a, zasługuje na bliższą uwagę czytelników, którzy w oryginale znajdą wiele szczegółów o komórce nerkowej.

L I T E R A T U R A.



- Die erste Vorlesung Baccellis (München. medic. Wochensch. z 5. I. 1904. str. 37.
Du traitement du mal. de Bright d'après G. Edebolhs. La Presse Méd. 1904. Nr. 3 str. 17.
Epitheliums du rein. Bulletin de l'Anat. de Médecine. 1903. Nr. 42 str. 599.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dnia 26. I. b. r.

1. WŁ. STERLING przedstawił dziecko 11-o miesięczne, dotknięte chorobą TAY-SACHS'a (*idiotismus familiaris amauroticus*). Pierwsze objawy u zdrowego dotąd dziecka wystąpiły dopiero w 5-ym miesiącu. Chłopczyk stał się apatyczny, nieruchliwy, przestał poznawać otoczenie. Jednocześnie zjawily się: opadnięcie główki ku tyłowi, porażenie w kończynach dolnych, utrata wzroku, wybitna nadczulość sluchu. W kończynach górnych brak ruchów dowolnych. Wyrazna *imbecillitas*. Charakterystyczne zmiany na dnie oka. Plama z brunatno-czerwonym punktem na miejscu *maculae luteae*, oba nerwy wzrokowe w stanie zaniku. Objaw BABIŃSKIEGO obustronny, nie tylko na stopach, lecz i na obu dloniach. Cierpienie to zdarza się wyłącznie niemal u żydów. Zmiany w rdzeniu i mózgu występują w pierwszych miesiącach życia: rokowanie bezwzględnie złe [śmierć w 2—3 roku].

2. ŚR. ZABOROWSKI przedstawiał 2 przypadki cięcia cesarskiego, dokonanego z powodu wskazań względnych. Pierwszy przypadek powikłany był jeszcze zapaleniem pęcherza; w przypadku drugim chora poprzednio przechodziła już operacje brzuszne [z powodu kamieni żółciowych, tyłopochylenia macicy], i rozwiązywaną była poprzednio przez wymóżdżenie i rozkawalenie płodu. W tym ostatnim przypadku przy ponownem zajściu w ciążę należy, zdaniem Z. połączyć cięcie cesarskie z doszczętnem usunięciem macicy. Płody w obu przypadkach żywe, normalnie rozwinięte.

3. J. STEINHAUS przedstawił preparat z przypadku ostrego żółtego zaniku wątroby u chłopca 15-letniego. Choroba trwała 8 dni z objawami wybitnej żółtaczki i śpiączki.

Wątroba 4 razy mniejsza, barwy szaro-czerwonej z przeświecającymi wielu miejscach przez otoczkę żółtymi centkami. W innych organach żadnych zmian, śledziona nie powiększona. Pod drobnowidzem gniazda żółte okazały się ocalałymi wysepkami tkanki wątrobowej, reszta—to tkanka łączna, której oczka wypełnione były tłuszczowm i ziarnistym detrytem komórkowym.

W przypadku tym nastąpiło ostre zwyrodnienie tłuszczowe i białkowe wielkiej liczby zrazików wątrobowych, nastąpiło wessanie produktów zwyrodnienia. Wątroba zmniejszyła się znakomicie. Wskutek wczesnej śmierci chorego nie można było dostrzedz śladu wysiłków regeneracyjnych ze strony tkanki wątrobowej, które, jak wiadomo, niekiedy doprowadzają wątrobę do poprzednich rozmiarów.

4. F. NEUGEBAUER przedstawił kilka osobliwych okazów :

- a) dwa zupełnie ukształtowane zęby — kły z dermoidu jajnika.
- b) *cystoadenoma proliferans ovarii* kurczęcia,
- c) fotografię pięcioraczków z praktyki dra BLÉCOURT'a; przy tej sposobności N. przytacza niektóre dane co do częstości porodów wielorakich: pięcioraczki zdarzają się raz na 80⁺ porodów [40,960,000].

5. KLEIN i STEINHAUS. O chloromacie.

Prel. spotrzegli przypadek chloromatu, umiejscowionego na mostku, żebrach, wzdłuż kręgosłupa, w nerkach, gruczole krokowym i w szpiku kostnym kości długich. Śledziona i gruczoły nie były zajęte. We krwi—leukocytoza [20000 do 40000], ze znacznym powiększeniem odsetki limfocytów i myelocytów. Autorowie przypuszczają istnienie chloromatów limfocytowych i mieszanych. Do rzędu mieszanych zaliczają swój przypadek. Chloromat zaliczają do grupy leukemii, a nie do grupy limfosarkomatozy.

W dyskusyi KRYŃSKI zwraca uwagę, iż obecnie byłoby może przedwczesnie odmawiać chloromatom charakteru nowotworowego, jakto czynią prel.; czy nie należy raczej przypuścić, że w rozwoju tego nowotworu występują we krwi zmiany, analogiczne do znajdujących w białaczce. K. zaznacza ważność zbadania chemicznej natury zielonego barwnika i wspomina o badaniach CHIARI'ego, BEHRING'a i WICHERKIEWICZA [zawartość chloru w chloromatach].

W odpowiedzi poprzedniemu mowcy STEINHAUS zaznacza, iż chloromaty ze stanowiska anatomopatologicznego rzeczywiście zaliczyłyby należało do nowotworów, jednak ze stanowiska genetycznego należą one raczej do nacieczeń. Tak na tę sprawę zapatrują się prelegenci.

PRZEWOŃSKI podnosi rzadkość spostrzeżenia autorów i jego wagę, zaznacza jednak, że autorzy za mało uwzględnili barwnik guza, co go właśnie wyróżnia.

STEINHAUS w odpowiedzi zaznacza, iż jego zdaniem zabarwienie zależy głównie od ziarnistości neutrofilowej badanego chloromatu. Dowód pośredni znajduje Sr. w fakcie, iż ropa posiada zawsze odcień zielony, a również składa się z komórek o neutrofilowej ziarnistości. W tym kierunku, stosując barwienie, uwidoczniające ziarnistość neutrofilową, należałoby, zdaniem mówcy, prowadzić dalsze badania co do barwnika chloromatów.

PRZEWOŃSKI wyraża wątpliwości co do słuszności podobnego objaśniania zielonawej barwy chloromatów. Zabarwienie chloromatów ogólnie przypisuje się żółto-zielonemu barwnikowi, który odnosi się do grupy lipochromów. P. charakteryzuje bliżej tę grupę i uważa, iż chloromat autorów winien być bliżej zbadany co do cech lipochromów. Zabarwienie jedynie uprawnia wyodrębnienie chloromatów z grupy limfosarkomatozy. Co do genezy chloromatów, to ta jest jeszcze niejasną. Przeniesienie źródła chloromatów do szpiku kostnego byłoby rzeczywiście pewną wygraną. Stosunek chloromatów do leukemii nie jest jeszcze ustalony, gdy jednak nawet zostanie rozstrzygnięty dodatnio, nie upoważni to jeszcze do wyłączenia chloromatu z działu guzów. Można będzie i wtedy uważać chloromat jako guz, któremu towarzyszą zmiany we krwi, odpowiadające niekiedy leukemii.

KLEIN w odpowiedzi KRYŃSKIEMU uzasadnia, iż chloromat limfocytowy prędzej uważać można za leukemię, niż za nowotwór w właściwym tego słowa znaczeniu; leukemię limfatyczną uważa K. za nowotwór tkanki limfatycznej, z tego względu i chloromat należałoby uważać za nowotwór leukemiczny. Co do chloromatu mieszanego, kwestya trudną jest do rozstrzygnięcia, przypadek bowiem autorów jest pierwszym tego rodzaju.

K. nie zgadza się z przypuszczeniem STEINHAUSA co do przyczyny zabarwienia chloromatów, nie wszystkie bowiem chloromaty są neutrofilowe: opisane są przypadki chloromatów wyłącznie limfocytowych. KLEIN z tego, co dotychczas widział w swoich preparatach, przypuszcza obecność ziaren tłuszczowych w komórkach chloromatycznych. Tymczasem jednak uważa jeszcze kwestyę barwnika chloromatów za otwartą.

J. Brudziński.

Przegląd bibliograficzny.

DR ADAM LANGIE. *Popularna higiena wzroku.* Kraków, 1903, str. 212

Książka Dra LANGIEGO, jak świadczy jej tytuł, przeznaczona jest nie dla lekarzy, lecz dla szerszych warstw wykształconej publiczności, niepodobna więc żądać od niej ani oryginalności, ani wyczerpującego, ścisłego wykładu; z tem większą natomiast słuszością musimy od podobnego dziełka wymagać uwzględnienia naszych miejscowych stosunków, warunków bytu naszego ludu, jego zwyczajów i przesądów lekarskich. Pod tym względem jednak spotyka nas zawód i książka dra LANGIEGO jest tak egzotyczną co do treści, jak egzotyczną francuska do niej przedmowa dra GAŁĘZOWSKIEGO. Nie przeczymy, iż ta część zadania nastęrczała pewne trudności, przy dobrych chęciach jednak można było zdobyć i tak wymowny materiał statystyczny i poznać dokładniej istniejące stosunki — wszakże na tem tylko oryginalność takiego dziełka polegać może. Autor nie wspomina o istnieniu i u nas kolonii wakacyjnych dla dzieci zołzowatych, o oględzinach systematycznych oczu u dzieci szkolnych [niekiedy nawet nadto surowych] i o innych szczegółach, świadczących, że i my usiłujemy przynajmniej iść za zachodem.

Zresztą ogólnohygieniczne wskazówki w pracy dra L. wyłożone są jasno i treściwie, szkoda tylko, że prześliznęło się kilka błędów dość rażących, jak np. „soczewka... twarda prawie jak chrząstka“ [str. 9]; „żrenica wydaje się czarną, gdyż wewnątrz oka wyscielone jest czarnym barwikiem złożonym w naczyniówce“ [str. 9]. Niezupełnie bezpiecznym wydaje się też kilkakrotnie zalecane przez autora przemywanie oczu 2% -owym roztworem kwasu karbolowego, już to do dezynfekcyi oczu, już też jako środek zapobiegawczy przeciwko ropnemu zapaleniu oczu noworodków. Kwas karbolowy wogóle silnie drażni łącznie, prawie też wykreślony został z praktyki okulistycznej, a już stanowczo zaprotestować musimy przeciwko przyrządzaniu go *ex tempore* przez akuszerkę.

W. Kamocki.

Wiadomości bieżące.

— Warszawskie Towarzystwo pomocy lekarskiej i opieki nad nerwowymi i umysłowo chorymi wydało sprawozdanie za r. 1903, z którego dowiadujemy się, iż w roku tym otworzyło ono schronisko w Drewnicy, w budynkach kupionych za 10000 rb. od MIKOŁAJEWSKIEGO schroniska dla dzieci żołnierskich, na którego remont, inwentarz etc. wydatkowało rb. 8779. W schronisku tem w końcu r. 1903 liczba utrzymywanych przez Towarzystwo pensjonarzy dosięgła 48 iu chorych. W roku sprawozdawczym wydatkowano w ogóle rb. 28689 kop. 99 a dochód wynosił rb. 29361 kop. 71. Za utrzymywanie kosztem Towarzystwa chorych w szpitalach warszawskich, wypłaciło ono Radzie miejskiej dobroczynności publicznej rb. 2113 kop. 96. Z większych dochodów Towarzystwo otrzymało rb. 7000 od P. CZERWIŃSKIEJ i rb. 5000 od Warszawskiego Towarzystwa kopalń węgla. Kolej Warszawsko-Wiedeńska za opiekę nad 10-u chorymi z pośród służby kolejowej wypłaca roczną zapomogę rb. 3000, kolej Fabryczno-Łódzka rb. 300, Bank Handlowy i Warszawskie

Towarzystwo ubezpieczeń od ognia po rb. 500, Warszawskie Towarzystwo pożyczkowe rb. 200. W r. b. Towarzystwo, o którym mowa rozpoczyna w Karolinie budowę szpitala, a w Drewnicy na przyszłość będą umieszczani tylko chorzy nieuleczalni spokojni. Majątek Towarzystwa w d. 1-ym stycznia r. b. wynosił rb. 53447. Członków Towarzystwo miało w 1903 r. 476.

— Z ogłoszonego sprawozdania za r. 1903 [4-ty rok istnienia] zarządu Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy dowiadujemy się, iż w roku tym liczyła ona 139 członków: z Warszawy 105, z prowincyi 34.

	r. 1900	1901	1902	1903
Liczba członków	115	122	136	139
Dywidenda		1½%	4%	3%
Majątek Kasy w końcu	rb. 7150 k. 24	14543 k. 15	19015 k. 72	26297 k. 21

— Na skutek cyrkularza prezesa rady ministrów francuskich, aby jak najprędzej w szpitalach francuskich oddzielono suchotników w celu uchronienia innych chorych od zarażenia się gruźlicą podczas ich pobytu w szpitalach, o czem pisaliśmy w № 4 „Gazety“ z r. b., zarząd szpitali paryskich proponuje zamienić na szpitale specjalne dla suchotników szpitale: Laënnec [598 łóżek], Hotel-Dieu [annexe] [211 łóżek], Broussais [275 łóżek] i Bastion 27 [100 łóżek] = razem 1184 łóżka. Nadto proponuje specjalne oddziały dla suchotników w szpitalach: S-t Antoine [126 łóżek], Tenon [581 łóżek], Boucicaut [102 łóżka] i S-t Louis [100 łóżek], razem 909 łóżek, co z poprzedniami wyniesie 2093 łóżek [197 dla chirurgicznych], 1926 [dla wewnętrznych]. Nadto proponują dla tegoż celu oddanie pawilonu Rambuteau w Salpêtrière [210 łóżek] i zbudowanie specjalnych szpitali lub oddziałów: Brévannes [500 łóżek], poza murami Paryża na 840 łóżek i w szpitalu Boucicaut na 300 łóżek = razem 1850 łóżek, co z poprzedniami wynosiłoby poważną cyfrę 3943 łóżek.

— Mianowani zostali: dr H. Hoyer [syn] profesorem zwyczajnym anatomii]porównawczej w Uniwersytecie Jagiellońskim; dr L. Korczyński profesorem nadzwyczajnym patologii wewnętrznej, tamże.

— Zmarli: w Krakowie w 58-ym r. życia dr W. ZAREMBA, autor wielu prac przeważnie z dziedziny historii medycyny; w Lublinie w 69 r. życia dr ALEKSANDER JANISZEWSKI, obaj współpracownicy naszej „Gazety“.

O G Ł O S Z E N I A.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach; pozostających ogłasza, że z zapisu dra JANA BACEWICZA udzielone być mają w dniu 24-ym czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, wsparcia 5-iu niezamężnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku tychże — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rub. 66. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała № 7]; na prowincyi zaś — w biurach P. P. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych [w guberniach Królestwa Polskiego].

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu, *Dr M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra FELIKSA JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie rub. 139 za półrocze I-sze roku 1904, przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia [ul. Niecała № 7] oznacza się termin do dnia 15-go czerwca r. b. Przy prośbie należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-ch lekarzy—członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczonoego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce P. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu, *Dr M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w dniu 21-ym kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci ś. p. doktorowej ZENOBII SOKOŁOWSKIEJ, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie rubli 200 ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia [ul. Niecała № 7], na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do p. p. Inspektorów Lekarskich, przy Rządach Gubernialnych lub ich zastępców—najpóźniej do dnia 1-go kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3-ch członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego [ul. Niecała № 7] oraz w biurach p. p. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu, *Dr M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych ogłasza, że z procentu od funduszu ofiarowanego przez dra LEONA MANCEWICZA udzielone będzie w roku 1904 wsparcie w kwocie rb. 115 kop. 43, jednej lub kilku niezamożnym zupełnym sierotom, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pozostałym po lekarzu cywilnym, które pobierają nauki w niższych lub średnich, rządowych lub prywatnych zakładach naukowych. W braku sierot zupełnych, wsparcie powyższe udzielone być może wdowie po lekarzu cywilnym, obarczonej dziećmi, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, po bierającymi nauki w wyżej wymienionych zakładach naukowych. Przy prośbie na imię Komitetu Kasy Wsparcia, dołączone być winno świadectwo 3-ch lekarzy—członków Kasy—o położeniu materyalnem proszących, oraz cenzurki szkolne z ostatniego kwartału, albo też świadectwo Zakładu naukowego—o przyjęciu w poczet uczniów. Termin ostateczny do wnoszenia prośb; dzień 15-go czerwca r. b. Bliższe informacye udzielane być mogą: w Warszawie w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego [ul. Niecała № 7], na prowincyi zaś—w biurach p. p. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych w Królestwie Polskiem.

Zarządzający Kasą Wsparcia, *Dr M. Jakowski.*

Wydawca, **Dr Jan Pruszyński.**

Redaktor odpowiedzialny, **Dr Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензур. Варшава, 5 Марта 1904 Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.